

의료보장성이 주관적 건강상태의 변화에 미치는 영향: 차상위계층과 상위중산층 비교

김진현

부산대학교 사회복지학과

The Impact of Health Care Coverage on Changes in Self-Rated Health: Comparison between the Near Poor and the Upper Middle Class

Jinhyun Kim

Department of Social Welfare, Pusan National University, Busan, Korea

Background: This study aims to analyze the impact of levels of health care coverage on the trajectory of self-rated health, comparing the near-poor which tends to be excluded in traditional health care systems with the upper middle class.

Methods: The study participants were 3,687 people who sincerely responded questions regarding health care expenditures, unmet medical needs, and self-rated health in the Korea Health Panel data in 2009-2012.

Results: The higher health care expenditures and the presence of unmet medical needs were significantly associated with the lower level of self-rated health. However, both factors did not significantly predict the steeper decline in the self-rated health. The results from multiple group analyses showed that health care expenditures and unmet medical needs had greater impact on the near-poor compared to their higher income counterparts.

Conclusion: Public health care coverages need to be enhanced as well as reducing health care expenditures and unmet medical needs.

Keywords: Health care coverage; Health care expenditures; Unmet medical needs; Self-rated health

서론

의료보장제도는 국민이 질병, 상해, 장애 등으로 건강상의 위험에 직면하였을 때 국가에 의해 이러한 위험을 최소화하고 국민들이 필요한 보건·의료서비스를 경제적 부담 없이 이용하게 함으로써 보다 건강한 상태를 유지하게 하는 사회안정망으로서의 역할을 한다[1]. 우리나라의 경우 1989년부터 전 국민 건강보험제도를 통하여 양적인 측면에서 공적 의료보장제도의 틀은 갖추었으나 질적인 측면에서 공적 의료보장제도의 보장성 수준은 여전히 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 평균보다도 낮은 수준에 머물고 있다[2,3]. 한국사회에서는 공적 의료보

장제도의 보장성 수준을 높이기 위한 국가적 차원의 노력보다는 사적 민간보험의 활성화를 통하여 개인이 부족한 공적 의료보장제도의 보장성을 보완하도록 유도하였다[4]. 2005년에 가구당 민간의료보험 가입률이 66%였던 것이 2008년에는 76.1%로 급격히 증가하였는데, 이는 미래에 발생할 건강문제와 의료비에 대한 부담을 현재 공적 의료보장제도가 보장하지 못할 것이라는 불안감이 존재하기 때문이다[5]. 민간의료보험의 증가는 늘어나는 국민건강보험의 재정부담을 줄이고, 의료서비스 필요시에 서비스 접근성을 높여줄 수 있다는 점에서 긍정적인 측면도 있으나, 고가의 보험료 부담과 공공의료보장성을 약화시킴으로써 민간보험을 구입할 수 없는 빈곤층과 차상위계층에게 의료서비스 이용에서의 불평등을 유

Correspondence to: Jinhyun Kim

Department of Social Welfare, Pusan National University, 2 Busandaehak-ro 63beon-gil, Geumjeong-gu, Busan 46241, Korea

Tel: +82-51-510-2126, Fax: +82-51-517-4662, E-mail: jinhyun@pusan.ac.kr

*이 논문은 부산대학교 기본연구지원사업(2년)에 의하여 연구되었음.

Received: July 28, 2016 / Revised: November 1, 2016 / Accepted after revision: December 29, 2016

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

발하는 등의 부정적인 측면도 있다.

의료보장성은 크게 두 가지 차원에서 논의되는데, 첫째는, 재원 조달적 측면에서 국민의 의료비 지출 중에서 국가 내지 사회가 부담해주는 정도로 정의내릴 수 있다[6]. 우리나라의 경우 전체 의료비 가운데 본인부담 의료비, 비급여진료비, 상급병실 입원료 등 건강보험제도에서 지불하지 못하는 영역의 비중이 커 재원조달적 측면에서의 의료보장성이 낮은 상태이다[7,8]. 이로 인해 가구의 평균 소득 혹은 생활비 대비 의료비 지출이 큰 과부담 의료비가 발생하게 되는데, 고소득층에 비해 저소득층에게 보다 심각한 영향을 미칠 수 있다. 저소득층이 과부담 의료비로 인해 필요한 의료서비스를 지연하거나 포기하게 되는 현상은 낮은 의료보장성 수준을 반증해주는 것이다.

우리나라는 전 국민 의료보험과 상대적으로 낮은 보험료율로 의료접근성은 높으나, 과잉진료와 같은 불필요한 의료서비스가 이루어지거나 의료보험에서 배제되는 비급여항목이 OECD 국가들과 비교해서 많은 편이다[9]. 공적 건강보험의 보장성의 경우 1980년대 국민의료비 중 22.1%에 불과하던 것이 2011년에 55.3%까지 확대되었다. 하지만 OECD 평균인 72.2%와 비교해서는 매우 낮은 보장성 수준임을 알 수 있다[3].

둘째는, 서비스 이용수준 측면에서 대상자와 의료전문가가 필요하다고 생각되는 의료서비스를 받지 못하여 예방 혹은 치료 가능한 질병을 가지거나 불능상태에 빠지는 미충족 의료(unmet medical needs)의 발생이다. 미충족 의료 발생하는 원인은 지역별 의료자원 분포의 불균형, 높은 의료비용, 부적절한 정보, 그리고 낮은 의료의 질 등이다[10]. 만성질환자의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 건강보험보다 의료급여/국가유공자의 미충족 의료 확률이 1.35배 더 높게 나타났다[11]. 이외에도 소득이 낮을수록, 만성질환 수가 많을수록 미충족 의료 확률이 높아진다는 것을 보여주었다[11].

의료보장성의 이 두 가지 차원은 분리되어 있기보다는 상호 밀접한 관련성을 가진다. 즉 높은 본인부담의료비 혹은 비급여진료비 등으로 개인이 경제적 부담을 느낄 경우에 의료적 필요 혹은 욕구가 있음에도 불구하고 의료서비스의 이용을 지연하거나 포기하게 되는 미충족 의료 발생할 수 있기 때문이다.

