한국사회복지학
Korean Journal of Social Welfare vol. 48 2002. 3. 270~298

만성질환 노인의 의료비부담 관련요인에 관한 연구*

김미혜 · 김소희**

노인들의 경우 만성질환이환율이 다른 연령층에 비해 매우 높으며, 이로 인한 질병치료는 많은 의료비부담을 가져온다. 오늘날의 핵가족화와 독거노인세대의 증가는 가족내의 보호 대신 장기입원을 초래하여 의료비를 상승시키는 요인이 되고 있으며, 경제적 부담으로 인해 아예 의료적 조치를 취하지 않는 경우가 빈번히 발생하고 있다. 따라서 본 연구에서는 만성질환 노인들의 의료비부담실태를 파악함에 있어 소득과 관련해 소득의 얼마만큼을 의료비에 지출하고 있는지 파악하고, 의료비지출부담과 관련된 특성요인을 발견하여, 어떤 특성을 지닌 노인들이 과도한 의료비부담을 갖고있는지를 밝히고자 하였다.

연구결과에서 나타난 60세 이상 노인들의 만성질환이환율은 87%로서 월소득 대비 의료비지출부담이 평균 17.9%에 달하는 것으로 나타났다. 의료비지출부담에 관련한 노인들의 특성요인으로는 연령, 가구유형(노인단독가구), 만성질환이환수, 일상

* 이 논문은 교육부의 BK21 연구사업 지원에 의하여 연구되었음.
** 김미혜 : 이화여자대학교 사회복지학과 부교수
김소희 : 서울시립대학교 사회복지학과 강사

생활수행능력, 월소득, 상용치료원(병원, 보건소이용) 등이 제시되었다. 특성집단별로는 최저생활계층(32.6%)과 일상생활수행능력에 매우 제한이 있는 경우(37.1%), 노인단독가구(31.4%) 등에서 과도한 의료비부담을 안고 있는 것으로 나타나 이들의 의료비경감을 위한 정책적 노력이 요구됨을 알 수 있다.

Ⅰ. 문제제기

노인들은 다른 연령층에 비해 노화에 따른 만성질환 이환율이 매우 높으며, 이로 인한 합병증이 빈번히 발생하는 특성을 갖고 있다. 수명연장으로 인해 노년기가 연장됨에 따라 치료를 요하는 기간 또한 긴 것이 특징이다. 노인들의 경우 다른 연령층보다 절대적인 의료수요가 많을 수밖에 없는 현실이다.

노인들의 만성질환에 대한 질병치료는 많은 의료비부담을 가져오는데, 98년 현재 60세 이상 노인의 평균 진료비는 다른 연령층에 비해 1.5배정도 높은 것으로 나타난다. 그러나, 우리 나라는 노인만을 위한 별도의 노인보건의료체계를 갖추고 있지 않으며, 소득수준에 따라 일반소득계층을 위한 국민건강보험제도와 저소득계층을 위한 의료보호제도 속에서 노인의료서비스가 제공되고 있다.

과도한 의료비지출로부터의 부담을 경감시켜주고자 실시되는 국민건강보험의 경우 의료비에 대한 본인부담률은 입원시 20%이고, 외래이용시 의료기관 종별에 따라 30~55%로 규정되어 있다. 그러나 보험적용이 되지 않는 진료 및 약품의 본인부담분을 포함하면 본인부담률이 약 50-60%에 이르는 것으로(박순일, 2000: 28) 평가되기도 한다. 의료보호의 경우 1종 보호대상은 입원과 외래진료시 전액무료이며, 2종 보호대상은 입원시 20%, 외래이용시 진료당 1,500원을 부담토록 하고 있으나, 이 역시 비급여서비스에 의한 진료비를 포함하는 경우 본인부담률이 20%를 초과하는 것으로(변재관·선우덕, 1999: 11) 나타나고 있다.

오늘날의 핵가족화 및 독거노인세대의 증가추세는 가족 중 간병할 수 있는 인력의 부족현상을 가져옴으로써 노인들의 장기입원을 초래하여 의료비를 상승시키는 요인이 되고 있다(정지연, 1995: 11). 특히 독거노인세대는 대부분이 후기고령자이면서 여성노인이 차지하고 있는데(보건복지포럼, 2000: 45), 이들의 경우 돌봐줄 사람이

없어 외래치료가 가능한 경우에도 입원치료를 이용해야 하는 경우가 발생하거나, 경제적인 어려움으로 인해 이들의 의료욕구가 의료수요로 아예 연결되지 않을 수 있다. 건강보험제도 상에서는 실질적인 의료서비스비용 이외에 간병 등의 비용을 제외하고 있어 이러한 수발에 따른 비용부담이 개인에게 전가되고 있다.

따라서 노인의 의료서비스는 노인성질환의 특성에 적합한 공급체계가 구축되어 있을 필요가 제기된다. 현재 노인에 대한 혜택으로 건강보험제도 상에서 1996년부터 65세 이상 노인에 한하여 요양급여기간에 제한을 두고 있지 않으며, 1998년부터는 65세 이상 노인에게는 의원급 외래진료에 한해 진료비액수와 상관없이 정액부담혜택을 주고 있으나, 비용이 많이 드는 입원진료에 대해서는 타연령층과 동일한 부담률을 적용하고 있다. 노인의 특성상 외래보다는 입원시의 진료건수 및 진료비가 높게 나타나고 있는 현실(서윤, 1994: 6)에서 모든 연령계층에게 동일하게 적용되는 의료비 본인부담방식은 노인층에게 소득수준에 비해 상당히 과중한 부담을 안겨주고 있다.

현 의료체계는 급성질환의 치료를 위한 시설공급에 치우쳐 있다는 점에서 만성질환노인에게 또 다른 부담을 안겨준다. 즉, 간호·간병이 중요한 역할을 차지하는 만성질환의 치료를 위한 요양의료기관과 재가서비스 제공기관이 부족한 실정인데, 이와 같이 상대적으로 저렴한 의료공급의 부족으로 노인의 의료비부담은 더욱 가중된다(선우덕, 2000: 46~47).

문제의 심각성은 노인층에게서 의료수요가 많이 발생한다는 것 자체가 아니라 증가된 의료수요를 부담할 경제적 능력이 타연령층에 비해 부족하다는 사실에 있다. 대부분의 노인들은 자녀로부터의 보조가 주 수입원이 되고 있으며, 가구소득 역시 매우 낮은 것이 현실이다.[1] 더욱이 만성질환 노인들은 다른 연령층에 비해 의료비 지출에 많은 부담을 안고 있는데, 이는 경제적으로 취약한 노인들에게 가계지출에서 의료비가 차지하는 비율을 증가시킴으로써 의료비가 가계에 큰 부담요인이 되고 있다. 저소득층 노인의 자기부담 의료비지출규모를 조사한 미국의 한 연구결과(Gross et al, 1999)는 빈곤선 이하의 수입을 갖는 노인의 60%정도가 의료보호를 받지 못

1) 정경희 외(1998)의 조사에서 노인의 가구소득규모는 40만원 이하가 31.6%, 41-80만원 이하가 26.2%로 전체노인의 57.8%가 매우 낮은 소득수준에서 생활하는 것으로 나타났다(정경희 외, 1998: 27).

하고 있으며, 그들 수입의 절반이 의료비에 지출되는 것으로 제시하고 있다. 반면, 우리 나라에서는 노인들의 의료비부담에 대해 소득과 관련하여 연구가 이루어지기보다는 주로 건강보험재정에서 노인계층에게 지불된 부담액 등이 타계층과 비교하여 어느 정도인지를 제시하거나 의료비지출액 자체를 기준으로 연구(심영, 1997; 정순희 외, 2001)가 되고 있다. 의료비부담정도에 대해서는 정경희 외(1998)가 만성질환노인을 대상으로 '의료비가 어느 정도 부담이 되는지'에 대한 주관적인 인식을 전체조사 중의 한 항목으로 조사한 정도이다.

대부분의 연구는 노인의 의료기관 이용실태에 관련한 것으로, 노인들이 주로 이용하는 의료기관 종류와 이용정도에 대한 조사연구(박영희, 1991; 이경자, 1993; 윤은희, 1997; 김봉재, 1997; 송영종, 1998; 김영임, 1998)가 행해졌다. 의료이용에 영향미치는 요인들에 관련한 연구들(배상수, 1985; 김양균, 1996; 최귀선, 1997)은 노인을 대상으로 하고 있지 않을 뿐 아니라, 연구결과로서 어떤 요인들이 더 많은 의료수요를 발생시키는지를 밝히고 있다. 즉, 이들 연구들은 의료수요의 차이를 파악할 뿐 의료수요와 소득과 관련한 지출부담을 연결시키지 않고 있다.

