

의료취약성 정도에 따른 노인의 미충족의료 경험 비교: 의료취약계층 노인의 필수적 의료자원 보장을 위한 시사점*

Differences in Unmet Healthcare Needs among the Elderly by the Level of Medical Vulnerability:
Implications for Securing Essential Healthcare Resources for the Medically Vulnerable Elderly

제주대학교 생활환경복지학부
조교수 신세라**

Dept. of Human Ecology & Welfare, Jeju National University
Assistant Professor Shin, Serah

〈목 차〉

I. 서론	IV. 연구결과
II. 선행연구 고찰	V. 결론 및 시사점
III. 연구방법	참고문헌

〈초록〉

이 연구는 우리나라 노인들을 의료취약성 정도에 따라 네 집단으로 세분화하여 경제적, 비경제적 사유로 인한 미충족의료 경험 차이를 분석하고, 이에 따른 정책적 시사점을 도출하였다. 2018년 한국의료패널 자료를 사용하였으며, 65세 이상 노인 4,147명에 대해 분석을 실시하였다. 노인들을 세분화한 결과, 일반건강보험가입자가 79.6%, 비수급빈곤층이 13.6%, 차상위경감대상자가 1.1%, 의료급여수급자가 5.7%의 비율을 차지하였다. 분석결과에 따르면, 병원 또는 치과진료에 대해 노인들의 12.6%는 경제적 사유로, 10.6%는 비경제적 사유로 미충족医료를 경험한 것으로 나타났다. 의료취약계층 노인의 미충족의료 경험률은 비취약계층인 일반건강보험가입자에 비해 전반적으로 높았는데, 이는 대부분 경제적 사유에 따른 경험을 차이에서 비롯된 것이었다. 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험률은 일반건강보험가입자가 9.8%였던 반면, 비수급빈곤층은 18.9%, 차상위경감대상자는 40.0%, 의료급여수급자는 31.5%로 큰 차이가 있었다. 다른 영향요인을 통제한 로지스틱 분석 결과, 모든 의료취약계층이 일반건강보험가입자에 비해 경제적 사유로 미충족医료를 경험할 확률이 유의하게 높았는데, 비수급빈곤층은 약 1.4배, 차상위경감대상자는 3.3배, 의료급여수급자는 2.4배 높아졌다. 반면, 비경제적 사유로 인한 경험은 일반건강보험가입자 대비 의료급여수급자의 경우에만 1.7배 증가하였고, 다른 집단에서는 유의한 차이가 없었다. 이를 바탕으로 본 연구는 의료취약계층 노인들의 필수적 의료자원 보장을 위한 정책적 시사점을 제시하였다.

주제어: 노인, 미충족의료, 의료취약계층, 비수급빈곤층, 한국의료패널

〈Abstract〉

This study aims to investigate unmet healthcare needs due to economic or non-economic difficulties among the elderly aged 65 or older. Using Korea Health Panel Survey (KHPS) data from 2018, the elderly are classified into one of four groups (health insurance subscribers, non-take-up, lower income relief, and medical aid recipients) based on their level of medical vulnerability. For hospital or dental care, the prevalence rates of unmet healthcare needs due to economic and non-economic difficulties are 12.6% and 10.6%, respectively. The prevalence rate of unmet healthcare needs due to economic difficulty in the medically vulnerable group was much higher than

*이 논문은 2022학년도 제주대학교 교육·연구 및 학생지도비 지원에 의해서 연구되었음.

**주저자, 교신저자: 신세라(serah@jejunu.ac.kr), <http://orcid.org/0000-0003-1143-0770>

that of the non-vulnerable group-that is, health insurance subscribers. After controlling for other influential factors, medical vulnerability has a great impact on the prevalence rates of unmet healthcare needs due to economic difficulties. Compared to health insurance subscribers, the non-take-up, the lower relief, and the medical aid recipients are 1.4 times, 3.3 times, and 2.4 times more likely to experience unmet healthcare needs due to economic difficulty, respectively. The results of this study can provide important policy implications for securing essential healthcare resources for the elderly.

Key words: elderly, unmet healthcare needs, medical vulnerability, non-take-up, Korea Health Panel Survey(KHPS)

I. 서론

우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 2025년, 20%를 넘어 초고령사회에 진입할 것으로 예측된다(이규식 외, 2017). 노인인구 증가는 의료이용 증가와 불가분의 관계에 있다. 의료서비스에 대한 접근성 향상과 의료기술의 발달은 기대수명 증가로 연결되고, 그 결과로 의료요구도가 높은 노년기가 길어져 다시 의료이용이 늘어나게 된다. 고령화에 따른 의료수요 증가는 사회적 차원에서 큰 부담이지만, 이를 이용하는 개인에게도 많은 부담이 된다. 특히 노인들은 신체기능의 퇴화로 질병 발생 확률이 높고, 만성질환과 노인성 질환을 겪고 있어 의료서비스에 대한 수요가 높지만(김진구, 2008), 소득의 감소로 이용에 제한을 겪는 경우가 많다(황병덕·최령, 2015). 실제로 65세 이상 노인가구의 10.9%는 가구 소비지출에서 가장 부담을 느끼는 항목이 의료비라고 답하였고, 75세 이상 노인에서는 그 비율이 16%로 높아졌다(한국보건사회연구원, 2020). 또한 거동불편에 따른 이동상의 제한과 진료절차의 복잡함, 정보부족 등으로 의료이용에 제약 받는 경우도 빈번하다(최희영·류소연, 2017). 이러한 이유로 노인은 대표적인 의료취약계층의 하나로 분류되고 있다(황도경 외, 2017).

우리나라는 보편적 건강보험제도를 통해 다수 국민들의 의료접근성을 보장하고 있으나, 노인 등 의료취약계층은 의료적 필요를 해소함에 있어 여전히 많은 제한을 받고 있다(송경신·이준협·임국환, 2011). 이에 취약계층 보호를 위해 별도의 의료지원제도를 운영하고 있는데, 대표적인 것이 건강보험료 납부가 어려운 극빈계층이 무상 또는 저비용으로 의료서비스를 이용가능하게 하는 의료급여제도이다. 그러나 이 같은 의료지원제도에도 불구하고 취약계층의 의료이용에는 몇 가지 한계가 존재한다. 첫째, 낮은 의료보장률과 비급여 진료의 증가는 여전히 의료급여수급자에게 부담으로 작용할 수 있고, 이로 인한 의료이용 제약이 다수 보고되고 있다(김문길 외, 2020). 둘째, 소위 비수급빈곤층이라 불리는, 의료지원제도의 사각지대에 놓인 사람들이 다수 존재한다(황도경, 2020). 이들은 소득 측면에서 보자면 최저생계비 이하인 저소득층으로 의료급여수급자에 포함되어야 하나, 부양가족 등의 이유로 이에 포함되지

못하여 의료이용에 제약을 받고 있는 계층이다. 비수급빈곤층은 노인계층에서 더욱 문제가 되는데, 그 이유는 의료급여수급 탈락의 대표적 사유인 부양의무자 문제가 대부분 노인층에서 발생하기 때문이다. 이 같은 부양의무자로 인한 비수급빈곤 노인은 국가와 가족 어느 쪽에서도 부양을 받지 못하고 방치된 집단으로 볼 수 있는데, 이는 우리사회에 존재하는 사적부양과 공적부양의 사각지대를 의미한다는 점에서 가족자원의 문제와도 밀접하게 연결된다.

이에 본 연구에서는 개인의 의료접근성을 측정하는 대표적인 방법인 미충족의료의 개념을 활용하여 의료취약성 정도에 따른 노인들의 의료접근성 실태를 파악하고, 그에 따른 정책적 시사점을 도출하고자 한다. 미충족의료란 개인이 원하거나 전문가의 기준에서 필요하다고 판단하지만, 실제로는 받지 못한 의료서비스로 정의된다(신영진, 2015). 노인에게 있어 미충족 의료는 특히 중요한 의미를 가지는데, 이는 미충족의료 경험이 단순한 의료접근성의 문제를 넘어 노인들의 건강과 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 주요 요인으로 작용하기 때문이다(박유경·김창엽·황승식, 2018; 신성일·김영희, 2013; 이정옥, 2020; Ko, 2016). 국내에서 수행되었던 미충족의료 관련 기존 연구들은 일반성인(김수정·허순임, 2011; 김교성·이현옥, 2012; 송경신 외, 2011; 송해연·박은철·최재우, 2015; 신영진·손정인, 2009; 정현우·이준협, 2017; 허순임·김수정, 2007), 저소득층(김진구, 2008; 김태현·신영진·권리아, 2020), 만성질환자(임지혜, 2013) 등을 대상으로 이루어져 왔다. 그러나 이들 연구에서 노인계층은 별도의 관심대상이 아니거나, 단순히 성인집단에 비해 노인계층의 미충족의료 경험률이 높다는 정도의 결론만을 보여주고 있다. 또한 노인을 대상으로 이루어진 연구들은 일반노인을 대상으로 미충족의료의 영향요인을 광범위하게 파악하는 형태로 이루어졌을 뿐(이혜재·허순임, 2017; 최희영·류소연, 2017; 황병덕·최령, 2015), 노인계층 내에서 다시 취약계층을 세분화하여 미충족의료 현황을 분석한 연구는 거의 이루어진 바 없다. 이에 본 연구는 한국의료패널 자료를 바탕으로 65세 이상 노인계층을 의료취약성 정도에 따라 일반건강보험가입자, 비수급빈곤층, 차상위경감대상자, 의료급여수급자의 네 집단으로 세분화하여 미충족의료 현황을 분석하

였다. 특히 선행연구에서 소홀히 다루어졌던 비수급빈곤 노인 층을 별도로 구분하여 분석을 실시함으로써, 현행 노인 대상 의료지원제도의 사각지대를 구체화하고 이에 대한 정책적 시사점을 도출하였다.

II. 선행연구 고찰

1. 의료취약계층과 의료지원제도

취약계층이란 일반적으로 현재 사회경제적 위협에 노출되어 있거나, 장차 노출될 위험이 높아 사회적 보호와 정책적 지원이 없을 경우 인간다운 삶을 유지하기 어려운 집단을 말한다(방하남·강신욱, 2012). 하지만 특정 위협에 대해 어떤 수준을 취약하다고 볼 것인가에 대해서는 차이가 있으므로, 사회의 각 정책분야별로 취약계층의 정의는 각기 다르게 규정된다. 의료분야에서 취약계층은 대체로 의료서비스 자원을 이용함에 있어 제약이 있거나, 질병에 노출될 위험이 높은 집단으로 정의된다(김주경, 2012). 다시 말해 의료취약계층은 생물학적으로 질병 위험이 높은 집단과 사회경제적으로 취약하여 의료비 부담이 큰 집단을 포괄하는데, 장애인이나 노인은 전자의 대표적인 사례이고 빈곤층은 후자의 대표적 사례이다. 그런데 노인의 경우 생물학적 취약계층인 동시에 사회경제적 취약계층에도 속할 가능성이 높다는 점에서 더욱 세심한 주의가 요구된다. 실제로 우리나라 노인들의 의료접근성은 타 연령대에 비해 상당히 낮은 가운데(허순임·김수정, 2007), 노인집단 내에서도 사회경제적 여건에 따라 의료접근성 및 건강관련 삶의 질이 크게 좌우되는 것으로 나타나고 있다(김진구, 2011; 홍주연·김가중, 2016). 이 같은 의료취약계층의 의료접근성 향상을 위해 우리나라에서는 여러 형태의 의료지원제도를 두고 있는데, 대표적인 것이 의료급여제도와 차상위 본인부담경감제도이다.

