



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학석사 학위논문

국가보훈대상자 노인의
미충족 의료 관련 요인

2023년 08월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학전공

김 신 원

국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 관련 요인

지도교수 김 홍 수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2023년 05월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학전공
김 신 원

김신원의 보건학석사 학위논문을 인준함

2023년 07월

위 원 장 이 태 진 (인)

부위원장 정 완 교 (인)

위 원 김 홍 수 (인)

국문초록

전 국민 의료보장을 시행하는 대한민국은 의료 이용에서 여전히 사각 지대가 존재한다. 의료 서비스의 필요에도 불구하고 충분한 의료 서비스를 이용하지 못하는 상태를 일컫는 '미충족 의료'는 의료 이용의 문제점을 나타내고 있다. 우리나라는 미충족 의료 감소를 위해 의료 접근성을 높이는 여러 정책을 추진해오고 있으며 미충족 의료에 대해 현황, 경험 사유, 관련 요인 분석 등의 다양한 연구가 이루어지고 있다. 이러한 미충족 의료는 노화에 따른 삶의 변화에서 비롯되는 의료이용 제약과 의료비 부담에 따라 노인 계층에서 상대적으로 많이 발생하고 있는데, 고령화에 따른 정부의 정책에도 불구하고 여전히 존재하는 취약점으로 인해 언제든지 발생할 수 있다. 국가 희생 및 공헌자와 그 유가족으로 정의되는 국가보훈대상자는 70% 이상이 65세 이상에 해당하며, 꾸준한 고령화와 부정적인 주관적 건강 상태, 높은 중증도 및 의료서비스 수요가 존재하여 조세에서 비롯된 사회경제적 자원이 투입되고 있다. 그러나 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료에 대한 연구는 현재까지 수행된 바 없다. 본 연구의 목적은 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 현황과 관련 요인을 파악하는 데 있다.

본 연구는 단면 연구로서 2021년도 국가보훈대상자 실태조사자료를 활용하여 분석하였고, 연구 대상은 국가보훈대상자 65세 이상 노인 7,025명이다. 본 연구에서는 Andersen의 의료이용 행동모델을 통해 연구 대상자의 개인 특성을 소인 요인, 가능 요인, 필요 요인으로 나누어 설정하였고, 미충족 의료 경험 여부에 대해서는 경험과 미경험으로, 경험 사유에 대해서는 진료비 부담, 물리적 접근 제한, 진료에 대한 부정적 태도로 구분하였다. 통계 분석은 연구 대상자의 미충족 의료 경험의 일반 현황을 파악하기 위해 빈도분석 및 기술통계분석을 실시하였고, 미충족 의료 경험 여부 및 사유에 따른 차이를 파악하고자 교차분석을 실시하였다. 미충족 의료 경험 여부와 각 사유에 대한 관련 요인을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 통해 분석하였다.

연구 결과 연구 대상자의 10.16%가 미충족 의료 경험이 있었고, 미충족 의료를 경험한 사유는 각각 진료비 부담 사유 38.38%, 물리적 접근 제한 사유 27.73%, 진료에 대한 부정적 태도 사유는 31.37%로 나타났다. 미충족 의료 경험 관련 요인으로 소인 요인 중 보훈 구분, 가능 요인 중 사회적 지지와 주이용 의료제도, 필요 요인 중 주관적 건강 상태, 일상제한 정도, 우울 정도와 스트레스 정도가 유의하게 나타났다. 각 사유별로 유의했던 요인은 차이가 존재했는데, 진료비 부담 사유의 경우 소인 요인 중 연령과 장애유무, 가능 요인 중 사회적 지지와 주이용 의료제도, 필요 요인 중 주관적 건강 상태, 우울 정도와 스트레스 정도가 유의하게 나타났다. 물리적 접근 제한 사유의 경우 소인 요인 중 연령과 보훈 구분, 가능 요인 중 사회적 지지, 필요 요인 중 주관적 건강 상태, 일상제한 정도와 우울 정도가 유의하게 나타났다. 진료에 대한 부정적 태도 사유의 경우 가능 요인 중 경제활동 여부, 사회적 지지와 민간보험 유무, 필요 요인 중 일상제한 정도, 우울 정도와 스트레스 정도가 유의하게 나타나 관련 있는 요인으로 파악되었다.

본 연구를 통해 국가보훈대상자 노인의 개인 특성 요인이 미충족 의료 경험과 관련이 있으며, 미충족 의료 경험 사유에 따라 관련 요인에 차이가 있음을 확인하였다. 따라서 본 연구 결과는 국가보훈대상자 노인을 위한 보훈의료정책 개발을 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이며, 의료 보장과 관련된 보훈의료정책 수립 시 미충족 의료 사유에 따른 각기 다른 관련 요인들이 함께 고려되어야 할 것이다.

주요어: 국가보훈대상자, 노인, 미충족 의료

학번: 2019-29072

목 차

| | |
|---|----|
| 제 1 장 서 론 | 1 |
| 제 1 절 연구 배경 및 필요성 | 1 |
| 제 2 절 연구 목적 | 6 |
| 제 2 장 문헌고찰 | 7 |
| 제 1 절 미충족 의료의 개념과 모형 | 7 |
| 제 2 절 미충족 의료의 측정과 현황 | 12 |
| 제 3 절 노인 미충족 의료 관련 요인 | 17 |
| 제 4 절 국가보훈대상자 및 보훈의료의 특성 | 24 |
| 제 5 절 국가보훈대상자의 의료이용 | 28 |
| 제 3 장 연구 방법 | 31 |
| 제 1 절 연구 모형 | 31 |
| 제 2 절 연구 변수 | 32 |
| 제 3 절 연구 자료 및 대상 | 39 |
| 제 4 절 분석 방법 | 41 |
| 제 4 장 연구 결과 | 42 |
| 제 1 절 연구 대상자의 일반적 특성 | 42 |
| 제 2 절 연구 대상자의 특성 요인과 미충족 의료의 연관성 | 48 |
| 제 3 절 연구 대상자의 미충족 의료 관련 요인 분석 | 61 |

| | |
|---------------------|----|
| 제 5 장 고찰 | 71 |
| 제 1 절 연구결과 고찰 | 71 |
| 제 2 절 결론 및 제언 | 80 |
| | |
| 참고문헌 | 84 |
| Abstract | 91 |

표 목 차

| | |
|---|----|
| [표 1] 종속변수 | 32 |
| [표 2] 독립변수 | 36 |
| [표 3] 연구 대상자의 일반적 특성(n=7,025) | 43 |
| [표 4] 연구 대상자의 미충족 의료 경험 여부 별 일반적 특성 및 교차분석 결과 | 49 |
| [표 5] 연구 대상자의 미충족 의료 경험 사유 별 일반적 특성 및 교차분석 결과 | 54 |
| [표 6] 미충족 의료 경험 여부에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 | 62 |
| [표 7] 진료비 부담에 의한 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 | 64 |
| [표 8] 물리적 접근 제한에 의한 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 | 67 |
| [표 9] 진료에 대한 부정적 태도에 의한 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 | 69 |

그 립 목 차

| | |
|--------------------|----|
| [그림 1] 연구 모형 | 31 |
|--------------------|----|

제 1 장 서 론

제 1 절 연구 배경 및 필요성

건강 보장은 현대 사회와 국가의 정당성을 나타내는 핵심 요소로 여겨진다. 한국 사회는 전 국민을 대상으로 의료보장을 시행하고 있지만 여전히 의료 이용에서 문제가 나타나고 있다. 의료의 이용은 ‘의료 필요’에서 발생한다. 보건 의료체계를 평가하기 위해서는 ‘필요한 의료의 이용’의 측정이 요구되는데, 이를 위해 널리 사용되는 지표가 바로 미충족 의료이다. 미충족 의료는 다양하게 정의되고 있지만, 일반적으로 개인 혹은 의료전문가의 기준으로 의료서비스의 필요에도 불구하고 다양한 원인에 의해 충분한 의료서비스를 이용하지 못하는 것을 의미한다 (World Health Organization, 1971). 미충족 의료는 개인의 의료 접근성 파악의 중요한 지표로 확인되고 활용되어왔는데, 이용자의 의료서비스 수요 충족을 파악하는 것은 국가의 보건 의료체계를 평가하는 기준이 될 수 있는 만큼 개인 및 국가적으로 중요한 의미를 지닌다고 여겨진다 (Hou et al, 2002; Cunningham, 2007). 또한 미충족 의료는 현상 자체로 끝나지 않는다. 치료가 지연되거나 이루어지지 않으면 질병의 중등도와 합병증 발생 가능성이 커지며, 좋지 않은 예후와 긴 입원 기간으로 이어지게 된다(Diamant, 2004). 이러한 이유로 인해 미충족 의료를 감소시키기 위해 국가 차원에서 의료 보장과 접근성을 높이는 다양한 정책이 추진되며 이를 평가하고 나아갈 방향을 찾는 연구들이 진행되고 있다. 우리나라에서는 2000년대 중반부터 국가 단위 조사 자료에서 미충족 의료 지표를 사용하기 시작했다. 미충족 의료를 간단하게 측정할 수 있는 설문 문항이 정립되면서 자료 수집이 쉬워졌고, 이에 따라 여러 연구집단에 대한 미충족 의료 경험 및 영향요인을 분석하는 연구가 많이 진행되고 있다(박유경, 2019). 이를 바탕으로 질병에 따른 실제 의료

이용 여부로 미충족 의료를 측정하는 연구가 대부분이었던 이전과 달리, 미충족 의료 경험과 관련된 요인을 분석하거나 특정 사회적 조건을 지닌 대상자에 초점을 맞춘 연구를 진행할 수 있게 되었다. 현재까지 수행되어 온 대다수의 연구가 미충족 의료의 현황과 경험 원인을 설명하고 이를 바탕으로 정책 방안을 제시하고 있다(박유경, 2019).

미충족 의료는 상대적으로 노인 계층에서 높게 발생하고 있음을 알 수 있다. 노인은 신체·정신·사회적으로 많은 변화를 경험하면서 이로 인한 노쇠와 질병 수반으로 의료 이용에서 다양한 어려움을 겪게 되는데, 이는 정년퇴직 및 경제활동이 제한되며 수입이 감소함에 따라 보건 의료비에 대한 높은 부담 및 의료 이용 제약이 발생하기 때문으로 볼 수 있다(황병덕 등, 2015). 우리나라는 2030년에는 4명 중 1명이 노인 인구에 해당할 것으로 예상되는 초고령사회를 목전에 두고 있는데, 이러한 노년 인구의 급격한 증가는 노인 계층의 미충족 의료 발생 증가를 예측할 수 있도록 해 준다(김소애 등, 2019). 인구의 고령화는 보건의료 분야의 지출 증가를 유발할 수 있는데, 정부에서는 1989년부터 전 국민 건강보장제도를 시행하며 다양한 제도 도입 및 확대를 통해 노인의 경제적 부담을 덜고 의료 접근성을 높이려고 꾸준히 노력해왔다. 그러나 2021년도 기준 가계 직접 의료비 부담 비율 30.2%로 OECD 국가 평균인 19.8%보다 높음에서 엿볼 수 있는 우리나라의 높은 의료비 본인 부담금(보건복지부, 2021), 지역에 따른 의료자원의 분포 불균형 등 취약점이 여전히 존재하기 때문에 의료적 필요가 높은 노인에게 의료 이용은 어렵고 부담스러운 일로 다가갈 수 있다(신한얼 등, 2019; 김경숙, 2021). 이러한 상황에서 노인의 미충족 의료는 경제적, 지리적 등 다양한 원인과 개인 수준과 집단 혹은 지역 수준 등 특성 요인의 영향에 따라 얼마든지 발생할 수 있으며, 이에 대한 적절한 국가 수준의 제도적 노력이 필요하다. 우리나라에서 이루어진 미충족 의료 대상 연구에서는 노인을 포함하는 사회경제적 취약계층의 의료 접근성 및 의료 보장성 향상을 위한 다양한 정책들을 강조해오고 있다(김소애 등, 2019).

많은 대상 집단 중에서도 의료 취약계층으로 분류되는 노인을 대상으로 미충족 의료 관련 연구는 꾸준히 진행되고 있는데, 우리나라에서는 2010년 이후 더욱 활발하게 이루어지고 있다(김소애 등, 2019). 현재까지의 연구 중에는 경제적 이유로 미충족 의료를 경험한 경우의 관련 요인의 분석이 특히 많았다(신한열 등, 2019). 노인의 미충족 의료의 원인 중 가장 큰 이유로 경제적 원인을 언급한 연구(이주은 등, 2014; 배지영, 2014; 박선주, 2016; 문정화 등, 2016; 박금령, 2018; 박예빈, 2021; 장혜영, 2021; 김다은 등, 2022)가 많으며, 관련하여 빈곤 노인만을 대상으로 하거나 과부담 의료비 변수를 추가하여 분석한 연구(박선주 등, 2017; 이동욱, 2020)도 존재한다. 또한 노인 중에서도 독거노인, 장애인 등 특정 집단을 대상으로 한 연구(이혜재 등, 2014; 문정화 등, 2016; 박예빈, 2021; 한상운 등, 2021)도 수행되었으며, 비교적 최근에는 노인의 연령이나 성별, 가구 유형, 만성질환 유무 등 개인적 특성을 기준으로 하여 미충족 의료의 경험 여부와 영향을 끼치는 원인이 어떻게 달라지는지 분석한 연구(박근영, 2015; 이혜재 등, 2017; 김태민, 2019; 김현진, 2019; 박현섭, 2021; 장설희, 2021; 박숙경, 2022)도 진행되고 있다. 현재까지 진행되어온 대부분 연구는 1개년도 분석을 시행한 단면 연구로 미충족률 변화 추이나 인과관계를 파악하기는 어려우며, 한 가지 질문에 대한 주관적인 답변으로 미충족 의료를 조사하였기 때문에 정확성이 떨어질 수 있다는 제한점이 있다(김소애 등, 2019).

노인의 미충족 의료 연구 중 특정 집단이나 특정 변수에 집중하여 연구가 수행된 바 있지만, 많은 인구가 고령에 속하는 집단인 국가보훈대상자에 대한 연구는 찾아보기 어렵다. 국가보훈대상자는 국가보훈 기본법에 따라 ‘희생·공헌자와 그 유족 또는 가족으로서 국가보훈관계 법령의 적용 대상자가 되어 예우 및 지원을 받는 사람’을 말한다. 2021년 국가보훈대상자 실태조사에 따르면 국가보훈대상자 중 65세 이상이 72.3%에 해당하는데, 이를 통해 국가보훈대상자 집단의 상당수가 노인에 해당하고 있음을 알 수 있다. 국가보훈대상자는 보훈 적용대상 범위

의 확대에 따라 꾸준히 증가하여 2009년 말 약 87만 명까지 이르렀다(국가보훈부, 2021). 이후 국가보훈대상자 중 가장 수가 많은 참전유공자의 고령화로 인해 조금씩 감소하여 2022년 기준 약 83만 9천여 명이 국가보훈대상자에 해당하는데, 이는 2021년 기준 우리나라 전체 추계인구인 5,174만 5천여 명 중 결코 작지 않은 수에 해당한다고 볼 수 있다. 보훈 대상 인원이 전반적으로 감소하는 추세임에도 중앙보훈병원 이용현황을 살펴보면 보훈병원 국비 진료와 감면진료, 위탁병원 진료 지원 실적(금액)은 모두 2018년 대비 2021년 증가했는데, 국가보훈대상자의 고령화 등으로 인한 의료서비스 수요가 증가했기 때문으로 보인다(보훈대상자 의료지원실적 통계자료; 김봉규, 2019). 실제로 2021년 기준 질병으로 인해 1년 동안 병원 진료를 받은 국가보훈대상자 비율은 전체의 86%에 해당한다. 또한 본인이 주관적으로 생각하고 있는 전반적인 건강상태와 전반적 실제 건강 상태 모두 연령이 증가할수록 좋지 않다고 응답하는 비율이 높게 나타났다. 또한 국가보훈대상자 중 본인과 유족을 포함하여 가장 큰 비율을 차지하는 국가유공자의 평균 외래 이용 일수와 입원 재원 일수는 우리나라 전체 평균보다 높고 입원 건당 진료비가 비싸다는 것을 알 수 있다. 이는 앞서 언급한 것과 같이 국가보훈대상자의 의료 수요가 전체 인구 대비 높으며, 그와 동시에 중증도도 심하다는 것을 예측해 볼 수 있다(정우철, 2020). 국가보훈대상자는 개인이 국가와 민족을 위해 희생을 감수하는 과정에서 상이·장애를 가지게 된 경우가 많으며, 이로 인해 의료 수요가 높게 나타나는 만큼 이들을 위한 보훈보건의료 정책에 관심을 가질 필요가 있다. 현재 국가보훈대상자들은 의료 보호를 위해 국비 진료 및 감면 진료로 이루어진 의료지원 및 보철구 지급 정책 외에도 다양한 지원 정책을 받고 있다. 여기에는 보훈급여금, 교육지원금 등의 경제적 지원 제도와 노인성 질환자 및 거동 불편자를 대상으로 하는 이동보훈복지서비스와 보훈재가복지 서비스, 수송시설 이용 및 보철용 차량 지원, 대부 및 주택 우선공급 지원, 보훈복지타운 입주 지원, 건강·문화 프로그램 운영 및 노인 생활용품 지원 등의 다양한 복지 혜택이 포함된다(국가보훈부, 2021). 그러나 국가를 위해 희생한

분들을 위해 국민의 조세가 투입되어 서비스가 이루어지고 있음에도 불구하고, 현재까지 국가보훈대상자의 의료 수요가 적절하게 충족되고 있는지에 관련된 연구는 존재하지 않는다. 즉, 대상자의 꾸준한 고령화, 부정적인 주관적 건강 상태 평가, 높은 의료서비스 수요 와 중증도에 대한 대책으로 다양한 사회적·경제적 자원을 투입하는 정책이 지원되고 있지만, 국가보훈대상자들의 의료욕구 충족 여부에 관한 연구가 수행된 바 없는 것이다. 따라서 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 경험 및 원인과 미충족 의료와 관련된 요인 연구를 통해 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 경험률을 감소시킬 필요가 있다.

국가보훈대상자의 보건의료와 관련된 연구는 고령화 및 삶의 질, 복지를 주제로 하여 꾸준히 진행되어왔으며(오일환, 2005; 유영옥, 2003; 김근홍 등, 2003), 보훈 의료 정책과 관련하여 현황 분석이나 실태 파악과 관련된 연구(강성원, 2008; 김태열, 2009; 신은숙, 2018; 김봉규, 2019)도 존재한다. 국가보훈대상자를 대상으로 한 의료 이용과 관련된 선행연구도 수행된 바 있다(이현주, 2019; 정우철, 2020; 이현주, 2021). 그러나 전체 국가보훈대상자가 아닌 특정 집단(유족을 제외한 본인, 국가유공자, 고엽제 후유증자 등)에 초점을 맞추어 연구가 수행되었으며, 외래 및 입원 이용 여부 및 이용 일수 파악 등 의료 이용을 변수로 연구하는 데에 그쳐 국가보훈대상자 전체를 대상으로 한 미충족 의료 현황 혹은 영향요인과 관련된 선행연구는 찾아볼 수 없었다.

앞서 살펴보았듯이 많은 연구가 노인 미충족 의료의 중요성을 시사하고 있으며 다양한 측면에서의 분석을 통해 관련 연구가 꾸준히 진행되고 있다. 그러나 국가보훈대상자를 대상으로 한, 그중에서도 노인 인구를 대상으로 한 미충족 의료 관련 연구는 현재까지 보고된 바 없다. 이에 본 연구에서는 Andersen의 행동모델 이론을 바탕으로 하여 노인 국가보훈대상자의 미충족 의료 현황과 이에 미치는 영향요인을 조사하고, 국가보훈대상자 중 특히 노인 인구에 대한 미충족 의료 경험률 감소 및 원인 예방을 위한 향후 보건 정책에 도움이 되는 제언을 하고자 한다.

제 2 절 연구 목적

이 조사연구의 목적은 국가보훈대상자 중 만 65세 이상에 해당하는 노인 인구를 대상으로 미충족 의료 관련 요인에 대해 연구하여 궁극적으로 국가보훈대상자의 미충족 의료를 감소하고 적절한 의료서비스 이용에 도움을 주는 정책 제안을 마련하는 데 도움이 되고자 한다.

본 연구의 목적을 달성하기 위해 세분화한 연구 질문은 다음과 같다.

1. 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료를 경험하는 일반적 특성은 무엇인가?
2. 국가보훈대상자 노인이 미충족 의료 경험 여부와 사유의 현황은 어떠한가?
3. 국가보훈대상자 노인 미충족 의료 경험 여부 및 사유의 관련 요인은 무엇인가?

제 2 장 문헌고찰

제 1 절 미충족 의료의 개념과 모형

미충족 의료 연구는 1970년부터 시작되었는데, 여러 연구자가 다양한 측면에서 정의해왔다. Donabedian(1973)은 미충족 의료를 네 가지로 구분하여 설명했는데, 의료전문가만 혹은 대상자만 필요성이 있다고 판단하는 상태, 대상자가 원하거나 혹은 전문가가 필요하다고 하지만 이용하지 못한 서비스, 대상자가 원함에도 이용할 수 없는 자원, 그리고 서비스 사용에 따라 예방 및 경감될 수 있는 상태이다. Carr과 Wolfe(1976)는 미충족 의료를 건강 문제에 적절히 대처하는 데 필요하다고 판단되는 서비스와 실제로 제공받는 서비스의 차이를 보여주는 척도로 설명했다. 여기서 욕구를 충족하지 못한다는 것은 적절한 관리와 서비스가 불충분하거나 존재하지 않는 경우를 말한다. Allin(2010)은 보건의료의 필요성 자체를 인지하지 못한 경우(Unperceived unmet need), 필요성이 있음에도 스스로 이용하지 않는 경우(Subjective, chosen unmet need), 필요성이 있으나 외적 이유로 인해 이용하지 못한 경우(Subjective, not-chosen unmet need), 필요성을 느껴 서비스를 받으려 갔음에도 의료인 혹은 본인의 기준에 적절한 서비스를 이용하지 못한 경우(Subjective, clinician-validated unmet need and Subjective unmet expectations) 등으로 구분하여 설명했다. 신영전(2015)은 미충족 의료서비스를 ‘환자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만, 환자가 받지 못한 의료서비스’로 정의하고 있는데, 우리나라에서 수행된 미충족 의료 관련 여러 연구에서 이 정의를 사용해왔다.

대다수의 선행연구에서 미충족 의료를 설명하는 이론으로 Andersen

의 의료 이용 행동 모형이 있다. Andersen의 모형은 보건의료 분야에서 여러 연구에 광범위하게 사용되고 있다. 다양한 건강 결정요인은 그 자체로 영향을 미치기도 하지만 그들 간의 상호작용도 강조되고 있으며, 이러한 측면에서 Andersen의 모형은 개인의 특성을 고려한 상태에서 미충족 의료 영향요인 분석이 가능하여 활용도가 높다(김경숙, 2021). Andersen은 행동 모형을 통해 미충족 의료의 발생을 설명했는데, 이는 미충족 의료 설명에 널리 사용되며, 소인 요인(predisposing factor), 가능 요인(enabling factor), 필요 요인(need factor)으로 구성되어 있다. 소인 요인은 개인의 특성으로 의료욕구와 무관하게 본인이 지닌 인구사회학적 혹은 사회경제적 특성을 말한다. 가능 요인은 의료서비스 이용에 영향을 끼치는 능력으로 소득 수준, 취업 여부, 의료기관까지의 거리, 보험 형태 등이 여기에 해당한다. 필요 요인은 의료서비스를 이용하게 하는 직접적 원인으로 만성질환 유무, 주관적 건강 상태 평가, 우울 등 개인의 질병 수준에 대한 특성을 포함한다. Andersen은 이러한 다양한 요인 중 충족되지 못하는 요인이 발생하는 경우 대상자가 미충족 의료를 경험하게 된다고 설명하고 있다(Andersen, 1995). Andersen의 행동 모형은 개인 수준의 요인에 국한하여 미충족 의료의 결정요인을 살펴보고 있다. 이러한 이유 때문에 이 연구 모형을 바탕으로 한 대부분의 연구가 국가나 지역사회 수준의 넓은 범위에서의 미충족 의료를 파악하기 어렵다는 제한점이 존재한다(박금령 등, 2018). 또한 노인 내에서도 특정 집단의 취약성을 고려하여 접근하는 데에도 한계가 존재한다고 언급된 바 있다(문정화 등, 2016).

