

도·농간 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인 비교

정지윤¹ | 정재연¹ | 최화영¹ | 이해종^{1*}

¹ 연세대학교

* 교신저자: 이해종 (haejongl@yonsei.ac.kr)

초록

이 연구의 목적은 도시와 농촌에 의한 재난적의료비 발생의 규모를 파악하고, 이에 영향을 줄 수 있는 요인을 비교·확인하는 것이다. 연구에서는 한국보건사회연구원이 제공한 제14차(2019년) 한국복지패널 자료를 활용하였다. 종속변수는 재난적의료비 발생 유무이고, 10, 20, 30 및 40% 역치수준별로 나누어 살펴보았다. 독립변수는 가구주의 특성과 가구특성으로 구분하였다. 가구주·가구 특성이 도시·농촌 간 차이가 있는지와 역치기준별로 도농간 재난적의료비 지출빈도 차이가 있는지 살펴보기 위해 χ^2 -test를 실시하였다. 또한, 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석결과 가구주의 특성과 도시·농촌 가구의 특성은 다르게 나타났고, 모든 역치수준에서 도시보다 시골가구에서 재난적의료비 지출이 더 많았다. 도시 가구에 비해 농촌 가계의 재난적의료비의 발생 확률이 높았고, 40% 역치수준에서 상당한 차이가 있었다. 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인은 '배우자 유무, 경제활동 유무, 주관적 건강상태, 의료보장형태, 가구원수, 가구원 장애유무' 변수들 이었다. 따라서 재난적의료비의 발생을 막기 위해서는 정의 설정과 정책 마련에 대한 논의가 필요하다.

주요 용어: 재난적의료비, 의료비 지출, 도시 건강, 농촌 건강, 역치별 차이

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 가구의 지불능력에 비해 의료비 지출로 인한 부담이 크게 나타나는 '재난적 의료비' 발생을 낮추는 것은 의료 안전망 구축에 있어 매우 중요한 과제이다. 도시와 농촌 간 재난적 의료비 발생에 차이가 있는지를 비교하고, 재난적 의료비 발생에 영향을 미치는 요인을 알아보았다.

새롭게 밝혀진 내용은? 한국복지패널 자료에서 도시 4,995가구, 농촌 1,336가구를 대상으로 분석한 결과, 모든 역치 기준(10~40%)에서 빈곤을 심화시킬 수 있는 재난적 의료비의 발생이 도시에 비해 농촌 가구가 더 높은 것으로 나타났다. 이런 차이는 도시에 비해 농촌에서는 주로 노인이 거주하고 있으며, 배우자가 부재한 비율이 높았고, 경제활동을 하는 비율이 낮았으며, 대부분이 만성질환을 가지고 있고, 주관적 건강상태가 나빠 불가피한 의료비 이용을 하게 되는 특성을 가지고 있기 때문임을 발견하였다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 재난적 의료비 발생양상의 변화와 영향요인에 대한 세부적인 분석을 실시하여 우리나라 특성에 알맞은 재난적 의료비 지표를 정의하고, 이를 통해 지속적으로 발생되고 있는 의료비 부담 문제를 해결할 수 있는 체계적인 대안이 필요하다.

■ 투고일: 2020. 09. 07.

■ 수정일: 2021. 01. 04.

■ 게재확정일: 2021. 01. 11.

I. 서론

1. 배경 및 필요성

우리나라는 전국민의료보장제도를 시행하는 국가로서, 국민의 의료비 부담을 억제시켜주기 위한 다양한 제도가 시행되고 있다. 하지만 최근 인구의 급속한 고령화로 인해 만성질환 증가 등의 보건의료문제가 발생하고 있으며, 이는 결과적으로 의료비 증가를 야기하여 국민의 부담을 증가시키고 있다. 또한, 기술의 발달에 따른 고난도 의료기술의 등장 등의 여러 요인들 역시 지속해서 의료비를 증가시키는 요인으로 작용하고 있다. 반면 보건의료정책이 국민의 의료비 지출 부담능력을 적절히 반영하지 못하거나 국가의 경제적 상황을 고려하고 있지 않아 정책의 효과를 발휘하지 못하고 있어, 실질적인 보장성에 관한 문제가 지속적으로 제기되고 있다.

실제로 우리나라 국민 1인당 의료비는 2017년 7.6%에서 2018년 8.1%로 증가하였지만 OECD 평균은 2017년과 2018년 모두 8.8%로 동일하였다. 하지만 우리나라는 의료비 증가폭이 클 뿐만 아니라 지속적으로 증가하는 것으로 나타났다(OECD, 2018). 또한, 의료 보장성 수준을 나타내는 지표인 보건의료재원 중 공공재원의 비중은 2017년 기준 57%로 OECD 평균인 71%에 비해 낮은 수치를 보이고 있다(OECD, 2020). 이는 다른 여러 국가들에 비해 보건의료재원의 많은 부분이 민간재원으로 구성되어 있음을 뜻하며, 국민이 체감하는 의료비 부담이 높다는 것을 대변하는 결과라고 할 수 있다. 이처럼 낮은 보장성은 개인의 부담 뿐 아니라 나아가 가계의 과중한 의료비부담으로 인한 빈곤을 야기하기도 한다. 이는 결과적으로 국민의 건강권을 해치는 원인이 되어 심각한 문제로 나타나고 있다. 따라서 효율적인 보장성 강화 정책을 수립하기 위해 보건의료비에 대한 가계의 직접지출이 개인의 경제생활에 어느 정도 영향을 미치는지를 파악하는 일은 보건의료정책 입안 시 매우 중요하다(이태진, 2003).

