

의료불평등의 더 정확한 측정을 위한 탐색연구

: 미충족의료의 기존 지표와 이용자 관점 지표 비교

박유경*, 김창엽**†

초록

이 연구는 이용자 관점에서 개발한 의료이용 지표가 기존 미충족의료 지표에 비해 의료불평등을 더 정확하게 측정해줄 수 있을지 검증하고자 하였다.

연구자료로는 대면 설문조사로 수집한 617명의 표본자료를 이용했다. 기존 미충족의료 문항과 개발한 문항 모두 미충족이 없다고 응답한 집단과 기존 문항에는 미충족이 없다고 응답했지만, 개발한 문항에서는 미충족이 있다고 응답한 집단 사이의 특성을 분석하였다.

분석 결과 의료찾기, 이용, 결과 단계 모두 50대(OR 3.23, 95% CI 1.29-8.09; OR 4.25, 95% CI 1.42-12.70; OR 4.69, 95% CI 1.29-17.10), 건강수준이 나쁜 집단(OR 2.22, 95% CI 1.07-4.61; OR 5.21, 95% CI 2.33-11.63; OR 8.51, 95% CI 3.70-19.61)과 의료기관 가용성이 부족한 집단(OR 3.68, 95% CI 1.96-6.93; OR 4.33, 95% CI 2.15-8.71; OR 2.22, 95% CI 1.02-4.86)에서 개발한 문항을 통해 추가적인 미충족 경험을 나타냈다.

연구 결과는 사람들의 의료경험을 기존의 미충족의료 지표로 측정할 때에 비해 이용자 관점을 반영한 문항으로 측정할 때 취약한 집단의 의료필요 미충족을 더 민감하게 드러낼 수 있음을 보여준다. 향후 의료불평등을 측정할 때 이용자 관점을 보완할 필요가 있다.

주제어: 미충족의료, 의료불평등, 의료이용, 사람중심, 환자중심, 접근성

* 강원대학교병원 예방의학과 임상조교수

** 서울대학교 보건대학원 교수, † 교신저자 (cykim@snu.ac.kr)

투고일 2022.12.27./ 수정일 2023.3.1./ 게재확정일 2023.3.2.

I. 서론

1. 연구의 배경

한국은 짧은 기간 내에 전 국민 의료보험제도의 도입과 급성기 병상 확충을 통해 의료 접근성을 성공적으로 높였지만, 많은 의료불평등 연구에서 사회경제적, 지역적 의료불평등이 여전히 존재함을 보여준다(권순만, 양봉민, 이태진, 오주환, 이수형, 2003; 김동진, 윤현희, 이정아, 채희란, 2014; 김진구, 2012; 신호성과 김동진, 2007). Whitehead(1998)의 건강불평등 대응 스펙트럼에 따르면 해결을 위한 행동에 돌입하기 위해서 우선 불평등이 있는지 측정함으로써 정책결정자들이 불평등 현황을 인지하고 인식이 높아져야 한다(Whitehead, 1998). 한국사회의 의료불평등 감소를 위해서는 어떤 집단 사이에 얼마나 어떤 양상의 의료불평등이 발생하고 있는지를 더 명확히 아는 것이 선행되어야 한다. 그 다음으로 중요한 것은 해결을 위한 행동을 기획하기 위해 필요한, 그와 같은 양상의 불평등이 왜, 어떤 경로로 발생하는지에 관한 인과적 설명이다. 의료는 다른 사회적 조건과 상호작용하며 의료필요는 사회와 시대에 따라 변화하는 속성을 지닌다(김창엽, 김명희, 이태진, 손정인, 2015; 조병희, 2010). 한국사회의 의료 환경 역시 크게 변해 과거에 비하면 접근성과 보장성은 크게 향상되었지만 의료의 질적 측면은 아직 고르게 정비되지 않은 것으로 보인다. 도시는 의료기관이 넘쳐나는 가운데 의료쇼핑, 과잉진료, 대형병원 쏠림현상 등이 문제가 되는 반면, 인구가 감소하는 농어촌 지역은 의료의 질에 대한 불신이 커지고 의료시장이 붕괴하는 불평등이 심해지고 있다(전보영, 최수민, 김창엽, 2012). 고령화로 인해 돌봄과 의료의 밀접하게 연결되면서 돌봄 필요가 의료필요로 변환되는 사회적 입원 문제도 점점 더 중요성이 높아지는 의료문제이며, 기존의 접근성

프레임과는 다른 관점에서 바라보아야 한다(장군생과 김정신, 2017).

이와 같이 시대에 따라 의료불평등이 심화되는 양상과 기제는 계속해서 변화하고 있으나 기존의 물리적, 경제적 접근성을 주로 다루어온 의료불평등 분석 연구가 이를 충분히 반영하고 있는지는 의문이다. 최근의 한국사회에서 사람들은 어떤 의료를 바라고 의료를 이용하는 과정에서 어떤 불평등을 경험을 하고 있을지를 근본적으로 탐색하는 연구는 미흡하며, 이미 수집된 자료와 지표를 활용한 분석에 그치는 경향이 있다. 이 연구는 기존의 의료불평등 측정 방식이 포착하지 못하는 의료불평등을 더 정확히 측정하기 위해 이용자 관점을 도입할 때의 차이를 탐색하고자 한다.

2. 의료불평등의 측정: 지금까지 측정한 것과 측정하지 못한 것

의료불평등에 대한 기존 연구 중 다수를 차지하는 현황 분석은 의료 이용량(외래, 입원), 의료비를 변수로 하여 불평등 지수를 주로 산출하며, 보고서의 경우 소득, 교육, 지역을 기준으로 집단 간 비교 통계량을 주로 제시한다. 지역 간 의료불평등의 경우 의료시설과 인력과 같은 인프라나 치료가 가능 사망률 등의 결과지표도 자주 활용된다(권순만 등, 2003; 김동진 등, 2014; 김진구, 2019; 임국환과 이준협, 2010). 이와 같이 의료불평등의 측정은 보건의료체계의 관점에서 인프라, 재정, 서비스 제공, 건강결과를 충실히 활용하는 방식을 채택한다.

건강불평등은 건강의 사회적 결정요인 개념과 함께 논의되면서 그 범위와 기제가 복잡함이 널리 알려진 반면, 의료불평등은 건강불평등의 경로 중 하나로 다소 단순하게 이해되는 경향이 있다. 그러나 의료이용 또한 사회적 결정요인을 포함해 복잡한 기제로 이루어지며, 의료 서비스의 생산과 이용을 일련의 과정으로 보고 요인 간 상호작용을 포함한 하나의 체계라

는 관점을 가질 필요가 있다(김창엽 등, 2015). 생산된 서비스가 실질적 의미가 있으려면 결국 이용으로 이어져야 한다. 이런 관점에서 공급자나 체계의 관점과 더불어 이용자 관점으로도 접근할 필요가 있다. 예를 들어, 지역 불평등 분석에서 자주 사용되는 공간분석은 지리 정보를 이용해 거주지와 의료기관 사이의 물리적 거리를 통해 접근성을 분석한다(강승원, 장새움, 박지용, 이달별, 정주철, 2021; 김윤 등, 2018). 이와 같은 분석은 이동력과 정보 인지 및 활용능력을 충분히 갖춘 사람을 전제로 하지만, 공급 측면의 가용성은 개인의 이동 가능성과 맞물려야 현실에 더 가깝다. 접근할 수 있는 개인적 역량이 상대적으로 부족한 사람들이 겪는 불평등은 드러나기 어렵다.

보건의료에서 그동안 잘 논의되지 못하였으나 과거의 접근성 향상을 넘어 사람들의 기대수준이 높아짐에 따라 더욱 중요성이 높아지는 영역은 질적 측면이다. 의료의 질적 측면은 Donabedian(1988)이 제안한 구조, 과정, 결과의 영역으로 구분하기도 하며, 강희정, 김승욱, 하솔잎, 김소은, 서은원(2016)은 효과성, 환자안전, 적시성, 환자중심성, 효율성, 접근성, 의료시스템 인프라, 의료연계의 8가지 범주로 구성하기도 했다. 하지만 대인서비스가 일어나는 영역, 예를 들어 진료의 양과 질, 의료인의 태도, 신뢰, 의사-환자 관계의 상호작용 등은 수집된 기존 자료를 찾기 어렵고, 추가적인 자료 수집도 한계가 있어 이와 관련된 주제의 연구 성과는 매우 저조한 편이다.

의료이용 불평등 지표로 주로 사용되는 수평적 형평성 지수(HIwv)는 실현된 의료이용(외래, 입원 이용 횟수, 일수)이나 지출된 의료비를 이용해 불평등 정도를 하나의 숫자로 표현할 수 있다는 장점이 있다. 지수 산출 과정에서 의료필요를 보정해야 하는데, 보정 변수로 주관적 건강수준, 만성질환 여부가 주로 활용된다. 그러나 의료필요의 보정이 충분한지의 문제가 남아 있으며, 수평적 형평성 지수를 처음 제안한 연구에서도

외래와 입원 이용을 구분하여 보정하기 어렵다는 점을 한계로 들었다(Van Doorslaer et al., 2000). 미충족의료 지표는 주관적 응답 방법을 사용하므로 응답자가 스스로의 의료필요와 미충족 여부를 동시에 판단하게 한다는 점에서 보정의 한계를 우회할 수 있다.

