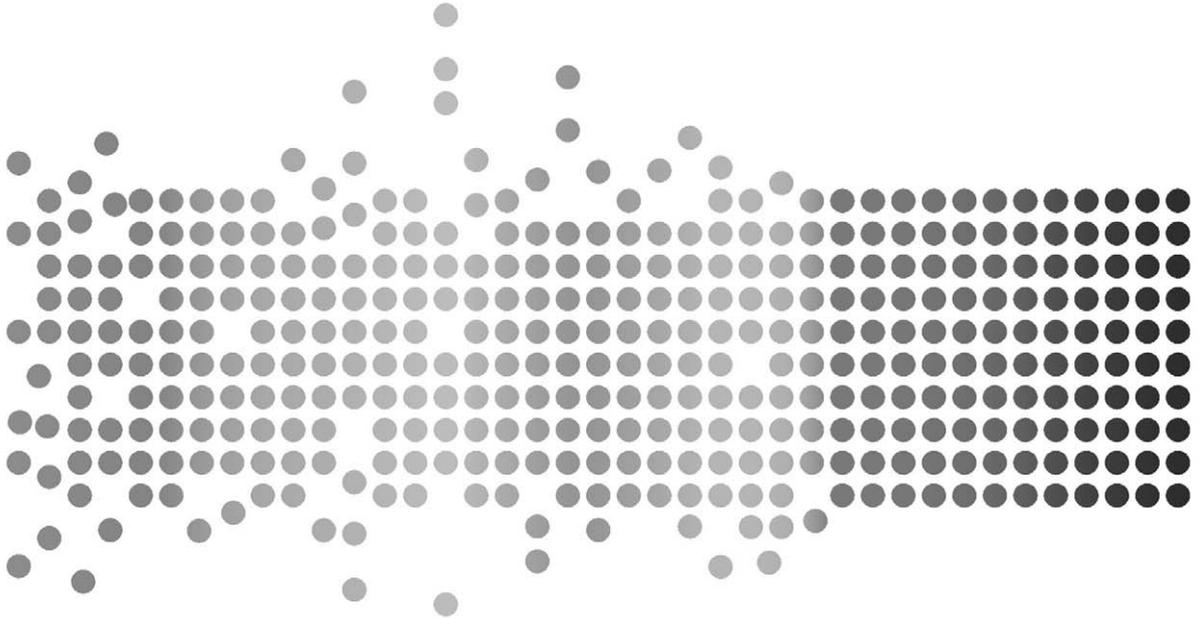


의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향

The effects of catastrophic health expenditure on poverty

신현웅 · 신영석 · 황도경 · 윤필경



연구보고서 2010-09

의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향

발행일 2010년 12월
저자 신현웅 외
발행인 김용하
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 고려문화사
가격 5,000원

© 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-678-4 93330

머리말

우리나라는 1차 의료안전망인 건강보험과 2차 안전망인 의료급여제도가 지속적인 보장성 확대 등을 통해 의료의 사각지대 해소를 위한 노력을 해왔다. 특히 올해에는 중증질환이나 고액진료비 보장을 내용으로 하는 보편적인 보장성 확대에 중점을 두고 여러 가지 보장성을 확대하였다.

하지만 정부의 이러한 지속적인 사각지대 해소를 위한 노력에도 불구하고 보장성은 선진국 수준에 비해 여전히 낮고, 저부담-저급여로 시작한 건강보험은 낮은 보장성이 계속적인 문제점으로 지적되고 있다.

특히 의료보장의 낮은 보장성은 필연적으로 과부담 의료비(catastrophic health expenditure)를 발생시킨다. 과부담 의료비의 지출은 삶의 질 하락 뿐만이 아니라 빈곤화와 빈곤 지속의 원인으로 작용할 수 있으며, 많은 연구에서 과부담 의료비의 지출이 빈곤의 원인임을 지적하고 있다.

하지만 과거 의료비 과부담과 관련된 연구들은 대부분 단편적인 분석(Cross-sectional Analysis)들로 의료비 지출이 빈곤에 미친 원인을 파악하는데 부족한 상태이다. 따라서 의료비 과부담으로 인해 빈곤화하는 원인에 대해 동태적인 분석(Longitude Analysis)을 통해 심층적인 원인분석이 필요하다.

따라서 본 보고서는 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향에 대해 동태적 분석을 통해 요인을 파악하고, 또한 의료비 과부담으로 인해 의료이용에 제약 받는 계층의 특성을 파악하고자 한다. 그리고 이런 계층에 대한 지원 방안에 대해 외국의 사례 등을 검토하여 시사점을 도출하고 개선방안을 제시하고자 한다.

이를 위해 우리나라의 의료보장 체계와 의료안전망 그리고 의료사각지대 실태 등을 단면적인 분석을 통해 살펴보고, 가구의 의료비 지출 현황과 과부담 의료비 실태를 파악하고자 하였다. 그리고 의료비 과부담으로 인해 빈곤으로 추락하는 요인에 대한 심층분석을 위해 한국복지패널의 3개년 자료를 활용하여 동태적 분석을 실시하였다. 그리고 우리나라와 같은 사회보험 방식으로 운영되는 외국 국가들의 저소득층에 대한 의료지원 현황 파악을 통해 시사점을 도출하여 저소득층을 위한 의료비 지원방안을 제시하였다.

본 연구는 신현웅 부연구위원의 책임하에, 신영석 연구위원, 윤필경 연구원, 황도경 선임연구원의 공동연구로 수행되었다. 연구진은 연구의 진행과정에서 본고를 세심히 읽고 완성하는 데에 귀중한 조언을 해 준 본원의 원종욱 연구위원과 김태완 부연구위원에게 사의를 표하고 있다.

끝으로 본보고서의 내용은 저자들의 의견이며 내용상의 하자 역시 저자들의 책임이며, 토론에 참여한 전문가들이나 본원의 공식적인 견해는 아님을 밝혀둔다.

2010년 12월
한국보건사회연구원장
김 용 하

목차

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	31
제1절 연구의 배경 및 필요성	31
제2절 연구의 구성	33
제2장 의료빈곤의 현황 및 문제점	37
제 1절 의료안전망의 현황 및 문제점	37
제 2절 의료보장 사각지대의 현황 및 실태	42
제3장 의료비 지출 및 과부담 현황	59
제1절 의료 취약계층의 의료비 지출 현황	59
제2절 의료비 과부담 분포	69
제4장 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	73
제1절 분석 자료 및 분석 방법	74
제2절 연구결과	79

제5장 외국의 저소득층 의료보장	93
제1절 프랑스	93
제2절 독일	97
제3절 네델란드	101
제4절 대만	103
제5절 싱가포르	106
제6장 결론 및 정책제언	113
참고문헌	117

표 목차

〈표 2- 1〉 의료안전망의 개요	40
〈표 2- 2〉 연도별 보험료 3개월 이상 체납 현황	49
〈표 2- 3〉 기간별 체납보험료 현황	49
〈표 2- 4〉 건강보험과 의료급여 본인부담률	51
〈표 2- 5〉 OECD 국가의 진료비 대비 본인부담율	52
〈표 2- 6〉 의료비용에 대한 가계부담 정도	54
〈표 2- 7〉 치료를 포기한 경험이 있는 가구비율	55
〈표 2- 8〉 치료를 포기한 주된 이유	56
〈표 2- 9〉 미충족 의료욕구 실태	56
〈표 3- 1〉 2005년 가구원수별 보건의료비 지출 분포	61
〈표 3- 2〉 2007년 가구원수별 보건의료비 지출 분포	62
〈표 3- 3〉 2005년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포	64
〈표 3- 4〉 2007년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포	65
〈표 3- 5〉 2005년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포	67
〈표 3- 6〉 2007년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포	68
〈표 3- 7〉 2005년 의료비 과부담 분포	69
〈표 4- 1〉 연도별 변화추이 종속변수의 유형화-의료보장유형	76
〈표 4- 2〉 연도별 변화추이 종속변수의 유형화-미충족 의료 경험	76
〈표 4- 3〉 변수 생성 및 조작적 수정	78
〈표 4- 4〉 연도별 의료보장유형 현황	79
〈표 4- 5〉 연도별 미충족 의료 경험 현황	79
〈표 4- 6〉 변수별 의료보장유형에 따른 빈도분석 및 분포검정 (카이제곱검정)	80

〈표 4- 7〉 변수별 미충족 의료 경험에 따른 빈도분석 및 분포검정 (카이제곱검정)	82
〈표 4- 8〉 변수별 의료보장유형 경험 영향요인분석	84
〈표 4- 9〉 변수별 미충족 의료 경험 영향요인분석	86
〈표 4-10〉 영향요인 분석결과 비교	88
〈표 5- 1〉 CMU 연도별 재정현황	95
〈표 5- 2〉 CMU 보충급여 대상자 연도별 추이	97
〈표 5- 3〉 대만 건강보험의 피부양자 유형별 자원분담률 (2009년 6월 기준)	105

그림 목차

[그림 2-1] 현행 의료안전망의 개요도	40
[그림 2-2] 의료보장 사각지대 개념도	45
[그림 2-3] 차상위계층의 규모 추정	48
[그림 3-1] 2005년 가구원수별 평균보건의료비 지출 분포	60
[그림 3-2] 2007년 가구원별 평균보건의료비 지출 분포	62
[그림 3-3] 2005년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포	63
[그림 3-4] 2007년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포	65
[그림 3-5] 2005년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포	66
[그림 3-6] 2007년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포	68
[그림 4-1] 분석 흐름도	74



Abstract

Insufficient health coverage inevitably engenders “catastrophic health expenditure.” Catastrophic health expenditure means that households have to spend out-of-pocket a substantial share of their disposable income on health services. Catastrophic health expenditure has been pointed to in many previous studies as a cause for a quality-of-life decline, impoverishment, and continued poverty. However, such previous studies, conducted as they are based on segmented cross-sectional data, are not much of help in grasping how much impact catastrophic health expenditure has on household poverty. For a thoroughgoing understanding of how responsible catastrophic health expenditure is for the impoverishment of some households, longitudinal analysis will have to be employed. This study explores, through longitudinal analysis, the impact of catastrophic health expenditure on poverty, and attempts to identify the characteristics of those who are constrained in the use of services by the burden of out-of-pocket health expenditure. No statistical evidence is found to connect household poverty with catastrophic health expenditure, which, however, is found to give rise to barriers to health care use, thereby increasing the unmet need by 1.37 times. Several options should be considered. First, public support should be strengthened, as are the cases for France, Germany, the Netherlands,

and Taiwan, for those in low-income brackets who have difficulties paying health insurance premiums. Second, the coverage of the health care system should be further broadened over time, as it is less extensive in Korea than in most of the other OECD countries. Also, further exemptions and caps to out-of-pocket payments can help low-income households have wider access to needed health care.

요약

1. 서론

□ 우리나라는 1차 의료안전망인 건강보험과 2차 안전망인 의료급여제도가 지속적인 보장성 확대 등을 통해 의료의 사각지대 해소를 위한 노력을 해 왔음.

– 건강보험의 경우 2005년 이후에 보험급여확대 계획수립에 따라 암, 뇌혈관·심장질환 등 중증질환자의 본인부담 경감, 6세 미만 아동 입원 본인부담 경감, 식대급여화, 본인부담 상한액을 6개월 200만원으로 인하 등 보장성을 확대해 왔음.

– 의료급여의 경우도 차상위계층 중 희귀 및 만성질환자, 18세 미만 아동 등에 대한 수급권자 대상 확대, 희귀난치성 질환 종류의 확대, 본인부담 보상금 및 본인부담 상한제 도입, 장애인 보장구 급여확대, 암 등 3대 중증질환의 2종 본인부담률 감소, 사례관리제도 도입 등 의료보장의 역할을 강화해 왔음.

□ 특히 올해에는 중증질환이나 고액진료비 보장을 내용으로 하는 보편적인 보장성 확대에 중점을 두고 여러 가지 보장성을 확대했음.

– 건강보험 본인부담 상한액 인하 및 소득수준별 차등 적용, 희귀난치성 질환자에 대한 본인부담 경감(20%→10%), 중증질환인 암 환자에 대해서 본인부담을 경감(10%→5%)해 주었음.

– 의료급여의 경우도 건강보험 보장성 강화방안과 같이 보장성을 강화하여 의료급여 본인부담 상한금액 6개월에 120만원을 60만

원으로 조정하는 것으로 하였으며, 의료급여 2종의 본인부담률 15%를 10%로 인하하였음.

□ 하지만 정부의 이러한 지속적인 사각지대 해소를 위한 노력에도 불구하고 보장성은 선진국 수준에 비해 여전히 낮고, 저부담-저급여로 시작한 건강보험은 낮은 보장성이 계속적인 문제점으로 지적되고 있음.

- 특히 중증질환의 고액진료비는 빈곤층으로의 전락에 주요한 원인이(1위 사업실패, 2위 가정해체, 3위 고액진료비)²⁾ 되고 있음.
- 이는 사회보험인 건강보험과 공공부조인 의료급여의 촘촘함이 부족해 제1차, 2차 안전망으로써 역할을 충분하지 못해 의료의 사각지대가 완전히 해소되지 못하고 있음.

□ 의료보장의 낮은 보장성은 필연적으로 과부담 의료비(catastrophic health expenditure)를 발생시킴(송인철 외, 2010).

- 과부담 의료비는 한 가구의 의료비 지출이 일정 한계를 넘는 것을 뜻하며, 의료비가 일정 금액을 초과하거나, 소득이나 지출의 일정 비율 이상을 의료비로 사용하는 경우로 정의함.
 - 전자의 경우는 가구 소득 수준에 따라 기준 금액이 부담이 되는 정도가 상이하므로 근래의 연구는 주로 후자인 비율을 기준으로 사용하고 있음.
- 과부담 의료비의 지출은 삶의 질 하락뿐만 아니라 빈곤화와 빈곤 지속의 원인으로 작용할 수 있으며, 많은 연구에서 과부담 의료비의 지출이 빈곤의 원인임을 지적하고 있음(송인철 외, 2010).
- 세계적으로 합의된 기준은 없으나 세계보건기구는 보건의료 재정의 공평성(fairness in financial contribution) 지표 중 하나로 가용한 소득의 40% 이상을 본인부담 의료비로 지출하는 경우를 과부담 의료비로 정의하고 있으며 이 기준은 국가의 상황에 맞게

1) 2008년 기준 건강보험 보장률은 평균 62.2%이며, OECD기준 진료비 대비 본인부담비율도 한국이 35.7%(2007년 기준)로 OECD 평균 18.3%에 비해 높은 수준임.

2) 김윤, “건강보험 보장성 강화 방안에 대한 비판적 검토”, 보건의료 및 건강보험 시사토론 발표자료, 2005.7.7.

조정되어야 함을 함께 언급하고 있음.

- 하지만 과거 의료비 과부담 분석과 관련하여 많은 연구가 단편적인 분석 (Cross-sectional Analysis)들이 대부분으로, 질병발생에 따른 의료비 지출부담이 빈곤의 사각지대 미치는 근본적인 원인 파악들은 미진한 상태임.
 - 따라서 사각지대 해소를 위해서는 우선적으로 의료비 과부담으로 인해 의료 사각지대로 빠지는 계층에 대한 동태적인 분석 (Longitude Analysis)과 빈곤층으로 전락하는 계층에 대한 심층적인 분석이 필요함.
- 따라서 본 연구에서는 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향에 대해 동태적 분석을 통해 요인을 파악하고, 또한 의료비 과부담으로 인해 의료이용에 제약을 받는 계층의 특성을 파악하고자 함.
 - 그리고 이런 계층에 대한 지원방안에 대해 외국의 사례 등을 검토하여 시사점을 도출하고 개선방안을 제시하고자 함.

II. 의료빈곤의 현황 및 문제점

1. 의료안전망의 정의 및 현황

- 의료안전망 정의 : “의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에 게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도 포괄
 - 우리나라 의료안전망은 1차 건강보험, 2차 의료급여제도, 3차 긴급의료지원사업(긴급지원사업 내)으로 구성되며 그 외 의료비 지원 사업이 보충적 역할을 하고 있음.
- 의료안전망 구성
 - 1차 안전망 : 전 국민(의료급여 수급자 제외) 대상 건강보험
 - 2차 안전망 : 소득인정액 기준 최저생계비 이하의 가구 등 의료 급여 대상
 - 3차 안전망 : 최후의 안전망으로 긴급하다고 판단되는 경우 1회

(예외적으로 2회까지 인정하는 경우도 있음.)에 한정하여 최고 300만원까지 지원되는 긴급의료지원제도

- 기타 : 질환별, 특성별로 지원되는 9개의 의료지원 사업
- 보충적으로 민간에서 모금에 의해 지원되는 사업도 있음.

〈표 1〉 의료안전망의 개요

구분	대상	주요사업	지원규모
1차	전 국민	건강보험제도	25조5819억원
2차	의료급여수급자	의료급여제도	4조3578억원
3차	긴급 자격에 해당하는 자	(진료비 중심 지원) 긴급의료비 지원	476억원
기타	공적지원	건강증진기금 (질환 중심 지원) - 희귀난치성 질환 - 소아 및 아동 암 환자 - 성인 암환자 - 미숙아 및 선천성 이상아 - 노인인지 - 노인 개안 및 망막중 수술지원	963억원
		일반회계 (특정 계층 중심 지원) 장애인 의료비지원 외국인 의료비지원	145억원
	민간 의료비지원사업	- 희귀난치성, 소아암, 백혈병, 혈우병 - 어린이, 장애인, 노인	약 600-800억원

주: 1. 건강보험과 의료급여, 민간의료비지원은 2008년 기준이며, 공적지원제도는 2010년 예산기준임.

〔그림 1〕 현행 의료안전망의 개요도



2. 의료안전망의 문제점

□ 건강보험(1차 의료안전망)

- 1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 건강보험이 도입된 이래 대상자는 전국민(의료급여 수급자 제외) 확대되었고 보장율도 62.4%(2008년 기준)에 이르는 등 짧은 시간에 괄목할 만한 성과를 이루었음.
- 그러나 보장률이 아직 OECD 선진국(약 80%)에 비해 낮아 급여(보장성)측면에서 의료사각지대에 놓여 있는 계층이 많음.
- 비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 약 전 국민의 15.9%에 이르고 있음.
- 자격측면에서는 약 74.7만 가구(약 233만 명)의 건강보험 비자발적 체납자와 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자가 의료소외 계층임.

□ 의료급여(2차 의료안전망)

- 1977년 생활보호제도 중 하나로 의료급여제도가 시행된 이래 전 국민의 약 3.7%에 해당하는 저소득 취약계층을 의료급여 수급권자로 편성하여 빈곤층 대상 의료보장의 기틀을 세움.
- 그러나 고액 중증질환에 이환될 경우 비급여 본인부담 등이 과도하여 안전망으로서 역할이 미흡함.
- 특히 대상자 선정기준의 엄격함으로 소득은 최저생계비 이하이나 부양의무자 기준, 재산의 소득환산제 등 때문에 수급자가 되지 못하여 의료사각지대에 방치되어 있는 계층도 상당수에 이룸.

□ 긴급 의료지원제도(3차 의료안전망)

- 2005년부터 최후의 의료안전망으로써 긴급의료지원제도가 시행되어 명실공히 외형적으로 제도적 틀을 갖추.
- 그러나 지원수준 및 대상과 관련하여 예산상의 한계가 있어 마지막 안전망으로서 역할이 미흡함.

□ 기타 의료지원제도

- 기존 의료안전망이 충분한 급여를 보장하지 못하는 부분에 대하여 일부 의료욕구가 긴요한 환자나 특성별 계층에게 9개의 의료비 지원사업을 통하여 의료비를 지원하고 있음.
- 9개의 사업별 대상자 선정기준 및 지원 내용이 상이하여 대상자간 중복과 누락이 발생할 수 있으며 개별사업별 관리운영으로 사업운영의 비효율이 내재되어 있음.
- 개별사업을 통합·운영하여 제도의 효율성을 제고함은 물론 의료안전망 내에서 위상을 재정립할 필요가 있음.

3. 의료보장 사각지대 현황 및 실태

□ 의료보장의 사각지대란 의료서비스에 대한 욕구는 있으나 지불능력의 한계 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미함.

- 의료보장 사각지대는 자격과 급여측면으로 구분하여 접근할 수 있음.

[그림 2] 의료보장 사각지대



□ 자격 측면의 사각지대

- 보험료 체납가구(6개월 이상 : 약 160만 가구) : 6개월 이상 체납하는 경우 급여가 정지될 수 있어 의료보장 사각지대에 포함될 수 있음.
- 약 3만명으로 추정되는 주민등록 말소자, 행방불명자 또한 자격이 불비하여 사각지대에 해당.

□ 급여(보장성) 측면의 사각지대

- 2008년 기준 보장율이 약 62.4%(OECD 선진국의 경우 약 80%)에 머물러 고액이 소요되는 중증질환에 이환될 경우 과도한 본인부담(법정 및 비급여 본인부담)으로 빈곤층으로 추락하거나 의료욕구를 해결하지 못하는 사각지대에 놓이게 됨.
- 부양의무자 조건, 재산의 소득환산액 적용 등 국민기초생활보장수급 기준의 엄격함으로 의료급여수급자가 되지 못한 비수급 빈곤층, 차상위 계층은 건강보험의 보장율이 미흡함에 따라 의료이용에 한계를 경험하고 있음.

□ 최근 연구결과에 의하면 경제적인 요인 때문에 의료욕구를 충족하지 못하는 우리나라 성인 인구의 비율이 약 3-10%에 달하는 것으로 나타났으며 빈곤층의 경우 약 8~15%에 이르는 것으로 추정되고 있음.

〈표 2〉 미충족 의료욕구 실태

연구	대상	자료	미충족 의료
허순임 등(2007)	19세이상 성인 25,215명	국민건강영양조사 (2005)	미충족 의료 경험 = 17.1% 이중 49.5%가 경제적 이유 $17.1 * 0.495 = 8.46\%$
이현주 등(2008)	전국 대표 22,912 가구	차상위계층실태 분석 (2006)	의료치료포기 경험률 = 12.07% 이중 경제적 이유 = 84.38% $12.07 * 0.8438 = 10.2\%$
신영전 등(2009)	전체 국민 6,511가구	복지패널자료 (2005, 2006)	경제적 원인 : 5.54%(2005) 비빈곤층=2.28, 절대빈곤층=13.19 2.99%(2006) 비빈곤층=1.02%, 절대빈곤층=7.79%

- 이러한 조사가 전국민을 대표한다고 가정할 경우 우리나라 성인의 약 108만명~360만명이 경제적인 이유로 의료 치료를 포기한 경험이 있는 것으로 판단됨.

III. 의료비 지출 및 과부담 현황

- 의료로 인해 빈곤계층으로 추락하는 의료 취약계층을 파악하기 위해서는 의료비 지출 현황을 파악 것이 매우 중요함.
- 의료비 지출과 관련하여 일반적으로 주목하는 부분은 의료비 지출의 크기와 과부담 의료비 지출 가구의 분포임(양봉민, 2006). 또한 의료비의 지출 분석이 중요한 이유는 의료 이용에 있어서 전체 지출에서 의료이용비용이 차지하는 크기가 과부담이 되는 경우 의료이용의 어려움을 주기 때문임.
- 과부담 의료비는 기초생계지출로 간주되는 식료품비를 제외한 소비지출액 중 의료비가 차지하는 비율이 40% 이상이 되는 것을 의미함(김태일 2008). 아래식의 분모는 가구의 지불능력에 해당하는데 총수입에서 생계를 유지하기 위한 비용을 뺀 것으로 연구자에 따라 다른 기준이 제시되었는데 세계보건기구는 식료품비를, Xu는 국제빈곤선(Xu, 2003)을 사용함(신호성, 2004).

$$\text{의료비 과부담} = \frac{\text{의료비 지출}}{(\text{소비지출} - \text{식료품비})} \times 0.4 \text{ 이상}$$

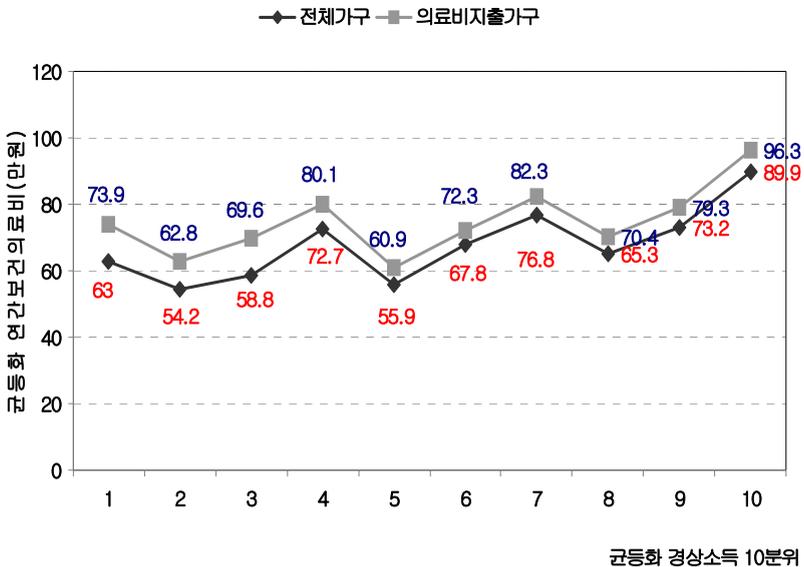
1. 보건의료비 지출 현황

가. 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포

□ 아래 [그림 3]에서 2005년 경상소득 분위별 보건의료비 지출 분포를 살펴보면 다음과 같음.

- 의료비를 지출하였던 가구의 지출 분포를 살펴보면 전체적으로 소득 분위별 보건의료비 지출은 큰 변화를 보이지 않고 일정하였으며 61만원에서 96만원 수준이었음.
- 따라서 보건의료비 지출 규모는 비슷하지만 소득수준이 낮은 사람의 경우는 소득에서 보건의료비 비율이 높아 의료비용부담이 고소득층에 비해 부담이 되는 것으로 판단됨.

