

가구 구성원에 따른 미충족 의료 관련요인

김윤정¹, 최성지¹, 황병덕^{2*}

¹부산가톨릭대학교 대학원, ²부산가톨릭대학교 병원경영학과

Factors Associated with Unmet Healthcare Needs According to Households

Yun-Jeong Kim¹, Seong-Ji Choi¹, Byung-Deog Hwang^{2*}

¹Graduate School of Catholic University of Pusan,

²Department of HMC Catholic University of Pusan College of Health Sciences

<Abstract>

Objectives : In this study, we used the data of the 2015 National Health and Nutrition Survey in its 6th Phase, and the total number of subjects included was 4,884. **Methods** : Frequency analysis, crosstab and logistic regression analysis were conducted to investigate unmet medical factors related to family members. **Results** : The subjects of the study were 10.3% single-person households and 89.7% non-single-person households. There were statistically significant differences in age, education level, marital status, income level, private health insurance, and subjective health status. Factors associated with unmet healthcare needs according to single-person households was subjective health status. Age, gender, marital status and subjective health status were the factors associated with unmet healthcare needs according to non-single-person households. **Conclusions** : It is necessary to establish health care policies that can expand the health education necessary for providing appropriate information on medical care and improving awareness of social illnesses and improving affordability and convenience.

Key Words : Andersen Model, Non-Single-Person Households, Single-Person Households, Unmet Healthcare Needs

‡ Corresponding author : Byung-Deog Hwang(suamsam@cup.ac.kr) Department of HCM Catholic University of Pusan College of Health Sciences

• Received : Apr 25, 2018

• Revised : Junr 25, 2018

• Accepted : Jun 27, 2018

I. 서론

보건의료의 기본 이념은 사회 정의에 입각하여 모든 사람이 수용 가능하고 비용지불이 가능한 방법으로 사람들에게 양질의 의료를 제공하는 것이다. 이에 우리나라는 1977년 500인 이상 사업장을 당연적용으로 시작하여 1989년 전국민 의료보험제도를 시행하였다[1]. 우리나라의 전국민 의료보험 제도는 모든 국민이 소득이나 지불능력에 상관없이 의료서비스를 이용할 수 있도록 의료의 공평한 접근성을 높이기 위한 취지로 실시되었으나 의료적 필요를 충족시키는 데 있어서는 여전히 여러 장벽이 지적되고 있다. 우리나라 건강보험은 환자 본인 부담률이 높고, 비급여 서비스의 존재로 의료를 이용함에 있어 지불능력이 중요한 요소로 작용한다. 지불능력이 낮은 사회경제적 취약계층이나 장애인, 만성병환자 등 의료수요가 많은 집단이 필요한 서비스를 적절히 이용하는 데 장벽으로 작용될 수 있어 제도의 취지에 충분히 부합하지 못하는 미충족 의료가 발생한다[2].

미충족 의료(unmet healthcare needs)란 대상자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만 대상자가 의료서비스를 받지 못했을 경우, 의료서비스를 적절히 이용했다면 예방, 경감 또는 제거될 수 있는 질병이나 불능상태를 가지고 있는 경우를 말한다. 미충족 의료는 의료서비스에 대한 접근성 문제를 나타내는 지표로 사용되기도 한다[2][3]. 이러한 의료적 필요는 판단하는 주체에 따라 인지된 필요(perceived needs)와 평가된 필요(evaluated needs)로 나눌 수 있는데, 인지된 필요는 환자 스스로 인지하는 필요로 의료욕구(want)라 불리기도 하며, 평가된 필요는 전문가가 판단하는 필요를 의미하는 것으로 의료요구(need)라고 불리기도 한다[2][4].

미충족 의료의 유형은 대기시간이나 원하는 시간 혹은 원하는 장소에서 의료서비스를 받지 못하

는 것에서 발생하는 가용성(availability), 경제적 지불능력으로 인하여 의료서비스를 받지 못하는 것에서 발생하는 접근성(accessibility), 개인의 태도나 지식과 관련하여 의료서비스를 받지 못하는 것에서 발생하는 수용성(acceptability), 진료 대기시간, 운영시간 안내, 진료예약시스템에서 발생하는 편의성(accommodation), 개인의 경제적인 능력에서 발생하는 지불능력(affordability)으로 분류한다[5]. 이 중 가용성과 수용성에 의한 미충족 의료 경험은 이용자의 측면에서 판단하기 어려운 부분이 있고, 물리적 접근성과 편의성 및 지불능력의 제한에 의한 미충족 의료 경험은 이용자 입장에서 분류할 수 있을 것으로 생각된다[6].

