

노인 의료이용의 주관적 만족도: 포괄성, 전반적인 만족도, 접근성을 중심으로

김화준, 고영¹⁾, 전은정, 장숙량²⁾, 김창엽

서울대학교 보건대학원 예방의학교실, 서울대학교 간호대학 지역사회간호학교실¹⁾,
Department of Society, Human Development and Health, Harvard School of Public Health²⁾

Subjective Satisfaction with Medical Care among Older People: Comprehensiveness, General Satisfaction and Accessibility

Hwa-Joon Kim, Young Koh¹⁾, Eun-Jeong Chun, Soong-Nang Jang²⁾, Chang-Yup Kim

Department of Preventive Medicine, Graduate School of Public Health, Seoul National University, Department of Community Health Nursing, College of Nursing, Seoul National University¹⁾, Department of Society, Human Development and Health, Harvard School of Public Health²⁾

Objectives : The changing population age structure and rapidly increasing medical costs make providing high-quality, effective medical care for the elderly a challenge. This study assessed the satisfaction with medical care in terms of comprehensiveness, general satisfaction, and accessibility among community-dwelling Korean elders.

Methods : Data were obtained from a nationwide representative sample of the older adults (aged 65 years old or older) living in the community, who participated in a 2006 telephone survey conducted using random digit dialing (n=881). General satisfaction, comprehensiveness and accessibility were measured using a 10-item satisfaction survey questionnaire. Descriptive analysis was used to assess the distribution of each of three components of subjective satisfaction. Analysis of covariance (ANCOVA) was used to examine the association of each of the three components with socioeconomic variables.

Results : Comprehensiveness and general satisfaction were low among older people with a high socioeconomic status. Accessibility was evaluated as low among older people of low socioeconomic status, those living in rural areas and those who were medical aid beneficiaries.

Conclusions : Urgent interventions should be considered in order to improve accessibility to medical care for elders of low socioeconomic status and those living in rural communities. Given the rapid aging of the population, we need to develop a monitoring system to improve the quality of geriatric care.

J Prev Med Public Health 2009;42(1):35-41

Key words : Older people, Comprehension, Accessibility, Medical care utilization

서론

노인 의료 요구와 수요는 갈수록 증가하고 있다. 급속한 인구고령화와 더불어 복합 만성질환 이환 노인의 증가 [1]는 현재의 노인의료 수요 증가 추세가 지속될 것임을 예상하게 한다. 2005년 국민건강보험공단의 '65세 이상 노인 의료이용실태 분석결과' 발표에 따르면 지난 10년 동안, 65세 이상 노인 의료비는 9.3배가 증가하여, 2004년에는 5조1천억 원이 지출되어 전체지출의 22.8%를 점유하였다. 또한

2004년 노인 1인당 건강보험 해당 의료비는 140만2,142원으로 1994년 23만4,155원에 비해 6배 이상 늘어났다. 이는 지난해 65세 미만의 1인당 의료비 39만8,395원보다 3.5배 많은 것이다. 전체 의료비 중 차지하는 비중으로 따지면 2003년부터 20%를 상회하기 시작하였고, 꾸준히 증가하여 2004년에는 전체 의료비 중 24.4%를 차지하고 있다 [2].

증가하는 의료비에 대한 부담을 해소하고 고령화 사회에 대비하기 위해, 효율적인 노인환자 진료는 중요하게 고려해야

할 문제 중 하나이다. 고령인구의 증가를 억제시키거나, 늘어나는 노인의 의료수요를 억제하기는 불가능하다. 따라서 노인 건강관리 및 진료의 효율과 효과를 극대화시키는 것이 앞으로의 과제가 된다. 노인환자 진료 시스템의 효율적인 변화와 개선을 위해서는 현재 노인환자들의 의료이용에 대한 현황을 파악하는 일이 우선 되어야 할 것이다. 만약 이런 사항을 고려하지 않고 정책적, 치료 제공자의 편의성만을 고려한다면 장기적으로 노인을 위한 의료시스템은 실패로 돌아갈 가능성이 높으며 동시에 비용도 증가할 것이다. 미

국 메디케어 (medicare) 지출과 의료의 질과의 관련성에 관한 Baicker 등 [3]의 연구에 의하면, 2000년부터 2001년 사이 메디케어 지출액이 높은 지역일수록 노인 의료의 질이 매우 낮게 나타나는, 이른바 의료의 질과 의료비 간의 역상관계가 존재하였다. 노인에게 적절하고 효율적인 건강관리가 이루어 지지 않는다면, 점점 더 많은 입원치료, 중환자 입원, 전문의료가 필요하게 되며 결국 의료비 상승을 거듭하는 악순환이 불가피하다.

특히 2008년 7월 시작된 '노인요양보장제도'로 노인성 질환의 치유와 간병, 수발 등에 정부 지원이 확대되어, 노인요양 및 의료 시설이 크게 증가하고 있다. 노인 환자를 전문적이고 종합적으로 다룰 수 있는 노인 의료서비스 체계와 전문 인력의 필요성도 함께 커지고 있다. 따라서 노인 질환 치료 및 노인 보건 서비스의 내실화를 위한 질 관리의 필요성도 강하게 대두되고 있는 실정이다. 그러나 노인 장기요양보호서비스 내용을 검토 분석한 결과, 여전히 상당히 열악한 측면이 존재하고 있으며, 기초적 재활 치료 서비스나 기능 악화를 방지하는 예방차원의 노인 의료서비스가 상당히 부족한 것으로 나타나고 있다[4].

