



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 원 저작자를 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 권리와 책임은 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)



의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 영향

연세대학교 대학원
보건학과
주민정

의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 영향

지도교수 박 은 철

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2024년 12월

연세대학교 대학원

보 건 학 과

주 민 정

주민정의 석사 학위논문으로 인준함

심사위원

박 은철



심사위원

신 재용



심사위원

장 썩봉



연세대학교 대학원

2024년 12월

감사의 글

먼저, 저에게 2년간 학업에 매진할 수 있는 기회를 주신 육군과 의정병과, 그리고 응원해주신 모든 선배님, 동기, 후배님들께 깊은 감사의 마음을 전합니다.

의정병과의 일원으로 같이 근무하며 제 존재의 의미를 되새기게 해주고, 소중한 기회를 같이 만들어 주신 사단의무대 대장님, 보급정비과 간부님들과 계원들, 의무보급중대 중대장님들과 간부님들, 중대원들, 병원장님, 병원간부님들, 후송중대 간부님들과 중대원들 그리고 연세대학교 보건학과 모든 분들께 다시 한번 마음 깊은 곳에서 감사를 전합니다.

저에게 연세대 보건정책 및 관리연구소의 시간은 ‘카이로스’ 임을 일깨워 주시고, 지혜와 격려로 이끌어 주신 저의 지도교수님이자 멘토이신 박은철 교수님 감사합니다. 연구실 첫날 ‘이곳에서의 배움과 시간은 개인의 발전을 위한 것이 아니라, 미래의 군 의료정책 발전에 기여할 수 있는 기초와 기본을 다지기 위함이다.’라는 문장을 노트에 적어 두었습니다. 하지만 목표만 가지고 시작한 저에게 수업, 시험, 발표, 논문, 프로젝트, 학술대회, 연구실 생활들은 결코 쉽지 않았습니다. 그런 순간마다 교수님께서 강조하신 ‘유학유심(有學有心)’의 자세와 마음가짐 그리고 교수님의 가르침을 이어받은 연구실 선생님들 덕분에 어려움을 배움으로 변화시키고 첫날의 다짐을 매번 되새길 수 있었습니다. 이제 군인의 신분으로 돌아가 노트에 적은 다짐을 현실화하기 위해 초심과 유학유심의 자세로 지금껏 세보원으로 누렸던 시간과 기회에 보답하겠습니다.

연구실과 강의실에서 늘 본보기가 되어 주시며 지혜를 나눠 주신 교수님들께 진심으로 감사합니다. 세보라는 이름 아래에서 배우는 것이 얼마나 큰 행운인지 일깨워 주신 장성인 교수님, 연구의 즐거움과 의미를 가르쳐 주시며 새로운 도전에 대한 용기와 멋짐을 보여주신 신재용 교수님, 끊임없는 질문과 해답을 찾아가는 과정에서 학자의 정도를 걸어가며 제자들의 든든한 길잡이가 되어 주신 장석용 교수님, 매주 화요일 아침 세보에서 따뜻한 조언을 해주신 하민진 교수님, 권준욱

교수님, 그리고 언제나 밝은 웃음으로 맞아 주시며 통계의 아름다움과 즐거움을 일깨워 주신 남정모 교수님께 깊은 감사와 존경의 마음을 전합니다.

불이 꺼지지 않던 연세의료원 종합관 404 호와 318 호 연구실에서 가족보다 더 많은 시간을 함께하며 동고동락했던, 미래 보건정책을 이끌어 갈 주역들인 정윤화, 김진현, 장윤서, 장예슬, 임재혁, 김단비, 고지수, 고아정, 김초롱, 박수민, 박세미, 김수진, 박시준 선생님. 선생님들과 세보라는 이름 아래에서 같이 할 수 있었음은 저에게 큰 영광이자 행복이었습니다. 같이 나누었던 고민들과 웃음의 순간들을 소중히 간직하겠습니다. 앞으로 펼쳐질 선생님들의 대활약을 기대하며 꿈의 엔진이 꺼지지 않기를 진심으로 응원합니다. 아울러 몸과 마음의 건강도 잘 지키시고, 매순간 행복하고 또 행복하시길 바랍니다. 험난한 대학원의 여정을 무사히 끝마치고 더 넓은 세상으로 나아가 새로운 도전을 하고 계신 김현규, 윤일, 허경덕, 김수영, 박유신, 나탈리아, 어요카 선생님, 위탁생의 모범이 되어 주신 김태경, 김휘준, 장빛나 선배님, 그리고 세보를 거쳐간 모든 선생님들께 감사합니다. 선생님들 덕분에 수많은 질문들 속에서 오래 혜매지 않고 지혜를 얻어 앞으로 나아갈 수 있었습니다.

학위논문 기간 동안 무사졸업기원 탑돌이를 함께하며 힘이 되어준 전하제 선생님, 바쁜 와중에도 졸업을 향한 응원과 격려를 아끼지 않아 주신 최은정, 최서영, 박준수, 김재형 선생님께도 감사의 마음을 전합니다. 많은 말을 하지 않아도 언제나 마음을 헤아려 주고 공감해준 친구들과 동기들에게도 깊은 사랑과 감사를 전합니다. 여러분의 환한 미소와 지지는 정말 큰 힘이 되었습니다. 필요할 때 도움이 될 수 있도록 저도 항상 준비하겠습니다.

처음과 같이 언제나 든든한 베텁목이 되어 주시고 딸을 향한 응원과 사랑에 이유를 찾지 않으셨던 제 모든 것의 시작인 부모님 자생목 주순린 선생님과 박은경 여사님께 무한한 존경과 사랑을 전합니다. 가족이라는 이름으로 늘 기댈 수 있는 자리를 마련해주신 할머니, 오빠, 새언니, 병수, 조카 이찬, 이건이 그리고 모든 친인척분들 감사합니다. 학위논문과 결혼을 동시에 준비하느라 마음만 바빴던 나날 속에서도 단 한 번도 미운 소리 하지 않고 언제나 배려와 사랑으로 곁을 지켜주며 남자친구에서 이제는 남편이 된 한승환, 사랑합니다. 평생 서로 감사하며 행복합시다. 응원해주신 시아버님과 어머님께도 사랑과 감사함을 전합니다.



마지막으로, 지금도 각자의 자리에서 나라를 위해 묵묵히 헌신하며 맡은 바 최선을 다하고 계신 대한민국의 모든 국군장병 여러분께 깊은 존경과 감사의 마음을 전합니다. 충성!

2024년 12월

주민정 올림



차 례

국문 요약

제 1 장 서론	1
1.2. 연구 배경 및 필요성	1
1.2. 연구 목적	5
제 2 장 이론적 배경	6
2.1. 우울증의 개념	6
2.1.1. 인구사회학적 특성과 우울	7
2.1.2. 건강요인과 우울	10
2.2. 한국의 의료보장체계	12
2.2.1. 한국의 의료보장제도의 유형	13
2.2.2. 의료보장제도 유형의 자격 변동 및 상실	18
2.3. 의료보장 형태의 변화와 우울 증상의 연관성	19
2.3.1. 의료급여 수급진입 및 유지와 우울 증상의 연관성	19
2.3.2. 의료급여 수급탈출과 우울 증상의 연관성	21
2.4. 선행연구	23
제 3 장 연구방법	29
3.1. 연구모형	29
3.2. 연구자료	30
3.3. 연구대상자	31
3.4. 변수정의	33
3.5. 분석방법	40
3.6. 연구윤리	41
제 4 장 연구결과	42
4.1. 연구대상자의 일반적 특성	42
4.2. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 요인	46
4.3. 의료보장 형태 변화와 가구소득 유형	50
4.4. 의료보장 형태 변화에 따른 하위그룹 분석	52
4.5. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상 심각도 하위그룹 분석	60



4.6. 가구 소득별 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상 심각도 하위 분석	62
제 5 장 고찰	65
5.1. 연구방법에 대한 고찰	65
5.2. 연구결과에 대한 고찰	68
제 6 장 결론	76
참고문헌	78
부록	88
영문요약	100



표 차례

표 1. 의료급여 수급 대상자 기준	15
표 2. 의료급여 수급자 소득인정액	16
표 3. 의료보장 형태별 비교	17
표 4. 기초생활보장제도 탈수급 유형	22
표 5. 기초생활보장급여에 따른 우울 증상 연구결과	25
표 6. 메디케이드가 건강에 미치는 영향 연구결과	27
표 7. 우울 증상(CES-D11) 변수 설정	34
표 8. 변수의 구성 및 측정	38
표 9. 연구대상자의 일반적 특성	44
표 10. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 요인분석	48
표 11. 가구 소득별 의료보장 형태의 변화	50
표 12. 가구 소득별 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상	51
표 13. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 하위그룹 분석	57
표 14. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상 심각도 하위그룹 분석	61
표 15. 가구 소득별 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상 심각도 하위 분석	64

그림 차례

그림 1. 의료급여 수급자 현황	14
그림 2. 연구 모형	29
그림 3. 연구 대상자 선정 과정	32



악기 호표

GEE	Generalized Estimating Equation
OR	Odds Ratio
CI	Confidence Interval
KOWEPS	Korea Welfare Panel Study
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression
NHS	National Health Service
SHI	Social Health Insurance



국 문 요 약

의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 영향

배경

한국의 의료보장제도는 국민건강보험과 의료급여제도로 구성되어 있으며, 국민들은 두 가지 중 한 가지의 의료보장제도에 포함되어 자신의 근로 능력 및 특성에 따라 건강권을 보장받는다. 사회적 안전망이 필요한 경우 의료급여 수급을 통해 건강보험 대비 낮은 본인부담금으로 의료접근성을 보장받게 된다. 의료보장 형태의 변화는 단순히 의료접근성의 문제를 넘어 개인이 느끼는 경제적 부담, 건강 회복, 그리고 삶의 질 전반에 영향을 미칠 수 있다. 개인의 의료이용이 제한되는 경우 건강 악화로 이어질 수 있으며, 장기적으로는 정신적 건강에도 부정적인 결과를 초래할 가능성이 크다. 특히, 의료이용이 활발한 사람들은 의료보장 체계의 변화에 더욱 민감하게 반응할 가능성이 크며, 경제적 안정성과 심리적 안정감에 중요한 영향을 미칠 수 있다. 이처럼 의료보장의 형태는 개인의 건강에 영향을 미칠 수 있는 다양한 요소와 관련이 있으나 정신건강에 미치는 영향에 대한 연구는 아직 충분히 이루어지지 않았다. 따라서 이 연구는 개인의 특성의 차이를 고려하여 의료보장 형태의 변화와 우울 증상 발생의 연관성을 분석하고자 한다.

연구방법

이 연구는 한국 복지 패널의 11 차(2016년)~ 15 차(2020년) 자료를 이용하여 만 19세 이상 성인 중 2회 이상 조사된 대상자를 분석에 포함하였다. 최종 관측치는 38,154 개로 대상자들은 평균적으로 3.48년 (± 0.02 년) 참여하였다. 의료보장 형태 변화는 의료급여 유지군, 의료급여에서 건강보험으로 변화한 군, 건강보험에서 의료급여로 변화한 군, 건강보험유지군으로 나누고, 한국어판 CES-D11(Center for Epidemiologic Studies Depression) 척도를 이용하여 우울 증상을 측정하였다. 연구 대상자의 일반적 특성과 분포는 카이제곱검정을 사용하여 파악하였으며, 의료보장 형태의 변화와 우울 증상의 연관성을 확인하기 위하여 일반화 추정 방정식으로 다변수분석을 실시하였다. 또한, 일반화 추정 방정식을 통해 의료보장 형태와



인구사회학적 요인, 건강 및 의료 요인과 우울 증상의 연관성을 확인하기 위해 하위 그룹을 분석하고, 우울 증상의 심각도를 확인하였다.

연구결과

건강보험 유지군에 비해 의료급여 유지군은 우울 증상 발생 오즈가 1.78 배 높았고(95% CI: 1.38–2.31), 의료급여에서 건강보험으로 변화할 경우 2.19 배(95% CI: 1.16–4.12), 건강보험에서 의료급여로 변화할 경우 2.05 배(95% CI: 1.14–3.66) 더 높았다. 가구 소득별로 일반소득 가구에서 의료급여 유지군의 우울 증상 발생 오즈는 건강보험 유지군보다 2.22 배 더 높았지만(95% CI: 1.26–3.91) 의료보장변화에 따른 우울 증상은 통계적으로 유의하지 않았다. 반면, 저소득 가구는 의료급여를 유지한 경우 건강보험 유지군에 비해 우울 증상 발생 오즈가 1.63 배 더 높았고(95% CI: 1.23–2.15) 의료급여에서 건강보험으로 변화한 경우, 우울 증상 발생 오즈가 2.69 배 더 높았다(95% CI: 1.20–6.04). 건강보험에서 의료급여로의 변화에서는 통계적으로 유의하지 않았다. 우울 증상 심각도의 경우 의료급여 유지군에서 경미한 우울 증상, 중한 우울 증상, 심각한 우울 증상이 발생하였고, 의료급여에서 건강보험으로 변화할 때 심한 우울 증상 발생 오즈가 2.16 배 높아졌다(95% CI: 1.16–4.01).

결론

의료보장 형태의 변화는 새로운 우울 증상 발생과 연관성이 있었다. 개인의 특성, 의료 필요도, 가구 소득에 따라 의료급여의 유지, 진입, 탈출이 우울 증상 발생에 영향을 주었으며 심각도에도 차이를 보였다. 이는 의료보장 형태가 단순히 의료보장의 요소로 국한된 것이 아니라 변화에 따라 개인의 우울 증상에도 유의한 영향을 미칠 수 있는 제도임을 시사한다. 그러나 우울 증상은 다차원적요인에 의해 복합적으로 발생하기 때문에, 의료보장 형태의 변화만으로 우울 증상 발생의 모든 원인을 설명하기에는 한계가 있다. 이를 보완하기 위해 향후 연구에서는 심리적 요인, 복지 낙인, 의료이용 만족도, 미충족 의료 등의 다양한 요인을 함께 고려한 연구가 필요하다.

핵심되는 말: 의료보장 형태, 우울 증상, 의료급여, 국민건강보험, 건강권 보장

1. 서론

1.1 연구 배경 및 필요성

한국의 의료보장제도는 국민들이 적절한 의료 서비스를 받을 수 있도록 보장하는 중요한 사회안전망으로서, 국민의 건강권을 보호하고 의료비 부담을 줄이는 데 중점을 두고 있다. 이 제도는 모든 국민이 경제적 어려움 없이 필요한 치료와 관리를 받을 수 있도록 하여, 국민의 전반적인 건강 수준을 향상시켜 건강한 삶을 지향하는 것을 목표로 한다(유승흠 등, 2009).

의료보장제도는 국민건강보험과 의료급여제도 두 가지 축으로 구성되어 있다. 국민건강보험은 전 국민을 대상으로 하는 의무적 사회보험 제도로, 모든 국민이 소득에 따라 보험료를 납부하고 이를 통해 의료서비스를 이용할 때 발생하는 비용을 보장받는다. 의료급여제도는 저소득층, 근로무능력자, 국가유공자와 같은 사회적 취약 계층을 위한 공공부조 제도이다(보건복지부, 2024). 특히 의료급여는 취약 계층의 의료비 부담을 실질적으로 줄여주며, 건강을 유지하고 의료 접근성을 보장하는 중요한 역할을 한다. 2022년 기준으로 약 1,522 천 명의 국민이 의료급여 수급자로 등록되어 있으며, 이는 전체의 약 3%를 차지하고 있다(건강보험심사평가원 등, 2023).

의료급여 수급자는 일반 건강보험 가입자에 비해 의료 필요도가 높고, 경제적 어려움으로 인해 건강 유지에 취약할 수 있다. 기존 연구에 따르면, 의료급여 수급자나 의료급여로 전환된 사람들은 건강보험 가입자에 비해 의료 서비스 이용 빈도가 높고, 의료비 지출 또한 상대적으로 많았다(김은경, 2019). 의료급여 수급자의 의료 이용이 건강보험 가입자보다 많다는 점을 들어 의료급여의 보장성에 문제가 없다는 의견도 있지만, 의료급여 수급자들은 평균적으로 연령이 높고 만성질환이나 장애를 보유한 비율이 높다. 또한 경제활동의 제한이나 직업적 불안정성을 겪고 있어(신영석, 2009; 이해재, 2016; 안현우, 2021), 이로 인해 의료 필요도가 증가하고 의료 서비스 이용 빈도가 높아진 결과일 수 있다. 의료 필요도를 보정한 선행연구에서는, 두 집단 간 의료 이용 차이가 크게 감소하였다(김진현 등, 2018; 나영균 등,

2020). 이는 의료 서비스 이용의 차이가 단순히 의료보장 형태의 차이라기보다 수급자의 특성에 의한 결과일 수 있음을 시사한다.

이와 더불어 의료급여에 속한 사람들은 건강보험 가입자보다 미충족 의료 경험률과 우울 증상을 보고할 가능성이 더 높았다(김진구, 2008; 손창우, 2018). 특히, 의료 접근성이 보장되는 의료급여 수급자들의 미충족 의료 경험률이 높고, 예방 가능한 입원율이 건강보험 가입자들보다 높다는 결과는 이들이 평상시에 적절한 건강 관리나 예방 의료를 받지 못하고 있음을 의미한다(김수정 등, 2015; 손창우, 2018).

이러한 문제는 정신건강에도 영향을 미칠 수 있다. 건강보험료 분위 구간별¹⁾ 현황에서 의료급여에 있는 군의 자살발생률이 소득수준이 가장 높은 상위구간보다 2.2 배 높았다. 자살 발생률을 분석한 결과, 전년도 대비 건강보험료 하위 그룹(1~6 분위)에서 의료급여로 변화한 경우 10 만 명당 자살 발생률이 63.7 명으로 가장 높았고, 의료급여에서 변화가 없는 사람들의 자살 발생률은 10 만 명당 44.4 명으로 두 번째로 높았다. 가입 상태별로는 의료급여 세대주의 자살 발생률은 10 만 명당 67.5 명으로 가장 높았으며, 2016년에서 2020년 연도별 추세를 확인한 결과에서도 의료급여 세대주의 자살사망 발생률이 가장 높은 경향을 보였다. 건강보험을 고려하지 않고 정신 질환 경험을 기준으로 하였을 때, 자살사망의 발생은 우울증이 가장 많았다(보건복지부 등, 2023). 이는 의료급여의 보장성이 단순히 양적 수준에 그치지 않고 질적 수준 또한 함께 고려해야 하며, 의료급여 진입 및 유지가 수급자들의 정신건강에 영향을 미칠 수 있음을 시사한다.

하지만, 의료급여 수급자들은 상대적으로 극빈층에 속하기 때문에 의료급여는 저소득층보다 제한적인 범위를 포괄한다. 건강보험 내 저소득층에 대한 별도의 기준이 명확하지 않다는 점에서 의료보장의 사각지대가 존재한다. 수급기준을 충족하지 못해 복지사각지대에 놓인 빈곤층은 약 144 만 명으로 추정되며(황도경 등,

1) 건강보험료 분위는 의료보장 중 의료급여를 제외한 건강보험 적용인구를 대상으로 직장 및 지역가입자 각각의 보험료 분포를 바탕으로 구간별로 나눈 것으로 건강보험통계의 기준변수로도 사용되고 있다. 구간은 1~20 분위로 균등분할 되었으며 1 분위는 하위 5% 저소득층, 20 분위는 상위 5% 고소득층을 의미한다.



2017), 이들은 의료급여 수급자에 비해 높은 의료 박탈 수준을 경험하고 있다. 2020년을 기준으로 의료서비스가 필요했음에도 불구하고 병원이나 의원을 방문하지 못하고 치료를 포기한 경험을 가진 가구의 비율은 의료급여 수급 가구가 17.4%, 중위소득 30% 이하 가구는 19.2%, 중위소득 30~40%의 가구 18.5%, 중위소득 40~60% 가구 17%였다. 반면, 일반 가구는 4.6% 이어서, 복지사각지대의 빈곤층이 더 높은 의료 박탈을 겪고 있음을 보여준다. 또한, 의료비에 대한 가구 부담 수준을 분석한 결과, 의료급여 수급 가구에서 의료비 지출이 부담된다고 응답한 비율은 18.3%로, 일반 가구의 26.6%보다 낮았다. 중위소득 40%이하 가구는 50.6%가 지출이 부담이 된다고 응답하였으며, 차상위 가구는 53.0%가 지출 부담을 느꼈다(황도경, 2020). 만약, 의료급여 수급 후 탈출하였으나, 이들의 경제적 여건이나 건강 상태가 크게 변화하지 않았다면, 건강보험으로 변화된 이후에도 여전히 의료서비스 이용이 필요할 가능성이 크다. 이는 의료급여를 계속해서 받는 사람들과 수급을 탈출한 사람들 간에 의료서비스에 대한 필요성은 변화가 없었으나, 실제 이용 수준은 차이가 발생할 수 있다. 저소득층에서 건강보험에 가입한 사람들의 의료이용은 의료급여 수급자와 비슷 했으나, 본인부담금은 일반가구와 비슷한 성향을 보여준 결과는 이를 뒷받침해준다 (안현우, 2021). 이는 의료급여 수급자들이 경제적 어려움이 해소되지 않은 상태에서 의료보장 형태가 건강보험으로 변화했을 경우, 과부담의료비를 경험하거나 의료 접근성의 감소로 이어질 수 있음을 시사한다(김수정 등, 2011; 김지수, 2019).

정부에서는 위와 같은 의료서비스 접근의 문제점을 해결하기 위해 의료취약 계층 지원제도를 운영하고 있다. 차상위 본인 부담 경감 지원 사업, 긴급 복지지원 사업, 재난적 의료비 지원사업을 통해 본인부담 비용을 경감하거나 비용을 일부 지원해주고 있다(황도경 등, 2017). 하지만, 의료보장 형태가 변화한 가구나 저소득 가구가 이러한 정책을 통해 동일한 수준의 의료서비스 접근성을 유지했는지, 실질적으로 의료비에 대한 심리적 부담을 경감했는지에 대한 연구는 추가적으로 필요하다. 건강에 대한 불안정성과 의료 접근성의 감소는 개인의 주관적 건강상태를 악화시킬 수 있으며(Ko, 2016), 이는 의료급여 수급자들과 다른 양상으로 우울 증상과 같은 정신 건강에 영향을 줄 수 있다.



기존 연구들은 주로 의료보장 형태에 따른 의료이용, 의료비의 변화, 그리고 미충족 의료 문제에 초점을 맞추어 왔다. 그러나 건강권을 보장받는 것이 개인의 정신건강에 미치는 영향에 대한 연구는 상대적으로 부족하다.

따라서, 의료보장 형태의 변화가 개인의 우울 증상에 미치는 영향을 분석하고, 그 과정에서 개인의 특성에 따른 차이를 함께 고려하여 살펴보고자 한다.



1.2. 연구목적

이 연구는 개인의 건강권 보장의 핵심 요소인 의료보장 형태가 개인의 우울 증상에 어떠한 영향을 미치는지 확인하고자 한다. 가구의 경제 상태, 개인의 건강 상태 등 다양한 세부 요인을 분석함으로써, 개인의 특성과 사회적 환경에 따라 발생할 수 있는 의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 차별적 영향을 확인하고자 한다. 이를 통해 개인의 건강권 보장을 강화하는 데 필요한 근거를 마련하고, 의료보장 형태의 특성에 따라 우울 증상이 발생하는 주요 원인을 파악하며, 의료보장 변화로 인해 발생할 수 있는 우울 증상 문제를 사전에 예측하고 대비하기 위한 정책마련에 근거를 제공하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 연구 대상자의 의료보장 형태 변화가 우울 증상에 미치는 영향을 확인하고, 두 변수 간의 인과관계를 확인한다.

둘째, 연구대상자의 특성에 따라 의료보장 형태 변화가 우울 증상에 미치는 영향을 분석한다. 이를 통해 의료보장 변화에 따른 우울 증상에 취약한 대상자 집단의 특성을 파악한다.

셋째, 의료보장 형태 변화가 우울 증상의 심각도에 미치는 영향을 확인한다.

넷째, 연구 대상자의 특성이 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상의 심각도에 차이를 발생시키는지 확인한다.

2. 이론적 배경 및 선행연구

2.1. 우울증의 개념

우울증은 의욕 저하와 우울감을 주요 증상으로 하며(Beck et al., 2009), 다양한 인지적(Beck, 1979; Kircanski et al., 2012), 정신적(Maser et al., 1990), 신체적 증상(Rakel, 1999)을 일으켜 일상 기능의 저하를 초래하는 질환이다. 이러한 상태는 일시적인 기분 저하가 아닌 지속적인 특징을 가지고 있으며, 기분 저하와 함께 식욕, 성욕, 수면과다 및 감소 등 전반적인 정신 및 행동 변화가 유발된다(American Psychiatric Association et al., 2013). 우울 증상 발현에는 유전적 요인(Fava et al., 2000; Sullivan et al., 2000), 신경생물학적 요인(Nestler et al., 2002), 사회심리적 요인, 신체 질환(Berk et al., 2023), 특정 생활사건(Kessler, 1997)이나 스트레스와 같은 여러 복합적인 이유(Berk et al., 2013; Remes et al., 2021)로 누구에게나 발생할 수 있다. 이러한 우울 증상은 개인의 삶의 질에 큰 영향을 미치며(Jung et al., 2012), 지속적으로 관리되지 않을 경우 장기적인 정신 건강 문제로 이어질 수 있다(권석만, 2013).

오늘날 우울증은 전 세계적으로 가장 흔한 정신건강 문제 중 하나로 자리 잡고 있다. 전 세계 성인의 5% (남성 4%, 여성 6%)가 우울증을 앓고 있으며 전체 인구에서 3.8%가 우울증을 경험한다(World Health Organization, 2023). 우리나라의 경우 2021년 우울증 환자 수는 93 만 3,481 명으로 2017년 69 만 1,164 명 대비 35.1% 증가하는 추이를 보였으며 이는 연평균 7.3% 증가한 수치이다. 우울 증상에 따른 진료비와 1 인당 진료비도 2017년 대비 2021년 각각 73.5%, 28.5% 증가하였다. 또한, 2005년 추계인구를 기준으로 2008년부터 2021년까지 성인의 약 10%가 최근 1년 동안 연속 2주 이상 일상생활에 지장을 초래할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있다고 보고하였다(질병관리청, 2022).

