



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학석사학위논문

성별과 의료보장유형이
저소득층의 미충족의료에 미치는 영향

The Effect of Gender and National Health
Insurance Type on Unmet Health Care Needs
among Low-income Adults in South Korea

2021년 2월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
김진우

성별과 의료보장유형이
저소득층의 미충족의료에 미치는 영향

The Effect of Gender and National Health Insurance
Type on Unmet Health Care Needs among Low-income
Adults in South Korea

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학석사학위논문으로 제출함

2021년 2월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

김진우

김진우의 보건학석사학위논문을 인준함

2021년 2월

위원장 _____ 김홍수

부위원장 _____ 이태진

위원 _____ 김창엽



초 록

사회경제적 위치와 무관하게 보건의료서비스를 이용할 수 있는 권리가 국민의 기본권 중 하나로 받아들여지게 되면서, 국가는 사회구성원 누구든지 필요할 때 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 제도적 장치를 마련하게 되었다. 한국은 전 국민건강보험이 실시되어 국민의 의료이용에 대한 접근성이 높아진 것은 사실이지만, 성별 간 의료 필요 및 접근성에 대한 논의는 부족하다.

성별은 그 자체로 건강의 주요한 결정 요인일 뿐만 아니라 의료접근성에도 독립적인 영향을 준다는 것은 익히 알려진 사실이다. 지금까지 국내 연구는 단순히 남녀 간의 건강과 의료이용의 차이만을 기술하였으나, 성 불평등과 차별로 인한 건강 능력의 손실에 대한 폭넓은 조망이 필요하다. 특히 저소득 여성은 낮은 소득과 불안정한 근로 환경과 더불어 돌봄 역할 등 다중 역할을 수행함으로써 의료접근성이 취약할 가능성이 있다.

저소득 개인이 동일한 의료보장유형에 속하였을 때 경제적 접근성이 같을 것이라는 가정에도 불구하고, 성별 간 다른 의료 필요 및 접근성으로 인하여 미충족의료 경험에 차이가 발생할 가능성이 있다. 따라서 본 연구는 저소득층의 성별과 의료보장유형에 따라 미충족의료 경험에 차이가 있는지 파악하고, 성별로 나누어 분석하였을 때 의료보장유형에 따른 미충족의료경험의 차이가 있는지 파악하고자 하였다.

분석 자료는 한국의료패널 2017년도 자료를 활용하였다. 저소득 개인의 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료 경험을 분석하기 위해 빈도분석, 카이제곱분석과 로지스틱 회귀분석을 실시하고, 각각 성별을 구분하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 이를 통해 여성과 남성에서 미충족의료를 경험할 확률에 영향을 미치는 요인이 차이가 있는지 파악하고자 하였다. 종속변수는 미충족의료경험 여부이며, 주요 독립변수는 성별과 의료보장유형이다. 의료보장유형은 가입자에 따라 직장가입자, 지역가입자, 의료급여 1종과 2종, 차상위경감대상자로 구분하였다.

분석결과, 저소득 개인에서 성별과 의료보장제도유형에 따라 미충족의료 발생이 유의한 차이가 나타났다. 여성이 남성에 비하여 미충족의료를 경험할 가능성이 높았으며(OR=1.23), 직장가입자에 비하여 지역가입자(OR=1.36), 의료급여 1종 수급자(OR=1.33)와 차상위경감대상자(OR=1.64)가 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

성별을 분리하여 분석하였을 때, 저소득 여성은 직장가입자에 비하여 지역가입자의 미충족의료 경험 가능성이 높았으나(OR=1.55), 저소득 남성의 경우 의료보장유형은 미충족의료 경험에 유의한 영향을 미치지 않았다. 조절효과를 확인한 결과 유의수준 0.1에서 여성일수록 지역가입자일수록 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

본 연구는 저소득 개인의 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료 경험의 관계를 파악하여 저소득 여성의 의료접근성 사각지대를 조명한 기초자료로써, 저소득 여성의 의료서비스 접근성 향상을 위한 근거자료를 마련하는데 활용 될 수 있을 것이다.

주요어 : 미충족의료, 저소득층, 성별, 젠더, 의료보장유형, 여성건강
학 번 : 2019-21081

목 차

초 록	i
I. 서 론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구의 목적	5
II. 이론적 배경	6
1. 미충족의료	6
1) 미충족의료의 개념과 측정방법	6
2) 앤더슨과 뉴먼의 보건의료이용 모형	8
2. 성별과 의료접근성	12
1) 건강 결정요인으로서 성별	12
2) 성별에 따른 의료접근성 선행연구	15
3. 의료보장유형과 의료접근성	19
1) 의료보장제도의 개념과 의의	19
2) 의료보장제도의 유형	19
3) 의료보장유형에 따른 미충족의료의 선행연구	23
III. 연구방법	28
1. 연구 자료 및 대상	28
1) 연구 자료	28
2) 연구 대상	28
2. 연구 가설 및 모형	33
3. 변수의 구성	34
1) 종속변수	34
2) 독립변수	34
3) 통제변수	35
4. 분석방법	38
IV. 연구결과	41
1. 연구대상자의 일반적 특성	41
2. 미충족의료경험에 따른 일반적 특성의 차이	48

3. 저소득층의 미충족의료 경험에 미치는 요인.....	52
4. 저소득 여성의 미충족의료 경험에 미치는 요인	55
5. 저소득 남성의 미충족의료 경험에 미치는 요인	57
6. 조절효과 분석	60
V. 결론 및 고찰.....	62
1. 연구결과에 대한 고찰	62
2. 연구의 의의 및 제한점	72
참고 문헌	74
부 록	81
Abstract	87

표 목차

<표 1> 2017 년 성별 연령별 구간별 건강보험 보장률.....	16
<표 2> 2017 년 요양기관 종별 진료과목별 건강보험 보장률.....	17
<표 3> 연도별 의료보장유형별 인구 비율.....	20
<표 4> 의료보장유형에 따른 본인부담금	22
<표 5> 의료보장유형과 미충족의료 선행연구 (전체).....	24
<표 6> 의료보장유형과 미충족의료 선행연구 (취약계층).....	27
<표 7> 변수의 조작적 정의 및 측정방법	37
<표 8> 연구대상자의 일반적 특성	46
<표 9> 미충족의료경험에 따른 일반적 특성의 차이	50
<표 10> 저소득층의 미충족의료 경험에 미치는 요인	54
<표 11> 저소득 여성의 미충족의료 경험에 미치는 요인	56
<표 12> 저소득 남성의 미충족의료 경험에 미치는 요인	59
<표 13> 저소득층의 미충족의료에 미치는 요인: 조절효과	61
<표 14> 성별과 의료보장유형이 미충족의료에 미치는 영향.....	71
<표 15> 의료보장유형이 성별 간 미충족의료에 미치는 영향.....	71

그림 목차

[그림 1] 의료이용에 대한 개인의 결정요인.....	9
[그림 2] 건강의 사회적 결정요인으로 젠더의 역할에 대한 이론적 틀	14
[그림 3] 연구 대상자 선정과정.....	32
[그림 4] 연구모형.....	33

부록 목차

<부록표 1> 전체 응답자의 일반적 특성.....	81
<부록표 2> 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료 경험(전체).....	83
<부록표 3> 미충족의료경험에 따른 일반적 특성의 차이(전체).....	85
<부록표 4> 미충족의료 경험 이유(전체).....	86
<부록표 5> 미충족의료 경험 이유(저소득층).....	86

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

사회구성원 누구든 적절하고 평등하게 보건의료 서비스에 접근할 수 있도록 제도화 하는 것이 중요한 이유는 이는 곧 개인에게 공정한 기회를 보장하기 때문이다. 보건의료체계는 건강 능력(health capability), 즉 건강을 성취하고 예방 가능한 질병과 사망으로부터 벗어날 수 있는 기회와 능력에 영향을 미친다(A. Sen, Anand, & Peter, 2004). 또한 보건의료는 동등한 능력과 의욕을 가진 사람들이 동등한 삶의 전망을 할 수 있는 공정한 기회(fair opportunity)를 보장하는 핵심 요소로서 기능할 수 있다(Daniels, 2007). 따라서 국가는 국민의 건강 성취 뿐만 아니라 건강할 수 있는 능력을 보장하는 보건의료의 형평성을 달성하도록 노력해야 한다.

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 모든 사람이 재정적인 어려움 없이 필요한 의료서비스를 보장받을 수 있도록 하는 보편적 건강보장(Universal Health Coverage, UHC)을 2030년까지 달성해야 할 최우선 목표로 설정하여 누구든지 보건의료 서비스에 접근할 수 있도록 보장하는 것의 중요성을 강조하였다.

한국의 경우 국민건강보험제도를 실시하여 전 국민의 의료서비스에 대한 접근성을 보장하고 있다. 국민건강보험제도는 질병이나 부상으로 인한 고액의 진료비로부터 개인을 보호하기 위한 사회보장제도로 개인이 의료서비스를 제공자로부터 직접 구매하는 것이 아니라 국민건강보험이

라는 단일한 보험에 가입하고 보험료를 납부하는 의무를 짐으로써, 국민 상호 간 진료비 위험을 분담하는 제도로써 기능한다. 최근에는 필수의료 서비스의 비급여의 급여화 전환 정책과 같은 보장성 강화정책을 실시하여 국민들의 의료접근성을 높이기 위한 시도를 하고 있다(보건복지부, 2019).

의료접근성을 파악할 수 있는 지표로는 WHO와 OECD와 같은 국제기구가 제시하는 지표와 선행연구를 참고할 수 있다. WHO는 의료접근성을 파악하기 위해서는 물리적 접근성, 재정적 접근성, 이용자의 수용가능성의 세 가지 축을 제시하였다(Evans, Hsu, & Boerma, 2013). Penchansky & Thomas는 의료접근성의 지표로 가용성, 물리적 접근성, 편의성, 지불가능성으로 다섯 가지 기준을 제시하였으며(Penchansky & Thomas, 1981), OECD는 의료접근성을 나타내는 지표로 인구 보장성, 필수의료 이용, 미충족의료, 경제적 부담 및 본인부담금 지출, 의사의 지리적 분포, 대기시간 등을 지표로 활용하고 있다(OECD, 2019).

이 중 미충족의료는 의료 필요와 접근을 측정하는 보편적인 방법으로 의료서비스를 이용해야겠다는 생각이 있지만 여러 사정으로 의료서비스를 이용하지 못할 때를 의미한다(박유경, 2019). 이는 이용자의 관점에서 본인의 문제를 종합적으로 판단한 지표이며 사회경제적 특성을 포괄하는 평가이기 때문에 접근성을 폭넓게 이해하기에 유용한 방법이다(이혜재 & 허순임, 2017).

미충족의료 경험은 사회문화적 배경 및 조사방법의 차이 등으로 평가조사방법에 따라 결과의 변이가 크다. 따라서 국가 단위로 비교하는 것이 어렵지만 한국의 현 상황을 짚어보기 위하여 한국과 다른 국가의 현

황을 알아보자면, 한국의 경우 2011년 15.5%에서 2017년 11.5%로 감소 추세를 보였고(박은자 et al., 2019), 유럽 연합국(European Union, EU)은 2011년 5%대에서 2018년 3.2%로 감소하였다. 경제적 부담에 따른 미충족의료 현황에 대하여 각국을 비교한 결과, 2016년 기준 독일과 영국은 7%로 낮은 편이었고, 미국의 경우 33%로 가장 높았다(OECD, 2020).

이처럼 국가 간 미충족의료의 정도는 상이하였지만, 모든 조사결과에서 공통으로 저소득층이 미충족医료를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다(OECD, 2020). 저소득층의 경우 전반적으로 건강 상태가 좋지 않고, 가구소득뿐만 아니라 의료이용을 가능하게 하는 자원의 측면에서 불리한 조건에 놓여있다(김진구, 2008). 따라서, 미충족의료 경험의 비율을 낮추는 것도 중요하지만, 소득 집단 간 미충족의료의 격차를 줄이는 것 또한 중요한 정책적 과제이다.

의료접근성을 개선하는 다양한 개입 중에 의료보장유형 및 급여정책은 정부의 보건의료 접근성 및 형평성을 달성하기 위한 주요 정책이다. 의료보장유형은 가입자의 직역에 따라 직장건강보험, 지역건강보험으로 나뉘고, 경제적 부담능력이 없는 자는 의료급여를 통하여 공공부조 형태로 지원한다. 즉 본인의 소득에 따라 어떤 유형에 속하게 될지 결정되지만, 의료급여 수급자는 전체의 3%로 지원받는 자의 수가 적고, 저소득층의 경우 소득이 의료급여 수급자와 비슷함에도 불구하고 혜택을 받지 못하여 오히려 의료접근성이 취약할 수 있다. 최현진(2017)의 연구는 의료급여 수급가구와 건강보험 가입가구의 사회경제적 및 건강상태가 통계적으로 동일한 상태의 표본을 구성하여 미충족의료 발생을 비교하여

본 결과, 건강보험 가입가구에서 미충족의료를 경험할 가능성이 높음을 확인하였다.

그뿐만 아니라, 저소득층의 경우 지역가입가구의 평균소득이 직장가입가구의 평균소득보다 낮음에도 불구하고 지역가입가구의 건강보험료 부담률이 2배 이상 높아 저소득층에서 지역 간 보험료 형평성의 논란이 끊임없이 제기되고 있다(이은경, 김종면, 이창우, & 성명재, 2016).

특히 저소득 여성은 상대적으로 취약하다. 한국을 포함한 많은 국가에서 여성은 가족 우선의 관습적인 생활방식 때문에 보건의료 서비스 접근이 어렵고 의료 기회가 제약되는 현상이 존재한다(전경숙 et al., 2007). 또한 고연령과 저학력 및 취약한 고용 상태의 개인적 요인과 가사 및 육아, 간병부담 등의 가족적 요인에 더해 성에 기초한 차별적 상황은 취약계층 여성에게 건강, 교육, 복지, 노동의 전 부문에 걸쳐 작용한다(Seok, Kim, & Yang, 2007).

그러나 성별 간 의료보장유형에 따른 미충족의료에 초점을 맞춘 연구는 부족하다. 성별은 주요 변수로 다루어지기보다 통제변수로서 다루어지는 경우가 많았다. 그러나, 저소득 개인이 동일한 의료보장유형에 속하였을 때 경제적 접근성이 같을 것이라는 가정에도 불구하고, 성별 간 다른 의료 필요 및 접근성으로 인하여 미충족의료 경험에 차이가 발생할 가능성이 있다.

따라서 본 연구는 저소득층의 성별과 의료보장유형에 따라 미충족의료 경험에 차이가 있는지 파악하고, 성별로 나누어 분석하였을 때 의료보장유형에 따른 미충족의료경험의 차이가 있는지 파악하고자 하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 저소득층의 성별과 의료보장유형에 따라 미충족의료 경험에 차이가 있는지 파악하고, 성별로 나누어 분석하였을 때 의료보장유형에 따른 미충족의료경험의 차이가 있는지 파악하고자 한다. 동일한 의료보장유형에 속하였을 때 보건의료 접근성이 동일할 것이라는 가정에도 불구하고, 성별 간 다른 의료 필요 및 접근성으로 인하여 미충족의료에 차이가 발생할 것이다. 따라서 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 저소득층의 성별과 의료보장유형에 따른 대상자의 특성을 파악한다.

둘째, 저소득층의 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료 현황을 파악한다.

셋째, 저소득층에서 성별과 의료보장유형이 미충족의료에 미치는 영향을 파악한다.

넷째, 저소득층에서 의료보장유형과 미충족의료에 관계에서 성별에 따른 차이를 파악한다.

II. 이론적 배경

1. 미충족의료

1) 미충족의료의 개념과 측정방법

보건의료의 특징은 최소한의 필요(need)와 접근(access)이 선행하지 않으면 의료이용이 일어나지 않는다는 점이다(김창엽, 김명희, 이태진, & 손정인, 2015). 이때 의료 필요는 환경과 시대의 맥락에 따라 정의와 범위가 달라지며 접근이란 건강 필요가 있는 경우에 보건의료를 이용할 수 있는 기회를 뜻한다(Oliver & Mossialos, 2004).

한국 건강 보장의 맥락에서 의료 필요는 급여 정책과 연계되어 있으며 보건의료 자원을 배분하는 수단과 맞닿아 있다(허순임, 김미곤, 이수형, & 김수정, 2009). 그러나 의료 필요를 급여의 범위로 이해하는 것은 좁은 관점으로 의료 필요는 '전문가의 관점에서 건강에 유효한 의료 서비스뿐 아니라 건강에 반드시 도움이 되지 않을 수 있지만, 사회적으로 필요하다고 인정되는 의료서비스와 의료를 통해 발생하는 비의료적 영역'까지도 포함할 수 있다(박유경, 2019).

따라서 필요와 접근성이 무엇인지 구체적으로 정의하고 충족되고 있는지 파악하는 것은 현재 건강보장제도가 형평성 있게 작동하는지 확인할 수 있을 뿐만 아니라 정책입안자들이 형평성을 개선할 방법과 개선 여부를 관찰하는 데 도움이 될 수 있다(Oliver & Mossialos, 2004).

미충족의료란 의료 필요와 접근을 측정하는 보편적인 방법으로 의료를 이용해야겠다는 생각을 가졌지만 여러 사정으로 의료서비스를 이용하지 못할 때를 의미한다(박유경, 2019). 현재 한국에서는 한국의료패널, 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 한국복지패널, 노인실태조사, 다문화가족실태조사, 차상위계층조사, 고령화연구패널 등에서 미충족의료를 측정하고 있다.

측정 방법은 일반적으로 개인이 주관적 판단으로 미충족의료를 경험했는지 평가하는 것이다. 첫 번째 질문으로 '최근 1년 동안 본인이 병의원(치과제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있는가?'에 대해 '예, 받지 못한 적 1회 이상', '아니오, 받지 못한 적 없음', '진료 또는 검사 필요한 적 없음' 중에 선택하게 되어있다. 뒤이어 미충족의료가 왜 발생하는지에 대하여 경제적 이유, 거리적 이유, 건강상 이유, 시간적 이유 등으로 설명하게 되어있다.

이 측정 방법은 의학적 증상에 대한 개인의 인식이 다르고 의료적 처치의 중요성에 대한 태도가 다를 수 있기 때문에 미충족의료가 과소 또는 과대 측정될 가능성이 있다는 한계가 있다(허순임 et al., 2009)

또한 이 측정 도구는 개인의 욕구(want=perceived need)에 대해 측정하고 있지만, 연구 및 정책에 반영할 때는 잠정적으로 의료 필요(need=normative need)를 대리하는 것으로 해석하기 때문에 이 측정 도구가 실제로 측정하고자 하는 필요에 대한 오차로서 객관적인 지표에 비하면 다소 부정확한 지표로 이해될 수 있다는 평이 있다. 그러나 박유경(2019)은 의료필요와 미충족의료를 이용자 중심의 관점에서 본다면

이는 오차가 아니라 이용자의 중요한 현상을 드러내 주는 정보라고 평가할 수 있다고 하였다.

그뿐만 아니라 이 측정 도구는 미충족의료를 종합적으로 판단하기 위해서 아주 많은 종류의 자료와 객관적 측정의 자료를 충분하게 확보하기 어려울 때, 당사자가 인식하는 정도를 평가함으로써 간단하게 측정할 수 있다는 장점이 있다(박유경, 2019). 본인의 문제를 종합적으로 판단할 수 있는 주체로서 응답했다는 것에 의미가 있으며 (이혜재 & 허순임, 2017), 사회경제적 특성을 포괄하는 평가이기 때문에 유용한 방법으로 사용된다.

