

건강보험 및 보건의료에 대한 복지인식에 영향을 주는 요인: 2013년 한국복지패널 자료를 이용하여

박영희‡

부산가톨릭대학교 병원경영학과

Factors of Welfare Recognition toward Health Insurance and Health Care: Using 2013 Korea Welfare Panel Study

Young-Hee Park‡

Department of HCM Catholic University of Pusan

<Abstract>

Objectives : This research was performed to investigate the characteristics and determination factors of health care policy satisfaction and welfare recognition for health insurance & health care financing. **Methods** : The utilized data were 4,174 cases who responded to a welfare recognition survey in the 8th wave of the Korea Welfare Panel Study (2013). The statistical methodology used in this study is the multiple regression model. **Results** : The significant affecting factors of health care policy satisfaction were age, education, household income, welfare attitudes, and health status. Medical utilization & private medical insurance were not related to health care policy satisfaction. The affecting factors of health insurance reinforcement were age, health status, welfare attitudes. The affecting factors of health care financing expansion were age, economic activity type, medical utilization, welfare attitudes. The affecting factors of welfare attitudes were age, economic activity type, household income, health insurance, and health status. **Conclusions** : Health care policy satisfaction, health insurance reinforcement, and health care financing expansion were all affected by age and welfare attitude; but this was not the case for private health insurance. This study recommended that the Korean government provide active planning for reinforcement of health insurance and publicity of the health care system in order to accord with the prospects of people.

Key Words : Health Care, Health Insurance, Welfare Attitude, Socioeconomic Factor

‡ Corresponding author : Young-Hee Park(yhpark@cup.ac.kr) Department of HCM Catholic University of Pusan
• Received : Jul 31, 2015 • Revised : Aug 27, 2015 • Accepted : Aug 31, 2015

I. 서론

우리나라의 국민건강보험제도는 도입 12년 만인 1989년 7월 전 국민에게 확대되었고, 2000년 직장 건강보험과 지역건강보험 조직을 통합하여 전 국민을 대상으로 하는 단일한 건강보험체제로 확립되어, 국민의 건강권을 보호하는 사회안전망으로서 중요한 역할을 담당하면서 보건의료체계의 중심축으로 기능하고 있다. 사회보험으로서의 국민건강보험은 의료급여 대상자를 제외한 전 국민에게 강제 가입이 적용되고 보험료는 소득과 경제적 능력에 비례하여 부과되고 있다. 그러므로 보험료를 납부하는 가입당사자로서의 건강보험제도에 대한 이해와 수용, 공동체로서의 연대감은 매우 중요하다. 국가는 건강보험의 보험료를 부담하는 주체이면서 동시에 제도의 수혜자인 국민들이 건강보험제도의 역할 강화와 정부 재정지출에 대해 어떻게 인식하고 있는지를 파악하여 이를 바탕으로 국민들의 기대에 부응하는 건강보험 정책을 수립해 나가야 할 것이다. 복지제도의 정당성은 사회구성원들의 긍정적이고 지지적인 태도 및 의식을 기반으로 하며, 이러한 우호적인 태도는 복지정치 공간에서 의사결정의 중요한 원천으로 작용하여 복지정책의 확대를 가져올 가능성이 높기 때문이다[1].

우리나라의 국민건강보험은 빠른 시일 안에 전 국민을 공적인 건강보험 영역에 포함시키기 위해 '저 급여, 저 수가, 저 보험료'의 구조로 출발하였으나 지속적인 보험료 인상을 통하여 꾸준히 건강보험의 보장성을 높여 왔다[2]. 그러나 국민건강보험의 보장률은 2008년 62.2%를 달성한 이래, 2012년 62.5%, 2013년은 62.0%로[3] 나타나 그간의 노력만큼의 보장성 강화를 이루어내고 있지 못하고 있는데, 우량재로서의 의료의 특성 상 신의료기술의 확대와 신약의 개발로 비급여가 꾸준히 발생하는 것이 한 요인으로 지목되고 있다[4]. 그간 국민건강보험의 낮은 보장성과 국민들의 다양한 의료

욕구로 인하여, 민간의료보험의 가구 가입률은 2008년 71.6%에서 2012년 80.4%로 증가하고 있는 실정이다[5]. 최근 들어 정부는 4대 중증질환의 보장성 강화와 3대 비급여 해소를 정책 목표로 건강보험의 보장성 강화에 심혈을 기울이고 있지만[3] 건강보험재정 확대와 그를 위한 보험료 인상이 뒷받침되어야 할 것이고, 이를 위한 국민들의 공감대 형성이 더욱 필요할 것이다. 국민건강보험공단은 간간이 '국민건강보험 만족도 조사' 연구를 수행하고 있지만 원시자료가 공개되고 있지 않으며, 보건의료정책 만족도나 전체적인 복지인식에 대한 조사 항목은 없어서 보건의료, 건강보험에 대한 국민의 복지인식을 인구·사회경제적 특성 및 의료이용 관련 요인, 전반적인 복지인식과 결부시켜 거시적인 조망을 할 수 없는 점이 있다. 한국보건사회연구원원에서 주관하는 '한국복지패널' 조사에서는 부가조사로 복지인식 조사를 3년 주기로 병행 수행하여, 개인별 건강상태, 의료이용실태, 민간의료보험 가입현황 정보와 함께 건강보험 인식을 포함한 전체적인 복지인식이 조사되어 거시적으로 보건의료와 건강보험 복지인식을 조망할 수 있는 장점이 있다. 우리나라에서 국민의 전체적인 복지인식 수준과 결정 요인에 대한 연구는 '한국복지패널'의 복지인식 조사 자료를 이용하여 꾸준히 연구되어 오고 있으나[6][7][8][9][10][11], 보건의료와 건강보험 영역에 초점을 맞춘 복지인식 연구는 부족한 편이다. Lee et al.[12]은 '2007년 복지패널' 자료를 이용하여 복지태도가 건강보험인식을 결정하는 구조경로에 초점을 맞추어 분석하였으나, 인구사회학적인 특성별로 구체적 분석이 생략이 되어 있고, 보건의료정책 만족도나 민간의료보험 가입 수준이 변수에 포함되어 있지 않았다. 국제사회조사프로그램(ISSP)의 2011년도 보건 모듈 자료를 이용한 Seo[13]의 연구는 의료서비스에 대한 복지태도를 '의료서비스 향상을 위해 세금을 더 낼 의향이 있는가' 1개 문항을 이용하여 분석한 제한점이 있다.