우울증은 개인의 건강 행위를 저해할 수 있으며 추가적인 신체적 및 정신적 손상을 불러올 수 있다. 우울증을 겪은 개인은 알코올 중독(Obeid et al., 2020;

김상아 등, 2005; 전윤미, 2022), 흡연(윤명옥, 2006; 전현규 등, 2015), 신체활동 저하(김효정, 2019; 남일성 등, 2014), 비만(이수진 등, 2023), 사회적 고립(제세령 등, 2023; 조영임 등, 2020), 의료서비스 미충족(권영숙, 2021; 김소애 등, 2019) 혹은 더 많은 의료 이용(Han et al., 2021; 조효은 등, 2024) 등의 문제를 겪을 위험이 커진다. 특히, 우울 증상이 심해질수록 건강한 생활 습관 유지가 어려워지며, 이는 개인의 신체 건강을 악화시키고, 장기적으로 만성질환 발병의 위험을 증가시킬 수 있다. 추가적으로 우울증은 자살 위험을 크게 증가시키는 중요한 요인으로 작용한다(전현규 등, 2015). 우울증이나 우울 증상을 겪은 개인의 자살 위험이 일반인 보다 높으며(Orsolini et al., 2020; 전현규 등, 2015), 자살을 생각한 적 있는 사람이 우울증을 앓고 있는 경우, 자살을 시도할 위험이 우울증이 없는 사람에 비해 3 배 이상 높았다(이상영 등, 2017). 또한, 한 연구에서는 대상자의 3 분의 1 이 우울장애 진단을 받고 1년 이내 자살하였다(성근혜 등, 2024).

2.1.1 인구사회학적 특성과 우울

우울증 및 우울 증상의 원인은 매우 다양하지만, 그 중에서도 특정 요인들은 지속적인 관심을 필요로 한다. 먼저 인구사회학적 특성 및 건강 요인, 경제적 지위가 우울 증상에 어떻게 영향을 줄 수 있는지 확인하며, 이를 통해 의료보장 형태 변화에 영향을 받을 수 있는 특성들을 확인하였다.

1) 성별

성별은 우울증 및 관련 증상 연구에서 중요한 변수로 간주된다. 다양한 연구에서 우울 증상과 성별 차이가 보고되었다. 차이의 원인으로 생물학적, 심리적, 사회적 요인들의 복합적 작용이 제시되고 있지만, 구체적 결정 요인은 아직 완전히 밝혀지지 않았다(Piccinelli et al., 2000). 하지만, 경제적 스트레스와 빈곤 상황에서 여성의 우울 증상이 남성보다 증가한 것을 알 수 있으며(Lorant et al., 2007; 김은주, 2013), 미충족 의료에서 느끼는 우울 증상도 남녀 모두에게 보였으나 여성에서 높은 경향을 보였다(김수연, 2021).



2) 연령

연령에 따라 우울 증상의 양상도 다를 수 있다. 연령별로 사람들은 생애 단계에 따라 다양한 사회적 변화와 스트레스 요인에 직면하게 되며, 이는 우울 증상에 영향을 줄 수 있다. 청년기의 우울 증상은 사회경제적 요인과 함께 삶의 만족도와 같은 심리적 문제도 우울 증상과 연관이 있었다(이빛나, 2024). 중년기는 가족관계 및 직무 스트레스, 주관적 건강상태가 우울 증상에 영향을 주었다(권미형 등, 2020). 노년기의 경우 신체 및 인지기능의 저하, 만성질환, 은퇴 및 사별과 같은 요인으로 인해 우울감을 경험하였다(박소영 등, 2021; 백옥미, 2013).

3) 가구주 및 가구형태

가구주의 역할과 가구 형태에 따라서 개인의 우울 증상에 영향을 줄 수 있다. 가구주는 가구의 경제적 책임을 맡고 있으며, 이로 인한 스트레스 및 우울증에 미치는 영향은 가구주가 아닌 가구원과 차이점이 있었다(장시온 등, 2022). 가구주는 주민등록상의 세대주와 관계없이 실질적으로 가구를 대표하고, 가계를 책임지고 있는 생계책임자를 말한다. 가구주는 의료보장 혜택을 결정하는 주요한 역할을 하는 사람으로서 실직 및 가정경제의 악화는 가구주에게 상당한 스트레스를 일으킬 수 있고, 이는 심리적 정신적 문제에 더욱 취약하게 만든다.

한국에서 가구의 형태 변화 중 1인 가구의 증가는 주목할 만한 현상이다. 선행연구들에 따르면 청년들은 대학 진학과 취업을 위해 거주지가 변경됨에 따라 1인 가구로 진입하지만, 중고령층은 이혼, 사별, 실직과 같은 비자발적인 문제로 가족이 해체됨에 따라 1인 가구로의 진입하는 모습을 보였다(강은나 등, 2016). 연령에 따라 1인 가구로의 진입 이유는 다르지만, 1인 가구는 다인 가구에 비해 경제적 부담감과 사회참여에 어려움을 겪을 수 있고(고아라 등, 2018) 사회적 고립으로 인한 우울 증상 발생위험이 높았다(유지희 등, 2024).



4) 경제 참여상태

경제 참여상태는 개인의 삶에 영향을 줄 수 있는 큰 요소이다. 경제 참여상태는 직업의 유무로 판단할 수 있는데, 재정적 어려움, 실업, 고용의 불안정은 우울증 증상의 발병에 기여할 수 있으며(변금선 등, 2018), 의도하지 않은 실직과 같은 경제적 불안정은 우울증의 위험을 증가시킬 수 있다(박혜경 등, 2018). 일반적으로 소득이 높을수록 우울 증상은 낮게 보고되며, 우울의 개선 확률이 높았다. 또한 일반 가구에 비해 빈곤 가구가 우울 증상에 가장 취약하고, 차상위 계층은 일반 가구보다 우울 수준이 높았다(강상경 등, 2008).



2.1.2. 건강요인과 우울

건강 요인과 우울 간의 연관성은 다른 요인들과 마찬가지로 양방향성이 있었다. 우울 증상이 음주, 흡연, 만성질환, 장애의 원인이 될 수 있고 반대로, 음주와 흡연, 만성질환이 개인의 우울증 및 우울 증상에 영향을 줄 수 있었다.

1) 음주와 흡연

흡연과 우울증 사이의 관계는 광범위하게 문서화되어 있지만, 대부분 인과관계는 방향성에 대한 결론이 제한된다. 우울증과 불안증이 있는 사람들의 높은 흡연율을 보이며, 흡연량의 증가 또는 흡연에서 의존으로 전환 등 이후의 흡연 행동과도 관련이 있음을 확인하였다(Fluharty et al., 2017). 대학생의 경우 우울 증상이 높을수록 흡연할 오즈가 3.6 배 증가했으며, 흡연자가 비흡연자에 비해서 우울감이 높았다(윤경순 등, 2023). 반대로 흡연이 우울 증상에 영향을 줄 수 있다는 연구들도 활발하다. 성인 대상의 연구에서 흡연자가 비흡연자나 일정 기간 금연한 사람들에 비해 최근 1 개월 동안 우울 증상을 경험할 오즈가 더 높았다(성한나 등, 2016). 또한 청소년을 대상으로 한 단면 연구 결과에 의하면, 흡연이 우울증과 용량 의존적 관계가 있으며, 비흡연자와 과거 흡연자, 현재 흡연자 차례로 우울 증상이 점차 증가하였다(권혜진 등, 2016). 여성 중 전자담배와 일반담배를 동시에 흡연하는 중복 흡연군의 경우 우울 증상이 발생할 위험이 높았고, 다음으로 전자담배 단일 흡연을 하는 경우와 일반담배를 단일 흡연하는 경우 위험이 높았다(김상희 등, 2024). 또한, 자살 생각을 가진 사람들을 대상으로 한 자살 위험군을 파악하기 위한 연구에서 우울증이 있으면서 흡연을 하는 사람들이 자살 시도율이 높은 고위험군으로 파악하기도 하였다(한명희, 2023).

우울증과 음주에 대한 연구들도 양방향성을 보였다. 우울감을 느끼는 사람들은 자신의 우울과 불안을 완화하기 위해 음주를 선택하는 경향이 있으며, 우울증이 심한 사람일수록 음주를 통해 일시적으로 기분을 조절하고자 한다. 반면에, 과도한 음주나 알코올 의존은 신경학적 변화를 일으키고, 사회적 고립이나 경제적 문제로 이어져 우울증을 유발하거나 이미 존재하는 우울 증상을 심화할 수 있다. 사회 경제적 및 직업적 특성을 통제하고 정상 음주 군에 비해 과도한 음주 군의 경우에서 우울증을



경험할 위험과 자살생각 미치는 영향이 높았다(최혜금 등, 2016). 또한 한국의 건강보험 혜택을 기준으로 한 연구에서 의료급여 수급자들이 국민건강보험 수혜자들보다 음주의 위험과 음주에 따른 우울 증상의 발생 위험이 더 높았다(Lee et al., 2024).

2) 만성질환과 장애

개인의 만성질환과 장애는 지속적인 통증과 질병으로 인해 사회활동의 제한과 가족 및 사회적 관계 등에서 부정적인 영향을 받아 우울 증상에 취약하다. 만성질환자들은 신체 기능이 감소하면서 우울증이 발생하며, 주요 우울증 유병률이 높다. 만성질환은 유병 기간이나 보유 질환의 수, 만성질환의 종류에 따라 우울증에 영향을 미치는 것으로 보고했다. 한국의 중년 및 노년을 대상으로 한 연구에서 만성질환의 보유 수에 따라서 우울 증상이 심화하였으며, 특히 4 가지 이상의 만성질환을 앓고 있는 중년에서 우울 증상이 증가했고 60 세 이상 노년이 더 취약함을 보였다(Seo et al., 2017). 장애의 경우 2022년 보건복지부에서 조사한 2023년 장애인 실태조사에서 19세 이상 성인 장애인의 우울감 경험은 12.4%로 2022년 질병관리청에 이루어진 국민건강통계에서 보고한 전체인구의 우울감 경험인 4.72%보다 높은 수준이었다. 또한 신체적인 문제, 경제적 요소, 차별, 고용 및 교육 접근성, 사회적 관계의 어려움 등 다차원적으로 고려할 수 있는 사회적 배제가 심화될수록 우울이 증가하였다(김성주, 2023).



2.2. 한국의 의료보장체계

우리나라는 산업재해보상보험, 국민연금, 고용보험, 국민건강보험으로 이루어진 4 대 사회보험을 실시하고 있다. 국민건강보험은 1977 년 시작되었으며, 국민의 질병과 부상에 대한 예방, 진단, 치료, 재활과 출산, 사망, 건강증진을 포함하여 여러 방면에서 보험급여를 실시함으로써 국민 보건 향상과 사회보장 증진에 그 목적을 두며 전 국민의 대상으로 운영하고 있다. 의료보장은 특히 질병으로 인해 수입이 중단되었거나, 치료비 지출로 인해 경제적 위험에 대처할 수 있도록 하여 보편적인 의료 접근성을 보장해 주는 역할을 한다. 근래에는 질병의 구조가 만성질환 위주로 변화되어 소득중단에 대처하는 경제보장과 치료비 지출에 대비하는 질병 치료중심의 ‘의료보장’ 개념이 질병을 예방하고 건강을 증진하는 ‘건강보장’ 개념으로 발전하였다(유승희 등, 2009).

건강보장 제도의 유형은 크게 국가보건서비스(National Health Service, NHS)과 의료보험방식(Social Health Insurance, SHI)방식이 있다. 국가 보건 서비스(NHS)는 정부가 모든 국민에게 직접 의료서비스를 제공하는 방식으로 주로 세금을 통해 자금을 마련하여, 의료기관 대부분이 국가가 운영하거나 국가의 소유이다. 대표적인 국가로는 영국, 스웨덴, 이탈리아 등이 있다. 반면, 의료보험방식(SHI)은 국민들이 일정 소득에서 보험료를 납부하고, 이를 토대로 의료서비스를 제공받는 형태이다. 따라서 소득에 따라 보험료를 차등적으로 납부하고, 의료서비스 이용 시 가입자는 의료비를 지원받게 된다(대한예방의학회, 2021).

한국은 독일, 프랑스, 일본 등과 같은 의료보험방식(SHI)을 채택하고 있다. 전 국민이 건강보험에 가입되어 있으며 소득에 따라 건강보험료를 납부하는 금액이 다르다. 납부하는 금액에 따라 차등적인 의료서비스를 제공하는 것은 아니며, 모든 국민이 동일한 의료혜택을 받을 수 있다. 다만, 한국의 의료보험은 본인부담금이 존재한다. 국민이 의료서비스를 이용할 때, 일부 비용을 개인이 부담하는 형식으로 이를 통해 과도한 의료 이용을 제한하고 의료비의 효율적인 배분을 목적으로 한다. 또한, 의료보험 급여에 포함되지 않는 비급여 항목은 개인이 전액 부담하고 있으나,



정부는 지속적인 보장성 강화를 통해 필요에 따라 점진적으로 급여화하고 있다 (대한예방의학회, 2021).

2.2.1. 한국의 의료보장제도의 유형

한국 의료보장제도의 유형은 크게 두 가지 유형인 국민건강보험과 의료급여로 나뉜다. 국민건강보험은 국민의 건강보장을 위한 사회보험 중 하나이며 국민의 약 97%가 건강보험에 가입되어 있다. 건강보험은 직장가입자, 직장가입자의 피부양자 또는 지역가입자로 분류된다. 직장가입자는 직장에서 근무하는 근로자, 사용자 및 공무원, 교직원이 해당되며 소득을 기준으로 보수 소득과 보수외 소득을 구분하여 보험료를 부과한다. 피부양자는 직장가입자의 보험료 납부를 통해 보험급여를 받을 수 있다. 직장가입자와 피부양자가 아닌 농어촌 주민, 도시자영업자 등은 지역가입자로 분류되며 보험료 산정 시 소득, 재산, 자동차, 평가소득을 근거로 보험료를 부과한다(보건복지부, 2024).

의료급여는 기초생활보장제도 급여 종류의 하나로 국민기초생활 보장법에 근거하여 생활이 어려운 절대빈곤층 국민에게 최저생활과 자활을 돋는 제도이다. 급여에는 생계, 주거, 교육, 의료 등으로 구성되어 있다. 이 중 의료급여는 가족 및 개인이 경제 능력을 상실하였거나 생활 유지 능력이 없는 사람들에게 정부가 의료 접근성을 보장한다. 의료급여 지원 대상은 (1) 국민기초생활 보장법에 의한 수급자로 부양의무자가 없거나, 부양의무자가 있어도 부양 능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자로서 소득인정액이 선정 기준 이하인 사람, (2) 의료급여법에 의한 수급자로 행려병자인 자, (3) 타법에 의한 수급권자로 각 법에 따른 이재민, 의사상자, 국내에 입양된 18 세 미만의 입양아동, 국가유공자 및 가족, 국가무형문화재 보유자 및 가족, 북한이탈주민과 그 가족, 5.18 민주화운동 관련자와 그 가족, 노숙인이다. 의료급여 수급률은 총인구 대비 약 3% 정도에 해당한다(그림 1).

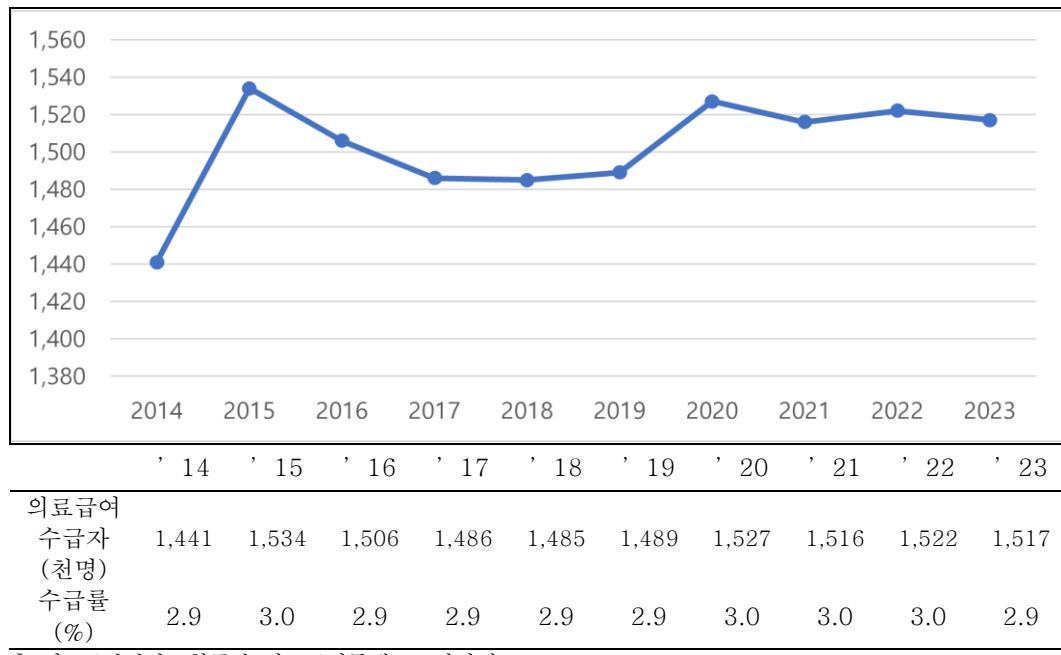


그림 1. 의료급여 수급자 현황, 2014년~2023년

의료급여는 1 종 수급권자와 2 종 수급권자로 구분되며, 두 그룹 간에 급여 범위와 비용에 차이가 있다. 1 종 수급권자의 경우, 국민기초생활보장 수급권자의 소득 인정 기준과 타법 적용자의 기준이 다르다. 국민기초생활보장 수급권자는 중위소득 40% 이하를 기준으로 선정되지만, 타법 적용자는 이 외의 다른 기준이 적용된다. 또한, 수급자가 자활근로, 자활기업, 자활 인턴 등 자활 관련 사업에 참여하거나 고용노동부의 취업 성공 패키지에 참여해 발생한 소득으로 중위소득 40%를 초과하는 경우, 5년간 자활급여 특례를 받을 수 있다. 보건복지부 장관이 고시한 등록 결핵 질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환자(예: 암 환자, 중증화상환자)가 있는 가구는 해당 개인에 대해 1 종 의료급여가 적용되며, 나머지 가구원에게는 2 종 의료급여가 적용된다. 만약 중증질환자가 없는 가구는 모든 가구원이 2 종 급여를 받는다(표 1,2).

국민 기초생활수급자 중 병역의 의무를 다하기 위한 현역 사병 등으로 입대한 자에 대해서는 의료급여 자격은 현재 가구의 종별에 따라 적용되며 해당자는 군입대 1종, 군입대 2종의 자격을 받을 수 있다. 기준 2종 가구에서 입대자가 가구의 근로 능력자의 역할을 하는 자로써 해당자의 입대로 인해 가구가 근로 능력을 상실할 경우, 가구원과 입대자 모두에게 의료급여 1 급을 적용한다. 만약 군입대자가 단독 가구원이라면 군입대 1종으로 변경되고 의료급여 자격은 유지된다. 군입대 1종, 2종 자격은 해당 수급자의 군 복무 기간 동안 유지되고 제대일을 기준으로 자격이 증지된다. 만약 가구원 수급자격 탈락시에는 군입대 1종, 2종 자격이 같이 상실된다. 또한, 현역 근무가 아닌 공익근무요원, 상근예비역은 군입대 1종, 2종이 아닌 타 가구원에게 포함되어 자격을 유지한다.

표 1. 의료급여 수급 대상자 기준²⁾

1 종 수급권자	2 종 수급권자
1) 국민기초생활보장수급자 - 근로무능력가구, 희귀질환자, 시설수급자, 산정특례 등록한 결핵질환자, 중증난치질환자 및 중증질환 (암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자	1) 국민기초생활보장대상자 중 1 종 수급 대상이 아닌 가구
2) 행려환자	2) 타법수급대상자 중 1 종 수급대상이 아닌 가구 또는 가구원
3) 타법적용자 - 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18 세 미만), 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 노숙인, 5·18 민주화운동관련자, 북한이탈주민	

출처: 보건복지부, 2024년 의료급여사업안내. 2024

2) 2023년 1월 1일 이후 1종 수급권자 중 타법적용자에 대해서는 근로능력 유무에 따라 1종과 2종을 반도록 변경됨. 그 전까지는 타법적용자 및 가구원들도 1종 수급권자 혜택을 받음.

표 2. 의료급여 수급자 소득인정액³⁾ (2024년 기준)

국민기초생활보장 수급자	1) 중위소득 40% 이하
	1) 일반가구: 중위 80%
	2) 취약가구: 중위 100%
국가유공자	* 취약가구 기준: 18세 미만, 65세 이상, 장애정도가 심한 장애인, 국가 유공자 등 상이등급 1~3급인 자로만 구성된 가구
국가무형문화재	1) 중위소득: 60%
북한이탈주민(새터민)	1) 근로가능가구: 중위소득 50% 2) 근로 무능력가구: 가구원+1 중위소득 50% 3) 취업 특례: 중위소득 160%
자활급여특례 적용대상자	1) 자활프로그램으로 인해 기준 중위소득 40% 초과 시, 1종 및 2종 지원

출처: 보건복지부, 2024년 의료급여사업안내. 2024

3) 소득인정액 산정방식 = 소득평가액 (실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제)
+ 재산의 소득환산액 [(재산 - 기본재산액 - 부채) × 소득환산율] + 부양비(부양능력
미약 판정시)
※ 소득평가액 및 재산의 소득환산액이 (-)인 경우는 0 원으로 처리

의료보장 형태별로 개인 의료서비스의 차이가 있는 것은 아니지만, 급여기준이나 운영 방식에서는 제도별로 차이점이 있다. 종별 가산율과 본인부담금은 연도에 따라 변화한다(표 3).

표 3. 의료보장 형태별 비교 (2024년 기준)

구 분	건강보험	의료급여
대상자	51,412 천명(' 21.12 월말 기준)	1,516 천명(' 21.12 월말 기준)
재 원	80 조 4,921 억원(' 21년 기준)	10 조 2,108 억원(' 21년 기준)
재원조달	보험료(일부 국고) <ul style="list-style-type: none"> - 보험료: 69 조 2,270 억원 - 국고지원: 7 조 6,554 억원 (추경 720 억원 포함) - 담배부담금: 1 조 9,166 억원 - 기타: 1 조 6,931 억원 	조세(국고+지방비) <ul style="list-style-type: none"> - 국고: 7 조 6,787 억원 - 지방비: 2 조 5,321 억원
자격증명	건강보험증 또는 신분증명서	의료급여증 또는 의료급여증명서 와 신분증명서 등 제시
급여수준	진찰, 검사, 약제, 치료, 입원 등	건강보험 준용 영안실 안치료 별도 급여
수가기준	<ul style="list-style-type: none"> . 행위별 수가 . 포괄수가(7 개 질병군) . 정액수가: 요양병원, 보건기관 (정신과입원, 혈액투석외래) 	<ul style="list-style-type: none"> . 행위별 수가 . 정액수가: 요양병원, 보건기관 (정신과입원, 혈액투석외래)
종별 가산율	<ul style="list-style-type: none"> . 상급종합병원: 15 % . 종합병원: 10% . 병원: 5% . 의원: 미적용 	<ul style="list-style-type: none"> . 상급종합병원: 8 % . 종합병원: 5% . 병원: 2% . 의원: 미적용
본인 부담금	<ul style="list-style-type: none"> . 입원: 20% . 외래 <ul style="list-style-type: none"> - 의원급 이하: 30% - 병원급: 35%, 40% - 종합병원급: 45%, 50% - 상급종합병원: 60% 	<ul style="list-style-type: none"> . 입원: 1 종 0 원, 2 종 10% . 외래 <ul style="list-style-type: none"> -(1 종) 1 차기관: 1,000 원 2 차기관: 1,500 원 3 차기관: 2,000 원 -(2 종) 1 차기관: 1,000 원 2,3 차기관: 15%



표 3. 의료보장 형태별 비교 (2024년 기준) (계속)

구 분	건강보험	의료급여
본인 부담금	<ul style="list-style-type: none"> · 약국 <ul style="list-style-type: none"> - 병·의원급: 30% - 종합병원급: 40% - 상급종합병원: 50% 	<ul style="list-style-type: none"> · 약국 <ul style="list-style-type: none"> - 500 원 (보건소제외), - 105 개 경증질환 종병 이상 처방전 3%
급여절차	<p>2 단계 (의원, 병원, 종합 → 상급 종합병원)</p>	<p>3 단계 (의원 → 병원, 종합 → 상급종합병원) ※ 예외: 노숙인(2 단계)</p>
운영기관	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 <ul style="list-style-type: none"> - 건강보험공단(보험자) 	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 <ul style="list-style-type: none"> - 시·도 - 시·군·구(보장기관) · 업무위탁 <ul style="list-style-type: none"> - 지급: 건강보험공단 - 심사: 심사평가원
이의신청	<ul style="list-style-type: none"> · 공단(자격 등 공단의 처분) · 심사평가원(심사, 적정성평가) 	<ul style="list-style-type: none"> · 보장기관(자격 등 보장기관 처분) · 심사평가원(심사, 적정성평가)

2.2.2. 의료보장제도 유형의 자격 변동 및 상실

의료보장제도 유형의 자격의 변동 및 상실은 개인의 신고 및 시스템을 통한 자격 요건 해당 확인 후 변경된다. 개인의 신고가 아닌 시스템 조회를 통한 요건 상실에 의한 자격 상실 및 종별 변경 시는 서면을 통한 고지서를 받는다.

건강보험의 직장가입자, 지역가입자, 피부양자의 소득, 재산 사항, 근로능력 등의 변경으로 인해 의료급여 수급을 희망할 경우 수급가구의 가구원 및 친족, 혹은 그 밖의 관계인이 주민등록상 주소지 또는 실제 거주지역을 관할하는 시군구에서 연중 신청할 수 있다.