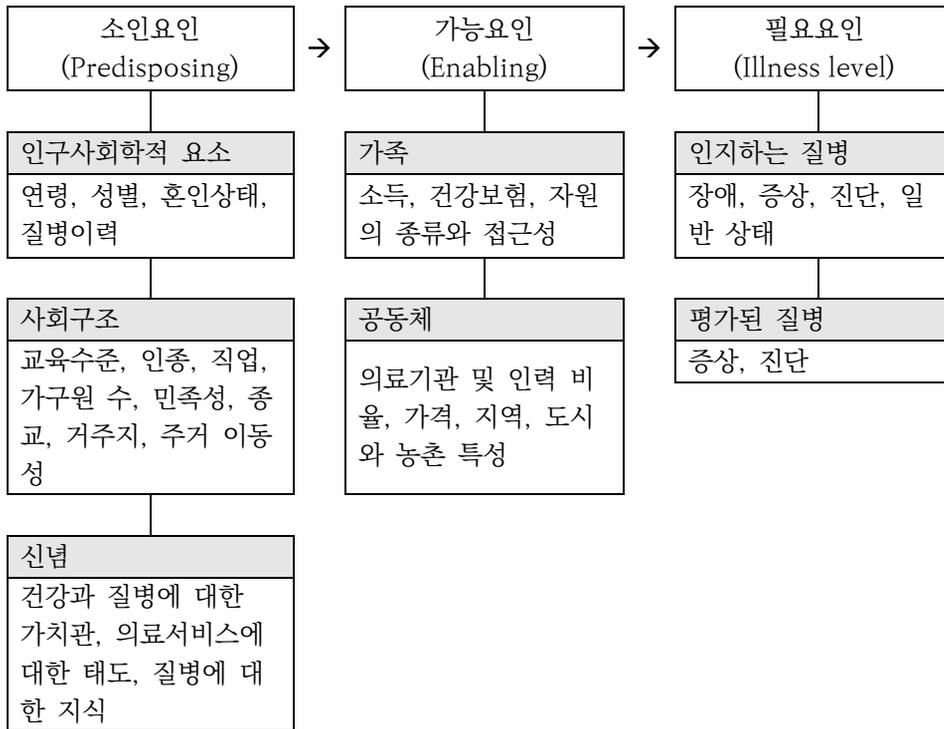
따라서 미충족의료를 측정하는 것은 이용자 측면에서 의료접근성과 보장성 측면의 실태 파악에 용이한 방법이며, 의료보장성이 불충분한 사각지대를 반영하는 지표로도 사용될 수 있다(신현웅, 2009).

2) 앤더슨과 뉴먼의 보건의료이용 모형

앤더슨과 뉴먼의 모형은 보건의료 이용의 결정요인을 설명하는 데 널리 쓰이는 이론이다. 앤더슨과 뉴먼(1973)은 보건의료제도(Health Service System), 거시 사회적 결정요인(Societal Determinants), 개인의 결정요인(Individual Determinants)이 보건의료서비스 이용에 영향을 미친다고 개념화하였다.

앤더슨과 뉴먼의 모형에 의하면 질병을 규정하는 기술의 발달과 사회 규범을 포괄하는 거시 사회적 결정요인은 보건의료제도와 개인의 결정요인에 영향을 미치고, 자원과 조직으로 이루어진 보건의료제도는 개인의 의료이용 결정요인에 영향을 준다. 이때, 개인의 결정요인은 (1) 의료서

비스에 대한 소인요인(Predisposing), (2) 서비스 확보 능력인 가능요인(Enabling), (3) 질병 수준인 필요요인(Illness Level)으로 범주화되어 보건의료 서비스의 종류와 이용 목적 등에 영향을 미친다.



[그림 1] 의료이용에 대한 개인의 결정요인

출처: Andersen & Newman(1973)

(1) 소인요인

어떤 개인은 다른 개인보다 서비스를 더 많이 이용하는 경향이 있기 때문에 개인의 특성에 따라 의료서비스 이용량을 예측할 수 있다. 이러한 개인의 특성은 인구사회학적 요인과 사회구조요인, 개인의 보건의료에 대한 신뢰와 신념으로 나눌 수 있다.

인구사회학적 요인은 질병과 밀접하게 연관되지만, 이 이유만으로 의료서비스를 이용하는 요인이 되지 않기 때문에 선행 요인에 속한다. 예로는 연령, 성별, 결혼상태, 질병 이력이 포함된다. 사회구조요인은 개인의 사회적 위치 및 지위를 반영하며 이런 특성은 의료이용에 영향을 미칠 개인의 생활양식과 사회적 환경인 교육 수준, 인종 및 민족성, 직업, 가구원 수, 종교 등을 포함한다. 이런 요인을 통해 개인의 생활양식, 물리적 환경, 사회적 환경을 파악할 수 있다. 마지막으로 보건의료에 대한 신뢰와 믿음은 서비스를 이용하는 직접적 이유가 아니라 서비스 사용 성향에 차이가 있는 것으로 개인의 건강과 질병의 가치, 질병에 대한 지식 등이 포함된다.

(2) 가능요인

개인이 의료서비스를 이용할 선행요인이 있다고 하더라도, 그들이 서비스를 이용할 수 있는 수단이 있어야 한다. 이는 가족과 공동체로 나눌 수 있는데, 가족의 자원은 소득, 건강보험의 유형과 보장범위, 의료서비스에 접근할 수 있는 자원 등이 있다. 지역사회의 특성도 의료이용에 영향을 미칠 수 있는데 지역의 의료기관 및 인력, 가격 및 거리, 대기 시간 등을 포함한다.

(3) 필요요인(질병수준)

선행요인과 가능요인이 있다고 가정할 때, 개인은 질병으로 인해 인지된 필요로 인하여 보건서비스를 이용한다. 질병 수준은 보건서비스 이용에 가장 직접적인 원인이며, 인지된(perceived) 필요와 평가된(evaluated) 필요로 구분된다. 인지된 필요는 질병으로 인하여 개인이 평소에 하는 일을 하지 못하는 장애의 기간, 개인이 경험하는 증상 및

주관적 건강 상태 등이 있다. 평가된 필요는 임상적으로 개인의 질병의 심각성을 파악하는데 증상과 진단으로 판단할 수 있다.

(4) 정책적 함의

이 모델은 의료서비스의 형평성 있는 분배를 위하여 사용될 수 있다. 형평성 있는 배분이란 개인의 특성과 상관없이 모두 같은 양의 의료서비스를 받는 것보다 개인에 따라 소인요인, 가능요인, 필요요인 과 같이 특성에 중요도를 강조하는 것이다.

인구통계학적 변수는 개인이 변화시키기 어려운 조건이므로 형평성 있는 분배 시스템 하에서 의료 서비스를 배분하는데 중요한 기반이 된다. 그러나, 교육, 인종, 종교, 직업과 같은 사회 요인과 신념요인에 따라 의료서비스를 분배하는 것은 근본적인 가치에 반하기 때문에 영향이 최소화되어야 한다. 따라서 소인요인에 따른 의료이용을 분석하면, 어떤 집단이 의료접근성이 취약한지 특정할 수 있다.

가능 요인은 의료이용에 대한 재정적 장벽에 대한 정보를 제공할 수 있으며, 이를 완화할 수 있는 정책에 반영될 수 있다.

마지막으로 필요요인으로 인한 의료이용의 영향이 가장 클 때, 의료이용의 접근성이 가장 형평성 있다고 평가할 수 있을 것이다.

2. 성별과 의료접근성

1) 건강 결정요인으로서 성별¹

일반적으로 여성이 남성보다 기대수명은 길지만, 장애 기간이 길고 의료이용을 더 많이 하는 것으로 알려져 있다(Verbrugge, Wingard, & Features Submission, 1987). 이 차이는 면역체계 등 생물학적인 요인으로 일부 설명할 수 있지만, 성별에 따른 사회적으로 구성된 역할, 규범, 행동 등의 차이와 사회경제적 위치 및 사회환경의 차이도 영향을 미친다(Klein & Flanagan, 2016; WHO, 2019).

성별 자체를 사회적 결정요인으로 보기 어렵다는 견해도 존재한다. 성별보다 성을 둘러싼 여러 사회적 조건들이 건강불평등을 만들어낸다고 하는 것이 설명력이 높다고 보는 입장이다. 그러나 여러 연구가 건강과 보건의료 이용에 대하여 성별이 독립적인 영향을 미침을 밝혔으며, 여성의 높은 유병률을 생물학적 요인 이외에 사회 구조적 요인에 의한 것으로

1 2019 년 WHO 는 건강 통계를 성별로 산출하게 되면서 성(sex)와 젠더(gender)의 용어 차이를 다음과 같이 정의하였다. 성은 생물학적 특성에 의하여 여성과 남성으로 구분하는 것이다. 젠더는 여성과 남성 사이에 사회적으로 구성된 규범, 역할 및 관계를 가리킨다. 젠더는 건강과 형평성을 형성하는 사회구조적 결정 요인과 불가분의 관계에 있으며 시대와 국가에 따라 다를 수 있다. 예로는 조혼으로 인한 이른 임신의 위험, 성별에 따른 노동 분업으로 인한 부상 및 질병의 차이, 남성성과 관련된 성 규범으로 인한 남성의 흡연과 음주 등이 있다. 젠더와 보건의료서비스 이용과 관련하여는 여성은 가계 재정에 대한 접근이 부족하고 돌봄 역할 제공 및 이동성 제한으로 인하여 서비스 이용이 제한될 수 있는 반면, 남성은 의료이용을 하는 것이 남성으로 보이지 않는 남성성 규범에 의해 영향 받을 수 있다. 성 규범과 역할 외에도 성 정체성에 기반한 차별 등이 있다.

한국의 보건의료 분야에서는 성과 젠더의 용어를 명확히 구분하지 않고 있으며, 성별과 젠더 문제를 성에 대하여 기술적으로 다루며 여성 건강으로 범주화하여 일반 건강보장의 개념에 포함시키기 보다 여성의 건강을 취약한 계층의 보완의 맥락으로 다루고 있다.

본 연구는 한국의 국민건강보험제도의 의료보장유형이 성별 간 의료접근성에 미치는 그 효과를 생물학적인 원인보다 사회적인 요인으로 설명하고자 함으로, 젠더 차이를 보고자 하는 것에 가깝다. 허나 의료서비스 이용에 대하여 성의 차이로 인한 의료서비스의 이용을 구분하지 않아 젠더의 차이를 독립적으로 본다고 할 수 없다. 따라서 본 연구에서는 성과 젠더의 효과를 포괄하여 '성별에 따른 차이' 라고 정의한다.

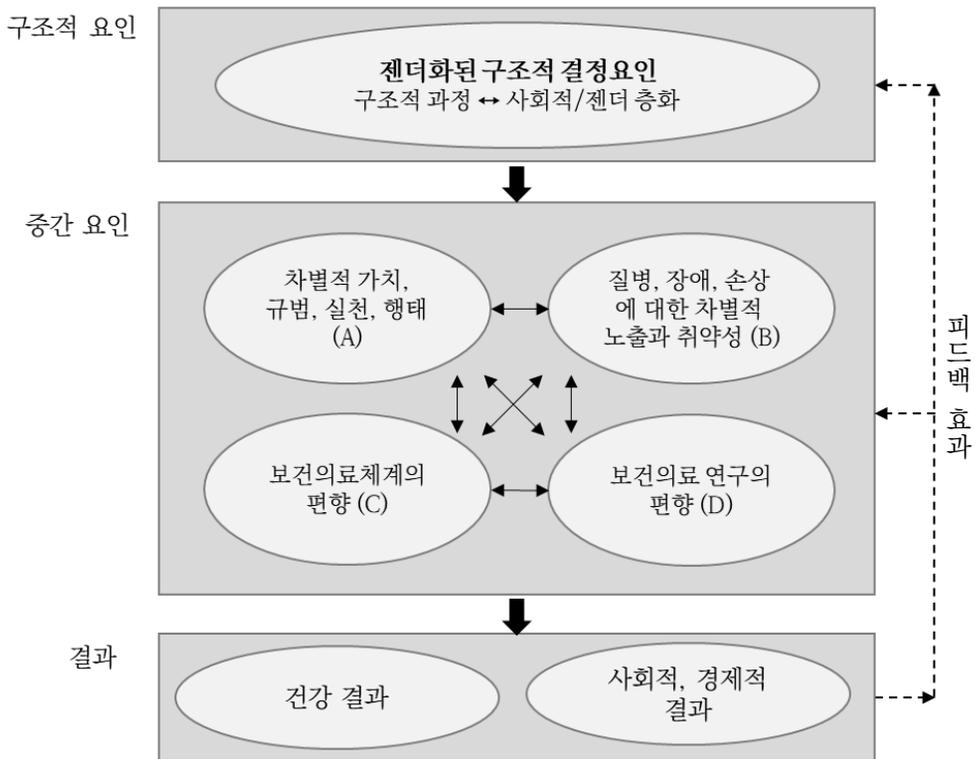
로 설명하고 있다(Bertakis, Azari, Helms, Callahan, & Robbins, 2000; M. Denton & V. Walters, 1999; Margaret Denton & Vivienne Walters, 1999; MacIntyre & Hunt, 1997; WHO, 2009; 나유재, 2020; 우세린, 김귀현, 손민성, & 최만규, 2020; 이미숙, 2007; 전경숙, 최은숙, & 이효영, 2010)

성 불평등(gender inequality)은 전 세계의 여성과 여아의 건강에 부정적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 남성에게 편중된 자원, 권력, 권위 등에도 불구하고 남성의 위험하고 건강에 안 좋은 건강 행태로 인하여 남성에게도 불건강을 초래한다(G. Sen & Östlin, 2008). 그뿐만 아니라 성의 생물학적 요인, 사회 구조적 요인과 상이한 삶의 조건 등에 의한 심리적 경험 등은 전 생애에 걸쳐 여성의 건강에 영향을 미치기 때문에 이들 간의 상호 작용 분석은 중요하다(M. Denton & V. Walters, 1999; MacIntyre & Hunt, 1997).

지금까지 국내 연구는 단순히 남녀 간 건강과 의료이용의 차이만을 기술하였으나, 성별 간의 비교를 통해 다른 것, 혹은 나쁜 것에 주목하기보다는 불평등과 차별로 인한 건강 능력의 손실에 대한 폭넓은 조망이 필요하다(김창엽 et al., 2015).

세계보건기구(World Health Organization: WHO)의 건강의 사회적 결정요인 위원회의 하부 분과인 여성과 젠더 형평성 지식 네트워크(Women and Gender Equity Knowledge Network: WGEKN)는 [그림 2]와 같은 프레임워크를 통하여 젠더에 따라 건강의 불평등이 어떻게 상호작용하여 발생하는지 이론적 틀을 제시하였다. 젠더화된 구조적 요인은 (A) 차별적 가치, 규범, 관습, 행동 (B) 질병, 장애 및 부상에 대

한 차등적 노출과 취약성 (C) 보건 시스템의 편향, 그리고 (D) 편향된 보건 연구의 총 네 가지 경로에 영향을 끼치고, 이로 인해 젠더 간 불평등한 건강 결과와 사회경제적 결과를 초래하게 된다.



[그림 2] 건강의 사회적 결정요인으로 젠더의 역할에 대한 이론적 틀
출처: Sen, Östlin and George 2007

특히 성별을 고려하지 않은 보건의료체계는 여성 건강 문제에 대한 인식을 어렵게 하고, 여성의 건강 필요를 부분적으로 다루어 의료 필요를 충족시키지 못할 가능성이 있다(G. Sen & Östlin, 2008). 따라서 성별에 따라 보건의료체계를 연구하는 것은 이런 편향성과 불평등을 인지할 수 있게 한다. 이를 통해 관심을 가지게 되어 액션을 취할 수 있는 계기가 될 수 있다.

최근 성별로 인한 건강 격차를 해소하고자 하는 노력이 심화되고 있다. 세계보건기구(WHO)는 2019년부터 매년 발간하는 글로벌 건강 통계를 성별로 분리하였다. 이를 통해 성별 차이에 대한 인식을 높이고 데이터를 수집하고 분석할 때, 보건 정책에 성별과 젠더의 관점을 포함하는 것을 장려하고자 하였다(WHO, 2019).

성별로 분리하여 건강 데이터를 수집하고 분석하였을 때의 장점은 첫째, 건강에서 젠더 불평등을 더 잘 식별할 수 있고, 둘째, 젠더 교차분석을 수행하여 젠더 불평등과 제한적인 성 규범이 여성과 남성, 다양한 성별 정체성을 가진 사람의 건강에 어떤 영향을 끼치는지 알 수 있으며, 셋째, 젠더와 그 외 불평등에 대하여 젠더에 대응하는 정책을 설계할 수 있고, 넷째, 적절하게 자원을 할당할 수 있으며 형평성 있는 보건시스템을 실행하기 위한 역량을 구축할 수 있다(G. Sen & Östlin, 2008; WHO, 2019).

2) 성별에 따른 의료접근성 선행연구

여성은 경제적 여건, 시간 부족 등으로 인해 미충족의료 필요가 있는 경우가 남성보다 많고(Buor, 2004; Courtenay, 2000), 사회경제적 상태에 따른 의료이용의 격차는 남성보다 여성에서 더 크다(Springer & Mouzon, 2011; 김연수 & 김혜윤, 2018; 우세린 et al., 2020) 여성의 경우 소득, 고용조건, 돌봄 노동 여부, 사회적 지원의 유무는 남성보다 여성의 건강을 예측하는데 더 중요한 요인이다(Margaret Denton & Vivienne Walters, 1999).

건강보험의 보장률 측면에서 여성의 건강보험 보장률은 전 연령대에서 남성에 비교하면 조금 낮은 편이나 0.1~0.3% 수준으로 미미한 차이

를 보인다<표 1>. 비급여 본인부담률은 85세 이상을 제외하고 전 연령에서 남성보다 높은 편이며 19~44세와 45~64세의 연령대에서 성별 차이가 두드러지는데, 45~64세의 경우 남성은 비급여 본인부담률이 21.0%임에 비하여 여성은 26.1%로 5% 이상의 차이를 보인다.

진료과목별로 살펴보았을 때는 여성이 주로 이용하는 산부인과의 경우 상급종합병원과 의원에서 비급여 본인부담률이 각각 22.1%와 34.3%로 가장 높은 수준이었다<표 2>. 이때, 비급여 본인부담률은 임신 출산 시 진료비 비급여 본인부담금을 제외한 것이다. 이런 결과는 2017년 평균 비급여 본인부담률이 17.1%임을 고려할 때 여성들의 산부인과 진료 시 비급여 본인부담률이 상대적으로 높음을 확인할 수 있다.

