원 저

지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족의료 발생 간의 연관성

우서현*, 문현우*, 이영준*, 김선정*†

*순천향대학교 보건행정경영학과

〈Abstract〉

The Association between the Subjective Perception of the Regional Healthcare Environment and Unmet Medical Needs

*Seohyun Woo, *Hyun Woo Moon, *Yeong jun Lee, *†Sun jung Kim

*Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University, College of Medical Science

Based on the basic ideology of health care, this study realized the seriousness of annual unmet medical need and conducted a study to confirm the relationship between the subjective perception of regional healthcare environment and unmet medical needs. The independent variable was classified into attitude 'satisfaction' and 'unsatisfaction' toward regional healthcare, and the dependent variable was classified as whether unmet medical needs occurred annually. Based on previous studies, the control variables were selected as demographic and socioeconomic characteristics that can affect the occurrence of unmet medical care annually and characteristics related to health behavior. Descriptive statistics were conducted for each variable on the extracted sample, and multivariate survey logistic regression analysis was conducted to confirm the association between variables. As a result, more unmet medical needs occurred annually than those who were satisfied with the medical services in the area where they lived. In addition, more unmet medical need occurred annually in "unsatisfied" households compared to households "satisfied" with local medical services. In residential areas, women live in "metropolis" and "rural areas" compared to "urban," women live in men, lower education levels, and poor subjective health levels, and less satisfied with local medical services. As such, the impact of environmental factors in the community on the use of health and medical services is one of the major areas of interest in the field of health science, such as health policy and social dynamics. Therefore, hospitals in each region need to make efforts in terms of hospital management to increase the overall satisfaction of medical services in the region by continuously monitoring the attitude of residents to achieve universal health security, and policymakers should also be interested and propose new policies.

Keyword: unmet medical needs, subjective perception, regional healthcare

Ⅰ. 서 론

Hwang & Choi[1]는 보건의료의 기본이념이 최상의 의료서비스를 일부 사람에게 제공하는 것이 아닌 사회정의를 바탕으로 모든 사람이 비용을 지불할 수 있고 수용할 수 있는 방법으로 양질의 의료를 제공하는 것이라고 한다. J. Le Grand, P. Vizard[2]는 인간의 삶에 있어서 건강수준이 사회구성원의 경제적인 평등과 밀접한 관계를

** 투고일자 : 2023년 6월 27일, 수정일자 : 2023년 12월 24일, 게재확정일자 : 2023년 12월 25일
† 교신저자 : 김선정, 연락처 : 041-530-4712, E-mail) sunjkim0623@sch.ac.kr

가지기 때문에 사회의 유지를 위해 의료서비스의 적정한 제공은 필수적이라고 할 수 있으며, 적절한 개입을 통해 모든 사람에게 평등한 의료 공급을 보장해야 한다고 주장하였다. 뿐만 아니라 Marmot et.al[3]에 따르면 필수 의료서비스에 대한 접근성은 건강의 중요한 사회적 결정요인이다. 따라서 Shin[4]는 생명과 삶의 질의 확보를 위해서는 필요한 의료서비스에 대한 접근과 이용이 기본적인 요소로서 유지되어야 한다고 말한다. 하지만 Kwon et.al[5-7]는 현재 건강보장을 위한 제도적 기틀을 확립하고 점진적으로 보장성을 강화하려고 함에도 불구하고, 각 개인이 갖는 사회경제적 수준에 따른 의료 이용정도의 차이는 여전히 존재한다고 주장한다. Newacheck et.al[8]에 따르면 이처럼 의료서비스 욕구가 충족되지 못하는 상황을 미충족 의료라고 한다. Grignon & Grand J.[9]는 이처럼 필수 의료서비스를 적시에 제공받지 못하거나 이에 접근하지 못하는 경험은 건강에 다소 부정적인 영향을 미칠 수 있다고 주장한다. 뿐만 아니라 Hwang[10]는 미충족 의료의 발생이 적절한 예방과 치료를 필요로 하는 질병 관리가 제대로 이루어지지 못하게 하며 이로 인해 질병의 중증도와 합병증 발생 가능성이 높아져 건강수준의 악화되고 건강 악순환의 시작이 될 수 있다고 주장했다. 따라서 Kim et.al[11]에 따르면 이러한 미충족 의료의 발생을 줄이기 위해 우리나라는 의료이용 접근성을 개선하고, 이에 대한 격차를 해소하기 위해 의료보장의 범위를 확대하는 등 여러 제도적 장치를 마련하고 있음을 알 수 있다. 이와 관련하여 Park et.al[12]에 따르면 조사에 따른 선택지 구성에 차이가 존재하지만 미충족 의료의 이유의 주요 구성은 시간 부족, 경제적 부담, 증상이 가벼워서와 같은 개인 요인이 중심이 됨을 알 수 있다.

