

한국 미충족 의료 니즈 수준 및 발생 사유의 거주지역 간 격차 분석과 정책적 시사점

정우진

연세대학교 보건대학원 보건정책학과

Exploring Regional Disparities in Unmet Healthcare Needs and Their Causes in South Korea: A Policy-Oriented Study

Woojin Chung

Department of Health Policy and Management, Yonsei University Graduate School of Public Health, Seoul, Korea

Background: Most developed countries are working to improve their universal health coverage systems. This study investigates regional disparities in unmet healthcare needs and their causes in South Korea. Additionally, it compares the unmet healthcare needs rate in South Korea with that of 33 European countries.

Methods: The analysis incorporates information from 13,359 adults aged 19 or older, using data from the Korea Health Panel. The dependent variables encompass the experience of unmet healthcare needs and the three causes of occurrence: “burden of medical expenses,” “time constraints,” and “lack of care.” The primary variable of interest is the region of residence, while control variables encompass 14 socio-demographic, health, and functional characteristics. Multivariable binary logistic regression analysis, accounting for the sampling design, is conducted.

Results: The rate of unmet healthcare needs in Korea is 11.7% (95% confidence interval [CI], 11.0%–13.3%), which is approximately 30 times higher than that of Austria (0.4%). The causes of unmet healthcare needs, ranked in descending order, are “lack of care,” “time constraints,” and “burden of medical expenses.” Predictive probabilities for experiencing unmet healthcare needs and each cause differ significantly between regions. For instance, the probability of experiencing unmet healthcare needs due to “lack of care” is approximately 10 times higher in Gangwon-do (13.5%; 95% CI, 13.0%–14.1%) than in Busan (1.3%; 95% CI, 1.3%–1.4%). The probability due to “burden of medical expenses” is approximately 14 times higher in Seoul (4.1%; 95% CI, 3.6%–4.6%) compared to Jeollanam-do (0.3%; 95% CI, 0.2%–0.4%).

Conclusion: Amid rapid sociodemographic transitions, South Korea must make significant efforts to alleviate unmet healthcare needs and the associated regional disparities. To effectively achieve this, it is recommended that South Korea involves the National Assembly in healthcare policy-making, while maintaining a centralized financing model and delegating healthcare planning and implementation to regional authorities for their local residents—similar to the approaches of the United Kingdom and France.

Keywords: Healthcare disparities; Unmet healthcare needs; Place of residence; Universal health coverage; Republic of Korea

서론

대부분 선진국은 전체 국민이 사회경제적 차이와 관계없이 필요한

의료를 제때 제대로 받을 수 있도록 하는 정책목표를 설정하고, 보편적 건강보장(universal health coverage, UHC) 체계를 구축해 이를 지속적으로 개선해가고 있다[1]. 한편, 이 정책목표가 제대로 달성되고

Correspondence to: Woojin Chung
Department of Health Policy and Management, Yonsei University Graduate School of Public Health, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea
Tel: +82-2-2228-1522, Fax: +82-2-392-7734, E-mail: wchung@yuhs.ac
Received: May 31, 2023, Revised: July 14, 2023, Accepted after revision: September 4, 2023

© Korean Academy of Health Policy and Management
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

있느냐를 평가하는 데 널리 사용되는 정보 중 하나가 바로 ‘주관적 미충족 의료 니즈(subjective unmet healthcare needs, SUN) 경험’과 그 사유에 관한 정보인데[2-12], 이 정보는 지난 12개월 동안 의료가 필요하다고 생각했는지 여부와 필요함에도 불구하고 이를 받지 못한 사유를 묻는 설문 응답자들의 답변으로부터 얻어진다. 의료이용을 하지 못한 사유를 의사가 아닌 개인 응답자로부터 명확히 파악할 수 있다는 장점 때문에, 많은 국가에서는 이 정보를 분석해, 자국 국민이 경험하는 의료이용의 장애요소를 식별하고 이를 완화하거나 제거하기 위해 정책적 노력을 기울이고 있다[1,13].

SUN 경험과 관련해서는 지금까지 여러 나라에서 수많은 연구가 수행되어 왔다[2-12,14]. 그 가운데, 한국을 대상으로 한 SUN 경험 관련 연구는 크게 두 범주로 나눌 수 있는데, 한 범주는 SUN 경험 수준 연구이고[8,15-18], 나머지 한 범주는 SUN 경험과 관련된 특성(또는 영향요인) 연구이다[8,17,19-25]. 첫째 범주에 속하는 최근 연구에서 따르면, 2021년 한국의 SUN 경험률은 ‘국민건강영양조사’로는 6.0%, ‘지역사회건강조사’로는 5.1%, ‘한국의료패널(Korea Health Panel, KHP) 조사’로는 13.1%였다[18]. 한편, 두 번째 범주로, 2017년까지 국내에서 출판된 SUN 관련 논문에 대해 ‘체계적 문헌고찰’을 수행한 연구에 의하면, SUN 경험 관련 특성은 성별, 연령, 배우자 유무, 교육수준, 가구소득, 경제활동 유무, 의료보장유형, 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 우울감 유무, 기능제한 등이었다[19,24,25].

하지만, 1989년에 UHC를 실현하고 이제 30여 년이 지난 현재까지도 한국에서는 다음 두 가지 연구 질문에 관한 연구결과가 매우 미흡한 상황이다. 첫 번째로는, ‘한국 국민들의 SUN 경험률은 UHC 체계를 갖고 있는 유럽국가들과 비교할 때 과연 어떤 수준인가?’에 관한 연구결과이다. 이 연구 질문에 대해 신뢰성 있는 답이 없다면, 한국은 현재 UHC 체계의 부분적 또는 전면적 개선 필요성에 대해 소극적이거나 어정쩡한 입장에 놓일 수밖에 없을 것이다. 한편, SUN 경험률의 국가간 차이는 국가간 SUN 경험 사유의 차이 그리고 주된 사유를 줄이는 UHC 체계의 정책노력과 그 성공 정도의 차이에 기인할 것이다. 예로, 어떤 국가 국민의 SUN 경험의 대부분 사유가 의료이용을 가로막는 ‘돌봄 부족’, ‘시간 제약’ 등 ‘비재정적 장벽(non-financial barriers)’임에도 불구하고 그 국가의 UHC 체계가 ‘진료비 부담’ 등 ‘재정적 장벽(financial barriers)’을 낮추는 데만 몰두해 정책자원을 집중·투입한다면, 그 국가는 SUN 경험률을 효율적으로 낮추는 데 실패할 것이다. 실제로 모든 국민이 무상(free of charge)으로 의료료를 받을 수 있는 UHC 체계를 갖춘 국가에서도 ‘비재정적 장벽’으로 인해 의료 니즈가 충족되지 못하는 경우가 빈번한 것으로 보고되고 있다[3,4,6,8,26,27]. 한국의 UHC 체계 상황에 대한 최근 두 연구는 매우 놀라운 결과를 밝히고 있는데, 한국의 경우 SUN 경험은 주로 ‘재정적 장벽’보다는 ‘비

재정적 장벽’에 기인한 것이었다[8]. 또한 성인의 생애주기(lifetime)에 걸쳐 분석한 결과, SUN을 유발시키는 주된 사유는 어떤 연령에 대해서도 ‘진료비 부담’ 등 ‘재정적 장벽’이 아닌 ‘돌봄 부족’, ‘시간 제약’ 등 ‘비재정적 장벽’이었다[17].

한국에서 아직 실증적 연구결과가 미흡한 두 번째 연구질문은, ‘한국에서 SUN 경험 그리고 각 SUN 경험 사유의 거주지역 간 격차는 어떠한가?’이다. 이 연구질문은, 위 첫 번째 질문과 관련이 있는데, 그 이유는 UHC 체계가 SUN 경험을 유발하는 ‘재정적 장벽’과 ‘비재정적 장벽’ 중 최소한 한 가지의 거주지역 간 격차를 줄이는데 실패했다면, 결국 SUN 경험의 거주지역 간에 유의한 격차가 드러날 것이기 때문이다. 한편, SUN 경험의 거주지역 간 격차에 관한 외국의 연구결과를 보면, 이탈리아에서는 SUN 경험률의 거주지역 간 격차가 매우 뚜렷하였다[28]. 특히 북동부지역(4.6%)에 비해, 남부지역(10.6%)은 매우 높은 양상을 보였는데, 그 이유는 주로 두 지역 간의 ‘재정적 장벽’의 차이에 기인한 것이었다. 체코, 프랑스, 이태리, 스페인, 영국의 다섯 유럽국가의 86개 지역에 거주하는 사람들을 분석한 연구결과에 따르면, 개인 특성을 통제하고도 거주지역 특성이 SUN 경험과 통계적으로 유의한 연관성이 있었다[29].

한편, 본 연구는 한국의 UHC 체계가 급격한 인구사회변동을 반영해 발전하는 것을 돕기 위한 일련의 연구기획시리즈 중 하나로 수행되었다[8,17]. 본 연구에서는 위에서 밝힌 한국 상황에서 아직 미흡한 두 가지 연구질문에 대한 답을 얻기 위해 한국의 SUN 경험률을 도출해 유럽국가들과 비교하고, SUN 경험 및 각 SUN 발생 사유의 거주지역 간 격차를 분석하였다. 본 연구목적을 단순 명료하게 달성하기 위해, 복잡한 계량경제모형(econometric models)은 피하되, 최대한 기존 국내·외 연구의 장점을 채용하고 한계점은 보완하고자 하였다. 주된 연구내용은 다음 네 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 한국의 전체 인구를 대표하는 의료이용에 특화된 표본조사자료를 활용하되, 2019년에 발발한 coronavirus disease 2019 (COVID-19) 대유행(pandemic)이 의료이용과 접근성에 유의한 영향을 미쳤을 가능성을 배제하기 위해, 2018년 자료를 분석하였다[8,17]. 둘째, SUN 경험 사유를 부담 가능성, 접근 가능성, 채택 가능성 등 학문적·추상적 개념으로 나누는 것 대신에, 정책문제를 보다 실용성 있게 파악할 수 있도록 ‘진료비 부담(burden of medical expenses)’, ‘시간 제약(time constraints)’, ‘돌봄 부족(lack of care)’의 세 가지로 구분해 분석하였다[17]. 셋째, 전체 거주지역과 16개 광역지방자치단체의 SUN 경험과 각 사유의 모비율(population proportion, PP)을 추정하고[28,29], 여러 가지 개인 특성을 통제한 ‘다변수 이항 로지스틱 회귀분석’을 이용해, SUN 경험과 거주지역의 관련성 그리고 각 사유와 거주지역의 관련성을 분석하였으며, 여러 가지 개인 특성을 통제하고도, 한국의 어떤 개인이 16개 광역

지방자치단체 중 어떤 특정 지역에 거주할 때 직면할 수 있는 SUN 경험과 각 사유의 예측확률(predictive probability, PR)을 추정해 거주지역 간 비교·평가하였다. 그리고 앞에서 추정한 한국의 SUN 경험 PP를 신뢰성 있는 유럽국가 자료에서 추출한 유럽 33개국의 결과와 비교·평가하였다. 끝으로, 앞의 실증분석 결과를 활용해, 한국 UHC 체계와 각 거주지역의 주민 건강관리 문제점을 도출하고, 영국과 프랑에서 진행 중인 중앙권력을 지방으로 이양(devolution)하는 UHC 체계의 개혁과정을 고찰하면서, 한국의 SUN 경험률과 각 사유의 수준 및 거주지역 간 격차를 최소화할 수 있는 정책대안을 제시하였다.

방 법

1. 연구대상 및 자료

본 연구는 KHP 조사자료(버전 1.7)를 분석하였다. KHP 설문조사는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단(National Health Insurance Service, NHIS)이 2008년부터 매년 실시하고 있는 보건의료 부문에 특화된 대표적인 경시 자료이다. 동 조사자료는 현재 2020년 자료까지 공개되었지만, 본 연구에서는 2018년 자료를 활용하였다. 그 이유는 2019년에 시작된 COVID-19 대유행이 의료이용 등에 영향을 주었을 가능성을 최대한 배제하기 위함이다. 본 연구는 19세 이상 개인에 대한 14,262건의 관찰치 가운데, SUN 경험 및 그 사유에 관한 정보가 없는 관찰치(903건)를 제외하고 총 13,359명의 개인 관찰치로 최종 연구표본을 구성했다(93.7%). 추가로 본 연구에서는 한국의 SUN 경험률을 유럽국가들과 비교하기 위해서, 유럽연합통계청(European Statistics, EUROSTAT)의 ‘유럽연합 소득 및 생활조건 통계(EU statistics on income and living conditions, EU-SILC)로부터 SUN 경험 문항이 있는 37개 유럽국가들의 자료를 추출했다[27]. 이 자료는 16세 이상 개인에 대한 자료인데, COVID-19 대유행의 영향을 최대한 배제하기 위해 역시 2018년 자료를 분석하였다. 이들 37개 유럽국가 가운데 체코, 슬로베니아, 스페인, 독일을 제외한 33개 유럽 국가를 최종 비교 대상 국가로 선정했다. 그 이유는 EU-SILC 조사의 SUN 경험 설문에서는 의학적 검사와 치료 둘 다를 포함하지만, 체코, 슬로베니아, 스페인의 경우는 건강검진이나 의사 상담에 대한 SUN 경험 설문만을, 그리고 독일은 ‘중증’ 질환에 대한 SUN 경험 설문만을 묻고 있으므로, 다른 유럽국가들과 비교해 SUN 경험률이 과소 측정되었을 가능성을 내포하고 있기 때문이다[30].

2. 연구에 사용된 변수

1) 종속변수: 미충족 의료 니즈 경험과 발생 사유

SUN 경험 여부에 관해서는, KHP 조사의 설문 문항인 “지난 1년간, 병·의원 치료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까? (치과치료, 치과검사 제외)”에 대해 “예, 받지 못한 적이 한 번이라도 있었다”고 응답한 사람은 SUN 경험이 있는 사람으로, 그렇지 않으면 SUN 경험이 없는 사람으로 구분하였다. 한편, SUN 경험의 사유에 대해서는, SUN 경험이 있는 사람에 대한 추가 질문인 “지난 1년간, 필요한 병·의원 치료나 검사를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 무엇입니까?”에 대한 10개의 선택지 중 하나를 선택한 응답자의 답변을 토대로 SUN 경험 사유를 세 범주로 구분하였다. “(1) 경제적 이유(비용이 부담스러워서)”로 응답한 사람은 ‘진료비 부담’인 범주로, “(7) 방문시간이 없어서”로 응답한 사람을 ‘시간 제약’인 범주로 구분하였다. 그리고 나머지 선택지를 응답한 사람들은 ‘돌봄 부족’의 범주로 구분했다. 그 이유는 “(2) 의료기관이 너무 멀어서”라고 응답한 사람에게는 ‘배차 돌봄’을, “(3) 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려웠음”이라고 응답한 사람은 ‘거동 돌봄’을, “(4) 아이를 봐줄 사람이 없어서”라고 응답한 사람에게는 ‘아동 돌봄’을, 그리고 나머지 “(5) 중세가 경미해서”, “(6) 어디로 가야 할지 잘 몰라서(정보 부족)”, “(8) 빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서”, “(9) 나(또는 가족)의 건강상태를 잘 아는 주치의가 없어서”, 또는 “(10) 기타”라고 응답한 사람에게는 ‘건강 및 진료상담 돌봄’이 적시에 적절하게 제공되었다면 SUN이 충족될 수 있었다고 보았기 때문이다.

2) 주요 관심변수: 거주지역

주요 관심변수인 거주지역은, 설문 응답자가 거주하는 지역을 광역 지방자치단체를 기준으로 총 16개 범주로 구분하였다. 단, 세종시의 경우는 적은 인구수와 대전 근접성을 고려하여 대전광역시에도 포함하였다. 따라서 거주지역은 서울특별시, 부산광역시, 대구광역시, 인천광역시, 광주광역시, 대전광역시, 울산광역시, 경기도, 강원도, 충청북도, 충청남도, 전라북도, 전라남도, 경상북도, 경상남도, 제주도로 나뉘었다.