<표 1> 2017년 성별 연령별 구간별 건강보험 보장률

단위: %

연령	전체			남성			여성		
	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률
0~5	66.8	15.9	17.3	66.9	15.9	17.2	66.7	15.9	17.4
6~18	54.0	22.9	23.1	55.6	22.9	21.5	52.3	22.8	24.9
19~44	52.7	19.4	27.9	52.6	20.9	26.5	52.8	18.3	28.9
45~64	56.5	19.8	23.7	59.2	19.8	21.0	54.2	19.7	26.1
65~74	65.6	20.0	14.4	67.0	19.7	13.3	64.3	20.4	15.3
75~84	70.7	18.7	10.6	71.5	18.5	10.0	70.3	18.8	10.9
85	74.9	17.1	8.00	73.5	17.6	8.90	75.5	16.9	7.60

출처: 2017년도 건강보험환자 진료비 실태조사 (국민건강보험공단, 2018)

<표 2> 2017년 요양기관 중별 진료과목별 건강보험 보장률

단위: %

	상급종합병원			병원			의원		
	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	법정 본인 부담률	비급여 본인 부담률
내과	70.3	19.5	10.2	54.9	19.9	25.1	61.6	18.6	19.8
신경과	53.2	29.2	17.6	57.8	22.3	19.9	58.6	23.9	17.5
정신과	54.7	32.6	12.7	77.7	21.1	1.20	68.6	27.9	3.5
일반외과	69.7	15.0	15.2	51.9	20.2	28.0	54.2	17.4	28.3
정형외과	52.3	25.8	21.8	40.7	19.0	40.3	56.4	21.0	22.6
신경외과	65.4	15.8	18.8	26.4	13.7	59.9	55.6	19.1	25.3
산부인과	58.3	19.6	22.1	53.6	13.6	32.8	52.6	13.1	34.3
소아과	74.0	14.1	11.8	57.0	13.5	29.5	64.5	19.5	16.0
비뇨기과	56.3	23.7	20.0	61.9	26.7	11.3	62.0	23.9	14.1
흉부외과	72.6	13.6	13.9	50.3	16.4	33.3			
이비인후과	50.3	30.2	19.5				68.3	25.5	6.2
피부과	36.7	50.1	13.2				59.9	23.1	16.9
재활의학과	66.7	19.0	14.3				51.3	18.9	29.9
안과	46.7	35.3	18.0				67.7	22.9	9.4

출처: 2017년도 건강보험환자 진료비 실태조사 (국민건강보험공단, 2018)

성별을 통제변수로 분석한 연구 결과를 참조하면 처방 약 값, 건강 보험부담금, 총진료비는 통계적으로 성별의 차이가 없지만, 본인부담금 과 비급여진료비의 경우 여성은 남성보다 더 많이 지출한다 (김관옥 & 신영진, 2017). 그뿐만 아니라 여성은 재난적 의료비 발생률이 남성보다 높다(이현옥, 2018). 여성은 남성보다 실손 보험 가입률이 더 높고, 여성의 실손 보험 가입은 외래진료비의 상승과 관련이 있다 (유창훈 & 권영대, 2020).

이처럼 국내에서 성별을 통제 변수 중 하나로 분석한 연구는 다양하지만, 성별 차이에 따라 의료접근성에 미치는 영향에 대한 연구는 부족하며 최근에서야 분석이 되는 추세이다.

국내에서 성별 간 의료접근성을 비교한 연구는 다음과 같다. 먼저 미충족의료를 종속변수로 하고 독립변수로 가구 형태(나유재, 2020), 고용 형태(우세린 et al., 2020), 일인 가구 특성(채현주 & 김미중, 2020), 실손형 민간보험의 가입(유창훈 & 권영대, 2020)의 연구가 있다.

그러나, 여성과 남성의 의료보장유형에 따른 미충족의료를 분석한 연구는 부족하였다. 따라서 본 연구는 성별과 의료보장유형을 주요 독립변수로 하고 미충족의료 발생 여부를 종속변수로 하여 분석한다.

3. 의료보장유형과 의료접근성

1) 의료보장제도의 개념과 의의

건강보장제도는 최소한의 경제적 부담으로 보건의료에 대한 접근성을 보장하려는 사회적 기구 또는 제도이다(김창엽, 2009). 건강보장체계를 재원 조달방식으로 구분하면 조세를 기반으로 하여 사회적 형평의 성격이 강한 국가공영의료체계와 개인의 기여를 기반으로 한 보험료를 주재원으로 하는 사회보험방식으로 구분할 수 있다.

한국은 독일, 프랑스, 일본과 같이 사회보험방식을 채택하고 있다. 전 국민이 국민건강보험이라는 단일한 보험에 가입하고, 보험료를 납부하는 의무를 짐으로써, 국민 상호 간 건강으로 인한 경제적 위험을 분담한다. 보험료는 경제적 부담능력에 따라 부과되고, 급여²는 부담 수준과 관계없이 균등하게 보장된다. 이로써 건강보험은 의료보장, 사회연대, 소득 재분배의 기능을 한다.

2) 의료보장제도의 유형

한국의 의료보장체계는 국민건강보험과 공공부조의 의료급여로 구분되고 유형에 따라 대상자의 자격과 본인부담금의 수준이 다르다. 아래 <표 3>은 최근 5년간 의료보장유형에 속한 대상자의 수를 나타낸 것이다. 직장가입자는 2014년 68.8%에서 2018년 70.4%로 소폭 증가하였으며, 지역가입자는 2014년 28.4%에서 2018년 26.8%로 조금 감소하

2 급여란 국민건강보험법 제 41 조에 의해, 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 공단이 각종형태로 실시하는 진찰 및 검사, 약제 및 치료재료 지급, 처치 및 수술 기타의 치료, 예방 및 재활, 입원, 간호, 이송 등의 의료서비스를 의미한다.

였다. 의료급여 수급자는 3%를 유지하였고 차상위 경감 대상자는 0.5%~0.6% 수준이다.

<표 3> 연도별 의료보장유형별 인구 비율

의료보장유형		2014	2015	2016	2017	2018
건강 보험	직장	35,601,802	36,224,766	36,674,739	36,898,912	36,989,716
		68.8%	69.6%	70.2%	70.4%	70.4%
	지역	14,714,582	14,265,391	14,088,544	14,041,973	14,082,266
		28.4%	27.4%	27.0%	26.8%	26.8%
의료 급여	1종	1,036,713	1,078,412	1,065,551	1,065,398	1,081,803
		2.0%	2.1%	2.0%	2.0%	2.1%
	2종	404,049	465,855	443,921	420,342	402,868
		0.8%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%
건강보험+ 차상위 경감대상		335,832	304,884	292,757	279,568	272,373
		0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%

출처: 「건강보험통계」(국민건강보험공단&건강보험심사평가원, 2018)

국민건강보험의 가입자는 크게 직장가입자와 지역가입자로 나누어지는데 가입 자격과 보험료 부과체계가 다르다. 직장가입자의 경우 모든 사업장의 근로자 및 사용자, 공무원 및 교직원이 가입 대상이다. 직장가입자는 보수월액을 기준으로 보험료가 산정되며 가입자와 사용자가 보험료를 50%씩 부담한다. 지역가입자는 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 가입자로 재산과 소득을 기준으로 산정된 보험료 전액을 본인이 부담한다.

보험료 부담능력이 없는 자의 경우 의료급여라는 형태로 국가가 지원한다. 생활보호법 제정과 의료보호법의 도입으로 시행된 의료보호제도

는 1999년 국민기초생활보장제도의 도입과 시혜적 수준에서 권리적 개념으로 확대된 의료급여로 전환되었다(김교성 & 이현옥, 2012).

의료급여는 전체인구의 3% 정도로 의료급여 1종과 의료급여 2종으로 분리되어 있다. 의료급여 1종은 국민기초생활보장법에 의한 수급권자 또는 의료급여법 또는 타법에 의한 수급권자가 지원대상이고, 의료급여 2종은 생계, 의료, 주거, 교육급여 수급자 중에서 의료급여 1종 수급자 기준에 해당하지 않는 자를 지원한다.

이 외에 의료급여에 속하지 않는 중위소득 50% 이하인 희귀난치성 질환 또는 중증질환을 가진 자, 만성질환자, 18세 미만인 자는 차상위 본인부담경감의 혜택을 받을 수 있다. 차상위 본인부담경감 대상자 지원은 2009년 4월 의료급여법 시행령 제 2조에 의하여 의료급여 수급자를 건강보험가입자로 전환하면서 전환 대상자가 기존의 의료급여 혜택을 동일하게 유지하기 위하여 신설되었다.

의료급여 제도가 국민기초생활보장법상 수급자가 그대로 대상자로 선정됨으로써 저소득 취약계층에서 희귀난치성이나 만성질환을 보유하고 있는 대상자들의 의료이용이 제약을 받는다는 지적이 있었고, 이를 개선하기 위해 2004년부터 차상위계층 중 특정 질환과 18세 미만 자에 대하여 의료급여로 편입하여 의료서비스를 제공하였으나, 의료급여 예산의 급속한 증가와 국민기초생활보장 대상자 선정이 변화하면서 의료급여에서 관리하던 차상위계층 대상자들이 건강보험으로 전환된 것이다(신현웅, 신영석, 김진수, 황도경, & 이채은, 2008). 따라서 차상위경감대상자는 건강보험가입자이나 자격과 본인부담 수준이 직장가입자, 지역가입자, 의료급여대상자와 다른 유형이라고 볼 수 있다.

<표 4> 의료보장유형에 따른 본인부담금

구분		1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급종합병원)	약국
직장	입원	20%	20%	20%	-
	외래	30%	35~50%	60%	40%
의료급여 1종	입원	없음	없음	없음	-
	외래	1000원	1500원	2000원	500원
의료급여 2종	입원	10%	10%	10%	-
	외래	1000원	15%	15%	500원
차상위 희귀, 중증	입원	없음	없음	없음	-
	외래	없음	없음	없음	500원
차상위 만성, 18미만	입원	14%	14%	14%	-
	외래	1000원	14%	14%	500원

출처: 의료급여사업안내 (보건복지부, 2020), 국민건강보험법 시행령 국민건강보험법 시행령 제19조

본인부담금의 경우 의료보장제도의 유형에 따라 의료서비스 이용 시 본인부담금이 다르게 적용된다. 직장가입자와 지역가입자의 본인부담금에는 차이가 없다. 의료급여 1종은 입원에 대한 본인부담금이 없으며, 외래의 경우 정액제로 지불을 하게 되어있다. 의료급여 2종은 입원 시 10%를 본인이 부담하게 되며 외래의 경우 1차 병원은 1,000원, 2, 3차 병원 15%를 부담한다. 차상위경감대상자의 경우 희귀 난치성 및 중증질환자는 외래와 입원의 본인부담금이 없으며, 만성질환자와 18세 미만자는 입원과 외래 모두 14%의 본인 부담을 한다. <표4>는 의료보장유형에 따른 본인부담금을 정리한 것이다. 이는 급여청구분에만 적용이 되고, 비급여 청구분은 전액 본인이 부담해야 한다.

의료보장유형에 따른 일반건강보험과 의료급여의 계층화는 필연적으로 차별의 가능성을 지니게 된다. 비급여 진료의 비율이 많은 한국 의료 상황을 고려하면, 의료급여 및 차상위경감대상자를 유치하려는 민간 병원의 유인이 떨어져 진료에서 차별을 받을 가능성이 있으며, 의료급여

및 차상위경감대상자에 속하지 않는 저소득 건강보험가입자에게 역차별이 생길 가능성이 존재한다. 또한 직역에 따른 소득 산정의 차이는 수평적 형평성을 해칠 수 있다.

3) 의료보장유형에 따른 미충족의료의 선행연구

의료보장유형에 따른 미충족의료에 대한 선행연구는 연구대상이 설문 응답자 전체인 경우, 저소득층 또는 차상위계층인 경우, 만성질환자인 경우, 노인인 경우 등 다양하였다.

연구대상자를 조사응답자 전체로 한 선행연구를 <표 5>에 정리하였다. 의료 급여 수급자가 건강보험가입자보다 미충족医료를 경험했다는 연구 결과가 다수였으나(김진구, 2008; 송경신, 이준협, & 임국환, 2011; 정현우 & 이준협, 2017; 홍주연 & 김가중, 2016), 의료보장유형과 미충족의료 경험의 관계가 유의하지 않다는 결과도 있었다(김진형, 2012; 신영전 & 손정인, 2009; 신혜리, 임예직, & 한기명, 2014; 우세린 et al., 2020). 한편, 김교성 & 이현옥(2012) 연구에서는 지역가입자에 비하여 직장가입자(OR=0.491)와 의료급여 1종(OR=0.310)의 미충족의료 경험 확률이 낮았다.

<표 5> 의료보장유형과 미충족의료 선행연구 (전체)

저자	자료원	의료보장유형	주요 연구 결과
신영전 외 (2009)	한국복지패널조사 1,2차	건강보험, 의료급여	여성 (OR=1.57)이 남성에 비해 미충족의료 경험확률이 높음. 의료보장유형은 유의하지 않음.
송경신 외 (2011)	국민건강영양조사 (2008)	직장, 지역, 의료급여	여성 (OR=1.798)이 남성에 비해, 직장가입자에 비하여 지역가입자 (OR=1.175), 의료급여수급자 (OR=1.365)가 미충족의료 경험확률이 높음.
김교성 외 (2012)	한국복지패널조사 5차	직장, 지역, 의료급여 1,2종	지역가입자에 비하여 직장가입자 (OR=0.491)와 의료급여 1종 (OR=0.310)의 미충족의료 경험확률이 낮음
김진형 (2012)	국민건강영양조사 4기	지역, 직장, 의료급여, 기타	여성 (OR=1.55)이 남성에 비해 미충족의료 경험이 높음
신혜리 외 (2014)	한국복지패널조사 8차	건강보험, 의료급여	성별과 의료보장유형 모두 유의하지 않음
홍주연 외 (2016)	지역사회건강조사	건강보험, 의료급여	의료급여 수급자가 건강보험가입자에 비하여 미충족의료 가능성이 높고 (OR=2.201), 사회경제적 특성을 통제 한 후에 (OR=1.935)도 높음
정현우 외 (2017)	한국의료패널조사 6-7차	공무원교직원, 직장, 지역, 의료급여	공무원 및 교직원 가입자보다 지역가입자 (OR=1.682)와 의료급여 수급자 (OR=2.468)의 경제적이유로 인한 미충족의료 경험 가능성이 높음
우세린 외 (2020)	국민건강영양조사 (2015-2016)	지역, 직장, 의료급여	여성 (OR=1.452)이 남성에 비하여 미충족의료경험 가능성이 높음
김태현 외 (2020)	한국의료패널조사 (2016)	건강보험, 의료급여, 차상위	건강보험가입자에 비해 차상위계층이 (OR=1.50) 미충족의료 경험이 높음

<표 6>에는 연구대상을 차상위계층과 저소득층, 만성질환자, 노인으로 한정된 연구를 정리하였다. 김진구(2008), 김수정 외(2011), 최현진(2017)의 연구는 연구대상을 경제적인 취약계층인 차상위계층과 저소득층으로 한정하여 의료보장유형과 미충족의료 경험 간의 관계를 분석하였

다. 김진구(2008) 연구는 의료보장유형을 건강보험, 의료급여 1종과 2종, 차상위계층으로 구분하였고, 일반건강보험 가입자에 비하여 의료급여 1종, 2종, 차상위계층의 미충족의료 경험이 높아 의료급여의 보장성이 저소득층에게 충분치 못하다는 것을 파악하였다. 김수정 외(2011) 연구는 의료보장유형을 건강보험(일반, 빈곤, 차상위), 의료급여(일반, 빈곤, 차상위)로 구분하였고, 건강보험 일반에 비하여 건강보험 빈곤층의 미충족의료 경험 확률이 높은 것으로 확인되었다. 최현진(2017)의 연구에서는 연구대상을 중위 60% 이하의 저소득층으로 한정하였고, 건강보험가입자(OR=2.78)는 의료급여자에 비해 미충족의료 발생 가능성이 높았다.

임지혜(2013)와 최은주 외(2015)의 연구는 만성질환자를 대상으로 의료보장유형과 미충족의료 경험 간의 관계를 분석하였다. 분석 결과 두 연구 모두 의료급여 수급자의 미충족의료 가능성이 높았다. 임지혜(2013) 연구의 경우 건강보험가입자에 비해 의료급여수급자가(OR=1.353)의 미충족의료 경험가능성이 높았고, 최은주 외(2015)의 연구에서는 건강보험 가입자에 비하여 잠재적빈곤가구(OR=4.14)와 의료급여수급자(OR=4.15)의 미충족의료 발생 가능성이 높았다.

비정규직의 미충족의료를 분석한 하랑경(2015)의 연구는 연구대상을 비정규직 노동자로 한정하였고, 통제변수에 인구학적 및 사회경제적 특성과 건강행태 관련 특성 외에 노동 관련 특성을 포함하였다. 분석 결과, 직장건강보험 가입자에 비하여 지역건강보험가입자(OR=0.848)와 의료급여수급자(OR=1.179)의 미충족의료 발생 가능성이 높았다.

노인의 미충족의료에 대한 나유재(2020)의 연구에서는 여성의 경우 의료급여수급자($OR=0.744$)가 미충족의료 경험 가능성이 낮고 남성의 경우 의료보장유형과 미충족의료 경험 관계가 유의하지 않아 성별 간 차이가 있는 것으로 확인되었다.

〈표 6〉 의료보장유형과 미충족의료 선행연구 (취약계층)

저자	자료원	대상	의료보장 유형	주요 연구 결과
김진구 (2008)	국민건강영양조사 (2005)	저소득층	건강보험, 의료급여1종, 2종, 차상위경감	일반건강보험가입자에 비해 의료급여 1종(OR=1.40), 2종 수급자(OR=2.50)와 차상위계층(OR=1.74)이 미충족의료경험 가능성 높음
김수정 외 (2011)	차상위 계층 실태조사 (2006)	차상위 계층	건강보험 (일반, 빈곤, 차상위), 의료급여	여성(OR=1.76)이 남성에 비해, 건강보험일반에 비해 건강보험빈곤이 미충족의료 경험 확률이 높음
임지혜 (2013)	한국의료패널조사 (2009)	만성 질환자	건강보험, 의료급여	여성(OR=1.27)이 남성에 비해, 건강보험가입자에 비해 의료급여수급자가(OR=1.35) 미충족의료 경험가능성 높음
최윤주 외 (2015)	한국복지패널조사 9차	만성 질환자	건강보험, 잠재빈곤가구, 의료급여	건강보험일반에 비하여 잠재적빈곤가구(OR=4.14)와 의료급여수급자(OR=4.15)의 미충족의료 경험 가능성 높음
하랑경 (2015)	국민건강영양조사 (2012)	비정규직	직장, 지역, 의료급여	여성(OR=1.56)이 남성에 비해, 직장가입자에 비하여 지역가입자(OR=0.85)와 의료급여수급자(OR=1.18)의 미충족의료 경험 가능성 높음
이혜재 외 (2017)	한국의료패널조사 (2012-2014)	노인	직장, 지역, 의료급여	직장가입자에 비하여 지역가입자(OR=0.378)와 의료급여(OR=0.345)가 미충족의료 경험할 가능성 낮음.
최현진 (2017)	한국복지패널조사 10차	저소득층 (중위 60%)	건강보험, 의료급여	여성(OR=2.51)은 남성에 비해, 건강보험가입자(OR=2.78)는 의료급여자에 비해 미충족의료 경험가능성 높음
나유재 (2020)	노인실태조사 (2017)	노인	건강보험, 의료급여	여성은 의료급여 수급자(OR=0.74)가 미충족의료 경험 가능성 낮음. 남성은 의료보장유형과 미충족의료 경험이 유의하지 않음

III. 연구방법

1. 연구 자료 및 대상

1) 연구 자료

이 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 조사를 수행하고 있는 한국의료패널의 2008~2017년 연간 데이터(version 1.6) 중에 가장 최근 자료인 제12차 조사(2017)를 활용하였다. 한국의료패널조사는 통계법 제18조 및 동법시행령 제26조에 의한 정부승인통계조사(92012호)로서, 의료이용 형태와 지출에 영향을 미치는 요인을 포괄적으로 분석할 수 있는 자료이다.

제 12차 조사는 2017년 2월부터 동년 6월까지 이루어졌으며 17,184명의 정보가 수록되었다. 조사는 가구 단위와 개인 단위로 나누어져 있으나 본 연구에서는 개인의 성별 및 의료보장유형과 미충족의료간의 관계를 살펴보기 위하여 분석 단위를 개인으로 하였다. 개인 단위 조사내용은 인구사회학적 특성, 의료보장형태, 경제활동상태, 의료이용여부 등을 포함하고 있다.

