

## 주관적 계층인식 변화와 의료비지출과의 관련성

최령<sup>1</sup>, 황병덕<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>동신대학교 보건복지대학 보건행정학과, <sup>2</sup>부산가톨릭대학교 보건과학대학 병원경영학과

### Relevance of Change on the Subjective Recognition of Social Class and Medical Expenditure

Ryoung Choi<sup>1</sup>, Byung Deog Hwang<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>*Department of Health Administration Dongshin University College of Health and Welfare*

<sup>2</sup>*Department of HCM Catholic University of Pusan College of Health Sciences*

#### <Abstract>

**Objectives:** The purpose of this study is to analyze the relationship between the change gap in the perception of subjective hierarchy and medical expenditure and the factors influencing medical expenditure. **Methods:** An analysis based on the the data extracted from the Panel Study of Korea Health Panel for 2012 - 2013 (n=9,359) is conducted. Further in this study, data analysis included a chi-square test and logistic regression using SPSS version. 22.0 to analyze the factors influencing the turnover intention of industrial workers. **Results:** Model I showed decreases in medical expenditure by 1.247, 1.391, and 1.441 times in social classes one, two, and Model II showed an increase in medical expenditure by age, spouse, number of family members living together, insurance type, income class, economic activities, subjective health status, chronic illness and change on subjective recognition of social class. **Conclusions:** The study concludes that the state and community require psychological, social, and cultural support, in addition to individual efforts, to reduce medical expenditure.

---

**Key Words :** Subjective Recognition, Change in Subjective Recognition, Change in Social Class, Medical Expenditure

‡ Corresponding author : Byung Deog Hwang(suamsam@naver.com), Department of HCM Catholic University of Pusan College of Health Sciences

• Received : Dec 4, 2018

• Revised : Jan 2, 2019

• Accepted : Mar 18, 2019

## I. 서론

국민들의 건강권 보장을 위한 한국의 건강보장 제도는 경제적 능력에 따라 보험료 및 세금을 기여하고 필요에 따라 의료자원을 배분하는 원리로 운영되고 있기 때문에 질병 및 부상 등으로 인한 국민들이 의료이용 부담을 최소화하는 것이 제도 운영의 가장 중요한 목표이다[1]. 경제협력개발기구(OECD) 국가 1인당 연평균 국민의료비를 살펴보면 2003년~2009년에는 3.6%, 2009년~2016년에는 1.4% 증가한 반면, 우리나라는 8.5%와 5.7%로 각각 4.9%p, 4.3%p 더 많이 증가하여[2] 우리나라의 의료비 지출은 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) 국가의 평균보다 높다. 의료비지출의 구성 항목을 살펴보면 2011년 기준으로 우리나라의 경우 치료 약48%, 치과진료 약 20%, 약제비 약 24%, 보조도구 약 6%를 사용한 반면, 경제협력개발기구(OECD) 국가는 치료 약 32%, 치과진료 약 19%, 약제비 약37%, 보조도구 약 12%를 사용하여, 상대적으로 우리나라는 치료목적에 의료비지출이 높았다[3].

의료비지출과 의료이용은 건강요인뿐만 아니라 사회적으로인, 경제적으로인, 환경적 요인 등 다양한 요인들이 영향을 준다. 많은 선행연구에서도 소득 계층, 직업, 교육수준, 주관적 건강상태, 경제활동 등이 의료비지출과 관련성이 있으며[4][5][6], 소득 수준에 따라 의료이용시 발생하는 의료비 등의 경제적 장에는 건강의 계층간 격차를 더욱 증가시키며, 이는 의료이용시 발생하는 비용으로 인해 낮은 소득계층의 필수 의료이용에 대한 접근성이 저하될 수 있으며, 결국 저소득 집단에 대한 질병부담 증가로 이어질 수도 있다[7].

한편, 주관적 계층인식이란 개인 스스로가 자신이 어떠한 계급 또는 계층에 속한다고 느끼는 일종의 귀속의식으로 사회의 위계 속에서 자신의 위

치를 자리매김하거나, 특정 계층지위에 주관적인 일체감을 귀속시키는 것으로 정의하고 있다[8]. 계층의 형성 중 직업위신이나 생산관계에서의 위치를 바탕으로 측정하는 계층은 개인 스스로의 계층 위치에 대한 인식, 즉 주관적 계층에 대한 정보를 포함하지 않는다. 그러나 자신의 계층에 대한 주관적 인식은 객관적 계층인식과 일치하지 않더라도 행위에 영향을 미치기 때문에 이를 배제시킨 채 계층을 제대로 이해하기 힘들다[9][10][11]. 통계청 사회조사 결과에 따르면, 본인을 중산층으로 인식하는 비율은 2003년 56.2%, 2009년 54.9%, 2015년 53.0%로 꾸준히 감소, 하층으로 인식하는 비율은 2003년 42.4%, 2009년 42.4%, 2015년 44.6%로 지속적으로 증가하고 있다[12].

