

한국 성인의 경제활동 참여변화가 미충족 의료에 미치는 영향: 4·5차 한국의료패널자료를 이용하여

송해연^{1,2} · 최재우^{1,2} · 박은철^{2,3}

¹연세대학교 대학원 보건학과, ²연세대학교 보건정책및관리연구소, ³연세대학교 의과대학 예방의학교실

The Effect of Economic Participatory Change on Unmet Needs of Health Care among Korean Adults

Hai-Yan Song^{1,2}, Jae-Woo Choi^{1,2}, Eun-Cheol Park^{2,3}

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

Background: The objective of this research is to investigate and provide analysis of the economic participatory change affecting the unmet needs of health care in Korean adults.

Methods: We used Korea health panel 4th and 5th data of 10,261 adults. The method of investigation is threefold. First, We identified the regional factors affecting unmet needs of health care. Second, we analyzed the effect of economic participatory change as it affects the unmet needs of health care. Third, we also investigated whether there were discernable differences between the age subgroups.

Results: It was determined that influencing factors included sex, education, economic level, and health status. And after the subgroup analysis of age, we found that the economic participatory change was associated with the economical unmet needs of health care especially for those over 40 years of age. Also the population are facing unemployment enduring particular economic hardship in meeting their medical needs.

Conclusion: This study finds that there are some policy recommendations for the sake of medical service equality. Medical welfare policy for those 40 years of age and older has been identified as an area that needs improvement. And considering that those 40 years of age and older are facing unemployment enduring particular economic hardship in meeting their medical needs, this study finds a need for government sponsored medical stipends or subsidizing of medical premiums, co-payment, and other fees.

Keywords: Unmet needs; Economic participation; Korean health panel

서론

인간은 누구나 건강하고 행복하게 살기를 원하며 이를 위한 노력을 꾸준히 지속하고 있다. 최근 들어 건강증진에 관한 개인의 관심과 욕구의 증가로 인해 개인의 건강에 대한 사회적 책임이 강조되고 있는 가운데 모든 국민에게 적절한 의료서비스를 제공하는 보건 의료체계를 마련하는 것이 국가 보건정책의 핵심적인 과제이

기도 하다. 보건 의료체계가 각국마다 차이가 있겠지만 헌법의 보장 아래 모든 사회구성원인 국민은 국가로부터 기본권인 건강권을 보장받고 있으며, 각 국가에서는 누구나 필요한 의료서비스를 이용할 수 있도록 사회적으로 의료보장제도를 마련하여 시행하고 있다[1].

한국의 경우 1977년 건강보장제도 도입, 1989년 전 국민을 포괄하는 의료보장제도의 실시를 통하여 모든 국민이 소득이나 지불능력에 상관없이 의료서비스를 이용할 수 있도록 접근성을 개선하는

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 16, 2014 Revised: March 19, 2015 /

Accepted after revision: March 30, 2015

© 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.

제도적 장치를 시행하여 왔다. 하지만 높은 본인부담률, 비급여 본인부담금 등 건강보험 보장성의 한계로 인하여 현재 한국에서는 과도한 의료비 지출로 경제적 파탄에 이르는 가구가 저소득가구에서 꾸준히 발생하고 있다[2]. 이와 같은 저소득층이나 노인, 장애인 등의 의료수요가 많은 집단이 필요한 서비스를 적절히 이용하는 데 장벽이 되고 있다. 보건의료정책에 있어 특히 고소득층에 비해 저소득층의 미충족 필요가 크게 존재하는 경우 문제가 된다[3].

‘미충족 의료(unmet needs)’라는 현상 그 자체나 수치상의 결과로만 끝나는 것이 아니라 적절한 시기에 치료받지 못하게 됨으로써 환자들의 질병 중증도를 높이고 합병증 발생의 가능성을 높일 수 있다[4]. 따라서 국민이 필요한 의료서비스를 적절하게 이용하고 있는지 파악하는 것은 한국 의료보장제도의 성과를 판단하는 하나의 기준이 될 뿐만 아니라 앞으로 국민건강 향상을 위한 개선방안 수립에 유용한 기초자료를 제공할 것이다[5].

미충족 의료의 원인 중 경제적 이유로 인한 미충족 의료의 차지하는 비중은 다소 감소하는 경향을 보이지만, 여전히 저소득 계층에서는 일반 소득계층에 비해, 노인계층에서는 젊은 계층에 비해 미충족 의료 경험을 많이 하고 있으며 경제적인 장벽이 가장 큰 이유이다[6].

한국 선행 연구에서는 미충족 의료 경험이 존재하고 있으며 그것이 사회경제적 수준에 따라 불평등하게 분포하고 있음을 보여주었고 의료이용 및 의료필요 충족도에서도 유사한 경향이 발생하고 있음을 보여주었다. 이러한 현상에 주된 영향을 미치는 요인으로 소득수준, 경제적 상태가 있었다[7].

이런 경제수준, 경제적 상태가 미충족 의료에 미치는 영향에 대한 연구가 많았다. 그러나 소득과 밀접한 관계가 있는 경제활동 참여, 특히 경제활동 참여변화가 가계의 수입에 영향을 미치기 때문에 경제활동 참여변화가 미충족 의료에 어떤 영향을 미치는지를 알아보는 것은 의미가 있다고 본다. 그러나 경제활동 참여에 대한 논문은 대부분 여성, 노인 그리고 장애인 등의 특수 인구집단이 경제활동 참여가 그들의 일상생활에 어떤 영향을 미치는지를 알아보는 것이다[8-10]. 경제활동 참여변화가 특수 인구집단이 아니라 전체 인구의 의료이용의 형평성에 대한 연구는 드물었다.

따라서 이 연구의 목적은 한국 성인의 전반적인 미충족 의료에 대한 현황을 파악하고, 경제활동 참여변화가 미충족 의료에 어떤 영향을 미치는지 또한 이런 영향은 연령계층에 차이가 있는지를 분석하고자 하는 것이다.

방 법

1. 연구모형

이 연구는 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서 앤드슨 사회행태학적 모형(Anderson's Behavioral Model of

Health Services Use)을 사용하였다. 이 모형은 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석하는 모형으로 널리 사용되고 있다[11-13]. Anderson 모형에서는 의료서비스 이용과 관련된 개인의 행위를 결정하는 요인들로 크게 소인성 요인(predisposing factors), 가능성 요인(enabling factors), 요구 요인(need factors)으로 범주화하여 이들이 의료이용과 갖는 관련성을 회귀분석을 통해 분석하거나 이들 요인들이 작용하는 경로를 직접, 간접 관련성으로 나누어 분석한다. 앤드슨 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, 혼인 상태), 사회구조적 변수(교육수준, 직업), 건강에 대한 신념과 태도로 구성된다[14,15]. 가능성 요인은 의료이용을 가능하게 하는 개인 및 지역사회의 자원을 말하는 것으로서 주로 소득과 가구원 수, 의료보장형태, 민간의료보험 가입 여부와 같은 변수들이 포함되며, 그중에서 소득은 미충족 의료와 관련해서 대부분 유의한 영향을 미쳤다[16-18]. 요구 요인은 개인의 장애나 질병의 수준과 관련된 질병 요인으로 의료서비스를 이용하는 데 직접적인 원인이 되는 요인들이다[14,19]. 주로 주관적인 건강 상태, 만성질환 유무, 장애 여부와 같은 변수들이 포함된다.

