

정신건강유형에 따른 미충족 의료 현황 분석

최령¹, 황병덕²‡

¹동신대학교 보건행정학과, ²부산가톨릭대학교 병원경영학과

Analysis of Unmet Medical Needs according to Mental Health

Ryoung Choi¹, Byung-Deog Hwang²‡

¹Department of Health Administration Dongshin University,

²Department of HCM Catholic University of Pusan

<Abstract>

Objectives : This study investigated the prevalence of unmet health care needs among Korean adults and related factors. **Methods** : The study participants were adults over the age of 20 mental health experience from the Korea Health Panel in 2012(n=4,730). Statistical analysis methods used in this study were the χ^2 -test, Logistic Regression Analysis and other basic statistics such frequency-and percentage using SPSS version 22.0. **Results** : ①Significant variables of stress: Factors were age, economic activity, subjective health status, and activity limitation. ②Significant variables of depression: Factors were age, income class(low) and activity limitation. ③Significant variables of suicidal impulse: Factors were age, chronic diseases, income class, and activity limitation. **Conclusions** : Stress, depression, and suicidal impulse can be unmet medical factors; therefore improvement measures and mental health counseling programs in response to suicide impulses, should be developed. Thus there is a need for a health sciences approach.

Key Words : Unmet Medical Needs, Types of Unmet Medical Needs, Mental Health

* 이 논문은 동신대학교 학술연구비에 의하여 연구되었음

‡ Corresponding author : Byung-Deog Hwang(suamsam@naver.com) Department of Nursing, Department of HCM Catholic University of Pusan

• Received : Jan 14, 2016

• Revised : Mar 2, 2016

• Accepted : Mar 4, 2016

I. 서론

건강증진에 대한 관심, 기대수준의 증가와 더불어 건강에 대한 사회적 책임이 강조되고 있는 가운데 각국마다 그 나라의 실정에 맞는 보건의료체계를 구축하고 재정비함으로 국민에게 보다 나은 의료서비스를 제공하기 위한 노력이 계속되고 있다[1]. 인간의 삶에 있어서 건강수준은 사회구성원의 경제적 평등과 밀접한 관계가 있기 때문에 의료서비스의 적절한 제공은 사회의 유지에 필수적[2]이기 때문에 충분하고 공평한 의료서비스에 대한 접근성, 보건의료체계의 반응성 증대, 보건의료체계의 효율성 증대, 지속 가능한 비용 및 재정의 보장 등이 포함된다[3]. 이에 우리나라는 1977년 500인 이상 사업장을 당연적용으로 시작으로 1989년 전 국민 의료보험제도 시행으로 모든 국민들이 지불능력에 상관없이 의료이용이 필요한 경우 의료서비스를 이용하게 되었다[4].

그러나, 우리나라는 저부담-저급여 구조로 출발한 건강보험 정책의 낮은 보장성으로 인한 높은 부담률[5]과 비급여 본인부담의 존재로 의료 서비스를 이용하는데 있어 지불능력이 중요한 요인으로 작용한다. 소득수준이 낮은 계층이나, 장애인, 만성질환 및 희귀난치성질환자 등 의료이용이 높은 국민에게 적절한 의료서비스 제공은 반드시 필요함에도 불구하고 여러 요인들로 인하여 건강보험제도의 취지를 무색하게 하여 의료의 필요를 충족시키지 못하는 미충족 의료가 발생한다.

미충족 의료란, 현재 의료적 욕구가 있음에도 불구하고 경제, 사회적 여건 등의 요인들로 인하여 필요한 의료서비스를 포기하게 되거나 적시에 이용하지 못하게 되는 모든 경우를 의미한다[6]. 필요한 의료를 충족하지 못하는 미충족 의료경험은 의료서비스 이용 여부, 의료서비스 이용에 의한 위험 회피 가능성 여부, 공공 의료서비스에 대한 접근성 여부, 의료필요의 충족 정도, 의료서비스의

지연 정도, 의료서비스 이용자의 태도·정보 정도 등에 따라 다양하게 나타날 수 있다[4][5][7][8].

한편, National Institute of Mental Health in America(2001)에서는 세계적으로 정신건강의 문제가 늘어나는 중대한 위기상황으로 간주하고 지역 사회 차원의 예방과 관리의 중요성에 대해 강조하고 있으며, 우리나라는 산업화 및 도시화 등 급속한 사회경제적 변화로 인해 우울, 자살 등 많은 정신건강 문제가 사회적 현안으로 대두되고 있다[9]. 우리나라는 정신질환의 예방과 정신질환자의 치료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신질환 증진에 이바지함을 목적으로 1995년 12월 정신보건법이 통과되었다. 정신보건법이 통과되므로 인해 국민의 정신질환에 관하여 국가와 지방자치단체, 정신보건센터 및 시설의 설치·운영 등 상세한 규정이 만들어짐에도 불구하고 2006년 정신질환실태 역학조사결과 18세 이상 64세 이하 성인의 정신질환 1년 유병률이 12.9% (약 412만명)에 달하고 있다[10]. 특히, 스트레스 인지율은 2007년 27.1%, 2008년 29.1%에 이어 2009년에는 31.5%[9], 주요우울은 2001년 1.8%, 2006년 2.5%에 이어 2011년에는 3.1% 그리고 자살관련행동에 대한 유병률은 자살생각(suicidal idea)의 경우 15.6%, 자살계획(suicidal plan)의 경우 3.3%, 자살시도(suicidal attempt)의 경우 3.2%로 나타났으며(Cho et al., 2011)[11], 자살사망률은 2010년 인구 10만명당 32.1명으로 OECD국가 중 가장 높다 [10].

