

지역 의료불평등 해소를 위한 미충족 의료지표 활용의 비판적 분석

박유경¹ · 김진환^{2,3} · 김선⁴ · 김창엽² · 한주성² · 김새롬⁴

서울대학교 보건대학원 ¹보건환경연구소, ²보건학과, ³서울대학교 의과대학 의료관리학교실, ⁴시민건강연구소

Critical Analysis of Unmet Healthcare Needs Index for Addressing Regional Healthcare Inequality

Yukyung Park¹, Jin-Hwan Kim^{2,3}, Sun Kim⁴, Chang-yup Kim², Joo-sung Han², Saerom Kim⁴

¹Institute of Health and Environment and ²Department of Public Health Sciences, Graduate School of Public Health, Seoul National University; ³Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine; ⁴People's Health Institute, Seoul, Korea

Background: Unmet healthcare needs have many advantages for measuring inequalities in healthcare use. However, the existing indicator is difficult to capture the reality of unmet healthcare needs sufficiently and is not quite appropriate in comparing regional inequality. The purpose of this study is to critically analyze the utilization of the unmet healthcare need indicator for regional healthcare inequalities research.

Methods: We used the level of healthcare accessibility and healthcare need to categorize the regions that are known to cause differences in healthcare utilization between regions and verified how existing unmet healthcare need indicator is distributed at the regional level.

Results: Four types of regions were classified according to the high and low levels of healthcare needs and accessibility. The hypothesis about the regional type expected to have the highest unmet healthcare need was not proved. The hypothesis about the lowest expected regional type was proved, but the difference in the average rate of unmet healthcare needs among regional types was not significant. The standard deviation of the rate of unmet healthcare needs among regions within the same type was also higher than the overall regional variation, which also disproved the whole frame of hypothesis.

Conclusion: Failure to prove the hypothesis means the gap between the supposed meaning of the indicator and the reality. In order to understand the current state of healthcare utilization of people in various regions of Korea and to resolve inequality, fundamental research on the in-depth structure and mechanisms of healthcare utilization is needed.

Keywords: Unmet healthcare needs; Regional healthcare inequalities; Inequalities of perception; Healthcare needs

서론

의료는 건강과 함께 개인이 가치 있게 여기는 삶을 추구할 자유를 확보하기 위한 조건이다. 의료불평등은 단지 건강불평등을 줄이기 위한 경로일 뿐 아니라 그 자체로도 사회정의에 부합하지 않는다

[1,2]. 이는 의료가 단지 건강수준을 향상하기 때문만이 아니라 질병과 건강문제로부터 기인하는 공포와 불안에 대처하기 위한 거의 유일한 수단이라는 의미가 있기 때문이기도 하다[3].

사회경제적 수준으로 알려진 소득, 학력, 직업(또는 고용상태)에 따른 의료이용의 불평등 연구는 다양하게 진행되고 있으나 의료이용의

지역 간 불평등에 대한 연구는 상대적으로 많지 않다. 한국은 민간 중심의 의료공급체계를 특징으로 하며, 의료자원이 시장원리에 따라 분포한다는 점에서 의료이용의 불평등을 설명할 때 지역이 중요한 축이 된다. 현실을 제대로 측정하는 것이 지역 간 의료불평등을 해소하기 위한 첫 단계라는 점에서 의료불평등 측정지표는 매우 중요하다. 지금까지 의료이용의 불평등을 측정하기 위해 사용해온 대표적 지표는 의료이용횟수, 의료비, 수평적 형평성 지수 등이 있다. 그러나 이들 지표는 실현된 의료이용에 대한 것으로는 의미를 갖지만 의료이용하지 못한 경우를 고려하지 못하거나 수평적 형평성을 평가하기 위한 의료필요 보정이 충분하지 못한 것과 같은 한계가 있었다[4].

미충족의료는 이와 같은 한계를 돌파할 수 있는 하나의 대안이 될 수 있다. 미충족의료는 의료이용을 반영하는 지표로 이미 널리 사용되고 있으며 불평등 연구도 많은 편이다. 실현된 의료이용을 측정하는 지표에 비해 주관적이라는 이유로 정확하지 못하다는 오해를 받기도 하지만 사실 주관적 지표이기 때문에 가지는 장점이 많다. 먼저 기술적으로는 의료필요를 충족하였는지에 대해 당사자에게 직접 물어보는 것이므로 따로 변수를 구성해 의료필요를 보정하는 데서 발생하는 오류로부터 자유롭다. 미충족이 발생한 이유를 물음으로써 이용 여부만으로는 알 수 없었던 의료이용의 질을 포함한 과정의 문제를 드러낼 수 있다. 즉 지역 간 미충족의료의 불평등이 있음을 보이는 것에 그치지 않고 그 이유를 측정함으로써 불평등의 기제가 무엇인지를 보여줄 수 있다는 것이다[5,6]. 더 근본적으로는 미충족의료의 주관적·총체적 특성은 보건의료영역의 연구와 실천이 기존의 전문가 중심 관점에서 사람 중심의 관점(people-centered healthcare)으로 전환하고 있는 흐름에 부합한다.

미충족医료를 이용해 지역 간 불평등을 설명하기 위해서는 한 단계 더 고려해야 할 부분이 있다. 미충족의료지표는 기본적으로 행태주의적 관점에서 개인의 경험(에피소드)을 단위로 이루어졌다는 점이다. 많은 연구가 미충족의료 요인을 분석하는 모델로 앤더슨의 의료이용모델을 기초로 하는데, 이때 미충족의료는 여성이거나 낮은 소득수준을 가진 경우 미충족 경험률이 높다는 설명과 같은 개인의 특성을 중심으로 한다. 미충족의료의 이유도 조사에 따라 선택지 구성에 차이가 있지만 주요 구성은 경제적 부담, 시간 부족, 증상이 가벼워서와 같이 개인 요인을 중심으로 한다. 그러나 지역 수준에서 개인 경험을 측정된 미충족의료의 집합으로 나타나는 수치는 단지 지역에서 거주하는 개인들로부터 기인하는 구성효과 외에도 지역 자체의 특성에서 기인하는 맥락효과를 포함해 이해해야 할 필요가 있다.

미충족의료지표를 이용해 지역 간 의료불평등을 설명하고자 한국 내 연구는 그리 많지 않으며, 지역 간 불평등에 대한 설명도 충분하다고 보기는 어렵다. Kim 등[7]의 연구에서 체계적 문헌고찰을 통해 검

토한 6편의 연구결과에서도 명확한 경향성을 보기 어려웠다. 도시와 농촌을 비교하면 당연히 보건의료자원이 부족한 농촌에서 미충족의료료가 높아야 할 것 같지만 연구결과는 일관되지 않았다. 수도권을 중심으로 의료자원이 집중되어 있는데도 도시지역의 미충족률이 높게 나오는 결과를 설명하는 데 교통발달로 인해 접근성이 높아졌다거나 미충족에 미치는 요인이 복합적이라는 설명은 충분하지 않다. 지역 사회건강조사에서 미충족의료지표를 매년 꾸준히 조사하고 지역보건의료에 대한 연간보고서에도 의료이용 부분의 단독지표로 제시되는 등 현실적 요구는 크지만, 막상 시군구 단위에서 의미 있는 분석과 설명은 찾기 어렵다. 시군구 단위에서 현재의 미충족의료지표로 측정된 미충족률을 비교했을 때 인구규모나 재정수준이 비슷한 상황의 군 지역임에도 불구하고 미충족의료 경험률에 큰 차이를 보이거나 연도에 따른 변이폭이 커 결과를 신뢰하기 어렵다[8]. 가장 최근에 발간된 지역건강통계 보고서를 보더라도 지역별, 연도별 미충족의료 경험률의 경향이나 변화를 해석하기 어렵다. 군 지역의 의료이용 문제가 심각한 것으로 알려진 것과 달리 시/구 지역과 군 지역 사이에 미충족의료 경험률은 큰 차이가 없다. 2018년도 미충족의료 하위 10순위 지역은 서울 동대문구부터 경북 예천군까지 대도시의 구 지역과 군 지역이 공존하며 상위 10순위도 서울 금천구부터 전남 진도군까지 다양하다[9]. 즉 일반적으로 지역의 미충족의료는 개념적으로 미충족의 중요한 요인이라고 알려진 지역의 의료인프라나 접근성으로 설명이 잘 되지 않는다. 지역단위의 보건의료계획을 수립하고 지역보건사업의 평가에 활용하기 위한 지역사회건강조사는 의료이용을 대표하는 유일한 지표로 미충족医료를 측정하는데, 상황이 이렇다 보니 미충족의료 경험률이 다른 지역에 비해서나 예년에 비해 높게 나온다고 하더라도 지역의 건강당국 입장에서 이를 해석하기 어렵고 결국 활용도가 떨어질 수밖에 없다. 지표의 문제는 문제의 진단을 위한 첫 걸음인 측정 자체의 문제를 의미하므로 중요하다. 지방인구가 줄어들고 고령화가 심해지면서 지역 간 의료불평등현상을 분석하고 평가하기 위한 필요는 점차 커지고 있다. 실재하는 지역 간 의료불평등을 드러내기 위한 지표로서 잠재력 있는 미충족의료지표를 제대로 활용하기 위해서는 현재의 미충족의료지표를 평면적으로 해석하는 데에 그치지 않고 한발 더 나아가 비판적인 관점에서 지표의 의미와 측정 도구를 먼저 검토해야 한다.

