

의료급여환자의 의료이용행태에 관한 질적 분석

Qualitative Analysis of Medical Usage Patterns of Medical Aid Patients

박영희, 이용재
호서대 사회복지학과

Young-Hee Park(py8513@hanmail.net), Yong-Jae Lee(123peter@hanmail.net)

요약

본 연구는 질적 연구를 통하여 의료급여환자들의 의료이용 경험을 이해함으로써 의료급여환자와 건강보험환자 간 의료이용량의 통계적 차이현상의 원인과 과정을 파악하기 위해 수행되었다. 주요 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 의료급여환자의 과잉의료는 대체로 존재하지 않으며, 복합적 질병을 가지고 있어서 발생하는 것이다. 그러나 물리치료와 한방 침에 있어서 일부 과잉이용이 발생하고 있는 것으로 판단된다. 둘째, 의료급여환자들은 의료비를 마련하기 위하여 생계급여에서 일부를 활용하거나 주변 가족이나 이웃의 도움을 받고 있었다. 그러나 과도한 의료비 부담으로 비급여 의료서비스와 대형병원 의료이용은 실제 의료필요만큼 이용하지 못하고 있었다. 또한 일부 환자는 아파도 우선 참고 견디고 있었다. 한편, 일부 의료기관에서는 의료급여환자에 대한 차별적 진료행위를 여전히 하고 있었다. 셋째, 공무원과 의료기관 모두는 의료급여환자에게 의료비 지원정책에 대한 미흡한 정보 제공 등 충분한 도움을 주지 못하고 있었다. 넷째, 정부가 수행하고 있는 의료급여정책인 선택병의원제도, 의료급여사례관리제도, 진료연장승인제도 모두는 불필요한 의료이용을 감소시키는데 기여하고 있는 것으로 판단된다. 그러나 의료급여환자들에게 필요한 의료이용을 제한하는 문제를 초래할 수 있어 이에 대한 대책마련이 요구되었다. 이상의 연구결과를 살펴보면 건강보험환자와 의료급여환자의 의료이용량의 차이를 통계적으로 검증한 선행연구와는 달리 의료급여환자들은 의도적인 과잉이용을 하지 않고 있으며, 오히려 필요한 의료서비스 이용에 제한을 받는다고 생각하고 있었으므로, 이에 대한 대책마련이 요구된다.

■ 중심어 : | 의료급여 | 의료이용 | 과잉이용 | 진료제한 |

Abstract

This was a qualitative study on medical aid patients to understand the cause and process of statistical difference of health service utilization between medical aid and health insurance patients. The main results were the following; 1) There was few overuse of health service in medical aid patients. The reason of heavy utilization was mainly due to the complicated disease. Some of them were considered to overuse physical therapy and oriental acupuncture. 2) In case of medical aid patients, medical cost was paid by their welfare benefit of government or by the support of family or neighbors. They usually could not adequately use the services of uninsured benefit or large hospitals due to the cost. Some patients just endured the pain. There was still discrimination for medical aid patients in some medical institutions. 3) The health officials and institutions did not provide sufficient information to medical aid patients about the policy of medical cost support. 4) Health policies, such as selective clinic system, medical aid case management, approval of extended care, were considered to contribute in preventing unnecessary use of health service. However, this might limit adequate use of medical aid service. In conclusion, there is little evidence of overuse of health service for medical aid patients, which is different from the previous studies. A new plan is necessary, because medical aid patients thought that the necessary health service was not accessible to them.

■ keyword : | Medical Assistance | Medical Care Utilization | Over Use | Medical Restrictions |

접수일자 : 2017년 04월 26일
수정일자 : 2017년 07월 10일

심사완료일 : 2017년 08월 31일
교신저자 : 박영희, e-mail : py8513@hanmail.net

I. 연구배경과 목적

건강권은 ‘국민이 자신들의 건강을 보호받을 권리로써 자신들의 건강보호를 위해 국가에 대하여 적극적인 배려와 급부를 요구할 수 있는 권리이다[1]. 이에 국가는 건강보험제도와 의료급여제도라는 건강권을 실현시키는 제도를 가지고 있다. 특히, 의료급여는 국민기초생활보장법에 의한 수급자 등 일정수준 이하의 저소득층을 대상으로 자력으로 의료비 문제를 해결할 수 없는 경우 국가재정으로 의료혜택을 주는 공공부조제도이다. 즉, 의료급여는 저소득층이 의료서비스를 제공 받을 수 있도록 하는 최소한의 안전장치이다[2].

의료급여제도가 시행되는 과정에서 국가재정에 의한 의료혜택이 제공되면서 환자가 의료비를 부담하지 않아서 수급자와 공급자 양측의 도덕적 해이를 불러와 의료급여제정이 불필요하게 낭비되고 있다는 비판이 지속되고 있다[3]. 예컨대, 양정희[4]는 의료급여 수급자는 도덕적 해이로 불필요한 의료서비스를 중복 혹은 과잉으로 이용하고 있어서 진료비의 증가를 가져오고 있고, 공급자도 고객(수급자)이 본인부담이 없어서 진료내역에 대한 관심이 부족하다는 틈새를 노려 과잉진료를 남발하여 불필요한 진료비증가를 가져오고 있다고 하였다. 송명경[3]은 의료급여환자 과다 의료이용에 관한 연구에서 의료급여환자는 의료비에 대한 부담이 없어 과잉 의료이용을 하기도 하지만, 일부는 공급자 의료기관에서 본인부담금 면제나 차량 지원 등으로 과잉진료를 유도하는 경향도 있다고 보고하고 있다. 또한, 수급자가 의료기관의 진료내용을 불신하여 여러 의료기관을 전전하는 의료쇼핑으로 인해 진료비를 증가시키고 있다고 하였다. 의료급여환자에 대한 연구는 아니지만, 본인부담을 보장해주는 민간의료보험에 관한 유사한 연구를 수행한 이수진[5]은 민간의료보험이 의료보험가입자의 진료비 본인부담을 경감하여 줌에 따라서 의료서비스 이용이 늘어나는 현상이 가입자의 도덕적 해이와 관련이 있다고 하여서 본인부담이 없는 의료급여환자에게도 도덕적 해이가 존재할 수 있음을 시사한다.

