

직장가입자와 지역가입자의 외래의료이용 영향요인[¶]

김재원^{1*}

¹ 서울대학교 보건대학원

Affecting Factors to Healthcare Utilization depending Enrollment Type

Kim, JaeWon^{1*}

¹Department of Health Policy Management, Graduate School of Public Health, Seoul National University

Abstract

Objectives: This research aimed to identify affecting factors to outpatient healthcare utilization depending enrollment type (the self-employed and the employee) and to find out barriers to healthcare access.

Methods: The study used Andersen model (1968) to examine healthcare utilization, and determinants including predisposing, enabling, need factors and health behaviors were analyzed. The data were from the 4th wave of Korea Health Panel (KHP) and the two-part model was applied to determine factors affecting outpatient healthcare utilization itself and the volume.

Results: Subjective health status and chronic disease were common important affecting factors. Other factors like education level, marital status and health behaviors had partial influence on healthcare utilization. Income level showed a significant impact only for the employee group. On the other hand, economic participation showed a significant impact only for the self-employed group. The result implies that each group has different affecting factors as per one's enrollment type, i.e. the type of labor in Korean setting.

Conclusion: Based on the findings, this study suggests that each sub-group experiences different barriers to healthcare access. Thus, it is important for health policy makers to understand and take account of those differences when developing policies to enhance accessibility to healthcare.

keywords: Healthcare Utilization, Enrolment Type, Healthcare Accessibility

Introduction

의료이용은 건강의 사회적 결정요인 중 중요한 한 축으로 기능한다[1]. 그런데 의료이용은 상병 등과 같은 건강상태만으로 이루어지는 것이 아니라 개인의 의료수요가 만들어진 뒤, 개인의 사회경제적 요인들이 함께 작용하여 최종 산물로서 발생한다[2]. 즉, 의료이용이 기본적으로는 개인의 상병에 의해 동기부여되나 의료이용의 질과 양은 소득이나 건강보험 상태와 같은 사회경제적 요인에 따라 달라질 수 있다.

우리나라의 건강보험가입 유형은 직장가입자와 지역가입자의 두 그룹으로 구분된다. 이 구분은 경제활동 참여 유형에 따라 결정되며, 이들이 제공받는 건강보험의 혜택이 동일하기 때문에, 이들의 차이에 대해서는 기존에는 거의 다루어지지 않았다. 그러나 이들이 경험하는 미충족의료나 건강상태가 상당한 차이가 있다는 점[3,4]을 고려할 때 이들의 차이에 대해 관심을 기울일 필요가 있다. 즉, 가입유형(직역)에 따라 개인이 놓인 사회경제적 환경이 다르고, 보험료 납입액도 상이하므로 고용형태에 따른 의료이용의

* Corresponding author: JaeWon Kim(jwkim2010@snu.ac.kr, 02-880-2772)

Graduate School of Public Health, Seoul National University, 599 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 151-742, Korea.

¶ 본 연구는 제 5회 한국의료패널 학술대회 대학원생 논문 공모전에서 수상한 '의료보장형태에 따른 의료이용 영향요인: 직장건강보험가입자와 지역건강보험가입자 비교'를 간추린 논문이다.

차이가 발생할 수 있다[5]. 의료 이용 시 받는 혜택은 두 집단 모두에서 동일하기 때문에 이격차는 이들 집단의 사회경제적 특성의 차이에서 기인하는 것으로 보인다.

국민건강보험공단에서 규정하는 지역가입자는 근로소득이 없는 무직 상태와 1인 개인사업자(고용원이 없는 자영업자)이다. 상용근로자 등 임금근로자와 고용원이 있는 자영업자는 모두 직장가입자에 속하게 되는데, 이들은 상대적으로 연령이 낮고 소득이 높으며 건강상태가 양호한 것으로 나타났다[7]. 반면 지역가입자에 해당하는 일용근로자나 고용원이 없는 자영업자는 상대적으로 연령이 높고 소득이 낮으며 건강상태도 좋지 않다[7]. 따라서 이들이 동질적이라고 보기 어려우며, 이들이 의료를 이용하는 양상이나 영향요인 또한 다를 것이다. 서남규(2011)는 상용근로자들과 일용직 근로자들의 의료이용양상(횟수 및 의료비)을 보고 상용근로자들이 일용직 근로자에 비해 큰 병원에 가거나 고가의 진료/검진을 받고 있을 것임을 짐작할 수 있다고 주장했다[7]. 또 이해재 등(2009)은 저소득층의 의료이용이 소득 등 가능 요인의 영향에 민감한 것과 달리 일반층의 의료이용은 교육수준 등 사회구조적 요인의 영향이 보다 민감하게 나타난다고 설명했다[2].

