

서울시 가구의 과부담의료비 지출 발생 및 반복적 발생의 영향요인

정채림, 이태진[†]
서울대학교 보건대학원

<Abstract>

The factors influencing the occurrence and recurrence of catastrophic health expenditure among households in Seoul

Chelim Cheong, Tae-Jin Lee[†]

Graduate School of Public Health, Seoul National University

The national health insurance system in Korea is characterized as relatively high out-of-pocket payments, which are the principal source of catastrophic health expenditure (CHE). The objectives of this study are to estimate the incidence of household CHE and to clarify the characteristics that affect the occurrence and recurrence of household CHE using the Seoul Welfare Panel Survey database for 2008 and 2010.

Thresholds to estimate CHE were 10% and 20% of the total household income (T/X), and 25% and 40% of the income excluding food share (T/Y). Determinants of the occurrence and recurrence of CHE at the threshold of T/X=10% were analysed using multiple logistic regression models.

* 접수 : 2012년 4월 6일, 최종수정 : 2012년 7월 5일, 게재확정 : 2012년 6월 24일

† 교신저자 : 이태진, 서울시 관악구 관악로1 서울대학교 보건대학원 221동, Tel: 02)880-2726,
011)9795-1608, Fax: 02)762-9105, E-mail: tjlee@snu.ac.kr

Out of the 3,665 households that responded in 2008 survey, households with CHE were 12.07% ($T/X \geq 10\%$), 5.34% ($T/X \geq 20\%$), 6.84% ($T/Y \geq 25\%$), and 4.44% ($T/Y \geq 40\%$). Risk factors associated with household CHE included living with a spouse, non-Medicaid beneficiary, householder unemployment, low household income, the number of disabled members, poor subjective health, and the number of chronic diseases. A total of 41.78% of households with CHE in 2008 repeatedly experienced CHE in 2010. Risk factors of CHE recurrence included decreased household income and an increase in chronic diseases over the two time periods, the number of members with disability or chronic diseases, and the presence of cancer patients in 2008.

Households with lower socioeconomic and health status had a higher financial burden on health care than do their counterpart households. There is a need to enhance society-wide financial protection from health spending among vulnerable citizens in Seoul, particularly, households with low income, disabled members or cancer patients.

Key words : catastrophic health expenditure, health spending, health equity, vulnerable population, financial protection, Seoul, South Korea

I. 서론

국가수준의 건강보장은 건강상의 위험과 이로 인한 경제적 위험에서 국민을 보호함에 의의를 가진다. 우리나라는 건강보장을 목적으로 전국민건강보험과 의료급여제도를 시행하고 있다. 그러나 우리나라의 건강보장제도가 재정적 위험 보호 면에서 국민들의 안전망이 되지 못한다는 지적이 지속적으로 제기되고 있다(김창엽, 2009; 신영전, 2009). 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)의 자료에 따르면, 우리나라의 의료비 지출 중 공공재원이 차지하는 비율은 2009년 기준으로 58.2%로, 이는 전체 OECD 국가들 중 멕시코(47.4%), 미국(47.7%), 칠레(48.3%) 다음으로 가장 낮은 수준이다(OECD, 2011). 또한, 우리나라 건강보험의 주된 재정원은 건강보험료와 진료 시에 환자가 지불하는 본인부담금인데, 건강보험료는 소득에 비례하여 납부하며, 환자 본인부담금 또한 대체로 총 의료비의 정률제로 되어 있다. 이와 같이 의료비의 공적 보장성이 낮고, 환자의 의료비 부담이 소득보다는 의료비용에 비례하는 제

도 하에서는, 의료의 필요가 높은 것으로 알려져 있는 저소득층에서 고소득층에 비하여 의료비에 대한 부담이 더 커지게 된다.

한 가구가 경제적인 위협에 빠질 수 있는 수준의 의료비를 과부담의료비라고 하며, 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서는 과부담의료비의 산출방법으로 역치적 접근법을 제시한 바 있다(Kawabata, 2002; Xu, 2005). 과부담의료비 지출 발생은 중요한 정책적 관심사로서 국제적으로 구체적 현황 및 관련 요인들을 살펴보는 연구가 지속적으로 수행되어 왔다(Ranson, 2002; Xu et al., 2003; Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Waters et al., 2004; van Doorslaer et al., 2007; Gotsadze et al., 2009; Yardim et al., 2009). Xu et al.(2003)에 따르면, 최저생계비를 제외한 소득의 40% 이상을 의료비로 지출하는 경우를 과부담의료비 지출 발생으로 정의했을 때, 세계 59개국 중 우리나라의 가구 과부담의료비 지출 발생률은 1.73%로 20번째였으며, 이는 발생률이 1% 미만이었던 미국과 대부분의 유럽 국가들에 비하여 높은 수치였다. 아시아 국가를 대상으로 한 다른 연구에서, 식비를 제외한 지출의 40% 이상을 의료비로 지출하는 경우를 과부담의료비 발생으로 정의했을 때, 한국은 1.9%의 과부담의료비 발생률을 보였으며, 이는 홍콩, 말레이시아, 대만 등에 비하면 높은 수치였다(van Doorslaer et al., 2007). 국내 연구에서는 각 연구자의 정의와 가정에 따라 다양한 과부담의료비 지출 발생률을 보고하였다(이태진 등, 2003; 이원영·신영전, 2005; 김학주, 2008; 김윤희·양봉민, 2009; 손수인 등, 2010; 송은철·신영전, 2010; 이혜재, 2011; 이지연, 2012).

가구 과부담의료비 지출 발생에 영향을 미치는 요인으로 가장 확실하게 제시되어 온 것은 가구의 소득수준이다. 그 외에 가구원 수가 적을수록, 가구 구성원의 연령이 높을수록, 가구주가 미취업인 경우, 가구 내 장애인이 있는 경우, 가구원의 건강상태가 나쁠수록, 만성질환자 수가 많을수록 가구 과부담의료비 지출 발생률이 높았다는 국내외의 선행연구가 있었다(이원영·신영전, 2005; 김학주, 2008; Gotsadze et al., 2009; Yardim et al., 2009; 손수인 등, 2010; 이혜재, 2011; 이지연, 2012). 이와 같이 가구 과부담의료비 지출이 경제적, 사회적, 건강관련 기반이 취약한 계층에서 더 많이 발생하기 때문에, 지속적으로 높은 의료비 부담이 발생하는 경우 취약계층은 높은 재정적인 위협에 노출되며 복지 수준이 심각하게 낮아질 수 있다. 따라서 가구 과부담의료비 지출의 반복적인 발생 현황과 이에 영향을 미치는 주요 요인들을 확인함으로써, 사회안전망 확충과 관련된 정책의 수립에 중요한 정보를 제공할 수 있다. 본 연구에서는 선행 연구들의 결과를 바탕으로 서울시 복지패널 자료를 활용하여 가구 과부담의료비 지출 발생의 영향요인을 밝혀내며, 특히 2차에 걸쳐 수집된 자료를 이용하여 반복적인 과부

담의료비 발생의 관련요인을 추가적으로 확인하였다.