의료급여의 종별 변경은, 해당 종의 상실 후 재취득을 통해 변경된다. 1 종 수급자가 2 종 수급자로 변경 시, 1 종을 상실한 후 2 종을 재취득하고 2 종 수급자가 1 종 수급자로 변경 시, 2 종을 상실한 후에 1 종을 다시 취득하는 방식으로 변경된다.

2.3. 의료보장 형태 변화와 우울 증상의 연관성

의료보장 형태 변화는 (1) 의료급여 수급 유지, (2) 의료급여에서 건강보험으로 변화, (3) 건강보험에서 의료급여로 변화, (4) 건강보험의 유지로 나눌 수 있다. 의료보장 형태의 변화와 우울 증상의 연관성은 각각의 변화의 특성에 따라서 다를 수 있다. 다만, 의료보장 형태의 변화가 단기간에 반복적으로 발생하기보다는, 변화 발생 후 유지되는 경향이 있기 때문에 의료급여 수급 진입 및 유지, 의료급여 탈출과 우울 증상의 연관성을 파악하였다.

2.3.1. 의료급여 수급 진입 및 유지와 우울 증상의 연관성

건강보험 및 의료급여로 대변될 수 있는 사회적 속성과 정신건강의 연관성은 사회적 원인(social causation) 가설과 사회적 선택(social selection) 가설을 통해서 설명된다(Dohrenwend et al., 1992). 사회적 원인가설은 개인의 정신건강의 원인을 사회, 경제적 지위의 영향으로 보며 환경의 변화가 개인의 정신건강에 영향을 줄 수 있다고 본다(Yoo et al., 2016). 소득이 낮은 사람은 건강자원에 접근이 어렵기 때문에 불편함을 겪으면서 심리적 스트레스가 발생하고 우울과 같은 정신건강에 영향을 준다는 것이다(Kang et al., 2021; Patel et al., 2018). 반면, 사회적 선택가설은 정신건강이 사회경제적 지위와 관련이 있다고 설명한다(Berndt et al., 1998). 정신건강에 문제가 일상생활에서 학업이나 직업을 지속하기 어렵게 만들며, 결과적으로 안정적인 사회, 경제적 지위 유지에 부정적인 영향을 미칠 수 있다는 것이다(Hamilton et al., 1997).

이러한 가설은 의료급여 수급 진입과 유지와 우울 증상의 연관성에서도 적용된다. 의료급여 수급으로 진입하기 위해서는 가족의 부양 능력, 소득, 재산, 근로 가능 능력, 건강 상태가 선정기준에 부합해야 한다. 하지만, 급여 선정 기준에 적합하다는 것은 의료급여 수급자들은 비수급자에 비해 사회적, 경제적 어려움을 겪고 있다는 것을 의미한다. 사회적 스트레스 이론에 따르면, 개인이 처한 사회적 환경이나 조건이 개인의 적응 능력을 초과하면 심리적 부담과 스트레스를 유발하게 되며 이는 우울 수준의 증가로 이어지는 원인이 될 수 있다. 특히, 의료급여를 받고 있는 사람들이

속할 수 있는 낮은 사회경제적 지위의 사람들은 실업, 고용 불안정, 저임금 등의 부정적 사건을 더 자주 경험할 가능성이 높으며 이러한 사건들이 지속될 경우 만성적인 스트레스 요인으로 작용하여(이미숙, 2003; 이상문, 2008) 정신건강에 영향을 준다. 반면, 우울 증상이 있는 사람들은 개인의 건강 상태의 따라 경제활동 및 사회활동이 저하로 인해 의료급여 수급으로 진입하거나 유지될 수 있다.

수급으로의 진입 자체가 우울 증상과 연관될 수 있다. 공공부조 혜택, 특히 의료급여를 받는 과정에서 수급자는 필수적인 소득 조사를 거쳐야 한다. 이 과정에서 자신의 경제적 어려움이 공개되거나 자신의 상태가 사회적 규범에서 벗어난 것처럼 느껴질 수 있는 복지 낙인(stigma)을 경험할 가능성이 있다. 또한, 혜택을 받기 위해 자신의 사회적, 경제적 어려움을 증명해야 하며, 그 과정에서 사회가 자신을 부정적으로 바라본다는 인식을 내면화할 수 있다. 더 나아가, 수급 자격의 정당성을 엄격하게 확인하기 위한 복잡한 행정 절차와 규정은 수급자에게 무력감을 느끼게 하고, 자신의 삶에 대한 통제력을 상실한 듯한 부정적인 감정을 유발할 수 있다(Nichols-Casebolt, 1986; 이원진, 2010). 이는 수급 진입자와 유지자가 수급을 유지하기 위한 절차를 따르는 과정에서 심화될 수 있다.

의료급여 지속해서 유지하는 사람들은 의료급여 안에서도 일반소득 가구로 분류될 수 있는 타법 적용자를 제외하면 지속해서 소득이 낮거나 건강 상태가 좋지 않아 사회적 안전망이 필요한 사람들이다. 불안정적인 환경에 처한 사람들은 장기적으로 경제적 스트레스와 신체적 건강 악화를 겪으며, 이로 인해 우울 증상이 지속되거나 심화될 가능성이 높다(Miech et al., 2000; Mirowsky et al., 2001; 강보민 등, 2020; 김진구, 2008). 개인의 우울 증상은 사회 복귀와 경제적 기회를 악화시켜 수급 탈출을 더욱 어렵게 만들 수 있다. 또한, 의료급여 수급자에 대한 과도한 의료서비스 사용, 도덕적 해이와 같은 부정적인 시각과 이를 기반으로 한 의료제공자 또는 의료 시스템과의 상호작용에서 대우낙인을 형성하며, 수급자의 우울 증상에 영향을 미칠 수 있다(Allen et al., 2014; Martinez-Hume et al., 2017; 김현균, 2020).

반면, 의료급여 수급 진입과 유지가 우울 증상을 완화시킬 수도 있다. 의료사각지대에 있는 사람들이 정책적으로 보호받아 의료급여를 통해 수급자로 진입할 경우, 경제적 부담이 줄어들고 필수 의료 서비스에 더 쉽게 접근할 수 있게 된다. 이러한 접근성 증가는 필요한 치료와 예방적 서비스를 받을 기회를 제공하며, 신체적 건강과 함께 우울 증상도 개선될 수 있다(Baicker et al., 2018; Sadock et al., 2017). 의료서비스 욕구가 있을 때, 의료서비스 원활하게 이용할 수 있는 사회적 자원이 있다면 신체적 고통과 질병에 대한 불안감이 줄어들고, 동시에 사회적 안전망 안에서의 심리적 안정과 우울증 완화에 기여할 수 있다. 경제적 어려움에서 벗어나지 못하던 사람들이 의료비 걱정 없이 적절한 치료를 받을 수 있는 환경은 이들의 전반적인 삶의 질 향상에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있다(Flavin, 2018).

2.3.2. 의료급여 수급 탈출과 우울 증상의 연관성

의료급여 수급 탈출은 개인이나 가구가 의료급여 수급 요건을 상실하게 되고 건강보험군으로 전환되면서 발생할 수 있다. 의료수급 탈출 결정요인 중 가장 큰 요인은 소득의 변화일 것이다. 소득의 증가에 따른 급여의 탈출은 가구와 개인이 경제적으로 어려움이 있던 상황에서 벗어났음을 의미할 수 있고 이는 경제적 스트레스를 경감시켜 우울 증상 수준을 낮출 수 있다. 또한, 의료급여 탈출은 건강 상태의 회복을 의미할 수 있고(안서연 등, 2019; 정성식, 2022), 개인이 사회로 복귀하면서 우울 증상도 감소할 수 있다. 더 이상 수급 요건을 증빙할 필요가 없는 복지 낙인으로부터의 해방도 우울 증상 완화에 기여할 수 있다.

그러나, 차상위 계층과 같은 경계선에 위치한 그룹에서는 경제활동으로 인해 수급에서 탈출이 빈곤 탈출로 직결되지 않을 수 있다. 이들은 소득이 소폭 증가하여 수급 자격을 상실하지만, 여전히 경제적으로 취약한 상태에 있을 수 있기 때문이다. 이전 기초생활보장 수급자들을 대상으로 한 연구들은(김미곤 등, 2008; 이원진, 2010a, 2010b) 수급탈출에서 발생할 수 있는 유형을 구분하여, 탈빈곤적 수급탈출, 탈제도적 수급탈출로 나누어서 설명했다(표 4). 첫째, 탈빈곤적 수급탈출은 가구나 개인이 경제적 활동 등을 통해 소득의 증가하면서 빈곤에서 벗어나 수급을 탈출하는



경우를 의미한다. 둘째, 탈제도적 수급탈출은 정책이나 제도의 변화로 인해 수급 자격을 상실하는 경우이다. 여기에는 수급 기간 및 자격의 변경, 급여 축소 등과 같은 제도적 변화로 인해 수급 자격을 잃는 경우가 포함되며, 모니터링 과정에서 수급 요건을 충족하지 않는 것이 발견되어 자격이 박탈되는 경우도 이에 해당한다. 탈제도적 수급탈출은 경제적 여건이 빈곤에서 탈출할 만큼 개선되지 않았음에도 수급 자격을 상실하는 경우로 이는 오히려 개인의 경제적 및 심리적 불안정성을 심화할 수 있다. 의료급여 수급은 탈출하였으나 지속해서 의료이용이 필요한 사람들에게 미충족 의료, 과부담의료비를 발생시켜(김수정 등, 2011; 김지수, 2019) 의료서비스 접근의 제한을 경험하면서 경제적, 신체적 스트레스로 인해 우울 증상에 영향을 미칠 수 있다(Kim et al., 2018; Ko, 2016).

표 4. 기초생활보장제도 탈수급 유형

수급탈출 유형	내 용
탈빈곤적 수급탈출	1) 빈곤가구의 가구원 소득 및 재산증가로 인한 탈빈곤 2) 부양의무자 가구의 소득이전으로 인한 탈빈곤
탈제도적 수급탈출	1) 타제도의수급으로 인한 탈피(예:기초연금, 보편적 급여 등) 2) 기초보장제도 제도 변화로 인한 탈락 (수급기간 제한, 수급자격 제한, 급여 축소 등 제도 강화로 인한 탈락) 3) 모니터링 등의 제도 도입으로 부정수급에서 탈락
자연적 수급탈출	1) 사망, 이민 등

출처: 김미곤 등, 2008

2.4. 선행연구

국내 선행연구 중 의료보장 형태의 변화와 우울 간의 연관성을 직접적으로 다룬 연구는 제한적이다. 따라서 이 연구는 의료급여를 포함한 생계, 주거, 교육, 등 다양한 지원을 아우르는 기초생활보장제도의 수급과 탈수급이 우울 증상에 미치는 영향을 고찰하여 의료보장 형태가 우울 증상과 어떻게 연결되어 있는지를 확인한다(표 5).

기초생활보장제도 선정 기준에 부합하는 기초생활보장 급여를 받는 군은 받지 않는 군에 비해 우울 증상이 유의하게 높았다. 또한 새로 생긴 우울 증상의 경우에도 기초생활급여 수급을 받지 않는 군에 비해 수급을 받을 때 남성에서는 통계적으로 유의하지 않았으나, 여성에서는 1.95 배 높은 결과를 보였다(김명심, 2021). 반면 남성을 대상으로만 한 연구에서는 일반남성들에 비해 수급을 받는 남성들의 일반정신 검사도구(General Health Questionnaire, GHQ)로 측정한 정신건강 검사에서 정신 건강수준이 낮았으며, 불안 및 불면증, 사회적 부적응, 우울 증상에서 높은 점수를 보였고 수입이 낮을 수록 정신건강 정도가 좋지 않았다(윤명숙, 2001).

한 연구에서는 수급진입이 우울수준을 증가시켰지만 수급탈출은 우울수준을 감소시키지 않았다. 다만, 탈빈곤을 동반한 수급탈출의 경우에는 우울 수준을 감소시켰다(이원진, 2010). 또한 수급자의 수급기간이 길어질수록 우울감이 높아지고 자아존중감은 낮아졌으나 수급자들의 근로 참여가 자아존중감과 우울 증상 사이를 조절하는 매개효과로서 우울 증상의 상승을 완충하는 효과를 확인 하였다(김진성, 2017).

반면, 기초생활보장제도가 우울 증상 완화에 긍정적인 영향을 주거나, 영향을 주지 않는다는 선행연구들도 있다. 시간경과에 따라 가족요인과 가구 경제 요인의 우울 증상 영향을 알아본 연구에서 지속적인 우울을 유지한 비수급가구가 기초생활보장수급으로 지위가 전환되었을 때, 가구원이 느끼는 우울의 정도가 2.2 배만큼 유의미하게 감소하였다. 이 연구에서는 절대빈곤의 경계선에 있던 가구가 기초생활보장 수급가구로 진입하면서 공공 지원을 받게 되고 심리적으로 안정적인 영향을 주는 것으로 우울 증상의 감소에 대해 설명하였다(성준모, 2013).



다른 연구에서는 2015년 기초생활보장제도의 개편에 의해서 소득이 증대된 수급자들의 정신건강에 미치는 영향을 분석하였는데, 기초생활보장제도로 인한 수급의 증대가 수급자의 우울과 자살 생각을 감소시키고 자아존중감을 높이는데 유의미하게 영향을 주었다. 이에 대해서는 수급자들이 당면한 재정적, 물질적 어려움에 따른 심리적 압박감을 공공부조를 통해 줄인 결과라고 설명하였다. 하지만 공공부조의 크기를 키우는 것이 수급자들의 우울증을 줄이기 위한 만병통치약은 아니며 정신건강을 지킬 수 있는 사회 복지서비스도 함께 강화되어야 함을 강조하고 있다(남재현 등, 2020). 기초생활보장제도의 수급이 우울에 미치는 영향에 대해서 59세 이하와 60세 이상을 대상으로 한 연구에서는 기초생활보장제도 수급이 우울 증상에 영향을 미치지 않았는데, 이는 급여 및 관련된 서비스 수준이 충분하지 않거나 개인의 우울 증상의 완화가 쉽게 이루어질 수 없다는 점을 그 이유로 설명하였다(최요한, 2018). 또한 이와 같은 맥락으로 수급지위의 변화가 우울 증상에 미치는 영향은 허위일 수 있으며, 수급 진입이 우울증을 증가시키는 것이 아니라 우울 증상이 높은 사람이 수급으로 진입한다는 연구결과도 있다(안서연 등, 2019).



표 5. 기초생활보장급여에 따른 우울 증상 연구결과

저자(연도)	분석 자료	관심변수	연구 결과
김명심 (2021)	한국복지패널 7~14 차	우울(CES-D11)	기초생활보장 급여를 받는 군은 받지 않는 군에 비해 우울 증상이 유의하게 높았음
윤명숙 (2001)	전주, 정읍시 면접조사	일반정신검사 (GHQ)	수급 남성의 불안 및 불면증, 사회적 부적응, 우울 증상에서 높은 점수를 보였음
이원진 (2010)	한국복지패널 1~3 차	우울(CES-D11)	수급진입은 우울을 증가시키고, 수급 탈출은 우울을 감소시키지 못함. 다만, 탈빈곤적 수급탈출은 우울을 감소시킴
김진성 (2017)	한국복지패널 5~10 차	우울(CES-D11), 자아존중감	수급자의 수급기간이 길어질수록 우울감이 높고 자아존중감은 낮아 졌으나, 근로참여 시 우울 증상이 완충 되었음
성준모 (2013)	한국복지패널 1~4 차	우울(CES-D11)	지속적인 우울을 유지한 비수급가구가 기초생활보장수급으로 진입시 가구원의 우울 증상이 2.2 배만큼 유의하게 감소함
남재현 등 (2020)	한복복지패널 10~13 차	우울(CES-D11), 자아존중감, 자살생각	기초생활보장제도 수급의 증대가 수급자의 우울과 자살 생각을 감소시키고 자아존중감을 높임
최요한 (2018)	한국복지패널 1~12 차	우울(CES-D11)	59 세 이하와 60 세 이상을 대상으로 기초생활보장제도 수급은 우울 증상에 유의한 영향을 미치지 않았음
안서연 등 (2019)	한국복지패널 1~12 차	우울(CES-D11), 주관적 건강상태	수급지위의 변화가 우울에 미치는 영향은 유의하지 않았으나, 탈수급 시 주관적 건강 상태가 향상됨

국외 선행연구는 의료급여와 비슷한 제도로 건강권 보호를 제공하고 있는 미국을 기준으로 확인하였다. 2010년 미국의 건강보험개혁법(Affordable Care Act, ACA)을 통해 메디케이드(Medicaid)⁴⁾의 수혜자격을 확대하였고, 이를 통해 의료보장의 변화와 개인 정신건강의 연관성을 확인하였다(표 6).

메디케이드 수혜 자격이 확대됨에 따라 저소득층 성인의 건강보험 가입 확률이 증가하였고(Kaestner et al., 2017), 의료접근성이 확대되었다(Simon et al., 2017; Sommers et al., 2016). 미국 오리건주(state)를 기반으로 한 연구에서 메디케이드 확장이 우울증 관리에 큰 영향을 미쳤다. 메디케이드 가입으로 진단되지 않았던 우울증이 약 50% 감소하고, 치료되지 않은 우울증도 60% 이상 줄어들었다. 또한 약물 사용이 증가하고, 정신건강 서비스에 대한 미충족 수요가 약 40% 감소하였다. 수면 문제, 피로와 같은 주요 우울증 증상이 개선되는 결과를 보였다. 이 연구는 메디케이드의 확장이 메디케이드 가입자의 치료 접근성을 크게 증가시켰으며, 우울 증상을 실질적으로 개선했다고 보고하였다(Baicker et al., 2018). 비슷한 연구에서도 메디케이드 혜택을 받은 그룹에서 PHQ-9 을 통한 우울증 발병률이 9.15% 감소하였다. 또한 메디케이드를 통해 의료비 지출이 크게 줄어, 재정적 부담을 감소시켰으며(Baicker et al., 2013), 만성 질환이 있는 저소득층 성인의 우울증 진단 감소와 관련이 있었다(Winkelman et al., 2018).

이와는 대조적으로 메디케이드 확대가 보험 보장률을 향상시키고 의료서비스의 이용을 증가시켜 저소득층의 만성질환 진단율을 증가시키는 성과가 있었지만, 자가보고 우울 증상 변화에 영향이 없다는 연구도 있었다(Wherry et al., 2016). 또한 대학생들을 대상으로 한 연구에서도 정신건강 진단과 향정신성의약품 사용은 증가하였지만, 개인이 보고하는 정신건강의 개선과 관련은 없었다(Cowan et al., 2021). 메디케이드 수급 중단(탈수급)이 성인의 정신 건강에 미치는 영향을 직접

4) 메디케이드는 1965년 메디케어와 함께 도입된 공적 의료부조 제도로, 저소득층, 어린이, 임산부, 노인, 장애인을 대상으로 한다. 연방정부와 주 정부가 재원을 공동 부담하며, 연방정부가 설정한 가이드라인 내에서 주 정부가 자율적으로 운영하고 있다(이근정 등, 2020).

다룬 연구는 제한되었지만, 메디케이드 비지속성으로 인해 저소득층의 의료 서비스 이용이 줄어들고, 자가보고 건강상태가 악화되었다는 연구결과가 있다(Ji et al., 2017).

표 6. 메디케이드가 건강에 미치는 영향 연구 결과

저자(연도)	연구 내용	연구 결과
Kaestner et al. (2017)	메디케이드 확장이 저소득층과 저학력 성인에게 미친 건강 보험 보장 및 노동 공급 영향을 분석함	메디케이드 확장은 무보험자의 수를 크게 줄였고, 사보험에는 큰 영향을 미치지 않았음
Simon et al. (2017)	메디케이드 확장이 저소득층 무자녀 성인을 대상으로 예방적 의료와 건강 행동(흡연, 음주, 운동 등)에 미친 영향을 분석함	메디케이드 확장은 보험 가입률과 예방적 의료 이용을 증가시켰고, 주관적 건강상태를 약간 개선함
Baicker et al. (2018)	오리건주(state)에서 진행된 무작위 추첨 기반의 메디케이드 확장 실험을 통해 메디케이드 보장의 인과적 효과를 평가함	미진단된 우울증 50%, 미치료된 우울 60% 이상을 감소시켰으며, 정신보건의료 미충족 수요를 40% 감소시킴
Baicker et al. (2013)	오리건주(state)에서 진행된 무작위 추첨 기반의 메디케이드 확장 실험을 통해 메디케이드 보장의 임상 결과에 미치는 영향을 확인함	PHQ-9 으로 측정한 우울 증상 감소, 예방검사 서비스를 증가시킴
Winkelmann et al. (2018)	만성질환을 가진 무자녀 성인들을 대상으로 메디케이드 확장이 건강 보험, 정신건강, 의료접근성에 미친 영향을 평가함	만성질환을 보유한 무자녀 성인의 치료 접근성을 개선시켰으며 우울증 진단을 감소시킴



표 6. 메디케이드가 건강에 미치는 영향 연구 결과(계속)

저자(연도)	연구 내용	연구 결과
Wherry et al. (2016)	2014년 메디케이드 확장이 보험 적용 범위, 의료 서비스에 대한 접근 및 이용, 자가 보고 건강 상태의 변화와 관련이 있는지 평가함	메디케이드 확장은 보장 품질 향상, 일부 유형의 의료 서비스 이용 증가, 저소득 성인의 만성 질환 진단율 증가와 관련이 있었으나 우울 증상 감소는 유의하지 않았음
Cowan et al. (2021)	메디케이드 확장이 대학생들의 정신 건강 상태와 향정신성약물 사용 진단 증가를 확인함	정신건강 상태의 진단과 향정신성 약물 사용은 증가하였지만, 개인이 보고하는 정신건강 상태의 개선과 관련이 없었음
Ji et al. (2017)	2003-2004년 전국 메디케이드 데이터를 통해 주요 우울증을 앓고 있는 성인의 메디케이드 불연속성과 의료서비스 이용의 관계를 조사함	우울증을 앓고 있는 수혜자의 약 29.4%가 보장중단을 경험하였고, 보장중단 경험군은 지속적 보장군에 비해 치료비, 응급실 이용 및 입원 일수가 증가되었음

3. 연구방법

3.1. 연구모형

이 연구는 의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 영향을 분석하고자 하며, 연구 대상자의 인구사회학적 요인과 건강, 의료 관련 요인에 따라 우울 증상 발생에 미치는 요인을 확인하고자 한다. 이를 위한 연구 설정 모형은 그림 2 와 같다.

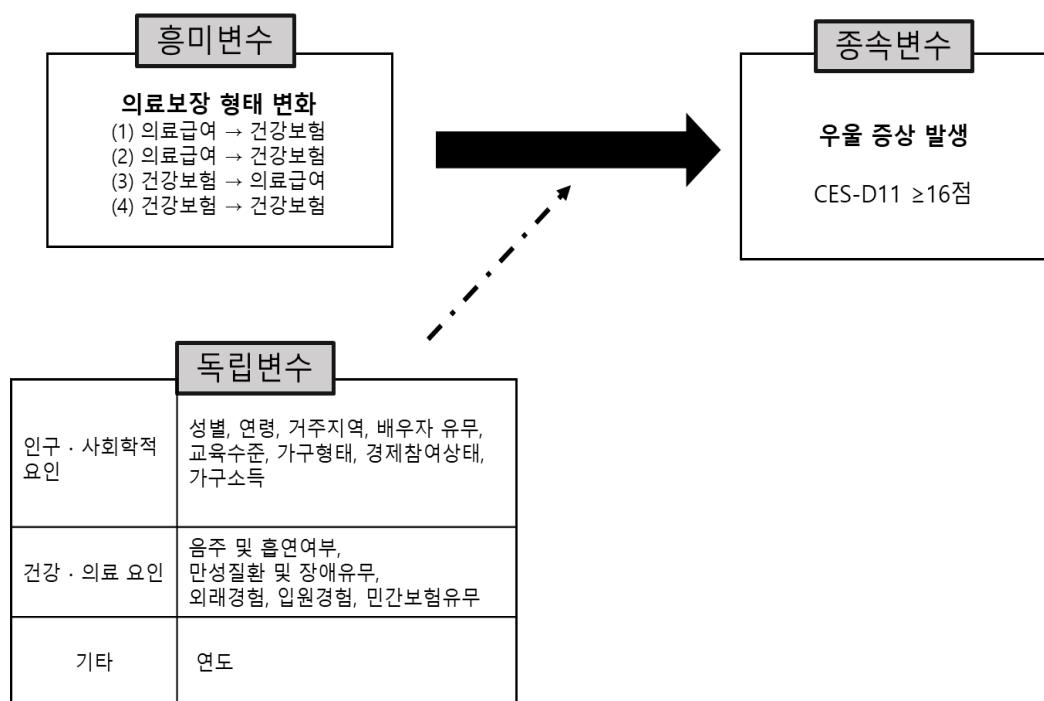


그림 2. 연구 모형

3.2. 연구자료

이 연구의 목적은 의료보장 형태의 변화가 개인의 우울 증상에 미치는 영향을 확인하기 위한 것으로, 한국복지패널(KOWEPS)의 11 차(2016년)부터 15 차(2020년)까지 총 5개년 자료를 사용하였다. 한국복지패널은 한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지 연구소가 주관하여 2006년부터 매년 실시되는, 국내에서 두 번째로 큰 패널조사로, 제주도 지역까지 포함하고 있어 전국을 대표할 수 있는 자료이다. 패널은 참여 가구원의 가구 배경, 근로활동, 경제 상황, 건강 및 의료, 주거 사항 및 가족관계, 사회보장 가입 및 수급 현황, 생활 습관 및 정신 건강, 복지 욕구 등 다양한 주요 항목을 조사한다.