미충족 의료의 유형을 살펴보면 첫째 가용성(Availability)·접근성(Accessibility)·수용성(Acceptability)으로 구분하고 있다. 가용성은 대기 시간이나 원하는 시간 혹은 원하는 장소에서 의료 서비스를 받지 못하는 것에서 발생된다. 접근성은 경제적 지불능력으로 인하여 의료서비스를 받지 못하는 것에서 발생되며, 수용성은 개인의 태도나 지식과 관련하여 의료서비스를 받지 못하는 것에

서 발생된다[12][13]. 둘째는 경제적 요인·시간적 요인·기타 요인으로 구분하고 있다. 경제적 요인은 치료비용의 부담으로 인하여 의료서비스를 받지 못하는 것에서 발생된다. 시간적 요인은 방문할 시간이 없어서 의료서비스를 받지 못하는 것에서 발생되며, 기타 요인은 의료기관의 거리, 거동불편, 정보부족 등으로 인하여 의료서비스를 받지 못하는 것에서 발생된다[1][4][5].

미충족 의료에 관한 주요 연구를 살펴보면, 첫째 포괄적 선행연구는 다음과 같다.

Huh et al.[5]은 2005년 국민건강영양조사(제3기) 자료를 이용하여 만 19세 이상 성인을 대상으로 하여 분석하였다. “지난 1년간 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 적이 있는가?”에 대한 질문으로 미충족 의료여부를 확인한 결과 소득과 건강상태가 미충족 의료의 요인으로 분석되었다.

Shin et al.[7]은 한국복지패널자료 1·2차 자료를 이용하여 “지난 1년 동안 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있는가?”에 대한 질문으로 2005년과 2006년 자료에서 단면적 미충족 현황과 관련 요인을 분석한 후 2개년도의 자료를 동태적 미충족 현황과 관련요인을 각각 분석하였다. 단면적 미충족 의료는 가구주 연령, 교육, 주관적 건강상태, 가구 소득계층이 유의한 요인이었다. 동태적 미충족 의료(2년 동안 미충족 의료를 한번 이상 경험할 가능성)는 중족군에서 미충족군으로 추락할 가능성 그리고 미충족군에서 미충족군으로 계속 잔류할 가능성에 관련된 요인으로 가구 소득계층과 가구주 건강상태가 유의한 요인으로 작용하였다.

Lim[14]는 2009년 한국의료패널 자료를 이용하여 만성질환을 보유하고 있는 대상자의 미충족 의료 요인을 분석하였다. 분석결과 성, 연령, 보험유형, 세대구성, 경제활동, 가구소득, 만성질환 수, CCI(Charlson Comorbidity Index)지수, 주관적 건

강상태가 미충족 의료의 요인으로 분석되었다.

둘째, 요인별 선행연구는 다음과 같다.

Chen et al.[12]는 캐나다의 NPHS(National Population Health Survey; 1998-1999)를 대상으로 미충족 의료 유형을 가용성(Availability), 접근성(Accessibility), 수용성(Acceptability)으로 분류하여 분석하였다. 가용성은 대기시간, 원하는 시간, 접근성은 교통수단, 수용성은 의료서비스에 대한 개인의 태도나 지식과 관련된 것으로 미충족 의료 각 유형의 요인으로 분석되었다.

Hwang et al.[4]은 2012년 한국의료패널 자료를 활용하여 만 65세 이상의 노년기를 대상으로 미충족 의료 유형을 경제적 요인, 태도·정보·질환 감수성 요인으로 분류하여 분석하였다. 경제적 요인은 건강상태, 장애, 활동제한, 교육수준, 태도·정보·질환 감수성 요인은 장애, 활동제한, 교육수준, 경제활동이 미충족 의료 각 유형의 요인으로 분석되었다.

Song et al.[1]은 2011년과 2012년 한국의료패널 자료를 활용하여 19세 이상의 성인을 대상으로 미충족 의료 유형을 경제적 이유, 시간적 이유, 기타 이유로 분류하여 분석하였다. 경제적 이유는 연령, 가족구조, 2011년 미충족 의료, 주관적 건강상태, 가구소득, 경제활동 참여변화, 시간적 요인은 연령, 가족구조, 2011년 미충족 의료, 건강보장형태, 가구소득, 경제활동 참여변화, 기타요인은 주관적 건강상태, 2011년 미충족 의료, 가구소득, 경제활동 참여변화가 미충족 의료 각 유형의 요인으로 분석되었다.

셋째, 정신건강 선행연구는 다음과 같다.

Park et al.[15]은 캐나다의 정신건강에 따른 미충족과 보건교육의 시사점에 관하여 분석하였다. 분석결과 성별은 남자에 비해 여자의 경우 미충족 의료가 1.58배, 연령은 45-64세에 비해 25-44세의 경우 2.03배, 15-24세의 경우 2.94배, 만성질환은 없는데 비해 있다는 경우 1.43배, 그리고 주관적 정

신건강은 좋다에 비해 나쁜 경우 2.33배 미충족 의료가 높은 것으로 분석되었다.

Roll et al.[16]은 미국의 정신건강 서비스에 대한 미충족 의료(1997-2010년)에 관하여 분석하였다. 분석결과 성별은 남자에 비해 여자의 경우 미충족 의료가 1.9배, 연령은 17세 이하에 비해 18-64세의 경우 3.4배, 건강 상태가 좋다(매우좋다)에 비해 나쁜(매우나쁜) 경우 2.5배, 가구소득이 5만달러에 비해 5만달러 이하의 경우 1.5배, 건강보험이 없는 경우 3.7배, 그리고 활동제한이 없는데 비해 있는 경우 2.7배 미충족 의료가 높은 것으로 분석되었다.

이상의 미충족에 관한 연구를 살펴보면 성인이나 노인 등을 대상으로 한 포괄적인 연구와 일부 미충족 의료 유형을 구분한 연구가 이루어지고 있으나, 정신건강 유형에 따른 미충족 의료에 관한 연구는 찾아보기 어려우며, 특히 미충족 의료 유형을 구분한 연구는 전무하였다.

따라서, 본 연구에서는 성인의 미충족 의료에 대한 일반적인 현황 및 미충족 의료 유형을 경제적 요인, 시간적 요인, 태도·정보·질환·기타요인으로 구분하고, 정신건강의 유형을 스트레스, 우울감, 자살충동으로 구분한 후 각 유형에 따른 미충족 의료 현황을 분석함으로써 정신건강에 관한 보건학적 필요성과 보건료정책수립을 위한 기초 자료를 제시하고자 시도하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 수집한 한국의료패널(Korea Health Panel)의 원자료 중 2012년 연간 통합데이터를 분석하였다. 2012년 연감데이터의 대상 가구 수는 5,434가구이며 대상 가구원 수는 15,872명이다. 본

연구는 정신건강 경험이 있는 성인들 중 미충족 의료에 대하여 무응답 및 응답오류를 제외한 총 4,730명을 최종 분석대상으로 하였다.