뿐만 아니라 Namkung et.al[13]는 전반적인 건강 결정요인이 개인 및 특정 인구집단의 건강 수준을 낮추거나 높이는 요인을 의미하며 개인 및 지역사회 수준의 건강은 신체적, 정신적, 사회적 차원의 여러 요인의 상호작용으로 결정된다고 말한다. 이와 관련하여 Marmot[14]에 따르면 국제보건기구 사회적 건강 결정위원회는 재화와 자본 등 사회 경제적 자원의 계층 격차, 국가, 지역에 따라 개인이 건강자원에 접근할 수 있는 정도의 차이가 발생해 건강 불평등이 심화된다고 보고하였고 건강 관리 및 증진을 위해서는 개인의 건강행태 및 건강 관리 등의 개인적 특성도 중요할 뿐만 아니라 생활중인 지역의 물리 및 사회적 환경을 개선하는 노력이 요구된다[13]고 말한다. Dahlgren & Whitehead[15]에 따르면 개인 수준에서의 인구학적 특성과 지역사회 환경에 대한 주관적 인식 지표는 개인의 건강 수준에 영향을 미치는 결정요인으로 구분될 수 있음을 알 수 있다. 이처럼 Cho[16]는 개인적 수준의 주관적 건강 상태를 결정하는 요인은 개인의 특성뿐 아니라 개인의 지역사회 환경에 대한 주관적 인식 정도와 지역의 물리적 요인이 통합적으로 영향을 미치는 것으로 다차원적인 수준에서 확인하는 것이 필요하다고 주장한 바 있다. 뿐만 아니라 WHO[17]는 보건의료 제도의 궁극적 목표가 국민의 건강 향상이며, 이를 달성하기 위해 보건의료 제도에 대한 국민의 반응성을 높여야 하고, 반응성은 환자가 의료에 갖는 기대 정도에 대한 의료체계의 충족 정도를 측정하기 위한 것이며, 이는 의료서비스 만족도로 측정될 수 있다고 말한다. 이에 따라 Shin[18]는 WHO와 OECD는 각 국가에 국민의 의료서비스 이용 경험과 보건의료제도에 대한 국민의 기대 수준과 반응성을 확인 및 점검할 것을 지속적으로 독려하고 있다.

이처럼 보건의료 제도의 궁극적인 목표 실현을 위해서는 국민의 의료서비스 만족 여부도 중요한 역할을 한다. 이와 관련하여 특정 지역의 의료서비스에 대한 만족도(Hwang,&Shon, 2021) 혹은 지역의 전반적인 물리적 · 사회적 환경과 연간 미충족 의료 간의 연관성은 선행 연구를 통해 보고되어 왔지만, 전반적인 지역의 의료서비스 환경에 대한 개인의 주관적 인식과 연간 미충족 의료 간의 연관성을 바라본 연구는 부족한 실정이다.

따라서 이 연구는 2019년, 2021년 각 2년의 지역사회 건강조사 원시자료를 활용하여 인구학적 특성, 사회경제학적 특성 및 건강행태의 차이에 따라 대상에 따른 미충족 의료의 발생 정도를 파악하고, 지역의 의료서비스 환경에 대한 개인의 주관적 인식과 연간 미충족 의료 발생 간의 연관성을 파악하여 각 집단별 미충족 의료의 발생 정도를 확인하는 자료를 구축하는 것을 목표로 한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구대상 및 연구자료

이 연구는 2019년, 2021년 각 2년의 원시 자료를 이용하여 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족 의료 발생의 연관성을 분석한 연구이다. 지역사회

건강조사는 지역보건법 제4조 및 동법시행령 제2조에 근거하여 지역보건의료계획의 수립 및 평가를 위해 2008년을 시작으로 전국적으로 매년 보건소에서 실시하는 통계청 승인 통계조사이다. 2019년 지역사회건강조사의 조사대상은 조사 시점을 기준으로 표본 가구에 거주하는 만 19세 이상의 성인이며, 모집단의 분석 및 층화, 표본 배분 및 추출의 과정을 거쳐 조사된 대상자로 2019년 229,099명, 2021년 229,242명이다. 이 연구는 각 2년의 조사대상자 중 연구 관련 항목에 응답하지 않은 대상자를 제외하고 최종 연구대상자는 총 409,961명을 대상으로 하였다. 표본조사 자료라는 특성에 따라 통계적 편향을 줄이기 위해 조사 활용 권고에 따라 가중치를 적용하여 분석하였다.

2. 주요 변수

연구에 사용된 변수들의 조사항목과 구체적인 내용은 지역사회건강조사 원시자료 이용지침서에 제시되어 있다. 이 연구에서 사용한 변수는 다음과 같다.

1) 종속 변수

이 연구의 종속 변수는 연간 미충족 의료의 발생 여부이고, 자료원의 응답에 따라 '발생'과 '미발생'으로 구분하였다. "최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?'라는 문항에 '예'라고 대답한 사람을 연간 미충족 의료 발생 여부를 '발생'. '아니오'라고 대답한 사람을 '미발생'으로 구분하였다.

2) 독립 변수

이 연구의 독립 변수는 '지역의 물리적 환경에 대한 태도_의료서비스'이며, 각각을 자료원의 응답에 따라 구분하였다. "우리 동네의 의료서비스 여건(보건소, 병의원, 한방병의원, 약국 등)에 대해 만족한다."라는 문항에 자료원의 응답인 '예'라고 대답한 경우 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식을 '만족'으로, '아니오'라고 대답한 경우 의료 서비스 환경에 대한 주관적 인식을 '불만족'으로 구분하였다.