따라서 본 논문에서는 1) 만성질환 노인들이 소득의 얼마만큼을 의료비에 지출하고 있는지 의료비부담 실태를 파악하고, 2) 의료비부담과 관련된 특성요인이 무엇인지 발견하여, 어떤 특성을 지닌 노인들이 과도한 의료비부담을 갖고있는지를 밝히고자 한다.

이러한 연구내용을 토대로 본 연구는 과도한 의료비부담을 지닌 특정 노인층의 실태를 파악함으로써 이들의 부담경감을 위한 정책적 제언을 통해 이들이 만성질환으로 인해 생활수준이 악화되는 것을 방지하고, 동시에 적절한 의료수요를 보장하고자 하는데 그 목적이 있다.

Ⅱ. 선행연구

만성질환 노인들에게 있어 연장된 노년기동안 의료비용 지출은 노인과 가족에게 상당한 경제적 부담을 안겨주는 것이 사실이다. 그러나 의료비지출로 인한 부담의 정도는 그들의 경제적 수준에 따라 덜 부담이 될 수도, 더 부담이 될 수도 있다. 따

라서 노인의 의료비 지출에 따른 문제는 주로 소득과 관련되어 논의되어 진다(Berki et al, 1985; Berki, 1986; Wyszewianski, 1986; Feder et al, 1987; Coughlin et al, 1992; Liu et al, 1993; Stum et al, 1998; Gross et al, 1999; Crystal et al, 2000).

지금까지의 노인의 의료비부담에 관한 연구들은 주로 장기보호(long-term care)를 필요로 하는 노인의 재정적 부담에 관한 연구들이 많이 행해져 왔다.

Gross 외(1999)는 노인의 자기부담 의료비 지출규모를 경제적 수준과 비교하여 조사하였는데, 고소득층의 의료비지출규모가 소득의 10%인 반면, 중산층은 17%, 저소득층은 22%, 빈곤층은 23%, 빈곤선 아래의 극빈층은 35% 등 소득수준이 낮을수록 많은 의료비지출을 하는 것으로 조사되었다.

Coughlin 외(1992)는 심각한 장애가 있는(severely disabled) 65세 이상 노인들을 대상으로 어떤 유형의 의료서비스가 과도한 의료비부담을 가져오는지, 소득대비 의료비부담에 영향 미치는 요인은 무엇인지 조사 연구하였다. 그들의 조사에서 가장 많은 의료비 부담을 가져오는 의료서비스는 약 처방비용이었으며, 의료비부담에 영향 미치는 요인으로는 교육과 소득수준, 질병상태, 가족으로부터의 재정적 도움이 유의미한 영향력을 갖는 것으로 조사되었다. 즉, 교육수준이 높을수록, 연간가구소득이 적을수록, 관절염, 당뇨, 심혈관의 질병을 가진 경우, 가족으로부터 재정적 도움을 받는 경우가 소득대비 의료비부담이 높았다. 연령, 성, 인종, 가구구성 등 인구사회학적 요인은 의료비부담에 영향관계가 없는 것으로 나타났다. 다만 연령요인은 전체적인 영향관계는 없었지만, 약 처방과 의원이용에 있어서는 의미 있는 영향력을 보였다.

Stum 외(1998)는 재가서비스(home care)를 이용하는 만성질환노인을 대상으로 재가서비스를 이용한 결과 재정적 부담위기에 처한 노인의 비율과 특성에 대해 조사하였다. 이들은 연령, 성, 결혼상태, 인종, 교육, 건강상태, 건강인식, 가구구성 등을 재정적 부담과 관련된 요소로서 조사하였으며, 이 중 연령, 성, 건강상태, 가구규모가 수입대비 의료비지출과 관련된 요인으로 나타났다. 즉, 연령이 높을수록, 여성인 경우, 건강상태가 나쁠수록, 가족구성원이 많을수록 더 높은 부담을 갖는다.

Crystal 외(2000)의 연구에서는 65세 이상 노인의 수입대비 의료비지출을 조사한 결과 평균적으로 수입의 19.0%를 지출하는 것으로 나타났다. 의료비지출부담과

관련한 요인으로는 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록, 건강상태(기능적 손상정도와 건강에 대한 주관적 인식)가 나쁠수록, 의료보호적용을 받는 경우에도 불구하고 경제적 수준이 낮을수록 높은 부담률을 보이고 있다.

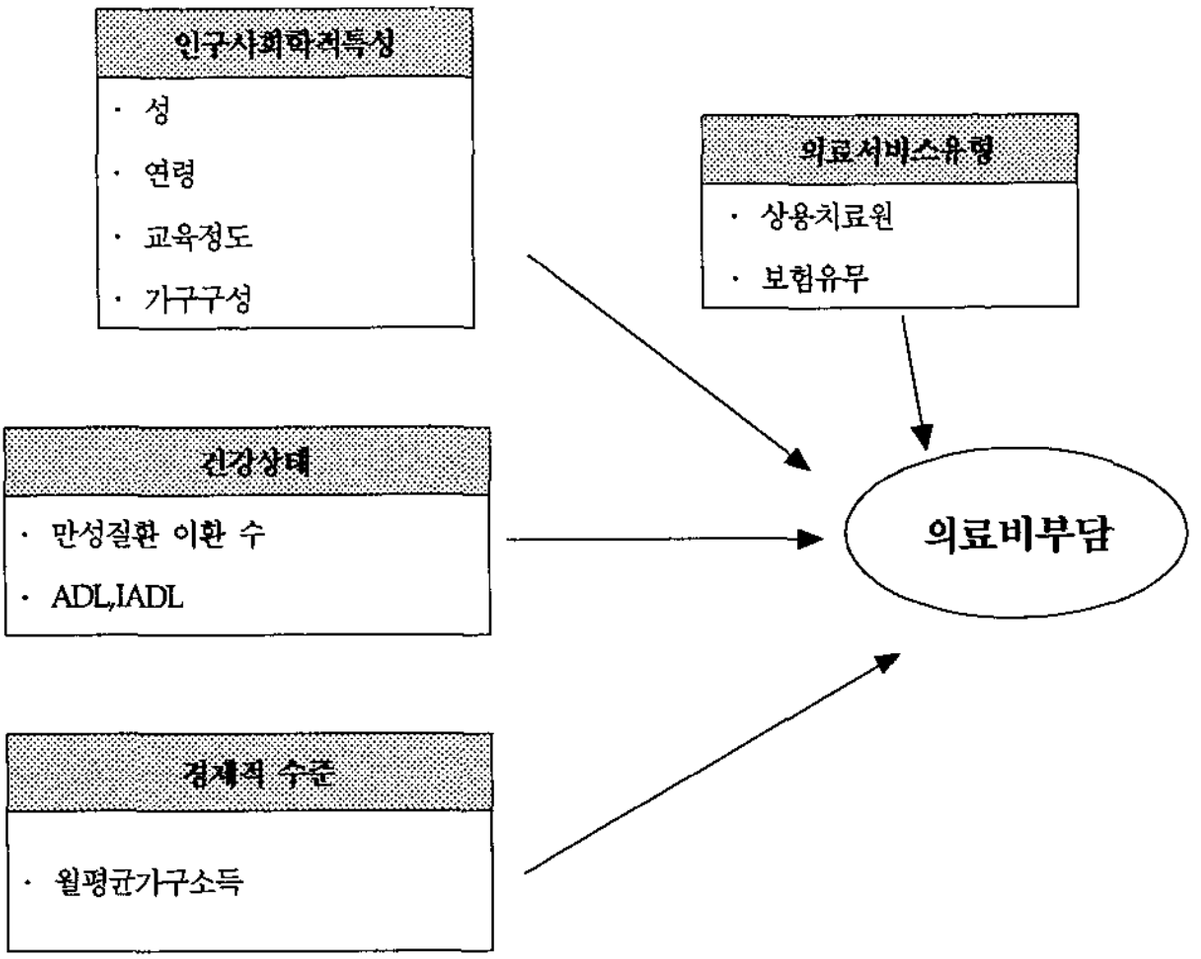
정경희 외(1998)는 「전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」를 통해 만성질환을 가진 노인 1,928명을 대상으로 지역과 연령에 따라 의료비부담을 어느 정도 느끼고 있는지에 대한 인식수준을 분석한 바 있다. 의료비가 매우 부담된다고 느끼고 있는 노인의 비율을 지역별로 비교할 때 동부거주(도시지역)노인이 19.9%로서 읍·면부 거주(비도시지역)노인이 16.0%인 것과 비교하여 더 높다. 연령별로 비교할 때는 65-69세의 노인이 21.0%로서 75세 이상이 14.7%인 것에 비해 높아 연령이 높아질수록 의료비가 매우 부담이 된다는 비율이 오히려 낮아지고 있다. 이러한 결과는 통계적인 유의미성이 밝혀지지는 않았으나, 의료기관에의 접근성이나 의료서비스 이용행태 측면에서의 차이로 인해 외국의 경우와는 다른 결과를 보일 수 있음을 시사한다고 하겠다.