최근 베이비붐 세대들이 정년을 맞으며 대거 직장가입자에서 지역가입자로 이동하고 있다. 즉, 장년층 이상 연령군 상당수가 지역가입자로 전환될 것이다. 따라서 지역가입자와 직장가입자의 인구학적·사회경제적 특성이 점점 더 이질화 될 것이고 이에 따라 의료이용의 양상이나 영향요인 또한 달라질 것이다. 시간이 지남에 따라 - 비교 열위에 있는 - 지역가입자의 비중이 늘어날 것임을 고려하면, 이들 두 집단 사이의 차이를 밝히고, 가입자 유형 별로 의료이용에 대한 차별적인 장애 요인이 있는가를 확인할 필요가 있다. 본 연구에서는 건강보험 가입자를 직장가입자와 지역가입자의 두 군으로 나누고, 이들의 의료이용에 대한 영향요인들이 어떤 차이를 보이는지 확인하고자 하였다.

Literature Review

1. 의료이용에 관한 고찰

1.1. 의료이용 모형

의료서비스 이용과 관련된 모형으로는 의료서비스의 수요에 영향을 미치는 요인들의 변화에 따라 수요량의 변화를 수리적 계량으로 설명하는 경제학적 수요 모형, 미시적이고 개인적인 동기에 초점을 맞춘 Suchman과 Mechanic 등의 모형, 그리고 소인성요인, 가능성요인, 필요요인 등 세 가지 범주의 요인에 따라서 개인의 의료서비스 이용이 결정된다고 설명하는 Andersen 행동모형 등이 있다[7]. 이 중 개인의 의료이용행태와 관련한 연구에서는 Andersen모형이 주로 사용되는데 이 모형은 다학제적인 변수들을 포함하므로 의료이용에 영향을 미치는 다양한 조건들을 살펴볼 수 있다. 따라서 의료이용에 대한 객관적 변수들의 영향을 확인할 수 있어 의료이용행태를 결과론적으로 설명하는 데 유용하다[8].

1.2 의료이용 실증연구

의료이용에 영향을 미치는 요인에 대한 연구는 많은 연구자들에 의해, 다양한 자료원으로 수행되었다[2,8,9]. 의료이용 영향 분석의 모형 구성은 연구자나 자료원에 따라 달라지며, 대개 질병요인 외에도 성별, 연령, 교육수준 등 인구사회학적 요인과 소득이나 자산 등 경제적 요인의 영향도 상당한 것으로 나타난다.

의료보장은 의료를 이용하는 데 있어 경제적인 장벽을 낮추어주는 데 직접적으로 기여하기 때문에 의료이용에 상당한 영향을 줄 수 있다. 의료보장 유형에 따른 연구는 의료급여대상자와 건강보험 환자 간의 차이를 보는 연구[3,9]와 민간보험 가입여부에 따른 영향을 보는 연구[10] 등이 있다.

본 연구에서 주목한 것은 건강보험 내에서의 직장가입자(주로 정규근로자)와 지역가입자(주로 자영업자나 불안정 근로자)의 차이인데, 이를 직접적으로 다룬 연구는 조경남(2012)뿐이었다[5]. 조경남(2012)은 건강보험 지역 변동에 따른 의료이용 변화를 관찰하였으나, 국민건강보험공단 자료를 이용하였기 때문에 제반 변수들의 통제나 전체 의료비 지출 상황 반영 등이 제대로 이루어지지 않았다[5]. 이와 유사한 연구로 이해재 등(2009)은 업무형태나 경제적 상황에 따라, 의료이용에 있어 중요 영향요인이 서로 다를 가능성을 제시하였다[2].

2. 연구방법에 대한 고찰

2.1. 의료이용 자료

의료이용은 의료서비스의 횟수/기간이나 비용 등 두 가지 방법으로 측정할 수 있다. 서비스의 횟수/기간으로 측정하는 방법은 비교적 기억해 내고 계량화하기 쉽다는 장점이 있으나 치료의 강도와 질을 반영하기 어려운 단점이 있다. 반면 의료서비스 비용을 측정하는 방법은 각 치료의 강도와 질이 반영될 수 있고 치료의 성격이 다른 개별 환자에게 행해진 서비스의 합을 구할 수 있다. 특히 한국의료패널조사는 다른 2차 자료에 비해 정확한 비용을 추계할 수 있으므로 두 자료 모두를 종속변수로 사용할 수 있다.