또한 국민들의 보건의료와 건강보험에 대한 관심이 빠르게 증가하고 있는 점에서 최근의 자료를 이용한 후속 연구가 필요하다고 생각한다.

이에 본 연구는 '2013년 한국복지패널' 자료를 이용하여 보건의료정책 만족도, 건강보험의 역할강화, 건강보험·보건에 대한 정부의 재정확충 인식에 영향을 주는 요인을 분석하고, 인구 특성에 따른 요구도를 분석하여 건강보험 제도의 발전에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다. 본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 인구·사회경제적 특성과 건강상태, 의료이용, 의료보장 유형, 민간의료보험 가입정도별로 '보건의료정책 만족도', '건강보험 역할강화', '건강보험·보건 재정확충' 인식도를 파악한다. 둘째, '보건의료정책 만족도', '건강보험 역할강화', '건강보험·보건 재정확충', '복지태도'에 영향을 주는 요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 한국보건사회연구원에서 2006년부터 진행해 온 '한국복지패널조사' 중 8차년도인 2013년에 수집된 자료를 활용하였다. '한국복지패널조사'는 3년에 한 번씩 복지인식에 대한 부가조사를 수행하고 있는데 2013년에는 복지인식에 대한 세 번째 부가조사가 실시되었다. '2013년 복지패널'에 조사된 원자료 조사대상자는 17,984명이었고, 이중 복지인식에 대한 부가조사 응답자는 4,185명이었다.

2. 변수 및 분석방법

1) 종속변수

본 연구는 국가의 복지제도 중 건강보험과 보건의

의료정책 영역의 복지인식 수준을 살펴보고 관련 요인을 규명하고자 하여, 다음의 4 문항을 종속 변수로 선정하였다. 첫째, '보건의료정책 만족도'는 『"아픈 사람에게 보건의료서비스를 제공하는" 정책영역에서 정부가 얼마나 잘하고 있는가?』 문항을 선정하였다. 1점 "매우 잘하고 있다" 부터 5점 "매우 잘못하고 있다"로 측정되어 점수를 역으로 산정하여 5점 척도로 사용하였다. 둘째, '건강보험 역할강화'는 『국가가 운영하는 건강보험은 최소한의 서비스로 축소시키고, 나머지는 각자 민간의료보험을 이용해서 해결해야 한다』는 문항을 선정하였다. 1점은 "매우 동의한다" 부터 5점 "매우 반대한다"로 측정되어 점수가 높을수록 건강보험의 역할강화 인식이 높은 것으로 측정된다. 셋째, '건강보험·보건 재정확충'은 『건강보험 및 보건의 정부지출이 늘기를 바라는가?(훨씬 더 많이 지출이 늘어나는 경우에 이를 위해 세금을 더 거둬야 한다는 것을 염두에 두시길 바랍니다.)』 항목을 선정하였고, 1점은 '훨씬 더 많이 지출' 부터 5점은 '훨씬 덜 지출' 로 측정되어 점수를 역으로 산정하여 사용하였다. 넷째, 전체적인 평등지향적인 복지인식을 살펴보고 관련성을 분석하기 위해 5개의 문항을 추출하여 '복지태도' 변수를 구성하였다. '복지태도'의 하위 구성변수는 Lee[12]의 연구를 참조하여 '소득재산 평등도(소득이나 재산에 있어 얼마나 평등한가?)(7점 척도)', '소득격차 해소가 정부의 책임인가'(5점 척도), '사회복지확대를 위해 세금 증가'(5점 척도), '복지혜택과 근로의욕(사회복지를 늘리면 일할 의욕이 떨어지는가, 역변수로 변환)(7점 척도)', '성장과 분배(성장보다 분배가 중요한가)(4점 척도)'의 5개의 변수를 추출하여 5점 척도로 변환하여 평균을 산출하였다. '소득재산 평등도'는 점수가 높을수록 불평등하다고 인식하는 것으로 측정되고, '소득격차 해소가 정부의 책임인가'는 점수가 높을수록 정부의 책임이라고 인식하는 것이다. '사회복지확대를 위해 세금 증가'는 점수가

높을수록 세금을 증가해야 한다고 인식하는 것이고, '복지혜택과 근로의욕'은 점수가 높을수록 사회 복지를 늘려도 일할 의욕이 떨어지지 않는다고 인식하는 것이며, '성장과 분배'는 점수가 높을수록 분배를 중요시하는 것이다.