의료보장성 수준은 건강불평등과 밀접한 관련을 가지는 주요 사회적 요인 가운데 하나이다. 의료보장성이 강화되면 의료비부담이 경감되어 대상자들이 필요한 의료서비스를 자유롭게 이용하게 되고 주관적인 건강상태도 좋아지는 것으로 나타났다[12]. 반면 의료보장의 축소는 의료비부담을 증가시키고 그로 인해 의료서비스 이용에 장애가 발생한다. 특히 의료비가 증가할 경우 저소득층의 의료보장성이 약화될 가능성이 높다. 이는 결과적으로 건강에 부정적인 영향을 미칠 수도 있다[13]. 특히 소득수준에 따라 보건 및 의료서비스 이용에서의 차이가 나타나는데 빈곤층일수록 적절한

보건 및 의료서비스에 대한 접근성이 낮아 질병의 이환율이 높고 만성질환으로 발전할 가능성이 높은 것으로 나타났다[14-16]. Park 과 Park [17]의 연구에서는 의료서비스에 대한 접근성에 제약이 생기더라도 소득수준에 따라 건강 관련 삶의 질에서 차이가 난다는 것을 보여주었다. 즉 소득수준이 높을수록 건강 관련 삶의 질도 높아진다는 것이다. Sakong 등[18]의 연구에서는 실제 의료필요가 있을 때 저소득층에 비해 고소득층이 상대적으로 유리한 구조라고 설명하는데, 여기에는 소득수준과 민간보험 가입 여부 등이 중요한 영향을 미쳤기 때문으로 해석할 수 있다. 이처럼 낮은 의료보장성으로 인한 의료비부담은 소득수준이 낮은 계층에게 더 크게 나타나고, 의료서비스 이용에서의 차이를 가져와 결과적으로 소득계층별 건강상태에서의 불평등을 유발하게 된다.

건강보험제도의 낮은 의료보장성 수준은 의료보장제도의 사각지대에 놓여있는 차상위계층의 건강에 보다 심각한 영향을 미칠 수 있다. 우리나라의 경우 빈곤층의 의료보장을 위해 의료급여제도라는 최소한의 사회안정망을 가지고 있다. 의료급여제도의 주된 수급자는 최저생계비 소득기준 이하의 기초생활수급대상자들이다. 하지만 최저생계비 120% 수준에 있는 상당수의 차상위계층의 경우 의료급여를 통한 의료보호를 받지 못하고 경제적 부담으로 건강보험료를 체납하는 경우들이 많이 발생한다[8,19]. 차상위계층을 의료보장의 사각지대에 방치할 경우에 높은 의료비부담으로 인해 병원 이용을 지연하여 질환을 키우거나 의료비로 인한 가계 지출의 증가로 기초생활보장 수급자로 전락할 가능성이 있는데 이 경우 사회적 비용은 더욱 커지게 된다[20]. 가령, 차상위계층이 보험료 장기 체납으로 인해 실질적 보험혜택을 받을 수 없는 상황에서 질병에 걸릴 경우 의료서비스에 대한 접근성이 의료급여 대상자보다도 더 떨어질 가능성이 있다. 또한 질환으로 인해 노동능력을 상실하거나 실업을 경험하게 되면 영구적으로 빈곤하게 될 가능성이 높다[21].

건강보험제도와 의료급여제도의 사각지대에 놓여 있는 이러한 차상위계층의 경우 과도한 의료비부담으로 빈곤상태가 지속되거나 필요한 의료서비스를 제때 받지 못하여 건강상태의 악화를 경험할 가능성이 높아진다. 비수급 빈곤층인 차상위 계층의 경우 의료급여 대상자 혹은 일반집단과 비교해서 의료비용에 대한 가계부담을 가장 많이 느끼고, 높은 과부담 의료비로 인해 실제 치료를 포기한 경험도 가장 높은 것으로 나타났다[19,22,23]. Kim과 Heo [19]의 연구에 따르면 식료품비를 제외하고 총 생활비 대비 40% 이상을 의료비에 사용하는 과부담 의료비 지출가구현황을 살펴보면 건강보험 빈곤가구가 가장 높고 그 다음으로 건강보험 차상위가구, 의료급여 빈곤가구, 건강보험 일반가구 순으로 나타났다. 이는 소득수준이 낮고 의료보장제도의 보장성 수준이 낮을수록 과부담 의료비 지출이 높을 수 있음을 보여주는 것이다. 미충족 의료경험에 있어서도 사회경제적 지위가 유의미한 영향을 미쳤는데 의료급여 차상위가가구가 미충족 의료경험 비율이 가장 높았고, 그 다음으

로 의료급여 빈곤가구, 건강보험 빈곤가구, 건강보험 일반가구 순으로 나타났다. 이는 소득수준이 낮고 의료보장의 혜택이 상대적으로 적은 차상위계층의 의료보장성이 낮기 때문으로 해석된다. 이처럼 차상위계층에 대한 낮은 의료보장성으로 인해 미충족 의료 비율이 높아지게 되면 이들의 전반적인 건강상태가 악화되고, 악화된 건강은 다시 노동력 상실 등과 같은 경제력을 상실하게 하여 차상위계층이 빈곤상태에 빠지게 만드는 악순환구조를 만들 가능성이 있다. 따라서 비수급 빈곤층인 차상위계층에 대한 의료보장성 문제는 관심을 가지고 살펴봐야 할 사회문제이다.

의료보장성에 관한 기존의 연구들을 살펴보면 대다수의 연구가 재정적 차원에서의 의료보장성 문제[7-9]를 다루거나 미충족 의료의 개념을 활용한 연구[10,11]가 진행되어 왔다. 다음으로 공공의료 보장성과 민간의료보험 간의 상관관계 혹은 구축효과를 살펴보는 연구들이 이루어져 왔다[5,24]. 차상위계층을 대상으로 한 기존의 의료보장성의 연구들의 경우 과부담 의료비의 차원에서 접근한 연구들이 주로 이루어져 왔다[19,22]. 하지만 기존의 연구들은 의료보장성의 개념을 재정적 그리고 미충족 의료의 차원으로 분리하여 이들의 관계를 통합적으로 살펴보지 못하였다.