의료급여는 생활유지 능력이 없거나 어려운 저소득층에게 국가가 의료서비스를 제공하는 공공부조제도이다(보건복지부, 2022a). 우리나라의 의료급여수급자 수는 2020년 기준 152만 6천여 명으로, 이는 국민의 2.9%에 해당하는 수준이다.¹⁾ 의료급여수급자는 국민기초생활보장법 및 의료급여법, 기타 법률에 근거하여 선정되는데, 일반적으로 소득과 재산을 함께 고려한 소득인정액이 기준중위소득의 40% 이하이면서 부양의무자 기준을 충족하는 경우 수급권자가 될 수 있다. 의료급여수급권자로 선정되면 기본적으로 국민건강보험 요양급여기준에서 정한 급여대상 항목에 대하여 의료비를 지원 받을 수 있다. 하지만 급여항목에서 발생하는 소액의 본인부담금이나 지원대상이 아닌 비급여 항목에서 발생하는 진료비에 따른 부담으로 의료 이용에 제약을 겪는 일이 빈번하다(김태현 외, 2020; 최윤주·

이원영, 2015).

차상위 본인부담경감제도는 과거 의료급여수급자였던 차상위 희귀난치성 및 중증질환자와 만성질환자, 18세 미만 아동을 건강보험가입자로 전환하면서, 대상자들에게 의료급여수급권자 수준의 의료이용이 가능하도록 본인부담금 및 건강보험료를 지원하는 제도이다. 국민건강보험법 시행령에 근거하여 소득과 재산을 함께 고려한 소득인정액이 기준중위소득의 50% 이하이면서 부양의무자 기준을 충족하는 경우 대상자로 선정될 수 있다. 대상자는 의료급여수급권자와 유사한 수준의 본인부담금만 부담하고, 일반건강보험가입자의 본인부담금과의 차액은 국고에서 지원하는 형태로 운영된다. 다만 건강상태와 소득 조건, 부양의무자 조건을 모두 충족해야 하므로 혜택을 받고 있는 대상자 수는 미미한데, 2021년 기준 28만 5천여 명, 인구대비 약 0.6%만이 지원 대상에 포함되어 있다(보건복지부, 2022b).

한편, 의료취약계층에서 특히 문제가 되는 부분은 각종 의료지원제도의 사각지대에 존재하는 비수급빈곤층이다. 비수급빈곤층의 개념은 연구자에 따라 다양하게 정의되는데, 공통적으로 '빈곤하지만 제도적 지원을 받지 못하는 집단'의 의미를 강조한다(한경훈·김윤민·허선, 2019). 다시 말해 저소득계층이지만 현 제도 상 자격기준에 부합하지 않아서 수급자에서 배제된 경우를 의미한다. 현재 정부에서 공식적으로 적용하고 있는 비수급빈곤층의 개념은 '기준중위소득의 40% 이하인 소득인정액을 가지고 있으나 비수급 지위에 있는 사람들'로서, 2015년 기준 약 93만 명이 될 것으로 추산한 바 있다(보건복지부, 2019). 비수급빈곤층이 특히 사회적으로 문제가 되는 이유는 이들이 기본적인 의식주 결핍으로 인해 신체적, 정신적 건강을 위협받고 있는 경우가 많기 때문이다(김미곤·여유진·김윤영, 2015; 문진영 외, 2014; 한경훈 외, 2019; 허선 외, 2014). 건강보장의 영역에서 보자면, 이들은 일반건강보험가입자로 분류되며, 건강보험료 및 높은 본인부담금을 지불해야 한다. 따라서 제도적 지원을 받는 의료급여수급자에 비해 의료요구 대비 이용량이 현저히 낮은 반면, 의료비 부담은 커지게 된다(김주경·이기호, 2013; 황도경, 2020).

이 같은 비수급빈곤층에 대해서는 국민전체(김미곤 외, 2015; 문진영 외, 2014; 황도경 외, 2017), 혹은 아동(김미숙, 2010; 허선 외, 2014)을 대상으로 그 실태와 문제점을 파악하려는 노력이 다수 있어왔다. 그러나 비수급빈곤층의 65%를 차지하고 있는(김미곤 외, 2015) 노인집단을 대상으로 수행된 연구는 상당히 미흡하다. 특히 의료접근성과 관련하여 비수급빈곤층 노인을 별도로 고려한 연구는 거의 이루어지지 못하였다. 이에 본 연구는 노인집단에서 비수급빈곤층의 의료요구 충족정도가 제도적 지원을 받고 있는 다른 의료취약계층, 그리고 일반건강보험가입자와 비교하여 어떠한 차이가 있는지에 대해 분석하고자 한다.

1) <https://kosis.kr/index/index.do>

2. 미충족의료

1) 개념 및 측정

미충족의료는 일반적으로 의료적 필요가 있음에도 적절한 의료서비스를 통하여 이를 충족하지 못한 상태를 의미하지만(이혜재·이태진, 2015), 연구자에 따라 다양한 방식으로 정의된다. 김혜련(2010)은 의사의 도움이 필요하였으나 실제로 받지 못하였거나 중도에 치료를 포기한 경우로 정의하였다. 신영전(2015)은 소비자가 원하였거나 의료인의 기준에서 필요하다고 판단하였지만 받지 못한 의료서비스로 정의하였다. Newacheck et al.(2000)과 Katz et al.(2000)은 의료에 대한 접근성 제약으로 미충족医료를 정의하였고, Sanson-Fisher et al.(2000)은 어떠한 의료서비스가 제공되었는지 여부보다는 제공된 의료서비스가 상태의 개선에 도움이 되었는지 여부로 이를 판단하였다.

미충족의료 판단에 있어서 특히 중요한 것은 '의료적 필요' 개념인데, 이는 판단의 주체에 따라 '평가된 필요'와 '인지된 필요' 두 가지로 구분된다(Aday & Andersen, 1974). 평가된 필요는 전문가 판단에 따른 필요를 뜻하고, 인지된 필요는 개인 스스로가 인지하는 필요를 뜻한다. 현재 이루어지고 있는 국내외 연구들은 대부분 인지된 필요에 기반을 두고, 당사자의 주관적 판단에 따라 미충족의료 발생여부를 측정한다(김교성·이현옥, 2012; 김수정·허순임, 2011; 신영전·손정인, 2009; 임지혜, 2013; 허순임·이혜재, 2016; Allin, Grignon & Le Grand, 2010; Sibley & Glazier, 2009). 본 연구의 자료원인 한국의료패널조사 역시 주관적 판단에 근거해 미충족의료 발생여부를 측정한다. 이 같은 측정방식은 개인이나 가구에 대해 '필요한 의료서비스를 이용하지 못한 경험이 있는지'를 질문하고, 그에 대한 대답을 통해 이를 파악하는 것이 일반적이다. 이처럼 주관적 인식에 근거한 미충족의료 측정방식에 대해서는 객관성이 부족하다는 우려가 제기되기도 하지만, 현실적으로 의료적 필요가 충족되었는지에 대한 판단을 외부관찰을 통하여 객관적으로 측정하기는 어렵다(정현우·이준협, 2017). 또한 주관적 판단이 객관적 평가와 일치하는 경우가 많고, 스스로의 문제에 대한 종합적인 판단이 가능하다는 측면에서 개인의 판단이 전문가의 판단보다 반드시 열등한 지표라고 볼 수는 없다(문정화·강민아, 2016; Cunningham & Hadley, 2007). 이에 본 연구에서는 개인의 주관적 판단에 기초한 방식으로 미충족의료 발생여부를 판단하였다.

2) 관련 선행연구

미충족의료 관련 선행연구들은 대체로 미충족의료 현황을 분석하고, 그 영향요인을 파악하는 것에 중점을 두어 왔다. 연구들은 크게 일반성인(김교성·이현옥, 2012; 송해연 외, 2015; 허순임·김수정, 2007; 허순임·이혜재, 2016), 저소득층(김진구, 2008), 노인(문정화·강민아, 2016; 이혜재·허순임, 2017;

최희영·류소연, 2017) 등을 대상으로 이루어졌는데, 미충족의료 발생률과 영향요인은 조사대상과 자료원에 따라 다소 차이를 보인다.

허순임과 김수정(2007)은 우리나라 성인의 미충족의료 현황과 영향요인을 분석하고 연령대별 차이를 2005년 국민건강영양조사를 이용하여 살펴보았다. 분석결과에 따르면 성인의 17.1%에서 미충족의료 경험이 있는 것으로 나타났다. 연령대에 따라 영향요인에는 차이가 있었는데, 젊은 연령대에서는 건강상태 등 다양한 요인이 영향을 미쳤던 반면, 노인층에서는 소득수준의 영향이 상대적으로 크게 나타났다. 김진구(2008)는 동일한 자료원을 활용하여 저소득층의 미충족의료 실태를 분석하였다. 결과에 따르면 저소득계층의 18.7%~28.6%가 경제적 사유로 미충족医료를 경험한 것으로 분석되어, 일반계층의 5.2%보다 매우 높은 경험률을 보여주었다. 해당연구에서는 의료급여제도가 저소득계층의 의료비용을 낮추는 효과가 있지만, 이들의 의료욕구를 충족시키기에는 미흡함이 있다고 보았다. 김교성과 이현옥(2012)은 2010년도 한국복지패널 자료를 바탕으로 우리나라 일반가구에 대해 미충족의료 경험과 영향요인을 분석하였다. 분석결과에 따르면 미충족의료 경험 가구는 1.4%였는데, 저소득 가구, 가구의 학력수준이 낮거나 건강상태가 좋지 않을수록, 만성질환자나 노인 가구원이 있는 가구, 그리고 건강보험 지역가입 가구에서 미충족医료를 경험할 확률이 높았다.

