

한국의료패널 구축을 위한 기초 연구

정영호

허순임, 박실비아, 신호성, 강은정
신광영, 염유식, 강민아, 박혜경, 강성욱, 오주환
고숙자, 박은자, 김윤희

한 국 보 건 사 회 연 구 원

머리말

만성질환의 증가, 소득수준의 향상, 의료의 보장성 강화, 다양한 진료행위 및 의료기술 발전, 고령화, 민간보험의 활성화 등으로 보건의료부문은 급속하게 변화하고 있으며 의료비 증가는 더욱 가속화되고 있다. 이러한 변화는 국가 보건의료부문의 효율성(efficiency), 효과성(effectiveness), 형평성(equity)의 제고라는 정책 목표 달성을 더욱 요구받게 된다.

이를 위해서는 근거에 기반한 과학적 정책판단이 가능할 수 있도록 기초통계와 자료의 확보가 전제되어야 하는데, 특히 보건의료이용실태와 의료비 지출수준에 대한 과학적인 데이터 생산과 의료이용행태와 건강상태 및 건강행태 등에 관한 복잡하고 다양한 인과관계를 포괄할 수 있는 자료가 구축되어야 한다. 그러나, 정책적으로 활용가치가 높은 자료에 대한 요구가 증대하고 있음에 불구하고 이러한 수요를 충족시킬 수 있는 기초 자료의 생산이 매우 미흡한 실정이다. 따라서 비급여부분을 중심으로 한 의료비 지출에 관한 정확한 정보와, 의료이용과 의료비 지출에 영향을 미치는 요인들에 대한 심도있는 분석이 이루어질 수 있는 기초 자료의 구축이 절실히 요구된다.

그런데 이러한 기초 자료는 횡단적 실태가 아니라 동태적 변화에 대한 모니터링이 가능한 위한 패널 데이터베이스를 구축할 필요가 있다. 왜냐하면, 패널 자료에서는 횡단면 자료에서 제시하기 힘든 환경변화에 따른 건강수준과 보건의료서비스 이용, 건강행태 등의 동태적 변화를 정확하게 기록할 수 있기 때문이다.

본 보고서는 이러한 필요성에 따라 의료이용 및 의료비에 관한 정보뿐만 아니라 의료이용과 의료비에 영향을 미치는 요인들에 대한 고찰과, 이를 토대로 패널데이터 생산이 가능할 수 있도록 조사내용을 구성하는 것을 목적으로 작성되었다. 즉, 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되는 연계고리를 심층적으로 분석할 수 있는 통계자료의 생산방안을 모색하고자 하였다.

본 연구는 본 원의 정영호 연구위원의 책임 하에 원내외 전문가들이 참여하여 수행되었다. 우선 본원에서는 박실비아 박사, 신호성 박사, 허순임 박사, 강은정 박사, 고숙자 선임연구원, 박은자 선임연구원이 참여하였고, 원외에서는 신광영 중앙대학교수, 염유식 연세대학교수, 강민아 이화여대학교수, 박혜경 의약품정책연구소 실장, 강성욱 대구한의대학교수, 오주환 전문의가 참여하였다. 본 연구를 진행하면서 보건의료부문의 전문가들이 많은 관심과 애정을 가지고 매우 가치 있는 고견과 조언을 해주었으며, 연구진은 특히 다음의 전문가들께 감사를 표하고 있다.

한달선(대한보건협회장), 이승욱(서울대 보건대학원장), 이규식(연세대학교), 고수경(한국 화이자), 권순만(서울대 보건대학원), 김명희(울지의대), 김수경(건강보험심사평가원), 김영원(숙명여자대학교), 김재광(연세대학교), 문권순(보건복지부), 문상호(성균관대학교), 박하영(서울대학교), 변루나(보건복지부), 사공진(한양대학교), 신현구(한국노동연구원), 오영수(보험개발원), 이미숙(배재대학교), 이기홍(한림대학교), 임병묵(한국한의학연구원), 장지연(한국노동연구원), 최용준(한림대학교), 서울대보건대학원, 서울대의료관리학교실, 국민건강보험공단 건강보험연구원, 보건경제정책학회

한편, 본 보고서를 꼼꼼하게 읽고 논평을 해 준 본원의 김미곤 연구위원, 최정수 부연구위원께 감사한다.

또한, 연구를 진행하면서 자료 수집 및 정리, 그리고 실무를 담당한 손주연 연구원, 정지영 연구원께 고마움을 전한다.

끝으로, 본 보고서의 모든 내용은 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2007년 12월
한국보건사회연구원
원장 김 용 문

목 차

요 약	1
I. 서론	41
II. 국내외 보건의료관련 중·횡단면 조사 현황	47
1. 외국의 보건의료관련 중·횡단면 조사 현황	47
2. 국내의 보건의료관련 중·횡단면 조사 현황	65
III. 한국의료패널 설문항목 선정의 기본방향 및 설문내용	74
1. 한국의료패널 설문내용의 기본 방향	74
2. 조사내용 개괄	79
3. 한국의료패널의 구조 및 표본설계 방향	83
4. 조사문항의 반복 설문구조 및 조사방법	86
IV. 한국의료패널의 기본 조사내용	89
1. 사회·경제·인구학적 특성 및 건강 불평등	89
2. 의료서비스 이용 및 의료비	113
3. 의약품 이용	170
4. 민간의료보험	205
5. 건강상태, 건강의식 및 행태	218

V. 한국의료패널의 부가 설문내용	233
1. 사회연결망	233
2. 접근성 및 만족도	247
VI. 결론	265
참고문헌	270
부 록	289

표 목 차

〈표 II- 1〉 MEPS 응답율: 1996년	51
〈표 II- 2〉 MEPS 가구영역의 주요 조사내용	51
〈표 II- 3〉 CTS의 주요 조사내용	56
〈표 II- 4〉 NHAMCS 주요 설문내용	59
〈표 II- 5〉 NAMCS 주요 설문내용	61
〈표 II- 6〉 2007 NHIS 주요 설문내용	64
〈표 II- 7〉 한국노동패널의 주요 조사내용	66
〈표 II- 8〉 고령화 연구패널의 주요 조사내용	68
〈표 II- 9〉 국민건강영양조사(2005년)의 주요 조사내용	70
〈표 II-10〉 국민건강영양조사(2005년)의 조사영역별 조사방법	71
〈표 II-11〉 가계조사의 주요 조사내용	72
〈표 III- 1〉 기본(핵심) 조사의 주요 조사내용	81
〈표 III- 2〉 부가조사의 주요 조사내용	82
〈표 III- 3〉 국내외 패널의 응답율	85
〈표 IV- 1〉 Registrar General(RG)의 계급분류	90
〈표 IV- 2〉 Goldthorpe의 계급과 고용관계의 형태	91
〈표 IV- 3〉 Wright의 계급구분	94
〈표 IV- 4〉 소득불평등과 건강불평등 간의 관계	97
〈표 IV- 5〉 사회경제, 인구학적 문항비교	103
〈표 IV- 6〉 비소유 계급 조직내 권위/전문적 기술을 교차한 피고용자 계급구분	105
〈표 IV- 7〉 경제활동(일자리)관련 주요 설문내용	108

〈표 IV- 8〉 계층소속 인지도 관련 주요 설문내용	109
〈표 IV- 9〉 소득 및 연금 관련 주요 설문내용	109
〈표 IV-10〉 의료이용과 관련한 기존 조사의 설문문항 비교	114
〈표 IV-11〉 외래서비스관련 문항 비교	117
〈표 IV-12〉 응급서비스관련 문항 비교	120
〈표 IV-13〉 치과 외래서비스관련 문항 비교	121
〈표 IV-14〉 한방서비스 이용 관련 문항 비교	122
〈표 IV-15〉 임신 및 출산 관련 문항 비교	123
〈표 IV-16〉 건강검진 관련 문항 비교	124
〈표 IV-17〉 의사에 대한 인식 관련 문항 비교	125
〈표 IV-18〉 요양서비스 이용 관련 문항 비교	126
〈표 IV-19〉 건강보험(의료보험) 자료를 활용한 연구	130
〈표 IV-20〉 국민건강영양조사 자료를 활용한 연구	134
〈표 IV-21〉 노동패널 4차 부가조사(건강과 은퇴)자료를 활용한 연구	137
〈표 IV-22〉 도시가계 조사 자료를 활용한 연구	139
〈표 IV-23〉 기타설문 조사 자료(환자 및 보호자조사)를 활용한 연구	140
〈표 IV-24〉 기타설문 조사 자료(지역단위조사)를 활용한 연구	146
〈표 IV-25〉 입원서비스 이용 관련 주요 설문문항	149
〈표 IV-26〉 외래서비스 이용 관련 주요 설문문항	151
〈표 IV-27〉 응급서비스 이용 관련 주요 설문문항	152
〈표 IV-28〉 치과서비스 이용 관련 주요 설문문항	152
〈표 IV-29〉 한방서비스 이용 관련 주요 설문문항	153
〈표 IV-30〉 임신 및 출산 관련 주요 설문문항	154
〈표 IV-31〉 검진 관련 주요 설문문항	155
〈표 IV-32〉 의사에 대한 인식 관련 주요 설문문항	155
〈표 IV-33〉 장기요양서비스 이용 관련 주요 설문문항	156
〈표 IV-34〉 의료이용의 의사결정 모형	158
〈표 IV-35〉 2005 국민건강영양조사 산출지표	172

〈표 IV-36〉 의약품/의료기기 이용 및 비용에 대한 국내외 선행연구 조사항목	174
〈표 IV-37〉 약국 및 한국희귀의약품센터를 이용한 경우의 요양급여비용총액에 관한 조건 및 본인부담액	180
〈표 IV-38〉 건강보험 제네릭 청구액(2002-2005)	182
〈표 IV-39〉 복약순응도에 영향을 미치는 주요 요인	184
〈표 IV-40〉 질병 상태에 따른 복약불이행률	187
〈표 IV-41〉 의약품 부문 세부조사항목	198
〈표 IV-42〉 기존 조사와 의료패널조사의 조사항목 비교: 의약품 부문	200
〈표 IV-43〉 민간의료보험관련 조사별 항목비교	211
〈표 IV-44〉 건강상태 및 건강행태 항목 비교표	220
〈표 IV-45〉 건강상태 주요 항목	222
〈표 IV-46〉 건강의식 및 행태 주요 항목	223
〈표 IV-47〉 새국민건강증진종합계획 2010의 4대 영역 24개 중점과제	226
〈표 IV-48〉 건강상태관련 주요 설문내용	228
〈표 IV-49〉 건강의식 및 행태 관련 주요 설문내용	230
〈표 V- 1〉 미충족 수요(unmet needs)를 측정하기 위한 설문내용	243
〈표 V- 2〉 도움을 준 연결망들의 사회경제적 특성 관련 설문내용	244
〈표 V- 3〉 접근성 문항 리스트	256
〈표 V- 4〉 만족도 문항 리스트	258

그림 목차

[그림 II-1] MEPS의 표본설계	49
[그림 II-2] MEPS의 패널 설계	50
[그림 III-1] 한국의료패널의 개념적 틀	78
[그림 III-2] 기본(핵심) 조사의 분석틀	80
[그림 III-3] 패널 표본 설계안	86
[그림 IV-1] Goldthorpe의 계약 위험성, 고용계약 형태 및 피고용자 계급위치	92
[그림 IV-2] 고학력자와 저학력자의 동일한 사망률 연령	98
[그림 IV-3] 종사상 지위에 따른 계급유형	104
[그림 IV-4] Anderson 모형	223
[그림 IV-5] 건강의 주요 결정요인	225
[그림 V-1] 사회적 지지의 영역	235
[그림 V-2] 사회연결망 구조	238
[그림 V-3] Eurobarometer와 우리나라 의료시스템 만족도 조사 결과	261

요 약

I. 서론

1. 연구필요성 및 목적

- ☐ 최근 우리나라 보건의료정책에 있어서 핵심적 사안은 의료비의 증가에 따라 가계 및 국가재정에 미치는 영향이 커지는 한편, 이에 상응하는 보건의료 부문의 효율성(efficiency), 효과성(effectiveness), 형평성(equity)의 제고라는 정책목표 달성 여부에 있다고 할 수 있음.
- ☐ 보건의료부문 정책목표의 달성도를 제고하기 위해서는 우선적으로 의료비 지출을 결정짓는 의료이용행태와 건강상태 및 건강행태 등에 관한 복잡·다양한 인과관계에 대한 경로를 추적하는 것이 필수적임.
 - 거시적이고 장기적인 정책수립을 위해서는 의료이용 및 의료비지출을 결정하는 거시적 요인과 더불어 미시적 요인으로 인한 인과경로를 포괄할 수 있는 데이터가 마련되어야 할 것임.
- ☐ 이러한 필요성에도 불구하고 우리나라 보건의료 통계생산에 있어서는 보건의료이용실태와 의료비 지출수준에 대한 과학적인 데이터 생산이 미흡한 실정임.
 - 특히, 본인부담, 민간의료보험에 대한 실태 자료가 제공되고 있지 않아 의료재정의 안정화를 도모할 수 있는 분석에 제한이 있음.
- ☐ 보건의료 통계생산에 있어서 횡단적 실태뿐만 아니라, 보건의료이용과 지출 수준 및 배분, 의료전달시스템 및 보험체계에 관한 동태적 변화를 모니터링

하기 위한 데이터베이스를 구축할 필요가 있음.

- 예를 들어, 건강보험급여의 변화가 개인과 가족의 보건의료서비스 이용 행태에 어떠한 영향을 미치는 지에 대한 정보를 제공해 주며, 이로부터 정책의 효과성에 대한 분석을 가능하게 해 주어, 정책의 합리적인 수립과 평가를 원활히 할 수 있도록 기초 자료를 제공해 줌.

□ 본 연구에서는 의료이용 및 의료비에 관한 데이터뿐만 아니라 의료비를 결정짓는 요인들에 대한 실증자료를 바탕으로 보건의료정책(evidence-based health policy)의 수립·시행·피드백이 가능한 신뢰성 있는 기초통계의 생산 방안을 강구하고자 함.

- 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되는 연계고리를 분석할 수 있는 통계자료의 생산방안을 고려.
- 가구들의 비급여 지출, 의약품 지출, 민간의료보험지출 등에 관한 종단적 패널 데이터를 체계적으로 구축할 수 있는 방안을 모색.
- 올바른 보건의료정책수립을 위해 패널데이터의 활용가치를 높일 수 있는 내용 마련.

2. 연구내용 및 방법

□ 제2장에서는 국내외 보건의료관련 데이터 생산이 어떻게 이루어지고 있는지에 관하여 문헌 고찰함.

- 외국의 MEPS, CTS, NHAMCS, NAMCS를 중심으로 조사목적 및 개요, 조사설계 및 샘플, 주요 조사내용, 조사방법 및 관리의 측면에서 각각 비교분석함.
- 우리나라의 국민건강·영양조사, 고령화연구패널, 한국노동패널, 가계조사를 중점으로 조사내용 및 범위, 표본추출, 조사관리 등에 대해 전반적으로 살펴봄.

- 제3장에서는 설문지를 개발하는데 필요한 설문항목 선정의 기본방향에 대해 논함.
 - 건강악화로 인하여 의료이용 및 의료비지출에 영향을 미치는 동태적인 연관관계를 살펴보고, 주요 항목들을 선정하여 한국의료패널의 개념적 틀을 소개하고 이를 토대로 패널조사에 포함되어야 할 조사주제의 영역을 개괄적으로 살펴봄.
 - 표본추출 모집단을 선정할 때 고려되어야 할 요소들을 정리하고 패널의 대표성을 유지하기 위한 다양한 패널 표본 설계안을 제시함.
 - 의료이용 및 의료비 지출과 같이 연중내내 발생할 수 있는 유량(flow)의 데이터를 확보할 수 있는 방안인 기장방식의 장단점을 제시함.
- 제4장에서는 한국의료패널의 기본조사에 포함되어야 할 주요 조사내용을 설계함.
 - 사회·경제·인구학적 특성 및 건강불평등, 의료서비스 이용 및 의료비 지출, 의약품 이용 및 지출, 건강상태·건강행태, 민간의료보험 등이 포함됨.
 - 국내외 선행연구에서 제시한 주요문항들을 비교·제시함으로써, 국내외 연구결과가 비교가능하도록 설문문항을 선정기준 제시하고 각 문항들의 이론적 토대를 제시
- 제5장에서는 한국의료패널의 부가조사에 포함될 경우 유용한 정보들에 관한 조사내용을 설계함.
 - 다양한 내용들이 부가 조사에 포함될 수 있지만, 본 연구에서는 사회연결망, 의료의 접근성 및 만족도를 중심으로 살펴봄.
 - 향후 연구가설과 이론적 근거를 제시
- 마지막으로, 의료패널 설문항목에 대한 기대효과 및 정책적 활용방안에 대해 논의하여 향후 보건의료관련 데이터 생산에 도움이 되고자 하였음.

II. 국내외 보건의료관련 종·횡단면 조사 현황

1. 외국의 보건의료관련 종·횡단면 조사 현황

☐ 의료비 패널조사: Medical Expenditure Panel Survey(MEPS)

- 미국의 MEPS는 가구, 의료공급자, 고용주를 대상으로 하여 의료보험가입, 의료이용, 의료비지출 등에 관한 데이터를 제공하기 위한 조사임.
- NHIS 샘플틀(sample frame)로부터 흑인 및 히스패닉에 대해 과대표집(oversampling)한 응답자 개인단위 및 가구단위를 대상으로 함.
- 핵심 조사내용은 인구경제사회학적 특성, 의료비 지출, 건강상태, 의료이용, 고용상태, 의료보험으로 구성되어 있으며, 부가설문을 위해서 의료접근성, 의료보험 만족도, 장기요양, 건강상태, 소득 및 자산, 의료의 질과 관련한 조사가 수행되고 있음.
- CAPI시스템을 활용하여 응답자에게 연 2회~3회의 인터뷰를 하게 됨.

☐ Community Tracking Study: CTS

- 보건의료시스템이 지역사회 및 국가전체에 어떠한 변화가 나타나고 있으며 이러한 시스템 변화가 어떠한 영향을 미치게 되는지에 관한 조사임.
- CATI를 주로 활용하고 있으며, 12개 커뮤니티는 심층연구를 위해 현장방문(site visits)을 겸하고 있음.
- 가구조사에서는 의료보험, 의료서비스 이용, 상용치료원, 의료에 관한 만족도, 건강상태, 인구학적 정보, 건강상태 등을 포함함.
- 샘플은 패널구조나 종단면구조가 아닌 개별적인 횡단면구조로 분석할 수 있도록 설계됨.

☐ National Hospital Ambulatory Medical Care Survey(NHAMCS)

- 병원 응급실에서의 응급서비스와 외래서비스에 대한 공급 및 이용에 관

한 데이터를 수집하도록 설계됨.

- 병원 직원들은 4주간에 걸쳐 환자방문에 대한 환자기록양식을 작성하게 되는데, 환자들의 인구학적 정보, 의료비 재원, 환자들의 불만사항, 의사의 진단, 치료 및 검진서비스, 절차, 처방약, 진료한 의사 유형, 사고·손상원인, 병원소유형태와 같은 병원특성에 대한 내용을 포함하고 있음.
- 1차 추출단위(PSU) 샘플에서 병원을 추출하고, 추출된 병원내에서 의원(clinics)을 추출하고 의원 내에서 환자를 추출하는 네 단계 확률추출을 적용하고 있음.

□ National Ambulatory Medical Care Survey(NAMCS)

- 환자들을 직접 치료하는 의원 단위(office-based)의 월급의사들에게 자신의 환자들에 대한 내용을 기재하도록 하고 있음.
- 표본선정을 위해 112개 지리적으로 구분된 1차 추출단위가 선정되며, 미국의사협회 또는 미국오스티오페딕협회(American Osteopathic Association)에 소속된 명단에서 15개의 전문분야별로 활동의사를 표본추출한 후, 활동의사들을 52개 그룹으로 구분하여 이들을 방문한 1주간 환자들에 대해 진료를 기록함.
- 임의로 선정된 의사들은 1주일동안에 자신에게 방문한 환자의 증상, 의사의 진단, 처방약 등에 관한 정보를 기입하도록 하며, 환자의 인구학적 특성, 진단절차, 환자관리, 추후관리계획 등의 치료내용도 포함됨.

□ National Health Interview Survey: NHIS

- 1997년에 개정된 설문지의 기본모듈(basic module)에서는 가족, 아동, 성인대상자의 세 영역으로 나누어지며, 가족영역(family core)에서는 모든 가구원의 인구사회적 특성, 행정적 데이터베이스에 연계하기 위한 변수, 건강상태, 활동제한, 사고, 의료보험, 의료서비스 접근성 등이 포함됨.
- 흑인과 히스패닉의 과대표집과 더불어 아시아인도 과대표집하고 있음.
- NHIS는 CAPI를 활용하고 있으며, 온라인 헬프 서비스를 통해 CAPI 수

행시 문제점에 대한 도움을 받고 있음.

2. 국내의 보건의료관련 중·횡단면 조사 현황

□ 한국노동패널 2001년 4차 부가조사: 건강과 은퇴

- 한국노동패널은 도시지역에 거주하는 가구를 대표하는 5,000가구에 대해 가구의 특성, 가구원들의 경제활동 및 노동시장이동, 소득활동 및 소비, 교육 및 직업훈련, 사회생활 등에 관한 종단면 조사임.
- 한국노동패널은 1995년 인구주택총조사의 10% 표본조사구를 모집단으로 하고 있으며, 제주도를 제외한 전국의 도시지역만을 대상으로 층화함.
- 한국노동패널의 4차년도 건강과 은퇴의 부가조사에 건강상태와 일자리, 장애, 의료기관 이용 경험, 건강보험 및 의료비 지출 관련, 건강행태관련, 은퇴준비 및 은퇴계획 등에 관한 내용을 포함함.

□ 고령화연구패널

- 고령화연구패널은 2006년을 시작으로 하여, 고령자의 사회적·경제적·육체적·정신적 삶 전반에 걸친 내용을 담고 있으며 미국의 고령화연구패널 조사를 모델로 하여 국제비교가 가능하도록 설계한 조사임.
- 제주도를 제외한 전국에 거주하는 45세 이상 국민을 모집단으로 하고 있으며, 샘플링을 위한 표집틀로 2005년 인구주택총조사를 활용함.
- Blaise CAPI 프로그램을 이용함.

□ 국민건강·영양조사: 2005년을 중심으로

- 국민건강·영양조사는 1995년에 공포된 국민건강증진법에 근거하여 1998년부터 3년주기로 시행되는 전국규모의 조사로, 2000년 인구주택총조사의 표집틀을 활용하여 약 12,000가구를 대상으로 함.
- 2005년 국민영양조사는 크게 건강조사, 검진조사, 영양조사로 나뉘며, 건강조사에서는 지역 거주민의 건강관련 지표, 의료이용 및 접근성, 건강

관련 의식 및 행태를 측정함.

- 가구를 방문하여 면접조사를 실시하여, 보건의식행태조사에서는 자기기입방식으로, 건강검진조사에서는 임상검사와 체격계측을 겸하고 있음.

□ 통계청의 가계조사

- 가계부문의 수입과 지출규모, 구조, 추이 등을 파악, 분석하여 소비자 물가지수 가중치를 산정하고 국민의 소득 수준을 추계, 경제동향을 분석하기 위한 통계로 활용되고 있으며, 보건의료지출에는 의약품, 보건의료용품기구, 보건의료서비스로 분류됨.
- 인구주택총조사 10% 표본조사구 중 섬·시설단위조사구를 제외한 아파트 및 일반조사구를 추출단위로 하여, 약 9,000가구를 표본으로 함.
- 가계부 기장방식을 활용하여 매월 수입과 지출에 대한 내역을 기록함.

Ⅲ. 한국의료패널 설문항목 선정의 기본 방향 및 설문내용

1. 한국의료패널 설문내용의 기본 방향

가. 설문 설계의 기본 방향

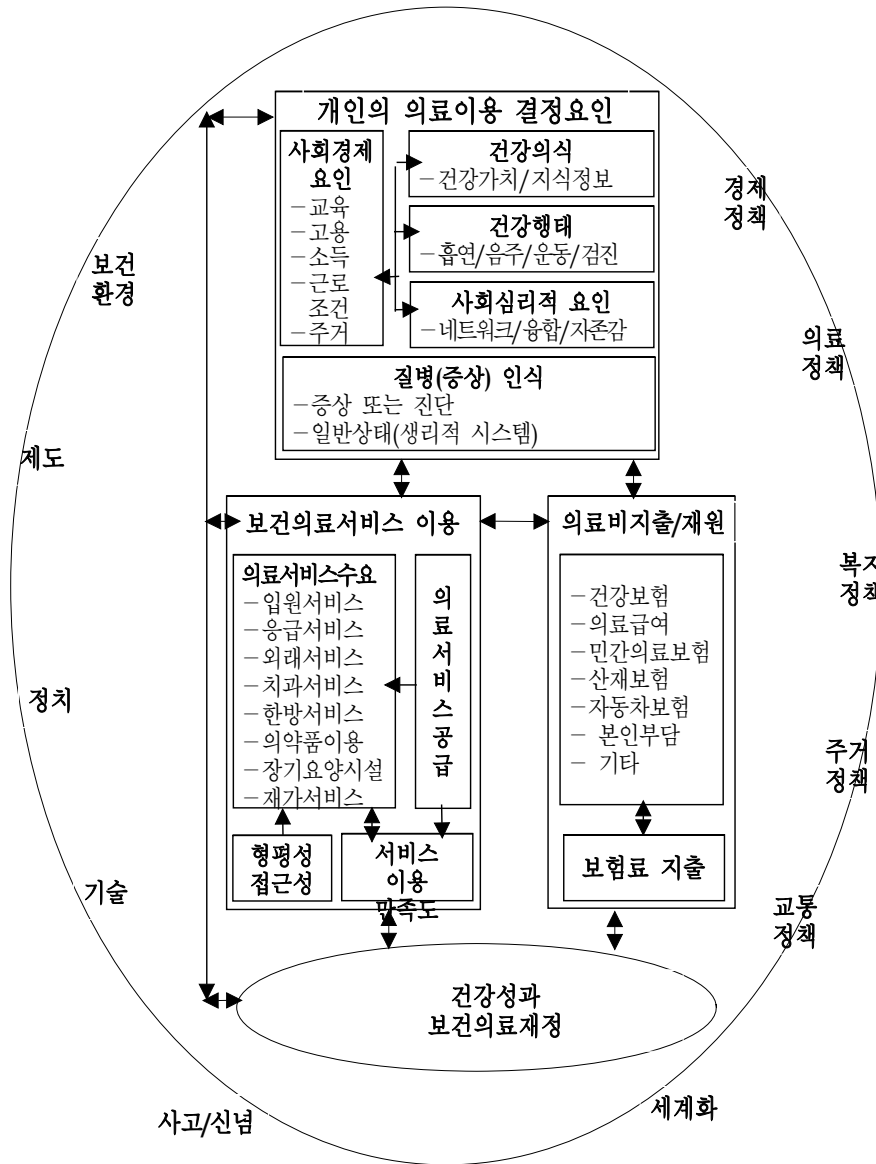
- 의료이용 및 의료비 지출에 직간접적인 영향을 미치게 되는 경로는 다양함.
 - 사회경제적 환경, 물리적 환경(physical environment), 개인의 건강생활습관, 보건의료서비스 전달, 보건의료서비스 이용 및 접근성, 의약품 지출 및 사용, 충족되지 못한 보건의료 니즈(needs), 대안적 보건의료서비스(alternative health services), 생물학적 및 유전 요인 등이 유기적 관계를 맺고 있음.

- 건강에 영향을 미치는 요인들은 복잡한 연계고리로 얽혀 있으며 동태적인 순환구조를 지니고 있음.
 - 건강악화와 의료이용 및 의료비지출이 선형적인 인과관계가 아니라, 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되며 또한 의료이용을 통하여 건강상태를 호전시키게 되는 일련의 동태적 과정을 지니고 있음.
- 따라서, 한국의료패널에서는 건강행태, 건강수준, 의료이용 및 의료비 지출, 등의 복잡다양한 동태적 구조를 파악하기 위한 문항뿐 아니라, 건강결정요인에 대한 연계고리를 분석할 수 있도록 구성되는 것이 바람직함.
 - 또한, 의료이용과 의료비지출에 대한 심층적인 조사를 위해 비급여부분, 의약품 지출, 민간의료보험지출 등에 관한 문항을 포함함으로써, 다학제적이며 정책적 함의를 유도할 수 있는 내용으로 구성되도록 함.

나. 설문내용의 개념적 틀

- 건강수준에 영향을 주는 요인들, 건강수준에서 의료비지출로 연결되는 과정들을 포괄하는 조사의 개념적 틀을 살펴보면 다음 [그림 1]과 같음.

[그림 1] 설문내용의 개념적 틀



2. 조사내용 개괄

가. 기본(핵심)조사내용

- 한국의료패널의 기본조사내용의 모형은 크게 두 부분으로 나눌 수 있음.
- 첫째, 건강의식에서 의료비 지출로 연결되는 경로를 파악할 수 있도록 개괄적인 내용을 포함하는 수평적 구조
 - 둘째, 의료이용 및 의료비 지출/재원에 있어서는 심층적인 내용을 담는 수직적 구조



나. 부가조사내용

- 시간의 변화에 대한 변화량이 비교적 많지 않아 건강 및 의료이용과 관련하여 매년 동일한 가구에게 동일하게 질문하는 것보다는 일정 간격을 두고 다양한 부가조사의 주제를 설정하여 설문하는 것이 효율적일 수 있음.

- 예를 들어, 의료이용 및 의료비 지출에 영향을 미치는 직·간접적인 요인들로 사회자본, 주거환경, 건강관련 삶의 질, 정신건강, 의료의 접근성 및 만족도 등으로 구성할 수 있음.

3. 한국의료패널의 구조 및 표본설계 방향

- 표본추출의 모집단으로, 전 국민이 가입하고 있는 국민건강보험공단의 데이터를 활용하는 방법과 인구주택 총 조사의 표본조사구를 활용하여 표본을 추출하는 두 가지 경우를 고려해 볼 수 있음.
 - 국민건강보험공단의 데이터를 활용할 경우, 건보내부의 데이터를 활용함으로써 응답자의 부담을 감소시킬 수 있는 장점이 있지만, 전 국민 대표성 문제나 소요예산 상의 문제, 실거주지와 행정망에서의 거주지가 상이한 경우, 건보미가입자 제외와 같은 단점이 있음.
 - 인구주택 총 조사의 표본조사구를 활용할 경우 전국을 중복, 누락지역 없이 조사구로 분할하여 조사함으로써 조사대상가구의 누락 또는 중복을 방지할 수 있으며, 소지역별로 통계를 생산할 수 있음.
 - 조사이후에 사후적으로 건보데이터와 연계를 통해 객관적인 데이터를 확보할 수 있기 때문에, 국민건강보험공단의 데이터를 활용할 때 누릴 수 있는 장점을 충분히 살릴 수 있을 것임.
- 표본의 대표성을 유지하기 위해 새로운 가구로 대체하는 등의 다양한 패널 표본 설계안을 고려해 볼 수 있음.
 - 중첩하는 패널(repeated panel with overlap)로 운영
 - 캐나다의 SLID(Canadian Survey of Labour and Income Dynamics)에서는 표본가구를 6년동안 유지하되, 4차 년도부터 새로운 표본을 중첩하여 패널이 동시에 진행되도록 하고 있음.
 - 순환패널(rotating panel)
 - Canadian Labour Force Survey에서는 6개월간 조사를 진행할 때 매달

새로운 가구들을 진입시켜 매월의 실업율을 조사하고 있음.

· National Crime Victimization Survey에서는 3년 동안에 걸쳐 6개월 간격으로 새로운 패널가구들을 진입시켜 연간 데이터를 생산하고 있음.

4. 조사문항의 반복 설문구조 및 조사방법

- 한국의료패널의 조사기간과 관련하여 고려해야 할 점은 의료이용 및 의료비 지출에 관한 데이터를 수집할 경우에 과거의 기억에 의존하여 응답해야 하기 때문에 연중 발생하게 되는 외래서비스 이용 또는 의약품 이용에 대해서는 기억을 보조할 수 있는 장치가 반드시 필요함.
 - － Roghmann과 Haggerty(1972)는 자료수집 방식으로서 기장방식의 유용성을 강조하고 있음.
 - － 기장방식과 인터뷰방식의 신뢰도를 비교한 Bruijnzeels(1998)의 연구에 의하면, 인터뷰는 응답자의 기억에 의존할 수밖에 없고 시기회상착오(telescoping)나 회상실패(memory failure) 등의 회상오류(recall bias)를 포함하는 것으로 확인되었음.
- 연 1회로 반복하여 패널가구를 방문할 경우에 데이터의 신뢰성이 급감할 우려가 있으므로 가구방문주기를 가급적 짧은 간격으로 설정하는 것이 바람직할 것임.
 - － 다만, 예산상의 비용-효과적인 문제나 응답자에게 과도한 부담을 끼칠 수 있으므로 패널가구 방문주기를 신중히 고려하여야 할 것임.

IV. 한국의료패널의 기본 조사내용

1. 사회·경제·인구학적 특성 및 건강 불평등

가. 건강불평등 설문항목 관련 학문적·정책적 수요와 이론적 배경

- 사회경제적 지위로서의 계급과 건강 불평등에 관한 연구는 매우 오랜 전통을 지니고 있음(MacIntyre 1997).
 - 1980년에 제출된 영국의 블랙리포트(Black Report)에서는 계급 간 건강상태의 차이를 분석하고, 차이의 원인을 밝히고, 계급 간 건강불평등을 개선시키기 위한 정책적 제안을 하고 있음.
 - 1987년 화이트헤드 보고서(Whitehead Report)와 1998년 애치슨 보고(Acheson Report)서에서도 건강불평등의 실태를 제시하고 있음.
- 건강불평등에 관한 계급은 다양하게 분류되고 있음.
 - 영국의 사회학자 Goldthorpe는 계급위치를 고용관계에 의해서 정의된 위치로 규정하고 있음(Goldthorpe, 2000).
 - Wright(1985, 1997)는 생산수단을 소유한 소유계급(owning class)과 비소유계급(non-owning class)으로 구분하고, 조직재와 기술재는 비소유 계급 내에서의 계급분류에 적용하였으며 이러한 계급구분은 현재 미국의 건강 불평등 연구에 많이 사용되고 있음.

나. 건강 불평등 관련 선행 연구

- 건강문제를 의료적인 문제에 국한시키지 않고 사회적인 속성과 연관시켜 사고하기 시작하면서 사회적인 현상과 건강과의 관계에 대한 연구가 활성화되기 시작했음(Scrambler and Higgs, 1999).
 - Wilkinson(2005)은 삶의 수준이 일정한 수준을 넘으면 물리적 환경보다

사회적 환경이 건강에 더 큰 영향을 미친다고 보고, 사회적 지위 혹은 계급, 사회적 관계의 질과 초기 삶의 스트레스가 건강에 영향을 미치는 대표적인 사회적 요인이라고 주장하고 있음.

- 그러나 Lynch et al.(2004)은 미국의 자살과 같은 경우에는 어느 정도 타당하지만, 이외의 국가 또는 일반적인 건강 상태에 관해서는 과장된 것이라고 주장하기도 함.
- 월킨슨과 피켓(Wilkinson and Pickett 2006)의 종합적인 평가에 따르면, 다수 연구에서는 보다 평등한 사회에서 건강 불평등이 낮다는 결과를 보이고 있기는 하지만, 소수의 연구에서는 그렇지 않은 결과를 보여주고 있어서 사회경제적 불평등과 건강 불평등과의 관계는 여전히 쟁점으로 남아있음.

다. 기존조사에 사용된 사회경제인구학적 특성 및 불평등관련 설문

☐ 국민건강영양조사

- 사회적인 조건과 건강에 관한 설문문항이 적고 주로 건강의 사회적 측면 보다는 의학적인 측면이 주된 내용을 구성하고 있음.

☐ 노동패널조사 4차 부가조사: 건강과 은퇴

- 직업사(work history) 정보를 담고 있어서 사회경제적 지위나 활동의 변화와 건강의 연관을 규명하는데 큰 도움이 되지만, 2001년도 조사에 한정되어 있음.

☐ 미국의 NHIS

- 종사상의 지위는 자영업, 고용주, 피고용자와 무급 가족종사자를 구분하기 위한 것이며, 고용상의 지위는 취업자, 실업자, 비경제활동인구를 구분하기 위한 설문임.

□ 영국의 Health Survey for England(HSE)

- 소득과 건강과의 관계를 알아보기 위해 종사상의 지위, 고용상의 지위, 조직 내에서의 위치(경영자, 감독자, 노동자), 기업규모, 직업에 관한 설문을 포함하고 있으며, HSE에서 지식/기술 수준과 육체/비육체 노동을 기준으로 계급을 구분하고 있음.

라. 사회·경제·인구학적 특성 및 건강불평등 관련 설문문항

□ 설문문항 선정의 기본 방향 및 주요 설문내용

- 일자리(경제활동)에서 제시된 설문 항목들은 사회경제적 지위를 측정하기 위한 설문들로, 특히 계급을 구분하기 위한 설문들이 포함되어 있어서 계급에 따른 건강불평등을 분석하는데 도움을 줄 수 있음.
- 여기에서 사용된 사회계급의 분류는 고용/비고용, 조직 내의 권위소유 여부, 전문적인 지식소유 여부에 근거하였음.

□ 설문항목에 관한 research questions

- 계급에 따른 건강불평등이 어느 정도 존재하는지를 밝히기 위한 것으로, RG-계급분류, Goldthorpe 계급분류, Wright 계급분류에 따른 계급분류가 모두 가능하여 국제적인 비교 연구를 위해서 필요함.
- 노동시장에서의 고용상태(정규직/비정규직)가 건강과 어떤 관계가 있는지를 밝히는 것에 있음.

□ 설문항목 full list 및 선정이유

- 사회경제적 지위 특히, 계급지위를 알기 위해서 경제활동 여부를 묻는 문항을 통해서 계급지위를 구분함.
- 조직 내에서의 권위를 측정하기 위하여 고용상의 지위와 경영 및 관리직 종사자 여부를 이용하여 경영, 감독 및 일반 피고용을 판별함.
- 응답자들이 주관적으로 어떤 계층에 속하는지를 평가하기 위하여 계층귀

속의식에 대한 문항이 포함됨.

□ 기존 조사와의 차별성

- 사회경제적 속성에 대한 측정은 여러 단계의 탐색적 설문(probing questionnaire)을 통해서 설문조사 과정에서 발생할 수 있는 오류를 최대한으로 줄이고자 하였으며, 국제적인 비교를 가능케 하는 설문구성을 시도함.
- 건강에 영향을 미치는 요소로서 노동시장의 변화된 상황을 설문내용에 포함시킴.

마. 의료패널 설문항목에 따른 정책적 함의

□ 패널 조사를 통하여 빈곤이나 상대적 불평등을 약화시켜 건강 형평성을 높이고 사회적 비용을 줄이는 방안을 모색할 필요가 있음을 제시함.

- 한국의 경우 사회경제적 요인과 건강 간의 관계에 대한 충분한 연구가 이루어지지 않은 상태이기 때문에, 어떤 요인이 건강에 얼마나 중요한 요인인가에 대한 연구가 필요함.
- 가구 속성과 개인 건강 간의 관계를 파악하여 보건정책의 대상을 정확하게 설정할 수 있음.

바. 의료패널 설문항목에 대한 기대효과 및 활용방안

□ 일자리 관련 설문항목들은 일자리와 건강의 변화를 인과적으로 분석할 수 있는 기초 자료를 제공해 줄 것임.

2. 의료서비스 이용 및 의료비

가. 기존조사에 사용된 의료이용 및 의료비 변수

□ 입원/외래/응급서비스 이용

- 입원서비스 이용과 관련하여 미국의 MEPS와 국내 조사인 국민건강영양조사, 4차년도 노동패널 부가조사에서 이루어진 건강과 은퇴조사, 고령화 패널(2006)의 항목을 비교함.
- 외래이용과 관련하여 미국의 MEPS와 NHAMCS, NAMCS, CTS-household와 국내의 국건영 조사(2001, 2005), 4차년도 노동패널의 부가조사, 고령화 패널의 문항과 비교함.
- 응급을 별도의 영역으로 구분하여 조사한 국내 조사는 없었으며, 다만 2001년 국건영 조사에서 최근 2주간 사고·중독에 대해 설문하고 있으며, MEPS, NHAMCS(2007)의 내용과 비교함.

□ 치과 및 한방서비스 이용

- 대부분의 조사에서 치과 및 한방 이용은 외래 서비스 이용에 포함하여 조사하고 있으며, 별도의 영역으로 다루지는 않음.

□ 기타: 임신 및 출산, 건강검진, 의사에 대한 인식

- MEPS에서는 임신과 출산에 대한 일반적인 사항을 대부분 포함하고 있으나 출산 이후 나타난 산모와 태아의 건강수준 및 출산 후 의료비에 대한 항목은 제외하고 있음.
- 건강검진과 관련하여 미국의 MEPS, NHAMCS(2007)·NAMCS(2007) 및 국내 조사인 국건영 조사(2001, 2005) 항목을 비교함.
- 의사에 대한 인식을 조사하고 있는 MEPS, CTS-household(2003)의 문항을 비교함.

□ 장기 요양

- 개별 연구에서 요양서비스에 대한 필요를 측정한 사례는 있으나 국가 단위 의료이용 조사에서는 관련 조사가 이루어지지 않았음.
- 국내 조사로는 한국노동연구원에서 실시한 고령화 연구패널 조사에 장기 요양에 대한 일부 문항이 포함되어 있으며, MEPS는 재가서비스에 초점을 두어 조사를 하였음.

나. 설문항목(변수)을 활용하여 분석한 기존문헌 검토

□ 건강보험자료(급여자료)

- 급여자료에 기반하므로 비급여 항목은 분석에서 제외됨.
- 질병과 환자 특성별 분류로 의료이용과 관련하여 세부적인 치료내용을 알기 어려움.
- 의료이용 결정과 지연 여부 및 지연 사유, 만족도 등 이용 전후에서 나타나는 과정에서 대해서는 분석이 불가능함.
- 환자, 의료기관에 대한 정보가 부족하여 관련 요인을 연계하기 힘들.

□ 국민건강영양조사

- 이용 여부 외에 세부 의료이용을 분석하기 어려우며 건강보험 자료와 반대로 본인부담 비용은 파악할 수 있으나 건강보험공단에서 급여한 진료비는 파악할 수 없음.
- 외래의료이용의 경우 최근 2주로 한정되어 있으며, 의료비 지출 자료는 영수증에 근거한 것이 아니라 회고에 근거함으로써 정확한 비용을 산출하기 어려움.

□ 한국노동패널

- 기억에 의존하여 조사하며 입원, 외래, 의약품 등 항목별 조사가 이루어지지 않아 의료이용 및 의료비 내역을 자세히 파악하기 어려움.

- 농어촌 가구가 제외되어 연구결과를 우리나라 전체에 일반화하기에 한계가 있음(허순임 외, 2007).

□ 통계청 가계 조사

- 건강수준에 대한 정보가 없으며 구체적인 의료비 지출 내역과 치료 내용을 알 수 없음.
- 현재 보건의료서비스 조사 항목은 입원, 외래, 한방, 치과, 산후조리원으로 구분되어 있으나 의료기관 종별로 구분되어 있지 않고 급여와 비급여의 별도 구분이 없어 자세한 분석에 한계를 지님.

□ 기타: 환자 및 간병인, 지역단위 설문조사

- 조사단위가 일부 병원 또는 일부 지역에 한정되고 있으며 체계적 표본 추출을 통해 조사가 이루어지지 않아, 연구 결과를 해석하는데 주의가 필요함.

다. 설문 항목 선정의 기본 방향과 주요 항목

□ 의료이용(Utilization)

- 우선, 의료이용 여부, 방문횟수, 입원기간, 진단명과 방문이유 등과 더불어 의료기관에 대한 정보, 각 서비스 이용 결정자, 의료이용 경로 등에 대해 설문함으로써 기존 조사보다 포괄적인 내용을 담고 있음.
- 입원, 외래방문에 대한 이유를 조사함으로써 환자가 가지고 있는 의료에 대한 필요와 치료내용을 연계하여 파악할 수 있다는 장점이 있음.

□ 의료비(Health expenditures)

- 의료비의 경우 급여서비스에 대한 보험자 급여비와 환자본인부담(즉, 법정본인부담) 및 비급여 항목에 대한 본인부담비용을 분리함.
- 특히 비급여서비스 비용 항목을 구체화 하였는데 예를 들어, 검사비용과

선택진료비를 별도로 조사하였으며 입원의 경우 상급병실 이용료 및 유급 간병인 비용, 비급여 식사비 등을 조사하여 추후 급여확대를 위한 기초 자료를 제공하고 환자들의 의료비 지출 실태를 더 잘 파악할 수 있게 함.

□ 의료이용에 대한 만족도

- 이용 경험 각각에 대한 만족도를 파악하는 것은 실제 경험 후의 인식이므로 만족도를 정확하게 측정할 수 있고, 각 진료 영역별로 파악이 가능하다는 장점이 있음.

라. 의료이용 분석 모형에 대한 소개

□ 분석모형 개요

- Grossman 모형
- 의료유인수요(supplier induced model) 모형
- 의사결정모형
 - 의료공급자모형
 - 공유모형
 - 사전인지모형

마. 의료이용 분석 방법

□ 샘플자료(Count data) 분석

- 샘플 자료의 일반적 특징은 1) 영(zero)을 포함하는 양의 정수(non-negative integer) 2) 과도한 양의 영(excess zeros) 3) 오른쪽으로 길게 늘어진 분포(skewed left hand distribution) 등임.
- 일반최소자승 회귀분석(Deb et al., 2002; Wolinsky et al., 1989), 로짓회귀분석(Manski et al., 1998), 순서로짓회귀분석(Tennstedt et al., 1994), 토빗

모형(Leclerc et al., 1994) 등 연구 목적에 따라 다양하게 이용됨.

□ 이단계모형(two part model) 과 결합모형(huddle model)

- 이단계모형(two part model)은 주인-대리인 관계(principal-agency relationship)에 이론적 근거를 두고, 정보의 비대칭성으로 발생할 수 있는 의사의 대리인으로서의 역할을 강조하고 의료이용 시 이단계의 의사 결정 구조를 갖고 있다고 봄(Manning et al., 1987b).
- 결합모델(huddle model)은 과중한 영(0)과 긴꼬리를 가지는 분포에 효과적이며, 질병의 한 에피소드에서 반복적인 의료이용에 국한되어 적용되어야 하며 연중자료를 이용하는 경우 특별한 주의가 필요함.

□ 유한혼합모형

- 유한혼합모형은 표본의 이질성(heterogeneity) 문제를 극복하려는 점에서 이단계모형과 같지만 근본적으로 일단계모형(one-step model)으로, 표본 모집단의 관찰되지 않은 잠재적인(unobserved latent) 특성을 포착하여 반영함.

□ 치과의 의료이용 분석

- 일반의료에서 보이는 의료이용과는 달리 의료 이용량도 상대적으로 적고 훨씬 예측가능함.
- 치과 의료서비스 이용에 영향을 미치는 요소
 - 치과 의료서비스 수요의 측정과 이용
 - 의료가격 측정
 - 시간가격(time price) 측정
 - 유인수요
 - 치과의료보험
 - 건강 및 사회경제적 위치 변수

바. 기대효과 및 활용방안

- ☐ 의료비 지출과 의료이용양상과 규모에 대한 추적 조사
- ☐ 의료비 지출, 건강수준, 의료이용양상과 규모에 미치는 요인에 대한 연구
- ☐ 총 의료비의 결정요인 연구
 - 재원조달을 주요 요인으로 둔 연구
 - 보장성 수준에 따른 총 의료비
 - 보장성 수준과 민간의료보험
 - 민간의료보험과 총 의료비
 - 민간의료보험과 의료비/의료이용
 - 소비자 요인을 중심에 둔 연구
 - 거시적 효율성 연구
 - 의료비 지출과 건강수준 향상
 - 각 병원규모별 performance가 건강수준향상에 미치는 효율성
 - 시장 내 경쟁수준별(지역기반) 거시효율성 비교
 - 주치의 유무(혹은 주 치료병원 유무)에 따른 건강수준향상에 드는 단위비용: 주치료기관의 존재가 단위치료비용의 효율성을 높이는가?
 - 보건의료비 지출에 대한 가계 부담
- ☐ 형평성 연구
 - 의료이용의 형평성이 건강수준의 형평성에 미치는 영향
 - 동일 사회경제적 지위조건에서 다른 subsidy별 건강수준향상
 - 주관적 접근성에 대한 인식이 향후 수년 후의 건강수준에 미치는 영향
- ☐ 정책적 관심별 해당 연구
 - 보건의료체계의 거시적 효율성, 형평성, 총 의료비억제, 보건의료시장의 동향, 건강수준향상이 생산성 향상에 미치는 양상의 실제, 의료비로 인한 파산이나 사회적 지위하락의 양상, 인구집단의 노령화와 보건의료비,

정책변화별 보건의료서비스 시장에 일으킨 변화, 정책변화별 입원서비스 이용양상의 변화, 출산관련 정책 변화에 따른 출산관련 서비스 이용양상 변화, 응급의료서비스에 대한 정책의 변화와 응급의료이용양상의 변동 등

3. 의약품 이용

가. 선행연구

□ 의약품 사용 및 비용에 대한 선행연구 개요

- 우리나라에서는 의약품 사용 및 비용조사를 주 목적으로 하는 전국적인 조사는 없었으며 미국의 의료비 패널조사(MEPS)가 가장 유사한 형태라고 할 수 있을 것임.
- 의료 이용 및 비용조사를 주목적으로 하지는 않지만, 의약품·의료기기 이용 및 비용에 대한 항목을 포함하는 국민건강영양조사, 도시기계조사, 고령화연구패널이 있음.

□ 의약품 사용 및 비용에 대한 국내외 선행연구 조사항목

- 도시기계조사는 처방의약품, 비처방의약품, 한약, 의약품, 의료기기, 건강보조식품에 대한 자료를 수집하고 있으며, 국민건강영양조사는 의약품·의료기기 비용자료뿐만 아니라, 구매시 지원받는 보험종류, 복약순응도, 약국이용횟수 및 이용목적에 대하여 조사함.
- 미국에서 실시하는 MEPS는 처방의약품, 비처방의약품, 의료기기에 대해 비용과 함께 이름, 용법·용량 등 세부내역을 조사함.

나. 설문 항목 선정의 기본 방향 및 주요 항목

□ 다음과 같은 기준으로 조사항목을 선정하였음.

- 첫째, 의약품과 관련된 보건의료비용을 충실히 산출하고 누락되는 비용

이 없도록 포괄적으로 해당항목을 선정하였음.

- 둘째, 건강보험 청구자료에서 수집할 수 없는 비급여항목에 대한 비용을 산출할 수 있도록 하였음.
- 셋째, FTA 등 급변하는 보건의료환경의 현황을 파악하고 이에 대한 정책개발을 지원할 수 있는 조사내용을 포함하였음.

다. 설문항목 관련 이론 고찰

□ 의약품 비용 산출방법

- 약제비 및 본인부담금 파악의 의의
 - 약제비 관리 강화는 보험급여 의약품을 대상으로 하고 있기 때문에, 비급여 약제비로의 이전 가능성이 있으며, 최근 들어 법정본인부담률이 상향조정되면서 환자의 본인부담금은 크게 증가될 것으로 전망됨.
 - 따라서 전체 의약품 등 관련 지출규모 및 환자의 본인부담 규모를 파악하고 이를 적정화하기 위한 방안마련은 매우 유의미함.

□ 의약품 접근성

- 최근, 새로운 의약품의 가격이 상승하고 경제적 양극화가 심해지면서 저소득층의 의약품 접근성이 낮아질 가능성이 높아지고 있으며 의약품 접근에 대한 불평등은 건강 불평등으로 이어질 수 있으므로 지속적으로 관심을 가져야 할 부분임.

□ 의약품 복약순응도

- 질병의 치료과정에서 처방 조제된 의약품을 정확하게 복용하지 않는 경우, 건강 및 비용의 측면에서 심각한 문제를 야기할 수 있으며, 이는 최근 노인인구 증가 및 새로운 의약품의 개발로 더욱 중요한 사안으로 인식되고 있음.

□ 의약품 사용에 영향을 미치는 요인

- Hemminki의 모델: 의사의 처방에 영향을 미치는 거시적 수준의 요인은 인구 집단의 전통과 교육, 의학 교육과 전문가의 사고, 국가내 부의 수준과 분배, 이데올로기, 권력, 제약기업의 권력과 힘 등

□ 의약품 선택에 영향을 미치는 요인 - 환자가 미치는 영향

- 의사의 의약품 처방에 영향을 미치는 요인은 사회구조적 요인 및 제도적 요인 등의 거시적 요인을 비롯하여 의사의 연령, 성별과 같은 인구학적 요인, 업무환경 요인, 교육 및 수련 관련 요인 등의 의사관련 요인이 있고 다음으로 의약품에 관한 정보원, 그리고 그 외에 처방 대상이라 할 수 있는 환자의 인구학적, 사회경제적, 심리적 특성도 의약품 처방에 영향을 미침.

다. 설문항목에 관한 research questions

□ 비용

- 개인당/가구당 의약품 사용에 지출한 비용, OTC 구매액, 비급여 처방약 구매액, 의료기기, 한약, 의약품, 건강기능식품의 구매액, 만성질환으로 인한 지속적 의약품 구매액

□ 적절성

- 의약품의 복약순응도, 의약품 복용 불순응 현황 및 그 이유

□ 접근성

- 의약품 구매 비용에 대한 주관적 부담 정도
- 의료기관을 방문하지 않고 약국에서 의약품을 구매한 이유
- 저렴한 의약품으로의 대체조제 경험과 그에 대한 만족도

□ 사용실태/행태

- 지속적 의약품 복용 현황
- 의약품 처방시 특정약 처방요구 또는 처방하지 않을 것을 요구한 경험
- 처방조제를 위해 방문한 약국의 선택 이유
- 일반의약품 구매 행태 (매약시 원인이 되는 건강 문제·질병/약품 선택 주체/선택 이유/의약품 정보취득원 등)

□ Outcome

- 의약품 부작용 경험 정도, 부작용에 의한 의료이용 및 비용 발생 현황

□ 관련 요인

- 의약품 사용에 관련된 개인과 지역의 사회경제적 요인
- 만성질환자의 의약품 사용 및 미사용에 관련된 요인
- 의약품 처방 요구 및 자가투약 등 의약품 선택에 영향을 미치는 요인

□ 패널 데이터를 이용한 연구 과제

- 시간 경과에 따라 의약품 사용행태의 변화
- 현재의 약사용 행태가 미래의 약사용 행태/건강수준에 미치는 영향
- 소비자의 사회경제적 변수/건강행태의 변화가 약사용에 미치는 영향
- 의료기술 발달에 따라 의약품이 다른 의료서비스를 대체하는 효과

라. 세부 설문항목 및 선정이유

- 처방의약품 조제, 비처방의약품 구매, 한약 구매, 의약외품 및 의료기기 구매, 건강기능식품 구매, 대체조제, 소비자의 의약품 처방 요구, 장기복용 의약품 사용, 일반의약품 구매행태, 부작용 경험을 중심으로 설문항목을 구성함.

마. 의약품 부문의 특징

- 기존의 의약품 사용 및 비용 관련 조사와 차별화되는 의료패널조사의 특징은 longitudinal data 구축으로 원인과 결과의 선행관계 확인이 가능.
 - 의약품 정책 변화시 이로 인한 영향을 비교적 정확히 알 수 있다는 장점이 있음.

바. 정책적 함의

- 비급여의약품비용 추정
 - 우리나라 건강보험의 의약품 급여방식이 'negative list'에서 'positive list'로 전환됨에 따라 환자의 비급여의약품 구매비용이 증가될 가능성이 있으며 이는 전체적인 의약품비용의 상승과 의약품의 접근성 저하로 이어질 수 있어, 비급여의약품 비용을 산출하고 이로 인한 영향을 분석하는 것은 매우 시기적절하다고 할 수 있음.
- 포괄적인 의약품비용 산출
 - 본 패널조사에서는 건강보험에서 급여되는 의약품, 급여되지 않는 의약품, 환자가 구매하는 일반의약품, 한약의 조제 및 구매비용이 모두 수집되므로 포괄적인 의약품비용을 산출할 수 있을 것으로 기대됨.
- 의약품비용에 영향을 주는 요인 조사
 - 의약품비용에 대해 정책적으로 개입하기 위해서는 의약품비용에 영향을 주는 요인을 파악해야 하며 효율적인 정책집행을 위해서는 정책변화의 결과를 평가해야 함.
 - 의약품 비용과 관련된 요인을 폭넓게 수집하고 환자별 데이터가 장기적으로 구축되므로 의약품비용에 영향을 주는 요인을 심층적으로 분석하는데 활용이 가능할 것으로 보임.

사. 기대효과 및 활용방안

☐ 의약품정책 수립의 기초자료 제공

- 의약품 사용 및 비용에 대한 자료로서 의약품 정책 수립에 필요한 의약품 사용 현황, 의약품 비용에 영향을 주는 요인 등에 대한 기초 자료로 활용이 가능.

☐ 관련 연구의 활성화

- 의료비패널의 데이터는 환자별로 의약품 사용 자료가 구축될 뿐만 아니라 환자의 인구학적 특성, 사회경제적 위치 등 관련 변수들이 폭넓게 수집되므로 정책연구, 의약품 경제성연구 등에 폭넓게 사용될 수 있을 것으로 보임.

4. 민간의료보험

가. 민간의료보험에 대한 개괄

☐ 국내 민간의료보험의 주요 특징을 다시 요약하면 다음과 같음.

- 첫째, 대부분의 민간의료보험이 중증질환을 대상으로 의료이용량과 의료비에 상관없이 약정된 정액보험금을 보험가입자에게 직접 지급함.
- 둘째, 보험가입자에게 지급된 민간의료보험금은 보험가입자가 의료비에 사용하거나 의료 이외의 용도로도 사용할 수 있음.
- 셋째, 국내 민간의료보험은 보험자와 공급자가 수가 및 진료비 심사 등을 위한 네트워크를 맺고 있지 않음.
- 마지막으로 국내 민간의료보험은 생명보험의 성격도 포함하고 있어 대부분의 민간의료보험이 가입자의 사망에 따른 보험금을 지급하고 있음.

☐ 일반적으로 민간의료보험은 도덕적 해이(moral hazard)의 문제뿐만 아니라

역선택(adverse selection)의 문제를 야기함.

- 민간의료보험 가입 요인
 - 공공병원에서 이루어지는 NHS(National Health Service)형 국가인 영국, 아일랜드, 호주 등의 경우 민간보험가입의 가장 큰 요인은 민간병원에 대한 접근성 제고임.
 - 보충형 민간의료보험체계에서는 역선택에 대해 일관적 증거를 찾기 힘들지만, 공보험과 민간의료보험이 서로 경쟁하는 경쟁형 민간의료보험에서는 역선택의 증거가 일관되게 보고되고 있음.
- 민간의료보험이 의료이용에 미친 영향
 - 민간의료보험으로 인해 의료이용량이 증가하고 있으나, 증가한 의료이용량이 도덕적 해이에 의한 것인지, 역선택에 의한 것인지에 대해 일치된 연구결과가 없음.

나. 설문항목 및 선정 사유

- ☐ 설문문항 선정의 기본 방향
 - 국내 민간의료보험의 규모를 보험료를 기준으로 파악
 - 의료이용에 대한 재원조달의 수단으로서 민간의료보험의 역할
 - 민간의료보험의 가입 및 탈퇴 동기
 - 가입거절 및 보험금 지급거절 실태
 - 민간의료보험으로 인한 의료이용량 변화
- ☐ 민간의료보험료 규모 추계
 - 민간의료보험의 가입여부와 보험종류 및 보험료를 조사
- ☐ 수령 민간의료보험금 규모(외래, 입원, 기타 등)
 - 개인이 가입한 보험 상품별로 외래보험금, 입원보험금, 그 외 기타보험금으로 나누어 조사

□ 가입 및 해지 사유

- 국내 민간의료보험의 가입동기에 역선택이 있는지 파악
- 해약의사 여부를 조사할 것이며, 해약의사가 있는 응답자 중 구체적인 해약사유를 조사

□ 가입거부 및 보험금 지급거절

- 가입거부 경험 및 사유를 조사함으로써 민간의료보험의 cream skimming에 대한 연구를 위한 중요한 자료원이 될 것임.

□ 민간의료보험과 의료이용 증가

- 민간의료보험 가입으로 인해 증가한 의료이용 규모를 계량적으로 파악할 수 있음.
- 공보험과 민간의료보험의 관계에 대한 실증적 연구의 자료원이 될 것임.

다. 정책적 함의 및 기대효과

□ 공보험과 민간보험의 관계(공보험 급여율과 민간의료보험 가입율의 관계 등)에 대한 실증적인 연구가 활발해 질것으로 전망됨.

□ 의료서비스별, 질병별 의료재원의 흐름을 추계할 수 있어, 정부의 주요 보건 정책목표인 의료자원의 효율적인 배분에 기여할 것임.

□ 민간의료보험으로 인한 도덕적 해이의 정도와 역선택의 존재여부를 파악하는 것은 보험시장의 효율성을 위해서 무엇보다도 필요한 연구이며, 본 조사는 이러한 연구에 기초적인 통계 자료원이 될 것임.

5. 건강상태, 건강의식 및 행태

가. 건강상태, 건강의식 및 행태 관련 선행연구

- 건강상태 문항은 크게 일반적 건강수준에 해당하는 항목들과 활동제한(혹은 기능제한 및 장애)에 해당하는 항목들로 구성할 수 있음.
 - 일반적 건강수준에는 EQ-5D와 EQ-VAS, 주관적 건강수준의 내용 포함.
 - 활동제한에는 활동제한 일수, 신체적 기능의 제한, 정신적 기능의 제한, 사회적 기능의 제한, 그리고 활동제한 혹은 장애의 개념으로서 일상활동 제한과 수단적 일상활동제한 및 그 이유 등이 포함
 - 건강의식 및 행태(흡연, 음주, 신체활동, 정신건강, 영양)와 관련해서는 국민건강영양조사에서 가장 많은 문항을 포함하고 있음.

나. 건강상태 및 행태 관련 설문항목 및 선정이유

- 설문 항목 선정의 기본 방향 및 주요 항목
 - 의료패널조사의 주요 산출 지표가 의료이용 및 의료비이므로 이 조사에서 건강상태, 건강의식 및 행태조사는 필요한 최소한의 설문으로 구성하는 것이 바람직하다고 사료됨.
 - 주관적 건강상태, EQ-5D로 측정하는 건강관련 삶의 질이 전반적인 건강상태를 파악하기 위한 도구로 포함됨.
 - 활동제한에는 침상와병일수, 결근결석일수, 시력 제한, 청력 제한, 씹기 제한, 기억 제한, 결정 제한, 사회활동 제한 등에 관한 문항이 포함
 - 건강의식 및 행태조사에는 흡연, 음주, 신체활동, 영양, 정신건강, 비만이 포함될 수 있음.
- 설문항목 관련 학문적, 정책적 수요와 이론적 배경
 - 건강상태가 의료이용 및 의료비를 결정하는 것을 설명하는 대표적인 이

론으로 의료이용에 관한 Anderson 모형을 들 수 있음.

- 건강상태의 결정요인으로서의 의료이용을 설명하는 이론으로는 건강의 수요이론(Grossman and Joyce, 1972)을 들 수 있음.
- 건강상태의 결정요인으로서의 의료이용은 건강상태가 의료이용의 효과성을 판단할 수 있는 도구로 사용될 수 있음.
- 건강결정요인 모형은 사회경제적 환경까지 포함한 넓은 의미의 건강증진의 방법을 제시

□ 설문항목에 관한 research questions

- 건강수준과 의료비
- 건강증진행위와 의료비
- 질병관리와 의료비

□ 설문항목 full list 및 선정이유

- 질병과 관련해서 단순한 질병의 유무뿐만 아니라 진단 시기, 각 질병으로 인한 활동제한, 각 질병의 관리지표 및 관리를 위한 의사의 건강행태 권고를 조사할 필요가 있음.
- 기능 상태를 측정함에 있어서는 WHO의 건강의 정의에 따라 신체, 정신, 사회 기능 상태를 포괄할 수 있어야 함.
- 장애와 관련된 문항은 일상생활과 수단적 일상생활 각각의 활동에 대하여 심각한 정도, 주된 원인, 발생시기를 조사할 필요가 있음.
- 건강의식 및 행태의 full list에는 건강증진 문헌에서 건강결정요인으로 근거가 있는 건강실천행위 가운데 흡연, 음주, 신체활동, 영양, 수면, 비만, 건강검진이 포함되었음.

다. 의료패널 설문항목에 따른 정책적 함의

- 의료서비스의 이용을 결정하는 욕구 요인으로서 필요하며 동시에 의료이용

을 포함한 건강생산함수에 포함되는 요소들로부터 원하는 건강수준을 달성했는지를 측정하기 위해 필요함.

- 정책적으로 필요한 곳에 의료서비스가 공급되고 있는지 자원의 효율적인 배분을 가늠할 수 있는 틀이라고 할 수 있음.
- 건강의식 및 행태를 바람직한 방향으로 실천하는 것이 건강상태의 향상을 가져오고 이어서 의료비 지출의 감소로 이어진다는 것이 밝혀진다면 건강의식 및 행태를 위한 사업이나 정책을 제공하는 중요한 근거가 될 것임.

라. 의료패널 설문항목에 대한 기대효과 및 활용방안

- 인구집단의 건강상태의 측정은 그 자체로서 보건의료체계의 성과를 보여주는 지표로 사용될 수 있음.
 - 의료서비스 이용에 대한 욕구 요인으로서 의료서비스 이용을 결정하는 요인이라는 점에서 의료자원이 필요한 곳에 적절하게 사용되고 있는지를 분석하는데 사용할 수 있음.

V. 한국의료패널의 부가 설문내용

1. 사회연결망

가. 사회 연결망 변수 관련 선행연구

- 설문항목(변수)과 기존조사에 사용된 변수 비교
 - 스트레스와 건강에 영향을 미치는 요인은 크게 보아 사회 연결망과 사회적 지지가 있지만 일반적으로는 사회 연결망이 사회적 지지에 영향을 미치는 것으로 인지되어야 함.

□ 설문항목(변수)을 활용하여 분석한 기존문헌 검토

- 사회 연결망 분석이 이전의 사회적 지지 분석과 가장 크게 다른 점은, 응답자뿐만 아니라 응답자를 둘러싼 사회 연결망의 구조에 관심을 둔다는 점임.
- 가장 간단하면서도 일관성 있게 건강과 연관이 있는 것으로 밝혀진 연결망 구조는 크기이며 그 다음으로 밀도(density)임.
- 규모와 밀도 이외에 건강과 관련이 깊다고 알려진 다른 두 가지는 빈도(frequency)와 동질성(homogeneity)임.

나. 의료비패널 설문항목 및 선정이유

□ 설문 항목 선정의 기본 방향 및 주요 항목

- 기존의 사회적 지지연구와는 차별되면서 동시에 거시와 미시 사이의 중간 기제를 밝혀줄 수 있는 사회 연결망에 초점을 맞추고자 하였음.
- 응답자가 건강의 문제가 있었을 때 도움을 주었던 연결망의 크기, 밀도, 접촉 빈도, 동질성을 측정하는데 초점을 둠.
- 정보, 일상생활, 감정, 재정의 unmet needs와 연결되어 어떠한 특성을 지닌 연결망이 각각의 unmet needs를 줄여주는 가를 분석하게 됨.

□ 설문항목 관련 학문적, 정책적 수요와 이론적 배경

- 건강 또는 질병과 관련하여 사회 관계망의 분포를 조사
- 사회 관계망이 사회 자본의 형태로 질병 발생에 미치는 영향
- 질병 발생시 건강 회복과 의료비 지출에 대한 영향을 조사
- 패널 자료의 특성을 살려 사회 자본과 질병 발생 그리고 의료비 지출사이의 역동적인 관계를 자세하게 살핌.

□ 설문항목에 관한 research questions

- 충족되지 않은 의료적인 수요(unmet needs)를 측정

- 충족되지 않은 의료 수요의 성별/계층별/지역별 분포
- 사회 연결망으로 측정된 사회 자본의 성별/계층별/지역별 분포
- 사회 연결망의 차이로 인한 성별/계층별/지역별 질병 발생률의 차이
- 사회 연결망의 차이로 인한 성별/계층별/지역별 의료비 차이
- 질병 발생률과 의료비 차이에 의한 결과적인 건강 불평등
- 질병 발생에 의한 사회 연결망의 차이(패널 자료)
- 질병과 관련된 *unmet needs*의 성별/계층별/지역별 차이와 이러한 차이들에 대한 사회 연결망의 설명 정도와 기제를 분석

□ 설문항목 full list 및 선정이유

- 우선 사회 연결망 중에서도 건강상의 이유로 도움을 받은 도움 연결망이라는 것을 명확하게 밝힘.
- 미충족 수요(*unmet needs*)를 측정
- 실제 사회 연결망을 측정하는 항목들로서 도움을 준 연결망들을 밝혀내고 응답자와의 관계, 나이, 학력, 성별, 직업, 가구 소득을 측정
- 사회 연결망의 밀도를 측정

□ 기존 조사와의 차별성

- 기존 연구에서 많이 측정하였던 연결망의 크기 이외에 밀도, 접촉 빈도, 동질성 등을 포함한 상세한 구조적인 특성을 측정
- 이러한 구조적인 특징은 네 개의 분야(정보, 일상생활, 감정, 재정)의 미충족 수요와 연결되어 미충족 수요를 감소시키는데 효과적인 연결망 분석

다. 의료패널 설문항목에 따른 정책적 함의

- 사회 연결망이 직접적으로 질병 발생에 미치는 영향, 질병이 발생한 경우 진료비 대체의 효과 유무 등에 대한 정보를 제공하며, 이는 건강수준을 향상시키고 건강불평등을 줄이는 정책 형성에 긴요한 자료로 쓰일 수 있음.

라. 의료패널 설문항목에 대한 기대효과 및 활용방안

- ☐ 건강 불평등에 대한 패널 자료가 축적되며 단순히 불평등을 측정할 뿐만 아니라 그 불평등의 기제인 의료비와 사회연결망이 측정가능함.
- ☐ 의료비나 사회연결망이 패널의 형태로 자료가 축적됨으로써, 양방향으로 모두 가능한 인과기제를 밝힘.

마. 사회 연결망 항목의 제한점

- ☐ 사회 연결망, 특히 연결망의 구조에 초점을 둔 이 연구는 연결망의 내용에 대하여서는 상대적으로 자세한 정보를 담고 있지 못한 측면이 있음.

2. 접근성 및 만족도

가. 의료체계에 대한 만족도와 의료이용 접근성 관련 선행연구

- ☐ 설문항목 선정의 기본 방향: 접근성
 - ‘기회의 평등’에 해당하는 접근성의 개념과 ‘적극적 의미에서의 과정적 평등’으로서 의료이용량의 개념을 구분하여 다룸.
- ☐ 설문항목 선정의 기본 방향: 만족도
 - 미시적 차원의 만족도: 의료서비스 이용 만족도
 - 의료이용의 결과지표로서 미시적 차원의 만족도를 측정하기 위하여 H-CAHPS®의 문항 중 우리 의료현실에 적합한 일부 문항을 선정하여 환자자신이나 가족들이 경험한 의료서비스의 질적 수준에 대한 환자들의 만족도를 측정하고자 하였음.
 - 거시적 차원의 만족도: 의료제도에 대한 만족도
 - 국외에서 실시된 의료시스템에 대한 대표적인 만족도 조사는 하버드

보건대학원과 Commonwealth Fund 가 공동으로 미국, 영국, 캐나다, 뉴질랜드와 호주의 국민을 대상으로 실시한 의료시스템 만족도 조사와 EU 국가들을 대상으로 실시하는 Eurobarometer 등이 있음.

나. 주요 설문항목 선정 및 근거

□ 설문문항에 관한 연구문제 및 가설

- 우리나라 의료제도의 비용지출의 효과성을 평가하기 위한 도구로서 의료 서비스에 대한 접근성과 의료서비스나 제도에 대한 전반적인 만족도에 대한 조사항목들임.
- 이러한 설문문항들은 의료비 지출의 결과로서 접근성이나 만족도의 증감 추이를 평가하는 데 이용될 수 있음.

□ 설문문항의 선정

- 접근성을 측정하기 위한 문항 개발을 위하여 MEPS, CTS, NHIS 등의 국내·외 설문 시스템을 참조하였음.
- 만족도의 경우 미시적 차원의 만족도와 거시적 차원의 만족도를 포괄하기 위하여 1) 의료제도 전반에 관한 만족도, 2) 국민건강보험제도에 관한 만족도, 3) 응답자 본인이나 가족이 받은 의료서비스에 대한 만족도의 3 차원으로 구성하였음.
- 건강보험연구원에서 실시한 국민건강보험제도에 관한 만족도 조사, KGSS의 문항, 하버드보건대학원과 Commonwealth Fund가 공동으로 실시한 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey의 문항 등을 참조함.

다. 정책적 함의 및 기존조사와의 차별성

□ 접근성 설문

- 접근성 연구에 대한 관심을 제고하기 위한 정책적 전략 구상에 중요한 의의가 있음.
- 기존의 국민건강영양조사의 접근성 문항에 비하여 미충족과 치료의 지연에 대한 경험을 분리하여 측정하고 각각의 원인을 조사하며, 처방약과 치과진료에 대한 미충족도, 상용치료원의 여부 및 결정요인을 확인하여 의료전달체계에 대한 정책변화의 필요성을 파악하고자 함.

□ 만족도 설문

- 거시적 만족도와 개인이 경험한 의료서비스에 대한 만족도 등의 지표는 의료비지출의 증가나 의료제도 변화에 따른 결과를 국민들이 어떻게 체감하는 지를 측정할 수 있는 유용한 도구로 사용될 수 있을 것임.

라. 기대효과 및 활용방안

- 국민들이 필요한 시기에 원하는 의료서비스를 이용할 수 있도록 접근성이 보장되어 있는 지를 파악하고 접근성을 저해하는 요인들에 대한 정책적 노력을 수립하는 근거로 활용

- 패널조사의 특성을 이용하여 전반적인 또는 집단별 접근성의 현황이 시간의 흐름에 따라, 또는 의료비지출의 증감, 의료제도의 변화에 따라 어떻게 변화하는 지를 파악하여 이러한 정책변화의 효과를 추정

- 향후 의료제도나 의료서비스에 대한 국민의 지지와 순응을 높일 수 있는 방안을 모색하는 데 중요한 자료로서 활용될 것임.

VI. 결론

- 본 연구에서는 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되는 연계고리를 분석할 수 있는 통계자료의 생산방안을 고려해 보았음.
 - 특히, 가구들의 본인부담에 관한 종단적 패널 데이터를 체계적으로 구축할 수 있는 방안과
 - 의약품 지출, 민간의료보험지출 등에 대한 정보를 포함함으로써,
 - 올바른 정책수립을 위해 패널데이터의 활용가치를 높일 수 있는 자료생산 방안을 모색하였음.

- 의료이용 및 의료비에 관한 자료를 생산함으로써 다음과 같은 정책적 기대효과를 가질 수 있을 것으로 예상됨.
 - 첫째, 빈곤이나 상대적 불평등을 약화시켜 건강 형평성을 높이고 사회적 비용을 줄이는 방안을 모색할 수 있는 방안 즉, 예방적 차원의 사회정책이 의료정책과 맞물려 과학적이고 효과적인 보건정책을 수립하기 위한 기초 자료를 제공해 줄 수 있을 것임.
 - 둘째, 입원서비스, 외래서비스, 장기요양서비스 등에 관한 변화 양상, 대상그룹별 또는 질환별 의료 의료이용양상이나 의료비 지출양상, 의료비의 재원조달의 변화와 재원조달의 특성에 따른 의료이용과 의료비 양상을 살펴볼 수 있는 자료 생산이 가능해짐.
 - 셋째, 의약품 사용 및 비용에 대한 자료로서 의약품 정책 수립에 필요한 비급여의약품 비용, 추정 의약품 사용 현황, 의약품 비용에 영향을 주는 요인 등과 의약품의 급여범위 변동, 의약품 가격변화 등과 같은 동태적인 데이터를 통해서 관련 정책변화로 인한 영향을 평가하는 데 사용가능함.
 - 넷째, 민간의료보험의 가입과 보험료 등에 대한 통계를 구축함으로써 공보험과 민간보험의 관계, 의료서비스별·질병별 의료재원의 흐름, 민간 의료보험으로 인한 도덕적 해이의 정도와 역선택 여부, 민간보험가입 증가로 인한 공보험의 재정건전성 등에 관한 기초통계를 생산하여 의료자

원의 효율적인 배분에 기여할 것임.

- 다섯째, 인구집단의 건강상태를 측정함으로써 보건의료체계의 성과를 보여주는 지표생산 뿐 아니라, 정부가 건강의식 및 행태를 위한 사업이나 정책을 설정함에 있어서 개입 전략이 보다 구체화될 수 있을 것임.
- 여섯째, 의료서비스의 접근성 및 만족도와 관련한 설문항목을 활용하여 접근성 및 의료서비스의 만족도를 기할 수 있는 정책수립의 근거로 활용될 수 있음.
- 마지막으로, 정책현안에 관한 부가설문지를 개발하여 데이터를 생산함으로써, 정책적 수요에 적극적으로 대처할 수 있는 기초통계생산이 가능해질 것임.
 - 의료제도의 변화에 따라 의료서비스 이용자들의 행태의 변화, 의료비 지출의 증감 등의 변화를 파악하여 정책변수의 변화에 대한 효과를 추정할 수 있도록 함.
 - 정책변화의 효과성을 정책의 수혜자인 국민의 관점에서 평가할 수 있도록 해주고 향후 의료제도나 의료서비스에 대한 국민의 지지와 순응을 높일 수 있는 방안을 모색하는 데 중요한 자료로서 활용될 수 있을 것임.

I. 서론

1. 연구 필요성 및 목적

최근 우리나라 보건의료정책에 있어서 핵심적 사안은 의료비의 증가에 따라 가계 및 국가재정에 미치는 영향이 커지는 한편, 이에 상응하는 보건의료부문의 효율성(efficiency), 효과성(effectiveness), 형평성(equity)의 제고라는 정책목표 달성 여부에 있다고 할 수 있다. 특히, 만성질환의 증가, 소득수준의 향상, 의료의 보장성 강화, 다양한 진료행위 및 의료기술 발전, 고령화, 민간보험의 활성화 등으로 보건의료부문은 급속하게 변화하고 있으며 의료비 증가는 더욱 가속화될 전망이다.¹⁾

이에 보건재정에 대한 부담을 적정화하고 보건의료부문의 효율성, 효과성, 형평성이라는 정책목표를 제고할 수 있는 근거에 기반한 과학적인 자원배분의 정책적 판단이 더욱 필요한 시점이라 할 수 있다.

이를 위해서는 우선 의료이용과 의료비 지출에 대한 정확한 자료 확보가 전제되어야 한다. 그러나 우리나라 보건의료 통계생산에 있어서는 보건의료이용 실태와 의료비 지출수준에 대한 과학적인 데이터 생산이 미흡한 실정이다. 특히, 본인부담에 관한 기초 자료가 매우 미흡한 실정으로 의료의 보장성 및 의료비 적정성 등을 통한 의료재정의 안정화를 도모할 수 있는 분석에 제한이 있다. 그리고 민간의료보험에 대한 실태 자료가 제공되고 있지 않아 민간의료보

1) 우리나라의 일인당 국민의료비는 2000년 약 59만원(GDP대비 4.8%)에서 2004년 90만원(GDP대비 5.6%)으로 증가하였으며(OECD Health Data 2006), 특히 65세이상 노인인구비율은 1996년 5.8%(259만명)에서 2006년 8.6%(407만명)로 2.8%증가한 반면, 건강보험에서 지출하는 노인진료비점유율은 96년 12.9%(6,716억원)에서 2006년 25.9%(5조 5,989억원)로 2배정도 늘어났고, 액수로는 약 8.3배 증가하였음.

험의 지출로 인해 가계에 미치는 부담을 파악하는데 어려움이 따르고 있다. 이외에도 의약품 및 기타 건강관련 지출에 관한 데이터의 필요성도 꾸준히 제기되고 있는 실정이다. 미국에서는 이러한 점을 인식하여 Medical Expenditure Panel Survey(이하 MEPS)라는 데이터베이스를 구축하고 있으며, 이러한 MEPS는 연구자와 전문가들에 의하여 널리 활용되고 있어 보건의료 정책입안을 위한 기초 자료로서 매우 중요한 역할을 하고 있다.

의료이용과 의료비 지출에 대한 정확한 정보와 더불어 보건의료부문 정책목표의 달성도를 제고하기 위해서는 의료이용행태와 건강상태 및 건강행태 등에 관한 복잡하고 다양한 인과관계에 대한 경로를 추적하는 것이 필수적이라 할 수 있다. 왜냐하면, 의료비 지출 규모만을 파악하는데 머무를 경우에는 어떠한 정책적인 개입이 필요한지에 대한 전략을 구사하는데 한계가 따를 것이기 때문이다. 건강에 영향을 미치는 요인들 간에는 다양한 복잡성이 존재하므로, 보건의료비 지출에 국한하여 건강문제(health problem)를 살펴볼 경우에는 단편적인 정책적 과제만을 제공해 줄 수 있을 뿐이다. 거시적이고 장기적인 정책수립을 위해서는 의료이용 및 의료비지출을 결정하는 거시적 요인과 더불어 미시적 요인으로 인한 인과경로를 포괄할 수 있는 데이터가 마련되어야 한다.

이러한 의료이용 및 의료비 지출 결정요인들인 의료이용행태와 건강상태 및 건강행태, 사회경제적 요인 등에 관한 정보는 횡단적 실태가 아니라, 보건의료이용과 비용지출의 수준 및 배분을 추정하고 의료전달시스템 및 보험체계의 동태적 변화에 대한 모니터링을 위한 패널 데이터베이스를 구축할 필요가 있다. 일반적으로 횡단면 자료에서는 특정 시점에서 현상만을 제시해 주고 있지만 종단면 자료에서는 횡단면 자료에서 제시하기 힘든 환경변화에 따른 건강수준과 보건의료서비스 이용, 건강행태 등의 동태적 변화를 정확하게 기록할 수 있다. 예를 들어, 우리나라 국민의 유병상태 변동, 건강에 대한 개인의 의식구조와 건강행태에 따른 건강수준의 변화 등에 따른 의료이용 및 의료비 지출의 동태적 변화는 패널자료의 분석을 통해서만이 가능한 주제들이다. 또한, 건강은 단순한 보건의료이용이나 흡연, 음주 등 몇 가지 건강행태로 결정되는 것이 아니라 다양한 사회적 문제와 주제들이 개입되어 나타나는 종합적인 결과이기 때문에,

건강수준을 결정하는 요인을 파악하기 위해서는 다양한 분야에서의 접근이 필수적이다. 패널자료는 현재와 과거의 인구학적 배경, 교육·문화적 배경, 경제적 배경 등에 대한 정보를 파악하므로 ‘건강’이라는 현상에 대한 다양한 접근을 가능하게 하여 건강과 관련 정책에 대한 이해도를 높일 수 있게 한다. 예를 들어, 건강보험급여의 변화가 개인과 가족의 보건의료서비스 이용행태에 어떠한 영향을 미치는 지에 대한 정보를 제공해 주며, 이로부터 정책의 효과성에 대한 분석을 가능하게 해 주어, 정책의 합리적인 수립과 평가를 원활히 할 수 있도록 기초 자료를 제공해 준다. 이와 같이, 패널자료는 동일한 개인에 대해 주기적이고 장기간의 추적 조사형식으로 이루어지므로 정부의 정책이 현재 어떤 영향을 미치고 있는가를 심층적으로 분석할 수 있는 자료를 제공해 줄 수 있을 것이다.

그러나, 현재 비급여부분과 관련한 신뢰성 있는 통계와 정책적으로 활용가치가 높은 자료에 대한 요구가 증대하고 있음에 불구하고 이러한 수요를 충족시킬 수 있는 기초 자료의 생산이 매우 미흡한 실정이다. 따라서 비급여부분을 중심으로 한 의료비 지출에 관한 정확한 정보와 의료이용과 의료비 지출에 영향을 미치는 요인들에 대한 심도있는 분석이 이루어 질 수 있는 기초 자료의 구축이 절실히 요구된다.

본 보고서는 이러한 필요성에 따라 의료이용 및 의료비에 관한 정보뿐 아니라 의료이용과 의료비에 영향을 미치는 요인들에 대한 고찰과, 이를 토대로 패널데이터 생산이 가능할 수 있도록 조사내용을 구성하는 것을 목적으로 작성되었다. 즉, 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되는 연계고리를 심층적으로 분석할 수 있는 통계자료의 생산방안을 모색하고자 하였다. 본 의료패널데이터를 구축함에 있어서, 의료이용과 의료비지출이라는 결과지표와 관련한 통계생산에 국한하는 것이 아니라 원인을 파악할 수 있는 정보를 구축하여 유효성 및 유용성을 제고할 수 있는 조사의 설계를 도모하였다. 본 연구에서는 또한 의약품 지출, 민간의료보험지출 등에 대한 정보를 포함함으로써 올바른 정책수립을 위해 패널데이터의 활용가치를 높이하고자 하였다.

본 연구에서 제시하고 있는 내용을 토대로 생산된 실증자료는 보건의료부문

의 주요한 이슈들에 대한 심도있는 분석과 함께 보건의료정책(evidence-based health policy)의 수립·시행·피드백이 가능한 패널데이터로서의 역할을 기대할 수 있을 것이다.

2. 연구내용 및 방법

본 보고서는 다음과 같이 구성되어 있다. 우선 서론인 제1장에 이어 제2장에서는 국내외 보건의료관련 데이터 생산이 어떻게 이루어지고 있는지에 관하여 문헌을 고찰하였다. 본 연구의 주제와 유사한 성격을 지니고 있는 외국의 MEPS(Medical Expenditure Panel Survey), Community Tracking Study(CTS), National Hospital Ambulatory Medical Care Survey(NHAMCS), National Ambulatory Medical Care Survey(NAMCS)를 중심으로 하여 조사목적 및 개요, 조사설계 및 샘플, 주요 조사내용, 조사방법 및 관리의 측면에서 각각 비교분석 하였으며, 우리나라의 경우에 국민건강·영양조사, 한국노동패널, 가계조사를 중점으로 조사내용 및 범위, 표본추출, 조사관리 등에 대해 전반적으로 살펴보았다. 특히, 의료이용 및 의료비에 대한 데이터 생산을 위해서 응답자의 기억을 돕기 위한 도구로 가계부를 활용한 기장방식에 대해 고찰하였으며, 가계부에서 적용하고 있는 전체수입·지출에 있어서 의료비에 대한 분류기준을 참고하고자 하였다.

제3장에서는 본 연구의 주요 목적 중에 하나인 설문지를 개발하는데 필요한 설문항목 선정의 기본방향에 대해 논하였다. 건강악화로 인하여 의료이용 및 의료비지출에 영향을 미치는 동태적인 연관관계를 살펴보고, 건강수준에서 의료비지출로 연결되는 주요 항목들을 선정하여 한국의료패널의 개념적 틀을 소개하였다. 한국의료패널의 개념적 틀을 토대로 하여 패널조사에 포함되어야 할 조사주제의 영역을 개괄적으로 살펴보았으며, 매년 동일한 질문을 반복해서 조사를 실시하여 동태적인 의미를 도출해야하는 기본(핵심)조사 영역과 일정 간격을 두고 실시해야 하는 부가조사 영역으로 구분함으로써 응답자의 조사 부담

을 경감할 수 있는 방안을 제시하였다. 또한, 표본추출 모집단을 선정할 때 고려되어야 할 요소들을 정리하고 패널의 대표성을 유지하기 위한 다양한 패널 표본 설계안을 제시하였다. 마지막으로 의료이용 및 의료비 지출이라는 영역은 조사시점에서만 발생하는 것이 아닌 유량(flow)의 개념이므로 이러한 한계점을 극복할 수 있는 방안인 기장방식의 장단점을 제시하였다.

제4장에서는 한국의료패널의 기본조사에 포함되어야 할 주요 조사내용을 설계하였다. 기본조사에 포함되는 영역으로는 사회·경제·인구학적 특성, 의료서비스 이용 및 의료비 지출, 의약품 이용 및 지출, 건강상태·건강행태, 민간의료보험이 있다. 각 영역별로 국내외 선행연구에서 제시한 주요문항들을 비교·제시함으로써, 국내외 연구결과가 비교가능하도록 설문문항을 선정하는 데에 중요한 기준을 삼고자 하였다. 또한, 데이터의 활용도를 높이기 위하여 각 문항들이 어떠한 이론적 토대를 통하여 분석되고 있는 지에 관하여 심도있게 기술하였다. 이러한 배경을 바탕으로 부록²⁾에 제시된 세부설문항목을 선정한 근거에 대해 제시함으로써 건강, 의료이용, 의료비지출 등에 관한 동태적 변화에 영향을 미치는 제 요인에 대해 정교한 이해를 높일 수 있을 것이라 생각된다.

제5장에서는 한국의료패널의 부가조사에 포함될 경우 유용한 정보들에 관한 조사내용을 설계하였다. 다양한 내용들이 부가 조사에 포함될 수 있지만, 본 연구에서는 사회연결망, 의료의 접근성 및 만족도를 중심으로 살펴보았다. 우선 사회연결망과 건강의 연계성에 관한 선행연구 및 연구결과를 제시하고 한국의료패널에 어떠한 문항들이 포함되어 활용될 수 있는지에 관해 고찰하였다. 또한, 의료제도 및 의료비 지출에 관한 효과성 또는 효율성을 측정하기 위한 하나의 지표로서 접근성 및 만족도를 고려하였다. 이들 영역에 대해서 설문문항에 대한 향후 연구가설과 이론적 근거를 제시함으로써 정책적 노력을 수립하는 근거로 활용될 수 있도록 하였다.

마지막인 제 6장은 결론부분으로 본 연구의 주요 결과를 간략히 설명하고 의료패널 설문항목에 대한 기대효과 및 활용방안에 대해 논의하여 향후 보건의료

2) 본 연구의 내용을 토대로 하여 작성된 설문지(안)가 부록에 게재되어 있으니 참고하기 바람.

관련 데이터 생산에 도움이 되고자 하였다. 이러한 횡단적·종단적 데이터는 관련 학계의 연구자들이 유용하게 활용하고 정책적 의사결정을 위한 기초 자료로 널리 사용될 수 있을 것이라 기대된다.

II. 국내외 보건의료관련 중·횡단면 조사 현황

1. 외국의 보건의료관련 중·횡단면 조사 현황

가. 미국의 의료비 패널조사: Medical Expenditure Panel Survey(MEPS)

1) 조사 개요

미국의 MEPS는 가구 및 가구원, 의료공급자, 고용주를 대상으로 하여 의료보험가입, 의료이용, 의료비지출 등에 관한 데이터를 제공하기 위한 조사이다. 이 패널조사는 1977년 National Medical Care Expenditure Survey(NMCES)를 기점으로 하여 1987년 National Medical Expenditure Survey(NMES)를 거쳐, 1996년에 패널의 조사방식을 도입하면서 현재 실시되고 있는 Medical Expenditure Panel Survey(MEPS)의 모습을 갖추게 되었다.

MEPS는 가구영역(household component), 너싱홈영역(nursing home component), 의료공급자영역(medical provider component), 보험영역(insurance component)의 4개 영역으로 구성되어 있으며, 이 중에서 가구영역과 보험자 영역을 중심으로 조사가 진행되고 있다. 가구영역에서는 가구 및 가구원들을 대상으로 조사가 실시되며 의료이용에 관해 의료공급자(병원, 의원, 약국 등)로부터 데이터를 보완하는 형태를 지닌다. 의료공급자영역에서는 가구영역에서 응답한 조사대상자의 의료기관 방문일, 진단코드, 의료비부담수준 등에 관한 정보를 담고 있다. 가구영역에서 언급된 병원, 의원, 약국 등을 대상으로 한 의료공급자 영역은 가구영역과 정보가 통합되어 제공되고 있다. 그리고 보험영역에서는 민간부문의 고용주 또는 공공부문의 고용주가 종업원에게 제공하는 의료보험의 형태, 보험료, 고용주와 종업원의 부담수준, 자격요건, 급여(benefits) 범위 및 수준 등에

관한 정보를 제공한다.

그리고 MEPS는 1996년에 너싱홈(nursing home)에 관한 조사를 수행하여, 너싱홈에서 제공되는 시설 및 서비스 특성, 너싱홈 거주자의 개인별 비용 및 재원, 그리고 활동제한, 인지제한, 연령, 소득, 보험수혜범위 등과 같은 거주자 특성에 대한 정보를 담고 있다. 또한 너싱홈에 입주하기 이전에 어떤 의료서비스를 제공받았는지에 대한 데이터도 포함하고 있는데, 보안을 이유로 AHRQ내의 데이터센터에서만 이러한 너싱홈 관련 데이터를 제공하고 있다. 한편, National Center for Health Statistics(NCHS)는 1973-74, 1977, 1985, 1995, 1997, 1999년에 실시한 너싱홈 관련 조사인 NCHS National Nursing Home Survey(NNHS)에 대한 정보를 제공하고 있다.

2) MEPS 패널 설계 및 표본

MEPS-HC(Medical Expenditure Panel Survey-Household Component)는 National Center for Health Statistics에서 실시한 National Health Interview Survey(NHIS)로부터 샘플링하는 방식을 취하고 있다. NHIS는 미국 시민을 대표할 수 있는 샘플로, NHIS 샘플틀(sample frame)로부터 흑인 및 히스패닉에 대해 과대표집(over-sampling)한 응답자 개인단위 및 가구단위를 대상으로 하게 된다.

MEPS는 다단계 층화 집락 확률추출 (stratified, multistage probability cluster sampling) 방식을 통해 추출하므로, 조사구 표집, 가구 표집 등의 조사 설계에 있어서 많은 비용을 절약할 수 있다. NHIS 데이터와의 연계를 통해서 종단연구 능력이 향상되고, 동일 표본틀을 사용한 다른 패널들을 연동하여 다양한 분석을 시도할 수 있다.

