



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](#)

민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로
인한 미충족의료와의 관련성:
도시와 농촌을 중심으로

연세대학교 보건대학원

보건정책관리학과

심 하 나

민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로
인한 미충족의료와의 관련성:

도시와 농촌을 중심으로

지도 장 성 인 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함.

2022년 12 월 29 일

연세대학교 보건대학원

보건정책관리학과

심 하 나

심하나의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원 _____ 장성인 _____ 인

심사위원 _____ 박소희 _____ 인

심사위원 _____ 신재용 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2022년 12 월 7 일

감사의 말씀

본 논문이 완성되기 까지 많은 지도와 도움을 주신 장성인 교수님께 깊은 감사 드립니다. 2020년 1학기 시작하며 코로나로 인해 비대면 수업이라는 어려운 환경에서도 많은 가르침을 주신 보건대학원 교수님들께도 감사의 말씀드립니다. 첫 입학 시 직장을 다니며 다시 새롭게 공부를 시작하게 되어 설레는 마음이 들었습니다. 그렇게 한 학기 한 학기를 끝내며 중간에 임신과 출산으로 인해 대학원 생활을 계속 이어 나가야 하는 것인지 많은 고민이 들었으나, 남편과 친정 어머니, 아버지의 많은 도움으로 이렇게 보건대학원 생활을 잘 끝내게 되어 너무 고맙고 감사하다는 말씀 전합니다. 개인적으로 학생으로써 엄마로서 공부하고 논문을 쓰는 것이 체력적 그리고 시간적으로 힘들었지만, 가족들과 보건대학원 교수님들 및 조교님들의 많은 도움으로 이렇게 잘 끝내게 되어 너무 기쁘게 생각합니다. 연세대 보건대학원을 졸업하며 앞으로 직장 그리고 가정에서 더 성숙한 직원 그리고 아내와 엄마로서 살아야겠다는 생각을 하며, 다시 한번 졸업에 많은 도움을 주신 많은 분들께 감사의 말씀드립니다.

심하나 올림

목 차

국문요약.....	iv
I. 서론.....	1
1. 배경.....	1
2. 연구목적.....	6
II. 연구방법.....	8
1. 자료수집.....	8
2. 이론적 고찰.....	10
3. 연구대상의 설정.....	14
4. 분석방법.....	24
III. 결과.....	26
IV. 고찰.....	42
V. 결론.....	47
참고문헌.....	49
부록.....	53
영문초록.....	57

표 차례

Table 1. Ratio(%) of government and mandatory subscription within current health expenditure	2
Table 2. Health insurance coverage rate per year	3
Table 3. Characteristic of Korea Health Panel Survey data	9
Table 4. Classification of variables and definition	22
Table 5. General characteristics of the study population	28
Table 6. Association between PHI and unmet needs among total study population ..	32
Table 7. The result of interaction between PHI and region on unmet needs	36
Table 8. Results of subgroup analysis between PHI between unmet needs by covariates	39

그림 차례

Fig 1. Flowchart of the study participants displaying the inclusion and exclusion	26
---	----

부록표 차례

Appendix 1. Results of multinomial analysis between private health insurance and unmet need.	53
Appendix 2. Results of subgroup analysis between PHI between unmet needs by covariates.	54
Appendix 3. Results of subgroup analysis stratified by interesting variable.....	56

국 문 요 약

전 세계적으로 고령화 및 생활습관 등의 이유로 개인 및 가구의 의료비 부담은 증가하고 있는 추세이다. 국내의 경우 국민건강보험이라는 사회보장제도를 통해 국민의 의료비 부담 절감 및 의료이용의 접근성 개선 등의 노력을 해오고 있다. 그러나 여전히 국민건강보험의 낮은 보장성은 낮고 높은 본인부담 의료비는 높아 국민들은 높은 의료비 부담을 절감하기 위해 민간의료보험이라는 영역으로 선택의 폭을 확대시키고 있다. 그러나 민간의료보험 가입과 같은 노력에도 불구하고, 도시와 농촌이라는 지역적 차이로 인한 경제적 이유로 인한 미충족의료는 여전히 문제로 남아있다. 특히 농촌의 경우 의료 접근성 및 의료인력 불평등과 같은 요인들로 인해 민간의료보험 가입 여부에도 여전히 미충족医료를 발생시키는 것으로 알려져 있다. 이에 본 연구는 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성이 실제 존재하는지에 대해 확인하고자 하였다. 본 연구는 제2기 한국의료패널 2019년도 자료를 사용하여 기술 분석, 카이제곱 검정, 그리고 로지스틱 회귀분석 등을 이용해 검증하였다. 첫번째 기술분석 결과 전체 대상자들에서 경제적 이유로 인한 미충족의료경험률은 2.6%였고, 도시는 2.9% 그리고 농촌은 2.4%로 도시가 농촌에 비해 경제적 이유로 인한 미충족의료경험률이 높았다. 또한 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족医료를 경험한 적이 있는 대상자들간의 카이제곱 검정을 실시한 결과, 전체 대상자들 및 도

시와 농촌에서 모두 통계적으로 유의하였다. 나아가 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성 확인을 위해 로지스틱 회귀분석을 실행하였다. 그 결과 도시에선 민간의료보험 가입자가 미가입자에 비해 경제적 이유로 인한 미충족의료 발생 가능성이 낮은 것으로 나타났다(OR=0.62). 그러나 농촌의 경우 민간의료보험 가입자와 미충족의료 발생 가능성 간의 통계적으로 유의미한 관계는 없었다(OR=1.11). 나아가 경제적 이유로 인한 미충족의료에 영향을 주는 집단 간의 관련성, 즉 상호작용을 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행하였고, 분석 결과 집단간의 상호작용 관계성이 존재하는 것으로 확인되었다. 마지막으로 전체 대상자 및 지역별 집단별로 통제변수들과의 상호작용의 크기 변화를 확인하기 위해 하위집단(sub-group) 분석을 진행하였으며, 그 결과 모든 통제변수들에서 통계적으로 유의하였다. 결과적으로 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 요인으로 인한 미충족의료와의 관련성이 존재하였다. 또한 도시는 민간의료보험 가입자에서 경제적 요인으로 인한 미충족의료 감소하는 것으로 나타났으나 이와 반대로 농촌에선 민간의료보험 가입자와 경제적 요인으로 인한 미충족医료를 줄이는데 통계적으로 유의하지 않은 결과가 있었다. 이렇듯 도시와 농촌이라는 지역적 차이에서 오는 의료불평등으로 인해 민간의료보험 가입 여부와 이로 인한 경제적 이유의 미충족의료에도 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 현재 민간의료보험의 실효성 및 국민건강보험 보장성이 자체가 지역적 차이를 전혀 고려하지 않고 있다는 문제점을 제기한다. 이에 앞으로

민간의료보험에 대한 의존도를 높이는 대신 지역적 차이를 충분히 이해하고 고려한 보건 정책을 제안하여 국민건강보험 보장성을 넓히고 도시와 농촌에서의 실효성을 높이는 노력이 반드시 필요할 것이다.

I. 서론

1. 배경

전 세계적으로 고령화 및 생활습관 등의 이유로 개인 및 가구의 의료비 부담은 증가하고 있는 추세이다. 우리나라의 경우 1963년 의료보험법 제정을 시작으로, 1987년 전 국민 건강보험 시대로 진입하며 전 국민의 의료이용에 대한 형평성 및 접근성을 향상시켰다. 이후 정부는 건강보험 적용 대상을 확대하는 정책들을 선보이며 모든 국민의 의료비 부담 절감 및 의료이용의 접근성 개선 등의 노력을 해오고 있다. 그러나 이런 노력에도 불구하고 여전히 국민 건강보험의 낮은 보장성과 높은 본인부담 의료비에 대한 문제가 꾸준히 제기되고 있다.

2019년 기준 국내 경상의료비 중 정부 및 의무가입제도가 차지하는 비중은 61.0%로 OECD 평균인 74.1%보다 낮았고 이는 여전히 국민건강보험 보장성이 낮다는 것을 보여주는 수치였다(보건복지부, 2021). (Table 1) 또한 낮은 보장성으로 인한 개인 및 가구의 의료비 부담은 증가하고 있고 이는 경상의료비 중 가계직접부담이 차지하는 비중이 2019년 기준 30.2%로 OECD 평균 19.8%보다 높은 수준이었다(보건복지부, 2021). 의료비 지출이란 것은 예상치 못하게 발생하고 피할 수 없는 특성을 갖고 있어 본인부담 의료비가 높으면 높을수록 의료비로 인한 개인 및 가구의 재정이 크게 타격을 받을 수 있다. 이에 WHO는 개인의 의료비 지출이 재난적 의료비 지출이 되지 않도록 할 수 있는 보건 의료체계가 바람직하다는 의견을 제기하고 있다(WHO, 2008, 2010)

Table 1. Ratio(%) of government and mandatory subscription within current health expenditure (보건복지부, 2019)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
한국	60.9	60.9	60.0	59.1	59.1	58.9	58.9	59.0	59.6	60.1	61.0
OECD 평균	73.3	73.2	73.2	72.7	72.5	73.3	73.4	73.5	73.6	73.8	74.0

국민건강보험의 보장성에 대한 문제를 완화시키기 위해 정부는 2005년 국민건강보험 보장성 강화 확대 정책을 구체화하여 시작했고, 2017년 문재인 정부는 보장성 70%라는 목표를 내세운 ‘문케어정책’을 제시하며 보장성 강화에 대한 확고한 의지를 보였다. 그러나 위 정책들을 실현시키기 위해 정부는 조 단위의 재정을 소비하였으나 결론적으로 목표한 수치에는 못 미치는 결과를 보이며 국민들의 경제적 부담을 크게 완화하는데 실패했다. 이를 보여주는 수치로는 2011년부터 2020년까지 국민건강보험공단에서 발표한 건강보험 보장률(전체 진료비 중 건강보험이 지출하는 진료비의 비율) 표가 있다(Table 2). 10년간 건강보험 보장률의 성장률을 보면 2011년 63.0%에서 2020년 65.3%로 10년간 총 2.3% 증가하며 더딘 증가세를 보인 것을 확인 할 수 있다(김나현, 2021). 또한 법정 본인부담률 및 비급여 부담률 역시 10년째 큰 변화없이 비슷한 수준으로 유지되며 국민들의 의료비에 대한 경제적 부담은 여전한 것으로 확인되었다.

Table 2. Health insurance coverage rate per year (김나현, 2021)

구분(연도)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
건강보험 보장률(%)	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	65.3
법정 본인부담률(%)	20.0	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6	19.7	19.5
비급여 부담률(%)	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6	16.1	15.2

국민건강보험이라는 사회보장제도로 보장받지 못하고 늘어가는 비급여 항목들로 인한 경제적 부담을 줄이기 위해 국민들은 민간의료보험이라는 영역으로 선택의 폭을 확대시키고 있다. 민간의료보험의 가장 큰 장점은 국민건강보험과 같은 사회보장제도가 해결할 수 없는 많은 부분들을 사람들로 하여금 의료보장의 혜택을 받을 수 있도록 하고 개인 및 가구의 의료비 부담을 낮춰주는 것과 동시에 더 많은 의료 자원들을 유입할 수 있는 장점을 갖고 있다(백인립, 변성수, 박현수, 2012; 전보영, 권순만, 2012). 국내 민간의료보험 역사는 1970년대에 특정질병보험 판매를 시작으로 1980년대 암보험의 시작, 2000년대 중대 질병의료보험과 실손의료보험 확대로 이어져왔다. 2010년 기준 민간의료보험 가입률은 68.2%(Kang et al., 2010)에 달했고, 2015년 기준 민간의료보험 가입자는 3,265만명으로 국민건강보험 실가입자 3,002만명 보다 더 많아졌다(김우현, 2021). 한국의료패널조사에 따르면, 종신보험 또는 연금보험과 같이 부가

된 의료보장을 제외한 민간의료보험 가입률은 2017년 기준 78.1%까지 증가했고, 가구 당 평균 4.5개 이상의 민간의료보험을 보유한 것으로 나타났다(송윤아, 2022). 또한 질병 및 상해 장기손해보험의 원수보험료는 2012년 기준 약 16.7조원이었고, 이후 연평균 약 11.6%씩 증가하여 2020년에는 약 40조원에 달했다(송윤아, 2022). 그러나 민간의료보험의 보장혜택을 누리는 것 역시 의료보험 상품을 구입할 수 있는 능력을 가진 특정 사회적 계층들에서만 가능한 일이고(Hadely and Holahan, 2003; 권현정, 2011; 박성복, 정기호, 2011) 민간의료보험 상품을 구매할 수 없는 계층들의 보건의료의 형평성 및 접근성은 더 저해 시킬 수 있다는 우려가 있다(배지영, 2007). 또한 민간의료보험에 대한 의존성이 커지게 되면 경제적 능력에 따른 의료 불평등이 생길 수 있다는 문제점이 있다(백인립, 변성수, 박현수, 2012).

