

은퇴 및 비은퇴자들간의 의료사용의 영향에 관한 연구

손 용 진*

본 연구에서는 60세 이상 은퇴자 및 비은퇴자들을 표본으로 하여 의료사용에 미치는 요인을 분석했다. 은퇴유형(은퇴/비은퇴)과 사회인구학적 및 건강관련행위와의 통계적으로 유의한 이변량 분석의 결과는 다음과 같다. 비은퇴자에 비해, 은퇴자 집단에서는 남자일 경우가 높았고, 70세 이상이 많았고, 학력이 높았으며, 장애가 있었으며, 피부양자 자격으로 의료보험을 소지하고 있었다. 또한, 은퇴집단에서 유병률이 높았고, 스스로 평가해서 건강이 '아주 안좋다'라고 응답했으나, 건강에 도움이 되는 행위를 하고 있는 것으로 나타났다. 즉, 은퇴자일수록 정기적/비정기적 운동을 하고 있거나, 정기적인 건강검진을 받거나, 식이요법을 통해 건강을 유지하고 있는 비율이 비은퇴자에 비해 상대적으로 높았다. 은퇴집단 중에서 의료기관을 한 번이라도 사용한 적이 있는 사람들의 비율이 사용한 적이 전혀 없는 사람들에 비해 매우 높았고, 이와 같은 결과는 비은퇴집단에서도 비슷한 비율로 나타나 이변량분석을 통한 은퇴여부와 사용여부는 통계적인 관련성이 없었다.

의료사용 여부와 사회인구학적 특성과의 통계적으로 유의한 이변량 변인은 2개의 변수로서 연령과 장애여부였다. 즉, 의료기관을 사용한 적이 있는 사람은 대체로 연령이 높거나, 장애를 가진 사람일 경우가 많았다. 의료사용여부와 건강증진행위와의 이변량 분석은 비사용자집단 일수록 건강에 도움이 되지 않는 행위를 하는 경향이 높았다. 즉, 의료기관을 지난 일년 동안 한 번도 사용한 적이 없는 사람일수록, 정기적 건강검진을 받지 않거나, 흡연 및 음주를 하고 있거나, 식이요법을 통한 건강증진행위를 하는 비율이 상대적으로 낮았다.

의료사용여부에 미치는 영향을 분석하기 위해, 순차적 로지스틱 회귀모형을 통하여 사회인구학적 변인, 건강관련 변수, 및 건강증진행위 변수를 각각 순차적으로 투입한 3개의 모델이 설정되었다. 각각의 모델은 3가지의 서로 상이한 표본(즉, 전체표본, 은퇴표본, 비은퇴표본)을 대상으로 한 하위모델로 구성하였다. 모든 변수를 고려한 최종 모델에서 나타난 결과는 다음과 같다. 1) 상이한 3가지 표본 모두에서 공통적으로 나타난 결과는 은퇴여부를 비롯하여 사회인구학적인 변인은 의료사용에 유의한 영향력이 없었다. 즉, 60세 이상 노인 분들을 모두 고려했을 때 은퇴여부는 공적의료기관사용에 영향력이 없었다. 2) 지병이 있을 때 의료사용의 오즈비(odds ratio)가 매우 높았으며, 스스로 평가한 건강이 '건강한 편'이라고 응답한 사람일수록 '건강이 아주 안 좋음'에 비해 의료사용 오즈비가 낮았다.

한편, 은퇴를 한 표본에서는 정기적인 건강검진을 받고 있을 때와 의료보험을 소지하고 있었을 때가 의료기관사용의 오즈비가 매우 높았으나, 은퇴하지 않은 표본에서는 이와 같은 2변수가 통계적으로 유의한 예측 변인이 되지 못했다. 은퇴집단과 달리, 은퇴를 하지 않은 표본에서는 흡연을 할수록 오히려 의료기관을 사용할 오즈가 낮았다.

본 연구가 갖는 정책적 함의는 보건의료에 관련된 의사결정에 있어서 은퇴를 했는지, 계속 일을 하고 있는지에 따라 의료사용에 결정적인 역할을 하는 변수가 다르다는 것을 보였다는 점이다. 이는 증가하는 노인인구가 매우 이질적인 다양성을 가진 집단이며, 이에 따른 선별적 노인보건의료정책이 필요하다는 것이다.

* 부산가톨릭대 사회복지학

I. 서론

21세기의 화두는 단연 노인인구의 증가에 따른 사회적, 경제적 변화이다. 전체인구 중 노인인구가 차지하는 비율이 높아짐에 따라 여러 가지 사회/경제적 조정이 불가피해지고 있다. 21세기 인구구조의 변화를 인구혁명(demographic revolution)으로 표현하여 주로 비관적인 견해가 팽배하며, 의료재정의 문제를 가르켜 재앙(disaster), 부담(burden), 급조(rising tide), 임박한 위기(impending crisis)등으로 심각성을 논하고 있다 (Butler & Kiikuni, 1993). 노인층은 매우 높은 의료사용의 실제적 수요자이다. 더욱이 대부분의 노인은 만성질환을 가지고 있으며, 노인인구의 지속적인 증가로 말미암아 노인의료급여가 매년 증가일로에 있다. 노인인구 가운데서도 후기노령인구의 폭발적 증가는 전대미문의 일로써, 이들에게 사회적 재원의 재할당이 불가피해 지고있다. 그러나, 노인 의료전문가들은 노년기의 여러 가지 상이한 특성을 언급하여 단순한 나이를 가지고 의료정책의 수급 여부를 논해서는 않된다는 시각을 갖고 있다. 본 연구에서는 노년기의 다양성의 하나일 수 있는 은퇴여부가 의료사용과 어떠한 관련이 있는지를 알아보고자 한다.

노인인구의 모두가 천편일률적으로 의료사용을 하고 있지는 아닐 것이며 나이 그 자체를 준거로 삼아, 부양인구로 간주해서는 안 될 것이다. 하지만, 의료비용의 증대는 고급의료장비 등의 의료기술의 발전에도 그 원인이 있겠으나, 인구 노령화에 의한 비생산인구 즉 은퇴인구의 증가가 큰 원인이다. 공적의료급여비를 보면 한정된 인구군, 즉 65세 노인 의료비가 매년 증가세를 기록했다. 1999년에는 1조9천억원, 2000년에 2조695억원, 2001년에는 2조2천976억원 이였고, 지난해는 2002년 총 2조5천925억원으로 지난 99년의 1조9천억원에 비해 36.5%나 증가한 것으로 나타났다. 이에 따라 전체 의료급여 중 노인의료비율이 지난 99년 17.6%에서 지난해에는 20.1%로 늘어난 셈이다. 500만원 이상 고액진료가 노인의 전체 진료비의 45.2%를 차지함으로써, 노인층과 관련된 질환이 의료비용의 상당히 높은 비율임을 보여주었다. 특히, 평균수명이 긴 여성 노인의 의료비가 남성 노인에 비해 훨씬 높은 비중을 차지하고 있다. 지난 99년 성별 진료비 차이가 2천307억원이었던 데서 지난해에는 3천548억원으로 확대됐다. 이같은 차이는 올해 4천592억원, 2005년 5천184억원으로 앞으로 더 벌어질 것으로 예상됐다.

노인기를 접어들 때에 경험하게 되는 큰 사건은 은퇴이다. 인간은 자신의 직업을 통해 정체성을 확립한다. 연속성이론(continuity theory)에 의하면, 직업은 경제적 가치 이상의 요소가 있으며, 노인기에도 직업을 갖음으로 해서 정신/육체적 건강에 매우 유용하다는 것이다. 금전적 보상과는 무관하게 자신의 일체감을 유지하기 위해 일을 계속 함으로써 자신의 연속성을 유지할 수도 있을 것이다. 유리이론(disengagement theory)은 충분한 경제력만 뒷받침된다면, 은퇴를 맞이하여 여가를 갖는 것이 자신의 건강에도 도움이 될뿐더러, 사회에도 이득이 된다고 한다. 유리이론의 예측과는 달리, 공적 사회보장이 미흡한 우리나라에서는 젊은시절 충분한 은퇴자금을 확보하지 못하여 노인기에 비자발적인 노동을 하면서 생계를 이어갈 수도 있을 것이다. 노인기의 은퇴는 이와 같이 여러 가지 이론이 있으며 은퇴를 둘러싸고 있는 원인, 과정 및 결과에 대한 아직도

충분한 연구의 소지가 있다. 본 연구에서는 은퇴유형을 60세 이후 은퇴한 집단과 60세 이후 아직도 은퇴를 하지 않고 계속 일을 하고 있는 집단으로 정의하여, 은퇴유형이 공적의료사용에 미치는 영향을 파악하고자 한다. 60세라는 연령은 연구자가 임의로 설정한 나이이며, 현재 제도화된 국민연금 초기수령연령이 60세라는 점을 따랐다.

