

# 농촌주민의 방문진료에 대한 인식 및 수요, 서비스 지불의사금액 추정\*

조 승 연\*\* / 나 현 수\*\*\*

농촌지역에 보건의료자원이 부족하여 주민들의 미충족 의료수요가 높아 방문진료가 이에 대한 대안이 될 수 있다. 현재 전국적으로 '일차의료 방문진료 수가 시범사업'도 시행되고 있다. 그러나 농촌주민의 방문진료에 대한 인식과 수요가 어느 정도 되는지 분석한 연구는 거의 없다. 특히 '일차의료 방문진료 수가 시범사업'의 본인부담금이 높아 서비스 진입장벽으로 작용할 수 있다. 서비스 확대를 위해 농촌주민이 방문진료 서비스에 대하여 어느 정도 지불할 용의가 있는지 파악해야 한다. 이 연구는 한국농촌경제연구원의 현지통신원을 대상으로 한 설문조사 자료를 이용하여 농촌주민의 방문진료 서비스에 대한 인식 및 수요를 분석하고 최대지불의사금액을 추정하였다. 농촌주민 중 방문진료 서비스를 알고 있다고 응답한 주민의 비율은 12.24%에 불과하였다. 반면 거동 불편 등의 이유로 방문진료가 필요하다는 응답자 비율이 11.82%, 거동 불편 이외의 이유로 방문진료를 받을 의향이 있다는 응답자 비율은 25.59%로, 서비스 수요가 높았다. '일차의료 방문진료 수가 시범사업' 대상자 중 본인부담금이 높아 방문진료를 포기하는 농촌주민들은 평균적으로 방문진료 서비스 1회당 의원의 경우 약 28,000원, 한의원 서비스의 경우 약 18,800원을 최대지불의사금액으로 제시하였다. 농촌지역의 의료 사각지대 축소를 목적으로 방문진료 서비스 홍보 확대와 본인부담금 조정이 필요하다.

주제어 \_ 방문진료, 일차의료 방문진료 수가 시범사업, 농촌주민, 한국농촌경제연구원 현지통신원

\* 이 논문은 한국농촌경제연구원 "농촌지역 방문 진료 실태와 개선 과제(2022)"의 연구 결과 일부를 편집하고 설문조사 결과를 이용하여 논문화한 것이다.

\*\* 경기대학교 경제학부 경제학전공 조교수(제1저자)

\*\*\* 한국농촌경제연구원 삶의질정책연구센터 정책연구원(교신저자)

# Estimation of Rural Residents' Perception and Demand for Home Medical Visits, and Willingness to Pay for Services

Cho, Seungyeon\* / Na, Hyunsoo\*\*

---

In rural areas, there is a high unmet medical need due to the lack of healthcare resources. Home medical visits can be an alternative solution. Currently, the 'Primary Care Home Visit Fee Pilot Project' is being implemented nationwide. However, little is known about the awareness and demand for home visits among rural residents. Particularly, the high out-of-pocket expenses in the "Primary Care Home Visit Fee Pilot Project" can act as a barrier to accessing the service. To expand the service, it is necessary to determine how much rural residents are willing to pay for home visit medical services. This study examined rural residents' awareness, demand, and willingness to pay for home visit services using survey data from correspondents of the Korea Rural Economic Institute. The results suggest that only 12.24% of rural residents were aware of the home visit service. Meanwhile, the percentage of respondents who need home visits due to mobility difficulties was 11.82%, and the percentage of respondents willing to receive home visits for reasons other than mobility difficulties was 25.59%, indicating a high service demand. Among the eligible rural residents for the "Primary Care Home Visit Fee Pilot Project," those who forgo home visit medical services due to high out-of-pocket expenses indicated a maximum willingness to pay of 28,000 won per visit to a clinic and 18,800 won for oriental medicine services. To reduce medical blind spots in rural areas, it is necessary to expand promotion of home visit services and adjust the out-of-pocket costs.

**Key words** \_ Home Medical Visits, Primary Care Home Visit Fee Pilot Project, Rural Residents, Correspondents of the Korea Rural Economic Institute

---

\* Assistant professor, Department of Economics, Kyonggi University (First Author)

\*\* Researcher, Quality of Rural Life Research Center, Korea Rural Economic Institute (Corresponding Author)

## I. 서론

우리나라의 의료서비스는 1~3차 민간 의료기관과 보건의료원, 보건소, 보건지소 등 공공 보건의료기관이 공급한다. 이중 의료서비스의 대부분을 공급하는 민간 의료기관은 기관의 생존과 성장을 목적으로 대부분 도시에 집중적으로 분포한다(안석 외, 2019; 오영호 외, 2007; 최슬기, 2021; 류재한 외, 2019). 많은 수의 환자를 진료 및 치료하여 급여 및 비급여 수익을 최대화하려는 영리성의 결과라고 판단된다.

반면 소수의 주민이 넓은 지역에 분산적으로 거주하는 농촌(읍·면)지역에는 병·의원이 진입하려 하지 않고, 진입해도 1차 의료기관이 기관이 대부분이다. 농촌이 과소화되어 면 지역에 위치한 민간 의료기관 수가 감소하고 있으며, 현존하는 기관도 읍 중심지나 도시로 이동할 유인이 크다(김남훈·하인혜, 2020; 김새봄 외, 2022). 결과적으로, 농촌지역에는 도시보다 의료서비스 공급 기관의 총량이 부족하여 의료서비스 초과 수요 상태이다. 2020년을 기준으로 농촌지역의 민간 및 공공 보건의료기관 수는 8,030개소로 도시의 13%에 불과하였다. 또한 농촌지역의 인구 100만 명당 민간 보건의료기관의 수는 822개소로, 도시의 7/10에 불과하였다(농촌진흥청, 2021). 의료기관의 실질적인 규모를 나타내는 병상수도 농촌지역의 경우 130,453개로, 도시 의료기관의 병상수의 25% 정도에 불과하였다(농촌진흥청, 2021).