미충족 의료의 발생 원인을 파악하는 데에는 Levesque 등(2013)의 환자 중심 접근성 모델이 널리 사용되고 있다. Levesque는 의료 서비스 접근성에 대해 ‘Approachness’, ‘Acceptability’, ‘Availability and accommodation’, ‘Affordability’, ‘Appropriateness’의 다섯 가지 다른 성질로 설명하며, 각 특성에 의료 서비스를 이용하고자 하는 대상자의 대응 능력이 존재한다고 설명했다. Levesque 등은 이를 통해 미충족 의료 발생할 수 있는 의료 이용의 여러 단계에 요구되는 다

섯 가지 능력을 정리하여 설명했다. 의료서비스에 대한 필요성을 인식할 수 있는 능력(Ability to perceive)부터 추구하는 능력(Ability to seek), 도달할 수 있는 능력(Ability to reach), 지불(이용)할 수 있는 능력(Ability to pay), 그리고 그 후 참여할 수 있는 능력(Ability to engage)까지가 이에 해당한다. ‘Approachness’는 의료 욕구에 직면한 사람들이 실제로 어떤 서비스가 존재하고, 그 서비스에 도달할 수 있으며, 서비스가 개인의 영향에 영향을 미칠 수 있다는 사실을 인지하는 것과 관련이 있다. 이러한 특성은 의료서비스에 대한 필요성을 인식할 수 있는 능력의 필요로 이어지는데, 건강에 대한 지식, 신념과 같은 요소가 인식 능력에 영향을 미친다. ‘Acceptability’는 제공자의 성별, 사회 집단 등 서비스의 측면을 수용할 수 있는 가능성을 결정하는 문화적, 사회적인 요인과 관련이 있다. 예를 들어 의료 공급자가 대부분 남성이라면 미혼 남녀의 일상적인 신체 접촉을 금지하는 사회에서 여성의 의료 접근성을 감소시킬 수 있다. 이와 관련된 의료를 추구하는 능력은 개인의 자율성, 선택할 수 있는 능력, 의사표현을 결정하는 개인의 권리로 이어진다. ‘Availability and accommodation’은 의료 서비스에 물리적으로 또 시기적절하게 도달할 수 있음을 의미한다. 이에 해당하는 도달할 수 있는 능력은 개인 이동성과 교통수단의 가용성, 직업적 유연성, 물리적으로 도달할 수 있는 의료 서비스에 대한 지식과 관련이 있다. 고령자 및 장애인의 이동 제한 및 결근이 불가능한 임시직 근로자의 상황이 이러한 능력의 부족을 의미한다. ‘Affordability’는 대상자가 적절한 서비스 사용을 위해 자원과 시간을 소비할 수 있는 경제적 능력을 반영한다. 관련하여, 지불능력은 감당할 수 없는 지출 없이 다양한 방법을 통해 의료 서비스 비용을 지불할 수 있는 경제적 자원을 생성하는 능력을 말한다. 빈곤, 부채, 사회적 고립은 대상자의 지불능력을 제한하게 된다. ‘Appropriateness’는 의료 서비스와 대상자의 요구 사이의 적합성, 적시성, 의료 문제 평가 및 올바른 치료법과 제공되는 서비스의 기술적 및 대인관계의 품질과 관련이 있다. 의료 서비스의 품질과 효과는 대상자의 의료 서비스 사용기회에 중요한 영향을 미치기 때문에,

질이 낮은 서비스만을 이용할 수 있는 기회는 의료서비스의 접근성이 제한되는 것으로 여겨진다. 이와 관련되는 의료 서비스에 참여할 수 있는 능력은 의사 결정에 대한 대상자의 참여와 관련이 있으며, 치료 참여를 약속할 수 있는 역량과 동기에 의해 강한 영향을 받는다. Levesque 등은 의료 이용의 각 단계에서 개인의 능력이 부족하여 미충족 의료가 발생할 수 있다고 했는데, 이는 즉 미충족 의료가 발생하는 원인이 모델의 다섯 단계 중 어느 하나 속하게 됨에 해당한다. 한편 Hou 등(2002)은 미충족 의료 발생 요인을 가용성(availability), 접근성(accessibility), 수용성(acceptability)으로 나누어 설명했다. 가용성으로 인한 미충족 의료는 긴 대기시간 때문에, 의료서비스가 필요할 때 이용 가능하지 않아서, 필요한 장소에 의료서비스가 존재하지 않아서 발생한다. 접근성으로 인한 경우 경제적 능력이나 이동 수단의 문제로 인해 발생한다. 마지막으로 수용성으로 인해 발생하는 미충족 의료는 지식이나 보건의료에 대한 태도의 문제, 시간적 여유의 부족, 의료서비스의 필요성을 느끼지 못하거나 그 효과에 대한 의심, 의사에 대한 두려움 등에 의해서 발생한다. 이러한 요인들은 많은 연구에서 미충족 의료의 원인을 분석하는 틀로 사용되고 있다. Penchansky 등(1981)은 의료 서비스 접근(access)을 가용성(availability), 물리적 접근성(accessibility), 편의성(accommodation), 지불능력(affordability), 수용성(acceptability) 등 다섯 가지 세부 사항으로 나누었다. 그는 접근(access)이 서비스를 이용하는 대상자뿐만 아니라 공급하는 사용자의 특성에도 영향을 받는다고 설명했다. 가용성은 의료서비스 제공자, 시설, 프로그램 및 서비스 공급의 적절성을 의미한다. 물리적 접근성은 교통자원, 이동 시간, 거리와 비용을 고려한 의료 시설과의 거리를 의미한다. 편의성은 예약 시스템, 운영 시간, 예약 없이 이용할 수 있는 외래 시설, 전화 서비스 등 대상자를 수용하기 위한 공급 자원이 구성되는 방식과 이러한 요소들을 수용할 수 있는 대상자의 능력 및 적절성에 대한 인식 간의 관계를 의미한다. 지불능력은 가격 관계를 의미하는데, 의료서비스를 제공하는 기관의 요구사항과 대상자의 소득, 지불 능력 등의 관계를 뜻한다. 수용성은 의료

서비스 제공자의 특성에 대한 대상자의 태도와 기존 제공자의 실제 특성에 대한 태도와의 관계, 그리고 대상자의 개인적 특성에 대한 제공자의 태도와의 관계를 의미한다. Penchansky 등은 접근성에 문제가 발생하면 의료 서비스를 이용하는 대상자와 의료 시스템에 영향을 미치게 되는데, 의료 서비스의 활용도와 만족도가 낮아지며, 제공자의 관행이 이에 영향을 받을 수 있다고 언급했다.

위에서 설명한 미충족 의료를 살펴보면 정의가 모호하고 주관적인 부분이 있지만, 대부분이 공통적으로 의료전문가가 생각하는 의료 필요 판단에 그치지 않고 의료 이용 대상자를 포함한 관점을 아우르고 있다. 또한 개념에서 단순하게 의료서비스를 이용했는지 그 여부를 넘어서서 이용이 필요한 건강 상태 혹은 의료서비스 이용 이후의 불충분한 건강 상태까지 포함하고 있음을 살펴볼 수 있다. 이러한 미충족 의료 자체를 연구하기 위한 모형은 현재까지 명시된 바 없지만, 의료 이용과 관련하여 연구 대상자의 개인적 특성을 나누어 설명한 Andersen의 이론과 의료 접근성이 저해되는 원인을 설명하기 위한 Levesque의 이론이 대표적으로 많이 활용되고 있다. 그러나 앞서 언급한 한계점들을 극복하기 위해서는 연구 목적에 따른 보완이 필요해 보인다.

제 2 절 미충족 의료의 측정과 현황

노인의 미충족 의료에 관한 연구는 국내 미충족 의료 관련 연구의 흐름과 유사하게 현황과 영향요인 분석이 주를 이뤘는데, 특히 2010년 이후 증가 추세를 보여왔다. 이는 2005년부터 정부가 건강보험 보장성 강화 정책을 추진하면서 의료비 부담 경감 정도, 의료 이용 행태 양상의 변화, 정책 시행 이후의 미충족 의료 개선 등 정책 효과 분석 연구들이 다양하게 수행된 것과 관련이 있는 것으로 보인다(김소애 등 2019). 선행 연구로는 국가 단위로 진행된 대규모 패널자료를 활용한 양적 연구가 주를 이룬다. 해당 연구들은 미충족 의료 경험과 사유를 묻고, 미충족 의료를 경험하는 데에 영향을 미치는 요인에 대해 분석했으며, 질적 연구와 혼합적 연구 또한 진행된 바 있다(민동후 등, 2018; 박유경, 2019).

자주 사용되는 자료원으로 한국의료패널, 지역사회건강조사, 국민건강영양조사, 노인실태조사가 있다. 우리나라의 2000년대 이전의 미충족 의료 연구에서는 전문가적 관점에서 판단되는 의료 필요에 대한 미충족에 대해 대부분 설문 형식으로 조사가 이루어졌다. 2000년대 이후부터는 대상자가 ‘의료 이용의 필요성을 인지했음에도 여러 이유로 인해 의료서비스를 이용하지 못할 때’를 미충족 의료로 정의하고 묻는 문항으로 사용하고 있으며, 다양한 전 국민 조사체계에서 연구 대상자에 구애 없이 비슷한 측정 문항과 선택지를 사용하고 있어 용어의 차이를 제외하면 동일한 의미를 내포한다. ‘귀하께서는 지난 1년간 본인이 진료(병·의원)가 필요하다고 생각하였으나, 진료를 받지 못한 적이 있으십니까?’ (노인실태조사), ‘최근 1년 동안 본인이 병·의원에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?’ (지역사회 건강조사) 등이 해당 항목으로서 의료 이용 대상자의 주관적 미충족 의료를 질문하고 있음을 엿볼 수 있다. 그러나 앞서 언급한 자료원의 모든 설문지에서 의료서비스의 이용이 적절하게 이루어졌는지 묻는 적절성에 대한 문항은 제외되어 있었다(신한얼 등, 2019). 미충족 의료 발생 원인이 공급자와 수요자의

상호작용, 사회 제도적·규범적 요인까지도 영향을 받을 수 있음에도 불구하고 현재 미충족 의료 발생 원인을 측정하는 문항에서의 선택지는 개인을 중심으로 하는 경제적, 시간적, 지리적 등의 이유에 집중되어 있다는 점에서 제한이 있다(박유경, 2019). 한 연구 결과에서 미충족 의료가 복합적인 지점에서 발생하고 있음을 알 수 있었는데, 이를 바탕으로 하나의 지표로 미충족 의료를 측정하는 것에 의문을 제기한 바 있다. 예를 들어 의료서비스를 이용한 이후에도 자신이 받은 서비스의 적절성과 효과성의 부족으로 인해 여전히 미충족 의료가 잔재하는 경우가 있었다(민동후 등, 2018). 이러한 경우 지금까지 우리나라에서 사용되고 있는 미충족 의료의 측정 방식으로는 확인 및 중재가 어려우므로 우리나라 전 국민 대상 조사체계에서 미충족 의료 측정 지표의 발전 필요성을 시사한다. 관련하여 박유경(2019)은 질적 연구를 통해 새로운 미충족 의료 양적 측정 도구를 개발하고, 이를 표본 조사하여 양적 분석함을 통해 미충족 의료의 개념을 재정의 한 바 있다. 해당 연구에서는 미충족 의료 경험 사유의 선택 문항을 개인적 요인에서 사회적 요인으로 확장하였으며 그 결과 기존 설문 문항과 개발한 문항 분포에 많은 차이가 있었다. 가장 큰 차이는 경제적 사유가 절반 이하로 감소한 점이었는데, 연구의 질적 분석에서 의료이용 단계 중 많은 사람이 의료를 찾고 선택하는 데 어려움을 느꼈다는 점과 일치하는 결과였다(박유경, 2019).

노인의 미충족 의료에 미치는 영향요인에 관한 선행연구에서 미충족 의료의 경험률은 연구에서 사용한 자료에 따라 조금씩 다르게 나타났다. 각기 다른 자료원의 2017년 자료를 사용하여 수행된 만 65세 이상 노인의 미충족 의료 영향요인에 대한 3가지 연구(전찬희 등, 2019; 이동욱, 2020; 김경숙, 2021)에서 각각의 미충족 의료 경험률은 모두 다르게 나타났다. 한국의료패널 자료에서는 12.2%, 노인실태조사 자료에서는 8.6%, 국민건강영양조사 자료에서는 7.8%로 확인되어 각 비율의 차이가 있음을 살펴볼 수 있다. ‘대한민국의 65세 이상의 노인’이라는 동일한 대상자임에도 불구하고 미충족 의료 경험 비율이 차이가 나게 밝

혀졌는데 이는 조사 대상의 모집단과 측정 방법이 달라서 나타나는 차이로 보이며 조사 결과를 단순하게 비교하기보다 변화 추세를 관찰에 의미를 두어야 한다(박민정, 2014). 미충족 의료를 경험한 원인에 대해서는 경제적 이유를 가장 높은 원인으로 꼽은 연구가 대다수였는데, 각각의 연구에서 경제적 원인으로 인한 미충족 의료 경험에 해당하는 대상자의 비율이 40%를 넘어섰다(장혜영 등, 2017; 김다운 등, 2020; 박예빈, 2021; 장혜영, 2021).

노인의 세부 특성으로 장애, 인지 저하, 만성질환, 빈곤, 독거 등에 해당하는 대상자에 대해서 세부적으로 다양한 연구가 진행되어왔다(문정화 등, 2016; 박선주, 2016; 민동후 등, 2018; 김현진, 2019; 김다운 등, 2020; 박예빈, 2021). 장애 중 출현율이 가장 높은 지체 장애를 겪고 있는 노인에 대한 연구에서는 의료서비스 이용을 저해하는 요인으로 의료비를 꼽고, 의료비와 미충족 의료에 대해 파악하고자 하였다(박예빈, 2021). 연구 결과 경제적 이유가 미충족 의료 원인의 1위로 확인되었지만, 소득 수준과 외래서비스를 제외한 의료서비스 비중과 미충족 의료 사이에서는 유의한 관계가 도출되지는 않았다. 이는 지체 장애 노인의 소득 수준이 낮고, 실질적으로 경제활동에 참여하는 인구가 적어서 경제수준이 하향 평준화되었기 때문에 발생한 것으로 유추하였다. 인지 저하 노인을 대상으로 한 연구(김다운 등 2020)에서는 가능 요인에 가족의 간병 또는 병원 동행 여부, 사회적 관계 등을 주요 변수로 포함하였는데, 연구 결과 인지 저하 노인의 경우 의료서비스 이용에 가족과 사회의 도움이 더 필요하므로 국가 차원의 지원이 필요하다고 언급했다. 노인 만성질환자 대상으로는 미충족 의료 인식에 대해 질적 연구가 수행된 바 있는데, 만성질환을 지닌 노인들은 본인에게 미충족 의료 발생 이유에 대해 다수준적으로 인식하고 있었다. 해당 연구의 한 대상자는 의료기관까지 가는 것이 불편하다는 점에 대해서 개인적 원인(질환)뿐만 아니라 사회적, 제도적 원인(지역사회의 쇠퇴, 이동 보조 제도의 부재)을 함께 언급했다(민동후 등, 2018). 또한 만성질환의 경우 완치율이 높고 예후가 좋을 경우 의료적 필요성이 충족되어 미충족 의료의 적게

발생할 수 있다는 연구도 있었다(김현진, 2019). 이 연구에서는 완치율이 낮은 백내장 질환자에게 남녀 노인 모두에서 미충족 의료 경험을 유의하게 높게 나타났다고 밝혔다. 빈곤층 노인을 대상으로 한 연구에서는 미충족 의료 경험에 경제적 측면 변수가 크게 작용함이 확인되었으며, 고령으로 인한 신체적 요인의 영향력 또한 높게 확인되었다(박선주, 2016). 독거 노인에 관한 연구에서는 비독거 노인보다 독거 노인이 상대적으로 매우 높은 비율이 미충족 의료를 경험했다고 응답했고, 특히 여성 독거노인의 취약성이 높아 이 집단에 대해 의료 접근성을 향상시키는 정책이 필요하다고 언급했다. 또한 독거 자발성 유무도 미충족 의료 영향요인으로 나타났는데, 독거 가구 형성 배경에 대한 고려가 미충족 의료 원인 파악 및 문제 해결에 도움이 될 것으로 보인다고 언급했다(문정화 등, 2016).

그 외에도 노인 집단 내에서 연령을 차별화하여 분석한 연구에서는 보통 전기 노인과 후기 노인으로 75세를 기준으로 나눈 경우가 많았다. 이는 노인 인구의 증가와 평균 수명의 연장으로 노인 집단을 다양한 특성을 가진 집단으로 간주함을 의미한다. 60대 노인과 80대 노인은 다른 신체적, 심리적, 사회적 특징을 지니고 있기 때문이다(김경숙, 2021). 미충족 의료 경험 유형에 따라 요인을 분석한 연구(최희영 등, 2017)도 있었다. 이 연구에서는 교통수단, 이동시간 등 거리를 말하는 물리적 접근성(accessibility), 진료 대기시간, 운영 시간 안내, 진료예약시스템 등을 의미하는 편의성(accommodation), 개인의 경제력을 의미하는 지불능력(affordability)을 세 가지 유형으로 나누었다. 연구 결과 실제로 미충족 의료에 영향을 끼치는 요인이 각 경험 유형에 따라 달라지고 있음을 볼 수 있었다.

지금까지 국내에서 수행되어 온 연구는 주로 대규모 패널조사 자료를 이용하여 개인의 특성에 집중하여 연구가 이루어졌으며, 이 특성이 미충족 의료에 대한 주관적 판단에 미치는 영향력을 살펴보고 있었다. 또한 노인 인구 전체에 관한 연구보다 어떠한 특성을 가진 노인 집단으로 세

분화하여 많은 연구가 수행되었으며, 이에 따라 국가나 지역 수준에서 미충족 의료를 파악하기보다 특정 집단 내의 개인에 초점을 맞춘 경향이 있다(민동후, 2017). 이러한 연구 동향을 통해 현재까지 진행되어온 국가단위의 조사를 통해서도 개인 수준 이상의 영향요인에 관한 연구가 이루어지기 어려우며, 의료 서비스에 대한 적절성과 만족을 포함시키기 어려운 한계점이 있음을 알 수 있다.

제 3 절 노인 미충족 의료 관련 요인

노인을 대상으로 한 미충족 의료의 영향요인을 분석한 선행연구를 살펴보면, 대부분의 연구가 Andersen의 의료 이용 행동모델에 근거하여 수행되었다. Andersen의 행동모델을 사용한 연구에서는 각 연구에서 사용한 자료원의 특성에 따라 소인 요인, 가능 요인, 필요 요인을 설정하고 미충족 의료에 끼치는 영향을 검증 및 분석하였으며, 그에 따른 정책 제안 형식으로 수행되었다. 이에 선행연구를 통해 확인된 노인 미충족 의료 경험에 영향을 끼치는 예측 요인을 Andersen의 행동모델에 따른 세 가지 그룹으로 나누어 살펴보았다.

소인 요인에서는 성별, 연령, 교육 수준, 배우자 유무, 거주지, 그 외의 특성을 포함하여 살펴보았다. 성별의 경우 여성의 미충족 의료 경험 확률이 크다는 연구(박근영, 2015; 박선주, 2016; 문정화 등, 2016; 전찬희 등, 2019; 최영은, 2019; 김경숙, 2021)가 주를 이루었다. 이는 남성보다 여성의 기대수명이 더 길어서 여성이 그만큼 더 높은 질병 이환율에 노출되는 부분과 우리나라의 가부장적 문화로 인해 다른 가족 구성원들을 위해 자신의 필요를 희생하는 경향 때문으로 추측해볼 수 있다(전찬희 등, 2019). 그러나 한상윤 등(2021)은 돌봄 수요에 따라 성별의 영향이 달라진다고 말했는데, 연구에 따르면 돌봄 수요가 충족된 경우 여성이, 충족되지 못한 경우 남성이 미충족 의료를 더 많이 경험할 수 있었다. 한 연구에서는 성별에 따른 미충족 의료에 영향을 미치는 요인이 다르기 때문에, 남성 노인의 경우 여생에 대한 긍정적 가치관을 만들 수 있는 평생교육 지원 및 건강생활 지원 프로그램 전략이 필요하며 여성 노인의 경우 이동 활동 지원 강화가 필요하다고 언급했다(박현섭 등, 2021).

연령은 높을수록 미충족 의료를 경험할 가능성이 크다는 연구(박선주, 2016; 민동후, 2017; 장혜영 등, 2017; 김현진, 2019; 박숙경, 2022)가 많았다. 전기 노인에 비해 후기 노인일수록 활동 범위의 제한이 있는

경우가 많으므로 치료 욕구가 미충족 되었을 가능성이 크다(장혜영 등, 2017). 최영은(2019)의 연구에서는 최초 고령에서 미충족 의료 경험할 가능성이 크다고 했으나, 요인 보정 후 연령이 낮을수록 미충족 의료를 더 많이 경험한다는 결과가 나왔다. 이는 기대치의 차이로 생각되며, 후기 노인에서 미충족 의료 경험은 연령 자체만으로 높아진다고보다 연령이 증가하면서 생기는 만성질환, 건강 수준의 악화, 운동 제한, 통증 등의 다른 요인에 많은 영향을 받는다는 것을 생각할 수 있다(최영은, 2019). 다른 연구(문정화 등, 2016; 신세라, 2022)에서는 연령이 낮을수록 미충족 의료 발생과 관련이 깊다고 했는데, 서비스 충족에 대한 높은 기대에 비해 그 욕구가 적절하게 충족되지 못할 때 전기 노인에서 미충족 의료 발생이 높아질 수 있다(문정화 등, 2016).

교육 수준은 낮을수록 미충족 의료를 높게 경험한다는 공통적인 결과가 확인되었다(박민정, 2014; 박근영, 2015; 문정화 등, 2016; 박선주, 2016; 이혜재 등, 2017; 장혜영 등, 2017; 김현진, 2019; 박지경, 2019; 최영은, 2019; 김다운 등, 2020; 이동욱, 2020; 박예빈, 2021). 특히 소득과 건강 상태, 일자리 유형 등 다른 요인들을 통제했음에도 교육 수준이 미충족 의료에 영향을 준 것은 대상자의 정보 이해력과 건강 관리 지식 등 교육 수준 부분의 차이라고 볼 수 있다. 이는 미충족 의료를 경험하는 데 정보, 정서적 지지 등과 같은 경제적 이유 외의 중요도가 점점 증가하고 있으며, 교육 수준이 높은 가구 내 다른 구성원이 의료 이용과 관련된 의사결정을 도와줄 수 있다면 미충족 의료 경험률이 감소할 수 있다는 것을 의미한다(이혜재 등, 2017). 추가로 최영은(2019)의 연구에서는 요인 보정 후에 학력이 높아질수록 미충족 의료 경험률이 줄어들다가 고졸 이상에서 다시 상승하는 모습을 보였는데, 이는 의료서비스에 대한 기대치가 높아지는 등 다른 요인의 작용으로 보인다고 설명했다.

배우자 유무나 혼인 상태에서는 배우자가 없거나 미혼, 이혼 혹은 별거하는 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 컸다(박근영, 2015; 김현진, 2019; 이동욱, 2020). 반면 빈곤층 노인을 대상으로 연구에서는 배

우자가 있을 때의 미충족 의료 경험이 높게 나타났는데, 이는 배우자가 있어도 배우자 역시 빈곤층 노인으로 부부가 모두 신체적, 경제적인 여유가 없는 경우 미충족 의료에 상대적으로 노출이 많이 된다는 점을 시사한다(박선주, 2016).

거주지는 동보다 읍, 면일 경우 상대적으로 미충족 의료를 높게 경험한다는 연구(박근영, 2015)가 있었다. 이와 반대로 한 연구에서는 미충족 의료를 경험하는 이유에 따라 거주지역이 미충족 의료에 미치는 영향이 상반되게 나타났는데, 경제적인 이유의 경우 동에 거주하는 사람이, 비경제적 사유의 경우 읍, 면에 거주하는 사람이 미충족 의료를 더 많이 경험했다. 이는 많은 의료기관과 편리한 교통수단이 구비되어있는 도시에 비해 읍, 면의 경우 물리적인 장벽으로 인한 의료 접근성에 제약이 문제가 될 수 있다(신세라, 2022)

그 외에도 총 가구원의 수가 적고 장애등급이 1등급에 가까울수록(장애가 심할수록) 미충족 의료를 경험할 수 있다는 연구도 있었다(박예빈, 2021).

가능 요인으로는 경제활동 여부, 가구 소득, 가구 형태, 의료보험 형태, 사회적 지지 및 관계 등을 포함하여 살펴보았다. 경제활동 여부 요인과 관련해서는 연구 결과가 다양했다. 경제활동을 하지 않을 때 미충족 의료를 많이 경험한다는 연구(김현진, 2019; 박예빈, 2021)와 취업을 한 대상자의 미충족 의료 경험 확률이 더 높다는 연구(문정화 등, 2016; 이동욱, 2020), 경제활동과 무관하다는 연구(박숙경, 2022)가 있었다. 최초 경제활동을 하지 않을수록 많이 경험할 확률이 높았지만, 요인 보정 후 경제활동을 할수록 미충족 의료를 많이 경험한다는 연구(최영은, 2019)도 있었다. 이는 경제활동으로 미충족 의료를 경험하는 경우 원인이 시간적 이유 때문인지 혹은 경제적 부담 때문인지 확인할 필요가 있음을 시사한다(장설희, 2021).

