

여성독거노인가구의 과부담 의료비 지출에 관한 연구

The Financial Burden of Catastrophic Health Expenditure
Among Older Women Living Alone

한국소비자교육지원센터
선임연구원 신 세 라*

Korean Institute for Consumer Education
Research Associate Shin, Serah

〈목 차〉

- | | |
|------------|-------------|
| I. 서론 | IV. 연구결과 |
| II. 이론적 배경 | V. 결론 및 시사점 |
| III. 연구방법 | 참고문헌 |

〈Abstract〉

Older women who live alone are among society's most vulnerable people, since they experience increased risk of multiple chronic diseases and have limited financial protection. This can lead older women living alone to catastrophic health expenditure(CHE), which is defined as a healthcare expenditure that exceeds a certain portion of a household's ability to pay. Using the Korean Longitudinal Study of Ageing(KLoSA), this study investigated the incidence of CHE among older women living alone and identified the factors related to this incidence. Applying health expenditure thresholds of 10%, 20%, 30% and 40% of ability to pay, the proportions of those with CHE were 41.3%, 22.9%, 14.6%, and 9.4%, respectively. Logistic regression models were used to identify factors related to CHE incidence, which include demographics, income, the number of chronic diseases, perceived health status, and health insurance type. The results show that the health care safety net in South Korea is insufficient for older women living alone. The findings can guide policymakers in improving healthcare and welfare policies to protect people from catastrophic payments. Particularly, welfare policies should be established for poor non-recipients who are not included within the benefits scope of the National Basic Livelihood Security System due to the unrealistic criteria of income recognition and family support obligation.

Key Words : 여성독거노인가구(older women living alone), 과부담 의료비(catastrophic health expenditure), 의료접근성(financial access to healthcare), 만성질환(chronic diseases)

* 주저자, 교신저자: 신세라(serah.shin3@gmail.com)

I. 서론

현재 우리나라 사람들의 기대수명은 남성이 79.3세, 여성이 85.4세이다(통계청, 2017). 평균적으로 여성이 남성에 비해 6년 이상 오래 산다. 여성독거노인이 많을 수밖에 없는 이유이다. 실제로 2017년도 노인실태조사에 따르면 남성노인의 85.3%가 유배우자 상태인 것에 비해, 여성노인의 경우는 47.2%에 불과하여 큰 차이를 보이고 있다. 또한 남성노인에게 있어 독거가구는 10.8%인데 비해, 여성노인의 경우는 33.0%로 약 3배에 달한다. 즉 여성노인에게 독거는 노년기에 예상해야 하는 흔한 가구형태의 하나가 되어가고 있다(한국보건사회연구원, 2017).

일반적으로 노인들은 경제적 상황이나 건강상태에 있어서 많은 어려움을 겪게 되는데, 특히 여성독거노인은 사회경제적, 제도적 측면에서 지지기반이 약하고 건강상태를 포함한 삶의 질이 전반적으로 취약하다(이윤정, 2012). 석재은과 임정기(2007)의 연구에 따르면 여성노인의 빈곤율(41.2%)이 남성노인(31.2%)보다 높은 것으로 나타났다. 김희경, 이현주와 박순미(2010)의 연구에서는 여성독거노인의 85.8%가 월소득 50만원 미만이었으며, 64.6%는 정부나 구청의 지원이 주 수입원이라고 답해 이들이 경제적으로 매우 빈곤한 상황에 있음을 보여주었다.

여성독거노인의 삶의 질이 낮다는 것은 비단 경제적 수준뿐 아니라 건강상태에서도 잘 드러난다. 2017년도 노인실태조사 결과를 보면, 여성노인의 만성질환 유병률(92.6%)이 남성노인(85.4%)보다 더 높았으며, 만성질환을 2개 이상 갖고 있는 복합만성질환 유병률 또한 여성노인(79.5%)이 남성노인(64.1%)보다 높았다. 노인독거가구의 복합만성질환 유병률(82.4%)은 노인부부가구(69.5%)에 비해 훨씬 높았다(한국보건사회연구원, 2017).

문제는 여성독거노인이 상대적으로 좋지 못한 경제 및 건강상태에 있음에도 불구하고, 의료접근성에서도 불평등한 지위에 있는 경우가 많다는 사실이다. 김수정과 허순임(2011)의 연구에서는 여성 가구

주와 가구주의 연령이 높을수록 진료비 부담 때문에 의료이용을 포기한 경험이 높아지는 것으로 나타났다. 문정화와 강민아(2016)의 연구에서는 독거노인의 25.7%는 진료가 필요하지만 경제적 이유 등으로 진료를 받지 못한 경험이 있는 것으로 나타났는데, 이는 비독거노인(19.1%)에 비해 상당히 높은 비율이었다. 특히 여성독거노인은 독거, 노인, 그리고 여성이라는 취약계층 인자를 다수 가진 복합적인 취약계층으로서, 의료접근성에 있어서도 남성에 비해 취약한 것으로 분석되었다.

가계에 부담이 되는 의료비가 발생할 위험은 누구에게나 항상 존재한다. 하지만 경제적 측면과 건강상태에서 동시에 취약함을 가진 여성독거노인에게 그 확률은 더욱 높아진다. Wagstaff(2002)는 의료비의 부담에 대해 세 가지 원칙을 언급하고 있는데, 첫째, 의료비 부담은 소득 역진적이어서는 안 되며, 둘째, 의료비 지출이 소득의 일정비율을 초과해서도 안 되며, 마지막으로 의료비로 인하여 가구가 빈곤이 심화되거나 빈곤층으로 전락해서는 안 된다는 것이다. 이 가운데 두 번째 원칙은 가구의 의료비 부담정도를 측정하는 지표의 하나인 과부담 의료비의 개념과 연결된다. 과부담 의료비란 가구의 지불능력에 비해 의료비 지출이 일정 수준을 넘어선 경우를 의미한다(이해재·이태진, 2012).

의료비의 과부담 여부를 결정하는 데에는 두 가지 요소가 주요하게 작용하는데, 첫째는 과도한 본인부담 의료비의 지출이고, 둘째는 가구의 경제적 능력이다. 같은 수준의 의료비 지출이라 하더라도 고소득 가구에 비해 저소득가구에서 느끼는 부담이 더 크기 때문에, 의료비의 부담정도는 가구의 지불능력과 의료비 지출을 같이 고려하여 상대적으로 측정되어야 한다. 많은 기존 연구들에서 과부담 의료비의 개념을 이용해 가구의 의료비 부담을 측정하고 있는데, 이는 한 가구의 의료비 지출이 가구소득이나 생활비의 일정 비율을 넘는 것이 바람직하지 않음을 전제로 한다. 이들 연구들은 주로 일반가구를 대상으로 우리나라의 전반적인 과부담 의료비 발생현황을 분석

하거나(김교성·이현옥, 2012; 김윤희·양봉민, 2009; 서남규 외, 2015; 이원영·신영진, 2005; 이태진·이혜재·김윤희, 2012; 이혜재·이태진, 2012; 최정규 외, 2011), 저소득가구에 관심을 두어 의료서비스의 접근성이나 형평성을 논하는 방향에서 주로 이루어져왔다(김수정·허순임, 2011; 김학주, 2008; 손수인·김창엽·신영진, 2010). 최근 들어 노인가구의 과부담 의료비 발생을 분석하는 연구들이 이루어지기 시작했는데, 장애노인가구(노승현, 2012), 중고령자가구(박진영·정기택·김용민, 2014)에 대한 분석이 이루어진 바 있다.

그러나 다수의 선행연구에도 불구하고 여러 형태의 가구유형 중 경제적 수준과 건강상태에서 가장 취약하다고 할 수 있는 여성독거노인을 대상으로 과부담 의료비 발생을 분석한 연구는 이루어지지 않고 있다. 여성독거노인과 관련한 기존 연구들을 보면 경제적 수준이나 전반적인 삶의 질 등을 평가한 연구들은 간혹 이루어지고 있으나, 과부담 의료비 발생에 대한 연구는 미흡하다. 이에 본 연구는 고령화연구패널의 자료를 이용하여 여성독거노인가구의 과부담 의료비 발생률을 추정하고, 이에 영향을 주는 요인을 함께 규명하였다. 아울러 다른 가구유형을 대상으로 이루어진 기존 연구결과와의 비교를 통해 여성독거노인가구의 상대적 취약성을 보여주었다.

II. 이론적 배경

1. 과부담 의료비 개념과 측정

과부담 의료비(catastrophic health expenditure)는 가구의 지불능력과 비교하여 의료비 지출이 일정 수준을 넘어서는 경우로 정의된다(Berki, 1986; Wagstaff & van Doorslaer, 2003). 이는 의료비 지출이 가계의

경제적 능력과 비교하여 상대적으로 높은 것을 의미하며, 의료비가 단순히 일정 수준을 초과하여 발생하였음을 의미하는 고비용과는 개념적으로 차이가 있다(Wyszewianski, 1986). 과부담 의료비는 중증질환 등과 같이 고액의 의료비 지출이 있는 경우에만 발생하는 것으로 생각하기 쉬우나, 금액의 크기로는 적은 수준의 지출이더라도 저소득가구에서는 가계에 큰 부담으로 다가올 수 있다(Wyszewianski, 1986). 과부담 의료비의 발생 여부는 주로 각 가구의 지불능력 대비 의료비의 비율을 계산하여 일정 수준 이상일 경우, 과부담 의료비가 발생한 것으로 판단하지만, 그 산정방법이나 기준점에 대해서는 연구자에 따라 견해가 다르다.