민간의료보험이라는 선택의 폭을 넓혔음에도 불구하고 여전히 의료서비스를 충분히 받지 못하여 건강상의 문제를 겪는 경우인 미충족의료(unmet health care)가 발생하는 것으로 나타났다(Altman, 1974). 미충족의료는 개인 및 가구에 따라 다양한 요인들로 인해 발생할 수 있고, 미충족의료 때문에 치료 시기를 놓칠 경우 건강상태를 악화시킬 가능성이 매우 높다(Kim et al., 2018; Kim et al., 2019; 윤효정, 장성인, 2017). 특히 의료이용을 못하게 되었을 때 발생하게 되는 미충족의료경험은 경제적 수준으로 인한 영향이 크고, 덧붙여 적정 수준의 사회보장제도가 없는 경우에선 더욱 심화되는 경향을 갖는 것으로 나타났다(김창엽, 2009). 실제로 의료사각지대 계층 또는 저소득 계층에서 의료이용을

포기하거나 이용하지 못해 결론적으로 미충족의료를 경험하게 된다는 보고가 있다(Wagstaff and van Doorsler, 2003; 손수인, 신영전, 김창협, 2010; 신영석, 2012).

경제적 이유와 더불어 의료접근성 및 의료인력 불평등 역시 미충족의료를 경험하게 하는 요인들 중 하나로 꼽힌다. 특히 도시와 농촌 간의 의료기관 및 의료인력 불균등 분포는 심각한 수준이다. 의료기관의 경우 농촌 거주자는 질병을 앓고 있음에도 불구하고 미치료율이 25.9%로 도시지역 거주지의 18.7%에 비해 높았다(Lee, 2006). 또한 농촌 거주자는 의료기관 이용 시 시간이 더 소요되고, 응급환자 발생 시 의료기관 접근성에 어려움을 겪는 것으로 나타났다(보건복지부, 2012). 의료인력 불균등 또한 도시와 농촌 간에 심각한 수준으로 인구 10만 명당 의사수가 대도시엔 188명에 비해 농촌은 76명에 불과했으며, 특히 방사선종양학과, 피부과, 병리과, 핵의학과, 진단검사의학과 등에서 불균등 분포가 심각한 수준이다(Yoo, 2012).

이와 같이 의료비 부담을 줄이기 위해 민간의료보험에 가입했음에도 불구하고 미충족의료는 여전히 존재하며 특히 도시와 농촌간의 차이는 의료접근성 및 의료인력 불평등이라는 추가적인 이유로 그 격차가 더 벌어지고 있다. 이에 도시와 농촌에서의 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족 의료와 관련성이 있는지에 대해 확인해 볼 필요가 있다. 만약 도시와 농촌간의 차이가 있다면, 이는 지역적 건강불평등이 존재한다는 것을 확인할 수 있다. 마지막으로 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 요

인으로 인한 미충족의료를 확인한다면 향후 도시와 농촌에서의 보건 정책 방안 수립 시 기초적 자료로 사용될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

국민건강보험의 낮은 보장성과 높아지는 의료비 부담을 덜기 위해 민간의료보험 가입율은 나날이 증가하고 있는 추세이다. 이러한 추세는 국민들이 본인 부담 의료비를 절감하기 위한 별도의 경제적 지출을 하고 있다는 것을 시사한다. 그러나 도시와 농촌을 중심으로 지역적 차이로 인한 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료간의 차이가 존재한다. 이에 해당 연구의 목적은 민간의료보험에 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성을 확인하고 이를 도시와 농촌을 중심으로 확인하고자 한다.본 연구의 결과는 추후 지역간의 민간의료보험 가입여부에 따른 경제적 이유로 인한 미충족의료를 줄이고 더 나아가 국민건강보험 보장성 정책 제안 시 도시와 농촌의 특성을 고려한 실효성 있는 정책을 제안할 수 있을 것으로 사료된다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 전체 연구 대상자들의 인구사회학적 특성들에 대해 기술 분석한다. 덧붙여 민간의료보험 가입 여부 및 독립변수들의 경제적 이유로 인한 미충족의료에 미치는 영향을 확인하기 위해 카이제곱 검정을 실시한다. 더 나아가 전체 대상자들에 대해 도시와 농촌이라는 거주지역별로 나누어 위와 같은 내용들에 대해 분석한다.

둘째, 전체 연구 대상자들의 민간의료보험 가입여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료간의 관련성을 확인하고, 더 나아가 독립변수들과의 관련성을 확인한다. 또한 도시와 농촌별로 민간의료보험 가입여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료간의 관련성을 확인한다.

셋째, 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 상호작용에 대해 확인하고, 이외 독립변수들 또한 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성에 대해 확인한다.

넷째, 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부에 대해 범주화 한 대상자들 중 민간의료보험에 가입되어 있으면서 경제적 이유로 인한 미충족의료를 경험한 대상자들과 Andersen 모형을 토대로 선정한 독립변수들과 관련성에 대해 확인한다.

II. 연구방법

1. 자료수집

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 주관하는 한국의료패널 2019년 연간데이터(Version 2.0.1) 중 2019년도 자료를 활용하였다. 이전 제1기 한국의료패널은 2008~2018년 11년간 연간 데이터를 생산하였으며, 본 연구에 사용된 제2기 한국의료패널의 경우 2019년을 시작으로 현재까지 진행 중이다. 제2기 한국의료패널 데이터는 제1기의 기본적인 조사 내용과 방법을 유지하였으며, 변화하는 의료 이용 및 의료 환경을 반영할 수 있도록 설계되었다. 또한 제1기 데이터에서 사용한 2005년 인구주택총조사 자료를 표본 추출한 것과는 다르게 변화된 인구구조를 반영하기 위해 2016년 등록 센서스를 표본으로 패널 가구를 추출하였다. 이는 제1기 자료에선 반영하기 힘든 인구 고령화에 대한 부분을 좀 더 정확하게 파악할 수 있다는 장점이 있다.

또한 한국의료패널의 특징점으로 국민의 의료 이용과 의료비 지출과 관련된 자료를 생산한 점을 뽑을 수 있다. 특히나 보건의료서비스 이용을 중심으로 의료 이용에 영향을 주는 개인의 특성 등 의료 이용 결정 요인, 의료 이용과 의료비 지출, 의료비 자원 등을 포함하고 있는 데이터이다. (Table 3)

Table 3. Characteristic of Korea Health Panel Survey data (박은자, 2021)

자료의 특성	설명
1) 수요자 관점의 의료이용과 보건의료비 지출 조사	<p>행정 자료를 통해 파악할 수 없는 비급여를 포함한 본인부담 진료비와 약제비를 조사했고, 간병비, 교통비 등과 같이 의료 이용에 사용된 간접비용과 돌봄비용에 대해 조사하였다. 이외에도 건강에 영향을 주는 금연 비용, 전자담배 구입비용과 같은 간접의료비용을 포괄적으로 추가하여 총 보건의료비 지출에 대한 내용을 포함하였다.</p>
2) 의료이용과 의료비 지출에 영향을 미치는 다양한 요인 조사	<p>건강 수준, 경제활동 등과 같이 의료 이용에 영향을 미치는 요인들을 조사하고, 의료비 지출 및 의료 이용에 대한 자료를 생산하였다. 이에 건강 보험 청구자료와 같은 행정자료들과는 달리 의료이용과 사회경제적 요인, 건강 요인, 그리고 민간의료보험 요인 등과 같이 여러 요인들 간의 관련성을 분석할 수 있는 자료를 제공하였다.</p>
3) 환자 경험과 의료비 지출 자원 파악	<p>의료비 지출에 대한 파악뿐만 아니라 의료 이용에 따른 환자와 보호자의 경험, 의료비 부담, 그리고 미충족의료에 대한 근거 자료를 포함하였다. 특히 민간의료보험과 관련하여 가구의 가입 현황 및 가입 이유, 가입 경로, 그리고 민간의료보험에 대한 인식과 같은 내용들을 추가적으로 조사하였다. 또한 의료 이용과 의료비 지출과 관련하여 건별로 건강보험 및 의료급여에서 지출되었는지 또는 자동차 보험, 산재보험 등에서 지출되었는지 등과 같이 민간의료보험과 관련된 내용들을 상세하게 조사하여 포괄적으로 의료비 재원을 파악하고자 하였다.</p>

마지막으로 한국의료패널 자료는 다른 공적 패널 자료와는 다르게 민간의

료보험에 대한 내용을 상세하게 포함하고 있어 해당 연구에서 집중하고자 하는 민간의료보험 가입 유무 및 자세한 가입 형태에 대해 파악할 수 있다. 또 한국의료패널 자료는 미충족의료에 대한 설문 내용을 포함하고 있다. 이는 다른 공적 자료들과는 달리 단순 미충족의료 경험 여부만을 확인하는 것에서 더 나아가 미충족의료 발생 원인들을 확인할 수 있는 자료를 제공한다. 특히 한국의료패널에선 해당 연구에서 분석하고자 하는 경제적 이유에서의 미충족의료에 대해 “지난 1년간 병원 치료 또는 검사(치과 치료, 치과 검사 제외)를 받아 볼 필요가 있었으나, ‘의료비가 부담되어서’ 병원 치료 또는 검사를 받지 못한 적이 한 번이라도 있었다고 응답한 사람의 비율”로 정의하며 정확한 자료를 제공한다(한국보건사회연구원, 2019).

2. 이론적 고찰

민간의료보험 가입과 미충족의료와의 선행연구들을 확인하기 위해 여러 국내외 연구들을 검색하였다. 확인 한 선행연구들의 경우 민간의료보험 가입 여부가 미충족의료에 미치는 영향 또는 특정 질병군의 환자나 특정 인구 사회학적 특성을 가진 환자들에서 미충족의료 여부를 분석한 연구들을 확인할 수 있었다. 그러나 본 연구에서 검증하고자 하는 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료만을 제한적으로 분석한 연구는 미비했으며, 그 관련성을 도시와 농촌을 중심으로 분석한 연구 또한 미비했다. 또한 국내 미충족

의료 연구에 대한 체계적 문헌고찰 결과에 따르면, 지역변수의 영향이 일관되지 않고 의료자원이 적은 지역 많은 지역보다 미충족률이 높을 것이라는 일반적인 상식과는 반대로 나타났으나 이에 대한 자세한 영향요인 및 설명은 제시되지 못하고 있는 상황이다(박유경 외5명, 2020). 이는 해외문헌에서도 매우 제한적인 수준으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료의 관련성에 대한 연구가 이루어졌다.