허순임과 이혜재(2016)는 한국의료패널 자료를 활용하여 우리나라 성인들의 미충족의료 경험률 추이를 분석하였는데, 2011년 14.9%에서 2012년 16.4%, 2013년에는 17.6%로 점차 증가하는 결과를 보였다. 영향요인으로는 여성, 45~54세의 중장년층, 초등학교 졸업이하, 저소득계층, 건강보험 지역가입자 또는 의료급여수급자인 경우 미충족의료 경험률이 높게 나타났다. 동일한 자료원을 사용한 송해연 외(2015)는 성인들의 경제활동 참여상태의 변화가 미충족의료 경험률에 미치는 영향을 분석하였다. 2012년 기준, 우리나라 성인의 16.2%에서 미충족의료 경험이 있는 것으로 분석되었는데, 이 가운데 36.1%는 경제적인 이유, 30.5%는 시간이 없다는 이유로 미충족医료를 겪은 것으로 나타났다. 한편 경제활동 참여상태의 변화는 미충족의료 경험률에 유의한 영향을 주었는데, 경제활동을 계속 하고 있는 사람에 비해 계속 하지 않고 있는 사람이 경제적 이유에서 미충족医료를 경험할 가능성이 1.39배 높았고, 경제활동을 하였다가 하지 않게 된 경우에는 그 확률이 2.3배 높아졌다.

최근 들어 노인의 의료이용에 대한 관심이 높아지면서 노인 계층을 대상으로 미충족의료 실태를 분석한 연구 또한 점차 증가하고 있다. 최희영과 류소연(2017)은 2012년도 지역사회건강조사를 사용하여 65세 이상 노인의 미충족의료 경험실태와 영향요인을 분석하였다. 결과를 보면, 전체 노인의 미충족의료 경험률은 9.5%로 분석되었는데, 이 가운데 절반 이상이 경제

적 이유로 인해 미충족의료를 경험한 것으로 나타났다. 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험은 저소득 노인에서 특히 높게 나타났다. 이해제와 허순임(2017)은 2012~2014년도 한국의료패널 자료를 이용하여 노인가계의 가구구성 형태가 미충족의료 경험에 미치는 영향을 살펴보았다. 노인들의 미충족의료 경험률은 1인 가구가 24.8%인데 비해, 부부가구 16.7%, 자녀동거 가구 19.8%, 조손가구 등은 25.0%로 큰 차이를 보여주었다. 문정화와 강민아(2016)는 2014년 노인실태조사를 사용하여 65세 이상 독거노인의 미충족의료 실태와 영향요인을 분석하였다. 연구결과를 보면 독거노인의 25.7%가 미충족의료 경험이 있는 것으로 나타났는데, 74세 이하 전기노인, 여성, 만성질환자, 저소득, 저학력, 비자발적 독거인 경우에 미충족의료 경험률이 높아졌다. 또한 가까운 지인이 적고 자녀관계 만족도가 낮을수록 미충족의료 경험이 높아졌는데, 이를 사회적 지지가 낮을수록 경제적인 지원이나 병원동행 등의 지원을 받기 어렵기 때문으로 해석하였다.

이상에서 검토한 바와 같이 미충족의료 관련 선행연구들은 일반성인을 중심으로 이루어진 경향이 있었으나, 최근 노인을 대상으로 한 연구가 점차 증가하고 있다. 하지만 노인 대상 연구들은 대체로 개인이나 가계의 속성에 초점을 두어 미충족의료의 영향요인을 파악하는 것에 중점을 두고 있으며, 의료지원 체계 등 제도적 요인이 반영된 연구는 미흡하였다. 이에 본 연구는 의료지원체도가 노인들의 미충족의료 경험에 미치는 영향에 중점을 두어 연구를 진행하였다. 이 과정에서 의료지원체도의 사각지대에 놓인 비수급빈곤층의 미충족의료 경험을 별도로 고려함으로써, 그에 따른 정책적 시사점을 함께 논의할 것이다.

III. 연구방법

1. 연구문제

이에 본 연구에서는 다음과 같이 연구문제를 설정하였다.

- 연구문제 1. 우리나라 노인 가운데 일반건강보험가입자, 비수급빈곤층, 차상위경감대상자, 의료급여수급자의 분포는 어떠한가?
- 연구문제 2. 네 가지 하위집단별 경제적/비경제적 사유로 인한 미충족의료 경험에는 어떠한 차이가 있는가?
- 연구문제 3. 네 가지 하위집단 이외에 노인들의 경제적/비경제적 사유로 인한 미충족의료 경험에 영향을 주는 추가적 요인은 무엇인가?

2. 자료원

이 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동 주관하는 한국의료패널조사 연간데이터 중 2018년 자료(Version 1.7)를 사용하였다.²⁾ 한국의료패널조사는 사람들의 의료이용 관련 상세정보와 개인의 사회인구학적 특성, 경제적 특성, 건강상태 등의 정보를 제공한다. 또한 개인의 미충족의료 경험 등 설문조사를 통해서만 파악가능한 정보를 함께 포함하고 있다. 한국의료패널조사는 2008년 7,866가구에 속한 24,616명의 가구원에 대해 조사를 시작하였고, 2018년에는 6,379가구에 속한 17,008명에 대해 조사가 이루어졌다.

이 연구에서는 노인을 65세 이상으로 설정하였는데, 이는 우리나라에서 의료이용과 밀접하게 관련된 국민건강보험법과 노인장기요양보험법 등에서 만 65세 이상을 노인으로 정하고 있기 때문이다. 2018년 조사에 응한 17,008명 중 65세 이상은 총 4,249명이었으며, 이 가운데 미충족의료 경험 등 주요 항목에 답을 하지 않은 사람을 제외한 4,147명을 최종 분석대상에 포함하였다.

3. 변수구성

1) 종속변수

본 연구에서 종속변수는 노인의 미충족의료 경험인데, 이를 발생 원인에 따라 경제적 사유로 인한 경험과 비경제적 사유로 인한 경험으로 구분하여 분석에 활용하였다. 이처럼 발생 원인에 따라 미충족의료 경험을 구분한 이유는 본 연구의 주된 관심인 현행 의료지원체계의 지원범위가 경제적 측면에 초점을 두고 있으므로, 양자를 구분하여 분석하는 것이 정책적 시사점을 도출하기에 유용하기 때문이다.

한편, 한국의료패널조사에서는 응답자들에게 치과를 제외한 일반 병의원진료와 치과진료 두 항목에 대해 각각 미충족의료를 경험한 적이 있는지를 조사한다. 해당 자료원을 이용하여 미충족의료 경험을 분석한 기존연구들은 대부분 치과진료를 제외한 병의원진료에 대해서만 분석을 진행하고 있다(이해제·허순임, 2017; 최희영·류소연, 2017; 황병덕·최령, 2015). 그러나 우리나라 65세 이상 노인의 건강보험 다빈도 상병 급여순위에 따르면, 1위와 9위가 치과질환으로 보고되고 있을 정도로 치과진료는 노인의 의료서비스 이용에서 중요한 부분이다(건강보험심사평가원, 2021). 이에 본 연구에서는 병의원진료와 치과진료의 두 항목이 모두 중요하다고 보아, 양자를 포괄하여 분석을 실시하였다.

2) 본 연구가 이루어진 시점에서 한국의료패널조사의 가장 최신 자료는 2019년도의 자료이다. 하지만 2019년도 자료에서는 차상위경감대상자에 대한 별도의 구분이 이루어져 있지 않아, 해당 항목을 포함한 자료 중 가장 나중에 배포된 2018년도 자료를 사용하였다.

한국의료패널조사에서 미충족의료 항목은 미충족의료 경험 여부를 묻는 문항과, 경험이 있는 사람에 대해 그 사유를 묻는 문항으로 구성되어 있다. 우선 일반 병의원진료 관련해서는 응답자에게 “지난 1년간 병의원(치과제외) 진료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?”라고 질문한 뒤, “예”라고 응답한 사람들에게 대해 “지난 1년간 필요한 병의원진료나 검사를 받지 못한 가장 중요한 이유는 무엇입니까?”라고 다시 질문한다. 치과진료와 관련해서는 “지난 1년간 필요한 치과치료나 검사를 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?”라고 질문하고, 마찬가지로 “예”라고 응답한 사람들에게 대해 “필요한 치과치료나 치과검사를 받지 못한 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까?”라고 다시 질문한다. 미충족의료 경험 사유에 대해서는 열 개 정도의 선택지가 제시되는데, 경제적 이유(치료비 부담), 거동이 불편해서, 의료기관이 너무 멀어서, 아이를 돌볼 사람이 없어서, 중세가 경미하여, 방문 시간이 없어서, 정보가 부족해서, 빠른 시일 내에 예약이 어려워서, 주치의가 없어서, 기타 사유 등이 포함된다.

본 연구에서는 병의원진료와 치과진료 중 하나라도 진료를 받지 못한 경험이 있다면 미충족의료 경험이 있는 것으로 정의하였다. 또한 그 사유를 묻는 질문에서 하나라도 경제적 이유로 진료를 받지 못하였다고 답한 경우, 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험자로 분류하였다. 경제적 이유를 제외한 다른 사유로 진료를 받지 못하였다고 답한 경우를 포괄하여 비경제적 사유로 인한 미충족의료 경험자로 분류하였다.

2) 설명변수

(1) 관심변수: 의료취약성 정도에 따른 집단 구분

본 연구에서는 의료취약성 정도에 따라 노인들을 네 집단으로 구분하였다(〈표 1〉 참조). 우선 의료이용과 관련하여 제도적 지원을 받지 않는 집단과 받는 집단으로 구분을 한 뒤, 각 집단 내에서 소득 등을 기준으로 다시 집단을 세분하였다. 우선 건강보험에 가입되어 있고 제도적 지원을 받지 않는 집단 가운데 소득이 기준중위소득의 40%가 넘는 노인들은 일반건강보험가입자로 분류하였다. 다음으로 건강보험에 가입되어 있고 제도적 지원을 받지 못하지만, 의료급여수급자의 소득요건인 기준중위소득의 40% 이하인 사람들을 비수급빈곤층으로 분

류하였다.

제도적 지원을 받고 있는 집단은 다시 차상위경감대상자와 의료급여수급자로 나뉘는데, 차상위경감대상자는 소득이 기준중위소득 50% 이하이면서 건강상태나 재산, 부양가족 등 추가 조건을 갖춘 집단이다. 마지막으로 의료급여수급자는 기준중위소득 40% 이하이면서 재산, 부양가족 등 추가조건을 충족하는 사람들이다.

집단 구분을 위해 일반건강보험가입자, 차상위경감대상자와 의료급여수급자는 자료원에 기입된 정보를 이용하였다. 비수급빈곤층은 현재 의료보장유형이 건강보험가입자로 기입된 사람들 가운데 소득이 기준중위소득의 40%에 미치지 못하는 경우를 별도로 선별하였다. 이 때, 응답자의 소득은 한국의료패널조사에 보고되어 있는 가구총소득을 균등화 개인소득으로 변환하여 사용하였다. 균등화 개인소득은 가구단위에서 측정된 소득을 가구원단위의 개인소득으로 변환하여, 서로 다른 규모의 가계에서 생활하는 개인들 간 상호비교가 가능하도록 표준화한 값이다. 가구단위의 소득을 가구원단위의 소득으로 환산하는 방법에는 여러 가지가 있지만, 이 연구에서는 OECD의 제공근지수의 방법을 사용하였다(OECD, 2012). 이는 가구의 총소득을 가구원 수의 제공근으로 나누는 방법인데, 우리나라에서 소득분배지표 작성에 주로 적용되는 방법이기도 하다. 자료가 수집된 2018년도 기준, 우리나라의 기준중위소득은 월 1,672,105원(1인 기준)인데, 의료급여의 대상이 되는 기준중위소득의 40%를 계산하면 월 668,842원이다. 이에 본 연구에서는 월 소득이 이에 미치지 못하지만, 현재 일반 건강보험에 가입되어 있는 사람들을 비수급빈곤층으로 분류하였다.

