

한국 성인의 연령군별 미충족 의료 관련요인
: 제8기 국민건강영양조사 자료(2019, 2021) 활용

김혁준

전북대학교·검임교수

Factors Related to Korean Adults' Unmet Medical Needs by Age Group : Data
from the 8th Korea National Health and Nutrition Examination Survey(2019, 2021)

Hyuk Joon, Kim

Jeonbuk National University, Adjunct professor

한국간호연구학회지 『별책』 제7권 제1호 2023년 3월

The Journal of Korean Nursing Research

Vol. 7, No. 1, March. 2023

한국 성인의 연령군별 미충족 의료 관련요인 : 제8기 국민건강영양조사 자료(2019, 2021) 활용

김혁준

전북대학교, 겸임교수

Factors Related to Korean Adults' Unmet Medical Needs by Age Group : Data from the 8th Korea National Health and Nutrition Examination Survey(2019, 2021)

Hyuk Joon, Kim

Jeonbuk National University, Adjunct professor

Abstract

Purpose : This study analyzed the current status of Korean adults' unmet medical needs and factors influencing them by age group. **Methods :** The sample comprised of 11,092 people aged 19 or older from the 8th data of the National Health and Nutrition Examination Survey. Using IBM SPSS/Win 26.0, the data were analyzed using descriptive statistics, Rao-Scott χ^2 test, and complex samples logistic regression. **Results :** The unmet medical needs' rate of all adults was 6.6%, and 6.5%, 6.4%, and 7.6% for the 19~49, 50~64, and 65-plus age groups, respectively. Next, unmet medical needs were affected by subjective health status (CI: 0.37-0.90), activity restriction (CI: 1.45-4.62), stress (CI: 1.17-2.03), and quality of life (CI: 0.89-0.98) in the 19-49 age group. In the 50~64 age group, these were subjective health status (CI: 0.29-0.98), stress (CI: 1.01-2.49), aerobic activity (CI: 0.45-0.94), and quality of life (CI: 0.86-0.98). Finally, in the group over 65 years, these were gender (CI: 1.21-3.67), spouse presence (CI: 0.39-0.95), subjective health status (CI: 0.28-0.83), activity restriction (CI: 1.30-2.98), and quality of life (CI: 0.87-0.95). **Conclusion :** Given the inequality in medical needs by income and age, policies should link health care, related institutions, and existing welfare policies according to age-group specific factors of unmet medical needs.

Key words : Assessment of health care needs, Health inequities, Health services accessibility, Age groups

I. 서론

1. 연구의 필요성

미충족 의료란 의료서비스 접근도를 측정하는 지표 중 하나로 대상자 스스로 원하거나 또는 의료전문가가 의료서비스 이용이 필요하다고 판단하지만 받지 못하는 상태를 의미한다[1]. 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서는 모든 사람이 필요한 건강서비스를 받을 수 있도록 하는 보편적 건강보장(Universal Health Coverage, UHC) 달성을 위해 꾸준히 노력해오고 있다. 보편적 건강보장을 위한 서비스에는 건강증진, 질병예방과 치료, 재활 및 완화치료에 필요한 공적 건강서비스들이 포함되며, 이러한 서비스를 받는 사람들이 재정적인 어려움을 겪지 않도록 보장되어야 함을 의미한다[2]. 우리나라 국민의 의료이용은 OECD 33개 국가 중 2위를 차지하고 있으나 공공병상비율은 9.95%로 OECD 59.05%에 비해 최하위에 속한다. 또한 의료이용 시 본인부담금은 36.8%로 OECD 국가 평균 20.3%에 비해 매우 높은 편이다[3]. 이러한 높은 본인부담금은 의료요구가 발생했을 때 의료서비스에 대한 접근을 어렵게 만드는 주요인이 된다. 우리나라는 국민의 의료접근성 향상을 위해 1989년 이후 전 국민건강보험제도를 시행하고 있으나 건강보험 보장율은 2021년 64.5%에 머무르고 있다[2].

이와 같이 우리나라는 전 국민건강보험제도 실시에도 불구하고 저부담·저급여 체계로 인한 비급여나 높은 본인부담금으로 인해 소득계층이나 거주지역, 연령 등에 따른 의료이용의 불균형 문제가 여전히 제시되고 있다[4]. 국민이 의료서비스를 적절하게 이용하고 있는 정도를 나타내는 미충족 의료는 그 나라의 의료보장제도의 성과를 판단하는 기준이 되는 지표로서[5] 환자가 적절한 시기에 치료받지 못함으로 인해 질병의 중증도와 합병증 발생 및 사망률에 영향을 미치는 중요한 요인이 되며, 의료서비스에 대한 만족도와 개인의 삶의 질을 떨어뜨린다[5,6]. 이러한 미충족 의료의 원인은 의료기관의 부족, 교통문제, 시간적 제약, 정보부족 등 다양하지만, 가장 주된 원인은 경제적 부

담이라고 알려져 있다[7].

한편으로 개인의 의료이용 여부와 의료적 필요의 충족정도가 반드시 일치한다고 보기는 어려우므로 미충족 의료는 환자와 의료진의 입장에서 차이가 있을 수 있다. 그러나 대부분의 연구나 조사에서 의사의 정확한 진단에 의한 의료적 필요 여부를 조사하는데 어려움이 있어 대상자의 주관적 판단에 의한 미충족 의료를 측정하고 있다[1]. 질병관리청[8]에서 보고한 우리나라 19세 이상 성인의 미충족 의료 현황에 의하면 2017년 10.1%에서 2019년에 6.4%까지 감소하였으나 2020년에 다시 7.2%로 증가하였다. 또한 우리나라 인구 대표성을 지닌 표본조사 결과들에 의하면 소득계층이나 연령층별 격차가 존재하므로 이에 대한 대책이 필요함을 제언하고 있다[9]. 따라서 우리나라 성인들을 대상으로 소득계층이나 연령층별로 세분하여 각각의 현황과 관련요인을 파악할 필요가 있다.

지금까지 이루어진 선행연구들을 살펴보면 우리나라 미충족 의료와 관련된 요인은 주로 성별, 소득수준, 활동제한, 만성질환 유병, 주관적 건강상태, 학력, 민간의료보험 가입여부, 스트레스 및 우울수준 등으로 알려져 있다[9,10]. 그리고 연구대상자는 대부분 성인전체[9,11]나 노인[12-14], 또는 고혈압이나 당뇨병 등 만성질환을 가진 집단[15,16], 소득이나 직업 등과 관련된 특정 집단[17]이며, 연령군별 미충족 의료에 대한 연구는 매우 부족하다.

