

보건사회연구

HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

- 권혁진** 상호이질적인 가구들에 대한 빈곤평가의 문제 : SPD(Sequential Poverty Dominance)방법을 중심으로
- 황진영** 사회보호 지출에 대한 경제사회적·정치적 영향 : OECD 국가 간 실증분석
- In-Young Jung** Explaining the Development and Adoption of Social Policy in Korea : The Case of the National Basic Livelihood Security Act
- 엄기욱** 일본 거주 외국인 영주자의 사회복지 수급권에 관한 연구
- 신영전 | 손정인** 미 총족의료의 현황과 관련요인 : 1차, 2차 한국복지패널자료를 이용하여
- 신호성 | 정기혜 | 윤시론 | 이수형** 기후변화와 식중독 발생 예측
- 석재은** 세대별 노후부양관의 차이와 영향 요인
- 한삼성 | 강성욱 | 유왕근 | 피영규** 노인의 자살생각 결정요인에 관한 연구
- 이윤경** 노인장기요양서비스 이용 결정요인 분석 : 다층모형(HLM)을 통한 개인과 지역요인 분석
- 이건직** 장기요양시설의 시장지향성이 성과에 미치는 영향
- 서 평** 강신욱 : 인간의 심리, 야수의 성정(性情), 그리고 경제위기
강은정 : The Politics of healthy policies

미 충족의료의 현황과 관련요인 -1차, 2차 한국복지패널자료를 이용하여-

신영진*
(한양대학교)

손정인
(서울대학교)

한 국가의 건강보장제도 평가 기준인 의료서비스이용 현황을 살펴보기 위해 의료필요가 있음에도 불구하고 사회경제적 요인으로 인해 적절한 의료이용을 하지 못하는 미 충족의료 현황을 분석하고 관련요인을 분석하는 것은 중요하다. 이 연구에서는 1차, 2차 한국복지패널 자료를 이용하여 경제적 이유로 인한 미 충족의료 현황과 관련요인을 분석하였다. 우선 연도별 단면적 기술 분석과 관련요인 분석(로지스틱 회귀분석)을 수행하고 2개년도 자료를 연동하여 동태적 기술 분석과 관련요인 분석(로지스틱 회귀분석)을 수행하였다. 단면적 분석결과 1차, 2차 한국복지패널자료의 미 충족의료 유경험 빈도는 각각 5.54%, 2.99%이었고 미 충족의료 유경험에 관련되는 요인으로 가구주 연령, 교육, 주관적 건강상태와 가구 소득계층이 유의하였는데 특히 가구 소득계층과 가구주 주관적 건강상태가 가장 유의하였다($p < 0.05$). 동태적 분석결과 2년 동안 미 충족医료를 한번 이상 경험할 가능성, 충족군에서 미충족군으로 추락할 가능성, 미충족군에서 미충족군으로 계속 잔류할 가능성에 관련되는 요인으로 가구 소득계층과 가구주 주관적 건강상태가 유의하였다($p < 0.05$). 분석 및 자료의 한계점에도 불구하고 이러한 분석 결과는 정책적으로 미 충족医료를 개선하기 위해 충분한 소득 지원과 건강수준을 보호, 증진하는 것이 여전히 중요함을 시사한다.

주요용어: 미 충족의료, 의료이용, 소득계층, 건강상태

이 논문은 보건사회연구원의 연구비 지원으로 진행된 2007년 한국복지패널 심층 분석 보고서의 내용을 기초로 작성하였으며 보건사회연구원의 동의하에 투고합니다.

* 교신저자 : 신영진, 한양대학교(yshin@hanyang.ac.kr)

■ 투고일: 2009. 3. 30

■ 수정일: 2009. 4. 22

■ 게재확정일: 2009. 4. 29

I. 서론

우리나라의 경우 1977년 건강보장제도 도입, 1989년 전 국민 건강보장제도 실시를 통하여 모든 국민이 소득이나 지불능력에 상관없이 의료필요가 발생하는 경우 의료서비스를 이용할 수 있도록 경제적 장벽을 낮추어 의료서비스 접근성을 개선하는 제도적 장치를 시행하여 왔다.

하지만 건강보장제도의 보장성 한계로 인하여 높은 비율의 법정 본인부담금, 비급여 본인 부담금 등이 존재하고 이로 인해 의료서비스 이용에 많은 제한점이 나타나고 있는 것으로 알려졌다(이수연, 1997; 김정희, 1999; 김용익 외, 2002; 이용재 외, 2004; 박종영, 2005; 허순임 외, 2007; 김태일 외, 2007; 김수정, 2008). 이는 현대국가의 보건의료에서 '동등한(equal access) 접근' 보다 '동일한 의료필요에 대한 동일한 접근(equal access for equal need)'으로 개념이 발전하였지만 우리나라 의료서비스 이용에서는 형평성 측면에서도 문제점이 드러나고 있음을 확인가능하다(이용재 외, 2004; 허순임 외, 2007).

이러한 맥락에서 한 국가의 건강보장제도 평가 기준의 하나인 국민의 의료서비스 이용 현황을 살펴보는 것은 의미가 있고(허순임 외, 2007) 그 중 의료필요가 있음에도 불구하고 사회경제적 요인으로 인해 적절한 의료서비스를 이용하지 못하는, 다시 말해 의료서비스 접근성에 장벽이 존재함을 나타내는 미 충족의료 현황을 분석하고 관련요인을 밝혀내는 것이 중요하다.

이 연구에서는 1차(2005년), 2차(2006년) 한국복지패널자료를 이용하였는데 설문문항의 한계로 인해 '미 충족의료' 중에서도 '경제적 이유로 인한 미 충족의료' 경험에 대한 현황을 분석하고자 한다. 우선, 각 연도별 단면적 기술 분석(descriptive analysis)과 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 수행하여 단면적 현황과 관련요인을 살펴본 후 2개년도 자료를 연동하여 동태적 기술 분석(descriptive analysis)과 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 수행하여 동태적 현황과 관련요인을 살펴보았다.

II. 선행연구

선행 국내 연구에서 '미 충족의료'를 다룬 연구들은 미 충족医료를 연구한 경우, 의료이용을 다루면서 미 충족医료를 함께 연구한 경우, 미 충족의료와 다른 개념이지만 결국 동일한 함의를 가지는 의료필요 충족도를 연구한 3가지로 분류할 수 있다.

첫 번째 미 충족의료 연구에는 김정희 외(1999), 김한해(2005) 그리고 허순임 외(2007) 연

구가 속한다. 보건소 이용 노인의 미 충족 의료요구를 설문조사한 김정희 외(1999) 연구에서 미 충족요구가 있다고 응답한 노인은 29.5%였고, 미 충족요구 유무에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 신체건강으로 나왔다. 특정지역 성인 남성인구 1,021명 대상으로 한 검진 및 설문조사 자료를 분석한 김한혜(2005) 연구에서는 미 충족의료가 경증 이상의 하부요로증상을 가진 사람 중 79%, 전립선비대증으로 진단된 사람 중 69%로 나타났고 미 충족의료에 경제적 상태, 환자의 질병에 대한 인식(health belief)이 영향 요인이라는 것을 보여주었다. 제3기 국민건강영양조사(2005)의 만19세 이상 성인자료를 분석한 허순임 외(2007) 연구에서는 미 충족의료 빈도가 17.1%(가중치 부여), 그 중 경제적 이유로 인한 미 충족의료 빈도는 9.5%로 나타났고 미 충족의료의 결정요인은 소득과 건강상태였지만 연령에 따라 층화한 경우 젊은 연령에서는 건강상태가, 노인층에서는 소득수준이 크게 영향을 미치는 것으로 드러났다.

두 번째 의료이용을 다루면서 미 충족의료를 함께 연구한 경우에는 이수연(1997), 이용재 외(2006), 김태일 외(2007) 연구가 있는데 이 연구들은 소득, 직종, 시간의 기회비용 차이로 인해 저소득층에게 불리한 의료이용이 나타남을 보여주었고, 박종영(2005) 연구의 경우 미혼 근로자와 기혼근로자의 미 충족의료 영향 요인에서 차이가 남을 보여주었다.

세 번째, 의료필요 충족도에 대한 연구에는 배상수(1992) 연구가 있는데 이 연구는 지역의료보험 실시가 소득계층별 의료필요충족도의 차이를 완화하는 데 기여하였으나 저소득계층의 의료이용을 저해하는 요인들로 인해 완전한 의료이용의 형평성을 거두지는 못한 것으로 평가하였다.

이와 같이 국내 선행 연구에서는 미 충족의료 경험이 존재하고 있으며 그것이 사회경제적 수준에 따라 불평등하게 분포하고 있음을 보여주었고 의료이용 및 의료필요충족도에서도 유사한 경향이 발생하고 있음을 보여주었다. 또한 이러한 현상에 주된 영향을 미치는 요인으로 소득수준, 경제적 상태가 있었고, 여기에 시간적 요인, 건강인식 요인 등이 영향을 미치고 있음을 보여주었다. 이러한 요인 외에 연령, 성, 보험상태, 근무상태, 교육정도가 미 충족의료에 유의한 연관성이 나타난다고 알려져 있다(김수정, 2008).

