

2017 미충족의료율과 추이

김휘준^{1,2} · 장지은^{1,2} · 박은철^{2,3} · 장성인^{2,3}

¹연세대학교 대학원 보건학과, ²연세대학교 보건정책 및 관리연구소, ³연세대학교 의과대학 예방의학교실

Unmet Healthcare Needs Status and Trend of Korea in 2017

Hwi Jun Kim^{1,2}, Jieun Jang^{1,2}, Eun-Cheol Park^{2,3}, Sung-In Jang^{2,3}

¹Department of Public Health, Yonsei University Graduate School; ²Institute of Health Services Research, Yonsei University; ³Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Unmet healthcare needs are being used as an important indicator of the accessibility of healthcare services worldwide. To examine current status and trends of unmet needs in Korea, we used data from four sources: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES, 2007–2017); the Community Health Survey (CHS 2008–2017); the Korea Health Panel Survey (KHP 2011–2015); and the Korean Welfare Panel Study (KOWEPS 2006–2017). The proportion of individual reporting unmet healthcare needs as of 2017 was 8.8% (KNHANES), 10.6% (CHS), and 12.4% (KHP as of 2015). The proportion of households reporting unmet healthcare needs due to cost was 0.5% (KOWEPS). Annual percentage change was -19.2%, -13.3%, -5.8%, and -13.3% respectively. Low income populations had more unmet healthcare needs than high income populations. However, unlike the last two studies, the main reason for unmet medical reasons was that there was no time regardless of income level.

Keywords: Unmet healthcare needs; Past trends; Income

서 론

미충족의료란 의료적 필요가 충족되지 못한 상태를 의미한다. 이는 ‘의료이용 필요’와 ‘필요 의료서비스 충족’의 측면에서 정의될 수 있는데, 첫째는 대상자가 원하거나 전문가의 기준으로 필요하다고 판단되나 대상자가 받지 못한 의료서비스로 볼 수 있고, 두번째는 의료이용을 했으나 의료서비스가 적절하게 제공되었는지 여부가 될 수 있다[1,2]. 이러한 미충족의료는 질병의 조기발견 실패, 질병의 중증도 증가, 합병증 발생 가능성 증가 등의 차원에서 질병 예후에 영향을 미칠 수 있기 때문에[3], 미충족의료는 세계적으로 의료서비스의 접근성을 측정하는 중요한 지표로 사용되고 있다[4,5]. 우리나라 또한 국민건강영양조사(Korea National Health and Nutrition Examination Survey, KNHANES)와 지역사회건강조사(Community Health Survey, CHS), 한국의료패널(Korea Health Panel Survey), 한국복지패널(Korean Welfare Panel Study) 등 국민

의 건강수준을 파악하는 대표적인 이차자료들에서 미충족의료와 관련된 사항을 조사하고 있다. 하지만 개별 데이터를 활용하여 소득, 의료보장형태, 연령에 따른 미충족의료 경험률을 연구한 사례는 비교적 쉽게 찾을 수 있으나[6-8], 앞서 언급된 4가지 자료들을 종합하여 비교한 연구는 많지 않았다. 이 연구는 Jang 등 [5] 4명(2016 미충족의료율과 추이)이 2015년부터 진행한 연구의 후속연구로서 2017년 국민의 미충족의료 현황과 관련된 데이터를 분석하여, 지난 1년간 미충족의료율의 양상과 추이의 변화를 지속적으로 모니터링하기 위해 진행되었다.

방 법

1. 연구자료

본 연구는 KNHANES, CHS, KHP, KOWEPS 총 4가지 데이터를 사용하여 미충족의료 수준을 측정하였다. KNHANES, CHS,

Correspondence to: Sung-In Jang

Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea

Tel: +82-2-2228-1862, Fax: +82-2-392-8133, E-mail: jangsi@yuhs.ac

Received: February 21, 2019 / Revised: February 28, 2019 / Accepted after revision: February 28, 2019

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

KHP에서는 최근 1년 동안 치과를 제외한 병원 이용을 하고 싶지만 이용하지 못한 적이 있는지에 대한 여부로 미충족의료율의 정의를 하였으며, “최근 1년 동안 본인이 병원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?”라는 문항으로 조사되었다. 또 시간부족, 경제적 사유, 예약시스템 문제 등 응답자가 생각하는 필요 의료서비스 미충족의 사유를 확인할 수 있도록 조사되었다. 반면 KOWEPS의 경우 가구의 미충족의료 경험 여부를 “조사연도 1년 동안 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있습니까?”라는 문항으로 경제적 이유에 따른 미충족의료 경험으로 한정된 조사내용을 포함하고 있었다[9].