이에 본 연구에서는 우리나라 국민을 대표할 수 있는 국민건강영양조사 제8기 자료를 이용하여 성인의 연령군을 생애주기에 따라 청년과 중년층(19~49세), 장년층(50~64세), 노년층(65세 이상)으로 구분하고 각각에 대한 미충족 의료 현황 및 이와 관련된 요인을 파악하고자 한다. 또한 연구결과를 근거로 의료접근성의 형평성을 개선하고 궁극적으로는 국민의 건강수준 향상을 위한 의료서비스 정책을 수립하는데 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 우리나라 성인의 연령군별로 미충족 의료 현황을 파악한다.
- 2) 우리나라 성인의 일반적 특성에 따른 연령군별 미충족 의료의 차이를 파악한다.
- 3) 우리나라 성인의 건강관련 특성에 따른 연령군별 미충족 의료의 차이를 파악한다.
- 4) 우리나라 성인의 연령군별로 미충족 의료의 관련요인을 확인한다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 우리나라 성인의 미충족 의료 관련 요인을 연령군별로 파악하기 위해 국민건강영양조사 원시 자료를 이용한 이차자료분석연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 국민건강영양조사 제8기(2019~2021년) 자료 중 변수가 동일한 2019년과 2021년 자료이다. 우리나라 전 국민을 대상으로 층화표본 추출방법에 의하여 2019년과 2021년에 실시된 국민건강영양조사 대상자 15,200명 중 19세 이상 11,092명을 추출하여 분석하였다.

3. 연구도구

본 연구의 종속변수는 필요 의료서비스의 미충족 여부이고, 독립변수는 선행연구에서 보고된 의료서비스 미충족에 영향을 주는 변수 중 국민건강영양조사 자료에서 활용 가능한 변수들을 추출하여 사용하였다. 독립변수는 일반적 특성과 건강관련 특성으로 구분하였으며, 각 변수의 범주는 국민건강영양조사의 범주를 그대로 사용하거나 본 연구자가 재분류하여 사용하였다.

1) 미충족 의료

의료서비스의 요구에 대한 주관적 판단을 측정하였다. “최근 1년 동안 본인이 병원(치과 제외) 진료 또는 검사가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?”라는 질문에 “예”라고 답하면 미충족 의료로 정의하였다.

2) 일반적 특성

일반적 특성으로 연령은 19~49세, 50~64세, 65세 이상으로 구분하였다. 거주지역은 조사지역을 기준으로 ‘동’과 ‘읍면’지역으로 분류하였고, 성별은 ‘남성’과 ‘여성’으로 구분하였다. 가구소득은 ‘상’, ‘중상’, ‘중하’, ‘하’로 구분하였고, 교육 수준은 ‘초졸 이하’와 ‘중학교 졸업’을 합쳐서 ‘중학교 졸업 이하’, ‘고등학교 졸업’, ‘대학교 졸업 이상’으로 재분류하였다. 주거 형태는 가구원수 문항을 이용하여 1인 경우는 ‘독거’로, 2인 이상은 ‘비독거’로 재분류하였다. 기초생활수급여부, 배우자 유무, 민간의료보험 가입 유무는 ‘예’와 ‘아니오’로 구분하였다. 건강보험 종류는 ‘국민건강보험’과 ‘의료급여’로 구분하였으며, 경제활동상태는 ‘고용’과 ‘미고용’으로 분류하였다.

3) 건강관련 특성

건강관련 특성으로 주관적 건강상태는 매우 좋음과 좋음을 합하여 ‘ 좋음’으로, 매우 나쁨과 나쁨은 ‘나쁨’으로 재분류하였고, ‘보통’은 원자료대로 사용하였다. 고혈압과 당뇨는 의사진단경험 여부를 ‘예’와 ‘아니오’로 구분하였으며, 활동제한, 평생 음주경험, 평생 흡연경험, 우울감은 ‘예’와 ‘아니오’로 분류하였다. 스트레스 인지정도는 ‘높음’과 ‘낮음’으로 구분하였고, 유산소 신체활동 여부를 ‘예’, ‘아니오’로 분류하였다. 만성질환 개수는 이상지질혈증, 뇌졸중, 심근경색, 협심증, 관절염, 골다공증 유병여부에 대해 합산하여 사용하였고, 삶의 질은 원자료에서 Health-related quality of life instrument with 8 items (HINT-8)를 이용하여 측정한 값을 사용하였다. 4점 척도의 각 문항을 역산하여 합산하였고 총점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

4. 자료수집 및 윤리적 고려

국민건강영양조사는 자료수집 전 모든 조사대상자에게 사전 동의서를 받고 진행되는 조사이다. 본 연구를 위해 국민건강영양조사 홈페이지에서 통계자료 이용자준수사항 이행서약서를 제출한 후 개인식별 정보가 삭제된 상태의 원시자료를 다운받아 사용하였다. 또한 연구자가 소속된 대학의 연구윤리심의위원회에 심의면제신청서를 제출하여 허락(IRB No: JBNU 2023-02-006)을 받은 후 연구를 진행하였다.

5. 자료분석방법

국민건강영양조사 자료는 대한민국에서 대표성 있는 확률표본으로 2단계 층화집락표본설계 하에 추출 되었으므로 가중치, 층화변수, 집락변수를 고려한 복합표본분석을 실시하였다. 수집된 자료는 SPSS/Win 26.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

1) 대상자의 연령군별 일반적 특성, 건강관련 특성

에 따른 미충족 의료의 차이를 분석하기 위해 서술통계와 Rao-Scott χ^2 test를 실시하였다. 서술적 통계분석 결과는 가중치를 반영하지 않은 결과(unweighted count)와 가중치를 반영한 결과인 가중 퍼센트(weighted percent), 평균과 표준오차로 제시하였다.

2) 연령군별 미충족 의료에 대한 관련요인 분석은 복합표본 로지스틱 회귀분석(complex samples logistic regression)을 시행하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 연령군별 미충족 의료 현황

19~49세의 연령군에서는 미충족 의료율이 6.5%였고, 50~64세에서는 6.4%, 65세 이상에서는 7.6%로 전체 성인의 미충족 의료율은 6.6%였으며, 연령이 높은 군일수록 미충족 의료비율이 높았다. 미충족 의료의

Table 1. Current Status of Unmet Medical Needs by Age Groups of Subjects

(N = 11,092)

Characteristics	19~49(n=4,752)	50~64(n=3,202)	≥65(n=3,138)	Total(n=11,092)
	n [†] (%)	n [†] (%)	n [†] (%)	n [†] (%)
Medical needs				
Unmet	325(6.5)	210(6.4)	250(7.6)	785(6.6)
Met	4,427(93.5)	2,992(93.6)	2,888(92.4)	10,307(93.4)
Medical needs(2019)				
Unmet	176(6.1)	115(6.5)	138(8.2)	429(6.6)
Met	2,436(93.9)	1,584(93.5)	1,389(91.8)	5,409(93.4)
Medical needs(2021)				
Unmet	149(6.8)	95(6.2)	112(6.9)	356(6.7)
Met	1,991(93.2)	1,408(93.8)	1,499(93.1)	4,898(93.3)
Reasons of unmet medical needs				
Lack of available time	189(56.5)	81(37.0)	44(15.6)	314(42.7)
Mild symptoms	58(18.4)	42(20.9)	52(19.6)	152(19.3)
Economic reason	34(11.4)	48(23.3)	81(37.5)	163(20.1)
Inconvenient to use	9(2.9)	8(3.9)	27(8.9)	44(4.5)
Fear of receiving medical treatment	13(3.8)	14(5.6)	18(7.4)	45(5.1)
Others	22(6.9)	17(9.1)	28(11.1)	67(8.4)

