

건강보험 가입 재가 장애인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인

신 자 은

(KDI 국제정책대학원)

이 연구의 목적은, 장애인의 의료접근성 강화를 위한 건강보험 정책수립에 유용한 실증적 근거를 제공하는데 있다. 이를 위해 2008년 장애인 실태조사 자료에 포함된 만18세 이상 재가 장애인 중 건강보험에 가입된 4,520명을 대상으로 미충족 의료 경험 현황과 원인을 분석하였다. 주관적 욕구, 필요 재활보조기구 소지, 그리고 건강검진 수검에서의 미충족에 영향을 미치는 요인에 대하여 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과, 교육수준이나 소득은 통계적으로 유의하지 않은 반면 배우자 유무, 일상생활 동작 도움 필요, 만성질환 유병 상태 등 건강관련 요인과 이동성 제약 요소, 건강보험 급여 내용 인지여부가 장애인들의 미충족 의료 경험에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 연구결과는, 건강보험에 가입된 장애인의 미충족 의료 해소를 위해서는 방문돌봄, 교통수단 및 급여정보 제공 등 비경제적 접근장벽을 완화해주는 지원이 필요함을 시사한다.

주요용어: 미충족의료, 재가 장애인, 장애인 실태조사, 건강보험, 로지스틱 회귀분석

본 연구는 KDI 국제정책대학원의 연구비 지원으로 이루어졌음

■ 투고일: 2013.4.17 ■ 수정일: 2013.6.11 ■ 게재확정일: 2013.6.13

I. 서론

필요한 의료서비스에 대한 접근과 이용은 생명과 삶의 질 확보를 위한 기본적인 요소이다. 장애인은 장애 및 장애와 관련된 건강상의 위험이 비장애인에 비해 더 높은 만큼 지속적인 치료와 관리가 더욱 중요하고, 발생할 수 있는 건강위험에 대비하기 위한 사전 예방적 의료서비스의 필요 또한 더 증대하다. 장애인들은 의료서비스에 대한 주관적 의료 욕구(want)와 임상적 의료 필요(need)의 수준이 높고, 그에 상응하여 의료서비스의 이용 및 비용 또한 높은 것으로 알려져 있다(박종혁 외, 2006; 변용찬, 2007; Dejong, 1997; Diab & Johnston, 2004). 외래 및 입원 서비스 이용 여부에 대한 설문에서 장애인 45%와 20%가 그렇다고 응답한 반면 비장애인의 경우는 27%와 9%가 이용했다고 응답하였고¹⁾, 월평균 보건의료 비용규모도 장애인 가구는 월평균소득의 약 20%(228천원), 비장애인 가구는 약 3.4%(110천원)으로 큰 차이를 보인다(이진용 외, 2009). 그러나, 장애로 인한 교육 기회의 제한, 경제활동과 소득의 제약, 일반활동 및 사회생활에서의 제약 및 의료기관과의 직간접적인 접근장벽 등 다양한 사회경제적 한계로 인해 장애인들이 필요한 의료서비스를 이용하지 못할 가능성 또한 높다(이진용 외, 2006; 정영호, 2012; Shin & Moon, 2008; Hwang et al., 2011). 실제로, 장애인 가구의 평균소득(156.8만원)은 비장애인가구(246.1만원)와 상당한 차이가 있고 장애인의 67.1%가 '경제적 부담'을 미충족 의료의 주요 이유로(비장애인의 경우 48.7%) 지목하고 있다(변용찬, 2007).

우리나라의 전국민 건강보험제도는 건강상태나 지불능력과 상관없는 형평적 의료 접근성(equal access to care)을 보장하는데 목적을 두고 실질적인 기여를 해온 것이 사실이지만, 광범위한 비급여 서비스, 높은 자기부담비용, 그리고 의료기관 분포의 지역적 불균형으로 인해 저소득 가구, 노인, 만성질환자, 농촌 및 도서지역 거주자 등 특정인구군의 경우 여전히 필요한 의료에의 접근에 제한을 경험하고 있다(김석범·강복수, 1994; 김정희·김영숙·김명순, 1999; 김한해 외, 2006; 신형철 외, 2009; 안연순 외, 1999; 오장균, 1991; 유승흠 외, 1987; 윤경아, 2006; 조성식 외, 2010; Park & Hwang, 2012). 의료접근성의 제약으로 발생하는 미충족 의료는, 지역별 혹은 진료 분야별 공급

¹⁾ 2005년 국민건강영양조사 자료에 포함된 만18세 이상 응답자의 지난 2주간 외래이용 여부와 지난 1년간 입원 이용 여부에 대한 설문조사 결과이다.

불균형과 같이 단기 개선이 어려운 구조적 문제와 결부되어 있거나 상대적으로 의료적 필요가 높은 인구군에게 주로 발생한다는 특징으로 인해 건강 불평등 문제로 이어지게 된다.

우리나라의 등록 장애인 수는 1997년 425천명에서 2010년 2,512천명으로 매년 꾸준히 증가해왔고, 인구 고령화와 만성질환의 발병 증가와 맞물려 장애 인구의 증가 추세는 지속될 것으로 예상된다(변용찬 외, 2006; 윤태호 외, 2007; 최미영, 2009). 증가하는 장애인구에 대한 사회적 지원체계로서, 소득보장 고용 및 생활의 편의를 향상시키는 복지서비스의 제공과 함께²⁾ 장애인의 권익 보호에 목적을 둔 ‘장애인고용촉진등에 관한 법률’(1990년)과 ‘장애인차별금지법’(2008년)의 제정, 그리고 보건의료 영역에 역점을 둔 장애인 정책 발전 5개년 계획 등 다양한 정책적 노력이 이루어져왔다. 하지만, 여전히 장애인의 71.6%가 ‘의료보장’을 사회와 국가에 대한 최우선 요구사항으로 손꼽고 있어(최미영, 2009; 윤석용, 2011)³⁾ 현재의 보건의료적 환경 하에서, 장애인은 우리나라 보건의료체계내의 대표적인 소외계층임을 알 수 있다. 장애인의 의료보장성 강화를 위해서, 필요한 의료서비스의 범위와 항목을 명확하게 파악하고 서비스에의 접근과 이용을 제약하는 다양한 요인을 종합적으로 보완해주는 정책적 지원의 확대가 필수적이다.

이와 같은 정책적 필요에 부응하는 실증적 근거를 제공하는데 목적을 두고, 본 연구는 2008년 장애인 실태조사 자료에 포함된 우리나라 등록 장애인들을 대상으로, 인구학적/사회경제적 특성, 장애와 건강상태 등 보건의료적 특성과 필요를 파악하고자 이들이 경험하는 미충족 의료의 현황에 대한 기초분석을 실시하였다. 또한, 미충족 의료를 결정하는 요인을 규명하기 위해서 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 특히, 본 연구는 미충족 의료의 영역을, 주관적 욕구, 필요 재할 보조기구의 소지, 그리고 건강보험 건강검진으로 확대 하여, 장애인의 미충족 의료의 문제를 보다 입체적으로 조망하고자 하였다. 장애인들은 소득과 민간의료보험 등 보완적인 지불수단 확보에 있어서 비장애인에 비해

²⁾ 금전적 지원(수당 지급, 자녀교육비 지원, 자립자금 대여 등), 세금 및 공공금 할인(승용자동차 관련, 교통/통신/공공기관 이용 등), 활동지원(활동보조, 장기요양보장 등) 등이 제공되고 있다.

³⁾ 2008년 장애인실태조사에 포함된 만 18세 이상 설문응답자 6,374명중 4,563명이 의료보장을 1, 2, 혹은 3순위 요구사항으로 선택하였고, 1순위 요구사항으로 의료보장을 지목한 비율이 32.2%(2,053명)로 설문에 제시된 10가지 요구항목 중 가장 높았다. 소득보장을 1순위로 응답한 비율은 20.8%(1,327명) 그리고 주거보장을 1순위로 응답한 비율은 17.0%(1,081명)순이었다.

더 큰 제약⁴⁾ 하에 있기 때문에, 장애인들의 의료접근성 확보에 있어서 건강보험의 역할은 더욱 중차대하고 핵심적이다. 장애인의 미충족 의료에 대한 본 연구의 분석결과를 바탕으로 장애인들의 의료접근성 보장을 위한 건강보험의 역할과 제도 개선 방향에 대한 시사점을 제시하고자 한다.