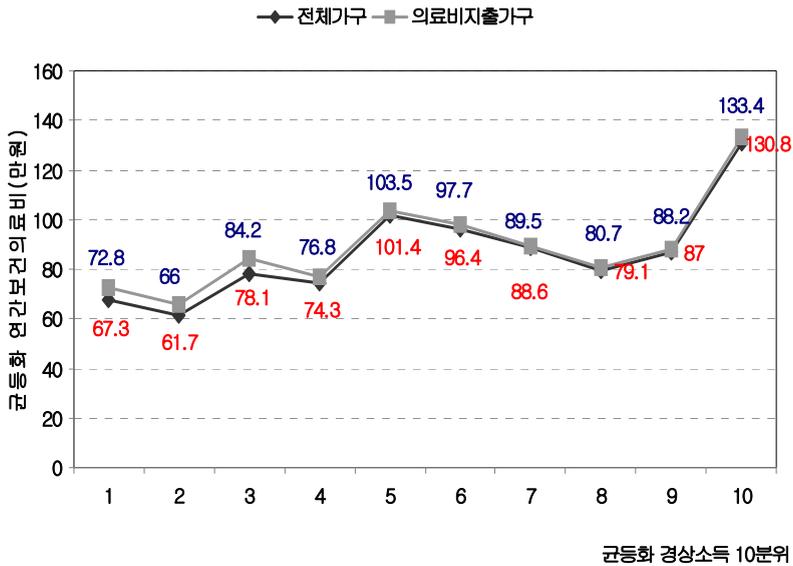
[그림 3] 2005년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포



□ 아래 [그림 4]에서 2007년 경상소득 분위별 보건의료비 지출 분포를 살펴보면 2005년과 비슷한 패턴을 보였음.

- 의료비를 지출하였던 가구의 지출 분포를 살펴보면 전체적으로 소득 분위별 보건의료비 지출은 큰 변화를 보이지 않고 일정하였으며 66만원에서 133만원 수준이었음.

[그림 4] 2007년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포

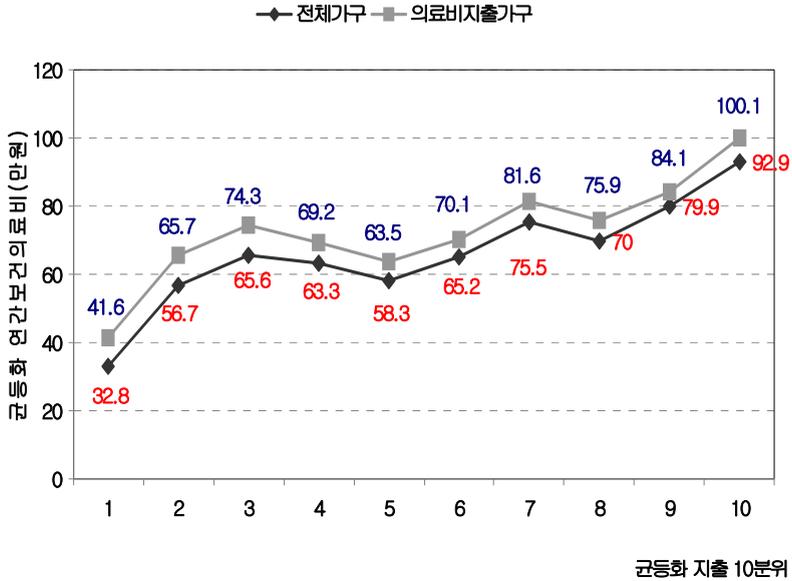


나. 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포

□ 아래 [그림 5]에서 2005년 지출 분위별 보건의료비 지출 분포를 살펴보면 다음과 같음.

- 의료비를 지출하였던 가구의 지출 분포를 살펴보면 분위가 높아 질수록 보건의료비 지출도 증가하는 것을 알 수 있음, 1분위 42만, 5분위 64만원, 10분위 100만원으로 지출이 많을수록 의료비 지출도 많은 것을 알 수 있음.
- 앞서 확인한 소득과 달리 지출은 의료비 지출에 관련성이 있음을 알 수 있음.

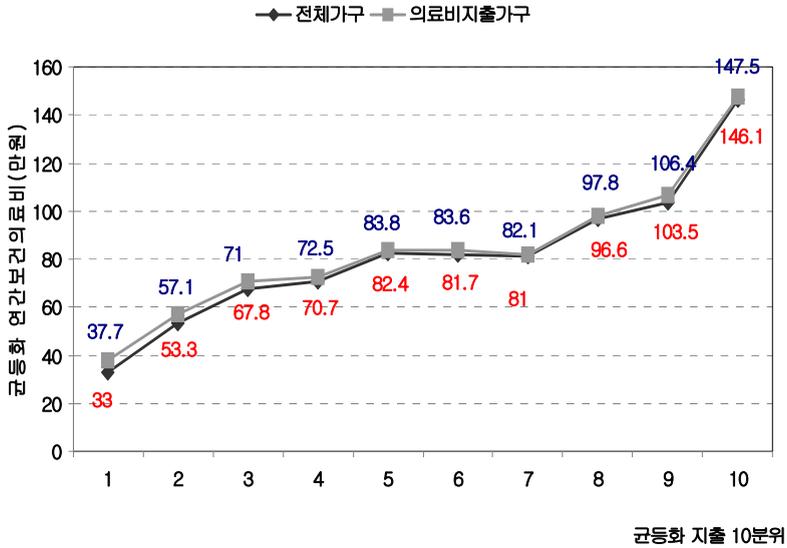
[그림 5] 2005년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포



□ 아래 [그림 6]에서 2007년 지출 분위별 보건의료비 지출 분포를 살펴보면 2005년과 비슷한 패턴을 보였음.

- 의료비를 지출하였던 가구의 지출 분포를 살펴보면 분위가 높아 질수록 보건의료비 지출도 증가하는 것을 알 수 있음.
- 1분위 38만, 5분위 84만원, 10분위 148만원으로 지출이 많을 수록 의료비 지출도 많은 것을 알 수 있음.

[그림 6] 2007년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포



2. 의료비 과부담 분포

□ 아래 <표 3>에서 2005년과 2007년 총생활비 대비 의료비 지출 분포를 살펴보면 다음과 같음.

- 2005년 자료를 보면 전체 생활비에 의료비 지출 비율이 40% 이상 차지하는 가구가 전체의 4.7%였음, 전체가구 5,367가구 중에 259명 있었음.
- 2007년 자료를 보면 전체 생활비에 의료비 지출 비율이 40% 이상 차지하는 가구가 전체의 3.17%였음, 전체가구 5,919가구 중에 186명 있었음.

〈표 3〉 2005년 의료비 과부담 분포

(단위: 연평균/만원)

년도	의료비 부담비율*	관측치수	백분율(%)	평균값	표준편차	
2005년	0이상~10%미만	4,381	81.6%	46.6	61.7	
	10%이상~20%미만	511	9.5%	135.3	104.3	
	20%이상~30%미만	218	4.1%	199.1	150.8	
	의료비 과부담	30%이상~40%미만	108	2.0%	297.1	191.7
		40%이상~50%미만	46	0.9%	260.9	167.2
		50%이상~60%미만	34	0.6%	375.1	274.3
		60%이상~70%미만	24	0.4%	576.9	409.1
		70%이상~80%미만	13	0.2%	408.1	207.0
		80%이상~90%미만	7	0.1%	672.8	321.7
		90%이상~100%미만	27	0.5%	738.1	404.7
전체*	5,367	100%	71.2	128.7		
2007년	0이상~10%미만	5,022	84.8%	58.7	76.1	
	10%이상~20%미만	499	8.4%	208.2	175.7	
	20%이상~30%미만	213	3.6%	305.1	225.6	
	의료비 과부담	30%이상~40%미만	105	1.8%	398.4	230.5
		40%이상~50%미만	38	0.7%	620.9	437.1
		50%이상~60%미만	26	0.4%	676.7	483.1
		60%이상~70%미만	8	0.1%	595.4	235.7
		70%이상~80%미만	7	0.1%	628.7	150.3
		80%이상~90%미만	2	0.0%	698.6	67.3
		90%이상~100%미만	-	-	-	-
전체*	5,919	100%	91.6	158.8		

‡ : 보건의료비가 (총생활비-식료품비)에 차지하는 비율

* : 의료비 지출인 있는 가구만 대상으로 함

IV. 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향

□ 본 장에서는 의료비 지출로 인해 빈곤계층으로 전락하는 가구들에 대한 실태파악 및 원인분석과 의료비 지출로 인해 의료이용에 제약을 받는 계층에 대한 분석을 실시하였음.

□ 먼저 의료비 지출로 인해 빈곤계층으로 전락하는 가구에 대한 정의를 명확히 할 필요가 있음.

- 빈곤계층에 대해 과거 선행연구에서는 국민기초생활보장법 상의 최저생계비를 기준으로 빈곤여부를 판단하여 분석한 경우들이 대부분이었음.

– 하지만 본 연구에서는 의료빈곤 계층을 의료급여대상자로 한정하였으며, 건강보험대상자가 의료급여 대상자로 전락하는 경우에 대해 분석하고자 함.

- 또한 의료비 지출로 인해 의료이용에 제약을 받는 계층에 대한 분석은 의료이용에 대한 욕구는 있으나 의료이용에 제약을 받은 미충족 의료가 있는 계층에 대한 분석으로 한정하였음.
- 분석 틀의 경우는 2005년부터 2007년까지 기간 중 건강보험에서 의료급여 전락하는 계층과 미충족 의료가 없던 계층이 미충족 의료로 빠지는 계층으로 시간의 흐름에 따라 변화하는 원인을 파악하고자 함.

1. 자료 및 분석방법

가. 자료수집 및 분석

- 본 연구는 의료 취약계층 파악을 위해 2005년부터 매년 실시되고 있는 한국복지패널자료 중 자료 분석이 완료된 3개년도(2005년~2007년) 자료를 이용하였음.
- 원표본이 유지된 6,095가구의 19세 이상 성인 11,907명을 연구대상으로 선정하였음.
- 한국복지패널자료를 활용 이유는 한국복지패널자료는 국내 가구단위 패널조사 중 그 규모가 크며 기존 국내의 가구단위 패널 조사에 비해 표본수가 많아 통계학적으로 표본오차가 적고, 조사 대상 가구에 지역으로서는 제주도도, 가구유형으로는 농어가까지 포함하고 있어 패널조사로는 유일하게 전국 대표성을 지니며, 원가구 표본 유지율이 다른 유수의 패널조사 유지율보다 높기 때문임(원가구 표본 유지율 2차: 92.1%, 3차: 86.7%).

나. 변수선정 및 정의

- 본 연구에서 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향의 종속변수로는 의료비 지출로 인해 건강보험에서 의료급여로 전락하는 의료보장 상태의 변화로 하였으며, 의료에 제약을 받는 계층에 대한 요인분석의 종속변수로는 미충족 의료 경험의 변화를 선정하였음.
- 독립변수로는 과거 선행연구들에서 통제변수로 사용된 사회경제적 요인 등을 선정하여 각 영역별 변수를 선정하였음.

1) 종속변수

- 의료비 과부담으로 인한 빈곤 추락계층은 복지패널자료 중 의료보장 유형으로 2005년에 건강보험에서 2006년이나 2007년에 의료급여로 전락한 계층으로 구분하였으며, 구분 기준은 다음 표와 같음.
- 의료이용에 제약을 받는 계층에 대한 분석의 종속변수는 ‘경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험’을 미충족 의료로 정의하였고, 구체적인 설문내용은 ‘지난 1년(조사대상년도 1월 1일~12월 31일)동안 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있다’라는 설문항목에 ‘있다’라고 응답한 경우를 미충족 의료 경험자로 정의하였음.
- 각 종속변수는 연도별 변화추이를 감안하여 2개로 유형화하였음.

〈표 4〉 연도별 변화추이 증속변수의 유형화-의료보장유형

연도별 변화추이			유형화			
2005년	2006년	2007년	유형화 I	빈도(%)	유형화 II	빈도(%)
건강보험	건강보험	건강보험	건강보험 지속군	10,870(91.3%)	건강보험 지속군	10,870(98.6%)
건강보험	건강보험	의료급여	의료급여	159(1.3%)	의료급여	159(1.4%)
건강보험	의료급여	의료급여	이동군		이동군	
의료급여	의료급여	건강보험	건강보험	107(0.9%)	분석에서 제외	
의료급여	건강보험	건강보험	이동군			
의료급여	건강보험	의료급여	의료보장	65(0.6%)		
건강보험	의료급여	건강보험	혼재군			
의료급여	의료급여	의료급여	의료급여	706(5.9%)		
			지속군			

〈표 3〉 연도별 변화추이 증속변수의 유형화-미충족 의료 경험

연도별 변화추이			유형화			
2005년	2006년	2007년	유형화 I	빈도(%)	유형화 II	빈도(%)
충족	충족	충족	충족 지속군	10,633(89.3%)	충족 지속군	10,633(89.3%)
충족	충족	미충족	추락군	214(1.8%)	미충족 경험군	1,274(10.7%)
충족	미충족	미충족				
미충족	미충족	충족	호전군	732(6.2%)		
미충족	충족	충족				
미충족	충족	미충족	혼재군	285(2.4%)		
충족	미충족	충족				
미충족	미충족	미충족	미충족 지속군	43(0.4%)		

2) 독립변수

- 독립변수는 의료 취약계층 파악이 가능할 것으로 추정되는 변수들 총 18개의 독립변수를 선정하였음.
- 독립변수의 종류로는 성별, 연령, 교육수준, 혼인상태, 단독가구 여부, 장애 여부, 만성질환여부, 주관적 건강상태, 건강검진 여부, 외래진료 여부, 입원 여부, 취업 여부, 빈곤 여부, 기초보장수급 여부, 생활비, 의료비 과부담 여부, 주거지역 등이 있음.

- 특히 다른 독립변수 들을 모두 통제한 상태에서도 의료비 과부담 여부가 빈곤계층으로 추락하는 요인인지? 의료이용에 제약을 주는 요인으로 작용하는 지에 대해서 분석하였음.

다. 분석방법

- 의료 취약계층 파악을 위한 빈도분석과 분포검정을 위한 카이제곱 검정을 실시하였음.
- 의료 취약계층 파악을 위한 영향요인을 찾는 분석으로 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 사용하였으며, OR(대응위험도:Odds Ratio)을 통해 비교분석하였고 변수선택은 단계별 변수선택법(stepwise variable selection)을 사용하였음.

2. 연구결과

가. 빈도분석 결과

- 연도별 의료보장 유형은 1차(2005년)의 7.2%, 2차(2006년)은 7.3%, 3차(2007년)의 경우에는 7.6%로 나타났으며, 이를 단순비교로 볼 때 연도별로 비슷한 수준을 보여주고 있음.
- 연도별 미충족 의료 경험은 1차(2005년)의 7.0%, 2차(2006년)은 3.7%, 3차(2007년)의 경우에는 2.7%로 나타났으며, 이를 단순비교로 볼 때 전체적으로 미충족 의료의 비율이 감소하고 있음을 보여주고 있음.
 - 이와 같은 미충족 의료 감소 현상은 여러 원인에 의한 것이겠지만, 2005년 이래 강화되어 온 보장성 확대 정책이 반영된 것으로 추측해 볼 수 있겠음.
 - 이는 본 연구의 분석 단위가 개인 단위이고, 19세이상 성인을 대상으로 하였으며, 표본가중치를 반영하지 않아서 빈곤계층이 과표

집되어 분석되었기 때문에 미충족 의료 경험률이 다소 높게 나타난 것으로 판단됨.

〈표 5〉 연도별 의료보장유형 현황

구분	2005년		2006년		2007년	
	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험
빈도	853	11,054	866	11,041	905	11,002
비율(%)	7.2	92.8	7.3	92.7	92.4	7.6

〈표 6〉 연도별 미충족 의료 경험 현황

구분	2005년		2006년		2007년	
	미충족	충족	미충족	충족	미충족	충족
빈도	833	11,074	439	11,468	315	11,592
비율(%)	7.0	93.0	3.7	96.3	2.7	97.4

나. 영향요인분석결과(로지스틱분석결과)

□ 의료보장유형에서 의료급여로 이동하는데 영향을 미치는 요인을 분석하고자, 개별 변수별로 로지스틱 회귀분석을 통한 OR(Odds Ratio)값을 측정하고 유의미한 변수를 선별하였음.

— 의료보장유형에서 의료급여로 이동하는데 영향을 미치는 변수로는 장애여부, 혼인상태, 주관적 건강상태, 취업여부, 빈곤여부, 단독가구여부, 건강검진여부, 외래진료여부, 입원여부, 생활비 수준 등인 것으로 나타났음.

□ 변수별로 분석 결과를 자세히 살펴보면 장애인인 경우 의료급여로 이동할 확률이 2.091(1.397-3.128)배 높았고 혼인상태 무배우자인 경우가 유배우자에 비해 1.695(1.136-2.529)배 높았으며 주관적 건강상태에서 건강하지 않다고 생각하는 사람들이 건강하다고 생각하는 사람들과 비교하여 1.770(1.239-2.528)배 높았음.

— 그 외 변수들을 살펴보면 취업여부에서는 미취업 1.763(1.205

-2.579), 단독가구 1.818(1.141-2.896), 건강검진을 하지 않은 사람 1.752 (1.204-2.550), 외래진료를 받지 않은 사람 2.559 (1.316-4.974), 입원하지 않은 사람 1.569(1.054-2.335), 생활비 수준이 보통 29.811 (7.302-121.711), 적음 11.287(2.754-46.266) 등으로 나타났다.

□ 의료비 과부담 여부가 의료보장 유형 변화에 미친 요인은 카이제곱 검정에서 나타난 바와 같이 로지스틱 분석에서도 큰 영향이 없는 것으로 나타났다.

〈표 7〉 변수별 의료보장유형 경험 영향요인분석

구분	Odds Ratio(95% CI)			
	개별분석:	통합분석	유의미 분석	
성별	남성	1.000	1.000	-
	여성	1.100(0.802-1.509)	0.806(0.804-0.809)	-
연령	19~39세	1.000	1.000	-
	40~64세	2.627(1.577-4.373)	1.044(1.028-1.059)	-
	65세이상	3.524(2.119-5.860)	0.761(0.750-0.772)	-
교육수준	전문대이상	1.000	1.000	-
	고등학교	1.960(1.062-3.616)	0.969(0.950-0.987)	-
	중등학교	3.956(2.088-7.495)	0.965(0.945-0.986)	-
	초등/무학	4.757(2.741-8.254)	1.079(1.060-1.098)	-
장애여부	장애인 아님	1.000	1.000	1.000
	장애인	3.410(2.328-4.996)	2.032(2.008-2.057)	2.091(1.397-3.128)
만성질환 여부	만성질환자 아님	1.000	1.000	-
	만성질환자	3.209(2.283-4.512)	1.063(1.056-1.071)	-
혼인상태	유배우자	1.000	1.000	1.000
	무배우자	2.422(1.770-3.315)	1.014(1.005-1.023)	1.695(1.136-2.529)
주관적 건강상태	건강함	1.000	1.000	1.000
	건강하지 않음	4.158(3.032-5.703)	1.377(1.366-1.389)	1.770(1.239-2.528)
취업여부	취업	1.000	1.000	1.000
	미취업	3.431(2.393-4.919)	1.238(1.229-1.246)	1.763(1.205-2.579)
빈곤여부	비빈곤	1.000	1.000	-
	빈곤	4.097(2.940-5.711)	1.901(1.882-1.920)	-
단독가구 여부	비단독	1.000	1.000	1.000
	단독	3.486(2.442-4.974)	1.308(1.291-1.326)	1.818(1.141-2.896)
기초보장 수급여부	수급	-	-	-
	비수급	-	-	-
미충족 의료경험	미충족 경험군	1.000	1.000	-
	충족 지속군	6.172(4.449-8.562)	0.902(0.889-0.916)	-
건강검진	있음	1.000	1.000	1.000

구분		Odds Ratio(95% CI)		
		개별분석:	통합분석	유의미 분석
여부	없음	1.923(1.337-2.765)	1.223(1.215-1.231)	1.752(1.204-2.550)
외래진료 여부	외래진료함	1.000	1.000	1.000
	외래진료 안함	3.486(1.834-6.625)	1.124(1.118-1.131)	2.559(1.316-4.974)
입원여부	입원함	1.000	1.000	1.000
	입원 안함	2.250(1.551-3.266)	1.307(1.291-1.323)	1.569(1.054-2.335)
생활비	많음	1.000	1.000	1.000
	보통	13.449(3.287-55.023)	1.033(1.017-1.049)	29.811(7.302-121.711)
	적음	42.108(10.368-171.006)	1.487(1.465-1.510)	11.287(2.754-46.266)
의료비 과부담여부	과부담 아님	1.000	1.000	-
	과부담	1.030(0.480-2.209)	0.703(0.687-0.720)	-
주거지역	도시지역	1.000	1.000	-
	농촌지역	1.011(0.703-1.455)	0.849(0.846-0.851)	-

- 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석하고자, 먼저 개별 변수에 대한 로지스틱 회귀분석을 통한 OR(Odds Ratio)값을 측정하고 다음으로 변수 모두를 모형에 포함시켜 서로 다른 변수를 통제된 후 로지스틱 분석을 실시하여 이러한 결과를 바탕으로 최종적으로 유의한 변수를 선별함.
- 변수별 미충족 의료 경험에 따른 영향요인 분석 결과를 살펴보면 미충족 의료 경험에 영향을 주는 변수로는 교육수준, 주관적 건강상태, 빈곤여부, 기초보장 수급여부, 건강검진여부, 생활비 수준, 의료비 과부담 여부, 주거지역 등인 것으로 나타났음.
- 변수별로 분석 결과를 자세히 살펴보면 교육수준이 전문대이상 대비 하여 OR(Odds Ratio)값이 고등학교 1.412(1.147-1.738), 중등학교 1.680(1.322-2.135), 초등/무학 1.456(1.188-1.785) 등으로 확률이 높았음.
- 배우자 유무에 따른 결과를 보면 유배우자 비해 무배우자 미충족 의료 경험 확률이 2.017 (1.776-2.290)배 높았고 주관적 건강상태에서 건강한 사람에 비해 건강하지 않다고 생각하는 사람이 1.782(1.548-2.050)배 높았고, 빈곤 여부에 결과도 빈곤한 사람이 1.324(1.126-1.557)배 높았음.
- 그 외 변수에서의 OR(Odds Ratio)값은 기초보장 수급형태에 따라 비수급자의가 1.881(1.578-2.241), 건강검진하지 않은 사람이

1.503 (1.310-1.725), 생활비가 보통인 경우가 6.994(5.176-9.450), 많은 경우 3.863(2.890-5.163), 주거지역 농촌지역 1.540 (1.324-1.792) 등으로 나타났음.

□ 의료비 과부담이 의료이용에 있어 미충족을 1.384(1.061-1.805)배 더 발생시키는 것으로 나타났음.

- 이는 의료비 과부담이 의료급여대상자로 전략하는 요인은 되지 않지만 의료이용에 제약을 받게 하는 주된 요인으로는 작용하는 것으로 나타났음.

〈표 8〉 변수별 미충족 의료 경험 영향요인분석

구분		Odds Ratio(95% CI)		
		개별분석:	통합분석	유의미 분석
성별	남성	1.000	1.000	-
	여성	1.193(1.060-1.342)	0.937(0.818-1.074)	-
연령	19-39세	1.000	1.000	-
	40-64세	1.465(1.254-1.711)	1.087(0.888-1.331)	-
	65세이상	1.672(1.427-1.960)	0.549(0.426-0.707)	-
교육수준	전문대이상	1.000	1.000	1.000
	고등학교	1.776(1.462-2.157)	1.393(1.128-1.721)	1.412(1.147-1.738)
	중등학교	2.385(1.907-2.982)	1.694(1.297-2.213)	1.680(1.322-2.135)
	초등/무학	3.057(2.555-3.658)	1.766(1.369-2.277)	1.456(1.188-1.785)
장애여부	장애인 아님	1.000	1.000	-
	장애인	2.165(1.840-2.548)	1.194(0.992-1.438)	-
만성질환 여부	만성질환자 아님	1.000	1.000	-
	만성질환	1.960(1.742-2.206)	1.176(0.992-1.393)	-
혼인상태	유배우자	1.000	1.000	1.000
	무배우자	2.254(2.005-2.535)	2.101(1.804-2.446)	2.017(1.776-2.290)
주관적 건강상태	건강함	1.000	1.000	1.000
	건강하지 않음	2.732(2.425-3.077)	1.842(1.571-2.161)	1.782(1.548-2.050)
취업여부	취업	1.000	1.000	-
	미취업	1.408(1.253-1.583)	0.816(0.707-0.942)	-
빈곤여부	비빈곤	1.000	1.000	1.000
	빈곤	2.904(2.536-3.327)	1.464(1.237-1.732)	1.324(1.126-1.557)
단독가구 여부	비단독	1.000	1.000	-
	단독	2.230(1.919-2.591)	1.155(0.940-1.420)	-
기초보장 수급여부	수급	1.000	1.000	1.000
	비수급	4.297(3.657-5.048)	1.963(1.081-3.564)	1.881(1.578-2.241)
의료보장 유형	의료급여	1.000	1.000	-
	건강보험	4.076(3.483-4.771)	0.840(0.468-1.510)	-

구분		Odds Ratio(95% CI)		
		개별분석:	통합분석	유의미 분석
건강검진 여부	있음	1.000	1.000	1.000
	없음	1.731(1.521-1.971)	1.521(1.322-1.749)	1.503(1.310-1.725)
외래진료 여부	외래진료함	1.000	1.000	-
	외래진료 안함	1.314(1.117-1.547)	1.074(0.888-1.299)	
입원여부	입원함	1.000	1.000	-
	입원 안함	1.408(1.199-1.652)	1.148(0.956-1.379)	-
생활비	많음	1.000	1.000	1.000
	보통	4.643(3.489-6.179)	4.023(3.006-5.382)	6.994(5.176-9.450)
	적음	10.878(8.181-14.465)	7.689(5.669-10.429)	3.863(2.890-5.163)
의료비 과부담여부	과부담 아님	1.000	1.000	1.000
	과부담	1.594(1.245-2.042)	1.451(1.100-1.915)	1.384(1.061-1.805)
주거지역	도시지역	1.000	1.000	1.000
	농촌지역	1.153(1.003-1.324)	1.541(1.322-1.796)	1.540(1.324-1.792)

다. 영향요인 분석결과 상호비교

□ 의료 취약계층 파악을 위해 종속변수로 미충족 의료 경험 및 의료보장 유형을 선정하였으며 영향요인을 파악하고자 로지스틱 회귀분석을 통한 OR(Odds Ratio)값을 측정하여 유의미한 변수를 선별하였음.