이상의 연구에서 의료비지출부담과 관련한 요소로는 연구결과마다 다소 차이가 있으나 인구사회학적 특성으로 '성', '연령', '교육정도', '가구구성' 등의 요인과 '의료서비스유형'이 관련요인으로 제시되고 있다. '건강상태'와 '경제적 수준'은 의료비부담에 영향을 미치는 요인으로 일관성 있게 밝혀지고 있다.

따라서 본 연구에서는 연구의 분석틀을 다음과 같이 설정하였다.

소득대비 의료비지출액을 산정한 의료비부담을 종속변수로 하여, 성, 연령, 교육정도, 가구유형의 인구사회학적요인과 건강과 활동제한정도, 소득, 의료서비스유형을 독립변수로 설정하였다. 이들 독립변수들 중 어떤 요인이 의료비부담에 영향을 미치고 있는지, 그 영향정도는 얼마 만큼인지 살펴보고자 한다.

Ⅲ. 연구의 분석틀



Ⅳ. 연구방법

1. 자료

본 연구에서는 한국보건사회연구원에서 조사한 1998년도 '국민건강·영양조사'자료를 활용하였다. 이 자료는 1998년 11월 1일부터 12월 30일까지 전국의 일반가구를 모집단으로 총 13,419가구(총 43,682명)를 표본 추출하여 조사한 것이다. 이 조사에서는 가구의 모든 가구원에 대해 건강면접조사, 보건의식행태조사, 건강검진조사, 영양조사가 실시되었다. 본 연구는 이 중 '건강면접조사' 자료를 기초로 하였

으며 여기서는 질병이환실태(급·만성 질환별 유병률, 사고 및 장애발생 등), 의료이용실태(2주간 외래의료이용, 1년간 입원의료이용), 활동제한(단기 및 장기 활동제한정도, 일상생활 수행정도) 등의 내용을 조사하고 있다. 본 연구에서는 60세 이상[2] 만성질환[3] 노인 4,707명만을 표본 추출하여 분석하였다.

2. 변수

1) 의료비부담에의 영향요인

(1) 인구사회학적 요인

앞서의 선행연구를 통해 제시된 인구사회학적 관련요인으로 성, 연령, 교육정도, 가구구성 요인을 살펴보았다. 이 중 가구구성은 자료의 조사항목에 포함되어 있지 않음으로 인해 가구구성원의 수와 노인세대여부, 결혼상태의 3개 항목을 재구성하여, 노인단독가구와 노인부부가구, 기타가구로 구분하였다.

(2) 건강상태

건강상태는 만성질환 이환 수와 일상생활수행능력 정도를 살펴보았다.

만성질환 이환 수는 한 사람이 몇 가지의 만성질환에 이환 되어 있는지를 합산하였으며, 일상생활수행능력은 일상생활수행능력(ADL) 및 수단적일상생활수행능력(IADL)

2) 통상적으로 노인의 기준연령은 60세이상 또는 65세이상으로 삼고 있다. 노인의 의료비부담에 관한 대부분의 선행연구에서는 65세 이상노인을 대상으로 하고 있으며, 이는 미국의 메디케어 대상연령이 65세이상인 것과 관련이 있다. 그러나 우리나라의 경우 건강보험상 연령에 따른 차이가 없으며, 단지 의원급의 외래이용시 70세 이상노인에 대한 감액혜택이 있을 뿐이다. 만성질환의 유병율에 있어서도 50세이상에서 연령이 높을수록 꾸준히 높아지므로, 60세와 65세의 기준차이를 적용하는 의미는 없다. 반면 우리나라는 경제활동인구를 만14세~59세로 규정하고 있으며, 공적연금의 수급자격이 60세를 기준으로 하고 있는 만큼 60세 이상을 대상으로 분석하는 것이 더 의미가 있다고 보여진다.

3) 만성질환은 ①조사대상자가 조사당일을 시점으로 하여 3개월 이전부터 앓고 있었던 질환, ②발병기간과 관련 없이 질병형태가 통상적으로 3개월 이상의 기한을 요하는 질환, ③ 그 질병으로 인한 활동제한 여부나 치료여부와는 무관하게 질병을 앓고 있는 경우를 모두 포함한다. 이는 1995년도 미국 건강면접조사에서 사용한 정의와 동일하다(보건복지부, 1998, p.61).

면에서 제한이 있는 하위영역의 개수를 합산하였다.

(3) 경제적 수준

경제적 수준은 월평균 가구소득액을 측정한 자료를 이용하였다.

(4) 의료서비스유형

의료서비스유형은 상용치료원과 건강보험의 유형의 2가지 변수를 살펴보았다.

상용치료원은 대상자가 주로 이용하는 의료서비스 기관을 말하며, 약국, 보건소, 한의원, 병원 등을 포함한다. 건강보험유무는 건강보험가입자(직장, 공교, 지역가입자 포함)와 의료보호대상자를 구분하여 비교하였다.

2) 의료비부담

본 연구에서의 의료비부담은 가구소득 대비 의료비지출액을 말한다.

의료비지출은 의료서비스 이용을 위해 직접 지불한 비용으로 입원의료와 외래의료를 합하여 본인이 지불한 총비용을 계산하였다. 여기서는 3차진료기관, 종합병원, 병원, 의원, 한방 병·의원, 치과 병·의원, 보건(지)소, 보건진료소, 약국에서 지불한 비용을 포함한다. 또한 의료비용은 의료 자체의 가격이외에 교통비나 치료 기간 중에 소비되는 가사대리인의 임금 등 간접비용을 포함하기도 하는데(임영숙·최원철, 1997: 265), 의료서비스 이용시 동행인 부재 또는 간호, 수발인 부재로 인한 지출 등이 부가적인 의료비용으로 지적되기도 한다(정경희 외, 1998: 201). 따라서 본 연구에서는 입원으로 인한 의료비용에 입원비와 왕래비용, 간병비용을 포함하였다.

'국민건강·영양조사'자료에서 입원의료비용의 경우 연간 총입원비용이 측정된 반면, 외래의료비용은 지난 2주간의 외래의료 이용에 지불한 금액이 측정되었다. 따라서 외래의료비용의 부담률을 계산함에 있어 2주간(14일)의 총 지출비용을 한 달로 환산하기 위해 2.2배를 하여 월평균가구소득으로 나눈 값으로 수정하였다. 이러한 재구성은 급성질환자의 경우에는 적합하지 않으나, 본 연구의 대상이 만성질환 노인이므로, 조사시점으로부터 2주간을 한 달로 확대한다 할지라도 외래이용행태에 큰 차이가 없으리라 가정할 수 있다.[4] 대부분의 연구에서는 한달 단위의 지출을 연간으로 곱하여 사용하였다(Coughlin et al, 1992; Stum et al, 1998).

의료비부담을 정의하는 소득부문에 대해서는 개인의 소득을 단위로 하는 경우도 있으나(Feder et al, 1987), 가구소득을 단위로 삼는 연구가 보다 보편적으로 행해지고 있다(Wyszewianski, 1986; Berki, 1986; Coughlin et al, 1992). 의료비 지출을 위한 소득원이 보통 가구수준에서 마련된다는 것이 가구소득 단위를 선택하는 근거인데, 우리 나라 현 의료보장체계 상의 서비스 단위 또한 가구를 기준으로 하고 있다. 본 연구에서도 가구소득 대비 의료비지출의 비율을 의료비부담으로 정의하고 이를 종속변수로 설정하였다.

따라서 본 연구에서의 의료비부담은 다음과 같이 산정 된다.

$$\frac{\text{연간 총입원비용}}{\text{연평균소득}} + \frac{\text{2주간 외래비용} \times 2.2}{\text{월평균소득}} = \underset{\text{부담률}}{\text{입원비}} + \underset{\text{부담률}}{\text{외래비}} = \text{의료비부담}$$

3) 과도한 부담정도

과도한 의료비부담을 정의 내리는 데에 있어서 아직까지 학자들이나 정책입안자들 간에 개념적으로나 이론적으로 합의가 이루어진 것은 없다(Stum et al, 1998 : 84).

