

노년기에 따른 미충족 의료 현황 및 관련 요인

황병덕¹, 최령²✉

¹부산가톨릭대학교 병원경영학과, ²동신대학교 보건행정학과

The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Needs by Age Group in the Elderly

Byung-Deog Hwang¹, Ryoung Choi²✉

¹*Department of Health Care Management Catholic University of Pusan,*

²*Department of Health Administration Dongshin University*

<Abstract>

This study investigated the prevalence of unmet needs for health care among Korean adults and related factors. Using data from the 2012 Korea Health Panel, 1,896 adults aged 65 and over and two age groups(Young-Old(66-74) and Old-Old(65≤)) were analyzed to identify these factors. Logistic regression analysis was used to examine the main factors associated with unmet medical needs. According to the results of this study, the factors influencing unmet medical needs with regard to economic factors were Subjective Health Status(young-old), Disability(young-old), Activity Limitation(young-old), Education Level(old) and Economic Activity(old). The factors influencing unmet medical needs were factors of attitude, information, and disease. factors were Disability(young-old), Activity Limitation(young-old), Education Level(old) and Economic Activity(old). Therefore, further research that investigates unmet needs depending on age group in the elderly would suggest helpful policy implications.

Key Words : Elderly, Unmet Medical Need, Age Group

* 이 논문은 2014년도 부산가톨릭대학교 교내연구비에 의하여 연구되었음

✉ Corresponding author : Ryoung Choi(rchoi@dsu.ac.kr) Department of Health Administration Dongshin University

• Received : Feb 20, 2015

• Revised : Mar 13, 2015

• Accepted : Mar 16, 2015

I. 서론

1. 연구의 필요성

보건의료의 기본이념은 일부 한정된 소수의 사람에게 최상의 보건의료를 제공하는 것이 아니고, 사회정의에 입각하여 모든 사람이 수용 가능하고 비용지불이 가능한 방법으로 사람들에게 양질의 의료를 제공하는 것이다. 인간의 삶에 있어서 건강 수준은 사회구성원의 경제적 평등과 밀접한 관계가 있기 때문에 의료서비스의 적절한 제공은 사회의 유지에 필수적이며, 적절한 개입을 통해 모든 사람들에게 평등한 의료공급을 보장해 주어야 한다[1]. 이에 우리나라는 1977년 500인 이상 사업장 당연직용을 시작으로 1989년 전 국민 의료보험제도 시행으로 모든 국민들이 지불능력에 상관없이 의료이용이 필요한 경우 의료서비스를 이용하게 되었다.

하지만, 우리나라는 저부담-저급여 정책의 낮은 보장성으로 인한 높은 본인 부담률(out-of-pocket share)은 보건의료서비스 이용의 장벽으로 작용하고 있으며[2], 의료적 필요를 충족시키는데 있어서 높은 법정 본인부담금과 비급여 본인부담금 등 의료이용에 있어서 지불능력이 중요한 요소가 되며, 사회경제적으로 불리할수록 의료적 필요를 충족시키기 어렵게 된다[3]. 이와 같이 의료적 필요가 충족되지 못하는 것을 '미충족 의료(unmet medical need)'라고 한다[4]. 의료에 대한 필요는 판단주체에 따라 인지된 필요(perceived needs)와 평가된 필요(evaluated needs)로 구분될 수 있다[5]. 인지된 필요(perceived needs)는 환자 스스로 인지하는 필요로 의료욕구(want)라고 불리기도 하며, 평가된 필요(evaluated needs)는 전문가가 판단하는 필요를 의미하는 것으로 의료요구(need)라고 불리기도 한다[6]. 의료욕구(want)는 소비자가 신체적 이상을

느끼면서 의료서비스에 대한 소비의 필요성을 갖게 될 때 만들어지는 순수한 신체적 반응에 해당한다. 이에 반하여 의료요구(need)는 현존하는 의료지식에 근거하여 의사, 간호사, 한의사, 약사와 같은 의료진이 판단하기에 소비자가 의료서비스를 이용할 필요가 있다고 할 때 성립되며, 이것은 소비자의 주관보다 의료진의 판단에 의존한다. 대부분의 경우 의료욕구(want)와 의료요구(need)는 일치한다[7]고 하였으나 환자와 의료진의 인식의 차이로 양자의 판단이 다를 수 있기 때문에 객관성을 담보하기가 쉽지 않다[2].

미충족 의료의 유형은 가용성(Availability), 접근성(Accessibility), 수용성(Acceptability)의 세 가지 형태로 분류되고 있다. 가용성은 대기시간이나 원하는 시간 혹은 원하는 장소에서 의료서비스를 받지 못하는 것에서 발생된다. 접근성은 경제적 지불능력으로 인하여 의료서비스를 받지 못하는 것이며, 수용성은 개인의 태도나 지식과 관련하여 의료서비스를 받지 못하는 것에서 발생된다[8].