농촌주민은 넓은 지역에 분산 거주하기 때문에 진료 및 치료를 목적으로 원거리에 위치한 의료기관을 방문해야 하는 경우가 많다. 도시민의 경우 의료기관까지 소요되는 평균 이동시간(자가용 기준)이 15분에 불과하지만, 농촌주민의 경우 평균 23.9분이나 된다(농촌진흥청, 2019). 특히 농촌 노인의 의료접근성 문제는 더욱 심각하다. 농촌지역의 청년이 의료기관까지 이동할 경우 74%는 자가용을 이용하여 평균적으로 19.4분 소요하지만, 농촌지역 독거노인의 59.5%는 대중교통을 이용하여 이동하며, 평균 33.3분을 소요한다. 특히 동네 의원이 주로 분포하는 읍 중심지 외곽에 거주하거나, 연령대가 높거나, 필요시 상급 의료기관을 이용해야 하는 농촌주민은 의료기관까지 더 많은 이동시간을 소요한다(농촌진흥청, 2022). 더욱이 농촌지역 의료기관의 진료과목이 한정되어 특정 진료나 수술, 분만 등을 위해 상급 종합병원이 위치한 도시까지 이동해야 하는 일도 발생한다(Kim et al., 2018; Choi et al., 2019; Jang et al., 2020).

따라서 도시민보다 농촌주민은 필요한 때, 필요한 만큼의 의료서비스를 이용하기 어려울 것이다. 이는 미충족 의료수요(Unmet medical needs)의 발생으로 귀결되며, 도시민보다 농촌주민의 미충족 의료수요가 높을 수 있다. 미충족 의료수요는 '환자가 필요에도 불구하고 의료서비스를 받지 못하거나 서비스가 연기되는 것'을 의미한다(신영전, 2015; 문정화·강민아, 2016; 전찬희 외, 2019; 최경화 외,

2021). 미충족 의료수요가 발생한다면 진료 및 치료가 지연되어 질병이 악화될 뿐만 아니라 필요한 경우에 의료서비스를 제공받지 못할 수 있다는 우려만으로도 개인의 정신, 정서적 건강에 악영향을 미칠 수 있다(김소애 외, 2019).

한편 미충족 의료수요 감소 목적으로 방문진료 서비스 확대에 대한 논의가 계속되고 있다. 보건복지부는 민간 의료기관의 방문진료 참여를 계속적으로 유도하고 있다. ‘의료접근성이 낮은 농촌지역을 대상으로 방문진료 서비스 확대’ 전략이 윤석열 정부 국정과제 67번에 제시되어 있다. 또한 보건복지부와 건강보험심사평가원이 주도하여 거동 불편자를 위한 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업(1~3차)’에 2012년 12월 시점에서 548개 병·의원(농촌 76개소)과 1,348개 한의원(농촌 199개소)이 참여하고 있다. 보건복지부, 국민건강보험공단, 지자체가 연계한 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’도 진행 중이다.

농촌주민은 미충족 의료수요가 높아 방문진료 수요도 높을 수 있다. 농촌지역에서 특히 필요한 방문진료 서비스의 역할과 개선 방안을 논하려면 먼저 농촌주민의 방문진료 서비스에 대한 인식과 수요를 파악할 필요가 있다. 그러나 방문진료 수요자를 추계한 연구는 최재우·김창오(2022)가 유일하다. 이들은 전국단위 표본 조사인 의료패널자료를 이용하여 거동 불편 및 건강상의 이유로 의료기관 방문이 어려웠던 사람들을 잠재적인 방문진료 수요자로 추계하였다. 또한 농촌주민의 방문진료 서비스에 대한 지불의사금액을 추정하여 수가 체계에 반영할 필요도 있지만, 아직까지 이를 다룬 연구는 없다. 이 연구는 농촌주민의 방문진료에 대한 인식과 수요, 최대지불의사금액을 추정하였다. 향후 농촌주민의 의료공백 완화를 위한 방문진료 확대 방안과 수가 조정 방안 등을 제언하였다.

## II. 방문진료에 대한 이해

### 1. 방문진료의 정의 및 범위

우리나라에서 방문진료가 활성화된 적이 없었기 때문에 방문진료에 대한 명확한 법적 정의와 범위가 명문화되지는 않았다. 그러나 몇 건의 선행연구들이 방문진료의 정의를 제시하였다. 김창오 외(2020)와 방문의료연구회(2022)는 ‘의사가 환자의 생활 장소로 방문하여 수행하는 진료 활동’을 방문진료라고 정의하였다. 반면 오영인, 임지연, 강태경(2019)은 ‘의사가 환자에 대한 종합평가를 통하여 계획을 수립하고 정기적으로 자택 및 시설을 방문하여 진료, 처치, 상담 서비스 등을 제공하는 의료서비스’로 방문진료의 내용과 요건을 구체화하여 정의하였다. 모두 의사가 환자의 거소로 방문하여 의료서비스를

제공하는 것이 핵심이다.

방문의료, 재택의료, 왕진 등 방문진료와 유사한 개념이 자주 거론되므로 이에 대한 정리가 필요하다. 방문의료는 방문진료까지 포함하는 의료 행위로서 방문간호, 재활, 복약 지도, 건강관리뿐만 아니라 돌봄 및 복지 서비스까지 아우르는 광범위한 보건의료 서비스를 의미한다(방문의료연구회, 2022). 의사뿐만 아니라 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등의 의료인력이 환자의 생활지에 방문하는 경우까지 포함된다(이건세, 2019). 의료인력 가용과 제공 서비스 차원에서 넓은 범위의 방문진료라고 볼 수 있다.

## 2. 방문진료의 법적 근거

법령은 원칙적으로 의료기관 이외의 장소에서 이루어지는 진료를 허용하지 않는다. 의료법 제33조는 의료기관 외에서 이루어지는 진료행위를 불법이라 규정하지만 예외 사항을 명시한다(표 1). 이는 ① ‘응급의료에 관한 법률’ 제2조 제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우, ② 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우, ③ 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우, ④ 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정 간호를 하는 경우, ⑤ 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우이다.