2) 설명변수

설명변수는 복지태도의 주요한 요인으로 알려진 인구·사회경제적 특성과, 보건의료 부문의 영향 요인으로 알려진 건강상태 및 건강만족도 특성 및 의료이용 변수, 의료보장유형, 민간의료보험 가입을 선정하였다. 인구·사회경제적 특성은 성, 연령대, 교육수준, 소득, 경제활동유형을 선정하였다. 연령은 연속변수가 아닌 20대, 30대, 40대, 50대, 60대, 70대 이상으로 명목 변수로 분류하였는데, 그 이유는 연령의 영향은 나이와 비례하기 보다는 생애 주기별로 과업이 변화해 나가기 때문이다. 교육수준은 중졸이하, 고졸, 전문대졸 이상으로 분류하였다. 가구소득은 복지패널에서 가구 경상소득을 가구원 수로 보정한 가구균등화 소득을 중위 60% 이상의 일반 가구와 중위 60%미만의 저소득층으로 구분한 변수를 이용하였다. 경제활동유형은 원자료 분류를 상용직 임금근로자, 임시직 임금근로자(일용직 임금근로자포함), 고용주·자영업자, 비근로자(공공근로·자활근로 및 실업, 비경제활동자)로 재분류하여 사용하였다. 건강상태 및 의료이용 변수는 '주관적 건강상태(5점 척도)', '6개월 이상 만성질환' 여부, '장애' 여부, '외래이용 정도', '입원이용 정도'로 선정하였다. 외래이용은 '2월에 1회 이하', '월1회', '월2회', '월3회', '월4회 이상'의 5점 척도로 범주화하였고, 입원이용은 '없음', '1년에 한번', '1년에 2번 이상'의 3점 척도로 범주화하였다. 의료보장유형은 건강보험과 의료급여로 구분하였다. '민간의료보험 가입정도'는 가입하지 않음, 1개 가입, 2개 가입, 3개 이상 가입의 4점 척도로 범주화하였다. 자료의 분석은 SPSS 22.0을 사용하였다.

3) 분석 방법

분석방법은 첫째, 인구·사회경제적 특성과, 민간 의료보험 가입정도별로 '보건의료정책 만족도', '건강보험 역할강화', '건강보험·보건 재정확충', '복지태도' 인식 평균이 차이가 나는지 검증하기 위해서 독립표본 t-test 및 ANOVA를 사용하였다.

둘째, '보건의료정책 만족도', '건강보험 역할강화', '건강보험·보건 재정확충', '복지태도'에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 이들 4개 변수 각각을 종속변수로 다중 회귀분석을 실시하였다. 독립변수는 인구·사회경제적 특성, 건강상태 및 의료이용, 의료보장유형, 민간의료보험 가입정도를 사용하였다. '복지태도'의 영향력을 보기 위하여 나머지 3개의 종속변수에 독립변수로 포함시켰고, '보건의료정책 만족도'의 영향력을 보기 위해 종속변수 '건강보험 역할강화'와 '건강보험·보건 재정확충'에 독립변수로 포함시켰다.

III. 연구결과

1) 연구대상자의 일반적 특성

본 연구의 분석 대상자는 '2013년 한국복지패널' 복지인식 응답자 4,185명 중 분석 대상 문항 결측 응답자를 제외한 4,174명이었다. 성별로는 남자가 42.9%, 여자가 57.1%였고, 연령별로는 70대 이상이 28.2%로 가장 많았고, 20대가 7.5%로 가장 적어, 노인층이 상대적으로 표본에 많이 포함되어 있었다. 교육수준은 중졸 이하가 43.4%, 고졸 26.8%, 전문대졸 이상 29.8%였다. 경제활동유형은 비근로자가 46.6%로 가장 많았고, 고용주·자영업이 15.1%로 가장 적었고, 중위균등화소득 60%이상 일반소득계층은 67.3%였다. 건강상태는 '건강한 편'이 45.4%로 가장 많았고, '건강하지 않은 편' 21.2%, '보통' 21.1%, '매우 건강' 10.2%, '매우 불건강' 2.0%순이었다. 6개월 이상 만성질환보유자가 51.5%, 장애보유자가 10.3%이었다. 외래이용은 월1

회가 47.9%로 가장 많았고, 월 4회 이상이 13.3%이었으며, 입원이용은 '없음'이 86.8%, 2회 이상이 2.2%였다. 민간의료보험가입은 '없음'이 45.5%, 1개 가입이 31.0%, 2개 가입이 14.0%, 3개 이상 가입이 9.5%이었다.

2) 일반적 특성에 따른 인식도

연구대상 종속변수 4개 항목을 인구·사회경제적 특성별로 인식도 평균을 살펴보았다<Table 2>.

각 항목의 평균을 살펴보면 '건강보험 역할강화'는 3.90으로 가장 높았고, 다음으로 '건강보험·보건 재정확충'이 3.55, '보건의료정책 만족도'가 3.54이었고, '복지태도'는 3.28로 나타났다. 성별은 4개 항목 모두에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

'보건의료정책 만족도'는 연령, 교육수준, 경제활

동유형, 가구소득, 의료보장유형, 민간의료보험가입에 따라 유의한 차이가 있었다($p<.01$). 연령별로는 연령이 높아질수록 만족도가 높았고, 교육수준별로는 교육수준이 낮을수록 만족도가 높았다. 경제활동유형별로는 고용주·자영업자가 3.63으로 가장 높았고, 상용직 임금근로자가 3.31로 가장 낮았다. 소득계층별로는 저소득층에서 3.72로 일반소득계층 3.45보다 더 높았다. 의료보장유형별로는 건강보험이 3.53으로 의료급여 3.67보다 낮았다. 민간의료보험가입 정도별로는 없음이 3.66으로 가장 높았고, 가입건수가 많을수록 만족도가 낮아졌다. '건강보험 역할강화'는 교육수준에서만 유의한 차이가 있었다($p<.05$). 중졸 이하에서 3.93으로 가장 높았고, 다음으로 전문대졸이상 3.90, 고졸이 3.84로 가장 낮았다.

