creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

간호학석사 학위논문

한국 의료패널을 이용한 지체 장애 노인의 의료서비스와 미충족 의료 연구

2021년 2월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

박 예 빈

한국 의료패널을 이용한 지체 장애 노인의 의료서비스와 미충족 의료 연구

지도교수 장 선 주

이 논문을 성인간호학석사 학위논문으로 제출함

2020년 10월

서울대학교 대학원

성인간호학 석사

박 예 빈

박예빈의 석사 학위논문을 인준함

2020년 12월

위 원 장 탁 성 희 (인)

부위원장 이 경 숙 (인)

위 원 장 선 주 (인)

국문초록

우리나라에는 누구에게나 공평한 의료 접근성을 위해 건강보험이 실시되고 있으나 높은 환자 본인 부담률과 비급여 서비스의 존재로 인해 의료수요가 많은 장애인에게 경제적인 장벽이 되고 있다. 더불어 이동 불편, 의사소통의 어려움 등으로 인해 장애인은 미충족 의료 경험률이 높다. 외부장애 중 미충족 의료 경험률이 2위인 지체 장애는 전체 장애의 절반에 달하고 장애 출현율도 제일 높은 장애이다. 지체 장애 출현율이 증가하는 65세 이상 노인에게서 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률이 높게 나타났기 때문에 본 연구에서는 지체 장애 노인이 의료서비스를 이용하는데 지출하는 의료비와 미충족 의료에 대해 파악하고자 하였다.

본 연구는 한국 의료패널 2008~2017년 연간 데이터 (Version 1.6) 중 2016년 데이터를 활용한 2차 자료 분석 연구로 지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비 비중을 파악하여 미충족 의료와의 관계를 분석하고 미충족 의료의 결정요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 연구 대상으로 한국 의료패널 대상자 중 지체 장애를 판정받은 1952년 이전 출생자 중 입·퇴원이 2016년에 이뤄지지 않은 사람을 제외하여 총 374명을 추출하였고 인구 사회학적 특성과 의료서비스 지출내용, 미충족 의료 설문에 응답한 내용을 수집하여 변수로 이용, SPSS 23.0 통계분석 프로그램으로 분석하였다. 지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비 비중과 평균을 구하고 bootstrap으로 순위를 검증하였고, 의료비 비중과 미충족 의료의 관계를 파악하기 위해 Mann-Whitney test를 이용하였다. 마지막으로 지체 장애 노인의 미충족 의료의 결정요인을 파악하기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

연구 결과는 아래와 같다.

1) 지체 장애 노인은 소비금액의 큰 비중을 의료비로 지출하고 있었으며 의료서비스 유형별 지출된 의료비 비중 차이를 검정한 결과 외래서비스 의료비 비중이 제일 컸다. 입원 서비스 의료비 비중은 외래서비스보다는 적었으나 입원 평균 본인부담금은 한국 의료패널 전체 대상자와 비

교하면 더 많이 부담하고 있었다.

2) 대상자의 16.16%가 미충족 의료를 경험했으며 경제적인 이유가 54.24%였다. 미충족 의료 경험 군에서 비 경험 군보다 외래서비스 의료비 비중이 더 작고 응급서비스 의료비와 의약품 구매 비중이 더 컸다.

3) 로지스틱 회귀분석으로 분석한 미충족 의료의 결정요인으로는 가구원 수, 교육 수준, 장애등급, 경제활동 여부, 외래서비스 의료비 비중이었다. 가구원 수가 적을수록, 교육 수준이 낮을수록, 장애등급이 중증일수록, 경제활동을 하지 않는 경우, 외래서비스 의료비 비중이 작을수록 미충족 의료가 발생할 확률이 높았다.

연구 결과를 바탕으로 지체 장애 노인이 치료의 적기를 놓치지 않도록 외래서비스에 대한 접근성 향상을 위한 정책 마련을 제안하며, 중증 장애인의 필수 활동을 보장하고 가족들의 도움에 대한 부담을 덜어주기 위한 보장구에 대한 지원, 공식적인 재가 서비스 지원을 검토할 것을 제안한다. 또한 지체 장애 노인의 미충족 의료 해소를 위해 지체 장애 노인이 경제력을 잃지 않도록 노인 일자리 창출 방안과 함께 일자리로 유도할 수 있는 정책을 함께 검토할 것을 제안하며, 교육 수준의 향상을 위해 보건교육과 의료이용에 관한 교육을 제공할 것을 제안한다.

본 연구는 지체 장애 노인의 미충족 의료 해소에 필요한 여러 중재와 정책에 필요한 기초자료를 제공한 것에 의의가 있다. 그러나 고비용의 입원 서비스는 의료비 부담을 증대시킬 수 있는 유력한 원인이었지만 미충족 의료와 유의한 관계는 밝힐 수 없었던 것이 본 연구의 한계점이다. 입원 서비스가 고비용일지라도 미충족 의료 욕구를 충족시켜 주었을 가능성이 있어 이에 관하여 추가 연구를 제안한다.

주요어 : 지체 장애 노인, 의료서비스 유형, 의료비 비중, 미충족 의료, 한국 의료패널

학 번 : 2019-27044

목 차

제 1 장 서론 ····· 1
1. 연구의 필요성 ····· 1
2. 연구의 목적 ····· 3
3. 용어 정의 ····· 3

제 2 장 문헌 고찰 ····· 5
1. 지체 장애 노인의 의료서비스 유형 및 의료비 비중 5
2. 지체 장애 노인의 미충족 의료 ····· 7
3. 지체 장애 노인의 미충족 의료 결정요인 ····· 10

제 3 장 연구 방법 ····· 12
1. 연구설계 및 자료 ····· 12
2. 연구 대상 ····· 12
3. 연구 도구 ····· 13
4. 윤리적 고려 ····· 15
5. 자료 분석 방법 ····· 15

제 4 장 연구 결과 ····· 17
1. 대상자의 일반적 특성 ····· 17
2. 지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비 ····· 23
3. 지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비 비중의 차이 ····· 27

4. 지체 장애 노인의 의료비 비중과
미충족 의료의 관계 ····· 29
5. 지체 장애 노인의 미충족 의료의 결정요인 ····· 33

제 5 장 논의 ····· 37
1. 지체 장애 노인의 의료비 ····· 37
2. 지체 장애 노인의 의료비 비중과
미충족 의료의 관계 ····· 39
3. 지체 장애 노인의 미충족 의료의 결정요인 ····· 40

제 6 장 결론 및 제언 ····· 44

참고문헌 ····· 46

부록 1. ‘2016 한국의료패널’ 조사표 내 설문지 ···· 53

부록 2. 한국의료패널 자료활용동의서 ····· 73

부록 3. 심의면제 통보서 ····· 74

Abstract ····· 75

표 목 차

[Table 1] Types of Medical Services and Details of Medical Expenditures ····· 14
[Table 2] Sociodemographic Characteristics of the Subjects ····· 18
[Table 3] Economic Characteristics of the Subjects ····· 20
[Table 4] Health-related Characteristics of the Subjects 22
[Table 5] Medical Expenditures of the Physically Disabled Elderly for Each Type of Medical Service ····· 25
[Table 6] Order of the Proportion of Medical Expenditures for Each Type of Medical Service ····· 28
[Table 7] Results of Bootstrap Verification of the Proportionate Order for Each Medical Service Type ····· 28
[Table 8] Whether Unmet Healthcare Needs Have Been Experienced and the Reasons for Having Experienced Unmet Healthcare Needs ····· 30
[Table 9] Mann-Whitney Test Results for Unmet Health Care Needs Between the Experienced Group and the Non-experienced Group ····· 32
[Table 10] Results of Uni-Variate Logistic Regression Analysis of the Unmet Health Care Needs ····· 34
[Table 11] Results of Multiple Logistic Regression Analysis of the Unmet Health Care Needs ····· 36

그 림 목 차

[Figure 1] Computational Equation for the Proportion of the Medical Expenditures for Each Type of Medical Service ····· 14

제 1 장 서론

1. 연구의 필요성

우리 사회는 의료기술의 발달에 의한 평균수명의 연장으로 고령화 사회로 접어들고 있다. 이와 더불어 만성질환 생존율의 증가, 각종 사고 및 질병 등 다양한 장애 발생 위험요인의 증가에 따라 장애 인구는 지속해서 증가하여 왔다(김성희 등, 2017; 전보영, 2014). 실제로 우리나라의 추정 장애 인구는 2000년 약 1,339,496명, 2017년에는 2,580,340명으로 2000년 이후 장애 인구는 1,240,844명 증가하였다(김성희 등, 2017). 증가하는 장애 인구와 더불어 의료보장에 대한 욕구 또한 2011년(31.5%), 2014년(32.8%), 2017년(27.6%)으로 소득보장에 대한 욕구에 이어 높게 나타나고 있다(보건복지부, 2018). 누구에게나 공평한 의료 접근성을 위해 우리나라에는 건강보험이 실시되고 있으나 높은 환자 본인 부담률과 비급여 서비스의 존재로 의료를 이용하는데 지불 능력이 중요한 요소로 작용하여 장애인과 같은 의료수요가 많은 집단이 필요한 의료서비스를 적절히 이용하는 데 장벽으로 작용할 수 있다(송경신, 이준협, & 임국환, 2011; 신영전, 2009; 허순임, 2009; WHO, 2018). 경제적인 장벽과 함께 이동 불편, 의사소통의 어려움 등으로 인해 장애인은 여전히 의료 약자의 위치에 머물러 있다(권선진, 2018; Hwang, Chun, Park, & Shin, 2011; Sakellariou & Rotarou, 2017; Tomlinson et al., 2009).

필요로 하는 보건의료 서비스를 적시에 이용하지 못하는 미충족 의료를 경험한 비율을 비장애인과 비교하면 장애인이 의료 약자에 위치함이 더욱 자명해진다. 전 국민 의료보장체계를 갖춘 캐나다에서 장애인이 비장애인보다 3배나 많이 미충족 의료를 경험한 것으로 보고된 바 있고(McColl, Jarzynowska, & Shortt, 2010), 국내 사례를 보면 2016년 국민건강통계에서 제시된 19세 이상 일반 국민의 미충족 의료 경험 비율이 9.3%(표준오차 0.5), 2017년 국민건강통계에서는 10.1%(표준오차 0.6)인데 반해 2017년 장애인 실태조사에서는 전체 장애인 258만 명 중에

17.0%가 최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때 가지 못한 경험이 있다고 응답한 바 있다. 이 중 지체장애인의 경우 미충족 의료 경험 비율이 19%에 달하여 외부장애 중 안면 장애에 이어 미충족 의료 경험 비율이 높게 나타났다(김성희 등, 2017).

지체장애인은 전체 장애인의 48%를 차지하여 전체 장애인의 절반에 달한다. 장애인 실태조사에서 지체장애인의 출현율은 2011년 2.72%, 2014년 2.71%, 2017년 2.51%로 점점 감소하고 있지만 다른 장애 유형의 출현율이 0.01~0.52%에 그치고 있는 것에 비하면 높은 수준이다. 연령층에 따라 살펴보면 만 65세 이상에서 약 18%의 출현율을 보이는데 64세 이전의 다른 연령층의 출현율(0.66~7.12%)과 비교했을 때 최소 2배 이상으로 높고 증가 폭도 크다. 이는 고령화 사회가 되면서 노인 인구 증가로 인한 장애 노인의 증가를 의미하며(김성희 등, 2017), 전체 인구의 노령화와 함께 장애 인구 역시 노령화 현상을 보이는 것(백은령 & 노승현, 2009)과 맥락을 같이 한다고 볼 수 있다.

이와 함께 주목할 점은 생애 의료비를 연령대별로 추정한 결과 남자와 여자 모두 65세 전후를 기점으로 생애 의료비의 절반을 지출하는 것으로 나타난 것이다(정영호 & 고숙자, 2009). 이를 뒷받침하듯 만 19세 이상 성인에서 미충족 의료의 결정요인은 크게 소득과 건강 상태 두 가지였는데 젊은 나이에서는 건강 상태가, 노인층에서는 소득수준이 크게 영향을 미치는 것으로 드러났고(허순임 & 김수정, 2007), 경제적 이유로 인한 의료 미충족 발생이 65세 미만에서는 19.9%였으나, 65세 이상에서는 46.2%이었다(정영호, 2012).

이와 같은 이유로 본 연구에서는 지체 장애 노인이 의료서비스를 이용하는 데 겪는 경제적인 문제, 즉 의료비와 그로 인해 의료서비스를 이용하지 못하는 미충족 의료에 대해 심도 있게 파악하고자 한다. 한국 의료패널 자료를 이용하여 지체 장애 노인의 입원과 외래 및 건강관리 등에 발생하는 의료서비스 유형별 의료비와 비중을 조사하여 의료비 현황을 파악하고 의료 미충족 발생의 요인을 파악하여 지체 장애 노인의 미충족 의료 해결 정책을 수립하는데 기초적인 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 주관하는 한국 의료패널 2008~2017년 연간 데이터 (Version 1.6) 중 2016년 데이터를 활용한 2차 자료 분석 연구로 지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비 비중을 파악하여 미충족 의료와의 관계를 분석하고 미충족 의료의 결정요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

1) 지체 장애 노인이 지출한 의료서비스 유형별 의료비와 비중을 분석한다.
2) 지체 장애 노인의 의료비 비중과 미충족 의료의 관계를 파악한다.
3) 지체 장애 노인의 미충족 의료의 결정요인을 파악한다.

3. 용어 정의

1) 지체 장애 노인

노인은 노인복지법에 따라 만 65세 이상의 성인으로 규정되어 있다. 장애인이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자(장애인복지법 시행령 제2조)이다. 이에 본 연구에서는 한국 의료패널 총 표본 가구 중 한국 의료패널 조사표의 '출생연도' 항목에서 2016년에 만 65세 이상이 되는 1952년 이전 출생이라고 응답한 사람 중 '가구원 일반사항 2'에서 장애등급을 판정받았다고 응답한 사람을 지체 장애 노인이라고 하였다.

2) 미충족 의료

미충족 욕구는 충분한 혹은 필요한 지원과 도움을 받지 못할 때 발생한다(Quail, Wolfson, & Lippman, 2011). 이를 의료에 대입한 미충족 의료는 특정 건강 문제를 해결하는 데 필요한 의료서비스와 실제 받는 의료

서비스 간의 차이를 뜻하기도 하며(Sanmartin, Houle, Tremblay, & Berthelot, 2002), 의료서비스를 이용할 필요가 있었으나 받지 못한 경험으로 정의되기도 한다(이혜재 & 이태진, 2015). 본 연구에서는 한국 의료패널 조사표의 '의료 접근성'에서 1. 미충족 의료 항목에서 '①예, 받지 못한 적이 한 번이라도 있었다.'를 선택한 대상자는 미충족 의료를 경험한 것으로 보았다.

3) 의료비

국립국어원의 표준국어대사전에 따르면 의료비의 사전적 의미는 병을 치료하는 데 드는 돈이다. 본 연구에서의 의료비는 환자가 의료서비스를 이용한 후 내는 금액으로 응급서비스, 외래서비스, 입원 서비스를 이용하였을 때 요양기관에 수납하는 비용(처방 약을 받는 데 내는 값 포함)과 이를 제외한 의약품과 의료기기 구매비용을 뜻한다. 구체적으로는 한국 의료패널 조사표에서 응급서비스 이용, 외래서비스 이용, 입원 서비스 이용 항목에서 총 수납금액에 기재한 금액과 의료 관련 지출항목에서 의약품 구매비용(1.과 2. 양약 및 한약 등의 구매비용)과 5. 의료기기구입 등(보조기기 등의 구매, 임대, 수리 비용)에 기재한 금액이다.

제 2 장 문헌 고찰

1. 지체 장애 노인의 의료서비스 유형 및 의료비 비중

장애인은 비장애인과 비교해 건강 상태가 취약한 경우가 많아(Rimmer & Rowland, 2008) 이에 대한 관리가 필요하다. 장애에 의해 발생 되는 질병뿐만 아니라 비장애인이 경험하는 건강상 문제를 공유하는 경우가 많고 비장애인보다 건강증진 및 예방 서비스를 받을 기회도 적다. 운동 기능이 제한된 장애인은 유산소 운동의 기회가 적어지며 마비가 동반되면 통증을 느끼지 못해 질병의 조기 발견이 어렵고 장애가 조기에 발병하면 비장애인보다 만성질환이 조기 발병할 수도 있다. 새로운 만성질환으로 인해 추가적인 기능 손실을 겪을 수 있고 자신의 장애와 무관한 질병에 걸리면 이차적인 기능장애가 발생할 수 있다. 건강상 문제에 대해 장애인은 비장애인보다 복잡하고 장기적인 치료가 필요하며 질병이나 손상의 급성기 이후 더 많은 회복 기간이 필요하다(DeJong, Palsbo, & Beatty, 2002). 장애인 중 특히 만 65세 이상에서 제일 출현율이 높은 것으로 보고된 지체 장애도 마찬가지로 운동 기능의 제한이 있고, 비가역적인 특성으로 인해 재활 등 장기적 치료가 필요하여 지체 장애를 겪는 노인은 노화에 따른 운동 기능 제한, 새로운 만성질환 이환 위험, 정년에 따른 경제력 상실에 따른 의료비 부담 등 많은 위험에 노출되어 있다.

선행연구를 살펴본 결과 장애인은 비장애인보다 많은 의료비 지출을 하는 것으로 보고되었다(Reichard & Fox, 2011). 장애인의 의료비 부담에 관한 연구에서 비장애인보다 장애인에서 나이의 증가에 따라 외래 내원 일수, 입원 일수, 의료비가 모두 증가하였다(이상용, 2004). 건강보험 청구 자료를 기반으로 한 연구에서는 지체 장애가 포함된 외부 신체기능 장애에서 입원의 경우 나이가 증가할수록 건당 내원일수와 건당 진료비가 커지는 경향이 보였으며 외부 신체기능 장애인 중 어린이와 노인층에서 법정 본인부담금 지출 부담이 상당한 것으로 파악되었다(윤태호, 이

상이, 강윤식, 정백근, & 김철웅, 2007). 그 밖에 장애인의 나이가 많을수록 과부담 보건 의료비 발생이 증가하고 장애 기간이 20년 이상일 때 40% 이상의 높은 과부담 수준을 지속해서 유지할 확률이 높았다고 보고한 연구(노승현, 2012), 일반 가구보다 장애인 가구의 보건 의료비 지출의 절대적 규모와 상대적 비중이 높은 수준으로 확인되었으며 특히 저소득계층에서 소득 대비 과부담 보건 의료비 비중이 기준율 40%를 초과하여 상당한 부담으로 작용할 수 있음이 확인된 연구(이동영, 2019) 등의 다양한 선행연구를 통해 장애인에서 의료비가 가계에 부담으로 작용하며 나이가 많을수록 심화할 수 있다는 것이 드러났다. 지체 장애와 노화에서 동반되는 만성질환(Coresh et al., 2007)을 관리하며 여생을 보내야 하는 지체 장애 노인에게는 의료서비스가 필요하지만 이로 인해 발생할 의료비 부담이 상당할 수준이라는 것을 알 수 있다.