노인 의료서비스는 노인과 노화에 관련된 다양한 문제, 다발성 만성 질환과 기능장애, 취약한 환경 적응력을 모두 포괄적, 지속적으로 관리하기 위한 전문성이 요구된다. 포괄적(comprehensive)이고 통합된(integrated) 노인 일차의료는 노인의 독립성을 증가시키며, 재원기간을 단축시키고, 보건 의료 체계의 가장 효율적 사용이 되며, 그리고 삶의 질을 향상시킬 것이다. 포괄적, 지속적인 의료는 단순히 서비스의 연결만을 의미하는 것이 아니라 신체건강, 정신건강, 사회적 서비스가 치료관리(care)의 모든 수준과 연결되어 통합 메카니즘으로 구성한다는 클라이언트 지향적 체계를 일컫는 것이다 [5].

의료 서비스에 대한 만족도를 모니터링한 기존 연구들[6,7]에서, 사회인구학적 특성에 따라 의료이용에 대한 주관적 만족도가 달라지는 경향이 있었다. Rubio [6]은

Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)를 사용하여 분석한 결과, 교육과 소득에 따라서 의료이용에 대한 만족도가 차이가 있는 것으로 나타났으며, Millar 등 [7]에 의해 수행된 아일랜드 국가단위의 조사 분석에서도, 연령, 교육수준, 성별에 따라서 만족도에 차이가 나는 것으로 나타났다. 그러나 국가 단위에서 노인 인구집단에 초점을 맞추어 다양한 사회경제적 특성과 의료이용 만족도를 분석한 연구는 많지 않다.

특히 국내에서는 노인의 의료이용과 만족도에 초점을 맞춘 전국단위의 조사 자료가 흔치 않은 실정이다. 여러 대단위 전국 조사에서 노인의 의료이용에 대해서 부분적으로 다루었지만 의료의 질에 대한 상세한 측정이나 조사 대상자의 다양한 사회, 인구학적 특성을 고려하여 파악한 사례는 찾아보기 힘들다. 대표적으로 인구주택총조사를 기반으로 '전국 노인생활실태와 복지 욕구조사'가 2004년에 시행되었고, 3년을 주기로 '국민건강영양조사'가 실시된다 [8,9]. 하지만 전자의 경우 건강상태와 행태에 대해서만 측정되어 있고, 후자의 경우 노인을 대상으로만 설문 구성하지 않아, 노인 의료의 특수성에 대한 고려가 없다는 단점이 있다. 따라서 이 연구는 노인의 의료이용에 대한 평가를 수요자 입장에서 세 가지 영역(전반적인 만족도, 포괄성, 접근성)으로 나누어 파악하였다. 소득 및 교육의 차이에 따른 건강수준의 차이 [10,11], 지역(도·농)에 따른 노인 인구구성 및 의료자원 분포의 차이, 성별 및 보험의 보장성에 따른 만족도 차이를 고려하기 위해, 노인의 다양한 사회·인구학적 특성에 따라 노인 의료의 전반적인 만족도, 포괄성, 접근성이 어떤 양상을 보이는지 관련성을 분석하였다.

연구재료 및 방법

1. 연구대상 및 자료수집

이 연구는 전국 노인을 대상으로 한 전화 설문조사로, 65세 이상 재가 노인 1,000명을 효율적인 표본수로 선정하고, 전국을 수도권, 경상권, 충청권, 호남권으로 나누어 각 동지역 및 읍면지역이 동일 비율로 배정되도록 표본수를 할당하였다. 2006년

7월1일30일까지 한 달 동안 Random Digit Dialing (RDD) 방식으로, 지역사회 재가 노인 중 지난 1년간 의료 이용을 한번 이상 하였고, 연구 참여에 동의한 대상자 1,061명을 선정하여 전화설문 조사를 실시하였다. 이 중 결측치와 소득수준을 모른다고 응답한 180명을 제외한 총 881명에 대하여 분석하였다. 대상자 선정과 조사는 전문 조사 기관에 의뢰하였고, 조사원 교육 및 훈련은 연구진에 의해 수행되었다.

2. 연구도구

설문지는 기존의 의료이용에 관한 설문조사 도구 PSQ 등 [6,7]을 참조하여, 국내 현실을 고려하여 연구진이 개발한 후 노인병 인정의 10인의 1회 지문을 통해 내용 타당성을 확인하였다. 노인 환자 20명을 대상으로 예비조사를 실시한 후 설문 흐름 및 질문의 의미 전달과 노인 대상자의 이해도를 고려하여 수정하였다. 1차 설문지의 경우 Likert 점수로 설문지를 구성하였으나 예비조사 결과, 노인 대상자에게 어렵고 복잡하여 응답빈도가 낮아 신뢰도가 오히려 저하되는 현상이 보였다. 따라서 연구의 대상자가 노인인 점, 전화설문인 점등의 연구 현실성을 고려하여 Likert 점수 대신 이분척도로 설문지를 구성하였다. 조사내용은 크게 지난 1년간의 입원의료이용 및 지난 1개월간의 외래의료이용 경험 (14문항), 의료이용 만족도(18문항), 일반적 사항(8문항)의 총 40문항으로 이루어져 있다. 의료 이용에는 최근 병원방문 시기, 진단 과정, 방문한 횟수, 병원형태, 병원결정이유 등이 포함되었다. 의료이용 만족도는 크게 전반적인 만족도, 포괄성, 의료의 질, 접근성, 신뢰성에 대해서 질문하였다. 일반적 사항은 성별, 연령, 응답지역, 학력, 결혼상태, 수입, 거주형태, 건강보험형태로 구성되어 있다.