II. 선행연구

장애인의 미충족 의료에 대한 기존 연구는 미충족 의료에 대한 연구와 장애인에 대한 연구라는 두 흐름에서 추적 가능하다. 먼저, 미충족 의료에 대한 국내연구들로는, 송경신 외(2011)와 허순임과 김수정(2007)이 일반 성인을 모집단으로 분석한 연구를 제외하면, 소득(저소득층), 연령(노령인구), 거주지역(농어촌 및 도서지역), 그리고 특정 질병군과 같은 기준에 따라 분석대상을 한정하여 수행되었다. 김수정과 허순임(2011), 김진구(2008), 그리고 윤경아(2006)는 저소득 가구 혹은 노인의 미충족 의료를 분석하였고, 유승흠 외(1987)과 조성식 외(2010)은 도서지역 주민을, 신형철 외(2009)와 오장균(1991)은 각각 농촌지역의 여성과 노인의 의료이용 현황을 고찰한 바 있다. 특정 질환을 앓고 있는 환자를 대상으로 한 연구로는 김한해 외(2006)(하부요로 및 전립선비대증 환자), 안연순 외(1999)(피부질환자), 조성진 외(2003)(만성정신질환자), 그리고 Park & Hwang(2012)(유방암 환자)이 있다. 이들 연구에서는 장애인구와 비장애인구를 구별하지 않거나, 장애유무를 독립변수로 고려하지 않는 등, 비장애인구와 구별되는 장애인구의 미충족 의료 발생 원인과 영역에 대한 고찰은 제한적이다.

국내의 장애인관련 연구는, 우리 사회의 다른 취약계층, 즉 저소득가구나 노인인구에 대한 연구들과 비교할 때 아직 미미하고, 그나마 이루어지고 있는 연구들은 장애인의 고용 및 소득 보장 즉 빈곤의 문제에 집중되어 있어 정부의 장애인 복지정책과 그 기초를 같이 한다(김태완 외, 2010; 이석원 2007, 2008; 이선우 2010). 장애인의 보건의료적 특성과 의료 보장 현황에 대한 연구는 주로 장애인의 의료 이용에 집중되어 왔는데,

⁴⁾ 본 연구의 표본장애인 4,520명의 24.3%가 보험계약시 차별을 경험했다고 응답했다. 최근 1년간의 입원서비스 비용에 대한 민간의료보험 급여를 받은 경우는 입원한 적이 있는 1,095명중 8명(0.73%)에 불과하였고 최근 2주간의 외래서비스에 대하여 민간의료보험의 급여를 받은 경우는 한 건도 없었다.

윤태호 외(2007)는 장애유형별로 외래 및 입원 의료 서비스 이용 차이를 분석하였고, 김윤 외(2005)는 장애인의 요양급여 이용 실태를, 이선자 외(2003)는 저소득층 2종 의료급여 수급자인 재가 장애인에 대한 정부의 의료비 지원 부담금을 추계하였고, 전보영 외(2011)은 장애 노인의 의료이용 결정 요인을 분석하였다.

이상의 기존연구를 종합해보면, 장애인의 미충족 의료에 대한 선행 연구로 직접 참고 가능한 문헌은 Hwang et al.(2011)가 사실상 유일한데, 비장애인 인구와 장애인구간의 미충족 의료 경험의 빈도가 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 본인 혹은 가구원의 장애여부가 미충족 의료 경험 가능성에 영향을 미친다는 김수정과 허순임(2011)이나 정영호(2012)의 연구와는 상이한 결론을 내리고 있어 추가적인 연구가 필요하다. 장애인의 건강검진 행태에 관한 박종혁 외(2006)과 Park et al.(2009)의 연구는, 장애인 등록자료와 건강보험공단 원자료를 활용하여 자료의 대표성이 확보된 반면, 교육수준, 결혼 및 가구 형태, 만성질환 및 일상생활 수행 제한 여부, 이동성 및 제도적 요인과 같은 주요 원인변수들이 분석에서 누락된 한계를 보인다.

장애인 미충족 의료 문제에 대한 이들 선행연구의 한계를 보완하고 장애인 의료복지 향상에 기여할 수 있는 심도있는 고찰을 위하여, 본 연구에서는 대표성 있는 장애인구 표본을 활용하는 한편, 장애라는 특수한 건강위험과 직접적으로 연관된 의료필요와 예방적 의료를 미충족 의료 범주로 고려하여 장애인들의 미충족 의료 문제와 영향 요인을 보다 포괄적으로 살펴보고자 하였다.

Ⅲ. 연구방법

1. 자료원

본 연구에 사용된 원자료원은 2008년 장애인 실태조사 자료이다. 장애인 실태조사는 장애인 복지정책 수립을 위해 정책대상자인 장애인의 실태와 욕구 및 필요에 대한 기초 자료를 구축하고자, 한국보건사회연구원이 1980년부터 주기적으로 시행하는 개인 및 가구조사이다.⁵⁾ 2008년 장애인 실태조사의 모집단은 2007년 11월말 기준 보건복지가족부의 데이터베이스에 등록된 장애인이며 주소가 확인되고 2008년 9월 6일부터 11월 30일중 조사가 완료된 응답자 7,000명에 대한 설문조사 자료를 사용하였다.

장애인의 의료보장 연구에 활용 가능한 국내 조사 자료는 한국복지패널과 장애인 고용패널 등도 있지만, 한국복지패널은 전 국민을 모집단으로 하는 가구조사로서 전체 표본 수에서 장애인이 차지하는 비율이 낮아 전체 장애인 인구에 대한 대표성이 확보되지 못하고 장애 관련 조사항목이 제한적이어서 장애인의 기본 생활실태와 보건의료관련 욕구를 파악하는데 정보가 충분치 않다. 장애인 고용패널은 모집단을 등록장애인으로 하기 때문에 표본의 대표성은 확보되지만 조사항목이 고용관련 요인에 집중되어 있어 본 연구에 필요한 보건의료 및 건강 관련 항목은 대부분 누락되어 있다.

2. 분석변수

가. 미충족 의료의 정의와 종속변수

미충족 의료에 대한 실증 연구를 위해서는 미충족 의료의 개념 확립과 정량화가 필수적이다. 미충족 의료의 기술적 정의는, '충족되어야 하는 의료(Need, N)와 실제로 충족된 의료(Served, S), 즉 사후적으로 실현된 의료서비스 이용 여부 및 이용량간의 차로 표현될 수 있다: 미충족 의료(Unmet, U) = N - S(Wright et al., 1998; 이진용, 2006). '충족되어야 하는' 의료서비스의 종류와 범위는, 전문 의료진에 의해 처방된 '의료필요'라

⁵⁾ 1980년부터 2005년까지는 5년 주기로, 2007년 장애인 복지법 개정에 따라 이후 3년 주기로 조사를 시행하여 2008년 자료는 7차 조사에 해당된다.

는 협의의 범주를 적용할 수 있지만, 외래, 입원 등 진단된 질병의 치료와 통제에 의료필요 영역이 국한되어 미충족 의료 문제가 저평가 될 수 있다. 또한 사전적 의료 필요에 대한 임상적 정보는 환자가 의로서비스를 받았을 경우에 한하여 파악될 수 있고, 환자의 의료정보는 공개와 접근이 제한적이라는 현실적 문제도 있다. 이에 기존 연구들은 주관적 의료 욕구(want)⁶⁾를 기초로 미충족 여부를 가늠하고 직접적으로 관찰되지 못한 의료적 필요(need)는 주관적 건강상태, 만성질환의 유무 및 종류, 일상생활 수행과 도구적 일상생활 수행 의존도등을 통해 통제하는 방식을 폭넓게 활용해왔다(Cunningham & Hadley, 2007). 그러나, 의료적 전문지식이 없는 환자가 인지하는 의료 욕구는 전문가가 판단하는 의료 필요가 다를 수 있다는 점에서 분석 결과의 해석에 주의를 기울이는 동시에, 예방적 서비스와 건강증진 행위를 포괄하는 광의적 범주를 적용하는 방안을 고려할 것을 제안한다(김교성 · 이현옥, 2012; 김수정 · 허순임, 2011; 허순임 외, 2009). 세계 건강기구 헌장에 선언된 대로, 현대 사회에서의 건강(health)이란, 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 완전한 육체적, 정신적, 사회적 안녕(well-being)을 의미한다(WHO, 2006). 따라서 의료적 필요의 개념도 진단된 질병의 치료에 국한하지 않고 질병의 예방과 건강 증진을 위한 활동을 포괄하는 적극적인 개념으로 확장될 필요가 있다. 우리나라의 경우에도 보건 의료기본법에서 장애 발생의 예방과 장애인의 건강 증진을 위해 국가 및 지방자치단체가 필요한 시책을 강구하도록 정하고 있고, 국가건강검진은 국민의 권리로, 건강검진을 통하여 건강을 보호 증진하기 위한 노력을 기울일 책임을 건강검진기본법에 천명하고 있다(윤석용, 2011).