Berki(1986)는 가족소득에 대한 자기부담 의료비지출이 그들의 통상적인 생활수준을 유지하는 가족의 능력을 위협하는 수준이라고 언급하고있다. 또한 Wyszewianski
(1986)는 의료비지출이 지불능력에 비해 클 때를 과도한 부담으로 정의 내리고 있다.

그러나 많은 연구에서 일정선, 즉 10% 또는 20%의 부담기준을 사용하고 있다. Feder 외(1987)의 연구에서는 연간 의료비지출이 일정수준 이상이 될 때를 과도한

4) 정경희 외(1998)의 조사결과에 의하면 우리나라 65세이상의 만성질환 노인 중 가장 유병률이 높은 질환은 관절염(43.4%)으로 5명 중 2명이 관절염으로 고통받고 있으며, 관절염이 있는 노인 중 84.4%가 일상생활에 지장이 있는 것으로 응답하고 있다. 다음으로 높은 유병율을 보이는 질환은 요통·좌골통(29.2%), 고혈압(23.5%) 순이다. 이러한 질병은 모두 단기간의 집중적인 치료로 호전되는 질병이 아니며, 장기간 관리를 필요로 하는 질병유형이다. 따라서 2주간의 외래의료 이용행태는 조사기간 동안 특별히 취해진 의료수요라기 보다는 일상적인 의료이용행태가 반영된 것으로 볼 수 있다.

부담으로 정의하고 있는데, 이들은 과도한 부담의 수준에 대해 소득의 20%이상이 될 때를 기준으로 하고 있다. 또한 Liu 외(1993)의 연구에서도 의료비지출이 소득의 20%이상을 차지할 때를 과도한 부담의 기준으로 제시하고 있으며, Stum 외(1998)는 4가지 의료이용부담에 대한 정의에 따라 10%이상 또는 10~20%의 기준을 사용하고 있다.

본 연구에서는 소득대비 20%이상의 의료비부담을 과도한 부담정도로 정의하고자 한다.

3. 자료분석방법

통계적인 방법으로는 SPSSWIN을 통한 빈도분석과 백분율, T-검정, 일원분산분석, 교차분석, 다중회귀분석 등의 방법을 사용하였다. 회귀분석에서 종속변수로서 '수입대비 의료비지출부담' 요인을 설정하고, 독립변수로서 성, 연령, 교육정도, 가구유형(노인단독, 노인부부, 기타가구), 건강상태(만성질환 이환수, 일상생활수행능력), 경제수준(월평균가구소득액), 의료서비스유형(상용치료원 유형, 건강보험유무) 요인을 설정하였다. 적합모형을 찾기 위해 단계별(stepwise) 다중회귀분석을 실시하였다.

4. 연구의 한계

본 연구는 이용자료의 조사시점에 따른 다음의 제한점을 안고 있다.

1) 자료의 조사시점이 외환위기 직후인 1998년 말로서 이 시기에 가구소득이 감소했을 가능성이 높으며, 따라서 의료비부담이 평소보다 높게 측정되었을 가능성이 있다. 즉, 외환위기로 인해 평상시보다 소득이 줄어든 가구가 많은 반면, 만성질환 노인을 위한 의료서비스 비용은 유지되는 형태를 보임에 따라 의료비부담이 다소 높게 측정되었을 가능성을 배제할 수 없다.[5]

2) 자료의 조사시점이 의약분업이 이루어지기 이전이므로 2000년 의약분업 실시

5) 신영석(2000)은 외환위기 이후 그동안 급격한 직장보험의 보험급여비가 다소 완만한 상승세로 돌아선 반면, 만성퇴행성질환의 경우는 건당 진료비 증가율이 오히려 높게 나타나고 있다고 지적하고 있다.

후 발생했을 외래이용 및 약처방 비용의 증가가 반영되지 않았다. 따라서 조사시점보다 현재 의료비지출이 증가했을 가능성이 있다.

3) 반면, 의료비지출액에 건강보험료가 포함되지 않음으로 인해 의료서비스 이용을 위한 전체 지출금액이 과소평가 되었을 수 있다.

V. 분석결과

1. 만성질환노인의 특성

1) 인구사회학적 특성

본 연구의 대상이 된 60세 이상의 만성질환노인의 수는 4,707명이었는데, 이를 만성질환이환율(60세이상 만성질환이환자/60세이상 대상노인수)로 보면 약 87%를 차지한다. 60대는 87.3%가 만성질환을 갖고 있으며, 70세 이상에서는 87.5%가 만성질환을 지니고 있다. 이는 정경희 외(1998)의 「전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」에서 65세 이상 노인의 86.7%가 만성질환을 한 가지 이상 앓고 있는 것으로 나타난 결과와 유사하다.[6]

조사대상 중 여성이 2,881명(61.2%)이고 남성은 1,826명(38.8%)으로 여자노인 100명당 남자노인 63.3명의 성비를 나타낸다. 이는 2000년 추계 우리 나라 60세 이상 노인인구의 성비가 62.4명(한국보건사회연구원, 1998: 67)인 것과 비슷하다. 연령별로는 응답자의 평균연령이 68.5세이며, 60대가 2,902명으로 61.7%를 차지하고 70대가 30.3%, 80대는 7.4%, 90대 이상은 0.7%를 차지한다. 이는 전체 노인인구의 연령비와 비교할 때(한국보건사회연구원, 1998: 67) 60대의 비교적 젊은 노인계층이 다소 많은 비율을 나타낸다.

교육수준은 학교를 다니지 않은 경우가 46.6%로 가장 많고 초등학교까지 다닌 경우가 33.2%로 80%의 노인이 초등학교이하의 저학력을 가지고 있다. 대학교이상의 경우는 3.6%이다.

---

6) 65-69세 노인의 경우 85.2%, 70-74세 노인의 경우 87.6%, 75세 이상 노인의 경우 87.8%가 만성질환을 갖고 있었다.

가구구성을 보면, 응답자의 평균 가구원수는 3명이며 전체가구 중 노인혼자 사는 경우는 14.3%, 부부가 함께 사는 가구는 33.7%를 차지한다. 기타가구는 노인이 자녀와 함께 사는 형태가 대부분이며 그 외 형제자매 및 손자녀, 기타 친척과 함께 사는 경우를 모두 포함하는 형태로서 전체 응답자의 52.0%를 차지한다.

〈표 1〉 만성질환노인의 인구사회학적 특성

N = 4,707

특성요인	응답자수(%)
성별	
여성	2,881(61.2)
남성	1,826(38.8)
연령	
60^{+} - 70^{-}	2,902(61.7)
70 - 80	1,424(30.2)
80 - 90	349(7.4)
90^{+}	32(0.7)
	평균연령 68.5
교육수준	
초등학교 이하	3,756(79.8)
중·고등학교	773(16.4)
대학교 이상	178(3.8)
가구유형	
노인단독가구	674(14.3)
노인부부가구	1,584(33.7)
기타가구	2,449(52.0)

2) 건강상태 및 도움여부

건강상태는 만성질환 이환수, 일상생활수행능력의 변수 외에 노인들이 주로 앓고 있는 3대 만성질환을 살펴보았다.

60세 이상노인이 앓고 있는 주요 만성질환은 관절염이 39.5%로 가장 많고, 요통·좌골통(27.0%), 고혈압(21.4%) 순 이다. 그 외에 피부병(12.6%), 충치(11.0%), 위염·소화성궤양(10.2%), 당뇨(8.8%)를 앓고 있다.

만성질환 이환 개수에 있어 응답자평균 2.52개의 질환에 이환 되어 있으며, 1가

지 만성질환에 이환 된 경우는 30.8%이고 나머지는 2가지 이상의 만성질환에 이환되어 있다. 5가지이상의 질환을 지닌 경우도 11.3%나 된다.

일상생활수행능력은 일상생활수행능력(ADL) 및 수단적일상생활수행능력(IADL)면에서 제한이 있는 하위영역수를 합산하였다. 총 11개의 하위영역 중 제한영역이 0개로서 일상생활수행에 어려움이 없는 경우가 89.9%이며, 제한영역이 8~11개로 혼자서는 일상생활수행이 어려운 경우가 4.7%이다. 일상생활수행에 어려움이 없는 경우가 많은 비율을 차지하는 것은 앞서 밝힌 바와 같이 응답자 중 60대의 젊은 노인층의 비율이 높은 것과 관련된 것으로 보인다.