그런데 이렇게 지체장애인을 비롯한 장애인은 비장애인보다 의료서비스의 필요성도 높고 지출하는 의료비도 상당하지만, 구체적으로 어떤 의료서비스가 필요한지, 어떤 의료서비스를 주로 이용하는지, 어떤 의료서비스에서 비용이 상당한지에 관한 선행 연구가 거의 없는 실정이다. 국내 연구에서는 이진용(2006)도 의료서비스의 필요에 대해 구체적인 측정 방법이 없음을 지적하며 장애인의 높은 의료서비스 요구도를 측정하기 위한 도구를 개발하고 필요도를 측정하였다. 그 결과 지체장애인에서 의학적 처치 및 수술은 77.5%가 필요하였으나 26%만이 적절한 치료를 받고 있었고 보장구는 전체의 57.6%가 필요하였으나 48.7%가 적절한 보장구를 갖고 있었고, 재활치료는 53%가 필요하였으나 8.6%만이 적절한 치료를 받고 있었다. 정기진료는 90.2%가 필요했지만 31.1%만 적절한 진료를 받는 것으로 조사되어 재활치료, 정기진료 및 의학적 처치와 수술에서 의료서비스를 필요한 만큼 이용하지 못하고 있었다. 이 연구는 의료서비스 요구도를 구체적으로 측정하고 실제와 비교했다는 점에서 의의가 있으나 본 연구에서 보고자 하는 응급, 외래, 입원 등의 의료서비스 유형으로는 구분할 수 없었다. 장애인의 장애 유형과 장애등급별로 1년간 의사 방문 횟수와 1년간 입원 기간을 분석하여 의료이용량을 비교, 신장

장애인이나 호흡기 장애인에서 높은 의사 방문 횟수와 긴 입원 기간이 발생한 것으로 보고한 연구도 있으나(김태철, 2018) 이 결과만으로는 외래, 입원에서 발생한 의료비를 유추할 수는 없는 한계가 있다.

2. 지체 장애 노인의 미충족 의료

미충족 의료는 현재 필요한 의료서비스가 있음에도 불구하고 경제·사회적 여건으로 인해 필요한 의료서비스를 적시에 이용하지 못하게 되는 경우를 뜻한다(김교성 & 이현옥, 2012). 10년 이상 정부가 의료이용에 대한 경제적 부담을 낮추는 건강보험의 보장성 개선을 위해 노력했지만, 저부담-저급여로 출발한 건강보험 제도는 급여 수준을 높이는 데 태생적인 한계가 있다. 건강보험 보장성은 62%에 머물러 있는 현실로 선진국과 비교해 여전히 보장성이 낮아 환자의 의료비 부담이 완화되기 어려운 상황에서는 의료적 필요를 충족하는 데 있어서 지불 능력이 중요한 요소가 된다. 이에 미충족 의료는 의료비 부담과 연관성이 높은 것으로 파악되고 있다(허순임 & 이혜재, 2016; 송경신 등, 2011; 김진구, 2008).

미충족 의료가 발생하였는지를 평가하는 방법은 크게 두 가지로 나뉘는데, 하나는 의료 수요자의 주관적인 판단을 묻는 방법이며(주관적 미충족 의료), 다른 하나는 실제 의료량과 필요 의료량 간 차이를 측정하는 방법이다(객관적 미충족 의료). 객관적 미충족 의료는 구체적으로 측정할 수 있지만, 충족에 관한 판단이 주관적인 요소이기 때문에 사람마다 다를 수 있어 객관적 미충족 의료를 다룬 연구는 많지 않다(신한얼, 고재인, 심은혜, & 김홍수, 2019). 주관적 미충족 의료는 대부분 설문 조사로 이루어지는데(신한얼 등, 2019) 스스로 인지한 욕구가 충족되었는지를 평가하는 방법이 보편적으로 활용되고 있다(Cunningham & Hadley, 2007). 의료 수요자에서 '필요한 의료서비스를 이용하지 못한 경험'에 대한 질문은 의료적 필요가 구체적이지 않고 필요한 의료서비스의 종류와 양이 무엇인지 명시하지 않은 상태에서 본인이 판단하기에 필요한 서비스를 이용하지 못한 경험을 묻는 것으로 의료이용에 대한 전반적인 평가

로서 중요하다(허순임 & 이혜재, 2016; Cunningham, Hadley, Kenney, & Davidoff, 2007). 그러나 의학적 증상 혹은 처치의 중요성에 대한 개인의 인식이 다르므로 미충족 의료에 대한 주관적 판단이 실제 차이를 정확하게 반영하지 못하는 한계가 있다(신한얼 등, 2019). 그런데도 대부분의 관련 연구가 주관적 미충족 의료를 대상으로 진행되어 왔다(Casey, 2015; 이주은 & 김태현, 2014).

지체 장애 노인을 특정하여 미충족 의료에 관한 연구를 진행한 국내 선행연구는 없어 장애인과 노인을 집단으로 한 연구를 살펴보았다. 장애인 집단에서 미충족 의료에 관한 연구는 대부분 19세 이상 성인을 대상으로 하였다. 만 19세 이상의 기초생활 수급 장애인 801명을 대상으로 한 김현희, 황지영, 박일수의 연구(2016)에서 가장 큰 미충족 의료 결정요인은 경제적인 이유였고 개인의 건강 상태, 외부활동 가능성 등이 공통으로 미충족 의료 경험에 통계적으로 유의하였다. 장애 유형을 특정하여 지체장애, 뇌 병변 장애가 있는 만 20~64세의 성인 재가 장애인을 대상으로 연구한 전보영의 연구(2014)에서는 대상자의 20.9%가 미충족 의료를 경험했다고 응답하였다. 미충족 의료를 경험하게 된 이유의 69.9%는 경제적인 이유, 20.9%는 편의성의 제한, 9.2%는 교통 불편이었다. 장애인복지관, 보건소를 이용하고 있는 일부 지체장애인을 편의 추출하여 미충족 의료를 조사한 연구(유소연, 김예순, 홍현숙, 천미경, & 모진아, 2011)에서는 대상자의 26.7%가 미충족 의료를 경험하였으며 그중 48.8%가 미충족 의료의 원인으로 경제적인 이유를 지목했다. 국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌 고찰(김소애, 서영원, 우경숙, & 신영전, 2019)에서도 지체장애인과 노인 계층에서 미충족 의료의 발생률이 상대적으로 높았으며 특히 차상위계층 등 취약계층의 노인에서 경제적 이유로 인한 미충족 경험률이 높았다.

기존의 연구들과 다른 결과가 나온 연구도 있었는데, 등록 건강보험 가입 재가 장애인들을 대상으로 한 신자은(2013)의 연구에서는 교육 수준 및 소득변수의 영향이 미미하였고 배우자의 유무, 장애의 종류, 활동 제한의 형태, 그리고 물리적 이동성 제약 등 비경제적 원인의 중요성이 부

각 되었다. 연구자는 경제적 제약으로 인한 미충족 의료 경험 문제가 건강보험을 통해 일부 해소된 결과라고 해석하며 장애인들의 비경제적인 제약, 특히 건강 상태에서 기인하는 복합적 필요를 고려한 지원이 요구됨을 주장하였으나 가구의 지불 능력의 일정 수준을 넘어서는 과부담 의료비 발생률은 의료급여 군과 비교해 건강보험 저소득 군이 약 2배 더 높아 건강보험 저소득가구의 의료보장이 가장 취약하다는 연구도 있어(이혜재 & 이태진, 2015) 건강보험이 경제적 문제를 해소할 수 있는지에 대해 더 많은 연구가 필요하다. 만 19세 이상의 장애인을 분석한 황홍구, 정현식(2017)의 연구에서는 70대 이상보다 20대와 30대에서 의료 미치료(미충족) 확률이 높았는데 의료의 필요성에 대한 낮은 인지 정도를 원인으로 추측하였다.

노인 집단을 대상으로 한 연구를 살펴보면 만 65세 이상 한국 노인의 미충족 의료에 대한 체계적 문헌 고찰(신한얼 등, 2019)에서 미충족 의료는 일반 성인보다 높았다. 원인으로는 경제적 이유가 가장 큰 이유를 차지하였으며 경제적 이유로 인한 미충족 의료의 경우 장애 유무가 관련 요인이었다. 전체 19세 이상 성인을 대상으로 하여 청년, 장년, 노인층으로 나누어 나이 간의 차이를 분석한 연구(허순임 & 김수정, 2007) 결과 노인층에서 미충족 의료에 대한 소득수준의 영향이 매우 컸다. 노인층의 74.6%가 경제적인 부담을 미충족 의료의 이유로 지목하였고, 노인에서 상위 소득층보다 빈곤층에서 미충족 의료를 경험할 확률이 두 배 이상 높기도 하였다.

본 연구의 대상자인 지체 장애 노인의 미충족 의료를 파악하기 위해 살펴본 장애인과 노인 집단 대상 연구에서 대부분 장애인과 노인의 미충족 의료 경험률이 높았으며, 주요 원인은 경제적인 이유로 분석되었다.

3. 지체 장애 노인의 미충족 의료 결정요인

본 연구 대상자인 지체 장애 노인을 특정하여 시행된 미충족 의료 연구는 없지만, 국내 미충족 의료의 요인에 대해 파악하고 해결책을 제시하기 위해 여러 가지 연구가 진행된 바 있다. 만 19세 이상 성인을 대상으로 한 송경신 등(2011)의 연구에서는 외래서비스와 입원 서비스 이용자들을 대상으로 미충족 의료의 요인을 각각 파악한 바 있다. 소득, 의료보장유형, 활동 제한, 주관적 건강 상태, 당뇨병 유병 여부가 공통으로 유의하였지만, 외래서비스에서는 성별과 나이도 유의하였고 입원 서비스에서는 민간보험 가입 여부도 미충족 의료의 유의한 요인으로 분석되었다. 만 19세 이상의 장애인을 대상으로 한 황홍구, 정현식(2017)에서는 성별, 나이, 월평균 가구소득, 장애 유형, 장애등급, 흡연 등이 미충족 의료 요인으로 밝혀졌다. 성인 지체장애인을 대상으로 연구한 유소연 등(2011)의 연구에서는 성별, 주관적 건강 상태, 건강검진 여부, 만성질환 유무 변수가 통계학적으로 유의하였다. 국민기초생활 수급 장애인의 미충족 의료 결정요인을 분석한 김현희, 황지영, 박일수의 연구(2016)에서는 개인의 건강 상태, 장애 유형 및 외부활동 가능성이 유의하였다. 한국 노인을 대상으로 한 미충족 의료에 대해 문헌 고찰을 한 신한얼 등(2019)의 연구에서는 성별, 취업 여부, 학력, 소득, 주관적 건강 상태, 만성질환이 미충족 의료의 요인이었고, 경제적 이유로 인한 미충족 의료의 경우 장애 유무, 교육 수준, 가구소득 등이 관련 요인이었다. 미충족 의료에 관한 선행연구를 종합한 결과 대부분의 연구에서 인구 사회학적 요인으로는 성별, 나이, 경제적 요인으로는 소득, 취업 여부, 마지막으로 건강 요인으로는 만성질환 유무, 주관적 건강 상태가 공통된 요인이었다.

선행연구를 종합해 본 결과 장애인은 비장애인보다 의료서비스의 필요성이 높다. 그러나 어떤 의료서비스가 필요한지, 어떤 의료서비스를 주로 이용하는지에 대한 구체적인 선행 연구가 거의 없는 실정이나 대부분 의료서비스를 필요한 만큼 이용하지 못하는 것으로 파악되었다. 지체장애

인을 비롯한 장애인의 나이가 증가할수록 외래, 입원일 수와 의료비가 모두 증가하여 비장애인보다 의료이용에 경제적 영향을 많이 받고 있었다. 본인 부담 의료비의 규모 또한 컸는데 어린이, 노인에게서 두드러졌다. 장애인의 의료 미충족 경험 비율은 비장애인보다 높았고 경제적 이유로 필요한 의료서비스를 받지 못한다고 응답한 비율이 높았다. 미충족 의료의 원인은 경제적인 이유가 대부분이었고, 나이, 성별 등의 인구 사회학적 요인과 가구소득, 취업 여부 등의 경제적 요인, 주관적 건강 상태, 만성질환 유무 등의 건강 요인이 미충족 의료에 유의한 영향을 주었다.

제 3 장 연구 방법

1. 연구설계 및 자료

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 주관하는 한국 의료패널 2008~2017년 연간 데이터 (Version 1.6) 중 2016년 데이터를 활용한 2차 자료 분석 연구로 지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비 비중을 파악하여 미충족 의료와의 관계를 분석하고 미충족 의료의 결정요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 한국 의료패널은 전국단위 조사이고 가구 단위로 보건의료와 관련한 응급, 외래, 입원 등 항목별 지출, 질환 등 의료 관련 정보들과 장애인 등록 여부, 장애유형과 등급, 발생 시기 등이 포함되어 있으며(이동영, 2019) 의료비의 경우 조사원들이 지난 방문 이후부터 이번 방문 사이에 발생한 자료를 수집하고 이 전 차수의 데이터와 통합하여 연간 데이터로 처리한 후 공개하고 있어 지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비 비중과 의료 미충족 결정요인을 파악하고 관련지을 수 있을 것이다.

2. 연구 대상

한국 의료패널의 총 표본 중 한국 의료패널 조사표의 '가구원 일반사항 1'의 '출생연도' 항목에서 2016년에 만 65세 이상이 되는 1952년 이전 출생이라고 응답한 사람 중 '가구원 일반사항 2'에서 지체 장애를 판정받고 등급을 받았다고 응답한 모든 대상자를 연구 대상으로 선정하였다. 그 결과 지체 장애를 판정받고 장애등급을 판정받았다고 응답한 만 65세 이상 성인 지체장애인 중 1952년 이전 출생자를 추출하면 387명이며, 이 중 입·퇴원이 2016년도에 이루어지지 않으면 2016년에만 지출된 의료비를 선별할 수 없어 제외하면 총 374명이다.

G-power 3.1.9.4를 이용하여 유의수준 .05, 미충족 의료 경험 군 59

명, 미충족 의료 비 경험 군 306명, cohen의 medium 효과 크기인 0.5(강현철, 연규필, & 한상태, 2015; Nahm, 2015)으로 post-hoc 분석을 시행한 결과 0.93 이상의 검정력이 도출되었다.

3. 연구 도구

본 연구에 활용한 도구는 '2016년 한국 의료패널 조사'의 설문 문항이며 연구에 이용할 변수와 그에 해당하는 조사 도구는 아래와 같다.

1) 인구 사회학적 특성

대상자의 인구 사회학적 특성과 관련한 변수를 일반적 특성, 경제적 특성, 건강 특성으로 나누었다. 일반적 특성으로 설문의 가구원 일반사항 1에 제시된 성별, 나이, 가구원 수, 가구주와의 관계, 결혼 여부, 교육 수준을, 경제적 특성으로 경제활동 상태에 제시된 경제활동 유무, 비경제활동 이유, 일자리 유형, 주거 항목에 제시된 주택 소유 여부, 총 가구 소득 10분위, 의료보장 형태를, 건강 특성으로 주관적 건강 상태, 만성질환의 개수, 장애등급을 활용하였다.

2) 의료서비스 유형과 의료비 비중

본 연구에서 의료서비스는 응급, 입원, 외래, 의약품, 의료기기로 총 다섯 가지 유형으로 나뉜다. 의료비는 의료서비스 이용비용(건강보험 급여비를 제외한 외래 및 입원, 응급 등의 의료서비스 이용비용), 약국에서의 의약품 구매비용(양약 및 한약 등의 구매비용), 의료기기 구매 등(보조기기 등의 구매, 임대, 수리비용)이 해당한다. 한국 의료패널 조사표에서 수납금액은 환자가 수납한 금액, 건강보험자 부담금, 법정본인부담금, 비급여, 총진료비로 나뉘며 건강보험자 부담금을 제외한 환자가 수납한 금액을 지출 의료비로 하였다. 의료서비스 유형별 의료비는 해당 의료서비스를 이용하고 지출된 의료비를 뜻하며 세부 내용은 <Table 1>과 같다.

Table 1. Types of Medical Services and Details of Medical Expenditures

Type of Medical services	Expenditure Details
Emergency	<응급서비스 이용> 12-1~5. 수납금액, 14-1. 처방 약값
Hospitalization	<입원 서비스 이용> 17-1~5. 수납금액, 19. 처방 약값
Outpatient	<외래서비스 이용> 14-1~5. 수납금액, 17. 처방 약값
Non-prescription medications	<의료 관련 지출항목> 1. 약국 또는 약국 외 구매, 약국 구매, 2. 약국에서 한약 구매
Medical devices	<의료 관련 지출항목> 5. 의료기기 구매/임대/수리

의료서비스 유형별 의료비를 총지출 의료비로 각각 나눈 값을 백분율로 산출하여 구한 의료서비스 유형별 의료비 비중을 의료서비스 유형 변수로 설정하여 통계분석에 활용하였다(Figure 1). 총지출 의료비는 응급서비스, 입원 서비스, 외래서비스, 의약품 구매비용, 의료기기 구매비용을 모두 합한 금액이다.

Figure 1. Computational Equation for the Proportion of the Medical Expenditures for Each Type of Medical Service

$$\text{의료서비스 유형별 의료비 비중(\%)} = \frac{\text{서비스유형별 지출된 의료비}}{\text{총 지출 의료비}} * 100$$

3) 미충족 의료

한국 의료패널 조사표의 '의료 접근성' 항목에서 "지난 1년간 병·의원 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?"로 질문한 내용에 '예', '아니요'로 응답한 내용을 변수로 하였으며, 의료이용 제한 이유로 선택된 내용을 미충족 의료 발생 이유로 하였다.

4. 윤리적 고려

본 연구는 서울대학교병원 의학 연구윤리 심의위원회에서 심의면제 승인을 받았다(IRB No. E-2005-057-1122). 이후 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 주관하는 한국 의료패널 2008~2017년 연간 데이터(Version 1.6)를 이용하기 위하여 한국 의료패널의 규정에 따라 한국보건사회연구원 데이터 담당자에게 한국 의료패널 자료 활용 동의서를 작성하여 E-mail로 전송 후 SPSS 형태로 코딩된 조사 데이터를 E-mail로 받았다.

5. 자료 분석 방법

변수 중 범주형 변수의 경우 빈도와 백분율로, 연속형 변수의 경우 평균과 표준편차를 제시하였다. 자료 분석은 IBM SPSS 23.0(Statistical Package for the Social Science) 통계분석 프로그램을 이용하여 실시하였으며 본 연구의 모든 통계분석의 유의수준(α)은 $p<.05$로 하였다.