2) 연구 대상

연구대상자는 만 19세 이상의 저소득 개인으로 한정하였다. 저소득층은 소득계층에서 하위를 점하는 계층으로 학문적, 법적, 행정적, 절대적, 상대적, 주관적 기준 등에 의하여 상이하게 규정될 수 있다. 법적 및 행정적 빈곤층은 저소득층의 생활보호를 위하여 사회정책적인 목적으로 규

정한 것으로 행정적인 필요에 따라 범위를 법으로 규정하며 이는 사회보장의 직접적 대상을 규정하는 점에서 중요하다(김철희, 2003).

의료보장제도와 관련하여 저소득층 연구는 대부분 상대적 빈곤율을 선택하고 있으며, 일반적으로 중위소득 40~60%를 상대적 빈곤선으로 규정한다. 한국은 국민기초생활보장법에 의하여 기초생활수급자의 자격요건을 상대적 빈곤의 개념에 기반을 두고 중위소득 30~50% 이하라고 규정하고 있으며, 이 중 의료급여의 경우 중위소득 40% 이하로 한정된다. 한편, 수급권자에 해당하지 않지만, 소득이 중위소득 50% 이하인 자는 차상위 계층이라고 규정하며 급여의 일부를 실시한다.

이처럼 저소득층과 차상위 계층에게 경제적인 지원을 하고 있지만, 매해 중위 소득을 기반으로 한 소득 기준에 따라 혜택을 받을 수 있는 자격이 달라지므로 저소득층과 차상위 계층뿐만 아니라 제도에 속하지 못하는 비수급 저소득자의 형평성이 논란이 되고 있다(류정희, 김정현, 박능후, 함영진, & 유진영, 2014).

제도 밖의 저소득 개인은 의료보장의 사각지대로 의료 필요가 있지만 지불능력 등이 부족하여 필요한 서비스를 받지 못하는 상태 겪고 있다(신현웅, 신영석, 황도경 & 윤필경, 2010). 이와 같은 사각지대를 보완하기 위하여 한국의 저소득층 연구는 사각지대를 중위소득 60% 미만에 해당하는 가구로 한정하거나(손수인, 신영전 & 김창엽, 2010; 최현진, 2017), 최저생계비를 기준으로 120% 이내 가구 소득을 가지는 자(김진구, 2008), 소득을 1-10로 구분한 소득분위에서 중위소득 50% 이하에 해당하는 소득 1분위 계층(김태현, 2020)을 대상으로 한정하였다.

저소득층의 범위를 확장하여 중위소득 이하(Blendon et al., 2002; Davis et al., 2007) 또는 소득 하위40%(Ahluwalia, Carter, & Chenery, 1979; 이소정, 2007)로 분석한 연구도 존재한다.

특히 전 세계적으로 소득 하위 40%와 나머지 인구 사이의 소득 격차가 점점 커지고 있는 것이 문제로 지적되고 있다(OECD, 2015). OECD 보고서에 따르면 평균적으로 상위 10%의 계층은 전체 부의 50%를 차지하고, 하위 40%는 전체 부의 겨우 3%를 차지할 뿐만 아니라 이러한 부의 불평등은 하위계층의 인적 자본에 대한 투자에 영향을 미치고 잠재적인 성장을 약화시킨다.

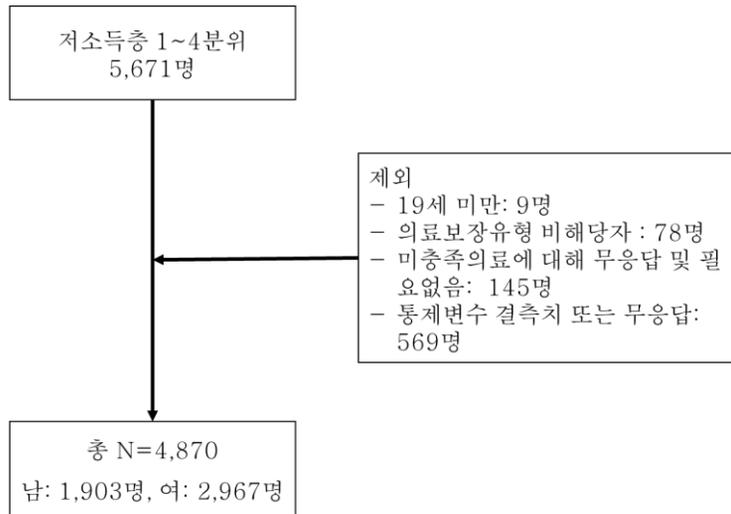
실제로 2017년 의료패널조사의 데이터를 하위 40%, 즉 소득 1~4분위 집단 <표 8>과 전체 집단의 일반적 특성 <부록표 1>을 기술 통계를 실시하여 보았을 때, 집단 간 특징이 차이가 큼을 확인할 수 있었다.

전체 집단에서 연령대가 65세 이상이 36.9%임에 비하여 저소득층(하위 40%)집단은 65.4% 이상으로 연령대가 높았고, 전체 집단에서 교육수준이 초등학교 졸업 이하일 확률이 19.8%인 것과 비교하였을 때 저소득층은 41.0%로 연령과 교육수준에 큰 차이가 있었다. 또한 배우자가 있는 사람의 비중이 저소득층에서 낮았으며, 가구원 수의 경우 전체 집단은 2인 이하인 가구가 41.6%이고, 저소득층은 67.0%였다. 그뿐만 아니라, 저소득층에서 경제활동을 하지 않는 사람의 비율이 높았으며, 민간보험의 경우 전체 집단은 가입하지 않은 사람이 5.1%였지만, 저소득층에서는 44.4%를 넘었다. 거주지는 광역시 이하에서 사는 사람의 비중이 저소득층에서 높았다. 건강상태의 경우 저소득층에서 주관적 건강이 나쁜 사람의 비율이 높았고, 전체 집단에서 장애가 있는 사람의 비율

이 7.5% 이하였으나, 저소득층에서는 12.7%로 높았다. 전체집단에서 만성질환을 앓고 있는 사람의 비율이 6.7%이었고, 저소득층에서는 12.7%로 높았다. 의료 이용은 응급, 입원, 외래 서비스 모두 저소득층에서 이용한 사람의 비중이 높았다.

본 연구에서는 저소득층의 성별과 의료보장유형을 중심으로 미충족의료를 파악하기 위해서 저소득층에 대한 정의를 최대한 확장하는 것이 바람직하다고 판단하였고, 저소득층을 소득 하위 40%, 즉 총가구 소득 10분위 중 4분위 이하로 한정하였다. 이는 저소득층의 기본적인 의료 필요에 제한되는 절대적 빈곤층 또는 상대적 빈곤층보다 넓은 범위로 대상을 확장하여 사각지대를 넓게 고려하고자 함이다. 또한, 건강보장제도에서 의료급여 수급자는 전체 인구의 3% 정도이고, 차상위 경감대상자는 0.6% 내외이기 때문에 의료급여 및 차상위 경감대상자에 속하지 못한 저소득층의 범위를 확장하여 미충족의료를 폭넓게 파악하고자 하였다.

따라서 본 연구는 최종 연구 대상자로 저소득 개인 5,671명 중에 주요 독립변수인 의료보장유형에서 산정특례자 및 국가유공자 특례자 78명을 제외하고, 종속변수인 미충족의료에 무응답 또는 필요없음으로 답한 응답자 145명과 통제변수에서 무응답 또는 무효한 답을 한 자를 569명과 19세 미만 응답자 9명을 제외하여 총 4,870명을 선정하였다 [그림3].



[그림 3] 연구 대상자 선정과정

2. 연구 가설 및 모형

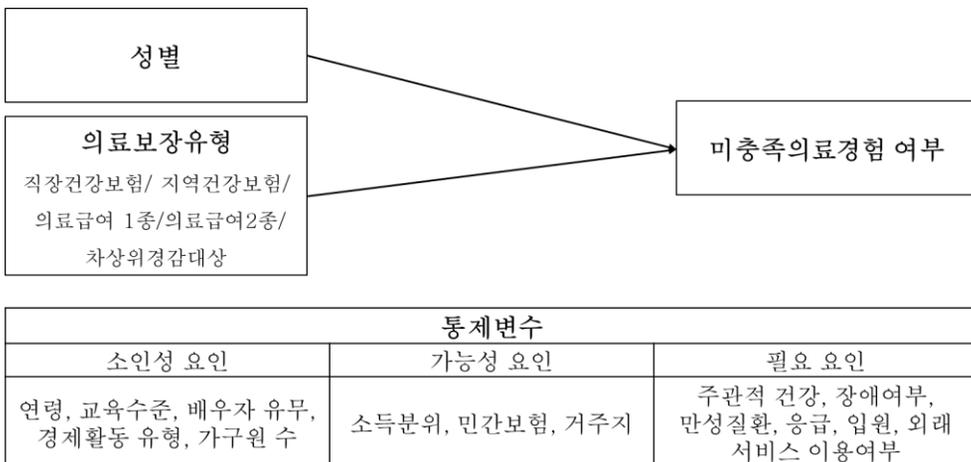
이 연구에서는 성별과 의료보장유형에 따른 대상자의 특성과 미충족 의료 현황과 요인을 파악하기 위하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

가설 1. 저소득 개인의 성별에 따라 미충족의료 경험 여부가 다를 것이다.

가설 2. 저소득 개인의 의료보장유형에 따라 미충족의료 경험 여부가 다를 것이다.

가설 3. 저소득 개인의 의료보장유형과 미충족의료 경험의 관계는 성별에 따라 차이가 있을 것이다.

연구 모형은 아래 [그림4]와 같다.



[그림 4] 연구모형

3. 변수의 구성

1) 종속변수

본 연구에서는 미충족의료 경험 여부를 주요 종속변수로 사용하였다. 한국의료패널의 설문 중 ‘지난 1년간, 병원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까? (치과치료, 치과검사 제외)’의 문항을 이용하여 예와 아니오의 이항 변수로 설정하였다. ‘진료 또는 검사 필요한 적 없었음’과 ‘무응답 및 응답 거절’로 답한 경우는 결측값으로 처리하였다.

2) 독립변수

독립변수는 성별과 의료보장유형이다. 의료보장유형은 기존에 ‘어떤 유형의 건강보험에 가입되어 있으십니까?’에 대한 답으로 공무원, 교직원 건강보험, 직장 건강보험, 지역 건강보험, 의료급여 1종, 의료급여 2종, 건강보험가입 특례자, 국가유공자 특례, 미가입, 건강보험체납자, 건강보험 차상위경감대상자로 응답자에 따라 총 10가지 유형으로 세분되어 있다.

본 연구에서는 직장 건강보험, 지역 건강보험, 의료급여 1종과 2종, 건강보험의 차상위경감대상자로 총 5가지로 재분류하였다. 재분류 시 직장 건강보험에는 보험료 산정방식이 동일한 공무원, 교직원 건강보험을 포함했다. 건강보험 가입 산정특례자와 국가유공자 특례자, 미가입자는 경제적 부담능력이 본인부담금 경감의 기준이 아니므로 본 연구의 기준에 맞지 않아 제외하였다.

3) 통제변수

성별과 의료보장유형이 미충족의료경험 여부에 미치는 영향을 보기 위하여 통제변수는 앤더슨과 뉴먼의 의료서비스 이용 예측 모형 (Andersen & Newman, 1973)에서 제시한 소인성 요인, 가능요인, 필요요인으로 구분하여 선정하였다.

소인성 요인으로는 연령, 교육수준, 배우자 유무, 경제활동 유형, 가구원 수를 포함하였다. 연령은 설문에 응답한 2017년 기준으로 만 나이를 측정하였으며 20~39세, 40~64세, 65세 이상으로 범주화하였다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업 이하, 고등학교 졸업 이하, 대학교 진학 이상으로 구분하였다. 배우자 유무는 '혼인상태가 어떻게 되십니까?'에 대한 질문에 '혼인 중'이라고 응답한 자와 '별거'라고 응답한 자를 '배우자 있음'으로, '사별 또는 실종', '이혼', '없음'이라고 답한 자는 '배우자 없음'으로 구분하였다. 경제활동 유형은 일하지 않음, 임금근로자, 고용주 및 자영업자, 무급가족종사자로 구분하였다.

가능요인으로는 소득수준과 민간보험 가입 유형, 거주지로 구성하였다. 의료패널자료는 개인 단위의 소득을 파악할 수 없으므로 소득수준은 가구균등화소득을 기준으로 한 연간 가구 총 소득분위를 활용하였다. 가구균등화소득은 총가구 소득을 가구원 수의 제곱근으로 나눈 값으로 소득분위는 1분위부터 10분위로 산출된다. 본 연구는 저소득층을 소득분위 1~4분위로 조작적 정의하고 연구대상으로 선정하였으므로 소득수준도 1~4분위만 반영하였다. 민간보험은 가입유형에 따라 가입하지 않음, 정액형, 실손형, 혼합형으로 분류하였다. 거주지는 서울특별시, 부산광역시, 대구광역시, 인천광역시, 광주광역시, 대전광역시, 울산광역시는 '광

역시 이상'으로, 세종시, 경기도, 강원도, 충청북도, 충청남도, 전라북도, 전라남도, 경상북도, 경상남도, 제주도는 '광역시 이하'로 구분하였다.

필요요인으로는 주관적 건강, 장애 여부, 만성질환 유무, 응급서비스, 입원 서비스, 외래 서비스 이용 여부를 선정하였다. 주관적 건강상태는 '귀하께서는 현재 본인의 건강상태가 어떠하다고 생각하십니까?'에 대한 질문에 대한 응답인 '매우 좋음', '좋음', '보통'을 좋음으로, '나쁨', '매우나쁨'을 나쁨으로 분류하였다. 장애 여부는 등급을 판정받은 경우 '있음'으로 해당사항없음을 '없음'으로 구분하였다. 만성질환의 경우 하나라도 있는 경우를 '있음'으로, 그렇지 않은 경우 '없음'으로 분류하였다. 응급서비스, 입원서비스, 외래서비스는 이용하지 않은 경우 '이용안함' 이용한 경우 '이용함'으로 구분하였다.

아래 <표 7>은 본 연구의 구체적인 변수와 측정방법이다. 준거집단은 괄호로 표시하였다.

<표 7> 변수의 조작적 정의 및 측정방법

변수		측정
독립변수	성별	(남성), 여성
	의료보장 유형	(직장건강보험), 지역건강보험, 의료급여1종, 의료급여2종, 차상위경감대상
종속변수	미충족의료	예, 아니오
	연령	(20-39세), 40-64세, 65세 이상
소인요인	교육수준	(초등학교), 중학교, 고등학교, 대학교
	배우자유무	(있음), 없음
통제변수	경제활동유형	(안함), 임금근로자, 고용주 및 자영업자, 무급가족종사자
	가구원 수	(1인), 2인, 3인, 4인, 5인이상
가능요인	소득	(4분위), 3분위, 2분위, 1분위
	민간보험	(비가입), 정액형, 실손형, 혼합형
필요요인	거주지	(광역시 이상), 광역시 이하
	주관적건강	(좋음), 나쁨
필요요인	장애여부	(없음), 있음
	만성질환	(없음), 있음
	응급서비스	(이용안함), 이용함
	입원서비스	(이용안함), 이용함
	외래서비스	(이용안함), 이용함

4. 분석방법

본 연구에서는 2017년 한국의료패널 자료를 활용하여 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료의 관계를 검증하고, 의료보장유형과 미충족의료의 관계에서 성별 차이를 분석하기 위하여 기술분석과 회귀분석을 실시하였다. 분석을 위해 R version 4.0.2 프로그램을 이용하였다. 모든 분석에는 표적 인구를 대표할 수 있도록 2017년 의료패널조사 가중치를 부여하였다. 구체적인 분석 방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 인구사회학적 특성 및 주요 변수들의 일반적 특성을 파악하기 위하여 빈도 분석과 기술통계분석을 실시하였다. 전체 연구대상자, 남성, 여성을 각각 대상으로 수행하였으며 그 결과를 비교하였다.

둘째, 연구대상자의 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료 경험의 차이를 파악하기 위해 카이제곱검정을 실시하였다.

셋째, 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료경험 관계에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 전체 대상자를 대상으로 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 독립변수는 성별과 의료보장유형이다. 성별은 남과 여로, 의료보장유형은 직장건강보험, 지역건강보험, 의료급여1종, 의료급여2종, 차상위경감대상으로 분류하였다. 통제변수는 소인요인, 가능요인, 필요요인 세 가지 범주로 구성된다.

$$\log\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 SEX_i + \beta_2 NHI_i + \beta_3 X_i + \beta_4 Y_i + \beta_5 Z_i + \epsilon$$

P_i = 미충족의료 발생

SEX_i = 성별(남성, 여성)

NHI_i = 의료보장유형 (직장건강보험, 지역건강보험, 의료급여1종, 의료급여2종, 차상위경감대상)

X_i = 소인요인

Y_i = 가능요인

Z_i = 필요요인

넷째, 성별에 따른 차이를 파악하고자 각각 성별을 구분하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 이를 통해 여성과 남성에서 미충족의료를 경험할 확률에 영향을 미치는 요인이 차이가 있는지 파악하였다.

$$\text{남성: } \log\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 NHI_i + \beta_2 X_i + \beta_3 Y_i + \beta_4 Z_i + \epsilon$$

$$\text{여성: } \log\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 NHI_i + \beta_2 X_i + \beta_3 Y_i + \beta_4 Z_i + \epsilon$$

P_i = 미충족의료 발생

NHI_i = 의료보장유형 (직장건강보험, 지역건강보험, 의료급여1종, 의료급여2종, 차상위경감대상)

X_i = 소인요인

Y_i = 가능요인

Z_i = 필요요인

다섯째, 의료보장유형이 성별 간 미충족의료에 미치는 영향을 통계적으로 유의하게 조절하는지 확인하고자 조절효과 분석을 실시하였다.

다중회귀분석에서 독립변수 간의 상관관계가 존재할 때 다중공선성 문제가 발생할 가능성이 있다. 따라서 가설 검증 전 다중공선성의 문제를 진단하기 위하여 분산팽창인자(Variation Inflation Factor: VIF)를 산출하였다. 일반적으로 VIF값은 10이상인 경우 다중공선성이 있다고 판

단되나 본 연구에서는 모든 회귀식에서 VIF값이 4미만으로 다중공선성이 존재하지 않음을 확인하였다.

또한, 회귀모형의 적합성을 확인하기 위하여 카이제곱검정 (Model chi-square test)과 Hosmer-Lemeshow 적합도 검정을 실시하였다. Hosmer-Lemeshow 적합도 검정은 예측한 모형과 실제 모형 간에 차이가 있는지 여부를 판단하여 모형의 적합성을 판단하는 것으로, 예측한 모형과 실제 모형 간 차이가 없어야 실제 모형을 잘 예측했다고 볼 수 있다. 그러므로 Hosmer-Lemeshow 적합도 검정은 p-value가 0.05이상일 때 모형의 적합도가 높다고 할 수 있다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

2017년 의료패널조사에 응답한 저소득층의 특성은 <표 8>과 같다. 전체 연구 대상자 4,870명 중 여성은 2,967명으로 60.9%, 남성은 1,903명으로 39.1%로 나타났다.

전체 집단에서 미충족의료를 경험했다고 답한 사람은 677명으로 13.9%이다. 성별에 따라 살펴본 결과 여성 중 미충족의료를 경험한 사람은 449명(15.1%), 남성 중 미충족의료를 경험한 사람은 228명(12.0%)으로 나타나 여성에서 미충족의료 경험을 한 사람의 비중이 더 컸다.

의료보장유형은 전체 대상자에서 직장가입자는 62.8%, 지역가입자 27.0%, 의료급여 1종 수급자 6.3%, 의료급여 2종 수급자 2.3%, 차상위경감대상자 1.6%로 나타났다. 성별에 따른 의료보장유형에 속한 비중은 전체 대상자와 비슷한 수준으로 나타나 성별 간에 통계적으로 유의한 차이가 있지 않았다.