2.2. Two-part model

의료이용 자료를 로그변환¹할 때, 관측값이 0인 자료들이 문제가 될 수 있다. 이를 해결하기 위해서 모든 관측치에 $\log(\text{의료이용}+1)$ 을 취하거나 Two-part model을 이용할 수 있다(Lachenbruch, 2002). $\log(\text{의료이용}+1)$ 의 방법을 사용하면 분석과 결과 해석이 간단한 장점이 있으나, 로그 변환 이후에도 0의 값을 가지는 관측치가 다수를 차지한다는 문제가 있다.

Two-part model은 의료이용 자료를 두 개의 파트로 나누어 첫 번째 파트에서는 의료이용여부에 대한 확률을 예측하고(로지스틱 분석), 두 번째 파트에서는 의료를 이용한 사람에 한하여 의료이용에 관해 분석(OLS 회귀분석)하는 방법이다[11]. Two-part model을 이용하게 되면, 통계 분석상의 가정을 만족할 뿐 아니라 의료이용 순서에 대한 통찰력도 얻을 수 있다. 의료이용여부는 질병과 같은 개인적인 특성에 따라 영향을 받겠지만, 의료이용량은 소득이나 의료보장 형태 등의 사회적 요인에 따라 더 많은 영향을 받을 것이기 때문이다[2].

Two part model을 이용한 국내연구를 살펴보면, 만 65세 이상 장애 노인을 대상으로 한 김홍수의(2011)의 연구에서는 외래와 입원의 이용에는 질병요인의 영향이 유의하였고 의료비 지출에는 의료보장 유형이 결정적인 역할을 하는 것으로

나타났다[12]. 박은주(2013)는 의료급여 수급권자를 대상으로 two part model을 적용하였는데 주관적 건강상태는 외래·입원 이용 여부와 외래·입원 이용량 모두에 유의한 영향이 있었고, 소득은 외래 이용 여부 및 외래 이용량에 유의한 영향이 있는 것으로 나타났다[8].

Methods

1. 자료원

한국의료패널은 연중 조사를 실시하므로 동일한 해에 조사 차수가 1개 이상 존재하는 문제가 있다. 이 때문에 한국의료패널에서는 자료의 시점(당해년도 1월 1일부터 12월 31일까지)을 기준으로 2개 또는 3개의 조사차수 자료를 결합한 연간 통합 자료를 제공하고 있다. 본 연구에서는 한국의료패널 연간통합자료 ver. 1.0 중 2011년 자료를 이용하였다.

한국의료패널조사는 의료이용을 조사하기 위해 설계된 자료이므로 다른 자료원에 비해서 의료이용을 보다 정확히 파악할 수 있고 지출된 의료비에 대해서도 비교적 상세한 내역을 얻을 수 있는 장점이 있다. 분석에 사용된 2011년 연간 데이터의 대상 가구 수 및 대상 가구원 수는 각각 5,741가구, 17,035명이며 본 연구에서는 분석에 사용된 변수들 가운데 결측이 있는 관측치를 제외한 이후, 직장건강보험, 공무원 및 교직원 건강보험가입자(이하 직장가입자), 지역건강보험가입자(이하 지역가입자)에 해당하는 10,620명의 자료를 사용하였다.

2. 주요 변수

2.1. 종속변수

외래의료와 입원의료이용은 그 속성이 상이하므로, 두 가지를 구분하여 분석할 필요가 있다. 입원 의료이용의 경우에는 외래의료이용에 비해 기회비용도 클 뿐 아니라, 주관적인 요구보다 의사 등의 전문가의 의견이 반영되는 경우가 많이 개입되기 때문이다. 반면, 외래의료이용은

¹ 의료이용 자료는 0의 값을 갖는 관측치가 많아 오른쪽으로 꼬리가 긴 양상을 보인다. 이 때문에 OLS의 가정인 정규성, 등분산성 및 독립성을 충족하지 못한다.

개인의 선택에 의한 의료이용을 보다 잘 설명한다[2]. 본 연구에서는 의료인의 전문성이나 공급자의 특성이 아닌 서비스이용자에 초점이 있으므로 외래의료이용에 대해서만 분석을 실시하였다.

2.2. 독립변수

독립변수로는 선행연구들을 참고하여 소인성 요인(인구학적 요인(성, 연령, 배우자 유무), 사회구조적요인(교육수준, 경제활동상태)), 가능요인(소득, 민간보험가입여부), 질병요인(주관적 건강, 만성질환유무), 건강행태(흡연 및 음주)를 선정하였다.

3. 분석 모형

본 연구의 목적은 환경적 요인이나 건강수준 결과 등을 확인하고자 하는 것이 아니므로 소인성 요인, 가능요인, 질병요인만을 포함하는 Andersen(1968)의 1기 모형을 기반으로 하였다[13]. 다만 건강 및 의료이용에 영향을 줄 수 있는 건강행태로 음주와 흡연 변수를 추가하였다.

