

직업분류에 따른 의료비 지출 규모와 영향 요인

최령

동신대학교 보건행정학과 교수

Influence Factors on Medical Expenditure according of Occupation Classification

Ryong Choi

Dept. of Health Administration, Dongshin, University, Assistance Professor

요 약 본 연구는 직업분류에 따른 의료비 지출 영향요인을 분석하였다. 한국의료패널(Korea Health Panel)의 2012년도 데이터를 이용하여 만20세 이상의 성인을 대상으로 결측값을 제외한 총 4,538명을 최종 분석대상으로 하였다. 자료분석은 의료비 지출 영향요인을 분석하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 하였다. 연구분석 결과 Model 1은 단순노무 종사자에 비해 농림어업 숙련 종사자, Model 2의 경우 직종의 경우 판매 종사자에 비해 단순노무 종사자에서 의료비 지출 증가에 영향을 주는 것으로 분석되었다. 성별은 남자에 비해 여자, 혼인은 무에 비해 유, 소득계층은 1분위에 비해 4분위, 5분위, 만성질환은 무에 비해 유에서 의료비 지출이 높은 것으로 분석되었다. 따라서, 건강검진 또는 예방활동 활성화를 위한 보건의료정책 및 보건학적 접근에 있어서 직종, 만성질환 등을 반영한 보다 체계화된 접근이 필요하다.

주제어 : 직업, 직업분류, 의료비지출, 소득, 한국의료패널

Abstract This study analyzed the size and influence factors of annual average health expenditure according to job type. Using data from the Korea Health Panel (2012), the final analysis was conducted on adults aged 20 years or older, excluding the missing data. Data analysis was done by logistic regression analysis to analyze the factors affecting medical expenditure. As a result of the study, Model 1 showed higher expenditure on medical expenses by skilled workers in agriculture and forestry fishery than those in simple labor. Model 2 was analyzed as having a positive effect on the increase of medical expenditure by the simple worker in the sales of the occupation, statistically significant by sex, marriage, income level and chronic disease. Therefore, it would be necessary to establish social security and health care & welfare policies, in order to grasp the disease with a high frequency rate according to occupation status and activate the physical examination and preventive actions.

Key Words : Occupation, Occupation Classification, Medical Expenditure, Income, KHP

1. 서론

보건의료의 기본이념은 일부 한정된 소수의 사람에게 최상의 보건의료 서비스를 제공하는 것이 아니고, 사회정의에 입각하여 모든 사람이 수용 가능하고 비용지불이 가능한 방법으로 사람들에게 양질의 의료 서비스를 제공하는 것이다.

인간의 삶에 있어서 건강수준은 사회구성원의 경제적 평등과 밀접한 관계가 있기 때문에 의료서비스의 적정량 제공은 사회의 유지에 필수적이며, 적절한 개입을 통해 모든 사람에게 평등한 의료공급을 보장해 주어야 한다. 이러한 이유로 질(quality), 효율성(efficiency)과 형평성(equity)의 보건의료부문의 정책목적 중에서도 “형평성”

은 인류사회가 오랫동안 추구해온 중요한 가치이다[1].

의료이용은 상병 등과 같은 건강상태만으로 이루어지는 것이 아니라 개인의 사회경제적 요인들이 함께 작용하여 개인의 의료 수요가 만들어진 뒤, 최종 산물로서 발생하게 된다. 이는 의료수요 이론의 기반이 되며, 의료이용의 양상을 파악할 때에도 반드시 참고하여야 하는 사항이다. 또한 행태주의 모형에 따르면 개인의 인구학적, 사회구조적, 경제적 요인들이 질병요인과 함께 의료이용에 영향을 주며, 행태주의 모형에 따르면 개인의 인구학적, 사회구조적, 경제적 요인들이 질병요인과 함께 의료이용에 영향을 준다[2].

의료이용에서의 형평성이란 동등한 의료필요에 대해 동등한 의료이용을 보장하고, 의료필요가 더 큰 사람에게 더 강화된 서비스를 제공하는 것을 의미하며, 실제적인 평가는 동등한 의료이용의 달성여부를 판단하는 것으로 이루어지고 있다[3]. 우리나라의 경우 의료서비스의 형평성에 관한 다양한 접근방법에 있어 의료서비스에 대한 접근성 보장을 국가 의료정책의 일차목표로 설정하고 강제적 전 국민의료보험 제도 실시를 통해 의료서비스의 경제적 접근성의 확대와 의료 자원의 균등 배분을 통한 지리적 접근의 확대 등을 추구하고 왔다[4]. 이러한 형평성을 위한 노력을 시도하였으나 많은 선행연구에서 소득계층과 건강수준의 차이가 있다는 지적[5-8]과 의료-필요를 반영한 조건의 평등을 말하는 질적인 측면의 의료서비스의 비형평성이 존재한다는 지적이 있다[8-12].

