

장애인의 보건의료 접근성 저해 요인:  
경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한  
미충족의료를 중심으로\*

Access Barriers To Health Care Among Persons With Physical Disabilities:  
Using Three Reasons For Unmet Need As Indicators Of Access

전 보 영\*\* · 권 순 만\*\*\*

Jeon, Boyoung · Kwon, Soonman

◁ 목

차 ▷

I. 서 론

II. 이론적 배경

III. 연구 방법

IV. 연구 결과

V. 고찰

VI. 결론과 함의

〈요 약〉

보건의료서비스에 대한 접근성 보장은 장애인을 대상으로 하는 보건정책 중 가장 기본이 되는 이슈 중 하나이다. 본 연구에서는 장애인의 보건의료 접근성을 대리하는 지표로서 미충족의료 경험을 활용하되, 그 이유를 경제적 부담, 교통 불편, 시간과 관련된 제

\* 이 논문은 전보영의 서울대학교 보건대학원 박사학위논문의 일부를 재구성한 것입니다.

\*\* 서울대학교 보건대학원(제1저자), E-mail : jeonpositive@hanmail.net

\*\*\* 서울대학교 보건대학원 교수(교신저자), E-mail : kwons@snu.ac.kr

약으로 구체화하여 각각에 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 2011년 장애인실태조사 응답자 중 지체장애, 뇌병변장애를 가진 만 20-64세의 성인 1,829명을 연구대상으로 하였으며, 분석방법으로 다항로짓 모형을 적용하였다. 장애인의 20.9%에서 미충족의료의 경험 이 있었으며, 이 중 69.9%는 경제적 부담으로, 9.2%는 교통이 불편해서, 20.9%는 시간과 관련된 제약으로 미충족의료 경험이 있는 것으로 나타났다. 회귀분석 결과, 장애인편의시설이 부족하여 외출에 불편함을 겪는 경우 경제적 이유 및 교통 불편으로 인한 미충족의료를 경험할 가능성이 높았으며, 특히 외출시 동반할 사람이 없어서 어려움이 있는 경우에 교통 불편으로 인한 미충족의료의 가능성이 높았다. 반면, 독거 상태이거나 임시직 및 일용직으로 일하는 경우 예약의 어려움, 진료 대기시간 등과 같은 시간적 제약으로 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 이상의 분석을 통해 장애인의 보건의료 접근성에는 개인의 특성뿐만 아니라 주변 사람들의 역할과 제반 사회 환경이 상호작용하여 영향을 미치고 있음을 확인하였으며, 미충족의료의 이유에 따라 우선적으로 고려되어야 하는 정책의 접근방식도 달라져야 함을 시사했다.

핵심용어: 장애인, 보건의료 접근성, 미충족의료, 장애인실태조사

## I. 서 론

지난 십 여 년 동안, 국제적으로 장애인 단체와 관련 학계, 임상전문가 등은 장애인의 건강에 대한 관심이 시급함에 동의하고, 보건의료서비스에 대한 적절한 이용이 보장되어야 함을 주장했다(Clancy & Andresen., 2002; Tomlinson et al., 2009). 유엔 장애인권리협약 제25조 건강파트에서는 장애인이 차별 없이 최고 수준의 건강을 누릴 권리가 있으며, 공중보건, 예방, 지리적 조건, 윤리적 측면 등 모든 측면에서 보건서비스에 대한 접근을 보장하는 조치를 취할 것을 명시했다(UN, 2006, 안경환, 2007). 나아가 세계보건기구(WHO)에서는 “장애인을 위한 더 나은 건강(Better health for all people with disabilities)”을 주제로 2014-2021년 사업계획을 마련했으며, 장애인이 최상의 건강수준과 기능상태, 안녕, 인권을 획득하는 것을 최종목표로 정했다(WHO, 2014). 이 사업계획에서도 각 국가들은 ‘달성 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리’를 명백하게 제시하고, 보건의료 및 건강관리 프로그램에 대한 장벽을 없애며, 접근성을 향상시키기 위해 노력할 것을 촉구하고 있다(WHO, 2014).

장애를 지닌 사람들의 건강에 대한 국제사회의 관심 증대와 함께, 우리나라에서도 장애인의 건강 및 보건의료에 대한 정책적 변화를 겪고 있다. 그동안 이루어진 장애와 관련된 보건정책을 살펴보면, 재활의학과 설치 및 재활병원 병상 수 확충과 같이 공급의 양적 측면을 확대하는 데에 주력했으며, 보장구 급여확대 및 저소득층 장애인을 위한 의료비지원

등 이용자의 경제적 부담을 줄이기 위한 정책도 이루어졌다(보건복지부, 1997; 2003; 2008; 2013). 최근 들어 제4차(2013-2017년) 장애인정책종합계획부터는 장애인 건강증진프로그램 보급의 확대, 건강요구도 조사, 장애인 건강통계 구축 등 예전보다 적극적인 정책 안이 제시되었는데(보건복지부, 2013), 이는 장애인의 의료보장에 대한 요구도 증가와 함께(보건복지부 보도자료, 2015.4.20), 건강한 삶을 추구하는 시대의 인식 변화와도 맞물린다고 할 수 있다.

이와 같은 상황에서, 장애인의 건강을 수호하기 위해 기본이 되어야 하는 이슈 중 하나는 보건의료서비스에 대한 접근성의 보장이라 할 수 있다(WHO & World Bank, 2011). 특히 필요로 하는 치료에 대한 포기는 장애인 개인의 선택에서 비롯되는 측면도 있지만, 기본적인 사회여건이 갖추어지지 않아서 발생하는 경우도 많다. 치료의 접근성은 단순히 시설의 확충, 직접적인 비용의 장벽을 낮추는 것을 넘어, 이용자와 보건시스템, 제반 사회 환경이 서로 결합하여 영향을 미치기 때문이다(Allin & Masseria, 2012). 그러나 그동안 보건의료 이용의 접근성에 대한 논의는 주로 소득수준에 따른 격차에 중점을 두었으며, 장애인의 고유한 경험을 설명한 연구는 많지 않았다. 또한 가장 흔히 활용되어왔던 접근성 지표인 보건의료의 이용량이나 지출수준은 치료를 받지 못한 사람들의 상황을 설명할 수 없기에, 치료를 포기한 경험과 그 이유에 대한 설명은 미약한 상황이었다.

이에 본 연구에서는 장애인의 보건의료서비스 접근성을 대리하는 변수로서 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있는 경우를 '미충족의료'로 정의하되, 종속변수인 미충족의료 경험을 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약의 이유로 구체화하고 각각에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 한다. 또한 이러한 경험을 설명하는 독립변수에는 개인의 특성을 나타내는 변수뿐만 아니라 장애인 편의시설 및 대중교통 이용 시의 불편함, 가족 및 친지와의 교류, 장애로 인한 차별경험, 보건의료 이용에 있어서의 정부지원 경험 등 장애인이 마주하고 있는 사회 환경 변수를 포함하여 정책적 함의를 도출하고자 한다.

## II. 이론적 배경

### 1. 장애인의 보건의료 접근성

장애인의 건강권을 수호하기 위해서는 접근성에 대한 고찰이 수반되어야 한다. 접근성이란 장애인이 삶의 모든 영역에 완전히 참여할 수 있도록 하기 위하여, 물리적 환경, 교통, 정보 및 시설 등을 이용하는 데에 있어서 다른 사람들과 동등하게 접근할 수 있는 정도를 의미한다(UN, 2006; University of Minnesota, 2008). 이러한 접근성에 대한 권리인 접근권에는

각종 교통수단을 이용할 권리인 이동권, 공공시설 등에서 편의를 제공받을 권리인 시설이용권, 의사표현과 정보이용에 필요한 모든 서비스를 받을 권리인 정보접근권이 포함된다(소남열, 2009; 서정희, 2010). 이를 보건의료서비스 이용에 대한 접근성으로 재해석한다면, 접근성은 환자가 보건의료서비스를 이용하기에 쉬운 정도(Lawthers et al., 2003)이자, 환자와 시스템 사이의 적합 정도를 나타내는 개념이다(Penchansky & Thomas, 1981). 접근성은 보건의료의 “질”을 구성하는 중요한 요소로서, 일단 접근에 제한이 없는 것은 임상적으로 적절하고 효과적인 치료의 전제 조건이 된다(Lawthers et al., 2003).

접근성을 더 세분화된 차원으로 살펴보면, 공급자 요인에 해당하는 가용성(availability)은 환자 수 대비 적절한 의료제공자, 시설 및 프로그램의 제공량을 의미하고, 물리적 접근성(accessibility)은 환자의 위치와 공급자 위치 사이의 관계로서, 교통의 편리함, 이동시간과 이동거리 등을 의미한다(Penchansky & Thomas, 1981). 편의성(accommodation)은 예약시스템, 병원운영시간, 대기시간과 같이 서비스 제공시 환자의 편의를 도모하는 공급자의 조직화된 노력과 환자가 이러한 시스템을 이용하고 받아들이는 정도를 의미하며, 지불가능성(affordability)은 서비스의 가격과 환자의 소득수준, 건강보험의 관계로서 환자에 따라 의료비에 대해 느끼는 상대적인 가치는 달라질 수 있다. 수용성(acceptability)은 환자가 서비스제공자를 받아들이는 태도와 서비스 제공자가 환자를 받아들이는 태도를 의미한다(Penchansky & Thomas, 1981). 위 요소 중 공급자 요인은 주로 국가간, 지역간 차이를 보이지만, 개인적 요인들은 한 국가나 한 지역 내에서도 하위 인구집단에 따라 다양하게 영향을 미칠 수 있다(Allin & Masseria, 2012).

