

경제활동 참여 변화가  
미충족의료에 미치는 영향

연세대학교 대학원  
보건학과  
송 해 연

경제활동 참여 변화가  
미충족의료에 미치는 영향

지도교수 박은철

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2014년 12월

연세대학교 대학원  
보건학과  
송 해 연

# 송해연의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 박은철 인

심사위원 김태현 인

심사위원 이상규 인

연세대학교 대학원

2014년 12월 일

## 감사의 글

2년 전 한국에서 어학공부를 마치고 귀국하려 하니 뭔가 아쉬움이 가슴 한 구석에 남아 있었습니다. 한국 친구의 권유로 대학전공과 연관성이 있는 보건학과 대학원 석사과정에 지원하면서 떨렸던 그때가 아직도 생생합니다. 입학의 기쁨도 잠시 강의 때마다 부족한 한국어 실력으로 스트레스도 많았지만 많은 분들의 도움으로 잘 극복할 수 있었습니다. 어려운 문제에 봉착하면 피하고 싶었던 생각도 차츰 한번 해보자는 도전과 적극성이 생기게 되었습니다. 이 모든 것이 가능했던 건 주위 여러분들의 가르침과 조언 덕분입니다.

특히 입학과 동시에 지금까지 격려와 가르침을 주시고 학문적 호기심을 이끌어 주시며 논문 마지막 페이지까지 정성으로 지도해 주신 박은철 교수님께 진심으로 감사를 드립니다. 바쁘신 와중에도 논문에 필요한 많은 조언과 지도를 해 주신 이상규 교수님께 감사를 드립니다. 그리고 논문 진행과정과 심사를 통하여 많은 가르침과 지도를 해주신 김태현 교수님께 감사를 드립니다. 또한 항상 친근한 모습으로 따뜻하게 대해 주신 박소희 교수님, 어려울 때마다 웃음을 지어 주시면서 응원해 주신 남정모 교수님께도 감사를 드립니다.

저의 학교생활 동안 소중한 시간을 함께 한 선후배, 동료 분들께 감사의 마음을 전합니다. 과대표로서 입학 전부터 지금까지 항상 옆에서 조언과 응원을 아낌 없이 도와 주시고 언제든지 하나님의 사랑을 전달하고 계신 열정 있는 최재우 선생님 감사합니다. 옆자리에서 힘내라고 항상 응원해 주신 조경희 선생님, 같은 연구실을 쓰면서 도움을 많이 주신 유기봉 선생님, 김재현 선생님, 잘 챙겨 주셨던 권정아 선생님, 장성인 선생님, 김선정 선생님, 동기인 한규태 선생님께 감사합니다. 그리고 항상 함께 고민하고 배울 수 있었던 같은 관리

식구들인 홍세리 선생님, 배홍철 선생님, 신재용 선생님, 최영 선생님, 이미경 선생님, 전성연 선생님, 김찬옥 선생님, 이서운 선생님, 박혜기 선생님, 이태훈 선생님께도 감사합니다.

오랜 시간 외국에서 공부하는 딸 걱정으로 자주 전화 주시고 방학 때 집에 가면 고향음식으로 건강까지 챙겨주신 아버지, 어머니 두분 계셨기에 오늘의 제가 가능했습니다. 진심으로 사랑합니다. 그리고 한국에서 공부하는 누나가 궁금해 한국으로 출장 와서 응원까지 해 주고 돌아간 남동생한테도 고맙다는 말 전합니다.

대학원 졸업 후 어느 곳 어디에서 생활하고, 어떤 일에 몸담아 일하든 지도 교수님이신 박은철 교수님의 제자로서 부끄럼 없도록 열심히 하겠습니다.

감사합니다.

2014년 12월

송해연 올림

# 차 례

## 국 문 요 약

I. 서 론.....	1
1. 연구의 배경 및 필요성 .....	1
2. 연구 목적.....	3
II. 이론적 고찰 .....	4
1. 미충족의료의 개념 .....	4
2. 미충족의료의 측정 방법 .....	6
3. 미충족의료와 관련된 선행 연구 .....	7
III. 연구 방법.....	16
1. 연구 대상자 및 자료 .....	16
2. 연구변수의 설정 .....	17
3. 분석 방법.....	21
IV. 연구 결과.....	23
1. 연구 대상자 특성에 따른 미충족의료의 발생 .....	23
2. 미충족의료 관련 요인 .....	29
3. 경제활동 참여변화와 원인별 미충족의료의 관계 .....	35

V. 고찰	41
1. 연구 방법에 대한 고찰	41
2. 연구 결과에 대한 고찰	43
VI. 결론	48
참고 문헌	50
부록	55
<b>Abstract</b>	<b>60</b>

## 표 차례

표 1. 미충족의료에 관한 국내 연구 .....	9
표 2. 미충족의료에 관한 국외 연구 .....	14
표 3. 변수의 구성 .....	20
표 4. 연구대상자 특성에 따른 미충족의료의 발생여부 .....	24
표 5. 연구대상자 특성에 따른 원인별 미충족의료의 발생여부 .....	27
표 6. 전반적 미충족의료에 영향을 미치는 요인 .....	30
표 7. 연령층별 미충족의료에 영향을 미치는 요인 .....	34
표 8. 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향 .....	36
표 9. 연령층간 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향의 비교 .....	40

## 그림 차례

그림 1. 연구대상자의 선정 및 흥미변수의 설정 .....	19
그림 2. 연구의 틀 .....	22



## 부 표 차 례

부표 1. 60세 이상 인구 경제활동 참여에 대한 취직분야 분포 .....	55
부표 2. 연령층별 미충족의료에 영향을 미치는 요인 (50세 기준으로 나눔) .....	56
부표 3. 연령층간 경제활동 참여변화가 사유에 따른 미충족의료에 미치는 영향의 비교(50세 기준으로 나눔) .....	57
부표 4. 연령층간 성별에 따른 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향(40세,50세 기준으로 나눔) .....	57
부표 5. 경제수준에 따른 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향의 비교 (5분위 기준으로 나눔) .....	58
부표 6. 경제수준에 따른 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향의 비교 (상중하 기준으로 나눔).....	58
부표 7. 생명윤리위원회 심의결과통보서 .....	59

## 국 문 요 약

이 연구의 목적은 한국 성인을 대상으로 미충족의료에 영향을 미치는 요인을 파악하고 또한 동태적인 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료(경제적 미충족의료 중심으로)에 어떤 영향을 미치는지를 알아보고자 하였다.

연구방법은 한국에 대표성 있는 한국의료패널 자료(2011년과 2012년 두 개 년도)를 활용하여 만 19세 이상 성인으로 최종 10,261명으로 선정해서 분석하였다. 분석 방법은 다수준 분석 방법을 이용하였다. 그 결과는 다음과 같다.

전체 설문 결과에서 전반적 미충족의료를 경험하였다고 응답한 대상자는 16.2%였으며, 이중 경제적인 이유로 발생한 미충족의료는 36.1%였다. 전반적 미충족의료와 관련해서 주로 성별, 교육수준, 경제수준, 주관적 건강상태가 있었는데 연령별로 보았을 때 20대와 30대에서는 건강행태가 주로 영향을 많이 주었고 60세 이상인구에서는 경제수준이 주로 영향을 많이 주었다. 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향에서는 경제적 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람의 경제적 미충족의료 발생할 비차비는 1.39(95% CI: 1.02-1.88)로 높았고 참여/불참인 사람은 2.30(95% CI: 1.33-3.96)로 높았다. 연령별로 보았을 때 20대와 30대에서는 유의하게 나온 결과가 없었으나 40대와 50대에서는 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참인 사람의 경제적 미충족의료 발생할 비차비는 2.41(95% CI: 1.07-5.44)로 높았고, 불참/참여인 사람의 비차비는 0.33(95% CI: 0.33)로 많이 낮았다. 60세 이상 인구에 있어서는 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참인 사람의 경제적 미충족의료 발

생활 비차비는 3.35(95% CI: 1.36-8.27)로 많이 높았고 불참/불참인 사람의 비차비는 1.71(95% CI: 1.14-2.54)로 높았으며 불참/참여인 사람들 비차비는 3.25(95% CI: 1.35-7.78)로 높았다.

이러한 결과들을 종합해 볼 때, 의료 이용의 형평성을 제고시키는 데에 있어서 3 가지 보장성 강화가 필요하다. 첫째, 여성, 교육수준 낮은 계층, 저소득층, 그리고 주관적 건강상태 본인 인식이 나쁜 인구집단, 이런 취약계층과 집단에 따른 미충족의료 개선방안을 찾을 필요가 있다. 둘째, 젊은 인구집단보다 40대와 50대, 그리고 60세 이상인 인구집단에 중점을 두고 보장성을 강화시킬 수 있는 대책을 찾아낼 필요가 있다. 40대와 50대 인구집단에서는 일자리 창출을 통해 경제적 미충족의료의 감소에 도움이 많이 될 수 있을 것이고, 60세 이상 인구집단에서는 의료이용에 있어서 의료비 감면이나 급여의 보장성을 높임과 같은 정책의 수립이 필요할 것이다. 셋째, 40세 이상인구집단에 공통적으로 주목해야 할 것은 경제활동 참여하다가 갑자기 안 하게 된 경우에 보험료나 의료비를 덜어주거나 보조해 주는 보장성 정책을 마련할 필요성이 있다.

---

핵심되는 말: 미충족의료, 경제활동 참여, 한국의료패널, 연령계층

# I. 서론

## 1. 연구의 배경 및 필요성

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 보건의료체계를 마련하는 것이 국가 보건정책의 핵심적인 과제이기도 하다.

보건의료체계가 각국마다 차이가 있겠지만 헌법의 보장 아래 모든 사회구성원인 국민은 국가로부터 기본권인 건강권을 보장 받고 있으며, 각 국가에서는 누구나 필요한 의료서비스를 이용할 수 있도록 사회적으로 의료보장제도를 마련하여 시행하고 있다(유승흠과 박은철, 2009). 보건의료체계의 성과를 높이기 위한 공통적인 정책목표에는 첫째, 국민의 건강수준 및 의료처치에 의한 건강결과의 향상, 둘째, 충분하고 형평적인 의료서비스에 대한 접근성, 셋째, 보건의료 체계의 반응성 증대, 넷째, 보건의료체계의 효율성증대, 다섯째, 지속 가능한 비용 및 재정의 보장 등이 포함된다(강은정, 2010).

한국의 경우 1977년 건강보장제도 도입, 1989년 전 국민을 포괄하는 의료보장제도의 실시를 통하여 모든 국민이 소득이나 지불능력에 상관없이 의료서비스를 이용할 수 있도록 접근성을 개선하는 제도적 장치를 시행하여 왔다. 하지만 높은 본인부담률, 비급여 본인부담금 등 건강보험 보장성의 한계로 인하여 현재 한국에서는 과도한 의료비 지출로 경제적 파탄에 이르는 가구가 저소

특가구에서 꾸준히 발생하고 있다(박은철, 2010). 이와 같은 저소득층이나 노인, 장애인 등의 의료수요가 많은 집단이 필요한 서비스를 적절히 이용하는데 장벽이 되고 있다. 보건의료정책에 있어 특히 고소득층에 비해 저소득층의 미충족 필요가 크게 존재하는 경우 문제가 된다(박은철과 장성인, 2012).

‘미충족 의료’라는 현상 그 자체나 수치상의 결과로만 끝나는 것이 아니라, 적절한 시기에 치료 받지 못하게 됨으로써 환자들의 질병 중증도를 높이고 합병증 발생의 가능성을 높일 수 있다(Diamant, 2004). 따라서 국민이 필요한 의료서비스를 적절하게 이용하고 있는지 파악하는 것은 한국 의료보장제도의 성과를 판단하는 하나의 기준이 될 뿐만 아니라, 앞으로 국민 건강 향상을 위한 개선방안 수립에 유용한 기초자료를 제공할 것이다(허순임 외, 2007).

미충족의료의 원인 중 경제적 이유로 인한 미충족의료의 차지하는 비중은 다소 감소하는 경향을 보이지만, 여전히 저소득 계층에서는 일반 소득계층에 비해, 노인계층에서는 젊은 계층에 비해 미충족의료 경험을 많이 하고 있으며 경제적인 장벽이 가장 큰 이유이다(김진구, 2008). 한국 선행 연구에서도 미충족의료 경험이 존재하고 있으며 그것이 사회경제적 수준에 따라 불평등하게 분포하고 있음을 보여주었다(김태일 등, 2008; 신영전과 손정인, 2009; 허성주, 2010; 송태민, 2013; 양진영, 2010). 소득은 경제활동과 밀접한 관계가 있으며 특히 경제활동 참여변화가 가계 수입에 영향을 미치기 때문에 경제활동 참여 변화가 미충족의료에 어떤 영향을 미치는지를 알아보는 것은 의미가 있다고 본다. 그러나 소득수준과 미충족의료에 대한 선행연구는 다수 있었으나 경제활동과 미충족의료의 관계를 알아본 연구는 드물었다. 경제활동 참여에 대한 논문들은 대부분 여성, 노인 그리고 장애인 등의 특수 인구집단에서 경제활동 참여가 그들의 일상생활 또는 정신 건강에 어떤 영향을 미치는지를 알아본 논문이었다(김민정, 2005; 최지선과 손주영, 2010; 최아영과 윤현숙, 2012). 이에

이 연구는 미충족의료의 현황을 살펴보고 경제활동 참여변화가 미충족의료에 미치는 영향을 분석해 보고자 한다.

## 2. 연구의 목적

이 연구는 한국 성인의 전반적인 미충족의료에 대한 현황을 파악하고, 경제활동 참여변화가 미충족의료에 어떤 영향을 미치는지를 분석하고자 시행되었다. 그 세부 목적은 다음과 같다.

첫째, 한국 성인들의 개인의 인구학적, 사회경제적 등의 특성에 따른 전반적 미충족 의료와 원인별 미충족의료 경험 여부를 파악한다.

둘째, 미충족의료에 영향을 미치는 요인들을 알아보고 연령에 따라 각 영향을 미치는 요인들의 차이가 있는지를 알아본다.

셋째, 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료(경제적 부담으로 인한 미충족의료 중심으로)에 미치는 영향을 파악하고 연령에 따른 차이가 있는지를 알아본다.

## II. 이론적 고찰

### 1. 미충족의료의 개념

보건의료 수요에 있어 ‘의료에 대한 필요’는 판단주체에 따라 의료요구(need)와 의료욕구(want)로 구분된다(Aday & Anderson, 1975). 요구(need)는 전문가의 판단 professionally identified need)에 의한 것이고, 욕구(want)는 환자 스스로 인식하는 것(self-perceived need)인데, 경제적 사정 등으로 인해 객관적인 의료필요와 의료에 대한 요구가 있음에도 불구하고 치료를 받지 못하는 경우를 미충족의료(unmet need)라고 한다(Donabedian, 1973).