한편, 직업의 위치나 위계를 나타내는 용어로는 '직업 지위(occupation status)' '직업위세(occupation prestige)' '직업의 사회경제적 지위(occupational socioeconomic status)' 등이 사용되고 있다. 먼저 이들 개념들에 대하여 정의하자면, 직업지위란 직업위세와 직업의 사회경제적 지위를 포함하는 개념으로 한 개인이 직업구조 안에서 갖는 위치나 위상이라고 할 수 있으며, 직업위세란 직업구조 내에서 갖는 위치에 따라 부여된 평가로 사람들이 가지고 있는 주관적 평판이나 인식에 근거한 직업의 위상이라고 할 수 있다[13]. 그리고 직업의 사회경제적 지위는 직업과 결부되어 있는 지표들-교육이나 수입, 기술 정도 등-에 따른 평가로써 객관적 지표들에 의해 나타내어지는 위상이라고 할 수 있다[13]. 직업은 원래 노동이 분화되어 있는 것을 의미할 뿐, 그 자체가 위계적인 것은 아니었다. 하지만 직업에 따라 경제적 보상, 사회적 위신과 존경, 권력, 지위이동의 가능성 등과 같은 사회적 자원

이 차별적으로 보상되므로 직업위계가 초래된 것이다 [14]. 따라서 개인이 어떤 직업을 가지고 있는가 하는 것은 그 사람이 수행하고 있는 일의 종류에 대한 정보를 주는 것뿐만 아니라 그 일에 대한 사회적 평가까지를 수반하게 된 것이다[15]. 이와 같이 직업은 개인의 사회경제적 지위·위치·위상의 기준이 되고 있다. 많은 선행연구들은 사회경제적 기준을 소득에만 초점을 둔 반면 직업에 따른 의료비 규모는 물론 의료비지출에 관한 연구는 전무하기 때문에 직업 분류에 따른 의료비지출과의 관계에 주목할 필요가 있다. 이에 본 연구는 직업분류에 따른 연평균 의료비 지출규모와 영향요인을 분석하고자 한다.

2. 연구방법

2.1 연구대상

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 수집한 한국의료패널(Korea Health Panel)의 2012년도 데이터를 이용하였다. 한국의료패널 조사는 전국 단위의 대표성을 가지기 위해 2005년 인구주택 총 조사의 90% 전수자료 표본 추출 틀로 하고 있다. 표본가구 선정은 1단계로 표본조사구(집락)를 추출하고, 2단계에서는 표본조사구 내 표본가구를 추출하는 방식으로 확률비례 2단계 층화집락추출의 표본추출방식으로 선정하였다. 전체 조사구 수는 약350개 조사구로 전국 약8,000가구와 그 가구에 속해 있는 가구원을 대상으로 조사하였다[8].

2012년 연간데이터의 대상 가구 수는 5,434가구, 대상 가구원 수는 15,872명으로 본 연구는 만20세 이상의 성인들을 대상으로 건강보험적용을 받은 가구원 중 결측 처리된 대상자를 제외한 총 4,538명을 최종 분석대상으로 하였다.

2.2 측정변수

2.2.1 직업지위 특성

한국표준직업분류(Statistics Korea, 2017)[16]에 따라 군인을 제외한 총9개 직종으로 처리하였다. 직업분류 1은 단순노무 종사자(건설 및 광업 관련 단순노무직/운송 관련 단순노무직/제조관련 단순노무직/청소 및 경비 관련 단순노무직/가사·음식 및 판매 관련 단순노무직/농림어업 및 기타 서비스 단순노무직), 직업분류 2는 장치·기계 조작 및 조립 종사자(상·하수도 및 재활용 처리관련

