

1차진료에서 우울증 관리

다기관 연구설계 및 전략

가톨릭의대 성빈센트병원 가정의학과 김세홍

2025.10.19

우울증 연구를 일차 진료에서 왜?

Original Research

Assessing Primary Care Contributions to Behavioral Health: A Cross-sectional Study Using Medical Expenditure Panel Survey

Journal of Primary Care & Community Health
Volume 12: 1–6
© The Author(s) 2021
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/21501327211023871
journals.sagepub.com/home/jpc
SAGE

Anuradha Jetty¹, Stephen Petterson¹, John M. Westfall¹, and Yalda Jabbarpour¹

Distribution of Number and Proportion of Office-Based Visits for a Given Mental Illness by Physician Specialty.

Mental health disorder	Primary care physicians		Psychiatrists		Subspecialists		Total
	n	%	n	%	n	%	
Depression/anxiety	90,966,383	37.8	77,420,260	32.2	72,030,596	30.0	240,417,239
Any mental illness (AMI)	118,132,645	39.0	102,013,330	33.6	83,100,777	27.4	303,246,752
Severe persistent mental illness (SMI)	13,536,559	28.4	24,755,169	51.8	9,457,083	19.8	47,748,811

Number and Proportion of Prescriptions for a Given Mental Illness by Physician Specialty.

Mental health disorder	Primary care physicians		Psychiatrists		Subspecialists		Total
	n	%	n	%	n	%	
Depression/anxiety	24,431,712	49.7	19,643,927	40.0	5,091,484	10.3	49,167,213
Any mental illness (AMI)	26,283,543	46.7	24,633,623	43.7	5,424,743	9.6	56,341,999
Severe persistent mental illness (SMI)	1,802,213	26.3	4,708,392	68.8	333,259	4.9	6,843,959

우울증 연구를 일차 진료에서 왜?

- 일차 진료 의사들은 전체 정신건강 돌봄의 중추
 - ✓ 약 40%의 정신건강 관련 진료가 일차 진료에서 이루어지고 있고 정신과 약물의 47%가 일차 진료 의사에 의해 처방
- 일차 진료 현장은 우울증 환자가 가장 먼저 접촉하는 중요한 자리로, 우울증의 인지과 관리가 매우 중요
- 일차 진료를 방문하는 환자의 상당 부분이 진단되지 않고 있음
 - ✓ 다양한 연령, 성별, 배경의 환자
 - ✓ 우울증 환자의 약 3분의 2는 두통, 만성 통증 등 신체 증상만을 호소
- 우울증의 조기 발견과 효과적인 관리 전략 수립을 위해, 1차 진료 의사들이 주도적으로 다기관 임상 연구에 참여하고 근거 기반 진료를 구축

일차 진료에서 다기관 연구

- 다기관 연구는 여러 지역과 진료 환경에서 다양한 환자 데이터를 수집함으로써 보다 **일반화** 가능한 증거를 만들고, 한 기관의 편향을 줄이며, 실제 진료 현장에 적용 가능한 지침을 도출
- 다기관 연구를 통해 **표본 수**를 충분히 확보하고 다양한 환자 군을 포함하면, 우울증 인식 개선 전략이나 치료 개입의 효과를 보다 신뢰성 있게 평가
- 여러 기관이 협력하면 **연구의 비용과 자원을 분담**하고 노하우를 공유할 수 있어, 개별 기관이 단독으로 수행하는 것보다 효율적

우울증 다기관 연구 설계

1. 연구 질문의 설정: 다기관 연구로 풀고자 하는 핵심 질문 설정

- ✓ 일차 진료 현장에서 바로 적용할 수 있는 **실용적인 주제**
- ✓ 예) "일차 진료에서 PHQ-9 우울증 선별검사를 정기 도입하면 우울증 인지율과 환자 예후가 향상되는가?", "1차 진료 의사가 전화 상담 등 간단한 심리중재를 했을 때 우울증 증상 호전에 효과적인가?"
- ✓ 환자에게 의미 있고 1차 진료 현실에 부합하는 결과 지표를 선택
- ✓ **PICOT** 원칙(인구집단, 중재, 비교, 결과, 기간)을 활용하여 구체화

연구 질문의 설정

연구 질문	연구 대상	연구 방법	주요 지표
일차 진료에서 PHQ-9/PHQ-2 정기 시행이 우울증 인지율을 높이는가?	외래 환자 (성인)	단일기관 전후 비교 연구	우울증 진단율, 치료 개시율
신체 증상만 호소하는 환자에서 선별검사가 우울증 진단에 기여하는가?	두통·소화불량 환자	횡단면 연구	우울증 진단율, 민감도/특이도
디지털 기반 설문(PHQ-9 앱/태블릿)의 활용 가능성은?	외래 환자	설문 도구 비교 연구	응답률, 진단율, 환자 만족도
짧은 상담·생활습관 교육이 증상 개선에 효과적인가?	경증~중등도 우울증 환자	4~6주 전후 비교	PHQ-9 점수 변화, 환자 순응도
항우울제 처방 패턴은 어떠하며 중단율에 어떤 요인이 영향을 주는가?	의원 내 우울증 환자	의무기록 분석	처방 지속률, 부작용 보고율
환자와 가족이 경험하는 치료 장벽과 낙인은 무엇인가?	우울증 환자·가족	질적 연구(심층면담)	치료 장벽 테마, 낙인 관련 인식

연구 질문의 설정

연구 질문	연구 대상	연구 방법	주요 지표
협동 관리 모델(collaborative care)이 우울증 치료 효과를 높이는가?	다기관 외래 환자	다기관 RCT (군집 무작위 배정)	증상 호전율, 치료 순응도
군집 무작위 설계로 선별검사 도입 효과를 검증할 수 있는가?	다기관 의원	군집 RCT	진단율, 치료 개시율, 자살 위험 감소
만성질환(당뇨·고혈압) 동반 환자의 우울증 발현 및 예후는?	만성질환 환자 코호트	전향적 코호트 연구	우울증 발생률, 예후 인자
노인 환자에서 우울증·인지기능 저하의 상관관계는?	65세 이상 환자	다기관 추적 연구	우울증·인지장애 동반율, 기능 저하
선별검사 도입이 의료비와 생산성 손실에 미치는 장기적 효과는?	다기관 환자	비용-효과 분석	총진료비, 입원율, 노동생산성
농촌 vs 도시 의원의 우울증 진료율 격차는?	다기관 환자	비교 관찰 연구	진단율, 치료율, 추적 관리율
우울증 선별·상담 행위의 보험 수가 도입 효과는?	다기관 의원	정책 연구	진료량 변화, 순응도, 비용효과성

일차 진료에서 연구 주제

1. 조기 진단 및 선별 관련 연구

- PHQ-9/PHQ-2 도입 효과 연구: 일차 진료에서 정기적으로 우울증 선별검사를 시행했을 때 진단율, 치료 개시율, 환자 예후
- 신체 증상 환자에서의 우울증 선별: 두통, 만성통증, 소화불량 등 신체증상을 주로 호소하는 환자에서 선별검사의 효율성
- 디지털 도구 활용: 모바일 앱이나 키오스크 기반 PHQ-9 적용의 실행 가능성과 진단 민감도 비교

2. 치료 전략 및 진료 패턴 연구

- 항우울제 처방 패턴 분석: 일차 진료 의사들의 항우울제 종류, 용량, 치료 지속 기간과 그 결과(순응도, 중단률)
- 비약물적 중재 효과: 상담, 생활습관 교육, 스트레스 관리 프로그램 등 일차 진료 의사가 제공할 수 있는 간단한 중재
- 다학제 협력 모델: 정신건강 전문의·간호사·약사와 연계한 협동 관리 모델(collaborative care)의 효과와 실행 가능성

3. 환자 요인 및 예후 인자 연구

- 동반질환과 우울증: 고혈압, 당뇨, 심혈관질환 등 만성질환 환자에서 우울증 유병률과 치료 반응.
- 고위험군 특성 분석: 노인, 청년층, 여성 등 특정 집단에서 우울증 위험 요인 규명
- 약물 순응도에 영향을 주는 요인: 경제적 부담, 약 부작용, 사회적 지지망 등

일차 진료에서 연구 주제

4. 정책 관련 연구

- 우울증 관리의 **비용-효과 분석**: 선별검사 도입 및 조기 개입이 의료비와 사회적 비용(결근, 생산성 손실)에 미치는 효과.
- **정신건강 서비스 접근성**: 지역·의료기관 규모에 따른 우울증 진료 격차 연구.
- **보험 제도 및 수가** 연구: 선별검사나 상담을 제도화했을 때 진료 효율성 변화.