한편, 우리나라는 평균수명 증가와 출산율 저하로 인하여 빠른 속도로 노령화가 진행되고 있다. 노년기는 심리적·사회적·경제적 상황의 급격한 변화와 더불어 신체적 측면에서도 다양한 변화가 일어나는 시기이며, 만성질환 등의 질병으로 부터 건강한 노후생활을 위하여 의료서비스 이용을 더 필요로 하는 시기이기도 하다[9]. 인구의 고령화하는 한 국가의 성장잠재력과 사회 안정에 중요한 영향을 미치며, 인구구조의 변화를 통해 보건의료와 복지 분야에 영향을 미친다. 특히 인구고령화가 보건 분야에서 유발하고 있는 노인의료비의 급증은 노령연금 지급부담과 함께 국가재정에 큰 부담으로 작용한다[10]. 실제 건강보험통계연보 2013(2013 National Health Insurance Statistical Yearbook)[11]에 의하면 2013년 총 지출 진료비 50,926,218,920원 중 65세 이상이 18,085,188,970원으로 35.5%를 차지하고 있다. 또한 2013년 전체 1

인당 연평균 진료비가 102만원임에 비해 노인 1인당 연평균 진료비는 322만원에 달하고 있다. 65세 이상 노인의 수입과 관련한 의료비 지출을 조사한 Crystal et al.[12]은 수입의 19%를 평균적으로 의료비로 지출하는 등 노인인구의 증가와 함께 의료이용은 지속적으로 증가추세를 보이고 있다.

미충족 의료에 관한 주요연구를 살펴보면 Kim et al.[16]은 보건소 이용 노인을 대상으로 미충족 의료 요구를 설문조사하였다. 미충족 의료 요구는 “건강을 회복하는데 필요하지만 받지 못하고 있는 진단이나 치료가 있는지”에 대한 질문에 미충족 의료 요구가 있는 대상자 중 전기 노인, 여자, 경제상태가 어렵다, 활동제한 및 건강상태가 나쁜 대상자에서 유의한 차이가 있었다.

Huh & Kim[2]은 제3기 국민건강영양조사(2005) 자료를 이용하여 만19세 이상 성인을 3개 연령그룹으로 나누어 분석하였다. 미충족 의료는 “지난 1년간 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 적이 있는가”에 대한 질문에 미충족 의료 요구가 있는 대상자 중 연령에 상관없이 소득과 건강상태가 미충족 의료의 주요 요인이었다.

Shin & Shon[3]은 한국복지패널자료 1·2차 자료를 이용하여 미충족 의료 경험 관련 요인을 분석하였다. 미충족 의료 요구는 “지난 1년 동안 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있는가”에 대한 질문에 연도별(2005년, 2006년) 자료에서 단면적 미충족 현황과 관련 요인을 분석한 후 2개년도의 자료를 동태적 현황과 관련 요인을 분석하였다. 단면적 연구결과 가구주 연령, 교육, 주관적 건강상태, 가구 소득계층이 유의한 미충족 의료의 주요 요인이었다. 동태적 연구결과 2년 동안 미충족 의료를 한번 이상 경험할 가능성, 충족군에서 미충족군으로 추락할 가능성 그리고 미충족군에서 미충족군으로 계속 잔류할 가능성에 관련된 요인으로 가구 소득계층과 가구주 건강상태가 유의한 요인이었다.

Song et al.[17]은 제4기 국민건강영양조사(2008) 자료를 이용하여 만19세 이상 성인을 분석하였다. 미충족 의료는 “지난 1년간 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 적이 있는가”에 대한 질문에 성별, 소득수준, 주관적 건강상태, 민간보험가입유무가 미충족 의료의 주요 요인이었다. 외래 및 입원서비스 이용에 있어 남성에 비해 여성이, 연령이 높을수록, 소득수준이 낮을수록 미충족 의료 경험과 관련이 있는 것으로 분석되었다.

Lim[18]은 한국의료패널(2009) 자료를 이용하여 만성질환을 보유하고 있는 대상자의 미충족 의료 현황을 분석하였다. 성, 연령, 보험유형, 세대구성, 경제활동, 가구소득, 만성질환 수, CCI(Charlson comorbidity index)지수, 주관적 건강상태가 미충족 의료에 유의한 관련성이 있었다. 그리고 여성, 40세 미만, 의료급여, 1인 가구, 경제활동을 하는 경우, 가구 소득이 낮은 경우, 만성질환의 개수가 많을수록, 주관적 건강상태가 나쁘다고 느끼는 경우 미충족 의료 확률이 높아지는 것으로 분석되었다.