각 데이터별 미충족의료 경험의 측정이 가능한 최초 시점은 KNHANES는 2007년, CHS는 2008년, KHP는 2011년, KOWEPS는 2006년부터였으며, 최근 배포된 자료는 KHP를 제외한 나머지 데이터들은 2017년, KHP는 2015년 자료가 가장 최근의 자료였다. 따라서 KNHANES, CHS, KHP는 최초 배포시점부터 2017년까지의 미충족의료 경험률을 분석하였고, KHP는 2011년부터 2015년까지의 미충족의료 경험률을 분석하였다. 이때 미충족의료 경험 여부 및 소득수준에 응답하지 않은 경우는 제외하였고, 데이터 간 비교 가능성을 높이기 위해 KNHANES, CHS, KHP의 경우 연구대상자를 만 19세 이상으로 한정하였다. 이에 따른 총 연구대상자

수는 KNHANES, CHS, KHP는 각각 7,603명, 228,371명, 10,289명이었고, KOWEPS의 총 가구 수는 6,581가구였다.

2. 방법

각 데이터별 관찰기간의 미충족의료 경험률과 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률을 산출하였다. 이때 각 데이터별로 제시하고 있는 가중치를 반영한 경우와 반영하지 않은 경우로 나누어 산출하였다. 또한 연도별로 각 데이터의 미충족의료 경험률 추이를 확인하기 위해 연간백분율변화(annual percentage change)를 확인하였다. 이때 log-binomial 모델을 이용하여 종속변수를 미충족의료 여부로, 독립변수를 연도(year)로 회귀분석한 후 산출된 회귀계수 값(b)를 $\{exp(b)-1\} \times 100$ 에 적용하여 관찰기간의 평균 미충족의료 경험 퍼센트변화율을 측정하였다.

또한 소득을 4분위로 나누어 소득에 따라서 미충족의료 경험률과 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률 차이를 살펴보았다. 이때 가구원 수를 고려한 균등한 개인소득을 기준으로 조사하였다. 단, CHS의 경우 2014년 이후 균등화 가구 소득 산출이 불가능하므로 소득분위별 경험률 분석에서 제외하여 실시하였다.

Table 1. Percentage of population reporting unmet healthcare needs as 2017 or nearest year

Variable	Total no.	Unmet healthcare needs		Unmet healthcare needs due to cost	
		Unweighted	Weighted (%)	Unweighted	Weighted (%)
KNHANES (2017)					
Overall	7,603	595 (8.4)	8.8	99 (1.3)	1.1
Income level					
Low	1,225	171 (14.0)	14.2	57 (4.2)	4.0
Low-middle	1,743	138 (7.9)	8.6	21 (1.1)	1.2
Middle-high	2,026	147 (7.3)	7.2	15 (0.7)	0.6
High	2,051	137 (6.7)	8	6 (0.3)	0.3
CHS* (2017)					
Overall	228,371	23,886 (10.5)	10.6	3,410 (1.5)	1.3
KHP (2015)					
Overall	10,289	1,401 (13.6)	12.4	409 (4.0)	3.0
Income level					
Low	1,871	444 (23.7)	22.2	236 (12.6)	12.8
Low-middle	2,290	328 (14.3)	14.3	98 (4.3)	4.2
Middle-high	2,772	321 (11.6)	11.6	55 (2.0)	2.0
High	3,356	308 (9.2)	9.1	20 (0.5)	0.5
KOWEPS [†] (2017)					
Overall	6,581	-	-	39 (0.6)	0.5
Income level					
Low	2,544	-	-	33 (1.2)	1.7
Low-middle	1,681	-	-	4 (0.2)	0.2
Middle-high	1,256	-	-	1 (0.0)	0.2
High	1,100	-	-	1 (0.0)	0.1

Values are presented as number or number (%), unless otherwise stated.