주관적 의료이용 만족도에서 문항이 모호하고 중복되는 등 내용상 불필요한 5 문항(여러 증상 치료 여부, 단골병원 유무, 병원이동 경험 등)을 제외한 13문항에 대해 잠재적인 정규분포를 가정하고 Generalized Least Squares를 이용하여 요인분석(회전방식: Varimax with Kaiser Normalization)을 실

Table 1. Three category, ten questionnaires in this study on medical care utilization of the elderly

Category	Questionnaire	N	Minimum	Maximum	Mean (Std. deviation)	Mean/Maximum
Comprehensiveness (3 Questionnaire)	1. Does physician evaluate your past disease history in detail? (Score 0 or 1)	881	0.00	3.00	2.35 (0.92)	0.78
	2. Dose physician make a examination of your symptom precisely? (Score 0 or 1)					
	3. Dose physician make a examination of your other body part? (Score 0 or 1)					
Satisfaction (4 Questionnaire)	1. Does physician explain you about adequate treatment plan? (Score 0 or 1)	881	0.00	4.00	3.71 (0.69)	0.92
	2. Does physician answer your question faithfully? (Score 0 or 1)					
	3. Are hospital equipment convenient for you? (Score 0 or 1)					
	4. Is physician kind to you when you are sick? (Score 0 or 1)					
Accessibility (3 Questionnaire)	1. Do you have a experience of abandoning treatment because of long distance? (Score 0 or 1)	881	0.00	3.00	2.38 (0.94)	0.79
	2. Do you have a difficulty in finding special medical department? (Score 0 or 1)					
	3. Do you have a difficulty in choosing medical department? (Score 0 or 1)					

Table 2. General characteristics of study population

Factors	Men		Women		Total	
	N	%	N	%	N	%
Age						
65-74	260	69.7	310	61.0	570	64.7
75-84	95	25.5	166	32.7	261	29.6
85+	18	4.8	32	6.3	50	5.7
Education						
Illiterate	43	11.5	225	44.3	268	30.4
Elementary school	127	34.0	184	36.2	311	35.3
Middle school	77	20.6	42	8.3	119	13.5
High school or more	126	33.8	57	11.2	183	20.8
Marital status						
Married	307	82.3	194	38.2	501	56.9
Widow and Others	66	17.7	314	61.8	380	43.1
Members of family						
Alone	35	9.4	168	33.1	203	23.0
Spouse	222	59.5	144	28.3	366	41.5
Others	116	31.1	196	38.6	312	35.4
Insurance						
National Health Insurance	347	93.0	453	89.2	800	90.8
Medical aids	26	7.0	55	10.8	81	9.2
Household Monthly Income (1,000 KRW)						
500 or less	151	40.5	253	49.8	404	45.9
501-1,000	94	25.2	114	22.4	208	23.6
1,001-1,500	37	9.9	43	8.5	80	9.1
1,501-2,000	40	10.7	45	8.9	85	9.6
2,001 or more	51	13.7	53	10.4	104	11.8
Regional type						
Urban	234	62.7	288	56.7	522	59.3
Rural	139	37.3	220	43.3	359	40.7
Total	373	42.3	508	57.7	881	100

KRW: korean won

시하여, 구성 타당도를 검증하였다 [12]. 특정치가 1.0 이상인 요인이 3개였으며, 총 분석을 통해 구성 타당도를 검증한 결과, 설명력은 40.03%였다. 13개 문항 중 요인

부하치가 0.29 이하인 3문항(진료의 급박성, 거주지에서 병원 이용 편리성, 주말 혹은 야간 병원 이용 편리성)을 제외한 10문항을 최종 선택하였으며, 각각의 영역은 포괄성, 전반적인 만족도, 접근성으로 설정하였다. 도구의 신뢰도는 포괄성이 Cronbach alpha=0.64, 전반적 만족도가 Cronbach alpha=0.57, 접근성이 Cronbach alpha=0.69였다. 기존 PSQ를 사용한 연구 [13]에서는 각 영역별로 0.74-0.95의 Cronbach alpha를 보여 본 연구에서 사용한 설문은 영역별로 다소 낮은 값을 보였다. 이것은 본 연구의 대상자가 노인인 점을 고려하여, 이분척도로 설문지를 구성하였기 때문인 것으로 생각된다. 최종 분석에 사용된 문항은 Table 1과 같다. 포괄성(3문항)에서는 상세한 과거력 평가, 세밀한 진찰, 여러 증상에 대한 질문 및 치료에 대해서, 전반적인 만족도(4문항)에서는 질병 및 치료방법에 대한 설명, 궁금한 점에 대한 답변, 병원시설의 편리성, 진료시의 친절함에 대해서, 접근성(3문항)에서는 거리로 인한 병원 이용 포기, 거주지에서의 전문과목의 부재, 전문과목 선택의 어려움에 대한 설문이 포함되었다(Table 1).

3. 분석방법

노인의 일반적 사항은 빈도분석을 실시하여 전체적인 분포를 파악하였다. 전반적인 만족도(4문항), 포괄성(3문항), 접근성(3문항)은 각 문항에 점수(1,0)를 부여하여 총합하여 분석하였다. 만점은 만족도4점, 포괄성3점, 접근성3점이며, 궁정적일 수록 높은 점수가 나오도록 하였다. 각각의 영역에 대해서는 점수의 평균, 분산을 구하여 영역별로 비교하였으며 [14], 또한 영향을 주는 개별적 요인을 분석하기 위하여 포괄성, 만족도, 접근성 각각의 영역에 대해서 ANCOVA를 실시하였다. ANCOVA에 포함된 요인들은 성별, 연령, 결혼상태, 소득수준, 교육수준, 가족형태, 건강보험형태, 거주 지역이다. 변수 간 상호관계는 회귀분석에서 유의성이 발견되지 않아 관련 요인을 모두 분석모형에 포함하였다. 모든 분석은 SPSS for Windows ver. 15.0을 사용하였다(Table 1).