국외 연구에서는 국내보다 미 충족의료 연구가 더욱 많이, 그리고 다양하게 이루어졌기 때문에 미 충족의료에 대한 연구로 한정시켜 살펴보면 국외 연구의 분석대상은 인구일반(특히 성인) 외에 아동(Newacheck, et al., 2000), 정신보건치료의 대상자(Craske, et al., 2005), 농촌의 노령인구(Li, et al., 1999) 등으로 다양하였다. 그리고 미 충족의료의 빈도를 살펴보면, 스웨덴의 20~64세의 무작위 표본에서 실업자는 42.2%, 장기 질병휴가자는 37.4%, 피고용인은 22.3%가 미 충족의료를 경험하였고(Ahs et al., 2006), 중국 농촌의 노령인구에서는 조사대상의 2/3정도가 미 충족의료를 보고하였으며(Li et al., 1999), 미국아동의 경우 7.3%가 미 충족

의료에 해당하였으며(Newacheck, et al., 2000), 공황장애를 가진 사람들의 정신보건치료 영역에서는 미 충족의료 빈도가 38%로 나타났다(Craske, et al., 2005). 이러한 단면 연구 외에 미 충족의료의 추세를 살펴본 연구로써 Sanmartin et al.(2002)연구가 있었는데, 이는 캐나다인을 대상으로 한 연구로써 미 충족의료의 빈도가 1994/95년에 4%, 1998/99년에 6%로 증가하였고, 2000/01년에 12%로 그 사이 2배가 증가한 것을 보여주었다.

국의 연구에서 나타난 미 충족의료와 관련한 요인에는 국내 문헌과 마찬가지로 소득수준, 건강상태, 보험보장 유무, 취업유무(ABHS, et al., 2006)가 있었고 국내의 맥락과는 다르게 인종/민족 및 정기적으로 진료 받는 곳 유무(Sho, et al., 2005), 대기시간(Samaritan, et al., 2002), 이주 상태(Lasser, et al., 2006), 진료예약의 어려움 및 필요 발생 시 도움을 요청할 곳에 대한 정보 부족(Crackle, et al., 2005), 환자의 의사에 대한 신뢰감(Moldboard, et al., 2005) 등이 있었다.

국의 문헌에서는 3개의 조사시점이 다른 자료를 이용하여 미 충족의료의 변화 추세를 분석한 Sanmartin, et al.(2002)연구와 미국과 캐나다의 미 충족医료를 비교하여 살펴본 Lasser et al.(2006)연구는 그 내용과 연구방법에서 주목할 만하다.

이상과 같이 국내외에서 국가, 인구집단에 따라 다양한 빈도와 관련요인을 보여주는 미 충족의료 연구가 존재하지만, 주로 단면조사 자료를 분석한 연구들이 대부분이었고, Sanmartin et al.(2002)연구처럼 반복조사나 패널조사를 이용하여 미 충족의료의 추세, 추이, 그리고 동태를 살펴본 연구는 미흡한 것으로 나타났다. 적절한 의료서비스 이용을 보장하려는 보건의료정책 수립 측면에서 단면적으로 미 충족의료의 발생 빈도와 관련한 요인을 연구하는 것도 중요하지만, 시간의 흐름에 따라 미 충족의료의 변화가 어떻게 변화하는지, 그리고 그 변화와 관련한 요인은 무엇인지를 연구하는 것도 중요한 부분이라고 본다.

III. 연구방법

1. 분석 자료

1차(2005년), 2차(2006년) 한국복지패널자료를 이용하여 1차, 2차에 걸쳐 원표본이 유지된 6,511가구의 자료를 분석하였다. 한국복지패널자료의 경우 경제적 이유로 인한 미 충족의료 경험의 설문 문항이 가구원 수준이 아닌 가구 수준으로 조사되었기 때문에 분석단위가 개인이 아닌 가구라는 점에서 선행 연구와 차이가 존재한다. 그리고 한국복지패널자료의 경우 빈

근층 연구에 적합하도록 빈곤층을 과대표집하였기 때문에 자료의 기술 분석과 관련요인 분석에서는 자료에 해당하는 표준가중치를 반영하였다.

2. 주요 변수

미 충족의료(unmet need)에 대한 개념은 의료서비스 이용 여부, 의료서비스 이용에 의한 위험 회피 가능성 여부, 공공 의료서비스에 대한 접근성 여부, 의료필요의 충족 정도, 의료서비스의 지연 정도 등에 따라 다양하게 존재하지만 이 연구에서는 환자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만 환자가 받지 못한 의료서비스(Donabedian 1973; 허순임 외 2007)라고 판단하였다. 그러나 한국복지패널 자료의 미 충족의료 경험 여부를 묻는 설문 문항의 제약으로 인해 이 연구에서는 경제적 이유로 인한 미 충족의료 경험 여부를 미 충족의료로 정의하고 단면적 분석의 종속변수로 두었다. 조사 문항은 '지난 1년(조사대상년도 1월 1일~12월 31일)동안 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있다' 이고 이 항목에 대해 '있다' 라고 응답한 경우를 경제적 이유로 인한 미 충족의료로 발생한 것으로 분류하였다.

동태적 분석의 경우 1차, 2차 한국복지패널자료를 연동하여 2년간 미 충족의료 경험 유무의 변화를 4유형으로 분류하여 상대적으로 유리한 변화 유형에 비해 불리한 변화 유형이 발생한 것으로 정의하였다(표 1 참조).

표 1. 종속 변수의 정의

구분	종속변수	측정 (기준집단=2)
단면 분석	종속변수1	경제적 이유로 인한 미충족의료 경험
동태 분석	종속변수2	2년간 미 충족의료 경험이 없는 유형과 한 번 이상 존재하는 유형
	종속변수3	1차년도 충족군의 2차년도 미 충족의료 경험 변화
	종속변수4	1차년도 미충족군의 2차년도 미 충족의료 경험 변화
	종속변수5	2년간 미 충족의료 경험이 없는 유형과 2년간 미충족의료 경험만 있는 유형

이 연구에서 독립변수는 한국복지패널자료에서 경제적 이유로 인한 미 충족의료 경험에 대한 조사가 가구 단위로 이루어졌기 때문에 선행 연구에서 미 충족의료의 결정요인으로 알려진 변수들을 가구주 수준이나 가구 수준으로 변경하고 여기에 사회경제적 변수, 인구학적 특성, 건강 및 보건의료 특성을 나타내는 변수들을 포함하였다(표 4 참조).

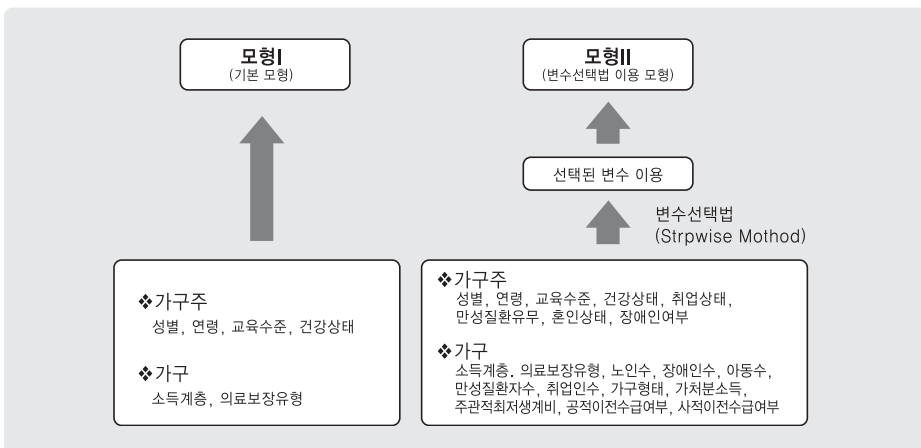
3. 방법

가. 단면적 분석

우선 1차, 2차 한국복지패널자료를 이용하여 각 연도의 미 충족의료 현황을 기술하고 로지스틱 회귀분석을 이용하여 관련요인을 분석하였다.

관련요인 분석의 경우 기본모형이라 명명한 첫 번째 모형은 선행연구에서 밝혀진 미 충족의료 결정요인인 연령, 성별, 빈곤 혹은 경제상태, 건강상태, 의료보장유형, 교육수준을 적절하게 가구주 수준과 가구 수준으로 변화하여 통계분석을 하였다. 관련요인 분석의 경우 변수선택법을 이용한 모형이라 명명한 두 번째 모형은 독립변수 중에서 경제적 요인으로 인한 미 충족의료에 관련이 있을 것으로 추측되는 변수들을 로지스틱 회귀분석의 변수선택법(stepwise method)을 이용하여 결과적으로 유의미한 것으로 선택된 변수들을 독립변수로 하여 통계분석을 하였다. 이 경우 자료마다 변수선택법을 이용한 모형의 독립변수가 차이가 생겼다.