의료보장성 수준의 차이가 실제 건강상태의 변화에 어떠한 영향을 미치는지를 실증적으로 분석한 연구는 매우 부족한 실정이다. 특히 생애주기 관점(life course perspective)을 토대로 시간의 흐름에 따른 의료보장성 수준의 차이가 주관적 건강상태의 변화에 어떠한 영향을 미치는지를 종단적으로 살펴본 연구는 살펴보기 힘들었다. 생애주기 관점은 개인의 신체적 그리고 심리적 건강상태가 생애주기를 통해서 어떠한 형태로 변화하는지에 관심을 가지고 있다[25]. 그리고 시간의 흐름에 따른 건강상의 변화를 사회적 결정인자와 연결지어 살펴보는 데, 소득과 교육수준, 그리고 의료서비스에 대한 접근성과 같은 의료보장성과 관련된 요인들이 주관적 건강상태에 지속적인 영향을 미치는 것으로 나타났다[16,23].

마지막으로 의료보장성 수준과 건강상태의 종단적 변화가 소득

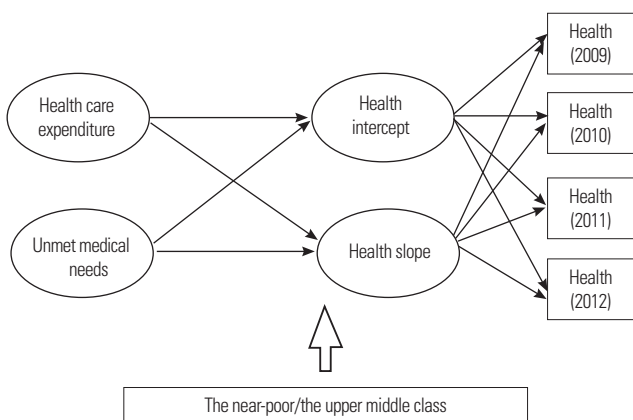


Figure 1. Research model.

을 기준으로 차상위계층과 상위중산층 사이에 어떠한 차이가 있는지를 살펴보고자 한다. 기존의 연구들은 빈곤층과 비빈곤층 사이의 의료서비스 이용에서의 불평등과 그로 인한 건강상태의 차이에 초점을 두었다[15,26]. 하지만 의료의 사각지대에 놓일 수 있는 차상위계층과 상위중산층의 의료보장성 수준의 차이와 건강과의 관계를 시간의 흐름에 따라 살펴본 연구는 부족하다.

따라서 본 연구의 목적은 의료보장성 수준의 차이가 주관적 건강상태의 종단적 변화에 미치는 영향을 전반적으로 살펴보는 것이 고 구체적인 연구가설은 아래와 같다.

첫째, 주관적 건강상태는 시간의 흐름에 따라 유의미하게 변할 것이다. 둘째, 의료보장성 수준의 차이는 주관적 건강상태의 변화에 유의미한 영향을 미칠 것이다. 셋째, 의료보장성 수준과 주관적 건강상태의 종단적 관계는 차상위계층과 상위중산층 사이에 유의미한 차이가 있을 것이다.

방 법

1. 연구모형

본 연구는 의료보장성 수준을 생활비 대비 의료비 지출부담 정도와 미충족 의료의 경험 여부로 구분하여 주관적 건강상태의 변화에 미치는 영향을 종단적(2009-2012년)으로 살펴보았다. 2009년부터 2012년까지의 주관적 건강상태는 초기값(health intercept)과 기울기(health slope)로서 종단적 변화를 보여주고 있다. 다음으로 의료보장성 수준의 차이가 주관적 건강상태에 미치는 영향이 차상위계층과 상위중산층 사이에 어떠한 차이가 있는지를 다중집단 비교분석을 통해서 살펴보았다. 이상의 내용을 바탕으로 설정한 연구모형은 Figure 1과 같다.

2. 연구대상

본 연구는 이차자료인 한국의료패널 2009년에서 2012년까지의 자료를 활용하였다. 한국의료패널자료는 2005년 인구주택 총조사 90% 전수자료를 표본틀(sampling frame)로 하여 16개 광역시·도,

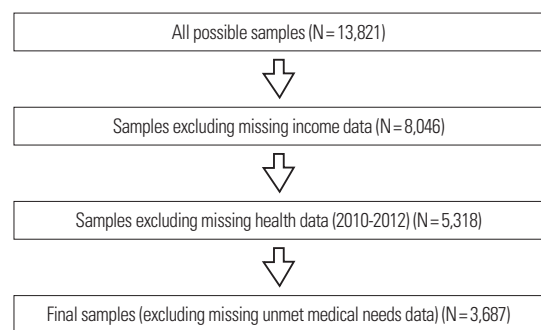


Figure 2. Sample selection.

동부 및 읍·면부를 층화변수로 하여 2단계 확률비례 층화집락추출 기법을 통하여 수집되었다. 원 표본은 2008년 최초 조사 당시 7,866 가구 24,616명이었으나 조사과정 중에 중도탈락으로 인하여 2012년 기준으로 5,856가구 17,417명으로 축소되었다. 본 연구의 대상자는 2009년도부터 시작된 부가조사에 응답한 18세 이상 성인가구원 13,821명 가운데 본 연구의 주요 독립변수인 의료비 지출수준과 미충족 의료, 그리고 종속변수인 주관적 건강상태(2010-2012년)의 추적조사에 성실히 응답한 3,687명을 대상으로 하였다(Figure 2).

3. 변수

1) 독립변수: 의료보장성 수준

본 연구에서 의료보장성이란 개념은 엄밀하게 의료보장성의 수혜 수준을 의미하는 것으로 다음의 2가지 측면에서 조사되었다. 첫째는, Kim과 Heo [19]의 연구를 토대로 가구 월 평균 생활비 대비 월 평균 가구의료비 지출정도를 의료보장성 수준의 지표로 살펴보았다. Jeong [6]의 주장대로 국민 의료비 중에서 국가 혹은 사회가 지불하는 정도로 의료보장성 수준을 살펴볼 수도 있지만 이차자료의 특성상 관련 정보를 정확히 파악하기 어려운 관계로 대신 가구의 의료비부담 수준을 토대로 의료보장성의 수준을 살펴보았다. 즉 가구의 생활비 대비 의료비부담이 낮으면 상대적으로 의료보장성이 높은 것으로 개념화하였다. 둘째는, 미충족 의료이다. 미충족 의료는 필요한 의료서비스를 높은 의료비용, 부적절한 정보, 낮은 의료의 질 등으로 적절히 받지 못하는 것을 의미하는데[10], 본 연구에서는 필요한 의료서비스를 받지 못한 적이 1회 이상인 경우는 1, 받지 못한 적이 없는 경우는 0으로 코딩하여 분석에 활용하였다.

