

# 한국 장애인 미충족 의료 현황

최 경 화<sup>1</sup> | 김 미 현<sup>2</sup> | 최 용 준<sup>3</sup> | 조 용 민<sup>2</sup> | 김 미 소<sup>4</sup> | 정 은 혜<sup>4</sup> | 김 정 애<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup> 단국대학교

<sup>2</sup> 서경대학교

<sup>3</sup> 한림대학교

<sup>4</sup> 신한대학교

<sup>5</sup> 건강플러스협동연구소협동조합

\* 교신저자: 김정애 (ds2qzt@gmail.com)

## 초 록

본 연구의 목적은 장애인의 미충족 의료율을 파악하여 비장애인과 비교하고, 장애인이 필요로 할 때 의료서비스를 이용하지 못하는 이유가 비장애인과 어떻게 다른지 검토하는 것이다. 전국단위로 실시하고 있는 국민건강영양조사(1998, 2005, 2007~2018), 지역사회건강조사(2008~2019), 장애인실태조사(2000, 2005, 2008, 2011, 2014, 2017), 노인실태조사(2008, 2011, 2014, 2017), 한국의료패널(2008~2017) 자료를 활용하여 장애 또는 활동제한 여부, 장애인의 장애 유형 및 등급에 따라 연도별 미충족 의료율을 산출하였으며, 장애인과 비장애인의 미충족 의료 이유를 연도별로 산출하였다. 미충족 의료율은 감소하고 있으나, 장애인은 비장애인보다, 중증장애인은 경증장애인보다, 외부신체기능 장애인이 다른 장애인보다, 치과 이용에 대한 미충족 의료율은 병의원보다 높았다. 장애인과 비장애인의 미충족 의료율의 격차는 감소하지 않았으며, 치과 이용에서 병의원보다 그 격차가 더 컸다. 미충족 의료의 가장 큰 이유는 장애인은 경제적 부담, 비장애인은 시간적 제약이었다. 향후 장애인과 비장애인의 미충족 의료율의 격차가 감소하지 않는 이유와 격차 해소를 위한 심층적 연구가 필요하다.

**주요 용어:** 장애인, 미충족 의료, 중증장애인, 치과 미충족 의료

## 알기 쉬운 요약

**이 연구는 왜 했을까?** 장애인은 비장애인에 비해 비만, 고혈압, 당뇨 등 만성질환 유병률이 높고, 만성질환으로 인한 사망도 높은 결과를 보이지만, 보건의료서비스 이용에는 어려움을 겪는다. 전국 단위로 조사하는 자료(국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 장애인실태조사, 한국의료패널, 노인실태조사 등)가 많은데, 이러한 자료에서 의료서비스가 필요할 때 의료서비스를 이용하지 못하는 정도는 장애인과 비장애인에서 어떻게 나타났을까? 그 이유는 장애인과 비장애인이 다를까? 하는 것이 우리의 연구 질문이었다.

**새롭게 밝혀진 내용은?** 의료서비스가 필요할 때 의료서비스를 제대로 이용하지 못하는 경우는 점차적으로 줄어들고 있지만, 여전히 장애인은 비장애인보다 그 정도가 컸다. 장애인은 비용문제와 거동 불편 때문에, 비장애인은 시간이 없어서 의료서비스를 받을 수 없었다. 장애인과 비장애인 모두 치과 의료 이용이 병의원보다 더 어려웠다. 중증장애인이 경증장애인보다, 외부신체기능장애를 가진 장애인이 다른 장애를 가진 사람들보다 의료서비스를 받기 어려웠다.

**앞으로 무엇을 해야 하나?** 향후 장애인과 비장애인의 미충족 의료율의 격차가 감소하지 않는 이유와 격차 해소를 위한 보다 자세한 연구가 필요하다.

이 논문은 2020년도 정부의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초사업연구구사업임(No. 2020R111A1A01062990).

■ 투 고 일: 2021. 02. 21.

■ 수 정 일: 2021. 07. 04.

■ 게재확정일: 2021. 07. 06.

## I. 서론

2017년 장애인실태조사에 따르면 장애인의 만성질환 유병률은 2011년 70.0%, 2014년 75.8%, 2017년 79.3%로 지속적으로 증가하고 있다(한국보건사회연구원, 2018a). 또한, 2017년 국민건강통계에서는 장애인의 고혈압과 당뇨병 유병률은 각각 54.5%와 25.6%로 한국 30세 이상 성인의 고혈압과 당뇨병 유병률인 26.9%(남: 32.3%, 여: 21.3%)와 10.4%(남: 12.4%, 여: 8.4%)에 비해 각각 2.0배, 2.5배 높은 결과를 보였다(보건복지부 질병관리본부, 2018b). 하지만, 충족하지 못한 의료요구가 있는 장애인은 17.0%로(한국보건사회연구원, 2018a), 만 19세 이상 일반 국민의 미충족 의료율 8.8%의 1.9배(보건복지부 질병관리본부, 2018b) 높다는 보고가 있었다. 2016년도 비장애인의 일반건강검진 수검률은 74.1%, 암검진 수검률은 48.9%인 데 반해 장애인의 일반건강검진 수검률은 64.8%, 암검진 수검률은 43.6%로 장애인의 건강검진 수검률도 비장애인보다 낮은 것으로 나타났다(보건복지부, 2019. p.5). 이와 같이 만성질환 유병률이 일반 인구집단에 비해 더 높은 장애인은 다양한 이유로 의료이용이 원활하지 못하여 충족하지 못한 의료요구도 높아 건강 불평등의 상황이 심각함을 알 수 있다.

건강불평등의 대표적인 척도인 미충족 의료에 대한 자료를 파악하기 위해 정부기관에서 전국단위로 수행하고 있는 조사가 많은데, 한국보건사회연구원의 장애인실태조사, 보건복지부 질병관리본부의 국민건강영양조사와 지역사회건강조사, 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단의 한국의료패널 등을 통해 알 수 있지만, 여러 자료를 하나씩 살펴보아야 하며 어느 자료에서 언제부터 어떤 방식으로 수행되고 있는지 파악하기 어려운 실정이다. 또한, 해마다 시행되고 있는 여러 조사에서 장애인과 비장애인의 미충족 의료율의 추이를 파악하는 것도 필요하다.

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에 따른 장애인 건강주치의 제도가 2018~2019년 2년간의 시범사업(보건복지부, 2018)을 거쳐 2020년 2차 시범사업(보건복지부, 2020)이 시행되고 있는 상황에서, 장애인의 특성(중증도 및 유형)에 따른 미충족 의료의 차이뿐 아니라, 장애인이 생각하는 미충족 의료의 이유가 무엇인지를 파악하는 것도 필요하다.

따라서, 본 연구의 목적은 한국에서 실시하고 있는 여러 조

사를 통해 장애인의 미충족 의료율을 파악하고 비장애인과 비교하여 그 이유가 어떻게 다른지 검토하는 것이다.

## II. 이론적 고찰과 선행연구 검토

### 1. 미충족 의료의 정의

미충족 의료란 의료서비스가 필요한 상황임에도 불구하고 필요한 의료서비스를 제대로 공급받지 못하는 상태를 의미하는 것(주재홍 외, 2020)으로, 필요한 의료의 정도 대비 실제 충족되지 않는 정도라고 할 수 있으며, 미충족 의료의 크기는 한 인구집단 중 의료필요가 충족되지 않은 사람의 비율로 표현할 수 있다.

의료필요를 무엇으로 정의하는가에 따라 미충족 의료에 대한 개념 및 측정방법이 달라지기 때문에, 미충족 의료에 대해 이해하는 데 있어 의료필요에 대한 개념 정의가 필요하다. 의료필요는 전통적으로 욕구(want), 필요(need), 수요(demand)의 세 가지로 구분하는데, 의료욕구(want or perceived need)는 한 개인이 신체적 이상을 느끼면서 자신에게 필요하다고 느낀 의료서비스의 정도를 의미하고, 의료필요(need or medically defined need)는 현존하는 의료지식에 근거하여 의료전문가가 판단하기에 그 개인이 의료서비스를 이용할 필요가 있는 정도를 의미하며, 의료수요(demand)는 시장에서 의료서비스를 이용하는 대상자가 실제로 구입한 의료서비스의 이용량을 의미한다(대한예방의학회, 2019, p.951). 의료요구와 의료욕구는 상당 부분 일치하지만 온전하게 같지는 않다.

의료필요의 충족 정도를 파악하기 위해 주체와 그 범위를 결정하는 것은 중요한 문제이다. 먼저 보건 의료서비스의 이용자가 설문조사를 통해 직접 의료적 필요에 대한 충족 여부에 응답하는 미충족 의료에 대한 주관적 인식 평가이다. 이 방법은 의학적 필요 이외에 개인의 증상 민감도에 의해 달라지고, 동일 질병에 대한 동일 처치를 받더라도 충족 정도는 개인에 따라 다를 수 있다는 문제점이 있으나, 의료서비스의 이용자가 직접 미충족 의료를 평가하는 데 의의가 있다. 다음으로 의사가 의료필요 및 충족 정도를 판단하는 경우로 객관성을 담보할 수 있지만, 이용자의 인식과 일치하지 않을 가능성이 있다.

일반적으로 필요한 의료서비스에 대한 충족 여부 판단은

의료서비스가 필요한 사람에 의해 측정되고 평가될 수 있고, 보건의료영역의 연구와 실천이 기존의 전문가 중심 관점에서 사람 중심의 관점(people-centered healthcare)으로 전환하고 있는 흐름에 부합하기 때문에(박유경 외, 2020, p.38), 미충족 의료에 대한 측정방법 중 이용자가 주관적으로 직접 평가하는 설문이 가장 널리 활용된다(김교성, 이현옥, 2012; 김소애 외, 2019, p.56). 본 연구에서는 의료 이용자가 설문조사를 통해 응답한 미충족 의료에 대한 주관적 인식으로 정의한다. “최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답한 경우를 미충족 의료 상태인 것으로 정의하였다.

