



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)

보건학석사 학위논문

# 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향

The effect of household debt on unmet medical  
need

2017년 8월

서울대학교 보건대학원  
보건학과 보건정책관리학 전공  
김 태 환



# 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향

The effect of household debt on unmet medical  
need

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학석사학위논문으로 제출함

2017년 5월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

김 태 환

김태환의 석사학위논문을 인준함

2017년 7월

위 원 장 이 태 진 (인)

부 위 원 장 김 선 영 (인)

위 원 김 창 엽 (인)

## 국문초록

본 연구는 한국복지패널을 이용하여 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향을 확인하는 것을 목적으로 한다. 10차 조사에 포함된 가구중 결측치를 제외한 6,820가구를 대상으로 분석하였으며, 이 중 1.47%가 경제적 이유로 인한 미충족의료를 경험하였고, 42.1%가 부채를 보유하고 있었다.

이질성을 보유한 가계부채의 특성을 고려하여 총액지표, 신용위험, 부채형태로 구분한 총 13개 지표를 활용하여 각각 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 또한, 가계부채와 미충족의료의 관계에 영향을 미치는 다른 경제적 변수의 영향을 파악하기 위하여, 실물자산, 금융자산으로 구성된 자산변수와 소비변수를 차례로 투입한 위계적 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

분석 결과, 13가지 지표 중 9가지 지표가 미충족의료에 유의한 수준의 영향을 미치는 것으로 확인되었고, 9가지 모두 미충족의료 가능성을 증가시키는 방향으로 작용하였다. 세 가지 총액지표에서는 모두 유의한 영향을 확인하였고, 신용위험에서는 부실위험가구, 신용불량자경험, 연체경험이 미충족의료의 가능성을 유의한 수준에서 증가시키는 것을 확인하였다. 부채형태별로는 금융기관대출, 일반사채 기타대출이 미충족의료에 유의

한 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다. 위계적으로 투입한 자산 변수는 모든 가계부채지표에서 미충족의료를 감소시켰으며, 소비 변수는 총부채와 DTI에서 미충족의료를 감소시키는 유의한 영향을 보여주었다. 이에 자산과 소비가 미충족의료에 미치는 부채의 영향을 부의 방향으로 상쇄하고 있을 가능성을 확인할 수 있었다.

이 연구를 통해 건강에 영향을 미치는 사회경제적지위에 대한 논의가 확장되고, 가계부채가 개인과 가계 그리고 사회에 미치는 위험성의 실체가 밝혀지는 계기가 마련되기를 기대한다.

주요어 : 가계부채, 미충족의료, 사회경제적지위

학 번 : 2015-24090

# 목 차

I. 서론 .....	1
1. 연구배경 .....	1
2. 연구목적 .....	5
II. 이론적배경 .....	6
1. 미충족의료 .....	6
2. 사회경제적지위와 건강 .....	11
3. 부채가 건강에 미치는 영향 .....	15
III. 연구의 개념틀 .....	23
IV. 연구방법 .....	25
1. 연구자료 및 대상 .....	25
1) 연구자료 .....	25

2) 연구대상.....	26
2. 변수의 정의 및 측정.....	27
1) 종속변수.....	27
2) 독립변수.....	27
3) 통제변수.....	30
3. 분석방법.....	34
V. 연구결과.....	36
1. 연구대상자의 일반적 특성.....	36
2. 미충족의료 발생빈도, 분포 및 연관성.....	40
3. 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향.....	45
VI. 고찰.....	59
1. 결과에 대한 고찰.....	59



2. 함의와 한계 .....	64
VII. 참고문헌 .....	68
Abstract.....	78

## 표 목차

표 1 분석에 사용된 주요변수 및 내용 .....	32
표 2 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향 분석을 위한 로지스틱 회귀 모형.....	35
표 3 부채 유무에 따른 연구대상자의 일반적 특성(통제변수) .....	38
표 4 부채유무에 따른 연구 대상자의 일반적 특성(독립변수).....	39
표 5 미충족의료 여부에 따른 연구대상자 특성(통제변수) .....	43
표 6 미충족의료 여부에 따른 연구대상자 특성(독립변수) .....	44
표 7 총부채가 미충족의료에 미치는 영향 .....	48
표 8 DTI가 미충족의료에 미치는 영향 .....	49
표 9 DTA가 미충족의료에 미치는 영향 .....	50
표 10 신용위험이 미충족의료에 미치는 영향 .....	54

표 11 부채형태가 미충족의료에 미치는 영향 ..... 56

## 그림 목차

그림 1 사회경제적지위가 건강에 영향을 미치는 경로모델 ..... 14

그림 2 의료접근성의 개념틀 ..... 20

그림 3 연구의 개념틀 ..... 24

# I. 서론

## 1. 연구배경

가계부채(가계신용통계 기준)는 2016년 3/4분기말 현재 1,295.8조원으로 수년째 최고치를 갱신하고 있다(한국은행, 2016). 우리나라의 GDP대비 가계부채 비율(2016.6월 기준)은 90.0%로 G20 평균(60.5%)을 상회하고 있어 최근 IMF등 주요 대외 기관들도 한국의 가계부채 급증현상에 대해 경고를 하고 있는 상황이다. 특히나, 저성장세 지속으로 소득 1,2분위 계층의 소득이 감소하고 있어 이들 가구의 상환부담 증가에 따른 가계대출 부실화 문제가 우려되는 상황이다. 금리가 상승세로 돌아서고 있고 부동산 경기도 둔화될 것으로 예상되어, 향후 취약계층의 채무상황 부담이 높아져 한계가구가 증가할 가능성이 크다(오세진, 2017).

그동안 많은 연구들이 사회경제적 지위가 건강에 미치는 영향을 규명해왔다. 국내 연구에서도 사회경제적 지위에 따른 건강의 상대적 격차는

전 계층에 존재하는 것이며 단지 빈곤층 만의 문제는 아님을 입증하였다(김진영, 2007). OECD(2015)에 의하면, 15개 대상국각의 교육수준 별 기대여명의 비교에서 가장 높은 교육수준에 속한 집단은 가장 낮은 집단에 비해 약 6년을 더 생존하는 것으로 예측되었으며, 소득 등의 경제적 자원 또한 건강지표 및 건강 격차에 강한 영향을 미치는 것으로 확인되고 있다(김진구, 2011; 이용재, 2010). 그러나 교육, 직업, 소득 만으로는 건강에 미치는 사회경제적 지위를 완전히 설명해 내지 못하며, 부, 자산, 상징 자본 등의 다른 요소들이 사회경제적 지위의 구성요소가 될 수 있음이 밝혀지고 있다(Adler, 2009; E Sweet, 2011). 그 중에서도 특히 부채는 자산형성과 소비와의 상관관계 가지면서 건강에 미치는 사회경제적 지위 관련한 결정요인으로서 관심을 요청받고 있는 상황이다(Drentea & Reynolds, 2012).

부채는 그 기능과 영향에 있어 본질적으로 이질적인 특성을 갖는다. 부채는 기본적으로 소득변동에 대해 지출을 평활화하고 시제간 효율적인 자원배분을 가능케 함으로써 경제성장을 촉진하고 사회후생을 높이는 금융계약이다(Cecchetti, Mohanty, & Zampolli, 2011). 부채를 이용해 주택 소유, 인적 자본 획득, 고가의 물품들을 구매할 수 있는 장점이 있는 반면에, 미래의 상환능력에 대한 착오나, 실업이나 장애 등의 예기치 않은 위기가 닥쳤을 때, 부채는 경제적 고통이나 과대채무 상태를 유발하

게 된다(Keese & Schmitz, 2014).

지금까지의 부채와 건강 관련 연구는 주로 심리학적 결과에 초점이 맞춰져 왔다(Elizabeth Sweet, Nandi, Adam, & McDade, 2013). 부채나 주택 저당이 우울, 심리적 고통, 정신 분열, 자살 생각 등에 미치는 영향 요인임이 확인되었으며(Bridges & Disney, 2010; Brown, Taylor, & Price, 2005), 이러한 심리적인 요소들은 생리학적 변화나 건강 행위 등을 통해 간접적으로 건강에 영향을 미칠 수도 있다(Kubzansky, Seeman, & Glymour, 2014; Bruce S. McEwen, 1998; 김도영, 2015; 이계승, 2014).

가계부채가 건강에 미치는 영향 관련한 기존 연구들은 한계가 있는 상황이다. 우선, 부채가 건강에 미치는 영향을 명확하게 검증한 연구가 제한적이다(Elizabeth Sweet et al., 2013). 또한, 부채의 이질적인 특성과 영향을 파악하기 위해 다양한 지표들이 연구에 활용될 필요가 있는데, 특정 부채 형태나 거시적인 지표 위주로 활용된 경향이 있으며, 연구대상은 선진국에 제한되어 왔다. 더군다나, 부채의 특성에 기인하는 역상관관계, 사회적 선택 등의 이슈들이 충분히 해결되고 있지 않는 문제도 있다(Berger, Collins, & Cuesta, 2016). 특히나, 부채가 의료이용에 미

치는 영향에 대한 연구는 거의 존재하지 않는 상황이다(Kalousova & Burgard, 2013)

가계부채와 건강 관련한 국내 연구는 거의 전무하다. 가계부채 관련한 국내 연구는 소비(김현정 & 김우영, 2009; 이정원, 2016; 최은영, 2016)에 미치는 영향과 리스크 요인(유경원 & 김기호, 2016) 등이 주를 이루고 있으며, 건강 관련해서는 우울에 미치는 영향(김시월, 조향숙, & 김미리, 2015), 자살생각(이윤정 & 송인한, 2015) 등으로 상당히 제한적이다. 따라서, 향후 가계부채로 야기된 건강 관련한 정책적 이슈들이 발생하였을 때 정책적 대응의 근거로 삼을 수 있는 정책적 근거가 부족하다. 이에 해외 연구의 한계점들을 보완하면서도, 국내 현실과 전망을 고려한 관련한 연구가 필요하다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 의료이용과 접근성에 영향을 미치는 사회경제적지위의 하나로서의 가계부채의 역할을 분석함에 있다. 이 연구를 통해 건강에 영향을 미치는 사회경제적지위와 그러한 사회경제적지위의 하나로서의 가계부채의 역할에 대한 국내외의 이론적배경을 검토하고, 한계점들을 보완하고자 한다. 이러한 목적을 수행하기 위한 구체적 연구문제는 다음과 같다.

연구문제: 가계부채가 가구의 미충족의료에 영향을 미치는가



## II. 이론적배경

### 1. 미충족의료

보건의료체계는 복수의 목표를 가진다. World health report 2000은 반응성, 재정적 공정성, 주어진 자원의 최적의 사용을 바탕으로 한 건강과 건강 형평성을 향상을 보건의료체계의 전체적인 목표로 제시했다. 질과 안정성을 타협하지 않으면서도 더 큰 접근성과 포괄성을 통해 투입이 산출로 이어지게 하는 것이 보건의료체계의 중요한 중간 목표가 된다 (WHO, 2007). 이 중에서도 접근성은 필요와 함께 의료 이용을 결정짓는 핵심 요인(김창엽, 김명희, 이태진, & 손정인, 2015)이다.

접근성이란 필요할 때 보건의료를 이용할 수 있어야 한다는 것이다(김창엽 et al., 2015). 필요에 대한 정의가 시대에 따라 바뀌기도 하고, 사회에 따라 다르게 정의할 수 있기 때문에, 의료 필요에 대한 개념은 유동적일 수 밖에 없으나, 의료적으로 필요한 서비스를 상식적으로 정의한다

면 건강에 좋지 않은 결과를 피하기 위해 필요로 하는 서비스라고 할 수 있다(허순임, 김미곤, 이수형, & 김수정, 2009). 우리나라에도 모든 국민이 소득이나 지불능력에 상관없이 의료서비스를 이용할 수 있도록 의료의 공평한 접근성을 높이기 위해 1977년에 의료보장제도를 도입하여 1989년부터는 전국민의료보장제도를 실시하고 있다. 우리나라 건강보험은 환자 본인 부담률이 높고, 비급여 서비스의 존재로 의료 이용함에 있어 지불능력이 중요한 요소로 작용하여, 사회경제적 취약계층이나 장애인, 만성병환자 등 의료수요가 많은 집단이 필요한 서비스를 적절히 이용하는데 어려움을 겪고 있다(김수정, 2008; 김태일 & 최윤영, 2007; 송경신, 이준협, & 임국환, 2011; 허순임 & 김수정, 2007). 현실적으로 ‘모든’ 서비스에 ‘모든’ 사람이 접근하는 것은 불가능하기 때문에, 접근성을 명확하게 정의하는 것은 불가능에 가깝지만(김창엽 et al., 2015), 접근성 향상은 건강과 삶의 질에 영향을 주기 때문에(신형철, 강지영, 박웅섭, & 김상아, 2009), 많은 국가들의 정책목표로 의료서비스 전달의 효율성과 함께 의료 접근성을 강조되고 있다고 할 것이다(박형준 & 박수지, 2012).

의료 접근성이 ‘의료에 대한 필요’와 의료이용으로 볼 수 있는 ‘충족’으로 구성된다고 한다면, 의료필요가 있음에도 불구하고 사회경제적 요인으로 인해 적절한 의료서비스를 이용하지 못하는, 의료서비스 접근성에 장벽

이 존재함을 나타내는 ‘미충족’ 의료 현황을 분석하고 정확한 영향요인을 밝혀내는 것은 접근성의 실체에 접근할 수 있는 효과적인 연구 방법이다(Cunningham, Hadley, Kenney, & Davidoff, 2007; 박형준 & 박수지, 2012; 신영전 & 손정인, 2009). 기존 연구에서 미충족 의료는 여러 방법으로 정의되었다. 미충족 의료를 보건의료서비스에 대한 접근성 부족으로 정의하거나 (Thomas & Payne, 1998; Vinton, Altholz, & Marcus, 1997), 특정 서비스를 제공받았는지의 여부보다는 제공된 의료서비스가 신체 기능상태의 개선에 도움을 주었느냐의 여부로 보기도 했지만((Montoya, Richard, Bell, & Atkinson, 1997; Sanson-Fisher et al., 2000), 대다수의 연구는 미충족 의료를 조사대상자의 주관적 판단에 의하여 파악하고 있다(Sanmartin, 2002). 미충족의료는 실제로 건강결과와 상관관계가 있고(Ko, 2016), 건강관련 삶의 질에 부의 영향을 미치고(박형준 & 박수지, 2012), 미래의 경제적 부담이 될 수 있는 것으로 밝혀졌다(Kane & Shaya, 2008). 미충족의료에 미치는 영향으로는 개인이 의료서비스에 접근하는데 영향을 미치는 의료보험 등의 제도적인 요인(김동진, 2011), 의료와 관련된 체반 시설 및 기관에 접근하는 데 드는 시간상의 거리, 교통수단, 응급상황시 대처방안과 관련된 활동제한 요인(신형철 et al., 2009), 의료서비스 이용을 위해 추가로 부담해야 하는 개인 비용 등의 경제적인 요인(Macmillan, Chapin, & Rachlin, 1999) 등이 확인되었다.