<Table 1> Socioeconomic-demographic characteristics of subjects

Variable	Category	Frequency(%)	Variable	Category	Frequency(%)
Gender	Male	1,791(42.9)	Health Status	Very poor	83(2.0)
	Female	2,383(57.1)		Poor	885(21.2)
Age	20-29	313(7.5)	Moderate	882(21.1)	
	30-39	579(13.9)	Good	1,897(45.4)	
	40-49	754(18.1)	Very good	427(10.2)	
	50-59	711(17.0)	Chronic disease	None	2,024(48.5)
	60-69	641(15.4)		Having	2,150(51.5)
	Over 70	1,176(28.2)	Disability	None	3,745(89.7)
Education	Below middle school	1,811(43.4)		Having	429(10.3)
	High school	1,120(26.8)	OPD	Below 1 per 2 month	549(13.2)
	Over College	1,243(29.8)		1 per month	1,999(47.9)
Economic activity type	Regular employee	813(19.5)		2 per month	731(17.5)
	Temporary employee	787(18.9)		3 per month	340(8.1)
	Self-employed	629(15.1)	Over 4 per month	555(13.3)	
	Not employed	1,945(46.6)	Admission	None	3,624(86.8)
Household income	60% over of median household	2,808(67.3)		One time per year	459(11.0)
	60% below median household	1,366(32.7)		Over two time per year	91(2.2)
	Insurance type	Health insurance	3,89(93.3)	Private medical insurance	None
Medical aid		279(6.7)	One		1,295(31.0)
Total					Two
			Over three		398(9.5)
			4,174(100.0)		

‘건강보험·보건 재정확충’은 연령, 교육수준, 경제활동유형별, 가구소득, 의료보장유형, 민간의료보험가입에 따라 유의한 차이가 있었다($p<.01$). 연령별로는 70대 이상이 3.63으로 가장 높았고, 다음으로 20대가 3.59이었고, 50대와 60대 3.55, 30대 3.50, 40대가 3.46으로 가장 낮았다. 교육수준별로는 중졸 이하가 3.59로 가장 높았고, 고졸이 3.49로 가장 낮았으며, 경제활동유형별로는 비근로자가 3.60로 가장 높았고, 고용주·자영업자가 3.48로 가장 낮았다. 소득별로는 저소득층이 3.63으로 일반소득계층 3.52 보다 더 높았고, 의료보장유형별로는 의료급여가 3.70으로 건강보험 3.54보다 높았다. 민간의료보험 가입별로는 없음이 3.61로 가장 높았고, 다음으로 2개 가입 3.55, 3개 이상 가입 3.52, 1개 가입이 3.49로 가장 낮았다. ‘복지태도’는 연령, 교육수준, 경제활동유형, 가구소득, 의료보장유형, 민간의료보험가입에 따라 유의한 차이가 있었다($p<.05$, $p<.01$). 연령별로는 30대가 3.38로 가장 높았고, 연령이 높아지면서 낮아져 70대 이상은 3.19로 가장 낮은 인식도를 보였다. 교육수준별로는 전문대졸이상이 3.36로 가장 높았고, 중졸 이하가 3.25로 가장 낮았으며, 경제활동유형별로는 상용직 임금근로자가 3.35로 가장 높았고, 고용주·자영업자 3.20으로 가장 낮았다. 가구소득에서는 일반 소득계층이 3.29로 저소득층 3.28보다 높았다. 의료보장별로는 의료급여가 3.44로 건강보험 3.27보다 높았다. 민간의료 보험은 2개 가입이 3.32로 가장 높았으며 없음이 3.25로 가장 낮았다.

3) 건강보험 및 보건의료에 대한 인식과 복지태도에 영향을 미치는 요인

보건의료정책 만족도, 건강보험 역할강화, 건강보험·보건 재정확충, 복지태도에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석 결과는 <Table 3>과 같다.

‘보건의료정책 만족도’는 연령, 교육수준, 가구소

득, 복지태도가 유의한 영향을 주고 있었다($p<.05$, $p<.01$). 20대에 비해 70대, 60대, 50대 순으로 만족도가 높았고, 교육수준이 낮을수록 만족도가 높았으며, 일반 소득층보다 저소득층의 만족도가 높았다. 복지태도는 보건의료정책 만족도에 음의 영향을 주고 있어, 복지태도가 높을수록 보건의료정책 만족도는 낮게 나타나고 있었다. 성별, 건강상태, 만성질환, 장애여부나 의료이용 빈도, 민간의료보험 가입정도는 유의한 영향을 주고 있지 않았다.

‘건강보험 역할강화’에 대한 인식도는 연령, 건강상태, 복지태도가 유의한 영향을 주고 있었다($p<.05$, $p<.01$). 20대에 비하여 50대의 인식도가 높았고, 다른 연령과는 유의한 차이가 없었다. 건강상태가 좋지 않을수록, 복지태도가 높을수록 인식도가 높았다. 가구소득, 만성질환, 장애여부, 의료이용 빈도, 민간의료보험 가입정도, 보건의료정책 만족도별로는 유의한 차이가 없었다.