이중 ② ‘환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우’에 근거하여 환자 또는 환자 보호자의 요청이 있다면 의사가 환자의 주소 또는 거소로 방문하여 진료할 수 있다. 강행 규정적 성격을 가진 의료법 제33조에 대한 예외 규정으로서 방문진료가 허용된다고 볼 수 있다. ⑤ ‘그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 해야 하는 부득이한 사유가 있는 경우’ 역시 방문진료를 간접적으로 허용하는 규정이다. 2018년 12월 11일에 신설된 국민건강보험법 제41조 제5항(방문요양급여)에는 국민건강보험 가입자 또는 피부양자가 ‘질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우’ 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당한다면 의료기관 외 진찰 및 검사를 허용한다(표 1).

〈표 1〉 방문진료 관련 현행법적 근거

법령	내용
의료법 제 33조	- 의료법 제 33조 ① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다. 1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우 2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우 3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우 4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우 5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우

법령	내용
국민건강보험법 제41조	- (요양급여) ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다. 1. 진찰·검사 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송(移送)
국민건강보험법 제 41조 제5항	- (방문요양급여) 가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다.

즉, 의료법 제33조는 방문진료를 허용하고, 국민건강보험법 제41조는 요양급여와 관련된 방문진료를 규정한다. 방문진료를 위해 반드시 입법 절차가 요구되는 것은 아니다.

### 3. 일차의료 방문진료 수가 시범사업

고령화 사회에 진입하여 지속적이고 계획적인 의료서비스 수요가 증가하고 있다. 거동 불편 및 고령으로 인하여 의료기관에 방문하기 어려운 환자들을 위한 의료접근성 문제가 지속적으로 제기되었다. 이에 보건복지부는 2019년 12월 ‘일차의료 왕진수가 시범사업(1차)’을 실시하였다. 이후 2021년 5월 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업(2차)’으로 사업명이 변경되었으며 참여 의료기관을 추가 모집하였다. 2022년 7월 참여 의료기관을 추가 재모집하여 3차 사업이 실시되었다. 한편 보건복지부는 2021년 8월 ‘일차의료 한의(韓醫) 방문진료 수가 시범사업’도 실시하였고, 지금까지 계속되고 있다.

시범사업 참여 의원은 환자에게 방문진료 서비스 제공 횟수 및 방법에 따라 건강보험공단에 시범사업 수가(방문진료료)를 청구할 수 있다<표 2>. 시범사업 참여 의원의 의사는 거동 불편 환자의 가정에 방문하여 진료 후 관련 서식을 건보공단에 제출하여 방문진료료를 지급받는다.

<표 2> 일차의료 방문진료 시범사업 방문진료 수가

구분			방문진료 수가			
			2019년	2020년	2021년	2022~23년
의과	1차	방문진료료 1	114,910	118,220	-	-
		방문진료료 2	79,940	82,240		
	2차	방문진료료 1	-	120,700	-	-
		방문진료료 2		83,970		
	3차	방문진료료 1	-	-	124,280	
		방문진료료 2			86,460	
한의과	방문진료료			93,210		

자료 : 보건복지부(2022), 일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침 인용.

국민건강보험 요양급여 비용에서 제공되는 시범사업 수가는 방문진료 의료 행위 및 처치 비용 포함 여부에 따라 상이하고, ‘2차’ 및 ‘3차’ 시범사업에서 수가가 인상되었다(표 2). ‘방문진료료 1’은 방문진료에서 발생하는 의료 행위, 약제, 치료 재료에 대한 비용을 모두 포함한다. 따라서 행위별 수가를 방문진료 의사가 개별적으로 청구할 수는 없다. ‘방문진료료 2’에는 의료 행위, 약제, 치료 재료 비용 등이 포함되지 않는다. 별도 비용은 요양급여비용 산정기준에 의거하여 계산된다. 두 가지 방문진료료 중 의사가 선택하여 건보공단에 청구한다.

방문진료료는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제1항에 의거하여 건강보험 가입자 또는 피부양자는 방문진료료(요양급여비용)의 30/100을 본인이 부담한다. 차상위 본인부담 경감 대상자 중 희귀 난치성 질환 또는 중증질환자는 방문진료료의 5/100를 본인이 부담한다. 희귀 난치성 이외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동은 방문진료료의 10/100을 본인이 부담한다. 1종 의료급여 수급자의 경우에는 방문진료료의 5/100를, 2종은 10/100을 본인이 부담한다(표 3).

〈표 3〉 일차의료 방문진료 수가 시범사업 본인부담금

구분		본인부담금
건강보험가입자 또는 피부양자		방문진료료의 100분의 30
차상위 본인부담 경감대상자	희귀 난치성 질환자 또는 중증 질환자	방문진료료의 100분의 5
	만성질환자	방문진료료의 100분의 10
의료급여 1종		방문진료료의 100분의 5
의료급여 2종		방문진료료의 100분의 10

자료 : 보건복지부(2022, p.10). 일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침 인용.

### Ⅲ. 농촌주민의 방문진료 인식 및 수요 식별

#### 1. 자료 설명 및 요약 통계량

농촌주민의 방문진료 인식 및 수요, 지불의사금액 추정을 목적으로 한국농촌경제연구원의 현지통신원을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 현지통신원은 한국농촌경제연구원이 농정 연구 목적으로 상시

적으로 관계하는 농촌지역 주민을 의미한다. 읍 또는 면 지역 주민이 농촌지역 주민이지만, 도농복합시의 경우 ‘동’ 지역 주민도 일부 포함한다. 설문조사 대상 인원은 총 1,000명이었으며, 이 중 738명이 응답을 완료하였다. 설문조사 기간은 2022년 10월 1일부터 10월 30일이었다. 설문 문항은 농촌주민의 인구경제사회학적 특성뿐만 아니라, 건강 상태, 만성질환 유무 및 종류, 장애 유무, 거동 불편 여부, 미충족 의료수요 및 원인, 방문진료에 대한 인식, 수요, 본인부담금에 대한 인식 등을 포함한다.