과부담 의료비 계산과정에서 분모에 해당하는 가구의 지불능력을 어떻게 정의할 것인가는 중요한 이슈이다. Xu et al.(2003)은 가구의 소비지출에서 중위평균 식료품비¹⁾를 제한 값을 가구의 지불능력으로 정의하였다. 반면 Wagstaff & van Doorslaer(2003)는 가구소득에서 실제 식료품비 지출을 제한 값을 지불능력으로 정의하였다. 두 방법은 각각 한계점이 있는데, 중위평균 식료품비를 제한하는 Xu et al.(2003)의 방식은 해당 국가에서 필수적으로 지출되는 식료품비를 표준화시키는 의미를 가지고 있어 저소득층의 지불능력을 줄이는 효과가 있는 반면, 실제 발생한 식료품비를 제한하는 Wagstaff & van Doorslaer(2003)의 방식은 저소득층의 실제 지불능력을 과대평가할 가능성이 있다(서남규 외, 2015). 또한 Xu et al.(2003)의 방식은 필수적 식료품비가 소득계층에 상관없이 동일해야 한다고 가정하는 것으로, 각 가구의 실제 부담정도를 파악하려면 각 가구에서 실제로 지출한 식료품비를 차감하는 것이 타당하다는 의견도 있다(김태일·허순임, 2008). 연구에 따라서는 식료품비를 제하지 않은 가구총소득을 지불능력으로 정의하는 경우도 있는데, 이 경우 분모가 커짐으로 인해서 과부담 의료비가 과소추정될 수 있으므로 발생 여부

1) Xu et al.(2003)에서 중위평균 식료품비는 총 소비지출 가운데 식료품비의 지출비중이 45-55분위에 있는 가구의 식료품비를 평균한 금액으로 산정된다.

를 판단하는 기준을 더 낮게 설정하기도 한다(이태진 외, 2003; 이혜재 · 이태진, 2012; Wagstaff & van Doorslaer, 2003).

분자에 해당하는 의료비를 어떤 항목까지 포함할 지 또한 연구에 따라 달라진다. 직접적인 의료비 지출 외에 안경이나 콘택트렌즈, 건강보조식품, 교통비, 간병비 등 간접비용은 연구에 따라 포함되기도 하고(김교성 · 이현옥, 2012; 박진영 외, 2014; 최정규 외, 2011), 포함되지 않기도 한다(서남규 외, 2015; 이태진 외, 2012; 이혜재 · 이태진, 2012; WHO, 2005). 따라서 연구들 간의 비교가능성을 염두에 둔다면, 개별 연구에서는 어떤 항목이 포함되었는지를 구체적으로 명시해야 하며, 통일된 산정방법을 적용할 필요가 있다.

과부담 의료비 관련 논의에서는 과부담 의료비가 발생하였다고 판단하는 기준점, 즉 역치를 어느 수준에서 설정할 것인가도 매우 중요한 문제인데, 연구에 따라 5%~40%까지 다양한 기준을 적용하고 있다. 세계보건기구(WHO, 2005)에서는 가구의 총 소비지출 중 식료품비를 제외한 금액 대비 의료비 지출이 40%를 초과하는 경우를 과부담 의료비가 발생한 것으로 정의하고 있는데, 이는 많은 연구에서 보편적으로 사용되는 기준 중 하나이다(김교성 · 이현옥, 2012; 김윤희 · 양봉민, 2009; 서남규 외, 2015; 손수인 외, 2010). Xu et al.(2003)은 가구의 소비지출에서 중위평균 식료품비를 제한 값을 가구의 지불능력으로 정의하고, 역치기준을 40%로 설정하였다. 반면 Wagstaff & van Doorslaer(2003)는 가구의 소비총지출에서 식료품비를 제한 값과 제한하지 않은 두 경우에 대해 각각 과부담 의료비를 산정하였는데, 식료품비를 제한 경우에는 역치를 10%, 15%, 20%, 25%, 30%, 40%로 설정하였고, 식료품비를 제한하지 않은 경우에는 그보다 낮은 2.5%, 5%, 10%, 15%를 적용하였다. 국내 연구에서도 과부담 의료비의 추정 방법에 대해 명확하게 합의된 기준은 없으며, 자료원의 특성에 따라 지불능력이나 의료비를 다르게 정의하고, 선행연구와의 비교가능성을 위해 여러 수준의

역치기준을 동시에 제시하는 것이 일반적이다(이혜재 · 이태진, 2012).

2. 선행연구 고찰

과부담 의료비와 관련하여서는 이태진 외(2003)의 연구를 시작으로 다양한 자료원과 분석방법을 활용하여 과부담 의료비 발생을 분석하는 연구들이 지속적으로 이루어져 왔다. 이들 연구들은 우리나라 가구의 과부담 의료비 발생률을 전반적으로 분석하거나(김윤희 · 양봉민, 2009; 서남규 외, 2015; 이원영 · 신영진, 2005), 발생률에 영향을 주는 요인을 규명하였다(김교성 · 김현옥, 2012; 노승현, 2012; 박진영 외, 2014; 이태진 외, 2012; 이혜재 · 이태진, 2012). 또한 의료정책의 변화가 과부담 의료비 발생에 미치는 영향을 분석하거나(최정규 외, 2011), 저소득가구에 관심을 두어 의료서비스의 접근성이나 형평성을 논하는 방향에서 주로 이루어져왔다(김수정 · 허순임, 2011; 김태일 · 허순임, 2008; 김학주, 2008; 손수인 외, 2010).

이태진 외(2003)는 도시가계조사 2000년 자료를 사용하여 우리나라 가구의 과부담 의료비 현황을 살펴보았다. 해당 연구에서는 Wagstaff & van Doorslaer(2003)의 방법을 적용하여 가구의 지불능력을 두 가지로 정의하였다. 식료품비를 제한하지 않은 가구총지출을 지불능력으로 보았을 때, 보건의료비가 가구총지출의 5%를 넘는 가구의 비율은 20.9%였으며, 역치기준을 10%와 15%로 설정한 경우, 그 비율은 각각 10.4%, 6.1%로 나타났다. 반면 가구총지출에서 식료품비를 제한 값을 지불능력으로 보았을 경우, 역치기준 5%, 10%, 15%, 25%에 대해 과부담 의료비의 발생률은 각각 27.7%, 15.5%, 9.8%, 4.8%로 높아졌다.

이원영과 신영진(2005)은 1998년과 2002년의 도시가계조사 자료를 사용하여 과부담 의료비 발생률을 분석하였는데, 가구의 소비총지출에서 식료품비를 제한 금액을 지불능력으로 보아 과부담 의료비 발생을 분석하였다. 해당 연구에서는 소득계층에 따

라 과부담 의료비 발생위험이 어떻게 달라지는지를 고찰하였는데, 최상위 소득계층에 비해 최하위 소득계층에서 그 위험이 유의하게 높았다. 또한 우리나라의 과부담 의료비 발생률은 1998년과 비교하여 2002년에 전반적으로 높아진 것으로 보고되었다. 지불능력 대비 의료비의 비율이 20%가 넘는 가구는 1998년 5.3%에서 2002년 6.4%로 증가하였으며, 역치를 25%와 30%로 설정하였을 때, 그 비율은 각각 2.8%에서 4.0%, 1.9%에서 2.4%로 높아졌다. 소득계층 이외에 가구원 수가 적을수록, 노인가구원 수가 많을수록 과부담 의료비 발생률이 유의하게 높아지는 것으로 나타났다.

김학주(2008)는 빈곤층을 대상으로 과부담 의료비 발생률과 그 영향요인을 분석하였다. 이 연구에서는 가구의 가처분소득을 지불능력으로 보아 과부담 의료비 발생을 분석하였다. 빈곤층에서 의료급여 수급 여부는 의료비 부담률을 좌우하는 매우 중요한 요인이었는데, 빈곤층에 속하지만 의료급여의 혜택을 받지 못하는 가구가 과부담 의료비 발생에 가장 취약한 집단으로 나타났다. 또한 빈곤층 가운데 가구주 연령이 65세 이상인 노인가구와 다수의 만성질환을 보유한 가구에서 의료비 지출에 따른 부담이 매우 높은 것으로 보고되었다.

김윤희와 양봉민(2009)은 1982년~2005년의 통계청 가계조사자료를 이용하여 우리나라 가구의 과부담 의료비 발생률 변화를 시계열로 분석하였다. 이 연구에서는 가구의 소비총지출에서 중위평균 식료품비를 일괄적으로 제한 값을 가구의 지불능력으로 정의한 Xu et al.(2003)의 방법을 적용하였다. 이때 중위평균 식료품비는 가구의 소비총지출 대비 식료품비 비중이 45~55분위에 속하는 가구의 평균 식료품비로 계산된다. 이 연구에서는 가구의 지불능력 대비 의료비의 비중이 40% 이상인 경우를 과부담 의료비가 발생한 것으로 정의하였다. 분석결과에 따르면 전체 가구에서 과부담 의료비가 발생한 가구의 비율은 1982년의 3.6%에서 2000년 1.6%까지 지속적으로 감소하였으나, 2000년 이후 다시 증가하기 시작하여

2005년에는 2.2%로 높아졌다.