주관적 계층인식과 관련한 선행연구를 살펴보면 객관적 계층위치와 주관적 계층인식간의 상관관계 및 주관적 계층의식 결정요인 등에 관한 국외 연구가 이루어졌으며[9][13][14][15], 국내에서도 계층위치와 계층인식간의 관련성 및 주관적 계층인식 결정 요인 등에 관한 연구가 이루어졌다[5][8][11].

이상의 선행연구를 종합해보면 주관적 계층인식의 변화실태나 영향요인을 밝혀내려는 경향이 두드러진 반면, 건강 또는 의료와 관련한 연구[16][17]는 거의 이루어지지 있지 않고 있다. 건강과의 연관성을 살피는 데 있어 주관적 계층인식이 객관적인 사회경제적 지위와 같은 지표보다 민감하고 포괄적인 지표[13]로서, 실제 높은 사회경제적 지위에 비해 낮은 사회경제적 지위를 가지고 있는 사람들이 상대적으로 평균 이하의 건강상태를 보고하고 있다[18]. 특히 계층인식의 격차는 사회적·경제적·문화적 양극화 현상이 발생되어, 결국 개인의 건강과 계층간 의료이용의 불형평성이 더욱 심화될 것이다. 그러나 주관적 계층인식 변화를 고려한 의료비지출과의 관련성에 관한 연구는 전무하다.

따라서 본 연구는 개인 스스로가 느끼는 일종의

귀속의식인 주관적 계층인식의 변화와 의료비지출과의 관계 및 의료비지출 영향 요인을 분석하여 소득분위나 경제적 지위 등의 객관적 요인에 대한 변인을 개인의 주관적·심리적 요인들인 주관적 계층인식으로 대체할 수 있는 가에 대한 논의 필요성과 계층인식변화 양상을 고려한 보건의료정책 및 보건의료서비스 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 수집한 한국의료패널(Korea Health Panel) 2008년~2016년 연간데이터(베타버전)의 원자료 중 2012년과 2013년 데이터를 분석자료로 이용하였다. 한국의료패널의 원자료는 우리나라의 의료서비스 이용과 의료비 지출 및 재원 파악을 위한 개인 및 가구단위의 의료비 규모를 산출하고 보건의료이용실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강상태 등에 관한 기초자료 생산을 목적으로 한다. 그리고 한국의료패널 조사는 전국 단위의 대표성을 가지기 위해 2005년 인구주택 총 조사의 90% 전수자료를 표본 추출 틀로 하고 있다. 표본가구 선정은 1단계로 표본조사구(집락)를 추출하고, 2단계에서는 표본조사구 내 표본가구를 추출하는 방식으로 확률비례 2단계 층화집락추출의 표본추출 방식으로 선정하였다.

2012년 데이터를 기준을 2013년 계층인식 변수를 merge 작업 후 자동차보험과 산업재해보상보험의 적용을 받은 가구를 제외한 20세 이상, 총 9,359명을 최종 분석대상으로 하였다.

### 2. 측정변수

#### 2.1 의료비지출

한국의료패널자료는 보건의료서비스를 개인 의료비와 가구 의료비로 구분하고 있으며, 의료비항목은 응급의료비, 입원의료비, 외래의료비, 응급교통비(앰블란스), 입원 및 외래 교통비, 입원 간병비, 산후조리원, 산후도우미, 장기요양비, 장기요양간병비, 장기요양시설 요양비 및 식비, 간병비로 구성되어 있다. 본 연구에서는 모든 항목을 포함하고 있는 가구 의료비를 의료비지출로 구성하였다.

#### 2.2 주관적 계층인식 변화

건강의 불평등에 있어서 물질적인 측면에 비해 심리적 인과관계는 주관적으로 속한다고 인지하는 사회계층이 객관적인 사회적 지위보다 건강에 더 강력한 결정요인으로 예측된다[19][16]. 한국의료패널자료에는 2009년 “한국사회에서의 나의위치”를 물어보는 주관적 계층인식에 관한 설문문항이 구성되어 2011년, 2012년, 2013년까지 조사가 진행되었으며, 1분위(최하위)에서 10분위(최상위)까지 선택 하도록 되어있다. 본 연구에서는 총10단계를 5단계로 더미처리 하였으며, 2012년 자료를 기준으로 2013년 계층인식 분위변화를 분석하였다.