그림 1. 관련요인 분석을 위한 로지스틱 회귀모형

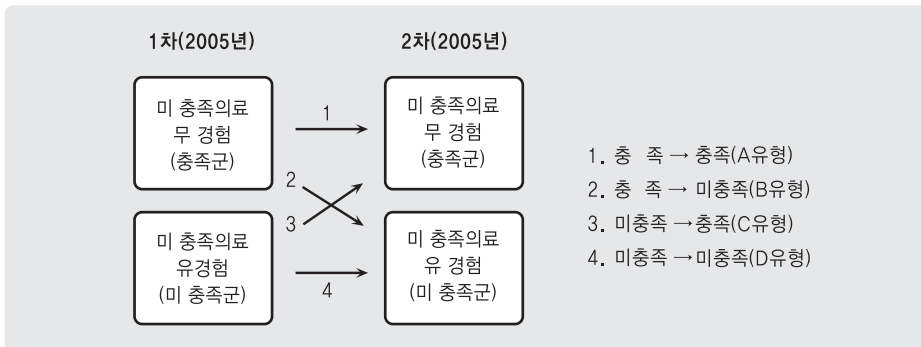


나. 동태적 분석

1차, 2차 한국복지패널자료를 연동하여 미 충족의료 경험의 동태를 분석하여 4유형으로 분류하였다. 미 충족의료 무경험 집단을 충족군, 미 충족의료 유경험 집단을 미충족군이라고 정의하고 충족군에서 충족군으로 간 경우를 충족→충족 유형(A, 충족지속군), 충족군에서 미충족군으로 악화된 경우를 충족→미충족 유형(B, 추락군), 미충족군에서 충족군으로 호전된 경우를 미충족→충족 유형(C, 호전군), 미충족군에서 미충족군으로 계속 잔류한 경우를 미충족→미충족 유형(D, 미충족지속군)으로 명명하여 전체 4가지 유형으로 분류하였다[그림 2].

동태적 분석에서도 마찬가지로 기술 분석(descriptive analysis)과 관련요인 분석을 수행하였는데 기술 분석은 단면적 분석과 같이 행하였고 관련요인 분석의 경우 종속변수를 <표 1>에 나와 있는 종속변수 2~5를 이용하여 수행하였다.

그림 2. 1차, 2차 미 충족의료 경험의 동태적 변화: 4가지 유형



다. 분석방법

단면적 분석과 동태적 분석 모두 SAS 9.1을 사용하였다. 기술 분석의 경우 각 연도별 표준가중치를 반영하여 빈도분석을 하였고 관련요인 분석의 경우에도 자료에 따라 해당하는 표준가중치를 반영하여 로지스틱 회귀분석을 사용하여 분석하였다. 로지스틱 회귀분석의 경우 단면적 분석의 1차년도, 2차년도 자료와 동태적 분석의 A유형 vs BCD 유형 자료, A유형 vs B유형 자료, C유형 vs D유형 자료, A유형 vs D유형 자료별로 모형 I 과 모형 II 에 들어갈 독

립변수들 간의 다중공선성을 확인하였다. 다중공선성의 경우 분산팽창인자(VIF)가 2.5이상 일 때, 상태지수(condition index)가 15이상일 때, 분산비율(variance proportion)이 90% 정도일 때에 종합적으로 판단하여 다중공선성을 의심하게 되는데, 이 연구에서의 모든 관련요인 분석을 위한 회귀진단에서 앞의 3가지 값을 모두 넘게 되는 경우는 없었다. 하지만, 일부 모형에서 장애인가구주여부 변수와 가구당 장애인수 변수가 동시에 선택된 경우 상태지수 외에 나머지 2가지 값의 기준에 근접하여 다중공선성이 의심되었으나, 로지스틱 회귀분석을 통하여 두 변수가 모두 포함되는 것이 더 적합한 모형을 판단하고 그대로 모형에 독립변수로써 사용하였다. 나머지의 경우에는 다중공선성을 의심할 만한 경우가 없었다.

IV. 연구결과

1. 미 충족의료 현황에 대한 단면적 분석

가. 기본적인 내용

1차(2005년), 2차(2006년) 한국복지패널자료를 이용하여 단면적 분석을 한 결과, 기술 분석(descriptive analysis)에서 1차 패널자료의 미 충족의료 유경험 빈도는 전체 표본유지 가구의 5.54%였으며, 2차 패널자료의 경우 2.99%였다. 이는 선행 연구의 미 충족의료 발생 빈도에 비해 낮은 수치인데 2005년 국가건강영양조사를 이용한 김태일 외(2007), 허순임 외(2007), 김수정(2008)의 연구에서는 가중치를 반영한 미 충족의료 경험 빈도가 17.1%, 이 중 경제적 요인에 의한 빈도는 9.5%로 나왔고 60세 이상 노인 356명 설문 자료로 분석한 김정희 외(1999) 연구에서는 미 충족의료 경험이 29.5%에 해당하였다.

독립변수 별로 층화하여 살펴본 미 충족의료 유경험의 경우 여자 가구주일수록, 65세 이상 노인가구주일수록, 교육수준이 낮은 가구주일수록, 주관적 건강상태가 좋지 않은 가구주일수록, 빈곤 가구일수록, 건강보험에 비해 의료급여일수록, 의료급여 1종에 비해 2종일수록 미 충족의료 경험 빈도가 높게 나타났다.

독립변수 별로 층화하여 살펴본 2차년도의 빈도분석에서 미 충족의료 경험 빈도 자체는 1차년도 도에 비해 감소하였지만 그 감소폭이 취약계층일수록 작아짐을, 다시 말해 전체적으로 미 충족의료 경험이 감소한 반면 취약계층에 불리한 쪽으로 감소하여 미 충족의료 경험의 변화에서 계층별로 불평등한 감소가 나타났음을 알 수 있다.

표 2. 1차(2005), 2차(2006) 한국복지패널자료의 미 충족의료 유경험 빈도

변 수		1차 년도(2005) (n=6,508), %	2차 년도(2006) (n=6,508), %
전체		5.54	2.99
가구주 성별	남	4.17	2.24
	여	11.78	6.32
가구주 연령	39이하	3.36	1.48
	40~64	5.91	3.15
	65이상	7.55	4.33
가구주 교육수준	전문대이상	1.96	0.77
	고등	4.77	2.33
	중등	7.46	4.65
	무학/초등	11.24	6.58
가구주 주관적 건강상태	건강하다	4.22	1.49
	건강하지 않다	14.32	8.25
가구 소득계층	비빈곤	2.28	1.02
	차차상위	9.66	6.17
	차상위	9.92	8.59
	절대빈곤	13.19	7.79
가구 의료보장유형	건강보험	4.71	2.59
	의료급여 1종	13.74	6.47
	의료급여 2종	26.25	14.13

주: 각 wave별 표준가중치 반영함.

표 3. 1차(2005), 2차(2006) 한국복지패널자료의 미 충족의료 경험 유무 집단별 특성

변 수	수 준	1차 년도(2005)		2차 년도(2006)	
		미 충족의료 무경험 (n=6,004)	미 충족의료 무경험 (n=504)	미 충족의료 무경험 (n=6,232)	미 충족의료 무경험 (n=276)
가구주					
성별					
	남	83.3	61.9	82.2	61.1
	여	16.7	38.1	17.8	38.9
연령(1%)					
	20대 이하	4.8	3.8	3.4	1.5
	30대	24.3	13.5	23.3	11.6
	40대	25.1	25.2	25.4	20.8
	50대	16.4	19.1	16.8	21.9
	60대	16.6	18.7	16.6	22.6
	70대 이상	12.9	19.7	14.5	21.6

변 수	수 준	1차 년도(2005)		2차 년도(2006)	
		미 총족의료 무경험 (n=6,004)	미 총족의료 무경험 (n=504)	미 총족의료 무경험 (n=6,232)	미 총족의료 무경험 (n=276)
연령(2%)					
39세 이하		29.1	17.3	26.8	13.1
40~64		49.6	53.1	50.1	52.9
65세 이상		21.3	29.6	23.2	34.1
평균 연령(세)		50.2	54.5	51.2	57.2
교육수준(%)					
무학/초등		20.3	43.8	20.8	47.4
중등		10.9	15.0	11.0	17.4
고등		34.6	29.5	34.3	26.6
전문대 이상		34.2	11.7	34.0	8.5
주관적 건강상태(%)					
건강하다		77.8	41.7	79.1	38.9
건강하지 않다		22.2	58.3	20.9	61.1
만성질환(%)					
없다		69.8	41.7	62.1	33.8
있다		30.3	58.3	37.9	66.2
장애인가구주 여부(%)					
비장애인가구주		92.0	83.8	91.0	87.9
장애인가구주		8.1	16.3	9.0	12.1
노인가구주 여부(%)					
비노인가구주		78.7	70.4	76.8	65.9
노인가구주		21.3	29.6	23.2	34.1
취업상태(%)					
미취업		24.2	44.5	25.4	44.7
취업		75.8	55.6	74.6	55.4
취업지위(%)					
실업/비경황		23.7	44.2	24.8	44.7
임시/일용/자활/공공근로/					
무급가족종사자		21.0	37.0	13.2	29.3
자영업		18.1	12.9	16.5	9.0
고용주/상용직		37.1	5.9	45.4	17.1
가구					
연령(1%)					
비빈곤(최저생계비 150%이상)		68.4	27.2	71.3	23.9
차차상위(최저생계비 150%미만)		7.4	13.5	6.5	13.9
차상위(최저생계비 120%미만)		4.7	8.8	4.5	13.7
절대빈곤(최저생계비 100%미만)		19.5	50.5	17.7	48.5