- 종속변수는 3개년간의 동태적인 변화추이를 유형화하여 분류하였고 이에 18개의 독립변수를 선정하여 의료 취약계층을 파악하기 위한 영향요인 변수를 찾고자 하였음.

□ 앞의 영향요인 결과에서 미충족 의료 경험에 따른 영향을 주는 변수로는 교육수준, 주관적 건강상태, 빈곤여부, 기초보장 수급여부, 건강검진 여부, 생활비 수준, 의료비 과부담 여부, 주거지역 등인 것으로 나타났고 의료보장유형에서 의료급여로 이동하는데 영향을 미치는 변수로는 장애여부, 혼인상태, 주관적 건강상태, 취업여부, 빈곤여부, 단독가구여부, 건강검진여부, 외래진료여부, 입원여부, 생활비 수준 등인 것으로 나타났다.

- 두 종속변수에 영향을 주는 독립변수로는 혼인상태, 주관적 건강상태, 건강검진여부, 생활비 수준 등인 것으로 나타났다.
- 특히 생활비 수준의 경우 생활비 지출이 많다고 응답한 사람에 비

해 보통이다라고 응답한 사람이 미충족 의료 경험의 경우에는 약 7배, 의료보장 유형의 경우에는 약 30배 이상 확률이 높았음.

□ 의료비 과부담이 미치는 영향은 빈곤화 하는데는 영향이 없는 것으로 나타났으나, 의료이용에 제약을 받는 요인으로 작용하는 것으로 나타났음.

- 최근 송은철(2010년) 연구에서도 과부담 의료비의 기준을 지불능력의 20%이상으로 한 경우 과부담 의료비가 빈곤화에 영향이 없는 것으로 나타난 반면 지불능력의 30%이상인 모델에서는 경우는 1.57배 빈곤화에 영향을 미친 것으로 나타났음.
- 그리고 빈곤지속에는 의료비 과부담이 영향을 미치지 않는 것으로 나타났음.
- 따라서 의료비 과부담이 빈곤화에 어느 정도 영향이 있는지는 논란의 여지는 있는 것으로 보여지지만, 결과적으로 의료이용에 제약을 준다는 결론은 논란의 여지가 없음.

□ 따라서 의료비 과부담으로 인해 의료이용에 제약을 받는 계층에 대한 대안 마련 등은 필요할 것으로 판단됨.

〈표 9〉 영향요인 분석결과 비교

구분	Odds Ratio(95% CI)	
	미충족 의료 경험	의료보장유형
교육수준	전문대이상	1.000
	고등학교	1.412(1.147-1.738)
	중등학교	1.680(1.322-2.135)
	초등/무학	1.456(1.188-1.785)
장애여부	장애인 아님	1.000
	장애인	2.091(1.397-3.128)
혼인상태	유배우자	1.000
	무배우자	2.017(1.776-2.290)
주관적 건강상태	건강함	1.000
	건강하지 않음	1.782(1.548-2.050)
취업여부	취업	1.000
	미취업	1.763(1.205-2.579)
빈곤여부	비빈곤	1.000
	빈곤	1.324(1.126-1.557)

구분		Odds Ratio(95% CI)	
		미충족 의료 경험	의료보장유형
단독가구 여부	비단독	-	1.000
	단독	-	1.818(1.141-2.896)
기초보장 수급여부	수급	1.000	-
	비수급	1.881(1.578-2.241)	-
건강검진 여부	있음	1.000	1.000
	없음	1.503(1.310-1.725)	1.752(1.204-2.550)
외래진료 여부	외래진료함	-	1.000
	외래진료 안함	-	2.559(1.316-4.974)
입원여부	입원함	-	1.000
	입원 안함	-	1.569(1.054-2.335)
생활비	많음	1.000	1.000
	보통	6.994(5.176-9.450)	29.811(7.302-121.711)
	적음	3.863(2.890-5.163)	11.287(2.754-46.266)
의료비 과부담여부	과부담 아님	1.000	-
	과부담	1.384(1.061-1.805)	-
주거지역	도시지역	1.000	-
	농촌지역	1.540(1.324-1.792)	-

V. 결론 및 정책 제언

□ 본 연구에서는 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향을 살펴보고, 또한 의료비 과부담이 의료이용에 제약을 주는 정도를 동태적 분석을 통해 살펴보았음.

- 의료비 과부담이 빈곤층으로 전락하는 요인인지에 대해서는 통계적으로 유의미한 결과를 얻지 못한 반면, 의료비 과부담이 의료이용에 제약을 주어 미충족 의료를 발생시킬 확률이 1.37배 높은 것으로 나타났음.
- 결과적으로 우리나라의 높은 본인부담률이 의료이용에 제약을 받는 미충족 의료 발생에 기여한 것으로 판단됨.

□ 따라서 의료비 과부담으로 인해 의료에 제약을 받는 계층이나 기타 저소득층 의료이용에 제약 요건을 해소할 방안 마련이 필요함.

- 이러한 대안으로는 크게 자격측면과 보장성측면에서 접근해 볼 수 있음.

□ 자격측면에서는 먼저 보험료 체납자를 축소시키는 방안 마련이 필요함.

- 외국의 사례에서도 프랑스, 독일, 네덜란드, 대만 등 여러나라에서 보험료 체납이나 납부가 어려운 계층에 대한 지원이 이루어지고 있음.
 - 따라서 우리나라도 적절한 보험료 체납자 지원방안 마련이 필요함.
- 이를 위해 체납자 중 생계형 체납자에 대한 정확한 실태 파악이 필요함.
 - 실태 파악을 통해 꼭 필요한 사람에게 보험료 지원 등이 이루어져야 하기 때문임.
- 단기적으로 저소득층에게 보험료납부가 부담이 될 경우 일시적으로 기존 취약계층의 건강보험료를 국고로 일부 경감해 주는 방안을 고민해 볼 수 있음.
- 하지만 중장기적으로는 저소득층에게도 보험료 징수를 강화하되 중장기적으로 건강보험료 부과체계에서 보험료 경감이나 면제 등 근본적인 문제해결 방안 모색이 필요함.

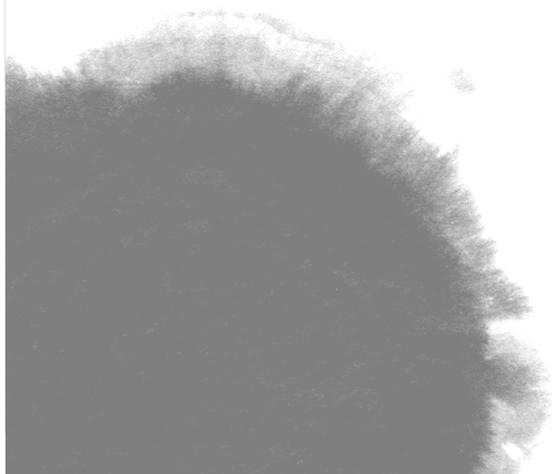
□ 보장성 측면에서는 크게 세가지 방향을 제시하고자 함.

- 먼저 원칙적으로는 건강보험과 의료급여의 기본적인 보장성을 확대하는 방안임.
 - 이는 우리나라 의료보장 보장률이 다른나라 수준에 떨어지므로 보편적인 보장성을 지속적으로 확대하여 전체적인 보장률을 높이도록 하여야 할 것임.
- 둘째, 의료가 필요한 사람들에 대한 맞춤형 보장성 확대방안이 필요함.
 - 이는 사각지대에 놓여있거나 사각지대로 전락할 위기에 있는 계층 중 의료욕구가 있는 계층에 대한 법정 본인부담률을 경감해 주는 방안임.

- 예를 들어 과거 의료급여 차상위계층 확대 계획에 따라 희귀난치성질환자, 만성질환자, 아동 등에 대해서는 본인부담을 경감해 주었지만 아직 계획대로 실시되지 않은 노인이나 장애인 차상위에 대해 본인부담률을 경감해 주고 본인부담부분에 대한 예산을 국고가 부담해 주는 방안이 추진되어야 할 것임.
 - 그리고 중증질환 등 질환별 본인부담률 경감을 할 경우 특히 저소득층이 많이 걸리는 질환 중심으로 본인부담률을 경감함으로써 혜택이 저소득층에게 집중될 수 있도록 정책을 시행해야 할 것임.
- 셋째는 건강보험(1차안전망)과 의료급여(2차안전망)으로도 충분하지 않은 부분에 대해서 긴급의료비지원 등 다양한 저소득층 의료비 지원사업을 활성화하여야 함.
- 마지막으로 공적 의료비 지원사업을 확대하여 실시하여도 충분하게 보장되지 못하는 계층에 대해서 현재 민간차원의 의료비 지원사업들이 있는데, 이를 활성화할 수 있도록 정부차원의 지원이 이루어진다면 일정부분 사각지대 해소에 도움이 될 것으로 판단됨.

01

서론



제1절 연구의 배경 및 필요성

□ 우리나라는 1차 의료안전망인 건강보험과 2차 안전망인 의료급여제도가 지속적인 보장성 확대 등을 통해 의료의 사각지대 해소를 위한 노력을 해 왔음.

- 건강보험의 경우 2005년 이후에 보험급여확대 계획수립에 따라 암, 뇌혈관·심장질환 등 중증질환자의 본인부담 경감, 6세 미만 아동 입원 본인부담 경감, 식대급여화, 본인부담 상한액을 6개월 200만원으로 인하 등 보장성을 확대해 왔음.
- 의료급여의 경우도 차상위계층 중 희귀 및 만성질환자, 18세 미만 아동 등에 대한 수급권자 대상 확대, 희귀난치성 질환 종류의 확대, 본인부담 보상금 및 본인부담 상한제 도입, 장애인 보장구 급여확대, 암 등 3대 중증질환의 2종 본인부담률 감소, 사례관리제도 도입 등 의료보장의 역할을 강화해 왔음.

□ 특히 올해에는 중증질환이나 고액진료비 보장을 내용으로 하는 보편적인 보장성 확대에 중점을 두고 여러 가지 보장성을 확대했음.

- 건강보험 본인부담 상한액 인하 및 소득수준별 차등 적용, 희귀난치성 질환자에 대한 본인부담 경감(20%→10%), 중증질환인 암 환자에 대해서 본인부담을 경감(10%→5%)해 주었음.
- 의료급여의 경우도 건강보험 보장성 강화방안과 같이 보장성을

강화하여 의료급여 본인부담 상한금액 6개월에 120만원을 60만원으로 조정하는 것으로 하였으며, 의료급여 2종의 본인부담률 15%를 10%로 인하하였음.

□ 하지만 정부의 이러한 지속적인 사각지대 해소를 위한 노력에도 불구하고 보장성은 선진국 수준에 비해 여전히 낮고³⁾, 저부담-저급여로 시작한 건강보험은 낮은 보장성이 계속적인 문제점으로 지적되고 있음.

- 특히 중증질환의 고액진료비는 빈곤층으로의 전락에 주요한 원인이(1위 사업실패, 2위 가정해체, 3위 고액진료비)⁴⁾ 되고 있음.
- 이는 사회보험인 건강보험과 공공부조인 의료급여의 촘촘함이 부족해 제1차, 2차 안전망으로서 역할을 충분하지 못해 의료의 사각지대가 완전히 해소되지 못하고 있음.

□ 의료보장의 낮은 보장성은 필연적으로 과부담 의료비(catastrophic health expenditure)를 발생시킴(송인철 외, 2010).

- 과부담 의료비는 한 가구의 의료비 지출이 일정 한계를 넘는 것을 뜻하며, 의료비가 일정 금액을 초과하거나, 소득이나 지출의 일정 비율 이상을 의료비로 사용하는 경우로 정의함.
 - 전자의 경우는 가구 소득 수준에 따라 기준 금액이 부담이 되는 정도가 상이하므로 근래의 연구는 주로 후자인 비율을 기준으로 사용하고 있음.
- 과부담 의료비의 지출은 삶의 질 하락뿐만 아니라 빈곤화와 빈곤 지속의 원인으로 작용할 수 있으며, 많은 연구에서 과부담 의료비의 지출이 빈곤의 원인임을 지적하고 있음(송인철 외, 2010).
- 세계적으로 합의된 기준은 없으나 세계보건기구는 보건의료 재정의 공정성(fairness in financial contribution) 지표 중 하나로 가용한 소득의 40% 이상을 본인부담 의료비로 지출하는 경우를 과

3) 2008년 기준 건강보험 보장률은 평균 62.2%이며, OECD기준 진료비 대비 본인부담비율도 한국이 35.7%(2007년 기준)로 OECD 평균 18.3%에 비해 높은 수준임.

4) 김윤, “건강보험 보장성 강화 방안에 대한 비판적 검토”, 보건의료 및 건강보험 시사토론 발표자료, 2005.7.7.

부담 의료비로 정의하고 있으며 이 기준은 국가의 상황에 맞게 조정되어야 함을 함께 언급하고 있음.

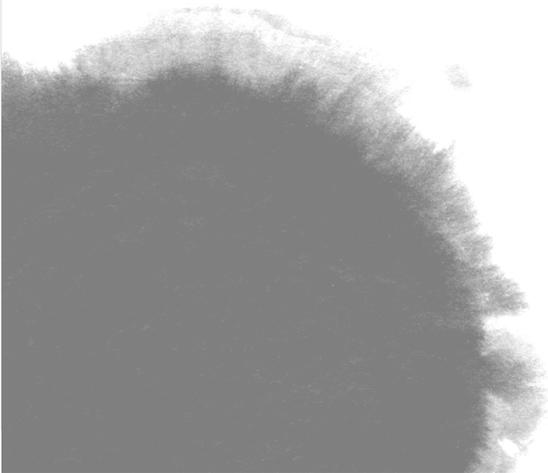
- 하지만 과거 의료비 과부담 분석과 관련하여는 단편적인 분석 (Cross-sectional Analysis)들이 대부분으로, 질병발생에 따른 의료비 지출부담이 빈곤의 사각지대 미치는 근본적인 원인 파악들은 미진한 상태임.
 - 따라서 사각지대 해소를 위해서는 우선적으로 의료비 과부담으로 인해 의료 사각지대로 빠지는 계층에 대한 동태적인 분석 (Longitude Analysis)과 빈곤층으로 전락하는 계층에 대한 심층적인 분석이 필요함.
- 따라서 본 연구에서는 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향을 동태적 분석을 통해 요인을 파악하고, 또한 의료비 과부담으로 인해 의료이용에 제약을 받는 계층의 특성을 파악하고자 함.
 - 그리고 이런 계층에 대한 지원방안에 대해 외국의 사례 등을 검토하여 시사점을 도출하고 개선방안을 제시하고자 함.

제2절 연구의 구성

- 본 연구는 의료비 과부담으로 인해 빈곤층으로 전락하고, 의료이용에 제약을 받는 계층에 대한 요인 분석과 이러한 계층에 대한 지원방안 마련을 목적으로 하고 있음.
- 이를 위해 2장에서는 우리나라의 의료보장 체계와 의료안전망 그리고 의료사각지대 실태 등을 단면적인 분석을 통해 살펴보고, 3장에서는 가구의 의료비 지출 현황과 과부담 의료비 실태를 파악하고자 함.
- 4장에서는 본 연구의 목적인 의료비 과부담으로 인해 빈곤으로 추락하는 요인을 한국복지패널의 3개년 자료를 활용하여 동태적 분석을 하고자 함.
- 5장에서는 우리나라와 같은 사회보험방식으로 운영되는 외국 국가들의 저소득층에 대한 의료지원 현황 파악을 통해 시사점을 도출하고, 최종적으로 6장에서는 결론 및 정책제언으로 제시하고자 함.

02

의료빈곤의 현황 및 문제점



제2장 의료빈곤의 현황 및 문제점

제1절 의료안전망의 현황 및 문제점

1. 의료안전망에 대한 정의 및 현황

- 의료안전망에 대해 정의하기 위해 먼저 사회안전망이란 개념을 정리할 필요가 있음.
 - 사회안전망 관련 유사한 용어 및 개념들이 혼용되어 쓰이고 있기 때문에 이에 대한 정리가 먼저 필요함.
- 사회안전망이란 제도나 환경의 변화가 빈곤층들에게 미칠 수 있는 부정적 영향을 완화 내지 해소 시킬 목적으로 운영 중인 여러 가지 장치로 정의할 수 있음.
 - 이러한 장치는 일시적으로 만들어 질 수도 있고 이미 사회보호를 위해 제도화 되어있는 것도 있음.
 - 노인, 장애인, 실업자, 질환자 등 취약계층이나 가뭄 등 천재지변에 의해 도움이 필요한 계층에게 지원되는 모든 제도를 포괄한다 할 수 있음.
- 이러한 사회안전망(Social Safety Net)의 정의를 내려보면,
 - 빈곤층이나 취약계층(vulnerable groups)을 주 대상으로 소득 또는 지출의 감소 혹은 중단이 발생하는 사회경제적 재앙, 비상사태 등이 발생하는 경우 그 들이 어려움을 극복할 수 있도록 개인 또는 가구단위에게 사회적 도움을 주는 모든 제도를 통칭하는 것임 (신영석, 2006년).

□ 또 다른 차원에서 살펴보면 사회안전망은 광의의 개념에서 사회보장의 구조 속에서 해석될 수 있음.

- 공식적인 사회보험제도(Social Insurance Schemes)가 기여를 전제로 가입자들에게 질병, 실업, 산재, 사망 등의 원인에 의한 소득 감소를 보호해 줌.
- 반면 사회안전망은 기여와 상관없이 이진지출이나 기초사회서비스 제공을 통해 사회경제적 위협에 처한 취약계층을 돌보는 제도를 총칭함.

□ 사회안전망을 통상적으로 구분해 보면, 사회보험을 1차 안전망, 공적부조와 사회서비스를 2차 안전망 그리고 위기 상황에 대한 긴급지원 및 구호제도를 3차 안전망으로 구분해 볼 수 있음(신영전, 2009년).

- 사회보장(Social Protection): 사회보험, 사회 서비스, 사회부조, 사회안전망 포괄
- 사회보험(Social Insurance): 기여를 통하여 질병, 실업, 산업재해, 노령기의 소득 등 보장
- 사회부조(Social Assistance): 기여와 상관없이 빈곤층, 취약계층, 사회적 약자 등 보호
- 사회서비스(Social Services): 교육, 보건, 사회복지 분야 등에서 공공부분이 제공하는 서비스
- 사회안전망(Social Safety Net): 노령, 질병, 실업, 산재, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 구성원들을 보호하는 사회적 안전장치로써 사회부조, 사회보험제도, 사회복지서비스 및 한시적으로 도입된 보완적 프로그램을 모두 포함

□ 위에서 정리한 사회안전망 개념을 토대로 의료안전망이란 용어를 정의해 보면, 의료안전망은 사회안전망의 부분집합이라 할 수 있음.

- 사회안전망이 사회경제적 재앙, 비상사태에 의해 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 도움을 제공하는 제도를 통칭하기 때문에 의료안전망은 다음과 같이 정의할 수 있음.

□ 의료안전망은 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕

구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄함.

- 정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층에게 초점이 모아짐.
- 따라서 광의의 개념을 적용하게 되면 사회보험인 건강보험, 빈곤선 이하를 대상으로 하는 의료급여제도 그리고 특수목적에 맞게 설계된 긴급호제도, 희귀난치성 질환자에 대한 지원제도, 응급대불 제도 등 기타 의료관련 제도를 포괄함.
- 협의의 개념이 적용되면 전 국민 대상 건강보험은 제외됨.

□ 이러한 사회안전망의 조작적 정의를 그대로 의료안전망에 적용을 해보면, 우리나라 의료안전망은 1차 건강보험, 2차 의료급여제도, 3차 긴급의료지원사업(긴급지원사업 내)으로 구성되며 그 외 의료비 지원 사업이 보충적 역할을 하고 있음.

□ 의료안전망 구성

- 1차 안전망 : 전 국민(의료급여 수급자 제외) 대상 건강보험
- 2차 안전망 : 소득인정액 기준 최저생계비 이하의 가구
- 3차 안전망 : 최후의 안전망으로 긴급하다고 판단되는 경우 1회(예외적으로 2회까지 인정하는 경우도 있음)에 한정하여 최고 300만원까지 지원되는 긴급의료지원제도
- 기타 : 질환별, 특성별로 지원되는 9개의 의료지원 사업⁵⁾
- 보충적으로 민간에서 모금에 의해 지원되는 사업도 있음.

5) 기타 의료비 지원사업은 실제적으로 간접적인 지원 등을 포함하면 다른 사업들도 있을 수 있으나, 의료안전망으로써 역할을 하는 9개 공적지원사업으로 한정하였음.

〈표 2-1〉 의료안전망의 개요

구분	대상	주요사업	지원규모
1차	전 국민	건강보험제도	25조5819억원
2차	의료급여수급자	의료급여제도	4조3578억원
3차	간접 자력에 해당하는 자	(진료비 중심 지원) 긴급의료비 지원	476억원
기타	공적지원	건강증진금 (질환 중심 지원) - 희귀난치성 질환 - 소아 및 아동 암 환자 - 성인 암환자 - 미숙아 및 선천성 이상아 - 노인인지 - 노인 개안 및 망막증 수술지원	963억원
		일반회계 (특정 계층 중심 지원) 장애인 의료비지원 외국인 의료비지원	145억원
	민간 의료비지원사업	- 희귀난치성, 소아암, 백혈병, 혈우병 - 어린이, 장애인, 노인	약 600-800억원

주: 건강보험과 의료급여, 민간의료비지원은 2008년 기준이며, 공적지원제도는 2010년 예산기준임.

〔그림 2-1〕 현행 의료안전망의 개요도



2. 의료안전망의 문제점

□ 건강보험(1차 의료안전망)

- 1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 건강보험이 도입된 이래 대상자는 전국민(의료급여 수급자 제외) 확대되었고 보장율도 62.4%(2008년 기준)에 이르는 등 짧은 시간에 괄목할 만한 성과를 이루었음.
- 그러나 보장률이 아직 OECD 선진국(약 80%)에 비해 낮아 급여(보장성)측면에서 의료사각지대에 놓여 있는 계층이 많음.
- 비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 약 전 국민의 15.9%에 이르고 있음.
- 자격측면에서는 약 74.7만 가구(약 233만 명)의 건강보험 비자발적 체납자와 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자가 의료소의 계층임.

□ 의료급여(2차 의료안전망)

- 1977년 생활보호제도 중 하나로 의료급여제도가 시행된 이래 전 국민의 약 3.7%에 해당하는 저소득 취약계층을 의료급여 수급권자로 편성하여 빈곤층 대상 의료보장의 기틀을 세움.
- 그러나 고액 중증질환에 이환될 경우 비급여 본인부담 등이 과도하여 안전망으로서 역할이 미흡함.
- 특히 대상자 선정기준의 엄격함으로 소득은 최저생계비 이하이나 부양의무자 기준, 재산의 소득환산제 등 때문에 수급자가 되지 못하여 의료사각지대에 방치되어 있는 계층도 상당수에 이룸.

□ 긴급 의료지원제도(3차 의료안전망)

- 2005년부터 최후의 의료안전망으로써 긴급의료지원제도가 시행되어 명실공히 외형적으로 제도적 틀을 갖추.
- 그러나 지원수준 및 대상과 관련하여 예산상의 한계가 있어 마지막 안전망으로서 역할이 미흡함.

□ 기타 의료지원제도

- 기존 의료안전망이 충분한 급여를 보장하지 못하는 부분에 대하여 일부 의료욕구가긴요한 환자나 특성별 계층에게 9개의 의료비 지원사업을 통하여 의료비를 지원하고 있음.
- 9개의 사업별 대상자 선정기준 및 지원 내용이 상이하여 대상자간 중복과 누락이 발생할 수 있으며 개별사업별 관리운영으로 사업운영의 비효율이 내재되어 있음.
- 개별사업을 통합·운영하여 제도의 효율성을 제고함은 물론 의료안전망 내에서 위상을 재정립할 필요가 있음.

제2절 의료보장 사각지대의 현황 및 실태

□ 우리나라 의료안전망이 3차에 걸쳐 제도의 틀을 갖추고 있지만, 1,2차 안전망은 제도가 촘촘함이 부족하고 3차 안전망의 경우는 충분성이 부족하여 의료의 문제를 완전히 해소해 주지 못하고 있음.

- 이로 인해 의료의 사각지대가 발생하고 의료로 인해 고통을 받는 계층이 존재하고 있는 것이 사실임.
- 따라서 본 절에서는 사각지대에 대한 정의와 실태 등을 자세히 살펴보고자 함.

1. 의료보장 사각지대의 정의

- 의료보장의 사각지대란 의료가 필요하나 지불능력 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미하는 것으로 의료보장 체계 내에서는 제도권에서 보장받지 못하는 사각지대에 놓인 계층으로 정의할 수 있음.
- 의료보장 내에서 사각지대에 대한 개념적 정의는 관련 학자나 연구기관에 따라 약간 다르게 나타나고 있음.
 - 정형선(2004년)에서는 “의료보장의 사각지대란 희귀난치성, 만성

질환 등 의료에 대한 수요가 있음에도 지불능력(ability to pay) 등으로 필요한 의료서비스를 받지 못하는 계층을 의미한다'라고 정의하고 있어 미충족 의료수요(unmet need)를 가지고 있는 계층을 사각지대로 정의하고 있음.

- 반면, 신영석(2005년)에서는 사각지대의 개념적 정의를 자격측면과 급여측면으로 구분하여 설명하고 있는데,
 - 자격측면은 법적으로 의료급여 수급권자를 제외하고 전국민은 건강보험 가입자이므로 자격측면의 사각지대는 없다고 생각할 수 있음. 하지만, 건강보험에서 3개월 이상 체납하는 경우 급여를 제한 받기 때문에 건강보험의 사각지대가 발생하며, 행려, 가출, 주민등록 말소 등으로 실질적인 사각지대에 놓여있는 계층이 일부 있다고 보고 있음.
 - 급여측면에서는 건강보험과 의료급여가 비급여를 포함한 본인부담률이 높아 소득이 충분치 못한 중증질환 보유자의 경우 의료이용을 못하는 사각지대가 존재하는 것으로 판단하였음.
- 이규식(2004년)에서는 우리나라 빈곤인구에 대한 연구에서 절대 빈곤인구를 대략 10%, 상대빈곤인구를 15% 내외로 추정하고 있는데, 만약 절대빈곤인구를 10%로 간주하고 이들을 모두 의료급여에 포함시켜야만 사회안전망이 제대로 기능할 것이라고 전제한다면, 의료급여에서 제외되어 건강보험에 포함된 의료보장인구 7%에 해당하는 340만명 정도가 보험료를 내지 못하고 본인부담도 어려워 1차 안전망으로써 건강보험이 제대로 역할을 하지 못하는 사각지대로 판단하였음.
- 같은 맥락에서 정형선(2004년)도 빈곤층(10%) 모두가 생활보장수급자(3.2%)가 되지 못하는 상황 하에서 수급자에서 누락된 사람들로 구성된 생활보장의 사각지대는 의료보장의 사각지대를 형성한다고 보고 있음.