2) 종속변수: 주관적 건강상태

본 연구에서 사용된 종속변수는 개인의 일반적인 건강상태를 잘 대변해줄 수 있는 주관적 건강상태이다. 주관적 건강상태는 개인이 주관적으로 느끼는 건강상태에 대한 인식으로 질병이나 사망률의 타당한 지표로 많이 활용되고 있다[27]. 한국의료패널에서는 주관적 건강상태를 5점 척도, 100점 척도, 혹은 동년배와 비교한 건강상태의 형태로 측정하고 있는데, 본 연구에서는 2009년부터 2012년까지 주관적 건강상태의 변화를 가장 잘 살필 수 있는 100점 척도를 활용하였다. 이 척도는 연구대상자가 현재 자신의 건강상태를 0 (가장 나쁜 상태)에서 100 (가장 좋은 상태) 범위 안에서 자유롭게 점수를 지정할 수 있고, 점수가 100점에 가까울수록 좋은 건강상태를 의미한다.

3) 조절변수: 차상위계층과 상위중산층

차상위계층은 최저생계비 120% 수준에 있거나 넓게는 중위소득 이하 상대적 빈곤을 경험하는 대상으로 최저생계비 기준으로 인해 의료급여를 통한 의료보호를 받지 못하는 대상으로 정의하였

다[8,19]. 본 연구에서는 소득 5분위를 기준으로 소득 하위 1,2분위에 있으면서 의료급여를 받는 기초생활수급 빈곤층을 제외한 대상자를 차상위계층으로 분류하였고, 이에 대한 대조그룹으로 소득 4, 5분위에 있는 대상을 상위중산층으로 정하였다. 소득 3분위의 경우 차상위계층과 중위소득집단이 혼재되어 있어 분석의 명료성을 위해서 다중집단비교에서는 배제하였다.

4) 통제변수

본 연구에서는 연구대상자의 건강상태에 영향을 미칠 수 있는 기본적인 인구사회학적 변수들(성별, 연령, 혼인 여부, 교육수준, 만성질환 유무, 민간보험 가입 여부)을 통제변수로 설정하였다. 성별, 혼인 여부, 만성질환 유무, 민간보험 가입 여부는 이분형 변수로 취급하여 0과 1로 코딩하였다. 연령 및 교육수준은 연속형 변수로 활용하였고, 숫자가 클수록 연령 및 교육수준이 높다는 것을 의미한다.

4. 분석방법

본 연구는 의료보장성 수준의 차이가 시간의 흐름에 따라 주관적 건강상태에 어떠한 영향을 미치는지를 종단적으로 분석하기 위하여 잠재성장곡선모형(latent growth curve model) 분석방법을 사용하였다. 잠재성장곡선모형에서는 독립변수(의료보장성 수준)에 영향을 받는 종속변수인 주관적 건강상태를 시간가변변수(time-varying variable)로 처리하여 주관적 건강상태의 초기값과 변화율을 분석할 수 있다는 장점이 있다.

다음으로 의료보장성 수준의 차이가 주관적 건강상태 사이에 미치는 관계에서 의료보장의 사각지대에 놓여있는 차상위계층과 상대적으로 소득수준이 높은 상위중산층 사이에 어떠한 차이가 있는지를 구조방정식의 다중집단분석기법을 활용하여 분석하였다. 다중집단분석은 의료보장성 수준과 주관적 건강상태 사이의 관계가 차상위계층과 상위중산층에 따라 다르다는 비제약모델(unconstrained model)과 이들의 관계가 두 집단에 차이가 없다는 등가제약모델(equality constrained model)의 차이를 카이제곱 차이검증을 실시하여 살펴보았다. 여기서 카이제곱값이 통계적으로 유의하다면 차상위계층과 상위중산층 사이의 차이는 조절효과를 가지는 것으로 판단할 수 있다. 본 연구의 결측치 처리 및 종단분석은 LISREL 소프트웨어 ver. 9.2 (Scientific Software International, Lincolnwood, IL, USA)의 다중대체기법인 Markov chain Monte Carlo와 잠재성장곡선모형 분석을 사용하여 실시하였다.

결 과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성을 살펴보면 전체 대상자 가운데 77.1%는 남성이고 22.9%는 여성으로 나타나 남성이 과반수를 차지

하는 것으로 나타났다. 연령의 경우 24세부터 89세까지로 근로 가능 세대부터 노인세대까지 포괄하고 있으며 평균 나이는 56세 정도로 나타났다. 혼인 여부의 경우 현재 혼인상태를 유지하고 있는 대상자가 전체의 72.5%를 차지하고 있고, 나머지는 별거, 사별, 이혼, 미혼 등의 이유로 혼인상태에 있지 않은 것으로 나타났다. 대상자의 교육수준을 살펴보면 고등학교 학력소지자가 전체의 31.5%를 차지하여 가장 많았고, 그 다음으로 초등학교(23.4%), 대학교(23%), 중학교(14%) 순 등으로 나타났다. 전체 대상자 가운데 과반수가 하나 이상의 만성질환이 있다고 응답하였다.

연간 가구소득의 평균은 29,670(단위: 천원)으로 나타났고, 이를 소득 5분위로 구분하여 살펴보면 빈곤 혹은 차상위계층에 해당하는 소득 1, 2분위에 해당하는 대상자가 전체의 44.9%를 차지하고,

중산층 이상 고소득층에 해당하는 소득 4, 5분위는 전체의 35.5%를 차지하고 있다. 가구가 지출하는 연간 의료비의 평균은 1,376(단위: 천원)으로 나타났고, 월 평균 생활비의 경우 1,790(단위: 천원)으로 나타났으나 가구 간에 상당한 편차가 있었다. 의료서비스의 욕구가 있음에도 제대로 치료받지 못하는 미충족 의료에 대해서는 전체 대상자의 1/5 이상이 그런 경험이 있다고 응답하였다. 민간의료보험 가입 여부의 경우 전체 대상자의 74.1%가 가입되어있어 민간의료보험에 대한 가입률이 높음을 알 수 있었다.

마지막으로 본 연구의 종속변수에 해당하는 주관적 건강상태를 2009년에서 2012년까지의 패널자료로 살펴보면 총 100점을 기준으로 평균 70점 정도로 자신의 건강이 좋다고 인식하나 시간의 경과함에 따라 주관적 건강상태를 좀 더 부정적으로 인식하는 경향을 볼 수 있다(Table 1).