수 준 변 수	1차 년도(2005)		2차 년도(2006)	
	미 충족의료 무경험 (n=6,004)	미 충족의료 무경험 (n=504)	미 충족의료 무경험 (n=6,232)	미 충족의료 무경험 (n=276)
소득계층2(정부고시 최생비 기준)(%)				
비빈곤(최저생계비 150%이상)	68.4	27.2	71.3	23.9
빈곤(최저생계비 150%미만)	31.6	72.8	72.9	76.1
소득계층3(OECD균등화지수)(%)				
비빈곤(최저생계비 150%이상)	65.0	24.4	68.4	21.6
차차상위(최저생계비 150%미만)	8.1	12.7	6.0	11.5
차상위(최저생계비 120%미만)	4.1	5.7	4.3	6.8
절대빈곤(최저생계비 100%미만)	22.8	57.1	21.3	60.1
소득계층4(OECD균등화지수)(%)				
비빈곤(최저생계비150%이상)	65.0	24.4	72.9	21.6
빈곤(최저생계비150%미만)	35.0	75.6	27.1	78.4
평균 경상소득(만원/년)	3186	1357	3576	1245
평균 가처분소득(만원/년)	2847	1310	3549	1024
평균 공적이전소득(만원/년)	166	179	206	168
평균 경상-공적이전소득(만원/년)	3023	1177	3371	1077
평균 경상-공적이전소득 (OECD균등화지수 이용)(만원/년)	1748	704	1927	659
평균 주관적 최저생계비 (만원/월)	174	96	184	109
(만원/년)	1881	1153	2156	1305
가처분소득-주관적 최저생계비(%)				
≤ 0	19.8	35.9	20.9	51.4
> 0	80.3	64.1	79.1	48.7
평균 가처분소득-주관적 최저생계비(만원/년)	967	156	1393	-281
의료보장유형(%)				
건강보험	94.8	79.6	94.2	81.1
의료급여 1종	3.4	9.1	3.9	8.8
의료급여 2종	1.6	10.9	1.9	10.1
기타	0.3	0.3	0.0	0.0
기초보장수급형태(%)				
비수급	94.5	77.8	93.6	77.8
수급	5.5	22.2	6.4	22.2
혼인상태(%)				
유배우	74.7	49.3	74.1	47.5
사별/이혼/별거	17.5	43.4	18.6	47.2
미혼	7.8	7.3	7.3	5.3
가구형태(%)				
단독	15.2	27.8	15.3	30.8
비단독	84.9	72.2	84.7	69.2

수 준 변 수	1차 년도(2005)		2차 년도(2006)	
	미 총족의료 무경험 (n=6,004)	미 총족의료 무경험 (n=504)	미 총족의료 무경험 (n=6,232)	미 총족의료 무경험 (n=276)
공적이전수급(%)				
비수급	56.0	30.3	47.5	25.5
수급	44.0	69.8	52.6	74.5
사적이전수급(%)				
비수급	43.6	41.1	30.1	27.4
수급	56.4	58.9	69.9	72.6
가구당 평균 가구원수(명/가구)	2.94	2.70	2.95	2.58
가구당 평균 취업자수(%)				
0명	18.3	35.5	18.8	35.0
1명 이상	81.7	64.5	81.2	65.0
가구당 평균 취업자수(명/가구)	1.14	0.79	1.17	0.83
가구당 평균 만성질환자수(%)				
0명	55.0	26.5	45.7	18.7
1명 이상	45.0	73.5	54.3	81.3
가구당 평균 만성질환자수(명/가구)	0.60	0.97	0.79	1.21
가구당 평균 노인수(명/가구)	0.39	0.48	0.42	0.56
가구당 평균 아동수(명/가구)	0.71	0.69	0.71	0.51
가구당 평균 장애인수(%)				
0명	86.7	73.0	84.8	78.5
1명 이상	13.3	27.0	15.2	21.5
가구당 평균 장애인수(명/가구)	0.14	0.32	0.17	0.24

주: 표본유지가구 6,511 대상 중 3개 결측치 제외함.

각 wave별 표준가중치 반영함.

나. 관련요인 분석

기술 분석(descriptive analysis)의 경우 가구주 수준과 가구 수준의 변수를 분리하여 표에 제시하였지만, 관련요인 분석(analytic analysis)의 경우 2개의 분석 모형이 존재하고 변수선택법의 결과에 따라 변수가 제외 혹은 추가되므로 수준별 구분 없이 모형 I의 기본 6가지 변수에 나머지 변수들을 제시하는 방식으로 분석 결과를 표시하였다. 이는 동태적 분석의 관련요인 분석(analytic analysis)에도 동일하게 적용하였다.

1차(2005년), 2차(2006년) 한국복지패널자료의 단면적 분석에서 미 총족의료 발생의 관련요인으로 모형 I과 모형 II[그림 1]를 통하여 분석한 결과, 모든 모형에서 통계적으로 유의한 관련요인은 가구주 연령, 가구 소득계층, 가구주 교육수준, 가구주의 주관적 건강상태이었다.

표 4. 1차(2005) 한국복지패널자료의 미 충족의료 경험의 관련요인 분석결과

변 수	Odds Ratio(95% C.I.)	
	모형 I (기본모형)	모형 II (변수선택법 이용 모형)
가구주 성별		
남	1.00	
여	1.57(1.21~2.03)*	
가구주 연령		
65 미만	1.00	1.00
65 이상	0.41(0.31~0.55)*	0.50(0.37~0.68)*
가구 소득계층		
비빈곤	1.00	1.00
빈곤	3.89(2.94~5.15)*	3.45(2.60~4.57)*
가구주 교육수준		
고등 이상	1.00	1.00
중등 이하	1.46(1.12~1.91)*	1.52(1.15~2.00)*
가구 의료보장유형		
건강보험	1.00	
의료급여	1.30(0.94~1.79)	
가구주의 주관적 건강상태		
건강하다	1.00	1.00
건강하지 않다.	2.79(2.13~3.65)*	2.57(1.92~3.44)*
가구당 만성질환자수		
0명		1.00
1명 이상		1.58(1.17~2.14)*
장애인가구주 여부		
비장애인가구주		1.00
장애인가구주		0.61(0.38~0.97)
가구당 장애인 수		
0명		1.00
1명 이상		1.90(1.29~2.82)*
가구당 아동수		
0명		1.00
1명 이상		1.77(1.35~2.31)*
가구주 혼인상태		
배우자있음		1.00
배우자없음		2.24(1.75~2.87)*
사적이전수급 여부		
비수급		1.00
수급		0.76(0.60~0.97)*

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

* p<0.05

표 5. 2차(2006) 한국복지패널자료의 미 충족의료 경험의 관련요인 분석결과

변 수	Odds Ratio(95% C.I.)	
	모형 I (기본모형)	모형 II (변수선택법 이용 모형)
가구주 성별		
남	1.00	
여	1.41(1.02~1.96)*	
가구주 연령		
65 미만	1.00	1.00
65 이상	0.36(0.25~0.51)*	0.41(0.28~0.60)*
가구 소득계층		
비빈곤	1.00	1.00
빈곤	5.70(3.88~8.38)*	4.65(3.08~7.03)*
가구주 교육수준		
고등 이상	1.00	1.00
중등 이하	1.79(1.25~2.56)*	1.70(1.18~2.44)*
가구 의료보장유형		
건강보험	1.00	
의료급여	0.86(0.57~1.29)	
가구주의 주관적 건강상태		
건강하다	1.00	1.00
건강하지 않다.	3.19(2.25~4.52)*	3.03(2.09~4.39)*
가구당 만성질환자수		
0명		1.00
1명 이상		1.66(1.08~2.54)*
장애인가구주 여부		
비장애인가구주		1.00
장애인가구주		0.59(0.37~0.95)*
가구당 취업인수		
0명		1.00
1명 이상		0.58(0.40~0.85)*
가처분소득-주관적 최저생계비		
>0		1.00
≤0		1.86(1.34~2.57)*
가구주 혼인상태		
배우자 있음		1.00
배우자 없음		1.88(1.35~2.62)*

주: 2차(2006)년도 표준가중치 반영함.

* p<0.05

즉, 기준집단에 비해 가구주의 연령이 65세 미만일수록, 빈곤 가구일수록, 가구주의 교육수준이 낮을수록, 가구주의 주관적 건강상태가 나쁠수록 미 충족의료 유경험에 대한 OR이 증가하였다. 그 중에서도 가구 소득계층 변수의 OR이 3.89(1차), 5.70(2차)로 가장 높았으며, 가구주의 주관적 건강상태 변수의 OR은 2.79(1차), 3.19(2차)로 두 번째로 높았다. 이는 선행 연구결과와 비슷한 경향을 보인다. 또한 이러한 1차, 2차 복지패널의 변수별 OR의 변화는 취약계층일수록 더욱 증가하는 양상을 보여 1차에 비해 2차 복지패널에서 미 충족의료 발생 빈도가 절반정도로 크게 감소하였음에도 불구하고 취약계층일수록 덜 감소하는 경향을 보여주고 있다.

2. 미 충족의료 현황에 대한 동태적 분석

가. 기술 분석

1차(2005년), 2차(2006년) 한국복지패널자료를 이용하여 동태적 분석을 한 결과, 미 충족의료 경험의 변화를 살펴본 분석에서는 변수 별로 불리한 하부집단의 경우 그 변화 폭이 증대를 알 수 있었다. 2005년과 2006년 사이 미 충족의료 발생 빈도의 감소로 인하여 미 충족의료 유경험이 높았던 취약계층일수록 미충족→충족으로의 변화 비중이 증가하였지만, 동시

표 6. 미 충족의료 경험의 변화 현황

(단위: %)

1차 → 2차	표본유지 가구 중 비율	1차년도 충족군 중 비율	1차년도 미충족군 중 비율	2차년도 충족군 중 비율	2차년도 미충족군 중 비율
충족 → 충족	92.66	98.11	—	95.52	—
충족 → 미충족	1.78	1.89	—	—	59.6
미충족 → 충족	4.35	—	78.27	4.48	—
미충족 → 미충족	1.21	—	21.73	—	40.4

주: 2차(2006)년도 표준가중치 반영함.