노년기에는 정년퇴직 및 경제활동 제한으로 수입이 현저히 감소하기 때문에 미충족 의료(unmet medical need)가 발생할 가능성이 높다. 미충족 의료 경험 가구 중 경제적인 이유로 인한 미충족 의료경험이 35세 미만이 비해 65세 이상이 8.51배[13], 18-29세에 비해 65세 이상이 2.44배[14] 높게 분석 되었다. 따라서 노년기의 미충족 의료 현황과 관련 요인을 파악하는 것은 중요하다. 한편, 노년기 분류 시 노인복지법[15]은 60세 또는 65세 이상, 노인장기요양보험법[15]은 65세 이상, 연금의 경우 국민연금개시와 특수직역연금개시 연령이 상이하여 정확한 소득수준 및 경제활동을 파악하여 미충족 의료 관련요인을 분석하는데 유의미한 결과를 기대하기 어렵다.

이에 본 연구에서는 경제활동의 공백기가 발생되지 않도록 노년기를 만65세 이상을 대상으로 전

기노인과 후기노인으로 구분하여 미충족 의료 경험과 미충족 의료 유형(경제적 요인, 태도·정보·질환 감수성 요인)에 따라 관련 요인을 분석해 보고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 수집한 한국의료패널(Korea Health Panel)의 원자료 중 2012년 연간 통합데이터를 분석하였다. 한국의료패널 조사는 보건의료이용실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강행태 등에 관한 기초자료 생산 등을 목적으로 전국 단위의 대표성을 가지기 위해 2005년 인구주택 총 조사의 90% 전수자료 표본 추출 틀로 하고 있다. 표본추출방식은 확률비례 2단계 층화집락추출방식으로 선정하였다. 2012년 연간 통합 데이터는 총 5434구, 총 15,872명의 가구원으로 구성되어 있다. 본 연구는 만65세 이상 노인들 중 미충족 의료에 대하여 무응답 및 응답 오류가 있는 대상자를 제외한 총 1,896명을 최종 분석대상으로 하였다.

2. 측정변수

본 연구의 측정변수는 미충족 의료 1문항, 일반적 특성 7문항, 건강상태 4문항으로 총 12문항으로 구성되어 있으며, 그 내용은 <Table 1>과 같다.

1) 미충족 의료

본 연구에서는 미충족 의료의 경험과 미충족 의료의 발생 유형을 이용하였다. 2012년 한국의료패널 설문문항에서 “지난 1년간 병의원진료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답

한 경우를 미충족 의료로 정의하였다. 그리고 “예”라고 응답한 대상자 중 “지난 1년간 필요한 병의원 진료나 검사를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 무엇입니까?”라는 질문의 응답을 의료이용 제한으로 정의하였다. 의료이용제한 유형을 Huh[19]는 경제적 부담과 시간적 제약으로 구분하였다. 시간적 제약의 경우 보건의료이용에 대한 개인의 태도와 지식, 정보와 관련된 것이다[14]. 따라서 본 연구에서는 미충족 의료 유형을 경제적 요인과 태도·정보·질환 감수성 요인으로 구분하였다 <Table 2>.

2) 노년기 연령 분류

노년기를 구분함에 있어서 Choi[20]는 노인집단을 75세를 기준으로 전기노인(65~74세)과 후기노인(75세 이상)으로 나누었다. 외국 연구자의 경우 Neugarten는 연소노인(55~74세, young-old)과 고령노인(75세 이상, old-old)으로, Brody는 연소노인(60~64세, young-old), 중고령노인(65~74세, middle-old), 고령노인(75세 이상, old-old)으로 구분하였으며, Atchley는 연소노인(60~74세), 중고령노인(75~84세), 고령노인(85세 이상)으로 구분하는 등 국내뿐만 아니라 국외에서도 노년기를 둘 또는 세 시기로 나누어 구분하고 있다[21].

본 연구에서는 노인집단을 75세를 기준으로 전기노인(65~74세)과 후기노인(75세 이상)으로 구분하였다.

3) 소득

소득 변수는 한국의료패널자료에서 소득이 가구단위로 되어 있으며, 총 자산소득과 연간 총 가구소득으로 되어있다. 본 연구에서는 가구 내 총근로소득과 총자산소득의 합인 연간 총 가구소득을 사용하고, 분석단위는 가구원인 개인이므로 소득은 개인 소득으로 하는 것이 좀 더 타당할 것이다. 소득수준의 분포를 객관적으로 비교하기 위하여 가

가구당화 소득을 소득계층으로 사용하였다.

$$\text{가구당화소득} = \text{월평균가구소득} / \sqrt{\text{가구원수}}$$

산출된 소득을 기준으로 전체 1,896명을 총 5분위로 나누었으며, 1분위는 최하위층(최하위 20%) 그리고 5분위는 최상위층(최상위 20%)으로 해석할 수 있다.

4) 보건의료비

보건의료비 지출 현황은 개인의료비 항목 중 응급의료, 외래의료 그리고 입원의료의 총 진료비를 의미한다.

