

빈곤노인의 미충족 의료와 관련된 융합적 요인 분석

박선주¹, 이원재^{2*}

¹의약품정책연구소, ²가천대학교 헬스케어경영학과

An Analysis of Convergence Factors on the Unmet Health Needs of the Indigent Elderly

Sun Joo Park¹, Won Jae Lee^{2*}

¹Korea Institute for Pharmaceutical Policy Affairs

²Dept. of Healthcare Management, Gachon University

요약 이 연구는 빈곤층 노인의 미충족 의료에 영향을 미치는 융합 요인들을 규명하고자 하였다. 분석자료는 2011년 한국의료패널이며 Anderson모형에 기초하여 각 요인에 속하는 변수들을 선정하였고 빈도분석을 통해 일반적 특성을, 교차분석을 통해 변수간의 연관성을 검정하였다. 마지막으로 로지스틱 회귀분석으로 미충족 의료에 영향을 미치는 요인들을 분석하였다. 분석 결과, 빈곤층 노인이 미충족 의료를 경험할 가능성이 소인성 요인에서는 무학 및 초등학교 졸업 노인이 고졸이상 학력의 노인보다 약 1.5배 이상 높았다. 가능성 요인에서는 수입목적으로 일하지 않은 노인과 고용주·자영업자 노인이 무급가족종사자보다 1.5배 이상 높으며, 필요요인에서는 일상 활동에 제한을 받는 노인이 그렇지 않은 노인보다 2.9배 높았다. 이 연구의 결과를 통해 빈곤층 노인의 의료 이용시 경제적 부담 증가가 빈곤층 노인의 미충족 의료를 발생시킬 수 있다는 것을 확인하였다.

• **주제어** : 앤더슨모형, 융합, 노인, 의료, 건강증진, 빈곤, 미충족

Abstract The purpose of this study is to identify the convergence factors affecting the unmet health needs of the indigent elderly. The data the study is the Korean medical panel of 2011 and the parameters belonging to each factors were selected based on the Anderson model. We analyzed the general characteristics using frequency analysis and the correlations between variables using cross analysis. Finally, logistic regression analysis was conducted to examine the factors affecting unmet health needs. The indigent elderly with no education and elementary school graduates were 1.5 times more likely to experience unmet health needs than the poverty elderly with high school graduates. The indigent elderly who does not work for income, who were employers and self-employed were 1.5 times more likely to experience unmet health care need than unpaid family workers. The indigent elderly with disabilities in activities of daily living were 2.9 time more likely to experience unmet health care needs than the indigent elderly with no disability in activities of daily living. The results of this study confirm that the increase in the economic burden of medical care for the indigent elderly can lead to the unmet health needs.

• **Key Words** : Anderson model, convergence, elderly, health care, health promotion, indigent, unmet

*Corresponding Author : 이원재(health21@gachon.ac.kr)

Received November 21, 2016

Accepted January 20, 2017

Revised January 4, 2017

Published January 28, 2017

1. 서론

1.1 연구의 필요성

현재 우리나라는 고령화가 빠르게 진행되고 있다. 2000년 말에 이미 노인 인구가 전체 인구의 12.0%로 고령화 사회에 진입하였으며[1], 이에 따라 취약한 사회보장으로 인해 빈곤노인 수도 증가하고 있는 실정이다. 또한 가처분 소득이 중위소득의 1/2 이하인 노인들을 상대적 빈곤층으로 정의할 때, 상대적 빈곤 노인들이 49.6%로 OECD국가 평균인 12.6%보다 월등히 높다[2]. 이에 따라 노인 빈곤율은 2045년까지 지속적으로 악화될 것으로 전망하고 있다[3].

이러한 빈곤 노인의 증가와 더불어 의료요구가 충족되지 못하는 현상이 초래되고 있는데 이를 미충족 의료라고 한다. 우리나라 성인의 의료 미충족율은 2012년에 16.7%(남자 12.3%, 여자 20.8%)로 최근 5년 동안 지속적으로 감소해왔지만 유럽연합 27개 국가의 성인 의료 미충족율(남자 5.9%, 여자 6.7%)에 비하면 2~3배 정도 높다[4,5].

의료의 필요는 환자가 스스로 인지하는 인지된 필요(perceived needs)와 전문가가 평가하는 평가된 필요(evaluated needs)로 구분한다[6]. 이 연구에서는 미충족 의료를 비전문가의 인지된 필요를 기본으로 하여 정의하였다. 주관적 인식에 기반한 미충족 의료의 측정은 객관성이 부족할 수 있다는 지적이 있지만, 많은 경우에서 평가된 필요와 일치하며, 또한 본인이 느끼는 필요가 충족되지 못한 경험이 의료인이 판단한 평가된 필요에 비해 반드시 열등한 지표라고 할 수는 없다[7].