구체적으로 본 연구의 목적은 서울시 복지패널 1, 2차 자료를 이용하여 첫째, 서울시 가구의 과부담의료비 지출 발생의 현황을 확인하고, 둘째, 가구 과부담의료비 지출 발생여부와 관련이 있는 요인을 파악하며, 셋째, 가구 과부담의료비 지출이 반복적으로 발생하는데 관련이 있는 요인을 파악하는 것이다.

II. 연구방법

1. 자료원

본 연구는 서울시복지재단이 구축한 서울시복지패널 1차년도(2008년)와 2차년도(2010년)의 자료를 이용하였다. 서울시복지패널은 서울시민의 복지실태 파악과 복지정책 수립을 위한 기초자료 확보를 목적으로 구축되었으며, 소득, 소비, 저축, 건강, 주거, 노인부양, 자녀교육, 장애 및 재활, 복지서비스 등 다양한 영역의 문항들을 포함하고 있다. 표본은 층화 2단 집락추출을 통하여 추출하였는데, 1차적으로 주택규모, 학력분포, 연령분포를 분류지표로 활용하여 확률비례계통추출법으로 인구주택 총 조사의 일반조사구 중에서 조사구 단위로 추출하였다. 2차 추출단위인 가구는 조사구에서 계통추출 방법으로 추출하였다. 1차 조사는 2009년에 완료되었으며 응답자의 2008년의 행태에 대하여 설문하였고, 2차 조사는 2010년에 완료되었으며 2009년의 행태를 대상으로 설문을 진행하였다. 2008년 1차 조사에는 3,665가구의 7,761명이 설문을 완료하였고, 2010년 2차 조사에는 1차 조사의 응답자 중 2,893가구의 6,024명이 참여하였다. 결과 분석 시에 자료에 포함된 각 가구의 가중치 및 중단 가중치를 적용하였다.

2. 가구 과부담의료비 지출 발생의 기준

과부담의료비 지출 발생 여부를 구분하는 역치의 기준에 대해서는 현재까지 합의된 바가 없고 연구자에 따라 다른 기준이 제시되어 왔다. WHO는 한 가구의 본인부담금과 건강보험료 지출의 합을 그 가구의 식비를 제외한 총 소비지출로 나눈 것이 40%를 초과한 것을 과부담 상태라고 정의하면서, 각국의 상황에 따라 그 기준이 달라질 수 있다고 하였다(Kawabata et al., 2002). Xu et al.(2003)의 연구에서는 본인부담금 지출이 최저생계비를 제외한 총 소득의 40%를 초과했을 경우, Wagstaff & van Doorslaer(2003)의 연구에서는 총 소득 혹은 최저생계비를 제외한 총 소득의 각각 2.5-15%와 10-40%를 초과했을 경우, van Doorslaer et al.(2007)의 연구에서는

총 소비지출 혹은 식비를 제외한 총 소비지출의 각각 5-25%와 15-40%를 초과한 경우를 과부담의료비 지출이 발생했다고 정의하였다. 그 외에, 인도(Ranson, 2002)와 미국(Waters et al., 2004)에서의 연구에서 가구 총 소득의 10%가 넘는 의료비 지출을 과부담의료비 지출로 정의한 바 있다. 국내 연구에서도 총 소비 지출, 소득 또는 지불능력 중 의료비 지출 비중의 기준선을 10%에서 40%까지의 다양한 기준으로 정의하였다(이태진 등, 2003; 이원영·신영전, 2005; 김학주, 2008; 김윤희·양봉민, 2009; 손수인 등, 2010; 송은철·신영전, 2010; 이해재, 2011; 이지연, 2012).

본 연구에서는 가구 과부담의료비 지출 발생의 기준으로 (1) 한 가구의 건강보험료를 제외한 1년간 보건의료비 지출(T)을 가구의 1년간 총 소득(X)으로 나눈 값과 (2) 지불능력(Y)으로 나눈 값의 두 가지 지표를 제시하였다. 보건의료비 지출은 건강보험료를 제외한 입원비, 외래진료비, 치과 진료비, 수술비, 약값, 건강진단비, 건강보조식품, 보건의료용품비(안경, 콘택트렌즈 등) 등을 포함하며 총 소득은 경상소득으로서, 근로소득, 금융소득, 부동산소득, 사적/공적 이전소득, 보호대상가구 지원금, 개인연금, 사회보험 수급액을 포함한다(서울시복지패널 1, 2차 가구용 설문지 참고). 지불능력은 총 소득에서 식비를 제외한 금액으로 정의하였다.

가구 과부담의료비 지출 발생의 현황을 파악하기 위한 의료비 비중의 역치로는 선행 연구와의 결과 비교를 용이하게 하기 위하여, 총 소득 대비 의료비 지출 비중(T/X)의 경우 10%와 20%를, 식비를 제외한 총 소득 대비 의료비 지출 비중(T/Y)의 경우는 25%와 40%로 사용하였다. 또한, 과부담의료비 지출 발생 및 반복적 발생의 영향요인을 파악하기 위한 분석 시에는 총 소득 중 의료비 지출의 부담(T/X)이 10%일 때를 기준으로 하였다.

일반적으로 보건복지의 사각지대에 존재하는 취약계층은 저소득층과 고령자, 장애인 등을 포함한다. 따라서 본 연구에서 과부담의료비 지출 발생의 현황을 기초생계비 및 중위소득 기준으로 저소득층인 가구, 65세 이상 고령자가 가구주인 가구, 가구원 중 한명 이상이 장애인인 가구 등으로 층화해서 제시하였다. 여기서 저소득층은 빈곤층과 상대적 저소득층으로 분류하고, 빈곤층의 기준은 최저생계비 120% 미만으로, 상대적 저소득층은 중위소득 60% 미만으로 정의하였다. 최저생계비는 서울시복지패널 설문조사가 2008년 및 2009년의 각각 1년간의 소득 및 지출 내역에 관하여 실시되었음을 감안하여 보건복지부에서 고시한 2008년 및 2009년 가구원 수 당 최저생계비 기준을 활용하였다. 상대적 저소득층의 기준은 한국복지패널과 OECD, 영국 Department of Work and Pensions 등의 기준을 활용하여 중위소득 60% 미만인 가구로 정의하였다(한국복지패널, 2009; OECD iLibrary, 2012; 영국 Department of Work and

Pensions 홈페이지, 2012). 연도별 중위소득은 해당연도 자료의 가구별 경상소득과 가구원 수로 산출된 가구균등화 소득의 중앙값으로 정의하였다. 가구균등화 소득이 이 중위소득의 60% 미만인 가구를 상대적 저소득층으로 분류하였다. 가구균등화 소득은 가구들 간 소득수준을 비교할 경우 가구원 수에 근거해서 비교하기 위하여 사용되는 균등화된 지표이다. 이 연구에서는 소득을 가구원 수의 제곱근으로 나누어서 균등화 소득 지수를 산출하였다.