2. 측정변수

1) 미충족 의료

본 연구에서는 미충족 의료 경험과 미충족 의료 발생 요인으로 구분하였다. 미충족 의료 경험은 “지난 1년간 병·의원 진료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답한 경우로 정의하였다. 미충족 의료 발생 요인은 미충족 의료 경험의 질문에 “예”라고 응답한 연구대상자 중 “지난 1년간 필요한 병·의원 진료나 검사를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 무엇입니까?”라는 질문에 관한 응답을 각 요인으로 정의하였다. 미충족 의료 발생 요인을 Song et al.[1]은 경제적 이유, 시간적 이유 그리고 기타이유로 구분하였다. 이에 본 연구에서는 경제적 요인, 시간적 요인 그리고 태도·정보·질환·기타요인으로 구분하였다 <Table 1>.

2) 정신건강

정신건강에 있어서 스트레스, 우울 그리고 자살은 매우 중요한 부분이다. 스트레스의 강도가 높거나 장시간에 걸쳐 스트레스에 노출되면 정신건강에 위험요소가 되고 다양한 정신장애의 원인이 될 수 있다[17]. 우울은 정상적인 기분변화로부터 병적인 상태까지의 연속선상에 있으며, 우울증이 있는 사람은 주위에 있는 일들을 잘못 인식하고, 터무니없는 의미들을 과장시키면서 그의 상실과 결부시키고 부정적인 사고를 가지게 한다[18]. 또한 증상이 심할 경우 자신의 기분상태를 조절할 수 없는 상태에 이르기도 하며, 자살충동, 자살행동으로 이어지기도 한다[19]. 자살은 ‘자발적 또는 의도

적으로 스스로 목숨을 끊는 행위[18]로 사회경제적 요인, 심리적 요인, 스트레스, 우울 등 많은 요인들이 자살의 위험요인에 포함이 된다. 자살충동은 자살계획-자살행동-자살로 이어지는 연속적인 의미로 개념화 할 수 있다. 이러한 측면에서 정신건강 유형을 스트레스, 우울감 그리고 자살충동으로 분류하였다. 스트레스는 “지난 한 달 동안, 살아가는데 정신적·신체적으로 힘들다고 느낀 적이 있습니까?”라는 질문에 “0=있었다, 1=없었다”, 우울감은 “최근 1년간 2주 이상 연속으로 일상생활에 지장이 있을 정도로 많이 슬펐거나 불행하다고 느낀 적이 있습니까?”라는 질문에 “0=있다, 1=없다”, 자살충동은 “지난1년 간 죽고 싶다고 생각을 해 본 적이 있습니까?”라는 질문에 “0=있다, 1=없다”로 구분하였다.

3) 일반적 특성

본 연구에서는 성별, 연령, 배우자유무, 교육수준, 경제활동, 의료보장형태, 소득수준, 주관적 건강상태, 만성질환 그리고 활동제한을 이용하였다. 성별은 “0=남자, 1=여자”, 연령은 연금의 경우 국민연금개시와 특수직역연금개시 연령이 상이하여 정확한 소득수준 및 경제활동을 파악하기 어려워 [20] 경제활동의 공백기가 발생되지 않도록 65세 이상을 기준으로 “0=20-34세, 1=35-49세, 2=50-64세, 3=65세 이상”, 배우자유무는 “0=없다, 1=있다”

로 분류하였다. 교육수준은 “0=중학교이하, 1=고등학교, 2=대학교이상”, 경제활동은 “0=한다, 1=안한다”, 의료보장형태는 “0=의료급여, 1=건강보험”으로 분류하였다. 소득수준은 총 자산소득과 연간 총 가구소득으로 되어있으며, 본 연구에서는 연간 총 가구소득을 가구 내 실제 가구원수의 제공근으로 나누어 나눈 총 가구소득 5분위(1분위는 최하위층, 5분위는 최상위층)를 이용하였다. 주관적 건강상태는 “0=좋음, 1=보통, 2=나쁨”, 만성질환유무는 “0=없다, 1=있다”, 활동제한은 “0=없다, 1=있다”로 분류하였다.

3. 분석방법

자료분석은 SPSS version 22.0을 이용하여 미충족 의료경험(experience) 및 미충족 의료 요인별 (factors) 연구대상자 특성을 살펴보기 위하여 빈도와 백분율을 제시하고 카이제곱검정(chi-square test)을 하였다. 그리고 정신건강(스트레스, 우울감, 자살충동)에 따른 미충족 의료 영향 요인을 알아보기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 모든 독립변수들의 VIF(variance inflation factor)가 1.33 이하로 나타나 다중공선성의 가능성은 배제되었다. 모든 검정은 p=0.05 수준에서 유의성을 검증하였다. 각 요인에 대한 odds ratio(OR)를 산출하였고, 95% 신뢰구간을 제시하였다.

<Table 1> Types of unmet medical needs

Factor Limiting of Health Care Utilization		Stress		Depression		Suicidal Impulse	
		N	%	N	%	N	%
Economic Factors	Economic Reasons	358	34.7	103	56.0	94	47.5
	Subtotal	358	34.7	103	56.0	94	47.5
Time Factors	No time to visit	370	35.9	45	24.5	60	30.3
	Subtotal	370	34.7	45	24.5	60	30.3
Behavior inconvenience, Health Reason	No Child-Care	33	3.2	12	6.5	9	4.6
	Minor Symptoms	10	1.0	2	1.1	4	2.0
Factor for Attitude, Information, Disease and Others	Did not know where to go	204	19.8	15	8.2	20	10.1
	Hospitals to far away	12	1.2	2	1.1	2	1.0
Reservations	Reservations Delay	19	1.9	1	0.5	4	2.0
	No doctor	4	0.4	2	1.1	2	1.0
Others	Others	3	0.3	2	1.1	1	0.5
	Subtotal	19	1.8	0	0.0	2	1.0
Total		304	29.4	78	19.5	96	22.2
		1,032	100.0	184	100.0	198	100.0

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 미충족 의료경험은 미충족 1,050명(22.2%), 충족 3,680명(77.8%) 이었다.

