

2018 미충족의료율과 추이

주재홍^{1,2} · 김휘준^{2,3} · 장지은^{2,4} · 박은철^{2,5} · 장성인^{2,5}

¹연세대학교 대학원 보건학과, ²연세대학교 보건정책 및 관리연구소, ³국군의무학교, ⁴아주대학교 의과대학 예방의학교실, ⁵연세대학교 의과대학 예방의학교실

Unmet Healthcare Needs Status and Trend of Korea in 2018

Jae Hong Joo^{1,2}, Hwi Jun Kim^{2,3}, Jieun Jang^{2,4}, Eun-Cheol Park^{2,5}, Sung-In Jang^{2,5}

¹Department of Public Health, Yonsei University Graduate School; ²Institute of Health Services Research, Yonsei University, Seoul; ³Armed Forces Medical School, Daejeon; ⁴Department of Preventive Medicine and Public Health, Ajou University School of Medicine, Suwon; ⁵Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Unmet healthcare needs lead to increased disease severity, increased likelihood of complications, and worse disease prognosis. To examine the latest status of unmet healthcare needs in South Korea, the four different data configured with nationally representative sample of South Korean population were used: the Korea Health and Nutrition Examination Survey (KNAHANES, 2007-2018), the Community Health Survey (CHS, 2008-2018), the Korea Health Panel Survey (KHP, 2011-2016), and the Korean Welfare Panel Study (KOWEPS, 2006-2018). The proportion of individuals reporting unmet healthcare needs were 7.8% (KNAHANES, 2018), 8.8% (CHS), and 10.8% (KHP, 2016). Annual percentage change which characterizes trend for the follow-up period was -9.1%, -3.2%, and -6.8%, respectively. The proportion of individuals reporting unmet healthcare needs due to cost were 1.2% (KNAHANES, 2018), 1.2% (CHS, 2018), 2.5% (KHP, 2016), and 0.5% (KOWEPS, 2018). Annual percentage change which characterizes trend for the follow-up period was -10.3%, -12.0%, -11.3%, and -18.8, respectively. The low-income population and the elderly population were vulnerable groups reporting the highest rate of unmet health care needs. The rate of unmet healthcare needs has been declining since the past decade, still, the disparity between different income groups and age groups suggests that there are many challenges to address.

Keywords: Unmet healthcare needs; Low income; Elderly

서론

건강을 향유하는 것이 인간의 기본적 권리로 인정·수용되면서 의료적 욕구를 충족시키기 위해 국가적 차원에서 제도적인 접근이 필요하게 되었다[1,2]. 한국의 경우 1977년 건강보장제도 도입 이래 1989년 전 국민을 포괄하는 의료보장제도가 실시됨으로써 누구나 필요한 의료서비스를 이용할 수 있게 하는 제도적인 장치가 시행되어 왔다[3]. 이러한 발전이 의료에 대한 접근성 개선에 기여하였지만, 높은 본인부담이 건강보장성의 취약점으로 지적되어 여전히 저소득층이나 노인 등 의료 수요가 많은 집단이 필요한 의료서비스를 이용하는 데 장벽이 되고 있다[4].

미충족의료란 의료적 필요(medical needs)가 있음에도 불구하고 필요한 의료서비스를 적절한 시기에 제공받지 못하는 상태를 의미한다[5-7]. 질병 중증도 증가, 합병증 발생 가능성 증가, 질병 예후 악화는 미충족의료로 인해 발생하는 효과로 환자의 건강을 위협하는 결과를 초래한다[6,8]. 따라서 국민의 전반적인 미충족의료 현황과 과거 미충족의료 추이 변화를 파악하여 이제까지의 의료보장제도의 성과를 판단하고 향후 개선방향을 논의할 필요가 있다.

의료서비스 접근성을 저해하는 가장 주요한 요인은 경제적 부담으로 알려져 있다[7,9]. 국내 선행연구에서도 경제적 수준에 따라 미충족의료 경험이 불균형하게 분포하고 있음을 제시하였다. 저소득계층에서는 일반 소득계층에 비해, 노인계층에서는 젊은 계층에 비해 미

Correspondence to: Sung-In Jang

Department of Preventive Medicine and Institute of Health Services Research, 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 18, 2020, Revised: February 20, 2020, Accepted after revision: March 5, 2020

© 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.