미충족의료요구(unmet need)는 제공받고자 하는 의료나 서비스가 충분하지 않거나 적절하지 못한, 혹은 부재인 상태로도 정의되며(Carr & Wolfe, 1976), 이는 의료자원이나 의료전달체계 등이 뒷받침되지 못해 의료이용을 할 수 없는 경우에 해당한다.

미충족의료의 가장 중요한 정책적 함의는 의료에 대한 접근성이며, 이 외에도 보건의료서비스의 이용가능성과 수용성을 포함한다.

미충족의료의 성격을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 첫째 가용성(availability)이다. 긴 대기시간 또는 거주지역에 의료자원이 충분하지 않아서 필요할 때 서비스 이용이 가능하지 않은 경우를 포함한다. 이 문제를 해결하기 위한 정책적 접근은 의료자원 분배 개선과 대기시간을 줄일 수 있는 의료서비스 제공방식이 고려된다.

둘째, 접근성의 문제는 의료보장제도와 가장 밀접하다. 의료보장제도가 확립되어 있지 않은 사회에서는 필요한 의료서비스를 얻는 경제적 능력이 미충족

의료의 가장 중요한 요인이 된다. 의료보장제도가 갖추어져 있더라도 환자본인부담이 높다면(즉, 보장수준이 낮다면) 여전히 지불능력이 미충족의료의 주요 요인이 되므로 급여대상과 급여수준의 포괄성이 정책적 이슈가 된다. 비용 문제와 함께 의료기간에 대한 교통의 편의가 접근성 문제와 관련될 수 있지만 사회 간접자본시설이 발달되지 않은 국가나 지리적 여건이 특수한 경우가 아니면 부차적인 문제이다. 그럼에도 불구하고, 노인과 장애인 등 이동에 불리함을 가지는 계층에게는 주요 문제가 될 수 있다.

셋째, 수용성(acceptability)의 측면으로 가용성과 접근성이 해결되어 의료서비스를 제공받을 수 있는 상황이라 하더라도 환자의 입장에서 가질 수 있는 문제이다. 환자가 스스로 건강 문제를 무시하거나, 어디를 가야 할 지 모른다가나, 의사에 대한 반감이나 두려움 등으로 인해 필요한 의료서비스를 제공받지 못하는 경우를 생각할 수 있다. 이러한 수용성의 문제는 입원 및 외래서비스(의교보장 제공), 집중치료관리, 교통의 편리성 제공, 변상 공급 개선 등으로 좁혀질 수 있으며, 보건의료보다 더 큰 사회적 맥락에서 이해되고 정책적 접근도 시도되어야 한다. 수용성의 문제는 특히 정신질환이나 HIV/AIDS 치료에서 뚜렷이 나타날 수 있는데, 예를 들어 “어떤 것도 더 이상 도움이 될 수 없을 것이다”, “도움을 청하기 어렵다” 등의 문제는 해당 질환에 대한 사회적 부정적 인식이 개선되지 않고는 해결되기 어렵다.

또한, 필요한 의료서비스를 이용한 경우라도 효과적인 치료의 부족, 치료의 양과 질에 대한 불만족, 시의 적절성 등 다른 요인에 의해 의료적 필요가 충족되지 않을 수 있다(Kasman et al., 2004).



## 2. 미충족의료의 측정 방법

미충족 의료를 판단하는 방법으로는 첫째, 설문조사법이 있다. 설문조사법은 대상자의 미충족의료에 대해 질문을 통해 평가하는 것으로 가장 일반적인 방법이지만, 인지 및 회상오류 가능성과 아동 등을 대신하여 답변하는 경우 부모의 체크 오류 등이 발생하는 단점이 있다. 둘째, 전문가 추천 또는 표준 진료 등 서비스 이용 빈도와 내용을 측정하는 방법으로 강력한 과학적 근거는 없더라도 설문 조사법 보다는 좀 더 객관적인 방법이라 할 수 있다. 셋째, 필요한 진료 없이 지냈는지에 대한 전문가의 판단 종합법은 가장 객관적인 방법으로 의료적 조치 등에 대해 외과의사 패널을 활용한 바 있다(Stoddard et al., 1994). 넷째, 전문가에 의한 임상적 검증을 통해 미충족의료를 직접적으로 확정하는 방법으로 평가 비용이 많이 들어 최근 연구에서는 잘 활용되지 않고 있다.

의학적 증상에 대한 개인의 인식이 다르고 의료적 처치의 중요성에 대한 태도가 다를 수 있기 때문에 미충족의료에 대한 주관적 판단은 한계를 가지며 또한 미충족의료에 대한 인식의 차이와 연관된 사회경제적 수준이 치료의 필요에 대한 인식의 차이와도 연관된다면, 미충족의료에 대한 주관적 판단이 실제 차이를 정확하게 반영하지 못하는 중요한 단점을 가진다고 할 수 있다.

이러한 한계를 보완할 수 있는 방법이 의료적 필요가 객관적으로 판단된 질병 또는 임상적 증상에 대한 미충족의료를 평가하는 것이다. 이 방법은 미충족의료를 분명하고 구체적으로 측정 가능하게 하지만, 의료적 처치가 필요하다고 인지하는 모든 질병을 포함하지 못할 수 있고, 특정 질환에 국한하므로 표본의 크기가 작아져서 일반화의 어려움이 있다.

Cunningham 외(2007)도 미충족의료에 대한 평가방법 중 설문조사를 이용하는 것이 보편적이라고 설명하고 있다. 이러한 설문조사에 의한 평가방법은 대부분의 실증자료가 개인 또는 가구를 대상으로 한 조사에 바탕을 두고 있으므로 응답자의 사회경제적 및 인구학적 특성에 따른 차이를 파악할 수 있지만 보건의료체계를 비롯한 사회적 특성을 포함하지 못하는 한계를 가지는 것에 대해, 응답자가 자신의 관점을 보다 직접적으로 표현하기 때문에 개인적, 사회적 요인을 포괄하는 평가가 될 수 있다.

그러므로 미충족의료에 대한 평가방법은 대상자의 주관적 판단과 객관적 자료 또는 전문적, 과학적 입증 방법 중에서 연구목적과 연구대상 등에 따라 다양하게 선택되어 평가 될 수 있고, 어느 평가방법이 옳고 그르다라는 가치 판단의 문제는 아니라고 할 수 있다(양진영, 2010).

### 3. 미충족의료와 관련된 선행 연구

국내의 미충족의료 관련 연구에서는 전체 국민을 대상으로 하거나(허순임 외, 2007; 김진구, 2008; 허성주, 2010; 양진영, 2010; 송경신, 2011; 김진형, 2011), 경제적 이유로 인한 미충족의료, 소득계층별로 구체적인 분석을 한 연구(김태일 등, 2007; 신영전과 손정인, 2009; 양진영, 2010)등이 있었다. 또한, 노인이나 여성 등과 같은 특정 집단을 대상으로 한 연구(김정림, 2002; 박종영 등, 2005; 송태민, 2013; 강문혜, 2013)와 특정 질환(김한해, 2005; 허순임과 이수형, 2011)이 있었다(표 1).

미충족의료의 결정요인으로 연령에 따른 미충족의료의 차이는 대체로 연령

이 낮을수록 많이 경험하는 것으로 알려져 있고, 이러한 결과는 젊은 사람들이 더 바쁘거나 의료이용을 덜 중시하는 태도를 가진 것에서 기인한다고 할 수 있다(차수진, 2012). 성별에서는 여성이 미충족의료이 더 많은 결과가 있었다(김진형, 2011) 교육수준은 사회경제적 특성을 나타내는 요인 중 하나로서 국내 미충족의료 연구에서는 낮은 교육수준이 높은 미충족 의료요구와 관련성이 있었다(김진구, 2008; 신영진과 손정인, 2009; 허성주, 2010). 소득수준의 경우 의료서비스에 대한 접근성에 결정적인 영향을 미치며, 의료보험 가입 여부 또한 의료접근성에 큰 차이를 가져올 수 있다(차수진, 2010). 건강상태는 주관적 건강상태로 측정된 연구(최재규, 1995; 김정희 등, 1999; 김수정, 2007) 등이 있었고, 만성질환의 유무나 개수가 미충족의료에 유의한 영향을 맺고 있었다(김수정, 2008; 김진구, 2007; 김진구, 2008; 허성주, 2010).

이와 같이 국내 선행 연구에서는 미충족의료 경험이 존재하고 있으며 그것이 사회경제적 수준에 따라 불평등하게 분포하고 있음을 보여주었고 의료이용 및 의료필요 충족도에서도 유사한 경향이 발생하고 있음을 보여주었다. 또한 이러한 현상에 주된 영향을 미치는 요인으로 소득수준, 경제적 상태가 있었고, 여기에 시간적 요인, 건강인식 요인 등이 영향을 미치고 있음을 보여주었다. 이러한 요인 외에 연령, 성, 보험상태, 근무상태, 교육정도가 미충족의료에 유의한 연관성이 나타난다고 알려져 있다(김수정, 2008).

표 1. 미충족의료에 관한 국내 연구

연구대상	연구	자료	주요 결과
전체성인	허순임 외, 2007	제 3기 국민건강영양조사(2005) 만 19세 이상의 성인 25,215명	연령과 상관없이 공통적으로 나타난 미충족의료의 주요 요인은 소득과 건강상태였고, 젊은 연령에서는 건강상태, 노인층에서는 소득수준이 영향을 많이 주었음.
	김진구, 2008	제 3기 국민건강영양조사(2005) 만 19세 이상의 성인	경제적 이유로 인한 미충족의료의 경우, 소득이 낮은 계층일수록 미충족의료의 경험이 더 많았음.
	허성주, 2010	제 3기 국민건강영양조사(2005) 만 20세 이상의 성인 13,764명	선행 요인이나 요구 요인은 소득계층에 따라 별다른 영향이 없는 것으로 나타난데 반해, 환경적 구성 요인은 낮은 소득계층에서의 미충족医료를 높게 나타남.
	양진영, 2010	3개년(2005-2007) 한국복지패널 자료 만 19세 이상의 성인 11,907명	교육수준, 혼인상태, 주관적 건강상태, 빈곤여부, 건강검진여부, 생활비, 주거지역 등의 변수가 미충족의료의 동태적 변화유형에 영향을 주었음.
	송경신, 2011	제 4기 2008년도 국민건강영양조사 만 19세 이상성인 7,177명	남성에 비해 여성이, 소득수준이 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 미충족医료를 많이 경험하였음.
	김진형, 2011	제 4기 국민건강영양조사(2007-2009) 만 19세 이상의 성인 1,1620명	의료이용의 미충족과 형평성에 영향을 미치는 요인은 거주지역과 교육수준이 관계가 있었고, 소득수준에 따라서는 관계가 없었음.

표 1. 미충족의료에 관한 국내 연구(계속)

연구대상	연구	자료	주요 결과
특정집단	김정림, 2002	수원시 65세 이상 노인 인구를 기준으로 일대일 가구방문 면접조사 한 979명	전기노인(65-74)에서 미충족 수요가 높았고, ADL의 경우 교육수준에서는 무학인 경우에서 높은 미충족을 보여 통계적으로 유의한 차이를 보였음.
	박종영 등, 2005	중부지방(서울, 경기, 충청남, 북도)의 40세 이하의 사무직, 생산직 여성근로자로 층을 나누어 층화집락표본 추출방식을 이용한 1,875명	미혼근로자의 경우는 시간적 접근성이 낮은 경우와 건강행태가 나쁜 경우에 미충족의료가 높고, 기혼근로자의 경우 경제적 접근성이 낮고 건강행태가 나쁜 경우 미충족의료가 높았음.
	송태민, 2013	2009년 한국의료패널 자료 60세 이상 노인 3,696명	노인의 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제상태의 악화, 고립 등으로 인한 스트레스를 해소할 수 있는 국가 차원의 지원 필요함.
	강문혜, 2013	2010년 지역사회 건강조사 만 19세 이상 성인 193,700명	저소득층에 관한 지원 정책과 함께 지역의 건강수준을 높이고자 하는 정책들을 마련해야 할 것임.
특정질환	김한혜, 2005	층화 무작위 추출법을 통해 선정된 서울시 양천구 지역의 50세 이상 80세 미만 성인 남성인구 1,021명을 대상으로 검진과 설문조사를 시행	전용 주거면적이 좁고, 현재 직업을 가지고 있지 않을수록 의료기관을 방문하지 않았음.
	허순임과 이수형, 2011	제 3기 국민건강영양조사(2005) 만 19세 이상 성인 고혈압 환자 3,635명과 당뇨병 환자 1,431명	고혈압의 경우 성별, 연령, 결혼상태, 의료보장형태, 주관적 건강상태, 이환기간이 유의한 요인이었고, 당뇨병은 성, 의료보장형태, 주관적 건강상태와 이환기간이 유의하였음.

표 1. 미충족의료에 관한 국내 연구(계속)

연구대상	연구	자료	주요 결과
	김태일 등, 2008	제 3기 국민건강영양조사(2005) 만 19세 이상의 성인	경제적 이유로 인한 미 치료 경험 여부의 경우, 소득이 낮은 계층일수록 미 치료 경험이 많았음.
소득계층	신영전과 손정인, 2009	1차(2005), 2차(2006) 한국복지패널자료를 이용한 6,511가구의 자료	미충족의료 경험에 관련되는 요인으로 가구주 연령, 교육, 주관적 건강상태, 가구 소득계층이 유의하였음.
	양진영, 2010	1차(2005), 2차(2006), 3차(2007) 한국복지패널자료 만 19세 이상 성인 11,907명	미충족의료의 동태적 변화유형 중하강형으로의 변화에는 교육수준, 혼인상태, 주관적 건강상태, 빈곤 여부, 건강검진 여부, 생활비, 주거지역 변수가 유의미한 영향을 미쳤음.

국외의 미충족의료에 관한 연구들에서는 국내보다 미충족의료의 비율이 더욱 많이 다양한 대상과 여러 가지 방법으로 수행되어 왔다. 연구의 분석대상은 인구일반(특히 성인) 외에 아동(Newacheck et al., 2000), 정신보건치료의 대상자(Craske et al., 2005), 농촌의 노령인구(Li et al., 1999) 등 각 연령층을 대상으로 하거나 특정 질환을 가진 환자를 대상으로 한 연구 등으로 다양하였다. 그리고 미충족의료의 빈도를 살펴보면, 스웨덴의 20~64세의 무작위 표본에서 실업자는 42.2%, 정기 질병 휴가자는 37.4%, 피고용인은 22.3%가 미충족医료를 경험하였고(Ahs & Westerling, 2006), 중국 농촌의 노령인구에서는 조사대상의 2/3 정도가 미충족医료를 보고하였으며(Li et al., 1999), 미국아동의 경우 7.3%가 미충족의료에 해당하였으며(Newacheck et al., 2000), 공황장애를 가진 사람들의 정신보건치료 영역에서는 미충족 의료 빈도가 38%였다(Craske et al., 2005). 이러한 단면 연구 외에 미충족의료의 추세를 살펴본 연구로써 Sanmartin 외(2002)연구가 있었는데, 이는 캐나다인을 대상으로 한 연구로써 미충족의료의 빈도가 1994/95년에 4%, 1998/99년에 6%로 증가하였고, 2000/01년에 12%로 그 사이 2배가 증가한 것을 보여주었다(Sanmartin et al., 2002).