은퇴는 경제적인 생산인구에서 생산력을 상실하여 부양인구로 전락하는 상징적인 일이며, 인생의 큰 전환점이다. 노년부양지수는 생산연령인구에 대한 노년인구의 비율이며, 우리나라 1960년 노년부양지수는 5.1%, 1990년에 7.4%, 2000년에 10.0%, 2020년에 18.9%, 그리고 2030년에는 29.8%로 증가한다는 것이다. 2030년에는 부양연령층(16 - 64세) 100명이 노인 30명을 부양해야 한다는 우려가 있다. 은퇴는 이미 어느 사회에서나 제도화되어 있고, 은퇴인구에 대비하여 생산인구의 지속적인 감소를 의료재정 문제의 악화요인으로 간주하고 있다.

그러나, 지속적인 보건의료 재정적자의 해결책에 대한 다각도의 문제 접근이 있어야 하며 단순한 노령인구 증가로 볼 것이 아니라, 노령인구 중에서 은퇴자 및 비은퇴자 간의 의료사용의 차이를 비교 분석하여 이에 대한 올바른 의료보건의료정책의 결정이 필요하다. 정부가 공적인 의료를 담당하는 기관설립을 제도화하여 사회보험방식으로 국민의료를 총괄하는 것은 국민들이 좋은 건강상태를 유지하게 하여 높은 생산성을 유도하는 인적자본투자 요소이며 결코 소비만은 아닐 것이다. 사회보장 가운데 핵심이 되는 것 중에 하나가 의료보장이며, 우리나라도 1977년 7월 1일부터 500인 이상 사업장에 종사하는 근로자들을 대상으로 강제의료보험을 실시한 것을 출발으로, 1989년 도시자영업자까지 의료보험이 확대되어 전국민의료보험을 사회보험방식에 의해 실시하고 있다.

현대의학의 발전과 환경개선 등으로 인하여, 나이와 관련된 사망률은 낮추었지만 만성질환증가를 초래하는 역설적인 결과가 나타났다. 의료비용의 증가는 매년 늘어났고, 이에 따라 의료행위에 대한 개인적 신중함이나 책임감이 더욱 고조되고있으며 사려깊은 분별력을 요구하게 되었다. 이는 개인 각자의 건강문제를 스스로 책임지지 않을 수 없게되었으며, 사회전체의 공동이익과 살아남을 가능성과도 연관된다. 정부도 이러한 정신을 일깨우기위해 병원이나 공공의료기관을 통한 보건의료정책에서 벗어나 보다 적극적으로 건강한 인구에 대한 예방 및 건강유지사업으로 정책전환을 추진하고 있다. 1995년 국민건강증진법을 제정하여 건강증진사업을 이미 시작했으며, 2002년 4월에는 국가 보건의료 전략으로 국민건강증진 종합계획(Health Plan 2010)을 수립하여 건강관리의 책임이 국가와 지방자치단체도 있다는 것을 강조하고 있다.

1970년대 중반부터 전세계가 경기침체에 빠지기 시작하면서, 반복지주의자(anti-welfarist)들은 공적재원의 재분배가 생산적이지 못한 쪽으로 사용된 것이 경기불황의 한 가지 원인이라고 지적하고 있다. 즉, 생산적인 젊은 연령섹터에서 비생산적인 노령섹터로 의료비용을 포함한 재화가 지속적인 지출을 보였다는 것이다 (Navarro, 1994). 날로 증가하는 노인인구는 노인들의 사회적 안녕감을 도모하기 위해 적극적인 사회 복지적 조치가 필요하기도 하겠지만, 정부가 노인복지를 위해 공공재원의 확충으로 말미암아 "재정이 회색으로(the graying of budget)" 물들기 시작했다는 것이다. 노인들에게 과도하게 충당되는 사회복지비 지출은 계속해서 논란거리가 되고 있고 노인예산 옹호에 반대하는 세력의 강한 저항에 부딪치고 있다. 노인세대의 지출이 전반적인 사

회복지예산에서 주요한 부분을 차지함에 따라 이러한 저항은 노인에게만 할당되는 지속적 재정에 대한 비판이 계속될 것이라 전망된다.

노인기의 한 가지 다양성, 즉 은퇴나 비은퇴를 고려하여 이 두 집단 가운데 의료사용에 상이한 영향을 살펴보는 것이 이 논문의 주요한 목적이다. 최근 건강에 대한 개인적 책임과 의무를 고려하여 다양한 방법의 건강증진 행위가 의료사용에 어떠한 영향을 주고 있는 지를 보고자 한다. 이는 건강관리 프로그램을 개발함으로써 노인 질병에 소요되는 비용을 줄이는 예방효과가 있을 것으로 예상된다. 날로 증가하는 노년인구와 이에 대한 의료비상승이 국가적 관심사가 되고 있다. 처음부터 질병을 예방하기보다는 일단 발견되면, 사후에 고가의 의료비를 들어서 통상적인 관례로 병을 치료하고자 하는데 의료비용이 상승되는 큰 요인이다. 스스로 건강을 통제하고 자조능력을 도모하는 것이 건강을 증진시키고 질병을 예방하는 데 큰 보탬이 될 것이다.

1. 연구문제

본 연구는 다음의 연구문제를 다루고자 한다.

연구문제 1: 기술적 통계(descriptive statistics study)를 통하여 볼 때, 은퇴유형(은퇴집단/비은퇴집단)이 사회인구학적 변인, 건강관련 변수, 및 의료사용변수에 어떠한 영향을 미치는가?

(1) 이변량 분석에서 은퇴유형과 통계적으로 유의한 변인은 무엇인가? 포함된 사회인구학적 변수는 성별, 연령, 학력, 결혼상태, 장애/장해 여부, 국민건강 보험 종류, 국민건강보험 추가입자, 경제상태, 총소득 등의 9개 변인이다.

(2) 은퇴유형(즉, 은퇴집단/비은퇴집단)변수와 5개의 건강증진행위지표(정기적인 운동, 정기적 건강진단, 흡연, 음주, 식사조절)와 2개의 건강상태지표(지병여부, 자각건강상태)에 대해 이변량 분석을 실시하였을 때, 유의한 차이를 나타내는 변인들은 무엇인가?

(3) 은퇴유형과 3가지 의료사용 관측지표(지난 1년간 공적기관의 사용여부, 지난 1년간 의료기관 이용횟수, 지난 1년간 의료기관 이용일 수)를 이변량 분석을 했을 때 통계적인 유의성을 나타내는 변인은 무엇인가?

연구문제 2: 기술적 통계(descriptive statistics)를 실시했을 때, 공적의료기관의 사용여부변수(즉, 사용집단/비사용집단)와 관련이 있는 변인은 사회인구학적 변수들과 건강상태변수/건강관련 행위변수들 가운데 무엇이 있는가?

연구문제 3: 순차적 로짓회귀분석(sequential logit regression analysis)을 했을 때 공적 의료기관사용여부에 영향을 미치는 변인들은 무엇인가?

(1) 전체 은퇴/비은퇴 집단의 표본을 대상으로 하여 공적의료사용여부에 미치는 변수는 무엇인가? 은퇴집단 혹은 비은퇴집단 만을 각각 구분하여 순차적 로짓회귀분석을 했을 때 공적의료사용여부에 대해 영향을 미치는 변수는 무엇인가?

II. 선행연구고찰

기존의 연구를 보면, 은퇴한 노년인구의 의료비사용이 은퇴이전의 인구와 비교하여 그 비용이 훨씬 높다고 알려져 있다 (Stahl, 1900; Nelson, 1982). 그러나, 노인인구 자체 내에서 은퇴 및 비은퇴인구로 구분하여 의료사용여부에 결부시킨 연구는 매우 드물다. 은퇴이후 삶의 적응으로 육체적/정신적 건강, 행복, 생의 만족감에 대한 연구가 주를 이루고 있으며, 은퇴로 인해 여가선용의 변화, 수입의 변화, 사회적 연결망의 변화등 여러 분야에서 영향을 나타내지만 이에 대한 확고한 이론이 정립되어 있지 않다. 단편적인 연구를 살펴보면, 공적의료사용에 미치는 영향이 매우 다양하다는 점이다. 건강하지 않더라도 병원에 가지 않을 수가 있으며, 건강하더라도 병원에 자주 갈 수가 있을 것이다.