충족의료를 상대적으로 많이 경험하고 있는 것을 보였다 [5,9,10]. 소득과 경제활동 참여는 의료서비스 지불능력과 밀접한 관계가 있기 때문에 지불능력이 불리한 저소득계층 혹은 노인계층의 의료적 필요를 충족시키는 것이 어렵다.

이 연구는 Jang 등[11]과 Kim 등[12]의 후속연구로서 전 국민 대표성을 지닌 4개의 이차 자료인 국민건강영양조사(Korea National Health and Nutrition Examination Survey, KNHANES), 지역사회건강조사(Korea Community Health Survey, CHS), 한국의료패널(Korea Health Panel Survey, KHS), 한국복지패널(Korea Welfare Panel Study, KOWEPS)을 사용하여 미충족의료 경험률을 추산하고 비교분석하였다. 소득 및 연령에 따라서 미충족의료 경험률에 차이가 있는지를 중점적으로 살펴보았다.

방 법

1. 연구자료

이 연구는 KNHANES, CHS, KHP, KOWEPS 데이터를 사용하여 각 데이터별 전체 샘플에서 미충족의료 경험 분율을 산출하였다. 미충족의료 경험의 측정이 가능한 최초 시점은 KNHANES는 2007년, CHS는 2008년, KHP는 2011년, KOWEPS는 2006년이다. 분석을 위해 각 데이터별 최근 자료 배포시점까지를 추적기간으로 하였으며, KNHANES, CHS, KOWEPS는 2018년, KHP는 2016년까지 이용하였다. 이때 미충족의료 경험 여부와 소득수준에 무응답한 경우는 분석에서 제외하였다. 이에 따른 총 연구대상자 수는 KNHANES 7,719명, CHS 228,264명, KHP 11,358명, 그리고 KOWEPS 14,923명이었다.

2. 변수

이 연구에서의 종속변수는 미충족의료 경험 여부이다. KNHANES, CHS, KHP에서는 개인의 미충족의료 경험을 최근 1년 동안 병·의원(치과 제외)을 이용하고 싶지만 이용하지 못한 적이 있는지 여부로 정의하였고, “최근 1년동안 병·의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있습니까?”라는 문항으로 조사되었다. 추가적으로 미충족의료 경험 이유가 구체적으로 조사되어 설문대상자들은 각각 경제적인 이유, 시간 부족, 이동 불편 등 개인이 해당되는 항목에 응답하였다. 반면, KOWEPS의 경우 미충족의료 경험 여부를 “조사연도 1년 동안 돈이 없어서 병원에 갈 수 없었던 적이 있습니까?”라는 문항으로 미충족의료 경험 이유를 경제적 이유로 한정지어 조사되었다.

샘플 인구를 소득수준(low, low-mid, mid-high, high)과 20세 단위 연령구간으로 층화(stratify)하여 각 계층별 미충족의료 경험률 차이

를 분석하였다. 소득수준은 총 가구소득을 가구원 수의 제곱근으로 나누는 균등화 개인소득을 기준으로 구분하였다. CHS의 경우 2014년 이후 균등화 가구소득 산출이 불가능하므로 소득수준별 분석에서 제외되었다.

3. 방법

각 데이터 관찰기간의 미충족의료 경험률을 산출하였으며, 경제적 이유로 한정된 결과를 추가적으로 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 산출하였다[6]. 이때 log-binomial 모델을 이용하여 종속변수를 미충족의료 여부로, 독립변수를 연도로 회귀분석한 후 산출된 회귀계수값(b)를 $(\exp(b)-1) \times 100$ 에 적용하여 관찰기간의 평균 미충족의료 경험 퍼센트 변화율을 측정하였다[11,12].