반면에 박은지[6]는 의료급여수급자의 약물남용실태

에 관한 연구에서, 약물남용과 과소비라는 의료서비스의 과잉이용이 의료급여환자들의 도덕적 해이에 의한 것이라기보다 고령과 복합질환, 장애보유 등의 환자특성에 의한 것으로 보고 있다. 즉, 이러한 의료급여환자들의 특성으로 적정한 약물에 대한 판단력이 떨어지고, 건강불안증이 있으며, 이를 자제시킬 수 있는 기제가 부족하여 발생하는 경우가 많다는 것이다. 또한, 이용재[7]는 요양병원 의료급여환자 이용연구에서 주거불안과 간병인 부재 등의 사유로 퇴원을 할 수 없어 계속 입원할 수밖에 없는 사회적 입원의 문제를 제기하고 있다. 아울러 의료급여환자들에게 법정 본인부담은 없지만 비급여 본인부담이 매우 커서 상급종합병원 등 대형병원은 이용하지 못하고 있어서 오히려 의료필요에 비해 의료이용의 제한을 받고 있다고 평가하고 있다[8][9]. 즉, 의료급여환자에게도 상당한 비급여 본인부담이 있어서 도덕적 해이 보다는 진료제한의 문제가 더 크다는 것이다.

그럼에도 불구하고 의료급여 진료비가 건강보험 진료비 증가에 비해서 급격히 증가하고 있는 가운데, 의료급여환자의 의료이용량이 건강보험환자 보다 많다는 것은 통계적으로 상당히 입증되고 있다[10]. 의료급여 수급자의 의료서비스이용에 있어서 과잉진료와 이에 따른 불필요한 진료비 지출이 초래되고 있음은 분명하지만, 이것이 단순히 진료비 부담의무에서 해방된 수급자들의 도덕적 해이에서 비롯된 것인지, 아니면 그 외에 다른 복합적인 원인이 있는지에 대해서 의문에 대한 논의는 보다 심층적으로 이루어져야 한다. 아울러 의료급여환자의 의료이용과정에서 발생하는 공급자의 유인 진료행위와 환자의 진료비 부담 등에 대한 구체적 분석 노력도 이루어져야 한다.

따라서 본 연구는 의료급여환자들의 의료이용행태에 대한 질적 조사를 통하여 기존 통계분석연구에서 검증되고 있는 의료급여환자의 의료이용량과 진료비 증가의 원인이 도덕적 해이에 의한 과잉진료인지를 파악하고, 의료이용과정에서 경험하는 의료비부담의 문제와 공급행태에 대해서도 보다 구체적으로 평가하고자 한다.

II. 의료급여환자의 의료이용

기초생활보장수급비 외에는 소득원이 없는 의료급여 1종환자의 경우 본인부담금을 부담할 능력이 안 되어 2007년 이전에는 의료이용 시 본인부담금이 없었다. 그러나 의료급여환자의 도덕적 해이에 의한 과잉진료가 국가 의료급여 재정 부담을 급속히 증가시킨다고 보고, 과잉진료의 억제를 목표로 의료급여 1종 외래본인부담금 제도를 시행하였다[4]. 이러한 본인부담이 없는 의료급여환자의 의료서비스 과잉이용은 건강보험환자의 의료이용량 비교를 통하여 지속적으로 연구되고 있다. 예컨대, 김유림[11]은 건강보험환자와 의료급여환자의 의료이용량을 비교하여 의료급여환자 특히 6대 다빈도 질환군의 재원기간이 길다고 하였으며, 같은 맥락에서 송명경[3]도 의료급여환자의 의료비부담이 없어서 중복·과잉 진료와 같은 불필요한 이용행태가 나타나고 있다고 하였다. 최근의 이해재[12]의 연구에서는 의료급여 수급자는 사회경제적 상태가 불리하고 건강상태가 나빠 의료이용에 대한 필요가 높다고 보고 성향점수 매칭으로 건강보험환자와 의료급여환자의 특성을 동일하고 매칭하여 분석한 결과 의료급여 수급자는 매칭된 건강보험환자에 비해 본인부담 의료비를 더 적게 지출하였으나 의료이용 항목 중 입원일수는 더 길었다. 특히 의료급여 수급자에게 본인부담이 낮은 총 의료비, 입원 의료비, 외래의료비 뿐만 아니라 건강보험환자와 본인부담율의 차이가 없는 비급여 외래의료비와 비급여 진료비를 더 적게 지출하였고, 입원은 더 길게 한 것으로 나타났다. 즉, 의료급여환자들은 건강보험환자에 비해 의료이용을 더 많이 하면서도 필요한 욕구를 충족시키지 못하고 있다고 볼 수 있다. 이는 의료급여환자들이 보험급여가 되는 의료이용은 많이 하지만 비급여 부담이 많은 진료는 제한받고 있다는 이용재[8][9]의 연구결과와 맥락을 같이하고 있다.

한편, 의료급여 본인부담제도가 의료급여환자의 의료이용량에 영향을 미치고 있음은 여러 선행연구에서 증명되고 있다. 양정희[4]의 연구에서는 의료급여 1종 환자에 대한 본인부담금제도 도입 이후 의료기관 방문수를 비교한 결과 본인부담금부과 후 의료급여환자의

방문수가 상당한 정도로 줄어들었다는 연구결과를 제시하고 있어서 본인부담 면제가 의료급여환자의 의료이용량을 늘리는데 상당히 기여하고 있음을 밝히고 있다. 홍선우[13]도 의료급여 1종 환자에 대한 본인부담 이후 의사 방문 및 처방약에 대한 분석결과 전반적으로 의료이용을 감소시켰다고 보고하고 있다. 즉, 선행연구들은 의료급여환자의 적은 본인부담으로 인하여 건강보험환자에 비해 의료이용이 발생하고 있으며 본인부담이 그 원인임을 전제하여 분석하고 있으며 이와 일치된 연구결과를 제시하고 있는 것이다[3][4].

한편, 의료급여환자의 도덕적 해이에 의한 과잉진료에 관한 논의에 있어서 과잉진료의 범위가 어디까지냐에 대한 명확한 규정도 없이 의료급여환자 진료비 증가의 원인으로 이를 지목하여 1종 환자에 대한 본인부담금 제도를 도입한 것에 대한 논란이 존재한다. 즉, 의료급여환자의 의료이용행태가 과잉진료에 해당하는가에 대한 심도 있는 연구가 부족한 상태에서 제도를 도입함으로써 비용지불능력이 떨어지는 의료급여환자들에게 필수적으로 필요한 의료이용을 제한하였다는 비판이 있는 것이다. Brownlee[14]에 의하면 과잉진료라 함은 의료서비스를 적정양이나 비용 그 이상으로 제공하는 경우를 말하며, 과잉이용(over utilization)과 과잉치료(over treatment)를 통합하여 이르는 용어라고 정의하였다. 특히, Brownlee는 과잉이용에 주목하여 환자의 요구나 의료기관의 수익을 위하여 불필요한 진료를 행하는 것을 의미하며, 보험재정에 의하여 재정은 부담되는 반면 환자와 의료기관 모두에게 이득을 제공하게 되어 급속히 증가하고 있다고 보았다. 양정희[4]는 보건의료에 있어서 본인부담금 제도의 도입이유로 과잉진료, 특히 환자요구에 의한 과잉진료를 지목하고 있다.