설문 응답자에 대한 요약통계량이 <표 4>에 제시되어 있다. 응답자의 평균 나이는 약 62세로 다소 고령화되었으며, 남성 응답자의 비율이 83%다. 이는 현지통신원이 농촌 주민 중 가구주를 대상으로 선별되었고, 가구주가 대부분 남성이기 때문이다. 평균 가구원 수는 2.57명이었다. 응답자의 월평균 가구소득은 약 678만 원이었다. 응답자의 69%가 면 지역, 19%가 읍 지역, 12%가 동 지역에 거주하고 있었다. 대부분의 응답자들이 농업/근로/사업 소득자였으며, 가구 내에 차량을 보유하고 있었다(98.08%). 거의 대부분의(97%) 응답자들이 직장 또는 지역 건강보험에 가입하고 있었다.

<표 4> 현지통신원 응답자의 인구경제사회학적 특성에 대한 요약통계분석 결과

특성		통계치
나이(n=738)		61.68 ± 9.57
성별 (n=730)	남(n=604)	82.74
	여(n=126)	17.26
가구원 수(n=733)		2.57 ± 1.13
월 평균소득(n=715)		6,781,370 ± 15,307,658
읍/면/동 (n=728)	읍(n=135)	18.54
	면(n=503)	69.09
	동(n=90)	12.36
주 소득원 (n=729, 복수응답)	농업/근로/사업(n=641)	87.93
	자녀지원(n=28)	3.84
	연금/이자소득(n=166)	22.77
	기초수급자(n=12)	1.65
	차상위지원(n=5)	0.69
	기타(n=23)	3.16
차량유무 (n=728)	있다(n=716)	98.08
	없다(n=14)	1.92
건강보험 종류 (n=731)	지역가입자(n=456)	62.38
	직장가입자(n=256)	35.02
	의료급여(n=8)	1.09
	미가입(n=9)	1.23
	기타(n=2)	0.27

주 : 나이, 가구원 수, 월평균 가구소득에 대한 통계치는 평균±표준편차를 나타냄. 나머지는 각 항목의 구성 비율을 나타냄. 복수응답 가능 항목의 경우 전체 응답자 수 대비 각 항목의 구성 비율을 의미함. 괄호 안의 관측치 수는 결측 및 무응답을 제외한 유효관측치 수임.

## 2. 농촌주민의 방문진료에 대한 인식과 수요, 건강 및 만성질환, 미충족 의료수요 상태

농촌주민의 건강 및 만성질환 상태, 방문진료에 대한 인식 및 수요, 미충족 의료수요 상태 등을 식별할 목적으로 이들과 관련된 변수들에 대하여 자료를 요약통계 분석하였다(표 5).

〈표 5〉 현지통신원 응답자의 만성질환 상태, 방문진료에 대한 인식 및 수요, 미충족 의료수요 상태 등에 대한 요약통계분석 결과

항목		통계치
건강상태 (n=651)	매우 좋음(n=43)	5.80
	좋음(n=288)	38.87
	보통(n=323)	43.59
	나쁨(n=83)	11.20
	매우 나쁨(n=4)	0.54
만성질환 유무 (n=737)	있다(n=380)	51.56
	없다(n=357)	48.44
만성질환 종류 (n=377, 복수응답 가능)	고혈압(n=196)	51.99
	당뇨(n=110)	29.18
	이상지질혈증(n=34)	9.02
	관절병증(n=92)	24.40
	심장질환(n=35)	9.28
	뇌혈관질환(n=17)	4.51
	기타(n=67)	17.77
장애 유무 (n=729)	있다(n=81)	11.11
	없다(n=648)	88.89
가족 중 가장 진료 많이 받은 사람의 6개월간 진료 횟수(n=392)	8.08 ± 7.81	
의료기관 방문의사 있으나 방문하지 못한 경험 여부 (n=708)	있다(n=142)	20.06
	없다(n=566)	79.94
의료기관에 방문하지 못한 이유 (n=142, 복수응답 가능)	경제적 이유(n=14)	9.86
	거리상 멀어서(n=40)	28.17
	건강상 이유(n=22)	15.49
	일이 바빠서(n=83)	59.15
	교통이 불편(n=23)	16.20
	병원선택 어려움(n=12)	8.45
	기타(n=8)	5.63

거동 불편 환자를 위한 방문진료 인지 여부 (n=727)	알고 있다(n=89)	12.24
	모른다(n=638)	87.76
인지 경로 (n=88)	병의원 의사소개(n=7)	7.95
	이웃, 친구, 가족 소개(n=17)	19.32
	TV, 신문, 인터넷(n=27)	30.68
	복지관, 마을회관, 경로당 등(n=33)	37.50
	기타(n=4)	4.55
3년간 방문 진료 경험 (n=714)	있다(n=41)	5.74
	없다(n=673)	94.26
거동 불편으로 방문진료가 필요한 가족의 유무 (n=719)	있다(n=85)	11.82
	없다(n=634)	88.18
거동 불편 이외의 이유로 방문진료 받을 의향 유무 (n=715)	있다(n=183)	25.59
	없다(n=532)	74.41
의원 방문진료 본인부담금에 대한 인식 (n=723)	적절하다(n=258)	35.68
	적절하지 않다(n=465)	64.32
의원 방문진료 1회당 적절 금액 (n=459)	16,022.88 ± 7,399.51	
한의원 방문진료 본인부담금에 대한 인식 (n=712)	적절하다(n=288)	40.45
	적절하지 않다(n=424)	59.55
한의원 방문진료 1회당 적절 금액 (n=416)	14,142.26 ± 6,191.23	
현재 수준의 본인부담금을 지불하고 앞으로 방문진료 받을 의향 (n=715)	있다(n=332)	46.43
	없다(n=383)	53.57
방문진료 필요 진료과목 (n=331, 복수응답 가능)	가정의학과(n=156)	47.13
	내과(n=128)	38.67
	이비인후과(n=35)	10.57
	안과(n=29)	8.76
	정형외과(n=112)	33.84
	한외과(n=132)	39.88
	기타(n=9)	2.72
방문진료 의향이 없는 이유 (n=359)	본인부담금이 높아서(n=134)	37.33
	의료기관이 주변에 가깝고 직업 방문하는 것이 편해서 (n=155)	43.18
	의사가 집에 오는 것이 부담(n=20)	5.57
	방문진료 약속 잡기 어려울 것 같아서 (n=11)	3.06
	방문진료를 어떻게 신청하는지 잘 몰라서(n=25)	6.96
	기타(n=14)	3.90

주 : 6개월간 진료횟수, 방문진료 적절 금액에 대한 통계치는 평균±표준편차를 나타냄. 나머지는 각 항목의 구성 비율을 나타냄. 복수 응답 가능 항목의 경우 전체 응답자 수 대비 각 항목의 구성 비율을 의미함. 괄호 안의 관측치 수는 결측 및 무응답을 제외한 유효 관측치 수임.