국내에서 수행되었던 미충족 의료에 관한 연구들은 대부분 19세 이상의 성인을 대상으로 한 연구[4,8,9], 저소득층을 대상으로 한 연구[10], 만성질환자를 대상으로 한 연구[11,12] 등이었으며, 빈곤층 노인 대상의 연구는 매우 드물다. 노인들은 소득이 낮기 때문에 일반 성인들에 비해 경제적인 이유로 인한 의료 미충족율이 크게는 8.5배 높다고 연구된 바 있으나[7], 빈곤층 노인들의 미충족 의료 요인에 대해서는 거의 알려지고 있지 않다.

다수의 연구들이 국민건강영양조사 자료를 이용하여 미충족 의료 요인을 분석하였다. 2005년의 국민건강영양조사의 19세 이상 성인 25,215명을 대상 분석 결과, 17.1%가 의료 미충족을 경험하였고 노인들의 미충족 의료의 주된 요인은 소득수준이었다[7]. 다른 연구에서는 저소득층의 충족되지 않은 의료욕구는 일반인들보다 크

며, 의료 미충족의 중요한 요인은 경제적인 요인이라고 보고하였다[10]. 2008년의 국민건강영양조사의 19세 이상 성인 7,177명의 자료를 분석한 결과, 미충족 의료 경험자는 24.2%였고, 외래 서비스보다는 입원 서비스 이용에서 미충족율이 높았다. 그 요인들은 고연령, 여성, 낮은 소득수준, 민간보험 가입, 낮은 주관적 건강상태 등이었다[9].

2008년 고령화패널 자료를 분석한 결과에서는 중·고령 경제적 취약자 집단과 고령자 집단에서 미충족 의료 가 많이 발생하고 있다고 하였다[13].

2008-2009년 한국의료패널조사 자료와 부가자료를 이용하여 65세 이상 만성질환 노인의 의료 미충족의 요인을 분석한 결과, 연령, 경제활동유무, 주관적 계층 인지도라고 하였다. 만성질환 수가 의료 미충족에 영향을 미쳤다. 만성질환이 하나 이상인 노인들은 의료이용과 의료비 부담에 민감하고, 자신의 주관적 건강인식도 의료 미충족과도 관련이 있었다[11].

고혈압 환자와 당뇨병 환자를 대상으로 의사가 평가한 필요에 대한 미충족 의료 요인을 분석한 결과, 고혈압 환자들은 연령, 성, 결혼상태, 의료보장 형태, 주관적 건강상태, 이환기간, 의료보장 형태, 주관적 건강형태와 이환기간이 중요한 요인임을 밝혔다[14].

빈곤층 노인들이 적절한 시기에 치료받지 못하게 되면 질병이 악화되고, 합병증이 발생할 가능성이 커지며[15], 노인들의 사망률 증가[16]로 나타날 수 있다. 따라서 빈곤층 노인의 미충족 의료의 규모와 융합적 요인을 파악하여 빈곤 노인의 의료 문제를 개선하는데 필요한 정책 수립에 기초자료로 사용하고자 한다.

1.2 연구의 목적

이 연구는 의료이용이 취약한 빈곤층 노인들의 미충족 의료에 영향을 미치는 융합적 요인을 규명하고 빈곤 노인의 의료 미충족율을 감소시키는데 활용될 기초 자료를 제공하고자 한다. 이 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 빈곤층 노인의 미충족 의료의 규모를 파악한다.

둘째, 빈곤층 노인의 미충족 의료에 영향을 미치는 융합적 분석 요인을 파악한다.

2. 연구방법

2.1 연구 모형

의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인들을 구성하고 자 Anderson의 사회행태 모형을 이용하였다. 이 모형에서는 의료서비스 이용과 관련된 요인을 크게 소인성 요인(predisposing determinants), 가능 요인(enabling determinants), 필요 요인(need determinants)으로 구분한다[9]. 이에 따라 이 연구에서도 빈곤층 노인의 미충족 의료 요인을 세 가지 유형으로 구분하고, 총 13개 변수를 선정하였다.

2.2 연구대상 및 자료수집

한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 공동 수행 조사하는 한국의료패널 데이터를 이용하였으며, 이 데이터는 한국인의 보건의료 서비스 이용, 의료비 지출 수준, 건강수준 및 건강행태 등에 대해 수집한 자료이다. 자료의 내용은 가구원 일반사항, 경제활동 및 소득, 만성질환, 응급·입원·외래서비스 이용, 임신·출산, 의료비 지출, 의료비 재원, 민간의료보험 관련 사항, 의약품비 지출, 건강 제품에 대한 지출, 건강가계부 등이다.