3. 분석 모형 및 주요 변수

가구의 과부담의료비 지출 발생의 영향요인으로 선행 연구의 결과를 참조하여 다음과 같이 인구학적 특성, 사회경제적 특성 및 건강관련 특성의 세 가지로 분류된 독립변수를 선정하였다. 먼저 인구학적 특성으로는 가구의 성별, 가구의 연령대(39세 이하, 40세-64세, 65세 이상), 가구의 동거중인 배우자 유무, 가구 내 총 가구원 수, 6세 이하 아동 수, 65세 이상 노인 수가 포함되었다. 사회경제적 특성은 가구 내 총 경상소득 수준, 가구의 교육수준(고졸 이하/전문대 재학 이상), 가구의 취업여부, 가구의 의료보장유형(의료급여/건강보험)으로 구성하였고, 건강관련 특성으로는 가구 내 장애인 수, 가구원의 주관적 건강상태 평균(보통 이하/보통 초과), 가구 내 만성질환의 개수, 가구 내 심혈관계 질환의 유무, 내분비계 질환의 유무, 근골격계 질환의 유무, 암 질환의 유무, 기타 질환의 유무를 선정하였다. 분석에 포함된 가구 내 주요 만성질환의 종류는 원 자료에 제시된 만성질환들 중에 유병률과 질병부담의 비중을 기준으로 선정하였다.

과부담의료비 지출 발생 현황 파악을 위하여 2008년 1차 조사 자료에 대한 빈도분석을 실시하고, 관련 요인을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 수행하였다. 로지스틱 회귀분석 모형으로는 만성질환과 관련된 변수들을 달리하여, 만성질환의 개수만 포함하거나 각종 질환의 유무를 변수로 하여 분석하였다. 또한, 반복적 과부담의료비 지출 발생요인을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 통하여 2008년에 과부담의료비 지출이 발생한 가구 중에 2010년에 반복적으로 과부담의료비 지출이 발생하는데 영향을 미치는 요인을 확인하고자 하였다. 두 회귀분석 모형의 종속변수와 설명변수를 표 1에 정리하였고, 로지스틱 회귀분석 모형을 아래 식 (1)과 같이 일반화하여 제시하였다. 통계 프로그램은 SAS version 9.1(SAS Inc., Cary, NC, USA)을 사용하였다.

$$\text{Logit}(p_i) = \beta_0 + \beta_1 X_{1,i} + \dots + \beta_M X_{m,i} + u_i \quad (1)$$

표 1. 회귀분석의 모형과 설명변수

연구대상	모형별 설명변수
2008년(1차년도) 조사 응답가구	<p>설명변수 집합 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 인구학적 특성 : 가구의 성별, 가구의 연령대(39세 이하, 40세-64세, 65세 이상), 가구의 동거중인 배우자 유무, 가구 내 가구원 수, 6세 이하 아동 수, 65세 이상 노인 수 ● 사회경제적 특성 : 가구의 의료보장유형(의료급여/건강보험), 가구의 교육수준(고졸 이하/전문대 재학 이상), 가구의 취업상태, 가구 내 총 경상소득 수준 ● 건강 관련 특성 : 장애인 수, 가구원의 주관적 건강상태 평균(보통 이하/보통 초과), 가구 내 만성질환의 개수
	<p>설명변수 집합 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 인구학적 특성 : 상동 ● 사회경제적 특성 : 상동 ● 건강 관련 특성 : 장애인 수, 가구원의 주관적 건강상태 평균(보통 이하/보통 초과), 가구 내 심혈관계 질환의 유무, 내분비계 질환의 유무, 근골격계 질환의 유무, 암 질환의 유무, 기타 질환의 유무
2008년에 과부담 의료비 지출이 발생한 가구 중 2010년(2차년도) 조사 응답 가구	<p>설명변수 집합 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 인구학적 특성 : 상동 ● 사회경제적 특성 : 가구의 의료보장유형, 가구의 교육수준, 가구의 취업상태, 가구 내 총 경상소득 수준(이상 2008년 자료), 2008년과 2010년의 가구 내 총 경상소득의 차 ● 건강 관련 특성 : 장애인 수, 가구원의 주관적 건강상태 평균, 가구 내 만성질환의 개수(이상 2008년 자료), 2008년과 2010년의 만성질환의 개수의 차
	<p>설명변수 집합 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 인구학적 특성 : 상동 ● 사회경제적 특성 : 상동 ● 건강 관련 특성 : 장애인 수, 가구원의 주관적 건강상태 평균, 가구 내 심혈관계 질환의 유무, 내분비계 질환의 유무, 근골격계 질환의 유무, 암 질환의 유무, 기타 질환의 유무(이상 2008년 자료)

* T/X : 건강보험료를 제외한 보건의료비 지출(T)/총 소득(X)
 + T/Y : 건강보험료를 제외한 보건의료비 지출(T)/식비를 제외한 총 소득(Y)

III. 연구결과

1. 기초분석 결과

1) 대상 가구의 일반적인 특성

본 연구의 대상가구는 서울시 복지패널 1차 조사(2008년)에 응답한 3,665가구와 2차 조사(2010년)에 응답한 2,893가구로서, 연구대상 가구의 기본적인 특성은 표 2에 제시된 바와 같다. 2008년 1차 조사에 따르면, 가구주가 남성인 가구가 79.55%였고, 여성인 가구가 20.45%였다. 가구주가 39세 이하인 가구가 27.35%인 반면, 65세 이상의 노인 가구는 20.94%이었다. 가구주의 혼인상태에 따라서는 배우자가 없거나 동거하지 않는 경우가 23.35%였다. 또, 가구원수가 4명 이상인 가구가 42.30%, 6세 이하의 아동이 있는 가구가 18.28%, 65세 이상 노인이 있는 가구는 28.31%였다. 사회경제적 특성별로는 의료급여 혜택을 받는 가구가 3.59%, 가구주의 학력이 고졸 이하인 가구가 47.99%, 가구주가 미취업인 가구는 34.03%이었다. 가계 총 소득이 최저생계비 120% 미만인 가구는 12.98%, 중위소득 60% 미만인 가구는 34.29%였다. 건강관련 특성별로는 장애인이 있는 가구가 8.15%이었고, 32.66%의 가구에서 가구원들의 평균적인 주관적 건강상태가 보통보다 낮았다. 만성질환을 앓는 가구원이 있는 가구는 48.56%이었고 가구원이 보유하고 있는 만성질환의 개수의 합이 3개 이상인 가구는 10.14%였다. 만성질환의 종류별로는 순환기계 질환을 보유한 가구가 24.65%로 가장 많았고, 다음으로 근골격계 질환을 보유한 가구가 15.87%, 내분비계 질환을 보유한 가구가 12.71%, 암을 앓고 있는 가구가 3.12% 등이었다. 2010년 대상가구의 특성은 2008년과 비슷하였다.

2) 가구 과부담 의료비 지출 발생의 현황

2008년 및 2010년의 가구 과부담의료비 지출 발생률은 표 3과 같았다. 2008년의 경우 과부담의료비 지출 발생의 기준으로 제시된 총 소득(X)에서 건강보험료를 제외한 보건의료 지출(T)의 비중(T/X)이 10% 이상인 가구가 전체의 12.07%, 20% 이상인 가구는 5.34%였다. 또, 식비를 제외한 총 소득(Y)에서 건강보험료를 제외한 보건의료 지출(T)의 비중(T/Y)이 25% 이상인 가구가 전체의 6.84%, 40% 이상인 가구는 4.44%였다. 2010년의 경우 발생률은 각각 11.28%와 5.39%, 6.70%, 4.59%로 2008년의 발생률과 큰 변이가 없었다.