- 이준영(2005년)에서 의료빈곤은 수요자 측면에서 여러 가지 이유로 자신의 힘으로는 기본적인 욕구를 충족할 수 없음에도 불구하고 공적 보장체계로부터 배제되거나 급여의 부족으로 욕구가 결핍된 채 살아가고 있는 상태를 의미하며, 결국 사각지대는 사회적 안전망의 보호(Protection)로부터 배제(Excluded) 되는 것으로 보았음.
 - 특히 의료보장의 사각지대를 대상의 포괄성과 급여의 충분성 관점에서 파악하였는데, 먼저 건강보험의 가입자 중 보험료를 납부할 수 없어 체납하는 세대가 늘어 사회보장의 혜택을 받지 못하는 경우 대상의 포괄성 관점에서 볼 때 건강보험의 사각지대로 보았음.
 - 그리고 급여의 충분성 관점에서도 건강보험의 경우 제공되지 않는 비급여 부분이 많고 제공되는 급여의 범위가 제한적이어서 가입자가 부담하는 진료비가 많아 급여의 충분성 관점에서 사각지대가 존재하는 것으로 판단하였음.
- 최근 신영전(2009년)의 연구에서는 의료안전망의 문제점으로 건강보험측면에서 낮은 보장성으로 인해 가구별 과부담의료비가 증가하고, 이로 인해 다시 미충족의료 발생 하는 문제점을 제시하였음.
 - 의료급여 측면에서는 적용범위의 미흡과 낮은 보장성으로 인한 의료이용 제약 등을 제시하고 있음.

[그림 2-2] 의료보장 사각지대 개념도



□ 여러 선행연구 결과 등을 종합해 보면 의료보장의 사각지대는 크게 자격측면과 보장성측면으로 구분해 볼 수 있음.

□ 먼저, 자격측면에서는 건강보험에서 보험료 부담능력이 결여된 빈곤계층이 의료급여제도로 포함되지 못하고 건강보험에 포함되어 발생하는 사각지대임.

- 이러한 계층은 보험료 납부능력이 없어 결국 체납으로 이어져 건강보험 자격이 정지되어 의료이용에 제약을 받는 사각지대로 전락하게 되는 것임.
- 이러한 비수급빈곤층이나 차상위계층에 대한 자격의 사각지대는 보험료 부담능력의 결여뿐만 아니라 건강보험과 의료급여 사이의 본인부담률 차이로 인한 의료의 역차별 문제를 가지고 있음.
 - 즉, 차상위계층 중 의료수요가 많은 경우 의료비를 지출한 후 소득이 의료급여수급권자의 소득보다 낮아지는 역차별이 발생하는 문제가 있음.

- 따라서 국민기초생활보장 대상자에서 제외된 비수급 빈곤층 또는 잠재적 빈곤층으로 최소한의 의료욕구를 국가가 해소해 주지 못하는 사각지대로 볼 수 있음.
 - 이러한 생활보장 상의 사각지대는 보험료 납부능력이 없는 계층이 건강보험료를 일정기간 이상 체납하여 급여를 받지 못하는 또 다른 사각지대를 양상하고 있음.
 - 건강보험료 체납에 따른 급여를 제한받는 계층을 또 다른 자격 측면의 사각지대로 볼 수 있지만, 경제적 어려움보다는 보험료 부담을 단순 회피로 인해 급여정지가 된 경우나 납부능력이 충분함에도 고의로 보험료를 체납하는 단순제도기피형의 체납세대는 진정한 사각지대로 보기 어려움.
 - 따라서 체납세대에 대한 사각지대의 정의와 범위 등은 조심스러운 접근이 필요함.
- 둘째는 보장성 측면의 사각지대는 건강보험이나 의료급여의 급여수준에 있어서 부족한 보장성과 과도한 본인부담으로 인하여 의료이용의 제한을 받는 의료의 사각지대에 놓인 계층을 의미함.
- 건강보험은 의료비용 의식을 고취하여 불필요한 의료서비스를 제한하고 보험재정안정을 위하여 본인부담제도를 두고 있음.
 - 그러나 지나치게 높은 본인부담률은 저소득계층의 의료서비스에 대한 접근성을 떨어뜨리고 질병의 조기진단과 치료를 어렵게 하여 적절한 의료서비스를 받지 못하는 사각지대가 존재하고 있음.
 - 또한 건강보험과 의료급여에서 보험적용이 되지 않는 항목들로 환자가 전액 본인부담하는 비급여 부분이 많아 의료이용이 필요함에도 불구하고 지불능력(ability to pay)이 없어 의료이용을 하지 못하는 사각지대가 존재함.

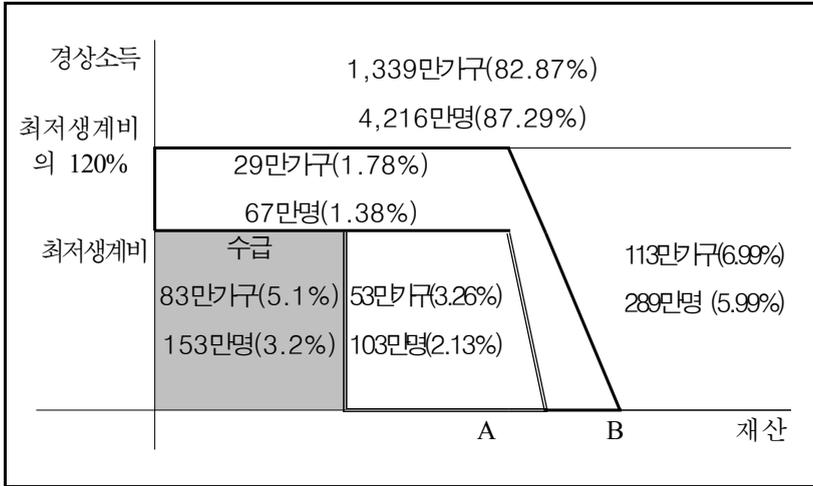
2. 의료사각지대의 실태

가. 자격측면

- 자격측면에서는 국민기초생활보장 대상자에서 제외된 비수급 빈곤층 또는 잠재적 빈곤층으로 최소한의 의료욕구를 국가가 해소해 주지 못하는 사각지대 규모와 건강보험 체납으로 인한 의료이용에 제한을 받는 사각지대로 둘로 나누어 볼 수 있음.
- 먼저, 국민기초생활보장 대상자에서 제외되는 비수급 빈곤층은 차상위실태조사에서 53만가구(3.26%)로 103만명(2.13%)에 이르고 있음.
 - 이 계층은 최저생계비 이하이지만 소득인정액이 빈곤선을 넘거나 부양의무자가 있어도 실제로 부양을 받지 못하는 계층으로 의료급여대상자로 포함시켜야 하나 포함되지 못하는 사각지대 계층임.
 - 그리고 경상소득을 기준으로 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하 비수급인 가구는 29만가구(1.78%), 67만명(1.38%)로 현재는 최저생계비 이상의 소득이 있으나 의료비 등의 지출로 가처분 소득은 최저생계비 이하의 계층임.

[그림 2-3] 차상위계층의 규모 추정

(단위: %, 가구, 명)



주: 가구의 소득수준과 관계없이 원자료 내 모든 수급가구(일반·조건부수급가구만 포함, 일부수급가구 및 시설수급 제외)를 가구 내 소득이 최저생계비 대비 100%미만이고, 소득인정액이 최저생계비 대비 100%미만인 가구로 간주하고 이 중 2006년 실제 수급가구(일반·조건부·일부·시설수급가구 포함, 기초보장수급가구 현황자료 참조) 규모를 제외하여 계산.

자료: 이현주 외, 2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제언, 한국보건사회연구원, 2008

□ 세대가 일정기간 보험료를 체납할 경우 보험급여제한을 받도록 건강보험법으로 규정하고 있으며, 생계곤란으로 보험료를 체납하여 급여를 제한받거나 의료이용이 어려워 의료보장의 사각지대에 놓이는 한계계층이 현실적으로 존재하고 있음.

- 이러한 3개월 이상 체납세대는 2001년에는 163만 세대, 2002년에는 137만 세대로 다소 감소하는 경향이었으나, 2004년 카드대란 등 경기침체로 인해 200만 세대가 넘었고 2006년 207만세대와 2007년 209만세대와 205세대로 계속 200만세대가 넘게 체납하는 것으로 나타났음.
- 2008년 7월 11일 한시적인 결손처분으로 9월 기준 199만세대였으나, 2008년 말에는 다시 207만세대로 200만세대가 넘었음.

- 이 규모는 지역가입자의 경우 전체 지역가입자 778세대의 약 25%를 차지하는 비율임.
- 2009년 9월 기준으로 202만세대로 체납세대는 줄었으나, 체납액은 1000억원 정도 증가하였음.

〈표 2-2〉 연도별 보험료 3개월 이상 체납 현황

구 분		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009.09
합계	세대(사업장)수	1,631	1,374	1,585	2,069	1,987	2,139	2,108	2,067	2,023
	체납금액	7,964	7,488	9,593	12,936	12,633	15,330	17,217	18,006	19,020
지역	세대수	1,616	1,361	1,563	2,038	1,952	2,093	2,055	2,006	1,963
	체납금액	7,640	7,237	9,060	12,007	11,566	13,873	15,547	15,831	16,772
직장	사업장수	15	13	22	31	35	46	53	61	60
	체납금액	324	251	533	929	1,067	1,457	1,670	2,175	2,248

(단위: 천건, 억원)

자료: 국민건강보험공단 내부자료

□ 체납기간별로 살펴볼 때도 자격 유지자 중 3개월 이상 총체납자 가운데 6개월 이상 세대는 1,590천건(78.6%)고 금액은 1조 7460억원(91.8%)을 차지하고 있음.

- 이중 2년 이상 장기 체납세대도 524천건(25.9%)이나 금액은 1조 835억원(57.0%)으로 큰 비중을 차지하고 있음(김진수, 2009년)

〈표 2-3〉 기간별 체납보험료 현황

구 분	합계	3-5개월	6-12개월	13-24개월	25개월이상	
합계	건수	2,023	433	459	607	524
	체납액	19,020	1,560	2,702	3,923	10,835
지역	건수	1,963	400	440	601	522
	체납액	16,772	841	1,927	3,423	10,580
직장	건수	60	32	19	7	2
	체납액	2,248	719	774	500	255

자료: 김진수, 건강보험 체납자 관리개선을 위한 실태조사 연구, 2009년

□ 그러나 단순히 건강보험료를 체납하여 급여를 제한받고 있다고 하여 국가가 모두 책임져야하는 사각지대로 보기 어려움.

- 왜냐하면 체납세대 중 경제적 어려움보다는 기피회피형인 경우와 납부능력이 충분함에도 고의로 보험료를 체납하는 단순 기피자들은 진정한 사각지대라고 볼 수 없기 때문임.
- 따라서 이러한 체납세대의 체납원인, 경제적 상황, 체납유형 등의 특성을 정확하게 파악하여 특성별로 접근하는 것이 필요할 것임.

나. 보장성 측면

- 의료보장의 보장성은 정책적으로 국가가 제공해야 할 필요가 있는 급여 내용 중 실질적으로 얼마를 공적으로 부담하는 지를 나타내는 개념임.
 - 따라서 보장성은 의료보장제도가 정한 급여의 범위와 본인부담 수준에 의해 결정됨.
- 의료보장이란 국가의 구성원으로 하여금 지불능력에 구애받지 않고 필수적 의료(necessary service)를 확보할 수 있도록 해주는 것을 의미하며 의료보장의 충분성을 의미할 수도 있음(이규식, 2002).
 - 그런데 우리나라 건강보험의 외형적인 급속한 확대는 실질적인 의료의 보장보다는 적용인구의 확대와 이익집단의 저항을 줄이는 방향으로 발전해왔으며, 건강보험은 보험재정의 안정적 확보를 위해 저수가 정책과 보험급여범위와 항목을 크게 제한하여 왔음.
 - 또한 불필요한 의료서비스를 제한하기 위한 본인부담제도는 비급여를 포함한 본인부담률이 너무 높아 소득이 충분치 못한 계층이나 중증질환자의 경우 의료보장의 사각지대에 노출될 가능성이 높음.
 - 그리고 급여의 불충분성으로 인해 의료보장의 사각지대가 존재하는 것으로 판단됨(이준영, 2005).
- 급여의 충분성은 의료보장의 급여수준, 즉, 본인부담의 정도가 어느 정도인지에 따라 달라질 수 있어, 우리나라 건강보험과 의료급여의 본인부담수준을 살펴보았음.

〈표 2-4〉 건강보험과 의료급여 본인부담률

구분	2005년			2006년			2007년			2008년			
	보장률	법정본인부담률	비급여본인부담률										
건강보험	전체	61.8	22.5	15.7	64.3	22.4	13.3	64.6	21.9	13.5	62.2	22.6	15.2
	입원	57.5	14.0	28.6	64.1	14.2	21.7	66.5	13.5	20.0	61.7	15.0	23.3
	외래	58.4	25.8	15.8	59.7	25.4	14.8	58.7	24.7	16.6	57.8	24.8	17.4
	약국	70.8	26.5	2.7	71.5	27.1	1.4	70.8	27.8	1.3	70.1	27.9	2.0
의료급여 1종	전체	93.4	0.2	6.4	94.1	0.1	5.8	93.6	0.5	5.9	91.8	0.7	7.6
	입원	89.0	0.4	10.6	90.6	0.6	8.9	90.4	0.4	9.2	87.6	0.7	11.7
	외래	96.1	0.0	3.9	96.1	0.0	3.9	96.5	3.8	3.5	95.9	0.1	4.1
	약국	98.9	0.0	1.1	100.0	0.0	0.0	98.0	1.4	0.6	98.2	1.1	0.8
의료급여 2종	전체	81.6	10.1	8.3	87.0	7.4	5.6	85.8	6.6	7.6	86.2	6.4	7.4
	입원	73.0	11.3	15.7	82.0	8.6	9.4	77.5	9.1	13.4	78.7	9.1	12.2
	외래	82.8	11.4	5.8	86.6	7.9	5.5	87.3	7.3	5.3	85.4	7.2	7.4
	약국	92.1	6.5	1.5	94.1	5.1	0.8	95.2	2.4	2.5	97.0	2.2	0.8

자료: 2008년 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사, 건강보험정책연구원

□ 우리나라는 암, 뇌혈관·심장질환 등 중증질환자의 본인부담 경감(’05.9.), 6세 미만 아동 입원 본인부담 경감(’06.1), 식대급여화(’06.6), 본인부담 상한액을 6개월 200만원으로 인하여(’07.7)하는 등의 보장성강화 정책을 수행해 왔으며, 이로 인해 보장성은 2005년 61.8%에서 2007년 64.6%로 보장률이 높아졌음.

— 하지만, 2008년에는 보장률이 62.2%로 감소하여 보장률이 낮아졌음.

□ 2009년에도 암 본인부담인하, 희귀난치성 질환 본인부담 인하, 본인부담 상한제 확대 등 계속적으로 보장성을 확대되어 다시 보장률이 높아질 예정이지만, OECD 진료비 대비 본인부담률이 18.3%인 것에 비해 우리나라는 35.7%(2007년 기준)로 멕시코 다음으로 두 번째로 본인부담률이 높음.

〈표 2-5〉 OECD 국가의 진료비 대비 본인부담률

나라	1990	2000	2007
Mexico	58.3	50.9	51.1
Korea	58.2	45.9	35.7
Greece	n.a.	n.a.	34.5
Switzerland	35.7	33	30.6
Slovak Republic	n.a.	10.6	26.2
Hungary	10.9	26.3	24.9
Poland	8.3	30	24.3
Portugal	n.a.	22.2	22.9
Spain	18.7	23.6	21.1
Italy	17.1	24.5	20.2
Turkey	31.4	27.6	19.9
Finland	15.5	22.3	18.9
OECD	19.1	19.7	18.3
Belgium	n.a.	n.a.	18.3
Australia	16.1	19.8	18
Iceland	13.4	18.9	16
Sweden	n.a.	15.9	15.9
Austria	n.a.	15.3	15.4
Japan	n.a.	16.9	15.1
New Zealand	14.5	15.4	15.1
Norway	14.6	16.7	15.1
Canada	14.4	15.9	14.9
Denmark	16	16	13.8
Czech Republic	2.6	9.7	13.2
Germany	11.1	11.2	13.1
United States	19.4	14.5	12.2
United Kingdom	10.6	13.4	11.4
Ireland	15.7	10.9	9.9
France	11.4	7.1	6.8
Luxembourg	5.5	7	6.5
Netherlands	n.a.	9	5.5

자료: Source OECD HEALTH DATA 2009.

□ 의료급여의 경우 2007년 1종이 93.6%, 2종이 85.8%로 다른 나라의 보장률과 비교하여 높지 않은 수준임.

- 하지만 평균적으로 낮지 않지만 고액진료의 경우는 아직도 본인 부담이 많아 의료이용에 제약을 받는 경우가 있음.
- 그리고 소득이 낮은 계층의 경우는 낮은 본인부담에도 의료이용에 제약을 받을 수 있음.

□ 1종의 경우 2006년 94.1%에서 2007년 93.6%으로 그리고 2008년 91.8%로 증가한 것은 2007년 7월 외래 본인부담제를 실시한 효과로 보여지지만, 이에 대해서는 미리 건강생활유지비를 지급하고 있어 크게 문제가 되지는 않는 것으로 판단됨.

□ 또한 환자가 느끼는 의료욕구에 비해 지불능력 등으로 인해 의료이용에 제약을 받는 정도에 따라 달라짐.

- 여기에서는 의료욕구에 비해 의료이용에 제약을 받아 발생하는 미충족 의료이용(unmet need)의 정도를 가지고 보장성 측면의 의료빈곤층 실태를 파악하고자 함.

□ 미충족의료란 의사의 도움이 꼭 필요했는데도 실제로 의사의 도움을 받지 못했거나 중도에 치료를 포기한 경우를 말하며, 이러한 미충족의료는 의료보장의 보장성이 불충분하여 발생하는 사각지대로 판단할 수 있음.

- 이러한 미충족의료의 정도를 파악할 수 있는 조사는 국민건강영양조사 자료 등 몇 가지가 있음.
- 이 중 가장 최근 조사 자료인 이현주(2008년)의 연구인 “차상위 계층 실태분석 및 정책제안”에서 건강보험과 의료급여 대상자 모두에게 미충족의료와 가계부담정도와 관련된 내용을 조사한 자료가 있어 이 실태조사 자료를 재분석하여 현황을 파악하였음.

□ 이 조사에서 3가지 문항을 재분석하였는데, 첫째는 의료이용에 대해 가계에 부담이 되는지 여부, 둘째는 의료이용이 꼭 필요했는데 치료를 포기한 적이 있는지 여부, 그리고 포기했다면 포기한 이유에 대해 질문한 항목임.

□ 먼저 의료이용에 대한 가계부담 정도에 대한 질문에서 “다소 부담된다”와 “많이 부담된다”는 의견이 28.12%와 16.70%로 부담된다는 응답이 평균 44.82%를 차지하였음.

- 대상자계층별로는 수급대상자가 36.20%가 부담된다고 응답했고, 법정차상위가 68.62%, 소득차상위가 65.08%, 차차상위가 58.88%, 그리고 일반이 38.37%로 나타나 수급대상자가 가계부담 정도가 가장 낮았음.
- 의료급여 종별로는 “전혀 부담되지 않는다”는 응답이 1종이 28.7%인 반면 2종은 14.8%로 이는 의료급여 종별 본인부담의 차이를 반영한 결과로 판단됨.
- 의료비용에 대한 부담 정도에서도 법정차상위가 부담을 느끼는 정도가 가장 높은 것으로 나타나 법정차상위의 의료복지 정책이 절실히 필요함을 알 수 있었음.

〈표 2-6〉 의료비용에 대한 가계부담 정도

(단위: %)

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
				법정차상위	소득차상위			
전혀 부담되지 않았다	28.7	14.8	25.59	8.70	8.48	9.33	23.34	19.62
거의 부담되지 않았다	35.1	47.9	38.22	22.68	26.44	31.79	38.29	35.56
다소 부담되었다	20.2	23.0	19.92	33.45	35.55	33.90	26.27	28.12
많이 부담되었다	16.0	14.4	16.28	35.17	29.53	24.98	12.10	16.70

□ 둘째, 치료를 포기한 경험은 전체 평균이 12.07%를 차지하였고, 수급대상자가 24.13%, 법정차상위가 26.88%, 소득차상위가 20.46%로 나타났으며, 일반대상자는 8.35%가 치료를 포기한 경험이 있는 것으로 나타났음.

- 의료급여 종별로도 의료급여 1종이 23.5%이고 의료급여 2종이 24.7%로 의료급여 2종의 포기 정도가 많았음.
- 이러한 수치는 지난 2003년 조사결과인 18.0%보다 낮아진 수치로 그간 건강보험과 의료급여의 제도 내실화 및 보장성 강화 노

력이 일정부분 이루어진 것으로 판단됨.

- 하지만 아직도 법정차상위가 26.88%가 치료를 포기한 경험이 있어 수급대상자보다 높다는 부분에 대해서는 다른 대안이 필요할 것으로 판단됨.

〈표 2-7〉 치료를 포기한 경험이 있는 가구비율

(단위: %)

구분	의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
				법정 차상위	소득 차상위			
치료를 포기한 경험이 있는 가구비율	23.5	24.7	24.13	26.88	20.46	16.18	8.35	12.07

□ 치료를 포기한 이유를 살펴보면 진료비 부담때문이 84.38%이며, 대상계층별로는 법정차상위가 93.39%가 진료비부담 때문이라고 대답했음.

- 수급대상자는 81.81%가 진료비 때문이었고, 7.52%는 치료해도 나올 것 같지 않아서가 2위를 차지하였음.
- 반면 일반대상자는 진료비 부담때문에는 77.94%로 가장 낮았지만 시간이 없어서가 13.27%로 다른 계층과는 다른 양상을 보이고 있음.
- 의료급여 중별로 볼 때 진료비 부담때문이라는 응답이 1종 78.8%인 반면 의료급여 2종은 차상위 계층과 유사하게 92.9%이었음.

〈표 2-8〉 치료를 포기한 주된 이유

(단위: %)

구분	의료 급여 1종	의료 급여 2종	수급	차상위		차차 상위	일반	전체
				법정 차상위	소득 차상위			
진료비 부담때문에	78.8	92.9	81.81	93.39	87.67	92.88	77.94	84.38
일을 중단하면 소득이 줄기때문에	1.8	0.0	1.35	0.40	0.00	0.95	2.91	1.73
시간이 없어서	0.0	7.1	2.82	1.10	4.19	4.36	13.27	7.97
의료기관과의 거리가 멀어서	4.5	0.0	3.34	2.12	2.48	0.00	2.22	1.94
치료해도 나올 것 같지 않아서	10.7	0.0	7.52	3.00	1.84	1.80	3.19	3.10
식구를 돌보아 줄 사람이 없어서	1.6	0.0	1.16	0.00	1.72	0.00	0.00	0.27
기타	2.7	0.0	2.00	0.00	2.11	0.00	0.49	0.61

□ 최근 다른 연구결과에 의하면 경제적인 요인 때문에 의료욕구를 충족하지 못하는 우리나라 성인 인구의 비율이 약 3~10%에 달하는 것으로 나타났으며 빈곤층의 경우 약 8~15%에 이르는 것으로 추정되고 있음 (신영전, 2009년).

〈표 2-9〉 미충족 의료욕구 실태

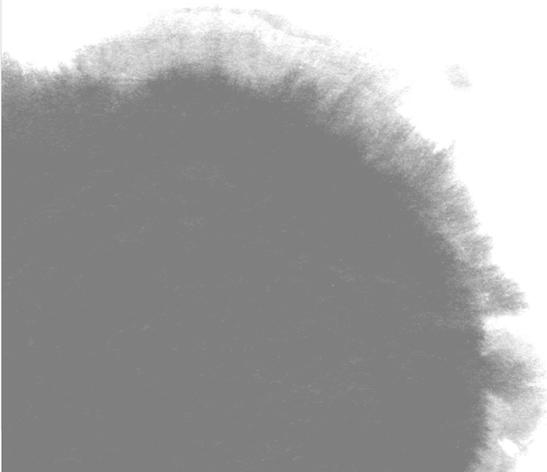
연구	대상	자료	미충족 의료
하순임 등(2007)	19세이상 성인 25,215명	국민건강영양조사 (2005)	미충족 의료 경험 = 17.1% 이중 49.5%가 경제적 이유 $17.1 * 0.495 = 8.46\%$
이현주 등(2008)	전국 대표 22,912가구	차상위계층실태 분석 (2006)	의료치료포기 경험률 = 12.07% 이중 경제적 이유 = 84.38% $12.07 * 0.8438 = 10.2\%$
신영전 등(2009)	전체 국민 6,511가구	복지패널자료 (2005, 2006)	경제적 원인 : 5.54%(2005) 비빈곤층=2.28, 절대빈곤층=13.19 2.99%(2006) 비빈곤층=1.02%, 절대빈곤층=7.79%

자료: 신영전, 의료안정망 확보를 위한 정책과제, 보건복지포럼, 2009년

□ 이러한 조사가 전국민을 대표한다고 가정할 경우 우리나라 성인의 약 108만명~360만명이 경제적인 이유로 의료 치료를 포기한 경험이 있는 것으로 판단됨.