분석을 위해 2011년 연간 데이터와 2011년 성인 가구 원용 부가설문조사를 결합하였고, 소득에 대한 정보는 2012년 자료(2011년 소득)를 결합하였다. 2011년 통합데이터의 대상 가구 수는 5,741개, 가구원 수는 17,885명이었다. 가구원 17,885명 중 2011년과 2012년 조사에 모두 참여한 가구원 수는 15,870명이었다.

이 연구에서는 소득분위 1~2분위에 해당하는 중위소득의 20% 미만 만 65세 이상인 자(2010년 조사기준 1945년 이전 출생자)를 빈곤층 노인으로 정의하였다. 연구 대상 노인의 연령 및 소득수준별 표본 수는 <Table 1>과 같다.

<Table 1> Number of samples by age and income level

Age	Income quintile (among 10 quartile)		Total
	1st quartile	2nd quartile	
	65-74	360	
<75	222	158	380
Total	582	511	1,093

2.3 변수 선정 및 측정방법

2.3.1 종속변수

자료에서 1년간의 ‘미충족 의료 경험 유무’를 종속변수로 선정하였다<Table 2>.

<Table 2> Dependent variable and measures

Dependent variable	Measures
Experience unmet health	0 = No unmet health needs experience (Last year) 1 = Unmet health needs experience

2.3.2 독립변수

이 연구에서는 소인성 요인들 중에서 성, 연령, 배우자 유무, 교육수준, 총 가구소득(10분위)을 변수로 선정하였다. 연령은 65-74세, 75세 이상으로 구분하여 분석하였다. 혼인 상태에 따라 혼인 중과 별거, 사별 또는 실종, 이혼, 없음을 배우자 있음과 없음으로 범주화하였다. 배우자는 의료에 대한 정보를 제공하거나 의료 이용 시에 도움을 줄 수 있어 배우자가 없는 사람들 중에서 의료 미충족 가능성이 높을 수 있을 것으로 추정된다[17]. 교육수준은 무학, 초졸, 중졸, 고졸 이상으로 졸업 여부로 범주화하였다. 노인 집단은 대체로 교육수준이 낮으며[18], 교육수준이 낮을수록 의료 미충족을 경험할 가능성이 높을 것으로 추정하였다. 총 가구소득 10분위 중 1, 2분위 해당자를 빈곤 노인으로 분류하였다. 보건의료 서비스에 대한 지불능력인 소득이 적을수록 미충족 의료의 가능성이 높아진다고 보았다[17].

가능성 요인으로는 거주 지역, 주택 소유 여부, 경제활동 유무, 계층 인지도, 일자리 유형, 건강보장 형태, 민간 의료보험 가입 여부를 선정하였다. 거주 지역은 수도권과 비수도권으로 구분하였다. 의료시설은 수도권 지역에 집중되어 있기 때문에 의료이용에 영향을 미치는 접근성과 관련된 변수로 포함하였다[10]. 의료보장 형태는 건강보험 가입자와 의료급여 수급자로 구분하였다.

일자리 유형은 임금근로자, 고용주·자영업자, 무급 가족종사자, 수입목적으로 일하지 않음으로 범주화하였다. 민간보험 가입 여부는 가구단위의 조사에서 민간의료보험의 구체적 형태와 월 보험료 등에 대해 응답한 응답자를 민간의료보험 가입자로 분류하였다. 경제활동 유무는 수입을 목적으로 일을 하고 있거나, 일시 휴직 중인 응답자들을 경제활동 중인 경우로 분류하였다.

필요 요인 중에서 일상 활동 제한 유무, 주관적 건강상태, 만성질환 유무를 선정하였다. 일상 활동 제한 여부는 “일상 활동에 다소 지장이 있다”와 “일상 활동을 할 수 없다”고 응답한 집단과 “일상 활동을 하는데 지장이 없다”고 응답한 집단으로 구분하였다. 주관적 건강상태는 좋음, 보통, 나쁨으로 분류하였다. 만성질환 여부는 만성

질환 때문에 1년간 병의원을 방문한 여부로 하였다<Table 3>.

<Table 3> Independent variables and measures

Independent variables		Measures
Predisposing factors	Sex	0=Male 1=Female
	Age	0=65-74 1=<75
	Spousal status	0=No spouse 1=Have spouse
	Level of education	0=No education 1=Elementary school 2=Middle school 3=High school or above
	Total household income (10 quartile)	0=1st quartile 1=2nd quartile
Enabling factors	Residence	0=Non-Metropolitan area 1=Metropolitan area
	Health insurance	0=Medical benefit recipient 1=Health insurance recipient
	Job type	0=No work for income 1=Employer 2=Self-employed 3=Unpaid family worker
	Private medical insurance	0=Don't have private insurance 1=Have private insurance
Need factors	Daily activity	0=Limited 1=Unlimited
	Subjective health status	0=Poor 1=Medium 2=Good
	Chronic disease	0=Yes 1=No