Table 3. Results for comprehensiveness according to general characteristic in medical care utilization of the elderly

Variable/Category	N(%)	β^*	p*	95% CI
Gender				
Male	373 (42.3)	0.000	-	Reference
Female	508 (57.7)	-0.010	0.897	(-0.155, 0.135)
Age				
65-74	570 (64.7)	0.000	-	Reference
75-84	261 (29.6)	0.024	0.739	(-0.115, 0.163)
85+	50 (5.7)	0.089	0.532	(-0.190, 0.367)
Marital Status				
Married	501 (56.9)	0.000	-	Reference
Others	388 (43.1)	0.047	0.682	(-0.176, 0.269)
Members of Family				
Alone	203 (23.0)	0.000	-	Reference
With spouse	366 (41.5)	0.003	0.980	(-0.260, 0.267)
Others	312 (35.4)	-0.157	0.130	(-0.361, 0.046)
Education				
Illiterate	268 (30.4)	0.000	-	Reference
Elementary school	311 (35.3)	0.018	0.882	(-0.141, 0.177)
Middle school	119 (13.5)	-0.150	0.171	(-0.364, 0.065)
High school or more	183 (20.8)	-0.316	0.003	(-0.525, -0.106)
Household Monthly Income (1,000 KRW)				
500 or less	404 (45.9)	0.000	-	Reference
501-1,000	208 (23.6)	-0.119	0.146	(-0.278, 0.041)
1,001-1,500	80 (9.1)	-0.135	0.257	(-0.369, 0.099)
1,501-2,000	85 (9.6)	-0.053	0.661	(-0.289, 0.184)
2,001 or more	104 (11.8)	-0.065	0.593	(-0.301, 0.172)
Insurance				
NHI	800 (90.8)	0.000	-	Reference
Medical aids	81 (9.2)	-0.091	0.413	(-0.309, 0.127)
Region				
Urban	522 (59.3)	0.000	-	Reference
Rural	359 (40.7)	0.066	0.315	(-0.063, 0.194)

NHI: National Health Insurance, CI: confidence interval, KRW: Korean won
*p<0.05 by ANCOVA, β estimate is adjusted for gender, age, marital status, member of family, education, income, insurance and region

연구결과

Table 2는 조사 대상자의 일반적 특성을 나타낸다. 전체 조사 대상자 중 여자가 508(57.7%)명으로 남자보다 많았으며, 65~74세 노인이 570명(64.7%) 다른 연령대에 비해서 높아 젊은 노인의 비율이 높았다. 교육수준은 남자 노인의 경우 고졸이상이 126명(33.8%)으로 가장 많았으나 여성 노인은 무학이 225명(44.3%)으로 가장 많았다. 결혼 상태는 남성 노인은 대부분 배우자가 있었으며 여성 노인은 사별이 가장 많았다. 가족 구성에서 독거는 여자 노인이 남자 노인에 비해서 많았으며, 반대로 배우자와 같이 사는 경우는 남자가 많았다. 의료보험 종류는 건강보험이 남녀 모두 가장 많아 800명(90.8%)이었으며 의료급여가 전체 81명(9.2%)이었다. 가구 월평균 소득은 50만 원 미만이 404명(45.9%)으로 가장 많았으며 200만 원 이상은 104명(11.8%)이었다. 지역별로는 동지역이 522명(59.3%), 읍면 지역이 359명

(40.7%)의 분포를 보였다(Table 2).

노인의 의료이용에 대한 전반적인 평가 결과를 살펴보면(Table 1), 포괄성의 경우 평균 2.35점, 전반적인 만족도의 경우 평균 3.71점이었으며, 접근성의 경우 2.38점이었다. 총점대비점수(mean/maximum)를 보면, 포괄성의 경우 0.78점, 전반적인 만족도 0.92점, 접근성 0.79점으로 전반적인 만족도에 비해 접근성, 포괄성의 경우가 평균점수가 낮게 나타났다. 노인환자들이 의료이용에 있어서 포괄성 및 접근성에 대한 만족도가 낮은 경향을 보였다(Table 1).

Table 3은 의료의 포괄성에 대한 주관적 평가 결과이다. 교육수준이 높은 경우 포괄성에 대한 만족도가 낮게 나타나는 경향을 보였는데, 무학에 비해서 고졸이상($\beta = -0.316, p=0.003$)인 경우 만족도 점수가 유의하게 낮았다. 나머지 성별, 연령, 결혼상태, 건강보험 유형이나 소득수준에 따른 차이는 포함되지 않았다(Table 3).

노인들의 의료이용에 대한 전반적인 만족도 평가 결과에서(Table 4), 포괄성과 마

찬가지로 교육수준이 높은 경우 만족도가 낮게 나타났다. 고졸이상이 무학에 비해 유의하게 낮은 총점을 보였다($\beta = -0.159, p=0.049$). 또한 높은 소득수준에서 전반적 만족도가 낮아, 월 200만 원 이상($\beta = -0.192, p=0.035$)의 계층이 최하위 소득군에 비해 전반적 만족도에 있어 유의하게 낮았다. 즉, 사회경제적 수준이 높을수록 만족도가 낮아지는 경향을 보였다. 이 외 성별, 연령, 건강보험 유형 등에서는 유의한 차이는 없었다(Table 4).