가구 소득의 경우 모든 연구에서 소득이 낮을수록 미충족 의료를 경험할 확률이 높아진다는 결과가 나왔다(박근영, 2015; 문정화 등, 2016;

박선주, 2016; 장혜영 등, 2017; 김현진, 2019; 최영은, 2019; 김다은 등, 2020; 박현섭 등, 2021; 신세라, 2022). 단 이 중 신세라(2022)의 연구에서는 가구 소득은 경제적 사유로 인한 미충족 의료 경험에만 영향을 미치며, 비경제적 사유로 인한 미충족 의료에서는 유의하지 않다고 밝혀졌다.

가구 형태에서는 독거노인이며 독거 자발성이 낮을수록 미충족 의료를 경험할 가능성이 커진다는 연구가 있었다(박예빈, 2021). 이혜재 등(2017)은 가구 유형에 따른 미충족 의료 결정요인을 연구했는데, 다른 모든 요인이 같은 경우 부부가구가 미충족 의료를 경험할 확률이 가장 낮았다.

의료보험 형태의 경우 의료급여자가 미충족 의료를 더 많이 경험한다는 연구(이혜재 등, 2017)와 건강보험가입자가 더 많이 경험한다는 연구가 있었는데, 후자의 경우 여기에 속해있는 차상위 계층이 결과에 영향을 미쳤을 것으로 예상된다고 연구자는 밝혔다(박선주, 2016).

사회적 지지의 경우 그 정도가 낮을수록 미충족 의료 경험률이 높아진다는 연구가 존재하였다(전보영, 2014; 문정화 등, 2016). 사회적 관계 부분에서는 자녀와의 만족도(문정화 등, 2016; 김현진, 2019), 친구 및 지역사회에 대한 만족도가 낮고(김현진, 2019), 가깝게 지내는 친인척, 지인이 적으며(문정화 등, 2016; 김다은 등, 2020), 사회적 상호작용 중 부정적 상호작용이 높을수록 미충족 의료를 많이 경험한다(민동후, 2017)는 연구가 있었다.

그 외 가족의 간병이나 의료기관 동행 등 가족 도움이 없을 때(김다은 등, 2020), 의료기관까지의 소요 시간이 적게 걸릴수록(문정화 등, 2016), 민간보험에 가입하지 않은 경우(박선주, 2016; 장혜영, 2021) 미충족 의료를 높게 경험할 수 있다는 연구도 있었다. 주택 소유 형태에서는 미충족 의료 경험 확률이 높은 형태가 전세(김경숙, 2021)이거나 월세(김현진, 2019)라는 연구가 있었다. 지역요인이 미충족 의료 경험에 영향을 미치는지 확인한 연구에서는 개인 특성을 함께 고려하였을 때 인구 천 명 당 의료기관 병상 수가 적을 때, 주관적 건강 인지율이 낮을

때, 국민 기초생활수급자 비율이 높을 때, 인구 천 명 당 외국인 수가 높을 때 미충족 의료 경험률이 높아졌다(김경숙, 2021). 의료비 부담이 크다고 느낄수록 미충족 의료 경험 가능성이 커진다는 연구도 있었다. 이 연구에서는 소득 대비 의료비 지출이 줄어들 때 노인의 경우 의료서비스에 지출하지 않는 것이 필요가 없어서라기보다 필요한 의료서비스를 어떠한 이유로 인해 이용하지 못하였음을 의미한다고 언급했다(이혜재 등, 2017). 외래서비스 의료비 비중이 감소할수록 미충족 의료 경험이 증가한다는 연구 결과(박예빈, 2021)도 존재했다. 보건 의료기관의 부담금에 따른 미충족 의료 수요를 파악한 연구에서 감면 정책의 유무는 미충족 의료 경험에 큰 차이가 없어 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이 연구에서 지역수준 독립 변수로 사용된 고령인구의 비율, 보건 기관 수, 타 의료기관 비율은 모두 미충족 의료 경험과 유의하지 않았다(남기룡, 2020).

필요 요인으로 주관적 건강 상태 평가, 만성질환 유무, 일상생활 혹은 신체활동 제한, 우울 정도, 스트레스 정도, 건강행태 관련 요인(흡연, 음주, 운동 여부, 비만도) 등을 살펴보았다. 먼저 모든 연구에서 주관적 건강 상태를 나쁘게 평가할수록 미충족 의료 경험 확률이 높아졌다(박민정, 2014; 박근영, 2015; 박선주, 2016; 민동후, 2017; 장혜영 등, 2017; 최희영 등, 2017; 김현진, 2019; 박지경, 2019; 이동욱, 2020; 박현섭 등, 2021; 장혜영, 2021; 신세라, 2022). 이를 통해 의료서비스의 수요가 있는 대상자에 대한 직접 의료지원도 중요한 부분이지만, 전체 인구 대상의 지속적인 관리를 통해 건강을 유지하도록 하여 의료 필요를 낮추는 것도 중요하다는 것을 알 수 있다(신세라, 2022).

만성질환은 개수가 많을수록 미충족 의료를 많이 경험한다는 연구(박근영, 2015; 문정화 등, 2016; 최희영 등, 2017; 이동욱, 2020)가 많았으며, 만성질환의 유무에서 질환이 있을 때 미충족 의료율이 높다는 연구(박선주, 2016; 김경숙, 2021)도 있었다. 그러나 만성질환을 적게 가지고 있을 때 미충족 의료를 많이 경험한다는 연구도 있었는데, 해당

연구에서는 만성질환은 오히려 병원에 자주 방문하게 되어 미충족 의료를 줄일 수 있다고 보았다. 만성질환 자체가 미충족 의료 경험을 많이 하도록 한다기보다, 만성질환으로 인한 통증이나 주관적 건강 수준의 악화, 운동 능력 제한 등의 여러 특성이 미충족 의료에 영향을 미칠 가능성이 있다고 보았다(최영은, 2019).

일상생활 혹은 신체활동에 제한은 제한이 있거나 많을수록 미충족 의료 경험 가능성이 커진다는 연구(문정화 등, 2016; 박선주, 2016; 김현진, 2019; 김다운 등, 2020; 이동욱, 2020; 김경숙, 2021)가 주를 이루었다.

높은 우울감은 미충족 의료를 높게 경험하게 하는 요인에 해당했다(박민정, 2014; 문정화 등, 2016; 최희영 등, 2017; 김현진, 2019; 김다운 등, 2020). 일부 연구에서는 불안과 우울을 묶어서 함께 연구했는데, 역시 불안과 우울이 클수록 미충족 의료 경험률이 높았다(최영은, 2019; 김경숙, 2021). 구체적으로 자살사고 유무를 요인으로 둔 연구도 있었는데 이 경우 자살사고가 있을수록 미충족 의료를 높게 경험한다고 했다(장혜영, 2021).

스트레스 정도는 높을수록(민동후, 2017; 최희영 등, 2017; 박현섭 등, 2021) 혹은 스트레스의 유무에서 스트레스가 있을수록 미충족 의료 경험 확률이 높았다.

건강 행태와 관련하여 흡연하는 경우(박근영, 2015; 장혜영, 2021), 음주하는 경우(박근영, 2015; 김경숙, 2021), 운동을 하지 않는 경우(김현진, 2019)에 미충족 의료를 높게 경험했다. 체질량 지수 기준으로 본 비만도에서 비만일수록(전찬희 등, 2019) 미충족 의료를 높게 경험한다는 연구도 있었다.

그 외 영양상태가 불량할수록(문정화 등, 2016; 김현진, 2019), 의도하지 않은 체중 감소가 있을수록(전찬희 등, 2019) 통증이나 불편감이 높을수록(최영은, 2019), 건강 관련 삶의 질이 낮을수록(장혜영 등, 2017) 미충족 의료를 많이 경험했다.

이상의 선행연구를 통해 노인의 미충족 의료에 영향을 미친다고 밝혀진 요인들을 살펴보았다. 노인의 다양한 특성은 미충족 의료 경험을 하는데 정적, 부적 영향을 미치고 있었으며, 같은 자료원으로 연구가 진행되어도 세부 연구대상이나 분석 변수에 따라 영향 정도가 달라짐을 볼 수 있었다. 모든 연구가 노인을 대상으로 하고 있지만, 그 중 특정 세부 집단(장애 노인, 질환자, 여성 등)을 대상으로 한 연구도 있으며 각 연구의 통제 변수가 달라 직접적으로 비교하기는 어려웠다. 그러나 전체적 큰 흐름에 있어서 소인 요인에서는 교육 수준이 낮은 경우, 가능 요인에서는 가구 소득이 낮은 경우, 필요 요인에서는 주관적 건강 상태가 나쁜 경우와 우울감이 있는 경우, 스트레스가 높은 경우에 미충족 의료 경험이 높아짐을 알 수 있었다.

제 4 절 국가보훈대상자 및 보훈의료의 특성

국가보훈대상자는 국가유공자등 예우 및 지원에 관한 법률 등 관련법에 근거하여 8개 집단으로 구분할 수 있다. 독립유공자, 국가유공자, 참전유공자, 고엽제 후유(의)증자, 5.18 민주유공자, 특수임무 유공자, 보훈보상대상자, 제대군인이 이에 해당하며, 전체 국가보훈대상자는 본인과 유족으로 구분할 수 있다. 이 중 국가유공자의 수는 2021년 10월 기준 48.58%으로 전체의 절반을 차지하는 높은 비율을 보이며, 이어서 참전유공자와 제대군인이 각각 30.33%, 11.82% 순으로 높게 나타났다. 또한 본인의 비율이 69.89%, 유족의 비율이 30.11%으로 이전 대비 유족의 비중이 상당히 늘어났음을 볼 수 있다(국가보훈부, 2021). 전체 인구의 고령화 진행과 동시에 국가보훈대상자 중 노인 인구 또한 점점 급증하고 있다. 국가보훈대상자의 평균 연령은 2009년 66세에 비하여 2018년 기준 71세, 2021년 기준 72세로 10여 년 사이 상당히 증가하였고, 2021년 기준으로 60대가 15.9%, 70세 이상이 68.5%로 전체의 84.4%가 60대 이상 고령자로 상당히 고령화되어있음을 알 수 있다. 국가보훈대상자 내에서 대부분의 대상 구분 집단의 평균 연령도 전년도와 같거나 높아진 것으로 나타났다(김형석 외, 2020; 국가보훈부, 2021). 국가보훈대상자는 대상 구분별로 평균 나이가 차이가 나는데, 독립유공자 본인과 유족의 경우 2019년 기준 평균 95세, 76세로 상당한 고령자에 해당하며, 전·공상군경 본인은 비교적 최근 부상을 당한 젊은 층들의 유입으로 평균 연령이 2019년 기준 66세로 다른 집단에 비해 다소 낮게 나타난다. 그러나 그마저도 65세를 넘어 결국 국가보훈대상자 집단은 타 집단에 비해 상당히 고령화되어있음을 알 수 있다(정우철, 2020). 이렇듯 국가보훈대상자의 연령 현황을 분석해 본 결과 국가보훈대상자에 대한 건강 정책이 고령화로 인해 발생할 수 있는 다양한 문제를 포함하여 수립되어야 함을 볼 수 있다(강성원, 2008). 한편 국가보훈대상자의 평균 외래이용일수 20.67일, 입원재원일수는 35.76으로 우리나라 전체의 평균 외래 및 입원일수보다 높게 나타났다. 이는 국가보

훈대상자의 의료 수요가 전체 국민 대비하여 높음을 의미하는데, 국가보훈대상자의 상이, 고령화, 보훈의료지원체계 등의 다양한 요인이 의료 이용 일수에 영향을 주었을 것으로 예측할 수 있다(정우철, 2020).

2021년 국가보훈대상자 실태조사 결과를 65세 이상인 국가보훈대상자로 대상을 한정하여 노인실태조사와 비교해 본 결과, 두 집단의 소득, 자산, 소비 수준 비교에서 국가보훈대상자가 모두 높은 수준을 보였다. 국가보훈대상자 집단이 일반 노인 집단에 비해 월평균 소비지출 약 47만 원, 연간 가구 소득의 평균 약 1,231만 원, 자산은 약 13,255만 원 정도 더 높게 나타났다. 전반적 건강 상태 또한 노인실태조사에서는 '건강한 편'이라는 응답이 가장 높았는데, 보훈실태조사의 경우 '나쁜 편'이 가장 높아 전체적으로 국가보훈대상자의 건강이 더 취약함을 볼 수 있다. 경제활동 상태를 비교하였을 때도 노인실태조사에서는 36.9%가, 국가보훈대상자는 20.5%가 경제활동에 참여하고 있는 것으로 나타났다. 또한 일하는 노인 중 정부 지원 일자리에 참여하는 비율은 일반 노인의 약 1/3 정도로 나타나 큰 차이를 보였다(국가보훈부, 2021).

국가를 위한 유공자의 희생을 국가가 당연하게 예우하고 보살펴야 하는 만큼, 신체 상해 및 질병으로 인해 여생을 의료기관과 집을 오가며 살아가고 있는 국가유공자들을 위한 보훈 정책 중 특히 보건 의료분야의 정책에 힘써야 한다(신은숙, 2018). 현재 국가보훈부에서는 국가유공자와 참전용사를 모두 아우르는 국가보훈대상자와 그 유족의 삶의 질 향상을 위해 다양한 보훈 의료정책을 펼치고 있다.

우리나라는 '국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률' 제5장 제41조(의료지원)에서 '국가유공자와 그 유족 등이 건강한 생활을 유지하고 필요한 진료 등을 받을 수 있도록 의료지원을 한다.' 고 명시하고 있다. 국가보훈부 복지증진국 보훈의료정책과에서는 국가보훈대상자들에 대한 각종 의료지원 및 건강증진, 관련 연구, 보훈병원 운영 관련 업무를 담당하고 있다. 국가보훈부는 한국보훈복지의료공단을 두어 서울(중앙보훈병원), 부산, 광주, 대구, 대전, 인천의 6개 보훈병원을 운영하고 있다.

우리나라의 보훈 의료는 보훈병원을 중심으로 하여 집 근처의 위탁병원에서 1차, 지방보훈병원에서 2차, 중앙보훈병원에서 3차 진료를 받는 통합 의료전달체계를 확립하고 각 병원 간 협력을 통해 환자 중심의 통합 의료서비스를 제공하고자 노력하고 있다. 국가보훈대상자 의료지원 제도에 따르면 국가보훈대상자 전원은 의료보험 및 민간보험과 별개로 보훈병원 및 지정 위탁병원을 이용하여 국비 지원 및 일부 감면을 받는 혜택을 받는다. 국비진료의 경우 독립유공자와 국가유공자, 고엽제 후유(의)증 대상자, 보훈보상대상자, 5.18 민주유공자 중 부상자 본인이 해당되며, 감면진료의 경우 국가유공자 중 무공·보국수훈자과 참전 유공자, 5.18 민주유공자 중 희생자, 특수임무유공자, 10년 이상 복무한 제대군인 중 복무 중 발병 혹은 악화된 질환을 가지고 있는 본인과 국가보훈대상자 전체 유가족이 해당된다. 2012년 7월 이후에 등록하는 국가유공자 유가족은 배우자 및 선순위 유족 1인으로 제한되었으며, 보훈보상대상자의 유가족은 배우자에 한정되었다. 국비진료에는 보훈병원과 위탁병원 진료 외에도 특수 및 중증 질환처럼 보훈병원장이 보훈병원 내 진료가 곤란하다고 인정하는 경우에 활용할 수 있는 전문위탁진료, 응급증상에 따른 진료 후 이용할 수 있는 응급진료, 보훈 및 위탁병원에 해당 진료 과나 전문의가 없는 경우에 통원하며 진료를 받을 수 있는 통원진료가 포함된다. 감면진료는 보훈병원과 위탁병원 진료에만 해당되는 내용이다. 이 외에도 군 복무 중에 부상을 입은 전·공상 군경 등에 대한 PTSD(외상 후 스트레스 장애) 진료도 가능하다. 정부는 이 외에도 국가보훈대상자들의 의료지원을 위한 보훈병원 시설 및 인프라 구축, 위탁병원 확대, 의료비 감면을 확대 등의 다양한 정책을 펼치고 있으며, 국가보훈대상자 집단 대상으로 의료비 추계나 재활체계의 구축 등의 연구와 직·간접적 지원 확대를 추진 중이다(정우철, 2020; 국가유공자 의료지원제도).

결과적으로 국가보훈대상자는 의료비 지원 측면에서 국비 혹은 감면대상자로 구분하여 지원하는데, 감면율이 대상 구분이나 진료 병원, 대

상자 등록 일자, 상이 등급 등에 따라 달라져서 복잡한 체계로 보여진다. 또한 보훈병원이 거점 도시들에만 적은 수로 분포되어 있어 접근성이 좋다고 보기 어렵고, 특히 연령이 높을수록 보훈병원 혹은 지원 가능한 지정위탁병원을 찾아 진료를 받는 데에 더 큰 어려움이 존재할 것으로 보인다. 이러한 부분들은 국가보훈대상자들의 미충족 의료 발생에 영향을 끼칠 수 있으며, 영향요인 파악 후 그에 대응하는 적절한 정책이 이루어지지 않으면 대상자의 고령화와 더불어 꾸준히 증가할 가능성이 있다. 또한 일반적으로 경제적 사유로 인한 독보적으로 많은 일반 노인의 미충족 의료 경험과 다르게 의료비 지원 정책이 존재하는 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료는 일반 노인들의 미충족 의료 경험과 다른 성격을 가질 수 있다.

제 5 절 국가보훈대상자의 의료이용

미충족 의료 관련 연구 중 국가보훈대상자를 연구 대상으로 한 연구는 현재까지 선행된 바 없다. 유사하게 의료 이용과 관련하여 선행 연구가 3건 존재한다.

이현주(2019)는 2017 건강보험통계연보 및 의료급여 통계와 고엽제 후유증 등급자 관련 통계자료를 바탕으로 우리나라에서 고엽제 환자들의 후유증 다빈도 1위 질병 질환인 '허혈성 심질환'에 대한 국내의 의료이용 현황을 파악하고자 하였다. 의료이용 현황 파악을 위해 의료 이용에 대한 다빈도 특성과 연간 지출 의료비를 추산하였다.

연구 결과 허혈성 심장질환에 대한 의료 이용의 다빈도 특성은 입원, 65세 이상, 남성이었다. 고엽제 후유증 환자의 허혈성 심질환에 대한 의료비 지출과 관련하여 공개 정보나 선행 연구가 존재하지 않아 대상자에 한정되는 정확한 의료비 산출 및 연구가 제한되었다. 고엽제 환자와 성별 및 연령이 유사한 65세 이상 남성의 허혈성 심질환 연간 총 직접 의료비는 전 국민 건강보험 의료비 지출액의 15.0%에 해당하는 금액으로, 2018년 기준 연령대별 인구 비율에 비해 높은 편으로 나타났다.

연구에서 허혈성 심질환이 고엽제 환자에게 발생 위험이 더 큰 만큼 집중 관리방안이 필요하고 언급했으며, 관련하여 대상자만의 분리된 의료비 통계 구축의 필요성을 제언했다. 이 연구는 대상자가 의료적 특성이 타 집단과 뚜렷하게 구분되는 고엽제 환자들로서 국가보훈대상자 전체에 연구 결과의 반영은 제한된다. 또한 특정 질환에 대한 의료 이용에 대한 특성과 의료비 추산에서 그쳤다는 점에서 의료 이용 미충족이나 영향요인 및 대상자의 전체 의료 이용 특성에 대한 분석은 어렵다는 제한점이 있다.

정우철(2020)은 2018년 국가보훈대상자 생활실태조사 자료를 바탕으로 상이 및 비상이 유공자 7,178명을 추출하였으며, 국가보훈대상자의

상이 여부가 주관적 건강과 의료 이용에 어떠한 영향을 미치는지에 대해 국가보훈대상자 전체, 상이유공자 및 비상이유공자 집단을 나누어 분석하였다. 의료 이용에 영향을 미치는 요인들을 Andersen 모형을 통해 소인 요인, 가능 요인, 질병 요인으로 나누어 설명했으며, 의료 이용은 ‘지난 1년간 외래 또는 입원 이용 여부’ 로 물어본 이용 여부와 ‘외래 또는 입원 이용량’ 으로 물어본 이용 일수로 나누었다.

연구 결과 중 의료 이용과 관련된 결과 부분을 살펴보면, 의료 이용에 가장 큰 영향력을 미치는 요인은 만성질환, 우울 수준 등의 질병 요인이었다. 상이유공자에게 만성질환과 독거는 주관적 건강을 더 크게 저하시키는 요인으로 나왔는데, 이는 복합질환이 건강 상태를 더 악화시킬 수 있음을 의미한다. 비상이유공자에게 독거는 첫 의료이용을 어렵게 만드는 요인으로 나왔다.

이 연구에서는 Andersen의 모형을 사용하여 국가보훈대상자의 특성 요인이 의료 이용에 유의한 영향을 미치는지 파악할 수 있었다. 그러나 의료서비스 이용 욕구 충족 여부와 그 사유에 대한 영향 요인 분석은 제한되었으며, 대상자 또한 유족을 제외한 본인으로만 설정하여 전체 국가보훈대상자에 대한 분석은 제한되었다. 마지막으로 의료 미 이용이 발생하는 다양한 이유 중 의료비 부담이 큰 영역을 차지하는 만큼 감면에 따른 의료 이용의 차이가 있을 것으로 예상되나, 이 연구에서는 대상자별 감면율을 보정하지 못하여 의료 이용에 영향을 미치는 요인 분석에 제한이 있었다.

이현주(2021)는 국가보훈대상자 중 국가유공자의 의료 이용 특성을 분석하고 그에 맞는 발전방안을 마련하고자 했다. 중앙보훈병원 연보, 건강보험 통계연보, 의료급여 통계연보 상의 데이터를 조합하여 필요한 정보를 도출했고, 이를 바탕으로 2016년부터 2019년까지 최근 4년간의 국가유공자의 의료 이용 비율, 입원환자 수와 외래 진료 건수, 지출된 입원 및 외래 진료비를 파악하였다.

의료급여 환자 중 국가유공자 의료 이용 비율은 매년 줄어들었는데,

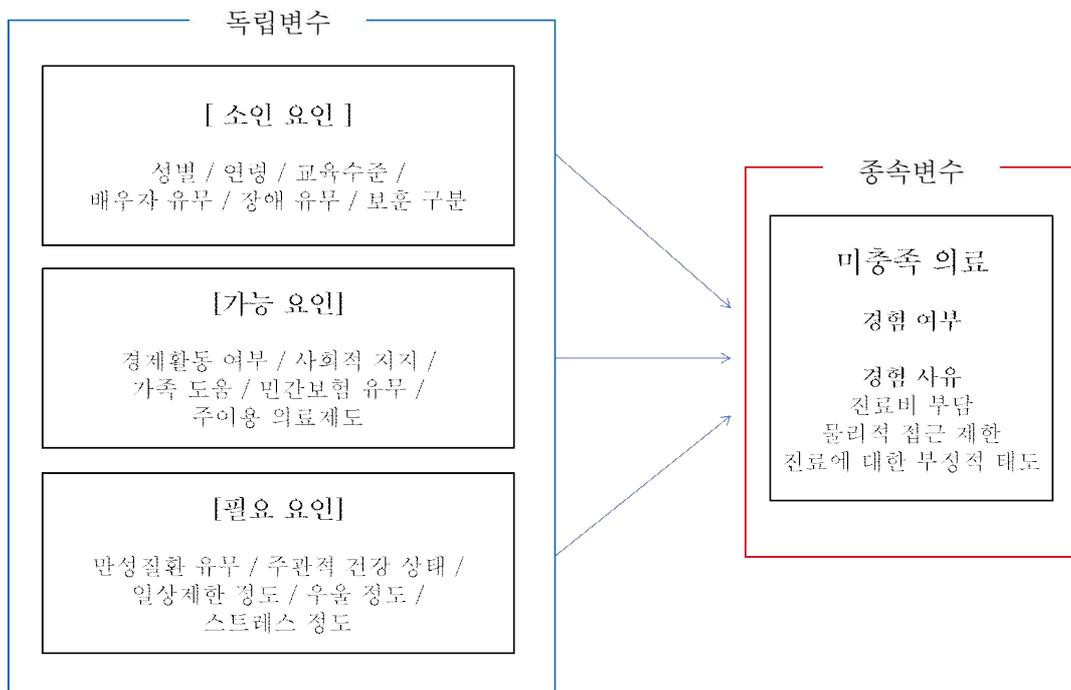
국가유공자 적용 인구가 감소하며 나타난 결과로 보인다. 그러나 국가유공자의 총 의료 이용 중 중앙보훈병원을 이용한 비율은 전반적인 증가세를 보였는데, 이는 중앙보훈병원에 대한 국가유공자의 선호도가 높음을 의미한다고 보았다. 국가유공자 중 실제 입원환자 인원과 중앙보훈병원 입원 실인원 모두 전반적인 감소세가 확인되었다. 그러나 중앙보훈병원 입원 인원의 평균 재원일수는 국가유공자 중 전체 입원자 대비 보훈병원 이용자들이 4.7일 더 길었다. 국가유공자 외래 진료 건수는 매년 의료 이용 증가세를 보이는 전체 의료급여환자와는 반대로 3년 동안 외래 환자 수가 총 9.3% 감소하였다. 중앙보훈병원 외래 이용 국가유공자 수는 5.5% 감소했는데, 같은 기간 동안 국가유공자 전체의 외래 의료 이용 감소율보다는 감소 폭이 작았고 초진 환자 비율 또한 전체적으로 감소하고 있었다. 국가유공자에게 지출된 총 진료비를 의료급여 전체와 비교한 결과, 입원진료비와 외래진료비 모두 매년 증가 추세거나 의료급여자 전체의 증가율에 비하면 낮은 수준이었다. 그러나 입원 건당 진료비를 비교하면 국가유공자의 입원 건당 진료비가 매년 더 많이 지출되고 있음을 확인했는데, 이는 국가유공자의 질병 중증도가 상대적으로 더 높을 수 있음을 의미한다.