집단을 구분한 결과, 전체 표본 4,147명 중 79.6%인 3,301명이 일반건강보험가입자에 속하였고, 13.6%인 566명이 비수급빈곤층으로 분류되었다. 다음으로 차상위경감대상자는 1.1%에 해당하는 45명이었으며, 의료급여수급자는 5.7%인 235명으로 나타났다. 이상의 네 집단 가운데 일반건강보험가입자는 의료취약계층으로, 비수급빈곤층, 차상위경감대상자, 의료급여수급자는 의료취약계층으로 분류하였다.

(2) 기타 영향요인

이 연구에서는 미충족의료 경험에 영향을 주는 다른 요인들을 앤더슨(Anderson) 의료이용 행동 모형을 바탕으로 정리하

〈표 1〉 의료취약성 정도에 따른 집단 구분

전체	제도적 지원여부	소득 등 자격요건	하위집단 구분	N(%)	취약계층 여부
65세 이상 노인	받지 않음	기준중위소득의 40%초과	일반건강보험가입자	3,301(79.6)	非취약
		기준중위소득의 40%이하	비수급빈곤층	566(13.6)	
	받음	기준중위소득의 50%이하+추가조건	차상위경감대상자	45(1.1)	취약
		기준중위소득의 40%이하+추가조건	의료급여수급자	235(5.7)	

여 기타 영향요인으로 포함하였다(Andersen & Newman, 1973). 앤더슨 모형은 개인의 의료이용 행동을 예측하기 위한 모델로서(Anderson, 1995), 개인의 내외적 요인을 통합적으로 반영하고 있을 뿐 아니라, 많은 연구에서 타당성 있는 모형으로 인정받고 있다(강상경·부가정, 2010; 박효은·서인순, 2019). 해당 모형에서는 의료이용 관련 요인을 크게 소인요인과 가능요인, 필요요인으로 구분하고 있는데, 이에 본 연구에서도 노인의 미충족의료 경험에 영향을 주는 요인을 세 유형으로 구분하고, 선행연구를 참고하여 총 13개의 변수를 선정하였다(박현섭·홍성애, 2021; 송경신 외, 2011; 신한열 외, 2019; 이해재 외, 2009; 최희영·류소연, 2017).

소인요인은 개인의 의지와 관계없이 이미 가지고 있는 특성으로, 본 연구에서는 성별과 연령, 배우자유무, 가구원 수, 학력수준을 포함하였다. 성별과 연령, 배우자유무는 이분변수(남성, 65~74세, 유배우자 기준)로 구성하였고, 학력수준은 초졸이하(기준), 중고졸, 대졸이상으로 구분하였다. 가구원 수는 연속변수를 그대로 포함하였다.

가능요인은 의료서비스 이용을 가능하게 만드는 수단과 능력에 관한 요인으로, 본 연구에서는 소득수준과 경제활동여부, 거주지역, 사적의료보험 보유여부, 의료비지출액을 포함하였다. 소득수준은 앞서 비수급빈곤층 선정단계에서 산정한 균등화 개인소득을 사용하였다. 경제활동여부는 수입을 위해 현재 일을 하고 있는지 여부이고(활동함 기준), 거주지역은 동부(기준)와 읍면부의 이분변수로 구성하였다. 사적의료보험 보유여부는 없음(기준)과 있음의 이분변수로 구분하였으며, 의료비

지출액은 응답자 개인이 지난 1년 간 지출한 의료비 총액을 연속변수의 형태로 포함하였다.

필요요인은 개인의 건강과 관련되어 의료이용 욕구의 직접적인 원인이 되는 요인으로, 본 연구에서는 만성질환 수와 주관적 건강상태, 장애보유여부를 포함하였다. 만성질환의 수는 응답자가 보유하고 있다고 기록한 모든 만성질환 수를 합하여 연속변수의 형태로 사용하였다. 주관적 건강상태는 원자료에서 5점 척도로 측정된 것을 좋음(기준)과 보통/나쁨의 이분변수로 재구성하였다. 장애보유여부는 장애등급 판정을 받은 경우 장애있음, 그렇지 않은 경우에는 장애없음(기준)으로 구분하였다. 본 연구에 사용된 변수들은 이어지는 <표 2>에서 정리하여 제시하였다.

4. 분석 방법

이 연구에서 사용한 주요 분석방법은 기술통계와 집단간 차이분석, 다항 로지스틱 회귀분석이다. 우선 의료취약성 정도 따라 분류된 노인들의 일반적 특성과 미충족의료 경험 차이를 기술통계와 집단간 차이분석을 이용하여 분석하였다. 다음으로 영향요인들을 상호통제한 상태에서 의료취약성에 따른 하위집단이 경제적, 비경제적 미충족의료 경험에 미치는 영향을 분석하기 위해 다항 로지스틱 회귀분석을 사용하였다. 로지스틱 회귀분석에서는 미충족의료 경험 없음을 “0”, 있음을 “1”로 코딩하여 분석에 이용하였다.

<표 2> 연구에 사용된 변수

항 목	변수명		변수구성	
종속변수	미충족의료 경험	경제적 사유로 인한 경험	없음(기준), 있음	
		비경제적 사유로 인한 경험		
		의료비취약계층		
관심변수	의료취약계층		① 일반건강보험가입자(기준)	
			② 비수급빈곤층	
			③ 차상위경감대상자	
			④ 의료급여수급자	
설명변수	기타 영향요인	성 별	남성(기준), 여성	
		연 령	65세~74세(기준), 75세 이상	
		소인요인	배우자유무	유배우자(기준), 무배우자
		가구원 수	연속변수	
		학력수준	초졸이하(기준), 중고졸, 대졸이상	
		균등화 개인소득	연간 가구총소득 / $\sqrt{\text{가구원 수}}$	
		경제활동여부	활동함(기준), 활동안함	
		가능요인	거주지역	동부(기준), 읍면부
		사적의료보험 보유여부	없음(기준), 있음	
		연간 의료비지출액	연속변수	
		필요요인	만성질환 수	연속변수
		주관적 건강상태	좋음(기준), 보통/나쁨	
		장애보유여부	없음(기준), 있음	

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

다음의 <표 3>에서는 연구대상자 전체의 일반적 특성을 제시하고, 이를 하위집단별로 비교하여 분석하였다. 연구대상자의 일반적 특성을 응답자 전체에 대해 살펴보면 여성이 58.1%로 남성에 비해 많았고, 연령은 65~74세와 75세 이상이 반반정

도로 비슷한 비중을 보였다. 유배우자가 65.5%로 무배우자보다 많았으며, 가구원수는 평균 2.1명이었다. 학력수준은 전체 응답자의 절반 이상이 초졸이하로, 낮은 편에 속하였다. 균등화 개인소득은 연평균 1,909만원이었는데, 중앙값은 이보다 낮은 1,481만원이었다. 전체 응답자의 61.9%는 경제활동을 하고 있지 않았으며, 거주지역은 동부가 64.6%로 읍면부에 비해 상당히 높은 비중을 차지하였다. 사적의료보험이 하나도 없는 비율은 52.6%였다. 연구대상자들은 연평균 119만원의 의료비를

<표 3> 연구대상자의 일반적 특성

	전 체 (N=4,147)	하위집단별 특성			χ^2/F	
		일반건강보험 (79.6%)	비수급빈곤 (13.6%)	의료취약계층 차상위경감 (1.1%) 의료급여 (5.7%)		
성 별(%)						
남 성	41.9	44.3	32.3	31.1	32.3	40.260**
여 성	58.1	55.7	67.7	68.9	67.7	
연 령(%)						
65~74세	50.7	57.1	21.7	35.6	34.5	272.580**
75세 이상	49.3	42.9	78.3	64.4	65.5	
배우자유무(%)						
유배우자	65.5	70.8	50.9	48.9	30.2	229.608**
무배우자	34.5	29.2	49.1	51.1	69.8	
가구원 수(평균/SD)	2.1(1.0)	2.3(1.0) ^a	1.6(0.6) ^b	1.8(1.4) ^b	1.6(0.9) ^b	99.297**
학력수준(%)						
초졸이하	52.1	47.4	72.2	57.8	69.3	156.152**
고졸이하	39.3	42.7	24.4	40.0	26.4	
대졸이상	8.6	9.9	3.4	2.2	4.3	
균등화 개인소득(만원, 연간)						
평균(SD)	1,909(1,570)	2,212(1,618) ^a	629(115) ^b	897(357) ^b	931(562) ^b	237.476**
중앙값	1,481	1,781	648	815	562	
경제활동여부(%)						
활동함	38.1	43.6	20.0	28.9	6.8	220.705**
활동안함	61.9	56.4	80.0	71.1	93.2	
거주지역(%)						
동 부	64.6	66.0	53.7	66.7	71.1	36.610**
읍면부	35.4	34.0	46.3	33.3	28.9	
사적의료보험여부(%)						
없 음	52.6	47.0	73.9	64.4	77.9	206.547**
있 음	47.4	53.0	26.1	35.6	22.1	
의료비지출액(만원, 연간)						
평균(SD)	119(163)	127(169) ^a	107(163) ^a	80(163) ^{ab}	33(53) ^b	26.823**
중앙값	65	70	60	36	11	
만성질환 수(평균/SD)	4.4(2.5)	4.2(2.5) ^a	4.6(2.3) ^a	6.3(2.7) ^b	5.9(2.9) ^b	259.140**
주관적 건강상태(%)						
좋 음	22.0	24.1	14.8	6.8	12.3	43.390**
보통/나쁨	78.0	75.9	85.2	93.2	87.7	
장애보유여부(%)						
없 음	85.1	87.0	82.0	77.8	67.7	72.541**
있 음	14.9	13.0	18.0	22.2	32.3	

^a $p < .05$, ^{**} $p < .01$

주: 연속변수의 집단별 평균에 표시된 위치자는 사후분석결과 동일집단을 의미하며, 사후분석은 Tukey의 방법을 사용

지출한 것으로 나타났으며, 중앙값은 이보다 낮은 65만원이었다. 한편 응답자들의 건강상태는 전반적으로 좋지 않았다. 보유한 만성질환의 수는 평균 4.4개로 나타났으며, 자신의 건강상태가 좋다고 응답한 비율은 22%에 불과하였다. 또한 14.9%는 장애관정을 받은 것으로 분석되었다.