기계조작직/식품가공관련 기계조작직/섬유 및 신발 관련 기계조작직/화학관련 기계조작직/금속 및 비금속 관련 기계조작직/기계제조 및 관련 기계조작직/전기 및 전자 관련 기계조작직/운전 및 운송 관련직/목재·인쇄 및 기타 기계조작직), 직업분류 3은 기능원 및 관련 기능 종사자(식품가공관련 기능직/섬유·의복 및 가죽 관련 기능직/목재·가구·악기 및 간판 관련 기능직/금속성형관련 기능직/운송 및 기계 관련 기능직/전기 및 전자 관련 기능직/건설 및 채굴 관련 기능직/영상 및 통신 장비 관련 기능직/기타 기능 관련직), 직업분류 4는 농림어업 숙련 종사자(농·축산 숙련직/임업 숙련직/어업 숙련직), 직업분류 5는 판매 종사자(영업직/매장 판매직/방문·노점 및 통신 판매 관련직), 직업분류 6는 서비스 종사자(경찰·소방 및 보안 관련 서비스직/운송 및 여가 서비스직/조리 및 음식 서비스직), 직업분류 7은 사무 종사자(경영 및 회계 관련 사무직/금융 및 보험 사무직/법률 및 감사 사무직/상담·안내·통계 및 기타 사무직), 직업분류 8은 전문가 및 관련 종사자(과학 전문가 및 관련직/정보통신 전문가 및 기술직/보건·사회복지 및 종교 관련직/교육 전문가 및 관련직/법률 및 행정 전문직/경영·금융 전문가 및 관련직/문화·예술·스포츠 전문가 및 관련직), 직업분류 9는 관리자(공공 및 기업 고위직/행정 및 경영지원 관리직/전문서비스 관리직/건설·전기 및 생산 관련 관리직/판매 및 고객서비스 관리직) 으로 구성하였다.

2.2.2 의료비 특성

전체 직업지위의 연평균 의료비 평균 지출금액은 509,777원으로 분석되었다. 이에 평균을 기준으로 “0=509,777원”, “1=509,778”로 재구성하였다.

2.2.3 일반적 특성

일반적 특성 중 성별은 “0=남자”, “1=여자”, 연령은 “0=20-29세”, “1=30-39세”, “2=40-49세”, “3=50-59세”, “4=60-69세”, “5=70세 이상”, 혼인은 “0=무”, “1=유”, 교육은 “0=초등학교 이하”, “1=중학교”, “2=고등학교”, “3=대학 이상”, 민간보험 “0=무”, “1=유”, 소득계층은 “0=1분위”, “1=2분위”, “2=3분위”, “3=4분위”, “4=5분위”, 주관적 건강상태는 “0=매우나쁨”, “1=나쁨”, “2=보통”, “3= 좋음”, “4=매우 좋음”, 장애는 “0=무”, “1=유”, 만성질환은 “0=무”, “1=유”로 구성되어 있다.

2.3 분석방법

자료분석은 SPSS 22.0을 이용하여 연구대상자들의 일반적 특성을 알아보기 위하여 빈도분석과 기술적 통계를 통한 백분율을 하였다. 직업지위와 일반적 특성과의 관련성을 검증하기 위하여 χ^2 -test, 직종에 따른 평균 의료비지출 규모를 파악하기 위하여 t-test를 실시하였다. 의료비 지출 영향 요인을 분석하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 하였으며, 직종에 따른 영향 요인을 더 명확하게 하기 위하여 Model 1(직업지위 특성), Model 2(직업지위 특성+일반적 특성)로 구분하였다. 모든 검정을 p=0.05에 대해 유의성을 검토하였고, 유의수준은 95%신뢰구간으로 하였다.

3. 연구결과

3.1 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성을 분석한 결과 성별은 남자 41.9%, 연령은 40-49세 29.0%, 50-59세 24.1%, 30-39세 17.0%순 이었으며, 혼인은 유 76.3%로 가장 많았다. 교육은 대학이상 42.2%, 고등학교 34.5%, 초등학교 이하 12.8%순 이었으며, 민간보험은 무 66.9%, 소득계층은 5분위 29.4%, 4분위 26.1%, 3분위 22.3%순 이었다. 주관적 건강상태는 보통 39.6%, 좋음 36.7%, 나쁨 15.4%순 이었으며, 장애는 무 96.1%, 만성질환은 유 53.5%로 가장 많았다(Table 1 참고).