03

의료비 지출 및 과부담 현황



제3장 의료비 지출 및 과부담 현황

제1절 의료 취약계층의 의료비 지출 현황

- 의료로 인해 빈곤계층으로 추락하는 의료 취약계층을 파악하기 위해서는 의료비 지출 현황을 파악 것이 매우 중요함.
- 의료비 지출과 관련하여 일반적으로 주목하는 부분은 의료비 지출의 크기와 과부담 의료비 지출 가구의 분포임(양봉민, 2006).
 - 또한 의료비의 지출 분석이 중요한 이유는 의료 이용에 있어서 전체 지출에서 의료이용비용이 차지하는 크기가 과부담이 되는 경우 의료이용의 어려움을 주기 때문임.
- 본 연구에서 의료비 지출 현황 및 과부담 의료비 지출 규모를 확인하여 의료 이용의 접근성(access), 지불가능성(affordability), 반응성(responsiveness), 건강결과(health outcome) 등이 아닌 의료비 지출에서 보건의료비 과다 지출로 의료 취약계층으로 빠질 가능성이 있는 계층을 파악하고자 함.
- 과부담 의료비는 기초생계지출로 간주되는 식료품비를 제외한 소비지출액 중 의료비가 차지하는 비율이 40% 이상이 되는 것을 의미함(김태일 2008).
- 아래식의 분모는 가구의 지불능력에 해당하는데 총수입에서 생계를 유지하기 위한 비용을 뺀 것으로 연구자에 따라 다른 기준이 제시되었는데 세계보건기구는 식료품비를, Xu는 국제빈곤선(Xu, 2003)을 사용함(신호성, 2004).

$$\text{의료비 과부담} = \frac{\text{의료비 지출}}{(\text{소비지출} - \text{식료품비})} \times 0.4 \text{ 이상}$$

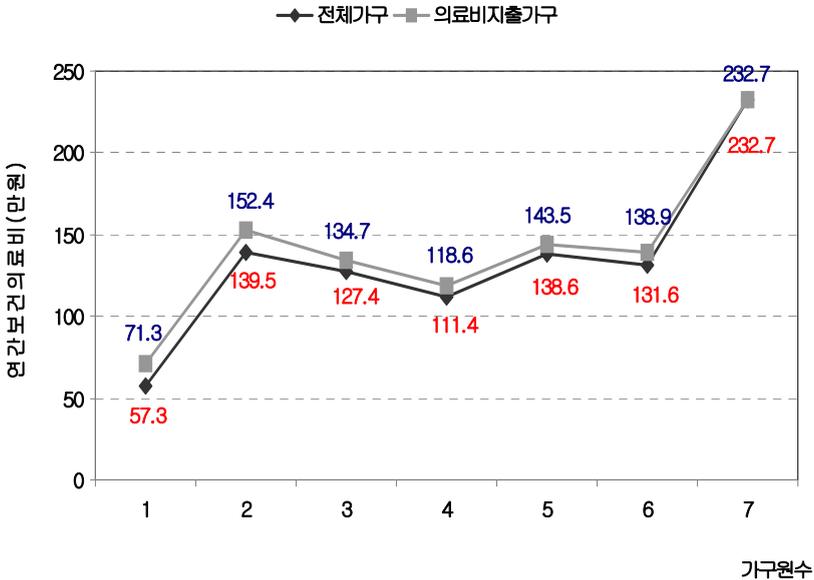
1. 가구원수별 보건의료비 지출 분포

□ 본 연구에서 의료사각지대 해소를 위해 사각지대 현황 파악을 위해 2005년, 2007년 복지패널 자료를 활용하여 의료비 지출 분포를 확인하였음.

□ 아래 [그림 3-1]에서 2005년 가구원수별 보건의료비 지출 분포를 살펴보면 다음과 같음.

- 의료비를 지출하였던 가구의 1인 가구의 평균 보건의료비 지출은 약 71만원, 2인 가구에서 6인 가구의 보건의료비는 119만원에서 152만원 수준으로 비슷한 지출 분포를 보였음.

[그림 3-1] 2005년 가구원수별 평균보건의료비 지출 분포



〈표 3-1〉 2005년 가구원수별 보건의료비 지출 분포

(단위: 연평균/만원)

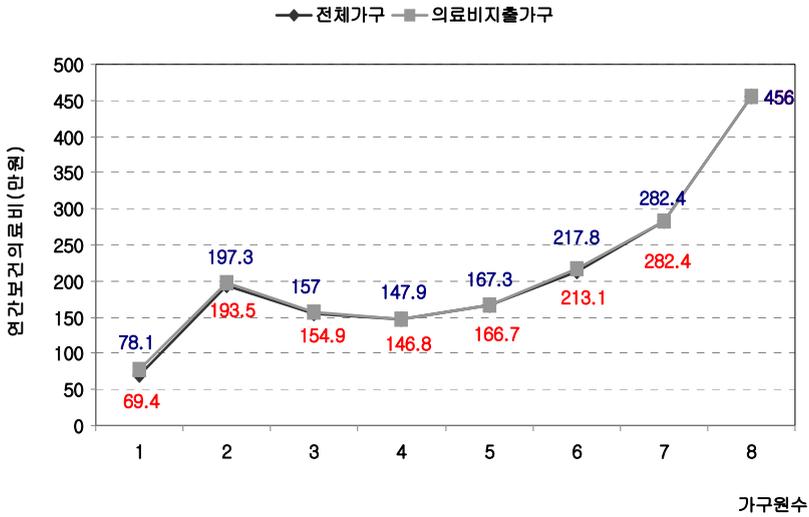
구분	가구원수	관측치 수	평균값	표준 편차	최소값	제25 백분위수	중위수	제75 백분위수	최대값
전 체 가 구	1	1,321	57.3	84.9	0	6	24	60	1,176
	2	1,878	139.5	209.0	0	24	60	144	2,184
	3	1,161	127.4	263.1	0	12	60	132	5,112
	4	1,273	111.4	235.0	0	12	48	120	3,912
	5	365	138.6	234.3	0	24	60	168	1,776
	6	87	131.6	157.9	0	36	60	180	768
	7	15	232.7	196.6	12	60	156	324	648
	전체	6,100	116.1	210.1	0	12	48	120	5,112
의 료 비 지 출 가 구 [†]	1	1,079	71.3	90.3	1	12	36	72	1,176
	2	1,713	152.4	215.3	1	36	72	156	2,184
	3	1,088	134.7	269.7	2	24	60	144	5,112
	4	1,194	118.6	240.3	1	24	60	120	3,912
	5	353	143.5	236.6	1	24	72	180	1,776
	6	82	138.9	159.5	6	36	72	180	768
	7	15	232.7	196.6	12	60	156	324	648
	전체	5,524	126.8	217.8	1	24	60	132	5,112

† : 보건의료비를 지출한 가구(보건의료비지출금액이 0원이 아닌 가구)

□ 아래 [그림 3-2]에서 2007년 가구원수별 보건의료비 지출 분포를 살펴 보면 2005년과 비슷한 패턴을 보였음.

- 의료비를 지출하였던 가구의 1인 가구의 평균 보건의료비 지출은 약 78만원, 2인 가구에서 5인 가구의 보건의료비는 148만원에서 167만원 수준으로 비슷한 지출 분포를 보였음.

[그림 3-2] 2007년 가구원별 평균보건의료비 지출 분포



<표 3-2> 2007년 가구원수별 보건의료비 지출 분포

(단위: 연평균/만원)

구분	가구원수	관측치수	평균값	표준편차	최소값	제25백분위수	중위수	제75백분위수	최대값	
전체가구	1	1,353	69.4	102.2	0	10	36	72	1,248	
	2	1,798	193.5	290.0	0	36	84	216	4,752	
	3	1,154	154.9	266.8	0	36	84	168	3,024	
	4	1,298	146.8	287.8	0	36	72	156	2,520	
	5	397	166.7	242.9	0	36	84	204	1,992	
	6	81	213.1	270.4	0	72	132	240	1,284	
	7	18	282.4	179.2	12	84	336	432	696	
	8	1	456.0	-	-	-	-	-	-	-
	전체	6,100	150.5	254.2	0	24	72	168	4,752	
의료비지출가구 †	1	1,225	78.1	105.2	1	12	36	84	1,248	
	2	1,751	197.3	292.8	1	36	84	216	4,752	
	3	1,134	157.0	268.5	1	36	84	168	3,024	
	4	1,288	147.9	288.6	1	36	72	156	2,520	
	5	396	167.3	242.9	1	36	84	216	1,992	
	6	80	217.8	270.0	2	72	132	240	1,284	
	7	18	282.4	179.2	12	84	336	432	696	
	8	1	456.0	-	-	-	-	-	-	-
	전체	5,893	154.8	257.4	1	36	72	168	4,752	

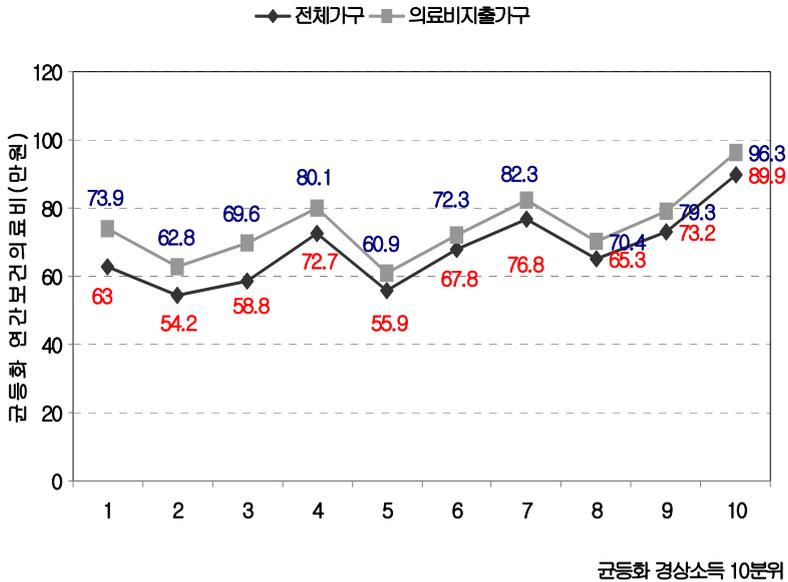
† : 보건의료비를 지출한 가구(보건의료비지출금액이 0원이 아닌 가구)

2. 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포

□ 아래 [그림 3-3]에서 2005년 경상소득 분위별 보건의료비 지출 분포를 살펴보면 다음과 같음.

- 의료비를 지출하였던 가구의 지출 분포를 살펴보면 전체적으로 소득 분위별 보건의료비 지출은 큰 변화를 보이지 않고 61만원에서 96만원 수준 이었음.
- 따라서 보건의료비 지출 규모는 비슷하지만 소득수준이 낮은 사람의 경우는 소득에서 보건의료비 비율이 높아 의료비용부담이 고소득층에 비해 부담이 되는 것으로 판단됨.

[그림 3-3] 2005년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포



〈표 3-3〉 2005년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포

(단위: 연평균/만원)

구분	분위	관측치수	평균값	표준편차	최소값	제25백분위수	중위수	제75백분위수	최대값
전체 가구	1	609	63.0	131.9	0	8	25	60	2,951
	2	610	54.2	70.4	0	8	25	60	1,409
	3	608	58.8	64.1	0	7	27	69	764
	4	612	72.7	92.8	0	12	36	84	1,176
	5	610	55.9	74.0	0	11	27	62	901
	6	608	67.8	117.2	0	7	25	76	849
	7	612	76.8	171.1	0	12	30	75	1,956
	8	607	65.3	145.0	0	11	30	69	1,485
	9	613	73.2	156.4	0	12	35	85	1,455
	10	611	89.9	188.7	0	12	42	104	1,247
	전체	6,100	71.2	128.7	0	11	30	77	2,951
의료비 지출 가구 †	1	522	73.9	141.0	1	15	35	68	2,951
	2	526	62.8	74.1	1	12	36	68	1,409
	3	516	69.6	66.7	1	17	36	85	764
	4	558	80.1	95.3	1	17	42	85	1,176
	5	563	60.9	75.5	1	14	31	69	901
	6	573	72.3	119.3	1	12	28	83	849
	7	569	82.3	175.9	1	12	34	83	1,956
	8	564	70.4	148.8	1	14	35	76	1,485
	9	566	79.3	160.6	1	12	42	93	1,455
	10	567	96.3	193.2	1	17	44	120	1,247
	전체	5,524	77.7	133.4	1	14	36	85	2,951

† : 보건의료비를 지출한 가구(보건의료비지출금액이 0원이 아닌 가구)

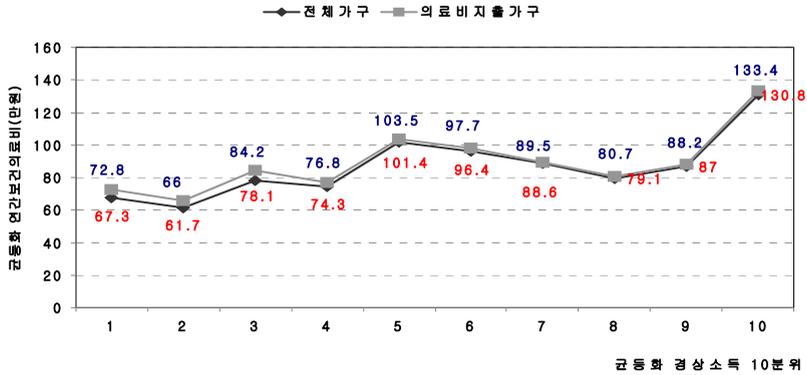
균등화 경상소득: 경상소득을 가구원수의 루트값으로 나누어 균등화한 자료

균등화 의료비: 보건의료비를 가구원수의 루트값으로 나누어 균등화한 자료

□ 아래 [그림 3-4]에서 2007년 경상소득 분위별 보건의료비 지출 분포를 살펴보면 2005년과 비슷한 패턴을 보였음

- 의료비를 지출하였던 가구의 지출 분포를 살펴보면 전체적으로 소득 분위별 보건의료비 지출을 큰 변화를 보이지 않고 일정 66만원에서 133만원 수준 이었음.

[그림 3-4] 2007년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포



<표 3-4> 2007년 균등화 경상소득 10분위별 보건의료비 지출 분포

(단위: 연평균/만원)

구분	분위	관측치수	평균값	표준편차	최소값	제25 백분위수	중위수	제75 백분위수	최대값
전체 가구	1	608	67.3	94.7	0	11	34	72	1,349
	2	611	61.7	63.8	0	14	36	84	849
	3	610	78.1	97.6	0	12	36	85	1,273
	4	608	74.3	92.2	0	14	35	83	764
	5	612	101.4	187.7	0	12	36	90	2,826
	6	610	96.4	172.5	0	12	36	97	1,400
	7	610	88.6	155.8	0	18	42	93	1,157
	8	610	79.1	153.2	0	14	36	84	1,476
	9	610	87.0	178.9	0	24	48	97	2,376
	10	611	130.8	269.0	0	30	66	145	3,360
	전체	6,100	91.6	158.8	0	17	42	97	3,360
의료비 지출 가구 †	1	562	72.8	97.3	1	12	36	76	1,349
	2	569	66.0	64.9	1	21	36	85	849
	3	569	84.2	99.5	1	17	42	102	1,273
	4	587	76.8	93.1	1	14	36	84	764
	5	600	103.5	189.1	1	14	36	93	2,826
	6	602	97.7	173.2	1	14	36	97	1,400
	7	602	89.5	156.5	1	18	42	93	1,157
	8	599	80.7	154.0	1	17	38	85	1,476
	9	602	88.2	179.7	1	24	48	102	2,376
	10	601	133.4	270.2	1	30	68	150	3,360
	전체	5,893	94.1	160.8	1	18	42	102	3,360

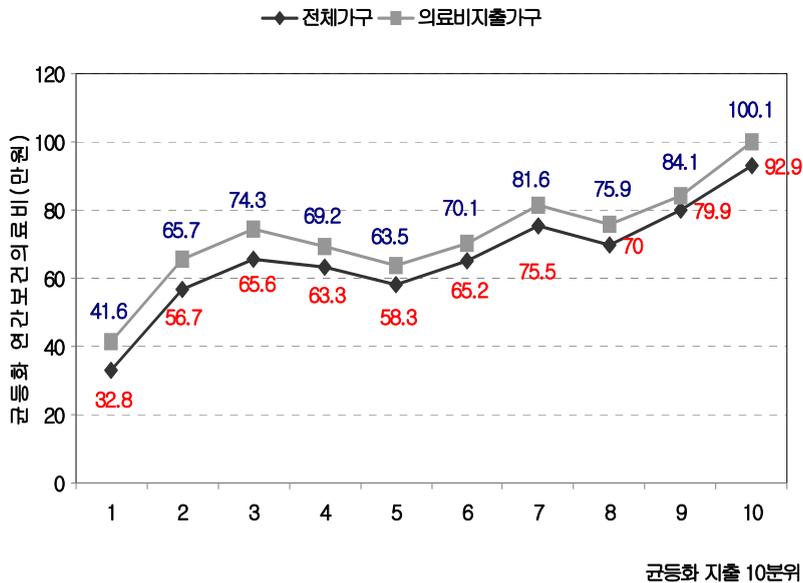
† : 보건의료비를 지출한 가구(보건의료비지출금액이 0원이 아닌 가구)
 균등화 경상소득: 경상소득을 가구원수의 루트값으로 나누어 균등화한 자료
 균등화 의료비: 보건의료비를 가구원수의 루트값으로 나누어 균등화한 자료

3. 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포

□ 아래 [그림 3-5]에서 2005년 지출 분위별 보건의료비 지출 분포를 살펴 보면 다음과 같음.

- 의료비를 지출하였던 가구의 지출 분포를 살펴보면 분위가 높아 질수록 보건의료비 지출도 증가하는 것을 알 수 있음, 1분위 42만, 5분위 64만원, 10분위 100만원으로 지출이 많을수록 의료비 지출도 많은 것을 알 수 있음.
- 앞서 확인한 소득과 달리 지출은 의료비 지출에 관련성이 있음을 알 수 있음.

[그림 3-5] 2005년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포



〈표 3-5〉 2005년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포

(단위: 연평균/만원)

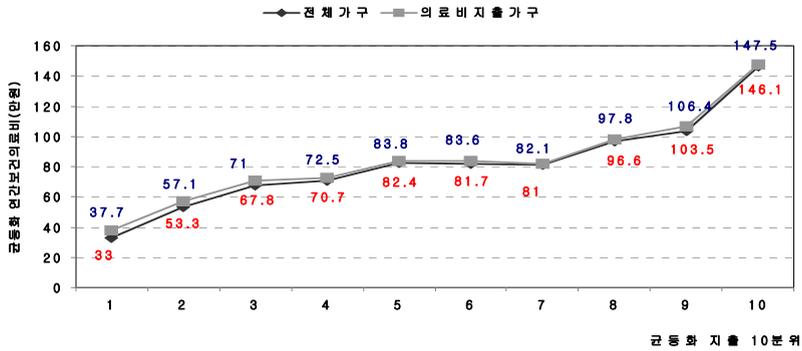
구분	분위	관측치수	평균값	표준편차	최소값	제25백분위수	중위수	제75백분위수	최대값
전체가구	1	610	32.8	45.4	0	6	18	42	1,485
	2	605	56.7	70.5	0	12	25	60	1,443
	3	611	65.6	85.6	0	12	34	72	1,417
	4	597	63.3	94.6	0	8	28	68	1,544
	5	625	58.3	84.7	0	8	27	68	865
	6	611	65.2	120.6	0	8	27	76	1,392
	7	604	75.5	170.5	0	12	30	73	2,951
	8	615	70.0	144.2	0	12	31	78	1,164
	9	610	79.9	188.6	0	12	35	78	1,956
	10	612	92.9	182.9	0	12	42	119	1,409
	전체	6,100	71.2	128.7	0	11	30	77	2,951
의료비지출가구†	1	488	41.6	49.1	1	12	25	48	1,485
	2	519	65.7	74.2	2	17	36	68	1,443
	3	546	74.3	88.6	1	17	42	85	1,417
	4	555	69.2	96.8	1	12	35	72	1,544
	5	579	63.5	86.4	1	12	30	72	865
	6	569	70.1	123.6	1	12	34	83	1,392
	7	561	81.6	175.3	1	14	34	85	2,951
	8	564	75.9	148.6	1	12	35	84	1,164
	9	577	84.1	192.6	1	12	36	85	1,956
	10	566	100.1	187.1	1	18	48	125	1,409
	전체	5,524	77.7	133.4	1	14	36	85	2,951

† : 보건의료비를 지출한 가구(보건의료비지출금액이 0원이 아닌 가구)
 균등화 지출: 총생활비를 가구원수의 루트값으로 나누어 균등화한 자료
 균등화 의료비: 보건의료비를 가구원수의 루트값으로 나누어 균등화한 자료

□ 아래 [그림 3-6]에서 2007년 지출 분위별 보건의료비 지출 분포를 살펴 보면 2005년과 비슷한 패턴을 보였음.

- 의료비를 지출하였던 가구의 지출 분포를 살펴보면 분위가 높아 질수록 보건의료비 지출도 증가하는 것을 알 수 있음, 1분위 38만, 5분위 84만원, 10분위 148만원으로 지출 많을수록 의료비 지출도 많은 것을 알 수 있음.

[그림 3-6] 2007년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포



<표 3-6> 2007년 균등화 지출 10분위별 보건의료비 지출 분포

(단위: 연평균/만원)

구분	분위	관측치수	평균값	표준편차	최소값	제25백분위수	중위수	제75백분위수	최대값
전체 가구	1	608	33.0	25.7	0	7	24	48	204
	2	611	53.3	42.7	0	12	35	72	339
	3	609	67.8	63.9	0	14	36	85	518
	4	611	70.7	90.9	0	12	34	76	696
	5	610	82.4	115.8	0	12	36	93	852
	6	610	81.7	136.9	0	12	35	85	1,095
	7	610	81.0	151.1	0	14	42	90	1,400
	8	610	96.6	184.8	0	18	42	97	1,476
	9	610	103.5	195.2	0	24	48	111	1,366
	10	611	146.1	318.7	0	35	70	161	3,360
	전체	6,100	91.6	158.8	0	17	42	97	3,360
의료비 지출 가구 †	1	545	37.7	25.5	1	12	25	48	204
	2	569	57.1	42.9	1	17	36	76	339
	3	580	71.0	64.5	1	17	42	93	518
	4	596	72.5	91.5	1	12	35	76	696
	5	597	83.8	116.6	1	12	36	93	852
	6	599	83.6	137.5	1	14	36	90	1,095
	7	602	82.1	151.8	1	16	42	90	1,400
	8	604	97.8	185.3	1	18	42	102	1,476
	9	596	106.4	196.4	1	24	49	118	1,366
	10	605	147.5	319.7	1	36	72	161	3,360
	전체	5,893	94.1	160.8	1	18	42	102	3,360

† : 보건의료비를 지출한 가구(보건의료비지출금액이 0원이 아닌 가구)

균등화 지출: 총생활비를 가구원수의 루트값으로 나누어 균등화한 자료

균등화 의료비: 보건의료비를 가구원수의 루트값으로 나누어 균등화한 자료

제2절 의료비 과부담 분포

□ 아래 <표 3-7>에서 2005년과 2007년 총생활비 대비 의료비 지출 분포를 살펴보면 다음과 같음.

- 2005년 자료를 보면 전체 생활비에 의료비 지출 비율이 40%이상 차지하는 가구가 전체의 4.7%였음, 전체가구 5,367가구 중에 259명 있었음.
- 2007년 자료를 보면 전체 생활비에 의료비 지출 비율이 40%이상 차지하는 가구가 전체의 3.17%였음, 전체가구 5,919가구 중에 186명 있었음.

<표 3-7> 2005년 의료비 과부담 분포

(단위: 연평균/만원)

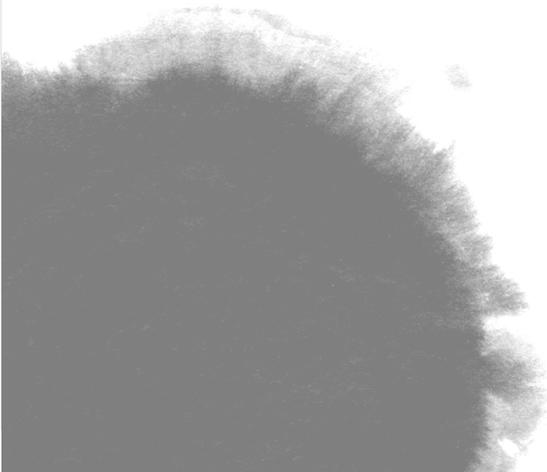
년도	의료비 부담비율구	관측치수	백분율(%)	평균값	표준편차	
2005년	0이상~10%미만	4,381	81.6%	46.6	61.7	
	10%이상~20%미만	511	9.5%	135.3	104.3	
	20%이상~30%미만	218	4.1%	199.1	150.8	
	의료비 과부담	30%이상~40%미만	108	2.0%	297.1	191.7
		40%이상~50%미만	46	0.9%	260.9	167.2
		50%이상~60%미만	34	0.6%	375.1	274.3
		60%이상~70%미만	24	0.4%	576.9	409.1
		70%이상~80%미만	13	0.2%	408.1	207.0
		80%이상~90%미만	7	0.1%	672.8	321.7
	90%이상~100%미만	27	0.5%	738.1	404.7	
전체*	5,367	100%	71.2	128.7		
2007년	0이상~10%미만	5,022	84.8%	58.7	76.1	
	10%이상~20%미만	499	8.4%	208.2	175.7	
	20%이상~30%미만	213	3.6%	305.1	225.6	
	의료비 과부담	30%이상~40%미만	105	1.8%	398.4	230.5
		40%이상~50%미만	38	0.7%	620.9	437.1
		50%이상~60%미만	26	0.4%	676.7	483.1
		60%이상~70%미만	8	0.1%	595.4	235.7
		70%이상~80%미만	7	0.1%	628.7	150.3
		80%이상~90%미만	2	0.0%	698.6	67.3
	90%이상~100%미만	-	-	-	-	
전체*	5,919	100%	91.6	158.8		

‡ : 보건의료비가 (총생활비-식품비)에 차지하는 비율

* : 의료비 지출인 있는 가구만 대상으로 함

04

의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향



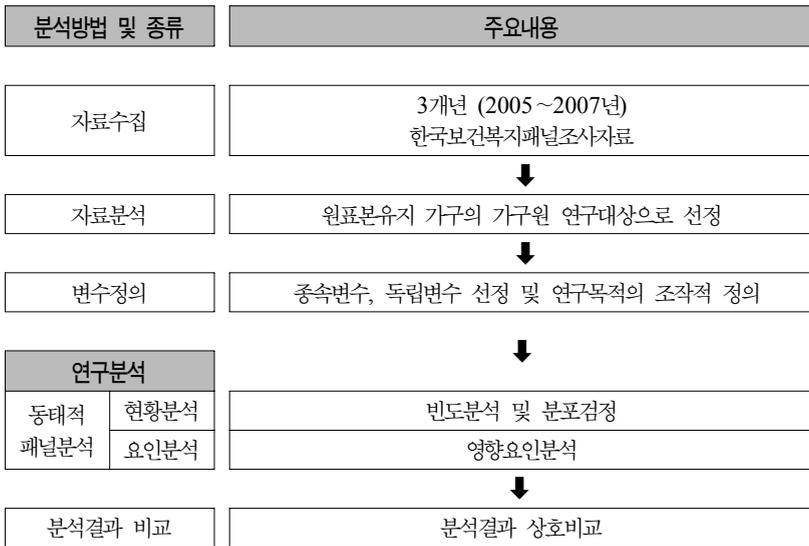
제4장 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향

- 본 장에서는 의료비 지출로 인해 빈곤계층으로 전락하는 가구들에 대한 실태파악 및 원인분석과 의료비 지출로 인해 의료이용에 제약을 받는 계층에 대한 분석을 실시하였음.
- 먼저 의료비 지출로 인해 빈곤계층으로 전락하는 가구에 대한 정의를 명확히 할 필요가 있음.
 - 빈곤계층에 대해 과거 선행연구에서는 국민기초생활보장법 상의 최저생계비를 기준으로 빈곤여부를 판단하여 분석한 경우들이 대부분이었음.
 - 하지만 본 연구에서는 의료빈곤 계층을 의료급여대상자로 한정하였으며, 건강보험대상자가 의료급여 대상자로 전락하는 경우를 분석하고자 함.
- 또한 의료비 지출로 인해 의료이용에 제약을 받는 계층에 대한 요인분석은 의료이용에 대한 욕구는 있으나 의료이용에 제약을 받은 미충족 의료가 있는 계층에 대한 분석으로 한정하였음.
- 분석 틀의 경우는 2005년부터 2007년까지 기간 중 건강보험에서 의료급여로 전락하는 계층과 미충족 의료가 없던 계층이 미충족 의료로 빠지는 계층으로 시간의 흐름에 따라 변화하는 원인을 파악하고자 함.