김태일과 허순임(2008) 또한 1985년~2005년의 통계청 가계조사자료를 이용하여 소득계층별 의료비 지출의 변화를 시계열로 분석하였다. 가구의 지불능력은 소비총지출에서 실제 식료품비를 제한 값으로 정의하였으며, 역치기준은 40%로 설정하였다. 분석결과에 따르면 과부담 의료비는 주로 저소득 계층에서 발생하는 것으로 나타났는데, 2005년 기준 과부담 의료비 발생률은 전체 가구를 대상으로 하면 0.9%이나, 최저소득계층에서는 그 확률이 5%로 높아졌다.

손수인 외(2010)는 한국복지패널 2006년 자료를 활용하여 일반가구와 저소득가구를 구분하여 과부담 의료비의 발생률을 비교분석하였다. 해당 연구에서는 지불능력을 가구총지출에서 식료품비를 제한 금액으로 정의하였으며, 역치기준을 10%, 20%, 30%, 40%로 다양하게 설정하여 발생률을 살펴보았다. 분석결과에 따르면 일반가구에 비해 저소득가구에서 과부담 의료비 발생률이 현저히 높았으며, 구체적으로 각 역치기준에서 과부담 의료비 발생률은 일반가구의 경우 19%, 10%, 6%, 4%, 저소득가구의 경우 32%, 20%, 12%, 8%로 차이가 있었다. 그 외의 영향요인으로는 여성, 노인, 낮은 교육수준, 만성질환자, 의료급여 수급자에 비해 건강보험 가입자에서, 가구원 수가 적을 경우 과부담 의료비가 발생할 위험이 높게 나타났다.

최정규 외(2011)는 한국복지패널 2005년과 2007년 자료를 사용하여 과부담 의료비의 발생률과 그 결정요인을 파악하였다. 이 연구는 2006년부터 본격적으로 실시된 우리나라의 보장성강화정책이 사람들의 의료이용과 과부담 의료비 발생률에 유의미한 변화를 가져왔는지에 관심을 두어 연구를 진행하였다. 이 연구에서는 가계총지출에서 식료품비를 제한 값을 가구의 지불능력으로 설정하였으며, 역치기준 10%, 20%, 30%에서 과부담 의료비 발생률을 각각 추정하였다. 분석결과에 따르면 2005년과 2007년 사이에 가구 평균의료비 절대금액은 증가하였으나, 지불능력 대비 의료비 부담은 전반적으로 감소한 것으로

나타났다. 그러나 중증질환자를 보유한 저소득가구에서 과부담 의료비 발생률이 유의하게 증가한 것으로 나타나, 현행 본인부담금 부과체계를 재검토할 필요가 있음을 보여주었다.

김수정과 허순임(2011)은 차상위계층조사 2006년 자료를 사용하여 가구의 과부담 의료비 발생과 미충족 의료경험을 사회경제적 요인을 중심으로 분석하였다. 해당 연구에서 지불능력은 가구의 총소비지출에서 식료품비를 제외한 값으로 산정되었으며, 역치기준은 40%로 설정하였다. 분석결과에 따르면 과부담 의료비 발생률은 전체가구의 약 2% 수준이었으며, 저소득가구일수록 그 비율이 높았다. 특히 빈곤 혹은 차상위 계층에 속하나 의료급여가 아닌 일반 건강보험에 가입된 가구에서 과부담 의료비 발생률이 높게 나타났다. 그 외에 가구의 교육수준이나 경제활동상태, 가구원 수, 장애나 만성질환, 노인가구원 유무 등이 발생률에 영향을 주는 것으로 분석되었다. 한편 전체가구의 12% 가량이 미충족 의료경험이 있는 것으로 나타났는데, 빈곤 혹은 차상위 의료급여 수급자 가구에서 미충족 의료경험 비율이 높았으며, 가구주가 여성이고 연령이 높은 경우, 장애나 만성질환 가구원이 있는 경우 그 비율이 높게 나타났다.

이태진 외(2012)는 한국의료패널 2008년 자료를 이용하여 가구의 사회경제적 특성과 만성질환 보유현황이 과부담 의료비 발생에 어떠한 영향을 미치는지를 분석하였다. 해당 연구에서는 지불능력을 가구의 총생활비와 총소득 두 가지로 적용하고, 역치기준을 5%, 10%, 15%, 25%로 다양하게 설정하였다. 연구결과에 따르면 과부담 의료비의 기준을 가구생활비의 10%로 하는 경우 19.7%, 가구소득의 10%로 하는 경우 15.7%의 발생률을 보였다. 보유한 만성질환이 많은 가구일수록 과부담 의료비 발생률이 높았으며, 경제적 수준이나 의료보장 형태 등이 과부담 의료비 발생률에 영향을 주는 것으로 나타났다.

이혜재와 이태진(2012)은 한국의료패널 2008년~2009년 자료를 사용하여 가구의 과부담 의료비 지출

을 분석하였다. 가구총소득 대비 의료비 비율이 10%가 넘는 경우, 과부담 의료비가 발생한 것으로 정의하였으며, 연도별로 13.6%~14.8%의 발생률을 보였다. 가구주의 연령과 경제활동상태, 의료급여 수급여부, 만성질환 보유상태 등이 과부담 의료비 발생의 영향요인으로 확인되었으며, 만성질환의 개수가 많을수록 과부담 의료비 발생이 반복적으로 나타날 가능성이 높은 것으로 분석되었다.

김교성과 김현옥(2012)은 한국복지패널 2010년 자료를 이용하여 가구의 과부담 의료비 발생과 미충족 의료경험을 분석하였다. 지불능력은 총생활비에서 식료품비를 제외한 금액으로 정의하였다. 지불능력 대비 보건의료비가 10%, 20%, 30%, 40% 이상인 가구는 각각 전체의 21.5%, 9.1%, 4.2%, 2.2%로 분석되었다. 과부담 의료비 발생률은 여성가구주, 노인가구원 또는 만성질환자가 있는 가구, 소득수준이 낮거나 가구원 수가 적은 경우, 의료급여 수급자에 비해 건강보험 가입자에서 높게 나타났다.

서남규 외(2015)는 국내 연구들에서 과부담 의료비 발생에 대한 산출방식이 통일되지 않고, 자료원에 따라 상이한 값들이 도출되고 있음을 지적하고, 일관되고 국제비교가 가능한 지표를 산출하기 위한 작업이 필요함을 이야기한다. 이에 해당 연구에서는 한국의료패널 2010년과 2011년 자료를 이용하여 WHO (2005)에서 제시한 정의와 산출방식, 역치기준(40%)을 적용하여 과부담 의료비 발생률을 추정하였다. 분석결과에 따르면 우리나라의 과부담 의료비 발생률은 2010년 3.7%, 2011년 4.3%로 나타났다. 과부담 의료비는 소비지출이 적은 가구, 1인 또는 2인 가구에서 많이 발생하는 것으로 분석되었다.

노승현(2012)은 2008년~2010년의 장애인고용패널 자료를 이용하여 60세 이상 장애인가구의 과부담 의료비 발생률을 분석하였다. 해당 연구에서는 지불능력을 가계총지출에서 식료품비를 제외한 값으로 정의하고, 역치기준을 10%, 20%, 30%, 40%의 네 가지로 설정하였다. 분석결과에 따르면 2008년을 기준으로 각 역치기준에서 과부담 의료비 발생률은 37.4%,

17.9%, 9.0%, 3.8%로 나타났다. 고연령, 유배우자, 건강상태가 좋지 않거나 만성질환이 있는 경우, 노인 가족의 비율이 높을수록, 빈곤가구 등에서 과부담 의료비 발생률이 높아지는 것으로 분석되었다.

박진영 외(2014)는 한국복지패널 2010년~2012년 자료를 이용하여 가구주가 45세 이상인 중고령자 가구를 대상으로 과부담 의료비 발생률을 분석하였다. 지불능력은 가구총지출에서 식료품비를 제한 값으로 정의하였으며, 역치기준은 10%, 20%, 30%, 40%로 설정하였다. 분석결과 2012년을 기준으로 과부담 의료비 발생률이 각 역치기준에서 37.4%, 18.8%, 10.4%, 5.9%로 나타났다. 가구주가 여성이고 연령이 높을수록, 유배우자, 학력수준과 가구소득이 낮을수록, 의료급여 수급자 대비 건강보험 가입자가, 가구주의 건강상태가 나쁠수록, 만성질환을 보유한 가구원이 있는 경우, 그리고 가구원의 수가 적을수록 과부담 의료비 발생률이 높아지는 것으로 나타났다. 그러나 이 연구는 가구의 식료품비에 외식비, 주류, 담배비 등을 모두 포함하고 있어서 지불능력이 과소추정됨과 동시에 의료비에 건강검진비나 건강보조식품비 등을 포함하고 있어, 과부담 의료비 발생률이 전반적으로 과대추정 되었을 가능성을 배제할 수 없다.