이진용(2006)은 장애인 의료필요 측정도구를 개발하여 그를 바탕으로 장애인의 미충족 의료를 파악하였다는 점에서 주목할 만하다. 필요와 충족여부를 모두 전문 의료인력이 평가하였기 때문에 미충족 의료에 대한 의학적인 객관성이 확보된 것이 장점이나, 연구에서 구축된 필요측정도구의 신뢰도에 대한 검증과 표준화가 아직 이루어지지 않은

6) 주관적 의료욕구와 객관적 의료필요의 개념과 용어는 연구에 따라 다양하게 정의된다. Aday & Andersen(1975)는 인지된 필요(perceived needs)와 평가된 필요(evaluated needs)로 구분하였고(허순임 · 김수정, 2007), 송경신 외(2011)는 의료욕구(want)와 의료요구(need)로 구분하였다. Wright, Williams, and Wilkinson(1998)은 의료에 대한 필요(health care needs)를 wants, demands, 그리고 needs로 구분하였는데, wants는 환자가 인지한 필요 혹은 의료욕구(felt needs), demands는 환자가 실제로 표출한 필요(expressed needs), 그리고 needs는 의학적으로 진단된 필요(normative needs)이다. 이진용(2006)은 미충족 의료(unmet needs)를, 실제로 제공되는 의로서비스가 평가된 필요(normative needs)에 미달되거나 수요(expressed needs)에 미달되는 것으로 정의한다.

상태이다. 또, 필요한 재활 필요나 보장구 항목이 특정 장애 형태를 기준으로 개발되어 있어서 전체 장애인의 미충족 의료를 평가하는데 적용할 수 없고 환자의 욕구에 기반한 수요(demands)와 사전적인 예방 서비스는 필요항목으로 고려되지 않았다. 위 연구는 장애인의 의료필요를 측정하는 의학적 평가도구를 개발하는데 주요 목적을 두었기 때문에, 측정된 미충족 의료의 발생 원인에 대한 분석과 미충족 문제 해소를 위한 정책적인 논의를 진행하지 않았다.

선행연구에 대한 위의 고찰을 토대로, 본 연구는 다음의 세 개의 범주로 장애인의 미충족 의료 변수를 설정하였다. 통상적으로 사용하는 주관적 욕구(want) 변수와 함께, 필요한 장애인 보조기구를 소지하고 있는지 여부를 통해 장애라는 특수한 건강상태와 직접적으로 연관된 의료필요 항목을 포함하였고, 예방적 의료 필요의 범주로서 건강보험 건강검진⁷⁾ 여부를 고려하였다. 건강검진은 전반적인 건강상태를 주기적으로 확인하여 건강상의 위험과 질병 발생의 요인을 사전에 발견하고 예방하는데 목적을 둔 서비스로서, 비장애인에 비해 장애로 인한 합병증이나 중증 장애로의 진행, 안전사고나 생활에서의 적절한 건강관리 등 현재적 그리고 잠재적 위험요소에 복합적으로 노출되어 있는 장애인들의 건강 증진에 핵심적인 기능을 하는 의료적 '필요'로 간주될 수 있다(정완교, 2009). 더욱이, 건강보험 건강검진은 직장 및 지역 가입자, 그리고 만 40세 이상 피부양자에게 추가적인 자기부담비용 없이 제공되고, 수검을 위한 신청절차, 사전 자격 심사 및 재정적 부담이 없어 실질적으로 지불능력과 상관없는 완전한 접근성이 보장된 급여이기 때문에, 주관적 욕구 미충족 원인에 대한 기존의 연구들이 가구소득이나 임금, 고용상태와 같은 경제적 요인을 미충족 의료의 주요 원인으로 지목한 것과 차별되게, 미충족 의료 발생의 비금전적인(non-monetary) 원인을 파악하는 단초를 제공해 줄 것으로 기대된다. 최종적으로 본 연구에서 사용한 미충족 의료 경험 변수는 다음과 같다.

- ① 주관적 욕구: “최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있습니까?”.
(있다=1, 없다=0)

⁷⁾ 우리나라의 현행 성인대상 건강검진은 일반건강검진, 생애전환기건강검진, 그리고 암검진으로 구성되어 있고, 일반검진은 사무직의 경우 매2년마다 1회, 비사무직의 경우 매년 실시되는 종합검진으로 직장 및 지역가입자, 그리고 만 40세 이상 피부양자를 대상으로 한다. 본 연구에서 사용한 자료원에는 수검한 건강검진의 종류, 검사 내용, 검사 결과, 검진 시기 등 건강검진 관련 세부사항은 누락되어 있다.

- ② 필요 보조기구 소지: “필요한 장애인 보조기구를 소지하고 있습니까?”
(아니다=1, 그렇다=0)
- ③ 건강검진 수검: “최근 2년간 건강을 위해 건강검진을 받은 경험이 있습니까?”
(없다=1, 있다=0)

나. 독립변수

장애인의 미충족 의료를 설명하기 위한 독립변수로는 크게 인구학적 요인, 경제적 요인, 건강 관련 요인, 그리고 이동성 및 제도적 요인을 고려하였다. 인구학적, 경제적, 그리고 건강 관련 요인은 Aday & Andersen(1975)의 모형에 준하고 박종혁 외(2006)와 허순임과 김수정(2007)의 분석모형에서 사용된 독립변수 군을 참고하였다.

인구학적 요인으로는, 성별(남=1, 여=0), 연령(65세 이상=1, 65세 미만=0), 교육수준은 최종학력을 기준으로 고졸 미만인 경우, 고졸, 전문대 이상으로 구분하여 세 개의 더미변수를 사용하였다(Base=고졸미만). 결혼 상태는 유배우자(=1)인 경우와 이혼/사별/별거/미혼등의 이유로 배우자가 없는 경우(=0)로 양분하였다.

경제적 요인의 경우, 지난 1주간 주요 활동을 ‘일하였음’으로 응답하고 고용형태가 무급 가족 종사자가 아닌 경우는 취업자, 그 외의 경우는 미취업자로 구분하고, 취업자는 다시 상용(전일제, 시간제)/비상용(임시, 일용) 임금 근로자와 고용주/자영업/노점 운영을 포괄하는 비임금근로자로 양분하여, 세 개의 더미변수로 처리하였다(Base=미취업자). 가구 월 소득은 지난 1년간 총 가구소득의 월 평균이며, 주거 형태는 자가(=1)인 경우와 그렇지 않은 경우(전세, 월세, 사글세등)(=0)로 구분하였다.

건강 관련 요인으로는 장애 관련 특성을 폭넓게 고려하였는데, 먼저 장애의 종류를 신체 기능 장애(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 안면), 내부기관 장애(신장, 심장, 간, 호흡기, 장루/요루, 간질), 그리고 정신적 장애(지적, 정신, 자폐성 장애)로 구별하여 각각 더미변수 처리하였다(Base=정신적 장애). 장애 연수는 장애인으로 등록된 최초 시점을 기준으로 조사시점인 2008년까지의 기간으로 추산하였고, 장애등급은 1~3등급을 중증, 4-6등급을 경증으로 구분하였다(중증=1, 경증=0). 주관적 건강상태는 ‘평소에 자신의 건강은 어떻다고 생각하십니까?’라는 조사항목을 기초로 약간/매우 나쁘다로 응답한 경우(=1)와 보통/약간 좋음/매우 좋음(=0)으로 응답한 경우로 구분하였다. 일상생활

수행(Activities in Daily Living, ADL) 및 도구적 일상생활 수행(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)상의 도움 필요 여부를 각각 14개와 10개 수행 항목에 대하여 파악하였으며 모든 항목에 대하여 완전 자립이라고 응답한 경우(=0)와 한 개의 항목에 대하여라도 부분 혹은 완전 도움이 필요하다고 응답한 경우(=1)로 이항변수 처리하였다 (Shin & Moon, 2008).

외부 활동 및 교통수단 이용 등 물리적 이동 제약 여부, 장애인을 대상으로 한 의료지원 제도에 대한 인지 등 미충족 의료에 대한 기존연구에서 잠재적으로 중요한 요인들로 지적되었으나(박종혁 외, 2006; 전보영 외, 2011; Hwang et al., 2011) 자료상의 한계로 고려되지 않았던 요인들을 분석모형에 포함하였다. 이동성 요인 변수로서, 혼자 외출하는데 따른 불편(불편하다=1, 아니다=0), 외부 활동 불편(불편하다=1, 아니다=0), 교통수단 이용 불편(불편하다=1, 아니다=0), 차량 소유 여부(소유=1, 미소유=0)를 고려하였고, 제도적 요인은, 건강보험 가입 장애인에게 제공되는 재활 보조기구 급여에 대하여 알고 있는지 여부(인지=1, 미인지=0)와 건강보험 가입 형태(직장=1, 지역=0)이다.

3. 분석대상

본 연구의 분석대상은 건강보험에 가입된 만18세 이상 재가 장애인으로, 최종 표본 수는 4,520명이다.⁸⁾ 시설 거주자와 의료급여 대상자를 제외하고 건강보험 가입자로 분석대상자 범위를 제한한 것은, 건강보험에도 불구하고 지속적으로 경험하는 미충족 의료의 원인을 파악하고 그에 대한 건강보험의 역할 개선에 대한 함의를 도출하기 위한 것이다.