이 연구는 지역 의료불평등 연구에 대한 미충족의료지표의 활용 가능성을 비판적으로 분석함으로써 더 타당한 측정과 분석을 위한 지표 보완과 연구가 필요함을 주장하고자 한다. 이를 위해 먼저 기존의 미충족의료지표가 어떻게 활용되어 왔으며 그것이 시군구 단위의 지역 간 의료불평등을 연구하고 현실을 설명하는 데 어떻게 활용되고 있는지 국내 문헌을 중심으로 검토할 것이다. 다음으로 기존 미충족의료

지표가 시군구 단위에서 지역 간 미충족의료 차이를 타당하게 측정할 수 있는지를 분석하고 그 결과를 논하고자 한다.

선행연구 검토

1. 선행연구에서 미충족의료지표의 활용과 해석

국내에서 미충족医료를 주제로 한 연구는 1980년대 후반부터 일부 도시나 군 지역 등을 중심으로 한 현황분석 연구부터 시작해 점차 전국단위의 현황과 요인분석으로 확장되었다. 최근에는 특정 질병이나 하위인구집단을 대상으로 세분화하거나 복잡한 분석방법을 이용하는 연구도 증가하고 있다[8,10]. 초기에는 연구진이 직접 연구지역에서 조사하거나 수집한 자료를 통해 질병 여부나 의료이용 여부를 파악함으로써 미충족医료를 객관적으로 측정하려는 시도가 많았다. 공식으로 환산하면 '1-(의료이용자/의료요구자 또는 질병보유자)'인 셈이다[11-14]. 국민건강영양조사와 같은 보건 의료 관련 국가단위 조사가 늘어나고 대부분의 조사원에 미충족의료문항이 포함되면서 2000년대 중반부터는 대부분의 연구가 다음과 같이 주관적으로 측정된 미충족의료지표를 변수로 사용해왔다.

“지난 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있는가?”

지표가 거의 통일되다시피 한 것에 비하면 미충족의료의 개념은 아직 명확하게 합의되지 못했다. 미충족의료는 먼저 의료필요가 무엇이며, 그 필요가 충족되지 못한 것은 무엇인지에 해당하는 두 단계의 경험, 인지, 판단과정이 개입된다는 점에서 일단 복잡하다. 서론과 이론적 검토 부분에서 미충족의료의 개념을 고민하는 연구도 적지않아 꽤 많은 연구가 미충족医료를 어떻게 정의할지를 먼저 논하기도 했다. 지금까지의 방법으로는 명확하게 하기 어렵다는 결론을 내는 것이 대부분이고 결국 존재하는 지표를 사용해 의료필요의 미충족을 확인하는 것이 최선인 것으로 귀결된다.

기존 지표를 사용한다고 결정하는 한 발생하는 제약은 어쩔 수 없으나, 그 지표가 전체 개념 중 어디까지를 설명하는 지표인지 그 좌표를 충분히 구체적으로 짚고 넘어가지 않는 것은 문제다. 결론 부분에서도 제한적인 개념을 나타내는 지표로 분석한 의료 미이용 결과를 별다른 설명 없이 언급하는 경우가 흔하다. 이는 지표와 개념 사이의 내적 타당성 문제를 충분히 고려하지 않고 밝히지 않음으로써 지표로 포착된 현상을 전체 개념으로 확장할 오류 가능성을 남긴다. 즉 지표가 정의된 개념을 반영하여 만들어지는 것이 아니라 지표가 개념을

거꾸로 정의하는 셈이다. 결국 실재하더라도 지표가 포착하지 못하는 미충족의료는 측정에서 배제되고 측정된 미충족의료만으로 현실을 판단하게 만든다는 점에서 문제가 된다.

미충족의료의 있는 그대로의 의미는 개인 또는 집단의 의료필요를 분모로 하고 그 중에 충족된 정도를 분자로 했을 때 1이 되지 않는 경험 또는 상태이다. 그러나 지금 사용되는 지표는 의료필요를 '병의원에 가고 싶을 때/검사나 진료가 필요하다고 생각했을 때'로 정의하고 충족된 정도를 '갈 수 있었음/가지 못했음'의 여부로 정의한다. 문항이 간단하여 보건 의료 성과를 측정하는 총괄대리지표로 사용하기 좋다는 장점이 있으나 간단하기 때문에 많은 정보가 누락되거나 상반되는 기제가 하나로 제시된 수치 안에 가려질 위험도 있다.

미충족의료 개념을 근본적으로 논의하기 위해 최소한 세 가지 요소를 고려해야 한다. 첫째, 의료필요의 정의다. 교과서적으로는 의료필요(need)는 전문가가 인정한 객관적(의학적, 생물학적)인 것이고 의료욕구(want)는 일반인이 인지한 주관적인 것으로 구분하곤 한다[15]. 그러나 사회적 요구에 반응하여 발전해온 보건 의료체계의 역사를 보거나 실용적 차원에서 정책을 결정할 때에도 의료필요는 사회적 필요로서 그 둘 모두를 포괄한다. 이 연구는 교과서적인 의료필요(need)와 의료욕구(want)를 구분하지 않고 의료필요라는 용어를 사용한다. 의료필요의 속성은 단지 의료적으로 평가된 질병 여부나 신체적 영역뿐 아니라 인간적으로 존중받고 불안을 해소하고자 하는 것과 같은 심리적 영역과 신뢰할만하고 실력이 높은 의사를 만나고자 하는 규범적 영역까지 다양하다. 그 의료필요가 개개인을 통해 인식된다는 것 또한 중요하다. 필요는 창출될 수 있으며 의료필요 역시 시대와 사회에 따라 다르다.

둘째, 의료필요의 충족은 의료이용 여부만으로 결정되지 않는다. 기존 지표는 의료이용 여부를 필요충족 여부로 환원한다. 다시 말해 실제 이용자가 의료필요를 인식하는 것부터 충족하기에 이르는 일련의 경험 가운데 극히 일부인 전문가와 만났는지의 여부만으로 필요충족을 축소한다. 이용자의 입장에서는 어떤 의료기관과 의료인이 나의 의료필요를 충족해줄 수 있을 것인지를 검색하고 찾는 과정부터가 어려움의 시작이다. 진료를 받았다고 하더라도 그 과정이 충분하고 적절했는지는 또 다른 문제이며 결과적으로 문제가 잘 해결되었는지도 필요충족에서 중요한 부분이다.

셋째, 미충족의료의 이유를 분류하는 선택지는 의료필요가 미충족되는 과정과 기제를 충분히 반영하는지를 검토해봐야 한다. 이론적 모델을 참고해 선택지를 분류하고 미충족医료를 유형화하여 분석한 연구도 많지만 선택지마다 내포한 개념이 명확하지 않아 분류에 포함된 선택지가 조금씩 달라지는 문제가 있다. 일부 연구는 고찰을 통해 선택지 간 경계가 불분명하고 모호하여 해석하기 어려우며 상호배타

적이지 않은 문항이 있다거나 범주화할 수 없다는 문제 등 미충족 이유에 대한 조사가 개념적으로 엄밀하지 못하다는 한계를 지적하기도 했다[16,17].

미충족의료 연구가 축적됨에 따라 최근에는 기존 연구를 체계적으로 검토하는 연구도 이루어지고 있는데, 본래의 의미와 기존의 지표를 이용한 결과를 설명하는 과정에서 아직 혼란스러운 상태임을 볼 수 있다. Kim 등[7]의 연구는 서론에서 의료서비스 개념에 치료 중심 서비스 외에도 환자의 심리, 정서, 사회적 요구까지 포함되며, 환자가 필요한 서비스를 불충분하게 제공받았다고 인식하는 자체만으로도 부정적 영향을 가진다고 설명함으로써 미충족의료라 지닌 다면적 속성을 지적하였다. 그러나 미충족医료를 정의하는 단락에서 의료서비스 필요가 충족되지 못하는 경우를 ‘의료서비스를 제공받지 못한 경우’로 축소하고 만다. 기존의 연구를 종합하는 연구인만큼 이미 기존의 설문방법을 이용한 연구를 설명하는 것은 어쩔 수 없는 한계가 있을 것이나 본래의 정의와 검토한 연구들이 다른 영역과 의미의 차이를 설명하지는 않았다. 노인을 대상으로 한 미충족의료의 연구를 체계적으로 검토한 Shin 등[18]의 연구는 미충족의료의 개념을 따로 고찰하기도 했지만 주로 의료필요와 미충족을 객관적인 것과 주관적인 것으로 정의하고 측정할 수 있다는 차이를 드러내면서 현재 주관적인 평가지표를 주로 활용한다는 정도에서 그쳤다. 이들은 의료이용의 분석모델에서 고찰한 Levesque 등[19]의 모형에 비추어 기존 연구들로는 ‘의료서비스의 참여능력(ability to engage)’ 측면을 파악할 수 없어 이용했음에도 충족되지 못하는 부분의 연구가 부족함을 비판하며 기존 지표에 대한 문제의식을 드러내기도 했다.