각 연도별로 소득수준과 가구주 노인 여부, 가구 내 장애인 유무에 따라 가구 과부담 의료비 지출 발생률의 차이를 확인하였다. 가구원 수를 감안한 소득수준에 따라 최저생계비 120% 미만인 가구와 최저생계비 120% 이상~중위소득 60% 미만인 가구, 중위

표 2. 연구대상 가구의 특성

특 성	구분	2008년		2010년	
		빈도(가구)	백분율(%)	빈도(가구)	백분율(%)
총 계		3,665	100.00	2,893	100.00
인구학적 특성					
가구주 성별	남성	2,915	79.55	2,310	79.86
	여성	750	20.45	583	20.14
가구주 연령대	39세 이하	1,002	27.35	714	24.69
	40세-64세	1,895	51.71	1,641	56.73
가구주 배우자	65세 이상	767	20.94	538	18.58
	없음	856	23.35	694	24.00
가구주 배우자	있음	2,809	76.65	2,199	76.00
	1명	451	12.31	330	11.42
가구원 수	2명	827	22.57	557	19.25
	3명	837	22.83	677	23.42
	4명	1,139	31.09	981	33.93
	5명 이상	411	11.21	347	11.98
6세 이하 아동	없음	2,995	81.72	2,362	81.64
	1명	475	12.96	351	12.12
65세 이상 노인	2명 이상	195	5.32	181	6.24
	없음	2,627	71.69	2,124	73.41
	1명	676	18.46	521	18.00
65세 이상 노인	2명 이상	361	9.86	249	8.59
	사회경제적 특성				
의료보장유형	의료급여	131	3.59	96	3.30
	건강보험	3,534	96.41	2,797	96.70
가구주 교육수준	초졸 이하	395	10.79	324	11.18
	중졸	310	8.45	235	8.14
	고졸	1,054	28.75	829	28.66
	전문대 재학 이상	1,906	52.01	1,505	52.02
가구주 취업상태	미취업	1,247	34.03	1,087	37.58
	취업	2,418	65.97	1,806	62.42
소득 수준	<최저생계비 120%	467	12.98	498	17.21
	<중위소득 60%	781	21.31	685	23.66
	≥중위소득 60%	2,884	78.69	2,208	76.34
건강관련 특성					
가구 내 장애인 수	없음	3,366	91.85	2,587	89.42
	1명	275	7.50	282	9.76
	2명 이상	24	0.65	24	0.82
가구원 주관적 건강상태	보통 초과	2,468	67.34	1,995	68.96
	보통 이하	1,197	32.66	898	31.04
	없음	1,885	51.44	1,607	55.54
만성질환 수	1개	913	24.92	597	20.62
	2개	495	13.50	360	12.43
	3개 이상	372	10.14	330	11.40
만성질환의 종류	순환기계	903	24.65	712	24.61
	내분비계	466	12.71	356	12.32
	근골격계	582	15.87	459	15.87
	암	114	3.12	90	3.13
	기타	742	20.24	580	20.05

표 3. 과부담의료비 지출 발생 가구의 비율

총 합	가구수	T/X* ≥ 10%	T/X* ≥ 20%	T/Y† ≥ 25%	T/Y† ≥ 40%
2008년 전체	3,665	12.07%	5.34%	6.84%	4.44%
최저생계비 120% 미만	476	37.90%	23.27%	31.82%	24.71%
최저생계비 120% 이상 ~ 중위소득 60% 미만	305	19.04%	7.18%	10.15%	2.55%
중위소득 60% 미만	781	30.53%	16.99%	23.36%	16.06%
중위소득 60% 이상	2,884	7.07%	2.18%	2.35%	1.30%
가구주 연령 65세 미만	2,898	7.76%	2.97%	3.87%	2.54%
가구주 연령 65세 이상	767	29.10%	14.28%	17.98%	11.62%
가구 내 장애인 없음	3,366	10.19%	4.07%	5.45%	3.82%
가구 내 장애인 있음	299	33.23%	19.61%	22.29%	11.47%
2010년 전체	2,893	11.28%	5.39%	6.70%	4.59%
최저생계비 120% 미만	498	37.42%	22.61%	29.41%	22.68%
최저생계비 120% 이상 ~ 중위소득 60% 미만	187	14.92%	4.77%	6.36%	3.78%
중위소득 60% 미만	685	27.43%	15.56%	20.28%	15.37%
중위소득 60% 이상	2,208	5.07%	1.56%	1.60%	0.57%
가구주 연령 65세 미만	2,355	6.60%	3.11%	3.81%	2.72%
가구주 연령 65세 이상	538	31.76%	15.38%	19.35%	12.75%
가구 내 장애인 없음	2,587	8.81%	3.84%	5.09%	3.61%
가구 내 장애인 있음	306	32.08%	18.46%	20.25%	12.90%

* T/X : 건강보험료를 제외한 보건의료비 지출(T)/총 소득(X)

† T/Y : 건강보험료를 제외한 보건의료비 지출(T)/식비를 제외한 총 소득(Y)

소득 60% 이상인 가구를 각각의 군으로 분류했을 때, T/X가 10% 이상인 가구의 비율은 각각 37.90%와 19.04%, 7.07%였다. 가구 내 소득이 최저생계비 120% 미만인 가구 중 T/X가 20% 이상이었던 가구는 23.27%이었고, T/Y가 25% 이상인 가구 31.82%, 40% 이상인 가구도 24.71%에 달했다. 가구 내 소득이 상대적 빈곤선인 중위소득의 60% 미만인 가구 중에서는 이 비율이 각각 30.53%(T/X ≥ 10%), 16.99%(T/X ≥ 20%), 23.36%(T/Y ≥ 25%)와 16.06%(T/Y ≥ 40%)이었으나, 중위소득의 60% 이상인 가구 중에서는 각각 7.07%, 2.18%, 2.35% 및 1.30%이었다.

가구주가 65세 이상 가구 중 T/X가 10% 이상인 가구의 비율은 29.10%로, 가구주가 65세 미만인 가구의 7.76%보다 높았다. 또, 같은 기준 하에서 가구 내에 장애인이 있는 가구 중 과부담의료비 지출 발생 가구는 33.23%에 해당하여, 장애인이 없는 가구의 10.19%보다 발생률이 높았다. 2010년 자료를 이용한 분석에서도 2008년의 분석과 비슷한 결과를 나타내었다. 카이제곱 검정을 통하여 과부담의료비 지출 발생의 기준을 T/X=10%로 할 때 소득수준과 가구주 노인 여부, 장애인 유무별로 과부담의료비 지출 발생률에 통계적으로 유의한 차이가 있음을 확인하였고, 다른 기준 및 2010년 자료의 모든 경우에서도 통계적으로 유의한 차이가 관찰되었다($p < 0.001$).

2. 가구 과부담의료비 지출 발생에 영향을 미치는 요인

2008년 조사의 결과를 이용하여 T/X=10%를 기준으로 과부담의료비 지출이 발생한 가구와 발생하지 않은 가구의 두 군의 특성을 비교하고 그 결과를 표 4에 제시하였다. 각 특성에 따라 과부담의료비 지출 발생률에 차이가 통계적으로 유의한 수준인지 확인하기 위해 t-검정 및 카이제곱 검정을 실시한 결과 모든 특성에 따라 과부담의료비 지출 발생군과 비발생군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$).