미충족 의료에 관한 주요 선행 연구는 다음과 같다.

Park[7]은 2012년 지역사회건강조사 자료를 이용하여 만 65세 이상 성인을 대상으로 연구하였다. 여성이, 배우자가 없는 군이, 교육수준이 낮을수록, 읍·면에 거주하는 군에서, 가구소득이 낮을수록, 기초생활수급권자군에서, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 침상와병을 경험한 군에서, 만성질환 개수가 많을수록 미충족 의료경험이 많은 것으로 나타났다.

Huh & Kim[8]은 제3기 국민건강영양조사(2005) 자료를 이용하여 만19세 이상 성인을 3개 연령 그룹으로 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.

Hwang & Choi[1]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.

Lim[9] 한국의료패널(2009) 자료를 이용하여 만성질환을 보유하고 있는 대상자의 미충족 의료 현황을 분석하였다. 성, 연령, 보험유형, 세대구성, 경제활동, 가구소득, 만성질환수, CCI(Charlson Comorbidity Index)지수, 주관적 건강상태가 미충족 의료에 유의한 관련성이 있었다. 그리고 여성, 40세 미만, 의료급여, 1인가구, 경제활동을 하는 경우, 가구 소득이 낮은 경우, 만성질환의 개수가 많을수록, 주관적 건강상태가 나쁘다고 느끼는 경우 미충족 의료 확률이 높아지는 것으로 분석되었다.

이상의 미충족 의료에 관한 연구를 살펴보면 성인이나 노인 등의 포괄적 연구, 건강행동 특성에 관한 연구, 정신건강에 관한 연구, 1인가구나 소득계층에 관한 연구는 많지만, 가구 구성원에 따른 미충족 의료에 관한 연구는 부족한 실정이다. 따라서 본 연구에서는 가구 구성원을 Andersen Model에 의한 1인가구와 다인가구의 미충족 의료의 특성을 분석하여 가구 구성원에 따른 미충족 의료 개선을 위한 정책수립 시 기초 자료를 제공할 목적으로 시도하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 질병관리본부와 한국보건사회연구원이 실시한 국민건강영양조사 제6기 원자료 중 2015년 데이터를 분석 자료로 이용하였다. 전체 7,380명 중 가구원 수 미표기자와 결측값 2,496명을 제외한 4,884명을 최종 분석 대상으로 하였다.

2. 측정변수

본 연구의 변수 측정은 가구 구성원에 따른 미충족 의료의 관련요인을 Andersen Model에 근거

하여 소인성 요인(Predisposing Factor), 가능성 요인(Enabling Factor), 필요 요인(Needs Factor)로 구성하여 적용하였다.

1) 소인성 요인

소인성 요인(Predisposing Factor)은 개인의 의지에 따라 쉽게 수정 할 수 없는 요인들로서, 연령, 성별, 교육수준, 혼인상태로 구성하였다. 연령은 청년기(만 19-44세), 중년기(만 45-64세), 노년기(만 65세 이상)로 구분하였다. 교육수준은 '중졸 이하', '고졸', '대학 이상'으로 분류하였고, 혼인상태는 혼인 유지 중인 경우를 '유지', 별거·이혼·사별인 경우를 '종결', 미혼을 '미혼'으로 분류하였다.

2) 가능성 요인

가능성 요인(Enabling Factor)은 보건의료서비스 접근성에 영향을 주는 요인으로서, 거주지, 소득수준, 민간보험 가입여부로 구성하였다. 거주지는동에 거주자를 '동', 읍과 면 거주자를 '읍/면'으로 구성하였다. 소득분위는 월평균 가구총소득을 '표본가구 및 표본인구의 소득사분위표'를 기준으로 하, 중하, 중상, 상으로 분류하였다. 민간보험은 가입 여부에 따라 '미가입'과 '가입'으로 구분하였다.