<Table 1> Description of variable

Division	Variable	Description
Unmet medical need	Experience	0=Yes, 1=No
	Gender	0=Male, 1=Female
	Elderly	0=Young-Old(65~74), 1=Old-Old(75 over)
	Spouse	0=Without, 1=With
General characteristics	Education level	0=≤Middle school, 1=High school, 2=College≤
	Economic activity	0=Yes, 1=No
	Insurance type	0=National health insurance, 1=Medical aid
	Income classes	0=Lowest layer, 1=Low, 2=Middle, 3=High, 4=Highest layer
Health status	Subjective health status	0=Good, 1=Normal, 2=Bad
	Chronic disease	0=Non have, 1=Have
	Disability	0=Non have, 1=Have
	Activity limitation	0=No, 1=Yes

3. 분석방법

자료분석은 SPSS 21.0을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 미충족 의료와의 관련성을 검증하기 위해 χ^2 -test를 하였다. 노년기별 미충족 의료 경험과 미충족 의료 유형에 따른 영향 요인을 알아보기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 모든 검정은 p=0.05 수준에서 유의성을 검증하였다. 각 요인에 대한 odds ratio(OR)를 산출하였고, 95% 신뢰구간을 제시하였다.

<Table 2> Type of unmet medical need

Factor limiting of health care utilization		N	%
Economic factors	Economic reasons	117	36.6
	Subtotal	117	36.6
Factors of attitude, information and disease sensibility	Be havior inconvenience, Health reason	15	4.7
	No child-care	6	1.9
	No visiting time	94	29.4
	Do not know where to go	10	3.2
	Minor symptoms	78	24.4
Subtotal		203	63.4
Total		320	100.0

III. 연구결과

1. 미충족 의료 현황에 따른 일반적 특성

대상자들의 일반적 특성에 따른 미충족 의료 현황을 분석한 결과 노년기는 “전기노인” 170명(15.6%)에 비해 “후기노인” 150명(18.6%)의 경우 미충족 의료 경험이 높았다. 소득수준은 “최상위계층” 39명(10.5%)에 비해 “최하위계층” 73명(18.8%)의 경우, 주관적 건강상태는 “나쁨” 99명(12.2%)에 비해 “ 좋음” 91명(28.0%)의 경우 미충족 의료 경험이 각각 높았다. 노년기(p<.05), 소득수준(p<.05) 그리고 주관적 건강상태(p<.001)는 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 남자보다 여자의 경

우, 배우자가 “있다”에 비해 “없다”의 경우, 교육 수준이 “낮을수록”, 경제활동을 “한다”에 비해 “안한다”의 경우, “의료급여”에 비해 “건강보험”의 경우, 만성질환이 “없다”에 비해 “있다”의 경우, 장애가 “없다”에 비해 “있다”의 경우, 활동제한이 “없다”에 비해 “있다”의 경우 미충족 의료 경험이 높았으나, 통계적으로 유의하지는 않았다<Table 3>.

2. 미충족 의료 유무에 따른 보건의료비 지출 현황

미충족 의료 유무에 따른 보건의료비 지출 현황을 분석한 결과 충족 대상자에 비해 미충족 의료 경험이 있는 대상자의 경우 응급의료비는 평균 69,250.51원이 적었으며, 입원의료비는 평균 278,071.75원 그리고 외래의료비는 평균 1,843.61원으로 충족보다 미충족이 낮았다<Table 4>.

3. 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인

노년기에 따른 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 전기노인에서 의료보장형태는 건강보험에 비해 의료급여의 경우 4.276배 높았다. 소득수준은 하위계층과 상위계층에 비해 최하위계층의 경우 높았다. 주관적 건강상태는 좋음에 비해 보통의 경우 1.623배 그리고 나쁨의 경우 2.032배 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 후기노인에서 배우자유무는 있다에 비해 없다는 경우가 높았다. 주관적 건강상태는 좋음에 비해 보통의 경우 1.937배 그리고 나쁨의 경우 3.408배

높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다<Table 5>.

4. 미충족 의료 유형에 따른 영향 요인

미충족 의료 경험이 있는 노년기를 대상으로 유형별 관련 있는 요인을 분석한 결과는 다음과 같다.

경제적 요인 유형에서는 전기노인에서 주관적 건강상태는 좋음에 비해 보통의 경우는 3.364배, 장애는 없다에 비해 있다는 경우 5.978배 더 높았다. 활동제한은 없다에 비해 있다는 경우 4.312배 미충족 의료가 더 높았으며, 주관적 건강상태 ($p<.01$), 장애($p<.01$) 그리고 활동제한($p<.05$)은 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 후기노인에서 교육수준은 고등학교에 비해 중학교이하의 경우, 경제활동은 한다에 비해 안한다의 경우 2.762배 경제적 요인의 미충족 의료가 더 높았으며, 교육수준 ($p<.01$)과 경제활동($p<.05$)은 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

태도·정보·질환감수성 요인 유형에서는 전기노인에서 장애는 있다에 비해 없다는 경우, 활동제한은 있다에 비해 없다는 경우 미충족 의료가 더 높았으며, 장애($p<.05$)와 활동제한($p<.05$)은 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 후기노인에서 교육수준은 중학교이하에 비해 고등학교의 경우 4.157배, 경제활동은 안한다에 비해 한다의 경우 미충족 의료가 더 높았으며, 교육수준($p<.01$)과 경제활동 ($p<.05$)은 통계적으로 유의한 차이가 있었다<Table 6>.