3) 통제변수

통제변수로 여덟 개의 인구사회적 특성과 여섯 개의 건강 및 기능 상태 특성 등 총 14개의 특성을 포함하였다. 인구사회적 특성은 성별(남성과 여성), 연령(19-44, 45-64, ≥65), 결혼상태(유배우자와 무배우자), 교육수준(대졸 미만과 이상), 경제활동상태(경제활동 증가와

님), 가구소득(최하위 5분위, 중간 5분위, 최상위 5분위), 국가의료보장(국민건강보험 대상자와 의료급여 대상자), 민간 의료보험(가입자와 미가입자)이다. 한편, 연간 가구소득은 가구균등화 소득 산정방법(가구균등화 소득=연간 가구 총 소득 ÷ √ 가구 구성원의 수)을 사용하였다. 건강 및 기능상태 특성은 현재 흡연 여부(흡연과 비흡연), 현재 음주 여부(음주와 비음주), 비만 여부(비만과 비만 아님), 주관적 건강상태(나쁨과 나쁘지 않음), 만성질환 여부(만성질환 있음과 없음), 기능제약 여부(기능제약 있음과 없음)를 고려하였다. 비만 여부는 키와 몸무게에 대한 개인 응답에 기초하여 비만상태에 관한 아시아-태평양 지역 기준의 권장사항에 부합되도록 체질량지수가 최소 25.0 kg/m²인 경우로 정의했다[31]. 주관적 건강상태는 ‘아주 좋음’, ‘좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘아주 나쁨’의 5개 선택지 중 ‘나쁨’과 ‘아주 나쁨’을 ‘나쁨’으로, 그리고 나머지를 ‘나쁘지 않음’으로 묶었다. 만성질환 여부는 설문조사 시 의사로부터 진단받아 현재 유병 중인 만성질환을 대상으로 구분했다. 기능제약 여부는 “질병이나 손상 등으로 평소에 하던 일(직업, 가사, 학업 등), 사회생활, 여가생활, 가족활동에 제한을 받습니까?”에 대해 응답한 결과를 활용했다.

3. 분석방법

본 연구는 다음과 같이 총 다섯 단계로 진행되었다. 첫째, 연구표본 연구대상자의 일반적 특성에 대한 범주별 SUN 경험 PP와 95% 신뢰구간(95% confidence interval, 95% CI), 그리고 각 사유의 PP와 95% CI를 추정하였다. 둘째, 종속변수인 SUN 경험 그리고 각 사유의 주요 관심변수인 거주지역과의 관련성을 살펴보기 위해, 앞에서 소개한 통제변수들을 보정하여 다변수 이항 로지스틱 회귀분석 방법을 적용해 보정 오즈비(adjusted odds ratio, AOR)와 95% CI를 추정하였다. 다변수 이항 로지스틱 회귀분석 방법의 경우 복합 표본추출 디자인(complex sampling design) 구조를 반영했을 때는 다중공선성과 모형 적합성을 검토할 마땅한 방법이 아직 없으므로, 이 구조를 반영하지 않았을 때의 다중공선성과 모형 적합성을 검토하였다. 이 경우 분산 팽창인자(variance inflation factor)는 모두 2.8 미만이었고 Hosmer-Lemeshow test 결과 p-value는 모두 0.28 이상이었다. 셋째, SUN 경험 그리고 각 사유의 AOR이 거주지역 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는지를 검증하기 위해 Wald test를 수행했다. 넷째, 위에서 분석한 다변수 분석결과를 이용해, 어떤 개인이 자신의 모든 통제변수 특성을 보유한 채 어떤 특정 주거지역에 거주할 경우 SUN을 경험할 PR과 각 사유를 경험할 PR 그리고 각 PR의 95% CI를 추정해 그 결과를 그림으로 제시했다. 끝으로, 위에서 구한 한국의 SUN 경험 PP를 EUROSTAT 자료를 이용해 구한 유럽 각국의 결과와 비교해 그림으로 제시했다. 본 연구는 KHP 조사자료에서 제공하고 있는 ‘통합표본

횡단가중치’를 적용하였다. 통계적 유의성은 $p < 0.05$ 인 경우로 제한했다. 통계프로그램은 SAS ver. 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)와 STATA ver. 1.7 (Stata Corp., College Station, TX, USA)을 사용했다. 본 연구에서 수집된 자료는 제공처에서 이미 대상자에 대한 개인 정보가 삭제된 것으로 대상자의 익명성 및 기밀성이 보장되는 연구이다. 본 연구는 세브란스병원 연구심의위원회의 면제심의승인(Y-2019-3329-001)을 받았다.

결 과

1. 일반 특성 범주별 모비율

연구 표본으로부터 추정한 거주지역별 19세 이상 인구의 PP를 보면, 가장 많이 거주하는 지역은 경기도(PP, 25.0%; 95% CI, 24.0%–25.9%)였으며, 그 다음은 서울(PP, 19.8%; 95% CI, 18.9%–20.7%)이었다. 반면, 가장 적게 거주하는 지역은 제주도(PP, 1.2%; 95% CI, 1.0%–1.3%)였으며, 그 다음이 울산광역시(PP, 2.2%; 95% CI, 2.0%–2.5%)였다(the first column in Table 1).

통제변수로 포함된 특성 중에서는, 여성, 19–44세 연령, 유배우, 대출 미만, 경제활동 중, 중간 5분위 가구소득, 국민건강보험 대상자, 민간 의료보험 가입자, 비흡연, 음주, 비만 아님, 주관적 건강상태 나쁘지 않음, 만성질환 있음, 기능제약 없음이 관련 변수의 다른 범주에 비해 PP가 더 높았다(the first column in Table 2).

2. 일반 특성 범주별 미충족 의료 니즈 경험과 각 발생 사유의 모비율

연구대상자로부터 추정한 SUN 경험 PP는 11.7% (95% CI, 11.0%–13.3%)였다(the second column in Table 1). 주요 관심변수인 거주지역과 관련해서, SUN 경험 PP가 가장 높은 거주지역은 강원도(PP, 24.2%; 95% CI, 20.2%–28.7%)였는데, 이는 가장 낮은 전라남도(PP, 5.3%; 95% CI, 3.7%–7.5%)에 비해 네 배 이상 높았다. 통제변수로 고려된 특성 중 연령, 교육수준, 가구소득, 국가건강보장 상태, 현재 흡연 여부, 비만 여부, 주관적 건강상태, 만성질환 여부와 기능제약 여부는 SUN 경험과 각각 통계적으로 유의한 관계를 보였다.

SUN 경험의 세 가지 사유에 대해 분석한 결과를 요약하면 다음과 같다(the third through the fifth columns in Table 1). 먼저 SUN 경험 사유가 ‘진료비 부담’인 사람의 PP는 2.1% (95% CI, 1.9%–2.4%)였다. ‘진료비 부담’ 때문에 SUN을 경험한 PP가 가장 높은 거주지역은 서울특별시(3.5%; 95% CI, 2.7%–4.4%)였으며, 이는 가장 낮은 광주광역시

Table 1. Population proportions and rates of subjective unmet healthcare needs (overall and for each of the three causes) for each residential area

Characteristic	Subjective unmet healthcare needs								
	Total	Overall		Due to "burden of medical expenses"		Due to "time constraints"		Due to "lack of care"	
		PP (95% CI)	PP (95% CI)	p-value	PP (95% CI)	p-value	PP (95% CI)	p-value	PP (95% CI)
All		11.7 (11.0-12.3)		2.1 (1.9-2.4)		4.7 (4.2-5.1)		4.9 (4.5-5.3)	
Residential area			<0.001		<0.001		0.020		<0.001
Seoul	19.8 (18.9-20.7)	12.4 (10.8-14.3)		3.5 (2.7-4.4)		4.3 (3.3-5.7)		4.6 (3.6-5.8)	
Busan	7.1 (6.6-7.6)	7.0 (5.5-8.7)		1.8 (1.2-2.7)		3.9 (2.8-5.3)		1.3 (0.7-2.2)	
Daegu	4.8 (4.4-5.1)	14.0 (11.4-16.9)		2.3 (1.4-4.0)		7.1 (5.2-9.5)		4.6 (3.3-6.3)	
Incheon	5.8 (5.4-6.3)	11.9 (9.6-14.7)		1.3 (0.7-2.5)		4.4 (3.0-6.6)		6.2 (4.5-8.3)	
Gwangju	2.7 (2.4-3.0)	5.7 (3.5-9.1)		0.4 (0.1-1.6)		2.3 (1.1-4.7)		3.0 (1.5-6.0)	
Daejeon	3.2 (2.9-3.5)	9.2 (6.7-12.5)		0.9 (0.4-1.8)		6.1 (4.0-9.3)		2.2 (1.2-3.9)	
Ulsan	2.2 (2.0-2.5)	6.1 (3.9-9.4)		0.4 (0.1-2.8)		1.7 (0.8-3.6)		4.1 (2.3-7.0)	
Gyeonggi-do	25.0 (24.0-25.9)	12.3 (10.9-13.8)		1.9 (1.4-2.6)		5.1 (4.2-6.2)		5.2 (4.4-6.2)	
Gangwon-do	2.9 (2.6-3.2)	24.2 (20.2-28.7)		2.3 (1.3-4.2)		7.4 (5.2-10.5)		14.4 (11.3-18.3)	
Chungcheongbuk-do	3.2 (2.9-3.5)	11.8 (9.1-15.1)		2.0 (1.1-3.5)		4.9 (3.2-7.4)		4.9 (3.3-7.3)	
Chungcheongnam-do	4.2 (3.8-4.6)	11.0 (8.5-14.1)		2.3 (1.3-4.0)		4.7 (3.0-7.2)		4.1 (2.8-5.9)	
Jeollabuk-do	3.5 (3.2-3.8)	15.4 (12.7-18.5)		2.9 (1.8-4.5)		4.5 (3.0-6.7)		8.0 (6.1-10.4)	
Jeollanam-do	3.3 (3.1-3.6)	5.3 (3.7-7.5)		0.5 (1.2-1.2)		3.1 (1.8-5.2)		1.7 (1.0-2.9)	
Gyeongsangbuk-do	5.0 (4.6-5.4)	11.4 (9.1-14.2)		1.8 (1.1-3.0)		4.4 (2.9-6.6)		5.2 (3.8-7.2)	
Gyeongsangnam-do	6.3 (5.9-6.8)	11.0 (9.0-13.5)		2.1 (1.4-3.2)		4.2 (3.0-5.9)		4.7 (3.4-6.5)	
Jeju-do	1.2 (1.0-1.3)	17.3 (13.6-21.8)		1.2 (0.5-2.8)		5.0 (3.1-8.1)		11.0 (8.1-14.9)	

The estimation of population proportions and tests were carried out by considering a complex sampling design. PP, population proportion; CI, confidence interval.

(0.4%; 95% CI, 0.1%–1.6%)의 약 아홉 배였다. 통제변수로 포함된 특성 중 현재 흡연 여부와 비만 여부를 제외하고 나머지 모든 특성이 ‘진료비 부담’ 사유로 인한 SUN 경험과 각각 통계적으로 유의한 관계였다(the third through the fifth columns in Table 2). 두 번째로, SUN 경험 사유가 ‘시간 제약’인 사람의 PP는 4.7% (95% CI, 4.2%–5.1%)로 ‘진료비 부담’인 경우의 두 배 이상이었다. ‘시간 제약’ 때문에 SUN을 경험한 PP가 가장 높은 거주지역은 강원도(PP, 7.4%; 95% CI, 5.2%–10.5%)였으며, 이는 가장 낮은 울산광역시(PP, 1.7%; 95% CI, 0.8%–3.6%)의 네 배 이상이었다. 통제변수로 포함된 특성 중 성별, 주관적 건강상태와 만성질환 여부를 제외하고 나머지 모든 특성 각각과 ‘시간 제약’ 사유로 인한 SUN 경험의 관계는 통계적으로 유의하였다. 세 번째로, ‘돌봄 부족’이 SUN 경험 사유인 PP는 4.9% (95% CI, 4.5%–5.3%)로 ‘진료비 부담’이나 ‘시간 제약’의 경우에 비해 더 높았다. ‘돌봄 부족’ 때문에 SUN을 경험한 PP가 가장 높은 지역은 강원도(PP, 14.4%; 95% CI, 11.3%–18.3%)였으며, 이는 가장 낮은 부산광역시(PP, 1.3%; 95% CI, 0.7%–2.2%)의 11배 정도였다. 성별, 결혼상태, 현재 흡연 여부와 비만 여부를 제외하고 나머지 모든 통제변수들이 각각 ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 SUN 경험과 통계적으로 유의한 관계를 나타냈다.

3. 미충족 의료 니즈 경험 및 각 발생 사유의 거주지역과의 관련성

SUN 경험, 그리고 세가지 사유 중 각각의 거주지역과의 관련성을 다변수 분석한 결과, SUN 경험은 거주지역과 통계적으로 유의한 관련성이 있었다(Wald test, $p < 0.0001$) (Table 3). SUN 경험에 대해, 경기도를 준거범주로 했을 때 나머지 15개 거주지역 각각의 AOR은 경기도와 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었다(the first column in Table 2). SUN 경험의 AOR은 강원도(AOR, 2.15; 95% CI, 2.10–2.21)가 가장 높았고 전라남도(AOR, 0.35; 95% CI, 0.33–0.37)는 가장 낮았다.

다음으로 ‘진료비 부담’ 사유로 인한 SUN 경험은 거주지역과 통계적으로 유의한 관련성이 있었다(Wald test, $p < 0.0001$). 경기도를 준거범주로 해서 비교했을 때, 전라북도를 제외한 나머지 14개 지역은 ‘진료비 부담’ 사유로 인한 SUN 경험의 AOR에 있어 경기도와 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다(the second column in Table 2). 서울특별시(AOR, 2.00; 95% CI, 1.92–2.08)는 가장 높았으며 전라남도(AOR, 0.14; 95% CI, 0.13–0.16)는 가장 낮았다. 한편, SUN 경험 사유가 ‘시간 제약’인 경우는 거주지역과 통계적으로 유의한 관련성이 있었다(Wald test, $p < 0.0001$). 충청남도를 제외한 나머지 14개 거주지역의 AOR은 준거범주인 경기도의 그것과 통계적으로 유의한 차이를 보였

Table 2. Population proportions and rates of subjective unmet healthcare needs (overall and for each of the three causes) for each control variable