표 7. 1차(2005년) 기준 연령별 미 충족의료 경험의 변화

(단위: %)

1차 → 2차	20대 이하	30대	40대	50대	60대	70대 이상
충족 → 충족	95.2	95.9	93.0	91.2	91.3	88.8
충족 → 미충족	0.4	0.9	1.4	2.4	2.5	3.0
미충족 → 충족	3.9	2.7	4.3	4.6	4.8	6.7
미충족 → 미충족	0.6	0.5	1.3	1.9	1.4	1.5
소계	100	100	100	100	100	100

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

표 8. 1차(2005년) 기준 성별 미 충족의료 경험의 변화

(단위: %)

1차 → 2차	남	여
충족 → 충족	94.5	84.4
충족 → 미충족	1.4	3.8
미충족 → 충족	3.2	9.4
미충족 → 미충족	0.9	2.4
소계	100	100

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

표 9. 1차(2005년) 기준 소득계층별 미 충족의료 경험의 변화

(단위: %)

1차 → 2차	비빈곤	빈곤		
		차차상위층	차상위층	절대빈곤층
충족 → 충족	96.9	86.8	85.9	83.3
충족 → 미충족	0.8	3.5	4.2	3.5
미충족 → 충족	2.0	7.3	6.5	10.1
미충족 → 미충족	0.3	2.4	3.4	3.2
소계	100	100	100	100

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

표 10. 1차(2005년) 기준 의료보장유형별 미 충족의료 경험의 변화

(단위: %)

1차 → 2차	건강보험	의료급여 1종	의료급여 2종
충족 → 충족	93.6	82.3	65.9
충족 → 미충족	1.6	3.8	5.4
미충족 → 충족	3.7	11.9	19.0
미충족 → 미충족	1.0	1.9	9.6
소계	100	100	100

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

표 11. 1차(2005년) 기준 교육수준별 미 충족의료 경험의 변화

(단위: %)

1차 → 2차	전문대졸이상	고등	중등	무학/초등
충족 → 충족	97.6	93.8	89.9	84.6
충족 → 미충족	0.4	1.4	2.6	4.1
미충족 → 충족	1.6	3.8	5.5	8.8
미충족 → 미충족	0.4	0.9	2.0	2.5
소계	100	100	100	100

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

표 12. 충족→충족 유형(A)과 미 충족의료를 한번 이상 경험한 유형(BCD)의 특성

변 수	수 준	충족→충족(A유형)	미충족의료 한번 이상 경험 (BCD유형)
		n=5,833	n=672
가구주			
성별(%)*			
남		83.7	64.1
여		16.3	35.9
연령1(%)*			
20대 이하		4.9	3.1
30대		24.6	13.1
40대		25.2	24.0
50대		16.3	19.8
60대		16.5	19.7
70대 이상		12.7	20.3
연령2(%)*			
39세 이하		29.5	16.2
40-64		49.6	52.9
65세 이상		21.0	30.9
평균 연령(세)*		50.0	55.2
교육수준(%)*			
무학/초등		19.7	45.1
중등		10.8	15.2
고등		34.7	29.1
전문대 이상		34.8	10.6
주관적 건강상태(%)*			
건강하다		78.3	44.6
건강하지 않다		21.7	55.5
만성질환(%)*			
없다		70.2	43.5
있다		29.8	56.5
장애인가구주 여부(%)*			
비장애인가구주		92.1	84.8
장애인가구주		8.0	15.2
노인가구주 여부(%)*			
비노인가구주		79.0	69.1
노인가구주		21.0	30.9
취업상태(%)*			
미취업		23.7	44.6
취업		76.3	55.4

변 수	수 준	총족→총족(A유형)	미총족의로 한번 이상 경험 (BCD유형)
		n=5,833	n=672
취업지위(%)*			
실업/비경활		23.3	44.3
임시/일용/자활/공공근로/무급가족종사자		20.7	37.2
자영업		18.3	12.2
고용주/상용직		37.7	6.4
가구			
소득계층1(정부고시 최생비 기준)(%)*			
비빈곤(최저생계비 150%이상)		69.1	28.2
차차상위(최저생계비 150%미만)		7.3	14.0
차상위(최저생계비 120%미만)		4.6	9.4
절대빈곤(최저생계비 100%미만)		19.0	48.4
소득계층2(정부고시 최생비 기준)(%)*			
비빈곤(최저생계비 150%이상)		69.1	28.2
빈곤(최저생계비 150%미만)		30.9	71.8
소득계층3(OECD균등화지수)(%)*			
비빈곤(최저생계비 150%이상)		65.7	25.2
차차상위(최저생계비 150%미만)		8.0	12.7
차상위(최저생계비 120%미만)		3.9	7.0
절대빈곤(최저생계비 100%미만)		22.3	55.2
소득계층4(OECD균등화지수)(%)*			
비빈곤(최저생계비150%이상)		65.7	25.2
빈곤(최저생계비150%미만)		34.3	74.8
평균 경상소득(만원/년)*		3220	1369
평균 가처분소득(만원/년)*		2876	1321
평균 공적이전소득(만원/년)		163	166
평균 경상-공적이전소득(만원/년)*		3057	1204
평균 경상-공적이전소득 * (OECD균등화지수 이용)(만원/년)		1767	719
평균 주관적 최저생계비(%)			
(만원/월)*		176	97
(만원/년)*		1874	1163
가처분소득-주관적 최저생계비(%)*			
≤ 0		19.4	36.0
> 0		80.6	64.0
평균 가처분소득-주관적 최저생계비(만원/년)*		982	158
의료보장유형(%)*			
건강보험		95.0	81.1
의료급여 1종		3.3	8.8
의료급여 2종		1.5	10.1

변 수	수 준	충족→충족(A유형)	미충족의료 한번 이상 경험 (BCD유형)
		n=5,833	n=672
기초보장수급형태(%)*			
비수급		94.7	79.6
수급		5.3	20.4
혼인상태(%)*			
유배우		75.2	49.4
사별/이혼/별거		17.0	43.4
미혼		7.8	7.3
가구형태(%)*			
단독		14.8	29.2
비단독		85.2	70.8
공적이전수급(%)*			
비수급		56.4	32.3
수급		43.6	67.7
사적이전수급(%)			
비수급		43.7	41.1
수급		56.3	58.9
가구당 평균 가구원수(명/가구)*		2.94	2.64
가구당 평균 취업자수(%)*			
0명		17.9	36.3
1명 이상		82.1	63.7
가구당 평균 취업자수(명/가구)*		1.14	0.81
가구당 평균 만성질환자수(%)*			
0명		55.4	28.4
1명 이상		44.6	71.6
가구당 평균 만성질환자수(명/가구)*		0.60	0.94
가구당 평균 노인수(명/가구)*		0.38	0.50
가구당 평균 아동수(명/가구)		0.71	0.64
가구당 평균 장애인수(%)*			
0명		86.8	74.8
1명 이상		13.2	25.2
가구당 평균 장애인수(명/가구)*		0.14	0.29

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

* $p < 0.05$: A유형과 BCD유형의 변수값에 대한 카이제곱 검정(이산변수) 및 t-test(연속변수) 실시 결과

에 충족→미충족, 미충족→미충족으로의 변화 비중도 증가하였다. 후자의 경우만을 살펴본다면 2005년과 2006년 사이 가구주 연령이 증가할수록, 여성 가구주일수록, 가구주 교육수준이 낮을수록, 빈곤 가구일수록, 의료급여일수록, 의료급여 2종일수록 기준집단에 비해 미충족으로 추락하거나 잔류하는 비율이 증가함을 알 수 있다.