3) 필요 요인

의료서비스를 이용하게 하는 직접적인 요인인 필요 요인(Needs Factor)은 주관적 건강상태, 가구 구성원으로 구성하였다. 주관적 건강상태는 매우 좋음과 좋음을 ' 좋음', 보통을 '보통', 나쁨과 매우 나쁨을 '나쁨'으로 구성하였다. 가구원은 1인가구를 '1인가구', 2인 이상 가구원을 '다인가구'로 구성하였다.

4) 미충족 의료

미충족 의료는 필요 의료서비스 미검진 여부에

서 '예'라고 답한 경우를 '경험', '아니오'라고 답한 경우를 '무경험'으로 분류하였다.

는 보통(51.3%), 미충족 의료는 무경험(87.7%)이 가장 많았다<Table 1>.

3. 분석방법

가구 구성원에 따른 미충족 의료 관련 요인을 알아보기 위하여 인구사회학적 특성, 가구 구성원에 따른 미충족 의료 특성, Andersen Model에 의한 가구 구성원별 미충족 의료에 미치는 요인을 분석하였다. 본 연구는 SPSS 24.0을 이용하여 통계 분석을 실시하였고, 빈도분석, 교차분석, 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 모든 검정의 유의수준은 .05로 하였다.

2. 가구 구성원에 따른 미충족 의료 특성

가구 구성원에 따른 미충족 의료 경험자는 1인 가구 14.2%, 다인가구 85.8%이었고, 연령($p=.000$), 교육수준($p=.000$), 혼인상태($p=.000$), 소득수준($p=.000$), 민간보험($p=.000$), 주관적 건강상태($p=.016$)에서 유의한 차이가 있었다.

미충족 의료 경험은 무경험이 87.2%, 경험이 12.8%이었고, 성별($p=.000$), 교육수준($p=.000$), 혼인상태($p=.000$), 거주지($p=.003$), 소득수준($p=.000$), 민간보험($p=.001$), 주관적 건강상태($p=.000$)에서 유의한 차이가 있었다<Table 2>.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자는 1인가구가 10.3%이었고, 다인가구는 89.7%이었다. 연령에서는 중년(39.3%), 성별은 여자(56.8%), 교육수준은 고졸(33.7%), 혼인상태는 유지(69.3%), 거주지는 동(81.3%), 소득수준은 상(29.6%), 민간보험가입은 가입(75.8%), 주관적 건강상태는 보통(50.5%), 미충족 의료는 무경험(87.2%)이 가장 많았다.

1인가구는 연령에서는 노년(52.1%), 성별은 여자(63.3%), 교육수준은 중졸 이하(61.3%), 혼인상태는 종결(67.5%), 거주지는 동(78.2%), 소득수준은 하(47.5%), 민간보험가입은 미가입(50.7%), 주관적 건강상태는 보통(42.9%), 미충족 의료는 무경험(82.2%)이 가장 많았다.

다인가구는 연령에서는 중년(40.0%), 성별은 여자(56.1%), 교육수준은 고졸(35.1%), 혼인상태는 유지(75.7%), 거주지는 동(81.6%), 소득수준은 상(31.7%), 민간보험은 가입(78.8%), 주관적 건강상태

3. 1인가구의 미충족 의료에 미치는 요인

1인가구의 미충족 의료에 미치는 요인은 다음과 같다. 모델 1은 소인성 요인과 1인가구의 미충족 의료에 미치는 영향 요인을 검증한 것으로 분석 결과 미충족 의료 경험 가능성은 교육수준에서 중졸이하보다 고졸이 2.945배($p=.035$)높았다. 모델 2는 모델 1에 가능성 요인을 추가하여 1인가구의 미충족 의료에 미치는 영향 요인을 검증한 것으로, 분석 결과 모두 유의한 영향을 미치지 않았다. 모델 3은 모델 2에 필요 요인을 추가하여 1인가구의 미충족 의료에 미치는 영향 요인을 검증한 것으로, 분석 결과 미충족 의료 경험 가능성은 주관적 건강상태에서 좋음보다 보통이 .199배($p=.000$), 나쁨이 .490배($p=.008$) 낮았다<Table 3>.