3. 미충족의료를 이용한 의료이용의 불평등 연구

1) 미충족의료의 개념과 활용

미충족의료는 다양하게 정의될 수 있지만 일반적으로 '의료서비스 이용과 관련하여 의료적 필요가 제때 충족되지 못하고 대상자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만 대상자가 받지 못하는 의료서비스'로 정의한다(신영전, 2015). 보건의료체계 성과를 측정하는 지표로 미충족의료가 널리 사용되는 것은 보건의료필요의 충족 여부를 파악하는 주관적 평가 지표로서 한 사회가 구성원에 충분한 보건의료를 제공할 수 있는지를 손쉽게 평가할 수 있기 때문이다. 국민건강영양조사, 한국의료패널, 지역사회건강조사, 한국복지패널 등 전국민을 대상으로 보건의료를 파악할 수 있는 국가 수준의 조사에 미충족의료 지표가 포함되어 있는 것도 미충족의료를 활용하기 좋은 배경이다. 국내 미충족의료 연구의 체계적 문헌고찰을 수행한 김소애, 서영원, 우경숙, 신영전(2019)의 연구에 의하면 미충족의료 연구는 2000년도 전후로 조금씩 발행되다가 2010년 이후 급격히 증가했으며, 전국 성인의 미충족의료 현황 분석부터 노인, 장애인, 다문화가족, 차상위계층 등 다양한 집단의 미충족과 그 요인을 분석하는 연구까지 다양하게 이루어지고 있다.

미충족의료 지표를 이용한 국내 연구는 대개 접근성에 대한 현황과 요인분석이 주를 이룬다. (문장 삭제) 실용적으로는 가용성, 접근가능성, 수용성의 세 가지로 구분하여 사용하며, 미충족의료의 이유를 묻는 선택

지를 이 분류에 따라 구분하는 연구가 많다(김소애 등, 2019). 접근가능성에는 물리적 접근성과 경제적 접근성, 가용성에는 인프라, 수용성에는 개인의 선호와 관련된 내용이 포함된다. 2000년 전후로는 지역을 중심으로 물리적 접근성으로 인한 미충족의료에 대한 연구가 이루어졌다(김석범과 강복수, 1994; 김정희 등, 1999; 이정미 등, 2001). 2000년대 중반 이후로는 일반 인구를 대상으로 한 분석에서 주로 여성, 젊은 연령층, 저소득층, 낮은 교육수준, 무배우자 등의 특성을 지닌 집단에서 미충족의료이 높은 것으로 나타났다(김소애 등, 2019). 저소득층과 고령층은 경제적 문제로 인한 미충족의료, 중장년층과 경제활동인구는 시간적 문제로 인한 미충족医료를 겪는다는 유형 분석도 이루어졌다(허순임과 김수정, 2007). 장애인, 독거노인, 결혼이주여성과 같이 사회적으로 취약한 집단에 초점을 맞춘 연구들도 이어졌다(김수희와 이정열, 2013; 김현희 등, 2016; 문정화와 강민아, 2016; 박선주와 이원재, 2017; 신자은, 2013; 전보영과 권순만, 2015).

대부분의 미충족의료 연구는 접근성에 대한 연구를 통해 직, 간접적으로 불평등을 다루면서 결론적으로는 의료불평등을 줄이기 위한 정책 제안으로 나아간다. 많은 미충족의료 연구가 결론으로 미충족의료 경험이 높은 경향이 있는 집단에 대해 그 원인이 되곤 하는 경제적 문제, 시간적 문제 등을 보완하기 위한 정책의 필요성을 제시한다. 그러나 암묵적으로 불평등의 감소를 지향한다 하더라도 불평등 자체에 초점을 맞추는 경우는 생각보다 드물다. 김명희 등(2015)은 보건의료 정책에서 근거중심의 형평성 중재 정책을 펼치는 경우를 찾아보기 어려우며 단지 취약집단을 목표 집단으로 하는 정책과 전체 기층을 고려하는 체계적 차원의 ‘불평등 감소’ 정책은 다름을 강조한다. 마찬가지로 단순히 어떤 개인적 요인의 유의함을 밝히는 것만으로는 불평등이 얼마나 있고 얼마나 줄일 수 있을지에 대한 설명이 어려울뿐더러 구체적인 불평등 해소 기제에 영

향을 미칠 수 있는 정책 제안까지 도달하기 어렵다. 미충족의료 지표는 응답자에게 미충족에 관한 상황과 이유를 직접 질문할 수 있어서 원인을 파악할 수 있다는 점에서 의료불평등의 기제를 파악하고 개입을 위한 시사점을 얻기에 유리하다. 다만, 지금의 미충족의료 지표는 개념적인 장점이 있음에도 불구하고 기술적으로 실재하는 미충족의료의 불평등을 충분히 반영하지 못한다는 점에서 한계가 있다.

2) 미충족의료 기존 지표로 의료불평등을 측정할 때의 한계

가장 흔하게 사용되는 미충족의료 조사원은 한국의 료패널로, “지난 1년 간 병·의원 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?”에 대해 “예/아니오”로 응답하는 형태다. 미충족 경험이 있었다고 응답한 경우 “가장 큰 이유를 한 가지만” 선택하게 하여 미충족의료의 원인을 파악한다. 다른 조사원의 미충족의료 문항도 질문과 선택지의 표현에 약간의 차이가 있을 뿐, 전반적인 의미와 측정하는 내용은 거의 비슷하다. 이 문항을 미충족의료의 분모에 해당하는 의료필요, 분자에 해당하는 미충족 판단, 그리고 미충족 원인의 측면으로 나누어서 설명하면 다음과 같은 한계를 들 수 있다.

첫째, 집단 간 미충족医료를 비교할 때 의료필요 인식 자체가 편향될 가능성이 있다. 같은 증상 또는 문제가 있다고 하더라도 의학적 증상에 대한 개인의 인식이 다르고 의료적 처치의 중요성에 대한 태도 또는 마땅히 받아야 한다고 생각하는 의료 수준이 다를 수 있다. 지역 간 미충족의료 경험율의 비교가 지역의 의료 필요 대비 접근성의 불평등을 타당하게 반영하지 않는다는 실증연구로 박유경 등(2018)은 이를 의료 인프라가 취약했던 지역 주민들이 오랜 경험을 거쳐 낮은 의료 접근성과 질을 자연스러운 것으로 인지하거나 기대를 하향조정하기 때문으로 해석했다. 국외 연구에서도 Kruk et al. (2018)은 비넛(vignett)을 이용한 국가 간 비

교에서 모자의료의 질이 낮은 중저소득 국가 환자들이 그들이 받는 서비스에 만족도를 더 높게 보고하는 경향이 있음을 확인하기도 했다. 이와 같이 보건의료에 대한 주관적 필요 인식은 접근성, 지식, 선택의 제한, 기대 등의 영향을 받으며 이는 주관적 미충족의료 지표에서 비교 집단에 따라 필요인식의 차이를 고려해야 한다는 것을 시사한다.

둘째, 의료필요의 미충족을 병의원에 가지 못한 경험의 여부로 측정하는 것의 한계다. 특히 이미 접근성이 높아진 도시지역에서 필요할 때 병의원에 가지 못한 경험 여부는 일부의 미충족의료만 반영할 수밖에 없다. 이용 자체는 했더라도 미충족은 존재할 수 있다. 의료의 질적 수준, 의사-환자 간 신뢰, 효과적인 예방과 같은 의료영역의 중요도가 점점 높아지고 있음에도 기존 지표는 이와 같은 내용적 미충족 경험을 포착하지 못한다(허순임과 이해재, 2016; Ko, 2016). 지역 간 의료이용의 불평등에는 물리적 접근성 외에도 의료의 질에 대한 불신이 크다는 점에서 이 문제는 더 큰 한계가 될 수 있다. 그 외에도 물리적 접근성으로부터 파생되는 높은 관외 의료이용에 따른 추가적인 경제적, 비경제적 비용과 이용 지연과 같은 문제도 파악할 수 없다(박유경 등, 2020).

셋째, 미충족의료를 경험한 원인을 파악할 수 있는 선택지가 미충족의료가 발생하는 과정과 기제의 복잡한 현실을 반영하기에 충분하지 않다는 점이다. 여러 조사에서 가장 많이 응답하는 이유는 시간적 이유와 경제적 이유이지만, 이들은 실질적으로 서로 관련되어 있어 배타적인 선택지가 되기 어렵다. 예컨대 시간이 부족해서 병의원에 가지 못하는 배경에는 경제적 문제(소득 활동, 고용상태)가 연결되기도 하고, 지역에 따라 병의원까지의 접근성이 다르면 같은 시간적 여유가 있

을 때 어려움이 될 수도 되지 않을 수도 있다(박유경 등, 2018). 장애인의 미충족의료를 분석한 연구에서도 경제적 이유, 시간적 이유, 교통 문제의 세 이유 사이의 경계가 불분명한 측면이 있어 해석이 어려움을 보고하기도 했다(전보영과 권순만, 2015). 또한 의료이용의 불평등이 발생하는 원인들은 개인의 요인과 환경, 제도적 요인이 상호작용하며 복잡하게 서로 영향을 미치지만 선택지는 주로 개인적 요인을 중심으로 구성되어 공급 요인이나 제도적 요인의 영향을 파악하기 어렵다.

이와 같은 한계를 보완하기 위한 시도로 박유경(2019)은 이용자의 관점을 통해 의료이용 과정에서 경험하는 의료필요와 의료필요 미충족의 개념을 재정의하고 구성요소를 분석하였으며, 그에 기초해 새로 문항을 개발하였다.¹ 이 연구의 목적은 개발한 문항이 의료불평등을 측정하는 데 기존의 미충족의료 문항에 비해 보완적 역할을 할 수 있을지를 확인하는 것이다. 미충족의료는 참값을 알기 어려운 개념이므로 어떤 지표가 더 정확한지를 가려내기 쉽다. 그러나 두 지표의 비교를 통해 어떤 관점이 불평등한 의료이용 상태에 놓여있는 사람들의 경험을 더 잘 드러낼 수 있는지를 확인할 수 있을 것이다.

II. 연구방법

1. 설문 도구의 개발

이 연구에서 사용한 설문 도구는 일반인의 의료경험에 대한 개별심층면담과 초점집단 논의를 통해 수집

1 도구 개발 과정과 측정 문항에 대해 더 자세한 내용은 박유경(2019)을 참고함

한 질적자료를 바탕으로 미충족의료가 어떤 속성을 포함하며 어떤 요인과 경로를 통해 발생하는지를 분석한 결과로부터 양적 전환이 가능한 부분을 중심으로 개발되었다. 이용자의 관점에서 미충족의료를 의료이용의 흐름을 의료필요를 인지하고 어떤 의료기관을 가야 할지 선택하고 찾아가는 과정부터 의료기관에 방문하여 의료진과 상호작용하는 의료이용의 단계, 그리고 의료를 이용한 이후에 의료필요가 충분히 해결되었는지의 결과 단계로 구분하였다.