앞서 논의한 바와 같이 2007년 의료급여 1종 환자에 대한 본인부담금제도 시행 전후의 외래이용률을 비교한 결과들은 대체로 통계적으로 유의한 수준의 의료이용량 감소를 보고하고 있지만, 동시에 본인부담금이 부과되지 않는 보건소 등의 외래환자가 증가하였음을 보고하고 있다. 이는 의료급여환자의 외래이용이 감소한 것이 아니라 본인부담금이 적용되지 않는 진료기관으로 이동이 일어난 것임을 보여주는 결과라고 할 수 있

다[4]. 물론 과잉진료에 대한 분석도 계속되고 있다. 예컨대, 황도경 외[10]는 연간 급여일수 700일 이상인 진료일수 상위자 및 의료급여 진료비 기준 상위 10%에 해당하는 대상자들의 2008~2012년까지의 의료이용행태를 보면 1인당 연간진료비는 건강보험 가입자의 약 3배에 이른다고 하면서 과잉진료의 가능성이 있다고 보고 있다. 그럼에도 불구하고 본인부담제도의 시행이후 외래본인부담금이 적용되지 않는 보건기관 등 의료기관으로의 이동이 보여주는 바는 본인부담금제도의 실시로 1종 의료급여대상자들에게는 심각한 의료이용의 제한이 이루어지고 있음을 의미한다. 실제로 이해제[15]와 홍선우[13]는 과부담 의료비에 관한 연구에서 개인이 직접 지불하는 비급여 의료서비스 등과 관련된 본인부담금은 진료비 상한제와 같은 보완적 대책에도 불구하고 의료급여대상자인 취약계층에게 치명적인 부담이 될 수 있다고 하였다. 같은 맥락에서 이용재[8][9]도 의료급여환자들이 비유부담으로 인해 상급종합병원 등을 이용하지 못하여 필요에 충분한 의료이용을 하지 못할 가능성이 있음을 밝히고 있다.

의료급여환자가 이용하는 의료서비스의 구체적 내용과 형태, 이용 원인에 대한 문제도 논의가 필요하다. 즉, 의료급여수급자의 연간 진료비가 건강보험가입자의 3배에 이른다고 하지만, 이들 의료급여수급자가 받은 의료서비스의 내역을 검토해야 과잉진료인지에 대한 판단이 명확히 질 수 있다. 의료보장 수급자, 특히 근로능력이 없는 1종 수급자의 경우 비수급자와 비교하면 많은 질병을 복합적으로 가지고 있다. 송명경[3]과 김의숙 외[16]는 의료급여 수급자는 건강보험가입자에 비해 노령인구 및 여성인구가 많고, 복합질환을 가지고 있어서 의료서비스 이용도 많다고 하였다. 즉, 의료급여 수급자 집단이 일반 인구집단에 비하여 건강문제에 취약한 노인인구가 많으며 복합질환을 가지고 있다는 것이다. 따라서 단순히 의료급여수급자의 의료서비스 이용량이 건강보험가입자와 비교하여 높다고 하여 과잉진료라고 단정할 수는 없다는 것이다. 한국인의 평생 의료비는 평균 1억 원에 달하며 이중 절반가량을 노년기에 쓰는 것으로 나타났다[17]. 65세 이상의 의료비가 생애의료비에서 차지하는 비중은 여성 51.2% 남성 47.2%이며

이 비중은 앞으로 더욱 늘어날 것으로 여겨지고 있다. 즉, 노인인구가 많은 의료급여수급자의 의료서비스 이용률과 비용이 증가하는 원인으로 생애주기별 의료비 사용 패턴도 작용하고 있는 것이다. 이와 같이 노령인구의 의료비 지출이 많은 것은 일반적으로 노령인들이 더 많은 복합질환을 앓고 있다는 것에 기인한다고 볼 수 있다. 실제로 후효영[18]은 노년기에 신체적·정신적으로 기능이 저하되며 만성질환의 이환율이 높아져서 질병 유병률이 비 노년기에 비교하여 2배 이상 높다고 하였다. 노년기에 이르지 않은 의료급여수급자라 할지라도 근로능력이 없음을 고려할 때 신체적·정신적으로 기능이 저하되거나 결여된 상태여서 노년기와 다를 없이 질병 유병률이 높은 집단으로 추정된다. 따라서 의료급여환자들이 노년기에 복합적인 질환을 가지고 있어서 의료이용량이 많은 것으로 도덕적 해이로 인한 과잉의료라 아닐 수 있다는 것이다.

의료급여수급자는 이러한 경제적 부담과 고령, 복합적 질병보유 외에도 의료서비스의 이용에 있어서 심리적·정서적 부담을 겪고 있다. 이에 관하여 송명경[3]은 의료급여수급자는 수급권 취득 후 안도감과 감사함, 그리고 창피함을 동시에 느끼는 감정적 혼란을 겪게 되며, 이러한 경향은 의료기관의 선택에 있어서도 나타난다고 하였다. 의료수급이 낙인효과에 의해서 차별을 받는다는 감정을 가지게 되며, 차별을 덜 받을 수 있을 것 같은 의료기관을 방문하게 된다고 한다. 실제로 의료급여환자를 진료하는 의료기관이 보상받는 수가가 건강보험에 비교하여 낮고, 지자체의 지급도 늦게 이루어지기 때문에 의료기관에서 의료급여환자를 홀대하는 경우가 발생한다. 이와 같이 의료급여 수급자의 의료서비스 이용에 있어서는 여러 가지 편견에 의한 보이지 않는 차별이 존재하며, 이로 인하여 수급자의 자존감에 손상을 주는 경우가 발생하고 있는 것이다[19]. 의료급여환자의 의료이용과정에서 발생하는 의료공급자의 행태에 대해서도 확인이 필요한 것이다.

