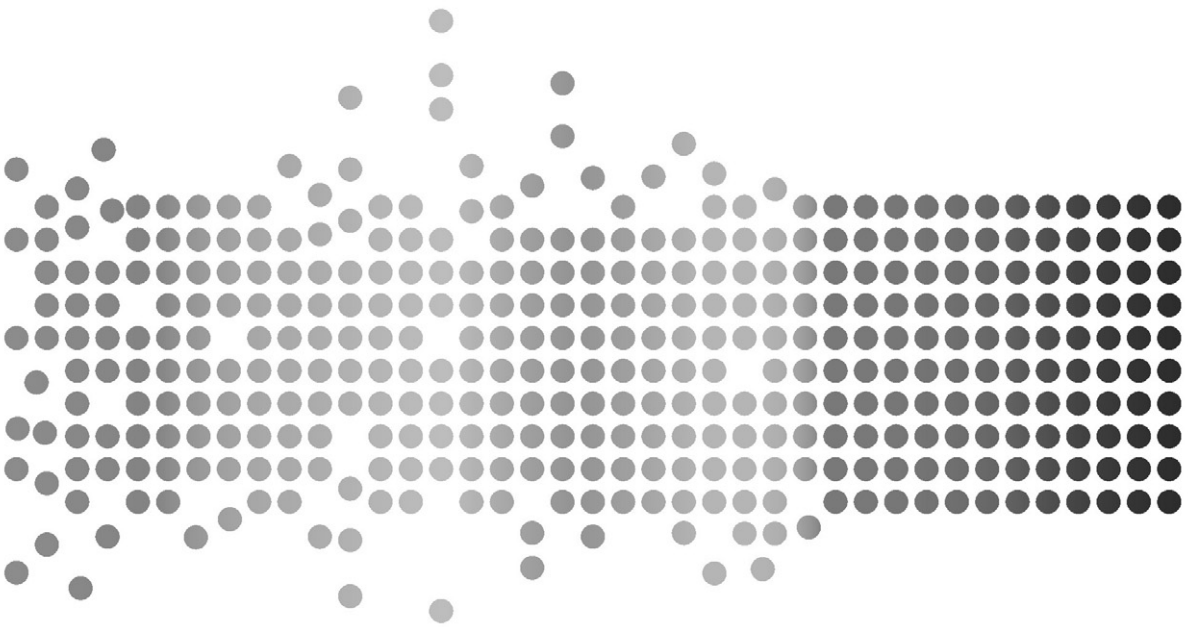
연구보고서 2009-05

미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구

Policy Options to Tackle Unmet Health Needs

허순임 · 김미곤 · 이수형 · 김수정



한국보건사회연구원

연구보고서 2009-05

미충족 의료수준과 정책반안에 대한 연구

발 행 일 2009년 12월
저 자 허 순 임 외
발 행 인 김 용 하
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획
가 격 5,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2009

ISBN 978-89-8187-580-0 93510

머리말

우리나라는 전 국민을 포괄하는 의료보장제도를 갖춘 지 20년이 되었고, 건강보험제도의 발전을 통해 의료에 대한 접근성 개선에 기여하여 왔지만 국민의 의료적 필요를 충족시키는 데 있어 여전히 미흡하다는 지적이 있다. 건강보험의 취약한 보장성으로 인해 의료이용에 있어서 지불능력이 중요한 요소가 되기 때문에 사회경제적으로 불리한 계층일수록 의료적 필요를 충족시키기 어려운 문제를 안고 있다.

본 연구에서는 의료에 대한 필요를 얼마나 충족시키고 있는 지에 대한 문제를 기존 연구보다 깊이 있게 이해하고, 문제를 개선하기 위한 방안을 찾고자 하였다. 구체적으로는 세 가지 측면에 대한 문제로 접근하였다. 첫째, 미충족 의료에 대한 전반적인 인식을 개인수준과 가구수준에서 파악하였다. 이는 의료 수요자 입장에서의 보건의료체계 전반에 대한 평가로 볼 수 있다. 둘째, 의료인의 판단으로 확인된 주요 만성질환에 필요한 치료 및 관리가 어느 정도로 충족되고 있는 지 파악하여, 각 질환의 미충족 의료 현황과 문제의 특성을 이해하고자 하였다. 셋째, 가구단위에서 의료적 필요를 충족시키는데 필요한 금전적 수준을 파악하여 현 의료보장제도의 급여 정책에 반영하여 보완할 부분을 찾고자 하였다.

세 가지 측면의 분석이 제공하는 서로 다른 정책적 함의와 향후 과제를 도출하였고, 이와 관련하여 사회경제적 수준의 차이에 따른 차이가 중요하게 고려되었다. 사회경제적 수준이 낮을수록 의료에 대한 미충족 문제가 컸으며, 이를 개선하기 위해서는 사회경제적 수준을 보다 세심하게 고려하는 건강보험 보장성 정책이 필요함을 제안하였다. 또한, 미충족 의료에 대한

전반적인 인식보다 각 질환에 대한 미충족 의료의 문제가 더 크기 때문에 이를 개선하기 위한 노력과 각 질환의 특성에 맞는 임상영역에서의 고려가 필요함을 알 수 있었다.

본 연구는 허순임 부연구위원의 책임 하에 진행되었으며, 김미곤 연구위원과 이수형 선임연구원, 김수정 연구원이 함께 참여하였다. 본 연구의 진행과정에서 유익한 의견을 주신 한양대학교 신영전 교수, 세종대학교 이수연 교수, 한림대학교 최용준 교수와 본 연구원의 박실비아 연구위원과 여유진 부연구위원께 감사드린다.

앞으로 본 연구에서 제기한 미충족 의료에 대한 문제와 정책적 대응에 대한 논의가 활발하게 이루어져 국내 보건의료제도가 발전하는 데 기여하기를 희망한다. 끝으로 본 보고서의 내용은 연구진의 의견이며, 기관의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2009년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

목 차

Contents

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

제1장 서론 ····· 9

제1절 연구의 필요성과 목적 ····· 9

제2절 연구의 내용 ····· 10

제2장 이론적 고찰 및 기존 연구 ····· 15

제1절 미충족 의료의 개념 ····· 15

제2절 미충족 의료의 평가방법 ····· 20

제3절 미충족 의료에 대한 기존 연구 ····· 21

제3장 연구방법 ····· 33

제1절 분석자료 ····· 33

제2절 종속변수 ····· 35

제3절 독립변수 ····· 41

제4절 분석방법 ····· 43

제4장 연구결과 ····· 47

제1절 개인단위 분석 ····· 47

제2절 가구단위 분석 ····· 76

제5장 정책개선방안 ····· 105
제1절 미충족 의료의 인식과 정책적 함의 ····· 105
제2절 의료보장 정책에 대한 함의 ····· 108

참고문헌 ····· 111

부 록 ····· 121

표 목차

〈표 2- 1〉 의료적 필요에 대한 4가지 의미(캐나다 사례) ·····18
〈표 3- 1〉 미충족 의료의 경험 분석에 사용한 종속변수 ·····36
〈표 3- 2〉 2005년 만성질환 유병률(의사진단 유병률 기준 정렬) ·37
〈표 3- 3〉 만성 및 급성질환에 대한 현재 치료여부에 대한 정의 ·····39
〈표 3- 4〉 각 질환별 구체적인 치료여부 정의
(2005 국민건강영양조사) ·····40
〈표 3- 5〉 미충족 의료의 금전적 수준(2007 최저생계비조사) ·····41
〈표 3- 6〉 분석에 사용한 독립변수(국민건강영양조사) ·····41
〈표 3- 7〉 분석에 사용한 독립변수(차상위조사 및 최저생계비조사) 42
〈표 4- 1〉 2005 국민건강영양조사 표본의 일반적 특성 ·····47
〈표 4- 2〉 의료이용 분석에 사용한 변수 ·····49
〈표 4- 3〉 2005 국민건강영양조사 의료이용 현황 ·····49
〈표 4- 4〉 소득계층 및 의료보장 유형별 입원일수 및 입원비 ·····50
〈표 4- 5〉 소득분위별 외래일수 및 외래진료비 ·····51
〈표 4- 6〉 소득분위별, 의료보장별 미충족 의료 경험 ·····53
〈표 4- 7〉 입원이용 여부에 따른 미충족 의료 경험 ·····53
〈표 4- 8〉 외래이용 여부에 따른 미충족 의료 경험 ·····54
〈표 4- 9〉 미충족 의료 경험 이유 ·····54
〈표 4-10〉 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험 ·····55
〈표 4-11〉 일반적인 미충족 의료 경험 및 경제적 이유로 인한
미충족 의료 경험 관련요인 분석 ·····56
〈표 4-12〉 미충족 보건의료의 개념 도식화 ·····58
〈표 4-13〉 특정 질환별 완치율 및 미치료율 ·····61
〈표 4-14〉 암 유형별 완치율 및 미치료율 ·····62

〈표 4-15〉 당뇨병 치료필요 환자 중 현재 혈당을 낮추기 위한 치료(인슐린 또는 경구용 혈당강하제) 여부 ·····63
〈표 4-16〉 당뇨병 치료필요 환자의 지난 1년간 안저검사 및 소변검사 여부 ·····64
〈표 4-17〉 고혈압 치료필요 환자의 혈압약 복용여부 ·····65
〈표 4-18〉 고지혈증 치료필요 환자의 현재 혈중 콜레스테롤을 낮추기 위한 약 복용여부 ·····66
〈표 4-19〉 뇌졸중 치료필요 환자의 뇌졸중 재발 방지를 위한 진료여부 ·····67
〈표 4-20〉 심근경색 혹은 협심증을 위한 약 복용여부 ·····68
〈표 4-21〉 심근경색 혹은 협심증 재발 방지를 위한 진료여부 ·····69
〈표 4-22〉 지난 1년간 천식을 위한 정기적인 약 복용 또는 흡입여부 ·····69
〈표 4-23〉 지난 1년간 만성폐쇄성질환을 위한 정기적인 약 복용 또는 흡입여부 ·····70
〈표 4-24〉 일부 질환별 미충족 의료 경험 관련 요인 분석 ·····71
〈표 4-25〉 조사대상 가구의 일반적 특성 ·····76
〈표 4-26〉 조사대상 가구의 사회경제적 수준별 분포 ·····78
〈표 4-27〉 소득수준별 대상가구의 일반적 특성(1차 조사) ·····79
〈표 4-28〉 의료이용 분석에 사용한 변수 ·····81
〈표 4-29〉 가구 월 평균 치료비용 ·····82
〈표 4-30〉 가구규모 보정 월 평균 치료비용 ·····82
〈표 4-31〉 가구 월 평균 치료 외 비용 ·····83
〈표 4-32〉 가구규모 보정 월 평균 치료 외 비용 ·····83
〈표 4-33〉 각 집단별 가구 단위 입원율 및 연간 입원 일수 ·····84

Contents

〈표 4-34〉 가구 단위 2주간 외래이용률 및 평균 외래방문횟수 ……84
〈표 4-35〉 의료비가 가계 부담이 된다고 응답한 가구의 비율 ……85
〈표 4-36〉 가구 생활비 대비 의료비 비중 ……86
〈표 4-37〉 의료비 과부담 가구 비율 ……87
〈표 4-38〉 의료비 충당방식(1순위) ……87
〈표 4-39〉 미충족 의료 경험 가구 비율 ……89
〈표 4-40〉 미충족 의료 경험 가구 중 의료비가 0인 가구 비율 ……89
〈표 4-41〉 미충족 경험 관련 요인 분석(2차 조사) ……90
〈표 4-42〉 미충족 의료 경험 이유(1순위) ……92
〈표 4-43〉 경제적 이유로 인한 미충족 의료 관련 요인 분석 ……93
〈표 4-44〉 의료서비스 종류별 미충족 의료 경험 ……95
〈표 4-45〉 의료서비스 종류별 미충족 의료 경험(계속) ……95
〈표 4-46〉 의료서비스 종류별 충족 관련 요인 회귀분석 결과 ……96
〈표 4-47〉 가구 당 부족의료비 분포 ……99
〈표 4-48〉 가구 당 월평균 의료비 및 부족의료비 ……99
〈표 4-49〉 가구원 1인 당 월평균 의료비 및 부족의료비 ……100
〈표 5- 1〉 미충족 의료의 특성 ……106
〈표 5- 2〉 미충족 의료에 대한 접근 방식 ……108
〈표 5- 3〉 연간 가구 보건의료비 추계(건강보험, n=115) ……109
〈표 5- 4〉 연간 가구 보건의료비 추계(의료급여, n=29) ……110

Abstract

This study investigated the relationship between reporting unmet health care needs in Korean publicly-funded health care system and socio-economic status, and explored whether there was differences among specific chronic conditions. Unmet health care need was identified as survey respondents' perceptions of times they believed that they needed care but were unable to get it. This study examined unmet health care need at personal level and household level as well.

The 2005 Korea Health and Nutrition Survey, which included a single question about any unmet health care needs over the last year, and a measure of unmet medical needed keyed to the specific chronic conditions. In addition, a Research on the near-poor population included a question about unmet health care needs in household rather than personal level.

We constructed 3 measures of unmet need: general perceived unmet need (person and household level), unmet need for a specific chronic condition which was identified by medical professional(person level), and the amount that would meet unmet needs of household members.

Overall, 17.1% of respondents reported perceived unmet needs while about 12% at household level. People/household with low

socio-economic status were more likely to have unmet health care needs across the 3 measures of unmet needs although condition-specific unmet needs presented less strong relationship compared with other measures.

Based on the findings, unmet needs pose a major challenge to the Korean health care system in terms of relief of financial burden for the low socio-economic status. Enhancing coverage of the National Health Insurance, in particular differential coverage according to economic status, would be a potential strategy.

요 약

1. 연구의 목적

본 연구의 목적은 건강보험제도 하에서 미충족 의료에 대한 현황을 파악하고, 이를 개선할 수 있는 정책대안을 찾는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 개인단위의 미충족 의료 경험 및 관련 요인을 파악한다. 미충족 의료에 대한 개인의 전반적인 인식(general perceived unmet need)을 살펴보고, 경제적 부담으로 인한 미충족 의료에 대해서도 분석한다.

둘째, 주요 만성질환에 대한 미충족 의료 수준을 파악한다. 의료인의 판단으로 확인된 만성질환에 필요한 치료/관리가 어느 정도로 충족되고 있는지 개인단위에서 분석하여 개선방안을 찾고자 한다.

셋째, 가구단위에서의 미충족 의료에 대한 전반적인 인식과 의료서비스 영역별 미충족 경험을 파악하고, 의료적 필요를 충족시키는데 필요한 금전적 수준을 파악한다.

2. 연구방법

본 연구에서는 전국 대표성을 가지는 조사 자료를 이용하여 개인단위와 가구단위에서의 미충족 의료 경험을 파악하고 관련 요인을 분석하였다. 개인단위 자료는 국민건강영양조사를 이용하였고, 미충족 의료에 대한 주관적 평가와 특정 질병에 대한 미충족 의료를 파악하였다.

가구단위 자료는 차상위조사와 최저생계비자료를 이용하였다. 가구단위에서의 미충족 의료경험과 의료서비스 종류별 미충족 경험을 분석하였고, 부족한 의료비에 대한 수준을 파악하였다.

3. 연구결과

2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 19세 이상 성인을 대상으로 미충족 의료 경험에 대한 주관적 평가와 특정 질환별 미충족 의료를 분석하였다. 19세 이상 성인의 17%가 미충족 의료 경험한 것으로 응답하였으며, 미충족 의료의 주된 이유는 경제적 어려움 이었다(49.9%).

미충족 의료 경험 관련 요인을 보면, 소득수준과 교육수준이 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁘고 만성질환수가 많을수록 전반적인 미충족 의료 경험과 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험이 높게 나타나, 사회경제적 수준과 건강상태의 불리함(즉, 의료수요가 높을수록)이 미충족 의료 경험과 높은 연관성을 보임을 알 수 있다. 또한 의료이용이 많을수록 미충족 의료의 경험이 높다는 것은 의료이용에 대한 접근은 보장되지만 의료이용에 따른 경제적 부담이 많은 현행 의료보장제도의 한계를 잘 나타내고 있다고 해석될 수 있다.

만성질환에 대한 미치료 현황을 살펴본 결과, 당뇨병 21.5%, 고혈압 17.4%, 고지혈증 58%, 뇌졸중 20.7%, 심혈관질환 19.9%, 천식 25.3%, 만성폐쇄성질환 28%로 나타나 전반적으로 만성질환에 대한 관리가 미흡함을 알 수 있다.

가구단위 분석에서는 조사 대상 가구의 1년간의 전반적 미충족 의료 경험율은 약 12%였다. 의료급여 수급가구보다 건강보험가구의 미충족 의료 경험율이 낮았으며, 의료급여 대상가구 내에서는 차상위가구가, 건강보험가구 중에서는 빈곤 가구가 미충족 의료를 가장 많이 경험한 것으로 나타났다. 미충족 의료를 경험한 의료급여빈곤가구 중 약 34%가 한 해 동안 의료를 전혀 이용하지 못한 가구로 나타나 문제가 심각한 것으로 밝혀졌다.

의료서비스 종류별로 미충족의 경험을 분석한 결과, 정기진료, 병원치료, 의약품 관련 서비스의 미충족 의료 경험률은 약 2~4%로 낮은 반면, 보약/보조식품 및 치과진료에 대한 미충족 의료 경험은 15~50%로 높게 나타났다. 모든 의료서비스에서 미충족 의료 경험률은 소득수준이 낮은 집단에서 높았고, 특히 필수보건의료서비스라 볼 수 있는 정기진료, 병원치료, 의약품 관련 서비스 부분에서 건강보험빈곤가구의 미충족 의료 경험률이 다른 집단에 비해 높게 나타났다.

4. 정책적 함의

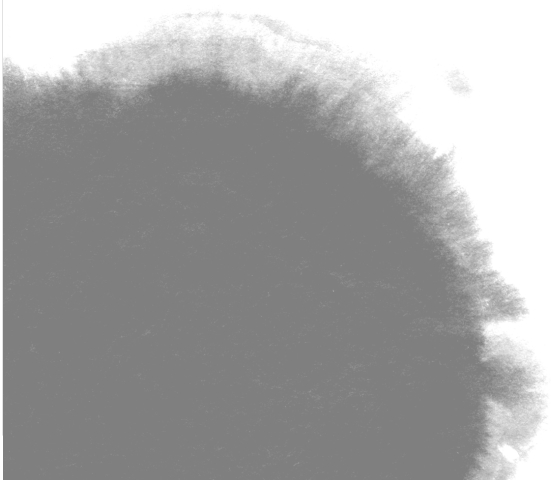
전체 국민을 대상으로 미충족 의료에 대한 주관적 인식을 파악하는 것은 보건의료체계에 대한 평가의 의미가 있다. 미충족 의료 문제의 성격을 가용성, 접근성, 수용성의 측면에서 파악하여 문제의 성격에 대응할 수 있는 정책방안을 찾는 것이 필요하다.

또한, 미충족 의료에 대한 주관적 평가가 가지는 의미와 의료적 필요가 객관적으로 인정된 특정 질병, 증상, 서비스에 대한 미충족을 구분하는 정책적 접근이 효과적일 것이다. 미충족 의료에 대한 전반적인 평가가 구체적인 정책적 대응책을 찾기 어려운 반면, 의료전문가의 판단 하에 제시된 의료적 필요에 대한 충족을 파악하는 것은 문제의 성격과 대상을 구체적으로 파악할 수 있어 임상진료영역에서의 대응책과 그 외의 부분에서의 정책적 대응을 찾는 데 유리하다.

의료보장제도에서 의료비부담을 완화할 수 있는 본인부담상한제는 매우 중요하다. 현행 본인부담상한제의 혜택을 누릴 수 있는 대상이 제한적이므로 소득수준을 세분화하여 상한선을 두는 것이 효과적인 보장성 개선이 될 것이다. 특히 건강보험 적용 가구 중 빈곤가구와 차상위가구가 불리함이 나타났기 때문에 이들 계층에 대한 상한선을 개선하는 것이 우선적인 과제가 될 것이다.

01

서론



제1장 서론

제1절 연구의 필요성과 목적

전 국민에게 의료서비스에 대한 접근성을 보장하는 포괄적인 의료보장체계는 의료적 필요를 충족시키는데 일차적인 목적이 있다. 의료보장제도가 제공하는 급여수준과 각국의 보건의료 환경에 따라 의료적 필요를 충족시키는 정도는 차이가 있으며, 지속적인 의료비 증가와 의료적 필요의 충족 사이의 균형을 잡는 정책적인 어려움이 있다.

우리나라는 전 국민을 포괄하는 의료보장제도를 갖춘 지 20년이 되었고, 건강보험제도의 발전을 통해 의료에 대한 접근성 개선에 기여하여 왔지만 의료적 필요를 충족시키는 데 있어 여전히 미흡한 면이 지적되고 있다. 가장 중요한 건강보험의 취약점으로 높은 환자본인부담을 들 수 있고, 아직까지는 국내 의료인력이 부족하고 심각한 의료자원의 불균형이 의료적 필요를 충족시키는 데 어려움을 제공할 수 있기 때문이다. 건강보험의 취약한 보장성으로 인해 의료이용에 있어서 지불능력이 중요한 요소가 되며, 사회경제적으로 불리할수록 의료적 필요를 충족시키기 어렵게 된다. 이 문제는 1997년의 외환위기와 2008년 하반기에 시작된 경제위기에 따른 소득 불균형으로 인해 더욱 심각해질 가능성이 있다.

지금까지 의료적 필요에 대한 충족은 주로 의료이용에 대한 평가로 이루어져왔고 이 부분에 있어서 건강보험제도의 기여는 긍정적으로 평가되고 있으나, 의료적 필요에 대한 충족 여부를 평가하여 제도적 성과를 여러 측

면에서 조망하고 개선방안을 찾는 노력이 필요하다. 의료적 필요에 대한 충족을 개념적으로 정리하고 측정방법을 제시하는데 어려움이 존재하지만, 의료보장제도의 성과를 파악하고 향후 개선 방향을 설정하는 데 유용한 함의를 제공할 것이다.

본 연구의 목적은 건강보험제도 하에서 미충족 의료에 대한 현황을 파악하고, 이를 개선할 수 있는 정책대안을 찾는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 개인단위의 미충족 의료 경험 및 관련 요인을 파악한다. 미충족 의료에 대한 개인의 전반적인 인식(general perceived unmet need)을 살펴보고, 경제적 부담으로 인한 미충족 의료에 대해서도 분석한다.

둘째, 주요 만성질환에 대한 미충족 의료 수준을 파악한다. 의료인의 판단으로 확인된 만성질환에 필요한 치료/관리가 어느 정도로 충족되고 있는지 개인단위에서 분석하여 개선방안을 찾고자 한다.

셋째, 가구단위에서의 미충족 의료에 대한 전반적인 인식과 의료서비스 영역별 미충족 경험을 파악하고, 의료적 필요를 충족시키는데 필요한 금전적 수준을 파악한다.

제2절 연구의 내용

1. 미충족 의료에 대한 주관적 판단 (general perceived unmet need)

환자의 입장에서 의학적으로 필요한 서비스에 대한 충족 여부를 파악하는 것은 보건의료체계에 대한 전반적인 평가의 잣대로서 의미를 가진다. 미충족 의료에 대한 기준이 명확하게 확립되어 있지 않다면 주관적 평가가 객관성을 담보하느냐에 대한 논란이 있을 수 있으나 정책대상이 되는 국민이 가지는 미충족 의료에 대한 전반적인 인식을 파악하는 것은 보건의료정

책 입안자들이 고려해야 할 중요한 측면이다.

2. 특정 질환별 미충족 의료의 경험

의료인이 판정한 질환에 대해서는 필요한 의료서비스가 구체화되므로, 필요에 대한 충족 여부를 파악하는 것이 더 명확하고 보다 구체적인 함의를 제공한다. 질환의 특성에 따라 의료적 필요에 대한 충족을 평가하는 기준을 다양하게 제시할 수 있고, 임상진료 과정에서 개선할 부분을 구체화하는 데 유용한 기초자료를 제공할 수 있다.

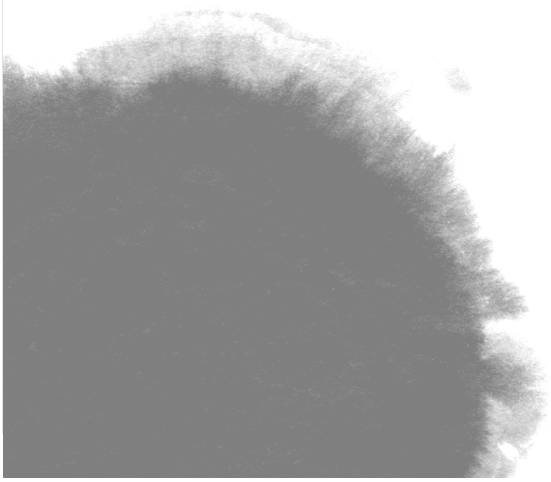
3. 가구단위의 미충족 의료에 대한 파악

의료이용은 개인단위에서 이루어지지만, 이에 대한 지출원은 일반적으로 한 가구 내에서 공유되는 소득이고 소비자단위의 정의에 가장 가까운 것이 가구(household)라고 볼 수 있기 때문에(여유진, 2002) 가구단위의 의료비 지출과 가구단위의 미충족 의료에 대한 파악은 중요한 의미를 가진다. 전반적인 미충족 의료뿐만 아니라 의료서비스 영역별 미충족 경험을 파악하여 서비스 간의 차이를 살펴볼 수 있고, 의료적 필요를 충족시키는데 부족한 금액의 수준을 파악하여 의료보장제도를 개선하는데 필요한 참고자료를 제공할 수 있을 것이다. 최근 도입된 소득수준별 차등 급여수준 적용이 어느 정도의 도움을 줄 수 있고 부족한 부분은 어느 정도인지 파악하는 데 도움이 될 것이다.

KIHASA

02

이론적 고찰 및 기존 연구



제2장 이론적 고찰 및 기존 연구

제1절 미충족 의료의 개념

1. 의료적 필요(medical necessity)에 대한 개념

의료적으로 필요한 서비스에 대한 상식적인 의미는 건강에 좋지 않은 결과(negative health consequences)를 피하기 위해 필요로 하는 서비스라고 할 수 있다. 이를 바탕으로 미충족 의료를 정의하면 필요한 의료서비스를 받지 못한 상태라고 할 수 있으나, 이를 구체적으로 정의하는 것은 간단하지 않다. 이전에는 의료적 필요가 주로 질병치료의 개념이었으나, 현대 사회에서는 건강을 개선하기 위해 보다 적극적인 개념의 질병예방과 건강증진도 의료적 필요에 포함할 수 있기 때문에 그 범위가 넓어졌다.

질병에 대한 정의가 시대에 따라 바뀌기도 하고[1] 사회에 따라 다르게 정의할 수 있기 때문에, 의료적 필요에 대한 개념은 고정된 것이 아니며 모든 사회에 단일하게 적용하기 어려운 면이 있다.

2. 의료적 필요의 충족(meet)

의료적으로 필요한 서비스에 대해 동의가 이루어졌다 하더라도, 의료적 필요에 대한 충족을 객관적으로 평가하는 것은 간단하지 않다. 의료적으로

1) 예를 들어, WHO가 비만이 질병으로 공식적으로 인정하기 전과 후의 의료적 필요는 차이가 있게 된다.

필요한 서비스에 대한 임상적인 판단 하에, 우선적으로 고려할 수 있는 것은 필요한 서비스를 받았는지의 여부가 될 것이다. 그러나 충족(meet)은 단순히 받음/받지 않음으로 판단하기 어렵고, 적절한 시기에 받았는지, 얼마나 지속적으로 이루어졌는지(특히 만성질환의 경우)도 고려되어야 한다. 또한 제공된 의료서비스의 적절성까지 포함한다면 구체적인 평가도구가 필요할 것이다.