본 연구에서 확인하고자 하는 연구 가설은 건강보험 가입유형(직역)에 따라 외래의료이용여부, 빈도(횟수) 및 강도(진료비)가 다를 수 있다는 것이다. 그리고 의료이용 자료의 특성을 고려하여 Two part model 분석 방법을 사용하여 연구 모형을 구성하였다<그림 1>.

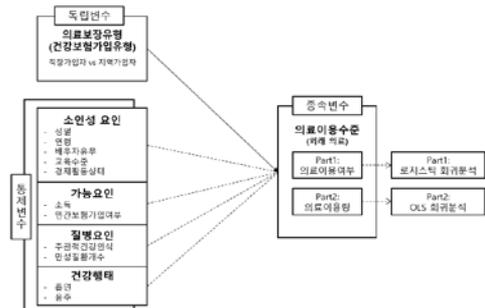


Figure 1. 본 연구의 의료이용 분석모형

첫 번째 파트(의료이용여부 분석)에서는 로지스틱 분석을 통해 외래 이용여부에 영향을 주는 요인을 확인하였다<식 (1)>. 두 번째 파트(의료이용량 분석)에서는 중속변수가 연속형 변수이므로 OLS회귀분석을 통해 로그변환된 외래이용량에 영향을 주는 요인을 확인하였다<식 (2)>.

$$\log\left(\frac{p_1}{1-p_1}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \epsilon$$

Equation 1. 외래의료이용 여부에 대한 수식

$$\log(Y_1 | y_i > 0) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \epsilon$$

Equation 2. 외래의료이용량에 대한 수식

Results

1. 분석 사례의 특성²

지난 1년간 의료이용을 비교해보았을 때, 직장가입자가 외래이용경험비율과 외래의료비는 더 높았다. 즉, 의료이용여부와 의료이용량에 있어, 지역가입자의 높은 의료필요(고연령 및 건강행동)를 고려했을 때 직장가입자군은 직장가입자군에 비해 충분한 의료서비스를 이용하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

소인성 요인 중 인구학적 요인 분석 결과, 여성 비율과 배우자 유무는 두 군에서 비슷하였으나, 평균연령은 지역가입자군이 더 높은 것으로 나타난다. 사회구조적 요인 중 교육 수준에 있어서는 지역가입자 군이 무학/초졸, 중졸/고졸의 비율이 높고 직장가입자가 전문대 이상의 비율이 높았다. 이로 미루어보아 직장가입자의 평균학력이 지역가입자보다 높을 가능성이 있다³. 경제활동에 참여하는 사람의 비율은 직장가입자군37.8%, 지역가입자는 38.1%이었다. 이로 미루어보아 직장가입자군에서 실제로 경제활동에 참여하는 비율은 40%미만이고 나머지 약 60%는 직장가입자의 배우자, 자녀, 부모 등 피부양자일 것으로 생각할 수 있다. 지역가입자군에서도 경제활동에 실제 참여하는 비율은 40% 미만이며 나머지는 해당 가구원 중 경제활동에 참여하지 않는 비경제활동인구일 것으로 보인다.⁴

² 전체 표본 중 지역가입자의 비율은 30.6%로 2011년 한국의료패널 전체 응답자 중 지역가입자 비율(31.6%)과 비슷한 수준이었다. 연령 및 성별 비율 등은 2011년도 전체 조사인구집단과 유사한 수준이었다.

³ 표본 중 경제활동에 실제 참여하는 성인 외에 피부양자(비경제활동 성인 및 미성년자)가 포함되어 있으므로 현재 재학중인 표본이 일정 정도의 비율을 차지할 것이다. 그러나 두 집단에서 자녀, 배우자 등 피부양자의 학력이 유사하다고 가정하더라도 직장가입자에서 대졸 이상의 학력 비중이 상당히 높은 것으로 확인된다.

⁴ 표본 중 경제활동인구의 비율이 낮고 피부양자 비율이

가능요인에서는 가구균등화 소득이 직장가입자는 1,321만원으로, 지역가입자는 1,112만원으로 나타났고, 민간보험 보유 비율은 직장가입자에서 72.5%로 지역가입자의 보유비율인 67.3%보다 높아 직장가입자 중 더 많은 수가 민간보험에 가입하는 것으로 나타났다.

질병요인을 분석하자, 주관적 건강인식의 수준이나 만성질환 등 주관적 및 객관적 건강필요는 유사한 양상을 보였다. 건강행태 역시 극단적인 모습을 보이지는 않았지만 지역가입자군에서 매일 흡연자(흡연량 많음), 주 1회 이상 음주자의 비율이 높았다.

