

산정특례제도가 미충족 의료경험에 미치는 영향: 2·4차 한국의료패널자료를 이용하여

최재우^{1,2} · 김재현^{1,2} · 박은철^{2,3}

연세대학교 의과대학 ¹보건학과, ²보건정책 및 관리 연구소, ³예방의학교실

The Relief Effect of Copayment Decreasing Policy on Unmet Needs in Targeted Diseases

Jae-Woo Choi^{1,2}, Jae-Hyun Kim^{1,2}, Eun-Cheol Park^{2,3}

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

Background: Bankrupted households have recently been increased due to excessive medical expenditure in Korea. They have not been protected from economic risk when household's member has severe diseases that need a lot of money for treatment. Purpose of this study examines policy effect by comparing unmet needs' change of policy object households and non-object groups.

Methods: We used Korea Health panel 2nd · 4th data collected by Korea Institute for Health and Social Affairs and National Health Insurance Service. Analysis subjects were 381 households (pre-policy) and 393 households (post-policy) that had cancer and cardiovascular and cerebrovascular diseases. Since it was major concern that estimates benefit strengthening policy started by certain time, we setup comparing households which had diabetes, hypertension disease. Comparison subjects were 393,247 households, respectively and we evaluated policy effect using difference in difference (DID) model.

Results: Although unmet needs of policy object households were higher than non-object groups, policy execution variable affected negative direction. But interaction-term which shows pure effect of policy was not statistically significant. We utilized multi-DID model to examine factors affecting unmet needs causes. Copayment assistance policy did not significantly affect households that responded to 'economic reason,' and 'no have time to visit' for unmet needs causes.

Conclusion: The second copayment assistance policy did not significantly give positive effect to beneficiary households than non-beneficiary groups. When we consider that primary purpose of public insurance guarantee high medical expenditure occurred by unexpected events, it needs to deliberate on switch of benefit strengthening policy that can assist vulnerable people. Also, we suggest that government forward a policy covering non-reimbursable medical expenses as well as switch of benefit strengthening direction because benefit policy do not affect non-covered medical cost which accounts for quarter of total health expenditure.

Keywords: Benefit strengthening policy; Copayment decreasing policy; Korea health panel; Difference in difference model

서 론

우리나라의 건강보험제도는 1977년에 도입되었으며, 1989년부터 전 국민 건강보험 시대를 열었다[1]. 또한 빈곤선 이하를 대상으로 하는 의료급여제도 그리고 특수목적에 맞게 설계된 희귀난치성

질환자에 대한 지원제도, 긴급구호제도, 응급대불제도 등 의료관련 제도를 시행하여 사회 구성원들에게 적절한 의료서비스를 제공함으로써 국민보건을 향상시키고, 사회보장을 증진해 오고 있다 [2]. 이후 현재까지 한국의 건강보험은 국민의 건강향상과 사회보장 증진에 지속적으로 이바지하고 있음은 누구도 부인할 수 없는

Correspondence to: Eun-Cheol Park
Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine, 50 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 120-749, Korea
Tel: +82-2-2228-1862, Fax: +82-2-392-8133, E-mail: ecpark@yuhs.ac
Received: November 6, 2014 / **Accepted after revision:** January 6, 2014

© Korean Academy of Health Policy and Management
© It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0) which permit unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

사실이다.

하지만 건강보장제도의 보장성 한계로 인하여 높은 비율의 법정 본인부담금, 비급여 본인부담금 등이 존재하고 이로 인해 의료서비스 이용에 많은 제한이 있는 것으로 알려졌다[3-5]. 국민의료비 중 공공의료비 비율은 2011년 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 국가의 평균이 72.2%인 데 비해 우리나라는 55.3%에 불과하다는 사실에서도 볼 수 있듯이 아직도 건강보험 급여율은 원래 설정했던 목표에는 훨씬 못 미친다. 또한 공공지출비율은 2009년 56.7%, 2010년 56.5%, 2011년에는 55.3%로 매년 떨어지고 있으며 이것은 건강보험 보장률이 2009년 65.0%에서 2010년 63.6%, 2011년 63.0%로 감소하는 것에서 그 원인을 찾을 수 있다. 보장률이 낮아지면 가계부담이 늘어날 수밖에 없는데 실제로 2011년 35.2%로 2010년 34.2%와 비교하면 가계부담은 오히려 1% 늘어난 상황이다[6]. 이는 현대국가의 보건의료에서 ‘동등한 접근(equal access)’보다 ‘동일한 의료필요에 대한 동일한 접근(equal access for equal need)’으로 개념이 발전하였지만 우리나라 의료서비스 이용에서는 형평성 측면에서 문제점이 드러나고 있음을 확인할 수 있는 근거이다[7].

우리나라에서는 보장성 강화정책이 국가보건의료계획의 주요 주제로 등장한 것이 2005년 무렵이다. 논의의 배경은 의료비가 많이 드는 중병(고액중증질환)에 걸릴 경우 경제적 위험으로부터 충분히 보호받을 수 없다는 문제의식 때문이었으며, 이는 우리나라 건강보험의 가장 큰 취약점으로 지적되었다. 건강보험이 단지 의료비 할인제도가 아니라 진정한 보험으로서의 기능을 수행하기 위해서는 고액중증질환이 가져올 충격으로부터의 보호기능이 강화되어야 한다는 것이 보편적인 인식이 되었다[8].

건강보험 보장성 강화방안은 여러 가지 방안이 있을 수 있는데 질환 중심, 진료비 중심, 사회계층 중심 그리고 항목 중심으로 나누어 볼 수 있다. 먼저 질환 중심의 보장성 강화방안은 현재 국민건강보험의 주된 보장성 강화방안으로 추진되고 있는 정책이다. 특정질환 중심으로 의료비를 먼저 급여하는 방식으로 사회적으로 이슈가 되는 일부 질환을 우선적으로 급여할 경우 정책실행에 대한 호응도를 높일 수 있다는 정치적 장점을 가지고 있다. 또한 중증질환에 걸릴 경우 고액의 진료비로 경제적 파탄에 이르게 될 위험이 큰 것이 보편적 인식이기 때문에 중증질환 중심으로 보장성을 강화할 경우 이론적인 타당성을 가질 수 있다는 장점이 있다. 그러나 개인의 의료비 측면에서는 본인부담이 높은 질병을 커버해주는 장점이 있지만, 현실적으로 자신이 걸린 질환이 본인부담이 높음에도 불구하고 질환 리스트에 포함되지 않을 경우 혜택을 받지 못하는 경우가 발생할 수 있다.

두 번째로 진료비 중심의 보장성 강화방안은 질환의 종류나 특정 항목의 해당 여부에 상관없이 개인이 지불하는 본인부담금의 크기를 줄여 주는 보장성 강화방안이다. 대표적인 진료비 중심의

보장성 강화방안으로는 본인일부부담금 산정특례(중증질환자 산정특례)를 들 수 있으며 전체 본인부담률을 낮추어 주는 방식도 이에 해당한다고 할 수 있다. 이론상으로 본인부담상한제는 과도한 의료비 지출로 인한 경제적 부담을 덜어주어 개인의 재난적 의료비를 막아주는 장점이 있으며, 전체 본인부담률을 낮추어 주는 방식은 다른 어떤 방식보다 많은 사람들에게 혜택을 줄 수 있다는 점에서 국민들의 큰 호응을 얻을 수 있다. 하지만 본인부담상한제의 경우에는 법정본인부담금에 대해서만 적용된다는 단점이 있고 전체 본인부담률을 낮추는 방식은 국민건강보험의 재정 여건에 따라 추진해야 한다는 점이 제한점으로 지적되고 있다.