객관적인 평가방법을 적용한다고 하더라도 충족(meet)에 대한 판단은 주관적인 요소가 남게 된다. 동일한 환자에게 동일한 내용의 서비스를 제공하더라도 충족 여부에 대한 인식은 다를 수 있기 때문이다. 객관적인 평가기준이 제공하는 일반화의 가능성의 장점에도 불구하고, 의료적 필요 충족에 대한 주관적인 인식은 한 사회의 보건의료체계를 평가하는 데 있어서 고려되어야 할 점이다.

의료적 필요에 대한 충족을 평가하는 일차적인 기준은 필요한 의료서비스의 이용여부가 될 것이고, 다음으로 필요한 양이 적절한 시간에 제공되었는지 평가될 수 있다. 이보다 더 나아간다면 제공된 의료서비스의 질까지 포함하는 구체적인 평가가 될 것이다.

3. 의료적 필요 및 미충족 의료의 정책적 함의

미충족 의료를 개선하기 위해서는 정책적 개입이 필요하다. 그렇다면 동전의 양면과도 같은 의료적 필요가 가지는 정책적 함의와 미충족 의료가 가지는 정책적 함의가 동일할까에 대한 의문을 가질 수 있다. 사회 구성원의 건강증진이라는 궁극적인 정책의 목표는 같을 수 있지만, 두 개념과 관련된 정책목적과 수단은 다를 수 있다.

우선 의료적 필요가 가지는 정책적 함의와 정책수단으로서 활용되는 면을 살펴보자. 의료적 필요는 '어느 정도의 의료서비스를 급여에 포함할 것인가?'에 대한 급여정책과 연계되어 있고, 의료비용이 증가하는 시기에 보건의료 자원을 배분하는 주요 수단이 되었다. 공적 의료보장체계의 역사가

긴 서구 국가에서는 의료비 절감정책을 고려하면서 의료적 필요에 대한 논의가 시작된 반면, 민간의료보험이 주를 이루는 미국에서는 오랜 동안 보험자의 급여정책 결정과 관련되어 사용되어 왔다. 의료보험 초창기에는 보험자들이 의료적 필요에 대한 의사의 결정을 받아들였으나, 이후 급여서비스의 가치에 대해 의문을 가지기 시작하면서 보험계약에 의료적 필요의 정의를 보다 구체적으로 넣기 시작하였다.

의료보장법에 명시되어 있는 의료보장의 내용은 의료적 필요에 대한 정의나 이를 결정하기 위한 기준을 포함하지 않는 경우가 많다. 우리나라 국민건강보험법 제 1조는 "이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다"고 명시하고 있어 포괄적인 급여범위를 밝히고 있으나, 각 부분별로 의료적 필요에 대한 구체적인 기준은 제시되고 있지 않다. 다른 국가도 이와 유사하다. 예를 들어 캐나다의 보건법(Canada Health Act)에서는 포괄성(comprehensiveness)을 다음과 같이 정의하고 있다: "포괄성에 관한 기준을 만족시키기 위하여, 주정부(province) 의료보험은 병원, 의사, 치과의사가 제공하는 서비스 중 모든 급여서비스를 보장해야 한다." 이 법이 의료적 필요에 대한 정의나 이를 결정하기 위한 기준을 포함하고 있지 않기 때문에 정책 혼선의 가능성이 있다고 지적되며(Charles et al., 1997), 그 이유는 문제의 특징을 파악하는 개념이 모호할수록 여러 가지 해석의 여지가 더 많기 때문이다(Evans, 1982).

시대에 따라 의료적 필요의 정의가 다르고, 의료적 필요의 정의가 정책수단으로 활용되는 면과 정책 목적도 달라지는데, 캐나다 사례를 통해 살펴보면 다음과 같다(표 2-1 참조). 캐나다에서 포괄적인 공적의료보장을 제공했던 1960년대의 정책입안자들은 의료적 필요를 정책 원칙이나 과학적 기준에 따라 정의한 것이 아니라, 공적 의료보장체계에서 제공하는 최저수준을 의미하였고 그에 대한 판단은 의료인이 책임지는 것이었다. 1980년대와 1990년대 초에는 의료적 필요에 대한 의미는 의료비 통제와 연계되어 "지

불할 수 있는 최대치"로 바뀌어 여러 가지 급여 제외조치가 정책수단으로 사용되었다. 급여를 제한하기 위해 더 신뢰할 만한 기준과 과정을 찾고자 하였으며, 이러한 필요가 "근거 중심의 의학(evidence-based medicine)"으로 이어졌다. 비용절감을 위한 정책으로 활용된 의료서비스에 대한 과학적 근거는 이후 임상적 관점에서 치료의 적절성을 보장하는 데도 활용되었다. 주정부 중심의 공적 의료보험체계를 운영하고 있는 캐나다는 주정부의 의료보장수준의 차이가 크지 않도록 만드는 것을 최근의 중요한 정책목적으로 제시하고 있다.

〈표 2-1〉 의료적 필요에 대한 4가지 의미(캐나다 사례)

	A	B	C	D
의미	의사와 병원이 제공하는 서비스	지불할 수 있는 최대치	과학적으로 정당화된 서비스	주정부 간에 일관된 공적 의료서비스
정책수단으로서 이용	공적 의료보장의 최소수준 확보	주정부가 지불할 수 있는 최대 보험급여	공적 의료서비스를 과학적으로 타당한 서비스로 한정함	주정부의 공적 의료서비스의 일관된 패키지 확립
정책목적	공적의료보장 서비스를 전 국민에게 확대	비용절감	의료의 질 향상	주정부의 공적 의료서비스에 대한 형평성 추구

캐나다의 사례에서 알 수 있듯이, 의료적 필요는 여러 가지 의미로 정의되고 이와 함께 추구하는 정책목적과 정책수단이 달라진다. 서구 국가에서의 의료적 필요에 대한 논의가 포괄적 의료보장에서 의료보장의 축소 또는 선별과 관련된 것인데 반해, 국내 논의는 건강보험의 취약한 보장을 개선할 필요성이 강조되기 때문에 최소 수준으로 확보되어야 할 의료보장과 관련되어 있다고 볼 수 있다.

의료적 필요가 가지는 정책적 함의와 달리, 미충족 의료가 가지는 가장 중요한 정책적 함의는 의료에 대한 접근성이며, 이 외에도 보건의료서비스

의 이용가능성과 수용성을 포함한다.

미충족 의료의 성격을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 첫째 가용성(availability)이다. 긴 대기시간 또는 거주지역에 의료자원이 충분하지 않아서 필요할 때 서비스 이용이 가능하지 않은 경우를 포함한다. 이 문제를 해결하기 위한 정책적 접근은 의료자원 분배 개선과 대기시간을 줄일 수 있는 의료서비스 제공방식이 고려된다.

둘째, 접근성의 문제는 의료보장제도와 가장 밀접하다. 의료보장제도가 확립되어 있지 않은 사회에서는(예, 미국) 필요한 의료서비스를 얻는 경제적 능력이 미충족 의료의 가장 중요한 요인이 된다. 의료보장제도가 갖추어져 있더라도 환자본인부담이 높다면(즉, 보장수준이 낮다면) 여전히 지불능력이 미충족 의료의 주요 요인이 되므로 급여대상과 급여수준의 포괄성이 정책적 이슈가 된다. 비용 문제와 함께 의료기관에 대한 교통의 편의가 접근성 문제와 관련될 수 있지만 사회 간접자본시설이 발달되지 않은 국가나 지리적 여건이 특수한 경우가 아니면 부차적인 문제이다. 그럼에도 불구하고, 노인과 장애인 등 이동에 불리함을 가지는 계층에게는 주요 문제가 될 수 있다.

셋째, 수용성(acceptability)의 측면으로 가용성과 접근성이 해결되어 의료서비스를 제공받을 수 있는 상황이라 하더라도 환자의 입장에서 가질 수 있는 문제이다. 환자가 스스로 건강 문제를 무시하거나, 어디를 가야할 지 모른다거나, 의사에 대한 반감이나 두려움 등으로 인해 필요한 의료서비스를 제공받지 못하는 경우를 생각할 수 있다. 이러한 수용성의 문제는 입원 및 외래서비스(의료보장 제공), 집중치료관리, 교통의 편리성 제공, 병상 공급 개선 등으로 좁혀질 수 없으며, 보건의료보다 더 큰 사회적 맥락에서 이해되고 정책적 접근도 시도되어야 한다. 수용성의 문제는 특히 정신질환이나 HIV/AIDS 치료에서 뚜렷이 나타날 수 있는데, 예를 들어 "어떤 것도 더 이상 도움이 될 수 없을 것이다," "어디로 가야할 지 모른다," "도움을 청하기 어렵다" 등의 문제는 해당 질환에 대한 사회적 부정적 인식이 개선되지 않고는 해결되기 어렵다.

또한, 필요한 의료서비스를 이용한 경우라도 효과적인 치료의 부족, 치료의 양과 질에 대한 불만족, 시의 적절성 등 다른 요인에 의해 의료적 필요가 충족되지 않을 수 있다(Kasman 등, 2004).

제2절 미충족 의료의 평가방법

의료에 대한 접근성의 문제를 파악하기 위해 미충족 의료에 대한 설문조사를 이용하는 것이 보편적이다(Cunningham & Hadley, 2007). 필요한 의료서비스에 대한 접근성의 평가는 주로 조사대상자의 주관적 판단으로 이루어지고 있으며, 의료이용에 근거를 둔 접근성에 대한 평가는 낮은 의료이용이 낮은 접근성을 의미한다고 가정한다. 의료이용을 바탕으로 접근성을 파악하는 것은 의료전달체계의 특성으로 설명되는 부분을 반영하지 못하는 문제를 안고 있다. 대부분의 실증 자료는 개인(또는 가구)을 대상으로 한 조사에 바탕을 두고 있으므로 응답자의 사회경제적 및 인구학적 특성에 따른 차이를 파악할 수 있지만 보건의료체계를 비롯한 사회적 특성을 포함하지 못하는 한계를 가진다. 이에 반해, 응답자가 인지하는 의료적 필요에 대한 미충족(perceived unmet need)은 응답자가 자신의 관점을 보다 직접적으로 나타내기 때문에 개인적·사회적 요인을 포괄하는 평가가 될 수 있다. 그러나 의학적 증상에 대한 개인의 인식이 다르고 의료적 처치의 중요성에 대한 태도가 다를 수 있기 때문에 미충족 의료에 대한 주관적 판단은 한계를 가진다. 미충족 의료에 대한 인식의 차이와 연관된 사회경제적 수준이 치료의 필요에 대한 인식의 차이와도 연관되어 있다면, 미충족 의료에 대한 주관적 판단이 실제 차이를 정확하게 반영하지 못하는 중요한 한계를 가진다.

이러한 한계를 보완할 수 있는 방법이 의료적 필요가 객관적으로 판단된 질병 또는 임상적 증상에 대한 미충족 의료를 평가하는 것이다. 이 방법은 미충족 의료를 분명하고 구체적으로 측정 가능하게 하지만, 의료적 처치가

필요하다고 인지하는 모든 질병을 포함하지 못할 수 있고 특정 질환에 국한하므로 표본의 크기가 작아져서 일반화의 어려움이 있다.

따라서 미충족 의료에 대한 다양한 측정방법의 장단점이 의료의 접근성의 차이에 대한 결론에 어떻게 영향을 주는 지 잘 이해하는 것이 필요하다.

제3절 미충족 의료에 대한 기존 연구

1. 국외 연구

미충족 의료와 관련한 국외 연구는 다양한 대상과 여러 가지 방법으로 수행되어 왔다. 소아(Liberato et al, 2000), 아동집단(Newacheck et al, 1998, 2000; Skinner et al, 2006), 청소년(Liberats et al, 2000), 성인(Shi and Stevens, 2005; Marina, 2009), 노인(Philp et al, 1995; Alonso et al, 1997) 등 각 연령층을 대상으로 한 연구나 혹은 이들 연령간의 비교연구(Allen and Mor, 1997)가 다수 있다. 또한 특정 질환을 가진 환자를 대상으로 하거나 -예를 들면, 천식(Partridge, 2007), 뇌졸중(Reimer et al, 1999), 만성질환(Sibley & Glazier, 2009), 급성질환과 만성질환(Alam, 2007), 류마티스성 관절염(Jacobi et al, 2004), 공황장애(Crasker, 2005)- 특정 의료서비스를 받은 집단을 대상으로 -예를 들어, 정신보건서비스(Kataoka et al, 2002 등), 에이즈치료서비스(Bonuck, 2005; Adedigba et al, 2008), 장기요양서비스(Lima & Allen, 2001), 일차의료서비스(Zallman, et al, 2003; Diamant et al, 2004), 치과의료 서비스 등(Caban-Martinez, 2007; Marina, 2009)- 한 연구들이 있다. 그리고 노동자 집단(Alberto J. Caban-Martinez, 2007), 의료보험 미가입자(Ayanian, et al, 2000; Pagan and Pauly, 2006), 도시 및 농촌에 거주하는 집단(Li and Tracy, 1999) 등 사회경제적으로 불리한 계층에 초점을 맞춘 연구들이 있다.

그 밖에도 연령별 미충족 의료의 변화 추이 연구(Sanmartin, et al, 2002 등), 국가간 미충족 의료의 비교 연구(Sanmartin, et al, 2005; Lasser, et al, 2006) 등 다양한 분석이 시도되고 있다. 미충족 의료의 요인을 분석한 연구들(Sanmartin, et al, 2002; Sibley and Glazier, 2009; Marina, 2009)이 있으며 미충족 의료와 환자와 의사와의 관계를 밝힌 연구(Mollborn et al, 2005), 미충족 의료와 의료비 지출과의 관계를 밝힌 연구(DeCesaro and Hemmeter, 2009), 의료이용량과 미충족 의료를 함께 다룬 연구도(Ahs and Westerling, 2006)있다.

대부분의 연구가 개인이 주관적으로 인식하는 미충족 의료를 바탕으로 한 연구이며 객관적인 지표를 이용하여 미충족 의료를 다룬 연구는 그리 많지 않다. 특정 질병을 가진 집단을 대상으로 한 연구는 필요한 의료서비스뿐만 아니라 보조적인 서비스(support service)에 대한 미충족 욕구를 다룬 연구가 대다수이다(Piette et al, 1993; Philp et al, 1995; Reimer et al, 1999; Lee, 2007; Harrison et al, 2009).

개인이 주관적으로 인식하는 미충족 의료 연구는 대부분 설문조사를 바탕으로 이루어지며 객관적인 지표를 이용한 연구로는 환자의 증상 및 의사의 진단을 바탕으로 SSR: Symptoms-response Ratio[2]를 이용한 연구, (Taylor, 1975; Liberatos, 2000)와 의료이용의 형평성 측면에서 실제 의료이용량과 필요의료량 간의 차이를 측정한 연구(HIwv 지수를 이용한 연구, Van Doorslar and Jones, 2000; Van Doorslaer et al, 2002; Atello, 2004; Ourti, 2004)가 있다.

미충족 의료에 대한 개인의 인식을 묻는 질문과 특정 증상 중심의 객관적인 설문을 이용하여 두 방법을 비교한 연구(Cunningham & Hadley, 2007)에서 주관적인 미충족 의료 인식이 의료보험 가입여부에 의한 접근성

2) Taylor et al(1975)에 의해 개발된 지표로 특정 증상으로 인해 실제 의료기관을 방문한 수(A)와 의사의 판단하에 해당 증상으로 의료기관을 방문해야 하는 수(E)로 정의(SSR = (A-E)/E×100)되며 이때 0은 실제 의료량과 의료필요량이 일치하는 경우를, 양의 값(+)은 필요의료량 보다 실제의료량이 많은 경우로 미충족 의료상태를 말하며, 음의 값(-)은 필요의료량 보다 실제의료량이 많은 경우를 의미한다.

의 차이로 설명되는 상황에서 특정 증상 중심의 미충족 의료 평가가 추가하는 설명력이 크지 않는 반면 주관적 인식으로 평가되는 전반적인 미충족 의료는 접근성에 있어서의 차이(이 경우는 인종 간 차이)를 충분히 파악하지 못하는 단점이 있음을 밝히고 있다.

한편 환자의 증상 및 의사의 진단을 바탕으로 한 연구들을 살펴보면 다음과 같다. 특별 의료서비스(Special Health Care Need: CSHCN)가 필요한 아동을 대상으로 정신보건의료서비스에 대한 미충족 의료를 연구에서는(Inkelas et al., 2007) 감정, 행동, 발육장애(emotional, behavioral, developmental problem: EBDP)가 있는 아동이 그렇지 않은 아동에 비해서 미충족 의료가 큰 것으로 나타났으며 Ganz et al의 연구(2006)에서도 EBDP 장애가 있는 아동에서 미충족 의료가 큰 것으로 나타났다. CSHCN이 필요한 아동을 대상으로 치과의료서비스에 대한 미충족 의료를 연구한 Lewis(2005)의 연구에서는 연구대상자의 10.4%가 지난 1년간 본인이 필요로 하는 치과의료서비스를 받지 못하는 것으로 나타났으며 농촌에 거주하는 CSHCN이 필요 아동을 대상으로 한 미충족 의료를 연구한 Skinner(2006) 연구에서도 치과의료서비스에 대한 미충족 의료는 높게 나타났다.

나이지리아(Nigeria) 국적을 가진 에이즈 환자의 보건의료서비스에 대한 미충족 의료를 연구한 Adedigba et al(2008)의 연구와 미국의 HIV 감염자를 대상으로 미충족 의료를 연구한 Bonuck et al(2005) 연구에서도 미충족 의료는 높게 나타났다. 특히, Bonuck et al(2005) 연구에서는 치과의료서비스, 정신보건의료서비스, 의약품에 대한 미충족 의료가 응급의료서비스 및 입원서비스에 대한 미충족 의료 보다 높게 나타나 같은 질병이라 하더라도 미충족 의료 정도는 서비스별로 다름을 보여 주고 있다.

만성질환자를 대상으로 한 미충족 의료와 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석한 Silbery and Glazier(2009)의 연구에서는 지난 1년간 미충족 의료는 11.7%에 달하는 것으로 나타났으며 지역을 보정(adjusted provincial rates)할 경우 13.3~7.8% 정도의 미충족 의료가 존재하는 것으로 나타났다. 미충족 의료에 영향을 미치는 주된 요인은 1) 대기시간이 길

어서, 2) 필요한 서비스이지만 이용할 수 없어서, 3) 거주 지역내 의료기관이 없어서로 대변되는 의료가용성(availability)이었다. 그 외 만성질환자와 임종말기 환자의 가족을 대상으로 한 미충족 의료 연구(Zallman et al, 2003)에서도 미충족 의료가 존재하는 것으로 나타났다.

류마티스성 관절염 환자를 대상으로 미충족 의료를 연구한 Jacobi et al(2004)은 연구대상자를 미충족 수요자(unmet demanders)와 의료이용자(health care users), 비수요자(non-demanders)로 구분하여 Orthopedic care, Allied health care, Home care, Psychosocial care에 대한 미충족 의료를 살펴보았다. 분석결과 모든 의료서비스 내에서 미충족 의료가 존재하였으며 이 중 Allied health care의 미충족 정도(13.4%)가 가장 높았다.

급성질환, 만성질환, 급성질환과 만성질환을 가진 아동을 대상으로 미충족 의료를 연구한 Alam(2007)의 연구에서는 급성질환아동보다는 만성질환아동에서 미충족 의료 정도가 훨씬 높았다. 또한 미충족 의료에 영향을 주는 요인은 급성질환, 만성질환 아동 모두 가구의 경제적 수준이었으며 급성질환의 경우 가구의 경제적 수준과 더불어 성별이, 만성질환의 경우 연령이 미충족 의료에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

천식환자를 대상으로 한 미충족 의료 연구(Partridge, 2007)와 의료서비스를 포함한 보조서비스(social work service, home health aid, homemaker services, need for medical equipment)에 대한 미충족 의료를 연구한 Lee(2007)의 연구에서도 미충족 의료 정도는 높은 것으로 나타났다. 공황장애(Panic disorder)를 가진 환자를 대상으로 한 미충족 의료 연구(Crasker et al, 2005)에서는 조사대상자의 38%가 미충족 의료를 경험하였으며 미충족 의료가 발생하는 주된 원인은 도움을 받을 만한 시설을 찾지 못하거나 비용이 많이 들기 때문인 것으로 나타났다. 그 외 뇌졸중 환자를 대상으로 의료서비스 외 보조서비스(ADL, IADL, psychosocial support 등)에 대한 미충족 의료를 연구한 Reimer et al(1999)의 연구와 치매노인환자와 비치매노인환자의 의료서비스 외 보조서비스에 대한 미충족 의료를 연구한 Philp et al(1995) 연구에서도 미충족 의료가 존재하는

것으로 나타났다.

설문조사방법 외 객관적 지표를 이용하여 미충족 의료를 다룬 연구로는 Taylor et al(1975)연구와 Liberato(2000) 연구가 있다. 두 연구 모두 실제 의료량과 의료필요량간의 관계를 통해 미충족 의료의 정도를 보여주는 SSR을 이용한 연구들이다. Taylor et al(1975)는 SSR을 이용하여 전 연령을 대상으로 의료이용을 살펴보았는데 분석결과 55세 이상 연령층, 남성, 비백인집단, 농촌 거주자, 소득수준이 낮은 집단, 의료이용을 전혀 하지 않은 집단에서 미충족 의료가 존재하는 것으로 나타났다. 1~5세 아동, 13~19세 청소년을 대상으로 한 미충족 의료 연구(Liberato, 2000)에서는 소아의 경우 필요 의료량과 실제 의료량간의 차이는 거의 없었으나(SSR 1.1) 청소년의 경우 필요 의료량과 실제 의료량간의 차이(SSR -45.5)는 큰 것으로 나타나 청소년 집단에서의 미충족 의료가 중요함을 알 수 있었다.

2. 국내 연구

지금까지 미충족 의료에 대한 국내 연구는 개인이 주관적으로 인식하는 전반적인 미충족 의료와 의료이용의 형평성 측면에서 실제 의료이용량과 의료필요량간의 차이를 지표로 측정하고 소득수준 간의 차이를 살펴본 연구로 구분할 수 있다. 개인이 주관적으로 인식하는 미충족 의료는 대개 설문조사 방법을 이용하여 측정하는 반면, 지표를 이용한 미충족 의료는 의료이용 자료와 의료에 대한 필요를 측정할 수 있는 변수를 이용하여 분석한다.

국외 연구와 달리 국내의 미충족 의료 연구는 연구대상과 측정 방법이 다양하지 못하다. 특히 특정 질병을 가진 집단을 대상으로 한 연구는 김한해의 연구(2006) 뿐이며, 대부분의 연구가 개인이 인식하는 주관적 미충족 의료를 평가한 것이기 때문에 측정방법 또한 설문조사에 국한되어 있다. 미충족 의료와 관련된 기존의 국내 연구를 살펴보면 다음과 같다.

주관적 미충족 의료를 연구한 국내연구로는 최재규(1995), 김정희 외(1999), 김한해(2006), 허순임·김수정(2007), 신영전·손정인(2008)의 연구가

있다. 최재규(1995)는 전라북도 3개 시지역(전주시, 이리시, 군산시)과 2개의 군지역(옥구군, 익산군)에 거주하는 200가구 주민들을 대상으로 의료욕구와 의료충족에 대해 조사하였다. 이때 의료미충족률은 손건용 외(1993) 연구의 의료미충족률을 인용하여 100에서 의료충족률(의료요구자 중 치료원을 이용한 자의 비율)을 뺀 값으로 정의하였다. 분석결과 시지역이 의료요구율은 군지역보다 낮은 반면, 의료충족률은 더 높게 나와 군지역에서의 의료미충족률이 상대적으로 높았다. 이 연구는 전 연령층의 일반인을 대상으로 의료요구와 충족에 대해 조사하였으나, 1개 도 내에 3개 시 및 2개 군에 제한하여 연구하였다는 점에서 한계가 있다.

김정회 외(1999) 연구는 인천시 남동구 거주 65세 이상 보건소 이용 노인을 대상으로 주관적 미충족 의료요구를 조사하였으며 주관적 미충족 의료요구는 '건강을 회복하는데 필요하지만 받지 못하고 있는 진단이나 치료가 있는지'에 대해 노인 스스로가 판단하여 응답하는 방식으로 조사하였다.

특정 질병을 가진 집단으로 대상으로 연구한 김한해(2006)는 서울시 양천구 지역사회의 50세 이상 성인 중 경증 이상의 하부요로증상 및 전립선비대증을 가진 성인 남성을 대상으로 해당 질환의 미충족 의료를 조사하였으며 미충족 의료는 하부요로증상과 전립선비대증으로 배뇨장애 증상을 느끼고 있음에도 불구하고 병의원을 방문하지 않거나 치료를 받지 않은 경우로 정의하였다. 그러나 이 연구결과 또한 특정지역의 특정 질병을 가진 연령에 대한 연구결과이기 때문에 전국적으로 일반화하기는 어렵다.

제3기 국민건강영양조사(2005)년 자료를 만19세 이상 성인으로 대상으로 미충족 의료를 연구한 허순임·김수정(2007) 연구에서는 미충족 의료를 "지난 1년간 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 적이 있는지 여부"로 정의하여 연령구간별 미충족 의료를 분석함과 동시에 미충족 의료에 영향을 미치는 결정요인을 분석하였다. 신영전·손정인(2008)은 제1, 2차 한국복지패널자료를 이용하여 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험에 대한 현황을 분석하였다. 미충족 의료는 "지난 1년 동안 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있는지 여부"로 정의하였으며 연도별 자

료에서 단면적 미충족 현황과 미충족 의료의 관련요인을 살펴본 후 2개년도 자료를 연동하여 동태적 현황과 관련요인을 살펴보았다. 기존 연구가 미충족의료 현황을 단면적으로 분석한 것에 머무른 것에 비해 패널자료의 특성을 살려 동태적인 분석까지 수행함으로써 2년 동안의 미충족의료 경험의 변화를 기술하였다는 점에서 해당 연구는 의의가 있으나 '돈이 없어'라는 경제적인 이유로 한정하고 있어 선행연구와의 비교에서 한계가 있다.

단순히 주관적 미충족 의료 연구에 그치지 않고 의료이용을 다루면서 미충족 의료를 연구한 국내연구로는 송건용 외(1993), 오영호 외(2002), 박종영 외(2005), 신영석 외(2004), 김진구(2007), 감태일·최윤영(2007), 김진구(2008)의 연구가 있다.

송건용 외(1993) 연구와 오영호 외(2002) 연구는 국민 보건의료실태 차원에서 의료이용여부와 함께 의료충족률을 분석하였다. 의료충족률은 의료요구율, 의료충족률, 의료미충족률로 구성되며 의료미충족률은 100에서 의료충족률을 뺀 값으로 정의하였고 의료충족률은 2주간 이환자로서 의료욕구가 있는 자 중 치료원을 이용한 자(치료원 이용자/의료요구자 ×100)로 정의하였다.

박종영 외(2005)는 건강과 의료이용에 있어서 가장 취약하다고 생각되는 여성근로자들의 보건의료 필요량과 구조, 의료요인을 규명하고자 40세 이하 사무직, 생산직 여성근로자를 대상으로 의료이용, 주관적 미충족 의료, 미충족 의료의 원인을 파악하였으며 신영석 외(2004) 연구에서는 미충족 의료를 "지난 3개월간 의사의 도움이 필요했음에도 불구하고 실제로 의사의 도움을 받지 못했거나 중도에 치료를 포기한 경우"로 정의하여 건강보험 가입유형별로 미충족 의료 현황을 분석하였다. 그러나 박종영 외(2005) 연구는 여성근로자, 신영석 외(2004) 연구는 의료급여 수급권자 및 차상위 계층의 의료이용 및 의료수요에 분석을 초점을 맞추었기 때문에 해당 연구 결과를 일반화하기는 어렵다.