† unweighted count (weighted %)

이유는 19~49세에서는 시간이 없어서가 56.5%로 가장 많았고, 다음으로 증상이 가벼워서 18.4%, 경제적 이유 11.4%, 진료받기가 두려워서 3.8%, 이용이 불편해서 2.9%의 순서로 높았다. 50~64세에서는 시간이 없어서가 37.0%로 가장 많았고, 다음으로 증상이 가벼워서 20.9%, 경제적 이유 23.3%, 진료받기가 두려워서 5.6%, 이용이 불편해서 3.9%의 순서로 높았다. 이에 비해 65세 이상에서는 경제적인 이유가 37.5%로 가장 높았고, 다음으로 증상이 가벼워서 19.6%, 시간이 없어서 15.6%, 사용이 불편해서 8.9%, 진료받기가

두려워서 7.4% 순서로 높았다(Table 1).

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 연령군별 미충족 의료의 차이

연령군별로 일반적 특성에 따라 미충족 의료에 어떠한 차이가 있는지를 분석한 결과 (Table 2)와 같다. 19~49세군에서는 성별과 가구수입에 따라 유의한 차이가 있었다. 여성(7.3%)이 남성(5.7%)보다 높았고($F=4.38, p=.037$), 가구 소득이 하인 경우 10.8%로 가장

Table 2. Differences in Unmet Medical Needs according to the General Characteristics of Subject's Age Groups (N = 11,092)

Characteristics	Categories	19~49(n=4,752)			50~64(n=3,202)			≥65(n=3,138)		
		Unmet	Met	$F(p)^{\dagger}$	Unmet	Met	$F(p)^{\dagger}$	Unmet	Met	$F(p)^{\dagger}$
		n [†] (%)	n [†] (%)		n [†] (%)	n [†] (%)		n [†] (%)	n [†] (%)	
Residential area	Dong	284(6.5)	3,804(93.5)	0.04 (.839)	166(6.7)	2,349(93.3)	2.32 (.129)	174(7.4)	1,998(92.6)	0.24 (.622)
	Eup-Myeon	41(6.3)	623(93.7)		44(4.9)	643(95.1)		76(8.0)	890(92.0)	
Gender	Female	202(7.3)	2,386(92.7)	4.38 (.037)	137(7.0)	1,734(93.0)	1.74 (.188)	187(10.0)	1,593(90.0)	29.20 ($<.001$)
	Male	123(5.7)	2,041(94.3)		73(5.7)	1,258(94.3)		63(4.4)	1,295(95.6)	
Household income level	High	110(5.7)	1,709(94.3)	3.26 (.021)	64(5.9)	1,114(94.1)	7.10 ($<.001$)	16(4.3)	279(95.7)	6.25 ($<.001$)
	Middle high	102(6.1)	1,417(93.9)		38(4.2)	856(95.8)		23(4.3)	470(95.7)	
	Middle low	78(7.4)	993(92.6)		64(7.6)	688(92.4)		62(7.3)	841(92.7)	
	Low	35(10.8)	294(89.2)		44(11.8)	319(88.2)		148(9.8)	1,284(90.2)	
Education	≥college	188(6.2)	2,702(93.8)	1.70 (.185)	52(5.4)	948(94.6)	0.97 (.377)	18(4.7)	302(95.3)	3.38 (.035)
	High school	124(6.7)	1,599(93.3)		94(6.8)	1,271(93.2)		38(6.2)	553(93.8)	
	≤Middle school	13(10.5)	125(89.5)		63(6.9)	770(93.1)		193(8.5)	2,020(91.5)	
Household type	Living alone	31(6.0)	434(94.0)	0.20 (.654)	35(9.6)	322(90.4)	5.31 (.022)	99(12.6)	679(87.4)	29.98 ($<.001$)
	Non-living alone	294(6.5)	3,993(93.5)		175(6.0)	2,670(94.0)		151(6.1)	2,209(93.9)	
Basic livelihood receipt	Yes	20(10.1)	180(89.9)	3.29 (.070)	25(12.9)	172(87.1)	12.57 ($<.001$)	41(12.8)	260(87.2)	10.40 (.001)
	No	305(6.3)	4,242(93.7)		185(6.0)	2,820(94.0)		208(7.0)	2,626(93.0)	
Spouse	Yes	191(6.3)	2,593(93.7)	1.58 (.210)	149(5.6)	2,499(94.4)	11.76 (.001)	122(5.3)	2,007(94.7)	42.91 ($<.001$)
	No	16(9.1)	134(90.9)		47(10.6)	370(89.4)		124(12.4)	850(87.6)	
Health insurance type	NHI [§]	315(6.5)	4,330(93.5)	0.14 (.707)	191(6.0)	2,895(94.0)	13.44 ($<.001$)	218(7.2)	2,666(92.8)	8.40 (.004)
	Medical care	10(7.4)	97(92.6)		19(15.6)	97(84.4)		32(12.5)	221(87.5)	
Private insurance	Yes	288(6.3)	4,051(93.7)	1.85 (.175)	172(5.7)	2,708(94.3)	14.05 ($<.001$)	117(6.9)	1,502(93.1)	1.87 (.172)
	No	34(8.1)	335(91.9)		37(12.2)	277(87.8)		129(8.3)	1,361(91.7)	
Employment status	Employed	229(6.5)	3,143(93.5)	0.01 (.954)	136(6.0)	1,995(94.0)	0.89 (.347)	87(7.0)	1,093(93.0)	0.66 (.418)
	Unemployed	96(6.4)	1,283(93.6)		74(7.1)	995(92.9)		163(7.9)	1,787(92.1)	

[†]unweighted count (weighted %), [‡]Rao-Scott test, [§]NHI: National health insurance

높았고, 다음으로 중하 7.4%, 중상 6.1%, 상은 5.7%로 나타나 차이가 있었다($F=3.26, p=.021$). 50~64세군에서는 가구수입과 가구형태, 기초생활수급여부, 배우자 유무, 건강보험 형태, 민간의료보험가입 여부에 따라 유의한 차이가 있었다. 가구 소득이 하인 경우 미충족 의료가 11.8%로 가장 높았고, 다음으로 중하 7.6%, 상 5.9%, 중상 4.2%로 나타났다($F=7.10, p<.001$). 또한 독거(9.6%)가 비독거(6.0%)보다 높았으며($F=5.31, p=.022$), 기초생활수급자(12.9%)가 비수급자(6.0%)보다($F=12.57, p<.001$), 그리고 무배우자(10.6%)가 유배우자(5.6%)보다 높았다($F=11.76, p=.001$). 건강보험종류별로는 의료급여자(15.6%)가 국민건강보험 가입자(6.0%)보다 높았으며($F=13.44, p<.001$), 민간의료보험 비가입자(12.2%)가 가입자(5.7%)보다 유의하게 높았다($F=14.05, p<.001$).