2. 미충족의료의 지역불평등에 대한 기존 국내 연구 검토

미충족의료에 영향을 미칠 수 있는 지역효과를 설명하는 방식에는 보통 두 가지 접근이 있다. 개인적 요인의 하나로 다른 설명변수처럼 거주지를 설정하는 방법과 다수준분석을 통해 지역 자체의 특성이 개인의 특성과 독립적으로 존재하고 효과가 있다고 설정하는 방법이다. 국내 연구들은 대부분 개인적 요인의 하나로 지역변수를 포함하고 있다. 국내 미충족의료 연구에 대한 체계적 문헌고찰 결과에 의하면 지역변수의 영향은 일관되지 않고, 의료자원이 적은 지역이 많은 지역보다 미충족률이 높을 것이라는 일반적인 상식과 반대로 나타나기도 하지만 이에 대한 충분한 설명은 제시되지 못한 상황이다[7,18].

처음으로 다수준분석을 통해 국내 미충족의료의 지역효과를 보고자 한 Heo 등[20]의 연구는 지역을 16개 시도로 구분하고 의료자원을 중심으로 지역 효과를 파악하고자 하였다. 그 결과 개인효과를 보정하고 민간병상이 많은 지역에서 미충족의료 경험이 높다는 결과라도

출되었으며, 연구진은 이에 대한 해석으로 (1) 경쟁이 심화되어 행위별 수가제도 아래 가격이 아닌 질 경쟁을 통해 의료비가 증가함으로써 미충족의료료가 높아지고, (2) 의료기관 간 경쟁은 사실은 ‘불필요한 필요’인 욕구를 만들어(want creation) 인지된 필요를 높임으로써 일부 사람들에게 지불 불가능한 의료욕구를 만들어 미충족의료 경험을 높이고, (3) 민간병원이 많은 지역은 공공병원 의사들이 상대적 박탈감을 느끼게 하여 의욕을 잃게 하고, 공공병원 투자가 저해되어 질이 떨어짐으로써 공공병원을 이용하는 저소득층에 미충족을 유발할 수 있다고 설명했다. 분석한 지역단위가 커서 시도 안에서 오히려 클 수 있는 지역 간 환경격차를 반영하지 못한다는 단점에도 불구하고 이 연구는 미충족医료를 지역 간 의료불평등의 지표로 사용할 때 발생할 수 있는 인지적 차원의 문제를 잘 보여준다. 즉 일반적으로 의료필요를 의료전문가가 판단하여 인정한 객관적인 것으로 여기는 것에 비해 이 연구는 의료필요가 의료전문가와 이용자 사이의 상호작용을 통해 주관적으로 만들어질 수 있는 것임을 보여준다. 본 연구는 Heo 등[20]의 연구와 반대로 공급자에 의해 ‘유발된 의료필요’뿐 아니라 이용자의 상황에 따라 ‘억제된 의료필요’가 있을 가능성이 있음에 주목한다. 예컨대 지역 내에서 상급 종합병원을 본 적도 이용한 적도 없다면 그와 같은 의료기관에서 받을 수 있는 의료서비스가 필요로 형성되기 어려울 것이며, 일정 정도의 통증이나 증상에 대해 가볍게 생각하고 그런 것으로는 병원에 가는 것이 과하다는 문화에서 자라왔다면 어떤 상황에 병원을 찾는지에 대한 기준이 달라질 것이다.

Lee 등[21]의 연구는 253개 시군구를 분석단위로 하고 앞의 연구에서 분석한 공급요인 외에도 지역박탈 정도와 도시화(urbanity) 정도를 추가로 분석하였다. 그러나 연구가 초점을 맞췄던 박탈지수는 어떤 유형의 미충족의료 경험에도 유의한 효과를 내지 않는 것으로 나타났다. 이에 저자들은 지역의 사회경제적 수준을 대리하는 혼합지표로 박탈지수가 활용되지만, 박탈지수가 미충족의료에 미치는 효과가 지역 맥락효과보다는 지역에 거주하는 개인의 구성효과에서 비롯되었을 것이라고 설명한다. 도시화 변수에서 대도시의 미충족의료 경험률이 높은 결과에 대해서도 미충족의료라 무엇이며 어떤 상황을 반영하기에 지역의 맥락이 어떤 영향을 줄 수 있는지에 대한 고민을 바탕으로 한 Heo 등[20]의 설명 이상으로 더 깊이 있는 제안을 하지는 못했다. 그에 비하면 Kim과 Kang [22]의 연구는 분석한 지역을 서울시로 한정하고 지역의 특성이 미충족의료에 미칠 수 있는 영향에 대한 이론적 고찰을 풍부히 하고 변수를 구체화하였다. 지역박탈지수는 소득수준과 상호작용하여 박탈수준이 높은 지역은 저소득층의 미충족 경험률을 높이지만, 상대적 발생 증가율은 고소득층에서 더 높았다. 그 외에 사회적 자본으로 측정할 때 제도에 대한 신뢰와 같은 인식적 측면의 사회적 자본보다는 실질적이고 행위적인 측면의 사회적

자본(이웃과 연락빈도, 봉사활동 참여비율)이 의료접근성에 영향을 미친다고 설명하였다. 이 연구는 지역의 맥락효과를 최대한 설명하기 위해 노력했지만 반대로 미충족의료지표 자체가 가지는 한계에 대한 인식과 설명은 부족했다.

방 법

1. 접근 전략

이 연구는 통상적으로 사용하는 기존 미충족의료지표가 실제 의료이용과정에서 사람들이 경험하는 어려움과 미충족을 측정하는 데 한계를 가지고 있고, 특히 지역 간 비교에 있어서 미충족의료를 지역의 의료이용 문제를 반영하는 개념으로 활용하기 위해서는 지표의 개선이 필요함을 보이고자 한다. 앞서 논의한 이론적, 개념적, 기술적 한계를 생각할 때, 기존 미충족의료 측정값이 미충족의료의 이론적 가정에 따라 지역 간에 어떻게 분포하는지를 확인함으로써 개념과 측정의 간극을 보이고자 한다. 개인이 아닌 지역수준에서 미충족의료지표를 검토하는 것을 목적으로 하기에 지역 유형화를 위해 활용한 모든 지표는 개인이 아닌 지역수준의 지표를 사용하였다.

지역의 의료이용 문제와 미충족의료지표에 대한 고전적인 이해를 적용한다면 의료필요가 높고 의료접근성이 낮은 지역의 미충족의료 경험률은 높을 것이다. 반대로 의료필요가 낮고 접근성이 높은 지역에서 미충족의료 경험률은 낮아야 한다. 예를 들어 고령인구 비율이 높고 의료기관 수가 적어 ‘의료 붕괴위기’를 겪고 있다고 일컬어지는 한국의 농어촌지역에서는 미충족의료 경험률이 높게 나타나고, 비교적 젊은 인구비율이 높고 의료기관이 많이 분포한 도시지역에서 미충족의료 경험률은 낮게 나타날 것으로 예상할 수 있다. 이를 개념적으로 유형화하면 다음과 같은 지역을 상정할 수 있다(Table 1).

Table 1. Categorization of regional unmet healthcare needs

	High healthcare access	Low healthcare access
High healthcare needs	A	B
Low healthcare needs	C	D

이와 같이 시군구를 유형화했을 때 논리적으로 다음 가설들을 도출할 수 있다. 미충족의료 경험률이 가장 높은 지역은 B유형에 포함되는 지역일 것이다(가설 1). 같은 논리로 미충족의료 경험률이 가장 낮은 지역은 C지역이 될 것이다(가설 2). 이때 각각의 유형 안에 포함되는 지역에서 미충족의료 경험은 서로 유사한 수준이일 것이며(가설 3), 반대로 서로 다른 유형의 지역에서 미충족의료 경험률은 유의한

차이가 날 것이다(가설 4).

2. 연구자료와 지표설정

분석을 위해 보건복지부와 질병관리본부가 시군구 단위에서 근거 기반 보건정책을 수립하기 위한 목적으로 매년 지역을 대표할 수 있는 인구를 대상으로 조사한 자료인 지역사회건강조사를 자료로 활용한다. 지역사회건강조사는 주민등록주소자료를 기준으로 만 19세 이상 모든 성인에 대해 동/읍/면과 주택유형별 층화된 표본을 추출하며, 지역보건의료계획을 세우는 행정적 주체인 개별 보건소(시군구별로 1개소 설치가 원칙)마다 평균 900명에 대한 조사를 수행한다. 결과지표로 2015년 지역사회건강조사에서 시군구별 미충족의료 경험률을 추출하고 지역유형화를 위한 변수로 같은 조사에서 교육수준, 연령, 성별을 표준화한 주관적 건강수준, 고혈압과 당뇨 유병률을 추출했다. 시군구 수준에서 의료접근성을 파악하기 위해 보건복지부 보건 의료통계에서 지역별 병상과 의사 수를 이용했고, 의료필요는 행정안전부가 제공하는 2015년 7월의 연앙인구에서 65세 이상 인구비율과 지역사회건강조사를 통해 측정된 당뇨/고혈압 유병률과 주관적 건강수준을 활용했다(Table 2). 이후 시간에 따른 지표의 안정성을 확인하기 위해 2016년에서 2018년 사이의 미충족의료 경험률을 추가로 제시하였다.