이러한 접근성은 장애인이 마주하는 구조적 장벽, 환경적 장벽, 과정상의 장벽에 의해 제한될 수 있다(Scheer, Kroll, Neri, 2003). 구조적 장벽이란 공적 건강보험 급여의 낮은 보장성이나 민간보험 가입의 어려움, 장애인 전문 의료제공자 부족 등을 의미하며, 환경적 장벽이

〈표 1〉 장애인의 보건의료 접근성 저해요인

구조적 장벽	① 가용성(Availability): 환자 수 대비 적절한 의료제공자, 시설, 프로그램의 제공량
	② 지불가능성(Affordability): 서비스의 가격, 건강보험 급여수준, 환자의 지불능력
환경적 장벽	③ 물리적 접근성(Accessibility): 교통의 편리성, 이동시간과 이동거리, 병원시설과 진단기기의 접근가능성
	④ 편의성(Accommodation): 예약시스템, 병원 운영시간, 대기시간
과정상의 장벽	⑤ 환자와 제공자의 수용성(Acceptability): 장애인 당사자의 정보·지식 부족, 서비스 제공자의 환자를 받아들이는 태도, 장애와 관련된 치료뿐만 아니라 장애와 관련되지 않은 건강상태를 이해하는 포괄적인 대처능력

주: Penchansky와 Thomas(1981)의 보건의료서비스 접근성 개념과 Scheer, Kroll, Neri(2003)의 장애인 보건의료서비스 저해요인을 참고

란 공공 교통수단의 불편함, 누군가 데려다주어야 하는 부담감, 병원 내 시설 및 치료용 장치가 비장애인 위주로 설치된 경우가 포함된다. 과정상의 장벽이란 장애인 당사자와 서비스 제공자의 정보·지식 부족으로 발생하는 의료이용의 적시성 문제를 의미한다. 위와 같은 여러 요소들은 상호작용하고 축적되어 장애인의 보건의료 접근성에 영향을 미치게 된다(Scheer, Kroll, Neri, 2003) <표 1>.

## 2. 미충족의료의 범주

‘미충족의료’는 건강문제로 인해 필요하다고 판단된 의료서비스와 실제 이용한 의료서비스의 차이로 정의된다(Carr & Wolfe, 1976). 미충족의료의 경험은 장애인에게 더욱 중요한 의미를 지니는데, 제때에 받지 못한 치료로 인해 건강이나 기능 상태에 장·단기적으로 부정적인 영향을 미칠 수 있기 때문이다(Newacheck et al., 2000). Allin 등(2010)은 미충족의료의 발생하는데 대하여 다음과 같이 설명한 바 있다. 첫째는 ‘인식하지 못한 미충족의료(unperceived unmet need)’로서 본인은 느끼지 못했지만 임상적 검사를 통해 증상이 발견될 수 있는 경우이고, 둘째는 ‘환자의 주관적 판단에 의해 의료이용을 하지 않는 경우(subjective, chosen unmet need)’로서 환자가 문화적 이유 혹은 적절한 교육을 받지 못해서 의료이용의 필요성을 느끼지 못한 상태이다. 셋째는 ‘주관적이되, 선택할 수 없는 미충족의료(subjective, not chosen)’로서 비싼 가격, 물리적 이동거리 등 자신이 어쩔 수 없는 문제로 인해 미충족의료 발생하는 경우이다. 넷째는 ‘주관적이고 임상적으로도 타당성이 입증된 미충족의료(subjective, clinician-validated unmet need)’로서 의료진이 판단하기에 적절한 수준만큼 의료서비스를 받지 못한 경우이고, 다섯째는 ‘기대하는 수준만큼 적절한 정도의 의료서비스를 받지 못하는 경우(subjective unmet expectations)’로서 의료서비스를 이용하긴 했지만 환자가 느끼기에 부적절하다고 느끼는 경우이다(Allin et al., 2010). 이 중 인식하지 못했거나, 임상적 판단이 요구되는 미충족의료는 기존의 설문조사자료 분석 방식의 연구에는 반영이 힘들다. 이에 따라 많은 선행연구에서는 주로 ‘주관적이되, 선택할 수 없는 미충족의료’의 개념을 주로 활용해왔다.

그렇다면, 주관적이되, 개인이 어쩔 수 없는 이유로 인한 미충족의료의 유형에는 어떤 것이 있을까? 가장 대표적인 미충족의료 경험의 사유는 경제적 부담으로, 낮은 소득수준은 일차의료진, 전문의, 재활서비스, 보조기구 등에 대한 접근성을 낮추는 것과 관련 있다(Beatty et al., 2003). 많은 장애인들은 비용문제 때문에 치료를 미루거나 장비·기구 없이 지내며, 의약품을 제대로 복용하지 못할 뿐만 아니라 의료비 외의 다른 생활비 지출을 줄이기도 했다(Hanson et al., 2003(a); Hanson et al., 2003(b)). 또한 비용부담으로 인한 미충족의료는 주로 건강보험의 혜택을 받지 못하는 장애인에게서 더욱 심각한 문제로 나타나곤 했다(Donnelly

et al., 2007; Gulley & Altman, 2008).

물리적 접근에서 겪는 어려움은 지불여력의 제한 못지않게 장애인이 자주 접하는 장벽 중 하나이다. 장애인이 경험하는 교통 불편, 이동상의 어려움을 해결하려는 노력은 사회적으로도 중요한 이슈 중 하나였으며(김도현, 2007; 두오균, 2010), 지체장애 및 뇌병변장애를 지닌 경우 다른 장애유형에 비해서도 교통수단 이용에서의 제약을 더 자주 경험하고 있다(Hwang et al., 2011). 그러나 이동권에 대한 사회적 관심에 비해, 교통 불편으로 인해 발생되는 미충족의료 현황 및 관련요인에 대해서는 여전히 실증분석이 부족한 상황이다.

한편, 시간상의 제약으로 인한 미충족의료는 경제적, 물리적 이유로 인한 미충족의료와는 정책적 개입방식도 달라져야 한다고 지적되기도 했다. 교육수준이 높고 보건시스템에 대한 기대가 높을수록 병원 대기시간에 대해서 더 민감하게 반응할 수 있기 때문이다(Allin et al., 2010). 그러나 우리나라의 경우 근무환경이 열악하여 병원에 방문할 시간을 내기 어렵거나, 인터넷 등을 활용한 예약시스템에 익숙하지 못해서 겪는 어려움이 미충족医료를 발생시킬 수 있으므로, 장애인의 근로조건이나 사회적 지지 변수가 시간상의 제약으로 인한 미충족의료와 어떠한 관련성이 있는지 확인해보아야 할 것이다.

### 3. 우리나라 장애인의 미충족의료 경험

그동안 국내에서 이루어진 연구에 따르면, 가구 내 장애인이 있을 경우 미충족医료를 경험할 확률은 높았으나(변용찬, 2007; 허순임 등, 2009), 경제적 이유로 인한 미충족의료의 가능성은 장애인이 있을 때에 높기도(신영전과 손정인, 2009), 유의미하지 않기도(김진구, 2008; 허순임 등, 2009), 장애인이 가구주일 경우 오히려 더 낮아지기도 했다(신영전과 손정인, 2009). 장애인만을 대상으로 한 연구에서는 장애유형에 따른 의학적 필요도와 실제 이용양상을 비교하거나(이진용, 2006), 의료기관 중 장애인 편의시설이 적합하게 설치되었는지를 조사한바 있으며(이진용 등, 2012), 주관적으로 느끼는 미충족의료 경험에 관한 분석도 이루어졌다(유소연 등, 2011; 신자은, 2013). 연구결과, 재활치료와 정기진료 부분에서 장애인이 적절한 의료서비스를 이용하지 못하고 있었고(이진용, 2006), 2011년 기준 장애인 편의시설 설치율은 74.1%, 적합설치율은 39.2%로서, 적절한 편의시설을 갖춘 의료기관의 비율이 높지 않음을 보여주었다(이진용 등, 2012). 지역사회에 거주하는 지체장애인들은 여성일 때, 건강검진을 받지 않았을 때, 만성질환을 보유하고 있을 때 미충족의료 경험의 확률이 높은 것으로 나타났으며(유소연 등, 2011), 집 밖 활동이나 교통수단 이용에 불편을 겪은 경우에도 미충족의료의 경험 가능성은 높아졌다(신자은, 2013). 최근 연구일수록 의료접근성에 영향을 주는 사회제도적인 장벽을 대리하는 설명변수와 보조기구 소지와 같은 새로운 종속변수를 활용하려는 시도가 이어지고 있다는 데에 의의가 있다(신자은, 2013).

다만 지금까지 대다수의 연구에서 미충족의료 경험은 동질적인 특성으로 여겨졌으며 발생 원인에 따른 구체적인 설명을 하지 못했다. 따라서 접근성을 측정하는 더 나은 도구로 활용되기 위해서는 미충족의료의 경험이 비용에 의한 것인지 교통 불편에 의한 것인지, 시간적 제약 때문인 것인지 밝혀내고 각각의 원인에 맞는 해결방안을 모색할 필요가 있으며, 보건시스템의 외적 요소에 의한 영향도 함께 고려하여 해석해야 할 것이다.

### III. 연구 방법

#### 1. 자료 및 연구대상

본 연구는 우리나라 장애인의 생활을 상세히 조사한 2011년도 장애인실태조사 자료를 활용했다. 한국보건사회연구원에서 실시한 장애인실태조사는 장애인구의 출현율을 파악하고 장애인 복지정책을 수립하기 위한 정부승인 지정통계조사(승인번호 제 11732호)로서 2011년 가구방문을 통한 조사대상자는 6,010명이었다(김성희 등, 2011).

이 연구는 등록장애인 중 지체장애, 뇌병변장애를 가진 만 20-64세의 성인 장애인을 대상으로 했다. 지체장애, 뇌병변장애를 가진 사람은 등록장애인의 약 62%를 차지하며(보건복지부, 2014) 보행상 어려움을 겪는 경우가 많아 이동보조기구(지팡이, 수동·전동휠체어, 전동스쿠터 등)를 사용하는 등 기능상태와 보건의료 니즈가 유사하다. 이에 따라 선행연구에서도 지체장애와 뇌병변장애는 하나의 대상으로 범주화되어 필요측정도구를 개발하거나(이진용, 2006) 지역사회 재활사업의 대상으로 선정된바 있다(장숙량, 2004). 장애에 대한 중증도는 1급(가장 중증)에서 6급(가장 경증)까지로 구분되며, 장애의 진단은 보행과 일상생활수행능력을 기초로 전반적인 기능 상태에 따라 판정된다(보건복지부 고시, 제2013-56호). 본 연구에서 20세 미만을 제외한 이유는 일부 장애인단이 만 18세(혹은 16세) 이후부터 가능하며 장애연금 등의 사회보장 제도가 성인을 대상으로 하기 때문이다. 만 65세 이상의 노인층은 장애를 지니고 있던 사람의 노화와 노년기의 장애발생 문제가 중첩되어 나타날 뿐만 아니라(김형수, 1996), 장애인 활동지원제도가 만 65세 이상이 되면 노인장기요양보험제도로 넘어가면서 제도적으로 받을 수 있는 혜택이 달라지는 상황을 고려하여 제외하였다.