미충족의료의 측정의 핵심이 되는 의료 필요는 판단하는 주체에 따라 인지된 필요와 평가된 필요로 구분할 수 있다(송경신 et al., 2011; 허순임 & 김수정, 2007). 인지된 필요는 환자 스스로 인지하는 필요이며, 평가된 필요는 전문가가 판단하는 필요를 의미하는 것이며(송경신 et al., 2011), 미충족 의료를 평가하는 방법도 의료를 이용하는 사람들의 주관적 판단을 물을 수도 있고, 실제 의료이용량과 필요의료량 간 차이를 측정할 수도 있다(Aday & Andersen, 1974; Taylor, Aday, & Andersen, 1975). 주관적 측정방법은 응답자가 자신의 관점을 보다 직접적으로 나타내기 때문에 개인적, 사회적 요인을 포괄하는 평가가 될 수 있지만 개인이 경험을 인지하고 회상하는 과정에서 편향이 생길 가능성이 있어 주관적 판단과 실제 차이를 정확하게 반영하지 못한다는 단점이 있으며(Newacheck, Hughes, Hung, Wong, & Stoddard, 2000; 허순임 et al., 2009), 개인차로 인해 미충족의료이 과소 또는 과대 측정될 가능성이 존재한다(이진용 et al., 2006). 반면에, 객관적 미충족의료는 주관적 한계를 보완하지만 임상적 지침에 근거한 치료와 질병에 한정하여 의료적 치료의 필요를 평가하기 때문에 대표성을 가지는 자료를 획득하기 어렵다(허순임 et al., 2009). 또한 객관적인 미충족의료는 의료이용량이 분석대상자들의 의료수요를 충분히 반영한다는 암묵적인 전제를 바탕으로 하는 것이지만(김진구, 2008), 실제 이용자와 전문가 사이에 필요 의료

량에 대한 판단의 차이가 존재할 수 있다(문정화 & 강민아, 2016). 따라서, 미충족의료와 관련한 대부분의 선행 연구들은 의료접근성을 보장한다는 차원에서 개인이 인지하고 있는 주관적 미충족의료에 대해 주로 연구해 왔으며, 본 연구에서 사용한 자료도 한국복지패널이 제공하는 개인이 인지한 경제적 이유로 인한 미충족의료이다.

## 2. 사회경제적지위와 건강

사회경제적지위에 따라 건강 수준과 의료서비스 이용에 격차가 존재한다는 사실은 이미 오래전부터 인지되어 왔다(Adler et al., 1994; Adler & Stewart, 2010; 김도영, 2015; 김진영, 2007; 장수지, Sujie, 김수영, & Soo, 2016; 정순둘, 김유휘, & 최혜지, 2013). 김도영 (2015)은 소득과 교육수준이 낮고 불안정한 경제활동을 하는 사회경제적 지위가 낮은 계층일수록 건강수준이 낮을 가능성이 높고, 이러한 계층은 나쁜 건강상태로 인해 의료서비스 이용 확률이 높아질 수 있음을 확인하였고, 김진영 (2007)은 사회경제적지위에 따른 건강격차가 성인 연령층에 걸쳐 증대되는 양상을 보여주었다.

소득, 직업, 교육 등의 전통적인 지표들로 건강에 미치는 사회경제적지위의 영향을 완전하게 파악하기 어렵다(Adler, 2009; Braveman et al., 2005; Shavers, 2007; E Sweet, 2011). 사회경제적 자원 중에서도 소득은 개인의 건강지표와 이용에 영향을 주는 주요 요인으로 확인되지만(Goldman, 2001; Wilkinson & Pickett, 2006; 이용재, 2010), 인과관계에 있어서 엇갈린 연구결과를 보여주기도 하여(Adams, Hurd, McFadden, Merrill, & Ribeiro, 2003; Frijters, Haisken-DeNew, &

Shields, 2005; Smith, 1999), 전통적인 지표의 설명력의 한계를 드러냈다. Braveman et al. (2005)은 일반적인 지표들 만으로는 사회경제적 지위의 영향을 제대로 반영할 수 없다고 하였다. 가계의 부, 인지된 사회경제적지위, 세대간 경제적 이동성 등(Adler et al., 1994) 뿐만 아니라, 의료보험이나 주택 소유(Mirowsky & Ross, 1999)와 같은 비소득 경제적 자원들도 명백하게 건강에 영향을 끼친다. 주관적으로 인지하는 본인의 사회경제적지위나 경제적 고통의 경험들이 심리생리학적 과정을 통해 건강에 영향을 끼칠 수 있으며, 이러한 과정은 일반적인 사회경제적지위 지표들로는 확인하기가 어렵다. 동일한 사회경제적지위라도 어떤 환경에 있느냐에 따라, 건강에 미치는 영향은 달라질 수 있다.

소득 이외의 경제적 자원이 건강에 미치는 영향은 다양한 연구를 통해 입증되어 왔다(Bentley, Baker, Mason, Subramanian, & Kavanagh, 2011; Burgard, Seefeldt, & Zelner, 2012; Cairney & Boyle, 2004; Currie & Tekin, 2015; Drentea & Reynolds, 2012; Fichera & Gathergood, 2013; Kushel, Gupta, Gee, & Haas, 2006; Mirowsky & Ross, 1999; Ratcliffe, 2012; Williams & Collins, 1995; 박정민, 허용창, 오욱찬, & 윤수경, 2015). Fichera and Gathergood (2013)에 따르면 주택 소유는 개인의 건강에 강력한 영향을 준다. 주택 가격 상승은 경제사이클에 따라 노동시장이나 노동강도 등의 부정적인 효과를 상쇄시

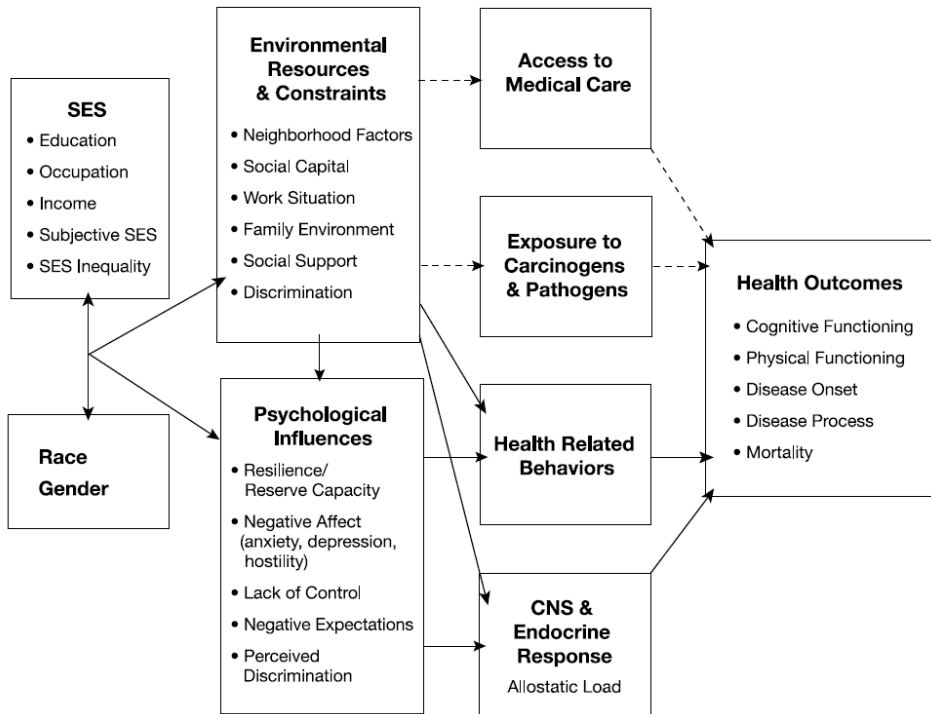
키기도 한다. Mirowsky and Ross (1999)는 의료보험이나 주택소유 등의 비소득 경제적 자원이 경제적 곤란의 시기에 건강을 유지하는 역할을 할 수 있음을 보여주었다. Drentea and Reynolds (2012)는 채무가 우울, 불안, 분노와 상관관계가 있으며, 다른 사회경제적지위들과는 약한 상관관계를 보임을 입증하였다. 이 연구에서 부채는 다른 어떤 전통적인 사회경제적지위보다 정신 건강과 더 일관되게 상관관계를 보여주었고, 그 효과는 소득 등의 다른 사회경제적지위 조건에서도 달라지지 않았다. 이는 부채가 독립적인 사회경제적지위의 지표로서의 역할을 할 수 있음을 증명한다.

사회경제적지위가 건강에 미치는 영향은 다양한 매커니즘을 통해 작동될 수 있다. Adler and Stewart (2010)는 <그림1>과 같이 사회경제적지위가 건강에 영향을 미치는 네 가지 경로를 의료접근성, 유해 환경 노출, 건강 행동, 스트레스로 제시하였다. 사회경제적지위는 정서나 인지 등의 심리적 기제를 통해 건강관련 행위 실천이나 중추신경계 및 내분비계 반응 등을 통해 건강에 영향을 끼칠 수 있다(Adler & Ostrove, 1999; Baum, Garofalo, & Yali, 1999; Matthews & Gallo, 2011). 특히나 사회경제적지위가 낮은 계층은 해로운 환경에 노출될 확률이 높으며, 우울 등의 심리적



기제를 통해 건강에 영향을 미칠 수 있다(김도영, 2015; 이계승, 2014). 긴급한 지출을 목적으로 발생하는 조달 비용이 높은 단기부채의 경우에는 소비와 경제적 스트레스라는 매커니즘을 통해 우울 증상을 심화시킬 수 있다(Berger et al., 2016).

그림 1 사회경제적지위가 건강에 영향을 미치는 경로모델



출

출처 : Adler and Stewart (2010)

### 3. 부채가 건강에 미치는 영향

가계부채가 건강에 미치는 영향 관련한 연구는 최근들어 증가하고 있으나 여전히 제한적이다 (Elizabeth Sweet et al., 2013). 기존 부채와 건강 관련 연구도 주로 심리학적 결과에 초점이 맞춰져 왔다(Elizabeth Sweet et al., 2013). 게다가 부채의 영향은 이질적이어서(Berger et al., 2016; Kalousova & Burgard, 2013), 부채와 심리적 상태와의 상관관계에 대한 연구 결과들도 일관되지 않다(Berger et al., 2016). 부채는 심리적, 정신적으로 악영향을 끼칠 수 있는 반면에(Bridges & Disney, 2010; Brown et al., 2005; Drentea & Reynolds, 2012; Gathergood, 2012; Jenkins et al., 2008), 우울감을 줄이고(Dew, 2007), 자아존중감을 향상시키는데 도움이되기도 한다(Dwyer, McCloud, & Hodson, 2011).

부채가 미치는 영향의 이질성은 부채 자체의 이질성과 복잡성에 기인한다. 부채는 제공자와 사용자 관점에서 생각해 볼 때, 본질과 역할을 이해할 수 있다. 제공자 입장에서는 채권에 투자하는 것이다. 대부분의 신용 공급자들이 금융기관들임을 감안한다면, 이러한 투자는 포트폴리오

관리 관점에서 이루어 진다고 볼 수 있다. 포트폴리오를 구성함에 있어서 고려하는 가장 중요한 요소 중 하나가 다른 투자자산들과의 공분산이다. 왜냐하면 공분산이 낮다면, 포트폴리오 전체의 위험 대비 수익률이 개선될 수 있기 때문이다. 실제로, 소비자들의 공분산에 체계적인 이질성이 확인되었고(Musto & Souleles, 2006), 신용을 공급하는 금융기관들에게 있어서 차입을 하는 소비자들은 포트폴리오 구성 차원에서 매력적인 대상이 될 수 있고, 이는 가계 부채 증가에 기여하는 동력으로 작동할 수 있다. 사용자 입장에서 부채는 자금 조달 행위의 하나가 된다. 가계가 사용자일 경우, 자금의 조달은 임금소득, 금융소득, 사적이전 등 다양한 형태로 이루어질 수 있지만, 조달 형태와 상관없이 부채는 조달과 동시에 원금과 이자의 상환 일정이 정해지게 된다. 채무 불이행시 사용자는 신용불량자 등으로 낙인되어 사회인으로서의 기능이 제한되거나 채무 이행을 독촉하는 각종 행위에 노출이 될 수 있으며, 때로는 불법적인 위협에 노출될 위험도 발생하게 된다. 부채의 사용 목적에 따라서도 부채의 의미와 영향은 달라 질 수 있으며, 이는 서로 다른 부채의 형태로 본질이 드러나기도 한다(Berger et al., 2016). 부채는 주택, 증권 등의 자산 획득이나 학자금 대출 등을 통한 인적자본 축적을 위해 발생할 수도 있고, 필수적이고 긴급한 지출을 위해 사용될 수도 있다.

가계부채의 경제적 자원으로서의 역할은 가계의 재무제표 측면에서 볼

때(유경원 & 김기호, 2016) 구체적으로 알아 볼 수 있다. 재무제표 중의 하나인 대차대조표에서 부채는 자기자본과 함께 대변을 구성하며, 자기자본과 함께 차변의 자산 구성을 위한 자금조달 역할을 하게 된다. 차변의 자산 가치가 상승하게 되면, 대변의 자기자본의 가치도 상승하게 되며, 부채의 상대적인 가치 즉, 상대적인 부담도 줄어들게 된다. 또 다른 재무제표인 손익계산서에서 부채는 소비나 이자비용의 형태로 이익을 감소시키거나 손해를 발생시킨다. 이자는 시장금리와 연동될 수도 있고, 고정금리 형태일 수도 있다. 시장금리와 연동되어 있을 때는 시장금리의 상승은 이자 비용을 상승시키며 가계의 순수입을 감소시키게 된다. 또한 부채는 발생 시점에서는 현금 유입 요건이 되어 원하는 투자나 지출을 가능하게 하지만, 발생 이 후 계약 일정에 따른, 원금 상환을 발생시키며, 이는 이자 비용과 함께 현금흐름표 상에서 현금 유출 요인이 된다. 부채는 발생시점에는 현금유입 요건이 되어 자산구성이나 지출로 사용되어 사용자의 목적을 충족시키지만, 발생 이후에는 자산가치변동으로 인한 자기자본가치 변동으로 이익이나 손해가 될 수 있고 원리금 상환으로 인한 현금유출이나 가계순수입 감소로 작용하게 된다. 이와 같이, 경제적으로 부채는 자산가치의 상승과 소비가 아니라면, 가계에 경제적 부담으로 작용하게 된다.