이 연구에서 사용한 설문도구는 다음과 같은 개발 과정을 거쳤다. 먼저 문항의 자료는 문헌검토와 질적 분석 결과로부터 얻었으며, 공동 연구자와 함께 측정을 위한 개념적 틀을 구성하고 양적 측정으로 전환 가능한 항목(구성요소)을 추출하고 구조화하였다. 질적 분석에는 총 69명의 일반인에 대해 초점집단논의와 개별심층면담을 통해 자료를 얻었고, 연역적, 귀납적 접근을 모두 활용하는 프레임워크 분석을 수행하였다 (Gale, Heath, Gameron, Rashid, Redwood, 2013; Smith and Firth, 2011). 설문 초안은 전문가 패널회의와 인지면접 조사, 일부 측정과 분석과정을 거쳐 두 차례 개정하여 최종안을 마련하였다. 일반인 60명에 대한 인지면접 조사와 전문가 패널회의를 거쳐 피드백을 반영하는 과정은 타당도를 확보하는 과정의 일환으로 내용타당도를 높이기 위해서 수행하였다. 구성타당도를 설명하기 위해서는 문항을 구조화하는 과정에서 참고한 Levesque, Harris 와 Russell (2015)의 환자중심 접근성 모델과 설문도구의 연결성을 제시하였다. 이 모델은 의료필요의 발생-인지-의료찾기-도달-이용-결과의 과정에서 접근성에 관련된 공급과 이용 측의 요인을 제시하고 있으며, 개발한 설문도구는 조사 방법상 필요의 인지 이

후부터 측정 가능하므로 의료 찾기-이용-결과의 세 단계로 조정하여 적용하였다. 준거타당도는 개발한 문항으로 측정한 미충족 경험 여부와 주관적 건강수준/건강관련 삶의 질 사이에 통계적으로 유의한 연관성이 있음을 보여 타당성을 검증하였다. 신뢰도 평가는 조사-재조사 방법을 통해 각 단계별 미충족 경험 여부와 이유에서 카파계수 0.5-1.0 사이의 점수로 상당한 수준 이상의 일치율을 보이는 것을 확인하였다(박유경, 2019).

2. 자료의 수집

연구에 사용한 자료는 면접원의 일대일 조사를 통해 수집하였으며, 만 20세 이상을 대상으로 총 1,000명의 표본을 계획하였다. 서울과 광역시²에서 600명의 표본을 선정하고, 구가 설치되지 않은 중소도시³에서 250명, 군⁴에서 150명의 표본을 선정하는 임의할당 방식을 취하였다. 전체 시, 군을 대상으로 하기에는 표본이 작기 때문에 의료 접근성 하위지역 중에서 전국 분포를 고려하여 선정하였고, 서울과 광역시, 중소도시, 군 중에 선정된 지역에 대해서는 성, 연령별 비율을 반영한 비례할당 추출 방식으로 표본을 선정하였다.

서울과 광역시(이하 대도시) 대상의 표본조사는 2017년 8월에 실시되었으며, 중소도시와 군지역 표본조사는 2018년 1월 중 실시하였다. 먼저 수행한 대도시 설문조사 자료에서는 비례할당 표본으로 수집된 600명의 자료 중 의료필요가 있었던 것으로 응답한 217명에 대해서만 의료경험 분석이 가능하였으므로, 이후 수행하게 된 시·군지역 조사는 활용 가능한 자료 확보를 위

2 부산, 대구, 인천, 광주, 대전

3 경기도 남양주시, 강원도 춘천시, 충남 공주시, 전남 나주시, 경북 영천시

4 경기도 양평군, 강원도 홍천군, 충북 증평군, 전남 담양군, 경남 함안군

해 선별문항을 두어 의료필요가 있는 사람 중에서 400 명의 비례할당 표본을 추출하였다. 최종적으로 이 연구는 총 617명에 대해 수집된 자료를 분석에 사용하였다. 전체적으로는 인구 구조와 의료 인프라 요인을 고려할 때 미충족 의료경험이 많을 것으로 예상되는 중소도시와 군지역을 과다 표본으로 추출한 것으로 결과의 해석에 고려해야 한다.⁵

3. 분석 변수와 전략

설문지에는 개발된 문항과 더불어 기존에 활용하던 미충족의료 문항을 포함하여 두 문항 간 응답 결과의 비교가 가능하도록 하였다. 분석에 사용한 결과변수는 새로 개발한 문항으로 측정된 의료 찾기 단계, 의료이용 중 단계, 의료이용 결과 단계의 의료필요 미충족 경험 여부, 그리고 비교를 위해 한국의료패널조사에서 사용하는 기존 미충족의료 경험 여부를 사용했다. 기존에 자주 활용되는 한국의료패널 미충족의료 문항은 “지난 1년 간, 병원 진료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?”이며, “예” 또는 “아니오”로 응답한다. 미충족 경험이 있는 경우 추가질문으로 가장 큰 이유를 ‘경제적 이유’, ‘의료기관이 멀어서’, ‘거동불편 또는 건강문제’, ‘아이를 봐줄 사람이 없음’, ‘증세가 경미해서’, ‘어디로 가야할지 몰라서’, ‘방문 시간이 없어서’, ‘빨리 예약되지 않아서’, ‘주치의가 없어서’ 중에서 한 가지를 선택하게 된다. 이용자 관점을 반영해 새로 개발한 의료이용 문항은 세 가지로 a) 의료 찾기 단계에서 “지난 1년 간, 병원에 가거나 의사를 만나야 하겠다는 생각을 한 후 병원을 선택하고 찾아가는 과정에서 고민했던

적이 있었습니까?”, b) 의료이용 중 단계에서 “지난 1년 간, 병원을 이용(검사, 상담, 치료 등)하는 과정에서 불만족스러웠던 경험이 있었습니까?”, c) 의료이용 결과 단계에서 “지난 1년 간, 병원을 다녀온 후에도 여전히 만족스럽지 않았던 경험이 있었습니까?”라는 질문에 각기 “예” 또는 “아니오”로 응답하는 경우로 구분한다. 각 단계에서 미충족 경험이 있는 경우 기존 문항과 마찬가지로 가장 큰 이유를 a) 의료 찾기 단계는 ‘전공과목을 몰라서’, ‘어떤 병원을 갈지 선택이 어려워서’, ‘근처에 갈만한 병원이 없어서’, ‘혼자 병원에 가기 어려워서’, ‘병원 운영시간에 맞추기 어려워서’, ‘의료비가 걱정되어서’, b) 의료이용 중 단계는 ‘의료진의 태도 때문에’, ‘의료에 대한 설명이 불충분해서’, ‘시설이나 환경 문제’, ‘절차와 과정이 어려워서’, ‘예상 이상의 의료비’, ‘대기시간 대비 진료시간이 짧아서’, c) 의료이용 결과 단계는 ‘효과가 미흡해서’, ‘사후관리에 대한 설명이 불충분해서’, ‘궁금증이나 불안이 해결되지 않아서’, ‘의료진과 불쾌한 경험 때문에’, ‘상업적 의료라고 느껴서’, ‘의료비 때문에 가계에 부담이 되어서’중에서 한 가지를 선택하게 했다.

다음 단계로는 비교를 위해 각 결과변수에 대한 응답에 따라 <표 1>의 구분에 맞추어 집단을 유형화했다.

기존의 미충족의료 문항과 개발한 문항 사이에서 응답 차이에 따른 유형은 <표 1>과 같이 유형화될 수 있다. 설문 문항은 현실에 실재하는 어떤 현상을 찾아내고자 하는 도구이다. 새로운 미충족의료 문항은 개념적으로 기존 미충족의료 설문문항과 다른 관점을 취하면서 전반적으로 더 넓은 범위를 측정하고 있다. 만일 두 지표가 같은 현상을 단지 좁고 넓게 측정하는 차이만 있다면, 각 문항에서 미충족 경험을 한 것으로 응답한 집단의 의료이용에 관련된 특성은 동일해야 한

5 전국 비율을 고려하면 서울과 광역시 인구수가 중소도시와 군지역 인구수의 약 1.2배에 해당하며 중소도시 인구수는 군 지역 인구수의 약 4.5배에 해당함.

<표 1> 분석 집단의 유형화

기존 미충족의료 지표에서 미충족 경험 여부	새로운 지표에서 미충족 경험 여부					
	의료 찾기 단계		의료 이용 단계		의료 이용 결과 단계	
	미충족 없음	미충족 경험함	미충족 없음	미충족 경험함	미충족 없음	미충족 경험함
미충족 없음	A1	B1	A2	B2	A3	B3
미충족 경험함	C1	D1	C2	D2	C3	D3

다. 그러나 두 집단 사이에 서로 다른 특성이 존재한다면 이는 문항의 관점에 따라 특정 속성의 집단이 과소 또는 과다 측정된다는 것을 의미한다. 이 연구의 목적은 이용자의 관점에서 새로 개발한 문항의 측정 범위가 넓음을 전제하므로 기존 미충족의료 문항에 미충족 경험이 없었다고 응답한 사람 중에서 새로 개발한 세 단계의 의료이용 문항에는 미충족 경험이 있었다고 응답한 집단을 각각 ‘차이집단(B1, B2, B3)’으로 놓고 양 쪽의 문항에 모두 경험이 없었다고 응답한 군을 ‘동일집단(A1, A2, A3)’으로 구분하여 두 집단을 비교하였다. 차이집단(B)은 개발한 지표가 기존의 지표에 비해 추가로 파악할 수 있는 의료이용에서의 미충족 경험 집단의 특성을 반영할 것이다.