#### 2.3 인구사회학적 요인

인구사회학적 변수중 성별은 ‘0=남자’, ‘1=여자’, 연령은 ‘0=20대’, ‘1=30대’, ‘2=40대’, ‘3=50대’, ‘4=60대 이상’, 교육수준은 ‘0=중학교 이하’, ‘1=고등학교’, ‘2=대학교 이상’, 혼인상태는 ‘0=기타(이혼, 사별 등)’, ‘1=미혼’, ‘2=혼인’, 가구원수는 ‘0=1명’, ‘1=2명’, ‘2=3명’, ‘3=4명’, ‘4=5명 이상’, 의료보장형태는 ‘0=건강보험’, ‘1=의료급여’, 소득분위는 ‘0=1분위(최하위)’, ‘1=2분위’, ‘2=3분위’, ‘3=4분위’, ‘4=5분위(최상위)’, 경제활동은 ‘0=한다’, ‘1=안한다’, 주관적 건강상태는 ‘0=나쁘다’, ‘1=보통’, ‘2=좋다’, 장애는 ‘0=있다’, ‘1=없다’, 만성질환은 ‘0=있다’, ‘1=없다’로 구성하였다.

### 3. 분석방법

자료분석은 SPSS 22.0을 이용하여 연구대상자들의 인구사회학적 특성을 알아보기 위하여 빈도분석과 기술적 통계를 통한 백분율을 하였다. 주관적 계층인식 변화 및 주관적 계층인식(2012, 2013)에 따른 의료비지출을 알아보기 위하여 평균비교를, 의료비지출과 인구사회학적특성 및 주관적 계층인식 변화와의 관련성을 검증하기 위해  $\chi^2$ -test를 하였다. 의료비지출 영향 요인을 분석하기 위하여 더미변수를 이용한 다중회귀분석을 하였으며, 주관적 계층인식 변화에 따른 영향을 좀 더 명확하게 분석하기 위해 Model 1(주관적 계층인식 변화)과 Model 2(인구사회학적특성+주관적 계층인식 변화)를 개발하였다. 모든 검정을  $p=0.05$ 에 대해 유의성을 검토하였고, 유의수준은 95%신뢰구간으로 하였다.

## III. 연구결과

### 1. 일반적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성을 분석한 결과 여자가 54.6%, 연령은 60대 이상이 46.0%, 교육수준은 대학교 이상이 34.6%로 가장 많았다. 혼인상태는 혼인이 71.4%, 가구원수는 4명이 35.3%, 의료보장형태는 건강보험이 96.0%, 소득분위는 3분위와 5분위가 21.6%로 가장 많았다. 경제활동은 한다가 60.2%, 주관적 건강상태는 보통이 43.6%, 장애는 없다가 92.9%, 만성질환은 있다가 66.6%로 가장 많았다(Table 1).

### 2. 의료비지출 평균비교

연구대상자들의 평균 의료비지출액은 2,050,584원 이었다.

주관적 계층인식 변화에 따른 의료비지출을 분

석한 결과 변화없다는 대상자는 1,835,128원, 증가의 경우 1분위 증가는 1,793,887원 그리고 2분위 증가는 2,000,519원의 의료비가 지출된 것으로 분석되었다. 감소의 경우 1분위 감소는 2,126,787원, 2분위 감소는 2,262,866원, 3분위 감소는 2,211,525원 그리고 4분위 감소시 2,270,426원의 의료비가 지출된 것으로 분석되었으며, 변화없다에 비해 상대적으로 분위가 감소할수록 의료비지출이 증가하는 것으로 분석되었다. 의료비지출 변화를 살펴보면 변화없다에 비해 1분위 증가는 41,241원 감소하였으며, 2분위 증가는 165,391원, 1분위 감소는 291,659원, 2분위 감소는 427,738원, 3분위 감소는 376,397원 그리고 4분위 감소는 435,298원의 의료비지출 차이가 발생한 것으로 분석되었다. 주관적 계층인식 변화와 의료비지출은 통계적으로 유의한 차이( $p<.001$ )가 있는 것으로 분석되었다.

주관적 계층인식에 따른 의료비지출을 분석한 결과 1분위는 1,765,699원, 2분위는 2,000,071원, 3분위는 2,157,200원, 4분위는 2,498,899원 그리고 5분위는 2,194,872원의 의료비가 지출된 것으로 분석되었으며, 1분위에 비해 계층인식이 높을수록 의료비지출이 증가하는 것으로 분석되었다. 주관적 계층인식 변화와 계층인식은 의료비지출과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 의료비지출 변화를 살펴보면 1분위에 비해 2분위는 234,372원, 3분위는 391,501원, 4분위는 733,200원 그리고 5분위는 426,173원의 의료비지출 차이가 발생한 것으로 분석되었다. 주관적 계층인식과 의료비지출은 통계적으로 유의한 차이( $p<.001$ )가 있는 것으로 분석되었다.(Table 2).