이 연구에서 소인성 요인에서는 연령, 성별, 교육수준, 가구형태가 포함되었고 가능성 요인에서는 경제활동 참여변화, 경제수준, 의료보험형태가 포함되었다. 그리고 요구 요인에서는 만성질환 여부, 장애 여부, 주관적 건강 상태가 포함되었다. 이 연구의 연구설계 방법은 기본적으로 2012년 기준으로 분석했기 때문에 단면연구의 제한점을 최대한 극복하기 위해 2011년에 미충족 의료 발생했는지를 통제변수로 만들어서 모형에 넣어 분석하였다.

2. 자료 및 연구대상

1) 연구자료

이 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 조사한 4차(2011년)와 5차(2012년) 한국의료패널(Korea health panel)자료를 활용하였다. 한국의 보건의료 이용실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강행태 등에 대한 기초자료 생산을 목적으로 하는 한국의료패널조사는 전국 규모의 대표성을 유지하기 위하여 2005년 인구주택조사의 90% 전수자료를 추출 틀로 하고 있다. 한국의료패널자료는 보건의료비용과 의료비 지출수준의 변화를 파악하여 보건의료정책 및 건강보험정책 수립의 기초자료로 활용되고 있다. 주요 조사내용은 의료이용 및 의료비 지출, 의료비재원, 민간의료보험 관련 사항, 가구원 일반사항, 경제활동/소득, 만성질환, 의약품비 지출, 응급/입원/외래서비스 이용, 임신/출산, 건강제품 지출, 건강가계부 작성 등이다.

2) 연구대상

연구대상자의 선정은 한국의료패널 4차와 5차 자료를 이용하였다. 4차는 2011년 5월부터 12월까지 이루어졌으며 5,741가구의 17,035명이 조사대상자였고 5차는 2012년 2월부터 7월까지 이루어졌으며 5,434가구의 15,872명이 조사대상자였다. 이 가운데 미충족 의료 경험 여부 조사에 응한 만 19세 이상 응답자, 무응답/응답거절, 오류 등 제외, 그리고 한 개 연도만 조사된 대상자를 제외시키고 나서 10,261명을 최종 분석대상자로 하였다(Figure 1).

3. 변수선정

1) 종속변수

종속변수는 미충족 의료로 보건의료서비스에 대한 개인 주관적 판단으로 측정된 인지된 필요 개념으로 의료서비스의 대상자가 인식하기에 충족되지 않은 의료(self-perceived healthcare need for which care is not provided)를 분석하였다. 대상자가 의료욕구를 가짐에도 불구하고 여러 가지 사정으로 의료서비스를 이용하지 못할 때를 미충족 의료로 보고 “지난 1년간 병의원 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답한 경우로 정의하였다.

또한 특정 사유로 인해 필요한 의료서비스를 받지 못한 경우 그 요인을 알아보기 위해 “본인이 가고 싶을 때 병의원을 가지 못한 적이 있었다면 어떠한 이유로 가지 못했습니까?”라는 물음에 “경제적 이유로” “의료기관이 멀어서” “거동불편, 건강상 이유로 방문

어려움” “아이를 돌볼 사람이 없어서” “증세가 경미해서” “어디로 가야 할지 몰라서” “방문시간이 없어서” “빠른 시일 내에 예약되지 않아서” “주치의가 없어서” “기타”의 10가지 항목 중에서 해당 사유로 인해 의료서비스를 이용하지 못 했다고 응답한 경우 중, 가장 응답수가 많았던 “경제적 이유” “시간이 없다는 이유” 두 가지 이유에 대하여 미충족 의료요구가 발생한 경우에 ‘경제적 미충족 의료’와 ‘시간적 미충족 의료’라고 정의하였고 이 두 가지 이유 외의 다른 이유로 인해서 미충족 의료를 ‘기타 이유로 인한 미충족 의료’로 정의해서 분석하였다.

2) 독립변수

본 연구에서 소인성 요인으로는 성, 연령, 교육수준, 세대형태를 소인성 요인으로 보았다. 연령은 한국 성인 만 19세 이상인 자를 대상으로 10세 단위로 19-29세, 30-39세, 40-49세, 50-59세, 60-69세, 70세 이상으로 분류하였다. 뒤에 서브그룹에서는 19-39세(20대와 30대), 40-59세(40대와 50대), 60세 이상으로 분류하였다. 교육수준은 초등학교 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대졸 이상으로 구분하였다. 세대형태는 1인 가구, 부부, 부부와 자녀가 함께 사는 가구, 기타 등으로 구분하였다.

요구 요인으로는 만성질환 유무, 장애 유무, 주관적 건강 상태를 포함하였다. 만성질환은 없음, 1개, 2개, 3개 이상으로 분류하였다. 장애 유무는 있음, 없음으로 분류하였다. 주관적 건강 상태는 설문 내용 중 “오늘의 건강 상태가 얼마나 좋고 나쁘다고 생각하는지를 눈금선에 표시해주십시오”에 응답하여 표시된 점수를 이용하였다. 0-100까지의 범주로 되어 있으며, ‘0’은 상상할 수 있는 가장 나쁜 상태를, ‘100’은 상상할 수 있는 가장 좋은 상태를 의미하고 있다. 이 점수를 70 기준에 의해 좋음, 나쁨으로 분류하였다.

가능성 요인으로는 가구소득, 보험유형, 경제활동 참여변화률 변수로 포함하였다. 가구소득은 가구단위의 소득이므로 가구원 수의 제공근으로 나누어 가구원 수를 보정하여 5분위 그룹으로 분류하였다. 보험유형은 공무원, 교직원, 직장 건강보험, 지역 건강보험을 모두 포함하여 건강보험으로 구분하고, 의료급여와 국가유공자 특례를 포함하여 의료급여로 분류하였다. 본 연구의 흥미변수인 경제활동 참여변화의 설정은 경제활동 참여 유무라는 설문조사항목을 활용하였다. 2011년에 baseline을 두고 2년 동안 계속 참여한 경우를 “참여/참여” 2011년에 참여했지만 2012년에 참여하지 않게 된 경우를 “참여/불참” 2011년에 참여하지 않았지만 2012년에 참여하게 된 경우를 “불참/참여,” 2년 동안 계속 참여하지 않은 경우를 “불참/불참”을 설정하였다(Figure 1). 추가적으로 모형의 안정성을 보정하기 위해서 2011년에 미충족 의료 발생했는지 또는 원인별 미충족 의료 발생했는지에 대해서 “있음” “없음”으로 구분하였다.