## 2. 미충족 의료 정도

필요로 하는 의료서비스가 원하는 시기에 적절하게 제공되면 신체 건강이 나빠지는 것을 예방하고 우울감이 낮아지는 등 정서적 안정감을 찾을 수 있으며(박금령, 최병호, 2018, p.42), 필요한 의료서비스를 충분하게 공급받지 못한다고 인식하는 것만으로도 건강에 부정적으로 작용할 수 있다(김소애 외, 2019, p.55)는 결과를 고려할 때 미충족 의료 정도를 파악하는 것은 매우 중요하다.

한국의 전국적 조사 자료인 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 한국의료패널, 한국복지패널조사 등을 활용하여 미충족 의료율을 산출한 기존연구들은 다음과 같다.

국민건강영양조사 자료를 활용한 연구에서 2018년 미충족 의료율은 7.8%(주재홍 외, 2020, p.121)이었으며, 2017년 1인 가구의 미충족 의료율은 여성 17.3%로 남성의 13.5%보다 높게 나타났으나 뚜렷한 차이를 보이지는 않았다(채현주, 김미중, 2020, p.96). 지역사회건강조사 자료를 활용한 연구에서 2018년 미충족 의료율은 8.8%(주재홍 외, 2020, p.121)였다. 한국의료패널 자료를 활용한 연구에서 2009년부터 2013년까지 미충족 의료율은 2009년 22.1%, 2011년 15.9%, 2012년 16.4%, 2013년 18.1%로 감소하다가 다시 증가하는 추세를 보였으며(김은수, 은상준, 2020, p.232), 2016년 미충족 의료율은 10.8%(주재홍 외, 2020, p.121)로 시간이 지날수록 결국에는 감소하는 경향을 보인다고 할 수 있다. 건강보험가입자 10.03%, 의료급여수급자 21.59%, 차상위 계층 22.64%로 차상위 계층의 미충족률이 가장 높은 결과를 보였다(김태현, 2020, p.31). 국민건강영양조사, 지역사회건강조

사, 한국의료패널, 한국복지패널조사 등 4개의 국가적 자료원을 활용하여 미충족 의료 경험률을 추산한 연구에 따르면, 저소득층이 고소득층에 비해, 고령층이 젊은층에 비해 상대적으로 높은 미충족 의료율을 보였다(주재홍 외, 2020, p.123).

## 3. 미충족 의료 이유

소비자의 의료 요구가 충족되지 못한 이유를 이해하는 것은 미충족 의료 해결하는 데 있어 매우 중요하다. 선행연구에서 미충족 의료의 발생요인을 가용성(availability), 접근성(accessibility), 수용성(acceptability)의 측면에서 제시하였다(Chen & Hou, 2002; 김소애, 2019, pp.72-74). 가용성의 요인은 병원에서 오래 기다려야 하거나 거주지역에 이용할 수 있는 의료자원이 불충분하여 이용 가능한 서비스가 제공되지 않는 경우를 말하며, 접근성의 요인은 의료비용 지불 능력 부족 등의 경제적 측면과 의료기관까지 이동수단이 적절치 않거나 교통 불편 등의 물리적 측면에서의 접근이 어려움을 말한다. 수용성의 요인은 의료서비스에 대한 수용력이 낮은 것을 말하는데, 환자가 건강문제의 심각성을 느끼지 못함, 의료기관 및 질환에 대한 정보의 부족, 의사에 대한 반감이나 진료에 대한 두려움 등을 말한다(채현주, 김미중, 2020, p.96; 김소애, 2019, pp.72-74).

한국 미충족 의료에 대한 체계적 문헌고찰 연구에서는, 최근 1년간 의료서비스 이용을 하고 싶을 때 이용하지 못한 ‘일반적 의미의 미충족 의료’, ‘경제적 요인에 의한 미충족 의료’, ‘시간적 요인에 의한 미충족 의료’ 영향요인을 다음과 같이 기술하고 있다. 여성은 가사와 육아로 인해, 연령이 낮을수록, 소득수준이 높은 경우, 직업이 있거나 경제활동을 하는 경우, 일반적 의미와 시간적 요인에 의한 미충족 의료 경험이 높았다. 높은 연령, 낮은 교육수준, 무 배우자, 저소득 집단, 수도권 및 도시 거주자, 지역의료보험 가입자와 의료급여 대상자, 민간보험 미가입자, 만성질환이나 우울감이 있는 경우, 활동제한이 있는 경우, 주관적 건강상태가 나쁜 경우에는 일반적 의미, 경제적 요인 및 시간적 요인에 의한 미충족 의료 모두 높은 결과를 보였다. 하지만, 지역변수의 영향은 일관되지 않았는데, 의료자원이 적은 농촌지역이 의료자원이 많은 도시지역보다 미충족 의료율이 높을 것이라는 일반적인 상식과 반대 결과를 보였다(김소애, 2019, pp.72-74).

2011년 장애인실태조사 자료를 활용하여 기초생활수급 해

당 장애인의 미충족 의료 이유를 분석한 결과 미충족 의료 이유는 경제적 이유가 가장 높았다. 남성, 40~64세, 도시지역, 높은 교육수준, 주관적 건강 상태가 나쁜 군, 일상생활을 자립으로 가능한 군, 경증장애인, 혼자 외출 가능한 군에서는 경제적 이유로 인한 미충족 의료료가 높았고, 도시외 지역 거주, 교육수준이 초졸이하, 주관적 건강상태가 좋은 군, 일상생활에 도움이 필요한 군, 중증장애인, 혼자 외출이 불가능한 군은 교통편 불편으로 인한 미충족 의료료가 높았다. 또한, 병의원에 가지 못한 필수 진료서비스의 미충족 의료료를 경험할 확률은 정신장애군에 비해 신체장애군이 약 1.8배, 본인의 건강상태를 좋게 인지하는 군에 비해 나쁘게 인지하는 군이 약 2.6배 높은 결과를 보였으나, 연령, 일상생활 도움, 혼자 외출 가능 여부, 외부활동 불편, 교통수단이용 불편 등의 변인은 유의한 차이를 보이지 않았다(김현희, 황지영, 박일수, 2016, p.20-22). 지체장애 및 뇌병변장애가 있는 만 20~64세 성인에서, 주관적 건강상태를 나쁘게 인지한 집단과 신체기능 장애를 가진 집단이 그 반대의 경우에 비해 높은 비율로 미충족 의료료를 경험하는 결과를 보였다. 장애인을 위한 편의시설이 부족하여 외출하기 어려운 경우에는 경제적인 이유와 교통 불편 때문에 미충족 의료료를 경험하였다. 특히 외출 시 동반할 사람이 없는 경우 '교통 불편으로 인한 미충족 의료료', 독거, 임시직 및 일용직인 경우 예약의 어려움, 진료 대기시간 등과 같은 '시간적 제약으로 미충족 의료료'를 경험할 가능성이 높은 것으로 드러났다(전보영, 권순만, 2015, p.163).

### III. 방법

#### 1. 연구자료

본 연구는 현재 한국에서 실시되고 있는 전국단위의 모든 조사 중 장애 여부와 미충족 의료요구에 대한 조사를 시행한 질병관리본부의 국민건강영양조사(1998, 2005, 2007~2018)와 지역사회건강조사(2008~2019), 한국보건사회연구원의 장애인실태조사(2000, 2005, 2008, 2011, 2014, 2017)와 노인실태조사(2008, 2011, 2014, 2017), 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단의 한국의료패널(2008~2017) 자료를 활용하였다. 국민건강영양조사는 1998년과 2005년에 실시되었다

가 2007년부터 한국 국민의 건강 수준을 파악하기 위해 전국 단위로 해마다 시행되고 있는 대표적인 조사이다(보건복지부 질병관리본부, 2018a). 지역사회건강조사는 시·군·구 단위로 2008년부터 해마다 시행되고 있는 조사로 지역 단위의 건강 수준을 살펴볼 수 있는 자료이다(보건복지부 질병관리본부, 2018c). 장애인실태조사는 장애인의 건강 수준과 복지실태를 파악하고자 시행하고 있는 조사로 2000년에 처음 시행되었는데 2005년부터 3년마다 실시되고 있다(한국보건사회연구원, 2018a). 이 장애인실태조사는 장애인의 건강 수준을 대표할 수 있는 조사라고 할 수 있다. 노인실태조사는 노인 인구가 증가함에 따라 노인들의 삶의 질 향상을 위한 정책개발을 위한 조사인데 2008년부터 3년마다 실시되고 있으며(한국보건사회연구원, 2018b), 한국의료패널조사는 국민의 보건 의료서비스 이용과 이에 따른 비용지출을 지속적으로 관찰함으로써 정책수행의 기초정보를 제공하기 위해 실시하는 조사로 2008년부터 해마다 시행하고 있다(한국보건사회연구원, 국민건강보험공단, 2018). 본 연구는 단국대학교 연구윤리심의위원회의 승인을 받아 진행하였다(DKU IRB No. 2020-07-039).

#### 2. 주요변수

본 연구에서 사용된 항목인 장애 및 미충족 의료 여부에 관한 설문 문항은 조사별 연도별로 <표 1>에 자세히 기술되어 있다(표 1).

#### 가. 장애인 등록 여부 및 활동 제한 유무

국민건강영양조사에서는 1998년과 2005년도 조사에서 장애인 등록 여부, 장애유형 및 장애등급에 대한 변수가 있으나, 2007년부터 2018년까지는 장애와 관련된 질문은 하지 않고 활동제한이 있는지 조사하는 설문만 있다. 또한, 2013년에 장애인 등록 여부 및 장애 관련 변수가 있으나 공개하고 있지 않다. 지역사회건강조사는 장애에 관련된 조사는 하지 않고 활동제한에 관련된 조사만 수행되었다. 장애인실태조사와 한국의료패널은 장애인 등록 여부, 장애유형 및 장애등급까지 자세히 조사되었다. 노인실태조사는 2014년을 제외하고 장애인 등록 여부, 장애유형 및 장애등급을 조사하였다(표 1).