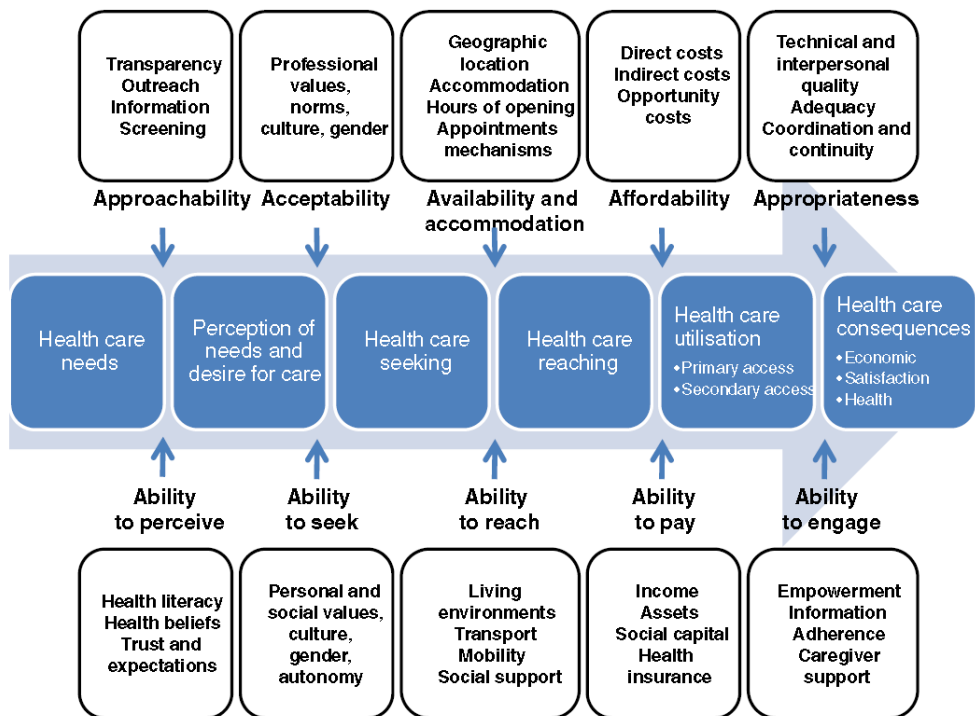
부채의 결정 이전과 이후의 과정 또한 건강 결정 요인으로서의 부채의

역할을 탐색함에 있어서 중요한 고려 대상이다. 가계부채는 형성 과정 자체가 사회경제적지위의 축적 과정의 산물일 수 있기 때문이다. Kamleitner(2007)에 따르면 부채가 결정되기 전에는 필요와 시장 정보가 상호작용을 하여 재화에 대한 욕망과 재화의 형태를 결정하고 포괄적인 의사결정 과정을 거쳐 구매 의사를 확인한 후 부채를 포함한 자금의 조달 형태에 대한 결정을 하게 된다. 부채를 사용하기로 결정을 하는 과정도 별도로 존재하며, 부채 사용이 시작된 이 후에는 상환 과정에서의 행동이 뒤따르게 된다.

부채가 건강에 미치는 경로 매커니즘도 큰 틀에서 사회경제적지위가 건강에 미치는 경로 모델(Adler & Stewart, 2010)을 활용하여 이해할 수 있다. 경제적 가능조건 혹은 제약조건으로 의료이용에(Kalousova & Burgard, 2013), 자산과 인적자본 형성을 통한 유해 환경 노출에, 원리금 상환 부담으로 인한 건강행동이나 스트레스에 영향을 줄 수 있다. 몇 가지 연구들은 과도한 부채가 경제적 고통, 스트레스, 우울로 이어질 수 있음을 보여주었다(Hojman, Miranda, & Ruiz-Tagle, 2016). 주택가격의 하락과 모기지 상환 부담은 건강을 악화시킬 수 있으며(Yilmazer, Babiarz, & Liu, 2015), 부채 상황이 스트레스, 불안, 생리적 변화(Elizabeth Sweet et al., 2013), 뿐만 아니라 음주, 신체 활동, 영양 등(Gathergood, 2012)에도 영향을 줄 수 있다.

부채가 건강에 영향을 미치는 경로 중 하나인 의료접근성에 있어서 경제적 자원은 가장 중요한 요소이다(Peters et al., 2008). 의료비의 자기 부담이 높을수록, 의료소비자의 경제적 자원 수준은 의료접근성에 큰 영향을 미칠 수 있다. 접근성에는 지리적 접근성, 경제적 접근성, 수용성, 유효성 등의 차원에서 공급과 수요 요소들이 있다(Levesque, Harris, & Russell, 2013; Peters et al., 2008). 경제적 접근성의 공급 측면에는 직간접적인 비용, 기회비용 등이 있고, 수요 측면에서는 소득, 자산, 사회적 자본, 의료보험 등이 있다(Levesque et al., 2013). <그림2>에서 실제 의료이용에 이르기까지 의료접근성에 공급과 수요측 요소들이 영향을 미치는 지점을 확인할 수 있으며, 이 모델에서 경제적 조건은 실제 의료 이용에 가까운 지점에 위치하고 있다. 가계부채도 궁극적으로 이 모델에서 지불 능력을 구성하게 된다고 볼 수 있다. 가계부채는 차입 즉시 지출의 수단으로 활용 가능하며, 자산이나 인적자본 투자의 성공으로 인한 지불 능력 향상으로 이어질 수 있는 반면에, 원금과 이자 상환시에 예상치 못한 사건으로 채무불이행시에는 심각한 지불 능력 저하 요인이 될 수도 있다.

그림 2 의료접근성의 개념틀



출처: Levesque et al. (2013)

소비는 가계부채의 지불 능력 구성에 매개 역할을 할 수도 있으며, 보다 독립적으로 지불 능력 구성이 가능할 수도 있다. 현대사회에서 소비는 건강을 추구하는 음식 또는 라이프스타일, 더 나아가 생활복지로 까지 확대되어 소비가 단순히 생존의 수준을 넘어서서 신체적 정신적 영향으로 확대될 수 있다는 연구들이 존재한다(김경자, 2010; 김기옥, 2007; 백은영 & 정운영, 2006; 손영화, 조혜진, & 박중철, 2015; 정주원,

2006). E Sweet (2011)은 소비가 상징자본 형성을 통해 건강에 영향을 미치는 직접적인 경제적 원인으로 작동할 수 있음을 주장하였다. 고가의 의류나 고급 회원권이 사회적 자본 형성에 도움이 되어 결과적으로 경제적 자원 형성에 기여할 수 있기 때문이다.

부채가 가진 이질성으로 인해, 사회적 선택(Berger et al., 2016), 역인과관계(Berger et al., 2016; Kalousova & Burgard, 2013), 내생성(Bridges & Disney, 2010; Keese & Schmitz, 2014) 등을 통제한 연구의 필요성이 증대되고 있다. 또한 Berger et al. (2016)에 따르면 가계 부채가 가진 경제적 자원으로서의 영향을 파악하기 위해서는 기본적으로 가능한 가계부채의 모든 형태와 금액을 분석하는 것이 필요하다. 부채는 형태마다 이자율, 만기 등 다른 특성을 가지고 있다. 이런 부채 특성은 부채가 자산 취득을 위해 사용되는지, 소비를 위한 것인지 결정하는 경향이 있다. 만기가 길고, 이자비용이 낮은 부채는 자산이나 인적자본을 위한 투자에 사용되는 경향이 있다. 또한, 사회경제적 지위에 따른 사회적 선택이 특정 부채 형태 선택으로 이어질 수 있다. 마지막으로, 부채는 형태가 달라도 서로 대체 가능하다. 주택담보대출로 카드빚을 상환할 수도 있고, 학자금 대출로 생활비 지출을 대신할 수도 있다. 부채의 이런 특성들로 인해, 부채의 영향을 연구할 때는 가능한 많은 부채 측정지표를 확보하는 것이 연구의 정확성 확보에 도움이 된다. 또한, 부채의

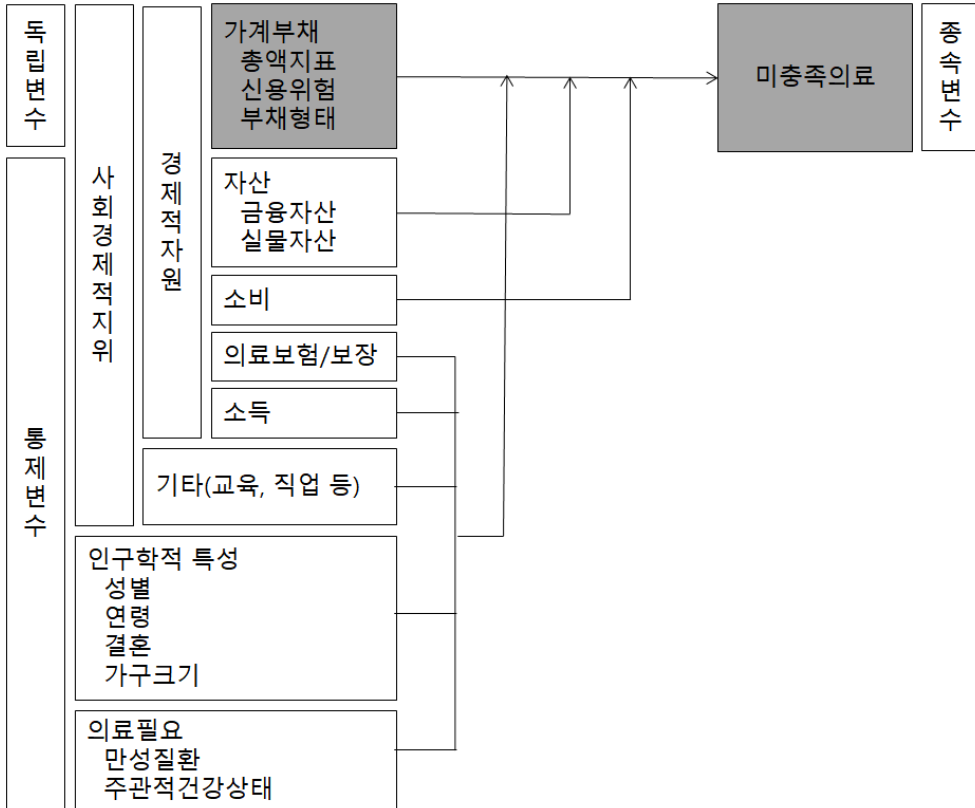


각각의 이질적인 측면들이 어떻게 건강에 영향을 미치는지 분석하기 위해서는 통합 지수를 구성하려고 하기 보다는 각각의 영향력을 별도로 보는 것이 부채 관련 연구의 목적에 적합할 수 있다(Drentea & Lavrakas, 2000). 이 연구에서는 기존 연구들과 같이 각각의 부채 변수들이 미충족의료와 어떻게 연관되는지 살펴보았다(Drentea & Lavrakas, 2000; Kalousova & Burgard, 2013; Elizabeth Sweet et al., 2013).

### III. 연구의 개념틀

가계부채가 미충족의료에 미치는 영향을 살펴보기 위해, 종속변수를 미충족의료 경험으로 설정하고, 독립변수는 총액지표, 신용위험, 부채형태로 구분된 가계부채 지표들을 활용하였다. 독립변수인 가계부채는 자산, 의료보험/보장, 소득과 함께 경제적자원을 구성하며, 소비도 경제적자원에 포함되어 인구학적 특성 및 의료필요와 함께 가계부채와 미충족의료의 관계를 확인하기 위한 통제변수로 설정하였다. 특히, 자산과 소비는 전통적인 사회경제적지위 변수로 인정되어 온 소득외의 경제적 자원 변수인 관계로 본 연구에서는 위계적으로 투입되어 독립적으로 미충족의료에 미치는 영향 뿐 아니라 가계부채와 미충족의료와의 관계에 어떤 영향을 줄 수 있는지 보고자 하였다. 구체적인 연구의 개념틀은 <그림2>와 같다.

그림 3 연구의 개념틀



## IV. 연구방법

### 1. 연구자료 및 대상

#### 1) 연구자료

본 연구의 자료원은 한국복지패널이며 경제, 사회적 상황의 변화에 따른 복지수요를 파악하고 적절한 사회정책개발과 효과 평가에 활용하기 위한 목적으로 조사되고 있다. 조사대상가구는 인구주택총조사 90%로부터 1단계 표본추출하여 제주를 포함한 전국지역의 대표성을 가지며, 중위소득 60%이하의 저소득층 가구와 중위소득 60%이상의 일반가구를 각각 50%씩 표본추출한다. 2006년 원표본 가구 7,072가구로 시작하여 2014년 9차에는 7,188가구가 조사되었고 10차까지 원표본 유지율은 67.31%이다. 복지패널은 하위계층의 경제활동, 각종 사회복지제도의 수급현황, 건강상태 뿐만이 아니라, 소득, 자산, 부채, 지출 등을 자세히 확인할 수 있는 패널이므로 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향을 분석하는 데 유용하다 판단되어 선정하였고 연구를 수행하였다. 또한 본

연구를 인간을 대상으로 하는 연구이나 서울대학교 생명윤리심의위원회가 정한 기준을 충족하여 위원회의 심의를 면제받았다.

## 2) 연구대상

본 연구에서는 10차 조사에 모두 응한 전체 7,188가구 중 결측치 등을 제외한 6,820 가구를 대상으로 하였다.