인구학적인 특성에 따라 과부담의료비 지출이 발생한 가구는 그렇지 않은 가구에 비하여 가구주가 여성이거나 65세 이상의 노인인 경우가 많았고, 동거하는 배우자가 없는 가구가 더 많았다. 가구 내 평균 가구원 수는 더 낮았으며, 가구원 중 아동이 있는 가구의 비율은 낮았고, 노인이 있는 가구는 더 많았다. 사회경제적인 특성별로는 의료급여 대상 가구의 비율이 더 높았으며, 가구주가 고졸 이하의 학력이거나 취업 상태가 아닌 가구가 더 많았다. 최저생계비 120% 미만인 가구의 수와 중위소득 60% 미만인 가구의 비율이 과부담의료비 지출 발생 가구에서 현저히 높으며, 가구의 월평균 균등화 소득은 발생 가구보다 비발생 가구에서 두 배 가까이 높았다(102.51만원, 203.64만원). 건강관련 특성을 살펴보면, 장애인이 있는 경우와 가구원의 주관적 건강상태가 좋지 않은 경우가 과부담의료비 지출 발생군에서 더 높았다. 가구원의 만성질환의 수가 과부담의료비 지출 발생 가구에서 더 높았고, 본 연구에서 분류한 모든 만성질환의 발생도 더 높았다.

가구 과부담의료비 지출 발생에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 2008년 자료를 대상으로 로지스틱 다중 회귀분석을 수행하였고 그 결과를 표 5에 제시하였다. 회귀분석 모형으로는 (1) 가구원이 앓고 있는 만성질환 수를 포함시킨 모형(모형 1)과 (2) 특정 질환을 앓고 있는지 여부를 포함시킨 모형(모형 2)의 두 가지 모형을 제시하였다. 가구 과부담의료비 지출의 발생에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 가구주의 배우자가 있는 경우(모형 1에서 교차비=1.876, 모형 2에서 교차비=1.469), 의료급여

표 4. 과부담의료비 지출 발생* 가구와 비발생 가구의 특성(2008년)

특 성	발 생	비 발 생
해당 가구 수	442	3,223
인구학적 특성		
가구주 남성	70.86%	80.74%
가구주 연령		
39세 이하	12.43%	29.40%
40세-64세	37.09%	53.72%
65세 이상	50.48%	16.88%
가구주 배우자 있음	68.89%	77.71%
가구원 수(평균, SD)	2.52(1.03)	3.17(1.31)
6세 이하 아동 있음	8.60%	19.60%
65세 이상 노인 있음	58.60%	24.16%
사회경제적 특성		
의료급여	5.89%	3.27%
가구주 고졸 이하	69.99%	44.97%
가구주 취업	35.32%	70.18%
가구 총 소득		
최저생계비 < 120%	40.77%	9.17%
중위소득 < 60%	53.90%	16.84%
중위소득 ≥ 60%	46.09%	83.16%
월평균 균등화소득(만원, 평균(SD))	102.51(73.70)	203.64(169.91)
건강관련 특성		
장애인 있음	22.43%	6.19%
가구원의 주관적 건강 좋지 않음	70.66%	27.45%
가구 내 만성질환 개수(평균, SD)	1.87(1.39)	0.77(1.17)
만성질환 없음	19.02%	55.89%
만성질환의 종류		
순환기계 질환	42.59%	22.18%
내분비계 질환	26.11%	10.87%
근골격계 질환	32.10%	13.64%
압	6.30%	2.69%
기타	42.18%	17.23%

* 가구 과부담의료비 지출 발생은 가계 내 총 소득에서 건강보험료를 제외한 보건의료비 지출의 비중이 10%를 넘을 때로 정의함

주) t-검정 및 카이제곱 검정 결과, 모든 특성에 따라 과부담의료비 발생군과 비발생군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

표 5. 가구 과부담의료비 지출 발생*의 영향요인(2008년)

특 성	reference	교차비 (95% 신뢰구간)	
		Model 1	Model 2
인구학적 특성			
가구주 성별	여성	0.935 (0.670-1,304)	0.922 (0.660-1,288)
가구주 연령	64세 이하	1.104 (0.727-1,876)	1.160 (0.717-1,876)
가구주 배우자	없음	1,876 ⁺ (1,007-2,105)	1,469 ⁺ (1,011-2,136)
가구원 수		0.942 (0.813-1,092)	0.951 (0.820-1,101)
6세 이하 아동수		0.939 (0.688-1,282)	0.941 (0.689-1,286)
65세 이상 노인수		1.026 (0.757-1,390)	1.088 (0.806-1,469)
사회경제적 특성			
건강보험	의료급여	2,730 ⁺ (1,829-4,076)	2,723 ⁺ (1,824-4,067)
가구주 전문대 재학 이상	고졸 이하	0.968 (0.726-1,291)	0.955 (0.714-1,278)
가구주 취업	미취업	0.692 ⁺ (0.521-0,920)	0.684 ⁺ (0.513-0,913)
가구 월평균 소득(만원)		0.995 ⁺ (0.993-0.996)	0.995 ⁺ (0.993-0.996)
건강관련 특성			
장애인 수		2,065 ⁺ (1,512-2,821)	1,983 ⁺ (1,438-2,734)
가구원의 주관적 건강	보통 초과	2,143 ⁺ (1,587-2,893)	2,110 ⁺ (1,561-2,854)
만성질환 수		1,218 ⁺ (1,100-1,350)	
순환기계 질환	없음		0.976 (0.748-1,273)
내분비계 질환	없음		1,518 ⁺ (1,116-2,064)
근골격계 질환	없음		1,019 (0.769-1,352)
암	없음		1,564 (0,868-2,817)
기타 질환	없음		1,544 ⁺ (1,272-1,873)

* 가구 과부담의료비 지출 발생은 가계 내 총 소득에서 건강보험료를 제외한 보건의료비 지출의 비중이 10%를 넘을 때로 정의함

+ p<0.05

비수급자인 경우(교차비=2.730, 2.723), 가구주가 미취업인 경우(교차비=0.692, 0.684), 가구 내 총 경상소득이 만원 단위로 낮아질수록(교차비=0.995, 0.995), 가구 내 장애인 수가 많을수록(교차비=2.065, 1.983), 가구원의 주관적 건강상태가 좋지 않은 경우(교차비=2.143, 2.110), 만성질환의 수가 많을수록(교차비=1.218), 내분비계 질환이 있는 경우(교차비=1.518)와 기타 질환이 있는 경우(교차비=1.536)에서 그렇지 않은 경우보다 통계적으로 유의하게 과부담의료비 지출 발생이 높았던 것으로 나타났다(p<0.05).

3. 가구 과부담의료비 지출의 반복적 발생에 영향을 미치는 요인

과부담의료비 지출 발생을 T/X가 10% 이상이라고 정의했을 때, 2008년에 과부담의료비 발생가구는 3,665가구 중 595가구¹⁾로 이중 2010년 조사에 응답한 가구는 총 485가구였다. 층화추출로 인하여 발생하는 가중치로 보정했을 때, 2010년 조사에 응답한 2008년 과부담의료비 발생가구는 359가구인 것으로 나타났다(표 6). 이 359가구 중, 층화추출로 인하여 발생하는 가중치로 보정했을 때 약 41.78%인 150가구에서 2010년에도 과부담의료비가 발생했고, 58.22%인 209가구는 발생하지 않았다.