2005년 성공회대학교 사회복지연구소와 경기광역자활지원센터가 공동으로 조사한 경기지역 자활사업 참여자조사 자료를 이용하여 저소득층의 의

료이용과 이용포기에 영향을 미치는 요인을 연구한 김진구(2007) 연구에서는 의료이용과 함께 경제적 이유로 의료기관 이용을 포기한 경험(주관적 미충족 의료)과 의료서비스 이용포기에 영향을 미치는 요인을 분석하였으며 감태일·최윤영(2007)은 제3기 국민건강영양조사자료(2005)를 이용하여 소득계층별 의료이용의 격차를 분석하면서 주관적 미충족의료 경험을 다루었다. 그러나 분석과정에서 가중치를 부여하지 않았고 소득계층별 미충족의료 경험의 연령별 차이를 설명하지 못하는 한계를 지니고 있다.

김진구(2008)는 제3기 국민건강영양조사자료(2005)내 만19세 이상 성인을 의료급여 1종과 2종, 차상위계층과 일반인으로 구분하여 미충족 의료 여부를 포함한 의료이용 실태와 의료이용에 미치는 영향을 살펴보았으며 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험이 있는 자에 한하여 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 살펴보았다. 이 연구는 다각적인 측면에서의 의료이용 및 미충족 의료를 분석하였다는 점에서 의의가 있다.

의료이용의 형평성 측면에서 일반적으로 미충족 의료를 측정하기 위한 객관적인 지표로는 루그랑 지수(Le Grand index or HILG)와 HIwv 지수가 사용되며 객관적인 지표를 이용하여 미충족 의료를 다룬 연구로는 문옥륜 외(1995), 박실비아 외(1996), 권순만 외(2003), 문성현(2004), 최병호 외(2004), 이용재(2005), 이용재·김승연(2006), Shin Hosung·Kim Hyun-Duck(2006), 신호성·김동진(2007)의 연구가 있다. 이 중 박실비아 외(1996), 문성현(2004), 최병호 외(2004), 이용재(2005), 이용재·김승연(2006)는 루그랑 지수를 이용하여, 권순만 외(2003), 신호성·김현덕(2006), 신호성·김동진(2007)은 HIwv 지수를 이용하여 의료이용에 있어서의 미충족 의료(실제의료이용량과 의료필요량 간의 차이)를 측정하였고 문옥륜 외(1995)는 루그랑 지수와 HIwv 지수를 이용하여 의료이용에 있어서의 미충족 의료를 측정하였다.

문옥륜 외(1995)는 1994년 전국 417개 조합 중 3개의 직장조합과 5개의 지역조합을 대상으로 설문조사를 실시한 후 설문조사 결과를 바탕으로 루구랑 지수와 HIwv 지수를 측정하였다. 분석결과 지역의료보험가입자의

경우 루그랑 지수 및 HIwv 지수 모두 저소득층에 유리한 불평등이 존재, 즉, 의료이용필요에 비해 실제 의료이용량이 저소득층에서 많았으며 직장의료보험가입자의 경우 루그랑 지수는 저소득층에 유리한 불평등, HIwv 지수는 고소득층에 유리한 불평등이 존재하는 것으로 나타났다.

박실비아 외(1996)는 서울 한 직장조합가입자를 대상으로 설문조사 실시하였으며 설문조사 결과를 바탕으로 의료이용의 형평성을 살펴보았다. 분석결과 계층별로 건강수준의 차이는 없었고, 건강수준에 따른 의료이용은 대체로 형평한 것으로 나타났으나 본 조사는 서울 한 직장조합가입자에 한하여 분석한 것이기에 이를 일반화하기는 어렵다.

그 외 배상수(1992)의 연구는 Aday와 Anderson(1975)이 제시한 이용-상병비 이용지표를 이용하여 지역의료보험 실시 전(1987년)과 후(1990)에 강원도 H군 주민들의 유병양상과 의료이용양상을 조사하였다. 이 연구는 미충족 의료와는 다른 개념이지만 결국 미충족 의료와 동일한 함의를 가지는 의료필요 충족도를 이용하였다는 점에서 의의가 있다.

문성현(2004)은 사회통계조사를 이용하여 루그랑 지수를 산출하였으며 분석결과 자가평가지표와 한정적 만성질환을 반영한(표준화한) 루그랑 지수 모두 고소득층에 유리한 불공평성, 즉 고소득층에서 의료필요에 비해 더 많은 보건의료자원이 사용되는 것으로 나타났다. 최병호 외(2004)는 국민의료의 형평성 분석과 정책과제 연구의 일환으로 제1기 국민건강영양조사자료(1998)를 이용하여 루그랑 지수를 측정하였다. 분석결과 의료이용에 있어서의 형평성은 급성질환 -0.05092, 만성질환 -0.03903으로써 저소득층이 의료필요에 비해 다소 많은 보건의료자원을 이용하고 있지만 거의 0에 가깝다고 하였다. 이용재(2005)는 건강보험 노인가입자 급여자료 및 제2기 국민건강영양조사자료(2001)를 이용하여 루그랑 지수를 산출한 결과 저소득층 노인가입자들은 본인의 의료필요(need)에 비해 적게 의료이용을 하는 것으로 나타났다.

이용재·김승연(2006)는 건강보험 급여자료와 제2기 국민건강영양조사자료(2001)를 이용하여 루그랑 지수를 산출하였고 산출결과 저소득층일수록

의료필요에 비해 의료이용이 적은 것으로 나타나 저소득층에서의 미충족 의료가 존재함을 보여주었다.

권순만 외(2003) 연구는 제1기 국민건강영양조사 자료를 이용하여 HIwv 지수를 산출하였다. 분석결과 입원의료 이용에 있어서는 의료필요에 비해 빈곤층에서의 의료이용이 더 많은 것으로 나타난 반면 의료비용으로 본 의료이용의 질적지표 및 강도의 경우 부유층에서 의료이용필요성에 비해 실제 보건의료자원의 사용이 더 많은 것으로 나타났다. 이 연구는 단순히 양적 의료이용의 형평성 연구에서 벗어나 질적 의료이용의 형평성을 연구했다는 점에서 의의가 있다. Shin Hosung·Kim Hyun-Duck(2006)은 제2기 국민건강영양조사 자료를 이용하여 치과 의료이용에 한하여 HIwv 지수를 산출하였고 산출결과 소득수준이 높을수록 자신의 구강건강 니드(need)보다 더 많은 구강보건자원을 이용하고 있었다. 즉, 부유층에게 편향된 의료이용이 이루어지고 있었다. 신호성·김동진(2007)은 제1기, 2기, 3기 국민건강영양조사자료(1998, 2001, 2005)를 이용하여 HIwv 지수를 산출하였고 분석결과 입원, 외래 모두 전체적으로 부유층에게 편향된 의료이용이 이루어지고 있었다.

요약하면, 1990년대의 연구에서는 저소득층이 의료에 대한 필요에 비해 의료이용량이 많은 경우도 있으나, 2000년 이후에는 저소득층이 의료에 대한 필요에 비해 의료이용이 적어(또는 부유층의 의료이용이 높게 나타나) 경제수준에 따라 미충족 의료의 차이가 있음을 알 수 있다.

KIHASA

03

연구방법

제3장 연구방법

제1절 분석자료

본 연구에서는 전국 대표성을 가지는조사 자료를 이용하여 개인단위와 가구단위에서의 미충족 의료를 분석하였다. 개인단위 자료는 건강상태와 의료이용에 대한 포괄적인 내용이 포함된 국민건강영양조사를, 가구단위 자료는 국민의 최저생활기준을 설정하기 위한 최저생계비조사와 차상위조사를 이용하였다.

1. 개인단위 조사자료

개인단위의 미충족 의료를 분석하기 위해 2005 국민건강영양조사(기준년도: 2004)를 사용하였다. 국민건강영양조사는 1995년에 공표된 국민건강증진법 제16조에 의거하여 독립적으로 시행하던 영양조사(1969년부터 매년 실시)와 건강조사(1971년부터 시작)를 통합한 것으로 1998년부터 실시되고 있는 조사이다. 지금까지 제1기(1998), 제2기(2001), 제3기(2005)의 조사가 실시되었으며 현재 제4기(2007~2009)조사를 실시하고 있다.

이 중 국민건강영양조사 제3기(2005년) 자료는 2000년 인구주택총조사와 신축아파트조사구를 모집단으로 하여 600개의 표본조사 가구수에서 각각 20~26가구를 추출하여 건강면접, 보건의식행태, 검진(신체계측 및 임상검사), 영양(식생활조사 및 식품섭취조사)상태 등을 조사한 자료이다. 단,

보건의식행태, 검진, 영양조사 대상가구는 건강면접조사 대상가구 중 1/3만을 대상으로 하였다.

건강면접조사는 전 연령을 대상으로 이환, 활동제한 및 삶의 질, 사고 미중독, 의료이용 등을 조사하였으며 보건의식행태조사는 12세부터 흡연, 음주, 금연, 운동 등의 보건의식행태를 조사하였다. 검진조사는 1세부터는 신체계측을, 10세부터는 혈압 및 임상검사를 하였으며 영양조사는 1세부터는 식생활조사 및 식품섭취조사를, 1~3세에게는 영유아 식생활조사를, 그리고 12세부터는 식품섭취빈도조사를 실시하였다. 조사는 2005년 9~12월 30일에 거쳐 실시하였다(자세한 내용은 원 보고서 참조).

본 연구는 2005년 국건영 자료 중 전 연령을 대상으로 한 건강면접조사 자료를 이용하였으며 건강면접조사 대상자(34,152명) 중 19세 이상 성인 25,215명을 분석대상으로 하였다.

2. 가구단위 조사자료

본 연구에서 사용한 가구단위 조사자료는 2006 차상위조사(기준년도 2006년)와 『2007년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사』 (이하 최저생계비 조사)이다. 2006년 차상위계층 실태조사는 1차 기초조사와 2차 심층조사로 구성된다. 1차 조사는 차상위계층의 범위설정을 위한 기초자료 수집, 차상위계층의 규모추정을 위한 기초조사로 전국에서 무작위 표본 추출된 25,000가구를 대상으로 하였다. 16개 광역시도별로 독립적인 추계가 가능하도록 설계되어 조사가 실시되었으며, 22,912가구에 대해 조사가 완료되었다. 2차조사는 차상위계층 외 타 집단도 표집하되 차상위계층 가구를 보다 높은 비율로 표집하는 비동일 확률표집으로 5,000가구를 조사하였으며 조사가 완료된 가구 수는 4,541가구였다[3].

최저생계비조사의 조사체계는 1차 기초조사, 2차 가계부조사, 생활실태조사, 가격조사, 그리고 3차 가구유형별조사(장애인, 노인, 한부모)로 구성되

3) 자세한 내용은 원 보고서 참조(이현주 외, 2008)

어 있다. 1차 조사는 2005년 인구주택 총 조사의 90% 조사구 자료에서 517개 조사구를 2단계 확률비례 층화집락 추출하여 30,000가구를 표본으로 추출하여 조사를 실시하였으며 24,711가구에 대해 조사를 완료하였다. 2차 생활실태조사 및 가계부 조사대상 가구는 1차 조사결과를 바탕으로 가구의 월평균 소득(경상소득기준) 40% 이하 가구 중에서 1,500가구를 표본추출 하여 조사를 실시하였다[4].

본 연구에서는 가구단위의 의료이용, 의료비, 미충족 의료에 대한 분석은 차상위조사 자료를 사용하였고, 미충족 의료 관련 내용 중 가구에서의 부족 의료비에 대한 내용은 최저생계비 1차 조사를 사용하였다.

제2절 종속변수

1. 미충족 의료의 경험

미충족 의료 경험은 국민건강영양조사와 차상위조사를 분석하여 파악하였다. 국민건강영양조사에서는 미충족 의료 경험을 "지난 1년간 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받으신 적이 있습니까?"라는 질문에 "예"로 응답한 경우로 정의하였으며, "예"로 응답한 경우에 그 이유를 물었다. 차상위조사(2차 조사)에서는 지난 1년간 치료를 포기한 경험을 묻고, 이를 경험한 경우에 치료포기 이유를 물었다.

국민건강영양조사와 차상위조사는는 미치료를 공통적으로 포함하는 반면, 전자는 치료 지연을 포함하고 후자는 치료포기를 포함하기 때문에 차이가 있고, 국민건강영양조사는 의료서비스 항목을 한정하지 않기 때문에 보다 넓은 의미의 미충족 의료를 포함한다고 가정할 수 있는 반면,[5] 차상위조사

4) 자세한 내용은 원 보고서 참조(여유진 외, 2007)

5) 의약분업 이전에는 약국을 통한 의료이용도 상당히 많았기 때문에 연령이 높은 층에서는 이러한 한정을 주는 것과 아닌 경우 응답에 차이가 있을 수 있다.

는 '의사의 도움'이라고 한정하고 있다. 한편, 차상위조사에서는 의료서비스 영역별로 미충족 의료를 파악하는 내용을 포함하고 있어 구체적인 현황을 파악하는 데 도움이 된다.

〈표 3-1〉 미충족 의료의 경험 분석에 사용한 종속변수

구분		미충족 의료 경험 정의	미충족 의료에 대한 이유
국민건강영양조사 (개인단위)		지난 1년간 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받으신 적이 있습니까?	○
차상위조사 (가구단위)	1차	- 만성질환의 정기적 진료여부 - 필요한 병원치료 여부 - 필요한 의약품 사용여부 - 필요한 보약/건강보조식품 사용여부 - 필요한 치과진료 여부	-
	2차	지난 1년간 아팠는데도 의사의 도움을 받지 못했거나 중도에 치료를 포기하신 경험이 있으십니까?	○

2. 특정 질환별 미충족 의료

국민건강영양조사에서는 의료이용 조사에서 특정 질환별로 현재 치료여부를 묻는 문항이 있다. 의사의 진단을 바탕으로 지난 1년 간 특정 질환이 있는 것으로 판명된 경우에, 완치된 경우를 제외하고 현재 치료받지 않고 있다고 응답한 사람을 미충족 의료가 있는 경우로 판단하였다.

<표 3-2>는 국민건강영양조사 제3기 성인이환 보고서에서 보고한 만성질환의 유병률을 나타낸 표이다. 미충족 의료의 대상이 되는 질환은 위 보고서에서 보고한 연간 의사진단 유병률을 기준으로 인구 1,000명당 유병률이 10명이상인 경우로 하였다. 단, 암의 경우 개별 유병률은 낮으나 암이란 질환의 중요성을 고려하여 미충족 의료 대상 질환으로 선정하되, 개별 암을 통합하여 암 질환으로 분류하였다. 심근경색증은 인구 1,000명당 5.37명에 불과하나 일반적으로 협심증과 함께 심혈관질환의 대표적인 질환이기 에

협심증과 심근경색증은 하나의 범주에 포함하였다.

〈표 3-2〉 2005년 만성질환 유병률(의사진단 유병률 기준 정렬)

구분	질병명	평생 의사진단 유병률(19세 이상)	연간 의사진단 유병률(19세 이상)
치아, 구강질환	치아우식증	703.95	231.81
순환기계질환	고혈압	128.67	125.46
근골격계질환	골관절염	102.46	99.09
치아, 구강질환	치주질환	160.43	97.58
호흡기계질환	알레르기성비염	83.14	72.01
기타질환	아토피성피부염, 피부알레르기	70.08	60.60
근골격계질환	디스크	65.78	54.99
내분비, 대사성질환	당뇨병	51.65	49.65
근골격계질환	골다공증	37.92	38.63
내분비, 대사성질환	빈혈	50.29	38.42
순환기계질환	치질	73.69	34.39
눈, 귀질환	백내장	43.49	26.85
순환기계질환	고지혈증	29.04	24.70
소화기계질환	위십이지장궤양	36.77	20.67
호흡기계질환	천식	21.31	17.45
근골격계질환	류마티스관절염	18.50	16.94
호흡기계질환	만성부비동염	28.65	16.89
기타질환	요실금	19.36	16.18
순환기계질환	뇌졸중	15.90	13.87
내분비, 대사성질환	갑상선장애	19.80	12.53
눈,귀질환	만성중이염	25.78	11.46
호흡기계질환	만성폐쇄성폐질환	12.53	10.55
순환기계질환	협심증	11.30	10.46
소화기계질환	만성간염	10.66	8.04
순환기계질환	심근경색증	5.60	5.37
치아,구강질환	악관절질환	6.28	4.92
눈, 귀질환	녹내장	5.34	4.12
기타질환	만성신부전	4.30	3.90
암질환	기타암	4.91	3.38
암질환	유방암	4.86	3.17

구분	질병명	평생 의사진단 유병률(19세 이상)	연간 의사진단 유병률(19세 이상)
호흡기계질환	결핵	28.40	2.54
소화기계질환	간경변증	2.88	2.31
암질환	위암	3.70	2.10
암질환	자궁경부암	5.84	1.92
호흡기계질환	기관지확장증	2.00	1.48
암질환	대장암	1.53	0.86
암질환	간암	0.68	0.67
암질환	폐암	0.75	0.46

자료: 국민건강영양조사 제3기(2005) 성인이환, 보건복지부 · 한국보건사회연구원

2005년 국민건강영양조사 자료 외 제1기(1998), 제2기(2001), 제4기 1차(2007) 국민건강영양조사 자료에서도 특정 질환별로 현재 치료여부를 묻는 문항이 있어 연도별 미충족 의료 여부를 살펴 볼 수 있다. 1998년 조사와 2001년 조사에서는 만성질환과 급성질환의 현재 치료여부를 설문하였다. 그러나 만성질환의 경우 제1, 2기 자료에서는 지난 2주간 이환에 한하여 현재 치료여부를 물은 반면 제3기, 제4기 1차년도 조사에서는 지난 1년간 3개월 이상 앓았거나 현재 앓고 있는 질환 또는 지금까지 한번이라도 앓은 적이 있는 질환에 한하여 현재 치료여부를 물었다. 따라서 만성질환의 경우 연도별로 현재 치료여부를 묻는 대상 기간이 다르고, 변수 정의 또한 약간의 차이를 보여 연도별 추이를 보는 것은 불가능하다. 그리고 만성질환 특성상 2주간의 현재 미 치료 여부만을 살펴볼 경우 미충족 의료가 과소추정될 위험이 있다(아래 표 3-3 참조).

급성질환의 경우 조사된 질환의 유병률은 낮은 반면 치료율은 높아 미충족 의료로써 급성질환을 보기엔 적절하지 않다. 이에 국민건강영양조사에서는 제3기 자료 중 만성질환에 한하여 질환별 미충족 의료 여부를 살펴보았다.

〈표 3-3〉 만성 및 급성질환에 대한 현재 치료여부에 대한 정의

구분	변수	자료	정의
만성	만성질환 현재 치료여부	제1기	(이 병으로 지난 2주간에 아프거나 불편을 느끼셨습니까?) 이 병을 치료해 본적이 있습니까? => 예/아니오
	만성질환 현재 치료여부	제2기	이 병으로 약을 먹거나 치료를 받은 적이 있습니까? => 치료/미치료
	만성질환 현재 치료여부	제3기	(지금까지 한번이라도 앓은 적이 있는 질환, 또는 지난 1년간 3개월 상 앓았거나 현재 앓고 있는 질환에 한하여) 이 질환을 위한 치료를 ① 완치되어 치료받지 않고 있음 혹은 ② 완치되지 않았지만 치료받지 않고 있음 혹은 ③ 현재 치료받고 있음 중에 골라 주십시오.
	만성질환 현재 치료여부	제4기 1차[1)]	문항1. 현재 ○○ 질환을 앓고 있습니까? => 예/아니오
			문항2. (지금까지 한번이라도 앓은 적이 있는 질환, 또는 지난 1년간 3개월 상 앓았거나 현재 앓고 있는 질환에 한하여) 현재 치료여부 => 예/아니오/비해당(지금까지 앓은 적 없음. 현재 앓고 있지 않음)
급성	지난 2주간 급성질환 현재 치료여부	제1기	이 병으로 지난 2주간 약을 먹거나 치료를 받았습니까? 받았다면 어디에서 치료를 받았습니까? => ① 병의원, 한방병의원, 약국, 보건(지)소, 보건진료소, ② 가정상비 치료약 ③ 기타 ④ 비해당(미치료, 지난2주동 앓은 적 없음) ⑤ 모름
	지난 2주간 급성질환 현재 치료여부	제2기	이 병으로 약을 먹거나 치료를 받은 적이 있습니까? => 예/아니오

주: 1) 제3기 자료와는 달리 제4기 1차 자료에서는 현재 치료여부를 예/아니오/비해당으로 물고 있음. 그러나 문항 1과 문항2 중 비해당을 이용할 경우 제3기와 같이 ① 완치되어 치료받지 않고 있음. ② 완치되지 않았지만 치료받지 않고 있음 ③ 현재 치료받고 있음으로 현재 치료여부를 구분할 수 있음.

특정 질환별 미충족 의료에서는 미충족의료를 크게 '치료필요 환자'와 '미 치료 환자'로 구분하였다. 치료필요 환자는 현재 치료여부를 묻는 질문에 "② 완치되지 않았지만 치료받지 않고 있음" 혹은 "③ 현재 치료받고 있음"에 "예"라고 응답한 자로 정의하였으며 미 치료 환자는 치료필요 환자 중 "② 완치되지 않았지만 치료받지 않고 있음"에 응답한 자로 정의였다.

또한, 당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 뇌졸중, 심혈관질환, 천식, 만성폐쇄성질환은 치료필요 환자에 한하여 정기적인 약물복용 및 치료여부, 합병증을 예

방하기 위한 예방관리 등의 구체적인 치료여부를 물었다. 각 질환의 구체적인 치료여부는 <표 3-4>와 같다.

〈표 3-4〉 각 질환별 구체적인 치료여부 정의(2005 국민건강영양조사)

변수설명		정의
현재 치료여부		(지금까지 한번이라도 앓은 적이 있는 질환, 또는 지난 1년간 3개월 이상 앓았거나 현재 앓고 있는 질환에 한하여) 이 질환을 위한 치료를 ① 완치되어 치료받지 않고 있음 혹은 ② 완치되지 않았지만 치료받지 않고 있음 혹은 ③ 현재 치료받고 있음 중에 골라 주십시오.
구체적인 치료여부	당뇨병	현재 혈당을 낮추기 위해 다음의 치료(인슐린주사 또는 당뇨병약)를 받고 있습니까?
		지난 1년간 당뇨병으로 인한 눈의 합병증 발생여부를 확인하기 위해 눈 검사를 받은 적이 있습니까?
		지난 1년간 당뇨병으로 인한 신장(콩팥) 합병증 여부를 확인하기 위해 소변검사(미세단백뇨검사)를 한 적이 있습니까?
	고혈압	현재 혈압 조절을 위해 혈압 약을 정기적으로 복용하고 있습니까?
	고지혈증	혈중 콜레스테롤을 낮추기 위해 현재 약을 복용하고 계십니까?
	뇌졸중	뇌졸중(중풍)의 재발을 방지하기 위해서 정기적으로 진료를 받고 계십니까?
	심혈관 질환	심근경색 혹은 협심증을 위해서 정기적으로 약을 복용하고 계십니까?
		심근경색 혹은 협심증의 재발을 방지하기 위하여 정기적인 진료를 받고 있습니까?
	천식	지난 1년간 천식을 위해서 약을 정기적으로 복용하거나 흡입하셨습니까?
	만성폐쇄성질환	지난 1년간 이 병을 위해서 약을 정기적으로 복용하거나 흡입하셨습니까?

3. 미충족 의료의 금전적 수준

2007 최저생계비 조사에서는 최저 보건의료비를 계측하기 위하여 미충족 욕구를 조사하고 있다. 즉, 소득 부족으로 인해 충족되지 못한 의료욕구 해결을 위한 잠재적 비용을 조사하고 있다. 이와 같이 주관적으로 파악된 부족의료비는 의료서비스의 수요자가 체감하는 부족의료비의 금전적 수준을 구체적

으로 파악함으로써 의료보장 정책에 활용할 수 있다는 점에서 의미가 있다.

〈표 3-5〉 미충족 의료의 금전적 수준 (2007 최저생계비조사)

변수설명	정의	비고
부족했던 보건의료비	경제적 사정으로 인해 치료받지 못하신 경우, 월평균 얼마 정도 있었으면 치료가능 하였습니까?	1차 조사
추가치료 비용	지난 1년간(06.1.1~06.12.31) 돈이 없어서 치료를 중단하였다면 얼마정도의 돈이 있(었)다면 치료를 계속할 수있(었)습니까?	2차 조사

제3절 독립변수

1. 2005 국민건강영양조사

2005년 국민건강영양조사에서 미충족 의료 분석에 사용된 독립변수는 <표 3-6>와 같다.

〈표 3-6〉 분석에 사용한 독립변수(국민건강영양조사)

변수	정의
성별	남/여
연령	만 연령을 이용한 연령구분 (19~34/35~44/45~45/55~64/65세 이상)
교육수준	무학/초등학교/중학교/고등학교/대졸이상
직업	근로자/고용주/자영업자 · 무급가족종사자/실업자/비경제활동자
가구규모 보정 소득5분위	가구균등화 지수를 적용한 가구소득 5분위
결혼상태	유배우/사별 · 이혼 · 별거/미혼
의료보장형태	지역의료보험 · 사업장가입자/의료급여1,2종
주관적 건강상태	본인이 느끼는 주관적 건강상태
만성질환 수	의사진단에 의한 지난 1년간 만성질환의 합

2. 2006 차상위조사 및 2007 최저생계비조사

2006 차상위조사 및 2007 최저생계비조사의 조사내용은 기본적인 틀이 매우 비슷하며 미충족의료에 대한 독립변수는 <표 3-7>와 같다.

〈표 3-7〉 분석에 사용한 독립변수(차상위조사 및 최저생계비조사)

변수		정의	차상위	최저생계비
인구학적 변수	가구주연령	만 연령을 이용한 연령구분 (35세 미만/35~44/45~54/55~64/65세 이상)	○	○
	가구주성별	남, 여	○	○
사회 경제적 특성	사회경제적 상태	의료급여 여부와 빈곤상태 (빈곤, 차상위, 일반)를 포함한 구분	○	○
	가구주 경제활동 참여 상태	1(상용직, 임시직, 일용직 임금근로자), 2(고용주) 3(자영업자, 무급가족종사자) 4(실업자) 5(비경제활동상태[6])	○	○
	가구주 교육상태	1(미취학, 무학, 초등학교) 2(중학교) 3(고등학교) 4(대학 이상)	○	○
가구 특성	가구원수	지난 1년간 적어도 9개월 이상 생계를 같이한 가구원 수	○	○
	장애인가구원 유무	가구원 중 한 명이라도 장애 종류 중 하나라도 해당되면 장애인 가구로 분류	○	○
	만성질환가구원 유무	가구원 중 한 명이라도 만성질환을 가지고 있으면 만성질환자 가구로 분류 (투병 및 투약하고 있는 경우는 물론, 필요한데 경제적인 사정에 의해 못하고 있는 경우도 포함)	○	○
	노인 가구원 유무	가구원 중 65세 이상 노인이 포함되면 노인 가구로 분류	○	○

6) 차상위조사에서 비경제활동인구는 가정주부, 학생, 연로자, 기타를 포함하였다.

제4절 분석방법

1. 미충족 의료의 경험

2005 국민건강영양조사와 2006 차상위조사 자료를 이용하여 개인단위와 가구단위의 미충족 의료 현황을 파악하였다. 또한 미충족 의료 경험과 관련 있는 요인을 찾기 위해 로지스틱 회귀분석 실시하였고, 추가로 경제적 이유로 인해 미충족 의료를 경험한 경우에 대해서도 분석하였다.