지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비 비중과 평균을 구하고 의료서비스 유형의 순위를 매긴 후 이웃한 순위의 유형들의 차이에 대하여 bootstrap의 신뢰구간으로 순위의 유의성을 결정하였다.

지체 장애 노인의 의료비 비중과 미충족 의료의 관계를 파악하기 위해 미충족 의료 경험 군과 비 경험 군으로 나누어 Mann-Whitney test를 시행하여 유의한 차이가 있는 변수를 파악하였다.

마지막으로 지체 장애 노인의 미충족 의료의 요인을 파악하기 위해 모든 변수에 대해 단 변수 로지스틱 회귀분석 결과 유의한 변수들로 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

제 4 장 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

(1) 인구 사회학적 특성

본 연구 대상자의 인구 사회학적 특성은 <Table 2>와 같다. 남녀 성비는 73.95였고 평균 나이는 74.89(±5.69)세였다. 2인 가구에 속한 경우가 209명(55.9%)이었고 응답자 중 248명(66.3%)이 가구주였다. 236명(63.1%)이 배우자와 살고 있었고 졸업 여부를 기준으로 교육 수준을 조사한 결과 초등학교 졸업자가 154명(41.2%)이었다.

Table 2. Sociodemographic Characteristics of the Subjects

n=374

Variables	Category	Number	Percentage
Gender	Male	159	42.5
	Female	215	57.5
Age (74.89±5.69*)	65≦ <70	68	18.2
	70≦ <75	117	31.3
	75≦ <80	108	28.9
	80≦ <86	61	16.3
	85≦ <90	17	4.5
	90≦ <95	3	0.8
Total number of household member	1	91	24.3
	2	209	55.9
	3	33	8.8
	4	13	3.5
	5 and above	28	7.4
Relationship to the head of the household	Parent of head / Spouse	36	9.7
	Household head	248	66.3
	Spouse	89	23.8
	Brother / Sister	1	0.3
Marital status	Married	236	63.1
	Single/Widowed/Divorced	138	36.9
Education level	Less than primary school	94	25.1
	Primary school	154	41.2
	Middle school	55	14.7
	High school	51	13.6
	Bachelor's degree	16	4.3
	Master's / Doctoral degree	4	1.0

* M±SD

(2) 경제적 특성

본 연구 대상자의 경제적 특성은 <Table 3>과 같다. 일하지 않고 있는 사람은 270명(72.2%)이었으며 비경제활동 이유는 은퇴/정년퇴직 75명(20.1%), 건강 관련 문제(질병, 사고) 65명(17.4%), 근로 의사 없음 53명(14.2%), 근로 무능력 47명(12.6%) 순으로 높았다.

주거지를 자가 소유하고 있는 경우가 272명(72.7%)이었으며 총소득을 10분위로 나누었을 때 69.3%에 해당하는 259명이 1분위~4분위 소득에 속해 있었고 335명(89.6%)이 건강보험 혜택을 받고 있었다.

Table 3. Economic Characteristics of the Subjects

n=374

Variables	Category	Number	Percentage
Employment status	Employed / Temporarily laid-off	104	27.8
	Unemployed	270	72.2
Reasons for Unemployment	Not Applicable(Employed)	104	27.8
	Retired	75	20.1
	Housekeeping / Child care	25	6.7
	Nursing someone	1	0.3
	Searching for a job	3	0.8
	Inability to work	47	12.6
	Health related problem(s)	65	17.4
	Unwilling to work	53	14.2
	Other	1	0.3
Type of Employment	Not Applicable(Unemployed)	270	72.2
	Employee	46	12.3
	Employer / Self-employed	42	11.2
	Unpaid family worker	16	4.3
Housing ownership status	Owner	272	72.7
	Rent	66	17.6
	Live without paying	36	9.6
Total family income (Decile)	4th Decile and below	259	69.3
	5th Decile and above	115	30.7
Type of health insurance	Health Insurance	335	89.6
	Medical aid	36	9.6
	The patriots & veterans type	3	0.8

(3) 건강 관련 특성

본 연구 대상자의 경제적 특성은 <Table 4>와 같다. 374명 중 355명이 주관적 건강 상태에 대해 응답하였으며 평균 3.4(±0.83)점이었다. 만성질환을 2개 이상 앓고 있는 경우가 345명(92.2%)이었으며 평균 4.7(±2.59)개의 만성질환을 앓고 있었다.

장애등급은 장애의 정도가 심한 장애인(1~3급)과 장애의 정도가 심하지 않은 장애인(4~6급)으로 나눌 수 있다. 4등급 101명(27.0%), 5등급 114명(30.5%) 6등급 82명(21.9%)이었고 평균 4.5(±1.17)등급의 장애등급을 판정받았다.

Table 4. Health-related Characteristics of the Subjects

n=374

Variables	Category	Number	Percentage
Self-Reported health status (N=355) (3.4±0.83*)	1. Very good	3	0.8
	2. good	50	14.1
	3. Fair	140	39.4
	4. Poor	139	39.2
	5. Very poor	23	6.5
Number of chronic diseases (4.7±2.59*)	none	7	1.9
	1	22	5.9
	2	45	12.0
	3	60	16.0
	4	62	16.6
	5	48	12.8
	6	43	11.5
	7	39	10.4
	8	17	4.5
	9	16	4.3
	10 and above	15	4.0
The degree of disability (4.5±1.17*)	1	4	1.1
	2	20	5.3
	3	53	14.2
	4	101	27.0
	5	114	30.5
	6	82	21.9

* M±SD

2. 지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비

본 연구의 대상자가 2016년에 지출한 의료서비스 유형별 의료비는 <Table 5>와 같다. 실제 지출된 금액을 파악하기 위해 최솟값 산출 시 의료비가 0원인 경우와 환급된 경우는 제외하였고, 한 명이 의료서비스를 여러 차례 이용한 경우에는 횟수마다 발생한 수납금액과 처방 약값을 모두 합하여 해당 서비스 이용 후 낸 의료비로 계산하여 통계에 반영하였다.

(1) 응급서비스

응급서비스를 이용하였을 때의 수납금액과 처방 약값에 대해 금액이 0원인 경우를 포함하였으며 의료급여자/국가유공자/공적 무료진료, 교통사고/산재, 입원비용에 포함, 무료진료, 처방 약이 없는 경우는 0원으로 간주하였다. 조사 결과 374명 중 58명이 응급서비스를 이용하였다. 평균 154,262(±224,721)원을 수납하고 2,705(±16,267)원을 원외 처방 약값으로 수납, 총 156,967(±228,038)원을 지출하였다. 응급서비스에 지출된 총 의료비는 9,104,102원이었다.

(2) 입원 서비스

입원 서비스를 이용하였을 때의 수납금액과 처방 약값에 대해 금액이 0원인 경우를 포함하였으며 6개월 이상 장기입원, 의료급여로 무료진료, 국가유공자/공적/지자체 무료진료, 교통사고/산재, 가구원이 입원 중인 경우는 수납금액이 없어 0원으로 간주하였다. 374명 중 82명이 입원 서비스를 이용하였다. 평균 2,058,741(±2,786,440)원을 수납하고 처방 약값으로 평균 90(±763)원을 수납, 총 2,058,831(±2,786,381)원을 지출하였다. 입원 서비스에 지출된 총 의료비는 168,824,166원이었다.

(3) 외래서비스

외래서비스를 이용하였을 때의 수납금액과 처방 약값에 대해 금액이 0

원인 경우를 포함하였다. 의료급여로 무료진료, 국가유공자/공적/지자체 무료진료, 교통사고/산재, 수납을 미루거나 이전에 일시금으로 지급한 경우에는 수납금액이 없어 0원으로 간주하였고, 무응답 1건의 경우 0%에 해당하여 0원으로 간주하였다. 374명 중 367명이 외래서비스를 이용하였다. 평균 약 527,088(±742,108)원을 수납하고 처방 약값으로는 246,956(±230,717)원을 내 총 774,044(±837,781)원을 지출하였다. 외래서비스에 지출된 총 의료비는 284,074,147원이었다.

(4) 의약품 구매 서비스

응급, 입원, 외래서비스는 서비스를 받았음에도 불구하고 의료보장제도의 특성상 금액이 발생하지 않는 경우가 있지만 약국에서의 일반의약품/일반의약외품/한약 구매의 경우에는 그렇지 않기 때문에 0원인 경우는 서비스를 이용하지 않았다고 판단하였다. 의약품 구매 금액의 경우 가구 단위로 제시되어 있어 가구원 수의 제곱근으로 나누어 통계에 반영하였다. 약국에서 구매한 일반의약품, 일반의약외품, 한약 중 1가지라도 구매한 적이 있는 사람은 총 284명으로 평균 72,151(±97,561)원을 지출했다. 세부적으로 살펴보면 일반의약품의 경우 274명이 구매, 평균 구매액은 64,502(±92,865)원이었고 총 17,673,717원을 지출하였다. 일반 의약외품의 경우 139명이 구매, 평균 구매액은 19,382(±35,470)원이었고 총 2,694,003원을 지출하였다. 3명만 약국에서 한약을 구매했다고 응답하였고, 평균 16,123(±15,309)원, 총 48,371원을 지출하였다. 총 의약품 구매비용은 20,491,121원이었다.

(5) 의료기기 서비스

의료기기 구매/임대/수리의 경우에도 서비스를 이용하고도 금액이 발생하지 않았을 때는 없다고 간주하고 수납금액이 0원인 경우는 통계분석에서 제외하였으며 금액이 가구 단위로 제시되어 있어 가구원 수의 제곱근으로 나누어 통계에 반영하였다. 33명이 해당 서비스를 이용하기 위해 평균 435,507(±787,016)원을 지출, 총 14,375,280원을 지출하였다.

Table 5. Medical Expenditures of the Physically Disabled Elderly for Each Type of Medical Service

n=374, Unit: KRW

Types of Medical Services	N	M±SD	Total
Total Expense for ER service	58	156,967(±228,038)	9,104,102
Medical Expense		154,262(±224,721)	8,947,192
Prescription medication		2,705(±16,267)	156,910
Total Expense for Hospitalization service	82	2,058,831(±2,786,381)	168,824,166
Medical Expense		2,058,741(±2,786,440)	168,816,766
Prescription medication		90(±763)	7,400
Total Expense for Outpatient service	367	774,044(±837,781)	284,074,147
Medical Expense		527,088(±742,108)	193,441,177
Prescription medication		246,956(±230,717)	90,632,970

Total Cost of Non-prescription medications	284	72,151(±97,561)	20,491,121
General medication	274	64,502(±92,865)	17,673,717
Sanitary aid	139	19,382(±35,470)	2,694,003
Oriental medication	3	16,123(±15,309)	48,371
Cost of purchase/lease/repair of medical devices	33	435,507(±787,016)	14,375,280
Total medical expenses			496,868,816

3. 지체 장애 노인의 의료서비스 유형별 의료비 비중의 차이

응급서비스 의료비, 입원 서비스 의료비, 외래서비스 의료비와 의약품 구매 비용, 의료기기 구매/임대/수리 비용을 총 의료비로 나눈 의료서비스 유형별 의료비 비중의 평균 사이에 유의한 차이가 있는지를 분석하였다. 전체 대상자에서 의료서비스 유형별 의료비 비중의 평균을 구하고 순위를 매긴 후(Table 6), 이웃한 순위의 유형들의 차이에 대하여 bootstrap으로 10,000개의 표본평균으로 구한 모평균의 95% 신뢰구간이 0을 포함하고 있는지를 보고 순위의 유의성을 결정하였다(Table 7). 그 결과 평균의 순위는 외래서비스, 의약품 구매, 입원 서비스, 의료기기, 응급서비스 순이었고 외래서비스와 의약품 구매 비중의 차이, 입원 서비스와 의료기기 비중의 차이가 통계적으로 유의하였다. 결론적으로 지체 장애 노인의 총 의료비 중 외래서비스 비중이 제일 크고, 다음으로 의약품 구매 비중과 입원 서비스 비중이 크며, 의료기기와 응급서비스가 비중이 그 다음이었다.

Table 6. Order of the Proportion of Medical Expenditures for Each Type of Medical Service

n=374

Types of Medical Services	M±SD(%)
Outpatient	73.51(±30.52)
Non-prescription medications	12.04(±21.10)
Hospitalization	10.65(±24.06)
Medical devices	1.95(±10.79)
Emergency	1.85(±8.24)

Table 7. Results of Bootstrap Verification of the Proportionate Order for Each Medical Service Type

Medical Services	Bootstrap statistics (M±SD)	95% CI (lower, upper)
Outpatient - medications	61.46(±45.17)	56.85, 66.06
medications - Hospitalization	1.39(±34.60)	-2.06, 4.77
Hospitalization - Medical devices	8.70(±26.86)	6.06, 11.47
Medical devices - Emergency	0.10(±13.65)	-1.24, 1.50

4. 지체 장애 노인의 의료비 비중과 미충족 의료의 관계

지체 장애 노인 374명 중 '지난 1년간, 병·의원 치료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까? (치과 치료, 치과 검사 제외)'로 미충족 의료를 경험했는지에 관한 질문에 대한 응답한 365명 중 미충족 의료를 경험한 사람은 59명(16.16%), 미충족 의료를 경험하지 않은 사람은 306명(83.84%)이었다. 미충족 의료를 경험한 사람 59명 중 32명(54.24%)은 경제적 이유로, 2명(3.39%)은 의료기관이 너무 멀어서, 13명(22.03%)은 거동이 불편하거나 건강상 이유로, 9명(15.25%)은 증세가 가벼워서 미충족 의료를 경험하였다고 응답하였으며 기타 이유는 3명(5.08%) 이었다(Table 8).

Table 8. Whether Unmet Healthcare Needs Have Been Experienced and The Reasons for Having Experienced Unmet Healthcare Needs

n=365

Whether Unmet Healthcare Needs Have Been Experienced	Number	Percentage
Experienced	59	16.16
Non-experienced	306	83.84
Reasons for Unmet Health Care Needs	**Number**	**Percentage**
Economic reason	32	54.24
Physical accessibility	2	3.39
Impaired mobility / Health reasons	13	22.03
Mild symptoms	9	15.25
Other	3	5.08

지체 장애 노인을 미충족 의료 경험 군과 비 경험 군으로 나누어 의료 서비스 유형별 의료비 비중과 총 소비금액 대비 의료비 비중에 대해 Kolmogorov-Smirnov test와 Shapiro-Wilk test로 정규성 검정 결과 정규성을 만족하지 못하여($p<.05$) 두 군에 대해 Mann-Whitney test로 차이 여부를 검정하여 관계가 있는지 보았다(Table 9). 그 결과 미충족 의료와 응급서비스, 외래서비스 의료비 비중과 일반의약품 의료비 비중이 유의한 관계가 있었다. 구체적으로 미충족 의료 경험 군에서 비 경험 군보다 외래서비스 의료비 비중이 더 작고, 응급서비스 의료비 비중과 일반의약품 의료비 비중이 컸다.

Table 9. Mann-Whitney Test Results for Unmet Health Care Needs Between the Experienced Group and the Non-experienced Group

n=365

Variables (Percentage of Medical Expenses)	Experienced (N=59)	Non-Experienced (N=306)	Mann-Whitney U	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
	Average Ranking	Average Ranking		
Emergency	4.37±14.21	1.42±6.57	8194.0	.038*
	197.12	180.28		
Hospitalization	10.41±25.01	9.91±22.62	9013.0	.979
	182.76	183.05		
Outpatient	60.66±34.55	77.50±27.32	6744.0	.002**
	144.31	190.46		
Non-prescription medications & aids	20.23±27.43	9.63±17.38	7468.5	.034*
	209.42	177.91		
Purchase/lease/repair of medical devices	4.33±17.88	1.55±8.96	8719.0	.404
	188.22	181.99		

(*p<.05, **p<.01)

5. 지체 장애 노인의 미충족 의료의 결정요인

일차적으로 19개 독립변수(성별, 나이, 총가구원 수, 가구주와의 관계, 결혼 상태, 교육 수준, 경제활동 유무, 일자리 유형, 주택 소유 여부, 총가구 소득 10분위, 의료보장 형태, 주관적 건강 상태, 만성질환 수, 장애등급, 응급서비스 의료비 비중, 입원 서비스 의료비 비중, 외래서비스 의료비 비중, 의약품 구매 비중, 의료기기 서비스 비중)들에 대하여 단변수 분석을 시행하였고, 그 결과 유의한 변수인 나이($p<.05$), 총가구원 수($p<.05$), 결혼 상태($p<.01$), 교육 수준($p<.01$), 장애등급($p<.05$), 경제활동 여부($p<.01$), 주관적 건강 상태($p<.01$), 응급서비스 의료비 비중($p<.05$), 외래서비스 의료비 비중($p<.01$), 의약품 구매 비중($p<.01$)들을 통제변수로 선별하였다(Table 10). 선별된 독립변수 간의 높은 상관관계로 발생할 수 있는 다중공선성을 점검한 결과 공차 한계(tolerance limit)는 모두 0.1 이상(0.675~0.959)이었고 각 변수의 분산 팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF) 값이 1.043~1.482로 10 이상을 넘는 변수가 없어 다중공선성 문제는 없는 것으로 확인하였다.

Table 10. Results of Uni-Variate Logistic Regression Analysis of the Unmet Health Care Needs†

n=365

Variables	Crude		
	ORs	95% CI	p-value
Age	1.06	1.01~1.11	.02*
Total number of household member	0.69	0.50~0.95	.03*
Married (reference: Single/Widowed/Divorced)	0.44	0.25~0.78	.004**
Education level	0.59	0.44~0.80	.001**
The degree of disability	0.78	0.62~0.98	.03*
Employment status (reference: Employed / Temporarily laid-off)	2.87	1.31~6.28	.008**
Self-Reported health status	1.95	1.34~2.85	.001**
Percentage of medical expenses for ER medical services	1.03	1.00~1.06	.02*
Percentage of medical expenses for outpatient medical services	0.98	0.97~0.99	<.001**
Percentage of medical expenses for purchasing non-prescription medications & aids	1.02	1.01~1.03	<.001**

(*p<.05, **p<.01)

† 유의하지 않은 변수들은 기재하지 않음.