주요문항에 대한 결측치 및 비등록장애인, 등록장애가 2개 이상인 중복장애인을 제외한 후 최종분석 대상자는 1,829명이었으며, 지체장애인 1,659명과 뇌병변장애인 170명으로 구성되었다. 장애인실태조사에서는 시설에 입소 중인 장애인은 제외되므로 지역사회에 거주하는 경우만 연구대상에 포함되었다. 연구과정에 대해서는 연구자가 소속된 기관의 생명윤리심의위원회를 통해 심의면제 승인을 받았다.

## 2. 변수의 정의

### 1) 종속변수

본 연구에서 미충족의료는 보건의료 접근성을 대리하는 지표로서, 개인이 주관적으로 느낀 어려움을 규명할 수 있고, 의료이용을 하지 못한 다양한 이유를 분리하여 설명할 수 있다는 데에 의미가 있다(Allin & Masseria, 2012). 이에 따라 종속변수는 ‘미충족의료 경험 여부’와 ‘미충족의료 경험 이유’로 구분했다. ‘미충족의료 경험’이란 “최근 1년간(2010.6-2011.5) 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?”에서 “예”라고 응답한 경우이다. 미충족의료 경험 이유는 “다음 중 어떤 이유로 본인이 원하는 때 병의원에 가지 못했습니까?”라는 질문에 대한 응답으로서, Penchansky와 Thomas(1981)의 보건의료서비스 이용에 대한 접근성 개념과 Allin 등(2010) 및 Nelson과 Park(2006)의 연구를 참고하여 ‘경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약’으로 분류했다. ‘경제적 부담’으로 병의원에 못간 경우는 지불능력의 제한을 의미하며, ‘교통이 불편해서’ 병의원에 못간 경우는 물리적 접근의 제한을 의미하고, ‘시간적 제약’으로 병의원에 못간 경우는 편의성의 제한을 의미한다<표 2>.

〈표 2〉 종속변수

변수명	변수설명
미충족의료 경험 여부	0. 없음 (준거집단) 1. 있음, 최근 1년간 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있는 경우
미충족의료 경험 유형화	0. 없음 (준거집단) 1. 경제적 부담으로 병의원에 못 감: 지불능력의 제한을 의미함 2. 교통이 불편해서 병의원에 못 감: 물리적 접근의 제한을 의미함 3. 시간적 제약과 관련된 이유로 병의원에 못 감: 병의원 등에 예약하기 힘들어서, 본인이 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서, 병의원 등에서 오래 기다리기 싫어서 병의원에 못 간 경우를 포함하며, 편의성의 제한을 의미함

### 2) 독립변수

독립변수에는 개인의 인구학적 특성, 사회경제적 특성, 건강수준과 장애정도, 사회적 지지와 장애인이 속한 사회 환경을 대리하는 변수를 포함했다(Bryant et al., 2009). 개인의 인구학적 특성으로 성별, 연령대, 결혼 상태, 독거 여부를, 사회경제적 특성으로 교육수준, 경제활동 참여 상태, 가구의 소득수준, 공적 건강보장 유형을 포함했다. 건강수준과 장애관련 특성을 나타내는 변수에는 장애인의 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 일상생활수행의 기능



〈표 3〉 독립변수

	변수 명	변수 정의
인구학적 특성	성별	여자, 남자
	연령대	20-29세, 30-39세, 40-49세, 50-64세 (만 나이)
	결혼 상태	배우자 있음, 기타(미혼, 별거, 이혼, 사별)
	독거 여부	독거, 독거 아님
사회경제적 특성	교육수준	최종학력 중학교 이하, 고등학교 이상
	경제활동 참여 상태	실업 · 비경제활동 · 무급가족종사자 상용직 임금근로, 임시직 · 일용직 임금근로, 자영업자
	가구균등화 가처분소득 소득	가구의 총 연간소득을 $\sqrt{\text{가구원수}}$ 로 나눈 값 (연속변수, 단위: 백만원)
	공적 건강보장 유형	국민건강보험, 의료급여
건강수준과 장애정도	주관적 건강상태	좋음(좋음, 매우 좋음), 나쁨(나쁨, 매우 나쁨)
	만성질환 여부	만성질환 있음(3개월 이상 계속되는 만성질환), 없음
	일상생활수행 기능자립정도	자립, 도움필요(옷벗고입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 체 위변경하기, 일어나앉기, 옮겨앉기, 밖으로 나가기, 화장실 사용하기, 대변조절하기, 소변조절하기 중 하나라도 부분도움/ 완전도움이 필요한 경우)
	장애중증도	중증(등록장애 1,2급), 경증(등록장애 3-6급)
	장애원인	선천적 원인(출생시 원인, 원인불명 포함) 후천적 원인(질환 · 사고로 인한 후천적 원인)
	장애보유기간	현재나이-장애발생나이 (연속변수, 단위: 년)
	사교 활동 참여 여부	참여함(친구 · 친척과의 만남, 모임 등에 지난 1주 동안 직접 참여), 참여하지 않음
사회적 지지와 사회 환경	장애인 대상 보건의료 영역 정부 서비스 이용 경험 여부	정부 서비스 이용 경험 있음(장애인의료복지원, 등록진단비 지급, 장애인보조기구 무료교부, 장애인보조기구 건강보험급 여 중 하나라도 이용한 경험이 있는 경우), 없음
	보험제도상(계약시) 차별 경험 여부	있음(장애로 인하여 사회적인 차별 받음), 없음
	집밖활동 시 불편 이유	불편하지 않음, 장애인 편의시설 부족으로 인해 불편, 외출시 동반자 없어서 불편, 주위사람들 시선 때문에 불편 · 기타
	교통수단 이용 시 어려운 이유	어려움 없음, 대중교통(버스, 택시, 지하철) 이용이 불편, 장애인 전용 혜택 부족(장애인 콜택시 부족, 장애인용 자가용 및 운전면허증 확보 어려움, 전동휠체어가 없음) · 기타

자립정도, 장애중증도, 장애원인, 장애보유기간을 포함했다. 사회적 지지와 사회 환경을 나타내는 변수로서, 사교활동에 참여하고 있는지 여부, 보건의료 영역에서 정부 지원을 받은 경험, 보험제도상 계약 시 장애로 인한 차별을 받은 경험, 집밖 활동 시 불편 경험, 교통수단 이용 시 어려움 등을 포함했다<표 3>. 이 연구에서 사회적 지지와 사회 환경을 나타내는 독립변수 중 주관적 경험을 묻는 일부의 변수는, 종속변수와의 내생성(endogeneity) 문제 및 용어의 유사성으로 인한 토론폰지 문제, 독립변수 간의 다중공선성 문제 등을 완전히 해결할 수 없었다. 그럼에도 제한된 조사자료 내에서 최대한 우리사회의 미충족의료의 양상을 담아내고자, 연구자의 판단에 의해 위 변수들을 분석에 포함하였다.

### 3. 분석 방법

우선 미충족의료를 경험한 적이 있는 군과 경험한 적이 없는 군에 따른 응답자의 일반적 특성을 비교하기 위하여, 독립변수가 범주형일 때에는 카이제곱 검정을 실시하고 연속형일 때에는 t-test 검정을 통해서 두 군의 특성에 차이가 있는지 확인했다.

다음으로, 종속변수가 미충족의료 경험 여부인 모형 1에서는 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 활용해서 미충족의료를 경험한 적이 없는 경우(준거집단) 대비 미충족의료를 경험할 확률에 영향을 미치는 요인을 파악하였다.

모형 2에서는 다항로짓 모형(multinomial logit model)을 적용하여 미충족의료 경험이 없는 경우(준거집단,  $\Pr(Y=0)$ ) 대비 경제적 부담으로 미충족 의료를 경험할 확률( $\Pr(Y=1)$ ), 교통이 불편해서 미충족 의료를 경험할 확률( $\Pr(Y=2)$ ), 시간적 제약으로 미충족 의료를 경험할 확률( $\Pr(Y=3)$ )에 영향을 미치는 요인을 파악했다. 이를 통해 미충족의료를 경험하게 된 세 가지 경위에 따라 유의미한 영향을 미치는 독립변수가 어떻게 다른지 확인하였다<식 1>. 모든 분석 결과에 대해서는 우리나라 전체인구를 대표하는 값을 제시하기 위해서 2011년 장애인실태조사 자료의 개인표준가중치를 부여했다.

$$\begin{aligned}\log\left[\frac{\Pr(Y=1)}{\Pr(Y=0)}\right] &= \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \varepsilon \\ \log\left[\frac{\Pr(Y=2)}{\Pr(Y=0)}\right] &= \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \varepsilon \\ \log\left[\frac{\Pr(Y=3)}{\Pr(Y=0)}\right] &= \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \varepsilon \quad \cdots <\text{식 1}>\end{aligned}$$

Y=0: 미충족의료 경험 없음(준거집단), Y=1: 경제적 부담으로 인한 미충족의료 경험,

Y=2: 교통 불편으로 인한 미충족의료 경험, Y=3: 시간적 제약으로 인한 미충족의료 경험,

$X_1$  : 인구학적 특성,  $X_2$ : 사회경제적 특성,  $X_3$ : 건강수준과 장애정도,  
 $X_4$ : 사회적 지지와 사회 환경,  $\varepsilon$ : 오차항

## IV. 연구 결과

### 1. 미충족의료 경험 여부에 따른 장애인의 일반적 특성 비교

연구대상자 1,829명 중에 미충족의료 경험이 있는 사람은 363명(20.9%, weighted %)이었다. 미충족의료 경험 여부에 따라 응답자의 특성을 비교한 결과, 미충족의료 경험이 있다고 응답한 장애인은 미충족의료를 경험하지 않았던 장애인에 비해 여성의 비율이 높고( $p<0.001$ ), 배우자가 없는 경우와 독거의 비율이 높았다( $p<0.05$ ). 또한 비경제활동 상태이거나 일을 하더라도 임시직·일용직의 비율이 높았고 가구의 소득수준이 낮았으며( $p<0.001$ ), 의료급여의 비율은 높았다( $p<0.01$ ). 이처럼 장애인 내에서도 미충족의료를 경험했던 적이 있는 군에서는 미충족의료를 경험하지 않은 경우에 비해 전반적으로 사회경제적 수준이 낮은 것으로 나타났다.