5. 환자 경험 및 삶의 질 연구

- 우울증 **치료 경험 질적 연구**: 환자 인터뷰를 통한 일차 진료에서의 경험, 치료 장벽, 기대.
- **삶의 질** 변화 추적: 치료 개입 전후의 WHO-5, EQ-5D 등 삶의 질 지표 변화.
- **낙인(stigma)** 연구: 환자와 가족이 인식하는 정신질환 낙인이 치료 접근에 미치는 영향.

우울증 다기관 연구 설계

- **관찰 연구(코호트 연구나 횡단면 연구)**

- ✓ 현재 진료 패턴에서 우울증의 유병률, 인지율, 예후 인자 등을 파악하는 데 유용

- ✓ 예) 우울증 환자의 경과를 추적하는 코호트 연구나, 특정 시점에 여러 의원에서 우울증 스크리닝 실시율을 조사하는 횡단면 연구

- **중재 연구(무작위 대조군 연구)**

- ✓ 예) 표준 진료 vs 표준 진료+협동 관리 모델을 비교하는 무작위 연구를 통해 우울증 치료 성과를 평가

- ✓ 개별 환자 무작위배정 뿐 아니라 의원 단위로 무작위 배정하는 군집(randomized cluster) 연구도 고려 - 이는 교차 감염을 방지하고 동일 기관 내에서는 동일한 프로토콜을 적용

우울증 다기관 연구 설계

3. 포함/제외 기준의 표준화:

- ✓ 모든 참여 기관에서 동일한 포함 및 제외 기준을 적용하여 환자 모집의 일관성을 확보
- ✓ 일차 진료 의사들이 **현실적으로 모집할 수 있는 환자군**으로 기준을 설정
- ✓ 모든 연구자와 조사자들에게 이러한 기준을 교육

4. 자료 수집 도구의 통일

5. 데이터 표준화 및 통합

1차 진료에서 우울증 연구 주제: 파일럿 vs 장기 다기관 연구

- 연구 주제 구분 필요성
 - 단기간 파일럿 연구 → 신속 실행, 현실성 검증
 - 장기 다기관 연구 → 일반화 가능성, 정책 반영
- 단기간 파일럿 연구 (6~12개월): 소규모, 단일 기관
 - PHQ-9/PHQ-2 정기 시행 효과
 - 신체 증상 환자 선별검사 기여도
 - 디지털 기반 설문 도입 타당성
 - 짧은 상담·생활습관 교육 효과
 - 항우울제 처방 패턴 및 중단 요인
 - 환자·가족의 낙인 및 치료 경험 탐구

파일럿 연구

연구 질문	연구 대상	방법	주요 지표
PHQ-9 정기 시행이 진단율을 높이는가?	성인 외래 환자	단일기관 전후 비교	진단율, 치료 개시율
디지털 설문 도입 타당성은?	성인 외래 환자	설문 도구 비교 연구	응답률, 환자 만족도

장기 다기관 연구 (2~5년)

- 특징: 대규모, 다기관 네트워크 필요, 정책·가이드라인 반영 가능
- 예시 주제:
 - 협동 관리 모델 RCT
 - 군집 무작위 설계 기반 선별검사 효과 검증
 - 만성질환 동반 환자 코호트 연구
 - 노인 우울증과 인지기능 추적 연구
 - 비용-효과 분석 (의료비, 생산성)
 - 지역별 진료 격차 분석
 - 보험 수가 도입 효과 검증

장기 연구

연구 질문	연구 대상	방법	주요 지표
협동 관리 모델이 치료 효과를 높이는가?	다기관 환자	군집 무작위 RCT	증상 호전율, 치료 순응도
만성질환 환자의 우울증 예후는?	당뇨·고혈압 환자	전향적 코호트	발생률, 예후 인자

- 파일럿 연구 → 빠른 실행·아이디어 검증
- 장기 연구 → 근거 확립·정책 반영
- 두 가지 접근이 상호 보완적으로 필요

운영 및 전략적 고려사항

- 참여 기관 모집 및 교육: 연구의 가치와 참여 이점을 명확히 전달
- 프로토콜 준수와 변이 최소화: 다기관 연구에서는 모든 사이트가 프로토콜을 제대로 따르고 있는지 지속적으로 모니터링
- IRB(기관윤리심의위원회)의 승인
- **연구 자금 조달 전략:**
 - ✓ 정부 및 공공 연구기금 활용 - 보건복지부, 질병관리청, 보건 의료연구원 등 국내 공공 기관의 공모 과제
 - ✓ 학회나 재단의 지원
 - ✓ 제약사나 의료산업체의 후원 - 연구의 독립성 확보
 - ✓ 연구 성과를 가시화하여 추가 펀딩 - 예비 데이터를 학술대회나 정책제안으로 발표하여 연구의 중요성을 어필하고 지자체나 후원단체의 후속 지원을 모색

성공적인 우울증 다기관 연구 사례

Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial

- **Context** Few depressed older adults receive effective treatment in primary care settings.
- **Objective** To determine the effectiveness of the **Improving Mood–Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT)** collaborative care management program for late-life depression.
- **Design** Randomized controlled trial with recruitment from July 1999 to August 2001.
- **Setting** Eighteen primary care clinics from 8 health care organizations in 5 states.
- **Participants** A total of 1801 patients aged 60 years or older with major depression (17%), dysthymic disorder (30%), or both (53%).

Study Design

- Type: Multisite randomized controlled trial (RCT)
- Period: July 1999 – August 2001
- Sites: 18 primary care clinics, across 8 health care organizations in 5 U.S. states
- Sample Size: 1,801 participants aged ≥ 60 years
- This study tested whether a collaborative care model (IMPACT) in primary care could improve depression outcomes in older adults compared to usual care, using a robust multicenter RCT design with structured interventions, validated outcome measures, and rigorous statistical analysis.