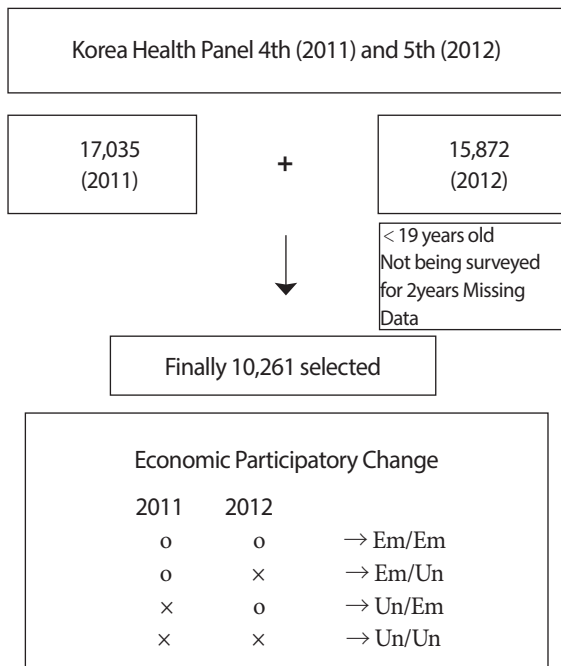


Figure 1. The selection of study participants and the setting up of interesting variable. Em, employed; Un, unemployed.

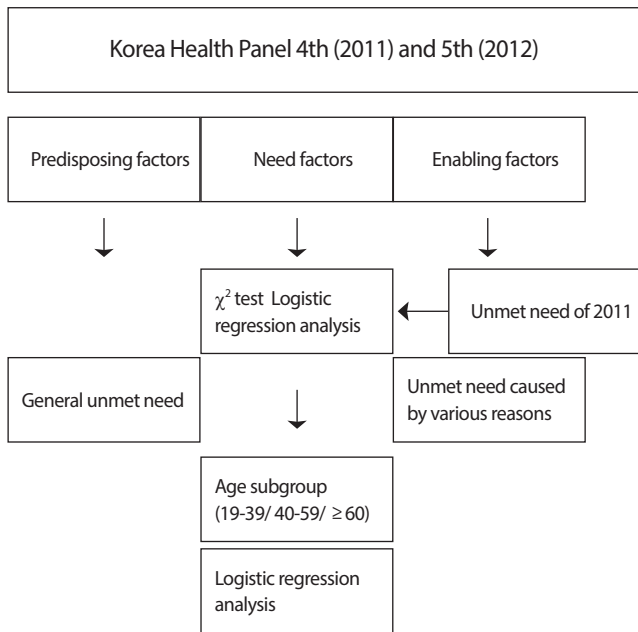


Figure 2. Frame of study.

4. 통계방법

연구의 방법은 연구대상자의 특성에 따른 전반적 미충족 의료 (general unmet need) 및 원인별 미충족 의료에 대한 현황을 살펴 보기 위하여 빈도와 백분율을 제시하고 카이제곱검정(chi-square test)을 실시하였다. 전반적 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 그 다음에 연령을 나누어서 각 연령계층에 영향을 미치는 요인들의 차이가 있는지를 알아보기 위해 또 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다.

원인별 미충족 의료에 경제활동 참여변화가 어떤 영향을 미치는 지를 알아보기 위해 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였고, 서브 그룹에서 연령에 따라(19-39세, 40-59세, 60세 이상) 경제활동 참여 변화가 이에 미치는 영향의 차이가 있는지를 알아보기 위해 또한 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 모형들의 적합도는 로그 우도비(Likelihood ratio)로 검정하였다. 모든 분석은 SAS ver. 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)를 이용하여 시행하였으며, 유의수준은 0.05로 하였다(Figure 2).

결 과

미충족 의료 발생 여부에 따른 연구대상자 특성은 2012년 기준으로 살펴본 결과를 Table 1에 제시하였다. 전체 연구대상자 10,261명 중에서 필요한 의료서비스를 미수진한 적이 있다고 응답한 사람의 비율이 16.2%였다. 소인성 요인 중 성별에 있어서 남성 14.1%보다 여성 17.9%로 높았다($p < 0.0001$). 연령에 있어서 연령이 증가할수록 미충족 의료 경험률이 높아지는 경향이 보였다. 세대형태에 있어

서 1인 가구가 가장 높은 반면 부부와 자녀의 가구가 미충족 의료 경험률이 가장 낮았다. 가능성 요인 중 교육수준에 있어서 초등학교 이하인 경우 24.5%로 미충족 의료 경험률이 가장 높았다 ($p < 0.0001$). 경제수준에 있어서 경제수준 낮을수록 미충족 의료 경험률이 높아지는 경향이 보였다($p < 0.0001$). 경제활동 참여변화에 있어서 미충족 의료 경험률은 참여/불참인 사람의 경우 18.8%로 가장 높았고 불참/불참인 사람의 경우 15.9%로 가장 낮았으나 통계적으로 유의한 차이가 없었다($p = 0.4352$). 요구 요인 중 만성질환에 있어서 만성질환을 많이 가질수록 미충족 의료 경험률이 증가하는 추세가 보였다($p < 0.0001$). 주관적 건강 상태에 있어서 건강 상태가 나쁘다고 생각하는 사람은 24.2%로 건강 상태가 좋다고 생각한 사람들의 12.4%보다 미충족 의료 경험률이 높았다($p < 0.0001$).

원인별 미충족 의료 발생 여부에 따른 연구대상자의 특성을 2012년 기준으로 살펴본 결과를 Table 2에 제시하였다. 전체 미충족 의료를 경험한 대상자 1,665명 중에 601명(36.1%)이 경제적 부담으로 인한 미충족 의료가 발생하였고 508명(30.5%)이 시간이 없음으로 인한 미충족 의료가 발생하였고 나머지 556명(33.4%)이 기타 이유로 인한 미충족 의료가 발생하였다.

경제적 이유로 인한 미충족 의료인 경우 전반적으로 보았을 때 연령이 증가할수록, 경제수준이 낮아질수록, 만성질환을 많이 가질수록 미충족 의료 경험률이 높아지는 경향을 보였다. 장애 있는 사람이 장애 없는 사람보다, 주관적 건강 상태가 나쁘다고 생각하는 사람이 좋다고 생각하는 사람보다, 의료급여인 사람이 건강보험 가입자보다 미충족 의료 경험률이 높았다. 또한 세대형태에 있어서 1인 가구가 가장 높았고 부부와 자녀의 가구가 가장 미충족 의료 경험률이 낮았다. 경제활동 참여변화에 있어서 참여/불참인 사람이 가장 높은 반면 불참/참여인 사람이 미충족 의료 경험률이 가장 낮았다.

시간적 이유로 인한 미충족 의료인 경우 거의 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률과는 반대로 되어 있다. 연령이 낮아질수록, 교육수준이 높을수록, 경제수준이 높을수록, 만성질환을 적게 가질수록, 부부와 자녀의 가구인 경우, 장애 없는 경우, 주관적 건강 상태가 좋다고 생각하는 사람인 경우, 건강보험 가입자인 경우, 참여/참여자인 경우에 미충족 의료 경험률이 높았다.