연구 결과와 관련하여 재원일수 관리를 통해 더 많은 국가유공자 대상자를 수용할 수 있어야 한다고 언급했다. 또한 초진 환자 비율이 높아야 신규 환자 유입 및 재진 환자 수가 증가를 통해 결과적으로 실 환자 수가 증가하기 때문에, 보훈병원의 주목적인 국가보훈대상자 진료에 부합하기 위해 초진 환자를 적극적으로 유치해야 한다고 말했다. 그러나 국가유공자의 의료 이용 분석이 중앙보훈병원 외의 전국 의료기관에서는 이루어질 수 없다는 점에서 한계가 존재하며, 역시 의료 이용에 그치고 의료 필요와 미충족까지는 연구하지 않았다는 점에서 미충족 의료 선행 연구에는 해당하지 않음을 알 수 있다.

제 3 장 연구 방법

제 1 절 연구 모형

본 연구는 단면 연구로서, 연구 모형은 Andersen(1995)이 제시한 의료 이용 행동모델을 참고하여 관련 선행연구의 결과를 바탕으로 작성하였다. 본 연구의 모형은 [그림 1]과 같다. 본 연구에서는 국가보훈대상자 노인의 소인 요인, 가능 요인, 필요 요인에 따라 미충족 의료 경험 여부와 사유가 달라지며, 국가보훈대상자 노인의 특성이 미충족 의료 경험에 영향을 미친다고 가정하였다.



[그림 1] 연구 모형

제 2 절 연구 변수

본 연구는 노인의 미충족 의료 영향요인에 대한 선행연구 고찰을 바탕으로 국가보훈대상자 실태조사 항목 중 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료에 영향을 미칠 수 있다고 판단된 요인을 연구변수로 선정하였다. 본 연구에서 사용된 전체 종속변수와 독립변수는 아래의 [표 1], [표 2]와 같다.

1. 종속변수

종속변수는 미충족 의료 경험 여부와 미충족 의료 경험 사유이다. 2021년 국가보훈대상자 실태조사 설문 문항 중 “귀하는 지난 1년 동안 몸이 아팠지만 치료를 포기한 적이 있으십니까?” 라는 문항에 대한 대답으로 ‘있다’에 응답한 자를 미충족 의료 경험이 있는 것으로, ‘없다’에 응답한 자를 미충족 의료 경험이 없는 것으로 판단하였다.

미충족 의료 경험 사유는 미충족 의료 경험을 묻는 문항의 하위 문항인 ‘치료를 포기한 주된 이유는 무엇인가?’에 대한 응답이다. 본 연구에서는 선행 연구를 바탕으로 하여 설문 응답 중 ‘진료비 부담 때문에’는 진료비 부담, ‘보훈 및 위탁병원과 의 거리가 멀기 때문에’와 ‘거동이 불편해서’는 물리적 접근 제한, ‘진료를 받아도 나을 것 같지 않아서’는 진료에 대한 부정적 태도에 해당하는 항목으로 판단하였고, ‘기타’는 ‘기타’로 구분하였다.

[표 1] 종속변수

| 변수 | | 구분 |
|--------|---|-----|
| 미충족 의료 | 1 | 경험 |
| 경험 여부 | 0 | 미경험 |

| 변수 | 구분 |
|-----------------|---|
| 미충족 의료 경험 사유 | 1 진료비 부담 때문에 (진료비 부담) |
| | 2 보훈 및 위탁병원과의 거리가 멀어서, 거동이 불편해서(물리적 접근 제한) |
| | 3 진료해도 나올 것 같지 않아서 (진료에 대한 부정적 태도) |
| | 4 기타 |

2. 독립변수

독립변수는 Andersen의 의료이용 행동모델에 따라 국가보훈대상자 노인의 특성 요인 중 소인 요인, 가능 요인, 필요 요인으로 구분하여 독립변수에 포함하여 살펴보았다.

소인 요인에는 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무, 장애 유무, 보훈 구분을 포함하였다. 성별은 ‘남자’와 ‘여자’로 구분하였다. 연령은 만 65세 이상의 노인을 ‘65~74세’, ‘75~84세’, ‘85세 이상’으로 나누어 전기 노인, 중기 노인, 후기 노인 등 총 3개의 범주로 구분하였다. 교육수준은 교육과정 범주에 따라 ‘안 받음(미취학 포함)’과 ‘초등학교’를 ‘초등학교 이하’로, ‘중학교’와 ‘고등학교’를 ‘중학교~고등학교’로, ‘대학교(4년제 미만)’, ‘대학교(4년제 이상)’, ‘대학원 이상’을 ‘대학교 이상’으로 구분하여 총 3개 범주로 확인하였다. 배우자 유무는 ‘있음’과 ‘없음’으로 구분하였는데, ‘없음’에는 혼인상태 중 별거, 사별, 미혼 이혼 상태가 포함되었다. 장애 정도는 ‘있음’과 ‘없음’으로 구분하였는데, ‘있음’에 장애 정도가 심한 장애인(기존 1~3급), 장애 정도가 심하지 않은 장애인(기존 4~6등급), 비등록 장애인(보훈처 등록 장애인 포함)이 포함되었다. 보훈 구분은 최초 조사된 9개의 그룹(독립유공자부터 제대군인까지)에 대해 빈도분석을 시행하였다. 이후, 성격이 유사한 그룹별로 크게 세 그룹으로 재구분하여 변수를 구성하였는데, 참전 혹은 전쟁 관련 피해자(참전유공자, 고

업체후유(의)증자), 국가를 위한 자발적 희생 및 관련 임무 수행자(독립유공자, 보훈보상대상자, 특수임무유공자, 제대군인), 국가발전 유공자(국가유공자, 5.18민주유공자)로 나누어 분석을 진행하였다.

가능 요인에는 경제활동 여부, 사회적 지지, 가족 도움, 민간보험 유무, 주이용 의료제도를 포함하였다. 경제활동 여부는 ‘일을 한다’는 ‘일을 한다’로, ‘일을 하지 않지만 일하고 싶다’와 ‘일을 하지 않고 있으며 일 할 의사도 없다’는 ‘일을 하지 않는다’로 구분하였다. 사회적 지지는 사회적으로 도움을 받을 수 있는 항목을 묻는 문항을 활용하였다. 세부 문항인 ‘몸이 아파 집안일을 부탁해야 할 경우’, ‘갑자기 돈을 빌려야 할 경우’, ‘낙심하거나 우울해서 이야기 상대가 필요한 경우’에 대해 ‘있다’와 ‘없다’로 응답하였는데, 본 연구에서는 각 세부 문항 중 ‘있다’라고 응답한 개수를 합해 변수를 만들어 활용하였다. 따라서 사회적 지지는 사회적으로 도움을 받을 수 있는 사람이 존재하는 항목의 개수에 따라 0, 1, 2, 3으로 구성되었으며, 숫자가 클수록 도움을 받을 수 있는 항목이 많음을 의미한다. 가족 도움은 도움 받을 수 있는 가족의 여부와 가족으로부터 도움 받을 수 있는 항목을 묻는 문항을 활용하였다. 해당 문항에서는 가족을 ‘동거 자녀’, ‘비동거 자녀’, ‘배우자’, ‘본인(배우자) 부모’, ‘형제’의 5개 범주로 구분하여 해당자 존재 여부를 확인하였고, 해당자가 존재하는 경우 각각 ‘고민상담(정서적 도움)’, ‘청소, 식사준비, 세탁(도구적 도움)’, ‘간병, 수발, 병원동행 도움’, ‘경제적 도움(현금 지원)’, ‘경제적 도움(현물지원)’으로 항목을 나누어 ‘도움 받음’ 혹은 ‘도움 받지 못함’에 대해 응답하도록 하였다. 본 연구에서는 연구 대상자의 나이(만 65세 이상)를 고려하여 도움을 받을 수 있는 가족의 범주에서 ‘본인(배우자) 부모’를 제외하고 나머지 4개의 범주를 가족 구분 범주로 활용하였다. 또한 가족 구분 별로 도움을 받을 수 있는 항목 5개 중 1개 이상 도움을 받을 수 있다고 응답한 경우에 대해 ‘1개 도움’으로 생각하였으며, 각 가족 범주에서 나온 도움의 개수를 합한 후 변수를 만들어 활용하였다. 따라서 가족 도움은 가족의 도움을 받을 수 있는 가족

구분의 개수에 따라 0, 1, 2, 3, 4로 구성되었으며, 숫자가 클수록 도움을 받을 수 있는 가족이 많음을 의미한다. 민간보험 유무는 ‘있음’ 과 ‘없음’ 으로 구분하였다. 주이용 의료제도는 ‘국가유공자(국비진료)’ 와 ‘국가유공자(감면진료)’ 는 ‘보훈 제도’ 로, ‘의료급여 1종’, ‘의료급여 2종’, ‘기타(군병원 등)’ 은 ‘보훈제도 외 다른 혜택 수혜’ 로, ‘국민건강보험(직장, 지역)’ 은 ‘국민건강보험’ 으로 구분한 변수를 만들어 활용하였다.

필요 요인에는 만성질환 유무, 주관적 건강 상태, 일상제한 정도, 우울 정도, 스트레스 정도를 포함하였다. 만성질환 유무는 ‘있음’ 과 ‘없음’ 으로 구분하였다. 만성질환은 ‘6개월 이상 지속적인 투병, 투약을 하는 경우’ 로 정의되었다. 주관적 건강 상태는 스스로의 주관적 건강에 대해 평가한 문항으로 Likert식 5점 척도로 측정되었다. 본 연구에서는 ‘매우 나쁘다’ 와 ‘나쁜 편이다’ 를 ‘나쁘다’ 로, ‘보통이다’ 를 ‘보통’ 으로, ‘좋은 편이다’ 와 ‘매우 좋다’ 를 ‘좋다’ 로 구분한 변수를 만들어 활용해 총 3개 범주로 확인하였다. 점수가 높을수록 주관적 건강이 좋음을 의미한다. 일상제한 정도는 5가지 세부 항목(걷는 데 지장이 있다, 목욕을 혼자 하거나 옷을 입는 데 지장이 있다, 일상 활동을 하는 데 지장이 있다(일, 공부, 가사일, 가족 또는 여가 활동), 통증이나 불편감이 있다, 불안하거나 우울하다)에 대해 건강 상태를 평가한 문항으로 Likert식 5점 척도로 측정되었다. 본 연구에서는 우울 변수를 분리하여 활용하였으므로 세부 항목 중 ‘불안하거나 우울하다’ 를 제외한 4가지 항목을 활용하였으며, 항목별로 ‘그렇다’ 또는 ‘매우 그렇다’ 중에 응답한 대상자가 해당 항목에 대해 제한이 있다고 판단하였다. 따라서 일상제한 정도는 일상제한이 있는 항목 개수에 따라 0, 1, 2, 3, 4로 구성되었으며 숫자가 커질수록 일상제한 정도가 크다는 것을 의미한다. 우울 정도는 CES-D11 척도를 이용하여 측정되었는데, 이 척도는 우울 증상을 측정하기 위한 자기 보고식 척도로 널리 활용되고 있다. 활용된 11개의 문항은 다음과 같다; 식욕이 없다, 비교적 잘 지냈다, 상당히 우울하다, 모든 일이 힘들게 느껴진다, 잠을 설쳤다, 외로움을 느꼈

다, 불만 없이 생활했다, 사람들이 차갑게 대하는 것 같다, 마음이 슬펐다, 사람들이 나를 싫어하는 것 같다, 무엇을 할 엄두가 나지 않는다. 각 문항별로 Likert식 4점 척도로 측정되었는데, 전체 문항의 합산 점수가 높을수록 우울감이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 CES-D를 활용한 우울의 진단을 위해 0에서 44점 중 16점 미만은 정상, 16~24점은 우울 위험군, 25점 이상은 우울 고위험군으로 분류하여 결과를 제시하였다. 분석을 위해서는 연속형 변수(0~44점)와 11개 문항 점수를 모두 합한 총점을 '0~15점'은 '1(정상)', '16~24점'은 '2(우울 위험)', '25점 이상'은 '3(우울 고위험)'으로 나눈 범주형 변수를 함께 활용하였고, 숫자가 클수록 우울함을 의미한다. 스트레스 정도는 일상생활에서 느끼는 스트레스에 대해 Likert식 4점 척도로 측정되었다. 본 연구에서는 '거의 느끼지 않음'과 '조금 느끼는 편임'은 그대로 활용하고, '많이 느끼는 편임'과 '매우 많이 느낌'을 '많이 느낌'으로 합한 변수를 만들어 활용하여 총 3개 범주로 확인하였다. 점수가 높을수록 스트레스를 많이 느끼는 것을 의미한다.

[표 2] 독립변수

| 변수 | | 구분 | |
|----------|---|--------------------|--|
| 성별 | 1 | 여자 | |
| | 0 | 남자 | |
| 연령 | 1 | 65-74세 | |
| | 2 | 75-84세 | |
| | 3 | 85세 이상 | |
| 소인 요인 | 1 | 초등학교 이하 | |
| | 2 | 중학교 ~ 고등학교 | |
| | 3 | 대학교 이상 | |
| 배우자 유무 | 1 | 있음 | |
| | 0 | 없음(별거, 사별, 이혼, 미혼) | |
| 장애 유무 | 1 | 있음 | |
| | 0 | 없음 | |

| 변수 | | 구분 | |
|-------------|---------------|---|---|
| 보훈구분 | 1 | 참전 혹은 전쟁 관련 피해자 | |
| | 2 | 국가를 위한 자발적 희생 및 관련 임무 수행자 | |
| | 3 | 국가 발전 유공자 | |
| 경제활동 여부 | 1 | 일을 한다 | |
| | 0 | 일을 하지 않는다 | |
| 가능 요인 | 사회적 지지 0~3 | 아래 중 도움 받을 수 있는 사람이 있는 항목의 수 * 몸이 아파 집안일을 부탁할 때 * 갑자기 돈을 빌려야 할 때 * 낙심하거나 우울해서 이야기 상 대가 필요한 때 | |
| | | 가족도움 0~4 | 동거 자녀, 비동거 자녀, 배우자, 형제 중 도움을 받을 수 있는 가족의 종류 |
| | | 민간보험 유무 | 1 0 |
| 주이용 의료제도 | 1 | 보훈제도 | |
| | 2 | 보훈제도 외 혜택 수혜 | |
| | 3 | 국민건강보험 | |
| 만성질환 유무 | 1 | 있음 | |
| | 0 | 없음 | |
| 필요 요인 | 주관적 건강 상태 | 1 | 나쁘다 |
| | | 2 | 보통이다 |
| | | 3 | 좋다 |

| 변수 | | 구분 |
|----------|------------|--|
| 필요 요인 | 일상제한 정도 | 0~4 아래 중 지장이 있는 항목의 개수 * 걷기 * 목욕을 혼자 하거나 옷 입기 * 일상 활동 * 통증이나 불편감 존재 |
| | 우울 정도 | 4~44 (1~3) 정상 (0~15점) 우울 위험 (16~24점) 우울 고위험 (25점 이상) |
| | 스트레스 정도 | 1 2 3 거의 느끼지 않음 조금 느낌 많이 느낌 |

제 3 절 연구 자료 및 대상

본 연구는 단면 연구로서 국가보훈부에서 조사한 최근 자료인 2021년 국가보훈대상자 실태조사에서 수집된 데이터를 이차 분석한 연구로, 서울대학교 연구윤리심의위원회(IRB)의 심의면제대상 승인을 받았다(IRB No. E2305/004-006).

국가보훈대상자 실태조사는 국가보훈대상자의 생활 및 복지실태에 대한 개인 및 가구현황을 파악하여 국가보훈정책을 수립하는 데 활용하고자 하는 목적으로 실시하고 있다. 국가보훈기본법 개정 후 2015년에 1차 조사가 시행되어 3년 단위로 조사를 진행하고 있으며, 본 연구에서 활용하고자 하는 2021년 조사는 3차 조사에 해당한다. 조사대상자는 국가보훈부의 국가보훈대상자 DB에 등록된 국가보훈대상자 중 도서 지역, 만 13세 이하 및 100세 이상, 소규모 사무소 등을 제외한 638,173명을 목표 모집단으로 하였으며, 그 중 집락계통추출과 층화계통추출을 통한 이상추출법을 통해 표본을 선정하였다. 이를 통해 나온 표본추출 인원 11,000명을 대상으로 2021년 9월 24일부터 2021년 10월 5일까지 총 12일간 조사가 이루어졌으며, 최종적으로 9,716명의 자료가 수집되었다. 통계청 조사원이 해당 가구를 직접 방문하여 설문지 취지 및 설문 항목에 대해 충분히 설명한 후 구조화된 설문지에 의한 대면조사 방법으로 조사를 진행하였다.

실태조사의 수집 내용은 가구 일반사항, 주거상황, 가계지출, 가계소득, 자산, 부채, 문화 및 여가, 사회 참여 및 의식, 가족관계, 보건의료, 경제활동, 노후보장, 정책 서비스, 국가보훈대상자 인식, 정책 인식 및 욕구 등의 방대한 범위를 포함하고 있다. 국가보훈대상자 개인용 설문에서 보건의료 분야를 조사하고 있는데 이를 통해 현재 의료 자격과 건강상태, 의료 이용 실태, 의료비 부담 수준, 정신건강 등을 파악할 수 있으며, 본 연구에서 살펴보고자 하는 미충족 의료 항목이 조사되고 있어 국가보훈대상자 중 노인 인구를 대상으로 한 미충족 의료경험 여부와 사유를 파악할 수 있다.

본 연구의 자료 수집과정은 다음과 같다. 국가보훈부로부터 2021년 국가보훈대상자 실태조사 활용에 대해 승인을 득하고 해당 연도의 설문지 및 조사된 기초 자료(국가보훈대상자의 인구통계학적, 사회경제적 특성과 미충족 의료 등을 포함)를 익명 처리된 상태로 획득하였다. 본 연구는 설문 문항 가운데 미충족 의료와 관련된 문항을 선별하여 분석하였으며, 최종 분석 대상은 조사 시점 당시 65세 이상의 노인 중 본 연구에서 활용한 문항들에 성실하게 응답한 대상자 7,025명이다.

제 4 절 분석 방법

본 연구는 연구 목적에 따라 국가보훈대상자 노인에 대한 미충족 의료 경험 및 원인을 파악하고 연구대상자와 미충족 의료와의 관련 요인을 파악하기 위해 다음과 같은 분석 방법을 사용하였다.

첫째, 국가보훈대상자 노인의 특성 요인을 소인 요인, 가능 요인, 필요 요인으로 나누어 미충족 의료의 경험과 사유 현황 파악을 위해 빈도분석 및 기술통계분석을 이용하여 분석하였다.

둘째, 연구 대상자의 특성 요인에 따른 미충족 의료경험 여부의 차이를 확인하기 위해 교차분석(Chi-square test)을 실시하였다.

셋째, 연구 대상자의 미충족 의료경험에 여부와 관련 있는 특성 요인을 파악하기 위해 모든 요인에 대해 이항 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 이후 미충족 의료 경험 사유 별로 관련 요인 확인을 위해 기타 사유를 제외한 진료비 부담, 물리적 접근 제한, 진료에 대한 부정적 태도에 따른 미충족 의료 경험에 대해 각각 이항 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

통계 분석 프로그램으로 R version 4.2.2을 사용하였으며, p-value가 0.05 미만인 경우를 통계적으로 유의하다고 해석하였다.

제 4 장 연구 결과

제 1 절 연구 대상자의 일반적 특성

본 연구는 65세 이상 국가보훈대상자 노인의 일반적인 특성을 알아보기 위해 총 7,025명의 연구 대상자에 대해 빈도분석 및 기술통계분석을 실시하였고, 결과는 아래의 [표 3]과 같다.

연구대상자의 소인 요인 특성을 살펴보았다. 성별은 남성이 5,416명(77.10%), 여성이 1,609명(22.90%)으로 남성이 여성에 비해 약 3배 정도 높게 나타났다. 연령은 평균 77.35세(\pm SD 7.40)이었고, 전기 노인, 중기 노인, 후기 노인의 세 구간으로 구분한 집단에 따라서는 '65~74세'는 3,025명(43.06%), '75~84세'는 2,495명(35.52%), '85세 이상'은 1,505명(21.42%)으로 전기 노인에 해당하는 비율이 중기 및 후기 노인에 비해 높게 나타났다. 교육수준의 경우 미취학자를 포함한 초등학교 이하는 2,378명(33.85%), 중학교부터 고등학교까지는 3,336명(47.49%), 대학교 이상은 1,311명(18.66%)으로 나타났다. 배우자 유무의 경우 배우자가 있는 경우가 4,468명(63.60%)으로 높게 나타났으며, 별거, 사별, 이혼, 미혼을 포함하는 '없음'으로 응답한 대상자는 2,557명(36.40%)으로 나타나 배우자가 존재하는 대상자의 비율이 약 2배 정도 높음을 알 수 있었다. 장애 유무의 경우 장애가 없는 경우 4,761명(67.77%), 있는 경우가 2,264명(32.23%)으로 나타났다. 보훈 구분은 독립유공자 386명(5.49%), 국가유공자 본인 1,440명(20.50%), 국가유공자(유족) 1,424명(24.68%), 고엽제 후유(의)증 906명(12.90%), 참전유공자 1,960명(27.90%), 보훈보상대상자 83명(1.18%), 5·18 민주유공자 145명(2.06%), 특수임무 유공자 72명(1.02%), 제대군인 251명(3.57%)이다. 전체 연구대상자 중 국가유공자(본인과 유족을 포함)의 비율이 가장 높게 나타났으며, 그 다음으

[표 3] 연구 대상자의 일반적 특성(n=7,025)

| 독립변수 | 구분 | 빈도(n) | 백분율(%) |
|-------------|---------------|--------------|--------|
| 성별 | 남자 | 5,416 | 77.10 |
| | 여자 | 1,609 | 22.90 |
| 연령 | 65~74세 | 3,025 | 43.06 |
| | 75~84세 | 2,495 | 35.52 |
| | 85세 이상 | 1,505 | 21.42 |
| | mean(±s.d)(세) | 77.35(±7.40) | |
| 교육수준 | 초등학교 이하 | 2,378 | 33.85 |
| | 중~고등학교 | 3,336 | 47.49 |
| | 대학교 이상 | 1,311 | 18.66 |
| 배우자 유무 | 없음 | 2,557 | 36.40 |
| | 있음 | 4,468 | 63.60 |
| 소인 요인 장애 유무 | 없음 | 4,761 | 67.77 |
| | 있음 | 2,264 | 32.23 |
| 보훈 구분 (전체) | 독립유공자 | 386 | 5.49 |
| | 국가유공자(본인) | 1,440 | 20.50 |
| | 국가유공자(유족) | 1,782 | 25.37 |
| | 고엽제후유(의)증 | 906 | 12.90 |
| | 참전유공자 | 1,960 | 27.90 |
| | 보훈보상대상자 | 83 | 1.18 |
| | 5.18민주유공자 | 145 | 2.06 |
| | 특수임무유공자 | 72 | 1.02 |
| | 제대군인 | 251 | 3.57 |
| | 참전 관련 | 2,866 | 40.80 |
| 보훈 구분 | 국가 임무 | 792 | 11.27 |
| | 유공자 | 3,367 | 47.93 |

| 독립변수 | 구분 | 빈도(n) | 백분율(%) | |
|-------------|-------------|-----------|--------|-------|
| 가능 요인 | 경제활동 여부 | 일을 하지 않는다 | 5,552 | 79.03 |
| | | 일을 한다 | 1,473 | 20.97 |
| | 사회적 지지 | 도움 없음 | 625 | 8.90 |
| | | 1개 도움 | 765 | 10.89 |
| | | 2개 도움 | 1,526 | 21.72 |
| | | 3개 도움 | 4,109 | 58.49 |
| | 가족 도움 | 도움 존재 없음 | 536 | 7.63 |
| | | 1그룹 존재 | 2,374 | 33.79 |
| | | 2그룹 존재 | 2,976 | 42.36 |
| | | 3그룹 존재 | 1,040 | 14.80 |
| 4그룹 존재 | | 99 | 1.41 | |
| 민간보험 유무 | 없음 | 5,857 | 83.37 | |
| | 있음 | 1,168 | 16.63 | |
| 주이용 의료제도 | 보훈제도 | 3,669 | 52.23 | |
| | 보훈제도 외 혜택 | 369 | 5.25 | |
| | 국민건강보험 | 2,987 | 42.52 | |
| 만성질환 유무 | 없음 | 1,465 | 20.85 | |
| | 있음 | 5,560 | 79.15 | |
| 필요 요인 | 주관적 건강상태 | 나쁘다 | 3,824 | 54.43 |
| | | 보통 | 2,178 | 31.00 |
| | | 좋다 | 1,023 | 14.56 |
| | 일상제한 정도 | 제한 없음 | 3,127 | 44.51 |
| | | 1개 제한 | 1,195 | 17.01 |
| 2개 제한 | | 759 | 10.80 | |
| 3개 제한 | | 711 | 10.12 | |
| 4개 제한 | | 1,233 | 17.55 | |

| 독립변수 | 구분 | 빈도(n) | 백분율(%) | |
|----------------------------|------------|---------------------|--------------------|-------|
| 필요 요인 | 정상 | 446 | 6.35 | |
| | 우울 정도 | 우울 위험군 | 4,227 | 60.17 |
| | | 우울 고위험군 | 2,352 | 33.48 |
| | | mean(\pm s.d)(점) | 22.55(\pm 5.48) | |
| | 스트레스 정도 | 거의 느끼지 않음 | 1,429 | 20.34 |
| | | 조금 느낌 | 3,914 | 55.72 |
| 많이 느낌 | | 1,682 | 23.94 | |
| 종속변수 | 구분 | 빈도(n) | 백분율(%) | |
| 미충족 의료 경험 여부 | 경험 | 714 | 10.16 | |
| | 미경험 | 6,311 | 89.84 | |
| 미충족 의료 경험 사유 (n=714) | 진료비 부담 | 274 | 38.38 | |
| | 물리적 접근 제한 | 198 | 27.73 | |
| | 부정적 태도 | 224 | 31.37 | |
| | 기타 | 18 | 2.52 | |

로 참전유공자와 고엽제 후유(의)증자가 높게 나타났다. 반면 특수임무 유공자, 보훈보상대상자, 5·18 민주유공자는 그에 비해 상대적으로 낮은 비율로 나타났다. 본 연구에서 구성한 보훈 구분 변수에 따라 살펴보았을 때 참전 및 관련 피해 대상자는 2,866명(40.80%), 국가를 위한 자발적 희생 및 관련 임무 수행자는 792명(11.27%), 국가발전 유공자는 3,367명(47.93%)으로 나타났다.