2. 특정 질환별 미충족 의료

특정 질환별로 필요한 의료서비스를 이용하고 있는 지 현황을 파악하고, 미충족 의료 경험과 관련 있는 요인을 찾기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

3. 미충족 의료의 금전적 수준

사회경제적 상태에 따른 부족의료비의 수준을 비교하여 의료보장정책에 반영할 수 있는 부분을 찾아보았다.

04

연구결과

제4장 연구결과

제1절 개인단위 분석

1. 분석대상자의 일반적 특성

2005년 국민건강영양조사 분석대상자인 19세 이상 성인 25,215명의 일반적 특성은 <표 4-1>와 같다. 성별에서는 남성과 여성의 비율이 비슷하였고 연령별 구분에서는 45세 미만 응답자가 전체 응답자 중 57.8%, 65세 이상 응답자는 11.9%였다. 교육수준은 응답자의 18.5%가 중학교 졸업 미만이었으며 71%가 고졸이상의 학력을 소유하고 있었다. 취업상태의 경우 실제 경제활동상태 60.3%, 실업자 15.6%, 주부 및 학생을 포함한 비경제활동자는 24.2%의 분포를 나타냈다. 응답자의 64.8%는 기혼이었으며 96.3%는 건강보험을 소유하고 있었다. 건강상태를 보면 응답자의 81.4%가 보통이상의 건강상태를 보고하였으며, 56.4%가 1개 이상의 만성질환을 가지고 있었다.

〈표 4-1〉 2005 국민건강영양조사 표본의 일반적 특성

변수	비율(%)
성	
남	49.5
여	50.5
연령	
19~34세	34.5

변수	비율(%)
35~44세	23.3
45~45세	18.8
55~64세	11.5
65세 이상	11.9
교육수준	
중졸미만	18.5
중졸	10.5
고졸	35.4
대졸이상	35.6
직업	
근로자	40.0
고용주	3.1
자영업자/무급가족종사자	17.2
실업자	15.6
비경제활동자	24.2
가구규모 보정 소득5분위	
1분위	18.4
2분위	24.7
3분위	16.8
4분위	20.0
5분위	20.1
결혼상태	
기혼	64.8
이혼/사별/별거	11.5
미혼	23.7
의료보장형태	
건강보험	96.3
의료급여	3.7
주관적 건강상태	
좋음	46.8
보통	34.6
나쁨	18.6
만성질환 수	
없음	43.6
1개	27.5
2개	14.4
3개	7.2
4개 이상	7.3

2. 의료이용에 대한 기본 통계

가. 의료이용에 대한 기본 통계

〈표 4-2〉 의료이용 분석에 사용한 변수

변수설명	정의
입원경험 유무[7]	지난 1년간 입원경험 유무
입원일수	지난 1년간 입원일수
입원치료비	병의원에 지불한 치료비 합계
외래진료 이용유무[8]	지난 2주간 외래진료를 받았던 사람 유무
외래진료횟수	지난 2주간 외래진료횟수
외래진료 치료비	외래진료 치료비

지난 1년간 입원이용 비율은 9.4%, 지난 2주간 외래이용 비율은 26.3%였다. 입원과 외래 이용비율을 소득계층별, 의료보장 유형별로 살펴보면, 소득수준이 낮을수록 입원이용 비율은 높아지는 경향을 보였고 의료급여 대상자의 입원이용 비율은 건강보험 가입대상자보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-3〉 2005 국민건강영양조사 의료이용 현황

전체		1년간 입원이용(%)	2주간 외래이용(%)
		9.4	26.3
소득계층	1분위	12.1	38.1
	2분위	10.3	25.2
	3분위	9.3	23.2
	4분위	8.0	24.0
	5분위	7.6	22.1
의료보장형태	건강보험	9.1	25.4
	의료급여	18.9	53.0

7) 지난 1년간 입원했던 적이 있습니까?(① 예, ② 당일 입·퇴원, ③ 아니오, ④ 모름)
8) 지난 2주간 외래서비스를 이용한 적이 있습니까?(① 예, ② 가정간호, ③아 니오, ④ 모름)

지난 2주간 외래 이용 또한 소득수준이 낮을수록 이용 비율이 높았으나 소득수준 1분위를 제외한 소득계층 간 외래이용 차이는 크지 않았다. 의료보장 형태에 따른 외래이용의 차이는 입원과 마찬가지로 건강보험 가입대상자의 이용 비율보다 의료급여 대상자의 이용 비율이 높았다.

나. 입원일수 및 입원진료비

입원서비스 이용자의 연간 평균 입원일수는 16.4일, 평균 본인부담 입원비는 89만원이었다. 소득계층별 평균 입원일수는 소득수준이 낮을수록 늘어나는 경향을 보이며, 특히 1분위 계층이 다른 소득계층보다 뚜렷하게 긴 입원일수를 보인다. 평균 입원비는 소득수준 1분위를 제외한 소득계층간 차이가 거의 없는 것으로 나타났다.

의료보장 유형별 평균 입원일수는 건강보험 가입대상자의 경우 15일, 의료급여 대상자의 경우 35일로, 의료급여 대상자의 평균 입원일수가 건강보험 가입대상자보다 높았다. 평균 입원비는 건강보험 가입대상자와 의료급여 대상자간 큰 차이는 없었다.

〈표 4-4〉 소득계층 및 의료보장 유형별 입원일수 및 입원비

(단위: 일, 만원)

구분		1년간 입원일수	1년간 입원비
소득분위	1분위	26.1	103.4
	2분위	15.2	83.3
	3분위	14.6	85.3
	4분위	11.8	84.2
	5분위	10.8	85.3
의료보장	건강보험	15.0	89.2
	의료급여	35.0	87.8
전체		16.4	89.1

이 결과를 바탕으로 소득수준 1분위와 의료급여 대상자의 입원서비스에 대한 필요가 높다는 것을 알 수 있고, 의료급여 대상자가 아닌 저소득계층은 환자본인부담이 높다는 것을 유추할 수 있다. 소득 1분위계층의 경우, 의료급여 대상자를 제외하면 차상위계층(의료급여대상자가 되지 않는)과 소득이 낮은 계층이 의료급여에 비해 급여수준이 낮은 건강보험의 적용을 받으므로 사각지대에 놓일 가능성이 높기 때문인 것으로 판단된다.

다. 외래진료 횟수 및 외래진료비

지난 2주간 평균 외래진료 횟수는 2.1일, 평균 본인부담 외래비용은 3만 6천원이었다. 소득계층별 평균 외래진료횟수는 소득수준이 낮을수록 약간씩 늘어나는 경향을 보이나 소득수준 1분위를 제외하고는 소득수준간 큰 차이는 없었다. 반면 평균 외래비용은 소득수준이 높을수록 높았다. 이처럼 평균 외래진료횟수와는 달리 평균 외래비용이 소득계층에 따라 차이를 보이는 이유는 비용발생 기간이 2주라는 점과 소득수준이 높은 계층에서의 방문당 외래비용이 높기 때문(소득수준별 대상자의 이용 의료기관의 차이, 즉 소득수준이 낮을수록 보건소 및 1차 의료기관을 이용할 가능성이 높음)인 것으로 판단된다.

〈표 4-5〉 소득분위별 외래일수 및 외래진료비

(단위: 일, 만원)

구분		2주간 외래일수	2주간 외래비용
소득분위	1분위	2.3	2.6
	2분위	2.1	3.2
	3분위	2.0	2.9
	4분위	1.9	4.5
	5분위	2.0	5.1
의료보장	건강보험	2.1	3.8
	의료급여	2.5	0.9
전체		2.1	3.6

의료보장 유형별 평균 외래일수는 건강보험 가입자의 경우 2.1일, 의료급여 가입자의 경우 2.5일로 의료급여 가입자가 약간 높았다. 반면 평균 외래비용은 건강보험 가입자가 3만8천원, 의료급여 가입자가 9천원으로 건강보험 가입대상자의 외래비용이 상대적으로 높았다.

3. 미충족 의료의 경험 및 관련 요인 파악

가. 미충족 의료 경험

1) 기초 통계

2005년 국민건강영양조사에서 미충족 의료 경험자 비율은 17.1%였다. 즉, 지난 1년간 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 경험이 있다고 응답한 자는 전체 응답자 중 17.1%였다.

2) 소득수준별, 의료보장 형태별 미충족 의료 경험

소득수준이 낮을수록 미충족 경험자 비율은 높았으며 건강보험 가입대상자보다는 의료급여 대상자에서의 미충족 경험이 많은 것으로 나타났다.

앞서 살펴본 의료이용 결과를 고려하면, 저소득층과 의료급여 대상자는 의료적 필요가 높아 의료이용이 상대적으로 많지만 의료적 필요가 충족되지 못하고 있음을 알 수 있고, 이와 관련된 주된 이유는 충분하지 않은 급여수준으로 인한 경제적 부담일 것으로 짐작된다. 한편, 5분위 소득계층의 11%가 미충족 의료를 경험한 것은 경제적 이유 외에 다른 이유(예. 시간부족)가 관련이 있을 것으로 보이고, 저소득층이 의료이용을 받지 못하거나 미루는 경우보다 건강에 심각한 영향을 주는 정도가 다를 것으로 짐작된다.

〈표 4-6〉 소득분위별, 의료보장별 미충족 의료 경험

구분		미충족 경험(%)
소득분위	1분위	27.8
	2분위	18.1
	3분위	15.0
	4분위	13.9
	5분위	11.1
의료보장	건강보험	16.4
	의료급여	33.5
전체		17.1

3) 의료이용과 미충족 의료 경험

지난 1년간 입원경험이 있었던 집단이 없었던 집단에 비해 미충족 의료 경험률은 다소 높았다.

〈표 4-7〉 입원이용 여부에 따른 미충족 의료 경험

구분		미충족 경험(%)
1년간 입원이용 여부	입원 미이용	16.9
	입원 이용	18.8
전체 입원의료 이용자(N=2,466)		18.8

평균 외래방문 횟수는 2.1회이며 지난 2주간 외래방문을 하지 않은 집단에 비해 외래방문을 한 집단에서의 미충족 의료 경험률이 높았다. 또한 외래방문 횟수가 많을수록 미충족 의료 경험률은 높았다.

이 결과는 건강보험제도가 의료에 대한 접근성을 개선하였음에도 불구하고, 제도의 내용을 보완할 필요가 있음을 시사하고 있다.

〈표 4-8〉 외래이용 여부에 따른 미충족 의료 경험

구분		미충족 경험(%)
2주간 외래이용 여부 (평균 외래방문 횟수 = 2.1회)	외래방문이 없는 경우	16.6
	평균 외래방문 수 미만	17.4
	평균 외래방문 수 이상	19.7
전체 외래이용자(N=7,117)		18.4

4) 미충족 의료 경험 이유

2005년 국민건강영양조사에서는 미충족 의료 경험자의 미치료 또는 치료지연 이유 중 경제적인 이유로 치료를 받지 못하거나 늦게 치료를 받은 자는 49.9%로 가장 많았으며 직장을 비울 수 없어서가 그 다음으로 많았다(33.4%). 반면 증상이 가벼워서 치료를 받지 못하거나 늦게 치료를 받는 경우는 4.9%에 불과했다.

〈표 4-9〉 미충족 의료 경험 이유

(단위: %)

이유	19세 이상 성인	1년간 입원여부		2주간 외래이용여부		
		입원 미이용	입원 이용	외래 미이용	평균외래방문수 미만	평균외래방문수 이상
증상이 가벼워서	4.2	4.0	4.8	5.1	2.3	1.4
경제적 이유로	49.9	48.9	57.7	47.0	53.9	60.1
직장을 비울수가 없어서	33.4	34.4	24.0	34.4	31.8	29.1
의료기관이 너무 멀어서	2.3	2.2	2.8	2.1	2.9	2.3
아이를 봐줄 사람이 없어서	0.7	0.5	2.2	0.8	0.2	0.7
거동이 불편해서 또는 건강문제 때문에	4.6	4.6	4.4	5.1	3.4	3.1
기타	4.9	5.0	3.8	5.2	5.1	3.0

이러한 미충족 의료 경험 이유는 입원, 외래 이용/미이용자 모두에서 비슷한 패턴을 보였다. 다만, 입원 경험이 있는 집단이 없는 집단에 비해, 외래진료를 받은 집단이 받지 않은 집단에 비해 경제적 어려움으로 인한 미충족 의료 경험은 상대적으로 높았다.

소득수준이 낮을수록 경제적 이유로 인해 치료를 받지 못하거나 늦게 치료를 받는 경우가 많았다. 소득수준 1분위와 5분위의 차이는 무려 61.8% point였으며 특히, 소득수준 1분위(하위 20%)에 속하는 저소득계층의 경우 76.9%가 경제적인 이유 때문에 치료를 받지 못하거나 늦게 받은 경우였다. 의료보장 유형별로 보면 건강보험 가입대상자 보다는 의료급여 대상자의 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험이 약 2배 높았으며 입원 경험이 있는 집단이 없는 집단에 비해, 외래진료를 받은 집단이 받지 않은 집단에 비해 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험은 높았다.

〈표 4-10〉 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험

변수		경제적 이유의 미충족의료(%)
소득계층	1분위	76.9
	2분위	52.0
	3분위	40.1
	4분위	31.2
	5분위	15.1
의료보장	건강보험	47.3
	의료급여	80.0
입원이용	입원미이용	48.9
	입원이용	57.7
외래이용	외래이용 없는 경우	47.0
	평균외래방문수 미만	53.9
	평균외래방문수 이상	60.1
전체		49.9

나. 미충족 의료 경험 관련 요인 분석

미충족 의료 경험에 영향을 주는 요인을 파악하기 위한 로지스틱 회귀분석결과는 <표 4-11>과 같다. 분석결과 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록, 건강상태가 나쁠수록, 만성질환 수가 많을수록, 이혼/사별/별거자에서 미충족 의료 경험은 높았다. 반면 연령이 높을수록, 외래이용자가 외래미이용자에 비해 미충족 의료 경험은 낮았으며 근로자에 비해 고용주, 자영업자/무급가족종사자, 실업자, 비경제활동자에서 미충족 의료 경험은 낮았다. 그러나 성별, 의료보장 유형에 따른 차이는 거의 없었으며 통계적으로도 유의하지 않았다.

미충족 의료 경험자를 대상으로 분석한 결과, 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험과 관련 있는 요인은 높은 연령, 낮은 교육수준, 낮은 소득수준, 만성질환, 비근로자, 실업자, 이혼/사별/별거자 등으로 나타났다. 여기서 주목할 부분은 연령이 높을수록 미충족 의료경험이 낮은 반면, 경제적 이유로 인한 미충족 경험은 높게 나타난 점이다. 노인층은 의료에 대한 접근과 관련하여 시간적 제약이 거의 없고, 외래의 경우 본인부담도 낮게 책정되어 있어 다른 연령에 비해 접근성이 높을 수 있지만, 접근성이 낮은 경우(즉, 미충족 의료 경험자)는 대부분 경제적 이유로 인한 것이라는 점을 시사한다.

〈표 4-11〉 일반적인 미충족 의료 경험 및 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험 관련요인 분석

변수	미충족 의료 경험 (N=23,853)	경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험 (N=4,157)
	OR	OR
성		
남	1.00	1.00
여	0.97	0.86
연령		
19~34세	1.00	1.00
35~44세	0.94	1.33**

변수	미충족 의료 경험 (N=23,853)	경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험 (N=4,157)
	OR	OR
45~45세	0.86*	1.71***
55~64세	0.61***	2.19***
65세 이상	0.48***	1.21
교육수준		
중졸미만	1.56***	2.34***
중졸	1.33***	2.40***
고졸	1.05	1.96***
대졸 이상	1.00	1.00
직업		
근로자	1.00	1.00
고용주	0.73**	0.45**
자영업자/무급가족종사자	0.82**	0.72**
실업자	0.60***	2.45***
비경제활동자	0.64***	2.39***
가구수보정 소득5분위		
1분위	2.20***	7.48***
2분위	1.47***	3.70***
3분위	1.28**	2.70***
4분위	1.21*	2.07***
5분위	1.00	1.00
결혼상태		
기혼	1.00	1.00
이혼/사별/별거	1.17**	1.77***
미혼	1.06	1.03
의료보장형태		
건강보험	1.00	1.00
의료급여	1.23	0.05
주관적 건강상태		
좋음	1.00	1.00
보통	1.61***	1.02
나쁨	2.30***	1.15
만성질환 수		
없음	1.00	1.00
1개	2.21***	1.36**
2개	3.18***	1.67***
3개	3.55***	1.93***
4개 이상	4.41***	2.46***
2주간 외래이용		
외래방문이 없는 경우	1.00	1.00

변수	미충족 의료 경험 (N=23,853)	경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험 (N=4,157)
	OR	OR
평균 외래 방문수 미만	0.66***	0.82
평균 외래 방문수 이상	0.62***	0.92

주: *** p<0.001 ** p<0.01 * p<0.05

4. 특정 질환별 미충족 의료 경험

가. 미충족 의료의 개념의 활용

Bradshaw(1972)는 의료에 대한 필요(need)를 실질 필요(true need)와 개인이 주관적으로 인식하는 필요(perceived need)로 나눌 수 있다고 정의한바 있다. 그러나 미충족 의료에 대한 객관적이며 공식적인 정의는 없으며, 일반적으로 미충족 의료는 판단주체에 따라 의료에 대한 필요가 다를 수 있다는 것을 받아들이고, 필요한 의료서비스가 제공되지 않은 경우로 정의할 수 있다.

일반적으로 사용되는 미충족 의료를 도식화 하면 다음과 같다.

〈표 4-12〉 미충족 보건의료의 개념 도식화

	의학적 필요 있음		의학적 필요 없음	
	환자요구 있음	환자요구 없음	환자요구 있음	환자요구 없음
의료 이용함	A	B	C	D
의료 이용안함	E	F	G	H

<표 4-12>가 제시하는 바와 같이, 전반적인 미충족 의료에 대한 평가는 전문가에 의해 확인된 필요와 환자가 주관적으로 인식하는 필요가 얼마만

큼 충족되었는지에 따라 결정된다(E+F+G/A+B+E+F+C+G). 그러나 이는 의료에 대한 실질적 필요에 대한 평가를 하기 어렵고, 질병과 의료서비스에 대한 환자의 인식 및 태도에 영향을 받게 되는 단점이 있다. 이런 점에서 의학적 기준으로 판단된 필요에 대한 충족을 평가(E+F/A+B+E+F)하는 것은 의미가 있다. 특정질환에 대한 미충족 의료 연구는 소수에 불과하고[9], 대부분 전반적인 미충족 의료에 대한 주관적 평가를 다루고 있다.

본 연구에서는 만성질환에 대한 의료전문가에 의한 확인된 필요, 즉 실질 필요(true need),가 얼마만큼 충족되고 있는지 파악하고 관련 요인을 살펴보고자 한다.

나. 특정 질환별 미치료

특정 질환별 미충족 의료에서는 개인이 인식하는 주관적인 필요(need)와 별개로 전문가에 의해 확인된 필요, 즉 실질 필요가 얼마나 충족되었는지를 살펴보고자 한다. 전문가에 의해 확인된 필요는 지난 1년간 의사진단에 의해 특정질환(만성질환)을 진단받은 자 중 현재 완치되지 않아 치료를 받고 있거나 완치되지 않았지만 치료를 받지 않고 있는 자의 의료 욕구를 포함한다.

특정 질환별 미충족 의료 경험을 살펴보기 위해 질환별로 완치율과 미치료율을 산출하였으며 구체적인 산출방식은 아래와 같다.

◉ 환자(지난 1년간 의사진단에 의해 진단을 받은 자)
= 완치된 환자 + 미치료 환자 + 현재 치료 중인 환자
◉ 치료필요 환자수 = 환자수 - 완치된 환자수
◉ 미치료 환자수 = 치료필요 환자수 - 현재 치료 중인 환자수
◉ 완치율 = 완치된 환자수/환자수*100
◉ 미치료율 = 미치료 환자수/치료필요 환자수*100

9) 서울시 양천구 지역 50세 이상~80세 미만 성인 남성 중 경증 이상의 하부요로증상 혹은 전립선비대증을 가진 사람들의 의료이용을 통하여 미충족 의료를 연구한 김한해(2005)의 연구가 있다.

만성질환의 경우 만성질환 특성상 완치율은 낮은 반면 미치료율은 높았다. 만성질환 중 치아우식증(21.3%), 치질(12.4%), 치주질환(9.5%), 백내장(9.2%) 등은 10~20%대의 완치율을 보였으며 대부분의 질환이 3%미만의 낮은 완치율을 보였다.

미치료율의 경우 내분비 · 대사성질환과 순환기계질환(일부제외)을 제외한 대부분의 질환이 높은 미치료율을 보였다. 미치료율이 가장 높은 질환은 치질(91.1%)이었으며 그 다음으로 치아우식증(86.8%), 요실금(83.9%), 치주질환(79.2%), 만성부비동염(78.0%)이었다. 이 외 50%이상의 미치료율을 보인 질환은 근골격계질환인 골다공증(51.8%), 디스크(61.6%), 내분비 · 대사성질환인 빈혈(69.6%), 순환기계질환인 고지혈증(55.1%), 호흡기계질환인 알레르기성비염(69.4%), 눈 · 귀질환인 백내장(66.3%), 만성중이염(71.8%), 기타질환인 아토피성피부염 · 피부알레르기(64.0%)이었다.

암의 경우 유병률(11.7%)은 낮으나 암이란 질환의 중요성을 고려하여 암 유형별 완치율과 미치료율을 살펴보았다. 암의 종류와 상관없이 전체적인 암의 경우 완치율은 3.7%, 미치료율은 11.9%였다. 암 중에서는 기타암을 제외하면 자궁경부암의 미치료율(28.6%)이 가장 높았으며 폐암은 미치료자가 없는 것으로 나타났다(0%). 이러한 이유는 조사 시점에서 자궁경부암 환자 중 미치료자가 다른 암보다 많았기 때문인 것으로 생각되며 폐암 또한 조사시점에서 폐암 환자 중 미치료자가 없었기 때문에 미치료율이 0%로 나타난 것으로 보인다.

〈표 4-13〉 특정 질환별 완치율 및 미치료율

(단위: 명, %)

질병명	연간 의사진단 유병률*	환자수 (A)	완치된 환자수 (B)	완치율 =B/A*100	치료필요 환자수 C=A-B	현재 미치료 환자수(D)	미치료율 =D/C*100
암	11.74	296(1.17)	11	3.72	285	34	11.93
관절염**	136.11	3,432(13.61)	18	0.52	3414	1,452	42.53
골관절염	117.67	2,967(11.77)	13(0.55)	0.44	2954	1,244(42.26)	42.11
류마티스관절염	18.44	465(1.84)	5(1.34)	1.08	460	208(46.36)	45.22
골다공증	47.15	1,189(4.72)	10(0.93)	0.84	1179	610(51.93)	51.74
디스크	60.36	1,522(6.04)	31(1.91)	2.04	1491	918(62.20)	61.57
당뇨병	56.75	1,431(5.68)	13(1.02)	0.91	1418	288(21.34)	20.31
갑상선장애	13.88	350(1.39)	12(3.09)	3.43	338	102(30.55)	30.18
빈혈	41.56	1,048(4.16)	30(2.88)	2.89	1018	708(67.79)	69.57
위십이지장궤양	21.50	542(2.15)	34(67.08)	6.27	508	229(42.82)	45.08
고혈압	144.16	3,635(14.42)	17(4.71)	0.47	3618	599(17.35)	16.56
고지혈증	27.05	682(2.70)	16(2.16)	2.35	666	367(56.70)	55.11
뇌졸중	15.98	403(1.60)	1(0.21)	0.21	402	86(20.75)	21.39
심근경색+협심증	18.40	464(1.84)	4	0.86	460	85	18.48
심근경색증	5.75	145(0.58)	1(0.04)	0.69	144	30(23.14)	20.83
협심증	12.65	319(1.27)	3(1.11)	0.94	316	55(17.68)	17.41
치질	36.80	928(3.68)	115(12.81)	12.39	813	741(79.06)	91.14
천식	19.55	493(1.96)	8(1.75)	1.62	485	175(38.33)	36.08
만성폐쇄성폐질환	11.74	296(1.17)	4(0.90)	1.35	292	135(47.98)	46.23
만성부비동염	16.58	418(1.66)	14(3.21)	3.35	404	315(76.90)	77.97
알레르기성비염	71.31	1,798(7.13)	36(1.90)	2.00	1762	1,222(67.90)	69.35
백내장	32.24	813(3.22)	75(9.51)	9.23	738	489(60.29)	66.26
만성중이염	12.41	313(1.24)	21(5.84)	6.71	292	210(67.58)	71.78
치아우식증	235.10	5,928(23.51)	1,261(20.91)	21.27	4667	4,052(68.92)	86.82
치주질환	106.25	2,679(10.62)	255(9.79)	9.52	2424	1,919(72.30)	79.17
아토피성피부염, 피부알레르기	61.35	1,547(6.14)	37(2.51)	2.39	1510	966(63.02)	63.97
요실금	18.24	460(1.82)	14(2.76)	3.04	446	374(82.05)	83.86

주: * 인구 1,000명당 연간 의사진단 유병률, 연구진이 재계산한 의사진단 유병률임.
** 관절염 = 골관절염 + 류마티스관절염

〈표 4-14〉 암 유형별 완치율 및 미치료율

(단위: 명, %)

질병명	연간 의사진단 유병률*	환자수 (A)	완치된 환자수(B)	완치율 =B/A*100	치료필요 환자수 C=A-B	현재미치료 환자수(D)	미치료율 =D/C*100
위암	2.46	62	6(8.72)	9.68	56	5(7.43)	8.93
간암	0.79	20	0(0.00)	0.00	20	1(7.73)	5.00
대장암	1.11	28	0(0.00)	0.00	28	2(7.16)	7.14
유방암	1.71	43	1(1.12)	2.33	42	3(4.95)	7.14
자궁경부암	1.15	29	1(1.26)	3.45	28	8(24.94)	28.57
폐암	0.52	13	0(0.00)	0.00	13	0(0.00)	0.00
기타암1	3.97	100	3(3.50)	3.50	97	14(15.41)	14.51
기타암2	0.04	1	0(0.00)	0.00	1	1(100.00)	100.00
암(종합)	11.74	296	11	3.72	285	34	11.93

주: 인구 1,000명당 연간 의사진단 유병률, 연구진이 재계산한 의사진단 유병률임.

다. 일부 만성질환의 관리 현황

1) 당뇨병(치료필요 환자 수 = 1,416명)

분석결과 당뇨병 치료필요 환자 중 현재 치료를 받지 않는다고 응답한 환자는 21.5%였으며 치료를 받지 않는다고 응답하면서 혈당을 낮추기 위해 인슐린 또는 경구용 혈당강하제를 투여/복용하지 않는 환자는 21.2%였다. 전체적으로 치료에 대한 인지도와 약 복용현황은 일치하였다. 당뇨병 미치료율은 대략 21%였고 소득수준별, 의료보장별 미치료율은 소득 3분위를 제외하면 오히려 소득수준이 높을수록, 건강보험 환자일수록 높았다. 그러나 그 차이는 크지 않았다.