표 13. 미 충족의료를 한번 이상 경험한 유형의 하부집단별 특성

변 수	수 준	총족→미총족 (B유형, 추락군) n=168	미총족→총족 (B유형, 추락군) n=396	미총족→미총족 (D유형, 미총족지속군) n=108
가구주				
성별(%)				
남		62.0	61.3	64.1
여		38.0	38.8	35.9
연령1(%)				
20대 이하		0.9	4.2	2.4
30대		12.0	14.7	9.1
40대		20.0	24.8	26.8
50대		21.9	17.4	25.3
60대		23.0	18.3	19.9
70대 이상		22.2	20.6	16.5
연령2(%)				
39세 이하		12.9	18.9	11.5
40~64		52.1	50.8	61.5
65세 이상		35.0	30.4	27.0
평균 연령(세)		57.3	54.3	55.3
교육수준(%)				
무학/초등		49.2	43.5	44.8
중등		15.9	14.1	18.5
고등		27.6	30.4	26.5
전문대 이상		7.3	12.1	10.2
주관적 건강상태(%)				
건강하다		53.5	45.7	27.4
건강하지 않다		46.6	54.4	72.6
만성질환(%)				
없다		49.1	43.2	36.2
있다		50.9	56.8	63.8
장애인가구주 여부(%)				
비장애인가구주		88.0	83.0	86.7
장애인가구주		12.0	17.1	13.3
노인가구주 여부(%)				
비노인가구주		65.0	69.7	73.0
노인가구주		35.0	30.4	27.0
취업상태(%)				
미취업		45.2	43.5	47.8
취업		54.8	56.5	52.2

변 수	수 준	충족→미충족 (B유형, 추락군) n=168	미충족→충족 (B유형, 추락군) n=396	미충족→미충족 (D유형, 미충족지속군) n=108
취업지위(%)				
실업/비경황		44.3	43.5	46.9
임시/일용/자활/공공근로/무급가족종사자		37.9	37.7	34.6
자영업		10.0	14.3	7.6
고용주/상용직		7.8	4.5	11.0
가구				
소득계층1(정부고시 최저생계비 기준)(%)				
비빈곤(최저생계비 150% 이상)		31.2	30.4	15.5
차차상위(최저생계비 150% 미만)		15.5	13.0	15.3
차상위(최저생계비 120% 미만)		11.4	7.4	13.8
절대빈곤(최저생계비 100% 미만)		42.0	49.1	55.4
소득계층2(정부고시 최저생계비 기준)(%)				
비빈곤(최저생계비 150% 이상)		31.2	30.4	15.5
빈곤(최저생계비 150% 미만)		68.9	69.6	84.5
소득계층3(OECD균등화지수)(%)				
비빈곤(최저생계비 150% 이상)		27.5	27.8	12.3
차차상위(최저생계비 150% 미만)		12.4	12.4	13.8
차상위(최저생계비 120% 미만)		10.7	4.8	9.3
절대빈곤(최저생계비 100% 미만)		49.4	55.0	64.7
소득계층4(OECD균등화지수)(%)				
비빈곤(최저생계비 150% 이상)		27.5	27.8	12.3
빈곤(최저생계비 150% 미만)		72.5	72.2	87.7
평균 경상소득(만원/년)		1408	1419	1132
평균 가처분소득(만원/년)		1355	1366	1106
평균 공적이전소득(만원/년)		123	181	172
평균 경상-공적이전소득 (OECD균등화지수 이용)(만원/년)		1285	1237	961
평균 경상-공적이전소득 (OECD균등화지수 이용)(만원/년)		765	740	573
평균 주관적 최저생계비(%)				
(만원/월)		99	96	95
(만원/년)		1192	1158	1138
가처분소득-주관적 최저생계비(%)				
≤ 0		36.4	33.9	43.1
> 0		63.7	66.1	56.9
평균 가처분소득-주관적 최저생계비 (만원/년)		163	208	-32
의료보장유형(%)				
건강보험		85.6	80.3	77.1
의료급여 1종		8.0	10.0	5.9
의료급여 2종		6.4	9.7	17.0

변 수	수 준	총족→미총족 (B유형, 추락군) n=168	미총족→총족 (B유형, 추락군) n=396	미총족→미총족 (D유형, 미총족지속군) n=108
기초보장수급형태(%)	비수급	85.2	79.2	72.8
	수급	14.8	20.8	27.2
혼인상태(%)	유배우	49.5	50.7	44.4
	사별/이혼/별거	43.4	41.7	49.4
	미혼	7.1	7.6	6.2
가구형태(%)	단독	33.8	26.7	31.6
	비단독	66.2	73.3	68.4
공적이전수급(%)	비수급	38.6	31.6	25.5
	수급	61.4	68.4	74.5
사적이전수급(%)	비수급	40.9	41.8	38.8
	수급	59.1	58.2	61.2
가구당 평균 가구원수(명/가구)		2.54	2.69	2.60
가구당 평균 취업자수(%)	0명	38.8	35.0	37.5
	1명 이상	61.2	65.0	62.5
가구당 평균 취업자수(명/가구)		0.88	0.81	0.71
가구당 평균 만성질환자수(%)	0명	34.3	27.5	23.2
	1명 이상	65.7	72.5	76.9
가구당 평균 만성질환자수(명/가구)		0.85	0.96	1.00
가구당 평균 노인수(명/가구)		0.58	0.49	0.43
가구당 평균 아동수(명/가구)		0.49	0.70	0.67
가구당 평균 장애인수(%)	0명	80.5	72.0	76.5
	1명 이상	19.5	28.0	23.6
가구당 평균 장애인수(명/가구)		0.21	0.33	0.26

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

- 1) B유형 vs C유형의 카이제곱검정/t-검정 실시 결과 $p < 0.05$ 인 변수 : 가구주 평균연령, 가구 평균공적이전소득, 가구당 평균 아동수, 가구당 평균 장애인수
- 2) C유형 vs D유형의 카이제곱검정/t-검정 실시 결과 $p < 0.05$ 인 변수 : 주관적 건강상태, 소득계층1~4, 평균 경상소득, 평균 가처분소득, 평균 경상-공적이전소득, 평균 경상-공적이전소득(OECD균등화지수 이용), 평균 가처분소득-주관적 최저생계비
- 3) B유형 vs D유형의 카이제곱검정/t-검정 실시 결과 $p < 0.05$ 인 변수 : 주관적 건강상태, 소득계층2·4, 기초보장수급 여부, 평균 경상소득, 평균 가처분소득, 평균 경상-공적이전소득, 평균 경상-공적이전소득(OECD균등화지수 이용), 평균 가처분소득-주관적 최저생계비

1차(2005년) 기준 교육수준별 미 충족의료 경험의 변화 1차(2005년), 2차(2006년) 한국복지패널자료의 미 충족의료 경험 유무를 연동하여 만든 4가지 유형 즉, 충족→충족 유형(A, 충족지속군), 충족→미충족 유형(B, 추락군), 미충족→충족 유형(C, 호전군), 미충족→미충족 유형(D, 미충족유지군)에 대해 유형별 특성을 살펴본 결과, A유형과 나머지 BCD유형 간의 사회경제적 위치 차이가 확연하게 구분되었고 사적이전수급 여부, 평균 공적이전소득, 가구당 평균아동수를 제외한 모든 변수에서 A유형이 나머지 유형에 비해 통계적으로 유의하게 유리한 상황이었다. 가구주 수준의 경우 A유형이 BCD유형에 비해 남성의 비율이 높고 50대 이상, 무학/초등학교, 장애인, 노인, 미취업상태, 실업, 비경제활동인구, 무배우자에 해당하는 가구주의 비율이 낮았으며, 가구 수준의 경우 빈곤층, 의료급여, 기초보장수급, 단독가구의 비율이 낮고 만성질환자수, 장애인수, 취업자수, 각종 소득(공적이전소득 제외)에서 유리한 상황이었다.

미 충족의료를 한번 이상 경험한 유형, 즉 B, C, D유형 중에서는 호전군(C)이 나머지 2개 유형에 비해 조금 더 유리한 상황이었고 추락군(B)과 미충족지속군(D)이 보다 취약한 상황에 있는 것으로 나타났지만 그 중에서도 미충족지속군(D)이 주관적 건강상태, 소득계층, 각종 소득 측면에서 가장 취약한 것으로 나타났다. 3가지 유형 중에서 각각 2가지 유형을 선택하여 카이제곱검정(이산변수의 경우)과 t-검정(연속변수의 경우)으로 차이를 비교해본 결과, 추락군(B)과 호전군(C)의 비교에서는 호전군(C)이 가구주 연령이 낮으면서 공적이전소득, 가구당 아동수가 많은 상황이었고, 호전군(C)과 미충족지속군(D)의 비교에서는 호전군(C)이 주관적 건강상태, 소득계층, 각종 소득에서 유리한 상황이었으며, 추락군(B)과 미충족지속군(D)의 비교에서는 추락군(B)이 주관적 건강상태, 소득계층, 각종 소득에서 나왔으며 국민기초생활보장 수급률이 낮은 상황이었다.

나. 관련요인 분석

A, B, C, D의 4가지 유형을 이용하여 종속변수 2, 3, 4, 5라는 새로운 변수를 생성한 후, A유형에 비해 BCD유형이 발생하는 데 관련한 요인(종속변수 2: 2년 동안 충족군인 유형에 대해 적어도 한번 이상의 미 충족의료가 발생한 유형의 관련요인), A유형에 비해 B유형이 발생하는 데 관련한 요인(종속변수 3: 1차년도 충족군에서 2차년도 충족군으로 유지된 유형에 비해 미충족군으로 추락된 유형의 발생 관련요인), C유형에 비해 D유형이 발생하는 데 관련한 요인(종속변수 4: 1차년도 미충족군에서 2차년도 충족군으로 호전된 유형에 비해 미충족군으로 잔류한 유형의 발생 관련요인), A유형에 비해 D유형이 발생하는 데 관련한 요인(종속변수