선별된 10개 변수를 통제변수로 하여 후진제거법으로 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 산출된 로지스틱 회귀 모델은 모형 계수의 총괄 검정 결과 모형 계수 전체 테스트 $p<.05$, Hosmer와 Lemeshow 검정 결과 $p=.336>.05$로 유의하였고 $R^2_N=.213$, 전체 예측도는 84.4%였다. 미충족 의료의 결정요인은 총가구원 수($p<.01$), 교육 수준($p<.01$), 장애등급($p<.05$), 경제활동 여부($p<.05$), 외래서비스 의료비 비중($p<.01$)이었다. 총가구원 수에 대한 미충족 의료의 odds는 0.66으로 가구원 수가 1명 증가하면 미충족 의료는 1.52배 감소하였고 교육 수준에 대한 미충족 의료의 odds는 0.58로 교육 수준이 높을수록 미충족 의료가 1.72배 감소하였다. 장애등급에 대한 미충족 의료의 odds는 0.71로 경증일수록(6등급에 가까울수록) 미충족 의료가 1.41배 감소하였으며 경제활동 여부에 대한 odds는 2.715로 경제활동을 하지 않고 있는 경우 경제활동을 할 때보다 미충족 의료의 odds는 2.72배 증가하였다. 외래서비스 의료비 비중에 대한 미충족 의료의 odds는 0.98로 외래서비스 의료비 비중이 증가할수록 미충족 의료를 경험할 확률은 1.02배 감소하였다(Table 11).

Table 11. Results of Multiple Logistic Regression Analysis of the Unmet Health Care Needs

n=365

Variables	ORs	95% CI	p-value
Total number of household member	0.66	0.48~0.90	.009**
Education level	0.58	0.43~0.79	<.001**
The degree of disability	0.71	0.54~0.92	.01*
Employment status (reference: Employed / Temporarily laid-off)	2.72	1.20~6.14	.02*
Percentage of medical expenses for outpatient medical services	0.98	0.97~0.99	<.001**

(*p<.05, **p<.01)

† 유의하지 않은 변수들은 기재하지 않음.

제 5 장 논의

고령화 사회로의 진입, 만성질환 생존율의 증가, 각종 사고 및 질병 등 다양한 장애 발생 위험요인의 증가로 장애 인구는 지속해서 증가하고 있다. 건강보험의 높은 본인 부담률과 비급여 서비스의 존재로 의료수요가 많은 장애인 집단은 경제적인 장벽과 함께 이동 불편, 의사소통의 어려움으로 의료서비스 이용에 어려움을 겪고 있다. 일반 국민의 미충족 의료 경험률보다 높은 장애인의 미충족 의료 경험률이 이를 증명한다. 장애인의 미충족 의료 경험의 주요 원인은 경제적인 이유이며 만 65세 이상의 노인층에서 생애 의료비의 절반을 지출하게 되고 소득수준 등의 경제적인 이유가 미충족 의료 경험에 크게 영향을 주는 것으로 나타났다. 이에 장애 중 출현율이 제일 높은 지체 장애를 겪고 있는 노인이 의료서비스 이용에 장벽이 되는 의료비와 미충족 의료에 대해 파악하고자 하였다. 더불어 의료 미충족 발생의 요인을 파악하여 지체 장애 노인의 미충족 의료 해결 정책을 수립하는데 기초적인 자료를 제공하고자 하였다.

1. 지체 장애 노인의 의료비

연구 결과 2016년 한국 의료패널 전체 대상자에서 응급 이용률 19.8%, 입원 이용률 26.9%, 외래 이용률 97.5%(김남순 등, 2016)에 비하면 지체 장애 노인은 상대적으로 응급, 입원 이용률은 낮고 외래 이용률은 높았다. 비장애인보다 장애인의 외래 의료시설 방문, 재활, 물리치료 횟수가 많고(Laursen & Helweg-Larsen, 2012), 다양한 만성질환을 상대적으로 많이 앓고 있는 장애 노인의 특성(문종훈 & 김예순, 2018)으로 인해 지체 장애 노인에서도 이러한 결과가 나온 것으로 보인다. 본 연구에서 지체 장애 노인이 지출한 의료비의 합을 가구 월 생활비에서 12개월을 곱한 값에 가구원 수의 제곱근으로 나눠 보정한 값으로 나누어 지체 장애 노인의 소비금액에서 의료비가 차지하는 비중을 살펴본 결과 평균

13.86(±21.93)%이었다. 만 65세 이상 노인에서 지출액 중 보건 의료비가 차지하는 금액의 비중이 8.7%(정경희 등, 2017)인 것에 비하면 지체 장애 노인이 소비금액 중 더 큰 비중을 의료비로 지출했다. 선행 연구에서 장애인 가구에서 장애로 인해 지출되는 추가 비용 중 의료비와 재활 기관 이용료, 보조기기 구매비 등이 차지하는 비중이 절반 이상(55.6%)이었고(김성희 등, 2017), 장애인 가구의 본인 부담 보건 의료비의 절대적 규모와 상대적 비중이 일반 가구 대비 상대적으로 높아(이동영, 2019) 지체 장애 노인도 마찬가지로 지출액 대비 의료비 비중이 만 65세 이상 노인보다 높은 것으로 해석할 수 있다.

의료서비스 유형별 지출된 의료비 비중 차이를 검정한 결과 외래서비스 의료비 비중은 다른 의료서비스 유형보다 통계적으로 유의하게 컸다. 다른 의료서비스 유형보다 외래서비스가 접근성이 좋아 제일 많은 대상자가 이용한 것에서 비롯된 결과로 보인다. 또한 서울시에 거주하는 지체 장애인을 대상으로 의료서비스 필요도를 조사한 결과 의학적 처치 및 수술 77.5%, 재활 치료 53.0%, 정기진료 90.2%(이진용, 2006)로 전반적으로 외래서비스에 대해 매우 높은 필요도를 호소하고 있어 외래서비스에 지출하는 비용이 다른 의료서비스보다 상대적으로 커진 것으로 보인다.

입원 서비스 의료비 비중은 외래서비스 의료비 비중보다는 적은 비중을 차지했지만, 연평균 입원 서비스 의료비는 약 200만 원에 달한다. 한국 의료패널 전체 대상자에서 16년도에 입·퇴원한 대상자가 부담한 연평균 입원 서비스 의료비는 약 120만 원으로 1.6배 이상의 차이가 있다. 이렇게 지체 장애 노인에서 입원 서비스 의료비가 더 많이 발생한 것의 원인은 치료의 적기를 놓쳤기 때문으로 추측할 수 있다. 상대적으로 미충족 의료가 높은 장애인은 평소 제때 건강검진이나 외래를 이용하지 못하여 건강 문제가 방치되고 이에 따라 상태가 심각해져서 응급, 입원 서비스를 이용하게 되는데(전보영, 2014; Chevarley, Thierry, Gill, Ryerson, & Nosek, 2006), 적절한 의학적 처치 및 수술을 받지 못하는 경우 지체 장애와 뇌 병변 장애의 경우에는 장애가 악화할 가능성이 매우 크고, 장애가 고착되어 회복 불능의 상태로 변화할 가능성이 매우 크다(이진용,

2006). 따라서 지체 장애 노인의 전반적인 의료비 부담 경감을 위해서는 외래서비스에 대한 부담을 낮추어 접근성을 높이는 정책과 함께 입원 의료비에 대한 경제적 지원이 필요하다.

2. 지체 장애 노인의 의료비 비중과 미충족 의료의 관계

2017 장애인 실태조사에서 전체 장애인 중에 17.0%, 지체장애인 중 약 19%가 미충족 의료를 경험(김성희 등, 2017)한 것과 비교하면 본 연구에서 미충족 의료를 경험한 사람의 비율은 조금 낮거나 비슷한 수치이고, 2017년 국민건강통계의 미충족 의료 경험률 10.1%, 2017년 노인실태조사의 의료 미치료 경험 8.6%(정경희 등, 2017)에 비하면 높아 선행연구와 비슷한 결과가 나타났다. 미충족 의료의 원인으로는 경제적 이유가 제일 높았는데, 선행연구(김수정 & 허순임, 2011; 전보영 & 권순만, 2015)나 보고서(김성희 등, 2017; 정경희 등, 2017)에서 경제적인 원인 비율이 50% 이상이거나 미충족 의료의 원인 1위를 차지한 것과 같은 결과가 도출되어 경제적 원인이 미충족 의료의 큰 원인임을 본 연구가 다시 한 번 뒷받침한다.

미충족 의료 경험 군과 비 경험 군에서 유의한 차이가 있던 의료서비스 유형은 응급서비스와 외래서비스, 의약품 구매 서비스였으며, 미충족 의료 미경험 군에서 응급서비스 의료비와 의약품 구매 비중이 유의하게 작고 외래서비스 의료비 비중이 유의하게 컸다. 응급, 입원 서비스보다는 외래서비스가 상대적으로 의료 접근성이 좋고 방문당 비용이 적으며, 소득수준이 낮을수록 보건소 및 일차 의료기관을 이용할 가능성이 커서(김미곤, 이수형, & 김수정, 2009) 총 의료비 대비 외래서비스 금액이 클 때 미충족 의료가 해소된 것으로 보인다. 미충족 의료 경험 군에서 의약품 구매 비중이 유의하게 큰 것은 지체 장애 노인이 경제적인 부담으로 인해 의료기관에서 필요를 충족하지 못하고 일반의약품으로 충족하고자 한 결과로 보인다(홍은혜, 2018). 응급서비스 의료비 비중이 유의하게 큰 것

은 낮은 일차 의료에 대한 접근성 때문에 적시에 필요한 건강검진이나 외래진료를 이용하지 못하여 심각해진 상태로 응급실이나 입원 진료를 받게 되어(전보영, 2014) 그 결과 고가의 의료비가 발생한 결과로 해석할 수 있다. 실제로 비장애인보다 의료 접근성이 낮은 장애인에서 입원 이용 확률이나 응급실 이용 확률이 높았다(은상준, 2006; Gulley, Rasch, & Chan, 2011). 이에 미충족 의료를 해결할 수 있는 수단으로 외래서비스의 접근성을 높이는 방법을 고려해야 하며, 외래본인부담금 인하 등의 방법으로 외래서비스 이용의 문턱을 낮출 수 있는 정책적 접근이 필요하다.

3. 지체 장애 노인의 미충족 의료의 결정요인

본 연구에서 경제적 이유가 미충족 의료의 원인 중 1위였고 경제활동 여부가 미충족 의료의 유의한 요인으로 분석되어 비장애인보다 장애인에서 의료이용에 경제적 영향을 많이 받고, 장애인과 노인의 미충족 의료의 주요 원인은 경제적인 요인이라는 여러 선행연구(김수정 & 허순임, 2011; 전보영 & 권순만, 2015; 김성희 등, 2017; 정경희 등, 2017)의 결과를 지지하였다. 그러나 소득수준, 외래서비스를 제외한 의료서비스 비중과 미충족 의료 사이의 유의한 관계가 도출되지는 않았다. 이러한 결과는 지체 장애 노인의 절반 이상(69.3%)의 소득수준이 1~4분위에 분포되어있고, 경제활동을 하고 있다고 응답한 27.8% 중 휴직 중인 사람도 포함하였기 때문에 실질적인 경제활동에 참여하고 있는 수는 더 적어 경제활동에서 소외된 지체 장애 노인 집단의 경제적인 수준이 하향 평준화되어 있기 때문에 발생한 것으로 유추할 수 있다. 빈곤 가구일수록 미충족 의료 경험 가능성이 증가한다는 선행연구의 결과(신영전 & 손정인, 2009)로 지체 장애 노인에게 발생한 미충족 경험률이 일반 성인, 일반 노인들에 비하여 높았던 것을 설명할 수 있으며 미충족 의료를 경험한 지체 장애 노인의 대부분이 미충족 의료 사유를 경제적인 이유로 택한 것 또한 지체 장애 노인의 전반적인 경제 수준이 하향되어있음을 뒷받침

한다. 이에 본 연구는 미충족 의료를 해소하기 위해서 노인의 경제력을 뒷받침할 수 있는 다양하고 실천 가능한 노인 일자리 창출 방안 모색을 주장한 연구(박민정, 2014)와 맥락을 같이 한다. 다만 지체 장애 노인 중 경제활동을 하지 않는 이유로 근로 무능력(12.6%), 근로 의사 없음(14.2%)을 택한 노인이 약 26.8%로 경제활동을 하는 노인 비중(27.8%)과 비슷하고, 지체 장애 노인의 1.5%만이 구직활동 경험이 있었던 만큼(김성희 & 고선정, 2004) 어떻게 이들을 일자리로 유도할 수 있을지에 대하여 추가 연구가 필요하다.

가구원 수가 증가할수록 미충족 의료 경험률은 감소했는데, 세대 형태에 있어서 경제적인 이유로 인한 미충족 의료를 경험한 비율이 1인 가구에서 가장 컸고 부부와 자녀의 가구에서 가장 작았던 선행연구(송해연, 최재우, & 박은철, 2015)와 비슷한 결과가 도출되었다. 장애인의 가족이 많을수록 의료서비스 이용 수단을 비롯한 여러 도움을 받을 수 있기에 미충족 의료가 해소된 것으로 해석할 수 있다. 신자은(2013)의 연구에서 장애인들은 대부분 배우자, 부모, 자녀의 도움을 받고 8.1%만이 직계가족 외의 도움을 받고 있다고 하였으며 이마저도 도움이 부족한 것으로 조사된 바 있다. 또한 지체장애인은 상대적으로 장애인 활동 지원 제도와 노인 장기요양보험의 혜택을 많이 받고 있기는 하나 정작 자신들이 필요로 하는 만큼의 서비스를 받고 있지는 못하고 있는 것으로 나타났다(김성희 등, 2017). 따라서 장애인 활동 보조 지원 사업이나 장애인 장기요양제도를 확대하거나 개선하여 장애인들에게 공식적인 재가 서비스를 충분히 지원하는 정책적 노력이 필요하다.

교육 수준이 높을수록 미충족 의료가 감소하여 교육 수준이 낮을수록 미충족 의료가 증가한 선행연구(정경희 등, 2017; 문정화 & 강민아, 2016; 허순임, 김미곤, 이수형, & 김수정, 2009; 이혜재 & 허순임, 2017; 박민정, 2014; 장혜영 & 이한이, 2017; 최희영 & 류소연, 2017; 허순임 & 김수정, 2007)와 일치하였다. 일반적으로 교육 수준은 건강 행위나 태도와 관련이 있어 건강 문제를 해결하는 데 영향을 주어 상대적으로 학력이 높은 경우에 비하여 낮은 경우에 미충족이 많이 발생한다고 알려져

있다(Lahelma, Martikainen, Laaksonen, & Aittomäki, 2004). 본 연구에서는 무학/초등학교 중퇴인 경우가 25.1%, 초등학교 졸업이 41.2%로 전반적인 교육 수준이 낮다고 볼 수 있으므로 지체 장애 노인이 합리적인 의료이용을 할 수 있도록 보건교육과 의료이용에 관한 교육이 필요하다(박선주 & 이원재, 2017).

장애등급이 6등급에 가까운 경증일수록 미충족 의료 경험률은 감소하였다. 중증의 장애인은 보행 불가능하여 일상생활에서 타인의 도움이 필요하거나, 휠체어 등의 보조기구를 이용하는 경우가 대부분으로 경증 장애인은 중증 장애인보다 장애인 편의시설이나 특수 검진 장비의 영향을 덜 받기 때문으로 해석할 수 있다(전보영, 2014). 더불어 중증 장애인에서 경증 장애인보다 필수 장애인 보조기구에 의한 미충족 의료 경험 확률이 높았던 연구도 있어(김현희 등, 2016) 중증 장애인에서 발생한 미충족 의료를 보장구로 해소할 수 있을지에 대하여 추가로 살펴볼 필요가 있다.

외래서비스 의료비 비중이 높을수록 미충족 의료가 감소하였는데, 앞서 지체 장애 노인의 의료비 비중과 미충족 의료의 관계에서 살펴본 바와 같이 외래서비스는 응급, 입원 서비스보다 방문당 비용이 적고(문성웅 등, 2018; 허순임 등, 2009) 접근성이 좋아서(허순임 등, 2009) 적시에 필요한 건강검진이나 치료를 받을 수 있게 하여 지체 장애 노인의 미충족 의료를 해소하기에 적합하여 나타난 결과로 생각된다. 이에 외래서비스 의료비 비중을 늘리면 미충족 의료가 해소되고 지체 장애 노인이 중증의 장애로 진행되기 전에 적시의 치료를 받게 되어(전보영, 권순만, 이혜재 & 김홍수, 2011) 현재 계속 발생하고 있는 예방 가능한 입원(은상준, 2006)과 불필요한 응급진료가 줄어들 수 있을 것이다.

선행연구에서 미충족 의료와 관련이 있었지만 본 연구에서는 관련이 없었던 변수에 대해 살펴보았다. 주관적 건강 상태가 좋지 않을수록 미충족 의료를 경험할 가능성이 크고(Beatty et al., 2003; Diamant et al., 2004), 노인에서 나이가 증가할수록 미충족 의료를 경험할 확률이 높아졌으나(허순임 & 김수정, 2007; 송해연 등, 2015; 신한얼 등, 2019) 본 연구에서는 유의하지 않았다. 미충족 의료를 경험하지 않은 대상자는 평균

75세, 미충족 의료를 경험한 대상자는 평균 76세로 큰 차이가 없었기 때문에 나온 결과로 추측된다. 본 연구의 주관적 건강 상태 점수의 평균을 보면 미충족 의료를 경험하지 않은 대상자는 평균 3점, 미충족 의료를 경험한 대상자는 평균 4점으로 차이가 있고, 단변수 분석에서 유의한 관계가 있는 것으로 분석된 바 있어 관련이 없다고 단정을 짓긴 어렵다. 주관적 건강 상태가 나쁠 때 미충족 의료 경험률이 증가한 여러 선행연구(송경신 등, 2011; 허순임 & 이혜재, 2016; 신자은, 2013; 허순임 & 김수정, 2007)에서는 주관적 건강 상태에 대한 선택지를 '좋다/나쁘다' 혹은 '나쁘다/나쁘지 않다'로 설정하거나 '보통'으로 응답한 경우를 좋은 건강 상태로 판단하였기 때문에 본 연구와 같이 '보통'으로 느끼는 사람들의 의견이 반영되기 어려웠던 한계도 있었을 것으로 생각된다. 선행연구에서 만성질환을 많이 앓고 있는 경우 미충족 의료 경험률이 증가하였으나(김교성 & 이현옥, 2012, 송해연 등, 2015; 유소연 등, 2011) 만성질환이 없는 지체 장애 노인이 7명뿐이며 만성질환자에서 만성질환 수가 2~7개인 경우가 골고루 10%대로 분포하고 있는 점을 고려하면 대부분의 지체 장애 노인이 복합 만성질환자들이고 만성질환 수의 분포도 비슷하여 만성질환의 수가 유의하지 않았다고 해석할 수 있다. 선행연구에서도 65세 이상 노인에서 만성질환이 있는 경우 만성질환 개수가 증가하여도 미충족 의료를 경험할 확률은 유사했으며, 19~39세에서 만성질환 수가 1개인 경우 질환이 없는 경우에 비하여 미충족 의료 경험 가능성이 4배 이상 높았지만 65세 노인층에서는 유의한 차이가 없었다(허순임 & 김수정, 2007). 이러한 이유로 본 연구에서는 만성질환의 수가 유의하지는 않았지만, 지체 장애 노인에서 복합 만성질환자 비율이 높았고, 만성질환이 있으면 입원할 가능성이 커지고 사회경제적 활동을 할 가능성이 작아지며(Anderson & Knickman, 2001), 만성질환 관리에는 지속적, 혹은 고비용 의료서비스가 필요하여 경제적 이유로 인한 미충족 의료 발생 요인이 되는 만큼(정현우 & 이정협, 2017) 간과해서는 안 되며 오히려 지체 장애 노인에게 복합 만성질환을 다룰 수 있는 경제적 지원이 필요함을 시사한다.