- 1) 윤태호, 김지현(2006) 연구는 도시와 농촌 간 건강불평등에 대해 분석하였다. 해당 연구에서 의미하는 건강불평등이란 사회적 또는 경제적 불평등으로 인한 사회 구성원들의 삶이 얼마나 영향을 받는지를 판단할 수 있는 유력한 수단이 될 수 있다고 설명하고 있다(윤태호, 김지현, 2006). 연구의 주 목적은 도시와 농촌의 건강수준과 건강행태, 그리고 의료이용의 차이에 대해 분석하였다. 특히 해당 선행연구에서 도시와 농촌에서의 보건의료서비스 이용에 대한 분석 결과는 본 연구에서 중점적으로 다루고자 하는 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성이 존재한다는 점을 뒷받침할 수 있는 선행연구이다. 윤태호, 김지현(2006) 연구 결과, 도시와 농촌 간 의료서비스 이용자의 의료이용량, 소요시간, 교통비 부담의 차이가 있었다. 첫번째로 의료이용량에 있어 지난 2주간 평균외래 방문 횟수를 비교하였고, 도시는 1.9회 그리고 농촌은 1.95회로 의료이용량의

차이는 미비했다. 그러나 도시에 비해 농촌 지역 거주자의 경우 의료기관까지 소요되는 시간이 10분 더 긴 것으로 나타났고, 이에 따른 본인 부담교통비 또한 약 1천원 정도 더 지출되며 농촌지역 주민들이 의료서비스를 이용하는데 직접의료비 이외 간접비용이 더 많이 소요되는 것으로 나타났다(윤태호, 김지현. 2006). 더불어 상용치료원에 대해 도시는 67.17%가 없다고 대답한데에 비해 농촌은 71.84%가 없다고 대답하였다(윤태호, 김지현. 2006). 여기서 뜻하는 상용치료원이란 도시와 농촌에서의 그 개념이 달랐다. 농촌의 경우 보건소 등 공공보건기관을 상용치료원으로 해석하였고, 도시에 비해 3차 의료기관, 병의원, 한방병의원, 약국을 상용치료원으로 하는 비율 또한 모두 낮았다. 이는 농촌이 도시에 비해 공공보건기관에 의존하는 비율이 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과들은 결국 농촌의 취약한 의료기관 분포와 이로 인한 의료서비스 접근성 감소와 의료서비스 이용에 있어서의 간접비용 증가와 같은 이유가 도시와 농촌에서의 건강 불평등을 만들어 내고 있다고 결론지었다. 특히나 의료이용량의 경우 도시에 비해 농촌이 더 높았다는 연구 결과에도 불구하고 여전히 의료이용의 접근도가 낮았다고 설명했다.

- 2) 이주은, 김태현(2014) 연구에서는 민간의료보험 미가입자에서 더 높은 미충족의료를 경험한 것으로 나타났다. 해당 연구는 질병관리본부에서 주관하는 지역사회건강조사 내용 중 2008년부터 2012년까지의 5년간의

데이터를 사용하여 민간의료보험 가입여부가 미충족의료에 미치는 영향을 분석하였다(이주은, 김태현, 2014). 또한 해당 연구에서 포괄적 의미의 미충족의료와 더불어 경제적 이유로 인한 미충족의료에 대해서도 분석하였다. 그 결과 민간의료보험에 가입하지 않은 미가입자가 미충족의료료가 더 높은 것으로 나타났으며, 세부적으로 미충족의료 사유에 따라 분류해본 결과 경제적 사유뿐만 아니라 병의원 예약의 어려움, 불편한 교통 등의 다양한 사유들이 존재하는 것으로 나타났다. 추가로 해당 연구에선 경제적 이유에서의 미충족医료를 종속변수로 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 민간의료보험 미가입자가 가입자에 비해 경제적 사유로 인한 미충족의료료가 유의하게 높은 것으로 분석되었다. 그러 지역별 경제적 이유로 인한 미충족의료에 대해 분석한 결과 서울, 광역시, 그리고 그 외 지역 등에서 비슷한 경제적 요인에 의한 미충족률이 있는 것으로 나타났다.

앞선 선행연구들을 통해 도시와 농촌에서의 의료불평등이 존재하고 민간 의료보험 가입 여부가 미충족의료에 영향을 주는 요인이라는 것을 확인할 수 있었다. 그러나 여전히 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 요인으로 인한 미충족의료와의 관련성을 직접적으로 분석한 연구는 미비했다. 이에 본 연구는 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 요인으로 인한 미충족의료와의 관련성을 검증하여 도시와 농

촌간의 새로운 의료불평등에 대한 시각과 더불어 민간의료보험에 대한 의존도를 낮추고 미래의 보건 정책 제안 시 지역에 맞는 정책 만들 수 있도록 기초자료를 제공하고자 한다.

3. 연구대상의 설정

1. 흥미변수

연구의 흥미변수는 민간의료보험 가입 유무이다(Table 4). 더 나아가 부록 3에선 민간의료보험에 가입되어 있는 경우, 가입 형태에 대해 확인하고 각 형태별로 미충족의료와의 관련성에는 어떤 차이가 있는지 분석하였다.

가) 민간의료보험 가입 유무 (Private Health Insurance)

민간의료보험 가입 유무는 설문조사 항목 중 민간의료보험 가입 여부를 묻는 항목에 예 또는 아니요로 대답한 대상자들만 분석에 포함시켰고, 모름에 응답했거나 또는 결측 값에 포함되는 대상자들의 경우 분석에서 제외시켰다.

나) 민간의료보험 가입 형태 (Private Health Insurance Type)

민간의료보험 가입 형태는 설문조사 항목 중 보험형태에 대한 항목에 정액형, 실손형, 혼합형에 대답한 환자들을 분석 대상에 포함하였다. 덧붙여

민간의료보험 보장 유형에 대한 세부 설문 항목 중 보험 가입 유형 질병 보험, 암 보험, 상해보험 가입여부에 “예” 라고 응답한 환자들만 대상에 포함시켰다.

2. 종속변수

이 연구의 종속변수는 경제적 이유로 인한 미충족의료이다(Table 4). 분석에 포함된 자료는 제2기 한국의료패널 설문 문항 중 “병의원 미충족의료 발생 이유(1) 의료비(교통비포함)가 부담 되어서”에 예 또는 아니오에 대답한 대상자들만 분석에 포함하였다. 설문에 응답하지 않음 또는 결측 값에 포함되는 대상자들의 경우 분석에서 제외시켰다.

3. 독립변수

이번 연구의 독립변수는 인구사회학적 요인들이다 (Table 4). 분석에 포함된 독립변수들은 Andersen 모형의 변수들에 기반하여 범주화 하였다. Andersen 모형의 경우 의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인들을 검증할 때 많이 사용되는 모델로 사용되고 있다. 본 연구의 목표는 의료서비스는 아니지만 의료서비스 이용 또한 미충족의료에 영향을 주는 영향 요인으로써 Andersen 모델에서 사용하는 세 가지 요인들인 소인성요인(predisposing determinant), 가능요인(enabling determinant), 질병화요인(illness determinant)로 범주화 하였다(Andersen, 1968).

가) 소인성요인 (Predisposing Determinant)

소인성 요인으론 질병의 발생 이전에 존재하는 성, 연령, 배우자 유무, 교육, 직업 등과 같은 개인적 특성과 관련된 요인들을 칭한다 (Table 4).

가-1) 성별 및 연령 (Sex and Age)

본 연구는 성별에 여성 또는 남성으로 응답한 대상자들만을 분석에 포함하였다. 연령의 경우 민간의료보험을 지불할 수 있는 능력이 있는 만19세 이상의 성인들을 우선 대상으로 포함하였다. 선행연구 들에서 연령 구분을 10세 단위로 나누었으며, 70세 이상부터는 하나의 그룹으로 분류하였다 (이주은, 김태현, 2014; 한종욱 외3명, 2019). 이에 본 연구에서도 선행연구를 참고하여 연령을 10세 단위로 나누어 분류하였으며, 70세 이상부터는 하나의 그룹으로 분류하여 분석하였다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

가-2) 거주지역 (Region)

거주지역은 도시와 농촌으로 나누어 분석에 포함하였다. 선행연구들 중 이주은, 권태현(2014) 연구에선 거주지역을 서울, 광역시, 그 외 지역으로 구분하고 동/읍면으로도 구분하여 분석하였다. 한종욱 외3명(2019) 연구의 경우 거주지역을 서울특별시, 인천광역시, 경기도에 거주하는 경우를 수도

권이라고 분류하였고 그 외 거주지역들은 그 외로 분류하여 분석하였다. 본 연구는 선행연구들을 참고하여 한국의료패널 설문항목 중 지역에 대한 질문에 광역시에 거주하고 있다고 응답한 대상자들을 도시에 거주하고 있다고 가정하였고, 이외 시/도에 거주하고 있는 대상자들을 농촌에 거주하고 있는 것으로 가정하여 분류했다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

가-3) 교육수준 (Education Level)

선행연구들에서는 교육수준을 받지 않음 또는 초등교육 이하를 시작으로 중등, 고등교육 그리고 대학교 이상으로 나누어 분석하였다. (송경신, 이준협, 임국환, 2011; 이주은, 김태현, 2014; 한종욱 외3명, 2019) 본 연구의 표본자료인 한국의료패널 설문조사에선 받지 않음, 초등학교, 중학교, 고등학교, 대학교(전문대학 포함), 대학원 총 6개의 항목으로 나누어 묻고 있으나, 선행연구를 따라 초등교육 또는 이하의 교육수준에 대답한 경우 "low" 그룹에 포함했고, 중학교 교육까지는 "middle" 그리고 고등학교 교육 또는 그 이상의 경우는 "high" 그룹에 포함시켜 분석하였다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

가-4) 혼인상태 (Marital Status)

선행연구 (한종욱 외3명, 2019)에서는 혼인상태를 혼인 중, 별거·이혼·사

별, 그리고 미혼과 같이 총 3개의 그룹으로 나누어 분석했고, 송경신, 이준협, 임국환(2011) 연구에서는 유배우자 또는 미배우자 두 개의 그룹으로 나누어 분석에 포함시켰다. 본 연구는 한종욱 외3명(2019)의 연구를 참고하여 혼인 중(married)과 사별·이혼·별거 등(widowed, divorced, separated, etc)의 그룹으로 분류하여 분석하였다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

나) 가능요인 (Enabling Determinant)

가능요인에는 고용상태, 소득, 의료보험 형태와 같은 의료서비스 이용을 가능하게 하는 요인들을 포함하였다.

나-1) 고용상태 (Employment)

선행연구 이주은, 권태현(2014)의 경우 고용상태를 직업별로 나누어 분석하였다. 그러나 한종욱 외3명(2019)의 연구에서는 고용상태를 예 또는 아니오로 나누어 분석에 포함하였다. 본 연구에서는 한종욱 외3명(2019)의 선행연구를 참고하여 한국의료패널 설문 항목 중 경제활동 참여 상태에 임금근로자, 자활근로, 공공근로, 노인 일자리, 희망근로, 고용주, 자영업자, 무급가족종사자를 고용된 상태(working)으로 그룹화 하였고, 이외 비경제활동인구에 응답한 대상자들은 비고용 상태(not working)으로 그룹화 시켜 분석에 포함했다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서

제외시켰다.

나-2) 가구소득 (Household Income)

이전 선행연구들에서 연구 대상자의 일반적 특성에 가구 소득 항목을 포함하여 분석을 진행하였다. 이주은, 권태현(2014) 연구의 경우 월 가구소득을 100만원 이하, 101-200만원, 201-300만원, 301-400만원, 401만원 이상과 같이 소득 금액을 그룹화 시켜 분석에 포함했다(송경신, 이준협, 임국환, 2011; 한종욱 외3명, 2019). 연구들의 경우 가구소득을 5분위 또는 4분위로 구분하여 분석에 포함하였다. 본 연구는 선행연구들을 참고하여 분석에 포함된 총 대상자들의 가구소득을 4분위로 구분하여 분석하였다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

다) 질병요인 (Illness Determinant)

질병요인은 주관적 건강인식 또는 실제 건강상의 문제점들이 포함되는 요인들을 포함하였다.