‘건강보험·보건 재정확충’ 인식도는 연령, 경제활동유형, 외래 및 입원이용 빈도, 복지태도, 보건의료정책 만족도가 유의한 영향을 주고 있었다($p<.05$, $p<.01$). 20대에 비해 40대가 인식도가 가장 낮았고, 30대는 다음으로 낮았으며, 고용주·자영업자가 비근로자보다 낮았다. 입원 횟수와 외래이용 빈도가 높을수록 인식도가 높았고 외래가 입원보다 큰 영향을 주었다. ‘복지태도’가 높을수록, ‘보건의료정책 만족도’가 낮을수록 인식도가 높았으며, 복지태도의 표준화 계수는 0.175로 모든 독립변수들 중 가장 큰 영향을 주고 있었다. 개인의 건강상태에 관한 변수는 영향을 미치지 않고 있었다.

‘복지태도’는 연령, 경제활동유형, 가구소득, 의료보장유형, 건강만족도가 유의한 영향을 주고 있었다($p<.05$, $p<.01$). 연령별로는 20대에 비하여 30대의 인식도는 높았고, 70대는 낮았으며, 다른 연령과는 유의한 차이가 없었다. 경제활동유형별로는 고용주·자영업자에서 낮았고, 건강보험 가입자가 의료급여보다 낮았다. 저소득층과 건강상태가 나쁠

수록, 복지태도가 높았다. 만성질환이나 장애, 입원 및 외래이용 빈도, 민간의료보험 가입은 유의한 영향을 주고 있지 않았다.

회귀분석 모형의 적합도를 살펴보면 F값은 모두

P값이 .000으로 본 연구모형이 회귀분석의 모형에는 적합했으나, 보정된 R제곱의 값이 매우 낮아 종속변수에 대한 독립변수의 설명력이 떨어지는 한계점을 보이고 있었다.

<Table 2> Health care policy satisfaction, health insurance reinforcement, health care financing expansion & welfare attitude by socioeconomic-demographic characteristics

Variable	Category	Health care policy satisfaction	Health insurance reinforcement	Health care financing expansion	Welfare attitude
		Mean±S.D	Mean±S.D	Mean±S.D	Mean±S.D
Gender	Male	3.52±.827	3.91±.899	3.56±.763	3.29±.507
	Female	3.55±.764	3.89±.878	3.55.729	3.27±.464
	t(p)	-1.326(.185)	.722(.470)	.323(.747)	1.212(.225)
Age	20-29	3.29±.852	3.81±.954	3.59±.821	3.31±.480
	30-39	3.29±.844	3.87±.931	3.50±.779	3.38±.469
	40-49	3.35±.811	3.87±.923	3.46±.816	3.32±.488
	50-59	3.53±.776	3.96±.911	3.55±.722	3.32±.503
	60-69	3.65±.776	3.95±.843	3.55±.728	3.26±.489
	Over 70	3.79±.656	3.89±.827	3.63±.666	3.19±.456
	F(p)	54.785(.000)	2.031(.071)	5.147(.000)	15.339(.000)
Education	Below middle school	3.72±.707	3.93±.832	3.59±.682	3.25±.468
	High school	3.46±.807	3.84±.935	3.49±.771	3.26±.485
	Over College	3.34±.836	3.90±.917	3.54±.800	3.36±.495
	F(p)	95.726(.000)	4.000(.018)	6.409(.002)	20.886(.000)
Economic activity	Regular Employee	3.31±.863	3.85±.937	3.52±.823	3.35±.490
	Temporary Employee	3.52±.759	3.90±.922	3.53±.732	3.32±.490
	Self-employed	3.63±.753	3.87±.861	3.48±.752	3.20±.500
	Not employed	3.61±.767	3.92±.859	3.60±.708	3.26±.466
	F(p)	32.861(.000)	1.237(.294)	5.522(.001)	13.635(.000)
Household income	60% over of Median household	3.45±.809	3.89±.910	3.52±.770	3.29±.489
	60% below Median household	3.72±.721	3.91±.883	3.63±.680	3.28±.471
	F(p)	33.916(.007)	1.658(.157)	12.670(.000)	2.786(.025)
Health insurance	Health Insurance	3.53±.794	3.89±.885	3.54±.746	3.27±.483
	Medical Aid	3.67±.753	3.95±.910	3.70±.691	3.44±.458
	t(p)	-3.051(.002)	-.960(.337)	-3.655(.000)	-5.667(.000)
Private Health insurance	None	3.66±.756	3.92±.855	3.61±.708	3.25±.482
	One	3.45±.803	3.88±.883	3.49±.754	3.31±.477
	Two	3.43±.828	3.84±.989	3.55±.827	3.32±.477
	Over three	3.39±.788	3.93±.887	3.52±.730	3.28±.506
	F(p)	28.631(.000)	1.634(.179)	6.733(.000)	6.414(.000)
Total		3.54±.792	3.90±.887	3.55±.744	3.28±.483

<Table 3> Multiple regression on health care policy satisfaction, health insurance reinforcement, health care financing expansion & welfare attitude