참여 가구는 2005년 인구주택총조사 90% 자료에서 섬과 특수시설 조사구를 제외한 전체 23만여 개 조사구를 대상으로 517개 조사구에서 24,711가구를 추출한 후, 이 중에서 일반 가구와 저소득층 가구 각각 3,500 가구씩 총 7,000 가구를 표본으로 선정하였다. 충화이중추출법을 사용하여 최종적으로 7,072 가구가 연구에 포함되었다. 또한, 2012년 7차 조사에서는 원표본 가구의 유지율 감소에 대비하여 신규 표본 1,800 가구가 추가되었으며, 이 연구에서는 7차 조사에서 추가된 신규 표본도 포함되어 있다.

한국복지패널은 표본 설계 과정에서 중위소득 60% 미만의 저소득층 가구에 전체 표본의 약 50%를 할당하여, 국내 주요 패널 조사 중 가장 많은 저소득층 가구를 포함하는 자료로 알려져 있다. 이러한 설계는 의료급여 수급자와 같은 저소득층 의료보장 집단의 변화를 추적하기에 유리하며, 전체 의료보장제도의 약 3%에 해당하는 의료급여 집단에 대한 상세한 분석을 가능하게 한다. 특히 한국복지패널은 건강보험공단의 표본 코호트가 제공하지 않는 개인의 우울 증상을 CES-D11 척도를 사용하여 평가할 수 있는 강점을 지닌다. 또한, 코로나-19 팬데믹이 우울 증상에 미칠 수 있는 영향을 최소화하기 위해 이 연구에서는 2021년 이후 자료를 제외하고 2020년도까지의 데이터를 분석 대상으로 한정하였다.



3.3. 연구대상자

이 연구에는 의료보장 형태에 따른 우울 증상을 확인하기 위해, 2016년부터 2020년까지 한국복지패널에 참여한 17,040명 중 다음과 같은 제외 기준을 설정하였다. 만 18세 이하일 경우(N=2,336), 설문지 응답이 결측인 경우(N=16), 우울 증상에 대한 응답이 결측인 경우(N=746), 설문조사 기간 동안 1회만 응답하여 의료보장의 형태 변화를 확인할 수 없는 경우(N=1,238)는 분석에서 제외되었다. 최종적으로 12,704명의 참여자가 분석에 포함되었다(그림 3).

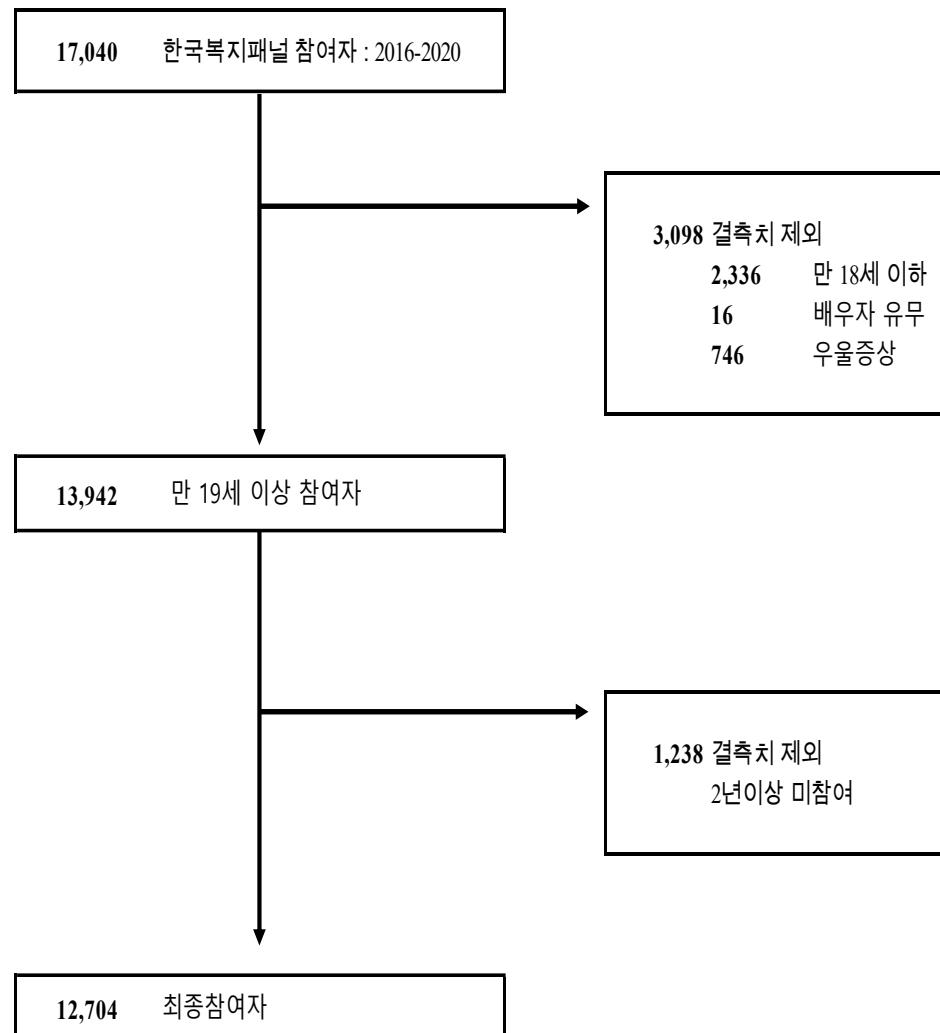


그림 3. 연구 대상자 선정 과정



3.4. 변수정의

1) 종속변수

연구의 종속변수는 우울 증상 경험 여부이다. 한국복지패널에서 가구원을 대상으로 우울 증상을 확인하기 위하여 우울 증상 척도인 CES-D11 을 활용하였다. CES-D11 은 우울 측정을 위한 Center for Epidemiologic Studies Depression Index(CES-D)이다(Radloff, 1977). CES-D11 은 CES-D 문항을 한국문화에 맞게 번안하고 11 문항으로 간편화한 척도이다(전겸구 et al., 1992).

‘귀하는 (조사시점을 기준으로) 지난 1 주일간 얼마나 자주 다음과 같이 느끼셨습니까?’라는 문항을 통하여 개인의 우울 증상을 확인하였다. ① 먹고 싶지 않고 식욕이 없다., ④ 비교적 잘 지냈다., ⑦ 상당히 우울했다., ⑨ 모든 일들이 힘들게 느껴졌다., ⑩ 잠을 설쳤다(잠을 잘 이루지 못했다.), ⑪ 세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다., ⑫ 큰 불만 없이 생활했다., ⑬ 사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다., ⑭ 마음이 슬펐다., ⑮ 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다., ⑯ 도무지 뭘 해 나갈 엄두가 나지 않았다.라는 질문에 응답자는 각 세부 문항에 대해 ‘극히 드물다(일주일에 1 일 미만).’, ‘가끔 있었다(일주일에 1~2 일간).’, ‘종종 있었다(일주일에 3~4 일간).’, ‘대부분 그랬다(일주일에 5 일 이상).’ 중 하나를 선택하는 리커트식 4 점 척도로 응답하였다.

이 연구에서는 한국복지패널의 이용자 가이드에서 제시한 것과 같이 11 가지 문항에 대해 응답 값을 0 점에서 3 점으로 변환하여 합산한 후 20/11 을 곱하여 계산하였으며, 질문 중 ‘④ 비교적 잘 지냈다.’와 ‘⑫ 큰 불만 없이 생활했다’의 문항은 역으로 코딩하였다. 계산된 값이 클수록 우울 증상을 높다고 평가할 수 있으며, 60 점 만점에 계산된 값이 16 점보다 높으면 우울증을 의심할 수 있다.

표 7. 우울 증상(CES-D11) 변수 설정

정 의

[질 문]

- 1) 먹고 싶지 않고 식욕이 없다.
 - 2) 비교적 잘 지냈다. (* 역코딩)
 - 3) 상당히 우울했다.
 - 4) 모든 일들이 힘들게 느껴졌다.
 - 5) 잠을 설쳤다. (잠을 잘 이루지 못했다.)
 - 6) 세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다.
 - 7) 큰 불만 없이 생활했다. (* 역코딩)
 - 8) 사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다.
 - 9) 마음이 슬펐다.
 - 10) 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다.
 - 11) 도무지 뭘 해 나갈 엄두가 나지 않았다.
-

[답 변]

극히 드물다 (일주일에 1 일 미만): 0 점

가끔 있었다 (일주일에 1~2 일간): 1 점

종종 있었다 (일주일에 3~4 일간): 2 점

대부분 그랬다 (일주일에 5 일 이상): 3 점

[코 딩]

우울에 대한 인식 $= (1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6) + (7) + (8) + (9) + (10) + (11) \times (20/11)$

* 우울증 여부: 계산된 값이 16 보다 높은 값일 경우

2) 흥미 변수

흥미 변수는 개인의 의료보장 형태 변화이다. 한국복지패널에서는 건강보험 가입 여부를 가구 단위로 조사였으며, 각 가구 구성원이 자신의 건강보험 가입 상태를 보고하였다. 조사는 가구 단위로 이루어졌지만, 이를 개인 단위로 활용할 수 있도록 생성된 변수를 사용하였다. 연구에서는 개인의 건강보험 가입 여부 및 그 변화를 분석하였으며, 건강보험 가입 유형은 조사를 시행하는 연도를 기준으로 전년도 12 월 31 일의 가입상태를 기준으로 설정하였다.

건강보험 가입 여부는 가구원별로 건강보험 직장가입자 및 지역가입자 혹은 그 각각의 피부자양자에 해당하는지 확인하였다. ① 직장가입자, ② 직장가입자의 피부양자, ③ 지역가입자, ④ 지역가입자의 세대원, ⑤ 의료급여 1 종, ⑥ 의료급여 2 종, ⑦ 국가유공자 무료 진료, ⑧ 미가입으로 나눠서 확인하였으며, 직장가입자, 직장가입자의 피부양자, 지역가입자, 지역가입자의 세대원을 건강보험 군으로 의료급여 1 종과 의료급여 2 종을 통합하여 의료급여 군으로 나누었다. 국가유공자 무료 진료와 미가입자는 이 연구에서 제외했다.

의료보장 형태의 변화는 총 4 가지로 (1) 의료급여 유지군 (2) 의료급여에서 건강보험으로 변경된 군 (3) 건강보험에서 의료건강보험에서 의료급여로 변경된 군 (4) 건강보험 유지군으로 분류하였다.

3) 독립변수

독립변수들은 기준의 선행 연구들을 참고하여 인구사회학적 요인과 건강 및 의료 요인 그리고 우울 증상에 영향을 줄 수 있는 변수들로 선정하였다. 인구사회학적 요인으로는 성별, 연령, 거주지역, 배우자유무, 교육수준, 가구주여부, 가구형태, 경제참여상태, 가구소득을 확인하였다. 건강 및 의료 요인으로 음주 및 흡연여부, 외래경험, 입원경험, 민간보험 가입여부, 만성질환과 장애유무를 독립변수로 선정하였다.

인구사회학적 요인에서 연령의 경우 한국복지패널 자료조사를 기준연도로 만 나이를 기준으로 하였다. 거주지역은 5 개의 권역별로 지역을 구분하였다. 서울,

광역시, 시, 군, 도농복합으로 나눈 변수 중 서울, 광역시, 시는 도시지역으로 설정하였고 도농복합은 그 외 지역으로 나누었다. 배우자 유무의 경우 결혼의 상태로 나누었다. 배우자가 있는 군과 이혼, 사별, 별거군으로 그리고 미혼군으로 나누었다. 교육 수준은 현재 참여자의 교육 수준에 따라서 나누었다. 무학, 초등학교, 중학교, 고등학교, 전문대학, 대학교, 대학원(석사), 대학원(박사)중에 재학, 휴학, 중퇴, 수료, 졸업 중 자신의 현재 교육 수준에 맞춰서 응답하게 하였으며 이 연구에서는 고등학교 및 그 이하, 전문대학 이상으로 나누어서 분석하였다. 가구 소득의 경우 한국복지패널에서 균등화한 경상소득을 기준으로 중위소득 60% 미만 시 저소득 가구, 60% 이상이면 일반소득 가구로 나누었다.

건강 및 의료 요인으로 음주의 경우 1년간 평균 음주량으로 확인하였다. 1년간 평균 음주량이 월 1회에서 주 4회 이상인 경우 음주군으로 전혀 마시지 않는다고 대답한 응답자를 비음주군으로 분류하였다. 흡연의 경우 현재 담배를 피우는지 여부를 통해 피움이라고 대답한 경우 흡연군으로 피우지 않는다고 대답한 경우 비흡연군으로 나누었다. 그 후 음주만 하는 군, 흡연만 하는 군, 음주와 흡연 둘 다 하는 군, 둘 다 하지 않는 군으로 나누었다. 만성질환의 경우 3개월 미만 투병, 투약하고 있다 및 3개월 이상 6개월 미만, 6개월 이상 투병 투약하고 있는 군을 만성질환 보유군으로 분류하였다. 장애 유무의 경우 장애 정도를 통하여 비장애인은 장애가 없는 사람으로 장애정도가 1급에서 6급에 해당하는 자 또는 비등록장애인(보훈처 등록장애인 포함)일 경우 장애가 있음으로 분류하였다. 그 후 장애만 있는 군, 만성질환만 있는 군, 장애와 만성질환을 둘 다 보유한 군, 둘 다 없는 군으로 나누었다. 입원경험과 외래경험의 경우 지난 1년동안 한번 이상 외래나 입원이 있는 경우 경험이 있는 군으로, 한번도 없다고 응답한 군은 경험이 없는 군으로 나누었다. 민간보험의 경우 조사기준으로 전년도 12월 31일 기준으로 민간의료보험 가입 건수를 통해 확인하였다. 1개 이상 민간보험을 보유하고 있다고 대답한 군을 민간보험 보유군으로 0개라고 답한 군을 미보유군으로 나누었다.



이 연구는 한국복지패널 2016 년부터 2020 년까지 5 개년을 사용하였으나,
의료보장 형태의 변화를 확인하기 위해 처음 1 개년을 제외한 4 개 연도를 변수로
구분하여 적용하였다.

표 8. 변수의 구성 및 측정

구 분	요인	측정방법
종속변수	우울 증상	CES-D11 점수 16 점 미만 = 0, 16 점 이상 = 1
흥미변수	의료보장 형태변화	의료급여 유지군 = 0, 의료급여에서 건강보험 변화군 = 1, 건강보험에서 의료급여 변화군 = 2, 건강보험 유지군 = 3
	성별	여자 = 0, 남자 = 1
	연령	19 세 ~ 34 세 = 1, 35 세 ~ 49 세 = 2, 50 세 ~ 64 세 = 3, 65 세 ~ 79 세 = 4, 80 세 이상 = 5
	거주지역	도시 = 1, 그 외 = 2
독립변수	배우자	유 = 1, 이혼, 사별, 별거 = 2, 미혼 = 3
	교육수준	무학, 초등학교, 중학교, 고등학교 = 1, 전문대학, 대학교, 대학원(석사, 박사) = 2
	가구형태	1 인가구 가구주 = 1, 2 인이상 가구주 = 2, 2 인이상 가구 구성원 = 3

표 8. 변수의 구성 및 측정(계속)

구 분	요인	측정방법
경제활동 참여상태	상용직, 임시직, 일용직, 자영업자, 자활 및 공공 근로, 노인일자리, 고용주, 무급가족종사자 = 1, 실업자 = 2, 비경제활동자 = 3	
가구소득	일반가구 = 1, 저소득가구=2	
음주 및 흡연	음주 = 1, 흡연 = 2, 음주와 흡연 = 3, 미음주와 비흡연 = 4	
독립변수	장애등급 보유 및 비등록장애인 = 1, 만성질환 및 장애 만성질환 보유 = 2, 만성질환과 장애 보유 = 3, 만성질환과 장애 미보유 = 4	
외래경험	1년간 외래 없음 = 0, 1년간 1회이상 외래 경험 있음 = 1	
입원경험	1년간 입원 없음 = 0, 1년간 1회이상 입원 경험 있음 = 1	
민간보험	미보유 = 0, 1개 이상 보유 = 1	
연도	2017년, 2018년, 2019년, 2020년	



3.5. 분석방법

이 연구는 한국복지패널 11 차(2016년)에서 15 차(2020년) 자료를 사용하고, 한국복지패널에서 제공하는 개인일반/통합표본/모수추정/종단면가중치를 적용 후 분석하였다. 의료보장 형태의 변화를 확인하기 위해 Lag Function을 이용하여 변화에 따라 4 가지 형태인 (1) 의료급여 유지, (2) 의료급여에서 건강보험 (3) 건강보험에서 의료급여 (4) 건강보험 유지로 구분하였다. 자료의 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 일반적 특성과 분포를 파악하기 위해 인구사회학적 요인, 건강 및 의료 요인, 우울 증상에 영향을 줄 수 있는 요인에 대하여 카이제곱검정 (Chi-square test)을 실시하여 빈도와 백분율을 제시하였다.

둘째, 연구대상자의 의료보장 형태의 변화, 인구사회학적 특성, 건강 및 의료 요인 특성과 우울 증상의 연관성을 파악하기 위하여 일반화 추정 방정식 (Generalized Estimating Equation, GEE)으로 반복 측정된 범주형 데이터의 다변수 분석을 실시하였다.

셋째, 의료보장 형태 및 인구사회학적 요인, 건강행태 관련 요인, 의료관련 요인과 우울 증상의 연관성을 확인하기 위해 각 요인의 하위 집단을 일반화 추정 방정식(GEE)으로 분석하여 각 요인별 의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 영향을 확인하였다.

넷째, 의료보장 형태의 변화에 따라 우울 증상의 심각도를 확인하기 위하여 일반화 추정 방정식(GEE)을 사용하여 경미한 우울, 중한 우울, 심각한 우울의 정도를 분석하였다.

분석결과는 각 단계별 교차비(Odds Ratio, OR)와 95% 신뢰구간(Confidence Interval, CI)을 산출하였다. 자료의 통계 분석은 SAS version 9.4(SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)를 사용하였으며, P 값이 0.05 미만인 경우 통계적으로 유의하다고 판단하였다.



3.6. 연구윤리

이 연구는 연세의료원 연구심의위원회(Institutional Review Board, 이하 IRB) 심의에서 IRB 심의 면제(생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 제 13 조 제 1 항 제 3 호) 대상으로 면제승인을 받았다(IRB number: 4-2024-0935).



4. 연구결과

4.1. 연구 대상자의 일반적 특성

복지패널 11 차(2016년), 12 차(2017년), 13 차(2018년), 14 차(2019년), 15 차(2020년) 자료를 이용하여 만 19세 이상 성인을 대상으로 2회 이상 조사된 대상자를 모두 분석에 포함하였고, 분석 시작 시 우울 증상이 있던 관측치는 제거하였다. 최종 관측치는 38,154 개로 대상자들은 평균적으로 3.48년(± 0.02 년) 참여하였다.

연구 대상 집단의 일반적 특성과 분포는 표 9와 같다. 총 38,514 개의 관측치의 대상자로 구성되었다. 이 중 1,732명(4.5%)은 전년도와 동일하게 의료급여를 유지하였고, 140명(0.4%)은 의료급여 수급자에서 건강보험 대상자로 의료보장 형태가 변화하였다. 반대로, 134명(0.3%)은 건강보험 대상자에서 의료급여 수급자로 변화하였다. 나머지 36,508명(94.8%)은 전년도와 동일하게 건강보험 대상자 지위를 유지하였다. 우울 증상 발생을 기준으로 살펴보면, 38,514명의 대상자 중 34,667명(90%)은 전년도 기준으로 새로운 우울 증상 발생이 없었고, 3,847명(10%)은 새로운 우울 증상이 발생하였다.

인구사회학적 특성에 따라 비교하면, 전체 참여자 중 남성은 17,208명(44.7%)이고, 여성은 21,306명(55.3%)이었다. 성별에 따른 우울 증상의 새로운 발생을 살펴본 결과, 남성 중 1,275명(7.4%)이 새롭게 우울 증상을 경험한 반면, 여성 중 2,572명(12.1%)이 새롭게 우울 증상을 경험하였다. 이러한 결과는 여성이 남성보다 새롭게 우울 증상을 경험할 위험이 더 높다는 경향을 보여준다. 연령별로는 19세에서 34세에서 13.8%, 35세에서 49세는 24.6%, 50세에서 64세는 24.6%, 65세에서 79세는 26%, 80세 이상은 11.1%이었다. 거주지역을 기준으로는 도시지역에 거주자가 80.7%으로 대부분을 차지하였으며, 19.3%는 도시 외 지역에 거주하고 있었다. 배우자 유무에 따라서는 배우자가 있는 군이 65.1%로 가장 많았고, 이혼, 사별, 별거군은 19.5%, 미혼군은 15.4%로 분석되었다. 교육수준의 경우



고등학교 이하의 교육을 받은 군이 65.6%로, 전문대학 이상 교육을 받은 군(34.4%)보다 높은 비율을 보였다. 가구 형태는 2인 이상 가구의 구성원이 46.6%로 가장 많았으며, 2인 이상 가구주가 37.9%, 1인 가구 가구주가 15.5%였다. 반면, 새롭게 생긴 우울 증상의 경우 1인 가구의 가구주에서 20.4%로 가장 높았으며 2인 이상 가구의 가구주 8.2%, 2인 이상 가구의 구성원 8.0%였다. 경제참여상태의 경우 근로자의 비율이 61.9%, 비경제활동 비율이 36.7%, 실업자 비율이 1.4%였다. 가구의 소득을 기준으로 일반가구는 71.1%, 저소득가구는 28.9%였으며, 새로 발생한 우울 증상의 경우 저소득가구에서 19.7%로 일반가구 6%보다 높은 경향을 보였다.

건강 및 의료 요인 중 음주 및 흡연의 경우, 음주만 하는 군은 35%, 흡연만 하는 군은 3.5%, 음주와 흡연을 동시에 하는 군은 12.2%였으며, 금연 및 금주를 하는 군이 49.3%로 높은 비율을 보였다. 장애 및 만성질환의 보유의 경우 만성질환 보유자가 48.5%로 가장 많았으며 장애와 만성질환을 둘 다 보유한 군은 7.3%, 장애만 보유한 군은 1.4%였다. 장애 및 만성질환을 둘 다 보유하지 않은 군은 42.7%로 가장 높은 비율을 보였다. 장애 및 만성질환의 경우 둘 다 보유하고 있는 군에서 새로 생긴 우울 증상이 21.3%로 높은 경향을 보였다. 외래는 85.5%가 1회 이상 경험이 있었으며 입원의 경우 12.2%가 1회이상 경험이 있었다. 민간보험의 가입여부의 경우 65.7%가 민간보험을 추가적으로 보유하고 있었으며, 34.3%는 민간보험에 없었다. 새롭게 생긴 우울 증상의 경우 민간보험 미보유군에서 17.1%로 민간보험 보유 군의 6.3%보다 높은 경향을 보였다.



표 9. 연구대상자의 일반적 특성

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)						P-value	
	전체		없음		있음			
	N	%	N	%	N	%		
	38,514	100	34,667	90.0	3,847	10.0		
의료보장 형태 변화							<.0001	
의료급여 → 의료급여	1,732	4.5	1,219	70.4	513	29.6		
의료급여 → 건강보험	140	0.4	114	81.4	26	18.6		
건강보험 → 의료급여	134	0.3	98	73.1	36	26.9		
건강보험 → 건강보험	36,508	94.8	33,236	91.0	3,272	9.0		
성별							<.0001	
남성	17,208	44.7	15,933	92.6	1,275	7.4		
여성	21,306	55.3	18,734	87.9	2,572	12.1		
연령							<.0001	
19~34	5,319	13.8	4,988	93.8	331	6.2		
35~49	9,464	24.6	8,992	95.0	472	5.0		
50~64	9,461	24.6	8,739	92.4	722	7.6		
65~79	10,012	26.0	8,683	86.7	1,329	13.3		
80≤	4,258	11.1	3,265	76.7	993	23.3		
거주지역							<.0001	
도시	31,096	80.7	28,097	90.4	2,999	9.6		
그 외	7,418	19.3	6,570	88.6	848	11.4		
배우자							<.0001	
유	25,054	65.1	23,239	92.8	1,815	7.2		
이혼,사별,별거	7,512	19.5	5,962	79.4	1,550	20.6		
미혼	5,948	15.4	5,466	91.9	482	8.1		
교육수준							<.0001	
고등학교 및 이하	25,270	65.6	22,100	87.5	3,170	12.5		
전문대학 및 이상	13,244	34.4	12,567	94.9	677	5.1		
가구형태							<.0001	
1인가구 가구주	5,957	15.5	4,742	79.6	1,215	20.4		
2인이상 가구주	14,591	37.9	13,391	91.8	1,200	8.2		
2인이상 구성원	17,966	46.6	16,534	92.0	1,432	8.0		

표 9. 연구대상자의 일반적 특성 (계속)

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)						P-value	
	전체		없음		있음			
	N	%	N	%	N	%		
	38,514	100	34,667	90.0	3,847	10.0		
경제참여상태							<.0001	
근로자	23,838	61.9	22,350	93.8	1,488	6.2		
실업자	543	1.4	475	87.5	68	12.5		
비경제활동	14,133	36.7	11,842	83.8	2,291	16.2		
가구소득							<.0001	
일반가구	27,402	71.1	25,745	94.0	1,657	6.0		
저소득가구	11,112	28.9	8,922	80.3	2,190	19.7		
음주 및 흡연							<.0001	
음주만	13,480	35.0	12,674	94.0	806	6.0		
흡연만	1,358	3.5	1,161	85.5	197	14.5		
모두	4,699	12.2	4,333	92.2	366	7.8		
안함	18,977	49.3	16,499	86.9	2,478	13.1		
장애 및 만성질환							<.0001	
장애만	557	1.4	509	91.4	48	8.6		
만성질환만	18,679	48.5	16,349	87.5	2,330	12.5		
모두	2,821	7.3	2,219	78.7	602	21.3		
없음	16,457	42.7	15,590	94.7	867	5.3		
외래경험							<.0001	
없음	5,570	14.5	5,299	95.1	271	4.9		
있음	32,944	85.5	29,368	89.1	3,576	10.9		
입원경험							<.0001	
없음	33,826	87.8	30,790	91.0	3,036	9.0		
있음	4,688	12.2	3,877	82.7	811	17.3		
민간보험							<.0001	
미보유	13,219	34.3	10,953	82.9	2,266	17.1		
보유	25,295	65.7	23,714	93.7	1,581	6.3		

4.2. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 요인

표 10 은 의료보장 형태의 변화 및 연구대상자의 특성이 우울 증상에 미치는 영향을 분석하기 위해 일반화추정방정식(GEE)분석법을 사용하여 유의수준 5%에서 유의성 검정을 실시하였다. 분석결과 의료보장 형태의 변화, 성별, 배우자 유무, 교육수준, 경제참여상태, 가구소득, 음주 및 흡연, 외래경험, 입원경험, 민간보험 가입 여부에서 유의한 결과를 보였다.