Characteristic	Total			Subjective unmet healthcare needs			Due to "lack of care"		
	PP (95% CI)	PP (95% CI)	p-value	PP (95% CI)	PP (95% CI)	p-value	PP (95% CI)	PP (95% CI)	p-value
Gender			0.065			0.016			0.621
Woman	51.5 (50.5-52.5)	12.2 (11.4-13.1)		2.4 (2.1-2.9)	4.5 (4.0-5.2)		5.3 (4.7-5.9)	5.3 (4.7-5.9)	
Man	48.5 (47.5-49.5)	11.0 (10.1-12.0)		1.8 (1.4-2.2)	4.8 (4.2-5.5)		4.5 (3.9-5.1)	4.5 (3.9-5.1)	
Age (yr)			<0.001			<0.001			<0.001
19-44	41.7 (40.6-42.7)	10.0 (9.0-11.1)		1.1 (0.8-1.5)	5.3 (4.5-6.1)		3.7 (3.1-4.4)	3.7 (3.1-4.4)	
45-64	40.0 (39.0-41.0)	12.2 (11.2-13.3)		2.1 (1.7-2.6)	5.5 (4.8-6.2)		4.7 (4.0-5.4)	4.7 (4.0-5.4)	
≥65	18.3 (17.7-19.0)	14.2 (13.0-15.5)		4.5 (3.8-5.3)	1.6 (1.1-2.2)		8.1 (7.3-9.1)	8.1 (7.3-9.1)	
Marital status			0.722			0.005			0.001
Married	63.1 (62.1-64.1)	11.7 (11.0-12.6)		1.8 (1.5-2.2)	5.3 (4.7-5.9)		4.6 (4.2-5.2)	4.6 (4.2-5.2)	
Unmarried	36.9 (35.9-38.0)	11.5 (10.5-12.6)		2.6 (2.2-3.1)	3.6 (3.0-4.3)		5.3 (4.6-6.1)	5.3 (4.6-6.1)	
Education level			0.029			<0.001			<0.001
Lower than college	58.4 (57.3-59.4)	12.3 (11.5-13.1)		2.9 (2.6-3.4)	3.8 (3.4-4.4)		5.5 (5.0-6.0)	5.5 (5.0-6.0)	
College or higher	41.6 (40.6-42.7)	10.8 (9.8-11.9)		0.9 (0.7-1.3)	5.8 (5.1-6.7)		4.0 (3.4-4.8)	4.0 (3.4-4.8)	
Economic activity			0.083			<0.001			<0.001
Working	66.6 (65.7-67.5)	12.0 (11.2-12.9)		1.5 (1.3-1.8)	6.6 (5.9-7.2)		4.0 (3.5-4.5)	4.0 (3.5-4.5)	
Not working	33.4 (32.5-34.3)	10.9 (10.0-11.9)		3.3 (2.8-3.9)	0.9 (0.6-1.2)		6.7 (6.0-7.5)	6.7 (6.0-7.5)	
Household income			<0.001			<0.001			<0.001
Lowest quintile	13.4 (12.8-14.0)	17.0 (15.4-18.8)		7.3 (6.2-8.6)	1.5 (1.0-2.3)		8.3 (7.2-9.5)	8.3 (7.2-9.5)	
Medium	61.8 (60.8-62.8)	11.3 (10.5-12.1)		1.6 (1.3-2.0)	5.1 (4.6-5.8)		4.5 (4.0-5.1)	4.5 (4.0-5.1)	
Highest quintile	24.8 (23.9-25.7)	9.6 (8.5-11.0)		0.5 (0.3-0.9)	5.2 (4.3-6.3)		3.9 (3.2-4.8)	3.9 (3.2-4.8)	
NHSP			<0.001			<0.001			0.012
NHI	97.2 (96.9-97.5)	11.2 (10.6-11.9)		1.8 (1.6-2.1)	4.7 (4.3-5.2)		4.7 (4.3-5.1)	4.7 (4.3-5.1)	
MCA	2.8 (2.5-3.1)	27.1 (22.5-32.3)		12.8 (9.6-17.1)	1.5 (0.6-3.9)		12.8 (9.5-16.9)	12.8 (9.5-16.9)	
PHI			0.122			<0.001			<0.001
One or more	79.8 (79.0-80.6)	11.4 (10.7-12.2)		1.6 (1.4-1.9)	5.3 (4.7-5.8)		4.5 (4.1-5.0)	4.5 (4.1-5.0)	
None	20.2 (19.4-21.0)	12.6 (11.3-13.9)		4.0 (3.3-4.8)	2.3 (1.8-3.1)		6.3 (5.4-7.2)	6.3 (5.4-7.2)	
Current smoker			0.002			0.059			0.015
Non-smoker	80.6 (79.8-81.4)	11.1 (10.5-11.8)		2.0 (1.7-2.3)	4.4 (3.9-4.9)		4.8 (4.3-5.3)	4.8 (4.3-5.3)	
Smoker	19.4 (18.6-20.2)	13.8 (12.3-15.6)		2.7 (2.0-3.6)	5.8 (4.8-7.1)		5.3 (4.4-6.4)	5.3 (4.4-6.4)	
Alcohol consumer			0.760			0.001			<0.001
Drinker	71.4 (70.5-72.3)	11.6 (10.8-12.4)		1.8 (1.5-2.2)	5.4 (4.8-6.0)		4.4 (3.9-4.9)	4.4 (3.9-4.9)	
Non-drinker	28.6 (27.8-29.5)	11.8 (10.8-12.9)		2.8 (2.3-3.3)	2.9 (2.4-3.5)		6.2 (5.4-7.0)	6.2 (5.4-7.0)	
Obesity			0.029			0.754			0.011

(Continued on next page)

Table 2. Continued

Characteristic	Total		Subjective unmet healthcare needs						
	PP (95% CI)	PP (95% CI)	Overall	Due to "burden of medical expenses"		Due to "time constraints"		Due to "lack of care"	
				PP (95% CI)	pvalue	PP (95% CI)	pvalue	PP (95% CI)	pvalue
Not obese	72.8 (71.9-73.7)	11.2 (10.5-12.0)		2.1 (1.8-2.4)		4.3 (3.8-4.8)		4.8 (4.4-5.3)	
Obese	27.2 (26.3-28.1)	12.8 (11.6-14.2)		2.2 (1.7-2.8)		5.6 (4.8-6.6)		5.0 (4.3-5.9)	
Self-assessed health			<0.001		<0.001		0.181		<0.001
Not poor	88.2 (87.6-88.8)	10.1 (9.5-10.8)		1.4 (1.2-1.7)		4.5 (4.1-5.0)		4.2 (3.8-4.6)	
Poor	11.8 (11.2-12.4)	23.0 (20.8-25.4)		7.2 (6.0-8.7)		5.5 (4.2-7.1)		10.3 (8.8-11.9)	
Chronic disease			<0.001		<0.001		0.410		<0.001
Chronic	54.7 (53.7-55.8)	13.3 (12.5-14.2)		3.1 (2.7-3.5)		4.5 (3.9-5.1)		5.8 (5.2-6.4)	
No chronic	45.3 (44.3-46.3)	9.6 (8.7-10.6)		0.9 (0.7-1.3)		4.9 (4.2-5.6)		3.8 (3.3-4.5)	
Functional limitation			<0.001		<0.001		0.013		<0.001
Not limited	95.4 (95.0-95.7)	10.8 (10.2-11.5)		1.7 (1.5-2.0)		4.8 (4.3-5.2)		4.3 (3.9-4.7)	
Limited	4.7 (4.3-5.0)	29.2 (25.8-32.9)		9.4 (7.3-11.9)		2.5 (1.5-4.2)		17.4 (14.7-20.4)	

The estimation of population proportions and tests were carried out by considering a complex sampling design. PP, population proportion; CI, confidence interval; NHSP, national health security program; NHI, National Health Insurance; MCA, Medical Care Aid; PHI, private health insurance.

Table 3. Multivariable logistic regression models for subjective unmet healthcare needs (overall and for each of the three causes)

Residential area	Overall		Due to "burden of medical expenses"		Due to "time constraints"		Due to "lack of care"	
	Overall	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Gyeonggi-do (reference)								
Seoul	1.05 (1.02-1.08)		2.00 (1.92-2.08)		0.90 (0.86-0.95)		0.86 (0.83-0.88)	
Busan	0.54 (0.52-0.56)		0.86 (0.82-0.90)		0.82 (0.77-0.87)		0.23 (0.22-0.24)	
Daegu	1.16 (1.15-1.17)		1.10 (1.05-1.15)		1.53 (1.50-1.56)		0.84 (0.83-0.85)	
Incheon	0.97 (0.95-0.99)		0.61 (0.57-0.66)		0.86 (0.84-0.88)		1.24 (1.20-1.29)	
Gwangju	0.42 (0.40-0.44)		0.16 (0.14-0.18)		0.45 (0.44-0.47)		0.56 (0.53-0.59)	
Daejeon	0.75 (0.74-0.77)		0.44 (0.42-0.46)		1.33 (1.29-1.37)		0.41 (0.40-0.42)	
Ulsan	0.49 (0.48-0.50)		0.19 (0.18-0.20)		0.33 (0.32-0.34)		0.78 (0.77-0.80)	
Gangwon-do	2.15 (2.10-2.21)		0.80 (0.72-0.89)		1.63 (1.56-1.69)		2.85 (2.72-2.98)	
Chungcheongbuk-do	0.89 (0.85-0.92)		0.71 (0.64-0.78)		1.08 (1.01-1.14)		0.88 (0.84-0.93)	
Chungcheongnam-do	0.82 (0.79-0.86)		0.81 (0.71-0.91)		0.95 (0.90-1.00)		0.74 (0.70-0.79)	
Jeollabuk-do	1.18 (1.13-1.23)		1.07 (0.97-1.18)		0.94 (0.90-0.98)		1.39 (1.31-1.48)	
Jeollanam-do	0.35 (0.33-0.37)		0.14 (0.13-0.16)		0.65 (0.60-0.70)		0.29 (0.26-0.31)	
Gyeongsangbuk-do	0.77 (0.73-0.81)		0.53 (0.47-0.59)		0.93 (0.89-0.97)		0.84 (0.77-0.91)	
Gyeongsangnam-do	0.83 (0.80-0.85)		0.79 (0.74-0.84)		0.85 (0.83-0.88)		0.82 (0.79-0.86)	
Jeju-do	1.38 (1.34-1.41)		0.47 (0.42-0.52)		0.95 (0.93-0.98)		2.17 (2.09-2.26)	

Values are presented as adjusted odds ratio (95% confidence interval). Estimations were carried out by considering a complex sampling design.

다(the third column in Table 2). 강원도(AOR, 1.63; 95% CI, 1.56-1.69)가 가장 높고 울산광역시(AOR, 0.33; 95% CI, 0.32-0.34)가 가장 낮았다. 끝으로, ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 SUN 경험과 거주지역 간의 관계는 통계적으로 유의했다(Wald test, $p < 0.0001$). 준거범주인 경기도에 비해서, 나머지 15개 거주지역 각각의 AOR은 통계적으로 유의하게 차이가 났다(the fourth column in Table 2). ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 SUN 경험의 AOR은 강원도(AOR, 2.85; 95% CI, 2.72-2.98)가 가장 높고 부산광역시(AOR, 0.23; 95% CI, 0.22-0.24)가 가장 낮았다.

4. 미충족 의료 니즈 경험률의 국제 비교

앞에서 추정한(Table 1) 한국의 SUN 경험 PP를 33개 유럽국가들과 비교하였다(Figure 1). 한국을 포함 전체 34개국가 중 한국(11.7%)은 SUN 경험률이 네 번째로 높았다. 한국보다 높은 나라는 알바니아(21.5%), 에스토니아(18.9%), 세르비아(11.8%)였다. 비교적 큰 국가

가운데 가장 낮은 나라는 오스트리아(0.4%)였고, 네덜란드(0.8%), 이탈리아(2.6%), 프랑스(3.4%), 영국(8.3%)이 상대적으로 낮은 수준을 보였다.

5. 미충족 의료 니즈 경험 예측확률과 각 발생 사유 예측확률의 거주지역 간 비교

본 연구에서 구한 다변수 분석결과를 기초로(Table 3), 어떤 거주지역에 사는 개인이 자신의 통제변수 특성을 유지한 채 SUN을 경험할 PR (95% CI) 그리고 각 사유에 직면할 PR (95% CI)을 추정한 결과에 따르면, SUN을 경험할 PR은 거주지역과 통계적으로 유의한 관련성이 있었다(Wald test, $p < 0.0001$). 이 PR이 전체 거주지역(PR, 11.6%; 95% CI, 10.3%-12.9%)의 수준보다 높은 거주지역은 16개 거주지역 중 일곱 지역이었다(Figure 2). 즉 가장 높은 PR을 보인 강원도(PR, 22.9%; 95% CI, 22.1%-23.6%)를 비롯해서 제주도(PR, 16.2%; 95% CI,

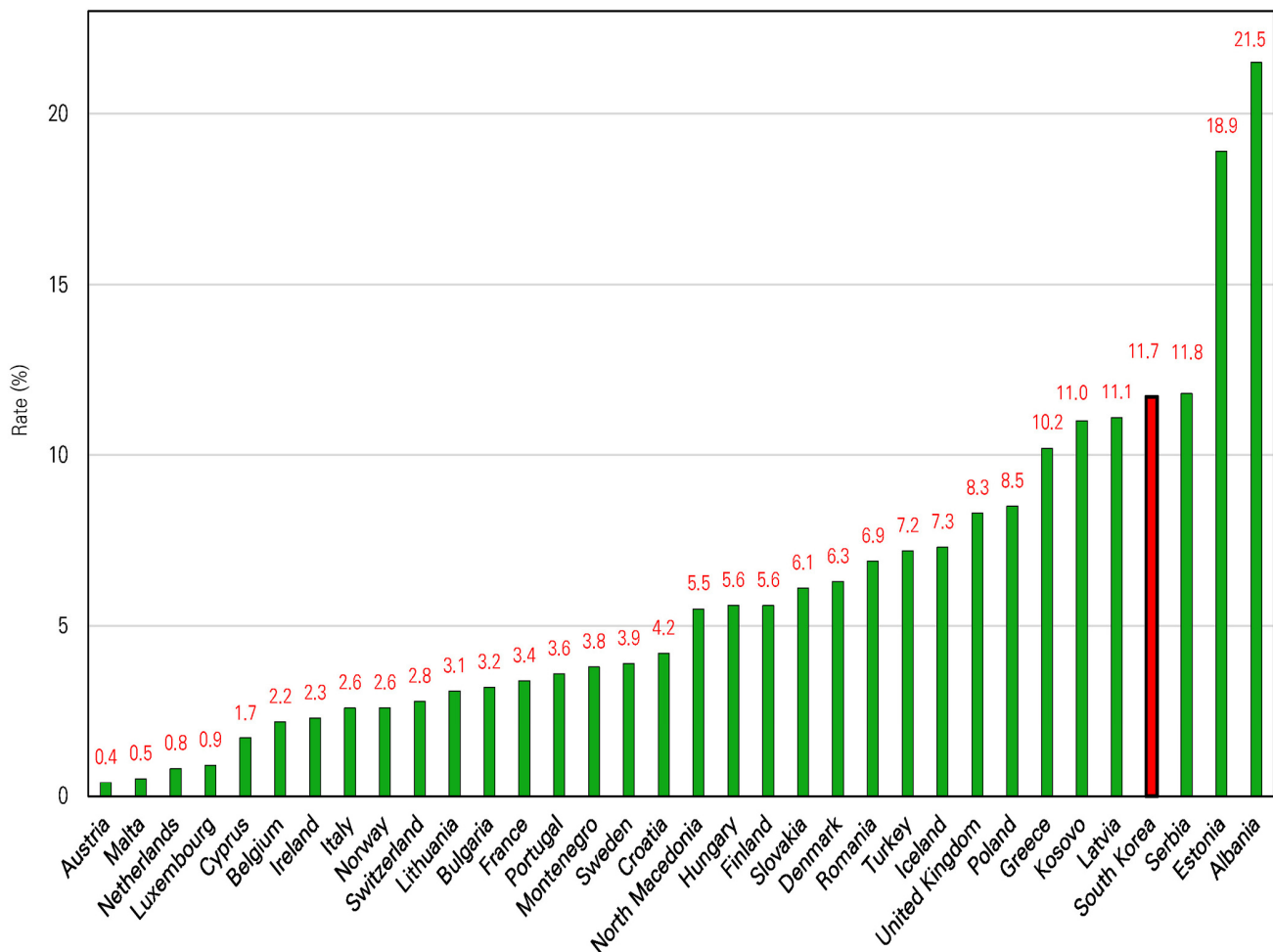


Figure 1. Rates of “subjective unmet healthcare needs” in selected European countries and South Korea, 2018.

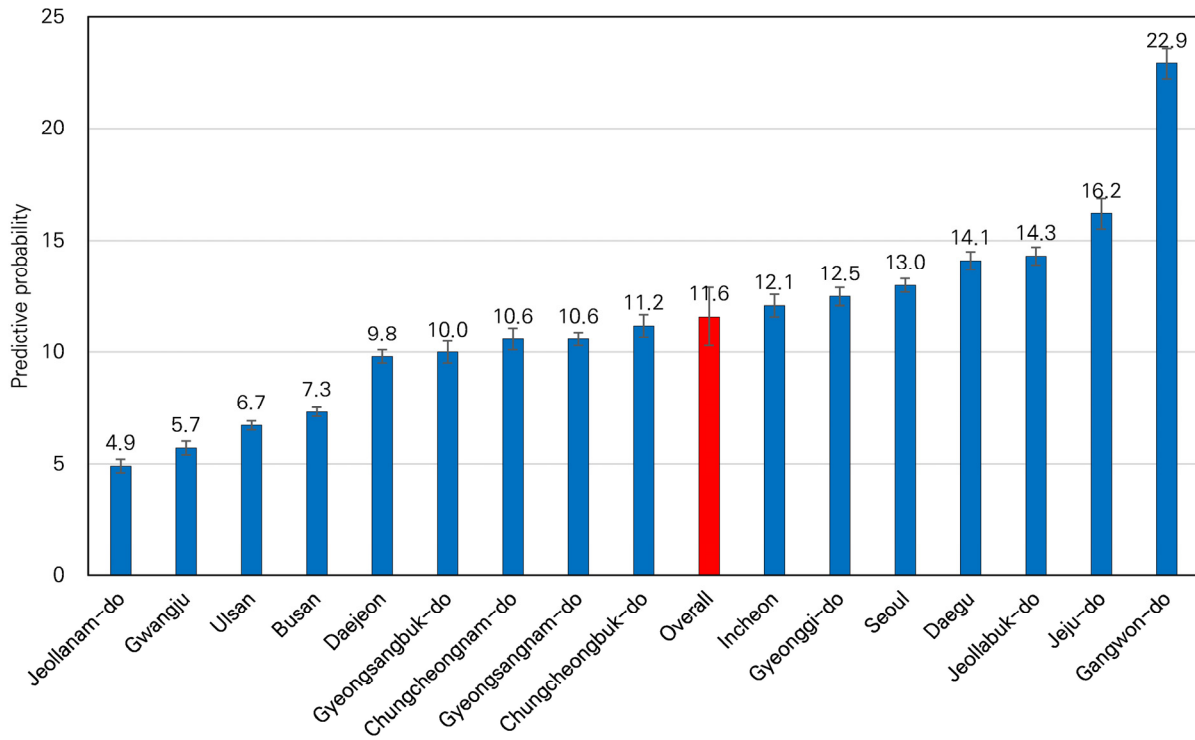


Figure 2. Predictive probability of experiencing “subjective unmet healthcare needs” for each residential area in South Korea.