2.4 분석 방법

이 연구에서는 조사 대상자의 미충족 의료 경험 여부와 소인성 요인, 가능 요인, 필요 요인에 따른 일반적인 특성과 현황을 파악하기 위해 빈도분석을 실시하였다. 또한 빈곤층 노인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인과 그 영향의 규모를 파악하기 위하여 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 회귀분석에서 범주형 변수들은 가변수를 생성하였고, 생성 기준은 그 전 단계에서 실시한 교차분석에서 미충족 의료 경험과의 상관성이 가장 낮게 나타난 각 변수의 척도 교차비(odds ratio)를 1로 설정, 투입하고 분석을 실시하여 다른 척도들의 교차비를 산출하였다. 분석은 통계 패키지 SPSS Statistics 21(SPSS Inc. Chicago, USA)을 이용하였다.

3. 분석결과

3.1 응답자의 일반적 특성

응답자들의 일반적 특성은 <Table 4>와 같다. 미충족 의료 경험자 수는 전체 응답자 1,093명 중 14.8%(162명)에 해당된다.

성별 분포에서는 남자(34.1%)보다 여자(65.9%)가 많았고, 연령 분포는 65~74세가 65.5%로 75세 이상 34.5%보다 많았다. 배우자 유무에서는 배우자가 없는 사람이 62.7%로 배우자가 있는 사람(37.3%)보다 많았다. 응답자의 교육수준은 초졸(66.1%)이 대부분이었고, 무학과 초졸을 합한 분포가 79.3%로 교육수준이 낮은 응답자가 많았다. 응답자의 총소득 분위는 1분위(53.5%)로, 2분위(46.5%)보다 약간 많았다.

응답자의 거주 지역별 분포는 비수도권(73.8%)이 수도권(26.2%)보다 많았다. 건강보장형태별로는 의료급여수급자(28.0%)보다 건강보험가입자(72.0%)가 약 2.6배 많았다. '일자리 유형'은 수입목적으로 일하지 않는 응답자(72.5%)와 고용주·자영업자(15.2%)가 전체의 약 88%를 점유하였다. 민간의료보험은 가입자(77.0%)가 미가입자(23.0%)보다 약 3.3배 많았다.

일상활동에 제한을 받고 있지 않은 응답자(76.8%)가 제한을 받고 있는 응답자(23.2%)보다 훨씬 많았다. 주관적 건강상태는 좋음(29.4%), 보통(35.1%), 나쁨(31.5%)이 비슷하였다. 만성질환이 있는 응답자가 96.1%, 없는 응답자가 3.9%로 대부분의 응답자가 만성질환을 가지고 있었다.

의료 이용 미충족 경험자 분포는 여자(16.1%), 75세 이상(15.1%), 배우자가 있는 경우(18.1%), 중졸자(16.8%), 소득 1분위(17.5%)에서 높았다. 의료 이용 미충족 경험자 분포는 거주지역이 비수도권인 응답자가 14.9%, 수도권 응답자가 14.6%이었다. 건강보험가입자와 의료급여 가입자들은 각각 15.0%와 14.7%로 비슷한 수준이었고, 일자리 유형별로는 고용주, 자영업자 집단에서 15.6%로 가장 많았다. 민간의료보험 가입 여부에 따라서 의료 미충족 경험자 분포는 약 15% 내외로 큰 차이가 없었다. 만성질환 있는 사람(15.0%)이 만성질환이 없는 사람(9.5%)에 비해 미충족 의료 경험자가 많았다. 계층인지도가 하층(17.8%)인 응답자가 중층보다 미충족 의료 경험이 월등이 높았고, 상층은 0%이었다. 일상활동에 제한을 받고 있는 응답자(19.7%)에서 제한받고 있지 않는 응답자(11.0%)보다 미충족 의료 경험이 많았다.

<Table 4> Distribution of general characteristics and unmet health needs experience