Table 1. General characteristics of the participants
Unit: N, %

Variable		N	%
Gender	Male	2,636	58.1
	Female	1,902	41.9
Age	20-29	301	6.6
	30-39	770	17.0
	40-49	1,316	29.0
	50-59	1,093	24.1
	60-69	664	14.6
	≥ 70	394	8.7
Spouse	No	1,076	23.7
	Yes	3,462	76.3
Education level	≤ Elementary school	580	12.8
	Middle school	478	10.5
	High school	1,566	34.5
	≥ University	1,914	42.2
Private Health Insurance	No	3,035	66.9
	Yes	1,503	33.1

Income classes	1Class	263	5.8
	2Class	742	16.4
	3Class	1,011	22.3
	4Class	1,186	26.1
	5Class	1,336	29.4
Subjective health status	Very Bad	76	1.7
	Bad	699	15.4
	Normal	1,795	39.6
	Good	1,664	36.7
Disability	No	4,363	96.1
	Yes	175	3.9
Chronic disease	No	2,108	46.5
	Yes	2,430	53.5
Total		4,538	100.0

3.2 직업분류와 일반적 특성과의 관련성

직업분류에 따른 특성을 분석한 결과 성별의 경우 직종2, 직종3, 직종4, 직종8, 직종9는 남자가 많았다. 연령의 경우 직종7은 30-39세, 직종2, 직종3, 직종5, 직종8, 직종9는 40-49세, 직종6은 50-59세, 직종1은 50-59세와 60-69세, 직종4는 70세 이상이 가장 많았다. 혼인의 경우 전 직종에서 유가 많았다. 교육의 경우 직종4는 초등학교 이하, 직종1, 직종2, 직종3은 고등학교, 직종5, 직종6, 직종7, 직종8, 직종9는 대학이상이 가장 많았다. 민간보험의 경우 직종9은 유, 직종2, 직종3, 직종4, 직종5, 직종6, 직종7,

Table 2. Relevance on Occupation Classification and General characteristics

Unit: %

Variable		A	B	C	D	E	F	G	H	I	Total
Gender	Male	47.0	89.8	88.8	54.6	48.8	34.4	46.2	51.2	89.7	58.1
	Female	53.0	10.2	11.2	45.4	51.2	65.6	53.8	48.8	10.3	41.9
	$\chi^2(p)$	675.554(<.001)									
Age	20-29	3.3	2.6	3.2	0.0	8.1	10.0	14.3	11.2	0.9	6.6
	30-39	8.2	8.2	14.6	1.3	17.2	12.7	34.9	28.5	7.3	17.0
	40-49	20.3	30.0	34.8	5.5	32.8	27.3	33.8	35.6	42.7	29.0
	50-59	26.9	28.1	28.0	18.8	26.3	28.6	13.0	18.7	35.9	24.1
	60-69	26.9	18.4	16.2	28.8	9.8	16.7	3.4	4.2	9.4	14.6
	≥70	14.3	4.4	3.2	45.6	5.8	4.6	0.6	1.7	3.8	8.7
	$\chi^2(p)$	1635.552(<.001)									
Spouse	No	22.4	17.2	20.0	10.0	25.9	28.4	36.8	30.0	8.1	23.7
	Yes	77.6	82.8	80.0	90.0	74.1	71.6	63.2	70.0	91.9	76.3
	$\chi^2(p)$	156.744(<.001)									
Education level	≤Elementary school	24.9	6.7	9.8	54.6	7.5	11.9	0.4	1.0	2.6	12.8
	Middle school	20.1	14.0	12.8	19.8	10.4	13.6	0.8	0.6	3.4	10.5
	High school	42.3	55.8	50.6	20.6	39.8	45.5	30.7	9.9	20.9	34.5
	≥University	12.7	23.5	26.8	5.0	42.3	29.0	68.1	88.8	73.1	42.2
	$\chi^2(p)$	2255.914(<.001)									
Private Health Insurance	No	81.5	67.4	65.0	85.2	65.4	69.7	59.9	56.5	43.2	66.9
	Yes	18.5	32.6	35.0	14.8	34.6	30.3	40.1	43.5	56.8	33.1
	$\chi^2(p)$	239.721(<.001)									
Income classes	1Class	9.8	3.5	3.0	23.8	4.2	4.4	2.5	1.5	1.3	5.8
	2Class	26.8	14.7	17.8	32.1	15.6	18.8	7.6	7.2	5.1	16.4
	3Class	28.2	26.7	28.0	20.8	24.1	24.6	18.5	14.7	12.0	22.3
	4Class	22.3	30.5	29.2	12.8	29.3	24.2	30.5	27.0	30.8	26.1
	5Class	12.9	24.7	22.0	10.5	26.6	28.0	41.0	49.7	50.9	29.4
	$\chi^2(p)$	894.926(<.001)									
Subjective health status	Very Bad	0.7	2.1	3.0	2.5	1.5	1.9	1.7	1.1	1.3	1.7
	Bad	15.6	13.7	14.2	17.0	15.1	18.4	14.3	16.3	11.5	15.4
	Normal	39.8	43.3	44.2	36.8	35.9	37.2	38.4	39.0	44.0	39.6
	Good	37.2	34.2	32.6	37.1	39.8	37.8	38.2	36.4	36.3	36.7
	Very Good	6.7	6.7	6.0	6.5	7.7	4.8	7.4	7.3	6.8	6.7
	$\chi^2(p)$	39.025(<.183)									
Disability	No	92.6	97.0	95.4	92.7	97.5	96.0	98.7	98.0	97.9	96.1
	Yes	7.4	3.0	4.6	7.3	2.5	4.0	1.3	2.0	2.1	3.9
	$\chi^2(p)$	58.053(<.001)									
Chronic disease	No	81.5	67.4	65.0	85.2	65.4	69.7	59.9	56.5	43.2	66.9
	Yes	18.5	32.6	35.0	14.8	34.6	30.3	40.1	43.5	56.8	33.1
	$\chi^2(p)$	239.721(<.001)									
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