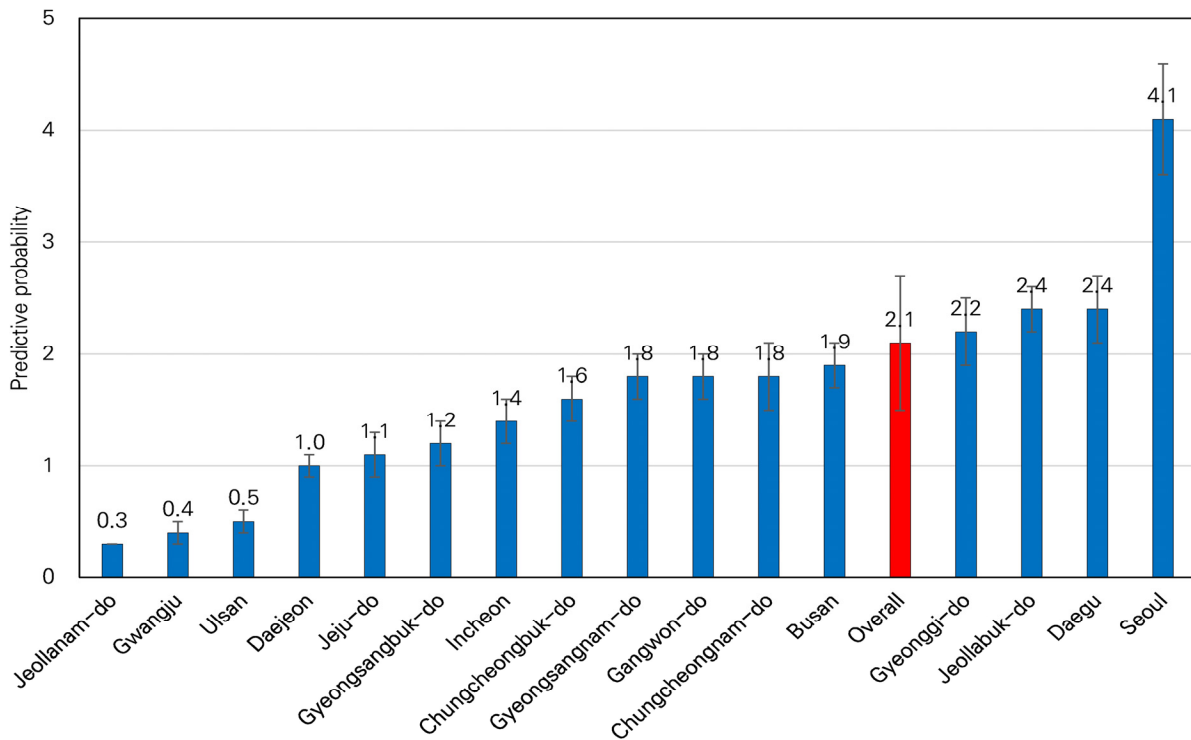


Figure 3. Predictive probability of experiencing subjective unmet healthcare needs due to “burden of medical expenses” for each residential area in South Korea.

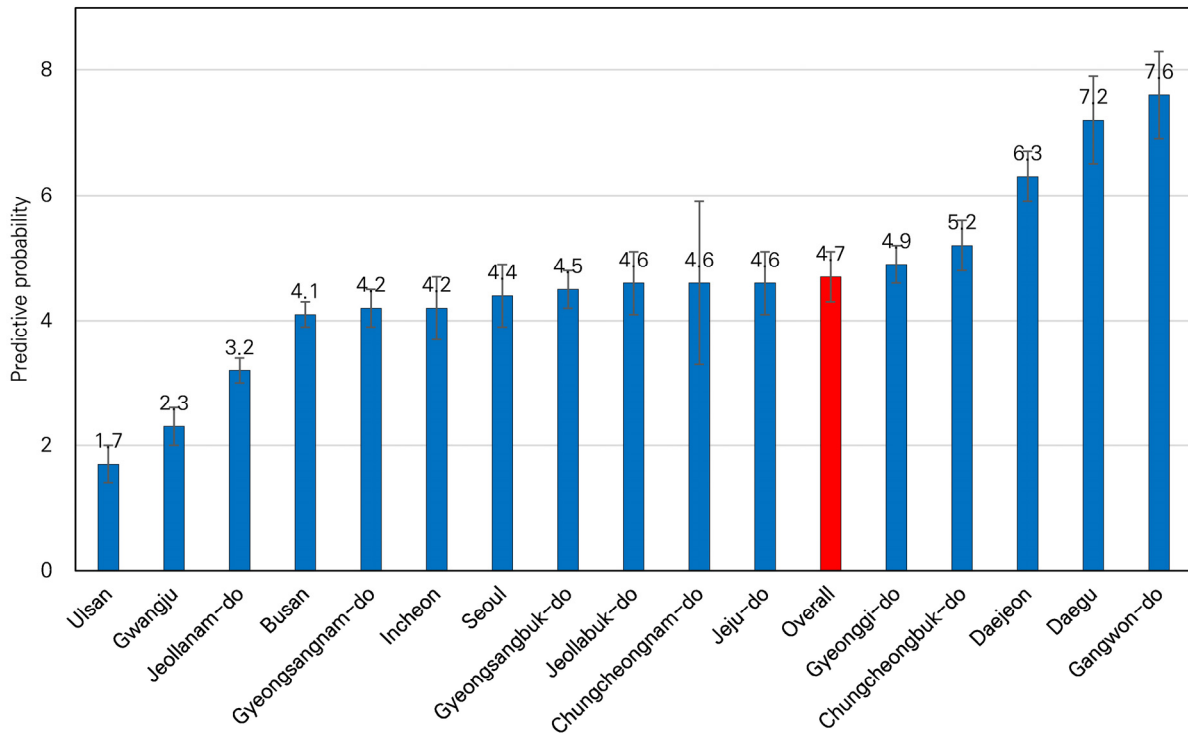


Figure 4. Predictive probability of experiencing subjective unmet healthcare needs due to “time constraints” for each residential area in South Korea.

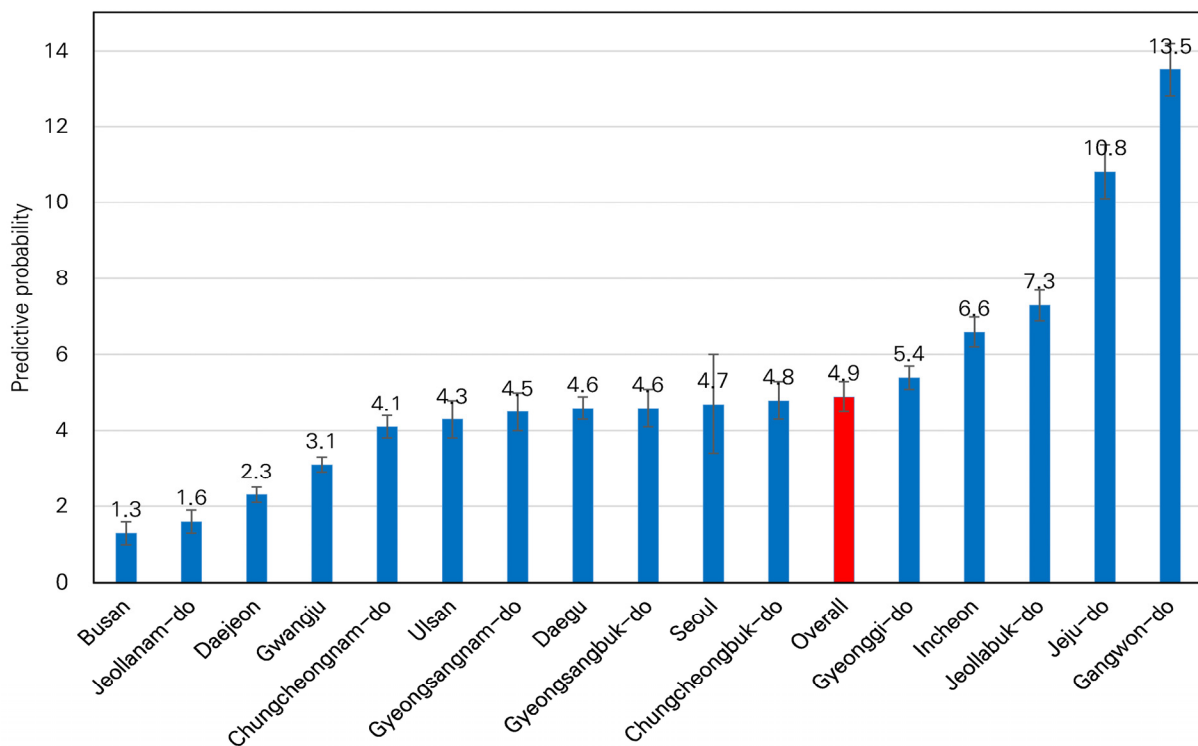


Figure 5. Predictive probability of experiencing subjective unmet healthcare needs due to “lack of care” for each residential area in South Korea.

고 찰

15.5%–16.9%), 전라북도(PR, 14.3%; 95% CI, 13.8%–14.7%), 대구광역시(PR, 14.1%; 95% CI, 13.7%–14.6%), 서울특별시(PR, 13.0%; 95% CI, 12.7%–13.3%), 경기도(PR, 12.5%; 95% CI, 12.1%–12.8%), 인천광역시(PR, 12.1%; 95% CI, 11.6%–12.6%) 순이었다. 이 PR이 가장 높은 강원도는 가장 낮은 전라남도(PR, 4.9%; 95% CI, 4.6%–5.2%)의 네 배가 넘는 수준이었다.

‘진료비 부담’ 사유로 SUN을 경험할 PR과 거주지역 간 관련성은 통계적으로 유의하였다(Wald test, $p < 0.0001$). 전체 16개 거주지역 중 ‘진료비 부담’ 때문에 SUN을 경험할 PR이 전체 거주지역(PR, 2.1%; 95% CI, 1.5%–2.7%) 수준보다 높은 거주지역은 16개 거주지역 중 네 지역이었다(Figure 3). 서울특별시(PR, 4.1%; 95% CI, 3.6%–4.6%)가 가장 높았으며, 이어 대구광역시(PR, 2.4%; 95% CI, 2.1%–2.7%), 전라북도(PR, 2.4%; 95% CI, 2.1%–2.6%)와 경기도(PR, 2.2%; 95% CI, 1.9%–2.5%)가 그 뒤를 따랐다. 한편, 가장 높은 서울특별시는 가장 낮은 전라남도(PR, 0.3%; 95% CI, 0.2%–0.4%)의 약 14배였다.

‘시간 제약’ 사유로 SUN을 경험할 PR은 거주지역과 통계적으로 유의한 관련성이 있었다(Wald test, $p < 0.0001$). 이 PR은 다섯 지역에서 전체 거주지역(PR, 4.7%; 95% CI, 4.2%–5.1%)의 수준보다 높았다(Figure 4). 즉 가장 높은 PR을 보인 강원도(PR, 7.6%; 95% CI, 7.2%–7.9%)에 이어 대구광역시(PR, 7.2%; 95% CI, 7.0%–7.3%), 대전광역시(PR, 6.3%; 95% CI, 6.1%–6.5%), 충청북도(PR, 5.2%; 95% CI, 4.9%–5.6%)와 경기도(PR, 4.9%; 95% CI, 4.8%–5.0%) 순이었다. 이 PR이 가장 높은 강원도는 가장 낮은 울산광역시(PR, 1.7%; 95% CI, 1.6%–1.8%)의 약 네 배 이상이었다. 같은 ‘도(province)’급 중에서는 전라남도(PR, 3.2%; 95% CI, 3.0%–3.6%)가 가장 낮았다.

‘돌봄 부족’으로 SUN을 경험할 PR과 거주지역 간 관계는 통계적으로 유의하였다(Wald test, $p < 0.0001$) 이 PR이 전체 거주지역(PR, 4.9%; 95% CI, 4.0%–5.8%)의 수준보다 높은 거주지역은 다섯 지역이었는데, 내림차순으로는, 강원도(PR, 13.5%; 95% CI, 13.0%–14.1%), 제주도(PR, 10.8%; 95% CI, 10.4%–11.2%), 전라북도(PR, 7.3%; 95% CI, 7.0%–7.6%), 인천광역시(PR, 6.6%; 95% CI, 6.2%–6.9%)와 경기도(PR, 5.4%; 95% CI, 5.2%–5.6%)였다(Figure 5). 한편, 이 PR이 가장 높은 강원도는 가장 낮은 부산광역시(PR, 1.3%; 95% CI, 1.3%–1.4%)의 약 10배 이상이었다. 같은 ‘도’ 중에서는 전라남도(PR, 1.6%; 95% CI, 1.5%–1.7%)가 가장 낮았다(Figure 5).

1. 미충족 의료 니즈 경험률의 국제 비교를 통한 한국 UHC 체계 평가

한국은 비교국인 33개 유럽국가들에 비해 매우 높은 SUN 경험률(11.7%)을 보였다(Figure 1). 한국보다 높은 수준을 보이고 있는 국가는 경제규모, 1인당 국내총생산(gross domestic product)나 사회발전 측면에서 한국과는 비교가 안 되는 세르비아(11.8%), 에스토니아(18.9%)와 알바니아(21.5%) 정도다. 한국의 SUN 경험률은 비교대상국 중 가장 낮은 수준의 오스트리아(0.4%)의 약 30배나 되었다. 한편, 한국은 프랑스와 독일의 사회보험(statutory health insurance, SHI) 체계를 참고해 UHC 체계를 구축하였는데, 프랑스의 경우, SUN 경험률은 3.4%로 한국의 약 30% 수준에 불과하다. 국가보건요서비스(National Health Service, NHS) 제도를 운영하고 있는 영국(8.3%)에 비해서도 매우 열악한 실정이다.

SUN 경험률이 한국에서 이렇게 높은 이유는 무엇일까? 본 연구에서 도출한 바에 따르면 SUN 경험 PP(11.7%)는, ‘진료비 부담’ 사유로 인한 PP(2.1%), ‘시간 제약’ 사유로 인한 PP(4.7%)와 ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 PP(4.9%)로 구성된다(Table 1). 이를 구성비율로 바꿔 보면 SUN 경험 사유 중 가장 큰 사유가 ‘돌봄 부족’(41.9%)이고, 그 다음이 ‘시간 제약’(40.2%)이며, 가장 마지막이 앞 각 사유의 절반에도 미치지 못하는 ‘진료비 부담’(17.9%)이다. 다시 말해서, 한국 국민들이 진료 필요하다고 생각함에도 받지 못하는 대부분의 이유(82.1%)는 ‘돌봄 부족’과 ‘시간 제약’ 등 ‘비재정적 장벽’ 때문이다. 이는 SUN 경험률의 거주지역 간 격차가 매우 뚜렷한 사유가 주로 ‘재정적 장벽’에 기인했던 이탈리아와는 다른 결과였다[28]. 그러면 이 횡단면(cross-section) 자료 결과는 과연 여러 연도를 추적조사한 종단면(longitudinal) 자료를 이용한 성인의 전체 연령에 걸쳐 분석한 연구결과와 일치하는(consistent) 결과라고 할 수 있을까? KHI 조사자료(2014–2018)를 분석한 선행연구의 결과에 따르면, 두 사유, 즉 ‘돌봄 부족’과 ‘시간 제약’의 중요성은 본 연구의 결과와 동일하지만, 연령에 따라 더 중요한 게 따로 있다는 것을 이야기해 준다. 즉 남성에서도 또한 여성에게도, 성인의 생애주기 중 일정 연령까지는 ‘시간 제약’이, 그리고 그 다음부터는 ‘돌봄 부족’이 SUN 경험의 가장 중요한 사유였다[17].