Table 2. Variables of composite index

Composite index	Variables	Direction
Healthcare needs	Population proportion over 65 yr	+
	Prevalence of diabetes mellitus	+
	Prevalence of hypertension	+
	Subject health rate	-
Healthcare access	No. of physicians per 1,000	+
	No. of beds per 1,000	+

의료필요와 의료접근성 수준을 한 개의 복합지표(composite measure)로 구성하고, 이를 토대로 지역 비교를 수행했다. 서로 다른 측정단위와 구성적 차원을 가지고 있는 지표들을 의료필요와 의료접근성이라는 두 가지 차원으로 종합하기 위해 기존 논문에서 활용한 지표들을 확인하고[20-22], 각각의 지표를 표준화 점수(z-score)로 변환하여 합산(additive method)하여 4분위를 구분하고, 이를 유형화에 활용했다[23]. 구체적으로 의료필요지표는 65세 이상 인구비율과 당뇨 유병률, 고혈압 유병률의 표준화 점수에 양의 부호를, 주관적 건강수준이 좋다고 응답한 사람의 비율의 표준화 점수에는 음의 부호를 부여하여 이를 합산한 후 이를 4분위로 나누었고, 의료접근성의 경우 인구 1,000명당 의사수와 병상수에 표준화 점수를 부여하고 이를 합

산하여 4분위로 나누었다.

3. 통계분석방법

지역의 미충족의료 경험률이 도출된 가설들을 충족시키는지 파악하기 위해 의료필요와 의료접근성에 따라 지역을 유형화하였다. 구성변수들의 표준화 점수 합산으로 도출한 복합지표인 의료접근성과 의료필요를 각각 4분위로 구분하고, 의료접근성과 의료필요 모두 상위 1분위인 지역을 A유형, 의료접근성이 하위 4분위이면서 의료필요는 상위 1분위인 지역을 B유형, 의료접근성이 상위 1분위이면서 의료필요는 하위 4분위인 지역을 C유형, 의료접근성과 의료필요 모두가 하위 4분위인 지역을 D유형으로 분류하였다. 지역 간 차이를 비교하는 데에는 일원배치분산분석(one-way analysis of variance)을 이용하였다. 모든 분석에는 STATA ver. 14.2 (Stata Corp., College Station, TX, USA)를 사용하였다.

결 과

1. 시군구별 미충족의료 기술분석 결과

2015년 지역사회건강조사에서 전국 미충족의료 경험률(조율,

crude rate)은 12.0%(표준편차 3.6%)로 나타났다. 이중 미충족의료 경험률이 가장 낮았던 10개 지역과 가장 높았던 10개 지역, 그리고 해당 지역에서 최근까지 연속되는 미충족의료 경험률은 Table 3과 같다.

미충족의료 경험률이 가장 낮았던 10개 지역 중 시 지역이 4개(대구광역시 수성구, 경상북도 상주시, 서울특별시 동대문구, 경기도 동두천시), 군 지역이 6개(경상북도 영덕군, 강원도 철원군, 전라남도 고흥군, 경상남도 산청군, 경상남도 고성군, 충청북도 보은군)였으며 미충족의료 경험률이 가장 낮은 지역은 경상북도 영덕군으로 1.8%의 미충족의료 경험률을 보였다. 2015년 기준 미충족의료 경험률이 낮았던 지역들에서 미충족의료 경험률의 추이를 살펴보았을 때 경상북도 영덕군이나 강원도 철원군, 전라남도 고흥군 등 지역의 미충족의료 경험률은 계속해서 낮은 수준을 유지한 반면, 경기도 동두천시, 경상남도 산청군이나 고흥군 같은 지역의 미충족의료 경험률은 3년 사이 2배 이상 증가하는 양상을 보였다.

2015년 지역사회건강조사에서 미충족의료 경험률이 가장 높았던 10개 지역 중 시 지역이 3개 지역, 군 지역이 7개 지역이었으며 전체 시군구 중 미충족의료 경험률이 가장 높은 지역은 충청남도 서산시로 응답자 중 23.3%가 미충족의료를 경험한 것으로 나타났다. 그러나 이 수치는 2018년 13.6%로 감소하였다. 소지역 조사에서 평균회귀(regression to mean)현상을 감안한다고 하더라도 미충족의료 경험률

Table 3. Lower/upper 10 regions and trend of unmet healthcare needs

Rank	Region (si/gun/gu)	Unmet healthcare needs (%)			
		2015	2016	2017	2018
Lower 10 regions					
1	Gyeongbuk Yeongdeok-gun	1.8	2.2	1.1	3.4
2	Daegu Suseong-gu	4.5	3.6	5.0	5.1
3	Gyeongbuk Sangju-si	4.6	6.1	6.9	7.6
4	Gangwon-do Cheorwon-gun	5.1	5.7	7.3	4.1
5	Jeonnam goheung-gun	5.1	6.4	6.2	5.5
6	Seoul Dongdaemun-gu	5.1	7.1	9.8	3.3
7	Gyeonggi-do Dongducheon-si	5.2	9.9	9.4	11.6
8	Gyeongnam Sancheong-gun	5.2	9.7	10.3	11.0
9	Gyeongnam Goseong-gun	5.4	16.9	9.9	11.1
10	Chungbuk Boeun-gun	5.4	9.9	6.7	10.1
Upper 10 regions					
220	Jeonbuk Muju-gun	18.9	17.7	12.4	10.5
221	Gyeongnam Hadong-gun	19.0	14.4	12.5	8.6
222	Gyeongnam Changnyeong-gun	19.3	29.9	25.8	4.0
223	Jeonbuk Gochang-gun	19.4	17.1	18.4	8.9
224	Gyeonggi-do Yeosu-si	19.9	24.5	27.5	24.4
225	Jeonnam Sinan-gun	20.0	21.9	10.7	12.7
226	Jeonnam Hampyeong-gun	20.5	16.0	7.2	8.0
227	Gyeongnam Geoje-si	21.0	13.6	14.2	13.8
228	Incheon Ongjin-gun	21.5	18.6	17.0	11.0
229	Chungnam Seosan-si	23.2	13.4	15.7	13.6

The ranking was given to 229 si/gun/gu as of 2015 in order from the lowest to the highest order (lowest: 1, highest: 229).

이 가장 높았던 10개 지역 대부분에서 해당 지표의 변동률은 상당한 수준인 것을 확인할 수 있었다. 특히 2016년 미충족의료 경험률이 30%에 이르다가 2018년에는 4.0%로 감소한 경상남도 창원군을 비롯해 경상남도 하동군과 전라남도 함평군 등은 급격한 미충족의료 경험률 감소가 나타났다. 예외적으로 경기도 여주시의 경우에는 미충족의료 수준이 계속해서 높은 수준으로 유지되고 있음을 확인할 수 있었다.

2. 지역별 미충족의료 경향 유형화 결과

의료접근성은 시군구 수준에서 인구 1,000명당 의사 수와 인구 1,000명당 병상 수를, 의료필요는 65세 이상 인구비율과 고혈압과 당뇨 유병률, 그리고 음의 부호를 취한 주관적 건강수준이 좋은 사람들의 비율을 이용해 복합지표를 만들었다. 이후 의료접근성과 의료필요지표를 4분위로 구분하고 의료접근성과 의료필요 모두 상위 1분위인 지역을 A유형, 의료필요가 상위 1분위, 의료접근성이 하위 4분위인 지역을 B유형으로, 의료필요는 하위 4분위이지만 의료접근성이 상위 1분위인 지역을 C유형, 의료필요와 의료접근성 모두가 하위 4분위인 지역을 D유형으로 구분했다. 그 결과 291개 시군구 중 각각 13개, 17개, 11개, 20개 지역이 A, B, C, D유형에 속하는 지역으로 구분되었으며 그 구체적 결과는 Table 4와 같다.

주로 군 지역의 의료필요가 높았고(유형 A와 B), 의료필요와 의료접근성이 모두 높은 13개 지역(유형 A) 중 5개 지역은 전라남도예, 그리고 3개 지역은 전라북도예 분포했다. 의료필요가 높지만 의료접근성은 낮은 17개 지역(유형 B)에는 경상북도와 경상남도, 강원도 지역이 각각 3개 지역이 포함되었으며 17개 지역 중 6개 지역은 보건의료원이 설치된 지역(볼드 처리)이었다. 의료필요가 낮고 의료접근성이 높은 11개 지역(유형 C)은 전라북도 전주시를 제외하고는 특별시 또는 광역시의 구 지역이었다. 마지막으로 20개 지역이 포함된 의료필요가 낮고 의료접근성도 낮은 지역 중 9개 지역(유형 D)은 경기도 지역이었다. 서울에 속한 구 중 상급종합병원이 부재한 관악구와 마포구도 이에 포함되었다.