연령은 전체 대상자의 경우 65세 이상이 65.4%로 가장 많고, 40세에서 64세 사이는 24.5%를 차지하였고, 20세에서 39세 사이가 10.1%로 가장 비중이 작았다. 성별로 분리하여 본 결과, 남성의 경우 65세 이상이 62.3%, 40~64세가 27.4%, 20~39세가 10.3%였다. 여성의 경우 65세 이상이 67.5%, 40~64세가 22.6%, 20~39세가 9.9%로 여성은 남성에 비하여 노인의 비율이 더 높았다.

교육수준의 경우 전체 대상자에서 초등학교 이하 졸업이 41.0%, 중학교 졸업이 24.5%, 고등학교 졸업이 25.2%, 대학교 이상이 17.1%였다. 성별로 나누어 봤을 때, 초등학교 졸업의 경우 남성은 27.0%, 여성은 50.1%로 큰 격차를 보였다. 중학교의 경우 남성은 17.9%, 여성은 15.9%로 큰 차이를 보이지 않았으나, 고등학교 졸업은 남성은 32.0%, 여성은 20.8% 이고, 대학교 이상은 남성은 23.1%, 여성은 13.2%로 여성의 교육수준이 남성에 비하여 상대적으로 낮았다.

배우자 유무의 경우 전체 대상자에서 배우자가 있는 사람이 63.1%, 없는 사람이 36.9%였다. 성별로 나누어 본 결과, 남성은 77.6%가 결혼하여 배우자가 있는 상태이고, 여성의 경우 배우자가 있는 사람이 53.9%로 남성과 비교하여 배우자가 있는 사람의 비율이 낮았다.

경제활동의 경우 전체의 54.4%가 경제활동을 하고 있지 않은 상태라고 답하였다. 임금근로자는 25.8%, 고용주 또는 자영업자가 14.6%였으며, 무급가족종사자는 5.3%였다. 성별로 나누어 보았을 때, 남성은 경제활동을 하고 있지 않은 자가 44.4%, 여성은 60.8%였다. 임금근로자는 남성은 28.8%, 여성은 23.8%로 다소 격차가 존재하였다. 고용주 및 자영업자는 남성은 25.4%, 여성은 7.6%로 큰 차이가 있었으며, 무급가족종사자는 남성의 경우 1.4%, 여성은 7.8%였다.

가구원 수는 1인 가구 23.0%, 2인 가구 44.1%, 3인 가구 14.1%, 4인 가구 11.9%, 5인 이상이 7.0%였다. 가구원 수는 성별 간 유의한 차이를 보였는데 남성의 경우 1인 가구는 11.6%인 반면 여성은 30.3%로 많은 비중을 차지하였다. 2인 가구는 남성은 52.0%로 가장 많은 비중을

차지하는 가구 형태였고, 여성은 39.0%에 그쳤다. 3인 이상의 가구는 남성과 여성의 차이가 전체 비중과 비슷하였다.

소득은 가구균등화소득을 기준으로 한 연간 가구 총 소득분위를 활용하였다. 성별로 나누어 보았을 때, 남성에서 4분위가 차지하는 비율은 31.7%, 3분위 28.8%, 2분위 22.7%, 1분위 16.7%였고, 여성은 4분위 26.9%, 3분위 25.8%, 2분위 24.9%, 1분위 22.4%였다.

민간보험 가입 유형은 전체 대상자에서 가입하지 않은 사람이 44.4%였고, 정액형에 가입한 사람은 27.0%, 실손형은 5.0%, 정액과 실손형 혼합으로 가입한 사람은 13.0%였다. 성별로 나누었을 때 가입하지 않은 남성은 47.2%, 여성은 42.5%로 남성에서 가입하지 않은 비율이 높았다. 정액형은 남성이 35.5%, 여성은 38.9%, 실손형은 남성 4.2%, 여성은 5.5%였다. 혼합형은 여성과 남성 모두 13.0%였다.

거주지는 광역시 이상에서 사는 사람이 전체의 62.9%였다. 남성은 61.4% 여성은 63.8%로 통계적으로 유의한 차이가 아니었다.

주관적 건강은 전체 응답자에서 좋다고 답한 사람이 전체의 72.2%이었고 나쁘다고 답한 사람이 27.8%였다. 성별로 나눠봤을 때 주관적 건강이 좋다고 답한 남성은 77.6%, 여성은 68.8%로 남성에서 주관적 건강이 좋다고 보고할 확률이 높았다.

장애 여부의 경우 전체 응답자에서 장애가 있다고 응답한 사람의 비율은 12.7%였고, 남성은 15.2%, 여성은 11.1%였다.

만성질환의 경우 하나라도 있는 비율은 전체의 80.0%이고, 남성의 경우 76.6%, 여성은 82.1%로 여성에서 만성질환 보유율이 높았다.

응급서비스는 전체 응답자 중 10.1%가 경험하였으며, 남성과 여성의 경우 경험 비율이 10.1%였고 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 입원서비스는 전체 18.6%가 경험하였으며 남성은 16.7%, 여성은 19.9%로 여성이 입원서비스를 이용한 비율이 높았다. 외래서비스는 전체의 94.4%가 이용하였는데 남성은 91.0%, 여성은 96.6%로 여성의 외래이용률이 높았다.

이상 연구대상자의 일반적 특성을 종합한 결과, 연구대상자의 미충족 의료 경험률은 14%이고, 여성이 남성보다 미충족의료를 경험할 확률이 높았다. 의료보장유형은 직장건강보험에 속해 있는 사람이 가장 많으며, 연령은 65세 이상의 비중이 65% 이상이었다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하가 가장 많으며, 배우자가 있는 사람이 많고, 경제활동을 안 하고 있는 사람의 비중이 크며, 가구원 수는 2인이 가장 많았다. 소득은 3, 4분위인 사람의 비중이 컸고, 민간 보험은 가입하지 않은 사람이 많았으며 거주지는 광역시 이상에서 사는 사람의 비중이 컸다. 주관적 건강은 좋은 사람, 장애가 없는 사람, 만성질환이 있는 사람의 비중이 컸다. 의료서비스 이용의 경우 응급서비스와 입원서비스는 이용하지 않은 사람, 외래서비스는 이용한 사람의 비중이 컸다.

성별에 따라 살펴보면 여성의 미충족의료경험이 더 많았다. 의료서비스를 이용하기 전 가지고 있는 고유한 특성인 소인요인에서 여성은 남성에게 비해 노인층이 많았고, 여성의 교육수준은 초등학교 이하 졸업이 50.1%인 반면, 남성은 27.0%로 성별 간 교육수준의 격차가 큼을 확인하였다. 또한 여성은 배우자가 없을 확률이 높았고, 경제활동을 하지 않고 있는 사람이 많았다. 가구원수는 남성과 여성 모두 2인이 가장 많았으나 남성은 그 비율이 52.0%이고 여성은 39.0%로 격차가 컸다.

의료서비스를 이용할 수 있는 수단과 능력인 가능요인의 경우 남성은 소득수준이 높은 사람의 비중이 높았으나, 여성은 소득 분위 간 고르게 분포하였다. 민간 보험은 여성이 더 많이 가입하였다.

의료서비스를 이용하는 가장 직접적인 원인인 필요요인에서 여성은 주관적 건강이 나쁘고, 만성질환을 앓고 있는 사람의 비중이 컸고, 남성은 장애를 가지고 있는 사람의 비중이 컸다. 의료서비스는 입원과 외래에서 여성이 더 많은 이용을 하는 것으로 나타났다.

<표 8> 연구대상자의 일반적 특성

구분		전체 (N=4,870) 빈도(%)	남성 (N=1,903) 빈도(%)	여성 (N=2,967) 빈도(%)	<i>p</i>
미충족의료경험	예	677 (13.9)	228 (12.0)	449 (15.1)	0.002
	아니오	4,193 (86.1)	1,675 (88.0)	2,518 (84.9)	
의료보장유형	직장가입자	3,059 (62.8)	1,167 (61.3)	1,892 (63.8)	0.140
	지역가입자	1,313 (27.0)	549 (28.8)	764 (25.7)	
	의료급여1종	307 (6.3)	121 (6.4)	186 (6.3)	
	의료급여2종	114 (2.3)	40 (2.1)	74 (2.5)	
	차상위경감대상	77 (1.6)	26 (1.4)	51 (1.7)	
연령대	20-39	491 (10.1)	196 (10.3)	295 (9.9)	0.000
	40-64	1,192 (24.5)	522 (27.4)	670 (22.6)	
	65이상	3,187 (65.4)	1,185 (62.3)	2,002 (67.5)	
교육 수준	초등학교	1,999 (41.0)	514 (27.0)	1,485 (50.1)	0.000
	중학교	812 (16.7)	340 (17.9)	472 (15.9)	
	고등학교	1,226 (25.2)	609 (32.0)	617 (20.8)	
	대학교	833 (17.1)	440 (23.1)	393 (13.2)	
소인요인 배우자	있음	3,075 (63.1)	1,477 (77.6)	1,598 (53.9)	0.000
	없음	1,795 (36.9)	426 (22.4)	1,369 (46.1)	
경제 활동	하지않음	2,648 (54.4)	845 (44.4)	1,803 (60.8)	0.000
	임금근로자	1,255 (25.8)	549 (28.8)	706 (23.8)	
	고용주, 자영업자	709 (14.6)	483 (25.4)	226 (7.6)	
	무급가족종사자	258 (5.3)	26 (1.4)	232 (7.8)	
가구원수	1인	1,118 (23.0)	220 (11.6)	898 (30.3)	0.000
	2인	2,147 (44.1)	990 (52.0)	1,157 (39.0)	

		3인	686 (14.1)	295 (15.5)	391 (13.2)	
		4인	580 (11.9)	254 (13.3)	326 (11.0)	
		5인 이상	339 (7.0)	144 (7.6)	195 (6.6)	
가능요인	소득	4분위	1,401 (28.8)	604 (31.7)	797 (26.9)	0.000
		3분위	1,315 (27.0)	549 (28.8)	766 (25.8)	
		2분위	1,170 (24.0)	432 (22.7)	738 (24.9)	
		1분위	984 (20.2)	318 (16.7)	666 (22.4)	
		가입안함	2,161 (44.4)	899 (47.2)	1,262 (42.5)	
	민간보험	정액	1,831 (37.6)	676 (35.5)	1,155 (38.9)	0.004
		실손	243 (5.0)	80 (4.2)	163 (5.5)	
		혼합	635 (13.0)	248 (13.0)	387 (13.0)	
	거주지	광역시 이상	3,061 (62.9)	1,169 (61.4)	1,892 (63.8)	0.106
		광역시 이하	1,809 (37.1)	734 (38.6)	1,075 (36.2)	
필요요인	주관적	좋음	3,516 (72.2)	1,476 (77.6)	2,040 (68.8)	0.000
		나쁨	1,354 (27.8)	427 (22.4)	927 (31.2)	
	장애	없음	4,252 (87.3)	1,613 (84.8)	2,639 (88.9)	0.000
		있음	618 (12.7)	290 (15.2)	328 (11.1)	
	만성	없음	976 (20.0)	446 (23.4)	530 (17.9)	0.000
		질환	있음	3,894 (80.0)	1,457 (76.6)	
	응급	이용함	494 (10.1)	193 (10.1)	301 (10.1)	1.000
		서비스	안함	4,376 (89.9)	1,710 (89.9)	
	입원	이용함	908 (18.6)	317 (16.7)	591 (19.9)	0.005
		서비스	안함	3,962 (81.4)	1,586 (83.3)	
외래	이용함	4,597 (94.4)	1,731 (91.0)	2,866 (96.6)	0.000	
	서비스	안함	273 (5.6)	172 (9.0)		101 (3.4)

2. 미충족의료경험에 따른 일반적 특성의 차이

연구대상자의 성별에 따른 미충족의료경험의 차이를 검증하기 위하여 연구 대상자 전체와 남성과 여성을 구분하여 카이제곱검정(X^2)을 실시하였다. 분석결과는 <표 9>와 같다.

카이제곱검정은 기대 도수가 작은 범주가 있으면 영가설이 사실이라도 X^2 은 카이제곱분포를 따르지 않을 수 있음을 주의하여야 한다(원성호 & 김호, 2017). 카이제곱검정을 하기 전 이를 확인해본 결과, 기대도수의 값이 5미만인 셀이 하나로 25%를 넘지 않아 카이제곱검정을 실시해도 괜찮다고 판단하였다.

분석 결과, 저소득 남성은 의료보장유형, 연령, 배우자 유무, 가구원 수, 소득, 주관적 건강 상태에 따라 미충족의료경험 여부에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 저소득 여성은 의료보장유형, 교육수준, 배우자 유무, 경제활동유형, 가구원 수, 소득, 주관적 건강, 장애 여부에 따라 미충족의료 경험에 유의한 차이가 있었다.

주요 변수인 의료보장유형의 결과를 보면, 저소득 남성은 차상위 경감대상자의 미충족의료경험이 30.8%로 가장 높았으며, 급여1종(22.3%), 급여2종(17.5%), 지역가입자(12.4%), 직장가입자(10.1%) 순으로 미충족의료 경험 확률이 낮았다. 여성도 마찬가지로 차상위 경감대상자의 미충족의료경험이 29.4%로 가장 높았으며, 급여1종(23.1%), 급여2종(16.2%), 지역가입자(17.5%), 직장가입자(12.9%) 순으로 미충족의료 경험 확률이 낮았다.

그 외 일반적 특성의 경우 저소득 남성은 65세 이하, 배우자가 없는 사람, 경제활동을 하지 않는 사람, 소득이 1분위인 사람, 주관적 건강이 나쁜 사람이 미충족의료를 더 많이 경험했다. 저소득 여성은 교육수준이 미충족의료경험에 유의한 차이를 주는 것으로 나타났는데, 고등학교 졸업인 사람, 배우자가 없는 사람, 임금근로자이고, 1인 가구이며, 소득이 1분위인 사람, 주관적 건강이 나쁜 사람, 장애가 있는 사람이 미충족의료 경험률이 더 높았다. 남녀 모두 민간보험 가입 유형, 거주지, 만성질환 여부, 응급, 입원, 외래 서비스 이용에 따른 미충족의료 경험은 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

<표 9> 미충족의료경험에 따른 일반적 특성의 차이

구분	남성 (N=1,903)				p	여성 (N=2,967)				p
	유 (%) (N=228)	무 (%) (N=1,675)	유 (%) (N=449)	무 (%) (N=2,518)						
의료보장 유형	직장가입자	118 (10.1)	1,049 (89.9)	0.000	245 (12.9)	1,647 (87.1)	0.000			
	지역가입자	68 (12.4)	481 (87.6)		134 (17.5)	630 (82.5)				
	의료급여1종	27 (22.3)	94 (77.7)		43 (23.1)	143 (76.9)				
	의료급여2종	7 (17.5)	33 (82.5)		12 (16.2)	62 (83.8)				
	차상위경감대상	8 (30.8)	18 (69.2)		15 (29.4)	36 (70.6)				
연령대	20-39	30 (15.3)	166 (84.7)	0.001	44 (14.9)	251 (85.1)	0.497			
	40-64	81 (15.5)	441 (84.5)		111 (16.6)	559 (83.4)				
	65이상	117 (9.9)	1,068 (90.1)		294 (14.7)	1,708 (85.3)				
교육 수준	초등학교	67 (13.0)	447 (87.0)	0.120	238 (16.0)	1,247 (84.0)	0.012			
	중학교	28 (8.2)	312 (91.8)		50 (10.6)	422 (89.4)				
	고등학교	80 (13.1)	529 (86.9)		106 (17.2)	511 (82.8)				
	대학교	53 (12.0)	387 (88.0)		55 (14.0)	338 (86.0)				
소인 요인 배우자	있음	157 (10.6)	1,320 (89.4)	0.001	197 (12.3)	1,401 (87.7)	0.000			
	없음	71 (16.7)	355 (83.3)		252 (18.4)	1,117 (81.6)				
경제 활동	하지않음	111 (13.1)	734 (86.9)	0.123	261 (14.5)	1,542 (85.5)	0.005			
	임금근로자	70 (12.8)	479 (87.2)		127 (18.0)	579 (82.0)				
	고용주, 자영업자	46 (9.5)	437 (90.5)		40 (17.7)	186 (82.3)				
	무급가족종사자	1 (3.8)	25 (96.2)		21 (9.1)	211 (90.9)				
가구원수	1인	34 (15.5)	186 (84.5)	0.001	176 (19.6)	722 (80.4)	0.000			
	2인	89 (9.0)	901 (91.0)		128 (11.1)	1,029 (88.9)				
	3인	44 (14.9)	251 (85.1)		65 (16.6)	326 (83.4)				
	4인	35 (13.8)	219 (86.2)		53 (16.3)	273 (83.7)				

가 능 요 인		5인 이상	26 (18.1)	118 (81.9)		27 (13.8)	168 (86.2)	
	소득	4분위	63 (10.4)	541 (89.6)	0.000	95 (11.9)	702 (88.1)	0.000
		3분위	64 (11.7)	485 (88.3)		110 (14.4)	656 (85.6)	
		2분위	40 (9.3)	392 (90.7)		105 (14.2)	633 (85.8)	
		1분위	61 (19.2)	257 (80.8)		139 (20.9)	527 (79.1)	
	민간 보험	가입안함	114 (12.7)	785 (87.3)	0.263	210 (16.6)	1,052 (83.4)	0.219
		정액	69 (10.2)	607 (89.8)		162 (14.0)	993 (86.0)	
		실손	9 (11.3)	71 (88.8)		20 (12.3)	143 (87.7)	
		혼합	36 (14.5)	212 (85.5)		57 (14.7)	330 (85.3)	
	거주지	광역시 이상	135 (11.5)	1,034 (88.5)	0.509	277 (14.6)	1,615 (85.4)	0.347
광역시 이하		93 (12.7)	641 (87.3)		172 (16.0)	903 (84.0)		
필 요 요 인	주관적 건강	좋음	148 (10.0)	1,328 (90.0)	0.000	250 (12.3)	1,790 (87.7)	0.000
		나쁨	80 (18.7)	347 (81.3)		199 (21.5)	728 (78.5)	
	장애 여부	없음	188 (11.7)	1,425 (88.3)	0.350	381 (14.4)	2,258 (85.6)	0.004
		있음	40 (13.8)	250 (86.2)		68 (20.7)	260 (79.3)	
	만성 질환	없음	47 (10.5)	399 (89.5)	0.323	75 (14.2)	455 (85.8)	0.529
		있음	181 (12.4)	1,276 (87.6)		374 (15.3)	2,063 (84.7)	
	응급 서비스	이용함	20 (10.4)	173 (89.6)	0.540	53 (17.6)	248 (82.4)	0.238
		안함	208 (12.2)	1,502 (87.8)		396 (14.9)	2,270 (85.1)	
	입원 서비스	이용함	37 (11.7)	280 (88.3)	0.928	89 (15.1)	502 (84.9)	1.000
		안함	191 (12.0)	1,395 (88.0)		360 (15.2)	2,016 (84.8)	
외래 서비스	이용함	202 (11.7)	1,529 (88.3)	0.228	436 (15.2)	2,430 (84.8)	0.614	
	안함	26 (15.1)	146 (84.9)		13 (12.9)	88 (87.1)		

3. 저소득층의 미충족의료 경험에 미치는 요인

<표 10>은 저소득층의 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료경험의 관계를 로지스틱 회귀분석을 통해 검증한 결과이다.