미충족의료를 경험했던 장애인은 이러한 경험이 없었던 장애인에 비해 주관적 건강상태가 나쁘거나( $p<0.001$ ), 만성질환을 보유한 경우( $p<0.01$ ), 일상생활수행에 도움이 필요한 경우가 많았다( $p<0.01$ ). 뿐만 아니라 미충족의료를 경험했던 장애인은 미충족의료를 경험하지 않았던 경우에 비해 사회활동에 참여하지 못한 경우의 비율이 높았으며( $p<0.001$ ), 장애인편의시설의 부족, 외출시 동반할 사람이 없어서, 주위 사람들의 시선 때문에 집밖 활동 시 어려움을 겪는 경우의 비율이 높고( $p<0.001$ ), 대중교통 이용이나 장애인전용 교통혜택이 부족해서 교통수단 이용 시 어려움을 겪는 경우의 비율도 높았다( $p<0.001$ )<표 4>.

### 2. 장애인의 미충족의료 경험 유형에 따른 관련 요인 비교

미충족의료를 경험하게 된 이유에 대해 응답한 344명 내에서 경험의 유형을 비교한 결과, 경제적 이유 때문에 병의원에 가지 못한 경우가 69.9%로 가장 많았고, 교통이 불편해서 병의원에 못간 경우가 9.2%였으며, 시간적 제약과 관련된 이유로 병의원을 이용하지 못한 경우는 20.9%였다<표 5>.

(표 4) 미충족의료 경험 여부에 따른 장애인의 일반적 특성 비교

	미충족의료 경험 없음 (79.1%)			미충족의료 경험 있음 (20.9%)			p-value
	n	weighted %		n	weighted %		
인구학적 특성							
성별							
여자	472	30.4		144	39.5		***
남자	994	69.6		219	60.5		
연령대							
20-29세	39	2.4		12	3.0		
30-39세	164	11.0		33	9.3		NS
40-49세	360	24.4		100	26.3		
50-64세	903	62.2		218	61.3		
결혼상태							
배우자 있음	1,053	70.1		228	59.6		***
기타	413	30.0		135	40.4		
독거여부							
독거	176	12.6		64	17.5		*
독거 아님	1,290	87.4		299	82.5		
사회경제적 특성							
교육수준							
중학교 이하	697	49.1		184	52.7		NS
고등학교 이상	769	50.9		179	47.3		
경제활동 참여 상태							
상업·비경제활동·무급가족종사자	612	42.7		185	52.1		***
상용직 임금근로	289	18.8		62	15.1		
임시직·일용직	296	20.7		83	24.5		
자영업자	269	17.8		33	8.3		***
평균±표준편차	1,693.5±1,289.7			1,170.5±865.1			
국민건강보험	1,315	87.7		310	81.7		**
의료급여	151	12.3		53	18.3		
건강수준과 장애정도							
주관적 건강상태							
좋은	781	51.7		105	28.0		***
나쁨	685	48.3		258	72.0		
만성질환 여부							
없음	647	43.2		119	34.2		**
있음	819	56.9		244	65.8		
임상생활수행							
자립	1,358	90.3		314	85.1		**
도움필요	128	9.7		49	14.9		
중증(1,2급)	132	9.5		41	10.4		NS
중증(3-6급)	1,334	90.5		322	89.6		
장애원인							
신전적 원인	46	2.8		13	3.3		NS
후천적 원인	1,420	97.2		350	96.7		
평균±표준편차	17.6±18.7			14.8±15.9			NS
사회적 지지와 사회 환경							
사고 활동 참여							
참여함	1,030	69.6		203	53.5		***
참여하지 않음	436	30.4		160	46.5		
있음	201	15.2		58	18.5		NS
없음	1,265	84.8		305	81.5		
보건의료 영역 정부 서비스 이용 경험 여부							
있음(차별 받음)	583	39.4		155	43.0		NS
없음	883	60.6		208	57.0		
보편제도(개약 시) 차별 경험							
불편하지 않음	1,073	72.1		193	53.6		***
장애인 편의시설 부족으로	273	20.1		120	32.9		
외출 시 동반자 없어서	54	3.9		28	8.4		
주위사람들 사전 때문에·기타	66	3.9		22	5.1		
주위사람들 사전 때문에·기타	1,156	76.8		216	59.1		***
아쉬움 없음	283	19.9		129	34.5		
대중교통 이용 불편	47	3.3		18	6.4		***
장애인 전용 교통해택 부족·기타	1,466	100.0		363	100.0		
합계							
미충족의료 경험 없음	1,290			299			
미충족의료 경험 있음	1,420			350			

\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05, NS=Not significant

〈표 5〉 미충족의료 경험의 유형에 따른 분포

미충족의료 경험 여부 및 이유(세 가지 유형)	n	weighted % <sup>1)</sup>	weighted % <sup>2)</sup>
미충족의료 경험 없음 (준거집단)	1,466	79.1	
미충족의료 경험 있음	363	20.9	
미충족의료 경험의 세 가지 유형			
1. 경제적 부담으로 병의원에 못 감	229	13.8	69.9
2. 교통이 불편해서 병의원에 못 감	36	1.8	9.2
3. 시간적 제약과 관련된 이유로 병의원에 못 감 (병의원 등에 예약하기 힘들어서, 본인이 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서, 병의원 등에서 오래 기다리기 싫어서)	79	4.1	20.9

주1) 전체 연구대상자 1,829명을 분모로 했을 때의 weighted % 임. 미충족의료 경험이 있다고 응답한 363명중 19명은 미충족의료 경험 이유를 응답하지 않거나, 기타 이유에 해당하여 표에 제시하지 않았음.

주2) 미충족의료 경험 이유에 응답한 344명을 분모로 했을 때의 weighted % 임.

<표 6>에서 모형 1은 로지스틱 회귀분석을 통해 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 파악하였고, 모형 2에서는 다항로짓 모형을 적용하여 미충족의료 경험의 유형별로 관련 요인을 제시하여 보완적으로 해석했다.

미충족의료 경험에 영향을 미치는 인구학적, 사회경제적 요인을 살펴보면, 배우자가 있을 때( $OR=0.71$ ,  $p<0.1$ ), 가구균등화소득이 높을수록( $OR=0.96$ ,  $p<0.001$ ) 미충족의료 경험 확률은 낮아졌으며, 이러한 요인들은 경제적 부담으로 인한 접근의 장벽을 낮추는 것과 관련 있었다. 반면, 상용직 임금근로( $OR=1.52$ ,  $p<0.1$ ) 혹은 임시·일용직( $OR=1.72$ ,  $p<0.01$ )으로 근로 하고 있을 때 미충족의료를 경험 확률이 높은 이유는 주로 시간적 제약 때문인 것으로 나타났으며, 임시직·일용직인 경우( $OR=1.88$ ,  $p<0.01$ )에는 상용직 근로자와 달리 경제적 부담으로 인한 미충족의료 가능성도 유의미하게 높아졌다. 여성일 때( $OR=3.03$ ,  $p<0.01$ ), 학력이 고등학교 이상일 때에는( $OR=2.12$ ,  $p<0.1$ ) 교통 불편으로 인한 물리적 접근의 제한으로 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났다.

건강수준과 장애정도를 보여주는 변수 중에서 주관적 건강상태가 좋지 못할 때에는 지불능력의 제한 및 시간적 제약으로 인한 미충족의료 경험 확률이 높은 것으로 나타났다. 장애기간이 길수록 미충족의료 가능성이 높은 것은 지불능력의 제한과 관련 있었으며 일상생활수행에 도움이 필요한 사람들은 교통 불편과 같이 물리적 접근의 어려움 때문에 미충족의료를 경험할 가능성이 높아졌다. 반대로 장애등급이 중증일 때에는 경증장애인에 비해