표 6. 가구 과부담의료비 지출의 반복적 발생 현황

	2010년 T/X* ≥ 10%	2010년 T/X* < 10%	총계
2008년 T/X* ≥ 10%	150(41.78%)	209(58.22%)	359(100%)
2008년 T/X* < 10%	205(8.25%)	2,279(91.75%)	2,484(100%)
총 계	355(12.49%)	2,488(87.51%)	2,843(100%)

* T/X : 건강보험료를 제외한 보건의료비 지출(T)/총 소득(X)

표 7은 2008년도에 과부담의료비 지출이 발생한 359가구 중 2010년에 과부담의료비 지출이 재발한 가구와 재발하지 않은 가구의 특성을 비교하여 제시하였다. 각 특성에 따라 t-검정 및 카이제곱 검정을 통하여 두 군의 차이의 통계적 유의성을 확인한 바에 따르면 반복적으로 과부담의료비 지출이 발생한 가구는 그렇지 않은 가구보다 가구주의 연령이 높은 가구가 통계적으로 유의하게 많았다(p<0.05). 또한, 6세 이하 아동이 있는 가구의 비율이 낮았고, 65세 이상 노인이 있는 가구는 많았다. 사회경제적 요인별로는 가구주가 미취업인 가구가 더 많았으며 가구 총 소득이 낮은 가구가 많았다. 건강관련 특성으로는 장애인이 있는 경우가 많았고, 암을 앓고 있는 가구원이 있는 가구가 많았다.

회귀분석으로 확인한 가구 과부담의료비 지출의 반복적 발생에 영향을 미치는 요인들을 표 8에 제시하였다. 앞 장에서와 같이 (1) 가구원이 앓고 있는 만성질환 수를 포함시킨 모형(모형 1)과 (2) 특정 질환을 앓고 있는지 여부를 포함시킨 모형(모형 2)의 두 가지 모형을 제시하였다. 분석 결과 2008년보다 2010년의 가구 내 총 소득이 감소할수록(교차비=0.995), 가구원이 앓고 있는 총 만성질환 수는 증가할수록(교차비=1.343), 2008년에 가구 내 장애인의 수가 많을수록(모형 2에서 교차비=1.695), 만성질환의 수가 많을수록(교차비=1.413), 가구 내 가구원이 암을 앓고 있는 경우(교차

1) 서울시 복지패널 1차 자료에서 해당가구는 595가구였으나, 가중치로 보정한 가구 수는 442가구였다.

표 7. 과부담의료비 지출 반복적 발생* 가구와 비발생 가구의 특성

특 성	전 체	발 생	비발생
전체 가구	359	150	209
인구학적 특성			
가구주 남성	69.51%	67.70%	70.80%
가구주 연령			
39세 이하	10.75%	3.43%	16.00%
40세-64세	37.40%	26.05%	45.55%
65세 이상	51.84%	70.51%	38.45%
가구주 배우자 있음	70.02%	66.72%	72.38%
가구원 수(평균, SD)	2.55(1.04)	2.24(0.93)	2.77(1.09)
6세 이하 아동 있음 [†]	7.89%	2.77%	11.57%
65세 이상 노인 있음 [†]	61.37%	79.68%	48.24%
사회경제적 특성			
의료급여	6.20%	6.37%	6.08%
가구주 고졸 이하	72.01%	76.64%	68.68%
가구주 취업 [†]	35.97%	22.71%	45.49%
가구 총 소득 [†]			
최저생계비 < 120%	40.50%	47.69%	35.35%
중위소득 < 60%	54.96%	65.51%	47.38%
중위소득 ≥ 60%	45.04%	34.49%	52.62%
2008년 월평균 균등화소득(만원, 평균(SD))	101.65(70.44)	86.82(61.75)	112.28(75.44)
2008년-2010년 월평균 균등화소득 증가(만원, 평균(SD))	3.79(59.08)	-6.92(47.09)	11.47(66.44)
건강관련 특성			
장애인 있음 [†]	23.13%	31.14%	17.38%
가구원의 주관적 건강상태 좋지 않음	71.64%	86.67%	60.86%
2008년 만성질환 개수(평균, SD)	1.89(1.33)	2.23(1.38)	1.51(1.18)
2008년과 2010년 간 만성질환 수의 변화			
감소	26.77%	21.42%	30.61%
변동 없음	37.53%	31.37%	41.95%
증가	35.70%	47.21%	27.44%
만성질환의 종류			
순환기계	43.07%	56.34%	33.55%
내분비계	26.84%	34.14%	21.60%
근골격계	34.18%	44.32%	26.91%
암 [†]	6.54%	9.49%	4.42%
기타 [†]	40.76%	48.78%	35.01%

* 가구 과부담의료비 지출 발생은 가계 내 총 소득에서 건강보험료를 제외한 보건의료비 지출의 비중이 10%를 넘을 때로 정의함

† p<0.05

비=3.814)에 반복적 과부담의료비 지출 발생위험이 유의하게 더 높다는 것을 확인하였다(p<0.05).

표 8. 가구 과부담의료비 지출의 반복적 발생*에 영향을 미치는 요인

특 성	reference	교차비 (95% 신뢰구간)	
		Model 1	Model 2
인구학적 특성			
가구주 성별(남성)	여성	1,230 (0,682-2,219)	1,204 (0,651-2,226)
가구주 65세 이상	64세 이하	1,111 (0,456-2,705)	1,072 (0,408-2,821)
가구주 배우자 있음	없음	0,816 (0,405-1,643)	0,873 (0,431-1,771)
가구원 수		0,810 (0,562-1,168)	0,848 (0,593-1,213)
6세 이하 아동 수		0,828 (0,324-2,118)	0,747 (0,296-1,886)
65세 이상 노인 수		1,352 (0,762-2,399)	1,568 (0,866-2,842)
사회경제적 특성			
의료보장유형: 건강보험	의료급여	1,742 (0,682-4,452)	1,892 (0,765-4,682)
가구주 전문대 재학 이상	고졸 이하	1,295 (0,690-2,433)	1,194 (0,629-2,267)
가구주 취업	미취업	0,890 (0,476-1,664)	0,851 (0,442-1,641)
가구 월평균 총 소득(만원)		0,997 (0,993-1,001)	0,997 (0,993-1,001)
가구 월평균 총 소득의 차 (만원, 2010년-2008년)		0,995 [†] (0,991-0,999)	0,995 [†] (0,991-0,999)
건강관련 특성			
장애인 수		1,513 (0,887-2,580)	1,695 [†] (1,003-2,867)
가구원의 주관적 건강 보통이하	보통 초과	1,485 (0,753-2,931)	1,508 (0,782-2,907)
만성질환 수		1,413 [†] (1,140-1,752)	
만성질환 수의 차(2010년-2008년)		1,343 [†] (1,094-1,648)	
순환기계 질환	없음		1,335 (0,783-2,276)
내분비계 질환	없음		1,563 (0,901-2,713)
근골격계 질환	없음		1,448 (0,870-2,410)
암	없음		3,814 [†] (1,412-10,304)
기타 질환	없음		1,244 (0,895-1,730)

* 가구 과부담의료비 지출 발생은 가계 내 총 소득에서 건강보험료를 제외한 보건의료비 지출의 비중이 10%를 넘을 때로 정의함

† p(0,05)