제 6 장 결론 및 제언

본 연구는 2016년 한국 의료패널을 이용하여 장애 중 출현율이 제일 높은 지체 장애를 겪고 있는 노인이 의료서비스 이용에 겪는 경제적인 문제, 즉 의료비와 미충족 의료에 대해 파악하고자 하였다. 이와 더불어 의료 미충족 발생의 요인을 파악하여 지체 장애 노인의 미충족 의료 해결 정책을 수립하는데 기초적인 자료를 제공하고자 하였다. 한국 의료패널 2016년 대상자 중 장애등급 판정을 받은 만 65세 이상의 지체장애인 374명의 자료를 분석하였다.

연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 제안한다.

첫째, 지출액의 큰 비중을 의료비로 지출하고 있고 이로 인한 미충족 의료 때문에 치료의 적기를 놓치고 있는 지체 장애 노인에게 외래서비스에 대한 접근성 향상을 위한 대책이 필요하다. 외래본인부담금 인하 등의 정책으로 지체 장애 노인에게 건강검진, 재활치료를 비롯한 정기적인 외래서비스에 대한 접근성을 높여 복합 만성질환과 장애의 악화를 예방하도록 유도하여 건강을 유지하고 적시에 치료를 받을 수 있다면 응급, 입원 서비스에서 발생할 수 있는 대규모 의료비 지출을 예방할 수 있을 것이다. 또한 외래서비스 의료비 비중이 클수록 미충족 의료가 감소하였으므로 외래서비스 접근성 향상에 대한 정책은 미충족 의료 해소 관점에서도 유의하다.

둘째, 지체 장애 노인과 함께 사는 가구원 수가 증가할수록 미충족 의료가 감소하였는데, 장애인의 대부분이 직계가족의 도움을 받는다는 것을 고려했을 때 도움 여부가 미충족 의료에 중요한 요인이므로 장애인에게 공식적인 재가 서비스를 지원하는 정책 수립을 제안하며, 중증 장애인의 필수 활동을 보장하고 가족들의 도움에 대한 부담을 덜어주기 위한 보장구에 대한 지원 방법을 검토할 것을 제안한다.

셋째, 지체 장애 노인의 미충족 의료 해소를 위해 사회경제적 지위 향상을 도모해야 한다. 본 연구에서 지체 장애 노인의 경제활동 여부와 교육 수준이 미충족 의료의 결정요인으로 분석되었기 때문에 지체 장애 노

인이 경제력을 잃지 않도록 노인 일자리 창출 방안을 모색하고 근로 무능력을 호소하거나 근로 의사가 없는 노인들을 일자리로 유도할 수 있는 정책을 함께 검토해야 한다. 또한 보건교육과 의료이용에 관한 교육을 제공하여 교육 수준의 향상을 도모, 미충족 의료 해소에 한 발 더 다가갈 수 있을 것이다.

본 연구는 대규모 자료인 한국 의료패널 자료를 토대로 지체 장애 노인이 사회경제적 약자임을 다시 한 번 확인했으며 단순히 의료비라는 관점을 넘어 의료서비스 유형에 따른 의료비 비중을 파악하여 미충족 의료와의 관계를 살폈고 미충족 의료의 여러 요인을 분석하였다. 이를 근거로 하여 지체 장애 노인에 필요한 여러 중재와 정책에 필요한 기초자료를 제공한 것에 본 연구의 의의가 있다. 더불어 지체 장애 노인의 의료서비스와 미충족 의료는 그동안 간호학에서 거의 다루지 않았던 내용이라는 점에서 더 큰 의의가 있다.

본 연구는 설문 조사를 바탕으로 한 2차 자료를 이용하였기 때문에 의료비 데이터가 누락 되었을 가능성이 있고, 장기입원 중인 환자들에 발생한 의료서비스 비용을 반영하지 못한 한계가 있다. 또한 미충족 의료로 인해 적시에 외래서비스를 이용하지 못하면 고비용의 응급, 입원 서비스가 발생할 수 있어서 입원 서비스는 지체 장애 노인에서 의료비 부담을 증대시킬 수 있는 유력한 원인이었으나 미충족 의료와 유의한 관계를 밝혀내지는 못했다. 입원하는 동안에는 이동의 어려움, 교통 불편 등 물리적 접근의 어려움 없이 한꺼번에 진단, 처방, 기타 보조적인 서비스 등 다양한 의료서비스를 이용할 수 있어서(Donnelly et al., 2007) 입원 서비스가 고비용일지라도 지체 장애 노인의 미충족 의료 욕구를 충족시켜 주었을 가능성도 있어 이에 관한 추가 연구가 더 필요하다.

참 고 문 헌

강현철, 연규필, & 한상태. (2015). 간호학 연구에서 효과크기의 사용에 대한 고찰. *Journal of Korean Academy of Nursing, 45*(5), 641-649.

국립국어원. (2020). 표준국어대사전. Retrieved from https://stdict.korean.go.kr/main/main.do

권선진. (2018). 장애인의 보건의료· 건강 실태와 정책과제. *보건복지포럼, 2018*(9), 21-32.

김교성, & 이현옥. (2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로. *사회복지정책, 39*(4), 255-279.

김남순, 서제희, 정 연, 이정아, 배정은, 이나경, 김은주, 염아림, 윤열매. 서남규, 문성웅, 강태욱, 오하린, 정다인, 고종률, 이희제, 김찬호, 김우중, 김성식, 안윤균, 김규성, 이영민, 김유진, & 김진영. (2016). 2016년 한국의료패널 기초분석보고서 (Ⅱ)-질병 이환, 만성질환, 건강 행태와 건강 수준.

김성희, & 고선정. (2004). 장애유형별 장애노인의 특성에 관한 연구. 한국노년학, 24, 171-195.

김성희, 이연희, 오욱찬, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 오다은, 강동욱, 권선진. (2017). *2017 년 장애인 실태조사*: 보건복지부.

김소애, 서영원, 우경숙, & 신영전. (2019). 국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰. 비판사회정책, (62), 53-92.

김수정, & 허순임. (2011). 우리나라 가구 의료비부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로. 보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구), 17(1), 47-70.

김진구. (2008). 저소득층의 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. *사회복지연구, 37*, 5-33.

김태철. (2019). *장애인의 의료이용과 관련요인분석-한국복지패널 12차*

자료를 이용하여. 석사학위논문. 충남대학교 보건대학원.

김현희, 황지영, & 박일수. (2016). 장애인 실태조사 자료를 이용한 국민기초생활수급 장애인의 미충족 의료 결정요인 분석. *한국장애인복지학*, 5-28.

노승현. (2012). 장애노인 가구의 과부담 보건의료비 결정요인에 관한 종단적 연구. *한국사회복지학, 64(3)*, 51-77.

문성웅, 서남규, 강태욱, 오하린, 정다인, 고종률, 이희제, 김찬호, 김우중, 김성식, 안윤균, 김남순, 서제희. 정 연, 이정아, 배정은, 이나경, 김은주, 염아림, & 윤열매. (2018). 2016년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅰ) - 가계부담의료비 구성, 의료이용, 민간의료보험, 주요 질병별 의료비 분석.

문종훈, & 김예순. (2018). 노인의 장애유무에 따른 사회경제학적 특성, 만성질환 유무, 의료이용 및 의료비 지출 비교: 2015 년 한국의료패널 자료를 이용하여. 대한고령친화산업학회지 제, 10(2).

박선주, & 이원재. (2017). 빈곤노인의 미충족 의료와 관련된 융합적 요인 분석. 한국융합학회논문지, 8(1), 221-229.

백은령, & 노승현. (2009). 중· 노년 지체장애인 실태와 생활만족도에 관한 연구. *한국비영리연구, 7*, 71-104.

보건복지부. (2018). *제5차 장애인정책종합계획*.

송경신, 이준협, & 임국환. (2011). 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. *대한보건연구 (구 대한보건협회학술지), 37*(1), 131-140.

송해연, 최재우, 박은철. (2015). 한국 성인의 경제활동 참여변화가 미충족 의료에 미치는 영향: 4, 5 차 한국의료패널자료를 이용하여. 보건행정학회지, 25(1), pp.11-21.

신영전, & 손정인. (2009). 미 충족의료의 현황과 관련요인: 1 차, 2 차 한국복지패널자료를 이용하여. *보건사회연구, 29*(1), 111-142.

신자은. (2013). 건강보험 가입 재가 장애인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인. *보건사회연구, 33*(2), 525-577.

신한얼, 고재인, 심은혜, & 김홍수. (2019). 한국 노인 미충족 의료 관련

요인의 체계적 고찰. *보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구), 25*(1), 29-52.

유소연, 김예순, 홍현숙, 천미경, & 모진아. (2011). 일부 지체장애인의 미치료 경험에 영향을 주는 결정요인 분석. 보건행정학회지, 21(4), 565-584.

윤태호, 이상이, 강윤식, 정백근, & 김철웅. (2007). 장애 유형별 의료서비스 이용의 차이. *보건행정학회지, 17*(2), 33-51.

은상준. (2006). 외래진료 민감질환 유질환자 중장애인과 비장애인 간 의료이용률 차이, *석사학위 논문. 서울대학교 대학원.*

이동영. (2019). 장애인가구의 본인부담 보건의료비지출의 결정요인 및 소득탄력도 분석. *비판사회정책*(62), 157-211.

이상용. (2004). 장애인의 의료이용 형평성에 관한 분석. *박사학위논문. 연세대학교 사회복지대학원.*

이주은, & 김태현. (2014). 민간의료보험과 미충족 의료와의 관계. *Journal of Health Informatics and Statistics, vol.39(1)*, 91-104.

이진용. (2006). 장애인 의료서비스 필요측정도구 개발 및 적용. *박사학위 논문. 서울대학교 대학원.*

이혜재, & 이태진. (2015). 경험률과 비급여진료비가 과부담의료비 발생에 미치는 영향. *보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구), 21*(3), 55-79.

전보영. (2014). 장애인의 의료이용과 경험률 경험에 영향을 미치는 요인. *박사학위 논문. 서울대학교 대학원.*

전보영, & 권순만. (2015). 장애인의 보건의료 접근성 저해 요인: 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한 경험률을 중심으로. *사회보장연구, 31*(3), 145-171.

전보영, 권순만, 이혜재, & 김홍수. (2011). 장애노인의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 한국노년학, 31(1), 171-188.

정경희, 오영희, 이윤경, 오미애, 강은나, 김경래, 황남희, 김세진, 이선희, 이석구, & 홍송이. (2017). 2017년도 노인실태조사. 한국보건사회

연구원
정영호. (2012). 한국의료패널로 본 활동제한과 미충족 의료. *보건· 복지 Issue & Focus, 120*, 1-8.
정영호, & 고숙자. (2009). 생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석 (1): 한국보건사회연구원.
정현우, & 이준협. (2017). 과부담의료비 지출 경험이 경제적 이유에 의한 경험률 발생에 미치는 영향. *보건경제와 정책연구(구 보건경제연구), 23*(1), 27-51.
질병관리본부. (2019). 2017 국민건강통계. Retrieved from https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/sub04/sub04_03.do?classType=7
최희영, & 류소연. (2017). 우리나라 노인들의 미충족 의료 유형별 관련 요인. 보건의료산업학회지, 11(2), 65-79.
허순임. (2009). 소득 계층별 의료비 부담의 추이. *보건복지포럼, 2009*(3), 48-62.
허순임, 김미곤, 이수형, & 김수정. (2009). 미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구. 한국보건사회연구원.
허순임, & 김수정. (2007). 우리나라 성인의 미 충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로. *보건경제와 정책연구, 13*(2), 1-16.
허순임, & 이혜재. (2016). 미충족 의료 경험의 결정요인 -가구 유형을 중심으로 -. *2016년 한국의료패널 심층분석보고서 - 보건의료지표를 중심으로 살펴 본 한국보건제도-*, pp.58-84.
황홍구, & 정현식. (2017). 장애인의 의료이용에 영향을 미치는 요인. *한국산학기술학회 논문지, 18*(5), 219-225.
홍은혜. (2018). 가계 직접의료비 부담이 경제적 이유에 의한 미충족의료 경험에 미치는 영향, *석사학위논문. 연세대학교 대학원.*
Anderson, G., & Knickman, J. R. (2001). Changing the chronic care system to meet people's needs. Health Affairs, 20(6), 146-160.
Beatty, P. W., Hagglund, K. J., Neri, M. T., Dhont, K. R., Clark, M.

J., & Hilton, S. A. (2003). Access to health care services among people with chronic or disabling conditions: patterns and predictors. Archives of physical medicine and rehabilitation, 84(10), 1417-1425.

Casey, R. (2015). Disability and unmet health care needs in Canada: a longitudinal analysis. *Disability and health journal, 8*(2), 173-181.

Chevarley, F. M., Thierry, J. M., Gill, C. J., Ryerson, A. B., & Nosek, M. A. (2006). Health, preventive health care, and health care access among women with disabilities in the 1994–1995 National Health Interview Survey, Supplement on Disability. Women's Health Issues, 16(6), 297-312.

Coresh, J., Selvin, E., Stevens, L. A., Manzi, J., Kusek, J. W., Eggers, P., ... & Levey, A. S. (2007). Prevalence of chronic kidney disease in the United States. Jama, 298(17), 2038-2047.

Cunningham, P. J., & Hadley, J. (2007). Differences between symptom-specific and general survey questions of unmet need in measuring insurance and racial/ethnic disparities in access to care. Medical Care, 842-850.

Cunningham, P. J., Hadley, J., Kenney, G., & Davidoff, A. J. (2007). Identifying affordable sources of medical care among uninsured persons. Health services research, 42(1p1), 265-285.

DeJong, G., Palsbo, S. E., & Beatty, P. W. (2002). 1. The organization and financing of health services for persons with disabilities. *The Milbank Quarterly, 80*(2), 261-301.

Diamant, A. L., Hays, R. D., Morales, L. S., Ford, W., Calmes, D., Asch, S., ... & Sumner, G. (2004). 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(5), 783-789.

Donnelly, C., McColl, M. A., Charlifue, S., Glass, C., O'Brien, P., Savic, G., & Smith, K. (2007). Utilization, access and satisfaction with primary care among people with spinal cord injuries: a comparison of three countries. Spinal Cord, 45(1), 25-36.

Gulley, S. P., Rasch, E. K., & Chan, L. (2011). The complex web of health: relationships among chronic conditions, disability, and health services. Public health reports, 126(4), 495-507.

Hwang, B., Chun, S.-M., Park, J.-H., & Shin, H.-I. (2011). Unmet healthcare needs in people with disabilities: comparison with the general population in Korea. *Annals of rehabilitation medicine, 35*(5), 627.

Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomäki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. Journal of Epidemiology & Community Health, 58(4), 327-332.

Laursen, B., & Helweg-Larsen, K. (2012). Health service use in adults 20–64 years with traumatic brain injury, spinal cord injury or pelvic fracture. A cohort study with 9-year follow-up. BMJ open, 2(5).

McColl, M. A., Jarzynowska, A., & Shortt, S. E. D. (2010). Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence. Disability & Society, 25(2), 205-218.

Nahm, F. S. (2015). 효과크기의 이해. *Hanyang Med Rev, 35*, 40-43.

Quail, J. M., Wolfson, C., & Lippman, A. (2011). Unmet need for assistance to perform activities of daily living and psychological distress in community-dwelling elderly women. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement, 30*(4), 591-602.

Reichard, A., Stolzle, H., & Fox, M. H. (2011). Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. Disability and health journal, 4(2), 59-67.

Rimmer, J. H., & Rowland, J. L. (2008). Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. American Journal of Lifestyle Medicine, 2(5), 409-420.

Sakellariou, D., & Rotarou, E. S. (2017). Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ open, 7*(8), e016614.

Sanmartin, C., Houle, C., Tremblay, S., & Berthelot, J.-M. (2002). Changes in unmet health care needs. *Health reports, 13*(3), 15-21.

Tomlinson, M., Swartz, L., Officer, A., Chan, K. Y., Rudan, I., & Saxena, S. (2009). Research priorities for health of people with disabilities: an expert opinion exercise. The Lancet, 374(9704), 1857-1862.

World Health Organization. (2018, January 16). Disability and health. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

부록 1. ‘2016 한국의료패널’ 조사표 내 설문지

가구 일반 사항

조사 시점 기준

1. 가구원 수	**(조사 시점 기준)** OOO(가구원 이름)님의 현재 가구원 수는 **총 OO명**이 맞습니까? ① 예 ② 아니요 ☛ **"가구원 변동 사항 조사표"로 돌아가시오.**
2. 가구주 번호	**(조사 시점 기준)** OOO(가구원 이름)님의 가구에서 가구주는 누구입니까? (가구원 번호 기입)
3. 세대구성	**(조사 시점 기준)** 선생님 가구의 세대 구성은 다음 중 무엇에 해당됩니까? 1세대: 11. 1인 가구 12. 부부(응답자+배우자) 13. 부부+ 형제자매 14. 응답자+형제자매 15. 부부+기타 친인척 19. 기타 1세대 가구 2세대: 21. 부부+자녀 22. 편부+자녀 23. 편모+자녀 24. 부부+양친 25. 부부+편부모 26. 부부+자녀+부부의 형제자매 27. 조부모부부+손자녀 28. 편조부/편조모+손자녀 29. 기타 2세대 가구 3세대: 31. 부부+자녀+양친 32. 부부+자녀+편부모 33. 양조부모+편부+자녀 34. 양조부모+편모+자녀 35. 편조부(모)+편부+자녀 36. 편조부(모)+편모+자녀 39. 기타 3세대 가구 4세대: 40. 4세대 가구
4. 국민기초생활보장급여(맞춤형급여) 수급 유무	**(조사 시점 기준)** 선생님의 가구가 국민기초생활보장급여(맞춤형급여) 수급 대상 가구입니까? (※ 가구원 중 한 명이라도 급여 수급 대상이면 수급 대상 가구입니다) ① 예 ☞ 4-1번으로 가시오. ② 아니요 ☞ 5번으로 가시오.
4-1. 급여 종류	**(조사 시점 기준)** 선생님의 가구가 국민기초생활보장급여(맞춤형급여) 수급 대상이라면 다음 중 어떠한 급여에 해당됩니까?(※ 수급받고 있는 급여를 모두 기입) ① 생계급여 ② 의료급여 ③ 주거급여 ④ 교육급여
5. 다문화 가구	**(조사 시점 기준)** 선생님의 가구는 결혼이민자가 있는 다문화 가구입니까? (사실혼, 귀화 포함) ① 예 ☞ 5-1번으로 가시오. ② 아니요 ☞ **"가구원 일반 사항1"**으로 가시오.