Participants

▪ Inclusion Criteria:

- Age 60 or older
- Expected to continue care at the clinic for at least 12 months
- Met DSM-IV criteria for major depression or dysthymia

▪ Exclusion Criteria:

- Current alcohol misuse
- History of schizophrenia or bipolar disorder
- Ongoing specialty psychiatric care
- Severe cognitive impairment
- High suicide risk

▪ Recruitment:

- Physician/staff referrals
- Patient self-referral
- Systematic screening (2-item depression screener, PRIME-MD interview)

Intervention

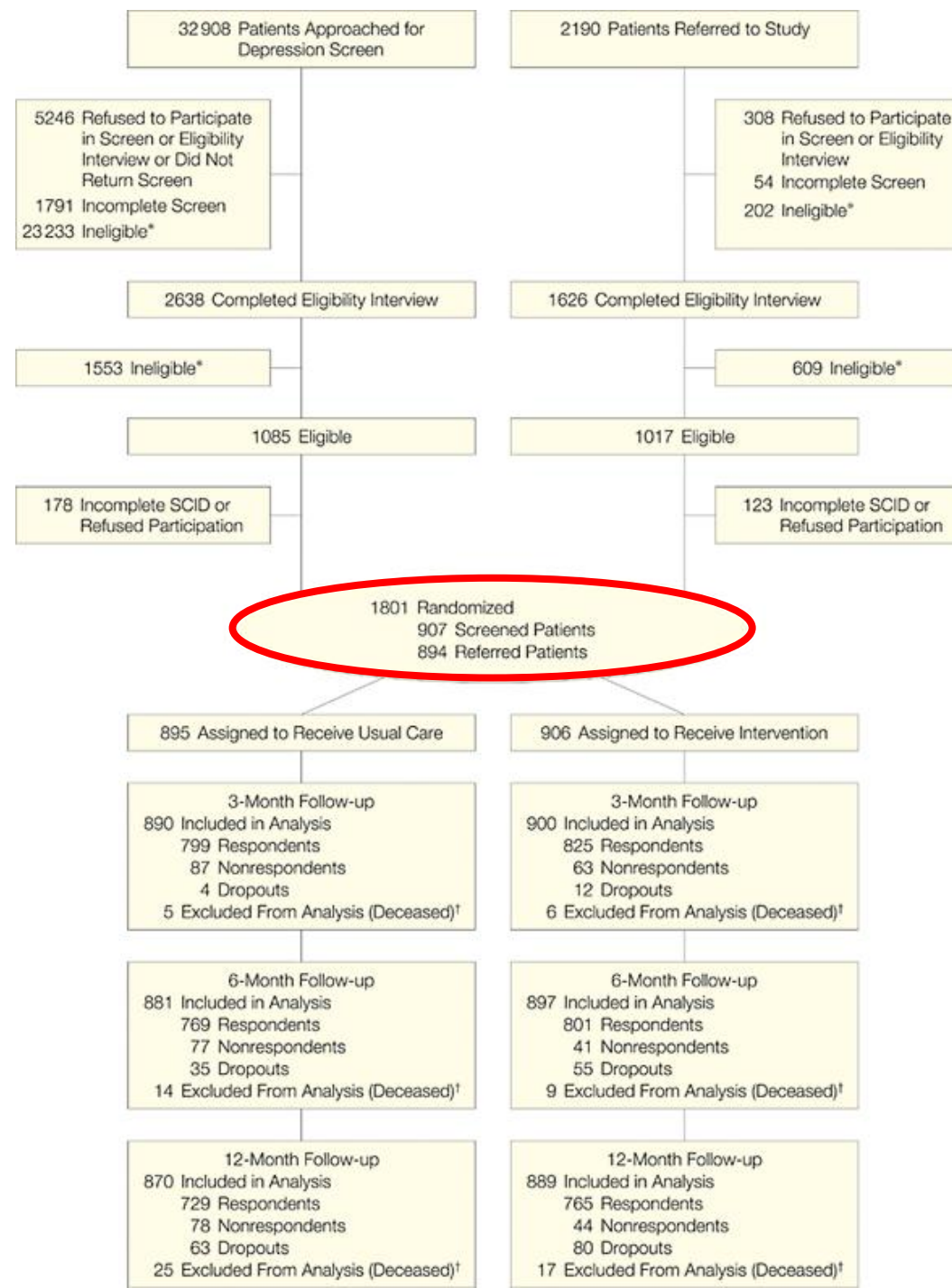
- **IMPACT Collaborative Care Model:**

- Up to 12 months of care by a **depression care manager**
- Weekly supervision by a **psychiatrist** and the **patient's primary care physician**
- Components:
 - Patient education (video and written materials)
 - Treatment planning (antidepressant management and/or Problem-Solving Treatment in Primary Care, PST-PC)
 - Monitoring of treatment response (using PHQ-9)
 - **Stepped care:** dose adjustment, medication switch, adding PST-PC, or psychiatric referral if no improvement
- Antidepressant medications were prescribed by the primary care physician

- **Control (Usual Care):**

- Standard primary care treatment or referral to mental health specialists if deemed necessary

Flowchart



Characteristics of Participating Organizations*

Table 1. Characteristics of Participating Organizations*

Characteristics	Health Care Organization								
	All	1	2	3	4	5	6	7	8
No. of patients enrolled	1801	70	188	254	235	258	245	280	271
No. of primary care clinics	18	1	3	3	2	1	5	1	2
Organization type		PGP	VA	AGP	AGP	HMO	HMO, IPA	HMO	HMO
Urban or rural		Urban	Mixed	Mixed	Urban	Urban	Mixed	Urban	Urban
Capitated, %		<25	NA (VA)	<10	<10	100	95	100	100
No. of primary care practitioners†	324 (170)	7	29 (80)	20	28 (90)	64	94	35	47
Family medicine physicians, %		0	0	0	0	0	47 (50)	22 (63)	36 (77)
Internal medicine physicians, %		5 (71)	86 (79)	17 (85)	117 (99)	54 (84)	42 (45)	6 (17)	0
Nurse practitioners or physician assistants, %		2 (29)	23 (21)	3 (15)	1 (1)	10 (16)	5 (5)	7 (20)	11 (23)
Mental health care financing		Mixed	Carved in	Mixed	Carved in	Carved in	Carved out	Carved in	Carved in
Mental health care practitioner available on site		No	Some	No	No	Yes	No	No	Yes
No. of older adults (>60 years) served		3250	7250	7000	12 000	33 373	20 734	17 500	12 000

*Organizations 1 and 2 belong to the same study site but represent different provider organizations. All other organizations represent different study sites. PGP indicates private group practice; VA, Department of Veterans Affairs; AGP, academic group practice; HMO, health maintenance organization; IPA, independent provider association; and NA, not applicable.

†Numbers of physicians in training are in parentheses.