다-1) 신체활동 (Physical Activity)

신체활동을 분석 변수로 포함시킨 선행연구는 미비했다. 그러나 본 연구는 민간보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료경험 간의 관련성에 영향을 줄 수 있는 독립변수로 신체활동을 분석에 포함시켰다. 한국

의료패널 설문 문항 중 '최근 1년 동안 규칙적 운동 실천 여부' 항목에 스포츠나 운동을 규칙적으로 하고 있다' 라고 대답한 경우 신체활동을 하고 있는 것으로 간주하였고, '스포츠나 운동을 규칙적으로 하고 있지 않다' 라고 대답한 경우 신체활동을 하지 않는 것으로 간주하고 분석에 포함시켰다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

다-2) 흡연 (Smoking)

흡연은 건강상태를 해치는 중요 원인 중 하나로 손꼽힌다. 건강상태를 해치는 것이 결론적으로 질병을 얻게 하고 이로 인한 의료비 지출이 생겨 민간의료보험 가입까지도 유도할 수 있는 중요한 원인 중 하나이다. 한중욱 외3명(2019)의 연구에서도 역시 흡연 변수를 포함하여 분석했고, 본 연구 또한 한국의료패널 설문 문항 중 '평생 흡연 여부' 중 5갑(100개비) 이상이라고 응답한 경우 흡연 중으로 그룹화했고, 이외 5갑(100개비) 미만 또는 피운적 없다 라고 응답한 경우 비흡연 중 인 것으로 그룹화 하여 분석하였다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

다-3) 음주 (Alcohol Drinking)

흡연과 마찬가지로 음주 또한 건강상태를 해치는 중요 원인 중 하나로 손꼽힌다. 흡연과 더불어 한중욱 등(한중욱 외3명, 2019) 연구에서 음주상

태를 비음주, 과거음주, 현재음주로 구분하여 분석하였다. 본 연구에서는 한국의료패널 설문문항 중 '최근 1년 동안 음주 빈도' 항목에 지금까지 살아오면서 술을 한잔도 마시지 않았음 또는 최근 1년간 한 잔도 마시지 않았음을 비음주(Never) 그룹으로 분류하였고, 한달에 1번 미만, 한달에 1번 정도, 또는 한달에 2~4번을 가끔 음주(sometimes) 그룹으로 분류했다. 마지막으로 일주일에 2~3번, 일주일에 4번이상 또는 거의 매일이라고 대답한 대상자들을 자주 음주(Frequently) 그룹으로 분류했다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

다-4) 주관적 건강상태 (Subjective Health Status)

주관적 건강상태 변수는 민간의료보험 가입 유무와 미충족의료간의 관련성에 영향을 미치는 변수 중 하나일 수 있다. 예를 들어 진단받은 병명 또는 질환이 없더라도 주관적 건강상태는 나쁨으로 응답할 수 있고 이로 인해 민간의료보험을 가입하여 의료이용을 빈번하게 하며 이로 인한 미충족의료 경험을 할 수 있는 확률이 높아질 수 있기 때문이다. 이전 선행연구들에서도 마찬가지로 주관적 건강상태에 대한 변수를 포함시켰고, 주관적 건강상태를 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨으로 분류하여 분석에 포함시켰다. (이주은, 2014; 한종욱, 2019) 본 연구 또한 주관적 건강상태를 변수로 포함하였는데, '주관적 건강상태' 항목에 매우좋음 또는 좋음이라고 응답한 경우 좋음(Good)으로 분류했고, 보통이라고 응답한 경우는 보

통(normal)로 분류했다. 만약 주관적 건강상태를 나쁨 또는 매우 나쁨이라고 응답한 경우 나쁨(not good)으로 분류하여 분석했다. 이외 응답하지 않은 경우 또는 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

다-5) 만성질환 (Having Chronic Disease)

선행연구들에서 만성질환 유무를 분석에 포함시켰다 (송경신, 이준협, 임국환, 2011; 이주은, 김태현, 2014; 한종욱 외3명, 2019). 연구들의 경우 대표적인 만성질환인 고혈압과 당뇨병으로 만성질환 유무를 판단하였다(송경신, 이준협, 임국환, 2011; 이주은, 김태현, 2014). 본 연구에선 선행연구를 참고하여 한국의료패널 설문 문항 중 만성질환 유무를 확인하는 항목에 예 또는 아니오로 대답한 대상자들을 분석에 포함하였다. 이외 응답을 하지 않았거나 결측치인 경우 분석에서 제외시켰다.

Table 4. Classification of variables and definition

Determinants	Variables	Definition
	Private Health Insurance	Yes
		No
	Private Health Insurance Type	Mix or Indemnity
		Fixed Benefit
	Unmet Needs	None
		Yes
No		
Predisposing Determinants	Sex	Male
		Female

	Region	Urban
		Rural
	Age	19-30
		30-40
		40-50
		50-60
		60-70
		Over 70
	Education Level	High
		Middle
		Low
	Marital Status	Married
		Widowed, divorced, separated, etc.
Enabling Determinant	Employment	Working
		Not working
	Household Income	Q1
		Q2
		Q3
Q4		
Illness Determinant	Physical Activity	Yes
		No
	Smoking	Yes
		No
	Alcohol Drinking	Never
		Sometimes
		Frequently
	Subjective Health Status	Not good
		Normal
		Good
Having Chronic Disease	Yes	
	No	

4. 분석방법

연구의 분석방법은 다음과 같다. 연구대상자의 민간의료보험가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성과 도시와 농촌을 중심으로 관련성을 파악하기 위해 기술분석, 카이제곱 검정, 그리고 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

- 1) 전체 연구대상자의 일반적 특성 및 분포를 파악하기 위해 Andersen 모형에 기반한 인구사회학적 독립변수들을 기술분석 하여 빈도와 백분율로 나타냈다. 또한 경제적 이유로 인한 미충족의료를 경험한 대상자들과 독립변수와의 기술분석을 실시한 뒤 빈도와 백분율로 나타냈고, 나아가 각 독립변수들과의 관련성을 확인하기 위해 카이 제곱 검정을 실시해 그 결과 값을 p-value로 나타냈다.
- 2) 전체 연구 대상자들의 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료간의 관련성과 각 독립변수들과 경제적 이유로 인한 미충족의료간의 관련성을 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시했다. 나아가 도시와 농촌에 거주하는 대상자들을 나누어 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성에 대해 분석했다. 모든 결과 값은 odds ration (OR)로 표시했고 통계적 유의성을 보여줄 수 있는 95% 신뢰구간 (95% CI)을 표시하였다.
- 3) 민간의료보험 가입 여부와 도시와 농촌 거주자들을 총 네가지 군으로 범

주화 시켜 상호작용을 확인할 수 있게 혼합한 변수들을 독립변수로 설정한 후 로지스틱 회귀 분석을 실행하였다. 결과 값은 odds ratio (OR)와 통계적 유의성을 확인하기 위한 95% 신뢰구간(95% CI)으로 나타났다.

- 4) 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료 간의 상호작용의 크기 변화를 하위집단(sub-group) 분석을 통해 각 통제변수 집단에 따라 어떻게 달라지는지 살펴보았다. 결과 값은 odds ratio (OR)와 통계적 유의성을 확인하기 위한 95% 신뢰구간(95% CI)으로 나타났다.
- 5) 추가로 부록에선 경제적 이유로 인한 미충족의료와 이를 제외한 나머지 미충족의료와 민간의료보험 가입 여부의 연관성을 로지스틱 회귀분석을 통해 확인했다(Appendix 1). 또한 하위집단(sub-group) 분석으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료에 영향을 미치는 독립변수가 있는지 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석하였다(Appendix 2). 마지막으로 민간의료보험 가입되어 있는 대상자들의 가입 보험 형태별 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성에 대해 로지스틱 회귀 분석하였다(Appendix 3).

III. 결과

1. 전체 연구대상자 및 도시와 농촌을 중심으로 인구 통계학적 특성 및 경제적 이유로 인한 미충족의료 결과

본 연구의 분석에 포함된 대상자들은 아래 Fig 1과 같다. 제2기 한국의 료패널조사 2019년 자료에 포함된 총 14,741명의 대상자들 중 결측치가 있는 3,485명의 대상자들을 제외한 총 11,256명의 대상자들이 분석에 포함되었다. 이 중 민간보험에 가입된 대상자는 6,493명 그리고 가입되어 있지 않은 대상자는 4,763명이었다.

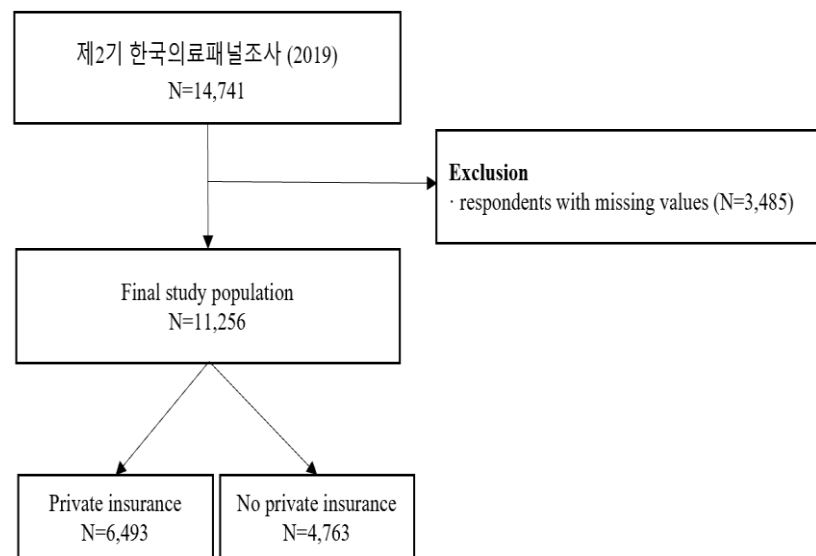


Fig 1. Flowchart of the study participants displaying the inclusion and exclusion

전체 대상자들의 인구 통계학적 특성 및 카이제곱 검정 결과는 다음과 같다

(Table 5). 우선 전체 대상자들 중 농촌 거주자가 56.2%로 도시에 거주자보다 많았다. 그리고 여성 대상자들이 55.7%로 남성 대상자들보다 더 많은 것으로 나타났다. 나이대별로 나누어 보았을 때 60세에서 70세 이상의 대상자들이 50.7%로 나이대별 대상자 중 가장 많았고, 교육수준은 높음(high), 중간(middle), 낮음(low) 세가지로 나누어 분석했을 때 교육수준이 높다(high)고 대답한 대상자들이 64.1%로 가장 많았다. 또한 전체 대상자의 71.8%가 기혼인 것으로 나타났다. 경제적 특성을 살펴본 결과, 63.2%의 대상자들이 현재 고용되어 있는 상태인 것으로 확인되었고, 가구소득은 총 4분위로 나누어 분석했을 때 모든 분위에 골고루 도포되어 있는 것으로 나타났다. 신체활동 특성으로는 52.7%의 대상자들이 현재 운동을 하고 있는 것으로 나타났다. 흡연여부를 확인한 결과 84.6%가 비흡연자였고, 41.4%의 대상자들이 전혀 음주를 하지 않는 것으로 나타났다. 또한 주관적 건강상태를 묻는 질문에 45.8%의 대상자들이 본인은 정상(normal)이라고 대답했으며, 51.2%의 대상자들이 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다.