〈표 6〉 장애인의 미충족의료 경험 유형에 따른 관련 요인 비교

		모형 1. 로지스틱 회귀분석: 미충족의료 경험				모형 2. 다항로지 모형: 미충족의료 경험의 세 가지 유형			
		경제적 부담 (자불능력의 제한)		교통 불편 (물리적 접근의 제한)		시간적 제약 (예약의 어려움, 진료시간 제한, 긴 대기시간)			
		Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
인구학적 특성	성별(ref=남성)	1.22	(0.89, 1.67)	1.13	(0.77, 1.65)	3.03**	(1.40, 6.53)	1.14	(0.61, 2.13)
	연령대(ref=20-29세)	0.49	(0.19, 1.28)	0.35†	(0.10, 1.18)	1.01	(0.04, 24.60)	0.41	(0.09, 1.94)
	40-49세	0.65	(0.27, 1.56)	0.51	(0.18, 1.49)	1.72	(0.09, 33.86)	0.46	(0.10, 2.11)
	50-64세	0.49	(0.20, 1.21)	0.39	(0.13, 1.19)	4.61	(0.24, 88.03)	0.28*	(0.06, 1.26)
	65-74세	0.71†	(0.48, 1.05)	0.65†	(0.40, 1.04)	0.46	(0.17, 1.28)	1.90	(0.77, 4.70)
사회 경제적 특성	독거여부(ref=독거아닌)	0.93	(0.57, 1.51)	0.81	(0.43, 1.46)	0.66	(0.20, 2.21)	2.35†	(0.90, 6.18)
	교육수준(ref=중학교 이하)	1.22	(0.86, 1.74)	1.12	(0.72, 1.72)	2.12	(0.89, 5.04)	1.75	(0.89, 3.46)
	경제활동참여성 (ref=실업·비경제 활동 등)	1.52†	(0.94, 2.45)	1.12	(0.59, 2.15)	0.90	(0.11, 7.41)	2.65*	(1.13, 6.18)
	임시직·일용직	1.72**	(1.16, 2.53)	1.88	(1.20, 2.94)	0.91	(0.27, 3.02)	2.21†	(0.95, 5.14)
	자영업자	0.68	(0.41, 1.14)	0.55†	(0.29, 1.05)	0.07†	(0.004, 1.24)	1.18	(0.41, 3.40)
건강 수준과 장애정도	가구규모와소득(백만원/연간)	0.96***	(0.94, 0.98)	0.92***	(0.89, 0.95)	0.91†	(0.83, 1.003)	1.01	(0.99, 1.03)
	공적 건강보장 유형 (ref=국민건강보험)	0.80	(0.47, 1.34)	0.65	(0.35, 1.21)	0.60	(0.21, 1.77)	0.98	(0.36, 3.69)
	주관적 건강상태(ref=좋은)	2.33***	(1.66, 3.28)	2.67	(1.74, 4.09)	2.53	(0.76, 8.46)	1.76†	(0.94, 3.28)
	만성질환 여부(ref=없음)	1.06	(0.75, 1.49)	1.31	(0.84, 2.02)	0.97	(0.34, 2.77)	0.76	(0.42, 1.38)
	임상생활수행(ref=자립)	1.00	(0.61, 1.65)	0.80	(0.43, 1.49)	2.49†	(0.96, 6.46)	1.32	(0.49, 3.59)
사회적 지지와 사회 환경	장애원인(ref=신체적 원인)	1.34	(0.62, 2.91)	1.67	(0.61, 4.60)	0.21†	(0.03, 1.27)	1.33	(0.25, 7.12)
	장애 중증도(ref=경증)	0.53*	(0.31, 0.90)	0.49*	(0.25, 0.96)	1.18	(0.36, 3.91)	0.38*	(0.13, 1.14)
	장애 보유기간(년)	1.01†	(1.00, 1.02)	1.01†	(1.00, 1.02)	0.99	(0.96, 1.01)	1.00	(0.98, 1.02)
	사회활동(ref=참여안함)	0.58***	(0.43, 0.78)	0.63*	(0.43, 0.91)	0.36*	(0.16, 0.81)	0.62	(0.35, 1.11)
	사회활동 이용 시 정부지원 경험 (ref=없음)	0.73	(0.45, 1.18)	0.68	(0.38, 1.21)	0.55	(0.15, 2.05)	0.52	(0.17, 1.61)
사회적 지지와 사회 환경	보험제도상(계약시) 차별 경험 (ref=없음)	1.17	(0.86, 1.57)	1.31	(0.90, 1.89)	0.62	(0.27, 1.46)	0.97	(0.55, 1.71)
	장애인 편의시설 부족	1.81**	(1.20, 2.73)	1.74*	(1.07, 2.82)	3.95*	(1.25, 12.45)	1.94	(0.82, 4.60)
	정발활동시 불편경험 (ref=불편하지 않음)	2.06†	(0.99, 4.27)	1.34	(0.52, 3.41)	11.58**	(2.71, 49.59)	1.21	(0.16, 9.32)
	주위사람들 시선 때문에·기타	1.30	(0.69, 2.45)	1.24	(0.59, 2.59)	2.20	(0.33, 14.77)	0.62	(0.15, 2.50)
	대중교통이용 불편	1.34	(0.89, 2.02)	1.54†	(0.96, 2.48)	0.59	(0.21, 1.70)	1.41	(0.57, 3.46)
교통수단 이용시 어려움 (ref=어려움 없음)	장애인 전용 교통혜택 부족·기타	1.99†	(0.94, 4.23)	2.39†	(0.95, 5.98)	1.51	(0.35, 6.47)	1.06	(0.17, 6.67)
	정편	0.42	(0.13, 1.40)	0.38	(0.08, 1.86)	0.13	(0.004, 4.27)	0.03**	(0.004, 0.21)
	Log pseudolikelihood	-849.01122					-1025.1914		
	Pseudo R2	0.1064					0.1536		
	관측치	1,829					1,810		

주: 모형 2는 미충족의료 이유에 대해 응답하지 않았거나, 기타 이유에 해당하는 19명을 제외한 후 분석함.  
 \*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05, † p<0.1  
 ref: 준거집단(reference)을 의미함.

경제적 이유 및 시간적 제약으로 인한 미충족의료의 가능성이 낮게 나타났다.

사회적 지지 정도와 사회 환경을 나타내는 변수 중에 친구나 친척 모임 등 사교활동에 참여하고 있을 때 미충족의료 경험의 가능성이 낮았는데( $OR=0.58$ ,  $p<0.001$ ), 이처럼 사교활동에 참여하는 장애인은 경제적 이유 및 교통 불편으로 인한 어려움을 덜 경험하기 때문인 것으로 나타났다. 장애인 편의시설이 부족하여 집 밖에서의 활동에 불편을 겪는 사람은 경제적 부담 및 교통 불편으로 인해 미충족의료를 경험할 가능성이 높았으며, 외출 시 동반할 사람이 없어서 미충족의료를 경험한 사람은 교통 불편으로 인한 물리적 접근의 어려움이 작용한 것으로 나타났다. 대중교통 이용의 불편함, 장애인 전용 교통혜택(장애인 콜택시, 장애인용 자가용 및 운전면허 확보, 전동휠체어 등)의 부족함을 느끼는 경우에는 경제적 부담으로 인한 미충족의료 가능성이 높아졌다.

## V. 고 찰

본 연구에서는 2011년도 장애인실태조사 자료를 활용하여, 지체장애 및 뇌병변장애를 지닌 만 20-64세 성인 1,829명을 대상으로 미충족의료 경험과 그 이유에 영향을 미치는 요인을 파악했다. 미충족의료의 경험은 '최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험'으로 정의하였으며, 전체 중 363명(20.9%)이 해당되었다. 이는 2011년 의료패널조사 자료를 활용하여 우리나라 표본인구를 조사하였을 때의 14.5%보다 높았고(허순임, 2013), 2008년 장애인실태조사를 활용하여 장애유형에 관계없이 건강보험에 가입된 만 18세 이상을 대상으로 했을 때의 19.7%와 유사한 수준으로 나타났다(신자은, 2013). 또한 미충족의료를 경험하게 된 이유에 관하여 응답한 344명 중 69.9%는 경제적인 이유로, 20.9%는 시간적 제약(예약이 어려워져서, 자신이 갈수 있는 시간에 진료를 하지 않아서, 대기시간이 길어서)으로, 9.2%는 교통이 불편해서 병의원에 가지 못했다고 응답했다. 우리나라 표본인구에서 경제적 부담으로 인한 미충족의료 경험이 31.3%, 시간적 제약으로 인한 경우가 약 29.8%이었던 것에 비해(허순임, 2013), 장애인은 경제적 부담을 느끼는 경우가 더 많고, 시간과 관련된 제약으로 인한 경우는 상대적으로 적었다.

장애인의 미충족의료의 경험에는 사회경제적 특성이나 건강상태와 같은 개인요소 뿐만 아니라, 사회적 지지와 사회 환경 요소가 두루 영향을 미쳤다. 미충족의료 경험의 유형에 따라 분석된 결과를 통해, 접근성의 각 영역별로 장애인의 보건의료 이용을 저해하는 요인을 고찰하면 다음과 같다.

## 1. 경제적 부담으로 인한 미충족의료 경험

장애인이 경제적 부담 때문에 일차의료 이용, 전문의 방문, 재활치료를 미루거나 필요로 하는 보장구 없이 지내며, 의약품 복용에도 어려움을 겪는다는 것은 이미 알려진바 있다 (Beatty et al., 2003; Hanson et al., 2003(a); Hanson et al., 2003(b)). 본 연구를 통해 지불능력의 제한, 즉, 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험과 관련된 특성을 살펴보면, 30대가 되면서, 가구소득이 높을수록 생활수준이 안정이 되면서 미충족의료의 확률을 낮추는 반면, 임시직·일용직 근로자의 경우 소득수준은 낮고 의료이용으로 인한 기회비용은 높아서 미충족의료의 가능성이 높아진 것으로 나타났다. 이는 장애인 중에서도 가구의 지불능력이 낮고, 고용상태가 불안정할 때에 경제적 사유로 인한 의료서비스 접근에 어려움이 있음을 보여준다. 선행연구에서도 부모의 지불능력과 고용안정성이 장애아동의 미충족의료에 유의미한 영향을 미쳤으며 의료비지출의 부담은 의료접근성을 낮추는 중요한 요인이었다(Jackson et al., 2011). 또한 미충족의료의 경험이 있는 19-64세의 성인 중 10-22%는 만약 의료공급량, 보장구, 활동보조인에 대한 니즈가 채워질 경우 경제활동이 가능해질 것이라고 응답하여 (Henry et al., 2011), 미충족의료의 경제활동의 진입에도 영향을 미칠 수 있음을 보여주었다.

건강과 장애정도를 나타내는 변수 중에서는 주관적 건강수준이 좋지 못할 때, 장애보유기간이 길수록 경제적 부담으로 인한 미충족의료 가능성이 높아졌다. 주관적 건강상태가 좋지 못할 때에 미충족의료의 높은 것은 치료에 대한 필요도가 높은 사람의 의료이용이 적절히 이루어지지 못하고 있음을 보여준다(송경신 등, 2011; 신영전과 손정인, 2009; Beatty & Dhont, 2001; Beatty et al., 2003). 또한 장애보유기간이 길수록 기능상태의 악화, 노화 등이 중첩되어 의료에 대한 욕구는 높아지는 데에 반해, 장애관련 지원 혜택은 한정되어 있고, 경제적 불안정은 지속되어 필요로 하는 서비스에 충분히 접근하지 못한 것으로 생각된다 (Ponzio et al., 2015). 예상과 달리 중증장애인은 경증장애인보다 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험 확률이 낮았다. 기존의 연구에서는 장애가 중증일 때에 의사방문이 어렵거나 경제적 지원의 부족함을 더 많이 느끼고(Gulley & Altman, 2008; Ponzio et al., 2015), 지불능력의 제한으로 의료기관 이용에 어려움을 겪고 있었다(Beatty & Dhont, 2001). 이처럼 본 연구에서 장애중증도의 영향이 선행연구와 다르게 나타난 것은, 중증장애인에 비해 오히려 외래이용의 빈도가 잦은 경증장애인의 주관적 비용부담이 반영되었을 수 있다. 뿐만 아니라, 비록 직접적으로 의료비를 지원하는 제도는 아니지만, 주로 1-2급의 중증장애인을 대상으로 하는 소득지원(예: 장애인연금)이나 장애인활동지원제도의 급여 등은 일부 중증장애인의 지불여력을 높여주었을 수 있다. 또한 지역사회중심재활사업을 통한 중증장애인 대상의 건강관리 프로그램 등은 재가서비스를 통해 의료의 완충작용을 하였을 수 있다(보건복지부 장애인정책국, 2014).