이상의 논의들을 비추어 볼 때 의료급여환자들의 의료이용량이 건강보험환자에 비해 통계적으로 많고, 법정본인부담이 그 원인인 것은 주지하는 사실이지만 실제로 의료급여환자의 의료이용의 실제 내역과 원인, 의

료이용과정에서의 의료비부담의 어려움 등에 대한 구체적인 분석은 수행되지 못하였으며 공급자의 진료행태에 대해서도 논란이 존재하고 있는 것이다. 본 연구는 질적 연구방법을 통하여 이를 보다 구체적으로 밝히고자한다.

III. 연구 방법

본 연구의 연구대상은 서울시 거주 의료급여수급자이다. 서울시내 A동에 거주하는 의료보장수급자 5명에 대한 집단면접과 5명에 대한 1:1심층면접을 시행하였다. 면접대상자는 의료급여 1종 수급자로 최근 2년 이상 의료급여 서비스를 이용한 경험이 있는 대상자를 보건소 담당자의 추천으로 선정하였다. 선행연구를 보면 면접조사 대상은 일반적으로 8명 내외로 수행되고 있어서 10명에 대한 조사로 개념화 도출이 충분하였다. 실제로 연구초기 대상인원을 제한하지 않았지만 포화상태에 이를 때까지 인원을 추가하여 최종 10명을 조사하게 되었다[20]. 집단면접과 1:1심층면접 모두 2014년 10월에 수행하였다. 집단면접의 소요시간은 2시간이었으며, 개별면접은 1인당 1시간 정도씩 총 5시간이 소요되었다. 집단면접은 조사대상자 거주지역 복지센터에서 수행되었으며, 개별면접은 대상자 집에서 편안한 분위기속에서 수행되었다.

본 연구는 집단면접과 개별면접조사를 함께 수행하였다는 특징이 있다. 집단면접을 우선 수행하여 의료급여 환자들의 의료이용행태에 대한 집단적 의견을 수렴하고, 개별면접을 통하여 집단면접을 통해 발견된 내용을 구체화하여 확인하기 위한 것이다. 면접 시 사용한 질문으로는 필요한 의료서비스는 잘 이용하고 있는지, 의료비는 어떻게 부담하는지, 건강상태는 어떠한지, 비급여 등 의료비 본인부담에 대한 추가적인 지원을 받았는지, 의료비 지원제도에 대한 정보제공은 어디서 받는지, 의료기관 의료서비스 이용 시 의사나 의료기관의 태도는 어떠한지, 의료급여제도 이용 시 어려운 점은 무엇인지 등이 있다.

면접은 면접대상자의 동의를 얻어 녹취하였으며 이

를 녹취록으로 전환하여 분석하였다. 녹취자료를 녹취록으로 전환하는 작업은 사회복지를 전공하고 있는 학부생이 수행하였으며 녹취록을 분석하는 작업은 연구자와 사회복지전공 박사과정생이 동시에 수행함으로써 내용의 타당성을 확보하기 위해 노력하였다.

조사대상자 대부분이 50대 이상이고 여러 가지 유형의 복합질환을 앓고 있으며, 이로 인하여 의료급여대상으로 입원 및 수술을 받은 경력을 가지고 있었다. 조사대상자의 질병 및 의료이용 특성에 관한 내용은 [표 1]과 같다.

표 1. 조사대상자

구분	대상자	출생	의료급여 자격	보유질환	입원경험
집단조사	A	58년	2013년	뇌내장, 뇌축, 허리통증	2014년 8월 위절제 수술로 9일간 입원
	B	61년	2008년	도박중독(우울증, 하지불안증후군), 심혈관 질환, 호흡기내과	이천시 00신경정신병원 10개월 입원(강원랜드 의료비지원), 호흡기질환으로 00의료원 17개월 입원
	C	66년	2011년	조울증, 고혈압, 당뇨, 뇌경색	2011년 11월-2012년 1월에 조울증으로 입원
	D	49년	2000년	뇌경색, 협심증, 고혈압	호흡곤란(협심증)으로 00시립병원에 2009년 약 25일
	E	51년	2012년	당뇨, 혈압, 협착증(허리, 목), 전립선 비대증, 고지혈증, 뇌내장 수술 후 계속 치료 중	00의료원 8일(허리수술을 위해 입원하였으나 보류), 00병원 수술(뇌내장 수술 2일 2회)
개별조사	F	68년	2007년	쿠싱증후군, 고지혈증, 우울증, 불면증	2009년 고관절 수술로 한 달간 입원, 백내장 수술
	G	49년	2000년	우울증, 관절염, 고혈압, 턱관절통증	2012년 담석제거 수술 20일 입원
	H	47년	2011년	뇌졸중, 뇌경색, 관절질환, 고혈압, 난청	00병원 3개월, 00의료원 약 3개월, 2013년 허리수술로 20일, 2014년 허리수술로 23일 입원, 뇌졸중으로 쓰러져 입원, 골다공증으로 허리뼈가 약해져 수술함
	I	47년	2004년	방광암, 신장질환(신장1개만 있음)	2008년 수술로 3개월간 00의료원 입원, 방광 및 신장에 염증이 생겨 4번 입원(1회당 15일 정도씩)
	J	44년	2011년	협착증, 천식, 당뇨, 혈압, 팔인대 문제	입원경험은 없음

자료분석은 Spradley[21]의 연구에서 제시한 분석과정인 영역분석(domain analysis), 분류분석(taxonomy analysis), 성분분석(componential analysis) 및 주제분석(theme analysis)의 과정을 참고로 하여 시행하였다 [3]. 범주로는 과잉진료와 진료비부담, 유병상태, 제도 및 정책에 관한 정보획득, 의료서비스 공급자의 차별인지, 건강권을 위한 제언 등 영역으로 분류하였고, 개별 영역별로 속성분석을 시도하였다. 한편, 범주와 속성화, 내용을 파악하기 위하여 녹취록을 연구자와 사회복지 전공 박사과정생이 반복적 비교를 통해 각각의 개념 및 카테고리를 형성하였다. 구체적으로 박사과정생이 초안을 분류하고 연구자가 이에 대하여 추적 감사하였다.

IV. 분석결과

의료급여수급자에 대한 집단면접분석결과 의료급여 수급자들은 도덕적 해이에 의한 과잉진료는 없다고 인식하고 있었다. 또한, 여전히 비급여 등 의료비가 부담이 된다고 생각하고 있으며, 복합적인 질병을 앓고 있지만 필요한 의료서비스를 다 받지 못하고 있다고 생각하고 있었다. 의료기관이 의료급여환자에 대하여 차별적인 의료서비스를 받고 있다고 생각하고 있었으며, 의료급여수급자에 대한 각종 지원업무를 수행하고 있는 지원기관과 해당 서비스에 대하여 모르거나, 지원내용이 부족하다고 생각하고 있다. 반면에 공무원과 주민센터의 정보제공 기능은 부족한 것으로 나타났다. 조사대상자의 개별 응답은 아래 [표 2]와 같다.