미충족 의료경험에 따른 연구대상자들의 일반적 특성을 분석한 결과 주관적 건강상태는 나쁘다

(16.8%)에 비해 좋다(30.7%)의 경우, 활동제한은 없다(21.2%)에 비해 있다(36.8%)의 경우 미충족의료 경험률이 높았다. 우울감은 없었다(21.1%)에 비해 있었다(29.9%)의 경우, 자살충동은 없었다(20.1%)에 비해 있었다(39.7%)의 경우 미충족의료 경험률이 높았다. 주관적건강상태($p<.001$), 활동제한($p<.001$), 우울감($p<.001$), 자살충동($p<.001$)은 통계적으로 유의한 차이가 있었다<Table 2>.

<Table 2> General characteristics according to the situation of unmet medical needs

Section	Unmet(n=1,050)		Met(n=3,680)		Total(n=4,730)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Gender								
Male	500	22.2	1,755	77.8	2,255	100.0	.002	.498
Female	550	22.2	1,925	77.8	2,475	100.0		
Age							3.202	.362
20-34	202	23.8	646	76.2	848	100.0		
35-49	282	21.0	1,061	79.0	1,343	100.0		
50-64	273	21.6	993	78.4	1,266	100.0		
65≤	293	23.0	980	77.0	1,273	100.0		
Spouse							.285	.309
Without	347	22.7	1,184	77.3	1,531	100.0		
With	703	22.0	2,496	78.0	3,199	100.0		
Education Level							.900	.638
≤Middle School	304	23.1	1,014	76.9	1,318	100.0		
High School	333	21.6	1,208	78.4	1,541	100.0		
College≤	413	22.1	1,458	77.9	1,871	100.0		
Economic Activity							.152	.362
Yes	604	22.4	2,092	77.6	2,696	100.0		
No	446	21.9	1,588	78.1	2,034	100.0		
Insurance Type							.012	.531
Medical Aid	32	22.2	112	77.8	144	100.0		
National Health Insurance	1,018	22.2	3,568	77.8	4,586	100.0		
Income Classes							2.001	.736
Lowest Layer(Low 20%)	125	23.4	409	76.6	534	100.0		
Low	195	22.6	667	77.4	862	100.0		
Middle	221	21.5	806	78.5	1,027	100.0		
High	251	23.0	838	77.0	1,089	100.0		
Highest Layer(High 20%)	258	21.2	960	78.8	1,218	100.0		
Subjective Health Status							70.417	<.001
Good	295	30.7	665	69.3	960	100.0		
Normal	458	22.8	1,547	77.2	2,005	100.0		
Bed	297	16.8	1,468	83.2	1,765	100.0		
Chronic Diseases							.981	.170
No	428	21.5	1,563	78.5	1,991	100.0		
Yes	622	22.7	2,117	77.3	2,739	100.0		
Activity Limitation							40.807	<.001
No	936	21.2	3,484	78.8	4,420	100.0		
Yes	114	36.8	196	63.2	310	100.0		
Stress							.508	.279
Yes	1,032	22.1	3,628	77.9	4,460	100.0		
No	18	25.7	52	74.3	70	100.0		
Depression							24.133	<.001
Yes	184	29.9	432	70.1	616	100.0		
No	866	21.1	3,248	78.9	4,114	100.0		
Suicidal Impulse							98.700	<.001
Yes	198	39.7	301	60.3	499	100.0		
No	852	20.1	3,379	79.9	4,231	100.0		

2. 스트레스에 따른 미충족 의료 현황

경제적 요인의 미충족 의료의 경우 경제활동을 한다에 비해 안하는 경우 미충족 의료 발생 비차비는 1.354(95%CI, .993-1.846)로 높았고, 주관적 건강상태는 좋다에 비해 보통의 미충족 의료 발생 비차비는 2.173(95%CI, 1.575-2.998), 나쁘다의 미충족 의료 발생 비차비는 3.606(95%CI, 2.644-4.918)로 높았다. 활동제한은 없다에 비해 있다의 미충족 의료 발생 비차비는 2.099(95%CI, 1.517-2.906)로 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

시간적 요인의 미충족 의료 경우 연령은 20-34세에 비해 35-49세의 미충족 의료 발생 비차비는 1.567(95%CI, 1.058-2.322), 50-64세의 미충족 의료 발생 비차비는 1.622(95%CI, 1.040-2.529) 65세 이

상의 미충족 의료 발생 비차비는 1.875(95%CI, 1.156-3.040)로 높았고, 주관적 건강상태는 좋다에 비해 보통의 미충족 의료 발생 비차비는 0.543(95%CI, .379-.777), 나쁘다의 미충족 의료 발생 비차비는 0.393(95%CI, .268-.576)로 낮았다. 활동제한은 없다에 비해 있다의 미충족 의료 발생 비차비는 .170(95%CI, .080-.360)로 낮았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

태도·정보·질환·기타요인의 미충족 의료의 경우 주관적 건강상태는 좋다에 비해 나쁘다의 미충족 의료 발생 비차비는 1.510(95%CI, 1.074-2.124), 활동제한은 없다에 비해 있다의 미충족 의료 발생 비차비는 2.160(95%CI, 1.479-3.155)으로 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다 <Table 3>.