결 과

미충족의료 경험률은 2018년 기준으로 가중치를 반영할 시 KNHANES는 7.8%, CHS는 8.8%, 2016년 기준 KHP는 10.8%였다(Table 1). 단, 가중치 미반영 시 2018년 기준 KNHANES는 7.6%, CHS는 9.0%, 2016년 기준 KHP는 11.4%였다(Table 1). 소득수준을 4분위로 나누고 가중치를 반영하여 미충족의료 경험률을 살펴보았을 때 KNHANES는 5.8%~10.0%(가중치 미반영 시 5.6%~10.4%), KHP는 7.8%~16.0%(가중치 미반영 시 7.9%~16.4%)로 소득계층별 편차가 컸다. 연령층별로 미충족의료 경험률을 살펴보았을 때, 연령이 많을수록 미충족의료 경험률이 높았으며 80세 이상의 연령층에서의 미충족의료 경험률과 젊은 연령층들과의 미충족의료 경험률의 편차가 확연히 컸다(Table 2). KNHANES에서는 3.0%~12.7%(가중치 미반영 시 2.7%~11.2%), CHS는 8.7%~11.0%(가중치 미반영 시 9.0%~12.1%), KHP는 7.1%~19.6%(가중치 미반영 시 6.3%~19.4%)였다.

경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률은 2018년 기준으로 가중치를 반영할 시 KNHANES는 1.2%, CHS는 1.2%, KOWEPS는 0.5%, 2016년 기준 KHP는 2.5%였다(Table 1). 단, 가중치 미반영 시 2018년 기준 KNHANES는 1.3%, CHS는 1.3%, KOWEPS는 0.6%, 2016년 기준 KHP는 3.2%였다(Table 1). 소득수준을 4분위로 나누고 가중치를 반영하여 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률을 살펴보았을 때 KNHANES는 0.2%~2.5%(가중치 미반영 시 0.3%~2.8%), KOWEPS는 0.0%~2.5%(가중치 미반영 시 0%~2.0%), KHP는 0.6%~7.1%(가중치

Table 1. Percentage of population reporting unmet healthcare needs in 2018 or the nearest year (by income level)

Variable	Total no.	Unmet healthcare needs			Unmet healthcare needs due to cost		
		No.	Unweighted (%)	Weighted (%)	No.	Unweighted (%)	Weighted (%)
KNHANES							
Overall	7,179	546	7.6	7.8	90	1.3	1.2
Income level*							
Low	1,757	182	10.4	10.0	49	2.8	2.5
Low-middle	1,807	140	7.7	8.0	28	1.5	1.5
Middle-high	1,800	123	6.8	7.1	7	0.4	0.4
High	1,815	101	5.6	5.8	6	0.3	0.2
CHS							
Overall	228,326	20,448	9.0	8.8	2,963	1.3	1.2
KHP (2016)							
Overall	11,358	1,298	11.4	10.8	358	3.2	2.5
Income level*							
Low	2,864	471	16.4	16.0	225	7.9	7.1
Low-middle	2,844	313	11.0	11.0	82	2.9	2.7
Middle-high	2,799	290	10.4	10.5	33	1.2	1.1
High	2,851	224	7.9	7.8	18	0.6	0.6
KOWEPS							
Overall	14,923	-	-	-	94	0.6	0.5
Income level*							
Low	3,731	-	-	-	75	2.0	2.5
Low-middle	3,732	-	-	-	9	0.2	0.5
Middle-high	3,730	-	-	-	10	0.3	0.2
High	3,730	-	-	-	0	0.0	0.0

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

*Income level=household income/√no. household members.

미반영 시 0.6%~7.9%)로 소득계층별 편차가 컸다. 연령층별로 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률을 살펴보았을 때, 마찬가지로 연령이 많을수록 미충족의료 경험률이 높았으며 80세 이상의 연령층에서의 미충족의료 경험률과 젊은 연령층들과의 미충족의료 경험률의 편차가 컸다(Table 2). KNHANES에서는 0%~7.4%(가중치 미반영 시 0.1%~4.9%), KOWEPS는 0.5%~1.3%(가중치 미반영 시 0.4%~1.1%), KHP는 2.5%~8.8%(가중치 미반영 시 3.1%~8.9%), CHS는 0.5%~2.7%(가중치 미반영 시 0.7%~2.4%), KHP는 2.5%~8.8%(가중치 미반영 시 3.1%~8.9%)였다.