의료사용여부를 건강과 관련 시켜 본다면, 높은 수준의 의료비용 소비가 반드시 높은 수준의 건강을 보장하고 있지는 못하다. 일반적인 건강의 정의는 육체적, 정신적 및 사회적인 안녕감에 도달한 상태를 말하며, 단순한 질병 또는 부상이 없는 상태 그 이상을 말한다. 경험적으로 건강을 측정할 때에는 주로 부정적인 조작화를 통하여 그 지표를 삼았다. 사망률, 상병일수, 평균수명, 유아사망률 등이 그 예이다. 최근 WHO가 발표한 World Health Report에 의한 191개국의 보건복지제도 평가에 의하면, 미국은 일인당 의료소비비용이 세계 1위로 조사되었으나, 미국은 건강 수준에서 71위를 기록했고, 전반적인 의료체계운영은 37위에 그쳤으며, 평균수명은 24위에 머물러 현재 치료중심의 의료급여에 대한 강한 반증을 제공하고 있다. 미국은 2000년에 GDP의 17%를 보건의료비로 지출했으며, 2030년에 가서 무려 37%가 의료비로 지불될 전망이다.

건강의 결정요인은 의료전문인력이나 시설을 통한 공공비용의 통제 범위를 벗어난 많은 요소와도 관련이 되어있다. 유전자, 생활습관(음주, 흡연, 식사량, 운동, 스트레스의 수용능력), 물리적 환경(수질, 작업환경, 오물처리 기술능력 등), 국민의 교육적 수준(필요할 때 전문의료시스템을 사용할 수 있는 능력과 예방지식 등)이 모두 국민의 건강지표와 관련이 있을 수 있을 것이다. 크게 보아서, 건강에 영향을 미치는 4대 요인은 생활습관, 사회환경, 생물학적 요인, 의료서비스로 볼 수 있다. 이 중 개인의 생활습관이 건강에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

최근 건강증진행위에 대해 다각도의 연구가 진행되고 있다. 세 종류의 건강관련 행위(health-related behavior)가 정의되어 있다 (Idler, & Benyamini, 1997). 첫째, 건강행위(health behavior)는 질병을 예방하기 위한 행동을 말하며, 예를 들어 건강에 도움이 되는 적절한 음식물을 섭취하는 행동 등이 해당된다. 둘째, 질병행위(illness behavior)는 치료를 목적으로 행동을 취하는 것으로 예로서 의사를 보고 진료를 받는 행동 등이 이에 해당된다. 셋째, 환자역할 행위(sick role behavior)는 신체적 기능의 향상을 목적으로 취하는 행동이며, 처방약 복용, 요양을 취하는 행동 등이 포함된다. 일반적으로, 건강행위는 건강에 부정적인 영향 뿐 만아니라, 부정적인 영향 모두를 포함하는 개인의 건강상태에 관련된 행위의 총체를 말한다고 볼 수 있다. 건강증진에 도움이 되는 생활양식과 관련하여 자아존중감, 지각된 건강상태와의 관련성 등의 사회심리학적 연구가 주를 이루고 있다 (전정자, 김영희, 1996). 또한, 건강증진행위는 다양한 변인에 의

해 그 결과가 상이하게 나오는 것으로 알려져 있다 (백경신, 최연희, 2003; Hurd & Kapteyn, 2003; Thompson, et al., 2003; Haber, 2001). 최근 서울시민 보건지표조사의 결과에 의하면, 사회경제적 취약계층인 저소득층, 교육수준이 낮은 계층에서 높은 질병의 이환율과 활동제한비율이 높은 것으로 조사되었다. 이러한 취약계층에서 흡연, 음주, 운동, 식습관, 건강검진 부문에서 건강위해 행위를 하는 인구비율이 뚜렷하게 높은 것으로 파악되었다. 그러나, 건강증진에 도움을 주는 변인이 공적의료기관의 사용여부와 관련한 연구는 아직 충분한 연구가 되어있지 않다.

III. 실증자료

본 연구에서 분석을 위해 사용한 자료는 한국노동패널조사(KLIPS)의 4차년도 자료이다. 전체 표본 21,000명 중에서 나이가 60세 이상인 사람들을 추출하였다. 이들 중에서 ‘은퇴하지 않았다’라고 응답한 494명과 ‘은퇴하였다’ 혹은 ‘주된 일자리에서 은퇴하였지만 소일거리 일은 계속하고 있다’라고 응답한 424명을 표본으로 했다. 가정주부, 지속적으로 일을 한 적이 없는 경우, 기타 결측 표본은 분석대상에서 제외시켰다. 총 918명이 분석의 대상이며, 은퇴한 494명을 은퇴자 그룹으로 424명을 계속해서 일을 하고 있는 은퇴자 그룹으로 분류하여 분석을 하였다. 본 연구에 사용된 주요 변수 12개에 대한 정의와 코딩에 대해 표 1에 제시되었다.

<표 1> 변수 정의 및 코딩 방법

변수명	변수 정의	코딩방법
은퇴여부	__님은 현재 은퇴하신 상태입니까? 여기에서 “은퇴”란 주된 일자리를 그만두고 지금은 일을 하지 않고 있거나, 소일거리 정도의 일을 하고 있는 경우를 말합니다. 또한 앞으로도 특별한 변화가 없는 한 소일거리 정도의 일 이외의 일을 할 의사가 없는 상태를 의미합니다.	은퇴하지 않았다=0, 은퇴하였다=1, 주된 일자리에서는 은퇴하였으나 소일거리 일은 계속하고 있다=1, 해당 않됨(가정주부, 지속적으로 일을 한 적이 없는 경우 등)=0
의료기관 사용여부	지난 1년 동안 진료나 치료를 받기 위해 의료기관을 이용하신 적이 있습니까? 있으시다면 1년 동안 몇 회, 전부 몇 일 동안이나 진료를 받으셨습니까? (일반적인 건강진단과 임신관련 진료는 제외하고 말씀하여 주십시오. 또한 약국을 이용하신 경우도 제외됩니다.	있다=1, 없다=0
장애여부	현재__님은 혹시 심신상의 장애 또는 장애를 겪고 계십니까?	예=1, 아니오=0
직장의보 지역의보	__님께서 국민건강(의료)보험에 가입되어 있습니까? 가입되어 있다면 보험의 종류는 무엇입니까?	직장의료보험, 예=1, 아니오=0 지역의료보험, 예=1, 아니오=0 가입되어 있지 않다=0
자 각 경 제상태	__님 닁의 현재 경제상태는 어떠십니까?	매우 여유가 있다=1, 여유가 있는 편이다=2, 보통이다=3, 조금 어려운 편이다=4, 매우 어렵다=5
지병여부	__님께서 현재 지병을 가지고 계십니까?	그렇다=1, 아니다=0
자각건강 상태	현재 __님의 건강상태는 어떻습니까?	아주 건강하다=1, 건강한 편이다=2, 보통이다=3, 건강하지 않은 편이다=4, 건강이 아주 안좋다=5
정기운동	정기적으로 운동을 하고 계십니까?	정기적으로 한다=1,부정기적으로 또는 수시로 한다=2, 거의 하지 않는다=3
정기진단	평소 건강유지를 위해 어떤 일을 하고 있습니까?	정기진단을 받음, 예=1, 아니오=0
흡연여부	평소에 담배를 피우십니까?	예=1, 아니오=0
음주정도	평소에 술을 드시는 편입니까?	평소에 술을 마시는 편이다. 경우에 따라 마시는 편이다. 전혀 마시지 않는다.
식사조절	평소 건강유지를 위해 어떤 일을 하고 있습니까?	식사조절, 예=1, 아니오=0

IV. 연구결과

일변량 연구분석결과는 표 2에서부터 표 6까지 제시되어있다. 은퇴유형을 두 범주로 하여(즉, 은퇴 vs. 비은퇴), 표 2는 사회인구학적인 변인(성별, 연령, 학력, 결혼상태, 장애여부, 의료보험 종류, 건강보험 추가입자, 경제상태)과의 비교를 시도했고, 표 3에서 건강 및 건강증진행위 변인(지병여부, 자각건강상태, 정기적 운동, 정기건강진단, 흡연, 음주, 식이요법)와 은퇴유형과의 관련성을, 표 4는 의료기관 이용여부와 은퇴유형과의 관련성 비교표이다.

은퇴여부와 성별은 유의한 관계로($p = .00$), 남자가운데 은퇴자의 비율이 높았고, 여자가운데서는 은퇴하지 않고 일을 계속하는 비율이 높았다. 남자인 은퇴자의 수가 349명으로 이는 전체 은퇴 집단 424명의 82.3%를 차지했다. 은퇴여부와 연령과의 관계를 보면, 60대에서는 아직도 일을 하고 있는 비율이 높는데 반해 70대 혹은 그 이상의 연령에서는 은퇴자의 비율이 더 높아서 70세를 전후로 해서 은퇴여부가 대조를 이루었다 ($p = .00$). 이것은 나이가 많을수록 은퇴할 가능성이 높다는 통념에 잘 맞고 있다.

학력분포는 은퇴집단일수록 학력이 높았으며, 비은퇴집단 가운데서 무학, 초등학교, 중학교까지의 학력비율이 훨씬 더 높았다 ($p = .00$). 배우자가 있고 없이는 은퇴여부와 아무런 관련성이 없었다. 은퇴자 집단에서 장애를 가지고 있는 비율이 더 높았고, 은퇴를 하지 않은 집단에서 장애를 가지고 있는 비율이 더 낮았다 ($p = .04$). 즉, 은퇴집단 중에서 8.7%가 장애/장해가 있는 데에 반해 비은퇴집단 중에서 5.3%가 장애/장해가 있다고 응답했다.