3) 통제 변수

이 연구의 통제 변수는 인구학적 특성과 사회경제학적 특성 및 건강행태와 관련된 변수로 미충족 의료의 발생에 영향을 미칠 수 있는 변수로 선정하였다. 조사 대상자의 인구학적 변수와 사회경제학적 변수는 Kim et.al[19]에 근거하여 성별과 나이, 주거 지역, 교육 수준, 경제활동 여부, 혼인 여부, 소득 분위를 포함하였다. 성별 및 경제활동의 여부는 응답 결과에 따라 분류하였고, 나이는 원시자료에서 재분류된 특성에 따라 생애주기로 구분하였다. 특별시 및 광역시의 동에 거주하는 대상자는 '대도시'로, 도의 동에 거주하는 대상자는 '도시', 그 외의 응답은 '농어촌'으로 분류하였다. 교육 수준은 "귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까?"라는 질문에 '무학, 서당/한학, 초등학교, 중학교, 고등학교'로 응답한 경우 '고졸 이하'로, '2년/3년제 대학과 4년제 대학, 대학원 이상'이라고 응답했다면 '대학교(2/3년제 대학) 이상'으로 분류하였다. 혼인 여부는 "귀하의 현재 혼인 상태는 다음 중 무엇에 해당합니까?"라는 문항에 '배우자가 있으며, 함께 살고 있다'고 응답한 대상자는 '혼인'으로, '배우자가 있으나 함께 살고 있지 않다.', '배우자의 사망으로 배우자가 없다.','이혼으로 배우자가 없다.'고 응답한 경우 '이혼, 사별, 별거', '미혼으로 배우자가 없다.'고 응답한 대상자는 '미혼'으로 재분류하였다. 소득분위는 기준 기간을 모두 연 소득으로 통일해 사분위수 기준에 따라 'Q1','Q2','Q3','Q4'로 재분류하였다. 조사대상자의 건강행태 관련 변수로는 주관적 건강수준을 포함하였다. 주관적 건강수준은 "평소에 본인의 건강은 어떻다고 생각합니까?"라는 문항에 '매우 좋음, 좋음' 으로 응답한 경우 '좋음'으로, '보통'이라고 답한 경우 '보통'으로, '나쁨, 매우 나쁨'이라고 답한 경우 '나쁨'으로 재분류하였다.

3. 분석 방법

연구 대상자의 인구학적 특성, 사회경제학적 특성들을 빈도(N)와 백분율(%)을 보이기 위해 지역사회건강조사에서 제공한 가중치를 적용하여 각 변수 간 기술 통계를 시행하였고, 각 변수와 미충족 의료 발생 간의 빈도 차이를 확인하기 위해 기술 통계 및 서베이 카이제곱 검정을 실시하였다. 또한 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족 의료 발생 간의 연관성과 지역의 의

료서비스 환경에 '만족하지 못하는' 사람과 연간 미충족 의료 발생 사이의 연관성과 발생 이유 간의 연관성을 파악하기 위해 다변량 서베이 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 연구에서 시행한 모든 분석은 통계 프로그램인 SAS ver.9.4(SAS Institute Inc, Cary, NC, USA)을 활용하여 실시하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식에 따른 연간 미충족 의료 간의 발생 빈도

각 변수와 연간 미충족 의료 발생 간의 빈도(N) 및 백분율(%)은 다음과 같다. 거주 중인 지역의 의료서비스에 만족하는 사람 중 연간 미충족 의료가 발생한 사람은 2,889,026명(4.81%)이고, 지역의 의료서비스에 만족하지 못하는 사람 중 연간 미충족 의료가 발생한 사람은 1,304,877명(8.22%)로 지역의 의료서비스에 만족하지 못할수록 연간 미충족 의료가 더 많이 발생함을 확인할 수 있었다. 조사 대상자들의 특성에 따른 연간 미충족 의료의 발생 빈도를 살펴본 결과, 남성보다 여성이, 대도시보다 농어촌에 거주하는 사람에게, 교육 수준이 낮을수록, 주관적 건강 수준이 나쁠수록, 경제활동을 하지 않는 사람일 경우, 혼인한 사람에 비해 혼인하지 않았거나 이혼 · 사별 · 별거한 사람일수록, 소득 수준이 낮을수록 연간 미충족 의료가 더 많이 발생함을 확인할 수 있다.

2. 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식와 미충족 의료 발생 사이의 연관성

각 변수와 연간 미충족 의료 발생 간의 연관성은 다음과 같다. 〈표2 삽입〉 지역의 의료서비스에 대해 '만족'하는 사람에 비해 '만족하지 못하는' 사람의 연간 미충족 의료 발생 오즈비는 1.775였다. '남성'에 비해 '여성'의 연간 미충족 의료가 1.343배 더 많이 발생하였으며, '교육 수준'의 경우 '대학교(2/3년제) 이상' 학력을 가진 사람에 비해 '고졸 이하'인 사람이 1.141배 더 많이 연간 미충족 의료가 발생하였다. 주관적 건강수준은 '좋음'이라고 응답한 사람에 비해 '보통'은 1.672배, '나쁨'은 2.918배 연간 미충족 의료가 더 많이 발생하였으며, 경제활동을 '하지 않는' 사람에 비해 '한' 사람이 1.079배 더 많이 미충족 의료가 발생하였다. 뿐만 아니라 '혼인'한 사람에 비해 '미혼'은 1.064배, '이혼 · 사별 · 별거'는 1.391배로 연간 미충족 의료가 더 많이 발생하였고, 소득 수준이 가장 높은 집단인 'Q4'에 비해 가장 낮은 'Q1' 집단에서 1.582배, 'Q2'는 1,202배, 'Q3'은 1.162배로 소득 수준이 낮아질수록 연간 미충족 의료가 더 많이 발생했음을 알 수 있다. 연령이 '75세 이상'인 사람에 비해 '65~74세'의 연간 미충족 의료 발생 오즈비는 0.831배, '45~64세'는 1.133배, '44세 이하'는 1.232배로 나타났다. 하지만 '65~74세'의 연간 미충족 의료의 발생 오즈비는 통계적으로 유의하지 않은 결과를 보였다. 뿐만 아니라 주거 지역의 경우 '대도시'에 비해 '도시'는 1.043배, '농어촌'은 1.137배 더 많이 연간 미충족 의료가 발생한 것을 확인할 수 있다. 하지만 '도시'와 연간 미충족 의료의 발생 오즈비는 통계적으로 유의하지 않은 결과를 보였다.