표 1. 조사별 장애 및 미충족 의료 유무에 대한 설문 문항

자료원	연도	장애인 등록 여부/활동제한 있음	미충족 의료		
			병의원	치과	
국민건강영양조사 <sup>a</sup>	1998	장기활동제한 주요활동 제한원인(장애) 활동제한의 원인(장애)	-	-	
	2005	활동제한 여부	지난 1년간 미치료 혹은 치료지연(병의원/치과 구분 안 함)		
		장애인 등록 여부			
		장애 유형			
	2007~2009	장애 등급	지난 1년간 미치료 혹은 치료지연	지난 1년간 미치료 혹은 치료지연	
2010~2015	활동제한 여부	지난 1년간 미치료 혹은 치료지연	지난 1년간 미치료 혹은 치료지연		
2016~2018	현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받고 계십니까?	최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	최근 1년 동안 치과진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있습니까?		
			[만 1세 이상] 최근 1년 동안, 본인이 치과진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?		
지역사회건강조사	2008~2009		최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 미포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	귀하께서는 최근 1년 동안, 치과진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있습니까?	
	2010	일상활동(예: 일, 공부, 가사일, 가족 또는 여가 활동), 나는 일상활동을 할 수가 없다	최근 1년 동안 본인이 병의원(치과포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	최근 1년 동안 본인이 치과진료가 필요하다고 생각하였으나, 가지 못한 적이 있습니까?	
	2011~2018		최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 미포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	최근 1년 동안 치과진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있습니까?	
	2019		최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?	최근 1년 동안 본인이 치과진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?	
장애인 실태조사	2000, 2005	장애인 등록 여부 주된 장애 유형 장애 등급	-	-	
	2008	주된 장애 유형 장애 등급	최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	-	
	2011	장애인 등록 여부 주된 장애 유형 장애 등급	최근 1년간(2010.6.~2011.5.) 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	-	
		2014	장애인 등록 여부 주된 장애 유형 장애 등급	최근 1년간(2013.9.~2014.8.) 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	최근 1년간(2013.9.~2014.8.) 본인이 치과치료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있습니까?
	2017	장애인 등록 여부 주된 장애 유형 장애 등급	최근 1년간(2016.9.~2017.8.) 본인이 의료기관에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?		
	노인실태조사 <sup>b</sup>	2008	장애판정 유무 장애 유형	-	-
		2011	등록장애인 여부	-	-
2014		-	지난 1년간 병의원 진료 못 받은 경험	지난 1년간 치과 진료 못 받은 경험	
2017		장애등급 신청 여부 주된 장애유형과 등급 주된 등급	지난 1년간 병의원 진료 못 받은 경험	지난 1년간 치과 진료 못 받은 경험	

표 1. 계속

자료원	연도	장애인 등록 여부/활동제한 있음	미충족 의료	
			병의원	치과
	2008	OOO(가구원 이름)님께서 어떠한 유형으로 장애등급을 판정받으셨습니까?	-	-
		OOO(가구원 이름)님께서 혹시 장애등급을 판정받으셨다면 몇 급이십니까?		
	2009	OOO(가구원 이름)님께서 어떠한 유형으로 장애등급을 판정받으셨습니까?	지난 1년간, 병의원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까? (치과치료, 치과검사 제외)	지난 1년간, 필요한 치과치료나 검사를 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?
		OOO(가구원 이름)님께서 혹시 장애등급을 판정받으셨다면 몇 급이십니까?		
한국의료패널조사	2010	OOO(가구원 이름)님께서는 혹시 장애등급을 판정받으셨습니까?		
		OOO(가구원 이름)님께서 어떠한 유형으로 장애등급을 판정받으셨습니까? 판정받으신 장애등급은 몇 급에 해당되십니까?	-	-
	2011~2017	OOO(가구원 이름)님께서는 혹시 장애등급을 판정받으셨습니까?	지난 1년간, 병의원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까? (치과치료, 치과검사 제외)	지난 1년간, 필요한 치과치료나 검사를 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?
		OOO(가구원 이름)님께서 어떠한 유형으로 장애등급을 판정받으셨습니까? 판정받으신 장애등급은 몇 급에 해당되십니까?		

<sup>a</sup>2001년 조사에서 장애인(또는 활동제한)여부와 미충족 의료에 대한 조사를 실시하지 않음

<sup>b</sup>1994, 1998, 2004년 조사에서 장애인(또는 활동제한)여부와 미충족 의료에 대한 조사를 실시하지 않음

## 나. 미충족 의료

본 연구에서는 “최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?” 또는 “최근 1년 동안 치과진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있습니까?”라는 문항에 “예”라고 응답한 경우를 미충족 의료라고 정의하였다. 미충족 의료에 대한 조사는 병의원과 치과를 구분하지 않고 조사한 경우(국민건강영양조사 2005, 장애인실태조사 2017, 지역사회건강조사 2010)와 이를 구분하여 각각 조사한 경우(국민건강영양조사 2007~2018; 지역사회건강조사 2008~2009, 2011~2019; 장애인실태조사 2014; 노인실태조사 2014, 2017; 한국의료패널 2009, 2011~2017)가 있었다. 장애인실태조사 2008년과 2011년에는 병의원의 미

충족 의료만을 조사하였다(표 1).

## 다. 미충족 의료 이유

미충족 의료 이유는 장애인과 비장애인을 확실하게 구분하여 정의한 조사인 한국의료패널(2009, 2011~2017)을 활용하여 분석하였다. 장애인실태조사의 미충족 의료 이유는 연도별 선택 범주가 달라져서 분석에서 제외하였다. 미충족 의료 이유는 경제적 이유, 교통 불편, 거동 불편, 가벼운 증상, 양육, 정보 부족, 시간 제약, 예약 불편, 주치의 부재, 기타(두려워서, 장애인 편의시설 설치 미비, 의사소통의 어려움, 의료진의 장애 이해 부족, 직장 때문에, 오랜 기다림, 동행할 사람 없음)로 구분하였다.

### 3. 통계분석

미충족 의료율은 조사별 연도별 병의원 또는 치과의 진료가 필요한데 치료받을 수 없었다고 응답한 대상자의 수를 전체 응답자 수로 나누어 산출하였다. 연령군(19세 미만, 19~44세, 45~64세, 65세 이상)으로 층화하여 조사별 연도별 병의원 또는 치과의 미충족 의료율을 각각 산출하였다. 미충족 의료의 이유는 미충족 의료가 있다고 응답한 대상에 한정하여 산출하였다. 장애인과 비장애인의 미충족의료가 연도별로 나와 있는 한국의료패널조사만을 활용하여 연령군을 생애주기 연령군(19~44세, 45~64세, 65세 이상)으로 구분하여 연령군별 미충족 의료율을 산출하였다. 모든 통계분석은 SPSS Version 18.0을 활용하여 산출하였다.

## IV. 결과

〈표 2〉는 조사별 연도별 활동제한(또는 장애) 여부별 병의원 및 치과 미충족 의료율을 정리한 표이다. 국민건강영양조사의 활동제한율은 2010년 이전에는 14~16%였다가 2010년 9.7%로 감소하기 시작하여 2017년에는 7.5%였다. 국민건강영양조사 활동제한군의 병의원 미충족률은 2012년까지 30% 정도였으나 그 후 점차 감소하는 추세를 보였고, 치과 미충족률은 30%가 넘었다. 지역사회건강조사는 활동제한율이 1% 정도였으며 활동제한군의 병의원 및 치과 미충족률은 조사 초기에 약 40%였다가 감소추세를 보여주었다. 한국의료패널조사의 장애인은 6~7%였으며, 병의원 미충족률은 감소하였으나(2009: 22.4%, 2017: 15.4%) 치과 미충족률은 감소하지 않았다. 장애인실태조사는 2008, 2011, 2014년 시행되었고 연간 약 6,000~7,000명씩 조사되었는데, 병의원 미충족률은 약 20% 정도로 감소하지 않았으며, 치과 미충족률은 이보다 높은 25.8%였다.

〔그림 1〕은 조사별 장애인과 비장애인의 병의원 및 치과 미충족 의료율을 연도별로 보여준 그래프이다. 치과의 미충족 의료율이 병의원의 미충족 의료율보다 더 높고, 이는 최근 들어 점점 감소하는 추이를 보여주고 있다. 장애인과 활동제한군이 비장애인과 활동제한이 없는 군보다 더 높은 미충족 의료율을 보여주고 있다. 국민건강영양조사와 지역사회건강조사의 활동 제한군에서 장애인보다 더 높은 미충족 의료율을

보여주고 있으며 노인장애인은 한국의료패널 및 장애인실태조사 대상 장애인보다 더 낮은 미충족 의료율을 보여주고 있다(그림 1).

〔그림 2〕는 한국의료패널조사에서의 장애인과 비장애인의 연령군별 미충족률을 연도별로 보여준 그래프이다. 19~44세 군에서는 비장애인과 장애인의 격차가 크지 않았다. 45~64세 장애인은 65세 이상 장애인과 비슷한 수준의 미충족률을 보여주고 있었으며, 특히 치과의 미충족률이 높음을 확인할 수 있었다.