국외 연구에서 나타난 미충족의료와 관련한 요인에는 국내 문헌과 마찬가지로 소득수준, 건강상태, 보험보장 유무, 취업유무(Ahs et al., 2006)가 있었고 국내의 맥락과는 다르게 인종/민족 및 정기적으로 진료 받는 곳 유무(Sho et al., 2005), 대기시간(Sanmartin et al., 2002), 이주 상태(Lasser et al., 2006), 진료예약의 어려움 및 필요 발생 시 도움을 요청할 곳에 대한 정보 부족(Craske et al., 2005), 환자의 의사에 대한 신뢰감(Moldboard et al., 2005)등이 있었다.

국외 문헌에서는 3개의 조사시점이 다른 자료를 이용하여 변화 추세를 분석한 Sanmartin 외(2002) 연구와 미국과 캐나다의 미충족医료를 비교하여 살펴본 Lasser 외(2006) 연구는 그 내용과 연구방법에서 주목할 만하다(표 2).

이상과 같이 국내외에서 미충족의료와 관련된 다양한 연구가 존재하지만, 주로 특정 연령, 집단, 질환 등을 대상으로 분석한 연구들이 대부분이었고, 대규모 인구집단을 대상으로 반복조사나 패널조사를 이용하여 미충족의료의 추세, 추이, 그리고 동태를 살펴본 연구는 미흡하였다. 국민이 필요한 의료서비스를 적절하게 이용하고 있는지 파악하는 것은 한국의 의료보장제도의 성과를 판단하는 하나의 기준이 될 뿐만 아니라, 앞으로 국민 건강 향상을 위한 개선 방안 수립에 유용한 기초자료를 제공할 것이다(허순임과 김수정, 2007).

한국의료패널(Korea Health Panel) 자료는 한국의 보건의료 이용실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강행태 등에 대한 기초자료 생산을 목적으로 하고 있으며, 전국규모의 대표성을 유지하기 위하여 2005년 인구주택조사의 90% 전수 자료를 추출 틀로 하고 있다. 대표성이 있는 표본 가구로부터 자료가 산출되므로 그 표본치는 횡적 관점에서 의미가 있을 것이며 또한 동일 가구나 가구원에 대한 추적조사가 이루어지므로 표본치의 시계열 추이를 볼 수 있다.



표 2. 미충족의료에 관한 국외 연구

연구대상	연구	자료	주요 결과
전체성인	Sanmartin et al., 2002	2000-01 Canadian Community Health Survey and from (1994/95-98/99) household components of the NPHS	The percentage of people reporting unmet health care needs rose gradually between 1994/95 and 1998/99, then doubled (from 6% to over 12%) between 1998/99 and 2000/01. Long waiting time was the reason most frequently reported for unmet needs.
	Mollborn et al., 2005	The 1998-99 Community Tracking Study (CTS) Household Survey (adults n=29,994)	Patients' fiduciary trust in a physician is negatively associated with the likelihood of reporting delayed care and unmet health care needs.
	Lasser et al., 2006	Population-based data from the Joint Canada/US Survey of Health (n=3,505 Canadian, n=5,183 US, aged over 18)	The community uninsurance rate was positively associated with having reported unmet medical needs, but only for insured adults.
	Cavalieri, 2013	Data from the 2006 Italian component of the European Union Statistics on Income and Living Conditions (n=45,175, aged over 18)	Overall, 6.9% of the Italian population stated having experienced at least one unmet medical need during the last 12 months.
특정집단	Philp et al., 1995	114 community resident elderly (age over 65) people with dementia	Dementia was nevertheless associated with a high level of unmet need, mainly for more mainstream support and help with supervision of the elderly person.
	Li & Tracy, 1999	Face-to-face interviews of 100 elderly persons	Elderly persons who reported poor health were more likely to have unmet financial and health care needs.
	Newacheck et al., 2000	4 years of National Health Interview Survey(n=97,206 children under age 18)	Near-poor and poor children were both about 3 times more likely to have an unmet need as non-poor children. Uninsured children were also more likely to have an unmet need as privately insured children.
	Newacheck et al., 2003	1999 and 2000 editions of the National Health Interview Survey (n=12,434, aged 10-18 adolescents)	Statistically significant disparities were found between poor adolescents and their counterparts in middle- and higher-income families for six of nine indicators of access to and use of medical care, access to and use of medical care, dental care, and mental health care.

표 2. 미충족의료에 관한 국외 연구(계속)

연구대상	연구	자료	주요 결과
	Ahs et al., 2006	Randomized sample of 4,000 persons aged 20-64 living in different parts of Sweden in 2001	The unemployed were more likely than the employed to perceive a need to seek care for psychological problems. The risk of abstaining from consulting a physician was related to symptoms of depression.
	Bien et al., 2013	2003-04 The EUFORAMCARE study of six European countries (n=5,923 aged over 65)	Unmet care needs in older people are particularly high in European countries where social service use is low, and where there is a lack of balance in the use of health and social care services.
특정질환	Craske et al., 2005	Baseline interviews in a clinical trial investigated primary care treatment of panic disorder (n=231)	Although discussion of barriers to care has traditionally centered on stigma and economic factors, the results of this study suggest that simple logistic factors, such as not knowing whom to call for help, are also important barriers.
	White et al., 2011	The Western Australian Cancer Registry(WACR) (N=786)	There were the lack of discrepancy between rural, remote and metropolitan cancer patients' unmet needs.
	Lennon et al., 2013	Nationwide interview of HIV/AIDS housing organization(n=89 agencies)	While housing affords PLWHA access to services, there are still areas (e.g., mental health services) where gaps in linkages to care exists.
무보험자/저 소득층	Cunningham & Kemper, 1998	1996-97 Community Tracking Study Household Survey (n=60,466 and uninsured n=7,200)	If people are uninsured, where they live is an important factor in determining the difficulty they have in obtaining care.
	Ayanian et al., 2000	The BRFSS designed by the CDC (n=105,764 aged 18-64 in 1997, n=117,364 in 1998)	Long term uninsured adults reported much greater unmet health needs than insured adults.
	Pagan & Pauly, 2006	200-01 Community Tracking Study (m=37,089, aged 18-64)	The community uninsurance rate was positively associated with having reported unmet medical needs, but only for insured adults.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구대상 및 자료

##### 가. 연구자료

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

##### 나. 연구대상자

연구대상자의 선정은 한국 의료패널 4차와 5차 자료를 이용하였다. 4차는 2011년 5월부터 12월까지 이루어졌으며 5,741 가구의 17,035명이 조사 대상자였고 5차는 2012년 2월부터 7월까지 이루어졌으며 5,434 가구의 15,872명이 조사 대상자였다. 이 가운데 미충족의료 경험여부 조사에 응한 만 19세 이상 응

답자, 무응답/응답거절, 결측치등 제외, 그리고 2011년과 2012년에 연속 조사된 10,261건을 최종 분석 대상으로 하였다(그림 1).

## 2. 변수설정

### 가. 종속변수

종속변수는 미충족의료(unmet needs)로 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 미충족의료로 보고 “지난 1년간, 병원 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답한 경우는 정의하였다.

또한, 특정 사유로 인해 필요한 의료서비스를 받지 못한 경우 그 요인을 알아보기 위해, “본인이 가고 싶을 때, 병원을 가지 못한 적이 있었다면 어떠한 이유로 가지 못했습니까?”라는 물음에 “경제적 이유로”, “의료기관이 멀어서”, “거동불편, 건강상 이유로 방문어려움”, “아이를 돌볼 사람이 없어서”, “증세가 경미해서”, “어디로 가야 할지 몰라서”, 방문시간이 없어서”, 빠른 시일내에 예약되지 않아서”, “주치의가 없어서”, “기타”의 10가지 항목 중에서 해당 사유로 인해 의료서비스를 이용하지 못했다고 응답한 경우 중, 가장 응답수가 많았던 “경제적 이유”, “시간이 없다는 이유” 두 가지 이유에 대하여 미충족의료요구가 발생한 경우, ‘경제적 미충족의료’와 ‘시간적 미충족의료’라고

정의하였고 이 두 가지 이유를 제외한 다른 이유들은 ‘기타 이유로 인한 미충족의료’로 정의해서 분석하였다.

## 나. 독립변수

### 소인성 요인

소인성 요인이란 질병이 발생하기 이전에 존재하는 개인적인 특성과 관련 요인들로 본 연구에서는 성, 연령, 교육수준, 세대 형태를 소인성 요인으로 보았다. 연령은 한국 성인 만19세 이상인 자를 대상으로 10세 단위로 19세~29세, 30세~39세, 40세~49세, 50세~59세, 60세~69세, 70세 이상으로 분류하였다. 뒤에서 서브그룹에서는 19세~39세(20대와 30대), 40세~59세(40대와 50대), 60세 이상으로 분류하였다. 교육수준은 초등학교 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대졸 이상으로 구분하였다. 세대 형태는 1인 가구, 부부, 부부와 자녀가 함께 사는 가구, 기타 등으로 구분하였다.

### 가능성 요인

가능성 요인으로는 가구소득, 보험유형, 경제활동 참여 변화를 변수로 포함하였다. 가구소득은 가구 단위의 소득이므로 가구원수를 보정하여 5분위 그룹으로 분류하였다. 보험유형은 공무원, 교직원, 직장 건강보험, 지역 건강보험을 모두 포함하여 건강보험으로 구분하고, 의료급여와 국가유공자 특례를 포함하여 의료급여로 분류하였다. 본 연구의 흥미 변수인 경제활동 참여변화의 설정은 2011년 baseline를 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”, 2년동안 계속 참여하

지 않은 경우를 “불참/불참”을 정의하였다(그림 1).

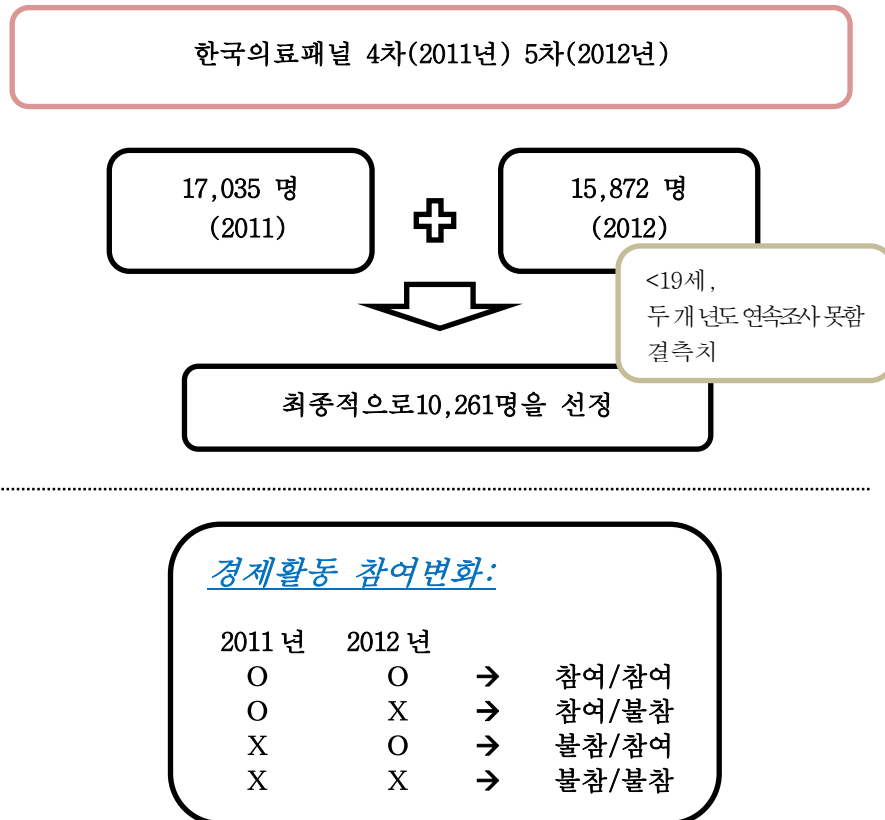


그림 1. 연구대상자의 선정 및 흥미변수의 설정

### 요구 요인

요구 요인으로는 만성질환 유무, 장애 유무, 주관적 건강상태를 포함하였다. 만성질환은 없음, 1개, 2개, 3개이상으로 분류하였다. 장애 유무는 있음, 없음으로 분류하였다. 주관적 건강상태는 설문내용 중 “오늘의 건강상태가 얼마나 좋고 나쁘다고 생각하는지를 눈금선에 표시해주십시오”에 응답하여 표시된 점

수를 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.

추가적으로 모형의 안정성을 보정하기 위해서 2011년에 미충족의료 발생했는지 또는 원인별 미충족의료 발생했는지에 대해서 ‘있음’, ‘없음’으로 구분하였다(표 3).

표 3. 변수의 구성

	변수	설명
종속변수	미충족의료	“지난 1년간, 병원 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답한 경우는 정의
	원인별 미충족의료	경제적 이유, 시간적 이유, 기타 이유
독립변수	<b>소인성요인</b>	
	연령	만9세 이상인 자를 대상으로 10세 단위로 분류
	성별	남성, 여성
	교육수준	초등학교 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대졸 이상으로 구분
	세대형태	1인 가구, 부부, 부부와 자녀, 기타
	<b>가능성요인</b>	
	경제활동 참여변화	참여참여 참여불참 불참참여 불참불참
	경제수준	가구 단위의 소득이므로 가구원수의 제곱근으로 나누어 가구원수를 보정하여 5분위 그룹으로 분류
	의료보험 형태	건강보험, 의료급여
	<b>요구요인</b>	
	만성질환 여부	없음, 1개, 2개, 3개이상
	장애 여부	있음, 없음
주관적 건강상태	좋음, 나쁨(70점 기준으로)	

### 3. 분석방법

연구의 방법은 그림 2에서 제시하였다. 연구대상자의 특성에 따른 전반적 미충족의료(*general perceived unmet need*) 및 원인별 미충족의료에 대한 현황을 살펴보기 위하여 2012년 기준으로 빈도와 백분율을 제시하고 카이제곱검정 (*chi-square test*)을 실시하였다.

전반적 미충족의료에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 2012년 기준으로 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 그 다음에 연령을 나누어서 각 연령계층에 영향을 미치는 요인들의 차이가 있는지를 알아보기 위해 또 로지스틱 회귀 분석을 실시하였다.