3. 지역의 의료서비스 환경에 '만족하지 않는' 가구의 연간 미충족 의료 발생

관련 통제변수를 통제한 지역의 의료서비스 환경에 '만족하지 않는' 가구의 연간 미충족 의료 발생 정도는 다음과 같다. 〈표3 삽입〉 지역의 의료서비스에 '만족하지 못하는' 사람 중 '대도시'에 거주하는 사람이 1.894배 더 많이 미충족의료가 발생하고 있었다. '도시'에 거주하는 사람은 1.497배 더 많이, '농어촌'에 거주하는 사람은 1.579배 더 많이 연간 미충족 의료가 발생함을 알 수 있다. 이를 통해 '도시'에 거주하는 사람에 비해 '농어촌' 및 '대도시'에 거주할수록 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식이 '만족하지 못하는' 사람에게 연간 미충족 의료가 더 발생하고 있음을 볼 수 있다.

4. 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족 의료 발생 원인간의 연관성

관련 통제변수를 통제한 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식에 따른 연간 미충족 의료의 발생 원인별

<표 1> 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식에 따른 연간 미충족 의료 발생 빈도(Frequency of the subjective perception of the regional healthcare environment and unmet medcial needs)

Variable	Unmet medical needs (sample n=409,961/Weighted n=75,994,684)				P-value
	Experience(4,193,903 / 5.52%)		Unexperienced(71,800,781 / 94.48%)		
	N/MEAN	%/SD	N/MEAN	%/SD	
Subjective perception of the regional healthcare environment					<.0001
Satisfied	2,889,026	4.81	57.235.464	95.19	
Unsatisfied	1.304.877	8.22	14.565.317	91.78	
Age					<.0001
≤44	1,823,159	6.02	28,438,092	93.98	
45~64	1,650,675	5.56	28,017,581	94.44	
65~74	383,345	4.14	8,872,190	95.86	
75≥	336,723	4.94	6,472,919	95.06	
Sex					<.0001
Male	1,749,355	4.74	35,193,604	95.26	
Female	2,444,548	6.26	36,607,178	93.74	
Residential area					<.0001
Metropolis	1,710,398	5.30	30,531,737	94.70	
Urban	1,622,080	5.52	27,750,561	94.48	
Rural	861,425	5.99	13,518,484	94.01	
Education level					<.0001
≤High school	2,219,191	5.86	35,622,219	94.14	
College≥	1,974,711	5.18	36,178,563	94.82	
Subjective health status					<.0001
Good	1,108,938	3.59	29,740,029	96.41	
Normal	2,000,857	5.87	32,094,758	94.13	
Bad	1,084,107	9.81	9,965,995	90.19	
Economic activity					0.0001
No	1,475,761	5.27	26,528,913	94.73	
Yes	2,718,141	5.66	45,271,869	94.34	
Marital status					<.0001
Unmarried	925,295	5.50	15,909,301	94.50	
Married	2,510,472	5.18	45,918,952	94.82	
Divorced/bereavement/separation	758,135	7.07	9,972,528	92.93	
Income Level					<.0001
Q1(lowest)	809,884	7.19	10,449,436	92.81	
Q2	1,220,086	5.56	20,716,866	94.44	
Q3	1,239,372	5.39	21,764,808	94.61	
Q4(highest)	924,560	4.67	18,869,672	95.33	

연관성은 다음과 같다. 〈표4 삽입〉 지역의 의료서비스에 '만족'하는 사람에 비해 '만족하지 못하는' 사람에게서 '의료시설에서의 긴 대기시간'으로 인한 연간 미충족 의료 발생은 3.145배 높게 나타났다. 뿐만 아니라 지역의 의료서비스에 '만족'하는 사람에 비해 '만족하지 못하는' 사람에게서 '불편한 교통'으로 인한 연간 미충족 의료 발생이 2.953배 높게 나타났다. '시간의 부족', '미약한 증상', '경제적 이유', '치료에 대한 두려움'과 같은 원인은 모두 통계적으로 유의하게 연간 미충족 의료 발생에 영향을 미쳤지만 앞선 두 이유만큼 많은 영향을 미치지는 않는다는 결과를 확인할 수 있었다. 반면 지역의 의료서비스에 '만족'하는 사람에 비해 '만족하지 못하는' 사람에게서 '의료

<표 2> 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 미충족 의료 발생 간의 연관성(The association of the subjective perception of the regional healthcare environment and unmet medical needs)