국민건강보험의 가입상태가 어떠한지와 은퇴여부와는 유의미한 통계적 관련성이 없었다. 국민건강보험의 추가입자가 본인으로 되었을 때는 일을 아직 하고 있는 비은퇴집단일 경우가 많았고, 피부양자로 의료보험을 소지하고 있는 비율은 은퇴집단에서 더 높았다 ($p = .04$). 이것은 은퇴로 인해, 가족의 성인 자녀들로부터 부양을 받고 있는 의존계층으로 전락했음을 뜻한다.

주관적으로 판단한 경제상태는 은퇴여부와 유의미한 차이를 보이고 있지 않았다. 이것은 은퇴를 하든 일을 하고 있는 경제적인 어려움을 느끼고 있는 것은 차이가 없다는 점이다. 주관적 경제상태를 5개의 범주로 구분하여 보았는데, 은퇴집단 중에서 ‘조금 어려운 편’ 및 ‘매우 어려움’의 비율이 56.7%이며, 일을 계속하여 하고 있는 비은퇴집단에서도 53.6%로 집단 간에 차이가 없이 경제적 압박감을 체감하고 있었다. 또한, ‘매우 여유 있음’, ‘여유 있는 편’, ‘보통’에서도 일을 하고 있는 집단이 약간 상회하고 있으나 큰 차이가 없었다. ‘여유 있는 편’은 은퇴집단 중에서 불과 6.6%이었으며, 비은퇴 집단도 7.5%에 그쳤다. 이는 은퇴가 은퇴이전에 있었던 소득 격차를 해소하는 지렛대(leverage)의 역할을 한다는 점에서는 고무적이나, 두 집단 모두 50%이상이 경제상태가 넉넉하지 못하다고 하여 노인기의 소득보장의 욕구가 매우 크다는 것을 시사하고 있다. 또한 지난 일 년간 총소득도 두 집단간에 차이가 없이 비슷하게 낮은 수준이었다 ($p = .54$).

이와 같이 카이제곱 검증을 통한 이변량 분석의 결과를 통계적으로 유의미한 변수를 종합해 보면, 은퇴를 하지 않고 계속 일을 하고 있는 집단과 비교해서 은퇴집단 가운데서는 남자일 경우가 많고, 나이가 70세 이상이 많았고, 학력이 높았고, 장애를 가지고 있으며, 피부양자 자격으로 의료보험을 소지하고 있을 경우가 상대적으로 더 많았다.

<표 2> 은퇴집단 및 비은퇴집단 간의 사회인구학적 비교 (%)

변수명	변수항목	은퇴집단(N=424)	비은퇴집단(N=494)	카이자승값 (p)
성별	남자	349(82.3)	272(55.1)	77.42 (.00)
	여자	75(17.7)	222(44.9)	
연령	60~64세	144(34)	266(53.8)	80.47 (.00)
	65~69세	118(27.8)	154(31.2)	
	70~74세	68(16.0)	50(10.1)	
	75세 이상	94(22.2)	24(4.9)	
학력	무학	89(21.0)	113(22.9)	40.19 (.00)
	초등학교	122(28.8)	211(42.7)	
	중학교	62(14.6)	79(16.0)	
	고등학교	88(20.8)	61(12.3)	
	전문대 이상	63(14.8)	30(6.1)	
결혼상태	배우자있음	333(78.5)	381(77.1)	.26 (.61)
	배우자없음	91(21.5)	113(22.9)	
장애/장해 여부	있음	37(8.7)	26(5.3)	4.28 (.04)
	없음	387(91.3)	468(94.7)	
국민건강 (의료) 보험 종류	직장의료	202(47.6)	244(49.4)	.55 (.76)
	지역의료	208(49.1)	237(48.0)	
	가입안됨	14(3.3)	13(2.6)	
국민건강보험 주가입자	본인	155(36.6)	214(43.4)	4.34 (.04)
	타인	269(63.4)	280(56.6)	
경제상태	매우 여유 있음	1 (0.2)	3 (0.6)	6.82 (.15)
	여유 있는 편	28(6.6)	37 (7.5)	
	보통	155(36.6)	189(38.3)	
	조금 어려운 편	127(30.0)	167(33.8)	
	매우 어려움	113(26.7)	98(19.8)	
총소득	평균(표준편차)	1489만원(1461.1)	1500만원(2065.5)	t=0.1 (p=0.54)

<표 3> 은퇴집단 및 비은퇴집단 간의 건강 및 건강증진행위 비교 (%)

변수명	변수항목	은퇴집단(N=424)	비은퇴집단(N=494)	카이자승값(p)
지병여부	있음	231(54.5)	235(47.6)	4.36(.04)
	없음	193(45.5)	259(52.4)	
자각건강상태	아주 건강함	7(1.7)	6(1.2)	12.06(.02)
	건강한 편	95(22.4)	113(22.9)	
	보통	121(28.5)	153(31.0)	
	건강하지 않은 편	147(34.7)	191(38.7)	
	건강이 아주 안 좋음	54(12.7)	31(6.3)	
정기적 운동여부	정기적으로 함	107(25.2)	47(9.5)	60.92(.00)
	부정기적 또는 수시로함	59(13.9)	34(6.9)	
	거의 안함	258(60.8)	413(83.6)	
정기적 건강진단 여부	받고있음	99(23.3)	84(17.0)	5.76(.02)
	받지않음	325(76.7)	410(83.0)	
흡연여부	예	154(36.3)	160(32.4)	1.57(.21)
	아니오	270(63.7)	334(67.6)	
음주정도	평소에 술을 마심	69 (16.3)	100(20.3)	5.16(.08)
	경우에 따라 마심	135 (31.8)	127 (25.7)	
	전혀 마시지 않음	220(51.9)	267(54.0)	
식사조절여부	한다	101(23.8)	62(12.6)	19.85(.00)
	하지않는다	323(76.2)	432(87.4)	

은퇴자들가운데 학력이 높은 점은 학력변수가 다른 많은 사실을 내포하고 있는 대리변수(proxy)임을 시사하고 있다. 즉, 학력이 높을수록 고소득 직장에 종사하여 은퇴이후 소득보장이 마련되어 은퇴를 했을 확률이 높다. 은퇴집단에 고학력층이 많다는 것은 좀 더 많은 취업기회와 금전적 보상이 있음에도 은퇴제도 때문일 것이다. 저학력층에서 비은퇴자의 수가 많다는 것은

은퇴하여 경제적 여유를 갖출 만한 은퇴소득이 없는 blue-collar직종에 종사할 가능성이 높을 것이라는 점을 시사한다. 우리나라는 노후에 공적 소득보장체계가 미약하여 낮은 교육수준으로 좋은 직업을 갖지 못해 충분한 노후소득을 마련하지 못한 노인층에서 은퇴를 하지 않고 생계유지를 위해 계속 생업에 종사할 가능성이 크다. 소득과 교육수준이 낮은 집단에서 사망율, 이환율, 유병율 등이 높은 점을 고려할 때 이들에게 공적 소득보장체계가 시급하게 마련되어야 할 것이다.

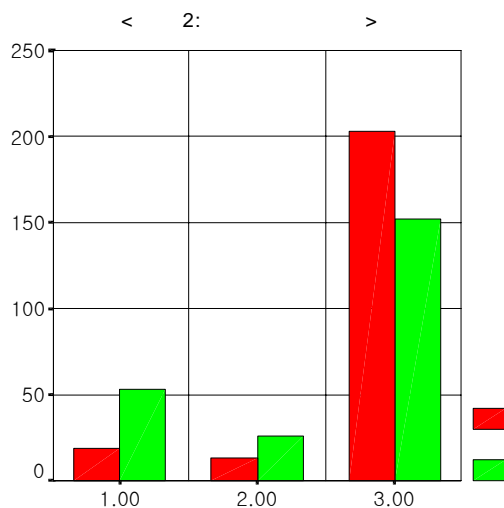
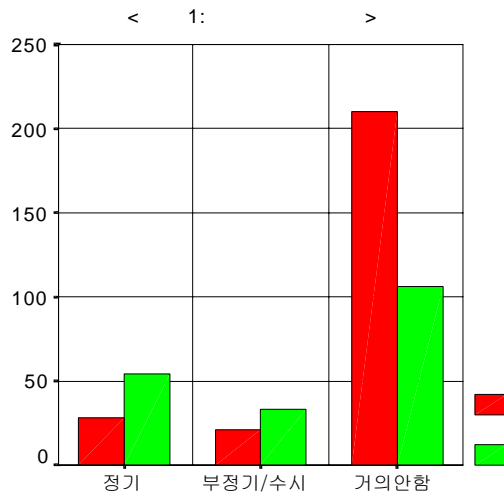
은퇴/비은퇴집단 간의 건강 및 건강증진행위의 이변량 분석결과가 표 3에 제시되어있다. 은퇴집단에서 지병여부의 비율이 더 높았다 ($p=.04$). 은퇴자들 가운데서 54.5%가 지병이 있다고 응답한 데 반해, 비은퇴자들 가운데서 47.6%가 지병이 있다고 대답했다. 스스로 평가한 건강상태는 ‘아주 건강하다’거나 ‘건강이 아주 안좋다’의 비율이 은퇴집단에서 높게 나타난 반면에 ‘건강한 편이다,’ ‘보통이다’ 또는 ‘건강하지 않은 편이다’의 비율은 비은퇴집단에서 더 높게 나타났다 ($p=.02$). ‘건강이 아주 안좋다’의 범주를 비교해 보면, 은퇴자집단가운데 12.7%가 그러하며, 비은퇴집단가운데 6.3%가 건강이 아주 안좋은 비율이다. 이것은 은퇴자집단 중에서 일을 하고 싶은데 건강상으로 은퇴를 했거나, 나이가 많아서 자연적인 건강악화일 수도 있는 것으로 추정된다. 일을 계속하고 있는 집단의 경우, 건강하거나 보통인 비율이 높아서 건강이 허용하는 한 계속해서 일을 하고 있다는 것을 보여주고 있다.