경제활동 참여변화(2011년과 2012년 이용함)가 원인별 미충족의료에 어떤 영향을 미치는지를 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였고, 서브그룹에서 연령에 따라 (19세~39세, 40세~59세, 60세 이상) 경제활동 참여변화가 이에 미치는 영향의 차이가 있는지를 알아보기 위해 또한 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 모형들의 적합도는 로그우도비(*Likelihood Ratio*)로 검정하였다. 모든 분석은 SAS 9.2를 이용하여 시행하였으며 유의 수준은 0.05로 하였다(그림 2).



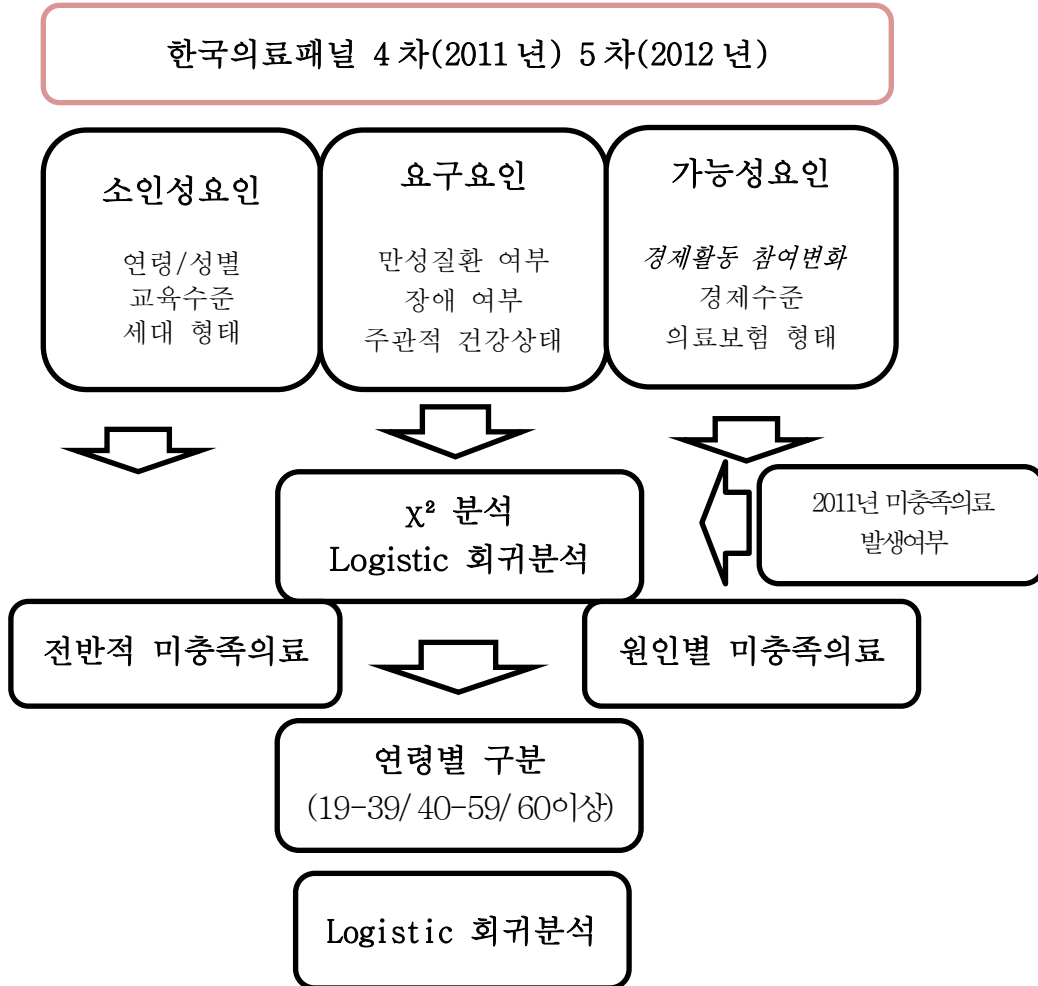


그림 2. 연구의 틀

## IV. 연구결과

### 1. 연구 대상자 특성에 따른 미충족의료의 발생

#### 가. 연구 대상자 특성에 따른 전반적 미충족의료의 발생

연구대상자 특성에 따른 미충족의료의 발생여부를 2012년 기준으로 살펴본 결과(표 4), 전체 연구 대상자 10,261명 중에서 미충족의료 경험률은 16.2%였다. 소인성 요인 중 성별에 있어서 남성 14.1%보다 여성 17.9%로 높았다( $p<.0001$ ). 연령에 있어서 연령이 증가할수록 미충족의료 경험률이 높아지는 경향이 있었다( $p<.0001$ ). 가능성 요인 중 교육수준과 경제수준에 있어서 교육수준과 경제수준이 낮을수록 미충족의료 경험률이 높아지는 경향이 보였다( $p<.0001$ ). 의료보장 형태에 있어서는 의료급여자인 경우 25.5%로 건강보험 가입자인 15.8%보다 미충족의료 경험률이 높았다( $p<.0001$ ). 경제활동 참여 변화에 있어서 미충족의료 경험률은 참여/불참인 사람의 경우 18.8%로 가장 높았고 불참/불참인 사람의 경우 15.9%로 가장 낮았다( $p=0.4352$ ). 요구 요인 중 만성질환에 있어서 만성질환을 많이 가질수록 미충족의료 경험률이 높아지는 경향이 보였다( $p<.0001$ ). 장애 유무에서 장애가 있는 사람의 경우 22.8%로 없는 사람의 15.7%보다 높았다( $p<.0001$ ). 또한 주관적 건강상태에 있어서 건강상태가 나쁘다고 생각한 사람에서 24.2%로 건강상태가 좋다고 생각한 사람들의 12.4%보다 미충족의료 경험률 높았다( $p<.0001$ ).

표 4. 연구대상자 특성에 따른 미충족의료의 발생여부(2012년 기준)

변수	미충족의료		합	p-값
	없음	있음		
단위: 명(%)				
<b>성별</b>				
남성	3,854 (85.9)	632 (14.1)	4,486	<.0001
여성	4,742 (82.1)	1,033 (17.9)	5,775	
<b>연령</b>				
19-29	653 (90.1)	72 (9.9)	725	<.0001
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	
<b>교육수준</b>				
대학교 이상	3,032 (88.2)	406 (11.8)	3,438	<.0001
고등학교	2,796 (85.4)	478 (14.6)	3,274	
중학교	1,005 (82.9)	208 (17.1)	1,213	
초등학교 이하	1,763 (75.5)	573 (24.5)	2,336	
<b>경제수준</b>				
5분위(상위 20%)	2,006 (87.8)	279 (12.2)	2,285	<.0001
4분위(20~40%)	2,006 (87.6)	284 (12.4)	2,290	
3분위(40~60%)	1,791 (83.5)	353 (16.5)	2,144	
2분위(60~80%)	1,601 (82.2)	346 (17.8)	1,947	
1분위(하위 20%)	1,192 (74.7)	403 (25.3)	1,595	
<b>세대 형태</b>				
1인 가구	611 (76.0)	193 (24.0)	804	<.0001
부부	1,794 (82.4)	382 (17.6)	2,176	
부부+자녀	4,675 (86.3)	745 (13.7)	5,420	
기타	1,516 (81.5)	345 (18.5)	1,861	
<b>만성질환 유무</b>				
없음	3,167 (87.1)	471 (12.9)	3,638	<.0001
1개	1,688 (83.4)	335 (16.6)	2,023	
2개	1,169 (82.4)	249 (17.6)	1,418	
3개 이상	2,572 (80.8)	610 (19.2)	3,182	
<b>장애 유무</b>				
없음	8,059 (84.3)	1,506 (15.7)	9,565	<.0001
있음	537 (77.2)	159 (22.8)	696	
<b>주관적 건강상태</b>				
좋음	6,062 (87.6)	855 (12.4)	6,917	<.0001
나쁨	2,534 (75.8)	810 (24.2)	3,344	
<b>의료보장 형태</b>				
건강보험 가입자	8,231 (84.2)	1,540 (15.8)	9,771	<.0001
의료급여	365 (74.5)	125 (25.5)	490	

표 4. 연구대상자 특성에 따른 미충족의료의 발생여부 (계속)

변수	미충족의료		합	p-값
	없음	있음		
단위: 명(%)				
<b>2011년 미충족의료</b>				
없음	7,601 (87.1)	1,130 (12.9)	8,731	<.0001
있음	995 (65.0)	535 (35.0)	1,530	
<b>경제활동 참여변화</b>				
참여 → 참여	4,786 (83.8)	924 (16.2)	5,710	0.4352
참여 → 불참	364 (81.3)	84 (18.8)	448	
불참 → 참여	458 (83.0)	94 (17.0)	552	
불참 → 불참	2,988 (84.1)	563 (15.9)	3,551	
<b>계</b>	<b>8,596 (83.8)</b>	<b>1,665 (16.2)</b>	<b>10,261 (100.0)</b>	

## 나. 연구 대상자 특성에 따른 원인별 미충족의료의 발생

연구대상자 특성에 따른 원인별 미충족의료의 발생여부를 2012년 기준으로 살펴본 결과(표 5), 전체 미충족医료를 경험한 대상자 1,665명중에 601(36.1%)명이 경제적 부담으로 인한 미충족医료를 발생하였고 508(30.5%)명이 시간이 없음으로 인한 미충족医료를 발생하였고 나머지 556(33.4%)명이 기타 이유로 인한 미충족医료를 발생하였다.

경제적 부담으로 인한 미충족의료인 경우 전반적으로 보았을 때 연령이 증가할수록, 경제수준이 낮아질수록, 만성질환 많이 가질수록, 미충족의료 경험률이 높아지는 경향이 보였다. 장애 있는 사람이 장애 없는 사람보다, 주관적 건강상태가 나쁘다고 생각하는 사람이 좋다고 생각하는 사람보다, 의료급여 인 사람이 건강보험 가입자보다 미충족의료 경험률이 높았다. 또한 세대 형태에 있어서 1인 가구가 가장 높았고 부부와 자녀의 가구가 가장 낮았다. 경제활동 참여변화에 있어서 참여/불참인 사람이 56%로 가장 높은 반면 참여/참여인 사람이 26.9%로 미충족의료 경험률이 가장 낮았다.

시간적 이유로 인한 미충족의료인 경우 거의 경제적 부담으로 인한 미충족의료의 경험률과 반대현상을 보였다. 연령이 낮아질수록, 교육수준이 높을수록, 경제수준이 높을수록, 만성질환 적게 가질수록, 부부와 자녀의 가구인 경우, 장애 없는 경우, 주관적 건강상태가 좋다고 생각하는 사람인 경우, 건강보험 가입자인 경우, 참여/참여자인 경우에 미충족의료 경험률이 높았다.

기타 이유로 인한 미충족의료인 경우 연령이 낮을수록 미충족의료 경험률이 높아지는 경향이 보였다. 경제활동 참여변화에 있어서 불참/불참인 사람이 43.0%로 미충족의료 경험률이 가장 높았고 불참/참여 인 사람이 27.7%로 가장 낮았다.

표 5. 연구대상자 특성에 따른 원인별 미충족의료의 발생여부 (2012 년 기준)

단위: 명(%)

변수	원인별 미충족의료의 발생						합	p-값
	경제적 이유		시간적 이유		기타 이유			
<b>성별</b>								
남성	222	(35.1)	207	(32.8)	203	(32.1)	632	0.2954
여성	379	(36.7)	301	(29.1)	353	(34.2)	1,033	
<b>연령</b>								
19-29	14	(19.4)	27	(37.5)	31	(43.1)	72	<.0001
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	
<b>교육수준</b>								
대학교 이상	82	(20.2)	179	(44.1)	145	(35.7)	406	<.0001
고등학교	139	(29.1)	174	(36.4)	165	(34.5)	478	
중학교	83	(39.9)	54	(26.0)	71	(34.1)	208	
초등학교 이하	297	(51.8)	101	(17.6)	175	(30.5)	573	
<b>경제수준</b>								
5 분위(상위 20%)	17	(6.1)	138	(49.5)	124	(44.4)	279	<.0001
4 분위(20~40%)	75	(26.4)	122	(43.0)	87	(30.6)	284	
3 분위(40~60%)	97	(27.5)	129	(36.5)	127	(36.0)	353	
2 분위(60~80%)	162	(46.8)	80	(23.1)	104	(30.1)	346	
1 분위(하위 20%)	250	(62.0)	39	(9.7)	114	(28.3)	403	
<b>세대 형태</b>								
1 인 가구	96	(49.7)	37	(19.2)	60	(31.1)	193	<.0001
부부	170	(44.5)	81	(21.2)	131	(34.3)	382	
부부+자녀	175	(23.5)	298	(40.0)	272	(36.5)	745	
기타	160	(46.4)	92	(26.7)	93	(27.0)	345	
<b>만성질환 유무</b>								
없음	102	(21.7)	195	(41.4)	174	(36.9)	471	<.0001
1 개	86	(25.7)	129	(38.5)	120	(35.8)	335	
2 개	107	(43.0)	70	(28.1)	72	(28.9)	249	
3 개이상	306	(50.2)	114	(18.7)	190	(31.1)	610	
<b>장애 유무</b>								
없음	518	(34.4)	487	(32.3)	501	(33.3)	1,506	<.0001
있음	83	(52.2)	21	(13.2)	55	(34.6)	159	
<b>주관적 건강상태</b>								
좋음	220	(25.7)	304	(35.6)	331	(38.7)	855	<.0001
나쁨	381	(47.0)	204	(25.2)	225	(27.8)	810	
<b>의료보장 형태</b>								
건강보험 가입자	521	(33.8)	500	(32.5)	519	(33.7)	1,540	<.0001
의료급여	80	(64.0)	8	(6.4)	37	(29.6)	125	

표 5. 연구대상자 특성에 따른 원인별 미충족의료의 발생여부 (계속)

단위: 명(%)

변수	원인별 미충족의료의 발생			합	p-값
	경제적 이유	시간적 이유	기타 이유		
<b>2011 년</b>					
<b>원인별 미충족의료</b>					
없음	384 (34.0)	364 (32.2)	382 (33.8)	1,130	0.0195
있음	217 (40.6)	144 (26.9)	174 (32.5)	535	
<b>경제활동 참여변화</b>					
참여 → 참여	249 (26.9)	413 (44.7)	262 (28.4)	924	<.0001
참여 → 불참	47 (56.0)	11 (13.1)	26 (31.0)	84	
불참 → 참여	32 (34.0)	36 (38.3)	26 (27.7)	94	
불참 → 불참	273 (48.5)	48 (8.5)	242 (43.0)	563	
<b>계</b>	<b>601 (36.1)</b>	<b>508 (30.5)</b>	<b>556 (33.4)</b>	<b>1,665</b>	

## 2. 미충족의료 관련 요인

### 가. 전반적 미충족의료 관련 요인

전반적인 미충족의료에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(표 6). 다변량 로지스틱 회귀분석의 결과에서 다른 변수를 통제한 후 소인성 요인 중 남성에 비해 여성의 전반적 미충족의료 발생할 비차비는 1.17(95% CI: 1.02-1.34)로 높았다. 교육수준에서 대졸이상인 경우에 비해 고졸인 경우 미충족의료 발생할 비차비는 1.16로 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았고 중졸인 경우 1.55(95% CI: 1.21-2.00)로, 초등학교 이하인 경우는 2.07(95% CI: 1.62-2.65)로 높았다. 세대 형태에 있어서 1인가구에 비해 부부와 자녀로 구성된 세대형태인 경우 미충족의료 발생할 비차비는 0.76(95% CI: 0.59-0.97)로 낮았다.