Variable	Unmet medical needs	
	Odds ratio	95% CI
Subjective perception of the regional healthcare environment		
Satisfied	1.000	–
Unsatisfied	1.775	1.703–1.850
Age (years)		
≤44	1.232	1.16–1.309
45∼64	1.133	1.067–1.202
65∼74	0.831	0.774–0.892
≥75	1.000	–
Sex		
Male	1.000	–
Female	1.343	1.294–1.394
Residential area		
Metropolis	1.000	–
Urban	1.043	0.991–1.098
Rural	1.137	1.080–1.198
Education level		
≤High school	1.141	1.098–1.186
≥College	1.000	–
Subjective health status		
Good	1.000	–
Normal	1.672	1.597–1.751
Bad	2.918	2.770–3.073
Economic activity		
No	1.000	–
Yes	1.079	1.038–1.122
Marital status		
Unmarried	1.064	1.012–1.118
Married	1.000	–
Divorced/bereavement/separation	1.391	1.328–1.458
Income level		
Q1(lowest)	1.582	1.487–1.683
Q2	1.202	1.133–1.275
Q3	1.162	1.093–1.235
Q4(highest)	1.000	

시설 예약의 어려움'으로 인해 발생하는 연간 미충족 의료는 통계적으로 유의하지 않았다.

Ⅳ.결론 및 고찰

Yoo et.al[20]에 따르면 사회적으로 의료의 접근성과 관련된 문제가 부각되면서 최근 연간 미충족 의료와 관련하여 다양한 연구가 수행되고 있지만, 주로 특정 집단, 연령 및 질환 등 대상의 범위를 제한하여 분석한 연구들이 대다수이다. 그러나 이 연구는 기존의 연구와는 달리 특정 지역에 초점을 둔 것이 아닌 전반적인 지역의 분류에 따라 각 지역에 거주하는 가구가 갖는 지역 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족 의료 발생 간의 연관성을 확인하려 하였고, 그 결과 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족 의료의 발생 사

<표 3> 지역의 의료서비스 환경에 '만족하지 못한' 사람의 연간 미충족 의료 발생
(The occurrence of unmet medical needs for 'unsatisfied' with regional healthcare environment)j

Variable	Unmet medical needs	
	[1)]Odds ratio	95% CI
≤44	1.631	1.525–1.745
45~64세	1.543	1.445–1.647
65~74세	1.665	1.486–1.866
≥75	1.905	1.710–2.122
Male	1.654	1.548–1.768
Female	1.604	1.522–1.690
Metropolis	1.894	1.752–2.048
Urban	1.497	1.394–1.608
Rural	1.579	1.479–1.685
≤High school	1.559	1.477–1.646
≥College	1.693	1.588–1.806
Subjective health status:Good	1.624	1.492–1.767
Subjective health status:Normal	1.628	1.532–1.730
Subjective health status:Bad	1.605	1.491–1.728
Economic activity:Yes	1.633	1.527–1.747
Economic activity:No	1.62	1.536–1.709
Unmarried	1.679	1.528–1.844
Married	1.612	1.525–1.704
Divorced/bereavement/separation	1.608	1.479–1.749
Q1(lowest)	1.747	1.613–1.893
Q2	1.588	1.472–1.741
Q3	1.522	1.406–1.647
Q4(highest)	1.709	1.546–1.876

이에는 유의한 연관성이 있다는 것을 확인할 수 있었다.

먼저, 미충족 의료 경험이 있다고 응답한 사람들의 인구학적, 사회경제학적 특성 및 건강행태와 관련하여 요인의 특성을 확인하였다. 이후 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족 의료의 발생 간의 연관성을 파악하였고, 지역의 의료서비스 환경에 '만족하지 못하는' 사람과 그에 대한 발생 이유에 대해 변수 간의 명확한 연관성을 파악하기 위해 서브그룹에 대한 서베이 로지

<표4> 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족 의료 발생 원인간의 연관성(The Association between the subjective perception of the regional healthcare environment and the causses of unmet medcal needs)

Factors of unmet medical needs	Subjective perception of the regional healthcare environment	
	Unsatisfied	
	Odds ratio	95% CI
A lack of time	1.520	1.408–1.640
Mild symptom	1.173	1.038–1.326
Economic grounds	1.724	1.486–2.001
Inconvenient location	2.953	2.379–3.665
Long waiting time in the medical service	3.145	2.122–4.663
Difficulty in making reservation for medical service	1.512	0.885–2.583
Anxiety of treatment	1.586	1.192–2.112

1) 지역의 의료서비스 환경에 '만족함'이라고 응답한 가구를 기준으로 '만족하지 못함'이라고 응답한 가구의 오즈비를 말한다. 모든 다른 변수를 고정한 결과임.

스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과, 지역의 의료서비스에 '만족하는' 사람에 비해 '만족하지 못하는' 사람의 연간 미충족 의료는 1.775배 더 많이 발생하였다. 또한 지역의 의료서비스 환경에 '만족하지 못하는' 가구는 설정한 모든 변수에 대해 연간 미충족 의료가 더 많이 발생했음을 확인할 수 있었다. 이처럼 Bernard et.al[21]에 따르면 지역의 주관적 의료서비스 환경에 대한 태도는 건강의 사회적 결정요인의 관점에서 개인이 느끼는 지역 환경에 대해 의료서비스 이용가능성과 질 등에 대한 개인의 만족 및 평가로 건강결과와 밀접한 관계를 가짐을 알 수 있다.