<Table 3> General characteristics according of the situation of unmet medical need Unit: N(%)

Section	Unmet		Met		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Gender								
Male	139	16.5	705	83.5	844	100.0	.181	.359
Female	181	17.2	871	82.8	1,052	100.0		
Elderly								
Young-Old(65~74)	170	15.6	918	84.4	918	100.0	2.855	.049
Old-Old(75 over)	150	18.6	658	81.4	658	100.0		
Spouse								
Without	90	17.0	439	83.0	529	100.0	.010	.485
With	230	16.8	1,137	83.2	1,367	100.0		
Education level								
≤Middle school	227	17.0	1,109	83.0	1,336	100.0	.088	.957
High school	64	16.8	316	83.2	380	100.0		
College≤	29	16.1	151	83.9	180	100.0		
Economic activity								
Yes	108	16.3	556	83.7	664	100.0	.273	.325
No	212	17.2	1,020	82.8	1,232	100.0		
Insurance type								
National health insurance	299	17.0	1,464	83.0	1,763	100.0	.121	.419
Medical aid	21	15.8	112	84.2	133	100.0		
Income classes								
Lowest layer	73	18.8	315	81.2	388	100.0	11.629	.020
Low	78	21.7	282	78.3	360	100.0		
Middle	55	15.0	312	85.0	367	100.0		
High	45	11.2	358	88.8	403	100.0		
Highest layer	39	10.5	329	90.5	368	100.0		
Subjective health status								
Good	91	28.0	234	72.0	325	100.0	41.399	.000
Normal	130	17.1	629	82.9	759	100.0		
Bad	99	12.2	713	87.8	812	100.0		
Chronic disease								
Non have	22	14.9	126	85.1	148	100.0	.464	.291
Have	298	17.0	1,450	83.0	1,748	100.0		
Disability								
Non have	266	16.5	1,345	83.5	1,611	100.0	1.024	.177
Have	54	18.9	231	81.1	285	100.0		
Activity limitation								
No	290	16.1	1,511	83.9	1,801	100.0	15.407	.000
Yes	30	31.6	65	68.4	95	100.0		
Total	320	16.9	1,576	83.1	1,896	100.0		

<Table4> Health medical expense according of the situation of unmet medical need Unit: N, Won

Division	Unmet			Met		
	N	M	SD	N	M	SD
Emergency medical expense	36	51,505.83	96,878.54	241	120,756.34	608,884.80
Inpatient medical expense	71	1,952,212.71	4,078,795.92	367	2,230,284.46	3,970,776.52
Outpatient medical expense	320	24,072.19	56,098.38	1576	25,915.80	68,301.66

<Table 5> Influential factors on the experience of unmet medical need

Division	Young-Old		Old-Old	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Gender				
Male	1		1	
Female	1.084	.741-1.585	.741	.465-1.181
Spouse				
Without	1		1	
With	1.163	.745-1.817	.623*	.397-.977
Education level				
≤Middle school	1		1	
High school	1.101	.627-1.933	.877	.507-1.519
College≤	1.140	.624-2.082	1.504	.682-3.317
Economic activity				
Yes	1		1	
No	1.027	.723-1.459	.866	.531-1.412
Insurance type				
National health insurance	1		1	
Medical aid	4.276*	.997-18.330	1.055	.537-1.697
Income classes				
Lowest layer	1		1	
Low	.511*	.295-.884	.658	.372-1.162
Middle	.837	.466-1.504	1.071	.590-1.945
High	.508*	.296-.870	1.096	.615-1.953
Highest layer	.803	.444-1.453	1.086	.606-1.943
Subjective health status				
Good	1		1	
Normal	1.623*	1.039-2.537	1.937**	1.198-3.133
Bad	2.032**	1.281-3.225	3.408***	2.014-5.745
Chronic disease				
Non have	1		1	
Have	1.015	.576-1.790	.504	.206-1.415
Disability				
Non have	1		1	
Have	1.264	.764-2.091	1.207	.643-1.642
Activity limitation				
No	1		1	
Yes	1.540	.792-2.993	1.607	.774-3.335