표 2. 집단조사결과 분류

범주	속성	진술
과잉진료	과잉진료 미존재	아픈 부위만 진료
		과잉진료는 없음. 갈 차비도 없음. 돈 안 드는 기관 방문
수급자 질병	복합질병	합병증을 방지하는 약을 쓰지 못함
		내과하고 내분비과, 허리협착증
의료비 부담과 의료서비스 이용	본인부담	생계비에서 모아서 1개월 진료비 지출
		MRI비용을 못 내고 있음
	비급여 의료비 부담	비급여니까 사먹어야 한다고
		완전 비급여라 치료방문 불가
		비급여 진료비는 돈이 없어 못함.
		돈이 없어서 수술 못해서 약물치료
돈이 16만원 밖에 없음.		

대형병원 이용 불가		쓰러져도 의식이 있으면 대형병원 못 감 비싸서 갈수 없음. 접수 시 비용요구 차비도 부담. 입원보증인 요구
	아파도 우선 참기	보름간 참음. 아이고 병이 하나 더 생기면 죽는 길 약물로 치료
	행정비용	연장신청 수급자 서류 떼는데 비용 지불
의료비 지원 경험 및 정보	나눔의료	나눔 의료 전액무료로 지원
	정보부족	우리는 다 모르죠.
	모르는 공무원과 잘못된 태도	담당공무원들이 잘 몰라 주민센터에서 먼저 얘기해주는 게 없음 동네 개보듯
	받기 어려운 지원금	입원을 해야 지원 3개월 이상 진단필요
	복지기관 도움	(쪽방사무소 아니면)생목숨 많이 날아 갈 것
	의료 공급자 차별과 인식	불충분한 진료
의료급여 환자 차별		거의 차별받는다고 봐야
시립병원 불신		00시립병원 문제 많고
선택병의원 제도		천원, 오백 원 안내니까 감사

분석결과를 영역별로 살펴보면 먼저 과잉진료와 의료비 부담 영역에 대한 응답에 있어서는 과잉진료가 존재하지 않는다고 인식하고 있었다. 즉, 경제적 어려움으로 얼마 안 되는 본인부담금, 병원 찾아가는 교통비 자체도 큰 부담이기 때문에 의료급여환자의 의료이용에 있어서 과잉진료는 존재하지 않는다는 것이다. 특히, 수급자들은 소액의 본인부담도 부담스러워 하고 있으며 친지를 비롯한 외부지원을 필요로 하고 있었다.

수급자들한테 오백 원 교통비도 부담이더라고요. 수급비 그 40몇 만원으로 사는 거야. 방세 21만원 무조건 내야해요. 방세 내고 나머지 27만8천원으로 한 달을 살아야 하더라고요. 그러니까 병원에서는 오백원 받는다 한파에... 3개 과를 가면 1500원을 내라고 하더라고요. 약국까지 그러니까 우리 같은 사람한테 2천원을 내라잖아요. 우리 같은 사람한테 이천원은 거금이에요(A).

그러니까 우리 같은 사람에게 과잉진료는 없다 그러면 되요. 내가 조금 아픈 거 많이 아프다 그래서 과잉진료할거 같지만 그런 거 없어요. 갈 차비도 아까운데 무슨 차비도 아까운데 뭐(C)

그래도 어떻게 사람 살려면 친척들 지인들한테 손 벌려서 하는 사람들이 있는가 봐요. 근데 그게 단절 되어버린 사람들은 그냥 자포자기예요(C).

질병상태와 의료비지원에 대하여 살펴보면 의료급여

수급자들은 대부분 복합질병에 이환되어 있는 경우가 많았다. 또한, 의료급여수급자들은 의료비지원을 비롯한 지원제도에 관해서는 잘 모르고 있으며 복잡한 절차와 담당공무원의 소극적인 대응으로 제대로 혜택을 받고 있지 못하고 있었다.

아픈 부위만. 내과하고 비뇨기과하고 이 허리협착증은 계속 다녔고. 계속 주기적으로 몇 년 동안 약을 먹고 있고요. 치료는 이가시리거나 통증을 있을 때 발치할 때만 갔고. 안과는 눈이 침침할 때 가니까 백내장이라고. 수술하자고 하니까 수술했... 경추에 눈으로 연결된 혈관이 있는데. 그 혈관이 순환이 안 되니까. 자꾸 터지고 한 대요. 계속 5-6개월 됐는데 수술한지가 계속 치료를 하죠(D).

구경으로 찾아갔어요. 동사무소는 동네 개보듯 해요. 여기 서도 65세가 넘었는데 2개월간 진료를 받은 기록을 떼어 오라 하고 00시립병원도 문제 많고 주민자치센터 복지사들도 문제가 많아요(A).

의료기관의 진료과정에서의 차별에 대하여서 의료급여수급자들은 의료공급자로부터 차별적인 서비스를 받고 있다고 생각하고 있으며, 공급자들이 무성의한 진료와 제한된 의료서비스만을 제공한다고 인식하고 있었다.

노숙자로 00시립병원에 많이 가봤는데.. 거의 이견 치료가 아니고.. 오지마라 이겨요.. 눈이 아파가면 척척 2초 진료해 요.. 알약 한 알주고 노안이라고 하고(D).

내가 이렇게 아프다고 하잖아요. 그럼 내분야가 아닌데요. 이래요. 만약에 이게 내 분야에 간다면 수술이 들어가야 한다면 그 과정급이 오는 게 아니라 인턴, 레지던트들이 달라붙어서(E).

요컨대 집단면접조사 결과 대상자들은 선행연구에서 제시된 과잉이용의 문제에 동의하지 않고 있으며, 여전히 의료서비스의 부족과 의료비 부담의 어려움 등을 호소하고 있었다. 반면에 정보제공과 지원시스템이 정상적으로 작동하지 않고 있는 것으로 판단된다.