연구의 가정에 기초해 이 유형화에서 분석하여 본문에 기술한 ‘동일집단(A)’, ‘차이집단(B)’ 와 반대로, 기존 미충족의료 지표에서 미충족 경험이 있었다고 응답한 집단 중에서 새로 개발한 지표의 각 단계별로 미충족 경험이 동일하게 있었다고 응답한 ‘동일집단(D1, D2, D3)’, 그리고 개발한 지표에서는 미충족 경험이 없었다고 응답한 ‘차이집단(C1, C2, C3)’ 사이의 분석은 <부록 1>에 별도로 제시하였다.⁶ 이 결과는 개발한 문항에 비해 기존의 미충족의료 문항으로 미충족 경험을 더 많이 포착할 수 있는 집단의 특성을 보여줄 것이다.

설명변수로는 의료이용과 미충족의료와 연관이 높은 것으로 알려진 인구사회학적 변수로 성별, 연령, 교육수준, 월평균소득, 고용형태, 거주지를 포함하고, 건강과 의료이용 변수로 주관적 건강수준, 의료이용 경향을 포함하였다. 그 외에 설문지를 개발하는 질적 분석 과정에서 미충족의료 경험에 중요한 영향을 주는 것으로 파악된 의료이용 역량 변수로 인적 자원(병원을 이용할 때 도움을 받을 수 있는 인맥), 주요 정보원(의료이용을 위해 찾아보는 정보원), 의료기관 가용성(주변에 선택할 수 있는 의료기관의 충분함), 문제 제기 역량(받은 의료에 대한 불만이 있을 때 문제를 제기할 수 있음), 그리고 시간적 여유를 포함하였다.

4. 분석방법

먼저 기술분석으로 유형화한 연구집단의 일반적 특성과 주요 설명변수에 대한 교차분석을 수행하였다. 다음으로 두 측정도구 사이에 미충족의료 경험 응답 집단의 특성에 차이가 있을 것이라는 가설을 검증하기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 수행하여 동일집단과 차이집단 사이에 주요 설명변수를 보정하고도 유의한 차이를 나타내는 군이 있는지를 분석하였다. 만

6 각 집단의 규모로, 기존 지표에 미충족 경험이 없다고 응답한 506명 중 개발한 지표에도 동일하게 미충족 경험이 없다고 응답한 A1, A2, A3 집단은 각각 394명(77.9%), 420명(83.0%), 437명(86.4%)이었으며, 미충족 경험이 있다고 응답한 차이집단 B1, B2, B3는 각각 112명(22.1%), B2는 86명(17.0%), B3는 69명(13.6%)였다. 기존 지표에 미충족 경험이 있다고 응답한 101명 중 개발한 지표에도 동일하게 미충족 경험이 있다고 응답한 D1, D2, D3 집단은 각각 78명(70.3%), 50명(45%), 56명(50.5%)이었으며, 미충족 경험이 없다고 응답한 차이집단 C1, C2, C3 집단은 각각 33명(29.8%), 61명(55.0%), 55명(49.6%)였다.

일 사람중심 관점을 반영한 측정도구로 더 많은 미충족 경험이 파악되었다고 하더라도 응답군의 특성에 차이가 없다면 새로운 도구는 그저 조금 더 민감한 도구에 불과하다고 말할 수 있을 것이다. 그러나 만일 어떤 특정 요인이 더 많은 것으로 분석된다면 기존의 도구와 새로운 도구 사이에 어떤 집단이 더 편향적으로 드러나고 드러나지 않았는지를 보여줄 것이다. 분석에 사용한 통계패키지는 STATA version 14를 사용하였다 (StataCorp. College Station, Texas).

III. 연구결과

1. 연구 참여자의 일반적 특성

분석에 활용한 연구 참여자는 총 617명으로 서울 거주자 112명, 광역시 거주자 105명, 중소도시 거주자 250명, 군 거주자 150명으로 구성되어 중소도시 거주자가 40.5%로 가장 비율이 높았다. 2017년도 한국 가구소득 10분위 기준에 의하면 대략 200만 원 이하가 2분위, 400만 원까지가 5분위, 600만 원까지가 8분위에 해당하므로 이 표본은 소득수준이 상대적으로 낮은 편이다. 주관적 건강수준은 나쁘거나 아주 나쁘다고 응답한 사람이 전체의 13.1%로 전국 수준의 표본조사 결과에 비하면 건강수준은 비슷한 표본으로 구성되었다.

거주지역에 따라서는 대도시에서 여성 비율이 조금 높고 시·군에서 교육수준과 소득수준이 낮은 편이었다. 주관적 건강수준은 유사했으나, 다른 사람에 비해 같은 증상을 두고 병의원을 잘 가는 편인지를 질문한 의료이용 경향성은 대도시가 더 자주 방문하는 편으로 나타났다.

미충족의료에 대응할 수 있는 자원 중 가깝거나 부

탁할만한 의료인 인맥을 보유한 경우는 절반 정도이나 의료이용에 관한 정보를 의료인이나 공식적 정보로부터 주로 얻는 경우는 약 1/4로 그리 많지 않았다. 주변에 선택해서 갈 수 있는 의료기관이 충분하지 않다고 응답한 경우는 전체 14.8% 중에서 시·군에서 19.3%로 대도시의 6.5%에 비해 확연히 높았다. 의료를 이용하고 불만이 있었을 때 문제를 제기하는 경향은 시·군에

<표 2> 연구 참여자의 일반적 특성

구분		대도시		시·군		합계	
		N(217)	%	N(400)	%	N(617)	%
거주지	서울	112	51.6	-	-	112	18.2
	광역시	105	48.4	-	-	105	17.0
	시	-	-	250	62.5	250	40.5
	군	-	-	150	37.5	150	24.3
성별	남성	99	45.6	199	49.8	298	48.3
	여성	118	54.4	201	50.3	319	51.7
연령	20-29세	22	10.1	53	13.3	75	12.2
	30-39세	28	12.9	57	14.3	85	13.8
	40-49세	40	18.4	72	18.0	112	18.2
	50-59세	49	22.6	81	20.3	130	21.1
	60세 이상	78	35.9	137	34.3	215	34.9
교육수준	중졸 이하	16	7.4	88	22.0	104	16.9
	고졸	93	42.9	151	37.8	244	39.6
	전문대	43	19.8	64	16.0	107	17.3
	대졸 이상	65	29.9	97	24.3	162	26.3
월평균 소득수준	200만 원 이하	21	9.7	93	23.3	114	18.5
	201-400만 원	74	34.1	153	38.3	227	36.8
	401-600만 원	86	39.6	117	9.3	203	32.9
	601만 원 이상	36	16.6	37	9.3	73	11.8
경제활동 형태	정규직	79	36.4	139	34.8	218	35.3
	비정규직, 일용직, 무보수 가족노동	22	10.1	41	10.3	63	10.2
	고용주, 자영업자	43	19.8	71	17.8	114	18.5
	무직	73	33.6	149	37.3	222	36.0
주관적 건강수준	좋음(보통 포함)	186	85.7	350	87.5	536	86.9
	나쁨	31	14.3	50	12.5	81	13.1
의료이용 경향성	많은 편	128	59.0	124	31.0	252	40.8
	평균 이하	89	41.0	276	69.0	365	59.2
인적 자원	가까운 의료인	36	16.6	76	19.0	112	18.2
	부탁가능 의료인	68	31.3	127	31.8	195	31.6
	없음	113	52.1	197	49.3	310	50.2
의료이용 주정보원	대중매체	40	18.4	52	13.0	92	14.9
	인터넷	52	24.0	115	28.8	167	27.1
	공식적 정보	10	4.6	19	4.8	29	4.7
	지인	83	38.3	114	28.5	197	31.9
	가까운 의료인	32	14.8	100	25.0	132	21.4
의료기관 가용성	높음(보통 이상)	203	93.6	323	80.8	323	80.3
	낮음	14	6.5	77	19.3	77	14.8
문제제기	하는 편(보통 이상)	139	64.1	343	85.8	482	78.1
	하지 않는 편	78	35.9	57	14.3	135	21.9
시간 가용성	0-40(적음)	43	19.8	108	27.0	151	24.5
	40-69(보통)	83	38.3	150	37.5	233	37.8
	70-100(많음)	91	41.9	142	35.5	233	37.8

서 85.8%로 대도시보다 더 높은 편이었으며, 시간을 자유롭게 낼 수 있는 정도에는 대도시에서 더 높은 편이었다.

2. 미충족의료 경험을 비교

연구 참여자 모두 지난 1년 사이에 검사, 상담 또는 치료를 위해 병의원에 방문해 의사를 만나야겠다고 생각한 적이 있었으며, 증상이 경미하여 굳이 병의원에 가지 않아도 될 것으로 판단한 경우는 제외되었다. 이는 기존의 문항에서 미충족의료의 이유로 ‘증상이 가벼워서’가 상당한 비중을 차지하나, 해석과 정책 적용에 큰 의미가 없이 취급되는 경우가 많으므로 사전에 제외하기 위함이다.

기존 문항에서 미충족医료를 경험한 경우는 18.0%이며, 주요 이유는 ‘방문 시간이 없어서’가 25.2%, ‘증세가 경미해서’가 23.4%, ‘경제적 이유’가 21.6%로 많았다.

개발한 문항에서 의료 찾기와 선택 단계에서 미충족을 경험한 경우는 30.8%로, 주요 이유는 ‘병의원 선택이 어려워서’가 36.3%, ‘근처에 갈 만한 병원이 없어서’가 19.5%, ‘전공과목을 몰라서’가 18.4%로 많았다. 의료이용 중 미충족을 경험한 경우는 22.0%였으며, 주요 이유로는 ‘절차와 과정의 어려움’이 21.3%, ‘설명 불충분’이 19.9%, ‘예상 이상의 의료비’가 17.7% 순으로 많았다. 의료를 이용한 결과에서 미충족을 경험한 경우는 20.3%로, 주요 이유로는 ‘효과가 미흡해서’가 33.6%, ‘상업적 의료경험 때문에’가 26.4%, ‘궁금증이나 불안이 해결되지 않아서’가 13.6%, ‘사후관리에 필요한 설명이 충분하지 않아서’가 12.8% 순으로 많았다.