먼저 흥미변수인 의료보장 형태 변화와 관련해서, 건강보험을 유지한 군에 비해 의료급여를 유지한 군은 우울 증상 발생 오즈가 1.78 배 높았고(OR=1.78, 95% CI:1.38–2.31), 의료급여에서 건강보험으로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈가 2.19 배(OR=2.19, 95% CI:1.16–4.12), 건강보험에서 의료급여로 전환된 경우에는 우울 증상 발생 오즈가 2.05 배(OR=2.05, 95% CI:1.14–3.66) 더 높았다.

인구사회학적 특성에 따른 분석결과는 다음과 같다. 성별에 따른 분석 결과, 여성은 남성에 비해 우울 증상 발생 오즈가 1.91 배 더 높았다(OR=1.91, 95% CI: 1.57–2.32). 연령대별로 살펴보면, 80 세 이상 연령대에서 우울 증상 발생 위험이 가장 높았다. 19–34 세에 비해 1.90 배 더 높았다(OR=1.90, 95% CI: 1.29–2.80). 거주지역에 따른 분석에서는 도시 거주자에 비해 도시 외 지역에 거주하는 군의 우울 증상 발생 오즈가 낮았지만, 통계적으로 유의한 차이는 없었다(OR=0.88, 95% CI: 0.74–1.03). 배우자 유무는 우울 증상 발생에 영향을 미쳤으며, 이혼,사별,별거군은 배우자가 있는 군에 비해 우울 증상 발생 오즈가 1.53 배 더 높았고(OR=1.53, 95% CI: 1.26–1.85), 미혼의 경우에도 2.03 배 더 높았다(OR=2.03, 95% CI: 1.50–2.77). 교육 수준에서는 고등학교 이하의 교육을 받은 군에 비해 전문대학 이상의 교육을 받은 군의 우울 증상 발생 오즈가 22% 더 낮았다(OR=0.78, 95% CI: 0.65–0.93).

가구 형태에 따라 1 인 가구의 가구주는 2 인 이상 가구 구성원에 비해 우울 증상 발생 오즈가 통계적으로 유의하지 않았으나(OR=1.05, 95% CI: 0.83–1.32), 2 인 이상 가구의 가구주는 2 인 이상 가구 구성원에 비해 우울 증상 발생 오즈가 1.26 배 더 높았다(OR=1.26, 95% CI: 1.03–1.53). 경제활동 상태를 기준으로는, 근로자에



비해 실업자의 우울 증상 발생 오즈가 2.11 배 더 높았으며(OR=2.11, 95% CI: 1.45–3.05), 비경제활동자도 근로자에 비해 1.35 배 더 높은 우울 증상 발생 위험을 보였다(OR=1.35, 95% CI: 1.18–1.55). 가구 소득에서는 저소득 가구가 일반 가구에 비해 우울 증상 발생 오즈가 1.80 배 더 높았다(OR=1.80, 95% CI: 1.55–2.08).

다음으로, 건강 및 의료 요인을 살펴보면, 비흡연과 미음주를 하는 군에 비해 흡연군의 우울 증상 발생 오즈가 2.01 배 더 높았으며(OR=2.01, 95% CI: 1.52–2.67), 흡연과 음주를 동시에 하는 경우에도 우울 증상 발생 오즈가 1.57 배 더 높았다(OR=1.57, 95% CI: 1.26–1.95). 반면, 음주의 경우 우울 증상 발생 위험에 유의한 차이가 없었다(OR=0.93, 95% CI: 0.80–1.08). 장애와 만성질환 보유의 경우, 장애와 만성질환 모두 없는 군보다 장애가 있는 군의 우울 증상 발생 오즈는 유의하지 않았고(OR=0.90, 95% CI: 0.54–1.50), 만성질환이 있는 군의 우울 증상 발생 오즈가 1.15 배 더 높았지만 통계적으로 유의하지 않았다(OR=1.15, 95% CI: 0.98–1.35). 반면, 장애와 만성질환이 동시에 있는 경우, 우울 증상 발생 위험은 1.67 배 더 높았다(OR=1.67, 95% CI: 1.29–2.15).

외래진료 경험이 있는 군은 진료 경험이 없는 군에 비해 우울 증상 발생 오즈가 1.25 배 더 높았으며(OR=1.25, 95% CI: 1.03–1.51), 입원 경험이 있는 군은 입원 경험이 없는 군에 비해 우울 증상 발생 오즈가 1.51 배 더 높았다(OR=1.51, 95% CI: 1.31–1.74). 마지막으로, 민간보험 가입 여부와 관련해서는, 민간보험을 보유하지 않은 군이 보유하고 있는 군에 비해 우울 증상 발생 오즈가 1.25 배 더 높은 것으로 분석되었다(OR=1.25, 95% CI: 1.09–1.44).



표 10. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 요인분석

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)			
	OR	95% CI		P-value
의료보장 형태 변화				
의료급여 → 의료급여	1.78	(1.38	–	2.31)
의료급여 → 건강보험	2.19	(1.16	–	4.12)
건강보험 → 의료급여	2.05	(1.14	–	3.66)
건강보험 → 건강보험	1.00			
성별				
남성	1.00			
여성	1.91	(1.57	–	2.32)
연령				
19~34	1.00			
35~49	1.14	(0.83	–	1.57)
50~64	1.16	(0.83	–	1.63)
65~79	1.24	(0.86	–	1.79)
80≤	1.90	(1.29	–	2.80)
거주지역				
도시	1.00			
그 외	0.88	(0.74	–	1.03)
배우자				
유	1.00			
이혼,사별,별거	1.53	(1.26	–	1.85)
미혼	2.03	(1.50	–	2.77)
교육수준				
고등학교 및 이하	1.00			
전문대학 및 이상	0.78	(0.65	–	0.93)
가구형태				
1인가구 가구주	1.05	(0.83	–	1.32)
2인이상 가구주	1.26	(1.03	–	1.53)
2인이상 구성원	1.00			



표 10. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 요인분석(계속)

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)		
	OR	95% CI	P-value
경제참여상태			
근로자	1.00		
실업자	2.11	(1.45 ~ 3.05)	<.0001
비경제활동	1.35	(1.18 ~ 1.55)	<.0001
가구소득			
일반가구	1.00		
저소득가구	1.80	(1.55 ~ 2.08)	<.0001
음주 및 흡연			
음주만	0.93	(0.80 ~ 1.08)	0.321
흡연만	2.01	(1.52 ~ 2.67)	<.0001
모두	1.57	(1.26 ~ 1.95)	<.0001
안함	1.00		
장애 및 만성질환			
장애만	0.90	(0.54 ~ 1.50)	0.697
만성질환만	1.15	(0.98 ~ 1.35)	0.080
모두	1.67	(1.29 ~ 2.15)	<.0001
없음	1.00		
외래경험			
없음	1.00		
있음	1.25	(1.03 ~ 1.51)	0.023
입원경험			
없음	1.00		
있음	1.51	(1.31 ~ 1.74)	<.0001
민간보험			
미보유	1.25	(1.09 ~ 1.44)	0.002
보유	1.00		

4.3. 의료보장 형태 변화와 가구소득 유형

표 11 은 의료보장 형태 변화가 가구소득의 따라 우울 증상 발생에 차이점이 있는지 확인하기 위하여 빈도분석을 실시하였다.

가구 소득에 따른 의료보장 형태의 변화를 분석한 결과, 일반소득 가구는 전체의 71.1%를 차지하였으며, 저소득 가구는 28.9%를 차지하였다. 의료급여를 받던 사람들이 계속 의료급여를 유지한 경우는 전체의 4.5%에 해당하였으며, 이들 중 89.6%가 저소득 가구에 속했다. 일반소득 가구는 10.4%였다.

다음으로, 의료급여에서 건강보험으로 변화한 경우 중 55%가 저소득 가구에 속한 군이었다. 이들은 중위소득 60%를 넘지 못함에도 불구하고 의료급여를 탈출하게 된 군으로 볼 수 있다. 45%는 일반소득 가구에 해당하며, 가구 소득의 변화로 인한 의료보장 형태의 변화일 수 있다.

반면, 건강보험에서 의료급여로 전환된 경우는 전체의 0.3%인 134 명이었으며, 이 중 79.1%가 저소득 가구에 속했고, 20.9%가 일반소득 가구였다. 건강보험에서 의료급여로 전환된 사람들은 대부분 저소득 가구에 해당하여, 경제적 어려움이 의료급여 전환에 영향을 미쳤을 가능성을 보인다.

마지막으로, 건강보험을 받던 사람들이 계속 건강보험을 유지한 경우는 전체의 94.8%에 해당하며, 이들 중 74.3%가 일반소득 가구, 25.7%가 저소득 가구였다.

표 11. 가구 소득별 의료보장 형태의 변화

변수	전체		일반소득 가구		저소득 가구	
	N	%	N	%	N	%
	38,514	100	27,402	71.1	11,112	28.9
의료보장 형태 변화						
의료급여 → 의료급여	1,732	4.5	180	10.4	1,552	89.6
의료급여 → 건강보험	140	0.4	63	45.0	77	55.0
건강보험 → 의료급여	134	0.3	28	20.9	106	79.1
건강보험 → 건강보험	36,508	94.8	27,131	74.3	9,377	25.7



표 12 는 가구 소득별로 의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 영향을 분석한 결과를 보여준다. 일반소득 가구와 저소득가구 그룹에서 의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 영향에 차이가 있는지 확인하였다. 다른 독립 변수들은 모두 조정되었다.

먼저, 일반소득 가구에서 의료급여를 유지한 군은 건강보험을 유지한 군에 비해 우울 증상 발생 오즈가 2.23 배 더 높았으며($OR=2.23$, 95% CI: 1.26–3.92), 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 저소득 가구에서는 의료급여를 유지한 경우 건강보험을 유지한 군에 비해 우울 증상 발생 오즈가 1.63 배 더 높았으며($OR=1.63$, 95% CI: 1.23–2.14), 통계적으로 유의한 결과를 보였다.

의료급여에서 건강보험으로 변화한 경우, 일반소득 가구에서는 유의한 영향이 보이지 않았으나($OR=1.69$, CI: 0.65–4.41), 저소득 가구에서는 우울 증상 발생 오즈가 2.6 배 더 높았다($OR=2.6$, 95% CI: 1.15–5.88).

반면, 건강보험에서 의료급여로 변화한 경우 일반소득 가구와 저소득 가구 모두에서 통계적으로 유의하지 않았다.

표 12. 가구 소득별 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상^a

변 수	우울 증상 (CES-D \geq 16)					
	일반소득 가구			저소득 가구		
	OR	95% CI	P-value	OR	95% CI	P-value
의료보장 형태 변화						
의료급여 →의료급여	2.23	(1.26 – 3.92)	0.006	1.63	(1.23 – 2.14)	0.001
의료급여 →건강보험	1.69	(0.65 – 4.41)	0.283	2.60	(1.15 – 5.88)	0.022
건강보험 →의료급여	2.30	(0.66 – 8.09)	0.193	1.73	(0.94 – 3.18)	0.078
건강보험 →건강보험	1.00			1.00		

a: 모든 분석 결과는 성별, 연령, 거주지역, 배우자 유무, 교육 수준, 가구 형태, 경제활동 상태, 음주 및 흡연 여부, 장애 및 만성질환, 외래 경험, 입원 경험, 민간보험 가입 여부, 연도를 조정한 값임.



4.4. 의료보장 형태 변화에 따른 하위그룹 분석

하위그룹별 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상과의 관련성은 표 13에 제시하였다. 하위그룹 분석결과 건강보험 유지군에 비해 의료급여 유지, 의료급여에서 건강보험으로 변화된 군, 건강보험에서 의료급여로 변화된 군에서 우울 증상이 하위 그룹별로 변화하였으며 변수별로 차이가 있었다.

1) 성별에 따른 분석

성별 분석에서 남성의 경우 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 남성은 우울 증상 발생 오즈가 1.51 배 더 높았으나(OR=1.51, 95% CI: 0.92–2.47), 통계적으로 유의하지 않았다. 의료급여에서 건강보험으로 변화된 남성은 우울 증상 발생 오즈가 2.48 배 더 높았으나(OR=2.48, 95% CI: 0.97–6.32), 통계적으로 유의하지 않았다. 건강보험에서 의료급여로 변화된 남성도 우울 증상 발생 오즈가 1.56 배 더 높았으나(OR=1.56, 95% CI: 0.65–3.72), 통계적으로 유의하지 않았다. 여성의 경우 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 여성은 우울 증상 발생 오즈가 1.94 배 더 높았고(OR=1.94, 95% CI: 1.48–2.54), 이는 통계적으로 유의했다. 의료급여에서 건강보험으로 변화된 여성은 우울 증상 발생 오즈가 1.88 배 더 높았으나(OR=1.88, 95% CI: 0.75–4.70), 통계적으로 유의하지 않았다. 건강보험에서 의료급여로 변화된 여성은 우울 증상 발생 오즈가 2.35 배 더 높았고(OR=2.35, 95% CI: 1.12–4.93), 통계적으로 유의하였다.

2) 연령에 따른 분석

35–49 세의 경우 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지하거나 변화하였을 때 우울 증상이 증가하였지만 통계적으로 유의하지 않았다. 50–64 세의 경우 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 50–64 세는 우울 증상 발생 오즈가 2.53 배 더 높았고(OR=2.53, 95% CI: 1.59–4.04), 이는 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 전환된 50–64 세는 우울 증상 발생 오즈가 2.16 배 더 높았으나(OR=2.16, 95% CI: 0.59–7.97), 통계적으로 유의하지 않았다. 반면, 건강

보험에서 의료급여로 전환된 50–64 세는 우울 증상 발생 오즈가 6.06 배였으며 ($OR=6.06$, 95% CI:2.14–17.20) 통계적으로 유의했다. 65–79 세의 경우 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 65–79 세는 우울 증상 발생 오즈가 1.78 배 더 높았다($OR=1.78$, 95% CI:1.27–2.49). 의료급여에서 건강보험으로 변화되었거나 건강보험에서 의료급여로 변화되었을 때 우울 증상 발생 오즈가 높아졌지만 통계적으로 유의하지 않았다.

3) 교육수준에 따른 분석

고등학교 이하 교육을 받은 군의 경우, 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 고등학교 이하 교육군에서 우울 증상 발생 오즈가 1.67 배 더 높았으며 ($OR=1.67$, 95% CI: 1.30–2.13), 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 변화된 군의 우울 증상 발생 오즈는 2.76 배 더 높았다($OR=2.76$, 95% CI: 1.31–5.81). 건강보험에서 의료급여로 변화한 군은 우울 증상 발생 오즈가 1.85 배 더 높았으며($OR=1.85$, 95% CI: 1.02–3.35) 통계적으로 유의하였다. 전문대학 이상의 교육을 받은 군의 경우 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 전문대학 이상 교육군의 우울 증상 발생 오즈가 2.46 배 더 높았고($OR=2.46$, 95% CI: 1.14–5.31), 이는 통계적으로 유의하였다. 그러나 의료급여에서 건강보험으로 변화한 군과 건강보험에서 의료급여로 변화한 군은 우울 증상 발생이 통계적으로 유의하지 않았다.

4) 가구형태에 따른 분석

1 인 가구의 가구주의 경우 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 1 인 가구주는 우울 증상 발생 오즈가 1.80 배 더 높았으며($OR=1.80$, 95% CI: 1.22–2.67), 이는 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 변화된 경우 우울 증상 발생 오즈가 5.11 배 더 높았다($OR=5.11$, 95% CI: 1.55–16.81). 건강보험에서 의료급여로 변화된 경우에는 우울 증상 발생 오즈가 1.99 배 더 높았으나($OR=1.99$, 95% CI: 0.74–5.30), 유의한 값은 아니었다. 2 인 이상 가구의 가구주는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 가구주는 우울 증상 발생 오즈가 1.81 배 더 높았다($OR=1.81$, 95% CI: 1.23–2.66). 반면, 2 인 이상 가구의 구성원에서 건강보험

유지군에 비해 의료급여 유지군 및 의료보장 유형의 변화에 따른 우울 증상 발생 위험은 통계적으로 유의하지 않았다.

5) 경제참여상태에 따른 분석

근로자군의 경우, 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 근로자의 우울 증상 발생 오즈가 2.65 배 더 높았으며(OR=2.65, 95% CI: 1.64–4.28), 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 변화된 경우와 건강보험에서 의료급여로 변화된 경우 통계적으로 유의하지 않았다. 반면 비경제활동군에서는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 비경제활동자의 우울 증상 발생 오즈가 1.54 배 더 높았으며(OR=1.54, 95% CI: 1.16–2.04), 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈가 2.89 배 더 높았으며(OR=2.89, 95% CI: 1.10–7.57), 건강보험에서 의료급여로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈가 2.14 배 더 높았다(OR=2.14, 95% CI: 1.15–3.99).

6) 음주 및 흡연여부에 따른 분석

음주군의 경우 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 음주군의 우울 증상 발생 오즈는 2.50 배 더 높았으며(OR=2.50, 95% CI: 1.26–4.98), 그 외는 통계적으로 유의하지 않았다. 음주 및 흡연을 모두 하는 군에서는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 음주 및 흡연자의 경우 우울 증상 발생 오즈가 1.63 배 더 높았으나(OR=1.63, 95% CI: 0.80–3.36), 통계적으로 유의하지 않았다. 의료급여에서 건강보험으로 변화 시 우울 증상 발생 오즈는 4.19 배 더 높았으며(OR=4.19, 95% CI: 1.23–14.35), 이는 통계적으로 유의하였다. 건강보험에서 의료급여로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈는 27% 낮았으나(OR=0.73, 95% CI: 0.12–4.64), 유의하지 않았다. 음주 및 흡연하지 않는 군에서는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 군의 우울 증상 발생 오즈가 1.72 배 더 높았으며(OR=1.72, 95% CI: 1.31–2.26), 의료급여에서 건강보험으로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈가 2.31 배 더 높았다(OR=2.31, 95% CI: 1.00–5.32). 건강보험에서 의료급여로 전환된

경우 우울 증상 발생 오즈는 3.03 배 더 높았으며(OR=3.03, 95% CI: 1.55–5.93), 통계적으로 유의했다.

7) 장애 및 만성질환 보유여부에 따른 분석

만성질환 보유자에서는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 만성질환자의 우울 증상 발생 오즈는 2.31 배 더 높았으며(OR=2.31, 95% CI: 1.67–3.19), 의료급여에서 건강보험으로 변화된 경우 우울 증상 발생 오즈가 3.69 배 더 높았다(OR=3.69, 95% CI: 1.33–10.26). 건강보험에서 의료급여로 전환된 경우에는 우울 증상 발생 오즈가 2.59 배 더 높았고(OR=2.59, 95% CI: 1.22–5.51), 이는 통계적으로 유의하였다. 장애 및 만성질환이 모두 있는 군에서는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 군, 의료급여에서 건강보험으로 변화된 군, 건강 보험에서 의료급여로 전환된 군의 경우 우울 증상 발생 오즈가 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 장애 및 만성질환이 모두 없는 군에서 우울 증상 발생 오즈는 통계적으로 유의하지 않았다.

8) 외래 및 입원 경험여부에 따른 분석

외래진료 경험이 있는 군에서는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 외래진료 경험이 있는 군의 우울 증상 발생 오즈는 1.97 배 더 높았으며(OR=1.97, 95% CI: 1.50–2.59) 의료급여에서 건강보험으로 변화된 경우 우울 증상 발생 오즈는 2.40 배 더 높았다(OR=2.40, 95% CI: 1.22–4.71). 건강보험에서 의료급여로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈는 2.52 배 더 높았고(OR=2.52, 95% CI: 1.40–4.56), 통계적으로 유의했다.

입원경험이 없는 군에서는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 군의 우울 증상 발생 오즈는 1.82 배 더 높았으며(OR=1.82, 95% CI: 1.37–2.42), 이는 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 변화된 경우 우울 증상 발생 오즈는 2.37 배 더 높았고(OR=2.37, 95% CI: 1.24–4.52), 건강보험에서 의료급여로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈는 1.44 배 더 높았으나(OR=1.44, 95% CI: 0.73–2.86), 통계적으로 유의하지 않았다. 입원경험이 있는 군의 건강보험 유지군에 비해

의료급여를 유지한 입원경험이 있는 군의 우울 증상 발생 오즈는 1.72 배 더 높았으며(OR=1.72, 95% CI: 1.07–2.77), 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 변화된 경우 우울 증상 발생 오즈가 1.17 배 더 높았으나(OR=1.17, 95% CI: 0.37–3.70), 통계적으로 유의하지 않았다. 건강보험에서 의료급여로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈는 7.54 배 더 높았다(OR=7.54, 95% CI: 2.04–27.89).

9) 민간보험 가입 여부에 따른 분석

민간보험 미보유군에서는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 군에서 우울 증상 발생 오즈가 1.36 배 더 높았으며(OR=1.36, 95% CI: 1.03–1.80), 이는 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 변화된 경우 우울 증상 발생 오즈는 2.78 배 더 높았으며(OR=2.78, 95% CI: 1.26–6.12), 건강보험에서 의료급여로 변화된 경우 우울 증상 발생 오즈는 1.18 배 더 높았으나(OR=1.18, 95% CI: 0.60–2.34), 통계적으로 유의하지 않았다. 민간보험을 보유한 군에서는 건강보험 유지군에 비해 의료급여를 유지한 군의 우울 증상 발생 오즈는 2.77 배 더 높았다(OR=2.77, 95% CI: 1.78–4.32). 의료급여에서 건강보험으로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈는 1.46 배 더 높았으나(OR=1.46, 95% CI: 0.57–3.74), 통계적으로 유의하지 않았고 건강보험에서 의료급여로 전환된 경우 우울 증상 발생 오즈는 5.27 배 더 높았다(OR=5.27, 95% CI: 2.13–13.03).

표 13. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 하위그룹 분석

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)								
	건강보험		의료급여 → 의료급여		의료급여 → 건강보험		건강보험 → 의료급여		
	OR	OR	95% CI		OR	95% CI		OR	
성별									
남성	1.00	1.51	(0.92	–	2.47)	2.48	(0.97	–	6.32)
여성	1.00	1.94	(1.48	–	2.54)	1.88	(0.75	–	4.70)
연령									
19–34	1.00	–			–		–		
35–49	1.00	1.43	(0.60	–	3.38)	2.68	(0.66	–	10.84)
50–64	1.00	2.53	(1.59	–	4.04)	2.16	(0.59	–	7.97)
65–79	1.00	1.78	(1.27	–	2.49)	1.05	(0.26	–	4.24)
80≤	1.00	–			–		–		
교육수준									
고등학교 및 이하	1.00	1.67	(1.30	–	2.13)	2.76	(1.31	–	5.81)
전문대학 및 이상	1.00	2.46	(1.14	–	5.31)	1.08	(0.28	–	4.21)
가구형태									
1인가구 가구주	1.00	1.80	(1.22	–	2.67)	5.11	(1.55	–	16.81)
2인이상 가구주	1.00	1.81	(1.23	–	2.66)	0.56	(0.18	–	1.71)
2인이상 구성원	1.00	1.66	(0.98	–	2.79)	2.15	(0.88	–	5.27)

표 13. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 하위그룹 분석(계속)

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)								
	건강보험		의료급여 → 의료급여		의료급여 → 건강보험		건강보험 → 의료급여		
	OR	OR	95% CI		OR	95% CI		OR	
경제참여상태									
근로자	1.00	2.65	(1.64	–	4.28)	1.77	(0.77	–	4.06)
실업자	1.00	–			–		–		
비경제활동	1.00	1.54	(1.16	–	2.04)	2.89	(1.10	–	7.57)
가구소득									
일반가구	1.00	2.22	(1.26	–	3.91)	1.72	(0.67	–	4.43)
저소득가구	1.00	1.63	(1.23	–	2.15)	2.69	(1.20	–	6.04)
음주 및 흡연									
음주만	1.00	2.50	(1.26	–	4.98)	1.10	(0.28	–	4.22)
흡연만	1.00	1.97	(0.90	–	4.29)	2.84	(0.58	–	13.94)
모두	1.00	1.63	(0.80	–	3.36)	4.19	(1.23	–	14.35)
안함	1.00	1.72	(1.31	–	2.26)	2.31	(1.00	–	5.32)
장애 및 만성질환									
장애만	1.00	–			–		–		
만성질환만	1.00	2.31	(1.67	–	3.19)	3.69	(1.33	–	10.26)
모두	1.00	1.34	(0.80	–	2.24)	1.82	(0.57	–	5.82)
없음	1.00	1.42	(0.80	–	2.53)	1.17	(0.35	–	3.93)

표 13. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 하위그룹 분석(계속)

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)												
	건강보험		의료급여 → 의료급여		의료급여 → 건강보험		건강보험 → 의료급여						
	OR	OR	95% CI		OR	95% CI		OR					
외래경험													
없음	1.00	0.70	(0.29	–	1.67)	1.84	(0.55	–	6.13)	0.25	(0.02	–	3.51)
있음	1.00	1.97	(1.50	–	2.59)	2.40	(1.22	–	4.71)	2.52	(1.40	–	4.56)
입원경험													
없음	1.00	1.82	(1.37	–	2.42)	2.37	(1.24	–	4.52)	1.44	(0.73	–	2.86)
있음	1.00	1.72	(1.07	–	2.77)	1.17	(0.37	–	3.70)	7.54	(2.04	–	27.89)
민간보험													
미보유	1.00	1.36	(1.03	–	1.80)	2.78	(1.26	–	6.12)	1.18	(0.60	–	2.34)
보유	1.00	2.77	(1.78	–	4.32)	1.46	(0.57	–	3.74)	5.27	(2.13	–	13.03)



4.5. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상 심각도 하위그룹 분석

표 14 는 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상의 심각도를 수준별 나누어 하위그룹으로 분석한 결과를 제시하였다. 우울 증상을 평가하기 위해 CES-D11 척도를 사용하였으며, 총점은 0 점에서 60 점까지 환산되었다. 분석에서 우울 증상은 총 4 개의 그룹으로 나누었으며, 16 점 미만은 우울 증상이 없는 군, 16 점부터 20 점까지는 경미한 우울 증상, 21 점부터 24 점까지는 중한 우울 증상, 25 점부터 60 점까지는 심한 우울 증상으로 구분하였다.