전반적인 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 단변량 및 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하여 결과는 Table 3에 제시하였다. 다변량 로지스틱회귀분석의 결과에서 다른 변수들을 통제했을 때 남성에 비해 여성의 전반적 미충족 의료 발생 비차비(odds ratio)는 1.17 (95% confidence interval [CI], 1.02-1.34)로 높았다. 교육수준에서 대졸 이상인 경우에 비해 교육수준이 낮아질수록 전반적 미충족 의료 발생 확률이 높아지는 경향을 보였다. 가능성 요인 중 경제수준에 있어서 경제수준이 낮아질수록 전반적 미충족 의료 발생 확률이 높아지는 경향을 보였다. 주관적 건강 상태

Table 1. The general unmet needs occur or do not occur according to general characteristic

Variable	Unmet needs		Total	p-value
	No	Yes		
Sex				<0.0001
Men	3,854 (85.9)	632 (14.1)	4,486	
Women	4,742 (82.1)	1,033 (17.9)	5,775	
Age (yr)				<0.0001
19-29	653 (90.1)	72 (9.9)	725	
30-39	1,187 (86.8)	181 (13.2)	1,368	
40-49	1,969 (85.0)	348 (15.0)	2,317	
50-59	1,593 (82.1)	347 (17.9)	1,940	
60-69	1,462 (83.6)	286 (16.4)	1,748	
≥70	1,732 (80.1)	431 (19.9)	2,163	
Education level				<0.0001
College above	3,032 (88.2)	406 (11.8)	3,438	
High school	2,796 (85.4)	478 (14.6)	3,274	
Middle school	1,005 (82.9)	208 (17.1)	1,213	
Below elementary school	1,763 (75.5)	573 (24.5)	2,336	
Family structure				<0.0001
Live alone	611 (76.0)	193 (24.0)	804	
Couple	1,794 (82.4)	382 (17.6)	2,176	
Couple+children	4,675 (86.3)	745 (13.7)	5,420	
Else	1,516 (81.5)	345 (18.5)	1,861	
Chronic disease				<0.0001
0	3,167 (87.1)	471 (12.9)	3,638	
1	1,688 (83.4)	335 (16.6)	2,023	
2	1,169 (82.4)	249 (17.6)	1,418	
≥3	2,572 (80.8)	610 (19.2)	3,182	
Disability				<0.0001
No	8,059 (84.3)	1,506 (15.7)	9,565	
Yes	537 (77.2)	159 (22.8)	696	
Health status				<0.0001
Good	6,062 (87.6)	855 (12.4)	6,917	
Bad	2,534 (75.8)	810 (24.2)	3,344	
Health insurance type				<0.0001
Health insurance	8,231 (84.2)	1,540 (15.8)	9,771	
Medical aid	365 (74.5)	125 (25.5)	490	
Unmet needs of 2011				<0.0001
No	7,601 (87.1)	1,130 (12.9)	8,731	
Yes	995 (65.0)	535 (35.0)	1,530	
Level of household				<0.0001
5th (superior 20%)	2,006 (87.8)	279 (12.2)	2,285	
4th (20-40%)	2,006 (87.6)	284 (12.4)	2,290	
3rd (40-60%)	1,791 (83.5)	353 (16.5)	2,144	
2nd (60-80%)	1,601 (82.2)	346 (17.8)	1,947	
1st (inferior 20%)	1,192 (74.7)	403 (25.3)	1,595	
Economic participatory change				0.4352
Em→Em	4,786 (83.8)	924 (16.2)	5,710	
Em→Un	364 (81.3)	84 (18.8)	448	
Un→Em	458 (83.0)	94 (17.0)	552	
Un→Un	2,988 (84.1)	563 (15.9)	3,551	
Total	8,596 (83.8)	1,665 (16.2)	10,261	

Values are presented as persons (%).
Em, employed; Un, unemployed.

에서 건강 상태가 좋다고 생각하는 사람에 비해 나쁘다고 생각하는 사람의 전반적 미충족 의료 발생 비차비는 2.00 (95% CI, 1.76-2.27)로 높았다. 그리고 경제활동 참여변화에 있어서 참여/참여인

사람에 비해 불참/불참인 사람의 전반적 미충족 의료 발생 비차비는 0.80 (95% CI, 0.68-0.93)로 통계적으로 유의하게 낮았다.

연령(19-39세, 40-59세, 60세 이상)으로 서브그룹을 나누어서 보

Table 2. The unmet needs caused by various reasons occur or do not occur according to general characteristic

Variable	Unmet needs caused by various reasons			Total	p-value
	Economic hardship	Scheduling conflict	Other reasons		
Sex					0.2954
Men	222 (35.1)	207 (32.8)	203 (32.1)	632	
Women	379 (36.7)	301 (29.1)	353 (34.2)	1,033	
Age (yr)					<0.0001
19-29	14 (19.4)	27 (37.5)	31 (43.1)	72	
30-39	29 (16.0)	83 (45.9)	69 (38.1)	181	
40-49	85 (24.4)	154 (44.3)	109 (31.3)	348	
50-59	101 (29.1)	126 (36.3)	120 (34.6)	347	
60-69	124 (43.4)	78 (27.3)	84 (29.4)	286	
≥70	248 (57.5)	40 (9.3)	143 (33.2)	431	
Education level					<0.0001
College above	82 (20.2)	179 (44.1)	145 (35.7)	406	
High school	139 (29.1)	174 (36.4)	165 (34.5)	478	
Middle school	83 (39.9)	54 (26.0)	71 (34.1)	208	
Below elementary school	297 (51.8)	101 (17.6)	175 (30.5)	573	
Family structure					<0.0001
Live alone	96 (49.7)	37 (19.2)	60 (31.1)	193	
Couple	170 (44.5)	81 (21.2)	131 (34.3)	382	
Couple+children	175 (23.5)	298 (40.0)	272 (36.5)	745	
Else	160 (46.4)	92 (26.7)	93 (27.0)	345	
Chronic disease					<0.0001
0	102 (21.7)	195 (41.4)	174 (36.9)	471	
1	86 (25.7)	129 (38.5)	120 (35.8)	335	
2	107 (43.0)	70 (28.1)	72 (28.9)	249	
3 or more	306 (50.2)	114 (18.7)	190 (31.1)	610	
Disability					<0.0001
No	518 (34.4)	487 (32.3)	501 (33.3)	1,506	
Yes	83 (52.2)	21 (13.2)	55 (34.6)	159	
Health status					<0.0001
Good	220 (25.7)	304 (35.6)	331 (38.7)	855	
Bad	381 (47.0)	204 (25.2)	225 (27.8)	810	
Health insurance type					<0.0001
Health insurance	521 (33.8)	500 (32.5)	519 (33.7)	1,540	
Medical aid	80 (64.0)	8 (6.4)	37 (29.6)	125	
Unmet needs of 2011					0.0195
No	384 (34.0)	364 (32.2)	382 (33.8)	1,130	
Yes	217 (40.6)	144 (26.9)	174 (32.5)	535	
Level of household					<0.0001
5th (superior 20%)	17 (6.1)	138 (49.5)	124 (44.4)	279	
4th (20-40%)	75 (26.4)	122 (43.0)	87 (30.6)	284	
3rd (40-60%)	97 (27.5)	129 (36.5)	127 (36.0)	353	
2nd (60-80%)	162 (46.8)	80 (23.1)	104 (30.1)	346	
1st (inferior 20%)	250 (62.0)	39 (9.7)	114 (28.3)	403	
Economic participatory change					<0.0001
Em→Em	249 (26.9)	413 (44.7)	262 (28.4)	924	
Em→Un	47 (56.0)	11 (13.1)	26 (31.0)	84	
Un→Em	32 (34.0)	36 (38.3)	26 (27.7)	94	
Un→Un	273 (48.5)	48 (8.5)	242 (43.0)	563	
Total	601 (36.1)	508 (30.5)	556 (33.4)	1,665	

Values are presented as persons (%).
Em, employed; Un, unemployed.