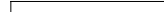
[그림 II-1] MEPS의 표본설계

National Health Interview Survey
358개의 기초표집단위 (Primary Sampling Units) ³⁾
42,000의 응답가구 (Responding Household)
↓
Medical Expenditure Panel Survey
195개의 기초표집단위 (Primary Sampling Units)
10,597의 응답가구 (Responding Household)

MEPS는 중첩형 패널(overlapping panel)로 설계하고 있으며 가구당 2년 동안에 5회에 걸쳐 조사가 진행되는데, 5회에 걸친 각각의 인터뷰조사를 “라운드(round)”라 부른다. 모든 응답자들이 동일한 시점에서 동시에 조사가 진행되는 것이 아니라 라운드의 길이가 3개월부터 6개월에 이르기까지 다양하게 조사한다. 다음의 [그림 II-2]에서와 같이 라운드 1과 2, 그리고 라운드 3의 일부가 각 패널의 첫째년도에 실시되었으며 라운드 3의 일부, 라운드 4와 5는 둘째년도에 실시되었다. 그림의 두 번째 컬럼(2000년)에서 제시하고 있는 바와 같이, Panel 4의 둘째 연도는 Panel 5의 첫째 연도와 합쳐서 2000년도에 24,375의 샘플 수를 유지하였다. Panel 4의 둘째 연도와 Panel 5의 첫째 연도를 합쳐서 샘플이 구성되어 시간이 지남에 따라 발생하는 샘플수의 하락을 만회할 수 있다.

3) 기초표집단위 (Primary Sampling Unit): 카운티(counties)나 카운티의 일부(parts), 독립도시들(Independent Cities)로 구성됨.

[그림 II-2] MEPS의 패널 설계

		1999				2000				2001			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Panel 4	Round 1												
	Round 2												
	Round 3												
	Round 4												
	Round 5												
Panel 5	Round 1												
	Round 2												
	Round 3												
	Round 4												
	Round 5												
Panel 6	Round 1												
	Round 2												
	Round 3												
	Round 4												
	Round 5												
샘플 수		N=23,565				N=24,375				N=32,000			

자료: AHRQ, <http://www.meps.ahrq.gov/>

1996년 MEPS의 응답율은 약 70.2%로, 1996년 동안의 MEPS 무응답가구와 이탈가구를 합하여 NHIS 응답율과 결합하게 되는데, 이 때에 무응답가구로 인해 발생한 오차를 보완하기 위해서 가중치가 부여된다. MEPS에 가중치를 부여하는 것은 조사 무응답가구, 선택편의(unequal probabilities of selection), 복잡한 조사설계로 인해 발생할 수 있는 편의(bias)를 개인단위 및 가구단위로부터 모집단을 대표할 수 있는 값을 제시하도록 하기 위함이다.

〈표 II-1〉 MEPS 응답율: 1996년

내용	응답율(%)
1995년 NHIS	93.9
활용가능 MEPS 샘플	99.6
MEPS round 1	83.1
MEPS round 2-3	90.3
1996년 MEPS	70.2

3) 주요 조사내용

MEPS의 핵심 조사내용은 인구경제사회학적 특성, 의료비 지출, 건강상태, 의료이용, 고용상태, 의료보험으로 구성되어 있다. 여기에 때때로 부가설문을 실시하고 있는데, 의료 접근성, 의료보험 만족도, 장기요양, 건강상태, 소득 및 자산, 의료의 질과 관련한 조사가 수행되었다. MEPS에서 다룬 설문내용을 간략히 살펴보면 다음의 <표 II-2>와 같다.

〈표 II-2〉 MEPS 가구영역의 주요 조사내용

구 분	조사내용 요약
Access to Care	가구구성원들에게 상용치료를 제공하는 의사가 있는지, 없다면 그 이유는 무엇인지, 이용자들의 만족도, 필요한 보건의료서비스를 제공받는데 따르는 문제점 등
Alternative/Preventive Care	치과 및 건강검진, 독감예방, 기타 예방 검진 등의 빈도
Assets	가구 구성원들의 실질 자산, 보유차량, 투자, 기타 자산 및 부채 규모 등
Condition Enumeration	개인의 신체 및 정신 건강에 대한 평가(신체 및 정신 건강상태, 사고 또는 상해 등)
Caregiver	가족(가구) 내부 및 외부에서의 간병인에 대한 정보, 치료 기간 및 형태
Conditions	의료이용건, 활동제한일수로 신체 및 정신 건강상태에 대한 정보수집. 건강상태가 사고 또는 상해에 의해서인지 그리고 의사방문을 받았는지, 상태의 중증도, 현상태, 치료방법 등
Charge Payment	의료비용에 대한 총액 및 재원. 총비용, 본인부담, 보험자부담, 상환, 할인 등에 관한 정보 수집

〈표 11-2〉 계속

구 분	조사내용 요약
Child Preventive Health	가구원 중 아동(17세 이하)들의 일반 건강상태, 특수 보건의료 수요(요구), 잠재적 행동장애, 접근성, 예방적 치료, 신장, 몸무게 등
Disability Days	직장 또는 학교에서의 신체적 질병, 상해, 정신적 감정적 문제 등을 평가. 질병, 상해, 보건의료필요에 의한 직장 및 학교의 결근일수 등
Dental Care	치과방문, 치과서비스 형태, 치료 및 서비스, 처방약 등.
Employment	직장의 고용주와 연계하여 회사관련 정보 수집. 사업형태, 규모, 근무기간, 의료보험제공여부, 근무시간, 직위 등. 현 근로자에 대해서는 이전 무급여 기간에 대해 질문, 현재 실직 중인 사람에게는 이전 직장파 직장을 그만두게 된 이유에 대해 질문. 고용형태(임시직여부), 의료보험제공여부 등
Emergency Room	응급실치료, 제공된 의료서비스, 시술된 어떤 수술 절차, 처방전, 응급실치료를 제공하고 있는 의사 등에 관한 정보수집.
Employment Wage	자영업자를 제외한 모든 근로자의 임금구조
Flat Fee	의료비 지불 형태(grouped amount, flat fee)
Health Status	성인의 경우: 치아손상, ADL제한, IADL, health aid 사용, 신체적 제한, 활동제한, 정신적 손상, 시력손상, 청력손상 아동의 경우: 예방주사, 학교생활제한, 특수교육 또는 처방서비스, 일반 건강상태, 신장, 몸무게
Home Health	재가서비스 이용자에 대해, 서비스 제공인의 근무형태, 재가서비스를 받는 이유, 방문빈도, 방문당 시간, 방문기간 등
Private Health Insurance Detail	민간의료보험 약관, 회사명, 보험적용대상자
Hospital Stay	입원기간, 입원이유, 수술절차, 처방전, 입원치료를 제공한 의사
Health Insurance	Private: 보험적용가구원, 보험형태, 보험명칭, 보장범위, 보상기간, 보험료지급자, 보험적용이 되지 않는 가구원 Employer-sponsored: 첫째 보험적용되지 않는 사람들의 비보험 기간, employer-related coverage & non-employer-related coverage, Public: Medicare, Medicaid 등
Income	의료보험 프리미엄, 세금, 임금, 기타 소득, 공공보조에 대한 공제항목
Long-Term Care	건강문제로 장기요양치료를 받는 가구원, 치료기간, 운송서비스, 특수장비, 활동제한이 시작된 연령 및 관련 건강상태, 퇴역군인 서비스와의 연관성
Managed Care	private managed care 적용 여부, 급여형태, 보험 특성
Medical Provider Visits	방문형태, 공급자형태, 방문시간, 건강상태, 치료, 외과처치, 처방전 등

〈표 11-2〉 계속

구 분	조사내용 요약
Over-the-Counter Medicine	특정기간동안 가족들의 OTC 의약품 구매내역 및 구매 의약품 가격, 건강 상태 등
Old employment/Private Related Insurance	보험가입 지속여부
Other Medical Expenses	안경, 콘택트렌즈, 인슐린, 당뇨치료보조장치 등
Outpatient Department	방문방식, 치료형태, 건강상태, 치료, 외과절차, 처방전, 외래서비스를 제공하는 의사 등.
Priority Conditions	당뇨, 고혈압, 관절염 등에 대한 선별 환자 그룹에 대한 정보수집
Provider Directory	MEPS 응답자가 기록한 모든 의료진 및 의료시설
Pregnancy Detail	임신상태, 기간 등(출생했을 경우에는 자녀수, 출산장소, 서비스형태, 출산 아 몸무게)
Prescribed Medicines	복용약품 수, 복용날짜, 구입 약국의 주소 및 이름 등
Provider Probes	medical event
Old Public Related Insurance	공공프로그램으로 제공되는 보험의 지속여부
Provider Roster	medical event와 연관된 의사 및 의료기관의 이름 및 주소 등
Reenumeration-A	MEPS에 참여한 가구와 연관된 사람의 인구구조 데이터
Reenumeration-B	가족구성원간 관계, 규모, 인종, 교육정도 등
Satisfaction with Health Plan	민간보험, Medigap, Medicare managed care, Medicaid, TRICARE insurance 등에 대한 만족도: 접근성, 치료 승인, 대기시간 등

자료: AHRQ, <http://www.meps.ahrq.gov/>

4) 조사방법 및 관리

MEPS는 CAPI(Computer-Assisted Personal Interview) 시스템을 활용하여 정확한 답변과 복잡한 구조의 설문지를 논리적으로 전개하고자 하고 있다. 질의에 응답한 결과에 따라 건너 뛰기 형식이 이루어지며, 만약 앞에서 응답한 내용과 다른 경우에 좀 더 상세한 질의로 다시 질의하는 형태로 이루어져 있다. 따라

서 스킵에러(skip error)로 인한 무응답율을 감소시키며 응답자의 응답오류를 즉석에서 체크하여 수정하고 있다.

첫 번째 면접에서 응답자들은 설문문항에 대해 자세하게 응답을 하게 되지만, 라운드가 반복될 경우에는 변화된 상태나 새롭게 발생한 사건 등에 대해서 질문하게 된다. 그리고 건강상태, 의료서비스 접근도, 장기요양, 의료서비스 만족도 등은 부가설문지를 통하여 주기적으로 질문한다.

MEPS는 응답자에게 연 2회~3회의 인터뷰를 하게 되는데, 인터뷰마다 30달러의 답례금을 전달해 준다. 50달러이상의 답례금을 주는 것은 법으로 제한되어 있고, 30달러이하의 답례금을 줄 경우에는 응답의 성실도가 떨어질 수 있기 때문에 30달러 정도를 이상적인 금액으로 보고 있다.

나. Community Tracking Study: CTS

1) 조사개요⁴⁾

미국의 Center for Studying Health System Change(HSC)⁵⁾에서는 보건의료시스템이 지역사회 및 국가전체에 어떠한 변화가 나타나고 있으며 이러한 시스템 변화가 어떠한 영향을 미치게 되는지를 파악하기 위하여 Community Tracking Study(CTS)를 수행하고 있다. CTS에서는 가구단위(household), 의사단위(physician), 고용주단위(employer), 커뮤니티에서의 주요 보건의료리더(health care leader in 12 communities)를 대상으로 조사를 실시한다. 보건의료시장의 변화를 이해하기 위해서는 보건의료와 관련된 문화, 역사, 공공정책 등에 대한 연구도 수반되어야 하므로, 대규모 도시지역(200,000명 이상의 인구규모를 지닌 도시)에서의 60개 커뮤니티를 무작위 추출하여 조사가 진행되며, 이중에서 12개 커뮤니티는 심층연구를 위해 현장방문(site visits)을 겸하고 있다.

4) HSC 웹사이트를 참조함(www.hschange.org)

5) HSC는 주로 Robert Wood Johnson Foundation(RWJF)에 의해 재원이 조성되며 미국의 워싱턴에 있는 정책연구기관임.

2007~08년의 의사대상조사 및 가구조사에서는 전국적인 대표값 만을 제공하며 조사 응답자와 의사대상, 고용주를 대상으로 한 조사가 연계된 정보를 제공하지는 않는다. 다시 말해서, 가구조사에서 응답한 조사대상자가 의사대상조사에서 의사의 환자가 되는 것은 아니다.

2) 조사설계 및 샘플

CTS는 다음과 같은 질적·양적 요소를 포함하고 있으며 컴퓨터지원 전화설문방식(computer-assisted telephone interview: CATI)을 주로 활용하고 있다.

- 현장방문(site visits): 보건의료기관에 영향을 미치는 역학관계를 검토하고 이들 기관이 어떻게 반응하는지 검토하기 위해 12개 커뮤니티에 소속된 보건의료리더를 인터뷰하게 되는데, HSC는 외부연구자의 인터뷰를 돕기 위해 현장방문 관련 업무를 관리한다. 그리고 2년에 1회 조사가 진행된다.
- 가구조사(household survey): 가구조사를 위하여 25,000~33,000가구(47,000~60,000명의 가구원)를 대상으로 보건의료시스템에 대한 소비자의 접근성이 감소 또는 증가되는지에 대한 내용을 주요 목적으로 하고 있다. 이를 구체화하기 위해 접근성, 만족도, 서비스이용, 의료보험가입 등에 대한 내용을 포함한다. 건강상태와 인구경제사회학적 특성뿐만 아니라 민간 보험가입가구에 대한 보험추적조사(insurance followback survey)를 실시함으로써 가구단위에서 가입한 보험형태나 속성 등에 대한 정보를 보완하여 보험 자료의 신뢰성을 높이고 있다. 처음에 가구조사는 1996~97년에 실시하여, 1998~99년도, 2000~01년도, 2003년에 실시되었으며, 추적조사는 1996-97, 1998-99년도에만 수행되었다.⁶⁾
- 의사대상 조사(physician survey): 의사대상 조사에서는 보건의료전달체계가 어떻게 변화하고 있는지에 중점을 두고 있으며, 의사들은 의료수익성, 진료시 당면문제, 의료의 질, 서비스 접근성, 정보기술, 주요 수익원, 보상체계, 진료패턴 등에 대해 응답하게 되며, 갤럽(Gallup)이 의사대상 조사를 진행

6) 가구조사는 Mathematica Policy Research에서 실시하고 있음.

하고 있다. 1996~97년, 1998~99년, 2000~01년의 샘플 수는 약 12,000명이었고, 2004~05년에는 대략 6,600명이었다. 2007~08년의 의사대상조사는 현재 진행 중이며, 4,500명이 우편조사에 응하고 1,600명은 전화조사에 응하도록 구성하고 있다.

- 고용주대상 조사(employer survey): 고용주는 의료보험구매자로, 미국 시민의 보건의료 접근성을 파악하기 위하여 22,000명의 공공 및 민간부문의 고용주가 인터뷰되었다. 이 조사에는 기업규모, 해당 산업, 의료보험유형, 종업원의 의료보험료 부담수준, 의료보험 공동구매 참여 여부, 종업원에게 의료보험상품에 대한 정보를 제공하고 있는 지 등에 관한 내용을 포함하고 있다. 첫 번째 조사(1996~97)에서는 RAND와 협력하여 조사를 진행하였으나, 그 이후에는 조사가 실시되지 않고 있다.

3) 주요 조사내용

CTS의 주요 조사내용을 살펴보면 다음의 <표 II-3>와 같다. 가구조사에서는 의료보험, 의료서비스 이용, 의료에 관한 만족도, 건강상태, 인구학적 정보 등을 포함한다.

<표 II-3> CTS의 주요 조사내용

구분	조사내용
가구조사	· 의료보험적용범위 · 의료서비스이용(의사방문 수, 응급실 방문 수) · 상용치료원 · 의료서비스 만족도 · 건강상태 및 고용주제공 의료보험
의사조사	· 의료의 질, 정보기술, 재정인센티브, 치료관리, 무료진료 제공, 진료특성, 소득 및 경력 만족도
고용주조사	· 고용주제공 보험, 등록종업원의 의료보험분담금, 의료보험 공동구매 참여 등과 같은 비용절감기법

자료: <http://www.hschange.org>

4) 조사방법 및 관리

가구관련 주요 정보는 성인 가구원 대표가 성인 가구원과 무작위 추출된 아동 및 청소년에 대한 내용에 응답하였다. 그러나 미충족 의료, 환자신뢰도, 의사선택 관련 만족도, 의료보험 만족도, 건강상태, 건강행태, 최종 의사방문에 대한 내용 등과 같은 주관적 질문에 있어서는 가구원 대표의 대리응답에 신뢰성을 부여하기는 어렵기 때문에 성인 개인별로 응답하도록 하였고, 아동 및 청소년의 경우에는 성인가구원 대표에게 질문하는 방식을 취하였다.

그리고 경우에 따라서는 스페인어 번역 설문지를 활용하였으며, 컴퓨터지원 전화조사(CATI) 방식을 활용하였다. 응답자 대부분은 목록지원형(list-assisted)의 RDD(Random-Digit-Dialing) 샘플링 방식으로 선정되었다. 세 번째 가구조사에 참여한 많은 가구가 네 번째 가구에 참여되기도 하였지만, 샘플은 패넬구조나 종단면구조가 아닌 개별적인 횡단면구조로 분석할 수 있도록 설계되었다.

다. NHAMCS

1) 조사개요

National Hospital Ambulatory Medical Care Survey(NHAMCS)은 DHHS(U.S. Department of Health and Human Services), CDC(Centers for Disease Control and Prevention), NCHS(National Center for Health Statistics)의 협력 하에, 병원 응급실에서의 응급서비스와 외래서비스에 대한 공급 및 이용에 관한 데이터를 수집하도록 설계하였다. 이 조사는 4단계에 걸친 층화추출을 하는데, 지리적으로 구분된 지역, 이들 지역내 병원, 이들 병원의 외래부문 내의 클리닉과 응급부문 내의 응급서비스 제공 지역, 그리고 이러한 클리닉과 응급서비스 지역에 방문한 환자로 층화되어 선택된다. 특히 면접원이 조사에 참여하기 이전에 병원을 방문하여 병원 직원들에게 조사절차와 데이터 수집과정을 설명한다. 설문지는 두 개의 형태로 구성되는데, 외래부문과 응급부문에 사용되는 환자기록양식(Patient

Record form)이다. 병원 직원들은 4주간에 걸쳐 환자방문에 대한 환자기록양식을 작성하게 되는데, 환자들의 인구학적 정보, 의료비 재원, 환자들의 불만사항, 의사의 진단, 치료 및 검진서비스, 절차, 처방약, 진료한 의사 유형, 사고·손상 원인, 병원소유형태와 같은 병원특성에 대한 내용을 포함하고 있다.

2) 조사설계 및 샘플

NHAMCS에서는 1차 추출단위(PSU) 샘플에서 병원을 추출하고, 추출된 병원 내에서 의원(clinics)을 추출하고 의원 내에서 환자를 추출하는 네 단계 확률추출을 적용하고 있다. 여기에서 1차 추출단위는 대도시지역, 도시지역, 소규모 타운과 같이 지리적으로 분할된 영역이다. 대도시지역은 미국의 1980 센서스 자료를 기초로 지역별 예산규모에 의해 구분된다. 네 단계 확률추출 중에서 첫 번째 단계는 1985-94에 NHIS에서 활용한 1차 추출단위(PSU)의 부분 샘플 중 112개를 1차 추출단위로 선정하였는데, 이 중에서 26개는 가장 높은 인구율을 보이는 PSU를 추출하였고 그 다음으로 높은 26개 중에 절반을, 그리고 나머지 PSU 중에 73개 단위를 추출하였다.

2003년도의 데이터 샘플은 우선 지리적으로 구분된 1차 추출단위를 기준으로 하며, 두 번째 단계에서는 1991년에 SMG Hospital Market Database에서 개발하였으며 Verispan LLC의 데이터를 활용하여 업데이트한 600개의 패널 병원을 선정한다. 세 번째 단계에서는 이들 병원에서 외래 및 응급서비스를 제공하는 1차 의료기관 및 응급서비스제공기관을 선정하고, 마지막으로 무작위로 선정된 4주간의 환자들이 추출되어 환자기록양식을 작성하도록 하고 있다.

3) 주요 조사내용

NHAMCS에서는 병원 특성과 더불어 환자들의 연령, 성, 인종, 민족과 같은 인구학적 특성들을 담고 있으며, 환자의 증상, 방문이유 및 불편사항, 의사의 진단, 의료기관 방문시 치료내용 및 의약품 내용, 의료비 재원, 방문유형 등과 같은 환자들의 방문 특성이 포함된다. 그러나 연방병원, 군병원, 퇴역군인병원은

제외되며, 국가를 대표할 수 있는 데이터를 생산하기 위해 가중치가 제공된다.

〈표 II-4〉 NHAMCS 주요 설문내용

구분	내용
주요 내용	▶ 환자의 인구학적 정보 ▶ 환자의 증상 및 의사의 진단 ▶ 방문이유 및 불편사항 ▶ 치료내용 및 의약품 내용 ▶ 의료비 재원

자료: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/ahcd/ahcd1.htm>

4) 조사방법 및 관리

NHAMCS에서 조사의 핵심적인 역할을 하는 사람은 병원 직원이라 할 수 있다. 조사 담당자는 설문문항에 대한 작성방법을 담당 직원에게 알려주면 담당 직원은 환자들의 방문기록양식(patient record form)에 기재하게 된다. 이 때 환자의 이름과 기록 번호를 상단에 기재하지만, 환자들의 방문기록양식이 완성될 때에는 상단의 환자 이름과 번호를 삭제하도록 하였다. 이러한 기록방식은 4주에 걸쳐 진행되며 누락된 문항이나 모호하게 작성된 부분에 대해서는 정해진 매뉴얼에 따라 재검토하게 된다.

비의학적인 문항의 경우에는 에러율이 1%보다 작지만, 의학적인 코딩이 요하는 문항에 대해서는 약 2%의 에러율이 나타났으며, 항목 무응답율(item nonresponse rates)은 대략 5% 수준이었다. 외래이용에 대한 결측치(missing data)는 환자의 나이, 성, 인종으로 대체(imputation)하여 처리하였다.

NHAMCS는 건강과 관련된 주요 정책적 이슈에 대한 데이터를 제공한다는 장점을 지니고 있다. 그러나 2004년도 조사에서 전반적인 문항 무응답율은 낮은 편이지만, 인종·민족에 관한 누락율이 20.9%에 달하고 있다. 외래이용의 경우 인종·민족에 대한 누락율이 11.9%, 11.8%이며, 응급서비스의 경우에 10.6%, 15.1%로 나타나 이러한 데이터 값에 대체값(imputation)이 처리되었다.

그리고 환자방문빈도도 여타의 다른 조사에 비해 빈도수가 상대적으로 낮은 결과로 조사되었다는 한계점을 지니고 있다.

라. NAMCS

1) 조사개요

National Ambulatory Medical Care Survey(NAMCS)는 미국 내에서의 의료서비스 공급 및 이용에 관한 데이터를 제공하기 위한 국가단위의 조사이다. 마취전문, 병리학 전문의, 방사선 전문의를 제외하고, 환자들을 직접 치료하는 의원 단위(office-based)의 월급의사들에게 자신의 환자들에 대한 내용을 기재하도록 하고 있다. 이 조사는 1973년부터 1981년까지 매년 주기로 실시하다가, 1985년에 한번 그리고 1989년부터는 매년 주기로 실시하고 있다.

임의로 선정된 의사들은 1주일동안에 자신에게 방문한 환자의 증상, 의사의 진단, 처방약 등에 관한 정보를 기입하도록 한다. 또한 환자의 인구학적 특성, 진단절차, 환자관리, 추후관리계획 등의 치료내용도 포함된다.

2) 조사설계 및 샘플

NAMCS는 의사-환자의 방문을 기본적인 샘플링 단위로 보고 있다. 다만, 전화상 또는 의사의 진료실(office) 외부에서 의사-환자의 접촉이 이루어지는 경우나, 행정적 업무를 위해 방문한 경우, 또는 개인 진료실(office)이 아닌 병원(hospital) 단위에서의 방문이 이루어지는 경우에 환자들의 의사방문에 대한 내용은 제외한다.

NAMCS는 1차 추출단위, 1차 추출단위에 포함된 활동의사, 활동의사를 방문한 환자들로 층화확률추출을 활용한다. 첫 번째 단계에서는 112개 지리적으로 구분된 1차 추출단위가 선정되며, 두 번째 단계에서는 미국의사협회 또는 미국 오스티오페딕협회(American Osteopathic Association)에 소속된 명단에서 15개의 전문분야별로 활동의사를 표본추출한다. 세 번째 단계에서는 표본추출된 활동

의사들을 52개 그룹으로 구분하여 이들을 방문한 1주간 환자들에 대해 진료를 기록하게 되는데, 이때에 진료건수가 적은 의사의 경우 100%의 환자를 선정하기도 하며, 진료건수가 많은 의사의 경우 최소 20%의 환자를 선정하기도 한다.

3) 주요 조사내용

임의로 선정된 의사들은 1주일 동안에 자신에게 방문한 환자의 증상, 의사의 진단, 처방약 등에 관한 정보를 기입하도록 한다. 또한 환자의 인구학적 특성, 진단절차, 환자관리, 추후관리계획 등의 치료내용도 포함된다.

〈표 II-5〉 NAMCS 주요 설문내용

구분	내용
환자기록양식	▸ 환자의 인구학적 정보 ▸ 사고, 중독, 부작용 ▸ 방문이유 ▸ 치료지속성 ▸ 진단명 ▸ 신체적 특성 ▸ 검진 ▸ 보건교육 ▸ 비의료적 처치 ▸ 의약품복용 ▸ 방문의사유형 ▸ 진료시간

자료: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/ahcd/ahcd1.htm>

4) 조사방법 및 관리

의사들은 1주 동안 일정한 간격을 두고 선정된 약 30명의 환자에 대한 진료 기록을 작성하게 된다. 서식의 상단부에 환자의 이름을 기록하게 하되, 이러한 정보는 진료기록을 제출하기 전에 삭제하도록 하고 있으며, 다만 데이터의 에디팅 과정에서 나타날 수 있는 누락 값을 재정리하기 위해 의사들의 기억을 돕는 경우에만 활용된다.

항목 무응답율은 약 5%미만이었으며 결측값에 대해서는 환자의 연령, 성, 인종, 의사방문시간을 활용하여 대체(imputation)하였다. 2003년부터는 민족성, 이전의 방문경험유무, 지난 1년간 방문횟수로 결측값을 보정하기도 한다.

마. National Health Interview Survey: NHIS

1) 조사개요

NHIS는 1957년을 시작으로 하여 건강관련 미시적 데이터를 매년 발표하는 조사이다. NHIS의 핵심 조사는 10-15년마다 갱신되는데, 최근에는 1982년과 1997년에 새로 기획된 것이다. 1982년에서 1996년 동안에 조사된 내용은 크게 두 부분으로 나눌 수 있는데, 1) 건강 및 인구학적 항목(핵심 설문지(core questionnaire))과 2) 건강관련 현안에 대한 항목(부가 설문지(supplements))이 있다. family resource 및 민간의료보험 설문지는 처음에 부가 설문지로 기획되었으나 이들의 중요성이 증대하면서 핵심문항으로 변경되었다.

1997년에 개정된 설문지의 기본모듈(basic module)에서는 가족, 아동, 성인대상의 세 영역으로 나누어지며, 가족영역(family core)에서는 모든 가구원의 인구사회적 특성, 행정적 데이터베이스에 연계하기 위한 변수, 건강상태, 활동제한, 사고, 의료보험, 의료서비스 접근성 등이 포함된다. NHIS의 가족 내에 아동 1명(만18세 미만)과 성인1명이 임의 추출되며 이들에 대한 아동설문지(sample child core), 성인설문지(sample adult core)가 수행된다.

가구 설문지의 데이터 정보는 몇 개의 파일로 발표되고 있는데, 가구단위파일(household-level file), 가족단위파일(family-level file), 개인단위파일(person-level file), 그리고 사고 및 중독관련 파일 두개로 구성된다.

2) 조사설계 및 샘플

최근에 진행되는 조사내용의 샘플링 방법은 2006년에 개정된 것으로, 1995-2005년의 샘플링 방법과 근본적인 차이점은 없지만, 다만 흑인과 히스패닉의 과대표집과 더불어 아시아인도 과대표집되고 있다. 그리고 성인1명을 임의 추출할 경우, 65세 이상의 흑인, 히스패닉, 아시아인이 있을 때 추가로 설문을 하게된다.

가구파일(household file)에는 조사 적격 가구가 모두 포함되었는데, 응답가구와 무응답가구를 포함하여 33,615가구이며, 이중에서 29,266가구가 응답(응답율 87.1%)하였나, 나머지 4,349가구는 응답거부 또는 적격가구의 장기출타 등으로 조사가 이루어지지 않았다.

3) 주요 조사내용

NHIS에서는 가족, 아동, 성인대상의 세 영역으로 나누어지며, 가족영역(family core)에서는 모든 가구의 인구사회적 특성, 건강상태, 활동제한, 사고 및 중독, 의료보험, 의료서비스 접근성 및 이용, 소득 및 자산 등이 포함된다. 아동영역에서는 건강상태 및 활동제한, 의료서비스 접근성 및 이용, 정신보건, 예방서비스 등이 포함되며 성인영역에서는 건강상태 및 활동제한, 의료서비스 접근성 및 이용, 건강행태, ADIS 지식 및 태도 등에 관해 조사가 실시된다.

〈표 II-6〉 2007 NHIS 주요 설문내용

구분	내용
가구(household)	▪ 가구구성
가족(family core)	▪ 가족관계 ▪ 건강상태 및 활동제한 ▪ 사고 및 중독 ▪ 보건의료 접근성 및 이용 ▪ 의료보험 ▪ 사회인구학적 변수 ▪ 소득 및 자산
아동(sample child core)	▪ 건강상태 및 활동제한 ▪ 보건의료 접근성 및 이용 ▪ 정신건강 및 정신보건관련 서비스 ▪ 감기예방
성인(sample adult core)	▪ 인구학적 변수 ▪ 건강상태 및 활동제한 ▪ 건강행태 ▪ 보건의료 접근성 및 이용 ▪ AIDS 지식 및 태도

자료: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

4) 조사방법 및 관리

NHIS는 600명의 조사원들이 시험에 통과된 공무원신분인 조사지도원들의 관리·감독 하에 조사를 수행하고 있다. 가족영역(family core)에서는 조사원들의 방문시점에 집에 있는 18세 이상의 가구원 모두가 조사에 참여하도록 하고 있으며, 방문시점에 집에 있지 않은 아동 또는 성인에 대한 정보는 집에 있는 18세 이상의 대표자로부터 수집한다.

아동영역(sample child core)의 경우 집에 있는 18세 성인에게 응답을 구하며, 성인영역(sample adult core)의 경우 가구당 1명의 성인이 임의로 선택된다. 만약 신체적 정신적인 문제로 응답하기 어려운 성인의 경우(연간 200~300건), 대리인이 임의선택된 성인을 대신하여 응답하도록 하고 있다.

NHIS는 CAPI를 활용하고 있으며, 온라인 헬프 서비스를 통해 CAPI 수행시 문제점에 대한 도움을 받고 있다.

2. 국내의 보건의료관련 종·횡단면 조사 현황

가. 한국노동패널 2001년 4차 부가조사: 건강과 은퇴

1) 조사개요

한국노동패널은 도시지역에 거주하는 가구를 대표하는 5,000가구에 대해 가구의 특성, 가구원들의 경제활동 및 노동시장이동, 소득활동 및 소비, 교육 및 직업훈련, 사회생활 등에 관한 종단면 조사이다(방하남 등, 2002)⁷⁾. 한국노동패널에서는 부가조사(2001년)의 일환으로 15세 이상 가구원에 대한 건강과 일자리, 정년 및 은퇴계획, 은퇴생활에 관한 조사를 수행하였다.

2) 조사설계 및 샘플

한국노동패널은 1995년 인구주택총조사의 10% 표본조사구를 모집단으로 하고 있으며, 제주도를 제외한 전국의 도시지역만을 대상으로 층화하였다. 우선 지역별로 층화를 하고 동일 지역 내에서는 1997년 고용구조특별조사의 층화방법을 채택하여 1,000개의 조사구를 선정하였다. 각 조사구 내에서 1997년 고용구조특별조사의 조사대상가구 중에서 5~6가구를 임의선정하였으며 15세 이상 인구를 조사대상으로 하고 있다.

2001년 4차 조사에서 성공한 유효표본은 4,248가구이며, 이 중 원표본가구는 3,895가구로 77.3%의 표본유지율을 보이고 있다.

7) 방하남, 황수경, 김기현 등, 한국노동패널 기초분석보고서(IV), 한국노동연구원, 2002.

3) 주요 조사내용

한국노동패널의 4차년도 설문내용을 중심으로 살펴보면, 다음의 <표 II-7>와 같다. 전체 조사내용은 가구용과 개인용, 그리고 부가조사인 건강과 은퇴로 나뉘는데, 건강과 은퇴의 부가조사를 위해 건강상태와 일자리, 장애, 의료기관 이용 경험, 건강보험 및 의료비 지출 관련, 건강행태관련, 은퇴준비 및 은퇴계획 등에 관한 내용을 포함하고 있다.

<표 II-7> 한국노동패널의 주요 조사내용

구분	조사내용
가구용 설문	· 가구원 일반사항, · 가족관계와 경제적 교류관련 · 주거, 소득, 소비, 자산, 부채 등
개인용 설문	· 취업자의 일자리 관련 사항 · 미취업자의 구직활동 및 교육, 훈련 관련 사항
부가 설문 (건강과 은퇴)	· 현재의 건강상태와 일자리관련 · 장애 및 만성질환 관련 · 입원 및 외래서비스 이용, 의료비 지출관련 · 건강행태 관련 · 부양 또는 피부양 여부 · 은퇴여부 및 은퇴계획 · 은퇴시기 및 은퇴준비, 자산규모 관련

자료: 방하남 등, 2003

4) 조사방법 및 관리

한국노동패널은 1차부터 한국리서치가 매년 5월부터 9월까지 100명의 조사원을 투입하여 실사를 담당하고 있으며 양질의 데이터를 확보하기 위해 조사가 실시되기 전에 해당 지역별로 조사원 교육을 실시하고 있다. 이때에 교육을 받

는 조사원은 실제 조사하는 조사원보다 20~30%를 추가로 선발하여 조사함으로써 조사과정에서 중도 탈락하는 조사원을 대체한다.

보다 정확한 자료를 수집하기 위하여 회수된 설문을 재검토한 후 응답이 불성실하거나 무응답이 많은 경우, 응답간 논리적 오류가 발생하는 경우에는 조사원에게 다시 설문을 하도록 하고 있다.

나. 고령화연구패널

1) 조사개요

고령화연구패널은 2006년을 시작으로 하여, 고령자의 사회적·경제적·육체적·정신적 삶 전반에 걸친 내용을 담고 있으며 미국의 고령화연구패널 조사를 모델로 하여 국제비교가 가능하도록 설계한 조사이다.

2) 조사설계 및 샘플

고령화연구패널조사에서는 제주도를 제외한 전국에 거주하는 45세 이상 국민을 모집단으로 하고 있다. 샘플링을 위한 표집틀로 2005년 인구주택총조사를 활용하였는데, 우선 지역과 주거 형태별로 층화한 후, 인구수를 기준으로 하여 1,000개의 조사구를 선정하였다. 서울지역의 조사구에서는 조사구당 15가구를, 광역시 및 경기도는 13가구를 그리고 나머지 도지역에서는 12가구를 무작위추출하여 조사를 진행하되, 45세 이상 가구원을 포함하여야 적격가구가 된다. 이러한 방식으로 조사구당 6가구를 구축하여 총 10,000명의 패널을 표본크기로 선정하고 있다.

3) 주요 조사내용

고령화연구패널조사에서는 노동분야 관련 연구뿐만 아니라 다양한 학제적 연구에 활용될 수 있도록 하였으며 또한 국제비교가 가능하도록 미국(HRS), 영국

(ELSA), 유럽(SHARE) 고령자패널 조사의 공통항목인 가족, 건강, 고용 및 소득, 자산, 주관식 의식 등을 포함하였다(표 II-8참조).

〈표 II-8〉 고령화 연구패널의 주요 조사내용

구분	조사내용
커버스크린	· 가구원의 인구학적 특성(성별, 나이, 혼인, 응답자와의 관계 등)
인구	· 인구학적 특성(성별, 연령, 학력, 종교, 혼인상태, 사회적 관계 및 활동 등)
가족	· 자녀 및 손자녀, 부모와 형제자매와의 접촉빈도, 경제적 도움, 수발 등
건강	· 건강상태 · 기본적/도구적 일상생활 수행 능력과 간병수발자 · 의료보장과 시설이용 · 인지력 · 신체기능 측정
고용	· 임금근로자/자영업자/무급가족종사자/구직자/은퇴자의 경제활동 상태 및 구직활동
소득	· 근로/연금/사회보장소득 등
자산	· 동산/부동산/금융/비금융/부채 등
주관적 기대감	· 경제적 상황에 대한 주관적 판단 · 삶의 만족도

자료: 신현구 등, 고령화연구패널조사 제1차 기본조사 소개, 노동리뷰, 2006년 9월호.

4) 조사방법 및 관리

고령화연구패널조사는 Blaise CAPI 프로그램을 이용하여 면접원이 직접 가구를 방문하는 형식을 지닌다. 조사원이 노트북 컴퓨터를 이용하여 응답자의 응답을 키보드나 마우스로 직접 입력하는 형식으로 설문구조가 복잡하고 분량이 많을 뿐 아니라 대규모 표본을 장기간 반복적으로 조사를 수행하는 경우 많이

활용하고 있는 기법이라 할 수 있다.

그리고 조사원에게 조사의 목적 및 조사원의 역할 등을 알리기 위해 면접원 매뉴얼을 개발하여 조사원에 따라 발생할 수 있는 지역별, 시기별 편차를 감소 시키고자 하였다.

다. 국민건강·영양조사: 2005년을 중심으로

1) 조사개요

국민건강·영양조사는 1995년에 공표된 국민건강증진법에 근거하여 1998년부터 3년 주기로 시행되는 전국규모의 조사이다. 약 12,000가구를 대상으로 하여 지역 거주민의 건강관련 지표, 의료이용 및 접근성, 건강관련 의식 및 행태를 측정함으로써 건강증진을 위한 목표설정과 평가, 효과적인 건강증진사업 프로그램 개발하는 데에 필요한 기초 자료로 활용하는데 그 목적이 있다.

2) 조사설계 및 샘플

2005년 국민건강영양조사는 2000년 인구주택총조사에서 사용한 일반조사구 24만 6천여개를 모집단으로 하여 582조사구를 할당하고 신축아파트 모집단에서 18조사구를 할당하여 총 600개 표본조사구를 선정하였다.

건강면접조사의 경우 600개 표본조사구내 가구 수의 1/3인 13,800가구를 조사 대상으로 선정하였고, 보건의식행태조사, 영양조사, 검진조사는 건강면접조사 표본조사구의 1/3인 200개 표본조사구에서 4,600가구를 대상으로 하였다. 이때의 표본추출방식은 2원층화비례계통추출법⁸⁾을 활용하였다.

8) 표본배분을 위해 지역층(7개광역시와 6개도)의 행정구역(동 & 읍면)을 기준으로 층화한 후, 각층의 조사구 수에 비례하도록 배분한 다음, 가구 수를 기준으로 확률비례계통추출을 적용하였음.

3) 주요 조사내용: 2005년

2005년 국민영양조사는 크게 건강조사, 검진조사, 영양조사로 나뉘며, 각각에 해당하는 주요 조사내용은 다음의 <표 II-9>와 같다.

<표 II-9> 국민건강영양조사(2005년)의 주요 조사내용

구분	조사내용
건강조사	· 질병이환조사: 만성질환, 주요 질환관리 · 사고·중독조사: 발생원인, 장소, 손상유형, 손상부위 등 · 활동제한 및 삶의 질: 한달간 침상와병일수 및 결근결석일수, 활동제한기간, 원인, 시각, 청각, 씹기 기능의 제한, 장애인 등록, EQ-5D · 의료이용조사: 입원, 외래, 약국, 한방 등의 사용량, 서비스 만족도, 비용, 치료지연 및 미치료 이유 등
보건·의식·행태조사	· 흡연, 음주, 운동, 비만, 안전의식 등
검진조사	· 신체계측: 혈압, 맥박, 체중, 신장, 허리둘레 · 임상검사: 콜레스테롤, 중성지방, 혈당, 간기능검사, B형간염, 신장기능검사, 빈혈검사 등
영양조사	· 식품섭취조사: 식품의 섭취횟수·섭취량, 식품재료 등 · 식생활조사: 규칙적인 식사여부, 식품섭취의 과다여부 등 일반적인 식습관, 외식횟수, 영유아 수유기간, 이유보충식 종류 등 · 식품섭취빈도조사: 주요섭취식품에 대한 1년간 섭취빈도

4) 조사방법 및 관리

19세 이상의 성인에 대해서는 가구원 개별조사를 실시하여 본인이 아니면 응답하기 힘든 주관적 건강수준, 건강관련 삶의 질, 2주간의 외래 서비스 이용 등에 대한 데이터를 모으고 있다. 이는 예산이 많이 소요된다는 단점을 지니고 있지만⁹⁾, 적절한 표본수를 편향되지 않고 확보할 수 있다는 장점을 지니고 있다.

조사 영역별로 조사방법을 달리하고 있는데, 건강면접조사에서는 조사원이 가구를 방문하여 조사하게 되고, 보건의식행태조사에서는 조사대상자가 직접 자기기입방식을 통해 건강관련 행태 및 의식에 대해 기입한다. 건강검진조사에서는 임상검사와 체격계측이 이루어지며 영양조사에서는 조사원의 가구방문을 통한 면접조사를 실시한다.

〈표 II-10〉 국민건강영양조사(2005년)의 조사영역별 조사방법

구분	조사방법	조사대상자
건강조사	· 개별면접조사	전 인구
보건의식 행태조사	· 자기기입	만 12세 이상
검진조사	· 이동검진센터 계측 및 검진	만 1세 이상
영양조사	· 가정방문 면접조사	만 1세 이상 또는 만 12세 이상

자료: 2005 국민건강·영양조사: 건강면접조사 및 보건의식행태조사 진행보고서, 2005

라. 가계조사

1) 조사개요

가계조사는 도시지역의 비농가만을 대상으로 1966년부터 '도시가계조사'로 실시되다가 2003년부터 농가까지 포함하여 전국가계조사로 확대하였다. 다만, 농(림)가, 어가, 영업수지와 가계수지를 분리하기 어려운 가구(예, 음식점, 여관, 하숙업 등을 경영하는 겸용 주택가구), 가족이 아닌 가구원으로 구성된 가구, 외국인 가구는 조사 대상에서 제외하고 있다.

이러한 가계조사는 가계부문의 수입과 지출규모, 구조, 추이 등을 파악, 분석하여 소비자 물가지수 가중치를 산정하고 국민의 소득 수준을 추계, 경제동향을 분석하기 위한 통계로 활용되고 있다(통계청, 2007 가계조사연보).

9) 미국에서는 이러한 예산확보의 문제로 인해 가구원 중 무작위로 성인1명을 추가하여 조사하는 방식을 취하고 있음(예, NHIS).

2) 조사설계 및 샘플

조사대상가구를 선정할 때에 인구주택총조사 10% 표본조사구 중 섬조사구와 시설단위조사구를 제외한 아파트 및 일반조사구를 추출단위로 한다. 999개 표본 조사구에서 가구 수가 균등하도록 같은 수의 구역으로 분할하고 이 중에서 각 조사구별로 4개의 인접구역을 표본으로 추출한다. 이러한 4개의 조사구역 중에서 첫 번째 구역과 두 번째 구역을 먼저 조사하되, 불응가구가 많을 경우에 한해서 세 번째 구역과 네 번째 구역으로 확대하도록 하고 있다. 결과적으로 부적격 가구를 제외할 경우 약 9,000가구가 표본으로 추출되었다.

3) 주요 조사내용

가계조사는 크게 가구실태와 가계수지로 구분된다. 가구실태에서는 가구원수, 취업인원수, 가구원 일반사항, 주거관련, 자동차 보유 등에 관한 내용을 담고 있으며 가계수지항목에서는 가구의 소득 및 지출에 관한 447개 항목을 포함하고 있다.

〈표 II-11〉 가계조사의 주요 조사내용

구분	조사내용
가구실태	· 가구구분, 가구원 수, 취업인원수, 가족관계, 가구유형, 세대구분, 주거관련, 자동차 보유 등
가계수지	· 소득: 경상소득(근로/사업/재산/이전소득), 비경상소득 · 기타수입 · 전월이월금 · 가계지출: 소비지출(식료품/주거/광열·수도/가구가사용품/의류·신발/보건·의료/교육/교양·오락/교통·통신/기타소비지출), 비소비지출 · 기타지출 · 월말현금잔고

자료: 통계청, 2007

주: 보건의료지출에는 의약품(인삼, 한약, 양약, 조제약), 보건의료용품기구(보건의료용소모품, 안경, 콘택트렌즈, 기타 보건의료기구), 보건의료서비스(한방진료비, 병원의래진료비, 병원입원치료비, 치과진료비, 산후조리원, 기타보건의료서비스)로 분류됨.

4) 조사방법 및 관리

가계조사는 가계부 기장방식을 활용하고 있다. 다시 말해서 매월 조사 개시 이전에 가계부를 조사대상가구에 배포하여 수입과 지출에 대한 내역을 기록하게 하고 있다.¹⁰⁾

최근에는 인터넷을 활용하여 정보를 전송하는 ‘전자가계부’를 도입하였다. 예금거래내역이나 카드승인내역 또 현금영수증 내역을 온라인으로 불러와서 수입/지출거래로 입력할 수 있으며, 가계부 작성 완료 후 가계부 내에 누락된 내역과 초과된 내역건수 등 사용자들의 내역 입력 사항을 체크 할 수 있는 기능이 있어 누락 범위를 최소화하고 있다.

10) 매일의 수입, 지출에 대한 내역을 작성해야하는 어려움으로 월평균 가계부 회수율은 약 80% 수준을 보이고 있음(통계청, 2007)

Ⅲ. 한국의료패널 설문항목 선정의 기본방향 및 설문내용

1. 한국의료패널 설문내용의 기본 방향

가. 설문 설계의 기본 방향

가구의 의료이용 및 의료비 지출 수준은 다양한 요인들에 의해 결정된다. 우선 가구원들의 건강수준이 의료이용 및 의료비 지출에 직접적인 영향을 미치게 되는데, 이러한 건강수준은 다양한 요인들로부터 영향을 받게 된다. 예를 들어, 의료서비스에 대한 접근성과 같은 영역이 건강수준에 가장 많은 영향을 미칠 수도 있으며, 사회경제적 계층간 비의료(non-medical) 부분이 건강수준에 상당한 영향을 미칠 수 있다.

이와 같이 건강에 영향을 미치는 요인들은 다양하고 복잡하게 얽혀있다. 일련의 과정에서 개인적인 수준과 외부환경적인 수준에서 영향을 받으므로 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되는 요인은 다양한 경로(pathway)를 통해서 이루어진다.

Evans & Stoddart(1990)¹¹⁾은 인구구성원의 건강에 영향을 주는 요인에 대한 개념적 구조를 제시하고 있다. 이 개념적 구조는 건강을 생산하는데 중요한 요인들을 찾아내어, 단순한 건강수준(health outcome) 이상의 건강 및 웰빙(well-being)에 대한 폭넓은 개념으로 접근하고 있다. 사회적·물리적·환경적 조건이 건강차이, 질병 및 사고를 생산하는데 중요한 역할을 하는 것을 보여준다.

호주의 Australian Institute of Health and Welfare(AIHW, 2004)에 의하면, 건강결정요인을 크게 개인적 요인(생물학적인, 건강행태, 지식 및 신념, 사회경

11) RG Evans & GL Stoddart, "Producing health, consuming health care", *Soc. Sci. Med.*, 1990; 31(12):1347~1363.

제적 요인, 그리고 기타 요인으로 심리적 효과 및 안전요인)과 환경요인(일반 환경요인, 물리적 환경요인)으로 분류하고 있다.

이에 더하여 또 다른 요인으로 지역사회역량을 고려해 볼 수 있는데, 사회자본(social capital), 가구특성, 의사결정에 대한 통제(sense of control), 자선, 교통, 안전 및 범죄, 컴퓨터 및 인터넷 접속, 갬블링(gambling)이 이에 해당된다.¹²⁾ 일반적으로 인구구성원의 건강 및 후생은 지역사회참여로 향상될 수 있으며, 정부 및 지역사회가 함께 파트너십을 형성할 경우 건강수준이 최대화될 수 있다는 것을 보여준다.

Health Canada(1999)¹³⁾에 의하면, 건강에 영향을 주는 요인으로 다음과 같이 분류하여 제시하고 있다.

- 사회경제적 환경: 소득, 교육 및 문맹, 고용 및 실업, 근로환경, 사회적 환경(사회적 지원, 가정폭력, 지역사회 폭력, 봉사, 시민참여, 자선기부)
- healthy child development(영유아~청소년기): 빈곤, 아동 및 청소년의 안전 및 보호, 가족구조의 변화, 양질의 보육, 통합서비스 전달
- 물리적 환경(physical environment): 자연환경(오존파괴, 자외선노출, 기후, 공기, 환경적 독성, 수질, 식품), 인공환경(담배연기, 교통, 주거, 흡리스)
- 개인의 건강생활습관: 신체활동, 건강한 식습관, 체중, 흡연, 음주, 약물 오남용, 약물사용 및 남용에 대한 제재, 사고예방을 위한 안전장치, 갬블링, 성행위, HIV 테스트, 복합적 위험 행태(multiple risk behaviour)
- 보건의료서비스: 보건의료서비스지출, 서비스 전달(병원, 응급서비스, 홈케어, 장기요양, 의료의 질), 보건의료서비스 이용 및 접근성(가정의 또는 일반의의 방문, Pap smear test, Mammogram), 의사이외의 보건의료전문가에 대한 접근성(치과 의사 방문, 시력검사 및 렌즈교정, 척추교정지압전문가(chiropractor), 정신보건서비스), 의약품 지출 및 사용, 충족되지 못한

12) Health determinants Queensland 2004, Public health services and health information centre, Queensland government, 2004.

13) Health Canada, Toward a Healthy Future, second report on the Health of Canadians, Federal, Provincial and Territorial Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, 1999.

보건의료 니즈(needs), 대안적 보건의료서비스(alternative health services)
 · 생물학적 및 유전 요인: 생물학적 요인 및 선천성 결손(birth defect), 고령화(aging)

이상에서와 같이, 건강에 영향을 미치는 요인들은 복잡한 연계고리로 얽혀 있으며 동태적인 순환구조를 지니고 있다. 건강악화로 인하여 의료이용 및 의료비지출이 증가할 것이라는 선형적인 인과관계가 아니라, 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되며 또한 의료이용을 통하여 건강상태를 호전시키게 되는 일련의 동태적 과정을 분석할 수 있는 통계자료 구축이 바람직하다.

따라서, 한국의료패널에서는 건강행태, 건강수준, 의료이용 및 의료비 지출, 등의 동태적 구조를 파악하기 위한 문항뿐 아니라, 건강결정요인에 대한 연계고리를 분석할 수 있도록 구성되는 것이 바람직 할 것이다. 또한, 의료이용과 의료비지출에 대한 심층적인 조사를 위한 비급여부분, 의약품 지출, 민간의료보험지출 등에 관한 문항을 포함함으로써, 보건의료분야에서 다학제적이며 정책적 함의를 유도할 수 있는 내용이 구성될 필요가 있다.

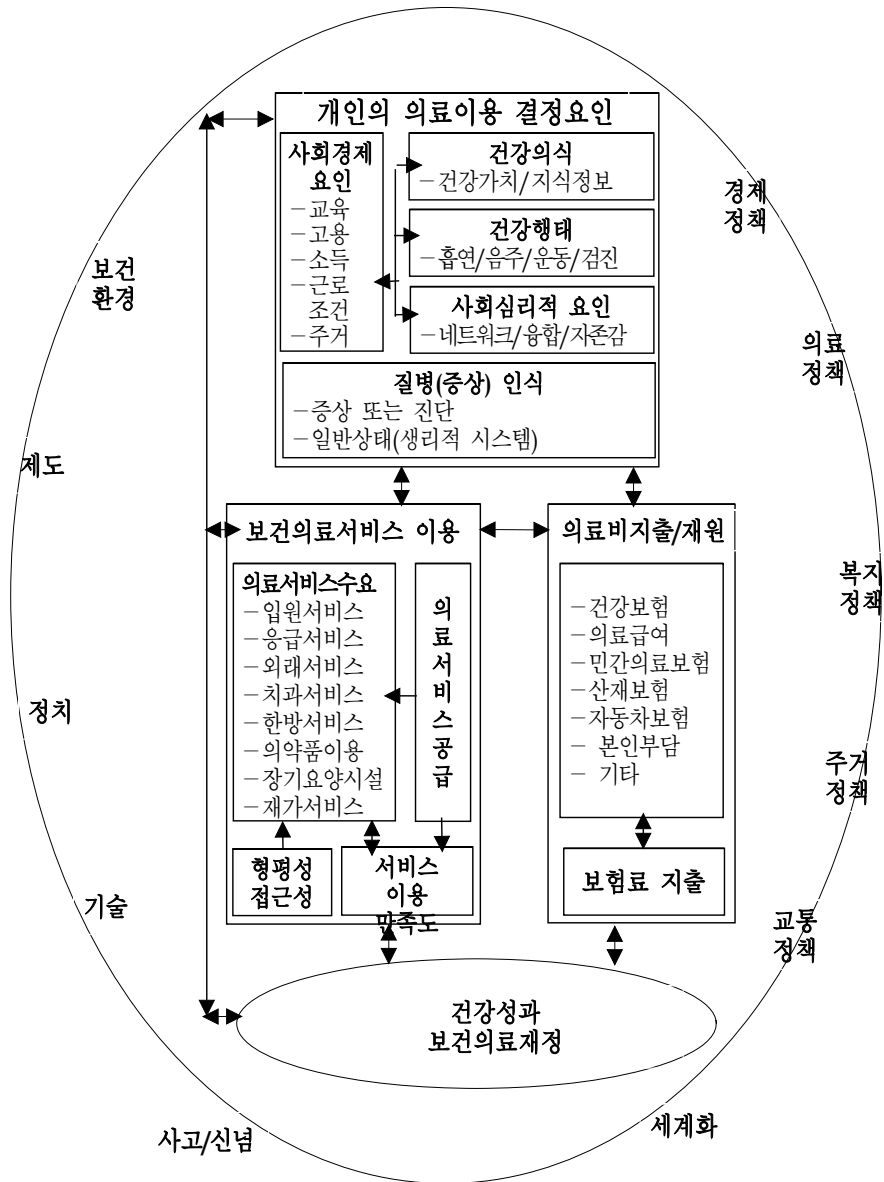
나. 설문내용의 개념적 틀

앞서 살펴본 바와 같이, 건강수준에 영향을 주는 요인들, 건강수준에서 의료비지출로 연결되는 과정들을 포괄하는 조사의 개념적 틀을 살펴보면 다음의 [그림 III-1]과 같다.

거시적인 측면에서 개인의 건강수준, 의료이용 및 의료비 지출에 영향을 주는 요인에는 경제·복지·보건·주거·교통 등에 관한 정부정책과, 현재의 의료기술, 보건환경, 사회규범 및 제도와 더불어 세계화 등을 들 수 있다. 그리고 미시적인 측면에서는 개인의 사회·경제·인구학적 특성, 건강의식 및 행태, 사회·심리적 요인, 질병 또는 증상에 대한 인식 등으로 인해 보건의료서비스를 이용할 지에 영향을 미치게 되고, 이러한 의료요구(needs)가 발생하게 될 경우 의료서비스 접근성 또는 만족도에 따라 서비스 수요행태가 변하게 된다. 물론

이 때에, 개인들의 의료서비스 수요 이후에 의료비가 지출되며 어떤 재원을 통하여 이를 충당하게 되는 지가 나타나게 된다. 이러한 일련의 과정들로부터 건강수준이 호전 또는 악화라는 결과가 나타나게 되며, 국가 전체적으로 볼 때, 국가재정에까지 영향을 미치게 된다. 그리고 다시 거시적 요인 또는 미시적 요인에 피드백(feedback)을 주는 동태적 과정들이 발생하게 된다.

[그림 III-1] 한국의료패널의 개념적 틀



2. 조사내용 개괄

한국의료패널의 개념적 틀을 토대로 패널조사에 포함되어야 할 조사주제는 매우 다양하고 광범위하다고 할 수 있다. 본 연구에서 살펴 볼 조사주제를 개괄적으로 열거하면 개인의 인구사회경제학적 특성 및 건강형평성, 건강의식 및 행태, 건강수준 및 활동제한, 사회자본 및 사회적 네트워크, 주거환경, 보건의료 서비스 이용, 의료서비스 접근성 및 만족도, 의료비 지출수준, 의료비 재원, 민간의료보험 지출 등의 영역으로 구분할 수 있다. 그런데, 이러한 요인들에 대한 내용도 모두 문항으로 담기에는 조사응답자의 부담, 조사비용 등을 감안할 때 현실적으로 어려움이 따른다. 또한 문항의 성격에 따라 매년 동일한 질문을 반복해서 조사를 실시할 경우에 동태적인 의미를 그다지 지니지 않는 영역이 존재할 것으로 여겨, 매년 실시해야 하는 기본(핵심)조사 영역과 일정 간격을 두고 실시해야 하는 부가조사 영역으로 구분하여 조사반복 횟수를 조정하는 안을 검토하였다.

한편, 본 연구에서 검토하지 않은 주제나 영역도 향후 지속적인 연구와 검토를 거쳐 의료패널 설문내용의 보완이 지속적으로 이루어질 수 있도록 추진할 예정이다.

가. 기본(핵심)조사내용

한국의료패널의 기본조사내용의 모형은 크게 두 부분으로 나눌 수 있다. 첫째, 건강의식에서 의료비 지출로 연결되는 경로를 파악할 수 있도록 개괄적인 내용을 포함하는 수평적 구조, 둘째, 의료이용 및 의료비 지출/재원에 있어서는 심층적인 내용을 담는 수직적 구조로 구성함으로서, 다음의 [그림 III-2]에서 제시하고 있는 바와 같은 “T자형” 모형으로 구축하고자 한다.

[그림 III-2] 기본(핵심) 조사의 분석틀



〈표 III-1〉 기본(핵심) 조사의 주요 조사내용

구분		주요 조사내용
인구사회경제적 특성		· 개인의 인구학적 정보 · 자산 및 부채규모 · 경제활동 및 일자리 · 가구소득
건강수준		· 건강수준 · 만성질환
의료이용 및 지출	입원/외래/응급/한방/치과	· 방문이유 및 방문시기 · 방문기관 유형
	약국/의료용구/건강기능식품	· 방문목적 및 진료과목 · 진단명
	재가서비스	· 치료 또는 검사 내용 · 이용량
	요양병원/시설	· 예방 및 검진 · 미충족의료 및 치료지연 · 본인부담 · 간병인비용 · 이동 시간 및 비용
의료비 재원	건강보험/의료급여/산재보험	· 급여수준 · 본인부담 대비
	민간의료보험	· 가입동기 · 보장범위 및 급여수준 · 보험 형태 · 보험료 지출 규모
	기타	· 친구 또는 친인척의 도움 · 종교단체 등의 도움 · 금융기관 대출 등

나. 부가조사내용

패널조사의 장점은 매년 동일한 가구를 대상으로 하여 반복 설문을 함으로써 이들의 동태적인 경로를 파악할 수 있다는 점에 있다. 그러나 어떠한 정보는 시간의 변화에 대한 변화량이 비교적 많지 않아 건강 및 의료이용과 관련하여 매년 동일한 가구에게 동일하게 질문하는 것보다는 일정 간격을 두고 다양한 부가조사의 주제를 설정하여 설문하는 것이 효율적일 수 있다.

예를 들어, 다음의 <표 III-2>에서와 같이 의료이용 및 의료비 지출에 영향

을 미치는 직·간접적인 요인들로 사회자본, 주거환경, 건강관련 삶의 질, 정신 건강, 의료의 접근성 및 만족도 등으로 구성할 수 있다.

〈표 III-2〉 부가조사의 주요 조사내용

구분	주요 조사내용
사회자본	· 지역사회와의 관계, 지역사회 지원 · 사회 연결망 및 사회적 지지
거주환경 및 사업장(일터)환경	· 주거 유형 및 주거(거주)환경 · 안전, 교통, 위생 · 주차공간 등 · 근무환경 · 설비의 안전장치 · 실내공간의 대기환경 등
건강관련 삶의 질*	· EQ-5D · SF-12
유전적 건강요인	· 가족력
건강행태*	· 흡연, 음주, 운동, 체중조절 · 갬블링 · 예방접종 등
정신건강	· 스트레스, · 정신보건서비스 이용 등
취약계층의 건강	· 여성건강 · 노인건강 · 미취업자 건강
건강정보	· 공공보건프로그램의 참여 · 건강 또는 정보원 & 인터넷 · 건강교육
질환별 건강관리	· 주요 만성질환자의 건강관리행태 · 의약품 복용행태
의료 접근성 및 만족도	· 의료환경 만족도 · 국민건강보험제도 만족도 · 의료이용시 만족도 · 의료기관 접근성 · 치료의 적시성 여부 등

주: * 기본조사주제의 속성도 포함하고 있어 추후 검토가 요구됨.

3. 한국의료패널의 구조 및 표본설계 방향

한국의료패널은 전 국민을 대표할 수 있는 자료를 생산하는 데에 하나의 목적을 두고 있기 때문에 표본추출의 모집단은 전 국민으로 설정되어야 한다. 이를 잘 반영할 수 있는 표본추출의 모집단으로, 전 국민이 가입하고 있는 국민건강보험공단의 데이터를 활용하는 방법과 우리나라 패널조사에서 많이 활용하고 있는 인구주택 총 조사의 표본조사구를 활용하여 표본을 추출하는 두 가지 경우를 고려해 볼 수 있을 것이다.

우선 국민건강보험공단의 데이터를 활용하여 표본추출하는 경우를 고려해 보자. 국민건강보험공단의 데이터를 활용할 경우, 조사대상가구의 소득수준, 건보부담금, 건강보험료 등에 대한 내부의 데이터를 활용함으로써 응답자의 부담을 감소시키고 보다 정확한 데이터를 확보할 수 있다는 장점을 지니고 있다. 그러나 예를 들어, 만약 입원 또는 외래서비스 이용율이 높은 사람을 대상으로 표본추출하는 경우에는 질병발생은 갑자기 발생한다는 불확실성이 내재하고 있으며, 이들을 대상으로 표본을 추출할 경우에는 전 국민을 대표하는 통계를 생산하는 데에 어려움이 따른다. 또한, 외래서비스 또는 입원서비스 이용율이 높은 65세 이상 인구를 과대표집할 경우에 외래 또는 입원이용에 대한 행태나 의료비를 분석하는데 필요한 데이터 셀을 많이 채울 수 있는 장점이 있지만, 조사대상자들이 널리 퍼져있어 조사단계에서 예산이 많이 소요되는 단점을 지니고 있다. 또한, 실거주지와 행정망에서의 거주지가 상이한 경우가 있어 이에 대한 처리문제를 어렵게 한다. 그리고 보험가입자 자격파일을 틀(framework)로 표본을 구성할 경우, 미가입자가 제외되는 단점도 제기될 수 있다.

다음으로 인구주택총조사의 표본조사구를 활용하여 표본을 추출하는 경우를 고려해 보자. 인구주택총조사에서는 지역간의 경계를 이용하여 일정한 수의 조사단위(가구)로 묶은 조사구(enumeration area)를 제공해 준다.¹⁴⁾ 이와 같은 조사구를 설정함으로써 전국을 중복이나 누락지역 없이 조사구로 분할하여 조사

14) 한 조사구 내에 평균 60가구가 포함되어 있음.

함으로써 조사대상가구의 누락 또는 중복을 방지할 수 있으며, 소지역별로 통계를 생산할 수 있다. 이러한 이유로 인구주택총조사가 각종 표본조사의 표본틀로 많이 활용되고 있다.¹⁵⁾

이외에도 조사구를 설정함으로써 조사원에 의한 가구면접조사를 실시할 경우 조사원의 업무량을 적절하게 배분할 수 있으며, 방문해야 할 가구가 흩어져 있기 않기 때문에 예산 절감의 효과를 지니고 있다.

국민건강보험공단의 데이터를 활용할 경우 응답자의 부담을 감소시키고 보다 정확한 데이터를 확보할 수 있다는 장점을 지니고 있지만, 조사이후에 사후적으로 건보데이터와 연계를 통해 객관적인 데이터를 확보할 수 있기 때문에, 인구주택총조사의 표본조사구를 활용함으로써 국민건강보험공단의 데이터를 활용할 때 누릴 수 있는 장점을 충분히 활용할 수 있을 것이다.

한편, 패널의 경우 표본가구 수는 예산규모, 조사항목 수, 표본이탈율 등을 고려하면서 전국규모의 대표성을 확보할 수 있도록 하여야 한다. 다음의 <표 III-3>에서 제시된 바와 같이 2차년도의 응답율은 낮고 불안정하지만, 패널이 매년 진행될수록 응답율이 안정적으로 유지되고 있음을 보여주고 있다. 다만, 패널이탈율 또는 자연사망율이 증가함으로써 응답자수가 감소하고 출산, 분가 등으로 인해 과학적으로 표본추출한 원표본가구가 아니므로 조사시 표본의 대표성 문제가 제기될 수 있다.

15) 1개의 조사구가 표본지역으로 선정되면 그 안에 있는 모든 가구들 중에 일정비율만을 최종 표본으로 선정하는 경우가 있는데, 이는 한 조사구 내에 가구들이 동질성을 가지므로 표본의 대표성을 제고하기 위하여 여러 조사구를 포함시키는 것이 유리하기 때문이다(이삼식 등, 인구패널 구축을 위한 기초연구, 2006, 한국보건사회연구원)

〈표 III-3〉 국내외 패널의 응답율

(단위: %, 년도)

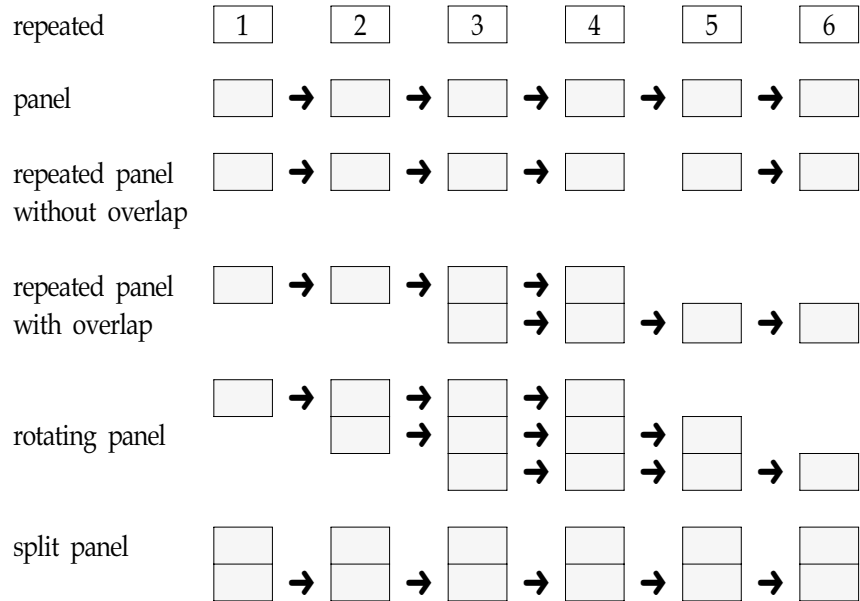
웨이브	미국 PSID	독일 GSEP	영국 BHPS	대우패널	노동패널
2차	89.0 (1969)	89.9 (1985)	87.7 (1992)	79.0 (1994)	87.6 (1999)
3차	86.3 (1970)	86.0 (1986)	81.5 (1993)	66.0 (1995)	80.9 (2000)
4차	83.7 (1971)	84.9 (1987)	79.9 (1994)	59.0 (1996)	77.3 (2001)
5차	81.2 (1972)	81.3 (1988)	76.8 (1995)	56.0 (1997)	76.0 (2002)
6차	78.8 (1973)	79.2 (1989)	77.3 (1996)	44.0 (1998)	77.2 (2003)
7차	76.6 (1974)	78.4 (1990)	76.0 (1997)	종료	77.3 (2004)

자료: 남재량 등, 제9차 한국가구와 개인의 경제활동, 2007에서 재인용

이러한 표본의 대표성을 유지하기 위해 새로운 가구로 대체하는 등의 다양한 패널 표본 설계안을 고려해 볼 수 있는데, 이를 몇 가지로 유형화해 보면 다음의 [그림 III-3]과 같다. 장기적으로 패널을 운영할 경우에 발생하는 패널가구의 유지율 감소에 대한 문제점을 해결하기 위한 방법 중 하나로, 중첩하는 패널(repeated panel with overlap)로 운영할 수 있다. 예를 들어, 캐나다의 SLID(Canadian Survey of Labour and Income Dynamics)에서는 표본가구를 6년 동안 유지하되, 4차 년도부터 새로운 표본을 중첩하여 패널이 동시에 진행되도록 하고 있다.

또 다른 방법으로 순환패널(rotating panel)이 있는데, 예를 들어 Canadian Labour Force Survey에서는 6개월간 조사를 진행할 때 매달 새로운 가구들을 진입시켜 매월의 실업율을 조사하고 있다. 그리고 National Crime Victimization Survey에서는 3년 동안에 걸쳐 6개월 간격으로 새로운 패널가구들은 진입하여 연간 데이터를 생산하고 있다.

[그림 III-3] 패널 표본 설계안



자료: Kalton G, 2007, "survey over time", 프리젠테이션 자료

패널데이터를 구축할 경우 가중치에 관한 문제를 고려하는 것이 중요하다(강석훈, 2006). 가중치를 부여할 경우 표본추출확률을 계산하고 무응답을 조정, 사후층화하는 등의 작업을 수행할 필요가 있으며, 이때에 표본탈락확률 계산, 비원표본가구원(예, 신규진입 가구원)의 확률 계산문제, 횡단면 가구 및 개인 가중치 부여 문제 등이 검토되어야 한다.

4. 조사문항의 반복 설문구조 및 조사방법

한국의료패널의 조사기간과 관련하여 고려해야 할 점은 의료이용 및 의료비 지출에 관한 데이터를 수집할 경우에 과거의 기억에 의존하여 응답해야 한다는 것이다. 특히 의료행위와 의료비의 경우는 교육이나 직장 같은 생애사건(life

event)과 달리 주기적으로 빈번히 일어나는 특성을 가진다. 따라서 한번의 설문 조사로 얻어낼 수 있는 정보의 양과 신뢰도가 그다지 높지 않다. 의료기관 방문일, 질병명, 의료비, 교통비, 교통시간 등과 문항에 있어서 입원한 경우나 응급실을 이용한 경우에는 이용 빈도가 낮고 각 가구에 발생하는 큰 사건이기 때문에 응답자의 기억을 되살리기 용이한 반면, 빈번히 진행되는 외래서비스 이용의 경우에 기억에만 의존하여 정확한 데이터를 수집하는 데에는 한계가 따른다. 따라서 연중 발생하게 되는 외래서비스 이용 또는 의약품 이용에 대해서는 기억을 보조할 수 있는 장치가 반드시 필요하다.

이러한 문제를 해결하기 위해 도입 가능한 방법으로 기장방식(diary method)을 검토해 볼 수 있다.¹⁶⁾ Roghmann과 Haggerty(1972)는 자료수집 방식으로서 건강일기의 유용성을 평가하기 위해 다음과 같은 조사를 실시하였다. 전형적인 뉴욕 상류층의 512가구가 28일 동안 건강가계부를 작성하였고, 71,316 개의 날짜·개인별 정보가 구축되었다. 이 정보들은 의료서비스에 대한 불만, 의료이용 내역 등 사후적인 인터뷰로는 얻을 수 없는 자료들을 포함하고 있으며 인터뷰로 확인할 수 있는 입원이나 응급 등의 정보는 더욱 신뢰도가 높은 내용을 담고 있다.

또한 1,805명의 성인과 161명의 일반의(General Practitioner)를 대상으로 기장방식과 인터뷰방식의 신뢰도를 비교한 Bruijnzeels(1998)의 연구에 의하면, 민감도(sensitivity)에 있어서는 인터뷰 방식(0.84)이 기장방식(0.72)에 비해 다소 높은 것으로 나타났으며, 특이도(specificity)의 경우에는 기장방식(0.96)이 인터뷰 방식(0.91)보다 높은 것으로 나타난다.¹⁷⁾ 인터뷰는 응답자의 기억에 의존할 수 밖에 없고 시기회상착오(telescoping)나 회상실패(memory failure) 등의 회상오류(recall bias)를 포함하는 것으로 확인되었다. 이처럼 기장방식은 매일 매일의

16) K. Roghmann, R. Haggerty The Diary as a Research Instrument in the study of Health and Illness Behavior: Experiences with a Random Sample of Young Families, *Medical Care*, Vol.10, No.2, 1972.

17) M. Bruijnzeels, J. van der Wouden, M. Foets, A. Prins, W. van den Heuvel, Validity and accuracy of interview and diary data on children's medical utilisation in the Netherlands, *J Epidemiol Community Health*, 1998.

의료사건(event)을 장기간 모으는데 높은 효율성을 지닐 수 있다.

한편, 여타의 패널조사와 같이 연 1회로 반복하여 패널가구를 방문할 경우에 데이터의 신뢰성이 급감할 우려가 있다. 이러한 이유로 가구방문주기를 가급적 짧은 간격으로 설정하는 것이 바람직할 것이다. 다만, 예산상의 비용-효과적인 문제나 응답자에게 과도한 부담을 끼칠 수 있으므로 패널가구 방문 주기를 신중히 고려하여야 할 것이다.

조사표를 설계할 때에 책자식 또는 시트(sheet)식으로 구성할 지를 검토하게 된다. 책자식은 조사항목이 많을 경우에 기입방법이나 사례를 간단히 삽입하여 조사를 원활히 진행시키는 데에 유용하며 시트식은 조사항목 간에 연계되는 내용을 한 눈에 파악해야 하는 조사에 효과적이다. 이러한 측면을 고려하여 조사표의 첫 장은 가구원에 관한 사항을 모두 열거하여 일목요연하게 가구 전체에 대한 특성을 파악할 수 있도록 한다. 그리고 조사 전반적으로는 책자식으로 구성하되, 입원·응급·외래서비스와 같이 의료기관을 방문한 경우에는 방문 건(visit case)별로 데이터가 수집되기 때문에, 책자식 보다는 시트식으로 조사표를 구성하여 조사항목 간의 논리적 구조를 파악하는 것이 유용할 것으로 사료된다.

IV. 한국의료패널의 기본 조사내용

1. 사회·경제·인구학적 특성 및 건강 불평등

가. 건강불평등 설문항목 관련 학문적·정책적 수요와 이론적 배경

조사응답자의 일반사항에 관한 내용인 사회경제적, 인구학적 설문문항은 대부분의 조사에 포함하고 있어, 본 연구에서는 구체적인 논의를 생략하고 불평등에 관한 내용을 중심으로 다루고자 한다.

사회경제적 지위로서의 계급과 건강 불평등에 관한 연구는 매우 오랜 전통을 지니고 있다(MacIntyre, 1997). 이미 1842년 Chadwick의 “대영제국 노동인구의 위생 상태(Sanitary Conditions of Labouring Population in Great Britain)”는 리버풀 지역의 노동계급과 귀족/전문가 집단의 평균 수명이 각각 15세와 35세로 큰 차이가 있음을 보고하였다. 1980년에 제출된 영국의 블랙리포트(Black Report)는 1977년 Douglas Black을 대표로 하여 구성된 건강불평등 작업팀이 1980년에 제출한 건강불평등 보고서이다. 블랙리포트는 계급 간 건강상태의 차이를 분석하고, 차이의 원인을 밝히고, 최종적으로 계급 간 건강불평등을 개선하기 위한 정책적 제안을 하고 있다. 1950년대 이래 직업에 기초한 계급 I과 II의 사망률이 감소하였지만, 계급 IV와 V에서는 줄지 않았다는 점과 계급 V는 계급 I에 비해서 퇴직 전 사망률이 2.5배 더 높다고 보고하였다(표 IV-1참조). 복지가 확대되었음에도 불구하고 계급 간 차이는 오히려 늘었다는 결과를 제시하여 충격을 준 보고서였다. 블랙리포트는 정부차원에서 작성한 보고서에서 계급에 따른 건강불평등을 다루었다는 점에서 그리고 체계적인 분석을 통해서 건강불평등의 실태를 제시하였다는 점에서 이후의 건강 불평등 연구에 큰 영향을 끼쳤다. 이후 영국에서 출판된 1987년 화이트헤드 보고서(Whitehead Report)와

1998년 애치슨 보고(Acheson Report)서에서도 동일한 결론을 제시하고 있다.

블랙리포트 이후 계급에 따른 건강불평등 연구는 매우 다양하게 전개되었다¹⁸⁾. 여러 연구에서 계급에 따른 건강불평등을 논의하고 있지만, 건강불평등 개념에 비해서 계급 개념은 연구자에 따라 상이하게 사용되고 있다. 영국 정부 기관에서 사용하는 계급은 영국 정부가 사용하는 계급분류로 흔히 Registrar General(RG) 계급분류로 불리며, 이 분류는 다음과 같다.

〈표 IV-1〉 Registrar General(RG)의 계급분류

구분	내용
RG I	전문직 종사자(Professionals)
RG II	경영자(Managers)
RG III	숙련 비육체 노동자(Skilled Non-manual)
RG IV	숙련 육체 노동자(Skilled Manual)
RG V	반숙련 육체 노동자(Semi-skilled Manual)
RG VI	미숙련 육체 노동자(Unskilled Manual)

이 분류의 특징은 비노동자와 노동자를 구분하고, 비노동자를 전문직 종사자와 경영자로 구분하고, 노동자를 숙련도와 육체/비육체 노동에 따라서 4가지로 구분한 것이다. 여기에서는 고용주나 자영업자와 같이 피고용자와는 다른 방식으로 경제활동을 하는 사람들을 구분하지 않은 것이 특징이다. 이것은 계급이론에 기초한 구분이 아니며, 직업만을 가지고 편의주의 적으로 구분을 한 직업집단 분류라고 볼 수 있다.

또 다른 계급분류는 영국의 사회학자 John Goldthorpe의 계급구분이다. Goldthorpe는 계급위치를 고용관계(employment relations)에 의해서 정의된 위치로 규정한다(Goldthorpe, 2000). 오랫동안 계급구조 내에서 이루어진 이동을 연구해 온 Goldthorpe는 현대 사회에서 크게 3가지 범주인 고용주, 자영업자, 피고용자로 계급이 나뉘지만, 90% 이상을 차지하는 피고용자의 분류가 더 중요하며, 피고용자들은 고용계약의 속성에 따라서 노동과 임금을 교환하는 피고

18) 이에 대한 포괄적인 논의는 Bartley 2004를 참조하기 바람.

용자 그리고 서비스와 봉급을 교환하는 피고용자로 구분하였다. 전자는 노동계약이며, 후자는 서비스 계약이라고 불렀다 (Erikson and Goldthorpe, 1992). 이러한 구분은 범주적인 구분이며, 현실적으로 정도의 차이에 따라서 고용의 성격이 서비스관계, 서비스-노동 혼합, 노동계약으로 구분되며, 이러한 기준에 따라서 Goldthorpe는 계급을 다음과 같이 구분하였다.

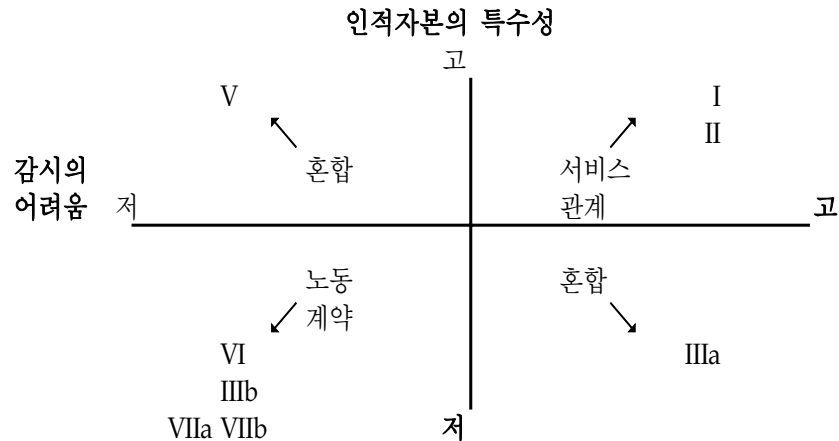
〈표 IV-2〉 Goldthorpe의 계급과 고용관계의 형태

구분	계급	고용규제 형태
I	상층 전문직 종사자, 행정가, 경영자	서비스 관계
II	하층 전문직, 종사자, 행정가, 경영자	서비스 관계(수정된 형태)
III _a	상층 일반 비육체 피고용자	혼합
III _b	하층 일반 비육체 피고용자	노동계약(수정된 형태)
IV _{abc}	소규모 자산가, 고용주와 자영 노동자	
V	하급 기술자 및 감독(육체노동자 감독)	혼합
VI	숙련 육체 노동자	노동계약(수정된 형태)
VII _a	미숙련 육체 노동자	노동계약
VIII _b	농업노동자	노동계약

자료: Goldthorpe(2000).

Goldthorpe는 제도학과 경제학의 거래비용 이론을 차용하여 고용주와 피고용자 사이에 존재하는 일과 관련된 두 가지 축을 구분한다. 첫째, 고용을 규제하는 방식은 일의 성격에 따라서 달라지며, 피고용자의 일을 감시하는 것이 어려운 경우, 즉 일의 성과를 양적으로나 질적으로 측정하기가 어려운 경우와 그렇지 않은 경우가 큰 차이를 보인다. 둘째, 일을 수행하는데 필요한 인적 자본의 특수성 정도에 따라서 고용관계가 달라진다는 것이다. 일을 수행하는 데 필요한 기술이나 지식의 특수성이 높은 경우 거래 전통적인 노동계약 대신에 서비스관계를 중심으로 하는 장기적인 고용과 일의 성과에 관계없이 봉급의 형태로 보상이 주어진다는 것이다.

[그림 IV-1] Goldthorpe의 계약 위험성, 고용계약 형태 및 피고용자 계급위치



자료: Goldthorpe (2000)

영국 정부 통계에서 제시된 사회계급과는 달리 이론적으로 고용관계의 특수성에 따라서 계급을 구분한 Goldthorpe의 계급론은 흔히 신베버주의 계급론이라고 불린다(Breen and Rottmann 1995). 그러나 일의 속성에 따라서 고용계약의 형태가 달라지고, 고용계약의 형태에 따라서 계급이 달라진다는 논의는 베버가 “계급상황은 곧 시장상황”이라고 주장한 것과 부합하는 것은 아니다(Weber 1978). 그러나 피고용자들이 임금의 대가로 제공하는 서비스의 종류를 구분한다면, Goldthorpe는 넓은 의미에서 베버의 전통을 따르고 있다고 볼 수 있다. Goldthorpe의 계급분류는 최근 의료불평등 연구에서 사용되기 시작되었다(Pandy 1997; Rose and Pevalin 2000; Sacker et al., 2001). Goldthorpe의 계급분류는 캠브리지(Cambridge) 계급분류로 불리며 주로 영국의 건강불평등 연구에서 적용되고 있다.

계급에 대한 보다 체계적인 논의는 Wright(1985, 1997)에 의해서 제시되었다. Wright는 마르크스의 계급론이 산업자본주의가 발전하면서 등장한 새로운 형태의 피고용자들을 분석하는데 적합하지 않다고 보고, 19세기 말 이후 새롭게 등장한 경영관리직과 전문직 피고용자들을 전통적인 노동계급과 이론적으로 구

분하는 이론을 제시했다. Wright는 산업자본주에서의 경제활동은 생산수단의 소유 여부에 따라서 질적으로 달라지며, 생산수단을 소유한 사람들은 다른 사람을 고용하거나 혹은 자기 노동에 의해서 경제활동을 할 수 있으며, 생산수단이 없는 사람들은 타인에게 노동력을 제공하고 그 대가로 임금을 받아서 생활하게 된다는 점을 강조한다. 고용주와 피고용자와의 관계는 착취관계에 근거하고 있으며, 여기서 착취관계는 규범적인 의미가 아니라 기술적인 의미를 지닌다. 즉, 다음과 같은 조건이 존재하면, 착취관계가 존재한다고 볼 수 있다는 것이다 (Wright 1997).

- 1) 한 집단의 물질적 복지가 다른 집단의 물질적 박탈에 인과적으로 의존한다.
- 2) 1)의 인과적 관계는 특정 생산 자원에 대한 피착취자의 비대칭적 배제를 포함한다. 전형적으로 이러한 배제는 소유권 형태로 힘에 의해서 뒷받침 되지만, 특별한 경우에 그렇지 않은 경우도 있다.
- 3) 2)의 배제를 1)의 차별적 복지로 전환시키는 인과적 기제는 생산 자원을 통제하는 사람들이 피착취자들이 수행한 노동의 산물을 전유하는 것을 포함한다.

Wright는 후기 산업자본주의의 계급관계는 생산자원이 다양해짐에 따라서 복잡한 형태를 보인다고 주장하고, 전통적인 생산수단인 자본재(capital asset) 이외에 조직 내에서의 통제를 행사할 수 있는 권위와 같은 조직재(organizational asset) 그리고 기술과 전문성과 같은 기술재(skill asset)로 구분하였다. 조직 내에서 권위를 행사하는 사람들이 누리는 높은 소득은 생산성에 기초한 것이 아니라 자본가의 이해를 대변해서 다른 피고용자를 관리 및 통제할 대가라는 점에서 충성지대(loyalty rent)적 성격을 포함하고 있다. 특정 기술이나 전문적 지식을 소유한 사람들이 누리는 고임금은 주로 공급을 통제하기 때문에 시장임금보다 높은 임금이 주어진다. 이것은 독점지대(monopoly rent) 성격을 지닌 것으로 시장에서 공급이 확대되면 사라지는 임금 프리미엄이다 (Wright 1997).

조직재와 기술재는 피고용자들 내의 중관계급과 노동계급의 분화를 만들어 내는 요소로서 후기 자본주의 사회에서 중요한 요소가 되었다는 것이다. Goldthorpe와는 달리, Wright는 생산수단을 소유한 소유계급(owning class)과 비소유 계급(non-owning class)으로 구분하고, 조직재와 기술재는 비소유 계급 내에서의 계급분류에 적용하였다. Wright에 따르면, 착취의 원천이 다양하기 때문에, 착취관계도 복합적인 속성을 지니게 된다. 즉, 생산수단을 소유하고 있지 않아서 피고용자로 노동력을 제공하고 그 대가로 임금을 받는 경우, 조직재를 소유하고 있어서 조직재를 소유하고 있지 못한 사람과 착취관계에 놓이게 되는 경우가 있을 수 있다. 한 차원에서는 피착취자의 위치에 있지만, 다른 차원에서는 착취자의 위치에 놓이게 되는 경우이다. Wright는 이를 “모순적 계급 위치”라고 정의하였다. 중관계급이 바로 이러한 모순적 계급위치를 차지하는 피고용자라는 것이다. Wright의 계급구분은 미국의 몇몇 건강불평등 연구에 많이 사용되기 시작했다 (Krieger 1991; Muntaner et al. 2003; Soderfeldt, Danermark and Larsson 1987; Wohlfarth and van den Brink 1998).

〈표 IV-3〉 Wright의 계급구분

생산수단에 대한 관계							
		소유자	피고용자				
피고용자 수	다수	자본가	전문가-경영자	숙련-경영자	미숙련-경영자	경영자	권위관계
	약간	소고용주	전문가-감독자	숙련-감독자	미숙련-감독자	감독자	
	없음	뺀떠부르주아지	전문가	숙련노동자	미숙련노동자	비경영자	
				전문가	숙련	미숙련	
			회소한 기술과의 관계				

자료: Wright(1997).

나. 건강 불평등 관련 선행 연구

1980년 블랙리포트가 출간된 이래, 계급간 건강 불평등 문제가 큰 쟁점으로 부각되면서 건강 불평등 연구의 전환점을 이루게 되었다(강영호 2007). 그 이후 소득불평등과 같은 경제적 불평등 또는 의료이용에 관한 계급별 차이 등에 관한 연구뿐만 아니라, 질병과 사망의 계급/계층별 차이 등에 관한 연구와 같은 사회 구조적인 속성과 건강과의 관계를 규명하는 연구들이 활발하게 이루어지고 있다.

건강문제를 의료적인 문제에 국한시키지 않고 사회적인 속성과 연관시켜 사고하기 시작하면서 사회적인 현상과 건강과의 관계에 대한 연구가 활성화되기 시작했다(Scrambler and Higgs, 1999). 특히 1990년대 초부터 사회경제적 지위에 따른 질병이나 기대수명의 차이에 관한 Wilkinson(1989, 1992, 1996) 등의 논쟁을 계기로, 소득 불평등과 건강 불평등과의 관계에 대한 많은 연구들이 쏟아져 나오고 있다.¹⁹⁾ Wilkinson(2005)은 삶의 수준이 일정한 수준을 넘으면 물리적 환경보다 사회적 환경이 건강에 더 큰 영향을 미친다고 보고, 사회적 지위 혹은 계급, 사회적 관계의 질과 초기 삶의 스트레스가 건강에 영향을 미치는 대표적인 사회적 요인이라고 주장하고 있다.²⁰⁾

불평등과 건강에 관한 가설은 메타이론적인 가설이나 거시적인 견해로 받아들여지면서, 이론적인 차원에서 혹은 경험적인 차원에서 반론이 제기되기도 한다. 소득 불평등이 건강 불평등의 주요 결정요인이라는 주장에 대해서 Lynch et al.(2004)은 미국의 자살과 같은 경우에는 어느 정도 타당하지만, 이외의 국가 또는 일반적인 건강 상태에 관해서는 과장된 것이라고 주장하였다. 주요 서구 국가들을 대상으로 지니계수와 건강불평등 사이의 관계는 부의 상관관계를 보이지만, 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났고, 단지 미국만이 예외적

19) 이에 대한 종합적인 평가는 Lynch et al. 2001; Wilkinson and Pickett 2006을 참조하기 바람.

20) 상대적 불평등이 기대수명에 영향을 미친다는 상대 소득가설은 이후 많은 논쟁을 야기함.

으로 소득불평등과 건강불평등간의 유의미한 관계가 나타났다고 보았다. 결과적으로 소득불평등이 건강불평등의 주요 결정요인이라고 보기는 힘들고, 하나의 요인이 될 수는 있다는 결론을 내렸다.

논쟁을 불러일으킨 당사자인 월킨슨과 피켓(Wilkinson and Pickett 2006)의 종합적인 평가에 따르면, 다수 연구에서는 보다 평등한 사회에서 건강 불평등이 낮다는 결과를 보이고 있기는 하지만, 소수의 연구에서는 그렇지 않은 결과를 보여주고 있어서 사회경제적 불평등과 건강 불평등과의 관계는 여전히 쟁점으로 남아있다. 특히 왜 상대적 소득 불평등이 건강에 나쁜 영향을 미치는가에 관한 논의는 스트레스, 박탈감이나 우울증과 같은 사회심리적인 요인으로 설명하는 방식(Kawachi et al. 1997; Wilkinson 1996)이나 주거환경이나 건강관련 활동에 직접 영향을 미치는 경제적 조건으로 설명하는 방식(Lynch and Kaplan 1997; Lynch, Davey and Kaplan 2000) 등으로 나뉜다.

<표 IV-4>은 월킨슨과 피켓이 정리한 소득 불평등과 건강 불평등에 관한 지금까지 이루어진 연구에서 밝혀진 내용이다. 전체적으로 70% 정도의 연구들이 소득 불평등과 건강 불평등과의 정의 관계를 지지하고 있는 것으로 나타났다. 반면에 22% 정도는 소득 불평등과 건강 불평등간의 정의 관계가 없는 것으로 보고하였다. 이러한 차이는 소득불평등을 측정하는 지리적 단위 차이에 따른 것이며, 지리적 단위가 클수록 소득 불평등과 건강 불평등과의 관계가 정의 관계로 나타난다(Subramanian and Kawachi 2004; Wilkinson and Pickett 2006).

〈표 IV-4〉 소득불평등과 건강불평등 간의 관계

	전적인 지지	부분적 지지	비지지	전체	전적인 지지 비율(%)
	긍정적 결과	어느 정도 긍정적 어느 정도 관계없음	긍정적 결과 없음		
국가	30(11)	9	6	45(11)	83%
주, 도시	45(13)	21	17	48(13)	73%
카운티, 교구	12(2)	14	14(1)	40(3)	45%
전체	87(26)	44	37(1)	168(27)	70%

자료: Wilkinson and Pickett (2006: 1769)에서 재인용

주: 155개 논문에서 제시된 소득불평등과 건강불평등 간의 관계에 대한 168개 분석 결과 요약

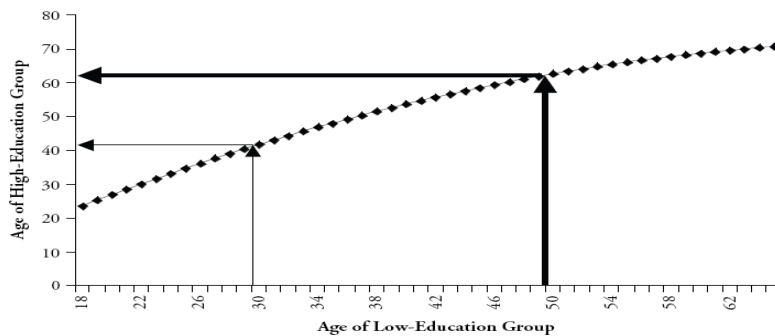
개별 국가 연구에서도 사회경제적 지위와 건강과의 관계가 지속적으로 유지되고 있는 것으로 밝혀졌다. 북구와 같이 보편주의적인 의료복지가 상대적으로 잘 발달된 사회들에서도 여전히 계급에 따른 기대수명 차이가 존재하는 것으로 나타났다. 예를 들어, 60년대부터 80년대 중반까지 노르웨이의 사망률을 분석한 Dahl and Kjærsgaard(1993)은 남성의 경우 오히려 사회경제적 지위에 따른 사망률 격차가 커졌다는 것을 밝히고 있다. 여성의 경우는 일관된 패턴이 나타나지 않았지만, 남성들의 경우 미숙련 노동자와 화이트칼라 상층의 사망률 차이가 더 벌어진 것으로 나타났다. 또한 핀란드의 계급과 사망률을 분석한 Martikainen et al.(2001)은 전반적으로 70년대에서 90년대까지 기대수명이 크게 증가했지만, 계급에 따라서 기대수명 증가분이 크게 다르다는 점을 보여주고 있다. 그들은 1970년부터 1995년 사이 핀란드 남성 사무직의 평균수명은 5.1년이 늘어났지만, 남성 생산직은 3.8년 늘어났으며, 여성의 경우는 각각 3.6년과 3.0년밖에 늘어나지 않았다. 이러한 차이는 핀란드와 같이 상대적으로 복지가 발달된 나라들에서도 계급에 따라서 음주나 흡연으로 인하여 관상동맥질환 발생의 정도가 차이가 나며, 질환이 발생하였을 때, 긴급의료 체계의 이용과 의료 시설에 대한 접근 용이성 등에 기인한 것이다.