사회적 지지의 의미를 대리하는 변수로서 배우자와 함께 살고 있거나 주변 사람들과의 친목활동에 참여하는 것은, 경제적 제약을 낮추는 것과 관련 있었다. 공적 연금보다는 가족 및 친지를 통한 사적이전소득이 중요한 역할을 하는 한국사회에서, 배우자, 가족, 친척 등과의 긴밀한 연결망은 장애인의 경제적 부담을 낮추었을 것이다(강성호와 윤상용, 2013). 선행연구에서도 배우자의 지지는 일부 중추신경계 환자의 기능상태를 유지하거나 향상시키는 데에 도움이 되며(Ghafari et al., 2014), 병원에 함께 가는 것, 식사를 챙겨주는 것, 정서적 지원, 정보의 제공, 지역사회 소속감 등은 건강행동을 촉진하여 미충족의료를 낮추는 것으로 알려져 있다(Nelson & Park, 2006).

장애인이 속한 사회 환경을 대리하는 변수 중에 장애인 편의시설 부족으로 집밖 활동시 불편을 겪거나, 대중교통 이용시 불편을 겪는 경우, 장애인전용 교통혜택이 부족해서 이동에 어려움이 있는 경우에 경제적 부담으로 인한 미충족의료 경험 가능성이 높아졌다. 신체적 장애를 가진 경우 이동을 위해 많은 비용, 시간 등 추가적인 노력이 필요하다(강병근, 2006; 배용호, 2006). 전동휠체어와 같은 고가의 보조기구, 장애인 콜택시, 장애인용 자가용 등을 활용하는 것은 경제적 부담으로 작용했을 것이다(Kaye et al., 2008). 한편, 장애인 의료비 지원, 등록진단비 지급, 장애인보조기구 무료교부, 장애인보조기구 건강보험급여 등 장애인 대상의 '보건의료 영역 정부 서비스 이용 경험'은 경제적 부담으로 인한 미충족의료 경험을 낮추는 데에 유의미한 역할을 하지 못했다. 현재 우리나라의 장애인 대상 보건정책은 주로 기준소득 이하의 저소득 장애인을 대상으로 하고 있어 대상자 수가 한정적이기 때문에 그 효과가 쉽게 나타나지 않은 것으로 생각된다.

## 2. 교통 불편으로 인한 미충족의료 경험

장애인이 경험하는 물리적 장벽은 특별히 중요한 의미를 지니며(Kroll et al., 2006), 지체장애 및 뇌병변장애를 가진 경우 다른 유형의 장애에 비해 교통수단의 불편으로 인한 제약을 겪는 비율이 높은 편이었다(Hwang et al., 2011). 환자와 공급자 사이의 위치 관계를 의미하는 물리적 접근성은 교통의 편리정도, 이동시간과 이동거리를 포함하는데(Penchansky & Thomas, 1981), 본 연구에서는 '교통이 불편해서'이라는 응답으로 위 의미들을 대신했다.

분석결과에 의하면 여성일 때 교통 불편으로 인한 미충족의료의 가능성이 높았다. 장애인 여성은 장애와 여성이라는 특성이 합쳐져서 활동의 제약이 크다. 선행연구에서도 비장애인과 달리 장애인은 여성일 때에 남성에 비해 외래방문 횟수와 건강검진 수검률이 낮았다(오정숙, 2005). 활동제한 수준이 비슷하더라도, 여성은 남성에 비해 교통수단 이용과 사회활동 참여에 많은 어려움을 경험하고, 편의시설(난간, 경사로, 엘리베이터, 주차장), 교통시설, 활동보조인에 대한 필요성을 더 높게 인지하는 성향이 반영되었을 수 있다(Crompton, 2011).

사회경제적 특성 중에서 고등학교 이상의 학력이 미충족의료와 관련 있는 것은, 교통시설을 비롯한 사회시스템에 대한 기대, 보건서비스에 대한 높은 기대치가 충족되지 못했기 때문일 수 있다(Allin et al., 2010). 또한 실업이나 비경제활동자에 비해 자영업자일 때, 가구소득이 높을수록 미충족의료가 낮아지는 것은 비교적 높은 지불능력을 통해 자가용이나 택시 등의 편리한 교통수단을 확보했기 때문으로 생각된다.

본 연구에서 일상생활수행에 도움이 필요하거나 혼자서 병의원에 가기 힘든 상황은 사실상 ‘독립적인 활동의 제한’을 대리한다. 즉, 위 두 요소에 의해 물리적 접근의 제한을 느낀다는 것은, 혼자서 이동하기 어려운 장애인의 접근성 현실을 보여준다. 최근 만성질환자를 대상으로 한 분석에서도 활동제한이 있는 경우에 그렇지 않은 만성질환자보다 미충족의료 발생 비율이 높았다(정영호, 2012). 이처럼 제한된 상황에서 주변 사람들이 병원에 함께 가거나 이동에 대한 정보를 제공한다면(Nelson & Park, 2006; Penning, 1995) 장애인의 교통 불편으로 인한 미충족의료는 낮아질 것이다.

한편 장애의 원인이 후천적인 질병이나 사고인 경우에 교통 불편으로 인한 미충족의료가 높은 것은 장애 전과 후를 모두 경험했기 때문일 것이다. 후천적 장애인이 경험하는 가장 일반적인 어려움 중 하나가 바로 이동성에서의 격차이다. 이에 비해 선천적 장애를 지녔거나 장애가 고착된 사람은 변화된 상태의 신체기능에 적응하여 지내므로(Liem et al., 2004; McColl, 1999) 물리적 접근에 대한 주관적 장벽은 비교적 낮았을 수 있다.

사회 환경 요소를 대리하는 교통수단 이용 시의 어려움(대중교통 이용에서의 불편함, 장애인 전용 교통혜택의 부족)은 경제적 부담으로 인한 미충족의료를 유의하게 높였던 반면, 예상과 달리 교통 불편으로 인한 미충족의료와는 유의미한 관련성이 없는 것으로 나타났다. 한 심층면접조사에 의하면, 뇌병변장애인의 경우 항상 통증을 느끼지만 치료비와 교통비를 포함하여 병원에 한 번 방문할 때 드는 비용이 10만원 가까이 되기 때문에 자주 병원에 갈 수 없다고 했다(박종혁 등, 2014). 즉, 일부 장애인의 경우 치료뿐만 아니라 이동을 위해서도 동시에 큰 비용이 지출되므로, 교통 불편으로 인한 문제를 따로 떼어서 생각하기 보다는 ‘경제적 부담’에 흡수된 형태로 표출되어, 교통 불편이 미충족의료에 미치는 영향은 실제보다 과소 추정되었을 수 있다.

### 3. 시간적 제약과 관련된 이유로 인한 미충족의료 경험

본 연구에서 시간적 제약은 ‘예약이 어려워, 자신이 가능한 시간에 병의원이 문을 열지 않아서, 대기시간이 길어서’로 정의했다. 장애인은 보건의료서비스 이용을 위한 전화 및 인터넷 예약 등의 어려움을 겪는 경우가 많고, 의료이용에 불안을 느끼는 경우, 정보의 부족이나 차별경험 때문에 의료이용에 불편함을 느끼는 경우가 비장애인보다 많았다(Allerton &

Emerson, 2012). 이러한 상황에서 독거장애인은 병의원 이용을 위한 예약의 어려움 등을 더 자주 경험했을 수 있다. 상용직 및 임시직·일용직 근로자일 경우에는 병의원 이용을 위해 근무시간 중 쉽게 시간을 내기 어렵고, 이에 따라 이용 가능한 시간의 제한 때문에 필요한 의료서비스를 제때에 이용하지 못한 것으로 생각된다. 주관적 건강수준이 좋지 못할 때에 시간적 제약으로 인한 미충족의료 경험 가능성이 높았는데, 이들은 3차 의료기관이나 전문의를 통한 치료의 니즈가 높아서 예약 및 대기시간에 대한 불만이 생겼을 수 있다(Gibson & Mykitiuk, 2012). 반면 중증장애인은 경증장애인에 비해 경제활동 참여율이 낮아서, 시간과 관련된 불편함은 비교적 낮게 인식하였을 수 있다.

## VI. 결론과 함의

그동안 장애인의 건강문제나 의료이용의 어려움에 대해서는 소수의 목소리를 통해 장애계 내부에서 다루어졌을 뿐, 사회적으로 그 중요성을 인정받지 못한 경향이 있다. 그러나 장애인이 겪고 있는 다층의 문제들과 의료보장에 대한 욕구를 고려한다면 장애인의 건강과 이를 뒷받침하는 보건의료 접근성의 문제를 더 이상 간과해서는 안 될 것이다. 지금까지의 분석 결과를 통해 몇 가지 정책적 함의를 도출하면 다음과 같다.

본 연구의 결과에서 장애인의 의료이용 접근성에는 개인의 건강수준뿐만 아니라, 사회경제적 지위, 대인관계, 장애인이 속한 사회의 물리적 환경이 상호작용을 통해 영향을 미치고 있었다(Livneh, 2001; Wang et al., 2010). 예컨대 장애인편의시설의 부족으로 집밖 활동시 불편을 겪는 경우 경제적 이유 및 교통 불편으로 인한 미충족의료 가능성을 유의하게 높였다. 장애인은 비장애인이 당연하게 여기는 생활을 유지하기 위해 추가적인 시간과 비용이 많이 드는데(Cullinan et al., 2011), 만약 우리사회의 제반 환경이 장애인에게 유리하게 구성되어있다면 이러한 추가비용을 줄일 수 있을 것이다. 우리나라는 「장애인·노인·임산부등의 편의증진보장에 관한 법률(‘98.4.11.시행)」, 「장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(‘08.4.11시행)」 「장애물 없는 생활환경 인증제(BF 인증)(‘13.3.23시행)」를 통해 장애인의 권리로서 정당한 편의제공과 차별금지를 위한 법적근거를 마련해왔다. 그러나 2009년 발표된 「장애인편의시설 실태전수조사」에 따르면 편의시설 적정설치율은 55.8%, 이용자가 체감하는 편의정도는 54.8%였으며 장애인 편의제공에 대한 국민의 인식수준은 더 낮은 상황이었다(교육과학기술부 등 관계부처합동, 2010; 보건복지부 등, 2009). 장애인의 보건의료 접근성은 일상적인 생활이 이루어지는 사회 환경과 떼어 수 없는 관계에 있으며, 국가와 지방자치단체, 지역수준에서의 편의 증진 노력과도 연결되어 있음을 인식해야 할 것이다(Kroll et al., 2006; Scheer et al., 2003).