거주지에 따른 차이로는 의료찾기와 선택 단계에서 ‘근처에 갈 만한 병원이 없음’은 시·군에서 25.8%로 대도시의 6.4%보다 월등히 높았으며, 반대로 ‘전공과목을 모름’은 대도시가 25.8%로 시·군의 14.8%보다 높았다. 의료이용 중 단계에서는 ‘의료진의 태도’나 ‘설명 불충분’, ‘시설이나 환경 문제’등 의료 전반의 질에 대한 미충족이 시·군에서 상대적으로 더 높

<표 3> 연구 참여자의 미충족의료 경험률

구분		대도시		시·군		합계		
		N(217)	%	N(400)	%	N(617)	%	
기존 문항	여부	예	30	13.8	81	20.3	111	18.0
		아니오	187	86.2	319	79.8	506	82.0
	이유	경제적 이유	8	26.7	16	19.8	24	21.6
		의료기관과의 거리	0	0	9	11.1	9	8.1
		거동불편/건강문제	1	3.3	5	6.2	6	5.4
		아이를 봐줄 사람이 없음	0	0	0	0	0	0
		증세 경미	11	36.7	15	18.5	6	23.4
		어디로 가야 할지 모름	1	3.3	8	9.9	9	8.1
		방문시간이 없음	8	26.7	20	24.7	28	25.2
		빨리 예약되지 않음	1	3.3	7	8.6	8	7.2
주치의 없음	0	0	1	1.2	1	0.9		
의료 찾기/선택/도달	여부	없음	155	71.4	272	68.0	427	69.2
		있음	62	28.6	128	32.0	190	30.8
	이유	전공과목을 모름	16	25.8	19	14.8	35	18.4
		병의원 선택이 어려움	23	37.1	6	35.9	69	36.3
		근처에 갈 만한 병원 없음	4	6.4	33	25.8	37	19.5
		혼자 병원가기 어려움	2	3.2	5	3.9	7	3.7
		병원운영시간에 맞추기 어려움	11	17.7	17	13.3	28	14.7
		의료비가 걱정됨	6	9.7	8	6.3	14	7.4
의료 이용 중	여부	없음	177	81.6	304	76.0	481	78.0
		있음	40	18.4	96	24.0	136	22.0
	이유	의료진 태도	3	7.5	14	14.6	17	12.5
		의료에 대한 설명 불충분	3	7.5	24	25.0	27	19.9
		시설이나 환경 문제	2	5.0	10	10.4	12	8.8
		절차와 과정의 어려움	9	22.5	20	20.8	29	21.3
		예상 이상의 의료비	13	32.5	11	11.5	24	17.7
		시간대비 짧은 진료시간	10	25.0	16	16.7	26	19.1
기타	0	0	1	1.0	1	0.7		
의료 이용 결과	여부	없음	184	84.8	308	77.0	492	79.4
		있음	33	15.2	92	23.0	125	20.3
	이유	효과 미흡	9	27.3	33	35.9	42	33.6
		사후관리 설명 불충분	4	12.1	12	13.0	16	12.8
		궁금증, 불안해결 안됨	5	15.2	12	13.0	17	13.6
		의료진 접촉 중 불쾌함	3	9.1	7	7.6	10	8.0
		상업적 의료경험	11	33.3	22	23.9	33	26.4
		의료비의 가계부담	1	3.0	6	6.5	7	5.6

은 반면, ‘예상 이상의 의료비’ 때문에 부담을 느낀 경우는 대도시에서 32.5%로 시·군의 11.5%에 비해 높았다. 의료이용의 결과 단계에서는 과잉진료나 검사로 인한 ‘상업적 의료경험’이 대도시에서 33.3%로 높았다.

3. 미충족의료 경험 응답 차이에 따른 집단 간 특성의 기술분석

기존 문항과 새로운 문항의 ‘의료 찾기, 선택, 도달 단계’를 비교할 때 두 집단 사이에 유의한 차이가 있는

속성은 거주지, 주관적 건강수준, 의료자원의 가용성이었다(표 4). 차이집단(B1)은 동일집단(A1)에 비해 광역시나 군지역에 거주하는 비율이 높고 주관적 건강수준

이 나쁜 비율이 높으며, 의료자원 가용성이 낮은 동네에 거주하는 비율이 높았다. 기존 문항과 ‘의료이용 중 단계’를 비교하면 두 집단 사이에 유의한 차이가 있는

<표 4> 두 미충족의료 문항 간 응답 동일집단과 차이집단의 사회·경제·의료자원 특성

구분	의료 찾기 단계			의료 이용 단계			의료이용 결과 단계			
	A1	B1	p-value	A2	B2	p-value	A3	B3	p-value	
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)		N(%)	N(%)		
합계	394(77.9)	112(22.1)		420(83.0)	86(17.0)		437(86.4)	69(13.6)		
거주지	서울특별시	80(20.3)	14(12.5)	0.000	79(18.8)	15(7.4)	0.168	84(19.2)	10(14.5)	0.394
	광역시	62(15.7)	31(27.7)		78(18.6)	15(17.4)		80(18.3)	13(18.8)	
	일반 시	182(46.2)	34(30.4)		185(44.1)	31(36.1)		189(43.3)	27(39.1)	
	군	70(17.8)	33(29.5)		78(18.6)	25(29.1)		84(19.2)	19(27.5)	
성별	남성	198(50.3)	57(50.9)	0.905	211(50.2)	44(51.2)	0.876	221(50.6)	34(49.3)	0.841
	여성	196(49.8)	55(49.1)		209(49.8)	42(48.8)		216(49.4)	35(50.7)	
연령	20대	53(13.5)	11(9.8)	0.366	57(13.6)	7(8.1)	0.149	60(13.7)	4(5.8)	0.331
	30대	51(12.9)	15(13.4)		59(14.1)	7(8.1)		59(13.5)	7(10.1)	
	40대	71(18.0)	19(17.0)		77(18.3)	13(15.1)		77(17.6)	13(18.8)	
	50대	76(19.3)	31(27.7)		84(20.0)	23(26.7)		90(20.6)	17(24.6)	
	60대 이상	143(36.3)	36(32.1)		143(34.1)	36(41.9)		151(34.6)	28(40.6)	
교육 수준	중졸 이하	63(16.0)	11(9.8)	0.228	59(14.1)	15(17.4)	0.324	61(14.0)	13(18.8)	0.606
	고졸 이하	161(40.9)	47(42.0)		180(42.9)	28(32.6)		184(42.1)	24(34.8)	
	전문대졸 이하	69(17.5)	17(15.2)		71(16.9)	15(17.4)		74(16.9)	12(17.4)	
	대졸 이상	101(25.6)	37(33.0)		110(26.2)	28(32.6)		118(27.0)	20(29.0)	
월평균 소득	<200만원	65(16.5)	19(17.0)	0.778	67(16.0)	17(19.8)	0.131	70(16.0)	14(20.3)	0.781
	201-400만원	145(36.8)	38(33.9)		158(37.6)	25(29.1)		161(36.8)	2(31.9)	
	401-600만원	133(33.8)	43(38.4)		139(33.1)	37(43.0)		152(34.8)	24(34.8)	
	601만원-	51(12.9)	12(10.7)		56(13.3)	7(8.1)		54(12.4)	9(13.0)	
고용형태	정규직	142(36.0)	43(38.4)	0.500	155(36.9)	30(34.9)	0.049	160(36.6)	25(36.2)	0.116
	비정규직, 임시직	32(8.1)	12(10.7)		30(7.1)	14(16.3)		33(7.6)	11(15.9)	
	자영업자	79(20.1)	16(14.3)		79(18.8)	16(18.6)		82(18.8)	13(18.8)	
	무직	141(35.8)	41(36.6)		156(37.1)	26(30.2)		162(37.1)	20(29.0)	
주관적 건강	좋음(보통 포함)	356(90.4)	92(82.1)	0.016	382(91.0)	66(76.7)	0.000	400(91.5)	48(69.6)	0.000
	나쁨	38(9.6)	20(17.9)		38(9.1)	20(23.3)		37(8.5)	21(30.4)	
의료이용경향	잘 안감(보통 포함)	165(41.9)	229(58.1)	0.853	172(41.0)	41(47.7)	0.250	175(40.1)	38(55.1)	0.019
	자주 가는 편	229(42.9)	64(57.1)		248(59.1)	45(52.3)		262(60.0)	31(44.9)	
인적자원	가까운 의료인	73(18.5)	17(15.2)	0.457	76(18.1)	14(16.3)	0.753	82(18.8)	8(11.6)	0.300
	부탁 가능한 의료인	128(32.5)	43(38.4)		139(33.1)	32(37.2)		144(33.0)	27(39.1)	
	없음	193(49.0)	52(46.4)		205(48.8)	40(46.5)		211(48.3)	34(49.3)	
의료이용 추정보원	대중매체	55(14.0)	15(13.4)	0.121	60(14.3)	10(11.6)	0.731	64(14.7)	6(8.7)	0.687
	인터넷 검색	101(25.6)	37(33.0)		110(26.2)	28(32.6)		117(26.8)	21(30.4)	
	공적 정보	21(5.3)	3(2.7)		19(4.5)	5(5.8)		21(4.8)	3(4.4)	
	지인(비의료인)	112(28.4)	38(33.9)		126(30.0)	24(27.9)		127(29.1)	23(33.3)	
	지인(의료인)	105(26.7)	19(17.0)		105(25.0)	19(22.1)		108(24.7)	16(23.2)	
의료기관 가용성	보통이상	355(90.1)	81(72.3)	0.000	377(89.8)	59(68.6)	0.000	384(87.9)	52(75.4)	0.005
	아닌편	39(9.9)	31(27.7)		43(10.2)	27(31.4)		53(12.1)	17(24.6)	
문제 제기	보통이상	312(79.2)	85(75.9)	0.454	336(80.0)	61(70.9)	0.062	344(78.7)	53(76.8)	0.720
	아닌편	82(20.8)	27(24.1)		84(20.0)	25(29.1)		93(21.3)	16(23.2)	
시간적 여유	40점 미만	86(21.8)	23(20.5)	0.072	84(20.0)	25(29.1)	0.006	89(20.4)	20(29.0)	0.023
	40-69점	138(35.0)	52(46.4)		151(36.0)	39(45.4)		159(36.4)	31(44.9)	
	70점 이상	170(43.2)	37(33.0)		185(44.1)	22(25.6)		189(43.3)	18(26.1)	

1) A1, A2, A3: 기존 미충족의료 문항에서 미충족 경험이 없다고 응답한 사람 중에서 새로 개발한 미충족의료 문항 중 의료 찾기 단계(A1), 의료이용 단계(A2), 의료 이용 결과 단계(A3)에 각기 미충족 경험이 없다고 응답한 동일 집단

B1, B2, B3: 기존 미충족의료 문항에서 미충족 경험이 없다고 응답한 사람 중에서 새로 개발한 미충족의료 문항 중 의료 찾기 단계(B1), 의료이용 단계(B2), 의료 이용 결과 단계(B3)에 각기 미충족 경험이 있다고 응답한 차이 집단

2) p-value는 카이제곱 분석으로 도출된 값임.