연구대상자의 일반적 특성은 모든 변수에서 하위집단에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었는데, 의료취약계층에 속하는 노인들의 사회경제적 상태 및 건강상태가 일반건강보험가입자에 비해 현저히 낮았다. 의료취약계층에서 여성, 고령, 무배우자, 경제활동을 하지 않는 노인의 비율이 유의하게 높았으며, 전반적인 학력수준도 크게 낮았다. 특히 다른 취약계층에 비해 비수급빈곤층에서 75세 이상 고령노인과 읍면부 거주자의 비율이 상당히 높게 나타났다. 일반건강보험가입자에 비해 의료취약계층에서 사적의료보험이 없는 비율이 높았고, 보유한 만성질환 수가 많았으며 장애판정비율이 높았다. 또한 의료취약계층의 가구원수는 평균 2명이 되지 않아, 독거노인의 비율이 높음을 짐작할 수 있다.

한편 소득을 보면 의료취약계층의 소득수준은 일반건강보험가입자의 절반에도 미치지 못하였다. 문제는 비수급빈곤층의 소득수준이 의료급여수급자나 차상위경감대상자와 유의한 차이가 없음에도 불구하고 이들은 의료지원제도의 도움을 전혀 받지 못하고 있다는 사실이다. 이 같은 문제는 의료비지출을 보면 더욱 명확하게 드러난다. 실제로 의료지원을 받고 있는 의료급여수급자의 연간 의료비지출 중앙값은 11만원, 차상위경감대상자는 36만원이었다. 반면 이들과 소득수준이나 다른 사회경제적 여건에서 크게 차이가 없는 비수급빈곤층의 의료비지출 중앙값은 60만원으로, 이는 소득수준이 세 배 가량 높은 일반건강보험가입자의 의료비지출과 차이가 없는 수준이었

다. 이 같은 결과는 비수급빈곤층에서 의료비지출로 인한 경제적 부담이 상대적으로 높을 수 있으며, 이는 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험을 높이는 결과로 이어지게 됨을 의미한다.

2. 하위집단별 미충족의료 경험률 비교

이어지는 <표 4>는 노인들의 미충족의료 경험률을 병의원+치과진료 전체와 병의원진료, 치과진료 각 항목에 대해 발생사유와 하위집단별로 비교하여 제시한 것이다. 우선 연구대상자 전체에 대해 살펴보면, 65세 이상 노인들의 12.6%는 병의원 또는 치과진료에 대해 경제적 사유로, 10.6%는 비경제적 사유로 미충족医료를 경험한 것으로 나타났다. 미충족의료 경험은 하위집단에 따라 큰 차이를 보였는데, 이 같은 차이는 주로 경제적 사유로 인한 경험에서 발생하였다. 실제로 일반건강보험가입자의 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험률은 9.8%였던 것에 비해, 각종 의료지원제도에서 소외된 비수급빈곤층의 경우 그 두 배 가량인 18.9%가 경제적 사유로 진료를 받지 못한 경험이 있었다. 제도적 지원을 받고 있는 차상위경감대상자와 의료급여수급자 역시 각각 40.0%와 31.5%의 경험률을 보고하고 있어 일반건강보험가입자에 비해 경제적 사유로 미충족医료를 경험할 가능성이 상당히 높았다.³⁾

이에 비해 비경제적 사유로 인한 미충족의료 경험률은 하위집단에 따른 차이가 상대적으로 작았다. 구체적으로 일반건강보험가입자의 10.0%가 비경제적 사유로 인한 미충족의료 경험을 보고하였는데, 의료취약계층은 8.9%~14.5%의 분포를 보여 경제적 사유에 비해 그 편차가 크지 않았으며, 이는 통계적으로도 유의하지 않았다.

이 같은 미충족의료 경험은 진료 분야에 따라서도 큰 차이

<표 4> 하위집단별 미충족의료 경험률 비교

		하위집단별 경험률(%)					x ²
		전체 (N=4,147)	일반건강보험 (79.6%)	의료취약계층			
				비수급빈곤 (13.6%)	차상위경감 (1.1%)	의료급여 (5.7%)	
병의원+치과진료	경제적 사유	12.6	9.8	18.9	40.0	31.5	150.250**
전체	비경제적 사유	10.6	10.0	12.4	8.9	14.5	6.729
병의원	경제적 사유	4.4	2.9	8.0	15.6	14.0	98.743**
진료	비경제적 사유	9.8	8.5	12.9	17.8	18.3	34.539**
치과	경제적 사유	10.9	8.4	16.3	40.0	28.5	151.787**
진료	비경제적 사유	4.9	4.7	5.8	2.2	6.4	3.246

* p < .05, ** p < .01

주: 병의원진료와 치과진료의 미충족의료 경험은 복수응답이 가능하고, 둘 중 하나라도 경제적 사유를 선택한 경우 전체 경험에서는 경제적 사유로 분류됨. 따라서 각 진료 분야별 경제적/비경제적 경험률의 단순 합은 병의원+치과진료 전체의 경제적/비경제적 경험률과 일치하지 않음.

3) 다만 차상위경감대상자의 경우 표본 수가 전체의 1.1%인 45명으로, 연구결과를 일반화하기에는 다소 한계가 있으며 해석상의 주의를 요한다.

가 있었다. 미충족의료 경험을 병의원진료와 치과진료로 나누어 살펴보면, 전반적으로 병의원진료에 비해 치과진료에서 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험률이 월등히 높은 것을 볼 수 있다. 구체적으로 살펴보면 일반건강보험가입자의 경우, 병의원진료에서는 비경제적 사유로 인한 경험률(8.5%)이 경제적 사유로 인한 경험률(2.9%)에 비해 세 배 가까이 높았으나, 치과진료에 있어서는 경제적 사유(8.4%)가 비경제적 사유(4.7%)에 비해 두 배 가량 높게 나타난다. 이 같은 경향성은 의료취약계층에서 더욱 두드러지게 나타났다. 병의원진료의 경우, 모든 유형의 의료취약계층에서 경제적 사유에 비해 비경제적 사유로 인한 경험률이 높게 나타났다. 하지만 치과진료의 경우, 미충족의료 발생원인이 대부분 경제적 사유에 기인한 것을 볼 수 있다. 특히 차상위경감대상자의 경우 치과진료에서 비경제

적 사유로 인한 경험률은 2.2%였으나 경제적사유로 인한 경험률은 40%에 달해, 다른 취약계층에 비해서도 상당히 큰 차이를 보였다.

3. 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인

다음의 <표 5>는 다른 영향요인들을 상호통제한 상태에서 의료취약계층이 겪는 미충족의료 경험률을 분석한 결과이다.⁴⁾ 이 연구의 주된 관심인 의료취약계층 변수에서는 비취약계층인 일반건강보험가입자를 준거집단으로 설정하였다. 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인은 발생사유에 따라 상당히 큰 차이가 있었다. 우선 의료취약계층 변수에 대해 살펴보면, 모든 의료취약계층이 일반건강보험가입자에 비해 경제적 사유로

<표 5> 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인

	발생사유별 미충족의료 경험			
	경제적 사유		비경제적 사유	
	B(SE)	Exp(B)	B(SE)	Exp(B)
의료취약계층(ref:건강보험)				
비수급빈곤	.309(.150) [*]	1.362	.214(.163)	1.239
차상위경감	1.203(.342) ^{**}	3.329	.199(.551)	1.220
의료급여	.864(.187) ^{**}	2.372	.555(.227) ^{**}	1.743
성 별(ref:남성)				
여성	.048(.121)	1.049	.216(.129)	1.241
연 령(ref:65~74세)				
75세 이상	-.232(.116) [*]	.793	.020(.126)	1.020
배우자유무(ref:유배우자)				
무배우자	.481(.121) ^{**}	1.618	.246(.130)	1.279
가구원 수(명)	.288(.055) ^{**}	1.333	.034(.059)	1.035
학력수준(ref:초졸이하)				
고졸이하	-.141(.118)	.868	.025(.128)	1.025
대졸이상	-.134(.241)	.875	.343(.216)	1.409
균등화 개인소득(백만원)	-.047(.007) ^{**}	.954	.000(.004)	1.000
경제활동여부(ref:활동함)				
활동안함	.000(.116)	1.000	.057(.121)	1.059
거주지역(ref:동부)				
읍면부	-.405(.112) ^{**}	.667	.394(.113) ^{**}	1.483
사적의료보험(ref:없음)				
있 음	-.052(.113)	.949	-.141(.120)	.869
의료비지출액(만원)	.000(.000)	1.000	.000(.000)	1.000
만성질환 수(개)	.018(.021)	1.018	.009(.023)	1.009
주관적 건강상태(ref: 좋음)				
보통/나쁨	.760(.157) ^{**}	2.137	.382(.146) ^{**}	1.465
장애보유여부(ref:없음)				
있 음	.037(.136)	1.037	.038(.148)	1.039
상수항	-2.355(.261) ^{**}	-	-2.912(.264) ^{**}	-
pseud R ²	.094			

^{*} p < .05, ^{**} p < .01

4) 본 연구에 포함된 설명변수들 간 다중공선성을 확인한 결과, 모든 설명변수에 대해 VIF 값이 1.05에서 3.59 사이에 분포하고, Tolerance 값이 0.28에서 0.95 사이에 분포하여 전반적으로 문제가 없음을 확인하였다.

인한 미충족의료를 경험할 확률이 유의하게 높았다. 구체적으로 비수급빈곤층은 일반건강보험가입자에 비해 약 1.4배, 차상위경감대상자는 3.3배, 의료급여수급자는 2.4배 경험확률이 높아졌다. 반면 비경제적 사유에 대해서는 의료급여수급자만이 일반건강보험가입자에 비해 1.7배가량 유의하게 높은 미충족의료 경험률을 보여주었다.

기타 영향요인에 대한 분석결과 또한 발생사유에 따라 큰 차이를 보여주었다. 우선 연령의 경우, 경제적 사유에 대해서만 유의한 결과를 보였는데 65~74세 노인에 비해 75세 이상 고령노인의 경험률이 낮게 나타났다. 가구원의 구성 또한 경제적 사유에 대해서만 유의한 영향을 보였는데, 배우자가 없는 경우와 가구원 수가 증가할수록 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험률이 높아졌다.

소득수준 역시 발생사유별로 서로 다른 영향력을 보여주었는데, 소득수준이 높아질수록 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험은 낮아졌으나, 비경제적 사유로 인한 경험에는 유의한 영향을 주지 않았다. 거주지역은 경제적 사유와 비경제적 사유에 대해 서로 상반된 영향력을 보여주었는데, 동부에 비해 읍면부에서 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험률은 낮았지만, 비경제적 사유로 인한 경험률은 높아졌다.

주관적 건강상태는 기타 요인에서 유일하게 경제적 사유와 비경제적 사유에 대해 일관된 영향력을 보여준 변수였는데, 자신의 건강상태가 좋지 않다고 인지하는 경우 발생사유에 관계 없이 미충족의료 경험률이 높아지는 것으로 나타났다. 하지만 성별이나 학력수준, 경제활동여부, 사적의료보험여부, 의료비 지출액, 만성질환의 수나 장애보유여부는 경제적 사유와 비경제적 사유에 대해 모두 유의한 영향을 미치지 못하였다.