65세 이상에서는 성별, 가구소득, 교육정도, 가구형태, 기초생활수급여부, 배우자 유무, 건강보험 종류에 따라 미충족 의료율에 유의한 차이가 있었다. 여성(10.0%)이 남성(4.4%)보다 높았고($F=29.20, p<.001$), 가구소득이 하인 경우가 9.8%로 가장 높고, 다음으로 중하 7.3%, 중상과 상이 각각 4.3%로 나타났다($F=6.25, p<.001$). 교육정도는 중졸이하(8.5%)가 가장 높고, 고졸(6.2%), 대졸(4.7%) 순이었다($F=3.38, p<.035$). 그리고 독거(12.6%)가 비독거(6.1%)보다 높았고($F=29.98, p<.001$), 기초생활수급자(12.8%)가 비수급자(7.0%)보다 높았으며($F=10.40, p=.001$), 무배우자(12.4%)가 유배우자(5.3%)보다 높았다($F=42.91, p<.001$). 또한 의료급여자(12.5%)가 국민건강보험가입자(7.2%)보다 미충족 의료율이 유의하게 높았다($F=8.40, p=.004$).

3. 대상자의 건강관련 특성에 따른 연령군별 미충족 의료의 차이

연령군별로 건강관련 특성에 따라 미충족 의료에 차이가 있는지를 분석한 결과 (Table 3)과 같다. 19~49세군에서는 주관적 건강상태, 고혈압 유무, 만성질환 개수, 활동제한 유무, 우울증 유무, 스트레스 인지

정도, 삶의 질에 따라 미충족 의료에 유의한 차이가 있었다. 주관적 건강상태가 나쁜 경우(13.8%)에 가장 높았고, 좋은 경우(4.2%) 가장 낮았다($F=26.12, p<.001$). 그리고 고혈압 진단 경험자(10.5%)가 그렇지 않은 경우(6.3%)보다 높았으며($F=5.64, p=.018$), 현재 가지고 있는 만성질환 개수는 미충족 의료자가 평균 0.24개로 충족 의료자(0.15개)보다 더 많았다($F=2.31, p=.021$). 활동제한이 있는 경우(23.9%)가 없는 경우(5.8%)보다 월등하게 높았으며($F=64.81, p<.001$), 우울증을 가진 경우(12.3%)가 그렇지 않은 경우(5.8%)보다 높았고($F=29.32, p<.001$), 스트레스가 높다고 인지한 경우(10.1%)가 낮다고 인지한 경우(4.7%)보다 미충족 의료율이 더 높았다($F=45.42, p<.001$). 또한 삶의 질 점수는 미충족 의료자가 평균 25.55점(32점 만점)으로 충족 의료자(27.31점)보다 유의하게 더 낮았다($F=-7.72, p<.001$).

50~64세군에서는 주관적 건강상태, 만성질환 개수, 활동제한, 우울증, 스트레스 인지정도, 유산소 활동여부, 삶의 질에 따라 미충족 의료에 유의한 차이가 있었다. 주관적 건강상태가 나쁜 경우(14.3%)로 가장 높았고, 좋은 경우(4.1%) 가장 낮았다($F=29.54, p<.001$). 현재 가지고 있는 만성질환 개수는 미충족 의료자가 평균 1.12개로 충족 의료자(0.92개)보다 더 많았다($F=2.13, p=.034$). 활동제한이 있는 경우(16.2%)가 없는 경우(5.6%)보다 높았으며($F=28.13, p<.001$), 우울증을 가진 경우(11.5%)가 그렇지 않은 경우(5.8%)보다 높았고($F=13.55, p<.001$), 스트레스가 높다고 인지한 경우(11.3%)가 낮다고 인지한 경우(5.0%)보다 미충족 의료율이 더 높았다($F=24.14, p<.001$). 그리고 유산소 활동을 하는 경우(4.7%)에 비해 하지 않는 경우(7.5%) 더 높았고($F=7.75, p=.006$), 삶의 질 점수는 미충족 의료를 경험한 경우 평균 24.20점(32점 만점)으로 경험하지 않은 경우(26.60점)보다 유의하게 더 낮았다($F=-7.10, p<.001$).

65세이상군에서는 주관적 건강, 만성질환 개수, 활동제한 유무, 흡연상태, 우울증, 스트레스 인지정도, 삶의 질에 따라 미충족 의료율에 유의한 차이가 있었다. 주관적 건강상태가 나쁜 경우(15.2%) 가장 높았고,

Table 3. Differences in Unmet Medical Needs according to the Health Related Characteristics of Subject's Age Groups(N = 11,092)

		19~49(n=4,752)			50~64(n=3,202)			≥65(n=3,138)		
		Unmet	Met	F(p) [†]	Unmet	Met	F(p) [†]	Unmet	Met	F(p) [†]
		n [†] (%)	n [†] (%)		n [†] (%)	n [†] (%)		n [†] (%)	n [†] (%)	
		Mean±SE [§]	Mean±SE [§]		Mean±SE [§]	Mean±SE [§]		Mean±SE [§]	Mean±SE [§]	
Subjective health status	Good	78(4.2)	1,696(95.8)	26.12	38(4.1)	909(95.9)	29.54	26(3.0)	736(97.0)	49.93
	Moderate	152(6.3)	2,204(93.7)	(<.001)	87(4.9)	1,564(95.1)	(<.001)	92(5.6)	1,407(94.4)	(<.001)
	Poor	95(13.8)	527(86.2)		85(14.3)	519(85.7)		132(15.2)	745(84.8)	
Hypertension	Yes	25(10.5)	235(89.5)	5.64	57(6.5)	864(93.5)	0.05	153(8.5)	1,629(91.5)	3.74
	No	300(6.3)	4,192(93.7)	(.018)	153(6.3)	2,128(93.7)	(.822)	97(6.4)	1,259(93.6)	(.054)
Diabetes	Yes	12(9.8)	103(90.2)	1.59	30(7.8)	351(92.2)	1.15	52(7.7)	673(92.3)	0.03
	No	313(6.5)	4,324(93.5)	(.208)	180(6.2)	2,641(93.8)	(.284)	198(7.5)	2,215(92.5)	(.866)
Number of chronic disease		0.24±0.04	0.15±0.01	2.31 (.021)	1.12±0.10	0.91±0.02	2.13 (.034)	2.17±0.09	1.85±0.03	3.24 (.001)
Activity restriction	Yes	41(23.9)	130(76.1)	64.81	38(16.2)	213(83.8)	28.13	89(18.5)	383(81.5)	63.96
	No	284(5.8)	4,297(93.5)	(<.001)	172(5.6)	2,779(94.4)	(<.001)	160(5.8)	2,504(94.2)	(<.001)
Drinking	Yes	313(6.4)	4,298(93.6)	1.96	191(6.4)	2,688(93.6)	0.01	171(7.3)	2,159(92.7)	0.90
	No	12(10.3)	128(89.7)	(.163)	19(6.5)	297(93.5)	(.928)	78(8.3)	725(91.7)	(.345)
Smoking	Yes	142(6.8)	1,822(93.2)	0.55	86(6.6)	1,200(93.4)	0.16	68(5.5)	1,110(94.5)	9.49
	No	183(6.2)	2,604(93.8)	(.459)	124(6.2)	1,785(93.8)	(.694)	181(8.8)	1,772(91.2)	(.002)
Depression	Yes	66(12.3)	425(87.7)	29.32	37(11.5)	308(88.5)	13.55	65(15.4)	343(84.6)	32.56
	No	259(5.8)	4,001(94.2)	(<.001)	173(5.8)	2,677(94.2)	(<.001)	184(6.4)	2,539(93.6)	(<.001)
Perceived stress	High	168(10.1)	1,431(89.9)	45.42	80(11.3)	650(88.7)	24.14	74(13.4)	461(86.6)	24.06
	Low	157(4.7)	2,995(95.3)	(<.001)	130(5.0)	2,335(95.0)	(<.001)	175(6.4)	2,418(93.6)	(<.001)
Aerobic activity	Yes	161(6.6)	2,236(93.4)	0.05	66(4.7)	1,232(95.3)	7.75	71(7.5)	856(92.5)	0.01
	No	164(6.4)	2,189(93.6)	(.829)	144(7.5)	1,753(92.5)	(.006)	178(7.6)	2,013(92.4)	(.968)
Quality of life (HINT-8)		25.55±0.22	27.31±0.06	-7.72 (<.001)	24.20±0.33	26.60±0.08	-7.10 (<.001)	21.48±0.32	25.01±0.10	-11.00 (<.001)