<Table 3> Status of unmet medical need(stress)

Section	Stress					
	Economic Factors		Time Factors		Factor for Attitude, Information, Disease and Others	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Gender						
Male	1		1		1	
Female	.789	.595-1.046	1.162	.878-1.536	1.087	.817-1.447
Age						
20-34	1		1		1	
35-49	1.088	.714-1.658	1.567*	1.058-2.322	.782	.472-1.296
50-64	1.075	.672-1.719	1.622*	1.040-2.529	.794	.447-1.410
65≤	.925	.639-1.188	1.875*	1.156-3.040	.691	.381-1.252
Spouse						
Without	1		1		1	
With	.839	.573-1.229	.889	.604-1.308	1.335	.917-1.943
Education Level						
≤Middle School	1		1		1	
High School	.930	.467-1.154	1.108	.737-1.666	.965	.642-1.451
College≤	.734	.993-1.846	.956	.609-1.502	1.429	.897-2.278
Economic Activity						
Yes	1		1		1	
No	1.354*	.993-1.846	.860	.632-1.170	.859	.627-1.177
Insurance Type						
Medical Aid	1		1		1	
National Health Insurance	.875	.381-2.011	.687	.272-1.734	1.429	.656-3.113
Income Classes						
Lowest Layer(Low 20%)	1		1		1	
Low	.644	.465- .891	1.210	.865-1.691	.944	.672-1.327
Middle	.938	.657-1.339	.965	.697-1.338	1.240	.856-1.796
High	.989	.694-1.409	1.108	.795-1.544	1.059	.747-1.503
Highest Layer(High 20%)	.881	.616-1.261	1.007	.724-1.402	1.365	.930-2.006
Subjective Health Status						
Good	1		1		1	
Normal	2.173***	1.575-2.998	.543**	.379-.777	1.016	.749-1.377
Bad	3.606***	2.644-4.918	.393***	.268-.576	1.510*	1.074-2.124
Chronic Diseases						
No	1		1		1	
Yes	.958	.689-1.333	.856	.617-1.187	1.239	.882-1.739
Activity Limitation						
No	1		1		1	
Yes	2.099***	1.517-2.906	.170***	.080-.360	2.160***	1.479-3.155

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

3. 우울감에 따른 미충족 의료 현황

경제적 요인의 미충족 의료의 경우 소득수준은 하위에 비해 최하위(하위20%)의 미충족 의료 발생 비차비는 .459(95%CI, .241-.875), 활동제한은 없는데 비해 있다가의 미충족 의료 발생 비차비는 2.045(95%CI, 1.156-3.617)로 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

태도·정보·질환·기타요인의 미충족 의료의 경우 연령은 20-34세에 비해 65세 이상의 미충족 의료 발생 비차비는 .188(95%CI, .038-.933) 소득수준은 최하위(하위20%)에 비해 하위의 미충족 의료 발생 비차비는 .091(95%CI, .009-.883)로 낮았으며, 활동제한은 없는데 비해 있다가의 미충족 의료 발생 비차비는 3.201(95%CI, 1.392-7.358)로 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다<Table 4>.

<Table 4> Status of unmet medical needs(depression)

Section	Depression					
	Economic Factors		Time Factors		Factor for Attitude, Information, Disease and Others	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Gender						
Male	1		1		1	
Female	1.098	.691-1.745	1.194	.603-2.362	1.646	.756-3.581
Age						
20-34	1		1		1	
35-49	1.329	.592-2.984	.377	.113-1.264	.766	.178-3.295
50-64	1.419	.564-3.571	.366	.096-1.391	.326	.069-1.533
65≤	1.413	.551-3.624	.348	.090-1.347	.188*	.038-.933
Spouse						
Without	1		1		1	
With	1.010	.555-1.838	1.803	.819-3.969	1.351	.511-3.571
Education Level						
≤Middle School	1		1		1	
High School	1.378	.695-2.732	.673	.259-1.745	1.401	.475-4.130
College≤	1.120	.531-2.360	.837	.287-2.444	.798	.259-2.462
Economic Activity						
Yes	1		1		1	
No	.835	.511-1.364	.739	.356-1.534	1.593	.669-3.794
Insurance Type						
Medical Aid	1		1		1	
National Health Insurance	.598	.145-2.463	.356	.083-.1.103	3.414	.511-22.784
Income Classes						
Lowest Layer(Low 20%)	1		1		1	
Low	.459*	.241-.875	5.079	1.447-17.826	.091*	.009-.883
Middle	1.297	.602-2.797	2.221	.882-5.592	.139	.013-1.449
High	.736	.372-1.454	2.020	.793-5.144	.159	.015-1.700
Highest Layer(High 20%)	.875	.426-1.797	1.936	.800-4.686	.105	.010-1.114
Subjective Health Status						
Good	1		1		1	
Normal	1.439	.862-2.402	.762	.375-1.547	1.378	.592-3.205
Bed	1.327	.716-2.458	1.806	.454-2.596	1.537	.522-4.523
Chronic Diseases						
No	1		1		1	
Yes	.791	.468-1.338	.858	.410-1.794	1.795	.756-4.263
Activity Limitation						
No	1		1		1	
Yes	2.045*	1.156-3.617	.387	.100-.653	3.201**	1.392-7.358

*p<.05, **p<.01

4. 자살충동에 따른 미충족 의료 현황

경제적 요인의 미충족 의료의 경우 연령은 65세 이상에 비해 20-34세의 미충족 의료 발생 비차비는 .346(95%CI, .121-.991), 만성질환은 없는데 비해 있다가 미충족 의료 발생 비차비는 2.517(95%CI, 1.154-5.487)로 높았으며, 활동제한은 없는데 비해 있다가 미충족 의료 발생 비차비는 2.187(95%CI, 1.001-4.784)로 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

시간적 요인의 미충족 의료의 경우 소득수준은 최하위(하위20%)에 비해 하위의 미충족 의료 발생 비차비는 5.537(95%CI, 1.974-15.529), 중위의 미충

족 의료 발생 비차비는 2.471(95%CI, 1.054-5.797), 그리고 최상위(상위20%)의 미충족 의료 발생 비차비는 2.307(95%CI, 1.002-5.314)로 높았다. 활동제한은 없는데 비해 있다가 미충족 의료 발생 비차비는 0.129(95%CI, .036-.470)로 낮았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

태도·정보·질환·기타요인의 미충족 의료의 경우 연령은 20-34세에 비해 50-64세의 미충족 의료 발생 비차비는 6.971(95%CI, 1.412-34.422), 65세 이상의 미충족 의료 발생 비차비는 5.131(95%CI, 1.007-26.157)로 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다<Table 5>.