았을 때 연령에 따라 전반적인 미충족 의료에 영향을 미치는 요인들의 차이가 있는지를 알아보기 위해 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다(Table 4). 연령에 따라 전반적 미충족 의료에 영향을 미

치는 공동적인 요인은 주관적 건강 상태였다. 주관적 건강 상태에서 건강 상태가 좋다고 생각하는 사람에 비해 나쁘다고 생각하는 사람의 원인별 미충족 의료 발생 확률이 높았는데 이 중에서 19-39

Table 3. Factors associated with general unmet needs

Variable	Adjusted odds ratio (95% confidence interval)
Sex	
Men	1.00
Women	1.17 (1.02-1.34)**
Age (yr)	
19-29	1.00
30-39	1.15 (0.84-1.59)
40-49	1.23 (0.90-1.67)
50-59	1.15 (0.82-1.60)
60-69	0.82 (0.57-1.19)
≥70	0.74 (0.50-1.08)
Education level	
College above	1.00
High school	1.16 (0.98-1.38)
Middle school	1.55 (1.21-2.00)**
Blow elementary school	2.07 (1.62-2.65)***
Family structure	
Live alone	1.00
Couple	0.83 (0.66-1.05)
Couple+children	0.76 (0.59-0.97)*
Else	0.93 (0.72-1.19)
Chronic disease	
0	1.00
1	1.19 (1.00-1.43)
2	1.06 (0.86-1.30)
≥3	1.01 (0.83-1.24)
Disability	
No	1.00
Yes	1.13 (0.89-1.43)
Health status	
Good	1.00
Bad	2.00 (1.76-2.27)***
Health insurance type	
Health insurance	1.00
Medical aid	1.06 (0.81-1.39)
Unmet needs of 2011	
No	1.00
Yes	3.62 (3.15-4.17)***
Level of household	
5th (superior 20%)	1.00
4th (20-40%)	0.97 (0.80-1.19)
3rd (40-60%)	1.27 (1.04-1.54)*
2nd (60-80%)	1.22 (1.00-1.50)**
1st (inferior 20%)	1.59 (1.26-2.01)***
Economic participatory change	
Em→Em	1.00
Em→Un	0.93 (0.70-1.24)
Un→Em	1.06 (0.81-1.39)
Un→Un	0.80 (0.68-0.93)***

Em, employed; Un, unemployed.
* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

세는 2.81 (95% CI, 2.05-3.85)로 가장 높았다. 공동적인 요인 외에 19-39세에서 만성질환 유무가 가장 영향을 많이 주는 요인으로 되었고 40-59세는 교육수준이 가장 영향을 많이 주는 요인이 되었는데, 60세 이상 연령계층에서는 경제수준이 가장 영향을 많이 주는

요인이었다.

경제활동 참여변화가 각 원인별 미충족 의료(경제적 이유, 시간적 이유, 기타 이유)에 어떤 영향을 미치는지를 알아보기 위해 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다(Table 5). 경제적 이유로 인한 미충족 의료인 경우 경제활동 참여변화에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 경제적 미충족 의료 발생 비차비가 2.30 (95% CI, 1.33-3.96)로 높았고 불참여/불참여인 사람의 비차비는 1.39 (95% CI, 1.02-1.88)로 높았으나 불참여/참여인 사람의 비차비는 0.99 (95% CI, 0.57-1.73)로 거의 비슷하였는데 통계적으로 유의하지는 않았다.

시간적 이유로 인한 미충족 의료인 경우 경제활동 참여변화에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 시간적 미충족 의료 발생 비차비는 0.18 (95% CI, 0.08-0.39)로 낮았고 불참여/불참여인 사람의 비차비는 0.19 (95% CI, 0.13-0.29)로 높았고 불참여/참여인 사람의 비차비는 0.84 (95% CI, 0.51-1.40)로 조금 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 기타 이유로 인한 미충족 의료인 경우 경제활동 참여변화에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 불참여/불참여인 사람의 비차비는 2.81 (95% CI, 2.08-3.78)로 가장 높았다.

연령계층(19-39세, 40-59세, 60세 이상)에 따라 경제활동 참여변화가 각 원인별 미충족 의료에 어떤 영향을 미치는지를 알아보기 위해 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다(Table 6). 경제적 이유로 인한 미충족 의료인 경우 19-39세 연령계층에서는 참여/참여인 사람에 비해 불참여/참여, 불참여/불참여인 사람들의 비차비가 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 40-59세 연령계층에서는 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 경제적 미충족 의료는 2.41 (95% CI, 1.07-5.44)로 높았고, 불참여/불참여인 사람의 비차비는 1.05 (95% CI, 0.62-1.78)로 낮았고(통계적으로 유의하지 않았다) 불참여/참여인 사람의 비차비는 0.33 (95% CI, 0.33)로 통계적으로 많이 낮았다. 60세 이상 연령계층에서는 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 경제적 미충족 의료 발생 비차비는 3.35 (95% CI, 1.36-8.27)로 많이 높았고 불참여/불참여인 사람의 비차비는 1.71 (95% CI, 1.14-2.54)로 높았고 불참여/참여인 사람들 비차비는 3.25 (95% CI, 1.35-7.78)로 높았다.

시간적 이유로 인한 미충족 의료인 경우 연령계층에서 같은 현상을 보여 주었다. 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람과 불참여/불참여인 사람의 시간적 미충족 의료 발생 비차비가 낮았다. 이 중에서 60세 이상인 연령계층이 가장 낮았다.

마찬가지로 기타 이유로 인한 미충족 의료인 경우도 비슷한 현상을 보여 주었는데 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람과 불참여/불참여인 사람의 기타 이유로 인한 미충족 의료 발생 비차비가 높았다. 이 중에서 19-39세 연령계층이 가장 높았다.