[†] unweighted count (weighted %), ^{*} Rao-Scott test, [§] SE: Standard error

좋은 경우(3.0%) 가장 낮았다($F=49.93, p<.001$). 현재 가지고 있는 만성질환 개수는 미충족 의료자가 평균 2.17개로 충족 의료자(1.85개)보다 더 많았으며($F=3.24, p=.001$), 활동제한이 있는 경우(18.5%)가 없는 경우(5.8%)보다 높았고($F=63.96, p<.001$), 현재 비흡연자(8.8%)가 흡연자(5.5%)보다 높았다($F=9.49, p=.002$). 우울증을 가진 경우(15.4%)가 그렇지 않은 경우(6.4%)보다 높았고($F=32.56, p<.001$), 스트레스가 높다고 인지한 경우(13.4%)가 낮다고 인지한 경우(6.4%)보다 미충족 의료율이 더 높았다($F=24.06, p<.001$). 그리고 삶의 질 점수는 미충족 의료자가 평균

21.48점(32점 만점)으로 충족 의료자(25.01점)보다 유의하게 더 낮았다($F=-11.00, p<.001$).

4. 대상자의 연령군별 미충족 의료 관련 요인

대상자의 미충족 의료 관련 요인을 파악하기 위해 복합표본 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 연령군별로 일반적 특성과 건강관련 특성에서 미충족 의료에 유의한 차이를 보인 변수를 독립변수로, 그리고 미충족 의료(Unmet)를 종속변수로 투입하였다.

19~49세군에서는 주관적 건강상태, 활동제한, 스

트레스 인지정도, 삶의 질이 미충족 의료와 관련된 요인으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면 주관적 건강상태가 나쁜 경우에 비해 좋은 경우 미충족 의료의 위험이 0.58배(95% CI: 0.37~0.90)로 낮았다. 그리고 활동제한이 없는 경우에 비해 있는 경우가 2.59배(95% CI: 1.45~4.62) 높았으며, 스트레스가 낮은 경우에 비해 높은 경우 1.54배(95% CI: 1.17~2.03) 높았고, 삶의 질이 1점 높아질수록 미충족 의료는 0.94배(95% CI: 0.89~0.98) 낮아지는 것으로 나타났다.

50~64세군에서는 주관적 건강상태, 스트레스 정도, 유산소 활동유무, 삶의 질이 미충족 의료에 유의한 관련 요인으로 나타났다. 주관적 건강상태가 나쁜 경우에 비해 좋은 경우 미충족 의료의 위험이 0.53배(95% CI: 0.29~0.98), 보통인 경우는 0.46배(95% CI: 0.30~0.69) 낮았다. 스트레스가 낮은 경우에 비해 높은 경우 1.58배(95% CI: 1.01~2.49) 높았고, 유산소 활동을 하지 않는 경우에 비해 하는 경우 0.65배(95% CI: 0.45~0.94) 낮았다. 또한 삶의 질이 1점 높아질수록 미충족 의료는 0.92배(95% CI: 0.86~0.98) 낮아지는 것으로 나타났다.

65세 이상 집단에서는 성별, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 활동제한, 삶의 질이 미충족 의료에 유의한 관련 요인이었다. 남성에 비해 여성이 2.11배(95% CI: 1.21~3.67) 높았고, 무배우자에 비해 유배우자가 0.61배(95% CI: 0.39~0.95) 낮았다. 주관적 건강상태가 나쁜 경우에 비해 좋은 경우 0.48배(95% CI: 0.28~0.83), 보통인 경우 0.66배(95% CI: 0.45~0.96)로 낮았다. 그리고 활동제한이 없는 경우에 비해 있는 경우 1.97배(95% CI: 1.30~2.98) 높았으며, 삶의 질이 1점 높아질수록 미충족 의료는 0.91배(95% CI: 0.87~0.95) 낮아지는 것으로 나타났다(Table 4).

IV. 논의

본 연구에서는 국민건강영양조사 제8기 자료를 이용하여 우리나라 성인의 미충족 의료 관련 요인을 연령군별로 파악함으로써 우리나라 건강보험정책 및 미

충족 의료 해결방안을 위한 정책적 대안을 제시하고자 하였다. 본 연구결과 우리나라 성인 전체의 미충족 의료율은 6.6%였으며, 연령군별로는 19~49세군 6.5%, 50~64세군 6.4%, 65세 이상군 7.6%로 노인층에게서 미충족 의료비율이 가장 높았다. 질병관리청[8]에 의하면 우리나라 성인의 미충족 의료율은 2018년 8.7%에서 2019년 6.4%로 감소하였으나 2020년에 다시 7.2%로 높아졌다. 본 연구 자료 중 2021년도 대상자만을 추출하여 분석한 결과 미충족 의료율은 6.7%로 전년도에 비해 약간 감소한 것으로 나타났다. 이는 유럽연합 28개국의 2016년 평균 미충족 의료율 2.5%에 비해 매우 높은 수준으로 Joo 등[9]에 따르면 우리나라에서는 특히 저소득층과 고령층에서의 높은 미충족 발생이 전체 미충족 의료율을 높이는 것으로 보고하고 있고, 대부분의 선행연구들[5,12,14]에서 65세 이상의 미충족 의료율이 높게 나타나 여전히 저소득층과 노인층은 보건의료시스템의 사각지대임을 알 수 있었다.