가능성 요인 중 경제수준에 있어서 5분위인 사람에 비해 4분위인 사람들의 미충족의료 발생할 비차비는 0.97였으나 통계적으로 유의하지 않았고 3분위, 2분위, 그리고 1분위인 경우 각각의 비차비는 1.27, 1.22, 1.59로 통계적으로 유의하게 높았다. 경제활동참여 변화에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 미충족의료 발생할 비차비는 0.93였으나 통계적으로 유의하지 않았고 불참여/불참여인 사람의 비차비는 1.06였으나 통계적으로 유의하지 않았고 불참여/불참여인 사람의 비차비는 0.80(95% CI: 0.68-0.93)로 낮았다.



표 6. 전반적 미충족의료에 영향을 미치는 요인

단위: 비차비 (95%신뢰구간)

변수	보정전 비차비			보정후 비차비		
<b>성별</b>						
남성	1.00			1.00		
여성	1.30	(1.15 - 1.46)	***	1.17	(1.02 - 1.34)	**
<b>연령</b>						
19-29	1.00			1.00		
30-39	1.37	(1.00 - 1.87)	*	1.15	(0.84 - 1.59)	
40-49	1.59	(1.19 - 2.12)	**	1.23	(0.90 - 1.67)	
50-59	1.88	(1.41 - 2.51)	***	1.15	(0.82 - 1.60)	
60-69	1.72	(1.28 - 2.31)	***	0.82	(0.57 - 1.19)	
≥70	2.18	(1.64 - 2.90)	***	0.74	(0.50 - 1.08)	
<b>교육수준</b>						
대학교 이상	1.00			1.00		
고등학교	1.31	(1.12 - 1.52)	***	1.16	(0.98 - 1.38)	
중학교	1.71	(1.40 - 2.08)	***	1.55	(1.21 - 2.00)	**
초등학교 이하	2.45	(2.11 - 2.85)	***	2.07	(1.62 - 2.65)	***
<b>경제수준</b>						
5분위	1.00			1.00		
4분위	1.04	(0.86 - 1.26)		0.97	(0.80 - 1.19)	
3분위	1.40	(1.17 - 1.69)	***	1.27	(1.04 - 1.54)	*
2분위	1.61	(1.34 - 1.94)	***	1.22	(1.00 - 1.50)	**
1분위	2.35	(1.96 - 2.83)	***	1.59	(1.26 - 2.01)	***
<b>세대 형태</b>						
1인 가구	1.00			1.00		
부부	0.71	(0.57 - 0.88)	**	0.83	(0.66 - 1.05)	
부부+자녀	0.52	(0.43 - 0.63)	***	0.76	(0.59 - 0.97)	*
기타	0.78	(0.63 - 0.98)	*	0.93	(0.72 - 1.19)	
<b>만성질환 유무</b>						
없음	1.00			1.00		
1개	1.32	(1.12 - 1.55)	**	1.19	(1.00 - 1.43)	
2개	1.32	(1.10 - 1.59)	**	1.06	(0.86 - 1.30)	
3개 이상	1.58	(1.37 - 1.82)	***	1.01	(0.83 - 1.24)	
<b>장애 유무</b>						
없음	1.00			1.00		
있음	1.65	(1.35 - 2.02)	***	1.13	(0.89 - 1.43)	
<b>주관적 건강상태</b>						
좋음	1.00			1.00		
나쁨	2.33	(2.07 - 2.62)	***	2.00	(1.76 - 2.27)	***
<b>의료보장 형태</b>						
건강보험 가입자	1.00			1.00		
의료급여	1.97	(1.56 - 2.47)	***	1.06	(0.81 - 1.39)	

표 6. 전반적 미충족의료에 영향을 미치는 요인(계속)

변수	단위: 비차비 (95%신뢰구간)	
	보정전 비차비	보정후 비차비
<b>2011년 미충족의료</b>		
없음	1.00	1.00
있음	3.83 (3.35 - 4.39) ***	3.62 (3.15 - 4.17) ***
<b>경제활동 참여변화</b>		
참여 → 참여	1.00	1.00
참여 → 불참	1.15 (0.88 - 1.51)	0.93 (0.70 - 1.24)
불참 → 참여	1.10 (0.86 - 1.42)	1.06 (0.81 - 1.39)
불참 → 불참	0.94 (0.83 - 1.07)	0.80 (0.68 - 0.93) ***

\*, p<0.05, \*\*, p<0.01, \*\*\*, p<0.001

## 나. 나이에 따른 전반적 미충족의료 관련 요인

연령(19세~39세, 40세~59세, 60세 이상)으로 세부그룹을 나누어서 보았을 때 연령에 따라 전반적인 미충족의료에 영향을 미치는 요인들의 차이가 있는지를 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(표 7).

연령에 따라 전반적 미충족의료에 영향을 미치는 공동적인 요인은 주관적 건강상태였다. 19세~39세, 40세~59세, 60세 이상 각각의 미충족의료 발생할 비차비는 2.81(95% CI: 2.05-3.85), 1.93(95% CI: 1.59-2.33), 1.69(95% CI: 1.40-2.04)였다. 19세~39세에서 가장 높았다.

19세~39세에서 만성질환 유무가 가장 영향을 많이 주는 요인이었다. 만성질환에 있어서 만성질환이 없는 사람에 비해 1개를 가진 사람의 전반적 미충족의료 발생할 비차비는 1.57(95% CI: 1.11-2.23)로 높았고 2개를 가진 사람은 0.86로 낮았는데 통계적으로 유의하지 않았다, 그리고 만성질환 3개 이상을 가진 사람은 2.69(95% CI: 1.30-5.58)로 높았다. 경제활동 참여변화에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 전반적 미충족의료 발생할 비차비는 0.44(95% CI: 0.21-0.89)로 낮았고 불참여/불참여인 사람은 0.67(95% CI: 0.47-0.96)로 낮았고 불참여/참여인 사람은 0.90로 조금 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

40세~59세는 교육수준이 가장 영향을 많이 주는 요인이었다. 교육수준에 있어서 교육수준이 낮을수록 전반적 미충족의료 발생할 비차비가 증가하는 경향을 보였다. 대졸인 사람에 비해 중졸, 초등학교이하인 사람은 각각 전반적 미충족의료 발생할 비차비는 1.72(95% CI: 1.24-2.38), 2.21(95% CI: 1.55-3.15)로 높았고 고졸인 사람은 1.10로 조금 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 경제활동 참여변화에 있어서 통계적으로 유의한 결과가 없었다.

60세 이상 연령계층을 보았을 때, 경제수준이 가장 영향을 많이 주는 요인이었다. 경제수준에 있어서 경제수준이 낮을수록 전반적 미충족의료 발생할 비차비가 증가하는 경향을 보였다. 경제수준 5분위인 사람보다 4분위, 3분위, 2분위, 1분위에서 각각의 전반적 미충족의료 발생할 비차비는 1.32(95% CI: 0.84-2.08), 1.97(95% CI: 1.29-2.99), 1.75(95% CI: 1.16-4.21), 2.79(95% CI: 1.85-4.21)로 높았다(4분위는 통계적으로 유의하지 않았다).

표 7. 연령층별 전반적 미충족의료에 영향을 미치는 요인

단위: 비차비 (95%신뢰구간)

변수	19-39 세		40-59 세		60 세 이상	
<b>성별</b>						
남성	1.00		1.00		1.00	
여성	1.21	(0.87 - 1.67)	1.21	(0.99 - 1.49)	1.08	(0.87 - 1.34)
<b>교육수준</b>						
대학교이상	1.00		1.00		1.00	
고등학교	1.39	(1.00 - 1.95)	1.10	(0.88 - 1.37)	0.89	(0.57 - 1.39)
중학교	0.82	(0.16 - 4.30)	1.72	(1.24 - 2.38)	**	1.00 (0.63 - 1.57)
초등학교이하	0.79	(0.01 - 78.60)	2.21	(1.55 - 3.15)	***	1.44 (0.94 - 2.20)
<b>경제수준</b>						
5분위	1.00		1.00		1.00	
4분위	0.89	(0.58 - 1.35)	0.97	(0.75 - 1.26)	1.32	(0.84 - 2.08)
3분위	0.93	(0.60 - 1.46)	1.34	(1.03 - 1.75)	*	1.97 (1.29 - 2.99) **
2분위	1.72	(1.11 - 2.67)	**	1.02 (0.76 - 1.36)	1.75	(1.16 - 2.63) **
1분위	0.51	(0.16 - 1.68)	1.39	(0.90 - 2.14)	2.79	(1.85 - 4.21) ***
<b>세대 형태</b>						
1인 가구	1.00		1.00		1.00	
부부	0.66	(0.25 - 1.72)	0.65	(0.35 - 1.19)	0.91	(0.71 - 1.18)
부부+자녀	0.62	(0.32 - 1.19)	0.58	(0.34 - 0.99)	1.07	(0.75 - 1.51)
기타	0.64	(0.31 - 1.32)	0.80	(0.46 - 1.39)	1.11	(0.82 - 1.50) *
<b>만성질환 유무</b>						
없음	1.00		1.00		1.00	
1개	1.57	(1.11 - 2.23)	**	1.08 (0.85 - 1.36)	0.99	(0.65 - 1.51)
2개	0.86	(0.44 - 1.67)	0.94	(0.71 - 1.25)	1.13	(0.76 - 1.68)
3개이상	2.69	(1.30 - 5.58)	*	0.88 (0.67 - 1.15)	0.93	(0.65 - 1.33)
<b>장애 유무</b>						
없음	1.00		1.00		1.00	
있음	0.66	(0.10 - 4.43)	1.06	(0.67 - 1.67)	1.21	(0.92 - 1.58)
<b>주관적 건강상태</b>						
좋음	1.00		1.00		1.00	
나쁨	2.81	(2.05 - 3.85)	***	1.93 (1.59 - 2.33)	***	1.69 (1.40 - 2.04) ***
<b>의료보장 형태</b>						
건강보험 가입자	1.00		1.00		1.00	
의료급여	2.07	(0.64 - 6.65)	1.14	(0.68 - 1.93)	0.99	(0.72 - 1.35)
<b>2011년 미충족의료</b>						
없음	1.00		1.00		1.00	
있음	3.99	(2.81 - 5.65)	***	3.69 (3.02 - 4.50)	***	3.49 (2.80 - 4.35) ***
<b>경제활동 참여변화</b>						
참여 → 참여	1.00		1.00		1.00	
참여 → 불참	0.44	(0.21 - 0.89)	*	1.39 (0.89 - 2.17)	0.89	(0.59 - 1.36)
불참 → 참여	0.90	(0.55 - 1.49)	1.31	(0.87 - 1.97)	0.82	(0.52 - 1.31)
불참 → 불참	0.67	(0.47 - 0.96)	*	0.83 (0.64 - 1.08)	0.78	(0.63 - 0.96) *

\*: p<0.05, \*\*: p<0.01, \*\*\*: p<0.001

### 3. 경제활동 참여 변화와 원인별 미충족의료의 관계

#### 가. 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향

다른 변수들을 다 통제하고 나서 경제활동 참여변화가 각 원인별 미충족의료(경제적 이유, 시간적 이유, 기타 이유)에 어떤 영향을 미치는지를 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(표 8).

경제적 이유로 인한 미충족医료를 보았을 때, 경제활동 참여변화에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 경제적 미충족의료 발생할 비차비는 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 0.99로 거의 비슷하였는데 통계적으로 유의하지는 않았다.

시간적 이유로 인한 미충족医료를 보았을 때, 경제활동 변화에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 시간적 미충족의료 발생할 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 0.84로 조금 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

기타이유로 인한 미충족医료를 보았을 때, 경제활동 변화에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 기타이유로 인한 미충족의료 발생할 비차비는 1.88(95% CI: 1.08-3.28)로 높았고, 불참여/불참여인 사람의 비차비는 2.81(95% CI: 2.08-3.78)로 높았으나 불참여/참여인 사람의 비차비는 1.20로 조금 낮았으며 통계적으로 유의하지는 않았다.

표 8. 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향

단위: 비차비 (95%신뢰구간)

변수	경제적 이유		시간적 이유		기타 이유				
<b>성별</b>									
남성	1.00		1.00		1.00				
여성	0.79	(0.59 - 1.06)	1.21	(0.90 - 1.61)	1.02	(0.79 - 1.32)			
<b>연령</b>									
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)	
<b>교육수준</b>									
대학교 이상	1.00		1.00		1.00				
고등학교	0.87	(0.58 - 1.29)	1.02	(0.72 - 1.45)	1.20	(0.85 - 1.69)			
중학교	1.07	(0.63 - 1.82)	0.77	(0.46 - 1.30)	1.18	(0.74 - 1.89)			
초등학교 이하	1.08	(0.66 - 1.75)	0.91	(0.54 - 1.52)	1.01	(0.64 - 1.58)			
<b>경제수준</b>									
5분위	1.00		1.00		1.00				
4분위	5.05	(2.76 - 9.25)	***	0.93	(0.64 - 1.37)	0.53	(0.36 - 0.78)	***	
3분위	4.51	(2.49 - 8.17)	***	0.87	(0.59 - 1.30)	0.68	(0.47 - 0.99)	*	
2분위	9.73	(5.40 - 17.50)	***	0.52	(0.34 - 0.81)	**	0.46	(0.30 - 0.70)	***
1분위	12.39	(6.59 - 23.30)	***	0.39	(0.22 - 0.71)	***	0.37	(0.23 - 0.60)	***
<b>세대 형태</b>									
1인 가구	1.00		1.00		1.00				
부부	1.20	(0.76 - 1.88)	0.66	(0.37 - 1.21)	1.22	(0.79 - 1.90)			
부부+자녀	1.42	(0.84 - 2.42)	0.70	(0.39 - 1.27)	0.97	(0.61 - 1.53)			
기타	2.45	(1.46 - 4.12)	***	0.48	(0.26 - 0.89)	*	0.78	(0.49 - 1.26)	
<b>만성질환 유무</b>									
없음	1.00		1.00		1.00				
1개	1.11	(0.73 - 1.67)	1.18	(0.83 - 1.67)	0.86	(0.60 - 1.21)			
2개	1.45	(0.94 - 2.26)	1.05	(0.68 - 1.61)	0.70	(0.46 - 1.05)			
3개이상	1.45	(0.95 - 2.21)	0.99	(0.65 - 1.51)	0.69	(0.47 - 1.00)			
<b>장애 유무</b>									
없음	1.00		1.00		1.00				
있음	0.85	(0.55 - 1.30)	0.88	(0.48 - 1.63)	1.21	(0.79 - 1.84)			
<b>주관적 건강상태</b>									
좋음	1.00		1.00		1.00				
나쁨	1.53	(1.18 - 2.00)	***	1.05	(0.80 - 1.38)	0.65	(0.50 - 0.83)	***	
<b>의료보장 형태</b>									
건강보험 가입자	1.00		1.00		1.00				
의료급여	1.53	(0.91 - 2.56)	0.40	(0.17 - 0.93)	*	0.78	(0.46 - 1.34)		

표 8. 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향(계속)

단위: 비차비 (95%신뢰구간)

변수	경제적 이유			시간적 이유			기타 이유		
<b>2011 년</b>									
<b>이유별 미충족의료</b>									
없음	1.00			1.00			1.00		
있음	2.62	(1.80 - 3.82)	***	1.79	(1.19 - 2.69)	**	3.31	(2.28 - 4.81)	***
<b>경제활동 참여변화</b>									
참여 → 참여	1.00			1.00			1.00		
참여 → 불참	2.30	(1.33 - 3.96)	**	0.18	(0.08 - 0.39)	***	1.88	(1.08 - 3.28)	*
불참 → 참여	0.99	(0.57 - 1.73)		0.84	(0.51 - 1.40)		1.20	(0.68 - 2.11)	
불참 → 불참	1.39	(1.02 - 1.88)	*	0.19	(0.13 - 0.29)	***	2.81	(2.08 - 3.78)	***

\*: p<0.05, \*\*: p<0.01, \*\*\*: p<0.001



## 나. 나이에 따른 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향

연령계층(19세~39세, 40세~59세, 60세 이상)으로 세부그룹을 나누어서 보았을 때 다른 변수들을 다 통제하고 나서 경제활동 참여변화가 각 원인별 미충족의료에 어떤 영향을 미치는지를 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(표 9).