개별면접조사결과를 분석한 결과 집단면접조사 결과와 거의 유사한 것으로 나타났지만 몇 가지 차이점이 확인되었다. 예컨대, 과잉진료에 대해서는 물리치료 등의 영역에서 일부 과잉진료라는 인식을 가지고 있었다. 그 외에 의료비 부담과 의료서비스의 내용, 질병상태와

의료비 부담, 의료공급자에 대한 의견은 집단조사의 결과와 큰 차이는 없다. 즉, 의료비 부담은 가족과 이웃의 도움이나 수급비에서 조달하고 있었으며, 복합질병을 가지고 있었다. 의료필요에 따라 충분한 의료서비스 이용을 못하고 있었으며 공급자로부터 충분한 서비스 지원을 받지 못하고 있는 것으로 인식하고 있었다. 조사 대상자의 개별 응답은 아래 [표 3]과 같다.

표 3. 개별조사결과 분류

범주	속성	진술
과잉진료	물리치료 과잉	할 일도 없고 그럴 때는 일주일에 다섯 번은 가는 편
	좋다면 이용	하루에 세 번간 게 보통. 지푸라기라도 잡는 심정
	어쩔 수 없는 방문	병원 가는 게 싫음.
수급자질병	복합질병	기관지 천식이 있고 당뇨있고 혈압있고 방광염있고, 심장질환이 있어요
	민간의료보험 활용	언제는 보험회사에서 나와서 울더라고 잘 들어놨어
의료비 부담과 의료서비스 이용	가족과 이웃	이는 사람에게 사정해서 딸 둘이서 내줘서 도와주는 분들이 있음
	수급비서 조달	빡빡한 살림 수급비 범위 내에서
	병원비 부담	감당할 수 없어서 퇴원
	비급여 부담	맞는 약이 비보험 돈이 없어서 이용불가 보험이 되지 않는 약
	교통비 부담	교통비 부담
	의료재료부족	필요 양 지원 안 됨
	아파도 참기	무조건 참자 충분히 이용 불가 보험혜택이 안됨
	진료연장 동의받급	그냥 귀찮아 함
	차별적인 의료기관	수급자라 안 해 줄라고 함 전부 엉터리 신경을 안씀 허무하고 말도 안해 줌 뭘 해도 안 됨
	좋은 의료기관	선생님도 잘해줘요. 국립의료원 : 좋은 서비스
의료비 지원 경험 및 정보	치료효과 없는 의료기관	요양병원에서 못있겠다고 나가겠다고 퇴원 요양병원은 죽으러 거
	재력에 좌우되는 요양병원	돈 주면 괜찮아요
	의료서비스 이용억제 효과	내가 그렇게 안다녀요
	진료제한	아파도 뭐 맘대로 가질 못함 짧은 치료를 못하고 있음
	선택의료기관 제한적 서비스	복합질병에 대해서는 잘 모르는 선택 의료기관 제일 가까우니까(그냥 선택) 약은 00병원 맞지만 허리 치료를 위해 00병원을 선택의료기관으로 지정

의료 공급자 차별과 인식	무능한 주민센터	동사무소 앞에서 목 매달고 싶다고
		동사무소도 구청도 지원 없음
		안 되기 때문에 하기 싫음
	의지할 곳은 관공서	소용이 없음
		동사무소 그저 구청에 가서 매달려야 지 어떨게 해
	보건소와 간호사	(간호사가)가 파스를 주고
		직접 가아하는 보건소
	세이프 약국	다 챙겨주고
중복투약 차단에 도움 친절한 약사		
의료급여 사물관리사	(덕분에 약을) 7개로 줄임	
안 된다는 지원	(더 이상은 안 된다고 하니)차라리 안 받는 게 편함.	
	뭐든지 안 된다고 얘기 하니까 자포 자기하는 거죠.	

개별 영역별로 살펴보면 먼저 과잉진료와 의료비 부담 영역에 대한 응답에서는 물리치료 등의 영역에서 일부 과잉진료가 존재하는 것으로 나타났지만 병원방문을 통한 의료이용은 싫음에도 불구하고 어쩔 수 없는 사유로 이용하는 경우라고 생각하고 있었다. 아울러 의료비는 가족과 이웃의 지원, 수급비로 조달하고 있었으며 비급여와 교통비용 부담으로 필요한 의료이용을 못하고 참는 경우가 있었다.

좀 낫다하고 침 맞으려 가지. 지푸라기 잡는 심정으로 가는 거야 좋다면 다 가는 거야 진짜 울기도 많이 울고 죽을 라고 진짜 자살까지 내가 시도를 해봤어 그래도 안 죽더라고(F).

수급비 안에서 모았다가 그러니까 통장을 보면 5만원, 3만원, 2만원 다음에 수술할 때 내가 어떤 위기에 딱 닥쳤을 때 이걸 가져가서 병원에 입원하고 나올 때 쓰던가. 수술하고 쓰던가(G).

한 달에 한 개 쓰고 버려야 되는 거 삶아 쓰고 이러면 안 되는 건데. 이거가지고 한두 달 정도 쓰고 막 이래버리니까 아무래도 고무니까 부패가 되고 짹짹 달라붙고(중략), 부패가 되고 하니까 밀어 넣기가 힘이 들고(H).

우리 돈이 없으니까 딸들이 조금씩 들어서 내줘가지고 모아가지고 우리 받아가지고 생활비만 빼듯하잖아요(I).

의료급여수급자들의 질병상태는 여러 종류의 복합질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 또한, 의료급여수급자들은 의료공급자로부터 차별적인 진료를 받는다는 의식이 많았으며, 일부는 의료기관과 인력에 대해 좋은 인식을 가지고 있었다. 특기할 만한 것은 의료급여수급자들의 요양병원에 대한 신뢰가 매우 낮은 것으로 나타

났다.

제가 심장질환을 앓고 있어요. 콩팥이 하나기 때문에. 그전에 콩팥을 하나 떼어내고 방광까지 한 번에 수술을 했어요. 다 녹아 없어졌어요. 콩팥이 하나고 콩팥이 이리니까. 콩팥에 염증이 자주 생긴대요. 그러니까 거기는 꼭 가서 약을 먹고(J).

주사를 몇 번 맞고 안 낫더라고요. 그래서 여기 00병원 가서 CT를 찍어보니까 협착증이라고 하더라고요. 근데 수술도 뭐 기관이 수급자니까 안 해 줄라고 해요. 어디가도 성의가 없어요. 병원에서도 그렇고 병원에서도 가보면 제일 나중에 해줘. 그러니까 수급자가 되게 서럽더라고요(F).