또한 미충족 의료의 원인으로 노년층에서는 경제적 이유, 청년과 중장년층에서는 시간부족이 가장 높았는데 Huh와 Kim [5] 등의 연구에서 경제적 이유로 인한 미충족 의료율이 65세 이상에서 35세 미만보다 8.51배나 높았고, 중장년층에서는 시간이 없어서가 가장 큰 이유로 보고하여 본 연구결과를 지지한다. 우리나라에서는 노인장기요양보험, 본인부담 상한제 등으로 의료비부담이 감소되었음[9]에도 불구하고 노인들에게는 여전히 경제적인 문제가 큰 부담인 것으로 해석된다. 또한 지금까지 정부에서는 경제적인 이유로 인한 의료서비스 불균형 완화를 위해 취약계층의 본인부담금을 낮추는 보장성 강화정책에 중점을 두었고, 시간상의 이유나 기타 접근성 및 수용성 측면에서의 미충족 의료 해결방안에 대해서는 미흡한 실정이다[5,14]. 따라서 노년층에 대한 의료보장정책과 함께 중장년층에게는 의료서비스를 제공받는데 있어 시간의 부담을 최소화할 수 있는 진료시스템의 개선이나 직장에서는 직원의 의료서비스 이용을 보장하고, 기업의 사내 클리닉이나 운동시설을 확대하여 정부의 보건복지시스템과 연결할 수 있는 방안 등이 하나의 정책적 대안이 될 것으로 사료된다.

Table 4. Factors Influencing Unmet Medical Needs according to Age Groups

(N = 11,092)

	19~49(n=4,752)			50~64(n=3,202)			≥65(n=3,138)		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Gender									
Female	1.17	(0.90-1.53)	.247				2.11	(1.21-3.67)	.009
Male	1.00						1.00		
Household income									
High	0.68	(0.43-1.08)	.101	0.99	(0.57-1.72)	.981	0.71	(0.36-1.40)	.320
Middle high	0.71	(0.42-1.17)	.180	0.59	(0.32-1.11)	.100	0.62	(0.37-1.04)	.069
Middle low	0.76	(0.47-1.24)	.272	0.95	(0.57-1.60)	.849	1.01	(0.69-1.47)	.970
Low	1.00			1.00			1.00		
Education									
≥college							1.24	(0.64-2.42)	.525
High school							1.38	(0.88-2.17)	.154
≤Middle school							1.00		
Household type									
Living alone				0.79	(0.45-1.41)	.433	1.07	(0.69-1.68)	.759
Non-living alone				1.00			1.00		
Basic livelihood receipt									
Yes				1.19	(0.54-2.61)	.667	1.11	(0.58-2.11)	.749
No				1.00			1.00		
Spouse									
Yes				0.61	(0.37-1.01)	.051	0.61	(0.39-0.95)	.028
No				1.00			1.00		
Health insurance type									
NHI [†]				1.60	(0.43-5.98)	.487	1.13	(0.57-2.22)	.726
Medical care				1.00			1.00		
Private insurance									
Yes				0.73	(0.41-1.31)	.286			
No				1.00					
Subjective health status									
Good	0.58	(0.37-0.90)	.016	0.53	(0.29-0.98)	.041	0.48	(0.28-0.83)	.009
Moderate	0.70	(0.49-1.01)	.051	0.46	(0.30-0.69)	<.001	0.66	(0.45-0.96)	.028
Poor	1.00			1.00			1.00		
Hypertension									
Yes	1.36	(0.69-2.69)	.370						
No	1.00								
Activity restriction									
Yes	2.59	(1.45-4.62)	.001	1.34	(0.80-2.26)	.269	1.97	(1.30-2.98)	.001
No	1.00			1.00			1.00		
Drinking									
Yes							1.30	(0.78-2.18)	.319
No							1.00		
Depression									
Yes	1.09	(0.75-1.58)	.667	1.02	(0.60-1.75)	.940	1.15	(0.74-1.77)	.539
No	1.00			1.00			1.00		
Perceived stress									
High	1.54	(1.17-2.03)	.002	1.58	(1.01-2.49)	.049	1.14	(0.74-1.75)	.548
Low	1.00			1.00			1.00		
Aerobic activity									
Yes				0.65	(0.45-0.94)	.022			
No				1.00					
Number of chronic disease	1.05	(0.78-1.42)	.755	0.96	(0.82-1.11)	.563	0.92	(0.81-1.04)	.162
Quality of life	0.94	(0.89-0.98)	.007	0.92	(0.86-0.98)	.011	0.91	(0.87-0.95)	<.001

[†] NHI: National health insurance

본 연구결과 성별에 따른 미충족 의료율은 19~49세와 65세 이상에서 남성보다 여성의 미충족 의료율이 유의하게 더 높았다. OECD 국가에서도 여성의 미충족 의료 경험률이 남성보다 높으며, 이는 경제적 요인과 관련된다고 보고하여[3] 본 연구와 맥락을 같이 한다. 또한 우리나라 대부분의 선행연구에서도 연령과 무관하게 여성이 남성보다 미충족 의료 경험률이 높은 것으로 보고하고 있는데, 여성의 미충족 의료 이유는 경제적 부담, 시간이 없어서, 배우자가 없거나 경제활동을 하는 여성, 낮은 소득분위 등이었다[11,13,18]. BMA(British Medical Association) [19]에서도 여성의 건강상태는 경제, 문화, 사회적 영향을 많이 받기 때문에 아직은 국가정책적 차원에서 여성의 건강을 다루어야 한다고 권고하고 있어 사회경제적으로 불안정한 여성의 경우 건강을 위한 기본권이 위협받을 수 있으므로 성별에 따른 건강불평등을 보장할 수 있도록 적절한 대책이 마련되어야 할 것으로 본다. 본 연구결과 특히 50세 이상에서는 기초생활수급자, 의료급여자, 민간의료보험에 가입하지 않은 경우가 그렇지 않은 경우보다 미충족 의료율이 더 높았다. 이는 모두 저소득층을 의미하는 것으로 이해할 수 있으며, 대부분의 선행연구와도 같은 결과이다[9,11]. 가구의 의료비 부담은 지출의 절대적 크기가 아닌 부담능력에 따른 상대적 크기 개념을 가지므로 같은 의료비라도 소득이 낮은 가구는 감당이 어려울 수 있다[20]. 그동안 우리나라 의료보험의 보장범위 확대, 지불제도 개선 등의 발전에도 불구하고 의료수급자가 건강보험가입자보다 미충족 의료 경험률이 높은 점을 고려할 때 저소득층에 중점을 둔 의료비부담 완화와 보장성 강화를 위한 노력이 앞으로도 지속적으로 이루어져야 할 것으로 여겨진다.