A: Simple Laborer, B: Device · Machine · Assembly Laborer, C: Functional Laborer, D: Agriculture · Fishing Laborer, E: Selling Laborer, F: Service Laborer, G: Office Laborer, H: Expert Laborer, I: Management · Senior

직종8, 직종9는 무가 많았으며, 민간보험 유에서 직종9 56.8%, 직종8 43.5%, 직종7 40.1%, 직종3 35.0%순 이었다. 소득계층은 직종4는 2분위, 직종1, 직종6은 3분위, 직종2, 직종3, 직종5는 4분위 그리고 직종7, 직종8, 직종9는 5분위가 가장 많았다. 주관적 건강상태의 경우 직종1, 직종2, 직종3, 직종7, 직종8, 직종9는 보통, 직종4, 직종5, 직종6은 좋음이 가장 많았다. 장애의 경우 전체 직종에서 무가 많았으며, 장애 유에서 직종1 7.4%, 직종4 7.3%, 직종3 4.6%, 직종6 4.0%순 이었다. 만성질환의 경우 직종9는 유, 직종1, 직종2, 직종3, 직종4, 직종5, 직종6, 직종7, 직종8은 무가 많았으며, 만성질환 유는 직종9 56.8%, 직종8 43.5%, 직종7 40.1%, 직종3 35.0%순 이었다. 성별, 연령, 혼인, 교육, 민간보험, 소득계층, 장애 그리고 만성질환은 통계적으로 유의한 차이(p<.001)가 있었다(Table 2 참고).

3.3 직업분류에 따른 의료비지출 규모

직종에 따른 의료비 지출규모를 분석한 결과 대사자의 전체 평균 의료비 지출금액은 50만 9천원 이었다. 직종에 따라 단순노무 종사자는 60만 6천원, 장치·기계 조작 및 조립 종사자는 46만원, 기능원 및 관련 기능 종사자는 44만 4천원, 농림어업 숙련 종사자는 92만원, 판매 종사자는 36만원, 서비스 종사자는 54만 8천원, 사무 종사자는 41만 1천원, 전문가 및 관련 종사자는 42만 5천원, 관리자는 49만 6천원이었다. 농림어업 숙련 종사자의 의료비 지출금액이 가장 많았으며, 단순노무 종사자, 서비스 종사자, 관리자 순이었다. 직종과 의료비 지출은 통계적으로 유의한 차이(p<.001)가 있었다(Table 3 참고).

Table 3. Medical Expenditure Size of Occupation Classification

Unit: KRW

Variable	Mean	Standard Deviation	F(p)
Simple Laborer	606,976	1,269,620	9.295 (<.001)
Device · Machine · Assembly Laborer	460,748	944,385	
Functional Laborer	444,600	1,090,976	
Agriculture · Fishing Laborer	920,032	1,517,922	
Selling Laborer	360,776	754,839	
Service Laborer	548,178	1,139,649	
Office Laborer	411,184	1,137,040	
Expert Laborer	425,573	1,061,969	
Management · Senior	496,195	960,758	
Total	509,777	1,127,076	

3.4 직업분류에 따른 의료비지출 영향 요인

의료비 지출 요인을 분석한 결과 Model 1과 Model 2는 유의한 회귀모델(p<.001)이었다.