Variable	Category	Health care policy satisfaction		Health insurance reinforcement		Health care financing expansion		Welfare attitude	
		β	P	β	P	β	P	β	P
Gender	Male								
	Female	-.004	.822	-.031	.076	-.033	.053	-.022	.192
Age	20-29								
	30-39	.006	.806	.025	.308	-.053	.028	.061	.011
	40-49	.020	.446	.035	.203	-.069	.010	.028	.304
	50-59	.084	.003	.060	.038	-.030	.286	.026	.365
	60-69	.115	.000	.038	.207	-.034	.246	-.029	.324
	Over 70	.205	.000	.008	.829	-.004	.925	-.116	.002
Education	Below middle school								
	High school	-.041	.042	-.040	.057	-.011	.605	-.038	.067
	Over College	-.060	.012	.012	.637	.007	.787	.042	.083
Economic activity	Not employed								
	Regular employee	-.022	.276	-.034	.090	-.012	.557	.026	.191
	Temporary employee	.027	.126	-.010	.566	-.007	.675	.027	.126
	Self-employed	.017	.329	-.024	.169	-.040	.021	-.035	.041
Household income	60% below of Median household								
	60% over Median household	-.040	.039	.011	.594	-.030	.128	-.047	.017
Health insurance	Medical aid								
	Health insurance	-.015	.368	.002	.923	-.009	.584	-.081	.000
Private health insurance		-.006	.756	.002	.936	.012	.531	.005	.798
Health status		.033	.108	-.075	.000	.001	.959	-.042	.041
Chronic Disease	None								
	Having	.015	.490	-.014	.525	.004	.839	-.010	.645
Disability	None								
	Having	-.015	.350	-.028	.080	-.011	.477	.004	.788
OPD		.006	.775	.017	.413	.069	.001	.004	.841
Admission		.002	.888	-.014	.390	.046	.003	.031	.052
Welfare attitude		-.061	.000	.072	.000	.174	.000	-	-
Health care policy satisfaction		-	-	.018	.258	-.052	.001	-	-
F(P)		15.991(.000)		3.109(.000)		10.806(.000)		8.849(.000)	
Adjusted R²		.067		.011		.047		.035	

IV. 고찰

보건 및 건강보험 인식도 3개 항목에 대한 인식도 평균을 비교해보면 '건강보험 역할강화'가 3.90으로 '건강보험·보건 재정확충' 3.55, '보건의료정책 만족도' 3.54보다 높았다. 구체적인 사회보험방식인 건강보험의 역할강화에 대한 요구도가 '건강보험·보건 재정확충' 같은 국가의 정부재정 지출 확대 요구보다 높게 나타났다. 또한 2014년 국민건강보험만족도 조사[14]에서도 건강보험 가입자가 희망하는 국민건강보험 보장률은 현재의 62.0%보다 높은 평균 74.4%로 나타나 국민들의 건강보험 보장성 확대 요구는 큰 편으로 나타나고 있었다. '보건의료정책 만족도'는 다른 변수들을 통제했을 때에는 연령, 교육수준, 가구소득, 복지태도가 유의한 영향을 주고 있었다. 고연령층, 낮은 교육수준과 저소득, 낮은 복지태도에서 만족도가 높았고, 건강상태나 의료이용 변수, 민간의료보험가입 변수는 영향을 주고 있지 않아 보건의료 서비스 필요도나 이용에 따른 인식 차이는 없었다. 사회취약계층인 노인, 저학력, 저소득에서 보건의료정책 만족도가 높다는 사실은 우리나라의 보건의료 정책이 많은 문제점을 내포하고 있지만 최소한의 의료안전망으로서 긍정적으로 작용하고 있다고 평가할 수 있다. '건강보험 역할강화'에 대한 인식도는 연령, 건강상태, 복지태도가 유의한 영향을 주고 있었다. 50대의 인식도가 높았고, 건강상태가 좋지 않을수록, 복지태도가 높을수록 인식도가 높았고, 구체적인 개인의 의료이용 요구나 소득 같은 의료이용 가능성 요인은 영향을 주지 않았다. 세금부담을 전제로 한 '건강보험·보건 재정확충' 인식도는 연령, 경제활동유형, 외래 및 입원이용 정도, 복지태도, 보건의료정책 만족도가 유의한 영향을 주고 있어, '건강보험 역할강화'에는 없었던 의료이용 변수의 영향이 추가되고 있었다. Seo[13]의 연구에서도 사람들은 의료서비스에 대한 수요가 많을수록, 즉 자기

이해가 많이 발생하는 상황에 있을수록 우호적인 복지태도를 형성하는 경향이 있으며, 상징적 태도로써 정치성향이 진보적이고 평등주의적 인식을 가진 사람일수록 세금 추가 부담에 긍정적인 태도를 보이는 것을 확인하고 있어, 본 연구 결과와 비슷하게 나타났다. 그러나 2010년 복지패널 자료를 이용한 '건강보험·보건 재정확충' 인식의 영향 요인에 대한 Kim & Suh[15]의 연구에서는 소득과 교육이 유의한 영향을 주고 있어 본 연구결과와 차이가 있었는데, 본 연구에서는 의료이용 변수가 삽입되어 단편적으로 비교하기 곤란한 점이 있다.