Table 1. General characteristics of respondents

Variables		N	%
Gender	Male	4,247	45.4
	Female	5,112	54.6
Age	20's	537	5.7
	30's	1,058	11.3
	40's	1,759	18.8
	50's	1,699	18.2
	≥60's	4,306	46.0
Education level	≤Middle school	3,232	34.5
	High school	2,890	30.9
	≥College	3,237	34.6
Spouse	Others	1,211	12.9
	Single	1,466	15.7
	Married	6,682	71.4
Number of family members living together	1	802	8.6
	2	2,766	29.6
	3	2,046	21.9
	4	3,306	35.3
	≥5	443	4.7
Insurance type	National health insurance	8,980	96.0
	Medical aid	379	4.0
Income class	1class(the lowest class)	1,508	16.1
	2class	1,723	20.0
	3class	2,026	21.6
	4class	1,930	20.6
	5class(the highest class)	2,026	21.6
Economic activity	Yes	5,636	60.2
	No	3,723	39.8
Subjective health status	Bad	1,403	15.0
	Normal	4,083	43.6
	Good	3,873	41.4
Disability	Yes	665	7.1
	No	8,694	92.9
Chronic illness	Yes	6,230	66.6
	No	3,129	33.4
Total		9,359	100.0

Table 2. Average comparison of medical expenses

				Unit: KRW			
Variables	Mean	Standard deviation	F(p)	Variables	Mean	Standard deviation	F(p)
No change	1,835,128	2,259,980		1class	1,765,699	2,566,480	
1_class increase	1,793,887	1,991,430		2class	2,000,071	2,298,147	
2_class increase	2,000,519	2,539,861		3class	2,157,200	2,300,988	41.703 (<.001)
Change in subjective recognition of social class	1_class decrease	2,126,787	52.950 (<.001)	Subjective recognition of social class	4class	2,498,899	2,768,109
	2_class decrease	2,262,866			2,548,091		
	3_class decrease	2,211,525			2,531,801		
	4_class decrease	2,270,426			2,614,548		
Total				Mean: 2,050,584 Standard deviation: 2,366,166 (N=9,359)			

### 3. 의료비지출과 특성간 관련성

의료비지출과 각 특성과의 관련성을 분석한 결과 평균이상 의료비 지출의 경우 연령은 60대 이상이 48.4%, 교육수준은 대학교 이상이 가장 많았다. 혼인상태는 혼인 75.2%, 가구원수는 4명 35.6%, 의료보장형태는 건강보험 98.5%, 소득분위는 5분위가 26.0%로 가장 많았으며, 3분위 21.7%, 4분위 21.3% 순으로 분석되었다. 경제활동은 한다 58.2%, 주관적 건강상태는 보통 45.0%, 만성질환은 있다 71.1%, 주관적 계층인식 변화는 2분위 감소가 27.5%로 가장 많았으며, 1분위 감소 27.3%, 1분위 증가 11.3%순으로 분석되었다. 연령, 교육수준, 혼인상태, 가구원수, 의료보장형태, 소득분위, 경제활동, 주관적 건강상태, 만성질환 그리고 주관적 계층인식 변화와 통계적으로 유의한 차이가 있었다 (Table 3).

### 4. 의료비지출 영향 요인

주관적 계층인식 변화에 따른 의료비지출 영향 요인을 분석한 결과 주관적 계층인식 변화 변수만을 이용한 Model 1의 경우 변화없다에 비해 1분위 감소(OR=1.247[95% CI=1.109-1.402]), 2분위 감소(OR=1.391[95% CI=1.235-1.566]), 3분위 감소(OR=1.441[95% CI=1.216-1.707])에서 의료비지출이 증가하였다. 그러므로 주관적 계층인식 변화는 의료비 지출을 증가시키는 요인이며, 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다.

인구사회학적특성과 주관적 계층인식 변화 변수를 이용한 Model 2의 경우 연령은 20대에 비해 30대(OR=1.369[95% CI=1.076-1.742]), 60대 이상(OR=1.497[95% CI=1.108-2.021])에서, 혼인상태는 기타(이혼, 사별 등)에 비해 미혼(OR=1.663[95% CI=1.294-2.138]), 혼인(OR=1.359[95% CI=1.137-1.625])에서, 가구원수는 1명에 비해 2명(OR=2.304[95% CI=1.616-2.560]), 3명

Table 3. Relevance to medical expenditure

Unit: N(%)