응답자의 건강 상태는 ‘매우 좋음’, ‘좋음’, 또는 ‘보통’의 비율이 약 88% 정도로 전반적으로 양호하였다. 그러나 만성질환을 앓고 있는 응답자의 비율이 절반(51.56%)에 달했다. 이중 만성질환 유형 중 고혈압(51.99%)과 관절병증(24.4%) 환자의 비율이 높았다. 자기기입식(self-reported)으로 응답한 장애인 비율은 11.11%로 나타났다. 가족 중 가장 많이 진료받은 사람의 평균 진료 횟수가 8.08회였다.

미충족 의료수요와 관련된 설문인 의료기관에 방문하지 못한 경험이 있는 응답자의 비율이 20.06%로 다소 높았다. 이중 ‘일이 바빠서’ 방문하지 못했다는 비율이 59.15%로 가장 높았고, 다음으로는 ‘거리가 멀어서’(28.17%), ‘교통이 불편해서’(16.20%), ‘건강상의 이유로’(15.49%) 순으로 비율이 높았다.

“방문진료 의원이 주변에 있다는 것을 알고 있다.”고 응답한 사람의 비율이 12.24%로 매우 낮았다. 인지 경로는 주로 복지관, 마을회관, 경로당 등(37.50%)이었으며, 매체를 통해서 알게 되었다는 응답자의 비율도 30.68%로 높았다. 이웃, 친구, 가족의 소개로 알게 되었다는 응답자 비율은 19.32%로 다소 낮았고, 병·의원 의사의 소개로 알게 되었다는 응답자 비율은 7.95%로 매우 낮았다.

본인 또는 가족이 방문진료 서비스를 받았던 응답자의 비율도 매우 낮았다. “지난 3년간 방문진료를 받았다.”는 응답자 비율이 5.74%에 불과하였다. 이중 한의원(15.44%), 안과(7.0%), 이비인후과(5.8%) 등의 순으로 비율이 높았다. 거동 불편 등의 이유로 응답자 또는 가족이 방문진료가 필요하다고 응답한 비율이 11.82%였다. 거동 불편 이외의 이유로 방문진료를 받을 의향이 있다는 응답자 비율이 25.59%였다.

시범사업 본인부담금에 대한 응답자들의 전반적인 인식을 알아보았다. “의원에서 제공하는 방문진료 본인부담금이 적절한가?” 묻는 설문에 대해 응답자의 64.32%가 “적절하지 않다.”고 응답하였다. 이들이 제시하는 적정 본인부담금은 평균 15,996원이었다. 한의원에서 제공하는 방문진료 본인부담금에 대해서는 59.27%가 “적절치 않다.”고 응답하였다. 이들이 제시하는 한의원 방문진료 적정 본인부담금은 평균 16,022원이었다. 즉 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’의 본인부담금이 높다는 인식이 우세하였다.

그러나 현재 수준의 본인부담금을 지불하고 앞으로 방문진료를 받아 볼 의향이 있다고 응답한 사람의 비율이 46.43%로 다소 높았다. 이들이 원하는 방문진료 과목은 가정의학과(47.13%), 한의과(39.88%), 내과(38.67%), 정형외과(33.84%) 등의 순으로 높았다. 방문진료 의향이 없다는 응답자들은 주로 의료기관이 “인근에 위치하고 직접 방문하는 것이 편하다.”(43.18%)고 그 이유를 제시하였다. 다음으로는 “본인부담금이 높아서 의향이 없다.”는 비율이 37.33%였다. 기타 이유 등 방문진료 의향이 없다고 비율은 매우 적었다.

## Ⅳ. 농촌주민의 방문진료 지불의사금액 추정

### 1. 개요 및 방법

요약통계 분석결과, 응답자들이 제시하는 적절 방문진료 본인부담금은 의과의 경우 약 16,000원, 한 의과의 경우 약 14,000원 수준이었다. 그러나 이는 실제 방문진료 서비스 참여 의향과는 무관한 것이다. 즉 방문진료 본인부담금이 높아 진료를 포기하는 응답자들이 방문진료 본인부담금이 하향될 경우 지불할 최대금액은 아니다.

높은 본인부담금 때문에 방문진료 서비스를 포기하는 농촌주민들의 최대지불의사 금액을 추정하면 향후 수가 조정을 위한 근거자료로 활용될 수 있다. 이 절에서는 설문조사 결과를 분석하여 농촌주민의 방문진료 서비스 본인부담금에 대한 최대지불의사 금액을 추정하였다. 방문진료 고수요 집단의 서비스 최대지불의사금액을 계산하기 위해 응답자나 응답자 가족이 거동이 불편하여 방문진료를 받을 의향이 있는 경우로 분석 범위를 한정하였다. 이는 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’이 거동이 불편하여 의료기관에 방문하기 어려운 환자를 대상으로 하기 때문이다(보건복지부, 2022). 이중 ‘본인부담금이 높아 방문진료를 받을 의향이 없다.’고 응답한 설문 응답자들을 대상으로 최대지불의사금액을 계산하였다.