〔그림 3〕은 조사별로 장애인과 비장애인의 연도별 미충족 의료율의 격차를 보여준 그래프이다. 한국의료패널조사 결과, 장애인과 비장애인 비교에서는 치과 이용에서 병의원 이용보다 미충족 의료율의 격차가 더 큰 결과를 보여주고 있다. 병의원 및 치과 미충족 의료율 격차는 2011년부터 2014년까지 변이는 있지만 증가하는 추세였으나, 2015년 이후에는 모두 감소하는 추세를 보여주고 있다. 활동제한군과 활동제한이 없는 군의 비교에서는 국민건강영양조사는 2016년까지(2013년 제외), 지역사회건강조사는 2018년까지(2009년 제외) 병의원 이용이 치과 이용보다 미충족 의료율의 격차가 더 컸으나, 국민건강영양조사에서만 2016년 이후 치과 이용이 병의원보다 미충족 의료율의 격차가 더 큰 결과를 보여주고 있다. 국민건강영양조사와 지역사회건강조사에서 병의원 이용 미충족 의료율의 두 군간 격차는 점차 감소하고 있으나, 치과 이용 미충족 의료율의 두 군간의 격차는 조사시기에 따라 차이가 있으나 커지고 있다(그림 3).

〔그림 4〕는 조사별 장애인의 장애 유형과 등급별 미충족 의료율을 연도별로 보여준 그래프이다. 병의원 이용에서는 외부신체기능장애의 경우 다른 장애보다 더 높은 미충족 의료율을 보여주고 있지만, 치과 이용에서는 내부기관장애가 외부신체기능장애와 비슷한 미충족 의료율을 보여주고 있다. 한국의료패널과 장애인실태조사에서는 병의원 및 치과 이용 모두에서 중증장애인(1~3급)이 경증장애인(4~6등급)보다 더 높은 미충족 의료율을 보여주고 있으나, 2017년 노인실태조사 결과 병의원 이용에 있어 경증장애인(4~6등급)이 오히려 중증장애인(1~3급)보다 더 높은 미충족 의료율을 보여주고 있다(그림 4).

〔그림 5〕는 장애인과 비장애인의 병의원 및 치과 미충족 의료 이유를 보여주고 있는 그래프이다. 병의원을 이용할 때 비장애인의 미충족 의료 이유가 시간 제약 때문인 반면, 장애인의 미충족 의료요구는 경제적 이유가 가장 높았다. 장애인의

미충족 의료요구의 이유의 두번째 이유는 거동불편이었다. 기 타사항을 살펴보면 활동보조인이 필요하다는 의견이 많았다. 그에 반해 치과를 이용할 때는 장애인과 비장애인 모두 경제적 이유가 가장 높았다.

표 2. 조사별 연도별 활동 제한 및 장애등록 여부에 따른 참여 인원 및 미충족 의료요구율 분포

조사구분	조사 연도	활동제한/장애 여부	참여인원(명)		미충족 의료요구(있음)				참여인원(명)		미충족 의료요구(있음)			
					병의원		치과				병의원		치과	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
			국민건강영양조사						지역사회건강조사					
활동제한 여부	2007	없음	3,533	85.4	545	15.4	1,092	30.9	-	-	-	-	-	-
		있음	606	14.6	213	35.1	274	45.2	-	-	-	-	-	-
	2008	없음	7,775	83.9	1,332	17.1	2,735	35.2	217,727	98.9	31,424	14.4	50,499	23.2
		있음	1,489	16.1	562	37.7	691	46.4	2,458	1.1	1,049	42.7	916	37.3
	2009	없음	8,557	85.5	1,524	17.8	3,268	38.2	268,295	99.1	31,638	11.8	58,571	21.8
		있음	1,453	14.5	568	39.1	738	50.8	2,341	0.9	821	35.1	1,066	45.5
	2010	없음	7,553	90.3	1,100	14.6	2,438	32.3	-	-	-	-	-	-
		있음	814	9.7	258	31.7	328	40.3	-	-	-	-	-	-
	2011	없음	7,117	90.7	971	13.6	2,171	30.5	226,812	99.0	31,566	13.9	52,096	23.0
		있음	733	9.3	237	32.3	305	41.6	2,398	1.0	822	34.3	949	39.6
	2012	없음	6,653	92.3	852	12.8	1,970	29.6	226,716	99.0	26,894	11.9	52,013	22.9
		있음	558	7.7	184	33.0	236	42.3	2,197	1.0	766	34.9	797	36.3
	2013	없음	6,605	92.8	643	9.7	1,618	24.5	226,426	99.0	31,012	13.7	50,707	22.4
		있음	509	7.2	136	26.7	221	43.4	2,353	1.0	785	33.4	872	37.1
	2014	없음	6,055	93.4	558	9.2	1,532	25.3	226,223	98.9	26,525	11.7	51,633	22.8
		있음	428	6.6	119	27.8	171	40.0	2,486	1.1	716	28.8	895	36.0
	2015	없음	5,967	92.7	562	9.4	1,531	25.7	226,414	99.1	26,480	11.7	49,395	21.8
		있음	470	7.3	134	28.5	183	38.9	2,140	0.9	673	31.4	785	36.7
	2016	없음	6,958	92.8	484	7.0	1,450	20.8	225,965	98.9	25,855	11.4	48,176	21.3
		있음	541	7.2	114	21.1	222	41.0	2,484	1.1	669	26.9	836	33.7
2017	없음	6,795	92.5	493	7.3	1,396	20.5	226,183	99.0	23,279	10.3	41,970	18.6	
	있음	552	7.5	101	18.3	223	40.4	2,197	1.0	607	27.6	705	32.1	
2018	없음	6,911	93.6	460	6.7	1,461	21.1	225,753	98.9	19,813	8.8	38,639	17.1	
	있음	476	6.4	90	18.9	184	38.7	2,583	1.1	637	24.7	798	30.9	
2019	없음	-	-	-	-	-	-	227,001	99.1	12,547	5.5	32,495	14.3	
	있음	-	-	-	-	-	-	2,097	0.9	411	19.6	614	29.3	
			한국의료패널						장애인실태조사					
장애 등록 여부	2008	아니오	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		예	-	-	-	-	-	-	7,000	100.0	1,374	19.6	-	-
	2009	아니오	13,007	94.1	2,417	18.6	2,740	21.1	-	-	-	-	-	-
		예	814	5.9	182	22.4	203	24.9	-	-	-	-	-	-
	2011	아니오	11,776	92.8	1,674	14.2	1,981	16.8	-	-	-	-	-	-
		예	908	7.2	159	17.5	199	21.9	6,010	100.0	1,092	18.2	-	-
	2012	아니오	11,083	92.8	1,643	14.8	1,963	17.7	-	-	-	-	-	-
		예	864	7.2	196	22.7	250	28.9	-	-	-	-	-	-
	2013	아니오	10,485	92.7	1,717	16.4	2,095	20.0	-	-	-	-	-	-
		예	830	7.3	179	21.6	236	28.4	-	-	-	-	-	-
	2014	아니오	13,762	92.9	1,655	12.0	2,174	15.8	-	-	-	-	-	-
		예	1,053	7.1	225	21.4	294	27.9	6,824	100.0	1,252	18.3	1,763	25.8
	2015	아니오	13,103	92.9	1,721	13.1	2,094	16.0	-	-	-	-	-	-
		예	996	7.1	204	20.5	257	25.8	-	-	-	-	-	-
	2016	아니오	12,544	92.8	1,320	10.5	1,619	12.9	-	-	-	-	-	-
		예	979	7.2	173	17.7	223	22.8	-	-	-	-	-	-
	2017	아니오	12,459	92.6	1,276	10.2	1,541	12.4	-	-	-	-	-	-
		예	1,001	7.4	154	15.4	206	20.6	-	-	-	-	-	-



그림 1. 조사별 장애인과 비장애인의 병원 및 치과 미충족 의료를 연도별 추이. 한국의료패널, 노인실태조사: 장애인과 비장애인; 국민건강영양조사와 지역사회건강조사: 활동제한 있음과 없음

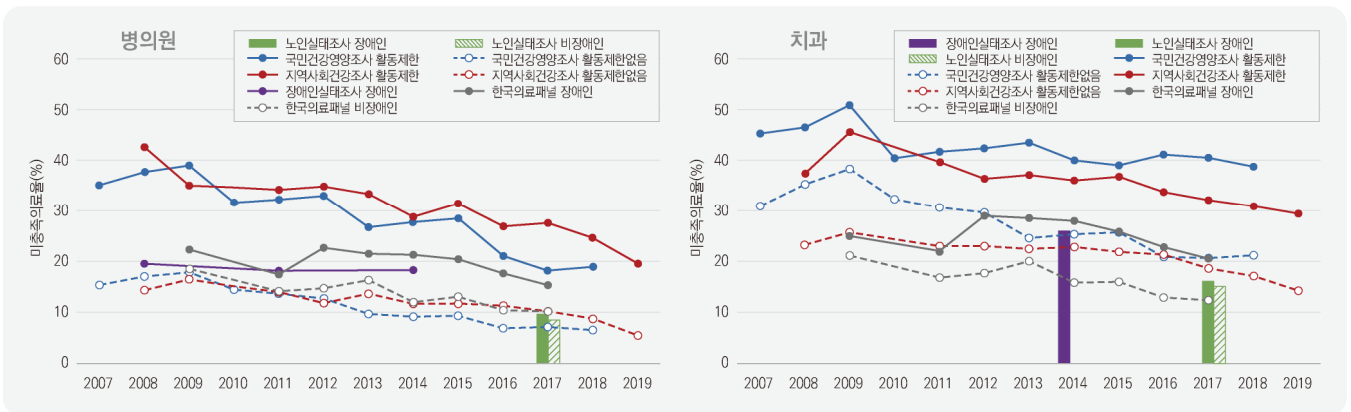


그림 2. 장애인과 비장애인의 연령군별 병원 및 치과 미충족 의료를 연도별 추이-한국의료패널조사(2009~2017)