제1절 분석 자료 및 분석 방법

- 본 연구의 분석은 [그림 4-1]의 분석흐름도와 같이 자료수집 및 분석, 변수정의를 거쳐 연구대상의 일반적 특징을 사전적으로 분석한 후 실질적 연구 분석인 단면적 분석과 동태적 분석을 실시하였음.
- 이는 각각의 현황 및 추세분석과 요인분석을 통해 결과를 살펴보고, 이를 선행연구 등과 비교해서 분석하였음.

[그림 4-1] 분석 흐름도



1. 자료수집 및 분석

- 본 연구는 의료 취약계층 파악을 위해 2005년부터 매년 실시되고 있는 한국복지패널자료 중 자료 분석이 완료된 3개년도(2005년~2007년) 자료를 이용하였음.
- 원표본이 유지된 6,095가구의 19세 이상 성인 11,907명을 연구대상으로 선정하였음.

- 한국복지패널자료를 활용 이유는 한국복지패널자료는 국내 가구단위 패널조사 중 그 규모가 크며 기존 국내의 가구단위 패널 조사에 비해 표본수가 많아 통계학적으로 표본오차가 적고, 조사 대상 가구에 지역으로는 제주도가, 가구유형으로는 농어가까지 포함하고 있어 패널조사로는 유일하게 전국 대표성을 지니며, 원가구 표본 유지율이 다른 유수의 패널조사 유지율보다 높기 때문임(원가구 표본 유지율 2차: 92.1%, 3차: 86.7%).

2. 변수선정 및 정의

- 본 연구에서 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향의 종속변수로는 의료비 지출로 인해 건강보험에서 의료급여로 전락하는 의료보장 상태의 변화로 하였으며, 의료에 제약을 받는 계층에 대한 요인분석의 종속변수로는 미충족 의료 경험의 변화를 선정하였음.
- 독립변수로는 과거 선행연구들에서 통제변수로 사용된 사회경제적 요인 등을 선정하여 각 영역별 변수를 선정하였음.

가. 종속변수

- 의료비 과부담으로 인한 빈곤 추락계층은 복지패널자료 중 의료보장 유형으로 2005년에 건강보험에서 2006년이나 2007년에 의료급여로 전락한 계층으로 구분하였으며, 구분 기준은 다음 표와 같음.
- 의료이용에 제약을 받는 계층에 대한 분석의 종속변수는 ‘경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험’을 미충족 의료로 정의하였고, 구체적인 설문내용은 ‘지난 1년(조사대상년도 1월 1일~12월 31일)동안 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있다’라는 설문항목에 ‘있다’라고 응답한 경우를 미충족 의료 경험자로 정의하였음.

□ 각 종속변수는 연도별 변화추이를 감안하여 2개로 유형화하였음.

〈표 4-1〉 연도별 변화추이 종속변수의 유형화-의료보장유형

연도별 변화추이			유형화			
2005년	2006년	2007년	유형화 I	빈도(%)	유형화 II	빈도(%)
건강보험	건강보험	건강보험	건강보험 지속군	10,870(91.3%)	건강보험 지속군	10,870(98.6%)
건강보험	건강보험	의료급여	의료급여 이동군	159(1.3%)	의료급여 이동군	159(1.4%)
건강보험	의료급여	의료급여				
의료급여	의료급여	건강보험	건강보험 이동군	107(0.9%)	분석에서 제외	
의료급여	건강보험	건강보험				
의료급여	건강보험	의료급여	의료보장 혼재군	65(0.6%)		
건강보험	의료급여	건강보험				
의료급여	의료급여	의료급여	의료급여 지속군	706(5.9%)		

〈표 4-2〉 연도별 변화추이 종속변수의 유형화-미충족 의료 경험

연도별 변화추이			유형화			
2005년	2006년	2007년	유형화 I	빈도(%)	유형화 II	빈도(%)
충족	충족	충족	충족 지속군	10,633(89.3%)	충족 지속군	10,633(89.3%)
충족	충족	미충족	추락군	214(1.8%)	미충족 경험군	1,274(10.7%)
충족	미충족	미충족				
미충족	미충족	충족	호전군	732(6.2%)		
미충족	충족	충족				
미충족	충족	미충족	혼재군	285(2.4%)		
충족	미충족	충족				
미충족	미충족	미충족	미충족 지속군	43(0.4%)		

나. 독립변수

□ 독립변수는 의료 취약계층 파악이 가능할 것으로 추정되는 변수들 총 18개의 독립변수를 선정하였음.

□ 독립변수의 종류로는 성별, 연령, 교육수준, 혼인상태, 단독가구 여부, 장애 여부, 만성질환여부, 주관적 건강상태, 건강검진 여부, 외래진료 여부, 입원 여부, 취업 여부, 빈곤 여부, 기초보장수급 여부, 생활비, 의료비 과부담 여부, 주거지역 등이 있음.

- 특히 다른 독립변수 들을 모두 통제한 상태에서도 의료비 과부담 여부가 빈곤계층으로 추락하는 요인인지? 의료이용에 제약을 주는 요인으로 작용하는 지에 대해서 분석하였음.

다. 변수에 대한 분석적 가정 및 조작적 수정

- 한국복지패널자료의 경우 다소 상이한 내용의 설문항목이 가구단위 및 가구원 단위로 이분화되어 조사되었기 때문에 가구원 또는 개인수준의 분석에 다소간의 어려움이 존재하였지만, 분석적 가정과 조작을 통해 개인 수준의 자료로 변환하여 분석하였음.
- 또한, 한국복지패널자료의 경우 빈곤층 연구에 적합하도록 빈곤층을 과대표집하였기 때문에 일부 연구(신영전 등, 2009)에서는 표준가중치를 반영하였지만, 의료 취약계층은 저소득층 및 빈곤층에서 좀 더 빈번히 나타나므로 본 연구에서는 분석하는데 별도의 가중치를 반영하지 않았음, 이러한 이유로 한국복지패널자료는 저소득층이 과대표집된 자료로 의료 취약계층에 영향을 주는 요인을 찾는 데 좀 더 유의할 것으로 봄.
- 의료비 과부담에 대한 정의는 과거 선행연구마다 기준이 다르지만, 최근 연구들에서 가장 많이 사용하고 있는 소비지출에서 식료품비를 제외한 지출 중 의료비지출이 차지하는 비율이 40%인 경우를 의료비 과부담으로 정의하여 계산하였음.

$$\text{의료비 과부담} = \frac{\text{의료비 지출}}{(\text{소비지출} - \text{식료품비})} \times 0.4 \text{ 이상}$$

- 기타 연령, 교육수준, 주관적 건강상태, 빈곤여부, 생활비, 주거지역 등 일부 자료의 경우에는 선행연구 결과 등을 바탕으로 분석의 편의상 연구자가 조작적으로 수정하여 반영하였음.

〈표 4-3〉 변수 생성 및 조작적 수정

변수	변수설명	조작적 수정	
		수정	이유
연령	출생년도	19~39세, 40~64세, 65세 이상으로 분류	생애주기연령구분 방법
교육 수준	9개 수준 (1.미취학/2.무학/3.초등/ 4.중등교/5.고등/6.전문대/ 7.대학교/8.석사/9.박사) 측정	전문대이상/고등/중등/초등 및 무학으로 분류	선행연구분류 방법 참조
주관적 건강상태	5점 척도(1.아주건강/2.건강 /3.보통/4.불건강/5.건강 아주 안 좋음)로 측정	아주건강, 건강, 보통을 ‘건강’으로 불건강, 건강 아주안좋음을 ‘불건강’ 으로 구분	5점 척도를 더미변수화 하는 일반적 기준 참조
빈곤	월평균 경상소득	가구원수에 따른 최저생계비 이하를 빈곤, 그 이상을 비빈곤으로 구분	선행연구구분 방법 참조
생활비	월평균 지출액	가구원수에 따른 생활비 10분위를 소(1~3분위), 중(4~8분위), 다(9,10분위) 으로 구분	생활비 비교분석을 위한 인위적 구분 필요
의료비	월평균 지출액(입원비/외래진료비 /과진료비/수술비/약값/건강진단비 /건강보조식품 등) 측정	의료비 지출 / (소비지출 - 식료품비)×0.4 이상을 의료비 과부담으로 구분	선행연구 참조
주거 지역	5개권역별(서울/광역시/시 /군/도농복합군) 측정	도시지역(서울/광역시/시)과 농촌지역(군/도농복합군)으로 구분	일반적 비교 분석틀 반영

3. 분석방법

- 의료 취약계층 파악을 위한 빈도분석과 분포검정을 위한 카이제곱 검정을 실시하였음.
- 의료 취약계층 파악을 위한 영향요인을 찾는 분석으로 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 사용하였으며, OR(대응위험도:Odds Ratio)을 통해 비교분석하였고 변수선택은 단계별 변수선택법(stepwise variable selection)을 사용하였음.

제2절 연구결과

1. 빈도분석 및 카이제곱검정 결과

- 연도별 의료보장 유형은 1차(2005년)의 7.2%, 2차(2006년)은 7.3%, 3차(2007년)의 경우에는 7.6%로 나타났으며, 이를 단순비교로 볼 때 연도별로 비슷한 수준을 보여주고 있음.
- 연도별 미충족 의료 경험은 1차(2005년)의 7.0%, 2차(2006년)은 3.7%, 3차(2007년)의 경우에는 2.7%로 나타났으며, 이를 단순비교로 볼 때 전체적으로 미충족 의료의 비율이 감소하고 있음을 보여주고 있음.
 - 이와 같은 미충족 의료 감소 현상은 여러 원인에 의한 것이겠지만, 2005년 이래 강화되어 온 보장성 확대 정책이 반영된 것으로 추측해 볼 수 있겠음.
 - 이는 본 연구의 분석 단위가 개인 단위이고, 19세이상 성인을 대상으로 하였으며, 표본가중치를 반영하지 않아서 빈곤계층이 과표집되어 분석되었기 때문에 미충족 의료 경험률이 다소 높게 나타난 것으로 판단됨.

〈표 4-4〉 연도별 의료보장유형 현황

구분	2005년		2006년		2007년	
	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험
빈도	853	11,054	866	11,041	905	11,002
비율(%)	7.2	92.8	7.3	92.7	92.4	7.6

〈표 4-5〉 연도별 미충족 의료 경험 현황

구분	2005년		2006년		2007년	
	미충족	충족	미충족	충족	미충족	충족
빈도	833	11,074	439	11,468	315	11,592
비율(%)	7.0	93.0	3.7	96.3	2.7	97.4

〈표 4-6〉 변수별 의료보장유형에 따른 빈도분석 및 분포검정(카이제곱검정)

구분		건강보험 지속군		의료급여 이동군		χ^2 -검정통계량 (p-value)
		빈도	백분율(%)	빈도	백분율(%)	
전체		159	1.4	10,870	98.6	-
성별	남성	69	1.4	4,973	98.6	0.3498 (0.5542)
	여성	90	1.5	5,897	98.5	
연령	19~39세	19	0.6	3,157	99.4	26.0116 (<.0001)
	40~64세	69	1.6	4,365	98.4	
	65세이상	71	2.1	3,348	97.9	
교육수준	전문대이상	15	0.5	2,892	99.5	47.9605 (<.0001)
	고등학교	33	1.0	3,246	99.0	
	중등학교	26	2.0	1,267	98.0	
	초등/무학	85	2.4	3,445	97.6	
장애여부	장애인 아님	124	1.2	10,039	98.8	44.7092
	장애인	35	4.0	831	96.0	(<.0001)
만성질환 여부	만성질환자 아님	48	0.8	6,316	99.3	50.0995
	만성질환	111	2.4	4,551	97.6	(<.0001)
혼인상태	유배우자	78	1.0	7,606	99.0	32.5148
	무배우자	81	2.4	3,261	97.6	(<.0001)
주관적 건강상태	건강함	71	0.8	8,367	99.2	91.5983
	건강하지 않음	88	3.4	2,494	96.6	(<.0001)
취업여부	취업	40	0.7	5,821	99.3	50.7905
	미취업	119	2.3	5,046	97.7	(<.0001)
빈곤여부	비빈곤	104	1.1	9,627	98.9	80.9207
	빈곤	55	4.2	1,243	95.8	(<.0001)
단독가구 여부	비단독	116	1.2	9,825	98.8	53.545
	단독	43	4.0	1,045	96.1	(<.0001)
기초보장 수급여부	수급	118	98.3	2	1.7	8015.8764
	비수급	41	0.4	10,868	99.6	(<.0001)
미충족 의료경험	미충족 경험군	60	5.8	972	94.2	153.1834
	충족 지속군	99	1.0	9,898	99.0	(<.0001)
건강검진 여부	있음	39	0.9	4,179	99.1	12.8691
	없음	120	1.8	6,688	98.2	(0.0003)
외래진료 여부	외래진료함	149	1.7	8,809	98.3	16.4969
	외래진료 안함	10	0.5	2,061	99.5	(<.0001)
입원여부	입원함	37	2.8	1,291	97.2	19.2079
	입원 안함	122	1.3	9,579	98.7	(<.0001)
생활비	적음	95	3.3	2,766	96.7	108.1468 (<.0001)
	보통	62	1.1	5,652	98.9	
	많음	2	0.1	2,452	99.9	
의료비	과부담 아님	152	1.4	10,396	98.6	0.0056 (0.9403)

구분		건강보험 지속군		의료급여 이동군		χ^2 -검정통계량 (p-value)
		빈도	백분율(%)	빈도	백분율(%)	
과부담여부	과부담	7	1.5	465	98.5	
주거지역	도시지역	120	1.5	8,181	98.6	0.0037 (0.9515)
	농촌지역	39	1.4	2,689	98.6	

□ 변수별 의료보장 유형에 따른 빈도분석결과를 살펴보면 의료급여 이동군 비율이 높았던 변수는 기초보장 수급자 118(98.3%), 미충족 경험군 60(5.8%), 빈곤자 55(4.2%) 등의 순으로 많았음.

– 변수별 의료보장 유형에 따른 카이제곱 결과는 거의 변수에서 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났으나 성별과 의료비 과부담 여부, 주거지역 변수에서는 유의한 차이를 보이지 않음.

□ 변수별 미충족 의료 경험에 따른 빈도분석결과를 살펴보면 미충족 경험군 비율이 높았던 변수는 기초보장 수급자 253(30.4%), 의료보장 의료급여자 264(29.2%), 빈곤자 357(22.1%), 생활비 적음 665(19.3%), 단독가구 259(19.2%), 장애인 211(19.1%), 건강하지 않음 583(18.9%), 무배우자 633(16.4%), 과부담 79(15.7%), 교육수준 초등/무학 611(15.2%) 등의 순으로 많았음.

– 변수별 미충족 의료 경험에 따른 카이제곱 결과는 모든 변수에서 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났음.

□ 의료비 과부담 여부와 관련된 부분은 의료과부담이 의료보장 유형 변화에 아무런 관련이 없는 것으로 나타난 반면, 의료이용에 제약을 받는 미충족 경험군비율에서는 의료비 과부담인 계층이 더 많이 의료이용에 제약을 받는 것으로 나타났음.

〈표 4-7〉 변수별 미충족 의료 경험에 따른 빈도분석 및 분포검정(카이제곱검정)

구분		미충족 경험군		충족 지속군		χ^2 -검정통계량 (p-value)
		빈도	백분율(%)	빈도	백분율(%)	
전체		1,274	10.7	10,633	89.3	-
성별	남성	524	9.8	4,833	90.2	8.589 (0.0034)
	여성	750	11.5	5,800	88.6	
연령	19~39세	259	7.9	3,022	92.1	41.5599 (<.0001)
	40~64세	536	11.2	4,269	88.8	
	65세이상	479	12.5	3,342	87.5	
교육수준	전문대이상	164	5.5	2,808	94.5	176.4339 (<.0001)
	고등학교	325	9.4	3,133	90.6	
	중등학교	174	12.2	1,249	87.8	
	초등/무학	611	15.2	3,422	84.9	
장애여부	장애인 아님	1,063	9.8	9,740	90.2	90.1323 (<.0001)
	장애인	211	19.1	893	80.9	
만성질환 여부	만성질환자 아님	515	7.8	6,068	92.2	127.7384 (<.0001)
	만성질환	759	14.3	4,562	85.7	
혼인상태	유배우자	641	8.0	7,392	92.0	191.6154 (<.0001)
	무배우자	633	16.4	3,238	83.7	
주관적 건강상태	건강함	691	7.9	8,117	92.2	290.661 (<.0001)
	건강하지 않음	583	18.9	2,507	81.1	
취업여부	취업	556	9.1	5,545	90.9	33.0663 (<.0001)
	미취업	718	12.4	5,085	87.6	
빈곤여부	비빈곤	917	8.9	9,376	91.1	254.8166 (<.0001)
	빈곤	357	22.1	1,257	77.9	
단독가구 여부	비단독	1,015	9.6	9,541	90.4	114.4584 (<.0001)
	단독	259	19.2	1,092	80.8	
기초보장 수급여부	수급	253	30.4	580	69.6	362.7806 (<.0001)
	비수급	1,021	9.2	10,053	90.8	
의료보장 유형	의료급여	264	29.2	641	70.8	349.7612 (<.0001)
	건강보험	1,010	9.2	9,992	90.8	
건강검진 여부	있음	344	7.7	4,150	92.4	70.1644 (<.0001)
	없음	930	12.6	6,480	87.5	
외래진료 여부	외래진료함	1,088	11.1	8,682	88.9	10.8574 (0.001)
	외래진료 안함	186	8.7	1,951	91.3	
입원여부	입원함	206	13.8	1,282	86.2	17.5979 (<.0001)
	입원 안함	1,068	10.3	9,351	89.8	
생활비	적음	665	19.3	2,779	80.7	468.403 (<.0001)
	보통	556	9.3	5,444	90.7	
	많음	53	2.2	2,410	97.9	
의료비	과부담 아님	1,195	10.5	10,201	89.5	13.8657 (0.0002)

구분		미총족 경험군		총족 지속군		χ^2 -검정통계량 (p-value)
		빈도	백분율(%)	빈도	백분율(%)	
과부담여부	과부담	79	15.7	423	84.3	
주거지역	도시지역	989	11.0	7,982	89.0	4.0176 (0.045)
	농촌지역	285	9.7	2,651	90.3	

2. 영향요인분석결과(로지스틱분석결과)

□ 의료보장유형에서 의료급여로 이동하는데 영향을 미치는 요인을 분석하고자, 개별 변수별로 로지스틱 회귀분석을 통한 OR(Odds Ratio)값을 측정하고 유의미한 변수를 선별하였음.

－ 의료보장유형에서 의료급여로 이동하는데 영향을 미치는 변수로는 장애여부, 혼인상태, 주관적 건강상태, 취업여부, 빈곤여부, 단독가구여부, 건강검진여부, 외래진료여부, 입원여부, 생활비 수준 등인 것으로 나타났음.

□ 변수별로 분석 결과를 자세히 살펴보면 장애인인 경우 의료급여로 이동할 확률이 2.091(1.397-3.128)배 높았고 혼인상태 무배우자인 경우가 유배우자에 비해 1.695(1.136-2.529)배 높았으며 주관적 건강상태에서 건강하지 않다고 생각하는 사람들이 건강하다고 생각하는 사람들과 비교하여 1.770(1.239-2.528)배 높았음.

－ 그 외 변수들을 살펴보면 취업여부에서는 미취업 1.763(1.205-2.579), 단독가구 1.818(1.141-2.896), 건강검진을 하지 않은 사람 1.752 (1.204-2.550), 외래진료를 받지 않은 사람 2.559 (1.316-4.974), 입원하지 않은 사람 1.569(1.054-2.335), 생활비 수준이 보통 29.811(7.302-121.711), 적음 11.287(2.754-46.266) 등으로 나타났음.

□ 의료비 과부담 여부가 의료보장 유형 변화에 미친 요인은 카이제곱 검정에서 나타난 바와 같이 로지스틱 분석에서도 큰 영향이 없는 것으로 나타났음.

〈표 4-8〉 변수별 의료보장유형 경험 영향요인분석

구분		Odds Ratio(95% CI)		
		개별분석:	통합분석	유의미 분석
성별	남성	1.000	1.000	-
	여성	1.100(0.802-1.509)	0.806(0.804-0.809)	-
연령	19-39세	1.000	1.000	-
	40-64세	2.627(1.577-4.373)	1.044(1.028-1.059)	-
	65세이상	3.524(2.119-5.860)	0.761(0.750-0.772)	-
교육수준	전문대이상	1.000	1.000	-
	고등학교	1.960(1.062-3.616)	0.969(0.950-0.987)	-
	중등학교	3.956(2.088-7.495)	0.965(0.945-0.986)	-
	초등/무학	4.757(2.741-8.254)	1.079(1.060-1.098)	-
장애여부	장애인 아님	1.000	1.000	1.000
	장애인	3.410(2.328-4.996)	2.032(2.008-2.057)	2.091(1.397-3.128)
만성질환 여부	만성질환자 아님	1.000	1.000	-
	만성질환	3.209(2.283-4.512)	1.063(1.056-1.071)	-
혼인상태	유배우자	1.000	1.000	1.000
	무배우자	2.422(1.770-3.315)	1.014(1.005-1.023)	1.695(1.136-2.529)
주관적 건강상태	건강함	1.000	1.000	1.000
	건강하지 않음	4.158(3.032-5.703)	1.377(1.366-1.389)	1.770(1.239-2.528)
취업여부	취업	1.000	1.000	1.000
	미취업	3.431(2.393-4.919)	1.238(1.229-1.246)	1.763(1.205-2.579)
빈곤여부	비빈곤	1.000	1.000	-
	빈곤	4.097(2.940-5.711)	1.901(1.882-1.920)	-
단독가구 여부	비단독	1.000	1.000	1.000
	단독	3.486(2.442-4.974)	1.308(1.291-1.326)	1.818(1.141-2.896)
기초보장 수급여부	수급	-	-	-
	비수급	-	-	-
미충족 의료경험	미충족 경험군	1.000	1.000	-
	충족 지속군	6.172(4.449-8.562)	0.902(0.889-0.916)	-
건강검진 여부	있음	1.000	1.000	1.000
	없음	1.923(1.337-2.765)	1.223(1.215-1.231)	1.752(1.204-2.550)
외래진료 여부	외래진료함	1.000	1.000	1.000
	외래진료 안함	3.486(1.834-6.625)	1.124(1.118-1.131)	2.559(1.316-4.974)
입원여부	입원함	1.000	1.000	1.000
	입원 안함	2.250(1.551-3.266)	1.307(1.291-1.323)	1.569(1.054-2.335)
생활비	많음	1.000	1.000	1.000
	보통	13.449(3.287-55.023)	1.033(1.017-1.049)	29.811(7.302-121.711)
	적음	42.108(10.368-171.006)	1.487(1.465-1.510)	11.287(2.754-46.266)
의료비 과부담여부	과부담 아님	1.000	1.000	-
	과부담	1.030(0.480-2.209)	0.703(0.687-0.720)	-
주거지역	도시지역	1.000	1.000	-
	농촌지역	1.011(0.703-1.455)	0.849(0.846-0.851)	-

- 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석하고자, 먼저 개별 변수에 대한 로지스틱 회귀분석을 통한 OR(Odds Ratio)값을 측정하고 다음으로 변수 모두를 모형에 포함시켜 서로 다른 변수를 통제한 후 로지스틱 분석을 실시하여 이러한 결과를 바탕으로 최종적으로 유의한 변수를 선별함.
- 변수별 미충족 의료 경험에 따른 영향요인 분석 결과를 살펴보면 미충족 의료 경험에 영향을 주는 변수로는 교육수준, 주관적 건강상태, 빈곤여부, 기초보장 수급여부, 건강검진여부, 생활비 수준, 의료비 과부담 여부, 주거지역 등인 것으로 나타났음.
- 변수별로 분석 결과를 자세히 살펴보면 교육수준이 전문대이상 대비 하여 OR(Odds Ratio)값이 고등학교 1.412(1.147-1.738), 중등학교 1.680(1.322-2.135), 초등/무학 1.456(1.188-1.785) 등으로 확률이 높았음.
- 배우자 유무에 따른 결과를 보면 유배우자 비해 무배우자 미충족 의료 경험 확률이 2.017 (1.776-2.290)배 높았고 주관적 건강상태에서 건강한 사람에 비해 건강하지 않다고 생각하는 사람이 1.782(1.548-2.050) 배 높았고, 빈곤 여부에 결과도 빈곤한 사람이 1.324(1.126-1.557)배 높았음.
 - 그 외 변수에서의 OR(Odds Ratio)값은 기초보장 수급형태에 따라 비수급자의가 1.881(1.578-2.241), 건강검진하지 않은 사람이 1.503 (1.310-1.725), 생활비가 보통인 경우가 6.994(5.176-9.450), 많은 경우 3.863(2.890-5.163), 주거지역 농촌지역 1.540(1.324-1.792) 등으로 나타났음.
- 의료비 과부담이 의료이용에 있어 미충족을 1.384(1.061-1.805)배 더 발생시키는 것으로 나타났음.
 - 이는 의료비 과부담이 의료급여대상자로 전락하는 요인은 되지 않지만 의료이용에 제약을 받게 하는 주된 요인으로는 작용하는 것으로 나타났음.