KNHANES, Korea National Health and Nutrition Examination Survey; CHS, Community Health Survey; KHP, Korea Health Panel Survey; KOWEPS, Korean Wealth Panel Study.

*Income level was not measured because household income data was not available. [†]Unit of analysis is different from other surveys (KOWEPS: household, KNHANES/CHS/KHP: individuals aged 19 or more).

결 과

미충족의료 경험률은 2017년 기준으로 가중치를 반영하여 KNHANES 8.8%, CHS 10.6%, 2015년 기준 KHP 15.6%였다(단, 가중치 미반영 시 KNHANES 8.4%, CHS 10.5%, KHP 13.6%) (Table 1). 소득 4분위 기준으로 나누어봤을 때 KNHANES는 7.2%–14.2%(가중치 미반영 시 6.7%–14.0%), KHP는 9.1%–22.2%(가중치 미반영 시 9.2%–23.7%)로 소득계층별 편차가 큰 것으로 분석되었다.

경제적 이유로 인한 미충족의료를 겪은 개인의 비율은 KNHANES, CHS, KHP 기준 각각 1.1%, 1.3%, 3.0%였고, 가구의 비율은 KOWEPS 기준 0.5%였다(단, 가중치 미반영 시 KNHANES 1.3%, CHS 1.5%, KHP 4.0%, KOWEPS 0.6%). 소득수준을 4분위로 나누고 가중치를 반영할 시 경제적 이유로 인한 개인의 미충족의료 경험률은 KNHANES는 0.3%–4.0%(가중치 미반영 시 0.3%–4.2%), KHP는 0.5%–12.8%(가중치 미반영 시 0.5%–12.6%)로 소득계층별 편차가 컸다. 소득수준을 4분위로 나누어 경제적 이유로 인한 가구의 미충족의료 경험률을 살펴 보았을 때 KOWEPS는 가중치 반영 시 0.1%–1.7%(가중치 미반영 시 0.0%–1.2%)로 KNHANES, KHP보다 상대적으로 소득계층별 편차는 작았다.

전체 관찰기간 동안 연도별 미충족의료 경험률은 지속적으로 감소하는 추이를 보였지만 세부적인 흐름은 각각의 데이터마다 다른 양상을 보였다(Figure 1A). KNHANES의 경우 2007년에는 다른 조사들에 비해 22.0%라는 다소 높은 미충족의료 경험률을 보였으나 매년 전년도 경험률 대비 6.3%씩 유의하게 감소하였으며 2017년에는 전년과 동일하게 8.8%대를 유지하였다. CHS는 2008년 13.5%의 미충족의료 경험률을 보였고, 매년 전년도 경험률 대비 4.0%씩 유의하게 감소하여 2017년에는 10.6%로 감소하였다. KHP의 경우

2011년 14.7%에서 매년 평균 2.5%씩 감소하여 2015년 기준 12.4%의 미충족의료 경험률을 보였다.

경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률을 살펴보았을 때 전반적으로 감소하는 추이를 보였다(Figure 1B). 2017년 기준 KHP에서는 경제적 이유로 인한 개인의 미충족 경험률이 3%대 수준임을 확인할 수 있었으나, KNHANES와 CHS는 경제적 이유로 인한 개인의 미충족의료 경험률이 1%대로 낮은 수준이었다. KOWEPS는 2017년 기준 경제적 이유로 인한 가구의 미충족의료 경험률이 0.5%대로 감소하였으며 매년 전년도 경험률 대비 평균 13.3%씩 빠르게 감소하였으며, KNHANES와 CHS 또한 19.2%, 13.3%씩 빠르게 감소하고 있는 추이를 보였다.