계급관계에 내재된 위험 요인들의 성격과 정도에 따라서 계급이 질병에 미치

는 정도가 달라진다. 미국의 경우에는 이러한 추세는 일관되게 나타나, 대졸 이상의 고학력자와 고졸 미만의 저학력자 사이에 평균수명이 현격하게 차이가 나는 것으로 밝혀졌다. [그림 IV-2]는 NHIS에서 나타난 저학력자와 고학력자 사이에 동일한 사망률을 보여주는 서로 다른 연령을 보여준다. 여기에서 두드러진 점은 고학력자에 비해서 저학력자가 훨씬 높은 사망률을 보여준다는 사실이다. 다시 말해서, 저학력자의 수명이 그만큼 고학력자에 비해서 짧다는 것을 의미한다. 예를 들어, [그림 IV-2]의 가는 선이 보여주는 것처럼, 30세의 저학력자의 사망률은 40세의 고학력자의 사망률과 같은 것으로 나타났다. 그리고 [그림 IV-2]의 굵은 선이 보여주는 것은 52세의 고졸 미만의 저학력자와 62세의 고학력자와 동일한 사망률을 보이고 있다는 것이며, 이는 저학력자와 고학력자 사이에 10년 정도의 평균 수명의 차이가 있다는 것을 보여준다(Palloni 2006).

이러한 점은 환경이 매우 다른 뉴질랜드에서도 동일하게 관찰되어 계급 간 사망률 차이가 지속되고 있는 것으로 나타났다. Pierce et al.(2002)은 지난 20여 년 동안 뉴질랜드에서 계급의 따른 사망률의 차이가 줄어들지 않고 있다고 결론을 내렸다.

[그림 IV-2] 고학력자와 저학력자의 동일한 사망률 연령



Source: National Health Interview Survey linked to the National Death Index (projected to 2005).

*Members of the high-education group are those with a college degree or more; members of the low-education group are those with less than a high school diploma.

자료: Palloni(2006: 591)에서 재인용.

최근의 많은 경험적인 연구들은 계급에 따라서 수명뿐만 아니라 모든 형태의 질병 발생률에서 차이가 있다는 것을 보여 준다(Hart et al. 2001; Kunst, Groenhouf and Mackenbach 1998; Pierce, Davis and Sporle 2002). Hart et al.(2001)은 계급에 따른 폐암 사망률에서 비육체 노동자나 여성에 비해서 육체노동자 계급에서 1.4배 정도 높게 나타났다.

건강은 현재 본인의 사회경제적 지위에 영향을 받을 뿐만 아니라 부모의 사회경제적 지위에 의해서도 영향을 받는다. 아동의 암을 연구한 콕(Kok et al., 2008)의 연구는 5대 암의 발병률에서 계급에 따른 차이가 유의미하게 나타나고 있어서 아동기에 있어서 가족의 사회경제적 지위가 아동의 건강에 중요한 영향을 미치는 것을 밝히고 있다. 이들 연구는 본인의 교육과 직업을 통제한 이후에도 아동기 사회경제적 배경에 따라서 암에 걸릴 위험도가 달라진다는 것을 보여준다.

또한 유아기 건강이 부모의 경제적인 조건에 의해서 영향을 받을 뿐만 아니라 유아기 건강이 생애 과정 전반의 육체적, 정신적 건강에 영향을 미쳐서 세대에 걸친 불평등 세습의 요인이 되고 있다 (Gintis, Bowles and Osborne eds. 2005; Palloni, 2006). 어린 시절 건강이 이후의 성취에 미치는 기제는 중요한 시기, 누적적 효과와 환경이다 (Palloni, 2006). 성인기의 성취는 출산 직후 어머니의 보호 여부나 가족관계와 같이 특정한 시기의 상태에 의해서 영향을 받는다. 또한 계속해서 고립되어 지내는 경우와 같이 상태가 누적적으로 지속되는 경우도 누적적인 효과가 이후에 나타난다. 그리고 특정한 환경에 놓이게 되는 경우 누적된 요인들이 여러 가지 상태로 나타나게 된다. 어린 시절에 영양실조나 비만과 같은 물리적 조건뿐만 아니라 우울증이나 정신장애와 같은 심리적인 요인들은 성인기의 경제적 성취에 영향을 미치는 여러 가지 요인들에 영향을 미친다(Chunha et al., 2005).

사회경제적 지위에 따른 차이는 건강에 대한 자기 평가에서도 동일하게 나타났다(Costa and Garcia, 2002). 주관적으로 평가하는 건강 지수가 소득과 계급에 따라서 다르게 나타난다는 점에서 사회경제적 지위와 건강불평등 간의 관계가 유의미하게 존재한다고 볼 수 있다. 또한 본인의 사회경제적 지위뿐만 아니

라 이웃의 사회경제적 지위도 자신의 건강 평가에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이웃의 어려움이 있는 경우, 자신의 건강에 대한 평가가 더 나쁜 것으로 밝혀졌다 (Poortinga et al., 2007). 자신의 사회경제적 지위를 통제한 이후에도 이웃의 사회경제적 지위가 낮은 경우, 자신의 건강에 대한 평가는 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 의료정책이 사람뿐만 아니라 지역을 포함해야 한다는 함의를 지닌다.

사회적 자본과 사망률이나 건강과의 관련에 관한 연구들도 사회적인 요소들이 어떻게 수명과 건강에 영향을 미치는지를 밝히고 있다 (Islam et al., 2006; Kawachi et al., 1997; McKenzie and Harpham, 2006; Moore et al., 2005). 여러 연구들이 거주지역 안정성, 여가활동참여, 이웃에 대한 신뢰 등이 사망률과 심장병에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다. 사회적 자본의 중요성은 특히 불평등이 심하고 사회적 안전망이 제대로 발달하지 않은 속에서 더욱 큰 의미를 지닌다. 건강관련 결과들의 계급내 상관관계(intra-class correlation)가 불평등이 심한 곳에서 높게 나타나고, 불평등이 낮은 곳에서 적게 나타나는 것으로 밝혀졌다 (Kawachi, 2006). 이것은 사회적 자본 자체가 아니라 환경에 따라서 사회적 자본이 건강에 미치는 효과가 달라진다는 것을 의미한다.

본인 건강은 부모의 사회경제적 지위에 영향을 받을 뿐만 아니라 본인 사회경제적 지위에도 영향을 미친다. 신체적으로 건강하지 못하여 노동활동을 하기 힘든 경우와 같이 분명하게 건강이 사회경제적 성취에 영향을 미치는 경우뿐만 아니라, 스트레스나 우울증과 같이 보이지 않은 불건강 상태가 업무의 성과나 직장에서의 인간관계 등에 영향을 미치기 때문에 일에 대한 보상이나 승진 등에 영향을 미치게 된다. 만성 질환을 앓는 경우, 업무를 제대로 수행할 수가 없고, 그 결과 임금도 낮을 수밖에 없다. 이러한 사실은 건강불평등이 경제적 불평등으로 이어진다는 것을 의미한다.

다. 기존조사에 사용된 사회·경제·인구학적 특성 및 불평등관련 설문

1) 국민건강영양조사

국민건강영양조사(3기)는 크게 세 가지 건강의식 및 행태, 검진, 영양조사로 구성되어 있으며, 여느 조사와 마찬가지로 사회경제적, 인구학적 설문문항을 포함하고 있다. 그러나 대단히 제한적인 내용을 담고 있어서 사회경제적인 지위에 대한 충분한 정보를 담고 있지 못하다. 또한 국민건강영양조사는 횡단조사이기 때문에, 국민 전체의 건강 상태에 관한 평균적인 건강지표를 만드는 데는 도움을 줄 수 있지만, 사회적·의학적 발병의 원인을 인과적으로 밝히거나 건강에 미치는 의료제도의 효과를 추정하는 데는 큰 도움을 주지 못하고 있다. 특히, 사회적인 조건과 건강에 관한 설문문항이 적어서 주로 건강의 사회적 측면보다는 의학적인 측면이 주된 내용을 구성하고 있으며, 건강결정요인 중에 중요한 부분을 차지하고 있는 사회경제적 요인에 대한 분석으로 확장하기에는 한계가 따른다.

2) 노동패널조사 4차 부가조사

1998년부터 시작된 한국노동패널조사는 4차 년도인 2001년 조사에서 <건강과 은퇴>에 관한 부가조사를 실시하였다. 이 조사의 장점은 노동패널 조사가 경제활동 및 고용과 관련된 구체적인 정보를 담고 있기 때문에 건강과 경제활동과의 관계를 밝힐 수 있다는 점에 있다. 특히, 국민건강영양조사에 포함되어 있는 설문 이외에 고용상의 지위변화, 승진 및 이직, 소득이동과 직업이동 등에 관한 직업사(work history) 정보를 담고 있어서 사회경제적 지위나 활동의 변화와 건강이 어떻게 연관되어 있는지를 규명하는데 큰 도움이 된다. 그러나 2001년도 조사에서만 부가조사 형태로 조사를 했기 때문에, 사회적 환경과 건강에 관한 지속적인 연구가 가능하지 않다는 점에서 한계를 지닌다.

3) 미국의 NHIS

미국의 대표적인 건강조사인 National Health Interview Survey(NHIS)는 1969년부터 현재까지 지속되고 있는 조사이다. NHIS에서는 인구학적인 설문 이외에 사회경제적 지위에 관한 설문으로 종사상의 지위(class of worker), 지난 1~2주간의 고용상의 지위(employment status in past 1 and 2 weeks), 지난 12주 동안의 주요 활동(major or usual activity in past 12 weeks)을 포함하고 있다. 종사상의 지위는 자영업, 고용주, 피고용자와 무급 가족종사자를 구분하기 위한 것이며, 고용상의 지위는 취업자, 실업자, 비경제활동인구를 구분하기 위한 설문이다.

4) 영국의 HSE

건강에 관한 오랜 조사 전통을 지니고 있는 영국에서 이루어지고 있는 건강조사로서 Health Survey for England(HSE)를 들 수 있다. 16세 이상의 인구를 대상으로 1991년부터 실시되고 있는 HSE는 1995년부터 어린이를 포함하여 전체 국민을 대상으로 하는 건강조사로 바뀌었다. HSE도 설명변수로서 가구구성, 성별, 생일, 혼인상태 등의 핵심적인 인구학적 설문과 가족관계 설문 이외에 소득과 건강과의 관계를 알아보기 위한 구체적인 설문들이 포함되어 있는 것이 특징이다. 또한 미국의 NHIS와 동일하게 지난 7일 동안 일을 했었는지 그리고 하지 않은 경우, 지난 4주 동안 구직활동을 했는지를 묻고 있다. 종사상의 지위, 고용상의 지위, 조직 내에서의 위치(경영자, 감독자, 노동자), 기업규모, 직업에 관한 설문을 포함하고 있다. 미국의 NHIS와 다른 HSE의 특징은 사회계층을 구분하기 위한 설문을 포함시켰다는 점이다. 가구를 대표하는 사람의 사회계층을 분석하기 위하여 계급을 다음과 같이 6개의 계급으로 구분하고 있다.²¹⁾

21) <http://www.data-archive.ac.uk/doc/5675/mrdoc/pdf/5675datadocs.pdf>

- I. 전문직(professional)
- II. 경영직, 기술직(managerial technical)
- III_N. 숙련 비육체노동 (skilled non-manual)
- III_M. 숙련 육체노동 (skilled manual)
- IV. 반숙련 육체노동 (semi-skilled manual)
- V. 미숙련 육체노동 (unskilled manual)

HSE에서 제시된 계급구분의 특징은 지식/기술 수준과 육체/비육체 노동을 기준으로 계급을 구분한 것이다. 여기에서 생산수단의 소유나 자산 소유와 같은 기준은 사용되지 않아서, 고용주(자본가)나 자영업자(뿌띠부르주아지)와 같은 계급은 이러한 계급구분에서 드러나지 않았다.

〈표 IV-5〉 사회경제, 인구학적 문항비교

	노동패널	국건영	NHIS	HSE
핵심 인구학적 설문	○	○	○	○
가족관계	○	○	○	○
학력	○	○	○	△
종사상 지위	○	○	○	○
고용상의 지위	○	○	○	○
조직 내 직위	○	○	○	○
조직 내 업무	N	△		○
기업규모	○	○	○	○
농지규모	N	N	N	N
직업	○	○	○	○
산업	○	○	○	○
정규직/비정규직 여부	○	○	△	○
건강(의료)보험 관련	△	○	○	○
주택소유	○	○	○	○
주택가격	○	○	○	N
주택형태	○	○	△	○
근로소득	○	○	○	△
연금소득	○	○	○	△
사회보장소득	○	○	○	△

주: ○는 포함, N은 포함하지 않음 그리고 △는 제한적으로만 포함을 의미.

라. 사회·경제·인구학적 특성 및 건강불평등 관련 설문문항

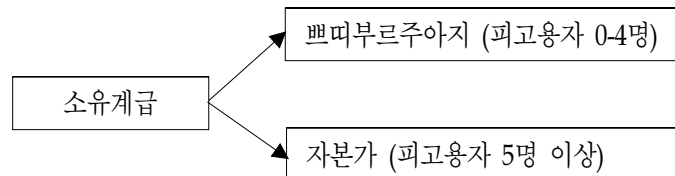
1) 설문문항 선정의 기본 방향 및 주요 설문내용

가구원 일반사항은 모든 조사에서 공통적으로 사용되는 설문을 포함하고 있다. 생년월일, 성별, 가구주와의 관계, 결혼, 학력과 재학여부 그리고 동거 여부는 모두 개인과 가족원의 기본적인 인구학적 속성, 가족관계, 학력 등을 파악하기 위한 설문이다. 이러한 설문은 설명변수나 통제변수로 사용할 변수들과 관련된 것이며, 가구원 일반사항 가운데 마지막 설문인 건강보험 가입유형은 건강보험의 제도적 특징을 고려하여 건강보험의 가입유형을 파악하기 위한 것이다.

일자리(경제활동)에서 제시된 설문 항목들은 사회경제적 지위를 측정하기 위한 설문들이다. 특히 계급을 구분하기 위한 설문들이 포함되어 있어서 계급에 따른 건강불평등을 분석하는데 도움을 줄 수 있다. 여기에서 사용된 사회계급의 분류는 고용/비고용, 조직 내의 권위소유 여부, 전문적인 지식소유 여부에 근거하였다.

종사상의 지위에 관한 설문을 통하여 고용주, 자영업자, 피고용자, 무급가족 종사자를 구분할 수 있다. 생산수단을 소유하고 있는 소유계급을 다시 피고용자의 규모에 기초하여 자본가(피고용자 5명 이상)와 소수의 피고용자 혹은 혼자 혹은 가족노동을 이용하여 경제활동을 하는 뽀띠부르주아지(피고용자 0-4명)로 구분할 수 있다.

[그림 IV-3] 종사상 지위에 따른 계급유형



피고용자는 생산수단을 소유하지 못한 비소유계급으로서 조직 내에서의 경영, 관리, 감독 등의 역할을 하는 경우와 그렇지 못한 경우를 구분하여 경영감독직 피고용자와 일반 피고용자로 구분할 수 있다. 그리고 또 다른 차원에서 전문적인 지식이나 기술을 소유하고 있는 피고용자와 그렇지 못한 피고용자로 구분할 수 있다. 이 둘을 교차시키면 <표 IV-6>와 같이 피고용자를 9개의 범주로 구분할 수 있다.

<표 IV-6> 비소유 계급 조직내 권위/전문적 기술을 교차한 피고용자 계급구분

	조직 내 권위			
학력 및 기술	전문경영자(1)	반전문경영자(2)	비전문경영자(3)	+
	전문관리자(4)	반전문관리자(5)	비전문관리자(6)	0
	전문가(7)	반숙련노동자(8)	미숙련노동자(9)	-
	+	0	-	

<표 IV-6>에서 반숙련 노동자(8)와 미숙련 노동자(9)는 전통적인 노동계급에 속한다. 나머지는 중간계급의 하위 유형에 속하는 피고용자들이다. 다른 피고용자를 관리하거나 감독하는 피고용자들이나 고용된 의사나 변호사와 같이 피고용자이지만 전문적인 지식에 기초하여 활동하는 사람들은 상대적으로 높은 소득을 올리는 사람들이다. <표 IV-6>에서 제시된 구분은 피고용자 계급구분의 편리성을 위해서 제시된 것이며, 필요에 따라서 9개 항목을 4개의 항목으로 축소시켜서 사용할 수 있다. 4개 항목으로 축소하는 경우 권위/비권위 구분과 전문/비전문 구분을 교차시켜 4개의 항목을 만들 수 있으며, 비권위/비전문 피고용자가 전통적인 노동계급에 해당하며, 나머지는 중간계급의 여러 하위 유형에 속한다.

소득 및 연금은 가구원과 가구의 경제적 자원을 파악하기 위한 설문항목들이다. 경제적 자원은 여러 형태로 구분할 수 있다. 가장 일반적인 형태는 가구의 월평균 소득을 묻는 것이다. 소득수준이 경제활동의 최종적인 결과물이기 때문에, 소득수준은 소비생활뿐만 아니라 건강과 관련된 활동 및 지출에 직접 영향

을 미친다. 한국 사회에서 주택소유 여부는 개인이나 가구의 생활안정과 관련 하여 대단히 중요한 요소이다. 최근 주택가격이 급등하면서, 주택안정은 생애과 정에서 더욱 더 중요한 위치를 차지하게 되었다. 주택가격은 자산규모를 파악 하기 위한 설문이다. 직업이 같다고 하더라도, 자산규모가 다른 경우, 경제적 지출 규모와 생활안정 정도에서 큰 차이를 보일 수 있다. 소득 불평등보다 자 산 불평등이 훨씬 높다는 점에서 자산 규모와 건강과의 관계를 분석할 필요가 있다. 또한 고령화가 진행되면서, 정년 이후 연금소득을 올리는 인구가 늘어나 고 있기 때문에, 고령 인구 중에서는 연금소득이 소득의 중요한 부분을 차지하 는 인구가 늘고 있다. 또한 사회보장소득도 빈곤가구에서 큰 비중을 차지하고 있다.

2) 설문항목에 관한 research questions

일자리(경제활동)에 관한 설문들은 크게 두 가지 연구목적을 지니고 있다. 하 나는 계급에 따른 건강불평등이 어느 정도 존재하는지를 밝히기 위한 것이다. 여기에서 포함한 설문을 이용하여 RG 계급분류, Goldthorpe 계급분류, Wright 계급분류에 따른 계급분류가 모두 가능하다. 이것은 특히 국제적인 비교 연구 를 위해서 필요한 부분이며, 계급에 따른 질병 발생 유형, 빈도와 의료서비스 이용실태 등의 차이가 체계적으로 존재하는지를 밝힐 수 있을 것이다.

다른 하나는 노동시장에서의 고용상태(정규직/비정규직)가 건강과 어떤 관계 가 있는지를 밝히는 것이다. 노동시장의 불안정이 커지면서, 고용상태는 노동시 간이나 노동환경과 같은 노동조건의 차이를 낳고 있기 때문에, 건강과 관련된 중요한 사회적 조건이라고 볼 수 있다. 또한 고용상태는 심리적인 차원에서 스 트레스 수준에 영향을 미칠 수 있다. 특히 비정규직의 경우 고용불안은 임금수 준 이외에 자신에 대한 자존감 및 미래에 대한 불안한 심리상태를 촉발시켜 스 트레스와 관련된 질병을 유발시킬 수 있다. 고용상태와 건강과의 관계를 밝히 는데 도움을 줄 것이다.

3) 설문항목 full list 및 선정이유

일자리(경제활동)와 관련된 설문항목은 주된 설문과 추가적인 설문으로 구성할 수 있는데, 추가적인 설문을 탐색적 설문(probing questionnaire)으로 주된 설문에 대한 응답을 더 구체적으로 묻는 설문이다.

먼저, 사회경제적 지위 특히 계급지위를 알기 위해서 경제활동 여부를 묻는 문항을 통해서 경제활동에 참여하는 사람과 참여하지 않는 사람을 구분할 수 있다. 그 다음, 경제활동에 참여하는 사람들만을 대상으로 계급지위를 구분하기 위하여 추가적인 설문에 대한 답을 이용한다. 우선적으로 종사상 지위를 이용하여 고용주, 자영업자와 피고용자를 구분한다. 고용주와 자영업자는 자본가 계급, 소고용주와 켜떠부르주아지를 구분할 수 있는데, 피고용자수에 근거하여 피고용자수가 10인 이상이면 자본가 계급으로, 5-9명은 소고용주, 1-4명은 켜떠부르주아지로 구분할 수 있다.

또한, 피고용자로 판명된 응답자들을 대상으로 하여, 피고용자의 계급을 구분하기 위하여 경영관리직, 전문직, 기술직, 사무직, 판매직, 생산직, 농어업직을 구분한다. 직업은 학력 및 기술 수준을 구분하기 위한 것이다.

조직 내에서의 권위를 측정하기 위하여 고용상의 지위와 경영 및 관리직 종사자 여부를 이용하여 경영, 감독 및 일반 피고용을 판별한다. 감독 근로자 수가 5명 이상이거나 감독받는 근로자가 다른 근로자를 감독하고 있을 경우에 감독내용에 대한 문항(8개 문항)이 6-8개일 경우에는 경영관리직으로, 2-5개일 경우에 감독직으로, 1 이하인 경우에 일반 노동자로 구분한다.

경제위기 이후 노동시장의 유연화가 빠르게 진전되면서, 비정규직의 큰 폭으로 증가하였다. 비정규직 종사자의 경우, 저임금뿐만 아니라 고용불안정으로 인하여 노동의 질이 크게 저하되었다. 피고용자들 가운데 비정규직을 판별하기 위하여 정규직/비정규직 여부를 확인한다.

〈표 IV-7〉 경제활동(일자리)관련 주요 설문내용

구분	설문내용	비고
피고용자	경제활동(일자리) 유무	
	종사상 지위	자영업, 고용주, 농어업종사자, 무급가족종사자, 상용근로자(전일제), 상용근로자(시간제), 임시근로자, 일용근로자
	종사상 직책, 직업명	
	감독 또는 지시유무	감독 또는 지시 근로자 수 감독받는 근로자의 다른 근로자 감독 유무
	감독 내용	업무의 종류나 작업 내용을 배정 업무의 분량이나 범위, 마감시간을 지시 새로운 업무나 작업을 배정하고 지시 업무나 작업을 수행하는 방식과 절차를 지시 업무나 작업의 결과를 점검하고 평가 봉급이나 승진에 영향력을 행사 업무나 작업을 잘못하면 문책가능 회사의 매출과 이윤 등과 관련된 목표결정에 참여
	정규직/비정규직 유무	
고용주	사업체 규모	종업원 수
무급가족종사자	무급가족 종사자 수	
농어업종사자	소유 농지 규모	
	배/양식장 소유여부	

또한, 응답자들이 주관적으로 어떤 계층에 속하는지를 평가하기 위하여 계층 귀속의식에 대한 문항이 포함된다. 이것은 주관적인 건강에 대한 평가와 마찬가지로 주관적인 속성을 지니고 있지만, 한 사회 내에서 개인의 상대적인 위치에 대한 스스로의 평가를 보여준다는 점에서 심리적, 정신적 건강에 영향을 미칠 수 있는 요소가 될 수 있다. 객관적인 요소가 신체 건강에 보다 직접적인 영향을 미친다면, 주관적인 요소는 정신 건강에 더 큰 영향을 미칠 있다는 점에서 건강불평등 연구에 중요한 부분이라고 볼 수 있다.

〈표 IV-8〉 계층소속 인지도 관련 주요 설문내용

구분	설문내용	비고
계층 귀속 의식	계급 인지도	사회의 재산과 부가 소수의 특권계급에 편중되어 있다 기업이 잘 되어야 노동자의 임금이나 복지도 좋아진다 우리 사회는 노력하면 누구나 성공할 수 있는 기회가 주어진다
	소속계급 인지도	노동계급, 중간계급, 자본가 계급, 농민계급
	소속계층 인지도	상류층, 중상층, 중간층, 중하층, 서민층, 빈곤층

개인과 가구의 소득 및 자산과 관련하여 임금소득뿐만 아니라 연금소득이나 사회보장 소득도 포함한다. 임금소득이 주로 경제활동인구에 한정된 것이라면, 연금소득이나 사회보장 소득은 현재 임금소득이 없는 사람들을 대상으로 하는 경우가 대부분이다. 또한 주택소유 여부와 주택 가격을 묻는 설문을 포함하는데, 이는 소득 이외에 자산이 개인의 생활안정이나 건강에 큰 영향을 미칠 수 있기 때문에 이를 분석하기 위한 설문이다. 한국사회에서 주택을 소유하게 되기까지 오랜 기간이 걸리기 때문에, 주택소유 여부는 임금수준보다 오히려 더 중요한 사회적 조건이 될 수 있다. 현재 전국적으로 주택을 소유하지 못한 인구의 비율이 40% 정도에 달하고 있고, 주택가격의 폭등으로 인하여 주택소유가 더 어려워지고 있다는 점에서 주거안정은 생활안정의 주요한 측면이다.

〈표 IV-9〉 소득 및 연금 관련 주요 설문내용

구분	설문내용	비고
소득	자산소득	주택 소유유형, 주택 가격 및 전월세 보증금
	근로소득	월평균 소득
	사회보장소득	사회보장급여
연금	연금소득	연금소득규모

4) 기존 조사와의 차별성

본 조사는 기존 조사와 비교하여 다음의 네 가지 측면에서 차별성을 찾을 수 있다. 첫째, 본 조사는 국내 최초 의료 관련 패널조사라는 점이다. 패널조사의 장점은 개인과 가구를 지속적으로 조사하여, 시간적인 변화를 추적할 수 있다는 점이다. 이것은 일반적인 횡단조사(cross-sectional survey)의 한계를 넘어서 인과적인 분석을 가능하게 한다는 점에서 상관관계 분석을 넘어선 인과관계 분석을 가능하게 한다.

둘째, 설문지 구성이 사회경제적 속성을 보다 정확하게 측정하기 위함을 목적으로 하였다는 점이다. 사회경제적 속성에 대한 측정은 여러 단계의 탐색적 설문(probing questionnaire)을 통해서만 가능하다. 이는 설문조사 과정에서 발생할 수 있는 오류를 최대한으로 줄이기 위한 것이다. 그리고 농림어업이 전체 경제활동인구의 7% 이상을 차지하고 있는 현실에서, 농어업 종사자들을 구분하기 위한 설문을 포함시켰다. 이는 농업과 어업 종사자들의 건강과 의료시설 이용 행태를 파악하는데 도움을 줄 것으로 기대된다.

셋째, 건강에 영향을 미치는 요소로서 노동시장의 변화된 상황을 설문에 포함시켰다는 점이다. 현재 하는 일이 정규적인지 아니면 비정규적인지에 관한 문항을 포함하여, 외환위기 이후 급격히 증가하고 있는 비정규직 고용이 건강과 관련하여 어떤 결과를 낳는지를 분석하기 위한 설문이다. 개인이나 가족의 건강이 작업조건에 의해서 크게 영향을 받는다는 점에서 고용체제의 변화는 전반적으로 국민 건강에도 영향을 미칠 것으로 기대된다.

넷째, 국제적인 비교를 가능케 하는 설문구성을 시도하였다는 점이다. 여기에서 사용한 설문들은 이미 외국의 연구에서 사용된 설문과 비교가 가능하도록 만들어졌다. 특히 사회계층과 건강과의 관계에 대한 여러 외국 연구에서 사용된 계급분류와 동일한 계급분류가 가능하도록 설문이 구성되었다. 이러한 이유로 본 조사가 많은 국제비교연구를 촉진시킬 것으로 기대한다.

마. 의료패널 설문항목에 따른 정책적 함의

지금까지의 건강에 관한 많은 연구들은 건강이 궁극적인 개인들의 신체적, 정신적 상태이지만, 그것은 사회적 요인을 포함한 복합적인 요인들의 산물임을 밝히고 있다. 특히 90년대 들어서 사회경제적 요인과 건강과의 관계에 대한 많은 연구들이 이루어지면서, 건강이 대단히 복합적인 요인들에 의해서 영향을 받고 있음을 보여준다.

가구원 일반사항, 일자리 및 연금에서 제시된 설문들은 사회경제적 지위를 파악하기 위한 설문들이다. 특히 사회계급 지위를 포착하기 위한 목적으로 여러 설문 문항들이 설계되었다. 설명변수로서의 사회계급과 종속변수로서의 건강과의 관계를 파악하기 위하여 설문 문항들이 만들어진 것이다. 이것은 크게 세 가지 정책적 함의를 지닌다. 첫째, 이미 외국에서 이루어진 기존의 많은 연구들은 사망이나 발병은 최종적인 결과이며 이에 대한 사후적인 대처보다는 오히려 예방이 중요하다는 점을 밝히고 있다. 질병이 발생한 이후에 질병을 치료하기 위해서 노력하기보다는 질병을 예방하는 것이 경제적으로도 또한 사회적으로도 더 바람직하다. 패널 조사를 통하여 이러한 관계들이 한국에서도 발견된다면, 빈곤이나 상대적 불평등을 약화시켜 건강 형평성을 높이고 사회적 비용을 줄이는 방안을 모색할 필요가 있다는 것을 함의 한다. 즉, 예방적 차원의 사회정책이 의료정책과 맞물려 실시될 필요가 있음을 함의 한다.

둘째, 보다 과학적이고 효과적인 보건정책의 필요성을 함의한다. 한국의 경우 사회경제적 요인과 건강 간의 관계에 대한 충분한 연구가 이루어지지 않은 상태이기 때문에, 어떤 요인이 건강에 얼마나 중요한 요인인가에 대한 연구가 필요하다. 한국의 보건정책이 한국의 현실에 기초하여 이루어지기 위해서 이러한 연구가 많이 이루어질 필요가 있다. 이것은 보건정책 수립이 보다 과학적으로 이루어지기 위해서는 질병 발생 과정에 대한 포괄적인 연구가 선행되어야 하며, 의료 패널에서 제시된 사회경제적 설문항목들이 이러한 목적에 합당한 기여를 할 것이다. 단적으로, 건강에 미치는 영향력이 높은 사회적 요인들에 대한 개입

을 통해서 정책의 효율성을 높일 수 있다는 것을 함의 한다.

셋째, 가구의 속성을 파악할 수 있는 설문들을 포함하고 있기 때문에, 가구 속성과 개인 건강 간의 관계를 파악하여 보건정책의 대상을 정확하게 설정할 수 있다. 건강과 관련하여, 개인, 가구와 지역사회를 정책의 단위이자 연구의 단위로 설정하였다. 그러나 이러한 분석 단위의 차이에 따른 건강상의 차이가 정확하게 분석되지는 못했다. 설문에 기초한 분석 결과에 따라서 정부의 보건 정책이 어떤 단위에 어떤 방식으로 실시되어야 하는지를 알려줄 것이다. 이러한 부분도 정책의 효율성을 높이는데 기여한다는 점에서 정책적 함의를 지니고 있다고 볼 수 있다.

바. 의료패널 설문항목에 대한 기대효과 및 활용방안

사회·경제·인구학적 특성, 일자리, 가구소득의 설문항목들은 개인과 가구 수준의 여러 속성을 파악하기 위한 것이다. 이들 설문 항목에 대한 기대효과는 두 가지로 나누어 생각할 수 있다. 하나는 학문적 기대효과이다. 한국의 건강과 관련된 연구는 상대적으로 늦게 시작되었고, 앞으로 더 많은 연구가 요구되는 상황이다. 건강에 대한 국민적 관심에 비해서 한국인의 사망과 질병에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 그리고 한국인들의 보건의료 행태는 어떠한지에 대한 체계적인 연구가 부족한 편이다. 사회·경제·인구학적 특성, 일자리, 가구소득의 설문항목들은 이러한 연구의 기초적인 변수들과 관련된 설문이기 때문에, 이 설문항목에 대한 응답이 한국인의 건강과 관련된 연구의 토대가 될 것이라고 기대할 수 있다.

패널자료의 특징은 시간적인 변화 과정을 추적할 수 있다는 점이다. 개인이나 가구 단위에서 생애과정에서 경제활동과 관련된 여러 형태의 변화들이 나타난다. 이러한 변화들 가운데 많은 변화들이 건강의 변화와 연결되어 있다. 예를 들어, 취업상태에서 실업상태로 변하는 경우, 신체적인 차원과 정신적인 차원의 변화가 수반되고 이러한 변화들이 각종 질병을 유발하거나 촉진시킬 수 있다. 특히 실업상태가 장기화되는 경우, 이러한 변화들은 다른 변화(이혼이나 가족

해체)를 유발하거나 혹은 자살과 같은 사망원인으로 작용하기도 한다. 이러한 점에서 일자리 관련 설문항목들은 이러한 변화를 인과적으로 분석할 수 있는 기초 자료를 제공한다는 점에서 학문적인 연구를 활성화시킬 것으로 기대한다.

2. 의료서비스 이용 및 의료비

가. 기존조사에 사용된 의료이용 및 의료비 변수

국내외에서 실시하였던 기존 조사 항목을 본 연구에서 개발한 조사 항목(이하 본 조사)과 비교하였다. 비교의 편의를 위해 문항 순서를 재구성하였으며 본 조사 항목을 중심으로 비교하였으나, 다른 조사에는 포함되어 있으나 본 조사에 없는 문항 중 비교가 필요한 항목은 별도로 표시하여 제시하였다. 가계조사는 보건의료서비스 지출을 입원, 외래, 한방, 치과, 산후조리원으로 구분하여 가계의 지출을 조사하고 있어 각 영역에 대한 가구의 연간 본인부담비용을 알 수 있으나 가구원별 에피소드별 의료비는 산출이 불가능하며 의료이용 내용에 대한 조사는 이루어지지 않기 때문에 본 비교 대상에서 제외하였다.

1) 입원서비스 이용

입원서비스 이용과 관련하여 미국의 MEPS(Medical Expenditure Panel Survey, 이하 MEPS)와 국내 조사인 국민건강영양조사(이하 국건영조사; 2001, 2005), 4차년도 노동패널 부가조사에서 이루어진 건강과 은퇴조사, 고령화 패널(2006)의 항목을 비교하였다.

입원횟수 및 입원일수에 관한 문항은 MEPS와 국건영 조사에 포함되었으나 노동패널과 고령화 패널은 최근 입원에 한하여 조사하였다. 입원경로에 대해서는 MEPS에서 응급실을 통한 입원여부를 설문한 경우를 제외하고 대부분 조사된 바가 없다.

이용한 의료기관에 관한 정보는 미국의 MEPS, 국내 노동패널과 고령화 패널은 포함하고 있지 않다. 국건영 조사(2001, 2005)에서 일부 문항이 포함되었는데 가장 최근에 이루어진 2005년 국건영 조사에서는 의료기관 소재지와 종별 구분, 입퇴원시 이용한 교통수단 및 소요시간, 서비스 만족도를 설문하였다. 입원 서비스와 관련해서 MEPS와 노동패널에서 입원 중 수술 여부를 질문한 것과 국건영(2005)에서 주된 치료 내용을 설문한 것 외에 조사내용이 제한적이었다. 입원 이유에 대해 고령화 패널을 제외하고 국내외 조사 모두 관련 문항이 포함되어 있으나 국내 조사에서는 입원시 발견된 진단명과 주요 증상에 대한 항목이 누락되어 있으며 대부분 입원 이용과 관련한 의사 결정자를 묻는 문항은 포함되어 있지 않았다. 미충족 의료에 대해 설문한 조사가 일부 있었으나 입원, 외래를 분리하여 각각 조사한 경우는 없었다.

입원 관련 비용에서 MEPS에서 보험자 부담금이 포함된 총 입원비가 조사되었지만 지금까지의 국내 조사에서는 본인부담금만 조사되고 있다.

〈표 IV-10〉 의료이용과 관련한 기존 조사의 설문문항 비교

설문문항		MEPS	국건영 (2001)	국건영 (2005)	노동패널 (4차부가 조사)	고령화 패널(2006)
입원 이용	1년간 입원여부	√	√	√	√	√
	1년간 입원횟수	√	√	√		√
	응급실을 통한 입원여부	√				
	응급실을 통한 입원횟수					
	입원 날짜		√		√	
	각 입원별 입원일수	√	√	√		
	최근 입원일수				√	√
	입원경로					
	같은 원인으로 과거 입원 여부					

〈표 IV-10〉 계속

설문문항		MEPS	국건영 (2001)	국건영 (2005)	노동패널 (4차)	고령화 패널(2006)
의료기관 특성	의료기관명					
	의료기관 종류(국립/사립)			√		
	의료기관 종별 구분		√	√		
	의료기관 소재지		√	√		
	입원대기일수					
	의료기관 선택의 가장 중요 이유		√			
	실제 입원실 종류					
	희망한 입원실 종류					
	입퇴원시 사용한 교통수단			√		
	입퇴원시 소요된 시간		√	√		
	입원 서비스 만족도		√	√		
	입원중 식사 만족도					
입원 서비스	선택진료 여부					
	급여식사 여부					
	주된 치료					
	검사			√		
	수술 또는 비수술적 치료	√		√	√	
	출산			√		
	장기요양입원			√		
	간병인 여부			√		√
	주간병인					√
	퇴원시 약처방 여부	√				
	퇴원 후 회복 여부					
입원 이유	입원이유	√				
	급성질환		√	√	√	
	만성질환		√	√	√	
	사고/중독		√	√	√	
	상처치료	√				
	치과			√		
	검진	√		√	√	
	수술/의료/약물 치료 부작용	√				
	물리치료			√		
	정밀진단검사			√		
	출산	√		√	√	
	요양/휴식			√	√	
	입원시 진단명(발견된 증상)	√				
	주요증상					
	입원 의료이용 결정자		√			

〈표 IV-10〉 계속

설문문항		MEPS	국건영 (2001)	국건영 (2005)	노동패널 (4차부가 조사)	고령화 패널 (2006)
미충족 의료	입원 지연 유무			√ ¹⁾		
	입원 지연 사유			√ ¹⁾		
	미입원 경험 여부*		√ ¹⁾	√ ¹⁾		
	미입원 사유*		√ ¹⁾	√ ¹⁾		
비용	총 입원비	√				
	선택진료비					
	상급병실료 차액					
	식사비					
	간병비			√		√ ²⁾
	전액본인부담 비용					
	입퇴원시 교통비		√	√		
	요양급여 중 본인부담금	√	√	√		√ ²⁾
	요양급여 중 보험자부담금	√				
	의료비 재원	√	√	√		√
	의료비 부담 수준		√		√	

주: 1) 질병 미치료 여부(입원, 외래, 투약 포함)

2) 다른 친인척이 지불한 비용 제외

3) 입원, 외래 포함

* : 본 조사에서는 전반적인 질병 미치료 여부 설문

2) 외래서비스 이용

미국의 MEPS와 NHAMCS(National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 이하 NHAMCS), NAMCS(National Ambulatory Medical Care Survey, 이하 NAMCS), CTS-household(Community Tracting Study Household Survey, 이하 CTS-household)와 국내의 국건영 조사(2001, 2005), 4차년도 노동패널의 부가조사, 고령화 패널을 비교하였다. NHAMCS(2007)와 NAMCS(2007)의 외래 이용 조사내용이 같아 묶어서 제시하였다.

미국의 여러 조사에서는 외래 방문 날짜와 방문 경로, 같은 질병으로 재방문했는지 여부 등에 대해서 조사가 이루어졌고 국내 조사에서는 외래 이용 여부 및 횟수에 대해서만 조사가 이루어졌다. 국건영(2001, 2005) 조사의 경우 회고

기간을 최근 2주로 한정하고 있으며 노동패널은 한달을 기준으로 조사하였다.

NHAMCS(2007)·NAMCS(2007), 국건영조사(2005)는 의료기관의 특성을 일부 설문 문항에 포함하였으나 NHAMCS(2007)·NAMCS(2007)는 교통수단과 시간, 만족도 등이 제외되었고 비교적 많은 문항이 포함된 국건영조사(2005)에서도 의료기관명, 진료과목, 대기시간 등에 관한 문항은 없었다.

노동패널과 고령화 패널에서 의료이용 및 의료비 조사는 부가 조사이기 때문에 실제 이용한 의료서비스는 거의 조사가 이루어지지 않았다. CTS-household(2003)는 외래 방문 지연과 미치료에 대해 모두 조사하였으며, 의료비의 경우, 입원서비스 이용 영역과 마찬가지로 MEPS는 총 의료비를 조사하였으며 국내 조사에서는 본인부담금 위주로 조사가 이루어졌다.

〈표 IV-11〉 외래서비스관련 문항 비교

설문문항		MEPS	NHAMCS (2007)/ NAMCS (2007)	CTS- house- hold (2003)	국건영 (2001)	국건영 (2005)	노동패널 (4차부가 조사)	고령화 패널 (2006)
외래 이용	지난 1년간 외래 이용여부	√	√	√	√ ²⁾	√ ²⁾	√ ⁴⁾	√ ⁵⁾
	지난 1년간 외래 이용횟수			√	√ ²⁾	√ ²⁾	√ ⁴⁾	√ ⁵⁾
	외래 방문 날짜		√				√	
	이송 의뢰 여부			√				
	외래 방문 경로		√					
	동일질병으로 재방문 여부	√	√	√				
	발병후 여러의사 방문여부			√				
	야간진료 여부							
	자주 찾는 의료기관 여부			√				
	자주 찾는 의료기관 형태			√				
	동일한 의료진의 진료여부			√				
	자주 찾는 의료기관의 수							
	자주 찾는 의료기관 이유							
	자주찾는 의료기관이 없는이유							
	자주 찾는 병원 변경여부			√				
	병원변경 이유			√				

〈표 IV-11〉 계속

설문문항		MEPS	NHAMCS (2007)/ NAMCS (2007)	CTS-hous ehold (2003)	국건영 (2001)	국건영 (2005)	노동패널 (4차부가 조사)	고령화 패널 (2006)
의료 기관 특성	의료기관명		✓					
	진료과목		✓					
	의료기관 종류(국립/사립)					✓		
	의료기관 종별 구분		✓		✓	✓	✓	
	의료기관 소재지		✓			✓		
	외래 방문시 교통수단					✓		
	외래 방문시 교통시간			✓	✓	✓		
	대기시간			✓				
주된 치료	외래서비스 만족도				✓	✓		
	상담/교육	✓	✓					
	사고/중독		✓	✓	✓	✓		
	사고 발생장소				✓	✓		
	고의적 사고 여부		✓		✓	✓		
	재활/물리치료	✓	✓			✓		
	예방접종	✓	✓	✓		✓		
	수술	✓	✓	✓			✓	
방문 이유	약물치료	✓	✓					
	미용/성형					✓		
	임신/출산					✓		
	부인과							
	검진		✓			✓	✓	
	검사	✓	✓			✓		
	치과					✓		✓
	불필요한 치료 여부			✓				
미충족 의료	첫 방문		✓					
	만성질환 관리(정기적)		✓	✓	✓			
	기존질환 악화		✓					
	수술 전후 방문		✓					
	질병 예방		✓	✓				
	산재							
	질병 진단명		✓				✓	
	외래 방문 의사 결정자				✓			
	외래 방문 지연 여부			✓				
	외래 방문 지연 사유			✓				
	미치료 경험 여부*			✓	✓ ⁽³⁾	✓ ⁽³⁾		
	미치료 사유*			✓	✓	✓ ⁽³⁾		
	미치료 내용*			✓				

〈표 IV-11〉 계속

설문문항		MEPS	NHAMCS (2007)/ NAMCS (2007)	CTS-h ouseh old (2003)	국건영 (2001)	국건영 (2005)	노동패 널 (4차)	고령화 패널 (2006)
비용	총 의료비	✓		✓ ¹⁾				
	법정본인부담금	✓		✓	✓	✓		✓ ⁶⁾
	보험자부담금	✓						
	간병인비용				✓	✓		
	교통비용				✓	✓		
	의료비 재원	✓		✓	✓	✓		
	의료비 부담				✓	✓		

주: 1) 비보험자에 한해 설문

2) 최근 2주

3) 질병 미치료 여부(입원, 외래, 투약 포함)

4) 지난 한달

5) 한의원, 보건소, 치과 이용 제외

6) 다른 친인척이 지불한 비용 제외

* : 본 조사에서는 전반적인 질병 미치료 여부 설문

3) 응급서비스 이용

응급을 별도의 영역으로 구분하여 조사한 국내 조사는 없었으며, 다만 2001년 국건영조사에서 최근 2주간 사고·중독이 있었던 대상자에 한해 응급 치료 여부와 응급 치료 장소, 응급치료까지 소요시간 등을 설문하였으나 응급치료 장소가 의료기관인 경우 기존의 의료이용 조사표를 동일하게 사용하도록 하였다. MEPS는 응급서비스와 응급 의료비용에 대해 비교적 자세하게 설문하였고 NHAMCS(2007)는 의료기관에 대한 정보를 자세히 수집하였다.

〈표 IV-12〉 응급서비스관련 문항 비교

설문문항		MEPS	NHAMCS (2007)	CTS-house hold(2003)
응급실 방문	지난 6개월간 응급실 방문여부	√ ¹⁾	√ ¹⁾	√ ¹⁾
	지난 6개월간 응급실 방문횟수			√ ¹⁾
	응급 방문 날짜		√	
	응급 의료기관 특성			
	의료기관명		√	
	의료기관 종류(국립/사립)			
	의료기관 종별 구분		√	
	의료기관 소재지		√	
	응급 방문시 사용한 교통수단		√	
	응급실 도착 시간			
	응급실 도착지연 여부			
	응급실 도착지연 사유			
	대기시간		√	
	처치 의료인		√	
	응급서비스 만족도			
응급 서비스	이용한 응급 서비스	√		
	응급실 방문시 수술여부	√		
	응급실 방문시 약 처방여부	√	√	
	응급실 방문 후 입원 연계 여부			
방문 이유	응급실 방문이유	√	√	√
	사고/중독		√	√
	급성질환			
	만성질환의 악화			
	야간 진료			
	병원 지정 여부			
	발견된 증상	√	√	
비용	총 의료비	√		
	요양급여 중 본인 부담금	√		
	요양급여 중 보험자 부담금	√		
	처방약제비	√		

주: 1) 지난 한달

4) 치과 외래 서비스 이용²²⁾

대부분의 조사에서 치과 이용은 외래 서비스 이용에 포함하여 조사하고 있으며 MEPS와 국건영(2005)에서 외래 이용 중 치과치료를 한 사람들에 한해 치과 치료 내용을 추가로 조사하였다.

〈표 IV-13〉 치과 외래서비스관련 문항 비교

설문문항	MEPS	국건영 (2005)
치료기간		
치과치료내용	√	√
충치치료재료		

5) 한방서비스 이용²³⁾

일반적인 의료이용 조사에서는 한방을 별도의 영역으로 다루지 않았다. 따라서 기존의 한방 의료 이용을 분석한 연구들은 개별적인 조사를 통해 자료를 확보하는 경우가 많았다. 국내 조사의 경우 2005년 국건영조사에서 한방 서비스를 이용한 사람에 한해 한약, 한약제제, 침, 뜸, 부항 등 치료 내용을 설문한 것이 유일하다.

22) 외래 서비스 이용 조사에 포함한 내용은 제외함

23) 입원, 외래 이용에 포함하여 조사한 내용은 생략함

〈표 IV-14〉 한방서비스 이용 관련 문항 비교

설문문항		국건영(2005)
이용 이유	한방 방문이유	
	한방 선택이유	
	이용 결정자	
	양한방 변경	
	변경 이유	
이용 서비스	치료 내용	√
	검사 내용	
한방 선호도	한방 진료 선호도	
	한방 진료 역할	
	향후 이용 의사	
	의사 없는 이유	
	협진 이용 여부	
	협진 이용 의사	
	협진 이용 이유	

6) 임신 및 출산

MEPS에서는 임신과 출산에 대한 일반적인 사항을 대부분 포함하고 있으나 출산 이후 나타난 산모와 태아의 건강수준 및 출산 후 의료비에 대한 항목은 제외하고 있다.

〈표 IV-15〉 임신 및 출산 관련 문항 비교

본 조사 항목		MEPS	NHAMCS (2007)	NAMCS (2007)
임신	지난 1년간 임신 또는 출산 여부	√		
	현재 임신여부	√	√	√
	임신기간	√		
	임신·출산 관련 질환	√		
출 산	출산상황	출산 여부	√	
		정상출산 여부		
		출산형태(자연분만, 제왕절개)	√	
		출산아 수	√	
		태어난 아기체중	√	
		저체중아 여부	√	
	산모와 태아의 건강	출산시 모성합병증 여부		
		출산시 신생아 합병증 여부		
		출산시 신생아의 선천성 기형여부		
		출산후 신생아의 선천성 대사이상 여부		
	출산 후 입원 이용	출산후 입원여부		
		출산후 입원일수		
	출산 관련 의료비	총 의료비	√	
		입원비		
		간병비		
	출산 장소 및 산후 조리	의료기관 종류	√	
		의료기관 소재지		
		의료기관 만족도		
		산후조리원 이용여부		
		산후조리원 이용기간		
		산후조리원 비용		

7) 건강검진

미국의 MEPS, NHAMCS(2007) · NAMCS(2007) 및 국내 조사인 국건영 조사(2001, 2005) 항목을 비교하였다. 2005년 국건영 조사의 경우 위암, 간암, 유방암, 자궁암, 폐암, 대장암 등 각 암의 검진 여부 및 시기를 세부적으로 설문하였고 검진 후 교육과 질병발견여부, 검진의 유용성에 대한 문항이 포함되어 있다.

〈표 IV-16〉 건강검진 관련 문항 비교

본 조사 항목		MEPS	NHAMCS (2007) / NAMCS (2007)	국건영 (2001)	국건영 (2005)	고령화 패널 (2006)
평소 의료기관 방문 습관						
치과검진 주기		√				
건강검진 여부		√	√	√	√	√
건강검진 종류				√	√	√
암검진 여부	위암			√	√	
	간암		√	√	√	
	유방암	√	√	√	√	
	자궁암	√	√	√	√	
	폐암		√	√		
	대장암	√		√	√	
	전립선암					
검진 후 상담 및 보건교육 여부				√	√	
검진 후 질병발견					√	
질병 발견후 치료여부					√	
검진의 유용성				√	√	

8) 의사에 대한 인식

MEPS는 의사가 환자의 말을 잘 들었는지, 충분한 설명을 하였는지, 의사와 충분한 시간을 보냈는지 여부를 확인하였다. CTS-household(2003)에서는 의사

가 환자의 필요를 먼저 고려했는지, 불필요한 치료나 절차가 있었는지, 보험 규정에 영향을 받았는지 설문하였다.

〈표 IV-17〉 의사에 대한 인식 관련 문항 비교

설문문항		MEPS	NHAMCS (2007)	NAMCS (2007)	CTS- household (2003)
일반적 인식	불필요한 검사나 치료				
	일반적인 진료태도 (급여기준이 의사의 진료태도에 영향을 주 는지 여부)				√
경험	환자필요 먼저 고려				√
	불필요한 치료				√
	의사 신뢰 여부		√	√	
	경청	√			
	충분한 설명	√			
	환자 존중				
	충분한 진료 시간	√	√		

9) 장기요양서비스 이용

개별 연구에서 요양서비스에 대한 필요를 측정한 사례는 있으나 국가 단위 의료이용 조사에서는 관련 조사가 이루어지지 않았다.

국내 조사로는 한국 노동 연구원에서 실시한 고령화 연구 패널 조사에 장기 요양에 대한 일부 문항이 포함되어 있다. 가정수발에서의 간병인 특성 및 간병 정보와 시설 이용과 관련한 일부 내용을 조사하였다. MEPS는 재가서비스에 초점을 두어 조사를 하였다.

〈표 IV-18〉 요양서비스 이용 관련 문항 비교

설문문항		MEPS	고령화 패널(2006)
요양 서비스 필요측정	일상생활이 불편한 환자여부		
	인지기능 문제 보유 환자여부		
	마비상태 확인		
	노인성 질환(치매, 중풍)과 장애여부		
	장애등급과 노인요양등급		
	수발서비스 이용선호도		
가정 수발	가정 수발 여부		
	비수발 이유		
	간병인과 노인과의 관계		√
	간병인의 성·연령		
	간병인 이용여부		√
	간병인 도움일수		
	간병인 도움횟수		√
	간병인 도움시간		√
	간병인 유급여부		
	간병인 비용		
	간병으로 인한 소득 손실액		
장기요양 시설이용	지난 6개월간 시설 이용여부		√ ¹⁾
	지난 6개월간 시설 이용횟수		√ ¹⁾
	시설 종류		√
	시설이용 지연여부, 이유		
	시설 이름		
	입소날짜		
	입소기간		√ ¹⁾
	한달 평균 입소비용		√ ²⁾
	- 한달 평균 식비		
	- 한달 평균 간병비		

〈표 IV-18〉 계속

설문문항		MEPS	고령화 패널(2006)
장기요양 시설이용	입·퇴소시 교통수단		
	- 입·퇴소시 편도교통비		
	비용부담 수준		
	재입소 여부		
	- 재입소 이유		
	병원이송 여부		
	- 병원이송 이유		
	시설 만족도		
	요양기관 제공 서비스	√	
양로원, 실버타운	양로원/실버타운 이용여부		
	입소일		
	기관명		
	소재지		
	시설 종류		
	가족의 방문횟수(1달)		
	시설이용 월 평균 비용		
	비용 부담 수준		
	부담 주체		
	이용 만족도		
재가 서비스 이용	재가서비스 인지여부		
	재가서비스 인지경로	√	
	지난 1달간 이용여부	√	√
	이용한 서비스 종류	√	
	1달간 이용횟수(종류별)	√	
	1달간 이용일수(종류별)	√	
	1회시 이용시간(종류별)	√	√
	1회시 이용요금(종류별)		
	비용 부담 수준		
	이용 결정자		
	이용 만족도		

주: 1) 지난 1년간

2) 총 비용

나. 설문항목(변수)을 활용하여 분석한 기존문헌 검토

1) 건강보험자료(급여자료)

(1) 기존문헌 고찰

건강보험 자료는 의료이용과 의료비 분석이 용이한 자료원이다. 의료이용은 입원일수(주수영 외, 2007; 정백근 외, 2006; 김철웅 외, 2003; 최만규, 2001; 강길원, 1999; 신영진, 1999), 입원·외래에 대한 진료건수(김준수, 2002; 강길원, 1999; 이경수 외, 1997) 분석이 대부분이며 의료비 분석은 비급여 비용을 제외한 보험 자료에서 파악 가능한 진료비 분석(주수영 외, 2007; 김진수 외, 2005; 김철웅 외, 2003; 이지전 외, 2003; 김준수, 2002; 사공진, 2001; 최만규, 2001; 김재선, 1999; 김창엽, 1999; 신영진, 1999; 이경수 외, 1997)이 이루어 졌다.

대부분의 연구가 전국을 대상으로 했으나 병원의 내부 자료원과 연계하여 사용하는 경우 일부 의료기관에 국한하여 분석(김창엽, 1999; 김재선, 1999)하기도 하였으며 김철웅 외의 연구(2003)는 제주도 주민의 도내 의료이용과 도외 의료이용을 분석하고자 제주도 지역 주민에 한정하여 분석하였다.

분석기간은 대부분 1년이었으며 개인을 단위로 분석한 경우가 많았으나 건 단위 분석(조경화 외, 1997)이나 의료기관별 분석(김준수, 2002; 김창엽, 1999)도 있었다. 이경수 외(1997)의 경우 노인코호트를 구축하여 의료이용 및 입원 진료비를 파악하였다.

건강보험 자료를 활용한 한방이나 치과의 의료이용과 의료비 분석은 많지 않은 것으로 파악됐다.

(2) 자료원의 제한점

건강보험 자료의 문제는 다음과 같다. 첫째, 급여자료에 기반하므로 비급여 항목은 분석에서 제외된다. 따라서 비급여 의료 서비스 내용 및 비급여 진료의 비용을 파악할 수 없어 의료이용에서 비급여 의료 서비스에 대한 분석이 어려

우며 의료비 분석에서는 비급여비용이 포함된 총 의료비를 파악하는데 한계가 있다. 둘째, 질병과 환자 특성별 분류로 의료이용과 관련하여 세부적인 치료내용을 알기 어렵다. 셋째, 의료이용 결정과 지연 여부 및 지연 사유, 만족도 등 이용 전후에서 나타나는 과정에서 대해서는 분석이 불가능하다. 넷째, 환자 또는 의료기관에 대한 정보가 부족하여 관련 요인을 연계하여 분석하기 어렵다. 제공하는 인구 사회경제학적 정보가 성, 연령, 보험료가 주가 된다. 건강보험 자료는 이론상으로 코호트 구축이 가능하며 개인단위 또는 건당, 의료기관별 분석이 가능한 자료원이나 단순한 통계 외에 연구 자료원으로 활용이 어려운 이유도 이 때문이다. 마지막으로 건강보험급여 자료로 가구 의료비 산출이 어렵다. 개인 단위의 자료를 부양자와 피부양자를 통합하여 가구 자료를 산출하는 것이 가능한 하나 복잡한 수작업이 필요하며 또한 가능하더라도 가구 개념이 일반적으로 사용하는 가구의 정의와 다르다. 예를 들어 소득이 없는 부모님이 피부양자로 되어 있으면서 거주지가 분리된 경우에도 건강보험 자료에서는 하나의 가구로 파악되어 거주자 중심으로 파악하는 일반적인 가구 개념과 다르게 된다. 특히 의료비 부담의 측면에서 분석할 때 개인단위보다는 가구단위에서 더 의미 있는 분석이 되어 관련 연구를 하는데 한계가 있다.

〈표 IV-19〉 건강보험(의료보험) 자료를 활용한 연구

저자	논문명	연구목적	자료원	조사 단위	샘플수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
주수영 외 (2007)	교육수준별 2004년 암 사 망자의 사망 전 1년간 의 료이용의 차 이와 정책적 합의	사망 전 1년간 의 료이용의 교육계 별 차이와 월별 이 용이 입종시점에 가까울수록 어떻게 달라지는지 확인	2004 통계청 사망 자료	전국	57,484	사망전 1 년간 의료 이용(입원 일수, 1인 당 총진료 비)	episodic 개인	성, 연령, 교육, 사망장소, 암종류	암 이외 동반 질 환에 대한 정보 누락, 비급여 진 료비 포함되지 않음
정백근 외 (2006)	국민건강보험 공단 자료의 근골격계 질 환 환자 입원 기간 분석	국민건강보험공단 자료를 확인하여 일반 국민들의 일 부 근골격계질환으 로 인한 요양기간 분석	2000- 2003.6	전국	8,732,882	근골격계 질환환자 의 입원일 수	기간(3년 6개월) 개인	연령, 성, 의료기관종별	입원일수에 영향 을 주는 질환의 중증도, 수술여 부, 합병증 발생 여부를 고려하지 않음
김철웅 외 (2003)	제주도 주민 의 소득계층 에 따른 암입 원 의료이용 의 차이	제주도지역주민의 암입원의료이용의 불평등양상	2000	제주도 건강보험 가입자 중 암환 자	직장 1,278 지역 2,157	암 입원일 수, 암 진 료비	기간(1년) 개인	성, 연령, 보험료, 의료기관 소재지	암 종류 및 중증 도 알수 없음, 가구소득 정확히 알수 없음
안연순 외 (2002)	제조업 종사 근로자의 호 흡기질환으로 인한 의료이 용에 영향을 미치는 요인	제조업에 종사하는 근로자들의 호흡기 질환으로 인한 의 료이용 실태 파악 근로자 및 사업장 의 특성을 통제하 고도 노출되는 유 해인자에 따라 호 흡기질환으로 인한 의료이용에 차이가 있는지 분석	1995- 1997, 검진 자료	인천지역 근로자	28,882	호흡기 질 환으로 인 한 의료이 용 여부	기간(3년) 개인	성, 연령, 노출인자, 사업장 규모, 업종	의료이용을 설명 하는 변수가 부 족함
사공진 외 (2001)	의료보험 진료 비의 결정요인 에 대한 연구	의료보험 진료비의 결정요인 분석	1995- 1997, 통계청 자료	지역의료 보험과 직 장의료보 험 보험자 종별		평균진료비 (전당 진료 비, 진료일 당 진료비, 피보험자 1도 인당 진료 비)	(의료보험) 조합, 연 속조합, 연 속조합	지역의료보험조합 변수관할면적, 인 구 1000명당 의사 수, 65세 노인인구 비율, 요양기관수, 본인부담율, 수진 율, 시간가변수/직 장의료보험조합변 수, 사업장수, 입원 수진율, 피보험자의 월평균 소득, 시간 가변수	

〈표 IV-19〉 계속

저자	논문명	연구목적	자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
강길원 외 (1998)	민간의료기 관을 이용하 는 결핵환자 의 의료이용 분석	민간의료기 관을 이용하 는 결핵환자 의 의료이용 실태 파악	1995.12.1 1996.11.1	결핵환 자	간수 863,641 환자 313,083	진료건수 (입 원, 외래), 진 료일수, 의료 기관 변경횟 수, 치료기관 설인원수	기간(1년), 건수 별 개인	지역, 의료기관종별, 진단명, 환자	보건소 진료건수 제외되어 있음, 환자 특성에 대한 정보 없음
김창엽 외 (1999)	의료보험 환 자가 병원진 료시 부담하 는 본인부담 크기	전체 진료 비용 중에서 부담이 차지 하는 크기의 추 정, 본인부담 크기에 영향 을 미치는 의료 기관의 관련 요 인 분석	1997, 1998 자료	두 자료 간의 연결 가능성이 있는 병원	224	본인부담비율 (병원총수입 에서 본인부 담비율, 외래 수익 중 본인 부담비율, 입 원수의 중 본 인부담비율)	의료기관 단위	병원특성요인(설립 형태, 소재지, 대학 병원여부), 투입요인 (병상수, 병상당 직 원의수, 병상당 직원 수, 과정보인(환자 인당 1일 진료비, 병 원이용률), 산출요인 (총수익액, 수익률, 외래수익과 입원수 익의 비율)	자료의 신뢰문제 (경영분석자 료의 수의 과소보고 되었을 가능성), 의원 제외됨, 해당병 원 소재지역의 인구학적 사 회경제적 요인과 질병구조, 해당병원을 이용하는 환자들 의 질병종류와 의료이용행태 고려 못함
신영진 외 (1999)	의료이용의 지역간 격차 3차성 내과 계 진단군을 중심으로 지역간 격차	내과계 진 단군을 중 심으로 지역간 격차	1995	138 개 중 진료 권	138	3차성 내과계 진단군 환자 의 의료이용 량 (건당 입 원일수), 입원 일당 진료비	기간(1년), 지역	성, 연령, 보험료, 의료기관 소재지	
▶ 한방									
최만규 (2001)	한방병원 입 원환자의 진 료비 특성분 석	한방병원 입원환자들 의 일반적 특 성과 파와 일반적 특 성에 따른 진료비발생 양상 규명	2001.6.1	한방 병 원 3개 병원	1,928	평균재원일수, 일평균진료비	기간(6개 월), 개인	성, 연령, 진료과, 재원기간	일반화의 문제, 환자의 일반 적 특성 및 질환별 분석 어 려움
▶ 노인									
김진수 외 (2005)	고령화 시대 의 노인의료 비중 장기추 이 전망 및 정책과제	고령화 시 대의 노인 의료비 추 계, 고령화 의 의료비 지출 영향 특히, 노인 의료비 지 출을 추정	2001.7.2 005.5 OECD Health data	국가 단 위		GDP, 국민의 료비, 노인의 국가 료비		연령구간 연도, 항목(입원, 외래, 약국)	

〈표 IV-19〉 계속

저자	논문명	연구목적	자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
이지전 외 (2008)	노인의 사망전 1년간 의료이 용수준과 추이 분석	사망전 의료이용 수준과 크기 파악		2003.1-6사이 에 사망한 65세 이상 노인	66,012	총진료비(입 원비용, 외 래비용)	기간(1 년, 1개 월, 개 인)	성, 연령	
김재선 (1999)	치매노인환자 입원진료비의 구조적 특성과 일당수가제하 의 타당성	치매노인입원환자 진료비의 구조적 특성 규명	1997.10-12 병원 입원환 자 12,233 명	3개 치매전문 병원 입원환 자 12,233 명	121,243 원	진료비(총진 료비, 재원 일당 진료비, 투약일당진 료비)	개인	성, 연령, 질병군, 수 가종목별 진료비, 입원료, 투약료, 검사료, 처치 및 수술료, 검사료, 약제 방사선진단료)	일부 분석에서 표본의 대표성이 낮아서 외적 타 당성이 낮은 취 약점
이경수 외 (1997)	노인 코호트의 의료이용 및 입원진료비 변 화 추이	성, 연령, 의료보 험료 수준별 코 호트의 의료이용 및 진료비 분석	1989-1995 노인(연령별, 성별, 보험료 별 코호트)	노인(연령별, 성별, 보험료 별 코호트)	132,670	의료이용 (수진율, 연 간상병진수, 상병당 재원 기간), 진료 비 (상병당 총입원진료 비, 진료행 위료, 약제 비)	코호트	연령, 성, 이용한 의 료기관, 보험료, 상 병명, 진료개시일	표준보수월액(보 험료)을 소득대리 변수로 사용
조경환 외 (1997)	노인환자의 상 대상으로 연령, 성 별, 의료기관별, 입 원 및 외래별 유 병양상을 분석	65세 이상 노인 의 연령, 성, 병 명, 의료기관별, 입 원 및 외래별 유 병양상을 분석	1991 65세 이상 노 인 중 의료보 험대상자	65세 이상 노 인 중 의료보 험대상자	6,072,196	다빈도 질병 당	기간(1 년), 건 부	성, 연령, 의료기관 입원 및 외래 치료여 부	진료건당 분석으 로 한 환자가 동 일질병으로 재진 료 받을 경우 개 별환자로 분류됨
▶ 치과									
김준수 (2002)	치과의원의 건 강보험 진료비 수입분포와 관 련요인	치과의원들의 의 료보험진료비 수 입분포 및 보험진 료비의 소득집중 도를 파악, 치과의원 의 개별특성이 진 료비수입에 주는 영향 분석	2000 대구와 경북 지역의 개원 치과 중에서 2000년 1년 동안 국민건강 보험공단에서 진료비 청구 한 치과의원	819	총진료비 진료건수 간당 진료비	의료기 관	치과의원의 원장(사 의 성, 연령, 개업연 수, 치과의사수, 치과 의사 보조인력수, 개 원지역 소재지		
▶ 임신									
고수경 (2001)	제왕절개 분만 율 발표 후 요 양기관의 분만 행태 변화	제왕절개 분만의 결정요인 도출 및 행태변화 고찰	1999 하반기 2000 하반기		1999- 2000- 2001- 2002- 2003- 2004- 2005- 2006- 2007- 2008- 2009- 2010- 2011- 2012- 2013- 2014- 2015- 2016- 2017- 2018- 2019- 2020- 2021- 2022- 2023- 2024- 2025- 2026- 2027- 2028- 2029- 2030- 2031- 2032- 2033- 2034- 2035- 2036- 2037- 2038- 2039- 2040- 2041- 2042- 2043- 2044- 2045- 2046- 2047- 2048- 2049- 2050- 2051- 2052- 2053- 2054- 2055- 2056- 2057- 2058- 2059- 2060- 2061- 2062- 2063- 2064- 2065- 2066- 2067- 2068- 2069- 2070- 2071- 2072- 2073- 2074- 2075- 2076- 2077- 2078- 2079- 2080- 2081- 2082- 2083- 2084- 2085- 2086- 2087- 2088- 2089- 2090- 2091- 2092- 2093- 2094- 2095- 2096- 2097- 2098- 2099- 2100- 2101- 2102- 2103- 2104- 2105- 2106- 2107- 2108- 2109- 2110- 2111- 2112- 2113- 2114- 2115- 2116- 2117- 2118- 2119- 2120- 2121- 2122- 2123- 2124- 2125- 2126- 2127- 2128- 2129- 2130- 2131- 2132- 2133- 2134- 2135- 2136- 2137- 2138- 2139- 2140- 2141- 2142- 2143- 2144- 2145- 2146- 2147- 2148- 2149- 2150- 2151- 2152- 2153- 2154- 2155- 2156- 2157- 2158- 2159- 2160- 2161- 2162- 2163- 2164- 2165- 2166- 2167- 2168- 2169- 2170- 2171- 2172- 2173- 2174- 2175- 2176- 2177- 2178- 2179- 2180- 2181- 2182- 2183- 2184- 2185- 2186- 2187- 2188- 2189- 2190- 2191- 2192- 2193- 2194- 2195- 2196- 2197- 2198- 2199- 2200- 2201- 2202- 2203- 2204- 2205- 2206- 2207- 2208- 2209- 2210- 2211- 2212- 2213- 2214- 2215- 2216- 2217- 2218- 2219- 2220- 2221- 2222- 2223- 2224- 2225- 2226- 2227- 2228- 2229- 2230- 2231- 2232- 2233- 2234- 2235- 2236- 2237- 2238- 2239- 2240- 2241- 2242- 2243- 2244- 2245- 2246- 2247- 2248- 2249- 2250- 2251- 2252- 2253- 2254- 2255- 2256- 2257- 2258- 2259- 2260- 2261- 2262- 2263- 2264- 2265- 2266- 2267- 2268- 2269- 2270- 2271- 2272- 2273- 2274- 2275- 2276- 2277- 2278- 2279- 2280- 2281- 2282- 2283- 2284- 2285- 2286- 2287- 2288- 2289- 2290- 2291- 2292- 2293- 2294- 2295- 2296- 2297- 2298- 2299- 2300- 2301- 2302- 2303- 2304- 2305- 2306- 2307- 2308- 2309- 2310- 2311- 2312- 2313- 2314- 2315- 2316- 2317- 2318- 2319- 2320- 2321- 2322- 2323- 2324- 2325- 2326- 2327- 2328- 2329- 2330- 2331- 2332- 2333- 2334- 2335- 2336- 2337- 2338- 2339- 2340- 2341- 2342- 2343- 2344- 2345- 2346- 2347- 2348- 2349- 2350- 2351- 2352- 2353- 2354- 2355- 2356- 2357- 2358- 2359- 2360- 2361- 2362- 2363- 2364- 2365- 2366- 2367- 2368- 2369- 2370- 2371- 2372- 2373- 2374- 2375- 2376- 2377- 2378- 2379- 2380- 2381- 2382- 2383- 2384- 2385- 2386- 2387- 2388- 2389- 2390- 2391- 2392- 2393- 2394- 2395- 2396- 2397- 2398- 2399- 2400- 2401- 2402- 2403- 2404- 2405- 2406- 2407- 2408- 2409- 2410- 2411- 2412- 2413- 2414- 2415- 2416- 2417- 2418- 2419- 2420- 2421- 2422- 2423- 2424- 2425- 2426- 2427- 2428- 2429- 2430- 2431- 2432- 2433- 2434- 2435- 2436- 2437- 2438- 2439- 2440- 2441- 2442- 2443- 2444- 2445- 2446- 2447- 2448- 2449- 2450- 2451- 2452- 2453- 2454- 2455- 2456- 2457- 2458- 2459- 2460- 2461- 2462- 2463- 2464- 2465- 2466- 2467- 2468- 2469- 2470- 2471- 2472- 2473- 2474- 2475- 2476- 2477- 2478- 2479- 2480- 2481- 2482- 2483- 2484- 2485- 2486- 2487- 2488- 2489- 2490- 2491- 2492- 2493- 2494- 2495- 2496- 2497- 2498- 2499- 2500- 2501- 2502- 2503- 2504- 2505- 2506- 2507- 2508- 2509- 2510- 2511- 2512- 2513- 2514- 2515- 2516- 2517- 2518- 2519- 2520- 2521- 2522- 2523- 2524- 2525- 2526- 2527- 2528- 2529- 2530- 2531- 2532- 2533- 2534- 2535- 2536- 2537- 2538- 2539- 2540- 2541- 2542- 2543- 2544- 2545- 2546- 2547- 2548- 2549- 2550- 2551- 2552- 2553- 2554- 2555- 2556- 2557- 2558- 2559- 2560- 2561- 2562- 2563- 2564- 2565- 2566- 2567- 2568- 2569- 2570- 2571- 2572- 2573- 2574- 2575- 2576- 2577- 2578- 2579- 2580- 2581- 2582- 2583- 2584- 2585- 2586- 2587- 2588- 2589- 2590- 2591- 2592- 2593- 2594- 2595- 2596- 2597- 2598- 2599- 2600- 2601- 2602- 2603- 2604- 2605- 2606- 2607- 2608- 2609- 2610- 2611- 2612- 2613- 2614- 2615- 2616- 2617- 2618- 2619- 2620- 2621- 2622- 2623- 2624- 2625- 2626- 2627- 2628- 2629- 2630- 2631- 2632- 2633- 2634- 2635- 2636- 2637- 2638- 2639- 2640- 2641- 2642- 2643- 2644- 2645- 2646- 2647- 2648- 2649- 2650- 2651- 2652- 2653- 2654- 2655- 2656- 2657- 2658- 2659- 2660- 2661- 2662- 2663- 2664- 2665- 2666- 2667- 2668- 2669- 2670- 2671- 2672- 2673- 2674- 2675- 2676- 2677- 2678- 2679- 2680- 2681- 2682- 2683- 2684- 2685- 2686- 2687- 2688- 2689- 2690- 2691- 2692- 2693- 2694- 2695- 2696- 2697- 2698- 2699- 2700- 2701- 2702- 2703- 2704- 2705- 2706- 2707- 2708- 2709- 2710- 2711- 2712- 2713- 2714- 2715- 2716- 2717- 2718- 2719- 2720- 2721- 2722- 2723- 2724- 2725- 2726- 2727- 2728- 2729- 2730- 2731- 2732- 2733- 2734- 2735- 2736- 2737- 2738- 2739- 2740- 2741- 2742- 2743- 2744- 2745- 2746- 2747- 2748- 2749- 2750- 2751- 2752- 2753- 2754- 2755- 2756- 2757- 2758- 2759- 2760- 2761- 2762- 2763- 2764- 2765- 2766- 2767- 2768- 2769- 2770- 2771- 2772- 2773- 2774- 2775- 2776- 2777- 2778- 2779- 2780- 2781- 2782- 2783- 2784- 2785- 2786- 2787- 2788- 2789- 2790- 2791- 2792- 2793- 2794- 2795- 2796- 2797- 2798- 2799- 2800- 2801- 2802- 2803- 2804- 2805- 2806- 2807- 2808- 2809- 2810- 2811- 2812- 2813- 2814- 2815- 2816- 2817- 2818- 2819- 2820- 2821- 2822- 2823- 2824- 2825- 2826- 2827- 2828- 2829- 2830- 2831- 2832- 2833- 2834- 2835- 2836- 2837- 2838- 2839- 2840- 2841- 2842- 2843- 2844- 2845- 2846- 2847- 2848- 2849- 2850- 2851- 2852- 2853- 2854- 2855- 2856- 2857- 2858- 2859- 2860- 2861- 2862- 2863- 2864- 2865- 2866- 2867- 2868- 2869- 2870- 2871- 2872- 2873- 2874- 2875- 2876- 2877- 2878- 2879- 2880- 2881- 2882- 2883- 2884- 2885- 2886- 2887- 2888- 2889- 2890- 2891- 2892- 2893- 2894- 2895- 2896- 2897- 2898- 2899- 2900- 2901- 2902- 2903- 2904- 2905- 2906- 2907- 2908- 2909- 2910- 2911- 2912- 2913- 2914- 2915- 2916- 2917- 2918- 2919- 2920- 2921- 2922- 2923- 2924- 2925- 2926- 2927- 2928- 2929- 2930- 2931- 2932- 2933- 2934- 2935- 2936- 2937- 2938- 2939- 2940- 2941- 2942- 2943- 2944- 2945- 2946- 2947- 2948- 2949- 2950- 2951- 2952- 2953- 2954- 2955- 2956- 2957- 2958- 2959- 2960- 2961- 2962- 2963- 2964- 2965- 2966- 2967- 2968- 2969- 2970- 2971- 2972- 2973- 2974- 2975- 2976- 2977- 2978- 2979- 2980- 2981- 2982- 2983- 2984- 2985- 2986- 2987- 2988- 2989- 2990- 2991- 2992- 2993- 2994- 2995- 2996- 2997- 2998- 2999- 3000- 3001- 3002- 3003- 3004- 3005- 3006- 3007- 3008- 3009- 3010- 3011- 3012- 3013- 3014- 3015- 3016- 3017- 3018- 3019- 3020- 3021- 3022- 3023- 3024- 3025- 3026- 3027- 3028- 3029- 3030- 3031- 3032- 3033- 3034- 3035- 3036- 3037- 3038- 3039- 3040- 3041- 3042- 3043- 3044- 3045- 3046- 3047- 3048- 3049- 3050- 3051- 3052- 3053- 3054- 3055- 3056- 3057- 3058- 3059- 3060- 3061- 3062- 3063- 3064- 3065- 3066- 3067- 3068- 3069- 3070- 3071- 3072- 3073- 3074- 3075- 3076- 3077- 3078- 3079- 3080- 3081- 3082- 3083- 3084- 3085- 3086- 3087- 3088- 3089- 3090- 3091- 3092- 3093- 3094- 3095- 3096- 3097- 3098- 3099- 3100- 3101- 3102- 3103- 3104- 3105- 3106- 3107- 3108- 3109- 3110- 3111- 3112- 3113- 3114- 3115- 3116- 3117- 3118- 3119- 3120- 3121- 3122- 3123- 3124- 3125- 3126- 3127- 3128- 3129- 3130- 3131- 3132- 3133- 3134- 3135- 3136- 3137- 3138- 3139- 3140- 3141- 3142- 3143- 3144- 3145- 3146- 3147- 3148- 3149- 3150- 3151- 3152- 3153- 3154- 3155- 3156- 3157- 3158- 3159- 3160- 3161- 3162- 3163- 3164- 3165- 3166- 3167- 3168- 3169- 3170- 3171- 3172- 3173- 3174- 3175- 3176- 3177- 3178- 3179- 3180- 3181- 3182- 3183- 3184- 3185- 3186- 3187- 3188- 3189- 3190- 3191- 3192- 3193- 3194- 3195- 3196- 3197- 3198- 3199- 3200- 3201- 3202- 3203- 3204- 3205- 3206- 3207- 3208- 3209- 3210- 3211- 3212- 3213- 3214- 3215- 3216- 3217- 3218- 3219- 3220- 3221- 3222- 3223- 3224- 3225- 3226- 3227- 3228- 3229- 3230- 3231- 3232- 3233- 3234- 3235- 3236- 3237- 3238- 3239- 3240- 3241- 3242- 3243- 3244- 3245- 3246- 3247- 3248- 3249- 3250- 3251- 3252- 3253- 3254- 3255- 3256- 3257- 3258- 3259- 3260- 3261- 3262- 3263- 3264- 3265- 3266- 3267- 3268- 3269- 3270- 3271- 3272- 3273- 3274- 3275- 3276- 3277- 3278- 3279- 3280- 3281- 3282- 3283- 3284- 3285- 3286- 3287- 3288- 3289- 3290- 3291- 3292- 3293- 3294- 3295- 3296- 3297- 3298- 3299- 3300- 3301- 3302- 3303- 3304- 3305- 3306- 3307- 3308- 3309- 3310- 3311- 3312- 3313- 3314- 3315- 3316- 3317- 3318- 3319- 3320- 3321- 3322- 3323- 3324- 3325- 3326- 3327- 33				

2) 국민건강영양조사

(1) 기존문헌 고찰

국민건강영양 자료는 개인의 인구 사회경제적 특성 및 건강수준과 건강행태에 관한 변수가 풍부하며 본인부담 의료비를 파악할 수 있는 장점이 있다. 따라서 의료이용여부에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 할 때 활용되거나(고수경, 2002; 조희숙, 2002; 김은주, 1995), 개인의 의료비용 부담을 연구하는데 이용되었다(김성경, 2006; 김성경, 2005; 김미혜, 2003). 따라서 분석기간은 설문조사에서 입원은 1년, 외래는 2주 단위로 되어 있어 진료비 분석에서는 이를 1년 또는 1개월로 환산하여 분석하였으며 이용여부의 경우 설문에서 사용한 분석기간을 그대로 활용하였다. 분석 단위는 모두 개인이었다.

한방에 관한 연구는 한방과 양방의 서비스 선택에 관한 연구(조희숙, 2002; 이원재, 1998)가 있었으며 이 외에 인구 사회경제적 특성에 따라 노인의 의료비 부담을 분석한 연구(김미혜, 2002)와 만족도를 분석한 연구(조성현, 2006)가 있다.

(2) 자료원의 제한점

국민건강영양조사 자료는 입원, 외래, 치과, 한방, 의약품 구분이 가능하며 각각에 대하여 본인부담 비용을 알 수 있고 또한 간접비용 산출 자료로 의료기관 이용을 위한 교통비용과 시간비용을 설문하고 있어 현재 국내에서 의료이용과 관련하여 많이 사용되고 있는 자료원이다. 그러나 몇 가지 측면에서 의료이용과 의료지 지출 분석에 한계를 갖고 있다. 이용 여부 외에 세부 의료이용을 분석하기 어려우며 건강보험 자료와 반대로 본인부담 비용은 파악할 수 있으나 건강보험공단에서 급여한 진료비는 파악할 수 없다. 또한 외래의료이용의 경우 최근 2주로 한정하여 설문하기 때문에 연구자들은 연간 또는 월별 분석을 위해 임의로 일정한 수를 곱하여 활용하고 있으나 실제로 발생하는 지출비용과 차이가 날 수밖에 없다. 이와 함께 의료비 지출 자료는 영수증에 근거한 것이 아니

라 회고에 근거함으로써 정확한 비용을 산출하기 어렵다. 두 번째 자료원의 문제로 의료이용에 영향을 미치는 요인으로 수요자의 특성에 관한 정보는 비교적 풍부하나 공급자인 의료기관에 관한 특성은 알기 어렵다. 이는 국민건강영양조사 자료를 활용한 대부분의 연구에서 연구의 한계로 지적하고 있는 부분이기도 하다(김성경, 2005; 고수경, 2002; 이원재, 1998).

국민건강영양조사는 1992년부터 조사가 진행되어서 '92, '95, '98, '01, '05자료가 축적되어 있으나 의료이용에 대한 조사 방법의 일관성이 낮아 시계열 분석이 어렵다. 2001년 조사의 경우 이환여부에 대해 질문한 후 해당질환에 대해 의료이용을 조사하였던 반면 기타 연도의 경우 이환여부와 별도로 의료이용을 설문하여 이를 단순 비교를 하는 것에 큰 위험이 따르게 된다.

〈표 IV-20〉 국민건강영양조사 자료를 활용한 연구

저자	논문명	연구목적	자료원	조사단위	샘플수	결과변수	분석단위	설명변수	자료원 제한점
김성경 외 (2006)	우리나라 암 환자의 개인부담 의료비용	암과 관련하여 지출되고 있는 개인부담 의료비 용의 규모 및 영 향요인 파악	2001	만 20세 이 상 중 만성 질환자(암 환자)	61	의료비용 (외래비 용+입원 비용)	기간(월)1년간 지출한 입원 비용과 2주간 지출한 외래 비용을 월단 위로 환산, 개인	성, 연령, 학력, 결혼상태, 월가구소득, 동거가구 원수, 보험형태, 거주 지역, 주관적건강수준, 재원기간, 암 처음알 게 된 인지시기	임상적 정보가 조 사되지 않아서 분 석에 사용하지 못 함, 표본수가 적음, 개인부담 의료비용 은 암과 동시에 다 른 급만성질환을 함께 치료한 비용 도 포함되어 있음
김성경 외 (2005)	우리나라 성인과 노 인의 개인 부담 의료 비용 지출 의 관련요 인	우리나라 성인의 개인부담 의료비 용의 규모와 이 에 영향을 주는 관련요인 파악	2001	의료보장형 태-건강보 험, 입원이 나 외래이 용, 본인부 담 의료비 >0	26154	의료비용 (외래비 용+입원 비용)	기간(월)1년간 지출한 입원 비용과 2주간 지출한 외래 비용을 월단 위로 환산, 개인	성, 연령, 학력, 결혼 상태, 월가구소득, 동 거가구원수, 보험형태, 거주지역, 건강관련 변수(주관적 건강수 준, 만성질환종류, 연 강만성질환수, 지난2 주간의 침상와병일수)	공급자 특성을 분 석하지 못함, 외래 의 경우 지난 2주 간을 측정함으로써 질환의 유행이나 계절적 요인 건강 상태 변화 등의 요 인을 고려못함
고수경 (2002)	의료서비스 의 가격 이 의료이 용량에 미 치는 영향. 외래 의료 이용을 중 심으로	대상자 특성에 따른 의료이용여 부 및 의료이용 량 차이, 가격이 의료이용량에 미 치는 영향분석, 의료기관별, 소 득수준별 의료수 요의 가격탄력성 분석	1998	전국	이 용 여 부 -26,227, 이 용 량 6,030	2주간의 래이용여 부, 2주 간 외래 방문횟수	기간(2주), 개 인	연령, 성, 결혼상태, 소득, 학력, 가구원수, 지역소득, 도시특성 지역 의사수, 의료기 관 종별, 이환일수, 이환여부, (회계가격, 시간가격)	공급측 요인을 측 정할 수 있는 변수 가 없음

〈표 IV-20〉 계속

저자	논문명	연구목적	자료원	조사단위	샘플수	결과변수	분석단위	설명변수	자료원 제한점
김은주 (1995)	타진료권 입원 의료이용에 관한 연구	타지역권 입원 이용에 영향을 미치는 주요인들의 분석과 주요변수들의 기여도 확인	1992	전국	835	타진료권입원이용여부	기간 개인	중진료권별 인구단위당 병상수, 의료기관수, 상근의사수, 성연령, 학력, 지출의료비, 질병이환수, 입원아수, 재원기간, 병원입원경로	지역을 특성을 더 잘 설명하는 변수들을 포함시키지 못함
• 한방									
조희숙 외 (2002)	양방과 한방 의료이용자의 서비스 선택요인 비교분석	양방과 한방 의료이용자들의 특성 비교 분석	1998	전국	3,944	외래이용여부(양방, 한방)	기간 (2주), 개인	성, 연령, 학력, 직업, 소득, 방문전의료이용 경로 및 형태	외래이용경험에서 양방이나 한방을 선택하게 되어 있음 (2주동안 양한방을 동시에 이용한 경우 포함되어 있지 않음)
이원재 (1998)	양 한방 의료서비스 선택에 관한 연구	농촌주민들의 보건 의료 서비스 선택에 미치는 요인	1995	군지역	2,672	외래이용경험(약국, 종합병원, 병원, 의원, 한방, 보건기관 중 한곳)	기간 (2주), 개인	성, 연령, 학력, 가족수, 소득, 보험형태, 본인부담금, 거주지역, 교통, 시간, 대기시간, 결혼상태	서비스 질에 대한 변수 미포함
• 노인									
김미혜 (2002)	만성질환 노인의 의료비 부담관련요인에 관한 연구	과도한 의료비 부담을 지닌 특정노인층 실태 파악	1998	60세 이상 만성 질환 노인	4,707	의료비부담(연간총입원비용/연평균소득)+(2주간 외래비용X2.2/월평균소득)=입원비부담률+외래비부담률	기간(입원-1년, 외래-1개월로 환산), 개인 지출, 가구 소득	성, 연령, 학력, 가구 구성, 의료서비스유형(상용치료원, 보혈유무), 건강상태(만성질환, 이환수, ADL, IADL), 경제적수준(월평균 가구소득)/	
• 만족도									
조성현 (2006)	입원환자의 사회인구학적 요인 및 의료이용 특성과 환자만족, 불만족 간의 관련성	환자의 사회인구학적 요인과 의료이용 특성이 환자만족과 불만족간에 어떤 관련성을 가지는지 파악	2001	전국	1,043	환자만족도	개인	연령, 성, 결혼상태, 학력, 월가구소득, 거주지역, 이용의료기관, 재원기간, 의료비지불 형태, 의료비부담정도, 건강수준, 질병유형	

3) 노동패널

(1) 기존문헌 고찰

노동패널 자료는 노동관련 가구패널 조사로 가구용 자료와 15세 이상 가구원

을 대상으로 한 개인용 자료로 구분된다. 3차 연도부터 특정 주제에 대하여 부가조사를 실시하고 있는데 4차년도인 2001년에 만45세 이상의 개인을 대상으로 건강과 은퇴 부가조사가 실시되었으며 기존 연구도 주로 이 자료를 중심으로 진행되었다. 패널 자료의 장점을 활용하여 노동상태와 건강수준을 변수로 한 연구(김은주·이승욱, 2005; 강영호, 2003; 김창엽·이덕희, 2003; 이덕희·김창엽, 2003)는 상당히 진행되었으나 의료이용을 분석한 연구는 많지 않았다. 최근 1년간의 외래이용여부를 분석한 최수형 외(2003)의 연구는 노동패널의 장점을 활용한 연구는 아니며 지은정(2004)은 2001년 건강과 은퇴 부가조사 자료를 2002년도 자료와 병합하여 의료비 지출이 종사상 지위에 미치는 변화를 보고자 하였다. 이 경우 의료비 지출은 주요한 설명변수의 하나로 이용되었다. 허순임 외(2007)는 패널의 장점을 살려 연도별 가계 의료비 지출의 소득탄력성의 추이를 분석하였다.

(2) 기존 연구에서 사용한 자료원의 제한점

노동패널은 패널 유지비율이 높아 패널 자료로서의 장점을 갖고 있으며 소득 파악이 잘 되어 있어 소득과의 관계를 분석하는데 용이하다. 그러나 자료의 주요 목적은 개인 및 가구의 경제활동을 조사하고 파악하기 위한 것으로 의료이용 및 의료비 조사는 부가적인 것이다. 1차와 3차 조사 외에 의료비 조사가 이루어졌으나 기억에 의존하여 조사하며 입원, 외래, 의약품 등 항목별 조사가 이루어지지 않아 의료이용 및 의료비 내역을 자세히 파악하기 어렵다. 또한 노동패널조사는 군·면 지역을 조사대상에 포함하지 않아 농어촌 가구가 제외되어 연구결과를 우리나라 전체에 일반화하기에 한계가 있다(허순임 외, 2007). 이런 면에서 볼 때 노동패널 자료는 보건의료 연구에서 사용하는데 한계를 갖게 된다.

〈표 IV-21〉 노동패널 4차 부가조사(건강과 은퇴)자료를 활용한 연구

저자	논문명	연구목적	자료원 연도/ 추가 자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
허준임 외 (2007)	가계 의료비 지출의 비탄력성	가구소득이 의료비 지출에 미치는 영향: 소득계층에 따른 소득탄력성 수준에 따른 차이	1999-2004 의료비	전국	1999-4,320 2001-4,062 2002-4,145 2003-4,396 2004-4,581	가구 의료비	가구	가구소득, 65세 이상 노인 존재 여부, 주관적 건강상태가 좋지 않은 가구원 존재 여부, 가구주 특성(성, 연령, 취업상태, 학력)	농어촌 가구 포함되지 않음, 의료비에 대한 조사가 응답자의 기억에 의존함
최수영 외 (2006)	배우자 유무에 따른 남녀간 의존재하는지	의료서비스 이용 여부가 있어 남/여성이 실제 의료 서비스 이용에 있어서도 열악한 상황인지 분석	2001-2002	전국	9,738	외래이용 여부	기간 (1년) 개인	성, 연령, 교육, 취업여부, 배우자유무, 건강행태(운동, 건강검진), 상해보험 가입여부, 건강수준	
지은정 (2004)	의료비 지출이 중상위계층에 미치는 영향	의료비 지출이 가계경제적 영향 분석, 소득변의 지위와 소득변화는 요인에 미치는 영향 분석	2001-2002	전국	4,215	중상위 지위변화	기간 (1년) 개인	근로소득대위 의료비 지출(의료기관에서 발생한 모든 비용과 약값 포함), 성, 연령, 결혼, 저소득자는 경제적 부담상태, 가구주(주)의 특성(주관적 건강상태, 심신장애, 질병보유, 의료기관 행태), 경제적 특성(근로소득과 근로소득 외 소득합), 직업적 특성(업종, 중상위)	의료비와 소득에 대한 회고 응답을 사용, 건강 자기보고방식 따름으로써 객관성 부족, 저소득자는 경제적 부담으로 인해 의료이용하지 않음, 의료비 지출도 없을 가능성, 노동패널 응답자만 분석

4) 통계청 도시가계 조사

(1) 기존문헌 고찰

통계청의 (도시)가계조사자료는 전국의 도시가계를 대표하도록 설계되어 있으며 가구의 소득 및 소비지출에 대해 정보를 제공하고 있다. 다른 조사가 회고 방식에 의한 것이라면 본 조사는 가계부 기입 방식으로 조사가 이루어지기 때문에 소득 및 지출 정보가 정확하다는 장점이 있다. 이 자료를 활용도는 크게 두 범주로 나눌 수 있다. 첫째, OECD의 의료비 개념 중 개인의료비 산출을 위한 기초 자료로서 유용하다. 즉, 각 가구가 지불한 의료비를 진료영역별(입원, 외래, 치과, 의약품)로 파악할 수 있어 가구의 전체 의료비뿐만 아니라 진료영역별 비용을 개인단위로 추정할 수 있다. 둘째, 가구가 의료비에 대한 부담을 어느 정도 가지고 있는 지 평가하는 것이다. 과부담 의료비 지출 여부는 가구의 지불능력에 기반하여 결정하므로 소득 또는 지출 자료가 수반되어야 하며 이런 점에서 (도시)가계조사자료는 활용도가 높다고 할 수 있다. 이태진 외(2003), 이원영(2005), 양봉민 외(2006) 등의 연구에서는 소비지출 항목 중 보건 의료비 지출 항목을 이용하여 과부담 의료비 지출 여부를 분석하였다.