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

<Table 6> Influential factors on the type of unmet medical need

Division	Economic factors				Factors of attitude, information and disease sensibility			
	Young-Old		Old-Old		Young-Old		Old-Old	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Gender								
Male	1		1		1		1	
Female	1.036	.498-2.156	.452	.167-1.224	.873	.422-1.807	1.816	.711-4.637
Spouse								
Without	1		1		1		1	
With	.084	.308-2.099	1.262	.509-3.131	1.122	.432-2.914	.965	.398-2.336
Education level								
≤Middle school	1		1		1		1	
High school	1.336	.566-3.154	.230**	.080-.661	.645	.274-1.522	4.157**	1.460-11.838
College≤	1.042	.356-3.048	.478	.234-22.286	1.387	.475-4.051	.778	.701-4.794
Economic activity								
Yes	1		1		1		1	
No	.926	.441-1.941	2.762*	1.031-7.396	.938	.449-1.962	.288*	.222-3.208
Insurance type								
National health insurance	1		1		1		1	
Medical aid	.663	.033-13.235	.548	.169-1.777	1.669	.082-33.817	1.156	.358-3.729
Income classes								
Lowest layer	1		1		1		1	
Low	1.681	.493-5.728	.416	.124-1.398	.526	.158-1.756	2.388	.749-7.617
Middle	.817	.231-2.892	.770	.193-3.076	1.384	.398-4.816	.888	.231-3.408
High	1.192	.368-3.861	.489	.135-1.774	.830	.261-2.640	2.662	.795-8.910
Highest layer	1.259	.346-4.581	.574	.153-2.145	.682	.191-2.438	1.584	.455-5.506
Subjective health status								
Good	1		1		1		1	
Normal	3.364**	1.386-8.163	1.369	.532-3.523	.338	.139-.822	.516	.206-1.297
Bad	2.151	.864-5.360	1.552	.551-4.374	.496	.198-1.240	.473	.171-1.307
Chronic disease								
Non have	1		1		1		1	
Have	1.010	.322-3.169	.677	.095-4.819	.750	.238-2.369	1.123	.162-7.765
Disability								
Non have	1		1		1		1	
Have	5.978**	1.615-22.126	1.685	.608-4.671	.207*	.060-.708	.799	.299-2.129
Activity limitation								
No	1		1		1		1	
Yes	4.312*	1.065-17.458	.918	.229-3.681	.178*	.039-.808	.843	.222-3.208

*P<.05, **P<.01

IV. 고찰 및 결론

본 연구는 2012년 한국의료패널조사 자료를 활용하여 만65세 이상의 노년기를 대상으로 미충족 의료의 현황과 영향 요인을 분석하였다. 통계청 [22]에 따르면 전기노인은 1960년 55만명(2.2%), 2010년 340만명(6.9%), 2030년에는 761만명(14.6%), 2060년에는 663만명(15.1%), 후기노인은 1960년 17만명(0.7%), 2010년 26만명(5.3%), 2030년에는 65만명(12.5%), 2060년에는 140만명(32.0%)으로 예측하였다. 특히, 85세 이상의 초고령노인의 경우 2060년에는 2010년 대비 10배 이상 증가하는 것으로 예측하였다.

노년기의 인구가 증가함으로써 신체적·정신적·사회적으로 많은 어려움을 겪게 될 것이며, 특히 보건의료비의 부담과 의료이용의 제약을 받게 될 것이다. 건강보험통계연보 2013(2013 National Health Insurance Statistical Yearbook)[11]에 따르면 2013년 65세 이상 노인의료비의 경우 180,852천원으로 2006년 대비 107,348천원 증가하였으며, 2012년도 대비 진료비가 9.9%가 증가하였다.

본 연구의 주요 결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 미충족 의료 유형 현황은 치료비용 부담의 경제적 요인이 36.6%로 분석되었으며, 방문할 시간이 없어서(29.4%)와 증세 경미(24.4%) 등 태도·정보·질환 감수성 요인이 63.4%로 분석되었다. 이러한 결과는 미충족 의료 경험의 이유로서 경제적 부담이 대부분을 차지 한다는 Kim & Huh[13]의 연구와 차이가 있었다. 미충족 의료 유무에 따른 보건의료비 지출 현황은 충족 경험자 대비 응급의료비는 57.3%, 입원의료비는 12.4%, 외래의료비는 7.1% 낮은 것으로 분석되었으며, 이러한 결과는 Lim[18]의 연구결과와 일치하였다.

둘째, 노년기 대상자의 미충족 의료 경험은 전체의 16.9%로 분석되었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 미충족 의료는 노년기($p<.05$)와 소득수준

($p<.05$) 그리고 주관적 건강상태($p<.001$)가 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이러한 결과는 Yang[23]과 Lim[18]의 연구결과와 일치하였다.