속성은 고용형태, 주관적 건강수준, 의료자원 가용성, 시간적 여유다. 차이집단(B2)이 동일집단(A2)에 비해 비정규직/임시직 비율이 높고, 주관적 건강수준이 나쁜 비율이 높으며, 의료자원 가용성이 낮은 동네에 거주할 비율이 높았고 시간을 자유롭게 쓸 수 있는 여유가 적다고 응답한 비율이 높았다. 마지막으로 ‘의료이

용 결과 단계’를 비교할 때 두 집단 사이에 유의한 차이가 있는 속성은 주관적 건강수준, 의료기관 이용 경향, 의료자원 가용성, 시간적 여유다. 차이집단(B3)이 동일집단(A3)에 비해 주관적 건강수준이 나쁜 비율이 높고, 같은 증상이 있을 때 다른 사람에 비해 의료기관을 잘 이용하지 않는 편인 비율이 높으며, 의료자원 가용성

<표 5> 기존 미충족의료 문항과 개발한 문항 간 응답 차이를 보인 집단의 다중 로지스틱 회귀분석 결과

구분	의료 찾기 단계	의료 이용 단계	의료이용 결과 단계	
성별	기준집단: 남성			
	여성	0.89 (0.53-1.49)	1.03 (0.56-1.89)	1.06 (0.56-2.00)
연령	기준집단: 20대			
	30대	1.86 (0.69-5.04)	0.75 (0.21-2.63)	1.93 (0.48-7.76)
	40대	2.00 (0.77-5.16)	1.33 (0.43-4.06)	3.19 (0.87-11.65)
	50대	3.23* (1.29-8.09)	4.25** (1.42-12.70)	4.69* (1.29-17.10)
	60대 이상	2.62 (0.93-7.35)	10.53*** (2.98-2.98)	9.51** (2.30-39.34)
교육수준	기준집단: 중학교 졸업 이하			
	고등학교 졸업 이하	2.12 (0.83-5.40)	0.53 (0.19-1.47)	0.64 (0.22-1.84)
	전문대(2-3년제) 졸업 이하	1.77 (0.54-5.80)	1.97 (0.54-7.25)	1.60 (0.42-6.13)
	대학교(4년제) 졸업 이상	2.42 (0.79-7.42)	2.14 (0.62-7.39)	1.31 (0.36-4.79)
월평균 소득수준	기준집단: 200만원 이하			
	201-400만원	0.94 (0.42-2.11)	1.12 (0.44-2.90)	1.38 (0.50-3.78)
	401-600만원	1.24 (0.51-3.06)	3.64* (1.22-10.86)	2.26 (0.72-7.12)
고용형태	기준집단: 601만원 이상			
	비정규직, 일용직	0.92 (0.37-2.24)	2.34 (0.87-6.24)	1.29 (0.46-3.62)
	자영업	0.68 (0.31-1.49)	0.86 (0.36-2.07)	0.56 (0.22-1.44)
	무직	1.24 (0.62-2.46)	1.00 (0.43-2.32)	0.61 (0.24-1.55)
거주지	기준집단: 서울특별시			
	광역시	3.06** (1.41-6.63)	0.75 (0.31-1.85)	1.17 (0.43-3.20)
	일반 시	1.11 (0.51-2.44)	1.19 (0.51-2.80)	2.18 (0.83-5.72)
주관적 건강수준	기준집단: 서울특별시			
	군	2.27 (0.96-5.36)	1.20 (0.46-3.13)	2.12 (0.70-6.36)
의료이용경향성	기준집단: 좋음			
	나쁨	2.22* (1.07-4.61)	5.21*** (2.33-11.63)	8.51*** (3.70-19.61)
인적 자원	기준집단: 많은 편			
	적은 편(보통 포함)	0.98 (0.57-1.67)	0.56 (0.29-1.06)	0.41* (0.21-0.83)
의료이용 추정보원	기준집단: 가까운 의료인			
	부탁 가능 의료인	1.77 (0.85-3.68)	0.91 (0.39-2.10)	1.38 (0.52-3.66)
	없음	1.06 (0.51-2.20)	0.74 (0.32-1.70)	1.26 (0.48-3.32)
의료기관가용성	기준집단: 대중매체			
	인터넷	2.01 (0.87-4.65)	1.83 (0.68-4.97)	2.57 (0.80-8.29)
	공적 정보	0.59 (0.13-2.62)	2.31 (0.58-9.17)	2.11 (0.40-11.12)
	비의료인 의견	1.65 (0.76-3.57)	1.27 (0.49-3.26)	2.57 (0.85-7.73)
문제제기	기준집단: 의료인 의견			
	의료인 의견	0.82 (0.35-1.94)	1.00 (0.38-2.66)	1.55 (0.50-4.76)
시간가용성	기준집단: 보통 이상			
	아닌 편	3.68*** (1.96-6.93)	4.33*** (2.15-8.71)	2.22* (1.02-4.86)
	아닌 편	0.87 (0.48-1.56)	1.23 (0.64-2.35)	0.91 (0.44-1.89)
시간가용성	기준집단: 보통 이상			
	아닌 편	0.87 (0.48-1.56)	1.23 (0.64-2.35)	0.91 (0.44-1.89)
	아닌 편	0.87 (0.48-1.56)	1.23 (0.64-2.35)	0.91 (0.44-1.89)
시간가용성	기준집단: 40점 미만			
	40-69점	1.48 (0.77-2.82)	0.89 (0.44-1.78)	0.82 (0.39-1.72)
	70점 이상	0.92 (0.44-1.96)	0.23*** (0.10-0.56)	0.24** (0.09-0.63)

1) 표 안의 값은 오즈비(95% 신뢰구간)

2) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

이 낮은 동네에 거주할 비율이 높고 시간적 여유가 적다고 응답한 비율이 높았다.

4. 미충족의료 응답 차이의 요인분석

다른 변수들을 보정한 상태에서 독립적인 영향을 보기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 수행한 결과는 < 표 5>와 같다. 기존 미충족의료 문항에서는 미충족으로 측정되지 않았지만 새로운 문항의 세 단계별 미충족 경험에 추가로 미충족 경험이 포착되는 차이집단(B)의 속성은 다음과 같다. ‘의료 찾기, 선택, 도달 단계’에서는 20대에 비해 50대에서 3.23배(95% CI: 1.29-8.09), 서울특별시에 비해 광역시 거주자에서 3.06배(95% CI: 1.41-6.63), 주관적 건강수준이 나쁜 경우 2.22배(95% CI: 1.07-4.61), 가용한 대체 의료자원이 별로 없는 곳의 거주자에서 3.68배(95% CI: 1.96-6.93)였다. ‘의료 이용 중 단계’에서는 20대에 비해 50대와 60대 이상에서 각각 4.25배(95% CI: 1.42-12.70)와 10.53배(95% CI: 2.98-2.98), 월 평균 가구소득이 200만원 미만인 집단에 비해 401-600만원인 경우 3.64배(95% CI: 1.22-10.86), 주관적 건강수준이 나쁜 경우 5.21배(95% CI: 2.33-11.63), 의료자원 가용성이 별로 좋지 않은 곳에서 사는 경우 4.33배(95% CI: 2.15-8.71), 시간을 자유롭게 활용할 수 있는 정도가 높은 경우 0.23배(95% CI: 0.10-0.56)였다. ‘의료이용 결과 단계’에서는 20대에 비해 50대와 60대에서 각각 4.69배(95% CI: 1.29-17.10)와 9.51배(95% CI: 2.30-39.34), 주관적 건강수준이 나쁜 경우 8.51배(95% CI: 3.70-19.61), 의료이용을 잘 하지 않는 경우 0.41배(95% CI: 0.21-0.83), 의료자원 가용성이 별로 좋지 않은 곳에서 사는 경우 2.22배(95% CI: 1.02-4.86), 시간을 자유롭게 활용할 수 있는 정도가 높은 경우 0.24배(95% CI: 0.09-0.63)였다.

IV. 고찰 및 결론

이 연구는 기존의 미충족의료 문항과 이용자 관점에서 개발한 의료이용 미충족 경험 문항 사이의 응답 결과를 비교함으로써 의료이용의 불평등을 측정할 수 있는 보완적 접근방법을 검증하고자 하였다. 기존의 미충족의료 지표는 의료기관을 방문하거나 의료인을 만나 서비스를 이용하였는지 여부만으로 측정하는 방식이라면, 이용자 관점에서 개발한 지표는 의료를 찾고, 이용하고, 그 결과로 이어지는 일련의 과정에서 미충족이 있었는지 여부를 측정하였다. 두 지표가 불평등의 관점에서 의료필요가 어떤 집단에서 더 충족되지 못하는지를 유사하게 측정해낸다면 동일 집단과 차이 집단의 사회경제적 특성에 차이가 없었을 것이다. 그러나 결과는 이용자 관점에서 개발한 문항을 통해 사회경제적으로 취약한 집단의 경험이 더 많이 포착되는 것을 보여주었다.