건강보험 가입자라 하더라도 가입형태, 즉 직장가입자와 지역가입자간 주관적 욕구 미충족 경험은 상당한 편차가 있다(김교성 · 이현옥, 2011; 박종혁 외, 2006; 허순임 · 김수정, 2007). 직장가입자와 지역가입자는 가입자 본인의 고용형태 및 소득원을 기준으로 건강보험료의 산정 및 징수등 행정적인 측면에서 구분될 뿐, 건강보험의 급여 혜택이 완전히 동일하기 때문에, 가입형태 자체가 미충족 의료 경험을 유발하는 직접적인

⁸⁾ 원자료의 유효 표본 수 7,000명중 만18세 이상인 6,374명중 재가장애인이 6,200명(97.3%), 그리고 시설거주 장애인이 174명(2.7%)였다. 건강보험가입자와 의료급여자 비율은 재가장애인의 72.9% (4,520명, 최종표본) 대 26.2%(1,626명)인 반면, 시설거주 장애인의 경우 1.7%(3명) 대 98.3%(171명)였다.

원인으로 작용하지는 않을 것이다. 건강보험 가입 형태와 미충족 의료 경험간의 상관관계를 발생시키는 매개요인을 파악하기 위해서, 자신의 고용상태 및 소득이 건강보험 가입 형태에 직접적으로 반영되는 가입자군과 그렇지 않은 피부양자군을 나누어 추가 분석하였다.

4. 분석방법

본 연구는 분석 대상 장애인들의 일반적인 특성과 미충족 의료 경험간의 관계를 단변량 분석으로 살펴본 뒤, 각 독립변수의 한계영향을 측정하기 위해서 로지스틱 회귀분석 모형(logistic regression model)을 이용한 다변량분석을 실시하였는데 이는 미충족 의료 경험을 측정하는 종속변수들이 모두 이항(binary)변수인 점을 고려한 것이다.

IV. 연구결과

1. 분석대상자의 일반적 특성

표 1은 본 연구의 표본 장애인의 일반적 특성을 살펴본 결과이다. 남성 비율(63.6%)이 여성 보다 높고, 65세 이상이 약 40%로 노령화와 장애간의 연관성을 보여준다. 또한, 전문대 이상이 14.8%인 반면 고졸 미만이 58.9%로 장애인구의 교육수준이 전체 인구의 평균 교육수준에 비해 다소 낮음을 알 수 있다.⁹⁾ 경제적 특성으로는, 지난 1주간의 주요활동을 기준으로 69.7%가 미취업 상태였으며, 전체표본의 17.4%(취업자 1,368명 중 57.5%)가 임금 근로자로 나타났다. 월 평균 총 가구소득은 207.5만원으로 3인 가구의 2008년 정부 최소생계비의 202%수준이었다.

⁹⁾ 2008년도 통계청 자료에 따르면, 우리나라 성인(25세-64세)의 학력분포는 고졸 미만 21%, 고졸 43%, 전문대 이상 37%이다.

표 1. 분석대상 장애인의 일반적 특성

(n=4,520)

			%
인구학적요인	성별	남성	63.6
		여성	36.4
	연령	65세 미만	60.1
		65세 이상	39.9
교육수준	고졸미만	58.9	
	고졸 전문대이상	26.3 14.8	
결혼상태	유배우자	69.3	
	기타	30.7	
경제적 요인	고용상태	미취업	69.7
		임금근로자	17.4
		비임금근로자	12.9
	월 평균 총 가구소득(평균, 만원)		207.5 (174.7)
가구원 수		3.06 (1.38)	
주거형태	자가	74.1	
	기타	25.9	
건강관련요인	장애유형	신체기능장애	62.3
		내부기관장애	34.3
		정신적 장애	6.9
	장애 등록 연수		5.53 (3.80)
	장애등급	중증(1~3등급)	55.4
		경증(4~6등급)	44.6
	3개월 이상 지속 만성질환	있다	80.5
없다		19.5	
주관적 건강상태	나쁘다	54.9	
	좋다	45.1	
일상생활 수행(ADL) 도움 필요	그렇다	27.9	
	아니다	72.1	
도구적 일상생활 수행(IADL) 도움 필요	그렇다	51.7	
	아니다	48.3	

건강보험 가입 재가 장애인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인

			%
이동성 요인	혼자 외출	불가능	15.5
		가능	84.5
	집 밖 활동 불편	그렇다	35.8
		아니다	64.2
교통수단 이용 불편	그렇다	24.8	
	아니다	75.2	
차량 소유	그렇다	57.8	
	아니다	42.2	
제도적 요인	장애인 재활보조기구 건강보험급여	인지	42.8
		미인지	57.2
	건강보험 가입형태	직장	59.4
지역		40.6	

주: 1) 총가구소득, 가구원수와 장애등록연수에 대해서는 평균값과 표준편차(standard deviation)를 제시하였다.

2) 장애유형의 빈도 총합이 100%를 넘는 것은 중복장애의 경우로 인한 것이다.

건강 관련 특성들은 장애인구의 취약한 건강상태를 뚜렷하게 보여주었는데, 장애유형은 신체기능관련 장애가 62.3%로 대부분을 차지했고, 내부기관 장애가 34.3%로 나타나 장애범주 확대의 영향이 나타났다. 장애등록연수는 평균 5.5년, 1등급에서 3등급까지의 중증장애 비율이 55.4%로 장애의 지속성과 심각성을 엿볼 수 있고, 3개월 이상 지속되는 만성질환이 있다고 응답한 비율이 80.5%, 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 비율도 54.9%에 달했다. 일상생활 수행 및 도구적 일상생활 동작 수행에 도움이 필요하다고 응답한 비율도 각각 27.9%와 51.7%로 장애인구의 건강상의 위험 그리고 그에 따른 보건의료적 지원의 필요가 매우 높음을 알 수 있다.

이동성 요인의 경우, 차량을 소유한 비율이 57.8%이지만 혼자 외출이 불가능하다고 응답한 비율이 15.5%, 집 밖의 활동이 불편하다는 응답이 35.8%, 교통수단 이용이 불편하다는 응답도 24.8%로 나타나 장애인들이 의료기관을 방문하고자 할 때 물리적인 이동에서 어려움을 경험할 것으로 예상된다. 건강보험에서 제공하는 재활 보조기구 급여에 대하여 알고 있다는 비율은 42.8%에 불과해 장애인들을 위해 마련된 복지 제도의 혜택에 대한 인식이 미흡한 것으로 나타났다.

2. 미충족 의료 영향 요인 기초분석

<표 2>는 장애인의 특성과 미충족 의료 경험간의 관계에 대한 단변량 분석 결과이다. 전체적으로는, 최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못했다는 응답이 19.7%였고, 필요한 재활보조기구가 있다고 응답한 2,165명 중 필요기구를 미소지한 비율은 33.2%, 그리고 최근 2년간 건강보험 건강검진을 받은 적이 없다고 응답한 비율이 51%로 나타나 장애인구의 의료 미충족이 심각한 수준임을 보여준다.

주관적 욕구 미충족은 여성, 낮은 교육 수준, 미취업자, 취업자중 임금근로자, 가구소득이 낮은 경우, 자가 거주가 아닌 경우 그렇지 않을 경우에 비해 더 높게 나타났다. 배우자가 없는 경우, 미취업자, 자가 거주가 아닌 경우 필요한 재활보조기구 미소지 비율이 높았고, 여성, 65세 이상, 배우자가 없고, 미취업자, 자가 주거가 아닌 경우 그렇지 않은 경우보다 건강보험 건강검진 미수검 경향이 더 높게 나타났다.

<표 2>의 결과들을 종합해볼 때, 장애인구의 미충족 의료 경험은 여성과 노령층, 취약한 가구 구성 및 고용상태, 그리고 낮은 소득과 주로 관련이 있어 장애인구중에서도 사회적 경제적 여건이 취약한 인구군에 미충족 의료 발생이 집중되어 있음을 알 수 있다.

장애유형에 따른 미충족 의료 영역의 차이는, 신체기능 장애가 주관적 요구와, 그리고 정신적 장애는 필요 보조기구 소지와 건강검진에서의 미충족과 연관성이 높게 나타났다. 장애 등록 연수가 길수록 미충족 의료 경험 가능성이 다소 높았으나 장애 등급에 따른 차이는 발견되지 않았다. 만성질환의 유병, 주관적 건강상태가 나쁘고 ADL 및 IADL 도움이 필요한 경우, 물리적 이동성 제약, 즉 혼자 외출이 불가능하고 집 밖의 활동과 교통수단 이용이 불편한 경우 그렇지 않은 경우에 비해 주관적 욕구와 필요보조기구 소지에서의 더 높은 미충족이 발견되었다. 차량을 소유할 경우, 주관적 욕구 미충족과 필요 보조기구 미소지의 가능성이 낮게 나타났지만 실제로 차량을 소유함으로 인해 물리적 이동에 도움이 될 수 있는 건강검진 수검에는 유의한 영향을 주지 않았다. 건강검진 경우 만성질환이 있는 경우에 검진받을 가능성이 더 높게 나타났는데 이는 진단된 건강상의 위험으로 인해 예방과 질병관리에 대한 수요가 높은 것과 연관된 것으로 짐작되고, ADL 및 IADL 도움이 필요한 경우 미수검 경향이 더 강하게 나타난 것은 일상적인 활동 제한에 기인한 접근성 제약과 관련된 것으로 볼 수 있다.