이상의 연구결과들은 다양한 자료원과 표본집단, 그리고 상이한 산출방법을 적용하고 있으므로, 연구간 과부담 의료비 발생률을 직접 비교하기에는 다소 무리가 있다. 예를 들어, 동일하게 2005년 도시가계 조사 자료를 사용하고 역치기준 40%를 설정한 두 연구 간에도 추정방식에 따라 결과에 차이가 있다. Xu et al.(2003)의 방식을 이용하여 가계총지출에서 중위평균 식료품비를 제한 값을 지불능력으로 정의한 김윤희와 양봉민(2009)의 연구에서 2005년도 과부담 의료비 발생률은 2.2%였다. 반면 Wagstaff & van Doorslaer(2003)의 방식을 적용하여 가구총지출에서 실제 식료품비를 제한 값을 지불능력으로 사용한 김태일과 허순임(2008)의 연구에서는 0.9%로 분석되어 차이가 있었다. 그러나 과부담 의료비 발생의 영향요인에 있어서는 다수의 연구들이 대체로 일관된 결

과를 보였다. 연구들은 대부분 가구주 성별이나 연령, 가구형태, 의료급여 수급여부, 가구의 경제적 수준, 건강관련 요인 등을 영향요인으로 포함하고 있었다. 연구결과를 보면 가구주가 여성이거나 연령이 높을수록, 저소득가구, 가구원 수가 적은 가구, 만성질환 보유자가 있는 가구 등에서 과부담 의료비 발생가능성이 대체로 높았다.

이상에서 검토한 다수의 선행연구에서 과부담 의료비 발생의 취약계층으로 분류된 다양한 조건들을 두루 포괄하는 가구의 형태가 바로 여성독거노인가구라는 사실은 시사하는 바가 크다. 그럼에도 불구하고 기존 연구에서는 이를 별도의 연구대상으로 설정하여 과부담 의료비의 발생을 분석한 연구가 아직 이루어지지 않고 있다. 이에 본 연구는 기존 연구의 미비점을 보완하기 위해 여성독거노인가구를 대상으로 과부담 의료비 발생률을 추정하고, 그 영향요인을 함께 분석하였다.

III. 연구방법

1. 자료 및 표본구성

본 연구는 한국고용정보원에서 조사하여 공개하는 고령화연구패널(KLoSA) 6차(2016년) 자료를 사용하였다. 고령화연구패널은 우리나라 45세 이상 중고령자를 모집단으로 하는 격년 주기의 패널자료이다. 본 연구에서 고령화연구패널을 자료원으로 사용한 이유는 해당 자료가 중고령자를 대상으로 구축된 자료로서, 여성독거노인 표본을 확보하기에 용이하기 때문이다.

고령화연구패널에서는 가계에서 지출한 본인부담 의료비를 입원비, 응급/외래, 의약품비, 기타 의료용품비 등의 세부항목으로 나누어 자세히 제공한다. 뿐만 아니라 가계총지출과 함께 식료품비 등 생활비가 세부 항목별로 구체적으로 측정되어 있어 과부담 의료비 산정과정에서 필요한 정보들을 정확하게 얻

을 수 있다.

본 연구에서는 노인의 기준을 65세 이상으로 정의하였는데, 그 이유는 첫째로 고령사회나 초고령 사회 등의 개념을 정의하는 경우, 65세 이상 인구의 비율을 기준으로 하고 있고, 둘째로 우리나라에서 의료비와 밀접한 관련이 있는 국민건강보험법이나 노인장기요양보험법에서 정하고 있는 노인의 기준이 만 65세이기 때문이다. 고령화연구패널 6차 조사에 포함된 총 표본 7,490명 가운데, 65세 이상 노인은 4,335명이었다. 이 가운데 여성은 2,507명이었다. 여성 노인 2,507명 가운데 홀로 거주하는 독거노인은 737명으로, 전체 여성노인의 29.4%를 차지하고 있었다.²⁾ 본 연구에서는 여성독거노인으로 분류된 737명을 대상으로 분석을 진행하였다.

2. 변수구성

1) 종속변수: 과부담 의료비

본 연구에서 종속변수는 과부담 의료비 발생 여부이다. 과부담 의료비는 선행연구에서와 마찬가지로 가구가 지출한 의료비가 가구의 지불능력 대비 일정 비율을 넘어서는 경우로 정의하였다. 선행연구와의 비교 용이성을 위해 가장 널리 쓰인 과부담 의료비 산출방법인 가계총지출에서 식료품비를 제한 값을 분모인 지불능력으로 정의하고, 지불능력 대비 의료비의 비중이 일정수준을 초과할 때 과부담 의료비가 발생한 것으로 보았다.

고령화연구패널에서는 가계의 소비지출에 대해 자세한 정보를 제공하는데, 총 12가지 항목(식비, 외식비, 주거비, 보건의료비, 피복비, 보험료, 차량유지비, 통신비, 교양오락비, 공교육비, 사교육비, 경조사비)에 대해 지난 한 해 동안 월평균 지출한 금액을 각각 기록한다. 가계총지출은 이들 12가지 항목을 모두 합산하여 12를 곱하여 연간 비용으로 환산한 값을 적용하였다. 식료품비는 WHO(2005)의 정의에

따라 외식비나 주류, 담배 등을 제외한 주식비와 부식비만을 포함하였다.

과부담 의료비 산출에서 분자에 해당하는 의료비를 어떻게 정의할 것인가에 따라 그 발생비율은 달라진다. 일부 연구에서는 의료비의 범위를 넓게 보아 직접적인 의료비 외에 안정이나 건강기능식품, 교통비 등의 간접비용을 포함하기도 하지만(박진영 외, 2014; 최정규 외, 2011), 본 연구에서는 WHO(2005)의 정의를 기준으로 직접의료비로 분류될 수 있는 비용만을 의료비에 포함하였다. 포함된 항목은 구체적으로 입원비, 응급실 이용비, 일반병원이나 한방병원의 외래진료비, 치과진료비, 처방약이나 일반의약품 등을 구매한 비용, 보청기, 휠체어 등 치료목적의 의료보조기구의 구매나 대여 비용을 포함하였다. 입원으로부터 발생한 간병비가 있다면, 이는 독거노인의 가구특성상 불가피하게 발생한 비용으로 보아 직접의료비에 포함하였다. 의료비는 본인부담금과 비급여항목을 모두 포함하며, 민간보험에서 지원받은 금액이 있다면, 이는 비용에서 제외하였다. 고령화연구패널은 격년 주기로 조사가 이루어지는데, 의료비에 대해서는 지난 조사 이후 발생한 의료비 지출을 모두 기록한다. 따라서 기록된 비용은 지난 2년간 지출한 의료비 정보이다. 본 연구에서는 이를 반분하여 연간 지출 의료비로 환산하여 분석에 이용하였다.

$$\text{과부담 의료비} = \frac{\text{의료비}}{\text{지불능력}} = \frac{\text{직접의료비}}{\text{가계총지출} - \text{식료품비}}$$

과부담 의료비가 발생하였다고 판단하는 역치기준에 대해서는 연구들 간에 아직 충분히 합의된 바가 없다. WHO(2005)에서는 역치기준을 40%로 제시하고 있으나, 상황에 따라 그 기준을 다르게 적용할 수 있다고 말한다. 앞서 살펴본 바와 같이 다수의 선행연구에서는 복수의 역치기준에 따른 수치를 제시

2) 표본 중 유배우자로 기재되어 있으나, 가구원 수는 1인인 가구가 18가구 있었는데, 이는 독거로 보아 표본에 포함하였다.

하여 자의적인 해석을 막고, 연구간 비교가능성을 높이고 있다. 이에 본 연구에서도 복수의 역치기준을 제시하였으며, Wagstaff & van Doorsaler(2003)와 선행연구들의 기준을 참고하여 지불능력 대비 의료비 비중이 10%, 20%, 30%, 40%를 넘는 경우에 대해 각각 그 발생률을 측정하였다. 다만 여성독거노인의 의료비 지출에 대한 이해를 돕고자, 발생한 의료비 금액의 전반적 분포를 <표 1>에 함께 제시하였다.

2) 영향을 주는 요인

본 연구의 독립변수는 선행연구에서 과부담 의료비 발생의 영향요인으로 밝혀진 주요 변수들을 포함하였다. 독립변수는 인구사회적 특성과 건강관련 요인, 그리고 의료보장 형태로 구분하여 포함하였다. 본 연구에서는 표본의 성별과 가구형태가 이미 통제되어 있으므로, 인구사회적 특성에는 연령과 교육수준, 소득수준을 포함하였다. 연령은 75세를 기준으로 전기노인(65~74세), 후기노인(75세 이상)의 두 집단으로 구분하였다(75세 이상=1). 교육수준은 초등학교 졸업 이하와 중학교 졸업 이상의 두 집단으로 구분하였다(중졸 이상=1). 소득은 해당 독거노인이 취득한 근로소득, 자산소득, 공적·사적이전소득, 개인연금소득, 기타소득을 포괄하여 반영하였다. 소득은 집단별 차이분석에서는 중앙값을 기준으로 집단을 반분하였고, 로지스틱 회귀분석에서는 얻어진 소득 금액을 그대로 투입하였다.