또한 모든 연령층에서 주관적 건강상태가 좋지 않다고 인지한 경우, 만성질환 개수가 많을수록 미충족 의료율이 높았고, 특히 활동제한이 있는 경우 3배 이상 높았다. 이는 대부분의 연구에서 연령과 무관하게 같은 결과를 보고하였으나[11,21,22] Lee[23]의 연구에서는 활동제한 여부에 따라서 미충족 의료율에 차이가 없다고 하였다. 만성질환은 높은 의료수요를 유발

하는 요인으로 나이가 많아질수록 유병율이 높아 노인군의 미충족 의료율을 높이는 요인 중 하나로 생각할 수 있다. 또한 장애인은 만성질환 유병률이 높고, 의료 요구가 높으며, 활동제한으로 인해 서비스 이용에 어려움과 많은 시간을 필요로 하므로 경제적 이유 외에도 교통이나 거동불편 등으로 미충족 의료발생 가능성이 높다[22]. 따라서 만성질환을 가진 노인층이나 활동장애가 있는 건강취약계층을 위해 방문간호나 가정간호 등 찾아가는 의료서비스를 제공하는 것이 건강형평성 향상에 효율적 방안이 될 수 있을 것으로 생각된다. 본 연구의 모든 연령군에서 우울증이 있는 사람이 없는 사람보다, 그리고 스트레스가 높은 사람이 낮은 사람보다 2배 이상 미충족 의료율이 높게 나타났다. Hwang과 Choi [12], Park 등[24]의 연구에서도 스트레스나 우울증이 높은 경우 미충족 의료율이 높아 본 연구결과와 일치하였는데, 청장년층은 실업이나 불완전한 고용, 노년층은 질병이나 경제적 어려움 등으로 스트레스나 우울증을 유발하고, 이는 의료 요구를 높이지만 경제적 어려움으로 인해 미충족 의료를 발생시키는 것으로 보고 있다[24].

미충족 의료와 관련된 요인으로 19~49세 연령군에서는 주관적 건강상태, 활동제한 유무, 스트레스 인지 정도, 삶의 질이었고, 50~54세에서는 주관적 건강상태, 스트레스 인지 정도, 유산소 활동유무, 삶의 질이 유의한 관련요인이었다. 또한 65세 이상에서는 성별, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 활동제한 유무, 삶의 질이 미충족 의료와 관련으로 나타나 주관적 건강상태와 삶의 질은 모든 연령에서 공통된 요인임을 확인하였다. 선행연구에서 노인만을 대상으로 한 것을 제외하면 우리나라 성인을 연령군별로 나누어 관련요인을 확인한 연구가 없어 연령별로 구체적인 비교는 어려우나 전체 성인을 대상으로 한 연구에서 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무, 소득수준, 주관적 건강상태, 스트레스 수준, 만성질환 유무 등이 미충족 의료에 유의한 영향을 미치는 요인이었다[9,11,25]. 또한 노인에서는 교육수준, 배우자 유무, 소득, 경제활동 유무, 스트레스 인지, 주관적 건강수준, 만성질환 유무, 성별, 삶의 만족도 등을 유의한 영향요인으로 보고하

여[13,14] 본 연구결과와 일부 유사하였다.

모든 연령에서 공통적인 관련요인으로 나타난 주관적 건강상태는 연령군에 따라 나쁜 경우보다 좋은 경우 미충족 의료 가능성이 0.48~0.58배 낮아지는 것으로 나타났다. 이는 대부분의 선행연구 결과 주관적 건강상태가 좋다고 인지하는 경우 미충족 의료 가능성이 낮다고 보고[11,26]한 것과 일치한다. 주관적 건강상태는 현재의 건강수준 뿐만 아니라 건강에 영향을 미치는 사회적 자원이나 대처능력 등을 반영하여 개인의 의료 요구를 나타내는 대표적인 지표로 의료이용이나 사망률 등을 예측할 수 있는 도구이다[26,27]. 이를 근거로 주관적 건강상태가 나쁠수록 필요로 하는 의료 요구는 높으나 적절한 의료서비스를 충분히 제공받지 못했다고 판단할 가능성이 높을 것으로 여겨진다. 또한 본 연구를 포함한 대부분의 조사에서 미충족 의료를 의사의 진단이나 객관적 자료에 의한 것이 아니라 개인이 주관적으로 느낀 의료 요구와 충족의 차이를 조사한 것이므로 주관적 건강상태와 더 밀접한 관련이 있을 것으로 해석된다. 또한 본 연구결과 연령군에 따라 삶의 질이 높을수록 미충족 가능성이 0.91~0.94배 낮아지고, 스트레스가 높은 경우 19~49세군에서는 1.54배, 50~64세 군에서는 1.58배 높아지는 것으로 나타났다. Choi와 Kim [28], Jang과 Lee [29] 등에서도 삶의 질이 낮을수록, 그리고 스트레스나 우울감이 높은 경우 미충족 의료 경험율이 높다고 하여 본 연구결과를 지지한다. 본 연구에서는 미충족 의료와 삶의 질 사이의 인과관계를 밝힐 수는 없으나 삶의 질이 낮은 경우 개인의 신체적, 환경적인 요인들이 복합적으로 작용하여 의료접근성이 낮아지게 되고, 이는 다시 개인의 삶의 질을 낮추는 상관관계를 가질 것으로 여겨진다.

또 다른 관련요인으로 활동제한이 있는 경우 미충족 의료는 19~49세에서는 2.59배, 65세 이상에서는 1.97배 더 높았는데, Han과 Park [25]은 일상생활에 제한이 있는 성인의 미충족 의료 가능성이 1.8배 높다고 하여 본 연구결과를 지지한다. 활동제한은 경제적 취약으로 이어지고, 또한 이동의 어려움이나 의료기관 이용의 불편으로 인해[15] 미충족 의료를 경험할 수

있다. 따라서 활동제한으로 의료서비스 이용에 어려움이 있는 경우 교통지원뿐만 아니라 이들을 도와줄 인적자원이나 지지체계가 필요함을 시사한다. 그 외에도 65세이상에서는 여성이 남성보다 미충족 의료 가능성이 2.11배 높았고, 배우자가 있는 경우에 없는 경우보다 0.61배 낮았다. 여기에 주관적 건강상태가 낮고 활동제한이 동반되면 의료접근성은 더욱 더 낮아지게 될 것이다. 따라서 돌봄인력이나 자원봉사자를 활용하여 건강취약 노인에게 병원동행서비스를 제공하거나 또는 방문의료나 민관협력을 통한 이동병원 등을 활성화한다면 의료 접근성을 향상시킬 수 있는 효율적인 방안이 될 것이다.

본 연구는 이차자료를 활용한 분석연구로 미충족 의료를 대상자 스스로 인지한 의료의 필요성을 기반으로 측정하였으므로 의료전문가가 판단한 의료의 필요성과는 차이가 있을 수 있으며, 미충족의료 경험에 따른 각 요인들의 선후관계를 명확하게 밝히는 데는 제한적이다. 또한 이차자료에서 조사된 변수만을 연구에 포함시켜 미충족 의료 관련요인을 충분히 파악하는데 제한점이 있으므로 보다 확대된 변수를 활용한 추후연구를 제안한다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 우리나라 전체 성인을 대표할 수 있는 표본조사 자료를 활용하여 미충족 의료에 대한 연령별 관련요인을 제시하고자 한 점에 의의가 있다.