Outcome

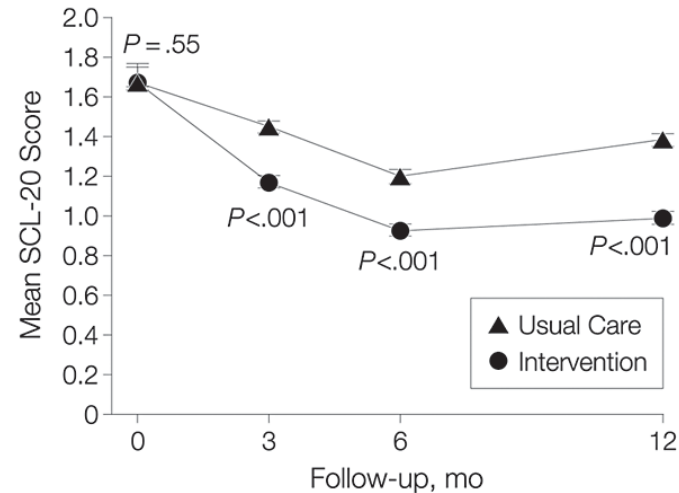


Table 4. Clinical Outcomes*

	Unadjusted Estimates, Mean (SD) or No. (%)		Adjusted Analysis for Intervention vs Usual Care†		
	Usual Care	Intervention	Between-Group Difference or OR (95% CI)	t	P Value
SCL-20 depression score (range, 0-4)					
Baseline	1.67 (0.61)	1.68 (0.61)	0.02 (−0.04 to 0.07)‡	0.593	.55
3-Month follow-up	1.46 (0.66)	1.18 (0.67)	−0.28 (−0.34 to −0.21)‡	−8.33	<.001
6-Month follow-up	1.21 (0.72)	0.93 (0.67)	−0.28 (−0.35 to −0.19)‡	−7.06	<.001
12-Month follow-up	1.39 (0.67)	0.99 (0.67)	−0.4 (−0.46 to −0.33)‡	−11.5	<.001
Overall functional impairment (range, 0-10)					
Baseline	4.58 (2.56)	4.68 (2.64)	0.10 (−0.12 to 0.35)‡	0.975	.33
3-Month follow-up	4.50 (2.64)	3.83 (2.73)	−0.67 (−0.9 to −0.4)‡	−5.06	<.001
6-Month follow-up	4.23 (2.67)	3.88 (2.76)	−0.35 (−0.6 to −0.05)‡	−2.3	.02
12-Month follow-up	4.52 (2.73)	3.58 (2.80)	−0.94 (−1.19 to −0.64)‡	−6.65	<.001
Overall quality of life in past month (range, 0-10)					
Baseline	5.34 (1.94)	5.36 (2.01)	0.02 (−0.17 to 0.19)‡	0.083	.93
3-Month follow-up	5.74 (2.23)	6.23 (2.15)	0.49 (0.27 to 0.69)‡	4.457	<.001
6-Month follow-up	5.82 (2.17)	6.23 (2.08)	0.41 (0.17 to 0.63)‡	3.508	<.001
12-Month follow-up	6.02 (2.13)	6.58 (2.15)	0.56 (0.32 to 0.79)‡	4.731	<.001
Response (at least 50% decrease in SCL-20 depression score from baseline), No. (%)					
3-Month follow-up	131 (14.76)	286 (31.8)	2.73 (2.10 to 3.54)§	7.53	<.001
6-Month follow-up	272 (30.92)	443 (49.34)	2.21 (1.76 to 2.76)§	6.863	<.001
12-Month follow-up	167 (19.22)	398 (44.67)	3.45 (2.71 to 4.38)§	10.14	<.001
Complete remission of depression symptoms (SCL-20 score <0.5), No. (%)					
Baseline	20 (2.235)	15 (1.61)	0.67 (0.32 to 1.42)§	−1.04	.30
3-Month follow-up	44 (4.90)	142 (15.76)	3.63 (2.46 to 5.38)§	6.452	<.001
6-Month follow-up	147 (16.66)	270 (30.08)	2.16 (1.69 to 2.76)§	6.201	<.001
12-Month follow-up	72 (8.30)	223 (25.01)	3.72 (2.69 to 5.15)§	7.91	<.001
Major depression (SCID), No. (%)¶					
Baseline	612 (68.36)	647 (71.41)	1.22 (0.99 to 1.50)§	1.91	.06
6-Month follow-up	312 (35.39)	199 (22.14)	0.50 (0.40 to 0.62)§	−6.41	<.001

*OR indicates odds ratio; CI, confidence interval; SCID, structured clinical interview for *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*; and SCL-20, 20 depression items from the Symptom Checklist-90.

†Mixed-effects linear regression and logistic regression adjusted for recruitment method and study site.

‡Data are the between-group difference for mean SCL-20 depression score, overall functional impairment, and overall quality of life.

§Data are ORs for the response, complete remission of depression symptoms, and major depression.

||A small number of individuals (n = 35; 20 in usual care and 15 in the intervention group) met SCID eligibility criteria for major depression or dysthymic disorder but had self-reported SCL-20 scores of less than 0.5 at the baseline interview.

¶Not assessed at 3- and 12-month follow-up.

Strength of study

- Sample was recruited from 8 diverse health care organizations nationally, representing a **wide variety of practices and patients**
- Household income of participants from the 8 organizations varied 5-fold (\$8400 to \$40 000 per year), and the proportion of patients with a high school education varied 3-fold (32% to 93%)
- IMPACT care model is **feasible and effective in a range of primary care clinics** that serve patients with widely diverse sociodemographic and clinical characteristics
- **Screening procedures** identified a number of depressed older adults who might not have been recognized by their primary care practitioners

Intervention Costs

- Mean costs of providing IMPACT services to be \$553 per intervention patient for a 12-month period (medical cost \$5,506)
- These costs include \$7 for the educational brochure and videotape, \$418 for DCS services, \$70 for supervision and in-person consultations with team psychiatrists, and \$58 for supervision of DCSs by primary care experts
- All visits with DCSs and team psychiatrists were provided free of charge to the patients
- Patients and their insurers were responsible for all other health care costs, including antidepressant medications

Conclusion

- 우울증은 일차 진료에서 흔히 접하지만 놓치기 쉬운 중요한 만성질환이며, 효과적인 관리를 위해서는 **현장 맞춤형 근거**가 필요
- 다기관 연구는 여러 의료 현장의 데이터를 모아 보다 **신뢰도 높은 결과**를 도출
- 좋은 연구 질문 설정, 적절한 연구 설계 선택, 엄격한 기준과 도구의 표준화, 운영상의 세심한 관리
- 작은 호기심이나 문제의식에서 출발하여 **일차 진료 현장에 최적화된 우울증 진료 지침**과 시스템을 도출

정신과 진료비 실비청구

- **2016년** 실손보험 표준약관 개정 - 2016년 1월 1일 이후 실손 보험 가입자만 가능
- 통계청 표준질병사인분류표에 따른 F코드 종류
 - F04~F09 : 뇌손상, 뇌기능 이상에 의한 인격 및 행동장애 등
 - F20~F29 : 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애
 - F30~F39 : 기분장애
 - F40~F48 : 신경성, 스트레스성 신체형 장애
 - F90~F98 : 소아 및 청소년기의 행동 및 정서장애

Calls for improved coverage for mental health

- Insurance companies are **under increasing pressure** to create products that address mental health care, as the prevalence of mental health issues continues to rise
- Subjective nature of mental health diagnoses, which can complicate the validation of claims and increase the risk of moral hazard
- Younger individuals, particularly those in their 20s and 30s

Calls for improved coverage for mental health

- Private insurers have revised policies to include more mental health benefits since **2016**
 - ✓ However, private insurance products are still limited, often only covering long-term hospitalisation.
 - ✓ A significant portion of non-reimbursable mental health treatments remains uncovered
- KIRI - develop tailored products for specific occupational groups and adjust benefits based on research whilst implementing measures to prevent moral hazard

연구의 배경

- 정신 질환은 주요 공중보건 문제
- 정신건강에 대한 인식 개선과 의료 접근성 향상이 중요한 과제로 부각
- 정신질환에 대한 사회적 낙인뿐 아니라, 보험가입 및 보험금 청구 과정에서의 불이익이라는 실질적 문제로 인해 **정신건강의학과 진료 기피 현상**이 발생
- 국제질병분류(ICD)의 **F코드**로 대표되는 정신건강의학 관련 진단은, 일부 민간보험사에서 보험 심사 및 지급 과정에서 불리한 요소로 작용 -> **R코드** 사용
- 정신질환자에 대한 구조적 차별을 조장하고 의료 이용을 위축시키는 잠재적 요인
- 보험 불이익 우려로 진단을 기피하거나 비정형적인 의료 접근 방식을 선택

연구의 배경

- 정신 질환 진단이 민간보험 이용에 있어 어떠한 영향을 미치는지에 대한 경험 및 인식을 설문조사를 통해 체계적으로 분석
- 정신건강 친화적 보험 정책 마련 및 정신질환자에 대한 불합리한 보험 심사 기준 개선을 위한 정책적 근거자료로 활용