분석 결과, 성별과 의료보장유형은 미충족의료 경험 여부에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 여성은 남성 대비 미충족의료를 경험할 가능성이 1.36배 높았다. 의료보장유형은 직장가입자를 준거집단으로 할 때, 지역가입자는 미충족의료를 경험할 가능성이 1.33배 높았다. 의료급여 1종 수급자와 차상위경감대상자는 유의수준 0.1수준에서 직장가입자보다 미충족의료를 경험할 가능성이 각각 1.33배, 1.64배 높았다.

소인요인에서는 연령, 교육수준, 배우자 유무, 경제활동 유형, 가구원 수 모두 미충족의료에 유의한 영향을 미쳤다. 65세 이상은 20~39세보다 미충족의료를 경험하지 않을 확률이 1.33배 높았다(OR=0.67). 중학교 졸업자는 초등학교 졸업자보다 미충족의료를 경험하지 않을 확률이 1.37배 높았다(OR=0.63). 배우자가 있는 사람은 배우자가 없는 사람에 비하여 미충족의료를 경험할 가능성이 1.21(p<0.1)배 높았다. 경제활동 유형에서는 경제활동을 하지 않는 사람에 비하여 임금근로자의 경우 1.42배, 고용주 및 자영업자는 1.33배 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 가구원 수에 따라 살펴보았을 때는 1인 가구에 비하여 3인 가구가 미충족의료를 경험할 가능성이 1.27(p<0.1)배 높았다.

가능요인에서 소득 분위, 민간보험 가입 여부, 거주지가 모두 미충족의료 경험에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 소득 분위는 4분위에 비하여 1분위는 미충족의료를 경험할 가능성이 1.79배 높았다. 민간보험은 가입하지 않은 사람에 비하여 정액으로 가입한 사람이 미충족의

료를 경험하지 않을 확률이 1.18배 높았다(OR=0.82). 거주지의 경우 광역시 이하에서 사는 사람이 광역시 이상에서 사는 사람에 비하여 미충족의료를 경험할 가능성이 1.23배 높았다.

필요요인에서는 주관적건강과 만성질환이 미충족의료에 유의한 결과를 보였다. 주관적건강이 나쁘다고 답한 사람은 좋다고 답한 사람에 비하여 미충족의료를 경험할 확률이 1.94배로 높았다. 만성질환의 경우 하나라도 있다고 답한 사람이 없는 사람에 비해 미충족의료를 경험할 가능성이 1.22($p<0.1$)배 높았다. 장애 여부, 응급실 이용 여부, 입원 여부, 외래이용 여부는 미충족의료에 유의하지 않은 변수였다.

<표 10> 저소득층의 미충족의료 경험에 미치는 요인

변수		저소득층 (N=4,870)	
		OR	CI
성별	(Ref. 남성) 여성	1.23*	(1.03-1.48)
의료보장유형 (Ref. 직장)	지역가입자	1.36**	(1.13-1.64)
	의료급여1종	1.33#	(0.96-1.85)
	의료급여2종	1.00	(0.63-1.58)
	차상위경감대상	1.64#	(0.98-2.75)
연령대 (Ref. 20-39)	40-64	0.99	(0.75-1.31)
	65이상	0.67*	(0.47-0.94)
	교육수준 (Ref. 초등학교)	중학교	0.63**
	고등학교	1.05	(0.83-1.34)
	대학교	0.85	(0.63-1.15)
소인 요인	배우자 유무 (Ref. 없음)	있음	1.21# (0.99-1.47)
	경제활동 (Ref. 하지않음)	임금근로자	1.42*** (1.15-1.74)
		고용주 및 자영업자	1.33* (1.02-1.75)
		무급가족종사자	0.87 (0.55-1.37)
가 능 요 인	가구원수 (Ref. 1인)	2인	0.81 (0.63-1.04)
		3인	1.27# (0.96-1.67)
		4인	1.10 (0.80-1.50)
		5인 이상	1.24 (0.87-1.77)
가 능 요 인	소득 분위 (Ref. 4분위)	3분위	1.08 (0.87-1.34)
		2분위	1.13 (0.88-1.44)
		1분위	1.79*** (1.36-2.35)
	민간보험 (Ref. 비가입)	정액	0.82# (0.67-1.00)
	실손	0.83 (0.56-1.21)	
	혼합	1.04 (0.81-1.34)	
	거주지 (Ref. 광역시 이상)	광역시 이하	1.23* (1.05-1.45)
필 요 요 인	주관적 건강	(Ref. 좋음)나쁨	1.94*** (1.60-2.34)
	장애 여부	(Ref. 없음)있음	1.08 (0.84-1.39)
	만성질환	(Ref. 없음)있음	1.22# (0.97-1.53)
	응급실 이용	(Ref. 없음)있음	0.95 (0.71-1.28)
	입원	(Ref. 없음)있음	1.10 (0.87-1.39)
	외래 이용	(Ref. 없음)있음	0.86 (0.62-1.19)
X2		156.760***	
Hosmer and Lemeshow Goodness-of Fit Test		13.007	

#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

4. 저소득 여성의 미충족의료 경험에 미치는 요인

<표 11>은 저소득 여성의 의료보장유형에 따른 미충족의료경험의 관계를 로지스틱 회귀분석을 통해 검증한 결과이다.

분석 결과, 의료보장유형은 미충족의료 경험 여부에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 지역가입자는 직장가입자에 비하여 미충족의료를 경험할 가능성이 1.57배 높았다.

소인요인에서는 교육수준과 경제활동 유형이 미충족의료에 유의한 영향을 미쳤다. 중학교 졸업자는 초등학교 졸업자보다 미충족의료를 경험하지 않을 확률이 1.37배 높았다(OR=0.63). 경제활동 유형에서는 경제활동을 하지 않는 사람에 비하여 임금근로자의 경우 1.68배, 고용주 및 자영업자는 1.63배 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 연령, 배우자 유무, 가구원 수는 유의한 영향을 미치지 않았다.

가능요인에서 소득 분위가 미충족의료 경험에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 소득 분위는 4분위에 비하여 1분위인 여성이 미충족의료를 경험할 가능성이 1.65배 높았다. 민간보험 가입 여부와 거주지는 미충족의료 경험에 유의한 영향을 미치지 않았다.

필요요인에서는 주관적 건강과 장애 여부가 미충족의료에 유의한 결과를 보였다. 주관적 건강이 나쁘다고 답한 사람은 좋다고 답한 사람에 비하여 미충족의료를 경험할 확률이 1.88배로 높았다. 장애 여부의 경우 장애가 있는 사람이 없는 사람에 비하여 미충족의료를 경험할 가능성이 1.32($p<0.1$)배 높았다. 만성질환유무와 응급실, 입원, 외래 서비스의 의료이용 여부는 유의한 영향을 미치지 않았다.

<표 11> 저소득 여성의 미충족의료 경험에 미치는 요인

변수		저소득층 (N=2,967)		
		OR	CI	
의료보장유형 (Ref. 직장)	지역가입자	1.57***	(1.24-1.97)	
	의료급여1종	1.35	(0.89-2.05)	
	의료급여2종	1.09	(0.62-1.92)	
	차상위경감대상	1.56	(0.82-2.96)	
연령대 (Ref. 20-39)	40-64	1.11	(0.78-1.59)	
	65이상	0.98	(0.62-1.53)	
	교육수준 (Ref. 초등학교)	중학교	0.67*	(0.47-0.98)
		고등학교	1.26	(0.92-1.73)
대학교		1.14	(0.76-1.71)	
소인 요인	배우자 유무 (Ref. 없음)	있음	1.23 (0.96-1.58)	
	경제활동 (Ref. 하지않음)	임금근로자	1.68***	(1.3-2.17)
		고용주 및 자영업자	1.63*	(1.12-2.38)
		무급가족종사자	1.24	(0.77-1.99)
가구원수 (Ref. 1인)	2인	0.8	(0.59-1.09)	
	3인	1.17	(0.84-1.64)	
	4인	1.03	(0.7-1.5)	
	5인 이상	0.96	(0.61-1.5)	
소득 분위 (Ref. 4분위)	3분위	1.14	(0.86-1.5)	
	2분위	1.16	(0.86-1.58)	
	1분위	1.65**	(1.17-2.33)	
	가능 요인	민간보험 (Ref. 비가입)	정액	0.86 (0.67-1.11)
실손		0.73	(0.46-1.17)	
혼합		0.86	(0.62-1.2)	
거주지 (Ref. 광역시 이상)	광역시 이하	1.16	(0.95-1.43)	
필요 요인	주관적 건강 (Ref. 좋음)	나쁨	1.88***	(1.49-2.37)
	장애 여부 (Ref. 없음)	있음	1.32#	(0.96-1.83)
	만성질환 (Ref. 없음)	있음	0.87	(0.65-1.16)
	응급실 이용 (Ref. 없음)	있음	0.91	(0.63-1.3)
	입원 (Ref. 없음)	있음	1.06	(0.8-1.4)
	외래 이용 (Ref. 없음)	있음	0.65	(0.38-1.09)
X2		91.988***		
Hosmer and Lemeshow Goodness-of Fit Test		20.733**		

#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

5. 저소득 남성의 미충족의료 경험에 미치는 요인

<표 12>는 저소득 남성의 의료보장유형에 따른 미충족의료경험의 관계를 로지스틱 회귀분석을 통해 검증한 결과이다. 분석 결과, 의료보장 유형은 미충족의료 경험 여부에 유의한 영향을 미치지 않았다.

소인요인에서는 연령, 교육수준, 경제활동 유형, 가구원 수가 미충족의료에 유의한 영향을 미쳤다. 65세 이상은 20~39세보다 미충족의료를 경험하지 않을 확률이 1.57배 높았다(OR=0.43). 중학교 졸업자는 초등학교 졸업자보다 미충족의료를 경험하지 않을 확률이 0.491배 낮았고(OR=0.51), 대학교 졸업자는 0.56배 낮았다(OR=0.56). 경제활동 유형에서는 경제활동을 하지 않는 사람에 비하여 무급가족종사자가 미충족의료를 경험할 가능성이 0.11배 낮았다. 가구원 수에 따라 살펴보았을 때는 1인 가구에 비하여 3인 가구가 미충족의료를 경험할 가능성이 1.65($p<0.1$)배 높았고, 5인 이상은 2.06배 높았다.

가능요인에서 소득 분위, 민간보험 가입여부, 거주지가 모두 미충족의료 경험에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 소득 분위는 4분위에 비하여 1분위는 미충족의료를 경험할 가능성이 2.06배 높았다. 민간보험은 가입하지 않은 사람에 비하여 정액으로 가입한 사람이 미충족의료를 경험할 가능성이 0.72($p<0.1$)배 낮았다. 거주지의 경우 광역시 이하에서 사는 사람이 광역시 이상에서 사는 사람에 비하여 미충족의료를 경험할 가능성이 1.37배 높았다.

필요요인에서는 주관적건강과 만성질환이 미충족의료에 유의한 영향을 미쳤다. 주관적건강이 나쁘다고 답한 사람은 좋다고 답한 사람에 비하여 미충족의료를 경험할 확률이 2.13배로 높았다. 만성질환의 경우 하

나라도 있다고 답한 사람이 없는 사람에 비해 미충족의료를 경험할 가능성이 1.97배 높았다. 장애 여부, 응급실 이용 여부, 입원 여부, 외래이용 여부는 미충족의료에 유의하지 않은 변수였다.

<표 12> 저소득 남성의 미충족의료 경험에 미치는 요인

변수		저소득층 (N=2,967)		
		OR	CI	
의료보장유형 (Ref. 직장)	지역가입자	1.10	(0.78-1.55)	
	의료급여1종	1.39	(0.77-2.52)	
	의료급여2종	0.98	(0.42-2.29)	
	차상위경감대상	1.64	(0.64-4.17)	
연령대 (Ref. 20-39)	40-64	0.94	(0.57-1.56)	
	65이상	0.43**	(0.23-0.81)	
	교육수준 (Ref. 초등학교)	중학교	0.51*	(0.3-0.85)
	고등학교	0.77	(0.51-1.18)	
	대학교	0.56*	(0.34-0.93)	
소인 요인	배우자 유무 (Ref. 없음)	있음	1.23	(0.81-1.85)
	경제활동 (Ref. 하지않음)	임금근로자	1.12	(0.75-1.68)
	고용주 및 자영업자	1.02	(0.65-1.6)	
	무급가족종사자	0.11#	(0.01-1.04)	
가구원수 (Ref. 1인)	2인	0.91	(0.54-1.53)	
	3인	1.65#	(0.95-2.86)	
	4인	1.40	(0.76-2.58)	
	5인 이상	2.06*	(1.06-4.00)	
소득 분위 (Ref. 4분위)	3분위	0.98	(0.68-1.42)	
	2분위	1.05	(0.67-1.63)	
	1분위	2.06**	(1.26-3.38)	
가능 요인	민간보험 (Ref. 비가입)	정액	0.72#	(0.50-1.03)
	실손	0.98	(0.48-2.00)	
	혼합	1.41	(0.91-2.16)	
거주지 (Ref. 광역시 이상)	광역시 이하	1.37*	(1.02-1.84)	
필요 요인	주관적 건강 (Ref. 좋음)	나쁨	2.13***	(1.48-3.05)
	장애 여부 (Ref. 없음)	있음	0.86	(0.55-1.33)
	만성질환 (Ref. 없음)	있음	1.97**	(1.31-2.95)
	응급실 이용 (Ref. 없음)	있음	0.94	(0.54-1.61)
	입원 (Ref. 없음)	있음	1.35	(0.85-2.16)
	외래 이용 (Ref. 없음)	있음	1.05	(0.66-1.66)
X2		99.912***		
Hosmer and Lemeshow Goodness-of Fit Test		4.895		

#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

6. 조절효과 분석

의료보장유형이 성별 간 미충족의료에 미치는 영향을 통계적으로 유의하게 조절하는지 확인하고자 조절효과 분석을 실시하였다. 이를 위하여 성별과 의료보장유형을 곱한 상호작용항을 회귀식에 투입하였다 <표 13>.

분석 결과, 유의수준 0.1에서 상호작용항인 성별*의료보장유형은 저소득층의 미충족의료에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 여성일수록, 지역가입자일수록 미충족의료를 더 많이 경험 하는 것으로 확인되었다.

조절효과 모형에서 의료급여 1종 수급자는 직장가입자에 비하여 미충족의료를 경험할 가능성이 1.54배 높았다. 한편, 성별은 미충족의료 경험에 독립적으로 유의한 영향을 미치지 않았다.

소인요인에서는 65세 이상인 사람, 중학교 졸업한 사람이 미충족의료를 경험하지 않을 확률이 높았고, 배우자가 있는 사람($p < 0.1$), 경제활동을 하지 않는 사람보다 임금근로자 또는 고용주 또는 자영업자인 사람, 가구원 수가 3명인 사람이 미충족의료를 경험할 확률이 높았다.

가능요인에서는 소득 1분위인 사람과 거주지가 광역시 이하인 사람이 미충족의료를 경험할 확률이 높았고, 민간보험 정액형 가입자는 미충족의료를 경험할 확률이 낮았다.

필요요인에서는 주관적건강이 나쁜 사람과 만성질환이 있는 사람이 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

<표 13> 저소득층의 미충족의료에 미치는 요인: 조절효과

변수		저소득층 (N=4,870)		
		OR	CI	
성별	(Ref. 남성) 여성	1.15	(0.9-1.46)	
의료보장유형 (Ref. 직장)	지역가입자	1.11	(0.82-1.5)	
	의료급여1종	1.54#	(0.95-2.5)	
	의료급여2종	1.16	(0.54-2.48)	
	차상위경감	1.94	(0.83-4.51)	
연령대 (Ref. 20-39)	40-64	1.00	(0.76-1.32)	
	65이상	0.66*	(0.47-0.93)	
교육수준 (Ref. 초등학교)	중학교	0.62**	(0.46-0.83)	
	고등학교	1.03	(0.81-1.31)	
	대학교	0.84	(0.62-1.14)	
소인 요인	배우자 유무 (Ref. 없음)있음	1.21#	(0.99-1.48)	
	경제활동 (Ref. 하지않음)	임금근로자	1.42***	(1.15-1.75)
	고용주 및 자영업자	1.37*	(1.04-1.8)	
	무급가족종사자	0.86	(0.55-1.36)	
가구원수 (Ref. 1인)	2인	0.81	(0.63-1.05)	
	3인	1.27#	(0.96-1.67)	
	4인	1.11	(0.81-1.51)	
	5인 이상	1.24	(0.87-1.77)	
소득 분위 (Ref. 4분위)	3분위	1.08	(0.87-1.34)	
	2분위	1.13	(0.89-1.45)	
	1분위	1.80***	(1.37-2.38)	
가 능 요 인	민간보험 (Ref. 비가입)	정액	0.82#	(0.67-1)
	실손	0.82	(0.56-1.2)	
	혼합	1.05	(0.81-1.35)	
거주지 (Ref. 광역시이상)	광역시 이하	1.23*	(1.05-1.46)	
필 요 요 인	주관적 건강 (Ref. 좋음)나쁨	1.93***	(1.6-2.34)	
	장애 여부 (Ref. 없음)있음	1.06	(0.83-1.37)	
	만성질환 (Ref. 없음)있음	1.22#	(0.97-1.54)	
	응급실 이용 (Ref. 없음)있음	0.95	(0.71-1.27)	
	입원 (Ref. 없음)있음	1.1	(0.87-1.39)	
	외래 이용 (Ref. 없음)있음	0.87	(0.63-1.21)	
상호작용항 Ref.(성별*직장가입자)	성별*지역가입자	1.39#	(0.96-2.01)	
	성별*의료급여1종	0.77	(0.42-1.4)	
	성별*의료급여2종	0.8	(0.32-2.03)	
	성별*차상위경감	0.77	(0.27-2.21)	
X2		161.046***		
Hosmer and Lemeshow Test		17.739*		

#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

V. 결론 및 고찰

1. 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 2017년 한국의료패널 데이터를 이용하여 저소득층의 성별과 의료보장제도 유형에 따른 미충족의료 경험 발생을 비교하고 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 그리고 성별에 따라 의료보장제도가 미충족의료에 미치는 차이가 있는지 비교하였으며 조절효과가 있는지 확인하였다.

이를 살펴보기에 앞서 저소득층의 특성을 파악하기 위하여 저소득층과 전체응답자의 특성과 저소득 내에 성별 간 특성의 차이를 기술통계로 비교하여 보았다.

본 연구 대상인 저소득층 응답자는 전체 응답자의 특성과 비교하여 차이를 보였다<표 8>, <부록표 1>. 전체 응답자에서 여성과 남성의 비율은 각각 43.9%, 56.1%이었고, 저소득층에서는 여성과 남성의 비율은 각각 60.9%, 39.1%로 나타나 저소득에서 여성의 비율이 더 높았다. 또한 전체 응답자는 노인 비율이 약 35%대인 반면, 저소득층은 65세 이상의 비율이 65.0%로 고연령의 비중이 높았다. 교육수준은 전체응답자의 경우 초등학교 졸업 이하가 19.8%이고, 대학진학자는 38.9%인 반면 저소득층의 경우 초등학교 졸업 이하가 41.0%, 대학교 진학 비율이 17.1%로 교육수준의 격차가 있었다. 저소득층은 경제활동을 하지 않는 사람의 비율이 54.4%로 과반이 넘었고, 전체응답자의 경우 38.5% 수준이었다. 민간보험의 경우 저소득층의 경우 가입하지 않은 사람의 비율이 44.4%

였지만, 전체 응답자는 24.4%로 전체 응답자는 저소득층에 비하여 민간 보험 가입 비율이 높았다. 건강상태의 경우 저소득층은 전체 대상자에 비하여 주관적 건강이 나빴고, 장애를 가지고 있는 사람과 만성질환이 있는 사람의 비율이 높았으며, 입원과 외래서비스를 이용한 사람의 비율이 높았다. 이는 저소득층의 경우 여성의 비율이 높고, 고연령이며, 교육 수준이 낮으며, 경제활동을 하지 않는 사람의 비중이 높다고 보고하는 선행연구와 유사한 결과이다(김진구, 2008; 최현진, 2017).