건강보험 유지군을 기준으로 의료급여를 지속적으로 받은 군은 경미한 우울 증상이 발생할 오즈가 1.48 배 더 높았으며($OR=1.48$, 95% CI: 1.22–1.81), 중한 우울 증상의 경우 1.50 배 높았다($OR=1.50$, 95% CI: 1.14–1.97). 심한 우울 증상 발생 오즈는 1.83 배($OR=1.83$, 95% CI: 1.44–2.33)였으며 모두 통계적으로 유의했다.

의료급여에서 건강보험으로 변화한 군은 지속적으로 건강보험을 유지한 군에 비해 경미한 우울이 발생할 오즈가 1.91 배($OR=1.19$, 95% CI: 0.60–2.34)였고, 중한 우울 발생 오즈는 1.19 배($OR=1.19$, 95% CI: 0.44–3.22)였지만 통계적으로 유의하지 않았다. 반면, 심한 우울 증상 발생 오즈는 2.16 배($OR=2.16$, 95% CI: 1.16–4.01)로 통계적으로 유의하였다.

건강보험에서 의료급여로 변화한 군은 경미한 우울 증상, 중한 우울 증상, 심한 우울 증상에서 모두 통계적으로 유의하지 않았다.

표 14. 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상 심각도 하위그룹 분석 ^a

변수	우울 증상 (CES-D11)											
	없음	경미한 우울 증상 (16-20)			중한 우울 증상 (21-24)		심한 우울 증상 (25-60)					
		OR	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI				
의료보장 형태 변화												
건강보험 → 건강보험	1.00											
의료급여 → 의료급여	1.48	(1.22	-	1.81)	1.50	(1.14	-	1.97)	1.83	(1.44	-	2.33)
의료급여 → 건강보험	1.19	(0.60	-	2.34)	1.19	(0.44	-	3.22)	2.16	(1.16	-	4.01)
건강보험 → 의료급여	1.62	(0.93	-	2.83)	1.60	(0.72	-	3.58)	1.70	(0.95	-	3.03)

a: 모든 분석 결과는 성별, 연령, 거주지역, 배우자 유무, 교육 수준, 가구 소득, 가구 형태, 경제활동 상태, 음주 및 흡연 여부, 장애 및 만성질환, 외래 경험, 입원 경험, 민간보험 가입 여부, 연도를 조정한 값임.



4.6. 가구 소득별 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상 심각도 하위그룹 분석

가구 소득별 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상을 심각도에 따라 나누어 하위그룹으로 분석한 결과는 표 15 와 같다. 일반소득 가구에서는 의료급여 유지군에서만 우울 증상 발생이 확인되었고, 저소득 가구에서 건강보험 유지군에 비해 의료급여 유지군과 의료급여에서 건강보험으로 변화한 군에서 새로 발생한 심한 우울 증상이 통계적으로 유의한 값을 보였다.

일반소득 가구만 분석하였을 때, 건강보험을 유지한 군에 비해 의료급여에 변화가 없는 군은 경미한 우울 증상이 발생할 오즈가 1.76 배($OR=1.76$, 95% CI: 1.00–3.10), 이는 통계적으로 유의하였다. 중한 우울 증상 발생 오즈는 1.83 배($OR=1.83$, 95% CI: 0.77–4.36)로 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 심한 우울 증상 발생 오즈는 2.9 배($OR =2.9$, 95% CI: 1.49–5.66) 높았으며, 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 변화한 군의 경우 건강보험을 유지한 군보다 심한 우울 증상의 발생 오즈는 2.16 배($OR=2.16$, 95% CI: 0.63–7.36)였으나 통계적으로 유의하지 않았고, 중한 우울 증상과 심한 우울 증상 발생 또한 통계적으로 유의하지 않았다. 건강보험에서 의료급여로 변화된 군은 경미한 우울 증상, 중한 우울 증상, 심한 우울 증상이의 발생이 통계적으로 유의하지 않았다.

저소득 가구의 경우 건강보험을 유지한 군에 비해 의료급여에서 변화가 없는 군에서 경미한 우울 증상의 발생 오즈는 1.41 배($OR=1.41$, 95% CI: 1.14–1.74), 중한 우울 증상의 발생은 1.51 배($OR=1.51$, 95% CI: 1.12–2.02), 심한 우울 증상이 발생은 1.74 배($OR=1.74$, 95% CI: 1.35–2.24)로 각각 통계적으로 유의하였다. 의료급여에서 건강보험으로 변화한 군에서 심한 우울 증상 발생 오즈는 2.07 배



(OR=2.07, 95% CI: 1.02–4.22)로 통계적으로 유의하였고, 경미한 우울 증상과 중한 우울 증상 발생에서는 통계적으로 유의하지 않았다. 건강보험에서 의료급여로 변화한 군에서는 심한 우울 증상 발생 오즈는 1.77 배(OR=1.77, 95% CI: 0.97–3.26)였으며, 경미한 우울 증상과 중한 우울 증상 발생 오즈는 각각 1.50 배(OR=1.50, 95% CI: 0.80–2.80) 1.80 배(OR=1.80, 95% CI: 0.78–4.15) 이었으나 통계적으로 유의하지 않았다.

표 15. 가구 소득별 의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상 심각도 하위그룹 분석 ^a

변수	우울 증상 (CES-D11)							
	없음		경미한 우울 증상 (16~20)		중한 우울 증상 (21~24)		심한 우울 증상 (25~60)	
	OR	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	
일반소득 가구								
의료보장 형태 변화								
건강보험 → 건강보험	1.00							
의료급여 → 의료급여	1.76	(1.00 – 3.10)	1.83	(0.77 – 4.36)	2.90	(1.49 – 5.66)		
의료급여 → 건강보험	1.35	(0.46 – 3.94)	1.04	(0.15 – 7.34)	2.16	(0.63 – 7.36)		
건강보험 → 의료급여	1.82	(0.57 – 5.78)	0.00	(0.00 – 0.00)	1.00	(0.12 – 8.18)		
저소득 가구								
의료보장 형태 변화								
건강보험 → 건강보험	1.00							
의료급여 → 의료급여	1.41	(1.14 – 1.74)	1.51	(1.12 – 2.02)	1.74	(1.35 – 2.24)		
의료급여 → 건강보험	1.05	(0.44 – 2.51)	1.25	(0.39 – 4.01)	2.07	(1.02 – 4.22)		
건강보험 → 의료급여	1.50	(0.80 – 2.80)	1.80	(0.78 – 4.15)	1.77	(0.97 – 3.26)		

a: 모든 분석 결과는 성별, 연령, 거주지역, 배우자 유무, 교육 수준, 가구 형태, 경제활동 상태, 음주 및 흡연 여부, 장애 및 만성질환, 외래 경험, 입원 경험, 민간보험 가입 여부, 연도를 조정한 값임.

5. 고찰

5.1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구는 의료보장 형태의 변화가 우울 증상 발생에 미치는 영향을 분석하기 위해 개인의 우울 증상에 영향을 줄 수 있는 요인들을 인구사회학적 특성, 건강 및 의료 특성, 기타 요인을 고려하여 연관성을 확인하였다. 연구 데이터는 2016년부터 2020년까지 한국복지패널에 참여한 사람들 중, 2년 이상 패널에 참여하고 의료보장 형태와 우울 증상에 대한 응답을 제공한 데이터를 활용하였으며, 분석에 필요한 주요 변수에 대한 무응답자와 19세 미만 청소년은 연구에서 제외하였다. 의료보장 형태는 건강보험군과 의료급여군으로 나누어 분류하였다. 의료보장 형태의 변화를 확인하기 위해 Lag Function 을 이용하여 의료보장유형 변화에 따라 4 가지 형태인 (1)의료급여 유지, (2)의료급에서 건강보험 (3)건강보험에서 의료급여 (4)건강보험 유지로 구분하였다. 연구결과, 의료보장 형태의 변화에 따라서 새로 발생한 우울에 영향을 미쳤으며 건강보험 유지군에 비해서 의료급여 유지군, 의료급여에서 건강보험으로 변화한 군, 건강보험에서 의료급여로 변화한 군에서 새로 발생한 우울 증상이 나타났다.

이 연구는 몇 가지 제한점을 가진다. 첫째, 의료보장 형태의 변화 4 가지 형태 중 의료급여에서 건강보험으로 변화하는 경우와 건강보험에서 의료급여로 변화하는 경우의 표본 수가 전체의 0.4%, 0.3%로 매우 작았기 때문에 결과가 과대해석 되었을 수 있다. 또한, 변화의 관측량이 많지 않아 5개년 동안 지속적으로 참여한 군이 아닌 2년 이상 참여한 참여자를 포함하여 의료보장 형태의 변화를 확인하였다. 이 연구에서는 작은 관측치임에도 불구하고 표본의 대표성을 높이고, 통계적 편향을 줄이기 위한 개인일반/통합표본/모수추정/종단면가중치를 사용하였다.

둘째, 이 연구의 종속변수는 우울 증상으로 설정하여 연구를 진행하였다. 우울 증상은 우울장애를 예측할 수 있으나 실제 우울장애와 동일한 개념은 아니며 실제 임상적 진단과 다를 수 있다. 비록 우울 증상이 임상적 우울장애와 동일한 개념은



아니지만, CES-D11 을 통해 측정된 결과는 우울 증상을 평가하는 데 신뢰할 수 있는 지표로 활용될 수 있다.

셋째, 의료보장 형태의 변화가 지난 1 년 중 언제 발생했는지 확인할 수 없었다. 따라서 지난 1 년간 특정 시점에서 발생한 의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미친 영향을 정확히 판단하기 어려웠다. 예를 들어 의료보장 형태의 변화가 연말에 일어났다면 해당 변화가 우울 증상에 미치는 영향을 분석하기에는 충분한 시간이 확보되지 않아 결과에 반영되지 않았을 가능성이 있다.

넷째, CES-D11 을 통한 우울 증상은 응답자들이 조사 시점을 기준으로 지난 일주일간의 우울 증상을 확인한 결과이다. 따라서, 이 연구에서 확인된 우울 증상은 의료보장 형태의 변화를 겪은 참여자들의 일시적인 감정 상태일 수 있으며, 장기적인 우울을 완전히 반영하지 못할 수 있다. 하지만, 의료보장 형태의 변화가 일어나기 전 우울 증상 영향을 최소화하기 위해 최초 우울 증상이 있는 대상자를 제외하고 새롭게 생긴 우울 증상만을 확인하였다.

다섯째, 코로나 기간을 고려하여 분석하였지만 코로나 19 팬데믹으로 인한 거리두기 정책, 백신접종 등의 요인으로 기간편향(period bias) 발생 가능성 있다.

그럼에도 불구하고 이 연구는 몇 가지 강점을 가진다. 첫째, 이 연구에의 목적에 적합한 데이터를 활용하였고 분석 시 가중치를 부여하여 연구결과가 한국 인구를 대표할 수 있다. 연구에서 사용한 한국복지패널은 표본추출 시 중위소득 60% 미만 저소득층에 전체 표본의 약 50%를 할당하기 때문에 약 3%에 해당하는 의료급여 수급자들의 의료보장 형태 변화를 확인할 수 있었다.

둘째, 국민건강보험공단의 데이터에서 직접적으로 활용하기 어려운 변수인 개인의 우울 증상을 종속변수로 사용하였다. 이는 기존의 행정 데이터가 주로 의료 이용 행태, 진료비등 객관적인 정보에 집중되어 있어 개인의 심리적 상태가 정신건강과 관련된 변수를 포함하기 어렵다는 한계를 보완할 수 있었다.



셋째, 이 연구는 의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 영향을 개인 특성 및 가구소득을 고려하여 분석하였다. 이를 통해 의료보장 형태가 우울 증상에 미치는 영향을 세분화하여 확인할 수 있었다. 결과적으로 가구 및 개인의 특성에 따라 의료보장 형태의 변화가 우울 증상 발생에 미치는 영향이 상이함을 확인하였다.

넷째, 의료보장 형태의 변화에 따른 우울 증상의 심각도를 경미한 우울 증상, 중한 우울 증상, 심각한 우울 증상의 세가지 수준으로 분류하여 분석하였다. 이 과정에서 가구의 소득 수준이 발생 우울 증상의 심각도에 영향을 미칠 수 있음을 추가적으로 확인하였다.



5.2. 연구결과에 대한 고찰

그동안 의료보장 형태 변화에 따른 의료 이용과 의료비 지출의 영향을 미치는 요인에 대한 연구는 이루어져 왔지만 의료보장 형태 변화에 따른 정신건강에 초점을 맞춘 연구는 부족하였다. 이 연구는 의료보장 형태의 변화가 개인의 정신 건강 중에서도 우울 증상에 영향을 줄 수 있는지 확인하였다. 의료보장 형태의 변화는 개인 차원에서 자주 발생하거나 주기적인 현상이 아니지만, 사회적, 경제적, 혹은 신분상의 변화가 생겼을 때 유기적으로 변한다는 점에서 주목할 필요가 있다. 이는 건강권이 사회 시스템에 의해 보호받고 있기 때문이다.

사회, 경제적 변화를 제외한 의료형태의 변화는 군인으로 신분이 전환되는 경우이다. 이 경우 군 의료 시스템을 통해 건강권을 보장받는다. 군인은 의무실과 군병원에서 외래 진료, 입원, 처방을 본인 부담금 없이 받을 수 있으며, 격오지에서는 화상진료를 통해 의료 서비스의 연속성을 유지할 수 있다. 그럼에도 불구하고, 군 의료 시스템 내에서 질병경험과 미충족 의료, 정신 건강의 부정적인 결과가 보고된 바 있다(김태경, 2017; 김휘준, 2020).

이 연구는 사회경제적 변화와 예외적인 변화로 나타나는 군인의 특수한 상황과 특성을 구체적으로 분석하는 데는 제한이 있으나, 개인의 건강권 보장을 위한 의료보장 형태 변화가 우울 증상에 미치는 영향을 확인하고, 이러한 변화를 겪는 개인들의 공통적인 특성을 이해하고자 한다.

먼저, 의료보장 형태의 변화를 세분화하여 건강보험 유지군을 대조군으로 설정하고 의료급여 유지군, 의료급여에서 건강보험으로 변화한 군, 건강보험에서 의료급여로 변화한 군을 비교하여 새롭게 발생하는 우울 증상에 미치는 영향을 조사하였다. 또한, 의료급여 상실이 탈제도적 수급탈출 상태를 직면할 수 있는 저소득층에서 우울 증상 발생에 어떤 영향을 미치는지 분석하였다. 주요 분석 결과는 다음과 같다.

의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상에 영향을 미치는 요인분석 결과, 건강보험을 유지한 군보다 의료급여 유지군, 의료급여에서 건강보험으로 변화한 군, 건강보험에서 의료급여로 변화한 군에서 유의하게 우울 증상 발생 오즈가 높게

나왔다. 이를 가구 소득별로 세분화하여 분석한 결과 일반소득 가구에서는 의료급여 유지군에서만 우울 증상 발생 오즈가 높게 나왔고 다른 변화 군에서는 우울 증상 발생 결과가 통계적으로 유의하지 않았다. 반면, 저소득 가구에서는 의료급여 유지군과 의료급여에서 건강보험으로 변화한 군에서 통계적으로 유의하게 우울 증상 발생 오즈가 증가하는 것으로 분석되었다. 기존 연구에서 의료보장 형태의 변화가 개인의 의료 이용과 의료비, 약처방에 영향을 줄 수 있다는 점을 확인하였지만(Ross et al., 2000; 이수정, 2015), 의료보장 형태의 변화가 개인의 정신건강에도 영향을 줄 수 있다는 사실을 새롭게 확인했다는 점에서 연구 결과의 가치를 찾을 수 있다.

의료보장 형태 변화에 따른 우울 증상의 결과는 의료보장시스템의 변화가 개인에게 상이한 영향을 확인했던 기존의 선행 연구들의 결과들을 통해 뒷받침된다. 특히, 의료급여에서 더 확장된 형태인 기초생활보장수급의 진입과 탈출이 우울 증상에 각기 다른 영향을 줄 수 있었음을 확인함으로써, 우리의 연구결과를 뒷받침할 수 있다(성준모, 2013; 이원진, 2010b; 안서연 등, 2019). 의료급여 수급의 진입 및 탈수급을 결정짓는 가장 큰 요소가 가정 및 개인의 경제 상태라는 점에서 가구 소득을 중심으로 추가 분석을 실시하였다. 그 결과, 가구 소득 수준별로 의료급여 수급의 지속 여부와 우울 증상의 발생이 상이하였다. 이는 의료급여의 변화가 빈곤 탈출과 함께 이루어졌는지에 따라 우울 증상 발생에 영향을 줄 수 있음을 시사하며 사회, 경제적 지위가 개인의 정신 건강에 영향을 줄 수 있다는 사회적 원인(social causation) 가설을 통해 설명될 수 있다. 그러나 하위분석그룹에서 의료이용이 활발한 특성을 가진 의료급여 유지군과 일반소득 가구에서도 의료급여 유지군에서 우울 증상이 발생한 결과가 초기 우울 증상을 삭제하지 않은 분석에서도 동일한 결과가 유지되는 것으로 통해 개인의 건강이 사회, 경제적 지위를 유지하는데 부정적인 영향을 미칠 수 있다는 사회적 선택(social selection) 가설을 통해서도 부분적으로 설명된다.

자세하게 살펴보면, 저소득 가구에서는 의료급여가 유지되는 군과 의료급여에서 건강보험으로 변화된 군에서 우울 증상 발생이 유의하게 높았다. 이는 저소득층의 탈제도적 수급탈출로 인해 의료 이용의 욕구가 변화하지 않았음에도 불구하고 의료급여수급 보장을 받지 못하게 되었을 때 의료접근성이 낮아지고 개인의

건강관리가 중단되어(Kim et al., 2018; 김수정 등, 2011; 김지수, 2019) 경험하게 되는 신체적 불편함과 급여박탈에 따른 우울 증상의 발생일 수 있다. 저소득 가구에 대한 의료급여는 개인 건강 관리에 직접적인 의료적 효과와 비의료적 경로를 통한 간접적 효과를 제공할 수 있다(정성식, 2022). 저소득 가구는 의료급여를 통해 의료비 지출을 줄이면서, 영양 개선이나 주거 안정과 같은 비의료적 항목에 더 많은 지출을 할 수 있는 여유가 생긴다(Wagstaff et al., 2005). 또한, 의료급여는 가구의 과부담 의료비 지출을 방지하는 역할도 수행하여(Ross et al., 2000), 간접적으로 개인의 건강에 긍정적인 영향을 미치는 요인으로 작용할 수 있다. 그러나 의료급여에서 탈출한 이후에는 의료 관련 지출이 다시 증가하게 되고, 이로 인해 비의료적 지출이 줄어들거나 재난적 의료비 및 부수적인 지출이 증가하면서(이미경, 2015) 경제적, 심리적 압박이 가중될 수 있고 가구의 주된 지출의 변화는 개인의 우울 증상 발생과도 연관될 가능성이 있다.

저소득 가구는 개인의 건강권 유지에 더 많은 관심이 필요한 집단으로 볼 수 있다. 국가에서는 빈곤과 수급을 같이 탈출하지 못한 차상위계층에게 본인부담 경감제도, 재난적 의료비 지원을 통해 재난적 의료비용 및 의료공백을 최소화하고 의료사각지대를 좁히기 위해 노력하고 있다(부표 1). 그러나 의료가 필요한 사람들이 지속적으로 혜택을 받을 수 있도록 하기 위해서는 관련 서비스에 대한 적극적인 홍보와 더불어 건강 회복을 통한 빈곤 탈출을 지원하는 직접적 및 간접적 대책이 더욱 강화될 필요가 있다. 의료급여와 건강보험 전환 시 발생할 수 있는 정신건강 문제에 대해서도 사전예방적 접근이 필요하다. 변화 과정을 겪는 개인들을 대상으로 정신건강 상태를 모니터링 하고, 필요 시 상담 서비스나 심리적 지원을 제공하는 제도가 마련되어야 한다. 또한, 사회에 복귀할 수 있도록 의료 서비스와 연계된 복지 프로그램이 확대하면서 건강의 회복을 위한 의료이용에 있어서는 부정적인 경험을 최소화할 수 있도록 정책적인 변화도 논의가 필요한다.

반면, 일반소득(중위소득 60%이상)가구 중 의료급여 수급이 가능한 가구들은 중위소득 40% 이하인 국민기초생활보장 수급자가 아닌 타법 적용자, 근로 능력이 있는 자활급여 특례 대상자이다. 이들은 의료급여 대상자들과 다른 이유로 우울 증상이 발생할 수 있다. 소득과 무관하게 의료급여군에게 공통적인 결핍 요소가

있는지, 자료조사에서 포착되지 않은 특정 사건으로 인해 개인의 우울이 높아진 것인지 확인할 필요가 있다. 이들의 우울 증상 발생은 기초생활보장제도의 수급이 개인의 우울 증상 완화에 영향을 미치지 않았다는 연구를 통해서 뒷받침될 수 있지만(최요한, 2018) 기초생활수급대상자와 상황이 다를 수 있음을 고려해서 각 대상의 특징별로 분석한 추가적 연구가 필요하다.

의료급여 유지군의 우울 증상은 신체적 불편함과 동시에 심리적 영향을 동시에 동반한다. 의료급여를 수급자들은 건강보험군보다 고령, 만성질환 혹은 장애를 보유할 확률이 높다(신영석, 2009; 안현우, 2021; 이혜재, 2016). 이는 의료서비스의 필요도가 높은 집단임을 시사한다. 우울 증상을 발생시킬 수 있는 요소 중에서 의료와 관련된 부분으로 의료비 부담, 의료 이용의 불편함, 낙인효과가 주요하게 작용하고 있음을 확인할 수 있다. 의료급여 수급자들은 직접적인 의료비를 포함하여 급여로 보장되지 않는 예방적 검사, 수술을 위한 비급여 진료비 및 병원 방문 시 발생하는 교통비를 포함한 간접비용에도 부담을 느끼고 있었다. 이는 단순한 의료비 부담을 넘어, 의료 이용 과정에서 발생하는 추가적인 어려움으로 작용할 수 있다. 또한, 의료기관에서 의료공급자 및 근무자들의 무관심이나 차별적 태도를 경험하며, 신체적 불편뿐만 아니라 정신적 고통을 경험하였다. 제도적으로 건강보험군에 비해 낫게 책정된 가산율은 따라 차별적 대우 혹은 선호하지 않는 환자로 여겨질 가능성을 높일 수 있는 요소이며, 수급자가 내재된 편견과 차별을 마주할 환경에 쉽게 노출시킬 수 있다. 이는 의료이용자의 심리를 위축시키고 사회적으로 고립되는 결과를 초래할 수 있다. 부정적인 의료 경험은 의료기관과 의료인에 대한 신뢰도에 저하로 이어질 수 있으며, 결국 필요한 의료 서비스의 이용을 더욱 어렵게 만드는 요인으로 작용할 수 있다. 더 나아가, 의료지식과 정보의 부족 속에서 경제적, 신체적 어려움을 겪는 수급자들은 불안과 두려움을 느끼고(김현균, 2020), 개인의 전반적인 정신건강에 지속적으로 부정적인 영향을 미치는 악순환을 초래할 수 있다.

독립변수 하위그룹 분석에서는 각 독립변수에서 건강보험을 유지하는 군에 비해 의료보장 형태가 변화하거나, 의료급여를 지속한 군의 우울 증상 발생을 확인하였다. 의료급여 지속군은 남성, 35~49 세, 2 인 이상 가구 구성원, 흡연군, 음주와 흡연을 모두 하는 군, 장애와 만성질환을 모두 보유한 군, 외래경험이 없는 군을 제외한 모든

하위그룹에서 우울 증상이 발생할 오즈가 건강보험을 유지한 군보다 높았다. 이러한 결과는 의료급여 수급자들이 전반적으로 우울 증상을 겪을 위험이 높다는 것을 의미한다. 의료급여 수급자들을 공통적으로 급여 수급을 지속하기 위해서 가구의 소득이 낮다는 것과 근로능력의 상실, 부양의무자의 부양능력이 미약하거나 없음을 증빙해야 한다. 이 과정은 수급자가 복지 낙인과 스스로를 부정적으로 인식할 수 있다. 또한, 의료급여 수급이 지속된다는 것은 부양자의 가구의 소득에 긍정적인 변화가 일어나지 않았으며, 건강 및 근로능력이 회복되지 않음의 결과로 해석할 수 있다. 이 결과는 기초생활보장제도의 수급기간이 길어질수록 우울감이 높고 자아존중감이 낮아졌다는 연구결과로 뒷받침할 수 있다(김진성, 2017). 하지만, 의료급여 수급자들의 의료이용이 활발하다는 점에서(김진현 등, 2018; 이해재, 2016) 직접적인 영향과 간접적인 영향을 구분해서 분석할 필요가 있다. 의료이용을 통한 직접적인 영향을 받을 수 있는 신체, 정신적 건강의 회복이 근로 능력 향상 혹은 사회로의 진출로 이어지는지에 대한 연구가 필요하며 궁극적으로 수급 탈출이 빈곤 탈출과 연계되는지 확인하는 연구도 요구된다. 의료 이용 과정에서 발생할 수 있는 부정적인 경험, 예를 들어 의료서비스 이용 중 겪는 불편함이나 의료 공급자와의 만족스럽지 않은 상호작용과 같은 간접적인 부정적 경험이 정신건강에 영향을 미쳤을 가능성이 있다.