'복지태도'는 연령, 경제활동유형, 소득, 건강상태가 유의한 영향을 주고 있어, 30대의 인식도가 가장 높았고, 70대가 가장 낮았으며, 고용주·자영업자, 저소득층, 건강상태가 좋은 사람의 인식도가 낮았다. Lee[12]의 연구에서는 '복지태도' 결정 요인이 성별, 연령, 교육수준, 소득, 건강상태, 의료이용으로 본 연구와 부합하지만, 여성의 복지태도가 높은 점은 본 연구와 차이가 있었다. 30대는 '복지태도'에서는 높은 인식도를 보이지만 '건강보험·보건 재정확충'에는 낮은 인식도를 보이고 70대는 '복지태도'에서는 낮은 인식도를 보이지만 '건강보험·보건 재정확충'에서는 높은 인식도를 보여 두 변수는 연령별로 상이한 입장을 보이고 있었다. 이는 우리나라의 노년층의 복지태도가 살아온 환경의 영향으로 보수적으로 형성된 측면이 있지만[7], 노년층의 보건 재정확충 요구는 실제 의료이용 다빈도자로서의 개인의 수요를 반영하고 있기 때문으로 보인다. 본 연구에서 건강보험 역할강화, 건강보험·보건 재정확충에 영향을 주는 설명 변수가 일치하지 않고 있었고 연령의 영향도 변이가 있었는데, 이는 각각의 문항 영역이 의미하는 바가 다르기 때문일 수 있다. 또한 우리나라의 경우 모든 복지제도의 선호에 일관되게 영향을 미치는 변수는 발견되지 않고, 각 제도에 투영된 이해관계가 개별 복지제도에 대한 선호에 영향을 미치고 있는

것도 하나의 요인으로 사료된다[10][15]. 복지태도에서 소득은 계층의 이해를 대변하는 중요한 영향요인으로 지목되어 왔었는데[16][17], 저소득층에서 평등지향적인 '복지태도'가 높게 나타나 복지 이념적인 면에서는 계층의 이해를 반영하고 있었으나, '건강보험 역할'과 '건강보험·보건 재정확충' 인식도에서는 소득별로 차이가 없어, 건강보험과 보건에서 실제적으로 국가의 역할을 강화해야 한다는 기대사항이 소득계층과 관계없이 공통적으로 형성되어 있음을 알 수 있었다. 이는 실제로 건강보험 재정을 강화해 나가는 정책을 집행하는 데 긍정적 지지 요인으로 작용할 수 있다고 예상된다. 민간의료보험 가입은 다른 변수를 통제했을 때에는 '보건의료정책 만족도', '건강보험 역할강화', '건강보험·보건 재정확충', '복지태도' 모두에 유의한 영향을 주고 있지 않았다. 이는 우리나라에서 민간의료보험 가입 사유가 건강보험의 낮은 보장성으로 인해 개인의 경제력에 따라 가입이 이루어지고 있는 것[2][18][19][20]로, 건강보험 인식이나 복지태도와는 관련이 없는 것으로 보여 진다. 또한 역으로 민간의료보험 가입자가 건강보험의 보장성 강화나 정부의 건강보험·보건 재정확충에 대한 기대를 증진한 것도 아니라는 것을 나타낼 수도 있다[21].

본 연구의 보정된 R제곱 값이 매우 낮아 종속변수에 대한 독립변수의 설명력이 떨어지는 한계점을 보이고 있었는데 이는 한국복지패널의 복지인식 자료를 이용한 연구[6][7][8] [9][10]에서도 공통적으로 나타나는 결과이었다. 이는 복지에 대한 인식이 주관적이기 때문에 객관적인 인구·사회경제적 특성에 의해서만 결정되는 것이 아니라 측정되지 못한 요인에 의해서도 결정될 수 있는 측면을 반영한 것으로 보인다. 향후 이러한 연구 모형의 제한점을 보완할 수 있는 연구 방법을 모색하고, 보다 광범위한 변수를 포함하는 후속 연구가 필요하다고 생각한다.

본 연구는 '한국복지패널'의 원시 자료를 사용한

2차 연구로서, 건강보험 보장성 강화를 실현하기 위한 보험료 부담수준 등의 구체적 재정확충 방안 에 대한 인식이 누락되었고, 국가보건의료체계의 요소별 만족도가 측정되지 않아 제한점이 있지만, 국가재정이 투입된 소중한 공공 자료로서 활용도를 높이는 것 또한 중요하다고 생각되어, 제한적이거나 보건의료와 건강보험 인식에 대한 복지인식을 조망해 보았다. 한국복지패널의 복지인식 조사가 3년 간격으로 시행되므로 향후에는 복지인식의 경시적 변화와 관련 요인을 살펴보는 연구도 필요하다고 사료된다. 또한 보건의료이용실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강행태 등에 관해 전국 규모로 시행되고 있는 '한국의료패널'의 조사 항목에 건강보험과 보건의료정책에 대한 인식 항목을 추가하여 의료이용 심층자료와 연계하여 분석할 수 있다면, 실제 의료수요자들의 요구를 보건의료 정책에 더욱 적절하게 반영할 수 있을 것으로 생각한다.

V. 결론

본 연구는 '2013년 한국복지패널' 복지인식 자료 4,174건을 이용하여 보건의료정책 만족도, 건강보험의 역할강화, 건강보험·보건에 대한 정부의 재정확충 인식에 영향을 주는 요인을 분석하고, 인구 특성에 따른 요구도를 분석하였다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 보건의료정책 만족도는 연령, 교육수준, 가구소득, 복지태도가 유의한 영향을 주고 있으며, 건강상태나 의료이용 및 민간의료보험 가입은 유의한 영향을 주고 있지 않았다. 둘째, 건강보험 역할강화 인식도는 연령, 건강상태, 복지태도가 유의한 영향을 주고 있었고, 건강보험·보건 재정확충 인식도는 연령, 경제활동유형, 의료이용, 보건의료정책 만족도, 복지태도가 유의한 영향을 주고 있어 의료 수요자의 입장을 더 구체적으로 반영하고 있

었다. 셋째, 복지태도는 연령, 경제활동유형, 가구 소득, 건강상태가 유의한 영향을 주고 있어, 개인의 인구·사회경제적 특성이 주로 반영되고 있었다.