5-1. 결혼이민자 가구원 번호	**(조사 시점 기준)** 선생님의 가구에 결혼이민자가 계시다면 누구입니까? (가구원 번호 기입)

가구원 일반 사항 1

지난 조사 이후의 분가/사망 가구원 모두 포함
조사 시점 기준

1. 가구주와의 관계	OOO(가구원 이름)님은 **가구주**와 어떠한 관계이십니까?

10. 본인	20. 배우자
1. 조부모 3. 부모 5. 부모의 형제/자매	2. 배우자의 조부모 4. 배우자의 부모 6. 배우자의 부모의 형제/자매
11. 첫째 자녀 12. 둘째 자녀 13. 셋째 자녀 14. 넷째 자녀 15. 다섯째 자녀 16. 여섯째 자녀 17. 일곱째 자녀 18. 여덟째 자녀 19. 아홉째 이상 자녀	
21. 첫째 자녀의 배우자 22. 둘째 자녀의 배우자 23. 셋째 자녀의 배우자 … → 29까지	
31. 첫째 형제/자매 32. 둘째 형제/자매 33. 셋째 형제/자매 … → 39까지	61. 배우자의 첫째 형제/자매 62. 배우자의 둘째 형제/자매 63. 배우자의 셋째 형제/자매 … → 69까지
41. 첫째 형제/자매의 배우자 42. 둘째 형제/자매의 배우자 43. 셋째 형제/자매의 배우자 … → 49까지	71. 배우자의 첫째 형제/자매 배우자 72. 배우자의 둘째 형제/자매 배우자 73. 배우자의 둘째 형제/자매 배우자 … → 79까지
50. 형제/자매의 자녀	80. 배우자의 형제/자매의 자녀
111. 첫째 자녀의 자녀(손자녀) 112. 둘째 자녀의 자녀(손자녀) 113. 셋째 자녀의 자녀(손자녀) … → 119까지	
121. 첫째 자녀의 자녀(손자녀) 배우자 122. 둘째 자녀의 자녀(손자녀) 배우자 123. 셋째 자녀의 자녀(손자녀) 배우자 … → 129까지	
200. 기타 친인척	
300. 친인척 관계가 아닌 동거인	

2. 성별	OOO(가구원 이름)님은 성별이 어떻게 되십니까? ① 남 ② 여

3. 생년월일	OOO(가구원 이름)님의 생년월일이 어떻게 되십니까? (※ 주민등록상의 생년월일을 말씀해 주십시오.) 3-1) 생년 3-2) 생월 3-3) 생일
4. 결혼 상태	OOO(가구원 이름)님은 혼인 상태가 어떻게 되십니까? (사망 가구원의 경우 사망 시점) ① 혼인 중(사실혼 포함) ② 별거(이혼전제) ③ 사별/실종 ④ 이혼 ⑤ 미혼
5. 교육 수준	OOO(응답자 이름)님은 학교를 어디까지 다니셨습니까? 혹은 다니고 계십니까? 01. 미취학 아동(만7세 이하) ☞ 6번으로 가시오. 02. 무학(해독불가) ☞ 6번으로 가시오. 03. 무학(해독가능) ☞ 6번으로 가시오. 11. 초등 1학년 / 21. 중등 1학년 12. 초등 2학년 / 22. 중등 2학년 13. 초등 3학년 / 23. 중등 3학년 14. 초등 4학년 / 31. 고등 1학년 15. 초등 5학년 / 32. 고등 2학년 16. 초등 6학년 / 33. 고등 3학년 41. 대학(교) 1학년 / 51. 대학원 석사 42. 대학(교) 2학년 / 52. 대학원 박사 43. 대학(교) 3학년 44. 대학(교) 4학년 45. 대학(교) 5학년 46. 대학(교) 6학년
5-1. 졸업 유무	OOO(가구원 이름)님은 다니신 학교를 졸업하셨습니까? 중퇴하셨습니까? ① 졸업 / ⑤ 중퇴 ② 재학 ③ 휴학 ④ 수료
6. 동거 유무	선생님께서 말씀하신 OOO(가구원 이름)님, OOO(가구원 이름)님과는 함께 동거하고 계십니까? ① 예 ☞ "가구원 일반 사항 2 "로 가시오. ② 아니요 ☞ 6-1번으로 가시오.
6-1. 비동거 이유	선생님께서 말씀하신 OOO(가구원 이름)님, OOO(가구원 이름)님과 함께 살지 않은 이유는 무엇입니까? ① 직업준비 / ⑦ 가출/별거 ② 직장 / ⑧ 사망 ③ 교육/보육 / ⑨ 분가 ④ 군입대 / ⑩ 기타 ⑤ 장기입원 / ⑪ 취미활동 ⑥ 시설입소

가구원 일반 사항 2

조사 시점 기준

1. 의료급여 수급 여부	OOO(가구원 이름)님은 의료급여 1종 또는 의료급여 2종을 받고 계십니까? ① 예, 의료급여 1종 ☞ 1-3번으로 가시오. ② 예, 의료급여 2종 ☞ 1-3번으로 가시오. ③ 아니요 ☞ 1-1번으로 가시오.
1-1. 의료보장 형태	OOO(가구원 이름)님은 어떤 유형의 건강보험에 가입되어 있으십니까? ① 공무원·교직원 건강보험 ☞ 1-2번으로 가시오. ② 직장 건강보험 ☞ 1-2번으로 가시오. ③ 지역 건강보험 ☞ 1-2번으로 가시오. ④ 건강보험 + 국가유공자 등 당사자 특례 ☞ 1-2번으로 가시오. ⑤ 건강보험 + 국가유공자 등 가족 특례 ☞ 1-2번으로 가시오. ⑥ 국가유공자 등 당사자 특례 ☞ 2번으로 가시오. ⑦ 국가유공자 등 가족 특례 ☞ 2번으로 가시오. ⑧ 건강보험료 체납으로 인한 급여정지 ☞ 2번으로 가시오. ⑨ 미가입(외국국적) ☞ 2번으로 가시오. ⑩ 건강보험 + 차상위 경감 대상자 ☞ 1-2번으로 가시오.
1-2. 건강보험 대표자	OOO(가구원 이름)님께서 건강보험에 가입하고 계신다면, 국민건강보험은 누구 앞으로 되어 있습니까(건강보험 부양자)? **☛ 해당 가구원 번호 기입** 66. 가구원이 아닐 경우
1-3. 의료급여 취득년월	의료급여 1종 또는 2종 수급권자라면 의료급여증을 언제 발급받으셨습니까?(갱신한 경우 갱신일) (　)년 (　)월
2. 장애등급 판정 유무	OOO(가구원 이름)님께서는 혹시 장애등급을 판정받으셨습니까? ① 장애판정 + 등록 ☞ 2-1번으로 가시오. ② 장애없음 ☞ "3번"으로 가시오. ③ 장애판정 + 미등록 ☞ 2-1번으로 가시오. ④ 장애보유 + 미판정 ☞ 2-1번으로 가시오.
2-1. 장애등급 등록	판정받으신 장애등급으로 보건복지부나 보훈처에 등록하셨습니까? ① 예, **보건복지부** (☞ 2-2. 장애유형을 기입하고 2-3. 장애등급을 기입하세요) ② 예, 보훈처 (☞ 2-2. 장애유형을 기입하고 2-3. 장애등급은 건너뛰기하세요) ③ 아니요 (☞ 2-2. 장애유형을 기입하고 2-3. 장애등급은 건너뛰기하세요)
2-2. 장애유형	OOO(가구원 이름)님께서 어떠한 유형으로 장애등급을 판정받으셨습니까? ① 지체(1~6급) ② 뇌병변(1~6급) ③ 시각(1~6급) ④ 청각(2~6급) ⑤ 언어(3~4급) ⑥ 지적장애(1~3급) ⑦ 발달(자폐)(1~3급) ⑧ 정신장애(1~3급) ⑨ 신장(2급, 5급) ⑩ 심장(1~3급, 5급) ⑪ 호흡기(1~3급, 5급) ⑫ 간(1~3급, 5급) ⑬ 안면(2~5급) ⑭ 장루 · 요루(2~5급) ⑮ 간질(2~5급)
2-3. 장애등급	판정받으신 장애등급은 몇 급에 해당되십니까? (　)급

3. 사회보험 가입 여부	OOO(가구원 이름)님께서는 다음의 사회보험의 보험료를 내고 계십니까? 3-1) 국민연금(공적연금, 공무원연금 포함) ① 납부중 ② 납부안 함 3-2) 산재보험 ③ 수령중 3-3) 고용보험 9. 모름
4. 개인연금/ 종신보험 가입 여부	OOO(가구원 이름)님께서 민간 회사(은행, 보험사, 투신사, 증권사 등)에서 판매하는 개인연금이나 종신보험에 가입되어 있습니까? ① 개인연금만 가입 ② 종신보험만 가입 ③ 둘 다 가입 ④ 둘 다 미가입

경제활동 상태

15세 이상 가구원
2015년 12월 31일 기준
(이전 일주일)

1. 경제활동 유무	(2015년 12월 31일 기준) OOO(가구원 이름)님께서는 수입을 목적으로 일을 하셨습니까? 원래 일을 하고 있지만, 일시 휴직하신 상태도 일을 하신 경우에 포함됩니다. ① 예 ☞ 3번으로 ② 아니요 ☞ 2-1번으로
2. 비경제활동 이유	OOO(가구원 이름)님께서 경제활동을 하고 있지 않으신 이유는 무엇입니까? ① 은퇴/정년퇴직 ⑧ 근로 무능력 ② 군복무(공익근무요원 포함) ⑨ 질병(건강악화) ③ 학업/진학준비 ⑩ 사고로 인한 손상 ④ 가사 및 양육 ⑪ 통학(정규교육기관) ⑤ 간병 ⑫ 취업준비(영어, 고시, 취업훈련기관) ⑥ 구직활동 중 ⑬ 근로의사 없음 ⑦ 구직활동 포기 ⑭ 기타(_____)

☞ 비경제활동 이유 응답자는 "다음 조사 부문"으로

3. 일자리 유형	(2015년 12월 31일 기준) OOO(가구원 이름)님께서 하시는 일은 다음 중 무엇입니까? ① 임금근로자: 타인, 또는 회사에 고용되어 보수(돈)를 받고 일함(직장, 아르바이트 등 포함) ② 고용주, 자영업자: 내 사업을 함(개인사업, 프리랜서, 가게/식당 등의 주인, 십장(오야지), 농림수산업, 행상 및 노점상 등) ③ 무급가족종사자: 일주일 평균 약 18시간(하루에 3-4시간) 이상 가족 및 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕는다

의료 관련 지출

조사원의 지난 방문 이후부터

	구분	총지출비
1. 약국 및 약국 외 구매	1-1) 일반의약품	총 , 원
약국 구매	1-2) 의약외품	총 , 원

	구분	총 지출비
2. 약국, 한약방에서 한약 구매	2-1) 약국에서의 한약 구매	총 , 원
	2-2) 한약방에서의 한약 구매	총 , 원

구분	총지출비
3. 건강을 목적으로 시장, 홈쇼핑, 건강원 등에서 한약재, 엑기스 등 구매(한방병의원, 약국, 한약국, 한약방 제외) ※ 한약 달이는 삯 포함	, 원
4. 건강기능식품(마트, 약국, 홈쇼핑 등에서 구매)	, 원
5. 의료기기 구매/임대/수리	, 원
6. 침술원, 접골원	, 원
7. 기타( )	, 원

구분	총지출비
8. 안경/콘택트렌즈(수리비 포함)	, 원
	, 원
	, 원
	, 원
	, 원
	, 원

가구 소득 및 지출

2015년 1월 1일~12월 31일

	※ 근로소득에는 상용직, 임시직, 일용직일 때의 소득을 모두 포함			※ 부업소득이 있는 경우 사업소득에 포함하여 기재	
가구원 번호	1-1. 근로소득 유무	1-2. 근로 개월 수	1-3. 근로소득 연간 합계 금액	2-1. 사업소득 유무	2-2. 사업소득 연간 합계 금액
1	① 있음 ② 없음☞2-1번	(　　)개월	연간(　　)**만 원**	① 있음 ② 없음 ☞3번	연간(　　)**만 원**
2	① 있음 ② 없음☞2-1번	(　　)개월	연간(　　)**만 원**	① 있음 ② 없음 ☞3번	연간(　　)**만 원**
3	① 있음 ② 없음☞2-1번	(　　)개월	연간(　　)**만 원**	① 있음 ② 없음 ☞3번	연간(　　)**만 원**
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

		연간 소득액	
3. 부동산/동산 소득	**월세 등의 임대료,**	연간	**만 원**
	토지 임대료,	연간	**만 원**
	부동산 매매차익,	연간	**만 원**
	권리금 등	연간	**만 원**
	특허권, 저작권, 자격증 임대	연간	**만 원**
	기타(　　)	연간	**만 원**

		연간 소득액	
4. 금융소득	**은행/사채 이자,**	연간	**만 원**
	배당금,	연간	**만 원**
	주식/채권 매매차익 등	연간	**만 원**
	기타(　　)	연간	**만 원**

		연간 소득액	
5. 사회보험	**공적연금(국민, 공무원, 군인, 교원, 보훈, 별정직우체국 등),**	연간	**만 원**
	고용보험(실업급여, 직업능력개발급여 등),	연간	**만 원**
	육아휴직급	연간	**만 원**
	산재보험(휴업급여, 장해연금, 유족급여 등),	연간	**만 원**
	사회보험 일시금	연간	**만 원**
	기타(　　)	연간	**만 원**
	※ 국민연금에는 노령연금, 장해연금, 유족연금, 분할연금이 포함되며, 공무원연금에는 퇴직연금, 장해연금, 유족연금이, 사학연금에는 퇴직연금, 장해연금, 유족연금이, 군인연금에는 퇴직연금, 장해연금, 유족연금이, 별정우체국직원연금에는 퇴직연금, 장해연금, 유족연금이 포함됩니다. ※ 육아휴직급에는 고용보험에서 받는 육아휴직급여, 육아기 근로시간단축급여, 산전후 휴가급여가 포함됩니다. ※ 사회보험 일시금에는 국민연금 반환일시금, 공무원 연금의 퇴직(연금) 일시금, 사학연금의 퇴직(연금) 일시금, 군인연금의 퇴직(연금) 일시금, 별정우체국직원연금의 퇴직(연금) 일시금, 산재보험의 산재(연금)일시금이 포함됩니다.		

		연간 소득액	
6. 민간보험	**개인연금,**	연간	**만 원**
	민간보험 해약 일시금,	연간	**만 원**
	만기환급금,	연간	**만 원**
	사고/질병보험금 등	연간	**만 원**
	기타(　　)	연간	**만 원**

주 거

2015년 12월 31일 기준

1. 주택 소유 여부	(2015년 12월 31일 기준) 귀하께서 살고 계신 집은 자가입니까? 전세나 월세입니까? ① 자가 ☞ 2번으로 ② 전세 ☞ 3번으로 ③ 월세 ☞ 4번으로 ④ 무상(관사, 사택 등) ⑤ 무상(친인척(부모, 형제, 자녀)의 실소유) ⑥ 기타(_____)
2. 자가의 경우	(2015년 12월 31일 기준) 귀하께서 살고 계신 집의 현 시세는 대략 어느 정도입니까? 현 시세 _____ 만 원
2-1. 자가 대출금	(2015년 12월 31일 기준) 귀하께서 살고 계신 집을 구매하기 위해 또는 집을 담보로 대출을 받으셨다면 갚아야 할 대출금은 얼마입니까? _____ 만 원 ※ 대출을 받지 않은 경우: 0원
3. 전세 보증금	(2015년 12월 31일 기준) 귀하께서 살고 계신 집의 전세 보증금은 얼마입니까? 전세 보증금 _____ 만원
4. 월세 보증금	(2015년 12월 31일 기준) 귀하께서 살고 계신 집의 월세 보증금은 얼마입니까? 월세 보증금 _____ 만 원
4-1. 월세	(2015년 12월 31일 기준) 귀하께서 살고 계신 집의 월세는 얼마입니까? 월세 _____ 만 원
5. 주거 형태	(2015년 12월 31일 기준) 귀하께서 살고 계신 집은 어떤 형태입니까? ① 단독주택 ② 다세대주택 ③ 연립주택 ④ 일반(임대)아파트 ⑤ 영구임대아파트 ⑥ 영업용 건물 내 거주 (상가, 공장, 점포, 여관 등) ⑦ 오피스텔 ⑧ 기타 (비닐하우스, 움막, 판잣집 등) (_____)
6. 주거 위치	(2015년 12월 31일 기준) 귀하께서 살고 계신 집의 주거시설 위치는 어떻게 됩니까? ① 지상층 ② 반지하층 ③ 지하층 ④ 옥탑
7. 거주 연도	(2015년 12월 31일 기준) 귀하께서 살고 계신 집에 거주하게 된 것은 몇 년도부터입니까? (_____) 년도

만성질환 관리

1. 만성질환 확인	OOO(가구원 이름)님께서는 ( )( ) … 만성질환을 앓았거나 앓고 계십니까? 만성질환명(이전 질환명) load
	다음의 질환을 앓았거나, 앓고 있습니까? 1 고혈압 / 2 당뇨병 / 3 이상지질혈증 / 4 관절병증 / 5 결핵 6 허혈성심장질환 / 7 뇌혈관질환 / 기타질환 / 기타질환 / … ① 예 ☞ 2번으로 ② 아니요 ☞ "다음 질환"으로 (마지막 질환인 경우 "만성질환 영역" 설문 종료) ③ 완치 ☞ "다음 질환"으로 (마지막 질환인 경우 "만성질환 영역" 설문 종료) ④ 타 질환과 중복됨 ☞ "다음 질환"으로 (마지막 질환인 경우 "만성질환 영역" 설문 종료) ※ 중복된 만성질환에 대해서는 ④로 입력함. ※ 이전 질환명에 대한 의견이 입력되어 있는 경우 질환 부위 등 상세 설명을 기입함.
	(조사 시점 기준) 이 밖에 앓고 있는 만성질환이 있습니까?(신규 질환 입력) 질환명 ( )
2. 의사진단 여부	OOO(질환명)은 의사진단을 받았습니까? ① 예 ☞ 2-1번으로 ② 아니요 ☞ "다음 질환"으로 (마지막 질환인 경우 "만성질환 영역" 설문 종료)
2-1. 진단 시기	진단받은 시기는 언제입니까? (최초 진단 시기) (1) 연도 (2) 연령 ☞ 2-2. 진단받은 연도 ( )년 또는 진단받은 연령 ( )세
3. 의료 이용	**(지난 1년간)** OOO(가구원 이름)님께서 만성질환을 관리 및 치료하기 위해 지난 1년간 병의원을 방문하고 계십니까? ① 예 ② 아니요
4. 의약품 복용 여부	OOO(가구원 이름)님께서는 지난 1년 동안 OOO질환을 관리 및 치료하기 위해 처방약(연고, 주사제 포함)을 복용(사용)하셨거나 하고 계십니까? ① 예 ☞ 5번으로 가시오 ② 아니요 ☞ 4-1번으로 가시오
4-1. 미복용 이유	약을 복용(사용)하지 않는 가장 중요한 이유는 무엇입니까? ① 약을 먹을 만큼 심각하지 않아서 ② 효과가 별로 없어서 ③ 약을 먹어서 부작용이 생기거나 몸에 해로울까봐 ④ 경제적 이유로(약값이 부담스러워서) ⑤ 기타( ) ⑥ 약 이외의 치료중(예: 혈액투석, 물리치료 등) ⑦ 의사가 약(연고, 주사제포함)을 처방하지 않음

☞ 의약품 미복용(사용)자는 "다음 조사 영역"으로 이동

5. 복약 순응	OOO질환을 관리 및 치료하기 위해 정해진 복용 방법대로 복용하십니까? ① 정해진 방법대로 복용하는 편이다. ☞ 6번으로 가시오 ② 정해진 방법대로 복용하지 않는 편이다. ☞ 5-1번으로 가시오

응급서비스 이용

조사원의 지난 방문 이후부터

지금부터 응급으로 병원 응급실에 다녀오신 날짜, 병의원 명칭, 아픈 곳, 비용 등에 대해 구체적으로 여쭙겠습니다.