거주 지역의 의료서비 환경에 대한 주관적 인식에 따라 연간 미충족 의료가 발생하는 요인은 다음과 같았다. 거주 지역의 의료서비스에 '만족하지 않는' 가구는 '만족하는' 가구에 비해 '의료시설에서의 긴 대기시간', '불편한 교통'과 같은 두 가지 요인이 다른 요인에 비해 연간 미충족 의료에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 WHO의 반응성 개념과 연관지을 수 있다. Huh & Lee[22]는 WHO에서 제시하는 반응성 개념이란 환자 권리와 연관있는 윤리적 측면과 소비자 만족 측면의 요소를 포함하는데 이는 의료공급자 선택, 대기시간 등과 관련된 신속한 치료, 의료진과의 소통 등 소비자 만족과 관련된 일부 요소는 미충족 의료의 경험과 연관될 수 있다고 주장한다. 보건의료 체계의 목적은 건강향상에 기여하는 것이며 이는 의료서비스 제공체계 그 이상의 의미를 가진다[22]. WHO는 건강의 향상, 공정한 재정적 기여, 반응성으로 보건의료 체계의 목적으로 제시하였고 이 세 가지 측면에 대한 지표는 보건의료체계의 성과 평가에 포함된다[22]. 반응성은 보건의료체계와 사람들이 상호작용하는 동안 어떻게 다루어졌는지에 대한 경험과 보건의료와 관련된 환경 및 의료 이외의 측면에 대한 기대의 충족을 포함한다[22]. 이처럼 WHO가 제시하는 보건의료체계의 목적을 달성하기 위해서는 지역의 의료서비스에 '만족하지 못하는' 가구의 연간 미충족 의료 발생 이유에 주목할 필요가 있다.

뿐만 아니라 전반적인 지역 분류에 따른 미충족 의료 발생 결과를 보면 지역의 의료서비스에 '만족하지 않는 사람' 중에서는 '도시'에 거주하는 사람에 비해 '대도시'와 '지방'에 거주하는 사람들이 연간 미충족 의료가 더 많이 발생함을 확인할 수 있었다. 심지어 '지방'에 비해 '대도시'에 거주하는 사람에게 연간 미충족 의료가 더 많이 발생함을 확인할 수 있다. 이와 관련하여 일반적으로 도시와 농촌을 비교할 때 당연히 농촌은 보건의료자원이 부족하기에 농촌에서 미충족 의료의 발생 정도가 높을 것이라고 예상한다. 하지만 선행 연구[12]를 살펴보면 이와 관련된 연구 결과는 일관되지 않았다. 의료자원은 수도권을 중심으로 집중되어 있음에도 도시 지역의 미충족률이 높게 나오는 결과는 교통발달로 인해 접근성이 높다거나 미충족에 미치는 요인이 복합적이라는 설명으로는 충분히 결과를 설명할 수 없다[12]. Choi[23]는 이러한 양상이 도시의 보건의료서비스 인프라와 일반화된 임상 품질 및 이외의 기대 가치가 작용해 도시 거주 응답자의 기대수준이 상대적으로 높아 발생하는 것으로 볼 수 있다고 말한다. 읍면, 즉 이 연구에서 농어촌으로 분류된 지역에 거주하는 응답자는 지역사회의 보건의료서비스 품질 및 전달체계 등의 여건변화에 대하여 긍정적으로 지각하고 있어[23] 이처럼 '농어촌'에 비해 '대도시'에 거주하는 가구의 지역 의료서비스에 만족 여부에 따른 연간 미충족 의료의 결과가 높게 나타나는 것이라고 할 수 있다.

Hwang & Shon[24]에 따르면 이와 같이 지역사회가 갖는 환경적 요인이 전반적인 건강 수준 및 의료서비스 이용에 미치는 영향은 보건정책과 사회역학 등 보건학 분야에서 관심 갖는 주요 영역 중 하나임을 알 수 있다. WHO[25]는 전반적인 성과 향상을 관통하는 핵심 요소로서 보편적 건강보장 달성에서의 형평성 제고에 대해 강조하고 있다. Kang[26]은 건강 수준과 건강 형평성 향상이 보건의료 시스템의 궁극적 목적이라면, 보건의료 제도 개혁을 추진하기 위해서는 궁극적으로 보건의료 시스템의 효율과 형평성을 높여야 하고 이는 의료 접근 및 의료의 질에서 격차를 해소하는 전략을 추진하여 이루어져야 한다고 주장한다. Kim[27]은 형평성 강화정책의 지지층이 이러한 측면에서 고연령층, 읍면지역, 만성질환자에 대한 취약 계층 및 취약 지역 지원에 대해 높은 필요성을 느껴 발생하는 의료 관련 요구를 반영하고 있다고 말한다. 때문에 Campo[28]는 개인의 건강과 의료이용과 지역의 물리적, 사회적 환경과 같은 지역의 특성간의 관계에 대한 연구가 다양한 방법론을 활용하여 수행되고 있지만, 여전히 문제를 해결할 수 있는 명확한 정책대안과 중재안의 부재를 경험하고 있는 것이라 주장한다. 이와 관련하여 의료이용자들은 취약지역 · 취약계층에게의 지원에 대한

필요성을 크게 느끼며 보건의료 제도 변화의 필요성에 공감하고 있었다[27].