추정 방법은 다음과 같다. 우선 <표 6>의 설문 문항을 이용하여 현재 수준의 본인부담금을 지불하고 방문진료 서비스를 받을 의향이 있는지 ‘예/아니오’로 설문하였다. “아니오”로 대답한 응답자들에게 그 이유를 묻는 하위 설문 문항을 구성하여 본인부담금이 높아서 의향이 없다는 응답자를 선별하였다. 해당 관측치는 134명이었으며, 결측 및 무응답을 제외한 유효관측치는 총 122명이었다.

다음으로 본인부담금이 높아 방문진료 서비스를 포기한다는 응답자들의 본인부담금 최대지불액수를 추정하기 위해 조건부 가치평가법(Contingent Valuation Method: CVM)을 응용하였다. 이는 사람들이 재화 및 서비스에 대하여 주관적으로 인식하는 가상 가격을 기반으로 그 가치를 평가하는 방법이다(송혜인 외 2014). 김남훈 외(2021)는 조건부 가치평가법을 응용하여 농촌주민의 노인 돌봄 제공에 대한 수용의사금액을 분석한 바 있다. 이 연구도 같은 방법론을 이용하였다.

2022년 일차의료 방문진료 시범사업 본인부담금은 의원의 경우 일반적으로 1회에 37,000원 수준이었다. 본인부담금 초기값을 본인부담금에서 약 30% 할인된 25,000원으로 설정하였다. 25,000원을 수용했다면, 하위 질문에서 본인부담금에서 약 15% 할인된 31,000원을 수용할 것인지 다시 질문하였다. 25,000원을 수용하지 않았다면, 하위 질문에서 약 절반인 12,000원을 수용할 것인지 질문하였다. 응답자가 25,000원과 31,000원 모두 수용한다면, 최대지불의사금액을 31,000원 이상으로 설정하였



〈표 7〉 통제 변수 설명 및 측정 방법

통제 변수	설명 및 측정 방법
나이	0: 45세 미만(준거집단), 1: 45~64세, 2: 65세 이상
성별	0: 남성(준거집단), 1: 여성
만성질환 여부	0: 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등 만성질환이 하나라도 있음(준거집단), 1: 만성질환 없음
장애 여부	0: 장애 없음(준거집단), 1: 장애 있음
거동 불편으로 방문진료가 필요한 가족 유무	0: 없음(준거집단), 1: 있음
가구원 수	응답자 가구의 가구원 수(명)
월평균 가구소득	ln(월평균 가구소득)
지역 규모	0: 도시(동)(준거집단), 1: 농촌(읍·면)

## 2. 추정 결과

의원 및 한의원 방문진료 서비스에 대한 응답자의 최대지불의사금액을 추정한 결과가 〈표 8〉에 제시되어 있다. 분석 결과, 의원 방문진료 서비스의 경우, 응답자들의 평균 최대지불의사금액은 상수항 추정치인 28,105원으로 나타났다. 이는 본인부담금인 37,000원보다 9,000원 정도 낮은 수준이고, 통계적으로 유의하였다. 다른 모든 특성이 동일할 때, 장애인은 비장애인보다 3,988원 만큼 지불의사금액을 더 높게 제시하였다. 가구소득은 최대지불의사금액과 부(-)의 관계를 보였다. 이는 방문진료에 대한 가치는 고소득층보다 저소득층이 더 높다는 것을 시사한다.

동 지역 응답자보다 읍과 면 지역 응답자의 최대지불의사금액이 현저히 높았다. 읍 지역 응답자들이 상대적으로 면 지역 응답자보다 최대지불의사금액이 더 높았지만, 그 차이는 1,500원 정도로 매우 작았다. 즉 방문진료에 대한 가치는 도시민보다 농촌주민에게 더 높다고 볼 수 있다. 한의원 방문진료의 경우 최대지불의사금액이 평균 18,840원 수준이었다. 65세 이상 응답자들은 45세 미만의 응답자들보다 최대지불의사금액이 약 3,500원 더 낮았다. 여성은 남성보다 최대지불의사금액이 약 3,000원 더 낮았다.

〈표 8〉 농촌주민의 방문진료 서비스 최대지불의사금액 추정 결과

공변량	의원		한의원	
	추정치	Bootstrap 표준오차	추정치	Bootstrap 표준오차
45~64세	154.9	2799.7	-830.7	1920.2
65세 이상	-633.2	2860.2	-3536.7*	2021.2

여성	-1860.9	1970.8	-3000.6*	1512.6
만성질환 있음	2002.4	1223.8	454.2	971.2
장애 있음	3988.2***	1377.3	1653.8	1287.4
방문진료 필요한 가족 있음	2430.1	1598.2	1666.5	1267.4
가구원 수	243.8	535.2	-668.4	423.5
ln(가구소득)	-1890.5**	842.8	-382.3	713.0
읍 지역	4407.5*	2343.9	-1367.2	2033.9
면 지역	2962.6*	1699.8	-393.1	1636.6
상수항	28105.5**	13143.7	18839.8*	11042.3
N	122		122	

주 : 유효관측치 수가 적어 통계적 추론은 5,000회 반복한 bootstrap 방법으로 실시하였음. \*\*\*, \*\*, \*는 각각 신뢰수준 1, 5, 10% 수준에서 추정치가 유의한 것임. 준거그룹은 45세 미만, 남성, 만성질환이 없고, 장애가 없고, 방문진료 필요한 가족이 없는 동 지역 거주민임.

## V. 논의 및 결론

농촌지역에 의료기관 공급이 부족하고, 농촌주민은 넓은 지역에 산포하여 의료기관 접근성 문제가 심각하다(김윤영, 이석환, 2021; 한상윤, 남석인, 2021). 설문조사 결과, 필요한 경우 병의원에 방문하지 못했던 주된 이유로 교통 불편과 원거리를 제시한 응답자가 약 45%(복수응답 허용)였다는 사실이 이를 증명한다. 따라서 농촌 지역적 특성 때문에 발생하는 미충족 의료수요 감소를 위해 방문진료가 어느 정도 기능할 수 있을 것이다.