건강관련 요인은 주관적 건강상태와 만성질환 보유현황을 포함한다. 우선 주관적 건강상태는 보통/좋음과 나쁨의 두 집단으로 구분하였다(나쁨=1). 만성질환 상태는 의료비에 중요한 영향요인이므로 단순히 질환유무로 처리하지 않고, 그 개수를 구체적으로 포함하였다. 고령화연구패널에서는 아홉 개의 만성질환에 대해 각각 의사의 진단을 받은 적이 있는지를 질문하고, 결과를 기록한다. 아홉 개의 만성질환에는 고혈압, 당뇨병, 암, 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 정신과적 질환, 관절염 및 류마티스가 포함된다. 본 연구에서는 진단받은 적이 있다고

답한 질환의 합계를 만성질환의 개수로 사용하였다. 만성질환 개수는 집단별 차이분석에서는 없음, 한 개, 두 개, 세 개 이상의 네 집단으로 구분하여 분석을 실시하였고, 로지스틱 회귀분석에서는 얻어진 개수를 그대로 사용하였다. 마지막으로 의료보장 형태는 건강보험 가입자와 의료급여 수급자로 구분하였다(의료급여=1).

3. 분석방법

본 연구에서 사용된 분석방법은 기술통계 분석과 집단간 차이검증, 로지스틱 회귀분석이다. 우선 연구대상가구의 일반적 특성과 전체 과부담 의료비 발생률을 기술통계를 이용하여 분석하였다. 다음으로 주요 영향변수에 따라 과부담 의료비 발생률에 차이가 있는지를 집단간 차이검증을 통해 살펴보았다. 마지막으로 과부담 의료비 발생의 영향요인을 규명하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 로지스틱 회귀분석에서는 표본을 각각의 역치기준에 대해 과부담 의료비 발생과 미발생으로 구분하여 더미변수로 처리한 후 분석에 이용하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상가구의 일반적 특성

연구에 포함된 여성독거노인가구의 일반적 특성은 아래의 <표 1>과 같다. 여성독거노인들의 연령대는 75세 이상인 후기 노인이 68.2%로 전기노인(65세~74세)에 비해 두 배 이상 많은 것으로 나타났다. 이는 여성의 평균수명이 남성보다 길기 때문에 고령으로 갈수록 사별 등의 이유로 혼자 거주하는 여성이 많아지기 때문이다. 여성독거노인의 82.6%는 초졸 이하의 대체로 낮은 학력수준을 가지고 있었다. 이처럼 여성독거노인의 낮은 학력수준은 여성독거노인의 사회적 취약성을 높이고, 여성노인과 남성노인

〈표 1〉 연구대상가구의 일반적 특성

특 성	구 분	비율 또는 평균	특 성	구 분	비율 또는 평균
연령(%)	65세~74세	31.8	의료보장(%)	건강보험	89.1
	75세 이상	68.2		의료급여	10.9
교육수준(%)	초졸 이하	82.6	연간의료비(만원)	전체 평균(표준편차)	58.8 (114.4)
	중졸 이상	17.4		중위값	22.5
연간소득(만원)	평균(표준편차)	727.4 (633.4)	과부담 의료비 발생률(%)	지불능력의 10% 이상	41.3
	중위값	560.0		지불능력의 20% 이상	22.9
보유한 만성질환 수(%)	없음	12.4	지불능력의 30% 이상	14.6	
	1개	27.7	지불능력의 40% 이상	9.4	
	2개	28.5			
건강상태(%)	3개 이상	31.4			
	좋음/보통	50.7			
	나쁨	49.3			

의 소득격차를 가져오는 하나의 원인으로 지목될 수 있다. 실제로 여성독거노인의 소득수준은 연평균 727만원, 중위값 560만원으로 매우 낮았다. 통상적 기준에 따라 기준중위소득의 60% 이하를 저소득가구로 본다면(김교성·이현옥, 2012; 손수인 외, 2010), 여성독거노인가구의 82%가 저소득가구에 해당하는 것으로 분석된다.³⁾

여성독거노인의 건강상태는 전반적으로 좋지 못한 것으로 나타났다. 응답자들은 평균 1.9개의 만성 질환을 보유하고 있었다. 구체적으로 만성질환이 하나도 없는 경우는 12.4%인 반면, 세 개 이상의 만성 질환을 가지고 있는 경우는 무려 31.4%에 이르는 것으로 나타났다. 또한 응답자의 절반은 자신의 건강상태가 나쁘다고 생각하고 있었다. 이처럼 경제적 여건과 건강상태가 좋지 못함에도 불구하고, 여성독거노인의 10.9%만이 의료급여 혜택을 받고 있었다. 연구대상자들이 연간 지출한 의료비의 평균은 약 60만원으로 분석되었다. 의료비 지출에서 항상 문제가 되는 부분은 소수의 사람들에서 매우 높은 지출이 발생한다는 점인데, 여성독거노인의 경우에도 이러한 현상이 나타나고 있었다. 의료비 지출 상위 25%

의 평균은 180.7만원으로 전체 평균의 세 배 가량으로 나타났으며, 상위 5%의 평균은 463.5만원으로 매우 높았다.

한편, 가구총지출에서 식료품비를 제한 금액(지불능력) 대비 의료비의 비중이 10% 이상인 가구는 전체의 41.3%였다. 의료비 지출이 20% 이상인 가구는 22.9%, 30% 이상인 가구는 14.6%, 40% 이상인 가구는 전체의 9.4%로 나타났다.

2. 가구특성별 과부담 의료비 발생률 비교

아래의 〈표 2〉는 연구대상가구의 특성에 따른 과부담 의료비 발생률 차이를 살펴보기 위한 교차분석 결과이다. 분석결과, 모든 역치기준에서 75세 이상인 후기노인이 전기노인에 비해 과부담 의료비 발생 비율이 높게 관찰되었다. 노인가구는 연령대가 높아짐에 따라 만성질환 등 건강상태가 악화될 가능성이 높은 반면, 경제활동이 어려우므로 활용가능한 자원이 제한될 가능성이 높아진다. 실제로 본 연구대상자들을 전기노인과 후기노인으로 나누어 소득과 만성질환 보유현황을 비교해보면, 전기노인의 연평균

3) 고령화연구패널 2016년 자료는 소득에 대해서는 작년 한 해, 즉 2015의 정보를 담고 있다. 2015년 당시 우리나라 1인 가구의 기준중위소득은 약 156만원/월이었는데, 이를 연단위로 환산하면, 1,875만원이고, 60% 수준은 1,125만원이다. 본 연구대상자의 82%는 이보다 낮은 연소득을 얻고 있는 것으로 나타났다.

〈표 2〉 가구특성별 과부담 의료비 발생률 비교

		지불능력의 10% 이상		지불능력의 20% 이상		지불능력의 30% 이상		지불능력의 40% 이상	
		발생률 (%)	통계량 ^a (p)	발생률 (%)	통계량 (p)	발생률 (%)	통계량 (p)	발생률 (%)	통계량 (p)
연령	65세~74세	34.6	6,404	16.2	8,683	9.8	6,269	6.0	4,744
	75세 이상	44.5	(.007)	26.1	(.002)	16.8	(.007)	11.0	(.018)
교육수준	초졸 이하	44.3	12,522	26.0	18,015	16.9	14,219	11.2	13,551
	중졸 이상	27.3	(.000)	8.6	(.000)	3.9	(.000)	0.8	(.000)
연간소득	중위값 이하	44.9	4,202	26.7	6,910	17.1	3,398	10.0	.279
	중위값 이상	37.4	(.024)	18.6	(.006)	12.3	(.041)	8.8	(.347)
보유한 만성질환	없음	17.6		8.8		5.5		4.4	
	1개	33.8	49,711	16.2	32,910	11.3	16,359	7.4	8,295
	2개	41.6	(.000)	23.0	(.000)	14.4	(.001)	9.1	(.040)
	3개 이상	57.2		34.5		21.4		13.5	
건강상태	좋음/보통	31.2	32,116	15.1	26,453	9.4	16,312	4.8	18,537
	나쁨	51.8	(.000)	31.0	(.000)	19.9	(.000)	14.1	(.000)
의료보장	건강보험	43.5	11,454	23.9	3,188	15.0	.807	9.6	.386
	의료급여	23.8	(.000)	15.0	(.046)	11.2	(.237)	7.5	(.352)

a 각 역치기준에서 하위집단별로 과부담 의료비의 발생과 미발생 비율에 차이가 있는지를 분석하였으므로, 사용된 통계량은 χ^2 값이다.

소득은 894만원인데 비해, 후기노인은 650만원으로 더 낮았다. 반면 전기노인은 평균 1.7개의 만성질환을 보유한데 비해, 후기노인은 2.0개로 더 많은 만성질환을 보유하고 있었다.