셋째, 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 전기노인에서는 의료보장형태($p<.05$), 소득수준($p<.05$), 주관적 건강상태($p<.01$), 후기노인에서는 배우자유무($p<.05$)와 주관적 건강상태($p<.001$)가 통계적으로 유의한 차이가 있었다. Kim & Huh[13]의 미충족 경험 관련 요인 분석에 의하면 건강보험일반에 비해 의료급여일반은 1.67배, 의료급여 차상위는 2.53배, 의료급여 빈곤은 1.89배 높은 것으로 분석되었다. 그리고 Shin & Shon[3]의 한국복지패널자료(1차·2차)를 이용한 미충족의료의 관련요인에 관한 분석에 의하면 가구 소득계층에서 비빈곤에 비해 빈곤의 경우 3.89배(1차)와 5.70배(2차) 높은 것으로 분석되어 본 연구결과와 일치하였다. 주관적 건강상태에서 건강하다에 비해 건강하지 않다는 경우 2.79배(1차), 3.19배(2차) 높게 분석되어 본 연구를 지지하였다. 건강보험 대상자에 비해 의료급여 대상자 및 소득수준이 낮을수록 미충족의료료가 높다는 것은 전국민 건강보험제도를 실시하여 지불능력이나 소득에 상관없이 모든 국민들이 의료이용을 할 수 있도록 건강보장을 위해 노력하고 있으나, 경제적인 어려움이 여전히 제약을 주고 있는 것으로 사료된다. 따라서 전기노인의 경우 소득수준이 낮은 저소득계층의 의료이용 접근장애를 해결하기 위한 공공 의료서비스 및 의료급여 보장확대 그리고 각종 의료지원이 필요하다[9]. 주관적 건강상태의 경우 전기노인과 후기노인 모두 좋음에 비해 보통과 나쁨의 경우 미충족 의료 경험에 영향을 주는 것으로 분석되었다. 이는 Shin & Shon[3]과 Lim[18]의 연구결과와 일치하였다. 노년기의 경우 건강저하, 직장상실 등 신체적·사회경제적 변화와 함께 삶에 대한 만족, 가족과의 관계 등 정서적·심리적 요인이 의료이용에 중요한 역할을 한다. 따라서 노년기

의 건강관리와 증진을 위한 지역사회·경제적·보건학적 접근이 필요하다[9].

넷째, 미충족 의료 유형에 따른 영향 요인을 분석한 결과 경제적 요인 유형의 경우 전기노인에서는 주관적 건강상태($p<.01$), 장애($p<.01$), 활동제한($p<.05$), 후기노인에서는 교육수준($p<.01$)과 경제활동($p<.05$)이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이러한 결과는 성별, 연령, 만성질환이 미충족 의료와 유의한 영향 요인이라는 Shin & Shon[3]과 소득수준이 미충족 의료와 유의한 영향 요인이라는 Chen & Hou[8]의 연구결과와 차이가 있었다. 결혼상태, 가구소득, 우울증, 통증, 주관적 건강상태가 미충족 의료와 유의한 영향 요인이라는 Cho et al.[14]의 연구결과와 일부 일치하였다. 후기노인에서는 경제활동을 하지 않는 경우 미충족 의료가 더욱 높아 전기노인과 상반된 결과로 분석되었다. 따라서 저렴한 비용으로 의료를 이용할 수 있는 보건소의 이용확대와 발병빈도가 높은 질환을 중심으로 예방사업과 맞춤형 의료서비스가 필요하다. 또한 접근성을 증대시키는 등 노년기 각 특성을 충분히 고려한 후 정책이 시행되어야 한다.

태도·지식·질환 감수성 요인 유형의 경우 전기노인에서는 장애($p<.05$)와 활동제한($p<.05$), 후기노인에서는 교육수준($p<.01$)과 경제활동($p<.05$)이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이러한 결과는 연령, 경제활동, 가구소득, 통증, 주관적 건강상태가 미충족 의료에 유의한 영향 요인이라는 연구결과와 일부 일치하였다[14]. 태도·정보·질환 감수성 요인은 개인의 주관적인 요인에 따라 발생하는 문제로서 장애와 활동제한이 없는 경우 전기 및 후기노인의 미충족 의료가 높게 분석된 이유가 이러한 주관적 요인이 강한 특성 때문에 장애와 활동제한이 있는 노인보다 의료의 불필요성 강하기 때문으로 사료된다. 반면 Chen & Hou[8]는 경제적 요인의 미충족 의료는 급여대상이나 급여 수준의 포괄성을 개선하는 등 보장성을 강화하거나 교