전체 대상자 중 미충족의료를 경험한 환자들과 각 독립변수들과의 관련성에 대해 추가적으로 기술분석 및 카이제곱 검정을 실시하였다. 우선 전체 11,256명 중 296명(2.6%)이 미충족의료를 경험한 적이 있다고 대답하였다. 민간의료보험에 가입되어 있는 전체 대상자들 중 미충족의료를 경험한 적이 있는 대상자는 128명(1.97%)이었고, 민간의료보험에 가입되어 있지 않은 전체 대상자들 중 경제적 이유의 미충족의료를 경험한적이 있는 대상자는

168명(3.53%)였다. 또한 도시와 농촌에 거주하고 있는 대상자들에서 경제적 이유의 미충족의료를 기술분석 한 결과 전체 도시는 144명(2.92%), 농촌은 152명(2.40%)으로 도시에 거주할 때 경제적 이유의 미충족의료가 더 큰 것으로 나타났다. 성별로 분석했을 때 여성이 196명(3.13%)으로 남성 100명(2.01%)보다 미충족의료 경험이 많았고, 70세 이상의 나이대에서 가장 높은 미충족의료를 경험한 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 전체 대상자에선 교육수준이 높은(high) 그룹이 압도적으로 많았다면, 미충족의료를 경험한 대상자들에선 교육수준이 높은(high) 그룹과 낮은(low) 그룹 둘 다에 많은 대상자들이 대답하였다. 그러나 결혼 여부 같은 경우 전체대상자와 비슷하게 기혼자가 더 많았다. 경제적 특성의 경우 미충족의료를 경험한 환자에선 직장에 고용되어 있지 않다고 대답한 대상자들이 더 많았으며, 가구소득 역시 가장 낮은 분위인 Q1에서 다른 분위들에 비해 월등히 많은 대상자들이 대답하였다. 신체활동 특성 역시 미충족의료를 경험한 환자들은 운동을 하고 있지 않다고 대답한 대상자들이 더 많았고, 주관적 건강상태를 묻는 질문에 보통(normal)과 좋지 않다(not good)에 거의 모든 대상자들이 대답한 것으로 확인되었다. 마지막으로 만성질환 여부에 대한 질문에 만성질환을 갖고 있다고 대답한 대상자가 그렇지 않은 대상자보다 많은 것을 확인할 수 있었다.

전체 대상자들 중 도시와 농촌에 거주하는 대상자들을 범주화 하여 기술 분석 및 카이제곱 검정을 진행하였다. 앞선 전체 대상자들의 분석과 동일하

게 기술분석을 통해 인구 통계학적 특성을 파악하고, 경제적 이유의 미충족 의료와의 관련성을 카이제곱 검정을 실시하여 확인했다 (Table 5).

우선 도시와 농촌에 거주하고 있는 대상자들의 인구통계학적 분석을 살펴 보았다. 우선 소인성요인의 변수인 성별의 경우 전체 대상자들과 동일하게 두 지역에서 모두 여성이 남성보다 많았다. 연령 역시 60세에서 70세 이상의 그룹이 가장 많았으며, 이외 교육수준, 결혼상태, 고용상태와 같은 나머지 소인성요인의 변수들 또한 역시 전체 대상자의 기술분석 결과와 비슷한 양상을 보였다. 기능성요인 및 질병요인 변수들에서도 역시 전체 대상자를 대상으로 한 기술분석 결과와 비슷한 양상을 보였다.

또한 도시와 농촌 각각에서 경제적 이유로 인한 미충족의료는 2.9% 그리고 2.4%로, 도시에 거주하는 대상자들에서 더 높은 경제적 이유로 인한 미충족의료가 있는 것으로 나타났다. 나아가 민간의료보험 가입유무의 경우, 도시의 경우 60.8%가 가입되어 있는 상태였고 농촌 역시 55.2%가 가입되어 있어 두 지역 모두 미가입자보다 가입자가 더 많았다. 또한 두 지역에서 모두 민간의료보험 미가입자들이 더 높은 경제적 이유로 인한 미충족의료가 있는 것으로 나타났다.

경제적 이유로 인한 미충족의료와 독립변수들의 관련성을 확인하기 위해 카이제곱 검정으로 분석했다. 도시에선 성별 및 흡연 변수에서 통계적 유의하지 않다는 결과가 나왔다. 농촌의 경우, 민간의료보험 가입 유무와 흡연 변수에서 통계적으로 유의하지 않은 것으로 분석되었다.

Table 5. General characteristics of the study population

	Total				<i>P</i> -value	Urban				<i>P</i> -value	Rural			
	Total		Yes			Total		Yes			Total		Yes	
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%
Total (N=11,256)	11,256	100.0	296	2.60		4,931	43.8	144	2.90		6,325	56.2	152	2.40
Private health insurance					<.0001					<.0001				0.0702
Yes	6493	57.7	128	1.97		2999	60.8	55	1.83		3494	55.2	73	2.09
No	4763	42.3	168	3.53		1932	39.2	89	4.61		2831	44.8	79	2.79
Region					0.0889									
Urban	4931	43.8	144	2.92										
Rural	6325	56.2	152	2.40										
Sex					0.0002					0.1061				0.0004
Male	4984	44.3	100	2.01		2174	44.1	54	2.48		2810	44.4	46	1.64
Female	6272	55.7	196	3.13		2757	55.9	90	3.26		3515	55.6	106	3.02
Age					<.0001					<.0001				0.0258
19-30	731	6.49	13	1.78		402	8.2	7	1.74		329	5.20	6	1.82
30-40	1156	10.3	24	2.08		578	11.7	17	2.94		578	9.14	7	1.21
40-50	1738	15.4	28	1.61		857	17.4	16	1.87		881	13.9	12	1.36
50-60	1924	17.1	38	1.98		879	17.8	12	1.37		1045	16.5	26	2.49
60-70	2636	23.4	72	2.73		1054	21.4	31	2.94		1582	25.0	41	2.59
Over 70	3071	27.3	121	3.94		1161	23.5	61	5.25		1910	30.2	60	3.14
Education level					<.0001					<.0001				<.0001
High	7210	64.1	124	1.72		3437	69.7	68	1.98		3773	59.7	56	1.48

Middle	1551	13.8	54	3.48	628	12.7	22	3.50	923	14.6	32	3.47
Low	2495	22.2	118	4.73	866	17.6	54	6.24	1629	25.8	64	3.93
Marital status												
Married	8077	71.8	149	1.84	3377	68.5	70	2.07	4700	74.3	79	1.68
Widowed, divorced, separated, etc.	3179	28.2	147	4.62	1554	31.5	74	4.76	1625	25.7	73	4.49
Employment												
Working	7114	63.2	138	1.94	2956	59.9	66	2.23	4158	65.7	72	1.73
Not working	4142	36.8	158	3.81	1975	40.1	78	3.95	2167	34.3	80	3.69
Household income												
Q1	2813	25.0	163	5.79	1176	23.8	80	6.80	1637	25.9	83	5.07
Q2	2788	24.8	68	2.44	1082	21.9	36	3.33	1706	27.0	32	1.88
Q3	2752	24.4	36	1.31	1232	25.0	12	0.97	1520	24.0	24	1.58
Q4	2903	25.8	29	1.00	1441	29.2	16	1.11	1462	23.1	13	0.89
Physical activity												
Yes	5933	52.7	128	2.16	2651	53.8	64	2.41	3282	51.9	64	1.95
No	5323	47.3	168	3.16	2280	46.2	80	3.51	3043	48.1	88	2.89
Smoking												
Yes	1732	15.4	49	2.83	808	16.4	23	2.85	924	14.6	26	2.81
No	9524	84.6	247	2.59	4123	83.6	121	2.93	5401	85.4	126	2.33
Alcohol drinking												
Never	4665	41.4	157	3.37	1861	37.7	71	3.82	2804	44.3	86	3.07
Sometimes	4294	38.1	96	2.24	2083	42.2	52	2.50	2211	35.0	44	1.99

Frequently	2297	20.4	43	1.87	987	20.0	21	2.13	1310	20.7	22	1.68
Subjective health status												
					<.0001				<.0001			<.0001
Not good	1991	17.7	123	6.18	826	16.8	71	8.60	1165	18.4	52	4.46
Normal	5157	45.8	128	2.48	2157	43.7	54	2.50	3000	47.4	74	2.47
Good	4108	36.5	45	1.10	1948	39.5	19	0.98	2160	34.2	26	1.20
Having chronic disease												
					<.0001				0.0005			0.0009
Yes	5488	48.8	184	3.35	2212	44.9	85	3.84	3276	51.8	99	3.02
No	5768	51.2	112	1.94	2719	55.1	59	2.17	3049	48.2	53	1.74

2. 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료간의 관련성 검증

민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성을 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과 값은 미충족의료 경험 있음을 1, 미충족의료 경험 없음을 0으로 하였다.

우선 전체 연구 대상자들의 분석 결과, 민간의료보험 가입자가 미가입자에 비해 경제적 이유로 인한 미충족의료 발생 가능성이 낮은 것으로 나타났다(OR=0.83 (95% CI: 0.65-1.06))(Table 6). 나아가 전체 대상자들에서 도시와 농촌이라는 지역별 분석 결과, 도시가 농촌에 비해 경제적 이유로 인한 미충족의료 발생 가능성이 높은 것으로 나타났다(OR=1.32 (95% CI: 1.03-1.68))(Table 6). 더 나아가 전체 연구 대상자들을 도시와 농촌이라는 거주지역별로 범주화하여 각각 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 도시의 민간의료보험 가입자가 경제적 이유로 인한 미충족의료 발생 가능성이 낮았다(OR=0.62 (95% CI: 0.42 - 0.92))(Table 6). 그러나 반대로 농촌의 경우, 민간의료보험 가입자가 미가입자에 비해 미충족의료 발생 가능성이 증가하는 경향을 보였지만 이는 통계적으로 유의하지 않았다(OR= 1.11 (95% CI: 0.80 - 1.53))(Table 6).

Table 6. Association between PHI and unmet needs among total study population

Variables	Total			Urban			Rural		
	Unmet Needs			Unmet Needs			Unmet Needs		
	OR	95% CI		OR	95% CI		OR	95% CI	
Private health insurance									
Yes	0.83	(0.65 - 1.06)		0.62	(0.42 - 0.92)		1.11	(0.80 - 1.53)	
No	1.00			1.00			1.00		
Region									
Urban	1.32	(1.03 - 1.68)							
Rural	1.00								
Sex									
Male	1.00			1.00			1.00		
Female	1.15	(0.85 - 1.56)		0.92	(0.62 - 1.39)		1.38	(0.87 - 2.19)	
Age									
19-30	1.00			1.00			1.00		
30-40	1.56	(0.77 - 3.18)		2.06	(0.80 - 5.32)		0.97	(0.31 - 3.06)	
40-50	1.22	(0.60 - 2.45)		1.32	(0.50 - 3.46)		1.10	(0.38 - 3.15)	
50-60	1.25	(0.62 - 2.51)		0.83	(0.30 - 2.29)		1.55	(0.56 - 4.32)	
60-70	1.05	(0.52 - 2.10)		1.04	(0.40 - 2.70)		1.01	(0.36 - 2.82)	
Over 70	0.85	(0.41 - 1.76)		1.00	(0.36 - 2.76)		0.76	(0.26 - 2.19)	
Education level									
High	0.68	(0.47 - 1.00)		0.75	(0.44 - 1.29)		0.60	(0.35 - 1.02)	
Middle	0.99	(0.69 - 1.41)		0.79	(0.47 - 1.35)		1.15	(0.71 - 1.85)	

	Low	1.00			1.00			1.00		
Marital status										
	Married	1.00			1.00			1.00		
	Widowed, divorced, separated, etc.	1.74	(1.34 - 2.25)		1.55	(1.06 - 2.25)		1.90	(1.33 - 2.70)	
Employment										
	Working	1.00			1.00			1.00		
	Not working	1.24	(0.96 - 1.61)		0.87	(0.59 - 1.29)		1.62	(1.13 - 2.33)	
Household income										
	Q1	1.00			1.00			1.00		
	Q2	0.58	(0.42 - 0.80)		0.65	(0.41 - 1.03)		0.51	(0.33 - 0.79)	
	Q3	0.34	(0.23 - 0.52)		0.20	(0.10 - 0.40)		0.50	(0.30 - 0.85)	
	Q4	0.29	(0.18 - 0.46)		0.26	(0.13 - 0.50)		0.31	(0.16 - 0.61)	
Physical activity										
	Yes	0.74	(0.58 - 0.95)		0.84	(0.59 - 1.20)		0.68	(0.48 - 0.95)	
	No	1.00			1.00			1.00		
Smoking										
	Yes	1.00			1.00			1.00		
	No	0.79	(0.54 - 1.15)		1.05	(0.62 - 1.77)		0.62	(0.36 - 1.06)	
Alcohol drinking										
	Never	1.06	(0.71 - 1.59)		0.94	(0.53 - 1.68)		1.14	(0.64 - 2.01)	