직장가입자와 지역가입자의 특성 중 교육수준, 소득수준 및 민간보험가입여부에서 두 군 사이의 유의한 차이가 관찰되었다. 이는 두 군 사이의 사회문화적 배경 및 경제적 자원의 격차를 보여준다.

2. 의뢰이용분석 결과

2.1. 외래의료이용여부 분석

외래이용 경험 여부에 대한 로지스틱 분석 결과를 <표 2>과 같이 나타내었다. 결과표에는 exp(β)값만을 표기하였는데, 이 값은 분석 대상이 각 독립변수 값이 변화함에 따라 외래의료를 이용할 odds를 나타낸다.

직장가입자와 지역가입자 모두에서 배우자가 없는 경우 외래의료를 이용할 가능성이 낮았고 성별이 여성인 경우와, 만성질환과 매일흡연(흡연량 많음)은 외래의료이용 가능성과 양의 상관관계에 있었다. 차별적인 영향요인으로는 연령, 학력, 소득, 주관적 건강, 음주 등이 있었다. 직장가입자에서는 준거집단에 비해 고령집단일수록 외래의료이용 가능성이 낮았다.

높아 본 연구의 연구질문이 뚜렷하게 확인되지 않을 가능성이 있다. 그러나 경제적 자원은 가구 내에서 공유되는 것이 일반적이다. 따라서 가구원 역시 가구가 가지는 특성의 영향을 받게 되어 분석 결과의 방향에는 영향을 주지 않을 것으로 보고 표본의 경제활동 여부에 따른 표본 재추출은 하지 않았다.

Table 1. 분석 사례 특성

| | | | 직장가입자 (n=730) | 지역가입자 (n=325) |
|--------------------|---------------------------------|----------|------------------|------------------|
| | | | % | % |
| 종속변수(지난1년간) | | | | |
| 외래의료이용여부 | | | 794 | 776 |
| 외래의료 이용량 | 외래 | 평균 | 182 | 187 |
| | 진료일 | | | |
| | 외래 | 평균 | 425 | 424 |
| | 의료비 (만원) | | | |
| 독립변수 | | | | |
| 인구학적 | 성별 | 여자 | 539 | 530 |
| | 연령 | 15-20(0) | 26 | 22 |
| | | 21-30(1) | 111 | 85 |
| | | 31-40(2) | 195 | 169 |
| | | 41-50(3) | 212 | 234 |
| | | 51-60(4) | 171 | 194 |
| | | 61-70(5) | 158 | 157 |
| 사회경제적 요인 | 배우자 | 없음 | 271 | 281 |
| | | 있음 | | |
| | 교육 수준 | 무학초졸(0) | 193 | 215 |
| | | 중졸고졸(1) | 403 | 506 |
| | | 전문대이상(2) | 404 | 278 |
| | 경제 활동 | 참여 | 378 | 381 |
| | 가능요인 | 소득(만원) | (평균) | 1321.1 |
| 민간보험 | | 가입함 | 725 | 673 |
| | | | | |
| 질병요인 | 주관적 건강 (1: 매우 건강 - 5: 매우불건강) | (평균) | 25 | 26 |
| | | | | |
| | 만성질환 (개수) | (평균) | 1.7 | 1.7 |
| 건강행태 | 흡연 | 흡연안함(0) | 632 | 602 |
| | | 흡연량적음(1) | 169 | 165 |
| | | 흡연량많음(2) | 199 | 232 |
| | 음주 | 음주안함(0) | 222 | 235 |
| | | 주회 미만(1) | 462 | 440 |
| | 주회 이상(2) | 31.7 | 32.5 | |

Table 2. 외래의료이용 여부 분석 결과

| | 직장가입자 (n=7,369) | 지역가입자 (n=3,251) |
|------------------|--|---|
| 여성 | 2.00*** | 1.72*** |
| (15-20) | 21-30 | 0.67** |
| | 31-40 | 0.66** |
| | 41-50 | 0.64** |
| | 51-60 | 0.88 |
| | 61-70 | 1.10 |
| | 71-80 | 1.25 |
| 81-90 | 1.78 | 0.78 |
| 배우자없음 | 0.40*** | 0.52*** |
| 교육수준 (무학(초졸)) | 중졸고졸 | 1.02 |
| | 전문대이상 | 0.99 |
| 경제활동 참여 | 0.90 | 1.10 |
| 소득 (백만원) | 1.00*** | 1.00 |
| 민간보험가입 | 1.34*** | 1.50*** |
| 주관적 건강 | 1.21*** | 1.07 |
| 만성질환(개수) | 2.70*** | 2.68*** |
| 흡연 (비흡연) | 흡연량적음 | 0.99 |
| | 흡연량많음 | 0.70*** |
| 음주 (비음주) | 주회 미만 | 1.17 |
| | 주회 이상 | 1.02 |
| 모형적합도 | X ² =1908.91 -2logL=- 2790.7632 | X ² =857.89 -2logL=- 1298.8166 |