## 2. 변수의 정의 및 측정

### 1) 종속변수

본 연구의 종속변수는 미충족의료로서 환자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만 환자가 받지 못한 의료서비스 (Donabedian, 1973; 허순임 & 김수정, 2007)라고 판단하고 있다. 그러나 한국복지패널 자료의 미충족의료 경험 여부를 묻는 설문 문항의 제약으로 인해 이 연구에서는 경제적 이유로 인한 미충족의료 경험 여부를 미충족의료로 정의하고 단면적 분석의 종속변수로 두었다. 조사 문항은 ‘지난 1년 동안 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있다’ 이고, 이 항목에 대해 있다라고 응답한 경우를 경제적 이유로 인한 미충족의료로 발생한 것으로 분류하였다. 이러한 제약이 있지만, 경제적 자원으로 사회경제적지위의 하나인 가계부채의 영향을 확인하기 위한 이 연구의 성격상 한국복지패널의 미충족의료 문항은 본 연구에 적합하다고 할 수 있겠다.

### 2) 독립변수

가계부채를 측정하기 위한 변수들을 총액지표, 신용위험지표, 부채형태

로 분류하였다. 총액지표는 가계부채의 수준을 전체적으로 파악할 수 있는 지표로서 총부채, 소득대비부채(DTI), 자산대비부채(DTA)로 구성된다. 신용위험지표는 가계 신용의 위험 여부를 파악하기 위한 지표로서, 한계가구, 부실위험가구, 연체경험, 신용불량자경험로 구성된다. 부채형태는 한국복지패널에서 제공하는 자료를 활용하여 금융기관대출, 일반사채, 카드빚, 전세보증금, 외상할부, 기타부채로 구성된다. 미충족의료 발생과 사회경제적지위의 선후 관계를 고려해, 자산과 부채를 구성하는 지량 변수들은 전년도 말 자료를 사용하였고, 소득, 자산, 부채 금액과 이를 이용하여 구성한 비율 지표들은 로그값으로 변형하여 분석에 사용하였다. 이 연구에서는 부채 관련 변수들을 통합하여 별도의 지수를 구성하진 않고, 각각의 부채 변수들이 미충족의료와 어떻게 연관되는지 살펴보았다(Drentea & Lavrakas, 2000; Kalousova & Burgard, 2013; Elizabeth Sweet et al., 2013). 부채의 각각의 이질적인 측면들이 어떻게 미충족의료와 관련되는지를 살펴보면서 부채의 본질과 영향에 대해 평가하고자 했기 때문이다(Drentea & Lavrakas, 2000).

#### ① 총액지표

총액지표는 총부채, DTI, DTA로 구성되어 있다. 총부채는 형태별 부채 여섯가지를 합한 금액이며 가구의 부채 규모를 종합적으로 판단할 수 있다. DTI는 소득대비 총부채를 비율로 지표화 한 것으로, 가구의 부채 부

답이 소득 대비 어느 정도인지 측정이 가능하다. DTA는 자산대비 총부채를 비율로 지표화 한 것으로, 가구의 부채 부담이 자산 대비 어느 정도인지 측정이 가능하다.

## ② 신용위험

신용위험은 한계가구, 부실위험가구, 연체경험, 신용불량자여부로 구성되어 있다. 한계가구와 부실위험가구는 한국은행이 정의하고 그 규모를 추정하고 있다. 한계가구는 순금융자산이 마이너스인 동시에 처분가능소득 대비 원리금 상환액 비율(DSR)이 40%를 초과하는 가구이며, 부실위험가구는  $\text{가계부실위험지수(HDRI)} = (1 + (\text{DSR} - 0.4)) \times (1 + (\text{DTA} - 1)) \times 100$ 가 100을 초과하는 가구이다. 한계가구와 부실위험가구는 유량 측면에서 동일한 DSR 임계치(40%)를 기준으로 원리금상환 부담이 높은 가구를 식별한다는 공통점이 있다. 반면 저량 측면에서는 한계가구가 금융자산과 금융부채를 기준으로 하는 반면, 부실위험가구는 주택 등 실물자산이 포함된 총자산과 임대보증금 등 비금융부채가 포함된 총부채를 기준으로 한다는 점에서 다소 차이가 있다. 연체경험은 '지난 일년간 대출상환액(이자포함)의 연체 횟수는 얼마나 됩니까'라는 질문의 답을 사용하였고, 신용불량자는 지난 일년간 가구원 중에 신용불량자인 사람이 있었다라는 항목에 답을 사용하였다.



### ③ 부채형태

이 연구에서 사용한 부채형태 관련 변수에는 한국복지패널 문항에 있는 금융기관대출, 일반사채, 카드빚, 외상할부, 기타부채가 포함되어 있다. 금융기관대출에는 회사대출, 마이너스통장 미상환금이 포함되어 있으며, 카드빚에는 현금서비스, 카드론, 대환대출 미상환금, 구입한 자동차카드 할부가 포함되어 있고, 외상할부에는 미리탄 깃돈, 금융기관 대출로 구매한 자동차 할부 대출이 포함되어 있다. 또한 친인척에 돈을 빌린 경우, 이자가 있으면 일반사채, 이자가 없으면 기타부채도 분류하며, 밀린 월세, 교통안전공단지원대부금, 사회보험 연체금 등은 기타부채로 분류하게 된다.

### 3) 통제변수

가계부채가 미충족의료에 미치는 영향을 수정하거나 영향을 미칠 가능성이 있는 인구학적 특성으로 성별, 연령, 가구크기, 결혼상태가 있으며, 사회경제적요인으로 교육수준, 직업유무, 가구소득, 의료보장형태, 민간보험유무, 실물자산, 금융자산, 소비가 있다. 연령과 가구크기는 주어진 자료를 그대로 사용하였고, 성별은 여성, 남성으로, 결혼상태는 배우자유무로 범주화하였다. 교육수준의 경우는 고등학교에서 대학으로의 진학을

이 높아졌으나 상당수 혹은 일정 계층의 고등학교 졸업자들은 여전히 상대적으로 불리한 위치에 있기 때문에 대학졸업 이상과 미만으로 범주화하였고, 직업도 현재 직업이 있는지 여부로 구분하였다. 가구소득은 연간 총 가구소득을  $\sqrt{\text{총가구원수}}$ 로 보정하였다. 의료보장형태는 건강보험과 의료급여로 구분하였고, 민간보험은 유무를 기준으로 변수를 구성하였다. 실물자산은 부동산 자산의 합계를 사용하였고, 금융자산은 예금, 적금, 주식, 채권, 펀드, 불입한 갯돈, 기타로 구성된 복지패널 자료를 그대로 사용하였다. 소비는 소득 대비 생활비 지출 비율로 구성하여, 절대적인 금액으로 정의했을 때 간과할 수 있는 소비의 주관적이면서도 상대적인면을 보완하고자 하였다.

표 1 분석에 사용된 주요변수 및 내용

변수	측정	종류
종속변수		
미충족의료	‘2014년 1년 동안 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있다’ 문항에 있다라고 대답한 경우=1, 그렇지 않은 경우=0	명목형
독립변수		
총액지표		
총부채	형태별 부채(금융기관대출, 일반사채, 카드빚, 전세보증금, 외상할부, 기타부채)의 총합계 (단위: 만원)	연속형
DTI	총부채/경상소득	연속형
DTA	총부채/재산합계	연속형
신용위험지표		
한계가구	순금융자산이 마이너스인 동시에 DSR이 40%초과일 경우 1, 아닐 경우 0	명목형
부실위험가구	HDRI>100일 경우 1, 아닐 경우 0	명목형
연체경험	2014년 1년간 대출상환액(이자포함)의 연체 횟수는 얼마나 됩니까? 문항에 연체한 적이 없다=0, 그렇지 않은 경우=1	명목형
신용불량자경험	2014년 1년 동안 가구원 중에 신용불량자인 사람이 있었다! 문항에 있었다=1, 그렇지 않은 경우=0	명목형
부채형태		
금융기관대출	회사대출, 마이너스통장 미상환금 포함 금액 (단위: 만원)	연속형
일반사채	친인척에 돈을 빌린 경우 이자가 있는 경우 금액 (단위: 만원)	연속형
카드빚	현금서비스, 카드론, 대환대출 미상환금, 구입한 자동차 카드 할부 (단위: 만원)	연속형

전세보증금	전세 임대 보증금 받은 금액 (단위: 만원)	연속형
외상할부	외상, (자동차 등) 할부 구입, 미리탄 깃돈 (단위: 만원)	연속형
기타부채	밀린 월세, 교통안전공단지원대부금, 사회보험연체금 등 포함 (단위: 만원)	연속형
중재 혼란변수	및	
인구학적요인		
성별	남성=0, 여성=1	명목형
연령	가구주의 연령	이산형
결혼	배우자있음=0, 배우자없음=1	명목형
가구크기	가구원 수	이산형
사회경제적요인		
교육수준	대졸이상=0, 대졸미만=1	명목형
직업	직업있음=0, 직업없음=1	명목형
의료보장	건강보험=0, 의료급여=1	명목형
민간보험	없음=0, 있음=1	명목형
가구소득	경상소득/ $\sqrt{\text{총가구원수}}$ (단위: 만원)	연속형
실물자산	소유부동산과 점유부동산 합계 (단위: 만원)	연속형
금융자산	예금, 적금, 주식, 채권, 펀드, 깃돈, 기타 (단위: 만원)	연속형
소비	생활비총액/경상소득 (단위: 만원)	연속형
질병요인		
만성질환	가구주의 만성질환 없음=0, 있음=1	명목형
주관적건강상태	가구주의 주관적건강상태, 아주 건강하다=1, 건강한 편이다=2, 보통이다=3, 건강하지 않은 편이다=4, 건강이 아주 안 좋다=5	순위형

### 3. 분석방법

본 연구에서는 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향을 분석하고자 하였다. 분석에는 SAS 9.4 프로그램을 이용하였다.

- 1) 미충족의료의 발생빈도와 분포 및 연관성은 카이제곱 및 t검정을 적용하였으며, 인구학적, 사회경제적, 질병요인들과 가계부채 관련 지표로 구분하여 분석을 진행하였다.
- 2) 가계부채가 미충족의료에 미치는 독립적인 영향은 다중 로지스틱 회귀 분석을 실시하였다. 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향에서 자산과 소비의 역할을 확인하기 위해 총 세 개의 모형을 설정하였다. 먼저 모형 1에서는 자산과 소비를 제외하고 부채와 기타 통제변수들이 미충족의료에 미치는 영향을 분석하였다. 모형 2에서는 모형 1에 자산을 통제변수로 추가하여 분석하되 자산을 실물자산과 금융자산으로 구분하여 투입하였다. 모형 3에서는 모형 2에 소비를 통제변수로 추가하여 분석하였다.

표 2 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향 분석을 위한 로지스틱 회귀모형

	Model1	Model2	Model3
Logit (p) =	$\beta_{m1}$ 가계부채	$\beta_{m1}$ 가계부채	$\beta_{m1}$ 가계부채
$\beta_0$ +	+	+ 실물자산	+ 실물자산
		+ 금융자산	+ 금융자산 +
		+	+ 소비
			+
<hr/>			
	$\beta_2$ 성별 + $\beta_3$ 연령 + $\beta_4$ 배우자 + $\beta_5$ 교육 + $\beta_6$ 가구크기 + $\beta_7$ 의료		
	보장 +		
	$\beta_8$ 민간보험 + $\beta_9$ 직업 + $\beta_{10}$ 만성질환 + $\beta_{11}$ 주관적건강		

## V. 연구결과

### 1. 연구대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자들의 일반적인 특성은 다음 <표3>과 <표4>와 같다. 연구 대상이 된 6,820가구 중에서 부채를 보유한 가구는 42.1%를 차지했으며, 경제적 이유로 인한 미충족의료를 경험한 가구는 1.47%를 차지하는 것으로 나타났다. 부채있는 가구의 미충족의료는 1.64%로 부채없는 가구보다 0.32% 높은 비중을 차지했다. 가구원수는 평균 2.42명이며, 연소득은 평균 3,686.64만원, 금융자산은 평균 3,389.49만원 보유하고 있었다. 부채있는 가구의 실물자산은 부채없는 가구보다 평균 5천만원 이상 금액이 컸으나, 금융자산의 차이는 5백원으로 상대적으로 그 차이가 작았다. 의료보험 비중은 부채있는 가구(6.4%)가 부채없는 가구(10.77%)보다 작았으나, 민간보험 비중은 부채있는 가구(63.66%)가 부채없는 가구(38.16%)보다 25%이상 높았다. 여성 가구주의 비중은 전체 31.6%였고, 그 중 부채있는 가구주의 여성 비중은 20.22%로 전체 평균보다 낮았다. 대출 미만의 가구주 비중은 전체 84.2%를 차지했

고, 배우자가 없는 가구주의 비중은 전체 40.1%였고, 부채있는 가구의 배우자없는 가구주는 28.26%를 차지했다.

전체 총부채 평균은 2,603만원이며, 부채를 보유한 가구의 총부채 평균은 6,179만원이었다. 부채있는 가구 중에서 한계가구의 비중은 1.9%였으나 부실위험가구는 30.7%로 비중이 높았으며, 대출연체경험(0.1%)이 있는 가구보다 신용불량자 경험이 있는 가구의 비중(5.1%)로 더 높았다. 형태별 부채 중에서 전체 가구의 금융기관 대출 평균은 1,424만원으로 가장 큰 규모였으며, 전세보증금이 평균 950만원으로 두 번째로 금액이 많았다. 일반사채(69만원), 카드빚(32만원), 외상할부(19만원), 기타부채(107만원) 등은 상대적으로 금액이 작았다. 부채가 있는 가구의 DTI는 1.91로 경상소득대비 두배 정도의 부채를 지고 있었으며, DTA는 13.32로 자산대비 13배 이상의 부채를 보유하고 있었다.