다음은 5개의 건강증진행위변수와 은퇴여부와 이변량 분석결과이다. 첫째, 정기적 운동여부는 은퇴집단일수록 ‘정기적으로 한다,’ ‘부정기적 또는 수시 한다’의 비율이 높은 데 반해, 비은퇴집단가운데서는 ‘거의 하지 않는다’의 비율이 높았고, 이 두 변수의 관계는 통계적으로 매우 유의했다 ($p=.00$). 지병여부가 비은퇴집단에서 더 낮은 것으로 보아, 건강상의 제약으로 인한 것은 아니고 경제적인 생산활동에 종사함으로 인해 비은퇴자들은 할애할 시간이 부족한 것으로 해석되어진다. 이것은 지병여부를 통제한 상태(그림1-2)에서 은퇴여부와 정기적 운동변수와의 관계를 살펴 보았을 때, 여전히 두 변수간의 관계가 통계적으로 유의미한 것으로 나와 일에 종사하고 있는 60세 이상의 집단은 시간제약으로 인해 건강에 도움이 되는 행위, 즉 정기적 운동을 하지 못하고 있는 것으로 여겨진다.

둘째, 건강진단변수와 이변량 관계이다. 여전히 일에 종사하고 있는 집단일수록 건강에 소홀하고 있음을 나타내었다. 즉, 정기적으로 건강진단을 받고 있는 지에 관한 질문에 비은퇴집단에서 건강진단을 받지않는 비율이 훨씬 높았다 ($p=.02$). 그러나, 지병여부를 통제했을 때 두 변수간에 관련성이 없는 것으로 미루어 지병이 있는지에 의해 영향을 받고 있음을 나타냈다. 즉, 지병이 있음으로 인해 은퇴집단에서 정기적인 건강진단을 상대적으로 받는 것으로 보여, 두 변수의 관계가 지병으로 인한 가식적(spurious)관계임을 보여주고 있다.

셋째, 흡연과의 관련성에서 볼 때, 은퇴유형과는 통계적 관련성이 5%수준에서 유의도가 없었다. 넷째, 음주 정도는 은퇴여부와 통계적 관련성이 뒷받침되지 않았다. 그러나, 마지막으로 평소에 건강유지를 위해 식사조절을 하고 있는 지에 관한 물음과 은퇴여부는 독립적 관계가 아니었다 ($p=.00$). 즉, 은퇴집단일수록 식사조절을 통해 건강유지를 한다는 비율이 상대적으로 높아, 일에

종사하고 있는 집단이 건강에 덜 신경을 쓰고 있는 것으로 추정이 된다.



건강에 관련된 변수와 은퇴여부와와의 이변량 및 삼변량 카이자승 통계검증을 종합해 볼 때, 은퇴자일수록 훨씬 건강에 유념하여 일상생활을 영위하고 있는 것으로 보인다. 즉, 지병과 관계없이 은퇴자일수록 정기적이든 부정기적이든간에 운동을 하고 있었다. 은퇴자들은 상대적으로 정기 건강검진을 높게 받고 있었으며, 식이요법을 통해 건강유지를 하는 경향이 높았다. 은퇴집단 가운데 유병률이 높았고, 스스로 평가한 건강상태가 아주 안좋다는 비율이 높아, 은퇴자일수록 건강이 나쁘다는 통념이 그대로 적용되었다. 그러나, 은퇴이전의 건강상태를 통제하지 않은 상태이기 때문에 은퇴이전에 건강이 이미 악화되고 있었거나, 건강상의 이유로 은퇴하여 계속 건강이 나빠지

고 있었는지는 확인할 수 없는 결과이다.

<표 4> 은퇴집단 및 비은퇴집단 간의 의료사용에 관한 비교 (%)

변수명		은퇴집단(N=424)	비은퇴집단(N=494)	검증 통계량 (p)
의료기관이용 여부	있음	288(67.9)	323(65.4)	$\chi^2 = 0.66$ (0.42)
	없음	136(32.1)	171(34.6)	
의료기관 이용횟수	평균이용횟수 (표준편차)	10.07(23.82)	9.95(22.77)	t= 0.08 (0.85)
의료기관 이용일 수	평균이용일수 (표준편차)	17.06(39.25)	15.35(34.55)	t= 0.70 (0.49)

표 4의 결과에서 나타났듯이, 은퇴여부와 의료기관이용여부와는 통계적 관련성이 없었다 (p=.42). 은퇴집단 중 67.9%가 지난 일년 간 한 번이라도 의료기관을 사용한 적이 있다고 응답한 데 반해 은퇴집단 가운데서 32.1%가 한 번도 사용한 적이 없다고 대답했다. 은퇴 집단 중에서 무려 2배나 의료기관을 사용한 적이 있는 비율이 높았다. 하지만, 비은퇴집단 내에서도 비슷한 결과를 보였다. 즉, 비은퇴집단에서 65.4%가 의료기관을 이용한 적이 있었으며, 비은퇴집단 중에서 34.6%가 의료기관을 한 번도 이용한 적이 없다고 응답했다.

은퇴유형과 연간 의료기관 이용횟수 및 이용일 수와도 통계적으로 유의미한 관계를 도출하지 못했다. 따라서 이변량 분석의 결과를 보면, 60세를 전후로 해서 은퇴했는지와 공적인 의료기관의 사용과는 관련성이 없으며 건강이라든지, 의료보험 소지 여부등 기타 다른 변수와 관련성이 있음을 시사하고 있다.

<표 5> 의료사용집단 및 의료비사용집단 간의 사회인구학적 비교 (%)

변수명	변수항목	사용집단(N=611)	비사용집단(N=307)	카이자승값(p)
성별	남자	401(65.6)	220(71.7)	3.40(0.07)
	여자	210(34.4)	87(28.3)	
연령	60~64세	253(41.4)	157(51.1)	9.16(0.03)
	65~69세	195(31.9)	77(25.1)	
	70~74세	78(12.8)	40(13.0)	
	75세 이상	85(13.9)	33(10.7)	
학력	무학	143(23.4)	59(19.2)	2.9(0.57)
	초등학교	222(36.3)	111(36.2)	
	중학교	89(14.6)	52(16.9)	
	고등학교	95(15.5)	54(17.6)	
	전문대 이상	62(10.1)	31(10.1)	
종교	있음	366(55.9)	181(59.0)	0.08(0.78)
	없음	245(40.1)	126(41.0)	
결혼상태	배우자있음	471(77.1)	243(79.2)	0.51(0.48)
	배우자없음	140(22.9)	64(20.8)	
장애/장해 여부	있음	55(9.0)	8(2.6)	13.08(0.00)
	없음	556(91.0)	299(97.4)	
국민건강 (의료) 보험 종류	직장의료	307(50.2)	139(45.3)	4.05(0.13)
	지역의료	290(47.5)	155(50.5)	
	가입안됨	14(2.3)	13(4.2)	
국민건강보험 주가입자	본인	234(38.3)	135(44.0)	2.74(0.10)
	타인	377(61.7)	172(56.0)	
경제상태	매우 여유 있음	1 (0.2)	3 (1.0)	6.91(0.14)
	여유 있는 편	45(7.4)	20 (6.5)	
	보통	217(35.5)	127(41.4)	
	조금 어려운 편	199(32.6)	95(30.9)	
	매우 어려움	149(24.4)	62(20.2)	
총소득	평균(표준편차)	1452만원(2014)	1581만원(1314)	t=1.02 (p=0.31)

위의 표 5는 공적의료기관의 사용여부와 사회인구학적 변인과의 각 범주의 빈도 값 및 이변량 카이자승 검증통계량의 결과표이다. 지난 1년 간 한 번이라도 공적의료기관을 사용한 적이 있는

집단을 사용집단이라 했고, 한 번도 사용한 적이 없는 집단을 비사용집단으로 분류했다. 사용여부와 성별은 5%수준에서 통계적인 관련성이 없었다($p=.07$). 사용집단 중에서 남자의 비율이 65.6%이며, 여자의 비율이 34.4%이었다. 이러한 비율은 비사용집단에서도 비슷했다. 기존 연구를 보면, 성 차이를 고려했을 때 사망률과 발병률사이에 역의 관계가 있다. 여성은 자주 아프지만 오래 산다. 남성은 자주 아프지는 않지만 여성보다 일찍 죽는다. 여성들 사이의 높은 질병 발생률에도 의료사용에 차이를 보이지 않는 것은 의료사용에 대한 결정은 반드시 질병 그 자체가 요인이 아니며 다른 생활양식, 규범, 가치, 신념, 사회구조 등에 영향을 받는 것이 아닌가 여겨진다.