<Table 1> General characteristics

Unit: person(%)

	Variable	N	Households	
			Single-person	Non-single-person
Predisposing Factor	Age			
	Young	1,747(35.8)	75(15.0)	1,672(38.1)
	Middle	1,920(39.3)	165(32.9)	1,755(40.0)
	Older	1,217(24.9)	261(52.1)	956(21.8)
	Gender			
	Male	2,108(43.2)	184(36.7)	1,924(43.9)
	Female	2,776(56.8)	317(63.3)	2,459(56.1)
	Education Level			
	Below middle school	1,639(33.6)	307(61.3)	1,332(30.4)
	High school	1,647(33.7)	110(22.0)	1,537(35.1)
	Above university	1,598(32.7)	84(16.8)	1,514(34.5)
	Marital Status			
	Married	3,384(69.3)	66(13.2)	3,318(75.7)
	Divorce / Bereavement	709(14.5)	338(67.5)	371(8.5)
	Unmarried	791(16.2)	97(19.4)	694(15.8)
Enabling Factor	Residential Area			
	Dong	3,970(81.3)	392(78.2)	3,578(81.6)
	Eup-Myeon	914(18.7)	109(21.8)	805(18.4)
	Income Level			
	Low	868(17.8)	238(47.5)	630(14.4)
	Middle-low	1,206(24.7)	135(26.9)	1,071(24.4)
	Middle-high	1,362(27.9)	70(14.0)	1,292(29.5)
	High	1,448(29.6)	58(11.6)	1,390(31.7)
	Private Health Insurance			
	Non-join	1,184(24.2)	254(50.7)	930(21.2)
Join	3,700(75.8)	247(49.3)	3,453(78.8)	
Needs Factor	Subjective Health Status			
	Good	1,445(29.6)	128(25.5)	1,317(30.0)
	Normal	2,465(50.5)	215(42.9)	2,250(51.3)
	Bad	974(19.9)	158(31.5)	816(18.6)
Unmet Healthcare Needs	Inexperienced	4,257(87.2)	412(82.2)	3,845(87.7)
	Experience	627(12.8)	89(17.8)	538(12.3)
	Total	4,884(100.0)	501(10.3)	4,383(89.7)

<Table 2> Characteristics of Unmet Healthcare Needs Experience According to Households [Unit: person(%)]

	Variable	Households		χ^2 (p)	Inexperienced	Experience	χ^2 (p)
		single	non-single				
	Age						
	Young	8(9.0)	226(42.0)		1,513(35.5)	234(37.3)	
	Middle	27(30.3)	206(38.3)	73.845 (.000)	1,687(39.6)	233(37.2)	1.434 (.488)
	Older	54(60.7)	106(19.7)		1,057(24.8)	160(25.5)	
	Gender						
	Male	25(28.1)	166(30.9)	.276 (.600)	1,917(45.0)	191(30.5)	47.285 (.000)
	Female	64(71.9)	372(69.1)		2,340(55.0)	436(69.5)	
Predis-posing Factor	Education Level						
	Below middle school	70(78.7)	207(38.5)		1,362(32.0)	277(44.2)	
	High school	11(12.4)	173(32.2)	50.079 (.000)	1,463(34.4)	184(29.3)	36.833 (.000)
	Above university	8(9.0)	158(29.4)		1,432(33.6)	166(26.5)	
	Marital Status						
	Married	7(7.9)	370(68.8)		3,007(70.6)	377(60.1)	
	Divorce / Bereavement	68(76.4)	63(11.7)	200.674 (.000)	578(13.6)	131(20.9)	32.299 (.000)
	Unmarried	14(15.7)	105(19.5)		672(15.8)	119(19.0)	
	Residential Area						
	Dong	64(71.9)	419(77.9)	1.539 (.215)	3,487(81.9)	483(77.0)	8.551 (.003)
	Eup-Myeon	25(28.1)	119(22.1)		770(18.1)	144(23.0)	
Enabling Factor	Income Level						
	Low	58(65.2)	105(19.5)		705(16.6)	163(26.0)	
	Middle-low	17(19.1)	132(24.5)	87.824 (.000)	1,057(24.8)	149(23.8)	41.210 (.000)
	Middle-high	11(12.4)	165(30.7)		1,186(27.9)	176(28.1)	
	High	3(3.4)	136(25.3)		1,309(30.7)	139(22.2)	
	Private Health Insurance						
	Non-join	54(60.7)	132(24.5)	47.801 (.000)	998(23.4)	186(29.7)	11.518 (.001)
	Join	35(39.3)	406(75.5)		3,259(76.6)	441(70.3)	
Needs Factor	Subjective Health Status						
	Good	9(10.1)	94(17.5)		1,342(31.5)	103(16.4)	
	Normal	33(37.1)	243(45.2)	8.261 (.016)	2,189(51.4)	276(44.0)	186.756 (.000)
	Bad	47(52.8)	201(37.4)		726(17.1)	248(39.6)	
	Total	89(14.2)	538(85.8)		4,257(87.2)	627(12.8)	