V. 결론 및 시사점

본 연구는 2018년 한국의료패널 자료를 사용하여 노인들의 미충족의료 경험에 대해 살펴보았다. 이 과정에서 하나의 집단으로 여겨졌던 노인집단 내에서 다시 의료취약계층을 세분화하고, 미충족의료 경험을 발생사유별로 나누어 고찰함으로써 현행 의료지원제도의 문제점을 구체화하고 그에 따른 정책적 시사점을 도출하였다. 본 연구에서 얻어진 주요 연구결과와 그에 따른 논의는 다음과 같이 정리된다.

첫째, 본 연구에서 추정된 우리나라 65세 이상 노인인구 중 의료취약계층은 20.4%로, 비수급빈곤층이 13.6%, 차상위경감대상자가 1.1%, 의료급여수급자가 5.7%를 차지하였다. 이는 보건복지부 추산(김문길 외, 2020) 전체인구 대비 의료취약계층의 비율이 약 5%가량(비수급빈곤층 1.4%, 차상위경감대상자 0.6%, 의료급여수급자 2.9%)이었던 것에 비해 훨씬 높은 수치이다. 이는 생물학적으로 의료필요도가 높은 노인집단이 사회

경제적으로도 취약계층에도 속할 가능성이 높음을 단적으로 보여주는 결과라 할 수 있다. 실제로 의료취약계층에 속한 노인들은 비취약계층에 비해 여성, 고령노인, 무배우자, 경제활동을 하지 않는 비율이 유의하게 높았으며, 전반적인 학력수준이나 소득수준도 크게 낮았다. 특히 주목해야 할 부분은 전체 인구 대비 노인계층에서 비수급빈곤층의 비율이 유독 높다는 사실이다. 분석결과를 보면 전체인구 대비 노인집단에서 의료급여수급자나 차상위경감대상자의 비율이 약 두 배 가량 높은 데 비해, 비수급빈곤층의 비율은 열 배 가량 높은 것을 볼 수 있다. 이는 다른 연령대에 비해 노인집단에서 의료지원정책의 사각지대에 존재하는 사람들의 비율이 매우 높음을 의미한다.

둘째, 의료취약계층 노인은 비취약계층에 비해 미충족의료 경험률이 유의하게 높았으며, 취약계층 내에서도 각 집단별로 큰 차이가 있었다. 병의원+치과진료에 대해 우리나라 노인 전체의 12.6%는 경제적 사유로, 10.6%는 비경제적 사유로 미충족의료를 경험한 것으로 나타났다. 그러나 의료취약계층의 경우, 경제적 사유로 인한 경험이 비취약계층인 일반건강보험가입자에 비해 크게 높아졌다. 기타 요인을 모두 통제하는 경우, 일반건강보험가입자 대비 비수급빈곤층은 1.4배, 차상위경감대상자는 3.3배, 의료급여수급자는 2.4배가량 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험률이 높게 나타났다. 반면 비경제적 사유로 인한 미충족의료 경험률은 일반건강보험가입자 대비 의료급여수급자의 경우에만 1.7배가량 증가하였고, 다른 집단에서는 유의한 차이가 없었다. 이 같은 결과가 시사하는 바는 크게 두 가지이다. 첫째는 제도적 지원을 받는 노인들의 경우에도 경제적 사유로 미충족의료를 경험하는 비율이 비취약계층에 비해 여전히 높다는 사실이고, 둘째는 의료지원의 사각지대에 있는 비수급빈곤층이 경제적 사유로 미충족의료를 경험하는 비율이 비취약계층에 비해 상당히 높다는 점이다.

우선 첫 번째 사안에 대해 살펴보면 현재 우리나라에서 의료급여수급권자는 의료이용 시 급여항목에 대해서는 본인부담이 없거나, 매우 낮은 수준만을 부담하도록 정하고 있다. 차상위경감대상자의 경우에도 기본적으로 의료급여수급자와 유사한 수준의 본인부담금을 지불하도록 되어 있다. 그럼에도 불구하고 이들이 경제적 사유로 미충족의료를 경험하는 비율이 여전히 높은 이유는 비급여 진료비에 대해서는 전액 본인이 부담하도록 되어있기 때문이다(김태현 외, 2020; 신현웅, 2009). 실제로 2020년 기준, 우리나라의 건강보험 보장률은 65.3%이고, 법정 본인부담률은 19.5%, 비급여 본인부담률은 15.2%로 집계되고 있다(국민건강보험공단, 2021). 이처럼 높은 비급여 진료비 부담은 의료이용을 포기하게 만드는 요인으로 작용할 수 있다. 이 같은 문제를 해결하기 위한 원칙적인 방안은 현행 건강보험과 의료급여의 전체적인 보장성을 확대하는 것이다. 실제로 정부에서도 건강보험 보장율을 2023년까지 70%로 강화하고, 비급여 진료를 단계적으로 급여화 하는 계획을 추진 중에 있다

(보건복지부, 2019). 하지만 이는 우리나라 건강보험 급여 및 수가체계 전반의 변화가 필요한 부분이므로, 단기간 내에 이루어지기에는 한계가 있을 것이다(김문길 외, 2020). 따라서 전반적인 보장성 강화가 이루어지기 전이라도 의료취약계층에 대한 비급여 진료비 부담을 완화하기 위한 방안이 필요하며, 이를 위해서는 현행 본인부담액상한제를 개선하는 방법 등을 검토해 볼 수 있다.

두 번째 사안인 비수급빈곤층 문제에 대해서도 추가적인 논의가 필요하다. 앞서 언급한 바와 같이 본 연구의 결과에 따르면 노인집단에서 비수급빈곤층의 비율은 국민전체를 기준으로 한 비율보다 열 배 가량 높게 나타났다. 이들 비수급빈곤 노인들은 소득 대비 의료비 부담이나 미충족의료 경험률에서 일반 건강보험가입자 보다 열악한 상황에 있음에도 불구하고, 의료지원제도의 혜택을 받지 못한다. 노인들이 비수급빈곤층에 속하게 되는 원인은 여러 가지가 있겠으나, 일반적으로 가장 문제가 되는 부분은 부양의무자 기준이다(장동열·류만희, 2017). 우리나라는 2015년 7월 국민기초생활보장제도를 맞춤형 개별급여로 전환한 후, 교육급여, 주거급여의 부양의무자 기준을 단계적으로 폐지하였고, 2022년까지 생계급여의 부양의무자 기준도 폐지할 것으로 예정되어 있다. 그러나 큰 쟁점 중 하나였던 의료급여 부양의무자 기준의 경우, 폐지가 아닌 개선으로 가닥을 잡으면서 논란이 지속되고 있다(황도경, 2020). 차상위경감 역시 의료급여와 비슷한 수준의 부양의무자 기준을 두고 있어, 빈곤층이 의료급여에서 부양의무자 기준으로 탈락하는 경우, 차상위경감에서도 대부분 동일한 사유로 탈락하게 된다. 이처럼 의료급여를 비롯한 각종 사회보장제도에서 부양의무자 기준을 두는 것은 공적부양에 앞서 사적부양을 강제하는 것으로 볼 수 있다(허선·김윤민, 2018). 하지만 본 연구에서 나타난 바와 같이 비수급빈곤 노인들의 미충족의료 경험이 높다는 것은 사실상 사적부양 또한 제대로 이루어지지 않고 있음을 의미한다. 이는 가족관계와 사회적 인식 변화 등으로 우리사회에서 사적부양의 기반이 약화되고 있음을 반영한 결과이기도 하다. 실제로 1998년에는 노인부양의 책임이 가족에게 있다는 응답이 89.9%로 대다수였지만, 2016년에는 30.6%로 급감하였다(허선·김윤민, 2018). 그러므로 노인부양의 일차적 책임을 가족에게 부여하는 부양의무자 기준을 유지하는 경우, 부양의 사각지대에 존재하는 노인은 앞으로도 계속 증가할 수밖에 없다(손병돈, 2019). 이에 타 분야와 마찬가지로 의료급여에 있어서도 부양의무자 기준에 대한 합리적인 개편이 이루어져야 할 것이다.

셋째, 미충족의료 경험을 병의원진료와 치과진료로 나누어 살펴보면, 전반적으로 병의원진료에 비해 치과진료에서 경제적 사유로 인한 경험률이 월등히 높았으며, 이 같은 경향성은 의료취약계층, 특히 차상위경감대상자에서 더욱 두드러졌다. 일반 병의원(치과제외) 진료에서 발생하는 노인들의 미충족의료 경험은 선행연구에서 다루어진 적이 있으나(이혜재·허순

입, 2017; 최희영·류소연, 2017; 황병덕·최령, 2015), 노인집단에 대해 치과진료에서 발생한 미충족의료 경험률 수치를 구체적으로 보고한 연구는 드물다. 하지만 본 연구결과를 보면 치과진료에서 발생한 노인들의 미충족의료 경험은 발생률과 발생사유 모두에서 일반 병의원 진료와는 확연히 구분되는 양상을 보이고 있었다. 그러므로 기존연구에서와 같이 치과진료를 제외한 상태에서 미충족의료 경험을 파악하는 경우, 노인들의 의료접근성 제약을 실제보다 과소평가할 가능성이 있다.

한편, 본 연구결과에 따르면 일반 병의원진료에 비해 치과진료에서 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험이 높았는데, 그 이유는 우리나라 치과진료비에서 본인부담금의 비율이 유독 높기 때문이다. 실제로 2020년 기준, 우리나라에서 치과진료비의 건강보험 보장률은 치과병원 25.6%, 치과의원 36.0%에 불과하다(국민건강보험공단, 2021). 현재 병의원이나 약국 등의 건강보험 보장률이 60% 안팎임을 고려하면, 치과진료에서 본인부담의료비 수준은 지나치게 높다고 볼 수 있다. 특히 노인들이 주로 이용하는 틀니, 보철, 임플란트 등의 치과진료에서 비급여 진료가 많은 것이 문제인데(정세환·류재인, 2015), 실제로 2020년 기준, 우리나라 치과병원과 치과의원의 비급여 본인부담률은 60.2%와 49.3%에 달한다(국민건강보험공단, 2021). 이 같은 높은 비급여 본인부담금은 의료급여나 차상위경감제도의 지원대상이 아닌 동시에, 현행 본인부담액상한제에서도 적용이 제외되므로 의료취약계층에 속한 노인들에게는 매우 큰 부담이 될 수 있다. 그러므로 노인들의 치과진료 미충족의료 현황에 대해 관심을 높일 필요가 있으며, 이와 함께 치과진료에서 건강보험의 보장성을 재검토하고 이를 강화할 수 있는 정책적 방안이 필요할 것이다.