〈표 4-15〉 당뇨병 치료필요 환자 중 현재 혈당을 낮추기 위한 치료(인슐린 또는 경구용 혈당강하제) 여부

구분		치료필요 환자수(명)	현재 미치료(%)	혈당을 낮추기 위한 치료를 받지 않음(%)
전체		1,416	21.5	21.2
소득분위 (N=1,400)	1분위	495	20.4	20.2
	2분위	344	22.6	22.6
	3분위	198	16.1	15.4
	4분위	171	23.0	21.6
	5분위	192	25.0	25.0
의료보장 (N=1,415)	건강보험	1,280	22.5	22.2
	의료급여	135	12.9	12.1

대한당뇨병학회·건강보험심사평가원 자료(2007)에 의하면 2003년도 당뇨병 전체 환자수는 총 286만명으로 추정되며(2005년 국민건강영양조사에 의하면 인구 1,000명당 당뇨병 유병률은 56.8임) 이 중 1년간 당뇨병으로 1회 이상 의료서비스를 이용한 환자는 그 절반 수준인 52.9%이다. 또한 당뇨병 환자의 연간 360일 이상 당뇨병 치료제 투약 유지율은 21.8%에 불과하다. 이러한 점을 고려하면 당뇨병 치료필요 환자 중 미치료자 비율은 상대적으로 낮은 편이다.

당뇨병의 주요 합병증은 족부질환, 말기신부전증, 안구질환, 뇌졸중을 들 수 있다. 2003년 족부절단 발생 환자의 44.8%에서 당뇨병이 동반, 당뇨병 환자는 비당뇨인에 비해 족부절단 발생률이 10.1배, 족부궤양 발생률은 7.8배 높게 나타나며 2003년 현재 우리나라 말기신부전증 환자의 56.7%에서 당뇨병이 동반되어 있는 것으로 나타났다(대한당뇨병학회·건강보험심사평가원, 2007). 백내장, 망막병증, 녹내장을 포함한 전체 안구질환의 유경험률은 당뇨병 환자가 비당뇨인에 비해 1.9배 높게 나타나며 당뇨병 환자의 급성뇌졸중 발병률은 일반인구보다 약 5.2배 높은 것으로 추정된다(대한당뇨병학회·건강보험심사평가원, 2007). 이러한 합병증을 예방하기 위해 당뇨병 환자의

합병증 예방을 위한 기본 검사 및 당뇨병 관리는 무엇보다 중요하다.

〈표 4-16〉 당뇨병 치료필요 환자의 지난 1년간 안저검사 및 소변검사 여부

구분		안저검사 미수검율(%)	소변검사 미수검율(%)
전체		60.6(N=1,415)	49.1(N=1,416)
소득분위 (N=1,399)	1분위	65.4(N=496)	52.4(N=496)
	2분위	60.6(N=343)	46.3(N=344)
	3분위	58.5(N=197)	49.4(N=197)
	4분위	58.5(N=171)	49.3(N=171)
	5분위	35.6(N=192)	43.6(N=192)
의료보장 (N=1,414)	건강보험	60.3(N=1,279)	49.7(N=1,280)
	의료급여	62.3(N=135)	43.8(N=135)

당뇨병 치료필요 환자 중 지난 1년간 당뇨병 발생여부를 확인하기 위해서 안저검사를 받지 않은 환자의 비율은 60.6%였고 신장 합병증 여부를 확인하기 위해 소변검사(미세단백뇨검사)를 받지 않은 환자의 비율은 49.1%로 안저검사에 비해 소변검사의 미수검율이 다소 높았다.

본 연구의 당뇨병 치료필요 환자의 소득수준별 안저검사 및 소변검사 미수검율은 소득수준이 높을수록 안저검사와 소변검사 모두 낮게 나타났다. 그러나 의료보장의 경우 안저검사의 경우 의료급여 환자에서, 소변검사의 경우 건강보험 환자에서 미수검율이 높았다.

2) 고혈압(치료필요 환자 수 = 3,617명)

고혈압은 협심증이나 심근경색증 같은 관상동맥질환(CHD), 뇌졸중, 심부전, 말초혈관질환 등 심뇌혈관질환을 일으킴으로써 이환율 및 사망률을 높이는 매우 중요한 질병이다. 국민건강영양조사 제4기 1차년도(2007) 조사에 의하면 만 30세 이상 성인의 고혈압 유병율은 24.9%이며, 고혈압의

인지율, 치료율 및 조절율은 각각 63.5%, 54.8%, 38.0%로 고혈압의 관리 현황은 아직 미흡한 실정이다.

2005년 대전광역시 만성질환관리사업단이 대전광역시 거주 시민 중 2,126명의 표본을 대상으로 고혈압 환자 유병율 및 관리실태를 조사한 결과, 고혈압으로 진단받는 자 중 고혈압치료제를 복용하고 있는 경우는 96.2%, 고혈압치료제 복용자 중 치료목표 혈압으로 관리되고 있는 경우는 28.4%로 혈압이 높음에도 불구하고 자신이 고혈압에 해당하는지 모르는 경우가 많았고, 고혈압치료제를 복용하더라도 치료목표 혈압에 도달하지 못한 경우도 많았다.

분석결과 고혈압 치료필요 환자 중 현재 치료를 받지 않는다고 응답한 환자는 17.4%이며 치료를 받지 않는다고 응답하면서 현재 혈압조절을 위한 약을 복용하지 않는 환자는 16.3%였다. 소득수준별, 의료보장별 약복용의 경우 소득수준이 높을수록, 건강보험 환자일수록 약을 복용하지 않은 비율이 높았다. 특히 건강보험 환자 중 약을 복용하지 않은 환자의 비율은 의료급여 환자보다 대략 2.5배 높았으며 현재 미치료율 또한 소득수준이 높을수록, 건강보험 환자일수록 높았다.

〈표 4-17〉 고혈압 치료필요 환자의 혈압약 복용여부

구분		치료필요 환자수(명)	현재 미치료(%)	약을 복용하지 않음(%)
전체		3,617	17.4	16.3
소득분위 (N=3,573)	1분위	1,268	13.7	12.4
	2분위	839	17.4	15.8
	3분위	486	17.4	16.7
	4분위	504	22.6	21.5
	5분위	476	22.3	21.9
의료보장 (N=3,611)	건강보험	3,303	18.2	17.2
	의료급여	308	8.7	7.0

3) 고지혈증(치료필요 환자 수 = 664명)

분석결과 고지혈증 치료필요 환자 중 현재 치료를 받지 않는다고 응답한 환자는 58.0%이며 치료를 받지 않는다고 응답하면서 현재 혈중 콜레스테롤을 낮추기 위해 약을 복용하지 않는 환자는 57.5%였다. 전체적으로 치료에 대한 인지도와 약 복용현황은 일치하나 당뇨병 및 고혈압과는 달리 치료필요 환자 중 미치료자의 비율이 상대적으로 높아 고지혈증 관리가 미흡한 것을 나타났다. 고지혈증이 당뇨병 및 고혈압과는 달리 미치료율이 높은 이유는 질환의 중증도가 상대적으로 낮으며 생명의 위협과 직접적인 관련성이 적다는 잘못된 인식 때문인 것으로 보인다. 고혈압 환자의 약 반수가 고지혈증을 동반하는 것으로 알려져 있으며 고지혈증과 고혈압의 두 위험요소가 동반될 경우 훨씬 더 높은 심혈관계 위험도를 나타내는 것으로 알려져 있다. 따라서 고혈압과 함께 고지혈증 철저한 관리가 필수적이다.

고혈압과 마찬가지로 소득수준이 높을수록, 건강보험 환자일수록 약을 복용하지 않은 환자가 많았으며 건강보험 환자 또한 의료급여 환자보다 약을 복용하지 않을 비율이 약 2.2배 높았다.

〈표 4-18〉 고지혈증 치료필요 환자의 현재 혈중 콜레스테롤을 낮추기 위한 약 복용여부

구분		치료필요 환자수(명)	현재 미치료(%)	약을 복용하지 않음(%)
전체		664	58.0	57.5
소득분위 (N=519)	1분위	148	47.2	45.8
	2분위	127	52.2	51.1
	3분위	112	60.7	60.7
	4분위	132	65.2	65.2
	5분위	138	64.8	64.8
의료보장 (N=664)	건강보험	633	59.4	59.1
	의료급여	31	26.6	22.1

4) 뇌졸중(치료필요 환자 수 = 402명)

뇌졸중 치료필요 환자 중 현재 치료를 받지 않는다고 응답한 환자는 20.7%이며 치료를 받지 않는다고 응답하면서 현재 뇌졸중 재발 방지를 위해 진료를 받지 않는 환자는 16.7%였다. 소득수준의 경우 소득 3분위를 제외하면 전체적으로 소득수준이 낮은 1, 2분위에서, 의료보장의 경우 의료급여 환자일수록 진료를 받지 않을 비율이 높았다. 현재 미치료자가 진료를 받지 않을 비율 또한 저소득층보다 고소득층에서, 건강보험 환자보다는 의료급여 환자에서 높았다.

〈표 4-19〉 뇌졸중 치료필요 환자의 뇌졸중 재발 방지를 위한 진료여부

구분		치료필요 환자수(명)	현재 미치료(%)	진료받지 않음(%)
전체		402	20.7	16.7
소득분위 (N=395)	1분위	191	25.1	19.5
	2분위	80	29.9	26.0
	3분위	58	1.9	1.9
	4분위	34	16.8	16.8
	5분위	32	3.6	3.6
의료보장 (N=402)	건강보험	346	20.7	16.3
	의료급여	56	21.8	19.5

5) 심혈관질환(치료필요 환자 수 = 436명)

심혈관질환 치료필요 환자 중 현재 치료를 받지 않는다고 응답한 환자는 19.9%이며 치료를 받지 않는다고 응답하면서 현재 심근경색 혹은 협심증을 위해 약을 복용하지 않는 환자는 16.6%였다. 소득수준의 경우 소득 3분위에 해당하는 중산층에서 약을 복용하지 않은 비율은 상대적으로 낮았고 소득 4,5분위에 해당하는 고소득층에서는 상대적으로 높았다. 의료보장

의 경우 건강보험 환자일수록 약을 복용하지 않을 비율이 높았으며 현재 미치료자가 약을 복용하지 않은 비율은 소득수준별, 의료보장별로 다소 차이를 보였다.

〈표 4-20〉 심근경색 혹은 협심증을 위한 약 복용여부

구분		치료필요 환자수(명)	현재 미치료(%)	약을 복용하지 않음(%)
전체		436	19.9	16.6
소득분위 (N=433)	1분위	200	19.6	15.8
	2분위	103	15.9	14.4
	3분위	51	13.1	6.7
	4분위	39	26.8	25.4
	5분위	40	27.0	23.2
의료보장 (N=436)	건강보험	379	20.9	17.1
	의료급여	57	13.4	13.4

심혈관질환 치료필요 환자 중 현재 치료를 받지 않는 환자는 19.9%이며 치료를 받지 않는다고 응답하면서 현재 심근경색 혹은 협심증 재발 방지를 위해 진료를 받지 않는 환자는 16.0%였다. 심근경색 및 협심증 재발 방지를 위한 정기적인 진료 또한 정기적인 약 복용과 마찬가지로 소득 3분위에서 진료를 받지 않을 비율이 가장 낮았으며 소득 4,5분위에서 진료를 받지 않을 비율은 가장 높았다. 의료보장 또한 건강보험 환자일수록 진료를 받지 않는 비율이 높았다.

〈표 4-21〉 심근경색 혹은 협심증 재발 방지를 위한 진료여부

구분		치료필요 환자수(명)	현재 미치료(%)	진료받지 않음(%)
전체		436	19.9	16.0
소득분위 (N=433)	1분위	200	19.5	14.3
	2분위	103	15.9	13.8
	3분위	51	13.0	5.4
	4분위	39	26.8	25.4
	5분위	40	27.0	27.0
의료보장 (N=436)	건강보험	379	20.8	16.9
	의료급여	57	13.4	10.2

6) 천식(치료필요 환자 수 = 484명)

천식 치료필요 환자 중 지난 1년간 천식을 위해 정기적으로 약을 복용하거나 흡입한 환자는 32.6%에 불과하고 전혀 약을 복용하지 않거나 흡입하지 않은 환자는 25.3%에 해당된다. 소득수준별 비복용/흡입 환자의 비율은 특별한 양상을 보이지 않으나 의료보장의 경우 건강보험 환자가 의료급여 환자에 비해 대략 3배 복용/흡입하지 않을 것으로 나타났다.

〈표 4-22〉 지난 1년간 천식을 위한 정기적인 약 복용 또는 흡입여부

구분		치료필요 환자수(명)	정기적으로 복용/흡입(%)	때때로 혹은 필요할 때만 복용/흡입(%)	복용/흡입하지 않음(%)
전체		484	32.6	42.1	25.3
소득 수준 (N=317)	1분위	143	42.0	43.0	15.0
	2분위	89	30.7	54.0	15.3
	3분위	22	31.3	45.7	23.1
	4분위	38	18.6	65.4	15.9
	5분위	25	38.8	35.8	25.3
의료보장 (N=320)	건강보험	284	32.9	48.6	18.5
	의료급여	36	50.9	42.5	6.6

7) 만성폐쇄성질환(치료필요 환자 수 = 290명)

만성폐쇄성질환 치료필요 환자 중 지난 1년간 만성폐쇄성질환을 위해 정기적으로 약을 복용하거나 흡입한 환자는 19.4%에 불과하고 전혀 약을 복용하지 않거나 흡입하지 않은 환자는 28.0%에 해당된다. 만성폐쇄성질환을 위해 지난 1년간 약을 복용하지 않거나 흡입하지 않은 환자는 21.9~35.2%로 특별한 양상을 보이지 않으나 의료보장의 경우 건강보험 환자가 의료급여 환자보다 대략 2배 약을 복용(흡입)하지 않는 것으로 나타났다.

〈표 4-23〉 지난 1년간 만성폐쇄성질환을 위한 정기적인 약 복용 또는 흡입여부

구분		치료필요 환자수(명)	정기적으로 복용/흡입(%)	때때로 혹은 필요할 때만 복용/흡입(%)	복용/흡입하지 않음(%)
전체		290	19.4	52.6	28.0
소득 수준 (N=288)	1분위	104	26.2	48.8	25.0
	2분위	84	19.1	50.5	30.4
	3분위	33	14.4	53.8	31.9
	4분위	41	15.3	62.8	21.9
	5분위	26	11.3	53.5	35.2
의료보장 (N=290)	건강보험	257	17.6	52.7	29.6
	의료급여	33	35.4	51.8	12.9

라. 일부 만성질환별 미충족 의료 경험 관련 요인 파악

당뇨병, 고혈압, 고지혈증 치료 및 약 복용에 있어서의 미충족 의료 경험 관련 요인 분석결과 치료필요 당뇨병 환자에서의 인슐린 또는 혈당강하제 미치료 및 미복용 가능성은 여성이 남성보다 0.46배, 실업자가 근로자에 비해 0.56배, 의료급여 가입대상자가 건강보험 가입대상자에 비해 0.49배, 주관적 건강상태가 좋은 사람에 비해 나쁜 사람이 0.56배 낮았다. 연령과 교

육수준, 그리고 소득수준은 당뇨병 치료여부에 영향을 미치지 않았다. 당뇨병 합병증 발생여부를 확인하기 위한 안저검사와 소변검사의 경우 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록 검사를 받지 않을 가능성이 높았다. 그러나 통계적으로 유의한 결과는 중졸미만의 교육수준과 하위 20% 소득수준에서만 나타났다.

고혈압 치료를 위한 정기적인 약 복용은 여성이 남성이 비해, 고용주와 실업자가 근로자에 비해, 의료급여대상자가, 주관적 건강상태가 나쁜 경우 잘 하고 있는 것으로 나타났다. 특히 연령이 높을수록 약 미복용 가능성은 상대적으로 낮았다.

고지혈증의 경우 연령이 높을수록, 근로자 이외의 그룹이, 주관적 건강상태가 좋은 사람에 비해 나쁜 사람에서의 약 복용 가능성이 높았다.

이를 종합해 보면, 당뇨병 치료 및 약 복용에 대한 미충족 의료 경험은 19세 이상 성인을 대상으로 한 미충족 의료 경험 요인 분석결과와는 달리 연령, 교육수준, 소득수준과는 상관이 없었으며 고혈압, 고지혈증의 미충족 의료 경험은 교육수준 및 소득수준과는 상관이 없음을 알 수 있었다.

〈표 4-24〉 일부 질환별 미충족 의료 경험 관련 요인 분석

변수	당뇨병(OR)			고혈압 (OR)	고지혈증 (OR)
	인슐린 또는 혈당강하제치료	안저검사	소변검사		
성					
남	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
여	0.46***	0.77	0.89	0.54***	1.14
연령					
19~34세	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
35~44세	3.09	1.26	2.88	0.46**	0.64
45~45세	2.01	0.98	1.64	0.18***	0.28**
55~64세	1.36	0.84	1.54	0.13***	0.23**
65세 이상	1.08	0.64	1.45	0.09***	0.20**
교육수준					
중졸미만	1.38	2.34***	1.58**	1.23	0.87
중졸	1.13	1.51	1.22	1.12	1.16

변수	당뇨병(OR)			고혈압 (OR)	고지혈증 (OR)
	인슐린 또는 혈당강하제치료	안저검사	소변검사		
고졸	1.12	1.45	1.16	1.07	1.14
대졸이상	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
직업					
근로자	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
고용주	0.70	0.78	0.70	0.40**	0.33**
자영업자/무급가족종사자	0.65	1.07	1.13	1.09	0.47**
실업자	0.56**	1.00	1.02	0.53***	0.40**
비경제활동자	0.78	0.68	0.94	0.86	0.20***
가구수보정 소득5분위					
1분위	1.39	1.75**	1.62**	1.26	1.55
2분위	0.98	1.60	1.08	0.83	0.87
3분위	0.75	1.21	1.27	0.68**	1.10
4분위	0.84	1.15	1.22	0.87	1.17
5분위	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
결혼상태					
기혼	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
이혼/사별/별거	1.48	1.13	1.21	1.25	0.79
미혼	2.02	1.26	1.11	2.16**	0.43
의료보장형태					
건강보험	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
의료급여	0.49**	0.84	0.67	0.59**	0.33
주관적 건강상태					
좋음	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
보통	0.87	0.81	0.50***	0.86	0.49**
나쁨	0.56**	0.55**	0.38***	0.57***	0.22***

주: *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05

5. 소결

2005년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 19세 이상 성인을 대상으로 주관적인 미충족 의료 경험과 특정 질환별 미충족 의료를 분석하였다. 19세 이상 성인의 17%가 미충족 의료 경험한 것으로 응답하였으며, 낮은 소득수준과 의료급여 대상자가 건강보험 가입자에 비해 미충족 의료 경험이 높았다. 미충족 의료 경험은 의료이용량과도 관련이 있었는데 입원 경험자

와 외래진료 이용자가 이용하지 않은 자 보다 미충족 의료 경험이 많았다. 특히 외래이용의 경우 외래방문횟수가 증가함에 따라 미충족 의료 경험도 증가하였다.

미충족 의료의 주된 이유는 경제적 어려움 이었으며(49.9%) 그 다음으로는 직장을 비울수가 없었기 때문으로 나타났다(33.4%). 이러한 미충족 의료의 주된 이유는 입원과 외래이용여부에서도 유사하게 나타나나 입원이용자가 입원미이용자에 비해, 외래이용자가 외래미이용자에 비해 경제적 어려움으로 미충족 의료를 경험할 가능성이 높았다.

19세 이상 성인을 대상으로 미충족 의료 경험 관련요인을 분석한 결과, 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 만성질환수가 많을수록 미충족 의료 경험의 가능성이 높게 나타났다. 그러나 연령의 증가와 근로자 이외의 경제활동 그룹은 미충족 의료의 경험이 낮게 나타났다.

경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험과 유의한 관련성을 가지는 요인은 연령, 교육수준, 경제활동상태, 소득수준, 만성질환 수로 나타났다. 여기서 다른 요인들은 전반적인 미충족 의료 경험에 대한 연관성의 방향이 동일한 반면, 연령이 높을수록(65세 이상 그룹 제외) 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험이 높게 나타나 전반적인 미충족 의료 경험과 반대 방향의 연관성을 보였고, 이는 실업자와 비경제활동인구에서도 마찬가지였다.

결과를 요약해 보면, 소득수준과 교육수준이 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁘고 만성질환수가 많을수록 전반적인 미충족 의료 경험과 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험이 높게 나타나, 사회경제적 수준과 건강상태의 불리함(즉, 의료수요가 높을수록)이 미충족 의료 경험과 높은 연관성을 보임을 알 수 있다. 또한 의료이용이 많을수록 미충족 의료의 경험이 높다는 것은 의료이용에 대한 접근은 보장되지만 의료이용에 따른 경제적 부담이 많은 현행 의료보장제도의 한계를 잘 나타내고 있다고 해석될 수 있다.

만성질환 중 당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 뇌졸중, 심혈관질환, 천식, 만성폐쇄성질환 치료필요 환자에서 치료 및 약 복용에 있어 미치료 현황을 살

펴본 결과 당뇨병 치료필요 환자 중 현재 치료를 받지 않는다고 응답한 환자는 21.5%이고, 치료를 받지 않으면서 현재 인슐린 또는 경구용 혈당강하제를 투여/복용하지 않는 환자는 21.2%였다. 또한 당뇨병 치료필요 환자 중 지난 1년간 당뇨병 발생여부를 확인하기 위해서 안저검사를 받지 않은 환자의 비율은 60.6%, 소변검사(미세단백뇨검사)를 받지 않은 환자의 비율은 49.1%였다. 대한당뇨병학회·건강보험심사평가원 자료(2007)에 의하면 당뇨병 환자의 연간 360일 이상 당뇨병 치료제 투약 유지율은 21.8%로 낮게 보고하고 있다. 이러한 점을 고려하면 본 연구에서 얻은 당뇨병 치료필요 환자 중 미치료자 비율은 상대적으로 낮았지만, 이는 조사시점의 혈당강하 치료제 투약에 대한 응답이므로 연중 지속적인 투약보다 긍정적인 결과가 도출되었을 것으로 보인다.

고혈압 치료필요 환자 중 미치료 환자의 비율은 17.4%였으며, 치료를 받지 않으면서 현재 혈압조절을 위한 약을 복용하지 않는 환자는 16.3%였다. 기존 연구를 살펴보면, 김창엽 등(2000), 배상수 등(1999), 최연희 등(2003)은 우리나라에서 고혈압 환자 중 치료를 받는 환자는 40~50% 정도이고, 고혈압이 조절되는 환자는 17~25%에 불과하다고 하였다(김윤미·강성홍, 2008). 따라서 고혈압에 대한 치료는 이전보다 개선되었다고 볼 수 있으나, 당뇨와 마찬가지로 조사시점의 정기적인 투약여부이므로 만성질환 관리를 제대로 반영하기에는 한계가 있다.

고지혈증 치료필요 환자 중 미치료 환자의 비율은 58.0%이며, 57.5%가 미치료자이면서 조사시점에서 혈중 콜레스테롤을 낮추기 위해 약을 복용하지 않고 있어 고지혈증 환자의 약 복용이 다른 질병에 비해 미흡함을 알 수 있었다. 고지혈증은 고혈압과 당뇨병에 비해 환자수가 상대적으로 적고 만성질환 관리사업 대상 질병에도 포함되지 않아 일반인의 인식이 높지 않은 것으로 보인다. 고혈압 환자의 약 절반이 고지혈증을 동반하는 것으로 알려져 있으며 고지혈증과 고혈압의 두 위험요소가 동반될 경우 훨씬 더 높은 심혈관계 위험도를 나타내는 것으로 알려져 있으므로 고혈압과 함께 고지혈증의 관리가 필수적이다. 박진아(2007)에 의하면 고혈압과 고지혈증

이 모두 있는 군에서 5.9%만이 혈압약과 콜레스테롤 강하제를 함께 복용하고 있었으며 혈압 조절율은 2.6%에 불과했다.

그 외 뇌졸중, 심현관질환, 천식, 만성폐쇄성 치료필요 환자에서의 치료 및 약복용율도 낮아 전체적으로 만성질환자의 치료 관리가 미흡한 것으로 나타났다.

만성질환 관리의 중요성이 부각되는 가운데, 국내 만성질환 관리사업은 보건소 중심의 관리와 국민건강보험공단 주도하의 건강지원사업이 있다. 보건소 중심의 고혈압·당뇨병 관리 시범사업을 시작(2000년)으로 진행되고 있는 정부의 만성질환관리사업[10]을 통해 민간의료기관과 보건소와의 유기적인 체계구축이 미흡하고, 전국적인 규모로 확대되지 못하여 한계를 보이고 있다.

국민건강보험공단은 2002년부터 가입자의 건강증진 및 합리적 의료 이용 촉진을 위해 시행한 건강지원사업의 일환으로 만성질환자 방문상담, 정보제공 등 지원적 서비스를 통한 생활습관 개선과 적정의료이용 유도하는 사례관리를 수행하고 있다(박종연 등 2007). 국민건강보험공단의 만성질환 관리사업 또한 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 관절염 등 일부 질병에 국한되어 있을 뿐만 아니라 인력이 충분히 투입되지 못하고 있어 만성질환자의 미충족 의료를 개선하는데는 한계가 있을 것으로 보인다.

10) 정부 주도 만성질환관리사업은 2000년부터 보건소 중심의 고혈압·당뇨병 관리 시범사업으로 시작하였다. 2004년 보건소 만성질환 관리사업 지원을 위한 광역자치단체사업을 6개 시·도를 대상을 실시하였고 2006년 전국으로 확대 실시하였다. 2005년 「새 국민건강증진 종합계획(New Health Plan 2010)」수립을 통해 고혈압, 당뇨, 심장질환, 뇌졸중 등 주요 만성질환 관리목표를 설정하였으며 전국 보건소를 사업시행 주체로 하여 지역사회 주민 가운데 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 환자 및 위험요인 보인자를 대상으로 2007년 보건소 고혈압·당뇨병·이상질혈증 관리사업을 수행하고 있다. 또한 보건소 만성지환관리 시범사업으로 대구광역시 심·뇌혈관질환 고위험군(고혈압, 당뇨병) 등록관리사업이 2007년 9월부터 시행중이며 2008년 권역심뇌혈관질환센터가 설치·운영(3개소)되고 있다(보건복지부, 2009).

제2절 가구단위 분석

1. 분석대상자의 일반적 특성

2006년 차상위계층 실태조사에 응답한 가구의 일반적 특성을 다음 표에 제시하였다. 조사대상 가구의 평균 경상소득은 약 3500만원 정도였으며, 전체의 11% 정도가 가구규모별 최저생계비 기준[11]으로 빈곤에 속하고, 차상위계층은 약 5%, 의료급여 대상가구는 5%로 나타났다. 가구주의 특성을 살펴보면, 81.5%가 남성이었고, 임금근로자가 절반 정도를 차지하였으며, 68.9%가 고등학교 이상의 교육수준을 가지고 있었다. 노인과 장애인이 있는 가구의 비율은 각각 약 30%, 10%였으며, 약 45%의 가구에 만성질환자가 있는 것으로 나타났다.

2차 조사 표본의 특성을 보면, 의료급여 대상가구와 차상위가구의 비율이 1차 조사보다 약간 높고, 소득수준은 약간 높지만 전반적으로 1차 조사 가구의 특성과 유사하다.

〈표 4-25〉 조사대상 가구의 일반적 특성

(단위: %)

항목	1차 조사 (n=22,890)	2차 조사 (n=4,537)
경상소득(만원)		
평균	3,533.9	3,470.1
가구수보정경상소득(만원)		
평균	2,021.3	1,984.0
빈곤선기준 가구분류		
빈곤	11.4	11.0
차상위	4.7	4.9
일반	83.9	84.0
의료급여수급여부		
예	4.9	5.4
아니오	95.1	94.6

11) 보건복지가족부는 매년 가구원수를 기준으로 최저생계비를 발표한다.