표 14. 총족→총족 유형(A)에 대한 나머지 유형(B, C, D)의 발생 관련요인 분석결과

변수	Odds Ratio(95% C.I.)	
	모형 I (기본모형)	모형 II (변수선택법 이용 모형)
가구주 성별		
남	1.00	
여	1.61(1.28~2.02)*	
가구주 연령		
65미만	1.00	1.00
65이상	0.44(0.35~0.57)*	0.52(0.40~0.68)*
가구 소득계층		
비빈곤	1.00	1.00
빈곤	3.85(3.01~4.92)*	3.50(2.74~4.47)*
가구주 교육수준		
고등이상	1.71(1.35~2.18)*	1.00
중등 이하	1.71(1.35~2.18)*	1.77(1.39~2.27)*
가구 의료보장유형		
건강보험	1.00	
의료급여	1.25(0.93~1.67)	
가구주의 주관적 건강상태		
건강하다	1.00	1.00
건강하지 않다.	2.38(1.88~3.01)*	2.21(1.71~2.86)*
가구당 만성질환자수		
0명		1.00
1명 이상		1.48(1.14~1.92)*
장애인가구주 여부		
비장애인가구주		1.00
장애인가구주		0.63(0.41~0.97)*
가구당 장애인 수		
0명		1.00
1명 이상		1.74(1.21~2.48)*
가구당 아동수		
0명		1.00
1명 이상		1.61(1.27~2.05)*
1가구주 혼인상태		
배우자 있음		1.00
배우자 없음		2.25(1.81~2.80)*
사적이전수급 여부		
비수급		1.00
수급		0.75(0.60~0.93)*

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

* p<0.05

표 15. 충족→충족 유형(A)에 대한 충족→미충족 유형(B)의 발생 관련요인 분석결과

변수		Odds Ratio(95% C.I.)	
		모형 I (기본모형)	모형 II (변수선택법 이용 모형)
가구주 성별	남	1.00	
	여	1.62(1.06~2.47)*	
가구주 연령	65미만	1.00	
	65이상	0.60(0.38~0.95)*	
가구 소득계층	비빈곤	1.00	1.00
	빈곤	3.35(2.10~5.34)*	3.12(2.02~4.83)*
가구주 교육수준	고등이상	1.00	1.00
	중등 이하	2.49(1.57~3.97)*	2.31(1.50~3.56)*
가구 의료보장유형	건강보험	1.00	
	의료급여	1.03(0.57~1.84)	
가구주의 주관적 건강상태	건강하다 건강하지 않다.	1.00 1.39(0.89~2.17)	
1가구주 혼인상태	배우자있음 배우자없음		1.00 1.98(1.34~2.93)*

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

* p<0.05

표 16. 미충족→충족 유형(C)에 대한 미충족→미충족 유형(D)의 발생 관련요인 분석결과

변수		Odds Ratio(95% C.I.)	
		모형 I (기본모형)	모형 II (변수선택법 이용 모형)
가구주 성별	남	1.00	
	여	0.77(0.43~1.37)	
가구주 연령	65미만	1.00	
	65이상	0.54(0.27~1.05)	
가구 소득계층	비빈곤	1.00	
	빈곤	2.21(1.08~4.53)*	
가구주 교육수준	고등이상	1.00	
	중등 이하	1.25(0.68~2.29)	
가구 의료보장유형	건강보험	1.00	
	의료급여	0.76(0.39~1.51)	
가구주의 주관적 건강상태	건강하다 건강하지 않다.	1.00 2.33(1.24~4.37)*	1.00 2.23(1.28~3.88)*

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

* p<0.05

표 17. 충족→충족 유형(A)에 대한 미충족→미충족 유형(D)의 발생 관련요인 분석결과

변수		Odds Ratio(95% C.I.)	
		모형 I (기본모형)	모형 II (변수선택법 이용 모형)
가구주 성별	남	1.00	
	여	1.22(0.72~2.05)	
가구주 연령	65미만	1.00	1.00
	65이상	0.28(0.16~0.49)*	0.29(0.17~0.50)*
가구 소득계층	비빈곤	1.00	1.00
	빈곤	7.62(3.84~15.11)*	7.76(3.96~15.20)*
가구주 교육수준	고등이상	1.00	
	중등 이하	1.44(0.83~2.50)	
가구 의료보장유형	건강보험	1.00	
	의료급여	1.18(0.65~2.16)	
가구주의 주관적 건강상태	건강하다	1.00	1.00
	건강하지 않다.	5.28(2.94~9.49)*	5.69(3.26~9.93)*
1가구주 혼인상태	배우자있음		1.00
	배우자없음		2.07(1.29~3.33)*

주: 1차(2005)년도 표준가중치 반영함.

* p<0.05

5: 2년 동안 충족군이었던 유형에 비해 2년 동안 미충족군으로 잔류한 유형의 발생 관련요인)을 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석을 이용하였다. 분석결과 1개를 제외한 거의 모든 모형에서 통계적으로 유의미한 관련요인을 보인 변수는 가구 소득계층과 가구주의 주관적 건강상태이었다. 다시말해 빈곤 가구일수록, 가구주의 주관적 건강상태가 나쁠수록 2년 동안 미충족의료를 한번 이상 경험할 가능성, 충족군에서 미충족군으로 추락할 가능성, 미충족군에서 미충족군으로 계속 잔류할 가능성이 기준 집단에 비해 높은 것으로 나타났다. 앞에서 언급한 나머지 1개의 분석결과와는 C유형에 비해 D유형이 발생하는 것과 관련한 요인(모형 II)으로 가구주의 건강상태 변수만이 통계적으로 유의미하게 나타났는데, 이는 C유형과 D유형이 사회경제적 위치가 유사한 상태이기 때문에 가구주의 건강상태라는 하나의 변수로 2차년도에도 미충족군으로 잔류할 가능성을 설명할 수 있다고 본다. 이 변수 외에 항상 통계적으로 유의한 것은 아니었지만, 가구주의 연령이 65세미만일수록, 가구주의 교육수준이 낮을수록, 가구주의 배우자가 없을수록 미충족의료 경험의 변화에서 불리한 상황을 초래할 가능성이 높은 경향을 보였다.

V. 고찰 및 결론

이 연구에서는 1차(2005), 2차(2006) 한국복지패널자료를 이용하여 단면적, 동태적 분석으로 나누고 각각 기술 분석과 관련요인 분석을 수행하였다. 기술 분석 결과 1차 패널자료의 미 충족의료 유경험 빈도는 전체 표본유지 가구의 5.54%였으며, 2차 패널자료의 경우 2.99%였다. 성별, 연령, 교육수준, 건강상태, 소득수준, 의료보장 변수에서 취약한 계층일수록 미 충족의료 유경험 빈도가 높게 나타났고 관련요인 분석 결과 단면적으로 미 충족의료를 경험할 가능성이 높아지거나 2년 동안 한번이상 미충족군에 속할 가능성을 높이는 요인은 가구의 소득계층과 가구주의 주관적 건강상태이었다.

이는 건강보장제도가 국민들의 의료이용을 보장하기 위해 낮추려고 노력하는 경제적 장벽이 여전히 현실에서 작동하고 있고 동시에 주관적 건강상태가 나쁠수록, 다시 말해 의료필요가 높을수록 의료이용이 적절하게 이루어지지 못하고 있음을 알 수 있다. 또한, 의료급여 가구가 건강보험 가입 가구에 비해 미 충족의료 경험의 빈도가 높고 의료급여 2종 가구가 의료급여 1종에 비해 미 충족의료 경험 빈도가 높았고 상대적 빈곤에 속하는 차차상위 가구와 차상위 가구에서 미 충족의료 경험 빈도가 건강보험보다 높았으며 의료급여 가구보다 약간 낮거나 더 높은 빈도를 보였다. 이는 의료보장 중 공적 부조가 담당해야할 역할과 엄격한 자격 기준에 의해 수급권 여부를 결정하는 방식에 대한 엄밀한 평가가 필요하다는 것을 보여준다.

동태적 분석에서는 전체 대상가구 중 1.78%가 충족군에서 미충족군으로 전환하였고, 4.35%는 미충족군에서 충족군으로 이동하였으며 1.21%는 여전히 미충족군에 잔류하였다. 빈곤 가구일수록, 가구주의 주관적 건강상태가 나쁠수록 기준 집단에 비해 2년 동안 미 충족의료를 한번 이상 경험할 가능성, 충족군에서 미충족군으로 추락할 가능성, 미충족군에서 미충족군으로 잔류할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 이는 여전히 충분한 소득지원과 건강수준의 보호, 증진이 의료의 미충족을 줄이는데 매우 중요함을 시사하고 있다.

관련요인 분석에서 기존연구와 다르게 모형 I¹⁾에서는 가구주의 성별이 유의한 경우가 있었지만 모형 II²⁾의 경우에는 성별이 통계적으로 유의한 경우는 없었다. 이는 모형 I에서 포

1) 모형 I은 선행연구에서 밝혀진 미 충족의료 결정요인인 연령, 성별, 빈곤 혹은 경제상태, 건강상태, 의료보장유형, 교육수준을 독립변수로 설정한 기본모형을 이룬다(그림 1 참조).

2) 모형 II는 독립변수 중에서 경제적 요인으로 인한 미 충족의료에 관련이 있을 것으로 추측되는 변수 중에서 로지스틱 회귀분석의 변수선택법(stepwise method)을 이용하여 결과적으로 유의미한 것으로 선택된 변수들을 독립변수로 설정한 모형을 이룬다(그림 1 참조).

합하지 않은 독립변수로 인해 보정이 완벽하게 이루어지지 않았을 가능성도 있고, 선행 연구의 개인 단위 조사와 한국복지패널의 가구 단위 조사의 차이로 인한 것으로 의심해 볼 수 있으나 이에 대한 면밀한 분석이 필요할 것이다.