Variables		Household medical expenditure				Total		$\chi^2(p)$
		$\leq 2,050,583$		$\geq 2,050,584$		N	%	
		N	%	N	%			
Gender	Male	2,577	44.8	1,670	46.3	4,247	45.4	2.060 (.079)
	Female	3,176	55.2	1,936	53.7	5,112	54.6	
Age	20's	330	5.7	207	5.7	537	5.7	25.271 ( $<.001$ )
	30's	628	10.9	430	11.9	1,058	11.3	
	40's	1,153	20.0	606	16.8	1,759	18.8	
	50's	1,082	18.8	617	17.1	1,699	18.2	
	$\geq 60$ 's	2,560	44.5	1,746	48.4	4,306	46.0	
Education level	$\leq$ Middle school	1,986	34.5	1,246	34.6	3,232	34.5	9.683 ( $<.01$ )
	High school	1,836	21.9	1,054	29.2	2,890	30.9	
	$\geq$ College	1,931	33.6	1,306	36.2	3,237	34.6	
Spouse	Others	886	15.1	325	9.0	1,211	12.9	81.888 ( $<.001$ )
	Single	897	15.6	569	15.8	1,466	15.7	
	Married	3,970	69.0	2,712	75.2	6,682	71.4	
Number of Family members living together	1	645	11.2	157	4.4	802	8.6	191.017 ( $<.001$ )
	2	1,665	28.9	1,101	30.5	2,766	29.6	
	3	1,232	21.4	814	22.6	2,046	21.9	
	4	2,024	35.2	1,282	35.6	3,306	35.3	
	$\geq 5$	187	3.3	252	7.0	439	4.7	
Insurance type	National health insurance	5,429	94.4	3,551	98.5	8,980	96.0	86.206 ( $<.001$ )
	Medical aid	324	5.6	55	1.5	379	4.0	
Income class	1class(the lowest class)	1,052	18.3	456	12.6	1,508	16.1	102.870 ( $<.001$ )
	2class	1,206	21.0	663	18.4	1,869	20.0	
	3class	1,244	21.6	782	21.7	2,026	21.6	
	4class	1,161	20.2	769	21.3	1,930	20.6	
	5class(the highest class)	1,090	18.9	936	26.0	2,026	21.6	
Economic activity	Yes	3,537	61.5	2,099	58.2	5,636	60.2	9.909 ( $<.01$ )
	No	2,216	38.5	1,507	41.8	3,723	39.8	
Subjective health status	Bad	732	12.7	671	18.6	1,403	15.0	88.200 ( $<.001$ )
	Normal	2,462	42.8	1,621	45.0	4,083	43.6	
	Good	2,559	44.5	1,314	36.4	3,873	41.4	
Disability	Yes	404	7.0	261	7.2	665	7.1	.156 (.361)
	No	5,349	93.0	3,345	92.8	8,694	92.9	
Chronic illness	Yes	3,667	63.7	2,563	71.1	6,230	66.6	53.591 ( $<.001$ )
	No	2,086	36.3	1,043	28.9	3,129	33.4	
	No change	1,512	26.3	799	22.2	2,322	24.7	
Change on subjective recognition of social class	1_class increase	780	13.6	406	11.3	1,186	12.7	49.029 ( $<.001$ )
	2_class increase	168	2.9	89	2.5	257	2.7	
	1_class decrease	1,495	26.0	985	27.3	2,480	26.5	
	2_class decrease	1,350	23.5	992	27.5	2,342	25.0	
	3_class decrease	415	7.2	316	8.8	731	7.8	
	4_class decrease	33	0.6	19	0.5	52	0.6	
Total		1,880	100.0	3,700	100.0	9,385	100.0	

Table 4. Factors influencing medical expenditure

Variables		Model 1			Model 2		
		OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Gender	Male				1		
	Female				.916	.833-1.007	.069
Age	20's				1		
	30's				1.369	1.076-1.742	<.05
	40's				1.052	.802-1.380	.715
	50's				1.113	.836-1.481	.463
	≥60's				1.497	1.108-2.021	<.01
Education level	≤Middle school				1		
	High school				.935	.820-1.067	.318
	≥College				1.061	.910-1.238	.450
Spouse	Others				1		
	Single				1.663	1.294-2.138	<.001
	Married				1.359	1.137-1.625	<.01
Number of Family members living together	1				1		
	2				2.304	1.616-2.560	<.001
	3				2.191	1.724-2.785	<.001
	4				2.392	1.871-3.507	<.001
	≥5				5.353	3.970-7.218	<.001
Insurance type	National health insurance				1		
	Medical aid				.275	.200-.377	<.001
Income class	1class(the lowest class)				1		
	2class				1.242	1.042-1.480	<.05
	3class				1.247	1.149-1.772	<.01
	4class				1.719	1.333-2.217	<.001
	5class(the highest class)				2.451	1.849-3.250	<.001
Economic activity	Yes				1		
	No				1.249	1.130-1.380	<.001
Subjective health status	Bad				1		
	Normal				.582	.508-.666	<.001
	Good				.436	.377-.503	<.001
Disability	Yes				1		
	No				.885	.738-1.061	.187
Chronic illness	Yes				1		
	No				.687	.614-.768	<.001
	No change	1			1		
	1_class increase	.985	.850-1.141	.841	1.056	.891-1.251	.529
Change on subjective recognition of social class	2_class increase	1.003	.765-1.314	.986	1.229	.909-1.660	.180
	1_class decrease	1.247	1.109-1.402	<.001	.974	.835-1.136	.734
	2_class decrease	1.391	1.235-1.566	<.001	.851	.699-1.035	.106
	3_class decrease	1.441	1.216-1.707	<.001	.777	.605-.998	<.05
	4_class decrease	1.090	.616-1.928	.768	.541	.290-1.009	<.05
			12428.228***			11812.046***	

Note: OR(odds ratio), CI(confidence interval)