고 찰

이 연구는 KNHANES, CHS, KHP, KOWEPS의 네 가지 데이터를 활용하여 각 데이터별 최초 조사부터 최근 조사까지의 미충족의료 경험률 현황 및 추이를 확인하였다. 각각의 데이터별 분석과 편차에는 차이가 있지만, 모든 자료에서 미충족의료 경험률이 지속적으로 감소하고 있음을 확인하였다. 이는 경제적 이유로 한정하여 미충족 의료 경험률을 분석하였을 때도 동일한 양상을 보였다. 소득계층별로 살펴보았을 때 저소득층이 고소득층에 비해 높은 미충족의료 경험률을 보였으며 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률에서도 동일한 양상을 보였다. 특히 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률의 경우 KNHANES, CHS, KOWEPS를 기준으로 전년 대비 10% 이상 큰 폭의 감소추이를 보였다.

최근 미충족의료 경험률이 지속적으로 감소하고 있는 것은 의료의 접근성이 개선되고 있음을 의미하며[10], 보장성 강화 정책, 본인

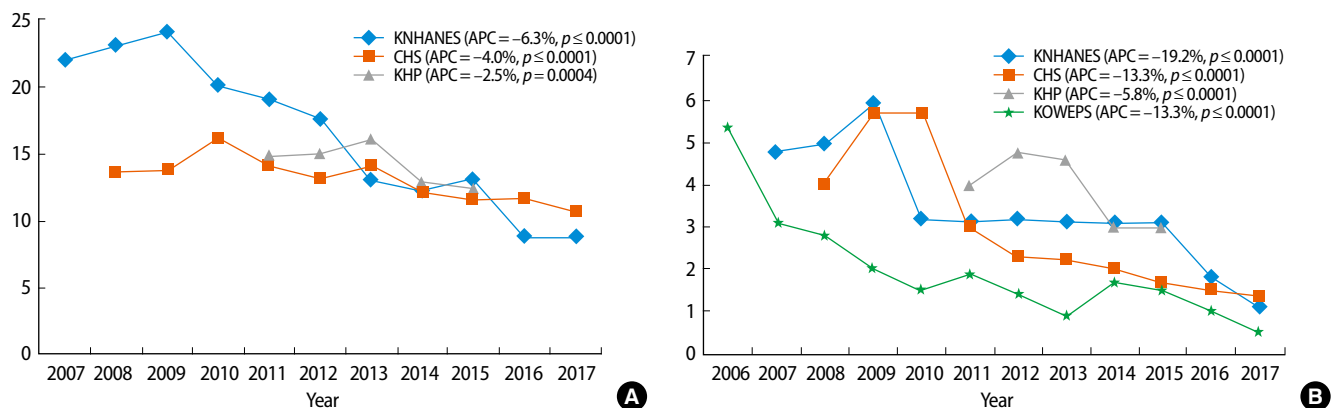


Figure 1. Percentage of population reporting unmet healthcare needs by year. (A) Unmet healthcare needs (%). (B) Unmet healthcare needs due to cost (%). APC (for follow-up period) and *p*-value (testing if APC is significantly different from zero) in the parenthesis. Unit of analysis is different from other surveys (KOWEPS: household, KNHANES/CHS/KHP: individual). Weighted frequency and proportion was used. KNHANES (2007–2017), Korea National Health and Nutrition Examination Survey; CHS (2008–2017), Community Health Survey; KHP (2011–2015), Korea Health Panel Survey; KOWEPS (2006–2017), Korean Welfare Panel Study; APC, annual percentage change.

부담상한제 등 의료비 절감정책 등이 실효성이 있었음을 증명하여 준다고 볼 수 있다[11]. 일례로 2001년 1월 본인부담액 보상금제도가 실시된 이후 2008년 노인장기요양보험제도 실시, 2009년 1월 본인부담상한액 차등화, 2013년 4대 중증질환 보장성 강화 실시, 2014년 7월 본인부담 상한제 개정 등 의료비 절감정책을 통해 의료의 접근성을 개선하기 위한 노력은 지속되었다[5]. 실제로 2017년 KNHANES의 분석에서는 모든 소득계층에서 미충족의료 경험의 이유가 시간적 제약 때문임이 주된 원인으로 분석되었는데, 이는 2015년과 2016년을 기준으로 실시한 지난 두 차례 미충족의료율과 추이분석과는 다른 양상이며[5,10], 이를 통해 경제적 이유로 인한 미충족의료의 발생률이 점차 낮아지고 있음을 확인할 수 있다(저소득: 40.3%, 중하: 48.9%, 중상: 56.2%, 고소득: 50.5%).