19세~39세 연령계층에서, 경제적 부담으로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람, 불참여/참여인 사람, 불참여/불참여인 사람의 각각의 경제적 미충족의료 발생할 비차비는 1.00, 1.71, 1.68였으나 통계적으로 유의한 결과가 없었다. 시간적 이유로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 시간적 미충족의료 발생할 비차비는 0.07(95% CI: 0.01-0.79)로 낮았고, 불참여/불참여인 사람의 비차비는 0.21(95% CI: 0.09-0.51)로 낮았으며, 불참여/참여인 사람의 비차비는 0.78로 조금 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 기타 이유로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 기타 이유로 인한 미충족의료는 9.10(95% CI: 1.15-71.86)로 많이 높았고, 불참여/불참여인 사람의 비차비는 3.24(95% CI: 1.45-7.25)로 높았으며, 불참여/참여인 사람의 비차비는 0.94로 조금 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

40세~59세 연령계층에서, 경제적 이유로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 경제적 미충족의료는 2.41(95% CI: 1.07-5.44)로 높았고, 불참여/불참여인 사람의 비차비는 1.05로 낮았(통계적으로 유의하지 않았다) 불참여/참여인 사람의 비차비는 0.33(95% CI: 0.11-0.97)로 많이 낮았다. 시간적 이유로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참여인 사람의 시간적 미충족의료 발생할 비차비는 0.24(95% CI: 0.09-0.65)로

낮았고 불참/불참인 사람의 비차비는 0.21(95% CI: 0.11-0.38)로 낮았으며, 불참/참여인 사람의 비차비는 1.03로 조금 높아졌으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 기타 이유로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람들의 비차비는 4.18(95% CI: 2.50-6.98)로 높았다.

60세 이상 연령계층에서, 경제적 부담으로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참인 사람의 경제적 미충족의료 발생할 비차비는 3.35(95% CI: 1.36-8.27)로 많이 높았고 불참/불참인 사람의 비차비는 1.71(95% CI: 1.14-2.54)로 높았고 불참/참여인 사람들 비차비는 3.25(95% CI: 1.35-7.78)로 높았다. 시간적 이유로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참인 사람들의 시간적 미충족의료는 0.04(95% CI: 0.01-0.79)로 많이 낮았고 불참/불참인 사람의 비차비는 0.10(95% CI: 0.05-0.21)로 낮았으며, 불참/참여인 사람의 비차비는 0.29(95% CI: 0.10-0.91)로 낮았다. 기타 이유로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람이 기타이유로 인한 미충족의료가 발생할 비차비는 2.04(95% CI: 1.33-3.10)로 통계적으로 유의하게 높았다.

표 9. 연령층간 경제활동 참여변화가 원인별 미충족 의료에 미치는 영향의 비교

단위: 비차비 (95% 신뢰구간)

분류	19-39 세			40-59 세			60 세 이상		
<b>경제적 이유</b>									
참여→참여	1.00			1.00			1.00		
참여→불참	1.00	(0.15 - 6.83)		2.41	(1.07 - 5.44)	*	3.35	(1.36 - 8.27)	*
불참→참여	1.71	(0.39 - 7.40)		0.33	(0.11 - 0.97)	*	3.25	(1.35 - 7.78)	*
불참→불참	1.68	(0.57 - 4.96)		1.05	(0.62 - 1.78)		1.71	(1.14 - 2.54)	**
<b>시간적 이유</b>									
참여→참여	1.00			1.00			1.00		
참여→불참	0.07	(0.01 - 0.79)	*	0.24	(0.09 - 0.65)	**	0.04	(0.00 - 0.37)	*
불참→참여	0.78	(0.26 - 2.39)		1.03	(0.51 - 2.10)		0.29	(0.10 - 0.91)	*
불참→불참	0.21	(0.09 - 0.51)	***	0.21	(0.11 - 0.38)	***	0.10	(0.05 - 0.21)	***
<b>기타 이유</b>									
참여→참여	1.00			1.00			1.00		
참여→불참	9.10	(1.15 - 71.86)	*	1.80	(0.79 - 4.08)		1.21	(0.54 - 2.73)	*
불참→참여	0.94	(0.26 - 3.44)		2.23	(0.92 - 5.41)		0.74	(0.29 - 1.92)	
불참→불참	3.24	(1.45 - 7.25)	**	4.18	(2.50 - 6.98)	***	2.04	(1.33 - 3.10)	**

주: \*, p<0.05, \*\*, p<0.01, \*\*\*, p<0.001

각각의 비차비는 성별, 연령, 교육수준, 경제수준, 세대 형태, 만성질환 유무, 장애 유무, 주관적 건강상태, 의료보장 형태, 2011년 원인별 미충족의료 발생 여부를 보정한 결과이다.

## V. 고찰

### 1. 연구 방법에 대한 고찰

이 연구는 한국보건사회연구원와 국민건강보험공단이 공동으로 조사한 4차(2011년)과 5차(2012년) 한국의료패널 자료를 사용하여 한국 성인의 전반적인 미충족의료에 대한 현황을 파악하고, 경제활동 참여변화과 미충족의료의 관계를 확인하기 위해 2012년 기준으로 분석하였다.

이 연구는 미충족의료에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서 앤더슨 사회행태학적 모형(Anderson's Behavioral Model of Health Services Use)를 사용하였다. 이 모형은 미충족의료에 영향을 미치는 요인을 분석하는 모형으로 널리 사용되고 있다(Newacheck et al., 2000; Feinberg et al., 2010; Cavalieri, 2013). 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(이태진, 2009). 미충족의료에 영향을 미치는 요인을 분석하는 연구들에서는 Anderson이 제시한 접근법을 기본 모형으로 두고 연구 목적에 따라 조금씩 변형한 접근법을 사용하기도 한다(허성주, 2010).

앤더슨 모형에서 제시한 각각의 요인들에 대하여 구체적으로 살펴보면, 우선 소인성 요인(predisposing factors)은 의료이용에 대한 욕구 발생 이전부터 개인의 의지와 상관없이 이미 지니고 있는 특성들로 인구사회학적 변수(성, 연령, 혼인상태), 사회구조적 변수(교육수준, 직업), 건강에 대한 신념과 태도로

구성된다(변용찬, 2007; 허성주, 2010).

가능 요인(enabling factors)은 의료이용을 가능하게 하는 개인 및 지역사회  
의 자원을 말하는 것으로서 주로 소득과 가구원수, 의료보장형태, 민간의료보  
험 가입 여부와 같은 변수들이 포함되며, 그 중에서 소득은 미충족의료와 관  
련해서 대부분 유의한 영향을 미쳤다(김진구, 2007; 송경신, 2011; 양진영, 2010;  
허성주, 2010).

요구 요인(need factors)은 개인의 장애나 질병의 수준과 관련된 질병 요인  
으로 의료서비스를 이용하는 데 직접적인 원인이 되는 요인들이다(변용찬,  
2007; 송태민, 2013). 주로 주관적인 건강상태, 만성질환 유무, 장애 여부와 같  
은 변수들이 포함된다.

이 연구에서 소인성 요인은 연령, 성별, 교육수준, 가구 형태가 포함 되었  
고 가능성요인에서는 경제활동 참여변화, 경제수준, 의료보험 형태가 포함 되  
었다. 그리고 요구 요인에서는 만성질환 여부, 장애 여부, 주관적 건강상태가  
포함 되었다.

이 연구의 연구설계방법은 기본적으로 단면연구이기 때문에 단면연구의 제  
한점으로서, 각 요인과 미충족의료의 방향에 대한 해석상의 혼란이 제기될 수  
있다. 이러한 점을 최대한 극복하기 위해 2011년에 미충족의료 발생했는지  
를 통제변수로 만들어서 모형에 넣어 분석하였다. 따라서 결과 해석의 방향성  
에 대한 문제는 어느 정도 해결되었다고 판단된다.

이 연구의 제한점으로는 첫째, 종속변수인 미충족医료를 측정하는 데 있  
어서의 정확성에 문제가 있었다. 설문조사로 파악하는 것은 응답자의 사회경  
제적 및 인구학적 특성에 따른 차이를 파악할 수 있지만 주관적 판단에 의존  
하는 것이라 개인의 인식이 사회경제적 수준이나 인지 및 회상오류 등에 영향  
을 받는다면 실제 차이는 정확하지 못할 수 있다(양진영, 2010; Sherbourne et al.,

2001). 둘째, 단면연구가 가지는 한계점이다. 전반적 미충족의료에 영향을 미치는 요인들을 살펴 보았을 때 2012년은 기준으로 1개 년도만 이용하였다. 이러한 점을 최대한 극복하기 위해 앞선 언급했듯이 2011년 미충족의료를 발생했는지를 보정하였다.

이러한 제한점에도 불구하고, 대표성 있는 대규모 인구 집단을 대상으로 한 의료패널 자료를 이용하여 패널자료의 장점을 살려 경제활동 참여의 동태적 변화와 원인별 미충족의료의 관련성을 살펴보았다. 의료보장 제도의 평가와 의료보장정책 수립을 위한 기초자료를 제시하였다는 데 있어 의의가 있다고 할 수 있다.

## 2. 연구 결과에 대한 고찰

이 연구는 19세 이상 성인의 16.2%가 2012년 한 해 동안 미충족 의료요구를 경험한 결과를 보여주었다. 이는 2012년 국민 건강영양조사에서의 성인(만 19세 이상) 미충족의료율인 16.7%에 비슷하였다(질병관리본부, 2014). 국민 건강영양조사에 따르면 2009부터 5년간 추세가 22.2%(2007), 22.8%, (2008), 23.9%(2009), 20.3%(2010), 16.7%(2012) 였다(질병관리본부, 2014). 지역사회건강조사자료의 경우 14.8%(2008), 23.9%(2009), 16.0%(2010) 였다. 국민건강영양조사와 지역사회건강조사 자료 모두 2009년을 기점으로 미충족의료율이 감소하는 것을 볼 수 있다. 2009년 전 미충족의료 경험률의 증가는 여러 원인이 있겠으나 2008년 세계금융위기 이후 경기 침체, 중산층의 소득 비중 감소와 같은 경제적인 이유가 반영된 것으로 추측해 볼 수 있다(강문혜, 2013). 2012년의 미충족의료율은 16.7%(남자 12.3%, 여자 20.8%)였으나 유럽연합 27개 국가의 미치

료율 남자 5.9%, 여자 6.7%와 비교하면 남자는 약 2배, 여자는 약 3배 높았다(OECD, 2012).

미충족의료 사유에서는 전체적으로 봤을 때 경제적 이유(치료비용 부담)로 인한 미충족의료 경험율은 35.4%로 가장 높았고 다음으로 ‘방문시간이 없다’라는 이유로 인한 미충족의료 경험률은 30.2%, ‘증세가 경미해서’라는 이유로 인한 미충족의료 경험율은 21.7%였다. 본 연구에서는 ‘증세가 경미해서’라는 이유와 다른 사유를 합쳐 기타 원인으로 인한 미충족의료로 정의를 하였다. 연령에 따라 원인별 미충족의료의 발생이 차이가 있었는데 20대에서는 기타 이유가 가장 높았고, 30대, 40대, 50대에서는 시간적 이유가 가장 높았고, 60세 이상에서는 경제적 이유가 가장 높았다. 국민건강영양조사에서 연간 미치료자 중 미치료 이유에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해 2010-2012년 자료를 통합하여 분석한 결과, ‘내가 갈 수 있는 시간에 병원들이 문을 열지 않아서’가 38.1%로 가장 높았고, ‘증상이 가벼워서’가 26.3%, ‘경제적인 이유로’가 18.4%로 이 세가지 순위가 미충족의료의 주된 이유로 나타났다. 국민건강영양조사 자료와 차이가 있는 것은 각 설문조사의 설문문항의 차이와 표본추출의 차이로 판단된다. 연령에 따라 미치료 이유의 차이가 있었는데 20-50대에서는 시간적 이유가 가장 높았고, 60대 이상에서는 경제적 이유가 가장 높게 나타나 본 연구와 일치하게 나왔다(질병관리본부, 2014). 국외의 경우와 비교해 보았을 때 OECD국가들 중 미충족의료의 원인으로는 경제적 원인(그리스, 이탈리아, 폴란드, 포르투갈), 대기시간(폴란드, 핀란드, 에스토니아), 교통 불편(노르웨이)이 주된 원인이었고, 여성과 저소득 계층에서는 경제적 원인으로 인한 미충족이 가장 많았다(OECD, 2011). 경제적 이유로 인한 미충족의료의 경우 영국은 소득 하위 50%와 상위 50%인 계층 간의 불 형평성이 낮았지만, 미국의 경우 소득 하위 50%인 성인 중 1/3이 경제적 원인으로 인한 미충족医료를 경험하

여 소득계층 간 불 형평성이 가장 컸다(Commonwealth Fund, 2010).