의료급여에서 건강보험으로 변화한 군의 경우 교육 수준이 고등학교 및 이하인 군, 1인 가구 가구주, 비경제활동 군, 저소득가구, 음주와 흡연을 모두 하는 군, 음주와 흡연을 모두 하지 않는 군, 만성질환 보유 군, 외래경험이 있는 군, 입원경험이 없는 군, 민간보험 미보유군에서 건강보험 유지군에 비해 우울 증상이 발생 오즈가 통계적으로 유의하게 높아졌다. 의료급여에서 건강보험으로 의료보장 형태가 변화했다는 것은 개인 혹은 가구의 소득에 변화가 생겼다는 것을 의미할 수 있다. 선행연구들에 따르면 가구의 경제소득이 증가했음에도 불구하고 개인의 의료이용에는 변화가 없을 때 정신건강에 영향을 줄 수 있었다. 전문대학 이상의 교육수준을 가진 사람에 비해 고등학교 이하의 교육수준을 가진 군, 경제활동을 하는 군에 비해 비경제활동 군, 만성질환 비보유자에 비해 만성질환 보유자, 민간보험을 보유한 군이 비해 민간보험 비보유군에서 의료이용을 더욱 많이 한 경향을 보였다(이수정, 2015;

이혜재 등, 2009; Ross et al., 2000). 외래 진료 경험이 있는 집단을 포함하여 의료 이용이 활발한 특성을 가진 경우, 건강보험군으로 전환됨에 따라 의료욕구(want) 또는 의료필요(need)에 의해 발생한 미충족 의료경험(박유경, 2019) 또는 의료보장 탈수급으로 인한 의료비 증가가 우울 증상 발생 가능성을 높일 수 있다. 또한, 입원이 필요 없고, 건강이 회복된 사람들이 근로능력 회복되었을 확률이 높다는 점에서 의료이용 환경의 변화로 접근성이 변화했을 수 있다. 가구주의 경우 사회활동을 시작하면서 병원에 방문할 절대적인 시간이 부족해지거나 아프더라도 병원을 가지 않는 프리젠티이즘(Presenteeism)의 발생 혹은 의료비용 부담이라는 여러가지 상황들이 복합적으로 개인의 우울증에 영향을 줄 수 있다.

건강보험에서 의료급여로 변화한 군에서는 여성, 50–64 세, 고등학교 및 이하, 비경제활동군, 비음주와 비흡연군, 만성질환 보유, 외래경험이 있는 군, 입원 경험이 있는 군, 민간보험에 있는 군에서 건강보험을 유지한 군에 비해 우울 증상이 발생할 오즈가 높았다. 건강보험에서 의료급여로 변화한 군은 수급으로의 진입으로 인해 우울 증상을 느낄 수 있지만, 의료급여에서 건강보험으로 변화할 때 확인한 의료 이용도가 높은 군의 특성과 비슷함을 볼 수 있다. 이는 동일하게 의료의 혜택이 필요한 사람들이 의료보장 형태에 변화가 생겼을 때, 새로 생긴 우울 증상에 영향을 줄 수 있다는 결과로 해석할 수 있다. 하지만 두 그룹의 원인에는 차이가 있는데, 의료급여를 활발히 이용하는 특성을 가진 사람들의 지속적으로 의료를 이용할 수 있도록 보장을 받았음에도 불구하고 새로운 우울 증상이 발생하였다는 점에서 의료의 접근성이나 미충족 의료로 인한 우울 증상 발생으로 해석하기보다는 의료이용을 하면서 느끼는 의료급여 수급 진입에 따른 처음 경험하는 대우 낙인에서 비롯된 우울 증상일 수 있다(Martinez-Hume et al., 2017; 김현균, 2020). 또한, 직접적인 영향을 받은 것이 아닌, 경제적인 변화나 의료급여로 진입하게 만든 특정한 사건의 영향으로 인한 생리적 욕구 및 안전욕구가 충족되지 않는 기본욕구 결핍의 영향일 수 있다(전근성, 2020).

위의 결과는 의료 이용이 활발한 집단이 의료보장 형태의 변화에 따라 정신 건강에 영향을 받을 수 있음을 보여준다. 이는 의료 혜택이 개인의 필요도에 맞춰 제공될 경우 정신건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 예를 들어,

우리나라에서는 고혈압 및 당뇨 환자가 정해진 동네의원을 지속적으로 이용하면 환자에게 인센티브를 제공하는 고혈압·당뇨 등록관리 사업을 통해 체계적인 만성질환 관리를 유도하고 있다. 이러한 서비스를 확대하여 의료보장 형태에 따른 의료 접근성의 변화나 신뢰 부족, 정보 결핍으로 인한 관리 중단 사례를 최소화하는 방안을 모색해야 한다. 또한, 의료 이용 필요도가 낮은 집단에는 예방 중심의 건강관리 서비스를 제공함과 동시에 소외감이나 건강보험금 납부에 대한 반감을 줄이기 위한 인센티브등의 제도를 통해 의료보장의 지속성을 인식시키는 노력이 필요하다.

의료보장 형태의 변화에 따른 우울 증상 하위그룹 분석에서 건강보험 유지군에 비해서 의료급여 유지군에서 경미한 우울, 중한 우울, 심한 우울 발생이 통계적으로 유의했고, 의료급여에서 건강보험으로 변화된 군의 심한 우울 증상 발생만 통계적으로 유의했다. 가구 소득으로 나누어 분석한 결과, 일반소득 가구의 경우 건강보험 유지군에 비해 의료급여 유지군의 경미한 우울 증상 발생과 심한 우울 증상 발생에서 값이 유의하였고 그 외는 통계적으로 유의하지 않았다. 저소득 가구에서는 건강보험 유지군보다 의료급여 유지군의 경미한 우울 증상, 중한 우울 증상, 심한 우울 증상 값이 유의하였으며 의료급여에서 건강보험으로 변화할 때 심한 우울 증상의 발생이 통계적으로 유의하였다.

우울 증상 심각도에 따라 개인이 경험하는 증상은 다르게 나타나며, 이를 극복하기 위한 대처 방법도 상이하게 적용될 필요가 있기 때문에 심각도를 이해하는 것은 효과적인 개입과 지원을 제공하기 위해 필수적이다. 경미한 우울 증상의 경우 일상생활에 심각한 영향을 주지는 않지만, 지속될 경우 개인의 신체적, 심리적 대처자원을 저하시킬 수 있다. 중한 우울 증상의 경우 신체적, 심리적 대처자원을 저하시키며 개인의 일상생활을 어렵게 만들기도 한다. 심한 우울 증상의 경우 전문기관의 치료적 개입과 평가가 요구되는 수준이다(국립정신건강센터, 2020). 의료급여 유지군에서 나타나는 우울 증상 발생의 이유는 다양한 요인에 기인하지만, 단순히 개인이 주관적으로 보고하는 경미한 우울 증상으로 끝나는 것이 아니라, 전문기관의 치료적 개입이 필요한 심한 우울 증상까지 발생한다는 결과에 주목할 필요가 있다. 또한, 우울 증상은 개인의 신체적 정신적 손상을 불러올 수 있으며 자살



및 다른 정신건강의 위험 관련성이 높다는 점에서 건강권을 지속하는 것의 중요성을 강조할 수 있다. 이러한 결과는 의료보장 형태의 특성에 따라 우울 증상 발생위험을 조기에 발견하고, 적절한 개입을 제공하는 체계적이고 종합적인 지원이 필요함을 보여준다.



6. 결론

한국의 의료보장제도는 국민의 건강 증진과 건강한 삶을 유지하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 국가 차원에서 의료서비스 접근성을 보장하고 사회적 안전망을 확립하여 국민 모두가 건강하고 행복한 삶을 영위할 수 있도록 지원한다. 건강보험과 의료급여의 보장 범위가 상이함에 따라 그동안 의료보장 형태 변화에 대한 연구는 주로 의료 이용의 변화와 의료비 지출에 초점을 맞춰 진행되어 왔다. 반면, 의료보장 형태 변화와 정신건강 간의 연관성에 대한 논의는 상대적으로 관심과 논의가 부족했다.

이 연구에서는 의료보장 형태의 변화가 우울 증상에 미치는 영향과 이유를 확인하고자 했다. 결과적으로 의료보장 형태는 현재의 건강상태와 의료 이용 필요도, 사회적 요인이 복합적으로 상호작용한 결과에 따라 다양한 이유에서 직접적, 간접적으로 개인의 우울 증상 발생에 영향을 미쳤다. 특히, 의료이용도가 높은 특성을 가진 군과 저소득 가구에서 의료보장 형태 변화에 따라 우울 증상 발생에 부정적인 영향을 받았을 수 있음을 확인하였다.

신체 건강과 정신 건강은 서로 상호작용하며, 한쪽의 문제가 다른 쪽에도 영향을 줄 수 있다. 따라서, 국민이 건강한 삶을 유지하도록 설계된 의료보장체계는 단순히 의료서비스 제공에 그치지 않고, 지속적으로 의료의 질을 향상시키며 사각지대를 최소화하는 방향으로 발전해야 하며 이를 통해 의료보장 형태의 변화와 상관없이 국민에게 심리적 안정감을 제공할 수 있어야 한다. 또한, 국가에서 시행하는 다양한 정책과 제도들이 상호 유기적으로 연계되어 개인의 건강 증진과 안정적인 사회복귀를 지원해야 한다. 지금까지의 연구에서 문제점으로 밝혀진 의료 쇼핑이나 도덕적 해이와 같은 문제들을 옹호하거나 무차별적인 보장의 확대를 지지하는 것은 아니지만, 의료 이용과 의료비를 단순히 절대적인 숫자로만 해석하는 방식은 낙인이나 왜곡을 초래할 위험이 있기 때문에 의료보장 형태별 특성과 개인의 상황을 고려한 해석과 접근이 필요하다. 잘못된 해석과 정책으로 인해 소수의 부적절한 의료 이용의 결과가 의료가 필요한 이들의 건강권을 침해하는 일이 없어야 한다.



결론적으로, 의료보장체계의 변화가 단순히 신체적 건강에 국한되지 않고 개인의 정신건강에도 중요한 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 이 결과를 바탕으로 의료 이용 필요도와 개인의 특성을 반영한 정책적 발전이 필요함을 강조한다.

참고 문헌

- 강보민, 이기영. 2020. 중년 1인 가구의 우울에 영향을 미치는 생태체계요인: 일반 가구와 저소득층 가구 비교. *한국사회과학연구*, 39(3), 5–38
- 강상경, 권태연. 2008. 사회경제적 지위가 우울수준에 미치는 영향의 생애주기별 차이에 대한 탐색적 고찰. *정신보건과 사회사업*, 30(1), 332–355
- 강은나, 이민홍. 2016. 우리나라 세대별 1인가구 현황과 정책과제. *보건복지포럼* (234), 47–56
- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. 2023. 2022 의료급여통계.
- 고아라, 정규형, 신보경. 2018. 중장년 1인 가구의 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향에 관한 종단 연구: 다인 가구와의 비교를 중심으로. *한국가족복지학*, 55–79
- 국립정신건강센터. 2020. 2020년 정신건강 검진도구 및 사용에 대한 표준지침.
- 권미형, 오지현. 2020. 직장중년남성의 주관적 건강상태, 직무스트레스와 쟁년기 증상. *한국컴퓨터정보학회논문지*, 25(9), 109–116
- 권석만. 2013. 현대 이상심리학/학지사.
- 권영숙. 2021. 한국 임금근로자의 우울과 관련된 융복합적 요인. *한국응용과학기술학회지*, 38(4), 1029–1044
- 권혜진, 김윤정, 김현수. 2016. 흡연량과 정신건강과의 관계. *한국웰니스학회지*, 11(3), 297–305
- 김명심. 2021. 저소득층의 기초생활급여 수급여부와 우울의 관계: 한국복지패널을 활용하여[석사학위논문]. 연세대학교 보건대학원.
- 김미곤, 여유진, 김태완, 송치호, 오지현, 임미진. 2008. 근로능력 수급자의 탈수급에 관한 연구. *한국보건사회연구원*.
- 김상아, 남정모, 박웅섭. 2005. 우울증과 알코올중독간의 상관성에 대한 메타분석. *신경정신의학*, 44(1), 75–81
- 김상희, 박형주. 2024. 우리나라 성인 여성의 흡연 유형과 정신건강 분석: 제 8–9 기 (2020년, 2022년) 국민건강영양조사를 중심으로. *대한보건연구*, 50(1), 151–164
- 김성주. 2023. 장애인의 사회적 배제가 우울과 음주에 미치는 영향에 대한 탐색적 연구[석사학위논문]. 서울대학교 대학원.

- 김소애, 서영원, 우경숙, 신영전. 2019. 국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰. *비판사회정책*(62), 53–92
- 김수연. 2021. 우울과 미충족 의료의 관련성: 제 6 기 (2014) 와 제 7 기 (2016, 2018) 국민건강영양조사를 활용하여[석사학위논문]. 연세대학교 보건대학원.
- 김수정, 허순임. 2011. 우리나라 가구 의료비부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로. *보건경제와 정책연구*, 17(1), 47–70
- 김수정, 김보린, 박소정. 2015. 만성질환자의 예방가능한 입원 및 질병으로 인한 응급실 방문: 의료급여 수급여부를 중심으로. *보건사회연구*, 35(2), 405–428
- 김은경. 2019. Poverty dynamics, health care utilization, and health expenditure in South Korea[박사학위논문]. 서울대학교 대학원.
- 김은주. 2013. 빈곤유형에 따른 우울 증상과의 관련성[석사학위논문]. 가톨릭대학교 보건대학원.
- 김지수. 2019. 4 대 중증질환 보장성 강화정책 이후 의료이용 형평성 및 과부담의료비 발생률 변화[석사학위논문]. 서울대학교 대학원.
- 김진구. 2008. 저소득층의 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. *사회복지연구*(37), 5–33
- 김진성. 2017. 국민기초생활보장제도 수급자의 수급지속이 자아존중감과 우울감에 미치는 영향: 과부담의료비와 근로참여의 조절된 매개효과[박사학위논문]. 고려대학교 대학원.
- 김진현, 임은실, 배현지, 고영. 2018. 성향점수대응법에 의한 의료급여와 건강보험의 의료이용량 차이 분석. *사회보장연구*, 34(1), 55–77
- 김현균. 2020. 의료급여수급자의 병원 이용 경험의 의미: 성바오로병원을 중심으로. *한국사회복지질적연구*, 14(2), 63–87
- 김효정. 2019. 무릎 골관절염 노인여성에서 우울 증상에 따른 신체활동, 통증양상 및 수면 특성. *운동과학*, 28(2), 191–197
- 나영균, 차예린, 김나영, 이영재, 이용갑, 임승지. 2020. 건강보험가입자의 의료급여 자격변동에 따른 의료이용행태 변화 연구. *보건행정학회지*, 30(4), 460–466
- 남일성, 윤현숙. 2014. 우울증과 낙상의 상호 영향 분석. *한국노년학*, 34(3), 523–537
- 남재현, 이래혁. 2020. 국민기초생활보장제도의 개편이 소득을 통해 수급자의 정신 건강에 미치는 영향. *한국사회복지학*, 72(1), 175–200
- 대한예방의학회. 2021. 예방의학과 공중보건학 제 4 판: 대한예방의학회.

- 박소영, 정순둘. 2021. 중고령자의 신체적 건강과 우울 증상의 관계에서 고립감의
매개효과-성별 및 연령 집단 간 다집단 분석. *한국사회복지학*, 73(2), 9–32
- 박유경. 2019. 미충족의료 개념의 재정의와 측정: 이용자중심 관점에서 [박사학위논문].
서울대학교 대학원.
- 박혜경, 김병숙, 최정은. 2018. 실업자의 실업기간별 심리적 변화분석. *한국산학
기술학회 논문지*, 19(7), 423–442
- 백옥미. 2013. 중·노년기 우울 증상과 인지기능의 관계: 은퇴와 사별요인의 효과를
중심으로. *정신보건과 사회사업*, 41(4), 94–115
- 변금선, 이혜원. 2018. 고용불안정이 정신건강에 미치는 영향: 고용상태 변화 유형과
우울의 인과관계 추정. *한국보건사회연구*, 38(3), 129–160
- 보건복지부, 한국생명존중희망재단. 2023. 5 개년(2016~2020) 전국 자살사망 분석
결과보고서.
- 보건복지부. 2024. 건강보험제도의 의의. <https://mohw.go.kr>. (2024/10/05).
- 보건복지부. 2024. 2023 보건복지백서.
- 성근혜, 최진화, 이동현, 황태연. 2024. 우울장애 진단-자살사망 기간에 영향을
미치는 요인 연구. *한국보건사회연구*, 44(2), 239–255
- 성준모. 2013. 우울에 영향을 미치는 가족 및 가구 경제 요인: 고정효과 모형을
적용한 패널 회귀분석: 고정효과 모형을 적용한 패널 회귀분석. *사회과학연구*,
24(2), 207–228
- 성한나, 김종성. 2016. 한국인에서 흡연과 우울 증상의 연관성. *보건교육건강증진
학회지*, 33(2), 57–66
- 손창우. 2018. 서울시 의료급여 수급권자의 건강관리와 의료이용 실태. *정책리포트*
(253), 1–23
- 신영석. 2009. 저소득층 건강보장 전략. *보건복지포럼*, 151, 79–91
- 안서연, 조미라. 2019. 국민기초생활보장제도 수급지위 변화와 건강상태: 주관적
건강상태와 우울을 중심으로. *한국보건사회연구*, 39(2), 519–547
- 안현우. 2021. 의료보장 형태에 따른 의료이용량 비교분석 [석사학위논문]. 고려대학교
보건대학원.
- 유승흠, 박은철. 2009. 의료보장론. *신광출판사*.

- 유지희, 양정빈, 김자영. 2024. 청년 1인가구의 사회적 고립감이 우울에 미치는 영향: 가족 친구·이웃 접촉 빈도의 조절효과를 중심으로. *한국웰니스학회지*, 19(3), 279–285
- 윤경순, 조숙희. 2023. 일개 대학생의 흡연행태에 영향을 미치는 요인. *동서간호학 연구지*, 29(1), 59–67
- 윤명숙. 2001. 기초생활보장수급자의 정신건강실태와 재활. *한국사회복지학회: 학술 대회논문집*, 408–424
- 윤명옥. 2006. 우울·스트레스와 금연유지의 관련성[석사학위논문]. 연세대학교 보건대학원.
- 이근정, 서은원, 위세아, 신양준. 2020. 주요국의 지불제도 개편 동향 연구: 지속 가능한 의료보장을 위한 지불제도 개편을 중심으로. *연구보고서*, 2020, 1–311
- 이미경. 2015. 의료보장 형태 변화에 따른 재난적 의료비[석사학위논문]. 연세대학교 보건대학원.
- 이미숙. 2003. 사회적 스트레스와 중년기 남성의 정신건강: 피고용 직장인을 중심으로: 피고용 직장인을 중심으로. *한국사회학*, 37(3), 25–56
- 이빛나. 2024. 청년의 우울 변화에 사회경제적 요인이 미치는 영향[박사학위논문]. 고려대학교.
- 이상문. 2008. 빈곤계층의 정신건강에 관한 연구: 3년간의 패널연구 조사를 중심으로. *한국사회학*, 42(3), 119–152
- 이상영, 채수미, 정진욱, 윤시몬, 차미란. 2017. 자살시도자에 대한 지역사회 정신건강 증진 서비스 공급체계 개선 방안, 한국보건사회연구원.
- 이수정. 2015. 의료보장 형태변화에 따른 의료이용[석사학위논문]. 연세대학교 보건대학원.
- 이수진, 류호경. 2023. 초기, 중기 및 후기 성인기에 따른 우울증 관련 요인과 식생활과의 연관성 분석-2016, 2018년 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여. *한국식품영양과학회지*, 52(8), 864–878
- 이원진. 2010a. 국민기초생활보장제도 수급동태의 특성 및 수급탈출의 결정요인 분석. *한국사회복지학*, 62(3), 5–29
- 이원진. 2010b. 국민기초생활보장제도 수급지위 변화와 우울의 관계. *한국사회복지학*, 62(4), 249–274
- 이혜재, 이태진, 전보영, 정영일. 2009. 일반층과 저소득층의 의료이용에 영향을 미치는 요인. *보건경제와 정책연구*, 15(1), 79–106

- 이혜재. 2016. 성향점수매칭으로 살펴본 의료급여 수급자와 건강보험 가입자의 본인부담 의료비 지출과 의료이용. 보건경제와 정책연구, 22(2), 29–49
- 장시온, 김빛나. 2022. 한부모가 된 이후에 경험하는 생활변화의 어려움이 가구주 우울에 미치는 영향: 성별의 조절효과. 사회과학연구, 61(3), 345–370
- 장윤섭. 2020. 가구형태 변화에 따른 성인의 미충족 의료 경험 관련 요인 분석[석사학위논문]. 연세대학교 보건대학원.
- 전겸구, 이민규. 1992. 한국판 CES-D 개발 연구. Korean Journal of Clinical Psychology, 11(1), 65–76
- 전근성. 2020. 국민연금 보장이 노인 우울에 미치는 영향. 서울대학교 대학원.
- 전윤미. 2022. 대학 신입생의 우울과 불안 및 스트레스가 알코올중독에 미치는 영향. 대학생활연구, 28(1), 1–10
- 전현규, 심재문, 이건창. 2015. 국내성인에 있어서 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 관한 실증연구: 국민건강영양조사 2008~ 2012 자료를 중심으로: 국민건강영양조사 2008~ 2012 자료를 중심으로. 한국콘텐츠학회논문지, 15(7), 264–281
- 정성식. 2022. 의료급여가 수급자의 건강과 의료이용에 미치는 영향[박사학위논문]. 서울대학교 대학원.
- 제세령, 안연우, 최태영. 2023. 신세대 우울증의 정신병리적 특성. 생물치료정신의학, 29(3), 61–68
- 조영임, 주은선. 2020. 30 대 한국 성인남성의 우울증 경험에 대한 질적 연구. 사회과학연구, 59(1), 329–379
- 조효은, 이준협. 2024. 우울과 의료이용의 관계. 보건행정학회지, 34(1), 68–77
- 질병관리청 만성질환관리국 건강영양조사분석과. 2022. 2021 국민건강통계: 국민건강 영양조사 제 8 기 3 차년도(2021)
- 최요한. 2018. 국민기초생활보장제도의 수급이 우울에 미치는 영향. 사회보장연구, 34(4), 259–293
- 최혜금, 이현경. 2016. 우리나라 경제활동인구의 문제음주와 우울 및 자살생각과의 관련성. 대한보건연구, 42(1), 29–40
- 한명희. 2023. 자살 생각에 따른 자살 시도 고위험군 규명. 한국산학기술학회 논문지, 24(4), 382–393
- 황도경, 손병돈, 신영석, 박금령, 서은원. 2017. 의료 취약계층 의료지원 강화 방안 연구 : 보건복지부.

황도경. 2020. 취약계층 의료보장 확대를 위한 정책 과제. 보건복지 ISSUE & FOCUS. 세종, 한국: 한국보건사회연구원.

Allen, H., Wright, B. J., Harding, K., Broffman, L. 2014. The Role of Stigma in Access to Health Care for the Poor. *The Milbank Quarterly*, 92(2), 289–318

American Psychiatric Association, D., American Psychiatric Association, D. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5): American psychiatric association Washington, DC.

Baicker, K., Allen, H. L., Wright, B. J., Taubman, S. L., Finkelstein, A. N. 2018. The Effect of Medicaid on Management of Depression: Evidence From the Oregon Health Insurance Experiment. *The Milbank Quarterly*, 96(1), 29–56

Baicker, K., Taubman, S. L., Allen, H. L., Bernstein, M., Gruber, J. H., Newhouse, J. P., Schneider, E. C., Wright, B. J., Zaslavsky, A. M., Finkelstein, A. N. 2013. The Oregon Experiment — Effects of Medicaid on Clinical Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368(18), 1713–1722

Beck, A. T. 1979. Cognitive therapy and the emotional disorders: Penguin.

Beck, A. T., Alford, B. A. 2009. Depression: Causes and treatment: University of Pennsylvania Press.