직종 특성만을 이용한 Model 1의 경우 장치·기계 조작 및 조립 종사자, 기능원 및 관련 기능 종사자, 판매 종사자, 사무 종사자 그리고 전문가 및 관련 종사자에 비해 단순노무 종사자에서 의료비 지출 증가에 영향을 주는 것으로 분석되었다. 단순노무 종사자에 비해 농림어업 숙련 종사자(OR=1.924[95% CI=1.448-2.488])에서 의료비 지출이 높은 것으로 분석되었다.

직종과 일반적 특성을 이용한 Model 2의 경우 직종의 경우 판매 종사자에 비해 단순노무 종사자에서 의료비 지출 증가에 영향을 주는 것으로 분석되었다. 성별의 경우 남자에 비해 여자(OR=1.281[95% CI=1.084-1.513])가, 연령의 경우 30-39세, 40-49세, 50-59세에 비해 20-29세에서, 혼인의 경우 무에 비해 유(OR=1.641[95% CI=1.302-2.069])가 의료비 지출이 높은 것으로 분석되었다. 소득계층의 경우 1분위에 비해 4분위(OR=1.391[95% CI=.976-1.983]), 5분위(OR=1.760[95% CI=1.232-2.515])가, 만성질환의 경우 무에 비해 유(OR=2.641[95% CI=2.219-3.142])에서 의료비 지출이 높은 것으로 분석되었다(Table 4 참고).

4. 결론

본 연구는 한국의료패널(Korea Health Panel)의 2012년도 데이터를 이용하여 직종에 따른 의료비지출 규모와 영향 요인을 분석하였다.

본 연구결과 성별, 연령, 혼인, 교육, 민간보험, 소득계층, 장애 그리고 만성질환은 직업특성과 통계적으로 유의한 관련성이 있는 것으로 분석되었다. 직업분류와 일반적 특성을 살펴보면 연령에서는 단순노무 종사자 및 농림어업 숙련 종사자는 50대 이상의 비중이 많은 반면, 사무 종사자·전문가 및 관련 종사자·관리자는 30-40대가 많았다. 교육에서는 단순노무 종사자·장치·기계 조작 및 조립 종사자·기능원 및 관련 기능 종사자는 고등학교, 농림어업 숙련 종사자는 초등학교 이하의 비중이 많은 반면, 판매 종사자·서비스 종사자·사무 종사자·전문가 및 관련 종사자·관리자는 대학 이상의 비중이 상대적으로 많았다. 소득계층에서는 단순노무종사자

Table 4. Influence Factors on Medical Expenditure of Occupation Classification

Variable	Model 1		Model 2	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Occupation Classification(ref: Simple Laborer)	1		1	
Device · Machine · Assembly Laborer	.701*	.530-.927	.916	.672-1.248
Functional Laborer	.625**	.476-.820	.914	.677-1.234
Agriculture · Fishing Laborer	1.924***	1.488-2.488	1.315	.990-1.748
Selling Laborer	.569***	.432-.748	.738*	.548-.993
Service Laborer	.815	.626-1.061	.951	.715-1.265
Office Laborer	.553***	.416-.734	.856	.616-1.190
Expert Laborer	.590***	.464-.759	.882	.652-1.193
Management · Senior	.822	.586-1.152	1.075	.728-1.587
Gender(ref: Male)			1	
Female			1.281**	1.084-1.513
Age(ref: 20-29)			1	
30-39			.627*	.428-.919
40-49			.428***	.287-.639
50-59			.618*	.411-.930
60-69			1.025	.662-1.587
≥70			1.256	.777-2.029
Spouse(ref: No)			1	
Yes			1.641***	1.302-2.069
Education level(ref: ≤Elementary school)			1	
Middle school			1.034	.785-1.361
High school			.854	.656-1.113
≥University			.777	.567-1.064
Private Health Insurance(ref: No)			1	
Yes			1.130	.954-1.339
Income classes(ref: 1Class)			1	
2Class			.875	.619-1.237
3Class			1.138	.802-1.614
4Class			1.391*	.976-1.983
5Class			1.760**	1.232-2.515
Subjective health status(ref: Very Bad)			1	
Bad			1.378	.756-2.512
Normal			1.132	.631-2.030
Good			1.281	.714-2.298
Very Good			1.593	.847-2.998
Disability(ref: No)			1	
Yes			.991	.691-1.420
Chronic disease(ref: No)			1	
Yes			2.641***	2.219-3.142
Wald χ^2		116.941***		392.115***