Independent variables		Total (n=1,093)		Unmet health needs (n=162)		Met health experience (n=931)		
		n	%	n	%	n	%	
Predisposing determinants	Sex	Male	373	34.1	46	12.3	327	87.7
		Femal	720	65.9	116	16.1	604	83.9
	Age	65-74	716	65.5	105	14.7	611	85.3
		<75	377	34.5	57	15.1	320	84.9
	Spousal status	No spouse	685	62.7	88	12.8	597	87.2
		Have spouse	408	37.3	74	18.1	334	81.9
	Level of education	No education	144	13.2	18	12.5	126	87.5
		Elementary school	723	66.1	113	15.6	610	84.4
		Middle school	119	10.9	20	16.8	99	83.2
		High school graduate or above	107	9.8	11	10.3	96	89.7
Total household income (10 quartile)	1st quartile	584	53.5	103	17.5	481	82.4	
	2nd quartile	509	46.5	59	11.6	450	88.4	
Enabling determinants	residence	Non-Metropolitan area	806	73.8	120	14.9	686	85.1
		Metropolitan area	287	26.2	42	14.6	245	85.4
	health insurance	Medical Aid	306	28.0	46	15.0	260	85.0
		Health insurance	787	72.0	116	14.7	671	85.3
	Job Type	No work for income	792	72.5	120	15.2	672	84.8
		Employer	64	5.8	9	14.1	55	85.9
		Self-employed	167	15.2	26	15.6	141	84.4
		Unpaid family worker	70	6.4	7	10.0	63	90.0
	Private medical insurance	Don't have	252	23.0	38	15.1	214	84.9
		Have	841	77.0	124	14.7	717	85.3
Need determinants	Daily activity limit	Limited	253	23.2	70	27.7	183	72.3
		Unlimited	840	76.8	92	11.0	748	89.0
	Subjective health status	Poor	345	32.9	68	19.7	277	80.3
		Medium	384	36.6	64	16.7	320	83.3
		Good	321	30.6	26	8.1	295	91.9
	Chronic disease presence	Yes	1,051	96.1	158	15.0	893	85.0
No		42	3.9	4	9.5	38	90.5	

3.2 빈곤 노인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인

미충족 의료에 영향을 미치는 변수를 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 실시하였다. 미충족 의료 경험을 종속변수로 선정하였고, 미충족 의료 경험이 있음을 1, 미충족 의료 경험이 없음을 0로 분석한 결과는 <Table 5>와 같다.

빈곤층 노인의 미충족 의료와 관련이 있는 요인으로 소인성 요인에서는 성, 연령, 배우자 유·무, 교육수준, 총 가구소득(10분위), 가능성 요인에서는 거주 지역, 건강 보장 형태, 일자리 유형, 민간의료보험 가입 여부, 필요 요인에서는 일상활동 제한 여부, 주관적 건강상태, 만성 질환 유무 등의 모든 변수에서 교차비(odds ratio)가 측

정 척도 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

먼저, 소인성 요인에서는 여성이 1.021배(p=0.000)로 남성에게 비해 미충족 의료를 경험할 확률이 높다. ‘연령’에서는 75세 이상이 0.819배(p=0.000)로 65세~74세에 비해 미충족 의료를 경험할 확률이 낮은 것으로 나타났다. 배우자가 있는 사람이 없는 사람에 비해 미충족 의료를 경험할 확률이 1.255배(p=0.000) 높고, 교육수준은 고졸이상을 1로 할 경우 초졸이 1.692배(p=0.000), 무학집단이 1.511배(p=0.000), 중졸이 1.257배(p=0.000)순으로 학력이 낮을수록 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 총 가구 소득(10분위)은 2분위에 비해 1분위가 1.326배(p=0.000)로 소득이 낮은 집단이 미충족 의료를 경험할 확률이 높

〈Table 5〉 Logistic regression analysis on the unmet health needs of the indigent elderly

Independent variables		Logistic regression model				
		Exp(β) (Odds Ratio)	p-value	95% confidence interval		
				Lowest	Highest	
Predisposing determinants	Sex	Male	1			
		Femal	1.021	.000	1.010	1.032
	Age	65-74	1			
		<75	.854	.000	.846	.862
	Spousal status	No spouse	1			
		Have spouse	1.246	.000	1.234	1.258
	Level of education	No education	1			
		Elementary school	1.257	.000	1.245	1.269
		Middle school	1.692	.000	1.675	1.709
		High school graduate or above	1.511	.000	1.496	1.526
Total household income (10 quartile)	1st quartile	1				
	2nd quartile	1.326	.000	1.313	1.339	
Enabling determinants	residence	Non-Metropolitan area	1			
		Metropolitan area	1.110	.000	1.099	1.121
	health insurance	Medical Aid	1			
		Health insurance	.778	.000	.771	.785
	Job Type	No work for income	1			
		Employer	1.634	.000	1.617	1.651
		Self-employed	1.531	.000	1.516	1.546
		Unpaid family worker	1.441	.000	1.428	1.455
Private medical insurance	Don't have	1				
	Have	1.129	.000	1.118	1.140	
Need determinants	Daily activity limit	Limited	1			
		Unlimited	2.882	.000	2.852	2.912
	Subjective health status	Poor	1			
		Medium	.890	.000	.881	.899
		Good	1.923	.000	1.903	1.944
	Chronic disease presence	Yes	1			
No		1.319	.000	1.287	1.351	

았다.