<Table 3> Factors Affecting Unmet Healthcare Needs of Single-Person Households

	Model 1			Model 2			Model 3		
	Exp(B)	95% CI	p	Exp(B)	95% CI	p	Exp(B)	95% CI	p
Age									
Young	1			1			1		
Middle	.794	.225-2.802	.720	1.015	.263-3.919	.982	.807	.206-3.156	.758
Older	.989	.560-1.747	.970	1.169	.636-2.149	.615	1.078	.577-2.014	.813
Gender									
Male	1			1			1		
Female	.747	.430-1.299	.301	.739	.419-1.302	.295	.768	.428-1.379	.376
Education Level									
Below middle school	1			1			1		
High school	2.945	1.076-8.061	.035	2.068	.722-.5919	.176	1.690	.588-4.857	.330
Above university	1.085	.389-3.025	.877	.933	.328-2.653	.896	.859	.299-2.473	.779
Marital Status									
Married	1			1			1		
Divorce / Bereavement	.398	.129-1.231	.110	.512	.158-1.658	.264	.575	.174-1.895	.363
Unmarried	.595	.233-1.518	.277	.651	.252-1.680	.375	.619	.234-1.640	.335
Residential Area									
Dong				1			1		
Eup-Myeon				.705	.407-1.221	.212	.665	.379-1.165	.154
Income Level									
Low				1			1		
Middle-low				3.435	.887-13.300	.074	2.989	.743-12.033	.123
Middle-high				1.853	.475-7.233	.375	1.706	.423-6.890	.453
High				2.913	.743-11.416	.125	3.630	.899-14.658	.070
Private Health Insurance									
Non-join				1			1		
Join				1.064	.611-1.850	.827	1.089	.619-1.917	.768
Subjective Health Status									
Good							1		
Normal							.199	.090-.438	.000
Bad							.490	.288-.832	.008
(constant)		.184			.097			.241	
Adj. R2		.059			.087			.149	
p		.010			.011			.130	

4. 다인가구의 미충족 의료에 미치는 요인

다인가구의 미충족 의료에 미치는 요인은 다음과 같다. 모델 1은 소인성 요인과 다인가구의 미충족 의료에 미치는 영향 요인을 검증한 것으로, 분석 결과 미충족 의료 경험 가능성은 연령에서는

청년보다 중년이 2.012배(p=.000), 노년이 1.373배(p=.000) 높았고, 성별에서는 여자가 .571배(p=.000) 낮았다. 교육수준에서는 중졸이하보다 고졸이 2.276배(p=.000) 높았고, 혼인상태에서는 유지보다 중결이 .724배(p=.000) 낮았다.

모델 2는 모델 1에 가능성 요인을 추가하여 다

인가구의 미충족 의료에 미치는 영향 요인을 검증한 것으로, 분석 결과 미충족 의료 경험 가능성은 연령에서는 청년보다 중년이 2.327배(p=.000), 노년이 1.610배(p=.001) 높았고, 성별에서는 여자가 .560배(p=.000) 낮았다. 교육수준에서는 중졸이하보다

고졸이 1.923배(p=.000), 혼인상태에서는 유지보다 종결이 .738배(p=.036), 거주지는 읍/면이 .780배(p=.033), 소득수준에서는 하보다 중하가 1.600배(p=.004) 낮았다.