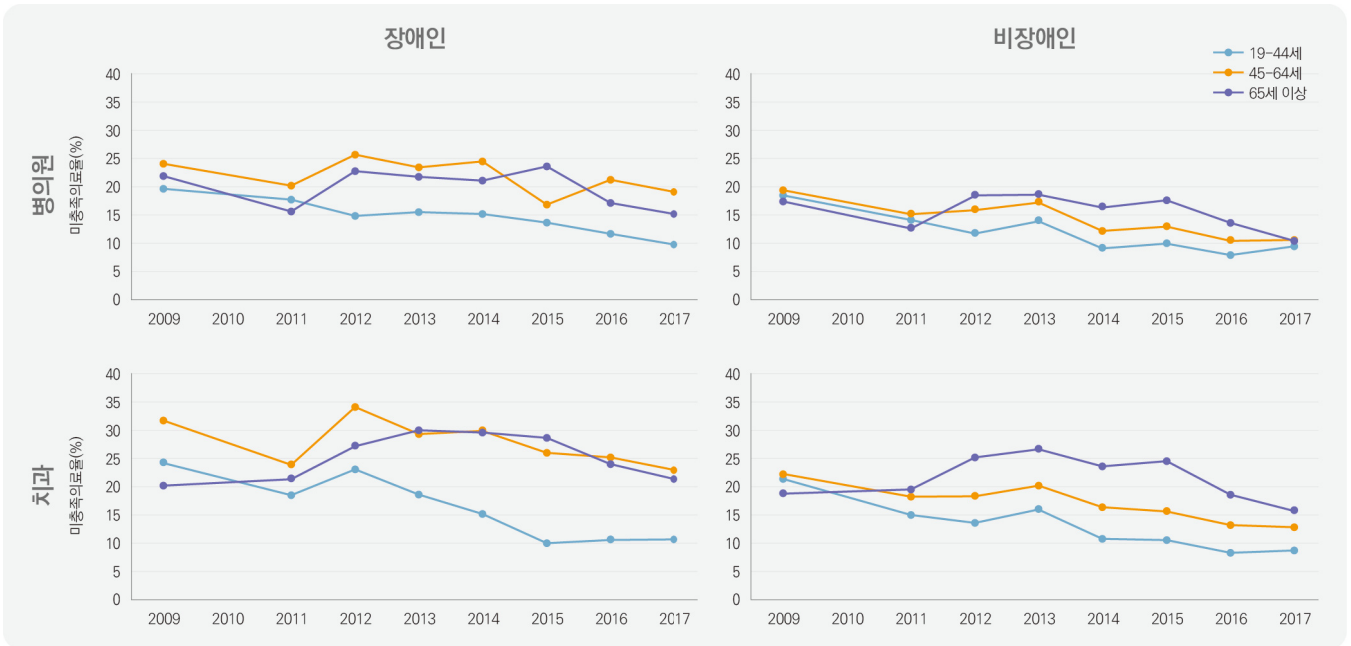


그림 3. 장애인과 비장애인의 병원 및 치과 미충족 의료를 연도별 격차. 한국의료패널: 장애인과 비장애인; 국민건강영양조사와 지역사회건강조사: 활동제한 있음과 없음

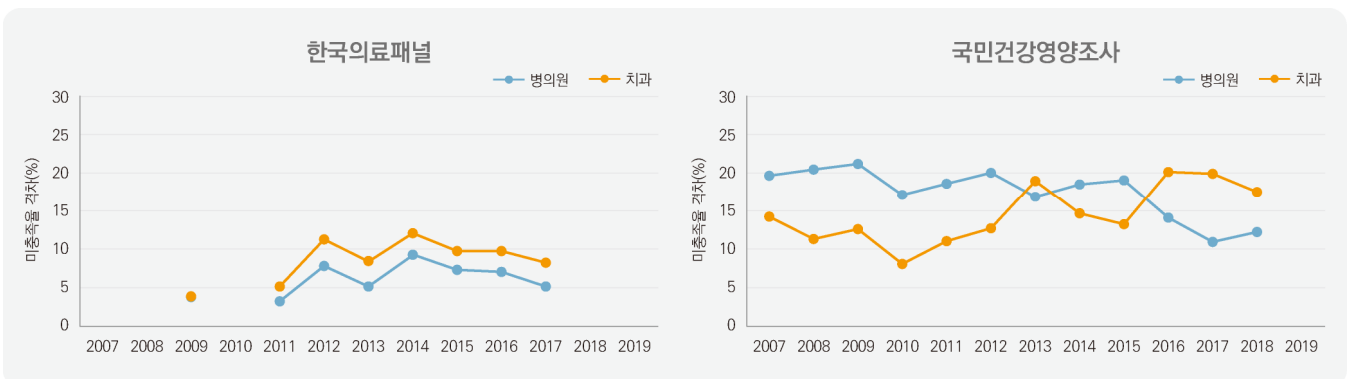


그림 3. 계속

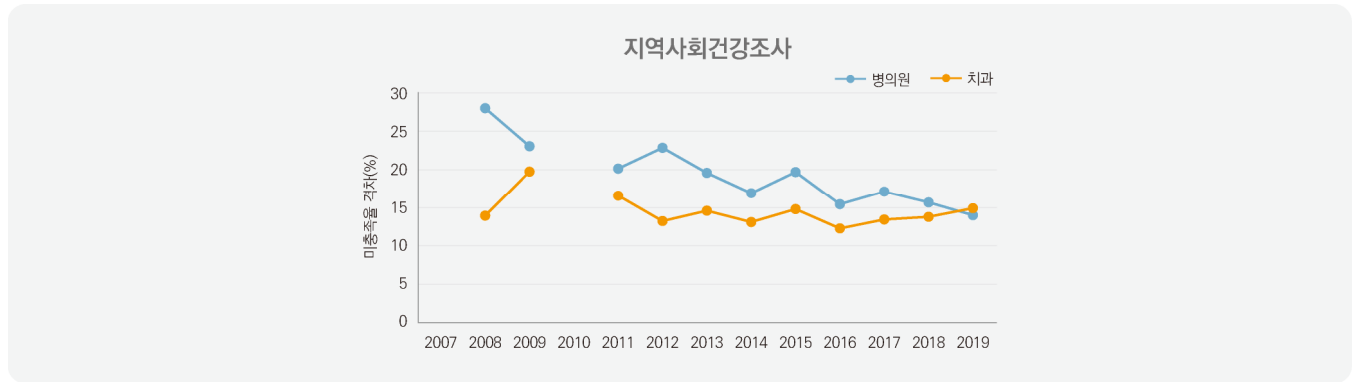
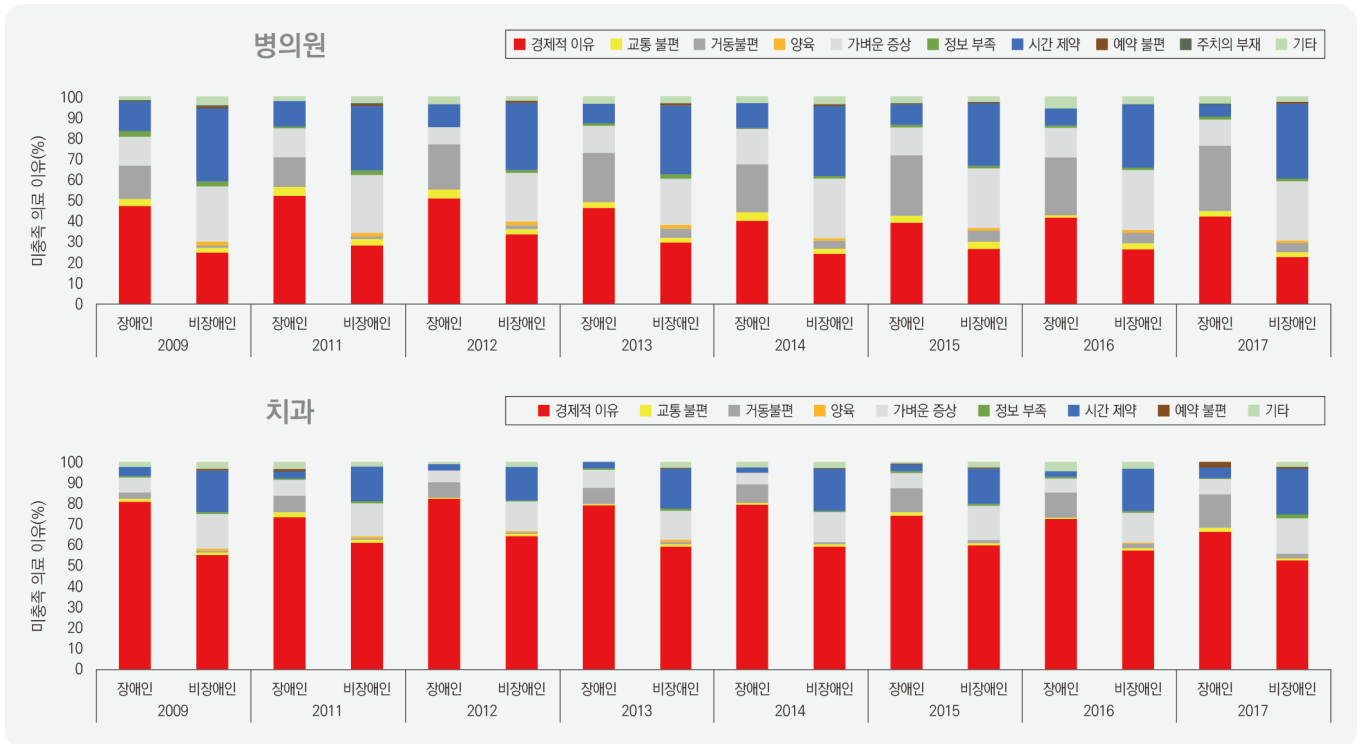


그림 4. 조사별 장애인의 장애 유형과 등급별 병원 및 치과 미충족 의료율 연도별 추이



그림 5. 장애인과 비장애인의 병원 및 치과 미충족 의료 이유, 한국의료패널조사(2009~2017)