(OR=2.191[95% CI=1.724-2.785]), 4명 (OR=1.2392[95% CI=1.871-3.507]), 5명 이상 (OR=5.353[95% CI=3.970-7.218])에서 의료비 지출이 증가하였다. 그러므로 연령, 혼인상태, 가족수는 의료비 지출을 증가시키는 요인으로 분석되었다. 의료보장형태는 의료급여에 비해 건강보험에서, 소득분위는 1분위에 비해 2분위(OR=1.242[95% CI=1.042-1.480]), 3분위(OR=1.247[95% CI=1.149-1.772]), 4분위는 (OR=1.719[95% CI=1.333-2.217]), 5분위(OR=2.451[95% CI=1.849-3.250])에서, 경제활동은 한대에 비해 안한다(OR=1.249[95% CI=1.130-1.380])에서, 주관적 건강상태는 보통과 좋다에 비해 나쁘다에서, 만성질환은 없다에 비해 있다에서 의료비지출이 증가하였다. 그러므로 의료보장형태, 소득분위, 경제활동, 주관적 건강상태, 만성질환은 의료비 지출을 증가시키는 요인으로 분석되었다. 주관적 계층인식 변화는 3분위 감소와 4분위 감소에 비해 변화없다에서 의료비지출이 증가하였다. 그러므로 주관적 계층인식 변화는 의료비 지출을 증가시키는 요인이며, 연령, 교육수준, 가구원수, 의료보장형태, 소득분위, 경제활동, 주관적 건강상태, 만성질환 그리고 주관적 계층인식 변화는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다(Table 4).

#### IV. 고찰

모든 국가의 보건의료정책은 특정 개인이나 그룹에 대한 건강증진이 아니라 국민 전체의 건강보호와 보건의료서비스 접근이 공평하게 보장하는 것을 중요한 목표로 하고 있으며, 이를 위해서는 국민 개개인의 소득이나 사회지위에 상관없이 의료서비스를 이용 할 수 있도록 노력 하여야 한다 [6]. 본 연구는 개인 스스로가 느끼는 일종의 귀속 의식인 주관적 계층인식의 변화와 의료비지출과의 관계 및 의료비지출 영향 요인을 분석하고자 하였

다.

본 연구의 주요결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 평균 의료비지출액은 2,050,584원 이었으며, 주관적 계층인식 변화와 주관적 계층인식은 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p<.001). 주관적 계층인식 변화의 경우 변화가 없다는 1,835,128원 이었으며, 1분위 증가는 41,241원이 감소하였으며, 2분위 증가는 약 166천원이 증가한 2,000,519원의 의료비가 지출되었다. 한편, 주관적 계층인식이 '변화없다'나 '증가한 경우'에 비해 '감소한 경우' 의료비 지출이 1분위 감소는 약 29만원, 2분위 감소는 약 43만원, 3분위 감소는 약 38만원, 4분위 감소는 약 44만원이 증가하였으며, 변화의 격차가 클수록 대체적으로 의료비 지출이 증가하였다. 또한 주관적 계층인식 변화의 격차가 증가에 비해 감소한 경우는 주관적 계층인식 2분위·3분위·5분위에 비해 그리고 전체 의료비지출 평균 비용에 비해 의료비지출이 높았다.

둘째, 의료비지출과 일반적 특성 및 주관적 계층인식 변화와의 관계를 분석한 결과 연령(p<.001), 교육수준(p<.01), 혼인상태(p<.001), 가구원수(p<.001), 의료보장형태(p<.001), 소득분위(p<.001), 경제활동(p<.01), 주관적 건강상태(p<.001), 만성질환(p<.001) 그리고 주관적 계층인식 변화(p<.001)는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 소득수준과 경제활동 등을 포함한 일반적 특성들이 의료비지출과 유의하게 관련이 있다는 선행연구와 일치하였다[7][20][21]. 직접적으로 주관적 계층인식 변화와 의료비지출과 관련한 선행연구는 아니지만, 주관적 계층인식과 의료비지출이 유의하게 관련이 있다는 선행연구[4][6]도 있어 본 연구결과를 지지하였다. 의료비지출과 유의한 관련성이 검증되었던 소득수준 등의 변수뿐만 아니라 주관적 계층인식이라는 변수가 의료비지출과 관련성이 있다는 것은 사회적·경제적·

문화적·심리적 요인들에 의해 결정되어지는 주관적 계층인식이 건강상태에 영향을 미치고 있으며, 개인의 의료비지출과 연관성이 있음을 추론해 볼 수 있다. 실제 선행연구에서도 주관적 계층인식이 높을수록 신체적인 건강상태나 주관적 건강상태가 양호한 반면, 주관적 계층인식이 낮을수록 건강이 위험해 질 수 있다고 하였다[21].