(2) 자료원의 제한점

도시가계 조사 자료의 주요 조사 목적이 가구의 소득 구성 및 소비 지출 내역을 파악하는데 있지만 소득의 경우 근로자 가구에서만 제한적으로 제공된다. 노동패널 자료와 마찬가지로 의료이용과 의료비 분석에 한계를 갖는다. 가장 큰 문제는 건강수준에 대한 정보가 없으며 구체적인 의료비 지출 내역과 치료 내용을 알 수 없다는 점이다. 또한 조사 단위 및 자료 제공단위가 가구로 되어 있어, 개인 단위의 분석이 불가능하다. 현재 보건의료서비스 조사 항목은 입원, 외래, 한방, 치과, 산후조리원으로 구분되어 있으나 의료기관 종별로 구분되어 있지 않고 급여와 비급여로 별도 구분이 없어 자세한 분석에 한계가 있다. 2003년 가계조사부터 2000년 7월부터 실시된 의약분업의 내용이 반영되어, 처

방의약품과 약국에서 직접 구매하는 의약품(양약) 및 한약으로 구분되었다. 또한 외래 진료비가 병원외래진료비와 치과 진료비로 항목이 세부적으로 나뉘어 조사가 이루어져 이전보다 상세한 분석이 가능해졌다.

〈표 IV-22〉 도시가계 조사 자료를 활용한 연구

저자	논문명	연구목적	자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
이원영 외 (2005)	도시가계 의 원영 의 외 (2005)	과부담 의료비 가 구들의 의료비가 전체의료비에서 차지하는 비중과 소득계층별 가구 당 월평균의료비 및 그 구성요소의 비중, 소득계층별 과부담의료비 지 출가구의 발생을 분석	1997- 2002	도시 지역	1997-4,923, 1998-5,603, 1999-5,597, 2000-5,443, 2001-5,358, 2002-5,047	과부담 의료비 지출 가구비율	기간 (1년) 가구	가구소득,연령구조,가구 크기,건강상태,가구의 취업상태로 여기에 환 경변화 요인으로 배우 자유무,의료수가 인상	자료에 건강상태에 대한 정 보가 없고 구체적인 의료비 내역을 알 수 없어 과부담 의료비 지출이 어떤 상황에 서 기인한 것인지 파악하기 어려움

5) 기타: 환자 및 간병인 설문조사

(1) 기존문헌 고찰

기존 자료원의 여러 한계로 연구자들은 본인의 연구에 맞도록 조사 설계하여 소규모로 조사를 진행하였다. 의료기관을 선정하여 환자 또는 보호자를 조사한 연구에서 분석 변수는 의료이용(강성욱 외, 2005; 윤영호, 1998), 의료비(강성욱, 2005) 외에도 재방문 요인(이건직 외, 2003), 장기재원사유(박희옥 외), 가족원의 부담감(이영진 외, 1994) 등 다양하게 나타났다. 한방의 경우 양방과 한방의 협진에 관한 연구(최만규 외, 2005; 김대환 외, 2004; 문옥륜 외, 2003; 이선희 외, 2002)가 많았으며 노인을 대상으로 한 연구들은 요양서비스 이용과 관련한 이용 동기 및 선택(김완희 외, 2003), 이용량(이지전 외, 2004; 김홍수 외, 2002), 이용여부(이성학, 1998) 또는 장기요양 서비스 이용 의사(김현철 외, 2005; 유진

영 외, 2005, 전진호 외, 2001)에 관한 연구가 있었다. 환자 설문 조사를 이용하여 만족도 및 의료기관 재이용의사를 분석한 연구는 정동준 외(2006), 김양균 외(2006), 배성권 외(2005), 박재산(2005), 정승원 외(2004), 이가연(2003), 문기태 외(2000)가 있다. 의료기관과 의료서비스에 대한 만족도 연구의 경우 대부분 기존의 자료원을 활용하기보다 일부 의료기관을 이용한 환자를 대상으로 설문조사한 연구가 많았다.

응급의료서비스를 이용한 환자를 대상으로 응급성 여부(정설희 외, 2006) 및 응급과 입원과의 연계성(조홍준 외, 1994)을 분석한 연구도 있었다.

(2) 자료원의 제한점

기타 자료원의 경우 연구 목적에 따라 조사설계할 수 있어 연구 주제에 맞는 다양한 변수 분석이 가능하다. 그러나 기타 자료원을 활용한 연구는 근본적으로 일반화의 문제를 안고 있다. 대부분의 연구들이 연구의 한계로 이 부분을 지적하고 있다. 조사단위가 일부 병원 또는 일부 지역에 한정되고 있으며 체계적 표본 추출을 통해 조사가 이루어지지 않았으므로 연구 결과를 해석하는데 주의가 필요하다.

〈표 IV-23〉 기타설문 조사 자료(환자 및 보호자조사)를 활용한 연구

저자	논문명	연구목적	자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
강성욱 외 (2005)	암보험이 암환자의 의료이용 및 의료비에 미치는 영향	암보험이 암환자의 의료이용 및 의료비 지출에 미치는 영향 고찰	병원의 진료영수증 (2002-2004)	서울시 1개 중합병원	민간 보험군-1186, 비민간 보험군-2987	의료이용량(입원회수/외래방문회수), 진료비(입원진료비/외래진료비/총진료비)	기간(1년), 개인	성, 연령, 직업, 암 종류, 보험 종류(건강보험, 민간보험)	소득수준과, 건강 상태를 파악할 수 없음
이건직 외 (2003)	데이터 마이닝을 활용한 병원 재방문도 영향요인 분석 외래환자의 만족도를 중심으로	재방문도에 영향을 미치는 제 요인을 만족도의 범주를 중심으로 분석	보사연 전국 의료기관 이용자 설문조사 (1998.9)	서울, 경상남도 지역	906	외래환자 재방문여부	개인	성, 연령, 학력, 가계월소득, 의료서비스 만족도	질병의 유형을 고려하지 못함, 금전적 비급전적 비용의 영향을 간과함, 일반화의 문제

〈표 IV-23〉 계속

저자	논문명	연구목적	자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
박희옥 외 (2001)	종합병원 장기입원환자들의 재원사유	장기입원의 사유 파악	입원환자 설문조사(2004.4.상)	경인지역 7개 병원 장기입원환자(60일 이상)	135	장기재원사유	개인	진료요인, 가족지지요인, 비용요인/성연령, 결혼상태, 병원까지 소요시간, 보험종류, 질병특성, 타인의 도움 필요도, 입원경로, 입원경험, 충입원비	표본의 대표성 문제, 병원과 의사의 특성 고려하지 않음
윤영호 외 (1998)	말기 암환자들의 의료이용행태	말기암 환자들의 의료서비스 이용행태, 환자간병의 문제, 환자의 경험을 통해 의료서비스 개선방향 조사	환자 가족 설문조사(1991-1996)	한 대학병원에 실사한 호스피스 교육에 참가한 말기암 환자 가족	108	말기암 판정 후 입종때까지의 의료이용행태, 의료기관 이용시 문제점, 생존분석	episode 개인		일반화의 문제
이영진 외 (1994)	입원환자 가족원의 부담감에 대한 연구	가족원이 지각하는 부담 정도 파악, 가족원 특성상과 환자의 특성에 따른 가족원의 부담감 파악	환자 가족원 설문조사(1992.7-9)	서울시 1개 대학병원 신장과 내과 입원환자	75	가족원의 부담감	환자, 보호자, 매칭 분석	가족원의 성, 연령, 직업, 학력, 결혼상태, 환자의 성, 연령, 청력, 결혼상태, 환자의 질병 관련 요인, 환자 돌봄행위	
▶ 한방									
최단규 외 (2005)	양 한방협진 의료기관 이용자의 인식도 및 태도	현재 양한방협진을 이용하고 있는 이용자와 비이용자 간에 의료이용행태와 선호하는 협진형태, 협진에 대한 인식도 비교	입원환자 설문조사(2004.6)	서울, 경기	420	의료기관 방문횟수, 양한방이용경험	기간(1년 간), 개인별 분석	성, 연령, 직업, 교육수준, 월수입	일반화의 문제, 낮시간 조사로 여성 응답비율 높음
김대환 외 (2004)	양 한방 협진 병원 뇌졸중 입원환자 진료에 대한 태도에 관한 연구	양한방 협진 병원에 입원 중인 뇌졸중 입원환자를 대상으로 진료에 대한 태도 조사	뇌졸중 입원환자 설문조사(2002.3)	부산시 양한방 동시개설 병원	170	진료이용실태(입원 진료기관, 입원기간, 응급조치기간), 양한방 협진 이용실태(협진인식도, 협진경험, 협진에 대한 만족도), 협진에 대한 태도(협진기대효과)	개인	성, 연령, 학력, 직업, 거주지, 월소득, 보험형태, 종교	
문옥륜 외 (2003)	동북아시아 4개국의 양한방 의료협진체계 비교	동북아 4개국의 양한방 의료협진체계 비교분석, 동북아 4개국의 양한방 협진현황 비교분석	전문가 설문조사, 의료이용자 설문조사(2002.5)	한국, 중국, 대만, 일본의 양한방 협진 실태, 양한방 협진이 실시되고 있는 의료기관의 의료공공자 및 의료이용자	141, 527	양한방 협진에 대한 국가정책, 양한방 협진 이용 현황, 의료인 선택 고려사항, 이용경험, 치료만족도, 추천의사	국가	국가별	
이선희 외 (2002)	양방과 한방 의료이용자의 서비스 선택요인 비교분석	양방, 한방서비스를 함께 제공하는 의료기관 이용자들의 이용 특성 및 양방서비스 선택요인 비교, 분석	환자 설문조사(2002)	경기도 1개 종합병원 양한방 외래방문 환자 각각	246, 193	양방, 한방 외래방문 선택요인	개인	성, 연령, 학력, 직업, 소득, 선행방문기관, 건강보조식품 이용행태, 내원 빈도, 의료기관 선택요인(서비스 특성, 진료특성)	

〈표 IV-23〉 계속

저자	논문명	연구목적	자료원 연도/ 추가 자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
김응각 (1998)	한방병원 내원 뇌졸중 환자에 대한 역학적 조사	한방병원에 내원 치료를 받은 뇌졸중 환자를 대상으로 뇌졸중의 인구학적 특성과 관련요소를 파악	뇌졸중 입원환자 설문조사 (1997.10.12)	대구시 3개 한방병원	180	유발 원인, 병류병, 생활행태(비만, 음주, 흡연)	개인	성, 연령, 학력, 직업	
노인									
김현철 외 (2015)	장기요양 서비스를 누가, 얼마나, 얼마에 원하고 있는가?	장기요양 서비스의 개발적 욕구와 이용 결정요인에 대한 분석	지역단위 설문조사 (2015.1)	아산시 노인	325	장기요양서비스에 대한 지불의사 금액	개인	성, 연령, 결혼상태, 학력, 과거직업, 가족수, 경제적 특성(집소유, 보험종류, 월소득, 재산차량소유), 의학적 특성(MMSE, 인지기능검사, ADL, IADL)	낮은응답율, 일반화의 문제
유진영 외 (2015)	유료 노인장기요양보호서비스 이용 의사 결정요인	유료 노인장기요양보호서비스의 인지도와 이용의사, 부담 정도 조사, 실제 서비스를 선택하게 되는 결정요인 분석	설문조사 (2013.10)	부산 1개 대학 1개 단과 학생의 학부모 조사	684	장기요양서비스 이용 의사	개인	성, 연령, 종교, 학력, 직업, 거주지역, 소득, 부양경험 및 부양부담	일반화의 어려움, 대부분의 응답자가 여성
김완희 외 (2013)	유료 노인전문요양원 이용 경험에 관한 질적연구	요양원을 이용한 노인가족들을 대상으로 심층면접을 통한 이용경험에서의 부담 조사	심층면접 조사	은평구 한 민간시설	12	요양원 이용 동기, 요양원 선택 과정, 선택 과정에서의 정서경험	개인	성, 연령, 결혼상태, 주질환경, 질환 이환기간, 일상상태, 작동수준, 현시설 입소기간, 자녀수, 주동거처, 부양자 특성	
이지전 외 (2013)	노인의 사망 전 6개월간 의료이용 수준과 간병가족의 가족부담과의 관련성	노인사망자의 가족을 대상으로 노인의 사망 전 6개월간의 의료이용수준과 노인간병가족의 부담을 돌보는 가족의 부담간의 관련성을 살펴보고자 함	2002.7-12 사망한 65세 노인중 국민건강보험에서 장제비 지급받은 지역가입자 중 서울거주자 무작위 추출	2002.7-12 사망한 65세 노인중 국민건강보험에서 장제비 지급받은 지역가입자 중 서울거주자 무작위 추출	301	가족원의 부담감(객관적 가족부담, 주관적 가족부담)	개인(6개월)	주간병인의 성, 연령, 월소득, 간병시간, 사망자의 특성(성, 연령, 제산수준, 사망원인), 의료이용수준(총의료비, 총진료비, 입원일수)	고인과 관련한 조사로 주관적 부담에 대해 의료자유롭게 표현하지 못한 가능성이 있음
이지전 외 (2014)	장기요양환자에서 환자특성 및 기능상태와 환자돌봄시간과의 관련성	장기요양환자들이 의료인력으로부터 받게되는 서비스 시간 조사, 환자들의 기능, 증상 상태 등에 따른 서비스시간 차이 분석	설문조사 (2013.1-3)	8개 노인전문병원	1,000	환자돌봄시간	개인	성, 연령, 보험형태, 학력, 가족방문, 시설종류, 입소전거주장소, 환자의 기능상태(일상생활수행정도, 우울증 등)	소득변수 없음
김홍수 외 (2012)	환자 및 시설 특성이 장기요양서비스 이용 노인들의 자원소모량에 미치는 영향	장기요양서비스를 이용하는 노인의 자원소모량을 측정, 이사회 자원소모량에 영향을 미치는 요인 파악	환자 조 5개 노인전문병원 2개 노인요양시설 (2000.12-2001.2)	489	자원소모량(간호비용, 부가비용, 총비용)	개인	성, 연령, 보험종류, 중증도, 병원특성(지역, 크기, 종별, 설립구분, 보호환자 비율)	중금전단위로 환산한 것으로 실제 발생한 진료비와 다름	

〈표 IV-23〉 계속

저자	논문명	연구목적	자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
전진호 외 (2001)	유료노인전문 요양원 입주 의사 결정요 인에 관한 연 구	유료노인전문 요양원에 대한 입주의사에 영향을 미치는 결정요인과 잠재적 이 용자의 실제 전문요양원 운영에 대한 의견조사	설문조사 (1998.12. 1999.3)	부산시 2개 대 학병원 5개 중 합병원	328	유료 전문 요양 원에 대한 입주 이사	개인	성, 연령, 학력, 종교, 결혼상태, 직업, 소득, 재산, 일상생활수행 정도	
이성학 (1998)	노인의 유료 요양서비스 이용 및 의사 결정 과정별 결정요인	유료 양로서비스 수 요와 그 결정요인 분석, 유료 양로서비 스를 이용하려는 노 인의 특성, 노인 유료 양로서비스 이용에 대한 결정요인을 규 명, 유료 양로서비스 이용을 행동화하기 까지 의사결정 단계 별 요인을 분석	한 자 조 문단위 조 사	양로원 이용집 단은 현재 양 로원 입소자들 사 지역 비이용집단은 시설주거의 제 가주거형태로 생활	이용자 80, 비 이용자 471	유료 양로 서비 스 이용 여부	개인	성, 연령, 학력, 배우자유무, 자녀수, 자녀결혼여부, 종교, 직업, 거주지역, 성장지역, 상년거주지역, 가족요 인, 동거형태, 부양형태, 부양자, 부 부수입, 재산, 생활비원천, 월생활비, 주관적경제상태, 유료양로원인지, ADL, 자녀와 결속도, 사회활동도, 주거만족도, 유료양로서비스 이 해도 및 필요도, 비용부담, 월이 용비 부담가능액, 기대효과, 매스 컴 및 홍보, 주요타인들, 자기통제 력	
▶ 임신									
정현자 외 (2004)	의료소비자의 라이프스타일 에 따른 병원 선택 요인산 부인과 병원 을 중심으로	대상자들의 라이프 스타일에 따른 병원 선택요인을 확인, 산 부인과 의료소비자 의 라이프스타일 파 악, 병원선택요인 파 악	한자설문 조사 (2003.3)	산부인과 전문 병원 1곳, 종합 병원 2곳, 대학 병원 1곳의 외 래나 입원 중 인 산부인과 환자	351			인구통계학적 특성, 병원선택요 인(접근의 용이성, 의료의 신뢰 성, 경제성 및 편리성, 시설의 현대성), 라이프스타일(활동 미, 의견, 건강행위 관련 질문)	일 지역의 산 부인과 병원 의료소비자 400 명 대상의 편 의표집으로 연 구의 일반화 문제
송정읍 외 (1998)	대구시내 각 급 의료기관 에서 분만하 는 산모들의 특성 및 출산 결과의 비교 분석	대구시내의 각종 의 료기관에서 분만하 는 산모와 신생아의 특성을 비교 분석하 고 의료기관별 산모 와 신생아의 위험수 준을 조사	한자설문 조사 (1987.4)	대구시내 병의원				산모연령, 교육수준, 의료비 지 급방법과 산과적 특성인 임신 회수, 자연유산 경험회수, 특정 기관 선택 이유 등 조사	산모들의 특성 을 조사하지 않음/ 의료기 관 종류별로 대표적인 의료 기관만 선택해 서 1개월간 조 사하여 계절적 변화를 알 수 없음/
▶ 만족도									
정동준 외 (2006)	입원환자가 인지하는 병 원시설, 의료 인력, 만족도 제이용 간의 구조분석	입원환자의 의료 이용 만족도에 영향 주는 의료서비스 질의 구성차원을 알아보 기 위해 의료인력, 병원시설 이용절차가 환자만족도와 제이 용 의사에 미치는 영향관계 분석	설문조사 (2005.8)	서울, 경상북도 3개 의료기관	263	환자 만족 도, 제이 용의 사	조 사 지 점 개 인	성, 연령, 결혼상태, 직업, 소득, 학력, 병원시설, 의료인력, 상병, 지역	

〈표 IV-23〉 계속

저자	논문명	연구목적	자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
김양균 외 (2006)	의료 서비스품질이 진료가치와 환자만족도에 미치는 영향에 관한 연구	기존 서비스품질 요인들이 대형병원의 의료서비스품질 측정에서의 유용성 검토, 환자들이 느끼는 의료 서비스품질과 이에 영향을 받으며 환자들이 평가하는 진료가치, 의료서비스 만족도, 재이용 의사 간의 관계 규명	환자 설문조사 (2004.10)	서울시 1개 대학 병원 외래 환자	423	환자만족도, 재이용의사	개인	성, 연령, 학력, 월수입, 의료서비스의 품질, 진료가치	일반화의 문제, 조사기간이 짧았음
배성권 외 (2005)	중합병원 입원환자와 외래환자의 만족도 요인분석: 의료기관 서비스 평가자료를 활용한 실증 분석	의료기관 이용만족도에 영향을 주는 요인 파악	의료기관 서비스 평가사업 (1997-1999)	70개 의료기관	70	입원환자 만족도, 외래 환자만족도	의료기관	의료기관의 시설, 인력, 서비스 요인	설문조사 항목의 한정, 입원과 외래의 조사도구의 상이성
박재산 외 (2005)	보건소 이용자가 인지하는 보건 의료서비스 질 만족도, 재이용의사 및 타인권유 의향간의 인과관계분석	보건소 이용자가 느끼는 보건 의료서비스 질 구성요인에 대한 검토와 구성항목, 만족도 그리고 재이용의사와 타인권유 의향과의 관련성 분석	환자 설문조사 (2004.11-2005.1)	전국 68개 보건소 내 소자 총화 임의추출	3,091	재이용의사, 타인권유의향	개인	성, 연령, 거주지, 이용한 서비스, 시설 및 환경, 직원 친절도, 이용편의성, 만족도	지역 및 보건소의 특성을 고려하지 않음
정승원 외 (2004)	국립대 병원 입원환자의 재이용 의사 결정요인	국립대 병원 입원환자의 만족도 및 재이용 의사에 영향을 미치는 요인 파악	입원환자 설문조사 (2003.10)	전국 10개 국립대 병원 입원환자	900	환자만족도, 재이용의사	개인	건강회복정도, 입원 생활의 질, 인력, 시설, 입원절차, 진료비	인과관계 규명에 한계
이가연 (2003)	일 대도시 보건소 의료서비스 만족도	보건 의료서비스를 받기 위해 보건소를 내소하는 자를 대상으로 보건소 만족도와 관련된 세부적 사항 파악	환자 설문조사 (2002.7)	부산시 소계 14개 보건소 이용자 임의추출	212	보건 의료서비스 만족도	개인	성, 연령, 교육, 종교, 가족원수, 입원형태, 방문목적, 이용기기	대표성 부족, 보건소 이용자의 특성(방문횟수, 진단명, 계절 및 시기적 변동)을 고려하지 못함
문기태 외 (2000)	의료소비자가 인지하는 의료서비스 질의 구성차원	의료소비자가 인지하는 질 평가 기준의 구성요소 규명, 구성요소와 전반적 의료서비스 질의 상관관계 규명	환자 설문조사 (1999.9)	신도시 종합병원 외래환자	537	의료서비스 질, 만족도	개인	성, 연령, 학력, 월소득	일반화의 문제, 접근성 항목 제외됨
• 응급									
정선희 외 (2006)	응급실을 이용하는 응급환자의 실태와 특성	응급의료기관 유형별 비용급 환자의 현황 파악, 법률적 판단에 의한 비용급 환자 비율과의 비교, 응급실 내원 비용급 환자의 특성 파악	환자 설문조사 (2005.6)	10개 응급의료기관 (지역응급의료센터 개소, 지역응급의료기관 5개소)	51,483	응급 비용급 여부	응급 비용급 기간(1일)	성, 연령, 내원 경로, 내원수단, 보험형태, 내원사유, 중증도, 응급증상, 해당 여부, 퇴실시 진단명	일반화의 문제, 계절적 요
조흥준 외 (1994)	응급실 방문환자의 입원 결정 및 입원의 적절성에 영향을 미치는 요인	응급실 내원환자에 대한 입원 결정서 발부와 입원양상 파악, 두 변수에 영향을 미치는 요인 분석, 입원과 입원대기 시간의 적절성에 영향을 미치는 요인 규명	환자 설문조사 (1993.6)	1개의 3차 의료기관 응급실 방문환자	998	입원 결정서 발부 여부, 입원 여부, 입원 필요성, 입원대기 시간의 적절성	기간(1년)	성, 연령, 환자 방문 시간, 방문 경로, 방문 일시, 진료과	일반화의 문제, 계절적 요

6) 기타: 지역단위 설문조사

(1) 기존문헌 고찰

지역단위로 설문조사를 실시하여 의료이용량을 보고자 한 연구로는 이상원 외(2005), 권순석 외(1999) 등이 있다. 김지윤 외(1999)는 의료이용과 관련한 의사 결정과정에 대해 분석하였으며 박성순 외(1999)는 한방의료 이용량과 한방 의료에 대한 인식 및 태도를 보았다. 권순석 외(1999)의 경우 지역단위 설문조사 자료 외에 건강보험 자료와 사망통계 자료를 활용하여 1994년 설문응답한 건강수준이 이후 의료이용량과 사망에 어떤 영향을 주는지 살펴보았다.

(2) 자료원의 제한점

지역단위 설문조사도 환자 및 보호자를 대상으로 한 설문조사와 비슷한 단점이 있다. 가장 많이 지적되고 있는 것은 일부 지역을 대상으로 하였기 때문에 역시 일반화 문제가 제기된다. 또한 의료이용여부 뿐 아니라 구체적인 의료이용량 및 의료비 지출을 보기 위해서는 의료이용을 한 집단에 대해서 조사가 이루어져야 하는데 일반인을 모집단으로 할 경우 의료이용환자에 대한 충분한 표본수를 확보하기 어려울 수 있다.

〈표 IV-24〉 기타설문 조사 자료(지역단위조사)를 활용한 연구

저자	논문명	연구목적	자료원	조사 단위	샘플 수	결과 변수	분석 단위	설명 변수	자료원 제한점
이상원 외 (2005)	일부 농촌 지역 중년 여성의 건강행태, 건강수준 및 의료이용에 대한 구조모형	농촌지역 성인 여성들의 사회인구학적 특성, 건강행태, 건강수준 및 의료이용 빈도를 측정하고 구조방정식 모형을 통해 건강요인들의 관련성 여부를 파악	경상북도 일개 군 단위 농촌 거주자 40세 이상 무작위 표본	지역단위	432	건강행태, 건강수준, 의료이용빈도(횟수)	개인	연령, 경제수준, 학력	건강수준의 객관적 형태로 고혈압 여부만을 사용함, 일반화의 문제
권순석 외 (1999)	자가건강인지도에 따른 3년간의 의료이용도와 치는지 여부와 사망위험도의 비교	자가건강인지도가 의료이용의 정도와 사망위험도의 관련성을 조사	지역단위 설문조사	지역단위	1,080	의료이용량(진료일수, 투약일수, 진료비, 사망위험)	기간 (3년) 개인	성, 연령, 94년의 의료이용량, 건강인지도	사회경제적 수준, 건강상태를 설명하는 변수 없음, 연구대상지역이 일부 지역으로 제한되어 있음
김지운 외 (1999)	라이프스타일과 의료이용의 결정요인 분석	라이프스타일에 따른 각 집단간의 의료이용에 관한 의사결정과정 차이 있는지 분석	지역단위 설문조사	수원시 및 인근지역	700	의료이용과 관련한 의사결정(의료이용시기, 의료이용에 관한 의논상태, 정보탐색유무, 의료기관 선택시 의사결정자, 의료기관 선택시 의논상태)	개인	성, 연령, 교육, 월생활비, 결혼상태, 거주상태, 직업, 가족상태, 라이프스타일	질병의 종류 및 중증도에 대한 정보가 제외되어 있음, 소득변수 대신 월생활비 사용함, 표본이 병원방문자에 대한 대표성을 갖고 있지 않음
• 한방									
박성순 외 (1999)	한국인의 한방의료에 대한 인식과 파악, 한방의료이용에 영향을 미치는 요인분석	국민의 한방의료에 대한 인식과 파악, 한방의료이용에 영향을 미치는 요인분석	지역단위 설문조사	서울, 부산, 대구, 대전, 전주, 김천, 안동, 포항시	1,116	한방의료이용에 대한 의식 및 태도(불건강시 제일 먼저 방문하는 의료기관, 질병별 한방의료이용 횟수, 한방진료이유, 한방진료만족도)	개인	성, 연령, 결혼상태, 학력, 직업, 거주지역, 성장지역, 의료보장상태, 경제수준	

다. 설문 항목 선정의 기본 방향과 주요 항목

의료패널 조사는 기존 자료에서 충분히 담지 못한 의료이용에 대한 정량적 측면 뿐 아니라 정성적 측면을 담고자 하였다. 진료영역은 입원, 응급, 외래, 임신 및 출산, 검진, 장기요양서비스로 구분되며, 각 영역에 공통적으로 포함되는 주요 내용을 정리하면 다음과 같다.

1) 의료이용(Utilization)

의료이용은 의료에 대한 접근성을 파악하는 데 가장 기본적인 변수이다. 우선, 의료이용 여부를 묻고, 이용한 경험에 있는 경우에 일정 기간 동안(본 조사의 경우 6개월) 얼마나 자주 방문했는지 알기 위한 방문횟수, 입원과 응급에 대한 입원기간이 포함되어야 하는데, 이는 기존조사와 공통된 부분이지만 본 조사의 조사주기가 짧고 패널 형태로 지속적인 조사가 이루어지므로 자료의 정확성을 더 확보할 수 있다는 장점이 있으며, 각 이용마다 조사내용이 반복되므로 응답자의 보고 오류를 줄일 수 있다.

또한, 각 의료이용에 해당하는 진단명과 방문이유에 대한 문항을 포함하여 의료이용에 대한 필요를 구체적으로 파악할 수 있도록 하였고, 의료이용의 지연 경험과 그 이유를 조사함으로써 기존 조사보다 의료 필요에 대한 접근성 문제를 보다 구체적으로 파악할 수 있도록 하였다. 또한 이용 의료기관에 대한 정보와 각 서비스 이용 결정자, 의료이용 경로에 대해 설문함으로써 기존 조사보다 포괄적인 내용을 담고 있다.

2) 의료이용의 내용

의료이용의 이유와 치료 내용을 자세하게 파악하기 위한 정성적인 측면을 담고 있다. 입원(또는 재입원), 외래방문(또는 재방문)에 대한 이유를 조사함으로써 환자가 가지고 있는 의료에 대한 필요와 치료내용을 연계하여 파악할 수 있다는 장점이 있다.

3) 의료비(Health expenditures)

의료비의 경우 급여서비스에 대한 보험자 급여비와 환자본인부담(즉, 법정본인부담) 및 비급여 항목에 대한 본인부담비용을 분리하였다. 따라서 급여 항목 내에서 보험자 급여비용과 본인부담비용만 파악할 수 있는 건강보험 급여 자료와 공단의 급여비용이 제외된 본인부담비용만 조사한 국건영 조사, 노동패널, 도시가계조사와는 차별성을 갖게 된다.

특히 비급여서비스 비용 항목을 구체화 하였는데 예를 들어, 검사비용과 선택진료비를 별도로 조사하였으며 입원의 경우 상급병실 이용료 및 유급 간병인 비용, 비급여 식사비 등을 조사하여 추후 급여확대를 위한 기초 자료를 제공하고 환자들의 의료비 지출 실태를 더 잘 파악할 수 있게 하였다. 이러한 지출 조사는 기본적으로 영수증에 근거하도록 하고 있어 국건영 조사 및 노동패널의 문제점으로 지적되었던 회고에 의한 조사보다 조사의 정확도가 높아질 것으로 기대된다.

또한 간접비용에 해당하는 의료이용에 따른 교통비와 가족 간병의 경우 소득 손실액까지 포함하여 의료와 관련된 사회적 비용을 산출하는 데 있어 기초 자료를 제공할 수 있다.

4) 의료이용에 대한 만족도

한국의료패널 조사항목으로 기존 연구에서 의료에 대한 전반적인 만족도를 설문한 것을 보완하여 의료이용에 대한 만족도를 포함한다. 전반적인 의료에 대한 만족도는 의료이용 경험에서 축적된 만족도와 의료인에 대한 인식을 종합적으로 표현하는 것이지만, 이용 경험 각각에 대한 만족도를 파악하는 것은 실제 경험 후의 인식이므로 만족도를 정확하게 측정할 수 있고, 각 진료 영역별로 파악이 가능하다는 장점이 있다.

5) 진료 영역별 항목

(1) 입원

입원서비스 이용과 관련된 주요 설문문항을 살펴보면 다음의 <표 IV-25>와 같다. 의료이용횟수, 입원횟수 및 입원경로, 의료기관특성, 입원이유, 서비스내용 및 지연여부, 서비스 만족도, 직·간접 의료비 등으로 크게 구분할 수 있다. 특히, 입원에서 발생한 의료이용을 보험자 부담금과 본인부담금으로 나누었으며 본인부담금은 선택진료비, 상급병실료 차액, 식사비, 간병비, 전액 본인부담 이용 비용 등으로 구성된다.

<표 IV-25> 입원서비스 이용 관련 주요 설문문항

구분	주요 설문문항
의료이용횟수 입원경로	1년간 입원여부, 1년간 입원횟수, 응급실을 통한 입원여부, 응급실을 통한 입원횟수, 입원 날짜, 각 입원별 입원일수, 최근 입원일수, 입원경로
의료기관특성	의료기관명, 의료기관 종류(국립/사립), 의료기관 종별 구분, 의료기관 소재지, 입원대기일수, 의료기관 선택한 가장 중요한 이유, 실제 입원실 종류, 희망한 입원실 종류,
방문이유	입원이유(급성질환, 만성질환, 사고/중독, 상처치료, 산제, 치과, 검진, 수술/의료/약물 치료의 부작용, 물리치료, 정밀진단검사, 출산, 요양/휴식), 입원시 진단명(발견된 증상), 주요증상, 입원 의료이용 결정자, 같은 원인으로 과거 입원여부
서비스내용	선택진료 여부, 급여식사 여부, 주된 치료(검사, 비수술적 치료, 수술적 치료, 출산, 장기요양입원), 이번 입원동안 수술여부, 간병인 여부, 주간병인, 퇴원시 약처방 여부, 퇴원 후 회복 여부
지연	입원 지연 유무, 입원 지연 사유
만족도	입원 서비스 만족도, 입원중 식사 만족도
의료비 (직·간접비용)	총 입원비, 요양급여 중 본인부담금, 요양급여 중 보험자부담금, 선택진료비, 상급병실료 차액, 식사비, 간병비, 전액 본인부담 이용 비용, 입퇴원시 사용한 교통수단, 입퇴원시 소요된 시간, 입퇴원시 교통비, 의료비 재원, 의료비 부담 수준

(2) 외래

외래서비스 이용과 관련해서는 외래 방문일, 방문한 의료기관에 관한 정보, 외래 방문 이유 및 치료내용 등이 포함된다. 치료내용 중 상담/교육, 사고/중독, 암검진, 검사, 한방, 치과를 이용한 경우, 각 특성에 맞는 특정 문항을 추가 구성하였다. 예를 들어, 사고/중독의 경우 사고/중독 유형 등을 추가로 물었으며 암검진의 경우 검진 항목을 모두 체크하도록 하였다. 암검진의 경우 일반 검사와 분리하기 위하여 screening 수준의 검사가 아닌 정밀검사를 수행하는 경우로 제한하였다. 한방의 경우 방문 이유 및 치료내용, 검사내용, 선택 이유 등이 포함되었으며 치과의 경우 치료기간과 치과 치료 내용, 충치 치료 재료 등을 추가되도록 하였다.

이 외에 방문 경로와 이전에 치료받았던 질병 재발 여부, 야간 진료 여부, 진단명, 의사의 권유에 의한 불필요한 치료 여부, 의료기관 선택 이유, 선택 진료 이용 여부, 의료기관 이용에 대한 만족도 등을 포함하여 의료이용과 의료 공급자와의 관계를 연구하는 자료로 활용하고자 하였다.

의료비용을 포함한 외래 방문과 관련한 비용을 조사하고자 대기시간, 교통시간 및 외래 교통비를 포함하였고 본인부담 비용 뿐 아니라 보험자 부담 비용을 포함한 진료비, 의료비에 대한 재원 및 주관적인 의료비 부담 수준 등을 알고자 하였다.

〈표 IV-26〉 외래서비스 이용 관련 주요 설문문항

구분	주요 설문문항
의료이용횟수 방문경로	지난 1년간 외래 이용여부, 지난 1년간 외래 이용횟수, 외래 방문 날짜, 이송 의뢰 여부, 외래 방문 경로, 같은 질병으로 재방문 여부, 질병 발생 후 여러 의사 방문 여부, 야간진료 여부, 자주 찾는 의료기관 여부, 자주 찾는 의료기관 형태, 동일한 의료진의 진료여부, 자주 찾는 의료기관의 수, 자주 찾는 의료기관 이유, 자주 찾는 의료기관이 없는 이유, 자주 찾는 병원 변경여부, 병원변경 이유
의료기관특성	의료기관명, 진료과목, 의료기관 종류(국립/사립), 의료기관 종별 구분, 의료기관 소재지
방문이유	방문이유(첫 방문, 만성질환 관리(정기적), 기존질병 악화, 수술 전후 방문, 질병 예방, 산재), 질병 진단명, 외래 방문 의사 결정자
서비스내용	주된 치료(상담/교육, 사고/중독, 사고 발생장소, 고의적 사고 여부, 재활/물리치료, 예방접종, 수술, 약물치료, 미용/성형, 임신/출산, 부인과, 검진, 검사, 치과), 불필요한 치료 여부
지연	외래 방문 지연 여부, 외래 방문 지연 사유
만족도	외래서비스 만족도
의료비 (직·간접비용)	총 의료비, 요양급여 중 본인부담금, 요양급여 중 보험자부담금, 간병인비용, 외래 방문시 사용한 교통수단, 외래 방문시 교통 시간, 대기시간, 입·퇴원시 교통비용, 외래 방문시 교통비용, 의료비 재원, 의료비 부담

(3) 응급

응급 서비스의 특성상 서비스 이용까지의 시간이 중요한 이슈가 되므로 응급 방문시 사용한 교통수단과 응급실 도착 시간 뿐 아니라 이동과정에서 도착 지연 여부와 지연사유, 대기시간을 물었고 구급차를 이용해 응급실로 이동할 때 병원을 본인이나 보호자가 지정하였는지 아니면 구급차 운전자가 병원을 지정하였는지 여부, 응급진료 후 해당병원 입원 혹은 다른 병원으로 이동했는지 여부를 추가로 구성하였다.

〈표 IV-27〉 응급서비스 이용 관련 주요 설문문항

구분	주요 설문문항
의료이용횟수 방문경로	지난 6개월간 응급실 방문여부, 지난 6개월간 응급실 방문횟수, 응급 방문일
의료기관특성	의료기관명, 의료기관 종류(국립/사립), 의료기관 종별 구분, 의료기관 소재지, , 처치 의료인,
방문이유	응급실 방문이유(사고/중독, 급성질환, 만성질환의 악화, 야간 진료), 병원 지정 여부, 발견된 증상
서비스내용	이용한 응급 서비스, 응급실 방문시 수술여부, 응급실 방문시 약 처방여부, 응급실 방문 후 입원 연계 여부
지연	응급실 도착 지연 여부, 도착 지연 사유, 대기시간
만족도	응급서비스 만족도
의료비 (직·간접비용)	총 의료비, 요양급여 중 본인 부담금, 요양급여 중 보험자 부담금, 처방약제비, 응급 방문시 사용한 교통수단, 응급실 도착 시간,

(4) 치과

입원 서비스 이용과 외래 서비스 이용을 설문할 때 치과병원 또는 치과의원에서 이용한 서비스를 포함하도록 하였으며, 이 외에 치과 서비스의 특성을 고려하여 외래 서비스 이용에서 치과를 이용한 사람들에 한해 치료기간, 치과치료내용, 충치치료재료를 추가 설문하게 하였다.

〈표 IV-28〉 치과서비스 이용 관련 주요 설문문항

구분	주요 설문문항
의료이용횟수 방문경로	치료기간
서비스내용	치과치료내용, 충치치료재료

주: 외래서비스이용부분에 치과치료에 관한 내용이 부가됨

(5) 한방

입원서비스 이용과 외래서비스 이용에 대하여 설문할 때 한방에 대한 내용이 포함되도록 하였으며 이용한 의료기관이 한방 의료기관일 경우 별도의 추가 응답을 하도록 구성하였다. 특히, 양방과 한방과의 관계에서 입원과 외래 모두 한방을 이용한 대상자들에 한해 양방에서 한방으로 변경했는지 여부와 사유를 추가하였다.

양·한방 협진에 대한 관심이 높아지면서 한방의 의료이용 연구에서 양방이용과 연계하여 분석하고자 한 연구가 많았으나 기존의 자료원으로 분석하기 어려워 별도의 조사를 실시하여 연구를 수행해 왔었다. 이에 근거하여 본 조사에서는 한방 선호도를 포함하였는데, 여기에는 과거 협진 이용 여부 및 협진 이용 의사와 이용하려는 이유를 설문하고 이 외에도 양방과 비교하여 한방 진료에 대한 선호도 및 응답자가 생각하는 한방진료의 역할과 향후 이용 의사가 포함된다.

〈표 IV-29〉 한방서비스 이용 관련 주요 설문문항

구분	주요 설문문항
의료이용횟수 방문경로	한방 방문이유,
방문이유	한방 선택이유, 이용 결정자, 양한방 변경, 변경 이유
서비스내용	치료 내용, 검사 내용
만족도 선호도	한방 선호도, 한방 진료 선호도, 한방 진료 역할, 향후 이용 의사, 이용 의사 없는 이유, 협진 이용 여부, 협진 이용 의사, 협진 이용 이유

(6) 임신 및 출산

임신과 출산의 영역에서는 임신 여부 및 임신기간, 출산형태 및 출산결과에 대한 내용이 포함된다. 출산 결과로 출산아 수와 아기 체중 및 저체중아 여부, 신생아 합병증, 선천성 기형 여부, 선천성 대사이상여부 등을 통한 신생아의 건강상태에 대한 문항이 있으며, 산모의 건강에 대해서는 모성합병증과 임신 출

산 관련 질환이 포함된다. 출산 당시 의료기관 이용 및 비용 뿐 아니라 산후조리원 이용과 관련한 정보도 수집된다.

〈표 IV-30〉 임신 및 출산 관련 주요 설문문항

구분	주요 설문문항
의료이용횟수	지난 1년간 임신 또는 출산 여부, 현재 임신여부, 임신기간
의료기관특성	의료기관 종류, 의료기관 소재지
임신 및 출산관련 질환	임신·출산관련 질환, 출산 시 모성합병증 여부, 출산시 신생아 합병증 여부, 출산시 신생아의 선천성 기형여부, 출산후 신생아의 선천성 대사이상 여부
서비스내용	출산 상황, 출산형태(자연분만, 제왕절개), 출산아 수, 태어난 아 기체중, 저체중아 여부
지연	출산 후 입원여부, 출산 후 입원일수
만족도	의료기관 만족도
의료비 (직·간접비용)	총 의료비, 입원비, 간병비, 산후조리원 이용여부, 산후조리원 이용기간, 산후조리원 비용

(7) 검진

검진은 치과검진주기와 건강검진 여부 및 종류로 나뉘어지는데, 특히 암검진을 별도로 하며 위암, 간암, 유방암, 자궁암, 폐암, 대장암, 전립선암에 대하여 각각의 검진 시기에 대한 문항이 포함된다. 검진을 통해 질병을 발견했는지 여부와 치료 여부를 추가로 물어서 검진의 객관적인 유용성을 판단할 수 있도록 하였고 이와 별도로 주관적인 유용성을 추가된다.

〈표 IV-31〉 검진 관련 주요 설문문항

구분	주요 설문문항
의료이용횟수	평소 의료기관 방문 습관
서비스내용	치과검진 주기, 건강검진 여부, 건강검진 종류, 암검진 여부, 위암, 간암, 유방암, 자궁암, 폐암, 대장암, 전립선암,
검진결과	검진 후 상담 및 보건교육 여부, 검진 후 질병발견, 치료여부
만족도	검진의 유용성

(8) 의사에 대한 인식

일반적인 의사에 대한 인식과 지금까지 의사에 대한 경험을 바탕으로 응답을 하는 문항으로 구성된다. 이는 환자들이 일반적으로는 의사에 대해 불신을 갖고 있어도 본인이 이용한 의료기관의 의사에 대해서는 다른 견해를 갖고 있다는 기존 연구에서 출발한 것이다. 일반적인 인식으로 의사의 과잉진료 및 급여기준에 따른 의사의 진료 태도에 대해 질문하는 문항과 만났던 의사에 대해서는 환자의 필요를 먼저 고려하는지 불필요한 검사나 치료를 하지 않았는지, 의사를 신뢰하고 있는지, 의사는 환자의 말에 경청하고 쉽게 설명하는지, 환자를 존중하는지 충분하게 시간을 내어 진료하는지를 질문하는 문항으로 구성된다.

〈표 IV-32〉 의사에 대한 인식 관련 주요 설문문항

구분	주요 설문문항
일반적 인식	불필요한 검사나 치료, 일반적인 진료태도-급여기준이 의사의 진료태도에 영향을 주는지 여부
경험의사에 대한 인식	환자 필요 먼저 고려하는지, 불필요한 치료 여부, 의사 신뢰 여부, 경청하는지, 충분한 설명, 환자 존중, 충분한 진료 시간

(9) 장기요양

장기요양에 대해서는 재가 서비스, 장기요양시설/요양병원 이용, 양로원/실버타운 이용 등 장기요양서비스 이용에 대하여 포괄한다. 각각에 대하여 서비스 또는 시설 종류 및 이용기간, 환자 본인부담 비용과 부담수준, 비용 부담 주

체, 만족도를 포함한다.

또한 기존의 조사가 장기요양 욕구 및 수요에 초점이 맞추어져 있는 것에 반해, 본 조사는 장기요양서비스에 대한 수요뿐만 아니라, 노인요양보험 혜택을 받고 있는지의 여부, 가정 내에서의 수발 및 실제 이용한 노인요양서비스 내용 및 만족도, 비이용 이유를 포함하고 있다. 이는 2008년 7월부터 요양보험이 실시되면 장기요양 서비스에 대한 이용자가 많아질 것으로 예상되는 바, 이용과 관련한 본 자료의 유용성이 더 커질 것으로 예상된다.

〈표 IV-33〉 장기요양서비스 이용 관련 주요 설문문항

구분	주요 설문문항
환자특성	일상생활이 불편한 환자여부, 인지기능 문제 보유 환자여부, 마비상태 확인, 노인성 질환(치매, 중풍, 치매+중풍)과 장애여부, 장애등급과 노인요양등급, 수발서비스 이용선호도
수발서비스 이용	가정 수발 여부, 비수발 이유, 간병인과 노인과의 관계, 간병인의 성·연령, 간병인 이용여부 간병인 도움일수, 간병인 도움횟수, 간병인 도움시간, 간병인 유급여부, 간병인 비용, 간병으로 인한 소득 손실액
시설서비스 이용	지난 6개월간 시설 이용여부, 지난 6개월간 시설 이용횟수, 시설 종류, 시설이용 지연여부, 시설이용 지연이유, 시설 이름, 입소날짜, 입소기간, 한달 평균 입소비용, 한달 평균 식비, 한달 평균 간병비, 입소시 교통수단, 입소시 편도교통비, 퇴소시 교통시간, 퇴소시편도교통비, 비용부담 수준 재입소 여부, 재입소 이유, 병원이송 여부, 병원이송 이유, 시설 만족도, 요양기관 제공 서비스
양로원/실버타운 서비스 이용	양로원/실버타운 이용여부, 입소일, 기관명, 소재지, 시설 종류, 가족의 방문횟수(1달), 시설이용 월 평균 비용, 비용 부담 수준, 부담 주체, 이용 만족도
재가서비스 이용	재가서비스 이용, 재가서비스 인지여부, 재가서비스 인지경로, 지난 1달간 이용여부, 이용한 서비스 종류, 1달간 이용횟수(종류별), 1달간 이용일수(종류별), 1회시 이용시간(종류별), 1회시 이용요금(종류별), 비용 부담 수준, 이용 결정자, 이용 만족도

라. 의료이용 분석 모형에 대한 소개

1) 분석모형 개요

의료이용과 관련하여 일반적으로 검토되고 있는 모형으로 Grossman 모형과 의료유인수요(supplier induced model) 모형이 있다. Grossman 모형에 따르면 의료수요는 효용의 원천으로서가 아니라 의료를 사용함으로써 건강수준이 향상될 가능성 때문에 존재한다. Grossman 모형에 근거를 둔 모형의 경우 의료이용과 연관된 지식 및 의료이용에 따른 건강증진의 가능성을 명확하게 의료이용자가 인식하고 있으며 건강생산함수를 구성하는 요소들 즉 자기건강관리, 소득(의료이용 정도와 서비스 및 재화 사용의 제한요소로 작용), 다른 재화의 가격 등의 상관관계를 잘 이해하고 있다는 것을 전제로 한다. 그러나 일반적으로 의료이용자는 필요한 의료이용량이나 적정 의료이용량에 대해 잘 이해하고 있지 못하다. 유인수요모형은 의료공급자의 수와 의료이용간의 관계에 주목하여 의료공급자 밀도가 높을수록 의료이용량이 커질 것으로 가정한다. 유인수요에 영향을 미치는 공급자 요인은 공급자의 목표소득인데 의료가격이 고정된 상태에서 공급자가 많아질수록 목표소득을 달성하기 위해 더 많은 의료수요를 만들어낼 것이라고 본다.

의료이용을 결정하는 의사결정 과정을 중심에 놓고 의료이용을 분석할 경우 아래 <표 IV-34>과 같은 3가지 모형이 가능하다. 1980년 이전까지 가장 일반적인 의사결정 모형은 의료공급자의 우월적 의학지식을 배경으로 한 의료공급자 모형이었다. 대부분의 질병치료의 경우 다양한 선택사항 중 가장 최선의 치료 방법이 있고, 의료공급자는 이 방법에 정통할 뿐 아니라 자신의 환자와 상의할 때 이 방법을 주로 권장하며, 자신들의 경험과 전문성을 바탕으로 선택결정과 정에서 가장 영향력을 발휘하게 된다고 보았다(Charles, 1998). 1980년 이후 의료공급자모형은 도전을 받게 되었는데 상황에 따라 질병치료가 있어서 다양한 선택이 존재할 수 있는 질병사례가 늘어났기 때문이다. 이런 유의 질병은 치료

법에 따라 혜택과 위험이 동시에 공존하여 이 두 가지 사이에 일종의 거래가 필요한 경우가 많아졌다. 제공된 의료서비스의 효과성과 적절성을 중심에 둔 의료의 질 연구와 건강상태가 거의 유사한 환자군에 동일 치료법을 적용한 질병치료 결과의 차이, 임상지침을 이용하지 않는 의료공급자군 등 최적의 치료 방법이 존재한다는 믿음에 의문을 갖게 만드는 여러 가지 사실들이 보고되었다.

공유모형은 의료공급자와 환자의 정보 교환이 있는 후 의학적 판단보다는 환자의 상황과 필요에 의하여 의사결정이 이루어진다고 본다. 공유모형은 의료공급자의 역할 및 지위 변화와 의료소비자들의 권리의식의 상승 등이 어우러져 형성된 것이다.

사전인지모형의 경우 의료공급자는 적용 가능한 치료법과 그에 따른 혜택 및 불편/부작용을 포함하여 환자에게 의학적 사실에 기인한 모든 정보를 환자에게 제공한다. 이 단계가 진행되고 나면 의료공급자의 역할은 더 이상 없어지고 환자 스스로의 결정에 따라 의료이용이 결정된다는 이론에 근거한다.

〈표 IV-34〉 의료이용의 의사결정 모형

분석 단계	모형	의료공급자모형	●	공유(상호동의)모형	●	사전인지모형
정보 교환	흐름	한방향(거의)		쌍방향		한방향(대부분)
	방향	의료공급자 환자		의료공급자 ⇔ 환자		의료공급자 환자
	종류	의학적 정보		의학적 정보 및 개인적 정보		의학적 정보
	양	합법적인 최소 양		의사결정과 관련된 모든 정보		의사결정과 관련된 모든 정보
주요 판단		의료공급자(또는 의료공급자집단) 단독		의료공급자와 환자		환자
의사 결정		의사		의사와 환자		환자

주) ●: 각 모형 사이에 중간적인 위치가 존재할 수 있음.

자료: Charles C et al. (1999)

2) Grossman 모형

Grossman은 개인이 건강을 생산하기 위해서 어떻게 자원을 활용하고 분배하는지에 관심을 가졌다. 개인의 보건의료에 대한 수요는 의료서비스가 아니라 건강(good health)이며 건강은 내구재와 같은 속성을 지니는 것으로 Becker의 가계생산함수에 기초하여 건강과 의료서비스에 대한 수요를 모형화 하였다. 건강에 대한 수요곡선과 건강생산함수가 교차하는 지점에서 의료서비스에 대한 수요가 파생(derived)되는 것으로 인식하였다.

건강을 중심으로 개인의 특정 연령 혹은 특정 시점의 효용함수(intertemporal utility function)를 고려할 때 효용함수는 건강스톡(health stock)에 대한 지출과 건강 이외의 기타 재화의 소비로 구성될 수 있다.

개인은 태어나면서 일정 수준의 건강상태를 가지며(initial endowment) 투자에 의해 건강수준(건강스톡)은 향상될 수 있다. 건강에 대한 생산성은 투자자본의 효율성과 관계되고 연령증가, 사고, 무관심, 질병, 갑작스런 죽음 등으로 인하여 건강스톡의 감가상각이 발생하게 된다. 건강은 시간이 오랜 시간 동안 지속될 수 있지만 감가상각 되기도 하여 개인의 일생효용을 고려할 때 선호하는 시기(time preference)가 있을 수 있다. 재화를 생산하는 것과 마찬가지로 건강에 대한 투자는 투입과 산출의 관계에 따라 이루어진다. 이때 교육수준과 연령 등이 건강자본의 효율성을 결정할 뿐 아니라 소비형태를 결정하는데 중요한 역할을 담당하게 된다.

마. 의료이용 분석 방법

1) 쉼자료 분석의 개요

일반적으로 의료이용분석에 사용되는 자료는 쉼자료(Count data)이다. 쉼 자료의 일반적 특징은 1) 영(zero)을 포함하는 양의 정수(non-negative integer) 2) 과도한 양의 영(excess zeros) 3) 오른쪽으로 길게 늘어진 분포(skewed left

hand distribution) 등이다. 샘플자료의 분석을 위한 독자적인 방법들이 모색되기 전까지 일반최소자승 회귀분석(Deb et al., 2002; Wolinsky et al., 1989), 로짓회귀분석(Manski et al., 1998), 순서로짓회귀분석(Tennstedt et al., 1994), 토빗모형(Leclerc et al., 1994) 등이 연구 목적에 따라 다양하게 이용되었다.

‘과도한 영’을 처리하는 또 다른 대안은 결합모형(hurdle model)이다. 이 모형은 Mullahy(Mullahy, 1986)에 의하여 처음으로 제안되었는데, 이후 의료이용의 분석시 실용적인 측면에서 많은 관심이 모아졌다(Pohlmeier & Ulrich, 1995). 결합모형은 이단계모형으로 해석될 수 있는데 첫방문에 대한 결정은 이항모형로, 이후의 방문횟수, 조건부 상황에서 방문횟수 0 문턱(threshold)을 넘어가는 양의 값에 대해서는 절단샘모형(truncated count data model)으로 설명이 가능하다, 결합모형은 영과 양의 정수값을 서로 다른 자료생성과정을 통하여 이루어지는 것으로 가정한다. 또한 설명변수들의 종속변수에 대한 영향도 각각의 의사결정과정에 독립적인 영향을 미치는 것이 가능하도록 설계되었다(Gurmu, 1998).

2) 이단계모형(two part model) 과 결합모형(hurdle model)

의료이용을 설명하는 여러 모형들 중 앤더슨의 행동모형(behavioral model)(Andersen, 1995)은 의료필요 평가에 있어 의료공급자의 능동적인 역할을 내재적으로 포괄하고 있지만 의료의 양과 수준을 결정하는데 있어 의사 대리모형(physician-agency model)만큼 능동적이지 않다. 이단계모형(two part model)은 주인-대리인 관계(principal-agency relationship)에 이론적 근거를 둔다. 정보의 비대칭성으로 발생할 수 있는 의사의 대리인으로서의 역할을 강조하고 의료이용 시 이 단계의 의사결정 구조를 갖고 있다고 본다(Manning et al., 1987b).

의료소비자가 처음으로 의료기관을 방문할 때 그 결정은 주로 환자 본인의 결정에 의한다(접촉결정, contact decision). 여기서 처음이란 질병의 주기 동안(episode)에 이루어지는 환자의 의료기관 첫 방문만을 의미한다. 그러나 대부분

의 경우에 있어서 이후의 계속된 방문은 주로 의료 공급자의 조언이 중요한 역할을 수행하게 된다(빈도결정, frequency decision). 이때 의뢰인의 기대에 반하는 의료공급자(agent)의 행동은 대리인으로서의 역할에 충실한 것일 수도 있지만 의료공급자의 도덕적 해이(Jacobs et al., 2001)에 의한 것일 수도 있다.

그러나 의료수요에 대한 의료공급자와의 첫 번째 접촉이 이후의 연속적인 의료이용과 다른 특별한 특성을 가지지 못하면 이단계모형은 기본적으로 이점을 가지지 못한다. 왜냐하면 이단계모형이 인구집단의 의료이용 차이를 개인의 건강수준보다 의료공급자의 적극적인 개입에 중점을 두기 때문이다. 이단계모형의 한계는 인구집단을 개인의 건강수준, 위험에 대한 태도, 생활 습관 등의 특성에 따라 인구집단을 몇 그룹의 동질집단으로 분류하고 이 집단들의 특징적인 의료이용 양상을 살펴보는 유한혼합모형(finite mixture model)을 정당화하는 근거를 마련해 준다. 유한혼합모형은 인구집단을 의료이용자와 비의료이용자의 양자로 구분하지 않고 건강집단(low average demand group)과 비건강집단(high average demand group)으로 구분한다. 따라서 이단계모형에서와는 달리 유한혼합모형의 동질 집단은 의료이용자뿐 만 아니라 비이용자들도 동시에 포함하게 된다. 다만 의료이용의 수준에 차이가 있을 뿐이라고 본다(Deb et al., 2002).

결합모델은 과중한 영(0)과 긴꼬리를 가지는 분포에 효과적이나 주의해야 할 점 또한 있다. 의료이용자가 극소수일 때 이단계 분석을 시도하는 것은 별 의미가 없다(Gurmu, 1997). 이런 경우 이항분포모델을 적용하는 것이 바람직하고 자료의 수가 적을 때는 훨씬 효과적이다(Gurmu, 1997). 폴리마이어와 올리치는 결합모델의 한계는 질병의 한 에피소드에서 반복적인 의료이용에 국한되어 적용되어야 하며 연중자료를 이용하는 경우 특별한 주의가 필요하다고 주장하였다(Santos Silva & Windmeijer, 2001; Jones, 2000). 통계학적인 측면만을 고려할 때 이단계모델이 일단계모델보다 우월하다고 주장할 근거는 없는 것으로 알려져 있다(Deb & Trivedi, 2002; Deb & Trivedi, 1997). 실제적으로 잠재계층분석에 근거한 일단계모델이 이단계모델보다 실제적인 의료이용 횟수분포를 더 잘 반영하는 것으로 보고된 바 있다(Deb et al., 1997).

3) 유한혼합모형

유한혼합모형은 표본의 이질성(heterogeneity)의 문제를 극복하려는 점에서는 이단계모형과 같지만 근본적으로 일단계모형(one-step model)이다. 유한혼합모형은 표본 모집단의 관찰되지 않은 잠재적인 특성을(unobserved latent characteristics)을 포착하여 반영 한다. 기존의 연구에서 개인의 건강 특성을 측정하는데 주로 이용되어 온 주관적 건강척도나 만성질환의 유무 등은 인구집단의 이질성을 포착하는데 부족한 것으로 파악된다. 이런 이질성은 회귀방정식의 기본 가정에 위배될 뿐 아니라 방정식의 계수 값이 개체에 따라 다르게 나타날 개연성을 내포한다. Deb(2002)는 표본집단 내부의 측정되지 못한 잠재적인 이질적인 특성(underlying unobserved heterogeneity)이 개개인의 습관화된 건강 관리와 건강 상태에서 기인한다고 주장하였다. 유한혼합모형은 표본 모집단이 몇 개의 동질적인 k그룹으로 이루어져 있다고 가정하며 독립변수의 영향을 고려한, 표본의 개체가 k동질그룹의 하나에 속할 확률을 추론한다.

유한혼합모형(finite mixture model)의 분석은 일반적으로 베이지안 통계를 이용한다. 전통적인 통계학은 모수(parameter)에 대한 정보를 추론하기 위해서 수집된 자료를 바탕으로 우도(likelihood)를 최대화하는 방법을 이용한다. 이때 모집단의 모수는 고정된 것으로 가정한다. 이와 반대로 베이지안 통계는 수집된 자료는 고정되고 모수는 가변적이어서 자료와 결부되어 사후확률(posterior probability)로서 추론된다. 즉, 모수를 확률변수로 가정하고 관찰된 자료를 조건으로 하는 조건부 추론이 이용된다. 베이지안 통계법이 기존의 전통적인 통계추론법에 비해 덜 사용되어온 주된 이유는 사후밀도함수가 그 복잡성으로 인하여 전통적인 방법으로 계산될 수 없는 경우가 많았기 때문이다. 그러나 컴퓨터의 발전과 MCMC(Markov Chain Monte Carlo)을 비롯한 다양한 알고리즘 등의 개발로 사후분포에 대한 계산이 가능해지게 되면서 베이지안 통계추론이 빨리 확산되고 있다.

4) 치과의 의료이용 분석

(1) 치과진료의 특징

의료이용의 특징은 의료서비스 요구가 예측하기 어렵고 병이 걸렸을 때 의료이용량이 늘어난다는 것이다. 또한 소비자가 제공받은 의료 서비스의 질을 평가하기 어렵다는 것이다. 그러나 치과진료의 경우 일반의료에서 보이는 이와 같은 현상이 크게 적용되지는 않은 것으로 보고되고 있다. 의료 이용량도 상대적으로 적고 훨씬 예측가능하다. 개개인은 비슷한 증상의 치과불편을 일생 동안 여러 번 겪게 되므로, 서비스 질에 대해 어느 정도 평가가 가능하다.

구강관련 질병 발생과 진행에는 예방적 처치가 상당히 중요한 역할을 한다. 사고나 갑작스런 치통 발생을 제외하고 응급적인 상황이 드물고, 치료가 지연되거나 치료를 받지 못한다고 해서 생명에 치명적 손상을 입히는 경우도 드물다.

시장경제 특징 중의 하나는 외부효과이다. 전염병의 경우 ‘군집면역(herd immunity)’과 같은 외부효과가 질병치료나 질병의 자연사적 진행과정에 영향을 미칠 수 있다. 그러나 치과치료는 전염에 의해 질병이 전염되지 않아 환자 독립적인 효과를 보이게 된다.

(2) 치과 의료서비스 이용에 영향을 미치는 요소

① 치과 의료서비스 수요의 측정과 이용

치과의료 수요와 실제 이용 간에 차이가 있지만 실제 현장에서는 이 둘을 구별하기가 어려워, 수요(demand)와 이용(utilization)이 혼용되어 사용되기도 한다. 치과의료 수요는 치과방문횟수와 치과진료비의 형태로 측정된다. 그러나 치과방문횟수의 경우 제공된 서비스의 질과 실제 구매된 치과서비스의 양을 측정하는데 어려움이 있기 때문에, 진정한 의미에서 치과이용의 측정도구로서는 한계를 지닌다. 총 진료비는 제공된 서비스의 질을 일정부분 반영하고 있어 방문

횟수보다는 나은 도구라 할 수 있다. 그러나 같은 수준의 서비스 질에 대하여 다른 진료비가 청구될 경우가 있기 때문에 이 또한 제한점이 있다.

② 의료가격 측정

의료이용에 의료가격이 미치는 영향을 파악하기 위하여 의료가격을 조작 (operational)할 필요가 있는데 상당히 다양한 방법이 사용되었다. 서비스 가격의 평균값을 이용하거나, 서비스에 따라 가중치가 적용된 가격지표를 사용하거나(Hu, 1981), 본인부담금 수준을 이용하였다(Sintonen, 1995). 총 진료비를 방문횟수로 나눈 값을 치과서비스 가격으로 분석할 경우 이렇게 산출된 변수는 서비스의 질의 변화만을 반영할 뿐이며 가격의 변화에 따른 치과의료 이용의 상관관계를 분석할 수 없고, 회귀분석 시 가격변수의 모수추정이 0의 값으로 모아지는 오류가 발생하게 된다.

③ 시간가격(time price) 측정

시간가격(time price)은 치과의료서비스를 이용하는 의료수요자가 치과진료에 소요하는 시간의 가치를 의미한다. 일반적으로 방문소요시간으로 표현되는데 방문소요시간에 직접치료시간만이 아니라 치과 의료기관까지의 소요시간, 기다리는 시간을 포함한 총 진료시간으로 측정하기도 한다. 소비된 총 시간의 양으로 측정되는 것이 일반적이며 이용자의 시간당 임금을 반영하여 분석에 사용된 경우는 드물다(Muller, 1988; Holtman, 1976). 방문소요시간과 화폐적 가치가 분석모형에서 빠지면 치과의사의 인력 증가에 수반되는 가격하락과 유인수요와 분리된 총 방문비용 효과를 분리하기가 어려워진다.

④ 유인수요

유인수요의 영향을 파악하기 위하여 일반적으로 적용되는 방법은 치과의료이용 수준과 치과의사 밀집도와의 관계이며 유인수요가 존재할 경우 양의 상관관계를 기대하게 된다. 유인수요를 측정하는 방법으로 Sintonene(1995)은 핀란드에서 치과의료이용에 관한 유인수요 연구를 수행하면서 개별 유인과 일반적 유

인의 두 가지 개념을 사용하였는데 개별유인의 경우 치과의사가 정기적인 검진을 위하여 recall한 경우를 의미하였으며 일반유인의 경우 적어도 2년에 1번의 정기적 치과진료(Regular dentist attendance)를 위한 치과방문을 반영하기 위하여 사용하였다. 치과의료 이용에 있어서 가장 흔히 발생하는 omitted variable은 일반유인변수임을 강조하였다.

⑤ 치과의료보험

치과의료보험이 치과의료이용에 미치는 영향을 분석한 기존연구는 치과의료보험이 서비스 혼합(service mix)과 서비스 량에 긍정적인 영향을 미친다고 보고하였다(Manning, 1985). Rand 의료보험 실험(1974-1982)의 주목적 중의 하나는 의료보험을 의료이용의 외생변수로서 측정하여 의료이용자의 최적화행위의 결과로서 의료보험을 가입하는 결과로 나타날 수 있는 의료이용과 의료보험의 내생성 관계를 사전에 차단하고자 한 목적도 있다. Rand 실험에 대한 구체적인 결과는 Manning(1985), Manning(1988), Newhouse(1993), Zweifel(2000)의 논문에서 확인할 수 있다.

미국의 경우 다양한 의료수가와 의료보험 plan이 존재함으로 두 변수의 상호 영향을 비교할 때, 의료가격 및 의료보험 plan의 다양성을 동시에 고려하여야 한다. 사회보험이나 조세에 의한 국가보건서비스 제도를 시행하고 있는 나라 중 의료가격이 일반적으로 고정되어 있는 경우 가격변수는 결국 본인부담금의 영향을 반영하게 된다. 그러나 치과의료보험 급여범위가 적은 노르웨이의 경우처럼 급여범위가 아주 적은 부분을 차지할 경우 가격변수의 의미가 없어진다.

⑥ 건강 및 사회경제적 위치 변수

개인의 건강상태 변수는 주로 5점 척도로 측정되어 사용되었다. 치통이나 치은출혈이 구강건강을 반영하는 변수로서 사용되기도 하나 일반적 구강건강 상태를 주관적 질문의 형태로 측정하기도 한다. 전신건강수준도 치과의료 이용 분석에 사용되는데 전신건강이든 구강건강이든 5점 척도의 각 점수가 개별적 건강상태를 반영하는 측정으로서 사용되기도 하며 건강함과 불건강함의 이분법

적 분류로 사용되기도 한다. 치과의료 서비스를 사용하는 수요자의 사회경제적 위치를 측정하기 위하여 일반적으로 이용되는 변수는 교육 수준과 소득(임금) 수준이다.

바. 기대효과 및 활용방안

미래의 연구수요를 정확히 예측하기가 쉽지 않지만, 패널자료가 없음으로 해서 현재까지의 연구수요가 충분히 의미 있는 연구결과로 산출되기 어려웠던 점이 본 조사를 통해 얻어지는 원시자료를 활용함으로써 가능해진다. 본 조사로부터 얻어지는 자료가 이전 Survey자료보다 우수한 점으로 들 수 있는 대표적인 것 두 가지는 의료이용과 의료비에 관한 변수가 풍부하다는 점과 시간적 선후관계가 있는 변수들로 수집되는 자료원이 된다는 점이다. 이런 패널 자료를 활용함으로써 다음의 연구들이 보다 의미 있게 실행되고 정책적 함의를 제공할 수 있게 될 것이다.

1) 의료비 지출과 의료이용양상과 규모에 대한 추적 조사

변화 추적 주기로는 1년 단위 혹은 10년 단위 등을 관찰 주기로 하여, 정확한 총 의료비 추정이 가능해진다. 뿐만 아니라, 분야별로 의약품, 입원서비스, 외래서비스, 장기요양서비스(시설/재가(홈케어)) 등에 관한 변화 양상을 조사할 수 있으며, 인구집단을 대상그룹별(연령층별, 사회경제적 계층별, 특정연도 출생 코호트 별) 또는 질환별로 의료 의료이용양상이나 의료비 지출양상-진단비용, 치료비용, 총 의료비용 등을 연구할 수 있다.

또한, 의료비의 재원조달의 변화와 재원조달의 특성(예를 들어 의료보호, 공공의료보험이 주요 재원, 민간의료보험 보장수준이 높은 그룹 등)에 따른 의료이용과 의료비 양상을 구분하여 연구할 수도 있다. 이와 함께, 질환으로 인한 사회경제적 지위의 변화를 알아보는 선택기전에 관한 연구도 가능해진다. 예컨대 만성질환으로 인한 노동시장배제 양상은 어떤지도 만성질환자의 그룹의 실업률이나 노동시장에서의 배제양상 혹은 타의로 인한 이직 및 실직 횟수를

추적함으로써 다른 그룹과 비교해 볼 수 있다.

2) 의료비 지출, 건강수준, 의료이용양상과 규모에 미치는 요인에 대한 연구

수년간의 누적의료비지출 자료를 이용하여 지출이 많은(또는 적은) 그룹의 특성을 후향적으로 자세히 분석하여 그 주요 요인을 알아낼 수도 있으며, 어떤 특성을 갖는 집단에 대해 추적관찰에서 더 많은 의료비를 지출하는지 혹은 적은 의료비를 지출하는지 전향적으로도 파악할 수 있다. 이런 연구 유형의 예는 다음과 같다.

3) 건강의 결정요인 연구

- 가) 총 의료비 지출이 건강수준 향상에 미치는 영향평가
- 나) 각 분야별 의료비 지출이 건강수준 향상에 미치는 영향평가
- 다) 직업안정성(비정규/정규)이 건강수준 향상에 미치는 영향
- 라) 사회경제적 수준이 건강수준 변화에 미치는 영향
- 마) 부모의 사회경제적 지위가 자녀의 건강에 미치는 영향(장기간의 노출효과: 특히 자녀의 성장 후 성인기의 건강에 미치는 영향)
- 바) Lalonde의 health field concept에 따른 건강의 결정요인연구
- 사) 건강행태 특성 별 건강수준 변화량
- 아) 주거수준별 건강수준 변화량

4) 총 의료비의 결정요인 연구

(1) 재원조달을 주요 요인으로 둔 연구

① 보장성 수준에 따른 총 의료비

높은 보장성수준 혹은 높은 보건의료서비스의 탈 상품화(de-commodifica-

tion)된 상태에서의 보건의료 서비스 공급자의 서비스 제공행태와 낮은 보장성 수준 혹은 상품화(commodification)정도가 높은 사회에서의 그것은 매우 다르게 나타날 것이다. 향후 보장성 혹은 상품화 정도의 변화가 일어난다면 이에 따른 총 의료비의 변화를 분석하는 것이 필요하다. 이런 분석은 향후 거시적 효율성을 갖는 보건의료제도에 대한 실증적 근거가 될 것이다.

② 보장성 수준과 민간보험

공공보험의 보장성수준은 민간의료보험 시장에 영향을 미칠 것을 예상할 수 있는데, 공공보험의 보장성 수준과 민간의료보험의 시장상태에 따라 공급자의 의료서비스 제공 양상이 변화할 것이다. 이 과정이 총 의료비와 어떤 상관관계를 갖는지에 대한 연구 역시 거시적인 보건의료서비스 효율성에 대한 실증 분석이 될 것이다.

③ 민간의료보험과 총 의료비

민간의료보험 활성화 정도에 따라 의료서비스 시장에서 공급자의 제공양상이 달라질 것이며, 민간의료보험의 활성화 정도에 따른 총 의료비의 변화양상 분석은 향후 보건정책을 수립하는데 많은 근거를 제공하게 될 것이다.

④ 민간의료보험과 의료비/의료이용

패널자료를 이용한 민간의료보험 가입과 의료이용 및 의료비 지출 연구는 민간의료보험과 관련된 가입자 선택(adverse selection 또는 cream-skimming)에 대한 추정치 단면조사자료를 이용하는 연구보다 보다 정확하므로 정책적으로 중요한 함의를 제공할 수 있다. 아울러, 진료비 지불제도나 환자본인부담 정책 등 주요 정책의 변화가 있을 경우 의료이용과 의료비에 있어서 제도의 영향을 평가하는 데 중요한 자료가 될 것이다.

(2) 소비자 요인을 중심으로 연구

- life style에 따른 의료비
- 사회경제적 지위에 따른 의료비
- 질환별 의료비

(3) 거시적 효율성 연구

① 의료비 지출과 건강수준 향상

- 의료비 지출이 건강수준향상에 미치는 영향평가
- 각 분야별 (약제비, 진단 검사비 등) 지출 각각과 건강수준향상에 미치는 영향평가
- 동일질환치료에 소요되는 비용 비교

- ② 각 병원규모별 performance가 건강수준향상에 미치는 효율성
- ③ 시장 내 경쟁수준별(지역기반) 거시효율성 비교: 경쟁수준이 높을수록 총 의료비, 동일질환 치료당 의료비가 낮아지는 지 높아지는지
- ④ 주치의 유무(혹은 주 치료병원 유무)에 따른 건강수준향상에 드는 단위비용: 주치료기관의 존재가 단위치료비용의 효율성을 높이는가?

(4) 형평성 연구

- ① 의료이용의 형평성(특히 이용의 질에 있어서의)이 건강수준의 형평성에 미치는 영향

- 비용이 고가인 서비스
- 보험 적용되지 않는 서비스
- 예방서비스

- ② 동일 사회경제적 지위조건에서 다른 subsidy별 건강수준향상 (혹은 생산 참여 향상)
- ③ 주관적 접근성에 대한 인식이 향후 수년 후의 건강수준에 미치는 영향

(5) 보건의료비 지출에 대한 가계 부담

자료조사 초기의 기본적인 사회경제적 지위 자료를 바탕으로 하여 (baseline SEP) 의료비 지출 누적수준이 어떤지에 따라 일정시간이 흐른 뒤의 관심연도 SEP변화여부에 대한 연구. 의료비 부담으로 인한 파산(혹은 가계파탄, 사회적 지위 하향 이동)수준

(6) 정책적 관심별 해당 연구

보건의료체계의 거시적 효율성, 형평성, 총 의료비억제, 보건의료시장의 동향, 건강수준향상이 생산성 향상에 미치는 양상의 실제, 의료비로 인한 파산이나 사회적 지위하락의 양상, 인구집단의 노령화와 보건의료비, 정책변화별 보건의료서비스 시장에 일으킨 변화, 정책변화별 입원서비스 이용양상의 변화, 출산관련 정책 변화에 따른 출산관련 서비스 이용양상 변화, 응급의료서비스에 대한 정책의 변화와 응급의료이용양상의 변동 등 다양한 정책적 관심에 따른 정확한 실증연구가 본 자료의 구축을 통해 가능해진다.

3. 의약품 이용

가. 선행연구

1) 의약품 사용 및 비용에 대한 선행연구 개요

우리나라에서는 의약품 사용 및 비용조사를 주 목적으로 하는 전국적인 조사는 없었으며 미국의 의료비 패널조사(Medical Expenditure Panel Survey, MEPS)가 가장 유사한 형태라고 할 수 있을 것이다.

MEPS 조사내용 중 의약품 사용 및 비용에 해당하는 것으로는 처방의약품 부문(Prescribed Medicines, PM), OTC의약품 부문(Over-The-Counter Medicine,

OC), 기타 의료비 부문(Other Medical expenses, OM)이 있다. 처방의약품 부문에서는 처방의약품 조제 및 비용에 대한 자료를, OTC의약품 부문에서는 OTC의약품²⁴⁾의 구입 및 비용에 대한 자료를, 기타 의료비 부문²⁵⁾에서는 안경, 콘택트렌즈, 인슐린, 당뇨병 치료 관련 의료기기에 대한 자료를 수집하고 있다. 의약품 조제 및 구입내역, 비용에 한정하여 조사한다는 것이 특징적인데, 미국에서는 전국적인 건강보험이 없어 전체적으로 의약품 조제 세부내역을 수집할 수 없는 자료원이 없기 때문인 것으로 보인다.

의료 이용 및 비용조사를 주목적으로 하지는 않지만, 의약품·의료기기 이용 및 비용에 대한 항목을 포함하는 국내 전국조사에는 국민건강영양조사, 도시가계조사, 고령화패널이 있다.

3년마다 실시되는 전국적인 조사인 2005년 국민건강영양조사는 ‘의료이용 약국부문’에서 2주간 약국방문횟수, 처방약 구입 여부, 약국 방문이유(질병, 사고), 약국 방문목적, 용법이행정도, 본인부담 약품비(처방약 등 구분), 지불형태, 약국선정이유, 복약지도 서비스 만족도를, ‘의료용구 구입 및 비용’에서 의료용구 종류, 의료용구 구입 이유, 지불형태, 의료용구 구입비용에 대해 조사하였다. 국민건강영양조사의 특징은 <표 IV-35>과 같이 2주간 약국이용률, 2주간 평균 약국이용횟수, 용법이행률, 처방약 건당 평균 본인부담액, 비처방 건당 평균 본인부담액, 약사의 복약지도에 대한 만족도, 1년간 의료용구 구입률, 연간 1인당 의료용구 평균 본인부담액에 대한 지표를 산출하고 있다는 것이다.

24) OTC 의약품은 특정 건강문제를 치료하기 위해 처방전 없이 구매할 수 있는 의약품으로 우리나라의 일반의약품과는 차이가 있다.

25) 인공보철, 구급차 서비스, 휠체어 등의 의료기기는 해당되지 않는다.

〈표 IV-35〉 2005 국민건강영양조사 산출지표

지표	정의	산출방법	지표값
2주간 약국이용률	조사대상 인구 중 지난 2주간 약국을 이용한 인구비율(%)	(지난 2주간 약국을 이용한 인구 수 ÷ 조사대상 인구수) × 100	26.26%
2주간 평균 약국이용횟수	약국 방문자당 2주간 평균 약국이용횟수(회)	(총 약국이용횟수 ÷ 2주간 총 약국방문자수) × 100	1.63회
용법 이행률	2주간 약국 방문건 중 용법을 정확하게 지킨 방문의 비율(%)	(‘정확하게 지켰다’고 응답한 건수 ÷ 2주간 총 약국방문건수) × 100	82.65%
처방약 건당 평균 본인부담액	처방약 건당 평균 본인부담액(백원)	(총 처방약 본인부담액 ÷ 2주간 총 처방약 구입 건수) × 100	4,700원
비처방약 건당 평균 본인부담액	비처방약 건당 평균 본인부담액(백원)	(총 비처방약 본인부담액 ÷ 2주간 총 비처방약 구입 건수) × 100	5,000원
약사의 복약지도에 대한 만족도	약국방문 총 건수 중 복약지도에 만족하는 건수(매우 만족/만족)의 비중(%)	(약국 방문 총 건수 중 복약지도에 ‘매우 만족/만족한 편’이라고 답한 건수 ÷ 약국을 방문한 총 건수) × 100	77.39%
1년간 의료용구 구입률	조사대상 인구 중 지난 1년간 의료용구를 구입한 인구 비율(%)	(조사대상 인구 중 지난 1년간 의료용구를 구입한 인구수 ÷ 조사대상 인구수) × 100	18.51%
연간 1인당 의료용구 평균 본인부담액	지난 1년간 의료용구 평균 본인부담액	(지난 1년간 의료용구에 대한 총 본인부담액 ÷ 지난 1년간 의료용구 구입자수) × 100	97,000원

도시가계조사는 각 가정의 수입과 지출을 파악함으로써 우리나라 국민의 생활수준을 측정하고 임금수준의 결정 등 사회 및 경제정책수립을 위한 기본적인 자료를 제공하고자 하는 것으로, 보건의료 부문에서 의약품 및 의료기기에 대한 가계 지출내역을 수집한다. 고령화패널에서는 고혈압, 당뇨병 등 만성질환을 중심으로 의약품 복용 여부를 조사하고 있다.

2) 의약품 사용 및 비용에 대한 국내외 선행연구 조사항목

MEPS, 국민건강영양조사, 도시가계조사는 의약품과 의료기기의 조제·구매 내역 및 비용을 조사하였는데, 도시가계조사는 처방의약품, 비처방의약품, 한약,

의약품, 의료기기, 건강보조식품 모든 항목에 대한 자료를 수집하고 있으며 국민건강영양조사는 약국 외 다른 곳에서 구매한 한약, 의약품과 건강보조식품에 대해서는 조사를 하고 있지 않다. 미국에서 실시하는 MEPS는 처방의약품, 비처방의약품, 의료기기에 대해 비용과 함께 이름, 용법·용량 등 세부내역을 조사한다(표 IV-36 참조).

MEPS, 도시기계조사가 의약품 구입내역 및 비용에 중점을 두어 조사하는데 반해, 국민건강영양조사에서는 의약품·의료기기 비용자료뿐만 아니라, 구매시 지원받는 보험종류, 복약순응도, 약국이용횟수 및 이용목적에 대하여 조사하고 있다.

항목별로 살펴보면, 처방의약품 조제는 4개 조사 모두에서 자료를 수집하고 있었고 비처방의약품 구매와 의료기기 구매는 3개 조사에서, 한약구매와 의약품 구매는 2개 조사에서 조사하였다.

〈표 IV-36〉 의약품/의료기기 이용 및 비용에 대한 국내외 선행연구 조사항목

항목		MEPS ¹⁾ (2005)	국민건강영양 조사(2005)	도시가계 조사(2006)	고령화패널 조사(2006)
처방의약품 조제	처방의약품 조제 유무	○	○	○	○ ⁴⁾
	조제한 의약품의 이름, 용법, 용량 등	○			
	조제한 의약품의 해당 질병/증상	○			
	처방조제 약국 선택기준		○		
	조제한 약국 이름, 주소, 종류	○			
	본인부담금	○	○	○	
	구매시 지원받은 보험종류		○		
비처방 의약품 구매	비처방의약품 구매 유무	○	○	○	
	비처방의약품 종류	○		○	
	비처방의약품 구입주기	○			
	본인부담금	○	○		
	조제시 지원받은 보험종류		○		
한약 구매	한약 구매 유무		○ ²⁾	○	
	본인부담금		○	○	
	구매시 지원받은 보험종류		○		
의약품 구매	의약품 구매 유무		○ ³⁾	○	
	본인부담금		○	○	
	구매시 지원받은 보험종류		○		
의료기기 구매	의료기기 구매 유무	○	○	○	
	의료기기 구입 목적		○		
	본인부담금	○	○	○	
	구매시 지원받은 보험종류		○		
건강보조 식품 구매	건강보조식품 구매 유무			○	
	건강보조식품 복용 대상			○	
복약순응도	의약품 등의 복약순응		○		
약국 이용	2주간 약국이용횟수		○		
	약국 이용이유(질병/사고중독)		○		
	약국 이용동기		○		
복약지도	복약지도 서비스 만족도		○		

주: 1) OTC의약품 부문은 2001년 이후 조사가 이루어지지 않아 2001년 조사항목임.

2) 약국에서의 한약구매만 해당됨.

3) 약국에서의 의약품 구입만 해당됨.

4) 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 일부에 대해 조사가 이루어짐.

나. 설문 항목 선정의 기본 방향 및 주요 항목

의료패널조사의 목적은 보건의료 이용과 비용지출의 수준 및 배분을 추정하고, 의료전달체계 및 보험체계의 동태적 변화에 대한 데이터베이스를 구축하는 것이다. 이러한 데이터베이스 구축은 실증자료를 바탕으로 한 근거-기반 보건 의료정책 수립으로 이어질 것이다.

의약품 부문에서는 패널조사의 목적을 달성하고자 다음과 같은 기준으로 조사항목을 선정하였다.

첫째, 의약품과 관련된 보건의료비용을 충실히 산출하고 누락되는 비용이 없도록 포괄적으로 해당항목을 선정하였다. 의약품 비용으로 처방의약품 조제비용, 비처방의약품 구매비용, 한약 구매비용, 의약외품 구매비용, 의료기기 구매비용, 건강기능식품 구매비용을 포함하였다. 의약외품, 건강기능식품의 경우 법적으로 의약품에 해당되지 않으나 관련된 비용으로 생각할 수 있으므로 이 두 항목을 포함한 비용과 포함하지 않은 비용을 모두 제시할 것이다.

둘째, 건강보험 청구자료에서 수집할 수 없는 비급여항목에 대한 비용을 산출할 수 있도록 하였다. 처방의약품의 조제시 본인부담금을 패널의 가계부 작성내역을 통해 조사하여 건강보험 청구내역과 비교분석함으로써 의약품 사용에 대한 비급여비용을 가능한 정확하게 산출할 수 있다.

셋째, FTA 등 급변하는 보건의료환경의 현황을 파악하고 이에 대한 정책개발을 지원할 수 있는 조사내용을 포함하였다. 동일한 패널을 대상으로 주기적으로 설문조사를 실시하여 의약품 정책 개발에 필요한 기반자료를 수집하고자 한다. 대체조제, 소비자의 의약품 처방 요구, 장기복용 의약품 사용행태, 일반의약품 구매행태, 부작용 경험을 조사항목에 포함하였다.

다. 설문항목 관련 이론 고찰

1) 의약품 비용 산출방법

(1) OECD의 약제비 구분

약제비의 국제비교에서 가장 많이 사용되고 있는 것은 OECD의 기능별 분류상의 ‘약품/기타의료소모품’ 항목으로 이는 외래용의료재화(HC.5 Medical Goods Dispensed to Out-patient)의 일부분이다.

OECD(2000)는 ‘외래용의료재화’를 ‘외래환자에게 조제되는 의료재화 및 이러한 조제와 관련된 서비스 (예, 소매거래, 설치, 유지, 대여)’를 지칭하는 것으로 기술하고 있다. 따라서 의료기관에서 입원환자나 당일 입퇴원 환자에게 제공되는 약품 등의 의료재화는 제외되며, 통원시설에서 외래환자에게 치료의 일부로 제공되는 의료재화도 제외된다.

‘외래용의료재화(HC.5)’는 약품/기타의료소모품(HC.5.1 Pharmaceuticals and other medical non-durables)과 치료용구/기타의료내구재(HC.5.2 Therapeutic appliances and other medical durables)로 나누어진다.

‘약품/기타의료소모품’은 다시 처방의약품(HC.5.1.1 Prescribed medicines), 비처방의약품(HC.5.1.2 Over-the-counter medicines), 기타의료소모품(HC.5.1.3 Other medical non-durables)으로 나누어진다.²⁶⁾ 처방의약품은 의사의 처방전(medical voucher)이 있어야만 팔 수 있는 의약품으로 공적 급여 대상 여부와는 관계없으며 일반의약품과 브랜드의약품을 모두 포함하는 것으로 정의되어 있다. 기타 의료소모품은 반창고, 요실금용품, 콘돔, 피임기구 등과 같은 광범위한 의료용 비내구재를 포함하는 것으로만 정의되어 있을 뿐 자세한 언급은 되어 있지 않다.

26) 이러한 ‘재화’는 가계의 의료서비스 생산을 위한 ‘중간’ 생산물로 간주될 수도 있겠으나, 국민보건계정에서는 ‘최종’ 소비로서 다루고 있다. 국민계정에서는 모든 의료재화를 비내구재(non-durables)로 분류하였지만 국민보건계정에서는 의료내구재(medical durables)를 별도로 분리한다. 다만, 치과용 임플란트는 외래치료서비스에 포함된다(SNA93, 1993; OECD, 2000).

(2) 국내 기연구에서의 약제비 구분

장영식 등(2002)은 국민의료비의 하위 항목으로 약제비 항목을 포함하고 있다. 동 연구는 비급여본인부담의 산출에 있어 통계청의 도시가계조사, 농가경제조사, 어가경제조사를 이용하고 있다. ‘의약 및 의료용품’ 항목에는 질환과 직접 관계없이 몸보신용으로 복용한 인삼, 녹용, 개소주 등에 대한 지출이 포함되어 있으며, 의료기관 외래부문에서의 약제비 지출이 ‘외래’ 항목에 포함되어 있어 정확한 약제비 추정에 한계가 있다.

윤경일 등(1997), 대한약사회(1998), 정우진 등(1998), 한병현 등(2000), 류시원 등(2001), 이의경 등(2001), 최병호(2002), 황인경(2003, 2004) 등에서 약국의 매출규모에 대한 파악은 이루어지고 있으나 의료기관에서의 약제비 파악은 이루어지지 않아 전체 약제비를 파악하기에는 미흡하다.

정형선(2003)은 우리나라 약제비의 국제비교를 위해 OECD 개념에 근거하여 약제비를 산출하였다. 약국에서의 처방조제 및 일반의약품 판매, 의료기관에서의 약제비 등을 영양조사의 결과와 보험급여실적을 통해 파악하였다. 그러나 국제비교를 초점에 두고 있어 입원환자의 약제비는 제외되어 전체 의약품등 관련 지출규모와는 거리가 있다.

(3) 약제비 및 본인부담금 파악의 의의

전반적인 의료비 지출 증가가 전세계적으로 국가적인 과제로 부각되었으며, 최근 들어서는 약제비의 증가에 관심이 모아지고 있다. 우리나라의 경우에도 건강보험급여와 관련하여 의료비 지출 증가율보다 약제비 증가율이 훨씬 높아 약제비 관리 강화를 위한 노력들이 진행되고 있다.

이러한 약제비 관리 강화는 보험급여 의약품을 대상으로 하고 있기 때문에, 비급여 약제비로의 이전 가능성이 있으며, 최근 들어 법정본인부담률이 상향조정되면서 환자의 본인부담금은 크게 증가될 것으로 전망된다.

따라서 전체 의약품 등 관련 지출규모 및 환자의 본인부담 규모를 파악하고 이를 적정화하기 위한 방안마련은 매우 유의미하다.

(4) 약제비 및 본인부담금의 범위

약제비는 재원(financing sources)에 따라 첫째, 보험자(건강보험, 의료급여, 산재, 자보)가 지급하는 요양급여비용, 둘째, 보험급여 부분에 대한 환자의 법정본인부담, 셋째, 비급여에 의한 본인부담으로 구분할 수 있다. 또한 의료공급자(providers)에 따라 '약국'에서의 지출과 병의원 등 '의료기관'에서의 지출로 나눌 수 있다.

약제비는 의료기관과 약국에서 직접적인 수술이나 처지를 제외한 치료과정에서 사용되는 의약품 등과 관련된 지출로 각각에 있어서 보험자부담, 법정본인부담, 비급여본인부담 등으로 구분해서 파악한다.

의료기관의 약제비 지출과 관련하여 OECD의 정의에서처럼 외래만으로 한정할 경우 국제비교를 위해서는 의미가 있으나 전체 의약품 등 관련비용을 파악하는 데는 한계가 있으며, 따라서 입원에 있어서의 의약품비용 포함여부는 충분한 숙의가 있어야 한다.

(5) 약제비 본인부담 추정방법

환자의 본인부담금은 법정본인부담금과 비급여본인부담금으로 구분된다.

약국부분에서의 처방조제에 있어서는 이 두 가지가 병존하며, 일반의약품 구매는 전액 비급여본인부담금으로 구분된다. 처방조제에 있어서 처방자체가 비급여인 경우는 전액 비급여본인부담금으로 구분할 수 있으나, 급여에 해당되는 처방조제이면서 일부 비급여의약품이 포함되어 있는 경우 건강보험 청구자료의 확인을 통해 실제 지불한 본인부담금에서 법정본인부담금을 제외하는 방법으로 비급여본인부담금의 규모 파악이 가능하다.

의료기관에 있어서는 세부적인 지출내역이 파악되어야 하며, 전체 의료비 중에서 약제비를 구분하고 급여부분에 있어서는 법적본인부담률을 적용해 산출이 가능하며, 비급여 부분에 있어서는 전체 비급여의료비에서 약제비를 구분해 내야 한다.

2) 의약품 접근성

의약품에 대한 접근은 건강에 대한 인간 권리의 한 부분이며, 의약품이 준공공재(partial goods)에 해당되므로 의약품에 대한 접근성은 매우 중요하다. 최근, 새로운 의약품의 가격이 상승하고 경제적 양극화가 심해지면서 저소득층의 의약품 접근성이 낮아질 가능성이 높아지고 있으며 의약품 접근에 대한 불평등은 건강 불평등으로 이어질 수 있으므로 지속적으로 관심을 가져야 할 부분이다.

본 패널조사에서는 의약품 접근성과 관련하여 의약품 조제시의 본인부담금, 비용에 대한 부담 정도, 대체 조제를 다루고 있다.

건강보험 요양급여 대상자는 비용의 일부를 본인이 부담하며 이 비용을 본인부담금이라 한다.²⁷⁾ 외래로 처방되어 약국에서 조제되는 약제의 본인부담금은 <표 IV-37>과 같다. 처방전에 의한 의약품 조제비용이 1만원을 초과할 경우 약값의 30%가 본인부담금이 되며 1만원을 초과하지 않는 경우는 65세 이상은 1,200원을, 65세 미만은 약값의 30%를 본인부담금으로 지불한다. 본인부담금은 우리나라에서 보건의료비용을 조절하는 수단으로 사용되었으나 저소득 환자의 의료이용 접근성을 막는다는 비판이 제기되어 왔다(Kim et al., 2005).

이의경 등(2002)은 2000년 12월 국민보건의료실태조사 중 외래이용조사의 결과를 분석한 결과, 진료비에 대한 경제적 부담이 클수록 처방조제를 포기하는 경향을 보였다. 최병호 등(2005)은 다빈도이면서 주요 질환을 앓고 있는 환자들을 대상으로 형평성을 분석하였는데, 지역 고혈압 환자의 본인부담이 최하소득층의 경우 월소득의 11.3%로 꽤 높았으며 지역 저소득층 당뇨병환자의 본인부담 대비 월소득 비율이 10%를 상회하였다.

김진현 등은 1998년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 외래 이용의 가격탄력성을 추정하였다. 본인부담금의 가격탄력성이 환자의 수입(-0.21~-0.07)과 요양기관의 종류(-0.20~-0.10)에 영향을 받았으며 저소득환자가 고소득환자보다 본인부담금에 더 민감하였다.