1. 입원 연계	응급실 방문 후에 입원실로 이동하셨습니까? 0. 사망 ① 응급실 진료 후 입원 ② 상급병원 혹은 타 병원으로 이동 ③ 귀가(다른 병원으로 이동하기 위해 잠시 귀가한 경우 포함) 4. 입원 중
2. 방문일	OOO(가구원 이름)님께서 응급실을 이용한 날짜는 언제였습니까? □□□□년 □□월 □□일부터 □□□□년 □□월 □□일까지
2-1. 응급실 일수	응급실 이용 일수(자동생성 및 조사원 직접 기입) □□□일간
3.의료기관 종류	OOO(가구원 이름)님께서 이용하셨던 00병원(또는 00의원)의 종류는 무엇입니까? 0 : 종합전문요양기관 1 : 종합병원 3 : 의원 4 : 치과병원 5 : 치과의원 6 : 조산소 8 : 약국 20 : 병원 28 : 요양병원 29 : 정신요양병원 70 : 보건소 71 : 보건지소 73 : 보건진료소 75 : 모자보건센터 77 : 보건의료원(병원화보건소) 91 : 한방병원 93 : 한의원
3-1. 국공립 여부	국공립 여부 1 : 국립 2 : 국립대학 3 : 공립 4 : 학교법인 5 : 특수법인 6 : 종교법인 7 : 사회복지법인 8 : 사단법인 9 : 재단법인 10 : 회사법인 11 : 의료법인 12 : 개인 13 : 군병원 14 : 기타
4. 교통수단	응급실을 방문하는 데 사용한 교통수단은 무엇이었습니까? ① 소방 구급차(119 구급차) ☞ 5번으로 ② 병원에서 보내준 구급차 ☞ 4-1번으로 ③ 그 외 구급차(사단법인 구급차 등) ☞ 4-1번으로 ④ 개인용 차량 ☞ 6번으로 가시오 ⑤ 택시 ☞ 6번으로 가시오 ⑥ 도보 ☞ 6번으로 가시오 ⑦ 기타: 버스·지하철(_____) ☞ 6번으로 가시오
4-1. 앰뷸런스 비용	이 병(의)원을 이용할 때 앰뷸런스 사용료, 응급환자 수송 차량 이용료는 얼마였습니까? (　　)원 √구급차 이용한 경우에만 해당

11. 서비스	응급실에서 받은 가장 주된 서비스는 무엇이었습니까? ① 수술 ② 수술 이외의 치료(약물, 수혈 등) 또는 응급 처치 ③ 검사만 ④ 기타(_____)
12. 수납금액	수납 창구에 지불한 금액에 대해 여쭙겠습니다. (앰뷸런 스사용료, 응급환자 수송 차량 이용료는 **제외하여 주세요.**) **1. 수납금액 입력 ☛ 12-1번으로 가시오** **91. 돈을 지불하지 않음 ☛ 12-6번으로 가시오**
12-1 ~ 12-5. 수납금액	수납 창구에 지불하신 총수납금액은 얼마입니까? (앰뷸런스 사용료, 응급환자 수송 차량 이용료는 **제외하여 주세요.)** 12-1) 수납금액: (　　)원 **12-2) 전보부담금: (　　)원** **12-3) 법정본인부담금: (　　)원** **12-4) 비급여: (　　)원** **12-5) 총진료비 (전보부담금+법정본인부담금+비급여): (　합계 자동계산　)원**
12-8. 이유	수납 창구에 돈을 지불하지 않으신 이유는 무엇입니까? ① 의료급여자 무료진료 ② 국가유공자 무료진료 ③ 전국 공적 무료진료 ④ 교통사고로 인한 보험사 처리 ⑤ 산재보험 처리 ⑥ 응급실 이용에 대한 비용을 입원비용 정산 시 포함 ⑦ 기타/모름 사유 (_____)
13. 의료비 재원	00병원(또는 00의원)에 대한 비용을 보험회사나 비동거 가족, 친인척들이 보상/부담해 주었습니까? ① 예 ② 아니요 ☞ 14번으로 가시오
13-1. 전보 이외의 지원	00월 00일, 00병원(또는 00의원) 이용에 따른 비용을 지원 또는 보상받았다면 모두 말씀해 주십시오. (복수 응답) ① 자동차보험 ② 산재보험 ③ 민간보험(질병보험, 암보험) ④ 민간보험(연금특약) ⑤ 비동거 가족/친인척/친구의 지원 ⑥ 비영리기관(종교단체, 자선단체 등) ⑦ 정부/지자체 ⑧ 기타(　　)
14. 처방약 구매 유무	처방전을 받아서 약국에서 처방약을 구매하였습니까? 병원에서 약을 직접 받으셨습니까? ① 처방전을 받아 약국에서 구입 ☞ 14-1번으로 ② 처방전을 받아 약국에서 구입 + 병원에서 직접 받았음 ☞ 14-1번으로 ③ 약을 병원에서 직접 받았음 ☞ 15번으로 가시오 ④ 처방전이나 약을 받지 않았음 ☞ 15번으로 가시오 ⑤ 처방전을 받았으나 약국에서 처방약을 구매하지 않음 ☞ 15번으로 가시오 8. 응급실에서 바로 입원 ☞ 15번으로 가시오

14-1. 처방 약값	처방전으로 약국에서 처방약을 구매하였다면 얼마를 지불하였습니까? 1. 약값 입력 ⇒ 14-2) ( )원 0. 의료급여자 무료 91. 건보 이외의 지원으로 인한 무료
14-3. 약 구매일	약국에서 처방약을 구입하는 일자는 진료 일자와 동일하였습니까? (0)일 : 진료일과 동일한 날에 약을 구매하였다. 진료일보다 (_)일 늦게 약을 구매하였다.
15. 만족도	이번에 응급실 이용과 관련하여 전반적으로 어느 정도로 만족하셨습니까? ① 매우 불만족 ② 불만족 ③ 만족 ④ 매우 만족

응급으로 병의원에 다녀오신 경우가 누락되지 않았는지 다시 확인하여 주십시오.

⇒ 반복 질문 종료

입원서비스 이용

조사원의 지난 방문 이후부터

지금부터 입원으로 병의원에 다녀오신 날짜, 병의원 명칭, 아픈 곳, 비용 등에 대해 구체적으로 여쭙겠습니다.

2. 입원 기간	OOO(가구원 이름)님께서는 며칠부터 며칠까지 입원하셨습니까? □□□□년 □□월 □□일부터 □□□□년 □□월 □□일까지 ※ 입원중일 경우에는 조사 시점 기간을 입력
입원중 유무	입원 시작(부터): ① 입원중 => "55" ② 입원중이 아닐 경우 => "0" 입원 종료(까지): ① 입원중 => "55" ② 입원중이 아닐 경우 => "0"
2-1. 입원 일수	입원 일수(조사원 직접 기입) □□□일간
3. 입원 시작	OOO(가구원 이름)님께서 어떤 경로를 통해 입원하였습니까? ① 응급실을 통해 곧바로 입원 ② 외래진료를 마치고 당일 입원 ③ (이전에 진료를 받고 입원 결정 후) 예약한 날짜에 입원 ④ 다른 병원에서 후송되어 곧바로 입원 ⑤ 대기하다가 병원의 연락을 받은 후에 입원 ⑥ 기타 (　　)
4.의료기관 종류	OOO(가구원 이름)님께서 입원하셨던 00병원(또는 00의원)의 종류는 무엇입니까? 0 : 종합전문요양기관 1 : 종합병원 3 : 의원 4 : 치과병원 5 : 치과의원 6 : 조산소 8 : 약국 20 : 병원 28 : 요양병원 29 : 정신요양병원 70 : 보건소 71 : 보건지소 73 : 보건진료소 75 : 모자보건센터 77 : 보건의료원(병원화보건소) 91 : 한방병원 93 : 한의원
4-1. 국공립 여부	국공립 여부 1 : 국립 2 : 국립대학 3 : 공립 4 : 학교법인 5 : 특수법인 6 : 종교법인 7 : 사회복지법인 8 : 사단법인 9 : 재단법인 10 : 회사법인 11 : 의료법인 12 : 개인 13 : 군병원 14 : 기타
5. 의료기관 선택 기준	OOO(가구원 이름)님께서 입원하셨던 00병(의)원을 선택한 가장 중요한 이유는 무엇이었습니까? ① 의료진이 우수하다고 생각되어서 ② 장비, (위험대비)시설 및 병원 환경이 뛰어나서 ③ 의료진들이 친절해서 ④ 비용이 저렴해서 ⑤ 병원이 가까워서 ⑥ 다니던 병원이어서 ⑦ 다른 의료기관의 이송 의뢰 ⑧ 기타 (　　)

16. 처음 입원실	사용하신 첫 번째 입원실은 어떤 형태였습니까? ① 특실 ④ 4~5인실 ② 1인실 ⑤ 6인실 이상 ③ 2~3인실 ⑥ 중환자실 ⑦ 기타(회복실, 신생아실 등)
16-1. 희망 입원실	첫 번째 입원실은 희망하셨던 입원실이었습니까? ① 예 ② 아니요 8. 비해당(병원의 병실 형태가 동일하여 선택의 여지가 없었음) ☞ 17번으로 가시오
16-2. 두 번째 입원실	[첫 번째 입원실에서 이동한 경우] 사용하신 두 번째 입원실은 어떤 형태였습니까? 0. 이동하지 않음 ☞ 17번으로 가시오 ① 특실 ④ 4~5인실 ② 1인실 ⑤ 6인실 이상 ③ 2~3인실 ⑥ 중환자실 ⑦ 기타(회복실, 신생아실 등)
16-3. 세 번째 입원실	[두 번째 입원실에서 이동한 경우] 사용하신 세 번째 입원실은 어떤 형태였습니까? 0. 이동하지 않음 ① 특실 ④ 4~5인실 ② 1인실 ⑤ 6인실 이상 ③ 2~3인실 ⑥ 중환자실 ⑦ 기타(회복실, 신생아실 등)
17. 수납금액	00병원(또는 00의원)에서 퇴원하실 때 수납하신 금액에 대해 여쭙겠습니다. 수납 창구에 지불하신 총수납금액은 얼마입니까? **(앰뷸런스 사용료, 응급환자 수송 차량 이용료는 제외하여 주세요.)** **0.** 입원 시작(부터): 입원중 & + 입원 종료(까지): 입원중 **⇒ 17-1) 월평균 금액 입력** ① **수납금액 입력** ☞ **17-1) ~ 17-5)** ② 의료급여자 무료진료 ③ 국가유공자 무료진료 ④ 전국 공적 무료진료 ⑤ 지자체 및 이외의 무료진료 ⑥ 교통사고로 인한 보험사 처리 ⑦ 산재보험 처리 ⑧ 입원 중인 가구원 입원 종료(까지): 입원중 => "55"일 경우 ☞ 24번으로 가시오
17-1 ~ 17-5. 수납금액	16-1) 수납금액: ( )원 **16-2) 건보부담금: ( )원** **16-3) 법정본인부담금: ( )원** **16-4) 비급여: ( )원** **16-5) 총진료비(건보부담금+법정본인부담금+비급여): (합계 자동계산)원**
18. 처방약 구매 유무	처방전을 받아서 약국에서 처방약을 구매하였습니까? 병원에서 약을 직접 받으셨습니까? ① 처방전을 받아 약국에서 구입 ☞ 19번으로 가시오 ② 처방전을 받아 약국에서 구입 + 병원에서 직접 받았음 ☞ 19번으로 가시오 ③ 약을 병원에서 직접 받았음 ☞ 20번으로 가시오 ④ 처방전이나 약을 받지 않았음 ☞ 20번으로 가시오 ⑤ 처방전을 받았으나 약국에서 처방약을 구매하지 않음 ☞ 20번으로 가시오 ⑥ 장기 입원 중인 가구원 : 입원 종료(까지): 입원중 => "55"일 경우 "⑥ 입원 중인 가구원"으로 자동 생성 ☞ 20번으로 가시오

19. 처방약값	처방전으로 약국에서 처방약을 구매하였다면 얼마를 지불하였습니까? 1. 약값 입력 ⇒ 19-1: (　　)원 0. 의료급여자 무료 91. 건보 이외의 지원으로 인한 무료
19-2. 약 구매일	약국에서 처방약을 구입하는 일자는 진료 일자와 동일하였습니까? (0)일 : 진료일과 동일한 날에 약을 구매하였다. 진료일보다 (_)일 늦게 약을 구매하였다.
20. 의료비 부담 수준	00월 00일에 00병원(또는 00의원)에 수납하신 **입원비**가 가계에 부담을 준다고 여기십니까? ① 매우 큰 부담을 준다　④ 거의 부담을 주지 않는다 ② 약간의 부담을 준다　⑤ 전혀 부담을 주지 않는다 ③ 보통이다　8. 비해당(돈을 지불하지 않음)
21. 의료비 재원	00병원(또는 00의원)에 대한 비용을 보험회사나 비동거 가족, 친인척들이 보상/부담해 주었습니까? ① 예 ② 아니요 ☞ 22번으로 가시오
21-1. 건보 이외의 지원	00월 00일, 00병원(또는 00의원) 이용에 따른 비용을 지원 또는 보상받았다면 모두 말씀해 주십시오. (복수응답) ① 자동차보험　⑤ 비동거 가족/친인척/친구의 지원 ② 산재보험　⑥ 비영리기관(종교단체, 자선단체 등) ③ 민간보험(질병보험, 암보험)　⑦ 정부/지자체 ④ 민간보험(연금특약)　⑧기타(_____)
22. 서비스 만족도	입원하시는 동안 서비스 전반에 대해서 어느 정도 만족하셨습니까? (※ 입원하신 분이 있을 경우에는 환자 본인에게 우선 질문) ① 매우 만족 ② 만족 ③ 보통 ④ 불만족 ⑤ 매우 불만족
22-1. 대리 응답 여부	(조사원 직접 기입) 대리응답 여부 ① 환자 본인 ② 대리응답자
23. 회복여부	퇴원 후 충분히 회복되었다고 여기십니까? 0. 사망 ① 매우 불편 ② 약간 불편 ③ 대체로 회복 ④ 완전 회복 ⑤ 장기 입원 중 8. 비해당(종합검진, 미용성형)
24. 간병인	입원 기간 동안 간병하신 분이 있으셨습니까? ① 예　☞ 24-1번으로 ② 아니요 ☞ 25번으로

외래서비스 이용

조사원의 지난 방문 이후부터

지금부터 외래로 병의원에 다녀오신 날짜, 병의원 명칭, 아픈 곳, 비용 등에 대해 구체적으로 여쭙겠습니다.