Table 1. Sample characteristics (N = 3,687)

Variable	Frequency/range	%/mean±standard deviation
Gender		
Male	2,843	77.1
Female	844	22.9
Age (yr)	24-89	56.1±13.9
Marital status		
Yes	2,674	72.5
No	1,013	27.5
Education		
None	202	5.5
Elementary	864	23.4
Middle school	517	14
High school	1,160	31.5
University	847	23
Grad school	97	2.6
Chronic disease		
Yes	2,488	67.5
No	1,199	32.5
Household income (thousand won/yr)	0-320,000	29,670±25,200
Income brackets		
1 bracket	866	24.0
2 bracket	769	20.9
3 bracket	723	19.6
4 bracket	678	18.4
5 bracket	631	17.1
Health care expenditures (thousand won/yr)	0-26,613	1,376±1,764
Living costs (thousand won/mo)	0-3,000	1,790±1,290
Private insurance		
Yes	2,731	74.1
No	956	25.9
Unmet medical needs		
Yes	819	22.2
No	2,868	77.8
Self-rated health (2009)	0-100	71.5±16.3
Self-rated health (2010)	0-100	71.9±15.6
Self-rated health (2011)	0-100	69.3±16.2
Self-rated health (2012)	0-100	69.6±16.0

2. 주관적 건강상태의 시간적 변화

시간적 흐름에 따른 주관적 건강상태의 변화를 살펴보기 위하여 무조건부 잠재성장곡선모형 분석을 실시하였다. 무조건부 잠재성장곡선모형은 외부적 요인의 영향을 배제하였을 때 주관적 건강상태가 시간의 흐름에 따라 어떠한 변화를 나타내는지 보여준다. 우선 무조건부 모형의 모델 적합도를 살펴보면 $\chi^2(8) = 58.04, p < 0.001$; comparative fit index (CFI) = 0.98; goodness-of-fit index (GFI) = 0.99; standardized root mean square residual (SRMR) = 0.02; root mean squared error of approximation (RMSEA) = 0.04로 카이제곱값을 제외한 전반적인 적합도 지수는 매우 만족할 만한 수준이었다. 카이제곱의 경우 본 연구처럼 표본수가 큰 경우에는 민감하게 반응하기 때문에 유의하게 나온 것으로 해석할 수 있다.

Table 2는 건강상태의 초기값과 기울기(변화율)의 평균과 분산 그리고 공분산결과를 보여주고 있다. 첫째, 건강상태의 초기값과 기울기의 평균값이 유의미하게 나타났는데, 이는 건강상태의 초기값의 평균값이 0과 유의미하게 다르고($\beta = 71.85, p < 0.001$), 시간의 흐름에 따라 건강상태의 평균 점수가 유의미하게 낮아진다는 것을 의미한다($\beta = -0.84, p < 0.001$). 둘째, 건강상태의 초기값과 기울기의 분산이 통계적으로 유의미한데, 이는 연구대상자의 주관적 건강상태의 초기값과 기울기에 있어 대상자 개개인 간의 유의미한 변

Table 2. Unconditional latent growth curve model

	β	Standard error	z-value
Mean			
Intercept	71.85	0.24	299.51***
Slope	-0.84	0.10	-8.53***
Variance			
Intercept	102.52	5.26	19.48***
Slope	4.42	0.98	4.52***
Covariance	-6.08	1.85	-3.29***

*** $p < 0.001$.

이(variation)가 있기 때문인 것으로 생각된다. 마지막으로 건강상태의 초기값과 기울기의 공분산이 유의미한 부적관계를 보여주는

데, 이는 건강상태의 초기값의 평균이 높을수록 시간의 흐름에 따라 평균 점수가 빠르게 낮아지는 경향($\beta = -6.08, p < 0.001$)으로 나타남을 의미한다.

Table 3. Conditional latent growth curve model

	β	Standard error	z-value
Self-rated health intercept			
Independent variables			
Health care costs	-10.84	1.62	-6.70***
Unmet medical needs	-5.65	0.54	-10.47***
Control variables			
Gender	-1.81	0.86	-2.11*
Age	0.02	0.02	0.67
Marital status	2.36	0.82	2.90**
Education	1.28	0.23	5.56***
Chronic diseases	-3.47	0.54	-6.46***
Private insurance	3.57	0.6	5.98***
Self-rated health slope			
Independent variables			
Health care costs	1.14	0.71	1.61
Unmet medical needs	1.12	0.24	4.73***
Control variables			
Gender	0.29	0.38	0.76
Age	-0.02	0.01	-2.29*
Marital status	-0.64	0.36	-1.79
Education	0.11	0.10	1.09
Chronic diseases	0.16	0.24	0.53
Private insurance	-0.53	0.26	-2.03*

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

3. 의료보장성 수준과 주관적 건강상태의 시간적 변화

의료보장성 수준이 주관적 건강상태의 변화에 미치는 영향을 분석하기 위하여 의료보장성 관련 변인과 통제변인이 포함된 조건부 잠재성장곡선모형 분석을 실시하였다. 우선 조건부 잠재성장곡선모형의 전반적인 모델적합도는 $\chi^2(25) = 99.40, p < 0.001$; CFI = 0.99; GFI = 0.98; SRMR = 0.01; RMSEA = 0.03으로 카이제곱값을 제외하고는 매우 만족할 만한 수준으로 나타났다. 카이제곱의 경우는 앞서 설명하였듯이 표본수의 증가에 민감하게 반응하기 때문에 유의미한 것으로 나타났다.