27) 국민건강보험법 제 41조(비용의 일부 부담)

Ong et al.(2003)은 1990년부터 1999년까지 스웨덴에서 항우울제, 항불안제, 안정제의 처방에 본인부담금이 미치는 영향을 분석하였다. 1997년 본인부담금 도입 이후에 여성의 항우울제 처방만이 지속적으로 감소하여 의약품 가격이 본인부담금 효과에 영향을 주는 것으로 나타났다.

〈표 IV-37〉 약국 및 한국회귀의약품센터를 이용한 경우의 요양급여비용총액에 관한 조건 및 본인부담액

요양급여비용총액에 관한 조건		환자의 연령	투약 일수	본인부담액
처방전에 의하여 의약품이 조제받은 경우	1만원을 초과하는 경우			요양급여비용총액 ×30/100
	1만원을 초과하지 아니하는 경우	65세 이상		1,200원
		65세 미만		요양급여비용총액 ×30/100
처방전에 의하지 아니하고 의약품이 조제받은 경우	4,000원을 초과하는 경우			요양급여비용총액 ×40/100
	4,000원을 초과하지 아니하는 경우		1일	1,400원
			2일	1,600원
			3일 이상	2,000원

자료: 국민건강보험법 시행규칙(보건복지부령 제410호) 별표 4

제네릭 의약품은 특허권(patent) 또는 혁신의약품 제조업소(innovator company)가 가지고 있는 독점권(exclusivity right)이 만료된 이후 시판된 의약품으로 특허권이 없는 의약품, 특허가 없는 나라의 특허의약품 복제품을 포함한다(Anderson 등, 2004). 제네릭은 의약품 접근성을 향상시키는데, 제네릭 자체의 낮은 가격과 의약품 시장에 경쟁을 도입하여 의약품 비용을 감소시키기 때문이다(Roffe 등, 2006).

제네릭 사용은 의사의 제네릭 처방과 약사의 제네릭으로의 대체조제로 나눌 수 있다. 우리나라 약사법 제23조의 2에서는 의사 또는 치과의사가 처방전에 기재한 의약품을 약사가 성분·함량·제형이 동일한 다른 의약품으로 대체하여

조제하고자 하는 경우 사전에 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사의 동의를 받도록 하고 있으며 식품의약품안전청장이 생물학적 동등성이 있다고 인정한 품목으로 대체조제하는 등 의사 또는 치과의사의 사전 동의없이 대체조제할 수 있는 경우를 명시하고 있다.

이의경 등(2003)은 소비자, 의사, 약사의 생동성인정품목에 대한 인식도를 조사하였는데, 생동성인정품목에 대해 소비자의 56.02%가 제네릭과 오리지널 의약품이 동등하다고 대답하였고 9.72%는 비동등하지만 대체조제에 문제가 없다고 응답하였다. 의사는 11.63%가 동등하다고 대답하였고 약사는 63.48%가 동등하다고 응답하였다. 생동성인정품목을 사용한 대체조제에 대해서는 대체조제시 약값 변동이 없을 경우 소비자의 42.23%가 대체조제하겠다고 하였고 대체조제시 약값이 인하될 경우에는 소비자의 55.30%가 대체조제하겠다고 대답하였다. 연령이 낮을수록, 소득과 교육수준이 높을수록, 조제비용이 높을수록 대체조제를 하겠다는 응답비중이 높았다.

허순임 등(2006)은 건강보험 청구실적자료를 사용하여 2002~2004년 제네릭 사용현황을 분석하였다. 멀티소스 의약품이 2004년 전체 처방의약품 청구금액의 65.4%를 차지하고 있는데, 오리지날 의약품이라고 생각할 수 있는 멀티소스 의약품 중 최고가 품목이 2004년 청구액 중 26.5%를 차지하여 특허만료 이후에도 오리지날 의약품의 사용이 지속되고 있음을 알 수 있었다(표 IV- 참조).

〈표 IV-38〉 건강보험 제네릭 청구액(2002-2005)

(단위: 십억원, %)

구분	2002년		2003년		2004년	
	청구액	비율	청구액	비율	청구액	비율
전체	4,576	100.0	5,588	100.0	6,395	100.0
단일 소스 의약품 ³⁾	소계	1,548	33.8	1,925	34.5	2,216
	최근등재신약	132	2.9	246	4.4	335
	기등재 신약	1,416	30.9	1,679	30.1	1,881
멀티 소스 의약품 ⁴⁾	소계	3,028	66.2	3,663	65.5	4,180
	최고가품목	1,418	31.0	1,674	30.0	1,697
	제네릭 A ⁵⁾	861	18.8	1,082	19.4	1,391
	제네릭 B ⁶⁾	385	8.4	489	8.7	640
	제네릭 C ⁷⁾	364	8.0	418	7.5	452

출처: 허순임·정종찬·이호용, 『합리적 약제비 지출방안 연구』, 국민건강보험공단, 2006. p.51.

전향적 무작위할당시험을 통해 환자교육이 제네릭 처방의 수용성에 미치는 영향을 연구한 Vallès 등(2003)의 연구에서 환자교육이 제네릭에 대한 동기부여, 행동, 지식을 자극하여 제네릭 처방에 대한 수용을 늘리는 것으로 나타났다.

스웨덴, 핀란드에서는 강제적인 제네릭 대체조제 정책이 시행되면서 제네릭 대체조제의 효과에 대한 연구가 실시되었다. 스웨덴에서는 의약품비용 증가를 감소시키기 위해 2002년 10월 1일 강제적인 제네릭 대체조제(mandatory generic substitution)이 도입되었다. Andersson 등(2007)은 제네릭 대체조제와 환자의 비용 및 스웨덴 급여목록 의약품의 급여비용과의 관련성을 조사하기 위해 약국판매자료를 분석하였는데, 제네릭 대체조제 도입 후 환자부담과 급여비용이 감소하는 양상을 보였다. 핀란드에서도 개인과 사회의 의료비용 증가를 억제하기 위해, 2003년 4월 제네릭 대체조제가 도입되었는데, 대체조제를 하는 주요 이유는 비용절감이었고 대체조제를 거부하는 가장 중요한 이유는 이전 사용 의약품에 대한 소비자의 긍정적인 경험이었다(Heikkilä 등, 2007).

3) 의약품 복약순응도

복약순응은 간략하게 정의하자면 의사 및 약사가 처방 조제한 약을 환자가 정확하게 복용하는 것이다. 질병의 치료과정에서 처방 조제한 의약품을 정확하게 복용하지 않는 경우, 건강 및 비용의 측면에서 심각한 문제를 야기할 수 있으며, 이는 최근 노인인구 증가 및 새로운 의약품의 개발로 더욱 중요한 사안으로 인식되고 있다.

(1) 복약불이행의 개념

유럽 의약품 특별위원회에서는 복약불이행을 과다복용과 과소복용으로 구분하고, 과다복용에는 복용량 및 복용횟수의 과다, 다른 의약품의 동시복용 등을, 과소복용에는 복용량과소, 미복용, 투약중지하는 경우 등을 포함시켰다. 이외의 복약불이행으로 복용시간 미준수, 투여경로 변경, 유효기간 만료 의약품의 복용, 조제포기 등을 지적하였다(1975).

Fincham과 Wertheimer(1988)는 복약이행에 관한 연속선(compliance continuum) 개념을 도입 하면서 1차와 2차적 복약불이행으로 구분하였다. 1차적 복약불이행(primary or initial drug non-compliance)은 환자가 처방전을 받은 후 조제를 포기하는 경우이다. 2차적 복약불이행(secondary drug non-compliance)은 조제는 하였으나 의도적 혹은 비의도적으로 처방 지시를 따르지 않는 경우로서, 여기에는 복용시간 미준수, 부정확한 복용간격, 투약중단, 과다 혹은 과소복용 등이 포함된다.

미국의 「환자 정보제공 및 교육을 위한 국가위원회(National Council for Patient Information and Education: NCPIE)」에서도 복약불이행을 크게 2가지로 구분하고, 1차를 처방 포기, 2차를 처방조제 이후의 과다 및 과소복용, 복용시간 미준수, 복용누락, 복용중단 등으로 정의하였다(Smith, 1989).

(2) 복약순응도 제고의 필요성

복약불이행은 환자나 질병의 특성에 따라 30-70% 정도 나타나고 있으며, 이

는 질병치료의 지연, 내성증가, 이에 따른 의약품 및 치료비용 증가를 초래한다. 구체적으로 1차 복약불이행 즉, 조제포기의 경우 질병의 악화 및 그에 따른 다양한 합병증의 발병, 이로 인한 질병치료비용의 상승을 가져오며, 2차 복약불이행의 경우 용량과다는 부작용의 발현 및 이에 따른 치료비용 추가 소요를, 용량과소는 질병치료의 지연 또는 악화, 1차 선택약에 의한 치료의 실패로 인한 2차 선택약의 사용으로 비용과 항생제 내성 등 건강상의 위해를 야기한다.

특히 복약순응도가 낮은 노인인구의 증가에 따라 복약불이행의 원인을 파악하고 이를 개선할 수 있는 적절한 방안을 개발하려는 노력은 매우 유의미하다.

(3) 복약순응도에 영향을 미치는 요인

복약순응도에 영향을 미치는 요인으로 연령이나 학력 등 인구사회학적 요인, 질병의 위중도, 불편도 등의 의료적 요인, 처방기간·횟수, 처방의약품수, 부작용 등의 약품 요인, 의사 및 약사의 의약정보 제공정도, 다제병용 관련정보 등의 의약정보 요인, 병의원 방문수, 병용의약품 복약상담 요구정도 등의 의사·환자 관계, 질병의 위협과 이를 치료 또는 예방함으로 얻는 이익에 대한 환자의 신념 요인 등으로 구분할 수 있다.

〈표 IV-39〉 복약순응도에 영향을 미치는 주요 요인

요 인	주 요 내 용
인구사회적요인	연령, 성별, 학력, 사회경제적 위치, 거주 상태
의료적요인	질병 위중도, 질병 불편도(증상, 장애정도), 질병종류, 건강상태
약품요인	처방기간·횟수, 처방의약품의 수·맛·색깔, 치료효과, 부작용
의약정보요인	의사 및 약사의 의약정보 제공정도, 다제병용 관련정보, 정보 이해도, 글씨크기
의사·환자관계	병의원 방문수, 병용의약품 복약상담 요구정도
환자의 신념요인	환자의 신념과 가치

자료) 신현택 외, 의약분업하의 복약지도 적정화 방안, 2002

(4) 복약불순응 실태

① 처방조제 포기

신현택 등(2002)이 수행한 연구에서 전국의 의료기관 이용자 1,000명을 대상으로 전화조사 결과 조제포기율이 0.9%로 조사되었다. 조제포기자를 대상으로 포기사유를 조사한 결과, 집에 같은 약이 남아있어서(33.3%), 약을 먹어도 효과가 없을 것 같아서(22.2%), 그 외 약타기가 번거로워서(11.1%), 약국에 약이 없어서(11.1%) 등으로 나타났다.

또한 신현택 등(2002)에서 국민보건의료실태조사(2000) 면접조사자료를 이용하여 병의원 원외처방 발급자를 대상으로 조사한 결과에 의하면, 처방조제를 완료한 비율은 99.56%, 처방조제를 포기한 비율은 0.44%로 나타났다. 이들의 조제포기 이유는 증세 호전(18.2%)과 조제비 부담(18.2%)이었다. 이외에 불편함, 영업하는 약국이 없음, 처방전 분실, 약국의 처방약 미구비 등 의약분업 제도 실시에 따라 파생된 문제점도 주요 처방조제 포기사유로 지적되었다.

외국에서도 미국을 중심으로 많은 연구가 수행되어 왔는데, 조제포기율은 대부분 0.5-3.0%의 범위에 있으며, 이유에 있어서는 질병이 회복되었다고 생각하거나 치료효과에 대한 불신 등 질병과 약효에 대한 환자의 자의적 판단이 여러 연구에서 지적되었다. 이외에 경제적 부담, 약국방문의 불편함, 망각, 유사약품의 잔여 등도 주요한 사유로 나타났다.

② 복약순응도 현황

곽진 등(1995)은 대학병원 외래환자 1,000명을 대상으로 환자들의 투약실태와 리플릿, 포스터, 외용약에 대한 설명서를 통한 복약지도의 효과를 조사하였는데, 문서를 통한 복약지도에 대해 많은 도움이 된다는 응답은 34.7%이었고, 읽지 않는다고 대답한 경우도 14%나 되었다. 복약지도용 리플릿을 읽은 경우의 순응도는 93%로서 읽지 않는 경우의 88%보다 다소 향상되었으며, 외용제에 대해서 사용설명서를 받은 환자 중 98%가 설명서대로 사용했다고 답하여 많은 환자들이 도움을 받고 있음을 알 수 있었다.

최경숙 등(1995)이 만성폐쇄성 폐질환 환자를 대상으로 실시한 복약순응도 연구에서는 복약순응도가 74.8%였으며, 복약시간 및 채혈시간의 약속, 복약순응여부의 확인 등 약사와의 복약상담 횟수가 증가할수록 복약순응도도 증가하는 경향을 보였다.

고혈압 환자의 처방 약물 복약 순응에 관한 홍미영(1999)의 연구에서, 종합병원 외래를 방문하는 고혈압 환자들을 대상으로 자가보고 복약순응도 측정 결과, 복약순응도는 65%였으며, 조사 대상자는 투약용량(95.8%), 투약 횟수(89.5%), 투약시간(69.5%)의 순으로 복약 순응을 잘 하는 것으로 나타났다.

최영옥(2000)의 연구에서는 서울 시내 3개 종합병원과 서울 인근 지역의 1개 병원의 외래환자 중 노인 당뇨병환자 198명을 대상으로 면접 설문 조사를 실시하여 노인의 복약 및 다제병용 실태를 파악하고 복약순응도에 미치는 주요 요인을 분석한 바 있다. 본 연구결과에 의하면 65세 이상 노인의 복약순응도는 72.6%로, 55세 미만 일반 성인군의 85.1%에 비하여 낮은 비율을 보이고 있다.

홍선식 등(2000)이 수행한 「호르몬 대체요법 환자의 복약실태분석」에서는 폐경 여성 중 호르몬 대체요법을 받고 있는 환자를 대상으로 복약실태 및 관련요인을 조사하였다. 약물투약과 관련해서는 부작용 정도가 심할수록, 복약기간이 길수록, 복약의 약품의 종류가 많을수록 복약순응률이 낮은 경향을 보였다.

이지선(2001)의 폐경으로 병원에서 호르몬치료를 받고 있는 여성환자 113명을 대상으로 한 연구에서는 43.3%의 환자가 약물을 일정기간 복용중단한 경험에 있었으며, 그 이유로는 부작용이 25.5%, 암발생에 대한 두려움과 병원에 가기 싫음이 각각 15.7%로 나타났다.

신현택 등(2002)이 수행한 전국의 의료기관 이용자 대상 의약품 복약실태 전화조사에서 처방조제환자 991명을 대상으로, 응답자의 자가보고 방식에 따라 '정확하게 복용'으로 응답한 경우를 '상'으로, '다소 빠진 적이 있으나 대부분 복용'을 '중'으로, '반(1/2)정도 복용'과 '거의 복용하지 않음'을 '하'로 분류하여 구분하여 분석하였다. 조제완료자 중 82.4%가 '상', '중'인 경우는 13.8%, '하'인 경우는 3.7%를 차지하였다. 복약불이행의 사유로는 '증상이 호전되어서'가 37.9%로 가장 높게 나타났고, '약을 먹는 것을 잊어버려서'가 20.1%, '약 먹기가

번거로워서'가 12.1%, '치료효과가 별로 없어서'가 10.9% 등으로 조사되었다.

신현택 등(2002)이 실시한 국민보건의료실태조사(2000) 분석에서는 처방일수 대비 복용일수를 새로운 복약순응도 변수로 설정하고, 복약순응도는 처방일수를 모두 지켜 약을 100% 복용한 경우를 복약순응도 '상'으로, 50-100% 미만까지를 '중'으로, 50% 미만을 '하'로 분류하였다. 분석 결과 응답자의 78.53%가 처방받은 약을 모두 복용하는 것으로 조사되었고, 50-100% 미만의 복약순응도를 나타낸 경우는 10.04%, 50% 미만은 11.43%이었으며 복약순응률의 평균은 87.4%이었다.

김정란(2002)의 서울시내 3차 의료기관 1개소와 약국 4개소를 방문한 처방조제 환자 336명을 대상으로 Morisky의 자가설문을 이용한 복약순응도 연구에서 복약순응도가 좋은 환자는 35%로 나타났으며, 약을 복용하지 않은 이유로는 '잊어버려서'가 49.7%로 가장 많았다.

Fedder(1982)에 의하면 환자의 1/3은 늘 복약 이행하고, 1/3은 절대 이행하지 않으며, 나머지 1/3은 때때로 이행한다고 한다. 환자 집단, 질병 상태, 또는 이용된 복약순응도 척도에 관계없이 복약순응률은 늘 100%를 훨씬 밑돌고 있다.

미국의 국가약업위원회(NPC, 1985)에서는 만성질환자들의 평균 복약이행률을 50%로 밝힌 바 있다. 또한, 동기관의 1992년도 보고서에서는 질병종류별 복약불이행도를 조사하였는데 천식은 20%, 관절염은 55-71%, 피임약은 8%, 당뇨병은 40-50%, 간질은 30-50%, 고혈압은 40% 등으로 나타났다.

〈표 IV-40〉 질병 상태에 따른 복약불이행률

상태	복약불이행률(%)
천식	20
관절염	55-71
피임	8
당뇨	40-50
간질	30-50
고혈압	40

자료: Emerging issues in pharmaceutical cost containment. Reston, VA: National Pharmaceutical Council 1992. 2(2). pp1-16. (신현택 외(2002)에서 재인용)

Urquhart 등은 (1998) 만성질환자의 20%가 한 달에 최소한 하루는 복약하지 않으며 특정 약물군(예: 항응혈제)에 대해서는 3-4일 연속 투약하지 않는 것으로 보고한 바 있다.

Pullar 등은 (1990) 간질, 천식, 응혈장애와 같은 다른 질병들에 대해서도 감소한 복약순응도는 환자 치료의 결과를 바꾸어 놓을 수 있을 것으로 지적하였다.

Caldwell JR 등(1970)의 고혈압 환자에 대한 복약순응도 연구에 의하면 환자들의 50% 이상이 첫 해 동안 치료에서 이탈하였으며, 투약을 유지하던 33%의 환자도 혈압을 줄이는데 필요한 충분한 약을 복용하고 있지는 않았다.

Widmer 등(1983)은 중서부 시골지역의 고혈압 환자 291명에 대한 조사에서 87%의 평균 순응률을 보고하였다. 높은 복약순응도는 부분적으로 측정방법과 복약순응도에 대한 정의가 어떻게 이루어졌느냐에 기인하고 있다.

4) 의약품 사용에 영향을 미치는 요인

(1) 의약품 선택에 영향을 미치는 요인에 관한 이론 모델

의약품 처방 일반에 관련된 요인의 모델로 대표되는 것이 Hemminki의 모델이다. Hemminki(1975)는 의사의 처방에 영향을 미치는 요인을 거시적 수준의 요인과 미시적 수준의 요인으로 구분하였다. 거시적 수준의 요인은 (1) 인구 집단의 전통과 교육 - 이는 환자의 기대와 의사의 시각 모두를 형성한다, (2) 의학 교육과 전문가의 사고 - 이는 건강과 질병의 개념을 정의하고 의사 서비스의 이용을 결정한다, (3) 국가내 부의 수준과 분배, 이데올로기, 권력 - 이는 전문적 진료와 의약품 공급의 조직 규율, 가용성에 영향을 준다, (4) 제약기업의 권력과 힘 등이다. 이러한 요인들이 의사에게 영향력을 행사하는 기전은 시대와 국가에 따라 다르다.

Raynes(1980)는 질병의 진단을 위해서 질문하는 의사에게 환자가 자신의 증상을 알린다는 모델은 처방행위의 많은 부분을 설명하기에 부적합하다고 주장하였다. 그리고 치료 자체가 진단의 도구 또는 시험으로 이용될 수 있으며, 의

사는 진단에 이르는 과정으로서, 처방과 같은 경험적 평가과정을 이용할 수 있다고 하였다. 즉 환자에게 약을 시험적으로 사용하여 그 약이 효과가 있었다면, 그로부터 환자 문제의 원인을 유추할 수 있다. 이런 방법으로 의사는 응급의료에서의 불확실성에 대처하고, 재방문을 이용하여 환자의 문제를 나아가 평가한다.

환자가 표현하는 증상의 유형에 의존하는 이 모델은, 그 증상이 사회적, 감정적, 또는 육체적 문제로부터 결과했을 때 특히 적합한 것으로 보인다. 이 모델은 의사의 지배와 환자의 만족, 환자의 이해 등의 문제를 이해하는 데 특히 유용한 것으로 평가된다(Christensen and Bush, 1981).

(2) 의약품 선택에 영향을 미치는 요인 - 환자가 미치는 영향

의사의 의약품 처방에 영향을 미치는 요인은 사회구조적 요인 및 제도적 요인 등의 거시적 요인을 비롯하여 의사의 연령, 성별과 같은 인구학적 요인, 업무환경 요인, 교육 및 수련 관련 요인 등의 의사관련 요인이 있고 다음으로 의약품에 관한 정보원 - 의학전문지, 학술모임, 동료의사 등의 전문적 정보원과 광고 및 판촉, 제약회사 직원 등의 상업적 정보원- 이 있다. 그 외에 처방 대상이라 할 수 있는 환자의 인구학적, 사회경제적, 심리적 특성도 의약품 처방에 영향을 미친다.

실증연구를 통해서 볼 때 환자는 의약품을 증상의 호소 외에 특정 의약품을 직간접적으로 요구하거나 다른 특성들에 의하여 의약품 처방에 미치는 것으로 나타났다.

일반적으로 남성환자에 비해서 여성환자들이 의약품을 쉽게 처방받는다 (Verbrugge and Steiner, 1985). 특히 여성들이 남성에 비해 항정신성 의약품을 더 많이 처방받는다는 사실이 보고되고 있다. Morabia 등(1992)의 연구는, 의사와 환자의 성별에 따라 벤조디아제핀의 처방비율에 차이가 있어 의사와 환자의 특성을 동시에 보여준다는 점에서 흥미를 끈다. 의사가 남성일 때보다 여성일 때 여성 환자가 남성 환자에 비하여 벤조디아제핀의 처방을 잘 받는 경향이 더 커졌다.

여성이 남성보다 의약품 처방을 더 쉽게 받는 것은 의사 요인과 환자 요인 두 가지로 설명할 수 있다. 의사 요인이란, 의사들이 의학적 이유와 관계없이 남성 환자보다 여성 환자에게 의약품 처방을 더 쉽게 하는 편향된 성질을 가지고 있다는 것이다. 환자 요인이란, 여성이 스트레스가 많고 단기 질병이 많아 남성에 비해 의사를 주기적으로 방문하는 등 의약품을 많이 사용하는 환자의 성격을 가진다는 것이다(Verbrugge and Steiner, 1985).

마찬가지로 여성이 남성에 비하여 향정신성 의약품 처방을 더 잘 받는 것은, 여성이 남성에 비하여 신경정신성 진단을 잘 받는 경향이 있고, 환자 스스로도 남성에 비해 여성이 정신적 증상을 호소하는 데 덜 주저하기 때문이다(Morabia et al, 1992).

환자의 경제수준도 처방에 영향을 주는데, 소득수준이 높은 환자를 주로 보는 의사는 새롭고 비싼 약을 자주 처방하고, 소득수준이 낮은 환자를 주로 보는 의사는 새로운 약을 덜 처방하는 경향이 있다(Miller, 1973).

환자의 기대와 요구는 진료의 변이를 가져오는 요소 중의 하나라고 지적되어 왔다. 서로 다른 환자들은 자신의 증상에 관련된 서로 다른 기대와 열망을 가진다. 어떤 사람들은 의학적 자문을 구하는 것을 주저하고, 어떤 사람들은 가벼운 증상으로도 의사의 도움을 구한다(McPherson, 1990). 이러한 환자의 태도나 반응과 같은 의사와 환자간의 상호작용을 포함하는 심리적 요인은 의사의 진단과 의약품 선택에 영향을 미친다(Raisch, 1990).

의사들은 실제로 유용하지 않은 약임에도 불구하고 환자가 원하기 때문에 그것을 처방하게 되는 경우가 있으며, 특히 행위별수가제와 같은 경쟁적인 의료 시장에서는 더욱 그러하다(Schwartz et al, 1989). 의료보험과 같이 제3자 지불 체계 하에서는 때때로 비처방약을 구입하는 것보다 처방약을 받는 것이 저렴하므로, 환자는 의사에게 자신이 원하는 처방을 요구할 가능성이 더 높아진다. 또한 재정적인 압박 등의 이유로 많은 환자를 진료해야 할 경우 환자들에게 충분히 상담할 시간이 부족해지는데, 이것은 환자를 비약물 치료로 진료할 시간이 줄어드는 것을 의미한다. 따라서 약물치료에의 의존도가 높아져 의약품 처방량이 증가하게 되고, 환자가 원하는 의약품의 처방 가능성도 커진다(Schwartz et

al, 1989).

의약품에 대한 환자의 요구는 부적절한 처방을 받게 하는 한 가지 원인으로 작용한다(Schwartz et al, 1989; Perez-Cuevas et al, 1996). 의학적으로 효과를 검증받지 못한 의약품을 처방한 의사들을 대상으로 그 의약품을 처방하는 이유를 조사한 결과, 46%가 환자의 요구 때문이라고 응답했고 24%가 위약효과를 얻기 위해서라고 했으며, 26%는 문헌에서의 부정적 결과에도 불구하고 자신의 임상 경험으로 볼 때 유효하기 때문에 사용한다고 하였다(Schwartz et al, 1989).

그러나 일부 연구에서는 의사가 일단 처방에 대한 결정을 내린 후에는 환자나 보호자가 어떤 요구를 하더라도 의사는 자신의 결정을 번복하지 않는 것으로 관찰되었다(Paredes et al, 1996).

다. 설문항목에 관한 research questions

1) 비용

- 개인당/가구당 의약품 사용에 지출한 비용
- 개인당/가구당 OTC 구매액, 비급여 처방약 구매액
- 개인당/가구당 의료기기, 한약, 의약외품, 건강기능식품의 구매액
- 개인당/가구당 만성질환으로 인한 지속적 의약품 구매액

2) 적절성

- 의약품의 복약순응도
- 의약품 복용 불순응 현황 및 그 이유

3) 접근성

- 의약품 구매 비용에 대한 주관적 부담 정도

- 의료기관을 방문하지 않고 약국에서 의약품을 구매한 이유
- 저렴한 의약품으로의 대체조제 경험과 그에 대한 만족도

4) 사용실태/행태

- 지속적 의약품 복용 현황
- 의약품 처방시 특정약 처방을 요구 또는 처방하지 않을 것을 요구한 경험
- 처방조제를 위해 방문한 약국의 선택 이유
- 일반의약품 구매 행태 (매약시 원인이 되는 건강 문제·질병/약품 선택 주체/선택 이유/의약품 정보취득원 등)

5) Outcome

- 의약품 부작용 경험 정도
- 의약품 부작용에 의한 의료이용 및 비용 발생 현황

6) 관련 요인

- 의약품 사용에 관련된 개인과 지역의 사회경제적 요인
- 만성질환자의 의약품 사용 및 미사용에 관련된 요인
- 의약품 처방 요구 및 자가투약 등 의약품 선택 행태에 영향을 미치는 요인

7) 패널 데이터를 이용한 연구 과제

- 시간 경과에 따라 의약품 사용행태의 변화
- 현재의 약사용 행태/건강행태가 미래의 약사용행태/건강수준에 미치는 영향
- 소비자의 사회경제적 변수/건강행태 변수의 변화가 약사용에 미치는 영향
- 의료기술 발달에 따라 의약품이 다른 의료서비스를 대체하는 효과

라. 세부 설문항목 및 선정이유

1) 처방의약품 조제

처방의약품에 대한 조사는 본 조사 중 가장 중요한 부분의 하나로 세부 설문 항목은 다음과 같다.

- 처방의약품 조제 내역
- 처방의약품 조제비용
- 조제의약품 복약순응도: 복약순응도 및 불순응 이유
- 처방조제 약국의 선택 이유
- 본인부담금의 부담 정도

의약품 조제내역과 조제비용은 약효군별 의약품 비용, 비급여의약품 비용 등을 산출하는데 기본 자료가 되므로 가계부 작성을 기본으로 하고 설문조사에서 이를 이중체크하여 자료의 정확성을 높이하고자 하였다.

의약품은 조제 후 실제로 환자가 복용해야 질병을 치료하는 의약품 본래의 목적을 달성할 수 있다. 따라서 의사가 지시한 대로 의약품을 복용하는 정도를 측정하는 복약순응도가 평가되어야 하며, 고혈압, 당뇨병과 같이 지속적인 의약품 복용이 필요한 만성질환의 경우 특히 복약순응도가 매우 중요하다. 조제의약품의 복약순응 정도를 파악하고 불순응 원인을 조사하고자 하였다.

의료기관에 인접한 약국에서 처방전을 조제하는가, 각 지역의 동네약국에서 처방전을 조제하는가는 의약분업을 평가하고 성분명 처방 등 관련 의약품정책 수립에 필요한 기초자료로 활용될 수 있다.

처방의약품 비용의 본인부담금은 전체 의약품 비용, 의료기관 종류 등에 따라 차등화된다. 의약품비용이 증가함에 따라 저소득 계층의 의약품 접근성이 문제가 되고 있으며, 본인부담금의 부담정도는 의약품에 대한 접근성을 평가하는 잣대가 될 수 있다.

2) 비처방의약품 구매

비처방의약품 구매 내역 및 비용은 건강보험 청구자료로는 파악이 불가능하다. 의약품 등재제도가 네거티브 방식에서 선별등재 방식으로 전환되면서 비급여의약품의 사용이 늘어날 가능성이 있으므로 비처방의약품의 구매내역과 비용을 지속적으로 모니터링할 필요가 있다.

3) 한약 구매

서구사회와 달리 우리나라는 한약이 '보약'이라는 개념으로 건강증진을 위해 널리 사용되어 왔고 최근에는 비염, 축농증 등 만성질환 치료를 위해 사용되고 있으나, 한약 구매비용에 대한 연구는 활발히 이루어지지 않았다.

본 조사에서는 한의원 외 약국, 시장 등에서 개인이 구매하는 한약을 조사대상에 포함하여 포괄적으로 한약구매비용을 조사하고자 하며, 한약 구매 장소 및 구매 목적을 질문하여 우리나라 한약 구매의 특성을 파악하려고 하였다. 세부 설문항목은 다음과 같다.

- 한약 구매 비용
- 한약 구매 장소
- 한약 구매 목적

4) 의약외품 및 의료기기 구매

보건의료비용을 포괄적으로 산출하기 위해 의약외품·의료기기의 구매 여부 및 비용을 가계부와 설문조사를 통해 조사하였다.

5) 건강기능식품 구매

건강에 대한 관심이 높아지고 소득이 높아지면서 건강기능식품에 대한 관심이 높아지고 있으며, 최근에는 의료기관, 홈쇼핑, 인터넷 등 다양한 경로를 통해 건강기능식품이 판매되고 있다. 건강기능식품은 고가인 경우가 많으며 인구

노령화가 진행되면서 건강기능식품에 대한 수요가 증가할 것으로 보이므로 지속적으로 건강기능식품 구입비용 및 구매행태를 조사할 필요가 있다.

건강기능식품 구매에 대한 세부 설문항목은 다음과 같다.

- 건강기능식품에 대한 인식도
- 건강기능식품 구매내역 및 비용
- 건강기능식품 구매목적
- 건강기능식품 구입처
- 건강기능식품 구매동기

6) 대체조제

인구가 노령화되고 고가의약품의 사용이 늘어나면서 의약품비용이 지속적으로 증가하고 있으며 의약품비용을 줄일 수 있는 다양한 정책들이 시행되고 있다. 세계 여러 나라에서는 의약품 비용을 줄이기 위해 대체조제 등 제네릭 사용을 장려하고 있으나 우리나라에서는 아직 제네릭이 충분히 사용되고 있지 못하고 있다.

패널을 대상으로 대체조제 현황 및 관련요인에 대한 자료를 지속적으로 수집하여 대체조제를 활성화할 수 있는 정책수립의 기본 자료로 활용하고자 한다. 대체조제에 대한 세부 설문항목은 다음과 같다.

- 대체조제 경험
- 대체조제 이유
- 대체조제 만족도

7) 소비자의 의약품 처방 요구

건강에 대한 관심이 높아지고 인터넷, 대중매체 등을 통한 건강정보 보급이 확산됨에 따라, 본인이 복용하는 의약품에 대한 관심이 높아지고 있다. 의약품에 대한 관심이 높아지면 복약순응도를 높일 수 있고 의약품 부작용 보고도 활성화될 수 있다는 장점이 있는 반면, 환자가 본인이 가지고 있는 정보를 바탕으로

으로 특정의약품의 처방을 요구하거나 처방을 하지 말 것을 요구할 수 있다.

또한, 환자의 주사제 또는 항생제 처방 요구는 의사가 주사제나 항생제를 처방하는 요인의 하나로 알려져 있다. 환자가 성인인가 소아인가에 따라 달라질 수 있으므로 성인과 소아로 나누어 다음과 같이 소비자의 의약품 처방 요구를 조사하고자 한다.

- 의약품 처방 요구 경험
- 처방 요구 의약품 종류
- 주사제 처방 요구 경험
- 주사제 처방 요구 질병·증상
- 의약품 처방금지 요구 경험
- 처방금지 요구 의약품 종류
- 처방금지 요구 이유

8) 장기복용 의약품 사용

만성질환이 늘어나면서 발병 후 평생동안 또는 장기간 복용하는 의약품이 늘어나고 있다. 만성질환자의 의약품 사용은 약제비 증가의 중요한 요소이므로 관련 현황을 꾸준히 파악하는 것이 필요하다. 또한 장기복용 의약품의 경우 복약순응도가 중요하다. 고혈압의 경우 대부분 고혈압으로 인한 특정증상을 환자가 경험하지 않아 의약품 복용을 환자가 임의로 중단하거나 의사지시대로 복용하지 않기 쉬우나, 낮은 복약순응으로 혈압이 조절되지 않을 경우 심장질환, 뇌졸중 등의 합병증으로 이어져 많은 의료비용이 발생하게 된다. 당뇨병 환자 또한 혈관질환, 족부병변 등 부적절한 혈당조절로 인한 합병증 발생에 대한 사회적 비용이 늘어나고 있다.

만성질환으로 장기복용하는 의약품의 사용현황을 조사하고자 하며 세부 설문 항목은 다음과 같다.

- 만성질환으로 인한 지속적 처방의약품 사용 현황
- 생활 및 건강증진 관련 지속적 의약품 구매 현황

- 의사, 약사에게 장기복용 의약품에 대한 정보 제공
- 장기복용 의약품 복용순응도 현황
- 장기복용 의약품으로 인한 부작용 발생 현황
- 장기복용 의약품의 약제비 부담정도

9) 일반의약품 구매행태

환자가 의사의 처방 없이 구매하여 복용하는 일반의약품의 구매행태를 파악하기 위해 감기약의 구매행태를 조사하고자 한다. 감기 발병시 초기에 의약품을 복용하는지, 휴식을 취하는지 조사하고 의약품 선택시 이용하는 정보원, 의약품 선택 주체 등에 대한 자료를 수집한다. 세부 설문항목은 다음과 같다.

- 감기발생시 대처방법
- 감기약 구매시 선택주체
- 감기약 자가구매시 정보원

10) 부작용 경험

의약품은 사용시 효과뿐만 아니라 때때로 부작용을 나타낸다. 의약품 개발기간 중 임상시험 등으로는 부작용에 대한 완벽한 정보를 수집할 수 없으므로 시판 후 부작용 정보를 수집하는 것은 의약품 안전성 확보 측면에서 매우 중요하다.

부작용 발생 보고는 보통 환자, 의료진 등의 자발적인 보고에 의해 이루어진다. 패널인 환자를 대상으로 부작용 경험을 조사하고자 한다. 세부 설문항목은 다음과 같다.

- 부작용 경험 유무
- 부작용 종류
- 부작용 확인방법
- 부작용 원인 의약품
- 부작용 처리방법

- 부작용으로 인한 의료이용과 발생 비용

〈표 IV-41〉 의약품 부문 세부조사항목

	조사항목	조사방법
처방의약품 조제	처방의약품 조제 내역 및 비용	가계부작성, 설문조사
	조제후 복용하지 않고 남은 약 유무	설문조사
	조제후 복용하지 않고 남긴 이유	설문조사
	처방조제 약국 종류	설문조사
	단골약국 선호 이유	설문조사
	본인부담금 부담 정도	설문조사
비처방의약품 구매	비처방의약품 구매 내역 및 비용	가계부작성, 설문조사
한약 구매	한약 구매 비용	가계부작성, 설문조사
	한약 구매 장소	설문조사
	한약 구매 목적	설문조사
의약품외품 구매	의약품외품 구매 내역 및 비용	가계부작성, 설문조사
의료기기 구매	의료기기 구매 내역 및 비용	가계부작성, 설문조사
건강기능식품 구매	건강기능식품 인지 여부	설문조사
	건강기능식품 구매 내역 및 비용	가계부작성, 설문조사
	건강기능식품 구매목적	설문조사
	건강기능식품 구입처	설문조사
	건강기능식품 구매 동기	설문조사
대체조제	대체조제 경험	설문조사
	대체조제 이유	설문조사
	대체조제 만족도	설문조사
소비자의 의약품 처방 요구-성인	의약품 처방 요구 경험	설문조사
	처방 요구 의약품 종류	설문조사
	주사제 처방 요구 경험	설문조사
	주사제 처방 요구 질병/증상	설문조사
	의약품 처방금지 요구 경험	설문조사
	처방금지 요구 의약품 종류	설문조사
	처방금지 요구 이유	설문조사
소비자의 의약품 처방 요구-소아	의약품 처방 요구 경험	설문조사
	처방 요구 의약품 종류	설문조사
	주사제 처방 요구 경험	설문조사
	주사제 처방 요구 질병/증상	설문조사
	의약품 처방금지 요구 경험	설문조사
	처방금지 요구 의약품 종류	설문조사
	처방금지 요구 이유	설문조사

〈표 IV-41〉 계속

	조사항목	조사방법
만성질환의 지속적 처방조제 의약품 사용	지속적 처방약 복용 여부	설문조사
	지속적 처방약 복용에 대해 의사, 약사에게 고지	설문조사
	지속적 처방약의 복약순응도	설문조사
	지속적 처방약 조제약국 선택 이유	설문조사
	지속적 처방약의 구입비용의 부담 정도	설문조사
생활/건강증진 관련 지속적인 일반약 직접 구입사용	지속적인 일반약 복용 여부	설문조사
	지속적인 일반약 복용에 대해 의사, 약사에게 고지	설문조사
	지속적인 일반약의 복용방법 인지	설문조사
	지속적인 일반약 구매시 약국 선택 이유	설문조사
	지속적 일반약의 구입비용의 부담 정도	설문조사
일반의약품 구매행태- 감기약	감기발생시 대처방법-성인	설문조사
	감기약 구매시 선택주체-성인	설문조사
	감기약 자가구매시 정보원-성인	설문조사
	감기발생시 대처방법-소아	설문조사
부작용 경험	부작용 경험 유무	설문조사
	부작용 종류	설문조사
	부작용 확인방법	설문조사
	부작용 원인의약품	설문조사
	부작용 처리방법	설문조사
	부작용으로 인한 의료이용과 발생 비용	설문조사

마. 의료패널조사-의약품 부문의 특징

기존의 의약품 사용 및 비용 관련 조사와 차별화되는 의료패널조사의 특징은 longitudinal data 구축으로 원인과 결과의 선행관계 확인이 가능하다는 것이다. 또한, 수년에 걸쳐 의약품·의료기기 사용 및 비용자료를 수집하므로써 좀 더 안정적인 분석자료를 산출할 수 있으며 의약품 정책 변화시 이로 인한 영향을 비교적 정확히 알 수 있다는 장점이 있다.

이러한 의료패널조사의 특징은 횡단면자료가 아닌 longitudinal data를 수집하는 연구디자인에 의한 것이나 본 조사에서는 구축된 패널을 대상으로 의약품·의료기기에 대한 다양한 설문조사를 실시하여 폭넓은 정보를 수집하고자 하였다. 의약품 사용 및 비용과 관련된 기존 조사와 의료패널조사의 조사항목을 비

교하면 <표 >과 같다.

처방의약품 조제, 비처방의약품 구매, 한약 구매, 의약품 구매, 의료기기 구매에 대해서는 일부 조사에서 정보가 수집되었으나 대체조제, 의약품 처방 요구, 일반의약품 구매현황 등에 대해서는 지속적으로 조사가 진행되지 못했다.

처방의약품 조제 내역 및 비용은 미국의 MEPS(2005), 국민건강영양조사(2005), 도시가계조사(2006), 고령화패널(2006) 모두에서 조사되었으며 처방조제 약국 종류는 국민건강영양조사(2005)에서 조사되었다.

비처방의약품 구매내역 및 비용, 의료기기 구매내역 및 비용은 미국의 MEPS(2005), 국민건강영양조사(2005), 도시가계조사(2006)에서 조사되었으며 한약 구매비용과 의약품 구매 내역 및 비용은 국민건강영양조사(2005), 도시가계조사(2006)에서 평가되었다. 도시가계조사(2006)에서는 건강기능식품 구매내역 및 비용을 조사하였으며 국민건강영양조사(2005)에서는 고혈압치료제 복용 순응도를 조사하였다.

<표 IV-42> 기존 조사와 의료패널조사의 조사항목 비교: 의약품 부문

조사항목	MEPS (2005)	국민 건강 영양 조사 (2005)	도시 가계 조사 (2006)	고령화 패널 (2006)
처방의약품 조제				
처방의약품 조제 내역 및 비용	○	○	○	○
조제후 복용하지 않고 남은 약 유무				
조제후 복용하지 않고 남긴 이유				
처방조제 약국 종류	○	○		
단골약국 선호 이유				
본인부담금 부담 정도				
비처방의약품 구매				
비처방의약품 구매 내역 및 비용	○	○	○	

〈표 IV-42〉 계속

조사항목	MEPS (2005)	국민건강 영양조사 (2005)	도시가 계조사 (2006)	고령화 패 널 (2006)
한약 구매				
한약 구매 비용		○	○	
한약 구매 장소				
한약 구매 목적				
의약외품 구매				
의약외품 구매 내역 및 비용		○	○	
의료기기 구매				
의료기기 구매 내역 및 비용	○	○	○	
건강기능식품 구매				
건강기능식품 인지 여부				
건강기능식품 구매 내역 및 비용			○	
건강기능식품 구매목적				
건강기능식품 구입처				
건강기능식품 구매 동기				
대체조제				
대체조제 경험				
대체조제 이유				
대체조제 만족도				
소비자의 의약품 처방 요구-성인				
의약품 처방 요구 경험				
처방 요구 의약품 종류				
주사제 처방 요구 경험				
주사제 처방 요구 질병/증상				
의약품 처방금지 요구 경험				
처방금지 요구 의약품 종류				
처방금지 요구 이유				
소비자의 의약품 처방 요구-소아				
의약품 처방 요구 경험				
처방 요구 의약품 종류				
주사제 처방 요구 경험				
주사제 처방 요구 질병/증상				
의약품 처방금지 요구 경험				
처방금지 요구 의약품 종류 및 이유				

〈표 IV-42〉 계속

조사항목	MEPS (2005)	국민건강 영양조사 (2005)	도시가 계조사 (2006)	고령화 패널 (2006)
만성질환의 지속적 처방조제 의약품 사용				
지속적 처방약 복용 여부				
지속적 처방약 복용에 대해 의사, 약사에게 고지				
지속적 처방약의 복약순응도		○		
지속적 처방약 조제약국 선택 이유				
지속적 처방약의 구입비용의 부담 정도				
생활/건강증진 관련 지속적인 일반약 직접 구입사용				
지속적인 일반약 복용 여부				
지속적인 일반약 복용에 대해 의사, 약사에게 고지				
지속적인 일반약의 복용방법 인지		○		
지속적인 일반약 구매시 약국 선택 이유				
지속적 일반약의 구입비용의 부담 정도				
일반의약품 구매-감기약				
감기발생시 대처방법-성인				
감기약 구매시 선택주체-성인				
감기약 자가구매시 정보원-성인				
감기발생시 대처방법-소아				
부작용 경험				
부작용 경험 유무				
부작용 종류				
부작용 확인방법				
부작용 원인의약품				
부작용 처리방법				
부작용으로 인한 의료이용과 발생 비용				

바. 정책적 함의

1) 비급여의약품비용 추정

건강보험 급여의약품은 건강보험 청구자료를 분석하므로써 의약품비용을 산

출할 수 있으나 급여가 되지 않은 비급여의약품은 의약품을 판매하는 약국마다 개별적으로 자료가 구축되거나 자료가 수집되지 않으므로 비용을 조사하는 것이 쉽지 않다. 본 패널조사에서는 가계부에 비급여의약품 구매내역을 기재하도록 하고 있으므로 조사대상의 비급여의약품비용을 비교적 정확히 산출할 수 있으며 이를 통해 간접적으로 우리나라 전체 인구의 비급여의약품 비용을 추정할 수 있을 것으로 보인다.

우리나라 건강보험의 의약품 급여방식이 'negative list'에서 'positive list'로 전환됨에 따라 급여되었던 의약품이 비급여로 전환될 경우 환자의 비급여의약품 구매비용이 증가될 가능성이 있으며 이는 전체적인 의약품비용의 상승과 의약품의 접근성 저하로 이어질 수 있다. 따라서 비급여의약품 비용을 산출하고 이로 인한 영향을 분석하는 것은 매우 시기적절하다고 할 수 있다.

2) 포괄적인 의약품비용 산출

의약품비용을 산출하기 위해서는 건강보험에서 급여되는 의약품, 급여되지 않는 의약품, 환자가 구매하는 일반의약품, 한약의 조제 및 구매비용을 모두 포함해야 한다. 건강보험 청구자료에는 급여의약품만 포함되므로 비급여의약품, 일반의약품, 한약에 대해서는 별도의 조사가 필요하다.

본 패널조사에서는 건강보험에서 급여되는 의약품, 급여되지 않는 의약품, 환자가 구매하는 일반의약품, 한약의 조제 및 구매비용이 모두 수집되므로 포괄적인 의약품비용을 산출할 수 있을 것으로 기대된다.

3) 의약품비용에 영향을 주는 요인 조사

신약의 가격 상승, 만성질환의 증가 등으로 의약품 비용이 증가하고 있어 의약품비용을 줄이거나 적정수준으로 억제하려는 노력이 적극적으로 이루어지고 있다. 의약품비용에 대해 정책적으로 개입하기 위해서는 의약품비용에 영향을 주는 요인을 파악해야 하며 효율적인 정책집행을 위해서는 정책변화의 결과를 평가해야 한다.

인구학적 변화(인구노령화 등), 사회·경제·문화적 환경(경기침체, 의약품 복용에 대한 선호도 등), 의약품 정책(의약분업, 성분명 처방 등) 등 많은 요인들이 의약품 비용에 영향을 미친다. 기존에 의약품비용연구에 주로 사용되었던 건강보험청구자료는 환자의 인구학적 특성, 사회경제적 지위 등에 대한 자료가 부족하여 의약품 비용에 영향을 주는 요인을 폭넓게 조사하는 데에 제한이 있었다. 또한, 단면연구에서는 원인이 결과에 선행하는지를 판단할 수 없으므로 인과관계를 정확히 평가할 수 없다.

본 연구는 의약품 비용과 관련된 요인을 폭넓게 수집하고 환자별 데이터가 장기적으로 구축되므로 의약품비용에 영향을 주는 요인을 심층적으로 분석하는데 활용이 가능할 것으로 보인다.

사. 기대효과 및 활용방안

1) 의약품정책 수립의 기초자료 제공

의약품 사용 및 비용에 대한 자료로서 의약품 정책 수립에 필요한 의약품 사용 현황, 의약품 비용에 영향을 주는 요인 등에 대한 기초 자료로 활용이 가능하다. 지속적으로 관리되는 안정적인 패널 자료이므로 의약품의 급여범위 변동, 의약품 가격변화 등 관련 정책변화로 인한 영향을 평가하는 데에도 사용이 가능할 것이다.

2) 관련 연구의 활성화

우리나라의 전반적인 의약품 사용 및 비용을 조사할 수 있는 자료로는 건강보험 청구자료, IMS 데이터 등이 있으나 환자별로 데이터를 구성하는 것이 불가능하거나 어려워 의약품 정책연구 등에 활용하는데 제한점이 있었다. 의료비패널의 데이터는 환자별로 의약품 사용 자료가 구축될 뿐만 아니라 환자의 인구학적 특성, 사회경제적 위치 등 관련 변수들이 폭넓게 수집되므로 정책연구, 의약품 경제성연구 등에 폭넓게 사용될 수 있을 것으로 보인다.

4. 민간의료보험

가. 민간의료보험에 대한 개괄

1) 현황

민간의료보험은 일반적으로 국민건강보험의 대칭적 개념으로서 민간보험사가 제공하는 건강관련 보험을 총칭한다. 그 범위는 생명보험사와 손해보험사가 판매하는 건강관련 상품으로서 일반 질병보험, 암보험, 간병 및 실버보험, 어린이 보험, 상해보험 등으로 구성된다. 민간의료보험의 연간 보험료는 2002년 약 5조원에서 2005년 약 7.5조원으로 증가한 것으로 추정된다(정기택, 2004, 2006). 국민건강보험의 급여비가 약 16.5조 원(2005년 기준)인 것을 감안하면 민간의료보험이 국내 보건의료체계에 하나의 재원조달방식으로 자리매김을 하고 있음을 알 수 있다²⁸⁾. 국민건강영양조사(보건복지부, 2007)에 따르면 2005년 기준으로 전체가구 중 66%가 1개 이상 민간의료보험을 가입하고 있다.

민간보험사가 건강관련 보험상품을 판매하기 시작한 것은 1979년부터이며 초기에는 주로 암보험 등 고액을 의료비가 발생하는 특정질환만을 보상하는 보험이 대부분이었다. 공보험의 낮은 급여로 인한 높은 본인부담금은 초기 암보험이 성장하는 데 주요 배경이 되었다. 암, 심장질환과 같은 특정 질환을 보상하는 초기방식에서 다질환 보장으로 보험상품은 점차 확대되고 있다. 가입자가 노인, 여성, 어린이 등 다양한 계층으로 세분화된 상품들이 나오고 있다.

급여지급방식은 사전에 약정된 일정액을 지급하는 정액방식에서 가입자의 실제 의료이용 양 및 의료비에 비례하여 지급하는 실손방식으로 점차 확대되고 있다. 실손방식의 보험상품은 초기에는 손해보험사만이 판매를 하였으나 2005년 8월부터는 생명보험사도 실손형 민간의료보험상품을 판매할 수 있게 되었

28) 국내 민간의료보험의 보험료에는 사망보험료도 대부분 포함되어 있어 민간의료보험의 규모가 다소 과대계상될 가능성이 있다.

다. 이러한 실손형 민간의료보험상품은 개인을 대상으로 판매되기 보다는 단체를 대상으로 주로 판매되어 왔다. 국내 민간의료보험사는 의료서비스 공급자에게 직접 보상하지 않고 보험가입자에게 현금으로만 지급하는 형태를 취하고 있어 보험자와 공급자간에는 어떠한 네트워크도 형성되어 있지 않아 수가 및 지불보상방법에 대해 별도 계약을 체결하지 않고 있다.

민간의료보험은 공보험과의 관계에 따라 보충형과 대체형으로 구별할 수 있다. 보충형 민간의료보험은 공보험의 법정본인부담금과 비급여서비스에 대한 위험을 보장하기 위해 공보험 외에 부가적으로 가입하는 보험을 이른다. 이는 프랑스, 미국(Medigap)²⁹⁾, 대만 등 많은 국가들이 채택하고 있는 민간의료보험 유형이다. 사회보장방식(National Health System)을 취하고 있는 영국, 호주 등에서도 대기기간이 긴 공공병원보다 민간병원을 이용하기 위해 민간의료보험을 부가적으로 가입하고 있다(Jofre-Bonet, 2000). 대체형 민간의료보험은 공보험을 대신하여 민간의료보험을 가입하는 것으로서 칠레, 독일 등이 채택하고 있는 보험유형이다. 칠레의 경우 모든 임금노동자는 공보험과 민간의료보험 중 개인 선호에 따라 자유롭게 선택할 수 있으며(Sapelli & Torche, 2001), 독일은 연간 소득이 40,500마르크를 초과하는 국민은 공보험인 질병금고를 탈퇴하여 민간의료보험을 선택적으로 가입할 수 있다(Thomson et. al., 2002). 한국은 모든 국민이 국민건강보험에 의무적으로 가입하여야 하며 다만 개인의 선택에 의해 부가적으로 민간의료보험에 가입하는 보충형 민간의료보험체계를 채택하고 있다.

국내 민간의료보험의 주요 특징을 다시 요약하면 다음과 같다. 첫째, 대부분의 민간의료보험이 중증질환을 대상으로 의료이용량과 의료비에 상관없이 사전에 약정된 정액보험금을 보험가입자에게 직접 지급한다. 둘째, 보험가입자에게 지급된 민간의료보험금은 보험가입자가 의료비에 사용하거나 의료 외 어떠한 용도로도 사용할 수 있다. 이러한 특성으로 인해 국내 민간의료보험은 보험이라기보다는 '의료저축'에 더욱 가깝다 하겠다. 셋째, 국내 민간의료보험은 보험자와 공급자가 수가 및 진료비 심사 등을 위한 네트워크를 맺고 있지 않다. 마

29) Medigap은 미국의 65세 이상 인구를 위한 사회보험인 Medicare을 보충하는 민간의료보험이다.

지막으로 국내 민간의료보험은 생명보험의 성격도 포함하고 있다. 대부분의 민간의료보험이 가입자의 사망에 따른 보험금을 지급하고 있다.

2) 문헌고찰

일반적으로 민간의료보험은 도덕적 해이(moral hazard)의 문제뿐만 아니라 역선택(adverse selection)의 문제를 야기한다. 도덕적 해이는 수요와 공급의 양 측면 모두에서 발생한다. 수요의 측면에서는 보험으로 인해 보험가입자가 직면하는 가격이 낮기 때문에 보험을 가입하지 않았을 때 보다 더 많은 서비스를 소비하게 된다. 공급의 측면에서 보면, 의료서비스 공급자도 제공하는 서비스에 대해 보험에서 충분히 보상을 받는다면 그렇지 않을 경우보다 더 많은 서비스를 공급할 개연성은 높아진다. 역선택은 의료이용의 가능성 및 선호가 높은 사람일수록 그렇지 않은 사람에 비해 보험을 더욱 많이 가입하는 것을 말한다. 모든 국민이 가입하는 공보험에서는 역선택이 발생하지 않으며, 민간의료보험에서만 나타나는 특성이다. 예를 들면, 건강하지 못하거나 가족역이 있는 사람일수록 건강한 사람보다 보험을 많이 가입하게 된다. 도덕적 해이와 역선택은 보험시장의 비효율을 야기하여 사회적 후생을 감소하는 것으로 알려져 있다 (Cutler & Zeckhauser, 1998).

(1) 민간의료보험 가입 요인

많은 문헌들이 민간보험가입의 결정요인과 보험이 가입자의 의료이용에 미친 영향에 대해 고찰하였다. 조세에 의해 의료재원을 마련하고, 의료서비스 공급이 공공병원에서 이루어지는 NHS(National Health Service)형 국가인 영국, 아일랜드, 호주 등을 대상으로 한 연구에서는 민간보험가입의 가장 큰 요인은 민간병원에 대한 접근성 제고였다(Jofre-Bonet, 2000; Harmon & Nolan, 2001; Savage & Wright, 2003; King & Mossialos, 2005). 이들 연구의 보험가입의 인구경제학적 요인을 보면 부자일수록, 교육수준이 높을수록 보험에 더 많이 가입하는 것으로 나타났다. 그러나 가입자의 건강상태가 보험가입에 미치는 영향

은 연구자에 따라 다른 결과를 보였다. 영국(King & Mossialos, 2005)과 아일랜드(Harmon & Nolan, 2001)를 대상으로 한 연구에서는 건강한 사람일수록 민간의료보험에 더 많이 가입하고 있지만, 호주를 대상으로 한 다른 연구(Savage & Wright, 2003)에서는 건강하지 않을수록 민간의료보험에 더 많이 가입하고 있다. 다시 말하면, 이들 국가에서 보험가입자의 건강상태로 살펴본 역선택의 증거는 일관된 결과를 보여주고 있지 못하고 있다.

민간의료보험에 대한 가입이 유럽국가 중에 가장 높은 프랑스와 65세 이상 노인들을 위한 부가적인 보험인 미국의 Medigap을 상대로 한 연구(Ettner, 1997; Hurd & McGarry, 1997; Buchmueller et al., 2004)에서는 교육, 소득, 나이 등 인구경제학적 변수와 보험가입변수 사이에 정(正)의 관계가 있음을 알 수 있다. NHS형 국가를 대상으로 한 기존 연구에서와 마찬가지로 이들 연구에서도 건강상태와 보험가입과의 관계는 일관된 결과를 보여주지 못하고 있다. 65세 이상 미국 노인인구를 대상으로 한 Ettner(1997)의 결과에 의하면 건강한 사람일수록 민간건강보험에 더욱 많이 가입하고 있음을 알 수 있다. 그러나 동일한 인구집단을 대상으로 한 다른 연구(Hurd & McGarry, 1997)에서는 건강상태와 보험가입사이에 어떠한 연관성을 발견하지 못하였다. 프랑스를 대상으로 한 Buchmueller et al.(2004) 연구는 건강한 사람일수록 민간건강보험에 더욱 많이 가입하고 있음을 보여주고 있다.

공보험과 민간의료보험 중 선택이 가능한 독일과 칠레의 경우, 젊고 건강할수록 민간의료보험에 더 많이 가입하는 것으로 보고되고 있다(Sapelli & Torche, 2001; Thomson et al., 2002; Sapelli & Vial, 2003). 민간의료보험의 보험료는 나이와 위험요인의 정도에 따라 차등 적용하지만, 공보험은 지불능력에 따라 보험료가 결정되기 때문에 젊고 건강한 사람은 민간보험에, 나이 든 사람은 공보험에 더 많이 가입하고 있다. 칠레를 대상으로 한 Sapelli et al.(2001, 2003)의 연구는 공보험에 역선택이 나타나고 있음을 보여주고 있다.

결론적으로 공보험에 부가적으로 민간의료보험을 가입하는 보충형 민간의료보험체계에서는 역선택에 대해 일관적 증거를 찾기 힘들지만, 공보험과 민간의료보험이 서로 경쟁하는 경쟁형 민간의료보험에서는 역선택의 증거가 일관되게

보고되고 있다.

국내 연구(윤택호 외, 2005; 임진화 외, 2007)도 교육수준과 소득이 높을수록, 나이가 많을수록 민간건강보험에 더 많이 가입하고 있음을 보여주고 있다. 윤택호(2005)의 연구는 민간의료보험 가입과 가입자의 건강상태사이에는 양의 상관관계가 있음을 밝히고 있다.

(2) 민간의료보험이 의료이용에 미친 영향

민간의료보험이 의료이용에 미친 영향을 고찰한 논문을 살펴보면, 대부분의 논문에서 민간의료보험으로 인해 의료이용량이 증가하고 있음을 알 수 있다. 그러나 증가한 의료이용량이 도덕적 해이에 의한 것인지, 역선택에 의한 것인지에 대해 일치된 연구결과가 없다. 미국 Medigap보험 가입자를 대상으로 한 연구에서 Long(1994)과 Ettner(1997)는 도덕적 해이에 의한 의료이용량 증가뿐만 아니라 역선택에 의한 의료이용량 증가효과를 입증하고 있지만, Hurd & McGarry(1997)는 역선택에 의한 의료이용량 증가효과는 없다고 주장하였다. 호주를 대상으로 한 Savage & Wright(2003) 연구와 칠레를 대상으로 한 Sapelli & Vial(2003) 연구는 역선택의 의한 의료이용량 증가를 보여주지만, 프랑스(Buchmueller et al., 2004)와 아일랜드(Harmon & Nolan, 2001)의 연구결과는 역선택 효과를 보여주지 못하고 있다. 국내에서는 강성욱 외 연구(2005)와 정기택 외 (2006)의 연구가 민간건강보험에 의한 의료이용량 증가는 보여주었지만 역선택의 효과는 입증하지 못하고 있다.

나. 설문항목 및 선정 사유

1) 설문문항 관련 선행 연구

개인 및 가계가 지출한 의료비와 민간의료보험을 추적조사한 대표적인 설문조사로서 미국의 MEPS가 있다. 그러나 국내에서는 가계가 지출한 의료비와 관련하여 시계열적으로 추적 조사한 패널조사는 아직 없다. 다만, 횡단면적으로

조사로서 1) 국민건강영양조사, 2) 한국노동패널조사³⁰⁾, 3) 부정기적인 보험개발원 설문조사 등이 있다.

2005년 실시된 국민영양조사에서는 민간보험가입 및 보험료 등을 조사하였지만, 조사단위가 개인이 아닌 가구주라는 한계를 가진다. 그리고 한국노동패널조사는 2001년 부가조사로서 민간의료보험 가입에 대해 설문하였다. 보험개발원에서 부정기적으로 실시하는 민간의료보험 설문조사는 전국적인 표본이 경우가 대부분이다. 본 의료비패널조사는 국내에서 최초로 실시하는 전국 단위의 민간 의료보험 관련 패널조사이다.

조사별 설문항목을 비교한 <표 IV-43>을 보면, 본 조사가 국내외 기존 조사보다 보험료 및 보험금, 가입 및 탈퇴 사유 등 풍부한 설문항목을 포함하고 있음을 알 수 있다. 미국의 MEPS를 보면 가입과 관련한 설문항목은 있지만 보험료 및 보험금, 그리고 만족도에 대한 설문은 거의 없는 것을 알 수 있다. 국민영양조사는 기본적인 보험가입여부와 보험료만을 조사하고 있으며 노동패널은 보험가입여부만을 조사하고 있다.

30) 한국노동패널조사에서는 2001년 4차년도 조사에서 단 한 차례 민간보험가입에 대한 조사하였기 때문에 패널조사가 아닌 횡단면조사라 할 수 있다.

〈표 IV-43〉 민간의료보험관련 조사별 항목비교

설문항목		MEPS	국민 건강 영양 조사	노동 패널 (부가 조사)	보험 개발원 조사
가입	현재 본인의 민간의료보험 가입여부는?	○	○	○	○
	가구주의 민간의료보험 가입여부는?	○			○
	민간의료보험을 가입한 날은?	○			
	민간의료보험을 가입한 경로는?	○			
	민간의료보험을 가입한 이유는?		○		○
상품 종류	가입한 민간의료보험의 상품종류는?				
	가입한 민간의료보험의 개수는?		○		
보험료	가입한 민간의료보험의 보험료는?		○		
가계부담	보험료가 가계에 부담이 되는가?				
직장보험	직장에서 민간의료보험이 제공하는가?	○			
외래보험금	외래 이용에 대해 보험금을 받는가?				
	외래 보험금이 도움이 되는가?				
입원보험금	입원 이용에 대해 보험금을 받는가?				
	외래 보험금이 도움이 되는가?				
기타보험금	외래, 입원 외 보험금을 받는가?				
	외래, 입원 외 보험금이 도움이 되는가?				
지급거절 경험	보험금이 지급거절당한 적이 있는가?				
	있다면, 이유는?				
해약의사 및 이유	해약할 의사가 있는가?				
	있다면, 이유는?				
추가가입	신규가입 및 추가 가입할 의향은?				
가입거부	가입을 거부당한 적이 있는가?				
	있다면, 이유는?				

2) 설문문항 선정의 기본 방향 및 주요 설문내용

(1) 기본 방향

민간의료보험 설문항목 선정의 기본 방향은 다음의 다섯 가지이다. 먼저 국내 민간의료보험의 규모를 보험료를 기준으로 정확하게 파악하는 것이다. 가계

및 개인이 부담하는 민간의료보험 규모에 대해 일부 연구자(정기택, 2004, 2005)의 조사가 있었지만, 전 국민을 대상으로 한 가계조사는 본 조사가 처음이다. 둘째, 의료이용에 대한 재원조달의 수단으로서 민간의료보험의 역할을 파악하는 것이다. 국민건강보험의 낮은 급여율 하에서 민간의료보험이 의료이용에 대한 재원조달방법으로서 큰 역할을 하고 있다. 그러나 의료비 지불방법으로서 민간의료보험의 역할 및 규모에 대해서는 고찰한 적이 없는 실정이다. 셋째, 민간의료보험의 가입 및 탈퇴 동기를 파악하는 것이다. 민간보험의 역선택(Adverse selection) 정도와 민간의료보험에 대한 만족도를 조사할 것이다. 넷째, 가입거절 및 보험금 지급거절을 조사할 것이다. 이러한 조사는 보험자의 가입자선택(Cream skimming)에 대한 자료원을 제공할 것이다. 마지막으로 민간 의료보험으로 인해 의료이용량이 증가하였는지는 조사할 것이다.

(2) 민간의료보험료 규모 추계

민간의료보험의 시장규모를 파악하기 위해서 먼저 가구 및 개인을 대상으로 민간의료보험의 가입여부와 보험종류 및 보험료를 조사할 것이다. 본 조사는 가구원 개개인의 민간의료보험 가입여부를 조사할 예정인데, 가구원을 대상으로 민간의료보험 가입여부와 가입상품 및 보험료를 조사한 것은 국내조사로 본 연구가 최초이다.

본 조사의 주요 특성은 보험 상품별로 보험료와 보험 가입일을 조사하는 것에 있다. 조사할 보험상품으로는 일반질병보험, 암보험, 실버 및 간병보험, 어린이보험, 실손형 건강보험, 상해보험, 그리고 종신 및 연금보험 등에 특약형태로 가입한 민간의료보험 등이다. 일반질병보험은 여러 질환을 보장하는 가장 보편적인 정액형 보험을 말하며, 암보험은 암만을 보장하는 보험을 말한다. 실버 및 간병보험은 노인을 피보험자로 하거나 간병서비스를 주로 제공하는 보험을 말한다. 그리고 특약형 민간의료보험은 민간의료보험이 보험의 주 계약이 아니고 종신생명보험 또는 연금보험이 주 계약으로서 여기에 특약형태로 민간 의료보험을 추가한 보험상품을 이른다.³¹⁾ 보험가입일을 조사함으로써 연도별로 보험가입현황을 파악할 수 있으며, 특히 공보험의 보장성 변화에 따른 민간의

료보험의 가입추이를 비교할 수 있을 것이다.

(3) 수령 민간의료보험금 규모(외래, 입원, 기타 등)

개인 및 가계가 의료이용 후 민간의료보험에서 지원받은 재원의 규모를 파악하기 위해서 개인이 민간보험사로부터 지급받은 보험금을 조사할 것이다. 개인이 가입한 보험상품별로 외래보험금, 입원보험금, 그 외 기타보험금으로 나누어 조사할 것이다.

본 조사에서 실시한 민간의료보험금 수령에 관련된 설문지 주요 특징은 다음과 같다. 먼저, 해당 의료이용과 수령된 보험금을 연결하여 개인의 서비스이용별 민간의료보험 재원조달을 정확하게 파악할 수 있게 하였다. 이는 '수령보험금 관련한 외래(입원, 기타)이용일'을 조사함으로써 가능하다. 둘째, 민간의료보험 상품별로 수령보험금과 의료이용일을 연결할 수 있게 되었다. 앞에서 언급하였듯이 민간의료보험은 노인, 여성, 어린이 등 인구별로 점차 세분화되고 있다. 본 조사를 통해 이러한 민간의료보험의 추세가 보험금 수령과 의료이용에도 나타나고 있는지를 확인할 수 있을 것이다. 셋째, 보험금 수령 규모를 외래, 입원, 기타 등 세 항목으로 세분화하였다. 민간의료보험금은 직접적인 의료이용과는 상관없이 특정질환의 확정 진단으로 보험금이 지급되고 있다. 이러한 보험금 규모는 '기타' 의료이용 문항에서 조사될 것이다. 넷째, 수령 보험금이 가계에 재정적으로 도움이 되었는지를 파악하였다. 이 질문 또한 외래, 입원, 기타 등으로 나누어 민간의료보험 보험금에 대한 응답자의 주관적인 만족도를 조사하였다.

(4) 가입 및 해지 사유

선택적으로 가입하는 국내 민간의료보험에 대해 보험가입자의 가입 동기는 무엇보다도 중요한 항목이다. 가입동기를 먼저 공보험의 낮은 보장성에 맞추었다. '정부건강보험의 서비스보장이 부족하다고 판단해서'과 답변 항목'불의의

31) 특약형 민간의료보험의 경우 보험료를 조사할 때 특히 주의가 요구되는데, 전체 보험료 중 민간의료보험 특약보험료만을 산정하여야 할 것이다.

질병 및 사고로 인한 가계의 경제적 부담을 경감하기 위해'를 통해서 공보험의 낮은 급여가 민간의료보험의 주된 가입사유로 작용하였는지를 파악할 수 있을 것이다.

본 설문을 통해 국내 민간의료보험의 가입동기에 역선택이 있는지 파악할 수 있을 것이다. 답변항목 중 '본인의 건강상태가 좋지 않다고 생각해서'를 통해 민간의료보험 가입에 건강상태가 영향을 미치는지를 알 수 있을 것이다. 주관적인 건강상태가 보험가입에 영향을 주었는지를 조사함으로써 역선택의 증거를 본 조사에서 고찰할 수 있을 것이다. 다시 말하면, '의료이용' 부문에서 행해진 주관적 건강상태에 대한 설문결과를 본 '민간의료보험'부문에서 행해진 가입여부에 대한 설문결과와 연결하여 건강상태가 보험가입에 영향을 미치는 지를 연구할 수 있을 것이다.

또 다른 가입사유로서 '고급서비스를 받기 위해'를 들 수 있다. 소득수준의 향상과 의료서비스에 대한 관심증대로 필수적인 서비스 외 부가적인 고급서비스에 대한 수요는 점차 증가하고 있다. 본 항목을 통해 이러한 수요가 민간의료보험 가입에 요인으로 작용하는 지를 조사할 수 있을 것이다. 가입사유로서 '보험설계사의 권유에 못 이겨서'는 보험가입이 본인의 자발적인 필요정보보다는 외부적 요인에 의해 발생하는 경우라 하겠다. 이는 보험가입에 대한 한국적 현실을 감안한 가입요인으로서 이러한 답변항목을 이용하여 가입의 자발적 요인을 자발적 요인과 분리할 수 있을 것이다. 한편, 민간의료보험 가입자를 대상으로 민간의료보험의 추가가입의사를 설문에 포함하였다.

가입사유와 함께 반드시 조사되어야 할 항목은 해약사유일 것이다. 먼저 해약의사 여부를 조사할 것이며, 해약의사가 있는 응답자 중 구체적인 해약사유를 조사할 것이다. 본 조사에서 파악할 해약의사는 1) 민간의료보험에 대한 만족도, 2) 가입자의 재정적 이유, 3) 공보험과의 관계 등으로 크게 나눌 수 있다.

만족도가 높을수록 민간의료보험에 대한 해약확률은 낮아질 것인데, 해약사유로서 민간의료보험에 대한 만족도를 나타내는 답변 항목으로는 '수령한 보험금이 의료비에 큰 도움이 되지 않아서' '보험에서 급여하는 질환이 너무 협소하여서' '높은 보험료에 비해 수령하는 보험금이 적어서' 등 세 가지를 들 수

있다.

해약사유로서 재정적인 면을 알아보기 위해 답변항목에 '보험료가 가계에 부담이 되어서'를 포함하였다. 민간의료보험 가입에서와 마찬가지로 해지사유에서도 공보험의 보장성('국민건강보험이 확대되어 민간건강보험이 더 이상 필요 없어서')이 중요한 변수가 될 것이다. 공보험의 보장성이 충분하면 민간의료보험의 해지는 자연히 높을 것으로 쉽게 예상할 수 있다. 본 설문항목은 공보험과 민간보험의 관계에 대한 중요한 자료를 제공할 것이다. 마지막으로 본인의 의료이용에 따른 보험해지 여부도 조사하였다.

(5) 가입거부 및 보험금 지급거절

본 조사는 가입거부 경험 및 사유를 조사함으로써 민간의료보험의 cream skimming에 대한 연구를 위한 중요한 자료원이 될 것이다.

설문에 포함된 구체적인 거부이유로는 '나이가 많아서' '과거 병력 때문에' '직업 때문에' '신용이 낮아서' 등이다. 나이와 과거 병력은 민간의료보험이 가입을 거절하는 대표적인 이유이며 직업과 신용상태도 가입거절 사유로 알려져 있다.

본 조사에서는 외래, 입원, 기타 등의 이유로 보험회사에 청구한 보험금이 지급거절된 경험 및 사유도 조사할 것이다. 지급거절사유로는 '보험대상 서비스 및 질환이 아니라서' '고지의무를 위반하여서' '기왕중에 해당하여서(보험가입전에 존재한 질환이어서)' '보험료미납 등으로 보험이 실효상태이어서' '보장기간이 이미 초과되어서' 등이다.

(6) 민간의료보험과 의료이용 증가

보험가입으로 의료이용은 증가한다. 이러한 의료이용 증가에 대한 고찰은 오랜 연구과제였다. 본 조사를 통해 먼저 민간의료보험 가입으로 인해 증가한 의료이용 규모를 계량적으로 파악할 수 있을 것이다. 더 나아가 보험상품별로 의료이용 증가분을 비교할 수 있을 것이다. 공보험하에서 부가적으로 보험을 가입하는 보충형 민간의료보험하에서 민간보험으로 인한 의료이용량 증가는 공보

험의 의료이용도 증가시킬 수 있는 가능성이 상존한다(Ettner, 1997). 본 조사결과는 이러한 공보험과 민간보험의 관계에 대한 실증적 연구에 중요한 자료원이 될 것이다.

보험으로 인한 의료이용 증가분에는 도덕적 해이에 의한 증가와 역선택에 의한 의료이용 증가분이 모두 포함되어있다. 역선택에 의한 의료이용증가가 존재하는지를 실증적으로 고찰하는 것은 용이하지 않은 과제이다. 본 조사는 보험 가입에 대한 다양한 설문항목을 통해 역선택에 대한 의료이용증가를 고찰할 자료원을 제공할 것이다.

다. 정책적 함의 및 기대효과

공보험의 보장성을 제고하기 위해 정부와 국민건강보험공단은 2005년 본인부담상한제(Copayment ceiling system)를 도입하였고, 2006년에는 암, 심장질환 등 주요 질환에 대해 건강보험의 보장성을 지속적으로 제고하고 있다. 이러한 공보험 보장성강화정책은 민간의료보험시장에 큰 영향을 줄 것으로 예상된다. 한편 공보험의 낮은 급여율³²⁾로 인해 민간의료보험 시장은 지속적으로 확대되어 왔다. 결국 공보험의 급여율과 민간보험의 시장크기는 불가분의 관계를 가지지만, 현재까지 양자간의 관계에 대한 실증적인 연구는 민간의료보험의 가입과 보험료 등에 대한 통계부족으로 인해 전문한 실정이다. 본 조사를 통해 공보험과 민간보험의 관계(공보험급여율과 민간의료보험 가입율의 관계 등)에 대한 실증적인 연구가 활발해 질것으로 전망된다.

의료재원을 효율적으로 분배하여 점증하는 국민의료비를 억제하는 것이 대부분의 선진 국가들에게는 중요한 보건정책의 목표가 되었다. 이러한 정책목표를 실현하기 위해서는 무엇보다도 가계 및 개인이 의료서비스를 이용한 후 조달하는 의료재원(Healthcare finance)에 대한 연구가 필요하다. 이용한 의료서비스별로 지불보상된 의료재원의 흐름을 정확하게 파악하여야만 의료재원의 분배효율성을 도모할 수 있을 것이다. 그러나 아직 의료서비스별 국민의 의료재원에

32) 국민건강보험의 급여율은 약 50-60% 수준임(김정희, 2006)

대한 흐름을 파악하지 못하고 있다. 외래와 입원서비스 별 국민건강보험, 민간보험사, 개인 등이 지불하는 의료비에 대한 체계적인 조사는 전문하다. 다만 총 의료비에서 공보험이 지불하는 의료비에 대한 조사만이 연구자별(김정희, 2006)로 행하여 왔었다. 본 조사를 통해 의료서비스별, 질병별 의료재원의 흐름을 추적할 수 있으며, 이는 정부의 주요 보건정책목표인 의료자원의 효율적인 배분에 기여할 것이다.

민간의료보험으로 인한 도덕적 해이의 정도와 역선택의 존재여부를 파악하는 것은 보험시장의 효율성을 위해서 무엇보다도 필요한 연구일 것이다. 공보험 외에 부가적으로 민간의료보험을 가입하는 경우 민간의료보험가입으로 인한 도덕적 해이는 공보험의 재정에도 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Ettner, 1997). 민간의료보험 가입자의 의료이용 증가는 공보험이 급여하는 서비스의 의료이용 증가를 동반하여 공보험의 재정건정성과 의료이용의 형평성에도 부정적인 영향을 초래할 수 있다. 예를 들면, 민간의료보험을 가입한 사람은 가입하지 않은 사람보다 공보험의 급여를 더 많이 받게 되는데, 가입한 사람이 소득이 높다면 공보험의 형평성은 심각하게 훼손된다. 정부는 공보험의 재정건정성과 형평성 제고를 위해 민간의료보험³³⁾으로 하여금 공보험의 본인부담금에 대해서는 급여를 하지 못하도록 하는 ‘민영의료보험법’을 추진한 바 있다. 그러나 민간의료보험사는 이 법안이 민간보험시장을 위축하여 결국 국민이 부담해야 하는 건강위험을 확대시킬 것이라며 반대하고 있다. 이러한 논쟁의 발전적 전개를 위해서는 국내 민간의료보험의 가입으로 인한 공보험의 의료이용 증가에 대한 실증적인 연구가 필요한 시점이다. 본 조사는 이러한 연구에 기초적인 통계자료원이 될 것이다.

33) 민간의료보험 중 실제 발생한 의료비를 보상하는 실손형 의료보험에만 해당된다.

5. 건강상태, 건강의식 및 행태

가. 건강상태, 건강의식 및 행태 관련 선행연구

건강상태 문항은 크게 일반적 건강수준에 해당하는 항목들과 활동제한(혹은 기능제한 및 장애)에 해당하는 항목들로 구성할 수 있다(표 IV-44). 일반적 건강수준에는 EQ-5D와 EQ-VAS로 측정하는 건강관련 삶의 질과 주관적 건강수준을 묻는 문항을 포함하고, 활동제한에는 활동제한 일수, 신체적 기능의 제한으로서 시력, 청력, 씹기 능력의 제한, 정신적 기능의 제한, 사회적 기능의 제한, 그리고 활동제한 혹은 장애의 개념으로서 일상활동제한과 수단적 일상활동제한 및 그 이유 등이 포함될 수 있다.

여기서 EQ-5D³⁴⁾는 일반 인구집단을 대상으로 건강관련 삶의 질을 프로파일 형태와 0에서 1사이의 index로 측정할 수 있는 세계적으로 널리 사용되는 도구이다. EQ-5D를 개발한 Euroqol group에서 타당성을 인정한 한국어 번역판이 있으며, 비용이 들지 않으며 문항이 5개로 이루어져 조사 부담이 적다는 장점이 있다. EQ-VAS는 0-100의 범위를 갖는 세로로 긴 눈금자 형태의 도구로서 상상할 수 있는 가장 나쁜 상태를 0점, 상상할 수 있는 가장 좋은 상태를 100점으로 정의하고 조사 당시의 본인의 건강상태를 눈금에 표시하도록 하여 조사한다.

MEPS에서는 'Adult self-administered questionnaire'에 주관적 건강상태와 EQ-5D를 포함하고 있다. MEPS의 대부분의 다른 조사와는 달리 이 부분은 본인이 직접 기입하도록 함으로써 보다 정확한 조사가 이루어질 수 있도록 하고 있다.

활동제한일수는 2005년 국민건강영양조사에서는 1달간 침상와병일수, 1달간 결근결석일수를 통해 1년간의 활동제한일수를 조사하는 방식을 취하였다. 1998

34) EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health -related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.

년과 2001년 국민건강영양조사에서는 지난 2주간의 활동제한일수를 물었는데 2주간의 활동제한일수로 연간 활동제한일수를 구하는 방식보다 더 신뢰성이 높을 것으로 판단하여 준거기간을 늘리고자 하였다. MEPS에서는 지난 1년간의 활동제한일수를 파악하고 있다.

활동제한은 신체적, 정신적, 사회적 기능제한과 장애로 정의된다. 신체적 기능제한은 시력, 청력, 씹기에서의 제한으로 측정되기도 한다. MEPS에서는 신체적 기능제한을 위해 다수의 문항을 포함하고 있지만 2005년 국민건강영양조사에서는 EQ-5D의 '운동능력'의 제한과 시력, 청력, 씹기 제한으로만 조사하였다. 정신적 기능제한과 사회적 기능제한에 관한 문항은 국민건강영양조사에서는 조사된 적이 없는 문항으로서 MEPS에서 사용된 문항들이다. 이는 기능의 제한을 신체적, 정신적, 사회적 요소를 모두 포함하도록 하여 WHO의 건강의 정의에 부합하도록 하기 위해서이다.

장애는 외국의 경우 활동제한과 동일한 개념으로 사용되는 개념이다. MEPS에서는 일상활동 혹은 수단적 일상활동에서의 제한이 3개월 이상 지속되었거나 지속될 것이 예상되는 경우 장애 혹은 활동제한으로 정의한다. 일상활동은 2005년 국민건강영양조사에서 옷입기, 세수하기, 목욕, 식사, 침상에서 나오기, 화장실 사용, 대소변 조절로 정의하였고 수단적 일상활동은 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건사기, 금전관리, 전화사용, 약 챙겨먹기로 정의하고 있다.

〈표 IV-44〉 건강상태 및 건강행태 항목 비교표

조사항목		'98 국민건강 영양조사	'01 국민건강 영양조사	'05 국민건강 영양조사	MEPS
일반적 건강 수준	EQ-5D	-	-	○	○
	EQ-VAS	-	-	○	○
	주관적 건강상태	○	○	○	○
활동 제한	기능제한	○	○	○	○
	장애	-	-	○	-
	기억력 감퇴로 인한 일상생활 지장	-	-	-	○
	결정 곤란	-	-	-	○
	평소 하던 일 제한	-	-	-	○
	사회생활, 가족생활, 여가생활 제한	-	-	-	○
	일상활동 수행능력(ADL)	○	-	○	○
	수단적 일상활동 수행능력(IADL)	○	-	○	○
건강 행태	흡연	○	○	○	○
	음주	○	○	○	○
	비만 및 체중조절	○	○	○	○
	신체활동 및 운동	○	○	○	○
	정신건강	○	○	○	○
	영양	○	○	○	○
	건강검진	○	○	○	-
	안전의식	○	○	○	-
	휴식	○	○	○	-
	구강건강	-	-	○	○

흡연과 관련해서는 2005년 국민건강영양조사에서 가장 많은 문항을 포함하고 있었다. 2005년에는 정부의 금연정책 프로그램인 금연상담, 금연캠페인 등의 이용을 알 수 있는 문항과, 간접흡연의 피해를 객관적으로 알 수 있는 항목 등이 추가되었다.

음주에 관한 문항들 중 '절주', '과음'과 같이 정의가 뚜렷하지 않은 개념들을 묻는 항목들은 2005년에 삭제되고, 대신 고위험음주, 알코올 의존에 관한 문항들이 추가되었다. 의료패널조사에는 음주에 관한 기본 항목이라고 할 수 있는 음주 여부, 음주량, 그리고 고위험음주만 포함하였다.

신체활동은 근육의 움직임으로 에너지소모를 하게 되는 모든 종류의 활동을 말하며 운동을 포함하는 개념으로서 2005년 국민건강영양조사에 처음으로 도입되었다³⁵⁾. WHO는 거의 매일 최소한 30분씩의 규칙적인 중등도 신체활동으로 심혈관질환, 당뇨, 직장암, 유방암 등의 위험을 감소시킬 수 있다고 하면서 모든 회원국들에게 신체활동을 통한 만성질환을 감소시키도록 촉구하였다³⁶⁾. 미국의 경우 주5일 이상 최소 30분 이상씩의 중등도 신체활동을 하거나 주 3일 이상 최소 20분 이상씩의 격렬한 신체활동을 할 것을 권고하고 있다³⁷⁾. 우리나라의 경우 확정된 권고안은 없으므로 신체활동 종류별로 지속시간과 날수를 조사하여 분석에 유연성을 갖도록 하고 있다.

국민건강영양조사에서 정신건강과 관련된 개념으로는 스트레스 인지와 자살 생각 등이 포함되어 있으며, 영양에 관해서는 결식, 간식, 외식 등 식습관, 식품 섭취량, 식품섭취빈도를 포함한 매우 광범위한 문항들을 포함하고 있다³⁸⁾.

나. 건강상태 및 행태 관련 설문항목 및 선정이유

1) 설문 항목 선정의 기본 방향 및 주요 항목

의료패널조사의 주요 산출 지표가 의료이용 및 의료비이므로 이 조사에서 건강상태, 건강의식 및 행태조사는 필요한 최소한의 설문으로 구성하는 것이 바람직하다고 사료된다. 주관적 건강상태, EQ-5D로 측정하는 건강관련 삶의 질이 전반적인 건강상태를 파악하기 위한 도구로 포함되었다.

활동제한에는 침상와병일수, 결근결석일수, 시력 제한, 청력 제한, 씹기 제한,

35) 이하 신체활동과 관련된 여러 가지 용어에 대한 정의는 다음의 웹사이트를 참조할 것. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/terms/index.htm>

36) WHO, 「Global strategy on diet, physical activity and health」, 57th World Health Assembly, 2005.

37) 「Healthy People 2010」. Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services.

38) 국민건강영양조사 중 영양조사의 문항에 관해서는 김초일 등. (2006). 「국민건강영양조사 진행보고서-영양조사 부문」, 보건복지부·한국보건산업진흥원 참조.

기억 제한, 결정 제한, 사회활동 제한 등에 관한 문항이 포함되었고, 장애에 관해서는 장애의 유무 및 원인을 조사하는 문항이 포함되었다. 장애는 일상활동 제한(ADL) 혹은 수단적 일상활동제한(IADL)이 3개월 이상 지속되는 경우로 정의하였다.

〈표 IV-45〉 건강상태 주요 항목

구 분	항목 설명
주관적 건강상태	주관적 건강상태
건강관련 삶의 질	EQ-5D EQ-VAS
기능제한	신체적 기능 제한 (침상와병일수) (결근결석일수) (시력 제한) (청력 제한) (씹기 제한) 정신적 기능 제한 (혼돈, 기억감퇴) (결정) 사회적 기능 제한 (평소 하던 일) (사회, 여가, 가족)
장애	수단적 일상활동 제한(식사준비, 빨래, 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건사기, 금전관리, 약먹기) 일상활동제한(옷입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 침상에서 일어나기, 화장실 사용, 대소변 조절) 장애의 이유

건강의식 및 행태조사를 위한 설문에는 흡연, 음주, 신체활동, 영양, 정신건강, 비만이 포함될 수 있으며, 이 밖에 건강검진, 사고 및 중독에 관한 문항들도 고려할 수 있으나, 이는 의료서비스를 이용하는 행태에서 파악이 될 것으로 판단되어 본 영역의 항목에서는 제외하였다.

〈표 IV-46〉 건강의식 및 행태 주요 항목

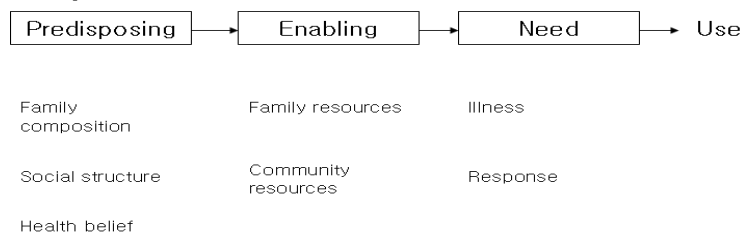
구 분	항목 설명
흡연	평생 5갑 이상 흡연 여부 현재 및 과거 흡연, 현재 흡연량 지난 1달간 흡연일수 과거 흡연기간/흡연량 직장/가정 간접흡연 시간
음주	지난 1년간 음주 여부, 일수 음주량, 폭음횟수
신체활동	격렬한 신체활동 (일수, 시간) 중등도 신체활동 (일수, 시간) 걷기 (일수, 시간)
영양	지난 1일간 매끼 식사 여부 지난 1년간 간식/외식 빈도 간식 종류
정신건강	스트레스, 자살생각
비만	주관적 비만 인식 지난 1년간 체중조절 여부 키, 몸무게

2) 설문항목 관련 학문적, 정책적 수요와 이론적 배경

(1) 건강상태

의료이용 및 의료비와 건강상태의 관계는 서로 영향을 주고받는 관계로서 중요한 의미를 갖는다고 할 수 있다. 먼저 건강상태가 의료이용 및 의료비를 결정하는 것을 설명하는 대표적인 이론으로 의료이용에 관한 Anderson 모형 (Anderson, 1968)을 들 수 있다(그림 IV-4).

[그림 IV-4] Anderson 모형



이 모형에서 건강상태는 욕구(need) 요소를 나타낸다. 건강상태는 '이환(illness)'으로만 표현되고 있지만 건강상태의 연속선(spectrum)을 모두 포함한다고 할 수 있다. 이 때 건강상태의 연속선이란 건강한 상태-질병-기능제한-장애-사망을 말한다. Anderson 모형에서의 가설은 동일한 조건에서 욕구가 클수록 의료이용이 많을 것이라는 것이다. 정책적으로 보면 이는 수요가 많은 곳에 자원을 많이 배분하도록 함으로써 효율적으로 자원을 사용할 수 있다는 의미가 있다.

두 번째로 건강상태의 결정요인으로서의 의료이용을 설명하는 이론으로는 건강의 수요이론(Grossman and Joyce, 1972)을 들 수 있다. 소비자들이 의료서비스를 이용하는 것은 의료서비스 자체로부터의 효용을 얻기 위해서라기보다는 '건강'을 얻기 위해서이다. 건강의 수요이론은 태어날 때 어느 정도의 자본(initial stock)을 갖고 태어나며 나이가 들에 따라 감소한다는 전제 하에 건강(자본)에 대한 적절한 수준의 투자가 무엇인가를 설명한다. 건강자본은 생산함수에 의해 생산되는데 생산함수는 소비자의 시간, 의료서비스, 영양, 운동, 여가, 주거 등의 재화, 그리고 교육수준과 같은 요인에 의해서 결정된다. 즉, 건강은 외생변수가 아니고 건강을 생산하는 자원들의 분배에 의해 결정된다.

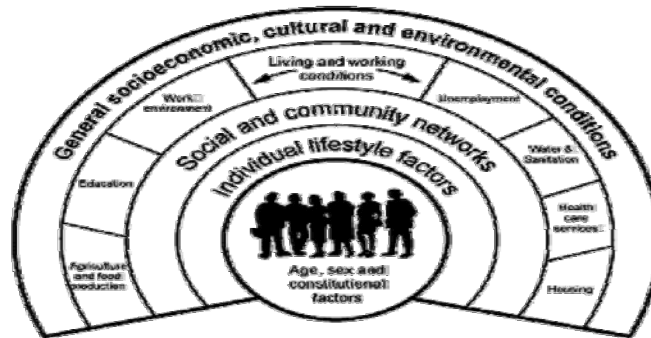
건강상태의 결정요인으로서의 의료이용은 건강상태가 의료이용의 효과성을 판단할 수 있는 도구로 사용될 수 있다는 것을 의미하며 여기에 정책적인 의미가 있다. 즉, 동일한 조건에서 의료이용 및 의료비 지출이 건강상태를 향상시키는지에 대한 평가의 모형이 될 수 있다.

(2) 건강의식 및 행태

개인의 건강의식과 행태는 건강결정요인으로 알려져 있다. [그림 IV-5]에서 말하고 있는 것은 개인의 성, 연령, 유전적 요인과 같은 태어나면서부터 타고난 요인들이 기본적으로 건강을 결정하지만, 개인의 생활행태, 사회적인 연결망 등 개인이 의지에 따라 변화시킬 수 있는 요인들도 건강에 영향을 미치고, 마지막으로 이 모든 건강결정요인에 대하여 일반적인 사회경제적, 문화적, 환경적 조건들이 영향을 미친다는 것이다.

건강증진이론에서 [그림 IV-5]의 건강결정요인 모형은 사회경제적 환경까지 포함한 넓은 의미의 건강증진의 방법을 제시한다. 반면에 가장 좁은 의미의 건강증진이론은 개인의 건강의식과 행태의 변화를 통한 건강의 향상을 지향한다. Taylor et al.(1982)은 건강증진의 실행을 영양, 체중관리, 운동, 적당한 음주, 금연, 적당한 약물 사용, 휴식 및 수면, 스트레스 관리 등 8가지를 통하여 이룰 수 있다고 하였다. 이러한 이론을 뒷받침하여 준 대표적인 실증 연구로는 Belloc과 Breslow(1972)의 연구가 있다. 이들은 코호트 연구를 통하여 많은 질병과 조기 사망이 6 가지 기본적인 건강생활습관, 즉 간식을 하지 않고 하루 세 끼의 규칙적인 식사, 1주일에 최소한 3회 이상의 운동, 매일 7~8시간의 수면, 금연, 정상 체중 유지, 적당한 음주를 실행함으로써 예방될 수 있다고 결론을 내렸다. 이들은 더 나아가 45세 남자의 경우 이상의 6가지 습관 중 2가지 이하를 실천할 때는 21.6년을 더 살 수 있는 반면에 6가지 전부를 실천하면 33.1년을 더 살 수 있다고 하였다.