다음으로 연구대상자의 가능 요인 특성을 살펴보았다. 경제활동 여부의 경우 일을 하는 대상자가 1,473명(20.97%)로, 일을 하지 않는 경우가 5,552명(79.03%)로 나타나 경제활동에 참여하지 않는 사람의 비율이 높음을 볼 수 있었다. 사회적 지지의 경우 사회적으로 도움을 받지 않는 경우가 625명(8.90%), 1개 항목에서 도움을 받는 경우가 765명(10.89%), 2개 항목이 1,526명(21.72%), 3개 항목이 4,109명(58.49%)로 나타났다. 연구 대상자 전체의 90% 이상이 필요 시 사회

적으로 도움을 받을 수 있으며, 모든 항목에 대해 도움을 받을 수 있다고 인지하는 경우가 50% 이상으로 나타났다. 가족 도움의 경우 도움을 받을 수 있는 가족이 존재하지 않는다고 응답한 경우가 536명(7.63%)이었다. 도움을 받을 수 있는 가족이 한 그룹이라도 존재하는 경우는 전체 대상자의 92.37%으로, 1그룹부터 4그룹까지 존재한다고 응답한 대상자가 각 2,374명(33.79%), 3,976명(42.36%), 1,040명(14.80%), 99명(1.41%)으로 나타났다. 민간보험 유무의 경우 민간보험이 있는 대상자가 11,68명(16.63%), 없는 대상자는 5,847명(83.37%)으로 민간보험을 가지고 있지 않은 대상자가 더 높게 나타났다. 주이용 의료제도의 경우 보훈 제도를 주로 이용하는 대상자가 2,669명(52.23%), 국민건강보험을 주로 이용하는 대상자가 2,987명(42.52%), 의료 급여나 군병원 등 보훈제도 외 혜택을 주로 이용하는 대상자가 369명(5.25%)으로 나타나 절반 이상이 보훈제도를 주로 활용하고 있음을 알 수 있다.

마지막으로 연구대상자의 필요 요인 특성을 살펴보았다. 만성질환 유무의 경우 만성질환이 있는 대상자가 5,560명(79.15%)으로 높았고, 없는 경우는 1,465명(20.85%)으로 나타났다. 주관적 건강 상태는 나쁘다고 생각하는 사람이 3,824명(54.43%)으로 전체의 절반 이상을 차지하는 높은 비율을 보였으며, 보통이라는 응답이 2,178명(31.00%), 좋다는 응답이 1,023명(14.56%)로 나타나 개인의 건강상태 평가가 대체로 부정적임을 알 수 있었다. 일상제한 정도는 제한이 없는 경우가 3,127명(44.51%)으로 절반에 가까운 비율을 차지했다. 제한이 존재하는 경우에서 1개부터 4개까지 제한이 존재한다고 응답한 대상자는 각 1,195명(17.01%), 759명(10.80%), 711명(10.12%), 1,233명(17.55%)으로 나타났다. 우울 정도의 경우 평균 점수는 22.55점(\pm SD 5.48)으로 본 연구에서 활용한 우울 위험군 기준인 16점을 넘어섰으며 우울 고위험군인 25점에 가깝게 나타났다. 또한 최소 점수는 12점, 최대 점수는 44점으로 나타났다. 범주형 변수로 나누어 살펴보니 0~15점(정상)의 경우 446명(6.35%), 16~24점(우울 위험군)의 경우 4,227명(60.17%), 25점 이상(우울 고위험군)의 경우 2,352명(33.48%)으로 나타나 우울감을

느끼는 대상자들이 전체의 90% 이상을 차지함을 알 수 있었다. 스트레스 정도는 스트레스를 느끼지 않는다고 응답한 대상자가 1,429명(20.34%), 조금 느끼는 경우가 3,914명(55.72%), 많이 느끼는 경우가 1,682명(23.94%)으로 전체 대상자의 약 80% 정도가 스트레스를 느끼고 있다는 점을 알 수 있었다.

중속변수인 미충족 의료 경험 여부는 경험한 대상자가 714명(10.16%)이었으며, 경험하지 않은 경우가 6,311명(89.84%)으로 나타났다. 전체 714명 중 미충족 의료 경험 사유는 진료비 부담에 의한 경험이 274명(38.38%), 물리적 접근 제한에 의한 경험이 198명(27.73%), 진료에 대한 부정적 태도에 의한 경험이 224명(31.37%), 기타 사유에 의한 경험이 18명(2.52%)으로 나타나 진료비 부담에 의한 미충족 의료 경험이 가장 많았다.

제 2 절 연구 대상자의 특성 요인과 미충족 의료의 연관성

1. 미충족 의료 경험 여부에 대한 교차분석

국가보훈대상자 노인의 각 특성 요인과 미충족 의료 경험 여부와의 연관성을 측정하기 위해 교차분석(chi-square test)을 실시하였다. 분석 결과 χ^2 값과 p-value 값은 [표 4]와 같다.

결과에 따르면 미충족 의료를 경험한 집단과 경험하지 않은 집단은 성별, 연령, 교육 수준, 배우자 유무, 장애 유무, 경제활동 여부, 사회적 지지, 가족 도움, 민간보험 유무, 주이용 의료제도, 만성질환 유무 주관적 건강상태, 일상 제한 정도, 우울 정도, 스트레스 정도에서 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 모든 요인 중 소인 요인의 보훈 구분만 유의하게 나타나지 않았다.

소인 요인에 포함된 특성 요인에 대한 교차분석 결과 보훈 구분을 제외한 모든 변수가 미충족 의료 경험 여부에 유의한 차이가 있다고 나타났다. 성별의 경우 남자는 512명(9.45%), 여자는 202명(12.55%)으로 남자보다 여자의 경험률이 더 높게 나타났다($\chi^2 = 13.06$, $p < 0.001$). 연령의 경우 65~74세에서 258명(8.53%), 75~84세에서 260명(10.42%), 85세 이상에서 196명(13.02%)로 확인되어 연령이 높아질수록 미충족 의료 경험률이 높았다($\chi^2 = 22.51$, $p < 0.001$). 교육수준은 초등학교 이하에서 312명(13.12%), 중학교부터 고등학교에서 310명(9.29%), 대학교 이상에서 92명(7.02%)으로 교육수준이 높아질수록 미충족 의료 경험률이 낮았다($\chi^2 = 39.75$, $p < 0.001$). 배우자 유무에서는 배우자가 없을 때 334명(13.06%), 있을 때 380명(8.50%)으로 배우자가 없는 경우에 더 미충족 의료 경험률이 높았다($\chi^2 = 36.99$, $p < 0.001$). 장애 유무에서는 장애가 없을 때 452명(9.49%), 있을 때 262명(11.57%)으로 장애가 있을 때 미충족 의료 경험률이 더 높았다

[표 4] 연구 대상자의 미충족 의료 경험 여부 별 일반적 특성 및 교차분석 결과

| 변수 | 구분 | 미충족 의료 경험 여부 | | | | 교차분석 결과 | | |
|---------|--------|--------------|-------|-------|-------|--------------|---------------|---------------|
| | | 있음 | | 없음 | | χ^2 | p | |
| | | n | % | n | % | | | |
| 성별 | 여자 | 512 | 9.45 | 4,904 | 90.55 | 13.06 | <0.001 | |
| | 남자 | 202 | 12.55 | 1,407 | 87.45 | (1) | *** | |
| 연령 | 65~74 | 258 | 8.53 | 2,767 | 91.47 | 22.51 (2) | <0.001 *** | |
| | 75~84 | 260 | 10.42 | 2,235 | 89.58 | | | |
| | 85 이상 | 196 | 13.02 | 1,309 | 86.98 | | | |
| 소인요인 | 교육수준 | 초등이하 | 312 | 13.12 | 2,066 | 86.88 | 39.75 (2) | <0.001 *** |
| | 중~고등 | 310 | 9.29 | 3,026 | 90.71 | | | |
| | 대학이상 | 92 | 7.02 | 1,219 | 92.98 | | | |
| 요인 | 배우자 유무 | 없음 | 334 | 13.06 | 2,223 | 86.94 | 36.99 | <0.001 |
| | 장애 유무 | 있음 | 380 | 8.50 | 4,088 | 91.50 | (1) | *** |
| | 장애 유무 | 없음 | 452 | 9.49 | 4,309 | 90.51 | 7.26 | 0.007 |
| | 장애 유무 | 있음 | 262 | 11.57 | 2,002 | 88.43 | (1) | ** |
| 보훈구분 | 참전관련 | 309 | 10.78 | 2,557 | 89.22 | 2.89 (2) | 0.237 | |
| | 국가임무 | 70 | 8.84 | 722 | 91.16 | | | |
| | 유공자 | 335 | 9.95 | 3,032 | 90.05 | | | |
| 경제활동 여부 | 안함 | 600 | 10.81 | 4,952 | 89.19 | 12.00 | <0.001 | |
| | 참여함 | 114 | 7.74 | 1,359 | 92.26 | (1) | *** | |
| 가능요인 | 사회적 지지 | 없음 | 107 | 17.12 | 518 | 82.88 | 100.40 (3) | <0.001 *** |
| | | 1개 도움 | 124 | 16.21 | 641 | 83.79 | | |
| | | 2개 도움 | 177 | 11.60 | 1,349 | 88.40 | | |
| | 3개 도움 | 306 | 7.45 | 3,803 | 92.55 | | | |
| | 가족 도움 | 없음 | 80 | 14.93 | 456 | 85.07 | | |
| 1종류 | | 251 | 10.57 | 2,123 | 89.43 | | | |
| 2종류 | | 297 | 9.98 | 2,679 | 90.02 | | | |
| 3종류 | | 80 | 7.69 | 960 | 92.31 | | | |
| 4종류 | 6 | 6.06 | 93 | 93.94 | | | | |

| 변수 | 구분 | 미충족 의료 경험 여부 | | | | 교차분석 결과 | | |
|------------------|-------------|--------------|-------|-------|-------|--------------------|---------------|---------------|
| | | 있음 | | 없음 | | χ^2 (d.f.) | p | |
| | | n | % | n | % | | | |
| 가 능 요 인 | 민간보험 | 없음 | 633 | 10.81 | 5,224 | 89.19 | 16.00 | <0.001 |
| | 유무 | 있음 | 81 | 6.93 | 1,087 | 93.07 | (1) | *** |
| | 주이용 의료제도 | 국비/감면 | 343 | 9.35 | 3,326 | 90.65 | 14.39 (2) | <0.001 *** |
| | | 보훈 외 혜택 | 57 | 15.45 | 312 | 84.55 | | |
| | 국민건강 | 314 | 10.51 | 2,673 | 89.49 | | | |
| 만성질환 유무 | 없음 | 121 | 8.26 | 1,344 | 91.74 | 7.35 | 0.007 | |
| | 있음 | 593 | 10.67 | 4,967 | 89.33 | (1) | ** | |
| 주관적 건강상태 | 나쁘다 | 551 | 14.41 | 3,273 | 85.59 | 174.04 (2) | <0.001 *** | |
| | 보통 | 134 | 6.15 | 2,044 | 93.85 | | | |
| | 좋다 | 29 | 2.83 | 994 | 97.17 | | | |
| 필 요 요 인 | 일상 제한 정도 | 없음 | 150 | 4.80 | 2,977 | 95.20 | 212.92 (4) | <0.001 *** |
| | | 1개 제한 | 132 | 11.05 | 1,063 | 88.95 | | |
| | | 2개 제한 | 110 | 14.49 | 649 | 85.51 | | |
| | | 3개 제한 | 97 | 13.64 | 614 | 86.36 | | |
| | | 4개 제한 | 225 | 18.25 | 1,008 | 81.75 | | |
| 우울 정도 | 정상 | 11 | 2.47 | 435 | 97.53 | 232.25 (2) | <0.001 *** | |
| | 위험군 | 285 | 6.74 | 3,942 | 93.26 | | | |
| | 고위험군 | 418 | 17.77 | 1,934 | 82.23 | | | |
| 스트레스 정도 | 거의없음 | 67 | 4.69 | 1,362 | 95.31 | 289.92 (2) | <0.001 *** | |
| | 조금느낌 | 295 | 7.54 | 3,619 | 92.46 | | | |
| | 많이느낌 | 352 | 20.93 | 1,330 | 79.07 | | | |

*** : p<0.001, ** : p < 0.01, * : p < 0.05

($\chi^2 = 7.26$, $p < 0.01$). 보훈 구분에서는 참전 및 관련 피해 대상자가 309명(10.78%), 국가 임무 수행자가 70명(8.84%), 국가 발전 유공자가 335명(9.95%)으로 참전 및 관련 피해 대상자의 미충족 의료 경험 비율이 가장 높았다. 그러나 교차검정 시행 결과에서는 유의하지 않다고 나타났다($\chi^2 = 2.89$, $p = 0.237$).

가능 요인에 포함된 모든 특성 요인이 교차분석 결과 미충족 의료 경험 여부에 유의미한 차이가 있다고 나타났다. 경제활동 여부에서 경제활동에 참여하지 않는 경우 600명(10.81%), 참여하는 경우 114명(7.84%)으로 일을 하지 않을 때 미충족 의료 경험률이 더 높았다($\chi^2 = 12.00$, $p < 0.001$). 사회적 지지에서 도움이 없을 때 107명(17.12%), 1개 도움을 받을 수 있을 때 124명(16.21%), 2개 도움에서 177명(11.60%), 3개 도움에서 306명(7.45%)으로 도움을 받을 수 있는 항목이 많을수록 미충족 의료 경험률이 더 낮았다($\chi^2 = 100.40$, $p < 0.001$). 가족 도움에서는 도움이 없을 때 80명(14.93%), 도움을 받을 수 있는 가족 구분의 수가 늘어날수록 251명(10.57%), 297명(9.98%), 80명(7.69%), 6명(6.06%)으로 나타나 도움을 받을 수 있는 가족이 많을수록 미충족 의료 경험률이 더 낮았다($\chi^2 = 22.64$, $p < 0.001$). 민간보험 유무에서는 민간보험이 없을 때 633명(10.81%), 있을 때 81명(6.93%)으로 민간보험을 가지고 있지 않을 때 미충족 의료 경험률이 더 높게 나타났다($\chi^2 = 16.00$, $p < 0.001$). 주이용 의료제도의 경우 국가유공자 국비 진료 혹은 감면 진료를 이용하는 경우 343명(9.35%), 보훈 외 혜택을 이용하는 경우 57명(15.45%), 국민건강보험을 이용하는 경우 314명(10.51%)으로 국비 혹은 감면진료를 주로 이용할 때 미충족 의료 경험 비율이 더 높았다($\chi^2 = 14.39$, $p < 0.001$).

필요 요인의 모든 변수, 즉 만성질환 유무, 주관적 건강상태, 일상생활 제한, 우울 정도, 스트레스 정도에서 미충족 의료 경험 여부에 차이가 있다고 나타났다. 만성질환 유무에서는 만성질환이 없을 때 121명(8.26%), 있을 때 593명(10.67%)으로 만성질환을 가지고 있을 때 미충족 의료 경험률이 높게 나타났다($\chi^2 = 212.92$, $p < 0.001$). 주관적 건

강 상태는 나쁠 때 551명(14.41%), 보통일 때 134명(6.15%), 좋을 때 29명(2.83%)으로 주관적으로 생각하는 건강 상태가 좋을수록 미충족 의료를 경험하는 비율이 낮았다($\chi^2 = 174.04$, $p < 0.001$). 일상제한 정도의 경우 제한이 없을 때 150명(4.80%), 1개 항목에서 제한이 있을 때 132명(11.05%), 2, 3, 4개 항목 제한에서 각각 110명(14.49%), 97명(13.64%), 225명(18.25%)으로 나타났다. 일상제한 정도가 많을수록 미충족 의료 경험률이 높게 나타났다($\chi^2 = 212.92$, $p < 0.001$). 우울 정도에서 정상 군에서는 11명(2.47%), 우울 위험군에서는 285명(6.74%), 우울 고위험군에서는 418명(17.77%)으로 나타났다. 우울 정도가 심할수록 미충족 의료 경험률이 높게 나타났으며, 정상에 비해 우울 위험군에서 약 3배, 우울 고위험군에서 약 7배 가량 높았다($\chi^2 = 232.25$, $p < 0.001$). 스트레스 정도에서 스트레스를 거의 느끼지 않을 때 67명(4.69%), 조금 느낄 때 295명(7.54%), 많이 느낄 때 352명(20.93%)으로 나타났다. 스트레스 정도가 심할수록 미충족 의료 경험률이 높게 나타났으며, 거의 느끼지 않을 때 보다 많이 느낄 때 약 5배 정도 높았다($\chi^2 = 289.92$, $p < 0.001$).

2. 미충족 의료 경험 사유에 대한 교차분석

다음으로 미충족 의료 경험 사유 별로 국가보훈대상자 노인의 특성 요인과의 연관성을 각각 측정하기 위해 교차분석(chi-square test)을 실시하였다. 경험 사유는 경제성, 가용성 및 편의성, 수용성으로 분석하였고, 기타의 경우 n수가 매우 적고(전체 7,025명 중 18명) 그 사유가 제각각으로 일관성이 존재하지 않아 제외하였다. 각 사유별로 분석 결과 χ^2 값과 p-value 값은 [표 5]와 같다.

미충족 의료 경험 사유별 빈도분석 결과 모든 사유에서 가능 요인 중 가족 도움 변수에서 4종류의 도움, 즉 모든 가족의 구분(동거 자녀, 비동거 자녀, 배우자, 형제)으로부터 도움을 받을 수 있는 연구 대상자는 기대빈도가 5 이하로 확인되어 이후 분석에서 '3종류 이상의 도움' 으로 변수를 조정하여 교차분석을 진행하였다. 필요 요인 중 우울 정도에서 정상 군에 해당하는 연구 대상자는 수가 적었으나, 기대빈도가 5 이상으로 교차 분석이 가능하여 교차 분석을 진행하였다.

[표 5] 연구 대상자의 미충족 의료 경험 사유 별 일반적 특성 및 교차분석 결과

| 변수 | 구분 | 미충족 의료 경험 사유 | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|--------------|-------|-------------|-------------|------------|-------|--------------|---------------|---------------|-------|--------------|---------------|---------------|
| | | 진료비 부담 | | | | 물리적 접근 제한 | | | | 진료에 대한 부정적 태도 | | | | |
| | | n | % | χ^2 | p | n | % | χ^2 | p | n | % | χ^2 | p | |
| 성별 | 남자 | 196 | 38.28 | 5.00 | 0.025 | 142 | 27.73 | 3.34 | 0.068 | 159 | 31.05 | 4.90 | 0.027 | |
| | 여자 | 78 | 38.61 | (1) | * | 56 | 27.72 | (1) | | 65 | 32.18 | (1) | * | |
| 연령 | 65-74 | 123 | 47.67 | 1.35 (2) | 0.509 | 47 | 18.22 | 41.22 (2) | <0.001 *** | 76 | 29.46 | 17.06 (2) | <0.001 *** | |
| | 75-84 | 100 | 38.46 | | | 78 | 30.00 | | | 76 | 29.23 | | | |
| | 85 이상 | 51 | 26.02 | | | 73 | 37.24 | | | 72 | 36.73 | | | |
| 소인 요인 | 교육 수준 | 초등이하 | 108 | 34.62 | 6.16 (2) | 0.046 * | 96 | 30.77 | 21.27 (2) | <0.001 *** | 104 | 33.33 | 17.97 (2) | <0.001 *** |
| | | 중~고등 | 128 | 41.29 | | | 80 | 25.81 | | | 93 | 30.00 | | |
| | | 대학이상 | 38 | 41.30 | | | 22 | 23.91 | | | 27 | 29.35 | | |
| 배우자 유무 | 없음 | 124 | 37.13 | 9.67 | 0.019 | 103 | 30.84 | 21.48 | <0.001 | 103 | 30.84 | 9.18 | 0.002 | |
| | 있음 | 150 | 39.47 | (1) | ** | 95 | 25.00 | (1) | *** | 121 | 31.84 | (1) | ** | |
| 장애 유무 | 없음 | 199 | 44.03 | 3.08 | 0.079 | 106 | 23.45 | 18.91 | <0.001 | 134 | 29.65 | 6.70 | 0.009 | |
| | 있음 | 75 | 28.63 | (1) | | 92 | 35.11 | (1) | *** | 90 | 34.35 | (1) | ** | |
| 보훈 구분 | 참전관련 | 112 | 36.25 | 1.10 (2) | 0.575 | 94 | 30.42 | 9.24 (2) | 0.009 ** | 97 | 31.39 | 1.11 (2) | 0.580 | |
| | 국가임무 | 36 | 51.43 | | | 10 | 14.29 | | | 21 | 30.00 | | | |
| | 유공자 | 126 | 37.61 | | | 94 | 28.06 | | | 106 | 31.64 | | | |

| 변수 | 구분 | 미충족 의료 경험 사유 | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------|--------------|-----|----------|--------------|---------------|-----|----------|--------------|---------------|-----|----------|--------------|---------------|
| | | 진료비 부담 | | | | 물리적 접근 제한 | | | | 진료에 대한 부정적 태도 | | | | |
| | | n | % | χ^2 | p | n | % | χ^2 | p | n | % | χ^2 | p | |
| 가 능 요 인 | 경제 활동 여부 | 미참여 | 223 | 37.17 | 0.95 (1) | 0.329 | 178 | 29.67 | 14.52 (1) | <0.001 *** | 184 | 30.67 | 1.35 (1) | 0.245 |
| | | 참여 | 51 | 44.74 | | | 20 | 17.54 | | | 40 | 35.09 | | |
| | 사회적 지지 | 0 | 42 | 39.25 | 52.72 (3) | <0.001 *** | 32 | 29.91 | 36.68 (3) | <0.001 *** | 31 | 28.97 | 11.57 (3) | 0.009 ** |
| | | 1 | 55 | 44.35 | | | 36 | 29.03 | | | 30 | 24.19 | | |
| | | 2 | 67 | 37.85 | | | 52 | 29.38 | | | 53 | 29.94 | | |
| | 가족 도움 | 0 | 110 | 35.95 | 14.11 (3) | 0.003 ** | 78 | 25.49 | 15.91 (3) | 0.001 ** | 110 | 35.95 | 1.95 (3) | 0.582 |
| | | 1 | 34 | 42.50 | | | 26 | 32.50 | | | 19 | 23.75 | | |
| | | 2 | 104 | 41.43 | | | 65 | 25.90 | | | 77 | 30.68 | | |
| | | 3 | 101 | 34.01 | | | 90 | 30.30 | | | 99 | 33.33 | | |
| | 민간 보험 | 없음 | 35 | 40.70 | 2.01 (1) | 0.156 | 17 | 19.77 | 5.33 (1) | 0.021 | 29 | 33.72 | 12.32 (1) | <0.001 *** |
| | | 있음 | 237 | 37.44 | | | 21 | 25.93 | | | 18 | 22.22 | | |
| | 주이용 의료 제도 | 국비/감면 | 109 | 31.78 | 19.62 (2) | <0.001 *** | 111 | 32.36 | 13.30 (2) | 0.001 ** | 114 | 33.24 | 0.17 (2) | 0.920 |
| | | 보훈 외 혜택 | 23 | 40.35 | | | 20 | 35.09 | | | 12 | 21.05 | | |
| | | 국민건강 | 142 | 45.22 | | | 67 | 21.34 | | | 98 | 31.21 | | |

| 변수 | 구분 | 미충족 의료 경험 사유 | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|--------------|-------|----------|--------|-----------|-------|----------|--------|---------------|-------|----------|-------|--------|
| | | 진료비 부담 | | | | 물리적 접근 제한 | | | | 진료에 대한 부정적 태도 | | | | |
| | | n | % | χ^2 | p | n | % | χ^2 | p | n | % | χ^2 | p | |
| 필요 요인 | 만성 질환 유무 | 없음 | 58 | 47.93 | 0.02 | 0.896 | 23 | 19.01 | 10.53 | 0.001 | 35 | 28.93 | 3.83 | 0.050 |
| | | 있음 | 216 | 36.42 | (1) | | 175 | 29.51 | (1) | ** | 189 | 31.87 | (1) | |
| | 주관적 건강 상태 | 나쁨 | 202 | 36.66 | 45.23 | <0.001 | 167 | 30.31 | 75.99 | <0.001 | 168 | 30.49 | 42.36 | <0.001 |
| | | 보통 | 57 | 42.54 | | | 28 | 20.90 | | | 46 | 34.33 | | |
| | | 좋음 | 15 | 51.72 | | | 3 | 10.34 | | | 10 | 34.48 | | |
| | 일상 제한 정도 | 없음 | 78 | 52.00 | 40.09 | <0.001 | 27 | 18.00 | 151.53 | <0.001 | 38 | 25.33 | 84.40 | <0.001 |
| | | 1개제한 | 59 | 44.70 | | | 28 | 21.21 | | | 43 | 32.58 | | |
| | | 2개제한 | 53 | 48.18 | | | 19 | 17.27 | | | 35 | 31.82 | | |
| | | 3개제한 | 31 | 31.96 | | | 31 | 31.96 | | | 32 | 32.99 | | |
| | 우울 정도 | 4개제한 | 53 | 23.56 | 93 | 41.33 | 76 | 33.78 | | | | | | |
| | | 정상 | 2 | 18.18 | 66.16 | <0.001 | 4 | 36.36 | 84.70 | <0.001 | 5 | 45.45 | 7.12 | <0.001 |
| | | 위험 | 121 | 42.46 | | | 67 | 23.51 | | | 85 | 29.82 | | |
| | 고위험 | 151 | 36.12 | 127 | | | 30.38 | 134 | | | 32.06 | | | |
| | 스트레스 정도 | 거의없음 | 23 | 34.33 | 134.84 | <0.001 | 25 | 37.31 | 59.66 | <0.001 | 17 | 25.37 | 76.00 | <0.001 |
| 조금 | | 106 | 35.93 | 80 | | | 27.12 | 101 | | | 34.24 | | | |
| 많이있음 | | 145 | 41.19 | 93 | | | 26.42 | 106 | | | 30.11 | | | |