〈표 4-9〉 변수별 미충족 의료 경험 영향요인분석

구분		Odds Ratio(95% CI)		
		개별분석:	통합분석	유의미 분석
성별	남성	1.000	1.000	-
	여성	1.193(1.060-1.342)	0.937(0.818-1.074)	-
연령	19-39세	1.000	1.000	-
	40-64세	1.465(1.254-1.711)	1.087(0.888-1.331)	-
	65세이상	1.672(1.427-1.960)	0.549(0.426-0.707)	-
교육수준	전문대이상	1.000	1.000	1.000
	고등학교	1.776(1.462-2.157)	1.393(1.128-1.721)	1.412(1.147-1.738)
	중등학교	2.385(1.907-2.982)	1.694(1.297-2.213)	1.680(1.322-2.135)
	초등/무학	3.057(2.555-3.658)	1.766(1.369-2.277)	1.456(1.188-1.785)
장애여부	장애인 아님	1.000	1.000	-
	장애인	2.165(1.840-2.548)	1.194(0.992-1.438)	-
만성질환 여부	만성질환자 아님	1.000	1.000	-
	만성질환	1.960(1.742-2.206)	1.176(0.992-1.393)	-
혼인상태	유배우자	1.000	1.000	1.000
	무배우자	2.254(2.005-2.535)	2.101(1.804-2.446)	2.017(1.776-2.290)
주관적 건강상태	건강함	1.000	1.000	1.000
	건강하지 않음	2.732(2.425-3.077)	1.842(1.571-2.161)	1.782(1.548-2.050)
취업여부	취업	1.000	1.000	-
	미취업	1.408(1.253-1.583)	0.816(0.707-0.942)	-
빈곤여부	비빈곤	1.000	1.000	1.000
	빈곤	2.904(2.536-3.327)	1.464(1.237-1.732)	1.324(1.126-1.557)
단독가구 여부	비단독	1.000	1.000	-
	단독	2.230(1.919-2.591)	1.155(0.940-1.420)	-
기초보장 수급여부	수급	1.000	1.000	1.000
	비수급	4.297(3.657-5.048)	1.963(1.081-3.564)	1.881(1.578-2.241)
의료보장 유형	의료급여	1.000	1.000	-
	건강보험	4.076(3.483-4.771)	0.840(0.468-1.510)	-
건강검진 여부	있음	1.000	1.000	1.000
	없음	1.731(1.521-1.971)	1.521(1.322-1.749)	1.503(1.310-1.725)
외래진료 여부	외래진료함	1.000	1.000	-
	외래진료 안함	1.314(1.117-1.547)	1.074(0.888-1.299)	-
입원여부	입원함	1.000	1.000	-
	입원 안함	1.408(1.199-1.652)	1.148(0.956-1.379)	-
생활비	많음	1.000	1.000	1.000
	보통	4.643(3.489-6.179)	4.023(3.006-5.382)	6.994(5.176-9.450)
	적음	10.878(8.181-14.465)	7.689(5.669-10.429)	3.863(2.890-5.163)
의료비 과부담여부	과부담 아님	1.000	1.000	1.000
	과부담	1.594(1.245-2.042)	1.451(1.100-1.915)	1.384(1.061-1.805)
주거지역	도시지역	1.000	1.000	1.000
	농촌지역	1.153(1.003-1.324)	1.541(1.322-1.796)	1.540(1.324-1.792)

3. 영향요인 분석결과 상호비교

□ 의료 취약계층 파악을 위해 종속변수로 미충족 의료 경험 및 의료보장 유형을 선정하였으며 영향요인을 파악하고자 로지스틱 회귀분석을 통한 OR(Odds Ratio)값을 측정하여 유의미한 변수를 선별하였음.

- 종속변수는 3개년간의 동태적인 변화추이를 유형화 하여 분류하였고 이에 18개의 독립변수를 선정하여 의료 취약계층을 파악하기 위한 영향요인 변수를 찾고자 하였음.

□ 앞의 영향요인 결과에서 미충족 의료 경험에 따른 영향을 주는 변수로는 교육수준, 주관적 건강상태, 빈곤여부, 기초보장 수급여부, 건강검진 여부, 생활비 수준, 의료비 과부담 여부, 주거지역 등인 것으로 나타났고 의료보장유형에서 의료급여로 이동하는데 영향을 미치는 변수로는 장애여부, 혼인상태, 주관적 건강상태, 취업여부, 빈곤여부, 단독가구여부, 건강검진여부, 외래진료여부, 입원여부, 생활비 수준 등인 것으로 나타났음.

- 두 종속변수에 영향을 주는 독립변수로는 혼인상태, 주관적 건강상태, 건강검진여부, 생활비 수준 등인 것으로 나타났음.
- 특히 생활비 수준 수의 경우 생활비 지출이 많다고 응답한 사람에 비해 보통이다라고 응답한 사람이 미충족 의료 경험의 경우에는 약 7배, 의료보장 유형의 경우에는 약 30배 이상 확률이 높았음.

□ 의료비 과부담이 미치는 영향은 빈곤화에 직접적인 영향이 없는 것으로 나타났으나, 의료이용에 제약을 받는 요인으로 작용하는 것으로 나타났음.

- 최근 송은철(2010년) 연구에서도 과부담 의료비의 기준을 지불능력의 20%이상으로 한 경우 과부담 의료비가 빈곤화에 영향이 없는 것으로 나타난 반면 지불능력의 30%이상인 모델에서는 경우는 1.57배 빈곤화에 영향을 미친 것으로 나타났음.
- 그리고 빈곤지속에는 의료비 과부담이 영향을 미치지 않는 것으

로 나타났음.

- 따라서 의료비 과부담이 빈곤화에 어느 정도 영향이 있는지는 논란의 여지는 있는 것으로 보여지지만, 결과적으로 의료이용에 제약을 준다는 결론은 논란의 여지가 없음.

□ 따라서 의료비 과부담으로 인해 의료이용에 제약을 받는 계층에 대한 대안 마련 등은 필요할 것으로 판단됨.

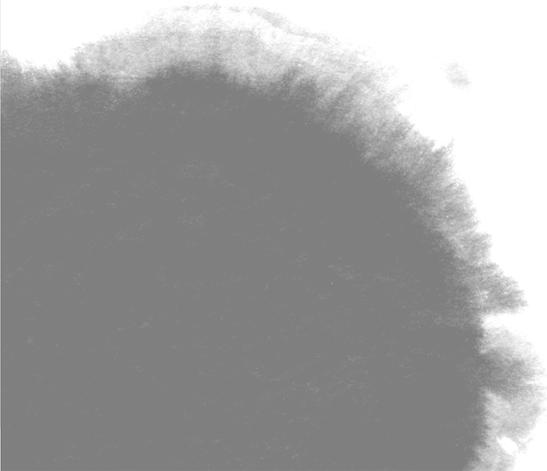
〈표 4-10〉 영향요인 분석결과 비교

구분		Odds Ratio(95% CI)	
		미충족 의료 경험	의료보장유형
교육수준	전문대이상	1.000	-
	고등학교	1.412(1.147-1.738)	-
	중등학교	1.680(1.322-2.135)	-
	초등/무학	1.456(1.188-1.785)	-
장애여부	장애인 아님	-	1.000
	장애인	-	2.091(1.397-3.128)
혼인상태	유배우자	1.000	1.000
	무배우자	2.017(1.776-2.290)	1.695(1.136-2.529)
주관적 건강상태	건강함	1.000	1.000
	건강하지 않음	1.782(1.548-2.050)	1.770(1.239-2.528)
취업여부	취업	-	1.000
	미취업	-	1.763(1.205-2.579)
빈곤여부	비빈곤	1.000	-
	빈곤	1.324(1.126-1.557)	-
단독가구 여부	비단독	-	1.000
	단독	-	1.818(1.141-2.896)
기초보장 수급여부	수급	1.000	-
	비수급	1.881(1.578-2.241)	-
건강검진 여부	있음	1.000	1.000
	없음	1.503(1.310-1.725)	1.752(1.204-2.550)
외래진료 여부	외래진료함	-	1.000
	외래진료 안함	-	2.559(1.316-4.974)
입원여부	입원함	-	1.000
	입원 안함	-	1.569(1.054-2.335)
생활비	많음	1.000	1.000
	보통	6.994(5.176-9.450)	29.811(7.302-121.711)
	적음	3.863(2.890-5.163)	11.287(2.754-46.266)

구분		Odds Ratio(95% CI)	
		미충족 의료 경험	의료보장유형
의료비 과부담여부	과부담 아님	1.000	-
	과부담	1.384(1.061-1.805)	-
주거지역	도시지역	1.000	-
	농촌지역	1.540(1.324-1.792)	-

05

외국의 저소득층 의료보장



제5장 외국의 저소득층 의료보장

- 외국의 저소득층에 대한 의료보장 지원체계를 살펴봄으로써 우리나라 저소득층의 의료비 과부담에 대한 지원방안의 시사점 등을 얻을 수 있을 것으로 판단됨.
 - 따라서 본 장에서는 우리나라와 같이 사회보험방식으로 운영되는 프랑스, 독일, 네덜란드를 중심으로 시사점을 얻고자 하며, 우리나라와 인접한 국가들 중 시사점이 많은 대만, 싱가포르 등을 중심으로 국가간 비교를 하고 시사점을 강구하고자 함.

제1 절 프랑스

1. 프랑스 의료보장의 개요

- 프랑스 사회보장제도는 통상 모자이크형 특징을 가지고 있다고 평가되며, 조합주의 원칙을 기초로 가입자의 직업 범주에 따라 복잡한 복수의 하위제도가 공존하는 제도임.
 - 이러한 특징에 기인하여 사회보장제도의 운영주체도 제도(Régime)에 따라 독립적으로 존재하고 있음.
 - 대표적인 프랑스 사회보장제도의 3대 운영주체는 전국건강보험공단(CNAMTS), 전국노령연금공단(CNAV), 전국가족수당공단(CNAF) 등임.

- CNAMTS은 건강보험, 산재보험, 임출산보험, 장애보험, 사망보험 등의 보험자이고, CNAV는 노령연금제도의, CNAF는 가족수당제도의 운영기관임.
- 그 밖의 주요 기관으로는 사회보장 및 사회보험 분담금 징수를 담당하는 기관으로 사회보험료통합징수공단(URSSAF) 등이 있음.
- 이러한 복잡성이 있음에도 제도운영과 정책 결정과정을 통해서 볼 때, 적용대상 인구수를 기준으로 가장 비중이 큰 일반제도(Régime général)를 중심으로 프랑스의 사회보장제도 전체가 작동되고 있음.
 - 더불어 다양한 하위제도들이 일반제도를 중심으로 운영원리가 일원화되는 경향도 확대되고 있다. 예컨대 농업종사인구의 감소 등 산업 구조의 변화와 형평성과 효율성을 추구하는 정부의 정책에 따라 농업제도, 특수제도 등의 상당 부문은 비중축소, 소멸 혹은 해체되면서 일반제도에 흡수되고 있음⁶⁾.
- 2000년부터 법정 기초 제도의 가입대상에 해당되지 않는 저소득 계층을 위한 보편의료보장제(CMU, Couverture Maladie Universelle)를 실시하여 전국민이 의료보장 혜택을 받을 수 있게 되었음.
 - 그리고 보험급여나 보편적 질병급여 외에도 저소득층의 의료비 지원을 위한 의료부조제도(Aides Sociales)가 있음.

2. 저소득층 의료보장

- 프랑스의 저소득층 의료보장은 2000년부터 시작된 보편적 질병급여제도(Conversion Maledie Universelle, 이하 CMU)에서 보장을 해주고 있으며, CMU는 기본적으로 보험료를 지원해서 기본적인 건강보험에 가입하도록 하는 CMU 기본보험(CMU de base)와 건강보험을 이용할 때

6) 일반제도는 고유의 대상 범주인 민간부문 근로자와 공무원뿐만 아니라, 원래는 대상이 아니었던 학생, 전쟁 유공자, 퇴역군인 등으로 대상을 확대하였고, 가족수당의 경우 최소 생계비를 지원받는 사람들 범주까지 확대함으로써 전 국민을 대상으로 하게 되었다.

발생하는 본인부담을 지원하는 CUM 보충보험(CMU complémentaire)로 구성되어 있음.

□ CMU의 재정규모는 2009년 기준 연간 1870 백만 EURO이며, 재원은 2008년까지는 술, 담배에 대한 세금이나 기부금 그리고 보험료 수입 등으로 이루어졌음.

– CMU 재정의 수입과 지출 규모는 다음 표와 같음.

〈표 5-1〉 CMU 연도별 재정현황

(단위: 백만 EURO)

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
수입	1047	1206	1532	1358	1530	1418	1524	1595	1452	1870
지출	1013	1371	1355	1475	1455	1374	1555	1559	1423	1851
당기수지	34	-165	177	117	75	44	-31	36	29	19
누적수지	34	-131	47	-70	5	48	17	53	83	101

자료: http://www.cmu.fr/userdocs/231-1_2010.pdf

가. CMU 기본보험(CMU de base)

□ CMU 기본보험은 2000년 프랑스 정부가 프랑스 내에 거주하는 모든 사람들이 건강보험 가질 수 있도록 건강보험료를 지원하는 프랑스 건강보험의 한 시스템임.

– CMU 혜택은 건강보험 가입 자격이 없는 프랑스 거주자, 질병보험 가입기간, 보험료 납부액, 급여기간 등 요건을 갖추지 못한 피보험자, 프랑스 거주외국 노동자, 의료부조 수급자 등이 대상자이며 이들 중 상당수는 RMI 수급자임.

□ CMU 기본보험은 건강보험료를 지원하는 시스템으로 연간 가구 소득이 9,020 EURO 이하(2009년 10월 1일부터 2010년 9월 30일까지 소득기준)인 경우는 보험료를 면제해 주고 9,020 EURO 이상인 경우 초과하는 금액의 8%를 보험료로 납부하도록 하고 있음.

- 예를 들어 1년 소득이 15,000 EURO인 가구의 경우 9,020 EURO를 공제한 5,980 EURO에 대해 8%에 대해 보험료를 부과하여 연간 478 EURO의 보험료를 납부함⁷⁾.
- CMU 가입은 기본적으로 프랑스에 3개월 이상 지속적이고 합법적으로 거주하는 모든 사람에게 적용되었으나, 최근 CMU 가입을 위해 EU지역에 거주자가 조기 퇴직하는 경우에 있어서는 최소 5년간 프랑스에 거주해야 자격을 주는 것으로 하였음.
 - 단 EU 지역 이외의 외국인은 종전과 같이 가입할 수 있음.

나. CMU 보충급여(CMU complémentaire : CMU-C)

- CMU 보충급여는 저소득층의 사람들이 병원 이용의 본인부담으로 인해 치료에의 접근성의 제약을 받는 것을 줄이기 위한 본인부담 지원하는 체계임.
 - 즉 CMU 보충급여를 받는 계층은 의사진찰, 병원일당(hospital per diem), 안경과 치과 보철물을 위한 본인부담금이 무료로 제공됨.
 - 그리고 제3자 지불방식으로 환자가 본인부담을 할 필요가 없는 one-stop 급여 절차를 취하고 있으며, 의료서비스와 재화의 이용은 정부가 정한 한계 내에선 자유로움.
- CMU 보충급여 대상자 선정은 자산조사를 통해 대상자가 선정되며, 1인가구 454.63 EURO 이하, 2인가구 778.32 EURO 이하(2010년 기준)의 경우 혜택을 받을 수 있다. 2009년 CMU-C 혜택을 받은 대상자는 프랑스 본토 3,579,141명(5.7%)와 프랑스 영토 거주자 577,886명(31.9%)로 전체 4,157,027명으로 전체인구 64,628,151명의 6.4%가 혜택을 보고 있음.

7) www.france-poverty.com 자료 참조(2010년 11월 29일 검색기준)

- 대상자 비율은 2006년 6.8%, 2007년 6.8% 그리고 2008년 6.5%보다 줄어드는 추세를 보이고 있음.⁸⁾

〈표 5-2〉 CMU 보충급여 대상자 연도별 추이

구분	2006년		2007년		2008년		2009년	
	대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율
프랑스 본토	CMU	3,826,760	6.1%	3,821,019	6.1%	3,637,333	5.8%	3,579,141
	총인구	62,817,120		62,809,976		62,817,120		62,817,120
프랑스령	CMU	587,285	32.4%	590,048	32.6%	575,147	31.8%	577,886
	총인구	1,811,031		1,811,031		1,811,031		1,811,031
총합계	CMU	4,414,045	6.8%	4,411,067	6.8%	4,212,480	6.5%	4,157,027
	총인구	64,628,151		64,621,007		64,628,151		64,628,151

자료: <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=75>

제2절 독일

1. 건강보험의 개요

□ 독일의 건강보험은 크게 법정건강보험, 민간건강보험 및 공적부조제도로 구성되어 있음.

- 2009년 이전에는 일정소득 이하의 국민은 법정보험 강제가입하고 일정소득 이상 국민과 공무원은 민간보험에 가입하였음.
- 2007년 기준으로 법정보험 가입자 약 91%(7천만 명), 민간보험 가입자 약 9% 수준이었음.
- 그리고 최저생계비 이하의 저소득층 국민에 대해서는 정부가 보험료를 지원하여 법정보험가입하거나 또는 공적부조 대상으로 분류하여 보장해 주었음.

□ 2007년 독일은 새로운 의료개혁 방안을 제시하였고, 이를 통해 2009년부터 독일 전국민은 의무적으로 건강보험에 강제가입하는 것으로 전환하였음.

8) http://www.cmu.fr/userdocs/RSA_CMU.pdf 자료 참조

- 2009년 이전에 건강보험 미가입자 중 종전에 법정보험에 가입했던 사람은 법정보험과 민간보험 중 선택하여 가입할 수 있으며 종전 민간보험 가입자는 민간보험에 의무적으로 가입하도록 하였음.
- 독일의 건강보험은 보험료와 조세를 통해 이루어지고 있으며, 2009년 이전에 조합별로 관리되던 재정이 2009년부터는 보험료와 연방차원의 지원금으로 단일 기금 조성하여 관리되면 조합별로는 위험도에 따른 인두방식으로 지역별 총액분배하는 것으로 하였음.
 - 보험료는 소득수준에 따라 보험료를 부과하며, 근로자와 사용자가 50%씩 부담(각각 6.9%)하고, 근로자는 특별보험료 추가부담(0.9%)하였음.
 - 2009년 이전은 각 조합마다 보험료를 차등 적용하였으나, 2009년부터 연방에서 보험료를 통일하여 결정하고 있음.
- 2007년 보험료율의 평균은 14.7% 수준이었으며, 2008년은 소득의 14.6%수준이었음.
 - 2009년 1월1일부터 적용되는 단일 보험료율은 2008년 11월 1일에 책정하도록 법으로 정해졌으며, 많은 전문가들은 2009년에 의료보험의 지출을 고려해 볼 때 보험료율이 적어도 15% 더 심하게는 15.5% 정도까지 인상될 것이라 예측하였음.
 - 실제 2009년 일원화된 보험료율은 15.5%이었으며, 2010년은 14.9%로 책정되었음.
 - 2010년 14.9%로 0.6% 보험료율이 떨어진 것은 보험료를 낮추기 위해 국고지원을 증액한 결과로 보여짐.
- 각 조합은 사전 배분된 총액 부족시 추가보험료(예산의 1% 이내)를 징수할 수 있으며, 반대로 분배된 총액 중 남은 금액은 가입자에게 상환 가능하도록 하였음.
 - 그리고 추가보험료 징수시 가입자에게 보험자 변경권을 부여하여 재정관리에 대한 보험자 간 경쟁을 유도하는 체계를 갖추었음.

2. 저소득층 의료보장의 개요⁹⁾

- 독일의 저소득층에 대한 의료보장은 크게 두가지 측면에서 살펴볼 수 있음.
- 먼저 건강보험 틀 안에서 최저생계비 이하의 국민에게 건강보험을 가입할 수 있는 보험료를 지원하는 방식임.
 - 독일은 건강보험 체계의 보장성이 높기 때문에 저소득층에게 건강보험료를 지원하여 건강보험권 안에서 보장하는 것임.
 - 우리나라의 경우는 보장성이 낮기 때문에 보장성을 달리하는 별도의 체계가 필요한 반면 독일의 경우는 건강보험체계 내에서 관리하는 것이 효율적임.
- 둘째는 건강보험권 안에서 관리가 되지 않는 취약계층에 대해서는 지방자치단체에서 직접 보장해주는 방식임.
 - 이는 근로능력이 없는 계층 중 건강보험이 없는 사람의 경우 의료기관에서 의료이용을 하면 비용에 대해서 지자체에서 상환해주는 방식임.
- 저소득층에 대한 두가지 지원방식에 대한 대상자 구분은 원칙적으로 근로능력 여부에 따라 건강보험료 지원 또는 공적부조 대상자로 분류하고 있음.
 - 이에 대한 자세한 구조는 다음 그림과 같으며, 이때 근로능력의 유무는 의사의 진단에 의해 결정됨.

9) 2008년 6월 독일 보건부, AOK, 독일의사 면담 등 직접방문을 통해 조사된 내용을 중심으로 재구성하였음.



- 최저생계비 이하이면서 보험료를 지원받는 대상자는 2008년 기준으로 약 200만~300만명이었음.
- 그리고 보험료 지원 규모는 근로능력자의 경우 최저생계비 월 €800 기준으로 1달 건강보험료 €110 공제하여 건강보험을 가입해 준 후, 생계비로 €690를 본인에게 지급하고 있음.
 - 그리고 근로무능력자 중 보험가입 선택한 경우는 1달 보험료를 €120지원하고 있음.
 - 이때 저소득층 보험료는 일반 가입자 최저보험료의 70% 수준임.
- 공적부조 제도내에서 직접 지원해 주는 대상자에 대한 선정 및 관리는 지방자치단체의 사회보장국에서 담당하고 있음.
 - 연방정부는 대상자 선정에 대한 객관적인 기준을 결정하는 수준이며 만약 주정부가 연방정부 기준에 따르지 않을 경우 당사자가 연방정부에 이의신청, 행정소송 등 제기하여 처리하는 형식을 취하고 있음.
 - 재원의 경우도 연방정부의 지원없이 전적으로 지방정부의 사회보장국이 전액 부담하고 있음.
- 이때 공적부조 대상자 병원 이용절차는 지방 사회보장국의 사전승인 (응급질환 제외) → 병원진료 → 병의원은 보험자에게 비용청구 → 보험자가 비용지급 → 보험자와 지방 사회보장국간 비용정산 하는 순으로 이루어짐.

- 저소득층 건강보험 편입 정책에 대해서 건강보험 미가입자들은 실질적으로 관리가 어려우므로, 법정보험 체계에 편입시킴으로써 효율성 제고할 수 있다는 장점이 있는 것으로 평가됨.
 - 그리고 공적부조 대상자는 병의원 이용시 사전승인을 받아야 하나, 법정보험에 가입하여 일반 가입자와 동일하게 의료이용을 함으로써 낙인 제거할 수 있다는 장점이 있음.
 - 그러나, 이는 건강보험 재정부담 및 보험료를 인상 요인이므로 보험자·의료공급자·가입자 반대하고 있음.

제3절 네덜란드¹⁰⁾

1. 의료보장 체계

- 네덜란드 건강보험 체계는 3단계로 이루어져 있음.
- 제1영역은 장기요양, 고액중증질환 등에 대한 의료서비스 제공을 위해 전국민이 의무적으로 가입하도록 되어 있는 보험임.
 - 재원은 보험료, 정부의 보조금 및 본인부담금으로 구성되어 있음.
- 제2영역은 급성질환 및 일반적 질병치료를 위한 필수 의료서비스 제공을 위해 전국민이 강제가입로 가입하도록 한 보험임.
 - 제 2영역 보험은 2006년 이전에는 소득수준과 직종에 따라 공적보험(일정소득 이하), 공무원보험 그리고 민간보험(일정소득 초과)으로 구분되어 가입되어 있었음.
 - 하지만 2006년 개혁방안에 따라 관리를 모두 민간보험이 하도록 하였음.
 - 그리고 정부는 저소득·취약계층에 대한 보건의료수당 제공을 통한 의료보험 가입 지원 및 본인부담금 지원하도록 하였음.

10) 2008년 6월 네덜란드 보건체육부, 국제청, 네덜란드 의사면담 등 직접방문을 통해 조사된 내용을 중심으로 재구성하였음.

- 제3영역은 보충형 민간보험으로 제1,2영역에서 급여하지 않는 치과, 고
급의료, 성형 등을 위한 보험으로 가입은 자율적으로 하도록 하고 있음.
- 하지만 전 국민의 90% 이상 가입하고 있음.

2. 저소득층 의료보장

- 네덜란드의 저소득층 의료보장은 별도의 공공부조 제도가 아닌 건강보
험 체계 내에서 보장하고 있음.
- 다만, 저소득층에 대해서는 국세청(Belastingdienst Toeslagen)의
세금공제 형태인 의료보장수당*(Health Care Allowance) 지급을
통해 보험료 및 본인부담금을 지원해 주고 있음.
- 의료보장을 받는 소득수준은 1인 가구 연소득 €29,069 이하, 2인 이
상 가구 연소득 €47,520 이하 등임.
- 2007년 기준으로 600만 가구(전체 가구의 69%)가 의료보장 수
당을 지원 받았음.
- 의료보장수당 지원계산 방식은 다음과 같음.