2. 외래 방문일	000님께서 지난 (조사원의) 방문 이후 외래로 병(의)원을 다녀오신 날은 몇 월 며칠입니까? □□□□년 □□월 □□일
3. 진단명	진단명은 무엇이었습니까? (복수응답, 주상병을 먼저 기재) 주 진단명: (_____) 진단 상세 설명: (_____) 부 진단명: (_____) 진단 상세 설명: (_____) 부 진단명: (_____) 진단 상세 설명: (_____)
3-2. kcd코드	처방전, 병의원, 약국 영수증의 kcd코드(질병분류기호) 입력
4. 방문 유형	00병원(또는 00의원)에 00월 00일 가신 경우는 동일 질환으로 처음 방문하신 것이었습니까? 아니면 재방문 또는 만성질환 관리를 위해 정기적으로 방문하신 것이었습니까? ① 첫 방문 ② 재방문 ③ 정기적 방문 ④ 첫 방문 + 정기적 방문 ⑤ 재방문 + 정기적 방문 ⑥ 기타: 진단서 발급 등(_____) ⑦ 첫 방문 + 재방문 ⑧ 첫 방문 + 재방문 + 정기적 방문
5. 의료기관 종류	OOO(가구원 이름)님께서 이용하셨던 00병원(또는 00의원)의 종류는 무엇입니까? 0 : 종합전문요양기관 1 : 종합병원 3 : 의원 4 : 치과병원 5 : 치과의원 6 : 조산소 8 : 약국 20 : 병원 28 : 요양병원 29 : 정신요양병원 70 : 보건소 71 : 보건지소 73 : 보건진료소 75 : 모자보건센터 77 : 보건의료원(병원화보건소) 91 : 한방병원 93 : 한의원
5-1. 국공립 여부	국공립 여부 1 : 국립 2 : 국립대학 3 : 공립 4 : 학교법인 5 : 특수법인 6 : 종교법인 7 : 사회복지법인 8 : 사단법인 9 : 재단법인 10 : 회사법인 11 : 의료법인 12 : 개인 13 : 군병원 14 : 기타
6. 이송의뢰	00월 00일에 00병원(또는 00의원)을 가셨을 때, 그 전에 다니던 병(의)원의 의사(또는 의료기관)가 이 병원으로 가 보시라고 권고(이송-의뢰)하신 경우이었습니까? ① 예 ② 아니요
7. 교통수단	이 병(의)원 이용 시 사용한 가장 주된 교통수단은 무엇입니까? ① 자가 차량 ② 택시 ③ 대중교통(버스, 지하철 등) ④ 기차/비행기 ⑤ 도보, 자전거 ⑥ 오토바이, 경운기 ⑦ 기타(무료 셔틀버스 등)

13. 한방치료 내용	한의원/한방병원에서 어떠한 치료를 받으셨습니까? **(※ 복수응답의 경우 가장 주된 치료 2개 기입)** ① 침 ☞ "14번"으로 가시오 ② 뜸 ☞ "14번"으로 가시오 ③ 부항 ☞ "14번"으로 가시오 ④ 첩약 및 탕약 ☞ "13-1번"으로 가시오 ⑤ 한방의료기관 제조 한약제제 ☞ "13-1번"으로 가시오 ⑥ 제약회사 제조 한약제제 ☞ "13-1번"으로 가시오 ⑦ 추나 ☞ "14번"으로 가시오 ⑧ 약침(봉침 포함) ☞ "14번"으로 가시오 ⑨ 물리치료 ☞ "14번"으로 가시오 ⑩ 기타(_____) ☞ "14번"으로 가시오
13-1. 한약 목적	한약을 짓게 된 목적은 무엇입니까? ① 질병치료 ② 보약을 통한 질병 예방 ③ 미용 등 기타
13-2. 한약 금액	한의원/한방병원에서 한약을 짓는 경우 얼마를 지불하였습니까? (　　)원
	☞ "14번"으로 가시오
14. 수납금액	00월 00일에 00병원(또는 00의원)에 수납하신 금액은 얼마입니까? **① 수납금액 입력 ⇒ 14-1) ~ 14-5)** ② 의료급여자 무료진료 ③ 국가유공자 무료진료 ④ 전국 공적 무료진료 ⑤ 지자체 이외의 무료진료 ⑥ 교통사고로 인한 보험사 처리 ⑦ 산재보험 처리
14-1 ~ 14-5. 수납금액	14-1) 수납금액: (　　)원 **※ 95: 일시금으로 이전에 지급한 경우** **※ 94: 결과 확인일 또는 검사일에 지급하기 위해 수납을 미룬 경우** **14-2) 건보부담금: (　　)원** **14-3) 법정본인부담금: (　　)원** **14-4) 비급여: (　　)원** **14-5) 총진료비(건보부담금+법정본인부담금+비급여): (　합계 자동계산　)원**
15. 의료비 재원	00병원(또는 00의원)에 대한 비용을 보험회사나 비동거가족, 친인척들이 보상/부담해 주었습니까? (건강보험공단 지원 제외) ① 예 ② 아니요 ☞ 16번으로 가시오
15-1. 건보 이외의 지원	00월 00일 00병원(또는 00의원) 이용에 따른 비용을 지원 또는 보상받았다면 모두 말씀해 주십시오.(복수 응답) ① 자동차보험 ② 산재보험 ③ 민간보험(질병보험, 암보험, 상해보험 등) ④ 민간보험(연금특약) ⑤ 비동거 가족/친인척/친구의 지원 ⑥ 비영리기관(종교단체, 자선단체 등) ⑦ 정부/지자체 ⑧ 기타(_____)
16. 처방전 수령 유무	00월 00일에 00병원(또는 00의원)에서 처방전을 받으셨습니까? ① 예 ② 아니요 ☞ "18번"으로 가시오 ③ 처방전을 받았으나 약국 안 감 ☞ "18번"으로 가시오

17. 처방약	약국에서 지불한 처방약의 금액은 얼마입니까? 1. 약값 입력 ⇒ 17-1) (　　)원 91. 무료 98. 모름
17-2. 약 구매일	약국에서 처방약을 구입하는 일자는 진료 일자와 동일하였습니까? (0)일 : 진료일과 동일한 날에 약을 구매하였다. 진료일보다 (_)일 늦게 약을 구매하였다.

[건강검진을 받은 경우에만 해당 : 8번 방문 이유에서 ⑥ 건강검진 및 검진 결과 확인에 표기한 경우 **]**

국민건강보험공단 건강검진	**일반건강검진**	**- 의료보험 형태에 따라(지역가입자/직장사업장/직장피부양자/의료급여수급권자) 1~2년 주기** **- 문진 및 체위검사, 흉부방사선 검사, 혈액검사, 노검사, 구강검진 등 22개 항목** **- 일반검진 외에 수검자에 따라 추가 암검진(일부 본인부담 또는 전액 본인부담)을 신청하여 받을 수 있음**
	암검진	**- 위암/유방암/대장암/자궁경부암/간암** **- 만 30세 이상 1~2년 주기** **- 공단 90% 수검자10% 비용부담 (자궁경부암은 공단 전액 부담)**
	생애전환기 건강진단	**- 공단 전액 부담**
	영유아 건강검진	**- 공단 전액 부담**
18. 건강검진	00월 00일에 00병원(또는 00의원)에서 건강검진을 받을 때 일반건강검진 이외에 암검진을 추가로 받으셨습니까? 해당되는 **모든 항목**에 표기해 주십시오 ① 일반검진(신체계측, 혈압, 혈액검사, 소대변검사, 흉부방사선촬영, 구강검진) (암검진을 추가로 받지 않고 일반건강검진만 받은 경우) ☞ "18-2번"으로 가시오 ② 전액 무료 암검진 (국가암검진 대상자로 본인부담금 전액 무료(자궁경부암의 경우 공단암검진 대상자 포함)) ☞ "18-1번"으로 가시오 ③ 일부 본인부담 암검진 (공담 암검진의 경우 수검자가 검진비용의 일부(10%)를 부담함(자궁경부암 제외)) ☞ "18-1번"으로 가시오 ④ 전액 본인부담 암검진 ☞ "18-1번"으로 가시오 ⑤ 기타(_____) ☞ "18-1번"으로 가시오 ⑥ 결과 확인 ☞ "18-2번"으로 가시오	
18-1. 암검진	00월 00일에 00병원(또는 00의원)에서 어떤 종류의 암검진을 받으셨습니까?(복수응답) ① 위암(위내시경검사, 위장조영술 등) ② 간암(복부초음파검사 및 혈청알파태아단백검사) ③ 폐암 ④ 대장암 (대장내시경검사, 이중조영바륨검사, 에스결장경검사) ⑤ 전립선암 ⑥ 유방암(유방촬영, 초음파검사 등) ⑦ 자궁암(자궁질경부도말세포검사) ⑧ 기타(_____)	

삶의 질

만 18세 이상
조사 시점 기준

※ 오늘 귀하의 건강 상태를 가장 잘 설명해 주는 항목에 표시해 주십시오(1~6번 문항까지).

1. 운동능력	당신의 운동능력은 어떠하다고 생각하십니까? □① 나는 걷는 데 지장이 없다 □② 나는 걷는 데 다소 지장이 있다 □③ 나는 종일 누워 있어야 한다
2. 자기관리	당신의 자기 관리는 어떠하다고 생각하십니까? □① 나는 목욕을 하거나 옷을 입는 데 지장이 없다 □② 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는 데 다소 지장이 있다 □③ 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다
3. 일상활동	당신의 일, 공부, 가사일 등의 일상활동(가족 또는 여가활동 포함)은 어떠하다고 생각하십니까? □① 나는 일상활동을 하는 데 지장이 없다 □② 나는 일상활동을 하는 데 다소 지장이 있다 □③ 나는 일상활동을 할 수가 없다
4. 통증/불편	당신의 통증이나 불편 정도는 어떠하다고 생각하십니까? □① 나는 통증이나 불편감이 없다 □② 나는 다소 통증이나 불편감이 있다 □③ 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다
5. 불안/우울	당신의 불안이나 우울 정도는 어떠하다고 생각하십니까? □① 나는 불안하거나 우울하지 않다 □② 나는 다소 불안하거나 우울하다 □③ 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다
6. 주관적 건강상태	귀하께서는 현재 본인의 건강 상태가 어떠하다고 생각하십니까? □① 매우 좋음 □② 좋음 □③ 보통 □④ 나쁨 □⑤ 매우 나쁨
6-1. 동년배 비교 건강 상태	귀하께서는 동년배 분과 비교하여 현재 본인의 건강 상태가 어떠하다고 생각하십니까? □① 매우 좋음 □② 좋음 □③ 보통 □④ 나쁨 □⑤ 매우 나쁨

의료 접근성

만 18세 이상
조사 시점 기준

1. 미충족 의료	**지난 1년간** 병의원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나, 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까? ※ 치과치료, 치과검사 제외 □① 예, 받지 못한 적이 한 번이라도 있었다. ☞ 1-1번으로 □② 아니요, 받지 못한 적이 한 번도 없었다. ☞ 2번으로 □③ 병의원 치료 또는 검사가 필요한 적이 없었다. ☞ 2번으로
1-1. 의료 이용 제한 이유	**지난 1년간** 필요한 병의원 치료나 검사를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 무엇입니까? □① 경제적 이유 (비용이 부담스러워서) □② 의료기관이 너무 멀어서 □③ 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려웠음 □④ 아이를 봐줄 사람이 없어서 □⑤ 증세가 경미해서 □⑥ 어디로 가야 할지 잘 몰라서(정보 부족) □⑦ 방문 시간이 없어서 □⑧ 빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서 □⑨ 나(또는 가족)의 건강 상태를 잘 아는 주치의가 없어서 □⑩ 기타: _____
2. 치과 이용 제한	**지난 1년간** 필요한 치과치료나 검사를 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까? □① 예, 받지 못한 적이 한 번이라도 있었다. ☞ 2-1번으로 □② 아니요, 받지 못한 적이 한 번도 없었다.
2-1. 치과 이용 제한 이유	**지난 1년간** 필요한 치과치료나 치과검사를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까? □① 경제적 이유 (치료비용이 너무 많아서) □② 치과가 너무 멀어서 □③ 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 치과 방문이 어려웠음 □④ 아이를 봐줄 사람이 없어서 □⑤ 증세가 경미해서 □⑥ 어디로 가야 할지 잘 몰라서(정보 부족) □⑦ 방문 시간이 없어서 □⑧ 빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서 □⑨ 기타: _____

부록 2. 한국의료패널 자료활용동의서

한국의료패널 자료활용동의서

본 연구자는 한국의료패널 데이터를 사용함에 있어 다음의 사항에 대한 준수를 동의합니다.

☐ 데이터 명 및 버전

- 2008년~2017년 연간데이터(Version 1.6)

☐ 자료 활용 시 주의사항

- 본 데이터를 활용한 연구결과를 게재하거나 출판 시, 연구방법이나 데이터 소개 부문에 **"본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 주관하는 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(Version 1.6)를 활용하였다"**와 같은 형식으로 **데이터 주관기관, 데이터 명, 데이터 버전**에 대해 명확하게 명기하겠습니다.
- 본 데이터를 연구목적으로만 사용하며, 개인 및 기관의 영리목적으로 사용하지 않겠습니다.
- 본 데이터를 타인에게 대여 또는 양도하지 않겠습니다.

만일 위의 사항을 위반하였을 시에는 관련 규정에 따라 어떠한 처벌도 감수할 것을 서약합니다.

2020년 5월 13일

소 속 : 서울대학교병원 보험심사팀

연 락 처 :

이 메 일 :

활용목적 : 논문작성

성 명 : 박예빈 (서명)

자료유형 : SAS( )/SPSS(V)/STATA( )

※ 본 데이터를 활용한 연구결과를 게재하거나 출판할 경우, 반드시 그 사실을 한국의료패널 담당자에게 통보하여 주시기 바랍니다.

부록 3. 심의면제 통보서

서울대학교의과대학/서울대학교병원
의학연구윤리심의위원회

IRB SNUCM SNUH 의학연구윤리심의위원회

서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회

Tel : 82-02-2072-0694/2266
FAX : 82-02-3675-6824 서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)03080

심의결과통보서

IRB No.	E-2005-057-1122			제출경로	서울대병원		
수신	책임연구자	박예빈		소속	보험심사팀	직위	간호직
	의뢰기관						
연구과제명	한국 의료 패널을 이용한 지체장애노인의 의료서비스 유형 및 비중과 미충족 의료의 상관관계						
Protocol No.				Version No.			
생명 윤리법에 따른 분류	☐ 인간대상연구 ☐ 인체유래물연구 ☐ 배아줄기세포주이용연구 ☐ 배아연구 ☐ 체세포복제배아연구 ☐ 단성생식배아연구 ☐ 배아생성의료기관 ☐ 인체유래물은행						
연구종류	☐ 임상 시험외 연구	☐ 증례보고 ☐ 생태학적 연구 ☐ 단면조사연구 ☐ 조사,설문,인터뷰 연구 ☐ 환자군 연구 ☐ 환자-대조군연구 ☐ 인체유래물저장소 연구 ☐ 등록(레지스트리) 연구 ☐ 시판후사용성적조사 ☐ 전향적 코호트 연구 ☐ 후향적 코호트연구 ☐ 기타					
	☐ 임상 시험	연구 대상	☐ 의약물 ☐ 생물학적제제 ☐ 건강기능식품 ☐ 의료기기 ☐ 기타				
			일반명				
			상품명				
		Phase	☐ 제1상 ☐ 제1/2상 ☐ 제2상 ☐ 제2/3상 ☐ 제3상 ☐ 제4상 ☐ 생물학적동등성 ☐ 기타				
		식약처 승인 대상 여부	☐ 식약처승인대상 ☐ 승인 제외 대상				
		임상시험 목적	☐ 학술용 ☐ 국내(MFDS)허가용 ☐ 해외 허가용				
연구계획서승인일							
승인유효 만료일				심의대상	면제심의의뢰서		
심의종류	면제심의			심의일자	2020년 05월 12일		
접수일자	2020년 05월 11일			심의결과통보일	2020년 05월 12일		
심의목록	1. IRB 심의면제 의뢰서 2. IRB 심의면제 사유서 3. 연구계획서 version 1 4. 연구대상자 설명문 및 동의서 version 1 5. 연구대상자 동의면제사유서 version 1 6. 연구책임자의 최근 이력 version 1						
심의결과	심의면제						
연구의 위험도							
심의의견	[제출된 연구과제를 검토하였고, IRB 심의 면제 기준에 부합하여 심의 면제합니다.]						

의 학 연 구 윤 리 심 의 위 원 회 위 원 장

본 통보서에 기재된 사항은 IRB의 기록된 내용과 일치 함을 증명합니다.
본 기관 IRB는 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법, 의료기기법 및 ICH-GCP 등 관련 법규를 준수합니다.
본 연구와 이해관계(Conflict of Interest)가 있는 위원이 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.

1/2

Abstract

Study on the Medical Services and Unmet Healthcare Needs of the Elderly with Physical Disabilities Using the Korea Health Panel

Park, Yebin
Department of Nursing
The Graduate School
Seoul National University
Directed by Professor Chang, Sun Ju, PhD., RN

Although Korea has been implementing a universal health insurance system to ensure fair accessibility to medical care for all, the high costs of medical charges to be borne by the patients and medical services not covered by the health insurance plan have become economic barrier for the many disabled persons. Moreover, the rate of disabled persons experiencing unmet healthcare needs is high due to transportation inconveniences and communication difficulties. Among the external disabilities, physical disability, which is ranked second in terms of the experiential rate of unmet healthcare needs, accounts for approximately half of the entirety of disabilities, along with the

highest disability prevalence rate. Since the rate of experiencing unmet healthcare needs for the elderly, who also experience increases in the prevalence of physical disabilities, over the age of 65 suffering from physical disabilities is found to be higher, this study is aimed at assessing the medical charges incurred by the elderly with physical disabilities while using medical services, as well as their unmet healthcare needs.

This is a secondary data analysis study utilizing 2016 data from the annual data collected by the Korea Health Panel Study 2008~2017 (Version 1.6) aimed at assessing the medical expense proportions for each type of medical service of the elderly with physical disabilities to analyze pertinent relationships with unmet healthcare needs, and to determine the deciding factors for the unmet healthcare needs in the format of a descriptive correlation study. Among the subjects of Korea Health Panel Study, with the exclusion of the patients who were not hospitalized or discharged from a hospital in 2016 among those born before 1952 and diagnosed with at least one physical disability, a total of 374 patients were selected as the subjects for this study. Their sociodemographic characteristics, medical service expenditure details, and answer contents provided through the Unmet Healthcare Needs Questionnaire were collected and utilized as the variables, which were then subjected to analysis through the SPSS 23.0 statistical analysis program. The proportion and average of the medical expenses of the elderly with physical disabilities for each type of medical service were computed, and their ranks were bootstrap verified. Furthermore, to assess the relationships between the medical expense proportions and the unmet healthcare needs of the elderly with physical disabilities, the Mann-Whitney test was used, and a multiple logistic regression analysis was executed to

assess the deciding factors for the unmet healthcare needs of the elderly with physical disabilities.

The study results are as follows:

1) The elderly with physical disabilities were spending a large proportion of their total expenditures for their medical needs. As the result of the verification of the differences in the proportion of medical expenses incurred for each type of medical services, the proportion for outpatient services accounted for the largest proportion. Although the proportion of medical expenses for hospitalization service was lower than the outpatient service, as patients they were responsible for greater average charges borne at the time of hospitalization when compared with the same figure for all subjects of the Korea Health Panel Study.
2) It was found that 16.16% of the subjects experienced unmet healthcare needs with 54.24% occurring for economic reasons. It was also found that the group who experienced unmet healthcare needs displayed a lower proportion of medical expenses for outpatient services, but a higher proportion of medical expenses for emergency services and non-prescription medication in comparison to those of the group without the experience of unmet healthcare needs.
3) The deciding factors for unmet healthcare needs determined by means of a logistic regression analysis included the number of household members, the level of education, the disability rating, whether engaged in economic activities, and the proportion of the medical expenses for outpatient services. It was determined that the probability of occurrence of unmet healthcare needs is higher with a lower number of household members, a lower educational level, a severer disability rating, if not engaged in economic activities, and

a lower proportion of medical expenses for outpatient services.

On the basis of the aforementioned study results, establishment of policies for the improvement of accessibility by the elderly with physical disabilities to outpatient services in order for them to not miss timely treatments thereof is proposed. Moreover, it is proposed that reviews be made for the support for orthotics to reduce the burden of having to seek family assistance and support for official homecare services to guarantee essential activities of severely disabled persons. In addition, it is proposed that policies that can induce the elderly with physical disabilities to participate in workplaces along with the means of creating job opportunities for the elderly with physical disabilities in order for them to sustain their economic capabilities as a means of resolving their unmet healthcare needs, as well as a provision of health education and education on the use of medical services to improve their educational levels.

This study is significant in that basic data necessary for policies, as well as various interventions necessary for relieving the unmet healthcare needs of the elderlies with physical disabilities, have been provided. However, it is a limitation of this study that, although hospitalization service with high cost was a highly significant cause for increase in the burden for medical expenses, it was not possible to disclose significant relationships with unmet healthcare needs. Even if hospitalization service incurs a high cost, there is the possibility that it could have satisfied their unmet healthcare needs. As such, additional studies to definitively discern the relationships are proposed.

keywords : Elderly with physical disability, Types of medical services, Unmet health care needs, Korean Health Panel

Student Number : 2019-27044