다음으로 Table 3의 분석결과를 살펴보면 독립변수 가운데서는 생활비 대비 의료비 지출수준($\beta = -10.84, p < 0.001$)이 높고, 미충족 의료($\beta = -5.65, p < 0.001$)를 경험한 경우 주관적 건강상태의 초기값이 낮게 나타나 건강상태를 나쁘게 인식한다는 것을 알 수 있었다. 독립변수와 주관적 건강상태의 기울기와의 관계를 살펴보면 미충족 의료가 주관적 건강상태의 변화율에 유의미한 영향을 미친다는 것을 알 수 있다($\beta = 1.12, p < 0.001$). 이는 미충족 의료를 경험한 사람들의 주관적 건강상태의 변화율이 시간의 흐름에 따라 천

Table 4. A comparison between the near-poor and the upper middle class

	The near-poor		The upper middle class	
	β (SE)	z-value	β (SE)	z-value
Self-rated health intercept				
Independent variables				
Health care costs	-12.22 (2.12)	-5.76***	-6.73 (4.48)	-1.50
Unmet medical needs	-6.15 (0.88)	-6.98***	-4.29 (0.84)	-5.08***
Control variables				
Gender	-1.59 (0.04)	-1.13	-5.04 (1.42)	-3.56**
Age	0.02 (0.04)	0.61	-0.01 (0.04)	-0.34
Marital status	1.39 (1.35)	1.03	-0.24 (1.27)	-0.18
Education	1.27 (0.39)	3.27**	0.78 (0.37)	2.10*
Chronic diseases	-5.28 (0.97)	-5.43***	-2.13 (0.75)	-2.83**
Private insurance	1.76 (0.85)	2.01*	1.10 (1.51)	0.73
Self-rated health slope				
Independent variables				
Health care costs	1.45 (0.92)	1.58	-2.23 (2.05)	-1.09
Unmet medical needs	1.25 (0.38)	3.29**	0.86 (0.39)	2.22*
Control variables				
Gender	0.41 (0.61)	0.67	0.40 (0.65)	0.62
Age	-0.07 (0.02)	-1.52	-0.01 (0.02)	-0.62
Marital status	-0.33 (0.58)	-0.57	-0.21 (0.58)	-0.36
Education	-0.03 (0.17)	-0.17	0.25 (0.17)	1.45
Chronic diseases	0.24 (0.42)	0.58	0.18 (0.34)	0.54
Private insurance	-0.26 (0.37)	-0.71	-0.88 (0.69)	-1.27

SE, standard error.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

천히 감소한다는 것을 의미한다. 통제변수를 살펴보면 남성보다는 여성이 그리고 만성질환을 가지고 있을수록 초기 주관적 건강상태가 낮은 것으로 나타났다. 반면 교육수준이 높고 민간보험에 가입되어 있으며 혼인상태에 있는 대상자들의 초기 주관적 건강상태가 그렇지 못한 사람들보다 좋은 것으로 나타났다. 통제변수들 가운데 주관적 건강상태의 변화율에 영향을 미치는 요인은 연령과 민간보험 가입 여부뿐인데 연령의 경우 연령이 증가할수록 주관적 건강상태는 빠르게 감소한다는 것을 알 수 있다($\beta = -0.02, p < 0.005$). 그리고 민간보험의 가입이 초기 주관적 건강상태에는 긍정적인 영향을 미치나, 시간의 흐름에 따라서는 주관적 건강상태를 빠르게 감소하게 함을 알 수 있다($\beta = -0.53, p < 0.005$). 마지막으로 조건부 잠재성장곡선모형은 주관적 건강상태 초기값 분산의 29.1%를 설명하고, 기울기값 분산의 11.3%를 설명하는 것으로 나타났다.

소득수준을 토대로 차상위계층과 상위중산층을 비교하여 살펴보면 Table 4와 같다. 첫째, 주관적 건강상태의 초기값에 영향을 미치는 독립변수의 영향을 살펴보면 차상위계층에서만 생활비 대비 의료비수준이 높을수록 주관적 건강상태가 열악한 것으로 나타났다. 미충족 의료의 경우 양 집단 모두에서 주관적 건강상태에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 통제변수 가운데서는 교육수준과 만성질환 여부가 양쪽 집단 모두에서 주관적 건강상태의 초기값을 유의미하게 예측하는 것으로 나타났다. 하지만 성별은 상위중산층의 주관적 건강상태의 초기값에만 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 남성보다는 여성이 주관적 건강상태의 초기값이 낮은 것으로 나타났다.

둘째, 주관적 건강상태의 변화율에 영향을 미치는 요인을 살펴보면 독립변수 가운데서는 미충족 의료만이 차상위계층과 상위중산층의 주관적 건강상태의 변화를 유의미하게 예측하는 것으로 나타났다. 이는 소득수준에 따른 집단유형과 상관없이 미충족 의료를 경험한 사람들의 주관적 건강상태가 시간의 흐름에 따라 천천히 감소한다는 것을 의미한다. 통제변수들 가운데서는 주관적 건강상태의 변화율을 유의미하게 예측하는 변수는 없었다.

셋째, 표에 제시되지는 않았지만 차상위계층과 상위중산층의 차이가 주관적 건강상태의 초기값과 변화율의 평균과 분산에 유의미한 차이를 유발하는지를 조절효과분석을 통하여 살펴보았다. 우선 의료보장성 수준을 통제된 상태에서 주관적 건강상태의 초기값과 변화율의 평균에서 차상위계층과 상위중산층에 따라 다르다는 비제약모델의 카이제곱값은 113 ($df = 50$)으로 나타났고, 이 두 값이 두 집단에서 차이가 없다는 등가제약모델에서의 카이제곱값은 114.20 ($df = 52$)로 나타났다. 비제약모델과 등가제약모델의 카이제곱 차이검증은 $\Delta\chi^2 = 1.2, df = 2$ 로 나타나 통계적으로 유의미하지 않았다. 다음으로 주관적 건강상태의 초기값과 변화율의 분산에서 등가제약모델의 카이제곱값은 122.77 ($df = 52$)로 비제약모델과는 통계적으로 유의미한 차이가 나는 것으로 보여주었다($\Delta\chi^2 = 9.77,$

$df = 2, p < 0.05$). 이는 차상위계층과 상위중산층 간 차이가 주관적 건강상태의 초기값과 변화율의 분산에만 유의미한 조절효과를 갖는다는 것을 의미한다.

고 찰

본 연구는 의료보장성 수준의 차이가 단순히 재정적 차원이 아닌 개인의 건강상태의 변화에 어떠한 영향을 미치는지를 종단적으로 살펴보았다. 특히 차상위계층과 상위중산층과의 비교를 통해서 의료보장성 수준의 차이가 소득수준이 다른 두 집단의 건강상태에 어떠한 차별적 영향을 미치는지를 살펴보았다. 이 점에서 연구의 의의가 있다. 분석결과를 토대로 본 연구의 가설을 구체적으로 검증해보면 다음과 같다. 첫째, 연구대상자의 주관적 건강상태는 시간의 흐름에 따라 평균 점수가 유의미하게 낮게 나타나는데, 이는 시간의 경과에 따라 주관적 건강상태를 점점 좋지 않다고 인식하는 것을 의미하는 것으로 첫 번째 가설을 지지하고 있다. 다만 주관적 건강상태의 초기값과 기울기의 분산이 통계적으로 유의미하게 나타나 주관적 건강상태에 있어서 연구대상자 개인 간의 설명되지 않은 변이가 크다는 것을 알 수 있었다.