Table 4. Factors associated with general unmet needs according to age group

Variable	19-39 yr	40-59 yr	≥ 60 yr
Sex			
Men	1.00	1.00	1.00
Women	1.21 (0.87-1.67)	1.21 (0.99-1.49)	1.08 (0.87-1.34)
Education level			
College above	1.00	1.00	1.00
High school	1.39 (1.00-1.95)	1.10 (0.88-1.37)	0.89 (0.57-1.39)
Middle school	0.82 (0.16-4.30)	1.72 (1.24-2.38)**	1.00 (0.63-1.57)
Below elementary school	0.79 (0.01-78.60)	2.21 (1.55-3.15)***	1.44 (0.94-2.20)
Family structure			
Live alone	1.00	1.00	1.00
Couple	0.66 (0.25-1.72)	0.65 (0.35-1.19)	0.91 (0.71-1.18)
Couple+children	0.62 (0.32-1.19)	0.58 (0.34-0.99)	1.07 (0.75-1.51)
Else	0.64 (0.31-1.32)	0.80 (0.46-1.39)	1.11 (0.82-1.50)*
Chronic disease			
0	1.00	1.00	1.00
1	1.57 (1.11-2.23)**	1.08 (0.85-1.36)	0.99 (0.65-1.51)
2	0.86 (0.44-1.67)	0.94 (0.71-1.25)	1.13 (0.76-1.68)
≥ 3	2.69 (1.30-5.58)*	0.88 (0.67-1.15)	0.93 (0.65-1.33)
Disability			
No	1.00	1.00	1.00
Yes	0.66 (0.10-4.43)	1.06 (0.67-1.67)	1.21 (0.92-1.58)
Health status			
Good	1.00	1.00	1.00
Bad	2.81 (2.05-3.85)***	1.93 (1.59-2.33)***	1.69 (1.40-2.04)***
Unmet needs of 2011			
No	1.00	1.00	1.00
Yes	3.99 (2.81-5.65)***	3.69 (3.02-4.50)***	3.49 (2.80-4.35)***
Health insurance type			
Health insurance	1.00	1.00	1.00
Medical aid	2.07 (0.64-6.65)	1.14 (0.68-1.93)	0.99 (0.72-1.35)
Level of household			
5th (superior 20%)	1.00	1.00	1.00
4th (20-40%)	0.89 (0.58-1.35)	0.97 (0.75-1.26)	1.32 (0.84-2.08)
3rd (40-60%)	0.93 (0.60-1.46)	1.34 (1.03-1.75)*	1.97 (1.29-2.99)**
2nd (60-80%)	1.72 (1.11-2.67)**	1.02 (0.76-1.36)	1.75 (1.16-2.63)**
1st (inferior 20%)	0.51 (0.16-1.68)	1.39 (0.90-2.14)	2.79 (1.85-4.21)***
Economic participatory change			
Em→Em	1.00	1.00	1.00
Em→Un	0.44 (0.21-0.89)*	1.39 (0.89-2.17)	0.89 (0.59-1.36)
Un→Em	0.90 (0.55-1.49)	1.31 (0.87-1.97)	0.82 (0.52-1.31)
Un→Un	0.67 (0.47-0.96)*	0.83 (0.64-1.08)	0.78 (0.63-0.96)*

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval).

Em, employed; Un, unemployed.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

고 찰

이 연구는 한국의료패널 4차(2011년)와 5차(2012년)의 자료를 사용하여 한국 성인의 전반적인 미충족 의료에 대한 현황을 파악하고, 경제활동 참여변화와 원인별 미충족 의료의 관계를 알아보기 위해 2012년 한 해 연도를 기준으로 분석하였다.

이 연구는 19세 이상 성인의 16.2%가 2012년 한 해 동안 미충족 의료 요구를 경험한 결과를 보여주었다. 이는 2012년 국민 건강영양조사에서의 성인(만 19세 이상) 미충족 의료율인 16.7%와 비슷

하였다[20]. 국민건강영양조사에 따르면 2009년부터 5년간 추세가 22.2% (2007), 22.8% (2008), 23.9% (2009), 20.3% (2010), 16.7% (2012)였다[20]. 지역사회건강조사자료의 경우 14.8% (2008), 23.9% (2009), 16.0% (2010)였다. 국민건강영양조사와 지역사회건강조사 자료 모두 2009년을 기점으로 미충족 의료율이 감소하는 것을 볼 수 있다. 2009년 전 미충족 의료 경험률의 증가는 여러 원인이 있겠으나 2008년 세계금융위기 이후 경기 침체, 중산층의 소득 비중 감소와 같은 경제적인 이유가 반영된 것으로 추측해 볼 수 있다[21]. 한국은 2012년 미충족 의료율이 16.7%(남자 12.3%, 여자 20.8%)였

Table 5. The effect of economic participatory change on unmet needs caused by various reasons

Variable	Economic hardship	Scheduling conflict	Other reasons
Sex			
Men	1.00	1.00	1.00
Women	0.79 (0.59-1.06)	1.21 (0.90-1.61)	1.02 (0.79-1.32)
Age (yr)			
19-29	1.00	1.00	1.00
30-39	1.29 (0.52-3.19)	0.98 (0.49-1.94)	0.73 (0.38-1.41)
40-49	1.88 (0.81-4.35)	0.86 (0.44-1.67)	0.66 (0.35-1.25)
50-59	2.03 (0.85-4.87)	0.59 (0.30-1.19)	0.88 (0.45-1.70)
60-69	2.64 (1.06-6.62)*	0.59 (0.27-1.26)	0.77 (0.38-1.56)
≥ 70	2.65 (1.04-6.75)*	0.31 (0.13-0.74)**	0.98 (0.47-2.04)
Education level			
College above	1.00	1.00	1.00
High school	0.87 (0.58-1.29)	1.02 (0.72-1.45)	1.20 (0.85-1.69)
Middle school	1.07 (0.63-1.82)	0.77 (0.46-1.30)	1.18 (0.74-1.89)
Below elementary school	1.08 (0.66-1.75)	0.91 (0.54-1.52)	1.01 (0.64-1.58)
Family structure			
Live alone	1.00	1.00	1.00
Couple	1.20 (0.76-1.88)	0.66 (0.37-1.21)	1.22 (0.79-1.90)
Couple+children	1.42 (0.84-2.42)	0.70 (0.39-1.27)	0.97 (0.61-1.53)
Else	2.45 (1.46-4.12)***	0.48 (0.26-0.89)*	0.78 (0.49-1.26)
Chronic disease			
0	1.00	1.00	1.00
1	1.11 (0.73-1.67)	1.18 (0.83-1.67)	0.86 (0.60-1.21)
2	1.45 (0.94-2.26)	1.05 (0.68-1.61)	0.70 (0.46-1.05)
≥ 3	1.45 (0.95-2.21)	0.99 (0.65-1.51)	0.69 (0.47-1.00)
Disability			
No	1.00	1.00	1.00
Yes	0.85 (0.55-1.30)	0.88 (0.48-1.63)	1.21 (0.79-1.84)
Health status			
Good	1.00	1.00	1.00
Bad	1.53 (1.18-2.00)***	1.05 (0.80-1.38)	0.65 (0.50-0.83)***
Unmet needs of 2011			
No	1.00	1.00	1.00
Yes	2.62 (1.80-3.82)***	1.79 (1.19-2.69)**	3.31 (2.28-4.81)***
Health insurance type			
Health insurance	1.00	1.00	1.00
Medical aid	1.53 (0.91-2.56)	0.40 (0.17-0.93)*	0.78 (0.46-1.34)
Level of household			
5th (superior 20%)	1.00	1.00	1.00
4th (20-40%)	5.05 (2.76-9.25)***	0.93 (0.64-1.37)	0.53 (0.36-0.78)***
3rd (40-60%)	4.51 (2.49-8.17)***	0.87 (0.59-1.30)	0.68 (0.47-0.99)*
2nd (60-80%)	9.73 (5.40-17.50)***	0.52 (0.34-0.81)**	0.46 (0.30-0.70)***
1st (inferior 20%)	12.39 (6.59-23.30)***	0.39 (0.22-0.71)***	0.37 (0.23-0.60)***
Economic participatory change			
Em→Em	1.00	1.00	1.00
Em→Un	2.30 (1.33-3.96)**	0.18 (0.08-0.39)***	1.88 (1.08-3.28)*
Un→Em	0.99 (0.57-1.73)	0.84 (0.51-1.40)	1.20 (0.68-2.11)
Un→Un	1.39 (1.02-1.88)*	0.19 (0.13-0.29)***	2.81 (2.08-3.78)***