셋째, 의료비지출 영향 요인을 분석한 결과 Model I의 경우 주관적 계층인식 변화는 변화없다에 비해 1분위 감소는 1.247배, 2분위 감소는 1.391배, 3분위 감소는 1.441배 의료비지출의 증가 영향 요인이었으며, 유의한 관련성이 있었다 ( $p < .001$ ). Model II의 경우 연령은 20대에 비해 30대 1.369배( $p < .05$ ), 60대 이상 1.497배( $p < .01$ ), 혼인 상태는 기타에 비해 미혼 1.663배( $p < .001$ ), 기혼 1.359배( $p < .01$ ), 가구원수는 1명에 비해 2명 2.304배( $p < .01$ ), 3명 2.191배( $p < .001$ ), 4명 2.392배( $p < .001$ ), 5명 이상 2.451배( $p < .001$ ), 의료보장형태는 의료급여에 비해 건강보험에서, 소득분위는 1분위에 비해 2분위 1.242배( $p < .05$ ), 3분위 1.247배( $p < .01$ ), 4분위 1.719배( $p < .001$ ), 5분위 2.451배( $p < .001$ ), 경제활동은 한대에 비해 안하다 1.249배( $p < .001$ ), 주관적 건강상태는 보통과 좋다에 비해 나쁘다(각각  $p < .001$ )에서, 만성질환은 없다에 비해 있다( $p < .001$ )에서, 주관적 계층인식 변화는 3분위 감소와 4분위 감소에 비해 변화없다(각각  $p < .05$ )에서 의료비지출 증가 영향 요인이었으며, 유의한 관련성이 있었다. 주관적 계층인식 관련 연구결과에 의하면 주관적으로 인지하는 계층인식이 낮을수록 건강상태가 나쁘고[16][17], 외래의료비가 증가한다[6]고 하여 본 연구결과를 지지하였다. 건강상태를 결정하는 요인들은 연령, 혼인상태, 가구원수, 소득 계층, 사회경제적 지위 및 교육수준 등에 영향을 받고 있다는 선행연구[16][17][19][22]와 일치하였다.

본 연구결과에서는 개인의 환경적 요인뿐만 아니라 소득분위와 주관적 건강상태 등이 의료비지

출 영향 요인으로 작용하였다. 그럼에도 불구하고 본 연구결과 주관적 계층인식 변화만을 적용한 Model 1에서는 주관적 계층인식 변화 감소가 클수록 의료비지출에 강력한 영향요인으로 분석되었다. 이러한 결과는 소득분위나 경제적 지위 등의 객관적 요인에 대한 변인을 개인의 주관적·심리적 요인들인 주관적 계층인식으로 대체할 수 있는가에 대한 논의의 필요성을 제기하고 있다. 지금까지는 의료이용 및 의료비지출의 영향요인으로 소득 수준 변수에만 초점을 맞추어 연구가 진행되었기 때문에 본 연구는 주관적 계층인식에 대한 논의의 필요성을 시사하고 있다. 따라서 긍정적 계층인식 자각을 위하여 개인의 가치관이나 태도를 변화시킬 수 있는 심리적 지원, 직업에 대한 사회적 지원, 문화적 소양·경험·지식을 제공할 수 있는 문화적 지원 등 개인의 노력뿐만 아니라 국가와 지역사회의 지원이 적극적으로 요구된다. 더욱이 주관적 계층인식에 따라 건강권의 가장 중요한 지표가 될 수 있는 의료서비스 이용에 어려움이 발생되지 않도록 지속가능한 보건교육 및 보건의료정책이 마련되어야 한다. 또한 건강이나 의료비지출을 설명함에 있어서 개인의 객관적 계층인식뿐만 아니라 사회적인 위계내에서 주관적으로 자신의 계층을 인식 및 판단하는 주관적 계층인식에 대한 다학제적 연구가 필요하다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 주관적 계층인식 변화 및 의료비지출에 관한 선행연구가 전무하여 결과를 고찰 기술하는데 한계가 있었다. 둘째, 2013년도 자료만을 활용함으로써 패널 자료의 특성을 반영하지 못하였다. 따라서 향후 종단적 분석을 통하여 주관적 계층인식 변화에 따른 의료비지출 변화와 관련성을 분석해 볼 것을 제언한다. 셋째, 의료비지출에 영향을 주는 다양한 변수들을 고려하지 못하였다.

그럼에도 불구하고 한국 사회에서 스스로 인지하는 주관적 계층인식의 변화에 따라 의료비지출

과의 관련성 연구를 시도 및 분석하였다는데 의의가 있으며, 국민들의 건강증진과 건강권을 보장할 수 있는 보건의료정책 수립에 도움이 되길 바란다.

## V. 결론

본 연구는 소득분위나 경제적 지위 등의 객관적 요인에 대한 변인을 개인의 주관적·심리적 요인들인 주관적 계층인식으로 대체할 수 있는 가에 대한 논의 필요성과 계층인식변화 양상을 고려한 보건의료정책 및 보건의료서비스 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

본 연구의 결론은 다음과 같다.