위에서 분류한 유형에 따라 지역단위의 미충족의료 경험률을 비롯해 관련된 특성을 살펴보면 Table 5와 같다. 의료필요가 높고 접근성이 낮은 B지역에서 평균 인구수가 36,586명으로 가장 적고, 인구 1,000명당 의사 수는 0.86명, 인구 1,000명당 병상 수 4.3개로 의료자원이 평균과 비교했을 때 절반에 미치지 못함을 확인할 수 있었다. 의료필요가 높고 접근성이 높은 것으로 분류된 유형 A지역의 경우 유형 B지역과 비교했을 때 평균 인구수가 더 많고(약 52,000명), 65세 이상 인구비율이나 대졸 이상 교육수준에서 큰 차이가 나지 않았지만 1인 평균 의료비 지출과 관내 의료이용률(relevance index)은 B지역보다

Table 4. The result of categorization

Characteristic	Type			
	A : High needs-high accessibility	B : High needs-low accessibility	C : Low needs-high accessibility	D : Low needs-low accessibility
Region	Chungbuk Okcheon-gun	Gangwon-do Goseong-gun	Seoul Gangnam-gu	Seoul Gwanak-gu
	Chungnam Seocheon-gun	Gangwon-do Yangyang-gun	Seoul Yeongdeungpo-gu	Seoul Mapo-gu
	Jeonbuk Gimje-si	Gangwon-do Pyeongchang-gun	Seoul Jongno-gu	Busan Gangseo-gu
	Jeonbuk Buan-gun	Gangwon-do Hoengseong-gun	Busan Dongnae-gu	Incheon Yeonsu-gu
	Jeonbuk Sunchang-gun	Chungbuk Danyang-gunun	Busan Suyeong-gu	Daegu Suseong-gu
	Jeonnam Goheung-gun	Chungnam Cheongyang-gun	Daejeon Seo-gu	Ulsan Buk-gu
	Jeonnam Damyang-gun	Chungnam Taean-gun	Gwangju Gwangsan-gu	Gyeonggi-do Gwacheong-si
	Jeonnam Boseong-gun	Jeonbuk Muju-gun	Gwangju Buk-gu	Gyeonggi-do Gwangju-si
	Jeonnam Yeonggwang-gun	Jeonbuk Jangsu-gun	Gwangju Seo-gu	Gyeonggi-do Gwangmyeong-si
	Jeonnam Hampyeong-gun	Jeonnam Wando-gun	Ulsan Nam-gu	Gyeonggi-do Gimpo-si
	Gyeongbuk Cheongdo-gun	Jeonnam Jindo-gun	Jeonbuk Jeonju-si	Gyeonggi-do Yongin-si
	Gyeongnam Changnyeong-gun	Gyeongbuk Gunwi-gun		Gyeonggi-do Icheon-si
	Gyeongnam Uiryeong-gun	Gyeongbuk Goryeong-gun		Gyeonggi-do Hwaseong-si
		Gyeongbuk Bonghwa-gun		Gyeonggi-do Namyangju-si
		Gyeongnam Namhae-gun		Gyeonggi-do Hanam-si
		Gyeongnam Sancheong-gun		Gangwon-do Inje-gun
		Gyeongnam Hamyang-g		Chungnam Geryeong-si
				Jeonnam Gwangyang-si
				Gyeongnam Geoje-si
				Jeju-do Jeju-si

Bold type indicates regions where the public health and medical care center established.

Table 5. Unmet healthcare needs and related characteristics

Variable	Type				Total
	A	B	C	D	
No. of regions	13	17	11	20	229
Unmet healthcare needs (%)	12.6±4.7	12.6±4.3	11.0±2.2	11.6±3.8	12.0±3.6
Population	51,846	36,586	383,280	325,010	224,665
Population over 65 yr (%)	29.9	28.3	11.7	10.8	18.1
No. of physicians (per 1,000)	1.50	0.86	3.84	0.86	1.75
No. of beds (per 1,000)	26.4	4.3	20.0	6.0	14.2
Medical expenses (10,000 won)	211.9	177.0	124.3	114.2	144.7
Gross regional domestic product (10,000 won)	2682	2837	5011	4062	3147
Relevance index (%)	42.6	27.6	49.6	41.0	44.0
Education more than college graduation (%)	24.8	24.9	57.9	51.9	40.0

Values are presented as number or mean±standard deviation, unless otherwise stated.

A지역에서 큰 것을 확인할 수 있었다. 의료필요가 적은 두 유형(유형 C와 D)의 지역의 경우 대체로 도시지역으로 인구수가 많고 65세 이상 인구비율이 적고, 대졸 이상 교육을 받은 비율이 높았다. 유형 C와 유형 D지역 사이 의료자원의 배분은 크게 차이가 났지만 유형에 따른 의료비 지출과 관내 의료이용률의 차이는 유형 A와 B의 격차와 비교했을 때 그리 두드러지지 않았다.

지역의 총체적 의료접근성 지표로 미충족의료를 설정했을 때에도 출할 수 있는 가설에 따라 유형에 따른 미충족의료 경험률을 비교하는 것은 지역수준에서 미충족의료지표의 의미를 검토할 수 있게 해준다. 앞서 분석 전략에서 제시한 가설을 하나씩 검토하면 다음과 같다.

1) 가설 1: 의료필요가 높고 의료접근성이 낮은 B지역에서 미충족의료 경험률이 가장 높을 것이다.

이는 참이 아닌 것으로 확인되었다. 의료필요가 높으면서 의료접근성이 높은 A지역과 의료접근성이 낮은 B지역에서 미충족의료 경험률은 동일하게 12.6%였다. 더불어 의료필요가 낮은 C와 D지역에서도 미충족의료 경험률은 각각 11.0%, 11.6%로 큰 차이를 보이지 않았다(일원배치 분산분석 *p*-value 0.764; 쌍별 비교 *p*-value 0.974 [B-A], 0.314 [B-C], 0.509 [B-D]).

2) 가설 2: 의료필요가 낮고 의료접근성이 높은 C지역에서 미충족의료 경험률은 가장 낮을 것이다.

C유형 지역의 평균 미충족의료 경험률은 11.0%로 다른 유형의 지역들과 비교했을 때에 가장 낮았지만 통계적으로 유의하지는 않았다(일원배치 분산분석 *p*-value 0.764; 쌍별 비교 *p*-value 0.376 [C-A], 0.314 [C-B], 0.734 [C-D]).

3) 가설 3: 같은 유형의 지역에서 미충족의료 경험률은 유사할 것이다.

229개 지역 전체에서 미충족의료의 변이와 비교했을 때 유형 내 변이가 적은 것은 C유형 하나였다(변동계수[coefficient of variance] 값으로 볼 때 229개 지역 전체가 0.307인데 비해 A유형은 0.369, B유형은 0.341, C유형은 0.186, D유형은 0.321). 같은 유형의 지역에서도 미충족의료 경험률은 상당한 변이를 보였으며, 인구가 적고 의료필요가 높은 A, B유형에서 유형 내 분산이 더 컸다. A지역에서 미충족의료 경험률이 가장 낮았던 전라남도 고흥군에서는 5.1%, 가장 높았던 전라남도 함평군에서 미충족의료 경험률은 20.5%였으며, B지역에서 미충족의료 경험률이 가장 낮았던 경상남도 산청군은 5.2%, 가장 높았던 전라북도 무주군에서는 18.9%였다. 의료접근성이 높은 도시지역인 C유형에서 유형 내 미충족의료 경험률의 표준편차가 2.2로 가장 작게 나타났는데, 이 유형에서 미충족의료 경험률이 가장 낮았던 지역은 광주광역시 광산구로 7.9%, 가장 높았던 지역은 광주광역시 서구로 15.3%였다. 마지막으로 의료필요와 의료접근성이 모두 낮은 D유형 지역에서 미충족의료 경험률이 가장 낮은 지역은 대구광역시 수성구로 4.5%, 가장 높은 지역은 경상남도 거제시로 21%였다.

4) 가설 4: 서로 다른 유형의 지역들에서 미충족의료 경험률은 유의한 차이가 날 것이다.

분산분석을 수행했을 때 위에서 분류한 네 가지 유형에 따른 미충족의료의 차이는 유의하지 않았기에 네 번째 가설은 참이 아닌 것으로 확인되었다(*F*-value=0.385, *p*-value=0.764). 즉 의료접근성과 의료필요의 수준을 반영하여 지역을 분류하였을 때에 미충족의료는 이들 지역을 구분할 수 있는 유의한 지표가 아니었다.