Sometimes	1.12	(0.77 - 1.65)	1.12	(0.64 - 1.95)	1.09	(0.63 - 1.89)
Frequently	1.00		1.00		1.00	
Subjective health status						
Not good	1.00		1.00		1.00	
Normal	0.60	(0.45 - 0.79)	0.40	(0.27 - 0.60)	0.87	(0.58 - 1.31)
Good	0.29	(0.20 - 0.42)	0.16	(0.09 - 0.27)	0.51	(0.31 - 0.87)
Having chronic disease						
Yes	1.01	(0.73 - 1.40)	0.96	(0.59 - 1.54)	1.10	(0.70 - 1.71)
No	1.00		1.00		1.00	

3. 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 상호작용 관련성 분석

도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료에 영향을 주는 집단 간의 관련성, 즉 상호작용 관련성을 확인하기 위해 로지스틱 회귀 분석을 실행하였다. 위 Table 6의 분석 경우 민간의료보험 가입 여부가 독립 변수였고 거주지역과 경제적 이유로 인한 미충족의료가 통제변수였다면, 이번 분석에선 민간의료보험 가입 여부와 도시와 농촌 거주자들을 총 네가지 군으로 범주화 시켜 상호작용을 확인할 수 있는 혼합한 변수들이 독립변수였고 경제적 이유로 인한 미충족의료가 통제변수로 로지스틱 회귀 분석을 실행하였다. 분석 결과, 도시에 거주하고 있는 민간의료보험 가입자가 도시 거주 민간의료보험 미가입자, 농촌 거주 민간의료보험 가입자 및 미가입자에 비해 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성이 가장 큰 것으로 나타났다(OR=1.18). 또한 민간의료보험 가입자가 미가입자에 비해 경제적 이유로 인한 미충족의료간의 관련성이 더 큰 것으로 나타났다(OR=1.11)(Table. 7).

Table 7. The result of interaction between PHI and region on unmet needs

Variables	Unmet Needs			
	OR	95% CI		
Private health insurance*region				
Yes*urban	1.18	(1.05	-	1.33)
Yes*rural	1.00			
No*urban	1.00			
No*rural	1.00			
Private health insurance				
Yes	1.11	(0.98	-	1.25)
No	1.00			
Region				
Urban	0.89	(0.79	-	1.01)
Rural	1.00			
Sex				
Male	1.00			
Female	0.93	(0.80	-	1.08)
Age				
19-30	1.00			
30-40	0.72	(0.49	-	1.07)
40-50	0.93	(0.64	-	1.34)
50-60	0.91	(0.66	-	1.25)
60-70	1.09	(0.82	-	1.46)
Over 70	1.33	(0.94	-	1.87)
Education level				
High	1.29	(1.03	-	1.62)
Middle	0.88	(0.72	-	1.09)
Low	1.00			
Marital status				
Married	1.00			
Widowed, divorced, separated, etc.	0.76	(0.67	-	0.86)
Employment				
Working	1.00			
Not working	0.90	(0.79	-	1.02)
Household income				

	Q1	1.00			
	Q2	0.84	(0.67	-	1.06)
	Q3	1.43	(1.08	-	1.89)
	Q4	1.70	(1.24	-	2.33)
Physical activity					
	Yes	1.16	(1.03	-	1.31)
	No	1.00			
Smoking					
	Yes	1.00			
	No	1.12	(0.93	-	1.35)
Alcohol drinking					
	Never	1.00	(0.82	-	1.21)
	Sometimes	0.94	(0.78	-	1.12)
	Frequently	1.00			
Subjective health status					
	Not good	1.00			
	Normal	0.93	(0.78	-	1.10)
	Good	1.93	(1.54	-	2.41)
Having chronic disease					
	Yes	0.99	(0.84	-	1.17)
	No	1.00			

4. 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료 간의 상호작용 크기 변화 하위(sub-group)분석

나아가 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료 간의 상호작용의 크기 변화를 sub-group 분석을 통해 각 통제변수 집단에 따라 어떻게 달라지는지 살펴보았다. 우선 전체 대상자들의 분석 결과, 거주지역 독립변수에서 농촌이 도시에 비해 민간의료보험 가입 유무와 경제적 이유의 미충족의료간의 관련성이 더 컸다(OR=0.62 vs OR=1.11)(Table. 8). 성별의 경우 여성이 남성에 비해 관련성이 더 컸으며(OR=0.90 vs. OR=0.73)(Table. 8), 또한 연령 그룹의 경우 19-30세 그룹이 다른 연령 그룹들에 비해 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성이 가장 컸다(OR=7.64)(Table. 8). 또한 sub-group 분석 결과, 성별의 경우 여성이 남성에 비해 관련성이 더 컸다(OR=1.19 vs. OR=1.15)(Table. 8). 연령이 경우, 연령이 높아 질수록 관련성이 더 커졌고, 흡연의 경우 흡연자가 비흡연자에 비해 관련성이 더 컸다.

Table 8. Results of subgroup analysis between PHI between unmet needs by covariates

Variables	Total					Interaction sub-group (INS*region)				
	Unmet Needs					Unmet Needs				
	None	Private health insurance(PHI)				None	Private health insurance(PHI)			
	OR	OR	95% CI			OR	OR	95% CI		
Sex										
Male	1.00	0.73	(0.47	-	1.15)	1.00	1.15	(0.93	-	1.41)
Female	1.00	0.90	(0.66	-	1.22)	1.00	1.19	(1.03	-	1.38)
Region										
Urban	1.00	0.62	(0.42	-	0.92)					
Rural	1.00	1.11	(0.80	-	1.53)					
Age										
19-30	1.00	7.64	(2.35	-	24.83)	1.00	0.03	(0.02	-	0.05)
30-40	1.00	0.44	(0.19	-	1.03)	1.00	2.10	(1.12	-	3.95)
40-50	1.00	0.40	(0.17	-	0.93)	1.00	1.45	(0.98	-	2.13)
50-60	1.00	1.14	(0.57	-	2.28)	1.00	1.33	(0.92	-	1.94)
60-70	1.00	1.47	(0.88	-	2.46)	1.00	1.37	(1.05	-	1.78)
Over 70	1.00	0.62	(0.39	-	0.97)	1.00	0.80	(0.63	-	1.03)
Education level										
High	1.00	0.87	(0.59	-	1.28)	1.00	1.30	(1.08	-	1.57)
Middle	1.00	0.90	(0.52	-	1.56)	1.00	1.06	(0.80	-	1.42)
Low	1.00	0.76	(0.51	-	1.16)	1.00	1.13	(0.91	-	1.40)

Marital status

Married	1.00	0.89	(0.64 - 1.25)	1.00	1.25	(1.06 - 1.47)
Widowed, divorced, separated, etc.	1.00	0.75	(0.51 - 1.09)	1.00	1.11	(0.93 - 1.32)

Employment

Working	1.00	0.86	(0.60 - 1.23)	1.00	1.20	(1.01 - 1.43)
Not working	1.00	0.84	(0.59 - 1.19)	1.00	1.19	(1.00 - 1.41)

Household income

Q1	1.00	0.69	(0.48 - 1.00)	1.00	1.16	(0.97 - 1.38)
Q2	1.00	0.86	(0.53 - 1.39)	1.00	1.20	(0.94 - 1.54)
Q3	1.00	1.21	(0.58 - 2.56)	1.00	1.38	(0.97 - 1.98)
Q4	1.00	1.04	(0.43 - 2.48)	1.00	1.07	(0.72 - 1.60)

Physical activity

Yes	1.00	0.74	(0.50 - 1.09)	1.00	1.18	(0.99 - 1.41)
No	1.00	0.91	(0.66 - 1.25)	1.00	1.18	(1.01 - 1.39)

Smoking

Yes	1.00	1.19	(0.63 - 2.25)	1.00	1.27	(0.94 - 1.72)
No	1.00	0.78	(0.59 - 1.02)	1.00	1.16	(1.02 - 1.32)

Alcohol drinking

Never	1.00	0.73	(0.52 - 1.03)	1.00	1.12	(0.94 - 1.33)
Sometimes	1.00	0.89	(0.56 - 1.41)	1.00	1.25	(1.01 - 1.54)
Frequently	1.00	0.98	(0.51 - 1.88)	1.00	1.43	(1.05 - 1.95)

Subjective health status

Not good	1.00	0.65	(0.43 - 0.99)	1.00	1.13	(0.93 - 1.38)
Normal	1.00	1.01	(0.70 - 1.45)	1.00	1.13	(0.94 - 1.36)
Good	1.00	0.90	(0.48 - 1.68)	1.00	1.25	(0.92 - 1.68)

Having chronic disease

Yes	1.00	0.81	(0.59 - 1.12)	1.00	1.18	(1.01 - 1.39)
No	1.00	0.86	(0.57 - 1.29)	1.00	1.19	(0.99 - 1.44)

IV. 고찰

1. 고찰

기존 연구들에선 포괄적 의미의 미충족의료 또는 지역간의 의료불평등과 같은 내용들을 주로 다루어 왔으며 경제적 이유로 인한 미충족 의료경험은 건강보험 보장성 강화 정책이나 민간보험의 접근성 향상 효과를 확인하기 위한 목적으로 논의가 이루어졌다(이주은, 김태현. 2014; Hwang. 2018). 이에 비해 지역간 민간의료보험 가입 여부와 경제적 요인으로 인한 미충족의료와의 관련성을 본 연구는 미비했다. 이에 본 연구에선 앞선 선행연구들에선 잘 다루어지지 않은 도시와 농촌이라는 지역적 차이를 중심으로 민간의료보험 가입여부와 경제적 요인으로 인한 미충족의료와의 관련성을 확인하고자 하였다. 세부적으로 엔더슨 의료이용모델에 기반한 주요 관련 요인들에 대해 분석했으며, 경제적 이유로 인한 미충족의료에 영향을 주는 집단간의 관련성, 즉 상호작용을 살펴보기 위해 분석하였다. 분석 결과 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 경제적 요인으로 인한 미충족의료와의 관련성이 존재하는 것으로 밝혀졌다. 이에 도시와 농촌이라는 지역적 차이에 대한 이해가 보건 정책 제안 시 중요하게 다루어져야 하는 부분이라는 것과 더불어 민간의료보험에 대한 실효성 및 국민건강보험에 대한 보장성 또한 관심이 필요한 정책분야임을 확인할 수 있었다.

민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성을 살

펴본 선행연구인 이주은, 김태현(2014)의 연구에선 민간의료보험 가입 유무에 따른 경제적 이유의 미충족의료는 미가입자가 가입자에 비해 1.75배 더 높다는 결과가 있었다. 또한 민간의료보험 유형과 미충족의료와의 관련성 대한 한종욱 외 3명(2019)의 연구결과에선 민간보험 미가입자에 비해 혼합형 민간의료보험 가입자가 미충족의료 경험률이 낮은 것으로 나타났다. 이는 본 연구의 결과와도 유사했다. 도시의 경우 민간의료보험 가입자가 미가입자에 비해 경제적 요인으로 인한 미충족의료 발생률이 낮았고, 농촌의 경우 민간의료보험 가입자에서 경제적 이유로 인한 미충족의료 발생 가능성 간의 통계적으로 유의미한 관계는 없는 것으로 나타났다. 특히 농촌의 결과는 현재 민간의료보험의 실효성에 대한 이의를 제기한다. 민간의료보험을 선택하게 되는 가장 큰 이유 중 하나로 낮은 국민건강보험 보장성으로 인해 증가하는 개인부담 의료비 절감이다. 그러나 결과에서 확인되었듯이 민간의료보험 가입만으론 경제적 이유로 인한 미충족의료를 절감하는데 긍정적인 영향이 없었다. 특히 도시와 농촌의 민간의료보험 가입자 간의 경제적 요인으로 인한 미충족의료를 절감하는데 상반된 결과가 있었던 것은 현재의 민간의료보험 보장형태가 지역적 차이를 전혀 고려하지 않은 시스템이라는 점을 시사한다.