*P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

2.2. 외래의료이용 횟수 분석

외래의료 이용 횟수에 대한 OLS회귀분석 결과를 <표 3>에 나타내었다. 공통적으로 유의미한 요인들은 배우자유무, 주관적 건강, 만성질환, 음주였다. 배우자가 없는 경우 외래의료이용 횟수가 적었고, 주관적 건강이 좋지 않을수록 그리고 만성질환 보유개수가 많을수록 외래의료이용 횟수가 많았다. 음주 변수의 영향력은 직장가입자와 지역가입자에서 상반되게 나타났는데, 직장가입자 군에서는 술을 많이 마실수록 외래의료이용 횟수가 많았고 지역가입자군에서는 술을 많이 마실수록 외래의료이용 횟수가 적었다. 직장가입자에서만 확인되는 영향요인은 성별(여성), 연령(41-50세), 학력(전문대 이상), 흡연(흡연량 적음)을 들 수 있고, 지역가입자군에서는 학력(중졸-고졸), 경제활동참여의 영향이 확인되었

다.

Table 3. 외래의료이용 횟수 분석 결과

| | 직장가입자 (n=7,369) | 지역가입자 (n=3,251) |
|------------------|---|---|
| 여성 | 0.28*** | 0.19 |
| (15-20) | 21-30 | -0.37 |
| | 31-40 | -0.32 |
| | 41-50 | -0.51** |
| | 51-60 | -0.29 |
| | 61-70 | -0.04 |
| | 71-80 | 0.23 |
| 81-90 | 0.19 | -0.06 |
| 배우자없음 | -0.28*** | -0.29** |
| 교육수준 (무학(초졸)) | 중졸고졸 | -0.03 |
| | 전문대이상 | -0.22** |
| 경제활동 참여 | -0.05 | -0.21** |
| 소득 (백만원) | 0.00 | 0.00 |
| 민간보험가입 | 0.04 | -0.02 |
| 주관적 건강 | 0.11*** | 0.18*** |
| 만성질환(개수) | 0.15*** | 0.15*** |
| 흡연 (비흡연) | 흡연량적음 | 0.20* |
| | 흡연량많음 | -0.13 |
| 음주 (비음주) | 주회 미만 | 0.13* |
| | 주회 이상 | 0.18** |
| 모형적합도 | R ² =.4493 (p<.0001) F=29.45 | R ² =.4113 (p<.0001) F=11.84 |

*P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

2.3. 외래의료이용 비용 분석

외래의료 이용시 발생한 외래의료비에 대한 OLS회귀분석 결과를 <표 4>에 나타내었다. 공통적으로 유의미한 요인들은 배우자유무, 소득, 주관적 건강, 만성질환 이었다. 배우자가 없는 경우 외래의료비가 적었고, 소득이 많을수록 외래의료비 지출이 많았으며 주관적 건강이 좋지 않을수록 그리고 만성질환 보유개수가 많을수록 외래의료비 지출이 많았다. 직장가입자에서만 확인되는 영향요인은 성별(여성)을 들 수 있고, 지역가입자군에서는 연령의 영향이 뚜렷하게 나타났고 경제활동 참여, 음주의 효과도 확인되었

Table 4. 외래의료이용 비용 분석 결과

| | | 직장가입자 (n=7,369) | 지역가입자 (n=3,251) |
|-----------------|-------|---|---|
| 여성 | | 0.16*** | 0.34 |
| 연령 (15-20) | 21-30 | -0.41 | -4.77*** |
| | 31-40 | -0.05 | -3.89*** |
| | 41-50 | -0.66* | -3.81*** |
| | 51-60 | -0.40 | -3.82*** |
| | 61-70 | -0.34 | -3.56*** |
| | 71-80 | -0.08 | -3.88*** |
| | 81-90 | -0.17 | -4.75*** |
| 배우자없음 | | -0.38*** | -0.46*** |
| 교육수준 (무학(초졸) | 중졸고졸 | 0.07 | -0.31* |
| | 전문대이상 | -0.07 | -0.06 |
| 경제활동참여 | | 0.11 | -0.39*** |
| 소득(백만원) | | 0.00** | 0.00* |
| 민간보험가입 | | 0.01 | -0.07 |
| 주관적 건강 | | 0.16*** | 0.20*** |
| 만성질환(개수) | | 0.17*** | 0.12*** |
| 흡연 (비흡연) | 흡연량적음 | -0.01 | 0.23 |
| | 흡연량많음 | -0.10 | 0.31 |
| 음주 (비음주) | 주회미만 | 0.07 | -0.33** |
| | 주회이상 | 0.01 | -0.47** |
| 모형적합도 | | R ² =2261 (p<.0001) F=9.74 | R ² =2859(p<.0001) F=6.29 |