이상에서 우리 나라 노인들이 주로 앓고 있는 만성질환은 관절염, 요통·좌골통, 고혈압 등이며, 만성질환노인들이 평균적으로 2개 이상의 질환을 동시에 지니고 있으나, 일상생활수행에 많은 제한을 가지고 있지 않는 노인이 많음을 알 수 있다.

〈표 2〉 만성질환노인의 건강상태

N = 4,707

특성요인	응답자수(%)
만성질환 유형	
관절염	1,859(39.5)
요통·좌골통	1,271(27.0)
고혈압	1,007(21.4)
만성질환 이환 수	
1가지	1,451(30.8)
2가지	1,325(28.1)
3가지	872(18.5)
4가지	527(11.2)
5가지 이상	532(11.3)
	평균이환수 2.5
일상생활수행능력(제한영역수)	
0개 영역	4,231(89.9)
1~3개 영역	70(1.5)
4~7개 영역	186(4.0)
8~11개 영역	220(4.7)
	평균제한영역수 0.7

3) 경제적 수준

만성질환노인의 경우 월가구 소득이 50만원미만인 경우가 42.7%, 50~99만원이 25.6%이며, 200만원 이상이 11.5%이다. 전체인구의 경우 월소득 50만원미만 가구가 23.7%를 차지하므로(보건복지부, 1999) 만성질환노인은 전체인구에 비해 저소득자의 비율이 상당히 높은 편이다.

전체의 월가구 소득액은 평균 81만원인데, 가구유형별로 살펴보면 노인단독가구의 경우는 평균 26만원, 노인부부가구의 경우는 51만원이며, 기타가구는 116만원이다. 노인단독가구의 경우 월소득 50만원미만의 극빈층이 84.6%를 차지하고 있어 대부분의 노인단독가구가 경제적 수준이 매우 낮은 계층임을 보여준다.

〈표 3〉 만성질환노인의 월가구소득

N = 4,707

특성요인	가구유형별 응답자수(%)			
	전체집단	노인단독	노인부부	기타
월가구소득				
49만원 이하	2,011(42.7)	570(84.6)	912(57.6)	529(21.6)
50 - 99만원	1,203(25.6)	83(12.3)	467(29.5)	653(26.7)
100 - 149만원	642(13.6)	10(1.5)	128(8.1)	504(20.6)
150 - 199만원	312(6.6)	5(0.7)	36(2.3)	271(11.1)
200만원 이상	539(11.5)	6(0.9)	41(2.6)	492(20.1)
전체	4,707(100.0)	647(100.0)	1,584(100.0)	2,249(100.0)
평균소득(만원)	81	26	51	116

4) 의료서비스 유형

상용치료원으로는 약국을 이용하는 경우가 60.7%로 가장 많고, 병의원이 26.7%, 보건소가 11.0%이다. 한방병의원을 주로 이용하는 경우는 1.6%이었다. 상용치료원이 정해있지 않은 경우는 없다. 이는 전체인구의 경향과 많은 차이가 있는데, 전체인구의 경우 상용치료원이 정해있지 않은 경우가 67.9%이며 상용치료원이 있는 경우는 병의원이 21.8%로 가장 많고, 약국이 6.8%, 보건소는 1.7%에 불

과했다. 한방병의원을 주로 이용하는 경우는 1.6%이었다(보건복지부, 1999).

즉, 노인의 경우 주치료기관을 정해놓고 다니며, 병원보다 약국을 주로 이용하고, 보건소 이용이 많으며, 한방병원에 대한 특별한 선호도는 없는 것으로 나타났다.

보험유무를 살펴본 결과로는 보험가입자가 92.0%이며, 의료보호대상자가 342명으로 7.3%를 차지하고 있다.

〈표 4〉 만성질환노인의 상용치료원, 보험유무

N = 4,707

특성요인	응답자수(%)
상용치료원	
약국	2,856(60.7)
병원	1,256(26.7)
보건소	520(11.0)
한의원	73(1.6)
없음	2(0.0)
보험유무	
건강보험	4,331(92.0)
의료보호	342(7.3)
무응답	34(0.7)

2. 의료비부담 결과

1) 의료비부담에의 영향요인

의료비부담에 있어서는 전체 4,707명 중 의료비지출이 없는 경우가 2,988명으로 63.4%를 차지하였다. 의료비지출이 없는 경우란 외래나 입원치료를 1년 간 단 한 차례도 받지 않은 경우이다. 의료비지출이 전혀 없는 경우만을 따로 선택하여 전체 집단의 특성과 비교한 결과, 가구유형이나 소득수준, 건강상태 등에 있어서 전체 집단과 차이가 나타나지 않았다. 이들이 질환치료를 받지 않은 이유를 분석한 결과 증세 경미가 62.8%로 가장 많으며, 그 다음으로 비용문제 때문(14.5%), 치유가 곤란하기 때문(10.3%)이라는 응답을 하였다. 김수춘 외(1992)의 연구에서도 만성질환을 갖고 있는 노인의 경우 치료희망률이 타 연령층에 비해 낮게 나타나 포기성향을 나

타내고 있는데, 치료를 포기하는 이유로 100명 당 33명은 '돈이 없어서', 30명은 '나을 것 같지 않아서'라고 응답하고 있다. 이러한 결과에 비추어 볼 때 만성질환을 지닌 많은 수의 노인들이 의료서비스 이용에 매우 소극적인 태도를 갖고 있음을 알 수 있다.

따라서 본 연구에서는 의료비부담 관련요인을 살펴봄에 있어 의료비를 지출한 경험이 있는 노인에 한해 부담률을 분석하였다. 전체 만성질환노인 4,707명 중 의료비지출이 없는 경우와 무응답의 경우를 제외하고, 의료비지출이 있었던 경우의 응답자 수는 1,460명이다.

〈표 5〉 의료비부담의 OLS 회귀분석결과

N = 1,460

독립변수	B(β)	SE	Exp(B)
성별	(-.019)		
연령	-.018(-.072) *	.006	0.98
교육수준	(.031)		
가구유형			
노인단독	.371(.083) *	.111	1.45
노인부부	(.011)		
〔기준변수 : 기타가구〕			
만성질환 이환수	.048(.052) *	.022	1.05
일상생활수행능력	.050(.151) *	.008	1.05
소득수준	-.007(-.387) *	.000	0.99
보험유무			
건강보험	(.029)		
〔기준변수 : 의료보호〕			
상용치료원			
병원	.203(.061) *	.203	1.23
한의원	(.029)		
보건소	-.378(-.078) *	.117	0.69
〔기준변수 : 약국〕			
	F= 55.500	Sig. of F =.000	
	수정된 R^2 = .208		

* p< .05

회귀분석을 함에 있어 종속변수인 의료비부담의 경우 정상분포가 아닌, 우측 편향된(positively skewed) 분포를 보였다. 로그전환(logarithm)은 이러한 우측 편향된 자료의 분포를 수정하는데 널리 사용되는 방법으로서(Hamilton, 1990: 155) 이 자료의 경우도 종속변수를 로그 전환함으로써 정상분포가 됨을 확인하였다. 따라서 OLS회귀분석을 사용하였으며, 단계선택(stepwise)방법을 이용하여 종속변수를 설명하는 독립변수들의 적합모형을 발견하였다.

회귀분석 결과, 연령, 가구유형(노인단독가구), 질환이환수, 일상생활수행능력, 월소득, 상용치료원(병원, 보건소)의 7개 변수가 의료비부담과 유의미한 관계를 갖는 영향변수로 나타났다. 성별과 교육수준, 보험유무는 유의미한 영향력이 나타나지 않았다.

이러한 변수들의 모형에 대한 설명력은 20.8%로서[7] 설명되지 않는 부분들에 대해서는 의료수요를 결정하는 요소로서 개인적인 욕구나 선호, 의료기관에의 접근성, 의료장보기행태 등의 요인들이 고려되어 있지 않은 점을 생각할 수 있다.

조사결과에서 영향변수 중 월소득(β=-.387)이 가장 큰 영향력을 가지며, 일상생활수행능력(β=.151), 노인단독가구(β=.083)가 영향력이 큰 변수로 나타난다.