항목	1차 조사 (n=22,890)	2차 조사 (n=4,537)
가구주성별		
남	81.5	81.5
여	18.5	18.5
가구주나이(세)		
평균	49.48	49.91
가구주교육수준		
중학교 미만	19.6	21.6
중학교	11.5	11.5
고등학교	34.1	31.9
대학이상	34.8	35.0
가구주경활상태		
임금근로자	56.1	56.0
고용주	3.9	4.4
자영업	17.6	16.8
실업자	2.8	2.4
비경활	19.6	20.4
가구원수		
1	16.3	16.7
2	23.4	22.8
3	21.4	21.2
4	29.0	29.1
5이상	9.9	10.2
가구내 노인여부		
있음	26.5	28.7
없음	73.5	71.3
가구내 장애인여부		
있음	11.8	12.2
없음	88.2	87.8
가구내만성질환자여부		
있음	44.1	45.6
없음	55.9	54.4

자료: 2006 차상위계층 실태조사

차상위조사 자료를 이용한 가구단위 분석에서는 가구의 사회경제적 수준(SES: socio-economic status)을 소득수준과 의료보장형태의 조합으로 나타냈다. 즉, 정부가 발표한 최저생계비를 기준으로 빈곤/차상위/일반가구로

구분하고 의료급여/건강보험 대상을 함께 적용하였다. 각 집단은 의료급여 빈곤, 건강보험빈곤, 의료급여차상위, 건강보험차상위, 의료급여일반, 건강보험일반이라 명명하였다[12]. 이러한 그룹화는 의료에 대한 접근성, 의료비용과 밀접한 관련이 있는 미충족 의료의 문제를 다루는 데 있어 장점을 가질 수 있다. 즉, 동일한 소득수준이라 하더라도 의료급여 대상가구와 건강보험 가구는 다른 급여체계의 적용을 받으므로 어떤 차이가 있는지 명확하게 볼 수 있고, 의료급여(또는 건강보험) 대상가구 내에서 소득수준에 따른 차이를 볼 수 있다.

가구원 수를 보정한 소득을 빈곤선[13]을 기준으로 비교하여 빈곤, 차상위, 일반 가구를 나눈 결과, 빈곤하면서 의료급여를 받는 의료급여빈곤가구는 전체 가구의 2.3%(1차 조사 기준)였으며 빈곤하지만 의료급여를 받지 못하는 건강보험빈곤가구는 9.1%였다. 반면 소득 기준으로는 일반가구에 속하지만 의료급여를 수급하는 의료급여일반가구도 전체 가구의 1.6%를 차지하였다[14].

〈표 4-26〉 조사대상 가구의 사회경제적 수준별 분포

(단위: %)

	1차 조사		2차 조사	
	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험
빈곤	2.3	9.1	2.5	8.5
차상위	1.0	3.7	1.1	3.8
일반	1.6	82.3	1.8	82.2

자료: 2006 차상위계층 실태조사

12) 의료급여 종별 수급가구를 세세하게 분류한 표는 부록에 제시하였다.
13) 여기서의 빈곤선은 정부에서 매년 발표하는 가구원수 별 최저생계비 기준의 빈곤선을 의미한다.
14) 이러한 결과는 의료급여 수급권자의 자격이 단순한 소득으로만 주어지는 것이 아니라 재산 및 부양자격, 혹은 특정 자격 등과 관련되어 있기 때문이다.

다음은 최저생계비를 기준으로 나눈 소득수준별 일반적 특성을 비교한 표이다. 일반가구는 빈곤가구에 비해 경상소득 및 가구수를 보정한 경상소득 평균이 약 7배 정도 높고, 차상위 가구에 비해 4배 정도 높다. 의료급여 수급 가구의 비율은 빈곤과 차상위 가구가 약 20%로 비슷하지만, 일반가구는 2% 정도였다. 일반가구에 비해 빈곤가구와 차상위가구에서 여성 가구주 비율이 현저히 높음을 알 수 있다. 빈곤가구와 차상위가구의 가구주는 중학교 미만의 낮은 교육수준을 보이고, 임금근로자 비율은 일반가구의 절반에 미치지 못하며, 만성질환이 있는 경우가 일반가구보다 많아 불리한 상태임을 알 수 있다.

〈표 4-27〉 소득수준별 대상가구의 일반적 특성(1차 조사)

(단위: %)

항목	빈곤가구 (n=2,638)	차상위 가구 (n=1,085)	일반가구 (n=19,167)
경상소득(만원)			
평균	551.6	1042.2	4079.2
가구수보정경상소득(만원)			
평균	384.6	668.2	2319.7
의료급여수급여부			
예	20.3	21.4	1.9
아니오	79.7	78.6	98.1
가구주성별			
남	58.7	67.6	85.4
여	41.3	32.4	14.6
가구주나이(세)			
평균	62.9	60.0	47.1
가구주교육수준			
중학교 미만	55.3	47.6	13.1
중학교	11.8	16.4	11.1
고등학교	21.1	26.4	36.3
대학이상	11.9	9.6	39.4
가구주경활상태			
임금근로자	13.4	30.5	63.4
고용주	1.4	0.8	4.4
자영업	16.0	18.3	17.8
실업자	8.1	3.4	2.0

항목	빈곤가구 (n=2,638)	차상위 가구 (n=1,085)	일반가구 (n=19,167)
비경활	61.1	46.9	12.4
가구원수			
1	38.7	25.8	12.8
2	34.4	37.0	21.1
3	12.9	15.9	22.8
4	9.4	13.6	32.5
5이상	4.7	7.7	10.7
가구내 노인여부			
있음	63.3	55.8	19.8
없음	36.7	44.2	80.2
가구내 장애인여부			
있음	18.3	23.3	10.3
없음	81.7	76.7	89.7
가구내만성질환자여부			
있음	73.2	72.8	38.5
없음	26.8	27.2	61.5

자료: 2006 차상위계층 실태조사

2. 의료이용에 대한 기본 통계

의료이용 분석을 위해 사용한 변수를 다음 표에 정리하여 제시하였다. 차상위조사에서는 한 가구가 1년 동안 지출한 월평균 보건의료비를 치료 중심의 보건의료비와 치료 외 건강보조식품과 의료용구 등에 대한 지출금액으로 구분하여 조사하였다. 두 가지 의료비를 분석에 사용하였으나, 치료 중심의 보건의료비를 더 중요하게 다루었다. 입원일수 및 통원진료횟수는 각 가구원의 해당 일수를 가구 단위로 합산하여 분석에 사용하였다.

〈표 4-28〉 의료이용 분석에 사용한 변수

변수설명	정의	조사문항
월평균 보건의료비	1년 동안 지출한 월평균 보건의료비	○[15] (1차)
입원가구원 유무	입원 가구원 유무	○[16] (2차)
입원일수	가구원의 입원일수	○ (2차)
외래진료 가구원유무	외래진료 가구원 유무	○[17] (2차)
외래진료횟수	가구원의 외래진료횟수	○ (2차)

자료: 2006 차상위계층 실태조사

가. 의료 비용[18]

조사에 응답한 가구의 월 평균 의료비용은 약 9만 4천원이었다. 이는 입원비, 외래진료비, 치과진료비, 약값, 치료용 보약, 장애인 보장구 등을 포함하는 비용으로 가구가 지출한 본인부담비용에 해당한다. SES 집단별로 비용을 살펴보면, 소득수준과 상관없이 의료급여 가구의 의료비용이 건강보험 가구의 의료비용보다 낮았으며, 의료급여 대상 가구 내에서는 소득수준이 높아질수록 지출하는 의료비용이 더 높게 나타났지만 건강보험 대상가구에서는 소득수준에 따른 차이가 적었다.

가구원 수를 보정한 의료비를 보면, 의료급여 대상가구에서 소득수준에 따른 의료비 규모의 차이가 줄어들었음을 알 수 있고, 특히 건강보험가구는 거의 차이가 없음을 알 수 있다.

15) 2006년 1년 동안 의료기관을 방문하여 지출하신 월평균 보건의료비는? (입원비, 외래진료비, 치과진료비, 약값, 치료용 보약, 장애인 보장구 등)
16) 지난 1년간 의료기관에 입원한 가구원이 있었습니까?
17) 지난 2주간 의료기관에 외래 방문한 가구원이 있었습니까?
18) 의료급여 종별 세부 분석 결과는 부록에 제시하였다.

〈표 4-29〉 가구 월 평균 치료비용

(단위: 만원)

구분	의료급여	건강보험
빈곤	5.4	8.2
차상위	6.3	8.9
일반	9.0	9.7
전체평균	9.4	

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (1차 조사)

〈표 4-30〉 가구규모 보정 월 평균 치료비용

(단위: 만원)

구분	의료급여	건강보험
빈곤	3.9	5.9
차상위	4.5	6.0
일반	5.8	5.8
전체평균	5.7	

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (1차 조사)

치료 외 의료비용은 건강보조식품, 안경·콘텍트렌즈 등의 보건의료용품비, 치료외 건강보조용 보약 등 의료기관 이외에서 지출한 비용을 의미하며, 전체 월 평균은 약 5만원으로 나타나 치료비용보다 적게 나타났다. 치료비용과 마찬가지로 소득수준과 관계없이 의료급여 가구가 건강보험 가구에 비해 치료 외 비용 지출 규모가 작았다. 의료급여 가구 중 가장 경제적 수준이 높은 의료급여 일반가구의 치료외비용은 월 3만 4천원 정도로 건강보험 가구 중 가장 경제적 수준이 좋지 않은 건강보험빈곤가구 평균과 비슷하였다. 건강보험 차상위가구는 건강보험 빈곤가구보다 오히려 치료외비용을 적게 지출하는 것(약 2만 8천원)으로 나타났다.

가구원 수를 보정한 치료 외 비용은 건강보험 대상가구가 의료급여 대상가구보다 높았고 건강보험 일반가구가 가장 높게 나타났다.

〈표 4-31〉 가구 월 평균 치료 외 비용

(단위: 만원)

구분	의료급여	건강보험
빈곤	2.0	3.4
차상위	2.3	2.8
일반	3.4	5.2
전체평균	5.0	

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (1차 조사)

〈표 4-32〉 가구규모 보정 월 평균 치료 외 비용

(단위: 만원)

구분	의료급여	건강보험
빈곤	1.7	2.4
차상위	1.7	2.0
일반	2.2	3.0
전체평균	2.9	

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (1차 조사)

나. 의료 이용

조사 대상 가구 중 한 해 동안 입원한 가구원이 있었던 가구의 비율은 전체 가구의 약 21%였다. SES집단별 입원가구의 비율은 의료급여 차상위 가구 중 37%가 한 해 동안 한 명이라도 입원을 경험한 것으로 나타나 가장 높았으며 건강보험일반가구는 20%로 가장 낮았다. 입원 경험이 있는 가구의 연간 평균 입원 일수는 27.1일이었다. 의료비용 결과와는 반대로 의료급여 수급가구가 건강보험 대상가구에 비해 2배 정도 높은 입원 일수를 나타냈다. 즉, 의료급여 수급가구는 건강보험 대상가구에 비해 입원일수는 길지만 지출하는 의료비용은 적다는 것인데, 의료급여 환자는 법정본인부담금이 낮고 상대적으로 비급여서비스를 적게 제공받을 것으로 보이기 때문이다. 한편, 건강보험일반가구의 연간 입원 일수가 가장 낮게 나타나, 이

계층의 의료서비스에 대한 필요가 가장 낮기 때문인 것으로 추측된다.

〈표 4-33〉 각 집단별 가구 단위 입원율 및 연간 입원 일수

(단위: 일)

	의료급여		건강보험	
	입원율	입원일수	입원율	입원일수
빈곤	26.5	52.2	22.3	28.6
차상위	37.0	52.2	27.9	34.2
일반	34.0	65.9	20.0	23.4
평균	입원율		입원일수	
	21.1		27.1	

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (2차 조사)

조사 가구 중 2주간 외래이용이 있었던 가구의 비율은 전체의 61.3%였다. SES집단별로는 건강보험 차상위가구(72.8%), 의료급여 일반가구(72.3%), 건강보험 빈곤가구(71.3%), 의료급여 빈곤가구(70.7%) 순으로 나타났다. 외래이용이 있었던 가구의 평균 외래방문횟수는 3.7회였다. 통원치료 일수는 의료급여 수급 여부나 경제적 수준에 따라 특별한 경향을 보이지 않았다. 다만 의료급여 차상위가구의 외래방문횟수가 다른 계층에 비해 높았다.

〈표 4-34〉 가구 단위 2주간 외래이용률 및 평균 외래방문횟수

(단위: 일)

구분	의료급여		건강보험	
	외래이용률	외래방문횟수	외래이용률	외래방문횟수
빈곤	70.7	3.4	71.3	3.4
차상위	68.5	5.4	72.8	3.0
일반	72.3	3.7	59.2	3.7
전체평균	외래이용률		외래방문횟수	
	61.3		3.7	

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (2차조사)

다. 의료비 가계부담 정도

1) 의료비 부담에 대한 주관적 평가

2차 조사에서는 조사대상 가구에게 의료비가 가계부담에 미치는 정도를 직접 응답하도록 하였다.

의료비가 가계의 부담이 된다고 응답한 경우는 다소 부담 혹은 많이 부담이라고 응답한 가구를 포함하였다[19]. 건강보험빈곤, 건강보험 차상위가구에서 의료비가 가계부담이 된다고 답한 비율이 65%가 넘어 가장 높았다. 의료급여를 받는 가구 중에서는 차상위가구가 의료비부담을 가장 많이 느끼고 그 다음 일반가구, 빈곤가구 순이었다.

〈표 4-35〉 의료비가 가계 부담이 된다고 응답한 가구의 비율

(단위: %)

	의료급여	건강보험
빈곤	39.9	68.8
차상위	47.7	65.1
일반	43.1	41.5
전체평균	44.8	

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (2차 조사)

2) 총 생활비 대비 의료비 비중

주관적으로 느끼는 가계부담의 정도 문항과 별도로 1차 조사에서는 가구의 항목별 생활비 지출을 조사하였기 때문에, 각 가구의 총 생활비 대비 의료비 비중을 살펴봄으로써 객관적인 의료비 가계부담의 정도를 파악하였다. 구체적으로는 식료품비를 제외한 가구의 총 생활비 대비 보건의료비(치

19) 실제 조사의 보기는 4지선다형으로 제시되었으며, 보기별 응답현황은 표로 부록에 제시하였다.

료 외 비용은 포함하지 않음) 비중을 산출하였다.

식료품비를 제외한 총 생활비 대비 의료비 비중의 전체 평균은 6.5%로 나타났다. 건강보험 빈곤가구와 건강보험 차상위가구의 의료비 비중이 가장 높게 나타났고, 의료비 비중이 13~14%로 전체 평균(6.5%)의 2배가 넘어 낮은 소득수준에서 의료비 부담이 크다는 것을 보여 준다.

요약하면, 의료비 부담에 대한 두 가지 통계는 의료비 부담에 대한 주관적 평가와 생활비 대비 의료비 지출 비중의 결과가 부합함을 알 수 있다.

〈표 4-36〉 가구 생활비 대비 의료비 비중

(단위: %)

구분	의료급여	건강보험
빈곤	8.2	14.0
차상위	8.9	12.9
일반	7.7	5.3
전체평균	6.5	

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (1차조사)

추가로, 식료품비를 제외한 가구의 소비지출 대비 의료비의 비중이 40%를 넘는 가구를 의료비 과부담 가구로 보는 기존 연구(Xu et al., 2003; 김태일·허순임, 2008)의 기준을 적용하여 과부담 의료비에 대한 결과를 살펴보았다[20].

분석결과, 전체 가구의 약 2%가 의료비 과부담 가구인 것으로 나타났다고, 건강보험 빈곤가구에서 7.7%로 가장 높았고, 다음이 건강보험 차상위가구(4.5%), 의료급여 빈곤가구(4.4%) 순이었다.

20) 그러나 이 지표가 치료에 따른 환자의 노동손실 등 간접비용이 포함되지 않는 등의 이유로 너무 높게 설정되었다는 의견이 존재한다(Kawabata 등, 2002; Xu 등, 2003).

〈표 4-37〉 의료비 과부담 가구 비율

(단위: %)

	의료급여	건강보험
빈곤	4.4	7.7
차상위	3.9	4.5
일반	3.4	1.1
전체평균	2.0	

자료: 2006 차상위계층 실태조사

라. 의료비 충당방식

가구가 의료비를 주로 충당했던 방식에 대해 살펴보면(2차 조사), 전체 89%의 가구가 생활비로 충당하고 있으며 건강보험일반가구는 91.4%로 가장 높은 반면, 의료비에 대한 가계 부담을 가장 많이 느끼는 건강보험빈곤, 건강보험차상위 계층에서는 생활비에 의존하는 비중이 낮고 가족의 도움을 받는 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 의료급여 대상가구는 수급 자격기준 상 재산이나 도움을 받을 가족이 있을 확률이 낮으므로 이에 대한 비중이 낮았다. 한편, 의료급여 차상위가구의 경우 사채로 의료비를 충당한 비율이 다른 가구에 비해 높게 나타났다.

〈표 4-38〉 의료비 충당방식(1순위)

(단위: %)

	생활비	저축이용	전세비	재산처분	부모자식 도움
전체	89.0	2.3	0.4	0.1	5.0
의료급여빈곤	82.8	0.8	0.3	-	7.8
건강보험빈곤	75.0	3.8	-	0.3	18.2
의료급여차상위	88.5	2.4	-	-	1.7
건강보험차상위	77.6	3.8	-	0.3	14.9
의료급여일반	81.6	3.7	-	-	5.5
건강보험일반	91.4	2.0	0.04	0.07	3.1

	민간보험	친지친구	대출	사채 등	기타
전체	1.6	0.9	0.3	0.4	0.3
의료급여 빈곤	-	1.9	0.8	-	5.7
건강보험 빈곤	-	1.7	0.5	0.5	-
의료급여 차상위	-	2.1	-	2.5	2.8
건강보험 차상위	0.6	2.1	-	0.8	-
의료급여 일반	2.4	1.8	-	1.9	3.0
건강보험 일반	1.9	0.7	0.3	0.3	0.1

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (2차조사)

3. 미충족 의료의 경험 및 관련 요인 파악

가. 미충족 의료 경험

2차 조사에 응답한 가구의 약 12.1%가 1년 동안 아팠지만 병·의원을 방문하지 못하였거나 중도에 치료를 포기한 가구원이 있었다고 대답하였다. 경제적 수준과 상관없이 의료급여를 받고 있는 가구보다 건강보험에 가입된 가구의 미충족 의료 경험율이 낮게 나타났다. 의료급여차상위가구의 경우 같은 의료급여 수급 가구 내에서 소득 수준으로 빈곤한 가구보다 미충족 의료 경험율이 더 높았으며(31.2%) 이는 모든 계층을 통틀어 가장 높은 비율이었다.

의료급여 빈곤가구보다 의료급여 차상위가구의 미충족 의료 경험율이 높은 결과는 의료급여 수급자격에 따라 1종과 2종의 본인부담률과 본인부담 상한선이 다르기 때문에 나타난 결과로 보인다. 의료급여 수급가구의 종별 비중을 살펴본 결과, 본인부담률이 낮은 의료급여 1종가구의 비율이 빈곤가구, 차상위가구, 일반가구 순으로 낮아져(부표 참조), 차상위가구는 의료급여 혜택에서 불리한 2종에 속하고, 소득수준이 일반가구보다 낮기 때문에 몸이 아파도 병·의원을 이용하지 못하거나 치료를 포기하는 경험이 더 많았을 것으로 추측할 수 있다[21].

〈표 4-39〉 미충족 의료 경험 가구 비율

구분	의료급여(%)	건강보험(%)
빈곤	26.0	24.1
차상위	31.2	21.8
일반	22.6	9.5
전체평균	12.1	

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (2차조사)

다음 표는 1년 동안 가구 내 보건의료서비스의 필요는 있었지만 병·의원은 한번도 방문하지 못한(의료비 지출=0) 가구의 비율을 나타낸 것이다. 분석결과, 의료급여 수급가구가 건강보험가구에 비해 이 비율이 모두 높았으며, 의료급여 빈곤가구에서 가장 높게 나타나 의료비 지출할 능력이 되지 않아서 의료이용을 포기한 가구로 유추할 수 있다.

〈표 4-40〉 미충족 의료 경험 가구 중 의료비가 0인 가구 비율

	의료급여(%)	건강보험(%)
빈곤	33.6	8.0
차상위	14.3	8.8
일반	10.8	8.6
전체	10.0	

자료: 2006 차상위계층 실태조사

21) 의료급여 가구를 종별로 세분화하여 분석한 결과는 부록에 제시하였다.

나. 미충족 경험 관련 요인 분석

가구의 미충족 경험과 관련하여 가장 연관성이 높은 변수는 가구의 소득 수준과 의료보장형태로 나타낸 SES로 나타났다. 건강보험 대상의 일반가구에 비해 수급·비수급 빈곤 및 차상위가구의 미충족 의료 경험이 높았고, 특히 차상위가구에서 높게 나타났다. 또한, 가구주의 교육수준이 낮을수록, 여성가구주 가구일수록 미충족 의료 경험이 높고, 장애인 또는 만성질환자가 있는 가구에서 높게 나타났다.

〈표 4-41〉 미충족 경험 관련 요인 분석(2차 조사)

	unadjusted 미충족률 (%)	OR
SES		
의료급여빈곤	26.0	1.89**
건강보험빈곤	24.1	2.07***
의료급여차상위	31.2	2.53***
건강보험차상위	21.8	1.85**
의료급여일반	22.6	1.67*
건강보험일반	9.5	1.00
가구주 성별		
남	10.2	1.00
여	20.2	1.76***
가구주 연령		
35세 미만	6.1	1.00
35~44	9.5	1.41
45~54	13.5	1.58
55~64	12.6	1.04
65세 이상	18.1	0.97
가구주 경활상태		
임금근로자	10.2	1.00
고용주	6.7	0.79
자영업자	11.4	0.82
실업자	20.0	1.64
비경활	18.0	0.90
가구주 교육상태		
중학교 미만	20.2	2.25***

	unadjusted 미충족률 (%)	OR
중학교	14.9	1.95**
고등학교	12.0	1.75***
대학 이상	6.2	1.00
가구원수		
1	15.2	0.66
2	15.0	1.01
3	10.2	0.78
4	9.1	0.87
5이상	12.9	1.00
장애가구원 유무		
유	18.7	1.35*
무	11.2	1.00
만성질환자 유무		
유	16.8	1.51**
무	8.1	1.00
노인가구원 유무		
유	17.5	1.13
무	9.9	1.00

주: *** <0.001 ** <0.01 *<0.05
자료: 2006 차상위계층 실태조사 (2차조사)

다. 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험

1) 미충족 의료 경험의 이유

미충족 의료 경험이 있는 가구의 미충족 의료 경험 이유는 전체 가구에 걸쳐 진료비 부담이 가장 높은 이유인 것으로 나타났다. 경제적 수준이 높아질수록 이 비율은 낮아졌지만, 건강보험의 적용을 받는 가구에서 진료비 부담 때문에 미충족 의료를 경험했다고 응답한 비율이 의료급여 수급가구보다 더 높았다. 치료해도 나을 것 같지 않아서 치료를 받지 않았다고 대답한 가구는 의료급여 수급가구에서 경제수준과 상관없이 건강보험 가구에 비해 더 높게 나타났다. 한편 경제수준이 높은 가구일수록 '시간이 없어서'

라고 답한 비율이 점차 높아졌는데 이는 경제수준이 높은 가구의 시간비용이 높아지기 때문인 것으로 보인다.

〈표 4-42〉 미충족 의료 경험 이유(1순위)

(단위: %)

항 목	전체	의료급여 빈곤	건강보험 빈곤	의료급여 차상위	건강보험 차상위	의료급여 일반	건강보험 일반
진료비 부담 때문에	84.9	89.9	93.3	81.6	90.9	81.5	81.9
일 중단하면 수입(소득)감소	1.7	1.2	0.4	-	-	1.2	2.4
시간이 없어서	8.0	-	2.0	5.0	3.1	7.9	11.0
의료기관과의 거리가 멀어서	2.0	2.4	2.6	7.6	-	-	1.8
치료해도 나을 것 같지 않아서	3.1	6.6	1.8	5.8	3.2	6.8	2.9
식구 돌볼 사람 없어서	0.3	-	-	-	2.7	2.6	-

자료: 2006 차상위계층 실태조사 (2차조사)

2) 경제적 이유로 인한 미충족 의료경험 관련 요인

미충족 의료 경험의 이유로 진료비 부담을 응답한 가구와 관련된 유의한 요인은 여성 가구주, 가구주 연령이 높은 경우, 만성질환자가 있는 가구 등으로 나타났다. 위에서 살펴보았듯이, 전체 약 85%의 가구가 진료비 부담을 미충족 의료의 이유로 응답한 것은 SES의 차이와 상관없이 대부분의 가구가 진료비부담으로 인한 미충족 의료를 경험하고 있기 때문에 SES의 차이가 유의한 결과를 나타내지 않은 것으로 보인다.

〈표 4-43〉 경제적 이유로 인한 미충족 의료 관련 요인 분석

변수	unadjusted 미충족률 (%)	OR
SES		
의료급여빈곤	89.9	0.96
건강보험빈곤	93.3	1.90
의료급여차상위	81.6	0.61
건강보험차상위	90.9	1.49
의료급여일반	81.5	0.83
건강보험일반	81.9	1.00
가구주 성별		
남	82.4	1.00
여	90.4	2.04
가구주 연령		
35세 미만	70.7	1.00
35~44	83.7	2.08
45~54	76.4	1.54
55~64	89.4	3.84**
65세 이상	91.9	8.51**
가구주 경활상태		
임금근로자	80.6	1.00
고용주	93.3	5.38
자영업자	80.2	0.77
실업자	100.0	-
비경활	91.4	0.77
가구주 교육상태		
초등 이하	87.6	0.81
중등 졸업	84.5	1.24
고등 졸업	85.8	1.46
대학 이상	78.2	1.00
가구원수		
1	89.7	0.63
2	83.7	0.55
3	84.9	0.93
4	84.5	1.10
5이상	79.4	1.00
장애가구원 유무		
유	87.3	1.21
무	84.3	1.00
만성질환자 유무		

변수	unadjusted 미충족률 (%)	OR
유	89.7	2.62**
무	76.5	1.00
노인가구원 유무		
유	87.2	0.57
무	82.3	1.00

*** <0.001 ** <0.01 *<0.05
자료: 2006 차상위계층 실태조사 (2차조사)

라. 의료서비스 종류별 필요충족 여부

1) 의료서비스 종류별 미충족 의료 경험

1차 조사에서는 의료서비스의 필요 충족 여부를 포함하고 있다. 3개월 이상 질병을 앓고 있는 경우 정기적인 진료, 몸이 아플 때 병원 진료, 처방받은 의약품이나 일반의약품 구입, 보약이나 영양제 또는 보조식품 복용, 치과 진료에 대해 각각 질문하였으며 그 결과는 다음 표에 제시하였다[22].

3개월 이상 지속되는 질병에 대해 정기진료가 필요한데도 받지 못한 가구의 비율은 필요를 가진 전체 가구의 약 3.9%로 병원치료(2.5%)나 처방/일반의약품 구입(2.0%)보다 높게 나타났다. 의료서비스 종류에 상관없이 건강보험 빈곤가구가 미충족 경험이 가장 높았다. 몸이 아플때 병원에서 진료를 받는 것에 대한 미충족 경험율은 평균 2.5%였으며 건강보험빈곤, 의료급여빈곤, 의료급여차상위 가구 순으로 낮아졌다. 정기진료를 제외하고는 필수 의료서비스 세 항목 모두 소득수준이 낮아질수록 미충족 경험률이 높아지는 것으로 나타났다.

22) '하고(갖고) 싶지만 현재 여건이 안되어 못하고(갖고) 있다'라고 응답한 가구를 해당 의료서비스에 대하여 미충족 의료 경험이 있는 것으로 보고 분석하였다.