<Table 5> Status of unmet medical needs(suicidal impulse)

Section	Suicidal Impulse					
	Economic Factors		Time Factors		Factor for Attitude, Information, Disease and Others	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Gender						
Male	1		1		1	
Female	.522	.268-1.017	1.662	.801-3.447	1.403	.656-3.000
Age						
20-34	1		1		1	
35-49	.476	.192-1.179	1.211	.352-4.172	3.542	.926-13.545
50-64	.445	.163-1.217	.783	.184-3.322	6.971*	1.412-34.422
65 ≤	.346*	.121- .991	1.183	.483-3.412	5.131*	1.007-26.157
Spouse						
Without	1		1		1	
With	1.480	.612-3.578	1.284	.483-3.412	.479	.157-1.463
Education Level						
≤Middle School	1		1		1	
High School	.392	.145-1.058	1.523	.517-4.481	2.308	.711-7.487
College ≤	.275	.089-.847	1.570	.467-5.272	3.634	.983-13.432
Economic Activity						
Yes	1		1		1	
No	.824	.407-1.670	.780	.352-1.728	1.902	.798-4.538
Insurance Type						
Medical Aid	1		1		1	
National Health Insurance	.775	.176-3.405	.489	.049-4.877	2.077	.390-11.066
Income Classes						
Lowest Layer(Low 20%)	1		1		1	
Low	.547	.275-1.085	5.537**	1.974-15.529	.790	.327-1.908
Middle	1.411	.621-3.206	2.471*	1.054-5.797	.970	.363-2.593
High	1.257	.584-2.703	1.612	.729-3.563	2.034	.652-6.340
Highest Layer(High 20%)	.624	.305-1.276	2.307*	1.002-5.314	1.274	.460-3.524
Subjective Health Status						
Good	1		1		1	
Normal	1.625	.793-3.332	.546	.246-1.214	.988	.424-2.304
Bad	1.963	.712-5.409	.560	.197-1.597	.767	.233-2.526
Chronic Diseases						
No	1		1		1	
Yes	2.517*	1.154-5.487	.459	.192-1.096	.678	.269-1.712
Activity Limitation						
No	1		1		1	
Yes	2.187*	1.001-4.784	.129**	.036- .470	1.692	.713-4.012

*p<.05, **p<.01

IV. 고찰

미국과 캐나다는 전 국민을 대상으로 정기적으로 실시하는 건강조사에 미 충족의료 경험의 항목을 포함하여 현황 및 연도별 추이를 발표하고 있으며, 이를 국가간 의료접근성과 건강 불평등성을 비교하는 지표 중 하나로 사용하고 있다[21]. 즉 국민에게 필요한 의료서비스를 제공하기 위해서는 “미충족 의료(unmet medical needs)”의 경험이나 연구결과에 따른 접근방법 등을 파악하는 것은 모든 사람을 수용하고 양질의 의료 제공을 목적으로 하는 보건의료의 기본이념은 물론 국가의 의료보장제도의 성과를 판단하는 중요한 가치가 된다.

본 연구에서는 연구대상자 중 22.2%가 미충족 의료경험이 있는 것으로 나타났다. 2005년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 19세 이상 성인 전체의 미충족 의료 경험률을 분석한 연구에서는 17.1%[5], 1차(2005년)와 2차(2006) 한국복지패널자료를 활용하여 가구단위 미충족 의료 경험률을 분석한 연구에서는 1차 5.54%, 2차 2.99%[7], 한국의료패널자료를 활용하여 노년을 대상으로 한 연구에서는 16.9%로 분석되었다[4]. 반면, 2008년 장애인 실태조사 자료를 활용하여 건강보험가입 재가장애인의 미충족 의료 경험률을 분석한 연구에서는 19.7%[22], 한국의료패널자료를 활용하여 19세 이상 성인 전체의 만성질환자의 미충족 의료 현황을 분석한 연구에서는 22.3%로 분석되었다[14]. 이러한 결과는 일반성인, 노년 등을 대상으로 한 미충족 의료경험보다 특정대상(만성질환, 정신건강)의 미충족 의료경험이 높게 나타났다. 따라서 국민들의 정신건강과 관련한 미충족 의료의 격차 및 요구충족을 해결하기 위하여 효과적인 계획과 정책이 수립되어야 한다.

정신건강유형 중 스트레스에 따른 미충족 의료 영향 요인을 분석한 결과 경제적 요인에 의한 미

충족 의료는 경제활동을 한다에 비해 안한다의 경우 1.354배, 주관적 건강상태가 좋다에 비해 보통의 경우 2.173배, 나쁘다의 경우 3.606배, 활동제한이 없다에 비해 있다의 경우 2.099배 높았다. 시간적 요인에 의한 미충족 의료는 연령이 20-34세에 비해 35-49세의 경우 1.567배, 50-64세의 경우 1.622배, 65세 이상의 경우 1.875배, 주관적 건강상태가 좋을수록, 활동제한이 있다에 비해 없는 경우 높았다. 태도·정보·질환·기타 요인에 의한 미충족 의료는 주관적 건강상태가 좋다에 비해 나쁘다의 경우 1.510배, 활동제한이 없다에 비해 있다의 경우 2.160배 높았다. 경제적 요인에 있어서 주관적 건강상태가 나쁠수록[1][4][11], 경제활동을 하지 않는 경우[4] 미충족 의료는 높다는 선행연구들과 일치하였다. 기타요인에 있어서 주관적 건강상태가 나쁠수록 미충족 의료는 높다는 선행연구와 일치하였다[13]. 평균연령 65세 이전까지는 대부분 재취업으로 진입을 하고 있으나, 자산을 축적하지 못한 65세 이상의 고령노인은 생계유지뿐만 아니라 노후 준비가 되지 못한 어려움을 갖는다[23]. 특히 의료는 노년기의 주요 지출항목이기에 소득보장은 안정적인 노년생활에 매우 중요한 요건[9]이기 때문에 노년기에도 경제활동에 참여하게 된다. 그러나 불규칙한 파트타임이나 단순노무직 등 경제활동상의 특성으로 인해 스트레스와 우울감을 경험하게 되고 시간적인 요인에 의해 의료의 미충족이 발생하게 된다.