다음으로, 가능성 요인에서는 건강보장 형태는 의료급여 수급자가 0.778배(p=0.000)로 건강보험 가입자보다 미충족 의료를 경험할 확률이 낮았고 일자리 유형별로는 수입을 목적으로 일하지 않는 사람이 무급가족 종사자에 비해 1.634배로 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 민간의료보험에 가입을 하지 않은 사람이 가입을 한 사람에 비해 1.129배(p=0.000)로 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다.

마지막으로 필요 요인 중에서 활동에 제한이 없는 사람이 제한이 있는 사람에 비해 2.882배(p=0.000)정도 높은 미충족 의료를 경험할 확률이 높았고, 자신이 건강하지 않다고 생각하는 사람이 건강하다고 생각하는 사람에 비해 1.923배(p=0.000)정도 미충족 의료를 경험할 확률이

높았다. 만성질환이 있는 사람이 없는 사람에 비해 1.319배(p=0.000)정도 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다.

각 변수별로 볼 때 미충족 의료 유경험과의 상관성이 낮아 교차비를 1로 설정한 척도에 비해 상대적으로 교차비 값이 1.5 이상으로 높게 추정된 변수는 전체적으로 4개 변수와 6개 척도이다. 이들은 첫째, 소인성 요인에서 교육수준 변수의 경우 무학, 초졸에 해당하는 노인이다. 둘째, 가능성 요인에서 일자리 유형 변수의 경우 수입목적으로 일하지 않는 노인과 고용주·자영업자 노인이다. 마지막으로, 필요 요인에서 일상활동 제한 여부 변수의 경우 제한을 받는 노인과 주관적 건강상태 변수의 경우 건강상태가 나쁘다고 인식하는 노인이다.

4. 논의 및 결론

빈곤층 노인의 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀 분석 결과, 기존의 국내 연구 결과에서 성[7], 연령[7], 배우자 유무[17], 교육수준[19, 20], 총 가구소득[7], 거주 지역[7, 21], 건강보장형태[9, 10, 17, 22, 23], 일자리 유형[10], 민간의료보험 가입여부[10], 일상활동 제한 유무[13, 24], 주관적 건강상태[9], 만성질환 유무[13]를 의료 미충족에 영향을 미치는 변수로 추정된 것과 일치했다.

많은 연구에서 남성보다 여성이 의료 미충족을 경험하는 것으로 알려져 있는데 이 연구의 결과도 허성주[17], 허순임과 김수정[7]의 연구결과와 일치하였다. 낮은 연령에서 의료 미충족을 경험할 확률이 높아 허순임과 김수정[7]의 연구결과와 일치하였다. 한편, 배우자가 있는 사람 중에 의료 미충족 가능성이 더 높아 허순임과 김수정[7]의 연구와 결과가 달랐다. 이러한 결과로 보아 고령 노인의 경우 경제적인 지원 외에도 노인들의 신체활동의 제한을 도와줄 수 있는 정책이 필요할 것이다. 거동이 불편한 노인들의 의료 이용을 지원하기 위한 이동수단을 지원할 필요가 있다. 학력이 낮을수록 미충족 의료 경험이 높았는데, 하랑경[19], 신혜리 등[20]의 연구결과와 일치하였다.

가능성 요인들도 빈곤 노인의 의료 미충족 경험에 큰 영향을 미치는 것으로 추정되었다. 총가구소득 최하위 집단인 1분위에서 의료 미충족을 경험할 가능성이 높았는데 빈곤층에게는 보건 의료 이용에 제약이 많기 때문이다[17]. 수도권 지역에는 의료시설도 많고 접근성도 높아 비수도권 지역에 비해 의료 미충족을 경험할 가능성이 낮는데 조성식 등[21]의 연구와도 일치하였다. 건강보험 가입자가 의료급여 수급자보다 의료 미충족을 경험할 가능성이 높은 것으로 추정되었는데, 이는 송경신[9], 김진구[10], 허성주[17], 배상수[22]의 연구와 다른 결과였다. 이러한 상반된 결과는 건강보험가입자에 속해있는 차상위 계층의 높은 의료 미충족이 영향을 미친 결과로 추정된다[10]. 이 문제를 해결하기 위해서는 건강보험 가입자 중에서 차상위 계층을 구분하여 분석을 해야 할 것이다. 일자리 유형별로는 수입을 목적으로 일하지 않는 경우가 의료 미충족 가능성이 가장 높았다. 이는 수입에 영향을 미쳐 의료 미충족 가능성을 높인 때문일 것으로 추정된다. 민간의료보험에 가입하지 않은 집단이 민간의료보험에 가입한 집단보다 의료 미충족 가능성이 높았다. 이는 이주은과 김태현[25]의 연구에서 민간의료 보험에 가입

하지 않은 사람이 가입한 사람에 비해 의료 미충족을 경험할 가능성이 1.11배 높았던 결과와 일치하는 결과이다.