셋째, 사회계층 중심의 보장성 강화방안은 의료비 부담능력이 취약한 저소득층이나 노인, 아동 등과 같은 의료비 투자 시 기대 효용이 높은 집단에 대해 우선적으로 보장성을 강화하는 방안이다. 대표적인 사회계층 중심의 보장성 강화방안으로는 법정본인부담금에 대해서 계층별로 본인부담상한제의 상한 기준액을 차등 적용하는 방법과 건강보험이 급여하지 못하는 비급여에 대한 취약계층 현금급여(보조)가 이에 해당한다고 하겠다. 같은 금액이라고 할지라도 개인의 소득수준에 따라 체감하는 본인부담의 크기가 다르고 연령에 따라 의료이용률 등이 달라질 수 있기 때문에 사회계층별 보장성 강화방안은 이론적으로 정당성을 가진다.

마지막으로 항목별 중심의 보장성 강화방안은 현재 비급여로 남아있는 항목에 대하여 우선순위를 정한 후 급여에 포함시키는 방법으로 우리나라의 경우 낮은 보장성으로 인해 급여이어야 함에도 비급여로 남아 있는 필수적 의료서비스에 대한 보장성 강화가 주된 관심사가 되고 있다. 개인의 의료비 측면에서는 보다 많은 필수적 의료서비스가 급여화되어야 하겠지만, 급여 항목 설정을 위한 사회적 합의가 어렵고 무엇보다 문제가 되는 것은 어디까지가 필수 의료의 영역인지, 즉 공적으로 보장해야 하는 대상인지가 명확하지 않다는 점이다. 따라서 항목별 보장성 강화방안은 급여확대항목에 대한 공감대 형성미비와 원칙의 부재가 존재한다[9].

정부는 2005년부터 2008년까지 3조 5천억 원의 예산을 투입하여 건강보험 급여율을 70%까지 높이겠다는 소위 건강보험 보장성 강화방안(2005-2008)을 마련하였으며 뒤이어 제2차 건강보험 보장성 강화계획(2009-2013)이 수립되었다[10]. 특히 보장성 강화방안 계획에서 정부는 진료비 부담이 큰 암 등 중증질환 진료비 경감에 초점을 두고 건강보험 보장성을 선진국 수준까지 단계적으로 향상하는 것을 목표로 하였다. 그리고 진료비 부담크기, 전문가조사, 외국사례 등 상병별 우선순위 검토과정을 거쳐 ‘암, 심장질환, 뇌혈관질환’을 선정하고 법정본인부담을 10→5%로 순차적으로 경감하고자 하였다. 이렇게 시작된 산정특례제도는 앞에서 설명한 4가지 보장성 강화방안 중에서 중증·고비용 질환 관련 의료비용을 우선적으로 급여하는 질환별 접근으로 볼 수 있다. 정부는 이러한 질환별 접근방법인 산정특례제도를 통해 1차적으로 2005년 9월 암·심·

뇌혈관질환을 진단받은 환자가 공단에 등록하면 본인부담률을 20%에서 10%로 인하하였다. 또한 2차 산정특례제도를 통해 2009년 12월에 암환자 입원·외래 본인부담률을 인하하였으며(10→5%) 뒤이어 2010년 1월부터 심·뇌혈관환자의 입원·외래 본인부담률을 인하하였다(10→5%). 이러한 보장성 강화정책이 시행됨에 따라 정책의 효과를 평가하기 위한 연구가 활발히 진행되고 있는데, 그 중 2005년 9월에 시행된 1차 산정특례제도의 효과를 알아보기 위해 많은 연구들이 진행되었다.

Ju [11]의 연구에서는 암 보장성 강화가 의료이용에 미친 영향을 연구하였다. 연구대상자는 2004년 9월부터 2006년 8월까지 건강보험 암 진료환자 중에서 신규로 위암, 폐암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암 진료를 받은 자를 선정하였다. 보장성 강화정책 이전과 이후로 환자를 구분하여 암환자의 발생 정도, 암 중별 의료이용 변화, 보장성 강화가 의료이용에 미치는 요인을 분석하였다. 암 진료비는 6개암 모두에서 통계적으로 유의하게 증가하였다.

Choi [12]의 연구에서는 중증질환 보장성 강화가 심·뇌혈관질환자의 의료이용에 미치는 영향에 대해서 연구하였다. 중증질환 보장성 강화정책이 시행된 2005년 9월을 기준으로 2004년 9월-2005년 8월을 '정책시행 전'으로, 2005년 9월-2006년 8월을 '정책시행 후'로 구분하여 의료이용의 변화와 정책의 효과를 비교분석하였다. 인구학적 특성과 의료기관 특성을 통제한 후 이중차이분석법을 이용하여 중증질환 보장성 강화정책의 영향을 분석한 결과, 심·뇌혈관환자는 정책시행 후 입원건당 입원일수는 감소하였으나, 입원건당 진료비와 입원일당 진료비는 증가하였다. 뇌혈관질환자는 정책시행 후 입원건당 입원일수는 차이가 없었으며, 입원건당 진료비와 입원일당 진료비는 감소하였다.

Nam [9]의 연구는 건강보험 보장성 강화로 인한 급여의 확대가 병원 경영 성과에 어떠한 영향을 미쳤는지를 분석하였다. 서울 소재의 상급요양기관 대학병원 한 곳을 대상으로 하였으며 급여와 비급여 진료수익을 포함한 진료데이터를 이용하여 분석하였다. 이 연구는 중증질환자 산정특례 대상 상병으로 내원한 입원·외래환자를 대상으로 하였으며 제도시행 전(2004년 9월-2005년 8월)과 시행 후(2005년 9월-2006년 8월)로 비교하였다. 연구결과는 총 방문건수가 감소하였으며, 건당진료비, 일당진료비, 재원일수 모두 본인부담 경감 이후에 크게 증가하였으며, 통계적으로 평균차이가 유의한 것으로 확인되었다.

Kim [13]의 '보장성 강화정책의 형평성 평가' 연구에서는 1차 산정특례제도에서 암환자 보장성 강화정책이 소득수준(보험료 순위)에 따른 의료이용과 의료비 부담 형평성 개선에 미친 영향을 평가하였다. 의료이용에서의 변화와 함께 재난적(급여)진료비에서의 형평성이 정책시행에 따라 변화하였는지를 평가하였다. 분석은 정책도입 전후 시기와 사회경제적 수준의 상호교차항을 이용한 이중차이분석법을 이용하였다. 암환자와 간질환 환자에서의 의료이용

형평성 개선 정도를 평가한 결과, 암환자에서 입원과 외래 의료이용의 불형평성이 개선되었다. 재난적 의료비 발생은 암환자가 간질환 환자에 비해 감소하였지만 소득계층이 낮을수록 그 감소 정도는 작았다.