*: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001

및 농림어업 숙련 종사자는 2·3분위의 비중이 많은 반면 사무 종사자·전문가 및 관련 종사자·관리자는 4·5분위의 비중이 상대적으로 많았다. 장애에서는 단순노무 종사자·농림어업 숙련 종사자가 사무 종사자·전문가 및 관련 종사자·관리자에 비해 장애가 있는 비중이 상대적으로 많았다. 만성질환에서는 사무 종사자·전문가 및 관련 종사자·관리자가 단순노무 종사자·농림어업 숙련 종사자에 비해 만성질환이 있는 비중이 상대적으로 많았다. 이러한 결과는 직종과 개인의 환경적 요인이 서로 관련이 있기 때문으로 사료된다.

직업분류특성에 따른 의료비 지출규모를 분석한 결과

농림어업 숙련 종사자가 91만원으로 연평균 의료비 지출 금액이 가장 많았으며, 단순노무 종사자가 60만 6천원, 서비스 종사자가 54만 8천원의 순 이므로 전체 평균인 50만 9천원보다 높았다. 대부분의 선행연구에 따르면 소득이 높은 직업에서 의료비 지출이 증가하는 것으로 분석되고 있다. 본 연구의 경우 소득계층이 높은 사무 종사자·전문가 및 관련 종사자·관리자에 비해 소득계층이 낮은 농림어업 숙련 종사자 및 단순노무 종사자에서 의료비 지출이 가장 많았다. 이러한 결과는 소득수준이 높은 상위계층에 비해 소득수준이 낮은 하위계층에서 상대적으로 의료비 지출이 많다는 것은 의료이용의 형평성을

추구하고자 하는 의료보장의 목적에 부합한다. 그러나 다른 한편으로는 하위계층일수록 주관적 건강상태가 나빠지고, 급여 및 비급여 의료비부담률이 증가[17, 18] 하고 있다는 것을 의미하기도 한다.

의료비 지출 결정 요인을 분석한 결과 단순노무 종사자에 비해 농림어업 숙련 종사자가 의료비 지출이 1.924 배 높은 것으로 분석되었다. 반면 장치·기계 조작 및 조립 종사자, 기능원 및 관련 기능 종사자, 농림어업 숙련 종사자, 판매 종사자, 사무 종사자 그리고 전문가 및 관련 종사자에 비해 단순노무 종사자의 의료비 지출이 높은 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 직종 본연의 업무 강도, 업무 환경 및 특성과 함께 건강검진 등 다양한 예방 활동이 선행되고 있기 때문으로 사료된다. 반면 농림어업 숙련 종사자 및 단순노무 종사자의 경우 업무강도·업무환경·업무특성이 사무 종사자 및 전문가 종사자와 차이가 있으며, 다양한 원인들에 의해 증상 및 질병발생 이후 의료를 이용하기 때문에 의료비 지출이 상대적으로 많은 것으로 사료된다.

연구결과에 따른 정책제언은 다음과 같다.

첫째, 직종에 따른 건강검진의 다양성이 필요하다. 현재 건강검진은 2년마다 1회 이상 실시하되 사무직에 종사하지 아니하는 직장가입자에 한해 1년에 1회 실시하고 있다. 단순노동자와 농림어업 숙련 종사자는 대부분 지역가입자의 자격을 얻고 있다. 따라서 직장가입자(사무직/사무직 외) 뿐만 아니라 사각지대에 있는 지역가입자를 포함한 직종에 따른 차별화된 건강검진 프로그램이 개발되어야 한다. 둘째, 직종 중 전문가 및 관리자에 비해 단순노무 및 농림어업 종사자에서 의료비 지출이 많았으며 주요 영향 직종으로 분석되었다. 따라서 질환으로 인한 의료비 지출을 감소시키고 수시로 건강을 확인 가능할 수 있도록 건강검진 또는 예방활동 활성화를 위한 보건의료정책 및 보건학적 접근에 있어서 직종, 만성질환 등을 반영한 체계화된 접근이 반드시 필요하다. 셋째, 일반적으로 생각하는 고소득 직업군에 비해 단순 및 농림어업에 종사하는 직군이 상대적으로 의료비지출이 증가할 것으로 분석이 되었다. 의료이용 형평성을 추구하고자 하는 보건의료의 기본이념과는 부합하지만, 과도한 의료비지출로 인하여 오히려 경제적 어려움과 의료이용에 불형평성을 초래할 수 있다. 따라서 의료비지출의 불형평성을 해결하기 위하여 정부 차원의 의료보장정책과 건강보험의 보장성 강화 그리고 지역사회 의 보건의료서

비스 모델개발을 위한 노력이 필요할 것이다.