소인 요인 중 모든 사유에서 유의하게 나타난 것은 교육수준과 배우자 유무였다. 그 외에 진료비 부담 사유에서는 성별, 물리적 접근 제한 사유에서는 연령, 장애 유무, 보훈 구분이었다. 진료에 대한 부정적 태도 사유에서는 성별, 연령, 장애 유무가 유의하게 나타났다. 성별의 경우 세 그룹 모두에서 남성과 여성의 미충족 의료 경험 비율이 큰 차이를 보이지 않았으나, 교차분석 결과 유의했던 진료비 부담 사유와 진료에 대한 부정적 태도 사유에서 모두 여성이 근소한 차이로 높게 나타났다. 연령의 경우 교차분석에서 유의했던 물리적 접근 제한 사유와 진료에 대한 부정적 태도 사유에서 모두 85세 이상에서 경험률이 가장 높았다. 그러나 진료비 부담 사유에서는 연령이 낮을수록 경험률이 높게 나타나 상반되는 결과가 나타났다. 교육수준은 모든 사유에서 교차분석 결과가 유의했다. 그러나 진료비 부담 사유에서는 학력이 높을수록 미충족 의료 경험률이 높았고 다른 두 사유에서는 학력이 낮을수록 미충족 의료 경험률이 높았다. 배우자 유무 역시 모든 사유에서 교차분석 결과가 유의했으며, 진료비 부담 사유와 진료에 대한 부정적 태도에서는 배우자가 있을 때, 물리적 접근 제한 사유에서는 배우자가 없을 때 미충족 의료 경험률이 높았다. 장애 유무의 경우 교차분석에서 유의했던 물리적 접근 제한 사유와 진료에 대한 부정적 태도 사유에서 장애가 있을 때 미충족 의료 경험률이 높게 나타났다. 반면 진료비 부담 사유에서는 장애가 없을 때 미충족 의료 경험률이 높았다. 보훈 구분의 경우 물리적 접근 제한 사유에서만 교차분석 결과가 유의했는데, 참전 및 관련 피해 대상자, 국가발전 유공자, 국가 임무 수행자 순으로 미충족 의료 경험률이 높게 나타났다. 진료비 부담 사유에서는 국가 임무 수행자가, 진료에 대한 부정적 태도에서는 국가 발전 유공자가 가장 높은 비율로 미충족 의료를 경험했다고 나타났다.

가능 요인 중 모든 사유에서 유의했던 요인 사회적 지지였다. 그 외에 진료비 부담 사유에서는 가족 도움과 주이용 의료제도, 물리적 접근 제한 사유에서는 경제활동 여부, 가족 도움, 주이용 의료제도가, 진료에 대

한 부정적 태도 사유에서는 민간보험 유무가 유의하게 나타났다. 경제활동 여부의 경우 물리적 접근 제한 사유에서만 유의했으며, 경제활동에 참여하지 않을 때 미충족 의료 경험률이 높았다. 반면 다른 두 사유에서는 경제활동에 참여할 때 미충족 의료 경험률이 높게 나타났다. 사회적 지지의 경우 모든 사유에서 유의했다. 진료비 부담 사유와 물리적 접근 제한 사유에서는 사회적으로 도움을 받을 수 있는 항목이 가장 많을 때 미충족 의료 경험률이 가장 낮았다. 그러나 진료에 대한 부정적 태도에서는 같은 상황에서 미충족 의료 경험률이 가장 높게 나타나 상반된 결과를 보여주었다. 가족 도움의 경우 진료비 부담 사유와 물리적 접근 제한 사유에서 유의하게 나타났는데, 도움을 하나도 받지 못하는 대상자들의 미충족 의료 경험률이 가장 높게 나타났다. 반면 진료에 대한 부정적 태도 사유에서는 사회적 지지와 유사하게 같은 상황에서 미충족 의료 경험률이 가장 높게 나타나는 상반된 결과가 나타났다. 민간보험 유무의 경우 진료에 대한 부정적 태도 사유에서만 유의했으며, 보험이 없을 때 미충족 의료 경험률이 높았다. 물리적 접근 제한 사유에서는 동일하게 보험이 없을 때 경험률이 높았으며, 진료비 부담 사유에서는 민간보험이 있을 때 더 많이 경험했다. 주이용 의료제도의 경우 진료비 부담 사유와 물리적 접근 제한 사유에서 유의하게 나타났다. 세부적으로 진료비 부담 사유에서는 국민건강보험을 이용하는 대상자가, 물리적 접근 제한 사유에서는 보훈 외 혜택(의료 급여, 군병원 등 기타 사유)에서 미충족 의료 경험률이 가장 높았다. 진료에 대한 부정적 태도 사유에서는 국비 및 감면 진료 대상자들의 미충족 의료 경험률이 가장 높게 확인되었다.

필요 요인의 경우 모든 변수가 최소 1개 이상의 미충족 의료 경험 사유에서 교차분석 결과 유의하게 나타났다. 만성질환 유무는 물리적 접근 제한 사유에서만 유의하게 나타났으며, 만성질환이 있을 때 미충족 의료 경험률이 높았다. 진료에 대한 부정적 태도 사유에서도 만성질환이 있을 때 경험률이 높았으나, 진료비 부담 사유에서는 만성질환이 없을 때 경험률이 높게 나타나 상반된 결과가 보여졌다. 주관적 건강 상태에서는

진료비 부담 사유와 진료에 대한 부정적 태도 사유에서 주관적 건강 상태가 좋을수록 미충족 의료 경험률이 높게 나타났다. 물리적 접근 제한 사유에서는 반대로 주관적 건강 상태가 나쁠수록 경험률이 높았다. 일상 제한 정도는 진료비 부담 사유에서는 제한이 없을 때, 다른 두 사유에서는 제한이 가장 많을 때 미충족 의료 경험률이 가장 높았다. 그러나 일관된 방향으로 경험률의 증감은 나타나지 않았다. 우울 정도의 경우 역시 일관된 방향으로 나타나지는 않았으나 진료비 부담 사유에서는 우울 위험군(16~24점)에서, 다른 두 사유에서는 정상군(15점 이하)에서 미충족 의료 경험률이 높았다. 스트레스 정도의 경우 진료비 부담 사유에서는 스트레스가 많을 때, 물리적 접근 제한 사유에서는 거의 없을 때, 진료에 대한 부정적 태도 사유에서는 조금 있을 때 미충족 의료 경험률이 가장 높아 양상이 모두 다르게 나타났다.

정리하자면, 교차분석 결과 모든 사유에서 유의하게 나타난 요인은 소인 요인 중 교육수준과 배우자 유무, 가능 요인 중 사회적 지지, 필요 요인 중 주관적 건강 상태, 일상 제한정도, 우울 정도, 스트레스 정도로 총 7가지이다.

진료비 부담과 물리적 접근 제한 사유에서 유의하게 나타난 변수로는 가능 요인 중 가족 도움과 주이용 의료 제도였으며 진료비 부담과 진료에 대한 부정적 태도 사유에서 유의했던 변수는 소인 요인 중 성별이었다. 물리적 접근 제한 사유와 진료에 대한 부정적 태도 사유에서 유의했던 변수는 소인 요인 중 연령과 장애유무이다. 그 외에 물리적 접근 제한 사유에서만 유의했던 변수는 소인 요인 중 보훈 구분, 가능 요인 중 경제활동 여부, 필요 요인 중 만성질환 유무로 교차분석 결과 유의했던 변수가 가장 많았다. 진료에 대한 부정적 태도 사유에서만 유의했던 변수로는 가능 요인 중 민간보험 유무였다.

이처럼 미충족 의료 경험 사유의 각 사유에서 연관성이 유의하게 나타난 요인들은 앞서 시행한 미충족 의료 경험 여부의 교차분석에서 유의하

게 나타났던 변수들과 완전하게 일치하지 않는 것으로 나타났으며, 각 사유 간의 교차분석 결과에서도 유의한 변수들의 차이가 존재함을 볼 수 있다. 또한 모든 사유에서 연관성이 존재한다고 나타났지만 세부적으로 미충족 의료 경험률은 각 사유별로 분포가 다르게 나타기도 하였다. 그러나 본 연구에서 살펴보고자 하는 연구 대상자의 모든 특성 요인은 미충족 의료 경험 여부나 사유 중 최소 한 가지 이상과 연관성이 있다고 나타났다. 이에 다음 분석에서 미충족 의료 경험 여부 및 모든 사유에 대해 이항 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

제 3 절 연구 대상자의 미충족 의료 관련 요인 분석

미충족 의료 경험 및 사유와 관련 있는 국가보훈대상자 노인의 특성 요인을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. ‘미충족 의료 경험 여부에 대한 관련 요인 분석’을 Model 1, ‘진료비 부담에 의한 미충족 의료 경험에 대한 관련 요인 분석’을 Model 2, ‘물리적 접근 제한에 의한 미충족 의료 경험에 대한 관련 요인 분석’을 Model 3, ‘진료에 대한 부정적 태도에 의한 미충족 의료 경험에 대한 관련 요인 분석’을 Model 4로 하여 총 4가지 로지스틱 회귀 모델로 분석을 진행하였다. 모든 모델에서 미충족 의료 경험이 있음을 ‘1’, 없음을 ‘0’으로 하여 분석한 결과는 각각 [표 6], [표 7], [표 8], [표 9]과 같다.

분석에 앞서, 본 연구에서 고려한 독립변수 간 다중공선성 문제 여부를 확인하기 위해 VIF(Variation Inflation Factor) 값을 확인하였다. 모든 모델에서 모든 변수의 공차한계가 1 이하로 나타났으며, VIF 값이 모두 5 이하로 나타나 일반적 기준치인 10 이상으로 나타나는 변수가 없는 것으로 확인되었다. 따라서 분석에 사용된 변수 중 다중공선성을 의심할만한 경우가 존재하지 않는다고 판단하였다.

미충족 의료 경험 여부에 대한 로지스틱 회귀분석 결과(Model 1)를 살펴보니 소인 요인에서는 보훈 구분(국가 발전 유공자만 해당), 가능 요인에서는 사회적 지지와 주이용 의료제도(국민건강보험만 해당), 필요 요인에서는 주관적 건강 상태, 일상제한 정도, 우울 정도, 그리고 스트레스 정도(많은 스트레스만 해당)가 유의하게 나타났다. 세부적으로 살펴보면, 소인 요인 중 보훈 구분에서는 참전 및 관련 피해자보다 국가 발전 유공자가 0.791배($p < 0.05$) 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 가능 요인 중 사회적 지지에서는 도움을 받지 않을 때 보다 도움을 받는 항목이 늘어날수록 미충족 의료를 0.783배($p < 0.001$) 더 높게 경험한다고 나타났다. 주이용 의료 제도의 경우 국비 및 감면 진료를 주로 이용하는 대상자보다 국민건강보험을 주로 이용하는 대상자가 1.314배

[표 6] 미충족 의료 경험 여부에 대한 로지스틱 회귀분석 결과
(Model 1)

| 변수 | 구분 | OR | 95% C.I. | | p-value |
|----------------|------------|-------|----------|-------|-----------|
| | | | lower | upper | |
| 성별 | 남자 | 1 | | | |
| | 여자 | 1.069 | 0.811 | 1.410 | 0.637 |
| 연령 | 65-74 | 1 | | | |
| | 75-84 | 1.026 | 0.839 | 1.256 | 0.802 |
| | 85 이상 | 0.918 | 0.718 | 1.173 | 0.496 |
| 소인요인 교육수준 | 초등이하 | 1 | | | |
| | 중~고등 | 0.778 | 0.702 | 1.026 | 0.090 |
| | 대학이상 | 0.778 | 0.591 | 1.018 | 0.071 |
| 배우자 유무 | 없음 | 1 | | | |
| | 있음 | 0.803 | 0.635 | 1.018 | 0.069 |
| 장애 유무 | 없음 | 1 | | | |
| | 있음 | 0.886 | 0.737 | 1.062 | 0.192 |
| 보훈구분 | 참전관련 | 1 | | | |
| | 국가임무 | 0.824 | 0.605 | 1.110 | 0.211 |
| | 유공자 | 0.791 | 0.643 | 0.972 | 0.026* |
| 경제활동 여부 | 미참여 | 1 | | | |
| | 참여 | 1.233 | 0.967 | 1.563 | 0.087 |
| 가능요인 사회적 지지 | 0~3 | 0.783 | 0.722 | 0.849 | <0.001*** |
| | 가족도움 | 1.100 | 0.979 | 1.236 | 0.141 |
| | 민간보험 유무 | 없음 | 1 | | |
| 주이용 의료제도 | 있음 | 0.861 | 0.658 | 1.116 | 0.267 |
| | 국비/감면 | 1 | | | |
| | 보훈 외 혜택 | 1.280 | 0.914 | 1.767 | 0.141 |
| | 국민건강보험 | 1.314 | 1.097 | 1.573 | 0.003** |

| 변수 | 구분 | OR | 95% C.I. | | p-value | |
|------------|--------------|-------|----------|-------|---------|-----------|
| | | | lower | upper | | |
| 만성질환 유무 | 없음 | 1 | | | | |
| | 있음 | 0.852 | 0.683 | 1.069 | 0.161 | |
| 필요 요인 | 주관적 건강 상태 | 나쁨 | 1 | | | |
| | | 보통 | 0.694 | 0.548 | 0.874 | 0.002** |
| | | 좋음 | 0.400 | 0.257 | 0.600 | <0.001*** |
| | 일상제한 정도 | 0~4개 | 1.132 | 1.060 | 1.210 | <0.001*** |
| | 우울 정도 | 0~44점 | 1.061 | 1.043 | 1.080 | <0.001*** |
| | 스트레스 정도 | 거의 없음 | 1 | | | |
| | | 조금 | 1.081 | 0.818 | 1.447 | |
| | | 많음 | 2.069 | 1.522 | 2.841 | <0.001*** |

*** : $p < 0.001$, ** : $p < 0.01$, * : $p < 0.05$

($p < 0.01$) 미충족 의료를 경험할 확률이 높은 것으로 나타났다. 필요 요인 중 주관적 건강 상태는 나쁨 때 보다 ‘보통’의 수준에서 0.694배 ($p < 0.01$), ‘ 좋음’의 수준에서 0.400배 ($p < 0.001$) 미충족 의료의 경험 확률이 높게 나타났다. 일상제한 정도의 경우 제한이 존재하는 항목이 하나도 없을 때에 비해 제한되는 항목이 늘어날수록 미충족 의료를 1.132배 ($p < 0.001$) 더 높게 경험한다고 나타났다. 우울 정도는 점수가 높아질수록 미충족 의료를 1.061배 ($p < 0.001$) 더 높게 경험한다고 나타났다. 스트레스 정도의 경우 거의 없을 때 보다 조금 있을 때는 유의한 관련성이 나타나지 않았지만, 스트레스가 많을 때는 2.069배 ($p < 0.001$) 미충족 의료를 더 높게 경험한다고 나타났다.

진료비 부담에 의한 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 (Model 2)를 살펴보니 소인 요인에서는 연령(85세 이상만 해당)과 장애 유무, 가능 요인에서는 사회적 지지와 주이용 의료제도, 필요 요인에

[표 7] 진료비 부담에 의한 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀분석 결과(Model 2)

| 변수 | 구분 | OR | 95% C.I. | | p-value | |
|----------|---------|-------|----------|-------|-----------|-----------|
| | | | lower | upper | | |
| 성별 | 남자 | 1 | | | | |
| | 여자 | 1.036 | 0.685 | 1.567 | | |
| 연령 | 65-74 | 1 | | | | |
| | 75-84 | 0.921 | 0.683 | 1.239 | | |
| | 85 이상 | 0.600 | 0.402 | 0.886 | 0.011* | |
| 소인요인 | 초등이하 | 1 | | | | |
| | 중~고등 | 0.731 | 0.639 | 1.147 | 0.585 | |
| | 대학이상 | 0.731 | 0.477 | 1.100 | 0.011 | |
| 배우자 유무 | 없음 | 1 | | | | |
| | 있음 | 0.927 | 0.650 | 1.327 | 0.295 | |
| 장애 유무 | 없음 | 1 | | | | |
| | 있음 | 0.662 | 0.489 | 0.888 | 0.007** | |
| 보훈구분 | 참전관련 | 1 | | | | |
| | 국가임무 | 1.130 | 0.733 | 1.707 | 0.579 | |
| | 유공자 | 0.852 | 0.618 | 1.171 | 0.328 | |
| 경제활동 여부 | 미참여 | 1 | | | | |
| | 참여 | 1.048 | 0.734 | 1.476 | 0.791 | |
| 가능요인 | 사회적 지지 | 0~3 | 0.801 | 0.710 | 0.905 | <0.001*** |
| | 가족도움 | 0~3 | 1.019 | 0.855 | 1.215 | 0.830 |
| 민간보험 유무 | 없음 | 1 | | | | |
| | 있음 | 0.842 | 0.567 | 1.221 | 0.378 | |
| 주이용 의료제도 | 국비/감면 | 1 | | | | |
| | 보훈 외 혜택 | 1.522 | 0.911 | 2.447 | 0.095 | |
| | 국민건강보험 | 1.793 | 1.359 | 2.372 | <0.001*** | |

| 변수 | 구분 | OR | 95% C.I. | | p-value | |
|----------|--------------|----------|------------|----------------|---------|-----------|
| | | | lower | upper | | |
| 필요 요인 | 만성질환 유무 | 없음 있음 | 1 0.768 | 0.562 1.063 | 0.104 | |
| | 주관적 건강 상태 | 나쁨 | 1 | | | |
| | | 보통 | 0.581 | 0.408 | 0.819 | 0.002** |
| | | 좋음 | 0.375 | 0.200 | 0.661 | 0.001** |
| | 일상제한 정도 | 0~4개 | 0.913 | 0.824 | 1.012 | 0.084 |
| | 우울 정도 | 0~44점 | 1.068 | 1.041 | 1.097 | <0.001*** |
| | 스트레스 정도 | 거의 없음 | 1 | | | |
| | | 조금 | 1.168 | 0.742 | 1.913 | 0.519 |
| | | 많음 | 2.707 | 1.658 | 4.579 | <0.001*** |

*** : p<0.001, ** : p < 0.01, * : p < 0.05

서는 주관적 건강상태, 우울 정도, 스트레스 정도(많은 스트레스만 해당)가 유의하게 나타났다. 세부적으로 살펴보면, 소인 요인 중 연령의 경우 ‘65~74세’에 비해 ‘75~84세’는 유의한 관련성이 나타나지 않았지만, ‘85세 이상’의 경우 0.600배(p<0.05) 미충족 의료를 더 경험하는 것으로 나타났다. 장애 유무에서는 장애가 없을 때에 비해 있을 때 0.662배(p<0.01) 미충족 의료를 더 경험한다고 나타났다. 가능 요인 중 사회적 지지의 경우 사회적으로 도움을 받지 않을 때 보다 도움을 받는 항목이 늘어날수록 미충족 의료를 0.801배(p<0.001) 더 높게 경험한다고 나타났다. 주이용 의료제도의 경우국비 및 감면 진료를 주로 이용하는 대상자보다 국민건강보험을 주로 이용하는 대상자가 1.793배(p<0.001) 미충족 의료를 더 경험한다고 나타났다. 필요 요인 중 주관적 건강 상태는 나쁨 때 보다 ‘보통’의 수준에서 0.581배(p<0.01), ‘ 좋음’의 수준에서 0.375배(p<0.01) 미충족 의료 경험 확률이 더 높게 나타났다. 우울 정도는 점수가 높아질수록 미충족 의료를 1.068배

($p < 0.001$) 더 높게 경험한다고 나타났다. 스트레스 정도의 경우 거의 없을 때 보다 조금 있을 때는 유의한 관련성이 나타나지 않았지만, 스트레스가 많을 때는 2.707배($p < 0.001$) 미충족 의료를 더 높게 경험한다고 나타났다.

물리적 접근 제한에 의한 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀분석 결과(Model 3)을 살펴보니 소인 요인 중 연령(75~84세만 해당)과 보훈 구분(국가 임무 수행자만 해당), 가능 요인 중 사회적 지지, 필요 요인 중 주관적 건강 상태(좋음만 해당), 일상제한 정도, 우울 정도가 유의하게 나타났다. 소인 요인 중 연령의 경우 '65~74세'에 비해 '75~84세'에서 1.570배($p < 0.05$) 미충족 의료를 더 경험하는 것으로 나타났다. 보훈 구분의 경우 참전 및 관련 피해 대상자보다 국가 임무 수행자에서 0.385배($p < 0.01$) 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 가능 요인 중 사회적 지지의 경우 도움을 받지 않을 때 보다 도움을 받는 항목이 늘어날수록 미충족 의료를 0.760배($p < 0.001$)씩 더 높게 경험한다고 나타났다. 필요 요인에서 주관적 건강 상태는 나쁠 때 보다 좋을 때 0.239배($p < 0.05$) 미충족 의료 경험 확률이 높게 나타났다. 일상제한 정도의 경우 제한이 하나도 없을 때에 비해 제한되는 항목이 늘어날수록 미충족 의료를 1.332배($p < 0.001$)씩 더 높게 경험한다고 나타났다. 우울 정도는 우울의 수준이 높아질수록 미충족 의료를 1.064배($p < 0.001$) 더 높게 경험한다고 나타났다.