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval).

Em, employed; Un, unemployed.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

으나 유럽연합 27개 국가의 미치료를 남자 5.9%, 여자 6.7%와 비교하면 남자는 약 2배, 여자는 약 3배 높았다[22].

이 연구에서 전반적 미충족 의료에 영향을 미치는 요인으로는 소인성 요인 중에서 성별, 교육수준, 가능성 요인 중에서 경제수준,

그리고 요구 요인 중에서 주관적 건강 상태가 있었다. 성별에 있어서는 남성보다 여성의 미충족 의료 경험률이 더 높았다. 일반적으로 남성보다 여성에서 미충족 의료를 경험하는 것으로 알려져 있다 [17]. 교육수준에 있어서는 교육수준이 낮을수록 미충족 의료 경험

Table 6. The effect of economic participatory change on unmet needs caused by various reasons according to age group

Variable	19-39 yr	40-59 yr	≥ 60 yr
Economic hardship			
Em→Em	1.00	1.00	1.00
Em→Un	1.00 (0.15-6.83)	2.41 (1.07-5.44)*	3.35 (1.36-8.27)*
Un→Em	1.71 (0.39-7.40)	0.33 (0.11-0.97)*	3.25 (1.35-7.78)*
Un→Un	1.68 (0.57-4.96)	1.05 (0.62-1.78)	1.71 (1.14-2.54)**
Scheduling conflict			
Em→Em	1.00	1.00	1.00
Em→Un	0.07 (0.01-0.79)*	0.24 (0.09-0.65)**	0.04 (0.00-0.37)*
Un→Em	0.78 (0.26-2.39)	1.03 (0.51-2.10)	0.29 (0.10-0.91)*
Un→Un	0.21 (0.09-0.51)***	0.21 (0.11-0.38)***	0.10 (0.05-0.21)***
Other reasons			
Em→Em	1.00	1.00	1.00
Em→Un	9.10 (1.15-71.86)*	1.80 (0.79-4.08)	1.21 (0.54-2.73)*
Un→Em	0.94 (0.26-3.44)	2.23 (0.92-5.41)	0.74 (0.29-1.92)
Un→Un	3.24 (1.45-7.25)**	4.18 (2.50-6.98)***	2.04 (1.33-3.10)**

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval). Odds Ratio are adjusted by sex, age, education level, level of household, family form, chronic disease, disability, health status, health insurance type, and 2011 unmet needs.

Em, employed; Un, unemployed.
* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

률이 더 높다는 기존 연구결과와 일치하였다[6,7,15,23]. 일반적으로 교육수준은 건강행위나 태도와 관련이 있어 건강문제를 해결 하는데 영향을 주어 상대적으로 학력이 높은 경우에 비해 낮은 경우에 미충족이 많이 발생한다[24]. 경제수준에 있어서는 경제수준이 낮을수록 미충족 의료 경험률이 더 높은 것으로 조사된 선행연구들과 일치하는 결과를 보였다[25]. 주관적 건강 상태는 좋음에 비해 나쁨일 경우 미충족 의료 확률이 2배 더 높은 것으로 나타났다. 주관적 건강 상태는 간단한 주관적 평가이지만 사망률 등의 중요한 예측변수로 알려져 있다[26]. Song [17]의 연구에서도 주관적 건강 상태가 “좋다”고 생각한 사람들에 비해 “나쁘다”고 생각한 사람들의 미충족 의료 경험이 1.9배 정도 높은 것으로 나타났는데, 일반적으로 사회경제적 지위가 낮은 사람들의 주관적 건강 상태가 절대적 건강 상태와 함께 사회경제적 지위에 영향을 받는다고 제시하였다.

연령계층에 따라 전반적 미충족 의료에 영향을 미치는 요인들 중에 주관적 건강 상태 외에 20대와 30대에서 영향을 많이 받았던 요인은 만성질환 유무였다. 40대와 50대에서는 교육수준이라는 요인에서 영향을 많이 받았는데 60세 이상인 경우에는 경제수준이라는 요인에서 영향을 많이 받았다. 이 결과는 선행연구에서 증거를 찾을 수 있다. Hur 등[27]의 선행연구에서는 연령별로 계층화를 하였을 때, 젊은 성인의 경우 건강 상태에 따른 차이가 크게 나타난 반면 노인층으로 갈수록 소득수준의 영향이 컸다. 이는 노인층에서는 시간적 제약이 없고, 외래 본인부담금이 낮게 책정된 점 등이 의료 접근성을 높여 미충족 의료 경험이 대부분 경제적 이유로 인한 것이라는 점을 보여준다[17,27].

경제활동 참여변화가 원인별 미충족 의료에 미치는 영향에서는 다른 변수를 보정한 후 경제적 이유로 인한 미충족 의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람의 경제적 미충족 의료 발생 비차비가 1.39배 높았고 참여/불참인 사람은 2.3배 높았다. 이는 경제적 측면에서 이유를 찾아낼 수 있을 것이다. 특히 경제활동에 참여하다가 안 하게 된 경우 수입중단이 되기 때문에 경제적인 부담이 갑자기 발생할 가능성이 높아 정책을 수립할 때 고려해야 되는 상황이다.

연령에 따라 경제활동 참여변화가 원인별 미충족 의료에 미치는 영향에서는 아주 다른 현상이 나타났다. 경제적 이유로 인한 미충족 의료에 있어서 20대와 30대에서 경제활동 참여변화가 미충족 의료에 미치는 영향은 통계적으로 유의하게 나오지는 않았다. 이는 젊은 사람들은 아직 완전히 부모님의 의존에서 벗어나지 않아 경제활동 참여 여부가 생활에 크게 영향을 못 미치기 때문일 수 있다. 40대와 50대에서는 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참인 사람의 경제적 이유로 인한 미충족 의료의 발생이 2.41배 높았으나 불참/참여인 사람은 3배 정도로 줄어들었다. 60세 이상인 경우에는 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람은 경제적 이유로 인한 미충족 의료의 발생은 1.71배 더 높았고 참여/불참인 사람은 3.35배 더 높았으며 불참/참여인 사람도 3.25배 더 높았다. 이는 여러 가지 원인이 있겠지만 한국의 노인들, 특히 현재 70대 이상 노인들은 고정적 관념에서 노후생활은 자녀에 의지하여 보낸다고 인식하게 되어 특별하지 않으면 경제활동에 참여하지 않게 되는데, 이러한 노인들이 추후 경제활동에 참여할 경우 대부분 단순노무에 참여하고 있기 때문이다.