본 연구의 제한점은 첫째, 직업분류에 따른 의료비지출에 관한 선행연구가 전무하여 고찰을 기술하는데 어려움이 있었으며, 의료비 지출에 영향을 주는 다양한 요인들을 반영하지 못하였다. 둘째, 연구대상자의 부동산 관련 소득, 금융관련 소득 등 사적소득을 고려하지 못하였다. 셋째, 2012년도 자료만을 활용함으로써 패널자료의 특성을 반영하지 못하였다. 그럼에도 불구하고 소득의 기본이 되는 직업분류에 따라 의료비 지출규모와 영향 요인에 관한 연구를 시도 및 분석하였다는데 의의가 있다.

REFERENCES

- [1] J. Le Grand & P. Vizard. (1998). *The National Health Service : Crisis, Change, or Continuity*. The State of Welfare. Oxford University Press.
- [2] H. J. Lee, T. J. Lee, B. Y. Jeon & Y. I. Jung. (2009). Factors Related to Health Care Utilization in the Poor and the General Populations. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, 15(1), 79-106.
- [3] J. A. Macinko & B. Starfield. (2002). Annotated bibliography on equity in health 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, 1(1), 1-20.
- [4] 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*, 33, 85-107.
- [5] P. J. Veugelers & A. M. Yip. (2003). Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health?. *Journal Epidemiol Community Health*, 57, 424-428.
- [6] E. Van Doorslaer & X. Koolman. (2004). Explaining the differences in income related health inequalities across European Countries. *Health Economics*, 13(7), 609-628.
- [7] S. J. Park & W. J. Lee. (2017). An Analysis of Convergence Factors on the Unmet Health Needs of the Indigent Elderly. *Journal of the Korea Convergence Society*, 8(1), 221-229.
- [8] R. Choi & B. D. Hwang. (2014). Health Care Utilization of Age Group in the Elderly on the Korean Health Panel. *The Korean Journal of Health Service Management*, 8(3), 49-61.
- [9] Y. I. Jung, H. S. Kim, S. M. Kwon. (2016). Horizontal Equity in the Use of Home Care and Health Care among Home Care Recipients under the Public Long-term Care

- Insurance in South Korea. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, 22(4), 59-78.
- [10] R. Choi & B. D. Hwang. (2017). The Relationship of Subjective Recognition of Social Class and Mental Health in Korean Adult. *The Korean Journal of Health Service Management*, 11(3), 49-61.
- [11] J. H. Lee & H. J. Kim. (2018). Trend of Medical Care Utilization in Glaucoma Patients over 5 Years(2008-2012) - Korea Health Panel Data-. *Journal of the Korea Convergence Society*, 9(10), 433-439.
- [12] Y. J. Lee. (2018). The Effects of Medical Expenditure on Income Inequality in Elderly and Non-Elderly Households by Income Class. *Journal of Digital Convergence*, 16(10), 49-57.
DOI : 10.14400/JDC.2018.16.10.049
- [13] H. J. Yoo & W. H. Kim. (2002). A Study on the Occupational Status in Korea. *Journal of Employment and Skills Development*, 5(2), 35-66.
- [14] H. J. Yoo. (2000). *Sociology of Occupations*. Seoul : Kyungmoonsa.
- [15] C. Yang. (2000). *Korean Society : Hierarchy and Dynamics*. Seoul, Korea university press.
- [16] <http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action>.
- [17] H. R. Kim, Y. H. Kang, K. J. Yoon & C. S. Kim. (2004). *Socioeconomic Health Inequalities and Counter Policies in Korea*. Seoul : Korea Institute for Health and Social Affairs.
- [18] M. S. Sohn, H. K. Kim, H. S. Rhee & M. K. Choi. (2018). Association between Multi-morbidity and Health Care Expenditure or Catastrophic Health Expenditures of South Korean Adults. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, 24(3), 49-75.

최 령(Choi, Ryoung)

[정회원]



- 2008년 8월 : 경북대학교 보건대학원 역학 및 건강증진학과(보건학 석사)
- 2013년 8월 : 경북대학교 일반대학원 보건학과(보건학박사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 동신대학교

보건행정학과 조교수

- 관심분야 : 보건정책, 보건행정, 사회보험, 병원경영
- E-Mail : choir33@naver.com