두 번째 가설인 의료보장성 수준의 차이는 주관적 건강상태의 변화에 유의미한 영향을 미칠 것이라는 본 연구의 분석결과를 통해서도 부분적으로 지지되는 것으로 나타났다. 독립변수인 의료비 부담 수준과 미충족 의료경험 여부는 주관적 건강상태의 초기값과 유의미한 관계를 보이는데 이는 생활비 대비 의료비 지출수준이 높고 미충족 의료를 경험할수록 주관적 건강상태가 좋지 못하다는 것을 의미한다. 이러한 결과는 의료비의 증가로 의료보장성이 약화될 경우 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다는 Hua와 Jeong [13]의 연구결과와 유사하다. 하지만 미충족 의료를 경험하는 것이 주관적 건강상태의 변화율에 미치는 부정적인 영향은 크지 않고 다만 시간의 흐름에 따라 천천히 감소하는 것으로 나타났다. 반면 의료비부담 수준은 주관적 건강상태의 변화를 유의미하게 예측하지는 못하였다. 주관적 건강상태의 변화를 좀 더 정확히 파악하기 위해서는 의료보장성 수준의 변화가 의료서비스 이용수준을 매개로 주관적 건강상태에 영향을 미치는가를 후속연구에서 살펴볼 필요가 있다.

세 번째 의료보장성 수준과 주관적 건강상태의 변화 사이의 관계는 차상위계층과 상위중산층 사이에 유의미한 차이가 있을 것이 다라는 가설 역시 분석결과를 통해서 부분적으로 지지되었다. 독립변수 가운데 의료비부담 수준은 차상위계층에는 유의미한 영향을 미쳤으나 소득 상위중산층에게는 유의미한 영향을 미치지 못하였다. 즉 생활비 대비 의료비부담 수준이 높아질수록 소득수준이 낮은 차상위계층의 건강에 부정적 영향을 끼칠 수 있다는 것을 시사해 준다. 기존의 많은 연구들에서 살펴봤듯이 생활비 대비 과

도한 의료비부담으로 필요한 의료서비스를 이용하지 못하거나 지연하는 경우가 차상위계층에서 두드러지게 나타나고 있고, 이로 인해 빈곤을 경험하거나 건강상태에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다[19,22,28]. 하지만 이것이 주관적 건강상태의 변화를 예측하지는 못하였다.

미충족 의료의 경우는 차상위계층과 상위중산층 모두에게 유의미한 영향을 미쳐 소득수준에 상관없이 미충족 의료의 경험은 주관적 건강상태에 부정적 영향을 끼친다는 것을 알 수 있었다. 하지만 미충족 의료의 경험이 차상위계층에 좀 더 큰 영향력을 지니는 것으로 나타났는데, 이는 건강보험 일반가입자에 비해 차상위가입자가 미충족 의료를 실제적으로 경험할 확률이 높다는 Kim과 Heo [19]의 연구에서 그 근거를 찾아볼 수 있다.

마지막으로 의료보장성 수준을 통계적으로 통제한 상태에서 주관적 건강상태의 초기값과 기율기의 평균과 분산에 차상위계층과 상위중산층의 차이가 조절효과를 가지는지를 분석해본 결과 두 집단 간 차이가 주관적 건강상태의 초기값과 변화율의 분산에만 유의미한 조절효과를 가지는 것으로 나타났다. 이는 주관적 건강상태의 초기값과 변화율의 설명되지 않은 분산에 집단의 차이가 유의미한 영향을 미칠 수 있음을 의미한다. 설명되지 않은 차상위계층과 상위중산층 집단 간의 차이는 후속연구에서 보다 정교하게 다루어질 필요가 있을 것으로 생각된다.

더불어 통제변수들 가운데에서는 민간의료보험 가입 여부를 논여겨볼 필요가 있다. 민간의료보험가입 여부는 주관적 건강상태의 초기값과 변화율 모두에 유의미한 영향을 미치고 있다. 다시 말해 민간의료보험에 가입한 초기의 주관적 건강상태는 좋은 것으로 나타났으나 시간의 흐름에 따른 주관적 건강상태의 변화는 빠르게 감소하는 것으로 나타나 민간의료보험의 가입이 주관적 건강상태의 감소를 완화시키는 역할은 크지 않다는 것을 알 수 있다. 본 연구의 기술통계에서 보았듯이 전체 대상자의 70% 이상이 민간의료보험에 가입되어있는 것으로 나타났다. 민간의료보험의 가입이 개인의 자유라고 인식할 수도 있으나 왜 가입하는지 그 이면을 살펴보면 부실한 공공의료의 보장성이라는 비자발적 이유가 존재하고 있다. 더욱이 위의 70%에 해당하지 않는 소득 하위 1, 2분위에 있는 빈곤 혹은 차상위계층은 민간보험을 구입할 경제적 여력이 없기 때문에 낮은 공공의료의 보장성은 이들의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 특히 민간의료보험의 양적 팽창에 비해 전체적인 의료서비스의 질과 만족도가 높아지지 않고 의료비가 상승하게 되어 고소득층과 저소득층 사이의 건강불평등은 더욱 심화될 가능성이 있다[29-31]. 나아가 민간의료보험의 확대에 의해 소득계층 간의 격차가 커질수록 공공의료서비스의 기능과 사회 전체의 연대식이 약화될 가능성이 높다[32].

본 연구는 의료보장성 수준을 의료비 지출부담 정도와 미충족 의료의 개념으로 살펴보고, 의료보장성 수준의 차이가 개인의 주

관적 건강상태에 미치는 중단적 영향을 잠재성장곡선모형을 통해서 살펴보았다. 더불어 의료보장의 사각지대에 놓일 수 있는 취약계층인 차상위계층과 상대적으로 의료보장성 수혜 수준이 높은 상위중산층의 비교를 통해서 의료보장성 수준과 건강과의 관계를 살펴보았다. 의료비 지출부담은 특히 차상위계층에게 보다 큰 영향을 미칠 수 있고, 미충족 의료의 경험 역시 차상위계층에게 보다 큰 영향을 미치는 것으로 나타나 차상위계층을 위한 의료보장의 사각지대의 해소가 중요함을 알 수 있었다.