더불어 도시와 농촌 간의 의료불평등 또한 농촌의 민간의료보험 가입자와 경제적 이유로 인한 미충족의료를 절감시키지 못하게 하는 영향요인 중 하나로 해석할 수 있다. 지역별 의료불평등에 대한 내용을 다룬 앞선 선행연구들을 통해 도시와 농촌간의 의료기관 분포 불평등, 이동시간 및 간접비용 증가

와 같은 지역적 차이가 존재한다는 것을 확인할 수 있었다. 농촌은 도시에 비해 응급의료기관이 없는 군 지역이 23%이며, 분만취약지, 내과취약지, 외과취약지, 소아청소년과 취약지로 분류되고 있다(안석, 김남훈, 김유나. 2019). 이로 인해 농촌 거주자가 도시 거주자에 비해 질병이 심각 해져 병원을 방문했을 가능성이 높았으며, 농촌 거주자들의 연간 입원율을 증가시켜(도시 17.42일 vs 농촌 21.78일) 경제적 부담을 증가시키는 것으로 확인되었다(안석, 김남훈, 김유나. 2019; 윤태호, 김지현. 2006). 결과적으로 도시에 비해 농촌의 유병률과 사망률이 높았으며, 의료비용 효과성 측면에서도 도시에 비해 농촌이 낮은 것으로 분석되었다(안석, 김남훈, 김유나. 2019). 이렇듯 농촌에 존재하는 의료불평등으로 인해 의료접근성이 떨어져 질병을 키우고, 이는 결국 치료비 증가로 이어지게 된다. 이로 인해 개인부담 의료비는 증가할 것이고 이를 줄이기 위해 민간의료보험에 가입했음에도 불구하고 여전히 보장받지 못한 부분으로 인해 경제적 요인으로 인한 미충족의료를 절감하는데 긍정적인 효과를 주지 못하게 될 것이다. 따라서 경제적 이유로 인한 미충족의료를 줄이는데에 민간의료보험에 의존도를 높이는 대신, 도시와 농촌간의 의료불평등을 줄이고 나아가 국민건강보험 보장성 정책 제안 시 지역간의 차이를 이해한 실효성 있는 정책이 논의되어야 할 것이다.

2. 제한점

본 연구에는 몇 가지 제한 점들이 존재한다. 첫째, 실제 연구에 포함된 도시

와 농촌의 대상자들은 제2기 한국의료패널 설문조사 항목 중 광역시에 거주하고 있다고 응답한 대상자들을 도시에 거주하고 있다고 가정하였고, 이외 시/도에 거주하고 있는 대상자들을 농촌에 거주하고 있는 것으로 가정하여 분류하였다. 그러나 이것이 실제 사회지리학적 의미를 포함시켜 도시와 농촌을 나누는 것인지에 대한 논란이 있을 수 있다. 특히 의료불평등에 대한 선행연구들을 통해 밝혀진 의료기관 분포의 불평등에 대한 통계를 근거로 지역을 나누어 추가 분석해볼 필요가 있다. 둘째, 본 연구에 포함된 독립변수들은 미충족의료에 영향을 주는 영향요인들을 Andersen 모형에 기반하여 선택 분석하였다. 그러나 분석에 포함되지 않은 이외의 영향요인들에서 민간의료보험 가입여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료 간의 관련성에 영향을 줄 수 있기에 추가 분석이 필요할 것이다. 예를 들어 시간적 측면 또는 의료접근성과 같은 영향요인들에 대해 살펴볼 수 있을 것이다. 실제 의료기간에 가기 위해 소요되는 시간의 차이가 도시와 농촌에서는 존재한다는 것이 선행연구들을 통해 확인되었고 특히 농촌의 경우 이러한 영향요인이 의료서비스 이용에 큰 영향을 주기 때문에 중요한 민간의료보험 가입 여부와 경제적 요인으로 인한 미충족의료에도 분명한 영향요인이 있을 수 있기 때문이다.

이렇듯 본 연구에는 많은 제한점이 존재하지만 그럼에도 불구하고 도시와 농촌을 중심으로 민간의료보험 가입 여부와 이로 인한 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성을 본 연구가 없었기 때문에 의미 있는 연구이다. 후속 연구들을 통해 더 정확한 영향요인들에 대해 파악하고 더 나아가 이러한 결과

들이 도시와 농촌의 보건 정책 제안 시 의미 있는 기초자료로 쓰여 실효성 높은 정책을 제안할 수 있을 것이다.

V. 결론

본 연구의 결론은 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성에 대해 도시와 농촌 중심으로 분석하였을 때 관련성이 존재한다는 것을 확인했다. 특히 민간의료보험 활성화와 관련해 의료소비의 증가를 유발하여 공공의료 재정을 악화시킨다는 우려의 목소리와는 달리 실제 분석 결과 도시의 경우 민간의료보험 가입자에서 경제적 요인으로 인한 미충족의료를 감소시킨다는 결과가 있었지만, 그 반대로 농촌의 경우 민간의료보험 가입자에서 경제적 요인으로 인한 미충족의료를 절감시키는데 긍정적인 효과가 없었다. 이렇듯 도시와 농촌 간의 의료불평등이 결국 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유로 인한 미충족의료와의 관련성에도 영향을 있다는 점이다. 이에 추후 추가 분석을 통해 의료불평등의 차이의 크기가 결국 민간의료보험 가입 여부와 이로 인한 경제적 이유로 인한 미충족의료에 얼마나 큰 영향을 미치는지에 대한 세부적인 분석이 필요할 것이다. 또한 민간의료보험 가입 여부와 경제적 이유의 미충족의료 뿐만 아닌 의료접근성 측면의 미충족의료, 시간적 측면의 미충족의료와 같이 다각화된 미충족의료의 차이에 대한 추가 분석이 필요할 것이다. 이는 결국 실제 도시와 농촌에서의 가장 큰 미충족의료는 어떤 것인지를 파악하고, 나아가 지역별 문제의 특성을 파악하는데 도움이 될 것이다. 마지막으로 본 연구의 결과가 과도한 민간의료보험의 의존도를 낮추고 지역별 미충족의료에 대한 연구에 기초자료가 되어 미래의 지역적 특성을

고려한 실효성 높은 보건 정책 방안을 내세우는데 도움이 될 수 있을 것으로 기대한다.

< 참고문헌 >

- Altman, Isidore. (1974). Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. *Health Services Research*, 9(1), 86-87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071786/>
- Andersen, Ronald Max. (1968). *A behavioral model of families' use of health services* [Purdue University].
- Jack Hadely, John Holahan. (2003). Is health care spending higher under medicaid or private insurance? *Inquiry*, 40(4), 323-342.
- Kang S, Son G, Nam S, Kim K, Shin J, Oh J, Jung C, Jung H, Kim E, Lee B, Kim T, Goo I, An S, Cho M, Lee W, Cho S. . (2010). Fifth Wave Korea Welfare Panel Study: Descriptive Report. *Korea Institute for Health and Social Affairs*, p. 1-574.
- Kim SR, Kim YS, Kim CY, Min HS, Park YK, Sohn SI, et al. (2016, Oct 19-21). *Unmet healthcare need: current research trend and limitations in Korea*. Proceedings of the 68th Symposium of the Korean Society for Preventive Medicine, Kyeongju, Korea. Seoul.
- Kim, Yoon-Sook, Lee, Jongmin, Moon, Yeonsil, Kim, Kyoung Jin, Lee, Kunsei, Choi, Jaekyung, Han, Seol-Heui. (2018). Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. *BMC Geriatrics*, 18(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0786-3>
- Kim, Youngsoo, Kim, Saerom, Jeong, Seungmin, Cho, Sang Guen, Hwang, Seung-Sik. (2019). Poor People and Poor Health: Examining the Mediating Effect of Unmet Healthcare Needs in Korea. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 52(1), 51-59. <https://doi.org/10.3961/jpmph.18.162>
- Lee, YJ. (2006). The problem and improvement options of doctor manpower distribution by region. *Busan Human Resources Development Institute*.
- Shin, Woong Jae., Hwang, Sun Wook, Hwang, In Cheol, Choi, Youn Seon, Lee, Yong Joo, Kim, Young Sung, Shin, Ji Sung, Choi, Young Ho, Rim, Da Won, Kim, Han Sook. (2016). Unmet Medical Service Needs in Family Caregivers of Terminal Cancer Patients. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 19(2), 163-169. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2016.19.2.163>
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*, 12(11),

- 921-934. <https://doi.org/10.1002/hec.776>
- WHO. (2008). *Primary Health Care*.
- WHO. (2010). *Health Systems Financing-the path to universal coverage*.
- Yoo, SH. (2012, March 12). In: Pregnant women in rural area go to cities to deliver babies. *The Hankyoreh*.
- 강복구 사망위험 강남구보다 30% 높다. (2006.1.16). *한겨레신문*.
- 권현정. (2011). 패널 자료를 이용한 경제적 변화가 민간의료보험 가입 이행에 미치는 영향. *사회복지정책*, 38(3), 131-158.
- 김나현. (2021). 지난해 건보 보장률 65.3%로 상승, 비급여 부담률은 감소 *Medical Observer*.
- 김소애, 서영원, 우경숙, 신영전. (2019). 국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰 [A systematic review of studies on current status and influencing factors of unmet medical needs in Korea]. *비판사회정책*, 53-92. <https://doi.org/10.47042/ACSW.2019.02.62.53>
- 김수희, 이정열. (2013). 결혼 이주 영성의 미충족 의료에 미치는 영향 요인 분석. *J Korean Acad Nurs*, 43(6), 770-780. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.6.770>
- 김우현. (2021). 건강보험 보장성 강화 정책에 대한 소고. *한국조세재정정보서*.
- 김정희, 김영숙, 김명순. (1992). 보건소 이용의 노인의 미충족 의료요구. *한국노인간호학회*, 1(2), 172-180.
- 김창엽. (2009). 건강 불평등을 어떻게 볼 것인가. *한국보건사회연구원*, 3월 통권(149), 2-3.
- 문정화, 강민아. (2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인: 취약계층 행동모델 적용. *보건사회연구*, 36(2), 480-510. <https://doi.org/10.15709/hswr.2016.36.2.480>
- 박성복, 정기호. (2011). 민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구. *보험학회지*, 11, 23-49.
- 박유경. (2019). *미충족의료 개념의 재정적외 측정* 서울대학교 대학원]. <https://hdl.handle.net/10371/152283>
- 박유경, 김진환, 김선, 김창엽, 한주성, 김새롬. 지역 의료 불평등 해소를 위한 미충족 의료지표 활용의 비판적 분석. *한국보건행정학회*. 2020;30(1):37-49. doi: 10.4332/KJHPA.2020.30.1.37.
- 박은자. (2021). 제2기 한국의료패널 설계와 특징. *보건복지포럼 2021년 12월 통권, 12월(제302호)*, 7-16.
- 배지영. (2007). 민간의료보험 형태가 보건의료 형평성에 미치는 영향: 선진국의 경험을