이 연구의 목적은 2009년 12월-2010년 1월에 걸쳐 시행된 2차 산정특례제도의 대상 질환(암, 심·뇌혈관질환)을 진단받은 환자를 보유한 가구를 대상으로 정책시행 전후로 정책 수혜집단과 비수혜집단의 미충족 의료경험의 변화를 비교함으로써 정책효과를 알아보고자 하는 것이다.

방 법

1. 연구모형

미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석하는 모형으로 Anderson [14]이 제시한 사회행태학적 모형(Anderson's Behavioral Model of Health Services Use)이 널리 사용되고 있다[15-18]. Anderson [14]에 따르면, 개인이 인지하는 요구(perceived need)는 전문가에 의해 판단된 요구(evaluated need)와는 달리 개인의 사회경제적 상태와 건강신념에 의해 발생된다고 하였다. 앤더슨 모형에서는 의료서비스와 관련한 개인의 행위를 결정하는 요인들로 소인성 요인(predisposing factors), 가능요인(enabling factors), 요구요인(need factors)을 제시하였다. 앤더슨 모형에서 제시한 각각의 요인들에 대하여 구체적으로 살펴보면, 우선 소인성 요인은 의료이용에 대한 욕구 발생 이전부터 개인의 의지와 상관없이 이미 지니고 있는 특성들로 인구사회학적 변수(성, 연령, 혼인상태), 사회구조적 변수(교육수준, 직업), 건강에 대한 신념과 태도로 구성된다[19].

가능요인은 의료이용을 가능하게 하는 개인 및 지역사회의 자원을 말하는 것으로서 주로 소득과 가구원 수, 건강보험형태, 민간의료보험 가입 여부와 같은 변수들이 포함되며, 그 중에서 소득은 미충족 의료와 관련해서 대부분 유의한 영향을 미쳤다[20,21]. 요구요인은 개인의 장애나 질병의 수준과 관련된 질병요인으로 의료서비스를 이용하는 데 직접적인 원인이 되는 요인들이다[22,23]. 여기에는 주로 주관적인 건강상태, 만성질환 유무, 장애 여부와 같은 변수들이 포함된다. 이 연구에서는 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 앤더슨 모형의 소인성 요인, 가능요인, 요구요인을 고려하였다.

제도성과를 평가하는 방법 중에서 가장 우수한 방법은 이론적으로 무작위배정의 실험설계(experimental design)이다. 그러나 현실에서 프로그램 참가 여부를 무작위로 배정하는 것은 매우 어렵다. 이에 대한 대안으로 실험설계를 최대한 유사하게 모방하는 준 실험 모형(quasi-experimental design)일 것이다. 이 연구에서는 준 실험 모형의 일종인 이중차이분석방법(difference in difference model)을 활용하여 정책의 효과를 평가하고자 한다. 이중차이분석방법은 정

책개입 전후 시점의 정책 수혜집단과 비수혜집단의 변화를 동시에 비교함으로써 원인과 결과의 연관성을 추정하는 모형이다. 수혜집단의 전후 차이에서 비수혜집단의 전후 차이를 빼면 정책의 순수한 효과를 추정할 수 있다는 점을 활용하는 것이다[24]. 따라서 이 연구에서는 Andersen [14]이 제시한 사회행태학적 모형을 이용하여 미충족 의료에 영향을 주는 요인을 독립변수로 설정하였고 산정특례제도 수혜집단과 비수혜집단으로 나누어 제도 도입 전후 미충족 의료의 경험변화를 관찰하고자 하였다(Figure 1).

2. 자료 및 연구대상

1) 연구자료

이 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 수집한 한국의료패널(Korea Health Panel)의 2차와 4차(각각 2009년, 2011년)자료를 이용하였다. 우리나라의 보건의료 이용실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강행태 등에 대한 기초자료 생산을 목적으로 하는 한국의료패널조사는 전국규모의 대표성을 유지하기 위하여 2005년 인구주택조사 90% 전수자료를 추출 틀로 하고 있다. 표본가구의 선정은 1단계로 표본조사구(집락)를 추출하고, 2단계에서는 표본조사구 내 표본가구를 추출하는 방식으로, 2단계 확률비례 층화집락추출방법으로 선정하였다. 전체 조사구 수는 약 350개 조사구로서 전국 약 8,000가구와 그 가구에 속해 있는 가구원을 대상으로 조사하였다.

2) 연구대상

이 연구는 산정특례제도가 미충족 의료경험에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 진행되었다. 2009년 12월 시행된 암환자 입원·외래 본인부담률 인하(10→5%), 2010년 1월 시행된 심·뇌혈관질환 환자 입원·외래 본인부담률 인하(10→5%) 정책으로 인한 2011년에 조사된 산정특례제도 대상자들의 미충족 의료 개선 여부를 파악해 보려는 것이다. 2차(2009년) 자료의 조사대상가구 수는 7,469가구였으며 그중 6,798가구를, 4차(2011년) 자료의 조사대상가구 수

6,432가구 중 6,044가구에 대한 조사를 완료하였다. 이 연구에서 2차와 4차 자료만을 분석한 이유는 종속변수로 활용한 ‘미충족 의료경험(unmet needs)’에 대한 조사가 그 시기에만 조사되었기 때문이다. 분석대상은 정책시행 전(2009년) 암, 심장·뇌혈관질환 환자에서 1년 전(2008년) 해당 질환을 보유하고 있지 않았지만 2009년 가구에 1명 이상 발생한 경우로 설정하였다. 또한 정책시행 후(2011년)도 같은 방법으로 연구대상가구를 선정하였으며 이러한 방법으로 2009년 381가구, 2011년 392가구로 선정되었다. 이는 암 등 중증질환 치료를 위한 의료비가 질환 발생 시기에 따라 많은 차이가 있기 때문이다[25]. 암과 관련된 비용은 일반적으로 암 발생 초기(암진단 후 1년까지)에 가장 높고 중기에서는 초기보다 낮아졌다가 말기에 다시 높아지는 U자형 곡선형태를 보이는 것으로 알려져 있다[26]. 보장성 강화정책이 특정 시점을 기준으로 시행되었다는 점을 평가하는 것이 주요한 관심이므로 정책의 대상이 되지 않는 당뇨/고혈압 환자를 비교대상그룹으로 설정하였다. 당뇨/고혈압 환자는 2009년 349가구, 2011년 247가구로 선정되었으며 이는 산정특례대상가구에서 사용된 방법과 동일하다.

3. 변수선정

1) 종속변수

종속변수는 미충족 의료경험(unmet needs)으로 보건의료서비스에 대한 개인의 주관적 판단으로 측정된 인지된 필요 개념으로 의료서비스의 대상자가 인식하기에 충족되지 않은 의료(self-perceived healthcare need for which care is not provided)를 분석하였다.

이에 해당하는 질문으로 한국의료패널자료에서 ‘지난 1년간 병·의원 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?’라는 질문에 ‘1) 예, 받지 못한 적이 한 번이라도 있다’라고 답한 경우 미충족 의료경험이 있는 것으로 정의하고, ‘2) 아니오, 받지 못한 적이 한 번도 없다’라고 응답한 경우 미충족 의료경험이 없는 것으로 분석하였다.