어느 날 갑자기 이손이 막 올라가지도 앓고 너무너무 아픈 거야 그냥 올리지도 못하고 너무 아파죽겠다고 어디서 나와서 침을 일주일 동안 번씩 줘요. 너무 아파가지고 나 이래서 못 있겠다고 나가겠다고 아는 친구를 불러서 퇴원을 하겠다고 했어요. 나 좀 데리고 가라했더니 계산 다 하고(I).

병실에 사람들 없을 적에 바카스도 한 병씩 주면 병실 간호하는 사람들이 막 뭐라 하더라고요. 이거 왜 하나씩 주느냐고 막 뺏어요. 오줌 싼다고. 반병씩..그래서 내가 그런데는 죽으러 가는 거랑 똑같다 했어(J).

한편, 의료비지원제도에 관해서는 담당공무원의 무성의와 책임 미루기, 복잡한 절차에 따른 시간과 비용의 문제를 지적하고 있었다. 그럼에도 불구하고, 사례관리와 서울시에서 시행하고 있는 세이프약국제도 등에 관해서는 상당히 긍정적인 것으로 파악된다. 이는 사례관리 등의 제도가 의료급여 수급자에 대한 개별적 돌봄의 형태를 가지고 있어서 보살핌 받는다는 느낌을 주어서 그런 경우도 있겠지만, 앞에서 파악된 과잉진료의 문제에 관하여 당사자들도 불안감을 가지고 있음을 반영한 것이라고 평가된다.

가면 막 뽕뽕거리는 거예요. 내가 집이 어디예요? 여기 여기 이렇게 있잖아요 여기 몰라요? 막 그러더라고요. 일반 집에서 나라에서 주는 대로 옮기는데... 나 동사무소에서 그러는 거 좀 봤거든요. 가기가 무서운 거예요. 처음 할 때는 자주오라고 그래요. 처음에 서류 작성할 때 자주오라고 해요. 내가 통장 아줌마한테 그래요. 나 그 언니 한번보고 오면은 동사무소 앞에서 목매달고 싶다고(F).

뭐든지 안 된다고 얘길 하니까 자포자기 하는 거죠. 아 내 힘으로 할 수 밖에 없는 거구나 아니다 라는 거지 누가 와서 이런 사람 노인을 떠나서 환자라고 생각하고 보살펴주고 말 한마디라도 따뜻하게 해주고 힘이 되어주고 의지가 될수 있는 뭐 이런 게 되어야하는데 한번 왔다 가면 함흥차사...누구든지

그러니까 이제는 그렇게 하니깐 나도 싫은 거지 난 대통령을 만난대도 싫대(J)

약은 그거 내가 이런 약을 이렇게 먹는다고 거기서 약을 먹는 줄 알고 다른 약을 저저해주죠(중략). 내 먹는 약을 그거 먹는 걸 컴퓨터를 떼어서 줘요...그러면 다음 병원 가서 내가 이런 약 먹는다(I)

이상의 개별대상자에 대한 심층면접에서 확인한 것처럼 의료급여환자들은 선행연구에서 제시된 도덕적 해이나 과잉이용의 문제에 동의하지 않고 있으며, 과잉진료도 의료서비스의 수준과 질을 믿지 못하여 발생하는 것으로, 사례관리 등으로 관리하면 이를 방지할 소지가 충분하다고 생각한다. 그 외에는 여전히 의료서비스의 부족과 의료비의 부담, 차별적 서비스 등을 호소하고 있다.

V. 결론 및 함의

본 연구는 의료급여환자들의 의료이용행태와 이용과정에 대한 질적 조사를 통하여 통계분석으로 수행되어 밝혀진 의료급여환자의 의료서비스 과잉이용의 원인을 파악하고 그 원인이 본인부담제도 부재로 인한 도덕적 해이인지에 대하여 평가하는데 있다. 아울러 의료급여환자들이 의료이용과정에서 경험하는 의료비부담과 공급자 진료행태, 지원체계의 작동에 대해서도 구체적으로 평가하고자한다. 이를 통하여 선행연구들의 분석결과를 보다 구체적으로 확인할 수 있을 것이다. 주요 분석결과와 함의는 다음과 같다.

첫째, 의료급여수급자 당사자는 대체적으로 의료서비스 이용이 과잉진료라고 생각하지 않고 있었다. 그러나 물리치료 등에 있어서는 일부 과잉진료가 있었다. 일부 의료급여환자들의 경우 주변에서 좋다고 추천하는 의료행위나 기관들을 과잉으로 이용하는 경우가 있었다. 한편, 의료급여환자들은 복합질환을 가지고 있어서 불가피하게 다양한 의료서비스를 이용을 하고 있었다. 이는 의료서비스에 대한 불신과 정보부재로 발생하는 경우가 상당히 많기 때문에 물리치료와 같은 재활서비스 이용과 약물복용 시 남용이 일어나지 않도록 사례

관리를 강화하여 등 의료급여환자를 보다 체계적으로 개별 관리하는 방안을 마련해야 할 것이다.

둘째, 의료급여환자들은 의료비를 조달하기 위하여 생계급여에서 일부를 의료비로 활용하거나 가족·이웃의 도움을 받고 있었다. 또한, 의료비부담으로 비급여 본인부담을 해야 하는 고가의 비급여 의료서비스와 대형병원 의료이용은 필요만큼 하지 못하고 있었으며 아파도 우선 참고 보는 경우도 있었다. 한편, 의료기관의 의료급여환자에 대한 차별적 진료행위가 존재한다는 의견도 있었다. 즉, 의료급여환자들의 경우 도덕적 해이로 인한 과잉진료의 문제보다는 본인부담이 많은 비급여 의료서비스나 대형병원 이용에 있어서 제한받고 있었다. 의료급여환자들이 필요한 의료서비스를 이용할 수 있도록 대형병원 이용 등에서 발생하는 비급여 본인부담에 대한 지원정책마련이 필요할 것이다.

셋째, 정부가 수행하고 있는 의료급여정책에 대하여서는 선택병의원제도에 대해서는 본인부담이 없어서 좋다는 의견이었지만, 의료이용을 감소시키는 것이 긍정적이라는 의견과 필요한 의료이용을 제한한다는 부정적 의견이 공존하고 있었다. 의료급여 사례관리에 대해서는 사례관리로 인하여 불필요한 약사용을 줄일 수 있게 되었다고 평가하고 있었으며, 진료연장승인제도는 의료이용을 제한하는 효과가 있지만 동의서 발급에 의료기관이 비호의적이라는 불편함을 호소하였다. 따라서 선택병의원제도, 의료급여사례관리, 진료연장승인제도 모두 불필요한 의료이용을 감소시키는데 기여하는 것으로 생각되지만 필요한 이용을 제한하는 문제를 초래할 수 있어 필요한 의료서비스를 이용할 수 있도록 대책마련이 요구된다.