뿐만 아니라 보건의료 제도의 개혁을 위해서는 관련 정책의 효과성을 파악하는 것이 중요하다. 이와 관련하여 WHO는 보건의료 제도에 대한 국민의 반응성을 높여야 하고, 환자가 의료 측면에 갖는 기대를 의료체계가 얼마나 충족하는지 측정하기 위한 것이 반응성이며 이는 의료서비스 만족도로 측정된다[17]고 발표한 바 있다. 또한 WHO와 OECD는 지속적으로 각 국가에게 국민의 의료서비스 이용 경험을 확인하고 보건의료 제도에 대한 국민의 반응성 및 기대 수준을 확인할 것을 독려하고 있다[18]. 즉, 보건의료 정책의 효과성을 파악하기 위해서는 전반적인 지역의 의료서비스에 대한 태도를 확인하는 것이 중요하다는 것이다. Martin[29]는 지역의 의료서비스 환경에 대한 개인의 태도는 관찰 가능한 상태와 관찰 불가능한 상태를 바탕으로 한다고 말한다. 그렇기에 개인의 태도와 실제 의료서비스는 객관적 환경과 주관적 환경의 불일치가 발생할 수 있다. 하지만 Severance & Choi et.al[30-31]에 따르면 환경에 대한 태도가 지속적으로 이루어지는 개인의 평가와 교환적, 인지적, 정신적, 사회적 과정을 통해 끊임없이 발전하고 있기에 객관적인 환경에 대한 평가로 확인 불가능한 지역사회 주민의 의료서비스 필요와 욕구를 충족시키기 위해 꾸준한 모니터링이 필요하다.

그리고 연간 미충족 의료에 대한 명확한 중재안과 정책 대안의 부재로 인해 여전히 미충족 의료의 발생이 지속되고 있다. 바람직한 보건의료체계는 단지 질병을 치료하는 것 뿐만 아니라 의료 이용으로 인한 재정적 부담을 줄이도록 노력해야 하고, 모든 구성원이 필요한 의료서비스를 이용할 수 있게끔 보장해야 한다. Huh & Lee[22]에 따르면 이와 같은 맥락에서 미충족 의료는 보건의료체계에 대한 전반적인 평가를 나타내는 지표로써 보다 일관되고 체계적인 질문을 통하여 의료의 필요와 충족에 대해 다면적 평가가 이루어질 필요가 있다. 따라서 병원은 이 연구를 바탕으로 지역의 의료서비스 만족 여부와 연간 미충족 의료 발생의 연관성을 확인하여 미충족 의료 발생의 감소를 위해 지역의 전반적인 의료서비스 만족 정도를 높이기 위한 노력이 필요하다. 뿐만 아니라 연간 미충족 의료 발생과 지역의 의료서비스에 대한 태도와 관련하여 발생할 수 있는 문제점을 해결하는데 이 연구가 지역의 의료정책 제안의 기초자료로서 사용되어 지역에 거주중인 가구의 의료서비스에 대한 만족 여부를 바탕으로 기존 정책의 보완점을 파악하고 바람직한 보건의료체계의 발전을 위해 연간 미충족 의료율을 감소시키기 위한 새로운 정책이 제안되기를 바란다.

이 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 이 연구는 2019년, 2021년의 지역사회건강조사 원시자료를 이용한 단면연구로서 연간 미충족 의료 경험과 여러 요인간의 인과관계 분석이 불가능하다. 둘째, 연구에서 가장 초점을 둔 지역과 관련하여 전반적인 지역의 발전 상황과 정책 변동에 따른 정확환 인과관계를 설명할 수 없다. 셋째, 지역의 의료서비스에 대한 만족 여부를 고려하는 과정에 영향을 미칠 수 있는 요소가 여러 가지 임에도 불구하고 단편적인 응답 결과만을 기준으로 도출된 결과를 통해 제안점을 제시한 것이다. 넷째, 2019년과 2021년은 코로나-19라는 전염병의 영향력이 차이가 분명히 존재하지만 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족 의료 발생 사이의 전반적인 경향성 파악을 위해 코로나-19라는 전염병의 영향력을 제외하고 제안점을 제시하였다. 이와 같은 제한점을 가진 연구이기에 관련된 한계가 분명히 존재한다. 따라서 지역의 발전 상황과 정책 변동과 같은 전반적인 지역 발전 상황과 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식에 영향을 미치는 요소 등을 고려한 후속적 연구가 필요할 것이다. 그러나 이러한 한계에도 불구하고 기존에 보고된 적 없던 연구를 수행한 점과 전반적인 지역 분류에 따라 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식과 연간 미충족 의료 발생 사이의 연관성 및 이의 주요 발생 원인에 대해 확인할 수 있었다는 점에 있어서 이 연구는 의의가 있다. 이 연구를 바탕으로 지역의 의료서비스 환경에 대한 주관적 인식에 따른 미충족 의료의 발생 정도를 파악한 기초자료로서 활용될 수 있을 것을 기대하며, 이를 통해 지역 간 연간 미충족 의료 발생 편차 및 만족도 향상을 위한 정책 개발에 정책 제안자와 많은 국민의 관심을 요한다.

감사의 글

이 연구는 순천향대학교 학술연구비 지원으로 수행하였음.

Reference

[1] Hwang, B., & Choi, R. (2015). The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Needs by Age Group in the Elderly (pp. 81-93). n.p.: The Korean Journal of Health Service Management.

[2] J. Le Grand, P. Vizard(1998), The National Health Service : Chris, Marget, 1980, Equity in the Distribution of Municipal services, In H.J. Bryce(ed) Revitalizzing Cities Lexington, Mass, Lexington Books, p.77.