Table 5는 접근성에 대한 평가 결과이다. 여성 노인이 남성 노인보다 접근성에 대한 만족도가 낮은 것으로 나타났으며($\beta = -0.182, p=0.011$), 의료급여인 경우 접근성이 낮았다($\beta = -0.290, p=0.007$). 지역에 있어서는 읍면지역이 동지역에 비해서 접근성에 대한 만족도가 매우 낮은 것으로 나타났다($\beta = -0.629, p=0.000$)(Table 5).

고찰

전국 노인을 대상으로 의료이용에 대한 전반적 만족도, 포괄성, 접근성을 평가한 결과, 전반적인 만족도에 비해 포괄성 및 접근성을 평가하는 항목에서 대체로 낮은 평가를 보였다. 포괄성(상세한 과거력 평가, 세밀한 진찰, 여러 증상에 대한 질문 및 치료)에 대한 응답은 노인의 교육수준이 높을수록 부정적인 결과를 보였는데, 선행 연구결과를 보면 고소득층의 경우 의료이용의 횟수는 낮으나 양질의 서비스를 이용하였고, 빈곤계층은 그 반대로 저가 의료서비스를 빈번히 이용하는 것으로 나타났다[15]. 교육과 소득수준이 높을수록, 도시지역에 거주할수록 즉, 사회경제적 위치가 높은 경우에는 접근성 확보에는 유리한 조건으로 의료의 지속성을 유지하고 있지만, 제공되는 의료수준의 포괄성에 대해서 만족 정도가 낮은 것으로 파악된다.

전반적인 만족도(질병 및 치료방법에 대한 설명, 궁금한 점에 대한 답변, 병원시설의 편리성, 진료시의 친절함)를 분석한 결과 포괄성과 마찬가지로 고학력, 또한 고소득일수록 만족하는 정도가 낮았다. 이

는 사회 경제적 위치가 높을수록 수준 높은 의료를 요구하기 때문인 것으로 해석할 수 있다. 비단 노인 의료에서 뿐만 아니라 현재 한국의 전반적인 의료 서비스에 대한 평가 결과로도 해석할 수 있다. 행위별수가제에서 의료공급자는 수익 증가를 위해 고급 서비스를 제공하거나, 제한된 시간 내에 많은 환자에게 서비스를 제공할 수 있다. 하지만 현실적으로 고급 서비스를 제공하는 것에는 한계가 있기 때문에, 환자와 서비스의 양을 늘림으로써 단위 환자에게 제공되는 서비스의 양과 질은 저하될 수밖에 없다[16]. 이런 이유로 일반 의료기관에서 환자의 과거력에 대한 충분한 문진 및 진료를 할 수 없게 된다. 진문의 들을 상대로 한 설문조사에서, 환자 1인당 평균 진료시간은 초진이 13.6분, 재진이 5.5분으로 외국에 비해 상당히 짧은 것으로 나타났다[17]. 동시에 우리나라의 2005년도 국민 1인당 의사방문 횟수는 11.8회로 OECD 15개국 평균인 7.3회보다 3회 이상 많아 국민들의 의료이용 빈도가 다른 국가에 비해서 높다[18]. 결국 수가제도에 의한 의료기관의 현실적 고려와 비교적 잦은 외래방문으로 인해 환자 1인에게 허용되는 시간은 짧아 환자에 대한 충분한 검토가 이루어지지 않고 있다. 이러한 진료 환경은 다양한 건강 수준과 질환력을 가진 노인 환자에게 다른 집단에 비해 더 큰 비효율과 불만족을 초래할 가능성이 있다.

접근성(거리로 인한 병원이용 포기, 거주지에서의 전문과목의 부재, 전문과목 선택의 어려움)의 측면에서 읍면지역 거주 노인들이 어려움을 많이 호소하였다. 이는 의료자원의 불균등한 분포에 기인하는 것으로 해석할 수 있다. 2006년 현재 전체 의료기관의 46%, 의료 인력의 43% 이상이 서울, 경기 지역에 몰려있다[19,20]. 자원분포의 불균형으로 읍면지역의 경우 도시 지역에 비해 상대적으로 의료이용에 제한을 받게 되는데, 읍면 거주 노인 분포 비율이 높은 우리나라는 의료 자원 분포 불균형의 가장 큰 피해가 노인에게 돌아갈 수 있음을 주지해야 한다. 분석 결과에서 75-84세 고령의 경우, 현 거주지에서 의

Table 4. Results for general satisfaction according to general characteristic in medical care utilization of the elderly

Variable/Category	N(%)	β^{\dagger}	p	95% CI
Gender				
Male	373 (42.3)	0.000	-	Reference
Female	508 (57.7)	0.032	0.573	(-0.078, 0.141)
Age				
65-74	570 (64.7)	0.000	-	Reference
75-84	261 (29.6)	-0.029	0.584	(-0.134, 0.076)
85+	50 (5.7)	0.033	0.757	(-0.177, 0.243)
Marital Status				
Married	501 (56.8)	0.000	-	Reference
Others	380 (43.2)	-0.072	0.404	(-0.240, 0.097)
Members of Family				
Alone	203 (23.0)	0.000	-	Reference
With spouse	366 (41.5)	-0.089	0.380	(-0.228, 0.110)
Others	312 (35.5)	-0.060	0.448	(-0.213, 0.094)
Education				
Illiterate	268 (30.4)	0.000	-	Reference
Elementary school	311 (35.3)	-0.012	0.847	(-0.132, 0.108)
Middle school	119 (13.5)	-0.057	0.488	(-0.219, 0.105)
High school or more	183 (20.9)	-0.159	0.049	(-0.318, -0.001)
Household Monthly Income (1,000 KRW)				
500 or less	404 (45.9)	0.000	-	Reference
501-1,000	208 (23.6)	-0.033	0.590	(-0.154, 0.088)
1,001-1,500	80 (9.1)	-0.065	0.468	(-0.242, 0.111)
1,501-2,000	85 (9.6)	0.047	0.609	(-0.132, 0.225)
2,001 or more	104 (11.8)	-0.192	0.035	(-0.371, -0.014)
Insurance				
NHI	800 (90.8)	0.000	-	Reference
Medical aids	81 (9.2)	-0.018	0.825	(-0.183, 0.146)
Region				
Urban	522 (59.3)	0.000	-	Reference
Rural	359 (40.7)	0.015	0.757	(-0.082, 0.112)