교육수준도 모든 역치기준에서 유의미한 차이를 보였으며, 초졸 이하 집단에서 과부담 의료비 발생률이 상당히 높게 나타났다. 교육수준은 그 자체로서 의료비를 발생시키는 요인이라고 볼 수는 없겠지만, 여러 가지 경로를 통해 과부담 의료비 발생에 영향을 주게 된다. 우선 교육수준은 가구의 소득과 직결된다. 연구대상자 가운데 초졸 이하 집단의 연평균 소득은 657만원인데 비해, 중졸 이상 집단은 1,061만원으로 400만 원 이상 높았다. 또한 최근 연구에서는 교육수준이 건강상태에 영향을 주는 중요한 요인이라는 결과들이 다수 보고되고 있다(Arendt, 2005; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Kickbusch, 2001). 이들 연구들은 교육이 단순히 소득증가를 통한 삶의 질 향상 뿐 아니라, 개인의 건강에 대한 행동양식이나 의사결정, 건강관련 정보의 이해도 등에 전반적으로

영향을 미치게 되어 건강상태의 차이를 가져온다고 보고 있다. 실제로 본 연구에서 초졸 이하 집단의 만성질환 보유 개수는 2.0개였으나, 중졸 이상에서는 1.6개로 차이가 있었다. 선행연구에서 과부담 의료비 발생에 중요한 요인의 하나로 밝혀진 소득은 본 연구에서도 발생률에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 소득을 중앙값을 기준으로 두 집단으로 나누었을 때, 소득이 낮은 집단에서 과부담 의료비 발생률이 소득이 높은 집단에 비해 더 높았다.

건강관련 요인은 과부담 의료비 발생에 중요한 영향요인이었다. 우선 주관적 건강상태가 나쁜 경우, 당연히 과부담 의료비 발생률이 높게 나타났다. 특히 역치 10% 수준에서의 발생률을 보면, 주관적 건강상태가 나쁘다고 평가한 응답자의 절반이상이 과부담 의료비 발생을 경험한 것으로 보고되었다. 한편, 만성질환의 개수는 과부담 의료비 발생률에 가장 큰 차이를 가져오는 요인으로 분석되었다. 역치 10% 수준에서 만성질환이 없는 경우의 과부담 의료비 발

생률은 17.6%인데 비해, 한 개의 보유한 경우는 그 두 배인 33.8%, 세 개 이상 보유한 경우는 세 배가 넘는 57.2%의 발생률을 보였다. 역시 20% 수준을 보면, 만성질환이 세 개 이상인 경우의 과부담 의료비 발생률은 34.5%로, 만성질환이 없는 경우인 8.8%의 네 배 가까운 발생률을 보였다. 마지막으로 의료보장 형태에 따른 과부담 의료비 발생률은 의료급여 수급자에 비해 건강보험 가입자가 높게 나타났다. 특히 역시 10% 수준에서, 의료급여 수급자의 과부담 의료비 발생률은 23.8%로, 건강보험 가입자의 43.5%에 비해 절반 수준이었다. 이는 의료보장의 형태가 여성독거노인가구의 과부담 의료비를 지출을 결정하는 중요한 요인임을 의미한다.

3. 과부담 의료비 발생의 영향요인

아래의 <표 3>은 다른 요인들을 상호통제한 상태에서 과부담 의료비 발생 여부에 영향을 주는 요인을 규명하기 위한 로지스틱 회귀분석 결과이다. 분석결과를 보면, 역시 수준에 따라 영향을 주는 요인들에 약간씩 차이가 있었다. 소득과 건강 관련 변수

들을 상호통제한 상태에서 연령은 과부담 의료비 발생에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. 이는 고령화가 진전되더라도 질병이나 장애 없이 건강하게 사는 기간이 길어진다면, 고령화 현상 자체는 의료비 증가에 큰 영향을 주지 않을 것이라는 최근 논의들과 유사한 맥락에서 이해할 수 있다(손경복 외, 2015; 이수연·문용필, 2018; 정형선·송양민·이규식, 2007; Przywara, 2010). 실제로 본 분석에서 건강 관련 변수들은 모든 역시기준에서 과부담 의료비 발생률을 높이는 중요한 요인이었다. 구체적으로 보유한 만성질환이 한 개 증가할 때마다 과부담 의료비 발생률은 역시 10%와 20%수준에서는 약 1.5배, 역시 30%와 40% 수준에서는 약 1.3배 이상 높아지는 것으로 분석되었다. 마찬가지로 건강상태가 좋거나 보통인 경우에 비해 나쁜 경우의 과부담 의료비 발생률은 평균 두 배가량 증가하는 것을 볼 수 있다. 특히 건강 관련 요인은 모든 역시기준에서 일관되게 유의한 결과를 보인 유일한 요인이기도 하였다.

소득은 선행연구들과 마찬가지로 과부담 의료비 발생률을 낮추는 요인으로 밝혀졌는데, 다만 역시기준 10%와 20%에서만 유의한 영향을 미쳤다. 의료급

<표 3> 과부담 의료비 발생의 영향요인

	지불능력의 10% 이상		지불능력의 20% 이상		지불능력의 30% 이상		지불능력의 40% 이상	
	B(SE)	Exp(B)	B(SE)	Exp(B)	B(SE)	Exp(B)	B(SE)	Exp(B)
연령(ref:74세 이하)								
75세 이상	.062(.186)	1.064	.264(.236)	1.302	.334(.272)	1.397	.186(.382)	1.204
교육수준(ref:초졸 이하)								
중졸 이상	-.272(1.036)	.762	-1.360(.445)**	.257	-2.147(.730)**	.117	-1.851(1.036)	.157
연간소득(백만 원)	-.127(.034)***	.881	-.171(.052)***	.843	-.044(.046)	.957	-.023(.061)	.977
건강상태(ref:좋음/보통)								
나쁨	.636(.172)***	1.888	.719(.206)***	2.053	.586(.237)**	1.797	.951(.296)**	2.497
보유한 만성질환(개)	.452(.073)***	1.572	.392(.083)***	1.480	.287(.092)**	1.332	.281(.128)*	1.325
의료보장(ref:건강보험)								
의료급여	-1.926(.332)***	.146	-1.547(.396)***	.213	-.712(.390)*	.491	-.900(.559)	.407
상수항	-.918(.250)***		-1.832(.333)***		-2.590(.368)***		-4.729(.669)***	
pseudo R ²	.206		.205		.129		.200	

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

여수급어부는 과부담 발생률에 영향을 주는 중요한 요인이었는데, 역시 10%와 20%에서 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급자의 과부담 의료비 발생률은 각각 1/6과 1/5로 낮아졌다. 역시 30% 수준에서 그 확률은 절반가량으로 낮아졌다. 역시기준 40% 이상에서는 유의한 영향을 주지 않았다. 이는 의료비가 많이 발생하는 사례는 본인부담금보다는 주로 비급여항목에서의 지출이 많은 경우인데, 의료급여 수급자라 할지라도 비급여항목에서의 혜택은 상당히 제한적이므로, 역시 40% 이상에서 의료급여 수급여부가 미치는 영향이 줄어들 것으로 생각된다.

4. 과부담 의료비 발생률 비교

아래의 <표 4>는 그동안 국내에서 이루어진 과부담 의료비 관련 연구 가운데 다양한 역시기준을 설정하여 발생률을 추정한 연구를 중심으로 본 연구의 결과와 비교한 것이다. 연구대상, 지불능력 산정방법이나 역시기준, 자료원 등에서 다양한 접근법이 사용되었기 때문에, 과부담 의료비 발생률도 연구별로 다양한 결과치를 보이고 있다. 우선 본 연구에서는 지불능력을 가계총지출에서 식료품비를 제한 값으로, 역시기준을 10%, 20%, 30%, 40%로 제시하였는데, 지불능력의 산정방법에서는 대부분의 연구들이 본 연구와 동일한 방법을 사용하였다.

일반가구를 대상으로 한 연구에서 과부담 의료비 발생률은 연구에 따라 차이는 있으나 역시 10%수준에서 대체로 14%~22% 사이의 분포를 보였다. 역시 20% 수준에서 그 비율은 대략 6%~10% 수준이었으며, 역시 30% 이상에서는 5% 아래로 떨어졌다. 그러나 연구대상 가구를 취약계층으로 한정하게 되면, 그 비율은 상당히 높아지는 것으로 나타났다. 저소득가구와 비저소득가구에 대해 각각 동일한 방법을 적용하여 비교분석한 손수인 외(2010) 연구를 보면 역시 기준 10%에서 과부담 의료비 발생률은 비저소득가구가 14.2%인데 비해 저소득가구는 32.2%로 두 배 이상 높았다. 역시 20%와 30% 수준에서 그 차이는

각각 세 배와 네 배로 커졌다. 빈곤층을 대상으로 한 김학주(2008)의 연구에서도 일반가구에 비해서는 훨씬 높은 과부담 의료비 발생률을 보여주었다. 노인을 포함한 45세 이상 중고령자가구를 대상으로 한 박진영 외(2014)의 연구 또한 일반가구에 비해 대체로 높은 과부담 의료비 발생률을 보였다. 대표적 취약계층인 장애인인가구를 대상으로 한 노승현(2012)의 연구에서는 역시 10% 수준에서 41.1%의 과부담 의료비 발생률을 보였는데, 이는 저소득가구를 대상으로 하였을 때보다 높은 비율이었다.