본 연구결과에 따르면, 다른 유럽국가들과 비교할 때, 의료의 접근성 확보, 즉 SUN 경험률 감소 측면에서, 한국의 UHC 체계가 성공하였다고 보기에는 무리가 있을 것 같다. 주된 이유는, 정부와 UHC 체계가 국민들이 의료를 이용하는 데 장애가 되는 ‘돌봄 부족’과 ‘시간 제약’ 문제를 그동안 간과했기 때문이라고 할 수 있겠다. 한편, Organization

for Economic Cooperation and Development (OECD) 회원국 중 가장 빠른 고령화를 겪고 있는 한국의 경우 앞으로 고령인구 비율이 세계 최고수준에 이를 것으로 전망되고 있는바[2], 현재의 UHC 체계가 크게 개선이 되지 않는 한, 다른 유럽국가들에 비해 SUN 경험률이 더 크게 증가할 가능성이 있음을 어렵지 않게 짐작할 수 있다. 즉 점점 많은 국민이 ‘돌봄 부족’ 때문에 필요한 의료를 적시에 받지 못할 가능성이 높고[17], 반면에 젊은 세대가 매우 빨리 핵가족화 되고 있는 현상에 따라 가정 내에서의 돌봄이 감소함으로써 ‘상승작용’이 일어나 더욱 큰 사회경제적 비용, 특히 막대한 공적재정 부담을 야기할 가능성이 높다. 한편, ‘시간 제약’ 사유와 관련해서, 2021년 근로자 1인당 연평균 근로시간이 한국은 1,915시간으로 OECD 국가 평균치인 1,716시간 보다 길다는 점을 고려하면, 한국에서 경제활동을 하는 사람들이, ‘시간 제약’으로 인해 의료기관을 적시에 방문하는 게 어렵다는 것이 일견 이해가 간다[32]. 또한 ‘시간 제약’으로 인해, 고도의 경쟁사회에 있는 한국의 청장년 근로자들이 의료가 필요할 때 의료기관을 방문하는 것을 포기하고, 스트레스 관리와 질환치료 대신에 담배, 술, 마약 등 중독재(addictive goods)에 의존할 수도 있다[33,34]. 이전 연구에서도, 한국에서 ‘시간 제약’ 사유로 인해, 필요하다고 생각되는 의료를 받지 못하는 경우는 비경제활동 인구에 비해 경제활동 인구에서 훨씬 더 많았다[35].

2. 미충족 의료 니즈 경험률 및 경험 사유의 한국 내 거주지역 간 격차 문제

한국 국민의 SUN 경험 PR은 16개 거주지역 간 상당히 큰 차이(범위, 18.0% 포인트)를 보였다(Figure 2). 즉 강원도에 거주하는 사람(22.9%)은 전라남도에서 거주하는 사람(4.9%)에 비해 SUN 경험 PR이 네 배 이상이 높았다. 이는 한국이 UHC 체계를 수립하고 나서도 국민들의 SUN 경험률을 거주지역 간에 유사하도록 하는 정책목표가 아예 없었거나 있었더라도 성공하지 못했다는 것을 시사한다. 한편, 강원도가 의료접근성에 있어 심각한 문제가 있는 지역임은 최근 언론에도 보도된 바가 있어 본 연구결과의 신뢰성을 뒷받침한다고 할 수 있다[36,37].

또한 SUN을 경험하게 된 세 가지 사유 중 PR 측면에서, 거주지역 간 격차가 가장 큰 사유는 ‘돌봄 부족’ 사유(범위, 12.2% 포인트)였고, 이어, ‘시간 제약’ 사유(범위, 5.9% 포인트)와 ‘진료비 부담’ 사유(범위, 3.8% 포인트)였다(Figures 3-5). 한편, ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 예측 확률은 강원도에 거주하는 사람들이 부산광역시에서 거주하는 사람들보다 무려 10배가 넘었다. 같은 ‘도(province)’ 중에서는, 전라남도 거주자들보다 8배 이상이 높았다. 이는 주민들의 의료이용을 돕는 민간부문 또는 공공부문의 ‘돌봄 인프라’가 거주지역 간 매우 크게 다르기 때

문일 수 있다[38]. 다음으로 ‘시간 제약’ 사유로 인한 PR은 강원도에 거주하는 사람들이 울산광역시에 사는 사람들에 비해 약 네 배 이상 또는 전라남도에 사는 사람들에 비해 두 배 이상 높았다. 이러한 특성은 비경제활동 인구 분포 및 직업 분포가 지역 간 차이가 있거나, 가정 또는 일터 환경과 의료이용의 연관성이 거주지역 간에 차이가 있기 때문인 것으로 보인다[39-44]. 끝으로, ‘진료비 부담’ 사유로 인한 PR은 서울특별시에 거주하는 사람들이 전라남도에 거주하는 사람에 비해 약 14배가 높았다. 서울특별시의 경우 가장 높은 이유는, 의료기관이 고도로 집중돼 있고 경쟁이 치열하기 때문일 수 있다. 각 의료기관이 ‘목표 소득(target income)’에 도달하기 위해 의료기관을 더 자주 방문하도록 유도하거나, 또는 국민건강보험이 급여하지 않는 비급여 진료를 권유함으로써 사람들이 SUN을 더 자주 경험한 결과일 수도 있는데, 이 가설을 검증(test)하기 위해서는 보건경제학적 심층 연구가 향후 더 많이 수행되어야 할 것이다[8,17,45,46].

한편, SUN 경험 PR이 전체 인구 수준에 비해 더 높은 거주지역은, 높은 순서대로 강원도, 제주도, 전라북도, 대구광역시, 서울특별시, 경기도, 인천광역시였다(Figure 2). 이들 거주지역이 상대적으로 높은 이유를, 앞에서 논한 각 사유 PR의 거주지역별 분석결과로써 추론해 볼 수 있다(Figures 3-5). 먼저, 강원도는 SUN 경험 PR이 전체 거주지역 가운데 가장 높는데, 그 이유는, ‘돌봄 부족’과 ‘시간 제약’ 사유로 인한 SUN 경험 PR이 각각 전체 거주지역 중 가장 높기 때문인 것으로 보인다[36,37]. 이어서, 제주도가 SUN 경험 PR이 두 번째로 높은 이유는, ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 SUN 경험 PR이 전체 거주지역 중 두 번째로 높기 때문인 것으로 짐작된다. 한편, 전라북도는 SUN 경험 PR이 전체 거주지역 중 세 번째로 높는데, ‘돌봄 부족’과 ‘진료비 부담’ 사유로 인한 SUN 경험 PR이 모든 거주지역 중 각각 세 번째로 높아 그런 결과가 나타나는 것으로 보인다. 그리고 대구광역시는 SUN 경험 PR이 네 번째로 높는데, 주된 원인은 ‘시간 제약’과 ‘진료비 부담’ 사유로 인한 SUN 경험 PR 각각 거주지역 중 두 번째로 높기 때문인 것으로 분석된다. SUN 경험 PR이 다섯 번째로 높은 서울특별시는 ‘진료비 부담’ 사유로 인한 SUN 경험 PR이 모든 거주지역에서 첫 번째로 높은 게 주된 문제로 평가된다. 또한 경기도는 SUN 경험 PR이 여섯 번째로 높는데, ‘돌봄 부족’과 ‘시간 제약’ 사유로 인한 SUN 경험 PR이 거주지역 중 각각 다섯 번째로, 그리고 ‘진료비 부담’ 사유로 인한 SUN 경험 PR이 거주지역 중 네 번째로 높은 것에 기인한 것으로 짐작된다. 끝으로, SUN 경험 PR이 전체 거주지역 중 일곱 번째로 높은 인천광역시는 ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 SUN 경험 PR이 네 번째로 높은 것이 주된 문제로 분석된다.

3. '지방주민 건강관리의 중앙과 지방 간 책임 공유'를 향한 주요국의 UHC 체계 개혁과정

본 연구의 결과에 따르면, 한국에서 SUN 경험 PR이 전체 인구 수준보다 높은 거주지역들은 SUN 경험 사유의 분포가 저마다 서로 다르다는 것을 알 수 있다. SUN 경험 PR을 낮추기 위해서는, 각 지역이 그 지역에서 문제가 되는 특정 SUN 경험 사유를 줄이는 '지역사회 기반(community-based)'의 정책방안을 수립하고, 이를 효과적으로 시행할 필요성이 있음을 시사한다고 할 수 있다. 한편, UHC 체계를 운영하고 있는 대부분 유럽국가들의 경우, 국민 건강관리를 위한 총 책임은 중앙정부와 지방정부가 공유하되, 각 세부 부문의 책임은 중앙정부와 지방정부가 분리해서 담당하고 있다. 부연하면, 전체 국민의 건강을 돌보기 위한 재원조달, 정책의제 채택과 입법 등 부문의 책임은 중앙정부와 중앙의회가, 그리고 지방주민 건강을 위한 기획, 의료 니즈 평가, 보건의료자원의 확보 및 조직화 그리고 보건의료 제공 등에 대한 책임은 지방정부와 지방의회로 이양하는 추세이다. 본 절의 아래에서는 한국과 같이 '재원의 중앙집중(central funding)' 방식으로 UHC를 실현하고 있는, NHS 체계의 영국과 SHI 체계의 프랑스 사례를 고찰하고자 한다. 한편, 일본은 유럽국가들과 함께 한국이 UHC 체계를 구축할 때 참고한 매우 중요한 국가이고, 전 세계에서 가장 효율적으로 건강성고를 보이는 UHC 체계를 운영하고 있다고 평가됨에도 불구하고, 일본을 제외하고 영국과 프랑스를 고찰하는 이유는 다음과 같다. 첫째, 일본 UHC 체계의 '모체'가 유럽국가들의 SHI 체계라는 점, 둘째, 한국과는 달리 일본은 1961년 전국민 건강보험을 시작할 때부터 현재까지 '직장건강보험'과 '지역건강보험'이 재정과 관리·운영 측면에서 분리·운영해 왔고, 각각이 '다수 보험자(multi-payer)'로 구성되어 있으며, 보험료와 보험급여가 보험자 간에 상이해, '중앙권력의 지방이양'과 '지역사회 기반'의 UHC 체계가 초기부터 원활히 운영되어왔다는 점[47], 셋째, 한국의 경우, '다수 보험자(single-payer)'라는 면에서는 영국, 그리고 SHI 체계 중에서도 중앙정부의 간섭이 전통적으로 심하다는 특징으로는 프랑스와 더욱 유사하다는 점 등 때문이다. 그러나 일본 UHC 체계가 한국과는 다른 '다수 보험자' 체계라고 할지라도, 한국보다 훨씬 일찍 UHC 체계를 구축해 고령사회에 진입하였으므로, 일본에서 수행하는 갖가지 '지역사회 기반' 보건의료, 장기요양, 재활 및 사회서비스 정책들은 한국 UHC 체계의 발전에 많은 시사점을 줄 수 있을 것이다[47].

1) 영국

조세를 주 재원으로 베버리지(Beveridge)형의 UHC 체계를 운영하는 영국, 이탈리아, 스페인 등에서는 주로 국민의 건강관리 책임을 지

방정부가 맡고 있다. 대표적 NHS 국가인 영국에서 지방정부의 역할을 이해하기 위해서는 영국의 행정체계를 먼저 이해하는 게 필요하다. 영국은, 크게 잉글랜드, 스코틀랜드, 웨일즈 및 북아일랜드의 4개의 구성 국가(country or nations)로 구성된다. 잉글랜드의 경우 지방 자치에 관한 법률이 영국의회에서 결정되지만, 나머지 구성 국가에는 권한이 많이 중앙으로부터 이양되어 별도의 지방의회를 구성해 운영하고 있다. 영국의 지방자치단체는 대체로 지방의회 자체를 의미한다. 한편, 지방자치 계층구조와 관련해서 스코틀랜드, 웨일즈, 북아일랜드는 기본적으로 유니타리(unitary authority) 또는 디스트릭트(district)의 단층제인 반면, 잉글랜드는 2층(two-tier structure)제와 단층제인 유니타리가 혼합되어 있다. 최근 잉글랜드에서도 '지방분권화(탈중앙화, de-centralization)'의 영향으로 유니타리 확대 요구가 증가하고 있다[48,49].

잘 알려진 바와 같이, 영국 NHS의 재원은 일반조세(general taxation)이며 영국에 거주하는 사람들에 대한 의료 제공은 원칙적으로 '무상'이다. 그러나 각 구성 국가는 바넷 공식(the Barnett formula)을 통해 할당된 재원 내에서 자체 지출규모와 방법을 결정할 수 있다. 세입 징수에 대한 책임은 대부분 영국 정부에 남아 있지만, 스코틀랜드와 웨일즈는 세금 인상 권한에서 어느 정도의 자치권을 가지고 있으며, 1999년에는 스코틀랜드 의회, 웨일즈 의회, 북아일랜드 의회로 관할 지방주민의 건강 유지 및 향상 정책의 결정권이 이양되었다. 따라서 1999년 이전에는 각 구성 국가의 NHS는 서로 차이점이 거의 없었으나, 그 이후에는 각 구성 국가의 NHS는 독특한 역사적, 정치적 배경 내에서 서로 다른 관리·운영 모델(governance model)로 운영되고 있다[49,50]. 현재 각 구성 국가는 지방분권화 과정을 통해 보건의료 관련 면허와 규제 그리고 품질과 안전 등 정책에 있어 일정 수준 독립을 확보하고 있다.

한편, UHC를 달성하기 위한 영국의 부단한 개혁과정은 급속한 인구사회변동을 겪는 한국에 큰 도움을 줄 수 있다. 1991년부터 각 구성 국가의 NHS에서는 의료의 '구매(purchase)'와 '서비스 전달'을 분리했는데, 이는 대처 수상의 보수당 내각이 준-시장 메커니즘인 '내부시장(internal market)'을 도입하면서부터 시작되었다[51]. 그 목적은 공공 보건의료제공체계 안에 '내부 시장'을 도입함으로써 제공자 간 경쟁을 유도해 의료제공의 효율성을 높이기 위함이다. 이를 위해 구매 기능을 담당하는 '위탁(commissioning)'의 개념이 도입되었는데, 이는 지방주민을 위한 최상의 건강 성과를 얻기 위해, 의료를 구매하고, 의료 니즈를 평가(assessing)하며, 기획(planning)하고, 우선 순위를 정하며(prioritizing), 그리고 모니터링(monitoring)하는 전 과정을 포함한다[49,51]. 따라서 각 구성 국가의 NHS는 (1) 위탁(의료 니즈 평가, 기획, 우선순위 설정, 모니터링), (2) 서비스 전달, (3) 규제·감시,

(4) 훈련·개발의 기능을 수행하고 있다.

4개의 구성 국가 중 대표로 잉글랜드의 경우, NHS 운영에 대한 전반적인 책임은 2012년 ‘건강 및 사회보장법’에 따라 잉글랜드의 보건 복지부(Department of Health & Social Care)에서 ‘NHS잉글랜드’로 이양되었다. 이는 NHS의 의사 결정이 정치화되는 것을 방지하고 장기 계획을 수립해 정책을 집행하기 위해서였다[49,51]. 2022년까지 잉글랜드에서 ‘위탁’을 수행하는 NHS잉글랜드의 조직은 ‘의료위탁 그룹(Clinical Commissioning Groups, CCG)’과 NHS잉글랜드였다. CCG는 ‘건강 및 사회보장법(the Health and Social Care Act, 2012)’에 따라 설립되었는데, 일반 및 전문서비스 관련 계약을 담당했다. CCG를 도입한 목적은 해당 지역사회의 일선에서 의료 니즈를 가장 잘 파악할 수 있는 ‘일차의료(primary care) 전담의(general practitioner, GP)’가 의료 구매를 담당하도록 함으로써 의료 재원을 가장 효율적으로 활용하는 데 있었다. 그러므로 CCG는 하위 계층 지역 수준에서의 ‘위탁’을 담당하며, 약 200개 이상의 CCG가 각각 6만 1천 명에서 86만 명의 지방주민을 책임졌다. 그리고 이들 지방주민의 건강을 책임지는 대가로 ‘인두수가(capitated fee)’ 방식의 진료비용이 CCG에 배분되었다. CCG은 해당 지방의 GP가 맡아 운영하되, 반드시 ‘이사회’를 두었는데, 이사회는 GP, 간호사, 전문의, 일반인(2명), 재정 담당관, 회계 담당관 등으로 구성되었다[49-51]. CCG에 의한 의료 구매는 GP를 방문한 환자를 GP가 상급 의료기관이나 다른 의료 제공자에 의뢰함으로써 이루어졌다. GP가 자신이 제공하는 의료를 직접 구매할 수는 없기 때문에 GP가 제공하는 의료에 대한 구매는 NHS잉글랜드가 담당했다. NHS잉글랜드는 그 밖에도 희귀질환 치료나 비교적 소수의 병원에서만 제공되는 의료, 군(軍) 의료, 교도소·특수시설 수감자 및 보호대상자를 위한 의료 등 특수 의료의 구매를 맡았다.