## V. 논의

본 연구는 한국에서 국가적으로 실시하고 있는 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 한국의료패널, 장애인실태조사 및 노인실태조사를 통해 장애인 및 활동제한군의 미충족 의료 정도를 파악하고 비장애인 및 활동제한이 없는 군과 비교하여 그 이유가 어떻게 다른지 검토하기 위해 기술통계분석을 시행하였다. 미충족 의료에 대한 연구가 꾸준히 진행되고 있고, 건강취약계층 중에서는 노인에 대한 미충족 의료에 관한 연구가 활발하지만 장애인의 미충족 의료에 관한 연구는 부족한 실정이다. 본 연구의 주요 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 장애인, 비장애인 모두에서 병원 및 치과 진료서비스에 대한 미충족 의료율은 감소하고 있으나, 여전히 장애인은 비장애인보다 미충족 의료율이 더 높았다. 또한, 중증장애인은 경증장애인보다 미충족 의료율이 더 높았으며, 외부신체 기능장애의 경우 다른 유형의 장애보다 미충족 의료율이 더 높았다. 이는 장애인은 비장애인에 비해 장애와 관련한 건강 문제뿐 아니라 비만(31.5% vs. 40.4%), 고혈압(28.9% vs. 42.9%), 당뇨(11.1% vs. 19.1%) 등 만성질환 유병률이 높음에도(한국장애인개발원, 2019, p.13), 필요한 의료서비스에

대한 접근이 더 제한받고 있음을 의미한다. 의료서비스가 필요할 때, 본인이 원하는 의료서비스를 본인이 원하는 만큼 충분히 공급받지 못한다는 인식만으로도 건강에 부정적으로 작용할 수 있다(김소애 외, 2019, p.55)는 결과를 고려할 때, 미충족 의료는 장애인의 만성질환으로 인한 사망이 비장애인 대비 악성신생물(암) 3.8배, 뇌혈관질환 7.6배, 심장질환 5.0배, 당뇨병 7.8배, 고혈압성 질환 4.9배 더 높은 결과와도 관련이 있음을 추정해 볼 수 있다. 본 연구에서 중증장애인은 경증장애인보다 미충족 의료율이 더 높았는데 이는 중증장애인이 경증장애인보다 활동이 더 어려워 접근성이 더 떨어지기 때문으로 보인다. 이와 같은 맥락으로 외부신체기능장애의 경우 다른 유형의 장애보다 미충족 의료율이 더 높았다. 이와 같은 결과는 장애인실태조사 보고서 결과(한국보건사회연구원, 2018a)와 국민건강영양조사를 활용한 기존 연구결과(황흥구, 정현식, 2017, p.222)와 동일하다. 이렇듯, 장애인 중에서도 미충족 의료율이 더욱 높은 특성을 가진 장애인이 존재한다. 높은 장애인 미충족률을 감소시키기 위한 구체적인 방안을 모색하기 위해 장애인과 비장애인, 중증장애인과 경증장애인의 미충족 의료율의 비교 연구를 넘어, 장애의 유형별, 연령군, 장애 보유 기간, 장애취득 연령 등의 장애특성별 미충족

의료율을 비교하여 분석하는 연구가 필요하다고 판단된다.

**둘째, 45~64세 장애인이 65세 이상 장애인과 비슷하게 높은 미충족 의료율을 보였다.** 비장애인에서는 45~64세인 경우 19~44세와 65세 이상군 중간 수준의 미충족 의료율을 보였으나, 장애인에서는 45~64세군에서 65세 이상군과 비슷하게 높은 미충족 의료율을 보였다. 이러한 결과는 한국의료패널 4~11차 자료를 가중치를 부여하여 장애인과 비장애인의 미충족 의료 정도를 18~64세, 65세 이상 연령별로 나누어 분석한 연구의 결과(김수진, 2021. p.52-53), 비장애인은 65세 이상 인구에서 미충족 의료율이 높았으나, 장애인의 경우 2012년과 2018년은 오히려 18~64세에서 더 높은 미충족 의료율을 보이기도 하는 등 본 연구와 유사한 양상을 보인다. 본 연구에서 장애인의 미충족 의료이유 중 가장 큰 이유는 경제적 문제였고, 장애인에 대한 대표적인 실태조사(한국보건사회연구원, 2018a, p.229)에서도 동일하게 경제적 이유가 첫 번째로 많은 이유인 것에 비추어보면, 일반 인구집단이 노인이 되면서 경제적 문제를 겪는 것에 비해 장애인은 좀 더 일찍 경제적 어려움을 겪는 것으로 추정해볼 수 있다. 장애인 연령별 취업 현황을 살펴보면, 경제활동 참가율은 30~39세가 60.6%로 가장 높고 40~49세 59.8, 50~64세 54.0%로 점차 감소하다 65세 이상에서 22.1%로 급격히 감소하는 양상을 보이는 것(한국보건사회연구원, 2018a, p.22)과 관련 있을 것으로 판단된다.

**셋째, 국민건강영양조사와 지역사회건강조사 활동제한군의 미충족 의료율이 한국의료패널과 장애인실태조사 장애인의 미충족 의료율보다 높게 나타났다.** 이는 활동제한이 있는 그룹과 장애인 그룹이 일치하지 않기 때문인데, 여러 유형의 장애인 중에서 외부신체기능장애가 있는 장애인의 병의원 이용에 대한 미충족 의료가 다른 유형의 장애인보다 높은 결과와 여러 유형의 장애를 포괄하고 있는 장애인 그룹보다 활동제한이 있는 그룹에서 미충족 의료율이 높은 결과는 일치하는 것으로 판단된다. 실제 본 연구에서 살펴본 결과, 2005년 국민건강영양조사에서 활동제한 여부와 장애 여부를 동시에 조사하였다. 이 조사에서는 병의원과 치과의 미충족률을 구분하지 않고 조사하였는데, 활동제한군은 전체의 7.3%로 미충족 의료율은 30.4%였으며, 장애인은 전체의 3.2%로 미충족 의료율은 26.0%였다. 이러한 현상은 두 가지로 해석될 수 있다. 실제로 활동제한군의 미충족률이 장애인보다 높을 수 있다. 본 연구에서 미충족 의료율에 가장 큰 원인은 경제적인 문제였는데, 장애인으로 등록되면 건강보험 및 복지에 대한 혜택

이 주어지므로 장애인의 미충족 의료율이 낮아져(신자은, 2013, p.568), 활동제한군보다 낮을 수 있다. 다른 하나는 장애인의 미충족률이 활동제한군보다 높긴 하지만 장애인이 활동제한군에 비해 의료서비스의 필요성을 인식하지 못하거나 소통에 문제가 있을 수 있다. 본 연구에서도 장애인실태조사에서 발달장애인의 경우 외부신체기능 장애인에 비해 미충족 의료율이 높지 않았다(발달장애: 14.2%(2008년), 13.6%(2014년); 외부신체기능 장애: 22.4%(2008년), 19.3%(2014년)). 또한, 조사마다 연도에 따라 장애(또는 활동제한군)의 비율 패턴이 모두 달랐다. 한국의 등록장애인 수(장애인구비율)는 2007년 약 210만 명(4.3%)에서 2010년 약 252만 명(5.0%), 2018년 약 260만 명(5.0%)으로, 2010년 이후 전체 인구의 약 5%를 유지하고 있다(통계청, 2021a; 2021b). 한국의료패널조사는 패널조사로 같은 대상자를 반복해서 측정하는 조사인데, 2008년에 참여했던 패널 중 2013년까지 지속적으로 참여한 추적률이 60.3%로 낮아져서 새로운 패널을 참여시켜 2018년까지 조사가 수행되었다(한국보건사회연구원, 2018c). 그런데 본 연구에서 한국의료패널조사의 장애율은 2009년 5.9%에서 2011년 7.2%로 높아져 계속 그 상태를 유지하고 있다. 그 원인은 반복측정자료에 대하여 좀 더 자세한 분석이 이루어져야 파악할 수 있으므로 이에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 판단된다. 장애율이 증가된 조사인 2009년 조사와 2011년 조사의 연령대별 참여율을 살펴보면, 2009년에 비해 2011년 조사에서 참여율이 증가한 연령군은 50대(2009년: 12.9%, 2011년: 14.1%)와 70대(2009년: 5.4%, 2011년: 6.2%)였고 참여율이 감소한 연령군은 10세 미만(9.3%, 8.7%)과 20대(14.3%, 13.7%)였다(통계청, 2021c). 참여율이 감소한 연령군은 참여율이 증가한 연령군에 비해 탈락률이 더 높은 것으로 파악되며, 장애율이 상대적으로 낮은 젊은 연령층에서 탈락률이 더 높아 장애율이 증가할 가능성도 생각해 볼 수 있겠다. 또한, 계속 참여를 한 경우 연령의 증가와 더불어 신규 등록된 장애인이거나 장애가 발생할 수 있으므로 장애율이 연도에 따라 증가할 가능성도 배제할 수 없다. 지역사회건강조사와 국민건강영양조사는 장애여부가 아니라 활동제한여부이므로 장애율과는 다른 유형률을 보였는데, 같은 연도의 두 조사간 활동제한율에서 5.3~15.0%P의 차이를 보였다. 이는 지역사회건강조사와 국민건강영양조사의 결과를 비교한 기존연구에서도 활동제한여부와 비슷한 요인인 주관적 건강수준인지율에서 9.2~11.2%P의 차이를 보였는데,