유럽연합(European Union)에 속한 27개 국가들의 미충족의료 경험률은 2006년 2.6%에서 2011년 2.3%, 2015년 2.0%, 2016년 1.6%, 2017년 1.0%로 지속적으로 감소하였고, 저소득층의 경우도 동일시점에서 5.9%, 4.8%, 4.2%로, 3.9%, 2.3%로 감소하였다[12]. 이를 우리나라와 비교하였을 때 전체 미충족의료 경험률은 유럽과 유사한 수준이었지만, 저소득층의 미충족의료 경험률은 여전히 높은 편이었다. 또한 2017년 KNHANES 기준 고소득층 대비 저소득층의 경험률은 약 2배 이상 높았으며, 중소득층과 비교하였을 때도 약 2배가량 높았다.

즉 우리나라의 미충족의료 경험률이 지속적으로 감소하는 것을 근거로 현재까지의 미충족의료 경험률을 감소시키기 위한 정책과 제도는 실효성이 있었다고 평가할 수 있지만 아직도 소득계층간의 의료 불균형은 해결해야 할 과제가 많이 있음을 시사하며, 그동안 저소득층의 경제적 이유로 미충족의료 발생에 초점을 두었다면, 이제는 시간적 제약으로 인한 미충족의료 사례가 발생하지 않도록 지속적인 모니터링과 정책보완을 통해 미충족의료 경험률을 감소시키기 위한 노력을 해야 할 필요가 있을 것으로 보인다.

ORCID

Hwi Jun Kim: <https://orcid.org/0000-0001-7007-8442>; Jieun Jang: <https://orcid.org/0000-0003-1797-8649>; Eun-Cheol Park: <https://orcid.org/0000-0002-2306-5398>; Sung-In Jang: <https://orcid.org/0000-0002-0760-2878>

REFERENCES

1. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1973.
2. Huh SI, Lee HJ. Unmet health care needs and attitudes towards health care system in Korea. *Korean J Health Econ Policy* 2016;22(1):59-89.
3. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9(3):208-220.
4. Diamant AL, Hays RD, Morales LS, Ford W, Calmes D, Asch S, et al. Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *Am J Public Health* 2004; 94(5):783-789. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.94.5.783>.
5. Jang J, Yoon HJ, Park EC, Jang SI. Unmet healthcare needs status and trend of Korea in 2016. *Health Policy Manag* 2018;28(1):91-94. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2018.28.1.91>.
6. Park SJ, Lee WJ. An analysis of convergence factors on the unmet health needs of the indigent elderly. *J Korea Converg Soc* 2017;8(1):221-229. DOI: <https://doi.org/10.15207/jkcs.2017.8.1.221>.
7. Jung HW, Lee JH. Effect of experience of catastrophic health expenditure on unmet medical need caused by economic reason. *Korean Soc Health Econ Policy* 2017;23(1):27-51.
8. Lee HS, Choi YJ. A study on the medical expenses and unmet medical experience: applying on measurement of the catastrophic expenditure reflection private health insurance. *J Crit Soc Policy* 2017;(55):7-38.
9. Lee T, Jung HS, Joung E, Oh M, Jeon JH, Park H, et al. The 2014 Korea Welfare Panel Study (KOWEPS): descriptive report. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2014.
10. Yoon HJ, Jang SI. Unmet healthcare needs status and trend of Korea in 2015. *Health Policy Manag* 2017;27(1):80-83. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.1.80>.
11. Shin SS. Election pledge and policy tasks of president Moon Jae-in in healthcare sector. *Health Policy Manag* 2017;27(2):97-102. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.2.97>.
12. Statistical Office of the European Communities. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile [Internet]. Luxembourg: Eurostat, European Commission; 2017 [cited 2019 Feb 14]. Available from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_08.