그러나 방문진료 서비스에 대해 인지하고 있는 응답자 비율은 12.24%에 불과하였다. 반면 거동 불편 등의 이유로 방문진료가 필요하다는 응답자 비율이 11.82%, 거동 불편 이외의 이유로 방문진료를 받을 의향이 있다는 응답자 비율은 25.59%로 더 높았다. 즉 농촌지역에서 방문진료에 대한 수요가 어느 정도 높다고 판단된다. 따라서 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’, ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’ 등 정부가 시행하는 방문진료 서비스 사업들에 대한 홍보 확대가 우선적으로 필요하다. 병·의원 의사의 소개로 방문진료에 대해 알고 있다는 응답자 비율이 매우 낮다는 것을 고려하면 농촌지역 병·의원을 통한 사업 홍보 확대 전략이 특히 더 요구된다.

‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’의 본인부담금 수준에서 서비스를 받을 의향이 없다는 응답자들 중 본인부담금이 높아서 그렇다는 응답자 비율이 37.33%로 높았다. 즉 높은 본인부담금이 방문진료 서비스에 대한 진입장벽으로 작용하고 있었다. 응답자들의 다양한 인구사회경제학적 특성까지 고

려하였을 때, 방문진료 서비스 1회에 대한 최대지불의사금액은 의원, 한의원 서비스 모두 현재보다 31~32%만큼 낮은 수준이었다. 따라서 방문진료 서비스 확대를 위해 본인부담금 조정이 필요하다. 특히 장애인은 더 높은 수준의 지불의사금액을 제시하였다. 이는 장애인이 방문진료에 대하여 부여하는 가치가 특히 높다는 것을 시사한다. 따라서 농촌지역 장애인을 대상으로 방문진료 서비스를 긴히 확대할 필요가 있다.

면 지역보다 읍 지역 응답자들이 방문진료에 대하여 부여하는 가치가 약 1,500원 정도 더 높았다. 일견 면 지역이 의료기관과 거리가 멀어 이곳에 정주하는 응답자들의 더 방문진료에 대하여 높은 가치를 둘 것이며, 결과적으로 더 높은 최대지불의사금액을 제시할 것이라는 인식과는 반대의 결과가 나타났다. 반직관적 결과의 원인은 모형에서 통제된 소득 변수라고 생각된다. 가구소득을 공변량에 통제하였지만, 소득과는 별개로 가구의 자산 및 부채, 농업 규모 등 지불의사금액과 관련된 가구소득 외적 요인이 모두 통제되지는 못하였다. 이는 많은 문항을 포함하여 조사할 수 없었던 설문조사 및 이 연구의 한계이며, 추후 대규모 표본조사를 이용하여 재검토할 사항이라 생각된다.

한편 한의원 방문진료의 경우 읍·면 거주자라고 더 낮은 본인부담금을 제시하지는 않았다. 즉 농촌주민들은 의원과 한의원 방문진료 서비스에 대하여 부여하는 양적 및 질적 가치가 다르다고 볼 것이다. 따라서 한의원 방문진료 서비스 확대를 목적으로 본인부담금 조정이 필요하다면 의원 서비스와는 다른 방식의 접근이 필요하다.

의료서비스 공급 차원에서 방문진료 확대 전략도 고려해 볼 수 있다. 취약계층의 경우 미충족 의료수요 발생 확률이 상대적으로 높거나 의료공백이 심각하다(Yoon et al., 2019; 김수진, 2021; 김윤영, 이석환, 2020; 우세린 외, 2020). 농촌주민도 의료 사각지대에 놓여 있는 집단에 속한다고 볼 수 있다. 현재 '일차의료 방문진료 수가 시범사업'은 농촌지역에서 방문진료 서비스를 제공하는 의원에게도 방문진료 1회당 동일한 수가를 지급한다. 그러나 농촌지역에는 소수의 주민이 넓은 지역에 분산 거주하고, 소수의 일차의료기관도 분산적으로 위치하기 때문에, 원거리 이동에 따른 부담으로, 의원의 방문진료 참여율이 매우 낮을 수 있다. 따라서 농촌지역을 위한 방문진료 수가 차등화가 필요하다. 또한 의원이 원거리 농촌지역에 방문하여 진료서비스를 제공할 경우 발생하는 손실을 보상할 교통비도 추가 수가화할 필요가 있다.

이 연구는 한국농촌경제연구원의 현지통신원을 대상으로 실시한 설문조사 결과를 이용하였다. 현지통신원 설문 응답자가 738명으로 수가 적었고, 최대지불의사금액 추정을 모형에서 이용된 관측치는 122명으로 매우 적었다. 부족한 관측치 문제를 보완할 목적으로 Bootstrap 방식으로 통계적 추론을 실시하였지만, 대표본 통계자료를 이용하지 못하였다는 단점이 있다. 또한 현지통신원 설문 응답자들이 우리나라 전체 농촌주민을 온전히 대표한다고 보기 어렵다. 우리나라의 도시민과 농촌주민을 대상으로

한 대표성있는 대표본 자료를 확보할 수 있다면, 이 연구의 한계점을 보완할 수 있을 것이다. 특히 도시민과 농촌주민의 방문진료 서비스에 대한 차별적인 인식과 WTP 등을 파악하면 양쪽 집단을 대상으로 시범사업 대상자뿐만 아니라 수가 조정도 다른 방식으로 설계할 근거를 얻을 수 있을 것이다.

현재까지 시범사업을 시행한 지 만 5년이 지났다. 시범사업이 미충족 의료수요 감소뿐만 아니라 질 환 상태에 어떠한 영향을 미쳤는지 파악할 정밀한 성과 평가가 필요하다. 특히 건강보험 청구자료를 이 용한다면 본인부담금 조정이 미충족 의료수요에 미치는 효과를 직간접적으로 추정할 수 있을 것이다. 이 역시 후속 연구 과제로 제안한다.