구체적인 경향을 살펴보면, 소득에 있어서 Exp(B)의 값이 1보다 0.01(1%) 작은 0.99로서 월소득이 1만원 증가할 때 의료비부담은 1%씩 감소하는 모습을 보인다. 즉, 소득수준이 높아질수록 의료비부담이 줄어드는 결과를 보인다. 이 같은 결과에서 노인의 의료비 부담정도를 소득과 관련하여 논의해야 할 필요성이 제기된다고 하겠다.

건강상태에 있어서는 만성질환 이환수가 늘어날수록 5%씩 의료비부담이 증가한다. 앞서 밝혔듯이 5개 이상의 질환을 가진 노인은 전체의 11.3%나 되고 이들의 부담률이 20%를 넘는다. 이렇듯 여러 만성질환을 동시에 갖고 있는 노인들의 의료비부담이 상당히 과중함을 보여준다. 일상생활수행능력은 IADL과 ADL의 점수가 1점 증가할수록(일상생활수행능력이 떨어질수록) 5%씩 의료비지출부담이 증가한다. 노인들의 건강상태가 나빠질수록 의료비부담이 증가하는 것은 당연한 결과라고도 하겠다.

---

7) 노인의 의료비부담 관련요인을 연구한 Coughlinn 외(1992)는 10.5%, Crystal 외(1995)는 통제변수에 따라 17-38%의 설명력을 보여주고 있다.

노인단독가구의 경우 기타가구에 비해 45%나 높은 의료비부담을 안고 있다. 노인단독가구의 경우 자료분석결과 월소득 50만원미만의 빈곤층이 83%를 차지하며, 관절염 등 만성질환이환율이 다른 집단보다 높은 결과를 나타내고 있어, 소득에 비해 과중한 의료비부담을 안게 되었다고 보아진다.

상용치료처에 따른 의료비부담의 경우 약국이용자에 비해 병원이용자의 경우 의료비부담이 컸고, 보건소이용자의 경우 의료비부담이 적었다. 이 같은 결과는 보건소 이용자의 경우 의료보호대상자의 이용비율이 상대적으로 높게(6.3%, 보건소 비이용자의 의료보호대상자 비율 4.9%) 나타나고 있으며, 보건소의 의료서비스 이용비용이 약국에 비해 상대적으로 낮기 때문으로 풀이된다.

연령은 1세 증가할수록 의료비부담이 2%씩 줄어든다. 이는 연령과 건강상태가 반드시 비례하지 않으며 연령이 높아질수록 의료서비스를 받는 경우가 줄어드는 것으로 볼 수 있다.

2) 특성요인별 의료비부담 비교

특성집단별 노인의 의료비부담을 비교해보고자 각 요인별로 T검증과 일원분산분석(ANOVA)을 실시하였으며, 사후검정으로 Scheffe검증을 통해 집단간 차이를 비교하였다. Scheffe검증결과는 〈표 6〉에서 (A)집단과 (B)집단으로 구분하여 제시하였다.

응답자평균 월가구소득의 17.9%를 의료비에 지출하는 것으로 나타났으며, 특성요인별로 집단 간 유의미한 차이를 보이는 경우는 가구유형과 만성질환 이환수, 일상생활수행능력, 소득수준에 있어서의 차이였다.

〈표 6〉 집단별 의료비부담 비교

집단특성		응답자수(명)	의료비부담(%)	t / F값
		전체 1,460	평균 17.9	
인구학적특성	**성별**			
	남	514	16.9	t = .626
	녀	946	18.5	p = .423
	연령			
	60대	912	19.4	F = .861
	70대	465	16.4	p = .461
	80대	78	10.1	
	90대이상	5	1.2	
	교육수준			
	무학	661	20.6	F = 1.323
	초등학교	514	17.5	p = .265
	중·고등학교	243	11.9	
	대학교이상	42	14.5	
	가구유형			
	노인단독[a]	207	31.4	F = 13.852
	노인부부[a]	484	24.0	p = .000
	기타가구[b]	769	10.4	
건강상태	**만성질환 이환수**			
	1가지[a]	274	12.6	
	2가지[a]	384	15.5	F = 8.620
	3가지[b]	324	19.2	p = .000
	4가지[b]	234	18.8	
	5가지이상[b]	244	25.0	
	일상생활수행능력(제한영역수)			
	0개 영역[a]	1,316	16.4	F = 3.476
	1~ 3개 영역[b]	19	15.4	p = .015
	4~ 7개 영역[b]	62	37.1	
	8~11개 영역[b]	63	31.5	
경제수준	**월가구소득**			
	50만원미만[a]	568	32.6	F = 15.223
	50-99만원[b]	390	12.5	p = .000
	100-149만원[b]	216	6.8	
	150-199만원[b]	100	5.8	
	200만원이상[b]	186	3.9	
의료서비스유형	**보험유무**			
	건강보험	1,385	17.2	t = -.296
	의료보호	72	19.1	p = .767
	상용치료원			
	병원	493	17.9	F = .323
	한의원	22	21.3	p = .863
	보건소	174	22.3	
	약국	770	16.8	

※ Scheffe검증결과에서 차이가 나타난 집단을 a집단과 b집단으로 표시함

구체적으로 살펴보면, 가구유형별로 노인단독가구의 경우 31.4%, 노인부부가구 24.0%로서 기타가구 10.4%보다 월등히 높다.

만성질환 이환수에 있어서는 2개이하의 만성질환을 지닌 집단과 3개이상의 만성질환을 지닌 집단간에 의료비부담의 차이가 큰 것으로 나타냈다. 만성질환이환 정도를 보면 3개 이상의 만성질환에 이환된 경우 부담률의 수준이 높아지는데, 5가지 이상의 만성질환을 갖고 있는 경우가 25.0%의 부담률을 보인 반면, 1가지 질환을 갖고 있는 경우는 12.6%의 부담률을 보인다.

일상생활수행능력면에서 볼 때 Scheffe검증결과에서는 제한영역이 전혀 없는 집단과 그 외 집단간에 차이가 있음을 보여주고 있으며, 제한영역이 4~7개로 매우 제한이 있는 경우 37.1%의 부담률을 나타내고 있고 제한영역이 8~11개로서 무능력한 경우 역시 31.5%라는 높은 부담률을 나타낸다.

소득수준을 볼 때 월소득이 50만원 미만인 최저소득가구의 부담은 32.6%로 타 계층에 비해 월등히 높으며, 50만원 이상의 소득계층은 12.5%, 6.8%, 5.8% 등으로 소득수준이 높아질수록 부담이 급격히 작아진다. 즉, 극빈층의 의료비부담이 상당히 과중함을 나타낸다.

보험유무에 따라서는 집단간에 유의미한 차이가 나타나지는 않으나 건강보험가입자의 평균부담이 17.2%인 반면, 의료보호대상자의 평균부담은 19.1%로서 의료보호혜택에도 불구하고 극빈층인 의료보호대상자의 의료비부담이 더 높은 것을 볼 수 있다.

〈표 6〉에서 의료비부담 20%이상의 과부담 계층을 살펴보면, 무학력자, 노인단독가구, 노인부부가구, 5가지이상 만성질환 이환자, 일상생활수행능력에 매우 제한이 있거나 무능력자, 월소득 50만원 미만의 가구, 상용치료처가 한의원인 경우 등이 의료비부담이 높은 취약계층임을 알 수 있다.

다만, 상용치료원이 보건소인 경우 〈표 5〉의 회귀분석결과에서 약국이용자보다 낮은 부담률을 보였던 것과는 반대로 높은 의료비부담(22.3%)을 보이고 있는데, 이는 응답의 표준편차가 매우 크며 따라서 극단값의 영향 때문으로 여겨진다.

3) 고부담 집단의 특성

다음에서는 의료비부담 20%를 기준으로 고부담 집단과 저부담 집단을 구분하여

집단간 특성요인에 차이가 있는지 T검정과 교차분석(x^2)을 통해 살펴보았다. 고부담 집단과 저부담 집단간에 유의미한 차이를 나타내는 특성요인으로는 가구유형과 월가구소득, 만성질환 이환수, 일상생활수행능력, 보험유무의 경우이다.