하지만 미충족 의료의 개념을 필요한 의료서비스를 개인의 욕구에도 불구하고 비자발적 원인으로 인하여 이용하지 못하는 것으로 정의하여, 자발적으로 의료서비스를 이용하지 않는 경우, 가령, 의료서비스가 불필요하다고 인식하거나 가용한 시간의 부족 등의 경우를 명확히 통제하지 못한 것은 연구의 한계이다. 향후 연구에서는 의료서비스의 이용에 영향을 미칠 수 있는 외부요인들을 보다 정교하게 통제하여 연구를 진행할 필요가 있다. 그리고 연구에 사용된 이차자료의 제약으로 인해 종속변수인 주관적 건강상태만을 시간의 흐름에 따라 변화는 가변변수로 처리하였고, 시간의 흐름에 따른 의료보장성 수준의 변화를 연구모형에 반영하지 못한 한계가 있다. 이 부분은 추후 새로운 종단자료를 활용하여 의료보장성 수준의 변화가 건강에 미칠 수 있는 영향을 중단적으로 분석하고자 한다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 차상위계층과 상위중산층 비교에서 의료보장성 수준의 차이가 건강상태의 변화에 미치는 영향을 분석함으로써 국민 특히 차상위계층과 같은 의료의 사각지대에 놓일 위험이 있는 대상자의 건강에 대한 국가 및 사회의 책임을 다시 한번 강조했다는 데 의의가 있다.

REFERENCES

1. Park BR. The orientation and problems of Korea: the medical security system. Soc Sci Res 1998;5:219-234.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2011: OECD indicators [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing. [cited 2016 Jan 11]. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
3. Ministry of Health and Welfare. 2013 National health care expenditures and accounts [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2013 [cited 2015 dec 11]. Available from: http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1431.
4. Choi BH. Desirable role between public and private health insurance for the protection of health risks. Health Welf Policy Forum 2001;2:56-63.
5. Kwon HJ, Seok JE. Effects of economic factors on membership transition in private health insurance. Soc Welf Policy 2011;38(3):131-158. DOI: <https://doi.org/10.15855/swp.2011.38.3.131>.
6. Jeong HS. Public financing in total health expenditure and coverage by national health insurance in Korea: including comparison with other OECD countries. Korean J Health Econ Policy 2004;10(1):95-112.
7. Jeon HJ. Managed crisis, Korean health care. Mon Mal 2004;4:220-221.
8. Choi BH. Enhancement of health care coverages. Health Welf Policy Forum 2005;1:39-42.

9. Lee JY. Critical evaluation of privatization of the Korean national health insurance. *Korean Soc Secur Stud* 2003;19(2):137-159.
10. Heo SI, Kim MG, Lee SH, Kim SJ. A study for unmet health care need and policy implications. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2009.
11. Lim JH. Analysis of unmet medical need status based on the Korean Health Panel. *Health Soc Sci* 2013;34:237-256.
12. Bae JY. Impacts of health insurance coverage expansion on health care utilization and health status. *Korean J Soc Welf Stud* 2010;41(2):35-65. DOI: <https://doi.org/10.16999/kasws.2010.41.2.35>.
13. Hua CX, Jeong HJ. The study of health care utilization and health status with the transition of health insurance scheme. *Critical Social Welfare Academy General Presentations* 2014.10.736-759.
14. Moon CJ. Unemployment, ill health, and poverty. *Health Soc Sci* 1998; 3:67-82.
15. Lee TW, Ko IS, Lee KJ, Kang KH. Health status, health perception, and health promotion behaviors of low-income community dwelling elderly. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005;35(2):252-261.
16. Kim JH. The impact of health care service utilization on disparities in self-rated health: the mediating effects of health care service utilization. *Korean J Soc Welf Res* 2015;46:1-24.
17. Park HJ, Park SJ. The relationship between income level and health-related quality of life in Korea. *Health Soc Sci* 2012;31:107-125.
18. Sakong J, Lim HA, Jo MD. Inequality in the medical care utilization and medical expenditure for the patients with chronic illness. *Korean J Health Econ Policy* 2012;18(3):79-101.
19. Kim SJ, Heo SI. Financial burden of health care expenditures and unmet needs by socioeconomic status. *Korean J Health Econ Policy* 2011;17(1): 47-70.
20. Jo KA. Suffering poor people due to the retreat and inequality of health care system. *Contemp Crit* 2002;9:228-240.
21. Jeong EI. The poor: people who cannot use medical service in a national health care system. *Mon Welf Rep* 2001;34(8):31-33.
22. Kim HJ. Household medical expenditure burden of the poor. *Korean Soc* 2008;9(1):229-254.
23. Shin HS. The evolution of health and utilization inequalities over time. *Health Welf Policy Forum* 2009;3:26-35.
24. Park KD. The crowding out effects of national health insurance coverage on the purchase of private health insurance for the elderly. *Korean Public Adm Study* 2014;23(4):145-171.
25. Jackson JJ. A life-course perspective on physical and psychological health. In: Resnick RJ, Rozensky RH, editors. *Health psychology through the life span: practice and research opportunities*. Washington (DC): American Psychological Association; 1996. pp. 39-57.
26. Baker DW, Sudano JJ, Albert JM, Borawski EA, Dor A. Lack of health insurance and decline in overall health in late middle age. *N Engl J Med* 2001;345(15):1106-1112. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa002887>.
27. Idler E, Leventhal H, McLaughlin J, Leventhal E. In sickness but not in health: self-ratings, identity, and mortality. *J Health Soc Behav* 2004; 45(3):336-356. DOI: <https://doi.org/10.1177/002214650404500307>.
28. Shin HW. Gaps in health security and ways to narrow them. *Health Welf Policy Forum* 2009;9:5-16.
29. Kim HS. Research on British private health insurance in NHS. *Korean Policy Stud Rev* 1999;8(3):299-324.
30. Baek IR, Byun SS, Park HS. A study on joining private health insurance of the socially vulnerable and medical service utilization of private insurance members. *Health Soc Sci* 2012;31:127-151.
31. Lee YJ. Effects of private health insurance in national health care system. *J Korea Contents Assoc* 2014;14(1):200-208.
32. Lee JS. Public health care systems rather than private health insurance should be enhanced. *Mon Welf Rep* 2000;22:6-11.