연구 목적

1. 정신 질환(F코드) 진단을 받은 경험이 있는 개인이 사보험 가입 또는 보험금 청구 과정에서 겪은 불이익의 실태를 파악
2. 정신건강의학 진료를 회피하거나 기록 누락을 시도한 경험이 있는지, 그 배경에 보험과 관련된 우려가 있었는지를 분석
3. 보험사 또는 관련 제도에 대한 인식, 그리고 정신건강 치료에 대한 접근성 및 이용 행태의 변화 양상을 조사
4. 이러한 결과를 바탕으로 정신건강 환자에 대한 제도적 차별 해소와 의료 접근성 개선을 위한 정책적 제언의 근거를 마련

기대 효과

1. 정신건강 관련 불이익 실태에 대한 학술적 자료 확보
2. 정신건강 낙인 완화 및 인식 개선
3. 정신건강 친화적 보험 제도 개선을 위한 정책자료 제공
4. 정신건강 의료 접근성 제고

설문지

A. 일반 인구통계 정보

* 성별: [남] [여] [기타/응답 거부]

* 연령: [20대 이하] [30대] [40대] [50대] [60대 이상]

* 직업: _____

* 현재 가입한 민간보험 종류 (중복 응답 가능):

* [] 생명보험

* [] 실손의료보험

* [] 암/중증질환 보험

* [] 기타: _____

B. 정신건강의학 진료 및 진단 경험

1. 정신건강의학과 진료를 받은 경험이 있으십니까?

* [] 예

* [] 아니오

2. 다음 중 진료 이유로 해당되는 것을 모두 선택해 주세요.

* [] 우울감/불안

* [] 수면장애

* [] 스트레스

* [] 외상 후 스트레스

* [] 기타 (자유 기재): _____

3. 진료 당시 진단명을 전달받으셨습니까?

* [] 예, 구체적인 F코드 진단

* [] 예, 일반적 진단 (예: 불면증, 우울감 등)

* [] 모르겠다

* [] 진단받지 않았다

C. 보험 관련 불이익 경험

1. 정신건강 진료 이후 사보험 가입이나 보험금 청구 시 불이익을 경험하신 적이 있으십니까?

* [] 예

* [] 아니오

* [] 해당 사항 없음

2. 경험하신 불이익이 있다면 구체적으로 선택해 주세요. (중복 가능)

* [] 보험 가입 거절

* [] 보험료 인상

* [] 보험금 지급 거절 또는 삭감

* [] 기타: _____

3. 정신건강 진료 기록으로 인해 보험 불이익을 우려하여 진료를 피하거나 지연한 적이 있으십니까?

* [] 예

* [] 아니오

* [] 고려했지만 진료를 받았다

D. 정책 인식 및 제도 개선 요구

1. 정신질환 진단으로 인해 사보험에서 불이익을 받는 것은 정당하다고 생각하십니까?

* [] 그렇다

* [] 아니다

* [] 잘 모르겠다

2. 정신건강 진료에 대한 보험 차별을 줄이기 위한 제도적 개입(입법/제도 개선)이 필요하다고 생각하십니까?

* [] 매우 필요

* [] 다소 필요

* [] 필요하지 않음

3. 자유의견 (선택 응답): 정신건강 진료와 보험 관련 제도 개선을 위한 의견이 있다면 자유롭게 작성해 주세요.

연구 2 - 빅데이터 분석

- **국민건강영양조사(KNHANES)**

- 민간보험 가입 · 거절 경험, 정신건강 설문(PHQ-9·우울·스트레스·자살사고)과 생활습관·경제 지표를 포함
- '보험 차별 현황'과 '사회·건강 결정요인' 동시 분석

- **건강보험심사평가원(HIRA) 빅데이터**

- 전 국민 청구 내역·ICD-10 F코드·급여/비급여·자보·청구거절 정보를 장기간 추적
- '진단 이후 보험 이용 궤적'과 '금융·진료 손실'을 파악

- 보험 가입률·보험료 상승·청구거절·의료이용 위축·재정적 부담 등 다차원 결과를 규명

- 정신질환자 차별 현황을 실증적으로 제시하고 정책 근거를 마련

KNHANES (국민건강영양조사)

- 정신건강 변수: PHQ-9 우울척도, 자살계획·시도, 스트레스 인식도, 수면시간 등 포함
- 보험 관련 변수: 개인·가구 단위 '민간보험(실손/생명) 가입 여부, 보험료 지출액, 보험금 수령 경험' 수록
- 인구학·소득·건강행태(흡연·음주·운동)·만성질환 동시 측정으로 교란 변수 통제 용이

제안	연구질문
1. 보험 가입 차별 현황	우울증 의사진단에 따른 민간보험 가입률·보험료 지출 비교
2. 보험 불이익-치료 회피 모델	"보험 불이익 우려로 진료 회피" 설문 응답과 정신과 미치료를 관계
3. 우울·자살 위험과 보험 미가입	PHQ-9 \geq 10 또는 자살사고와 보험 미가입/해지 경험 연관성
4. 보험료 부담-가계지출	정신질환 동반군의 보험료/총의료비 비중이 가계파산 위험에 미치는 영향

-F코드는 KNHANES 원시자료에 없으므로 '우울 진단 경험', '정신건강 서비스 이용' 항목을 대리 변수로 활용

HIRA 빅데이터 기반

- 전 국민 청구 자료(건강보험·의료급여·자동차보험)와 ICD-10 F코드 진단·처방·입원/외래 기록 수록
- 청구 거절·삭감 사유, 비급여·본인부담 내역, 실손보험 상계 데이터(공단-보험사 연계) 일부 제공
- 맞춤형 연구자료 신청 시 2007~최신년도까지 장기 추적 가능; 시계열·패널 분석 적합

제안	연구질문
1. 진단 후 보험금 청구 거절률	F코드 신규 진단 환자의 향후 3년 내 실손·생보 청구 거절/삭감 비율
2. 보험 가입·해지 궤적	정신질환 최초 진단일 기준 5년간 보험 가입·해지/해약 패턴 군집화
3. 비용-효용 비교	정신질환자 vs 대조군의 본인부담·비급여·보험지급액 총합 추적
4. 입원 후 자살·재입원과 보험	퇴원 30일 내 자살/재입원 시 보험금 청구·지급 현황
5. 정책 전후 효과	2017 정신건강복지법·2023 실손보험 약관 개정 전후 청구 거절률 변화