연령구분변수와 의료사용여부변수의 관련성은 5%수준에서 독립적이지 않았다($p=.03$). 두 집단 모두에서 비교적 연령이 높아짐에 따라 공적의료사용의 빈도수가 줄어들었다. 사용집단 중에서 65~69세는 31.9%에 반해 사용하지 않은 집단 중에서 65~69세는 25.1%에 그쳤다. 사용집단 중에서 75세 이상이 13.9%에 비해서 사용해 본적이 없는 집단 중에서 75세 이상은 10.7%에 머물렀다. 장애여부와 사용여부는 통계적으로 유의했고, 사용집단 중에서 장애 빈도수가 더 높았다 ($p=.00$). 사용집단 중에서 장애가 있는 비율은 9%이었는데 반해 비사용집단 가운데서 장애를 가지고 있는 비율은 불과 2.6%를 나타냈다.

다음의 변수들은 공적의료의 사용여부와 이변량 통계적인 유의도가 없었다. 학력, 종교, 결혼 상태, 은퇴여부, 국민건강보험 종류, 국민건강 주가입 여부, 경제상태, 및 총소득은 적어도 5%수준에서 공적인 의료사용변수와 관련성이 없었다.

<표 6> 의료사용집단 및 의료비사용집단 간의 건강 및 건강증진행위 비교 (%)

변수명	변수항목	사용집단(N=611)	비사용집단(N=307)	카이자승값(p)
지병여부	있음	404(66.1)	62(20.2)	172.43 (0.00)
	없음	207(33.9)	245(79.8)	
자각건강상태	아주 건강함	6(1.0)	7(2.3)	166.48 (0.00)
	건강한 편	89(14.6)	119(38.8)	
	보통	144(23.6)	130(42.3)	
	건강하지 않은 편	299(48.9)	39(12.7)	
	건강이 아주 안 좋음	73(11.9)	12(3.9)	
정기적 운동여부	정기적으로 함	102(16.7)	52(16.9)	3.57 (0.17)
	부정기적 또는 수시로함	70(11.5)	23(7.5)	
	거의 안함	439(71.8)	232(75.6)	
정기적 건강진단 여부	받고있음	142(23.2)	41(13.4)	12.51 (0.00)
	받지않음	469(76.8)	266(86.6)	
흡연여부	예	180(29.5)	134(43.6)	18.28 (0.00)
	아니오	431(70.5)	173(56.4)	
음주정도	평소에 술을 마심	106(17.3)	63(20.5)	21.53 (0.00)
	경우에 따라 마심	149 (24.4)	113(36.8)	
	전혀 마시지 않음	356(58.3)	131(42.7)	
식사조절여부	한다	123(20.1)	40(13.0)	7.06 (0.01)
	하지않는다	488(79.9)	267(87.0)	

사용집단/비사용집단간의 건강 및 건강증진행위에 대한 이변량 분석결과가 표 6에 제시되어 있다. 통계적으로 유의한 변수는 지병여부, 자각건강상태, 정기적 건강진단 여부, 흡연여부, 음주정도, 식사조절여부 변수로 나타났다. 첫째, 지병여부와 의료기관사용여부와의 관계는 통계적으로 매우 유의미하였다 ($p = .00$). 사용집단 중 66.1%가 지병이 있다고 응답한 데 반해 비사용집단 중 20.2%만이 지병이 있다고 대답했다. 둘째, 자각건강상태와 사용여부는 통계적인 관련성이 있

었다 ($p = .00$). 사용집단 중에서 스스로 평가한 건강 상태가 '건강하지 않은 편,' '건강이 아주 안좋음'의 비율이 높았다. 비사용집단 가운데서 '건강한 편' 혹은 '보통'의 비율이 상대적으로 높았다. 비사용집단과 비교해서 사용집단 중에서 '건강하지 않은 편'의 비율이 무려 4배나 높았다. 사용집단 중에서 '건강하지 않은 편'의 비율이 48.9%에 비해, 비사용집단에서는 4배정도 낮은 12.7%였다. 셋째, 사용집단 중에서 정기적 건강진단을 받는 비율이 높았다 ($p = 00$). 사용집단 가운데 23.2%가 정기 건강진단을 받고 있는 데 비해, 비사용집단 가운데 13.4%가 정기 진단을 받고 있는 것으로 나타났다. 넷째, 사용집단 중에서 흡연을 하지 않는 비율이 높았다. 사용집단 중에서 흡연을 한다고 응답한 비율이 29.5%에 비해 비사용집단에서 흡연을 하는 비율이 43.6%로 훨씬 높았다. 다섯째, 비사용집단에서 음주의 빈도수가 훨씬 높았다. 사용집단 중에서 '평소에 술을 마신다'라고 응답한 비율이 17.3%에 비해 비사용집단 중에서 그 비율이 20.5%이었고, 사용집단 가운데 '경우에 따라 마신다'가 24.4%에 비해 비사용집단 가운데 그 비율이 36.8%이었다. 이것은 비사용집단에서 건강하기 때문에 술을 마시는 빈도가 높다고 추정할 수도 있다. 여섯째, 사용집단에서 평소 건강유지를 위해 식사조절을 하는 비율이 높았다. 사용집단 중에서 20.1%가 식사조절을 한다고 응답했고, 비사용집단 중에서 13%가 하지않는다라고 응답했다.

의료사용여부와 건강증진 행위변인들과의 이변량 분석결과를 종합해 보면, 예상한 것 처럼 지난 일 년간 한 번이라도 의료기관을 사용한 적이 있는 사용집단에서 질병을 가지고 있는 비율이 높았으며, 스스로 인식한 건강상태도 나빴다. 또한 의료기관을 한 번이라도 사용한 집단에서 건강에 더욱 더 염려를 하고 있는 것으로 나타났다. 즉, 사용집단에서 정기적 건강진단을 받고 있는 비율이 높았고, 70.5%가 금연을 하고 있었으며, 술을 전혀 마시지 않는 비율이 58.3%이었으며, 식사조절을 통한 식이요법에 참여하고 있는 비율도 상대적으로 높았다. 이것은 건강이 나빠서 의료기관을 사용한 적이 있고, 이러한 사용자 집단은 제한된 건강 때문에 본 연구에서 개념화한 건강증진 행위(즉, 정기적 운동, 정기적 건강진단, 금연, 절주, 식이요법)를 하고 있는 것으로 추론할 수도 있다. 반대로, 비사용집단은 아직도 건강하기 때문에 건강에 저해되는 행위를 하고 있으며, 따라서 미래의 높은 의료사용의 잠재적 집단으로 볼 수 있다.

<표 7> 60세 이상 노인들의 의료사용 및 비-의료사용에 대한 로짓 분석

	모델 1			모델 2			모델 3		
	전체	은퇴 했음	은퇴 않했음	전체	은퇴 했음	은퇴 않했음	전체	은퇴 했음	은퇴 않했음
상수항	1.47	1.29	1.74	.65	.44	1.12	1.31	.66	1.52
남자	.61*	.66	.63	.90	.77	1.11	1.08	1.00	1.38
나이구분	1.19*	1.10	1.38*	1.12	1.05	1.26	1.10	1.00	1.30
학력	1.03	1.16	.89	1.21*	1.36**	.99	1.14	1.26	.95
종교있음	1.00	1.15	.92	.80	.95	.68	.74	.91	.62
배우있음	1.16	1.09	1.10	.99	1.06	.89	.94	.91	.87
장애있음	3.97***	2.87*	7.51**	1.76	1.39	3.78	1.77	1.34	4.02
은퇴했음	1.10	해당없음		.90	해당없음		.81	해당없음	
직장의료				3.93**	7.23**	2.03	4.06**	7.06**	2.14
지역의료				3.33*	4.47*	2.47	3.76**	4.80*	2.75
경제상태				.90	.84	.98	.94	.90	1.02
총소득				1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
지병있음				4.21***	4.54***	4.13***	4.15***	4.54***	4.25***
아주건강				.25*	.50	.08*	.21*	.43	.09
건강한편				.21***	.23**	.16**	.21***	.22**	.17**
보통건강				.30**	.27**	.28	.30**	.27*	.27
건강나쁨				1.24	1.02	1.33	1.25	1.00	1.30
정기운동							.85	.74	1.06
정기받음							1.80*	1.99*	1.71
흡연 함							.55**	.63	.43**
음주정도							.93	1.18	.80
식사조절함							1.15	.75	1.69
Cox와 Snell 의 R-제곱	0.029	0.021	0.056	0.244	0.238	0.283	0.262	0.264	0.301

주: 모두 계수는 Exp(B) 임.