먼저 미충족의료 경험율에 차이가 있었다. 2017년 한국의료패널조사에서 미충족의료율은 10.7%, 이유로는 ‘방문시간이 없어서’가 39.4%, ‘중세가 경미해서’가 26.1%, ‘경제적 이유’가 21.2%였다(문성용 등, 2019). 이 연구에서 미충족의료 경험률은 18.0%로 더 많이 측정되었는데, 연구의 표본이 전국 단위 표본조사에서 활용한 인구집단의 구조와 비교할 때 연령대가 높고 소득수준이 낮은 경향이 있기 때문으로 보인다. 미충족의료의 이유는 응답률이 높은 순서가 ‘방문시간’, ‘중세 경미’, ‘경제적 이유’의 순으로 동일했다. 기존의 지표로 측정한 미충족의료 경험율에 비해 개발한 문항에서 측정한 세 단계의 경험이 각기 30.8%, 22.0%, 20.3%로 더 많은 것으로 나타나 기존의 문항으로 미처 파악하지 못한 미충족 경험이 존재함을 확인할 수 있었다.

미충족의료의 원인에 대한 해석도 새롭게 해볼 수 있었다. 기존의 문항을 통해 파악된 미충족의료의 이

유는 ‘시간 부족’, ‘증상의 경미함’, ‘경제적 부담’이었으나, 새로운 문항 중에서 가장 유사한 경험에 해당하는 의료 찾기와 선택 단계의 미충족에서 파악된 이유는 ‘어떤 병의원을 선택해야 할지 어려움’, ‘근처에 갈 만한 병원이 없음’, ‘전공과목을 모름’이라는 응답이 높게 나타나 병의원 선택의 책임이 온전히 이용자에게 맡겨진 한국의 의료전달체계의 문제가 적지 않음을 시사하였다. 기존 문항과 개발한 문항 중 ‘의료 선택, 찾기 도달 단계’에 모두 미충족 경험이 있다고 응답한 사람의 미충족 이유를 비교한 결과는 지면의 한계로 결과에 제시하지 못하였으나 두 문항 간 비교에 시사하는 바가 있었다. 기존 문항에서 ‘경제적 부담’을 미충족의 이유로 들었던 22명 중 새로운 문항에서도 ‘의료비 부담’이라고 응답한 사람은 9명뿐이었고, 나머지는 4명이 ‘전문과목을 모름’, 4명이 ‘병원 시간을 맞추기 어려움’, 3명이 ‘병의원 선택이 어려움’, 2명이 ‘근처에 갈만한 병원이 없음’으로 다르게 응답하였다. 시간이 없어서 미충족이 있었다고 응답한 15명 중에서는 ‘병원 운영 시간에 맞추기 힘들어서’라는 응답이 4명에 불과했고, ‘근처에 갈만한 병원이 없음’의 경우가 6명, 나머지 3명과 2명이 각각 ‘병의원 선택이 어려움’, ‘전문과목을 모름’으로 응답하여 차이를 보였다. 이는 사람들의 의료이용 과정 중 미충족을 경험하게 되는 복잡한 기제 가운데 기존 문항에서 선택지로 제시되어왔던 내용이 과잉대표 되었을 가능성을 보여준다. 그 외에도 아예 기존에 측정되지 않았던 의료이용 중 단계와 의료이용 결과 단계에서의 미충족이 적지 않다는 점, 그 이유에 지역별 차이가 존재한다는 것도 향후 의료불평등의 해결과 지역에 맞는 의료체계 개선을 위해 반드시 고려해야 할 부분이다.

이 연구의 본 분석인 기존문항과 새로운 문항 사이의 응답 차이를 보인 집단의 특성은 다른 특성을 모두 보정하고도 모든 의료이용 단계에서 공통적으로 중년이거나 막 노년에 접어든 집단, 주관적 건강수준이 나

쁜 집단, 주변에 달리 선택할만한 의료기관 가용성이 낮은 집단일 경향이 높았다. 의료이용의 단계별로 별도의 요인을 살펴보면 다음과 같다.

‘의료 찾기, 선택, 도달 단계’의 경우 다른 단계와 달리 거주지가 영향을 미쳐 서울보다 광역시에 거주하는 경우 미충족 경험율이 높았다. 이 결과는 광역시의 의료 인프라 수준과 사람들이 의료필요에 대해 기대하는 수준 사이의 불균형이 있어 광역시가 서울이나 시·군 거주자보다도 더 찾기와 선택의 어려움 경험으로 나타났을 것이라 해석해볼 수 있다. 예컨대 기대하는 의료의 다양성과 수준은 시·군보다 높아졌지만 의료자원의 양과 질은 아직 서울에 미치지 못한 상황에서 이와 같은 결과가 나올 수 있다. <표 3>에서 대도시에서 시·군보다 ‘전공과목을 몰라서’ 어려움을 겪는 일이 상대적으로 많다고 응답한 결과와도 유사하다. 김동진 등(2018)은 중소도시와 군 거주자들이 지역에 이비인후과나 비뇨기과와 같은 세부 전공과목이 없거나 희소하여 해당 일차진료를 위해 타지역까지 나가야 하는 상황을 불편해한다는 것을 보고하였고, 양적으로도 군지역의 일차의료 자체충족률은 도시보다 훨씬 낮다. 서울과 광역시는 웬만한 전공과목 의원이 지역 내에 다수 분포하므로 정확한 과목을 선택해야 한다는 인식이 더 높은 반면, 작은 시·군에서는 관내에 전공과목 의원 자체가 많지 않고 일반의원에서 여러 증상을 해결하는 것이 익숙하다. 이와 같이 의료필요 인식의 불평등과 오랜 미충족 경험의 축적으로 인한 기대조정은 실제 존재할 수 있는 미충족의 불평등을 알기 어렵게 만든다(김동진 등, 2016; 박유경 등, 2020).

다음으로 ‘의료이용 중 단계’와 ‘의료이용 결과’ 단계에서 차이 집단의 특성으로 확인된 공통적인 요인으로 독특한 점은 개발한 문항에서 추가로 미충족 경험을 보고한 군에서 시간적 여유가 적은 경향을 보인다는 것이다. 이는 시간적 여유가 부족한 집단은 의료리를 이용하더라도 그 과정이나 결과에서 추가적인 미충족을

경험할 가능성이 높다는 것을 의미한다. 시간적 여유가 충분한 집단에 비해 부족한 시간을 내서 병의원에 간다는 자체가 높은 필요도와 기대수준을 의미하므로, 의료이용의 경험이 그에 미치지 못하였거나 시간에 쫓겨 충분하지 못한 서비스를 받을 수밖에 없었을 가능성 둘 다 내포한다. 그 외에 ‘의료이용 중 단계’에서만 유의하게 나타난 요인으로 소득수준이 중상위 수준인 집단에서 개발한 문항에 미충족 경험을 더 많이 응답하는 경향이 있는 것은 광역시 거주 집단에서와 비슷한 해석이 가능할 것이다. ‘의료이용 결과 단계’에서만 유의하게 나타난 요인으로 의료이용을 상대적으로 적게 하는 경향이 있는 집단에서 개발한 문항에 미충족이 있다는 응답을 더 적게 하는 것은 의료이용에 대한 필요 인식의 민감도와 기대 수준이 하향 조정되었기 때문일 수 있다. 이상의 해석은 더 많은 표본으로 정밀한 분석을 통해 추가적인 검증이 이루어져야 할 것이다. 그럼에도 이 연구는 이용자 관점에서 보완된 미충족의료 문항이 기존의 문항에 비해 더 취약한 조건을 지닌 사람들의 고통과 어려움을 더 민감하게 파악하고 드러내준다는 것을 확인했다는 의의를 가진다.

이 연구는 연구 설계와 관련하여 다음과 같은 제한점을 가진다. 첫째, 의료필요를 인식한 후의 단계부터 측정이 가능한 구조를 가지고 있으므로 기존 미충족의료 지표의 한계로 지적한 필요 인식의 편향은 의료이용 단계별 미충족 경험을만 측정한다면 새로운 도구로도 극복할 수 없다. 미충족 경험의 이유를 분석하면 의료필요의 인식과 의료이용에 대한 기대 편향을 해석해 볼 수도 있겠으나 경험률의 집단 간 격차를 비교하는 방식만으로는 여전히 한계가 있다. 인식의 편향은 설문도구의 개발 과정에서 질적 조사를 통해 확인할 수 있었으며, 현실적으로는 Kruk et al. (2018)의 연구에서처럼 비뉘를 활용하거나 간단한 정성적 조사방법을 함께 수행하는 것이 도움이 될 것이다. 둘째, 전국 단위의 성, 연령, 지역 비례할당 표본을 확보하지는 못하였

으므로 전국 단위의 미충족의료 결과와 비교하는 것은 불가능하다는 한계가 있다. 이 연구의 표본 추출은 일부 지역을 대상으로 하였으며 대도시에 비해 중소도시와 군지역이 과대표집 되었다. 대도시와 시·군을 조사한 시기가 5개월 정도 차이가 난다는 것도 계절적 차이로 인해 조사 결과에 영향을 줄 수 있다. 이러한 한계에도 불구하고 같은 조사업체를 통해 조사함으로써 문항에 미치는 영향을 최소화하고자 하였다. 이 연구의 주목적은 같은 표본이 기존 문항과 새로운 문항에 동시에 응답한 결과를 비교하는 것이므로, 표본의 대표성이 연구의 주요 목적 달성에 핵심적 문제가 되지는 않을 것으로 판단하였다.