또한 특정 사유로 인해 필요한 의료서비스를 받지 못한 경우 그

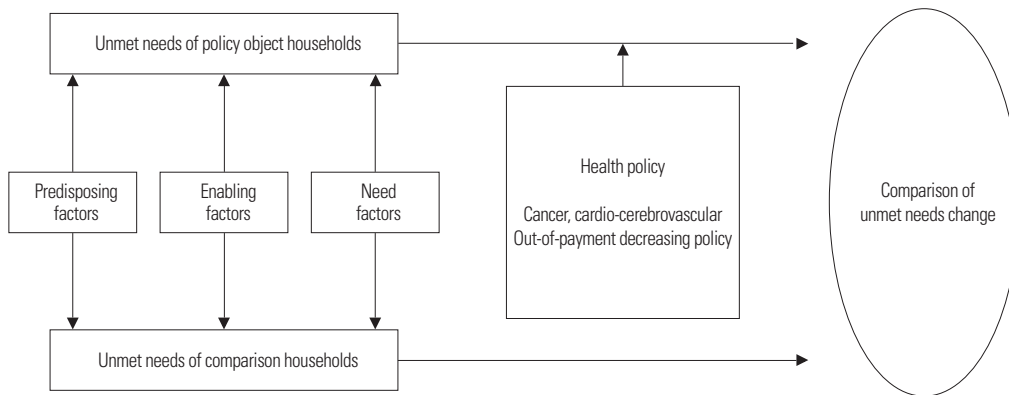


Figure 1. Frame of study.

요인을 알아보기 위해, '지난 1년간 필요한 병·의원 진료나 검사를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 무엇입니까?'라는 질문에 '경제적 이유,' '의료기관이 너무 멀어서,' '거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려웠음,' '아이를 돌볼 사람이 없어서,' '중세가 경미해서,' '어디로 가야 할지 몰라서(정보부족),' '방문시간이 없어서,' '주치의가 없어서'의 8가지 항목 중에서 해당 사유로 인해 의료 서비스를 이용하지 못했다고 응답(각 해당 사유에서 '1' 예)한 경우 중, 가장 응답 수가 많았던 '경제적 이유,' '방문시간이 없어서'라는 세 가지 이유에 대하여 미충족 의료경험이 발생한 경우를 미충족 의료경험이 없는 경우와 비교하여 분석하였다.

이 연구에서는 가구가 하나의 개체로 행동한다는 단일단위 가구 의사결정 이론모형에 따라 가구가 하나의 단일단위로 미충족 의료를 경험한다고 가정하였다. 따라서 한 가구 안에 미충족 의료를 경험했다고 응답한 가구원이 1명이라도 있을 경우 해당 가구에 미충족 의료가 있다고 정의하였다[27].

2) 독립변수

미충족 의료에는 크게 소인성 요인, 가능요인, 기타 요구요인으로 분류된 독립변수를 구성하였다. 소인성 요인으로는 가구주 특성(성별, 연령, 교육수준, 혼인상태)로 구성하였다. 가능요인은 건강보험형태, 가구 소득수준, 민간보험 가입 여부로 정하였다. 요구요인으로는 장애인 유무, 건강상태로 구성하였다. 건강상태는 100점 척도에서 70점 미만이라고 응답한 사람이 있는 경우를 나쁘다고 정의하였다[28]. 가구주는 가구의 생계를 책임짐으로써 실질적으로 가구를 대표하는 특성을 가지며, 이러한 가구주의 특성은 가구의 경제적 의사결정에 중요한 요인이 된다[29]. 따라서 이 연구와 같은 가구단위의 분석에서는 가구의 보이지 않는 특성을 반영하고 있는 가구주의 인구사회학적 특성을 보정할 필요가 있다고 판단하여 이를 분석변수로 포함하였다.

4. 통계방법

각 집단별로 정책시행 전후로 미충족 의료경험 여부의 차이가 있는지 카이제곱검정을 실시하여 검증하였다. 소인적 요인, 요구요인, 필요요인 등 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 통제하여 산정특례제도가 발생하기 전후로 집단별 미충족 의료경험의 통계적인 유의한 차이가 있는지를 이중차이분석방법(difference in difference model)을 이용하여 분석하였다. 정책 수혜집단과 비수혜집단을 나누어 집단변수와 시기변수, 상호교차항(interaction)을 설정하였고, 시기변수는 산정특례제도 이전(2005=0)과 이후(2008=1)로, 집단변수는 산정특례제도 수혜 여부(비수혜=0, 수혜=1)로 더미변수 처리하였다. 집단변수는 정책의 수혜집단과 비수혜집단 사이에 유의한 차이가 있는지를, 시기변수는 정책시행 전과 후에 유의한 차이가 있는지를 보여준다. 보강성 강화정책의 순수한 효과는 집단변수

와 시기변수의 상호교차항을 통해서 파악된다. 또한 개인단위(가구주 특성)와 가구단위의 정보가 혼재되어 있으므로 수준이 다른 점을 고려하기 위하여 다수준 분석방법을 실시하였다. 가구단위 분석이므로 가구원 수가 가구별로 다르기 때문에 이를 보정하기 위하여 가구소득에 균등화 지수로 square root scale을 사용했다. 분석에는 SAS ver. 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) 통계패키지를 이용하였다.

결 과

산정특례제도 대상인 암, 심장질환·뇌혈관질환 환자를 보유한 가구(산정특례제도 대상가구)는 정책시행 전 381가구, 정책시행 후 392가구였다(Table 1). 산정특례제도 대상가구에서 가구주의 교육수준과 가구소득이 정책시행 전후로 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 정책시행 전 건강보험형태, 장애인 동거 여부, 민간보험 가입 여부에서도 정책시행 전보다 후에 미충족 의료를 경험한 가구 수에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

산정특례 대상가구에서 미충족 의료가 발생한 가구는 정책시행 전 131가구에서 정책시행 후 74가수로 감소했다. 먼저 가구주 수준에서 살펴보면, 정책시행 전후 가구주의 성별에서는 남성 가구주의 가구비율은 증가한 반면 여성 가구주는 감소하였다. 연령에서는 39세 이하와 40-64세 가구주의 비율이 증가하였으나 65세 이상의 가구주는 감소하였다. 교육수준에서는 초등학교 졸업 미만의 학력을 가진 가구비율은 감소하였으나 고졸, 대졸 이상 가구비율은 증가하였다. 또한 가구주의 혼인상태가 기혼인 가구주의 비율은 증가하였으나 이혼, 미혼, 별거한 가구주의 비율은 감소하였다.

가구단위에서 살펴보면, 소득수준이 가장 낮은 가구의 경우 정책시행 후 미충족 의료를 경험한 가구비율은 증가하였으나 중위소득과 고소득층 가구에서는 감소하였다. 건강보험형태에서는 건강보험, 장애인 동거 여부에서는 장애인과 동거하는 가구비율이 정책시행 후 증가하였다. 또한 건강상태가 나쁘다고 응답한 가구비율과 민간의료보험을 가입하지 않은 가구비율이 증가하였다.

산정특례제도 비대상인 당뇨·고혈압 환자를 보유한 가구(산정특례제도 비대상가구)는 정책시행 전 349가구, 정책시행 후 247가구였다(Table 2). 산정특례제도 비대상가구에서 정책시행 전후로 민간보험 가입 여부에서 유의한 차이가 있었지만 다른 요인들에서는 유의한 변화가 없었다.