*.P<0.05, **.P<0.01, ***.P<0.001

2.4. 직장가입자와 지역가입자의 외래의료이용 영향요인 분석

분석 결과, 두 집단 모두에서 질병요인인 주관적 건강인식과 만성질환 개수가 외래 의료 이용과 강한 관계가 있음이 확인되었다. 따라서 두 군 모두에서 의료유구에 따른 의료이용이 이루어지고 있다고 판단할 수 있다. 그 외의 요인으로는 교육수준과 배우자 유무, 건강행태 등이 의료이용에 부분적으로 영향을 주었다. 일반적인 인식과 달리, 본 연구의 분석에서는 교육수준이 낮을수록 의료를 이용할 odds가 높고 지출 의료비 수준도 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 두 가지로 해석할 수 있는데, 첫째 본 연구에서는 미성년 피부양자를 포함하고 있으므로 생애주기에 따른 의료이용양상을 고려할 때 발생 가능한 결과이다. 둘째, 또 다른 관점에서

본다면 과거와 현대의 교육수준의 차이를 고려할 때 저학력-고연령 군에서 만성질환의 유병률이 높을 것이기 때문에 나타난 결과일 수 있고 이는 선행연구[14]와도 일치한다.

민간보험가입여부는 외래 의료의 이용여부에 대해서는 양(+)의 방향으로 유의한 영향을 주었지만, 의료이용 횟수나 의료비 지출 수준에는 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. 민간의료보험의 외래의료이용 여부에 대한 영향을 분석한 박성복과 정기호(2011)[15], 이용철, 임복희, 박영희(2010)[16]의 연구와 일치한 반면, 의료이용량에 대한 분석 결과는 윤희숙(2008)[17]의 연구와 일치하게 나타났다. 이는 민간의료보험이 외래 의료이용에 대해서는 제한적인 급여를 제공하므로 외래의료이용에 있어서는 도덕적 해이를 불러일으키기 어렵기 때문인 것으로 보인다

또 배우자 여부도 의료이용에 중요한 영향 요인이었는데, 이 또한 분석 대상의 특성과 관계가 있을 수 있다. 15세 이상 미성년 및 청년층이 포함되어 있으므로 미혼이기 때문에 건강하다기 보다는 의료이용을 하지 않는 미혼자들의 사례수가 상대적으로 많기 때문에 발생하는 문제일 수 있다. 또 남성의 경우 결혼을 하게 되면, 금연을 더 많이 하게 되는 등의 건강효과가 있는데 이와 유사한 영향인 것으로 해석할 수 있다.

직장가입자와 지역가입자의 가장 큰 차이는 소득, 경제활동여부 변수의 영향 여부이다. 소득 변수는 직장가입자에 대해서만 영향이 있었고 지역가입자에서는 소득보다 경제활동여부가 더 중요했다. 근로 형태가 상이하므로 의료 접근성에 영향을 주는 변수가 다른 것이다. 지역가입자의 경우 정해진 시간 동안 근무하는 사무직 근로자(직장가입자)에 비해 근무시간이 불규칙한 자영업자 등이 많을 것이므로 경제활동 여부에 따라 외래의료이용의 접근성이 달라지는 것으로 보인다. 반면 직장가입자는 대부분 월급을 받는 직장인으로, 외래의료이용에 대한 시간적·물리적 제약은 낮고 대신 경제적 차원의 장애물이 더 크게 작용하는 것으로 보인다. 기존 연구인 조경남(2012)의 연구[5]와는 다소 다른 연구 결과이지만 직역 전환의 효과가 아닌 인구집단의 특성을 고려했을 때는 본 연구의 결과가 보다 현실에 가까운 것으로 판단된다.

또 음주라는 건강행동에 있어서도, 직역에 따라 서로 다른 의미를 가지는 것으로 해석된다. 한국사회에서 음주가 가지는 사회적 의미를 고

려할 때, 지역가입자의 경우 음주는 사회활동을 활발하게 하고있다는 대리지표가 될 수 있을 것이다. 그러나 직장가입자의 경우 고정적인 수입이 있는 상황이므로 사회문화적 맥락이 다를 수 있다.