또한 외출시 동반할 사람이 있는 경우와 친지 및 친구들과의 교류가 있는 사람은 경제적 부담 및 교통 불편으로 인한 접근성의 장벽을 비교적 낮은 수준으로 느끼고 있었다. 여기서 짚고 넘어가야 할 점은 우리나라 장애인은 일상생활에서 타인의 도움이 필요할 경우 대부분 가족의 도움을 받는다는 것이다. 2011년도 장애인실태조사에 따르면 일상생활에 도움이 필요할 때 도와주는 사람은 가족이 80% 이상, 활동보조인/간병인 등은 약 12%, 나머지는 친구, 이웃 등이었으며, 제도적으로 장애인 활동보조서비스를 받는 경우는 약 2%에 불과했다(김성희 등, 2011; 저자의 장애인실태조사 자료 분석). 장애인에 대한 이동의 보조나 경제적 부담 등이 가족에게만 집중되지 않기 위해서는 공적인 활동보조서비스의 확대가 필요할 뿐만 아니라 주변 이웃이나 지역사회 내에서의 비공식적 지원도 중요함을 보여준다.

더불어, 장애인의 보편적인 보건의료 접근성을 높이기 위해서는, 의료비 지원과 관련된 고민을 하지 않을 수 없다. 장애인 대상의 의료비 지원은 장애인복지예산이라는 별도의 재원에서 편성되다 보니 대상자는 의료급여 2종 수급권자와 건강보험의 차상위 본인부담 경감자로 매우 제한적으로 운영되어 왔다(보건복지부 장애인정책국, 2014). 그 외 보장구 건강보험급여, 건강보험료 경감과 같은 일부 정책은 건강보험공단과 의료급여기금에서 지원하지만, 보건의료를 이용하는 단계에서 체감할 수 있는 혜택이 적었다. 특히 필요로 하는 서비스 중에 고가의 비급여항목이 많은 장애인은, 위와 같은 제도의 혜택을 접하기 어려웠을 것이다. 다수의 장애인들이 지불능력의 제한 때문에 보건의료에 접근하지 못하는 현재의 상황에서, 보다 많은 사람들이 혜택을 받을 수 있도록 대상자 기준의 유연성을 확보하거나, 부처 간의 중복을 줄이고 급여의 보장범위를 효율적으로 확대하는 등 보건의료 자원 분배에서의 전략과 관심이 필요한 때이다.

연구의 한계는 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 미충족의료 경험과 그 이유에 대한 주관적인 응답을 활용하였으므로, 응답자가 질문을 받아들이고 해석하는 정도에 따라 미충족의료의 대변하는 상황이 많이 다를 수 있다. 어떤 사람은 의료서비스에 접근조차 어려워서 치료를 포기했던 경험을 떠올릴 수 있고, 어떤 사람에게는 평상시 치료를 받고 있지만 필요한 만큼의 양이나 질을 충족하지 못한 상황일 수 있다. 또한, 미충족의료에 대한 세 가지 이유 사이의 경계가 불분명한 측면도 다소 존재한다. 예컨대, 일부 장애인의 경우 이동에 따르는 교통비용 및 활동보조인에 드는 추가적인 비용이 만만치 않게 발생하기 때문에, 개인에 따라서는 교통비나 대기시간에 따르는 비용까지 경제적 부담으로 생각했을 수 있다. 그럼에도, 미충족의료 이유에 따라 분리된 응답은 단일 응답에서 초래되는 일반화의 오류를 줄이고, 각기 다른 의미를 지니는 접근성의 세 측면을 비교적 자세히 설명할 수 있다는 데에 의의가 있다.

둘째, 이 연구의 모형 2에서 활용된 종속변수와 일부 독립변수들 사이에서 존재할 수 있는 내생성 문제를 간과할 수 없다. 예를 들어 독립변수 중에서 사회적 지지와 사회환경을

대리하는 변수들(예: 집밖 활동시 불편 경험, 교통수단 이용시 어려움 경험)과 종속변수 중 하나인 교통 불편으로 인한 미충족의료 경험 사이에는 동시성(simultaneity)으로 인한 내생성 문제를 내포했을 수 있다. 동시성 편의(bias)가 존재할 경우, 회귀계수 추정값에 편향이 있을 수 있기 때문에 이를 해결하기 위해서 2단계최소자승법(2SLS) 등의 추정기법을 활용하기도 한다. 본 연구에서는 이러한 동시성 문제를 고려한 추정방식을 활용하지는 못했으나, 연구 결과의 해석 시에 회귀계수의 유의성뿐만 아니라 우리사회의 맥락적 상황을 반영하여 충분한 고찰 과정을 거치고자 노력했다. 추후 연구에서 변수 간의 상호 영향을 고려한 분석을 통해 통계적 타당성을 확보할 필요가 있다.

셋째, 이 연구에서는 보건의료의 접근성을 구성하는 요소이자, 장애인의 의료서비스 만족도에도 중요한 영향을 미칠 수 있는 제공자 요인의 변수를 활용하지 못했다. 장애에 대한 이해도가 낮은 의료진, 동네 병원 시설의 미비 등은 장애를 지닌 사람들이 의료서비스 이용을 미루거나, 어쩔 수 없이 대학병원을 찾게 하는 원인이 된다고 하였으며, 경제적 문제나 이동의 어려움 못지않게 접근성을 낮추는 것으로 알려져 있다(박종혁 등, 2014; Scheer et al., 2003). 향후 조사자료의 구축 시 보건의료 제공자와 관련된 질문을 설문에 포함할 필요가 있으며, 과정상의 장벽을 고려한 장애인의 경험을 재해석해 볼 필요가 있을 것이다.

마지막으로, 주관적으로 판단한 미충족의료와 실제 의료이용량 사이의 관계는 아직 선행 연구들에서도 결론에 이르지 못했다는 것을 염두에 두어야 할 것이다(Allin & Masseria, 2012). 본 연구의 결과는 미충족의료 발생에 영향을 미치는 요인들을 찾고, 여기서 나타나는 접근성의 문제점을 개선하려는 정책적 근거자료로서는 의미를 갖지만, 미충족의료와 의료이용의 많고 적음 혹은 건강결과 등을 연관지어 해석하는 것에는 주의가 필요하다.

지금까지 장애인의 보건의료 접근성을 대리하는 지표로서 미충족의료의 경험 양상을 확인하였으며, 접근성의 확보를 위해 개인단위의 지원과 사회 환경의 정비가 함께 균형을 이루어 나아가야 함을 시사했다(Tomlinson et al., 2009). 뿐만 아니라 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약이라는 구분에 따라 관련요인에도 차이가 있으므로, 미충족의료의 유형에 따라 우선적으로 고려해야 하는 정책의 접근방식도 달라져야 함을 확인했다.

## 참고문헌

- 강병근, 2006, “한국사회의 사회적 약자 이동권 보장을 위한 편의시설 실태에 대한 국제적 기준 및 외국의 사례와의 비교”, 『사회권포럼 자료집 I』, 국가인권위원회, pp.459-496.
- 강성호·윤상용, 2013, “장애인 필요득 추정과 장애연금 개선 방안”, 『사회보장연구』 29(2), 한국사회보장학회, pp.55-82.
- 교육과학기술부·문화체육관광부·보건복지부·노동부·국토해양부 관계부처합동, 2010.05, 『제3차 편의증진 국가종합5개년계획(‘10-’14년)』.
- 김도현, 2007, 『차별에 저항하라: 한국의 장애인 운동 20년』, 서울: 박종철출판사.
- 김성희·변용찬 등, 2011, 『2011년 장애인 실태조사』, 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 김진구, 2008, “저소득층의 의료이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인”, 『사회복지연구』 37, 한국사회복지연구회, pp.5-33.
- 김형수, 1996, “장애노인의 현황 및 특성”, 『한국노년학』 16(2), 韓國老年學會, pp.162-174.
- 두오균, 2010, “장애인의 이동권에 관한 연구”, 『장애아동인권연구』 1(1), 한국장애아동인권학회, pp.7-19.
- 박종혁·김소영·박종현·방문석·신형익 등, 2014.11, 『중증장애인 의료보장 강화 방안 연구』, 보건복지부, 충북대학교.
- 배용호, 2006, “당사자 입장에서 바라 본 이동권 관련 법 및 정책, 편의시설에 대한 비판적 제언”, 『사회권포럼 자료집 I』, 국가인권위원회, pp.521-529.
- 변용찬, 2007, “장애인과 비장애인의 의료이용 형평성”, 『국민건강영양조사 제3기 조사결과 심층분석 연구: 건강면접 및 보건 의식 부문. V. 건강형평성(제3장)』, 질병관리본부, 한국보건사회연구원, pp.444-470.
- 보건복지부 고시 제2013-56호, 2013.04.03., 『장애등급판정기준』.
- 보건복지부·한국장애인개발원·한국지체장애인협회, 2009.05, 『2008년 장애인편의시설 실태전수조사』.
- 보건복지부 등 관계부처 합동, 1997, 『제1차 장애인복지발전 5개년계획(1998-2002)』.
- 보건복지부 등 관계부처 합동, 2003, 『제2차 장애인복지발전 5개년계획(2003-2007)』.
- 보건복지부 등 관계부처 합동, 2008, 『제3차 장애인정책발전 5개년 계획(2008-2012)』.
- 보건복지부 등 관계부처 합동, 2013, 『제4차 장애인정책종합계획(2013-2017)』.
- 보건복지부 장애인정책국, 2014.01, 『2014년 장애인복지 사업안내』.
- 보건복지부, 2014, 『시·도 장애인등록현황 자료. 국가승인통계 제11761호』.
- 서정희, 2010, “장애인의 접근권 - 장애인권리협약과 비준당사국의 이행보고서 지침을 기준