다른 지역의 특성들과 종합하여 설명하면, 의료필요가 높고 대졸

이상 교육을 받은 사람의 비율이 1/4이 되지 않고 행정적 단위의 인구 수가 적은 지역에서 미충족의료지표는 인구당 의사 수나 병상 수로 종종 대리되는 물리적 의료접근성과는 다른 의미를 가지는 것으로 추정된다. A유형과 B유형 지역에서 물리적 의료접근성의 차이는 명확하며, 관내 의료이용률은 이를 반영해 42.6%와 27.6%로 큰 차이를 보인다. 인구 대비 의료자원 변수로 구성된 의료접근성이 높은 A지역에서 1인 평균 의료비 지출이 약 212만 원인 것에 비해 의료접근성이 낮은 B지역에서 1인 평균 의료비 지출이 177만 원에 그치고 있다는 사실은 연구에서 활용한 의료접근성 지표가 불완전한 것이기는 하더라도 실제 의료이용과정과 관련이 있는 것임을 시사한다. 만일 기준에 활용되고 있는 미충족의료지표도 이러한 의료접근성을 반영한다면 지역의 미충족의료 경험률 역시 위와 비슷하게 A지역보다 B지역에서 낮아야 한다. 그러나 분석결과 두 지역의 미충족의료 경험은 동일했다. 같은 유형으로 구분된 지역이라도 하더라도 지역 간 미충족의료 경험률의 분포는 큰 차이를 보였고 가장 편차가 작은 C유형에서도 두 배의 차이를 보였다. 미충족의료 경험률이 가장 낮을 것으로 예상했던 유형의 지역은 실제로도 가장 낮게 나타났지만 유형 간 미충족의료 경험률의 평균값에는 유의한 차이가 없어 결국 전반적으로 지역 간 미충족의료 경험률의 차이 가설은 타당하지 않았다.

고 찰

분석결과는 기존의 지표로 측정되는 미충족의료 경험률이 본래 측정하고자 하였던 현실의 의료필요 미충족을 제대로 보여주지 못한다는 것을 검증한다. 이는 지표의 한계 때문이기도 하지만 근본적으로는 실제 의료필요가 어떻게 의료이용으로 이어지는지에 대한 공통의 이해가 부족하기 때문이기도 하다.

Figure 1은 기존 지표에서 전제하는 미충족의료 발생 경로를 나타낸 것이다. 필요가 발생하면 이용 또는 이용하지 않음으로 의료필요

의 충족 여부를 측정한다. 여기에는 필요가 발생했을 때 이용해야겠다고 결정하기까지 개인 내부에서 일어나는 인식과 조정과정이 생략된다. 지역의 의료인프라와 이동수단을 포함한 지역의 조건도 고려되지 않으며 개인이 어떤 비용을 치르더라도 이용했는지의 여부만이 관심의 대상이다. 이용한다면 그 자체로 충족을 의미하여 이용했다라도 필요가 미충족될 가능성은 고려하지 않는다. 전반적으로 지역의 맥락을 고려하지 않고 이용자 자체의 관점보다는 의료서비스의 공급과 전문가 관점에 충실한 논리다.

Figure 2는 사람 중심 관점을 적용하고 지역의 맥락을 고려했을 때의 의료필요 미충족 경로다. 같은 증상에 대해 어느 수준의 의료필요하다고 인식하는 단계에서부터 어떤 의료기관을 어떻게 이용할 수 있는지, 결과적으로는 어떠한지에 지역적 맥락(인프라, 의료이용조건, 지역의 의료이용규범과 문화)이 작동한다. 이러한 관점에서 기존 미충족의료지표를 적용할 때 간과되기 쉬운 지역적 불평등 경로는 다음과 같이 구분해볼 수 있다.

첫째, 미충족 경험의 분포에 해당하는 의료필요의 인지불평등에 따른 편향성이다. 의료필요는 사회적으로 구성되며 시대와 사회에 따라 변화한다. 예컨대 의료보험 실시가 인지에 영향을 미쳐 전후의 의료필요 정도가 변화할 수 있다[13,24]. 건강문제에 대한 지식이 풍부할수록 의료필요를 더 많이 인지할 수 있다는 것은 잘 알려져 있으며[25], 교육수준, 또는 건강문해력이 높을수록 예방적 서비스 이용률이 높다는 것 역시 널리 알려져 있다[25-27].

나아가 도시에 사는 전문가들의 관점을 벗어나 사람들의 관점에서 바라보면, 의료필요의 인지적 차이는 단지 객관적 지식의 유무로 결정되지 않는다. 개인과 지역의 환경, 조건을 고려하고 의료이용에 관한 경험이 축적되면서 사전에 타협, 체념, 인내하며 장기적으로는 의료이용에 대한 필요와 충족 기준의 기대 조정이 발생한다. 의료인프라가 양적, 질적으로 부족하고 의료이용을 위한 환경과 조건이 좋지 않은 지역일수록 타협과 체념, 기대의 조정이 일어날 가능성이 크다. 예컨대 같은 증상을 가지고도 영국과 같은 의료체제에서 사람들이 주

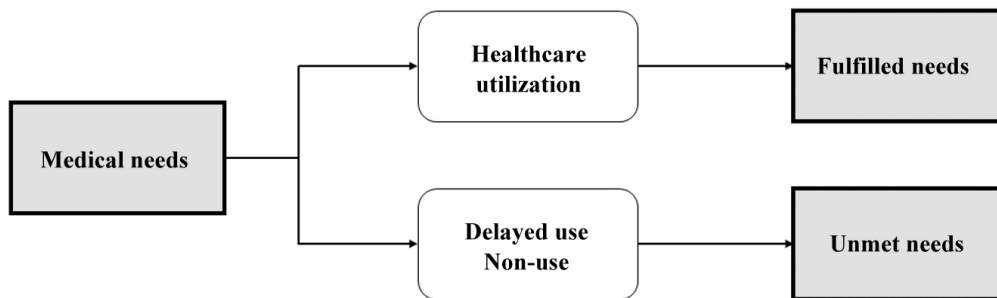


Figure 1. Pathway of unmet healthcare needs (existing index).

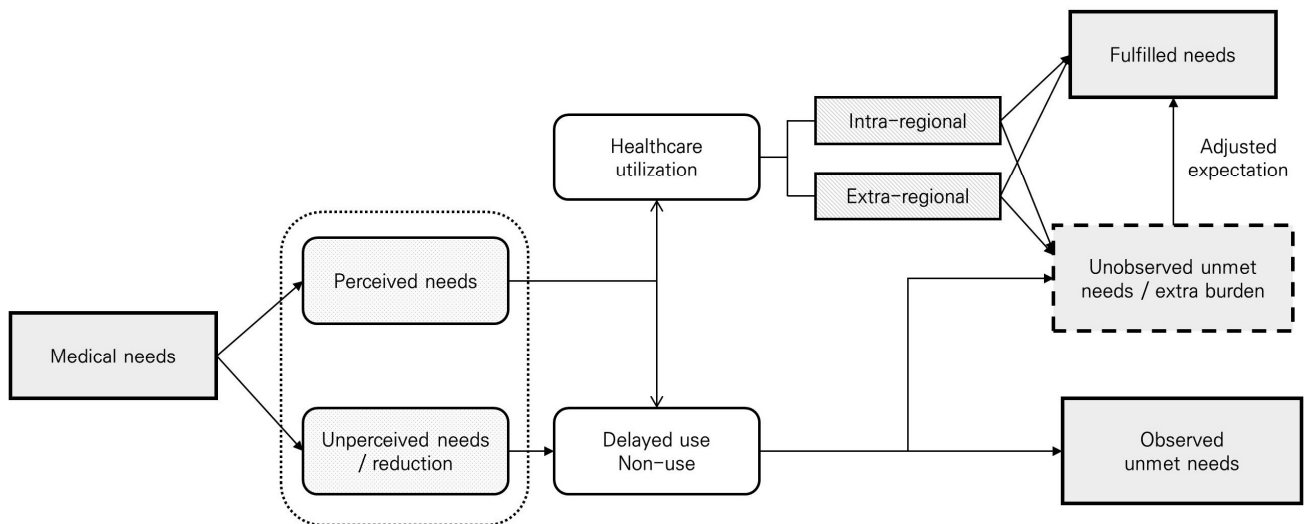


Figure 2. Pathway of unmet health needs (including perception bias and unmeasured experiences).

치의에게 기대하는 의료와 한국의 의료체계에서 사람들이 동네 의사에게 기대하는 의료는 다를 것이다. 건물마다 쉽게 병의원을 찾아볼 수 있는 서울과 하루 네 번 오는 버스를 기다려서 타고 30분이 넘게 가야만 겨우 읍내 의원에 갈 수 있는 먼 지역 거주자가 어떤 상황에서 어떻게 의사를 만나러 갈 것인지에 대해 떠올리는 바는 사뭇 다를 수밖에 없다. 지역 간 미충족의료를 비교한다는 것은 바로 이 부분에서 중요한 도전에 마주친다. 필요인식의 구조적 불평등을 고려하지 않으면 농촌의 미충족의료를 도시보다 과소측정하는 오류를 범할 수 있다. 미충족의료의 이러한 특성은 지리적, 경제적 수준에서 의료서비스 접근이 월등히 수월할 것으로 예상되는 서울 내 25개 자치구 중 1/3에 달하는 8개 자치구(강북구, 강서구, 광진구, 구로구, 금천구, 성동구, 성북구, 중랑구)가 의료접근성이 낮은 A/B유형 지역보다 높은 미충족의료 경험률을 보인다는 데에서도 확인할 수 있다. 아예 의료를 이용해야 한다고 인지되지 않거나 자신이 처한 상황과 경험을 토대로 종합적인 판단하에 축소, 삭제된 의료필요로 인한 미충족은 기존의 지표와 개념틀로는 측정되지 않는다.