여성독거노인가구를 대상으로 한 본 연구에서는 일반가구는 물론 취약계층을 대상으로 한 선행연구들보다도 높은 과부담 의료비 발생률을 보였다. 역시 10%에서 과부담 의료비 발생률은 41.3%였는데, 이는 장애인인가구의 41.1%와 유사한 수준이었다. 역시 20%에서 그 발생률은 22.9%로 장애인인가구(19.2%)나 저소득가구(16.3%~19.5%)보다 높게 나타났다. 역시 30%와 40%에서의 발생률 또한 장애인가구나 저소득가구에 비해 높았다.

이러한 비교결과를 통해 알 수 있는 사실은 여성독거노인가구가 우리가 대표적인 취약계층이라고 생각해왔던 저소득가구나 장애인가구보다 과부담 의료비 발생에 있어서 더 취약하다는 것이다. 이는 앞서 언급한 바와 같이 여성독거노인가구의 82%가 저소득가구에 속하기 때문에 그 속성이 저소득가구와 크게 차이가 없는 반면, 88%가 만성질환을 보유하고 있어 건강상태는 훨씬 좋지 않기 때문이다. 또한 실제로는 독거상태에 있더라도 서류상으로 자녀가 존재하는 경우 의료급여 혜택을 받을 수 없는 등 저소득가구나 장애인가구에 비해 복지제도의 사각지대에 있는 경우가 많다. 본 연구의 분석결과는 이 같은 여성독거노인가구의 취약성을 종합적으로 보여주는 결과라고 할 수 있다.

〈표 4〉 과부담 의로비 발생률 비교

연구	자료원	연구대상	지불능력	역치기준에 따른 과부담 의로비 발생률(%)						
				역치기준 5%	10%	15%	20%	25%	30%	역치기준 40%
이태진 외 (2003)	도시가계조사 2000년	도시일반가구	가계총지출 -식료품비	27.7	15.5	9.8	-	4.8	-	-
이원영·신영진 (2005)	도시가계조사 1998~2002년	도시일반가구	가계총지출 -식료품비	-	-	-	6.4	4.0	2.4	-
김학주 (2008)	강남지역사회 빈곤패널 2006년	빈곤가계	가처분소득	38.1	27.2	-	16.3	-	-	-
손수인 외 (2010)	한국복지패널 2005년	저소득가구 (중위소득 60%이하) — 비저소득가구	가계총지출 -식료품비	-	32.2	-	19.5	-	12.0	7.8
김교정·이현옥 (2012)	한국복지패널 2010년	일반가구	가계총지출 -식료품비	-	14.2	-	6.0	-	3.4	2.2
노승현 (2012)	장애인고용패널 2008~2010년	장애인가구 (60세 이상)	가계총지출 -식료품비	41.1	21.5	19.2	9.1	4.5	2.2	2.2
박진영 외 (2014)	한국복지패널 2010~2012년	중고령자가구 (45세 이상)	가계총지출 -식료품비	36.0	36.0	18.0	9.9	9.9	5.5	5.5
서남규 외 (2015)	한국의료패널 2010년 — 가계동향조사 2010년	일반가구	가계총지출 -평균식료품비	40.6	22.3	14.1	10.2	7.4	5.9	3.7
본 연구	고령화연구패널 2016년	여성독거노인가구 (65세 이상)	가계총지출 -식료품비	37.1	20.0	12.2	7.9	5.5	4.0	2.1
				41.3	41.3	22.9	14.6	9.4	9.4	9.4

V. 결론 및 시사점

본 연구는 노년기에서 혼한 가구형태의 하나가 되어가고 있는 여성독거노인가구를 대상으로 과부담 의료비의 발생률을 분석하였다. 여성독거노인은 여러 형태의 가구유형 중 경제적 수준과 건강상태에서 가장 취약한 집단으로 볼 수 있다. 본 연구에서는 지불능력 대비 의료비가 일정 수준을 넘는 경우 과부담 의료비가 발생하였다고 보았으며, 발생의 기준이 되는 역치기준은 지불능력의 10%, 20%, 30%, 40%로 다양하게 설정하였다. 고령화연구패널 2016년 자료를 사용하였으며, 65세 이상 여성 1인가구를 대상으로 분석을 실시하였다. 분석결과 여성독거노인가구의 소득수준은 연평균 727만원, 중위값 560만원에 불과해 매우 낮은 수준이었으며, 82%가 기준중위소득의 60% 이하인 저소득가구에 속했다. 이들의 건강상태 또한 전반적으로 좋지 못하였는데, 평균 1.9개의 만성질환을 보유하고 있었으며, 세 개 이상의 만성질환을 가지고 있는 경우도 31%에 이르렀다. 한편, 여성독거노인가구 중 지불능력 대비 의료비의 비중이 10% 이상인 과부담 의료비 지출 가구는 41.3%였다. 의료비 지출이 20% 이상인 가구는 22.9%, 30% 이상인 가구는 14.6%, 40% 이상인 가구는 전체의 9.4%로 나타났다. 이는 기존 연구에서 보고된 일반가구의 과부담 의료비 발생률에 비해 상당히 높은 수준이었다. 뿐 아니라, 대표적인 취약계층으로 분류되는 저소득가구나 장애인가구보다 그 발생률이 더 높은 것으로 분석되었다. 여성독거노인가구의 과부담 의료비 발생 여부에 영향을 주는 요인은 연령, 학력수준, 소득, 만성질환의 수, 주관적 건강상태, 의료급여 수급여부로 나타났는데, 건강상태와 소득수

준을 통제된 후에 연령은 과부담 의료비 발생에 유의한 영향을 주지 못하였다. 이 가운데 만성질환의 수와 주관적 건강상태, 의료급여 수급여부는 과부담 의료비 발생에 특히 중요한 영향을 주는 것으로 분석되었다.

이상의 연구결과는 몇 가지 중요한 시사점을 제공한다. 첫째, 본 연구에서 여성독거노인 중 의료급여 수급자는 11%에 불과하였다. 연구대상 여성독거노인가구의 중위소득이 연평균 560만원이고, 의료급여의 소득기준이 기준중위소득의 40%인 750만 원 가량이라고 보았을 때, 예상외로 낮은 비율이다. 본 연구의 분석결과만으로 단순하게 추론하자면 여성독거노인의 82%가 저소득가구이고 의료급여 수급자가 11%에 불과하므로, 70% 가량이 비수급 빈곤가구에 속한다. 빈곤하지만 의료급여 수급권자에 해당하지 못하는 가구가 과부담 의료비 발생에 가장 취약하다는 사실은 여러 연구에서 논의된 바 있다.⁴⁾ 독거여성노인들이 소득이 매우 낮지만 의료급여 수급에서 배제된 경우가 많은 이유 중 하나는 부양의무자 기준이다. 현행법에서는 부양의무자에게 일정 기준 이상의 소득이나 재산이 있다면, 실제 부양 여부와 관계없이 노인들은 수급대상에서 제외된다. 또한 부양 의무자의 소득을 기준으로 하면 부양능력이 없으나, 재산기준으로 부양능력이 있다고 판단되어 수급에서 탈락하는 경우도 빈번하다. 최근 들어 다양한 이유로 가족관계가 단절되는 경우가 많은 것 또한 수급 사각지대를 발생시키는 중요한 원인이 되고 있다. 이처럼 법적으로 부양의무자가 존재하지만 부양의무자의 소득부족이나 부양 거부 등으로 실제 부양을 받지 못하는 빈곤 노인의 수급권 문제는 지속적인 논의가 있어왔던 부분이다. 일반적으로 노인의 경우 의료에 대한 요구가 매우 높을 뿐만 아니라, 빈곤한

4) 김수정과 허순임(2011)은 같은 빈곤가구나 할지라도 의료급여 수급가구와 건강보험 가입가구의 월평균 의료비는 각각 5만 4천원과 8만 2천원으로 큰 차이가 있음을 보여주었다. 또한 역치기준 40%에서 과부담 의료비 발생률은 건강보험 빈곤가구에서 7.6%, 의료급여 빈곤가구 4.2%, 건강보험 일반가구 1.1%로 나타나, 빈곤하지만 의료급여 수급을 받지 못하는 가구가 가장 취약함을 보여주었다. 손수인 외(2010)의 연구결과에서도 의료급여 수급자에 비해 비수급 빈곤계층의 과부담 의료비 발생률이 두 배 가량 높았으며, 노승현(2012)의 연구에서도 비수급 빈곤가구가 빈곤수급가구나 비빈곤가구에 비해 과부담 의료비 발생에 가장 취약함을 보여주었다.

노인에게 의료급여를 제공하는 것은 생존과 직결된 문제이기도 하다. 따라서 의료급여에 대해서는 부양 의무자 기준을 완화하고 수급자의 소득과 재산을 기준으로 수급여부를 결정하되, 부작용을 최소화시키는 방향으로 정책을 전환하는 것이 하나의 대안이 될 수 있다.