NHI: National Health Insurance, CI: confidence interval, KRW: korean won
 † p<0.05 by ANCOVA, † β estimate is adjusted for gender, age, marital status, member of family, education, income, insurance and region

료기관을 이용이 어렵다는 응답이 높게 나타났다. 연령 증가에 따라 신체적 기능이 감소하고 외출 활동 시에 주변 사람에 대한 의존도가 커지면서 접근성에 대한 불편이 증가하는 것으로 보인다. 또한 신체적 기능이 저하되는 경우에 상대적으로 의료기관 방문 횟수는 다른 연령층에 비해서 많아진다. 기존의 연구에서도 기능 제한이 있는 노인의 경우 입원 혹은 외래의 이용 빈도가 높은 것으로 나타났다[5,21,22]. 결국 노인의 신체 기능을 고려하여 이용 빈도가 높을 경우 접근성에 대한 고려가 동시에 이루어져야 노인 의료이용의 만족도를 높일 수 있음을 시사한다.

의료급여의 경우도 접근성이 떨어지는 것으로 나왔는데 의료급여기관 중 의료급여 환자를 진료하지 않는 기관이 전체의 30% 이상이고, 대학병원이나 사립 3차 의료기관의 의료급여 진료에 대한 꺼림 현상으로 야기되는 것으로 생각된다[23]. 의료급여자들이 주로 이용하는 공공 병원의 경우, 심야 혹은 주말 이용이 어렵고, 개인

병의원을 이용하는 경우 추가로 부과되는 본인비용 부담으로 인해 이용을 기피하는 것으로 생각된다. 동시에 전문 병원의 경우 비급여항목이 많아 경제적 부담이 따르기에 노인환자의 경우 전문 과목의 부재에 불편함을 느끼게 된다. 우리나라의 2006년 현재 의료급여 수급자는 모두 180만 명으로 1종 수급자가 1,028,536명이고, 2종 수급자가 800,091명으로 지난 2003년 이후 지속적으로 상승하고 있다. 2005년에는 진료비 총액이 처음으로 3조를 넘어 3조 3천억 원을 상회하였으며, 2004년 2조 6천억 원에 비해 1년 사이에 약 26% 정도 증가하였다. 이런 추세가 이어져 2006년의 의료급여 진료비 총액은 3조 9천억 원에 달했다[24,25]. 의료급여 수급권자에게 본인 부담 비용을 부과하는 최근의 정책도 이런 맥락에서 이해할 수 있을 것이다. 하지만 자칫 의료급여의 도덕적 해이만을 문제 삼아 의료급여 대상자의 현실적 상황을 간과한 것은 아닌지 주목해야 한다. 접근성 항목에서 낮은 평가가 나온 점들

Table 5. Results for accessibility according to general characteristic in medical care utilization of the elderly

Variable/Category	N(%)	β^{\dagger}	p [*]	95% CI
Gender				
Male	335 (42.3)	0.000	-	Reference
Female	508 (57.7)	-0.182	0.011	(-0.323, -0.041)
Age				
65 - 74	570 (64.7)	0.000	-	Reference
75 - 84	261 (29.6)	-0.061	0.376	(-0.196, 0.074)
85+	50 (5.7)	0.046	0.737	(-0.224, 0.317)
Marital Status				
Married	501 (56.9)	0.000	-	Reference
Others	380 (43.1)	0.032	0.796	(-0.184, 0.249)
Members of Family				
Alone	203 (23.0)	0.000	-	Reference
With spouse	366 (41.5)	0.033	0.896	(-0.222, 0.289)
Others	312 (35.5)	0.130	0.253	(-0.068, 0.328)
Education				
Illiterate	268 (30.4)	0.000	-	Reference
Elementary school	311 (35.3)	-0.136	0.086	(-0.290, 0.019)
Middle school	119 (13.5)	-0.001	0.996	(-0.209, 0.208)
High school or more	183 (20.8)	-0.171	0.100	(-0.375, 0.033)
Household Monthly Income (1,000 KRW)				
500 or less	404 (45.9)	0.000	-	Reference
501-1,000	208 (23.6)	-0.069	0.384	(-0.224, 0.086)
1,001-1,500	80 (9.1)	-0.032	0.783	(-0.259, 0.195)
1,501-2,000	85 (9.6)	-0.071	0.546	(-0.301, 0.159)
2,001 or more	104 (11.8)	-0.026	0.823	(-0.256, 0.203)
Insurance				
NHI	800 (90.8)	0.000	-	Reference
Medical aids	81 (9.2)	-0.290	0.007	(-0.501, -0.078)
Region				
Urban	522 (59.3)	0.000	-	Reference
Rural	359 (40.7)	-0.629	0.000	(-0.754, -0.504)

NHI: National Health Insurance, CI: confidence interval, KRW: korean won

*p<0.05 by ANCOVA, [†] β estimate is adjusted for gender, age, marital status, member of family, education, income, insurance and region

고려하여 이용자 뿐 아니라 공급자와 제도의 구조적인 문제가 동반되어 있음을 놓쳐서는 안 될 것이다.