저소득층에서 여성과 남성의 차이를 보았을 때, 저소득 여성은 저소득 남성에 비하여 전반적으로 취약한 상태로 파악되었다. 저소득 여성은 초등학교 졸업 이하가 50.1%로 교육수준이 남성에 비해 낮았으며, 배우자가 없는 비율이 46.1%로 높았고, 경제활동을 하지 않는 사람이 60.8%를 차지하였다. 1인 가구가 30.3%로 높은 비율을 차지 하였고, 소득 1분위의 비율이 22.4%였으며, 입원 및 외래서비스 이용이 높은 편이었다. 건강상태는 남성에 비하여 주관적 건강이 나쁜 사람의 비중이 크고, 만성질환이 있는 사람의 비중이 컸다. 의료이용의 경우 저소득 여성이 저소득 남성에 비하여 입원 및 외래서비스 이용을 더 많이 하였다. 저소득 남성의 초등학교 졸업 비율은 27.0%이고 대학교 진학 비율이 23.1%으로 여성에 비해 교육수준이 높았고, 배우자가 없는 비율은 22.4%로 낮았다. 경제활동을 하지 않는 사람의 비율은 44.4%이고, 고용주 및 자영업자일 비율은 28.8%였다. 남성은 여성에 비하여 소득이 높은 사람의 비중이 높았다. 남성의 경우 장애를 가지고 있는 사람이 여성에 비해 많았다. 이는 성별 간 의료접근성을 분석한 선행연구의 대상자 분석과 유사한 결과이다(나유재, 2020; 채현주 & 김미중, 2020) 전경숙 외(2010)

의 연구에서도 여성은 남성에 비하여 만성질환을 더 많이 앓고 있고, 주관적 불건강 수준이 높게 나타나 본 연구 결과와 일치하였다.

다음으로 연구 가설을 검증하기 위하여 엔더슨과 뉴먼의 보건의료이용 모형에 따라 저소득층의 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료 경험의 관계를 분석하였고, 주요 결과를 <표 14>와 <표 15>에 요약하였다.

첫째, 저소득 개인은 성별에 따라 미충족의료 경험에 차이가 존재한다. 전체응답자에서는 성별에 따라 미충족의료 경험의 차이가 없었으나 저소득층에서는 여성이 남성에 비해 미충족의료를 경험할 가능성이 1.23배 높았다. 이는 미충족의료에 영향을 미칠 것이라고 예상되는 요인을 모두 통제하였음에도 나타난 결과이며, 저소득층 중위소득 60% 이하로 설정하여 분석한 최현진(2017)의 연구의 결과와 일치한다. 이 결과는 선행연구에서 보고하였듯이 저소득 여성의 상대적 취약성을 반영하는 결과라고 볼 수 있다. 저소득 여성은 가족 내에서 경제적 자원을 본인의 건강 필요를 위해 쓰는 것이 어렵고(G. Sen & Ö stlin,2008; WHO, 2019), 고연령과 저학력 및 취약한 고용 상태에 있으며, 가사노동, 육아 및 간병 부담 등의 가족적인 부담 등이 작용하였을 가능성이 있다(Seok et al., 2007; 전경숙 et al., 2010).

저소득층의 여성과 남성의 미충족의료에 미치는 요인을 확인하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였을 때, 여성과 남성은 모두 교육수준이 높을수록 미충족의료를 경험할 가능성이 낮고, 소득이 낮고 주관적 건강이 나쁠수록 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

한편, 성별 간 다른 요인이 미충족의료 경험에 영향을 끼치고 있음을 확인하였다. 저소득 여성은 지역가입자일수록, 임금근로자 또는 고용주 및 자영업자일수록, 장애가 있을수록 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 저소득 남성의 경우 연령이 높아질수록, 무급가족 종사자일수록, 민간보험의 정액형에 가입할수록 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았으며, 함께 사는 가구원이 많아질수록, 거주지가 광역시 이하일수록, 만성 질환이 있을수록 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

주목할 만한 점은 여성의 경우 경제활동을 할수록 미충족의료를 경험할 확률이 높았고 남성의 경우 무급가족종사자를 제외하고 경제활동 유형이 미충족의료에 영향을 주지 않았다는 것이다. 우세린 외(2020)의 연구에서 남성은 정규직으로 인한 고용안정성이 미충족의료를 덜 경험하는데 영향을 주었지만, 여성의 경우 고용 안정성이 높고 소득이 높은 정규직이 비정규직에 비하여 미충족의료를 더 경험하였고 이는 여성이 경제활동과 더불어 육아 및 가사노동 등의 다중 역할을 수행해야 하기 때문이라고 해석하였다.

성별 간 미충족의료의 이유에 대해 추가로 분석한 결과, 남성은 경제적이유(43.4%), 증세 경미(25.0%), 방문시간 없어서(17.1%), 거동불편 및 건강상 이유(7.9%), 의료기관이 멀어서(1.8%)순 이었으며, 여성은 경제적이유(41.4%), 증세 경미(19.6%), 방문시간 없어서(16.7%), 거동불편 및 건강상 이유(12.7%), 의료기관이 멀어서(3.6%) 순으로 응답하였다<부록표 5>. 남성의 경우 경제적 이유와 시간여유가 주된 문제였고, 여성은 경제적 이유와 시간여유와 더불어 건강상 이유 및 거리적 접근성을 미충족의료의 원인으로 응답하였다. 그뿐만 아니라, 아이 돌볼 사람이 없어서 미충족의료를 경험한다는 사람은 여성뿐이었다. 이를 통

해 남성과 여성의 미충족의료 격차를 줄이기 위해서는 일차적으로 경제적 지원이 가장 중요하고 이와 함께 돌봄 지원 등의 복지 정책이 필요함을 알 수 있다.

둘째, 저소득층에서 의료보장유형에 따라 미충족의료 경험에 차이가 있다. 저소득층 직장가입자에 비하여 지역가입자가 미충족医료를 경험할 가능성이 높았다(OR=1.36). 또한 유의수준 0.1에서 직장가입자보다 의료급여 1종 수급자(OR=1.33)와 차상위경감대상자(OR=1.64)의 미충족의료 경험 가능성이 높았다.

국민건강보험제도는 의료보장의 역할을 할 뿐만 아니라 전체 인구의 부담능력에 따라 누진적인 방식으로 재원을 마련하기 때문에 불평등을 개선하는 대표적인 사회연대 정책이라고 할 수 있다 (김창엽 et al., 2015). 따라서 의료보장유형에 따라 의료접근성이 다르다는 것은 1)의료보장의 차원에서 국가가 사회구성원의 사회경제적위치에 상관없이 의료접근성을 보장하기 위하여 형평성 있는 자원배분 정책을 시행하고 있는가, 2)사회연대의 차원에서 자원에 대한 평등한 접근을 위하여 사회구성원 간에 위험의 공동 부담이 제대로 되고 있는가, 즉 재원조달의 형평성이 작동하고 있는가를 확인할 필요가 있음을 의미한다.

분석 결과, 저소득층 안에서 경제적 수준이 낮은 이들을 위한 제도인 의료급여 1종 수급자와 차상위경감대상자의 미충족의료 경험이 높았다. 이 두 집단은 의료 이용 시 본인부담금액을 경감받고 있음에도 불구하고 미충족의료 경험을 할 가능성이 직장가입자보다 높았다.

이는 선행연구에서 저소득층의 경우 의료급여에 비해 건강보험에서 미충족의료 발생 교차비가 높게 나타난 것(최현진, 2017)과 다른 경향

성을 보인다. 다만, 전체 인구를 대상으로 한 송경신 외(2011), 김교성 외(2012), 홍주연 외(2016), 정현우 외(2017)의 연구 결과와 일치한다. 이는 본 연구의 저소득층의 범위가 하위 40%로 일반적 저소득층 연구에서 설정하는 중위소득 60% 이하보다 더 큰 범위이기 때문에 나타난 결과라고 해석된다.

이 결과는 건강보험제도에서 의료급여 및 차상위경감대상자의 의료접근성에 대한 지원이 충분하지 않으며, 개선하기 위한 다양한 방법이 필요함을 시사한다. 그뿐만 아니라, 비급여 서비스가 많은 한국의 사정상 저소득층이 건강보험제도에서 지원하지 않는 비급여 서비스로 인하여 경제적 부담에 의해 치료를 포기하는 경우는 없는지, 경제적 이유 외 접근성에 대한 장애물은 없는지, 또는 요양기관에서 의료급여 수급자 및 차상위계층을 향한 차별로 인한 접근의 어려움은 없는지 추가적인 파악이 필요하다.

또한 분석 결과, 저소득층에서 직장가입자에 비하여 지역가입자의 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다(OR=1.36). 이 결과는 저소득층을 대상으로 한 김진구(2008), 김교성과 이현옥(2012)의 연구결과와 일치한다. 지역가입자와 직장가입자 간의 미충족의료의 차이에 대해서는 같은 지불능력에서 같은 지불을 하는 수평적 형평성이 잘 이루어지고 있는지 파악이 필요하다.

지역 간 보험료 부과 체계의 차이는 특히 저소득 지역가입자에게 부담을 지우는 것으로 여러 선행연구를 통해 알려져 있다. 홍백의 외(2012)의 연구에서는 저소득 지역가입자의 경우 생활 수준의 편차가 직장가입자에 비하여 상당히 크며 고령 은퇴, 불안정한 고용으로 인하여

부담능력이 취약하나, 소득 파악의 어려움을 이유로 인두세적 보험료를 부과하는 것은 바람직하지 않다고 하였다. 김수진과 권순만(2016)은 저소득 지역가입자의 보험료를 경감하는 개선방향을 제시했다. 따라서 직장가입자와 지역가입자의 건강보험 부담률의 형평성 문제를 해결하기 위한 정책적 개입이 필요하다.

셋째, 여성일수록, 지역가입자일수록 미충족의료를 더 많이 경험하였다. 성별 간 미충족의료경험에 대하여 의료보장제도의 조절효과를 확인한 결과, 저소득층에서 여성일수록, 지역가입자일수록 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다(OR=1.39, $p<0.1$). 또한, 여성과 남성을 나누어 로지스틱 회귀분석을 하였을 때, 저소득 여성의 경우 지역가입자가 직장가입자에 비하여 미충족의료를 경험할 가능성이 더 높은 반면(OR=1.57), 남성은 의료보장유형에 따라 미충족의료 경험이 유의하지 않았다. 이 결과는 앞서 지적했던 저소득 여성으로서의 접근성 취약 요인과 지역가입자로서의 건강보험료 부담으로 인한 이중의 부담으로 해석할 수 있다.

추가로 저소득 여성 지역가입자의 취약한 의료접근성 개선하기 위하여 자원의 배분 관점에서 급여 결정 과정에서의 성별 간 의료필요가 반영되었는지 고려할 필요가 있다. 한국에서 보장성 강화 정책은 4대 중증 질환을 중심으로 확대되었으며 성별 간 의료 필요의 차이는 조명 받지 못했다. 국민건강보험을 보험자와 여성의 입장에 따라 분석한 이미숙(2007)의 연구에 따르면 보험자의 입장에서 보험적용인구는 전 국민은 대상으로 하고, 급여 제공 시 수급자의 성별과 관계없이 동일한 규정을 적용하여 성별에 따른 차이가 없도록 제도를 적용해왔으며, 전반적으로 여성이 더 많은 급여비를 지출하므로 여성이 수급자로서 혜택을 충분히

누리는 제도라고 간주 될 수 있으나, 실제 건당 진료비 및 급여비는 남성이 더 높기 때문에 여성이 더 많은 수혜를 받는다고 보기 어렵다고 하였다. 보험료 부과 측면에서 보면, 2018년 국민건강보험료 개편 전에는 저소득층 지역가입자에 한하여 평가소득을 산정하여 보험료를 부과하였고 이 과정에서 저소득 여성의 보험료 산출 가중치를 남성에 비하여 낮게 책정하여 저소득 여성의 불리한 경제활동능력을 보정하였으나(이미숙, 2007), 현재는 이마저도 폐지되어 저소득 여성을 위한 제도적 장치는 미비하다고 볼 수 있다.

여성의 관점에서 보았을 때 국민건강보험은 제한적인 측면이 존재하였다. 여성의 건강은 노인, 아동, 장애인과 함께 취약계층으로 묶여 다루어졌으며 여성 건강의 보장성 강화 정책 또한 임신 및 출산을 중심으로 확대되었다(이미숙, 2007). 예를 들면 산모에 대한 초음파 검사는 임신성 당뇨와 함께 산모들에게 급여화가 가장 필요한 항목이었지만(이소영 & 최인선, 2016) 2016년까지 비급여 서비스였고 이 또한 여성 건강의 관점이 아니라 저출생 정책의 일환으로 2016년 대통령 직속 저출산고령사회위원회의 ‘제3차 저출산 고령사회 기본계획(2016~2020)’에서 급여화가 논의되어 건강보험에 적용되었다. 영국과 프랑스를 비롯한 다른 국가들은 산전 초음파가 모두 급여임과 비교하면 국내의 산모 초음파 급여화는 늦은 편에 속한다. 최근 ‘제 1차 국민건강보험종합계획(2019-2023)’에서도 여성을 위한 보장성 강화 정책으로는 난임 시술 시 건강보험을 적용하는 것으로 저출생 극복을 위한 임신 및 출산 위주의 정책을 벗어나지 못하고 있다.

이처럼 성별을 고려하지 않은 급여정책은 여성들에게 필요한 의료서비스를 제대로 건강보험에 적용하지 못하여 여성의 의료비부담을 과중하

게 하고, 특히 경제활동능력이 떨어지는 저소득 여성이 의료서비스를 포기하는 경우를 초래할 가능성이 있다. 따라서 급여 결정 과정에서 성별에 따른 의료필요를 고려하는 방안이 필요하다. 소득을 넘어 성별을 고려하지 않는다면 보편적 건강보장이라는 의료보장제도의 목적을 달성하기 어려울 것이다.

<표 14> 성별과 의료보장유형이 미충족의료에 미치는 영향

변수		전체	전체 조	저소득층	저소득층
		(N=13,805)	절 (N=13,805)	(N=4,870)	조절 (N=4,870)
		OR	OR	OR	OR
성별(Ref. 남성)	여성	1.08	1.02	1.23*	1.15
	지역가입자	1.17*	1.00	1.36**	1.11
의료보장유형 (Ref. 직장가입자)	의료급여1종	1.15	1.25	1.33#	1.54#
	의료급여2종	1.06	1.10	1.00	1.16
	차상위경감대상	1.54	1.69	1.64#	1.94
	성별*지역가입자		1.31*		1.39#
성별*의료보장 유형	성별*의료급여1종		0.86		0.77
	성별*의료급여2종		0.94		0.80
	성별*차상위경감		0.86		0.77

#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

<표 10>, <표 13>, <부록표 2>의 주요 결과를 재구성함

<표 15> 의료보장유형이 성별 간 미충족의료에 미치는 영향

변수		전체 (N=13,805)		저소득층 (N=4,870)	
		여성	남성	여성	남성
		OR	OR	OR	OR
의료보장유형	지역가입자	1.39***	0.9	1.57***	1.1
(Ref. 직장가입자)	의료급여1종	1.14	1.2	1.35	1.39
	의료급여2종	1.12	1	1.09	0.98
	차상위	1.57	1.53	1.56	1.64

#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

<표 11>, <표 12>, <부록표 3>의 주요 결과를 재구성함

2. 연구의 의의 및 제한점

본 연구가 가지는 한계는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 표본의 대표성이 확보된 2차 자료로 분석을 진행하였으므로 미충족의료 경험에 미치는 영향 요인에 대하여 문제의 크기를 파악하는데 적합한 방법이지만 시간적 선후 관계를 파악하기 어렵기 때문에 인과성의 결론을 내리기 어렵다.

둘째, 미충족의료 지표 자체의 한계가 있다. 의료이용의 접근성을 파악하기 위한 방법으로 본 연구에서는 미충족의료를 선택하였지만, 측정방법이 '예', '아니오', '필요없음'의 3가지 답변으로 이루어져 있어 제한이 있고 보장성의 수준을 완전히 반영한다고 보기 힘들다. 또한 개인이 인식한 주관적인 응답으로 설문하였기 때문에 과소 또는 과대의 측정 우려가 있다.

셋째, 최대한 선행 연구에 포함된 설명변수를 본 연구모형에 추가하였지만, 모형에 포함되지 않는 변수가 성별과 의료보장유형의 미충족의료에 영향을 미치는 매개변수일 가능성이 존재한다. 향후 연구에서 의료 접근성에 미치는 다양한 요인을 포함해서 분석할 필요가 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구결과에서 저소득 여성의 경우 지역가입자가 미충족의료를 경험할 확률이 높은 것으로 나타난 것은 중요한 의미를 가진다. 여성과 저소득층의 의료이용이 더 많음에도 미충족의료가 높게 나타나는 것은 보험료 부과 체계의 개선과 의료 이용 시 본인부담금의 축소, 여성의 필요에 따른 급여 보장성의 확대가 필요함을 보여주기 때문이다. 이와 관련된 후속 연구를 통하여 성별에 따라 달라지는 의료보

장유형별 미충족의료경험을 개선할 수 있는 기반을 마련하는 것이 필요하다.

참고 문헌

- 김관옥, & 신영진. (2017). 4 대 중증질환 보장성 강화 정책이 의료비에 미친 영향: 본인부담금을 중심으로. *보건사회연구*, 37(2), 452-476.
- 김교성, & 이현옥. (2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로. *사회복지정책*, 39(4), 255-279.
- 김연수, & 김혜윤. (2018). 개인의 성별이 재난적 의료비 지출 여부에 미치는 영향: 세부집단분석을 통한 젠더적 접근. *보건행정학회지*, 28(4), 369-377.
- 김진구. (2008). 저소득층의 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. *사회복지연구*, 37, 5-33.
- 김진형. (2012). *미충족 의료이용과 형평성에 영향을 미치는 요인*. 연세대학교 대학원,
- 김창엽. (2009). *건강 보장 의 이론*: 한울 아카데미.
- 김창엽, 김명희, 이태진, & 손정인. (2015). *한국의 건강 불평등*. 서울: 서울 : 서울대학교출판문화원.
- 김철희. (2003). 저소득층의 특성 및 경제활동상태 변화에 관한 연구. *占제제 4 차 한국노동패널 학술대회 논문집 0 占*, 1-21.
- 김태현. (2020). *의료급여수급자와 차상위 계층의 미충족의료 현황과 영향요인*. 한양대학교 보건대학원, 서울.
- 나유재. (2020). *노인의 가구형태에 따른 미충족의료경험*. 연세대학교 사회복지대학원, 서울.
- 류정희, 김정현, 박능후, 함영진, & 유진영. (2014). 차상위계층 지원사업 현황과 체계화방안 연구. In: 한국보건사회연구원.
- 박유경. (2019). *미충족의료 개념의 재정의와 측정*. 서울대학교 대학원,

- 박은자, 정연, 서제희, 배정은, 이나경, 김은주, ... 최건우. (2019). *2017년 한
국의료패널 기초분석보고서 (II) - 질병 이환, 만성질환, 건강 행태와
건강 수준*: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 보건복지부. (2019). 제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023).
- 석재은, 김태운, 양진운. (2007). 취약계층 여성정책의 발전방향 연구-여성 한
부모 가구주를 중심으로. *한국사회복지학회: 학술대회논문집*, 715-718.
- 손수인, 신영전, & 김창엽. (2010). 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미
치는 요인. [Factors Influencing Household Catastrophic Health
Expenditure Of The Poor]. *보건사회연구*, 30(1), 92-110.
- 송경신, 이준협, & 임국환. (2011). 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석.
[Factors Associated with Unmet Needs for Health Care]. *대한보건
연구(구 대한보건협회학술지)*, 37(1), 131-140.
- 신영전, & 손정인. (2009). 미 충족의료의 현황과 관련요인: 1 차, 2 차 한국복
지패널자료를 이용하여. *보건사회연구*, 29(1), 111-142.
- 신현웅. (2009). 의료보장 사각지대 현황 및 해소방안. *보건복지포럼*, 2009(9),
5-16.
- 신현웅, 신영석, 김진수, 황도경, & 이채은. (2008). 차상위 의료급여 건강보험
전환대상자 선정기준. In: 국민건강보험공단.
- 신현웅, 신영석, 황도경, & 윤필경. (2010). 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영
향. In: 한국보건사회연구원.
- 신혜리, 임예직, & 한기명. (2014). 과부담 의료비 지출이 미충족 의료경험에
미치는 영향: 민간의료보험 가입의 조절효과를 중심으로. *지역사회연구*,
22(3), 25-48.