이 연구는 이용자 관점을 반영한 의료이용의 단계별 미충족 문항을 개발해 측정된 결과 기존 지표로 볼 수 없었던 사람들의 경험을 포착할 수 있었다. 그리고 기존 문항과의 응답 차이를 분석하여 다른 관점을 지닌 측정도구가 불평등의 관점에서 어떤 차이를 가져올 수 있는지를 보이고자 하였다. 지금까지 우리는 실제 존재하는 의료이용과 미충족 경험을 한 가지 형태로 수렴해온 도구로 측정된 결과에 기초해 미충족疫료를 인식해왔다. 어떠한 도구도 완벽하게 현상을 담아내기란 불가능하겠지만 동일한 현상을 측정하기 위해 다양한 관점의 도구를 활용하여 보완할 수 있다. 측정하고자 하는 현상이 시대와 사회에 따라 변화한다면 계속해서 도구와 방법을 수정해나가야 한다. 의료는 가치 있는 삶을 추구하기 위해 필요한 핵심 역량으로, 의료필요가 아닌 다른 사회적 구조와 기제 때문에 발생하는 불평등에 더 민감해야 한다. 이용자, 즉 사람중심 관점은 의료의 질적 격차를 줄이기 위한 필수 요소이며, 전문가 관점이나 정책결정자 관점의 한계를 극복하여 보건 의료의 공공성을 높이기 위한 접근 전략으로도 중요하다(김창엽, 2019). 의료불평등을 해결하기 위한 첫 단계는 현실을 제대로 반영하여 측정하고 알리는 것이다. 이미 다양한 전국 단위의 조사가 진행되는 상황에서

갑자기 새로운 문항으로 전환하거나 새로 많은 문항을 도입하는 것은 쉽지 않다. 그러나 향후 의료불평등을 측정하고 모니터링하기 위해 미충족의료 개념을 활용하고자 할 때 기존의 자료원을 활용하는 것에 조금 더 비판적인 관점이 필요하다. 기존의 문항을 해석하는 과정에서 발생할 수 있는 한계를 인식하고 질적 방식이나 다른 양적 자료로 해석을 보완할 수 있다. 또한, 변화하는 사회와 시대를 반영해 문항을 지속적으로 보완해나가도록 노력해야 할 것이다.

참고문헌

- 강군생, 김정선, 2017, “노인의 사회적 입원으로 인한 요양병원에서의 삶의 변화”, 『한국노년학』, 37(1), 103-123.
- 강희정, 김승욱, 하솔잎, 김소은, 서은원, 2016, 『2016 한국 의료 질』, 연구보고서, 세종 : 한국보건사회연구원.
- 권순만, 양봉민, 이태진, 오주환, 이수형, 2003, “보건의료이용의 형평성”, 『보건경제연구』, 9(2), 13-23.
- 김동진, 윤희보, 이정아, 채희란, 2014, “의료패널자료를 활용한 우리나라의 의료이용 불평등 측정”, 『보건사회연구』, 34(3), 33-58.
- 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등, 2016, 『국민의 건강 수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발』, 한국보건사회연구원.
- 김동진, 최지희, 이정아, 배정은, 김창엽, 박유경 등, 2018, 『국민의 건강 수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업개발』, 한국보건사회연구원.
- 김명희, 김새롬, 김유미, 류재인, 박금령, 박유경 등, 2015, 『건강불평등에 도전하기: 연구와 실천』, PHI 연구 보고서, 서울 : (사)시민건강연구소.
- 김석범, 강복수, 1994, “지역의료보험 실시 전후 도시 일부주민의 의료이용양상 비교”, 『예방의학회지』, 27(1), 117-134.
- 김소애, 서영원, 우경숙, 신영진, 2019, “국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰”, 『비판사회정책』, (62), 53-92.
- 김수희, 이정열, 2013, “결혼 이후 여성의 미충족 의료에 미치는 영향요인 분석”, 『Journal of Korean Academy of Nursing』, 43(6), 770-780.
- 김윤, 이태식, 박수경, 이희영, 황승식, 광미영 등, 2018, 『건강보험 의료이용지도(KNHI-Atlas) 구축 3차 연구』, 최종보고서, 원주 : 국민건강보험공단.
- 강승원, 장새움, 박지용, 이달별, 정주철, 2021, “부산시 응급의료서비스 접근성의 지역 간 불균형 및사회적 형평성에 대한 연구”, 『한국방재학회논문집』, 21(1), 35-46.
- 김정희, 김영숙, 김명순, 1999, “보건소 이용 노인의 미충족 의료요구”, 『노인간호학회지』, 1(2), 172-180.
- 김진구, 2012, “성, 연령, 지역에 따른 의료이용 형평성의 집단 간 비교”, 『사회복지연구』, 43(2), 319-344.
- 김진구, 2019, “2009-2015 년 의료이용 불평등 변화 추이와 영향요인”, 『사회보장연구』, 35(2), 63-92.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인, 2015, 『한국의 건강 불평등』, 서울: 서울대학교 출판문화원.
- 김창엽, 2019, 『건강의 공공성과 공공보건의료』, 파주: 한울아카데미.
- 김현희, 황지영, 박일수, 2016, “장애인 실태조사 자료를 이용한 국민기초생활수급 장애인의 미충족 의료 결정요인 분석”, 『한국장애인복지학』, 5-28.
- 문정화, 강민아, 2016, “독거노인의 미충족 의료와 영향요인”, 『보건사회연구』, 36(2), 480-510.
- 박선주, 이원재, 2017, “빈곤노인의 미충족 의료와 관련된 융합적 요인

- 분석”, 『한국융합학회논문지』, 8(1), 221-229.
- 박유경, 김진환, 김선, 김창엽, 한주성, 김새롬, 2020, “지역 의료불평등 해소를 위한 미충족 의료지표 활용의 비판적 분석”, 『보건행정학회지』, 30(1), 37-49.
- 박유경, 김창엽, 황승식, 2018, “미충족의료와 소득의 상호작용이 주관적 건강수준에 미치는 효과”, 『보건과 사회과학』, 47, 57-83.
- 박유경, 2019, “미충족의료 개념의 재정의와 측정”, 박사학위논문, 서울대학교 대학원.
- 신영전, 2015, “미충족 의료서비스 현황과 정책과제”, 『의료정책포럼』, 12(4), 71-77.
- 신자은, 2013, “건강보험 가입 재가 장애인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인”, 『보건사회연구』, 33(2), 549-577.
- 신호성, 김동진, 2007, “건강수준 및 의료이용의 형평성”, 강은정 등, 2007, 『국민건강영양조사 제3기(2005) 심층분석』, 세종: 한국보건사회연구원·질병관리본부.
- 이정미, 정주원, 길상선, 2001, “일부 농촌지역 노인들의 의료이용에 관한 연구”, 『전북의대논문집』, 25(1), 31-42.
- 임국환, 이준협, 2010, “의료기관 종별 소득계층간 의료이용 불평등”, 『보건경제와 정책연구』, 16(2), 39-56.
- 전보영, 권순만, 2015, “장애인의 보건의료 접근성 저해 요인: 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한 미충족의료를 중심으로”, 『사회보장연구』, 31(3), 145-171.
- 전보영, 최수민, 김창엽, 2012, “지역의 경제수준에 따른 의료자원 분포의 형평성 분석”, 『보건행정학회지』, 22(1), 85-108.
- 조병희, 2010, 『질병과 의료의 사회학』, 서울: 집문당.
- 허순임, 김수정, 2007, “우리나라 성인의 미충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로”, 『보건경제와 정책연구』, 13(2), 1-16.
- 허순임, 이해재, 2016, “미충족 의료 경험과 보건 의료체계에 대한 인식”, 『보건경제와 정책연구』, 22(1), 59-89.
- Donabedian, A., 1988, “The quality of care. How can it be assessed?”, *Journal of American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Gale, N.K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S., 2013, “Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research.”, *BMC medical research methodology*, 13(1), 1-8.
- Ko, H., 2016, “Unmet healthcare needs and health status: panel evidence from Korea”, *Health Policy*, 120(6), 646-653.
- Kruk, M.E., Gage, A.D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H.H., Roder-DeWan, S., et al., 2018, “High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution”, *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252.
- Levesque, J-F., Harris, M.F., & Russell, G., 2013, “Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.”, *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.
- Smith, J., & Firth, J., 2011, “Qualitative data analysis: the framework approach”, *Nurse Researcher*, 18(2), 52-62.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Van der Burg, H., Christiansen, T., De Graeve, D., Duchesne, I., et al., 2000, “Equity in the delivery of health care in Europe and the US”, *Journal of Health Economics*, 19(5):553-583.
- Whitehead, M., 1998, “Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective”, *The Millbank Quarterly*, 76(3), 469-492.

Exploratory Research for More Accurate Measurement of Healthcare Inequality:

Comparison of Conventional Indicators of Unmet Healthcare Needs with Indicators

Supplemented from the User's Point of View

Yukyung Park*, Chang-yup Kim**†

Abstract

This study aimed to verify whether the healthcare utilization indicators developed from the user's point of view could measure healthcare inequality more accurately than conventional unmet healthcare needs indicators.

A face-to-face survey was conducted with 617 people using a measurement tool developed from the user's point of view. Two groups were identified. The first group responded that there were no unmet healthcare needs with both the existing and developed items. The second group responded that there were no unmet healthcare needs with the existing items but with the developed item. The characteristics between the groups were analyzed.

Analysis results indicated a significant difference in "in the stages of seeking healthcare," "during utilization," and "results of utilization" between age, self-rated health, and availability of healthcare facilities. More unmet healthcare needs were reported for tools developed in the group with people aged 50 and older (OR 3.23, 4.25, and 4.69, respectively), those in their 60s and older (OR 2.62, 10.53, 9.51, respectively), those with poor self-rated health (OR 2.22, 5.21, and 8.51, respectively), and those with poor availability of healthcare facilities (OR 3.68, 4.33, and 2.22, respectively).

The study results show that the risk of underestimating unmet healthcare needs in more vulnerable groups can be prevented (and more sensitively revealed) when measured from the user's standpoint than when measured with conventional unmet healthcare needs indicators. In the future, it is necessary to supplement the user's point of view when measuring healthcare inequality.

Keywords: Utilization, Access, People-centered, Patient-centered, Inequity

* Department of Preventive Medicine, Kangwon National University Hospital

** Graduate School of Public Health, Seoul National University, † Corresponding author (cykim@snu.ac.kr)