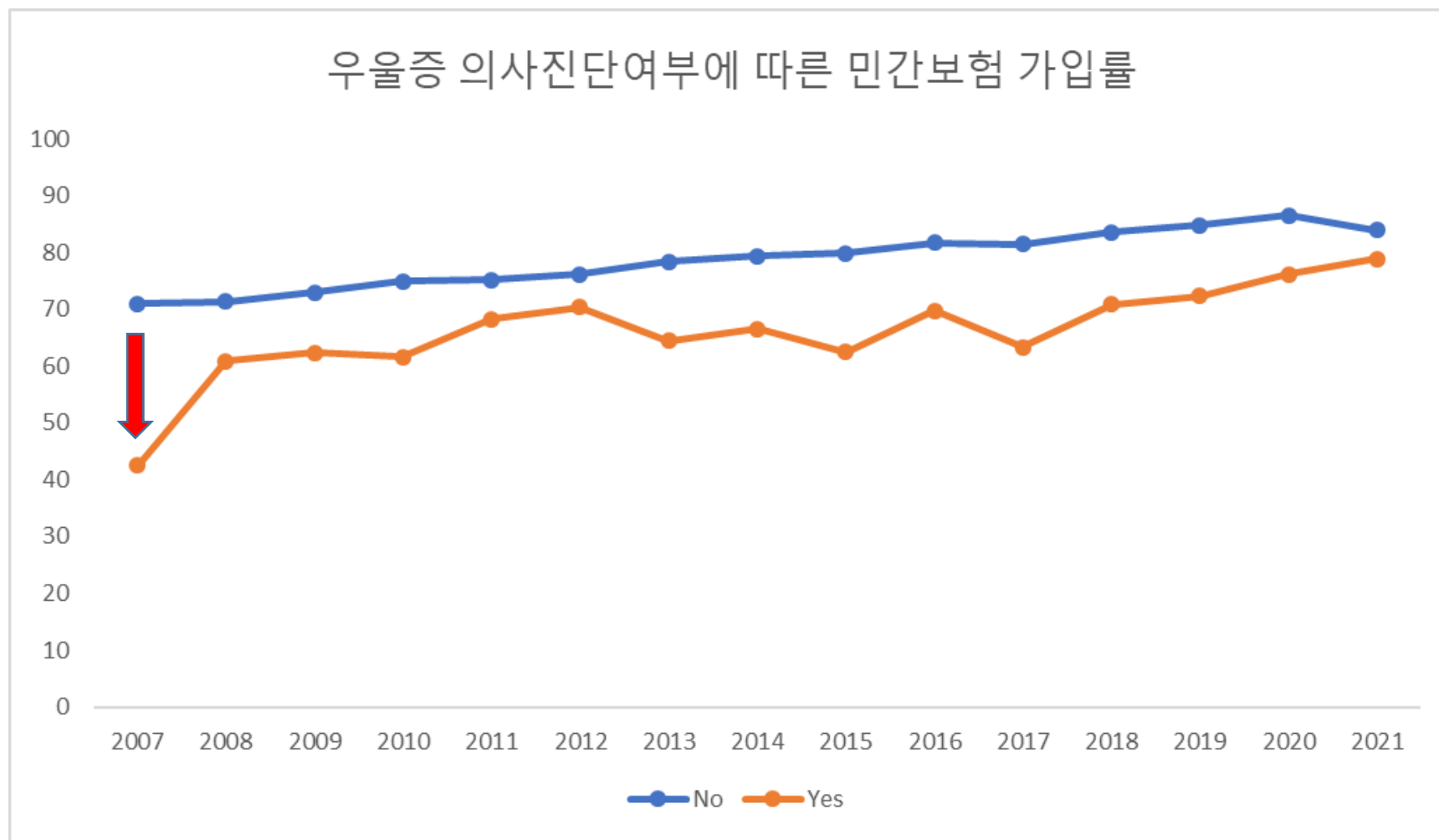
예비분석 결과

자료원

	대상인원	제외인원
2007-2021년 국민건강영양조사 참여인원	120181	
만 19세 이상	94119	26062
민간의료보험 가입여부 결측제외	92359	1760
우울증 의사진단여부 결측제외	84100	8259

	우울증 의사진단	전체	연도														
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전체	No	79.2 (0.2)	71.0 (1.5)	71.3 (1.0)	72.9 (1.0)	74.9 (1.1)	75.2 (1.1)	76.2 (1.1)	78.4 (1.0)	79.4 (1.0)	79.8 (1.0)	81.7 (0.9)	81.5 (1.1)	83.5 (0.8)	84.8 (0.8)	86.5 (0.8)	83.9 (0.8)
	Yes	68.1 (0.9)	42.5 (5.2)	60.8 (3.6)	62.3 (3.4)	61.6 (4.1)	68.2 (4.0)	70.4 (3.9)	64.4 (3.9)	66.5 (3.5)	62.5 (3.5)	69.7 (3.2)	63.3 (3.4)	70.8 (3.2)	72.3 (3.4)	76.1 (3.0)	78.9 (2.8)
성별																	
남성	No	79.1 (0.3)	69.5 (1.8)	70.4 (1.2)	73.6 (1.1)	76.4 (1.2)	74.6 (1.3)	76.7 (1.3)	78.7 (1.3)	79.9 (1.2)	79.4 (1.3)	81.2 (1.1)	81.8 (1.2)	83.6 (1.0)	84.1 (1.0)	86.2 (1.0)	82.9 (1.0)
	Yes	61.2 (2.0)	44.9 (12.8)	63.3 (9.6)	60.8 (7.5)	58.0 (9.0)	64.3 (8.7)	51.9 (9.7)	53.0 (9.1)	60.8 (8.2)	47.6 (7.8)	67.6 (6.1)	54.8 (7.0)	65.5 (7.6)	58.9 (6.6)	63.0 (6.4)	78.7 (4.8)
여성	No	79.2 (0.3)	72.5 (1.7)	72.1 (1.0)	72.1 (1.1)	73.4 (1.3)	75.8 (1.1)	75.6 (1.3)	78.2 (1.2)	78.9 (1.2)	80.3 (1.1)	82.2 (1.0)	81.2 (1.2)	83.3 (0.9)	85.6 (1.0)	86.7 (1.0)	84.9 (1.0)
	Yes	70.6 (1.0)	41.5 (6.8)	60.1 (3.7)	62.8 (3.9)	62.7 (4.2)	69.4 (3.9)	75.6 (3.4)	68.1 (4.3)	68.6 (3.7)	67.6 (3.8)	70.5 (3.5)	67.6 (3.6)	72.2 (3.4)	78.3 (3.5)	81.7 (3.0)	79.0 (3.3)
연령별																	
19-39세	No	86.2 (0.3)	80.1 (1.7)	77.6 (1.3)	81.0 (1.3)	82.7 (1.4)	84.5 (1.2)	85.2 (1.5)	86.9 (1.0)	87.7 (1.2)	88.7 (1.1)	88.9 (1.2)	88.7 (1.2)	90.0 (1.1)	90.0 (1.0)	91.0 (0.9)	88.9 (1.2)
	Yes	80.6 (1.7)	73.9 (11.8)	77.5 (6.7)	80.3 (6.1)	71.9 (6.9)	80.2 (7.3)	91.3 (4.8)	68.8 (8.1)	70.2 (8.3)	69.2 (7.7)	87.3 (5.1)	76.0 (7.3)	80.2 (5.9)	88.3 (4.1)	87.2 (4.1)	88.2 (4.4)
40-64세	No	87.0 (0.2)	76.9 (1.9)	79.6 (1.0)	81.3 (0.9)	82.9 (1.1)	83.4 (1.0)	83.4 (1.1)	86.9 (0.9)	86.9 (0.9)	86.9 (1.0)	90.1 (0.8)	89.4 (0.8)	91.7 (0.8)	92.7 (0.7)	92.6 (0.8)	90.8 (0.7)
	Yes	75.0 (1.2)	46.9 (10.0)	67.7 (4.7)	71.3 (4.0)	67.2 (5.3)	73.8 (4.8)	73.9 (5.4)	76.7 (4.7)	74.0 (4.5)	70.7 (4.7)	75.9 (4.2)	76.4 (5.2)	83.7 (3.8)	79.4 (4.1)	78.6 (4.9)	81.9 (4.3)
≥65세	No	37.6 (0.5)	17.6 (2.2)	22.2 (1.5)	19.9 (1.4)	25.2 (1.6)	21.4 (1.4)	27.0 (1.8)	28.5 (1.9)	34.8 (2.0)	37.5 (1.8)	40.1 (1.9)	41.4 (2.0)	46.1 (1.9)	51.3 (2.0)	58.6 (1.8)	56.6 (1.9)
	Yes	37.0 (1.6)	3.5 (3.3)	23.9 (5.1)	19.8 (5.5)	21.9 (5.0)	27.3 (7.2)	22.8 (5.3)	37.3 (5.6)	38.4 (5.4)	35.1 (5.2)	35.7 (5.9)	37.9 (5.3)	41.8 (5.3)	40.8 (5.9)	51.1 (5.4)	60.4 (6.1)