둘째, 건강보험 관련 정책에서 만성질환에 대한 고려가 이루어져야 할 것이다. 우리나라의 현행 우리나라의 건강보험 관련 정책들은 중증질환을 중심으로 이루어지고 있으며, 만성질환의 경우에는 그 위험도에 비해 크게 주목을 받지 못하고 있다. 중증질환은 본인부담금 감감대책이 여러 방면으로 마련되어 있지만 만성질환은 그렇지 못하여 경제적인 이유로 제때 의료이용을 하지 못하는 경우가 발생한다(문진영·최연주·서남규, 2014). 본 연구결과에서도 만성질환 보유현황은 여성독거노인의 과부담 의료비 발생에 영향을 주는 주된 요인으로 나타났다. 그러나 현재 우리나라에서 만성질환 보유자들을 위한 지역사회 돌봄서비스나 일차의료체계는 미흡하여, 장기간에 걸쳐 치료와 관리가 필요한 만성질환자들이 병의원 의료서비스 체계에 크게 의존하고 있는 실정이다(배지영, 2014). 만성질환은 기본적으로 완치가 불가능한 질환이다. 따라서 치료개념보다는 관리의 개념에서 접근할 필요가 있고, 병원 중심의 의료체계를 지역사회 중심의 의료체계로 전환할 필요가 있다. 중증질환의 치료는 병원을 이용하되, 지역사회에서 보건소 등을 통해 만성질환자가 필요로 하는 일차적인 의료적인 서비스를 제공하며, 요양보험 제도를 통한 돌봄서비스 제공 등을 검토해 볼 수 있을 것이다.

마지막으로 본 연구결과는 건강상태와 소득을 통제하면 연령 그 자체는 과부담 의료비 발생에 크게 영향을 주지 못함을 보여주었다. 이는 최근 중요하게 논의되고 있는 건강한 고령화(healthy ageing)와 연관지어 생각할 수 있다. 건강한 고령화란 사람이 나이를 먹더라도 건강하게 늙는 것을 말하는데(정형선 외, 2007), 건강하게 사는 노인이 건강하지 않게

사는 노인보다 의료비를 더 적게 사용한다는 것이다(Lubitz et al., 2003). 이는 간단하지만 중요한 함의를 갖는다. 현실적으로 여성독거노인들의 소득이나 사회제도적 지원을 증가시키기 어렵다면, 지속적인 관리를 통해 건강한 상태를 유지함으로써 어느 정도 의료비 부담에서 벗어날 수 있다는 의미이다. 정책적 측면에서도 사후적 보완책 보다 의료비 지출을 예방하는 정책이 더욱 중요해진다. 건강한 고령화를 위해서는 무엇보다 개인의 노력이 우선되어야 하겠지만, 지역사회 및 국가의 적극적인 정책적 지원 또한 중요할 것으로 보인다. 우리나라보다 고령화 현상을 미리 경험한 일본이나 유럽에서 최근 노인들의 의료 의존도를 줄이기 위해 예방적인 관점에서 지역사회 중심의 포괄적 케어시스템을 적극 도입하고 있는 것도 같은 맥락에서이다.

본 연구는 횡단면 자료를 이용한 연구로서의 한계점이 존재한다. 의료비는 매년 균등하게 발생하지 않는 경우가 많기 때문에, 횡단면 자료로는 현재 발생한 의료비 부담이 일시적인 현상인지 지속적인 부담인지를 확인하기 어렵다. 따라서 장기간에 걸쳐 여성독거노인의 의료비 부담이 어떻게 변화해 가는지를 추적 관찰하는 시계열 연구가 이루어져야 할 것이다. 본 연구는 이상의 한계에도 불구하고 우리나라 여성독거노인에 대해 대표성을 가지는 표본을 사용하여 의료비 지출에 따른 부담정도를 구체적으로 파악하였다는 점에서 그 의의가 있다. 본 연구결과는 향후 여성독거노인의 복지 및 의료이용 관련 정책수립에 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

참고문헌

- 1) 김교성·이현옥(2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료경험을 중심으로. 사회복지정책, 39(4), 255-279.
- 2) 김수정·허순임(2011). 우리나라 가구 의료비 부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적

- 수준을 중심으로. 보건경제와 정책연구, 17(1), 47-70.
- 3) 김윤희 · 양봉민(2009). 경제수준에 따른 우리나라 과부담 의료비 지출 추이 분석. 보건경제와 정책연구, 15(1), 59-77.
 - 4) 김태일 · 허순임(2008). 소득 계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제. 보건행정학회지, 18(4), 23-48.
 - 5) 김학주(2008). 빈곤층의 의료비지출 과부담에 관한 연구. 한국사회, 9(1), 229-253.
 - 6) 김희경 · 이현주 · 박순미(2010). 여성독거노인의 삶의 질 영향요인. 한국노년학, 30(2), 279-292.
 - 7) 노승현(2012). 장애노인 가구의 과부담 보건의료비 결정요인에 관한 종단적 연구. 한국사회복지학, 64(3), 51-77.
 - 8) 문정화 · 강민아(2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인: 취약계층 행동모델 적용. 보건사회연구, 36(2), 480-510.
 - 9) 문진영 · 최연주 · 서남규(2014). 만성질환 노인의 가구유형별 의료비 부담관련 요인에 관한 연구. 보건과 사회과학, 35(6), 285-307.
 - 10) 박진영 · 정기택 · 김용민(2014). 중 · 고령 가구의 과부담 의료비 발생의 결정요인에 관한 패널 연구. 보건행정학회지, 24(1), 56-70.
 - 11) 배지영(2014). 만성질환 보유 노인의 의료비 부담 및 의료 미이용 경험과 건강관련 삶의 질 간 관계에 관한 연구. 사회과학연구, 25(4), 109-129.
 - 12) 서남규 · 안수지 · 강태욱 · 황연희(2015). 한국 의료패널 자료를 활용한 재난적 의료비 발생 가구 분석 연구. 보건경제와 정책연구, 21(1), 79-102.
 - 13) 석재은 · 임정기(2007). 여성노인과남성노인의 소득수준 격차 및 소득원 차이와 결정요인. 한국노년학, 27(1), 1-22.
 - 14) 손경복 · 신자운 · 임은옥 · 이태진 · 김홍수(2015). 한국의 노인의료비 지출과 결정요인: 연구 현황과 과제. 보건경제와 정책연구, 21(1), 51-77.
 - 15) 손수인 · 김창엽 · 신영전(2010). 저소득층의 과부담 의료비 발생에 영향을 미치는 요인. 보건사회연구, 30(1), 92-110.
 - 16) 이수연 · 문용필(2018). 국민건강보험의 노인의료비 지출추계 및 장기재정 전망: EU의 '건강한 고령화' 적용을 중심으로. 비판사회정책, 58, 53-93.
 - 17) 이원영 · 신영전(2005). 도시가계의 소득계층별 과부담 의료비 실태. 사회보장연구, 21(2), 105-133.
 - 18) 이윤정(2012). 남녀 독거노인가구와 부부노인가구의 복지서비스 이용의 영향요인. 한국노년학, 32(4), 1119-1135.
 - 19) 이태진 · 양봉민 · 권순만 · 오주환 · 이수형(2003). 보건의료 비용 지출의 형평성. 보건경제와 정책연구, 9(2), 25-34.
 - 20) 이태진 · 이해재 · 김윤희(2012). 한국의료패널 1차년도 자료를 이용한 과부담의료비 분석. 보건경제와 정책연구, 18(1), 91-107.
 - 21) 이해재 · 이태진(2012). 우리나라 가구 과부담 의료비의 발생 및 재발과 관련된 요인. 사회보장연구, 28(3), 39-62.
 - 22) 정형선 · 송양민 · 이규식(2007). 인구고령화와 의료비. 보건경제와 정책연구, 13(1), 95-116.
 - 23) 최정규 · 정형성 · 신정우 · 여지영(2011). 보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향. 보건행정학회지, 21(2), 159-178.
 - 24) 통계청(2017). 2016년 생명표.
 - 25) 통계청(2018). 2017년 사망원인 통계.
 - 26) 한국보건사회연구원(2017). 2017년도 노인실태조사.
 - 27) Arendt, J. N.(2005). Does education cause better health? A panel data analysis using school reform for identification. Economics of Education Review, 24(2), 149-160.
 - 28) Berki, S. E.(1986). A look at catastrophic medical expenses and the poor. Health Affairs, 5(4), 139-145.
 - 29) Cutler, D. M. & Lleras-Muney, A.(2006). Education

- and health: evaluating theories and evidence. NBER Working Paper No. 12352, National Bureau of Economic Research.
- 30) Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297.
- 31) Lubitz, J., Cai, L., Kramarow, E. & Lentzner, H. (2003). Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *New England Journal of Medicine*, 349(11), 1048-1055.
- 32) Przywara, B. (2010). Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main result. *Economic Papers* 417, EU.
- 33) Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105.
- 34) Wagstaff, A. & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophic and impoverishment in paying for health care: with application to Vietnam 1993-98. *Health Economics*, 2(11), 921-934.
- 35) WHO (2005). *Distribution of health payments and catastrophic expenditure methodology*, Geneva: WHO.
- 36) Wyszewianski, L. (1986). Financially catastrophic and high cost cases: Definitions, distinctions and their implications for policy formulation. *Inquiry*, 23(4), 382-394.
- 37) Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. & Murray, C.J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378), 111-117.

- 투 고 일 : 2018년 12월 01일
- 심 사 일 : 2018년 12월 26일
- 게재 확정일 : 2019년 01월 04일