전체 관찰기간동안 연도별 미충족의료 경험률은 지속적으로 감소하는 추이를 보였다(Figure 1A). KNHANES의 경우 2007년의 미충족의료 경험률이 19.5%로 다소 높은 출발점에서 시작하였으나, 매년 전년도 경험률 대비 평균 9.1%씩 유의하게 감소하여 2018년에는 7.8%로 관측되었다. CHS에서는 2008년에 미충족의료 경험률이 14.6%였고, 매년 전년도 경험률 대비 3.2%씩 소폭 감소하여 2018년에는 8.8%로 관측되었다. KHP에서는 2011년 기준 미충족의료 경험률이 15.5%였으며, 매년 전년도 경험률 대비 평균 6.8%씩 유의하게 감

소하여 2016년 기준 미충족의료 경험률이 10.8%로 관측되었다.

경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률을 살펴보았을 때 전반적으로 감소하는 추이를 보였으나 세부적인 흐름은 각각 데이터마다 상이하였다(Figure 1B). KNHANES의 경우 2007년의 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률이 3.9%였으나 그 후 2년간 소폭 증가하여 2009년에는 4.9%까지 증가하였다. 2009년 이후부터 다시 감소하는 추이를 보이며 2018년 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률은 1.2%로 관측되었고 매년 전년도 경험률 대비 평균 10.3%씩 유의하게 감소하고 있다. CHS 경우에 자료 배포시점이었던 2008년에 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률이 4.8%였으나 2009년에 가장 높은 경험률인 6.0%를 보였다. 2009년 이후부터는 경제적으로 인한 미충족의료 경험률이 지속적으로 감소하였으며, 매년 전년도 경험률 대비 12.0%씩 유의하게 감소하여 2018년에는 1.2%로 관측되었다. KHP에서는 2011년도부터 매년 전년도 경험률 대비 -11.3%씩 유의하게 감소하여 2016년에는 경험률이 2.5%로 관측되었고, KOWEPS는 2006년부터 매년 전년도 경험률 대비 -18.8%씩 유의하게 감소하여 2018년 경험률이 0.5%로 관측되었다.

Table 2. Percentage of population reporting unmet healthcare needs in 2018 or the nearest year (by age)

Variable	Total no.	Unmet healthcare needs			Unmet healthcare needs due to cost		
		No.	Unweighted (%)	Weighted (%)	No.	Unweighted (%)	Weighted (%)
KNHANES							
Overall	7,179	546	7.6	7.8	90	1.3	1.2
Age (yr)							
≤19	1,426	39	2.7	3.0	1	0.1	0.0
20-39	1,511	135	8.9	9.2	11	0.7	1.0
40-59	2,152	170	7.9	8.1	19	0.9	0.8
60-79	1,822	172	9.4	8.9	46	2.5	2.2
≥80	268	30	11.2	12.7	13	4.9	7.4
CHS							
Overall	228,326	20,448	9.0	8.8	2,963	1.3	1.2
Age (yr)							
≤19	2,262	168	7.4	7.0	15	0.7	0.5
20-39	49,412	5117	10.4	10.2	335	0.7	0.7
40-59	81,425	7598	9.3	8.9	876	1.1	1.1
60-79	78,445	5743	7.3	6.6	1,341	1.7	1.9
≥80	16,782	1822	10.9	9.1	396	2.4	2.7
KHP (2016)							
Overall	11,358	1,298	11.4	10.8	358	3.2	2.5
Age (yr)							
≤19	32	2	6.3	7.1	1	3.1	2.5
20-39	2,899	255	8.8	9.0	27	0.9	1.1
40-59	3,963	447	11.3	11.2	70	1.8	1.8
60-79	3,708	447	12.1	11.5	193	5.2	4.7
≥80	756	147	19.4	19.6	67	8.9	8.8
KOWEPS							
Overall	14,923	-	-	-	94	0.6	0.5
Age (yr)							
≤19	2,291	-	-	-	10	0.4	0.5
20-39	2,730	-	-	-	10	0.4	0.4
40-59	3,881	-	-	-	14	0.4	0.3
60-79	4,150	-	-	-	39	0.9	0.8
≥80	1,871	-	-	-	21	1.1	1.3

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

고찰

이 연구는 KNHANES, CHS, KHP, KOWEPS 데이터를 활용하여 각 데이터별 최초 조사시점부터 최근 조사시점까지의 연도별 미충족 의료 경험률 현황 및 추이를 확인하였다. 데이터별 분석결과 및 편차에 조금의 차이가 있었지만, 모든 데이터에서 미충족의료 경험률이 지속적으로 감소하는 추이를 확인하였다. 이는 경제적 이유로 한정하여 미충족의료 경험률을 분석하였을 때 동일한 양상을 보였다. 소득계층별로 살펴보았을 때 저소득층이 고소득층에 비해 상대적으로 높은 미충족의료 경험률을 보였으며 경제적인 이유로 인한 미충족 의료 경험률 또한 저소득층에서 높은 경험률을 보였다. 연령층별로

살펴보았을 때 고령층에서의 미충족의료 경험률 및 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험률이 젊은층에서의 경험률보다 높은 것을 확인하였다.