정신건강유형 중 우울감에 따른 미충족 의료 영향 요인을 분석한 결과 경제적 요인에 의해 미충족 의료는 소득수준이 하위에 비해 최하위(하위 20%)의 경우, 활동제한이 없다에 비해 있다의 경우 2.045배 높았다. 태도·정보·질환·기타 요인에 의한 미충족 의료는 연령이 65세 이상에 비해 20-34세가 높았으며, 소득수준이 하위에 비해 최하위(하위20%)의 경우, 활동제한이 없다에 비해 있다의 경우 3.201배 높았다. 경제적 요인에 있어서 소

득수준이 낮을수록[1][13], 활동제한이 있는 경우[4] 미충족 의료가 높다는 선행연구와 일치하였다. 지불능력이나 소득수준에 상관없이 국민이 의료를 이용할 수 있도록 건강보장강화 노력을 하고 있으나, 소득수준이 낮은 경우 미충족 의료가 높다는 것은 여전히 경제적인 제약을 받고 있기 때문이다.

정신건강유형 중 자살충동에 따른 미충족 의료 영향 요인을 분석한 결과 경제적 요인에 의해 미충족 의료는 연령이 65세 이상에 비해 20-34세의 경우, 만성질환이 없는데 비해 있다가의 경우 2.517배, 그리고 활동제한이 없는데 비해 있다가의 경우 2.187배 높았다. 시간적 요인에 의한 미충족 의료는 소득수준이 최하위(하위20%)에 비해 하위의 경우 5.537배, 중위의 경우 2.471배, 그리고 최상위(상위20%)의 경우 2.307배 높았으며, 활동제한이 있다가에 비해 없다가의 경우 높았다. 태도·정보·질환·기타 요인에 의한 미충족 의료는 연령이 20-34세에 비해 50-64세의 경우 6.971배, 65세 이상의 경우 5.131배 높았다. 경제적 요인에 있어서 연령이 낮을수록, 만성질환이 있는 경우 미충족 의료가 높다는 선행연구와 일치하였다[12]. 만성질환관리와 정신건강과의 관련성에 관한 연구에 의하면 만성질환자 중 만성질환자 중 84.8%가 스트레스를 호소, 13.2%가 우울증상을 경험, 자살까지 생각한 경우도 15.1%나 되는 것으로 분석되었다. 만성질환자의 건강문제는 한번 발병하면 평생에 걸쳐 지속적으로 치료와 관리가 요구되기 때문에 불안과 우울과 같은 심리적 고통을 안겨준다[24]. 따라서, 만성질환자들에게 지속적으로 질환에 대한 교육과 신체활동이 정신건강에 도움이 되며[9], 나아가 경제적 요인에 의한 미충족 의료에도 영향을 줄 것이다. 태도·정보·질환·기타요인은 개인의 주관적인 요인에 따라 발생하는 문제로서 Chen et al.[12]은 적절한 정보의 제공과 사회적 질병인식의 개선 등을 통해 해소가 가능하다고 하였다.

정신건강은 자신을 있는 그대로 수용하고 자신

의 한계를 받아들이면서, 사회집단 속에서 타인과의 정신적 유대와 협력 및 신뢰관계가 형성되어야 한다[17]. 이러한 정서적, 심리적, 신체적 그리고 사회적 변화와 삶에 대한 만족은 의료이용에 중요한 역할을 한다.

연구결과의 정책적 제언은 다음과 같다. 첫째, 스트레스·우울감·자살충동의 정신건강 유형에 따라 미충족 의료 요인별 개선방안을 찾을 필요가 있다. 둘째, 정신건강 상담을 할 수 있는 사회적 분위기와 공감대 조성과 정신건강에 관한 예방사업 및 맞춤형 의료서비스 등 보건학적 접근이 이루어져야 한다. 셋째, 보건소 내 정신건강센터와 1차 의료 활성화, 공공보건의료기관과 민간의료기관이 연계한 보건정책이 마련되어야 한다. 넷째, 소득수준이 낮은 국민의 경제적 부담을 덜어 줄 수 있도록 정신건강 영역의 의료보장을 강화할 수 있는 정책이 필요하다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 2012년도 자료만을 활용하여 의료패널자료의 특성인 시계열적 분석을 통한 변화추이를 반영하지 못하였다. 둘째, 미충족 의료에 관한 선행논문은 다수 있었으나, 정신건강 유형에 의한 미충족 의료 선행논문은 전무하여 연구결과에 의한 고찰을 기술하는데 한계가 있었다. 셋째, 우리나라를 대표하는 국가자료를 활용하였지만 모든 국민의 견해라고 해석하기에는 한계가 있다. 넷째, 의료패널 데이터는 미충족 의료 제한이유를 한 가지만 선택하도록 되어 있다. 그러므로 미충족 의료에 대해 응답 할 때 미충족 의료의 원인이라고 생각하는 다수의 항목에 대하여는 더 큰 문제라고 지각하는지 명확하게 알 수 없다[13]

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 개인생활과 사회생활을 원만히 처리하며, 만족스러운 인간관계를 유지하기 위해 노력하고 있는 현대인들의 정신건강(스트레스, 우울감, 자살충동)에 따른 미충족 의료 영향 요인 분석하였다. 특히, 미충족

의료를 요인별(경제적 요인, 시간적 요인, 태도·정보·질환·기타 요인)로 분석하여 정신건강에 관한 보건학적 필요성과 보건의료정책수립을 위한 기초 자료를 제시하였다는데 의의가 있다.

V. 결론

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 수집한 한국의료패널(Korea Health Panel)의 원자료 중 2012년 연간 통합데이터를 분석하였다. 2012년 연감데이터의 대상 가구 수는 5,434가구이며 대상 가구원 수는 15,872명이다. 본 연구는 정신건강 경험이 있는 성인들 중 미충족 의료에 대하여 무응답 및 응답오류를 제외한 총 4,730명을 최종 분석대상으로 하였다.