2022년 7월 1일, 잉글랜드에서는 수년간의 지방주민 주도(locally led) 개발, NHS잉글랜드의 권고, 그리고 ‘건강 및 돌봄 법(the Health and Care Act, 2022년)’ 통과에 따라 CCG가 ‘지역사회 기반 통합돌봄 시스템(community-based integrated care system, ICS)’로 확대·개편되었다. 그동안 CCG는 보건의료(health services)만 담당하였으나, 인구사회변동에 따라 사회서비스(care services) 등을 포괄적으로 포함하는 조직체제로 탈바꿈하기 위한 정책 노력의 결과였다. 잉글랜드 전역에 담당 지방별로 42개의 ICS가 새로 설립되었는데, 각 ICS는 담당 지방에서 거주하거나 일하는 사람들의 삶을 개선하기 위해, 보건의료와 사회서비스를 함께 묶어 기획하고 제공하는 조직들의 ‘파트너십’이다. 각 ICS가 수행하는 역할은, 첫째로, 각 담당 지방의 파트너십을 통합하여, 지방주민의 (1) 인구 건강 및 보건의료 분야의 성과를 개선하고, (2) 성과, 경험 및 접근의 불평등(inequalities) 문제를 해결하며, (3) 생산성과 투입 재정의 가치를 높이고, (4) 더 광범위한 사

회·경제적 발전을 지원할 수 있도록 돕는 것 등이다. 둘째로는, 보건의료 및 사회서비스 제공기관들이 ICS를 통해 여러 가지 복잡한 문제를 해결하는 데 도움이 되도록 하는 것이다. 즉 (1) 어린이와 젊은이들의 건강을 증진시키고, (2) 사람들이 잘 지내고 독립적으로 지낼 수 있도록 지원하며, (3) 예방 가능한 상태에 있는 사람들을 돕기 위해 더 신속하게 행동하고, (4) 장기요양 상태 또는 정신건강 문제가 있는 사람들을 지원하며, (5) 인구고령화에 따라 다양한 니즈를 가진 사람들을 돌보고, (6) 사람들이 가능한 한 속히 돌봄을 받을 수 있도록 ‘집단지원’을 최대한 활용하는 것 등이다[52].

또한 ICS뿐 아니라 지방 당국들(local authorities)도 중요한 역할을 수행하고 있다. 각 지방정부는 주민들과 기업들을 위한 사회서비스 돌봄(social care) 및 공중보건 기능과 기타 필수 서비스들이 원활하게 제공되도록 기획 및 조정을 담당한다. 그리고 ‘장소 기반 파트너십(place-based partnerships)’ 체계를 통해, 각 ICS 담당 지방 및 주변 지방에 통합돌봄이 효율적으로 제공되도록 치밀하게 기획하고 또한 필요시 지방정부가 직·간접적으로 제공과정에 참여한다. 이 파트너십에는 NHS, 지방의회, 지방의 사회조직 및 자원봉사 조직, 지방주민들, 돌봄 제공자들, 주민들의 건강과 복지를 지원하는 역할을 하는 사람들 및 대표자들, 그리고 기타 지방사회 파트너들로 구성되어 있다. 끝으로 ‘제공자 협업(provider collaboratives)’ 체계를 통해 돌봄 제공자들이 여러 장소와 하나 이상의 ICS에서 규모에 맞게 작업하는 이점을 달성하고, 품질, 효율성 및 성과를 개선하며, 돌봄 제공자 간에 발생할 수 있는 접근성과 및 경험의 부적절한 변이와 불평등을 해결하기 위해 함께 협력하도록 촉진하고 있다[52].

2) 프랑스

프랑스는 비스마르크(Bismarck)형의 SHI를 시행하고 있다. 그러나 프랑스의 SHI는 독일이나 네덜란드 등 다른 비스마르크형 국가들보다 더 집중적이고 획일적인 성격을 갖는다. 또한 독일이나 네덜란드의 SHI에서는 각 ‘보험자(또는 조합, 질병기금, sickness fund)’나 ‘보험자 집단(regime)’에게 독립적인 관리·운영 책임을 부여해온 반면, 프랑스는 SHI에게 그런 책임을 부여하지 않았었다. 즉 그동안은 국가(중앙의회와 중앙정부)가 SHI의 재정 및 운영 관리(예: 보험료 수준 결정과 급여항목 가격 설정)에 대한 책임을 맡아왔다[53,54]. 한 예로, 프랑스 의회(Parlement français)는 보건의료체계와 보건의료자원에 대한 통제권을 가지고 있어 차기 연도의 건강보험 지출에 대한 예상 목표(상한)(national ceiling for SHI expenditure; Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie)를 설정한다. 한편, 프랑스의 UHC 체계는 한국의 경우와는 달리, 민간 건강보험의 기능과 역할을 적극적으로 인정하는 매우 전향적인 ‘공공-민간 혼합(public-

private mix) 체계를 갖추고 있다. 즉 필요한 의료를 ‘다수 보험자’ 형태의 SHI를 통해 주로 보장하되, 나머지 부분은 민간 건강보험이 보장하도록 하고 있다[53]. 약 95% 정도의 국민이 ‘보충적 민간 건강보험’에 가입하고 있으며 특정 직업에 대해서는 정부가 보충적 민간보험에 가입을 권유·강제하고 있다[2,55]. SHI는 전체 보건의료지출의 70% 정도를 담당하고, 나머지 30%는 민간 건강보험과 가계직접지불을 통해 재원을 조달한다[53].

프랑스의 지방 행정체계는 삼층형(three-tier)으로 (1) 광역지방정부(region), (2) 중역지방정부(department), (3) 기초지방정부(municipality)로 나뉜다[53]. 프랑스의 행정체계는 1980년대 후반부터 더욱 지방분권화되어 왔으며, 이는 중앙집권(centralization)의 오랜 전통에서 상당한 혁신적 변화 과정이라고 할 수 있다. 행정체계상 중앙권력의 지방이양 추세에 부응해, UHC 체계의 관리·운영도 중앙정부와 더불어 지방분권화 된 각 SHI 보험자에 의해 수행되었다. 그러나 2010년 이후 각 광역지방정부에 ‘광역보건청(Regional Health Agency; Agence Régionale de Santé, ARS)’이 설립된 이후 UHC 체계의 관리·운영에서 ‘광역지방정부’의 역할이 더욱 강화되었는데, 각 ARS는 광역지방정부 주민의 건강관리 계획을 수립하고 광역지방정부 내 보건의료 자원을 관리한다. 현재 전국을 26개의 ARS가 담당하고 있다. 따라서 중앙정부, ARS 그리고 SHI가 서로 긴밀히 협조하며 국민들의 건강관리를 책임지고 있는 구조이다[2,55].

한편, ARS는 보건의료, 사회보장, 노인, 장애인을 담당하는 장관들의 후원을 받는 국가의 부속기구다. 그러나 ARS는 자치단체이며, 보건부장관이 이사들을 임명한다. ARS는 담당 광역지방정부 내에서의 SHI와 ‘국가자치연대기금(National Solidarity Fund for Autonomy; Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie)’의 예산 관리 및 인력·설비 계획(capacity planning) 수립과 관련해서도 자치권(autonomy)이 있다[53]. 각 ARS는 각 광역지방정부 주민들의 건강상태를 모니터링하고, ‘일차의료’에 있어 최초의 접촉(the first contact)과 연속적 건강관리를 목표로 하는 ‘선호의사제도(preferred doctor scheme)’ 등을 이용해, 외래 진료 및 병원 진료 그리고 노인들과 장애인들을 위한 ‘건강 및 사회 케어’ 서비스의 원활한 제공과 조정을 수행함으로써 주민들의 니즈가 충족되도록 할 책임이 진다[53,56]. ARS는 광역지방정부 내에 있는 다수의 중역지방정부와 원활히 협력한다. 예로, 각 ARS는 광역지방정부의 보건대표단(délégué de l’agence regional de santé)을 관할 내에 있는 각 중역지방정부에 보내 광역지방정부가 관련 정책을 수행하는 것을 돕고 각 중역지방정부 내에서 임무를 수행하는 기관들과 인력들을 지원하고 있다[53].

4. 한국의 미충족 의료 니즈 수준 및 거주지역 간 격차 감소를 위한 정책제언

현재 한국의 UHC 체계에서 전체 인구가 직면하는 SUN 경험 PR 수준을 낮추고 동시에 거주지역 간 격차를 줄이는 정책방안은 무엇일까? 본 연구결과를 활용해 이론적으로 가능한 정책방안은, 16개 모든 거주지역의 보건의료 관련 정책당국, 즉 광역지방자치단체별 지방정부와 지방의회, 국민건강공단 지역본부(및 지사), 보건의료 및 사회서비스 제공기관 등이 서로 협력하여, SUN 경험을 유발하는 특정 사유의 PR이 가장 낮은 거주지역의 수준을 정책목표로 해서 이를 달성하고자 최선을 다하는 것이다. 예를 들면, ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 PR은 부산광역시(1.3%)가 가장 낮으므로(Figure 5), 기타 15개 지역에서는 ‘돌봄 부족’의 사유를 부산광역시 수준만큼 낮추는 것을 목표로 정책을 기획하고 자원을 동원해서 정책을 집행해 나가는 것이다. 마찬가지로, ‘시간 부족’ 사유로 인한 PR은 울산광역시(1.7%)가 가장 낮으므로(Figure 4), 기타 15개 지역에서는 울산광역시의 수준으로 ‘시간 부족’ 사유를 낮추고자 최선을 다하고, 또한 전라남도도 ‘진료비 부담’ 사유로 인한 PR (0.3%)이 가장 낮으므로(Figure 3), 다른 15개 지역에서는 전라남도의 수준으로 ‘진료비 부담’ 사유를 낮추고자 매진하면 된다. 그리하면 결과적으로 모든 16개 지역이, ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 PR은 부산광역시 수준인 1.3%, ‘시간 부족’ 사유로 인한 PR은 울산광역시 수준인 1.7%, 그리고 ‘진료비 부담’ 사유로 인한 PR은 전라남도 수준인 0.3%를 달성하게 돼, 도합 3.3% (=1.3%+1.7%+0.3%) 수준의 전체 인구 SUN 경험 PR을 성취할 수 있을 것이다. 이는 거의 프랑스(3.4%) 수준에 도달하는 것으로 한국 UHC 체계 발전의 큰 도약을 이룰 수 있을 것이다. 그러나 중앙집권화된 NHIS에 주로 의존하는 구조의 한국 UHC 체계에서는 위와 같은 지방정부의 노력을 기대하기가 매우 어려울 것으로 보인다.

따라서, 최근 연구들[8,17]과 본 연구의 결과에 따라, 한국에서 SUN 경험 사유의 대부분이 ‘돌봄 부족’, ‘시간 제약’ 등 비재정적 사유로 야기한다는 것을 고려할 때, 한국보다 먼저 UHC 체계를 갖추고 전향적 변화를 이뤄가고 있는, 즉 앞에서 설명한 영국, 프랑스 등 선형 선진국의 지방주민 건강관리 기획 및 집행 책임의 지방이양을 향한 개혁과정, 그리고 최근 영국의 ICS와 프랑스의 ARS 운영사례를 참고해, 한국의 UHC 체계 자체를 개혁할 필요가 있어 보인다. 이를 위해서 서로 보완적인 다음 세 가지의 정책방안을 고려해볼 수 있을 것이다. 현재 한국의 지방자치단체는 17개 광역자치단체(1특별시, 6광역시, 1특별자치시, 8도, 1특별자치도)와 226개(75자치시, 82자치군, 69자치구) 기초자치단체로 구성되어 있으나[57], 정책평가에 기반한 단계적 개혁을 지향한다는 측면에서, 기초자치단체까지 모두 고려하기보다는 광역자치단체의 지방정부와 지방의회 중심으로 논의를 전개하고자 한다.

한국의 UHC 체계 발전을 위해 첫째로 필요한 정책방안은, 전체 국민의 건강유지 및 건강향상을 도모하기 위해 ‘공적 참여자(public participants)’를 좀 더 넓고 다양하게 확대하는 것이다. NHIS 외에도 중앙정부, 국회, 광역지방자치단체 지방정부와 지방의회 모두가 전체 국민의 건강유지 및 건강향상 과정에 적극적으로 촘촘하게 참여하도록 할 필요가 있다. 그 이유는 급속한 인구고령화와 함께 인구 및 질병의 국제 이동, 그리고 의사, 간호사 등 보건 의료 인력의 교육과 훈련, 전문인력, 의약품 등 인적·물적 자원의 국가 간 이동 증가 등에 따라 건강 문제는 단지 보건의료부문만의 좁은 문제가 아니라 정치, 행정, 외교, 통상, 경제, 사회, 교육, 문화, 인권, 삶의 질 등 다면적·다층적이고 서로 관련이 있는 등 점점 더 광대하고 더 복잡한 문제가 되어가고 있기 때문이다[58-60]. 앞 영국과 프랑스의 사례에서도 살펴본 바와 같이, 선형 선진국들에서는 중앙정부, 국회, 그리고 각 지방정부와 지방의회가 UHC 체계의 개혁과정에 적극 참여하고 있는 것도 이 때문이라고 할 수 있다. 따라서 한국도 이들 국가들처럼 UHC 체계가 지속가능성(sustainability)을 확보하고 효율적으로 작동하도록 하기 위해 범국가적 참여가 이뤄지도록 관련 법·제도를 정비할 필요가 있다. 그런데 이를 위해서는 한국의 경우, 중앙정부, 지방정부, NHIS의 중앙본부, 지역본부 간 ‘책임 공유(shared responsibility)’와 ‘역할 구분(role differentiation)’이 반드시 필요하다고 할 수 있다. 예로, 정부부문, 즉 중앙정부와 국회는 전체 국민의 건강을 돌보기 위한 재원조달, 보건의료지출의 거시적 관리, 정책의제 채택과 입법 등 부문의 책임을 맡고, 지방정부와 지방의회는 담당 지방주민의 건강유지 및 건강향상을 목표로 보건의료제공을 위한 인적·물적 자원의 확보 및 조직화 등 기획과 조정 그리고 정치·행정적 지원을 담당하며, NHIS의 중앙본부는 중앙정부와 국회를, NHIS의 지역본부는 지방정부와 지방의회를 보조해 주요 정책결정 사항에 대한 세부적 집행을 담당하는 것이 바람직해 보인다.

이에 맞추어 NHIS에서도 중앙본부와 지역본부의 역할을 좀 더 자세히 구분하는 게 필요할 것이다. NHIS 중앙본부는 각 지역본부가 각 지방 실정과 환경에 맞추어 지방주민 건강향상을 위한 기획안을 마련해 지방정부와 지방의회의 인준을 받는 것을 돕기 위해, 각 지방의 (1) 의료 니즈 탐색 및 발굴방안, (2) 숙련된 전문인력 및 기관 확보방안, (3) 의료전달체계 개선방안, (4) 재정적 및 비재정적 장벽 해소를 통한 의료접근성 향상방안, (5) 건강, 의료 및 기능 등 관련 정보교류시스템 개선방안, (6) 서비스 전달 활성화를 위한 지불 메커니즘 설계 등에 관한 다양한 선택지(options)를 NHIS의 모든 지역본부에 참고자료로 제시할 필요가 있다[2,61]. 물론, 선형 선진국들의 사례와 같이 궁극적으로 ‘일차의료’와 ‘지역사회 기반 통합돌봄’을 제공하는 것을 원칙으로 하되, 보건의료 또는 사회서비스 제공 인력의 과부족 및 관련 기관

의 불균형 분포 등 각 지방의 여건을 고려해서 핵심적인 것부터 순차적으로 도입하는 것도 가능할 것이다. 한편, NHIS 중앙본부는 국민 모두가 어디에 거주하느냐에 무관하게 큰 재정적 어려움 없이 중앙본부가 정한 급여(benefits)를 받을 수 있도록, 중앙에 집중된 재정을 ‘주민당 위험 조정방법(risk adjustment method)’을 사용해 각 지역본부에 할당하는 등의 진료비 배분방법을 사용할 수도 있겠다.