본 연구에서는 건강보험과 보건의료정책에 대한 복지인식을 인구·사회경제적 특성과 건강 및 의료 이용 특성 및 민간의료보험 가입, 복지태도라는 영향 요인별로 분류하여 조망해 보았다. 평등주의적인 복지태도가 구체적인 복지프로그램 영역인 보건·건강보험 분야의 복지인식에도 영향을 주고 있는 것으로 나타났으며, 건강보험과 보건 재정확충에 대한 요구는 연령과 의료이용 요구가 영향 요인이었고, 소득이나 보건의료정책 만족도, 민간의료보험 가입과 관계없이 전 계층에서 비교적 높게 나타나고 있었다. 그러므로 건강보험을 중심으로 하는 공적인 보건의료체계를 발전시켜 나가길 바라는 국민들의 요구와 기대가 전반적으로 크다는 사실을 인식하여 건강보험 정책을 수립해 나가야 할 것이다.

REFERENCES

1. S.Y. Kim(2010), A Study on The Determinants of Koreans' Welfare Consciousness: Focusing on State's Responsibilities upon Public Agenda, Survey Research, Vol.11(1);87-105.
2. Y.C. Lee, B.H. Im, Y.H. Park(2010), The Determinants and Comparison of Health Behavior and Health Service by Private Medical Insurance on National Health-Nutrition Survey, The Journal of the Korea Contents Association, Vol.10(12);190-204.
3. Ministry Health & Welfare(July 10, 2015), Press Release, 2013 Medical Fee Investigation of National Health Insurance Service, pp.1-2.
4. Ministry Health & Welfare(February 22, 2013), Press Release, 2011 Medical Fee Investigation of National Health Insurance Service, pp.2-3.
5. N.K. Seo, S.J. An, Y.H. Whang, T.W. Kang, J.S. Choi, Y.H. Jung, Y.H. Oh, D.J. Kim, J.A. Juen, S.J. Ko, S.H. Lee, J.Y. Kim(2013), 2013 In-depth Analysis of Korea Health Panel, National Health Insurance Service & The Korea Institute for Health and Social Affairs, p.75.
6. H.N. Lee, M.R. Lee(2010), A Study on Factors Affecting Welfare Attitudes of Korean: Analyzing Effects of Equity Perception, Health and Social Welfare Review, Vol.30(2);254-286.
7. S.H. Kim(2010), The effect of subjective perception on preference for the universality of the welfare system: the approach using instrument variables, Korean Journal of Social Welfare Studies, Vol.41(3);213~239.
8. Y.S. Kim, E.G. Yeo(2011), Koreans' welfare attitude: Focusing on the inconsistency and insignificance of class difference in welfare attitude, Economics & Society, Vol.91;211-240.
9. S.J. Kim, Gender Gap in Welfare Attitudes in Korea, Journal of Women's Studies, Vol.25(1);63-91.
10. H.J. Kim(2013), A Study of Korean Welfare Attitudes, Dongseo Press, Vol.16;59-88.
11. S.H. Kim(2015), An exploratory Study on the Korean's inconsistent attitude about social welfare spending and taxes, Journal of Social Science Vol.41(1);27-57.
12. H.H. Lee, Y.T. Kim, W.J. Lee(2011), Determinants of Welfare Attitudes and Awareness toward Health Insurance in Korea, Korean Social Security Studies, Vol.27(2);1-25.
13. W.Y. Seo(2014), Determinants of Welfare Attitudes toward Health Care Services-Focusing on Self-interest, Symbolic Attitudes, and Sociotropic Perception Factors-, Department of public health science graduate school of Korea university, pp.64-65.

14. N.K. Seo, S.R. Seo, O.H. Lee, S.J. An, M.K. Jo(2015), 2014 National Health Insurance Satisfaction Survey, National Health Insurance Service, pp.158-160.
15. Y.T. Kim, J.W. Suh(2014), Welfare Attitude and Welfare Institution in Korea - Public Support for Welfare Institutions, Trends and Prospect, Vol.90;331-378.
16. J.H. Jeon(2013), A Study on the Determinants of Welfare Attitude in Korean Society: Focusing on Class, Self-interest and Ideological Factors, Graduate school of Ewha women university, pp.86-89.
17. J.H. Kang D.M. Yeum(2014), A Study on the Effect of Incomes on the Perception of Welfare: Focusing on the Mediating Effect of Political Satisfaction, Ewha Journal of Social Sciences, Vol.30(2);319-351.
18. H.B. Lee, K.R. Hyun(2011), Study for Characteristics and Factors of Private Health Insurers, Korean Social Security Studies, Vol.27(1);217-240.
19. S.B. Park, K.H. Jeong(2011), The Determinants of Private Health Insurance and Its Effects on Medical Utilization in Korea, Journal of Korean Insurance Academic Society, Vol.88(4);23-49.
20. Y.J. Kim, D.Y. Cho, Y.H. Yi(2013), Comparison of the Demographic Characteristics in Private Health Insurance, The Korean Society of Health Service Management, Vol.7(4);143-151.
21. Y.H. Park(2006), A Survey on Recognition about National Health Insurance and Effect of Private Medical Insurance, The Journal of Korea Health Information Administration, Vol.13;14-168.