[그림 IV-5] 건강의 주요 결정요인



자료: Whitehead & Dahlgren, 1991

우리나라 정부의 건강증진정책도 넓은 의미의 건강결정요인을 정책 개입의 지점으로 삼고 있기 보다는 좁은 의미, 즉 건강생활실천을 중심으로 시작되었으며 점차 사회적 요인을 고려한 넓은 범위로 정책 개입의 지점을 확대하는 추

세에 있다고 할 수 있다. 1995년에 국민건강증진법이 시행되면서 실질적인 건강증진정책이 시작되었다고 할 수 있는데 이 때의 정책은 건강생활실천을 통하여 스스로 건강을 관리할 수 있도록 주민 대상의 보건의료기관 등의 환경을 조성하는데 역점을 두었다. 우리나라 건강증진정책의 목표와 내용은 「국민건강증진종합계획 2010(Health Plan 2010)」에 집약되어 있다고 할 수 있는데 2002년에 처음 발표되었을 때는 건강생활실천과 질병예방에 초점을 맞추었다. 2005년에 개정된 "새국민건강증진종합계획 2010"(Health Plan 2010: 서미경 등, 2005)에는 역시 금연, 절주, 운동, 영양의 건강생활실천이 포함되어 있으며, 인구집단별 건강관리와 건강환경조성 등 사회경제적 환경에까지 건강증진정책의 범위를 확대하고자 한 것을 엿볼 수 있다(표 IV-47).

〈표 IV-47〉 새국민건강증진종합계획 2010의 4대 영역 24개 중점과제

건강생활실천 확산	예방중심의 건강관리	인구집단별 건강관리	건강환경조성
금연 절주 운동 영양	암관리 고혈압 당뇨병 과체중과비만 심·뇌혈관질환 관절염 예방접종대상전염병관리 에이즈·성병및혈액매개전염병관리 매개체전염병관리 식품매개전염병관리 신종전염병관리 결핵·호흡기질환및약제내성관리 정신보건 구강보건	모성보건 영유아보건 노인보건 근로자건강증진 학교보건	건강형평성확보

3) 설문항목에 관한 research questions

☐ 건강수준과 의료비

- 질병, 사고, 임신에 따른 의료비 차이

- 주관적 건강수준, 건강관련 삶의 질에 따른 의료비의 차이
- 신체·정신·사회 기능제한이 의료비에 미치는 영향
- 신체·정신·사회 장애가 의료비에 미치는 영향
- 사망전 의료비 결정요인

□ 건강증진행위와 의료비

- 흡연량·흡연기간·금연기간·간접흡연과 의료비의 상관관계
- 음주량·고위험음주·음주운전·알코올중독과 의료비의 상관관계
- 신체활동과 의료비의 관계
- 충분한 수면·비만관리·정기적 건강검진과 의료비의 관계

□ 질병관리와 의료비

- 의료인의 권고과 의료비의 관계
- 정기적인 치료(예, 의사 방문, 처방약 복용)와 의료비의 관계
- 만성질환 관리에 대한 교육 및 증상에 관한 지식과 의료비의 관계

4) 설문항목 full list 및 선정이유

(1) 건강상태

<표 IV-48>은 건강상태 설문항목의 full list를 제시하고 있다. 의료패널조사에는 포함되지 않은 문항들을 중심으로 선정 이유를 기술하고자 한다.

〈표 IV-48〉 건강상태관련 주요 설문내용

구분	내용
• 주관적 건강상태	
• 건강관련 삶의 질	EQ-5D 및 EQ-VAS
• 만성질환	의사진단 여부, 진단 시기, 활동제한 정도, 건강행태에 관한 의사의 권고, 관리지표
- 고혈압	지속적 약물 치료 여부, 혈압 측정 주기, 혈압 조절 여부, 관리 교육
- 당뇨	치료 약/인슐린 사용, 합병증 발생 여부/시기/종류, 관리 교육
- 뇌졸중	후유증 여부/종류, 지속적 약물 관리 여부, 재활 치료 여부, 관리 교육
- 심근경색	지속적 약물 치료 여부, 의사의 아스피린 복용 권고, 관리 교육, 증상에 관한 지식
- 협심증	
- 관절염	관리 교육
- 천식	
- 만성폐쇄성폐질환	연간 발작 여부, 정기적 치료, 관리교육
- 기타 질환	골다공증, 디스크, 빈혈, 알레르기성 비염, 백내장, 치아우식증, 치주 질환, 아토피성피부염, 피부알레르기, 위염, 위십이지장궤양, 정신과 질환, 간질환
• 기능 상태	심각한 정도, 주된 원인, 제한 발생시기/기간
- 신체 기능	시각, 청각, 저작
- 정신 기능	기억, 인지, 집중, 의사소통
- 사회 기능	주된 생활 활동, 여가, 가족, 사회 활동
• 장애	심각한 정도, 주된 원인, 발생 시기/기간
- 일상생활	세수하기, 목욕하기, 옷입기, 식사하기, 침상에서 일어나기, 화장실 사용, 대소변 조절
- 수단적 일상생활	몸단장하기, 집안일하기, 식사 준비, 빨래, 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건사기, 금전관리, 전화사용, 약먹기
- 활동제한 일수	활동제한 일수, 침상와병일수, 결근일수, 결석일수
• 여성	월경, 임신, 출산
• 사고 및 중독, 손상	연간 발생 횟수, 시기, 장소, 사고 유형

첫째, 질병과 관련해서 단순한 질병의 유무뿐만 아니라 진단 시기, 각 질병으로 인한 활동제한, 각 질병의 관리지표 및 관리를 위한 의사의 건강행태 권고를 조사할 필요가 있다. 진단 시기는 질병이 얼마나 오래되었는지를 통하여 의료서비스의 필요성에 대한 추가적인 정보가 될 수 있다. 각 질병으로 인한 활동제한은 각 질병의 질병부담의 지표가 될 수 있기 때문에 1998년과 2001년 국민건강영양조사에도 포함되었던 문항이다.

질병과 의료비의 관계에 있어서 또 다른 흥미 있는 연구 주제가 될 수 있는 것은 질병의 관리지표와 의료비와의 상관관계일 것이다. 즉, 환자 스스로가 질병 관리 지침에 따라서 건강행위를 실천할 때 추가적인 합병증이나 장애를 예방함으로써 불필요한 의료이용을 막을 수 있을 것이다. 또한 건강의 전문가인 의사의 권고는 일반적인 캠페인보다 효력이 큰 것으로 알려져 있다. 예를 들어, 금연 권고나 운동 실천 권고 등이 실질적으로 건강행태로 이어지는지에 대한 가설을 검증하고, 더 나아가서 의사의 권고를 잘 따르는 집단의 의료비 지출이 그렇지 않은 집단의 의료비 지출보다 더 낮은지 검증할 필요가 있다.

둘째, 기능 상태를 측정함에 있어서는 WHO의 건강의 정의에 따라 신체, 정신, 사회 기능 상태를 포괄할 수 있어야 한다. 다만 의료패널조사에서는 신체적 기능 상태에 시력, 청력, 씹기만 포함하였고, 운동능력에 관련된 문항들은 모두 제외되었다. 또한 정신적 기능 상태에 대해서도 기억력과 판단 능력만 포함하였고 집중력이나 의사소통에 관한 문항은 제외되었다.

셋째, 장애와 관련된 문항은 일상생활과 수단적 일상생활 각각의 활동에 대하여 심각한 정도, 주된 원인, 발생시기를 조사할 필요가 있다. 각 활동 제한의 심각한 정도는 Disability-Adjusted Life Expectancy 등 장애를 보정한 지표를 생산할 때 필요한 정보가 될 수 있다. 장애의 원인은 장애를 예방하기 위하여 개입이 필요한 질병이나 상태를 파악하기 위하여 필요하며, 장애의 발생시기는 의료서비스의 욕구의 지표가 될 수 있기 때문에 필요하다고 할 수 있다.

넷째, 여성의 경우 초경, 폐경, 임신, 출산 등 산부인과적 영역이 의료서비스의 필요와 밀접한 관련이 있기 때문에 MEPS나 국민건강영양조사에서 지속적으로 조사되었던 항목이다. 또한 사고와 중독도 의료서비스를 필요로 하는 상태이기 때문에 조사가 필요하지만 발생률이 비교적 낮다는 점 때문에 의료패널 조사에서는 신뢰성 있는 자료가 생산되지 못할 우려가 있어 제외되었다.

(2) 건강의식 및 행태

건강의식 및 행태의 full list에는 건강증진 문헌에서 건강결정요인으로 근거가 있는 건강실천행위 가운데 흡연, 음주, 신체활동, 영양, 수면, 비만, 건강검진

이 포함되었다.

흡연 문항에서는 full list 가운데 금연과 관련된 문항이 제외되었다. 금연으로 인한 의료서비스 이용 및 의료비의 감소와 같은 금연의 편익을 평가할 수 있기 위해서는 금연 기간에 대한 정보가 필요할 것이다.

음주 문항에서는 알코올의존과 음주운전 여부가 full list에 포함되었다. 알코올의존은 AUDIT(Fabor et al., 2001)이나 CAGE(Ewing, 1984)와 같은 구조화된 도구로 측정이 가능한 것으로서 고위험음주에 비하여 만성적인 음주 문제이므로 의료서비스 이용과 관련이 높다.

신체활동 문항에는 앉아 있는 시간이 포함되어 있다. 이것은 앉아 있는 시간이 길수록 필요한 신체활동을 할 수 있는 시간이 줄어들고 따라서 건강상태에 부정적인 영향을 미칠 것이라는 가정 때문이다.

하루 7~8시간의 수면은 건강을 위해 필요하다는 것이 알려져 있어 수면이 full list에 포함되었고, 건강검진은 조기에 질병을 발견함으로써 장기적으로 의료비를 절감할 수 있기 때문에 full list에 포함되었다.

〈표 IV-49〉 건강의식 및 행태 관련 주요 설문내용

구분	내용
흡연	평생 100개비 이상 흡연여부, 과거 흡연기간, 과거 하루평균 흡연개비 수 현재 흡연-매일 흡연여부, 지난 1달간 흡연일수, 하루 평균 흡연 개비 수 금연-시도 여부, 금연 기간 간접흡연-가정 및 직장에서의 하루 평균 간접흡연 시간
음주	지난 1달간 음주 일수, 하루 평균 음주량 고위험음주-지난 1달간 횟수 알코올의존, 음주운전 여부
신체활동	중등도 신체활동-지난 1주간 횟수, 지속 시간 격렬한 신체활동-지난 1주간 횟수, 지속 시간 지난 1주간 걷기 횟수, 지속시간 하루 평균 앉아 있는 시간
영양	아침결식 외식횟수 간식-횟수, 종류
수면	하루 평균 수면 시간
비만	주관적 체형에 관한 인식 키, 체중, 체중조절-여부, 방법
건강검진	일반 건강검진 여부, 종류, 암검진-유방암, 자궁경부암, 대장암, 위암, 간암

5) 기존 조사와의 차별성

기존의 건강상태, 건강의식 및 행태조사로서 대표적으로 국민건강영양조사를 들 수 있다. 의료패널조사는 기존 조사와의 비교를 가능하게 하기 위하여 가능하면 국민건강영양조사의 항목을 그대로 사용하는 것을 원칙으로 하였다. 다만 국민건강영양조사와 차별이 있다면 기능 제한 부분에 정신적 기능 제한과 사회적 기능 제한 문항을 추가하여 신체적, 정신적, 사회적 기능 제한이 모두 조사될 수 있도록 하였다는 점이다.

다. 의료패널 설문항목에 따른 정책적 함의

건강상태는 앞서 2절의 학문적, 정책적 수요 및 이론적 배경에서 설명한 바와 같이 의료서비스의 이용을 결정하는 욕구 요인으로서 필요하며 동시에 의료이용을 포함한 건강생산함수에 포함되는 요소들로부터 원하는 건강수준을 달성했는지를 측정하기 위해 필요하다. 전자와 후자 모두는 정책적으로 필요한 곳에 의료서비스가 공급되고 있는지 자원의 효율적인 배분을 가늠할 수 있는 틀이라고 할 수 있다.

건강의식 및 행태는 건강상태를 결정하는 요인으로서 의미를 갖는다. 만약 건강의식 및 행태를 바람직한 방향으로 실천하는 것이 건강상태의 향상을 가져오고 이어서 의료비 지출의 감소로 이어진다는 것이 밝혀진다면 건강의식 및 행태를 위한 사업이나 정책을 제공하는 중요한 근거가 될 것이다.

라. 의료패널 설문항목에 대한 기대효과 및 활용방안

인구집단의 건강상태의 측정은 그 자체로서 보건의료체계의 성과를 보여주는 지표로 사용될 수 있다. 보건의료서비스 및 의료전달체계, 보험제도 등의 특성에 의해 건강상태가 결정되기 때문이다. 개인 수준의 건강상태의 측정은 역시 보건의료서비스 이용 등 다양한 건강결정요인에 의해 달성되는 건강수준을 분

석하는데 사용될 수 있다.

또한 의료서비스 이용에 대한 욕구 요인으로서 의료서비스 이용을 결정하는 요인이라는 점에서 의료자원이 필요한 곳에 적절하게 사용되고 있는지를 분석하는데 사용할 수 있다. 만약 더 나쁜 건강상태를 가진 집단의 의료이용 및 의료비 지출이 더 나은 건강상태를 가진 집단의 그것보다 같거나 낮다면 이는 자원이 효율적으로 배분되고 있지 못하다는 뜻이며, 따라서 정책적인 개입의 여지가 있음을 나타낸다.

건강의식 및 행태는 건강상태를 향상시킴으로써 보건의료서비스 이용 및 의료비 지출을 감소시킬 수 있다. 이는 보건의료서비스 이용 및 의료비 지출을 감소시킬 수 있는 방법들을 제시하는데 활용될 수 있음을 의미한다. 예를 들어, 중등도 신체활동의 실천을 하는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 다른 조건이 같을 때 의료비 지출이 더 적다는 점이 밝혀진다면 중등도 신체활동 실천을 확산할 수 있는 정책들을 마련할 수 있는 근거로 활용될 수 있을 것이다.

V. 한국의료패널의 부가 설문내용

1. 사회연결망

가. 사회연결망 변수 관련 선행연구

의료패널에 포함된 사회연결망 관련 항목들을 기존 조사에서 사용된 항목들과 비교함으로써, 연결망 항목들의 특징과 장점, 그리고 한계들을 논하고자 한다. 그리고 기존 연구에서 연결망 변수들이 어떻게 사용되었으며 그 결과 연결망과 건강 또는 보험과 관련하여 어떠한 기제들이 밝혀졌는가를 검토한다.

본 연구에서 사회연결망이라 함은 행위자들 사이의 관계를 의미한다. 사람들의 개인적 속성이 아니라 사람들 사이의 관계가 어떻게 형성되어있고 그 유형이 어떻게 의료비에 영향을 주고받는 지를 연구한다. 특히, 응답자가 누구에게 건강과 관련된 다양한 도움을 받는 지, 그렇게 도움을 주는 사람들 사이의 관계는 무엇인지를 살펴봄으로써 사회연결망의 구조를 측정하는 데 주안점을 둔다.

1) 설문항목(변수)과 기존조사에 사용된 변수 비교

건강과 관련한 사회연결망은 1970년대에서 80년대 중반에 걸쳐 사회적 지지라는 용어 아래 많은 형태로 쓰여 왔으며(Cohen and Syme, 1985), 80년대 중반이후 현재까지 사회연결망, 사회 자본 등과 같은 다양한 이름과 논쟁아래 지속적으로 쓰이고 있다(Berkman and Kawadhi, 2000). 기존 보건의료관련 연구에 활용된 연결망 항목들은 크게 다음의 두 가지 중 하나의 형태를 지닌다.

우선, 구체적으로 사회연결망에 대하여 질문하지 않고, 주관적으로 느끼는 사회적 지지의 정도를 측정하는 방법이 있다. 사회심리학적인 접근이 강한 이러

한 방법들은 social exchange theory,³⁹⁾ self-esteem theory,⁴⁰⁾ personal-control theory,⁴¹⁾ 등의 다양한 이론적 근거에 바탕을 두고 있다. 이러한 접근은 실제 사회적 지지를 측정하거나 또는 사회적 지지를 발생시키는 사회 연결망을 보는 것이 아니라, 인지된 사회심리적인 측면만을 강조한다는 한계가 있다. 그러나 실제 주고받은 지지보다는 인지된 지지의 정도가 더 중요하다는 일련의 연구들에 의해 그 중요성이 유지되고 있다(Craske et al., 2005; Marcus et al., 2000).

한국에서도 사회적 지지와 건강에 대한 연구결과들이 제시되고 있으며, 특히 노인 연구를 중심으로 꾸준히 생산되고 있다. 예를 들어, 노인의 건강과 사회적 지지를 살펴본 논문으로 김현숙·김희영(2007), 김수정(2006), 김태면 등(2003) 등이 있고, 청소년의 건강과 사회적 지지가 연구되기도 했으며(김영아, 2007), 실직자(오수성, 2001)나 미혼임부들(김애화 등, 2007)에 대한 연구에 이르기까지 다양하게 사회적 지지와 건강의 연관성에 관한 근거들이 축적되고 있다.

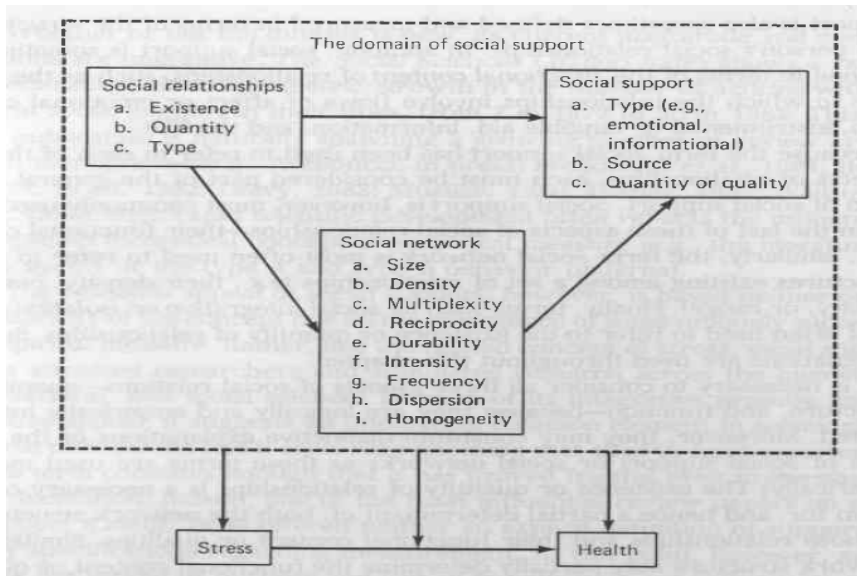
사회적 지지를 주로 사회심리학적인 접근으로 측정하는 방법에 비해 그러한 사회적 지지를 생산, 변화시키는 주요 기제인 사회연결망 자체를 측정하기도 한다. 이 경우는 응답자에게 사회적 지지를 주는 사회연결망의 크기, 밀도, 강도 등이 그 주요 대상이 된다. 이 둘 사이의 관계를 정리하면 다음과 같다.

39) 지지를 서로 주고받으면 관계에 대한 만족도가 증가하게 된다는 주장으로 Braiker and Kelly 1979; Clark 1983; Huston and Burgess 1979 참조

40) 사회적 지지가 궁극적으로 자긍심을 높여주게 된다는 이론, DePaulo 1982; Snyder, Higgins, and Stucky 1983 참조

41) 지지를 통해 자기 통제력을 증가된다는 이론, Bandura 1977; Lefcourt 1981 참조

[그림 V-1] 사회적 지지의 영역



자료: Hause and Kahn, 1985

본 연구에서는 주관적이고 심리적인 기제에 초점을 맞추기 보다는 객관적이고 구조적인 사회연결망의 특성을 측정하는데 주력하고자 하였다. 예산상·시간상의 여건이 허용된다면 사회연결망의 유형별로 어떠한 사회적 지지를 얼마나 주고받는지를 측정할 수 있지만,⁴²⁾ 본 연구는 예산상·시간상의 제약을 고려하여 사회연결망의 구조를 측정하는데 초점을 맞추었다. 사회적 지지에 관한 연구는 기존에 많이 이루어지고 있지만, 이에 반해 사회연결망의 구조가 측정된 사례는 많지 않기 때문이다.

2) 설문항목(변수)을 활용하여 분석한 기존문헌 검토

사회연결망 분석이 이전의 사회적 지지 분석과 가장 큰 차이점은 응답자뿐만

42) 예를 들어, 아내로부터는 감정상의 지지는 별로 받지 않고 도구적인 지지만을 받았는가

아니라 응답자를 둘러싼 사회연결망의 구조에 관심을 둔다는 점이다. 예를 들어, 두 명의 응답자가 동일한 수준의 사회적 지지를 받고 있다고 인지하더라도, 다수의 지지자가 있는 경우와 소수만의 지지자가 있는 경우는 여러 차원에서 건강 상의 차이가 나타날 수 있다.

특히, 사회연결망은 개인 수준에서의 사회경제적 지위와 개인 수준에서 느끼게 되는 사회적 지지와는 별개의 독립적인 효과를 지니고 있는 above-individual level에서의 기제를 제공한다는 점에서 그 공헌도가 인정되고 있다.

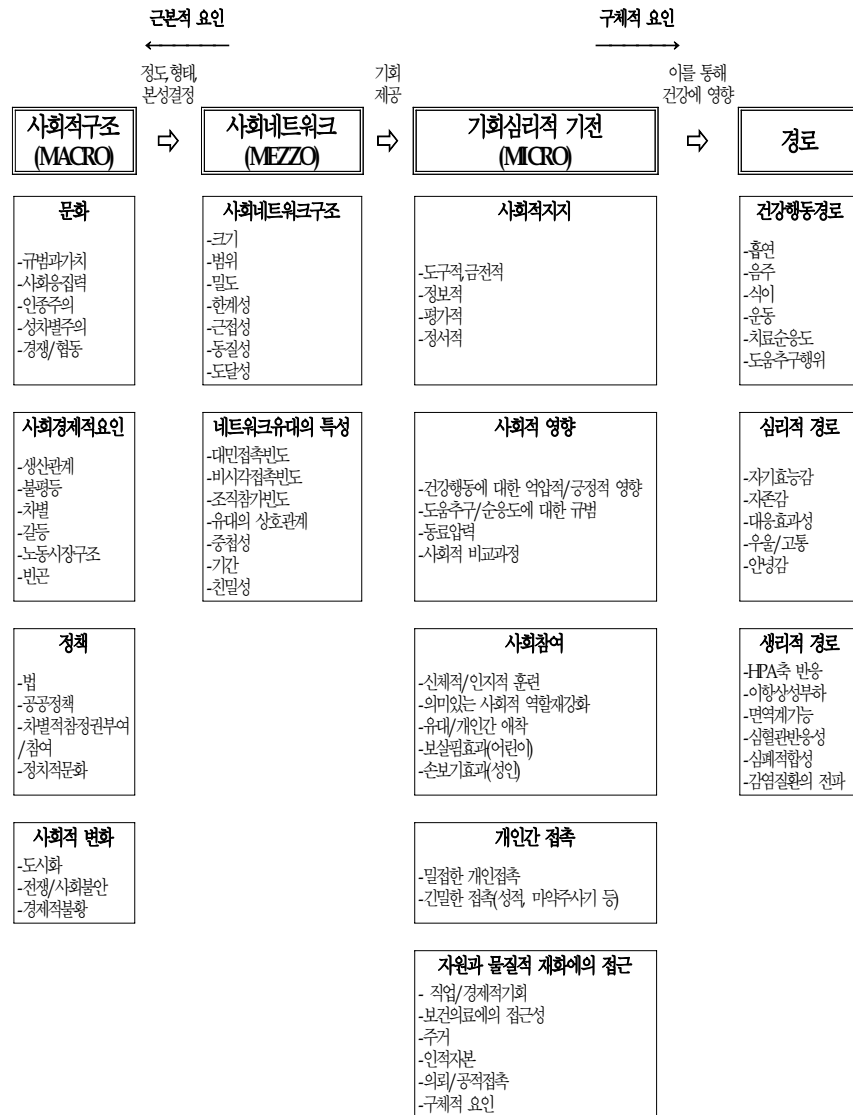
가장 간단하면서도 일관성 있게 건강과 연관이 있는 것으로 밝혀진 연결망 구조는 크기이다(Berkman and Syme, 1979; Froland et al., 1979; Gallo, 1982; Philips, 1981). 그 다음으로 가장 많이 연구된 것은 밀도(density)이다. 하나의 연결망 안에 포함된 행위자들 사이의 모든 가능한 연결망 중에서 과연 몇 퍼센트가 실제로 발현되었는가를 측정하는 밀도는 일반적으로 크기와는 달리 여러 가지 상반되는 결과가 보고되고 있다. 다시 말해서, 건강에 도움을 주기도 하고(Gallo, 1982), 도리어 방해가 되기도 한다(Hirsh, 1980, 1981)는 것이다. 일반적으로 작고 서로 매우 잘 아는 밀도가 높은 연결망의 경우에는 정체성을 유지시켜주고 감정을 향상시키는데 도움이 되는 반면, 밀도 높은 연결망이 오히려 부담이 될 수도 있다고 본다. 그리고 밀도가 작고 규모가 큰 연결망은 정보획득에 도움을 주어서(Burt, 1992) 삶의 전환에 있는 사람들의(예를 들어, 이혼의 과정에 있는 사람들) 건강에는 도움이 되는 것으로 나타났다(Hirsch, 1980, 1981).

규모와 밀도 이외에 건강과 관련이 깊다고 알려진 다른 두 가지는 접촉빈도(frequency)와 동질성(homogeneity)이다. 접촉빈도는 두 행위자가 얼마나 자주 접촉하는 가를 측정하는 것이다. 예를 들어, 일주일동안 얼마나 자주 대화를 나누었는가를 측정할 수 있다. 이는 관계의 질과 강도를 보여주는 것으로, 단순히 측정된 규모를 보완해주는 필수적인 항목이다. 또한 연결망에서의 동질성은 단순히 측정된 밀도를 보완하여 응답자를 둘러싼 집단이 얼마나 동질적인지(따라서 정체성이나 감정에 도움이 될지) 아니면 이질적인지(따라서 감정적인 도움보다는 정보에 더 도움이 될지)를 측정하는 매우 중요한 항목이다. 예를 들어, 지지 연결망이 모두 4명인데 그 중 성별이 모두 여자인지 아니면 몇 퍼

센트가 여자인지를 계산하여 동질성 정도를 측정할 수 있다.

사회연결망이 다른 항목과 또 다른 한 가지 점은 사회연결망이 표방하는 기제가 사회경제적인 거시 요인이나 사회적 지지에서 주장한 심리-미시기제의 중간 단계(mezzo level)의 기제를 제공해줄 수 있다는 점이다. 개인 응답자 수준 이상의 기제를 제공하면서도 동시에 측정이 부정확하거나 또는 측정이 되었다 하더라도 많은 실증 분석에 적용하기 어려운 거시 기제가 아니라는 장점이 있다. 다음의 도표는 이를 요약하여 보여주고 있다(Berkman and Glass, 2000). 이 도식은 본 연구의 틀에 관한 이해를 돕기 위한 것으로, 본 연구가 이 도식을 그대로 따르는 것도 아니며 또한 이 도식에서 나온 모든 연결망 속성이나 구조를 측정하는 것도 아니다. 예를 들어, reciprocity나 multiplicity등은 이 연구에서 직접적으로 측정하지 않는다.

[그림 V-2] 사회연결망 구조



모든 사회연결망의 구조가 건강이나 보건의료의 측면에서 같은 양상으로 작용을 하는 것은 아니다. 건강을 지키기 위해 또는 일단 건강하지 못한 상황에

서 건강을 되찾기 위해서 우리는 매우 다양한 사회적 지지가 필요하며 서로 다른 종류의 지지는 서로 다른 종류의 사회연결망을 필요로 한다. 예를 들어, 감정적이거나 정서적인 지지를 위해서는 매우 가까운 소수의 친한 친구들이나 가족들의 연결망이 유효한 반면에, 어느 지역 어느 병원의 어떠한 의사가 내 질병에 가장 적합하며 그 의사와 예약을 하기 위해서는 어떠한 절차가 가장 효율적인 지는 가족보다는 한두 단계 걸쳐 알고 지내는 친척이나 예전의 직장 동료들이 더 유효하기도 하다. 여러 가지 다양한 종류의 필요(House and Kahn 1985) 중에서 의료패널에서는 정보, 일상생활, 감정, 재정 도움의 네 가지로 나누어 각각의 차원에서 응답자가 얼마나 많은 미충족 의료수요(unmet needs)를 가지는지를 제시하고자 하였다. 이는 과연 어떠한 종류의 사회연결망이 unmet needs를 줄여주는가와 관련되어 분석될 것이다.

나. 의료비패널 설문항목 및 선정이유

1) 설문 항목 선정의 기본 방향 및 주요 항목

앞서 논의한 바와 같이 본 연구에서는 기존의 사회적 지지연구와는 차별되면서 동시에 거시와 미시사이의 중간 기제를 밝혀줄 수 있는 사회연결망에 초점을 맞춘다. 특히 가장 중요한 크기와 밀도, 접촉 빈도, 동질성 모두를 측정하기 위해 다소 복잡해 보이는 설문지를 작성하였다. 특히, 우리나라 대부분의 연구에서는 단지 크기와 접촉빈도만을 측정했던 것에 더 나아가, 밀도와 동질성 측정이 가능하도록 설계된 장점이 있다.⁴³⁾

따라서, 본 설문은 (1) 기존의 사회적 지지에서 강조하였던 주관적으로 인지된 지지와 그러한 지지가 건강에 영향을 끼치게 되는 사회심리적인 기체로부터 벗어나, 응답자의 인지와는 독립된 객관적인 사회연결망의 구조적 특성을 대상으로 삼으며, 그 기제를 미시나 거시의 한쪽에 치우치지 않은 중간 기체에 중점을 둔다. (2) 이러한 인식을 바탕으로, 응답자가 건강의 문제가 있었을 때 도

43) 기존 연구와의 차이는 뒤에서 좀더 자세하게 다루게 됨.

움을 주었던 연결망의 크기, 밀도, 접촉 빈도, 동질성을 측정하는데 초점을 맞춘다. (3) 이렇게 다양한 차원에서 측정된 연결망은 정보, 일상생활, 감정, 재정 의 unmet needs와 연결되어 과연 어떠한 특성을 지닌 연결망이 각각의 unmet needs를 줄여주는 가를 분석하게 된다.

2) 설문항목 관련 학문적, 정책적 수요와 이론적 배경

의료패널은 우리나라의 의료비 지출 규모와 경향을 소비자인 일반 국민을 대상으로 조사하는 매우 의미 있는 연구이다. 하지만 의료비 지출은 사회연결망과 많은 경우 대체재의 관계에 있다. 예를 들어, 가족 구성원 중 누군가가 입원하게 되었을 때, 간호사외에 돌봐줄 가족이나 지인이 있다면 간병인에 대한 지출을 하지 않아도 된다. 또한 위에서 논의한 많은 사회역학적 연구가 증명하였듯이 질병 발생 전(前) 단계에서도 풍부한 사회연결망을 자원으로 활용하는 사람들은 질병에 걸릴 확률을 줄일 수 있게 된다. 사회 전체의 차원에서 사회연결망의 긍정적인 효과를 증진시키는 방향으로 사회정책을 펼 수 있다면 사후에 소요되는 의료비와 생산 감소로부터 오는 손실액을 사전에 줄일 수 있게 된다.

이러한 문제의식을 가지고 의료패널에서는 가족 구성원을 중심으로 하는 사회연결망을 조사하고 그 경향을 쫓아 (1) 건강 또는 질병과 관련하여 사회연결망이 어떻게 성별, 계층간 또는 지역간 다르게 분포되어있는 지를 조사하고, (2) 이를 바탕으로 사회연결망이 사회 자본의 형태로 질병 발생에 미치는 영향과, (3) 일단 질병 발생시 건강 회복과 의료비 지출에 어떠한 영향을 미치는 지를 조사하며, (4) 특히 패널 자료의 특성을 살려 사회 자본과 질병 발생 그리고 의료비 지출사이의 역동적인 관계를 자세하게 살피게 된다.

3) 설문항목에 관한 research questions

사회연결망(특히 가족이나 친지의 연결망)이 직접적으로 의료비를 대체하는 한국의 독특한 사회 현상을 고려할 때 꼭 필요한 영역이라 할 수 있다. 사회연결망이 건강에 미치는 영향에 대한 연구결과들 많이 제시되고 있다. 사회연

결망은 질병 발생 이후에 의료비 부담 형태에 영향을 미치기도 하지만 질병이 유발하게 되는 원인에도 영향을 미쳐 의료비가 발생하기 이전에 간접적인 영향을 끼치기도 한다. 사회연결망이 건강에 미치는 영향에 관한 연구는 9년간의 패널자료를 바탕으로 친한 친구가 많을수록 노인들의 생존율이 높아짐을 보여준 Berkman의 Alameda County연구(Berkman and Syme, 1979)에서부터 함께 독감예방주사 처치를 받은 대학 신입생 중에서도 친한 친구의 수가 많을수록 항체형성의 확률이 높다는 최근의 연구(Pressman et al., 2005)에 이르기까지 활발히 진행되고 있다. 이러한 연구의 대부분은 개인수준에서의 사회경제적 위치를 통제하고 나서도 사회연결망이 독립적인 효과가 있음을 보여주고 있다.

이제 우리나라에서 여성 암의 1위를 차지하고 있는 유방암의 예를 들어보자. 미국에서의 유방암 발생에 있어서 인종간 차이는 개인수준에서의 사회경제적 위치만으로는 상당 부분을 설명할 수 없으며(Hunter et al., 1993; Katz and Hofer, 1994; Mandelblatt et al., 1991; Trock et al., 1993; Vernon et al., 1985; Wells and Horm, 1992), 사회연결망이 보완적인 설명기제를 제공할 수 있다는 것이 일반적으로 받아들여지고 있다. 사회연결망은 정기적인 유방암 검진과 밀접한 연관을 가지며(Culnan, 1985; Hoffman-Goetz and Mills, 1997; Husaini et al., 2001; Katapodi et al., 2002; McCance et al., 1996; Suarez et al., 1994; Wagle, Komorita, and Lu, 1997; Yeomans-Kinney et al., 1995; Zhu et al., 2000), 또한 일단 유방암 진단을 받은 환자들에게는 정신적인 건강과 치료를 위한 적극적인 자세를 위해서 특정한 유형의 사회연결망이 효과를 가지는 바와 같이(Bloom et al., 2001; Fox et al., 1994; Heidrich, 1996; Hoskins et al., 1996; Lugton, 1997; Michael et al., 2002; Sammarco, 2001; Sheinfeld, 1998), 결국 사회연결망이 환자들의 육체적 건강과 생존율에 직접적이고도 중요한 영향을 끼친다(Blanchard et al., 1995; De Boer et al., 1999; Ell, 1992; Maunsell et al., 1995; Marshall and Funch, 1983; Reynolds and Kaplan, 1990; Turner-Cobb et al., 2000; Vogt et al., 1992; Waxler-Morrison et al., 1991; Welin et al., 1992).

이러한 인식 하에서 다음과 같은 연구 과제를 가지고 본 연구가 고안되었다.

— 충족되지 않은 의료적인 수요(unmet needs)를 측정

- 충족되지 않은 의료 수요의 성별/계층별/지역별 분포
- 사회 연결망으로 측정된 사회 자본의 성별/계층별/지역별 분포
- 사회 연결망의 차이로 인한 성별/계층별/지역별 질병 발생률의 차이
- 사회 연결망의 차이로 인한 성별/계층별/지역별 의료비 차이
- 질병 발생률과 의료비 차이에 의한 결과적인 건강 불평등
- 질병 발생에 의한 사회 연결망의 차이(패널 자료)
- 질병과 관련된 unmet needs의 성별/계층별/지역별 차이와 이러한 차이들에 대한 사회 연결망의 설명 정도와 기제를 분석

이러한 모든 연구 영역에 있어서, 앞서 언급한 크기, 밀도, 접촉빈도, 동질성 등의 연결망 구조 중에 무엇이 어떤 종류의 종속 변수와 상관이 있는 지를 밝히게 된다. 도움을 주는 사람들의 전체 수가 연결망의 크기가 되며, 그렇게 도움을 주는 사람들 사이의 연결망의 수에 근거하여 밀도가 계산된다. 접촉빈도는 앞서 논의한대로 얼마나 사적으로 자주 만나는 가를 물어보는 항목에 의해 측정되며, 동질성은 도움을 준 사람들이 얼마나 동질적인가를 성별, 학력, 소득, 나이, 직업 등의 차원에서 살펴보게 된다.

4) 설문항목 full list 및 선정이유

설문지를 설계함에 있어서, 우선 사회연결망 중에서도 건강상의 이유로 도움을 받은 도움 연결망이라는 것을 명확하게 밝혀야 하기 때문에 다음과 같은 질문 항목이 맨 처음에 명확하게 제시하고자 하였다.

건강상의 문제가 생겼을 때 우리는 가족이나 친지를 포함하여 많은 사람의 도움을 필요로 합니다. 이 부분의 질문은 여러분이 건강상의 이유로 받으신 여러 가지 종류의 도움에 대한 것들입니다. 지난 일년간 자신의 육체적인 또는 정신적인 건강상의 이유로 가족을 포함하여 개인적으로 아는 분들의 도움을 받으신 경우를 생각해주시요. 사소한 감기의 경우에도 가족들의 다양한 도움을 받으셨을 것입니다. 이러한 경우를 모두 포함해주시요.

위 문항은 건강상의 이유로 도움을 받은 사회연결망이며, 여기에 가족을 포함할 수 있음을 명확하게 하고 있다. 다음으로는 네 가지 종류의 미충족 의료 수요(unmet needs)를 측정한다.

〈표 V-1〉 미충족 수요(unmet needs)를 측정하기 위한 설문내용

구분	설문내용
건강문제 유무	▸ 건강상의 문제 (육체적인 건강, 정신적인 건강 포함)
치료정보	▸ 진단과 관련하여, 또는 최적의 치료방법이나 더 저렴한 치료에 대한 정보 필요여부 ▸ 치료정보 획득 여부
실질적 도움	▸ 실질적 도움 받은 수준 (병환시 식사 준비, 병원에 함께 가거나 집을 봐줌) ▸ 실질적 도움 획득 여부
감정적 도움	▸ 감정적 도움 받은 수준 ▸ 감정적 도움 획득 여부
재정적 도움	▸ 재정적 도움 받은 수준 ▸ 재정적 도움 획득 여부

그 다음으로는 실제 사회연결망을 측정하는 항목들로서 도움을 준 연결망들을 밝혀내고 응답자와의 관계, 나이, 학력, 성별, 직업, 가구 소득을 측정하고 있다. 이 또한 기존의 연구에서는 찾아보기 힘든 상세한 항목들이다. 이러한 항목들은 앞서 논의한대로 동질성을 측정하기 위한 도구이다. 예를 들어, 두 명의 응답자가 모두 고졸이며 3명씩의 연결망을 가지고 있다고 하더라도 만약 한 응답자의 연결망 세 명은 모두 대졸인데 반해 다른 한 명의 연결망은 모두 중졸이라면, 이 두 명의 응답자가 받는 지지의 종류나 정도나 다르다고 가정해야 할 것이다.

〈표 V-2〉 도움을 준 연결망들의 사회경제적 특성 관련 설문내용

구분	설문내용
도움을 준 연결망	▸ 도움을 준 연결망 수
연결망의 사회경제적 특성	▸ 이름(가명) ▸ 동거유무 ▸ 접촉횟수 ▸ 성별 ▸ 연령 ▸ 최종학력 ▸ 직업 ▸ 가구소득 ▸ 거주지

이제는 사회연결망의 밀도를 측정하는 항목으로 우리나라에서는 아직 측정되지 않은 분야이다. 이를 측정하는 항목이 일반 설문보다 복잡하지만 위에서 논의한대로, 5명의 연결망을 가지고 있다 하더라도 그 5명 모두가 서로 잘 아는 친구 사이인 경우와 5명 모두 서로 이름만 아는 경우에는, 응답자에게 영향을 미치는 정도나 종류가 상당부분 차이가 나게 될 것이다.

예문) (연결망 3의 이름 또는 가명)씨와 (연결망 2의 이름 또는 가명)씨는 어떤 관계입니까?

- ① 아주 잘 아는 절친한 사이이다
- ② 절친하지는 않고 그저 아는 사이이다
- ③ 서로 모르는 사이이다
- ④ 잘 알지만 서로 사이가 안 좋다

5) 기존 조사와의 차별성

사회적 지지나 사회연결망을 조사한 연구는 많으나 이들과 건강 또는 의료비 지출과 연결 지은 설문은 첫 시도라 할 수 있다. 특히, 기존의 연결망 연구들이

단순히 누구에게 도움을 받았는가에 대한 조사만 수행한 것에 비교하여 도움을 받은 이들에 대한 상세한 인구통계학적 정보와 이들 상호간에 대한 관계까지 살펴봄으로써 사회연결망의 구조의 효과까지 측정할 수 있다. 다시 말해서 본 연구에서는 기존 연구에서 많이 측정하였던 연결망의 크기는 물론, 그 외에 밀도, 접촉 빈도, 동질성 등을 포함한 상세한 구조적인 특성을 측정한다.

이러한 구조적인 특징은 정보, 일상생활, 감정, 재정 상의 unmet needs와 연결되어 어떠한 구조적인 특징을 지닌 연결망이 어떠한 unmet needs를 줄여주는데 효과적인가를 분석하는데 활용된다.

다. 의료패널 설문항목에 따른 정책적 함의

사회연결망의 차원이 직접적으로 질병 발생에 영향을 미치는지와 일단 질병이 발생한 경우 진료비 대체의 효과를 가지는지는 매우 중요한 정보이다. 이 정보는 국민건강수준을 향상시키고 건강 불평등을 줄이는 정책 형성에 긴요한 자료로 쓰일 수 있다.

또한, 국민건강을 증진시키고 건강 불평등성을 줄이기 위하여 무엇이 긴급한 과제인지를 진단할 수 있다. 예를 들어, 미국의 건강불평등은 많은 경우 보험의 편재 또는 다수의 미보험자 수에 그 원인을 두고 있다. 이에 반해, 영국이나 캐나다와 같이 실질적으로 국민 모두가 의료보험의 혜택을 누리는 나라에서조차 건강불평등은 심화되고 있다. 이러한 현상은 의료패널에서 민간의료보험을 포함한 의료비 지출에 대한 정보뿐 아니라 건강 불평등의 중요한 기제로 확인된 사회 연결망을 포함시키는 이유이다. 즉, 실질적으로 전 국민 의료보험이 실시되고 있는 우리나라에서의 건강 불평등은 민간보험의 차이에서 발생하게 되는지 아니면 개별 국민이 누리고 있는 지지 연결망의 차이에서 기인하게 되는지 등에 대해 본 의료패널이 기초적인 정보를 제공해 줄 수 있을 것이다.

의료패널은 사회연결망 효과에 대하여 좀 더 정확한 정보를 제공함으로써 구체적인 정책수립에 도움을 줄 것이다. 건강에 대한 사회연결망의 효과는 많은 연구들에서 확인되었으나 좋은 사회 연결망이 건강을 가져오는 지 아니면 건강

한 사람들이 상대적으로 더 좋은 연결망을 유지할 수 있는 지는 매우 중요한 질문이지만 횡단면 자료에서는 대답할 수 없는 것이었다. 하지만 의료패널 형태로 자료가 축적됨으로써 인과 방향을 둘러싼 이러한 논의에 도움을 줄 것이며 그 결과, 구체적인 정책적 함의를 가져다 줄 것이다. 예를 들어, 여러 가지 기제를 통하여 연결망을 풍부하게 하는 것이 도움이 되는 것인지 아니면 풍부한 연결망을 가진 사람들은 처음부터 건강한 지를 밝혀냄으로써 연결망과 관련된 정책적 제언을 도출할 수 있을 것이다.

라. 의료패널 설문항목에 대한 기대효과 및 활용방안

의료패널의 사회연결망과 관련된 항목들은 보건의료관련 정책수립이나 다학제적 연구를 위해 매우 중요한 자료를 제공할 것이다. 우선, 건강 불평등에 대한 패널 자료가 축적되며 단순히 불평등을 측정할 뿐만 아니라 그 불평등의 기제로 가장 빈번하게 확인되어온 의료비와 사회연결망이 패널의 형태로 자료 축적됨으로써, 양방향으로 모두 가능한 인과 기제를 많은 부분 밝혀낼 수 있게 된다. 이는 특히, 정책수립에 있어서 활용할 수 있는 개입전략을 구상하는데 중요한 정보를 제공해 줄 것이다.

또한, 보건사회학 분야만이 아닌 일반 연결망 연구를 위해서도 이 설문 항목들은 매우 유용하게 쓰일 것이다. 그간의 사회 연결망 연구에서는 연결망의 내용은 상세하게 측정하였으나 상대적으로 연결망의 구조에 대한 관심은 적었다. 의료패널은 연결망의 구조에 대한 자세한 측정을 제공함으로써 일반 연결망 연구에서도 긴요하게 쓰일 수 있다.

다만, 사회연결망, 특히 연결망의 구조에 초점을 둔 본 연구는 연결망의 내용에 있어서 상대적으로 자세한 정보를 담고 있지 않다. 위에서 논의한대로 특정 연결망이 과연 어떠한 도움을 얼마나 주었는지에 대한 항목은 시간제약 상의 이유로 포함시킬 수 없었다. 이는 미래의 연구에서 좀 더 많은 시간과 자원을 확보하여 보충하여야 할 항목이다.

2. 접근성 및 만족도

본 절에서는 1) 의료서비스에 대한 접근성(accessability)을 파악하고 2) 의료 이용과 의료비 지출의 결과변수 중의 하나인 만족도(satisfaction) 측정하기 위한 지표를 개발하는 것이 주 내용이다. 이 중, 의료서비스에 대한 접근성은 국민들이 질병 예방과 치료를 통해 건강을 향상할 수 있도록 필요한 의료서비스를 이용할 수 있는 수단적 측면에 관한 지표로서 의료비 발생의 과정적 단계에 대한 측정이라고 할 수 있다. 한편, 만족도는 의료서비스 이용에 대한 결과적 측면으로서 의료비 지출의 효과성이나 효율성을 측정하기 위한 지표의 하나로서 의미를 가진다. 여기서 만족도는 크게 미시적 차원과 거시적 차원으로 분류하여 측정할 수 있다. 즉, 1) 미시적 차원에서 자신이나 자신의 가족이 이용한 특정 의료서비스에 대한 만족도와 2) 거시적인 차원에서 우리나라의 의료전달 체계 전반이나 건강보험제도와 같은 제도에 대한 만족도로 나누어 조사될 수 있다.

가. 의료체계에 대한 만족도와 의료이용 접근성 관련 선행연구

1) 설문항목 선정의 기본 방향

(1) 접근성

국민건강보험제도의 도입은 지불능력에 관계없이 누구나 필요한 경우 적정한 양의 의료서비스를 이용할 수 있도록 의료 이용의 접근도(accessability)를 보장하는 것이 주요 목적이라고 할 수 있다. 이는 소득이나 기타 사회경제적 지위에 상관없이 보험 가입자들이 필요한 의료서비스를 이용할 수 있도록 하여 궁극적으로는 국민들이 질병을 예방하고 치료하여 건강이 향상되도록 하는 것으로서, 전 국민에 대한 건강보험이 실시되고 있는 우리나라에서 이와 같은 의료 이용 접근성이 어느 정도 달성되었는가 하는 것은 그 목적 달성을 평가하기 위한 중요한 정책적 관심사라고 할 수 있다.

우리나라는 1977년부터 500인 이상의 근로자를 가진 사업자를 대상으로 의료 보험을 실시하기 시작하여 점차 그 대상범위를 확대하여 온 결과 12년 후 1989년에는 전체 국민이 건강보험에 가입하도록 하는 국민건강보험제도를 실시하고 있다. 이와 같이 전체 국민을 포괄하는 건강보험제도의 경우 이론적으로는 모든 국민에게 필요한 시기에 의료서비스에 대한 접근성이 보장되어 있어야만 한다. 그러나 현재의 건강보험제도는 표면적으로는 전체 국민의 의료서비스에 대한 접근성을 표방한다고 할지라도 실제 이용을 위한 접근성을 완전히 보장하지는 못하고 있다.

예를 들어, 최근 건강보험제도 설립 30주년 기념 학술대회에서 영국의 보건경제 학자 Mossialos는 건강보험제도의 보장성을 깊이(depth), 넓이(width), 높이(height)의 3가지 기준을 들어 평가하면서, 한국의 건강보험제도에 대해 ‘넓으나’(전국민을 포괄하는 보험제도이다) ‘얕고’(급여범위가 깊지 않다) ‘높은’(본인 부담금이 높다) 제도로서 기술하였다(Mossialos, 2007). 즉, Mossialos는 현재 우리나라의 국민건강보험제도가 전 국민을 대상으로 구축되어 있음에도 불구하고 의료이용 서비스에 대한 접근성은 부족한 시스템임을 지적하였음을 알 수 있다. 이는 현재의 건강보험제도에 의해 모든 국민을 대상으로 하는 인구 보장(population coverage)은 달성되었으나 급여의 보장(benefit coverage)에 있어서는 아직 취약하기 때문이다. 즉, 본인부담금이나 비급여 서비스의 구매 등을 통하여 평균적으로 전체의료비 절반정도의 비용을 여전히 환자나 가족이 부담하고 있기 때문이다. 따라서 실제로 환자들이 의료서비스를 필요로 하는 순간에 본인이나 가족이 지불해야 하는 비용에 대한 부담으로 인해 의료서비스에 접근하지 못하는 경우가 발생할 수 있다. 그러한 경우, 사회보험제도 본연의 목적이 라고 할 수 있는 위험분산과 경제적 보호, 질병치료 및 예방 등을 달성하지 못할 수 있는 것이다. 이와 같이 의료접근성에 대한 논의가 내포하고 있는 정책적 중요성에도 불구하고, 국내에서는 아직까지 접근성에 관한 구체적인 연구가 많지 않으며 그나마 그동안 진행된 연구들은 의료이용의 형평성의 부분적인 측면으로서나 건강보험제도의 보장성의 측면에서 일부 다루어져왔다.

한편, 국외 학자들간에 의료접근성에 대한 이론적 논의는 형평성의 논의와

다음과 같이 밀접하게 연결되어 전개되어 왔다. 의료정책에 있어서 형평성은 크게 결과지향적인 건강 형평성(equality in health status)과 과정지향적인 것으로 의료이용이나 접근성의 형평성, 그리고 자원조달의 형평성 등으로 구분되어 설명될 수 있다. 의료이용의 형평성에 대해 일부에서는 의료 이용의 형평성'(equity in utilization)을 '의료서비스에 대한 접근성의 형평성'(equity in access)과 혼용하여 설명하는 데, 이러한 의견에 대해 다른 학자들은 이 둘을 구분하고 오히려 정책의 목적은 실제 의료이용량을 평등하게 해주는 것보다 평등한 접근성을 보장해주는 것에 맞추어져야 된다고 주장하기도 한다. 즉, 이들은 집단 간의 실제 의료 이용량의 평등을 요구하는 것은 집단들 간에 존재하는 의료필요나 의료 서비스에 대한 선호도의 차이를 무시하는 것이라고 지적하며, 정책적인 차원에서 보다 현실적인 방안은 '의료서비스에 대한 접근성'이 평등하게 보장되도록 하는 것이라고 한다. 의료서비스에 대한 평등한 접근성이 보장되는 한, 실제 의료이용량은 환자의 필요, 또는 그들이 의료나 건강에 대해 지닌 선호도에 따라 개인이 결정하는 사항이라고 간주하는 것이다.

이러한 주장에서는 '접근성의 평등'을 '기회의 평등' 개념에 입각하여 설명하고 있는 데, 이는 '필요한 의료서비스에 대해 동등한 이용기회를 권리로서 보장해주는 것'을 의미한다. 이러한 개념에 입각하여 주요 사용되는 지표로서는 상용치료원이 있는 가, 비용 때문에 필요한 치료를 포기한 적이 있었는가, 교통수단 및 지리적 거리 등 다양한 측면의 접근성에 대한 설문조사를 통해 접근성의 정도를 파악하는 방안과 지역의 의료시설 개수 및 수준을 행정 자료를 통해 파악하는 방법이 가능하다. 이러한 측정법은 모든 개인이 필요한 의료서비스를 이용하는 데 발생하는 시간비용이나 화폐비용 공급측면에 존재하는 장애요인을 제거하는 것에 초점을 맞춘다(Le grand, 1982; Mooney, 1992).

한편, '결과의 평등'이나 보다 '적극적 의미에서의 과정적 평등', 즉, 의료이용의 평등에 초점을 맞추는 학자들은 이러한 접근성의 보장이 '기회의 평등'에 그치게 되는 측면을 비판하고 이보다는 보다 적극적인 차원에서의 실제 의료이용의 양과 범위, 질에 있어서의 평등을 정책목표로 설정해야 된다고 주장한다. 예를 들어, Wagstaff와 같은 학자들은 기회의 균등이 반드시 의료이용의 형평

으로 이어지지 않는 것을 지적하며 의료이용에 대한 선호, 중요도 등 의료이용에 큰 영향을 미칠 수 있는 변수들이 실제로 사회경제적 여건이나 자원에 의해 결정될 수 있음을 지적한다. 즉, 이러한 이유에서 기회는 동일하게 보장되어 있다고 할지라도 교육수준이나 소득수준이 낮은 계층에서는 의료이용에 대한 선호나 우선순위가 낮게 되어 실제 이용량은 불평등하게 이루어질 수 있다. 따라서 궁극적인 정책목표를 이용량의 균등으로 설정하고 실제 이용량에 있어서의 형평성을 측정하는 방법을 이용하고 있다(Wagstaff & van Doorslaer, 1993). 이와 같이 의료이용의 계량적 형평성을 측정하는 대표적인 지표로서는 의료이용 경험률, 외래방문횟수, 재원일수, 의료비 지출액 등이 있다.

이 연구에서는 ‘기회의 평등’에 해당하는 접근성의 개념과 ‘적극적 의미에서의 과정적 평등’으로서 의료이용량의 개념을 구분하여 다룬다. 이 장에서는 접근성의 개념에 한정하여 논의하고 ‘의료 이용량’에 대한 설문은 별도의 섹션을 구성하여 측정한다.

(2) 만족도

가) 미시적 차원의 만족도: 의료서비스 이용 만족도

의료 서비스의 이용 만족도는 주로 환자 만족도의 형태로 조사된다. 환자만족도 조사는 환자의 관점에서 자신이 받은 의료서비스의 질적 수준을 직접 평가하고 이러한 결과를 환류하여 의료서비스의 질적 수준을 향상시킬 수 있는 중요한 수단이다. 해외에서는 오래전부터 이러한 환자만족도 조사의 표준화에 대한 관심이 있어 왔으며 국내에서도 1990년 이후 병원의 의료서비스 평가에 대한 관심이 높아지기 시작하고 환자들의 의료서비스에 대한 기대가 높아지면서 병원 자체적으로 정기적인 환자만족도 조사를 실시하는 병원들이 늘어나고 있다. 정부차원에서도 의료기관 서비스 평가제도와 같은 정책적 평가 제도를 통하여 병원에서 제공하는 의료서비스의 질적 수준에 대한 환자만족도 조사를 정기적으로 실시하고 있다.

의료기관의 서비스에 대한 정확한 평가를 위해서는 객관적이고 과학적인 방법을 통해 개발되고 타당성과 신뢰성이 검증된 설문조사 시스템을 구축하는 것

이 중요하다. 특히 의료비 지출의 효과를 측정하는 도구로서 의료서비스에 대한 만족도는 병원경영의 향상을 위한 기존 환자만족도와는 그 목적이나 용도가 다르다. 더욱이 종래 환자만족도 설문은 주관적이며, 응답대상자의 특성이나 설문조건 등에 따라 응답의 차이를 보여 병원간 만족도를 비교 평가하는데 적절하지 않는 문제점이 있었다. 이러한 문제점을 극복하기 위해 미국의 보건복지성에서 컨소시움을 구성하여 개발한 환자만족도 도구가 CAHPS® Hospital Survey (이하 H-CAHPS®)이다. 이 H-CAHPS®는 병원 입원서비스의 질적 수준을 향상하고자 하는 목적으로 2002년 미국 연방정부 병원 규제 기관인 CMS(Center for Medicare and Medicaid Service)와 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)가 개발한 도구이다. 기존의 환자만족도 조사와 달리 H-CAHPS®는 환자 자신이나 가족들이 경험한 입원서비스의 다양한 부문에 대해 구체적인 경험의 발생빈도를 보고하도록 하는 설문방식(예: 의사가 친절하게 질문에 대해 답변을 해주었는지? 항상/대개/가끔/전혀 그렇지 않았다)을 이용하고 있다. 이는 질문에 대한 동의의 정도 (매우 그렇다 ~전혀 그렇지 않다)를 대답하거나 전반적인 만족의 정도 (매우 만족한다 ~ 전혀 만족하지 않는다)를 묻는 질문방식을 가급적 지양하고 의료서비스의 질적 수준을 판단할 수 있는 요인에 대한 구체적인 경험 정도를 측정하여 주관적인 판단의 부분을 최소화하고자 하는 것이 가장 큰 특징이다. 이는 과거의 연구들이 성별, 연령이나 교육수준, 건강상태 등의 요인에 따라 설문대상자의 응답이 달라질 수 있음을 제시함에 근거한다. H-CAHPS®는 여러 차례에 걸쳐 실시된 사전조사(pre-test)외에도 환자초점집단토의(consumer focus group discussion), 환자와의 개별면접조사(in-depth individual interview), 인지조사(cognitive interview) 등 다양한 연구방법을 통해 설문도구의 신뢰도와 타당도를 검증되었으며 현재, 미국 Medicare를 관리하는 정부기관인 CMS의 공식적인 환자경험조사 도구로서 활용되고 있다.

이 연구에서는 의료이용의 결과지표로서 미시적 차원의 만족도를 측정하기 위하여 H-CAHPS®의 문항 중 우리 의료현실에 적합한 일부 문항을 선정하여 환자자신이나 가족들이 경험한 의료서비스의 질적 수준에 대한 환자들의 만족

도를 측정하고자 하였다.

나) 거시적 차원의 만족도: 의료제도에 대한 만족도

의료체계에 대한 만족도에 대한 국내 조사로서는 국민건강보험 공단에서 2004년부터 매년 실시해온 국민건강보험 만족도 조사가 가장 대표적이다. 국민건강보험 만족도 조사는 "국민들이 건강보험 제도에 대한 이해와 생각, 그리고 향후 건강보험제도가 국민들의 입장에서 나아가야 할 방향성에 대한 의견 등을 수렴하고, 국가 사회안전망으로서 국민건강보험제도의 발전을 위한 기초적 정책 자료 활용"을 목적으로 하고 있다. 특히, 국민들이 현재의 의료시스템 및 건강보험 제도 전반에 걸쳐 느끼고 있는 사안들에 대한 의견을 직접 수렴함으로써 진행되고 있는 정책변화에 대한 기초적 성과 지표로서 사용될 수 있으며 보건의료분야의 다양한 환경변화에 따른 미래의 정책수요를 파악할 수 있는 중요한 정책절차로서의 역할을 수행하기 위해 실시되어 오고 있다.

건강보험제도 만족도 연구는 의료 환경 및 건강보험제도에 대한 전반적인 인식수준, 만족도수준, 국민들이 원하는 정책방향 및 제도 개선에 관한 다양한 질문을 포함하고 있다 (서남규 외, 2007). 보다 구체적으로 보면, 2007년 만족도 조사에서는 크게 건강보험제도 만족도, 의료환경 만족도, 의료보장 인식 등 3개의 차원으로 나누어 조사하고 있다. 여기서 국민건강보험제도 만족도의 차원은 건강보험 보장성, 보험행정의 질, 보험료의 적정성 요소로 구성되었고, 의료 환경 만족도의 차원은 의료서비스의 질, 의료비의 적정성, 의료기관의 접근성, 보건의료 관리기준 요소로 정의하였으며, 의료보장 인식의 차원은 국가역할의 확대, 시장기능의 활성화 요소로 정의하여 조사하였다. 참고로, 2007년 건강보험 제도의 설문조사 개발의 기본방향은 1) 포괄적인 설문, 2) 응답자가 평가가능한 문항, 그리고 3) 개선사항을 나타낼 수 있는 문항으로 구성하도록 제시되어 있다.

국외에서 실시된 의료시스템에 대한 대표적인 만족도 조사는 하버드 보건대학원과 Commonwealth Fund 가 공동으로 미국, 영국, 캐나다, 뉴질랜드와 호주의 국민을 대상으로 실시한 의료시스템 만족도 조사⁴⁴⁾와 EU 국가들을 대상

으로 실시하는 Eurobarometer⁴⁵⁾ 등이 있다. 특히 Blendon et al.의 연구는 영어사용국가의 국민들을 대상으로 의료시스템 전반과 세부항목에 대한 경험과 각국의 국민들이 의료시스템에 대해 가지고 있는 염려와 불만 사항 등을 비교 조사하는 대표적인 설문도구로 5개국간의 만족도 조사 결과가 보고되어 왔다.

나. 주요 설문항목 선정 및 근거

1) 설문문항에 관한 연구문제 및 가설

본 장에서 개발하고자 하는 설문문항은 앞서 제시된 바와 같이 현재 우리나라의 의료제도의 비용지출의 효과성을 평가하기 위한 도구로서 의료서비스에 대한 접근성과 의료서비스나 제도에 대한 전반적인 만족도에 대한 조사항목들이다. 이러한 설문문항들은 의료비 지출의 결과로서 접근성이나 만족도의 증감을 어느 한 시점에서 또는 패널조사를 통한 다년도간의 변화와 추세를 평가하는 데 관련된 다양한 연구문제를 도출하는 데 이용될 수 있다. 다음과 같은 연구문제들이 그 예시로서 제시될 수 있다.

(1) 일정시점에서의 연구문제

- 국민들의 전반적인 또는 하부 집단 간에 의료서비스에 대한 접근성(미치료, 지연, 상용치료원의 부재 등)의 실태는 어떠한가? 접근성이 낮은 경우 그 이유는 무엇인가? 건강상태나 기타 사회경제학적 지위를 통제한 상태에서 의료서비스에 대한 접근성은 의료이용이나 지출, 그리고 건강상태와 어떠한 상관관계를 나타내는가?

44) Blendon RJ, Benson JM. Americans' views on health policy: A fifty-year historical perspective. *Health Affairs* 2001; 20(2): 33-46; Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs* 2001;20(3): 10-20; Blendon RJ, Schoen C, DesRoches C, Zapert K. Common concerns amid diverse systems: Health care experiences in five countries. *Health Affairs* 2003; 22(3): 106-121.

45) Eurobarometer 52.1 (1999)

- 국민들은 자신들이나 가족들이 받았던 의료서비스의 질적 수준에 대해 어떻게 평가하고 있는가? 이러한 만족도 수준을 결정하는 요인은 무엇인가? 이러한 서비스의 만족도는 그들의 의료이용과 의료비 지출의 수준이나 패턴, 건강상태나 기타 사회경제학적 지위와 어떠한 상관관계를 나타내는가?
- 국민들은 현재 의료제도의 전반적 현황에 대해 어떻게 인식하고 있으며 얼마나 만족하고 있는가? 이러한 만족도는 하부 집단 간에 유의한 차이를 보이고 있는가? 그 이유는 무엇인가? 이러한 차이는 집단 간의 사회경제학적 차이, 건강상태, 의료이용이나 지출의 차이와 어떠한 상관관계를 보이는가?

(2) 패널조사에 의한 다년간 추세와 변화에 관한 연구문제

- 국민전체의 범위에서 또는 하부집단에서 의료서비스에 대한 접근성의 증가는 의료이용의 증가나 의료비지출의 증가와 어떠한 상관관계를 나타내는가?
- 하부 집단간 의료접근성의 차이는 시간의 흐름에 따라 감소하는가 또는 증가하는가?
- 의료비 지출의 증가는 국민들의 전반적 의료서비스 접근성의 증가와 긍정적인 상관관계를 보여주는가?
- 의료비 지출의 증가는 국민들의 전반적 의료서비스 만족도나 제도에 대한 만족도의 증가와 긍정적인 상관관계를 보여주는가?

2) 설문문항의 선정

접근성을 측정하기 위한 문항의 개발을 위하여 이 연구에서는 다음과 같은 국내·외 설문 시스템을 참조하였다. 우선, 미국 내 의료비 지출을 측정하기 위해 실시되고 있는 MEPS 2005, CTS(community Tracking Service) 2003, 그리고 NHIS(National Health Interview Survey) 2006에서 사용된 문항을 참조하였다.

국내에서는 아직 접근성에 대한 연구나 자료수집이 아직 활발하게 이루어지지 않고 있어서 다양한 문항이 개발되어 있지 않고 국민건강영양조사 등의 조사에서 소수의 문항이 적용되어 측정되고 있다. 국민건강영양조사는 공공 자료원 중 의료이용을 가장 구체적으로 조사하는 설문조사로서 국민건강영양조사 2005에서 접근성을 측정하기 위해 미치료나 지연의 유무와 그 원인에 대한 문항을 사용하고 있다.

우선 외국 설문조사에서 사용된 문항들의 경우 번역, 역번역의 과정을 거쳐 번역의 정확성을 최대화하도록 하였고 기존의 국내조사(예: 건강보험연구원 만족도 조사)에서 사용되었던 문항을 추가하여 접근성의 문항을 구성하였다. 접근성은 크게 1) 미충족 의료실태와 원인, 미충족 문제의 심각성, 2) 지연된 치료 실태와 원인, 지연의 심각성 3) 경제적 어려움, 의료서비스에 대한 정보, 정규시간의 서비스, 대기시간, 등 전반적 접근성의 경험 조사 4) 상용치료원이 있는 지 여부, 형태, 없는 경우 그 이유 등 4개의 차원으로 나누어 조사하였다. 미충족 의료의 경우 일반의료 서비스, 치과 검진, 및 처방약 구입의 경우를 나누어 조사문항을 구성하였다.

만족도의 경우 미시적 차원의 만족도와 거시적 차원의 만족도를 포괄하기 위하여 1) 의료제도 전반에 관한 만족도, 2) 국민건강보험제도에 관한 만족도, 3) 응답자 본인이나 가족이 받은 의료서비스에 대한 만족도의 3차원으로 구성하였다. 참조한 국내연구로는 건강보험연구원에서 실시한 국민건강보험제도에 관한 만족도 조사(2004-2007)를 참조하였으며 의료제도에 대한 인식을 기타 국내주요 정책과 비교하는 문항은 KGSS(Korean General Social Survey)의 문항을 인용하였다. 국외의 연구로는 앞서 소개한 하버드보건대학원과 Commonwealth Fund가 공동으로 실시한 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey의 문항을 참조하였고, 미시적 차원의 만족도 항목은 HCAHPS®의 주요문항들을 참조하여 번역·역번역의 과정을 거쳐 문항을 확정하였다.⁴⁶⁾

46) 기존 문헌검토에 근거하여 최초로 제시되었던 설문문항들은 두 차례에 걸친 자문위원의 검토, 응답자를 대상으로 심도 있는 모의인터뷰를 통해 문항의 가독성, 용이성, 의미전달 등을 평가하는 인지조사, 소수의 응답자를 대상으로 사전에 실시해보는 예비조사 및 수차례의 연

〈표 V-3〉 접근성 문항 리스트

구분	항목	문항	출처
미충족 의료	일반적인 미충족 경험	지난 1년간, 귀하(또는 귀하의 가족)이 병 원이나 의원 방문을 통한 질병의 치료나 검사 등을 필요로 했으나 이를 아예 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?	MEPS 2005, 국건영 2005 응용
	미충족의 원인	귀하나 귀하의 가족이 필요한 의료서비스 (병원이나 의원진료, 검사)를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까?	MEPS 2005, 국건영 2005 응용
	미충족의 심각성	귀하(나 귀하의 가족)이 필요로 하는 의료 서비스를 받지 못하신 것은 얼마나 큰 문 제였습니까?	MEPS 2005, 국건영 2005 응용
치료 지연	치료의 지연 경험	지난 1년간, 귀하(나 귀하의 가족)은 필요 한 처방약을 구입하지 못한 적이 한번이라 도 있었습니까?	NHIS 2006, MEPS 2005
	치료의 지연 이유	귀하나 귀하의 가족이 필요한 의료서비스 (병/의원 진료나 검사)를 제때에 받지 못하 고 미루어야만 하셨던 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까?	NHIS 2006, MEPS 2005
	치료지연의 심각성	귀하나 귀하의 가족이 필요로 하는 의료서 비스를 제때에 받지 못하고 미루신것이 얼 마나 큰 문제였습니까?	MEPS 2005
처방약 미충족	처방약에 대한 미충족	지난 1년간, 귀하(나 귀하의 가족)은 필요 한 약(한약이나 건강기능 식품은 제외)을 구입하지 못한 적이 한번이라도 있었습니 까?	NHIS 2006, MEPS 2005
	처방약 미충족의 이유	귀하(나 귀하의 가족)이 필요한 약을 드시 지 못하신 가장 중요한 이유는 다음 중 무 엇입니까?	NHIS 2006, MEPS 2005
	처방약 미충족의 심각성	귀하(나 귀하의 가족)이 필요한 약을 드시 지 못하신 것은 얼마나 큰 문제였습니까?	MEPS 2005

구진 회의를 걸침.

〈표 V-3〉 계속

구분	항목	문항	출처
치과 진료 미충족	치과진료에 대한 미충족 경험	지난 1년간, 귀하는 필요한 치과검진이나 치료를 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?	NHIS 2006
	치과진료 미충족의 이유	귀하(나 귀하의 가족)이 필요한 치과검진이나 치료를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까?	NHIS 2006
	치과진료 미충족의 심각성	귀하(나 귀하의 가족)이 필요한 치과검진이나 치료를 받지 못하신 것은 얼마나 큰 문제였습니까?	MEPS 2005
기타 접근성	경제적 접근성	진료비 걱정 없이 병원이나 의원을 잘 이용할 수 있다	건보만족도 2006
	정보에 대한 접근성	병원이나 의사 등에 관한 정보를 구하기 쉽다	건보만족도 2006
	정규시간의 접근성	필요한 경우, 새벽이나 공휴일에도 큰 문제없이 치료를 받을 수 있다	건보만족도 2006
	입원대기시간	입원하기 위해 기다리는 시간이 너무 길다	건보만족도 2006
	외래진료대기시간	외래 진료를 받기위해 기다리는 시간이 너무 길다	건보만족도 2006
	의사방문 접근성	전반적으로 볼 때, 필요한 진료나 검사를 받기위해 의사를 만나는 것이 어렵다	건보만족도 2006
상용 치료원	상용치료원의 여부	귀하는 귀하가 아프거나 치료 상담 또는 검사가 필요할 때 주로 방문하는 의료기관이 있습니까? 이때, 치과는 제외하고 응답해주시시오	NHIS 2006, MEPS 2005
	상용치료원의 유형	귀하가 아프거나 치료 상담 또는 검사가 필요할 때 주로 방문하는 의료기관의 형태는 다음 중 무엇입니까?	NHIS 2006
	상용치료원이 없는 이유	귀하가 주로 방문하는 일정한 의료기관이 없는 이유는 다음 중 무엇입니까?	MEPS 2005

〈표 V-4〉 만족도 문항 리스트

차원	항목	문항	출처
의료제도 만족도	현 의료 시스템의 문제점	귀하는 현재 우리나라 의료시스템이 당면한 가장 큰 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?	H/C
의료제도에 대한 개인적 염려	비용에 대한 염려	내가 (또는 나의 가족이) 큰 병에 걸렸을 때 비용문제로 필요한 의료서비스를 받지 못할 수도 있다.	H/C
	진료가능성에 대한 염려	내가 (또는 나의 가족이) 큰 병에 걸렸을 때 가장 우수한 치료나 수술 또는 처치 등의 의료서비스를 받지 못할 수 있다.	H/C
	장기요양에 대한 염려	내가 (또는 나의 가족이) 중병에 걸려 장기치료를 필요로 할 때, 필요한 장기요양 서비스를 받지 못할 수도 있다.	H/C
	응급처치에 대한 염려	내가 (또는 나의 가족이) 갑자기 아플 때 새벽이나 공휴일에는 응급처치를 받지 못할 수 있다	H/C
의료 서비스 경험 만족도	존중과 예의	의사와 간호사들은 나와 내 가족들을 존중하고 예의를 갖추어 대하였다	HCAHPS®
	적절한 진료시간	의사와 간호사들은 나와 내 가족들의 진료에 적절한 시간을 할애하였다	HCAHPS®
	이해할 수 있는 설명	의사와 간호사들은 나와 내 가족들이 쉽게 이해할 수 있도록 쉽게 설명하였다	HCAHPS®
	주의깊은 경청	의사와 간호사들은 나와 내 가족이 하는 질문에 대해 주의깊게 들어주었다	HCAHPS®
	결과에 대한 설명	의사와 간호사들은 검사결과나 진찰 결과에 대해 이해하기 쉽게 설명해주었다	HCAHPS®
	전반적 의료서비스 평가	귀하는 지난 1년동안 귀하나 귀하의 가족들이 받은 의료 서비스의 질적 수준에 대해 전반적으로 어떻게 평가하십니까? 가급적 귀하나 귀하의 가족들이 지난 1년간 받으신 의료서비스 전체를 생각하고 응답해주시기 바랍니다.	HCAHPS®

〈표 V-4〉 계속

차원	항목	문항	출처
의료비부담	외래진료비 부담	나와 내 가족이 제공받은 진료나 수술의 수준에 비할 때, 나와 내 가족이 부담한 외래 진료비는 대체로 비싼 편이다	건보만족도 2006
	입원비 부담	나와 내 가족이 입원했을 때 제공받은 서비스의 수준에 비할 때, 나와 내 가족이 부담한 입원비는 대체로 비싼 편이다	건보만족도 2006
	약국비용부담	나와 내 가족이 병원이나 약국에서 구입할 때 소요된 약값은 전반적으로 비싼 편이다	건보만족도 2006
	1년 지출 의료비 부담	나와 내 가족이 지난 1년 동안 지출한 의료비는 우리 집안의 가계에 부담을 주었다	건보만족도 2006
제도에 대한 전반적 만족도	의료제도 전반적 만족도	현재 우리나라의 의료서비스 체계(환자가 필요한 검사나 치료 등을 받는 모든 과정에 관련된 체계와 상황)를 전반적으로 고려할 때, 한국의 의료서비스 제도에 대해 어떻게 평가하십니까?	H/C

* H/C: Harvard School of Public Health/Commonwealth Fund Survey

4) 설문항목(변수)을 활용하여 분석한 기존문헌 검토

(1) 접근성에 관한 기존연구 결과

앞서 제시한 바와 같이 국내에서는 접근성에 대한 연구가 그다지 활발하지 않았다. 총 12,001가구에서 성인 25,215명, 아동 및 청소년 8,633명이 참여한 '국민건강영양조사 2005'에서 조사한 바에 의하면 조사대상 인구의 13.65%가 지난 1년간 미치료나 치료지연을 경험한 것으로 보고되고 있다. 전 국민이 가입하도록 되어 있는 건강보험이 실시되고 있음에도 불구하고 연령이 높을수록, 교육이 낮을수록, 월 평균 가구 소득이 낮을수록, 의료보장에서는 미가입, 의료급여, 지역 그리고 직장의 종류에 따라 미치료나 치료지연율이 일관성 있게 높게 나타나는 것은 이러한 전 국민 건강보험 제도에도 불구하고 일부 집단에게 의료서비스에 대한 접근성이 제한되어 있음을 시사한다. 이에 대해 국민건강영양조

사팀은 접근성을 제고시키고자 하는 우리나라의 건강보험 등의 정책이 아직 전반적으로 그 기능을 제대로 수행하고 있지 못하다는 증거로서 지적하고 있다. 한편, <국민건강영양조사 2005>에서는 미치료나 지연된 치료의 원인에 대해서는 다음과 같이 보고하고 있다. 우선, 우리나라의 경우에는 응답한 성인 중 49.72%, 아동 및 청소년의 경우는 33.73%가 경제적 이유로 미치료나 치료지연을 겪었다고 보고하여 경제적 부담이 접근성을 저해하는 중요한 원인으로 지적되고 있다. 한편, 지역적 접근성의 문제, 시간적 여유의 문제 (직장 때문에 성인 33.39%, 학업 때문에 청소년 37.41) 등이 제기되었으며 성인의 경우 '아이때문에'(0.74%) 혹은 아동 및 청소년의 경우 '보호자가 바빠서'(21.46%)의 이유 등을 제시하였다. '거동 불편 및 건강문제 때문에'의 이유도 성인의 경우 4.7% 정도로 나타났다.

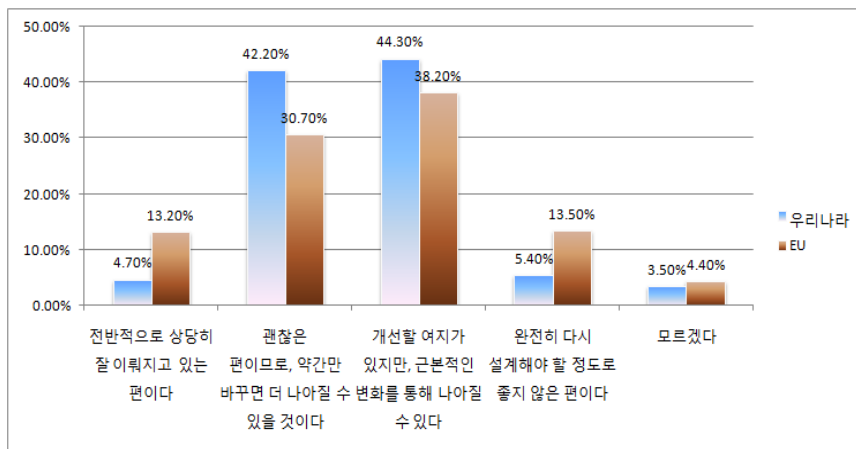
한편, 2007년 건강보험연구원에서 실시한 건강보험제도 만족도 조사에 따르면 응답자의 24.1%는 진료비가 걱정되어 병원이나 의원을 잘 이용하지 않는다고, 16.5%는 의료기관이 멀어서 다니기가 불편하다, 의료정보를 구하기가 어렵다는 24.8%가 동의하여 진료비나 공간적 장애, 정보의 부족 등으로 인한 접근성의 문제를 제시하였다.

(2) 만족도에 관한 기존연구 결과

의료시스템이나 건강보험제도에 대한 만족도에 관한 대표적인 연구는 건강보험연구원에서 매년 실시해온 국민건강보험만족도 조사를 들 수 있다. 2000명의 응답자를 대상으로 실시된 2007년 연구에 의하면 우리나라 국민의 의료시스템이나 건강보험제도에 대한 만족도는 다음과 같다(서남규 외, 2007). 건강보험제도에 대한 만족도에 있어서는 예년에 비해 약간 만족도가 증가하는 추세이나 여전히 그다지 높은 수준은 아니었다. 보장성에 대해서는 49.3점, 보험행정의 질에 대해서는 53.5점, 보험료에 대해서는 54.7점으로 나타났다. 의료 환경에 대한 만족도에 있어서는 의료제도 전반에 대한 평가에 있어서 "완전히 다시 설계해야 할 정도로 좋지 않은 편이다"라고 인식하고 있는 국민들은 5.4%이었으며, 그 반대로 "전반적으로 상당히 잘 이뤄지고 있는 편이다"에 대해서는 4.7%

가 동의하였다. 이러한 결과는 Eurobarometer의 조사결과에 비교하면 중간적 평가에 치우쳐있는 편이다(그림 V-3 참조). 즉, 매우 긍정적인 평가도 낮은 반면, 매우 부정적인 평가의 %도 낮음을 볼 수 있다.

[그림 V-3] Eurobarometer와 우리나라 의료시스템 만족도 조사 결과



한편, 의료서비스에 대한 세부적인 항목 만족도는 다음과 같이 보고되고 있다. 의사의 진단이나 검사에 대해서는 60.1%가 신뢰할만하다고 보고하였으며 담당의사가 친절하게 설명해주었다는 53.2%, 진료나 상담시간이 충분하다는 33.5%이었고 의사나 병원의 행정서비스가 친절하고 신속하다는 43.1%로서 진료시간의 충분성에 대한 만족도가 낮은 것으로 보고되었다. 의료비 지출에 관해서는 진료비가 비싼 편이라고 54.4%, 입원비가 비싸다는 54.9%, 약값이 비싸다는 응답자의 37.9%가 보고하였으며 지난 1년간 지출한 의료비가 가계에 부담이었다는 응답은 37.9%의 응답자에게 해당되었다.

다. 정책적 함의 및 기존조사와의 차별성

1) 접근성 설문

의료이용에 대한 접근성 실태를 파악하는 것이 의료서비스 이용의 형평성에 대한 관심을 제고하고 정책적 개입의 논거가 될 수 있는 만큼 접근성에 있어서 불평등의 실태를 다양한 각도에서 정확하게 파악하기 위해서 보다 충실한 자료가 확보되고 개선된 방법론을 사용하여 지속적인 연구가 이루어져야 할 것이다. 해외에서 그동안 접근성의 측정에 매우 다양한 연구가 시행되어 온 반면, 국내에서는 그동안 접근성에 대한 구체적이고 실제적인 측정의 노력은 매우 미비하였다. 이러한 의미에서 접근성 개념에 대해 구체적인 하부차원을 구성하여 측정하고자 한 이 연구의 노력은 접근성 연구에 대한 관심을 제고하고 의료서비스를 이용하는 데 발생할 수 있는 장벽들을 제거하고자 하는 정책적인 노력에 중요한 의의가 있다고 하겠다.

한편, 설문조사를 이용한 접근성의 측정방식에 대해서는 여전히 대부분의 설문조사의 한계점이 적용된다. 즉, 연중 1회 측정되는 설문조사를 통해 회상하는 조사로서 계절별, 월별 변이를 감안하기 어렵다는 점, 회상자료에 의존하여 의료이용을 파악하기 때문에 기억으로부터 오는 편의(bias), 조사연도에 따라 가구 방문시 면접하지 못한 사람의 의료 이용 자료가 대표응답자에 의해 응답되어서 오는 편의 등이 가능하다는 점, 조사비용과 시간이 많이 든다는 단점 등이 있다. 반면, 전 국민에 대한 대표성이 있는 자료인 동시에 의료서비스에 대한 접근성과 밀접한 관계가 있는 다양한 변수(예: 주관적 건강상태, 활동제한일수, 만성병 유무 및 건강행태나 신념 등)에 관한 자료를 한 설문도구에 포함하고 있어서 이들 간의 상관관계를 파악할 수 있는 것은 향후 접근성 및 의료이용에 관한 연구에 있어서 중요한 공헌이 되면서 정책적 노력에 있어서도 중요한 강점이 될 수 있다.

접근성에 관해 이 연구에서 개발된 설문문항은 기존의 국민건강영양조사에서

의 접근성 문항에 비하여 다양한 측면을 측정하고 있다. 즉, 미충족과 치료의 지연에 대한 경험을 분리하여 측정하고 각각의 원인을 조사한다. 또한, 처방약과 치과진료에 대한 미충족도 측정하여 이에 대한 접근성을 파악한다. 한편, 상용치료원의 여부 및 결정요인을 확인하여 의료전달체계에 대한 정책변화의 필요성을 파악하고자 하였다. 기타 의료정보에 대한 접근성, 정규시간외 접근성, 지역적 접근성 등 다양한 측면에서의 접근성도 측정하고 있다.

2) 만족도 설문

접근성과 마찬가지로 국내에서 그동안 의료제도의 변화나 발전에 대한 결과 변수로서 국민만족도나 경험에 대한 조사는 앞서 소개한 국민건강보험제도 만족도 조사 외에는 그다지 활발하지 않았다. 이에 이 연구에서 측정하게 될 거시적 만족도와 개인이 경험한 의료서비스에 대한 만족도등의 지표는 의료비지출의 증가나 의료제도 변화에 따른 결과를 국민들이 어떻게 체감하는 지를 측정할 수 있는 유용한 도구로 사용될 수 있을 것이다. 의료제도를 개선하고자 하는 그동안의 정책 노력에 대한 평가가 비용효과 등의 계량적인 산출물에만 근거하여 이루어졌다면 이 연구에서와 같이 국민들의 체감만족도나 인식, 경험을 측정하는 것은 공공정책이나 제도의 정당성과 책임성을 제고하는 데 유용한 도구가 될 수 있다.

이 연구가 국민건강보험제도 만족도 조사와 다른 점은 다음과 같다. 가장 중요한 특징으로는 만족도 결과에 대한 변화의 원인을 파악할 수 있는 다양한 독립변수들을 포함하고 있다는 점이다. 즉, 응답자들의 건강상태, 사회경제적 지위 등 기본적인 통제변수 외에 다양한 분야의 의료이용행태, 의료비 지출, 건강행태, 건강보험 및 민영보험 가입현황 등 다양한 변수들을 동시에 포함하고 있어서 이들 간의 상관관계를 파악할 수 있어서 향후 정책적 노력에 중요한 정보를 제공할 수 있다.

라. 기대효과 및 활용방안

이 연구에서 개발된 설문항목을 활용하여 설문조사를 하게 될 경우 다음과 같은 활용이 가능하다. 우선, 국민들이 필요한 시기에 원하는 의료서비스를 이용할 수 있도록 접근성이 보장되어 있는지를 파악하고 접근성을 저해하는 요인들에 대한 정책적 노력을 수립하는 근거로 활용될 수 있다. 특히, 사회경제적 지위나 건강상태, 지역적 요인 등에 의해 접근성이 보장되지 못한 집단을 파악하고 이들에 대한 대책을 강구하도록 할 수 있다. 한편, 패널조사의 특성을 이용하여 전반적인 또는 집단별 접근성의 현황이 시간의 흐름에 따라, 또는 의료비지출의 증감, 의료제도의 변화에 따라 어떻게 변화하는지를 파악하여 이러한 정책변화의 효과를 추정할 수 있도록 한다.

한편, 만족도 조사도 이와 같이 활용될 수 있다. 즉, 의료제도에 대한 만족도 및 의료서비스에 대한 경험과 만족도를 측정하여 전반적으로 또는 하부집단별로 현황이 어떠한지, 이러한 체감만족도가 시간의 흐름에 따라, 또는 의료비지출의 증감 또는 의료제도의 변화에 따라 어떻게 변화하는지를 측정할 수 있을 것이다. 이러한 결과는 정책변화의 효과성을 정책의 수혜자인 국민의 관점에서 평가할 수 있도록 해주고 향후 의료제도나 의료서비스에 대한 국민의 지지와 순응을 높일 수 있는 방안을 모색하는 데 중요한 자료로서 활용될 수 있을 것이다.

VI. 결론

최근 만성질환의 증가, 소득수준의 향상, 의료의 보장성 강화, 다양한 진료행위 및 의료기술 발전, 고령화 등으로 의료비 증가는 더욱 가속화되고 있는 상황에서 보건의료부문은 효율성(efficiency), 효과성(effectiveness), 형평성(equity)의 제고가 더욱 요구되고 있다. 이러한 정책목표를 달성하기 위해서는 우선 의료비 지출을 결정짓는 의료이용행태와 건강상태 및 건강행태 등에 관한 복잡·다양한 인과관계에 대한 경로를 추적하는 것이 필수적이라 할 수 있다. 정확한 현상파악과 현상을 결정짓는 요인들에 대한 과학적인 규명이 활발하게 이루어질때, 올바른 정책수립이 가능하기 때문이다. 그런데, 정확한 현황파악과 심도있는 분석은 신뢰성 있는 통계와 기초자료의 확보가 전제되어야 한다.

본 보고서는 이러한 필요성에 따라 다음의 목적으로 작성되었다. 우선, 우리나라 국민들의 의료이용실태 및 의료비 지출수준에 관한 통계와 정보를 파악하기 위한 기초연구를 수행하였으며, 이를 토대로 한 조사내용을 개발하고자 하였다. 구체적으로는 입원과 외래를 포함하여 본인부담과 민간의료보험에 관한 실태를 파악하고, 의약품 및 기타 건강관련 지출에 관한 내용이 포함하였다.

그리고, 의료이용과 의료비에 영향을 미치는 요인들에 대한 기초연구를 수행하였으며, 이를 토대로 패널데이터 생산이 가능할 수 있도록 조사내용을 구성하고자 하였다. 즉, 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되는 연계고리를 심층적으로 분석할 수 있는 통계자료의 생산방안을 모색하고자 하였다. 의료이용 및 의료비지출 데이터는 결과 지표로서의 활용가치로 제한된다. 이러한 제한점을 극복하고 보다 폭 넓고 심층적으로 활용할 수 있기 위해서는 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되는 연계고리를 분석할 수 있는 통계자료 구축이 바람직하다. 이러한 연계고리를 파악하게 되면 정책적·학문적으로 활용가치가 높은 자료 생산이 가능하리라 기대된다.

따라서, 본 연구에서는 의료이용 및 의료비에 관한 데이터뿐만 아니라 의료비를 결정짓는 요인들에 대한 신뢰성 있는 기초통계의 생산방안이 강구되었다. 즉, 앞에서 언급한 바와 같이 의료이용과 이에 따른 의료비 지출의 원인이 되는 연계고리를 분석할 수 있는 통계자료의 생산방안을 고려해보았으며 특히, 가구들의 본인부담에 관한 종단적 패널 데이터를 체계적으로 구축할 수 있는 방안, 그리고 의약품 지출, 민간의료보험지출 등에 대한 정보를 포함함으로써 올바른 정책수립을 위해 패널데이터의 활용가치를 높일 수 있는 자료생산 방안을 모색하고자 하였다.

이러한 보건의료부문의 기초통계와 자료를 생산함에 있어 본 연구에서 제시한 조사내용은 가구수준에서의 패널데이터 구축을 목적으로 하여 개발되었다. 패널데이터는 횡단면자료와 시계열자료의 장점을 동시에 추구하고 단점을 보완할 수 있는 종단자료로 최근 주목받고 있다. 본 패널조사를 통하여 특정 시점에서 현상만을 보여주는 횡단면 자료로는 불가능한 환경변화에 따른 건강수준과 보건의료서비스 이용, 건강행태 등의 동태적 변화를 정확하게 기록할 수 있을 것이다. 그리고, 특정기간 효과, 특정연령 효과, 코호트 효과 등을 고려한 심층분석이 가능하리라 기대된다. 또한, 패널자료는 현재와 과거의 인구학적 배경, 교육·문화적 배경, 경제적 배경 등에 대한 정보를 파악하므로 '건강'이라는 현상에 대한 다양한 접근을 가능하게 하여 건강과 관련 정책에 대한 이해도를 높일 수 있다. 즉, 동일한 개인에 대해 주기적이고 장기간의 추적 조사를 통하여 심층적인 연구와 정부 정책의 수립과 평가가 가능하리라 기대할 수 있다.

조사내용을 개발함에 있어 본 연구는 다음의 사항을 고려하여 진행하고자 하였다. 첫째, 학문적, 정책적 수요가 있는 연구주제인가? 둘째, 종단적 연구에 필요한 내용이며, 시계열 변화가 예상되는가? 셋째, 독립변수와 종속변수의 시간적 인과관계와 이론적 배경이 제시될 수 있는가? 넷째, 고려해야 하는 변수가 전반적으로 제대로 포괄되어 있는가? 다섯째, 조사내용의 분량이 적절한가? 여섯째, 매년 조사해야 하는 핵심(core) 내용과 부가설문을 통한 조사내용은 무엇인가?

본 연구에서 구성한 조사내용을 통해서 구축된 패널데이터를 활용하여 기대

되는 효과 중 몇 가지를 추려보면 다음과 같다. 첫째, 한국의 경우 사회경제적 요인과 건강간의 관계에 대한 충분한 연구가 이루어지지 않은 상태이기 때문에, 의료패널 자료의 구축을 통하여 빈곤이나 상대적 불평등을 약화시켜 건강 형평성을 높이고 사회적 비용을 줄이는 방안을 모색할 수 있는 방안 즉, 예방적 차원의 사회정책이 의료정책과 맞물려 사회경제적 요인과 건강 간의 관계에 대한 보다 과학적이고 효과적인 보건정책을 수립하기 위한 기초자료를 제공할 수 있을 것이다. 특히, 건강 불평등의 중요한 기제로 확인된 사회 연결망 등과 같은 부가설문을 포함하여 건강에서의 불평등을 줄이는 정책 형성에 긴요한 자료로 쓰일 수 있다. 건강에 미치는 영향력이 높지만 지금까지는 외생적인 변수로 간주해 정책적 개입이 쉽지 않은 것으로 여겨온 사회적 요인들에 대한 개입을 통해서 정책의 효율성을 높일 수 있을 것이라 기대된다.

둘째, 의약품, 입원서비스, 외래서비스, 장기요양서비스(시설/재가(홈 케어)) 등에 관한 변화 양상, 인구집단을 대상그룹별(연령층별, 사회경제적 계층별, 특정연도 출생 코호트 별) 또는 질환별로 의료 의료이용양상이나 의료비 지출양상, 의료비의 재원조달의 변화와 재원조달의 특성(예를 들어 의료보호, 공공의료보험이 주요 재원, 민간의료보험 보장수준이 높은 그룹 등)에 따른 의료이용과 의료비 양상을 살펴볼 수 있는 자료 생산이 가능해 진다. 이를 통하여 보건 의료체계의 거시적 효율성, 형평성, 총 의료비억제, 보건의료시장의 동향, 건강 수준향상이 생산성 향상에 미치는 양상의 실제, 의료비로 인한 파산이나 사회적 지위하락의 양상, 인구집단의 노령화와 보건의료비, 정책변화별 보건의료서비스 시장에 일으킨 변화, 정책변화별 입원서비스 이용양상의 변화, 출산관련 정책 변화에 따른 출산관련 서비스 이용양상 변화, 응급의료서비스에 대한 정책의 변화와 응급의료이용양상의 변동 등 다양한 정책적 관심에 따른 정확한 실증연구가 본 자료의 구축을 통해 가능해질 것이다.