필요 요인의 모든 변수가 의료 미충족 가능성에 영향을 미치는 것으로 추정되었다. 일상 활동 제한이 있는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해, 만성질환을 가지고 있는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 의료 미충족을 경험할 가능성이 높았다. 빈곤층 노인 중에서도 신체적으로 취약하고 의료 필요가 더 높을 경우 필요한 의료 이용하지 못하는 요인들과 결합되어 의료 미충족의 가능성이 더 높아지기 때문일 것이다.

주관적 건강상태도 질병 변수와 마찬가지로 본인의 건강이 보통이거나 나쁘다고 생각하는 경우에 송경신[9]의 연구결과와 같이 의료 미충족을 경험할 가능성이 높았다.

늘어나는 노인 인구에 따라 노인의 특성을 유형화하고 분석하여 그에 맞는 정책을 내놓는 것이 중요해지고 있다[26], 이러한 배경에서 빈곤층 노인들에게 건강에 대한 바람직한 인식을 가질 수 있도록 하고, 합리적인 의료 이용을 할 수 있도록 하기 위해 보건교육과 의료이용에 관한 교육도 필요할 것이다. 보건 및 의료이용에 관한 교육과 아울러 빈곤 노인에 대한 이동수단의 제공 등도 포함하는 복합적인 건강증진 프로그램의 개발이 필요하다.

이 연구는 몇 가지 제한점이 있는데 환자가 주관적으로 판단한 미충족 의료는 객관적 필요보다 높은 것으로 반영되었을 가능성이 있는 것으로 보였다[25]. 또한 2011년 데이터만을 분석한 결과이기 때문에 변수 간의 인과관계를 설명하기 어렵고[12], 소득만을 기준으로 경제적 수준을 분류한 것으로 자산 등 다른 경제적 요인이 고려되지 않아 경제적 능력의 측정이 정확하지 않을 가능성도 있다. 앞으로 이러한 요인들을 반영하여 연구를 개선해야 할 필요성이 있다.

이 연구는 빈곤층 노인의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인들을 규명하고 그것을 개선하기 위한 정책 자료를 제공하기 위하여 실시하였다. 분석 결과와 이에 대한 고찰 결과를 기초로 얻은 결론은 다음과 같다.

첫째, 빈곤층 노인의 미충족 의료 융합적 요인에는 빈곤으로 인한 경제적인 요인이 영향력이 높은 것으로 보인다.

둘째, 빈곤층 노인의 미충족 의료 융합적 요인에는 고령으로 인한 신체적 요인 영향력이 높은 것으로 보인다.

이 연구의 결과를 통해 빈곤층 노인의 의료이용에 따

른 경제적 부담의 증가가 전체적인 의료이용에 불평등을 야기할 수 있다. 또한 노인의 특성상 발생할 수 있는 신체 기능 저하로 인해 의료를 이용하는데 장애가 있을 수 있다.

따라서 낮은 소득 계층에서 여전히 경제적인 이유로 인한 미충족 의료가 발생하는 것으로 보아 우리나라의 건강보장제도가 급여의 보장성을 높이기 위해 노력해왔으나 여전히 장벽이 있는 것으로 확인됐다. 노인은 다른 연령층에 비해 의료 수요가 높은 반면 소득 또한 낮아 이중 부담으로 미충족 의료를 경험할 가능성이 높다. 따라서 이에 대한 정책방안으로 건강보험의 환자본인부담을 줄이는 노력과 전반적인 보장성 확대를 위해 저소득층 노인에게 대한 우선적인 본인부담 경감정책을 고려해야 한다[7]. 또한 의료의 접근성 향상을 위한 빈곤층의 의료급여 확대 특히 차상위 계층의 지원, 비급여 항목 축소에 대한 정책적 지원이 필요할 것으로 보인다.

또한 노인 구성의 세대구성에서 일어날 수 있는 신체적 문제로 인해 의료 이용에 제한을 받는 경우에 대하여 물리적 이동성에 도움이 될만한 제언이 필요할 것으로 보인다. 따라서 인적 수발 및 이동서비스 제공, 의료기관 내의 편의시설 구비 등의 지원이 접근성 제고에 도움이 될 것으로 보인다[24]. 결국 이 연구에서는 빈곤층 노인의 미충족 의료로 인한 건강 불평등과 사각지대 현황을 파악하여 향후 효과적인 의료이용 정책 수립의 기초자료를 제공하는데 의의가 있고 빈곤층 노인의 미충족 의료를 개선할 필요성이 있음을 밝혔다.