표 2. 미충족 의료 영향 요인 기초분석

종속변수 ¹⁾		(1) 주관적 욕구 미충족	(2) 필요보조기구 미소지	(3) 건강검진 미수검	
전체 (%)		19.7	33.2	51.0	
인구 학적 요인	성별	남성	17.0**	49.7**	
		여성	24.5	53.2	
	연령	65세 이하	20.1	33.4	48.8**
		65세 이상	19.2	32.9	52.4
	교육수준	고졸 미만	21.0**	33.2	49.9
		고졸	19.7	34.9	54.1
전문대 이상		14.9	29.7	49.6	
결혼상태	유배우자	18.4	31.5**	46.9**	
	기타	19.6	41.5	64.6	
경제적 요인	고용상태	미취업	20.4*	36.4**	54.7**
		임금근로자	19.4	25.9	41.8
		비임금근로자	16.4	21.4	42.9
	월평균 총 가구소득(만원)	미충족군	168.5**	186.3	203.8
		충족군	217.0	192.6	211.3
가구원수	미충족군	2.97**	2.99	3.14**	
	충족군	3.08	2.94	2.98	
주거형태	자가	16.6**	31.8**	49.9**	
	기타	28.6	37.3	54.1	
건강 관련 요인	장애유형	신체기능장애	21.6**	34.5**	49.0**
		내부기관장애	17.8	28.1	52.1
		정신적 장애	12.7	55.6	66.2
	장애 등록연수	미충족군	5.71*	5.60	5.66*
		충족군	5.48	5.32	5.44
	장애등급	중증	19.9	40.1	55.0
		경증	19.6	24.5	46.0
	만성질환	있다	21.4**	34.3**	49.7**
		없다	13.1	27.0	56.3
	주관적 건강상태	나쁘다	24.6**	37.8**	51.3
좋다		13.7	25.7	50.6	
ADL 도움 필요	그렇다	24.3**	35.1**	59.4**	
	아니다	18.0	31.8	47.7	
IADL 도움 필요	그렇다	22.7**	40.5**	55.6**	
	아니다	16.6	21.7	45.9	

종속변수 ¹⁾		(1) 주관적 욕구 미충족	(2) 필요보조기구 미소지	(3) 건강검진 미수검	
이동성 요인	혼자 외출	불가능 가능	23.7** 19.0	49.3** 29.1	65.4** 48.3
	집 밖 활동 불편	그렇다 아니다	26.1** 16.2	41.5** 26.3	53.6** 49.5
	교통수단 이용 불편	그렇다 아니다	28.8** 16.8	41.5** 28.9	50.3 51.2
	차량 소유	그렇다 아니다	17.2** 23.2	31.7** 34.8	50.2 51.9
	재활 보조기구 급여	인지 미인지	20.1 19.5	31.3** 35.4	48.4** 52.8
제도적 요인	건강보험 가입 형태	직장 지역	18.9** 21.0	33.5 32.7	47.4** 56.1

주: 1) 모든 종속변수는 이항변수로 정의되었으며, 해당 미충족 영역에 대하여 미충족으로 응답한 경우 1, 충족으로 응답한 경우 0으로 처리하였다.

2) *: p<.05, **: p<.01.

건강보험의 장애인 재활 보조기구 급여에 대하여 알고 있지 못한 경우, 알고 있는 경우에 비해, 필요 보조기구 미소지 및 건강검진 미수검의 비율이 더 높았고, 건강보험 지역가입인 경우 직장가입인 경우에 비해 주관적 욕구의 미충족(21% 대 18.9%)과 건강검진 미수검(56.1% 대 47.4%) 경향이 통계적으로 유의하게 더 높게 나타났다.

3. 미충족 의료 영향 요인 로지스틱 회귀 분석

<표 3>은 미충족 의료 영향 요인에 대한 로지스틱 회귀분석 결과이다. 주관적 욕구 미충족, 즉 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경우가 발생할 가능성은 여성, 65세 미만 연령군, 배우자가 없는 경우, 임금 근로자인 경우, 자가 거주가 아닌 경우에 더 높았다. 임금근로자의 주관적 욕구 미충족 경험은, 근로로 인하여 병원 방문에 따른 기회비용 및 시간적 제한과 관련이 있는 것으로 해석한 정영호(2012), 천희란과 김일호(2007), 허순임과 김수정(2007)등을 참고해볼 수 있다.¹⁰⁾ 또한, 신체적 장애, 만

¹⁰⁾ 주관적 욕구 미충족의 원인을 “내가 갈 수 있는 시간에 병의원들이 문을 열지 않아서”라고 응답한 비율이 미취업자는 4.0%, 비임금근로자는 20.0%인 것에 비해 임금근로자의 경우 28.1%였다.

성질환의 유병, 주관적 건강상태가 나쁘고 ADL의 도움이 필요한 경우, 집 밖의 활동이 불편하거나 교통수단의 이용이 불편할 때도 주관적 욕구 미충족 가능성이 더 높게 나타났다.

표 3. 미충족 의료 경험 로지스틱 회귀분석

변수	(1) 주관적 욕구 (1=미충족, 0=충족)		(2) 필요보조기구 (1=미소지, 0=소지)		(3) 건강검진 (1=미수검, 0=수검)		
	OR	SE	OR	SE	OR	SE	
인구학적 요인	성별 (남성)	.720**	.063	1.18	.133	1.01	.071
	연령 (65세 이상)	.668**	.063	.815	.092	.783**	.058
	교육수준 고졸	1.18	.117	1.14	.144	1.14	.089
	(Base=고졸 미만) 전문대 이상	.999	.113	.901	.155	1.07	.105
	결혼상태 (유배우자)	.813*	.073	.777*	.089	.608**	.044
경제적 요인	경제활동 상태 임금근로자	1.39**	.166	.870	.149	.610**	.057
	(Base=미취업) 비임금근로자	1.19	.159	.692*	.119	.727**	.073
	월 평균 총 가구소득 (만원)	.998**	.0004	1.00	.0004	1.00*	.0002
	가구원 수	1.11**	.039	1.05	.044	1.14**	.031
	주거형태 (자가)	.559**	.048	.823	.093	.902	.066
건강관련 요인	장애유형 신체기능장애	1.45*	.214	.610*	.148	1.04	.124
	(Base=정신적장애) 내부기관장애	1.14	.174	.512**	.120	1.19	.147
	장애등록 연수 (년)	1.02	.011	1.00	.013	.993	.008
	장애등급 (중증)	.820*	.074	1.40**	.158	1.15*	.081
	3개월 이상 지속 만성질환 (있음)	1.57**	.193	1.08	.164	.726**	.064
	주관적 건강상태 (나쁨)	1.73**	.159	1.48**	.168	.985	.069
	ADL 도움 (필요)	1.28*	.129	.738**	.089	1.38**	.115
IADL 도움 (필요)	1.19	.119	1.62**	.203	1.14	.089	
이동성 요인	혼자 외출 (불가능)	.927	.113	1.62**	.219	1.52**	.159
	집 밖 활동 (불편)	1.32**	.125	1.36**	.157	.953	.075
	교통수단 이용 (불편)	1.42**	.140	1.09	.127	.815*	.068
	차량 소유 (있음)	.878	.080	.826	.094	.848*	.062
제도적 요인	건강보험 가입형태 (직장)	.972	.072	1.11	.111	.757**	.049
	재활 보조기구 급여 (인지)	-	-	.784*	.077	.845**	.054

주: *: p<.05, **: p<.01.

필요보조기구의 미소지 경향은 배우자가 없고 미취업자인 경우, 정신적 장애가 있는 경우, 장애가 중증인 경우, 주관적 건강상태가 나쁜 경우, IADL 도움이 필요하고 혼자 외출이나 집 밖 활동이 불편한 경우에 더 높았다. 반면, 건강보험의 장애인 재활 보조기구 급여에 대하여 알고 있는 경우 필요보조기구 소지할 가능성이 높았다.