진료에 대한 부정적 태도에 의한 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀분석 결과(Model 4)를 살펴보니, 가능 요인에서 경제활동 여부, 사회적 지지, 민간보험 여부, 필요 요인에서 일상제한 정도와 우울 정도, 스트레스 정도(많은 스트레스만 해당)가 유의하게 나타났다. 가능 요인 중 경제활동 여부에서는 경제활동에 참여하지 않을 때 보다 참여할 때 1.593배($p < 0.05$) 미충족 의료를 경험할 확률이 높은 것으로 나타났다. 사회적 지지의 경우 사회적 도움을 받지 않을 때 보다 도움을 받는 항목

[표 8] 물리적 접근 제한에 의한 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀분석 결과(Model 3)

| 변수 | 구분 | OR | 95% C.I. | | p-value |
|----------|---------|-------|----------|-------|-----------|
| | | | lower | upper | |
| 성별 | 남자 | 1 | | | |
| | 여자 | 1.083 | 0.660 | 1.783 | 0.753 |
| | | | | | |
| 연령 | 65-74 | 1 | | | |
| | 75-84 | 1.570 | 1.067 | 2.334 | 0.024* |
| | 85 이상 | 1.552 | 1.001 | 2.425 | 0.051 |
| 소인요인 | 교육수준 | | | | |
| | 초등이하 | 1 | | | |
| | 중~고등 | 0.855 | 0.640 | 1.244 | 0.503 |
| 배우자 유무 | 대학이상 | 0.855 | 0.506 | 1.390 | 0.541 |
| | 없음 | 1 | | | |
| 장애 유무 | 있음 | 0.695 | 0.460 | 1.055 | 0.085 |
| | 없음 | 1 | | | |
| 보훈구분 | 있음 | 1.154 | 0.846 | 1.573 | 0.364 |
| | 참전관련 | 1 | | | |
| | 국가임무 | 0.385 | 0.181 | 0.740 | 0.007** |
| 경제활동 여부 | 유공자 | 0.704 | 0.484 | 1.016 | 0.064 |
| | 미참여 | 1 | | | |
| 사회적 지지 | 참여 | 1.126 | 0.658 | 1.844 | 0.650 |
| | 0~3 | 0.760 | 0.660 | 0.877 | <0.001*** |
| 가족도움 유무 | 0~3 | 1.086 | 0.876 | 1.345 | 0.449 |
| | 없음 | 1 | | | |
| 민간보험 유무 | 있음 | 1.257 | 0.752 | 2.009 | 0.359 |
| | 없음 | 1 | | | |
| 주이용 의료제도 | 국비/감면 | 1 | | | |
| | 보훈 외 혜택 | 1.279 | 0.744 | 2.102 | 0.350 |
| | 국민건강보험 | 0.882 | 0.630 | 1.227 | 0.460 |

| 변수 | 구분 | OR | 95% C.I. | | p-value |
|-----|-----------|----------|------------|----------------|-----------|
| | | | lower | upper | |
| 필요인 | 만성질환 유무 | 없음 있음 | 1 1.070 | 0.689 1.736 | 0.772 |
| | 주관적 건강 상태 | 나쁨 | 1 | | |
| | | 보통 | 0.739 | 0.456 1.166 | 0.205 |
| | | 좋음 | 0.239 | 0.057 0.676 | 0.019* |
| | 일상제한 정도 | 0~4개 | 1.332 | 1.179 1.509 | <0.001*** |
| | 우울 정도 | 0~44점 | 1.064 | 1.032 1.097 | <0.001*** |
| | 스트레스 정도 | 거의 없음 | 1 | | |
| | | 조금 | 0.677 | 0.428 1.105 | 0.105 |
| | | 많음 | 0.877 | 0.527 1.498 | 0.621 |

*** : p<0.001, ** : p < 0.01, * : p < 0.05

이 늘어날수록 미충족 의료를 0.857배(p<0.05) 더 높게 경험한다고 나타났다. 민간보험 유무의 경우 민간보험이 없을 때 보다 있을 때 0.569배(p<0.05) 미충족 의료를 경험할 확률이 높은 것으로 나타났다. 필요인 중 일상제한 정도의 경우 제한이 존재하는 항목이 하나도 없을 때에 비해 제한되는 항목이 늘어날수록 미충족 의료를 1.227배(p<0.001) 씩 더 높게 경험한다고 나타났다. 우울 정도의 경우 우울 수준이 높아질수록 미충족 의료를 1.034배(p<0.001) 더 높게 경험한다고 나타났다. 스트레스 정도의 경우 거의 없을 때 보다 조금 있을 때는 유의한 관련성이 나타나지 않았지만, 스트레스가 많을 때는 2.703배(p<0.001) 미충족 의료를 더 높게 경험한다고 나타났다.

[표 9] 진료에 대한 부정적 태도에 의한 미충족 의료 경험에 대한 로지스틱 회귀분석 결과(Model 4)

| 변수 | 구분 | OR | 95% C.I. | | p-value |
|----------------------------|---------|-------|----------|-------|---------|
| | | | lower | upper | |
| 성별 | 남자 | 1 | | | |
| | 여자 | 1.148 | 0.721 | 1.833 | 0.562 |
| 연령 | 65-74 | 1 | | | |
| | 75-84 | 0.952 | 0.672 | 1.347 | 0.779 |
| | 85 이상 | 1.091 | 0.730 | 1.631 | 0.671 |
| 소인요인 교육수준 | 초등이하 | 1 | | | |
| | 중~고등 | 0.733 | 0.599 | 1.127 | 0.223 |
| | 대학이상 | 0.733 | 0.454 | 1.151 | 0.190 |
| 배우자 유무 | 없음 | 1 | | | |
| | 있음 | 0.805 | 0.542 | 1.204 | 0.287 |
| 장애 유무 | 없음 | 1 | | | |
| | 있음 | 1.041 | 0.771 | 1.401 | 0.791 |
| 보훈구분 | 참전관련 | 1 | | | |
| | 국가임무 | 0.826 | 0.482 | 1.357 | 0.467 |
| | 유공자 | 0.804 | 0.566 | 1.135 | 0.218 |
| 경제활동 여부 | 미참여 | 1 | | | |
| | 참여 | 1.593 | 1.062 | 2.351 | 0.021* |
| 가 능 요 인 사회적 지지 | 0~3 | 0.857 | 0.748 | 0.985 | 0.027* |
| | 가족도움 | 0~3 | 1.162 | 0.956 | 1.413 |
| 민간보험 유무 | 없음 | 1 | | | |
| | 있음 | 0.569 | 0.331 | 0.922 | 0.030* |
| 주이용 의료제도 | 국비/감면 | 1 | | | |
| | 보훈 외 혜택 | 0.797 | 0.407 | 1.428 | 0.475 |
| | 국민건강보험 | 1.163 | 0.864 | 1.563 | 0.319 |

| 변수 | 구분 | OR | 95% C.I. | | p-value | |
|-----|-----------|----------|------------|----------------|---------|-----------|
| | | | lower | upper | | |
| 필요인 | 만성질환 유무 | 없음 있음 | 1 0.957 | 0.659 1.427 | 0.824 | |
| | 주관적 건강 상태 | 나쁨 | 1 | | | |
| | | 보통 | 0.952 | 0.637 | 1.405 | 0.806 |
| | | 좋음 | 0.618 | 0.286 | 1.210 | 0.186 |
| | 일상제한 정도 | 0~4개 | 1.227 | 1.096 | 1.375 | <0.001*** |
| | 우울 정도 | 0~44점 | 1.034 | 1.005 | 1.064 | 0.022* |
| | 스트레스 정도 | 거의 없음 | 1 | | | |
| | | 조금 | 1.615 | 0.974 | 2.841 | 0.078 |
| | | 많음 | 2.703 | 1.554 | 4.948 | <0.001*** |

*** : p<0.001, ** : p < 0.01, * : p < 0.05

제 5 장 고 찰

제 1 절 연구결과 고찰

본 연구는 국가보훈대상자 노인의 다양한 특성 요인에 따른 미충족 의료 경험의 차이를 파악하고 관련 요인을 규명하고자 수행되었으며, Andersen의 행동모델을 적용하여 특성 요인을 소인 요인, 가능 요인, 필요 요인으로 나누어 분석하였다. 연구 목적을 달성하기 위해 국가보훈부에서 3년마다 시행하고 있는 국가보훈대상자 생활실태조사 2021년 데이터를 활용하여 만 65세 이상 노인인구 7,025명을 대상으로 선정하였으며, 연구 대상자의 미충족 의료 현황을 파악하고 경험 여부 및 사유에 영향을 미치는 요인에 대해 알아보하고자 하였다. 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 경험 여부 차이에 관한 주요 연구 결과는 다음과 같다.

1. 미충족 의료를 경험하는 국가보훈대상자 노인의 일반적 특성

연구 대상자의 보훈구분 중 가장 높은 비율을 차지하는 것은 참전유공자였으며, 그 다음으로 국가유공자 유족, 본인, 고엽제 후유(의)증자 순으로 나타났다. 이는 실제 국가보훈대상자 전체 집단에서의 비율 차이도 존재하지만, 구분 대상 별 연령대의 차이가 존재하기 때문으로 보이기도 한다. 또한 국가보훈대상자 집단 전체의 대부분이 노인에 해당하기도 하지만, 6.25 전쟁이나 월남전 등 전쟁에 직접 참여한 집단에서 평균 연령이 다른 집단에 비해 상대적으로 높은 이유도 있다.

연구 대상자의 특성 요인별로 여성, 후기 노인(85세 이상), 초등학교 이하의 교육수준, 배우자 없음, 장애 있음, 보훈 구분 중 참전 및 관련 피해자, 경제활동에 참여하지 않음, 사회적 지지가 낮음, 가족 도움 없음, 민간보험 없음, 주이용 의료제도가 의료급여와 군병원 등의 보훈 외

혜택, 만성질환이 있음, 주관적 건강 상태가 나쁨, 일상제한 정도가 높음, 우울 고위험군, 스트레스가 많을 때 미충족 의료를 더 높게 경험한 것으로 나타났다. 이를 통해 미충족 의료를 더 많이 경험한 국가보훈대상자 노인의 일반 특성을 확인할 수 있었다. 또한 미충족 의료 경험 사유에 따른 특성 요인 분석에서도 각 사유에 따라 요인의 분포가 달라짐을 볼 수 있는데, 이는 미충족 의료 경험 여부에 대한 분석뿐만 아니라 세부적인 경험 사유에 대해서도 추가적인 분석이 필요하며, 미충족 의료 경험 사유에 따라서 대상자 별로 다른 접근이 필요할 수 있음을 시사한다.

2. 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 경험 여부와 사유의 현황

연구 대상자 중 미충족 의료를 경험한 사람은 714명으로 전체 연구 대상자의 10.16%를 차지하였다. 2021년 국가보훈대상자 실태조사 보고서에서 전체의 미충족 의료 경험이 10.8%로 나타난 것과 큰 차이는 없이 나타나는데, 이는 국가보훈대상자 집단의 높은 노인 인구 비율이 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 실제로 미충족 의료 경험 별 연령을 살펴보면 전기 노인 집단에서 8.53%, 중기 노인에서 10.42%, 후기 노인에서 13.02%으로 나타나 연령이 증가할수록 미충족 의료 경험률이 높아지는 것도 알 수 있었다. 한편, 2020년 노인실태조사와 그 결과를 비교해보자면 병의원 미충족 의료 경험률은 2.5%에 해당해 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 경험이 약 4배 이상에 해당하는 것을 볼 수 있다. 이는 보훈 의료 제도를 통한 의료 접근성 향상을 위한 정부의 노력이 지속됨에도 불구하고 일반 노인에 비해 국가보훈대상자 노인의 의료 필요가 적절하게 충족되지 못하는 부분이 있음을 의미한다고 볼 수 있다.

연구 대상자의 미충족 의료 경험 사유에서는 진료비 부담 사유는 38.38%, 물리적 접근 제한 사유는 27.73%, 진료에 대한 부정적 태도 사유는 31.37%으로 나타났다. 2021년도 국가보훈대상자 생활실태조사 보고서에 따르면 같은 구분에서 각각 39.9%, 26.2%, 30.5%로 연구 대

상자의 분포와 크게 다르지 않았다. 그러나 2018년도 국가보훈대상자 생활실태조사와 비교하였을 때, 각각 45.1%, 30.6%, 19.7%로 확인되어 현 시점 기준으로 3년 전에 비해 진료비 부담에 의한 사유는 줄어들고 진료에 대한 부정적 태도에 의한 사유는 큰 폭으로 늘어난 것을 볼 수 있다. 이는 보훈의료 정책 및 의료지원 서비스가 꾸준히 지원되고 있음에 따라 진료비에 대한 부담은 이전 대비 상대적으로 줄어들었지만, 의료 정보에 대해 다양한 방법에서의 접근이 용이해져 의료 서비스에 대한 부정적 태도가 증가하였다고 생각할 수 있다. 또한 2020년 노인실태 조사에서 나타난 경제적 사유에 의한 미충족 의료 경험은 41.8%로 국가보훈대상자 노인에 비해 상대적으로 높음을 알 수 있다. 이는 보훈대상자들에게만 지원되는 보훈의료정책이 긍정적인 효과를 나타내는 측면으로 볼 수 있겠다.

3. 연구 대상자의 미충족 의료 경험 관련 요인

국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 경험 여부 및 사유와 관련된 요인에 대해 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과, 모든 모델에서 공통적으로 유의하게 나타난 요인은 가능 요인 중 사회적 지지와 필요 요인 중 우울 정도였다. 그 외 유의하게 나온 요인으로는 소인 요인 중 연령, 장애 유무, 보훈 구분, 가능 요인 중 경제활동 여부, 민간보험 유무, 주이용 의료제도, 필요 요인 중 주관적 건강 상태, 일상제한 정도, 스트레스 정도가 있었다.

국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 경험 여부와 관련된 요인을 분석한 결과로 보훈 구분 중 국가 발전 유공자 대비 참전 및 관련 피해자일 때, 사회적 지지 정도가 낮을 때, 주이용 의료제도가 보훈제도 대비 국민건강보험일 때, 주관적 건강 상태가 나쁠 때, 일상 제한 정도가 클 때, 우울 정도가 심할 때, 스트레스가 거의 없을 때 보다 많을 때 미충족 의료 경험이 유의하게 증가하는 것으로 나타났다.

미충족 의료 경험 사유에 따른 관련 요인을 분석한 결과는 다음과 같

다. 먼저 진료비 부담에 의한 사유에서는 연령이 후기 노인에 비해 전기 노인일 때, 장애가 없을 때, 사회적 지지 정도가 낮을 때, 주이용 의료제도가 보훈제도 대비 국민건강보험일 때, 주관적 건강 상태가 나쁠 때, 우울 정도가 심할 때, 스트레스가 거의 없을 때보다 많을 때 미충족 의료 경험이 증가하는 것으로 나타났다. 물리적 접근 제한에 의한 사유에서는 연령이 전기 노인에 비해 중기 노인일 때, 보훈 구분이 국가 임무수행자 대비 참전 및 관련 피해자일 때, 사회적 지지가 낮을 때, 주관적 건강 상태가 좋을 때보다 나쁠 때, 일상 제한 정도가 클 때, 우울 정도가 심할 때 미충족 의료 경험이 증가하는 것으로 나타났다. 진료에 대한 부정적 태도에 의한 사유에서는 경제활동에 참여할 때, 사회적 지지 정도가 낮을 때, 민간보험을 가지고 있지 않을 때, 일상 제한 정도가 클 때, 우울 정도가 심할 때, 스트레스가 거의 없을 때 보다 많을 때 미충족 의료 경험이 유의하게 증가하는 것으로 나타났다.

관련 요인으로 나온 특성 요인에 대해 세부적으로 살펴보았다. 먼저 소인 요인 중 연령은 미충족 의료 경험 여부 자체에서는 유의하게 나타나지 않았지만, 진료비 부담에 의한 사유에서는 85세 이상의 후기 노인에서만 전기 노인에 비해 미충족 의료를 경험할 확률이 낮아졌고, 물리적 접근 제한에 의한 사유에서는 전기 노인에 비해 중기 노인이 미충족 의료를 경험할 확률이 높아지는 것으로 나타나 두 사유에서 상반된 결과로 유의함을 알 수 있었다. 기존 선행연구에서는 연령이 높을수록 미충족 의료를 더 많이 경험한다는 연구 결과(박선주, 2016; 장혜영 등, 2017; 김현진, 2019; 박숙경, 2022)가 더 많았는데, 연령이 높은 대상자에서 연령 자체의 영향보다 그로 인해 나타나는 건강 상태의 악화, 일상생활의 제한 등의 다른 요인들에 의한 영향 등으로 인해 미충족 의료 경험률이 높아진다고 하였다. 본 연구에서 나타난 물리적 접근 제한 사유의 경우 이와 동일하게 연령이 높을수록 상대적으로 일상생활에 제한이 많고 도움을 받을 수 있는 가족이 줄어들며, 신체적 조건으로 인한 운전의 어려움이나 정보 부족이나 도움의 부재로 인한 교통수단 활용의 어려움으

로 인해 이동수단의 활용이 제한되어 미충족 의료가 발생했을 것으로 보인다. 반면 상대적으로 연령이 낮은 노인에서 미충족 의료가 더 발생한다는 연구도 존재했다(문정화 등, 2016; 신세라, 2022). 신세라(2022)의 연구에서는 75세 미만의 노인들이 75세 이상의 노인보다 미충족 의료 경험 확률이 높은 이유가 경제적 사유로 인한 차이라고 설명해 본 연구의 진료비 부담 사유의 결과와 일치함을 볼 수 있다. 한편 문정화 등(2016)은 전기 노인에서 미충족 의료가 높게 나타나는 이유를 의료 서비스 결과에 대한 높은 기대가 충족되지 못함을 미충족 의료로 인식하기 때문일 가능성이 있다고 언급한 바 있는데, 본 연구에서는 의료 서비스 이용 후의 의료 미충족 여부는 측정할 수 없어서 비교가 어려웠다.

장애 유무는 진료비 부담 사유에서만 유의하게 나타났는데, 장애가 있을 때 보다 없을 때 미충족 의료 경험이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 선행연구와 상반되는 결과에 해당한다. 박예빈(2021)에서는 연구 대상자인 지체 장애 노인의 경우 경제적 이유가 미충족 의료를 경험하는 사유 1위로 나타났으며, 경제활동 여부가 미충족 의료 경험의 유의한 요인으로 나타났다. 전보영 등(2015)의 연구에서도 연구 대상자인 장애를 가진 성인 중 미충족 의료 경험자의 약 70%에 달하는 대상자가 경제적 부담을 사유로 선택한 것으로 나타났다. 본 연구에서는 장애가 있는 대상자가 사회적 지지를 더 많이 받을 확률이 높고, 의료 필요가 높아 진료비용에 영향을 덜 받기 때문으로 추측해볼 수 있다.

보훈 구분에서는 미충족 의료 경험 여부와 사유 중 물리적 접근 제한 사유에서 유의하게 나타났다. 경험 여부에서는 참전 혹은 전쟁 관련 피해자 대비 국가 발전 유공자가, 물리적 접근 제한 사유에서는 참전 혹은 전쟁 관련 및 피해자 대비 국가를 위한 자발적 희생 및 관련 임무 수행자가 각각 미충족 의료를 덜 경험하는 것으로 나타났다. 참전 혹은 전쟁 관련 피해 대상자는 참전유공자와 고엽제후유(의)증자로서, 전쟁으로 인한 장애나 질환을 가지고 있을 확률이 높다. 선행연구에서 살펴보면 고엽제 환자의 경우 성별과 연령이 유사한 65세 이상 남성과 비교해 특정 질환에 대한 의료비 지출이 높았다(이현주, 2019). 이와 비슷한 맥락에

서 참전 혹은 전쟁 관련 피해 대상자들의 의료 필요가 더 높을 가능성이 있기 때문에 미충족 의료의 경험률이 더 높아질 수 있다고 추측해볼 수 있다. 또한, 참전 혹은 전쟁 관련 피해 대상자들의 평균 연령은 다른 두 구분에 비해 높다. 따라서 앞서 언급했던 것 처럼 물리적 접근 제한 사유에서 연령이 높을 때 미충족 의료 경험률이 유의하게 높았던 것과 같은 맥락에서 참전 혹은 전쟁 관련 피해자들의 미충족 의료 경험률이 유의하게 높게 나타난다고 볼 수 있다.

가능 요인 중 경제활동 여부의 경우 경제활동에 참여하는 경우 미충족 의료 경험이 높아지는 것으로 나타났으며, 진료에 대한 부정적 태도 사유에 의한 미충족 의료 경험에서만 유의하게 나타났다. 경제활동 여부에 대해서는 경제활동에 참여할 때, 참여하지 않을 때, 무관할 때 미충족 의료 경험이 높다는 다양한 선행연구 결과가 존재한다. 본 연구는 그 중 문정화 등(2016)과 이동욱(2020)의 연구와 같은 방향성을 보이고 있는데, 문정화 등(2016)은 취업한 경우 미충족 의료가 증가하는 이유에 대해 취업으로 인한 시간 제약 때문을 꼽았다. 따라서 실제 생활수준이나 소득이 낮아 경제활동에 참여해야 하거나, 앞서 언급한 선행연구 결과처럼 경제활동으로 인해 아파도 의료서비스를 이용할 시간적 여유가 없는 상황에 개인 혹은 가족, 지인 등의 의료서비스에 대한 불신이나 부정적인 경험이 더해져서 치료를 포기하게 하는 데 영향을 미쳤을 거라고 생각된다.

사회적 지지는 미충족 의료 경험 여부 및 모든 사유에서 유의하게 나타났다. 본 연구에 포함된 사회적 지지를 묻는 문항에는 ‘몸이 아파 집안일을 부탁해야 할 경우’, ‘갑자기 돈을 빌려야 할 경우’, ‘낙심하거나 우울해서 이야기 상대가 필요한 경우’ 였다. 이는 각각의 미충족 의료 경험 사유를 충족시켜줄 수 있는 도움에 해당하며, 사회적 지지 정도가 높을수록 미충족 의료를 적게 경험했으므로 신체적, 경제적, 정서적으로 지지받을 사람 혹은 체계가 존재할 때 의료 욕구가 더 충족된다고 볼 수 있다. 이는 전보영(2014), 문정화 등(2016)의 연구에서 나타

난 것과 같이 사회적 지지를 덜 받을수록 의료이용에 대한 실질적인 지원 및 필요 정보 획득이 어렵기 때문에 미충족 의료 경험 확률이 높아진다는 결과와 일치한다.

민간보험은 진료에 대한 부정적 태도 사유에서만 유의하게 나타났으며, 민간보험이 없을 때 미충족 의료를 경험 확률이 더 높아진다고 나타났다. 이는 선행 연구(박선주, 2016; 장혜영, 2021)의 연구의 결과가 일치하는 연구 결과이다. 장혜영(2021)은 해당 연구에서 소득 수준이 낮을수록 미충족 의료 경험률이 높았던 것과 관련하여, 의료비 부담 완화를 위한 방안 중 하나인 민간보험에 가입되어있지 않은 경우에 미충족 의료 경험이 높아졌을 수 있다고 언급한 바 있다. 본 연구에서는 소득 수준을 변수로 선택하지 않아 직접적인 비교는 어려웠으나, 진료비 부담 사유에서는 유의하게 나타나지 않았다는 점에서 차이가 있었다.

주이용 의료제도는 경험 여부와 경험 사유 중 진료비 부담 사유에서 유의하게 나타났으며, 보훈제도를 주로 이용하는 대상자들이 미충족 의료를 경험할 확률이 더 낮게 나타났다. 특히 국가보훈대상자의 의료 혜택인 보훈제도(국비 혹은 감면 진료 이용)과 그 외의 다른 제도를 이용하는 대상자들을 비교하였는데, 의료 급여나 군병원 등의 다른 혜택을 이용하는 대상자에서는 유의하지 않았으나 국민건강보험을 이용하는 대상자들에게 유의하였다는 점에서 의의가 있다고 본다. 연구 대상자들이 보훈제도를 활용하자 직접적인 의료비 부담에 감소하여 미충족 의료를 경험하는 확률이 줄어든 것으로 보인다. 그러나 물리적 접근 제한 사유에서는 보훈 제도를 주로 이용하는 것이 유의하지 않았는데, 이는 보훈 병원 및 위탁병원의 활용이 제한되는 부분과 연관되어 보인다. 본인의 거주 지역에 병원이 존재하지 않거나 혹은 개인의 거동 불편함으로 인해 가까운 병원 이용하고자 다른 의료제도를 가입하여 이용해야하는 경우에는 오히려 의료 이용에서 보훈제도가 제한으로 작용하여 미충족 의료 경험을 높일 수 있다. 따라서 대상자들이 자유롭게 활용할 수 있는 제도가 필요하다고 생각되며, 이러한 국가보훈대상자의 의료 접근에 대한 고민이 미충족 의료 경험률을 낮춰줄 수 있는 방안이 된다고 생각한다. 이

때 의료 과잉을 막기 위한 억제방안도 함께 모색되어야 할 것이다.