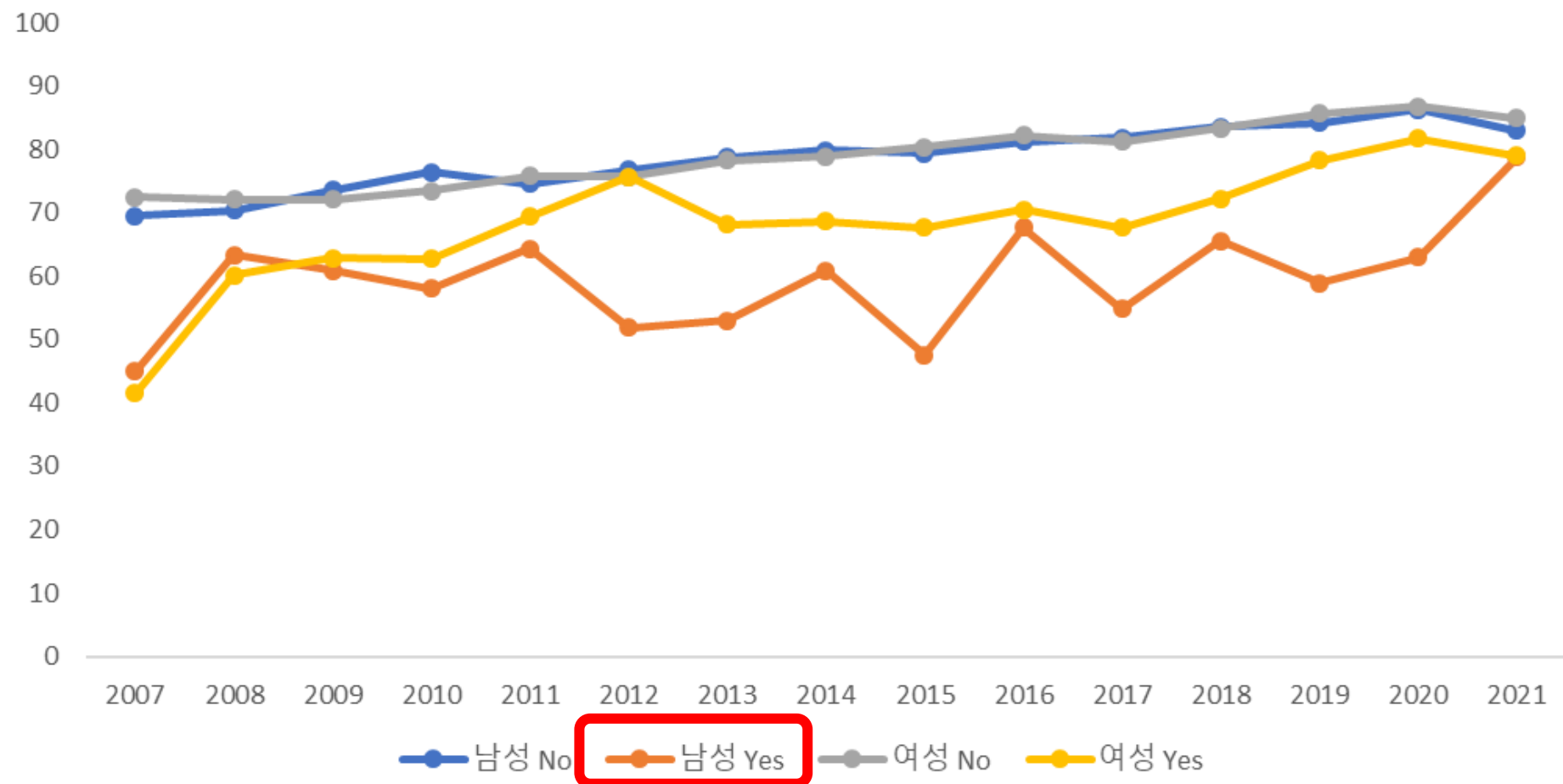
우울증 진단에 따른 민간보험 가입률 차이_전체 인구 대상 추이 및 격차



- 전반적인 경향
- 시간 경과에 따른 변화
- 격차의 일관성

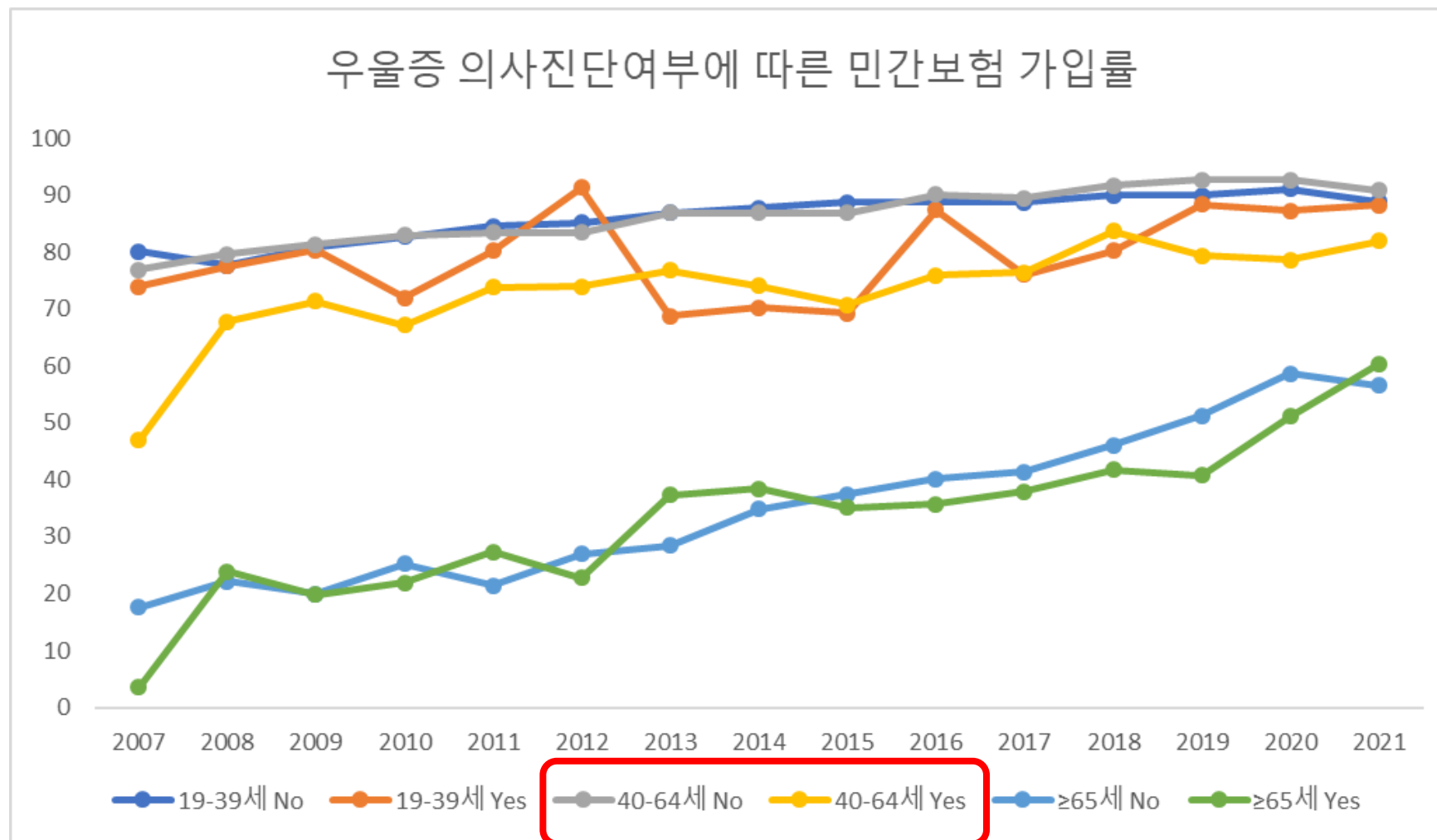
성별에 따른 비교

우울증 의사진단여부에 따른 민간보험 가입률



- 남녀 모두에서 우울증 환자 그룹의 보험 가입률이 일관되게 낮음
- 남성 우울증 환자의 초기 보험소외 현상이 두드러졌다가 점차 완화됨

연령대별 비교



- 경제활동 연령층에서는 격차가 가장 뚜렷
- 중년층에서는 우울증으로 인한 경제적 부담이나 취업 곤란 등이 보험 가입 격차로 이어졌을 가능성

정책적 함의

- **우울증 환자의 보험 접근성 문제:** 분석 결과는 우울증 환자들이 비환자 대비 민간보험 가입률이 일관되게 낮음을 보여주어, 정신건강 문제가 경제·사회적 안전망 참여에 영향을 준다는 것을 시사
 - (1) 우울증으로 인해 소득 활동이 어려워지거나 보험 가입을 기피/거절
 - (2) 보험 미가입으로 인한 의료비 부담과 불안이 오히려 정신건강 악화로 이어질 가능성
- 우울증 환자가 대체로 경제적으로 취약한 계층에 속해 있고 이로 인해 보험 접근성이 떨어짐

Gaps in universal health coverage in South Korea: Association with depression onset in a community cohort

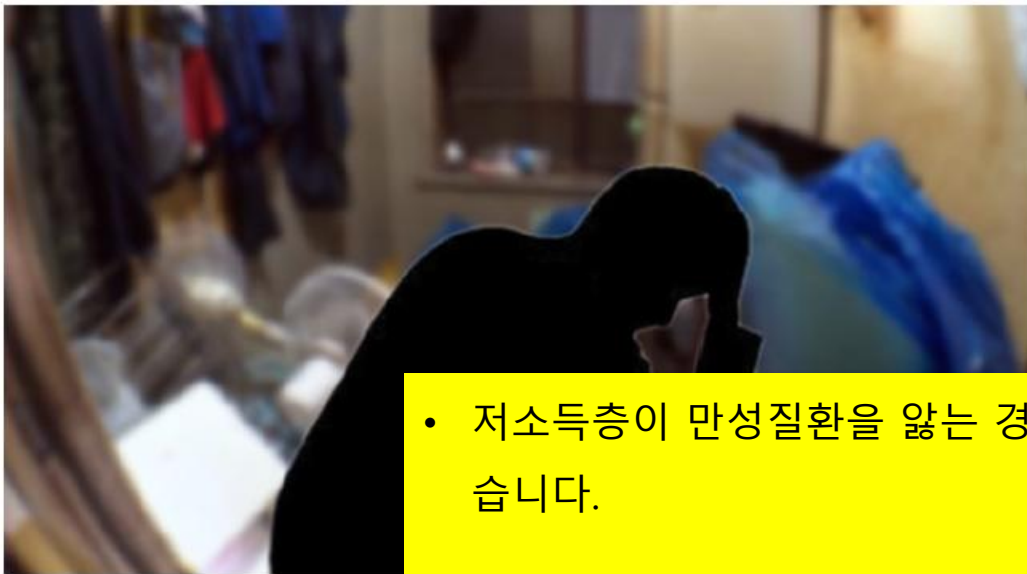
Hye Yin Park¹, Yun-Chul Hong^{1,2}, Ichiro Kawachi³, Juhwan Oh^{4*}



- Study subjects: 3,423 persons from KoGES
- **Increasing risk of depression onset** was observed for increased medical expenditure
- Similar associations were observed in subjects **less than average income**, but results were not significant in subgroup above average
- Even with the universal coverage, **high co-payments and uninsured services** in the Korean health insurance system led to depression