둘째, 미충족 경험으로 포착되지 않지만 실질적으로는 미충족이 발생하는 경우다. 여기에는 두 가지 유형이 가능하다. 먼저, 지역의 의료기관을 신뢰하기는 어렵지만 다른 선택지가 없기 때문에 어쩔 수 없이 불만족스러운 수준의 의료이용을 하고, 설문에 미충족의료가 없다고 응답했을 때 이를 의료필요의 충족이라고 볼 수 있을 것인지에 대한 문제다. 이는 지역의 의료인프라가 양적, 질적으로 충분하지 못한 지역일수록 발생할 가능성이 크다. 물론 앞서 논의한 인지 조정과 같이 기대의 조정이 있는 경우 의료이용에 대한 주관적 충족 여부조차 실제 경험하는 질에 비해 높을 수 있다. 다음 유형은 지역에서 의료

를 이용해도 발생하는 실질적 미충족을 건디다 못했거나 그야말로 필요한 전문 의료영역이 제공되지 않기 때문에 다른 지역으로 갈 수밖에 없는 경우, 즉 다른 지역의 의료기관을 이용하는 경우다. 타 지역으로 이동해 의료이용을 하는 경우 환자는 기회비용을 포함해 더 많은 경제적, 시간적, 인지적 비용을 들여야 하고, 이는 고스란히 개인의 부담으로 전가된다. 이런 상황은 지역단위에서의 불평등을 야기할 뿐 아니라 지역 내에서도 개인의 자원에 따른 불평등을 강화한다. 이러한 고통과 불평등도 기존의 지표 프레임으로는 측정하지 못한다. Kim 등[28]은 미충족의료의 지역불평등 측정을 위해 정량적 측정의 한계를 지적하고 정성적 모니터링이 필요함을 주장한 바 있다. 해당 보고서에서 제시한 질적 분석사례는 지방에 거주하는 노인의 미충족 의료가 어떤 모습인지를 그대로 보여준다.

“택시 타고 안 가고 걸어가는데, 한 대여섯 번 쉬어 간다. (중략) 내가 델다 달라 안하고 내가 차도 못 타고 거, 병원에 못 걸어가면 119 부른다. (중략) 아침도 안 먹고 갔는데 껌껌해 5시에. 정말 고생 많다. 젊은 사람은 꽤않더만... (중략) 안 그러면 자주 가서 주사 맞고 그러면 덜 아플건데. 가고 싶어도 못 가고, 비와도 못 가고, 눈와도 못 가고, 추워도 못 가고. 저변에 갔는데, 사람이 앉아있는데, 내가 꽃밭 밑에 울타리 밑에 앉아있었거든. 허리가 아프니 설 수가 있다. 이놈 차는 앞에만 보잖아. 나를 못 봐. 그런 일이 많아. 속상해. 그러니 지방은 밥 한술 먹고 00시 차 타고 올라오면 저 앞에 나가있다. 운전수는 도로 앞에 그렇게 나오면 치어 죽는다고 난리제. 이래 말 듣고 저래 말 듣고.”(고령 여성, E군)

지표 하나로 현상의 전부를 담을 수 없는 것은 당연한 일이지만 그것이 체계적으로 편향된 정보를 수집하여 보여주는 경우, 그리고 현재의 지표가 실재하는 지역 간 불평등을 체계적으로 포괄하지 못할 경우 이런 지표에 대한 무비판적 활용은 의도와 무관하게 간접적으로 지역불평등에 기여할 수 있다. 측정되지 않아 연구되지 않는 사람들의 고통은 사회문제로 호명되기 어렵고, 연구하지 않는 이상 관련된 정책근거 역시 마련할 수 없으며, 측정되는 문제에만 집중된 정책근거는 도리어 불평등을 재생산하거나 강화하게 될 수 있다. 불평등의 심화를 막고 개선하기 위해서는 사람들의 관점에서 지역의 의료이용을 둘러싼 심층구조와 기제를 파악하고, 그에 기초해 측정방법을 개선하거나 보완하며, 주어진 자료가 보여주는 것을 넘어 지방 사람들의 실제 고통에 주목하고 그것을 줄이기 위한 방안을 찾아 나가야 한다.

지방에 사는 사람들이 서울이나 광역시에 사는 사람들보다 의료기관까지 거리가 멀고, 근처에 갈 만한 병원이 없어서 곤란을 겪고, 의료진으로부터 설명을 잘 듣지 못하거나 불쾌함을 느끼고, 효과가 미흡하다는 경험을 더 많이 하는 것은 무엇 때문일까? 지방은 대도시에 비해 전문과목 의원이거나 상급의료기관이 적게 분포한다. 인구가 적은 군 지역에서는 병원급 의료기관이 있어도 시설에 대한 투자가 적절하게 이루어지지 못하고 근무기간을 채우면 떠날 것이 분명한 공중보건 의사를 지원받아 근근이 외래를 운영하게 된다. 전문의가 있음에도 가벼운 수술도 하기 어렵고, 응급의료기관 지정을 받았다가도 결국 인력기준을 채우지 못해 문을 닫는 경우도 흔하다. 인구가 적기 때문에 충분한 수요를 확보하지 못할 것이 분명하고, 의료기관의 운영비를 맞추 수가 없을 것이 명백하므로 전문의원이나 상급의료기관도 들어서지 않는다. 의료인력을 구하기 어려운 것도 공통적인 문제다. 수도권에 모든 자원이 집중된 상황에서 생활문화 인프라가 부족한 지방은 자녀를 양육하고 삶을 원하는 대로 꾸려나가는 데에 제약이 있을 것이라는 판단은 보편적이다. 지방에서 의사 인건비가 수도권에 비해 높은 것은 수요-공급 관계를 고려했을 때 자연스러운 시장적 귀결이지만, 지역에서 더 높은 의사인력 인건비를 충당할 만큼의 수요가 존재하지 않는 상황에서 이와 같은 시장은 성립 불가능하다. 지방의 총체적인 의료시장 실패인 셈이다. 의료기관의 수 자체가 부족하기도 하지만 질에 대한 불신과, 실제 질적 수준도 중요한 문제다. 지방 거주자들 스스로 지방이 서울에 비해 생활과 경력을 위한 조건이 좋지 않다는 것을 알기 때문에 상대적으로 실력이 떨어지는 의사들이 지역의 병원들을 채운다고 생각한다. 고령의 의사 또는 너무 젊어 경험이 없어 보이는 뜨내기 의사 어느 쪽도 불신의 요인이 될 수 있다[26]. 실제 질이 떨어지는 것이 아니라 하더라도 사람들이 인식하는 질이 떨어져 불신이 생기면 이는 타지역 의료기관 이용을 촉진하는 실재하는 기제가 된다.

지역의 의료생산체계를 지속 불가능하게 만드는 힘들이 어디서부터 기인하는지, 그 구조의 스케일을 확장하면 보다 심층의 정치경제를 지적하지 않을 수 없다. 2000년대 중반 이후 건강과 의료의 지리적 불평등을 설명하기 위해 구성적 설명(compositional explanation)과 맥락적 설명(contextual explanation)을 구분하여 설명하는 다수준분석과 건강의 사회적 결정요인에 대한 이론적 논의가 전개되었고, 이런 논의들이 지역불평등의 원인을 이해하는 데에 기여하였으며, 구조적 불평등의 문제를 부각한 것은 분명하다. 그러나 이러한 접근이 만연하게 되면서 왜 건강과 의료의 불평등이 더 지리적으로 불평등해지는지에 대한 설명은 불안정한 상태로 머무르게 되었다. Bambra 등[29]은 연구자들이 장소에 영향을 미치는 정치를 적극적으로 설명해 내지 않는다면 궁극적으로 변화의 동력을 발견하기보다는 구조적 불평등을 인정하고 이를 자연화하는 데에 기여할 뿐이라고 강도 높게 비판한다[30]. 지역의 건강과 의료불평등을 다루기 위한 일부 수단이 지역수준에 있는 것은 사실이지만, 건강영역을 넘어서는 사회경제적 불평등에 그 근원을 가지는 건강불평등을 해소하기 위해서는 중앙과 지역의 불평등한 구조 그 자체를 직면해야 한다. 지방 정책결정자들이 지역의 문제를 해결하기 위해 활용할 수 있는 정책수단은 불가피하게 중앙정부의 재정적 결정, 중앙정부에 의해 개발된 국가적 정책 우선순위와 목표에 의해 제약되며, 명백히 더 많은 정책수단이 중앙정부의 결정에 달려 있다. 실질적 권력과 권한을 이양하지 않은 채 지역의 건강과 의료불평등 문제를 지방정부의 책임으로 돌리는 중앙정책은 지역의 건강불평등을 해결할 의지가 없음을 선언하는 것과 크게 다르지 않다[29].