요컨대, 선행연구를 통해 제기된 의료급여환자들의 과잉진료로 인하여 의료비가 과도하게 지출된다는 사회적 인식은 바람직하지 못한 것으로 판단된다. 다만, 복합질환에 따른 의료이용과 약품이용 등에 관한 정보부족과 의료기관에 대한 불신을 해결하여 보다 합리적이고 바람직한 의료서비스 이용을 유도하기 위한 노력이 필요할 것이다. 아울러 필요가 있음에도 불구하고 비급여 본인부담으로 인해 제한 받고 있는 의료서비스를 적절히 이용할 수 있도록 지원방안 마련이 필요할 것이

다. 특히, 정부의 선택병의원제도와 같은 의료비 억제를 위한 정책으로 인하여 의료이용제한의 문제가 보다 심각해 질 수 있는 바 의료필요에 따른 의료이용이 제한 받지 않도록 노력해야 할 것이다. 이를 위해서 차별적이고 제한적인 의료서비스를 이용할 수 있도록 비급여 의료서비스 비용을 지원하기 위한 방안이 마련되어야 하며, 고령자 또는 복합상병을 가진 중증질환자들을 위한 바랍직한 의료서비스 이용을 유도하기 위한 정보제공 시스템을 보완하여야 할 것이다.

본 연구는 의료급여환자에게 존재하는 것으로 알려진 과잉의료이용과 도덕적 해이 현상에 대하여 의료급여수급자의 의료이용행태에 대한 질적 연구방법을 통하여 확인하고자 시도하였다는데 의의가 있다. 그러나 기존의 양적 분석과 질적 분석을 동시에 시도하지 못한 한계가 있으며 보다 엄밀한 삼각측량방법을 활용하지 못한 점도 한계로 남는 바 이를 보완한 후속연구가 요구된다.

참 고 문 헌

- [1] 이라, *사회국가원리와 저소득층의 의료보장*, 고려대학교, 석사학위논문, 2014.
- [2] 김승미, *사회보장행정법상의 공공부조수급권에 관한 연구*, 고려대학교, 박사학위논문, 2012.
- [3] 송명경, *의료급여 과다이용 수급권자의 의료이용 경험*, 한양대학교, 박사학위논문, 2015.
- [4] 양정희, *1종수급자의 외래진료 본인부담제 도입에 따른 효과 평가*, 고려대학교, 박사학위논문, 2009.
- [5] 이수진, *민간의료보험이 의료수요에 미치는 영향: 도덕적 해이와 역선택 효과의 실증적 분석*, 연세대학교, 석사학위논문, 2012.
- [6] 박은지, *의료급여 수급자의 의약품 사용 및 관리 실태에 관한 설문조사 연구*, 숙명여자대학교, 석사학위논문, 2012.
- [7] 이용재, “의료급여환자의 요양병원 이용에 관한 연구,” 한국콘텐츠학회논문지, 제17권, 제5호, pp.366-375, 2017.
- [8] 이용재, “건강보험과 의료급여 노인환자의 의료이용량-요양기관종별 분석,” 한국콘텐츠학회논문지, 제17권, 제4호, pp.585-595, 2017.
- [9] 이용재, “노인 암환자의 건강보험과 의료급여 이용차이 분석,” 한국콘텐츠학회논문지, 제11권, 제5호, pp.270-279, 2011.
- [10] 황도경, 신현웅, 여지영, 김진호, 이슬기, 성민현, *의료급여 과다이용자의 의료이용 실태에 대한 연구*, 보건사회연구원 연구보고서, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 의료급여사례관리사업 지원단, 2014.
- [11] 김유림, *의료보장유형과 재원일수 관련성 연구: 공공병원 의무기록자료를 이용하여*, 연세대학교, 석사학위논문, 2013.
- [12] 이해재, “성향점수매칭으로 살펴본 의료급여 수급자와 건강보험 가입자의 본인부담 의료비 지출과 의료이용,” 보건경제와 정책연구, 제22권, 제2호, pp.29-49, 2016.
- [13] 홍선우, “본인부담제도가 의료급여 1종 수급권자의 의료이용에 미치는 영향,” 간호행정학회지, 제15권, 제1호, pp.136-146, 2009
- [14] Shannon Brownlee, *Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*, Bloomsbury USA, 2008.
- [15] 이해재, *가구 과부담의료비의 결정요인과 빈곤에 미치는 영향*, 서울대학교, 석사학위논문, 2015.
- [16] 김의숙, 남정자, 김미영, 고일선, 이덕만, 김광숙, *의료급여 장기이용환자의 의료이용 실태 및 개선 방안*, 보건복지부, 연세대학교 간호대학 간호정책연구소, 2007.
- [17] 이지현, *연령에 따른 생애말기 의료비 지출 행태 분석*, 고려대학교, 석사학위논문, 2012.
- [18] 후효영, *한국 노인의료보장정책에 관한 연구*, 한남대학교, 석사학위논문, 2012.
- [19] 이훈희, *한국 건강불평등의 구조 분석:사회경제적 지위가 미치는 영향을 중심으로*, 고려대학교, 박사학위논문, 2014.

[20] 강현주, 임은의, “사회서비스 제공 사회적기업에
서의 일자리 경험 연구,” 한국지역사회복지학, 제
54집, pp.63-94, 2015.

[21] J. P. Spradley, *The ethnographic interview*,
Orlando, FL, Holt, Rinehart & Winston, 1979.

저 자 소 개

박 영 희(Young-Hee Park)

정회원



- 2016년 6월 ~ 현재 : 박영희의
행복연구소(가족상담기관) 소장
- 2014년 2월 : 호서대학교 문화복
지상담대학원(문학석사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 호서대학교
사회복지학과 박사과정

<관심분야> : 사회복지, 상담, 사회보장, 노인복지

이 용 재(Yong-Jae Lee)

정회원



- 2000년 2월 : 중앙대학교 사회복
지학과(문학사)
- 2002년 8월 : 중앙대학교 대학원
사회복지학과(문학석사)
- 2006년 8월 : 중앙대학교 대학원
사회복지학과(문학박사)

▪ 2008년 3월 ~ 현재 : 호서대학교 사회복지학과 교수

<관심분야> : 사회보장, 사회적기업, 사회적일자리