〈표 4-44〉 의료서비스 종류별 미충족 의료 경험

(단위: %)

	정기진료		병원치료		의약품	
	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험
빈곤	4.7	8.4	6.3	7.5	4.4	5.1
차상위	4.6	5.9	6.1	3.6	3.6	3.9
일반	5.1	2.8	4.8	1.7	2.5	1.4
전체평균	3.9		2.5		2.0	

자료: 2006 차상위계층 실태조사

건강을 위한 보약 및 보조식품 등의 복용에 대한 미충족 경험률은 30.2%로 다른 의료서비스에 비해 매우 높았고, 치과서비스에 대한 미충족 경험률은 15.3%로 나타났다. 특히 의료급여 수급가구는 소득수준과 상관없이 모두 높은 수준의 미충족을 경험하였고, 특히 보약/보조식품의 겨우 경험률이 높았다. 치과서비스에 대한 미충족 경험률 또한 정기진료, 병원치료, 의약품의 결과와 비교하여 높았다. 의료서비스에 대한 결과와 마찬가지로 보약/보조식품과 치과진료에 대한 미충족 경험은 소득수준이 낮아질수록 미충족 경험률은 높아지는 것으로 나타났다.

〈표 4-45〉 의료서비스 종류별 미충족 의료 경험(계속)

(단위: %)

	보약/보조식품		치과	
	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험
빈곤	81.9	60.5	47.4	38.3
차상위	81.3	53.2	39.4	30.8
일반	66.0	22.4	36.0	10.4
전체평균	30.2		15.3	

자료: 2006 차상위계층 실태조사

2) 의료서비스 종류별 충족 관련 요인

의료서비스에 대한 필요를 충족시키지 못하는 요인은 낮은 SES, 가구주의 낮은 교육수준 등을 들 수 있고, 건강보험 빈곤가구는 모든 의료서비스의 미충족 경험과 관련이 있었고, 건강보험 차상위가구도 불리함을 나타내고 있다. 한편, 만성질환자가 있는 가구는 정기진료를 제외한 나머지 의료서비스에 대해 충족시키지 못하는 것으로 나타났다.

〈표 4-46〉 의료서비스 종류별 충족 관련 요인 회귀분석 결과

	정기진료	병원진료	의약품	보약/보조식품	치과
SES					
의료급여빈곤	0.65	0.59	0.46	0.18***	0.40*
건강보험빈곤	0.32***	0.28***	0.25***	0.16***	0.18***
의료급여차상위	0.68	0.47	0.63	0.14***	0.38
건강보험차상위	0.42***	0.58	0.44*	0.30***	0.26***
의료급여일반	0.67	0.88	0.80	0.24***	0.45
건강보험일반	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
가구주 성별					
남	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
여	0.66*	0.62*	0.81	0.79	0.81
가구주 연령					
35세 미만	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
35~44	0.71	0.97	0.54	0.74	0.59
45~54	0.82	0.57	0.44	0.78	0.48
55~64	1.33	0.68	0.46	1.06	0.84
65세 이상	0.73	0.62	0.41	0.84	0.78
가구주 경활상태					
임금근로자	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
고용주	1.73	4.16	3.07	2.93	1.17
자영업자	1.26	1.30	1.32	1.62*	1.43
실업자	0.67	0.64	1.68	0.64	0.65
비경활	1.63**	1.82	1.93*	1.57	1.70*
가구주 교육상태					
중학교 미만	0.35***	0.36**	0.27**	0.21***	0.17***
중학교	0.42***	0.31***	0.21***	0.18***	0.20***
고등학교	0.56**	0.50*	0.40*	0.30***	0.31***

	정기진료	병원진료	의약품	보약/보조식품	치과
대학 이상	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
가구원수					
1	0.67	0.48	0.28*	0.48	0.25**
2	0.90	0.71	0.44	0.75	0.45*
3	0.92	0.86	0.56	0.82	0.68
4	1.15	0.98	0.98	1.10	1.02
5이상	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
장애가구원 유무					
유	0.99	1.09	0.86	0.79	1.07
무	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
만성질환자 유무					
유	3.15***	0.41***	0.54	0.44***	0.49**
무	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
노인가구원 유무					
유	1.98**	1.11	1.08	1.22	1.09
무	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

주: *** <0.001 ** <0.01 *<0.05

4. 미충족 의료의 금전적 수준

가. 분석자료

미충족 의료의 금전적 수준에 대해 조사한 연구는 많지 않다. 본 연구에서는 2007년 최저생계비 계측조사를 위한 실태조사 자료를 이용하여 분석하였다.

2007 최저생계비 계측조사를 위한 실태조사에 응답한 가구(1차 조사 기준)의 평균 경상소득은 3,219만 원이며, 빈곤선 기준으로 가구를 분류한 결과 빈곤가구 11.21%, 차상위 4.72%, 일반 84.08%였다. 의료급여가구는 전체 가구 중 5.35%였다. 가구주가 남성인 가구는 81%, 가구주의 평균 나이는 약 48세였다. 노인이 가구원 중 한명이라도 있는 가구는 24%, 가구원 중 장애인이 있는 가구는 10%, 만성질환자가 속한 가구는 38%로 나타

났다[23].

2차 생활실태조사는 1차 조사결과를 바탕으로 가구의 월평균 소득(경상소득기준) 40% 이하 가구 중에서 1,500가구를 표본추출하여 이루어졌다. 따라서 2차 조사 대상 가구의 경상소득 평균은 1차에 비해 매우 낮으며(약 1,861만원) 따라서 빈곤선 기준 가구분류 또한 빈곤과 차상위에 속한 가구 비율이 더 높다. 의료급여 수급 비율 역시 1차 조사 가구의 약 2배였다. 따라서 앞으로의 분석 결과에서도 2차 조사 결과는 해석에 주의를 요한다.

나. 분석 결과

2007년 최저생계비 계측을 위한 실태조사에서는 월평균 부족의료비를 '경제적 사정으로 인해 치료받지 못하신 경우, 월평균 얼마 정도 있었으면 치료가능 하였습니까?'라는 질문으로 조사하였다.

미충족 의료의 금전적 수준을 파악하는 것은 해당 가구가 미충족 의료의 경험을 가지고 있다는 것을 전제하기 때문에 미충족 의료를 경험한 가구에 한하여 분석하였다. 이해를 돕기 위하여 SES 집단별로 실제 지출한 월 평균 의료비를 함께 제시하였다.

대상 가구가 응답한 월 부족 의료비는 전체 평균 약 28만 1천원이었으며, 경제적 수준이 높아질수록 부족 의료비도 높게 응답하는 경향이 있었다. 가구들이 응답한 부족의료비의 수준은 실제 지출한 의료비의 최저 약 2.8배(건강보험일반가구)에서 최고 4배(의료급여차상위가구)에 달하였다. 특이한 점은 의료급여 수급가구에서 가장 경제적 수준이 높은 의료급여일반가구의 월평균 부족 의료비가 약 20만 7천원인 것으로 조사되었는데 이는 비수급가구에서도 경제적 수준이 가장 낮은 건강보험빈곤가구의 결과(약 25만 1천원)보다도 낮은 결과였다. 실제로 의료급여 수급가구의 의료의 필요가 비수급가구의 필요보다 적었다기 보다는 경제적 규모에 대한 일반적 인식이 다른 데서 기인한 결과로 보인다. 의료서비스에 대한 수요가 가장 적

23) 구체적인 분석 표는 부록에 제시하였다.

으면서 진료비 부담 능력이 높다고 평가되는 건강보험일반가구에서 응답한 부족 의료비가 가장 높았다는 점이 이를 뒷받침한다.

〈표 4-47〉 가구 당 부족의료비 분포

(단위: 만원)

구분	의료급여대상가구			건강보험대상가구		
	최소	평균	최대	최소	평균	최대
빈곤	0.04	19.7	250	0.8	25.1	300
차상위	1	20.0	166	0.8	27.8	183
일반	2	20.7	108	0.4	30.6	213
전체평균	최소		평균		최대	
	0.04		28.1		300	

자료: 2007 최저생계비 계측조사 (1차 조사)

〈표 4-48〉 가구 당 월평균 의료비 및 부족의료비

(단위: 만원)

	의료급여대상가구		건강보험대상가구	
	의료비	부족의료비	의료비	부족의료비
빈곤	10.0	19.7	8.5	25.1
차상위	5.5	20.0	8.0	27.8
일반	11.5	20.7	10.8	30.6
전체평균	의료비		부족의료비	
	10.5		28.1	

자료: 2007 최저생계비 계측조사 (1차조사)

다음 표는 가구 당 월평균 의료비 및 부족의료비를 각 가구의 가구원수로 나누어 1인 당 금액으로 환산한 것이다. 연령대에 따른 필요 의료비 수준의 차이가 있긴 하나 우선 대략적인 1인 당 미충족 의료의 금전적인 수준을 알고자 하였다. 가구원 1인으로 환산한 부족의료비는 가구당 금액과 약간 다른 양상을 보였는데, 건강보험 차상위가구에 속한 가구원 1인의 부족의료비 수준(약 14만 3천원)이 전체 SES집단 중 가장 높았다.

가구당 지출 의료비와 부족의료비와의 관계와 가구원 1인당 의료비 대비 부족의료비를 보면, 부족의료비 규모가 지출한 의료비의 2~3배로 매우 높음을 알 수 있다. 최저생계비조사에서 의료비의 내용에 보약/건강보조식품, 의료용구 등을 포함하기 때문에 치료비용 의미의 의료비와는 차이가 있기 때문에 이러한 결과가 나온 것으로 보이지만, 그럼에도 불구하고 가구에서 보고하는 부족의료비의 수준이 높다는 것을 알 수 있다.

〈표 4-49〉 가구원 1인 당 월평균 의료비 및 부족의료비

(단위: 만원)

구분	의료급여대상가구		건강보험대상가구	
	의료비	부족의료비	의료비	부족의료비
빈곤	4.9	10.6	4.2	12.2
차상위	2.4	10.0	4.0	14.3
일반	4.8	10.1	4.0	12.2
전체평균	의료비		부족의료비	
	4.1		12.1	

자료: 2007 최저생계비 계측조사

5. 소결

2006년 차상위계층 실태조사 자료를 이용하여 약 22,890가구를 대상으로 가구단위의 의료이용 실태, 전반적 미충족 의료 경험 및 의료서비스별 미충족 의료 경험을 분석하였다. 또한 가구원의 질병을 치료하기에 부족했던 비용(부족의료비)을 2007년 최저생계비 계측조사 자료를 이용하여 분석하였다.

한 해 동안 의료비를 지출한 가구의 월 평균 의료비용은 약 9만 4천원이었으며, 소득수준이 높은 가구일수록 지출한 의료비용이 더 높았다. 또한 건강보험 대상가구가 의료급여 수급가구에 비해 의료비용을 더 많이 지출한 것으로 나타났다. 건강보조식품, 안경·콘텍트렌즈 등의 보건의료용품비,

치료외 건강보조용 보약 등 치료 외 비용 또한 치료에 지출한 의료비용과 경향이 비슷했는데 건강보험 차상위가구는 건강보험 빈곤가구보다 치료외 비용을 적게 지출하는 것으로 나타났다. 의료이용에 대한 결과를 보면, 전체 가구 중 약 21%가 한 해 동안 적어도 가구원 한 명이 한 번 이상의 입원을 경험하였으며, 외래는 61%의 가구가 이용한 것으로 나타났다. 의료급여 수급가구가 건강보험 대상가구에 비해 입원일수는 길었지만 외래방문 횟수는 큰 차이가 없었다. 식료품비를 제외한 총 생활비 대비 의료비의 비중이 40%가 넘는 의료비 과부담 가구의 비중은 전체 가구 중 2% 정도였으며, SES 집단별 분석 결과, 건강보험빈곤가구(7.7%), 건강보험차상위가구(4.5%), 의료급여빈곤가구(4.4%), 의료급여차상위가구(3.9%), 의료급여일반가구(3.4%), 건강보험일반가구(1.1%) 순이었고, 의료비에 부담을 느낀다고 응답한 결과와 부합하였다.

조사 대상 가구의 1년간의 전반적 미충족 의료 경험율은 약 12%였다. 의료급여 수급가구보다 건강보험가구의 미충족 의료 경험율이 낮았으며 의료급여 가구 내에서는 차상위가구가, 건강보험가구 중에서는 빈곤 가구가 미충족 의료를 가장 많이 경험한 것으로 나타났다. 미충족 의료를 경험한 의료급여빈곤가구 중 약 34%가 한 해 동안 의료를 전혀 이용하지 못한 가구로 나타나 문제가 심각한 것으로 밝혀졌다. 가구주 성별, 연령, 경활상태, 교육상태, 가구원수, 장애/만성/노인 가구원유무 등의 통제변수로 보정한 후의 미충족 의료 경험율은 의료급여차상위, 건강보험빈곤, 의료급여빈곤, 건강보험차상위, 의료급여일반, 건강보험일반가구 순으로 유의하게 낮아지는 것으로 나타났다. 미충족 의료 경험 이유로는 약 85%가 '진료비 부담'을 꼽았으며, 건강보험빈곤, 건강보험차상위가구의 약 90% 이상이 이 원인을 1순위로 선택했다.

의료서비스 종류별로 미충족의 경험을 분석한 결과, 정기진료, 병원치료, 의약품 관련 서비스의 미충족 의료 경험율은 약 2~4%로 낮았다. 반면, 보약/보조식품 및 치과진료에 대한 미충족 의료 경험은 15~50%로 높은 편이었다. 모든 의료서비스에서 미충족 의료 경험율은 소득수준이 낮은 집단에

서 높았다. 특히 필수보건의료서비스라 볼 수 있는 정기진료, 병원치료, 의약품 관련 서비스 부분에서 건강보험빈곤가구의 미충족 의료 경험율이 다른 집단에 비해 높게 나타났다. 그러나 보약/보조식품과 치과진료에 대한 미충족 경험 비율은 건강보험가구에 비해 의료급여가구에서 월등히 높게 나타났다. 다만 의료서비스 종류별 미충족 의료 경험은 '현재' 시점에 국한하여 조사하였으므로 다른 분석과의 결과 비교에 유의할 필요가 있다.

2007년 최저생계비 계측을 위한 실태조사로 월평균 부족의료비를 분석한 결과는 다음과 같다. 부족의료비를 보고한 가구의 월평균 부족의료비는 약 28만 1천원이었으며, 경제적 수준이 높은 가구일수록 부족의료비도 높게 응답하는 경향이 있었다. 의료급여 수급 가구 중 부족의료비를 가장 높게 응답한 의료급여일반가구의 월평균 부족의료비는 약 20만 7천원이었는데, 이는 건강보험가구 중 부족의료비를 가장 적게 보고한 건강보험빈곤가구의 결과(약 25만 1천원)보다도 적은 수치였다. 실제로 의료급여 수급가구의 의료 필요가 건강보험가구보다 적었다기 보다는 조사된 의료비 내용에 건강보조식품 등 치료 외 비용까지 포함하였기 때문에 의료비의 구성에 있어 SES별로 다를 가능성이 있다.

05

정책개선방안

제5장 정책개선방안

제1절 미충족 의료의 인식과 정책적 함의

전체 국민을 대상으로 미충족 의료에 대한 주관적 인식을 파악하는 것은 보건의료체계에 대한 평가의 의미가 있다. 가장 중요하게 고려되는 정책적 함의는 의료에 대한 접근성을 들 수 있고, 각 국의 보건의료체계의 특성에 따라 미충족 의료의 성격이 다를 것이다. 앞서 이론적 고찰에서 살펴본 바와 같이, 미충족 의료 문제의 성격에 따라 정책적 대응을 보다 구체적으로 찾을 수 있을 것이다.

또한, 미충족 의료에 대한 주관적 평가가 가지는 의미와 의료적 필요가 객관적으로 인정된 특정 질병, 증상, 서비스에 대한 미충족을 구분하는 정책적 접근이 효과적일 것이다. 미충족 의료에 대한 전반적인 평가가 구체적인 정책적 대응책을 찾기 어려운 반면, 의료전문가의 판단 하에 제시된 의료적 필요에 대한 충족을 파악하는 것은 문제의 성격과 대상을 구체적으로 파악할 수 있어 임상진료영역에서의 대응책과 그 외의 부분에서의 정책적 대응을 찾는 데 유리하다.

1. 미충족 의료에 대한 전반적인 인식의 구체화

앞서 언급한 바와 같이 미충족 의료에 대한 인식을 아래의 세 가지 성격으로 구분하여 접근할 수 있다. 먼저, 가용성(availability)의 문제는 대기시간과 의료자원의 배분이 주된 문제이며, 이는 전반적인 보건의료체계의 특

성과 관련되는 부분이다. 지역별 의료자원 분포의 불균형이 있다면 국가 차원에서의 자원배분이 필요하고, 대기시간의 문제는 의료서비스 제공방식을 바꾸는 정책으로 해결책을 찾을 수 있으며 보다 구체적으로는 진료비 지불제도 또는 의료기관 평가 등과 연계될 수 있다.

〈표 5-1〉 미충족 의료의 특성

평가측면	문제의 성격	정책대안
가용성	의료자원 가용성	의료자원 균형 개선
	대기시간	의료서비스 제공방식, 진료비지불제도 개선
접근성	비용	급여수준 개선
	교통/시간 내기 어려움	교통편의 제공
수용성	도움 청하기 어려움	정보제공
	어디로 가야할 지 모름	
	치료에 대한 기대 낮음	의료의 질 개선
	질병치료에 대한 부담 (예. 정신질환, AIDS)	사회적 문화 변화 필요

두 번째로 접근성의 문제는 기본적인 의료자원이 갖추어진 사회에서는 의료보장제도에서 해결해야 하는 비용의 문제를 의미한다. 즉, 급여수준을 개선하여 경제적 지불능력에 따른 접근성의 차이가 나타나지 않도록 하는 정책적 접근이 필요하다. 이는 국내 건강보험제도의 취약한 보장성과 가장 밀접한 문제이다. 보장성을 개선하는 데 있어서 고려되는 중요한 측면은 의료에 대한 필요(medical necessity)에 대한 판단이며, 의학적 평가를 중심으로 할 것인가 또는 의료비 통제 차원에서 접근할 것인가에 대한 정책적 판단이 필요하다.

마지막으로 수용성의 문제이다. 가용성과 접근성 문제가 해결된다고 하더라도 환자가 필요한 의료서비스를 이용하는 데 걸림돌이 없는 것이 아니다. 적절한 정보 제공과 의료의 질 개선으로 환자의 기대와 만족을 높이고, 특정 질병(예, 정신질환, AIDS 등)에 대한 인식의 변화가 동반되어야 환자

의 의료에 대한 필요가 충족될 수 있다.

2. 질환의 특성에 따른 정책대안 개발

앞서 언급한 바와 같이, 미충족 의료에 대한 주관적 평가와 의료적 필요를 가지는 특정 증상 또는 특정 질병에 대한 미충족을 구분하여 접근하는 것이 필요하다.

전반적인 인식은 정책대안을 개발하는 데 어려움이 있어 문제의 성격을 세분하여 볼 필요가 있고, 특정 증상에 대한 접근은 의료적 필요에 대한 동질성을 확보할 수 있으나 역시 구체적인 정책대안의 개발은 어렵다. 특정 질병에 대한 미충족을 파악하는 것은 구체적인 문제를 알고 대안을 세우는 데 유리하다.

의료적 필요의 미충족은 질환의 성격에 따라 다를 수 있다. 예를 들어, 수술 처치가 필요하고 치료받는다면 완치율이 높은 질환(치질 등)과 지속적으로 관리가 필요한 고혈압, 당뇨병의 성격은 다르다. 또한, 당뇨병과 같이 의약품 투여뿐만 아니라 지속적인 합병증 관리가 필요한 경우 이 부분도 환자들이 치료의 범주로 인식하도록 하는 것이 중요하다.

질환별 접근에서 의료제공자가 준수해야할 임상지침을 개발하고 실천할 수 있도록 하는 부분과 환자가 치료의 내용에 대해 충분히 인식할 수 있도록 하는 방안이 고려되어야 한다. 의료제공자가 충분한 설명 없이 진료를 제공할 경우 환자가 필요한 의료서비스를 제공받았다고 인식하지 못하는 불일치의 가능성을 배제할 수 없고, 환자가 의료인의 지시를 충분히 따르지 않으면 치료효과도 떨어질 것이기 때문이다.

또한, 질환별 접근에서 의료적 처치에 대한 수용성이 고려되어야 한다. 의료서비스 내용에 대한 기대나 만족이 낮은 경우는 의료의 질을 향상하는 노력이 필요하고, 치료받는 것 자체가 낙인찍기로 될 수 있는 질환(예. 정신질환, AIDS)의 경우에 대한 고려가 필요하다.

〈표 5-2〉 미충족 의료에 대한 접근 방식

	문제의 성격	정책대안
미충족에 대한 전반적인 인식	전반적인 평가의 성격	구체화의 어려움
특정 증상에 대한 미충족	의료인의 판단 환자의 인식이 조합된 것	구체화의 어려움
특정 질병에 대한 미충족	의료인의 진단 구체적으로 필요한 의료에 대한 충족 여부	특정 질병에 대한 관리체계를 정립할 수 있음

제2절 의료보장 정책에 대한 함의

의료보장제도의 역사가 긴 서구 국가에서는 의료적 필요에 대한 논의가 의료보장을 축소하는 방향에서 이루어진 것에 반해, 국내 건강보험의 낮은 보장성과 연계된 논의는 의료보장 확대의 방향에서 이루어질 필요가 있다. 본 연구에서는 미충족 의료를 경험한 경우에 보고한 부족의료비를 바탕으로 건강보험 보장성 정책과 연계하는 방안을 고려해 보았다.

의료비 부담을 덜어주는 건강보험 급여정책으로서 환자부담(법정본인부담)이 일정 수준을 초과하면, 환자부담을 면제해주는 본인부담상한제는 매우 중요하다. 2009년부터 본인부담상한 금액을 소득수준별로 차등화하여 저소득층에 대한 혜택을 늘린 것은 바람직한 일이지만 그 수준이 여전히 높고, 하위 50%의 소득수준을 보다 세분화하여 상한선을 두는 것이 필요할 것으로 보인다.

- 소득수준에 따른 건강보험 본인부담상한제(연간 법정본인부담 기준)
  하위 50%: 200만원
  중위 30%: 300만원
  상위 20%: 400만원

본 연구에서 가구단위의 미충족 의료 경험과 의료이용 및 의료비 등을 분석한 결과, 의료급여 수급가구에 비해 건강보험이 적용되는 빈곤가구와 차상위가구가 불리함을 알 수 있었고, 의료급여 수급가구 내에서도 빈곤 및 차상위가구가 의료적 필요를 충족시키지 못하고 있음이 나타났다. 이는 비슷하게 낮은 소득수준에서 의료급여와 건강보험의 급여수준의 차이로 인해 나타나는 결과로 볼 수 있으며, 차상위가구가 건강보험체계로 흡수되었기 때문에 이 문제는 더욱 심각해질 수 있다.

의료보장 정책에 있어서 큰 의료비에 대한 가계의 부담을 덜어주는 데 가장 중요한 본인부담상한제 개선에 대한 필요성을 본 연구에서 분석한 결과를 활용하여 추계한 결과가 아래 표에 제시되어 있다. 방법은 미충족 의료를 경험한 가구 중 부족의료비와 의료비 지출이 있는 가구를 대상으로 연간 가구 의료비를 추계하고, 이 금액의 60%를 법정본인부담으로 산정하였다. 그 이유는 가구가 지출한 의료비는 비급여진료비와 OTC 의약품과 한약 등을 포함하였기 때문이다. 한편, 의료급여(2종)의 본인부담 상한은 6개월 60만원이므로 1년 간 120만원으로 하였다.

〈표 5-3〉 연간 가구 보건의료비 추계(건강보험, n=115)

구분		예상연간 가구보건의료비 (만원)	예상법정본인부담 보건의료비 (만원)	법정본인부담 200만원 이상 가구 예측(%)
소득수준	빈곤	257.8	154.7	24.6
	차상위	246.1	147.7	14.5
	일반	320.7	192.4	28.4
전체평균		296.7	178.0	25.9

〈표 5-4〉 연간 가구 보건의료비 추계(의료급여, n=29)

구분		예상연간 가구보건의료비 (만원)	예상법정본인부담 보건의료비 (만원)	법정본인부담 120만원 이상 가구 예측(%)
소득수준	빈곤	280.3	168.2	46.2
	차상위	352.8	211.7	57.1
	일반	642.7	385.6	44.4
전체평균		410.3	246.2	48.3

분석결과를 보면, 건강보험 적용 가구 중 미충족 의료를 경험한 경우 본인부담상한제의 혜택을 받을 수 있는 가구는 30% 미만으로 낮다. 의료급여의 경우는 약 50% 정도 수준이지만 여전히 부족함을 알 수 있다.

이 결과는 가구단위에서 얻은 것이기 때문에 개인단위의 상한선을 두고 있는 급여정책을 대입하기에는 무리가 있다. 그럼에도 불구하고 한 가구에 상한선을 넘을 정도의 중증환자가 1명 이상 있는 경우가 드물다고 볼 때, 현 정책으로는 본인부담상한제의 혜택이 미흡하다는 시사점을 제공하는 데는 충분할 것으로 보인다.

급여정책과 관련하여 얻을 수 있는 또 하나의 시사점은 하위 50%의 건강보험대상자 중에는 빈곤가구, 차상위가구, 일반저소득층이 혼합되어 있기 때문에, 소득수준을 세분화하여 상한선을 두는 것이 효과적인 보장성 개선이 될 것이다. 소득수준의 구분에 있어서 단순히 소득분포를 활용하는 것보다(예 하위 소득 10% 등) 빈곤과 차상위계층에 대한 상한선을 가장 낮게 책정하는 접근방식이 적용되어야 할 것으로 보인다.[24]

24) 이러한 접근은 하위 10%를 넘을 수도 있다.

참고문헌

강은정 외(2006), "국민건강영양조사 제3기(2005) 성인이환", 한국보건사회연구원 · 보건복지부

국민건강보험공단(2007), 보험자에 의한 만성질환관리(NHIC-CDM) 방안 - 중장기(208-2012) 로드맵.

권순만·양봉민·이태진·오주환·이수형, "보건의료이용의 형평성", 보건경제연구, 제9권 제2호 pp.13-24.

김정희(2008), "2007년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사", 건강보험정책연구원.

김정희·김영숙·김명순(1999), "보건소 이용 노인의 미충족 의료요구:, 노인간호학회지, 제11권 제2호

김진구(2007), "저소득층의 의료 이용과 이용포기에 영향을 미치는 요인 - 경기역 자활사업참여자를 중심으로-", 사회복지연구, 제34권, pp.29-53.

김진구(2008), "저소득층의 의료 이용 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인", 사회복지연구, 제37권, pp.5-33.

김태일·최윤영, "소득 계층에 따른 의료 이용 격차 분석", 한국행정학회 2007년도 추계학술대회 발표논문집, pp.1-19.