## ■ 참고문헌 ■

- 김남훈·조승연·하혜지(2021). “농촌 주민의 노인 돌봄 제공 의향과 수용의사금액 분석”, 『농촌경제』, 44(1): 51-69.
- 김남훈·하인혜(2020). 『농촌형 커뮤니티 케어 정책 과제』, 한국농촌경제연구원.
- 김새봄·김익중·박해궁(2022). “인공지능 통합돌봄사업 재이용 의사 영향요인에 관한 연구-도시와 농촌거주 노인의 차이를 중심으로”, 『한국웰니스학회지』, 17(2) : 351-357.
- 김소애·서영원·우경숙·신영전(2019). “국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰”, 『비판사회정책』, 62: 53-92.
- 김수진(2021). “장애인과 비장애인의 보건의료 및 건강수준 격차와 시사점”, 보건복지포럼, 한국보건 사회연구원 4: 49-61.
- 김윤영·이석환(2021). “농어촌 복지수요와 지역사회 통합돌봄 (community care) 정책에의 함의”, 『한국지역사회복지학회지』, 76: 111-138.
- 김윤영·이석환(2020) “농어촌 취약계층의 사회서비스 수요탐색과 정책함의”, 『한국콘텐츠학회논문지』, 20(12): 332-345.
- 김창오·홍종원·조미희·최은희·장숙량(2020). “거동불편 대상자를 위한 방문진료모형: 1년 6개월간의 운영사례보고”, 『한국노년학회지』, 40(6): 1403-1428.
- 농촌진흥청·국립농업과학원(2019). 『2018 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』.
- 농촌진흥청·국립농업과학원(2021). 『2020 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』.
- 농촌진흥청·국립농업과학원(2022). 『2021 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』.
- 류재한·이예림·정정호(2019). “노인의 라이프스타일 유형을 통한 고령친화 의료서비스 리빙랩 구축

- 방향”, 『한국디자인포럼』, 24(3): 94-103.
- 방문의료연구회(2022). 『환자를 찾아가는 사람들』, 스토리플래너.
- 보건복지부(2022). 『일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침』, 보건복지부.
- 문정화·강민아(2016). “독거노인의 미충족 의료와 영향요인:취약계층 행동모델 적용”, 『보건사회연구』, 36(2): 480-510.
- 송혜인·배향은·이응용(2014). “CVM을 이용한 개인정보의 경제적 가치분석 연구”, 『INTERNET & SECURITY FOCUS』, 5: 22-45.
- 신영전(2015). “미충족 의료서비스 현황과 정책과제”, 『의료정책포럼』, 12(4): 71-77. 대한의사협회 의료정책연구소.
- 안석·김남훈·김유나(2019). 『농촌도시 건강실태 및 의료비용 효과 비교와 정책과제』, 한국농촌경제연구원.
- 오영인·임지연·강태경(2019). 『일본의 재택의료 현황과 시사점』, 한국의료정책연구소.
- 오영호·신호성·이상영·김진현(2007). 『보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제』, 한국 보건사회연구원.
- 우세린·손민성·김귀현·최만규(2020). “고용형태별 및 성별에 따른 미충족 의료경험의 차이”, 『보건사회 연구』, 40(1): 592-616.
- 이건세(2019). 『정책동향: 커뮤니티케어·재택의료 추진 전략』, 한국의료정책연구소.
- 전찬희·곽전원·곽민호·김정현·박용순(2019). “한국 노인에서 미충족 의료수요와 연관 요인: 제7기 국민 건강영양조사 (2017년)”, 『Korean Journal of Health Promotion』, 19(2): 84-90.
- 최경화·김미현·최용준·조용민·김미소·정은혜·김정애(2021). “한국 장애인 미충족 의료 현황”, 『보건사회 연구』, 41(3): 160-176.
- 최슬기(2021). “한국의 공공의료와 동태적 정책실패: 지역의료격차의 정책수단을 중심으로”, 『한국행정학회 하계학술발표논문집』, 2501-2520.
- 최재우·김창오(2022). “거동불편 사유로 인한 미충족 의료의 규모와 관련 요인 탐색 연구: 방문의료 대상자 추계를 위한 근거”, 『보건행정학회지』, 32(1): 53-62.
- 한상윤·남석인(2021). “지역사회 거주 고령 장애인의 미충족 의료 영향요인 유형화 연구”, 『보건사회연구』, 41(4): 26-43.
- Choi, Y., Nam, K., & Kim, C. Y. (2019). “Association between convenience of transportation and unmet healthcare needs of rural elderly in Korea”, *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(6): 355.

- Jang, S. Y., Seon, J. Y., & Oh, I. H. (2020). "Influencing factors of transportation costs regarding healthcare service utilization in Korea", *Journal of Korean Medical Science*, 35(35).
- Kim, J. R., Jeong, B., Park, K. S., & Kang, Y. S. (2018). "Associations of generalized trust and social participation at the individual level with unmet healthcare needs in communities with high mortality", *Journal of Korean Medical Science*, 33(11).
- Yoon, Y. S., Jung, B., Kim, D., & Ha, I. H. (2019). "Factors underlying unmet medical needs: a cross-sectional study", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13): 2391.

---

원 고 접 수 일 | 2024년 2월 7일  
1차심사완료일 | 2024년 5월 2일  
2차심사완료일 | 2024년 5월 13일  
최종원고채택일 | 2024년 5월 16일

**조승연** scho@kyonggi.ac.kr

2019년 미국 Texas A&M University에서 농업경제학 박사학위를 받았다. 한국농촌경제연구원 부연구위원으로 재직하였고, 현재 경기대학교 경제학부 경제학전공 조교수로 재직 중이다. “Is handedness exogeneously determined? Counterevidence from South Korea” (2021), Economics & Human Biology 등 응용계량경제학, 보건경제학 분야에 다수의 논문을 발표하였다. 보건경제학, 응용계량경제학, 농업경제학이 주요 연구분야이다.

**나현수** nah2soo@krei.re.kr

경희대학교 일반대학원 문화관광콘텐츠학 석사학위를 받았으며, 현재 한국농촌경제연구원 삶의질정책 연구센터 정책연구원으로 재직하고 있다. “지불의사금액 추정을 통한 문화정책의 가치측정: ‘문화가 있는 날’을 대상으로” 등의 논문을 발표하였으며, 주요 연구 분야는 삶의 질 정책, 농촌관광, 농촌문화 등이다.