통편의를 제공하는 방식으로 해소할 수 있다고 하였으며, 태도·정보·질환 감수성 요인의 미충족 의료는 적절한 정보의 제공과 사회적 질병인식의 개선 등을 통해 해소가 가능하다고 하였다. 노년기의 미충족 의료를 해소하기 위해서는 노년기(전기노인과 후기노인)에 따른 정부 및 지자체의 보건 의료정책은 물론 공공보건의료기관이나 민간의료기관에서 제공되는 의료정보의 다양성·정확성·접근성이 동시에 이루어져한다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 단면적 미충족 의료 현황 및 관련요인을 연구가 필요하지만, 의료패널자료의 특성인 시계열적 분석을 통한 변화추이를 반영하지 못하였다. 둘째, 미충족 의료의 관련 요인으로 경제적 요인(접근성), 태도·지식·질환 감수성(수용성) 그리고 가용성(의료기관이 너무 멀어서/빠른 시일내 예약되지 않아서)으로 구분된다. 그러나 본 연구에서는 만65세 이상의 노년기를 대상으로 하다 보니 가용성의 응답자가 없어 분석을 할 수 없었다. 셋째, 우리나라를 대표하는 국가 자료를 활용하였지만 모든 국민들의 견해라고 해석하기에는 한계가 있다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 첫째, 기존의 포괄적인 성인 대상 또는 만60세 이상을 대상으로 하다 보니 국민연금개시 연령 전까지의 경제활동 공백기가 발생하였다. 이에 정확한 소득수준 및 경제활동을 파악하여 미충족 의료 관련요인을 분석하는데 유의미한 결과를 갖기 위하여 국민연금과 특수직역연금개시 연령을 동시에 고려하였다. 둘째, 노년기를 전기노인과 후기노인으로 구분하여 미충족 의료의 현황과 관련요인을 분석하였다. 셋째, 노년기의 미충족 의료 경험뿐 아니라, 미충족 의료 유형을 경제적 요인과 태도·정보·질환 감수성 요인으로 세분화하여 분석하였다는데 의의가 있다.

REFERENCES

1. J. Le Grand, P. Vizard(1998), The National Health Service : Crisis, Marget, 1980, Equity in the Distribution of Municipal services, In H.J. Bryce(ed) Revitalizing Cities Lexington, Mass, Lexington Books, p.77.
2. S.I. Huh, S.J. Kim(2007), Unmet Needs for Health Care Among Korean Adults: Differences Across Age Groups, The Korean Journal of Health Economics and Policy, Vol.13(2);1-16.
3. Y.J. Shin, J.I. Shon(2009), The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Need - Using the 1st and 2nd Korea Welfare Panel Data, Health and Social Welfare Review, Vol.29(1);111-142.
4. A. Donabedian(1973), Aspects of medical care administration, MA: Harvard University Press, pp.1-649.
5. L.A. Aday, R. Andersen(1975), Development of indexes of access to medical care, American Journal of Sociology, Vol.81(5);1257-1258.
6. K.S. Song, J.H. Lee, K.H. Rhim(2011), Factors Associated with Unmet Needs for Health Care, Korean public health research, Vol.37(1);131-140.
7. B.M. Yang(2004), Health Care Economics, Nanam, pp.99-100.
8. J. Chen, F. Hou(2002), Unmet Needs for Health Care, Health Reports, Vol.13(2);23-34.
9. R. Choi, B.D. Hwang(2014), Health Care Utilization of Age Group in the Elderly on the Korean Health Panel, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.8(3);49-61.
10. S.M. Kwon(2006), Population Aging, Medical Expenditure and Long-term Care Reform in Korea, Korean social security studies, Vol.22(2);1-22.
11. Health Insurance Review & Assessment Service, National Health Insurance Service(2014), 2013 National Health Insurance Statistical Yearbook, Jisung, p.134.
12. S. Crystal, R.W. Johnson, J. Harman, U. Sambamoorthi, R. Kumar(2000), Out-of-pocket health care costs among older Americans, Journals of Gerontology Series B, Vol.55(1);S51-S62.
13. S.J. Kim, S.I. Huh(2011), Financial Burden of Health Care Expenditures and Unmet Needs by Socioeconomic Status, The Korean Journal of Health Economics and Policy, Vol.17(1);47-70.
14. K.H. Cho, H.K. Mok, J.H. Lee(2014), Analysis and Association Factors of Unmet Medical Need, The 2014 Korea Health Panel Conference, Vol.6;167-177.
15. <http://www.law.go.kr>
16. J.H. Kim, Y.S. Kim, M.S. Kim(1999), Unmet Medical care needs in Elders Using the Public Health Center, Journal Korean Gerontol Nurs, Vol.1(2);172-180.
17. K.S. Song, J.H. Lee, K.H. Rim(2011), Factors Associated with Unmet Needs for Health Care, Korean public health research, Vol.37(1);131-140.
18. J.H. Lim(2013), Analysis of unmet medical need status based on the Korean Health Panel, Health and Social Science, Vol.34;237-256.
19. S.I. Huh(2011), Unmet Medical Need, The 2011 Korea Health Panel Conference, Vol.3;341-351.
20. Y.H. Choi(2001), A Comparative Study on Health-Promoting Behavior, Life Satisfaction and Self-esteem of the Young and Old, Korean Academy of Community Health Nursing, Vol.12(2);428-436.

21. J.D. Kwon(2013), Essentials of Aged Welfare, Hakjisa, p.19.
22. <http://kostat.go.kr>
23. J.Y. Yang(2010), The Longitudinal Trend and Association Factors of Unmet Medical Need, Unpublished master's thesis, Korea University, pp.1-64.