미충족의료 경험률이 지속적으로 감소하고 있는 것은 의료의 접근성이 개선되고 있음을 의미하며, 보장성 강화 정책, 본인부담상한제 등 지속적으로 보완 및 발전시켜온 의료비 절감정책의 실효성을 증명한다고 함에 이견이 없을 것이다[13]. 보편적 의료보장을 실현하기 위한 그간의 노력이 기여한 바가 크다고 판단된다. 일례로 2008년 노인장기요양보험제도 실시, 2013년부터 순차적으로 4대 중증질환 보장성 강화 실시, 2014년 희귀난치성질환 산정특례 확대, 2014년 건강보험 본인부담상한제 개선 등으로 의료접근성이 발전을 위한 노력이 지

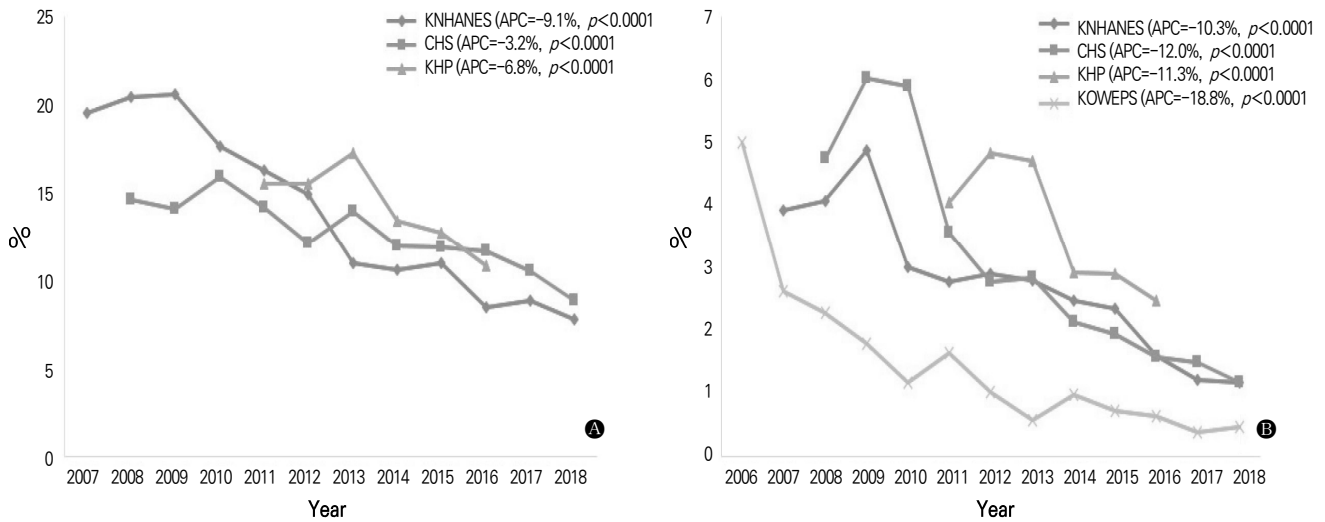


Figure 1. Percentage of population reporting unmet healthcare needs by year. (A) Unmet health care needs (%). (B) Unmet healthcare needs due to cost (%). APC (for follow-up period) and p-value (testing if APC is significantly different from zero) in the parenthesis. Weighted frequency and proportion was used. KNHANES (2007–2018), Korea National Health and Nutrition Examination Survey; CHS (2008–2018), Community Health Survey; KHP (2011–2016), Korea Health Panel Survey; KOWEPS(2006–2018), Korean Wealth Panel Study.