표 3 부채 유무에 따른 연구대상자의 일반적 특성(통계변수)

	전체	부채없음	부채있음
	평균(s.d.)/비중	평균(s.d.)/비중	평균(s.d.)/비중
미충족의료	1.47%	1.34%	1.64%
부채	42.1%	0%	100%
여성	31.6%	39.95%	20.22%
대출미만	84.2%	88.57%	78.11%
연령	62.9(15.61)	66.84(15.61)	57.49(13.9)
배우자없음	40.1%	48.77%	28.26%
주관적건강	2.71(0.97)	2.87(0.98)	2.49(0.91)
만성질환	63.9%	71.02%	54.09%
가구크기	2.42(1.29)	2.07(1.15)	2.9(1.31)
의료급여	8.9%	10.77%	6.40%
민간보험	48.9%	38.16%	63.66%
소득	3686.64(4881.92)	2885.51(4910.06)	4787.25(4622.66)
실물자산	7414.11(22213.62)	4683.26(14710.38)	11165.83(29153.75)
금융자산	3389.49(7173.82)	3167.97(6748.86)	3693.81(7710.43)

표 4 부채유무에 따른 연구 대상자의 일반적 특성(독립변수)

	전체	부채없음	부채있음
	평균(s.d.)/비중	평균(s.d.)/비중	평균(s.d.)/비중
총부채	2603.09(7235.92)	0(0)	6179.28(10109.85)
DTI	0.81(4.58)	0(0)	1.91(6.91)
DTA	5.65(52.03)	0(0)	13.32(79.54)
한계가구	0.8%	0.0%	1.9%
부실위험가구	12.9%	0.0%	30.7%
대출연체경험	0.2%	0.1%	0.4%
신용불량자	3.0%	1.3%	5.1%
금융기관대출	1424.27(4668.05)	0(0)	3380.96(6717.14)
일반사채	69.38(1375.04)	0(0)	164.7(2115.06)
카드빚	32.2(318.82)	0(0)	76.44(487.8)
전세보증금	950.4(4450.47)	0(0)	2256.09(6639.31)
외상할부	19.16(301)	0(0)	45.48(462.52)
기타부채	107.68(857.61)	0(0)	255.62(1307.08)

## 2. 미충족의료 발생빈도, 분포 및 연관성

<표4>와 <표5>는 대상자의 미충족의료 발생빈도, 분포 및 연관성을 각각 인구학적, 사회경제학적 통제변수와 가계부채 지표들로 구성된 독립변수로 살펴본 것이다. 미충족의료 여부에 따라 인구학적, 사회경제적 특성과 맥락을 비교하여 어떤 가구가 미충족医료를 경험할 가능성이 높은지 확인하고 그 차이가 통계적으로 유의한지를 판단하기 위해 카이제곱검정과 t검정을 수행하였다. 우선, 통제변수 관련해서 <표4>에서 먼저 살펴보면 모든 변수들이 유의한 수준에서 미충족医료를 경험한 가구와 그렇지 않은 가구에서 차이를 보였다. 미충족医료를 경험한 가구의 가구원수는 평균 1.86명으로 경험하지 않은 가구(2.43)보다 유의한 수준으로 적었으며, 연소득은 1,242.45만원으로 미충족医료를 경험하지 않은 가구 3,723.01보다 2,500만원 가량 작았다. 미충족医료를 경험한 가구의 실물자산(636.5만원)은 경험하지 않은 가구(7,514.97)보다 10배 이상 작았으며, 금융자산(453.08만원)도 7배 이상 작았다. 미충족医료를 경험한 가구주의 여성비율(54%)이 경험하지 못한 가구주(31.31%)보다 높았으며, 대졸미만의 교육수준을 가진 가구주의 비율(96.0%)도 상대적으로 더 높았다. 미충족医료를 경험한 배우자 없는 가구주는 68%를 차지함으로써 경험하지 않은 가구주(39.72%)보다 높았으며, 주관적건강

상태도 3.52수준으로 경험하지 않은 가구주(2.7)보다 좋은 것으로 확인되었다. 미충족의료를 경험한 가구주의 만성질환 보유 비중도 85.0%로 경험하지 못한 가구주의 63.57%보다 유의하게 높았다. 미충족의료를 경험한 가구는 민간보험 가입 비중도 22.0%로 경험하지 못한 가구의 절반에도 미치지 못하는 비중을 가진 것으로 확인되었다.

<표5>에서는 미충족의료 경험 여부에 따라 가구들이 경험하는 가계부채 지표들이 차이가 있는 지 t검정을 수행하였다. 부실위험가구, 대출연체경험, 신용불량자경험은 미충족의료 경험 여부에 따라 높은 유의성 수준에서 차이를 보였고, 금융기관대출과 전세보증금은 약한 유의성 수준에서 차이를 보였다. 나머지 가계부채지표들은 유의미한 차이를 보이지 않았다. 미충족의료 경험이 있는 가구의 25%는 부실위험가구로서 경험이 없는 가구(12.75%)보다 높았으며, 대출연체경험(4.11%)과 신용불량자경험(19.18%) 또한 경험이 없는 가구보다 높았다. 부채형태로 살펴보면 미충족의료 경험이 있는 가구는 금융기관대출(828.14만원), 카드빚(21만원), 전세보증금(312만원)은 금액이 상대적으로 더 작았으나, 일반사채(225.8만원), 외상할부(33.8만원), 기타부채(3320.45만원)는 경험이 없는 가구보다 금액이 더 많았다. 미충족의료를 경험한 가구의 총부채는 1,741.19만원으로 경험이 없는 가구(2,615.92만원)보다 적었으나, DTI(1.51)와 DTA(36.47) 비율은 높았다. 이를통해 부채의 절대적인

수준보다는 상대적인 수준과 신용위험이 미충족의료에 유의한 영향을 끼칠 수 있음을 알 수 있다.

표 5 미충족의료 여부에 따른 연구대상자 특성(통제변수)

	미충족의료 無	미충족의료 有	p(chi-square/t)
	평균(s.d.)/비중	평균(s.d.)/비중	
여성	31.31%	54.00%	***
대졸미만	83.99%	96.00%	***
연령	62.82(15.62)	68.21(13.84)	***
배우자없음	39.72%	68.00%	***
주관적건강	2.7(0.97)	3.52(1)	***
만성질환	63.57%	85.00%	***
가구크기	2.43(1.29)	1.86(1.1)	***
의료급여	8.84%	15.00%	**
민간보험	49.30%	22.00%	***
소득	3723.01(4907.63)	1242.45(933.4)	***
실물자산	7514.97(22359.43)	636.5(3198.63)	***
금융자산	3433.18(7216.57)	453.08(1181.38)	***

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001

표 6 미충족의료 여부에 따른 연구대상자 특성(독립변수)

	미충족의료 無	미충족의료 有	p(chi-square/t)
	평균(s.d.)/비중	평균(s.d.)/비중	
총부채	2615.92(7260.81)	1741.19(5257.44)	
DTI	0.8(4.58)	1.51(4.41)	
DTA	5.19(45.15)	36.47(217.07)	
한계가구	0.79%	2.00%	
부실위험가구	12.75%	25.00%	***
대출연체경험	0.19%	4.11%	***
신용불량자	2.84%	19.18%	***
금융기관대출	1433.14(4691.46)	828.14(2603.5)	*
일반사채	67.05(1375.76)	225.8(1322.52)	
카드빚	32.37(320.84)	21(121.68)	
전세보증금	959.9(4472.33)	312(2521.23)	*
외상할부	18.94(301.45)	33.8(270.69)	
기타부채	104.52(827.27)	320.45(2041.14)	

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001

### 3. 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향

다음 <표6>, <표7>, <표8>은 대상가구의 가계부채가 미충족의료에 미치는 독립적인 영향을 세 가지 부채지표 즉, 총부채, DTI, DTA로 각각 구분하여 살펴본 것이다. 앞서 일부 부채 지표들과 미충족의료 간에 연관성이 나타나는 것을 확인할 수 있었다. 그러나, 가계부채로 인한 관찰된 미충족의료 경험의 차이가 실제 가계부채의 차이에서 비롯된 것인지 명확하게 하기 위해서는 미충족의료에 영향을 미칠 수 있는 맥락과 혼란요인을 통제할 필요가 있다. 따라서 가계부채가 미충족의료에 미치는 독립적인 영향을 확인하기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 또한 가계부채가 미충족의료 경험에 영향을 미치는 경로에서 다양한 경제적 자원나 경험이 미치는 영향과 기존의 단일 가계부채 요인만을 고려한 미충족의료에 미치는 영향을 비교하기 위해 단계적인 모형을 설정하여 살펴보았다.

총부채의 경우 모형1에서 미충족의료에 유의하게 영향을 주는 것으로 확인되었다. 총부채의 증가 할 경우(OR=1.15, 95%CI 1.08-1.22) 미충족의료를 경험할 확률이 증가하는 것으로 확인되었다. 모형2에서 실물자산과 금융자산이 통제변수로 추가되었을 경우(OR=1.14, 95%CI



1.06-1.22)에도 여전히 총부채는 미충족의료에 유의하게 영향을 주는 것으로 확인되었다. 실물자산(OR=0.85, 95%CI 0.76-0.94)과 금융자산(O=0.81, 95%CI 0.73-0.88)은 미충족의료 경험을 감소 시키는 것으로 나타나 자산이 미충족의료 경험에 미치는 영향을 확인하였다. 모형 3에서 소비가 통제변수로 추가되었을 경우(OR=1.16, 95%CI 1.08-1.24)에도 여전히 총부채는 미충족의료에 유의하게 영향을 주는 것으로 확인되었다. 소비(OR=1.16, 95%CI 1.08-1.24)도 미충족의료를 유의한 수준에서 감소시키는 것으로 확인하였다.

DTI의 경우 모형1에서 미충족의료에 유의하게 영향을 주는 것으로 확인되었다. DTI 증가 할 경우(OR=1.48, 95%CI 1.15-1.89) 미충족의료를 경험할 확률이 증가하는 것으로 확인되었다. 모형2에서 실물자산과 금융자산이 통제변수로 추가되었을 경우(OR=1.56, 95%CI 1.18-2.06)에도 여전히 총부채는 미충족의료에 유의하게 영향을 주는 것으로 확인되었다. 실물자산(OR=0.83, 95%CI 0.74-0.94)과 금융자산(O=0.79, 95%CI 0.72-0.87)도 미충족의료에 유의한 영향을 끼치는 것으로 나타나 자산이 미충족의료 경험에 미치는 영향을 확인하였다. 모형3에서 소비가 통제변수로 추가되었을 경우(OR=1.73, 95%CI 1.3-2.32)에도 여전히 총부채는 미충족의료에 유의하게 영향을 주는 것으로 확인되었다. 소비(OR=0.29, 95%CI 0.09-0.90)도 미충족의료에 유의한 영향을 끼

치는 것으로 나타나 소비가 미충족의료 경험에 미치는 영향을 확인하였다. 자산변수와 소비변수가 추가됨에 따라 DTI가 미충족의료에 미치는 영향은 증가하는 것으로 확인되었다.

DTA의 경우 모형1에서 미충족의료에 유의하게 영향을 주는 것으로 확인되었다. DTI 증가 할 경우(OR=1.45, 95%CI 1.28-1.63) 미충족의료를 경험할 확률이 증가하는 것으로 확인되었다. 모형2에서 실물자산과 금융자산이 통제변수로 추가되었을 경우(OR=1.19, 95%CI 1.02-1.39)에도 여전히 총부채는 미충족의료에 유의하게 영향을 주는 것으로 확인되었다. 실물자산(OR=0.88, 95%CI 0.79-0.98)과 금융자산(O=0.83, 95%CI 0.74-0.92)도 미충족의료에 유의한 영향을 끼치는 것으로 나타나 자산이 미충족의료 경험에 미치는 영향을 확인하였다. 모형3에서 소비가 통제변수로 추가되었을 경우(OR=1.22, 95%CI 1.04-1.42)에도 여전히 총부채는 미충족의료에 유의하게 영향을 주는 것으로 확인되었다. 소비(OR=0.43, 95%CI 0.15-1.22)는 미충족의료에 유의한 영향을 끼치지 않는 것으로 나타났다.

표 7 총부채가 미충족의료에 미치는 영향

	Model1	Model2	Model3
부채	1.15(1.08-1.22)***	1.14(1.06-1.22)***	1.16(1.08-1.24)***
성별	1.0	1.0	1.0
	1.97(1.05-3.7)*	1.7(0.91-3.18)	1.6(0.85-2.99)
연령	0.95(0.93-0.97)***	0.96(0.94-0.98)***	0.95(0.93-0.97)***
배우자	1.0	1.0	1.0
	1.09(0.51-2.32)	1.05(0.49-2.26)	1.09(0.5-2.35)
교육	1.0	1.0	1.0
	2.03(0.7-5.89)	1.32(0.47-3.72)	1.17(0.42-3.31)
가구크기	0.97(0.71-1.32)	1.05(0.77-1.44)	1.07(0.78-1.46)
의료보장	1.0	1.0	1.0
	0.4(0.2-0.8)**	0.29(0.15-0.59)***	0.26(0.13-0.53)***
민간보험	1.0	1.0	1.0
	0.39(0.21-0.73)**	0.49(0.26-0.91)*	0.56(0.29-1.05)
직업	1.0	1.0	1.0
	0.92(0.51-1.68)	0.77(0.41-1.43)	0.77(0.41-1.44)
만성질환	1.0	1.0	1.0
	1.24(0.58-2.64)	1.1(0.51-2.41)	1.18(0.54-2.56)
주관적건강	2.6(1.88-3.58)***	2.35(1.69-3.27)***	2.27(1.63-3.16)***
소득	0.21(0.14-0.3)***	0.19(0.13-0.29)***	0.11(0.06-0.22)***
실물자산		0.85(0.76-0.94)**	0.86(0.77-0.96)**
금융자산		0.81(0.73-0.88)***	0.82(0.75-0.9)***
소비			0.31(0.1-0.92)*

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001

표 8 DTI가 미충족의료에 미치는 영향

	Model1	Model2	Model3
DTI	1.48 (1.15-1.89)**	1.56 (1.18-2.06)**	1.73 (1.3-2.32)***
성별	1.0	1.0	1.0
	1.99 (1.06-3.74)*	1.75 (0.94-3.28)	1.66 (0.89-3.11)
연령	0.95 (0.93-0.97)***	0.96 (0.94-0.98)***	0.95 (0.93-0.97)***
배우자	1.0	1.0	1.0
	1.02 (0.48-2.16)	0.97 (0.45-2.09)	1.01 (0.47-2.17)
교육	1.0	1.0	1.0
	2.38 (0.79-7.17)	1.4 (0.5-3.96)	1.23 (0.43-3.49)
가구크기	1.02 (0.76-1.39)	1.1 (0.81-1.5)	1.13 (0.83-1.55)
의료보장	1.0	1.0	1.0
	0.4 (0.2-0.8)**	0.29 (0.14-0.58)***	0.25 (0.12-0.51)***
민간보험	1.0	1.0	1.0
	0.43 (0.23-0.79)**	0.52 (0.28-0.96)*	0.59 (0.31-1.11)
직업	1.0	1.0	1.0
	0.96 (0.53-1.75)	0.77 (0.41-1.45)	0.78 (0.41-1.46)
만성질환	1.0	1.0	1.0
	1.29 (0.6-2.76)	1.12 (0.51-2.45)	1.19 (0.54-2.6)
주관적건강	2.58 (1.88-3.56)***	2.33 (1.68-3.23)***	2.24 (1.62-3.12)***
소득	0.25 (0.17-0.37)***	0.23 (0.15-0.35)***	0.14 (0.07-0.26)***
실물자산		0.83 (0.74-0.94)**	0.85 (0.75-0.95)**
금융자산		0.79 (0.72-0.87)***	0.81 (0.74-0.89)***
소비			0.29 (0.09-0.9)*