〈표 7〉 의료비지출부담 집단별 특성

변수 \ 집단		저부담집단	고부담집단	전체	비고
가구유형[a]	노인단독가구	135(11.5)	70(25.5)	205(14.2)	x^2 = 47.402 p = .000
	노인부부	375(32.0)	102(37.1)	477(33.0)	
	기타	661(56.4)	103(37.5)	764(52.8)	
	전체	1,171(100.0)	275(100.0)	1,446(100.0)	
만성질환 이환 수[b]	평균	2.90	3.35		t = 3.719 p = .000
	표준편차	1.63	1.82		
일상생활 수행능력[c]	평균	0.54	1.32		t = 4.001 p = .000
	표준편차	2.05	3.10		
월가구소득[d]	평균	96.71	44.18		t = -13.344 p = .000
	표준편차	89.43	48.81		
보험유무[e]	건강보험	1,120(95.8)	253(92.3)	1,373(95.1)	x^2 = 5.799 p = .016
	의료보호	49(4.2)	21(7.7)	70(4.9)	
	전체	1,169(100.0)	274(100.0)	1,443(100.0)	

단위 : a. 명(%), b. 이환 개수, c. 제한 영역수, d. 만원, e. 명(%)

의료비부담에 있어 고부담 집단과 저부담 집단간에 차이를 보이는 변수 중 가구유형을 보면 저부담 집단에서 노인단독가구의 비율이 11.5%인데 반해 고부담 집단에서는 25.5%으로서, 노인단독가구의 비율이 상대적으로 높음을 알 수 있다. 만성질환 이환수에 있어서는 고부담 집단이 평균 3.35개의 질환에 이환되어 있어 저부담 집단(평균 2.90)보다 높은 이환율을 보이며, 일상생활수행능력면에서도 고부담 집단은 제한영역수가 평균 1.32개로서 저부담 집단(평균 0.54)에 비해 수행능력이 다소 떨어진다.

월가구소득을 보면 고부담 집단의 평균이 44만원으로 저부담 집단(96만원)의 절반에도 미치지 못한 수준을 나타내고 있다. 보험유형을 살펴보면, 고부담 집단의 의

료보호 대상자는 7.7%로서 저부담 집단의 경우 4.2%인 것에 비해 의료보호 대상자의 비율이 상대적으로 높다.

의료비부담이 높은 집단의 특성을 정리해보면 노인단독가구의 비율이 높고, 만성질환이환율이 높으며 일상생활수행능력에 제한이 있는 노인들이 많다. 또한 저소득층이 많으며 의료보호 대상자가 상대적으로 많다고 하겠다. 이 같은 결과는 일반적으로 저소득계층의 질병이환율이 높게 나타나는 것과 관련되어 있으며 여러 만성질환을 동시에 지닌 저소득 노인계층에 대한 별도의 의료비경감대책이 필요함을 보여주고 있다.

Ⅵ. 결론 및 제언

한국노인들의 만성질환이환율은 87%로서 10명 중 9명은 하나이상의 만성질환에 이환 되어있음을 나타낸다. 그러나 만성질환 노인의 63.4%가 증세미약이나 비용부담, 치유곤란 등의 이유로 어떠한 치료조차 받지 않는 것으로 조사되어, 이들의 의료욕구가 적절한 치료로 이어지지 않고 있음을 나타낸다. 또한, 의료서비스를 이용하는 경우에는 수입대비 의료비지출부담이 평균 17.9%에 달해 많은 비용부담을 안고 있다.

본 연구에서는 보다 구체적으로 어떠한 특성집단이 의료비지출에 부담을 갖고 있는지 분석해 보았으며 그 결과, 의료비부담에 영향력을 갖는 변수로 연령, 가구 유형(노인단독가구), 만성질환 이환수, 일상생활수행능력, 월소득, 상용치료원(병원, 보건소이용) 등이 제시되었다. 즉, 연령이 높을수록, 노인단독가구인 경우, 만성질환 이환수가 많을수록, 일상생활수행능력이 제한될수록, 월소득이 낮을수록, 병원을 상용치료원으로 이용하는 경우 의료비부담이 높게 나타났다. 반대로 보건소를 이용하는 경우는 의료비부담이 낮았다.

이들 특성 중 월소득, 일상생활수행능력, 노인단독가구 등의 변수는 의료비부담에 영향력이 큰 변수로 나타난다. 의료비부담에 가장 큰 영향력을 갖는 특성변수는 월소득으로서, 최저생활계층(월가구소득 50만원미만)의 경우 32.6%라는 높은 부담률을 보이고 있다. 이 같은 결과에서 소득수준에 따른 의료비부담정도를 고려해야할 필요

성이 제기되는 것이며, 동시에 저소득층노인을 위한 의료비경감대책이 절실함을 보여준다.

현재 우리 나라의 건강보험체계는 연령과 소득에 상관없이 일률적으로 진료비 부담비율을 정하고 있어, 의료수요가 높고 생활이 어려운 저소득노인계층에게 특히 과중한 부담을 초래하고 있다. 극빈계층의 경우는 의료보호제도를 통해 무료 또는 일부부담방식으로 의료서비스를 제공토록 하고 있으나 비급여서비스로 인해 상당부분 의료비지출을 해야하는 상황에 있는 것으로 지적된다. 건강보험대상자의 의료비부담이 17.2%인 반면, 의료보호대상자의 경우 19.1%로서 의료보호혜택에도 불구하고 건강보험대상자보다 부담수준이 높은 결과를 보이고 있다. 건강보험제도상에서도 노인에 대한 차등화 된 서비스의 일환으로 현재 65세 이상 노인에게 의원급 외래진료에 한하여 진료비규모와 상관없이 정액부담을 실시하고 있으나 실제적인 감액효과는 별로 없는 것으로 여겨진다. 앞서 연구결과에서도 보았듯이 만성질환노인의 경우 병의원 외래진료를 통해 치료받는 경우가 전체의 26%정도에 불과하여 이 서비스의 혜택을 받는 대상이 수적으로 적을 뿐 아니라, 병원을 주로 이용하는 경우 약국이용자에 비해 높은 의료비부담을 안고있는 결과에서 보듯이 의원진료에 대한 혜택은 그 실효성이 미약하다고 하겠다. 더욱이 비용이 많이 드는 입원치료의 경우는 젊은 계층과 동일한 부담비율을 적용하고 있어 상대적으로 노인들의 의료비부담이 높다고 하겠다. 본 연구결과에서는 구체적인 의료비 지출내역에 따른 부담정도를 파악하지 못하는 한계를 갖고 있으며 이는 후속연구를 통해 만성질환노인에게 특히 부과되는 의료비지출부담내용을 경감시키기 위한 보험급여 항목의 확대조치로 이어져야 할 것으로 보인다. 이를 토대로 높은 질병이환율과 취약한 소득구조를 지닌 노인계층의 특수한 여건을 감안한 노인보건의료제도가 별도로 마련되어야 할 것이다.

또한 일상생활수행능력면에서 매우 제한된 경우나 무능력한 경우 의료수요가 많을 수밖에 없으며, 연구의 분석결과에서도 30%이상의 과도한 의료비부담을 보여주고 있다. 문제의 심각성은 노인단독가구의 경우 건강상태가 악화될 때 부담률이 급격히 늘어나는 상황을 맞게 되는 데에 있다. 이들은 돌봐줄 가족원이 없으므로 치료비용 외에도 간병비용 등의 부가적인 비용이 늘어날 수밖에 없는 상황인데, 본 연구결과에서 노인단독가구의 경우 기타가구에 비해 45%나 높은 의료비부담을 안고 있는 것으로 나타나고 있다. 더구나 저소득 단독가구 노인의 경우는 진료비부담으로 인해

적절한 치료조차 받기 어려운 상황에 놓이게 된다. 본 논문의 연구결과에서는 밝히고 있지 않으나 '98국민건강·영양조사'의 조사항목 중 간병인 등 가족 아닌 사람들의 도움을 필요로 하는가의 질문에 대해 '필요하나 비용부담이 클 것 같아 꺼린다'는 응답이 27.1%를 차지한 것과 비교해보면, 건강보험이나 의료보호서비스 내에서 간병비용이나 요양비용 등에 대한 고려가 이루어져야 할 필요가 있다. 나아가 비용이 많이 드는 입원치료보다는 재활이나 간병을 위주로 하는 노인병원, 너싱홈 등의 중간시설이 더욱 확대될 필요가 있다. 의료적 처치보다는 중간시설을 통한 의료적 관리서비스체계가 확대되는 것이야말로 만성질환노인들의 의료서비스에 대한 접근성을 높여 건강악화를 방지하고 적절한 일상생활지원을 가능케 할 뿐 아니라 과중한 재정적 부담을 덜 수 있는 방법이 될 것이다.