Model 1에서는 주관적 계층인식 변화는 변화없다에 비해 1분위 감소시 1.247배, 2분위 감소시 1.391배, 3분위 감소시 1.441배 의료비지출이 증가하는 등 주관적 계층인식 변화 감소가 클수록 의료비지출에 강력한 영향요인으로 분석되었다. 또한 Model II의 경우 연령, 혼인상태, 가구원수, 의료보장형태, 소득분위, 경제활동, 주관적 건강상태, 만성질환, 주관적 계층인식 변화는 의료비지출을 증가시키는 요인으로 분석되었다.

이러한 결과는 소득분위나 경제적 지위 등의 객관적 요인에 대한 변인을 개인의 주관적·심리적 요인들의 대체변수인 주관적 계층인식 변수에 대한 논의의 필요성을 시사하고 있다. 따라서 건강이나 의료비지출을 설명함에 있어서 개인의 객관적 계층인식뿐만 아니라 사회적인 위계내에서 주관적으로 자신의 계층을 인식 및 판단하는 주관적 계층인식에 대한 다학제적 연구는 물론 국가와 지역 사회의 적극적 지원이 필요하다.

## REFERENCES

1. N.K. Seo, S.Z. Ahn, T.U. Kang, Y.H. Hwang(2015), The Study of Estimating Household Catastrophic Health Expenditure using Korea Health Panel Data, The Korean Journal of Health Economics and Policy, Vol.21(1);79-102.
2. OECD. "Health expenditure per capita", in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2017.
3. Y.D. Kim, H.O. Han(2018), An Empirical Analysis on the Relationship between Medical Expense and Life Span/Health, Journal of the Korean Data Analysis Society, Vol.20(2);735-746.
4. J.G. Kim(2011), Equity in the Delivery of Health Care in Korea: Focused On Analysis by Age Groups, Korean social security studies, Vol.27(3);91-122.
5. E.W. Lee(2016), A Study on the Determinants and regional differences of Subjective Class Consciousness, Journal of Korean National Economy, Vol.34(4);171-189.
6. R. Choi, J.Y. Park, B.D. Hwang(2013), Health Care Utilization according to Income class and Subjective Income class : Measurements Based on Korea Health Panel, Health and Social Science, Vol.33;85-107.
7. .D.J. Kim(2011), Income-related Inequality in Health Care Use in Korea, Health and welfare policy forum, Vol.17;45-54.
8. B.H. Lee, J.H. Yoon(2006), The Change of Social Status Consciousness, Economy and society, Vol.70;111-140.
9. R.M. Jackman, W.R. Jackman(1973), An Identification of the Relation between Objective and Subjective Social Status, American Sociological Review, Vol.38(5);569-582.
10. R. Veenhoven(2002), Why Social Policy Needs Subjective Indicators, Social Indicators Research, Vol.58(1);33-45.
11. D.G. Jo(2006), Socio-Demographic Characteristics

- and Subjective Class Identification of 'Joongsancheung', Korea Journal of Population Studies, Vol.29(3);89-109.
12. [http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxSearch.do?idx\\_cd=2990&stts\\_cd=299002](http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxSearch.do?idx_cd=2990&stts_cd=299002)
13. N.E. Alder, E.S. Epel, G. Castellazzo, J.R. Ickovics(2000), Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in health white women, Health Psychology, Vol.19(6);586-592.
14. E. Lora, J. Fajardo(2013), Latin America middle class: The distance between perception and reality, *Economica*, Vol.14(8);33-60.
15. P. Perez-Ahumada(2014), Class consciousness in a mature neoliberal society: Evidence from Chile, *Research in Social Stratification and Mobility*, Vol.38(12);57-75.
16. S.Y. You(2006), A study of health status and health care associated with the subjective social class, *Consumption Culture Study*, Vol.9(2);167-185.
17. R. Choi, B.D. Hwang(2017), The Relevance of Socioeconomic Class Recognition and Subjective Health Status of Injured Workers, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.11(1);131-142.
18. M. Law, K. Wilson, J. Eyles, S. Elliott, M. Jerrett, T. Moffat, I. Luginaah(2005), Meeting health need, assessing health care: The role of neighbourhood, *Health & Place*, Vol.11(4);367-377.
19. J. Macleod, G.D. Smith, C. Metcalfe, C. Hart(2005), Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men, *Social Science & Medicine*, Vol.61(9);1916-1929.
20. M. Lemsta, J. Mackenbach, C. Neudorf, U. Nannapaneni(2009), High health care utilization and costs associated with lower socio-economic status: Results from linked dataset, *Canadian Journal of public Health*, Vol.100(3);180-183.
21. J.M. Ostrove, N.E. Adler, M. Kuppermann, A.E. Washington(2000), Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women, *Health Psychology*, Vol.19(6);613
21. S.H. Moon(2014), Analysis on the Horizontal Equity in Medical Service Usage in Terms of Income Levels, *Korean Management Consulting Review*, Vol.14(4);95-108.
22. D. Litaker, T.E. Love(2005), Health care resource allocation and individuals' health care needs: Examining the degree of fit, *Health policy*, Vol.73(2);183-193.