이 연구의 제한점으로는 첫째, 종속변수인 미충족 의료를 측정하는 데 있어서의 정확성에 문제가 있었다. 설문조사로 파악하는 것은 응답자의 사회경제적 및 인구학적 특성에 따른 차이를 파악할 수 있지만 주관적 판단에 의존하는 것이라 개인의 인식이 사회경제적 수준이나 인지 및 회상오류 등에 영향을 받는다면 실제 차이는 정확하지 못할 수 있다[18,28]. 둘째, 단면연구가 가지는 한계점이다. 전반적 미충족 의료에 영향을 미치는 요인들을 살펴보았을 때 2012년 기준으로 1개 연도만 이용하였다. 이러한 점을 최대한 극복하기 위해 2011년 미충족 의료가 발생했는지를 보정하였다.

이러한 제한점에도 불구하고, 대표성 있는 대규모 인구 집단을 대상으로 한 의료패널자료를 이용하여 패널자료의 장점을 살려 경제활동 참여의 동태적 변화와 원인별 미충족 의료의 관련성을 살펴봐왔다. 의료보장제도의 평가와 의료보장정책 수립을 위한 기초 자료를 제시하였다는 데 있어 의의가 있다고 할 수 있다.

결론적으로, 이 연구는 미충족 의료의 현황과 영향요인을 분석하여 연령계층 간 경제활동 참여변화가 원인별 미충족 의료에 미치는 영향의 차이를 알아보았다. 의료이용의 형평성을 완화시키는 데 있어서 첫째, 선행연구와 일치하게 여성, 교육수준이 낮은 계층, 저

소득층, 그리고 주관적 건강 상태의 본인 인식이 나쁜 인구집단, 이러한 취약계층과 집단에 따른 미충족 의료 개선방안을 찾을 필요가 있다. 둘째, 젊은 인구집단보다 40대 이상인 인구집단에 중점을 두고 보장성을 강화시킬 수 있는 대책을 찾아낼 필요가 있다. 특히 연속적으로 경제활동에 참여하지 않거나 경제활동에 참여하다가 갑자기 안 하게 된 경우의 인구집단이 의료비 부담을 많이 느낄 수 있기 때문에 보험료나 의료비를 덜어주거나 보조해 주는 보장성 정책을 마련할 필요성이 있다.

한국 건강보험제도는 짧은 기간 많은 발전을 이루어왔으나 국민의 건강수준 향상, 형평적인 접근성 등을 위해서 지속적인 연구를 통해 문제점을 파악하고 개선방안을 찾는 것이 필요하다. 삶의 질 지표로 판단되기도 하는 미충족 의료에 대한 분석을 통해서 의료 이용의 형평성의 개선방안을 찾는 것은 국민건강증진을 위하여 굉장히 중요한 의미가 가지고 있다. 향후 패널자료를 활용하여 미충족 의료의 추세, 추이, 그리고 동태를 살펴보는 연구가 더 필요할 것으로 생각된다.

REFERENCES

1. Yu SH, Park EC. Health insurance. Seoul: ShinKwang Publication; 2009.
2. Park EC. The current status and directions of healthcare policy in Korea. *J Korean Med Assoc* 2012;55(10):930-931. DOI: <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2012.55.10.930>
3. Park EC, Jang SI. The diagnosis of healthcare policy problems in Korea. *J Korean Med Assoc* 2012;55(10):932-939. DOI: <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2012.55.10.932>
4. Diamant AL, Hays RD, Morales LS, Ford W, Calmes D, Asch S, et al. Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *Am J Public Health* 2004;94(5):783-789. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.94.5.783>
5. Huh SI, Kim SJ. Unmet needs for health care among Korean adults: differences across age groups. *Korean Health Econ Rev* 2007;13(2):1-16.
6. Kim JG. Factors affecting the choice of medical care use by the poor. *Health Soc Welf Rev* 2008;37:5-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.16999/kasws.2008..37.5>
7. 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.
8. Choi JS, Son JY. An influence of the disabled on the social integration focused on participation in the economic activities, social support and disability identity, discrimination experiences. *Korean Acad Disabil Welf* 2010;12:35-56.
9. Choi AY, Yoon HS. The effects of participation in economic activities and participation reasons on psychological well-being by senior citizens. *Inst Future Welf* 2012;3(1):5-32.
10. Kim MJ. The effects of participation in economic activities on the mental health in older adulthood [master's thesis]. Asan: Hoseo University; 2005.
11. Newacheck PW, Hughes DC, Hung YY, Wong S, Stoddard JJ. The unmet health needs of America's children. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 2):989-997.
12. Feinberg E, Swartz K, Zaslavsky A, Gardner J, Walker DK. Family income and the impact of a children's health insurance program on reported need for health services and unmet health need. *Pediatrics* 2002;109(2):E29.
13. Cavaliere M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *Int J Health Geogr* 2013;12:27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1476-072X-12-27>
14. 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.
15. Huh SJ. Factors influencing unmet needs for health care by income groups [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2010.
16. Kim JG. Study on determinants of medical care utilization behavior of the poor. *Korean J Soc Welf Stud* 2007;34:29-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.16999/kasws.2007..34.29>
17. Song GS. Factors associated with unmet needs for health care [master's thesis]. Seoul: Korea University; 2011.
18. Yang JY. The longitudinal trend and association factors of unmet medical need [dissertation]. Seoul: Korea University; 2010.
19. 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2013.33.1.547>
20. Korea Centers for Disease Control and Prevention. Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2012. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2012.
21. Kang MH. Regional factors and subjective unmet needs of health care in Korea (master's thesis). Seoul: Yonsei University; 2013.
22. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2012. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2012.
23. Shin YJ, Shon JI. The prevalence and association factors of unmet medical needs: using the 1st and 2nd Korea welfare panel data. *Health Soc Welf Rev* 2009;29(1):95-122. DOI: <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2009.29.1.95>
24. Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomaki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(4):327-332. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.011148>
25. Sohn SI, Shin YJ, Kim CY. Factors influencing household catastrophic health expenditure of the poor. *Health Soc Welf Rev* 2010;30(1):92-110. DOI: <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2010.30.1.92>
26. Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995;50(6):S344-S353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/50b.6.s344>
27. Huh SI, Kim MG, Lee SH, Kim SJ. Policy options to tackle unmet health needs. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2009.
28. Sherbourne CD, Dwight-Johnson M, Klap R. Psychological distress, unmet need, and barriers to mental health care for women. *Womens Health Issues* 2001;11(3):231-243. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1049-3867\(01\)00086-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1049-3867(01)00086-x)