가구주수준에서 정책시행 전후 변화를 살펴보면, 미충족 의료가 발생한 가구는 정책시행 전 93가구에서 정책시행 후 46가수로 감소했다. 먼저 가구주수준에서 살펴보면, 정책시행 전후 가구주의 성별에서는 남성 가구주의 가구비율은 증가한 반면 여성 가구주는 감소하였다. 연령에서는 39세 이하와 40-64세 가구주의 비율이 감소하였으나 65세 이상의 가구주는 증가하였다. 교육수준에서

Table 1. General characteristic (cancer, cardiovascular and cerebrovascular disease)

Variable	Before policy (2009)			After policy (2011)			p-value
	Total (%)	Unmet needs		Total (%)	Unmet needs		
		Yes	No		Yes	No	
Total	381 (100)	131	250	392 (100)	74	318	
Level of householder							
Sex							0.4076
Men	231 (60.6)	78	153	249 (63.5)	60	189	
Women	150 (39.4)	53	97	143 (36.5)	14	129	
Age (yr)							0.9721
Below 39	48 (12.6)	15	33	48 (12.2)	10	38	
40-64	165 (43.3)	66	99	168 (42.9)	42	126	
Over 65	168 (44.1)	50	118	176 (44.9)	22	154	
Education level							0.0063
Under elementary school	166 (43.6)	61	105	146 (37.2)	21	125	
Middle school	27 (7.1)	12	15	57 (14.5)	7	50	
High school	124 (32.5)	45	79	118 (30.1)	27	91	
Above university	64 (16.8)	13	51	71 (18.1)	19	52	
Marriage status							0.0604
Married	195 (51.2)	62	133	227 (57.9)	57	170	
Unmarried, divorce, separation	186 (48.8)	69	117	165 (42.1)	17	148	
Level of household							
Income level							<0.0001
High (1 quartile)	84 (22.0)	25	59	108 (27.6)	28	80	
Middle (2 quartile)	107 (28.1)	55	52	149 (38.0)	19	130	
low (3 quartile)	190 (49.9)	51	139	135 (34.4)	27	108	
Health insurance type							0.0007
Health insurance	290 (76.1)	98	192	336 (85.7)	70	266	
Medical aid	91 (23.9)	33	58	56 (14.3)	4	52	
Member with disability							0.0002
No	325 (85.3)	110	215	293 (74.7)	58	235	
Above 1 person	56 (14.7)	21	35	99 (25.3)	16	83	
Health status							0.1684
Good	186 (48.8)	70	116	172 (43.9)	26	146	
Bad	195 (51.2)	61	134	220 (56.1)	48	172	
Private insurance							<0.0001
No	178 (46.7)	56	122	116 (29.6)	17	99	
Above 1 person	203 (53.3)	75	128	276 (70.4)	57	219	

Values are presented as number (%) or number.

는 초등학교 졸업 미만, 고졸의 학력을 가진 가구비율은 감소하였으나 중졸, 대졸 이상 가구비율은 증가하였다. 또한 가구주의 혼인 상태가 기혼인 가구주의 비율은 증가하였으나 이혼, 미혼, 별거한 가구주의 비율은 감소하였다.

가구단위에서 살펴보면, 소득수준이 가장 낮은 가구, 고소득 가구의 경우 정책시행 후 미충족 의료를 경험한 가구비율은 증가하였으나 중위소득 가구에서는 감소하였다. 건강보험형태에서는 건강보험, 장애인 동거 여부에서는 장애인과 동거하는 가구비율이 정책시행 후 증가하였다. 또한 건강상태가 좋다고 응답한 가구비율과

민간의료보험을 가입한 가구비율이 증가하였다.

미충족 의료를 경험한 연구대상자 중, 미충족 사유에 따른 분포는 Table 3과 같다. 먼저 산정특례 대상가구에서는 경제적 이유가 24.4%로 가장 비율이 높았으며 방문시간이 없어서(23.9%), 증세가 경미해서(8.8%) 순으로 높은 비율을 차지하였다. 산정특례 비대상 가구에서는 경제적 이유(20.9%)가 가장 높았고 증세가 경미해서(17.3%), 방문시간이 없어서(14.4%) 순으로 높은 비율을 보여주었다.

미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중이중차이분석을 실시하였다(Table 4). 연령에서는 65세 이상을 기준으로

Table 2. General characteristic (diabetes, hypertension disease)

Variable	Before policy (2009)			After policy (2011)			p-value
	Total (%)	Unmet needs		Total (%)	Unmet needs		
		Yes	No		Yes	No	
Total	349(100)	93	256	247 (100)	46	201	
Level of householder							
Sex							0.1632
Men	230 (58.7)	62	168	149 (60.3)	33	116	
Women	119 (30.4)	31	88	98 (39.7)	13	85	
Age (yr)							
Below 39	44 (11.2)	22	22	35 (14.2)	9	26	0.4544
40-64	130 (33.2)	40	90	101 (40.9)	19	82	
Over 65	175 (44.6)	31	144	111 (44.9)	18	93	
Education level							
Under elementary school	133 (33.9)	36	97	116 (47.0)	13	103	0.0769
Middle school	57 (14.5)	10	47	28 (11.3)	9	19	
High school	100 (25.5)	29	71	58 (23.5)	13	45	
Above university	59 (15.1)	18	41	45 (18.2)	11	34	
Marriage status							
Married	221 (56.4)	60	161	140 (56.7)	32	108	0.1021
Unmarried, divorce, separation	128 (32.7)	33	95	107 (43.3)	14	93	
Level of household							
Income level							
High (1 quartile)	80 (20.4)	26	54	71 (28.7)	16	55	0.2454
Middle (2 quartile)	103 (26.3)	33	70	63 (25.5)	13	50	
low (3 quartile)	164 (41.8)	33	131	113 (45.7)	17	96	
Health insurance type							
Health insurance	305 (77.8)	77	228	225 (91.1)	46	179	0.1561
Medical aid	44 (11.2)	16	28	22 (8.9)	0	22	
Member with disability							
No	304 (77.6)	85	219	208 (84.2)	37	171	0.3169
Above 1 person	45 (11.5)	8	37	39 (15.8)	9	30	
Health status							
Good	154 (39.3)	25	129	109 (44.1)	14	95	0.9993
Bad	195 (49.7)	68	127	138 (55.9)	32	106	
Private insurance							
No	149 (38.0)	31	118	76 (30.8)	13	63	0.0031
Above 1 person	200 (51.0)	62	138	171 (69.2)	33	138	

Values are presented as number (%) or number.

가구주가 40-64세에서는 1.7배, 39세 이하인 경우 2.1배 각각 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 교육수준에서는 대졸 이상의 학력을 가진 가구주보다 무학·초등 이하의 학력을 가진 가구주에서 1.6배 미충족 의료를 경험할 확률이 더 높았다. 가구의 건강상태가 좋은 경우보다 좋지 않은 가구에서 미충족 의료를 경험할 확률이 1.6배 더 높았다. 산정특례 대상 여부에서는 수혜집단의 미충족 의료를 경험할 확률이 비수혜집단에 비해 1.2배 더 높았지만, 정책시행 여부에서는 정책시행 전보다 후에 미충족 의료를 경험할 확률이 더 적었다. 그러나 산정특례제도의 순수한 효과를 보여주는 변

수인 상호교차항은 통계적으로 유의하지 않았다.