<Table 4> Factors Affecting Unmet Healthcare Needs of Non-Single-Person Households

	Model 1			Model 2			Model 3		
	Exp(B)	95% CI	p	Exp(B)	95% CI	p	Exp(B)	95% CI	p
Age									
Young	1			1			1		
Middle	2.012	1.418-2.856	.000	2.327	1.609-3.366	.000	2.471	1.698-3.597	.000
Older	1.373	1.048-1.798	.021	1.610	1.204-2.151	.001	1.654	1.233-2.221	.001
Gender									
Male	1			1			1		
Female	.571	.468-.697	.000	.560	.458-.684	.000	.595	.486-.729	.000
Education Level									
Below middle school	1			1			1		
High school	2.276	1.705-3.039	.000	1.923	1.417-2.609	.000	1.621	1.187-2.214	.002
Above university	1.166	.922-1.476	.200	1.101	.866-1.400	.431	1.040	.815-1.327	.750
Marital Status									
Married	1			1			1		
Divorce / Bereavement	.724	.546-.960	.025	.738	.556-.980	.036	.723	.542-.964	.027
Unmarried	.961	.638-1.449	.851	.948	.629-1.429	.799	.873	.575-1.325	.522
Residential Area									
Dong				1			1		
Eup-Myeon				.780	.621-.980	.033	.769	.609-.970	.027
Income Level									
Low				1			1		
Middle-low				1.600	1.163-2.201	.004	1.481	1.072-2.045	.017
Middle-high				1.153	.881-1.510	.300	1.147	.874-1.507	.323
High				1.237	.967-1.584	.091	1.218	.948-1.563	.122
Private Health Insurance									
Non-join				1			1		
Join				1.195	.929-1.537	.165	1.117	.864-1.444	.399
Subjective Health Status									
Good							1		
Normal							.260	.197-.342	.000
Bad							.379	.306-.470	.000
(constant)		.105			.099			.242	
Adj. R2		.140			.047			.094	
p		.000			.000			.000	

모델 3은 모델 2에 필요 요인을 추가하여 다인 가구의 미충족 의료에 미치는 영향 요인을 검증한 것으로, 분석 결과 미충족 의료 경험 가능성은 연령에서는 청년보다 중년이 2.471배($p=.000$), 노년이 1.654배($p=.001$) 높았고, 성별에서는 여자가 .595배($p=.000$) 낮았다. 교육수준에서는 중졸이하보다 고졸이 1.621배($p=.002$) 높았고, 혼인상태는 유지보다 종결이 .723배($p=.027$), 거주지는 읍/면이 .769배($p=.027$) 낮았다. 소득수준은 하보다 중하가 1.481배($p=.017$) 높았고, 주관적 건강상태에서는 좋음보다 보통이 .260배($p=.000$), 나쁨이 .379배($p=.000$) 낮았다<Table 4>.

IV. 고찰

본 연구는 질병관리본부와 한국보건사회연구원이 실시한 국민건강영양조사 제6기 원자료 중 2015년 자료를 활용하여 Andersen Model에 의한 1인가구와 다인가구에 따른 미충족 의료 현황을 분석하였다.

미충족 의료를 포함한 건강조사의 현황 및 연도별 추이는 국가 간 의료 접근성과 건강 불형평성 등을 비교하는 지표 중 하나로 사용하고 있다. 즉 국민에게 필요한 의료서비스를 제공하기 위해서는 ‘미충족 의료(unmet medical needs)’의 경험이나 연구 결과에 따른 접근 방법을 파악하는 것은 모든 사람을 수용하고 양질의 의료 서비스 제공을 목적으로 하는 보건의료의 기본이념은 물론 국가의 의료보장제도의 성과를 파악하는 중요한 가치가 된다[10][11]. 이에 따라 1인가구와 다인가구로 분류하여 Andersen Model에 의한 미충족 의료 현황을 분석하기 위해 연구가 실시되었으며, 결과에 대한 고찰은 다음과 같다.

첫째, 가구 구성원의 일반적 특성을 분석한 결과 1인가구는 노년기에서, 여자가, 중졸이하에서, 혼인 종결인 경우가, 소득수준은 하인 경우가, 주

관적 건강상태는 보통이, 미충족 의료경험은 미경험이 많았다. 다인가구는 중년기에서, 여자가, 고졸에서, 혼인 유지인 경우가, 소득수준이 상인 경우가, 주관적 건강상태는 보통이, 미충족 의료경험은 미경험이 많았다.