Berk, M., Williams, L. J., Jacka, F. N., O’ Neil, A., Pasco, J. A., Moylan, S., Allen, N. B., Stuart, A. L., Hayley, A. C., Byrne, M. L. 2013. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Medicine*, 11(1), 200

Berk, M., Köhler-Forsberg, O., Turner, M., Penninx, B. W., Wrobel, A., Firth, J., Loughman, A., Reavley, N. J., McGrath, J. J., Momen, N. C. 2023. Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. *World Psychiatry*, 22(3), 366–387

Berndt, E. R., Finkelstein, S. N., Greenberg, P. E., Howland, R. H., Keith, A., Rush, A. J., Russell, J., Keller, M. B. 1998. Workplace performance effects from chronic depression and its treatment. *Journal of health Economics*, 17(5), 511–535

Cowan, B. W., Hao, Z. 2021. Medicaid expansion and the mental health of college students. *Health economics*, 30(6), 1306–1327

- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., Skodol, A. E., Stueve, A. 1992. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, 255(5047), 946–952
- Fava, M., Kendler, K. S. 2000. Major depressive disorder. *Neuron*, 28(2), 335–341
- Flavin, P. 2018. State Medicaid Expansion and Citizens' Quality of Life. *Social Science Quarterly*, 99(2), 616–625
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., Munafò, M. R. 2017. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*, 19(1), 3–13
- Hamilton, V. H., Merrigan, P., Dufresne, É. 1997. Down and out: estimating the relationship between mental health and unemployment. *Health economics*, 6(4), 397–406
- Han, C. H., Chung, J. H., Lee, S. 2021. Depression, chronic obstructive pulmonary disease, and healthcare utilization: Results from the Korean Longitudinal Study of Aging (KLoSA). *The Clinical Respiratory Journal*, 15(9), 937–943
- Ji, X., Wilk, A. S., Druss, B. G., Lally, C., Cummings, J. R. 2017. Discontinuity of Medicaid Coverage: Impact on Cost and Utilization Among Adult Medicaid Beneficiaries With Major Depression. *Medical Care*, 55(8), 735–743
- Jung, Y.E., Seo, H.J., Song, H. R., Woo, Y. S., Yim, H.W., Sung, H.M., Lee, M.S., Kim, J.M., Jun, T.Y. 2012. Factors associated with subjective quality of life in Korean patients with depressive disorders: the CRESCEND study. *Quality of Life Research*, 21, 967–974
- Kaestner, R., Garrett, B., Chen, J., Gangopadhyaya, A., Fleming, C. 2017. Effects of ACA Medicaid Expansions on Health Insurance Coverage and Labor Supply. *Journal of Policy Analysis and Management*, 36(3), 608–642
- Kang, S. H., Kim, S., Park, E.-C., Jang, S.-I. 2021. Effects of material hardship on depression among adults in South Korea: insights from by the Korea Welfare Panel Study 2008–2017. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 202
- Kessler, R. C. 1997. The effects of stressful life events on depression. *Annual review of psychology*, 48(1), 191–214

- Kim, Y.S., Lee, J., Moon, Y., Kim, K. J., Lee, K., Choi, J., Han, S.H. 2018. Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. *BMC Geriatrics*, 18(1), 98
- Kircanski, K., Joormann, J., Gotlib, I. H. 2012. Cognitive aspects of depression. *WIREs Cognitive Science*, 3(3), 301–313
- Ko, H. 2016. Unmet healthcare needs and health status: Panel evidence from Korea. *Health Policy*, 120(6), 646–653
- Lee, S. K., Kwon, Y. J. 2024. Socioeconomic disparities in alcohol-related depression: a national cohort study of low-income medical aid beneficiaries and national health insurance beneficiaries in Korea. *BMC Public Health*, 24(1), 2189
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliège, D., Mackenbach, J., Ansseau, M. 2007. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 293–298
- Martinez-Hume, A. C., Baker, A. M., Bell, H. S., Montemayor, I., Elwell, K., Hunt, L. M. 2017. “They Treat you a Different Way:” Public Insurance, Stigma, and the Challenge to Quality Health Care. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 41(1), 161–180
- Maser, J. D., Cloninger, C. 1990. Comorbidity of mood and anxiety disorders: American Psychiatric Association.
- Miech, R. A., Shanahan, M. J. 2000. Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of health and social behavior*, 162–176
- Mirowsky, J., Ross, C. E. 2001. Age and the effect of economic hardship on depression. *Journal of health and social behavior*, 132–150
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., Monteggia, L. M. 2002. Neurobiology of Depression. *Neuron*, 34(1), 13–25
- Nichols-Casebolt, A. 1986. The psychological effects of income testing income-support benefits. *Social Service Review*, 60(2), 287–302
- Obeid, S., Akel, M., Haddad, C., Fares, K., Sacre, H., Salameh, P., Hallit, S. 2020. Factors associated with alcohol use disorder: the role of depression, anxiety, stress, alexithymia and work fatigue— a population study in Lebanon. *BMC Public Health*, 20(1), 245

- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S. 2020. Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry investigation*, 17(3), 207
- Patel, V., Burns, J. K., Dhingra, M., Tarver, L., Kohrt, B. A., Lund, C. 2018. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*, 17(1), 76–89
- Piccinelli, M., Wilkinson, G. 2000. Gender differences in depression: Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486–492
- Radloff, L. S. 1977. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385–401
- Rakel, R. E. 1999. Depression. *Prim Care*, 26(2), 211–224
- Remes, O., Mendes, J. F., Templeton, P. 2021. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sciences*, 11(12), 1633
- Ross, C. E., Mirowsky, J. 2000. Does medical insurance contribute to socioeconomic differentials in health? *The Milbank Quarterly*, 78(2), 291–321
- Sadock, E., Perrin, P. B., Grinnell, R. M., Rybarczyk, B., Auerbach, S. M. 2017. Initial and Follow-Up Evaluations of Integrated Psychological Services for Anxiety and Depression in a Safety Net Primary Care Clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1462–1481
- Seo, J., Choi, B., Kim, S., Lee, H., Oh, D. 2017. The relationship between multiple chronic diseases and depressive symptoms among middle-aged and elderly populations: results of a 2009 korean community health survey of 156,747 participants. *BMC Public Health*, 17(1), 844
- Simon, K., Soni, A., Cawley, J. 2017. The Impact of Health Insurance on Preventive Care and Health Behaviors: Evidence from the First Two Years of the ACA Medicaid Expansions. *Journal of Policy Analysis and Management*, 36(2), 390–417

- Sommers, B. D., Blendon, R. J., Orav, E. J., Epstein, A. M. 2016. Changes in Utilization and Health Among Low-Income Adults After Medicaid Expansion or Expanded Private Insurance. *JAMA Internal Medicine*, 176(10), 1501–1509
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., Kendler, K. S. 2000. Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552–1562
- Wagstaff, A., Pradhan, M. 2005. Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country (Vol. 3563): World Bank Publications.
- Wherry, L. R., Miller, S. 2016. Early Coverage, Access, Utilization, and Health Effects Associated With the Affordable Care Act Medicaid Expansions. *Annals of Internal Medicine*, 164(12), 795–803
- Winkelman, T. N. A., Chang, V. W. 2018. Medicaid Expansion, Mental Health, and Access to Care among Childless Adults with and without Chronic Conditions. *Journal of General Internal Medicine*, 33(3), 376–383
- World Health Organization 2023, 2023.3.31. Depressive disorder (depression). (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>).
- Yoo, K.B., Park, E.C., Jang, S.Y., Kwon, J. A., Kim, S. J., Cho, K.h., Choi, J.W., Kim,J.H., Park, S. 2016. Association between employment status change and depression in Korean adults. *BMJ Open*, 6(3), e008570



부록

부표 1. 의료 취약 계층 지원 제도

부표 2. 의료보장 형태 하위 그룹 변화와 우울 증상에 미치는 영향

부표 3. 의료보장 형태 추가 하위 그룹 변화 우울 증상에 미치는 영향

부표 4. 연구대상자의 일반적 특성(우울 증상 유지)

부표 5. 의료보장 형태 변화와 우울 증상에 영향을 미치는 요인(우울 증상 유지)

부표 6. 가구 소득별 의료보장 형태 하위 그룹 변화와 우울 증상에 미치는 영향
(우울 증상 유지)

부표 7. 의료보장 형태 변화와 우울 증상 하위그룹 분석(우울 증상 유지)

부표 8. 의료보장 형태 변화 하위 그룹별 우울 증상에 미치는 영향(우울 증상 유지)

부표 9. 의료보장 형태 변화 추가 하위 그룹별 우울 증상에 미치는 영향
(우울 증상 유지)

부표 1. 의료 취약 계층 지원 제도

의료급여제도	차상위본인부담 경감대상자지원	긴급복지지원	재난적의료비지원	
근거 법률	의료급여법, 국민 기초생활보장법, 타법	국민건강보험법 시행령 제 19 조	긴급복지지원법 시행령 제 3 조	재난적의료비지원에 관한 법률
대상	(급여종류별) 최저보장수준 이하 모든 가구	희귀난치성, 중증질환자 만성질환자, 18 세 미만 아동	중한질병, 부상	과도한 의료비가 발생한 자
소득 기준	중위소득 40%이하 기준	중위소득 50%이하	중위소득 75%이하	기준중위소득 100% 이하로 의료비 부담 연소득 10% 초과자 (재산 7 억 이하)
지원 내용	본인부담 경감 또는 면제	본인부담 경감 및 건강보험료 전액 국고 지원	동일상병 1 회 300 만원 지원	연간최대 5 천만원 (입원, 외래진료일수 연간 180 일 이내)
담당 부서	수급자의 거주지를 관할하는 지자체	조사: 시군구 공단: 결정통지	시군구 긴급지원담당	국민건강보험공단

출처: 황도경 등, 2017 을 토대로 최신화 하였음

부표 2. 의료보장 형태 하위 그룹 변화와 우울 증상에 미치는 영향^a

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)					
	OR	95% CI		P-value		
의료보장 형태 변화						
1 종의료급여 → 1 종의료급여	1.79	(1.36	–	2.34)	<.0001	
1 종의료급여 → 2 종의료급여	2.20	(0.98	–	4.93)	0.056	
1 종의료급여 → 건강보험	3.21	(1.39	–	7.45)	0.007	
2 종의료급여 → 1 종의료급여	0.95	(0.36	–	2.51)	0.911	
2 종의료급여 → 2 종의료급여	1.82	(1.05	–	3.16)	0.033	
2 종의료급여 → 건강보험	1.64	(0.62	–	4.35)	0.319	
건강보험 → 1 종의료급여	1.83	(0.95	–	3.52)	0.069	
건강보험 → 2 종의료급여	2.95	(0.86	–	10.10)	0.085	
건강보험 → 건강보험	1.00					

a: 모든 분석 결과는 성별, 연령, 거주지역, 배우자 유무, 교육 수준, 가구 소득, 가구 형태, 경제활동 상태, 음주 및 흡연 여부, 장애 및 만성질환, 외래 경험, 입원 경험, 민간보험 가입 여부, 연도를 조정한 값임.

부표 3. 의료보장 형태 추가 하위 그룹 변화와 우울 증상에 미치는 영향^a

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)					
	OR	95% CI		P-value		
의료보장 형태 변화						
피부양자 → 피부양자	0.95	(0.80	–	1.13)	0.559	
피부양자 → 의료급여	2.45	(1.08	–	5.58)	0.032	
피부양자 → 건강보험	1.09	(0.86	–	1.40)	0.472	
의료급여 → 피부양자	2.41	(0.74	–	7.85)	0.144	
의료급여 → 의료급여	1.77	(1.33	–	2.37)	0.000	
의료급여 → 건강보험	2.11	(1.00	–	4.49)	0.051	
건강보험 → 피부양자	1.34	(1.04	–	1.73)	0.024	
건강보험 → 의료급여	1.85	(0.85	–	4.05)	0.123	
건강보험 → 건강보험	1.00					

a: 모든 분석 결과는 성별, 연령, 거주지역, 배우자 유무, 교육 수준, 가구 소득, 가구 형태, 경제활동 상태, 음주 및 흡연 여부, 장애 및 만성질환, 외래 경험, 입원 경험, 민간보험 가입 여부, 연도를 조정한 값임.



부표 4. 연구대상자의 일반적 특성(우울 증상 유지)

변 수	우울 증상 (CES-D11≥16)						P-value	
	전체		없음		있음			
	N	%	N	%	N	%		
	44,136	100	38,079	86.3	6,057	13.7		
의료보장 형태 변화						<.0001		
의료급여 → 의료급여	2,729	6.2	1,621	59.4	1,108	40.6		
의료급여 → 건강보험	182	0.4	134	73.6	48	26.4		
건강보험 → 의료급여	190	0.4	122	64.2	68	35.8		
건강보험 → 건강보험	41,035	93.0	36,202	88.2	4,833	11.8		
성별						<.0001		
남성	18,705	42.4	16,906	90.4	1,799	9.6		
여성	25,431	57.6	21,173	83.3	4,258	16.7		
연령						<.0001		
19~34	5,784	13.1	5,337	92.3	447	7.7		
35~49	10,049	22.8	9,414	93.7	635	6.3		
50~64	10,426	23.6	9,349	89.7	1,077	10.3		
65~79	12,138	27.5	9,932	81.8	2,206	18.2		
80≤	5,739	13.0	4,047	70.5	1,692	29.5		
거주지역						<.0001		
도시	35,490	80.4	30,754	86.7	4,736	13.3		
그 외	8,646	19.6	7,325	84.7	1,321	15.3		
배우자						<.0001		
유	27,280	61.8	24,764	90.8	2,516	9.2		
이혼,사별,별거	10,220	23.2	7,391	72.3	2,829	27.7		
미혼	6,636	15.0	5,924	89.3	712	10.7		
교육수준						<.0001		
고등학교 및 이하	29,979	67.9	24,828	82.8	5,151	17.2		
전문대학 및 이상	14,157	32.1	13,251	93.6	906	6.4		
가구형태						<.0001		
1인가구 가구주	8,187	18.5	5,888	71.9	2,299	28.1		
2인이상 가구주	16,051	36.4	14,339	89.3	1,712	10.7		
2인이상 구성원	19,898	45.1	17,852	89.7	2,046	10.3		



부표 4. 연구대상자의 일반적 특성(우울 증상 유지) (계속)

변 수	우울 증상 (CES-D11≥16)						P-value	
	전체		없음		있음			
	N	%	N	%	N	%		
	44,136	100	38,079	86.3	6,057	13.7		
경제참여상태							<.0001	
근로자	25,881	58.6	23,904	92.4	1,977	7.6		
실업자	603	1.4	509	84.4	94	15.6		
비경제활동	17,652	40.0	13,666	77.4	3,986	22.6		
가구소득							<.0001	
일반가구	29,584	67.0	27,356	92.5	2,228	7.5		
저소득가구	14,552	33.0	10,723	73.7	3,829	26.3		
음주 및 흡연							<.0001	
음주만	14,558	33.0	13,464	92.5	1,094	7.5		
흡연만	1,648	3.7	1,307	79.3	341	20.7		
모두	5,168	11.7	4,637	89.7	531	10.3		
안함	22,762	51.6	18,671	82.0	4,091	18.0		
장애 및 만성질환							<.0001	
장애만	616	1.4	545	88.5	71	11.5		
만성질환만	22,174	50.2	18,392	82.9	3,782	17.1		
모두	3,779	8.6	2,687	71.1	1,092	28.9		
없음	17,567	39.8	16,455	93.7	1,112	6.3		
외래경험							<.0001	
없음	5,924	13.4	5,569	94.0	355	6.0		
있음	38,212	86.6	32,510	85.1	5,702	14.9		
입원경험							<.0001	
없음	38,316	86.8	33,637	87.8	4,679	12.2		
있음	5,820	13.2	4,442	76.3	1,378	23.7		
민간보험							<.0001	
미보유	16,776	38.0	12,876	76.8	3,900	23.2		
보유	27,360	62.0	25,203	92.1	2,157	7.9		
우울 증상							<.0001	
무	38,364	86.9	34,791	90.7	3,573	9.3		
유	5,772	13.1	3,288	57.0	2,484	43.0		



부표 5. 의료보장 형태 변화와 우울 증상에 영향을 미치는 요인(우울 증상 유지)

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)			
	OR	95% CI		P-value
의료보장 형태 변화				
의료급여 → 의료급여	1.53	(1.29	–	1.80)
의료급여 → 건강보험	1.97	(1.10	–	3.52)
건강보험 → 의료급여	1.89	(1.12	–	3.21)
건강보험 → 건강보험	1.00			
성별				
남성	1.00			
여성	1.62	(1.38	–	1.89)
연령				
19~34	1.00			
35~49	1.03	(0.81	–	1.32)
50~64	1.03	(0.79	–	1.33)
65~79	1.00	(0.76	–	1.33)
80≤	1.33	(0.98	–	1.80)
거주지역				
도시	1.00			
그 외	0.88	(0.77	–	1.00)
배우자				
유	1.00			
이혼,사별,별거	1.46	(1.25	–	1.71)
미혼	1.68	(1.34	–	2.11)
교육수준				
고등학교 및 이하	1.00			
전문대학 및 이상	0.78	(0.68	–	0.90)
가구형태				
1 인가구 가구주	0.98	(0.82	–	1.18)
2 인이상 가구주	1.12	(0.95	–	1.32)
2 인이상 구성원	1.00			



부표 5. 의료보장 형태 변화와 우울 증상에 영향을 미치는 요인(우울 증상 유지) (계속)

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)		
	OR	95% CI	P-value
경제참여상태			
근로자	1.00		
실업자	2.25	(1.62 ~ 3.14)	<.0001
비경제활동	1.35	(1.21 ~ 1.51)	<.0001
가구소득			
일반가구	1.00		
저소득가구	1.70	(1.51 ~ 1.92)	<.0001
음주 및 흡연			
음주만	0.94	(0.83 ~ 1.06)	0.282
흡연만	1.83	(1.46 ~ 2.29)	<.0001
모두	1.42	(1.19 ~ 1.69)	<.0001
안함	1.00		
장애 및 만성질환			
장애만	0.90	(0.60 ~ 1.35)	0.603
만성질환만	1.22	(1.06 ~ 1.40)	0.005
모두	1.66	(1.37 ~ 2.02)	<.0001
없음	1.00		
외래경험			
없음	1.00		
있음	1.26	(1.06 ~ 1.50)	0.008
입원경험			
없음	1.00		
있음	1.50	(1.32 ~ 1.69)	<.0001
민간보험			
미보유	1.20	(1.07 ~ 1.34)	0.002
보유	1.00		
우울 증상			
무	0.15	(0.13 ~ 0.17)	<.0001
유	1.00		

부표 6. 가구 소득별 의료보장 형태 하위 그룹 변화와 우울 증상에 미치는 영향(우울 증상 유지)^a

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)					
	일반소득 가구			저소득가구		
	OR	95% CI	P-value	OR	95% CI	P-value
의료보장 형태 변화						
1 종의료급여 → 1 종의료급여	2.01	(1.15 ~ 3.51)	0.014	1.53	(1.28 ~ 1.83)	<.0001
1 종의료급여 → 2 종의료급여	3.86	(0.93 ~ 15.95)	0.062	1.00	(0.40 ~ 2.51)	0.992
1 종의료급여 → 건강보험	3.31	(0.81 ~ 13.49)	0.095	2.46	(1.10 ~ 5.49)	0.028
2 종의료급여 → 2 종의료급여	1.97	(1.22 ~ 3.20)	0.006	1.48	(0.91 ~ 2.38)	0.113
2 종의료급여 → 1 종의료급여	0.52	(0.02 ~ 11.55)	0.678	1.20	(0.48 ~ 2.96)	0.698
2 종의료급여 → 건강보험	0.63	(0.23 ~ 1.71)	0.368	1.80	(0.54 ~ 6.05)	0.340
건강보험 → 1 종의료급여	0.90	(0.18 ~ 4.44)	0.898	1.91	(1.08 ~ 3.35)	0.025
건강보험 → 2 종의료급여	6.36	(0.83 ~ 48.91)	0.076	1.73	(0.53 ~ 5.68)	0.364
건강보험 → 건강보험	1.00			1.00		

a: 모든 분석 결과는 성별, 연령, 거주지역, 배우자 유무, 교육 수준, 가구 형태, 경제활동 상태, 음주 및 흡연 여부, 장애 및 만성질환, 외래 경험, 입원 경험, 민간보험 가입 여부, 우울 증상, 연도를 조정한 값임.

부표 7. 의료보장 형태 변화와 우울 증상 하위그룹 분석(우울 증상 유지)^a

변수	우울 증상 (CES-D11)						
	없음		경미한 우울 증상 (16~20)		중한 우울 증상 (21~24)		심한 우울 증상 (25~60)
	OR	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
의료보장 형태 변화							
건강보험 → 건강보험	1.00						
의료급여 → 의료급여	1.46	(1.27 ~ 1.67)	1.33 (1.10 ~ 1.61)	1.73 (1.48 ~ 2.03)			
의료급여 → 건강보험	1.53	(0.93 ~ 2.51)	1.01 (0.44 ~ 2.32)	2.10 (1.24 ~ 3.55)			
건강보험 → 의료급여	1.49	(0.95 ~ 2.35)	1.13 (0.57 ~ 2.24)	1.88 (1.23 ~ 2.89)			

a: 모든 분석 결과는 성별, 연령, 거주지역, 배우자 유무, 교육 수준, 가구 소득, 가구 형태, 경제활동 상태, 음주 및 흡연 여부, 장애 및 만성질환, 외래 경험, 입원 경험, 민간보험 가입 여부, 우울 증상, 연도를 조정한 값임.

부표 8. 의료보장 형태 변화 하위 그룹별 우울 증상에 미치는 영향(우울 증상 유지)^a

변수	우울 증상 (CES-D11≥16)					
	OR	95% CI		P-value		
의료보장 형태 변화						
1 종의료급여 → 1 종의료급여	1.84	(1.54	–	2.19)	<.0001	
1 종의료급여 → 2 종의료급여	1.54	(0.63	–	3.77)	0.343	
1 종의료급여 → 건강보험	3.07	(1.40	–	6.71)	0.005	
2 종의료급여 → 1 종의료급여	1.39	(0.54	–	3.58)	0.490	
2 종의료급여 → 2 종의료급여	2.06	(1.36	–	3.10)	0.001	
2 종의료급여 → 건강보험	1.83	(0.72	–	4.62)	0.203	
건강보험 → 1 종의료급여	2.14	(1.19	–	3.86)	0.011	
건강보험 → 2 종의료급여	3.00	(0.89	–	10.16)	0.078	
건강보험 → 건강보험	1.00					

a: 모든 분석 결과는 성별, 연령, 거주지역, 배우자 유무, 교육 수준, 가구 소득, 가구 형태, 경제활동 상태, 음주 및 흡연 여부, 장애 및 만성질환, 외래 경험, 입원 경험, 민간보험 가입 여부, 우울 증상, 연도를 조정한 값임.

부표 9. 의료보장 형태 변화 추가 하위 그룹별 우울 증상에 미치는 영향(우울 증상 유지)^a

변 수	우울 증상 (CES-D11≥16)					P-value
	OR	95% CI				
의료보장 형태 변화						
피부양자 → 피부양자	0.99	(0.87	–	1.13)	0.902	
피부양자 → 의료급여	1.99	(0.84	–	4.72)	0.119	
피부양자 → 건강보험	1.01	(0.81	–	1.26)	0.944	
의료급여 → 피부양자	2.10	(0.75	–	5.94)	0.160	
의료급여 → 의료급여	1.56	(1.29	–	1.89)	<.0001	
의료급여 → 건강보험	1.97	(0.97	–	3.99)	0.060	
건강보험 → 피부양자	1.44	(1.15	–	1.81)	0.002	
건강보험 → 의료급여	1.93	(1.00	–	3.73)	0.050	
건강보험 → 건강보험	1.00					

a: 모든 분석 결과는 성별, 연령, 거주지역, 배우자 유무, 교육 수준, 가구 소득, 가구 형태, 경제활동 상태, 음주 및 흡연 여부, 장애 및 만성질환, 외래 경험, 입원 경험, 민간보험 가입 여부, 우울 증상, 연도를 조정한 값임.

ABSTRACT

The Impact of Changes in Healthcare Coverage Type on Depressive Symptoms

Min Jeong Joo

Department of Public Health, Graduate School, Yonsei University

(Directed by professor Eun-Cheol Park, MD, PhD)

Background

South Korea's healthcare system consists of the National Health Insurance(NHI) and the Medical Aid programs. Citizens are included in one of these systems based on their work capacity and individual circumstances, ensuring access to healthcare. Medical Aid beneficiaries receive lower out-of-pocket costs compared to National Health Insurance, enhancing healthcare accessibility. Changes in healthcare coverage can affect not only healthcare accessibility but also economic burden, recovery, and quality of life. Such changes may disproportionately impact individuals who actively utilize healthcare services, potentially affecting their mental health. Despite this, research on the relationship between changes in healthcare coverage and mental health outcomes remains insufficient. This study aims to analyze the association between changes in healthcare coverage types and depressive symptoms, considering individual differences.

Methods

This study utilized data from the Korean Welfare Panel Study from the 11th (2016) to the 15th (2020) waves. The analysis included adults aged 19 and older who participated in at least two waves, yielding a final sample of 38,154 observations. On average, participants were involved for 3.48 years (± 0.02 years). Changes in healthcare coverage types were categorized into four groups: maintaining medical aid, transitioning from medical aid to NHI, transitioning from NHI to medical aid, and maintaining NHI. Depressive symptoms were measured using the Korean version of the CES-D11 (Center for Epidemiologic Studies Depression). Descriptive statistics were examined using the chi-square test, and multivariate analysis was conducted using the Generalized Estimating Equation method to assess the relationship between changes in healthcare coverage and depressive symptoms.

Subgroup analyses were also performed using GEE to explore the associations between healthcare coverage, demographic and sociological factors, health and medical factors, and depressive symptoms, including the severity of depressive symptoms.

Results

Compared to those who maintained NHI, individuals who remained in the Medical Aid program had 1.78 odds(95% CI: 1.38–2.31) higher of developing depressive symptoms. Transitioning from Medical Aid to NHI was associated with 2.19 odds(95% CI: 1.16–4.12) higher, while transitioning from NHI to Medical Aid showed 2.05 odds(95% CI: 1.14–3.66) higher. Among general-income households, those who remained in the Medical Aid program had 2.22 odds(95% CI: 1.26–3.91) higher of depressive symptoms compared to those who maintained NHI, although the results for changes in healthcare coverage were not statistically significant. Conversely, in low-income households, individuals who remained in the Medical Aid program had 1.63 odds(95% CI: 1.23–2.15) higher of depressive symptoms than those who maintained NHI. Transitioning from Medical Aid to NHI was associated with 2.69 odds(95% CI: 1.20–6.04) higher of depressive symptoms, while transitioning from NHI to Medical Aid was not statistically significant. Regarding the severity of depressive symptoms, individuals who remained in the Medical Aid program exhibited mild, moderate, and severe depressive symptoms. Transitioning from Medical Aid to NHI resulted in 2.16 odds(95% CI: 1.16–4.01) higher of severe depressive symptoms.

Conclusion

Changes in healthcare coverage significantly influenced the onset of depressive symptoms. The maintenance, entry, and exit from Medical Aid, depending on individual characteristics, healthcare needs, and household income, affected the occurrence and severity of depressive symptoms. This indicates that healthcare coverage is not merely an element of medical care but also a system that can significantly impact an individual's mental health. However, depressive symptoms arise from multidimensional factors, and changes in healthcare coverage alone cannot fully explain their causes. Future research should consider additional factors such as psychological aspects, welfare stigma, healthcare satisfaction, and unmet medical needs to address these limitations comprehensively.

Key words: Healthcare coverage, depressive symptoms, Medical Aid, National Health Insurance, Right to Health