한편, 한국의 경우, 중장기적으로 검토와 보완할 부분이 있는데, 정치와 행정이 지방분권화된 ‘지방자치제도’를 1995년부터 운영하고 있는 반면, UHC 체계는 거꾸로 2000년부터 국민건강보험의 ‘단일 보험자’ 체계로 전환함으로써 재정과 관리·운영이 통합된 ‘중앙집권화’ 구조로 운영되고 있다. 이는 NHIS가 각 지방의 지방정부 및 지방의회와 유기적인 협력을 통해 지방주민 건강관리를 효율적으로 수행하기에 매우 어려운 ‘부정합(不整合)적 구조’로, ‘일차의료’, ‘지역사회 기반의 ICS’ 등을 구축하는 데 있어 본질적인 한계를 안고 있다. 더구나, 현재 NHIS는 지역본부가 여섯 개로, ‘서울강원지역본부’, ‘부산울산경남지역본부’, ‘대구경북지역본부’, ‘광주전라제주지역본부’, ‘대전세종충청지역본부’, ‘인천경기지역본부’로 나뉘어 있어, 한 지역본부가 주민과 보건의료자원 특성 등이 전혀 다른 지방주민들의 건강을 함께 묶어 담당하고 있는 실정이다. 예로, 본 연구에서 보듯 ‘진료비 부담’, ‘시간 부족’, ‘돌봄 부족’, 즉 세 가지의 모든 사유로 인한 SUN PR 측면에서, 서울특별시와 강원도 지역은 확연히 다름에도 불구하고, ‘서울강원지역본부’에서 함께 담당하고 있는 상황이다(Figures 3-5). 한국의 경우 NHIS의 지역본부가 광역지방자치단체와 보다 유기적으로 협조하는 구조를 만들기 위해 위에서 설명한 프랑스 UHC 체계의 ‘ARS’를 연구·검토할 필요도 있을 것이다.

둘째로 UHC 체계 발전을 위한 정책방안은, 지방주민의 건강관리 내용과 결과를 지방정부 간에 비교·평가할 수 있는 지표(indicators) 체계의 확립과 상대적으로 취약한 지방정부에 대한 지원 방안 마련이다. 이를 위해 중앙정부, 국회, NHIS 중앙본부는 각 지방주민의 건강 및 의료접근성의 수준 및 분포를 주기적으로 비교·평가하고, 지방정부 간 비교한 결과를 토대로 평균 미만의 성과를 보이는 지방정부 및 지방의회, 그리고 NHIS 지역본부가 성과를 올릴 수 있도록 교육, 홍보, 인적·물적 지원을 강화하는 게 중요하다. 한편, NHIS 내에서는, 중앙본부가 지역본부의 어려움을 청취하고 도와주는 것과 동시에 그들의 활동을 모니터링하고, 그 성과를 평가하고 그 결과에 따라 지역본부의 경영진에게 포상과 벌칙을 제공할 수 있다. 이는 거주지역 간 의료접근성과 건강수준의 불평등을 줄임과 동시에 전체 국민의 의료접근성과 건강수준을 높이는 데 있어 매우 중요한 부분이다.

지방정부 간 주민건강관리의 성과를 평가하는 방법으로는 ‘주관적 지표’와 ‘객관적 지표’를 동시에 사용할 수 있는데, ‘주관적 지표’로는,

각 지방의 주민과 서비스 제공자를 대상으로 표본을 추출해 정기적으로 실시한 설문조사를 통해 얻은 각 SUN 사유 경험의 PP와 각종 보건 의료과정 및 결과에 대한 지방주민들과 보건의료 제공자의 만족도 등이다. ‘객관적 지표’로는, NHIS가 보유하고 있는 자격, 검진, 치료, 처방 정보 등에 관한 국민건강보험 및 의료급여 자료 등을 지방정부별로 분석하여 활용될 수 있을 것이다. 또한 각 국민이 자신이 거주하는 지역을 주민 건강관리를 담당하는 지방정부, 지방의회 및 NHIS 지역본부의 활동 성과를 다른 지역과 투명하게 비교하고 평가할 수 있도록 이 주관적 지표와 객관적 지표들은 매년 전체 국민에게 정기적으로 공표하는 것도 바람직할 것이다[8,17]. 이를 위한 지표 개발 등 기반 정책연구 수행은 중앙정부에서는 ‘한국보건사회연구원’과 NHIS의 ‘건강보험정책연구원’이, 각 지방정부에서는 그 지역의 보건의료 및 건강 부문을 담당하는 연구기관이 맡을 수 있을 것이다. 또한 한국의 UHC 체계는 전술한 바와 같이 유럽국가들의 제도를 토대로 구축된 것이므로 유럽국가들의 UHC 체계 개혁과정 그리고 성공과 실패 사례를 면밀히 분석한다면, 한국의 UHC 체계가 급속한 인구고령화, 다민족·다인종화, 핵가족화 등 인구사회 변동에 부응하지 못해 발생할 수 있는 정치·사회·경제적 폐해를 미연에 방지하는 데 큰 도움이 될 것이다. 따라서 이제부터라도 한국이 유럽 연합의 회원국들이 정기적으로 행하는 ‘EU-SILC’ 등 보건의료 및 건강 관련 조사들에 능동적으로 참여하여 국제 비교 연구를 수행하고 이들 국가들과 함께 ‘정책 논의의 창’을 활짝 여는 것이 필요할 것이다.

UHC 체계 발전을 위해 셋째로 필요한 정책방안은, ‘장소 기반 파트너십’ 체계와 ‘제공자 협업’ 체계를 구축해 지방 단위의 조직 및 단체 그리고 제공자 간의 협력을 강화하여 지방 특화된 방안 개발을 격려하고 촉진하는 것이다. 각 지방정부와 지방의회는 NHIS 지역본부의 도움을 받아 해당 지방주민의 건강유지 및 건강향상을 위한 주된 책임을 지도록 한다. 지방정부와 지방의회는 NHIS 중앙본부가 자유로운 설계를 맡긴 부분 중 자기 지방의 실정에 가장 합당한 방안을 NHIS 지역본부와 상의 후 선택해 운영할 필요가 있다. 각 지방마다 주민, 보건의료 제공자, 사회서비스 제공자의 양적·질적 상황이 다르고, NHIS 지역본부는 NHIS 중앙본부에 비해 각 지방에 대해 더 잘 알기 때문에 지방주민들이 건강을 향상하고 의료이용에 대한 비재정 및 재정 장벽을 줄이는 데 더 효과적으로 집중할 수 있을 것이다. 또한 NHIS 지역본부는 NHIS 중앙본부에 비해 지방정부와 지방의회와 보다 긴밀히 협력해, 보건의료인력, 장기요양 제공자 또는 사회서비스 제공자를 더 효율적으로 찾고 조직화해 운영함으로써 NHIS 중앙본부가 제공하는 재정 자원을 절약할 수도 있고, 또 부족한 재정은 합당한 논거를 제시해 NHIS 중앙본부에 추가로 요구할 수 있을 것이다. 또한 필요한 서비스 제공인력이 부족한 경우, 이를 확보하기 위해 지방

정부 및 지방의회와 함께 중앙에 대해 정치·행정적 방법을 총 동원하는 등 누구보다도 열심히 노력할 수 있을 것이다.

위와 같은 세 가지 정책방안에 기초해 한국이 국민 건강을 위한 재정의 중앙집중화를 유지하되, 지방주민 건강관리 책임을 중앙과 지방 간 공유하고, 지방주민 건강관리 기획 및 집행 책임을 지방으로 이양하는 방식으로 UHC 체계를 개선한다면, 이미 일본, 프랑스, 영국, 독일을 비롯한 많은 나라에서 나타난 이점을 한국에서도 누릴 수 있을 것이다. 이러한 개혁의 큰 이점은 현재와는 달리, 각 지방의 실정을 누구보다도 잘 아는 지방정부와 지방의회가, NHIS의 지역본부와 협력해 지방주민을 위한 보건의료제공 및 건강향상을 위해, 적극적으로 또한 역동적으로 노력하도록 ‘지방 간 경쟁(inter-regional competition)’을 촉진하는 것이다. 게다가, 낮은 성과를 보이는 지방정부는 높은 성과를 보이는 지방정부의 정책을 연구해 단점은 버리고 장점을 취할 수 있기 때문에, 전국적으로는 UHC 체계의 ‘점증적 개혁(incremental reform)’을 은연 중에 수행할 수 있다.

5. 본 연구의 장점과 한계점

한국 국민을 대상으로, 미충족 의료 니즈 경험 및 각 발생 사유의 거주지역 간 격차를 분석하고, 미충족 의료 니즈 경험률을 유럽국가들과 비교한 연구는 그동안 국내·외에 없었다. 본 연구는 그 첫 번째 연구로서, 앞의 서론에서 제시한 여러 장점에도 불구하고 다음과 같은 한계점이 있다.

첫째, 본 연구에서 분석한 SUN 경험 및 사유에 대한 KHP 조사자료는 자가보고로부터 얻어진 것으로, 기억 편향(recall bias)이 포함되었을 수 있다. 그러나 많은 국가의 SUN 경험 관련 연구에서도 자가보고 정보의 장점들 때문에 이를 사용했다[5,25,28,62-68]. 둘째, KHP 조사 자료에는 다음과 같은 자료가 없어서 분석에 포함하지 못하였으나 자료가 확보되면 보다 면밀한 연구가 가능할 것이다: (1) 의료 니즈가 충족되지 않은 여러 이유 가운데 가장 중요한 이유 하나만이 아닌 모든 이유, (2) 사회적 자본, 사회적 지원 및 의료에 대한 정서적 만족 관련 정보[12,69,70], (3) 이민자 여부 및 관련 정보[71,72], (4) 의사가 환자에게 필요한 의료를 받도록 권유했지만 환자가 이를 받지 못한 경우 여부, (5) 미충족을 경험한 의료가 국민건강보험 급여서비스인지 아니면 비급여서비스인지에 대한 정보 등이 그것이다. 셋째, 본 연구에서는 가장 중요한 변수인 SUN 경험 여부와 사유에 관한 정보가 없는 응답자는 제외할 수밖에 없었는데, 이로 인해 남성 40세 미만 인구 계층이 최종 연구표본에 더 적게 포함되었다. 즉 제외 후 남성은 52.3%에서 47.7%로, 40세 미만 인구는 54.8%에서 45.2%로 감소했으며, 제외 전후 성별과 연령 분포 변화는 각각 $p=0.040$ 과 $p=0.001$ 로 통계적으로 유의했다. 본 연구의 결과는 이를 감안해 해석되어야 할 것이다.

넷째, KHP 조사자료에는 SUN 경험 사유에 대한 선택지 중에는 “(2) 의료기관이 너무 멀어서” 또는 “(4) 아이를 봐줄 사람이 없어서”가 있다. 이 경우 주된 이유가 “(7) 방문 시간이 없어서”인 ‘시간 제약’ 때문일 수도 있음에 유의해야 할 것이다. 직장 등 일터에서의 시간 제약이 장애요인인지 여부에 대한 명확한 분석을 위해서는 설문지 선택지가 ‘(7) 소득을 벌기 위한 직장 등 일터에서의 업무 때문에 방문 시간이 없어서’ 등으로 구체화될 필요가 있을 것 같다. 다섯째, 본 연구의 다변수 이항 로지스틱 회귀분석 모형에서는 거주지역별 효과에 대한 1수준 고정효과(fixed effect) 모형을 사용하였다. 그 이유는 (1) 임의 효과(random effect) 모형을 동시에 사용하였을 때 급내상관계수(intraclass correlation coefficients) 값이 무시할 정도로 적었고 거주지역별 효과가 고정효과 모형의 그것과 매우 유사하였고, (2) 16개 범주의 거주지역별 효과가 일정한 분산의 정규분포(normal distribution)를 취한다는 임의효과 모형의 가정은 이론상 너무 강하며, (3) 모집단에서의 거주지역별 효과를 추정하기 위해서는 2수준 분석 시 각 수준의 표본가중치가 필요함에도 그것이 자료에 제시되어 있지 않다는 점 등이다. 한편, 1수준 분석이지만 포함되지 않은 개인 특성의 지역 내 군집성(clustering)을 통제하여 계수추정치의 강건한(robust) 표준오차를 추정하였다. 여섯째, 본 연구는 정책문제 제기의 목적으로 수행되었으므로, 간단명료하게 연구목적에 이루기 위해 성별분석이나 연령별 분석은 수행하지 않았다. 또한 특정 거주지역을 선정해 비교 분석하는 단계까지는 아직 진행하지 않았다. 차후에는, 예로, ‘돌봄 부족’ 사유로 인한 SUN 경험 PR 측면에서, 같은 ‘도’ 중에서는 강원도(13.5%)가 제일 높고 전라남도(1.6%)는 제일 낮으므로 (Figure 5), 각 지역의 구성적, 맥락적, 집단적 특성들(compositional, contextual, and collective characteristics) 그리고 이들 특성 간 상호작용(interactions)들이 지역 간 어떤 차이가 있는지 각 지역을 직접 방문 조사해 비교하는 심층 질적 연구를 추가해 혼합방법연구(mixed methods research)를 수행할 수도 있을 것이다[73,74].

일곱째, 본 연구는 앞의 ‘연구방법’에서 언급한 바와 같이 한국 자료는 19세 이상 개인에 대한 자료이며 유럽국가 자료는 16세 이상 개인에 대한 자료이므로 이를 염두에 두고 해석할 필요가 있다. 그러나 보통 16-18세의 경우 의료 니즈가 매우 낮은 연령층이라는 점에서 한국과 유럽국가 간 대상 연령층 차이가 비교 결과에 크게 영향을 미치지 않았을 것으로 생각된다. 또한 여러 면에서 한국과 유사하지만 이미 고령화가 한국보다 크게 진행된 일본의 2018년 미충족 의료 니즈 경험률을 구할 수 없어 유럽국가들과 함께 비교하지 못하였다. 이는 추가 연구가 필요한 부분이다. 마지막으로, 본 연구에서는 KHP 조사 자료를 사용하였으나, 향후 ‘국민건강영양조사’나 ‘지역사회건강조사’의 자료 등을 사용해 추가 분석을 수행할 예정이다. 한편, 세 가지

조사자료 간에 SUN 경험률이 큰 차이가 나는 이유도 엄밀히 밝혀 국가통계지표로 무엇을 사용하는 게 올바른지에 대해서 고찰할 계획도 있다. 한편, 국제비교와 관련해서는, COVID-19 대유행이 종식되고 그동안 취소 또는 연기되었던 의료이용이 충분히 이뤄져 각국 보건 의료체계가 안정화된 상황의 자료를 활용해야 할 텐데, 이를 위해서는 지금부터 수년이 경과된 후에야 가능할 것으로 보인다[75].

6. 결론

한국은 소득수준 등 인구사회특성의 차이에도 불구하고, 모든 국민이 필요한 치료를 적시에 제대로 받을 수 있도록 하는 ‘UHC’ 체계를 구축해 30여 년이 지난 오늘에 이르고 있다. 본 연구에서는 국내·외에서 첫 번째로 KHP 자료를 이용해 한국의 미충족 의료 니즈 경험 및 각 발생 사유의 거주지역 간 격차를 분석하고, 이로부터 도출한 결과를 EUROSTAT 자료에서 추출한 33개 유럽국가들의 미충족 의료 니즈 경험률과 비교·평가했다. COVID-19 대유행이 의료이용 등에 영향을 주었을 가능성을 피하기 위해 2018년 자료를 사용하였다. 연구 결과에 따르면, 한국 19세 이상 성인의 미충족 의료 니즈 경험률은 11.7% (95% CI, 11.0%-13.3%)로 33개 유럽국가들에 비해 대단히 높은 수준이었는데, 가장 낮은 수준인 ‘오스트리아’(0.4%)의 약 30배 정도나 되었다. 한국의 미충족 의료 니즈 경험률이 이렇게 높은 주된 이유는, 주로 ‘돌봄 부족’ 때문이었고, 이어 ‘시간 제약’, ‘진료비 부담’ 순이었다. 한편, 거주지역 간 격차에 관련해서는, 한국에서 어떤 사람이 ‘강원도’에 거주할 경우 미충족 의료 니즈를 경험할 PR은 22.9% (95% CI, 22.1%-23.6%)로 가장 높았으며, 가장 낮은 ‘전라남도’에 거주할 경우인 4.9% (95% CI, 4.6%-5.2%)의 약 다섯 배 수준이었다. ‘돌봄 부족’, ‘시간 제약’, ‘진료비 부담’의 각 사유로 미충족 의료 니즈를 경험할 PR의 거주지역 간 격차는 상당히 컸다. 예로, ‘돌봄 부족’ 사유로 미충족 의료 니즈를 경험할 PR에서는, ‘강원도’ 거주 주민이 13.5% (95% CI, 13.0%-14.1%)로 가장 높았으며, 이는 가장 낮은 ‘부산광역시’ 거주 주민의 PR인 1.3% (95% CI, 1.3%-1.4%)의 약 10배 이상이었다.