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001

표 9 DTA가 미충족의료에 미치는 영향

	Model1	Model2	Model3
DTA	1.45(1.28-1.63)***	1.19(1.02-1.39)*	1.22(1.04-1.42)*
성별	1.0	1.0	1.0
	1.86(1-3.46)*	1.65(0.89-3.07)	1.58(0.85-2.93)
연령	0.96(0.94-0.98)***	0.96(0.94-0.98)***	0.95(0.93-0.97)***
배우자	1.0	1.0	1.0
	1.06(0.5-2.23)	1.02(0.48-2.18)	1.05(0.49-2.25)
교육	1.0	1.0	1.0
	1.63(0.58-4.55)	1.36(0.49-3.8)	1.25(0.45-3.52)
가구크기	1.04(0.77-1.4)	1.11(0.82-1.5)	1.13(0.83-1.53)
의료보장	1.0	1.0	1.0
	0.32(0.16-0.66)**	0.28(0.14-0.57)***	0.26(0.13-0.53)***
민간보험	1.0	1.0	1.0
	0.48(0.26-0.9)*	0.54(0.29-1.01)	0.6(0.32-1.13)
직업	1.0	1.0	1.0
	0.86(0.46-1.57)	0.77(0.41-1.44)	0.77(0.41-1.44)
만성질환	1.0	1.0	1.0
	1.13(0.52-2.44)	1.11(0.51-2.43)	1.16(0.53-2.55)
주관적건강	2.41(1.74-3.33)***	2.31(1.66-3.2)***	2.24(1.61-3.12)***
소득	0.2(0.14-0.3)***	0.2(0.13-0.31)***	0.14(0.07-0.26)***
실물자산		0.88(0.79-0.98)*	0.89(0.8-0.99)*
금융자산		0.83(0.74-0.92)***	0.84(0.75-0.94)**
소비			0.43(0.15-1.22)

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001

다음 <표9>, <표10>은 대상가구의 가계부채가 미충족의료에 미치는 독립적인 영향을 신용위험지표와 형태별 부채로 각각 구분하여 살펴본 것이다. 신용위험지표는 한계가구, 부실위험가구, 연체경험, 신용불량자경험의 세부지표로 구성되어 있고, 형태별 부채는 금융기관대출, 일반사채, 카드빚, 전세보증금, 외상할부, 기타부채로 구성되어 있으며, 각각의 세부지표로 분석이 진행되었다. 모든 세부지표에 대해서 세가지 모델로 분석은 다 진행하였으나, 모델변경에 따른 시사점들을 앞서 진행한 부채지표를 참조하여 확인할 수 있는 관계로 본 논문에서는 모형3의 분석결과들만 포함하였다. 이 분석에서도 가계부채가 미충족의료에 미치는 독립적인 영향을 확인하기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

신용위험지표들의 경우 모든 지표들에서 실물자산과 금융자산이 모형2와 모형3에서 미충족의료에 유의한 영향을 끼치는 것으로 확인되었다. 그러나, 모형3에서 투입되는 소비변수는 모든 지표들에서 유의한 영향을 끼치지 않는 것으로 확인되었다. 모형1에서 미충족의료에 유의한 영향을 끼치는 것으로 확인된 신용위험 관련 지표들은 모형2와 모형3에서도 유의한 영향을 유지하였다. 부실위험가구(OR=2.26, 95%CI 1.32-3.85), 신용불량자경험(OR=3.26, 95%CI 3.26-1.14), 연체경험(OR=27.49, 95%CI 5.26-143.76)의 경우 미충족의료 경험이 유의한 영향을 끼치는 것으로 나타났으며, 한계가구는 유의한 영향을 보여주지 않았다.

부채형태별 지표들의 경우 모든 지표들에서 실물자산과 금융자산이 모형 2와 모형3에서 미충족의료에 유의한 영향을 끼치는 것으로 확인되었다. 그러나, 모형3에서 투입되는 소비변수는 모든 지표들에서 유의한 영향을 끼치지 않는 것으로 확인되었다. 모형1에서 미충족의료에 유의한 영향을 끼치는 것으로 확인된 금융기관대출과 기타부채 지표는 모형2와 모형3에서도 유의한 영향을 유지하였으나, 일반사채는 모형1에서는 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었으나, 모형2와 모형3에서는 유의한 영향을 보이지 않았다. 금융기관대출은 모형3에서 확인할 수 있는 바와 같이 (OR=1.09, 95% 1.02-1.17) 미충족의료를 증가시키는 것으로 확인되었고, 기타부채(OR=1.21, 95%CI 1.11-1.33)도 미충족의료 경험을 증가시키는 것으로 확인되었다.

모든 가계부채 변수의 경우에, 가구의 주관적건강과 소득은 미충족의료에 영향을 끼치는 것으로 확인되었다. 또한 가구주의 연령, 의료보장, 민간보험도 모든 가계부채 변수의 분석에서 미충족의료에 영향을 끼치는 것으로 확인되었다. 가구주의 성별의 경우 총부채, DTI, DTA, 신용불량자경험, 금융기관대출, 카드빚, 기타부채에서는 미충족의료 경험에 유의한 영향을 확인할 수 있었으나 다른 부채 변수들에서는 유의한 영향이 확인되지 않았다. 총부채가 미충족의료 경험에 미치는 영향 분석 모형1

에서 확인할 수 있듯이, 가구주가 여성(OR=1.97, 95%CI 1.05-3.7)인 경우는 가구가 미충족의료를 경험할 가능성을 증가시켰고, 가구주의 연령(OR=0.95, 95%CI 0.93-0.97)이 증가할수록, 주관적건강이 안 좋을수록(OR=2.58, 95%CI 1.88-3.56), 소득이 높을수록(OR=0.25, 95%CI 0.17-0.37) 가구의 미충족의료 경험 확률이 낮아지는 것이 확인되었다.



표 10 신용위험이 미충족의료에 미치는 영향

	한계가구	부실위험가구	연체경험	신용불량자경험
신용위험	5.39(0.96-30.39)	2.26(1.32-3.85)**	27.49(5.26-143.76)***	5.26(2.56-10.79)***
성별	1.0	1.0	1.0	1.0
	1.56(0.84-2.89)	1.58(0.85-2.94)	1.68(0.83-3.4)	1.94(0.97-3.9)
연령	0.95(0.93-0.97)***	0.95(0.93-0.97)***	0.94(0.92-0.96)***	0.95(0.93-0.98)***
배우자	1.0	1.0	1.0	1.0
	1.03(0.48-2.21)	1.03(0.48-2.22)	0.85(0.35-2.04)	0.91(0.38-2.18)
교육	1.0	1.0	1.0	1.0
	1.3(0.46-3.64)	1.11(0.4-3.12)	1.12(0.32-3.88)	0.99(0.28-3.44)
가구크기	1.14(0.84-1.55)	1.11(0.81-1.51)	0.87(0.59-1.28)	0.9(0.61-1.32)
의료보장	1.0	1.0	1.0	1.0

	0.26(0.13-0.53)***	0.26(0.13-0.53)***	0.26(0.12-0.58)**	0.23(0.1-0.51)***
민간보험	1.0	1.0	1.0	1.0
	0.6(0.32-1.12)	0.57(0.3-1.07)	0.62(0.31-1.24)	0.66(0.33-1.32)
직업	1.0	1.0	1.0	1.0
	0.8(0.43-1.5)	0.77(0.41-1.44)	0.74(0.37-1.5)	0.79(0.4-1.59)
만성질환	1.0	1.0	1.0	1.0
	1.17(0.53-2.55)	1.19(0.55-2.59)	1.22(0.49-3.05)	1.31(0.52-3.32)
주관적건강	2.36(1.7-3.28)***	2.34(1.69-3.25)***	2.63(1.78-3.89)***	2.22(1.5-3.28)***
소득	0.15(0.08-0.29)***	0.15(0.08-0.27)***	0.13(0.06-0.28)***	0.12(0.06-0.25)***
실물자산	0.87(0.77-0.97)*	0.89(0.8-1)*	0.88(0.78-0.99)*	0.88(0.78-1)*
금융자산	0.78(0.71-0.85)***	0.79(0.72-0.87)***	0.79(0.71-0.88)***	0.84(0.75-0.93)**
소비	0.42(0.14-1.24)	0.45(0.16-1.29)	0.49(0.16-1.52)	0.44(0.14-1.37)

---

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001

표 11 부채형태가 미충족의료에 미치는 영향

	금융기관대출	일반사채	카드빚	전세보증금	외상할부	기타부채
신용위험	1.09 (1.02-1.17)*	1.1 (0.97-1.25)	0.96 (0.81-1.14)	1.08 (0.96-1.23)	1.25 (0.97-1.62)	1.21 (1.11-1.33)***
성별	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	1.56 (0.84-2.93)	1.49 (0.8-2.78)	1.55 (0.83-2.87)	1.58 (0.85-2.94)	1.56 (0.84-2.89)	1.65 (0.88-3.07)
연령	0.95 (0.93-0.97)***	0.95 (0.93-0.97)***	0.95 (0.93-0.97)***	0.95 (0.93-0.97)***	0.95 (0.93-0.97)***	0.95 (0.93-0.97)***
배우자	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	1.07 (0.49-2.31)	1.05 (0.49-2.26)	1.03 (0.48-2.21)	1.06 (0.49-2.27)	1.01 (0.47-2.17)	0.92 (0.43-1.98)
교육	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

	1.29 (0.46-3.62)	1.2 (0.43-3.38)	1.25 (0.45-3.48)	1.23 (0.44-3.45)	1.23 (0.44-3.43)	1.27 (0.45-3.56)
가구크기	1.1 (0.8-1.5)	1.13 (0.83-1.53)	1.15 (0.85-1.56)	1.16 (0.85-1.57)	1.14 (0.84-1.55)	1.11 (0.82-1.51)
의료보장	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	0.27 (0.13-0.54)***	0.25 (0.12-0.52)***	0.26 (0.13-0.53)***	0.27 (0.13-0.55)***	0.26 (0.13-0.54)***	0.25 (0.12-0.52)***
민간보험	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	0.58 (0.31-1.1)	0.59 (0.31-1.11)	0.6 (0.32-1.12)	0.58 (0.31-1.09)	0.6 (0.32-1.13)	0.57 (0.3-1.07)
직업	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	0.79 (0.42-1.48)	0.78 (0.42-1.45)	0.78 (0.42-1.46)	0.76 (0.4-1.41)	0.77 (0.41-1.45)	0.81 (0.43-1.52)
만성질환	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

	1.21 (0.55-2.65)	1.2(0.55-2.62)	1.21 (0.55-2.65)	1.19(0.54-2.59)	1.2(0.55-2.63)	1.03 (0.47-2.28)
주관적건	2.29(1.65-	2.29(1.65-	2.3(1.66-	2.29(1.65-	2.31(1.66-	2.31(1.66-
강	3.19)***	3.18)***	3.19)***	3.17)***	3.2)***	3.21)***
소득	0.14(0.07-	0.15(0.08-	0.16(0.09-	0.15(0.08-	0.15(0.08-	0.14(0.08-
	0.26)***	0.28)***	0.29)***	0.28)***	0.28)***	0.27)***
실물자산	0.87(0.78-	0.87(0.78-	0.88(0.78-	0.87(0.77-	0.87(0.78-	0.87(0.78-
	0.97)*	0.98)*	0.98)*	0.97)*	0.97)*	0.97)*
금융자산	0.8(0.72-	0.78(0.71-	0.77(0.7-	0.77(0.71-	0.78(0.71-	0.82(0.75-
	0.87)***	0.86)***	0.85)***	0.85)***	0.85)***	0.91)***
소비	0.41(0.14-1.19)	0.5(0.18-1.39)	0.54(0.19-1.49)	0.5(0.18-1.4)	0.51(0.18-1.42)	0.43(0.15-1.23)

---

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001

## VI. 고찰

### 1. 결과에 대한 고찰

본 연구를 통해 사회경제적지위가 건강에 영향을 미치는 경로 중 가계부채와 접근성과의 관계를 확인하고자 하였다. 접근성 측정을 위해서 한국복지패널에서 확인할 수 있는 경제적이유로 인한 미충족의료를 활용하였고, 가계부채 측정을 위해서 세 가지 범주의 열 세가지 지표를 한국복지패널을 활용하여 독립변수로 사용하였다. 경제적제약이 의료이용에 미치는 영향에 대한 연구이기에 경제적이유로 인한 미충족의료를 종속변수로 설정함은 타당하며, 기존 연구에서도 지적되는바와 같이 부채의 이질성으로 인해 발생하는 다양한 영향 경로의 가능성으로 인해 부채 지표를 최대한 확보하여 활용함은 가계부채 관련 연구에 중요하다(Drentea & Lavrakas, 2000; Kalousova & Burgard, 2013; Elizabeth Sweet et al., 2013).

경제적자원을 포함한 사회경제적지위가 미충족의료에 미치는 영향은 여러 연구에서 확인이 되었으며(김수정 & 허순임, 2011; 문정화 & 강민아, 2016; 송경신 et al., 2011; 이주은 & 김태현, 2014), 가계부채가 다른 경제적자원과 밀접한 상관관계가 있다는 것도 기존 연구에서 확인되었다(K. Dynan, 2012; K. E. Dynan & Kohn, 2007; Iacoviello, 2008; 김재용, 2014; 김현정 & 김우영, 2009; 박대원, 2015; 박미화, 2016; 이정원, 2016; 황진영 & 이선호, 2015). 가계부채가 건강에 미치는 영향도 본 연구에서 살펴본 바와 같이 여러 가지로 확인되고 있다. 본 연구에서도, 독립변수로 설정한 가계부채 지표 중 여러 변수가 미충족의료에 영향을 주는 것으로 확인 할 수 있었다.