대상수와 표본추출 방법 및 자료수집 시기 및 방법, 질문의 형식 및 순서 등의 미세한 차이가 이러한 차이를 나타낼 수 있다고 하였다 (Ki & Kim, 2019, e2019012). 지역사회건강 조사는 장애율보다 훨씬 낮은 1%의 활동제한율을 보였는데, 그 이유를 파악하는데 좀 더 자세한 분석이 필요하겠다. 하나의 가능성을 생각해 보면, 지역사회건강 조사는 지역의 건강통계를 목적으로 표본추출방식이 인구에 맞추어 표본을 추출하는 것이 아니라 시군구(보건소)별 동일 수인 900명씩을 표본으로 선정하기 때문에 전국의 장애율과는 전혀 다른 값이 산출되었을 가능성이 있다. 또한, 지역사회건강 조사는 단면조사로 연도별로 활동제한율이 달라지지 않았을 가능성이 있으며 연간 20만명이 넘는 표본을 추출하므로 연도별 활동제한율에 변화를 보이지 않을 수 있다. 하지만, 국민건강영양 조사는 단면조사인데도 불구하고, 2007~2009년에는 활동제한율이 10%를 넘었으나 2010년부터 10% 미만을 보였다. 여러 가지 이유가 있겠지만, 그 이유 중 하나의 가능성으로 국민건강영양 조사에서 달라진 표본 추출방법을 들 수 있겠다. 국민건강영양 조사는 3년씩 한 기의 조사인데, 제4기 조사(2007~2009년)와 그 이후 조사(2010~2018)는 표본크기와 추출틀이 다르다. 제4기 조사는 표본크기가 600조사구, 13800가구이며 그 이후 조사는 576조사구, 11520가구이다(보건복지부 질병관리본부, 2018a). 추출단위도 제4기 조사는 동읍면 → 조사구 → 가구인데 비해, 그 이후 조사는 조사구 → 가구로 달라졌다(보건복지부 질병관리본부, 2018a). 지역사회건강 조사와 국민건강영양 조사를 비교해 보면, 앞에서 설명한 바와 같이 그 조사방법과 목적이 달라 직접 비교가 어렵다. 또한, 국민건강영양 조사를 연도별로 직접 비교하기 위해서는 가중치를 적용하여 비교하는 것이 더욱 정확하고, 조사방법의 본래 취지에 맞게 한 기수씩 묶어서 비교하는 것이 바람직하겠지만(보건복지부 질병관리본부, 2018a), 본 연구에서는 가중치를 적용하지 않아 생긴 문제임을 배제할 수 없다. 따라서, 이에 대해 추후 심도있는 연구가 필요할 것으로 판단된다.

**넷째, 장애인과 비장애인 모두 치과를 이용할 때 병의원 이용보다 미충족 의료율이 더 높았으며, 장애인과 비장애인의 미충족률의 격차는 줄어들지 않았다.** 본 연구에서 장애인과 비장애인을 조사한 한국의료패널에서는 치과의 미충족률의 격차가 병의원보다 큰 것으로 나타났으나, 장애인이 아닌 활동제한군을 조사한 국민건강영양 조사와 지역사회건강 조사에서는 시기별로 다르게 나타났다. 이에 대해서는 미충족 요인

별, 세부 집단별 추가적인 연구가 필요하다. 또한, 장애인 비장애인 모두에서 치과 미충족 의료 첫번째 이유로 경제적 이유를 들었다. 이는 병의원 이용 시보다 치과 이용시 의료보험 적용이 되지 않는 경우가 더 많고 비용이 많이 들기 때문에 판단된다(이원익, 2020, p.572). 또한, 구강치료에 대한 조기 치료의 중요성을 인지하지 못하거나 잘못된 정보와 지식으로 진료나 치료 시기를 늦추게 될 수도 있기 때문이다(이원익, 2020, p.572).

**다섯째, 미충족 의료의 이유로는 장애인은 경제적 부담, 거동불편 순으로 크며, 비장애인은 시간 제약이 가장 큰 이유로 나타났다.** 비장애인은 직장 및 육아로 인하여 의료서비스 이용을 하기 어렵고, 장애인은 건강보험으로 보장을 해주지만 여전히 개인이 지불해야 하는 비용이 부담되어 미충족 의료 발생한다고 할 수 있겠다. 한국은 비교적 짧은 시간에 전 국민에 대한 의료보장이 이루어졌으며 점차 건강보험 보장성이 확대되고 있으나 이보다 더 빠른 속도로 비급여 진료 영역 확대 등으로 인해, 2018년에도 여전히 전체 진료비 중 건강보험이 지출하는 진료비의 비율인 건강보험 보장률은 62~63%에 머무르고 있다(국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 2019, p.17). 건강보험의 낮은 보장성으로 인해 의료비에 대한 높은 본인 부담률로 인한 경제적 부담(김수진, 2020, p.38)은 미충족 의료의 주요 요인으로 작용할 수 있다. 국민건강영양 조사 2010~2012년 자료를 활용하여 소득수준에 따른 미충족 의료 경험 불평등을 파악한 연구결과에 따르면 전 국민 의료보장이 라는 제도적 틀을 갖고 있음에도 소득수준, 교육정도, 직업 등과 같은 사회경제적 요인들이 불평등한 미충족 의료의 주요 요인임을 확인함으로써 여전히 미충족 의료와 관련된 불평등이 존재하고 있음을 확인하였다(황충남, 2017 p.95). 2017년 장애인실태 조사에 따르면 사회 및 국가에 대해 가장 우선적으로 요구하는 복지서비스는 소득보장(41.0%), 의료보장(27.6%), 고용보장(9.2%)과 및 장애 건강관리(6.0%), 주거보장(5.1%)이었는데, 이는 여전히 주거, 고용, 소득보장이라는 경제적인 측면과 건강문제가 해결되지 않았다는 것으로 생각해 볼 수 있겠다. 이처럼 낮은 취업률과 소득수준 등으로 사회경제적으로 취약한 장애인에게서 경제적 이유로 인한 미충족 의료는 건강불평등을 더욱 심화시킬 수 있는 요인으로 작용할 수 있다. 본 연구에서는 한국의료패널 조사 자료를 활용하여 장애인과 비장애인의 미충족 의료의 이유를 살펴보았는데, 설문에서 선택할 수 있는 항목은 경제적 부담, 교통 불편, 거동

불편, 가벼운 증상, 양육, 정보 부족, 시간 제약, 예약 불편, 주치의 부재, 기타(두려워서, 장애인 편의시설 설치 미비, 의사소통의 어려움, 의료진의 장애 이해 부족, 직장 때문에, 오랜 기다림, 동행할 사람 없음)였다. 장애인의 입장에서 경험 가능한 상황인 진료 거부, 장애 전문 병원(또는 시설)의 부재 등은 선택항목에 없다. 또한, 가벼운 증상은 미충족 의료의 이유로 적합하지 않다. 본인이 가벼운 증상으로 인지하여 의료 이용을 하지 않았다면 충족되지 않은 요구가 있을 수 없기 때문이다. 대상자의 인지된 미충족 의료 욕구는 환자 중심의 관점에서 평가할 수 있는 의료 접근 결함에 대한 핵심적 지표(Mahendran et al., 2017, p.107)이므로 향후, 장애인의 미충족 의료 관련 조사에서는 장애인의 입장에서 겪을 수 있는 상황이나 조건에 맞는 항목을 추가하는 것이 바람직할 것이다.

본 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 미충족 의료와 관련된 요인별로 세분화된 분석을 진행하지 않았다. 성별, 연령, 소득수준 등으로 구분하여 미충족 의료율을 분석하는 것이 필요하다. 둘째, 장애인의 유형별 미충족 의료의 이유를 분석하지 않았다. 셋째, 이미 조사된 자료를 활용하였기 때문에, 미충족 의료의 이유를 상세히 분석하지 못했다. 하지만, 현재 장애인의 미충족 의료와 관련된 우리나라에서 시행하고 있는 모든 국가조사를 전체적으로 살펴보고 장애인과 비장애인의 미충족 의료율을 비교한 연구로 그 의의가 있다고 하겠다.

## VI. 결론

본 연구를 통해 장애인은 비장애인보다, 중증장애인은 경증 장애인보다, 외부신체기능 장애인은 다른 장애인보다 미충족 의료율이 더 높았고 장애인과 비장애인의 미충족 의료율의 격차는 감소하지 않았으며, 치과 이용에서 병의원보다 그 격차가 더 컸음을 밝혔다. 또한, 미충족 의료의 가장 큰 이유는

장애인은 경제적 부담, 비장애인은 시간적 제약이었다. 향후 장애인과 비장애인의 미충족 의료율의 격차가 감소하지 않는 이유와 격차 해소를 위한 심층적 연구가 필요하다.