[3] Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, TA., & Taylor, S. Commission on social determinants of health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social deteerminants of health. Lancet. 2018;372(9650):1661-9.

[4] Shin, J, "Determinants of unmet healthcare needs among the community dwelling Korean adults with disabilities: a case of the National Health Insurance beneficiaries," Health Soc Welf Rev, Vol.33, No.2, pp.549-577, 2013.

[5] Kwon, S. Advancing Universal Health Coverage: What Developing Countries Can Learn from the Korean Experience?" Universal Health Care Coverage Series No.33, World Bank Group: Washington, DC. 2018.

[6] Ki SJ, Huh SI. Financial Burden of Health Care Expenditures and Unmet Needs by Socioeconomic Status. Kor J Health Econ Policy. 2011;17(1): 47-70.

[7] Kim, J., Kim, TH., Park, E-C., & Cho, WH. Factors influencing unmet need for health Care Services in Korea. Asia Pac J Public Health. 2015;27(2), NP2555-NP69.

[8] Paul W. Newacheck., Dana C. Hughes., Yun-Yi Hung., Sabrina Wong., Jeffrey J. Stoddard., 2000, "The Unmet Health Needs of America's Children", Pediatrics 105, 989-997.

[9] Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?. Soc Sci Med. 2010;70(3):465-472.

[10] Hwang J. Income-related Inequality in Unmet Healthcare Needs: Implication of Equity. Kor J Health Edu Prom 2017;34(3):83-97.

[11] Kim, W. J., Shin, Y. J., Kim, S. Y., & Kim, J. D, "Analysis of dental unmet needs medical research trends and influence factors: using structural literature review," Journal of Korean society of Dental Hygiene, Vol.20, No.3, pp.243-256, 2020.

[12] Park, Y., Kim, J., Kim, S., Kim, C., Han, J., & Kim, S. (2020). Critical Analysis of Unmet Healthcare Needs Index for Addressing Regional Healthcare Inequality (pp. 37-49). n.p.: Health Policy and Management.

[13] Namkung, E.H., Chin, H. & Lee, Y. (2021). Determinants of Health in Older Adults: Regional Policies and Social Capital. n.p.: Korea institute for health and social affiars.

[14] Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. The Lancet, 365(9464), pp.1099-1104.

[15] Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organization

[16] Chung-Min Cho. (2023). Determinants of the Subjective Health Condition of the Elderly in Seoul at the Individual and Regional Level (pp. 71-82). n.p.: J.Korean Soc. Living Environ. Sys..

[17] WHO(2000), Health Systems: Improving performance, World Health report 2000, pp.1-20.

[18] J-W. Shin, 'The Challenge of Generating Statistics for a People-Centered Health Care System', Health and Welfare Forum, Vol. 250, pp.57-65, 2017.

[19] Kim, S.A., Seo, Y., Woo, K.S., & Shin, Y. (2019). A systematic review of studies on current status and influencing factors of unmet medical needs in Korea (pp. 53-92). n.p.: Journal of Critical Social Policy.

[20] Yoo, G.M., Jin, S. & Moon, S. (2016). Exploratory Study on Factors of Unmet Medical Needs

Using Data Mining Analysis. The Korea Association for Policy Studies, 25(4), pp. 269-300.

[21] Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, KL., Daniel, M., Kestens, & Y., Potvin, L. Health Inequalities and Place: a Theoretical Conception of Neighbourhood.. Soc Sci & Med. 2007;65(9): 1839-1852.

[22] Huh, S. & Lee, H. (2016). Unmet Health Care Needs and Attitudes towards Health Care System in Korea. The Korean Journal of Health Economics and Policy, 22(1), pp. 59-89.

[23] Choi, Y. S. (2015, May 31). The Impacts of Socio-Economic Characteristics on the Services User's Perception by the Change of Social Condition in Healthcare Services. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society. The Korea Academia-Industrial Cooperation Society. https://doi.org/10.5762/kais.2015.16.5.3276

[24] Hwang, J., & Shon, C. (2021). An Association between Community Perception of Healthcare Services and Experience of Unmet Healthcare Needs among Urban Dwellers in Seoul (pp. 79-89). n.p.: Korean Public Health Research.

[25] World Health Organization[WHO]. (2010). The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva (Switzerland): WHO. Retreived from http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pd f?ua=1

[26] Kang, H. 2019. Healthcare Disparities and Their Policy Implications. 보건복지포럼, 통(270), pp. 18-30.

[27] Kim, J. 2021. Health Care System Satisfaction and Reform Need of Medical Users. Journal of The Health Care and Life Science (JHCLS), 9(1), pp. 117-128.

[28] O'Campo, P. Advancing Theory and Methods for Multilevel Models of Residential Neighborhoods and Health, Am J Epidemiol. 2003;157(1):9-13.

[29] Martin, KR., Shreffler, J., Schoster, B., & Callahan L.F. Associations of Perceived Neighborhood Environment on Health Status Outcomes in Persons with Arthritis. Arthritis Care Res. 2010;62:1602-1611.

[30] Severance, JH., Zinnah, SL. Community-based Perceptions of Neighborhood Health in Urban Neighborhoods. J Community Health Nurs.2009; 26(1):14-23.

[31] Choi, YJ, & Matz-Costa, C. Perceived Neighborhood Safety, Social Cohesion, and Psychological Health of Older Adults. Gerontologist. 2018: 58(1);196-206.