둘째, 가구구성원에 따른 미충족 의료 특성을 분석한 결과 미충족 의료 경험 유무는 성별, 교육수준, 혼인상태, 거주지, 소득수준, 민간보험가입여부, 주관적 건강상태에서 유의한 차이가 있었다. Song[12]의 연구 결과 미충족 의료 경험은 남자보다 여자가 더 높게 나타나 본 연구 결과를 지지하였다. Hur[13]의 연구 결과 교육 수준이 낮을수록 미충족 의료 경험이 높게 나타나 본 연구결과를 지지하였다. Kim[14]의 연구 결과 가구원수가 많을수록 미충족 의료 경험이 높게 나타나 본 연구결과를 지지하였다.

1인가구는 노년에서, 교육수준이 낮을수록, 혼인상태는 종결에서, 소득수준은 낮을수록, 민간보험은 미가입자에서, 주관적 건강상태는 나쁠수록 미충족 의료 경험이 많았다. 1인가구는 혼자 사는 노인들이 많았고 이는 그들이 신체적 노화 등에 따른 의료서비스의 필요성도 높지만 필요한 시기에 원하는 의료서비스를 제공받지 못한다는 것으로 사료된다. 결국 독거노인들에 대한 의료서비스 접근성이나 비용부담에 대한 이용제한 등이 주요 원인이 되는 것으로 사료된다.

다인가구는 청년에서, 중졸이하에서, 혼인 유지 중인 경우, 소득수준이 높을수록, 민간보험 가입자일수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 미충족 의료 경험이 많았다. 다인가구는 학업과 직업을 가진 층으로 바쁜 일상생활로 인하여 큰 질병 등이 아닌 경우 필요 의료서비스의 이용이 제한되는 것으로 사료된다.

결국 1인가구는 독거노인들이 많음으로써 의료서비스의 이용에 제한을 받았고 있고, 다인가구는 의료서비스 이용 시간적 제한으로 미충족 의료를

경험하는 것으로 사료된다.

셋째, 1인가구의 미충족 의료에 미치는 요인을 분석한 결과 교육수준, 주관적 건강상태가 유의한 차이가 있었다. Shin & Shon[15]의 한국복지패널 자료 1·2차를 이용한 미충족 의료의 관련요인에 관한 분석에 의하면 주관적 건강상태에서 건강하도에 비해 건강하지 않다가 1차 2.79배, 2차 3.19배로 높게 분석되어 본 연구와 차이가 있었다. 이는 1인가구의 경우 노년층이 많아 노화에 따른 신체적 질병 발생이 높게 나타남으로써 주관적으로 인지하는 건강상태가 나쁘게 나타난 것으로 사료된다.

넷째, 다인가구의 미충족 의료에 미치는 요인을 분석한 결과 연령, 성별, 교육수준, 혼인상태, 거주지, 소득수준, 주관적 건강상태가 유의한 차이가 있었다. 연령은 청년보다 중년이 높게 나타나 중년층은 자녀 양육과 경제 활동이 가장 활발한 연령층으로 바쁜 업무와 가사, 육아 등에 따른 시간 활용 등이 부족하여 필요시 의료를 경험하지 못하는 것으로 사료된다. 또한 교육수준이 높을수록 의료적 정보 활용도를 높여 질병에 대한 사전 예방 및 치료를 위한 필요한 의료서비스를 제공하는 것으로 사료된다. Cho et al.[16]의 연구 결과 혼인상태, 가구소득, 우울증, 통증, 주관적 건강상태가 미충족 의료와 유의한 영향 요인으로 나타나 본 연구 결과와 일부 일치하였다. 혼인 유지의 그렇지 않은 경우보다 필요시 의료서비스를 제공받는 것은 함께 생활하는 배우자의 참여와 관심으로 의료 이용도를 높인 것으로 사료된다.

V. 결론

본 연구는 가구 구성원을 Andersen Model에 의한 1인가구와 다인가구의 미충족 의료의 특성을 분석하여 가구 구성원에 따른 미충족 의료 개선을 위한 정책수립 시 기초 자료를 제공할 목적으로

시도하였다. 본 연구의 결론은 다음과 같다.