요약하자면 현재 우리나라 노인 의료서비스 이용자 만족도 측면에서 볼 때, 크게 두 가지 점을 주목해야 할 것이다. 포괄성 및 일반적인 만족도의 경우에는 사회경제적 위치가 높은 계층으로부터 상대적으로 더 낮은 평가를 받았고, 반면에 접근성의 경우는 사회경제적, 지역적 소외 계층으로부터 더 부정적인 평가를 받았다는 사실이다. 포괄성, 접근성 등은 비단 노인 의료서비스 뿐만 아니라 한국의 보건 의료 체계(수가 체계, 시설 도시 집중 등) 자체의 문제점으로 인한 것일 수 있다. 그러나 노인 의료서비스에서 가장 기본적인 전제 조건으로 알려진 포괄성과 접근성의 측면에서 나타난 문제점은 그 비효율의 부정적 영향이 노인층에게 가장 클 것임을 예상할 수 있다. 또한 사회경제적 위치와 거주 지역 특성에 따라 평가되는 측면이 다르다는 것 또한 중요하게 다루어져야 할 것이다. 만족스럽

고 질적인 의료이용에서 소외된 계층에 속하는 노인들의 건강수준 저하를 쉽게 예상할 수 있으며, 이것은 향후 의료재정에 더 큰 부담으로 돌아올 가능성이 높다. 경증의 질병이 적절한 치료를 받지 못하는 경우 중병의 가능성이 높아지고 결국 사망 전후의 시기를 통해 많은 의료비가 지출된다. 노인의 사망 전 60일 동안 전체 의료비용의 50%가 지출되며 [26], 사망시점이 가까울수록 의료비용이 현저히 증가하여 사망 마지막 달에는 전체 비용의 32.7%를 사용하게 된다는 연구 결과가 있다 [27]. 즉, 사회적 약자 계층의 노인들에 대한 대처가 없는 경우 의료비 증가로 인한 부담은 가중될 것이며, 사회 전체의 건강수준은 악화될 가능성이 높다.

이 연구는 전화 설문 조사의 한계로 설문지의 양에 제한이 있었기 때문에 현재의 건강 상태 및 의료 요구를 상세히 측정할 수 없었다. 따라서 대상자의 건강 상태와 의료 요구를 고려한 만족도 평가라고 보기 어렵다. 그러나 대상자 선정을 지난 1년간

1회 이상의 의료 이용자로 제한함으로써 최근 의료 요구가 존재하는 노인을 대상으로 한정하도록 하였다. 전화 설문 특성 상 기능상태가 낮거나 인지 기능이 저하된 노인이 배제되거나 전화 이용자로만 제한되는 선택 편견이 존재할 가능성이 있기 때문에 결과 해석에 주의가 요구된다. 또한 연구에서 사용된 질문이 노인 의료 만족도의 포괄성, 전반적인 만족도, 접근성 측면을 대표할 수 있는가 하는 문제도 남는다. 각 영역별로 문항 선정이 충분한지에 관한 검토가 필요할 것이다. 구체적으로 포괄성 분야에서 의료진의 양과 질, 노인성 질환의 정기검진, 질병력 관리에 대한 문제 등이 다루어지지 않았고 접근성에 있어서는 사회경제적 요인의 의한 장애 등이 충분히 고려되지 않았다. 전반적인 만족도에 대한 개념 정의와 문항 설정도 불충분하였다. 그리고 사용된 요인 분석의 경우 원칙적으로 정규분포를 따르는 변수에 적용되는 방법이나, 이분형 변수의 경우에도 잠재적인 정규분포를 가지는 변수를 이분화한 것으로 가정하고 사용할 수 있다 [12]. 그러나 이러한 가정을 확인할 수 없다는 점에서 해석상의 제한을 가진다. 문제가 없는 분석을 위해서 특정 분석 소프트웨어를 사용하는 경우도 있으나 본 연구에서는 활용하지 못하였다 [28,29]. 따라서 국내 의료 현실에 맞고 타당성이 확인된 도구로 발전시키는 것이 향후 과제로 남는다. 하지만 이 연구는 노인 의료 이용과 만족도 연구, 지속적인 모니터링 체계 제언의 출발점이라는 점에서 의미를 찾을 수 있다.

결론적으로, 지속적인 의료 이용을 요하는 노인의 경우 포괄성 및 일반적인 만족도와 접근성을 높일 수 있는 방향으로의 개선이 필요하다. 사회경제적, 지역적으로 취약한 계층의 접근성을 높일 수 있는 방법이 우선 제시되어야 할 것이며 동시에 의료체계의 전반적 개선과 함께 노인 의료의 질적 향상을 위한 보다 적극적인 자가 구체적인 전략이 모색되어야 한다. 의료자원의 불균형으로 인한 접근성의 저하를 해결할 수 있는 방법이 필요하며, 동시에 포괄성, 전반적인 만족도 향상을 위해

서는 지속적인 노인의료 질 관리 감시체계의 도입이 필요하다. 노인 환자가 많이 이용하는 병의원을 대상으로 인센티브제도도 고려해 볼 수 있다. 기존 의료제공 체계를 효율적으로 사용할 수 있도록 사회적 노력을 모은다면, 보다 건강한 고령 사회로의 성공적인 진입이 가능할 것이다.