최경화는 충북대학교에서 의학 석사, 단국대학교에서 보건학 박사 학위를 받았으며, 현재 단국대학교 의과대학에서 초빙교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 역학, 환경보건, 건강형평성이며, 현재 장애인의 미충족 의료, 환경오염 취약지역 주민 건강영향, 전자파 건강영향 등을 연구하고 있다. (E-mail: rosach72@hanmail.net)

김미현은 덕성여자대학교에서 화학 학사학위를 받았으며, 현재 서경대학교 환경보건센터에서 재직 중이다. 주요 관심분야는 환경보건, 의료요구 현황 파악이며, 현재 장애인의 미충족 의료 등을 연구하고 있다. (E-mail: kinboncon@gmail.com)

최용준은 서울대학교에서 의학 석·박사학위를 받았으며, 현재 한림대학교 의과대학에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 일차의료, 장애인건강, 의학교육이다. (E-mail: ychoi@hallym.ac.kr)

조용민은 고려대학교에서 환경보건학 석사, 환경보건과학 박사학위를 받았으며, 현재 서경대학교 나노화학생명공학과 조교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 환경보건, 보건의료, 건강영향이며, 현재 장애인의 미충족 의료, 환경오염 취약지역 주민 건강영향 등을 연구하고 있다. (E-mail: neworder@skuniv.ac.kr)

김미소는 고려대학교에서 간호학 석·박사학위를 받았으며, 현재 신한대학교 간호대학에서 조교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인간호, 응급간호, 임종간호, 질적연구방법, 네트워크분석방법이며, 현재 장애인의 미충족 의료, 치매환자 케어플랜 모델 및 지역사회 연계 가이드라인 개발, 케어코디네이터 교육훈련 및 서비스 모델 확산 정책 제안, 스마트 의료-돌봄 서비스 인프라 구축 모델 개발 등을 연구하고 있다. (E-mail: misoangel83@gmail.com)

정은혜는 고려대학교에서 간호학 석·박사학위를 받았으며, 현재 신한대학교 간호대학에서 조교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인의 섬망, 생애말기 케어이며, 현재 장애인의 미충족 의료 등을 연구하고 있다. (E-mail: ehjoung@shinhan.ac.kr)

김정애는 인하대학교에서 의학 석사, 한림대학교에서 의학 박사학위를 받았으며, 현재 건강플러스협동연구소협동조합에서 소장으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 지역간호, 장애인, 지역사회통합돌봄이며, 현재 장애인의 미충족 의료요구 현황 및 관련 요인, 인천 도시형 노인중심 지역사회통합돌봄 모형 개발 등을 연구하고 있다. (E-mail: ds2qzt@gmail.com)



## 참고문헌

- 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. (2019). 2018년도 건강보험 환자 진료비 실태조사. 원주: 국민건강보험공단.
- 김교성, 이현욱. (2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과 부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로 사회복지정책, 39(4), pp.255-279.
- 김소애, 서영원, 우경숙, 신영진. (2019). 국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰. 비판사회정책, 62, pp.53-92.
- 김수진. (2020). 건강보험 보장성 강화에 따른 가구 의료비 부담 변화와 시사점. 보건복지포럼, 2020(11), pp.38-52.
- 김수진. (2021). 장애인과 비장애인의 보건의료 및 건강수준 격차와 시사점. 보건복지포럼, 2021(4), 49-61.
- 김은수, 은상준. (2020). 패널 자료를 이용한 미충족 의료의 추세와 관련요인. 융합정보논문지(구 중소기업융합학회논문지), 10(9), pp.229-236.
- 김태현. (2020). 의료급여수급자와 차상위 계층의 미충족 의료 현황과 영향요인. Doctoral dissertation, 한양대학교.
- 김현희, 황지영, 박일수. (2016). 장애인 실태조사 자료를 이용한 국민 기초생활수급 장애인의 미충족 의료 결정요인 분석. 한국장애인복지학, 31, pp.5-28.
- 대한예방의학회. (2019). 예방의학과 공중보건. 제3권. 제3판 수정증보판. 서울: 계축문화사.
- 박금령, 최병호. (2018). 노인의 미충족 돌봄과 미충족 의료에 대한 탐색적 연구. 보건사회연구, 38(4), pp.40-56.
- 박유경, 김진환, 김선, 김창엽, 한주성, 김새롬. (2020). 지역 의료불평 등 해소를 위한 미충족 의료지표 활용의 비판적 분석. 보건행정학회지, 30(1), pp.37-49.
- 보건복지부. (2018. 5. 29.). 장애인 건강주치의 시범사업으로 장애인 예방적 건강관리 강화한다(보도자료). [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=344943](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=344943)에서 2021. 1. 17. 인출.
- 보건복지부. (2020. 6. 7.). 장애인 건강주치의 2단계 시범사업 시행(보도자료). [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=354906](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=354906)에서 2021. 1. 17. 인출.
- 보건복지부. (2019. 2. 22.). 장애인 건강 이슈, 통계로 말하다(보도자료) [file:///C:/Users/ds2qz/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/Z69QGWB/\[2.25.%EC%9B%94.%EC%A1%B0%EA%B0%84\]%20%EC%9E%A5%EC%95%A0%EC%9D%B8%20%EA%B1%B4%EA%B0%95%20%EC%9D%B4%EC%8A%88,%20%ED%86%B5%EA%B3%84%EB%A1%9C%20%EB%A7%90%ED%95%98%EB%8B%A4!](file:///C:/Users/ds2qz/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/Z69QGWB/[2.25.%EC%9B%94.%EC%A1%B0%EA%B0%84]%20%EC%9E%A5%EC%95%A0%EC%9D%B8%20%EA%B1%B4%EA%B0%95%20%EC%9D%B4%EC%8A%88,%20%ED%86%B5%EA%B3%84%EB%A1%9C%20%EB%A7%90%ED%95%98%EB%8B%A4!).pdf에서 2021. 1. 17. 인출.
- 보건복지부 질병관리본부. (2018a). 국민건강영양조사 원시자료이용지침서. 청주: 질병관리본부 건강영양조사분석과.
- 보건복지부 질병관리본부. (2018b). 국민건강통계. 청주: 질병관리본부 건강영양조사분석과.
- 보건복지부 질병관리본부. (2018c). 지역사회건강조사 원시자료이용지침서. 청주: 질병관리본부 만성질환관리과.
- 신자은. (2013). 건강보험 가입 재가 장애인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인. 보건사회연구, 33(2), pp.549-577.
- 이원익. (2020). 활동제한 성인의 미충족 치과의료에 영향을 미치는 요인. 한국치위생학회지, 20(5), pp.571-580.
- 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률(약칭: 장애인건강권법)[시행 2020. 3. 24.] [법률 제17091호, 2020. 3. 24., 타법개정] <https://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81#undefined>에서 2021. 1. 17. 인출.
- 전보영, 권순만. (2015). 장애인의 보건의료 접근성 저해 요인: 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한 미충족의료를 중심으로 사회보장연구, 31(3), pp.145-171.
- 주재홍, 김휘준, 장지은, 박은철, 장성인. (2020). 2018 미충족 의료율과 추이. 보건행정학회지, 30(1), pp.120-125.
- 채현주, 김미중. (2020). 일인 가구의 성별에 따른 미충족 의료현황과 관련 요인. 여성건강간호학회지, 26(1), pp.93-103.
- 통계청. (2021a). KOSIS국가통계포털. 등록장애인 수. [https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?vwcd=MT\\_ZTITLE&menuId=M\\_01\\_01#content-group](https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?vwcd=MT_ZTITLE&menuId=M_01_01#content-group)에서 2021. 7. 1. 인출.
- 통계청. (2021b). KOSIS국가통계포털. 주민등록인구. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1B040A3&conn\\_path=I3](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040A3&conn_path=I3)에서 2021. 7. 1. 인출.
- 통계청. (2021c). KOSIS국가통계포털. 한국의료패널 연령별 대상자 수. [https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?vwcd=MT\\_ZTITLE&menuId=M\\_01\\_01#content-group](https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?vwcd=MT_ZTITLE&menuId=M_01_01#content-group)에서 2021. 7. 1. 인출.
- 한국보건사회연구원. (2018a). 2017년 장애인실태조사 보고서.
- 한국보건사회연구원. (2018b). 2017년도 노인실태조사 조사매뉴얼.
- 한국보건사회연구원. (2018c). 2기 한국의료패널 구축 운영을 위한 기초 연구.
- 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2018). 한국의료패널 연간데

이터 사용안내서.

- 한국장애인개발원. (2019). 국내 장애인의 만성질환 및 건강행태 조사 연구.
- 황종남. (2017). 소득 수준에 따른 미충족 의료: 형평성의 함의. *보건교육건강증진학회지*, 34(4), pp.83-97.
- 황홍구, 정현식. (2017). 장애인의 의료이용에 영향을 미치는 요인. *한국산학기술학회논문지*, 18(5), pp.219-225.
- Chen J., & Hou F. (2002). Unmet needs for health care, *Health Rep*, 13(2), pp.23-34.
- Ki, J. S., & Kim, H. (2019). Comparison of estimates and time series stability of Korea Community Health Survey and Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Epidemiology and health*, 41, e2019012.
- Mahendran, M., Speechley, K. N., Widjaja, E. (2017). Systematic review of unmet healthcare needs in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 75, pp.102-109.



# Current Status of Unmet Health Care Needs in the Disabled in Korea

Choi, Kyung-Hwa<sup>1</sup> | Kim, Mihyeon<sup>2</sup> | Choi, Yong-jun<sup>3</sup> | Cho, Yong Min<sup>2</sup> | Kim, Mi So<sup>4</sup>  
Jeong, Eunhye<sup>4</sup> | Kim, Jung Ae<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Dankook University

<sup>2</sup> Seokyeong University

<sup>3</sup> Hallym University

<sup>4</sup> Shinhan University

<sup>5</sup> Cooperative Institute for Health Plus

---

## Abstract

This study aims to evaluate the proportion and factors of unmet health care needs (UHCNs) in the disabled and to compare UHCNs between disabled and non-disabled individuals. We conducted the annual proportion and cause of UHCNs by disabled or limited activity, type and grade of disabled using the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (1998, 2005, 2007~2018), Community Health Survey (2008~2019), Disabled Health and Welfare Survey (2000, 2005, 2008, 2011, 2014, 2017), Korean Elderly Health and Welfare Survey (2008, 2011, 2014, 2017), Korea Health Panel Study (2008~2017). The proportion of UHCNs has been on the decrease overall, but it was higher in the disabled than in the non-disabled, higher in the severely disabled than in the moderately disabled, higher in those with external impairments than in people with other disability, and higher in dental care than in other health services. The difference in proportion of UHCNs did not decrease in between disabled and non-disabled individuals and was larger in dental care than in other health services. The main cause of UHCNs was “financial” for disabled persons and “not enough time” for non-disabled persons. Based on the results of this study, we suggest that further study is needed to find out the cause of the constant gap in the rate of unmet care needs between the disabled and non-disabled and to find ways to bridge the gap.

**Keywords:** Disabled, Unmet Health Care Needs, Severe Disabled, Unmet Dental Care Needs