필요 요인 중 주관적 건강 상태는 진료에 대한 부정적 태도에 의한 사유를 제외하고는 모두 유의하게 나타났으며, 물리적 접근 제한 사유에서는 주관적 건강 상태가 보통일 때는 유의하지 않고 좋을 때만 더 적게 경험한다고 나타났다. 이는 주관적 건강 상태가 나쁠수록 미충족 의료 경험 확률이 높아진다고 언급한 모든 선행연구(박근영, 2015; 박선주, 2016; 최희영 등, 2017; 이동욱, 2020)와 일치했다. 선행연구에서 주관적 건강 상태는 진단되지 않은 질환으로 인한 본인의 건강 상태를 반영할 수 있으며, 의료이용이나 사망률을 예측하는 지표로도 사용되는 중요한 변수에 하는 만큼 이에 대한 지속적인 관리와 관심이 필요하다고 언급했으며 본 연구에서도 이와 방향성을 같이 한다. 그러나 앞서 언급한 선행 연구들은 모두 만성질환 여부 혹은 개수를 측정한 변수 또한 미충족 의료 경험 여부의 유의한 관련 요인이라고 하였으나 본 연구에서 만성질환 여부 변수는 어떤 모델에서도 유의하지 않게 나타났다는 점에서 차이가 존재한다.

일상제한 정도는 미충족 의료 경험 여부 및 모든 사유 중 진료비 부담 사유를 제외하고 유의하게 나타났다. 일상생활에 제한이 많을수록 미충족 의료 경험률이 높아져, 일상생활이나 신체활동에 제한이 있을수록 미충족 의료를 경험한다는 모든 선행연구(박선주, 2016; 김현진, 2019; 이동욱, 2020; 김경숙, 2021)와 일치했다. 특히 진료비 부담을 제외한 물리적 접근 제한과 진료에 대한 부정적 태도 사유에서 유의하였다는 점에서 신체적 제한 항목으로 측정된 직접적인 거동 불편이나 이동 제한 뿐만 아니라 부정적 심리요인으로 이어질 수 있다고 생각해볼 수 있다.

우울 정도는 미충족 의료 경험 여부 및 사유 모두 유의하게 나타났으며 이는 우울 정도가 심할수록 미충족 의료 경험을 높인다는 선행연구(문정화 등, 2016; 최희영 등, 2017; 김다은 등, 2020; 김현진, 2019)와 일치했다. 본 연구에서는 미충족 의료 경험 대상자 중 정상 군이 3%가 채 되지 않아 대부분이 우울을 호소하고 있음을 알 수 있다. 또한 연

구 대상자의 우울감이 심할수록 일상 제한 정도가 높아졌는데, 기존에 노인의 우울 정도가 높을수록 신체 건강이 좋지 않고 건강행위 수준도 낮아진다는 연구 결과들과 방향성이 동일하다. 정우철(2020)의 연구에서는 우울 수준이 국가보훈대상자의 의료이용을 증가시키는 주요한 요인으로 언급되었고 이는 본 연구의 결과와 일맥상통한다. 김다운 등(2020)은 우울 증상이 있을 때 건강행위에 대한 실천이 낮아지기 때문에 적극적인 의료 서비스 이용이 저해될 수 있다고 언급한 바 있어, 연구 대상자의 우울감에 대한 적극적 대처가 미충족 의료 경험을 줄이는데 도움을 줄 것으로 보인다.

스트레스 정도는 물리적 접근 제한 사유를 제외하고 모두 유의하게 나타났다으며, 스트레스가 거의 없을 때 대비 보통일 때는 유의하지 않고 많을 때만 유의하게 나타났다. 이는 스트레스가 존재하거나 혹은 상대적으로 높을 때 미충족 의료 경험률이 높아진다는 선행연구(민동후 2017; 최희영 등, 2017; 박현섭 등, 2021)와 같은 방향성을 보이고 있다. 민동후(2017)는 스트레스 수준이 높을 때 미충족 의료 경험이 유의하게 증가함과 관련하여 실제 정신적 건강 수준이 의료수요를 높이는 데에 영향을 미친 점이 미충족 의료에 미쳤을 수 있다고 언급했다. 본 연구에서도 스트레스 정도 변수 외에도 유의하게 나타난 필요 요인의 변수들(주관적 건강 상태, 일상제한 정도, 우울 정도)을 생각했을 때, 연구 대상자 개인의 신체적, 정신적 건강이 중요함을 확인할 수 있었다.

제 2 절 결론 및 제언

이상의 결과를 종합하여 볼 때, 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료 경험 여부와 관련된 요인으로는 보훈구분, 사회적지지, 주이용 의료제도, 주관적 건강 상태, 일상제한 정도, 우울 정도, 스트레스 정도로 나타났다. 세부적으로는 모든 사유에서 공통적으로 관련 요인으로 도출된 것은 사회적 지지와 우울 정도로 나타났다. 그 외에도 연령, 장애 유무, 경제 활동 여부, 민간보험 유무가 경험 사유에서 유의하게 관련된 요인으로 나타나 중요한 요인으로 볼 수 있겠다. 이에 국가보훈대상자 노인의 의료 욕구를 충족시키고 의료서비스 접근성을 높일 수 있는 방안에 대해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료에 관련되어있다고 밝혀진 요인들을 보정할 수 있는 보훈의료 정책이 필요하다고 생각되며, 이를 위해서는 세부적인 연구가 수행되어야 한다. 예시로, 연구 결과 유의하게 나타난 사회적 지지 요인의 경우 지지 수준이 낮을수록 미충족 의료 가 높게 발생한다고 나타났다. 그러나 이미 정책적으로는 진료비 부담을 덜어주기 위한 국비 및 감면 진료 외에도 의료지원 중 PTSD(외상 후 스트레스 장애) 진료, 이동보훈 복지서비스 중 시설보호서비스 지원 및 여가선용활동 지원 등 다양한 사회적 지지가 이루어지고 있다. 이미 조세를 통해 결코 작다고 말할 수 없는 부분이 투입되고 있음에도 채워지지 않는 부분으로 인해 미충족 의료 발생하고 있는 것이다. 따라서 현재 이루어지고 있는 정책이 국가보훈대상자 노인의 의료 필요를 충족하는 데 어떤 영향을 끼치는지 파악하고 이를 바탕으로 효율적인 조세 투입이 이루어지도록 할 정책을 제언할 수 있는 세부 연구가 필요하다.

둘째, 연구 대상자의 특성 요인 세 가지 대분류 중 필요 요인은 의료 서비스를 직접 이용하게 하는 원인에 해당한다. 본 연구에서는 미충족 의료 경험 여부 및 사유에서 필요 요인에 해당하는 유의한 변수들이 부

정적 성향을 떨수록 미충족 의료 경험이 일관되게 높아짐을 확인할 수 있었다. 이는 연구 대상자들의 건강 상태에 대한 적극적 관리를 통한 긍정적 현상 유지가 미충족 의료 경험률을 낮출 수 있음을 의미한다고 생각되며, 국가보훈대상자 노인의 의료 이용과 건강 행위에 대한 교육 방안과 접근 장벽을 낮출 수 있는 방안에 대한 고민이 더 많이 필요하다고 본다. 특히 경험 여부와 모든 경험 사유에서 ‘우울 정도’가 유의하게 나타난 것으로 보아 국가보훈대상자 노인의 심리 상태가 신체적, 정신적 의료 필요를 충족시키는 데에 큰 장애물이 된다고 예측할 수 있다.

셋째, 연구 대상자들의 특성을 나타낼 수 있는 변수에 해당하는 보훈 구분과 주이용 의료제도가 모두 유의하게 나타났다. 먼저 보훈 구분은 경험 여부와 물리적 접근 제한 사유에서 유의하게 나타났는데, 모두 참전 혹은 전쟁 관련 피해자가 미충족 의료를 더 많이 경험한다고 나타났다. 이는 타 그룹에 비해 참전 및 관련 대상자들의 연령이 높고 부상으로 인한 장애, 질환이 있을 가능성이 높아 의료 필요가 높기 때문이라고 예측해볼 수 있다. 따라서 보훈 구분 별 특성을 고려한 각기 다른 접근이 연구 대상자들의 미충족 의료를 감소시키는 데에 도움이 될 수 있을 것으로 보인다. 그러나 본 연구에서 진행한 보훈 구분의 경우 성격이 완전히 동일한 대상자들이 아닌 유사하다고 판단되는 대상자들을 재구분하여 변수로 활용한 만큼 연구 결과 해석에서 주의가 필요하다.

한편, 국가보훈대상자의 노인 경우 의료 이용에 있어서 국비진료 및 감면진료 등의 보훈의료정책을 통해 일반 노인에 비해 의료비 이용에서 상대적으로 적은 부담을 갖게 된다. 주이용 의료제도 변수가 유의하게 나타났던 경험 여부와 진료비 부담 사유에서 모두 보훈 제도를 이용하는 대상자들의 미충족 의료 경험률이 낮게 나타난 것으로 보아 보훈 제도가 연구 대상자들의 진료비 부담을 낮춰주는 요인으로 작용하고 있음을 알 수 있었다. 또한 경험 여부 자체와 진료비 부담 사유에서만 유의했다는 점에서, 어떤 의료제도를 주로 이용할지 선택할 때 개인이 고려할 수 있는 요인 중 진료비 부담이 큰 비중을 차지한다고 생각해볼 수 있다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 국가보훈대상자 생활실태조사라는 전국단위의 확률 표본에 따른 자료수집 중 본 연구에 필요한 문항을 활용한 만큼, 최초 연구 목적에 맞게 설계된 조사가 아니므로 미충족 의료 경험 여부 및 사유 분석에 대한 한계가 존재한다. 해당 조사의 설문 문항은 ‘몸이 아팠지만 치료를 포기한 경험’으로 미충족 의료 경험 여부에 대해 물어 환자의 주관적 판단에 따른 미충족 의료만 확인할 수 있었다. 또한 주관적 판단 중에서도 본인의 기준에서 적절한 의료 서비스를 이용하지 못한 경우 외 의료 제공자의 의료 충족에 대한 주관적 판단에 따른 미충족 의료 경험은 배제되었다. 이러한 응답은 객관성이 결여되어있으므로 실제 발생한 미충족 의료보다 과장되어 응답되었을 가능성이 존재한다. 또한 미충족 의료 발생 사유 중 의료 서비스의 적합성, 적시성, 서비스 품질 등이 충족되지 않은 경우에 대해서는 확인할 수 없는 제한점이 있다. 또한 독립 변수 설정 단계에서 자료의 한계에 따라 Andersen의 의료이용 행동모델에 따른 개인적 특성 요인만 투입하는 수준에서 연구가 진행되었다. 그러나 선행 연구들에서 언급된 바 있듯이 미충족 의료 발생은 개인적 특성 외에도 사회적, 환경적 특성에 영향을 받기 때문에 추후 연구에서 이러한 점을 고려한 다양한 시야의 연구가 진행되어야 한다.

둘째, 연구 대상자의 특성을 나타낼 수 있는 특성 요인 변수가 2개(보훈 구분과 주이용 의료제도)만 존재하여 미충족 의료 관련 요인에 ‘보훈’이라는 특이 집단의 특성을 확인하는 데 있어 아쉬움이 존재한다. 특히 본 연구에서 활용한 보훈 구분 변수의 경우 앞서 언급했던 바와 같이 연구 결과 해석에 제한점이 존재한다. 보훈 구분은 각각의 관련법에 근거하여 구분된 집단으로서 본 연구에서는 의미가 유사하다고 판단되는 집단별로 나누었으나, 각 집단별 세부 항목을 살펴보았을 때 완벽하게 그 특성이 일치하지 않을 수 있다는 점에서 주의가 필요한 부분이다. 이로 인해 관련법에 근거한 모든 8개 구분에 대하여는 관련 요인을 파악하지 못한 한계가 존재한다.

마지막으로, 현재까지 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료에 대한 선

행연구는 존재하지 않으며 본 연구가 단면조사자료를 이용하여 2021년 자료만을 분석하였기 때문에 대상자 특성 요인의 변화 추세나 인과 관계의 확인은 어렵다는 한계가 존재한다. 이와 관련하여 선행 문헌과의 비교 또한 국가보훈대상자가 아닌 65세 이상 인구 혹은 그 중의 여성, 장애인, 특정 질환자 등과 이루어져 동일 집단 외 다른 집단과의 비교만 가능했다는 제한점이 있다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료에 관련된 요인들을 분석하는 과정에서 아직까지 수행된 바 없었던 국가보훈대상자 노인의 보건의료와 관련된 특성들을 분석하고 정책적 방향을 시사했다는 것에 의의를 가진다.

또한 본 연구는 대표성을 확보할 수 있는 전국단위조사 자료를 활용하였기 때문에 국가보훈대상자 노인의 의료 서비스 접근성을 높이고 형평성을 재고하는 등의 정책적, 실천적으로 유용한 정보를 제공할 수 있을 것으로 기대한다. 이를 통해 추후 보훈의료 정책 방향을 모색하는 데 활용되어 보훈의료에 투입되는 인적 및 물적 자원을 효율적으로 운용해낼 수 있을 것으로 생각한다.

마지막으로 여러 제한점에도 불구하고 본 연구는 국가보훈대상자 생활 실태조사 자료를 활용함으로써 기존에 수행된 바 없는 국가보훈대상자 노인의 미충족 의료에 대해 살펴보았다는 점에서 의의가 있다.

의료 필요는 삶의 질을 결정할 수 있는 문제에서 발생할 수 있는 만큼, 미충족 의료 감소하는 것을 목표로 하는 의료 보장은 매우 중요한 일이다. 특히 이러한 의료 욕구가 개인의 부주의 혹은 환경적 요인에 의한 것이 아니라 국가를 위한 개인의 희생에서 비롯되었다면 마땅히 국가 차원에서 관심을 가지고 해결해야 한다. 본 연구 결과가 국가보훈대상자 노인의 보훈의료정책 마련을 위한 기초 자료로 활용되어 효율적 자원 투입을 통한 효과적 의료 필요의 충족으로 이어지기를 기대한다.

참 고 문 헌

강성원. (2008). 고령화 시대의 보훈대상자 개인별 건강정보관리를 통한 의료서비스 제공방안 연구. 한국보훈학회 학술대회지, (5), 57-94.

국가보훈부, 한국보건사회연구원(2018), 2018년 국가보훈대상자 실태 조사보고서

국가보훈부, 한국보건사회연구원(2022), 2021년 국가보훈대상자 실태 조사보고서

김경숙. (2021). 노인 미충족 의료 영향요인의 다수준 분석. 인제대학교 대학원, 김해.

김근홍, & 이선형. (2003). 고령 국가유공자의 노후복지. 한국보훈논총, 1(2), 71-97.

김다은, & 안신애. (2020). 지역사회 거주 인지저하 노인의 미충족 의료 영향요인 분석. 간호행정학회지, 26(2), 100-109.

김봉규. (2019). 미국과 대만의 보훈의료시스템 고찰 및 국내보훈의료 시스템 개선방안 연구. 한국보훈논총, 18(1), 29-56.

김소애, 서영원, 우경숙, & 신영전. (2019). 국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰. 비판사회정책(62), 53-92.

김진현, 신현웅, 이용재, 여나금, & 권현정. (2021). 보훈의료 대상자별 의료이용 특성을 반영한 의료비 산정체계 개발. *Journal of The Korean Data Analysis Society*, 23(1), 269-285.

김태열. (2009). 초 고령화에 대비한 보훈병원 위탁진료 제도의 선진화 방안. *한국보훈논총*, 8(1), 115-129.

김현진. (2019). 우리나라 노인의 만성질환과 미충족 의료 경험의 관련성. 연세대학교 보건대학원, 서울.

김형석, 신화연, 이영자, & 이용재. (2020). 국가보훈대상자 인구추계 및 보훈급여금 전망: 코호트요인법을 중심으로. *한국보훈논총*, 54, 1-24.

남기룡. (2020). 지역 노인의 보건의료기관 본인부담금이 지역보건의료기관의 이용 및 만성질환 치료율, 미충족의료수요에 미치는 영향. 서울 : 서울대학교 대학원, 서울.

문정화, & 강민아. (2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인: 취약계층 행동모델 적용. *보건사회연구*, 36(2), 480-510.

민동후. (2017). 사회연결망이 미충족의료에 미치는 영향과 사회적 상호작용의 매개효과. 서울대학교 대학원, 서울.

민동후, 조정연, 김정길, 서수진, 김미경, 심은혜, 차유현, & 김창엽. (2018). 만성질환을 가진 노인의 의료경험과 미충족의료 인식. *보건행정학회지*, 28(1), 35-47.

박근영. (2015). 미충족 의료욕구 현황 및 관련 특성 분석- 노인 만성 질환자를 중심으로. 가톨릭대학교 보건대학원, 서울.

박금령, & 최병호. (2018). 노인의 미충족 돌봄과 미충족 의료에 대한 탐색적 연구. 보건사회연구, 38(4), 40-56.

박민정. (2014). 노인의 미충족 의료에 미치는 영향 요인: 2011년도 한국의료패널자료를 이용하여. Journal of the Korean Data Analysis Society, 16(2), 1017-1030.

박선주. (2016). 빈곤층 노인의 미충족 의료 영향 요인. 가천대학교 일반대학원, 성남.

박숙경. (2022). 여성노인의 미충족 의료 영향요인: 앤더슨의 행동모형 기반. 인문사회 21, 13(3), 1173-1186.

박예빈. (2021). 한국 의료패널을 이용한 지체 장애 노인의 의료서비스와 미충족 의료 연구. 서울 : 서울대학교 대학원, 서울.

박유경. (2019). 미충족의료 개념의 재정의와 측정 : 이용자 중심 관점에서. 서울 : 서울대학교 대학원, 서울.

박지경. (2019). 노인 만성질환자의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인 : 2017년도 노인실태조사를 중심으로. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, 20(12), 306-313.

박현섭, & 홍성애. (2021). Anderson 모형을 이용한 노인의 성별 미충족 의료 경험 영향 요인. 대한보건연구(구 대한보건협회학술지), 47(4), 135-147.

보건복지부, 한국보건사회연구원(2020), 2020년도 노인실태조사

보건복지부, 한국보건사회연구원(2021), OECD Health Statistics

신세라. (2022). 의료취약성 정도에 따른 노인의 미충족의료 경험 비교 : 의료취약계층 노인의 필수적 의료자원 보장을 위한 시사점. 가족자원 경영과 정책(구 한국가족자원경영학회지), 26(3), 49-64.

신은숙. (2018). 보훈대상자들의 보건의료서비스 실태 및 발전방안에 관한 연구. 한국보훈논총, 48, 31-48.

신한얼, 고재인, 심은혜, & 김홍수. (2019). 한국 노인 미충족 의료 관련 요인의 체계적 고찰. 보건경제와 정책연구(구 보건경제연구), 25(1), 29-52.

오일환. (2005). 보훈대상자 고령화에 따른 대응전략:-국가유공자 노후 복지 개선책을 중심으로-. 한국보훈학회 학술대회지, (1), 149-179.

유영옥. (2003). 보훈대상자 고령화에 따른 삶의 질 개선을 위한 연구. 한국보훈논총, 1(2), 10-45.

이동욱. (2020). 고령자의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인에 관한 통합적 연구. 경희대학교 동서의학대학원, 서울.

이현주. (2019). 고엽제 후유증 다빈도 1위 질병(허혈성 심질환)에 대한 의료이용 및 직접의료비 연구. 한국보훈논총, 18(1), 9-28.

이현주. (2021). 국가유공자의 의료이용 추이 연구. 한국보훈논총, 59, 85-101.

이혜재, & 허순임. (2017). 노인의 미충족 의료 경험의 결정요인 - 가구 유형을 중심으로. 보건경제와 정책연구(구 보건경제연구), 23(2), 85-108.

장설희. (2021). 여성 노인의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인. 삼육대학교 대학원, 서울.

장혜영. (2021). 노인 고혈압환자의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인. 한국컴퓨터정보학회논문지, 26(11), 201-208.

장혜영, & 이한이. (2017). 독거노인의 미충족 의료경험 관련 요인. Journal of the Korean Data Analysis Society, 19(6), 3317-3329.

전보영. (2014). 장애인의 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 대학원, 서울.

전보영, & 권순만. (2015). 장애인의 보건의료 접근성 저해 요인: 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한 미충족의료를 중심으로. 사회보장연구, 31(3), 145-171.

전찬희, 곽전원, 곽민호, 김정현, & 박용순. (2019). 한국 노인에서 미충족 의료 수요와 연관 요인: 제7기 국민건강영양조사(2017년). Korean Journal of Health Promotion, 19(2), 84-90.

정우철. (2020). 국가보훈대상자의 상이여부가 주관적 건강과 의료이용에 미치는 영향. 고려대학교 대학원, 서울.

최영은. (2019). 지역 노인의 미충족의료에 미치는 영향요인 연구. 서울: 서울대학교 대학원, 서울.

최희영, & 류소연. (2017). 우리나라 노인들의 미충족 의료 유형별 관련요인. *The Korean journal of health service management*, 11(2), 65-79.

한상윤, & 남석인. (2021). 지역사회 거주 고령 장애인의 미충족 의료 영향요인 유형화 연구. *보건사회연구*, 41(4), 26-43.

황병덕, & 최령. (2015). 노년기에 따른 미충족 의료 현황 및 관련 요인. *보건의료산업학회지*, 9(1), 81-93.

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* (1982), 70(3), 465-472.

Altman, I. (1974). Aspects of Medical Care Administration. *Health Services Research*, 9(1), 86-87.

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.

Diamant, A., Hays, R., Morales, L., Ford, W., Calmes, D., Asch, S., . . . Gelberg, L. (2004). Delays and Unmet Need for Health Care Among Adult Primary Care Patients in a Restructured Urban Public Health System. *American Journal of Public Health* (1971), 94(5), 783-789.

Donabedian, A., & Commonwealth Fund. (1973). Aspects of Medical Care Administration : Specifying Requirements for Health Care.

Hou, F., & Chen, J. (2002). Unmet needs for health care. *Health Reports*, 13(2), 23–34.

Levesque, J., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18.

Penchansky, R., & Thomas, J. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.

Abstract

Factors related to
Unmet medical care need
for the Elderly subject of
Patriots and Veterans

Shinwon Kim

Department of Health Policy and Management

The Graduate School

Seoul National University

The Republic of Korea, which implements national healthcare insurance, still has areas where medical services are not adequately provided, which is known as "unmet medical needs". Unmet medical needs represent problems in accessing medical services despite the need for them. To reduce unmet medical needs, South Korea has been pursuing various policies to increase medical accessibility, and various studies have been

conducted to analyze the current status, experiences, reasons, and related factors. Unmet medical needs are more prevalent among older people due to medical constraints and the burden of medical expenses arising from changes in their lives due to aging. Despite the government's policies on aging, there are still vulnerable points that can occur at any time due to the lack of resources.

More than 70% of patriots and veterans and their families, defined as those who have sacrificed and contributed to the nation, are over 65 years old, and due to the steady aging, negative subjective health status, high severity and demand for medical services, social and economic resources have been invested. However, no research has been conducted on the unmet medical needs of older patriots and veterans. The purpose of this study is to identify the current status and related factors of unmet medical needs among elderly subject of patriots and veterans.

This study analyzed the 2021 National Veterans Affairs Survey data using cross-sectional research, and the study subjects were 7,025 patriots and veterans and their family over the age of 65. Andersen's behavior model of health services was used to categorize the individual characteristics of the study subjects into predisposing factors, enabling factors, and need factors. Regarding the experience of unmet medical needs, it was classified into experienced and non-experienced, and the reasons for the experience were categorized into financial burden, physical accessibility limitations, and negative attitudes towards healthcare. To understand the general situation of the experience of unmet medical needs among the study subjects,

frequency analysis and descriptive statistical analysis were conducted. Cross-analysis (Chi-square test) was performed to identify differences in the experience of unmet medical needs and its reasons. Logistic regression analysis was used to identify related factors of unmet medical needs experience and its reasons.

According to the results, 10.16% of the study participants had unmet medical needs. The reasons for experiencing unmet medical needs were as follows: 38.38% cited financial burden as the reason, 27.73% mentioned physical accessibility limitations, and 31.37% indicated negative attitudes towards healthcare. Various factors were found to be significantly associated with the experience of unmet medical needs.

Factors related to unmet medical needs experiences were found to be significant in veteran status, social support, primary healthcare utilization, subjective health status, level of daily limitations, depression, and stress. There were differences in the significant factors for each reason. For financial burden as a reason, age, disability, social support, primary healthcare utilization, subjective health status, depression, and stress were significant. For physical accessibility limitations as a reason, age, veteran status, social support, subjective health status, and level of daily limitations and depression were significant. For negative attitudes towards healthcare as a reason, employment status, social support, private insurance coverage, level of daily limitations, depression, and stress were significant. These factors were identified as relevant factors associated with unmet healthcare needs.

Through this study, it was confirmed that individual characteristic factors of elderly patriots and veterans are related to unmet medical experiences. Therefore, the results of this study can be used as basic data for the development of healthcare policies for elderly patriots and veterans, and different related factors according to unmet medical reasons should be considered together when establishing healthcare policies related to medical security and national benefits.

Keywords : Patriots and veterans, Elderly, Unmet medical needs.
Student Number : 2019-29072