IV. 고찰 및 결론

본 연구에서는 2008년과 2010년 서울시복지패널 자료를 이용하여 서울시 가구의 과부담의료비 지출의 단면적 발생과 반복적 발생의 현황 및 영향요인을 확인하였다. 2008년 자료에 따르면 가구 과부담의료비 지출의 발생률은 역치로 제시된 총 소득에서 건강보험료를 제외한 보건의료 지출의 비중(T/X)이 10% 및 20% 이상인 가구가

각각 12.07%와 5.34%였다. 또, 식비를 제외한 총 소득에서 건강보험료를 제외한 보건 의료 지출의 비중(T/Y)이 25% 및 40% 이상인 가구가 전체의 6.82%와 4.44%였다. 본 연구의 과부담의료비 지출 발생률과 선행연구의 발생률간의 직접 비교는 연구들 간에 연구 대상 및 과부담의료비 지출 발생의 기준이 서로 달랐기 때문에 용이하지 않았다. 선행연구들에서도 보고한 발생률과 다른 연구들의 결과 간에 일관성이 있는지의 여부보다는 취약계층과 일반계층 간의 발생률을 비교하는데 의의를 두는 경우가 많았다. 선행연구 중 연구의 설계 상 본 연구와 가구 과부담의료비 지출의 발생률을 비교할 만한 연구는 송은철 등(2010)의 연구와 이해재(2011)의 연구였다. 송은철 등(2010)의 연구는 2006년 한국 복지패널 자료를 이용하였는데, 역치를 식비를 제외한 가처분 소득 중 보건의료비 지출의 비중(T/Y)이 20%와 40%일 때로 정의했을 때 발생률은 각각 13.9%와 7.3%로 본 연구보다 높았다. 본 연구에서는 과부담의료비 지출을 정의할 때 가처분 소득 대신 직접세와 사회보장기금을 제외하지 않은 경상소득을 사용하였기 때문에 상대적으로 발생률이 낮게 추계된 것으로 보인다. 이해재(2011)의 연구에서 2008년도 상반기의 의료패널 자료를 분석한 결과, 역치로 가구 총 소득 중 보건의료비 지출의 비중(T/X)이 10%와 20%일 때로 정의했을 때, 발생률은 각각 13.6%와 6.2%로 본 연구와 비슷하거나 조금 높았다.

층화분석 결과, 보건의료의 사각지대에 있는 취약계층인 노인 가구, 장애인 가구와 저소득 가구는 그렇지 않은 가구에 비하여 과부담의료비 지출이 현저히 많이 발생한 것으로 나타났다. 이 중 노인 가구를 제외한 장애인 가구와 저소득 가구는 다른 영향요인들을 통제한 후에도 과부담의료비 지출 발생의 유의한 영향요인이었다. 특히 총 소득이 최저생계비 120% 미만인 476가구(2008년 자료 기준) 중 약 25%가 식비를 제외한 총 소득 중 40% 이상을 보건의료비로 지출하고 있는 것으로 나타났다.

과부담의료비 지출 발생에 영향을 미치는 요인으로는, 가구주의 동거하는 배우자가 있는 경우, 의료급여 비수급자인 경우, 가구주가 미취업인 경우, 가구 소득이 낮을수록, 가구 내 장애인의 수가 많을수록, 가구원의 주관적 건강상태가 낮은 경우, 가구원이 앓고 있는 만성질환의 수가 많을수록 과부담의료비 지출이 유의하게 많이 발생했다. 전반적으로 사회적 기반이 약하거나 건강상태가 좋지 않은 취약계층에서 과부담의료비 지출이 더 많이 발생하는 것으로 보인다.

다른 요인들을 통제했을 때, 가구주가 배우자와 동거하는 가구는 그렇지 않은 가구에 비하여 과부담의료비 지출위험이 약 1.469에서 1.876배 더 높았다. 국내의 선행연구들에서도 같은 결과를 보고하였다(이원영·신영전, 2005; 손수인 등, 2010; 이지연, 2012). 이원영·신영전(2005)은 편모나 편부 가정의 경우 경제적, 시간적 제한으로 미

충족 의료 수요가 존재할 가능성이 있다고 해석하였다. 이는 배우자가 없는 사람은 배우자가 있는 사람보다 미충족 의료 경험 확률이 2.017배 높았다고 보고한 신현웅 등(2010)의 연구와도 일치하는 결과이다.

의료급여 비수급가구의 경우 의료급여 수급가구에 비하여 과부담의료비 지출 발생이 3배 가까이 더 높았다. 정도의 차이는 있었으나 국내의 선행연구들(김학주, 2008; 손수인 등, 2010; 이해재, 2011; 이지연, 2012)도 비슷한 결과를 보고하였다. 의료급여 수급자의 본인부담률이 건강보험 가입자에 비하여 낮기 때문에 과부담의료비 지출 발생도 낮게 나타나는 것으로 보인다. 그러나 차상위계층의 의료비 부담은 높은 상태인 것으로 보인다. 가구 총 소득이 최저생계비 120% 미만인 가구 중에서 과부담의료비 지출($T/Y \geq 40\%$)이 발생한 가구는 24.71%, 중위소득 60% 이상인 가구의 발생률은 1.30%(2008년 조사)로, 저소득층 가구 중 의료급여 수급가구를 제외한다면 두 군 간의 과부담의료비 지출 발생률의 차이는 더 심해질 것으로 보인다. 의료급여 혜택을 받지 못하는 차상위계층은 소득 수준이 낮아 의료비 부담으로 인하여 빈곤에 빠질 위험이 매우 높으므로 의료비 부담을 경감시킬 수 있는 대안이 정책적으로 고려되어야 할 것이다. 또한, 다른 요인들을 통제했을 때 가구원 중 장애인이 있는 가구는 그렇지 않은 가구보다 과부담의료비 지출 발생이 약 2배 증가하는 것으로 나타나 장애인의 의료보장제도의 실효성을 높일 필요가 있을 것으로 보인다. 이와 관련한 의료안전망에 대한 논의가 최근 활발하게 진행되고 있으며(김창엽, 2009; 신영전, 2009), 보다 구체적인 정책 제안을 위해서는 별도의 정책 연구가 수행되어야 할 것이다.

가구 내 만성질환 유무에 따라서 가구원 중에 내분비계와 근골격계, 암 환자가 있는 경우 과부담의료비 지출 발생이 높았던 반면, 순환기계 환자가 있는 가구는 발생위험이 낮았다. 이지연(2012)의 연구에서도 비슷한 결과가 보고되었는데, 일반 가구에서는 순환기계 환자의 유무가 과부담의료비 지출 발생에 영향을 미치지 않았으나, 저소득 가구에서만 순환기계 환자가 있는 경우에 발생위험이 낮았다고 하였다. 이는 질병의 특성에 따른 것으로 추측할 수 있으나 어떤 기전에 의한 효과인지를 확인하기 위하여 향후의 연구 및 고찰이 필요하다.