건강보험 건강검진의 경우, 65세 미만, 배우자가 없으며 미취업자인 경우, 그리고 취업자 중에서도 비임금 근로자인 경우 미수검 경향이 더 높았다. 장애 유형과 등록연수에 따른 영향은 없었으나, 중증 장애와 ADL 도움의 필요, 혼자 외출이 불가능한 경우 미수검 가능성이 높아졌다. 반면, 만성질환의 유병은 건강검진 수검과 양(+)의 관계를 보여 건강검진에 대한 수요가 만성질환자에게 더 높음을 짐작할 수 있다. 차량의 소유 그리고 재활 보조기구 급여에 대한 인지와 같은 요소도 건강검진 수검 가능성과 양(+)의 관계를 가지는 것으로 나타나 교통수단의 제공 및 건강보험 급여에 대한 이해 증진이 건강검진 수검률 향상에 효과적인 정책변수가 될 수 있음을 보여준다. 건강보험의 가입 형태의 경우, 직장가입자가 지역가입자에 비해 건강검진 미수검 가능성이 더 낮았다 (OR=.757, $p<.01$).

건강보험의 건강검진 혜택은 직장 혹은 지역가입자 여부와 상관없이 형평적으로 제공 되기 때문에, 경제적 요인이나 건강 요인 등 기타 조건이 모두 동일하다고 가정했을 때 나타난 가입형태에 따른 건강검진 수검 경향에서의 차이(표 3)는 가입형태 자체에서 기인한 결과로 보기 어렵다. 건강보험의 가입형태는 취업상태에 의해 직접적으로 결정되는 것이므로, 자신의 취업상태가 건강보험 가입형태에 반영되는 가입자 군과, 그렇지 않은 피부양자로 나누어¹¹⁾ 추가로 분석하였다. 피부양자의 경우에는 건강보험 가입 형태가 본인의 사회경제적 특성과 독립적으로 결정되는 만큼, 건강보험 가입 형태가 건강검진 미수검에 미치는 영향을 인과(causal)관계로 해석할 수 있다. <표 4>에서 확인되는 바, 가입자 본인, 즉 취업자군에서는 가입형태의 경향이 더욱 강하게 나타난 반면(OR=.481, $p<.01$), 피부양자군에서는 통계적 유의성이 나타나지 않아 건강보험 가입형태가 건강검진 미수검에 미치는 영향은 고용형태에 의해 매개된 결과로 확인된다. 가입자군 중 지역가입자(551명)의 52.3%가 자영자 및 노점(고용주 제외), 22.9%가 일용직 근로자인

11) 본 연구에서 사용한 자료원에는 가입자와 부양가족을 구별할 수 있는 변수가 제공되지 않기 때문에, 취업자인 경우를 가입자 본인(1,368명)으로 정의하고, 만 40세 이상이어서 건강검진 대상자에 해당 되면서 미취업상태인 경우는 부양가족(2,770명)으로 정의하였다.

표 4. 건강검진 미수검 결정요인: 가입자와 피부양자별 분석

종속변수: 미수검=1, 수검=0		가입자 N=1,368		피부양자 N=2,770	
건강보험 건강검진 미수검률(%)		42.3%		51.8%	
변수		OR	SE	OR	SE
인구학적 요인	성별 (남성)	.863	.130	1.20*	.106
	연령 (65세 이상)	.604**	.101	.900	.078
	교육수준 고졸	1.29	.183	.965	.100
	(Base=고졸미만) 전문대이상	.915	.155	.941	.134
	결혼상태 (유배우자)	.687**	.103	.634**	.061
경제적 요인	월 평균 총 가구소득 (만원)	1.00	.0004	1.00	.0003
	가구원 수	1.08	.057	1.13**	.039
	주거형태 (자가)	1.01	.133	.855	.081
건강관련 요인	장애유형 신체기능장애	.629	.179	1.04	.167
	(Base=정신적장애) 내부기관장애	.802	.243	1.13	.185
	장애 등록 연수 (년)	.989	.014	.992	.012
	장애등급 (중증)	1.18	.153	1.15	.103
	3개월 이상 지속 만성질환 (있음)	.827	.112	.766*	.104
	주관적 건강상태 (나쁨)	.913	.118	1.02	.091
	ADL 도움 (필요)	1.18	.233	1.46**	.141
	IADL 도움 (필요)	1.02	.153	1.15	.113
이동성 요인	혼자 외출 (불가능)	.745	.290	1.79**	.210
	집 밖 활동 (불편)	1.31	.221	.917	.087
	교통수단 이용 (불편)	.653*	.138	.845	.082
	차량 소유 (있음)	.925	.129	.791*	.073
제도적 요인	재활 보조기구 급여 (인지)	.842	.099	.885	.071
	건강보험 가입형태 (직장)	.481**	.057	.896	.073

주: *: p<.05, **: p<.01.

반면 직장 가입자(817명)의 42.7%가 상용직 근로자, 13.1%가 일용직 근로자였다. 직장 가입자와 지역가입자 군의 고용형태 구성에서 발견되는 이러한 차이가 건강보험 가입 형태와 건강검진 미수검간의 관계에 영향을 주었을 것이다. 건강검진을 위한 시간확보의 측면에서 휴가, 공휴일, 토요일휴무를 이용할 수 있는 상용직 근로자가 유리한 반면, 영세 자영업이나 노점을 운영하는 경우 의료이용에 따른 기회비용이 더 클 것이다. 이는 변용찬(2007)의 연구에서 '직장을 비울 수 없어서'가 미충족 의료의 두 번째 요인으로 파악된 것과 일치되는 해석이다.

가입자 군의 경우, 건강관련 변수는 건강검진 미수검 여부에 통계적으로 유의한 영향이 없었고, 65세 이상, 그리고 배우자가 있는 경우 수검 가능성이 더 높았다. 피부양자의 경우에는, 남성, 배우자가 없고 가구원 수가 많은 경우, ADL 도움이 필요하고 혼자 외출이 불가능한 경우 미수검 경향이 더 높게 나타났다. 만성질환의 유병과 차량의 소유는 수검과 양(+)의 관계를 보여, 가입자 군에 비할 때 건강상태나 이동성 변수가 건강검진 미수검에 중요한 영향을 미침을 알 수 있다.

V. 고찰 및 결론

본 연구는 2008년 장애인 실태조사 자료를 활용하여 등록 장애인들이 경험하는 미충족 의료 문제의 현황과 원인을 주관적 욕구, 필요 재할 보조기구 소지, 그리고 건강검진 수검의 세 영역에서 분석하였다. 연구의 주요 결과를 종합해보면, 먼저 장애인의 미충족 의료 경험에 있어서 교육수준 및 소득변수의 영향이 미미하게 나타나 비장애인을 대상으로 한 기존연구들(신영전·손정인, 2009; 전은정 외, 2007; 천희란·김일호, 2007)과의 차이를 보였는데, 이는 본 연구의 분석표본이 건강보험 가입자이기 때문에 경제적 제약으로 인한 미충족 의료 경험문제가 건강보험을 통해 일부 해소된 것을 반영하는 결과로 볼 수 있다(Feinberg et al., 2002). 반면, 배우자의 유무, 장애의 종류, 활동제한의 형태, 그리고 물리적 이동성 제약 등 비경제적 원인의 중요성이 부각되어, 장애인의 미충족 의료 문제 해결을 위해서는 소득보장지원 정책과 더불어 장애인들의 비경제적인 제약, 특히 건강상태에서 기인하는 복합적 필요를 고려한 지원이 요구됨을 시사해준다.

특히, 배우자의 유무는 모든 미충족 의료 변수에 대하여 통계적으로 유의한 요인으로

나타났는데 이는 필요한 의료서비스를 받기 위한 적절한 도움을 제공할 수 있는 인적 지원의 중요성을 보여주는 결과이다(이애경 외, 2006; Allen & Mor, 1997; Jamoom et al., 2008; Marshall, 2011). 본 연구의 표본 장애인들은 배우자(59.9%) 외에 일상생활에 도움을 주는 사람은 부모(13.6%) 혹은 자녀(18.4%)라고 응답하여 8.1%만이 직계 가족외의 도움을 받고 있는 것으로 나타났고 이러한 도움이 부족하다는 응답이 20.6%에 달하여, 장애인 활동 보조 지원 사업이나 장애인 장기요양제도를 통해 장애인들에게 공식적인 재가서비스를 지원하는 정책적 노력이 필요하다.

또한, 취업은 주관적 욕구의 미충족을 발생시키는 반면, 건강보험 급여가 제공되는 영역, 즉 재할 보조기구의 소지와 건강검진 수검에 있어서는 그 반대의 결과가 발견되었다. 이는 건강보험 제도내에서도 취업상태와 형태에 따라 의료접근성의 비형평성(inequity)이 야기될 수 있음을 보여준다. 취업은 소득효과, 즉 경제적 제약 완화를 통한 필요서비스에의 접근성 증진에 기여할 수 있지만, 비탄력적인 근무시간 또 휴가나 대체인력 지원이 미흡할 경우 필요한 의료서비스 이용을 제한할 수도 있다. 장애인 의무고용제도나 차별 금지법등을 통한 공정한 취업 기회 보장과 경제활동 참여를 통한 소득증진은 장애인들의 전반적인 생활수준 향상과 삶의 질 보장을 위해 지속적으로 이루어져야 하는 정책이지만, 근로자의 건강증진 활동에 대한 사업체의 지원 등 고용의 질적 측면이 함께 뒷받침되어야만 장애인의 의료보장의 개선이 가능함을 유의해야 한다. 고용의 양뿐만 아니라 질에 대한 통합적인 고려를 통해 장애인들의 '보건의료적 빈곤'(poverty in health) 해소에 보완적 역할을 하는 장애인 고용 정책 고안이 필요할 것이다.