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

표 7에서 제시 되었듯이, 순차적 로지스틱 회귀분석(sequential logistic regression analysis)을 이용하여 3개 그룹의 독립변수가 순차적으로 공적의료기관사용여부(즉, 사용한 적이 있음/없음)라는 종속변수에 투입되는 방식을 채택하였다. 모델 1, 모델 2, 모델 3은 각각 사회인구학적인 변인, 건강관련 변수, 및 건강증진행위변수를 추가적으로 포함하고 있는 모델이다. 각각의 모델에서 3개의 상이한 표본을 대상으로 하여 3번에 걸쳐 공적의료기관사용여부라는 종속변수의 예측변인으로 고려했다. 즉, 표본자료를 1) 은퇴 및 비은퇴자 모두를 포함한 전체집단, 2) 은퇴자만을 고려한 은퇴자집단, 그리고 3) 비은퇴자만을 고려한 비은퇴자 집단으로 나누어서 의료사용여부에 따른 원인을 파악하려고 했다.

9개의 변수는 예와 아니오 등의 2가지(binary)범주를 갖고 있으므로 해석의 편리함을 위해 예 혹은 있음을 '1'로 recoding하였고, 아니오 혹은 없음을 '0'으로 recoding하여 9개의 dummy변수를 만들었다. 즉, 남자, 종교있음, 배우자있음, 장애있음, 은퇴했음, 지병있음, 정기진단받음, 흡연함, 식사조절함 변수는 모두 '1' 또는 '0'의 범주를 갖는 dummy변수이다. 나이구분변수는 5개의 범주를 가진 ordinal변수(즉, 60~64, 65~69, 70~74세, 75세 이상)이다. coding은 나이가 많을수록 높은 숫자를 부여했다. 학력변수는 5개의 군으로 분류한 ordinal변수(즉, 무학, 초등학교, 중학교, 고등학교, 전문대 이상)이며, coding은 교육수준이 높을수록 높은 숫자를 부여했다. 배우유무변수는 배우자가 있으면 1의 숫자가 부여되고 그렇지 않으면 0의 숫자가 부여된 dummy변수이다.

자각건강상태변수는 원래 5점 리커트식 척도로 측정되었으나, 해석을 용이하게 하기위해 5개의 dummy변수로 만들었으며 각각의 변수에 비교대상이 되는 '건강이 아주 않좋음'변수는 reference 변수이며 생략되었다.

모델 1에서는 사회인구학적인 변인(성별, 나이구분, 학력, 종교, 배우유무, 장애여부, 은퇴여부)만을 대상으로 하여 이분형 종속변수(의료사용한 적이 있음, 사용한 적이 없음)으로 하여 분석하였다. 전체표본을 대상으로 했을 때 남자일 경우, 나이가 많을수록, 장애가 있을수록 의료기관을 사용할 확률이 높았으며, 나머지 학력, 종교, 배우유무, 은퇴여부는 통계적 유의미함이 발견되지 않았다. 은퇴를 한 표본만을 대상으로 로짓분석을 했을 때 장애가 있을수록 의료사용을 한 적이 높았다. 은퇴를 하지 않은 표본만을 대상으로 했을 때는 나이가 많을수록 장애가 있을수록 의료사용을 할 확률이 높았다. 통계적으로 유의한 계수 값들의 확률을 보면 장애의 유의확률이 제일 낮아서 장애여부가 다른 유의한 변수보다 더 큰 영향력이 큰 것을 볼 수 있다. 이와같이 사회인구학적인 변인만을 고려한 모델 1을 볼 때 장애를 가지고 있음이 의료사용을 할 확률이 3개의 상이한 표본, 즉 전체표본, 은퇴, 비은퇴표본 모두에서 매우 유의미한 것으로 나타나 장애가 의료사용에 결정적인 역할을 하고 있음을 나타냈다.

모델 2는 사회인구학적인 변인에서 5개의 건강관련 변수(즉, 의료보험 종류, 경제상태, 소득, 지병여부, 스스로 평가한 건강상태)를 첨가하여 로짓분석한 결과이다. 표본을 3가지 유형으로 하여 같은 16개의 독립변수를 의료사용여부에 대한 예측변수로 투입했다. 표본을 달리한 3가지 유형 모두에서 R-제곱값이 20%이상 증가하여 새롭게 투입된 일련의 변수군이 통계적으로 유의한 기

여를 하였다. 모델 2의 서로 다른 3가지표본 유형에서 공통적으로 통계적으로 유의한 변수는 2가지 변수이며, 이는 지병여부 및 건강한편dummy변수이다. 즉, 지병을 가지고 있는 경우에는 의료사용의 확률이 매우 높았고, 스스로의 건강이 '건강한 편'이라고 인식한 사람들은('건강이 아주 안좋음'에 비해) 의료사용의 확률이 낮게 나타났다. 은퇴자만을 고려한 은퇴표본의 경우 지병이 있음으로 인해 공적인 의료사용을 할 오즈(odds; 승수; 승산)는 4.54배 증가할 것으로 예측된다. 비은퇴표본에서도 마찬가지로 지병이 있는 경우 의료사용의 오즈는 4.13배 증가했다. 또한, 스스로 평가한 건강상태가 의료사용에 결정적인 역할을 하고 있다. 전체를 표본으로 한 로짓분석을 보면, '건강이 아주 안좋다'라고 대답한 사람에 비해, '건강한 편'이라고 응답한 사람들은 의료사용의 오즈가 $100(1-.21)\% = 79\%$ 낮았으며, 은퇴자들 만을 고려한 표본에서도 '건강한 편'이라고 응답한 사람들은 77% 낮고, 은퇴를 하지 않은 표본에서도 '건강한 편'이라고 답한 사람들은 '건강이 아주 안좋다'라고 응답한 사람에 비해, 84% 낮았다. 따라서, 장기적인 질병을 앓고 있는 지의 여부와 자각건강상태가 은퇴여부에 관계없이 60세이상 표본 모두에게 의료사용에 매우 중요한 역할을 하고 있음을 나타냈다. 전체표본을 은퇴 및 비은퇴표본으로 각각 분리하여 의료사용여부를 예측했을 때, 상이한 결과를 낳은 변수는 직장의료 및 지역의료 dummy변수이다. 즉, 은퇴자 집단을 표본으로 한 분석에서는 의료보험을 가지고 있는지 여부가 의료사용에 매우 중요한 역할을 하는데 비해, 비은퇴집단에서는 유의한 영향력이 없었다. 따라서 60세 이상 은퇴자들 가운데 의료보험을 소지하고 있는 것이 스스로 인식한 경제적 상태나 총 소득보다도 훨씬 중요한 요소임을 나타냈다.

마지막 모델 3에서는 5개의 건강증진행위변수(정기운동, 정기진단, 흡연 함, 음주, 식사조절 함)가 기존의 변수에 마지막으로 투입되었다. 이에 대해 R-제곱 증가량은 약 2%로 매우 미미했으며, 통계적으로 모델 2에 대해 유의한 차이를 보이지 않았다. 모든 관련변수가 투입된 모델 3에서도 지병있음dummy변수와 건강한 편dummy변수가 상이한 3가지 표본 모두에서 여전히 의료사용여부에 유의한 변수로 나타났다. 은퇴자들 만을 표본으로 한 로짓분석에서 정기적으로 건강검진을 받을수록 공적기관의 의료기관을 사용한 적이 있는 오즈가 199% 높았으며, 비은퇴자들 만을 표본으로 한 분석에서는 흡연을 할수록 오히려 의료기관을 사용할 오즈가 57% 낮았다.