노인들의 상용치료가 주로 약국을 통해 이루어지고 있다는 연구결과는 앞으로의 의약분업을 통해 의료비지출이 추가로 증가하리라는 점을 나타낸다. 이러한 의료비 부담요인은 앞으로 만성질환노인들의 의료서비스 자체에 대한 접근을 어렵게 할 수 있을 것이다. 앞서 말했듯이 의료비지출을 전혀 하지 않는 만성질환노인이 60%를 넘는다는 사실에서 노인들의 의료서비스접근의 취약성을 알 수 있다. 그러나 치료의 적절한 시기를 놓치는 경우에는 나중에 더 큰 의료비용 및 복지비용을 초래할 수 있으며, 이는 국가적으로나 개인적으로 크나큰 손실이 아닐 수 없다.

본 연구를 통한 만성질환 노인의 특성파악 및 과도한 의료비부담 계층의 파악 결과는 앞으로 장기요양보호노인에 대한 국가적 대책을 수립해 나감에 있어 노인보건의료정책 내에서 반드시 고려되어야 할 부분이라 생각한다. 첫째로 무조건 노인들에 대한 혜택을 확장하는 것이 아닌, 노인의 질환특성과 소득수준을 감안한 차등화된 진료비부담체계가 마련되어야 하며, 둘째로 장기간의 치료와 간병을 필요로 하는 만성질환노인의 특성을 감안하여 노인병원, 너싱홈 등 중간시설을 포함한 의료적 관리체계의 확대가 이루어져야 할 것이다. 더 나아가 연구결과에서 밝히지 못하고 있는 의료비지출내역에 있어서의 부담요인에 대한 후속연구를 통해 보험급여항목에 대한 확대가 이루어져야 할 것이다.

▪ 참고문헌 ▪

김봉재. 1997. "도시영세지역 노인의 건강과 의료이용 양상에 관한 연구". 석사학위논문. 서울대학교 보건대학원

김승호. 1993. "보건의료서비스에 대한 국민의식 조사연구". 석사학위논문. 원광대학교 행정대학원

김양균. 1996. "지역별 의료이용 수준에 영향을 미치는 요인분석". 석사학위논문. 연세대학교 대학원

김영입. 1985. "농촌지역 주민의 의료이용 행위에 영향주는 자극요인 분석". 대한간호학회지, 제15권 제2호. pp.5-15.

박영희. 1991. "노인피보험 대상자의 의료이용 실적에 관한 고찰". 중앙의학, 제56권 제3호. pp.171-181.

배상수. 1985. "의료이용에 영향을 미치는 요인에 관한 분석". 예방의학회지, 제18권 제1호. pp.13-24.

변재관·선우덕. 1999. 노인보건복지체계의 운영현황과 정책방안, 서울: 국회복지포럼

보건복지부. 1999. 98국민건강영양조사, 보건복지부

서 윤. 1995. "노인의 의료부양체계에 관한 연구". 원광대학논집, 제29호. pp.583-599.

선우덕. 2000. "노인보건사업의 정책방향". 보건복지포럼, 제40호. pp.44-53.

송영종. 1998. "노인환자의 의료기관 바꾸기와 의료이용에 관한 연구", 석사학위논문. 연세대학교 보건대학원

신영석. 2000. "국민건강보험 재정안정화 방안". 보건복지포럼, 제45호. pp.21-31.

심 영. 1997. "노인의 의료비 지출분석-충북거주노인을 중심으로-", 한국가정관리학회지, 제15권 4호. pp.1-13.

엄영숙·최원철. 1997. "국민의료비 지출에 영향을 미치는 요인에 대한 분석". 전북대산업경제연구소논문집, 제28호. pp.261-281

오현주. 1992. "의료이용행태에 따른 의료비 관련요인 분석". 석사학위논문. 연세대학교대학원

윤은희. 1997. "일부농촌지역 노인의 건강관리 행태 및 의료비 지출에 관한 연구". 석사학위논문. 서울대학교 보건대학원

이경자. 1993. "노인들이 이용한 의료기관에서 청구한 의료보험 진료비 분석". 석사학위논문. 연세대학교 교육대학원

이선민. 1996. "소득계층에 따른 건강수준 및 의료이용의 차이에 관한 연구". 석사학위논문. 서울대학교 보건대학원

정경희 외. 1998. 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사, 한국보건사회연구원

정순희·김현정. 2001. "노인가계의 의료비지출에 관한 연구". 노인복지연구, 2001 여름호.

pp.129-151.

정지연. 1995. "의료비 증가에 미치는 영향에 관한 연구-OECD국가를 중심으로". 석사학위논문. 서울대학교 보건대학원

조경숙. 1996. "노인의료보장제도의 개선방안". 석사학위논문. 연세대학교 대학원

최귀선. 1997. "소득과 질병구성이 의료이용에 미치는 영향". 석사학위논문. 연세대학교 대학원 한국보건사회연구원. 1998. 최근의 인구동향과 대응전략. 한국보건사회연구원

황인수. 1992. "도시영세지역의 가계의료비 지출". 석사학위논문. 영남대학교 대학원

Berki, S. E. 1986. "A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor". In *Health Affairs*, 15(4). pp.138-145.

Berki, S. E., Wyszewianski, L., Magilavy, L. J. and Lepkowski, J. M. 1985. *Families With High Out-of-Pocket Health Services Expenditures Relative to Their Income(Final Report)*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services

Coughlin, T. A., Liu, K. and McBride, T. D. 1992. "Severely Disabled Elderly Persons with Financially Catastrophic Health Care Expenses: Sources and Determinants", In *The Gerontologist*. 31(3). pp.391-403.

Crystal, S., Johnson, R. W., Harman, J., Sambamoorthi, U. and Kumar, R. 2000. "Out-of Pocket Health Care Costs Among Older Americans", In *Journal of Gerontology : Social Sciences*. 55B. pp.S51-S62.

Feder, J., Moon, M. and Scanlon, W. 1987. "Medicare reform: Nibbling at catastrophic costs", In *Health Affairs*, 6. pp.6-19.

Gross, D. J., Alexih, L., Gibson, M. J., Corea, J., Caplan, C. and Brangan, N. 1999. "Out-of-Pocket Health Spending by Poor and Near-Poor Elderly Medicare Beneficiaries", In *Health Services Research*. 34(1). pp.241-254.

Hamilton, L. C. 1990. *Modern Data Analysis : a first course in applied ststistics*, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California

Liu, K., Perozek, M. and Manton, K. 1993. "Catastrophic Acute and Long-Term Care Costs: Risks Faced by Disabled Elderly Persons". In *The Gerontologist*, 33(3). pp.299-307.

Stum, M. S., Bauer, J. W. and Delaney, P. J. 1998. "Disabled Elders'Out-of-Pocket Home Care Expenses: Examining Financial Burden", In *The Journal of Consumer Affairs*, 32(1). pp.82-105.

Wyszewianski, L. 1986. "Family with Catastrophic Health Care Expenditure", In *Health Services Research*, 21. pp.617-634.

A Study on Factors Causing the Burden of Medical Expenses to The Elderly with Chronic Disease

Kim, Mee-Hye
(Associate Professor of Social Welfare, Ewha Womans University)
Kim, So-Hee
(Lecturer of University of Seoul)

The elderly have higher potential for contracting chronic diseases and suffering from development of a complication. Also, the extended old age period leads the elderly to demand more medical services. All those facts indicate that the elderly need more medical services than any other age groups. Consequently, medical care for the elderly with chronic diseases causes high costs burden. However, there is few studies researching the financial burden of chronic illness of the elderly.

This study aimed to 1) understand how much the elderly with chronic diseases pay for medical expenses; 2) find out some specific factors related to health care financial burden; 3) suggest the alternative policies to decrease excessive financial burden of caring for the elderly with chronic illness.

National Health and Nutrition Survey, which was surveyed by the Korea Institute for Health and Social Affairs in 1998, was used in this study. 4,707 persons with chronic diseases out of 5385 persons over age 60 were selectively sampled. Using SPSSWIN, correlation analysis, T-test, ANOVA and Regression were used as statistical methods in this study. Stepwise multiple regression was employed to analyze the data with a ratio of health care expenditure to income(financial burden) as a dependent variable.

Out of Korean old people, 87% had the chronic diseases and their health care financial burden rate showed the average of 17.9%, which meaned they

expended almost 20% income to buy medical services. The variables having a great influence on financial burden were monthly income, activity limitation and single household of an old person. The excessive financial burden was experienced by people who had more than 4 activity limitations(37.1%) and were in the lowest income level(32.6%), and single household of an old person(31.4%).

The new policies should be considered to 1) reduce the financial burden in these groups and to develop the sliced medical cost system considering the characteristics of chronic illness and income level; and 2) develop the medical management system to care for the elderly with chronic illness.