미충족 사유에 따른 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중이중차이분석을 실시하였고(Table 5), 미충족 의료 경험 사유에서 ‘경제적 이유’, ‘방문시간이 없어서’라고 응답한 가구들을 나누어 분석하였다.

먼저 ‘경제적 이유’라고 응답한 가구만을 분석한 결과를 살펴보면, 가구주의 연령이 적을수록, 교육수준이 낮을수록, 혼인상태가 기혼인 가구주보다 미혼, 이혼, 사별 등일 경우 미충족 의료를 더 경험한다고 응답하였다. 가구수준에서 소득수준이 낮을 때, 건강보

Table 3. Unmet needs according to major causes

Causes of unmet needs	Unmet needs	
	Policy object household	Policy non-object household
Economic reason	50 (24.4)	29 (20.9)
Too far distance from hospital	8 (3.9)	2 (1.4)
Visit's difficulty from health problem	5 (2.4)	6 (4.3)
Baby-sitter absence	0 (0)	0 (0.0)
Not severe disease	18 (8.8)	24 (17.3)
Hospital information insufficiency	2 (1.0)	1 (0.7)
No have time to visit	49 (23.9)	20 (14.4)
Difficulty of fast reservation	0 (0)	0 (0)
One's doctor absence	0 (0)	1 (0.7)
The others	3 (1.5)	8 (5.8)
Non-response or not-applicable	70 (34.1)	48 (34.5)
Total	205 (100.0)	139 (100.0)

Values are presented as number (%).

험형태가 의료급여일 때, 건강상태가 나쁘다고 응답했을 때 그리고 민간의료보험을 가입한 가구원이 1명 이상일 경우 미충족 의료를 더 많이 경험하였다. 산정특례 대상 여부는 유의한 영향을 미치지 않지만, 정책시행 여부는 전보다 후에 미충족 의료를 더 적게 경험하였다. 산정특례제도의 순수한 효과를 보여주는 변수인 상호교차항의 회귀계수는 통계적으로 유의하지 않았다.

다음으로 ‘방문시간이 없어서’라고 응답한 가구만을 대상으로 한 분석한 결과에서는 가구주가 여성인 경우, 연령이 적을수록 미충족 의료를 더 경험한다고 응답하였다. 그러나 고소득 가구보다 소득수준이 가장 낮은 가구에서 미충족 의료를 경험할 확률이 낮았다. 민간의료보험을 가입한 가구원이 1명 이상인 가구가 민간의료보험에 가입하지 않은 가구보다 미충족 의료를 경험할 확률이 더 높았다. 산정특례 대상 여부는 정책 대상가구가 비대상가구보다 미충족 의료경험은 유의한 수준으로 더 높았고, 정책시행 여부는 정책시행 전보다 후에 미충족 의료를 더 적게 경험하였다. 그러나 산정특례제도의 순수한 효과를 보여주는 변수인 상호교차항의 결과는 통계적으로 유의하지 않았다.

고 찰

이 연구에서는 미충족 의료경험 여부를 종속변수로 설정하였고 소인성 요인, 가능요인, 요구요인 변수들을 독립변수로 사용하여 각 요인 중 미충족 의료경험과의 관련요인을 분석하였다. 또한 산정특례제도의 순수한 영향을 파악하기 위해 수혜집단(암, 심·뇌혈관질환 환자)과 비수혜집단(당뇨·고혈압 환자)에서 정책시행 전후의 차이가 통계적으로 유의한지를 미충족 의료경험을 통해 확인하였다. 그리고 추가적으로 미충족 의료를 경험하는 이유(경제적 이유, 방문시간이 없어서)를 구분하여 분석하였다.

Table 4. Factors associated with unmet needs of household

Variable	Exp (B)	Standard error	p-value
Level of householder			
Sex			
Men	Reference		
Women	0.93	0.26	0.7741
Age (yr)			
Over 65	Reference		
40-64	1.71	0.17	0.0020
Below 39	2.13	0.25	0.0025
Education level			
Above university	Reference		
High school	1.27	0.20	0.2413
Middle school	1.12	0.27	0.6616
Under elementary school	1.59	0.25	0.0609
Marriage status			
Married	Reference		
Unmarried, divorce, separation	0.96	0.25	0.8576
Level of household			
Income level			
High (1 quartile)	Reference		
Middle (2 quartile)	1.12	0.18	0.5354
low (3 quartile)	0.74	0.21	0.1537
Health insurance type			
Health insurance	Reference		
Medical aid	1.03	0.20	0.8971
Member with disability			
No	Reference		
Above 1 person	0.93	0.18	0.6990
Health status			
Good	Reference		
Bad	1.62	0.14	0.0006
Private insurance			
No	Reference		
Above 1 person	1.08	0.18	0.6539
Policy subject			
No	Reference		
Yes	1.22	0.17	0.0262
Policy execution			
Pre-policy	Reference		
Post-policy	0.49	0.21	0.0112
Policy subject×policy execution	0.70	0.27	0.1941

먼저 미충족 의료에 영향을 미치는 요인으로는 가구주의 연령과 가구의 건강상태이었으며 가구주의 연령이 낮을수록 미충족 의료를 경험할 확률이 높았는데 이 연구결과는 기존의 선행연구결과와 같은 결과를 보여주었다[3]. 가구의 건강상태가 나쁠수록, 다시 말해 의료필요가 높을수록 의료이용이 적절하게 이루어지지 못하는 것도 기존 연구와 동일한 요인으로 분석되었다[30]. 또한 정책효과를 알아보기 위해 이중차이분석방법을 이용하여 수혜집단과 비수

Table 5. Factors associated with major causes of unmet needs

Variable	Economic reason	No have time to visit
Level of householder		
Sex		
Men	Reference	
Women	0.58	3.15**
Age (yr)		
Over 65	Reference	
40-64	1.79*	2.20**
Below 39	4.09**	5.22***
Education level		
Above university	Reference	
High school	2.02	1.23
Middle school	1.84	1.28
Under elementary school	6.45***	0.39
Marriage status		
Married	Reference	
Unmarried, divorce, separation	2.28*	0.82
Level of household		
Income level		
High (1 quartile)	Reference	
Middle (2 quartile)	3.10*	1.09
low (3 quartile)	4.60**	0.19***
Health insurance type		
Health insurance	Reference	
Medical aid	2.96***	0.86
Member with disability		
No	Reference	
Above 1 person	0.83	0.98
Health status		
Good	Reference	
Bad	3.05***	1.20
Private insurance		
No	Reference	
Above 1 person	2.59***	0.36**
Policy subject		
No	Reference	
Yes	0.99	2.38***
Policy execution		
Pre-policy	Reference	
Post-policy	0.29**	0.28**
Policy subject × policy execution	0.48	1.20

* $p < 0.1$. ** $p < 0.05$. *** $p < 0.01$.

혜집단에서 정책시행 전후에 미충족 의료경험의 통계적으로 유의한 차이가 있었는지 알아보았다. 산정특례제도 시행 후의 미충족 의료경험이 시행 전에 비해 감소하였으나 수혜집단의 미충족 의료경험은 비수혜집단에 비해 높았는데, 이는 여전히 중증질환자 보유 가구의 미충족 의료경험이 높기 때문이다. 미충족 의료경험이 감소하였음에도 불구하고 상호교차항에 의해 확인되는 산정특례제도

의 순수효과가 통계적으로 유의하지 않았다.