첫째, 미충족 의료 경험자는 중졸 이하에서, 혼인상태 유지에서, 소득수준이 중상에서, 주관적 건강상태는 보통에서 나타났다. 특히 낮은 교육수준에서도 의료 정보 활용도를 높이고 적절한 정보 제공과 사회적 질병인식의 개선 등을 할 수 있도록 보건소 및 민간의료기관에서 이들을 위한 맞춤형 보건교육 확대가 필요하다. 둘째, 1인가구는 노년층, 혼인상태 중결, 소득수준이 낮을수록 나타났고, 다인가구는 청년층, 혼인상태 유지, 소득수준 중상에서 나타났다. 노년층의 1인가구는 저렴한 비용으로 의료를 이용할 수 있는 보건소의 이용확대와 발병빈도가 높은 질환을 중심으로 예방사업 및 맞춤형 의료서비스를 위한 제도적 개선이 필요하다. 또한 공공보건의료기관이나 민간의료기관의 접근성을 증대시킬 수 있는 정책도 시행되어야 할 것이다. 또한 경제활동 중인 자들을 위한 건강검진이나 진료시간 확대 등을 통한 가용성과 편의성을 높일 수 있도록 보건의료정책수립이 필요하다.

따라서 본 연구는 Andersen Model에 의한 1인가구와 다인가구의 미충족 의료 요인을 파악하고, 세분화하여 분석한 연구라는 점에서 의의가 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 다음의 제한점을 가지고 있다.

첫째, 단면적 미충족 의료 요인 연구도 필요하지만, 시계열적 분석을 통한 변화추이를 반영하지 못하였다. 둘째, 우리나라를 대표하는 국가 자료를 활용하였지만, 일반화의 한계가 있다. 그러므로 추후 시계열적 분석을 통한 가구 구성원에 따른 미충족 의료 영향요인을 시행해 볼 것을 제안한다.

REFERENCES

1. B.D. Hwang, R. Choi(2015), The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Needs by Age Group in the Elderly, The Korean Journal

- of Health Service Management, Vol.9(1);1-93.
2. K.S. Song, J.H. Lee, K.H. Rhim(2011), Factors Associated with Unmet Needs for Health Care, *Koresn Public Health Research*, Vol.37(1);131-132.
 3. A. Donabedian(1973), *Aspects of Medical Care Administration*, MA: Harvard University Press, pp.1-649.
 4. L.A. Aday, R. Andersen(1975), Development of Indexs of Access to Medical Care, *American Journal of Sociology*, Vol.81(5);1257-1258.
 5. J. Chen, F. Hou(2002), Unmet Needs for Health Care, *Health Reports*, Vol.13(2);23-34.
 6. H.Y. Choi, S.Y. Ryu(2017), Factors Associated with the Types of Unmet Health Care Needs among the Elderly in Korea, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.11(2);65-79.
 7. K.Y. Park(2015), Unmet Perceived Health Care Needs and Related Characteristics-Focused on Elderly Patients with Chronic diseases, *Graduate School of Public Health of the Catholic University*, pp1-44.
 8. 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.
 9. J.H. Lim(2013), Analysis of Unmet Medical Need Status Based on the Korean Health Panel, *Health and Social Science*, Vol.34;237-256.
 10. R. Choi, B.D. Hwang(2016), Analysis of Unmet Medical Needs according to Mental Health, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.10(1);117-129.
 11. J.E. Shin(2013), Determinants of Unmet Health Care Needs among the Community -dwelling Korean Adults with Disabilities: A Case of the National Health Insurance Beneficiaries, *Health and Social Welfare Review*, Vol.33(1);273-577.
 12. K.S. Song(2011), Factors Associated with Unmet Needs for Health Care, Department of Public Health The Graduate School of Public Health, Korea University, pp.1-52.
 13. S.J. Hur(2010), Factors influencing unmet needs for health care by income groups, Department of Health Policy and Management Graduate School of Public Health Seoul National University, pp.1-49.
 14. J.H. Kim(2012), A Study of Factors in Unmet Medical Need and Equity, Department of Public Health The Graduate School Yonsei University, pp.1-54.
 15. Y.J. Shin J.I. Shon(2009), The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Need-Using the 1st and 2nd Korea Welfare Review, Vol.29(1);111-142.
 16. J.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.