V. 결론

본 연구결과 우리나라 전체 성인의 미충족의료 경험은 전체의 6.6%였고, 65세 이상 노인층에서 가장 높았으며, 미충족 의료의 이유는 64세 이하에서는 시간적 어려움이, 65세 이상에서는 경제적 부담이 가장 큰 것으로 나타나 연령군별로 미충족 사유에 따른 효율적인 의료보장 정책 마련이 필요하다. 또한 모든 연령군에서 주관적 건강상태와 삶의 질이 미충족 의료와 관련되었고, 특별히 65세이상에서 성별, 배우자 유무, 활동제한이 관련요인으로 나타났는데 우리나라 미충족 의료 경험률은 지속적으로 감소하였지만 소득과

연령에 따른 의료이용 불평등이 여전히 존재하므로 건강형평성을 보장할 수 있는 지원 및 정책적 보완이 요구된다. 미충족 의료를 감소시키기 위해서는 연령 대별 정확한 원인파악과 함께 커뮤니케이션을 지향하고 있는 현 시점에서 의료이용의 형평성을 개선할 수 있도록 보건의료와 유관기관, 그리고 기존의 복지정책을 연계한 정책수립으로 시너지효과를 낼 수 있을 것으로 사료된다.

References

1. Cunningham PJ, Hadley J. Differences between symptom-specific and general survey questions of unmet need in measuring insurance and racial/ethnic disparities in access to care. *Medical Care*. 2007;45(9):842-850.
<https://www.jstor.org/stable/40221515>
2. Seo NG. Examining the significance of health insurance coverage rates through an international comparison. *Health and Welfare Policy Forum*. 2020;289:65-80. <http://dx.doi.org/10.23062/2020.11.6>
3. OECD Statistics. Health expenditure and financing [Internet]. Paris: OECD; 2020 [cited 2023 February 14]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
4. Shin YJ, Son JI. The prevalence and association factors of unmet medical need: Using 1st and 2nd Korea welfare panel data. *Health and Social Welfare Review*. 2009;29(1):95-122.
<https://doi.org/10.15709/hswr.2009.29.1.95>
5. Huh SI, Kim SJ. Unmet needs for health care among Korean adults: differences across age groups. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*. 2007;13(2):1-16.
6. Diamant AL, Hays RD, Morales LS, Ford W, Calmes D, Asch S, 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*. 2004;94:783-789.
<https://doi.org/10.2105/ajph.94.5.783>
7. Kim S, Seo Y, Woo K, Shin Y. A systematic review of studies on current status and influencing factors of unmet medical needs in Korea. *Journal of Critical Social Welfare*. 2019;(62):53-92.
<https://doi.org/10.47042/ACSW.2019.02.62.53>
8. Korea Disease Control and Prevention Agency. Annual Unmet Medical Rate [Internet]. Cheongju: Korea Disease Control and Prevention Agency; 2023 [cited 2023 February 14]. Available from: <https://health.kdca.go.kr/healthinfo/biz/pblcVis/details.do?ctgrSn=70>
9. Joo HJ, Jang BN, Joo JH, Park EC, Jang SI. Unmet Healthcare Needs Status and Trend of South Korea in 2020. *Health Policy and Management*. 2022;32(2): 237-243. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2022.32.2.237>
10. Choi HY, Ryu SY. Factors associated with the types of unmet health care needs among the elderly in Korea. *The Korean Journal of Health Service Management*. 2017;11(2):65-79.
<https://doi.org/10.12811/kshsm.2017.11.2.065>
11. Kim ES, Eun SJ. Trend of unmet medical need and related factors using panel data. *Journal of Convergence for Information Technology*. 2020;10(9): 229-236. <https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2020.10.09.229>
12. Hwang BD, Choi R. The prevalence and association factors of unmet medical needs by age group in the elderly. *The Korean Journal of Health Service Management*. 2015;9(1):81-93.
<http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2015.9.1.081>
13. Park SK. Factors affecting unmet healthcare needs of elderly woman: Based on the Anderson's behavioral model. *The Journal of Humanities and Social Sciences* 21. 2022;13(3):1173-1186.
<http://dx.doi.org/10.22143/HSS21.13.3.82>
14. Jeon YH, Hong JY. Factors affecting the unmet medical experience of the young-old and old-old. *Alcohol*

- and Health Behavior Research. 2022; 23(2): 61-71. <http://dx.doi.org/10.15524/KSAS.2022.23.2.061>
15. Min DH, Cho JY, Kim JG, Seo SJ, Kim MK, Shim EH, et al. Medical experiences and unmet health care perception among elderly people with chronic disease. Health Policy and Management. 2018;28(1):35-47. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2018.28.1.35>
16. Huh SI, Lee SH. Unmet health care needs and associated factors among patients with hypertension and those with diabetes in Korea. Health Policy and Management. 2011;21(1):1-22. <http://dx.doi.org/10.4332/KJHPA.2011.21.1.001>
17. Choi JW. The effect of employment status on the unmet needs of medical utilization in workers. The Korean Journal of Health Service Management. 2018;12(4):31-41. <https://doi.org/10.12811/kshsm.2018.12.4.031>
18. Chae HJ, Kim M. Unmet healthcare needs and related factors according to gender differences in single-person households. Korean Journal of Women Health Nursing. 2020;26(1):93-103. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2020.03.23>
19. British Medical Association. Addressing unmet needs in global women's health. London: British Medical Association, 2018 August. Report No.: BMA 20180500.
20. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs. 2007;26(4): 972-983. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972>
21. Choi KH, Kim MY, Choi YJ, Cho YM, Kim MS, Jeong EH, et al. Current status of unmet health care needs in the disabled in Korea. Health and Social Welfare Review. 2021;41(3):160-176. <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2021.41.3.160>
22. McColl MA, Jarzynowska A, Shortt SED. Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence. Disability & Society. 2010;25(2):205-218. <https://doi.org/10.1080/09687590903537406>
23. Lee S. Analysis of unmet medical status and influencing factors of adult women in Korea using Korea health panel data [master's thesis]. Seoul: Korea University; 2017. p. 1-61.
24. Park EH, Park EC, Oh DH, Cho E. The effect of stress and depression on unmet medical needs. Korean Journal of Clinical Pharmacy. 2017;27(1): 44-54. <https://doi.org/10.24304/kjcp.2017.27.1.44>
25. Han JY, Park HS. Factors affecting unmet healthcare needs among adults with chronic diseases. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2021;32(2):131-139. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2021.32.2.131>
26. Huh SI, Lee HJ. Unmet health care needs and attitudes towards health care system in Korea. The Korean Journal of Health Economics and Policy. 2016;22(1):59-89.
27. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior. 1997;38(1):21-37.
28. Chae HJ, Kim M. Unmet healthcare needs and related factors according to gender differences in single-person households. Korean Journal of Women Health Nursing. 2020;26(1):93-103. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2020.03.23>
29. Jang HY, Lee H. Factors influencing unmet healthcare needs among elderly living alone. Journal of the Korean Data Analysis Society. 2017;19(6):3317-3329