다음으로 본 연구에 포함된 기타 영향요인 변수들로부터 몇 가지 중요한 시사점을 도출할 수 있다. 우선 75세 미만 연소노인의 미충족의료 경험률이 75세 이상 고령노인에 비해 높았는데, 이 같은 차이는 경제적 사유로 인한 것이었다. 이는 고령노인일수록 의료요구도가 높을 것이라는 일반적 통념과는 차이가 있다. 하지만 기존연구들을 종합해 보면 노인계층에서 연령증가와 의료이용이 반드시 정(+)적 관계를 형성하는 것은 아님을 볼 수 있다. 실제로 전해숙과 강상경(2012)의 연구에 따르면 노년기에는 연령이 높아질수록 외래진료 이용이 감소하였고, 라규원과 이해중(2017)의 연구에서는 연소노인의 의료비 지출이 고령노인에 비해 오히려 더 높게 나타난다. 이 같은 결과는 노년기가 20~30년 이상으로 길어지고 있는 현 상황에서 노인 대상 의료정책이 노인집단 전체를 대상으로 하기보다는 연령대에 따른 차이를 고려하여 계획되고 시행될 필요가 있음을 시사한다.

한편, 가구원 수가 많을수록 경제적 사유로 인한 노인들의 미충족의료 경험은 높아졌으나, 비경제적 사유로 인한 경험에는 유의한 영향을 주지 못하였다. 이는 가구원 수가 많은 경우, 타 가구원으로부터 경제적 도움을 얻기보다는 타 가구원을 위

해 우선적으로 지출하는 비용이 많아져서 오히려 노인들이 의료이용에 할애할 수 있는 자원이 줄어든 것으로 추정해 볼 수 있다(이혜재·허순임, 2017). 문제는 가구원 수가 많다고 하여 거동불편이나 교통문제 등 비경제적 사유로 인한 미충족의료 경험을 낮추는데 도움이 되지 않는다는 것이다. 기존 연구를 보면 가족이나 사회적지지 높을수록 미충족의료가 낮아지는 것으로 보고되고 있으나(문정화·강민아, 2016; Nelson & Park, 2006), 본 연구결과에 따르면 가구원 수가 많다고 하여 이 같은 효과가 나타나는 것은 아니었다. 따라서 독거노인이 아니더라도 가족으로부터 적절한 돌봄을 받지 못하는 노인들에 대해서는 경제적 지원 외에 이들의 의료이용을 보조할 수 있는 병의원 외출지원, 의료인의 가정방문서비스 등 적절한 사회적지지 체계가 마련되어야 할 것이다(이미영·조희급·최윤지, 2016; 한국보건사회연구원, 2020).

거주지역은 경제적 사유와 비경제적 사유로 인한 경험에서 상반된 효과를 나타내었다. 동부에 거주하는 노인들은 읍면부 거주 노인들에 비해 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험이 높았고, 반대로 읍면부 거주 노인들은 비경제적 사유에 따른 미충족의료가 많이 발생하고 있었다. 이는 읍면부 거주 노인들의 경우 의료기관이 많고 교통이 편리한 도시에 비해 물리적 장벽으로 인한 의료접근성 제약이 더욱 문제가 될 수 있음을 의미한다. 이 같은 결과는 노인들의 적절한 의료이용을 지원하기 위해서는 개인단위의 사회경제적 속성 이외에도 지역단위의 속성을 함께 고려한 정책적 접근이 필요함을 보여준다.

사적의료보험 보유여부는 경제적 사유로 인한 노인들의 미충족의료 경험을 낮추는 역할을 하지 못하였다. 공적 의료보장의 한계를 보완하기 위한 사적의료보험이 실제로 개인의 의료비부담을 낮추는 역할을 하고 있는지에 대해서는 긍정적인 결과(이주은·김태현, 2014)와 부정적인 결과(김유진·김윤희, 2017; 신혜리·임예적·한기명, 2014)가 혼재한다. 부정적인 견해를 제시한 연구들은 사적의료보험이 의료비지출을 경감하기보다는 고가의 보험납입금 등으로 오히려 가입자의 비용부담을 증가시키는 결과를 초래하는 것으로 보고 있다. 본 연구의 결과 또한 사적의료보험 가입이 경제적 사유로 인한 미충족의료 경험을 낮추는 역할을 하지 못하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 현재 판매되고 있는 사적의료보험 상품의 효용성에 대해 가입자 입장에서 전반적인 재검토가 필요함을 시사한다. 아울러 노인들이 각자의 필요에 맞는 보험상품을 제대로 선택해서 구매하고 있는지에 대한 추가적인 연구를 통해 그에 따른 대안을 마련하는 작업이 이루어져야 할 것이다.

마지막으로 만성질환 수는 노인들의 미충족의료 경험에 유의한 영향을 주지 못한 반면, 주관적 건강상태가 미치는 영향은 매우 크게 나타났다. 주관적 건강상태가 노인들의 삶의 질이나 성공적 노화에 중요한 영향요인임은 다수 연구에서 검증된 바 있는데(박경순, 2015; 유명미·김성희, 2019; 장은하·홍석호, 2020; 홍성희, 2016), 본 연구결과도 노인의 의료적 필요

또한 객관적 지표인 만성질환 수 보다는 주관적 건강상태에 의해 주로 결정됨을 보여주었다. 이는 노인들의 의료적 필요 충족을 위해서는 직접적인 의료지원을 증가시키는 것도 중요하지만, 지속적인 관리를 통해 건강한 상태를 유지함으로써 의료적 필요를 낮추는 것 또한 방법이 될 수 있음을 시사한다. 유럽이나 일본에서 노인들의 의료에 대한 의존도를 줄이기 위해 지역사회를 중심으로 한 포괄적 케어시스템을 도입하고 있는 것도 같은 맥락으로 이해할 수 있다.

이 같은 시사점에도 불구하고 본 연구에는 몇 가지 제한점이 존재한다. 첫째, 본 연구는 비수급빈곤층을 선정하는 과정에서 소득만을 고려하였다. 이는 자료원의 한계에서 비롯된 제한점이기도 한데, 한국의료패널에서는 보유재산에 대한 정보를 제공하지 않고 있어 경제적 능력을 측정하는 과정에서 이를 반영하지 못하였다. 따라서 후속연구에서는 보다 정밀한 방법을 통해 비수급빈곤층을 선별해 내고, 이를 바탕으로 현황을 분석하는 연구가 필요할 것이다. 둘째, 횡단면 연구가 가지는 한계이다. 취약계층 노인들의 적절한 의료이용을 보장하기 위해서는 미충족의료 현황과 영향요인을 고찰하는 것도 중요하지만, 수급자로 선정되거나 탈락됨에 따라 노인들의 미충족의료 경험이 어떻게 변화하는지를 살펴보고 그에 따른 시사점을 도출하는 것도 중요하다. 그러나 본 연구는 2018년 단년도 자료를 사용하여 이루어진 연구로서, 이 같은 부분을 고찰하지 못하였다. 그러므로 후속연구에서는 시계열 자료를 이용한 보다 장기적인 관점에서 노인들의 의료이용 상태를 분석한 연구가 필요하다. 마지막으로 본 연구에서는 미충족의료 경험유무만을 분석에 이용하였는데, 미충족의료 경험유무와 함께 그 정도를 파악할 수 있는 경험의 빈도 등이 추가된다면 발전된 논의가 가능할 것이다.

이 같은 한계에도 불구하고 본 연구는 그 동안 하나의 집단으로 여겨졌던 노인계층 내에서 다시 의료취약계층을 분리해 내어 이들의 의료접근성 문제를 파악하고 이에 대한 정책대안을 제시하였다는 점에서 의의가 있다. 특히 기존연구에서는 소홀히 여겨졌던 사적부양과 공적 의료지원의 사각지대에 있는 비수급빈곤 노인들의 미충족의료 현황을 분석하고, 그에 따른 정책적 시사점을 도출하였다는 점에서 중요하다. 본 연구결과를 바탕으로 향후 노인계층의 의료접근성 개선을 위한 다양한 이론적, 정책적 노력이 이어지기를 기대한다.

참고문헌

- 1) 강상경·부가청(2010). Andersen 모형을 이용한 노인 우울 예측요인. 노인복지연구, 49, 7-29. DOI : 10.21194/kjgsw.49.201009.7.
- 2) 건강보험심사평가원(2021). 2020 건강보험통계연보.