V. 결론

인구고령화에 따른 의료수요의 욕구는 의식주와 더불어 건강증진의 욕구라는 필수불가결한 기본욕구에 속한다. 대부분의 노인들은 적어도 하나의 질병을 갖고 있고, 대부분이 하나 이상의 만성질환을 가지고 있다. GDP에서 차지하는 예산이 "회색빛으로 물들어가는 재정"이라는 표현이 어울리게 된 것처럼, 고령사회에서 보건의료재정의 심각성은 피할 수가 없게 되었다. 지속적인 경제성장이라는 톱니바퀴에 지속적인 의료비지출이라는 바퀴가 물려서 돌아가야 만이 미래 의료정책 및 프로그램이 문제가 없을 것이다. 하지만, 이미 할당된 의료재원으로 의료비용을 지출해야 되는 현 상황에서 상승요인을 찾아보는 것도 한 가지 방법이다.

본 연구는 초로를 맞이한 60세 이상의 연령층에서 은퇴라는 인생사건이 의료사용에 어떠한 영향을 미치는지를 연구하였다. 은퇴자와 비은퇴자 모두를 고려하여 보았고, 은퇴자 집단, 비은퇴자 집단을 따로 분리하여 공적인 의료사용에 관련된 요인을 찾고자 하였다. 은퇴집단에서는 건강을 염두해 두고 행동을 하는 데 반해, 비은퇴자 집단에서는 건강에 저해되는 행위를 하고 있는 것으로 나타났다. 다변량통계분석에서 은퇴집단에서 정기적 건강검진을 받고 있을 수록 의료사용에 유의한 영향을 나타내는 데 반해, 비은퇴집단에서는 흡연을 할수록 오히려 의료사용을 덜 하는 경향이 있었다.

본 연구에서 주요한 연구결과는 다음과 같다.

1. 60세 이상 표본 가운데 일을 계속하고 있는 집단을 은퇴집단과 대비해 보았을 때, 여성일 경우가 많았고, 학력이 상대적으로 낮았음을 나타냈다. 다변량분석이 좀 더 명확한 사실을 나타내겠지만, 이변량 분석결과를 볼 때 은퇴를 하고 싶어도 낮은 경제적 노후문제로 계속 생업에 종사하고 있는 것으로 추론된다. 낮은 사회인구학적요인이 높은 질환율을 고려할 때 여성노인인구에 대해 의료보험을 통한 의료보장 뿐 아니라 경제적 보장 또한 필요할 것으로 추론된다.

2. 건강상태와 건강증진행위변수를 은퇴유형과 비교해 보면, 일을 계속하고 있는 집단이 스스로 평가한 건강상태가 좋은 편이었으나, 건강에 도움이 되는 행위는 덜 하고 있는 것으로 나타나 이들이 장래 의료사용의 가능성이 높음을 시사했다. 즉, 비은퇴집단에서 정기적 운동을 거의 하지 않는 비율이 무려 83.6%이며 이것은 지병여부를 통제한 상태에서도 통계적으로 유의했다. 정기적 건강진단도 받지 않는 비율이 상대적으로 높았으며, 평소 건강유지를 위해 식사조절을 하는 비율도 12.6%에 그쳐 은퇴집단 가운데 식사조절을 하는 23.8%와 대조를 이루었다.

3. 은퇴유형과 의료사용여부와는 이변량 분석결과 통계적인 유의성이 없었다. 두 집단 --- 은퇴를 한 은퇴자 집단과 은퇴를 하지 않은 비은퇴자 집단 --- 모두에서 한 번이라도 공적의료기관을 사용한 적이 있는 비율이 대등하게 높았다. 즉, 은퇴여부와 관련이 없이 의료기관을 한 번이라도 사용한 비율이 두 집단 모두에서 약 2배 가량 높았다. 이와 같은 결과는 다변량통계분석에서 관련 변수를 통제한 로짓분석에서도 같은 결과를 얻었다.

4. 의료기관사용여부 변수와 건강증진행위 변수와의 이변량 분석 결과를 보면, 지난 일 년간 한 번도 의료기관을 이용한 적이 없는 사람일수록 건강에 저해되는 행위를 하는 비율이 상대적으로

로 높아, 비건강행위(un-healthy behavior) ---> 질병유발 ---> 공적의료 사용증가로 이어진다고 볼 때 이들이 장래 매우 높은 의료사용의 잠재적 집단으로 여겨진다. 또한, 사용집단이든 비사용집단이든 간에 모두 정기적 운동을 ‘거의 안함’이라는 비율이 70%이상 이어서 60세 이상 모두에게서 운동이 질병억제력이 있다는 등의 인식이 미약한 것으로 보였다.

5. 순차적 로짓분석에서 최종모델의 결과에서, 은퇴자 표본에서 공적인 의료보험의 소지여부가 의료사용에 미치는 영향이 매우 크고, 비은퇴자 표본일 경우 흡연을 하고 있는 경우에 오히려 의료사용의 확률이 낮았다. 예상했듯이, 세가지 서로 상이한 표본 모두에서 질병을 가지고 있고 스스로 느낀 건강상태가 나쁠 때, 의료사용의 확률이 매우 높았다.

생활수준이 향상됨에 따라 높은 수준의 의료서비스를 사람들이 계속해서 원한다면, 공공의료비의 지출을 막기는 힘들 것이라고 사료되지만, 이는 지속적인 경제성장이 뒷받침이 되어야 한다는 가정이다. 보다 긍정적인 시나리오(scenario)는 GDP에서 전체 의료비용이 높다는 것은 그만큼 국가가 국민의 의료욕구에 부합하고 있다는 것이며, 이에 적절한 대응이 필요할 뿐이라는 것이다. 하지만, 다른 한편에서는 늘어나는 의료공공재는 언젠가는 한계에 도달할 것이며, 의료재정이 부족을 감안한다면 이에 대한 적절한 통제와 제재가 필요하다는 부정적인 시각이다. 증가일로에 있는 의료비는 손실된 기회(forgone opportunities)를 더욱 더 가중시킬 것이며, 이는 보다 건설적인 사회비용으로 재할당되어야 마땅하며 전체 사회의 이익을 고려할 필요가 있다는 것이다. 한편, 국민의 질병과 건강은 무한정 재화를 의료보장에 투입한다고 해서 해결될 문제가 아니라는 점이다. 생활습관, 환경개선이 함께 병행되어야 한다. 노인기의 치료위주의 의료적 개입(medical intervention)의 한계점에 대해서는 이미 많은 지적이 있다. 질병에 대해 개인이 책임할 야 할 부분도 있으며, 의료적 치료행위만이 유일한 대비책이 아닐 수도 있다.

세계적으로 상승하고 있는 의료비용에 대해 공적차원에서 마련하고 있는 노인인구의 의료비 증가에 대해 회의적인 시각이 만연하고 있다. 건강에 대해 개인적인 책임의식을 갖도록 정부차원에서 홍보를 통해 의식강화가 필요하다는 의견이 지배적이다. 본 연구가 갖는 정책적 함의는 60세 이상 노인들 가운데 일을 계속하고 있는 집단에게 건강증진행위를 고취시켜 이들이 미래의 높은 공적 의료수급인구로 전락하는 것을 막는 것이 필요하다. 본 연구에서 비은퇴집단은 거의 건강증진행위를 하지 않고 있었으며, 건강에 대한 개인 책임의식이 중요함을 시사하고 있다. 예로써, 정기적인 건강검진은 비용이 적게 드는 예방치료이며, 사후 비싼 의료적치료(medical treatment)보다 효율적이다. 본 연구의 비은퇴표본은 건강검진을 상대적으로 덜 받고 있었다. 건강증진행위는 공적의료사용의 감소를 가져오며, 장기적으로 볼 때 의료비감소에 기여하는 효과를 나타내며, 노년기의 삶의 질에 향상에도 큰 도움이 될 것이다.

참고문헌

- 백경신, 최연희 (2003). 여대생의 건강증진행위와 삶의 만족에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 보건교육 건강증진학회지, 20(2); 127 - 147.
- 전정자, 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교연구, 성인간호학회지, 8(1); 41 - 54.
- Butler, R., & Kiikuni, K. (1993). Who is responsible for my old age? *Journal of Aging & Social Policy*, 13 (1) 1 - 14.
- Haber, D. (2001). Medicare prevention: Moving toward research-based policy. *Journal of Aging & Social Policy*, 13 (1) 1 - 14.
- Hurd, M., & Kapteyn, A. (2003). Health, wealth, and the role of institutions. *The Journal of Human Resources*, 38, (2). 386 - 415.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (March), 21 - 37.
- Navarro, V. (1994). The politics of health policy: The U.S. reforms, 1980-1994.
- Nelson, G. (1982). Social class and public policy for the elderly. *Social Service*
- Heller, P. S. Aging, savings, and pensions in the group of seven countries: 1980 -2025. 9, 2, 127 - 153. *Journal of Public Policy*.
- Stahl, S. M. (1900). The legacy of longevity: Health and health care in later life. Sage Publications.
- Thompson, R., Miller, N., & Witter, S. (2003). Health-seeking behavior and rural/urban variation in Kazakhstan. *Health Economics*, 12; 553 - 564.