김태일·허순임(2008), "소득계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제", 보건행정학회지, 제18권 제4호

김한해·공경대·이훈재·윤하나·이보은·문옥륜·박혜숙(2006), "지역사회 성인남성에서의 하부요로증상 및 전립선비대증 의료이용과 사회경제적 요인의 관련성", 예방의학회지, 제39권 제2호

대한당뇨병학회·건강보험심사평가원(2007), “Diabetes in Korea 2007”
문성현(2004), “한국의 보건의료의 부담과 수혜의 공평성”, 사회보장연구, 제20권 제1호, pp.59-81.
문옥륜·이규식·이해종·신영전·김창엽·이기효·조흥준·장동민·박실비아·김운묵(1995), “의료서비스이용의 형평성에 관한 연구”, 사회보장연구, 제11호, pp.105-150.
박종영·김종배·한성현(2005), “우리나라 일부지역 여성근로자의 보건의료 요구 및 이용실태와 관련 요인 분석”, 대한보건연구(구 대한보건협회 학술지) 제31권 제1호, pp.12-6.
보건복지가족부(2009), 2009년 주요 만성질환관리사업 안내
송건용 외(1993), “의료이용과 건강행위에 관한 종합분석”, 한국보건사회연구원 · 보건복지부
신영석 외(2004), “차상위계층 의료수요 등 실태조사 및 의룍브여 확대방안”, 한국보건사회연구원 · 보건복지부
신호성·김동진(2007), “건강수준 및 의료의용의 형평성”, in 강은정 외(2007), “국민건강영양조사 제3기(2005) 심층분석”, 한국보건사회연구원·질병관리본부.
Shin Hosung, Kim Hyun-Duck(2006), "Income related inequality of dental care utilization in Korea", 보건사회연구 제26권 제1호, pp.69-93.
여유진 외(2007), “2007년 최저생계비 계측조사 연구”, 한국보건사회연구원
여유진 외(2008), “2007년 한국복지패널 심층분석 보고서”, 한국보건사회연구원 · 보건복지부
오영호 외(2002), “2000년도 국민보건의료실태조사”, 한국보건사회연구원 · 보건복지부
이상이·홍성철(2003), “직장건강보험 가입 제주도 주민의 소득계층별 의료이용의 형평성”, 보건과 사회과학, 제14집, pp.147-168.

이용재(2005), “노인의 소득계층별 건강보험이용의 형평성”, 노인복지연구, 제30권, pp.7-27.

이용재·김승연(2006), “소득계층별 건강보험 본인부담과 이용의 형평성”, 사회복지정책, 제24권, pp.173-199.

이현주 외(2008), “2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제안”, 한국보건사회연구원 · 보건복지가족부.

최병호·노연홍·윤병식·신형욱·김명희·김창엽(2004), “국민의료비 형평성 분석과 정책과제”, 한국보건사회연구원.

최재규(1995), “의료요구와 충족에 관한 조사연구 -전라북도를 중심으로- ”, 원광대학교논문집 제29호

허순임·김수정(2007), “우리나라 성인의 미충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로”, 보건경제와 정책연구, 제13권 제2호, pp1-16.

Adedigba et al, "Self-perceived and unmet general health need among PLWHA in Nigeria", East African Journal of Public Health, 5(3), 2008, pp.199-204.

Ahs and Westerling, "Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force", Health Policy, 78, 2006, pp.178-193.

Alonso et al, "Unmet health care needs and mortality among spanish elderly", American Journal of Public Health, 87(3), 1997, pp.365-370.

Atella et al, "Determinants of access to physician services in Italy: A latent class seemingly unrelated probit approach", Health Economics, 13, 2004, pp.657-668.

Ayanian et al, "Unmet health needs of uninsured adults in the United States", JAMA, 284(16), 2000, pp.2061-2069.

Bonuck et al, "Self-perceived unmet health care needs of persons enrolled in HIV care", Journal of community Health, 21(3), 2005, pp.183-198.

Caban-Martinez et al, "Dental care access and unmet dental care needs among U.S. workers", JADA, 138(2), pp.227-30.

Crasker et al, "Perceived unmet need for mental health treatment and barriers to care among patients with panic disorder", Psychiatric Services, 56(8), 2005, pp.988-994.

DeCsaro and Hemmeter, "Unmet health care needs and medical out-of-pocket expenses of SSI children", Journal of Vocational Rehabilitation, 30, 2009, pp.177-199.

Diamant et al, "Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system", American Journal of Public Health, 94, 2004, pp.783-789.

Ganz et al, "Mental health care services for children with special health care needs and their family members: Prevalence and correlates of unmet needs", Pediatrics 117(6), pp.2138-2148.

Inkelas et al, "Unmet mental health need and access to services for children with special health care needs and their families", Ambulatory Pediatric, 7(6), 2007, pp.431-438.

Jacobi et al, "Unmet demands for health care among patients with Rheumatoid Arthritis: Indications for underuse?", Arthritis & Rheumatism, 51(3), 2004, pp.440-446.

JS, Lee, "The unmet needs of the elderly with diabetes in home health care", Soc Work Health Care, 45(3), 2007, pp.1-17.

Kawabata K, Xu K, Carrin G, "Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure", Bulletin of World Health Organization, 80(8), 2002.

Lasser et al, "Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey", American journal of public health, 96(7), 2006. pp.1-7.

Lewis et al, "Unmet dental care needs among children with special health care needs: Implications for the medical home", Pediatrics 116(3), 2005, pp.e426-e432.

Liberatos et al, "Developing a measure of unmet helth care needs for a pediatric population", Medical Care, 38(1), 2000, pp.19-34.

Marina, "Geographical patterns of unmet health care needs in Italy" 2009, in http://mpra.ub.uni-muenchen.de/16097/

Mollborn et al, "Delayed care and unmet needs among health care system users: When does fiduciary trust in a physician matter?", Health Research and Educational Trust, 1475-6773, 2005. pp.1898-1917.

N. Alam. "Unmet need for additional medical care for sick children in mother's view in rural Bangladesh: Implications for improving child health services", J biosoc. Sci, 39, 2007, pp.769-778.

Newacheck et al, "Health insurance and access to primary care for children", The New England Journal of Medicine, 338(8), pp.513-519.

Newacheck et al, "The unmet health needs of America's children", Pediatrics 105(4), 2000, pp.989-997.

Pagan and Pauly, "Community-level uninsurance and the unmet medical needs of insured and uninsured adults", Health Research and educational Trust, 1475-677, 2006, pp.788-803.

Partridge, M.R., "Examining the unmet need in adults with severe asthma", Eur Respir Rev, 16(104), 2007, pp.67-72.

Philp et al, "Community care for demented and non-demanded elderly people: A comparison study fo financial burden, services use, and unmet needs in family supporters", BMJ, 310(10), 1995, pp.1503-1506.

Piette et al, "Perceived needs and unmet needs for formal services among people with HIV disease", Journal of Community Health, 18(1), 1993, pp.11-23.

Qurti, "Measuring horizontal inequity in Belgian health care using a Gaussian random effects two part count data model" Health Economics, 13, 2004, pp.705-724.

Reimer et al, "Unmet care demands as perceived by stroke patients: Deficits in health care?", Quality in Health Care, 8(30), 1999, pp.30-35.

Sanamrtin et al, "Self-reported unmet health care needs in the U.S. and Canada", Abstr Academyhealth Meet. 22, 2005, abstract no. 3513.

Sanmartin et al, "Changes in unmet health care needs", Health reports, 13(3), 2002, pp.15-21.

Shi and Stevens, "Vulnerability and unmet health care needs: The influence of multiple risk factors", Journal of Gen in International Medicine, 20, 2005, pp.148-154.

Sibley and Glazier, "Reasons for Self-Reported Unmet Healthcare Needs in Canada: A Population-Based Provincial Comparison", Healthcare Policy 5(1), 2009, pp.87-104.

Skinner et al, "The effect of rural residence on dental unmet need for children with special health care needs", National Rural Health Association, 22(1), 2006, pp.36-42.

Taylor et al, "A social indicator of access to medical care", Journal of health and Social Behavior, 16(1), 1975, pp.39-49.

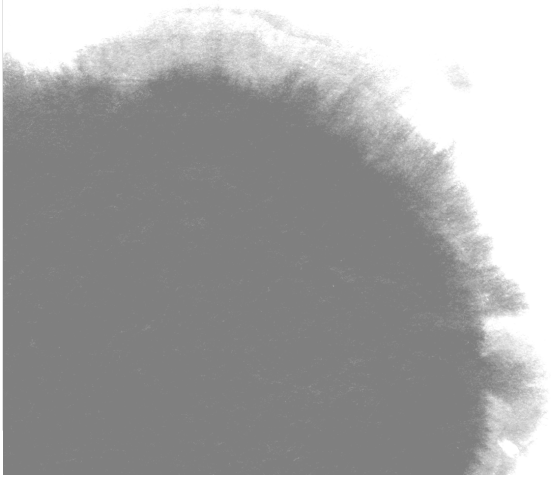
Van Doorslaer et al(2000), "Equity in the delivery of health care in Europe and the US,", Health Economics, 19, 2000, pp.553-583.

Vna Doorslaer and Jones, "Inequlities in self-reported health: Validation fo a new approach to measurement. ECuity project II Group Working Paper, 2002.

Xu L, Evans DB, Kawabata Kei, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL, "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis", The Lancet, 362, 2003, pp.111-117.

Zallman et al, "Unmet need for chronic disease and end-of-life care at urban family health centers in the Bronx, NY", Residency Education, 35(9), 2003, pp.367-642.

부 록



〈부표 1〉 당뇨병 치료필요 환자의 현재 혈당을 낮추기 위한 치료 여부

구분			현재 치료여부(%)	
			치료 중	치료받지 않음
전체(N=1,416)		(혈당을 낮추기 위한 치료) 치료 중	77.4	0.3
		치료받지 않음	1.1	21.2
소득분위 (N=1,400)	1분위 (N=495)	(혈당을 낮추기 위한 치료) 치료 중	78.3	0.2
		치료받지 않음	1.3	20.2
	2분위 (N=344)	(혈당을 낮추기 위한 치료) 치료 중	77.4	0.0
		치료받지 않음	0.0	22.6
	3분위 (N=198)	(혈당을 낮추기 위한 치료) 치료 중	81.5	0.7
		치료받지 않음	2.4	15.4
	4분위 (N=171)	(혈당을 낮추기 위한 치료) 치료 중	75.8	1.4
		치료받지 않음	1.2	21.6
	5분위 (N=192)	(혈당을 낮추기 위한 치료) 치료 중	73.9	0.0
		치료받지 않음	1.1	25.0
의료보장 (N=1,415)	건강보험 (N=1,280)	(혈당을 낮추기 위한 치료) 치료 중	76.6	0.3
		치료받지 않음	0.9	22.2
	의료급여 (N=135)	(혈당을 낮추기 위한 치료) 치료 중	84.4	0.8
		치료받지 않음	2.7	12.1

〈부표 2〉 당뇨병 치료필요 환자의 지난 1년간 안저검사 여부

구분		받았음(%)	받지 않았음(%)
전체(N=1,415)		39.4	60.6
소득분위 (N=1,399)	1분위(N=496)	34.6	65.4
	2분위(N=343)	39.4	60.6
	3분위(N=197)	41.5	58.5
	4분위(N=171)	41.5	58.5
	5분위(N=192)	46.4	35.6
의료보장 (N=1,414)	건강보험(N=1,279)	39.7	60.3
	의료급여(N=135)	37.7	62.3

〈부표 3〉 당뇨병 치료필요 환자의 지난 1년간 소변검사 여부

구분		받았음(%)	받지 않았음(%)
전체(N=1,416)		50.9	49.1
소득분위 (N=1,400)	1분위(N=496)	47.6	52.4
	2분위(N=344)	53.7	46.3
	3분위(N=197)	50.6	49.4
	4분위(N=171)	50.7	49.3
	5분위(N=192)	56.4	43.6
의료보장 (N=1,415)	건강보험(N=1,280)	50.3	49.7
	의료급여(N=135)	56.2	43.8

〈부표 4〉 고혈압 치료필요 환자의 현재 정기적인 혈압약 복용여부

			현재 치료여부(%)	
			치료 중	치료받지 않음
전체 (N=3,617)		정기적으로 복용	79.2	0.1
		때때로 혹은 필요할 때만 복용	2.9	1.0
		복용하지 않음	0.5	16.3
소득분위 (N=3,573)	1분위 (N=1,268)	정기적으로 복용	82.3	0.1
		때때로 혹은 필요할 때만 복용	3.4	1.2
		복용하지 않음	0.6	12.4
	2분위 (N=839)	정기적으로 복용	79.9	0.4
		때때로 혹은 필요할 때만 복용	2.7	1.2
		복용하지 않음	0.1	15.8
	3분위 (N=486)	정기적으로 복용	80.6	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 복용	1.8	0.7
		복용하지 않음	0.2	16.7
	4분위 (N=504)	정기적으로 복용	74.1	0.1
		때때로 혹은 필요할 때만 복용	2.1	1.0
		복용하지 않음	1.3	21.5
	5분위 (N=476)	정기적으로 복용	73.2	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 복용	4.2	0.4
		복용하지 않음	0.3	21.9
의료보장 (N=3,611)	건강보험 (N=3,303)	정기적으로 복용	78.3	01
		때때로 혹은 필요할 때만 복용	3.0	0.9
		복용하지 않음	0.4	17.2
	의료보험 (N=308)	정기적으로 복용	88.2	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 복용	1.8	1.7
		복용하지 않음	1.3	7.0

〈부표 5〉 고지혈증 치료필요 환자의 혈중 콜레스테롤을 낮추기 위한 약 복용여부

			현재 치료여부(%)	
			치료 중	치료받지 않음
전체 (N=664)		약 복용	39.7	0.5
		미복용	2.3	57.5
소득분위 (N=519)	1분위 (N=148)	약 복용	49.0	1.4
		미복용	3.8	45.8
	2분위 (N=127)	약 복용	46.4	1.1
		미복용	1.5	51.1
	3분위 (N=112)	약 복용	36.9	0.0
		미복용	2.4	60.7
	4분위 (N=132)	약 복용	34.1	0.0
		미복용	0.7	65.2
	5분위 (N=138)	약 복용	33.0	0.0
		미복용	2.3	64.8
의료보장 (N=664)	건강보험 (N=633)	약 복용	38.4	0.3
		미복용	2.1	59.1
	의료급여 (N=31)	약 복용	68.3	4.5
		미복용	5.0	22.1

〈부표 6〉 뇌졸중 치료필요 환자의 뇌졸중 재발 방지를 위한 정기적인 진료여부

			현재 치료여부(%)	
			치료 중	치료받지 않음
전체(N=402)		정기적으로 받음	69.3	1.3
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	6.9	2.7
		받지 않음	3.0	16.7
소득분위 (N=395)	1분위 (N=191)	정기적으로 받음	66.7	2.2
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	4.9	3.4
		받지 않음	3.3	19.5
	2분위 (N=80)	정기적으로 받음	61.8	1.4
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	4.1	2.5
		받지 않음	4.1	26.0
	3분위 (N=58)	정기적으로 받음	90.2	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	5.5	0.0
		받지 않음	2.4	1.9
	4분위 (N=34)	정기적으로 받음	75.3	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	7.9	0.0
		받지 않음	0.0	16.8
	5분위 (N=32)	정기적으로 받음	75.1	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	17.6	0.0
		받지 않음	3.7	3.6
의료보장 (N=402)	건강보험 (N=346)	정기적으로 받음	69.3	1.2
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	7.1	3.2
		받지 않음	3.0	16.3
	의료급여 (N=56)	정기적으로 받음	68.9	2.3
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	6.2	0.0
		받지 않음	3.1	19.5

〈부표 7〉 심혈관질환 치료필요 환자의 심근경색 혹은 협심증을 위한 정기적인 약 복용 여부

			현재 치료여부(%)	
			치료 중	치료받지 않음
전체 (N=436)		정기적으로 복용	73.4	0.1
		때때로 혹은 필요할 때만 복용함	5.4	3.2
		복용하지 않음	1.3	16.6
소득분위 (N=433)	1분위 (N=200)	정기적으로 복용	72.4	0.3
		때때로 혹은 필요할 때만 복용함	7.7	3.5
		복용하지 않음	0.3	15.8
	2분위 (N=103)	정기적으로 복용	76.2	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 복용함	5.8	1.5
		복용하지 않음	2.1	14.4
	3분위 (N=51)	정기적으로 복용	82.5	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 복용함	0.8	6.4
		복용하지 않음	3.7	6.7
	4분위 (N=39)	정기적으로 복용	67.8	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 복용함	2.7	1.4
		복용하지 않음	2.7	25.4
	5분위 (N=40)	정기적으로 복용	70.2	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 복용함	2.8	3.8
		복용하지 않음	0.0	23.2
의료보장 (N=436)	건강보험 (N=379)	정기적으로 복용	73.0	0.1
		때때로 혹은 필요할 때만 복용함	4.5	3.7
		복용하지 않음	1.5	17.1
	의료급여 (N=57)	정기적으로 복용	75.6	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 복용함	11.0	0.0
		복용하지 않음	0.0	13.4

〈부표 8〉 심혈관질환 치료필요 환자의 심근경색 혹은 협심증 재발 방지를 위한 정기적인 진료여부

			현재 치료여부(%)	
			치료 중	치료받지 않음
전체(N=436)		정기적으로 받음	70.6	1.1
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	6.6	2.8
		받지 않음	2.9	16.0
소득분위 (N=433)	1분위 (N=200)	정기적으로 받음	67.9	1.0
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	7.9	4.2
		받지 않음	4.8	14.3
	2분위 (N=103)	정기적으로 받음	75.2	2.1
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	8.9	0.0
		받지 않음	0.0	13.8
	3분위 (N=51)	정기적으로 받음	82.3	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	4.7	7.6
		받지 않음	0.0	5.4
	4분위 (N=39)	정기적으로 받음	66.3	1.4
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	3.7	0.0
		받지 않음	3.3	25.4
	5분위 (N=40)	정기적으로 받음	66.5	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	1.8	0.0
		받지 않음	4.7	27.0
의료보장 (N=436)	건강보험 (N=379)	정기적으로 받음	70.8	1.2
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	6.5	2.7
		받지 않음	1.8	16.9
	의료급여 (N=57)	정기적으로 받음	69.1	0.0
		때때로 혹은 필요할 때만 받음	7.7	3.2
		받지 않음	9.8	10.2

〈부표 9〉 천식 치료필요 환자의 지난 1년간 정기적인 약 복용 또는 흡입여부

구분		정기적으로 복용/흡입(%)	때때로 혹은 필요할 때만 복용/흡입(%)	복용/흡입하지 않음 (%)
전체(N=484)		32.6	42.1	25.3
소득분위 (N=317)	1분위(N=143)	42.0	43.0	15.0
	2분위(N=89)	30.7	54.0	15.3
	3분위(N=22)	31.3	45.7	23.1
	4분위(N=38)	18.6	65.4	15.9
	5분위(N=25)	38.8	35.8	25.3
의료보장 (N=320)	건강보험(N=284)	32.9	48.6	18.5
	의료급여(N=36)	50.9	42.5	6.6

〈부표 10〉 만성폐쇄성질환 치료필요 환자의 지난 1년간 정기적인 약 복용 또는 흡입여부

구분		정기적으로 복용/흡입 (%)	때때로 혹은 필요할 때만 복용/흡입(%)	복용/흡입하지 않음 (%)
전체(N=290)		19.4	52.6	28.0
소득분위 (N=288)	1분위(N=104)	26.2	48.8	25.0
	2분위(N=84)	19.1	50.5	30.4
	3분위(N=33)	14.4	53.8	31.9
	4분위(N=41)	15.3	62.8	21.9
	5분위(N=26)	11.3	53.5	35.2
의료보장 (N=290)	건강보험(N=257)	17.6	52.7	29.6
	의료급여(N=33)	35.4	51.8	12.9

〈부표 11〉 조사대상 가구의 사회경제적 수준별 분포(세부표)

(단위: %)

	1차 조사				2차 조사			
	의료급여			건강보험	의료급여			건강보험
	1종	2종	일부 수급		1종	2종	일부 수급	
빈곤	13.4	4.4	2.5	79.7	14.6	4.1	3.8	77.4
차상위	12.5	6.5	2.4	78.6	12.0	7.5	3.0	77.5
일반	0.7	0.7	0.4	98.1	0.8	0.8	0.5	97.9
전체	2.7	1.4	0.8	95.1	2.9	1.5	1.0	94.6

자료: 2006 차상위계층 실태조사

〈부표 12〉 가구 월 평균 의료비용1(치료비용, 세부표)

(단위: 만원)

	의료급여			건강보험
	1종	2종	일부 수급	
빈곤	6.1	3.8	5.7	8.2
차상위	5.8	5.7	9.3	8.9
일반	10.2	7.6	9.9	9.7
평균	9.4			

자료: 2006 차상위계층 실태조사

〈부표 13〉 가구 월 평균 가구수 보정 의료비용1(치료비용, 세부표)

(단위: 만원)

	의료급여			건강보험
	1종	2종	일부 수급	
빈곤	4.9	2.5	3.2	5.9
차상위	4.9	3.5	5.2	6.0
일반	7.5	4.9	5.4	5.8
평균	5.7			

자료: 2006 차상위계층 실태조사

〈부표 14〉 가구 월 평균 의료비용2(치료외비용,. 세부표)

(단위: 만원)

	의료급여			건강보험
	1종	2종	일부 수급	
빈곤	2.2	1.5	2.2	3.4
차상위	2.1	2.7	2.2	2.8
일반	2.8	3.3	4.4	5.2
평균	5.0			

자료: 2006 차상위계층 실태조사

〈부표 15〉 가구 월 평균 가구수 보정 의료비용2(치료외비용, 세부표)

(단위: 만원)

	의료급여			건강보험
	1종	2종	일부 수급	
빈곤	2.0	1.1	1.4	2.4
차상위	1.8	1.6	1.2	2.0
일반	2.3	2.1	2.4	3.0
평균	2.9			

자료: 2006 차상위계층 실태조사

〈부표 16〉 의료비 가계부담 정도

(단위: %)

	전혀없음	거의없음	다소부담	많이부담
전체	19.6	35.6	28.1	16.7
빈곤수급	23.4	36.7	23.5	16.4
빈곤비수급	8.0	23.2	35.1	33.7
차상위수급	15.0	37.3	25.9	21.8
차상위비수급	9.1	25.7	33.2	31.9
일반수급	20.2	36.7	19.6	23.5
일반비수급	21.2	37.3	27.5	14.0

자료: 2006 차상위계층 실태조사

〈부표 17〉 미충족 의료 경험율(세부표)

	의료급여(%)			건강보험(%)
	1종	2종	일부 수급	
빈곤	24.5	15.5	43.1	24.1
차상위	23.4	45.8	25.7	21.8
일반	21.0	19.4	29.9	9.5
전체평균	12.1			

자료: 2006 차상위계층 실태조사

〈부표 18〉 2007 최저생계비 조사 분석가구의 일반적 특성

(단위: 만원, %, 세)

항목	1차 조사 (n=24,626)	2차 조사 (n=1,490)
경상소득(만원)		
평균	3219.4	1861.9
가구수보정경상소득(만원)		
평균	1858.4	986.3
빈곤선기준 가구분류		
빈곤	11.2	18.3
차상위	4.7	10.0
일반	84.1	71.7
의료급여수급여부		
예	5.3	10.5
아니오	94.7	89.5
가구주성별		
남	81.1	83.5
여	18.9	16.5
가구주나이(세)		
평균	48.3	45.8
가구주교육수준		
중학교 미만	19.2	15.4
중학교	11.1	13.2
고등학교	36.3	47.5
대학이상	33.4	24.0
가구주경활상태		
비해당(14세 미만)	0.005	57.9

항목	1차 조사 (n=24,626)	2차 조사 (n=1,490)
임금근로자	57.7	1.4
고용주	3.8	19.0
자영업	17.9	4.3
실업자	2.2	17.5
비경활	18.3	
가구원수		
1	17.1	5.0
2	23.3	10.9
3	21.0	27.6
4	28.8	48.8
5이상	9.9	7.7
가구내 노인여부		
있음	23.8	18.0
없음	76.2	82.0
가구내 장애인여부		
있음	10.4	15.3
없음	89.6	84.7
가구내만성질환자여부		
있음	37.7	38.0
없음	62.3	62.0

자료: 2007 최저생계비 계측조사

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결재
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터 간행물 담당자 (Tel: 02-380-8234)

도서판매처

- **한국경제서적(총판) 737-7498**
- **교보문고(광화문점) 1544-1900**
- **영풍문고(종로점) 399-5600**
- **서울문고(종로점) 2198-2307**
- **Yes24 http://www.yes24.com**
- **알라딘 http://www.aladdin.co.kr**

신간 안내

KIHASA 한국보건사회연구원

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-02	고가의료장비의 적정공급과 효율적 활용방안	오영호	8,000
연구 2009-03	신의료기술의 패턴 변화에 따른 의사결정제도의 발전방향: 의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로	박실비아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석(1)	정영호	미정
연구 2009-05	미 충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리 방안	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문간 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안	김혜련	8,000
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대적용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	미정
연구 2009-10	글로벌 금융위기상황하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안	신현웅	미정
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	미정
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성 연구	여유진	미정
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	12,000
연구 2009-17	아동·청소년복지 수요에 기반한 공급체계 재편방안 연구 Ⅱ: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	미정
연구 2009-18	한국가족의 위기 변화와 사회적 대응방안	김유경	7,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회자본과 민간 복지자원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	미정
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	미정
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능자립증진체계 구축을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생산활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합·연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가: 법제정 10년의 제도운영 점검	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶: 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	미정
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산실태분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	5,000
연구 2009-28	한국의료패널 기초분석보고서	정영호	미정
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 - 2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서 -	오영호	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	미정
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	미정
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	미정
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙정부 세출예산을 중심으로	고경환	미정
연구 2009-31-4	보육지원정책의 효과성 분석	최성은	미정
연구 2009-31-5	자활사업의 평가 및 과제	고경환	미정
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권	미정
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	육아지원 인프라의 양적·질적 수급 적정화 방안	신윤정	미정
연구 2009-34-3	장기요양등급외자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지 서비스 연계 방안	오영희	미정
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	미정
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	미정
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	미정
연구 2009-36	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	정영철	미정
연구 2008-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	6,000
연구 2008-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	9,000
연구 2008-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	7,000
연구 2008-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동·청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	7,000
연구 2008-05	남북한간 보건의료 교류·협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	6,000
연구 2008-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	7,000
연구 2008-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인수요와의 연관성 파악	허순임	7,000
연구 2008-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로	윤석명	7,000
연구 2008-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 2008-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	9,000
연구 2008-11	사회재정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	6,000
연구 2008-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대명	6,000
연구 2008-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	10,000
연구 2008-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안 연구 -다문화가족을 중심으로 -	김유경	15,000
연구 2008-15	아동·청소년복지 수요 추계 연구 Ⅰ	김미숙	8,000
연구 2008-16	지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제	박세경	6,000
연구 2008-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	8,000
연구 2008-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로	이태진	7,000
연구 2008-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	6,000
연구 2008-18-3	2008 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2008-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 Ⅱ	신영석	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2008-18-5	의료급여 선택병의원제도 모니터링에 관한 연구	신현웅	5,000
연구 2008-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대명	6,000
연구 2008-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	6,000
연구 2008-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	5,000
연구 2008-20-1	저출산·고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	10,000
연구 2008-20-2	저출산·고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	9,000
연구 2008-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이삼식	7,000
연구 2008-20-4	저출산·고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤정	6,000
연구 2008-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	9,000
연구 2008-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 2008-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 2008-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	정경희	6,000
연구 2008-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	15,000
연구 2008-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	9,000
연구 2008-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 2008-22-2	2008년 한국의료패널 조사 진행 보고서	정영호	8,000
연구 2008-23-1-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 2008-23-1-2	사회재정사업의 평가 -가족복지서비스 전달체계의 운영평가: 상담서비스 네트워크를 중심으로	고경환	6,000
연구 2008-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 2008-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향	남상호	5,000
연구 2008-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	6,000
연구 2008-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 2008-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	5,000
연구 2008-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	7,000
연구 2008-24-1	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	5,000
연구 2008-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	7,000
연구 2008-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	6,000
연구 2008-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	6,000
연구 2008-25	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 2008-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 2008-27-1	능동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	8,000
연구 2008-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	미정
연구 2008-27-3	능동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	6,000
연구 2008-27-4	능동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	7,000
연구 2008-27-5	능동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	6,000