- 우세린, 김귀현, 손민성, & 최만규. (2020). 고용형태별 및 성별에 따른 미충족 의료경험의 차이. [Differences in Unmet Healthcare Needs by Employment Status and Gender]. *보건사회연구*, 40(1), 592-616.
- 원성호, & 김호. (2017). *보건통계학 개론*: 경문사.
- 유창훈, & 권영대. (2020). 실손형 민간의료보험 가입의 영향요인과 실손형 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향에서 성별 차이: 한국의료패널 (2010-2016). *한국콘텐츠학회논문지*, 20(3), 92-105.
- 이미숙. (2007). 여성의 관점에서 본 국민건강보험 30년. [Investigating the 30 Years History of the National Health Insurance From Women's Perspective]. *보건과 사회과학*, 22(0), 5-35.
- 이소영, & 최인선. (2016). *임신& 출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제-임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로*: 한국보건사회연구원.
- 이소정. (2007). 현대소비사회의 빈곤분석: 저소득층의 소비패턴과 경제적 복지의 안정성을 중심으로. *서울대학교 대학원 사회복지학과 박사학위논문*.
- 이은경, 김종면, 이창우, & 성명재. (2016). 건강보험 부과체계 개편의 효과 분석 부담의 형평성 효과를 중심으로. In: 한국조세재정연구원.
- 이현옥. (2018). 4대 중증질환 보장성 정책이 환자의 의료이용과 재난적 의료비에 미친 영향 - 성향점수매칭과 이중차이분석을 활용하여. [Effect of Four Major Severe Diseases Benefit Expansion Policies on the Health Care Utilization and Catastrophic Health Expenditure]. *한국사회복지학*, 70(1), 89-116.
- 이혜재, & 허순임. (2017). 노인의 미충족 의료 경험의 결정요인-가구 유형을 중심으로. *보건경제와 정책연구*, 23(2), 85-108.
- 전경숙, 장숙량, 이선자, 이효영, 홍보경, & 김보람. (2007). 취약계층 여성의 건강증진 방안. *보건교육 건강증진학회지*, 27(3), 99-118.

- 전경숙, 최은숙, & 이효영. (2010). 의료이용의 남녀차이와 영향요인에 관한 연구. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 24(2), 182-196.
- 정현우, & 이준협. (2017). 과부담의료비 지출 경험이 경제적 이유에 의한 미충족의료 발생에 미치는 영향. *보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구)*, 23(1), 27-51.
- 채현주, & 김미중. (2020). 일인 가구의 성별에 따른 미충족 의료현황과 관련 요인. [Unmet healthcare needs and related factors according to gender differences in single-person households]. *KJWHN(여성건강간호학회지)*, 26(1), 93-103.
- 최현진. (2017). *의료보장 유형에 따른 저소득층의 과부담의료비 및 미충족 의료 발생*. 서울대학교 대학원.
- 허순임, 김미곤, 이수형, & 김수정. (2009). *미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구*: 한국보건사회연구원.
- 홍주연, & 김가중. (2016). 지역사회건강조사를 이용한 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 건강관련 삶의 질 비교 연구. *한국콘텐츠학회논문지 = The Journal of the Korea Contents Association*, 16(5), 477-487.
- Ahluwalia, M. S., Carter, N. G., & Chenery, H. B. (1979). Growth and poverty in developing countries. *Journal of Development Economics*, 6(3), 299-341. doi:https://doi.org/10.1016/0304-3878(79)90020-8
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 95-124.

- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of family practice, 49*(2), 147–147.
- Blendon, R. J., Schoen, C., DesRoches, C. M., Osborn, R., Scoles, K. L., & Zapert, K. (2002). Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs, 21*(3), 182–191.
- Buor, D. (2004). Gender and the utilisation of health services in the Ashanti Region, Ghana. *Health Policy, 69*(3), 375–388.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine, 50*(10), 1385–1401.
- Daniels, N. (2007). *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.
- Davis, K., Schoen, C., Schoenbaum, S. C., Doty, M. M., Holmgren, A. L., Kriss, J. L., & Shea, K. K. (2007). Mirror, mirror on the wall: an international update on the comparative performance of American health care. *New York: The Commonwealth Fund, 59*.
- Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med, 48*(9), 1221–1235.
doi:10.1016/s0277-9536(98)00421-3
- Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social science & medicine, 48*(9), 1221–1235.

- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. In: SciELO Public Health.
- Klein, S. L., & Flanagan, K. L. (2016). Sex differences in immune responses. *Nature Reviews Immunology*, *16*(10), 626–638.
doi:10.1038/nri.2016.90
- MacIntyre, S., & Hunt, K. (1997). Socio-economic Position, Gender and Health: How Do They Interact? *Journal of Health Psychology*, *2*(3), 315–334. doi:10.1177/135910539700200304
- OECD. (2015). *In It Together: Why Less Inequality Benefits All*.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019*.
- OECD. (2020). Unmet needs for health care: Comparing approaches and results from international surveys.
- Oliver, A., & Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *58*(8), 655–658.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, *19*(2), 127–140. doi:10.1097/00005650-198102000-00001
- Sen, A., Anand, S., & Peter, F. (2004). Why health equity. In: (pp. 21–33.): Oxford University Press.
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient: Gender Inequity in Health: why it Exists and how We Can Change it: Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.

- Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. In: Taylor & Francis.
- Springer, K. W., & Mouzon, D. M. (2011). “Macho men” and preventive health care: Implications for older men in different social classes. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 212–227.
- Verbrugge, L. M., Wingard, D. L., & Features Submission, H. C. (1987). Sex differentials in health and mortality. *Women & health*, 12(2), 103–145.
- WHO. (2009). Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO.
- WHO. (2019). *World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.

부 록

〈부록표 1〉 전체 응답자의 일반적 특성

구분		남성 (N=6,055) N(%)	여성 (N=7,750) N(%)	<i>p</i>
미충족의료	예	5428 (89.6%)	6826 (88.1%)	0.004
	아니오	627 (10.4%)	924 (11.9%)	
의료보장 유형	직장가입자	4326 (71.4%)	5588 (72.1%)	0.006
	지역가입자	1532 (25.3%)	1830 (23.6%)	
	의료급여1종	126 (2.1%)	199 (2.6%)	
	의료급여2종	43 (0.7%)	81 (1.0%)	
	차상위경감대상	28 (0.5%)	52 (0.7%)	
연령대	20-39	1192 (19.7%)	1545 (19.9%)	0.000
	40-64	2729 (45.1%)	3240 (41.8%)	
	65이상	2134 (35.2%)	2965 (38.3%)	
교육 수준	초등학교	732 (12.1%)	1997 (25.8%)	0.000
	중학교	617 (10.2%)	918 (11.8%)	
	고등학교	1949 (32.2%)	2223 (28.7%)	
	대학교	2757 (45.5%)	2612 (33.7%)	
소인 요인	배우자	있음 4629 (76.4%)	5080 (65.5%)	0.000
	경제 활동	없음 1426 (23.6%)	2670 (34.5%)	
가 능 요 인	하지않음	1541 (25.5%)	3769 (48.6%)	0.000
	임금근로자	3038 (50.2%)	2865 (37.0%)	
	고용주, 자영업자	1421 (23.5%)	639 (8.2%)	
	무급가족종사자	55 (0.9%)	477 (6.2%)	
가 능 요 인	1인	493 (8.1%)	1245 (16.1%)	0.000
	2인	1865 (30.8%)	2144 (27.7%)	
	3인	1331 (22.0%)	1502 (19.4%)	
	4인	1721 (28.4%)	1978 (25.5%)	
	5인 이상	645 (10.7%)	881 (11.4%)	
가 능 요 인	10분위	633 (10.5%)	709 (9.1%)	0.000
	9분위	729 (12.0%)	789 (10.2%)	
	8분위	705 (11.6%)	791 (10.2%)	
	7분위	728 (12.0%)	837 (10.8%)	
	6분위	641 (10.6%)	811 (10.5%)	
	5분위	716 (11.8%)	846 (10.9%)	
	4분위	604 (10.0%)	797 (10.3%)	
	3분위	549 (9.1%)	766 (9.9%)	
	2분위	432 (7.1%)	738 (9.5%)	
	1분위	318 (5.3%)	666 (8.6%)	
민간보험	가입안함	1497 (24.7%)	1865 (24.1%)	0.485
	정액	3091 (51.0%)	4000 (51.6%)	

		실손	398 (6.6%)	549 (7.1%)	
		혼합	1069 (17.7%)	1336 (17.2%)	
	거주지	광역시 이상	3582 (59.2%)	4643 (59.9%)	0.381
		광역시 이하	2473 (40.8%)	3107 (40.1%)	
필요인	주관적 건강	좋음	5351 (88.4%)	6286 (81.1%)	0.000
		나쁨	704 (11.6%)	1464 (18.9%)	
	장애 여부	없음	5599 (92.5%)	7283 (94.0%)	0.001
		있음	456 (7.5%)	467 (6.0%)	
	만성 질환	없음	2443 (40.3%)	2685 (34.6%)	0.000
		있음	3612 (59.7%)	5065 (65.4%)	
	응급 서비스	이용함	548 (9.1%)	719 (9.3%)	0.668
		안함	5507 (90.9%)	7031 (90.7%)	
	입원 서비스	이용함	723 (11.9%)	1252 (16.2%)	0.000
		안함	5332 (88.1%)	6498 (83.8%)	
외래 서비스	이용함	5267 (87.0%)	7333 (94.6%)	0.000	
	안함	788 (13.0%)	417 (5.4%)		

<부록표 2> 성별과 의료보장유형에 따른 미충족의료 경험(전체)

구분		전체	전체 (조정)	
		OR	OR	
성별	(Ref. 남성) 여성	1.08	1.02	
의료보장유형	지역	1.17*	1.00	
	의료급여1종	1.15	1.25	
	의료급여2종	1.06	1.10	
	차상위	1.54	1.69	
연령대 (Ref. 20-39)	40-64	0.98	0.98	
	65이상	0.62***	0.61***	
교육수준 (Ref. 초등학교)	중학교	0.65***	0.65***	
	고등학교	0.90	0.90	
	대학교	0.89	0.88	
결혼여부 (Ref. 없음) 있음	없음	1.16*	1.16*	
	경제활동 (Ref. 하지 않음)	임금근로자	1.61***	1.6***
		고용주 및 자영업자	1.41***	1.45***
		무급가족종사자	1.41*	1.38*
가구원수 (Ref. 1인)	2인	0.73**	0.73**	
	3인	0.96	0.96	
	4인	0.79*	0.79*	
	5인 이상	0.92	0.92	
소득분위	9분위	1.09	1.10	
	8분위	1.41**	1.41**	
	7분위	1.32*	1.33*	
	6분위	1.20	1.20	
	5분위	1.27#	1.27*	
	4분위	1.65***	1.66***	
	3분위	1.75***	1.76***	
	2분위	1.84***	1.85***	
	1분위	2.93***	2.96***	
민간보험 (Ref. 비가입)	정액	0.95	0.95	
	실손	0.79#	0.79#	
	혼합	1.04	1.04	
거주지	(Ref. 광역시이상) 광역시 이하	1.10#	1.10#	
필요요인	주관적건강	(Ref. 좋음)나쁨	2.40***	2.39***
	장애여부	(Ref. 없음)있음	1.04	1.03
	만성질환	(Ref. 없음)있음	1.23**	1.23**
	응급실이용	(Ref. 없음)있음	0.87	0.87

입원여부	(Ref. 없음)있음	1.16#	1.16#
외래이용	(Ref. 없음)있음	1.06	1.07
	성별*지역가입자		1.31*
	성별*의료급여1종		0.86
	성별*의료급여2종		0.94
	성별*차상위경감		0.86
X2		386.317***	391.398***
Hosmer and Lemeshow		10.121	9.755

#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

<부록표 3> 미충족의료경험에 따른 일반적 특성의 차이(전체)

구분		여성	남성	
		OR	OR	
의료보장유형 (Ref. 직장가입자)	지역가입자	1.39***	0.90	
	의료급여1종	1.14	1.20	
	의료급여2종	1.12	1.00	
	차상위	1.57	1.53	
연령대 (Ref. 20-39)	40-64	0.91	1.13	
	65이상	0.65**	0.56**	
	교육수준 (Ref.초등학교)	중학교	0.61**	0.72
		고등학교	0.91	0.90
	대학교	1.02	0.76	
소인요인	결혼여부 (Ref. 없음)있음	1.19.	1.10	
	경제활동 (Ref. 하지않음)	임금근로자	1.71***	1.40*
		고용주/자영업자	1.20	1.44*
		무급가족종사자	1.48*	1.45
가능요인	가구원수 (Ref. 1인)	2인	0.67**	0.87
		3인	0.87	1.15
		4인	0.71*	0.92
		5인 이상	0.79	1.12
		소득분위 (Ref. 10분위)	9분위	1.15
8분위	1.71***		1.13	
7분위	1.37.		1.27	
6분위	1.27		1.13	
5분위	1.49*		1.06	
4분위	1.97***		1.33	
3분위	2.14***		1.33	
2분위	2.14***		1.43	
1분위	2.81***	3.27***		
민간보험 (Ref. 비가입)	정액	0.91	1.00	
	실손	0.96	0.54**	
	혼합	0.98	1.10	
거주지	(Ref. 광역시이상) 광역시 이하	1.04	1.19*	
필요요인	주관적건강	(Ref. 좋음)나쁨	2.48***	2.19***
	장애여부	(Ref. 없음)있음	1.20	0.88
	만성질환	(Ref. 없음)있음	1.05	1.46***
	응급실이용	(Ref. 없음)있음	0.92	0.79
	입원여부	(Ref. 없음)있음	1.27*	1.06
	외래이용	(Ref. 없음)있음	1.00	1.19
X2		278.579***	166.026***	
Hosmer and Lemeshow		5.176	7.904	

#p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

<부록표 4> 미충족의료 경험 이유(전체)

미충족의료경험 이유	전체		남성		여성	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
방문시간이 없어서	546	(35.2)	248	(39.6)	298	(32.3)
경제적 이유	376	(24.2)	132	(21.1)	244	(26.4)
증세가 경미해서	411	(26.5)	184	(29.3)	227	(24.6)
거동불편, 건강상 이유	88	(5.7)	20	(3.2)	68	(7.4)
기타	38	(2.5)	10	(1.6)	28	(3.0)
의료기관이 너무 멀어서	34	(2.2)	9	(1.4)	25	(2.7)
아이 돌볼 사람 없음	22	(1.4)	0	(0.0)	22	(2.4)
어디로 가야할지 모름	22	(1.4)	12	(1.9)	10	(1.1)
빠른 시일내 예약불가	10	(0.6)	8	(1.3)	2	(0.2)
주치의가 없어서	4	(0.3)	4	(0.6)	0	(0.0)
합계	1551	(100.0)	627	(100.0)	924	(100.0)
X^2	66.843***					

<부록표 5> 미충족의료 경험 이유(저소득층)

미충족의료경험 이유	전체		남성		여성	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
경제적 이유	285	(42.1)	99	(43.4)	186	(41.4)
증세가 경미해서	145	(21.4)	57	(25.0)	88	(19.6)
방문시간이 없어서	114	(16.8)	39	(17.1)	75	(16.7)
거동불편, 건강상 이유	75	(11.1)	18	(7.9)	57	(12.7)
기타	21	(3.1)	5	(2.2)	16	(3.6)
의료기관이 너무 멀어서	20	(3.0)	4	(1.8)	16	(3.6)
어디로 가야할지 몰라서	8	(1.2)	3	(1.3)	5	(1.1)
아이 돌볼 사람 없어서	5	(0.7)	0	(0.0)	5	(1.1)
주치의가 없어서	2	(0.3)	2	(0.9)	0	(0.0)
빠른 시일 내 예약 불가	2	(0.3)	1	(0.4)	1	(0.2)
합계	677	(100.0)	228	(100.0)	449	(100.0)
X^2	23.436**					

Abstract

The Effect of Gender and National Health Insurance Type on Unmet Health Care Needs among Low-income Adults in South Korea

Jinwoo Kim

Department of Health Policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

Regardless of socioeconomic location, the right to use health and medical services has been accepted as one of the basic rights of the people. The government established institutional mechanisms for people to access the appropriate medical services when necessary. South Korea has increased accessibility to health care services due to the implementation of national health insurance. Meanwhile, there was a lack of discussion on the need and accessibility of health care services between genders.

It is a well-known fact that gender is not only a major determinant of health in itself but also has an independent effect on access to

health care services. The previous studies have focused on described differences in health and medical use between men and women, but a broad view of the loss of health capacity due to gender inequality and discrimination is necessary. In particular, low-income women may have poor access to health care service by conducting multiple roles such as caring roles along with the unstable working conditions with low incomes.

Therefore, this study attempted to determine whether there is a difference in unmet health care needs by gender and national health insurance type. Then, it examined if this difference differs according to gender. This study makes an assumption that even though low-income adults belong to the same type of national health insurance so they have identical economic accessibility, their unmet health care needs will differ by gender.

2017 Korea Medical Panel data was used for this analysis. Frequency analysis, chi-square analysis, and logistic regression were performed to analyze the unmet health care needs of low-income individuals by gender and type of national health insurance, and logistic regression was performed by stratified gender. The dependent variable is the experience of unmet health care needs and the independent variables are gender and type of national health insurance. The types of national health insurance were classified to the employee insurees, local subscribers, medical aid type 1 and type2, and lower-income group.

The analysis showed significant differences in the occurrence of unmet health care needs in low-income individuals depending on gender and type of national health insurance. Women were more likely to experience unmet health care needs than men (OR=1.23). The local subscribers (OR=1.36), medical aid type 1 benefits recipients (OR=1.33), and the low-income group who receive the exceptional benefit (OR=1.64) are more likely to experience unmet health care needs than employ insurees.

In the gender-stratified models, low-income women who are local subscribers were more likely to experience unmet health care needs (OR=1.55), while low-income men, the type of national insurance did not significantly affect the unmet health care needs. This study also evaluated whether gender moderated the association between national health insurance type and unmet health care needs with a multiplicative interaction term (gender*national health insurance type). The multiplicative interaction term was statistically significant.

This study investigated the relationship between gender and national health insurance type on unmet health care needs among low-income adults in South Korea. The knowledge generated from such studies will help policymakers to develop appropriate interventions and policies to reduce disparities in health care accessibility for low-income men and women.

Keywords: Unmet health care needs, Low-income, Gender, Sex,
National health insurance type, Women's health

Student Number : 2019-21081