부채는 발생 시점 이후에 정해진 조건에 따라 원금과 이자를 상환해야 한다는 점에서 차이를 갖는다. 부채로 인한 지출이나 자산의 가치 상승은 경제적 가능요인이 되겠지만, 부채로 인한 자산의 가치 하락이나 원하지 않거나 여력이 없는 시점과 금액의 부채 상황은 경제적 제약 사항이 된다. 가계부채는 소득, 자산, 보험 등과 함께 경제적 자원으로서의 역할을 한다. 경제적자원은 접근성이나 스트레스라는 경로 매커니즘을 통해 건강에 영향을 줄 수 있으며, 가계부채도 동일한 경로를 통해 건강에 영향을 줄 수 있다.

한국복지패널을 활용한 본 연구에서, 총액지표인 총부채, DTI, DTA은 미충족의료를 증가시키는 역할을 하고 있음을 확인하였다. 부채의 절대적 총량인 총부채 뿐만 아니라, 부채상환을 위한 주요 자원이 될 수 있는 소득과 자산을 반영한 총부채의 상대적 부담 지표인 DTI, DTA도 미충족의료에 유효한 영향을 보여줌으로서 부채 총액이 의료접근성의 경제적 제약 조건으로 작동하고 있음을 확인할 수 있었다. 건강에 미치는 부채의 영향을 연구한 기존 연구들에서도 동일한 결과를 확인할 수 있었다 (Kalousova & Burgard, 2013; Elizabeth Sweet et al., 2013). 부채의 이질성에도 불구하고 부채총액을 활용한 지표는(Berger et al., 2016) 안정적인 연구 결과를 보여주고 있다.

카드빚, 전세보증금, 외상할부는 미충족의료에 유의한 영향을 확인할 수 없었고, 금융기관대출, 일반사채, 기타부채는 미충족의료를 증가시키는 역할을 하고 있음을 확인하였다. 부채는 그 목적과 결과에 따라서 다른 영향을 끼칠 수 있으며, 형태가 같더라도 다른 목적을 위해 사용할 수 있기 때문에 개인마다 집단마다 처한 사정에 따라서 그 양상이 다르게 나타날 수 있다. 자동차 할부구매 등이 포함된 카드빚과 외상할부는 규모가 커서 상환 부담이 크지 않다면, 소비평활화 역할을 통해 경제적 제약을 줄일 수 있으며, 전세보증금의 경우는 주택을 보유한 경우에 발생하는 채무이기에 경제적 부담이라기 보다는 자산을 보유한 결과로 볼 수



있다. 반면에 금융기관대출, 일반사채, 기타부채는 의료이용을 제한할 수 있는 경제적 역할을 하고 있음을 확인할 수 있다.

신용위험이 의료이용에 미치는 영향을 확인하게 위해 이 연구에서 활용한 지표들은 엇갈리는 결과를 보여 주었다. 부실위험가구, 신용불량자, 연체경험은 미충족의료의 가능성을 높이는 것으로 확인되었지만, 한계가구는 그렇지 않은 것으로 확인되었다. 신용위험 지표들은 재무상환능력이 한계에 달했음을 측정할 수 있는 지표들로서, 가계 재무상태가 실질적으로 채무불이행 상태이거나 실제 그러한 사건이 발생한 경우를 포함하게 된다. 부실위험가구와 한계가구는 한국은행이 가계의 부실위험을 확인하기 위해 개발한 지표들로서, 한계가구가 금융자산과 금융부채를 기준으로 하는 반면, 부실위험가구는 실물자산이 포함된 총자산과 비금융부채가 포함된 총부채를 기준으로 한다는 점에서 차이가 있다. 한계가구가 금융자산 처분으로 금융부채 상황이 가능한지를 본다면, 부실위험가구는 실물자산 매각을 포함한 자산 매각을 통한 부채상환까지 감안한다는 점에서 상대적으로 폭넓은 범위의 채무상환능력을 측정 한다고 볼 수 있다(한국은행, 2016). 금융자산만으로 금융부채 상환 능력을 평가하는 한계가구는 부동산 등의 실물자산 비중이 높은 국내에선 실질적인 의미의 채무상환능력을 측정하는 지표로 적절하지 않다는 비판이 가능하다. 본 연구에서도 한계가구는 미충족의료에 미치는 유의미한 영향이 확

인되지 않은 반면에, 실물자산 처분이 포함된 부실위험가구는 미충족의료를 확률을 높이는 것으로 확인되었다.

모형2와 모형3에서 각각 자산변수들과 소비변수를 추가하여 가계부채가 미충족의료에 미치는 영향과 추가된 변수들의 역할을 확인하였다. 실물자산과 금융자산은 모형2와 모형3에 사용되었고, 활용된 모든 가계부채 관련 회귀분석에서 유의한 영향을 보여주었다. 소비변수는 모형3에서 추가되었고, 총부채와 DTI 회귀분석에서만 유의한 영향을 보여주었다. 부채변수가 통제된 상황에서도 자산변수의 추가는 안정적으로 미충족의료를 감소시켰고, 소비변수 또한 일부 지표에서 유의한 수준에서 미충족의료 감소 효과를 보이는 등 소득 이외의 경제적자원 들이 독립적으로 의료접근성에 영향을 줄 수 있음을 확인할 수 있다.

## 2. 함의와 한계

본 연구는 비서구권의 국가 단위의 자료원을 활용해 가계부채가 미충족 의료의 경험에 미치는 영향을 실증적으로 밝혀내면서, 부채의 특성을 고려한 다양한 지표를 독립변수로 확보하여 연구를 수행함으로써 건강에 영향을 미치는 사회경제적지위의 논의를 확대했다는 점에서 그 함의가 있다.

가계부채가 건강에 미치는 영향에 대해서는 일부 연구(Bridges & Disney, 2010; Brown et al., 2005; Dew, 2008; Drentea & Lavrakas, 2000; Gathergood, 2012; Hojman et al., 2016; Keese & Schmitz, 2014; Elizabeth Sweet et al., 2013; Williams, 1990)들이 있기는 하지만 의료이용과 미충족의료에 미치는 영향에 대한 연구는 전무한 상황에서(Kalousova & Burgard, 2013), 본 연구는 가계부채가 미충족의료를 증가시키는 유의미한 실증적 증거를 추가했다는 데 큰 의의가 있다. 또한, 가계부채는 사회경제적지위로서의 연구가 여전히 미흡한 상황(Berger et al., 2016; Kalousova & Burgard, 2013; Elizabeth Sweet et al., 2013)이며, 인과관계와 영향의 성격이 이질적(Berger et al., 2016; Bridges & Disney, 2010; Kalousova & Burgard, 2013)이다. 본

연구는 가계부채의 영향을 세가지 그룹으로 13가지 지표를 통해 검증하여 유의성을 확인함으로써 가계부채가 미치는 실질적인 영향에도 불구하고 사회경제적지위로서의 영향을 확인했다는 데 의의가 있다. 세 가지의 부채지표를 통해 총액적인 수준에서의 가계부채의 영향력을 확인하였고, 네 가지의 신용위험 지표들을 통해 위험가구에 속했을 때, 실제적인 신용 이벤트가 발생했을 때의 효과를 확인하였다. 또한, 자료의 제한점이 있지만, 부채 형태별로 가계부채의 영향을 분석하여 다른 지표들의 영향을 보완하였다. 추가적으로, 위계적 분석 방법을 통해, 자산과 소비가 미충족의료에 미치는 영향을 확인함과 동시에, 각각이 가계부채와 연관되는 효과를 일부 검증할 수 있었기에, 향후 가계부채의 영향 경로를 연구함에 있어 중요한 자원이 될 것으로 기대할 수 있다.

가계부채는 계속 증가하고 있고, 금리인상 등으로 인해 취약계층 뿐만 아니라, 중산층까지도 위험에 노출되고 있는 상황에서 가계부채가 개인과 가계경제, 그리고 건강과 생명에 미칠 수 있는 영향에 대한 국내 연구는 전무한 상황이다. 개인채무자의 가계파산 방지와 경제적 회생 지원을 목적으로 신용회복위원회 등이 정책적으로 운영되고 있지만, 가계부채의 복잡한 영향 결과를 다 해결하기도 어려울 뿐 아니라, 건강이나 생명에 미치는 영향(이윤정 & 송인한, 2015)에 대해서는 도움이 되기 어렵다. 따라서, 정책적 근거를 위해선 가계부채가 미치는 영향과 경로에

대한 추가적인 연구가 필요하며, 본 연구는 그러한 국내 연구를 시작함에 있어 의미있는 기여가 될 것이다.

그럼에도 불구하고, 본 연구는 여전히 횡단면분석의 한계를 가지고 있기에(Kalousova & Burgard, 2013) 역인과관계의 가능성이 존재하고, 스트레스(Brown et al., 2005; Lin, Ketcham, Rosenquist, & Simon, 2013; Bruce S McEwen, 1998; Mirowsky & Ross, 1986)나 생리학적(Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; Uchino, 2006; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996; Uchino, Uno, & Holt-Lunstad, 1999)인 경로를 포함하지 못하였기에, 부채가 의료이용에 미치는 영향을 확인함에 있어 한계가 있다. 결측치를 제외함에 따라 표본이 모집단을 대표함에 있어 편향이 있을 수 있고, 복지패널에서 제공하는 부채별 형태가 부채의 이질성(Berger et al., 2016; Kalousova & Burgard, 2013)을 제대로 반영하지 못함에 따른 해석상의 한계가 존재한다.

마지막으로, 한국복지패널에는 한국노동패널이나 노후보장패널 등 국내 다른 패널보다 가계부채 관련하여 상대적으로 풍부한 자료가 포함되어 있다. 카드빚 등이 포함되어 부채 사용 목적에 따른 다양한 연구를 시도할 수 있는 여지를 제공하고 있으며, 신용불량자 경험, 연체 경험 등에

자료를 포함하고 있어, 부채의 양적인 측면 뿐 아니라 질적인 측면까지 분석 가능하다. 건강과 의료이용 관련한 자료도 다양하게 포함되어 있어, 국가 단위의 개인 및 가구의 부채와 건강 관련한 연구로 유용한 자료원이다. 그럼에도 불구하고, 패널 조사의 한계로 인해 조사대상자들이 부채 종류에 따라 과소 기입하였을 수 있으며, 조사 대상이 상대적으로 저소득층에 집중되어 있는 관계로, 국가 전체 부채 자료와 불일치한 측면이 있는 것은 한계로 보아야 할 것이다.

## VII. 참고문헌

- Adams, P., Hurd, M. D., McFadden, D., Merrill, A., & Ribeiro, T. (2003). Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status. *Journal of Econometrics*, *112*(1), 3–56.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, *9*(3), 208.
- Adler, N. E. (2009). Health disparities through a psychological lens. *American Psychologist*, *64*(8), 663.
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, *49*(1), 15.
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *896*(1), 3–15.
- Adler, N. E., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1186*(1), 5–23.
- Baum, A., Garofalo, J. P., & Yali, A. M. (1999). Socioeconomic Status and Chronic Stress: Does Stress Account for SES Effects on Health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, *896*(1), 131–144. doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb08111.x
- Bentley, R., Baker, E., Mason, K., Subramanian, S., & Kavanagh, A. M. (2011). Association between housing affordability and mental health: a longitudinal analysis of a nationally representative household survey in Australia. *American*

- Journal of Epidemiology*, 174(7), 753–760.
- Berger, L. M., Collins, J. M., & Cuesta, L. (2016). Household Debt and Adult Depressive Symptoms in the United States. *Journal of Family and Economic Issues*, 37(1), 42–57. doi:10.1007/s10834-015-9443-6
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *JAMA*, 294(22), 2879–2888.
- Bridges, S., & Disney, R. (2010). Debt and depression. *Journal of health economics*, 29(3), 388–403.
- Brown, S., Taylor, K., & Price, S. W. (2005). Debt and distress: Evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology*, 26(5), 642–663.
- Burgard, S. A., Seefeldt, K. S., & Zelner, S. (2012). Housing instability and health: findings from the Michigan Recession and Recovery Study. *Soc Sci Med*, 75(12), 2215–2224. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.020
- Cairney, J., & Boyle, M. H. (2004). Home ownership, mortgages and psychological distress. *Housing Studies*, 19(2), 161–174.
- Cecchetti, S. G., Mohanty, M. S., & Zampolli, F. (2011). The real effects of debt.
- Cunningham, P. J., Hadley, J., Kenney, G., & Davidoff, A. J. (2007). Identifying affordable sources of medical care among uninsured persons. *Health services research*, 42(1p1), 265–285.
- Currie, J., & Tekin, E. (2015). Is there a link between foreclosure and health? *American Economic Journal: Economic Policy*, 7(1), 63–94.
- Dew, J. (2007). Two sides of the same coin? The differing roles of assets and consumer debt in marriage. *Journal of Family and Economic Issues*, 28(1), 89–104.
- Dew, J. (2008). Debt Change and Marital Satisfaction Change in Recently Married Couples. *Family Relations*, 57, 60–71.
- Donabedian, A. (1973). Aspects of medicalcare administration: specifying requirements for health care.