의료보장유형의 경우 기술 분석 결과에서는 미 충족의료 경험 빈도가 차이가 있었지만 관련요인 분석 결과에서는 다른 변수들의 보정효과로 인하여 어느 모형에서도 유의한 결과가 나오지 않았다. 이것은 기술 분석의 경우 의료급여 1종과 2종을 분리하였는데 반하여 관련요인 분석의 경우 의료급여로 묶었기 때문에 유의한 결과가 나오지 않았을 가능성도 있다. 건강보장제도의 하나인 의료급여제도가 수급권자의 건강수준 향상을 위하여 적절한 의료서비스를 제공하고 있는지에 대한 부분은 좀 더 상세하고 심도 깊은 분석이 필요할 것이다.

한편 1차(2005년)와 2차(2006년) 한국복지패널자료에서 미 충족의료 경험의 빈도가 절반 가까이 감소하였는데, 이에 대한 원인이 건강보장제도의 보장성의 강화로 인한 것인지, 1차와 2차의 패널조사 시기의 간격이 짧았던 점(6개월 정도)으로 인한 것인지, 1차와 2차의 패널조사 시기의 계절 차이로 인한 의료이용의 자연적 격차로 인한 것인지, 1차와 2차의 패널조사자의 차이로 인한 것인지 그 이유는 확인할 수 없었다. 이것은 3차(2007년) 패널자료가 배포되면 3개년 동안의 패널자료 분석을 포함한 추가적 연구가 필요하다.

일반적인 미 충족의료의 원인인 인구학적, 사회적, 경제적, 지리적, 가족적 원인 중에서 한국복지패널에서 설문하는 내용은 '돈이 없어'라는 경제적인 이유로 한정하고 있기 때문에 미 충족의료에 대한 선행 연구와의 비교에서 한계가 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 향후 복지패널조사도 국민건강영양조사처럼 미 충족의료 경험여부를 설문조사하고 이후에 그 원인을 질문하는 방식, 즉 현재의 1개 질문에서 경험유무와 원인에 대한 2개의 질문으로 변경하는 것이 필요하다.

이러한 제한점에도 불구하고 이 연구는 선행 연구들이 미 충족의료 현황을 단면적으로 분석한 것에 머무른 것에 비해 패널자료의 특성을 살려 동태적인 분석까지 수행함으로써 2년 동안의 미 충족의료 경험의 변화를 기술하고 그 관련요인을 살펴본 것에 의의가 있다. 또한 향후 패널자료가 다년간 축적되었을 때 시기별 변화에 따른 관련요인 분석을 수행할 필요가 있다.

이 연구를 통해 소득수준의 보장과 건강의 보호증진이 의료의 미충족에 중요한 요인임을 확인하였고 관련 정책의 기획과 시행 시 이를 충분히 고려한 의료서비스 접근성 개선이 이루어져야 할 것이다.

신영전은 서울대 보건대학원에서 석. 박사학위를 받았으며, 현재 한양의대에서 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건정책이며, 현재 취약계층 보건정책, 건강형평성 등을 연구하고 있다.

(E-mail: yshin@hanyang.ac.kr)

손정인은 서울대 보건대학원 석사학위를 받았으며, 현재 서울대 보건대학원 보건정책관리전공 박사과정 중이다. 주요관심분야는 빈곤과 건강, 건강불평등, 건강권 등을 연구하고 있다.(E-mail: jalja94@snu.ac.kr)

참고문헌

- 김용익 외(2002). 보건의료시장개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화방안 연구. 국회보건복지위원회.
- 김수정(2008). 우리나라 성인의 미 충족의료 현황. 서울대학교 보건대학원. 석사학위논문.
- 김태일, 최윤영(2007. 10). 소득 계층에 따른 의료 이용 격차 분석. 한국행정학회, 2007년도 추계학술대회 발표논문집(上), pp. 1~19
- 김한해, 공경대, 이훈재, 윤하나, 이보은, 문옥륜, 박혜숙(2006). 지역사회 성인남성에서의 하부요로증상 및 전립선비대증 의료이용과 사회경제적 요인의 관련성. 예방의학회지, 39(2).
- 박종영, 김중배, 한성현. 우리나라 일부지역 여성근로자의 보건의료 요구 및 이용 실태와 관련 요인 분석. 대한보건연구(구 대한보건협회학술지), 31권, 1호, pp.12~26.
- 배상수(1992). 지역의료보험의 실시에 따른 의료이용변화 분석-소득계층별 의료필요충족도를 중심으로. 보건행정학회지, 2(1).
- 이수연(1997). 의료서비스 이용 및 치료비 부담률의 비형평 원인에 관한 연구. 사회복지연구, 제10호, pp.415~447.
- 이용재, 김승연(2006). 소득계층별 건강보험 본인부담과 이용의 형평성. 사회복지정책, 제24권, pp.173~199.
- 제1회 한국복지패널 학술대회 논문집. 2008. 09. 26.
- 최재규(1995). 의료요구와 충족에 관한 조사연구-전라북도를 중심으로. 원광대학교논문집.
- 허순임, 김수정(2007). 우리나라 성인의 미 충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로. 보건경제와 정책연구, 제13호, No.2, pp.1~16.
- 허순임, 신호성, 강민아, 김태일, 김창보(2007). 건강보험 적정 보장성 확보방안. 한국보건사회연구원. pp.189~190.
- Ahs, A. and R. Westerling. (2006). Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health policy*, 78(2~3): 178~193.
- Allen, S. and V. Mor. (1997). The Prevalence and Consequences of Unmet Need: Contrasts Between Older and Younger Adults with Disability. *Medical Care*, 35(11): 1132.
- Mollborn, S., I. Stepanikova, et al. (2005). Delayed Care and Unmet Needs among Health

- Care System Users: When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter? *Health Services Research*, 40(6p1): 1898~1917.
- Craske, M., M. Edlund, et al. (2005). Perceived Unmet Need for Mental Health Treatment and Barriers to Care Among Patients With Panic Disorder. *Psychiatric Services*, 56(8): 988.
- Lasser, K., D. Himmelstein, et al. (2006). Access to Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of a Cross-National Population-Based Survey. *American Journal of Public Health*, 96(7): 1300.
- Li, H. and M. Tracy. (1999). Family support, financial needs, and health care needs of rural elderly in China: A field study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14(4): 357~371.
- Newacheck, P., D. Hughes, et al. (2000). The Unmet Health Needs of America's Children. *Pediatrics*, 105(4): 989.
- Sanmartin, C., C. Houle, et al. (2002). Changes in unmet health care needs. *HEALTH REPORTS-STATISTICS CANADA*, 13(3): 15~22.
- Shi, L. and G. Stevens. (2005). The Influence of Multiple Risk Factors. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2): 148~154.

The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Need

- Using the 1st and 2nd Korea Welfare Panel Data -

Shin, Young-jeon
(Hanyang University)

Shon, Jeong-in
(Seoul National University)

A study on unmet medical need is instrumental to understanding the condition of medical utilization as a measure for the evaluation of a national health care system. Using the 1st and 2nd waves of Korea Welfare Panel Data, the prevalence and association factors of unmet medical need due to economic difficulty were analysed. For this ends, the cross-sectional analysis and the longitudinal analysis with descriptive and analytic step were implemented. The prevalence rates of unmet medical need were 5.54% (1st wave), 2.99% (2nd wave) and the significant factors associated with unmet medical need were householder's age, householder's education level, householder's subjective health status, and house income class. The factors strongly associated with the probability of their having experienced unmet medical need, or having been shifted from the group with a met medical need to the one with an unmet medical need, or having been left in the group with an unmet need, were house income class and householder's subjective health status. In spite of the limitations of analysis and data, these results suggest that policies for ensuring the adequate income security, the protection of health, and the promotion of health are still important for the poor to escape from the unmet medical need status.

Keywords: Unmet Medical Need, Medical Utilization, Income Class, Health Status

2009년 제29권 1호

보건사회연구

HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

인쇄일 | 2009년 6월 26일

발행일 | 2009년 6월 30일

발행인 | 김용하

발행처 | 한국보건사회연구원

122-705 서울시 은평구 진흥로 268

전화 | 02-380-8000

홈페이지 | <http://www.kihasa.re.kr>

제작 | 예원기획

HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

- Kwon, Hyuk-jin** The Problem of Poverty Evaluation of Heterogenous Households Based on SPD (Sequential Poverty Dominance)
- Jinyoung Hwang** SocioEconomic and Political Effects on Social Protection Expenditures : Empirical Evidence from OECD Countries
- In-Young Jung** Explaining the Development and Adoption of Social Policy in Korea: The Case of the National Basic Livelihood Security Act
- Um, Ki-Wook** A Study of Social Welfare Rights for Permanent Resident in Japan
- Sin, Yeong-jeon | Son, Jeong-in** The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Need : Using the 1st and 2nd Korea Welfare Panel Data
- Shin, Hosung | Chung, Kee Hey | Yun, Simon | Lee, Suehyung** Climate Change, Food-borne Disease Prediction, and Future Impact
- Seok, Jae Eun** The Differences and Determinants in the Perception on Old-Age Support across Generations in Korea
- Samsung Han | Sungwook Kang | Wangkeun Yoo | Young Gyu Phee** A Study of the Determinants of Suicidal Ideation among the Elderly in Korea
- YunKyung Lee** Factors of Long Term Care Service Use by the Elderly
- Kyunjick, Lee** The Effect of a Market Orientation on the Performance of the Long-Term Care Facilities