○ 의료보장수당 = Standard premium - Norm premium

* Standard premium : 1인가구 €1,200, 2인이상 가구 €2,400

Norm premium

- 1인가구 : 기준소득(€18,496)의 3.5% + 초과소득의 5%

- 2인이상 가구 : 기준소득(€18,496)의 5% + 초과소득의 5%

예시) 소득이 €22,000인 1인 가구

소	득	기준보험료	€1,200
€22,000		- Normpremium	€
- 기준소득	€18,496	822.56	
= 초과소득	€ 3,504	= 의료보장수당	€
		377.44	

* Normpremium(€822.56) = 기준소득의 3.5%(€647.36)
+ 초과소득의 5%(€175.20)

- 예를 들어 가구의 실제소득이 기준소득(€18,496) 이하인 경우 상한금액(1인가구 €553, 2인이상 가구 €1,475)을 지급 받음.
- 2007년기준으로 상한금액을 지급받은 가구는 약 100만 가구로 전체 가구의 11% 정도였음.

□ 의료보장수당에는 본인부담(deductible) 지원금(연간 €103, 연평균 본인부담 수준)이 포함되며, 1년치 보험료와 본인부담금을 모두 지원하지는 못하는 수입.

- 수당을 대상자에게 직접지원할 경우 다른 용도로 사용하는 것을 방지하기 위해 정부에서 보험사에 직접 지급하는 방법도 병행하고 있음.

□ 대상자 선정 및 관리는 국세청에서 하고 있으며, 1000여개에 달하는 지역 사회복지 담당관청에서 서류접수 등 행정업무를 담당하고 있음.

제4절 대만

1. 대만의 의료보장 개요

□ 대만의全民건강보험은 단일보험자로 법률상 모든 국민이 강제가입하며, 주관기관은 정부이고 중앙건강보험국이 운영함.

- 피보험대상자는 피보험자와 피부양자이며 고용형태와 그들이 속한 단체의 성격에 따라 6개의 군으로 분류되어 운영되고 있음.
- 대만에서 보험료 부과는 표준소득등급표(29등급)에 의거하여 전국민에게 적용하고 있으며 소득과약이 임금근로자보다 용이하지 않은 자영자는 단일 등급을 적용하고 있음.
- 대만은 현재의 건강보험제도가 도입되기 전에 13개의 각기 다른 보험제도가 존재하였음.
 - 여기에는 공무원보험, 노동자보험, 농민과 군인보험 등이 포함되었으며 전체 인구의 59%가 적용되고 있었고 대략 800만명이 적용대상에서 제외되었음.
 - 그러나 적용 제외된 이들 대부분은 14세미만 아동과 65세 이상 노인들이 주류를 이루어 이른바 취약계층이 의료의 사각지대에 놓여지게 되었음.
 - 이런 불합리를 해결하고자 1995년 전국민건강보험인 BNHI를 도입하였으며, 2010년 기준 99%가 건강보험의 혜택을 받고 있음.
 - 또한 저소득층과 취약계층의 의료혜택을 받을 권리를 지키고 보험료 부담을 줄여주기 위한 다양한 제도가 국가 주도로 수행되고 있음.
- 대만의 건강보험 피부양자별 재원부담형태와 각 유형별 적용인구 현황은 다음 표와 같다.
 - 특히 저소득층의 경우는 제5류로 구분하고 보험료 100%를 정부가 지원하도록 하고 있다. 이러한 계층은 전체 인구 중 1.0%(238,919명)를 차지하고 있음.

〈표 5-3〉 대만 건강보험의 피부양자 유형별 재원분담률(2009년 6월 기준)

피보험대상		분담비율(%)			인구수	인구비율
		피보험인	사용자	중앙정부		
제1류	공무원 등	30	70	0	11,797,103	51.5%
	사립학교교직원	30	35	35		
	사업장 피용자(공공, 민간)	30	60	10		
	사용자, 자영자(주로 고소득 전문직 및 기술직)	100	0	0		
제2류	직종별 협회(union 혹은 association) 소속 자영자(예, 택시기사, 목수, 양복점, 식당주인 등), 외향선원	60	0	40	3,998,617	17.4%
제3류	농민, 어민, 농전수리회회원	30	0	70	2,973,133	13.0%
제4류	군인, 대체복무기간중 공익요원	0	0	100	146,011	0.6%
제5류	저소득층	0	0	100	238,919	1.0%
제6류	퇴역군인	0	0	100	3,774,407	16.5%
	퇴역군인의 피부양자	30	0	70		
	제1내지 5류, 퇴역군인 등의 피보험자 및 그 피부양자 이외의 세대 호주 및 대표	60	0	40		

자료원: Bureau of National Health Insuranc, "National Health Insurance in Taiwan, 2010"

2. 저소득층 의료보장

- 대만은 기본적으로 저소득층을 건강보험제도 내에서 제5류로 구분하고 건강보험료 전액을 국가에서 지원하고 있으며 그 규모는 전국민의 1% 수준임.
- 이러한 기본적인 저소득층에 대한 지원이외에 건강보험 제도 내에서 보험료를 체납하거나 본인부담을 납부하기 어려운 대상에 대해서 따로 지원하는 체계를 가지고 있음.
- 첫째는 보험료를 보조해주는 제도로 저소득층과 취약계층을 대상으로 국가가 보험료를 보조해 주고 있음.
 - 적용대상으로는 저소득층의 70세 이상 노인과 3세 미만의 어린이, 실업자, 20세 이하 또는 55세 이상 실업 원주민 및 장애우임.
 - 그리고 보험료를 한번에 납부하지 못하거나 체납한 사람 중 NHI 구제기금의 자격이 못되어 대출을 받을 수 없는 사람들에게는 보험료 분할 납부제도를 실시하고 있음.

- 보험료 체납자 및 본인부담 납부가 어려운 계층에 대한 지원을 위해 위해 NHI 구제기금을 운영하고 있음.
 - NHI 가입자에게 제공되는 기금으로 보험료 납부가 어렵거나 진료비 본인부담이 어려운 사람에게 무이자로 대출해 주는 제도임.
 - 기금은 정부예산, 담배기금, 복권수입 등으로 조성됨.

제5절 싱가포르

1. 싱가포르의 의료보장 개요

- 싱가포르의 의료보장제도는 Medisave, Medishield, Medifund의 3층으로 구성되어 있어 '3M' 제도로도 불리움.
- 이러한 3층제도를 간략히 살펴보면, 첫째로 제1층제도인 Medisave 제도는 강제가입의무가 있으며 1984년에 처음 도입되었음.
- 둘째로 1990년에 도입된 Medishield 제도는 중대(중) 질병을 위한 선택형 건강보험제도로써 Medisave의 급여 대상에서 제외되거나 비용을 충당할 수 없는 질병 위험에 대비하는 제도임.
 - 중증질환이나 고액진료비용의 질병에 걸릴 경우 Medisave의 본인 계정을 모두 소비하더라도 의료비용이 모자라는 경우가 발생할 것에 대비하기 위한 선택형 2층 건강보험제도라고 할 수 있다.
- 마지막으로 1993년에 도입된 제3층제도인 Medifund 제도는 대략 10%에 육박하는 빈곤층을 위한 건강보험 기금제도임.
 - 1993년에 정부가 예산에서 출자하여 15억 US 달러의 기금을 조성하였으며, 의료보장의 사각지대를 해소하기 위해 만들어졌음.
 - 이 기금은 이자수입으로 운영되며 분배되지 않도록 규정되었음.
 - 즉, 각 병원이나 의료사회사업가가 자산조사(means test: 빈곤층 재산을 사정하는 일)를 거쳐 대상자를 선정하고, 병원 메디펀드 위원회(Hospital Medifund Committee)의 심의·의결을

거쳐 자금을 지원해 주는 제도임.

- 그리고 2007년 12월 부터는 Medifund Silver가 메디펀드 자본금의 총 5억 달러를 할당받아 출범하였음.
- 이는 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들을 부조하기 위한 제도임.

2. 저소득층 의료보장

가. Medifund(Medical endowment fund) 개요

- 1993년 4월 1일부터 시작된 Medifund는 가난한 계층이 진료비를 부담할 수 없는 상황일 때 정부에서 그들의 진료비를 보조해 주기 위하여 별도의 자금을 운영하는 사회안전망(Safety net)의 일종임.
 - 가난한 계층이 Medisave와 Medishield 등으로도 진료비를 해결할 수 없을 때 지원해 주는 것이기 때문에 최후의, 최소한의 안전망임.
 - 따라서 의료에 대한 1차적 책임주체인 개인과 가족이 Medisave로 해결할 수 없을 때 최후적으로 의존한다는 점에서 공적부조(public assistance)로서의 성격을 가지나, Medisave에 가입하여야 한다는 점과 수혜대상자를 획일적으로 미리 선정해 두고 급여를 무조건 해주지 않는다는 점에서 통상적 의미의 공적부조와는 성질이 다르다고 할 수 있음.
- Medifund에 의한 진료비 보조를 받기 위해서는 공공의료기관 및 정부가 지정하는 의료기관(Voluntary Welfare Organization 등)에서 진료를 받아야 할 뿐만 아니라 정부의 보조금을 많이 받는 B2급 이하의 병실 서비스를 이용하여야 함.
 - 보조금의 규모는 개인별 상황에 따라 다르나, 환자의 소득, Medisave 등 대체재원의 다소, 진료비의 규모 등을 고려하여 결정함.

- 보조금 지급대상은 진료기관 이용시점마다 진료비 지급이 어렵다고 판단되면 각 의료기관에 소속된 사회복지사들(Social Worker)이 Medifund 보조를 신청한 사람들의 어려움과 요구를 고려하여 ‘병원 Medifund 심사위원회(Medifund Committee)’에 상정하여 이 위원회의 결정에 따라 보조금의 정도가 결정됨.

□ 그리고 2007년 12월 부터는 Medifund Silver가 메디펀드 자본금 중 5억 달러를 할당받아 출범하였음. 이는 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들을 돕기 위한 제도임.

나. 운영방식

□ Medical endowment fund(Medifund)는 Medical & elderly care endowment schemes 법(173A 장)에 의해 운용되며 1993년 4월 1일에 처음 시작되어 Medifund의 회계연도는 매년 4월 1일부터 다음해 3월 31일까지임(FY2009(2009년 회계 연도): 2009.4.1~ 2010.3.31).

□ 메디펀드의 수입의 지급과 관련한 모든 문제에 대하여 보건부에 자문을 하는 임무는 메디펀드 자문기구(Medifund Advisory council)에서 담당하고 있음.

□ 메디펀드 환자를 볼 수 있도록 승인된 메디펀드 기관(MFI)은 메디펀드 적용 신청자에 의한 신청서를 평가하고 승인하기 위한 위원회를 가지고 있음.

- FY09에는 37개의 MFI가 승인되었다(14개의 재구성된 병원 및 기관(RH/Is)과 23개의 중등도 및 장기요양(ILTC)시설).

□ 각 기관의 메디펀드 위원회는 해당 기관 환자들의 메디펀드 신청서를 승인하고, 메디펀드 급여비를 결정함.

- 메디펀드 위원회 구성원은 각 기관에서 지명되고, 영원히 비밀을 지킬 것을 약속함.

다. 저소득층 의료보장의 확대

1) 노령계층에 대한 지원

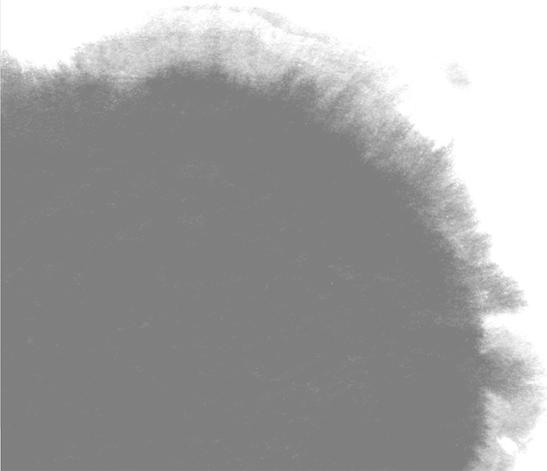
- 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들에게 의료보장을 더 확대하기 위해 RH/Is가 메디펀드 자본금 중 총 5억 달러를 할당받아 2007년 12월에 메디펀드 실버가 출범하였음.
 - 이후 FY07에 총 610만 달러가 메디펀드 실버 대상 빈곤층을 돕기 위해 의료기관에 지급되었음.
 - 메디펀드 실버는 좀 더 연령대가 높은 환자에 대한 의료보장을 위해 2008년 4월에 ILTC 섹터에 있는 MFI기관까지 확장되었다.
- 메디펀드 실버 적용 후 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들이 이용한 만큼의 메디펀드 비율이 줄어들었음.

2) 포터블 보조금 지원 계획을 위한 메디펀드

- 2009년 4월 1일부터 메디펀드는 포터블 보조금 지급 계획을 통해 민간 널싱홈에 있는 환자들에게까지 확대 적용하였음.
 - 병합의료기관(AIC, The Agency of Integrated Care)은 포터블 보조금 지급계획을 위해 메디펀드의 관리자로 지명되었음.
 - 각 기관에는 메디펀드가 승인된 민간 널싱홈으로부터 적용 환자에 대한 신청서를 평가 및 승인하기 위한 메디펀드 위원회가 있었음.

06

결론 및 정책제언



제6장 결론 및 정책제언

- 본 연구에서는 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향을 살펴보고, 또한 의료비 과부담이 의료이용에 제약을 주는 정도를 동태적 분석을 통해 살펴보았음.
 - 의료비 과부담이 빈곤층으로 전락하는 요인인지에 대해서는 통계적으로 유의미한 결과를 얻지 못한 반면, 의료비 과부담이 의료이용에 제약을 주어 미충족 의료를 발생시킬 확률이 1.37배 높은 것으로 나타났음.
 - 결과적으로 우리나라의 높은 본인부담률이 의료이용에 제약을 받는 미충족 의료 발생에 기여한 것으로 판단됨.
- 따라서 의료비 과부담으로 인해 의료에 제약을 받는 계층이나 기타 저소득층 의료이용에 제약 요건을 해소할 방안 마련이 필요함.
 - 이러한 대안으로는 크게 자격측면과 보장성측면에서 접근해 볼 수 있음.
- 자격측면에서는 먼저 보험료 체납자를 축소시키는 방안 마련이 필요함.
 - 외국의 사례에서도 프랑스, 독일, 네덜란드, 대만 등 여러나라에서 보험료 체납이나 납부가 어려운 계층에 대한 지원이 이루어지고 있음.
 - 따라서 우리나라도 적절한 보험료 체납자 지원방안 마련이 필요함.
 - 이를 위해 체납자 중 생계형 체납자에 대한 정확한 실태 파악이 필요함.

- 실태 파악을 통해 꼭 필요한 사람에게 보험료 지원 등이 이루어져야 하기 때문이다.
 - 이는 체납자에 대한 반복적인 결손처분 등은 다른 가입자들에게도 보험료 납부에 대한 신뢰성을 떨어뜨리고 도덕적 해이를 유도할 가능성이 있기 때문이다.
 - 따라서 사각지대에 놓인 생계형 체납자를 정확히 구분하고 그 대상을 위한 지원방안 마련이 필요함.
- 단기적으로 저소득층에게 보험료납부가 부담이 될 경우 일시적으로 기존 취약계층의 건강보험료를 국고로 일부 경감해 주는 방안을 고민해 볼 수 있음.
 - 하지만 중장기적으로는 저소득층에게도 보험료 징수를 강화하되 중장기적으로 건강보험료 부과체계에서 보험료 경감이나 면제 등 근본적인 문제해결 방안 모색이 필요함.
 - 그리고 건강보험료 지원은 지방자치단체에서 실시하고있는 보험료지원사업을 활성화 할 수 있도록 지원할 필요가 있음.
 - 특히 지자체 조례 제정을 통해 저소득층 건강보험료 지원근거를 명시하여 지속적·안정적인 건강보험료 지원 확보하도록 지방자치단체가 조례를 제정할 경우 인센티브 제공 방안 등이 필요할 것으로 보여짐.

□ 보장성 측면에서는 크게 세가지 방향을 제시하고자 함.

- 먼저 원칙적으로는 건강보험과 의료급여의 기본적인 보장성을 확대하는 방안임.
- 이는 우리나라 의료보장 보장률이 다른나라 수준에 떨어지므로 보편적인 보장성을 지속적으로 확대하여 전체적인 보장률을 높이도록 하여야 할 것임.
- 특히 올해 중증질환 중심으로 본인부담률을 낮추고, 법정본인부담 상한제를 확대하는 등 지속적인 노력을 강구하고 있지만, 이에 더하여 비급여로 인한 본인부담 문제를 해결하기 위해 비급

여를 보험급여로 확대하는 노력이 더욱 필요할 것으로 판단됨.

— 둘째, 의료가 필요한 사람들에 대한 맞춤형 보장성 확대방안이 필요함.

- 이는 사각지대에 놓여있거나 사각지대로 전락할 위기에 있는 계층 중 의료욕구가 있는 계층에 대한 법정 본인부담률을 경감해 주는 방안임.
- 이는 관리를 건강보험이나 의료급여 어디서 하던지 관계없이 이런 계층에게 의료급여 수준으로 본인부담률을 경감해 주는 것임.
- 예를 들어 과거 의료급여 차상위계층 확대 계획에 따라 회귀난치성질환자, 만성질환자, 이동 등에 대해서는 본인부담을 경감해 주었지만 아직 계획대로 실시되지 않은 노인이나 장애인 차상위에 대해 본인부담률을 경감해 주고 본인부담부분에 대한 예산을 국고가 부담해 주는 방안이 추진되어야 할 것임.
- 그리고 중증질환 등 질환별 본인부담률 경감을 할 경우 특히 저소득층이 많이 걸리는 질환 중심으로 본인부담률을 경감함으로써 혜택이 저소득층에게 집중될 수 있도록 정책을 시행해야 할 것임.

— 셋째는 건강보험(1차안전망)과 의료급여(2차안전망)으로도 충분하지 않은 부분에 대해서 긴급의료비지원 등 다양한 저소득층 의료비 지원사업을 활성화하여야 함.

- 이를 위해 현재 진행하고 있는 다양한 저소득층 의료비 지원사업의 비효율성을 개선하고 사업을 체계화하여 사업간 사각지대를 해소할 필요가 있음.
- 이를 위해 대상자 및 지원내역 관리 등을 위한 전산체계 구축 등이 필요하며, 국가 의료비 지원사업 수혜자 및 지원금 지급내역 등을 관리할 수 있는 시스템 구축을 하는 것이 중요함.
- 그리고 전체적으로는 긴급의료비 지원사업 등 공적 의료비 지

원사업을 지속적으로 확대하여 사각지대 해소를 위한 노력이 필요함.

- 마지막으로 공적 의료비 지원사업을 확대하여 실시하여도 충분하게 보장되지 못하는 계층에 대해서 현재 민간차원의 의료비 지원사업들이 있는데, 이를 활성화할 수 있도록 정부차원의 지원이 이루어 진다면 일정부분 사각지대 해소에 도움이 될 것으로 판단됨.

참고 문헌

- 김안나 외, 『사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2008.
- 김윤, 「건강보험 보장성 강화 방안에 대한 비판적 검토」, 보건의료 및 건강보험 시사토론 발표자료, 2005.7.7.
- 송인철 외, 「과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향」, 『예방의학회지』, 대한예방의학회, vol 43, 2010. 9.
- 신영석 외, 『의료안전망 구축과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 2006.
- 신영석 외, 「사회보장 사각지대」, 『2005년 보건복지정책 혁신의제』, 한국보건사회연구원, 2005.
- 신영진, 「의료안전망 확보를 위한 정책과제」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2009. 10.
- 신현웅, 「의료보장 사각지대 현황 및 해소방안」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2009. 10.
- 신현웅 외, 『민간의료비 지원사업 활성화 방안연구』, 한국보건사회연구원, 2010.
- 양봉민 외, 『건강보험의 목표보장률 및 실현 방안』, 서울대학교 보건대학원, 2006.
- 양진영, 「미충족 의료의 동태적 변화추세와 관련 영향요인 분석」, 고려대학교 박사학위 논문, 2010. 8.
- 유원섭 외, 『의료안전망기금 설치운영방안』, 을지대학교, 2008.

이규식, 「의료에서의 사회적 안전망」, 『한국사회복지학회 심포지움 한국 사회안 전망의 현황과 대책』, 한국사회복지학회, 2004.

이준영, 「사회적 안전망으로서 건강보험의 역할」, 『건강보험포럼』, 제4권 제3호, 2005.

이현주 외, 『2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제언』, 한국보건사회연구원, 2008.

정형선, 「의료보장 사각지대」, 『국민건강보험발전을 위한 논의과제 I』, 국민건강보험발전위원회, 2004.

허순임 외, 『건강보험 적정 보장성 확보방안』, 한국보건사회연구원, 2007.

Bureau of National Health Insurance, "National Health Insurance in Taiwan, 2010"

Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood) 2007; 26(4): 972-983.

<http://www.france-poverty.com>

<http://www.cmu.fr>

<http://www.doh.gov.tw>

<http://www.moh.gov.sg>

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 국제협력홍보팀
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8303)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ▪ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ▪ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ▪ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ▪ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ▪ Yes24 http://www.yes24.com | ▪ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

신간 안내

KIHASA 한국보건사회연구원
100-709 Seoul, Korea Tel: +82-2-3401-2114 Fax: +82-2-3401-2115

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2010-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000
연구 2010-02	회귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실비아	5,000
연구 2010-03	해외의료시장 개척의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	미정
연구 2010-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정가혜	6,000
연구 2010-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	7,000
연구 2010-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	7,000
연구 2010-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정신	5,000
연구 2010-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000
연구 2010-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	5,000
연구 2010-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000
연구 2010-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000
연구 2010-12	한국 제3세대 육상방안에 대한 연구	노대명	8,000
연구 2010-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000
연구 2010-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000
연구 2010-15	지활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	7,000
연구 2010-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	8,000
연구 2010-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조응성 분석	여유진	7,000
연구 2010-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000
연구 2010-19	이동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	6,000
연구 2010-20	공공 사회복지서비스 최자수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000
연구 2010-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	미정
연구 2010-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000
연구 2010-23	민간 복지지원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	7,000
연구 2010-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000
연구 2010-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	7,000
연구 2010-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000
연구 2010-28	한국의 보건복지 동향: 2010	장영석	10,000
연구 2010-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	6,000
연구 2010-30-1	저출산 원인과 과급효과 및 정책방안	이삼식	미정
연구 2010-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000
연구 2010-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000
연구 2010-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	6,000
연구 2010-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀기차와 출산을 관계 연구	김은정	5,000
연구 2010-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	6,000
연구 2010-30-7	저출산-고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은지(외부)	6,000
연구 2010-30-8	차여 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000
연구 2010-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	7,000
연구 2010-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영석	6,000
연구 2010-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	10,000
연구 2010-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	6,000

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2010-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	6,000
연구 2010-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	5,000
연구 2010-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000
연구 2010-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-30-17	신노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000
연구 2010-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000
연구 2010-30-19	에비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	6,000
연구 2010-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	5,000
연구 2010-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	미정
연구 2010-31-1	2010 사회예산 분석	최성은	8,000
연구 2010-31-2	2010 보건복지제정의 정책과제	유근춘	9,000
연구 2010-31-3	정부의 사회복지제정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000
연구 2010-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최성은	6,000
연구 2010-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000
연구 2010-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000
연구 2010-31-7	건강보험 재정평가	신영석	5,000
연구 2010-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 가솔 지원 제1권	김동진	8,000
연구 2010-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 가솔 지원 제2권	김동진	11,000
연구 2010-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	5,000
연구 2010-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	5,000
연구 2010-33	보건의료지원태분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 (3년차)	오영호	9,000
연구 2010-34	보건사회 기구변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	14,000
연구 2010-35	취약위기와 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	미정
연구 2010-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000
연구 2010-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000
연구 2010-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000
연구 2010-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(II)	정영호	11,000
연구 2010-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서(I)	정영호	7,000
연구 2010-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	7,000
연구 2010-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	5,000
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-02	고가의료장비의 적정공급과 효율적 활용방안	오영호	8,000
연구 2009-03	신의료기술의 패던 변화에 따른 의사결정체제의 발전방향 -의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로-	박살비아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석 (I)	정영호	6,000
연구 2009-05	미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리방안 구축	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문간 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안 -비만의 역학적 특성 분석과 비만예방관리를 위한 부문간 협력체계의 탐색	김혜련	8,000
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대적용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	7,000
연구 2009-10	글로벌 금융위기상행하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안 -본인부담 구조조정 방안 중심으로	신현웅	6,000
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	7,000
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성	여유진	8,000
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	13,000
연구 2009-17	이동청소년복지 수요에 기반한 복지공급체계 재편방안 연구 II: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	8,000
연구 2009-18	한국가족의 위기변화와 사회적 대응방안 -경제위기 이후 가족생애주기별 위기 유형을 중심으로	김유경	8,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회지본과 민간 복지지원 수준의 국가간 비교연구. 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	6,000
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	6,000
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안. 일상생활기능의 자립향상을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생활활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합 연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 -법제정 10년의 제도운영 점검	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	8,000
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산 실태 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	6,000
연구 2009-28	2008년 한국의료패널 기초분석보고서	정영호	7,000
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서-	오영호	6,000
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	10,000
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	11,000
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	7,000
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙재정 세출 예산을 중심으로	고경환	6,000
연구 2009-31-4	보육지원정책의 적정성 및 효과성 분석	최성은	6,000
연구 2009-31-5	지활사업의 평가 연구: 정책설계와 정책효과 그리고 쟁점들	고경환	7,000
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서 - 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	김승권	14,000
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	저출산에 대응한 육아 지원 인프라의 양적·질적 적정화 방안	신윤정	6,000
연구 2009-34-3	장기요양등급의자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지서비스 연계 방안	오영희	6,000
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	6,000
연구 2009-34-5	고령친화상품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	7,000
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	6,000
연구 2009-36	2009 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	정영철	7,000