장애인의 미충족 의료 해소를 위한 건강보험의 역할에 대하여 몇 가지 시사점을 논의해볼 수 있다. 먼저, 교육 및 홍보를 통한 정보 제공 기능의 제고이다. 본 연구에서 나타난 바, 건강보험 급여에 대한 인지와 수급간의 통계적으로 유의한 양의 관계가 있는 만큼 건강보험에서 제공하는 급여의 내용, 급여 수령 조건 및 절차, 본인부담금 등 제도 관련 정보의 제공을 통해 미충족 의료 문제의 개선이 가능할 것이다(박기수 외, 1999; 이덕철 외, 1997; Mitra et al., 2011; Zhu et al., 2006). 특히 영세 자영업자, 농어촌 지역거주자등 주요 미충족 의료군은 이러한 정보에의 접근성이 상대적으로 더 제한될 수 있는 만큼 적극적인 제도 홍보와 접촉점 강화 노력을 통해 이들이 직면한 만성적인 미충족 의료의 문제와 비형평적 건강보험 혜택 배분 문제를 완화할 수 있을 것이다. 또한, 장애인들의 필요 의료 충족에서 물리적 이동성 확보가 중요한 만큼, 인적 수발

및 이동서비스 제공, 의료기관 내 장애인 편의시설의 구비등의 지원이 장애인들의 의료 접근성 제고에 도움이 될 것이다.¹²⁾

2006년 이후 시행된 건강보험 보장성 강화 정책과 장애인 의료보장 지원 강화가 장애인의 미충족 의료에 개선에 기여했을 것으로 예상되지만, 이에 대한 분석은 본 연구에서 충분히 이루어지지 못했다. 다만, 2008년과 2011년 장애인 실태조사 자료를 참고할 때, 장애인의 주관적 미충족 경험과 건강검진 미수검률이 2011년에 각각 17.7%와 26.9%로, 2008년(19.7%, 47.8%)에 비해 개선된 것으로 나타났다. 비장애인의 경우,¹³⁾ 건강검진 미수검률은 44.5%에서 31.7%로 감소하였지만 주관적 미충족 경험은 15.9%에서 17.7%로 증가하여, 최근의 보장성 강화정책이 건강검진 수검률의 전반적인 향상과 장애인과 비장애인간의 의료불평등 개선에 기여한 것으로 보인다. 이러한 변화가 구체적으로 어떤 정책적 지원과 맞물려 있는지에 대한 면밀히 연구하고 그 결과를 바탕으로 향후의 장애인 의료보장 정책방향을 수립한다면 장애인의 미충족 의료 해소에 획기적인 성과를 이룰 수 있을 것이다.

본 연구의 한계점은 다음과 같다. 의료급여 인구나 만 18세 미만의 인구, 그리고 시설거주 장애인을 분석대상에서 제외하고 있는 만큼 본 연구결과를 장애인 전체 인구에 일반화하는데 유의하여야 한다. 의료급여 인구는 인구학적, 사회경제적인 특성, 그리고 보험료 감면과 본인부담금 할인 등 제도적으로도 건강보험 가입 인구나 차별되고, 미성년 장애인이나 시설 거주 장애인의 경우에도 필요 의료에 대한 판단, 필요 서비스의 사용결과와 법적 책임이 보호자나 의료인에게 의탁되어 있는 만큼 이들의 이러한 특수성을 고려한 별도의 연구모형을 적용해야 한다. 또한, 본 연구에서 활용한 미충족 의료 변수들은 장애의 유형, 발생 원인, 중증도에 따른 의료 필요의 다양성과 동태적 변화를 충분히 반영하지 못하고 있는 만큼, 2011년도 조사 자료 및 패널자료등의 활용을 통해 장애인 미충족 의료의 최근 동향과 정책 변화에 대한 연구가 뒤따라야 할 것이다.

12) 이진용 외(2006)에 따르면, 법정 장애인 편의시설이 적합하게 설치된 병원급 의료기관의 비율은 31.2%에 불과하고 주 출입구 접근로나 계단, 승강기등 의료기관 방문에 핵심적인 편의시설의 경우 적합설치율이 각각 21.3%, 28.1%, 7.5%의 낮은 수준에 머물고 있다.

13) 주관적 미충족 경험비율은 만18세이상 건강보험 가입자 대상, 건강검진 미수검률은 만40세 이상 건강보험 가입자 대상 통계치이다. 비장애인 표본은 2005년과 2011년 국민건강영양조사 원자료에서 추출하였다.

이러한 한계점에도 불구하고, 본 연구는 장애인의 의료복지의 중요성과 관심이 증대하는 상황에서 장애인들이 경험하는 미충족 의료 문제를 고찰하였다는데 그 의의가 있다고 하겠다. 또한, 병의원 방문과 관련된 주관적 욕구와 더불어 필요 보조기구와 같이 장애인의 특수상황과 연계된 의료필요, 그리고 예방적 의료를 미충족 의료 영역으로 포괄하여 보다 입체적으로 장애인들의 의료 미충족 문제를 검토하였다. 장애인들은 비장애인들에 비해 민간의료보험에 가입할 가능성이 낮고(권현정, 2011) 지역사회생활, 취업 등 사회전반적인 영역에서 차별을 경험¹⁴⁾하고 있기 때문에 앞으로 장애인들이 당면하게 될 미충족 의료나 보건의료혜택에서의 불평등 문제는 더욱 심각해질 수 있을 것으로 예상되는바, 건강보험을 통한 효과적이고 체계적인 장애인 의료보장 지원이 이루어져야 할 것이다.

신자은은 미국 Texas A&M University에서 경제학 박사학위를 받았으며, 현재 KDI 국제정책대학원에서 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건경제학, 보건의료정책, 개발경제학, 응용미시계량이며, 현재 장기요양보험의 건강보험 재정효과, 민간의료보험의 의료이용 및 의료비 효과, 장애인고용정책 효과 등을 연구하고 있다. (E-mail: jshin@kdischool.ac.kr)

¹⁴⁾ 본 연구의 분석대상 장애인들 중 19.5%가 지역사회생활에서의 차별, 그리고 38.9%가 취업시 차별을 경험했으며, 80.3%가 우리나라의 장애인 차별이 약간 혹은 매우 많다고 응답하였다.

참고문헌

- 권현정(2011). 패널 자료를 이용한 경제적 변화가 민간의료보험 가입 이행에 미치는 영향. **사회복지정책**, 38(3), pp.131-158.
- 김석범, 강복수(1994). 지역의료보험 실시 전후 도시 일부주민의 의료이용양상비교 - 소득계층별 의료필요충족도와 주민 만족도를 중심으로. **예방의학회지**, 27(1), pp.117-134.
- 김교성, 이현옥(2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로. **사회복지정책**, 39(4), pp.255-279.
- 김수정, 허순임(2011). 우리나라 가구 의료비 부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로. **보건경제와 정책연구**, 17(1), pp.47-70.
- 김윤, 이진용, 이범석, 김완호, 이진석, 문남주 외(2005). 장애인의 요양급여 이용실태 분석 및 의료보장 강화방안 연구. 서울: 서울대학교의과대학.
- 김정희, 김영숙, 김명순(1999). 보건소 이용 노인의 미충족 의료요구. **노인간호학회지**, 1(2), pp.172-180.
- 김진구(2008). 저소득층의 의료이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. **사회복지연구**, 37, pp.5-33.
- 김태완, 윤상용, 박지혜(2010). 장애인 소득이동과 그 요인에 대한 분석. **사회복지정책**, 37(3), pp.115-139.
- 김한해, 공경애, 이훈재, 윤하나, 이보은, 문옥륜 외(2006). 지역사회 성인남성에서의 하부 요로증상 및 전립선비대증 의료이용과 사회경제적 요인의 관련성. **예방의학회지**, 39(2), pp.141-148
- 박기수, 천병렬, 감신, 예민해, 강윤식, 김건엽 외(1999). 장애인의 건강관심도, 건강실천 행위 그리고 건강수준간의 구조분석. **예방의학회지**, 32(3), pp.276-288.
- 박종혁, 이진석, 이진용, 홍지영, 김소영, 김성옥 외(2006). 장애인의 국민건강보험 건강검진 수검에 영향을 미치는 요인. **예방의학회지**, 39(6), pp.511-519.
- 변용찬(2007). 장애인과 비장애인의 의료이용 형평성. 국민건강영양조사 제3기 조사결과 심층분석 연구: 건강면접 및 보건외식 부문. V. 건강 형평성(제3장), pp.444-470, 질병관리본부 · 한국보건사회연구원.