이 연구는 기존에 활용되고 있는 미충족의료지표가 지역 간 의료이용 문제현황의 비교에 활용되는 것이 적절하지 않음을 보이고 미충족 의료의 개념과 그것이 포괄하고 또 배제하는 의료불평등의 실재에 대해 논증하였다. 다만 연구는 의료이용을 적절하게 설명할 수 있는 이론과 가용한 자료의 제한으로 인해 의료필요와 의료접근성이라는 두 가지 차원을 비교적 적은 수의 지표를 활용해 비교했다는 점에서 일정 부분 한계를 가진다. 연구는 의료필요를 지역별 65세 이상 인구비율과 주관적 건강수준, 고혈압과 당뇨병 이환율을 종합하여 구성하였는데, 이는 급성기 의료필요보다는 만성기와 노년기의 의료필요를 주된 의료필요로 포착하는 것이다. 하지만 고혈압과 당뇨병 유병률은 지역사회의 건강필요를 대리하는 지표로 사용되어 왔고[31], 소외된 인구집단에서 잘 관리되지 않는다는 점에서 중요하며[32] 이에 대한 관리가 잘 되었을 때 추가적인 합병증으로 인한 이환과 사망을 줄일 수 있는 대표적인 외래의료민감질환(ambulatory care sensitive condition)이라는 점에서[33,34] 미충족의료로 현재 측정되고 있는 지표를 넘어 지역사회에 실재하지만 충족되지 않는 필요에 대한 개념

으로 확장하고자 하는 본 연구의 관점을 반영하는 지표 구성요소이기도 하다. 의료접근성은 인구 1,000명당 의사수와 병상수를 중심으로 정의하였는데, 이는 여러 가지 한계를 가진다. 먼저 해당 지역에서 근무하는 의사수가 도로사정이나 인접지역 의료기관에 대한 의료접근성 등 해당 지역의 실제 의료접근성 수준을 충분히 반영하지 못한다. 병상수 역시 실질적인 의료필요와 거의 관련이 없거나 질적으로 기능적으로 부적합한 병상과 필요한 병상을 구분하지 못한다는 점에서 한계가 있다. 이 연구는 다만 지역 의료불평등을 평가하는 총괄지표로 미충족의료 경험률이 실재하는 의료필요를 적절하게 반영하고 있는지를 탐색한 최초의 연구라는 점, 분석에서 드러난 결과에 대한 이론적 설명을 시도하는 과정에서 기존에 주목받지 못했던 ‘필요의 인지기불평등’ 개념을 제시했다는 점에서 의의가 있다.

향후 의료이용현황과 문제를 평가하고 지역보건의료계획에 반영하거나 지역 간 의료불평등 해소를 위한 연구에 미충족의료지표를 활용하고자 한다면 지역 간 체계적 편향을 보완하기 위한 측정방법의 개선이 필요하다. 미충족의료 측정방법은 서로 다른 지역의 의료이용 현실을 주민의 관점을 통해 진단할 수 있는 지표가 될 수 있도록 개선되어야 한다. 지역 의료이용불평등에 관련된 기제와 구조를 더 심층적으로 파악하고 불평등을 유지·지속·강화하는 정치적·경제적 권력의 작동을 연구범위에 포함하였을 때 비로소 지역 의료불평등 해소의 실질적 방안도 논의할 수 있을 것이다.

감사의 글

본 연구는 질병관리본부 민간경상보조사업(지역 간 건강격차 원인 규명과 해소를 위한 학술활동 촉진 연구사업) 지원을 받았다.

ORCID

Yukyung Park: <https://orcid.org/0000-0002-5727-8973>;
Jin-Hwan Kim: <https://orcid.org/0000-0001-8229-9613>;
Sun Kim: <https://orcid.org/0000-0002-2478-3391>;
Chang-yup Kim: <https://orcid.org/0000-0002-4389-2454>;
Joo-sung Han: <https://orcid.org/0000-0003-4008-6796>;
Saerom Kim: <https://orcid.org/0000-0002-1766-8432>

REFERENCES

1. Daniels N. Justice, health, and healthcare. *Am J Bioeth* 2001;1(2): 2-16. DOI: <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>.
2. Kim CY, Kim MH, Lee TJ, Sohn JI. Health inequality in Korea. Seoul: SNU Press; 2015.
3. Kim CY. Publicness in health and health care: from agents to health regime. Paju: Hanulmplus; 2019.
4. Van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ* 2000;19(5):553-583. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(00\)00050-3](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(00)00050-3).
5. Kim DJ, Chae SM, Choi JH, Kim CY, Kim SR, Park YK, et al. Socioeconomic inequalities in health in Korea: magnitude of its challenges and strategy for alleviation. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2016.
6. Kim DJ, Chae SM, Choi JH, Lee JA, Kim CY, Park YK, et al. Developing health inequalities report and monitoring the status of health inequalities in Korea: health inequality statistics. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2017.
7. Kim SA, Seo YW, Woo KS, Shin YJ. A systematic review of studies on current status and influencing factors of unmet medical needs in Korea. *Crit Soc Policy* 2019;62:53-92.
8. Kim SR, Kim YS, Kim CY, Min HS, Park YK, Sohn SI, et al. Unmet healthcare need: current research trend and limitations in Korea. Proceedings of the 68th Symposium of the Korean Society for Preventive Medicine; 2016 Oct 19-21; Kyeongju, Korea. Seoul: Korean Society for Preventive Medicine; 2016.
9. Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2008-2018 Community health statistics at a glance. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2019.
10. Park YK. Measurement and redefinition of unmet healthcare need: a people-centered view [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2019.
11. Lee GY, Jeong HG. Morbidity and medical use of coal mining workers. *Korean J Epidemiol* 1988;10:75-85.
12. Kim BY, Kim SB, Kim CY, Kang BS, Jeong JH. Medical use pattern of medical aid recipients. *Yeungnam Univ J Med* 1991;8(2):185-194.
13. Kim SB, Kang BS. Comparison of medical use patterns of local residents before and after community health insurance. *J Prev Med Public Health* 1994;27(1):117-134.
14. Choi JK. A study on healthcare needs and satisfaction: focused on Jeonlabuk-do. *Wonkwang Univ J Humanit Soc Sci* 1995;29(1):

- 655-671.
15. The Korean Society of Preventive Medicine. Preventive medicine and public health. 2nd ed. Seoul: Gyeochuk Munwhasa; 2013.
 16. Jeon BY, Kwon SM. Access barriers to health care among persons with physical disabilities: using three reasons for unmet need as indicators of access. *Korean Soc Secur Stud* 2015;31(3):145-171.
 17. Park Y, Kim C, Hwang SS. Interaction effects of income and unmet healthcare needs to subjective health status: using the Korea Health Panel, 2009-2014. *Health Soc Sci* 2018;47(1):57-83. DOI: <https://doi.org/10.21489/hass.2018.04.47.57>.
 18. Shin HE, Ko J, Sim EH, Kim HS. Unmet health care needs of elderly in South Korea: systematic review. *Health Econ Policy Res* 2019;25(1):29-52.
 19. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:18. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
 20. Heo J, Oh J, Kim J, Lee M, Lee JS, Kwon S, et al. Poverty in the midst of plenty: unmet needs and distribution of health care resources in South Korea. *PLoS One* 2012;7(11):e51004. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051004>.
 21. Lee SE, Yeon M, Kim CW, Yoon TH. The association among individual and contextual factors and unmet healthcare needs in South Korea: a multilevel study using national data. *J Prev Med Public Health* 2016;49(5):308-322. DOI: <https://doi.org/10.3961/jpmph.16.035>.
 22. Kim HU Kang MA. A multilevel analysis on unmet healthcare need and regional contextual effects: a case study of seoul. *Korean J Health Econ Policy* 2018;24(1):111-141.
 23. Mazziotta M, Pareto A. Methods for constructing composite indices: one for all or all for one. *Riv Ital Econ Demogr Stat* 2013;67(2):67-80.
 24. Wagstaff A, van Doorslaer E, Paci P. Horizontal equity in the delivery of health care. *J Health Econ* 1991;10(2):251-256. DOI: [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(91\)90009-c](https://doi.org/10.1016/0167-6296(91)90009-c).
 25. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;51(11):1573-1593. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00053-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00053-8).
 26. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med* 2008;66(8):1809-1816. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003>.
 27. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155(2):97-107. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>.
 28. Kim DJ, Choi JH, Lee JA, Bae JE, Kim CY, Park YK, et al. Developing health inequalities report and monitoring the status of health inequalities in Korea. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2018.
 29. Bamba C, Smith KE, Pearce J. Scaling up: the politics of health and place. *Soc Sci Med* 2019;232:36-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.036>.
 30. Heath I. Let's get tough on the causes of health inequality. *BMJ* 2007;334(7607):1301. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.39247.502813.59>.
 31. Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys. *J Public Health Med* 2001;23(3):179-186. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/23.3.179>.
 32. Russell BE, Gurrola E, Ndumele CD, Landon BE, O'Malley JA, Keegan T, et al. Perspectives of non-Hispanic Black and Latino patients in Boston's urban community health centers on their experiences with diabetes and hypertension. *J Gen Intern Med* 2010; 25(6):504-509. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1278-0>.
 33. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG 3rd, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med* 1976;294(11):582-588. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM197603112941104>.
 34. Ansari Z. The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. *Aust J Prim Health* 2007;13(3):91-110. DOI: <https://doi.org/10.1071/py07043>.