이 연구는 추가적으로 미충족 사유에서 ‘경제적 이유’, ‘방문시간이 없어서’라고 응답한 대상을 각각 나누어 분석하였다. 미충족 사유별로 그 결과 값이 달랐는데 대표적으로 가구주의 성별이 여성인 경우 남성보다 경제적 이유로는 미충족 의료가 발생할 확률이 적었지만 방문시간이 없다고 응답한 경우에는 미충족 의료가 발생할 확률이 유의하게 높았다. 이것은 여성의 가사 및 육아부담으로 발생했을 가능성이 높는데 캐나다, 브리티시, 컬럼비아에서 2,536개 도시 주민들을 대상으로 조사한 미충족 의료분석에서도 미충족 의료를 줄이기 위해서는 여성의 건강관리와 보육 및 지역사회 지원 등이 필요하다는 연구결과를 참고하여[31], 우리나라에서도 이러한 미충족 의료를 감소하기 위해 사회보장정책과 연계할 필요가 있는 것으로 생각된다. 또한 가구의 소득수준이 낮거나 의료보장형태가 의료급여 수급권자인 경우에 보장성 정책이 강화되었음에도 불구하고 여전히 경제적 이유로 인한 미충족 의료경험이 유의하게 높았다. 이는 암질환의 경우 급여되는 부분의 보장성이 강화되어도 비급여 부분이 존재하기 때문에 이와 같은 결과가 나왔을 가능성이 있다[32,33].

OECD에서는 건강보험 이외의 요인들과 연계하여 미충족 의료의 지표를 보는 것이 중요하다고 조언하고 있는데 이 연구를 통해 주목하여 볼 사항이 바로 민간의료보험 가입자들과 비가입자들의 미충족 의료현황이다. 이 연구에서는 민간의료보험 가입자들의 미충족 의료가 비가입자들보다 높았다. 민간의료보험 가입자의 특성을 살펴보면 Kwon 등[34]의 연구에서 교육과 경제적 수준이 높을수록 민간의료보험에 더 많이 가입하고 우리나라와 같이 공적 의료보장을 민간의료보험이 보완하는 체계를 가진 나라(영국, 프랑스, 호주 등)의 경우에도 교육을 많이 받거나 잘사는 사람일수록 민간의료보험에 더 많이 가입하였다[34,35].

Yoon [36]의 연구에 의하면 민간의료보험 가입자의 의료이용이 비가입자보다 높지 않으나 이는 노동시장의 특성(30세 미만에서는 가입자의 의료이용이 많으나, 30세 이상에서는 가입자의 의료이용이 적게 나타나고 있는 사실을 통해 민간의료보험 가입으로 의료이용의 경제적 부담이 완화된다 하더라도, 의료서비스 이용으로 초래되는 불편과 업무차질 등 여타의 기회비용 역시 의료이용에 영향을 미치고 있다고 봄)을 통해 볼 때 민간의료보험이 의료이용을 늘리고 있다고 보기는 어려우나 의료욕구를 높여 미충족 의료를 높일 수 있는 가능성이 있다. 이러한 시점에서 민간의료보험 가입자들의 미충족 의료경험이 높게 나타난 사실에 주목하여 민간의료보험과 의료이용, 의료충족에 관한 계속적인 연구가 필요할 것으로 생각된다. 또한 미충족 사유별로 실행한 분석에서도 마찬가지로 상호교차항에 의해 확인되는 산정특례제도의 순수효과가 통계적으로 유의하지 않았다.

1차 산정특례제도에 대한 국내연구들에서도 비슷한 결과양상을

보여주었는데 먼저 Bae [37]는 건강보험 보장성 확대정책 전후로 중증질환자의 미충족 의료가 비중증질환자에 비해 상대적으로 감소했다는 근거를 발견하지 못했다. 또한 Choi [24]의 연구에서는 다중이중차이분석결과 지불능력 대비 의료비부담, 재난적 의료비(20%, 30%)에서 모두 상호교차항의 값이 통계적으로 유의하지 않았다. 이러한 결과는 암환자의 경우 등록을 위한 확진까지의 비용이 적지 않고 이후 급여항목이 제한적이라는 점에서 효과는 제한적일 수 있으나[13], 1차와 2차에서 시행된 산정특례제도의 유효성이 지속적으로 검증되지 않은 결과들을 통해 현 시점에서 건강보험의 급여확대의 접근법에 대해 고민해 보아야 할 것으로 생각된다.

그동안 정부의 보장성 확대과정은 장기계획에 의거하여 명확한 기준과 원칙에 의해 추진되기보다는 상황에 따라 어떤 때는 진료비를 기준으로 보장성을 확대하기도 하고(본인부담 상한제), 암 등 중증질환에 편향된 보장성 확대가 이루어지는가 하면, 특정 의약품(항암제, 골다공증 치료제 등)을 선정하여 급여를 확대하는 등 보장성 확대의 원칙과 기준에서 일관성을 찾아보기 힘들다.

서론에서 설명하였듯이 급여확대의 접근법으로는 크게 질환 중심, 진료비 중심, 사회계층 중심, 항목 중심 접근으로 나누어 볼 수 있다. 그중에 산정특례제도는 중증·고비용 질환 관련 의료비용을 우선적으로 급여하는 질환별 접근으로 볼 수 있다. 이러한 접근법은 특정 질환 환자를 빠르게 정책 옹호자로 만드는 정치적 실용성과 비용부담이 매우 높은 질병을 커버해 주는 장점이 있지만 비용부담이 매우 높은 다른 질병의 경우 혜택에서 제외되는 문제가 발생할 수 있고 중증질환 선정의 기준도 정하기 어렵다. 또한 암 등 중증질환의 본인부담률 5%는 도덕적 해이(moral hazard)를 유발시킬 수 있다. 하루 입원비에 대한 5%의 본인부담금은 환자들이 퇴원을 기피하는 현상을 야기할 수 있으며 부담을 할 수 있는 많은 가입자에게 보험재원을 사용하고 있다.

게다가 중증질환 중심의 보장성 강화는 고비용 투자가 필요한 고도의 첨단수술을 독점하는 초대형 상급종합병원으로의 환자 쏠림을 고착화시킬 수 있다. 이는 환자의 상태와 치료의 난이도에 따라 의료체계 내에서 중별로 구분된 의료기관의 기능에 맞게 의료이용이 효율적으로 배분되지 않고 대형 상급종합병원으로만 이용이 집중되는 문제가 발생할 수 있다. 따라서 정부는 의료비 부담능력이 취약한 집단으로 노인, 저소득층, 장애인과 같은 사회경제적 취약 계층에 대해 급여를 우선적으로 확대하는 정책을 심도 있게 고려해 볼 필요가 있다.