저소득층 만성질환 비중은 2배·민간보험 가입은 절반

입력 2023-02-26 10:24 | 수정 2023-02-26 16:31



- 저소득층이 만성질환을 앓는 경우가 2배 가량 많았지만, **보험 가입률은 절반 수준**에 그치는 것으로 나타났습니다.
- 한국보건사회연구원의 '2022년 한국복지패널 분석 보고서'에 따르면 **중위소득 60% 이하의 저소득층 중 70.77%는 만성질환을 앓고 있었고, 비저소득층 중 36.8%가 만성질환을 갖고 있어, 저소득층의 만성질환 비율이 2배 정도 높았습니다.**
- 스스로 건강하다는 응답한 비율은 저소득층은 39.06%에 그쳐, 비저소득층의 79.01%의 절반 수준에 머물렀고, 외래진료와 입원 횟수, **우울감도 저소득층이 2배 이상 높은 것으로 나타났습니다.**
- 저소득층이 질병에 더 많이 노출돼 있지만, **민간의료보험 가입률은 49.22%로 비저소득층의 92.38%보다 크게 낮았으며, 보험에 가입했다해도 보험건수는 2.55건으로, 비저소득층의 5.34건의 절반 수준**이었습니다.

정책적 함의

- 우울증 환자의 낮은 민간보험 가입률은 건강보장 사각지대를 의미
- 치료 지연, 중단, 나아가 정신건강 악화와 사회적 비용 증가로 이어짐
- 2016년 이후 민간보험에 정신질환 보장 특약을 포함시키는 등 변화가 시작되었지만, 여전히 대부분의 민간보험 상품은 정신질환 입원비 정도만 제한적으로 보장하는 수준
- 정신질환의 주관적 진단 문제와 도덕적 해이 우려를 이유로 상품 개발에 소극적

심화 연구 및 모델링

- **다변량 회귀분석:** 성별, 연령, 소득, 교육수준, 만성질환 유무 등 교란 요인들을 통제
- 세부 집단 및 교차 효과 분석
- 정책 시나리오 모형: 시나리오 분석이나 마이크로시뮬레이션 기법
- 질적 연구 보완: 정량적 분석과 더불어, 우울증 환자의 관점에서 왜 보험 가입이 어려운지를 파악하기 위한 질적 연구 제안
- 보험 설계 및 머신러닝 모델

결론

- 본 연구결과는 **우울증과 민간보험 가입 사이의 부정적 연관성**을 증명
- 이를 뒷받침하는 사회경제적 요인과 정책적 함의를 고려할 때 다각도의 추가 연구가 필요
- 정신건강 취약계층에 대한 보험 및 복지정책 개선으로 확장
- 학술적으로 보편적 의료보장 하에서의 정신건강 격차라는 중요한 주제를 심화하는 데 기여

THANK YOU



가톨릭대학교
가톨릭중앙의료원



가톨릭대학교 성빈센트병원
THE CATHOLIC UNIV. OF KOREA ST. VINCENT'S HOSPITAL



당신은 소중한 사람입니다
Patient First