셋째, 건강보험 급여의약품은 건강보험 청구자료로 산출할 수 있으나 급여가 되지 않은 비급여의약품은 자료구축이 어려운 부분이 할 수 있다. 그러나 본 패널조사에서는 가계부에 비급여의약품 구매내역을 기재하도록 하고 있으므로 조사대상의 비급여의약품비용을 비교적 정확히 산출할 수 있으며 이를 통해 간

접적으로 우리나라 전체 인구의 비급여의약품 비용을 추정할 수 있을 것으로 보인다. 특히, 우리나라 건강보험의 의약품 급여방식이 'negative list'에서 'positive list'로 전환됨에 따라 급여되었던 의약품이 비급여로 전환될 경우 환자의 비급여의약품 구매비용이 증가될 가능성이 있으며 이는 전체적인 의약품 비용의 상승과 의약품의 접근성 저하로 이어질 수 있다. 따라서 비급여의약품 비용을 산출하고 이로 인한 영향을 분석하는 것은 매우 시기적절하다고 할 수 있다. 의약품 사용 및 비용에 대한 자료로서 의약품 정책 수립에 필요한 의약품 사용 현황, 의약품 비용에 영향을 주는 요인 등과 의약품의 급여범위 변동, 의약품 가격변화 등과 같은 동태적인 데이터를 통해서 관련 정책변화로 인한 영향을 평가하는 데에도 사용이 가능할 것이다.

넷째, 우리나라는 공보험의 보장성을 제고하기위한 제도를 지속적으로 도입하고 있지만 여전히 낮은 건강보험 급여율로 인해 민간의료보험 시장은 지속적으로 확대되고 있다. 이러한 시점에서 민간의료보험의 가입과 보험료 등에 대한 통계를 구축함으로써, 공보험과 민간보험의 관계, 의료서비스별·질병별 의료재원의 흐름, 민간의료보험으로 인한 도덕적 해이의 정도와 역선택 여부, 민간의료보험가입 증가로 인한 공보험의 재정건전성 또는 의료이용 형평성 등에 관한

실증적인 연구로부터 의료자원의 효율적인 배분에 기여할 것이다.

다섯째, 인구집단의 건강상태의 측정은 그 자체로서 보건의료체계의 성과를 보여주는 지표로 사용될 수 있다. 또한 건강의식 및 행태를 바람직한 방향으로 실천하는 것이 건강상태의 향상을 가져오고 이어서 의료비 지출의 감소로 이어질 수 있기 때문에 정부가 건강의식 및 행태를 위한 사업이나 정책을 설정함에 있어서 개입 전략이 보다 구체화될 수 있을 것이다.

여섯째, 본 연구에서 개발된 의료서비스의 접근성 및 만족도와 관련한 설문 항목을 활용하여 우선, 국민들이 필요한 시기에 원하는 의료서비스를 이용할 수 있도록 접근성이 보장되어 있는지를 파악하고 접근성을 저해하는 요인들에 대한 정책적 노력을 수립하는 근거로 활용될 수 있다. 한편, 만족도 조사도 이와 같이 활용될 수 있다. 즉, 의료제도에 대한 만족도 및 의료서비스에 대한 경

험과 만족도를 측정하여 전반적으로 또는 하부집단별로 현황이 어떠한지, 이러한 체감만족도가 시간의 흐름에 따라, 또는 의료비지출의 증감 또는 의료제도의 변화에 따라 어떻게 변화하는 지를 측정할 수 있을 것이다.

마지막으로, 정책현안에 관한 부가설문지를 개발하여 데이터를 생산함으로써, 정책적 수요에 적극적으로 대처할 수 있는 기초통계생산이 가능할 것으로 여겨진다. 패널조사의 특성을 이용하여 전반적인 또는 집단별 의료서비스 이용자들의 행태가 시간의 흐름에 따라, 또는 의료비지출의 증감, 의료제도의 변화에 따라 어떻게 변화하는 지를 파악하여 이러한 정책변화의 효과를 추정할 수 있도록 한다. 또한, 정책변화의 효과성을 정책의 수혜자인 국민의 관점에서 평가할 수 있도록 해주고 향후 의료제도나 의료서비스에 대한 국민의 지지와 순응을 높일 수 있는 방안을 모색하는 데 중요한 자료로서 활용될 수 있을 것이다.

참고문헌

- 강성욱 · 권영대 · 유창훈, 「암보험이 암환자의 의료비용 및 의료비에 미친 영향」, 『보건행정학회지』, 제15권 제4호, 2005.
- 강영호, 「건강 불평등 연구의 역사적 발전」, 『예방의학회지』, 제40권 제6호 pp422-430.
- 강은정 · 김나연, 「한국인의 건강관련 삶의 질과 건강수명」, 『제3기(2005) 국민건강영양조사 심층분석-건강면접 및 보건의식행태조사 부문』, 질병관리본부 · 한국보건사회연구원, 2007.
- 강은정 · 신호성 · 박혜자 등, 「EQ-5D를 이용한 건강수준에 대한 가치평가에 관한 연구」, 한국보건사회연구원 · 건강증진사업지원단, 2006.
- 강은정 · 최은진 · 송현중 등, 「제3기(2005) 국민건강영양조사-총괄」, 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 2006.
- 고수경, 「주요 국가의 진료비 본인부담」, 『건강보험포럼』, 제1권 제3호: 98-116, 2002.
- 곽진 등, 「외래환자의 복약실태와 문서를 통한 복약지도의 효과」, 『병원약사회지』 제12권 제4호, 1995년, pp.317-322.
- 국민건강보험공단, “심혈관질환 진료비 현황분석자료”, 2004.
- 국민건강보험공단, 건강보험통계연보 2003-2005.
- 김소희 등, 「폐경기 여성의 호르몬 대체요법과 복약지도」, 『병원약사회지』 제12권 제4호, 1995, pp.334-346.
- 김수정, 「노인의 종교활동이 삶의 질에 미치는 영향의 경로분석-사회적 지지 및 실존적 건강의 매개효과를 중심으로」, 『노인복지연구』, 제33권 pp29-50.
- 김애화 · 오현이 · 김진선, 「미혼임부의 사회적 지지, 건강증진행위 및 우울과의

- 관계 연구」, 『여성건강간호학회지』, 제13권 제2호, 2007년, pp123-130.
- 김영아, 「청소년의 스트레스, 사회적지지, 건강행위와의 관계」, 『아동간호학회지』, 제7권 제2호, 2001년 pp203-212.
- 김운학 등, 「폐경기 여성의 호르몬 대체요법과 복약지도」, 『병원약사회지』 제13권 제4호, 1996, pp.347-351.
- 김정란, 의약분업 후 복약실태조사 및 불순응 요인에 관한 연구, 중앙대 의약식품대학원 석사논문, 2002.
- 김정희, 「우리나라 건강보험의 급여범위와 본인부담 변화」, 『건강보험포럼』, 제1권 제3호: 34-50, 2002.
- 김정희·정종찬·김성욱, 「건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 2004.
- 김진현, 「고액 중증질환 본인부담에 대한 보장성 강화 방안」, 건강보험연구센터 『건강보험포럼』, 제3권 제3호: 15-25, 2004.
- 김태면·이석구·전소연, 「노인들의 사회적 지지와 건강행태 및 건강수준과의 관련성」, 『보건교육건강증진학회지』, 제23권 제3호, 2003년 pp99-119.
- 김현숙·김희영, 「보건소 방문보건 대상 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인: 사회적 지지와 인지된 건강상태를 중심으로」, 『보건교육.건강증진학회지』, 24(2) 2007년 pp1-14.
- 남재량 등, 제9차 한국가구와 개인의 경제활동, 한국노동연구원, 2007.
- 노인철, 「의료보험 비급여의 현황과 정책과제」, 『건강보험포럼』, 제1권 제3호: 63-72, 2003.
- 박만섭, “건강보험 본인부담제도의 분석: 외래환자의 진료비 지출실태를 중심으로”, 성균관대 행정대학원 석사학위논문, 2002.
- 방하남, 한국노동패널 기초분석보고서IV, 한국노동연구원, 2003.
- 보건복지부, “건강보험 보장성 강화방안”, 건강보험 보장성 강화방안 수립을 위한 공청회 자료(서울, 2005.06.30), 2005.
- 서남규 등, 2007년 건강보험제도 국민만족도 조사, 국민건강보험공단, 2007.

- 서미경 등, 「새국민건강증진종합계획 2010」, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2005.
- 신현택 등, 의약분업하의 복약지도 적정화 방안, 보건복지부, 2002.
- 양봉민 등, 의약분업의 경제성 평가, 대한약사회, 1998.
- 오수성, 「국제금융위기 후 실직자의 정신건강에 관한 연구-스트레스 대처양식, 자존감, 사회적 지지를 중심으로」, 『한국심리학회지』 일반, 제20권 제2호, 2001년 pp481-496.
- 유근춘 등, 『국민건강영양조사 제3기 (2005)-의료이용』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2006.
- 윤성환, 일반약국에서의 복약지도방법에 따른 복약순응도의 평가, 숙명여대 임상약학대학원 석사논문, 2002.
- 윤태호·황인경 외, 「민간의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인」, 『보건행정학회지』, 제15권 제4호, 2005
- 이삼식·정경희·신인철 등, 「인구패널 구축을 위한 기초연구」, 한국보건사회연구원, 2006.
- 이상이, 「국제수준과 비교한 우리나라 건강보험의 보장성」, 국민건강보험공단, 2005.
- 이의경·박은자·김동숙, 『생물학적동등성시험 수행실태 분석과 생동성인정품목 확대방안』, 한국보건사회연구원·식품의약품안전청, 2003.
- 이의경·박정영·이연희, 『처방조제포기 및 복약불이행 실태분석』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2002.
- 이진경, 「건강보험 본인부담 실태와 추이분석」, 『건강보험포럼』, 제1권 제3호: 51-116, 2002.
- 이현정 등, 「Warfarin 약물요법에 대한 환자의 인식도 조사와 복약지도」, 병원약사회지 제 13권 제4호, 1996, pp.341-346.
- 임준, 「사회안전망으로서 건강보험 보장성 강화방안」, 『건강보험포럼』, 제4권 제3호: 37-50, 2005.
- 임진화·김성경 외 「암환자의 민간의료보험 가입실태와 관련요인」, 『예방의학

- 회지』, 제40권 제2호, 2007
- 정기택, 민간의료보험 시장의 발전추세와 주요 정책 이슈, 손해보험 2004; 2월호, 7-17
- 정기택 · 신은규 · 광창환, 「민영건강보험과 도덕적해이에 대한 실증연구」, 『보험학회지』 제75호, 2006
- 정형선, “의료보장성지표의 재구성과 2003년 지표의 생산”, 『보건경제와 정책연구』, 제11권 제1호: 141-153, 2005.
- 정형선, 「우리나라 건강보험 보장성의 현주소 및 급여 확대방안」, 『건강보험포럼』, 제3권 제3호: 2-14, 2004.
- 정형선, 「의료보장성 및 의료보장 실효급여율에 관한 연구」, 『보건경제와 정책연구』, 제10권 제1호: 95-112, 2004.
- 정형선 · 이재현, “OECD의 기준에 따른 국민의료비의 추계를 통해 본 의약분업 전후 우리나라의료비의 구조변화”, 『보건경제연구』, 제9권 제2호, 2003.
- 조용균 · 박병주 · 정귀옥 · 구혜원 등, 노인입원환자의 항생제 사용양상분석, 『대한화약요법학회지』, 제17권 제1호, 1999, pp.11-23.
- 최경숙 등, 만성폐쇄성 폐질환 환자의 복약지도, 『병원약사회지』 제12권 제3호, 1995, pp.237-243.
- 최병호 · 윤병식 · 신현웅 등, 국민건강보험의 형평성 실태와 정책과제, 국민건강보험공단 · 한국보건사회연구원, 2005.
- 최영옥, 노인당뇨환자의 복약 및 다제병용실태 분석, 숙명여자대학교 임상약학대학원, 석사학위논문, 1999.
- 허순임 · 정종찬 · 이호용, 합리적 약제비 지출방안 연구, 국민건강보험공단, 2006.
- 홍미영, 고혈압 환자의 처방 약물 복약순응에 관한 연구, 서울대학교 석사학위논문, 1999.
- 홍선식 등, 호르몬 대체요법 환자의 복약실태분석, 『한국임상약학회지』 제10권 제1호, 2000, pp.7-12.
- Anderson RM (1968). Behavioral model of families' use of health services.

- Research Series No. 25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Anderson, S. C., et al., Managing pharmaceuticals in international health. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2004.
- Andersson K, et al., "Impact of a generic substitution reform on patients' and society's expenditure for pharmaceuticals", *Health Policy*, 81, 2007, pp.376~384.
- Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84: 195-215.
- Bartley, M. 2004. "Figuring out health inequality" Pp. 35-63 in *Health inequality: An introduction to theories, concepts and methods*. Oxford, UK: Polity Press.
- Bellock N, Breslow L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine* 1;409-421.
- Berkman, L.F. and Glass, T. Social integration, social networks, social support, and health. In Berkman L.F. and Kawachi, I. (eds) *Social Epidemiology*. Oxford University Press: 137-173.
- Berkman, L.F. and Kawachi, I. 2000. *Social Epidemiology*. Oxford University Press.
- Berkman, L.F. and Syme, S.L. 1979. Social networks, host resistance, and mortality. *American Journal of Epidemiology* 109(2): 186-204.
- Blanchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC, Grant CH, Hemmick RM. 1995. The role of social support in adaptation to cancer and to survival. *Journal of Psychosocial Oncology* 13:75-95.
- Bloom, J R; Stewart, S L; Johnston, M; Banks, P; Fobair, P. 2001. Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine* 53:1513-24
- Bowles, Samuel, Herbert Gintis and M. Osborne. 2005. *Unequal Chances*:

- Family Background and Economic Success, Princeton: Princeton University Press.
- Braiker, H.B. and Kelly, H.H. 1979. Conflict in the development of close relationships. In Burgess and Huston (eds) Social Exchange in developing relationships. New York: Academic Press.
- Bruijnzeels, M., van der Wouden J., M. Foets, Prins A., van den Heuvel W., Validity and accuracy of interview and diary data on children's medical utilisation in the Netherlands, J Epidemiol Community Health, 1998.
- Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M. Access to physician services: Does supplemental insurance matter? evidence from France. Health Econ 2004, 13(7):669-87.
- Burt, Ronald. 1992. Structural Holes: The Social Structure of Competition. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Caldwell, J. R., Cobb, S., Dowling, M. D., and de Jongh D., The drop-out problem in antihypertensive therapy, Journal of Chronic Disease 22, 1970, pp.579-592.
- Christensen DB, Bush PJ, Drug prescribing: patterns, problems, and proposals. Soc Sci Med 1981; 15A: 343-55.
- Chunha, F., J. Heckman, L. Locher, D. Masterov. 2005. "Interpreting the Effect of Life cycle Skill Formation," NBER Working Paper 113311. National Bureau of Economic Research, Cambridge MA.
- Clark, M.S. 1983. Some implications of close bonds for help-seeking. In DePaulo, Nadler, and Fischer (eds) New Directions in helping (vol 2). New York: Academic Press.
- Cohen, Sheldon and Syme, S.L. 1985. Social Support and Health. Academic Press, Inc.
- Conley D. and N. G. Bennett. 2001. "Birth Weight and Income: Interaction of

- Generations," *Journal of Health and Social Behavior* 42:450-65.
- Costa, Joan and Jaume Garcia. 2003. "Measuring socioeconomic health inequalities: fiction or reality?" *International Journal of Social Economics* 30(8): 882-892.
- Culnan, M. 1985. Patterns in preventive behaviour: A study of women in middle age. *Soc Sci Med.* 20:263-268.
- Cutler DM, Zeckhauser RJ. The anatomy of health insurance. NBERpaper # 7176, 1999.
- Dahl, Espen and Pål Kjærsgaard. 1993. "Trends in socioeconomic mortality differentials in post-war Norway: evidence and interpretation," *Sociology of Illness and Health* 15(5): 577-611.
- De Boer MF, Ryckman RM, Pruyn JFA, Van den Borne HW. 1999. Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Patient Education and Counseling* 37:215-30.
- De Kok, Inge MCM, Frank J Van Lenthe, Maurico Avendano, Marieke Nouwman, Jan-Wilem W. Coebergh, and John Mackenbach. 2008. "Childhood social class and cancer incidence: a result of globe study," *Social Science & Medicine* 66:1131-1139.
- Depaulo, B.M. 1982. Social-psychological processes in informal help seeking. In Willis (eds) *Basic Processes in helping relationships*. New York: Academic Press.
- Dodrill, C. B., Batzel, L. W., Wilensky, A. J., and Yerby, M. S., The role of psychosocial and financial factors in medication noncompliance in epilepsy, *International Journal of Psychiatry in Medicine* 17, 1987, pp.143-154.
- Ell K, Nishimoto R, Mediansky L, Mantell J, Hamovitch M. 1992. Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 36:531-41.

- Erikson and Goldthorpe,, Intergenerational Inequality: A Sociological Perspective, *Journal of Economic Perspectives*, 16(3): 2002; 31-44.
- Ettner SL. Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by the elderly. *J Health Econ* 1997, 16(5):543-62.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health -related quality of life. *Health Policy* 16;199-208.
- Evans RG & Stoddart GL, "Producing health, consuming health care", *Soc. Sci. Med*, 1990; 31(12):1347~1363.
- Ewing JA. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 252:1905-1907.
- Fabor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. (2001). The Alcohol Use Disorder Identification Test Guidelines for use in primary care 2nd ed. Geneva. World Health Organization.
- Fox CM, Harper P, Hyner GC, Lyle RM. 1994. Loneliness, emotional repression, marital quality, and major life events in women who develop breast cancer. *Journal of Community Health* 19:467-82.
- Froland, C., Brodsky, G., Olson, M., and Stewart, L. 1979. Social support and anger in survival from breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 27(1): 77-83.
- Gallo, F. 1982. The effects of social suport network on the health of the elderly. *Social work in Health Care*. 8(2): 65-74.
- GOLDTHORPE, J.H. (2000) *On Sociology: Numbers, narratives and the integration of research and theory*. Oxford: Oxford University Press.
- GOLDTHORPE, J.H. (2000a) 'Outline of a theory of social mobility', in his *On Sociology* Oxford; Oxford University Press.
- GOLDTHORPE, J.H. (2000b) 'Social class and the differentiation of employment contracts', in his *On Sociology*. Oxford: Oxford University Press

- Grossman M, Joyce TJ. (1972). Unobservables, pregnancy resolutions, and birthweight production functions in New York City. NBER Working Paper Series No. 2746. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Harmon C, Nolan B. Health insurance and health services utilization in Ireland. *Health Econ* 2001, 10(2):135-45.
- Hart, I. Carole, David L. Hole, Charles R. Gillis, George David Smith, Graham Van Watt and Victor M. Hawthorne. 2001. "Social class difference in lung cancer mortality: risk factor explanations using two Scottish cohorts," *International Journal of Epidemiology* 30:268-274.
- Hause, J.S. and Kahn, R.L. 1985. Measures and Concepts of Social Support. In Cohen, Sheldon and Syme, S.L. *Social Support and Health*. New York: Academic Press.
- Health Canada, Toward a Healthy Future, second report on the Health of Canadians, Federal, Provincial and Territorial Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, 1999.
- Heidrich SM. 1996. Mechanisms related to psychological well-being in older women with chronic illnesses: age and disease comparisons *Research in Nursing & Health* 19: 225-235
- Heikkilä R, et al., "Customer's and physician's opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland", *Health Policy*, 82, 2007, pp.366~374.
- Hemminki E, "Review of literature on the factors affecting drug prescribing", *Soc Sci Med* 1975; 9: 111-6.
- Hirsch, B.J. 1980. Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*. 8(2): 159-172.
- Hirsch, B.J. 1981. Social networks and the coping process. in Gottlieb (ed) *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage.

- Hoffman-Goetz L and Mills, SL. 1997. Cultural barriers to cancer screening among African American women: a critical review of the qualitative literature. *Women's Health* 3: 183-201
- Hoskins CN, Baker S, Sherman D, Bohlander J, Bookbinder M, Budin W, Ekstrom D, Knauer C, Maislin G. 1996. Social support and patterns of adjustment to breast cancer. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 10: 125-33
- Hunter CP, Redmond CK, Chen VW, et al. 1993. Breast cancer: factors associated with stage at diagnosis in black and white women. *J Natl Cancer Inst.* 85:1129-37.
- Hurd MD, McGarry K. Medical insurance and the use of health care services by the elderly. *J Health Econ* 1997, 16(2):129-54.
- Husaini, BA; Sherkat, DE; Bragg, R; Levine, R; Emerson, JS; Menten, CM; Cain, VA. 2001. Predictors of breast cancer screening in a panel study of African American women. *Women & Health.* 34: 35-51
- Hyypä, T. Markku, Juhani Mäki, Olli Impivaara, Arpo Aromaa. 2007. "Individual-level measures of social capital as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: a population-based prospective study of men and women in Finland," *European Journal of Epidemiology*, 22(9): 589-598.
- Islam, MK, Merlo J., Kawachi I., Linstrom M., Gertham U-G. 2006. "Social capital and health: Does egalitarianism matter?" A literature review," *International Journal of Equity Health* 5(3).
- Jofre-Bonet M. Public health care and private insurance demand: The waiting time as link. *Health Care Manag Sci* 2000, 3(1):51-71.
- Johnson, DAW, and Freeman, H., Long-acting tranquilizers, *Practitioner* 208, 1972, pp.395-400.
- Katapodi MC, Facione NC, Miaskowski C, Dodd MJ, Waters C 2002. The

- influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample *Oncol Nurs Forum* 29: 845-52
- Katz SJ, Hofer TP. 1994. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. *JAMA*. 272:530-4.
- Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. 1999. "Social capital and self-rated health: a contextual analysis," *American Journal of Public Health* 89(1):187-1193.
- Kawachi I, B. P. Kennedy, J. W. Lochner K. and D. Prothrow-Stith. 1997. "Social capital, income inequality and mortality," *American Journal of Public Health* 87(9): 1491-1498.
- Kawachi Ichiro. 2006. "Commentary: Social capital and health: making the connections one step at a time," *International Journal of Epidemiology* 35(4):989-993.
- Kim J, et al., "The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea", *Health Policy*, 72, 2005, pp.293~300.
- King D, Mossialos E. The determinants of private medical insurance prevalence in England 1997-2000. *Health Serv Res* 2005, 40(1):195-212.
- Krieger N. 1991. "Women and social class: a methodological study comparing individual, household, and census measures as predictors of black/white differences in reproductive history," *Journal of Epidemiology and Community Health* 45:35-42
- Krieger, N., D. R. Williams and N. E. Moss. 1997. "Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines," *Annual Review of Public Health* 18: 341-378.
- Le Grand, J. 1982. *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. (London: Allen and Unwin).
- Lefcourt, H.M. (ed) 1981. *Research with the locus of control construct*. New York: Academic Press.

- Lethbridge-Çejku M, Vickerie J. (2006). Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2004. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(228).
- Lugton J. 1997. The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 25: 1184-91
- Lynch, John, G. Davis Smith, M. Hillemeier, M. Shaw, and T. Raghunthan and G. Kaplan. 2001. "Income inequality, the psychological environment, and health: comparision of wealthy nations," *Lancet* 358:194-200.
- Lynch, John, G. Davis Smith, S. Harper, M. Hellemeir, N. Ross, G. A. Kaplan, and N. Wolfoson. 2004. "Is income inequality a determinant of population health? Part I systematic review, *The Milbank Quarterly* 82(1): 5-99.
- Mandelblatt J, Andrews H, Kerner J, Zauber A, Burnett W. 1991. Determinants of late stage diagnosis of breast and cervical cancer. *Am J Public Health*. 81:646-9.
- Marcus, M. J R Freed, I D Coulter, C Der-Martirosian, W Cunningham, R Andersen, I Garcia, D A Schneider, W R Maas, S A Bozzette, and M F Shapiro 2000. Perceived unmet need for oral treatment among a national population of HIV-positive medical patients: social and clinical correlates. *Am J Public Health*. 2000 90(7): 1059-1063.
- Marshall, J.R. & Funch, D.P. 1983. Social environment and breast cancer: A cohort analysis of patient survival. *Cancer*. 52:1546-1550.
- Maunsell E, Brisson J, Desch?nes L. 1995. Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer* 76: 631-7
- McCance KL, Mooney KH, Field R, Smith KR. 1996. Influence of others in motivating women to obtain breast cancer screening *Cancer Practice* 4: 141-146

- McPherson K, Why do variations occur? in Andersen TF, Mooney G(Ed).
The challenges of medical practice variations. Macmillan Press, 1990.
- McKenzie, Kwame and Trudy Harpham. 2006. Social Capital and Mental Health, Jessica Kinsley.
- Michael, Y.L., Berkman, L.F., Colditz, G.A., Holmes, M.D. & Kawachi, I. 2002. Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors. *J Psychosomatic Research*. 2002; 52: 285-293.
- Michelle G. Craske, Ph.D., Mark J. Edlund, M.D., Greer Sullivan, M.D., M.S.P.H., Peter Roy-Byrne, M.D., Cathy Sherbourne, Ph.D., Alexander Bystritsky, M.D. and Murray B. Stein, M.D., M.P.H. 2005. Perceived Unmet Need for Mental Health Treatment and Barriers to Care Among Patients With Panic Disorder. *Psychiatr Serv* 56:988-994
- Miller RR, "Prescribing habits of physicians - A review of studies on prescribing of drugs, part 4-6", *Drug Intell Clin Pharm* 1973; 7: 557-62
- Moore, Spencer, Alan Shiell, Penelope Hawe, Valerie A. Haines. 2005. "The Privileging of Communitarian Ideas: Citation Practices and the Translation of Social Capital into Public Health Research," *American Journal of Public Health* 95(8): 1330-1337.
- Morabia A, Fabre J, Dunand JP, "The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs", *J Clin Epidemiol* 1992; 45(2): 111-16.
- Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarín MI, Fernandez E. 2003. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology* 32: 950-58.
- Palloni, Alberto. 2006. "Reproducing Inequalities: Luck, Wallets and The Enduring Effects of Childhood Health," *Demography*

- 43(4):587-615.
- OECD, OECD Health Data, 2004-2005.
- Ong M, Catalano R, Hartig T, "A time-series analysis of the effect of increased copayments on the prescription of antidepressants, anxiolytics, and sedatives in Sweden from 1990 to 1999", *Clinical Therapeutics*, 25, 2003, pp.1262~1275.
- Paredes P, Pena M, Flores-Guerra E, Diaz J, Trostle J, "Factors influencing physicians' prescribing behavior in the treatment of childhood diarrhoea : knowledge may not be the clue", *Soc Sci Med* 1996; 42: 1141-62.
- Perez-Cuevas R, Guisafre H, Munoz O, Reyes H, Tome P, Libreros V, Gutierrez G, "Improving physician prescribing patterns to treat rhinopharyngitis intervention strategies in two health systems of Mexico", *Soc Sci Med* 1996; 42(8): 1185-94..
- Philips, S.L. 1981. Network characteristics related to the well-being of normals. *Schizophrenia Bulletin* 7(1): 117-124.
- Pierce, Davis and Sporle. 2002. "Persistent social class mortality differences in New Zealand men aged 16-64: an analysis of mortality during 1995-97," *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 26(1): 17-22.
- Pressman, S.D., Cohen, S., Miller, G.E., Barkin, A., Rabin, B.S., and Treanor, J.J. 2005. Loneliness, social networks size, and immune response to influenza vaccination in college freshman, *Health Psychology* 24(2): 297-306.
- Public health services and health information centre, Health determinants Queensland 2004, Queensland government, 2004.
- Raisch DW, "A model of methods for influencing prescribing: Part II. A review of educational methods, theories of human inference, and

- delineation of the model", *DICP, Ann Pharmacotherapy* 1990; 24: 537-42.
- Raynes NV, "What can I do for you? 1980 cited from Christensen DB, Bush PJ. Drug prescribing: patterns, problems, and proposals", *Soc Sci Med* 1981; 15A: 343-55.
- Reynolds, P. and Kaplan, G.A. 1990. Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from the Alameda County study. *Behav Med.* 16:101-110.
- Roffe P, et al., *Negotiating Health. Intellectual Property and Access to Medicines.* Earthscan, 2006.
- Rogghmann K., Haggerty R., *The Diary as a Research Instrument in the study of Health and Illness Behavior: Experiences with a Random Sample of Young Families, Medical Care, Vol.10, No.2, 1972.*
- Romer M.I., *National Health Systems of the World, Vol. 1&2, Oxford University Press, 1991.*
- Rose, David and D.J. Pevalin. 2000. "Social class differences in mortality using the National Statistics Socio-economic Classification: too little, too some," *Social Science & Medicine*, 51(7): 1129-1133.
- Sacker. Amanda, Mel Bartley, David Firth and Ray Fitzpatrick. 2001. "Dimensions of social inequality in the health of women in England: occupational, material and behavioural pathways" *Social Science & Medicine* 52(5): 763-781.
- Sammarco A. 2001. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors *Cancer Nursing* 24: 212-9
- Sapelli C, Torche A. The mandatory health insurance system in Chile: Explaining the choice between public and private insurance. *Int J Health Care Finance Econ* 2001, 1(2):97-110.
- Sapelli C, Vial B. Self-selection and moral hazard in Chilean health

- insurance. *J Health Econ* 2003, 22:459-476.
- Savage E, Wright DJ. Moral hazard and adverse selection in Australian private hospitals: 1989-1990. *J Health Econ* 2003, 22:331-359.
- Schiller JS, Adams PF, Coriaty Nelson Z. (2005). Summary health statistics for the U.S. population: National Health Interview Survey, 2003. National Center for health Statistics. *Vital Health Stat* 10(224).
- Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J, "Physician motivations for nonscientific drug prescribing", *Soc Sci Med* 1989; 28(6): 577-82.
- Scrambler, Graham and Paul Higgs. 1999. "Stratification, Class and Health: Class Relations and Health Inequality in High Modernity," *Sociology* 33(3): 275-296.
- Sheinfeld GS. 1998. Implications of social support for survivors of breast cancer. *European Journal of Cancer* 134: S122
- Snyder, C.R., Higgins, R.L., and Stucky, R.J. 1983. *Excuses: Masquerades in search of grace*. New York: Wiley.
- Soderfeldt B, Danermark B, Larsson S. 1987. Social class and sickness absences: a comparative study of four ways to measure social class. *Scandinavia Journal of Society and Medicine* 15:211-17
- Suarez L, Lloyd L, Weiss N, Rainbolt T, and Pulley L. 1994. Effect of social networks on cancer-screening behavior of older Mexican-American women. *Journal of the National Cancer Institute*. 86: 775-9.
- Taylor RB, Denham JW, Ureda JR. (1982). *Health promotion: Principles & clinical applications*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Thomson S, Busse R, Mossialos E. Low demand for substitutive voluntary health insurance in Germany. *Croat Med J* 2002, 43(4):425-432.
- Trock B, Rimer BK, King E, Balshem A, Christinzio CS, Engstrom PF. 1993. Impact of an HMO-based intervention to increase mammography utilization. *Cancer Epidemiol biomarkers Prev.* 2:151-6.

- Turner-Cobb JM, Sephton SE, Koopman C, Blake-Mortimer J, Spiegel D. 2000. Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine* 62: 337-45
- Vallès J. A., et al., "A prospective multicenter study of the effect of patient education on acceptability of generic prescribing in general practice", *Health Policy*, 65, 2003, pp.269~275.
- Verbrugge, Steiner, "Prescribing drugs to men and women", *Hlth Psychol* 1985; 4(1): 79-98.
- Vernon SW, Tilley BC, Neale AV, Steinfeldt L. 1985. Ethnicity, survival, and delay in seeking treatment for symptoms of breast cancer. *Cancer*. 55:1563-71.
- Vogt TM, Mullooly JP, Ernst D, Pope CR, Hollis JF. 1992. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *Journal of clinical epidemiology* 45-6:659-66.
- Wagle A, Komorita NI, Lu ZJ. 1997. Social support and breast self-examination *Cancer Nursing* 20: 42-48
- Waxler-Morrison N, Hislop TG, Mears B, Kan L. 1991. Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: a prospective study. *Social Science and Medicine* 33:177-83.
- Weber, Max. 1978. *Economy and Society* II ed. by G. Roth and C. Wittich, Berkeley: University of California Press.
- Welin, L., B. Larsson, K. Svardsudd, B. Tibblin, G. Tibblin. 1992. Social network and activities in relation to mortality from cardiovascular diseases, cancer and other causes: a 12 year follow up of the. *Journal of epidemiology and community health* 46-2:127-32.
- Wells BL, Horm JW. 1992. Stage at diagnosis in breast cancer: race and socioeconomic factors. *Am J Public Health*. 82:1383-5.

- Whitehead M, Dahlgren G. (1991). What can be done about inequalities of health? *Lancet* 338(8774):1059-1063.
- Wilkinson, Paul and P. E. Pickett. 2006. "Inequality and population health: A review and explanation of the evidence," *Social Science and Medicine* 62(7): 1768-1784.
- Wilkinson, Paul. 1989. "Class Mortality Differentials, Income Distribution and Trends to Poverty," *Journal of Social Policy* 18:307-35.
- Wilkinson, Paul. 1992. "Income distribution and life expectancy," *British Medical Journal* 304(6820): 165-168.
- Wilkinson, Paul. 1996. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Affluence*, London: Routledge.
- Wilkinson, Paul. 2005. "Social corrosion, inequality and health," in *The New Egalitarianism*, ed. by Anthony Giddens and Patrick Diamond, London: Polity Press, pp. 183-199.
- Wohlfarth T, van den Brink W. 1998. "Social class and substance use disorders: the value of social class as distinct from socioeconomic status. *Social Science & Medicine* 47:51-58.
- Wright, Erik Olin. 1997. *Class Counts*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Wright, Erik Olin. 1985. *Classes*, London: Verso.
- Yeomans-Kinney A, Vernon SW, Frankowski RF, Weber DM, Bitsura JM, Vogel VG 1995. Factors related to enrollment in the breast cancer prevention trial at a comprehensive cancer center during the first year of recruitment *Cancer* 76: 46-56
- Zhu, K; Hunter, S; Bernard, L J; Payne-Wilks, K; Roland, C L; Levine, RS. 2000. Mammography screening in single older African-American women: a study of related factors. *Ethnicity & Disease*. 10: 395-405

부 록

조사표(안)

가구원 일반사항: ID	
ID 1 이름	귀하의 가구원 이름을 가구주부터 차례로 말씀해 주십시오.
ID 2 생년월일	__님의 생년월일과 연세가 어떻게 되십니까? □□□□년 □□월 □□일 만 □□□세
ID 3 성별	__님의 성별은 무엇입니까? ☐ ①남자 ☐ ②여자
ID 4 가구주와 관계	__님은 가구주와 어떤 관계입니까? ☐ ①본인 ☐ ②배우자 ☐ ③자녀 ☐ ④자녀배우자 ☐ ⑤손자녀 ☐ ⑥부모 ☐ ⑦조부모 ☐ ⑧배우자의 부모 ☐ ⑨배우자의 조부모 ☐ ⑩형제자매 ☐ ⑪배우자의 형제자매 ☐ ⑫기타 친척 ☐ ⑬비혈연
ID 5 결혼	__님의 현 결혼상태는 어떻게 되십니까? ☐ ①미혼 ☐ ②유배우 ☐ ③사별 ☐ ④이혼 ☐ ⑤별거 ☐ ⑥비해당(남: 만17세 이하 여:15세 이하)
ID 6 학력	__님은 학교를 어디까지 다니셨습니까? 혹은 다니고 계십니까? ☐ ①미취학(만7세이하) ☐ ②무학(만8세이상) ☐ ③초등학교 ☐ ④중학교 ☐ ⑤고등학교 ☐ ⑥전문대학 ☐ ⑦대학교 ☐ ⑧대학원이상 9.모름
ID 6.1 재학	__님은 학교를 다니고 계십니까? ☐ ①재학 ☐ ②휴학 ☐ ③중퇴 ☐ ④졸업 ☐ ⑤수료
ID 7 동거	__님은 현재 함께 살고 계십니까? ☐ ①함께 살고 있음 →문 8로 가시오 ☐ ②함께 살고 있지 않음
ID 7.1 비동거 이유	__님과 떨어져 살고 계시는 이유는 무엇입니까? ☐ ①다른 지방에 근무 ☐ ②해외 근무 ☐ ③다른 지방의 학교 ☐ ④유학 ☐ ⑤군입대 ☐ ⑥병원입원 ☐ ⑦요양병원/시설 ☐ ⑧가출 또는 별거 ☐ ⑨기타 88.비해당
ID 8 건강보험 가입유형	__님께서 어떤 유형의 건강보험에 가입되어 있으십니까? ☐ ①사업장(직장) 건강보험 ☐ ②지역건강보험 ☐ ③의료급여1종 ☐ ④의료급여2종 ☐ ⑤국가유공자 무료진료 ☐ ⑥기타 ☐ ⑨모름

일자리(경제활동): EA	
EA 1	__님은 현재 경제활동(일자리)을 하고 계십니까? ☐ ①하고 있지 않음 ☐ ②하고 있음 → EA 2로 가시오
EA 1.1	__님이 현재 일을 하고 있지 않은 이유는 무엇입니까?(주된 이유 하나만 응답) → EA 10으로 가시오 ☐ ①은퇴 ☐ ②군복무 ☐ ③학업준비 ☐ ④가사 및 양육 ☐ ⑤간병 ☐ ⑥구직활동 중 ☐ ⑦구직활동포기 ☐ ⑧근로무능력 ☐ ⑨질병 ☐ ⑩사고로 인한 손상 ☐ ⑪기타
EA 2	__님은 현재 어떤 상태의 지위로 일하고 계십니까? (지위분류표 참고) ☐ ①자영업자(농어업 제외) → EA 6으로 가시오 ☐ ②고용주 → EA 6으로 가시오 ☐ ③농어업종사자 → EA 9로 가시오 ☐ ④무급가족종사자 → EA 8로 가시오 ☐ ⑤상용근로자(전일제) ☐ ⑤상용근로자(시간제) ☐ ⑦일용근로자 ☐ ⑥임시근로자
EA 2.1	__님은 현재 어떤 직책으로 일하고 계십니까?(예, 과장, 대리) (_____)
EA 2.2	__님은 현재 직업은 무엇입니까? (해당 코드 번호를 기입해 주세요) (“직업보기카드” 제시)
EA 3	귀하는 업무 중에 다른 근로자의 일을 감독하거나 지시하는 업무가 있습니까? ☐ ①감독하거나 지시한다 ☐ ②감독하거나 지시하지 않는다
EA 3.1	귀하는 업무상 감독 또는 지시를 하는 근로자는 몇 명입니까? (____)명
EA 3.2	귀하의 감독이나 지시를 받는 사람들이 다른 근로자를 다시 감독하거나 지시합니까? ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다
EA 4	귀하는 업무와 관련하여 귀하의 감독을 받는 사람들에게 다음과 같은 사항을 결정하는 일을 합니까? EA 4.1 업무의 종류나 작업 내용을 배정하고 지시한다 ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다 EA 4.2 업무의 분량이나 범위, 마감시간을 지시한다 ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다 EA 4.3 새로운 업무나 작업을 배정하고 지시한다 ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다 EA 4.4 업무나 작업을 수행하는 방식과 절차를 지시한다 ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다 EA 4.5 업무나 작업의 결과를 점검하고 평가한다 ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다 EA 4.6 귀하의 감독을 받는 사람들의 봉급이나 승진에 영향력을 행사한다. ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다 EA 4.7 귀하의 감독을 받는 사람들이 업무나 작업을 잘못하면 문책할 수 있다 ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다 EA 4.8 귀하는 귀 회사의 매출과 이윤 등과 관련된 목표를 정하거나 주요 경영상의 방침을 정하는데 참여한다. ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다
EA 5	현재 이 일자리에서 정규적으로 일하고 계십니까? → EA 10으로 가시오 ☐ ①그렇다 ☐ ②아니다
EA 6	사업체 이름은 무엇입니까? (_____)
EA 7	고용된 종업원은 몇 명입니까? 1) 1-4명 2) 5-9명 3) 10-29명 4) 30-49명 5) 50-69명 6) 70-99명 7) 100-299명 8) 300-499명 9) 500-999명 10) 1000명 이상 11) 잘 모르겠다
EA 8	이 일자리에는 임금을 받지 않고 일하는 가족 또는 친지가 __님을 포함하여 모두 몇 명입니까? _____명 → EA 10으로 가시오
EA 9	농업, 어업 중에 어디에 종사하십니까? ☐ ①농업 ☐ ②어업 → EA 9.2로 가시오
EA 9.1	(농업에 종사하는 경우) 귀하가 소유하고 있는 농지는 논, 밭, 과수원 등으로 포함하여 모두 몇 평인가요?(귀하가 다른 사람에게 빌려준 농지를 포함하여 말씀하여 주십시오) _____평 → EA 10으로 가시오
EA 9.2	(어업에 종사하는 경우) 귀하를 배를 소유하고 있거나 양식장을 소유하고 있나요? ☐ ① 배나 양식장을 소유하고 직접 경영한다 ☐ ② 배나 양식장을 소유하고 있으나 선원이나 고용인을 따로 두고 있다 ☐ ③ 배나 양식장을 소유하고 있지 않고 어업에 종사한다

EA 10	다음은 ____님의 의견에 대해서 질문 드리겠습니다.	
	EA 10.1 사회의 재산과 부가 소수의 특권계급에게 편중되어 있다.	☐ ①그렇다 ☐ ②아니다
	EA 10.2 기업이 잘 되어야 노동자의 임금이나 복지도 좋아진다.	☐ ①그렇다 ☐ ②아니다
	EA 10.3 우리 사회는 노력하면 누구나 성공할 수 있는 기회가 주어진다	☐ ①그렇다 ☐ ②아니다
	EA 10.4 우리 사회의 빈부격차는 점점 더 커지고 있다	☐ ①그렇다 ☐ ②아니다
EA 11	귀하는 어느 특정 계급에 속한다고 생각하십니까? ☐ ①어떤 계급에도 속하지 않는다. ☐ ②노동계급 ☐ ③중간계급 ☐ ④자본가 계급 ☐ ⑤농민계급 ☐ ⑥기타 (구체적으로 _____) ☐ 9. 잘 모르겠다	
EA 12	귀하는 자신이 다음 중 어디에 속한다고 생각하십니까? ☐ ①상류층 ☐ ②중상층 ☐ ③중간층 ☐ ④중하층 ☐ ⑤서민층 ☐ ⑥빈곤층	

소득 및 연금: IN

IN 1 주택소유형태	____님께서 현재 살고 계시는 집은 자가 소유입니까 아니면 전세나 월세입니까? ☐ ①자가 ☐ ②전세 → IN 1.2로 가시오 ☐ ③월세 → IN 1.2로 가시오 ☐ ④기타 → IN 1.2로 가시오		
IN 1.1 현시세	현재 살고 계시는 집의 현 시세를 알고 계시다면 말씀해 주십시오. → IN 2로 가시오 (_____)억 (_____)천만원 응답거부. 888 8888 모름.999 9999		
IN 1.2 임대 (전세/월세)	현재 살고 계신 집의 전세금은 얼마입니까? 현재 살고 계신 집의 보증금과 월세는 얼마입니까? ①전세(월세보증금): (_____)억 (_____)만원 ②월세: (_____)만원 (전세월 경우. 000만원)		
IN 2 월평균 소득	월평균 소득을 가장 잘 나타내는 범주는 다음 중 어느 것입니까?(세후 소득) (“소득보기카드” 제시)		
IN 3 연금소득	귀하의 가구는 현재 연금을 받고 계십니까? 받고 계시다면 월평균 얼마를 받으십니까? ☐ ① 국민연금 월평균 (_____)만원 노령/장애/유족/보훈연금 ☐ ② 특수직 연금 월평균 (_____)만원 사학/공무원/군인/ 우체국별정직 ☐ ③ 개인연금 월평균 (_____)만원 민영회사 ☐ ④ 없음		
IN 4 사회보장소득	실업급여/산재급여/국민기초생활대상자급여/보훈연금급여/기타사회복지수당 등과 같은 사회보장급여를 받고 계시거나 받은 적이 있으십니까? ☐ ① 있음 월평균 (_____)만원 ☐ ② 없음		

입원서비스 이용: HS	
HS 1 입원이용 횟수	지난 6개월 간 입원하신 가구원이 있습니까? 한방 및 치과의 입원도 포함하여 주십시오. ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 (☞ “입원서비스 이용” 설문종료)
HS 2 입원 횟수	지난 6개월 간 몇 번 입원하셨습니다? ☐ 회
HS 2.1 입원경로	지난 6개월 간 응급실을 통해 입원하신 적은 몇 번이었습니까? ☐ 회
HS 3 입원지연	지난 6개월 간 입원을 제 때에 하지 못하고 늦게 한 적이 있습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → HS 4로 가시오
HS 3.1 입원지연이 유	입원을 늦게 하신 이유는 무엇입니까? ☐ ①경제적인 부담 때문에 ☐ ②일이 많아 입원치료를 받을 시간이 없어서 ☐ ③의료기관이 멀어서 ☐ ④입원보다 통원치료가 좋아서 ☐ ⑤병실이 없어서 ☐ ⑥기타()
LOOP (반복설문) 시작 : 영수증 검토 ☞ 영수증이 없더라도 모두 질문하셔서 기입해 주십시오.	
HS 4 이름	가구원 중에 입원하신 분은 누구입니까? 가구원 이름: () 가구원 번호 ☐ ☐
HS 5 입원 기간	입원기간은 며칠부터 며칠까지 입니까? ☐ 월 ☐ 일부터 ☐ 월 ☐ 일까지 ☐ 일간
HS 6 의 료 기 관 이름	입원하셨던 의료기관의 이름은 무엇입니까? () ☐ ①국공립 ☐ ②사립 (조사원 직접기입)
HS 6.1 주 소	입원하셨던 의료기관의 소재지는 어디입니까? ()시도 ()구시군 ☞ 해당우편번호기입
HS 6.2 의 료 기 관 종류	입원하셨던 의료기관의 종류는 무엇입니까? ☐ ①종합전문요양기관 ☐ ②종합병원 ☐ ③병원 ☐ ④의원 ☐ ⑤치과병원 ☐ ⑥치과의원 ☐ ⑦조산소 ☐ ⑧보건(지)소/보건의료원 ☐ ⑨(전문)요양시설 ☐ ⑩노인(요양)병원 ☐ ⑪한방병원 ☐ ⑫한의원 ☐ ⑬기타() → HS 8로 가시오
* 한방 병(의)원 입원	
HS 7 한방병원 입원이유	한방병원에 입원하신 이유는 무엇입니까? ☐ ①질병치료 ☐ ②비만치료(한방 다이어트 등) ☐ ③피부문제 관리 및 치료 ☐ ④건강증진(보약, 물리치료, 침, 뜸 등) ☐ ⑤검사(성장판, 체질, 맥전도 검사 등) ☐ ⑥기타()
HS 7.1 한방선택이 유	귀하께서 한방을 선택하신 이유는 무엇입니까? ☐ ①한방병(의)원의 명성과 신뢰 때문에 ☐ ②한방이 더 잘 나을 것 같아서 ☐ ③예전부터 다녀서 나의 병력을 잘 이해하기 때문에 ☐ ④한방만을 신뢰하기 때문에 ☐ ⑤친구나 가족 등 주변사람의 권유 때문에 ☐ ⑥접근성이 용이하기 때문에 ☐ ⑦한의사와 직원들이 친절하기 때문에 ☐ ⑧한방병(의)원에 아는 사람이 있어서 ☐ ⑨시설 및 장비의 우수성 때문에 ☐ ⑩기타()
HS 7.2 이용결정자	한방진료에 대한 이용결정 은 누가 하셨습니까? ☐ ①본인 ☐ ②가족 또는 친척 ☐ ③의료진 ☐ ④기타()
HS 7.3 양한방변경	한방병원에 입원하시기 전에 이 질병으로 일반(양방)병원에서 진료를 받으셨습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → HS 7.5으로 가시오
HS 7.4 한방으로변 경이유	한방병원으로 변경하신 이유는 무엇입니까? ☐ ①치료의 효과가 없어서 ☐ ②주변 사람들의 권유 때문에 ☐ ③기존 선행 의료기관의 의뢰 ☐ ④비용부담 때문에 ☐ ⑤기타()
HS 7.5 한방치료내 용	한의원/한방병원에서 받은 치료내용은 무엇입니까? 모두 응답해 주십시오. ☐ ①침 ☐ ②뜸/부항 ☐ ③침약(보약 포함) ☐ ④한약제제(분말) ☐ ⑤환약 등 ☐ ⑥손을 이용한 치료(지압 등) ☐ ⑦정신요법 ☐ ⑧기타(파스류 등)
HS 7.6 한방검사내 용	한의원/한방병원에서 검사를 받으셨다면, 어떤 검사를 하셨습니까? 모두 응답해 주십시오. ☐ ①맥전도 검사 ☐ ②혈액검사 ☐ ③비만검사 ☐ ④성장판 검사 ☐ ⑤체질검사 ☐ ⑥홍채검사 ☐ ⑦양도락 검사 ☐ ⑧기타() ☐ ⑨검사하지 않음

HS 8 입원이유	입원하신 이유는 무엇입니까? ☐ ①증상이 심한 급성질환의 치료를 위해 ☐ ②만성질환의 정기적 관리를 위해(재활/물리 포함) ☐ ③만성질환의 합병증 발생 혹은 급성악화로 인해 ☐ ④정신치료를 위해 ☐ ⑤정밀진단검사를 위해 ☐ ⑥종합검진패키지 수진 ☐ ⑦사고나 중독 → HS 8.1, 8.2로 가시오 ☐ ⑧퇴원한지 1개월 이내의 재입원 → HS 8.3으로 가시오 ☐ ⑨요양이나 휴식 ☐ ⑩출산 ☐ ⑪기타() → HS 9로 가시오
HS 8.1 사고/중독 유형	사고나 중독의 유형은 무엇입니까? ☐ ①교통사고 ☐ ②사업장(직장) ☐ ③학교 ☐ ④가정 ☐ ⑤자연재해 ☐ ⑥기타()
HS 8.2 사고/중독 고의성	사고나 중독은 우연한 사고 또는 중독이었습니까? → HS 9로 가시오 ☐ ①불의의 사고/중독 ☐ ②본인에 의한 의도적인 사고/중독 ☐ ③의학적/수술적 치료의 부작용 또는 의약품에 대한 부작용 ☐ ④기타()
HS 8.3 재입원이유	재입원한 이유는 무엇입니까? ☐ ①수술의 합병증 ☐ ②수술은 하지 않았으나 증상의 재발이나 합병증 발생 ☐ ③충분히 치료되지 않아서 ☐ ④통원치료가 어려워서 ☐ ⑤퇴원 후 돌봐줄 사람이 없어서 ☐ ⑥계획된 주기적 치료(물리치료, 재활치료, 항암제주사치료 등) ☐ ⑦기타()
HS 9 주요증상	입원 시 주요 증상은 무엇입니까? ☐ ①두통 ☐ ②복통 ☐ ③요통 ☐ ④전신통증 ☐ ⑤흉통 ☐ ⑥어지러움 ☐ ⑦구토 ☐ ⑧설사 ☐ ⑨열 ☐ ⑩상처 ☐ ⑪출혈 ☐ ⑫감각이상 ☐ ⑬의식소실 ☐ ⑭기력상실 ☐ ⑮시아 혹은 시력 이상 ☐ ⑯운동 및 보행장애 ☐ ⑰골절 ☐ ⑱심리/정신적 증상 ☐ ⑲증상 없음 ☐ ⑳기타()
HS 10 동일질병	이번 입원과 같은 이유(원인)로 인해 과거에 입원한 적이 있습니까? ☐ ①있다 (☐ 회) ☐ ②없다
HS 11 입원경로	이번의 입원은 어떤 경로를 통해 이루어졌습니까? ☐ ①응급실을 통해 곧바로 입원 ☐ ②외래진료를 마치고 당일 입원 ☐ ③이전 진료 시 입원결정 후 예약한 날짜에 입원 ☐ ④다른 병원에서 후송되어 곧바로 입원 ☐ ⑤대기하다가 병원의 연락을 받은 후에 입원
HS 12 의사진단신뢰 및 재확인	이번 입원은 의사로부터 입원 권유를 받고 바로 입원하셨습니까? 아니면 다른 병원에서 검사나 상담을 다시 받고 입원하셨습니까? 몇 번이나 다른 병원에서 다시 확인 하셨습니까? ☐ ①곧바로 입원 ☐ ②다른 병원에서 검사나 상담 후 입원 (☐ 재확인 횟수: ☐ 회)
HS 13 선택기준	입원하셨던 의료기관을 선택한 가장 중요한 이유는 무엇입니까? ☐ ①의료진의 실력과 우수성(의료진의 진료의 질(실력)에 대한 좋은 평판) ☐ ②장비, 시설(위험대비 시설도 포함) 및 환경의 우수성 ☐ ③의료진들의 친절 ☐ ④진료절차(진료, 수납 등)의 간편성 ☐ ⑤적정한 비용 ☐ ⑥접근의 용이성(가까운 병원이기 때문에) ☐ ⑦기타()
HS 14 입원결정	이번 사례에서 입원결정에 가장 주요한 결정자는 누구입니까? ☐ ①외래 진료(치료/상담)를 담당한 의료진 ☐ ②응급실에서 진료를 담당한 의료진 ☐ ③본인(환자 자신) ☐ ④가족 ☐ ⑤지인(친구 등) ☐ ⑥기타()
HS 15 대기일수	이번의 입원을 위해서 기다린 적이 있다면, 며칠을 기다리셨습니까? ☐ 일 없음. 0일

HS 16 진단명	이번 입원의 최종진단(질환)명은 무엇이었습니까? ()
HS 17 주된 치료	이번 입원기간 동안 받은 가장 주된 치료는 무엇이었습니까? ☐ ①검사만 (혈액, 단순방사선촬영, 초음파, CT, MRI, 종합건강검진패키지, 그 외 고가검사) ☐ ②비수술적 처치(먹는 약, 주사약), 물리치료, 재활치료, 수혈(성분수혈포함) ☐ ③수술적 처치 ☐ ④출산 ☐ ⑤장기요양입원 ☐ ⑥기타()
HS 17.1 불필요치료	이번 입원기간 동안에 의사의 권유로 계획에 없었던 치료나 검사를 받은 적이 있습니까? ☐ ①예 (종류:) ☐ ②아니오
HS 18 선택진료	입원하시는 동안 특진신청(선택진료)을 이용하셨습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → HS 19로 가시오
HS 18.1 선택진료 결정	특진신청(선택 진료)에 대한 결정은 누가 하였습니까? ☐ ①본인(환자)의 의지로 ☐ ②가족이나 친척의 권유로 ☐ ③병원측(의료진 혹은 사무직원)의 권고가 적절하다고 판단해서 본인(가족 포함)이 결정 ☐ ④원해서 선택한 게 아니고 선택 안할 수가 없어 마지못해 본인(가족포함)이 선택 ☐ ⑤기타()
HS 19 입원실	희망했던 입원실로 입원하셨습니까? ☐ ①예 → HS 19.2로 가시오 ☐ ②아니오
HS 19.1 희망입원실	사용하기를 희망하셨던 입원실의 종류는 무엇이었습니까? ☐ ①특실 ☐ ②1인실 ☐ ③2-3인실 ☐ ④4-5인실 ☐ ⑤6인실 이상
HS 19.2 입원실 변경	사용하신 입원실을 차례로 말씀해 주십시오. 처음입원실: ☐ ①특실 ☐ ②1인실 ☐ ③2-3인실 ☐ ④4-5인실 ☐ ⑤6인실 이상 두번째입원실: ☐ ①특실 ☐ ②1인실 ☐ ③2-3인실 ☐ ④4-5인실 ☐ ⑤6인실 이상 세번째입원실: ☐ ①특실 ☐ ②1인실 ☐ ③2-3인실 ☐ ④4-5인실 ☐ ⑤6인실 이상
HS 20 입원시 교통	입원 시, 사용한 교통수단은 무엇이며, 1회 편도교통비는 얼마나 됩니까? ☐ ①자가용 승용차(톨게이트비 포함) ☐ ②대중교통(버스, 지하철 등) ☐ ③택시 ☐ ④기차/비행기 ☐ ⑤기타 () 입원시 편도교통비: (평균)원/1회편도
HS 20.1 퇴원시 교통	퇴원 시에 사용한 교통수단은 무엇이며, 1회 편도교통비는 얼마나 됩니까? ☐ ①자가용 승용차(톨게이트비 포함) ☐ ②대중교통(버스, 지하철 등) ☐ ③택시 ☐ ④기차/비행기 ☐ ⑤기타 () 입원시 편도교통비: (평균)원/1회편도
HS 20.2 교통시간	입원 시, 집에서 병원까지 평균적으로 걸린 교통시간은 얼마나 됩니까? □시간 □분
HS 21 간병인	입원기간 동안 주로 간병하신 분은 누구였으며, 환자와는 어떤 관계입니까? ☐ ①배우자 ☐ ②어머니 ☐ ③아버지 ☐ ④배우자의 어머니 ☐ ⑤배우자의 아버지 ☐ ⑥형제자매 ☐ ⑦배우자의 형제자매 ☐ ⑧자녀 ☐ ⑨자녀의 배우자 ☐ ⑩손자녀 ☐ ⑪다른 친인척 ☐ ⑫유급간병인 ☐ ⑬이웃 또는 친구 ☐ ⑭도와주는 사람 없었음
HS 21.1 간병인특성	입원기간 동안 주로 간병하신 분의 성, 연령을 말씀해 주십시오. ☐ ①남자 ☐ ②여자 만□□세 999. 모름
HS 21.2 소득손실	가족구성원을 간병하느라 간병기간 중 소득이 줄었다면, 월 평균 소득 손실액은 얼마나 됩니까? (☞ 유급 간병인 고용한 경우 제외) 월평균()원 999. 998만원이상
HS 22 입원만족도	입원하시는 동안 받은 서비스 전반에 대해서 어느 정도 만족하셨습니까? (응답자) ☐ ①환자 본인 ☐ ②대리인 ☐ ①매우 불만족 ☐ ②불만족 ☐ ③만족 ☐ ④매우 만족

HS 23 식비급여	입원하시는 동안 제공된 식사는 급여 식사였습니까? 아니면 비급여 식사였습니까? ☐ ①급여 식사 ☐ ②비급여 식사 ☐ ③모름	
HS 23.1 식사만족도	지불하신 비용에 비해 식사는 어느 정도로 만족하십니까? (응답자) ☐ ①환자 본인 ☐ ②대리인 ☐ ①매우 불만족 ☐ ②불만족 ☐ ③만족 ☐ ④매우 만족	
HS 24 약처방	퇴원하실 때 약 처방을 받으셨습니까? ☐ ①예, 처방전을 받아서 약국에서 구입했음 (처방약 수납금액: _____ 원) ☐ ②예, 약을 병원에서 직접 받았음 ☐ ③아니오	
HS 25 회복여부	이번 퇴원 후에 충분히 회복되었다고 느끼십니까? ☐ ①매우 불편 ☐ ②약간 불편 ☐ ③대체로 회복 ☐ ④완전 회복	
★ 조사원분들은 영수증이 있는 경우 금액을 꼭 확인하십시오.		
입원비용에 대해 기입해 주십시오.		
HS 26 수납금액	수납창구에 지불한 총 입원비(수납금액) ()원	
HS 26.1 보험자부담	요양급여 중 보험자(공단)가 부담한 금액(보험자부담금) ()원	
HS 26.2 본인부담금	요양급여 중 본인이 부담한 금액(본인부담금) ()원	
HS 26.3 선택진료비	특진비(선택진료비) ()원	
HS 26.4 상급병실료	상급병실 이용료 ()원	
HS 26.5 유급간병비	유급 간병인 비용 ()원	
HS 26.6 식사비	건강보험이 적용되지 않고 환자가 모두 부담해야 하는 식사비 (건강보험적용 식사비 제외, 비보험 식사비만 기입) ()원	
HS 27 전액본인부담 이용유무	이번 입원 중에 건강보험의 혜택 없이 자신이 전액을 다 부담해야 하는 치료를 받으셨다면 무엇이었습니까? 이러한 치료를 위해 얼마의 비용을 지불하셨는지 각각 응답해 주십시오 ☐ ①검사 ()원 ☐ ②약값 ()원 ☐ ③주사 ()원 ☐ ④수술 ()원 ☐ ⑤의료용품 ()원 ☐ ⑥기타 ()원 ☐ ⑦없음 ☐ ⑧모름	
HS 27.7 영수증 확인	면접원은 영수증을 확인하여 입원비를 기입하였습니까? ☐ ①영수증 확인 ☐ ②기억에 의존	
HS 29 의료비 부담수준	이번 입원에서 지출하신 의료비 부담수준에 대해 어떻게 생각하십니까? ☐ ①가계에 매우 큰 부담을 준다 ☐ ②가계에 약간의 부담을 준다 ☐ ③감당할 수 있다 ☐ ④가계에 거의 부담을 주지 않는다 ☐ ⑤가계에 전혀 부담을 주지 않는다	
HS 28 의료비제원	이번 입원기간 동안 수납하신 입원비에 대해서 건강보험(국민건강보험공단)과 의료급여를 제외한 다른 제원을 통해서 지원을 받으셨다면 모두 말씀하여 주십시오.(복수응답) ☐ ①자동차보험 ☐ ②산재보험 ☐ ③민간의료보험(암보험, 질병보험 등) ☐ ④전액 자비 ☐ ⑤전액 무료 ☐ ⑥친구나 친인척 등의 지원 ☐ ⑦기타()	

★ LOOP (반복설문) 종료

응급서비스 이용: ER	
ER 1 응급이용	지난 6개월 간 응급실을 이용하신 가구원이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 (→ "응급서비스 이용" 설문종료)
ER 2 이용횟수	지난 6개월 간 응급실을 몇 번이나 방문하셨습니다? ☐ 회
LOOP (반복 설문) 시작 : 영수증 검토 → 영수증이 없더라도 모두 질문하셔서 기입해 주십시오.	
ER 3 환자이름	가구원 중 응급실에 가신 분은 누구입니까? () ☐ 가구원 코드
ER 4 방문날짜	응급실을 이용한 날짜는 언제입니까? ☐ 월 ☐ 일부터 ☐ 월 ☐ 일까지
ER 5 의료기관 이름	귀하께서 이용하셨던 응급실의 병원 이름은 무엇입니까? () ☐ ①국공립 ☐ ② 사립 (조직원 직접기입)
ER 5.1 소재지	귀하께서 이용하셨던 응급실의 소재지는 무엇입니까? () 시도 () 구시군 → 해당우편번호기입
ER 6 방문이유	응급실을 방문한 이유는 무엇이었습니까? ☐ ①사고나 중독 ☐ ②급성질환 ☐ ③알고 있던 만성질환의 갑작스런 악화 혹은 합병증발생 ☐ ④응급상태까지는 아니었으나 야간이어서 일반병원을 이용할 수 없어 응급실 방문 ☐ ⑤기타 () ☐ 9.모름
ER 7 교통수단	응급실을 방문하는데 사용한 교통수단은 무엇이었습니까? ☐ ①소방 구급차(119 구급차) ☐ ②이용할 병원에서 보내준 구급차 ☐ ③그 외 구급차 ☐ ④개인용 차량 ☐ ⑤대중교통(버스, 지하철 등) → ER 8로 가시오 ☐ ⑥택시 ☐ ⑦도보 ☐ ⑧기타 ()
ER 7.1 병원지정 여부	구급차를 이용해 응급실로 이동하실 때, 가고 싶은 병원을 지정해서 가셨습니까? ☐ ①원하는 병원을 환자가 지정하여 이동 ☐ ②어디로 가야할 지 몰라서 구급차에 몰아서 이동 ☐ ③원하는 병원이 아니었는데도 구급차랑 마음대로 이동
ER 8 소요시간	응급상황 발생 이후 응급실에 도착하는데 어느 정도의 시간이 걸렸습니까? ()분
ER 8.1 응급지연여부	제 시간에 응급실에 도착하지 못하였다고 생각하십니까? ☐ ①제시간에 도착했음 → ER 8.3으로 가시오 ☐ ②제시간에 도착하지 못했음
ER 8.2 지연이유	응급실 도착이 늦어진 이유는 무엇이었습니까? ☐ ①구급차가 늦게 도착하여 환자의 이송이 늦어졌기 때문에 ☐ ②교통 체증 때문에 ☐ ③주변에 도움을 받을 수 있는 사람이 없어서 ☐ ④경제적 이유 때문에(교통비가 없어서) ☐ ⑤(어떤 종류의 차량이던) 태워다 줄 차량이 쉽게 나타나지 않아서 ☐ ⑥기타 () ☐ 9.모름
ER 8.3 대기시간	응급실 도착 이후 치료(진료)를 받기까지 어느 정도의 시간이 걸렸습니까? ()분
ER 9 의료인	응급실에서 환자 본인을 처치한 의료인은 어떤 사람이었습니까? ☐ ①응급의학과 전문의 ☐ ②해당과목 전문의 ☐ ③해당과목 혹은 응급의학과 전공의(레지던트) ☐ ④수련의(인턴) ☐ ⑤한의사(한방병원인 경우) ☐ ⑥치과의사(치과병원인 경우) ☐ 9.모름
ER 10 서비스	응급실에서 받은 서비스는 무엇이었습니까? ☐ ①검사(초음파검사, 엑스레이, 혈액검사, 암 검사, MRI, 심전도 등) ☐ ②비 수술적 처치(약물, 물리치료, 재활치료, 수혈 등) ☐ ③수술적 처치 ☐ ④출산 ☐ ⑤기타 () ☐ 9.모름
ER 11 입원연계	응급실 방문 후에 입원실로 이동하셨습니까? ☐ ①응급실 진료 후 입원 ☐ ②상급병원 혹은 타병원으로 이동 ☐ ③귀가
ER 12	수납창구에 지불하신 총 수납금액 ()원
ER 12.1	요양급여 중 보험자(건강보험공단)가 부담한 금액 (보험자부담금) ()원
ER 12.2	요양급여 중 본인이 부담한 금액 (본인부담금) ()원
ER 12.3	면접원은 영수증을 확인하여 입원비를 기입하였습니까? ☐ ①영수증 확인 ☐ ②기억에 의존
ER 13 처방약비	처방전을 받아서 약국에서 처방약을 구매하였다면 얼마를 약국에 지불하였습니까? ()원
ER 14 만족도	이번에 응급실 이용과 관련하여 전반적으로 어느 정도로 만족하셨습니까? (응답자) ☐ ①환자 본인 ☐ ②대리인 ☐ ①매우 불만족 ☐ ②불만족 ☐ ③만족 ☐ ④매우 만족
★ LOOP (반복 설문) 종료	

외래서비스 이용 (치과 및 한방 포함): OP	
OP 1 외래이용	지난 6개월 간 외래를 이용하신 가구원이 있습니까? (치과·한방 포함) ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 (☞ “외래서비스 이용” 설문종료)
OP 2 외래 횟수	지난 6개월 간 몇 번 외래를 방문하셨습니다? ()회
OP 3 외래지연유무	지난 6개월 간 외래방문을 제 때에 하지 못하고 늦게 한 적이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니요 → OP 4으로 가시오
OP 3.1 지연이유	외래방문이 늦어진 이유는 무엇입니까? ☐ ①경제적인 부담 때문에 ☐ ②일이 많아 외래치료를 받을 시간이 없어서 ☐ ③의료기관이 멀어서 ☐ ④원하는 날짜에 예약이 안 되어서 ☐ ⑤기타()
LOOP (반복설문) 시작 : 영수증 검토 ☞ 영수증이 없더라도 모두 질문하셔서 기입해 주십시오.	
OP 4 이름	가구원 중에 외래를 이용하신 분은 누구입니까? 가구원 이름: ()
OP 5 외래방문일	외래이용을 위해 의료기관을 방문한 날짜는 언제입니까? ☐ 월 ☐ 일
OP 6 의료기관 이름	외래로 이용하셨던 의료기관의 이름은 무엇입니까? () ☐ ①국공립 ☐ ②사립 (조사원 직접기입)
OP 6.1 의료기관 종류	외래로 이용하셨던 의료기관의 종류는 무엇이었습니까? ☐ ①종합전문요양 ☐ ②종합병원 ☐ ③병원 ☐ ④의원 ☐ ⑤치과병원 ☐ ⑥치과의원 ☐ ⑦한방병원 ☐ ⑧한의원 ☐ ⑨조산소 ☐ ⑩노인(요양)병원 ☐ ⑪(전문)요양시설 ☐ ⑫보건(지)소/보건의료원 ☐ ⑬기타()
OP 6.2 주소	의료기관의 소재지는 어디입니까? () 시도 () 구시군 () 동읍면 ☞ 해당우편번호기입
OP 7 진료과목	방문하신 의료기관의 진료과목은 무엇입니까? () 외래를 방문하신 이유는 무엇이었습니까?
OP 8 외래방문 이유	☐ ①첫방문 ☐ ②만성질환 관리(정기적) ☐ ③기존질환의 갑작스런 악화나 합병증 발생 ☐ ④급성질환의 재 방문 ☐ ⑤수술과 관련된 전후 방문 ☐ ⑥질병예방(예방접종, 검진, 교육) ☐ ⑦타병원 진료나 치료의 재확인을 위해서 ☐ ⑧기타
OP 9 치료내용	외래에서 받은 치료내용은 무엇이었습니까? ☐ ①상담/교육 ☐ ②사고나 중독 → OP 9.2와 OP 9.3으로 가시오 ☐ ③제할/물리치료 ☐ ④예방접종 ☐ ⑤수술 ☐ ⑥약물치료(처방전 포함) ☐ ⑦미용/성형 ☐ ⑧임신/출산 ☐ ⑨부인과 → OP 12로 가시오 ☐ ⑩건강검진(종합검진 포함) ☐ ⑪정신요법 ☐ ⑫암검진 → OP 9.4으로 가시오 ☐ ⑬검사 → OP 9.5로 가시오 ☐ ⑭한방 → OP 10으로 가시오 ☐ ⑮치과 → OP 11로 가시오 ☐ ⑯기타()
OP 9.1 상담/교육	(OP 9의 ①상담/교육 응답자) 어떤 내용의 교육과 상담을 받으셨습니까? → OP 12로 가시오 ☐ ①약물이나 기구 사용과 관련된 교육 ☐ ②정신과적 상담 ☐ ③검사결과와 관련된 상담
OP 9.2 사고/중독	(OP 9의 ②사고나 중독 응답자) 사고나 중독은 우연한 사고 또는 중독이었습니까? ☐ ①불의의 사고/중독 ☐ ②본인에 의한 의도적인 사고/중독 ☐ ③의학적/수술적 치료의 부작용 또는 의약품에 대한 부작용 ☐ ④기타()
OP 9.3 사고/중독 유형	(OP 9의 ②사고나 중독 응답자) 사고와 중독유형은 무엇이었습니까? → OP 12로 가시오 ☐ ①교통사고 ☐ ②사업장(직장) ☐ ③학교 ☐ ④가정 ☐ ⑤자연재해 ☐ ⑥기타()
OP 9.4 암검진항목	(OP 9의 ⑫암검진 응답자) 어떤 암 검진을 받으셨습니까? → OP 12로 가시오 ☐ ①위암 검진 ☐ ②간암 검진 ☐ ③유방암 검진 ☐ ④자궁암 검진 ☐ ⑤폐암 검진 ☐ ⑥대장암 검진 ☐ ⑦전립선암 검진 ☐ ⑧기타 암 검진
OP 9.5 검사내용	(OP 9의 ⑬검사 응답자) 이번 외래방문을 통해 검사를 받으셨다면, 해당되는 검사에 모두 응답하여 주십시오. → OP 12로 가시오 ☐ ①내시경검사 ☐ ②소변검사 ☐ ③혈액검사 ☐ ④심전도검사 ☐ ⑤폐기능검사 ☐ ⑥초음파검사 ☐ ⑦안과검사 ☐ ⑧골밀도검사 ☐ ⑨X-레이검사 ☐ ⑩생체조직검사 ☐ ⑪CT검사 ☐ ⑫MRI검사 ☐ ⑬PET검사 ☐ ⑭뇌파검사 ☐ ⑮비만검사 ☐ ⑯성정관 검사 ☐ ⑰기타()

	* 한방 병(의)원 외래
OP 10 한방 방문이유	한의원/한방병원을 방문한 이유는 무엇입니까? ☐ ①질병치료 ☐ ②비만치료(한방 다이어트 등) ☐ ③과부문제 관리 및 치료 ☐ ④건강증진(보약, 물리치료, 침, 뜸 등) ☐ ⑤검사(성장판, 체질, 맥전도 검사 등) ☐ ⑥기타(_____)
OP 10.1 한방 치료내용	한의원/한방병원에서 받은 치료내용은 무엇이었습니까? ☐ ①침 ☐ ②뜸/부항 ☐ ③첩약(보약 포함) ☐ ④한약제제(분말) ☐ ⑤환약 등 ☐ ⑥손을 이용한 치료(지압 등) ☐ ⑦정신요법 ☐ ⑧기타(파스류 등)
OP 10.2 한방 검사내용	한의원/한방병원에서 검사를 받으셨다면, 어떤 검사를 받으셨습니까? ☐ ①맥전도 검사 ☐ ②혈액검사 ☐ ③비만검사 ☐ ④성장판 검사 ☐ ⑤체질검사 ☐ ⑥통채검사 ☐ ⑦양도락 검사 ☐ ⑧기타(_____) ☐ ⑨. 검사받지않음
OP 10.3 한방 선택이유	귀하께서 한방을 선택한 이유는 무엇입니까? ☐ ①한방병(의)원의 명성과 신뢰 때문에 ☐ ②한방이 더 잘 나올 것 같아서 ☐ ③예전부터 다녀서 나의 병력을 잘 이해하기 때문에 ☐ ④한방만을 신뢰하기 때문에 ☐ ⑤친구나 가족 등 주변사람의 권유 때문에 ☐ ⑥접근성이 용이하기 때문에 ☐ ⑦한의사와 직원들이 친절하기 때문에 ☐ ⑧한방병(의)원에 아는 사람이 있어서 ☐ ⑨시설 및 장비의 우수성 때문에 ☐ ⑩기타(_____)
OP 10.4 이용결정	한방진료에 대한 이용결정 은 누가 하겠습니까? → OP 12로 가시오 ☐ ①본인 ☐ ②가족 또는 친척 ☐ ③의료진 ☐ ④기타(_____)
	* 치과 병(의)원 외래
OP 11 치료기간	치과치료를 위해 치과(병)의원에 방문한 총 진료기간은 언제부터 언제까지 입니까? ☐ □□월 □□일부터 □□월 □□일까지
OP 11.1 치과치료	어떤 치과치료를 받으셨습니까? ☐ ①충치치료 ☐ ②외과(틀니) ☐ ③보철(이를 해 박는 것 등) ☐ ④임플란트 ☐ ⑤치아교정 ☐ ⑥치아 홈 메우기 및 예방치료 ☐ ⑦신경치료 ☐ ⑧미백/미용 ⇒OP12로 가시오 ☐ ⑨치아 뽑기 ☐ ⑩잇몸치료(스켈링 등) ☐ ⑪기타
OP 11.2 충치 치료재료	충치치료를 위해 사용한 재료는 무엇이었습니까? ☐ ①아말감 ☐ ②금 ☐ ③레진
	* 모든 외래이용자(한방 및 치과 포함) 대상
OP 12 이송의뢰	이번 외래방문이 다른 의사/의료기관으로부터의 이송의뢰에 의한 것이었습니까? ☐ ①이송의뢰에 의한 것임 ☐ ②이송의뢰가 아님
OP 13 외래 방문경로	_____병의원을 방문하기 이전에 응급실이나 병실의 퇴원이후 방문이십니까? ☐ ①응급실 치료 후 외래진료 ☐ ②퇴원 후 외래진료 ☐ ③기타 외래진료
OP 14 질병 제발	이전에 완치한 질병이었으나 다시 재발하여 방문하셨습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → OP 15로 가시오
OP 14.1 1개월이내	병의원을 재방문한 시기가 1개월 이내였습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 ☐ ③잘 모르겠음
OP 15 야간진료여부	이번 외래에서 야간진료나 공휴일 진료를 받으셨습니까? ☐ ①주간 진료 ☐ ②야간 진료 ☐ ③공휴일 진료
OP 16 질병진단명	의사가 말해준 질병진단명은 무엇이었습니까? (_____)
OP 17 불필요한 치료	이번 외래이용 시 의사의 권유로 계획에 없던 치료나 검사를 받은 적이 있습니까? ☐ ①예 (종류: _____) ☐ ②아니오
OP 18 의사결정자	이번 외래이용과 관련하여 가장 주요한 결정자는 누구였습니까? ☐ ①외래 진료(치료/상담)를 담당한 의료진 ☐ ②응급실에서 진료를 담당한 의료진 ☐ ③본인(환자 자신) ☐ ④가족 ☐ ⑤지인(친구 등) ☐ ⑥기타(_____)

OP 19 선택이유	방문하신 의료기관 선택을 위해 무엇을 가장 우선적으로 고려하셨습니까? ☐①의료진의 실력과 우수성(의료진의 진료의 질(실력)에 대한 좋은 평판) ☐②장비, 시설(위험대비 시설도 포함) 및 환경의 우수성 ☐③의료진들의 친절함 ☐④진료절차(진료, 수납 등)의 간편성 ☐⑤적절한 비용 ☐⑥접근의 용이성(가까운 병원이기 때문에) ☐⑦기타()
OP 20 선택진료	외래를 이용하시는 동안 특진신청(선택진료)을 이용하셨습니까? ☐①예 ☐②아니오 → OP 21로 가시오
OP 20.1 선택진료 결정	특진신청(선택 진료)에 대한 결정은 누가 하였습니까? ☐①본인(환자)의 의지로 ☐②병원측(의료진 혹은 사무직원의 권고 ☐③가족이나 친척의 권유로 ☐④기타()
OP 21 대기시간	이번 외래에서 진료를 받기 위해 대기한 시간은 얼마나 됩니까? ()분
OP 22 만족도	외래 이용에 대해 전반적으로 어느 정도 만족하셨습니까? (응답자) ☐①환자 본인 ☐②대리인 ☐①매우 불만족 ☐②불만족 ☐③만족 ☐④매우 만족
OP 23 외래 교통비	외래방문 시, 사용한 교통수단은 무엇이며, 왕복교통비는 얼마나 됩니까? ☐①자가용 승용차(불계이티브 포함) ☐②대중교통(버스, 지하철 등) ☐③택시 ☐④기차/비행기 ☐⑤기타 () 외래 시 왕복교통비: (평균 _____ 원/1회왕복)
OP 23.1 이동 시간	외래 이용 시 집에서 병원까지 평균적으로 걸린 교통시간은 얼마나 됩니까? ☐①시간 ☐②분
★ 조사원분들은 영수증이 있는 경우 금액을 꼭 확인하십시오.	
OP 24 수납금액	이번 외래이용을 위해 수납창구에 지불하신 총 수납금액은 얼마입니까? ()원
OP 24.1 보험자부담	요양급여 중 보험자(공단)가 부담한 금액은 얼마입니까? ()원
OP 24.2 본인부담금	요양급여 중 본인이 부담한 금액은 얼마입니까? ()원
OP 24.3 선택진료비	외래이용을 위해 특진비(선택진료비)로 지불하신 금액은 얼마입니까? ()원
OP 24.4 영수증 확인	면접원은 영수증을 확인하여 금액을 기입하였습니까? ☐① 영수증 확인 ☐② 기억에 의존
OP 25 의료비재원	이번에 외래이용에 따른 총 비용에 대해서 건강보험(국민건강보험공단)과 의료급여를 제외한 다른 재원을 통해서 지원을 받으셨다면, 모두 말씀하여 주십시오. ☐①자동차보험 ☐②산재보험 ☐③간간의료보험(암보험, 질병보험 등) ☐④전액 자비 ☐⑤전액 무료 ☐⑥친구나 친인척 등의 지원 ☐⑦기타()
OP 26 의료비 부담수준	이번 외래이용 시 의료비의 부담 수준에 대해 어떻게 생각하십니까? ☐①가계에 매우 큰 부담을 준다 ☐②가계에 약간의 부담을 준다 ☐③감당할 수 있다 ☐④가계에 거의 부담을 주지 않는다 ☐⑤가계에 전혀 부담을 주지 않는다
LOOP (반복 설문) 종료	
OP 10.5 양방향변경	귀하께서는 지난 6개월 동안 같은 질병으로 인해 양방에서 한방으로, 혹은 한방에서 양방으로 치료기관을 변경하신 적이 있습니까? ☐①양방 → 한방 ☐②한방 → 양방 ☐③없다 → “외래서비스이용” 설문종료
OP 10.6 변경이유	변경하신 이유는 무엇입니까? ☐①치료의 효과가 없어서 ☐② 주변 사람들의 권유 때문에 ☐③ 기존 선행 의료기관의 의뢰 ☐④ 비용부담 때문에 ☐⑤ 기타()

검진: SC	
SC 1 평소방문습관	평소 몸 상태가 좋지 않다고 생각하면 곧바로 의료기관을 방문하시는 편입니까? ☐ ①그런 편이다 ☐ ②그렇지 않다
SC 2 치과검진주기	치과 검진을 얼마나 자주 받으십니까? ☐ ①1년에 두 번이나 그 이상 ☐ ②1년에 한 번 ☐ ③1년에 한 번 미만 ☐ ④치과검진한 적이 없음 ☐ ⑤모름
SC 3 건강검진 여부	건강을 위해 건강검진을 받은 적이 있습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → SC 4로 가시오
SC 3.1 건강검진 종류	건강검진의 종류를 모두 체크해 주십시오. ☐ ①본인부담 종합건강검진 ☐ ②산업장건강검진 ☐ ③건강보험건강검진(직장, 피부양자) ☐ ④노인건강검진 ☐ ⑤홀연자건강검진 ☐ ⑥기타()
SC 4 암검진여부	암검진과 관련된 검사를 받으신 적이 있습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → SC 5로 가시오
SC 4.1 위암검사	위암검사(위내시경검사 또는 위장조영술)(마지막 검사를 기준으로) ☐ ①1년 미만 ☐ ②1년 이상 2년 미만 ☐ ③2년 이상 3년 미만 ☐ ④3년 이상 ☐ ⑤한 번도 검사받은 적 없음
SC 4.2 간암검사	간암검사(복부초음파검사 및 혈청알파태아단백검사)(마지막 검사를 기준으로) ☐ ①6개월 미만 ☐ ②6개월 이상 1년 미만 ☐ ③1년 이상 2년 미만 ☐ ④2년 이상 ☐ ⑤한 번도 검사받은 적 없음
SC 4.3 유방암검사	유방암검사(유방촬영, 초음파 포함)(마지막 검사를 기준으로) ☐ ①1년 미만 ☐ ②1년 이상 2년 미만 ☐ ③2년 이상 3년 미만 ☐ ④3년 이상 ☐ ⑤한 번도 검사받은 적 없음 ☐ ⑧비해당(남자 또는 절제술 시술)
SC 4.4 자궁암	자궁경부암검사(자궁질경부도말세포검사)(마지막 검사를 기준으로) ☐ ①1년 미만 ☐ ②1년 이상 2년 미만 ☐ ③2년 이상 3년 미만 ☐ ④3년 이상 ☐ ⑤한 번도 검사받은 적 없음 ☐ ⑧비해당(남자 또는 절제술 시술)
SC 4.5 폐암	폐암검사(마지막 검사를 기준으로) ☐ ①1년 미만 ☐ ②1년 이상 2년 미만 ☐ ③2년 이상 3년 미만 ☐ ④3년 이상 ☐ ⑤한 번도 검사받은 적 없음
SC 4.6 대장암	대장암검사(대장내시경검사 또는 이종조영바륨검사와 에스결장경검사)(마지막 검사를 기준으로) ☐ ①5년 미만 ☐ ②5년 이상 10년 미만 ☐ ③10년 이상 ☐ ④한 번도 검사받은 적 없음
SC 4.7 전립선암	전립선암검사(마지막 검사를 기준으로) ☐ ①1년 미만 ☐ ②1년 이상 2년 미만 ☐ ③2년 이상 3년 미만 ☐ ④3년 이상 ☐ ⑤한 번도 검사받은 적 없음
SC 5 상담/교육여부	건강검진 후 결과에 대한 상담이나 보건교육을 받으신 적이 있습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오
SC 6 질병발견	건강검진을 통해 질병을 발견한 적이 있습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → SC 7로 가시오
SC 6.1 치료여부	발견된 질병을 치료하였습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오
SC 7 유용성	귀하가 받으신 건강검진 결과가 귀하의 건강을 유지하는 데 유용하다고 생각하십니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오

의사에 대한 인식: MD

☐ 다음은 귀하의 의사에 대한 일반적인 생각(인식)에 대해 말씀해 주십시오.

MD 1 불필요 검사 (일반적 견해)	병원진료 시, 일반적으로 의사들은 필요하지 않은 검사나 치료를 한다고 생각하십니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오
MD 2 일반적 진료태도	의사들은 건강보험이 적용되는 치료항목과 적용되지 않는 치료항목에 따라 진료태도가 달라진다고 생각하십니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오

☐ 귀하가 지금까지 방문하셨던 의사에 대해서 잘 생각해 보신 후, 다음의 항목에 대하여 응답하여 주시기 바랍니다.