- 변용찬, 김성희, 윤상용, 최미영, 계훈방, 권선진 외(2006). 2005년도 장애인실태조사. 서울: 한국보건사회연구원.
- 신영전, 손정인(2009). 미충족의료의 현황과 관련요인: 1차, 2차 한국복지패널자료를 이용하여. 보건사회연구, 29(1), pp.111-142.
- 신형철, 강지영, 박용섭, 김상아(2009). 농촌 지역 여성의 건강수준과 의료이용에 관한 연구. 농촌의학 지역보건학회지, 34(1), pp.67-75.
- 송경신, 이준협, 임국환(2011). 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. 대한보건연구, 37(1), pp.131-140.
- 안연순, 송재석, 원종욱, 노재훈(1999). 인천지역 일부 근로자들의 피부질환으로 인한 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지, 32(2): 206-214.
- 오장균(1991). 일부 농촌지역 노인들의 만성질환 유병 상태와 의료이용 양상. 예방의학회지, 24(3), pp.328-338.
- 유승흠, 조우현, 박종연, 이명근(1987). 도시지역 주민의 의료이용 양상과 그 결정요인. 예방의학회지, 20(2), pp.287-300.
- 윤경아(2006). 공공부조 수급노인의 욕구 및 미충족 욕구. 한국노년학, 26(4), pp.701-716.
- 윤석용(2011). 더불어 잘 사는 세상을 위한 정책 제언. 제303회 정기국회 2011 국정감사 정책자료집.
- 윤태호, 정백근, 강윤식, 이상이, 김철웅(2007). 장애유형별 의료서비스 이용의 차이. 보건행정학회지, 17(2), pp.33-51.
- 이덕철, 서일, 이혜리, 김동기(1997). 성인병 건강검진 순응도에 영향을 미치는 요인. 가정의학회지, 18(7), pp.739-748.
- 이석원(2007). 장애인의 생산성과 의무고용제도. 한국정책학회보, 16(4), pp.277-305.
- 이석원(2008). 장애인 직업재활서비스의 이용 결정과정 및 사업성과 분석. 한국정책학회보, 17(4), pp.89-111.
- 이선우(2010). 장애급여의 빈곤 완화 효과: 장애수당과 장애연금의 비교. 한국사회정책, 17(2), pp.135-162.
- 이선자, 김미주, 장숙량, 이효영(2003). 저소득층 장애인 의료비에 대한 정부부담금 추계. 보건행정학회지, 13(2), pp.125-143.

- 이애경, 이선미, 박일수(2006). 효율적 건강검진관리를 위한 미수검자의 특성 분석-건강 보험 지역 가입자 중심으로. 보건행정학회지, 16(1), pp.54-72.
- 이진용(2006). 장애인 의료서비스 필요측정도구 개발 및 적용. 박사학위논문, 의학과, 서울대학교, 서울.
- 이진용, 장명화, 김가연, 윤수미, 이자호, 정주 외(2006). 장애인의 의료기관 접근성 조사: 서울시 종로구 병의원을 대상으로. 보건행정학회지, 16(3), pp.19-36.
- 이진용, 김부경, 은상준, 김윤, 김용익(2009). 서울시 장애인 가구의 보건의료비용. 재활복지, 13(3), pp.199-223.
- 전보영, 권순만, 이해재, 김홍수(2011). 장애노인의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 한국노년학, 31(1), pp.171-188.
- 전은정, 장숙량, 조성일, 조영태, 문옥륜(2007). 사회경제적 위치에 따른 건강검진 수진율의 차이: 서울시 성인 거주자를 대상으로. 예방의학회지, 40(5), pp.345-350.
- 정영호(2012). 한국의료패널로 본 활동제한과 미충족 의료. 보건·복지 Issue & Focus, 120, 한국보건사회연구원.
- 정완교(2009). 예방과 예방적 의료서비스 이용의 요인분석. 서울: 한국개발연구원.
- 조성식, 이태경, 방예원, 김철주, 임형준, 권영준 외(2010). 일개 섬 지역주민의 미충족 의료와 관련요인. 농촌의학 지역보건학회지, 35(2), pp.151-164.
- 조성진, 김용익, 조맹재, 서동우, 박계식, 배재남 외(2003). 지역사회에 거주하는 저소득층 만성 정신질환자의 요구도 조사. 신경정신의학 42(6), pp.771-783.
- 천희란, 김일호(2007). 노년기 예방검진에서 사회경제적 불평등. 예방의학회지, 40(5), pp.404-410.
- 최미영(2009). 장애인의 보건의료 실태. 보건복지포럼, 153, pp.46-63.
- 허순임, 김수정(2007). 우리나라 성인의 미충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로. 보건경제와 정책연구, 13(2), pp.1-16.
- 허순임, 김미곤, 이수형, 김수정(2009). 미충족 의료 수준과 정책방안에 대한 연구. 서울: 한국보건사회연구원.
- Aday, L. A., Andersen, R. (1975). *Development of Indices of Access to Medical Care*, Health Administration Press: Ann Arbor.
- Allen, S. M., Mor, V. (1997). *The Prevalence and Consequences of Unmet Need*

- Contrasts Between Older and Younger Adults with Disability. *Medical Care*, 35(11), pp.1132-1148.
- Cunningham, P. J., Hadley, J. (2007). Differences Between Symptom-Specific and General Survey Questions of Unmet Need in Measuring Insurance and Racial/Ethnic Disparities in Access to Care. *Medical Care*, 45(9), pp.842-850.
- DeJong, G. (1997). Primary Care for Persons with Disabilities: An Overview of the Problem. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(3 Supplement), pp.S2-S8.
- Diab, M. E., Johnston, M. V. (2004). Relationships Between Level of Disability and Receipt of Preventive Health Services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(5), pp.749-757.
- Jamoom, E. W., Andresen, E. M., Newgaard, B., McKune, S. L. (2008). The Effect of Caregiving on Preventive Care of People with Disabilities. *Disability and Health Journal*, 1, pp.52-57.
- Feinberg, E., Swartz, K., Zaslavsky, A., Gardner, J., Walker, D. K. (2002). Family Income and the Impact of a Children's Health Insurance Program on Reported Need for Health Services and Unmet Health Need. *Pediatrics*, 109(2).
- Hwang, B. S., Chun, M., Park, J. H., Shin, H. I. (2011). Unmet Healthcare Needs in People with Disabilities: Comparison with the General Population in Korea. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 35(5), pp.627-635.
- Marshall, E. G. (2011). Do Young Adults Have Unmet Healthcare Needs? *Journal of Adolescent Health*, 49(5), pp.490-497.
- Mitra, M., Bogen, K., Long-Bellil, L. M., Heaphy, D. (2011). Unmet Needs for Home and Community-based Services Among Persons with Disabilities in Massachusetts. *Disability and Health Journal*, 4(4), pp.219-228.
- Park, B. W., Hwang, S. Y. (2012). Unmet Needs of Breast Cancer Patients Relative to Survival Duration. *Yonsei Medical Journal*, 53(1), pp.118-125.
- Park, J. H., Lee, J. S., Lee, J. Y., Gwack, J., Park, J. H., Kim, Y. I., et al. (2009). Disparities Between Persons with and without Disabilities in Their

Participation Rates in Mass Screening. *European Journal of Public Health*, 19(1), pp.85-90.

Shin, J., Moon, S. (2008). Quality of Care and Role of Health Insurance among Non-Elderly Women with Disabilities in the U.S. *Women's Health Issues*, 18(4), pp.238-248.

World Health Organization(WHO) (2006). Constitution of World Health Organization, *Basic Documents*. Forty-fifth Edition, Supplement.

Wright, J., Williams, R., Wilkinson, J. R. (1998). Development and Importance of Health Needs Assessment. *BMJ*, 316(7140), pp.1310-1313.

Zhu, J., Davis, J., Taira, D. A., Yamashita, M. (2006). Screening Rates and Characteristics of Health Plan Members Who Responds to Screening Reminders. *Preventing Chronic Disease*, 3(2).

Determinants of Unmet Healthcare Needs among the Community-dwelling Korean Adults with Disabilities:

A Case of the National Health Insurance Beneficiaries

Shin, Jaeun

(KDI School of Public Policy and Management)

The purpose of this study is to examine determinants of unmet healthcare needs among the community-dwelling Korean adults with disabilities. Needs are defined as subjective demand, the possession of necessary rehabilitation equipment, and health screening service. Logistic regression estimations using data from the 2008 Survey of People with Disabilities find that health-related factors such as prolonged chronic illness and limitations in ADLs and IADLs are statistically significant factors whereas educational level and income are not. Results further show that non-monetary factors such as the presence of informal caregivers, physical mobility, and knowledge of the insurance benefit are important to ensure adequate access to necessary care among people with disabilities.

Keywords: Unmet Healthcare Needs, Adults with Disabilities, the National Health Insurance, Logistic Regression Model