속되어 왔다[14]. 하지만 아직까지도 2017년 기준으로 경상의료비 중에서 가계 직접부담 비중은 한국이 33.7%로 경제협력개발기구 (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 평균(20.5%)보다 월등히 높은 수준이며, 경상의료비 지출(2016년)은 GDP 대비 7.7%로 OECD 평균인 9.0%보다 현저히 낮다[9]. 따라서 저소득계층에서는 의료접근성 향상을 위한 충분한 사회적 지원과 건강 관리 지원의 필요성을 시사한다.

이번 연구는 2016년과 2017년을 기준으로 실시한 지난 두 차례 미충족의료율 추이분석과 달리 연령층별 분석을 추가하였다[11,12]. 연령구조의 반영이 중요한 이유는 우리나라의 고령인구가 향후 30년간 증가할 것으로 예상되는 가운데 고령자는 의료이용이 많을 뿐 아니라 고령자에서 의료비 증가율 자체도 높기 때문이다. OECD에 의하면 2015년 13% 수준인 우리나라의 고령인구 비율은 2050년에 45%로 세계의 가장 높은 수준이 될 것으로 예측된다[15]. 우리나라의 의료비 지출수준은 OECD 국가들과 비교하여 GDP 대비 낮은 수준이었으나 최근 평균에 가깝게 증가하고 있다. OECD 평균이 매년 8.8%로 비교적 일정하게 유지해온 반면 2009년에 우리나라의 의료비 지출은 GDP 대비 6.1%였으나 지속적으로 증가해 2018년에는 8.1%까지 가파르게 증가하였다[15]. 보장성 강화 노력과 별개로도 인구구조의 빠른 고령화로 인한 미충족의료 경험률 증가가 예상되어 이를 기반으로 한 대안 및 탐색이 필요하다고 판단된다.

우리나라의 미충족의료 경험률이 지속적으로 감소하는 것을 근거로 우리나라가 그간 추진해왔던 의료보장성 강화 대책 및 노력의 실효성이 있었다고 평가할 수 있지만 아직도 소득계층 및 연령층 간의 불균형은 해결해야 할 과제가 많이 있음을 시사한다. 특히 시대가 변화하면서 다양해지는 국민들의 요구를 보다 깊게 살펴 우리나라 상황에 맞는 대안을 검토해야 한다. 미충족의료율의 양상과 추이 변화를 앞으로도 모니터링하여 향후 균형적인 건강보장성에 대한 개선방향을 설정하는 데 유용함을 제공할 필요가 있다.

ORCID

- Jae Hong Joo: <https://orcid.org/0000-0001-9328-592X>;
- 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. Yoo SH, Park EC. Medical security theory. Seoul: Shin Kwang Publishing; 2009.
2. International Labour Organization. Social security. Geneva: International Labour Organization; 1958.
3. Park EC. Current status and direction of the policy to strengthen health insurance coverage. *Health Policy Forum* 2010;8(3):26-33.
4. Park EC, Jang SI. The diagnosis of healthcare policy problems in Korea. *J Korean Med Assoc* 2012;55(10):932-939. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2012.55.10.932>.
5. Huh SI, Kim M, Lee S, Kim S. A study for unmet health care need and policy implications. Sejong: Korea Institute for health and Social Affairs; 2009.
6. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9(3):208-220.
7. Lee HJ, Lee TJ. Impact of unmet medical need and payment for uncovered services on household catastrophic health expenditure. *Korean J Health Econ Policy* 2015;21(3):55-79.
8. 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>.
9. Shin YJ, Shon JI. The prevalence and association factors of unmet medical need: using the 1st and 2nd Korea Welfare Panel data. *Health Soc Welf Rev* 2009;29(1):95-122. DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2009.29.1.95>.
10. Kim JG. Factors affecting the choice of medical care use by the poor. *Korean J Soc Welf Stud* 2008;(37):5-33. DOI: <https://doi.org/10.16999/kasws.2008..37.5>.
11. 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>.
12. Kim HJ, Jang J, Park EC, Jang SI. Unmet healthcare needs status and trend of Korea in 2017. *Health Policy Manag* 2019;29(1):82-85. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.1.82>.
13. 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>.
14. 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>.
15. Ministry of Health and Welfare. 2019. OECD health statistics 2019. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019.