		전혀 동의하 지 않 는다	동 의하 지 않 는다	보 통	동 의하 는다	매우 동의 한다	잘 모름
MD 3 환자를 위한 치료방법	귀하는 방문하셨던 의사가 개인의 수익보다는 가장 우선적으로 나에게 필요하고 적당한 치료방법을 고려할 것이라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤	(9)
MD 4 불필요한 검사	귀하는 방문하셨던 의사가 불필요한 검사나 치료를 하지 않는다고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤	(9)
		전혀 신뢰하 지 않 는다	신 뢰하 지 않 는다	보 통	신 뢰하 는다	매우 신뢰 한다	
MD 5 의사신뢰	귀하는 방문하셨던 의사를 전반적으로 신뢰하시는 편입니까?	①	②	③	④	⑤	
		그런 적 없다	가끔 씩 그런 다	보 통	거 의 상 항 그 렇 다	항 상 그 렇 다	
MD 6 경청	귀하가 방문하셨던 의사는 항상 당신의 말을 주의 깊게 들었습니까?	①	②	③	④	⑤	
MD 7 충분한 설명	귀하가 방문하셨던 의사는 항상 이해하기 쉽게 설명을 해 주었습니까?	①	②	③	④	⑤	
MD 8 환자존중	귀하가 방문하셨던 의사는 항상 귀하의 말씀을 존중하였습니까?	①	②	③	④	⑤	
MD 9 충분한 진료시간	귀하가 방문하셨던 의사는 항상 충분한 시간을 할애하여 진료 또는 상담을 하였습니까?	①	②	③	④	⑤	

한방 선호도: TM	
TM 1 한방진료 선호도	귀하는 한방진료와 관련해서 어떠한 선호를 가지고 있습니까? ☐①질병 발생시 우선적으로 한방을 찾음 ☐②양방에서 문제가 해결되지 않을 경우에만 한방을 이용 ☐③양방에서 문제가 해결되지 않더라도 한방을 이용하지 않음 ☐④양방에 대한 보조로 생각 ☐⑤기타()
TM 2 한방진료 역할	귀하는 한방진료의 역할이 무엇이라고 생각하십니까? ☐①양방과 동등한 의료제공(대체가능) ☐②양방으로 해결하기 어려운 일부 부분에 도움 제공(보완역할) ☐③보약 등을 짓는 곳으로만 활용 ☐④주된 의료제공 역할(양방이 한방을 보완하는 역할) ☐⑤기타()
TM 3 향후 이용	귀하께서는 앞으로 질병치료를 위해 한방을 이용하실 의향이 있으십니까? ☐①있다 → TM 4로 가시오 ☐②없다
TM 3.1 비선호이유	한방이용 의향이 없는 이유는 무엇입니까? ☐①과학적으로 진단을 받을 수 없어서 ☐②평소에 약국이나 병원을 찾던 습관 때문에 ☐③한방 의료비가 비싸기 때문에 ☐④한약을 다려서 복용하기 불편해서 ☐⑤한약재 가격을 믿을 수 없어서 ☐⑥한의원이 멀리 있어서 ☐⑦침약의 약리효과를 잘 몰라서 ☐⑧물리치료를 받기 힘들어서 ☐⑨한의학 자체에 믿음이 가지 않아서 ☐⑩기타()
TM 4 협진이용여부	귀하께서는 지난 6개월간 진료를 받기 위해 양방과 한방의 협진을 이용한 적이 있습니까? ☐①있다 ☐②없다
TM 5 협진이용의사	귀하께서는 앞으로 질병치료를 위해 양방과 한방의 협진을 이용할 의향이 있으십니까? ☐①있다 ☐②없다 → “한방 선호도” 설문 종료
TM 5.1 협진 이용이유	협진을 이용하시려는 이유는 무엇입니까? ☐①최선의 치료방법이라고 생각하기 때문에 ☐②양-한방 상호단점을 보완한 서비스 제공이 가능하기 때문에 ☐③한방과 양방 각각 의료의 한계를 극복할 수 있어서 ☐④기타()

장기요양서비스: LC

C 1	귀댁에 일상생활을 하는데 불편한 환자나 노인이 계십니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 → LC 34로 가시오	
C 2	귀댁에 인지기능 문제를 보유한 환자나 노인이 계십니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 → LC 34로 가시오	
C 3	그 분(환자/노인)은 마비증상을 가지고 계십니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 → LC 34로 가시오	
LC 1 환자이름	일상생활이 불편하거나 인지기능문제, 마비증상을 지니고 계신 분은 누구입니까? () ☐ 가구원번호	
LC 1.1 환자와의 관계	그 분은 누구이며, 어떤 관계입니까? ☐ ① 응답자의 조부모님 ☐ ② 응답자의 부모님 ☐ ③ 응답자의 배우자 ☐ ④ 응답자의 자녀 ☐ ⑤ 응답자의 손자녀 ☐ ⑥ 응답자의 친인척 ☐ ⑦ 기타()	
LC 2 등급여부	그 분(환자/노인)은 장애등급이나 노인요양등급을 받으셨습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 → LC 3으로 가시오	
LC 2.1 등급	장애등급이나 노인요양등급이 무엇인지 말씀해 주십시오. ☐ ① 장애 1등급 ☐ ② 장애 2등급 ☐ ③ 장애 3등급 ☐ ④ 장애 4등급 ☐ ⑤ 장애 5등급 ☐ ⑥ 장애 6등급 ☐ ⑦ 노인요양 1등급 ☐ ⑧ 노인요양 2등급 ☐ ⑨ 노인요양 3등급 ☐ ⑩ 노인요양 4등급 ☐ ⑪ 노인요양 5등급	
LC 3 보유질환	그 분(환자/노인)은 어떤 질환을 가지고 계십니까? ☐ ① 치매 ☐ ② 중풍(뇌졸중) 또는 뇌출혈 ☐ ③ 치매와 중풍(2가지 모두) ☐ ④ 말기 신부전 ☐ ⑤ 기타()	
LC 4 서비스 선택지시	귀하가 수발서비스 이용과 관련하여 가장 선호하는 시설은 무엇이고 그 이유는 무엇입니까? (서비스를 이용하신 경험이 없더라도, 모두 응답하여 주시기 바랍니다.) (응답자) ☐ ① 환자 본인 ☐ ② 대리자 ☐ ① 집(주택) (이유:) ☐ ② 병원 (이유:) ☐ ③ 복지시설 (이유:) ☐ ④ 요양시설(이유:) ☐ ⑤ 기타() (이유:)	
☛ 다음은 가정 내 수발서비스와 관련된 질문입니다.		
LC 5 가정수발	그 분(환자/노인)은 집에서 일상생활에 대한 수발을 받고 계십니까? ☐ ① 예 → LC 6으로 가시오 ☐ ② 아니오	
LC 5.1 비수발 이유	돌봐주시는 사람이 없는 이유는 무엇입니까? → LC 14로 가시오 ☐ ① 증상이 심하지 않아서 ☐ ② 가족원들이 바빠서 때문에 ☐ ③ 돈을 지불할 능력이 없어서 ☐ ④ 자녀들이 돌보기를 미워서 ☐ ⑤ 기타()	
LC 6 간병인과의 관계	집에서 그 분(환자/노인)을 돌봐주시는 분은 누구이며, 환자와는 어떤 관계입니까? ☐ ① 배우자 ☐ ② 어머니 ☐ ③ 아버지 ☐ ④ 배우자의 어머니 ☐ ⑤ 배우자의 아버지 ☐ ⑥ 형제자매 ☐ ⑦ 배우자의 형제자매 ☐ ⑧ 자녀 ☐ ⑨ 자녀의 배우자 ☐ ⑩ 손자녀 ☐ ⑪ 다른 친인척 ☐ ⑫ 유급간병인 ☐ ⑬ 이웃 또는 친구 ☐ ⑭ 도와주는 사람 없음	
LC 6.1 간병인특성	돌봐 주신 주 간병인의 성, 연령은 무엇입니까? ☐ ① 남자 ☐ ② 여자 만 ☐ 세	
LC 7 도움일수	돌봐 주신 주 간병인은 한달 평균 며칠을 도와주십니까? 한달평균 ☐ 일	
LC 8 도움횟수	돌봐 주신 주 간병인은 한달 평균 몇 회나 도와주십니까? 한달평균 ☐ 회	
LC 9 도움시간	돌봐 주신 주 간병인은 평균적으로 하루에 몇 시간 정도를 도와주십니까? 하루 평균 ☐ 시간	
LC 10 제공시간	돌봐 주신 주 간병인은 1회 방문시 몇 시간 정도를 도와주십니까? 1회 방문시 평균 ☐ 시간	
LC 11 유급여부	간병인에게 일당 금액을 지불하십니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 → LC 13으로 가시오	
LC 12 지불비용	월평균 얼마의 비용을 지불하십니까? 월평균 ☐ 만원	

LC 13 손실액	가족구성원을 간병하느라 간병기간 중 소득이 줄었다면, 월 평균 소득 손실액은 얼마나 됩니까? (☐ 유급 간병인을 고용하지 않고 가족구성원이 간병을 하신 경우에만 응답하여 주시기 바랍니다.) 월평균 ☐☐☐만원		
* 장기요양시설 또는 요양병원(노인병원)의 이용			
LC 14 시설이용여부	지난 6개월간 귀댁의 환자/노인분이 장기요양시설, 요양병원(노인병원), 양로원, 실버타운을 이용한 적이 있습니까? ☐①예 ☐②아니오 → LC 34로 가시오		
LOOP (반복 설문) 시작 ※ 응답자가 요양병원(노인병원)을 이용하였을 경우에는, “입원서비스 이용”부분도 작성되었는지 확인하여 주시기 바랍니다.			
LC 15 시설종류	지난 6개월간 환자/노인분이 이용하고 있는 시설의 종류는 무엇입니까? ☐①장기요양시설 ☐②요양병원(노인병원) ☐③양로원, 실버타운 → LC 26으로 가시오 ☐④기타()		
LC 16 시설이용횟수	지난 6개월간 귀댁의 환자/노인분이 장기요양시설 또는 요양병원(노인병원)을 몇 회 이용하였습니까? ☐☐회		
LC 17 지연여부	지난 6개월간 귀댁의 환자/노인분이 장기요양시설 또는 요양병원(노인병원) 이용을 제 때에 하지 못하고 늦어진 적이 있습니까? ☐①예 ☐②아니오 → LC 18로 가시오		
LC 17.1 지연이유	늦어진 이유는 무엇입니까? ☐①경제적 부담 때문에 ☐②장기요양시설 또는 요양병원(노인병원)이 멀어서 ☐③병실(자리)가 없어서 ☐④기타()		
LC 18 입소기간과 비용	지난 6개월간 귀댁의 환자/노인분이 이용하신 장기요양시설 또는 요양병원(노인병원)과 관련하여 시설이름, 입소기간, 비용을 말씀하여 주시기 바랍니다. • 시설(병원)이름: () • 입소기간: ☐☐월 ☐☐일부터 ☐☐월 ☐☐일까지 (☐☐☐일간) • 한달평균 입소비용(보증금): ☐☐☐만원 - 한달평균 식비: ☐☐☐만원 - 한달평균 간병비: ☐☐☐만원		
LC 19 입소시 교통수단	입소 시, 사용한 교통수단은 무엇이며, 1회 편도교통비는 얼마나 됩니까? ☐①자가용 승용차(톨게이트비 포함) ☐②대중교통(버스, 지하철 등) ☐③택시 ☐④기차/비행기 ☐⑤시설 제공 차량 ☐⑥기타 () • 입소시 편도교통비: (평균 _____원/1회편도)		
LC 20 퇴소시 교통수단	퇴소 시, 사용한 교통수단은 무엇이며, 1회 편도교통비는 얼마나 됩니까? ☐①자가용 승용차(톨게이트비 포함) ☐②대중교통(버스, 지하철 등) ☐③택시 ☐④기차/비행기 ☐⑤시설 제공 차량 ☐⑥기타 () 퇴소시 편도교통비: (평균 _____원/1회편도)		
LC 21 교통시간	장기요양시설 또는 요양병원(노인병원)의 입·퇴소 시에 평균적으로 걸린 교통시간은 얼마나 됩니까? ☐☐☐분 999. 모름		
LC 22 분담정도	환자와 노인의 장기요양시설 또는 요양병원(노인병원) 이용과 관련하여 본인부담액의 분담정도에 대해 어떻게 생각하십니까? ☐①가계에 매우 큰 부담을 준다 ☐②가계에 약간의 부담을 준다 ☐③감당할 수 있다 ☐④가계에 거의 부담을 주지 않는다 ☐⑤가계에 전혀 부담을 주지 않는다		

LC 23 재입소여부	지난 6개월간 귀댁의 환자/노인분이 장기요양시설 또는 요양병원(노인병원)에 서 퇴소했다가 재입소한 적이 있습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → LC 24로 가시오		
LC 23.1 재입소이유	재입소한 이유는 무엇입니까? ☐ ①상태가 악화되어서 ☐ ②가족이 돌봐줄 수 없어서 ☐ ③기타()		
LC 24 병원이송여부	환자나 노인분이 요양시설에 계시다가 병원으로 옮기신 적이 있습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → LC 25로 가시오		
LC 24.1 이송이유	옮기신 이유는 무엇입니까? ☐ ①의료적 처치가 필요하여서 ☐ ②의료적 처치가 필요하지 않지만 병원에 있는 것이 안심할 수 있어서 ☐ ③가족의 권유로 ☐ ④본인이 원해서 ☐ ⑤기타()		
LC 25 만족도	장기요양시설 또는 요양병원(노인병원)에 대해서 전반적으로 어느 정도 만족 하 십니까? (응답자) ☐ ①환자 본인 ☐ ②대리인 ☐ ①매우 불만족 ☐ ②불만족 ☐ ③만족 ☐ ④매우 만족		

LOOP (반복 설문) 종료

* 양로원 또는 실버타운 이용

LC 26 양로원/실버타운	귀댁의 가구원 중에 지난 6개월간 양로원이나 실버타운에 입소하셨던 분이 계십니까? ☐ ①있다 ☐ ②없다 → LC 34로 가시오		
LOOP (반복 설문) 시작			
LC 26.1 입소일	입소일은 언제였습니까? ☐ 월 ☐ 일		
LC 27 기관명 및 소재지	입소하신 양로원이나 실버타운의 소재지(시군구, 읍면동까지)와 이름은 무엇 입니까? ()시군구 ()읍면동 ☐ 읍면동 ☐ 읍면동 우편번호, 기관명()		
LC 28 시설종류	입소하신 양로원이나 실버타운의 종류는 무엇입니까? ☐ ①무료 공공립 양로원 ☐ ④유료 공공립 실버타운 ☐ ②유료 공공립 양로원 ☐ ⑤유료 사립/민간 실버타운 ☐ ③유료 사립/민간 양로원 ☐ ⑥기타()		
LC 29 방문횟수	귀댁의 환자/노인분이 양로원이나 실버타운에 머무는 동안 가족들은 1달 평 균 몇 회 정도 방문(번회) 하였습니까? ☐ ①1달 1~2번 ☐ ②1달 3~4번 ☐ ③1달 5~6번 ☐ ④1달 7번 이상		
LC 30 비용	다음은 시설이용과 관련된 비용에 대한 질문입니다. 월평균 비용을 답변해 주 시기 바랍니다. ▶ 기관명: () ▶ 본인부담금: 월평균 ☐ 만원		
LC 31 본인부담수준	환자/노인의 양로원 또는 실버타운 이용과 관련하여 본인부담액의 수준에 대 해 어떻게 생각하십니까? ☐ ①가계에 매우 큰 부담을 준다 ☐ ②가계에 약간의 부담을 준다 ☐ ③감당할 수 있다 ☐ ④가계에 거의 부담을 주지 않는다 ☐ ⑤가계에 전혀 부담을 주지 않는다		
LC 32 부담주체	환자/노인의 양로원 또는 실버타운 이용비용은 누가 부담하고 있는지 모두 말씀해주시기 바랍니다. ☐ ①환자 본인(저축, 연금, 보험 등) ☐ ②배우자 ☐ ③자녀 ☐ ④형제, 자매 ☐ ⑤손자녀 ☐ ⑥친인척 ☐ ⑦기타()		
LC 33 만족도	양로원이나 실버타운에 대해서 전반적으로 어느 정도 만족 하십니까? (응답자) ☐ ①환자 본인 ☐ ②대리인 ☐ ①매우 불만족 ☐ ②불만족 ☐ ③만족 ☐ ④매우 만족		

LOOP (반복 설문) 종료

☐ 재가 서비스 이용			
LC 34 재가서비스 인지유무	다음과 같은 서비스에 대해서 들어본 적이 있습니까?		
LC 34.1 방문요양	☐ ①있다 ☐ ②없다		
LC 34.2 방문간호	☐ ①있다 ☐ ②없다		
LC 34.3 방문목욕	☐ ①있다 ☐ ②없다		
LC 34.4 주야간보호	☐ ①있다 ☐ ②없다		
LC 34.5 단기보호	☐ ①있다 ☐ ②없다		
LC 34.6 그룹홈	☐ ①있다 ☐ ②없다		
LC 34.7 복지용구	☐ ①있다 ☐ ②없다		
인지유무에서 7문항 모두 “ ☐ ②없다”로 응답한 경우에는 “ 장기요양서비스 이용 ” 설문 종료			
LC 35 인지경로	방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호, 그룹홈, 복지용구 중 하나라도 들어본 적이 있다면, 어떤 경로를 통해서 알게 되었습니까? ☐ ①주변 사람의 소개를 통해서(가족, 친인척 및 친구 등) ☐ ③사회복지관을 통해서 ☐ ②언론매체의 보도를 통해서 ☐ ④의료종사자를 통해서(의사, 간호사 등) ☐ ⑤요양시설 운영자 ☐ ⑥재가서비스 제공자를 통해서 ☐ ⑦기타()		
LC 36 사용여부	위에서 들어보신 재가서비스를 실제로 이용하셨습니까? 이용하셨다면 한달간 이용횟수와 비용, 서비스 시간 등에 대해서 응답하여 주시기 바랍니다.		
LC 36.1 방문요양	• 한달간 이용횟수: 회 • 한달간 비용: 원 • 1회당 서비스시간: 시간		
LC 36.2 방문간호	• 한달간 이용횟수: 회 • 한달간 비용: 원 • 1회당 서비스시간: 시간		
LC 36.3 방문목욕	• 한달간 이용횟수: 회 • 한달간 비용: 원 • 1회당 서비스시간: 시간		
LC 36.4 주야간보호	• 한달간 이용횟수: 회 • 한달간 비용: 원 • 1회당 서비스시간: 시간		
LC 36.5 단기보호	• 한달간 이용횟수: 회 • 한달간 비용: 원 • 1회당 서비스시간: 시간		
LC 36.6 그룹홈	• 한달간 이용횟수: 회 • 한달간 비용: 원 • 1회당 서비스시간: 시간		
LC 36.7 복지용구	• 한달간 이용횟수: 회 • 한달간 비용: 원 • 1회당 서비스시간: 시간		

LC 37 의사결정	재가서비스를 이용할 때, 서비스를 이용할지에 관한 의사결정을 누가 합니까? ☐ ①환자 본인의 의지 ☐ ②가족이 환자를 대신해서 ☐ ③재가서비스 제공자 권유 ☐ ④의료진 권유 ☐ ⑤기타(_____)		
LC 38 가계부담	환자/노인의 재가서비스 이용 시 본인부담액의 수준에 대해 어떻게 생각하십니까? ☐ ①가계에 매우 큰 부담을 준다 ☐ ②가계에 약간의 부담을 준다 ☐ ③감당할 수 있다 ☐ ④가계에 거의 부담을 주지 않는다 ☐ ⑤가계에 전혀 부담을 주지 않는다		
LC 39 만족도	환자/노인의 재가서비스이용에 대해 전반적으로 어느 정도 만족하십니까? (응답자) ☐ ①환자 본인 ☐ ②대리인 ☐ ①매우 불만족 ☐ ②불만족 ☐ ③만족 ☐ ④매우 만족		
LC 40 만족도	이용하고 계신 재가서비스의 만족도에 대해 아래의 응답자 코드와 보기코드를 참고하여 말씀해 주십시오. (응답자 코드) ☐ ①환자본인 ☐ ②대리인 (보기코드) ①매우 불만족 ②불만족 ③만족 ④매우 만족		
LC 40.1 방문요양	(응답자) ☐ (시간만족) ☐ (인력만족) ☐		
LC 40.2 방문간호	(응답자) ☐ (시간만족) ☐ (인력만족) ☐		
LC 40.3 방문목욕	(응답자) ☐ (시간만족) ☐ (인력만족) ☐ (장비만족) ☐		
LC 40.4 주야간보호	(응답자) ☐ (시간만족) ☐ (인력만족) ☐		
LC 40.5 단기보호	(응답자) ☐ (시간만족) ☐ (인력만족) ☐		
LC 40.6 그룹홈	(응답자) ☐ (시간만족) ☐ (인력만족) ☐		
LC 40.7 복지용구	(응답자) ☐ (인력만족) ☐ (장비만족) ☐		

임신 및 출산: PG	
C 1. 지난 1년간 임신 또는 출산을 경험한 적이 있습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → “임신 및 출산” 설문 종료	
PG 1 응답자성명	귀하의 성명은 무엇입니까?
PG 2 임신유무	현재 임신 중 이십니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → PG 3으로 가시오
PG 2.1 임신기간	2007년 __월(설문조사 시점)을 기준으로 임신기간은 어떻게 되십니까? ☐ ①4주미만 ☐ ②5주 ~ 10주미만 ☐ ③10주 ~ 20주미만 ☐ ④20주 ~ 30주 미만 ☐ ⑤30주 이상
PG 3 임신출산 관련질환	지난 1년의 임신기간 중 임신·출산과 관련한 질환을 경험하십니까? ☐ ①임신성 당뇨 ☐ ②임신성 고혈압 ☐ ③산후우울증 ☐ ④산후 갑상선 질환 ☐ ⑤기타(_____) ☐ ⑥경험한 적 없음
PG 4 임신출산 관련질환	지난 1년간 출산 경험을 하셨습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오 → “임신 및 출산” 설문 종료
PG 4.1 임신기간	출산당시 임신 기간은 얼마였습니까? ☐ ①37주 이내(조산) ☐ ②37~42주 (정상적인 기간을 채운 출산) ☐ ③42주 이후 (적정기간이 초과된 분만)
PG 5 출산형태	출산형태는 무엇이었습니까? ☐ ①자연분만(제왕절개수술이 아닌 분만 모두) → PG 6으로 가시오 ☐ ②제왕절개분만(응급) ☐ ③제왕절개분만(예약) ☐ ④기타(_____) → PG 6으로 가시오
PG 5.1 제왕절개 이유	제왕절개분만을 하신 이유는 무엇입니까? ☐ ①이전에 제왕절개분만을 했었기 때문에 ☐ ②태아의 머리와 엉덩이가 거꾸로 되어 있어서 ☐ ③태아 곤란증(진통 중 태아위험 상태) 때문에 ☐ ④진통에도 불구하고 자연분만 진행이 잘 안돼서 ☐ ⑤골반에 비해 아기머리가 커서 ☐ ⑥자연분만이 곤란한 위치의 쌍태임신이라서 ☐ ⑦출생일시를 인위적으로 정하기 위해서 ☐ ⑧아픈 진통을 겪지 않기 위해서 ☐ ⑨기타(_____)
PG 6 출산아 수	지난 1년간 출산으로 태어난 출산아의 수는 몇 명이었습니까? 명
PG 6.1 몸무게	당시 태어난 아기의 체중은 몇 kg이었습니까? (쌍둥이, 세쌍둥이일 경우 모두 말씀하여 주십시오) kg kg kg
PG 7 모성합병증	출산 시 모성 합병증을 경험하십니까? ☐ ①수혈을 요했던 심한 출혈 ☐ ②출산한 부위의 감염(염증) ☐ ③자연분만 상처가 매우 심했던 경우 ☐ ④임신중독증(자간증 및 전자간증) ☐ ⑤기타(_____) ☐ ⑥없었음
PG 8 신생아합병증	출산 시 신생아가 합병증을 경험하였습니까? ☐ ①아기 어깨가 나오다 걸려서 문제발생(어깨골절 혹은 팔마비 등) ☐ ②출산직후 입원해야 할 정도의 상태 ☐ ③없었음 ☐ ④기타(_____)

PG 9 선천성 기형	출산 시 신생아가 선천성 기형을 갖고 있었습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오	
PG 10 대사이상	출산 후 검사에서 신생아가 선천성 대사이상을 갖고 있었습니까? ☐ ①예 ☐ ②아니오	
PG 11 입원유무	출산 이후 의료기관에 입원하였습니까? 입원했다면 며칠 간 입원하였습니까? ☐ ①예 (☐ ☐ ☐ 일간 입원) ☐ ②아니오	
PG 12 의료비	출산에 지불하신 총 의료비는 얼마였습니까?(산후조리원 제외) ☐ ☐ ☐ ☐ 만원	
PG 13 입원비	출산 시 병원을 이용하셨다면, 입원비는 얼마였습니까? ☐ ☐ ☐ ☐ 만원	
PG 14 간병비	출산 시 간병인의 도움을 받으셨다면, 간병비로 얼마를 지불하셨습니까? ☐ ☐ ☐ ☐ 만원	
PG 15 출산의료기관	출산하셨던 의료기관의 종류는 무엇이었습니까? ☐ ①조산원 ☐ ②보건소 ☐ ③종합병원 ☐ ④산부인과 전문 병의원 ☐ ⑤가정(집에서) ☐ ⑥기타(_____)	
PG 16 소재지	출산하셨던 의료기관의 이름과 소재지(시군구, 읍면동까지)는 무엇이었습니까? (_____) 우편번호. ☐ ☐ ☐ ☐	
PG 17 만족도	이용하셨던 의료기관에 대해 어느 정도로 만족하셨습니까? ☐ ①매우 불만족 ☐ ②불만족 ☐ ③만족 ☐ ④매우 만족	
PG 18 조리원이용	출산 이후에 산후조리원을 이용하셨습니까? ☐ ①예 → PG 18.1로 가시오 ☐ ②아니오 → “임신 및 출산” 설문 종료	
PG 18.1 조리원 비용	산후조리원의 이용기간과 총 비용은 얼마였습니까? ☐ ☐ ☐ 일간 ☐ ☐ ☐ ☐ 만원	

의약품 이용: PH	
PH 1 처방약 조제유무	지난 6개월간 처방전으로 약국에서 조제받은 적이 있습니까? ☐ ①있음 ☐ ②없음 (☞ 7번으로)
PH 2 남긴 처방약	지난 6개월간 처방전으로 조제받은 의약품을 다 복용하지 않고 남긴 경우가 있었습니까? ☐ ①있음 ☐ ②없음 (☞ 3번으로)
PH 2.1 이유	조제받은 의약품을 다 복용하지 않고 남긴 이유를 구체적으로 적어주십시오. ()
PH 3 처방약 본인부담수준	지난 6개월간 처방전 조제시 지불한 본인부담금은 어떠하였습니까? ☐ ①지불하기에 부담스러운 적이 많았음 ☐ ②지불하기에 부담스러운 적이 다소 있었음 ☐ ③전혀 부담되지 않았음 ☐ ④기타()
PH 4 단골약국 여부	지난 6개월간 복용한 처방전을 조제했던 약국을 모두 골라주십시오. ☐ ①진료받은 의료기관에서 권유하는 약국 (☞ 5번으로) ☐ ②진료받은 의료기관에서 가까운 약국 (☞ 5번으로) ☐ ③집이나 직장에서 가까운 약국 (☞ 5번으로) ☐ ④본인이나 가족의 단골약국 ☐ ⑤특별히 자주 이용하는 약국이 없음 (☞ 5번으로) ☐ ⑥기타() (☞ 5번으로)
PH 4.1 이유	본인이나 가족의 단골약국을 선호하는 이유가 있다면 적어주십시오. ()
※ 대체조제	
PH 5 대체조제 여부	지난 6개월간 처방받은 의약품 중 일부를 성분이 동일한 다른 제품으로 대체하여 조제받은 적이 있었습니까? (성분이 다른 약으로 대체한 경우는 여기에 해당되지 않으며, 대체조제를 할 경우 약사가 이를 환자에게 알려주도록 법으로 정해져 있습니다.) ☐ ①있음(횟수: _____ 번) ☐ ②없음 (☞ 6번으로)
PH 5.1 이유	대체조제를 받은 이유는 무엇입니까? 해당되는 사항을 모두 골라주십시오 ☐ ①처방받은 의약품이 약국에 없어서 ☐ ②가격이 더 싼 의약품으로 조제받기 위해 ☐ ③기타() ☐ ④모름
PH 5.2 만족도	대체조제에 대해 만족하셨습니까? 만족하지 않으셨습니까? ☐ ①만족하였음 ☐ ②만족하지 않았음 ☐ ③모름
※ 특정 의약품 처방 요구	
PH 6 경험 유무	지난 6개월간 의사에게 본인(또는 가구원)이 복용하기 위해 항생제 등 특정한 의약품을 처방해달고 요구한 적이 있습니까? ☐ ①처방을 요구하여 처방받음 ☐ ②처방을 요구하였으나 처방받지 못함 ☐ ③요구한 적 없음 (☞ 6.2번으로)
PH 6.1 요구 종류	의사에게 처방을 요구했던 의약품의 종류를 모두 골라 주십시오.(복수응답) ☐ ①항생제 ☐ ②진통제 ☐ ③해열제 ☐ ④소화제 ☐ ⑤아토피치료제 ☐ ⑥기타()
PH 6.2 주사제	지난 6개월간 의사에게 본인이 맞을 주사제를 처방해달고 요구한 적이 있습니까? ☐ ①요구한 적이 있음 ☐ ②요구한 적이 없음 (☞ 6.4번으로)
PH 6.3 증상	주사제 처방을 요구했던 질병명/증상을 적어주십시오(예: 몸살, 감기, 다리가 아픔) ()
PH 6.4 비처방 요구	지난 6개월간 의사에게 본인이 복용할 처방전에서 항생제 등 특정한 의약품을 처방하지 말라고 요구한 적이 있습니까? 양을 줄여달라고 요구한 것은 해당하지 않습니다 ☐ ①요구한 적 있음 ☐ ②요구한 적 없음 (☞ 7번으로)
PH 6.5 의약품종류	처방하지 않을 것을 요구했던 의약품의 종류를 모두 골라 주십시오.(복수응답) ☐ ①항생제 ☐ ②진통제 ☐ ③주사제 ☐ ④기타()
PH 6.6 이유	처방하지 않을 것을 요구한 이유는 무엇입니까? ☐ ①그 의약품에 부작용을 경험한 경우가 있어서 ☐ ③집에 보관하고 있는 의약품이 있어서 ☐ ②복용을 원하지 않아서 ☐ ④기타()

※ 고혈압치료제	
PH 7 복용여부	현재 고혈압치료제를 복용하고 계십니까? ☐ ① 복용함(년부터 복용함) ☐ ② 복용하지 않음 (☞ 8번으로)
PH 7.1 의사 약 사고지여부	의사에게 진료 받거나 약사에게 조제 받을 때, 복용하고 계시는 고혈압치료제에 대해 말씀하십니까? ☐ ①의사, 약사 모두에게 말하는 편임 ☐ ②의사에게는 말하나 약사에게는 말하지 않는 편임 ☐ ③의사에게는 말하지 않으나 약사에게는 말하는 편임 ☐ ④의사, 약사 모두에게 말하지 않음 ☐ ⑤기타()
PH 7. 복 약 순 응여부	고혈압치료제를 의사가 지시한 용법, 용량으로 복용하십니까? 예를 들어, 하루 한번 1정을 아침식사 30분후에 복용하라고 하였을 때 복용량(1정), 복용횟수 (1일 1회), 복용시간(아침식사후 30분)을 지키십니까? ☐ ①지시대로 복용하는 편임 (☞ 8번으로) ☐ ②지시대로 복용하지 않는 편임 ☐ ③기타()
PH 7.3 복 약 불 순응이유	고혈압치료제를 지시대로 복용하지 않는 이유는 무엇입니까? 가장 주된 이유를 1개만 골라주십시오. ☐ ①의약품 부작용 때문에 ☐ ②증상이 좋아져서 ☐ ③약 먹는 것을 잊어버려서 ☐ ④기타()
※ 당뇨병치료제	
PH 8 장기복용의 약품 복용 여부	현재 당뇨병치료제를 복용하고 계십니까? ☐ ①복용함(년부터 복용함) ☐ ②복용하지 않음 (☞ 9번으로)
PH 8.1 의사 약 사고지여부	의사에게 진료받거나 약사에게 조제받을 때 복용하고 계시는 당뇨병치료제에 대해 대체적으로 말씀하십니까? ☐ ①의사, 약사 모두에게 말하는 편임. ☐ ②의사에게는 말하나 약사에게는 말하지 않는 편임 ☐ ③의사에게는 말하지 않으나 약사에게는 말하는 편임 ☐ ④의사, 약사 모두에게 말하지 않음 ☐ ⑤기타()
PH 8.2 복 약 순 응여부	당뇨병치료제를 의사가 지시한 용법, 용량으로 복용하십니까? 예를 들어, 하루 한번 1정을 아침식사 30분전에 복용하라고 하였을 때 복용량(1정), 복용횟수 (1일 1회), 복용시간(아침식사후 30분전)을 지키시는 편입니까? ☐ ①지시대로 복용하는 편임 (☞ 8번으로) ☐ ②지시대로 복용하지 않는 편임 ☐ ③기타()
PH 8.3 불 순 응 이유	당뇨병치료제를 지시대로 복용하지 않는 이유는 무엇입니까? 가장 주된 이유를 1개만 골라주십시오. ☐ ①의약품 부작용 때문에 ☐ ②증상이 좋아져서 ☐ ③약 먹는 것을 잊어버려서 ☐ ④기타()
※ 감기약(일반의약품) 구매	
PH 9 감기 발생 시 대처방법	본인이 (심하지 않은) 감기에 걸렸을 경우 대체로 어떻게 하십니까? ☐ ①병원, 의원을 방문하여 진료를 받음 (☞ 10번으로) ☐ ②약국에서 직접 의약품을 구입하여 복용함 ☐ ③의약품을 복용하지 않고 휴식을 취함 (☞ 10번으로) ☐ ④별다른 조치를 하지 않음 (☞ 10번으로) ☐ ⑤기타() (☞10번으로)
PH 9.1 선택 주 체	약국에서 직접 감기약을 구입하여 복용할 경우 본인이 약을 선택하십니까? 약사의 상담을 받아 구입하십니까? ☐ ①본인이 약 이름을 선택하여 구입 ☐ ②약사의 상담을 받아 구입 (☞ 10번으로) ☐ ③기타() (☞ 10번으로)
PH 9.2 의 약 품 정보원	본인이 직접 선택하여 구입한 의약품에 대한 정보는 어디에서 얻습니까? ☐ ①가족/친구/이웃 ☐ ②신문/잡지 ☐ ③TV 및 라디오 ☐ ④인터넷 ☐ ⑤기타()

PH 10 부작용 경험	지난 1년간 의약품 복용하고 위장장애, 발열 등 부작용을 경험한 적이 있습니까? ☐ ① 있음(번) ☐ ② 없음 (☞ 11번으로)
※ 지난 1년간 의약품 부작용을 여러 번 경험하셨을 경우, PH 10.1~10.4은 가장 증상이 심했던 경우에 대하여 대답하여 주십시오.	
PH 10.1 부작용 종류	어떤 종류의 부작용이었습니까? 경험한 부작용 증상을 모두 골라 주십시오. ☐ ① 피부발진 ☐ ② 발열 ☐ ③ 속쓰림 ☐ ④ 소화불량 ☐ ⑤ 설사 ☐ ⑥ 구토 ☐ ⑦ 어지러움 ☐ ⑧ 두통 ☐ ⑨ 손발 떨림 ☐ ⑩ 기타()
PH 10.2 인지 방법	의약품 부작용으로 나타난 증상이라는 것을 어떻게 아셨습니까? ☐ ①의사가 의약품 부작용이라고 말함 ☐ ②약사가 의약품 부작용이라고 말함 ☐ ③본인이나 가족이 의약품 부작용으로 판단함 ☐ ④기타()
PH 10.3 부작용 의약품 종류	부작용의 원인이 된 의약품은 처방받은 약이었습니까? 본인이 구매한 약이었습니까? ☐ ①의사에게 처방받은 의약품 ☐ ②본인이 구매한 의약품 ☐ ③집에서 보관하고 있던 의약품 ☐ ④한의원, 한방병원, 약국에서 구매한 한약 ☐ ⑤시장, 마트에서 구매한 한약 ☐ ⑥기타()
PH 10.4 처리 방법	부작용이 나타났을 때 어떻게 하였습니다? ☐ ①의사에게 진료받음 ☐ ②약사에게 상담함 ☐ ③집에 있는 약을 자가투약함 ☐ ④아무런 치료도 하지 않았음 ☐ ⑤기타()
※ 다음은 만 5세 이하 소아가 복용한 의약품에 대한 질문입니다. 어머니 등 어린이의 양육을 담당하고 있는 분께서 응답해 주시기 바랍니다. 가구에서 1인이 대답해 주십시오.	
PH 11 소아 특정의약품 처방요구 여부	지난 6개월간 의사에게 만 5세 이하 아이가 복용하기 위해 항생제 등 특정한 의약품을 처방해달고 요구한 적이 있습니까? ☐ ①처방을 요구하여 처방받음 ☐ ②처방을 요구하였으나 처방받지 못함 ☐ ③요구한 적 없음 (☞ 12번으로)
PH 11.1 의약품 종류	처방을 요구했던 의약품의 종류를 모두 골라 주십시오. ☐ ①항생제 ☐ ②진통제 ☐ ③해열제 ☐ ④소화제 ☐ ⑤아토피치료제 ☐ ⑥기타()
PH 12 주사 요구 여부	지난 6개월간 만 5세 이하 아이가 맞을 주사제를 의사에게 처방해달고 요구한 적이 있습니까? 예방주사는 해당되지 않습니다. ☐ ①요구한 적이 있음 ☐ ②요구한 적이 없음 (☞ 13번으로) ☐ ③기타()
PH 12.1 질병명/증상	주사제 처방을 요구했던 질병명/증상을 적어주십시오.(예: 감기, 고열) ()
PH 13 비처방 요구	지난 6개월간 의사에게 만5세 이하 아이가 복용할 처방전에서 항생제 등 특정한 의약품을 <u>처방하지 말</u> 라고 요구한 적이 있습니까? 양을 줄여달라고 요구한 것은 해당하지 않습니다. ☐ ①요구한 적이 있음 ☐ ②요구한 적이 없음 (☞ 14번으로)
PH 13.1 의약품 종류	처방하지 않을 것을 요구했던 의약품의 종류를 모두 골라 주십시오. ☐ ①항생제 ☐ ②해열제 ☐ ③주사제 ☐ ④기타()
PH 13.2 이유	처방하지 않을 것을 요구한 이유는 무엇입니까? ☐ ①의약품에 부작용을 경험한 경우가 있어서 ☐ ②복용을 원하지 않아서 ☐ ③집에 보관하고 있는 의약품이 있어서 ☐ ③기타()
PH 14 감기 발생 대처방법	만 5세 이하 어린이가 (심하지 않은) 감기에 걸렸을 경우 대체적으로 어떻게 하십니까? ☐ ①병원, 의원을 방문하여 진료를 받음 ☐ ②약국에서 직접 의약품을 구입하여 복용함 ☐ ③의약품을 복용하지 않고 휴식을 취함 ☐ ④별다른 조치를 하지 않음 ☐ ⑤기타()

※ 한약 구매	
PH 15 한약 구매 유무	지난 6개월간 약국, 시장 등에서 (한의원, 한방병원 제외) 본인(또는 가구원)이 복용하기 위해 한약(첩약, 견제 등)을 구입하신 적이 있습니까? 인삼차, 구기자차 등 차를 만들기 위해 구입한 경우를 제외한 첩약의 형태거나 다려서 먹기 위해 구입한 경우입니다. ☐ ①있음 ☐ ②없음 (☞ 16번으로)
PH 15.1 구입 금액	위의 한약을 구입하는 데 대략 얼마나 지불하셨습니다? 지난 6개월간 약 (_____ 원)
PH 15.2 한약 구입처	그 한약은 어디에서 구매하셨습니다? ☐ ①약국 ☐ ②시장(경동시장 등) ☐ ③농협 ☐ ④기타(_____)
PH 15.3 구매 목적	그 한약은 질병치료를 위해 구입하였습니까? 보약으로 구입하였습니까? ☐ ①질병치료를 위해 구입(질병/증상명: _____) ☐ ②보약으로 구입
※ 건강기능식품 구매	
PH 16 건강기능식품 인지 여부	건강기능식품은 건강을 향상시키기 위한 목적으로 가공된 식품이며, 포장에 '건강기능식품'이라고 적혀 있습니다. 이를 알고 계셨습니까? ☐ ①알고 있었음 ☐ ②몰랐음
PH 16.1 구매 유무	지난 6개월간 본인(또는 가구원)이 복용하기 위해 건강기능식품을 구입한 적이 있습니까? ☐ ①있음 ☐ ②없음 (☞ 17번으로)
PH 16.2 금액	위의 건강기능식품을 구입하는 데 대략 얼마나 지불하셨습니다? 지난 6개월간 약 (_____ 원)
PH 16.3 구매 이유	그 건강기능식품은 질병치료를 위해 구매하였습니까? 건강증진을 위해 구매하였습니까? ☐ ①질병치료를 위해 구매(질병/증상명: _____) ☐ ②건강증진을 위해 구매 ☐ ③기타(_____)
PH 16.4 구입처	그 건강기능식품은 어디에서 구입하였습니까? 해당하는 것에 모두 표시해주시시오. ☐ ①병·의원에서 구입 ☐ ②약국에서 구입 ☐ ③건강기능식품상점에서 구입 ☐ ④방문판매로 구입 ☐ ⑤인터넷, 홈쇼핑으로 구입 ☐ ⑥해외에서 구입 ☐ ⑦마트 또는 상점에서 구입 ☐ ⑧기타(_____)
PH 16.5 구매 동기	그 건강기능식품을 구입한 동기는 무엇입니까? 해당하는 것에 모두 표시해주시시오. ☐ ①의사의 권유 ☐ ②약사의 권유 ☐ ③대중매체 광고 ☐ ④친지·친구·이웃의 권유 ☐ ⑤기타(_____)
※ 일반의약품(처방약 제외) 및 외상소모품 구매	
PH 17 구매유무	지난 6개월간 본인(또는 가구원)이 복용하기 위해 약국에서 처방약이 아닌 일반의약품이나 외상소모품(붕대, 마스크 등)을 구입한 적이 있습니까? ☐ ①있음 ☐ ②없음 (☞ 18번으로)
PH 17.1 구매종류	지난 6개월간 약국에서 주로 구매하시는 일반의약품이나 외상소모품의 종류는 무엇입니까? 주로 구매하는 일반의약품이나 외상소모품 5가지이하로 응답해 주십시오 ☐ ①소화제 ☐ ②진통제 ☐ ③감기약 ☐ ④수면제 ☐ ⑤안약 ☐ ⑥석염수 ☐ ⑦붕대 ☐ ⑧반창고 ☐ ⑨염양제 ☐ ⑩피부연고 ☐ ⑪소독약 ☐ ⑫드링크류 ☐ ⑬콘택트렌즈 세척액 ☐ ⑭기타(_____)
PH 17.2 일반의약품비	귀하의 가정은 일반의약품을 구입하는 데 지난 6개월간 대략 월평균 얼마나 지출하십니까? 월평균 약 (_____ 원)
※ 안경/콘택트렌즈 구매	
PH 18 안경구매	지난 6개월간 본인(또는 가구원)이 이용하기 위해 안경 또는 콘택트렌즈를 구입한 적이 있습니까? ☐ ①있음 (_____ 원) ☐ ②없음 (☞ 19번으로)
※ 의료기기 구매	
PH 19	지난 6개월간 본인(또는 가구원)이 이용하기 위해 의료기기를 구입한 적이 있습니까? ☐ ①있음 ☐ ②없음 (☞ "의약품" 설문종료)
PH 19.1	위의 의료기기를 구입하는 데 대략 얼마나 지불하셨습니다? 지난 6개월간 약 (_____ 원)

민간보험: P

*** 가구원 전체가 가입한 보험에 대해 응답해 주십시오**

P 1 민영건강보험 가입여부	귀하의 가구에서는 보험회사 또는 농협, 우체국 등을 포함한 금융기관에서 판매하는 보험 상품 중에서 의료비를 보상하는 민영건강보험에 가입하십니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 →문 7로 가시오				
P 1.1 가입보험종류	가입하신 민영건강보험의 종류는 무엇입니까? ☐ ① 건강보험 전용상품 ☐ ② 종신보험, 연금보험 등 특약형태의 부가상품 →문 7로 가시오				
P 1.2	가입하신 민영건강보험의 구체적 형태와 월 보험료 등은 얼마입니까?				
	상품 형태	가구원번호 (가구원이름)	월 보험료	가구원번호 (가구원이름)	월 보험료
건강보험 전용상품	① 암보험 (개)		만 천원 만 천원		만 천원 만 천원
	② 일반 질병보험 (개)		만 천원 만 천원		만 천원 만 천원
	③ 어린이건강보험 (개)		만 천원 만 천원		만 천원 만 천원
	④ 간병보험 (개)		만 천원 만 천원		만 천원 만 천원
	⑤ 기타() ()		만 천원 만 천원		만 천원 만 천원
	()		만 천원		만 천원
	()		만 천원		만 천원
	()		만 천원		만 천원
	()		만 천원		만 천원
	()		만 천원		만 천원
	()		만 천원		만 천원
	()		만 천원		만 천원
P 1.3 가입형태	귀하의 가구에서 가입하신 일반 질병보험의 가입형태는 다음 중 무엇입니까?(2개 이상인 경우 각각 응답) ☐ ① 개인 가입 ☐ ② 직장 등에서 단체가입				
P 1.4 재정부담	납부하고 있는 민영건강보험의 보험료가 가계에 재정적으로 부담이 되십니까? ☐ ① 매우 부담이 된다 ☐ ② 대체로 부담이 되는 편이다 ☐ ④ 그다지 부담이 되지 않는다 ☐ ⑤ 전혀 부담이 되지 않다				
P 2 외래수령경험	지난 6개월 동안 외래 이용과 관련하여 민영건강보험에서 보험금을 수령한 적이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 →문 2.3으로 가시오				
P 2.1 외래 수령보험금	외래 이용에 따른 보험금을 수령한 적이 있다면, 보험금은 얼마입니까?				
	건강보험전용상품형태 (문1.2의 해당번호 기입)	수령 보험금	정액제여부 (O, X)	정률제여부 (O, X)	
		만원			
		만원			
		만원			
		만원			
		만원			
※ 정액제는 발생한 의료비와 상관없이 일정 금액을 수령한 경우를 말함 ※ 정률제는 발생한 의료비만큼 보험금을 수령한 경우를 말함					

P 22 가계의 재정적 도움여부	지난 6개월 동안 외래 이용과 관련하여 민영건강보험에서 수령한 보험금이 가계에 재정적으로 도움이 되었습니까? ☐ ① 매우 그렇다 ☐ ② 그렇다 ☐ ③ 그저 그렇다 ☐ ④ 그렇지 않다 ☐ ⑤ 전혀 그렇지 않다		
P 23 지급거절경험	귀하의 가구는 지난 6개월 동안 외래 이용과 관련하여 보험회사에 청구한 보험금이 지급거절당한 적이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 → 문 3으로 가시오		
P 24 지급거절사유	지급거절 당한 적이 있다면, 그 사유는 무엇이었습니까? ☐ ① 보험대상 질환이 아니라서 ☐ ② 서류미비 ☐ ③ 기타(_____)		
P 3 입원보험금 수령여부	귀하의 가구는 지난 6개월 동안 입원 과 관련하여 민영건강보험에서 보험금을 수령한 적이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 → 문 33으로 가시오		
P 31	입원 이용에 따른 보험금을 수령한 적이 있다면, 보험금은 얼마입니까?		
입원 수령보험금	건강보험전용상품형태 (문12의 해당번호 기입)	수령 보험금	정액제여부 (O, X)
		만원	
		만원	
		만원	
		만원	
		만원	
※ 정액제 는 발생한 의료비와 상관없이 일정 금액을 수령한 경우를 말함 ※ 정률제 는 발생한 의료비만큼 보험금을 수령한 경우를 말함			
P 32 가계에 재정적 도움여부	지난 6개월 동안 입원 이용과 관련하여 민영건강보험에서 수령한 보험금이 가계에 재정적으로 도움이 되었습니까? ☐ ① 매우 그렇다 ☐ ② 그렇다 ☐ ③ 그저 그렇다 ☐ ④ 그렇지 않다 ☐ ⑤ 전혀 그렇지 않다		
P 33 지급거절경험	입원 과 관련하여 보험회사에 청구한 보험금이 지급거절당한 적이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 → 문 4로 가시오		
P 34 지급거절사유	지급거절 당한 적이 있다면, 그 사유는 무엇이었습니까? ☐ ① 보험대상 질환이 아니라서 ☐ ② 서류미비 ☐ ③ 기타 (_____)		
* 응답자 본인에 해당하는 사항입니다.			
P 4 만족도	____님은 본인이 가입하신 민영건강보험 중 가장 만족도가 높은 보험은 무엇입니까? (위에 응답하신 것 중) ☐ 번 (____) 보험		
P 5 해약의사	____님은 본인이 가입하신 민영건강보험 중 해약 의사가 있는 보험은 무엇입니까? ☐ ①있음 ☐ 번 (____) 보험 ☐ ②없음 → 문 6으로 가시오		
P 51 해약의사이유	해약의사가 있다면, 그 사유는 무엇입니까? ☐ ① 보험료가 가계에 부담이 되어서 ☐ ② 수령한 보험금이 의료비에 큰 도움이 되지 않아서 ☐ ③ 본인의 의료이용이 많지 않아서 ☐ ④ 보험에서 급여하는 질환이 너무 협소하여서 ☐ ⑤ 높은 보험료에 비해 수령하는 보험금이 적어서 ☐ ⑥ 기타 (____)		

P 6 가입이유	__님은 민영건강보험에 가입하신 가장 주된 이유는 무엇입니까? ☐ ① 정부건강보험의 서비스 보장이 부족하다고 판단해서 ☐ ② 불의의 질병 및 사고로 인한 가계의 경제적 부담을 경감하기 위해 ☐ ③ 본인의 건강상태가 좋지 않다고 생각해서 ☐ ④ 고급 의료서비스를 받기 위해 ☐ ⑤ 보험설계사의 권유에 의해 ☐ ⑥ 기타 ()
P7 병의원 방문빈도	__님은 조금만 아파도 의료기관을 찾는 편입니까? ☐ ① 매우 그렇다 ☐ ② 그렇다 ☐ ③ 그저 그렇다 ☐ ④ 그렇지 않다 ☐ ⑤ 전혀 그렇지 않다
P 8 향후 의료이용 증감	__님은 5년 후 의료이용의 정도가 현재와 비교하여 어떠한 것으로 예상하십니까? ☐ ① 현재와 비슷한 수준 ☐ ② 약 () % 증가 ☐ ③ 약 () % 감소
P 9 추가가입의향	__님은 향후 민영건강보험을 추가가입 또는 신규가입 할 의향이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오
P 10 병원기록 제공의향	__님은 민영건강보험 가입시 보험사에서 귀하의 이전 질병치료 기록과 관련정보를 요구하면 제공할 의향이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오
P 11 보험약관	__님은 민영건강보험은 가입한 지 1년 혹은 2년 이내에 질병이 발생하면, 약정된 보험금의 일부를 제공하는데, 이에 대해 알고 있습니까? ☐ ① 잘 알고 있다 ☐ ② 대략 알고 있다 ☐ ③ 보통이다 ☐ ④ 잘 모른다 ☐ ⑤ 전혀 모른다
P 12 환급금액 인지여부	__님은 납입한 보험료 중 만기환급금이나 질병발생 시 지급받는 보험금 등을 포함해서 본인이 물려받는 비율에 대해 알고 있습니까? ☐ ① 잘 알고 있다 ☐ ② 대략 알고 있다 ☐ ③ 보통이다 ☐ ④ 잘 모른다 ☐ ⑤ 전혀 모른다
P 13 미가입자대상	민영건강보험 미가입자) __님은 과거 민영건강보험에 가입한 적이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 8.비해당(민영건강보험 가입자)
P 14 미가입자 대상	민영건강보험 미가입자) __님이 민영건강보험을 탈퇴한 이유는 무엇입니까? ☐ ① 보험료 부담 때문에 ☐ ② 납부한 보험료에 비해 혜택(보험금)이 너무 적어서 ☐ ③ 앞으로 의료이용을 많이 할 것같이 않아서 ☐ ④ 기타 8.비해당(민영건강보험 가입자)
P 15 가입거부경험	__님은 과거 민영건강보험 가입을 거부당한 적이 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오
P 15.1 가입거부사유	거부당한 적이 있다면, 그 이유는 무엇입니까? ☐ ① 나이가 많아서 ☐ ② 과거 병력 때문에 ☐ ③ 직업 때문에 ☐ ④ 기타 ()
P 16 자동차보험가입	__님의 가구는 자동차보험에 가입하고 있습니까? ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 (☞ “민간보험” 설문종료)
P 17 자동차사고로 인한 병의원이용	지난 6개월간 자동차 사고로 입원, 응급 또는 외래를 이용하신 적이 있으시거나 이용하고 계십니까? ☐ ① 있음 (가구원번호:) ☐ ② 없음 (☞ “민간보험” 설문 종료)
IC 17.1 총의료비	교통사고로 인한 병원 이용에 소요된 의료비는 총 얼마입니까? 이중에 몇 %를 지급받으셨습니까? ()만원 ()%

건강 상태 : HS	
HS 1. 당신의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까? ☐① 매우 좋음 ☐② 좋음 ☐③ 보통 ☐④ 나쁨 ☐⑤ 매우 나쁨 ☐⑥ 모름 ※ <삶의 질> 아래의 각 문항에서 오늘 당신의 건강상태를 가장 잘 설명해주는 하나의 항목에 표시해 주십시오. HS 2. 운동능력 ☐① 나는 걷는데 지장이 없다 ☐② 나는 걷는데 다소 지장이 있다 ☐③ 나는 종일 누워 있어야 한다 HS 3. 자기관리 ☐① 나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다 ☐② 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다 ☐③ 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다 HS 4. 일상활동 (일, 공부, 가사일, 가족 또는 여가 활동) ☐① 나는 일상활동을 하는데 지장이 없다 ☐② 나는 일상활동을 하는데 다소 지장이 있다 ☐③ 나는 일상활동을 할 수 없다 HS 5. 통증/불편감 ☐① 나는 통증이나 불편감이 없다 ☐② 나는 다소 통증이나 불편감이 있다 ☐③ 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다 HS 6. 불안/우울 ☐① 나는 불안하거나 우울하지 않다 ☐② 나는 다소 불안하거나 우울하다 ☐③ 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다	상상할 수 있는 가장 좋은 상태 100 오늘의 당신의 건강 상태 0 상상할 수 있는 가장 나쁜 상태

HS 7. 건강상태가 얼마나 좋고 나쁜지를 표현하는 것을 돕고자 당신이 상상할 수 있는 최고의 상태를 100으로, 당신이 상상할 수 있는 최악의 상태를 0으로 표시한 눈금자를 아래와 같이 그려 놓았습니다. 당신의 생각에 오늘 당신의 건강상태가 얼마나 좋고 나쁜지를, 아래의 상자로부터, 오늘 당신의 건강상태가 얼마나 좋고 나쁜지를 나타낸 눈금자 위의 한 곳으로 선을 그어서 표시해 주십시오.

건강상태 : HB

HB 1. 지금까지 총 100개비(5갑)이상의 담배를 피우셨습니까?	☐ ① 예 ☐ ② 아니오	☐
HB 2. 현재 담배를 피우고 계십니까?	☐ ① 현재 매일 피움 ☞ 하루평균 흡연량 _____ 개비	☐
	☐ ② 가끔 피움 ☞ 지난 1달간 흡연일수 _____ 일	☐ 개비
	☐ ☞ 흡연하는 날 하루평균 흡연량 _____ 개비	☐ 일
	☐ ③ 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음 ☞ 6번 문항으로	☐
※ 5-1, 5-2번은 과거에 흡연을 했지만 현재는 흡연하지 않는 분만 응답해 주시기 바랍니다.		
HB 5-1. 과거 흡연기간은 ? _____년 _____ 개월		☐ 년 ☐ 개월
HB 5-2. 과거 하루 평균 흡연량은? _____ 개비		☐ 개비
HB 6. 직장 실내에서 하루에 다른 사람이 피우는 담배연기를 맡는 시간은 몇 시간입니까?	☐ ① 0시간 ☐ ② 1 시간 미만 ☐ ③ 1시간 이상 ☞ _____시간	☐
HB 8. 가정의 실내에서 다른 사람이 피우는 담배연기를 맡는 시간은 하루 몇 시간 정도입니까?	☐ ① 0시간 ☐ ② 1 시간 미만 ☐ ③ 1시간 이상 ☞ _____시간	☐
HB 9. 지난 일주일동안 평소보다 숨이 많이 가쁘고 심장박동이 많이 증가하는 격렬한 신체활동을 10분 이상 한 날은 며칠입니까? (직업활동 및 체육활동을 포함한 격렬한 신체활동: 달리기, 등산, 축구, 농구, 줄넘기, 단식테니스, 스쿼시 등)	☐ ① 1일 ☐ ② 2일 ☐ ③ 3일 ☐ ④ 4일 ☐ ⑤ 5일 ☐ ⑥ 6일 ☐ ⑦ 7일(매일) ☐ ⑧ 전혀 하지 않음 ☞ 10번으로 가시오	☐
HB 9-1. 이러한 격렬한 신체활동을 한 날 보통 하루에 몇분간 했습니까?	☐ ① 20분 미만 ☐ ② 20분 이상 - 30분 미만 ☐ ③ 30분 이상 - 40분 미만 ☐ ④ 40분이상 - 50분 미만 ☐ ⑤ 50분이상 - 60분 미만 ☐ ⑥ 60분 이상	☐
HB 10. 지난 일주일동안 평소보다 숨, 심장박동이 조금 증가하는 중등도 신체활동을 10분 이상 한 날은 며칠입니까? (직업활동 및 체육활동을 포함한 중등도 신체활동: 복식테니스, 배구, 배드민턴, 탁구, 수영, 요가, 미용제조 등이며 걷기는 제외함)	☐ ① 1일 ☐ ② 2일 ☐ ③ 3일 ☐ ④ 4일 ☐ ⑤ 5일 ☐ ⑥ 6일 ☐ ⑦ 7일(매일) ☐ ⑧ 전혀 하지 않음 ☞ 11번으로 가시오	☐
HB 10-1. 이러한 중등도 신체활동을 한 날 보통 하루에 몇 분간 했습니까?	☐ ① 20분 미만 ☐ ② 20분 이상 - 30분 미만 ☐ ③ 30분 이상 - 40분 미만 ☐ ④ 40분이상 - 50분 미만 ☐ ⑤ 50분이상 - 60분 미만 ☐ ⑥ 60분 이상	☐
HB 11. 지난 일주일 동안 하루에 10분 이상 걷은 날은 며칠입니까?(출퇴근시간포함, 이동을 위해 걷는 것, 운동을 위해 걷는 것 모두 포함)	☐ ① 1일 ☐ ② 2일 ☐ ③ 3일 ☐ ④ 4일 ☐ ⑤ 5일 ☐ ⑥ 6일 ☐ ⑦ 7일(매일) ☐ ⑧ 전혀 하지 않음 ☞ 12번으로 가시오	☐
HB 11-1. 보통 하루에 얼마나 오래 걸었습니까?	☐ ① 20분 미만 ☐ ② 20분 이상 - 30분 미만 ☐ ③ 30분 이상 - 40분 미만 ☐ ④ 40분이상 - 50분 미만 ☐ ⑤ 50분이상 - 60분 미만 ☐ ⑥ 60분 이상	☐
HB 13. 지난 1년 동안 1잔 이상의 술을 마신 적이 있습니까?	☐ ① 예 ☐ ② 아니오 ☞ 17번으로 가시오	☐
HB 14. 지난 1년 동안 얼마나 자주 술을 마셨습니까?	☐ ① 한달에 1번 미만 (1년에 _____ 번) ☐ ② 한달에 1번 이상 (1달에 _____ 번)	☐ ☐

HB 15. 술을 마시는 날은 보통 몇 잔을 마십니까?

[※소주, 양주 구분없이 각각의 술잔으로 계산한다. 단 맥주는 캔맥주 1개(355cc) = 1.4잔]

- ☐ ① 소주 1~2잔(맥주 355cc 1캔 반 이하, 양주 2잔)
☐ ② 소주 3~4잔(맥주 3캔, 양주 4잔)
☐ ③ 소주 5잔~6잔(맥주 4캔 반 이하, 양주 6잔)
☐ ④ 소주 7잔~9잔(2홉 소주 1병 반 미만, 맥주 6캔, 양주 9잔)
☐ ⑤ 소주 10잔 이상(2홉 소주 1병 반 이상, 맥주 7캔, 양주 10잔)

☐

HB 16. 한번의 술좌석에서 소주 7잔 (또는 맥주 5캔 정도) 이상을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?

- ☐ ① 전혀 없다. ☐ ② 한달에 1번 미만
☐ ③ 한달에 1번 정도 ☐ ④ 1주일에 1번 정도
☐ ⑤ 거의 매일

☐

HB 19. 지난 1일간 매끼 식사를 하셨습니까?

(1)아침: ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 (2)점심: ☐ ① 예 ☐ ② 아니오 (3)저녁: ☐ ① 예 ☐ ② 아니오

☐ ☐ ☐

HB 20. 지난 1년 간 평균적으로 간식을 얼마나 자주 하셨습니까?

- ☐ ① 하루 3회 이상 ☐ ② 하루 2회
☐ ③ 하루 1회 ☐ ④ 거의 안 했다

☐

HB 21. 가장 자주 드신 간식의 종류는 무엇입니까?

- ☐ ① 과자 및 스낵류 ☐ ② 빵 및 케익류 ☐ ③ 떡 및 떡볶이
☐ ④ 라면 ☐ ⑤ 국수류 ☐ ⑥ 과일 및 과일주스
☐ ⑦ 음료수 ☐ ⑧ 우유 및 유제품 ☐ ⑨ 튀김류 ☐ ⑩ 기타

☐

HB 22. 지난 1년 간 평균적으로 외식을 얼마나 자주 하셨습니까?

- ☐ ① 하루 2회 이상 ☐ ② 하루 1회
☐ ③ 주 1회 이상 ☐ ④ 월 1회 이상 ☐ ⑤ 거의 안 했다

☐

HB 23. 평상시 생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 계십니까?

- ☐ ① 대단히 많이 느낀다 ☐ ② 많이 느끼는 편이다
☐ ③ 조금 느끼는 편이다 ☐ ④ 거의 느끼지 않는다

☐

HB 24. 지난 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있습니까?

- ☐ ① 예 ☐ ② 아니오

☐

HB 25. 현재 당신의 체격이 어느 정도라고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 마른 편임 ☐ ② 마른 편임
☐ ③ 보통임 ☐ ④ 약간 비만임 ☐ ⑤ 매우 비만임

☐

HB 26. 지난 1년간 체중을 줄이거나 늘리기 위해 노력하신 적이 있으십니까?

- ☐ ① 체중을 줄이려고 노력했다
☐ ② 체중을 늘리려고 노력했다
☐ ③ 현 체중을 유지하려고 노력했다
☐ ④ 아무 노력도 하지 않고 있다

☐

HB 27. 당신의 키는 얼마입니까?

cm

HB 28. 당신의 몸무게는 얼마입니까?

. kg

사회연결망: SN	
건강상의 문제가 생겼을 때 우리는 가족이나 친지를 포함하여 많은 사람의 도움을 필요로 합니다. 이 부분의 질문은 여러분이 건강상의 이유로 받으신 여러 가지 종류의 도움에 대한 것들입니다. 지난 일년간 자신의 육체적인 또는 정신적인 건강상의 이유로 가족을 포함하여 개인적으로 아는 분들의 도움을 받으신 경우를 생각해주시시오. 사소한 감기의 경우에도 가족들의 다양한 도움을 받으셨을 것입니다. 이러한 경우를 모두 포함해주시시오.	
SN 1 건강문제 유무	지난 일년 동안 감기 등의 사소한 것이라도 건강 상의 문제가 생기신 적이 전혀 없습니까? 육체적인 건강뿐만 아니라 우울증 등의 정신적인 건강도 포함하여 주십시오. ☐ ① 전혀 없다 ☐ ② 한 번이라도 있다. (☞ SN 2로 이동)
SN 1.1 재확인	지난 일년간 정말 한 번도 없으셨습니까? ☐ ① 없었다 (☞ “사회 연결망” 설문 종료) ☐ ② 있었다
SN 2 치료정보 필요	육체적으로 또는 정신적으로 건강에 문제가 생기면 우리는 정보가 필요합니다. 건강 때문에 어느 병원의 어느 의사 선생님을 찾아가야 하는 지 등의 진단과 관련하여, 또는 최적인 치료방법이나 더 저렴한 치료에 대한 치료와 관련한 정보가 지난 일년간 얼마나 많이 필요하셨습니까? ☐ ① 아주 많이 필요했다 ☐ ② 많이 필요했다 ☐ ③ 어느 정도 필요했다 ☐ ④ 약간 필요했다 ☐ ⑤ 전혀 필요하지 않았다
SN 3 치료정보 획득	이제는 실제로 받으신 정보에 관하여 여쭙고자 합니다. 건강 때문에 어느 병원의 어느 의사 선생님을 찾아가야 하는 지 등의 진단과 관련하여, 또는 최적인 치료방법이나 더 저렴한 치료 등에 대한 치료와 관련하여 필요한 정보를 지난 일년간 얼마나 많이 얻으셨습니까? ☐ ① 필요한 것보다 훨씬 적게 받았다 ☐ ② 필요한 것보다 적게 받았다 ☐ ③ 필요한 만큼 받았다 ☐ ④ 필요한 것보다 많이 받았다 ☐ ⑤ 필요한 것보다 훨씬 많이 받았다
SN 4 실질적 도움 필요	육체적으로 또는 정신적으로 건강에 문제가 생기면 우리는 실질적인 도움이 필요합니다. 실질적인 도움이라 함은 몸이 아프실 때 식사를 준비해주거나 병원에 함께 모시고 가거나 아니면 병원에 가시는 동안 집이나 아이를 맡아 주는 등의 도움을 말합니다. 이러한 실질적인 도움은 지난 일년간 얼마나 많이 필요하셨습니까? ☐ ① 아주 많이 필요했다 ☐ ② 많이 필요했다 ☐ ③ 어느 정도 필요했다 ☐ ④ 약간 필요했다 ☐ ⑤ 전혀 필요하지 않았다
SN 5 실질적 도움 받은 수준	이제는 실제로 받으신 실질적인 도움에 관하여 여쭙고자 합니다. 몸이 아프실 때 식사를 준비해주거나 병원에 함께 모시고 가거나 아니면 병원에 가시는 동안 집을 맡아 주는 등의 실질적으로 필요한 도움은 지난 일년간 얼마나 많이 받으셨습니까? ☐ ① 필요한 것보다 훨씬 적게 받았다 ☐ ② 필요한 것보다 적게 받았다 ☐ ③ 필요한 만큼 받았다 ☐ ④ 필요한 것보다 많이 받았다 ☐ ⑤ 필요한 것보다 훨씬 많이 받았다
SN 6 감정적 도움 필요	다음으로는 감정적인 도움을 여쭙고자 합니다. 몸이 아프시거나 우울증처럼 정신적으로 건강하지 않으셨을 때 옆에서 마음을 다독겨주는 등 감정적인 도움은 지난 일년간 얼마나 많이 필요하셨습니까? 단순히 외롭거나 우울한 경우가 아니라 건강상의 문제가 있었다고 판단 할 정도로 정신적으로 힘든 상태였던 경우를 말합니다. 물론 신체적인 건강에 문제가 있었던 경우도 포함합니다. 이러한 경우에 감정적인 도움은 얼마나 필요하셨습니까? ☐ ① 아주 많이 필요했다 ☐ ② 많이 필요했다 ☐ ③ 어느 정도 필요했다 ☐ ④ 약간 필요했다 ☐ ⑤ 전혀 필요하지 않았다
SN 7 감정적 도움 받은 수준	이제 이러한 감정적인 도움을 실제로 얼마나 많이 받으셨는지 여쭙고자 합니다. 몸이 아프시거나 정신적으로 건강하지 않으셨을 때 옆에서 마음을 다독겨주는 등 감정적으로 필요한 도움은 지난 일년간 얼마나 많이 받으셨습니까? 단순히 외롭거나 우울한 경우가 아니라 건강상의 문제가 있었다고 판단 할 정도로 정신적으로 힘든 상태였던 경우를 말합니다. 물론 신체적인 건강에 문제가 있었던 경우도 포함합니다. 이러한 경우에 감정적으로 필요한 도움은 지난 일년간 얼마나 받으셨습니까? ☐ ① 필요한 것보다 훨씬 적게 받았다 ☐ ② 필요한 것보다 적게 받았다 ☐ ③ 필요한 만큼 받았다 ☐ ④ 필요한 것보다 많이 받았다 ☐ ⑤ 필요한 것보다 훨씬 많이 받았다
SN 8 재정도움필요	병원비와 약값 등과 관련하여 배우자를 제외한 가족, 친지, 친구들로부터 재정적인 도움은 지난 일년간 얼마나 많이 필요하셨습니까? (10만원 단위로 액수를 적어주시시오.) ()억 ()십만원
SN 9 재정도움획득	병원비와 약값 등과 관련하여 배우자를 제외한 가족, 친지, 친구들로부터 재정적인 도움은 지난 일년간 얼마나 많이 받으셨습니까? (10만원 단위로 액수를 적어주시시오.) ()억 ()십만원

이제는 여러분이 건강상의 문제가 생겼을 때 구체적으로 누구에게 도움을 받았는가를 생각해주시시오. 이분들은 여러분이 개인적으로 친분이 있는 분들로서 직업적인 이유로 여러분을 도운 분들은 제외합니다. 예를 들어, 의사 선생님은 제외합니다. 단, 의사 선생님이 여러분 친구인 경우에는 개인적으로 친분이 있는 경우이기 때문에 포함시키셔야 합니다. 지난 일년간 자신의 육체적 또는 정신적인 건강상의 이유로 문제가 있었던 경우를 모두 포함하여 주십시오. 위에서 이야기 했던 **정보 상의 도움이나 실질적인 도움, 정서적인 도움 또는 재정적인 도움을 모두 포함**하여 여러분이 육체적으로 또는 정신적으로 건강에 문제가 있었을 때 **가장 큰 도움을 주신 분들을** 생각해주시시오. 오직 **성인만(만 18세 이상)** 포함됩니다. 배우자를 포함하여 **가족도 당연히 포함**됩니다. 하지만 이미 말씀 드린대로 오직 개인적으로 친분이 있는 분들만 포함하여 여섯 분까지의 성함을 알려주십시오. 계속되는 질문을 위해 도움을 받으실 수 있는 분의 성이 아닌 이름만 알려주시면 됩니다. 가명이라도 상관없습니다. 만약에 한 명도 없으시다면 없다고 이야기 해주시시오.

SN 10. 지난 일년간 건강상의 문제가 생겼을 때 그것을 극복하는데 도움을 많이 주신 개인적인 친분이 있는 어른은 모두 몇 명입니까? 여섯 명까지 제한을 두지 마시고 모두 몇 명인지 말씀해 주십시오. (☞ 표 1에 기입)

SN 10.1 (만약에 한 명도 없다고 대답하면) 정말로 지난 일년간 건강과 관련하여 도움을 많이 주신 분이 한 명도 없습니까? (없다고 한다면 0이라고 기입) (☞ 표 1에 기입)

7명 이상으로 응답한 경우 ↓	6명 이하로 응답한 경우 ↓
SN 11.a 이제 이 분들 중에서 가장 많이 도움을 주신 순서대로 여섯 분만 생각해 주십시오. 이제 한 명씩 차례로 그 분의 이름이나 가명 또는 여러분과의 관계를 이야기해주시시오	SN 11.b 이제 한 명씩 차례로 그 분의 이름이나 가명 또는 여러분과의 관계를 이야기해주시시오

※ 표1에 맨 윗 줄, 표2의 맨 윗줄과 맨 왼쪽 줄의 세 곳에 모두 이름을 차례로 기입

※ 예를 들어, 홍길동이라고 이야기해주셔도 되고 아니면 둘째 며느리라고 대답해주셔도 됩니다

SN 14	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨와는 어떠한 관계입니까?
SN 14.1	이 분과는 현재 함께 살고 계십니까?
SN 15	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨와는 얼마나 자주 사적으로 만나십니까? ① 거의 매일 ② 일주일에 한두 번 ③ 한 달에 한번 정도 ④ 몇 달에 한 번 정도 ⑤ 일년에 한두 번 정도
SN 16	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨의 성별은 어떻게 됩니까? ① 남자 ② 여자
SN 17	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨는 만으로 몇 살입니까? 만 □□□세
SN 18	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨의 최종 학력은 어떻게 됩니까? ① 초등 졸 ② 중등 졸 ③ 고등 졸 ④ 대학 또는 대학원 졸 ★ 현재 학생일 경우 18.1로 이동
SN 18.1	현재 어느 학교에 재학 중입니까? ① 초등학교 ② 중등학교 ③ 고등학교 ④ 대학교 ⑤ 대학원
SN 19	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨의 직업은 무엇입니까? 가능하면 구체적으로 대답해주시시오. (☞ 직업 보기카드 참고) (예를 들어, 선생님이나 아니라 고등학교 선생님이라는 식으로 구체적으로 알려주시시오).
SN 20	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨 집의 작년 가구 소득은 어느 정도입니까? (☞ 소득 보기카드 제시) 가구 소득이란 함은 세금 전에 이 분을 포함하여 이분의 집에서 버시는 돈을 말합니다. 주부인 경우는 이 분의 남편을 포함하여 가족들이 버는 액수를 의미합니다. 10만원 단위로 대답해주시시오.
SN 21	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨는 현재 어디에 거주하십니까? 시, 도와 동네까지만 이야기해주시면 됩니다.

★ 나머지 사람들에게 대해서도 같은 질문을 반복합니다. **함께 동거하고 있는 가족 구성원은 모든 질문이 생략됩니다.**

〈표 1〉 전부 □명 (그 중 동거 가족 □명)

		이름 1	이름 2	이름 3	이름 4	이름 5	이름 6
SN 11	이름(또는 가명)						
SN 14	관계						
SN 14.1	동거가족 여부 (O/X)						
SN 15	사적으로 만나는 빈도						
SN 16	성별						
SN 17	나이 (만 ___ 세)						
SN 18	최종 학력 1						
SN 18.1	최종 학력 2 (재학생)						
SN 19	직업						
SN 20	가구 소득						
SN 21	사는 곳						

이제는 이분들이 서로 얼마나 친하신지 어떠한 관계인지 여쭙어보겠습니다.

SN 62	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨와 (연결망 2의 이름 또는 가명)씨는 어떤 관계입니까? ① 아주 잘 아는 절친한 사이이다 ② 절친하지는 않고 그저 아는 사이이다 ③ 서로 모르는 사이이다 ④ 잘 알지만 서로 사이가 안 좋다
SN 63	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨와 (연결망 3의 이름 또는 가명)씨는 어떤 관계입니까? ① 아주 잘 아는 절친한 사이이다 ② 절친하지는 않고 그저 아는 사이이다 ③ 서로 모르는 사이이다 ④ 잘 알지만 서로 사이가 안 좋다
이런 질문을 서로 다른 연결망 구성원 사이에 대하여 모두 합니다. 만약에 연결망의 구성원이 6명이었다면, 표의 빈칸을 모두 채우게 됩니다. 이 경우 모두 15회의 질문을 하게 됩니다.	
SN 76	(연결망 1의 이름 또는 가명)씨와 (연결망 3의 이름 또는 가명)씨는 어떤 관계입니까? ① 아주 잘 아는 절친한 사이이다 ② 절친하지는 않고 그저 아는 사이이다 ③ 서로 모르는 사이이다 ④ 잘 알지만 서로 사이가 안 좋다

〈표 2〉 이름을 기입하시고, 음영부분에 번호 ①~④를 기입해 주십시오

①아주 잘 아는 절친한 사이이다 ②절친하지는 않고 그저 아는 사이이다 ③서로 모르는 사이이다 ④잘 알지만 서로 사이가 안 좋다		이름 1	이름 2	이름 3	이름 4	이름 5	이름 6
		()	()	()	()	()	()
이름 1	()		☐	☐	☐	☐	☐
이름 2	()			☐	☐	☐	☐
이름 3	()				☐	☐	☐
이름 4	()					☐	☐
이름 5	()						☐
이름 6	()						

접근성: AC	
1. 응답자에게 질문을 불러주고 나서 응답범주 보기(예: 매우 중요하다, 중요하다 등)를 불러줌. “잘 모름”은 미리 불러주지 말 것. 응답자가 이와 같이 대답하는 경우 다시 한번 더 보기 중에서 고르기를 권하고, 그래도 응답자가 계속 모르거나 선택할 수 없다고 응답하는 경우에는 그와 같이 표기할 것 2. 각 질문의 의미는 미리 조사자가 설명하지 말고 응답자가 질문의 뜻을 이해하지 못하고 묻는 경우에만 아래의 설명들을 제시해줄 것	
< 미충족 의료 >	
AC 1	지난 1년간, 귀하(나 귀하의 가족)이 필요한 의료서비스(병원이나 의원 진료, 검사)를 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까? ☐ ①네. 받지 못한 적이 한번이라도 있었다. ☐ ②아니오. 받지 못한 적이 한번도 없었다. (☞ 4번으로 가시오) ☐ ③의료서비스가 필요한 적이 없었다 (☞ 4번으로 가시오) <환자가 질문의 뜻을 이해하지 못하고 다시 질문하는 경우, 다음과 같이 설명한다. 여기서 ‘필요로 하는 의료서비스’란 병원이나 의원 방문을 통한 질병의 치료나 검사 등으로서 필요로 했으나 조사 시점(현재)까지 받지 못한 의료서비스가 있는지를 의미한다.>
AC 2	귀하나 귀하의 가족이 필요한 의료서비스(병원이나 의원 진료, 검사)를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까? <아래의 보기를 차례로 읽어줄 것> ☐ ①경제적 이유 (치료비용이 너무 많아서) ☐ ②의료기관이 너무 멀어서 ☐ ③거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려웠음 ☐ ④아이를 봐줄 사람이 없어서 ☐ ⑤중세가 경미해서 ☐ ⑥어디로 가야할 지 잘 몰라서 (정보 부족) ☐ ⑦시간이 없어서 ☐ ⑧빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서 ☐ ⑨나(또는 가족)의 건강상태를 잘 아는 주치의가 없어서 ☐ ⑩기타: _____ <필요로 했던 의료서비스를 받지 못한 여러 가지 이유 중에서 가장 중요한 이유 한 가지를 응답받는다.>
AC 3	귀하(나 귀하의 가족)이 필요로 하는 의료서비스를 받지 못하신 것은 얼마나 큰 문제였습니까? ☐ ①매우 큰 문제였다 ☐ ②조금 큰 문제였다 ☐ ③별로 문제되지 않았다. ☐ ④전혀 문제되지 않았다 ☐ ⑤잘 모르겠다 <읽지 말것> <응답자가 질문을 이해하지 못하는 경우, 필요한 의료서비스를 받지 못한 일이 질병이나 중세가 악화되는 등의 큰 문제로 발견되었는지에 대해 묻는 문항이라고 설명하며, 문제가 된 정도를 응답받는다.>
AC 4	지난 1년간, 귀하(나 귀하의 가족)은 필요한 처방약을 구입하지 못한 적이 한번이라도 있었습니까? ☐ ①네. 처방약을 구입하지 못한 적이 한번이라도 있다. ☐ ②아니오. 처방약을 구입하지 못한 적이 한번도 없다 (☞ 7번으로 가시오) ☐ ③처방약이 필요한 적이 없었다 (☞ 7번으로 가시오) <응답자가 처방약을 이해하지 못하는 경우, 처방약이란 의료기관의 처방을 통해 약국에서 약을 구입하는 경우에 한하며, 약국에서 의사의 처방 없이도 약국에서 구입할 수 있는 의약품 (예를 들어, 파스, 종합감기약 등) 에 대한 구입은 제외한다고 설명할 것. >

AC 5	귀하(나 귀하의 가족)이 필요한 처방약을 드시지 못하신 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까? ☐①경제적 이유 (치료비용이 너무 많아서) ☐②병의원이나 약국이 너무 멀어서 ☐③거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려웠음 ☐④아이를 봐줄 사람이 없어서 ☐⑤증세가 경미해서 ☐⑥어디로 가야할 지 잘 몰라서 (정보 부족) ☐⑦시간이 없어서 ☐⑧기타: _____ <필요로 했던 처방약을 이용하지 못한 여러 가지 이유 중에서 가장 중요한 이유 한 가지를 응답받는다.>	☐
AC 6	귀하(나 귀하의 가족)이 필요로 하는 처방약을 드시지 못하신 것은 얼마나 큰 문제였습니까? ☐①매우 큰 문제였다 ☐②조금 큰 문제였다 ☐③별로 문제되지 않았다. ☐④전혀 문제되지 않았다 ☐⑤잘 모르겠다 <읽지 말것> <필요한 처방약을 이용 하지 못한 일이 질병이나 증세가 악화되는 등의 큰 문제로 발견되었는지 묻는 문항이며, 문제가 된 정도를 응답받는다.>	☐
AC 7	지난 1년간, 귀하는 필요한 치과검사나 치료를 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까? ☐①네. 받지 못한 적이 한번이라도 있었다. ☐②아니오. 받지 못한 적이 한번도 없었다. (⇒ 10번으로 가시오) ☐③치과검진이나 치료가 필요한 적이 없었다 (⇒ 10번으로 가시오) <필요로 하는 치과 검사나 치료는 치과 방문을 통해 이루어지는 검사와 치료를 말한다.>	☐
AC 8	귀하(나 귀하의 가족)이 필요한 치과검사나 치료를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까? ☐①경제적 이유 (치료비용이 너무 많아서) ☐②치과가 너무 멀어서 ☐③거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 치과방문이 어려웠음 ☐④아이를 봐줄 사람이 없어서 ☐⑤증세가 경미해서 ☐⑥어디로 가야할 지 잘 몰라서 (정보 부족) ☐⑦방문 시간이 없어서 ☐⑧빠른 시일내에 예약이 되지 않아서 ☐⑨기타: _____ <필요로 했던 치과검사나 치료를 받지 못한 여러 가지 이유 중에서 가장 중요한 이유 한 가지를 응답받는다.>	☐
AC 9	귀하(나 귀하의 가족)이 필요한 치과검사나 치료를 받지 못하신 것은 얼마나 큰 문제였습니까? ☐①매우 큰 문제였다 ☐②조금 큰 문제였다 ☐③별로 문제되지 않았다. ☐④전혀 문제되지 않았다 ☐⑤잘 모르겠다 <읽지 말것> <필요한 치료 진료를 받지 못한 일이 질병이나 증세가 악화되는 등의 큰 문제로 발견되었는지 묻는 문항이며, 문제가 된 정도를 응답받는다.>	☐

< 접근성: 경제적, 정보, 정규시간외, 대기시간, 전반적 접근성 >						
AC 10	다음의 문항들에 대한 귀하의 경험과 의견을 말씀해주시요.					
		매우 그렇다	대체로 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	잘모르겠다 (읽지말 것)
	1) 진료비가 걱정되어 병원이나 의원을 잘 이 용하지 않는다	①	②	③	④	(9)
	2) 병원이나 의사 등에 관한 정보를 구하기 어렵다	①	②	③	④	(9)
	3) 필요한 경우, 새벽이나 공휴일에도 큰 문제 없이 치료를 받을 수 있다	①	②	③	④	(9)
	4) 진료받기 위해 기다리는 시간이 너무 길다 (여기서 “기다리는 시간”은 예약접수후 필요 한 진료를 받기까지 기다리는 시간을 의미합 니다.)	①	②	③	④	(9)
	5) 입원하기 위해 기다리는 시간이 너무 길다 (여기서 “기다리는 시간”은 진단후 입원하기 까지 기다리는 시간을 의미합니다.)	①	②	③	④	(9)
	6) 전반적으로 볼 때, 필요한 진료나 검사를 받기위해 의사를 만나는 것이 어렵다	①	②	③	④	(9)
	<아래의 사항은 미리 읽어주지 말고 응답자가 질문하는 경우에만 읽어줄 것. 진료비: 의료기관을 방문하여 의사의 검사나 진단 등을 받기 위해 필요한 비용을 의미함. 병원이나 의사 등에 관한 정보: 의료기관 이나 의사를 선택하기 위해 사전적으로 필요한 정보를 말함>					
< 치료의 지연 >						
AC 11	지난 1년간, 귀하나 귀하의 가족은 필요한 의료서비스(병/의원 진료나 검사)를 제때에 받지 못하고 미 루어야만 하신 적이 있었습니까? ☐ ①네. 미루어야만 한 적이 있었다. (☞ 14번으로 가시오) ☐ ②아니요. 미룬 적이 없었다. (☞ 14번으로 가시오) ☐ ③의료서비스가 필요한 적이 없었다					
	<응답자가 질문의 의미를 이해하지 못하는 경우, 또는 1번 질문과의 차이를 이해하지 못하는 경 우, 여기서는 작년 한 해 동안에 걸쳐 볼 때 의료서비스가 필요했던 시점에서 받지 못하고 연기되 었던 적이 있음을 의미한다.>					
AC 12	귀하나 귀하의 가족이 필요한 의료서비스(병/의원 진료나 검사)를 제때에 받지 못하고 미루어야만 하 셧었던 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까? ☐ ①경제적 이유 (치료비용이 너무 많아서) ☐ ②의료기관이 너무 멀어서 ☐ ③거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려웠음 ☐ ④아이를 봐줄 사람이 없어서 ☐ ⑤중세가 경미해서 ☐ ⑥어디로 가야할 지 잘 몰라서 (정보 부족) ☐ ⑦시간이 없어서 ☐ ⑧빠른 시일내에 예약이 되지 않아서 ☐ ⑨나(또는 가족)의 건강상태를 잘 아는 주치의가 없어서 ☐ ⑩기타: _____					

AC 13	귀하나 귀하의 가족이 필요로 하는 의료서비스를 제때에 받지 못하고 미루신 것이 얼마나 큰 문제였습니까? ☐①매우 큰 문제였다 ☐②조금 큰 문제였다 ☐③별로 문제되지 않았다. ☐④전혀 문제되지 않았다 ☐⑤잘 모르겠다 <읽지 말것> <적절한 시기에 필요한 치료 진료를 받지 못한 일이 질병이나 증세가 악화되는 등의 큰 문제로 발전되었는지 묻는 문항이며, 문제가 된 정도를 응답받는다.>	☐
< 상용 치료원 >		
AC 14	귀하는 귀하가 아프거나 치료상답 또는 검사가 필요할 때 주로 방문하는 의료기관이 있습니까? <가족이 아닌 본인의 상용치료원으로 질문하기로 결정함> ☐①네 (☞ 15번으로 가시오) ☐②아니오 (☞ 16번으로 가시오) <종합병원, 병원, 의원 등 진료과목이나 규모에 관계없이 응답자가 떠올리는 상용 방문기관이 있는지 응답받는다. 치과나 이비인후과 등 특수분야를 제외하고 일반적인 질병치료나 검사를 위해 방문하는 기관을 의미한다.>	☐
AC 15	귀하가 주로 방문하는 의료기관의 형태는 다음 중 무엇입니까? ☐①보건소 ☐②의원 ☐③병원 ☐④종합병원 ☐⑤3차진료기관/대학병원 ☐⑥기타: _____ ☐⑦잘 모르겠다 <읽지 말것> 응답자가 질문하는 경우 다음과 같이 설명할 수 있음. - 의원: 소규모로서 주로 개인외사가 운영하는 작은 의료기관. - 병원: 특정 진료과목에 대하여 전문성을 가지고 운영되는 병원 (예를 들어, 척추전문병원, 불임전문병원 등) 등을 포함하고 의원보다는 큰 규모임. - 종합병원: 내과 · 일반외과 · 소아과 · 산부인과 · 방사선과 · 마취과 · 병리과 및 치과 등이 설치되어 있고 각 과의 전문의를 갖춘 병원. ○ 3차기관/대학병원: 대학부설 병원으로서 인턴이나 레지던트 등의 수련의들이 있는 전문적인 종합병원	☐
AC 16	귀하가 주로 방문하는 일정한 의료기관이 없는 이유는 다음 중 무엇입니까? ☐①잘 아프지 않다 ☐②이사를 자주 다닌다 ☐③어디로 가야할 지 잘 모른다 ☐④이전에 다니던 곳이 없어졌다 ☐⑤여러 기관을 다녀보는 것을 선호한다 ☐⑥의료기관을 거의 이용하지 않는다 (자가치료 선호) ☐⑦의료서비스 비용 때문에 ☐⑧기타: _____	☐

만족도: SA							
1. 응답자에게 질문을 불러주고 나서 응답범주 보기(예: 매우 중요하다, 중요하다 등)를 불러줌. “잘 모름”은 미리 불러주지 말 것. 응답자가 이와 같이 대답하는 경우 다시 한번 더 보기 중에서 고르기를 권하고, 그래도 응답자가 계속 모르거나 선택할 수 없다고 응답하는 경우에는 그와 같이 표기할 것 2. 각 질문의 의미는 미리 조사자가 설명하지 말고 응답자가 질문의 뜻을 이해하지 못하고 묻는 경우에만 아래의 설명들을 제시해줄 것							
SA 1	다음은 우리나라가 현재 대처하고 있는 다양한 사회문제들입니다. 귀하는 이러한 사회문제에 대한 해결이 얼마나 중요하다고 생각하십니까?						
		매우 중요하다	중요하다	별로 중요하지 않다	전혀 중요하지 않다	잘 모르겠음 (읽지 말 것)	
	① 경제발전의 지속	①	②	③	④	(9)	
	② 환자에게 필요한 보건의료 제공	①	②	③	④	(9)	
	③ 노인에게 적절한 생활수준제공	①	②	③	④	(9)	
	④ 국가안보위협에 대한 대처	①	②	③	④	(9)	
	⑤ 범죄통제	①	②	③	④	(9)	
	⑥ 실업억제	①	②	③	④	(9)	
	⑦ 환경보호	①	②	③	④	(9)	
SA 2	다음은 여러 가지 정부지출 분야들입니다. 각 분야에 대해 정부가 지출을 얼마나 더 늘려야 혹은 줄여야 한다고 생각하십니까? 만약 귀하가 “훨씬 더 늘려야”라고 말한다면, 그것은 세금인상이 필요할 수 있다는 점을 염두에 두십시오.						
		훨씬 더 늘려야한다	다소 더 늘려야한다	지급만큼 그대로	다소 더 줄여야한다	훨씬 더 줄여야한다	잘 모르겠음 (읽지 말 것)
	① 환경	①	②	③	④	⑤	(8)
	② 보건의료	①	②	③	④	⑤	(8)
	③ 치안	①	②	③	④	⑤	(8)
	④ 교육	①	②	③	④	⑤	(8)
	⑤ 국방	①	②	③	④	⑤	(8)
	⑥ 노인연금	①	②	③	④	⑤	(8)
	⑦ 실업수당	①	②	③	④	⑤	(8)
	⑧ 문화예술	①	②	③	④	⑤	(8)
SA 3	다음은 우리나라 보건의료 시스템 전반에 관한 질문입니다. 여기서, 보건 의료시스템이란 귀하나 귀하의 가족들이 필요한 의료서비스를 받는 과정에 관련된 모든 요소, 즉 병원, 의사, 간호사 등 의료서비스 제공자, 진료서비스의 질적 수준, 처방약, 치료비 등 모든 요소를 포함하는 포괄적인 개념입니다. 귀하는 현재 우리나라 의료시스템이 당면한 가장 큰 문제점은 무엇이라고 생각하십니까? (아래의 보기를 미리 불러주지 말고 응답자가 먼저 대답하도록 기다림. 응답자가 어려워하면 아래의 보기를 예시로 불러줌) ☐ ①의료비 지출에 대한 본인부담이 너무 높다 ☐ ②진료를 받기까지 대기시간이 너무 길다 ☐ ③의료서비스의 질적 수준이 높지 않다 ☐ ④의사들이 권위적이고 불친절하다 ☐ ⑤국가 전체 의료지출이 급격히 증가하고 있다 ☐ ⑥의료서비스를 받는 데 있어서 불평등이 존재한다 (저소득층에 대한 의료보장) ☐ ⑦기타: _____						
SA 4	귀하는 다음의 상황에 대해서 얼마나 염려가 되십니까?						
	질문 문항	매우 걱정된다	약간 걱정된다	별로 걱정되지 않는다	잘 모르겠음 (읽지 말 것)		
	① 내가 심각한 병에 걸렸을 때 필요한 치료나 수술 또는 처치 등의 의료서비스를 받지 못할 수 있다.	①	②	③	(9)		
	② 내가 심각한 중병에 걸렸을 때 비용문제로 필요한 의료서비스를 받지 못할 수 있다.	①	②	③	(9)		
	③ 나의 부모님이나 배우자가 중병에 걸려 장기치료를 필요로 할 때, 필요한 장기요양 서비스를 받지 못할 수 있다.	①	②	③	(9)		
	④ 본인 또는 가족이 갑자기 아플 때 새벽이나 공휴일에는 응급처치를 받지 못할 수 있다	①	②	③	(9)		

SA 5	귀하는 다음의 사항에 대해 어떻게 생각하십니까? 귀하의 의견을 제시해 주십시오.						
	질문 문항	매우 그렇다	대체로 그런 편이다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	잘 모르겠음 (읽지 말 것)	
	① 환자들이 받는 치료나 의약품등은 질병의 치료에 매우 효과적이다	①	②	③	④	(9)	☐
	② 의사들은 전반적으로 윤리적이고 정직하다	①	②	③	④	(9)	☐
	③ 나와 내 가족을 치료하는 의사는 윤리적이고 정직하다	①	②	③	④	(9)	☐
	④ 환자들은 매우 좋은 질의 치료와 의료서비스를 받고 있다	①	②	③	④	(9)	☐
	⑤ 전반적으로 의사들의 진단, 진료 또는 검사 결과는 믿을 만하다	①	②	③	④	(9)	☐
SA 6	다음은 귀하나 귀하의 가족들이 받은 의료서비스의 질적 수준에 관한 질문입니다. 가급적 귀하나 귀하의 가족들이 지난 1년간 받으신 의료서비스 전체를 생각하고 응답해주시기 바랍니다.						
		매우 그렇다	대체로 그런 편이다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	잘 모르겠음 (읽지 말 것)	
	① 의사와 간호사들은 나와 내 가족들을 존중하고 예의를 갖추어 대하였다	①	②	③	④	(9)	☐
	② 의사와 간호사들은 나와 내 가족들의 진료에 적절한 시간을 할애하였다	①	②	③	④	(9)	☐
	③ 의사와 간호사들은 나와 내 가족들이 쉽게 이해할 수 있도록 쉽게 설명하였다	①	②	③	④	(9)	☐
	④ 의사와 간호사들은 나와 내 가족이 하는 질문에 대해 주의깊게 들어주었다	①	②	③	④	(9)	☐
	⑤ 의사와 간호사들은 검사결과나 진찰 결과에 대해 이해하기 쉽게 설명해주었다	①	②	③	④	(9)	☐
	응답자 또는 응답자 가족의 의료서비스 경험 유무: ☐ ①있다 ☐ ②없다						
SA 7	지난 1년 동안 귀하나 귀하의 가족들이 받은 의료서비스의 질적 수준에 대해 전반적으로 귀하는 어떻게 평가하십니까? 가급적 귀하나 귀하의 가족들이 지난 1년간 받으신 의료서비스 전체를 생각하고 응답해주시기 바랍니다. ☐ ①매우 우수하다 ☐ ②우수한 편이다 ☐ ③별로 우수하지 못하다 ☐ ④전혀 우수하지 않다 ☐ ⑤잘 모르겠다 <읽지 말 것> • 응답자 또는 응답자 가족의 의료서비스 경험 유무: ☐ ①있다 ☐ ②없다						☐ ☐
SA 8	다음은 환자가 부담하는 의료비에 대한 귀하의 의견을 묻겠습니다. 다음의 사항에 대해서 응답해 주십시오.						
		매우 그렇다	대체로 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	잘 모르겠다 (읽지 말 것)	
	1) 나와 내 가족이 제공받은 진료나 수술의 수준에 비할 때 나와 내 가족이 부담한 외래 진료비는 대체로 비싼 편이다	①	②	③	④	(9)	☐
	2) 나와 내 가족이 입원했을 때 제공받은 서비스의 수준에 비할 때 나와 내 가족이 부담한 입원비는 대체로 비싼 편이다	①	②	③	④	(9)	☐
	3) 나와 내 가족이 병원이나 약국에서 구입할 때 소요된 약값은 전반적으로 비싼 편이다	①	②	③	④	(9)	☐
	4) 나와 내 가족이 지난 1년 동안 지불한 의료비는 우리 집안의 가계에 부담을 주었다	①	②	③	④	(9)	☐
	응답자 또는 응답자 가족의 입원 경험 유무: ☐ ①있다 ☐ ②없다						

SA 9	현재 우리나라의 의료서비스 체계(환자가 필요한 검사나 치료 등을 받는 모든 과정에 관련된 체계와 상황)를 전반적으로 고려할 때, 한국의 의료서비스 제도에 대해 어떻게 평가하십니까? ☐①전반적으로 잘 작동되고 있으며 약간의 수정으로 개선이 가능하다. ☐②현재의 의료시스템은 장점이 있지만 대대적인 수정이 필요하다. ☐③현재의 의료시스템은 너무 문제가 많아서 완전히 새로 만들어야 한다 ☐④모르겠다 <읽지 말 것>						☐																														
SA 10	다음은 국민건강보험에 대한 귀하의 의견을 묻겠습니다. 다음의 사항에 대해서 응답해주시지요. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>매우 그렇다</th> <th>대체로 그렇다</th> <th>별로 그렇지 않다</th> <th>전혀 그렇지 않다</th> <th>잘 모르겠다 (읽지 말 것)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) 환자가 부담하는 의원이나 병원 외래 진료에 대한 국민건강보험의 혜택이 적다. 즉, 평균적으로 볼 때, 외래 진료시 국민건강보험이 적용되지 않는 항목이 많다.</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>2) 환자가 부담하는 병원 입원에 대한 국민건강보험의 혜택이 적다. 즉, 평균적으로 볼 때, 입원시 국민건강보험이 적용되지 않는 진료료가 많다.</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>3) 평균적으로 볼 때, 약국 이용시 약값에 대한 국민건강보험의 혜택이 적다. 즉, 국민건강보험이 적용되지 않는 약이 많다.</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>(9)</td> </tr> </tbody> </table> 응답자 또는 응답자 가족의 입원 경험 유무: ☐①있다 ☐②없다							매우 그렇다	대체로 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	잘 모르겠다 (읽지 말 것)	1) 환자가 부담하는 의원이나 병원 외래 진료에 대한 국민건강보험의 혜택이 적다. 즉, 평균적으로 볼 때, 외래 진료시 국민건강보험이 적용되지 않는 항목이 많다.	①	②	③	④	(9)	2) 환자가 부담하는 병원 입원에 대한 국민건강보험의 혜택이 적다. 즉, 평균적으로 볼 때, 입원시 국민건강보험이 적용되지 않는 진료료가 많다.	①	②	③	④	(9)	3) 평균적으로 볼 때, 약국 이용시 약값에 대한 국민건강보험의 혜택이 적다. 즉, 국민건강보험이 적용되지 않는 약이 많다.	①	②	③	④	(9)	☐ ☐ ☐ ☐						
	매우 그렇다	대체로 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	잘 모르겠다 (읽지 말 것)																																
1) 환자가 부담하는 의원이나 병원 외래 진료에 대한 국민건강보험의 혜택이 적다. 즉, 평균적으로 볼 때, 외래 진료시 국민건강보험이 적용되지 않는 항목이 많다.	①	②	③	④	(9)																																
2) 환자가 부담하는 병원 입원에 대한 국민건강보험의 혜택이 적다. 즉, 평균적으로 볼 때, 입원시 국민건강보험이 적용되지 않는 진료료가 많다.	①	②	③	④	(9)																																
3) 평균적으로 볼 때, 약국 이용시 약값에 대한 국민건강보험의 혜택이 적다. 즉, 국민건강보험이 적용되지 않는 약이 많다.	①	②	③	④	(9)																																
SA 11	다음은 우리나라 건강보험제도의 보험료에 대한 귀하의 의견을 묻겠습니다. 여기서, 보험료는 매월 귀하나 귀하의 가족이 정기적으로 부담하는 국민건강 보험료를 의미합니다. 이때, 민간보험료는 제외하고 응답해주시기 바랍니다. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>매우 그렇다</th> <th>대체로 그렇다</th> <th>별로 그렇지 않다</th> <th>전혀 그렇지 않다</th> <th>잘 모르겠다 (읽지 말 것)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) 국민 전체적으로 볼 때, 국민건강보험료는 형평하게 부과되고 있는 것 같다.</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>2) 나 또는 우리 가족의 생활수준을 생각할 때, 국민건강보험료(민간보험료 제외)는 높은 편이다.</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>3) 지난 1년 동안 납부한 건강보험료는 가계에 부담을 주었다.</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>4) 건강보험에서 제공하는 혜택을 생각할 때, 나 또는 우리 가족이 내는 국민건강보험료는 높은 편이다.</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>(9)</td> </tr> </tbody> </table>							매우 그렇다	대체로 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	잘 모르겠다 (읽지 말 것)	1) 국민 전체적으로 볼 때, 국민건강보험료는 형평하게 부과되고 있는 것 같다.	①	②	③	④	(9)	2) 나 또는 우리 가족의 생활수준을 생각할 때, 국민건강보험료(민간보험료 제외)는 높은 편이다.	①	②	③	④	(9)	3) 지난 1년 동안 납부한 건강보험료는 가계에 부담을 주었다.	①	②	③	④	(9)	4) 건강보험에서 제공하는 혜택을 생각할 때, 나 또는 우리 가족이 내는 국민건강보험료는 높은 편이다.	①	②	③	④	(9)	☐ ☐ ☐ ☐
	매우 그렇다	대체로 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	잘 모르겠다 (읽지 말 것)																																
1) 국민 전체적으로 볼 때, 국민건강보험료는 형평하게 부과되고 있는 것 같다.	①	②	③	④	(9)																																
2) 나 또는 우리 가족의 생활수준을 생각할 때, 국민건강보험료(민간보험료 제외)는 높은 편이다.	①	②	③	④	(9)																																
3) 지난 1년 동안 납부한 건강보험료는 가계에 부담을 주었다.	①	②	③	④	(9)																																
4) 건강보험에서 제공하는 혜택을 생각할 때, 나 또는 우리 가족이 내는 국민건강보험료는 높은 편이다.	①	②	③	④	(9)																																

연구보고서 2007-24

한국의료패널 구축을 위한 기초연구

발행일	2007년 12월 일	값 9,000원
저 자	정 영 호 외	
발행인	김 용 문	
발행처	한국보건사회연구원	
	서울특별시 은평구 불광동 산42-14(우: 122-705)	
	대표전화: 02) 380-8000	
	http://www.kihasa.re.kr	
등 록	1994년 7월 1일 (제8-142호)	
인 쇄	대명기획	

© 한국보건사회연구원 2007

ISBN 978-89-8187-486-5 93510