- Drentea, P., & Lavrakas, P. J. (2000). Over the limit: the association among health, race and debt. *Social science & medicine*, 50(4), 517–529.
- Drentea, P., & Reynolds, J. R. (2012). Neither a borrower nor a lender be the relative importance of debt and SES for mental health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(4), 673–695.
- Dwyer, R. E., McCloud, L., & Hodson, R. (2011). Youth debt, mastery, and self-esteem: Class-stratified effects of indebtedness on self-concept. *Social Science Research*, 40(3), 727–741.
- Dynan, K. (2012). Is a household debt overhang holding back consumption? *Brookings Papers on Economic Activity*, 2012(1), 299–362.
- Dynan, K. E., & Kohn, D. L. (2007). The Rise in US Household Indebtedness: Causes and Consequences.
- Fichera, E., & Gathergood, J. (2013). House prices, home equity and health. *Home Equity and Health (January 3, 2013)*.
- Frijters, P., Haisken-DeNew, J. P., & Shields, M. A. (2005). The causal effect of income on health: Evidence from German reunification. *Journal of health economics*, 24(5), 997–1017.
- Gathergood, J. (2012). Debt and depression: causal links and social norm effects. *The Economic Journal*, 122(563), 1094–1114.
- Goldman, N. (2001). Social inequalities in health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954(1), 118–139.
- Hojman, D. A., Miranda, A., & Ruiz-Tagle, J. (2016). Debt trajectories and mental health. *Soc Sci Med*, 167, 54–62. doi:10.1016/j.socscimed.2016.08.027
- Iacoviello, M. (2008). Household debt and income inequality, 1963–2003. *Journal of Money, Credit and Banking*, 40(5), 929–965.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., . . . Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological medicine*, 38(10), 1485–1493.
- Kalousova, L., & Burgard, S. A. (2013). Debt and foregone medical care. *J Health Soc Behav*, 54(2), 204–220.

doi:10.1177/0022146513483772

- Kane, S., & Shaya, F. (2008). Medication Non-adherence is Associated with Increased Medical Health Care Costs. *Digestive Diseases and Sciences*, *53*(4), 1020–1024. doi:10.1007/s10620-007-9968-0
- Keese, M., & Schmitz, H. (2014). Broke, ill, and obese: is there an effect of household debt on health? *Review of Income and Wealth*, *60*(3), 525–541.
- Ko, H. (2016). Unmet healthcare needs and health status: Panel evidence from Korea. *Health Policy*, *120*(6), 646–653. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.005>
- Kubzansky, L., Seeman, T., & Glymour, M. (2014). Biological pathways linking social conditions and health: Plausible mechanisms and emerging puzzles. *Social epidemiology: New perspectives on social determinants of global population health*.
- Kushel, M. B., Gupta, R., Gee, L., & Haas, J. S. (2006). Housing instability and food insecurity as barriers to health care among low-income Americans. *J Gen Intern Med*, *21*(1), 71–77. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00278.x
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, *12*(1), 1.
- Lin, H., Ketcham, J. D., Rosenquist, J. N., & Simon, K. I. (2013). Financial distress and use of mental health care: evidence from antidepressant prescription claims. *Economics Letters*, *121*(3), 449–453.
- Macmillan, K. R., Chapin, R. K., & Rachlin, R. (1999). Expedited service delivery: Helping case managers to increase access to services for the poorest older adults. *Care Management Journals*, *1*(3), 181–187.
- Matthews, K. A., & Gallo, L. C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual review of psychology*, *62*, 501.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress

- mediators. *New England Journal of Medicine*, *338*(3), 171–179.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *840*(1), 33–44. doi:10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1986). Social pattern of distress. *Annual Review of Sociology*, 23–45.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1999). Economic hardship across the life course. *American sociological review*, *64*(4), 548.
- Montoya, I. D., Richard, A. J., Bell, D. C., & Atkinson, M. J. S. (1997). An analysis of unmet need for HIV services: The Houston Study. *Journal of health care for the poor and underserved*, *8*(4), 446–460.
- Musto, D. K., & Souleles, N. S. (2006). A portfolio view of consumer credit. *Journal of Monetary Economics*, *53*(1), 59–84. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmoneco.2005.10.009>
- Newacheck, P. W., Hughes, D. C., Hung, Y.-Y., Wong, S., & Stoddard, J. J. (2000). The Unmet Health Needs of America's Children. *Pediatrics*, *105*(4), 989.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1136*(1), 161–171.
- Ratcliffe, A. (2012). Wealth effects or economic barometer: Why do house prices matter for psychological health?
- Robles, T. F., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology & behavior*, *79*(3), 409–416.
- Sanmartin, C. (2002). Changes in unmet health care needs. *Health Reports*, *13*(3), 15.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, *88*(1), 226–237.
- Shavers, V. L. (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the national medical*

- association, 99(9), 1013.*
- Smith, J. P. (1999). Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *The journal of economic perspectives: a journal of the American Economic Association, 13(2), 144.*
- Sweet, E. (2011). Symbolic capital, consumption, and health inequality. *American Journal of Public Health, 101(2), 260.*
- Sweet, E., Nandi, A., Adam, E. K., & McDade, T. W. (2013). The high price of debt: Household financial debt and its impact on mental and physical health. *Social science & medicine, 91, 94–100.*
- Taylor, D. G., Aday, L. A., & Andersen, R. (1975). A social indicator of access to medical care. *Journal of health and social behavior, 39–49.*
- Thomas, C. P., & Payne, S. M. (1998). Home alone: unmet need for formal support services among home health clients. *Home Health Care Services Quarterly, 17(2), 1–20.*
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine, 29(4), 377–387.*
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt–Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin, 119(3), 488.*
- Uchino, B. N., Uno, D., & Holt–Lunstad, J. (1999). Social support, physiological processes, and health. *Current directions in psychological science, 8(5), 145–148.*
- Vinton, L., Altholz, J., & Marcus, M. (1997). A survey of the unmet needs of homebound elders. *Journal of Gerontological Social Work, 27(4), 69–84.*
- WHO. (2007). Everybody's business—strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and

- population health: a review and explanation of the evidence. *Social science & medicine*, 62(7), 1768–1784.
- Williams, D. R. (1990). Socioeconomic differentials in health: A review and redirection. *Social psychology quarterly*, 81–99.
- Williams, D. R., & Collins, C. (1995). US Socioeconomic and Racial Differences in Health: Patterns and Explanations. *Annual Review of Sociology*, 21, 349–386.
- Yilmazer, T., Babiarz, P., & Liu, F. (2015). The impact of diminished housing wealth on health in the United States: evidence from the Great Recession. *Soc Sci Med*, 130, 234–241. doi:10.1016/j.socscimed.2015.02.028
- 김경자. (2010). 우리나라 소비문화와 소비트렌드 연구의 동향과 전망. [Literature Review of Korean Consumer Culture and Consumer Trend Studies]. *소비자학연구*, 21(2), 115–139.
- 김기욱. (2007). 연구논문 : 현대 소비자의 소비생활복지: 자기결정성이론의 적용. [Articles : Consumption Life Well-Being of the Contemporary Consumers: An Application of the Self-Determination Theory]. *소비자학연구*, 18(4), 47–65.
- 김도영. (2015). 사회경제적 지위가 건강수준과 의료서비스 이용에 미치는 영향에 관한 연구. [A Study on the Effects of Socioeconomic Status on Health Level and Medical Service Use]. *인문사회과학연구*, 16(4), 329–369.
- 김동진. (2011). 우리나라 성인의 의료이용의 형평성. [Income-related Inequality in Health Care Use in Korea]. *보건복지포럼*, 45–54.
- 김수정. (2008). 우리나라 성인의 미충족 의료 현황. (국내석사학위논문), 서울대학교 대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T11257471>
- 김수정, & 허순임. (2011). 우리나라 가구 의료비부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로. *보건경제와 정책연구* (구 보건경제연구), 17(1), 47–70.
- 김시월, 조향숙, & 김미리. (2015). 가계부채가 노인 소비자의 우울에 미치는 영향 연구. [A Study on Influence with House Loan and Psychological Depression of Older House Owner- Focused on Regulation Effect of Income and Assets]. *소비문화연구*, 18(2), 21–38.
- 김재용. (2014). 주택자산이 가계부채에 미치는 효과. (국내박사학위논문)

- 문), 강원대학교 대학원, 춘천. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13404568>
- 김진구. (2008). 노인의 의료이용과 영향요인 분석. [Factors Affecting the Choice of Medical Care Use by the Elderly Person]. *노인복지연구*, 39(-), 273-303.
- 김진구. (2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로. *사회보장연구*, 27(3), 91-122.
- 김진영. (2007). 사회경제적 지위와 건강의 관계. [The Relationship between Socioeconomic Status and Health in Korea - Focusing on Age Variations]. *한국사회학*, 41(3), 127-153.
- 김창엽, 김명희, 이태진, & 손정인. (2015). 한국의 건강불평등. *서울대학교출판문화원*.
- 김태일, & 최윤영. (2007). 소득계층에 따른 의료이용 격차 분석. *한국행정학회 추계학술발표논문집*, 2007(0), 1-19.
- 김현정, & 김우영. (2009). 가계부채가 소비에 미치는 영향. [The Impact on Consumption of the Household Indebtedness in Korea]. *경제분석*, 15(3), 1-36.
- 문정화, & 강민아. (2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인. [The Prevalence and Predictors of Unmet Medical Needs among the Elderly Living Alone in Korea : An Application of the Behavioral Model for Vulnerable Populations]. *보건사회연구*, 36(2), 480-510.
- 박대원. (2015). *가계부채의 원인과 분석, 대응방안*. (국내석사학위논문), 고려대학교 행정대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13838430>
- 박미화. (2016). *가계부채가 소득불평등에 미치는 영향*. (국내석사학위논문), 연세대학교 대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T14003939>
- 박정민, 허용창, 오욱찬, & 윤수경. (2015). 주거빈곤이 건강에 미치는 영향에 관한 중단연구. *한국사회복지학 (한국사회복지학회)*, 67(2), 137-159.
- 박형준, & 박수지. (2012). 건강관련 삶의 질에 대한 의료서비스 접근성의 영향과 소득수준의 조절효과. [The Relationship between Income Level and Health-Related Quality of Life in Korea]. *보건과 사회과학*, 31, 107-125.
- 백은영, & 정운영. (2006). 건강지향적 소비행동 실태 및 영향요인에 관

- 한 연구. [Determinants of Health Oriented Consumption]. *소비문화연구*, 9(2), 25-48.
- 송영화, 조혜진, & 박종철. (2015). 건강지향 소비자 행동에 대한 조사 연구. [Research on the Survey of Health-oriented Consumer Behavior]. *소비자학연구*, 26(6), 179-206.
- 송경신, 이준협, & 임국환. (2011). 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. [Factors Associated with Unmet Needs for Health Care]. *대한보건연구(구 대한보건협회학술지)*, 37(1), 131-140.
- 신영전, & 손정인. (2009). 미 충족의료의 현황과 관련요인. [The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Need - Using the 1st and 2nd Korea Welfare Panel Data -]. *보건사회연구*, 29(1), 111-142.
- 신형철, 강지영, 박웅섭, & 김상아. (2009). 농촌지역 여성의 건강수준과 의료이용에 대한 연구. *농촌의학 지역보건학회지*, 34(1), 67-75.
- 오세진. (2017). 최근 가계부채 현황과 위험요인 점검. *Weekly KDB Report*.
- 유경원, & 김기호. (2016). 가계부채의 리스크 요인 분석. [Analysis on the Risk of Household Debt : Focusing on Gyeonggi Province]. *한국경제연구*, 34(3), 75-125.
- 이계승. (2014). 임금근로 장애인의 사회경제적 지위와 건강수준의 관계. [The relationship between socioeconomic status and health of the employees with disabilities - Focused on the mediating effects of depression and disability acceptance]. *장애와 고용*, 24(1), 111-138.
- 이용재. (2010). 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석. *한국사회정책*, 17(1), 267-290.
- 이윤정, & 송인한. (2015). 자살과 연관된 경제적 요인에 관한 연구. [A Study on the Economic Factor Associated with Suicide : Focus on Debt and Suicide Ideation]. *정신보건과 사회사업*, 43(1), 58-82.
- 이정원, 박. 권. (2016). 부채상환부담 수준별 부채가 소비에 미치는 영향. *제도와 경제*, 10(1), 85-102.
- 이주은, & 김태현. (2014). 민간의료보험과 미충족 의료와의 관계. *보건정보통계학회지 제*, 39(1).
- 이진용, 장명화, 김가연, 윤수미, 이자호, 정주, . . . 박기동. (2006). 장애인의 의료기관 접근성 조사: 서울시 종로구 병의원을 대상으로.

- 보건행정학회지: 제, 16(3).*
- 장수지, Sujie, 김수영, & Soo, Y. (2016). 노인의 사회경제적 지위에 의한 건강불평등. [The Relationship between Socioeconomic Status and Health Inequality in Later Life: The Mediation Effects of Psycho-social Mechanisms]. *한국노년학, 36(3)*, 611-632.
- 정순돌, 김유휘, & 최혜지. (2013). 사회경제적 자원과 건강의 관계. [Relationship Between Social-Economic Resources and Health : A Comparison of Elderly With Different Age Groups]. *보건사회연구, 33(2)*, 63-90.
- 정주원. (2006). 몸의 소비문화적 의미와 현상에 대한 고찰. [The Meaning and Phenomenon of Consumption Culture for Body in Consumption Society]. *소비문화연구, 9(1)*, 83-101.
- 최은영. (2016). 가계부채와 가계소비간의 상관관계 분석. [Analysis of Correlation between Household Debt and Household Consumption]. *인문사회 21, 7(1)*, 673-688.
- 한국은행. (2016). 금융안정보고서.
- 허순임, 김미곤, 이수형, & 김수정. (2009). *미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구*: 한국보건사회연구원.
- 허순임, & 김수정. (2007). 우리나라 성인의 미 충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로. *보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구), 13(2)*, 1-16.
- 황진영, & 이선호. (2015). 가계부채의 소비와 소득에 대한 영향. [Household Debt and Its Impacts on Consumption and Income in Korea]. *재정정책논집, 17(2)*, 127-153.



## Abstract

# The effect of household debt on unmet medical need

Taehwan Kim

Department of Health Policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

This study aimed to find out if household debts affect unmet medical needs (UMN) and analyzed 6,820 households from the 2015 Korean Welfare Panel Study (KOWEPS). 1.47% experienced UMN for economic reasons and 42.1% held debts. Considering heterogeneity of household debts, logistic regression analysis was performed for each debt variable from three categories : total amounts, credit risk, debt types. This study also performed hierarchical analysis adding asset and consumption parameters respectively and sequentially to regression models.

Results show that 9 out of 13 debt parameters turned out to be associated with a higher likelihood of UMN of households. All three parameters from total amount category showed association with UMN at significant levels and households experiencing insolvency risk, bad credit, overdue debt obligations among credit risk category were more likely to experience UMN. Debt types such as financial institution, private debt, etc. are related to more odds of experiencing UMN when households have more of them. Hierarchically added asset parameter showed mitigating effects reducing the likelihood of experiencing UMN and consumption showed mixed results for only total debt and DTI reducing UMN odds. This study will contribute to the expansion of SES discussion and help policy makers facing upcoming household debt problems.

Keywords : unmet medical needs, household debt, socioeconomic status

Student number : 2015-24090