이 연구에서 전반적 미충족의료에 영향을 미치는 요인은 소인성 요인중에 성별, 교육수준, 가능성 요인중의 경제수준, 그리고 요구 요인의 주관적 건강상태가 있었다. 성별에 따라서는 남성보다 여성이 미충족의료 경험이 더 많았다. 일반적으로 남성보다 여성에서 미충족의료를 경험하는 것으로 알려져 있다(송경신, 2011). OECD국가와 북미국가에서 여성의 미충족 의료가 남성에 비해 높았던 것은 본 연구결과와도 동일하였다. 교육수준에 있어서는 교육수준이 낮을 수록 미충족의료 경험률이 더 높다라는 기존 연구결과와 일치하였다(김수정, 2008; 김진구, 2008; 신영전과 손정인, 2009; 허성주, 2010). 일반적으로 교육수준은 건강행위나 태도와 관련이 있어, 건강문제를 해결하는데 영향을 주어 상대적으로 학력이 높은 경우에 비해 낮은 경우에 미충족이 많이 발생한다(Lahelma et al., 2004). 경제수준에 있어서는 경제수준이 낮을 수록 미충족의료 경험률이 더 높은 것으로 조사된 선행 연구들과 일치하는 결과를 보였다(손수인 외, 2010; 이태진 외, 2009). 주관적 건강상태는 좋음에 비해 나쁨일 경우 미충족의료 확률이 2배 더 높은 것으로 나타났다. 주관적 건강상태는 간단한 주관적 평가이지만 사망률 등의 중요한 예측변수로 알려져 있다(Idle & Kasl, 1995). 송경신(2011)의 연구에서도 주관적 건강상태가 “좋다”고 생각한 사람들에 비해 “나쁘다”고 생각한 사람들의 미충족의료 경험이 1.9배 정도 높았는데, 일반적으로 사회경제적 지위가 낮은 사람들의 주관적 건강상태가 절대적 건강상태와 함께 사회경제적 지위에 영향을 받는다고 제시하였다.

연령계층에 따라 전반적 미충족의료에 영향을 미치는 요인들 중에 공통요인이 있으나 주요 영향을 미치는 요인의 차이도 보였다. 각 연령계층에서 주관적 건강상태라는 요인에서는 다 동일한 영향을 받았다. 건강상태가 좋다고 생각하는 사람에 비해 나쁘다고 생각하는 사람의 미충족의료의 발생이 높았다.



주관적 건강상태 외에 20대와 30대에서 영향을 많이 받았던 요인은 만성질환 유무였다. 만성질환이 없는 사람에 비해 만성질환을 많이 가질수록 미충족의료의 발생이 높아진 경향이 있었다. 40대와 50대에서 교육수준이라는 요인에서 영향을 많이 받았는데 교육수준에 있어서 교육수준이 낮을수록 미충족의료의 발생이 높아진 경향이 있었다. 60세 이상인 경우에서 경제수준이라는 요인에서 영향을 많이 받았는데 경제수준이 낮을수록 미충족의료의 발생이 높아진 경향이 있었다. 이 결과는 선행 연구에서 증거를 찾을 수 있다. 허순임, 김수정 등의 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(송경신, 2011; 허순임, 2009).

경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향에서는 다른 변수를 보정한 후 경제적 이유로 인한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람의 경제적 미충족의료 발생할 비차비가 1.39배 높았고 참여/불참인 사람은 2.3배 높았다. 이는 경제적 측면에서 이유를 찾아낼 수 있을 것이다. 특히 경제활동을 참여하다가 안 하게 된 경우에 수입중단이 되기 때문에 경제적인 부담이 갑자기 발생할 가능성이 높아 정책을 수립할 때 고려해야 되는 상황이다. 이는 2013년 5월 시행된 ‘임의계속가입제도’를 통해 실직자에게 건강보험 직장가입자 자격을 제공하는 제도이다. 직장에서 은퇴하거나 실직하면 건강보험 직장가입자에서 지역가입자로 바꾸면서 내야 할 보험료가 급증해 경제적 부담을 느끼는 실직 은퇴자에게 직장을 나오더라도 지역가입자로 자격이 곧바로 바뀌는 게 아니라 2년간은 직장을 다닐 때 납입하던 보험료를 그대로 낼 수 있게 해주고자 마련한 특례 완충장치이다. 시간적 이유로 인

한 미충족의료에 있어서 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람과 참여/불참인 사람의 시간적 미충족의료가 훨씬 덜 발생하였다. 이는 경제활동을 참여하지 않으면 일 때문에 발생하는 시간적 제약이 없어지기 때문이다.

연령에 따라 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향에서는 아주 다른 현상이 나타났다. 경제적 이유로 인한 미충족의료에 있어서 20대와 30대에서 경제활동 참여변화가 미충족의료에 미치는 영향은 통계적으로 유의하게 나오지는 않았으나 기타이유로 인한 미충족의료에서는 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람은 기타이유로 인한 미충족의료의 발생이 3배가 높았고 참여/불참인 사람은 9배가 더 높았다. 이는 젊은 사람들은 아직 완전히 부모님의 의존에서 벗어나지 않아 경제활동 참여여부가 생활에 크게 영향을 못 미치기 때문일 수 있다. 40대와 50대에서는 참여/참여인 사람에 비해 참여/불참인 사람의 경제적 이유로 인한 미충족의료의 발생이 2.41배 높았으나 불참/참여인 사람은 3배 정도로 줄어들었다. 60세 이상인 경우에는 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람은 경제적 이유로 인한 미충족의료의 발생은 1.71배 더 높았고 참여/불참인 사람은 3.35배 더 높았으며 불참/참여인 사람도 3.25배 더 높았다. 이는 여러 가지 원인이 있겠지만 한국에 노인들이 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 있다.

시간적 이유로 인한 미충족의료에서는 각 연령계층마다 다 비슷한 현상을 보이고 있다. 참여/참여인 사람에 비해 불참/불참인 사람과 참여/불참인 사람은 시간적 이유로 인한 미충족의료의 발생이 유의하게 낮았다. 60세 이상인 경우에는 불참/참여인 사람도 시간적 이유로 인한 미충족의료의 발생이 낮았다.

## VI. 결론

이 연구는 2011년과 2012년 한국의료패널 자료를 이용하여 총10,261명 성인을 대상으로 미충족의료의 현황과 영향 요인을 분석하여 연령계층간 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향의 차이를 살펴보았다. 한국의료패널 2012년 자료의 설문 결과는 16.2%가 미충족의료 있다고 응답하였으며, 이 중 경제적인 이유가 차지하는 비율은 36.1%였다.

의료 이용의 형평성을 완화시키는 데에 있어서 3 가지 보장성 강화가 필요하다. 첫째, 여성, 교육수준 낮은 계층, 저소득층, 그리고 주관적 건강상태 본인 인식이 나쁜 인구집단, 이런 취약계층과 집단에 따른 미충족의료 개선방안을 찾을 필요가 있다. 둘째, 젊은 인구집단 보다 40세 이상인 인구집단에 중점을 두고 보장성을 강화시킬 수 있는 대책을 찾아낼 필요가 있다. 40대와 50대 인구집단에서는 일자리 창출을 통해 경제적 미충족의료의 감소에 도움이 많이 될 수 있을 것이고, 60세 이상 인구집단에서는 의료이용에 있어서 의료비 감면이나 급여의 보장성을 높임과 같은 정책의 수립이 필요할 것이다. 셋째, 40세 이상인 인구집단에 공통적으로 주목해야 할 것은 경제활동 참여하다가 갑자기 안 하게 된 경우에 보험료나 의료비를 덜어주거나 보조해 주는 보장성 정책을 마련할 필요성이 있다.

한국 건강보험제도는 짧은 기간 동안 많은 발전을 이루어왔으나 국민의 건강수준 향상, 형평적인 접근성 등을 위해서 지속적인 연구를 통해 문제점을 파악하고 개선방안을 찾는 것이 필요하다. 삶의 질의 지표로 판단되기도 하는

미충족의료에 대한 분석을 통해서 의료 이용의 형평성 개선방안을 찾는 것은 국민건강증진을 위하여 굉장히 중요한 의미를 가지고 있다. 향후 패널자료를 활용하여 미충족의료의 추세, 추이, 그리고 동태를 살펴볼 연구가 더 필요할 것으로 생각된다.

## 참고문헌

- 강문혜. 지역적 특성에 따른 미충족 의료요구. 연세대학교 대학원, 2013.
- 강은정. 우리나라 건강수준의 OECD 국가들과의 비교. 보건복지포럼2010;167:104-12.
- 김수정. 우리나라 성인의 미충족 의료 현황. 서울대학교 대학원, 2008.
- 김정림. 신체기능 제한 노인의 수발에 대한 미충족 수요와 관련요인. 연세대학교 보건대학원, 2003.
- 김정희, 김영숙, 김명순. 보건소 이용 노인의 미충족 의료요구. 노인간호학회지 1999;1:172-80.
- 김진구. 저소득층의 의료 이용과 이용포기에 영향을 미치는 요인 -경기지역 자활사업 참여자를 중심으로. 사회복지연구 2007;34:29-53.
- 김진구. 저소득층의 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. 사회복지연구 2008;37:5-33.
- 김진형. 미충족 의료이용과 형평성에 영향을 미치는 요인. 연세대학교 대학원, 2012.
- 김태일, 허순임. 소득 계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제. 보건행정학회지 2008;18(4):23-48.
- 김한해. 성인 남성의 전립선비대증 미충족의료 연구. 서울대학교 보건대학원, 2005.
- 김민정. 노년기 경제활동 참여와 참여만족여부가 정신건강에 미치는 영향. 호서대학교 여성문화복지대학원, 2005.
- 박은철. 보장성강화정책의 현황과 방향. 의료정책포럼 2010;8(3):26-33.
- 박은철, 장성인. 한국 보건의료정책 문제의 진단. 대한의사협회지 2012;55:932-39.
- 박종영, 김종배, 한성현. 우리나라 일부지역 여성근로자의 보건의료 요구 및 이용 실태와 관련 요인 분석. 대한보건연구 2005;31:12.

- 변용찬. 2007 장애인 활동보조지원사업 실시 계획. 한국보건사회연구원 보건복지부, 2007.
- 손수인, 신영전, 김창엽. 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. 한국 보건사회연구원 2010;30:92-110.
- 송경신. 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. 고려대학교 대학원, 2011.
- 송태민. 앤더슨 행동모형을 이용한 노년기 외래의료서비스 이용에 대한 스트레스 취약요인의 매개효과 분석. 한국보건사회연구원 2013;33(1):547-76.
- 신영전, 손정인. 미 충족의료의 현황과 관련요인. 보건사회연구원 2009;29(1):111-42.
- 양진영. 미충족 의료의 동태적 변화추세와 관련 영향요인. 고려대학교 대학원, 2010.
- 유승흠, 박은철. 의료보장론. 신광출판사, 2009.
- 이태진, 강신욱, 김태완, 최현수, 손창균. (2009년) 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가. 한국보건사회연구원, 2009.
- 차수진. 여성결혼이민자의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 보건대학원, 2012.
- 최재규. 의료요구와 충족에 관한 조사연구. 논문집 1995;29:655-71.
- 최지선, 손주영. 장애인의 사회통합 영향요인에 관한 연구: 경제활동참여, 사회적 지지, 장애정체감, 차별경험과의 관계검증. 한국장애인복지학회 2010;12:35-56.
- 최아영, 윤현숙. 고령자의 경제활동 참여여부와 참여이유가 심리적 안녕에 미치는 영향. 미래사회복지연구. 논문집 2012;3:5-32.
- 허성주. 소득계층별 미충족 의료에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 보건대학원, 2010.
- 허순임, 김미곤, 이수형, 김수정, 한국보건사회연구원. 미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구. 한국보건사회연구원, 2009.
- 허순임, 김수정. 우리나라 성인의 미 충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로. 보

건강제와 정책연구 2007;13:1-16.

허순임, 이수형. 우리나라 고혈압 환자와 당뇨병 환자의 미충족 의료 수준과 관련 요인. 보건행정학회지 2011;21:1-22.

Aday LA, Anderson RM. Development of indices of access to medical care. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1975.

Ahs AM, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. Health Policy 2006;78(2-3):178-93.

Ayanian JZ, Weissman JS, Schneider EC, Ginsburg JA, Zaslavsky AM. Unmet health needs of uninsured adults in the United States. JAMA 2000;284:2061-9.

Bien B, McKee KJ, Dohner H, Triantafillou J, Lamura G, Doroszkiewicz H, et al. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. Eur J Public Health 2013;23:1032-8.

Cavalieri M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. Int J Health Geogr 2013;12:27.

Craske MG, Edlund MJ, Sullivan G, Roy-Byrne P, Sherbourne C, Bystritsky A, et al. Perceived unmet need for mental health treatment and barriers to care among patients with panic disorder. Psychiatr Serv 2005;56:988-94.

Cunningham PJ, Hadley J. Differences between symptom-specific and general survey questions of unmet need in measuring insurance and racial/ethnic disparities in access to care. Med Care 2007;45:842-50.

Cunningham PJ, Kemper P. Ability to obtain medical care for the uninsured: how much does it vary across communities? JAMA 1998;280:921-7.

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;94:783-9.

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press, 1973.

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:E29.
- Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995;50:344-53.
- Kasman NM, Badley EM. Beyond access: who reports that health care is not being received when needed in a publicly-funded health care system? *Can J Public Health* 2004;95:304-8.
- Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomaki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of epidemiology and community health* 2004;58:327-32.
- Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health* 2006;96:1300-7.
- Lennon CA, Pellowski JA, White AC, Kalichman SC, Finitis DJ, Turcios-Cotto V, et al. Service priorities and unmet service needs among people living with HIV/AIDS: results from a nationwide interview of HIV/AIDS housing organizations. *AIDS Care* 2013;25:1083-91.
- Li H, Tracy MB. Family support, financial needs, and health care needs of rural elderly in China: a field study. *J Cross Cult Gerontol* 1999;14:357-71.
- Mollborn S, Stepanikova I, Cook KS. Delayed care and unmet needs among health care system users: when does fiduciary trust in a physician matter? *Health Serv Res* 2005;40:1898-917.
- Newacheck P, Hughes D, Hung Y, Wong S, Stoddard J. The unmet health needs of America's children. *Pediatrics* 2000;105(4):989-97.
- Newacheck PW, Hung YY, Park MJ, Brindis CD, Irwin CE, Jr. Disparities in adolescent health and health care: does socioeconomic status matter? *Health Serv Res* 2003;38:1235-52.
- OECD. *Health at a Glance 2011*. OECD 2011.
- OECD. *Health at a Glance 2012*. OECD 2012.
- Pagan JA, Pauly MV. Community-level uninsurance and the unmet medical needs of



insured and uninsured adults. *Health Serv Res* 2006;41:788-803.