본 연구 결과 연구대상자의 미충족 의료경험은 미충족 1,050명(22.2%), 충족 3,680명(77.8%)으로 나타났다. 정신건강유형 중 스트레스에 따른 미충족 의료 영향 요인을 분석한 결과 경제적 요인에 의한 미충족 의료는 경제활동을 한다에 비해 안한다, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 활동제한이 없다가 비해 있다가 높았다. 시간적 요인에 의한 미충족 의료는 연령이 증가할수록, 주관적 건강상태가 좋을수록, 활동제한이 있다에 비해 없는 경우 높았다. 태도·정보·질환·기타 요인에 의한 미충족 의료는 주관적 건강상태가 나쁠수록, 활동제한이 없다가 비해 있다가의 경우 높았다. 정신건강유형 중 우울감에 따른 미충족 의료 영향 요인을 분석한 결과 경제적 요인에 의해 미충족 의료는 소득수준이 최하위, 활동제한이 없다가 비해 있다가 높았다. 태도·정보·질환·기타 요인에 의한 미충족 의료는 연령이 65세 이상에 비해 20-34세, 소득수준이 최하위, 활동제한이 없다가 비해 있다가의 경우 높았다. 정신건강유형 중 자살충동에 따른 미충족 의료 영향 요인을 분석한 결과 경제적 요인에 의해 미충족 의료는 연령이 65세 이상에 비해 20-34

세의 경우, 만성질환이 없다가 비해 있다, 활동제한이 없다가 비해 있다가의 경우 높았다. 시간적 요인에 의한 미충족 의료는 소득수준 높을수록, 활동제한이 있다에 비해 없다가의 경우 높았다. 태도·정보·질환·기타 요인에 의한 미충족 의료는 연령이 50세 이상에서 높았다.

결론적으로 스트레스·우울감·자살충동의 정신건강 유형에 따라 미충족 의료 요인별 개선방안과 정신건강 상담을 할 수 있는 사회적 분위기와 공감대 조성과 보건학적 접근이 이루어져야 한다. 또한 보건소 내 정신건강센터와 1차 의료 활성화, 공공보건의료기관과 민간의료기관이 연계한 보건정책 마련과 소득수준이 낮은 국민의 경제적 부담을 덜어 줄 수 있도록 정신건강 영역의 의료보장을 강화할 수 있는 정책이 마련되어야 할 것이다.

REFERENCES

1. H.Y. Song, J.W. Choi, E.C. Park(2015), The Effect of Economic Participatory Change on Unmet Needs of Health Care among Korean Adults, Health Policy and Management, Vol.25(1);11-21.
2. 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.
3. E.J. Kang(2010), A Comparison of Health between Korea and Other OECD Countries, Health and Welfare Policy Forum, Vol.9;104-112.
4. B.D. Hwang, R. Choi(2015), The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Need of Age Group in the Elderly, Korean Journal of Health Service Management, Vol.9(1);81-93.
5. S.I. Huh, S.J. Kim(2007), Unmet Needs for Health Care Among Korean Adults: Differences

- Across Age Groups, Korean Journal of Health Economics and Policy, Vol.13(2);1-16.
6. K.S. Kim, H.O. Lee(2012), Household Catastrophic Health Expenditure and Unmet Needs depending on the Types of Health Care System, Social Welfare Policy, Vol.39(4);255-279.
 7. 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.
 8. J.S. Kim(2011), Factors of Blind Spots in the Health Care Security for the Aged, Korean social security studies, Vol.27(4);295-325.
 9. R. Choi, B.D. Hwang(2014), Influencing Factors and Trend of Suicidal Ideation in the Elderly : Using the Korea National Health and Nutrition Examination Survey(2001, 2005, 2010), Korean Journal of Health Education and Promotion, Vol.31(5);45-58.
 10. Ministry of Health & Welfare(2012), Information of Community Mental Health Services, pp.1-525.
 11. M.J. Cho, S.J. Sung, S.Y. Shin, J.S. Kim, S.B. Jun, M.J. Kim(2011), The 2011 Epidemiological Survey of Mental Disorders among Korean Adults, Seoul National University College of Medicine, pp.1-383.
 12. J. Chen, F. Hou(2002), Unmet Needs for Health Care, Health Reports, Vol.13(2);23-34.
 13. K.H. Cho, J.H. Mok, J.H. Lee(2014), Analysis and Association Factors of Unmet Medical Need, The 2014 Korea Health Panel Conference, Vol.6;167-177.
 14. J.H. Lim(2013), Analysis of Unmet Medical Need Status Based on the Korean Health Panel, Health and Social Science, Vol.34;237-256.
 15. J.W. Park, C.H. Nelson(2005), Unmet Needs for Mental Health Care and Its Implication for Health Education in Canada. Korean Journal of Health Education and Promotion, Vol.22(3);29-47.
 16. J.M. Roll, J. Kennedy, M. Tran, D. Howel(2013), Disparities in Unmet Need for Mental Health Services in the United States, 1997-2010. Psychiatric Services, Vol.64(1);80-82.
 17. H. Im, I.S. Chae(2015), Understanding Mental Health, Gongdongche, p.69
 18. S.K. No(2015), Cause of Suicide and Suicide Prevention, Korean Enterprise Management Institute, p.15.
 19. R. Choi, B.D. Hwang(2014), The Relevance of Chronic Disease Management and Mental Health, Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society, Vol.15(1);306-315.
 20. R. Choi, B.D. Hwang(2015), Influence Factors on Health and Medical of Retirees Expense to Public Pension Recipients, Health Policy and Management, Vol.25(2);80-89.
 22. J.E. Shin(2013), Determinants of Unmet Healthcare Needs among the Community-dwelling Korean Adults with Disabilities : A Case of the National Health Insurance Beneficiaries, Health and Social Welfare Review, Vol.33(2);549-577.
 23. J.H. Baek(2012), Older People's Career Trajectories in South Korea, Korean Gerontological Society, Vol.32(1);273-287.
 24. H.S. Youn(1994), Studies on the Quality of Life of Chronic Severe Disease, Conference of Korean Academy Of Social Welfare, pp.301-316.