이 연구는 미충족 의료를 경험하게 된 이유에 따라 그룹을 나누어 분석했다는 점에서 기존의 미충족 의료와 관련된 연구들과 다르다고 할 수 있다. 일반적으로 미충족 의료는 경제적 이유로 발생하는 경우가 많고 보장성 강화 측면에서도 지표로 활용할 수 있기 때문에 가장 빈번히 분석되었다. 그러나 궁극적으로 미충족 의료를 감소시키고자 하는 정책목표를 달성하기 위해서는 다른 이유들

로 인해 발생하는 부분도 검토가 필요하며 그것을 일부 반영한 점이 이 연구의 강점이라 할 수 있다.

하지만 이 연구는 몇 가지 한계를 가지고 진행되었다. 첫째, 연구에서 분석하고자 하는 대상이 소 표본인 경우, 추정하고 싶은 모형의 검증력을 감소시키는 문제를 발생시키는데 표본의 크기가 일정 수준 이하인 경우엔 검정통계량의 분포가 근사적으로 정규분포에 따르지 않아 일반적으로 실시하는 모형을 추정하는 데 사용하기 부적합하게 된다. 이번 연구에서는 미충족 의료에 대한 구체적 사유의 빈도가 낮았기 때문에 분석에 한계가 있었다.

둘째, 미충족 의료경험이 질환의 중증도에 따라 변화 정도의 차이가 있을 수 있다. 이 연구에서는 암, 심·뇌혈관질환 환자를 비교하기 위하여 고혈압·당뇨병 환자로 설정하여 분석하였다. 따라서 중증도가 동일한 질환을 보유한 환자 간의 비교가 아니기 때문에 산정특례제도가 미충족 의료경험에 단순히 효과가 없다고 해석하는 것은 주의를 요할 필요가 있다. 그러나 일반적으로 고혈압과 당뇨병은 복합만성질환을 보유한 환자가 많기 때문에 방법론적으로 문제가 크지 않을 것으로 생각된다.

결론적으로, 이 연구는 한국의료패널 2·4차년도 자료를 활용하여 산정특례제도 시행 전후에 나타난 개별 가구의 미충족 의료경험의 변화를 확인함으로써 산정특례제도의 실효성을 확인하고 의료보장과 관련된 정책수립에 근거를 제공하는 것을 목적으로 실행되었다. 분석결과 2차 산정특례제도 시행으로 인해 수혜집단의 미충족 의료경험은 비수혜집단에 비해 통계적으로 유의하게 개선되는 결과를 보여주지 않았다. 즉 1차 산정특례제도의 기존 연구들과 마찬가지로 정책의 실효성에 대한 근거가 미흡하다는 것이다. 물론 이러한 결과만으로 산정특례제도의 실효성을 단정하기는 어렵겠지만, 일관된 결과들을 분명 숙고해 볼 필요가 있다. 건강보험의 본래 취지가 질병으로 인해 예기치 못하게 발생한 고액진료비를 보장하는 것이라는 점을 감안할 때 의료비 부담능력이 취약한 계층 중심의 사회계층별 접근으로의 보장성 강화정책 방향전환을 고려해 볼 필요가 있다.

REFERENCES

1. Park EC. A problem and improvement of health insurance's obligatory authorization system. *Korean Acad Health Policy Manag* 2008;11:17-42.
2. Shin YS, Lee HJ, Lee YH, Shin HW, Jeong HS, Yun SJ, et al. A study on benefits provision to the near poor. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2004.
3. Kim SJ. The unmet needs for health care among Korean adults: differences across age groups. *Korean J Health Econ Policy* 2007;13(2):1-16.
4. Choi YY. Analysis of health care utilization by income disparity. Seoul: Korea University; 2008.
5. Heo SI, Shin HS, Kang MA, Kim TI, Kim CB. Proper ways to secure health insurance benefit. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2007.

6. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2013.
7. Lee YJ. A equity in the co-payment and utilization of national health insurance by income class. *Korean Assoc Soc Welf Policy* 2006;24:173-199.
8. Park JN. Study of national health insurance's benefit strengthening in Korea. Ulsan: Graduate of Administration, Ulsan University; 2012.
9. Nam GY. A study of health insurance coverage reinforcement and its effect on hospital management performance [dissertation]. Seoul: Kyung Hee University; 2011.
10. Kim JG. The health insurance benefit's issue and task. Seoul: National Assembly Research Service; 2010.
11. Ju WS. The effects of increased cancer coverage on medical usage behaviors [master's thesis]. Seoul: Yonsei University; 2008
12. Choi YH. The effects of expanding benefit coverage on medical care utilization of cardio-cerebrovascular disease inpatient [master's thesis]. Seoul: Korea University; 2009.
13. Kim SJ. The effect of health insurance coverage extension for cancer patients on equity [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2013.
14. Andersen R. A behavioral model of families' use of health services. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968.
15. Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *Am J Public Health* 2010; 100(7):1326-1333.
16. Cavalieri M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *Int J Health Geogr* 2013;12:27.
17. Litaker D, Love TE. Health care resource allocation and individuals' health care needs: examining the degree of fit. *Health Policy* 2005;73(2):183-193.
18. Mayer ML, Slifkin RT, Skinner AC. The effects of rural residence and other social vulnerabilities on subjective measures of unmet need. *Med Care Res Rev* 2005;62(5):617-628.
19. Heo SJ. Factors influencing unmet needs for health care by income groups [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2010.
20. Song GS. Factors associated with unmet needs for health care [master's thesis]. Seoul: Korea University; 2011.
21. Yang JY. The longitudinal trend and association factors of unmet medical need. Seoul: Graduate School of Public Health, Korea University; 2010.
22. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973;51(1):95-124.
23. Song TM. An Anderson model approach to the mediation effect of stress-vulnerability factors on the use of outpatient care by the elderly. *Health Soc Welf Rev* 2013;33(1):547-576.
24. Choi JG. Impacts of the benefit extension policy on financial burden and catastrophic health care expenditure. *Korean J Health Econ Policy* 2012; 18(4):1-19.
25. Jeong YH. Estimation of lifetime medical expenses on cancer: utilization of cohort simulation. Seoul: Health Welfare Forum; 2011.
26. Kim SY. A costs of initial cancer care and its affecting factors. *J Prev Med Public Health* 2009;42(4):243-250.
27. Do YG. A heterogeneous nature of medical expenses burden on households: policy implication of vulnerability. Seoul: Korean Labor Institute; 2007.
28. Kang TW. Analysis of private health insurance on catastrophic health expenditure of household with cancer patient [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2012.
29. Aguiar M. Consumption versus expenditure. *J Polit Econ* 2005;113(5): 919-948.
30. 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):111-142.
31. Bryant T, Leaver C, Dunn J. Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy* 2009;91(1):24-32.
32. Kim HH. Unmet need of benign prostatic hyperplasia (BPH) in community-based survey of elderly me [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2005.
33. Byun YC. Equity analysis in health care utilization of persons with disabilities and non-disabled people. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2007.
34. Kwon YD, Kang SW, Yoo CH, Oh EH. The impact of having private health insurance on healthcare utilization with controlling for endogeneity. *Korean J Health Econ Policy* 2010;16(1):139-159.
35. Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M. Access to physician services: does supplemental insurance matter? evidence from France. *Health Econ* 2004;13(7):669-687.
36. Yoon HS. Effects of Private Insurance on Medical Expenditure. *Korea Development Institute* 2008;30(2):99-128.
37. Bae JY. Impacts of health insurance coverage expansion on health care utilization and health status [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2009.