본 연구결과를 통해 볼 때, 한국의 UHC 체계가 국민들의 미충족 의료 니즈 경험률 수준과 그것의 거주지역 간 격차, 그리고 각 미충족 사유 경험률의 거주지역 간 격차를 낮추는 데 성공했다고 하기에는 어려운 형편이다. 따라서 인구고령화, 다민족·다인종화, 핵가족화 등 급속한 인구사회변동에 직면하고 있는 한국은, 국민의 건강유지와 향상이 더 이상 보건의료부문만의 지역적 문제가 아님을 직시하고, 국회, 지방의회 등 다양한 ‘공적 참여자’가 관련 정책결정 과정에 참여해 관련 문제들을 공개적으로 토론하며 해결하도록 하는 것이 바람직해 보인다. 또한 선진국들의 ‘일차의료 전담의’ 양성 등 ‘일차의료’ 인프라 확충, ‘지역사회 기반 통합돌봄시스템’, ‘광역보건청’ 구축

등 사례를 적극 참고해 UHC 체계를 개혁할 필요가 있어 보인다. 또한 UHC 체계를 위한 재정은 현행 대로 ‘중앙집중’을 유지하되, 지방주민들을 위한 건강관리의 기획 및 집행은 1995년부터 시행 중인 ‘지방자치제도’에 발맞추어 ‘중앙과 지방 간 책임공유 및 역할분담’ 방식으로 전환하는 것을 적극적으로 검토할 필요가 있다.

이해상충

이 연구에 영향을 미칠 수 있는 기관이나 이해당사자로부터 재정적, 인적 자원을 포함한 일체의 지원을 받은 바 없으며, 연구윤리와 관련된 제반 이해상충이 없음을 선언한다.

ORCID

Woojin Chung: <https://orcid.org/0000-0003-2090-4851>

REFERENCES

1. The World Bank. Universal health coverage [Internet]. Washington (DC): The World Bank; 2022 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage#1>
2. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2021 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2021 [cited 2023 Jul 28]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
3. Allen EM, Call KT, Beebe TJ, McAlpine DD, Johnson PJ. Barriers to care and health care utilization among the publicly insured. *Med Care* 2017;55(3):207-214. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000644>
4. Kullgren JT, McLaughlin CG. Beyond affordability: the impact of nonfinancial barriers on access for uninsured adults in three diverse communities. *J Community Health* 2010;35(3):240-248. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10900-010-9230-0>
5. Kullgren JT, McLaughlin CG, Mitra N, Armstrong K. Nonfinancial barriers and access to care for U.S. adults. *Health Serv Res* 2012;47(1 Pt 2):462-485. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01308.x>
6. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan* 2012;27(4):288-300. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czr038>
7. Eurostat. Unmet health care needs statistics [Internet]. Luxembourg: Eurostat; 2023 [cited 2023 Jul 28]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_08__custom_1039033/default/table?lang=en
8. Chung W. Characteristics associated with financial or non-financial barriers to healthcare in a universal health insurance system: a longitudinal analysis of Korea Health Panel Survey data. *Front Public Health* 2022;10:828318. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.828318>
9. Chen J, Hou F. Unmet needs for health care. *Health Rep* 2002;13(2):23-34.
10. Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot JM. Changes in unmet health care needs. *Health Rep* 2002;13(3):15-21.
11. Nelson CH, Park J. The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Soc Sci Med* 2006;62(9):2291-2300. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.014>
12. Quintal C, Lourenco O, Ramos LM, Antunes M. No unmet needs without needs!: assessing the role of social capital using data from European social survey 2014. *Health Policy* 2019;123(8):747-755. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.06.001>
13. World Health Organization. Universal health coverage [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2023 [cited 2023 Jul 28]. Available from: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1
14. Hwang J, Guilcher SJ, McIsaac KE, Matheson FI, Glazier R, O'Campo P. An examination of perceived health care availability and unmet health care need in the City of Toronto, Ontario, Canada. *Can J Public Health* 2017;108(1):e7-e13. DOI: <https://doi.org/10.17269/cjph.108.5715>
15. Kim HJ, Jang J, Park EC, Jang SI. Unmet healthcare needs status and trend of Korea in 2017. *Health Policy Manag* 2019;29(1):82-85. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.1.82>
16. Jang BN, Joo JH, Kim HJ, Park EC, Jang SI. Unmet healthcare needs status and trend of Korea in 2019. *Health Policy Manag* 2021;31(2):225-231. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2021.31.2.225>
17. Chung W. Changes in barriers that cause unmet healthcare needs in the life cycle of adulthood and their policy implications: a need-selection model analysis of the Korea Health Panel Survey data. *Healthcare (Basel)* 2022;10(11):2243. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare10112243>

18. Yun I, Joo HJ, Park EC, Jang SI. Unmet healthcare needs status and trend of South Korea in 2021. *Health Policy Manag* 2023; 33(1):107-113. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2023.33.1.107>
19. Kim SA, Seo Y, Woo KS, Shin YJ. A systematic review of studies on current status and influencing factors of unmet medical needs in Korea. *J Crit Soc Welf* 2019;(62):53-92. DOI: <https://doi.org/10.47042/ACSW.2019.02.62.53>
20. Kim TH, Shin YJ, Kwon RA. Multi-level analysis of factors affecting unmet medical needs by medical security type. *J Crit Soc Welf* 2020; (67):41-69. DOI: <https://doi.org/10.47042/ACSW.2020.05.67.41>
21. Lee HJ, Huh SI. Unmet health care needs and impact of type of household among the elderly in Korea. *Korean J Health Econ Policy* 2017;23(2):85-108.
22. Jeon B, Kwon S. 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.
23. Han JW, Kim DJ, Min IS, Hahm MI. Association of supplementary private health insurance type with unmet health care needs. *Health Policy Manag* 2019;29(2):184-194. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.2.184>
24. Hwang B, Chun SM, Park JH, Shin HI. Unmet healthcare needs in people with disabilities: comparison with the general population in Korea. *Ann Rehabil Med* 2011;35(5):627-635. DOI: <https://doi.org/10.5535/arm.2011.35.5.627>
25. Hwang J. Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):557. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3369-2>
26. Beattie A, Yates R, Noble DJ. Accelerating progress towards universal health coverage in Asia and Pacific: improving the future for women and children. *BMJ Glob Health* 2016;1(Suppl 2):i12-i18. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000190>
27. Eurostat. Eurostat: your key to European statistics [Internet]. Luxembourg: Eurostat; 2017 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-catalogues/-/ks-02-17-839>
28. Cavalieri M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *Int J Health Geogr* 2013;12:27. DOI: <https://doi.org/10.1186/1476-072X-12-27>
29. Brezzi M, Luongo P. Regional disparities in access to health care [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2016 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5jm0tn1s035c-en>
30. Organization for Economic Cooperation and Development; European Union. Health at a glance: Europe 2020: state of health in the EU cycle [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2020 [cited 2023 Jul 28]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en
31. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* 2004;363(9403):157-163. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
32. Organization for Economic Cooperation and Development. Average annual hours actually worked per worker [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2023 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://stats.oecd.org/view.html.aspx?datasetcode=ANHRS&lang=en#>
33. Bryant T, Leaver C, Dunn J. Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy* 2009;91(1):24-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.11.002>
34. Lindstrom C, Rosvall M, Lindstrom M. Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: a population-based study. *Scand J Public Health* 2017;45(3):212-221. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494816689345>
35. Lee SY, Kim CW, Kang JH, Seo NK. Unmet healthcare needs depending on employment status. *Health Policy* 2015;119(7):899-906. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.007>
36. Park S. People who die without even being diagnosed. *Gangwon Ilbo* [Internet]. 2023 Feb 20 [cited 2023 Jul 28]. Available from: http://www.kwnews.co.kr/page/view/2023022004265885633?fbclid=IwAR2j5PhaPgUtYd5yJzYC9aqpJmqrNooR0652GZExy_nTcpmNhAUjBr4XAsY
37. Park S. Medical care which is not provided with help is useless. *Gangwon Ilbo* [Internet]. 2023 Feb 20 [cited 2023 Jul 28]. Available from: http://www.kwnews.co.kr/page/view/2023022004265885633?fbclid=IwAR2j5PhaPgUtYd5yJzYC9aqpJmqrNooR0652GZExy_nTcpmNhAUjBr4XAsY
38. Oh HJ, Kim H, Ko Y, Shin E, Son M. Comparison among wide-area local governments of needs for integrated care for older adults. *J Converg Inf Technol* 2020;10(8):194-202. DOI: <https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2020.10.08.194>
39. Chung W, Gupta MD. The decline of son preference in South Korea: the roles of development and public policy. *Popul Dev Rev* 2007; 33(4):757-783. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2007.00196.x>
40. Chung W, Kim R. Differential risk of cognitive impairment across paid and unpaid occupations in the middle-age population: evidence from the Korean Longitudinal Study of Aging, 2006-2016. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(9):3124. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093124>

- org/10.3390/ijerph17093124
41. Das Gupta M, Zhenghua J, Bohua L, Zhenming X, Chung W, Bae HO. Why is son preference so persistent in East and South Asia?: a cross-country study of China, India and the Republic of Korea. *J Dev Stud* 2003;40(2):153-187. DOI: <https://doi.org/10.1080/00220380412331293807>
 42. Carr-Hill RA, Rice N, Roland M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *BMJ* 1996;312(7037):1008-1012. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7037.1008>
 43. Field KS, Briggs DJ. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health Soc Care Community* 2001;9(5):294-308. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.0966-0410.2001.00303.x>
 44. Kraut A, Mustard C, Walld R, Tate R. Unemployment and health care utilization. In: Isaksson K, Hogstedt C, Eriksson C, Theorell T, editors. *Health effects of the new labour market*. New York (NY): Springer; 2002. pp. 25-42.
 45. Ikegami K, Onishi K, Wakamori N. Competition-driven physician-induced demand. *J Health Econ* 2021;79:102488. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102488>
 46. van Dijk CE, van den Berg B, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Econ* 2013;22(3):340-352. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.2801>
 47. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H, et al. *Japan health system review*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2018.
 48. Kim K. Reorganization of local government in UK. *Natl Public Law Rev* 2021;17(2):137-156. DOI: <https://doi.org/10.46751/nplak.2021.17.2.137>
 49. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. United Kingdom: health system review. *Health Syst Transit* 2022;24(1):1-194.
 50. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA. *International health care system profiles: England* [Internet]. New York (NY): The Commonwealth Fund; 2020 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>
 51. Korea Institute for Health and Social Affairs. *The United Kingdom: NHS* [Internet]. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2016 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <http://repository.kihasa.re.kr/bitstream/201002/21346/1/GlobalSocialPolicyBrief.2016.V019.pdf>
 52. NHS England. *What are integrated care systems?* [Internet]. Redditch: NHS England; 2022 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>
 53. Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: health system review. *Health Syst Transit* 2015;17(3):1-218.
 54. Rodwin VG, Le Pen C. Health care reform in France: the birth of state-led managed care. *N Engl J Med* 2004;351(22):2259-2262. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp048210>
 55. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA. *International health care system profiles: France* [Internet]. New York (NY): The Commonwealth Fund; 2020 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>
 56. Dourgnon P, Naiditch M. The preferred doctor scheme: a political reading of a French experiment of gate-keeping. *Health Policy* 2010;94(2):129-134. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.09.001>
 57. Korean Ministry of the Interior and Safety. *Administrative districts and population status by local governments* [Internet]. Sejong: Korean Ministry of the Interior and Safety; 2021 [cited 2023 Jul 28]. Available from: https://www.mois.go.kr/synap/skin/doc.html?fn=BBS_2022070711124390901&rs=/synapFile/202309/&synapUrl=%2Fsynap%2Fskin%2Fdoc.html%3Ffn%3DBBS_2022070711124390901%26rs%3D%2FsynapFile%2F202309%2F&synapMessage=%EC%A0%95%EC%83%81
 58. Cho Y, Lee J. Medical school that became a "black hole" in science and engineering..."you can't earn as much as a doctor", you, me, too. *The Dong-A Ilbo* [Internet]. 2023 Feb 16 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://www.donga.com/news/Society/article/all/20230216/117906680/1>
 59. Kang S. The portion of the National Health Insurance financing for foreigners is 556 billion in surplus...China alone is 229 billion in deficit. *TV Chosun News* [Internet]. 2023 Jun 28 [cited 2023 Jul 28]. Available from: http://news.tvchosun.com/site/data/html_dir/2023/06/28/2023062890004.html
 60. Park S. 'Medical school rush' spreads to elementary school students...Education Ministry to crack down on "tutoring ringleaders." *Sedaily* [Internet]. 2023 May 4 [cited 2023 Jul 15]. Available from: <https://www.sedaily.com/NewsView/29PG64BZCR>
 61. Organization for Economic Cooperation and Development. *Tackling wasteful spending on health* [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2017 [cited 2023

- Jul 15]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264266414-en>
62. Fjaer EL, Stornes P, Borisova LV, McNamara CL, Eikemo TA. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health* 2017;27(suppl_1):82-89. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw219>
 63. Lindstrom C, Rosvall M, Lindstrom M. Differences in unmet health-care needs between public and private primary care providers: a population-based study. *Scand J Public Health* 2018;46(4):488-494. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494818762983>
 64. Shi L, Stevens GD. Vulnerability and unmet health care needs: the influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med* 2005;20(2):148-154. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40136.x>
 65. Allan I, Ammi M. Evolution of the determinants of unmet health care needs in a universal health care system: Canada, 2001-2014. *Health Econ Policy Law* 2021;16(4):400-423. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1744133120000250>
 66. Sibley LM, Glazier RH. Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison. *Healthc Policy* 2009;5(1):87-101. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2009.20934>
 67. Tian WH. Investigating unmet health care needs under the National Health Insurance program in Taiwan: a latent class analysis. *Int J Health Plann Manage* 2019;34(2):572-582. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.2717>
 68. Sanogo NA, Fantaye AW, Yaya S. Universal health coverage and facilitation of equitable access to care in Africa. *Front Public Health* 2019;7:102. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00102>
 69. Fiorillo D. Reasons for unmet needs for health care: the role of social capital and social support in some western EU countries. *Int J Health Econ Manag* 2020;20(1):79-98. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10754-019-09271-0>
 70. Spiridon S, Gheorghe CM, Gheorghe IR, Purcarea VL. Removing the barriers in health care services: the importance of emotional satisfaction. *J Med Life* 2018;11(2):168-174.
 71. Hargreaves DS, Elliott MN, Viner RM, Richmond TK, Schuster MA. Unmet health care need in US adolescents and adult health outcomes. *Pediatrics* 2015;136(3):513-520. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0237>
 72. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health* 2006;96(7):1300-1307. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.059402>
 73. Collins J, Ward BM, Snow P, Kippen S, Judd F. Compositional, contextual, and collective community factors in mental health and well-being in Australian rural communities. *Qual Health Res* 2017;27(5):677-687. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732315625195>
 74. Vedel I, Kaur N, Hong QN, El Sherif R, Khanassov V, Godard-Sebillotte C, et al. Why and how to use mixed methods in primary health care research. *Fam Pract* 2019;36(3):365-368. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz127>
 75. Tartof SY, Malden DE, Liu IA, Sy LS, Lewin BJ, Williams JT, et al. Health care utilization in the 6 months following SARS-CoV-2 infection. *JAMA Netw Open* 2022;5(8):e2225657. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.25657>