- 3) 국민건강보험공단(2021). 2020 건강보험환자 진료비 실태 조사 통계정보보고서.
- 4) 김교성·이현옥(2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로. *사회복지정책*, 39(4), 255-279. DOI : 10.15855/swp.2012.39.4.255.
- 5) 김문길·김태완·여유진·김미곤·임완섭·황도경·정해식·오미애·김기태·정세정·이원진·김성아·이주미·신재동·최준영·홍성운·박형준·윤상용·김민희·이길제·김정훈·송치호(2020). 2020년 기초생활보장 실태조사 및 평가연구. 한국보건사회연구원.
- 6) 김미곤·여유진·김윤영(2015). 최저생계비 이하 비수급빈곤층의 생활실태 조사·신경망 분석을 통한 수급자와의 비교 분석. *생명연구*, 35, 101-144.
- 7) 김미숙(2010). 비수급빈곤층 아동의 복지육구와 정책과제. *보건복지 Issue & Focus*, 57, 1-8.
- 8) 김수정·허순임(2011). 우리나라 가구 의료비 부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로. *보건경제와 정책연구*, 17(1), 47-70.
- 9) 김유진·김윤희(2017). 민간의료보험료 가구부담 및 보험금 수령에 따른 의료비 부담완화 효과 분석. *보건경제와 정책연구*, 23(1), 97-121.
- 10) 김주경(2012). 보건의료취약계층 건강 보호 정책. 국회입법조사처.
- 11) 김주경·이기호(2013). 비수급 빈곤층의 건강 보장 방안. *의료정책포럼*, 11(3), 77-81.
- 12) 김진구(2008). 노인의 의료이용과 영향요인 분석. *노인복지연구*, 39, 271-300. DOI : 10.21194/kjgsw.39.200803.271.
- 13) 김진구(2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로. *사회보장연구*, 27(3), 91-122.
- 14) 김태현·신영전·권리아(2020). 의료보장유형별 미충족 의료에 영향을 미치는 요인에 관한 다수준 분석. *비판사회정책*, 67, 41-69. DOI : 10.47042/ACSW.2020.05.67.41.
- 15) 김혜련(2010). 다문화가족의 건강 및 보건의료 실태와 정책과제. *보건복지포럼*, 165, 46-57.
- 16) 라규원·이해중(2017). 전기노인과 후기노인의 가계의료비에 영향을 미치는 요인 비교분석. *보건경제와 정책연구*, 23(2), 37-60.
- 17) 문정화·강민아(2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인: 취약계층 행동모델 적용. *보건사회연구*, 36(2), 480-510. DOI : 10.15709/hswr.2016.36.2.480.
- 18) 문진영·김미곤·여유진·김진옥·김윤영·이정기·권진·김성은(2014). 최저생계비 이하 비수급빈곤층 인권상황 실태조사. 국가인권위원회.
- 19) 박경순(2015). 노인의 삶의 질 향상을 위한 노인일자리아업 참여의사에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *한국가족자원경영학회지*, 19(4), 1-17.
- 20) 박유경·김창엽·황승식(2018). 미충족의료와 소득의 상호작용이 주관적 건강수준에 미치는 효과: 한국의료패널 2009-2014년도 자료의 분석. *보건과 사회과학*, 47, 57-83.
- 21) 박현섭·홍성애(2021). Anderson 모형을 이용한 노인의 성별 미충족 의료 경험 영향 요인. *대한보건연구*, 47(4), 135-147. DOI : 10.22900/kphr.2021.47.4.010.
- 22) 박효은·서인순(2019). 한국 65세 이상 노인의 우울증에 영향을 미치는 요인: 앤더슨 모형을 활용한 융합적 연구. *한국융합학회논문지*, 10(8), 83-95. DOI : 10.15207/JKCS.2019.10.8.083.
- 23) 방하남·강신욱(2012). 취약계층의 객관적 정의 및 고용과 복지를 위한 정책방안 연구. *경제사회발전노사정위원회*.
- 24) 보건복지부(2019). 제2차 사회보장기본계획(2019~2023).
- 25) 보건복지부(2022a). 2022 의료급여사업안내.
- 26) 보건복지부(2022b). 2022 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내.
- 27) 손병돈(2019). 부양의무자 기준의 한계와 개선 방안. *보건복지포럼*, 275, 32-45.
- 28) 송경신·이준협·임국환(2011). 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. *대한보건연구*, 37(1), 131-140. DOI : 10.22900/kphr.2011.37.1.011.
- 29) 송해연·박은철·최재우(2015). 한국 성인의 경제활동 참여변화가 미충족 의료에 미치는 영향: 4·5차 한국의료패널자료를 이용하여. *보건행정학회지*, 25(1), 11-21. DOI : 10.4332/KJHPA.2015.25.1.11.
- 30) 신성일·김영희(2013). 노인의 삶의 질에 관련된 변인들의 메타분석. *상담학연구*, 14(6), 3673-3690. DOI : 10.15703/kj.14.6.201312.3673.
- 31) 신영전(2015). 미충족의료서비스 현황과 정책과제. *의료정책포럼*, 12(4), 71-77.
- 32) 신영전·손정인(2009). 미충족의료의 현황과 관련요인. *보건사회연구*, 29(1), 111-142. DOI : 10.15709/hswr.2009.29.1.95.
- 33) 신한열·고재인·심은혜·김홍수(2019). 한국 노인 미충족 의료 관련 요인의 체계적 고찰. *보건경제와 정책연구*, 25(1), 29-52.
- 34) 신현웅(2009). 경제위기에 따른 의료빈곤 개선방안. *보건복지포럼*, 148, 33-42.
- 35) 신혜리·임예직·한기명(2014). 과부담의료비 지출이 미충족 의료경험에 미치는 영향: 민간의료보험가입의 조절효과를 중심으로. *지역사회연구*, 22(3), 25-48. DOI : 10.22921/jrs.2014.22.3.002.
- 36) 유명미·김성희(2019). 노인의 성공적 노화에 영향을 미치는 요인: 가족지지와 친구지지를 중심으로. *한국가족자원*

- 경영학회지, 23(1), 1-16.
- 37) 이규식 · 정형선 · 황성완 · 최대봉 · 최보영 · 김희년 · 박신후(2017). 고령사회를 대비한 노인의료비 효율적 관리방안. 국민건강보험공단 연구용역 보고서. 국민건강보험공단/(사)건강복지정책연구원.
- 38) 이미영 · 조희금 · 최윤지(2016). 농촌독거노인의 생활안 전서비스지원에 관한 연구. 한국가족자원경영학회지, 20(1), 43-60.
- 39) 이정욱(2020). 미충족 의료 경험이 삶의 질에 미치는 영향. 한국산학기술학회논문지, 21(9), 283-290. DOI : 10.5762/KAIS.2020.21.9.283.
- 40) 이주은 · 김태현(2014). 민간의료보험과 미충족 의료와의 관계. 보건정보통계학회지, 39(1), 91-104.
- 41) 이혜재 · 이태진(2015). 미충족의료와 비급여진료비가 과 부담의료비 발생에 미치는 영향. 보건경제와 정책연구, 21(3), 55-79.
- 42) 이혜재 · 이태진 · 전보영 · 정영일(2009). 일반층과 저소득층의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 보건경제와 정책연구, 15(1), 79-106.
- 43) 이혜재 · 허순임(2017). 노인의 미충족 의료 경험의 결정요인: 가구 유형을 중심으로. 보건경제와 정책연구, 23(2), 85-108.
- 44) 임지혜(2013). 한국의료패널 자료를 이용한 만성질환자의 미충족 의료 현황 분석. 보건과 사회과학, 34, 237-256.
- 45) 장동열 · 류만희(2017). 부양의무자 기준 폐지방안 연구. 비판사회정책, 56, 167-204.
- 46) 장은하 · 홍석호(2020). 배우자 사별노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인: 연령집단 비교를 중심으로. 한국가족 자원경영학회지, 24(2), 89-108.
- 47) 전해숙 · 강상경(2012). 연소노인과 고령노인 간 의료서비스 이용 예측요인의 연령차: 고령화 사회의 의료서비스에 주는 함의. 보건사회연구, 32(1), 28-57. DOI : 10.15709/hswr.2012.32.1.28.
- 48) 정세환 · 류재인(2015). 치과외래 이용의 변화추이 및 관련 요인 분석. 한국의료패널 심층분석보고서, 국민건강보험/한국보건사회연구원.
- 49) 정현우 · 이준협(2017). 과부담의료비 지출 경험이 경제적 이유에 의한 미충족의료 발생에 미치는 영향. 보건경제와 정책연구, 23(1), 27-51.
- 50) 최윤주 · 이원영(2015). 만성질환에 대한 의료보장 사각지대 연구-잠재적 빈곤가구의 미충족의료 및 과부담의료비 실증분석-. 한국사회정책, 22(4), 161-187. DOI : 10.17000/kspr.22.4.201512.161.
- 51) 최희영 · 류소연(2017). 우리나라 노인들의 미충족 의료 유형별 관련요인. 보건의료산업학회지, 11(2), 65-79. DOI : 10.12811/kshsm.2017.11.2.065.
- 52) 한경훈 · 김윤민 · 허선(2019). 비수급 빈곤층의 규모와 특징에 관한 연구. 비판사회정책, 65, 205-236. DOI : 10.47042/ACSW.2019.11.65.205.
- 53) 한국보건사회연구원(2020). 2020년도 노인실태조사.
- 54) 허선 · 김윤민(2018). 부양의무자 기준 폐지의 주요 쟁점과 과제. 비판사회정책, 61, 383-416. DOI : 10.47042/ACSW.2018.11.61.383.
- 55) 허선 · 유서구 · 김은정 · 이수진(2014). 복지사각지대 빈곤아동가구 현황분석 및 복지서비스 욕구에 관한 연구. 초록우산어린이재단 아동복지연구소.
- 56) 허순임 · 김수정(2007). 우리나라 성인의 미충족 의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로. 보건경제와 정책연구, 13(2), 1-16.
- 57) 허순임 · 이혜재(2016). 미충족 의료 경험과 보건의료체계에 대한 인식. 보건경제와 정책연구, 22(1), 59-89.
- 58) 홍성희(2016). 노인의 삶의 질과 영향요인에 관한 연구. 한국가족자원경영학회지, 20(1), 89-108.
- 59) 홍주연 · 김가중(2016). 의료보장유형에 따른 65세 이상 노인의 건강관련 삶의 질 비교 연구. 한국콘텐츠학회논문지, 16(9), 225-235. DOI : 10.5392/JKCA.2016.16.09.225.
- 60) 황도경(2020). 취약계층 의료보장 확대를 위한 정책 과제. 보건복지 Issue & Focus, 393, 1-12.
- 61) 황도경 · 손병돈 · 신영석 · 박금령 · 서은원(2017). 의료 취약계층 의료지원 강화 방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 62) 황병덕 · 최령(2015). 노년기에 따른 미충족 의료 현황 및 관련 요인. 보건의료산업학회지, 9(1), 81-93. DOI : 10.12811/kshsm.2015.9.1.081.
- 63) Aday, L. A. & Andersen, R.(1974). A framework for the study of access to medical care. Health Service Research, 9(3), 208-220.
- 64) Allin, S., Grignon, M. & Le Grand, J.(2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?. Social Science & Medicine, 70(3), 465-472. DOI : 10.1016/j.socscimed.2009.10.027.
- 65) Andersen, R.(1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care : Does it matter?. Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1-10. DOI : 10.2307/2137284.
- 66) Andersen, R. & Newman, J. F.(1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society, 51, 95-124. DOI : 10.2307/3349613.
- 67) Cunningham, P. J. & Hadley, J.(2007). Differences between symptom-specific and general survey questions of unmet need in measuring insurance and racial/ethnic disparities in access to care. Medical Care, 45(9), 842-850.

DOI : 10.1097/MLR.0b013e318053678f.

- 68) Katz, M. H., Cunningham, W. E., Mor, V., Andersen, R. M., Kellogg, T., Zierler, S., Crystal, S. C., Stein, M. D., Cylar, K., Bozzette, S. A. & Shapiro, M. F.(2000). Prevalence and predictors of unmet need for supportive services among HIV-infected persons: impact of case management. *Medical Care*, 38(1), 58-69. DOI : 10.1097/00005650-200001000-00007.
- 69) Ko, H. S.(2016). Unmet healthcare needs and health status: Panel evidence from Korea. *Health Policy*, 120(6), 646-653. DOI : 10.1016/j.healthpol.2016.04.005.
- 70) Nelson, C. H. & Park, J.(2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2291-2300. DOI : 10.1016/j.socscimed.2005.10.014.
- 71) Newacheck, P. W., Hughes, D. C., Hung, Y. Y., Wong, S. & Stoddard, J. J.(2000). The unmet health needs of America's children. *Pediatrics*, 105(Supplement 3), 989-997. DOI : 10.1542/peds.105.S3.989.
- 72) OECD(2012). Quality review of the OECD database on household incomes and poverty and the OECD earnings database Part 1. http://www.oecd.org/els/soc/OECDIncomeDistributionQualityReview_PartI.pdf.
- 73) Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., Cook, P. & Supportive Care Review Group (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88(1), 226-237. DOI : 10.1002/(SICI)1097-0142(20000101)88:1<226::AID-CNCR30>3.0.CO;2-P.
- 74) Sibley, L. M. & Glazier, R. H.(2009). Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison. *Healthcare Policy*, 5(1), 87-101. DOI : 10.12927/hcpol.2009.20934.

- 투 고 일 : 2022년 06월 02일
- 심 사 일 : 2022년 07월 08일
- 계 재 확정 일 : 2022년 08월 12일