Philp I, McKee KJ, Meldrum P, Ballinger BR, Gilhooly ML, Gordon DS, et al. Community care for demented and non-demented elderly people: a comparison study of financial burden, service use, and unmet needs in family supporters. *BMJ* 1995;310:1503-6.

Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot JM. Changes in unmet health care needs. *Health Rep* 2002;13:15-21.

Sherbourne CD, Dwight-Johnson M, Klap R. Psychological distress, unmet need, and barriers to mental health care for women. *Womens Health Issues* 2001;11:231-43.

Stoddard MJ, Siebert JL. Biomedical resources on Usenet. *Bull Med Libr Assoc* 1994;82:379-81.

White KJ, Roydhouse JK, D'Abrew NK, Katris P, O'Connor M, Emery L. Unmet psychological and practical needs of patients with cancer in rural and remote areas of Western Australia. *Rural Remote Health* 2011;11:1784.

## 부록

부표 1.60 세 이상 인구 경제활동 참여에 대한 취직분야 분포

분류	경제활동 불참여		경제활동 참여함									합
		관리자	전문가 및 관리	사무중 사자	서비스 종사자	판매 종사자	농림어업 숙련	기능원 및 관련 기능	장치/기계 족작 및 조립	단순노무	모름	
참여 → 참여	0	3	7	1	29	20	2	14	15	71	135	297
	(0.0)	(2.2)	(2.4)	(0.3)	(9.8)	(6.7)	(0.7)	(4.7)	(5.1)	(23.9)	(45.5)	
참여 → 불참	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39
	(100.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	
불참 → 참여	0	0	1	0	2	1	0	0	1	13	10	28
	(0.0)	(0.0)	(3.6)	(0.0)	(7.1)	(3.6)	(0.0)	(0.0)	(3.6)	(46.4)	(35.7)	
불참 → 불참	353	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	353
	(100.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	
	392	3	8	1	31	21	2	14	16	84	145	717
계	(54.7)	(0.4)	(1.1)	(0.1)	(4.3)	(2.9)	(0.3)	(2.0)	(2.2)	(11.7)	(20.2)	

부표 2. 연령층별 미충족 의료요구에 영향을 미치는 요인

단위: 비차비 (97% 신뢰구간)

변수		49 세 이하		50 세 이상	
성별	남성	1.00		1.00	
	여성	1.34	(1.08 - 1.65) ***	1.11	(0.93 - 1.32)
교육수준	대학교 이상	1.00		1.00	
	고등학교	1.21	(0.98 - 1.49)	1.04	(0.78 - 1.39)
	중학교	1.78	(1.06 - 2.97) *	1.40	(1.02 - 1.91) *
	초등학교 이하	1.37	(0.46 - 4.15)	1.90	(1.41 - 2.56) ***
경제수준	상	1.00		1.00	
	중상	1.19	(0.96 - 1.49)	1.24	(0.97 - 1.59)
	중하	1.29	(0.99 - 1.68)	1.33	(1.03 - 1.70) *
	하	1.66	(0.98 - 2.81)	2.27	(1.72 - 3.01) ***
세대 형태	1인 가구	1.00		1.00	
	부부	0.86	(0.41 - 1.78)	0.95	(0.75 - 1.21)
	부부+자녀	0.68	(0.40 - 1.17)	1.07	(0.79 - 1.44)
	기타	0.78	(0.44 - 1.36)	1.36	(1.02 - 1.80) *
만성질환 유무	없음	1.00		1.00	
	1 개	1.41	(1.12 - 1.77) **	0.89	(0.67 - 1.16)
	2 개	0.98	(0.71 - 1.37)	0.93	(0.71 - 1.23)
	3 개 이상	1.36	(0.94 - 1.98)	0.82	(0.64 - 1.05)
장애 유무	없음	1.00		1.00	
	있음	0.86	(0.42 - 1.78)	1.19	(0.94 - 1.52)
주관적 건강상태	좋음	1.00		1.00	
	나쁨	2.43	(2.00 - 2.97) ***	1.81	(1.55 - 2.11) ***
의료보장 형태	건강보험 가입자	1.00		1.00	
	의료급여	1.23	(0.63 - 2.40)	1.09	(0.82 - 1.45)
경제활동 참여변화	참여 → 참여	1.00		1.00	
	참여 → 불참	0.70	(0.43 - 1.13)	1.10	(0.78 - 1.56)
	불참 → 참여	1.04	(0.72 - 1.48)	0.95	(0.65 - 1.40)
	불참 → 불참	0.69	(0.54 - 1.89) **	0.83	(0.69 - 0.99) *

\*: p<0.05, \*\*: p<0.01, \*\*\*: p<0.001

부표 3. 연령층간 경제활동 참여변화가 사유에 따른 원인별 미충족 의료요구에 미치는 영향

단위: 비차비 (97% 신뢰구간)

분류		49 세 이하		50 세 이상	
		비차비	95% CI	비차비	95% CI
경제적 이유	참여 → 참여	1.00		1.00	
	참여 → 불참	1.66	(0.62 - 4.43)	3.29	(1.63 - 6.64) ***
	불참 → 참여	1.03	(0.41 - 2.58)	1.15	(0.59 - 2.23)
	불참 → 불참	1.31	(0.68 - 2.50)	1.63	(1.16 - 2.29) **
시간적 이유	참여 → 참여	1.00		1.00	
	참여 → 불참	0.15	(0.05 - 0.46) ***	0.13	(0.04 - 0.40) ***
	불참 → 참여	0.84	(0.41 - 1.72)	0.66	(0.31 - 1.40)
	불참 → 불참	0.20	(0.11 - 0.35) ***	0.16	(0.09 - 0.27) ***
기타 이유	참여 → 참여	1.00		1.00	
	참여 → 불참	4.06	(1.59 - 10.32) **	1.15	(0.59 - 2.24)
	불참 → 참여	1.25	(0.58 - 2.70)	1.41	(0.64 - 3.10)
	불참 → 불참	4.24	(2.50 - 7.19) ***	2.10	(1.46 - 3.02) ***

주: \*: p<0.05, \*\*: p<0.01, \*\*\*: p<0.001

각각의 비차비는 성별, 연령, 교육수준, 경제수준, 세대 형태, 만성질환 유무, 장애 유무, 주관적 건강상태, 의료보장 형태를 보정한 결과이다.

부표 4. 연령층간 성별에 따른 경제활동 참여변화가 원인별 미충족의료에 미치는 영향

단위: 비차비(p 값)

분류		19-39		40-59		60 세 이상	
		남	여	남	여	남	여
경제적 이유	참여 → 참여	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	참여 → 불참	-	3.22	5.60 *	1.17	3.31	3.23 *
	불참 → 참여	0.58	2.94	1.05	0.28 *	7.49 *	1.86
	불참 → 불참	0.74	3.22	2.20	0.81	2.02	1.51
시간적 이유	참여 → 참여	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	참여 → 불참	-	-	0.28	0.19 **	-	0.05 *
	불참 → 참여	0.24	1.03	1.84	1.09	0.44	0.20
	불참 → 불참	0.12 *	0.14 **	0.18	0.21 ***	0.15 **	0.08 ***
기타 이유	참여 → 참여	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	참여 → 불참	-	9.65 *	0.36	4.48 **	1.02	1.29
	불참 → 참여	2.40	0.80	0.91	2.56	0.21	1.61
	불참 → 불참	17.93 **	3.17 *	0.69	5.40 ***	1.41	2.44 **

주: \*: p<0.05, \*\*: p<0.01, \*\*\*: p<0.001

각각의 비차비는 교육수준, 경제수준, 세대 형태, 만성질환 유무, 장애 유무, 주관적 건강상태, 의료보장 형태를 보정한 결과이다.

부표 5. 경제수준에 따른 경제활동 참여변화가 원인별 미충족 의료요구에 미치는 영향의 비교

단위: 비차비(p 값)

분류		1분위	2분위	3분위	4분위	5분위
경제적 이유	참여 → 참여	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	참여 → 불참	1.20	3.70 **	2.59	2.63	4.02
	불참 → 참여	2.00	1.12	0.72	0.63	-
	불참 → 불참	1.40	2.56 *	1.13	0.73	1.13
시간적 이유	참여 → 참여	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	참여 → 불참	0.08	0.12 **	0.93	0.22	-
	불참 → 참여	0.23	0.52	1.31	2.57	0.52
	불참 → 불참	0.10 ***	0.13 ***	0.22 ***	0.37 **	0.10 ***
기타 이유	참여 → 참여	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	참여 → 불참	3.10 *	1.13	1.12	1.56	19.87 **
	불참 → 참여	1.22	1.75	0.63	0.53	1.64
	불참 → 불참	1.64 *	1.53	1.78 **	2.45 *	7.75 ***

주: \*: p<0.05, \*\*: p<0.01, \*\*\*: p<0.001

각각의 비차비는 성별, 연령, 교육수준, 경제수준, 세대 형태, 만성질환 유무, 장애 유무, 주관적 건강상태, 의료보장 형태를 보정한 결과이다.

부표 6. 경제수준에 따른 경제활동 참여변화가 사유에 따른 미충족 의료요구에 미치는 영향의 비교

단위: 비차비(p 값)

분류		중하	중	중상
경제적 이유	참여 → 참여	1.00	1.00	1.00
	참여 → 불참	2.23 *	2.59	2.16
	불참 → 참여	1.18	0.72	0.81
	불참 → 불참	1.97 **	1.13	0.98
시간적 이유	참여 → 참여	1.00	1.00	1.00
	참여 → 불참	0.13 ***	0.93	0.11 ***
	불참 → 참여	0.46	1.31	1.07
	불참 → 불참	0.14 ***	0.22 ***	0.20 ***
기타 이유	참여 → 참여	1.00	1.00	1.00
	참여 → 불참	1.55	1.12	2.98
	불참 → 참여	1.68	0.63	0.79
	불참 → 불참	1.48	1.78 **	4.54 ***

주: \*: p<0.05, \*\*: p<0.01, \*\*\*: p<0.001

각각의 비차비는 성별, 연령, 교육수준, 경제수준, 세대 형태, 만성질환 유무, 장애 유무, 주관적 건강상태, 의료보장 형태를 보정한 결과이다.



연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회  
 Institutional Review Board, Yonsei University Graduate School of Public Health  
 서울특별시 서대문구 연세로 50 (우) 120-752  
 Tel. 02-2228-2530 Fax. 02-313-3292 Email. ygph\_irb@yuhs.ac

## 심의결과통보서

수신	성명	송해연	소속(전공)	보건정책관리
과제번호	2014-242			
연구과제명	국문	경제활동 참여변화가 미충족의료에 미치는 영향		
	영문	The effect of job status change on unmet needs of health care among Korean adults		
연구목적	<input checked="" type="checkbox"/> 학술용 <input type="checkbox"/> 기타			
연구종류	<input checked="" type="checkbox"/> 인간대상연구 <input type="checkbox"/> 인체유려물 연구 <input type="checkbox"/> 기타			
연구기관	<input checked="" type="checkbox"/> 단일기관 <input type="checkbox"/> 다기관(참여기관 수)			
심의종류	<input type="checkbox"/> 정규 심의 <input type="checkbox"/> 신속 심의 <input checked="" type="checkbox"/> 심의 면제			
심의일자	변경심의 : 2014년 12월 19일 (금)			
심의대상	<input type="checkbox"/> 연구계획서(신규)		<input type="checkbox"/> 책임연구자	
	<input type="checkbox"/> 연구계획서(보완)		<input type="checkbox"/> 연구대상자 동의서(설명문 포함)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 계획서 변경 : 과제명		<input type="checkbox"/> 중재기록서	
	<input type="checkbox"/> 중간보고서		<input type="checkbox"/> 연구대상자 모집 광고	
	<input type="checkbox"/> 중지 또는 종료보고서		<input type="checkbox"/> 연구대상자 작성 일지(Daily)	
	<input type="checkbox"/> 결과보고서		<input type="checkbox"/> 기타 연구대상자에게 제공되는 문서	
연구위원수준	<input checked="" type="checkbox"/> Level I(최소위험) <input type="checkbox"/> Level II(최소위험에서 약간 증가) <input type="checkbox"/> Level III(심각한 후유증 초래 가능) <input type="checkbox"/> Level IV(사망 또는 기형 초래 가능)			
심의결과	<input checked="" type="checkbox"/> 승인 <input type="checkbox"/> 수정 후 승인 <input type="checkbox"/> 수정 후 신속심의 <input type="checkbox"/> 보완 <input type="checkbox"/> 반려 <input type="checkbox"/> 보류			
과제승인일	2014년 10월 24일(금)		승인 유효기간	2014년 12월 31일까지
심의의견	-			

연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회 위원장



## **Abstract**

### **The effect of job status change on unmet medical needs for healthcare in Korea**

Haiyan Song

Department of Public Health

The Graduate School, Yonsei University

(Directed by Professor Eun-Cheol Park, M.D., Ph.D.)

The objective of this study is to investigate and provide analysis of factors affecting unmet medical need and how the job status change affecting unmet medical need which caused by economic hardship.

This study used 2011 and 2012 data of 10,261 individuals compiled by the respected Korea Health Panel. The method of investigation is threefold. First, the study will identify characteristics precipitating unmet medical need. Second, will be analysis of the effect of economic status change as it affects utilization of needed medical service. Third, the study will provide a breakdown of data into an age subgroups to investigate whether there are discernable differences between them. The multiple logistic regression was performed.

The result of this study found that 16.2% of those surveyed experienced unmet medical need. Of these, 36.1% claimed 'economic hardship'. It was found that influencing factors included age, sex, education, economic level, and health status. In particular, the study

found that those in their 20s and 30s were more health status sensitive while those 60 years of age and older were more economical level sensitive.

When the study was further analyzed, it was found that constantly unemployed individuals throughout had an odds ratio of 1.39 when compared to the reference group of individuals constantly employed while those employed/unemployed had an odds ratio of 2.30. In the subgroup analysis of age group, it was found that employed/unemployed individuals in their 40s and 50s had an odd ratio of 2.41 and the unemployed/employed an odds ratio of 0.33 when compared to the reference group. Furthermore, the odds ratio of those 60 years of age and older being employed/unemployed was found to be 3.35 while constantly unemployed individuals had an odd ratio of 1.71 and unemployed/employed individuals had an odds ratio of 3.25 when compared to the reference group.

In conclusion, this study finds that there are three policy recommendations for the sake of medical service equality. First, there is a need for a tailored medical service for those of the female gender, the uneducated, the underprivileged, and those who judge themselves to be of ill health. Second, medical welfare policy for those 40 years of age and older as compared to policies for younger subgroups has been identified as an area to improve upon. In particular, if the government is able to facilitate employment for those in their 40s and 50s, it becomes more probable that they will be more economically be able to meet their medical needs. For those over 60 years of age, lowering medical costs or provision of subsidies may prove beneficial in assisting such individuals meet their medical needs. Third, considering that those 40 years of age and older facing unemployment face 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.

---

**Key words:** unmet needs; job status; Korean health panel; age group