2008년에 과부담의료비 지출이 발생한 가구 중 2010년에 과부담의료비 지출의 반복적 발생률은 10%를 기준으로 했을 때 41.78%인 것으로 나타났다. 반복적 과부담의료비 지출의 발생률을 보고한 이해재(2011)와 이지연(2012)의 연구에서의 결과는 각각 49.67%와 44.54%로 본 연구보다 약간 높은 수준이었다. 과부담의료비 지출의 재발과 관련된 요인으로는 2008년에 비하여 2010년의 가구 소득이 낮아지거나 가구원이 앓고 있는 만성질환 수가 증가할수록, 2008년 기준으로 가구원 중에 장애인 수와 만성질환

의 수가 많을수록, 가구원이 암을 앓고 있는 경우 등이 있었다. 이지연(2012)의 연구에서도 저소득 가구와 일반 가구의 층화분석에서 저소득 가구의 재발률이 일반 가구보다 높았으며, 만성질환의 수가 많거나 증가한 가구, 즉 의료 필요가 높은 가구에서 과부담의료비 재발 위험이 더 높다고 보고하였다. 이는 소득 수준이 낮거나 건강상태가 좋지 않은 계층에서는 과부담의료비가 재발할 가능성 역시 높다는 점을 시사하고 있다.

특히 암을 앓고 있는 가구원이 있는 경우 향후 과부담의료비 지출 발생의 가능성이 높다는 점에 대해서는 주의 깊은 해석이 필요하다. 2008년 자료에서는 암환자가 있는 가구의 과부담의료비 지출 발생이 그렇지 않은 가구보다 1.564배 높은 것으로 나타났으나 이는 통계적으로 유의하지 않았다. 본 논문에는 포함되지 않았으나, 2010년 자료에 따르면 암환자가 있는 가구의 과부담의료비 지출 발생은 2-4배로 증가했고 통계적인 유의성을 보였다. 또한, 2008년에 암환자가 있던 과부담의료비 지출 가구에서 2010년에 반복적으로 과부담의료비 지출이 발생할 가능성은 암환자가 없는 가구에 비하여 3.814배로 나타났다. 이는 다른 질환과는 달리 암환자의 의료비 부담금이 연차가 높아질수록 증가했기 때문일 가능성이 있다. 최근 정부에서는 보장성 강화정책으로 암환자의 본인부담금을 10%에서 5%로 낮추었다. 이 정책이 지난 2009년 12월부터 시행되었고 본 연구에서 2010년 자료가 2009년 한 해 동안의 의료비 지출 현황에 대한 조사결과라는 점을 감안할 때, 본 연구를 통하여 보장성 강화정책에 의한 암환자의 본인부담 경감에 대한 영향을 예측할 수는 없었다. 이는 차후에 추가적인 연구를 통해서 확인될 수 있을 것이다.

기존의 연구들이 전국적인 자료원을 활용하여 수행되었던 반면, 본 연구에서는 서울시 가구로 연구대상을 국한함으로써 대도시 가구의 과부담의료비 발생 현황을 확인하고자 하였다. 본 연구의 2008년 자료에서 대상 가구의 특성을 2007년 한국 복지패널 자료(이지연, 2012)와 비교했을 때, 서울시 가구는 가구주의 연령이 다소 낮고(39세 이하, 27.35%와 24.87%), 교육수준이 높았고(전문대 재학 이상, 52.01%와 32.48%), 가구 내 장애인이 없는 경우가 많았으나(91.85%와 83.58%), 가구주 미취업률은 더 높았고(34.03%와 25.82%), 주관적 건강상태는 낮았다(보통 초과, 67.34%와 79.61%). 서울시와 전국 자료 간의 변이의 현황과 이로 인한 과부담의료비 발생의 추이는 향후 연구에서 깊이 있게 살펴볼 필요가 있으나, 본 연구는 서울시 가구의 실태를 파악하는 것을 목표로 하였다.

본 연구는 과부담의료비와 관련한 선행연구에 비해 다음과 같은 점에서 차별화된다. 첫째, 2차에 걸쳐서 수집된 서울시 복지패널 자료를 이용함으로써 단면적인 과부담의료비 지출 발생 뿐 아니라 반복적 발생의 현황과 영향요인을 확인할 수 있었다. 둘째, 가

구원이 앓고 있는 만성질환의 종류 별로 과부담의료비 지출 발생의 변이가 있는지를 확인할 수 있었다. 셋째, 본 연구는 서울시 가구의 과부담의료비 발생 현황을 파악한 첫 연구로서 서울시의 의료관련 복지정책에 기초자료로서 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

참 고 문 헌

- 김윤희, 양봉민. 경제수준에 따른 우리나라 과부담의료비 지출 추이 분석. 보건경제와 정책연구 2009; 15(1): 59-77.
- 김창엽. 의료안전망 확보를 위한 정책과제. 보건복지포럼 2009; 155: 2-3.
- 김학주. 빈곤층의 의료비지출 과부담에 관한 연구: 의료급여 수급여부를 중심으로, 한국 사회 2008; 9(1): 229-254.
- 손수인, 김창엽, 신영전. 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인, 보건사회연구 2010; 30(1): 92-110.
- 송은철, 신영전. 과부담의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향. 예방의학회지 2010; 43(5): 423-435.
- 신영전. 의료안전망의 재구성과 정책과제. 보건복지포럼 2009; 155: 17-28.
- 신현웅, 신영석, 황도경, 윤필경. 의료비 과부담의 빈곤에 미치는 영향. 한국보건사회연구원; 2010.
- 영국 Department of Work and Pensions 홈페이지. Households Below Average Income. 2012. Available from: URL: <http://research.dwp.gov.uk/asd/index.php?page=hbai>
- 이원영, 신영전. 도시가계의 소득계층별 과부담의료비 실태, 사회보장연구 2005; 21(2): 105-133.
- 이지연. 가구 과부담의료비 반복지출에 영향을 미치는 요인[석사학위 논문]. 서울: 서울대학교 대학원; 2012.
- 이태진, 양봉민, 권순만, 오주환, 이수형. 보건의료 비용 지출의 형평성, 보건경제연구 2003; 9(2): 25-34.
- 이혜재. 우리나라 가구 과부담의료비의 발생 및 재발과 관련된 요인: 한국의료패널 자

료를 이용한 패널 분석. 제 3회 한국의료패널 학술대회 자료집. 서울: 국민건강보험공단·한국보건사회연구원; 2011.

한국복지패널. 한국복지패널 4차년도 조사자료 User's Guide. 2009. Available from: URL :<http://www.koweps.re.kr/>.

Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. *BMC Health Services Research* 2009; 9: 69-77.

Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(8): 612.

OECD. OECD Health Data 2011. Available from: URL: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html

OECD iLibrary. OECD Social Indicators. 2012. Available from: URL:http://www.oecd-ilibrary.org/sites/soc_glance-2008-en/06/02/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/soc_glance-2008-17-en&containerItemId=/content/serial/19991290&accessItemIds=/content/book/soc_glance-2008-en&mimeType=text/html.

Ranson MK. Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: Current experiences and challenges. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(8): 613-621.

van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al, Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics* 2007; 16(11): 1159-1184.

Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993-98. *Health Economics* 2003; 12: 921-934.

Waters HR, Anderson GF, Mays J. Measuring financial protection in health in the United States. *Health Policy* 2004; 69(3): 339-349.

Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362(11): 1-7.

Xu K, Distribution of health payments and catastrophic expenditure methodology. 2005. World Health Organization. Available from: URL: http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_05_2-distribution_of_health_payments.pdf.

Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. Health Policy 2009; 94: 26-33.