- 통한 정책적함의. *한국사회정책*, 14(2), 208-243.
- 백인립, 변성수, 박현수. (2012). 사회적 취약계층의 민간의료보험 가입과 가입자의 의료서비스 이용에 관한 연구. *보건과 사회과학*, 31, 127~151.
- 보건복지부. (2012). *Summary of OECD health data 2012*.
- 보건복지부. (2021). *OECD Health Statistics 소책자 2021*.
- 손수인, 신영전, 김창엽. (2010). 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. *보건사회연구*, 30(1), 92-110.
- 송경신, 이준협, 임국환. (2011). 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. *대한보건연구*, 37(1), 131-140.
- 송윤아. (2022). 민영의료보험 가입유형별 의료이용 분석. *보건사회연구*, 42(2), 327-346.
<https://doi.org/10.15709/hswr.2022.42.2.327>
- 신영석. (2012). 의료사각지대 해소 방안. *보건복지포럼 2021년 12월 통권*, 185(3), 6-14.
- 신형철, 강지영, 박웅섭, 김상아. (2009). 농촌지역 여성의 건강수준과 의료이용에 대한 연구. *농촌의학, 지역보건*, 34(1), 67-75.
- 윤효정, 장성인. (2017). 2015 미충족의료율과 추이. *보건행정학회지*, 27(1), 80-83.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.1.80>
- 윤태호, 김지현. 도시와 농촌 간 건강불평등. *한국농촌간호학회지*. 2006;1(1).
- 이주은, 김태현. (2014). 민간의료보험과 미충족 의료와의 관계. *보건정보통계학회지*, 39(91-104).
- 전보영, 권순만. (2012). 의료비지출 경험이 민간의료보험의 가입변동에 미치는 영향. *보건경제와 정책연구*, 18(4), 65~84.
- 조성식, 이태경, 방예원, 김철주, 임형준, 권영준, 조용범, 백도명, 주영수. (2010). 일개 섬 지역 주민의 미충족 의료와 관련 요인. *농촌의학/지역보건*, 35(2), 151-164.
- 조현희, 권기현, 문상호 (2010). 민간의료보험이 의료서비스 이용에 미치는 영향. *정책분석평가학회보*, 20, 103-128.
<http://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE07516822>
- 최희영, 류소영. (2017). 우리나라 노인들의 미충족 의료 유형별 관련요인. *보건의료산업학회지*, 11(2), 65-79.
- 한국보건사회연구원. (2019). *2019년 한국의료패널 기초분석보고서(II)*.
- 한종욱, 김동준, 민인순, 함명일. (2019). 민간의료보험 유형과 미충족 의료와의 관련성. *보건행정학회지*, 29(2), 184-194.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.2.184>
- 황종남. (2017). 소득 수준에 따른 미충족 의료: 형평성의 함의.

보건교육건강증진학회지, 34(4), 83-97.
<https://doi.org/10.14367/kjhep.2017.34.4.83>

< 부 록 >

Appendix 1. Results of multinomial analysis between private health insurance and unmet need

	Total						Region						Rural					
	Unmet needs						Unmet needs						Unmet needs					
	None		Unmet needs for other reasons		Unmet needs for economic reason		None		Unmet needs for other reasons		Unmet needs for economic reason		None		Unmet needs for other reasons		Unmet needs for economic reason	
	OR	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	OR	95% CI	OR	OR	95% CI	OR	95% CI
Private Health insurance																		
Yes		1.10	(0.96 - 1.25)	0.90	(0.68 - 1.19)			1.09	(0.89 - 1.33)	0.67	(0.43 - 1.03)			1.09	(0.91 - 1.31)	1.20	(0.84 - 1.72)	
No	1.00						1.00						1.00					

* 'unmet needs for other reasons'와 'unmet needs for economic reason' 간 분석을 진행했으며, 둘의 유의한 차이가 없었음

Appendix 2. Results of subgroup analysis between PHI between unmet needs by covariates

		Total			Urban			Rural			
		Unmet Needs			Unmet Needs			Unmet Needs			
		None	Private health insurance		None	Private health insurance		None	Private health insurance		
		OR	OR	95% CI	OR	OR	95% CI	OR	OR	95% CI	
Sex											
	Male	1.00	0.73	(0.47 - 1.15)	1.00	0.55	(0.28 - 1.09)	1.00	0.98	(0.53 - 1.82)	
	Female	1.00	0.90	(0.66 - 1.22)	1.00	0.67	(0.41 - 1.10)	1.00	1.16	(0.79 - 1.72)	
Region											
	Urban	1.00	0.62	(0.42 - 0.92)							
	Rural	1.00	1.11	(0.80 - 1.53)							
Age											
	19-30	1.00	7.64	(2.35 - 24.83)	1.00	-	-	-	1.00	8.05	(1.44 - 45.16)
	30-40	1.00	0.44	(0.19 - 1.03)	1.00	0.21	(0.07 - 0.62)	1.00	2.54	(0.23 - 28.17)	
	40-50	1.00	0.40	(0.17 - 0.93)	1.00	0.20	(0.06 - 0.62)	1.00	0.96	(0.28 - 3.29)	
	50-60	1.00	1.14	(0.57 - 2.28)	1.00	0.50	(0.17 - 1.52)	1.00	1.79	(0.70 - 4.61)	
	60-70	1.00	1.47	(0.88 - 2.46)	1.00	0.89	(0.41 - 1.94)	1.00	2.34	(1.08 - 5.07)	
	Over 70	1.00	0.62	(0.39 - 0.97)	1.00	0.91	(0.50 - 1.63)	1.00	0.37	(0.16 - 0.84)	
Education level											
	High	1.00	0.87	(0.59 - 1.28)	1.00	0.57	(0.33 - 0.97)	1.00	1.49	(0.83 - 2.70)	
	Middle	1.00	0.90	(0.52 - 1.56)	1.00	0.85	(0.28 - 2.56)	1.00	0.86	(0.44 - 1.69)	
	Low	1.00	0.76	(0.51 - 1.16)	1.00	0.62	(0.31 - 1.26)	1.00	0.97	(0.58 - 1.64)	
Marital status											
	Married	1.00	0.89	(0.64 - 1.25)	1.00	0.65	(0.37 - 1.14)	1.00	1.22	(0.80 - 1.85)	
	Widowed, divorced, separated, etc.	1.00	0.75	(0.51 - 1.09)	1.00	0.60	(0.35 - 1.04)	1.00	0.98	(0.59 - 1.63)	

Employment												
Working	1.00	0.86	(0.60 - 1.23)	1.00	0.65	(0.37 - 1.15)	1.00	1.07	(0.68 - 1.70)			
Not working	1.00	0.84	(0.59 - 1.19)	1.00	0.61	(0.35 - 1.05)	1.00	1.15	(0.72 - 1.83)			
Household income												
Q1	1.00	0.69	(0.48 - 1.00)	1.00	0.52	(0.29 - 0.94)	1.00	0.95	(0.60 - 1.51)			
Q2	1.00	0.86	(0.53 - 1.39)	1.00	0.67	(0.34 - 1.34)	1.00	1.05	(0.54 - 2.07)			
Q3	1.00	1.21	(0.58 - 2.56)	1.00	0.46	(0.12 - 1.72)	1.00	2.06	(0.85 - 4.99)			
Q4	1.00	1.04	(0.43 - 2.48)	1.00	0.98	(0.29 - 3.34)	1.00	1.07	(0.29 - 3.90)			
Physical activity												
Yes	1.00	0.74	(0.50 - 1.09)	1.00	0.59	(0.32 - 1.09)	1.00	0.92	(0.56 - 1.52)			
No	1.00	0.91	(0.66 - 1.25)	1.00	0.64	(0.39 - 1.07)	1.00	1.28	(0.83 - 1.96)			
Smoking												
Yes	1.00	1.19	(0.63 - 2.25)	1.00	0.84	(0.30 - 2.36)	1.00	1.65	(0.69 - 3.92)			
No	1.00	0.78	(0.59 - 1.02)	1.00	0.60	(0.39 - 0.92)	1.00	1.01	(0.71 - 1.44)			
Alcohol drinking												
Never	1.00	0.73	(0.52 - 1.03)	1.00	0.67	(0.38 - 1.19)	1.00	0.84	(0.55 - 1.28)			
Sometimes	1.00	0.89	(0.56 - 1.41)	1.00	0.61	(0.33 - 1.12)	1.00	1.38	(0.70 - 2.75)			
Frequently	1.00	0.98	(0.51 - 1.88)	1.00	0.38	(0.13 - 1.09)	1.00	2.35	(1.03 - 5.33)			
Subjective health status												
Not good	1.00	0.65	(0.43 - 0.99)	1.00	0.57	(0.32 - 1.02)	1.00	0.81	(0.43 - 1.54)			
Normal	1.00	1.01	(0.70 - 1.45)	1.00	0.75	(0.40 - 1.39)	1.00	1.24	(0.79 - 1.93)			
Good	1.00	0.90	(0.48 - 1.68)	1.00	0.48	(0.17 - 1.38)	1.00	1.33	(0.63 - 2.80)			
Having chronic disease												
Yes	1.00	0.81	(0.59 - 1.12)	1.00	0.60	(0.36 - 1.02)	1.00	1.12	(0.75 - 1.67)			
No	1.00	0.86	(0.57 - 1.29)	1.00	0.64	(0.35 - 1.18)	1.00	1.11	(0.65 - 1.89)			

Appendix 3. Results of subgroup analysis stratified by interesting variable

Variables	Total		Urban		Rural	
	Unmet Needs		Unmet Needs		Unmet Needs	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Private health insurance						
Mix or Indemnity	0.92	(0.66 - 1.27)	0.66	(0.41 - 1.06)	1.21	(0.76 - 1.91)
Fixed benefit	0.79	(0.58 - 1.09)	0.71	(0.45 - 1.11)	0.88	(0.56 - 1.38)
No PHI	1.00		1.00		1.00	

ABSTRACT

The Relationship between Private Health Insurance and Unmet Needs From Economic Reasons: Focusing on Urban and Rural Areas

Hana Shim

Graduate school of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Sung-In Jang, M.D., Ph.D.)

Globally, individuals and households have been increasingly loaded with the burden of medical expenses due to aging and lifestyle factors. The Korean government has made efforts to reduce the burden of medical expenses and improve accessibility to medical care through the social security system called the National Health Insurance. However, despite these efforts, issues on low coverage of the National Health Insurance and high out-of-pocket medical expenditure have constantly been raised, and a range of options is being expanded to the private health insurance area in order to reduce the burden of medical expenses of the nation. However, there is a problem that possession of private health insurance could cause inequality depending on economic ability, and it could bring unmet needs. Therefore, based on data of the 2nd Korea Health Panel in 2019, this study researched relation between the economic reasons, in which people could have the private health insurance or not, and the unmet

needs, focusing on residential areas of urban and rural areas, by utilizing descriptive analysis, chi-square test, and logistic regression. As an independent variable, this study analyzed influencing factors that could affect unmet needs from the economic reason based on the Andersen model.

As a result of descriptive analysis and chi-square test, the rate of experiencing unmet needs of research subjects because of economic reasons was 2.6%, and each of it was 2.9% and 2.4% in the urban and rural areas respectively. This study conducted logistic regression to identify the unmet needs from the economic reason, in which they have the private health insurance or not. As a result, in urban areas, subjects who have private health insurance had lower unmet needs compared to the other subjects who do not have the private health insurance (OR=0.62 vs OR=1.00), and in rural areas, subjects who have private health insurance had higher unmet needs from economic reasons compared to the other subjects who do not have the private health insurance (OR=1.11 vs. OR=1.00). Therefore, this study conducted logistic regression analysis in order to check whether there is an interaction between presence of the private health insurance locally and the unmet needs from economic reasons. As a result, it found that urban subjects who have the private health insurance showed a higher correlation with experience of the unmet needs from economic reasons than the other subjects who do not have the private health insurance and live in rural areas (OR=1.18 vs. OR=1.00).

In conclusion, this study found that there is a relationship between the unmet needs from economic reasons based on the presence of private health insurance within urban and rural areas. In the future, more studies to be done to verify the influencing factors that can reduce unmet needs

by dividing the factors into urban and rural areas through following studies, it could reduce unmet needs from economic reasons that occur although people have the private health insurance and further it could provide specific and systematic regional policies not through high dependence on the private insurance but through the improved coverage of National Health Insurance specialized in urban and rural areas.

In conclusion, this study found that there is a relation between unmet needs from economic reasons based on the presence of private health insurance within urban and rural areas. In the future, if more studies to be done to verify other influencing factors that can reduce unmet needs then it could possibly reduce unmet needs from economic reasons that occur among people who have private health insurance and further it could provide specific and systematic regional policies not through high dependence on the private insurance but through the improved coverage of National Health Insurance specialized in urban and rural areas.