- 으로”, 『사회보장연구』 26(4), 한국사회보장학회, pp.49-75.
- 소남열, 2009, “이동권 보장이 지체장애인의 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구”, 석사학위 논문, 성결대학교 대학원.
- 송경신 · 이준협 · 임국환, 2011, “미충족의료에 미치는 관련 요인 분석”, 『대한보건연구』 제 37(1), 대한보건협회, pp.131-140.
- 신영진 · 손정인, 2009, “미 충족의료의 현황과 관련요인 - 1차, 2차 한국복지패널자료를 이용하여”, 『보건사회연구』 29(1), 韓國保健社會研究院, pp.111-142.
- 신자은, 2013, “건강보험 가입 재가 장애인의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인”, 『보건사회연구』 33(2), 한국보건사회연구원, pp.549-577.
- 안경환, 2007.03, 『장애인권리협약 해설집』, 국가인권위원회 국제인권팀.
- 오정숙, 2005, “장애인 만성질환자의 의료서비스 이용 요인에 관한 연구: 건강보험 지역가입자를 중심으로”, 석사학위논문, 연세대학교 사회복지대학원.
- 유소연 · 김예순 · 홍현숙 등, 2011, “일부 지체장애인의 미치료 경험에 영향을 주는 결정요인 분석”, 『보건행정학회지』 21(4), 韓國保健行政學會, pp.565-584.
- 이진용 · 장명화 · 김가연 등, 2006, “장애인의 의료기관 접근성 조사: 서울시 종로구 병의원을 대상으로”, 『보건행정학회지』 16(3), 韓國保健行政學會, pp.19-36.
- 이진용 · 정재영 · 김유경 등, 2012, “장애인의 의료기관 접근성은 향상되었는가?”, 『보건행정학회지』 22(4), 韓國保健行政學會, pp.696-702.
- 장숙량, 2004, “장애인 재활사업의 포괄적 관리 모형개발 연구”, 박사학위논문, 서울대학교 보건대학원.
- 정영호, 2012, “한국의료패널로 본 활동제한과 미충족의료”, 『보건복지 ISSUE & FOCUS』 제120호(2012-01), pp.1-8.
- 허순임 · 김미곤 · 이수형 · 김수정, 2009, 『미충족의료수준과 정책방안에 대한 연구』, 한국보건사회연구원 연구보고서.
- 허순임, 2013, “미충족 의료”, 『한국의료패널로 살펴 본 우리나라 보건의료(2008~2011년): 2013년 한국의료패널 심층분석보고서, 제 3장. 보건의료의 형평성』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 한국보건사회연구원, pp.36-38.
- “2014년 장애인 실태조사 결과 발표”, 보건복지부 보도자료, 2015.04.20.
- Allerton L., Emerson E., 2012, “British adults with chronic health conditions or impairments face significant barriers to accessing health services”, *Public Health* 126(11), pp.920-927.
- Allin S., Grignon M., Le Grand J., 2010, “Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?”, *Soc Sci Med.* 70(3), pp.465-472.

- Allin S., Masseria C., 2012, "Measuring access to health care in Europe", Chapter 7 in *The LSE Companion to Health Policy*, McGuire, Alistair and Costa-i-Font, Joan, eds. Edward Elgar, Cheltenham, UK.
- Beatty PW., Hagglund KJ., Neri MT., Dhont KR., Clark MJ., Hilton SA., 2003, "Access to health care services among people with chronic or disabling conditions: patterns and predictors", *Arch Phys Med Rehabil.* 84(10), pp.1417-1425.
- Beatty PW., Dhont KR., 2001, "Medicare health maintenance organizations and traditional coverage: perceptions of health care among beneficiaries with disabilities", *Arch Phys Med Rehabil.* 82(8), pp.1009-1017.
- Bryant T., Leaver C., Dunn J., 2009, "Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada", *Health Policy* 91(1), pp.24-32.
- Carr W., Wolfe S., 1976, "Unmet needs as sociomedical indicators", *Int J Health Serv.* 6(3), pp.417-430.
- Clancy CM., Andresen EM., 2002, "Meeting the Health Care Needs of Persons with Disabilities", *Milbank Q.* 80(2), pp.381-391.
- Crompton S., 2011, *Women with activity limitations. Women in Canada: a gender-based statistical report, Statistics Canada*, Social and Aboriginal Statistics Division, Ottawa.
- Cullinan J., Gannon B., Lyons S., 2011, "Estimating the extra cost of living for people with disabilities", *Health Econ.* 20(5), pp.582-599.
- Donnelly C., McColl MA., Charlifue S., Glass C., O'Brien P., Savic G., Smith K., 2007, "Utilization, access and satisfaction with primary care among people with spinal cord injuries: a comparison of three countries", *Spinal Cord.* 45(1), pp.25-36.
- Ghafari S., Khoshknab MF., Norouzi K., Mohamadi E., 2014, "Spousal support as experienced by people with multiple sclerosis: a qualitative study", *J Neurosci Nurs.* 46(5), pp.E15-24
- Gibson BE., Mykitiuk R., 2012, "Health care access and support for disabled women in Canada: falling short of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a qualitative study", *Womens Health Issues* 22(1), pp.e111-118.
- Gulley SP., Altman BM., 2008, "Disability in two health care systems: access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities", *Disabil Health J.* 1(4), pp.196-208.
- Hanson KW., Neuman T., Voris M., 2003(a), *Understanding the health-care needs and experiences of people with disabilities: Findings from a 2003 Survey*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA.



- \_\_\_\_\_, Neuman P., Dutwin D., Kasper JD., 2003(b), "Uncovering the health challenges facing people with disabilities: the role of health insurance", *Health Aff (Millwood)*. Suppl Web Exclusives:W3-552-65.
- Henry AD., Long-Bellil L., Zhang J., Himmelstein J., 2011, "Unmet need for disability-related health care services and employment status among adults with disabilities in the Massachusetts Medicaid program", *Disabil Health J.* 4(4), pp.209-218.
- Hwang B., Chun SM., Park JH., Shin HI., 2011, "Unmet healthcare needs in people with disabilities: comparison with the general population in Korea", *Ann Rehabil Med.* 35(5), pp.627-635.
- Jackson K.E., Krishnaswami S., McPheeters M., 2011, "Unmet health care needs in children with cerebral palsy: A cross-sectional study", *Research in developmental disabilities* 32(6), pp.2714-2723.
- Kaye H., Yeager P., Reed M., 2008, "Disparities in usage of assistive technology among people with disabilities", *Assist Technol.* 20(4), pp.194-203.
- Kroll T., Jones GC., Kehn M., Neri MT., 2006, "Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry", *Health Soc Care Community.* 14(4), pp.284-293.
- Lawthers AG., Pransky GS., Peterson LE., Himmelstein JH., 2003, "Rethinking quality in the context of persons with disability", *Int J Qual Health Care.* 15(4), pp.287-299.
- Liem NR., McColl MA., King W., Smith KM., 2004, "Aging with a spinal cord injury: factors associated with the need for more help with activities of daily living", *Arch Phys Med Rehabil.* 85(10), pp.1567-1577.
- Livneh H., 2001, "Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a conceptual framework", *Rehabil Couns Bull.* 44(3), pp.151-160.
- McColl MA., 1999, "Expectations of health, independence, and quality of life among aging spinal cord-injured adults", *Assist Technol.* 11(2), pp.130-136.
- Nelson CH., Park J., 2006, "The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario", Canada. *Soc Sci Med.* 62(9), pp.2291-2300.
- Newacheck PW., Hughes DC., Hung YY., Wong S., Stoddard JJ., 2000, "The unmet health needs of America's children", *Pediatrics.* 105(4 Pt 2), pp.989-997.
- Penchansky R., Thomas JW., 1981, "The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction", *Med Care.* 19(2), pp.127-140.
- Penning MJ., 1995, "Health, social support, and the utilization of health services among older adults", *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 50(5), pp.S330-339.

- Ponzio M., Tacchino A., Zaratin P., Vaccaro C., Battaglia MA., 2015, "Unmet care needs of people with a neurological chronic disease: a cross-sectional study in Italy on Multiple Sclerosis", *Eur J Public Health* pii: ckv065. [Epub ahead of print]
- Scheer J., Kroll T., Neri MT., Beatty P., 2003, "Access barriers for persons with disabilities: a consumer's perspective", *J Disabil Policy Stud.* 13, pp.221-230.
- Tomlinson M., Swartz L., Officer A., Chan KY., Rudan I., Saxena S., 2009, "Research priorities for health of people with disabilities: an expert opinion exercise", *Lancet.* 374(9704), pp.1857-1862.
- United Nations (UN), 2006, *Annex 1, Final report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities.*
- University of Minnesota, 2008, 장애인권리협약 공식 번역문 (원문: *International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities*), G.A. Res. 61/106, Annex I, U.N. GAOR, 61st Sess., Supp. No. 49, at 65, U.N. Doc. A/61/49 (2006), entered into force May 3, 2008. <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/K-disability-convention.html>
- Wang G., McGrath BB., Watts C., 2010, "Health care transitions among youth with disabilities or special health care needs: an ecological approach", *J Pediatr Nurs.* 25(6), pp.505-550.
- World Health Organization (WHO), 2011, The World Bank. *World Report on Disability.*
- World Health Organization (WHO), 2014, *Draft WHO global disability action plan 2014 -2021: Better health for all people with disabilities*, Report by the Secretariat, Executive Board EB134/16 134th session, Provisional agenda item 7.3.

## Abstracts

# Access Barriers To Health Care Among Persons With Physical Disabilities: Using Three Reasons For Unmet Need As Indicators Of Access

Jeon, Boyoung

Kwon, Soonman

Graduate School of Public Health, Seoul National University

Improving access to health care services is one of the most important issues in health policy for persons with disabilities. In this study, we used self-reported unmet need as an indicator of access, which can be classified into three groups: unaffordability, factors restricting travel, and problems due to time constraints. This study focused on adults aged 20-64 years with physical disability, such as limb or brain disabilities, and the final sample size was 1,829. Using the National Survey on Persons with Disabilities in 2011, we applied a multinomial logit model to examine the factors related to the three reasons for unmet need. The percentage of unmet need was 20.9% when all reasons were included. Among them, 69.9% were due to unaffordability, 9.2% were due to factors restricting travel, and 20.9% were due to time constraints. The regression results showed that the lack of convenient facilities outside was associated with higher probability of unmet need due to costs and travelling-related barriers. Lack of assistance was also positively correlated with factors restricting travel. Moreover, when individuals with disability live alone or have a temporary job, they were more likely to experience problems due to time constraints, such as long waiting lists or difficulties in reservation. The findings of the analyses suggest that not only individual characteristics but also social and environmental factors affect the access to health care. This study underscores that health policy needs to consider different reasons for the unmet need of persons with disabilities to improve their access to health care.

*Keywords : Persons with disabilities, Health care accessibility, Unmet need, National Survey on Persons with Disabilities (NSPD)*

(논문투고일 : 2015. 06. 26 / 심사일 : 2015. 07. 15 / 게재확정일 : 2015. 08. 13)