참고문헌

1. Lim JY, Park J, Kang MG, Ryu SY. Quality of life and its associated factors among some elderly residents using a hall for the aged in a community. *J Prev Med Public Health* 2007; 40(5): 337-344. (Korean)
2. Kim JS, Bae SI, Cho MK, Choi ID. *Medium- and Long-term Prospective and Policy Agenda for Expenditures by the Elderly in Aged Society*. Seoul: National Health Insurance Corporation; 2005. p. 69-84. (Korean)
3. Baicker K, Chandra A. Medicare Spending, the physician workforce, and beneficiaries's quality of care. *Health Aff* 2004; Suppl Web Exclusives: W184-97.
4. Sun WD. Overview and improvement direction of health care facilities for the aged. *J Korean Hosp Assoc* 2002; 31(2): 34-42. (Korean)
5. Branch LG, Wetle TT, Scherr PA, Cook NR, Evans DA, Hebert LE, et al. A prospective study of incident comprehensive medical home care use among the elderly. *Am J Public Health* 1988; 78(3): 255-259.
6. Rubio RN, Pearson HC, Clark AA, Breikopf CR. Satisfaction with care among low-income female outpatients. *Psychol Health Med* 2007; 12(3): 334-345.
7. Millar M. Patient satisfaction with general practice in Ireland. *Ir Med J* 2001, 94(4): 106-109.
8. Chung KH, Cho AJ, Oh YH, Sun WD. *Caregiving for the Frail Elderly and Welfare Needs of the Frail Elderly and Family Caregivers*. Seoul: Korean Institute for Health and Social Affairs; 2001. p. 46-52. (Korean)
9. Ryu GC, Kang EJ, Kim NY, Park MH, Lee NH. 2005 *The Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES III): Health Service Utilization*. Seoul: Korean Institute for Health and Social Affairs; 2006. p. 11-24. (Korean)
10. Son MA. The relationship of social class and health behaviors with morbidity in Korea. *Korean J Prev Med* 2002; 35(1): 57-64. (Korean)
11. Smith DG, Blane D, Bartley M. Explanations for socioeconomic differentials in mortality: Evidence from Britain and elsewhere. *Eur J Public Health* 1994; 4(3): 131-144.
12. Mohan D, Ray R, Sethi H. Unidimensionality of alcohol dependence syndrome. *Drug Alcohol Depend* 1995; 37(2): 163-166.
13. Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care* 2000; 9(4): 210-215.
14. Chan FW, Wong RS, Lau WH, Chan TY, Cheng G, You JH. Management of Chinese patients on warfarin therapy in two models of anticoagulation service: A prospective randomized trial. *Br J Clin Pharmacol* 2006; 62(5): 601-609.
15. Kim JJ, Oh JH, Moon OR, Kwon SM. Quantitative and qualitative difference in the utilization of health care-based on the survey of Gwangju-Jeonnang residents. *Korean J Health Policy Adm* 2007; 17(3): 26-49. (Korean)
16. Shin YJ, Kim CY, editors. *New Groping of Health Reform*. Seoul: Hanul Co.; 2006. p. 167-171. (Korean)
17. Kim SR, Chang HS, You SJ, Park SK, Ha BM. *A Study on the Supply and Demand Planning of the Medical Specialists Manpower and the Policy Development of Quality Improvement for Postgraduate Training Program*. Seoul: Korea Health Industry Development Institute; 2002. p. 79-85. (Korean)
18. Bae SI, Kim YS, Tae YH, Lee CJ. *Current State and Prospective of Korean Health Care with International Statistics Data*. Seoul: National Health Insurance Corporation; 2007. p. 61-63. (Korean)
19. Moon YO, Park EC, Shin HR, Won YJ, Jung KW, Lee JH, et al. Regional variation in accessing regional hospitals for cancer patients. *Korean J Epidemiol* 2006; 28(2): 152-161. (Korean)
20. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. 2006 *The Yearbook on Health and Welfare Statistics*. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs; 2007. p. 157-174. (Korean)
21. Jang SN, Rhee SJ, Cho SI. Functional limitation and medical care utilization among the community-dwelling elderly. *J Korean Geriatr Soc* 2007; 11(4): 198-204. (Korean)
22. Wolinsky FD, Culler SD, Callahan CM, Johnson RJ. Hospital resource consumption among older seven-year period. *J Gerontol* 1994; 49(5): S240-252.
23. Lee JY. Problems and improvement direction of medical aids program. *Soc Welf Policy* 2002; 14: 59-73. (Korean)
24. National Health Insurance Corporation. 2006 *National Health Insurance Statistical Yearbook*. Seoul: National Health Insurance Corporation; 2007. p. 48-49. (Korean)
25. Shin YS. On the appropriate use of health services. *Health Welf Policy Forum* 2006; 114: 91-101. (Korean)
26. Lubitz JD, Riley GF. Trends in medicare payments in the last year of life. *New Engl J Med* 1993; 328(15): 1092-1096.
27. Yi JJ, Park KS, Yu SH, Kim JI, Park JY, Yoo WK, et al. Medical service utilization and trends among Korean elderly in the last one year of life. *Korean J Prev Med* 2003; 36(4): 325-331. (Korean)
28. Collins LM, Cliff N, McCormick DJ, Zatzkin JL. Factor recovery in binary data sets: A simulation. *Multivariate Behav Res* 1986; 21(3): 377-391.
29. Muthén B. Contributions to factor analysis of dichotomous variables. *Psychometrika* 1978; 43(4): 551-560.