REFERENCES

- [1] Kosis, Future attempts by the population estimate data, 2014
- [2] <http://weekly.donga.com/List/3/all/11/99435/1>
- [3] <http://news.joins.com/article/17684422>
- [4] S. H. Choi, "Unmet health care needs among adults in Korea", *Weekly health and disease*, Vol. 7, No.10, pp.197-200, 2014
- [5] OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*.
- [6] Aday L.A. & R. Anderson. "Development of Indices of Access to Medical Care", *Ann Arbor, Health, Administration Press*. 1975
- [7] S. I. Huh, S. J. Kim, "Unmet health status of adults in Korea: Focusing on the differences between age", *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, Vol.13, No.2, pp.1-16, 2007
- [8] Korea Institute for Health and Social Affairs, *Health and Welfare ISSUE&Focus*, 2012
- [9] K. S. Son, "Factors Associated with Unmet Needs for Health Care", M.d. dissertation, Korea university, 2010
- [10] Jin Gu Kim, "Factors Affecting the Choice of Medical Care Use by the Poor", *Korean journal of social welfare studies*, Vol.37, pp.5-33, 2008
- [11] E. S. Jung, M. J. Park, "Factors Affecting the unmet medical analysis of chronic diseases, the elderly", *The third panel Korea Medical Conference Kit*, 2011
- [12] Ji Hye Lim, "Analysis of unmet medical need status based on the Korean Health Panel", *Health and social sciences* Vol.34, pp.237-256, 2013
- [13] J. W. Shin, J. Y. Yeo, Y. M. Song, "The causes of unmet medical use of such informal care of the elderly", *Health Economics and Policy Research*, Vol. 17, No.4 pp. 129-146, 2011
- [14] Soonim Huh, Suehyung Lee, "Unmet Health Care Needs and Associated Factors among Patients with Hypertension and Those with Diabetes in Korea", *Korean J. of Health Policy & Administration*, Vol. 21, No. 1, pp.1-22, 2011
- [15] Diamant et al., "Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system", *American Journal of Public Health*, Vol. 94, pp.783-789, 2004
- [16] N. Y. Lee, Y. S. Cho, J. M. Lim, "Climate change due to heat Analysis of mortality changes in vulnerable groups: Centered in Seoul", *Health and Social Welfare Review*, Vol.34, No.1, pp. :456-484, 2014
- [17] Hur, Sung, Joo, "Factor Influencing Unmet needs for Health Care by Income Groups", M.d. dissertation, Seoul National university, 2010
- [18] S. J. Kim, "Unmet needs for Health Care among Korean Adults", M.d. dissertation, Seoul National

university, 2008

- [19] Ha Rangkyoung, "Factors affecting unmet health care needs of precarious workers", M.d. dissertation, Seoul National university, 2015
- [20] Shin Hye Ri, Lim Ye Gick, Han Ki Myung, "The Influence of Medical Expenditure on Unmet Needs for Health Care : Focused on the Moderating Effect of Private Health Insurance", Community Research, Vol. 22, No.3, pp.25-48, 2014
- [21] Seongsik Cho, Tae-Kyung Lee, Ye-won Bang, Chul-Ju Kim, Hyoung-June Im, Young-Jun Kwon, Yong Cho, Domyung Paek, Young-Su Ju, "Factors Associated with Unmet Needs for Medical Care among Island Inhabitants in Korea", J Agr Med Commun Health, Vol. 35, No.2, pp. 151-164, 2010
- [22] S. S. Bae, "Effects of Regional Health Insurance on Access to Ambulatory Care", Health Policy and Management, Vol. 2, No.1, pp.167-203, 1992
- [23] R. Choi, J.Y. Park, B. D. Hwang, "Health Care Utilization according to Income class and Subjective Income class : Measurements Based on Korea Health Panel", Health and social sciences, Vol. 33, pp.85-107
- [24] Shin, Jaeun, "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, No.2, pp.549-577, 2013
- [25] Joo Eun Lee, Tae Hyun Kim, "Association of Supplementary Private Health Insurance with Unmet Health Care Needs", Journal of Health Informatics and Stati
- [26] Hye-Gyoung Koo, "A Study on Proposal to Develop Senior related Policies : Convergence Approach of both Age Norm and Hoping Activities, Journal of Digital Convergence", v.14, no.4, pp.101-110, 2016

저자소개

박 선 주(Sun Joo Park)

[정회원]



- 2016년 2월 : 가천대학교 일반대학원 보건정책및관리학과 (보건학석사)
- 2016년 8월 ~ 현재 : 의약품정책연구소 주임연구원

<관심분야> : 보건정책, 의약품

이 원 재(Won Jae Lee)

[정회원]



- 1986 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건관리학과 (보건학석사)
- 1995년 12월 : 미 알라배마대 보건대학원 보건정책·조직학과 (보건학박사)
- 1986년 3월 ~ 1996년 2월 : 한국

보건사회연구원 주임연구원

- 1996년 3월 ~ 현재 : 가천대학교 헬스케어경영학과 교수

<관심분야> : 보건정책, 건강증진, 국제보건