Conclusion

본 연구는 건강보험 가입자의 군별 특성을 밝히고자 했다는 특징이 있으며, 의료이용 자료의 특성을 고려하여 two-part model을 이용함으로써 의료이용여부와 의료이용량에 영향을 주는 요인을 각각 파악하고자 하였다. 직장 건강보험 가입자와 지역 건강보험 가입자의 의료이용을 비교하고, 각 군의 의료이용에 영향을 주는 요인들을 밝히고자 한 연구로서 그 의미가 있다.

그러나 본 연구는 이론적·방법론적인 측면에서 몇 가지 보완할 점이 있다. 첫째, 직장가입자와 지역가입자 구분의 근거가 다소 미약하다. 이 두 그룹간의 특성 및 의료이용의 차이는 조정남(2012)에서 다루어진 바 있으나[5] 동일한 혜택을 받는 상황 하에서 맥락적인 해석이 보다 풍부하게 이루어져야 할 것이다.

둘째, 시계열 분석이 가능한 자료원의 장점을 잘 살리지 못했다. 그러나 패널자료의 장점을 활용하여 시계열적 분석, 예컨대 베이비붐 세대의 지역가입자 전환의 영향을 밝히는 등의 입체적인 연구의 설계가 가능할 것이다[5]. 이 두 가지 사항에 대해서는 추후 연구에서 지속적으로 탐구될 필요가 있다. 그러나 지역별 특성을 반영한 영향요인을 탐색하기 위해 본 연구에서 사용한 방법은 하위 집단별 의료접근성 개선에 기여할 수 있을 것으로 보인다.

국민의 의료접근성을 보장하기 위해서는 경제적 접근성뿐 아니라 시간적, 물리적 접근성에 대한 고려도 필요하다. 또한 두 군간 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 소득과 교육수준, 민간보험가입 여부 변수는 의료이용에 중요한 영향을 주는 것으로 나타났으므로 상대적으로 취약한 위치에 있는 지역가입자에 대한 정책적인 고려가 필요할 것이다.

References

1. H. J. Heiman, S. Artiga. Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity. Kaiser Family Foundation. 2015.
2. 이해재, 이태진, 전보영, 정영일. 일반층과 저소득층의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 보건경제와 정책연구. 2009; 15(1):79-106.
3. 김교성, 이현옥. 의료보장 유형에 따른 의료접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료경험을 중심으로. 사회복지정책. 2012; 39(4): 255-279.
4. 국민건강보험공단. 1999 년도 건강진단 결과분석 보고서. 한국개발연구원. 2001.
5. 조정남. 건강보험 지역변동에 따른 의료이용의 변화. 석사학위논문. 연세대학교 보건대학원. 2012.
6. 서남규. 한국의료패널로 본 경제활동상태 및 소득계층에 따른 의료이용. 보건복지포럼. 2011; 12 월호: 이달의 초점, 15-23.
7. 김민영, 박종구, 고상백, 김춘배. 우리나라 골관절염 환자의 의료이용과 관련된 요인: 2005 년 국민건강영양조사 자료를 이용하여. 예방의학회지. 2010; 43(6): 513-522.
8. 박은주. 의료급여 수급권자의 의료이용에 영향을 미치는 요인 연구. 석사학위논문. 서울시립대학교 사회복지학과. 2013.
9. 주정미, 권순만. 건강보험환자와 의료급여 수급자간 의원 외래이용 차이와 공급자 진료 형태. 한국노년학, 2009; 29(3): 971-986.
10. 전보영, 오주환, 권순만. 민간의료보험 가입 변동이 의료비 지출에 미치는 영향. 사회보장연구. 2013; 29(2): 261-288.
11. P. Diehr, D. Yanez, A. Ash, M. Hornbrook, D. Y. L. Methods for Analyzing Health Care Utilization and Costs. Annual Review of Public Health. 1999; 20: 125-144.

12. 김홍수, 권순만, 전보영, 이해재. 장애노인의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 한국노년학. 2011; 31(1): 171-188.
13. R. M. Andersen. Behavioral model of families' use of health services. University of Chicago. 1968.
14. 이한성, 이태용, 성시경. 일부 도서지역주민의 의료이용행태와 이에 영향을 미치는 요인. 한국농촌의학회지. 2004; 29(1): 195-206.
15. 박성복, 정기호. 민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구. 한국보험학회지. 2011; 88(88): 23-49.
16. 이용철, 임복희, 박영희. 국민건강영양조사 대상자들의 민간의료보험 가입 요인 및 가입 여부에 따른 건강행태.의료이용 비교. 2010; 10(12): 190-204.
17. 윤희숙. 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향. 한국개발연구. 2008; 30(2): 99-128.