이와 같이 가구의 지불능력에 비해 의료비 지출로 인한 부담이 크게 나타나는 것을 ‘재난적의료비(catastrophic expenditure or catastrophic payments for health care)’라 정의한다. 재난적의료비는 의료비로 인한 가구의 경제적 손실을 측정하는 지표일 뿐 아니라 최소한의 의료 안전망을 측정하는 대표적인 지표로써 활용되고 있다(강태욱, 2015; 김윤희, 2009). 여러 연구에서 재난적의료비를 뜻하는 다양한 역치를

활용하고 있지만, 일반적으로 재난적의료비의 측정은 가구의 지불능력(household's capacity to pay) 대비 의료비 지출이 40% 이상으로 나타나는 경우로 정의한다(WHO, 2005). 또한, 재난적의료비는 반드시 비용의 절대적 금액이 높은 수준의 비용만을 일컫는 것은 아니며, 적은 비용이 발생했다 하더라도 가구의 소득 수준에 따라 상대적으로 적은 금액 역시 재난적의료비를 발생시킨다. 하지만 연구별 상이한 역치기준을 활용하고 있어, 정확한 재난적의료비 수준과 부담을 확인하기 위해서는 역치 확립에 관련된 연구의 중요성이 높아지고 있다. 또한, 재난적의료비 발생을 정확하게 측정하는 것은 정책적으로는 보장성 강화 정책의 효과성을 파악할 수 있고, 사회적으로는 의료비 지출이 개인 혹은 가구의 삶의 미치는 영향을 파악하고 대안을 수립할 수 있어 해당 연구에 대한 중요성이 대두되고 있다.

선행연구에 따르면 재난적의료비는 상대적으로 저소득층에서 많이 나타나게 된다. 저소득층에서 재난적의료비가 많이 나타나는 이유는 의료서비스는 비교적 소득탄력성이 낮은 서비스이기 때문이다. 즉, 소득이 낮은 가구에서도 의료에 대한 필요(need)가 발생하게 되면 해당 의료서비스의 구매를 막지 못하는 상황에 직면하게 된다. 따라서 부담능력이 낮은 저소득층에서 상대적으로 높은 의료비 지출과 그에 대한 부담이 커지는 결과를 초래하게 된다(김윤희, 2010). 이처럼 높은 의료비부담은 나아가 가계의 빈곤 수준을 더욱 악화시켜 심지어는 빈곤층으로 전락하게 하는 경우를 발생시키기도 한다. 하지만 이와 관련된 연구는 대부분 전국 단위로 시행되거나 도시 지역을 한정하여 분석하는 한계를 가지고 있다(이태진, 2003, pp.25-33; 신영전, 2005, pp.105-133). 일반적으로 도시지역 보다는 농어촌에서 재난적의료비를 발생시킬 수 있는 노인인구의 비율이 높고, 고령화로 인한 만성질환 또는 장애를 가지고 있는 가구원이 존재할 확률이 높아(김혜자, 2014, pp.6-7) 의료비 부담이 높은 것으로 나타나 중요한 변수로 나타나지만 이를 고려한 연구는 미비한 실정이다. 따라서 재난적의료비 발생에 가장 영향을 많이 줄 수 있는 지역적(도시, 농촌)으로 구분·분석하여 각 지역에 거주하는 가구 간 의료비에 영향을 미치는 요인에는 어떠한 차이가 있는지를 살펴볼 필요가 있다고 사료된다. 또한, 이를 통해 우리나라의 보장성 정책의 효과성 수준에 대한 파악을 할 수 있는 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

이 연구의 목적은 재난적의료비 발생에 영향을 주는 지역 특성별 재난적의료비 발생의 규모를 파악하고, 이에 영향을 줄 수 있는 요인을 비교, 파악하여 국민의 의료비 부담을 완화하는 정책 구축에 기초자료를 제공하기 위해 시행하였다. 이에 세부적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 도·농간 가구 특성 및 가구주 특성 차이를 비교한다.

둘째, 도·농간 역치별 재난적의료비 발생 비율의 차이를 비교한다.

셋째, 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인에 대해 알아본다.

넷째, 도시·농촌 가구의 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인에 대해 알아보고, 비교한다.

II. 연구방법

1. 자료원 및 분석대상

국내 재난적의료비 지표 측정에 사용된 주요 통계 자료원으로는 크게 3가지로, 가계동향조사(통계청), 한국복지패널(한국보건사회연구원), 한국의료패널(국민건강보험공단·한국보건사회연구원)이 있다. 이들 자료 중 한국복지패널은 표본 추출 시 중위소득 60% 미만 저소득층에 전체 표본의 약 50%를 할당하여 저소득 가구를 과표집하고 있다는 점에서 저소득층 대상 정책이나 빈곤 연구에 적합하다. 또한 한국복지패널은 인구주택총조사 조사구의 층화확률비례 추출과 국민생활실태조사 표본 가구 대상의 조사를 통해 전국 대표성을 확보하고 있다.

본 연구에서 사용된 14차(2019년) 한국복지패널 자료는 2018년도 가구 상황을 반영하며, 2018년 신규 생성된 55가구를 포함하여 총 6,331가구가 참여하였다. 재난적의료비의 도·농간 차이를 파악하기 위해 서울, 광역시, 시는 도시로, 군, 도농복합군을 농촌지역으로 구분하였으며, 도시에 속하는 가구는 4,995가구, 농촌지역에 속하는 가구는 1,336가구였다.

2. 측정도구 및 변수 정의

가. 재난적의료비 발생여부

재난적의료비는 각 국가마다 측정된 개념이 상이하고 소득 계층 등에 따라 편차가 크기 때문에 아직까지 이에 대한 명확한 기준이나 산출방법은 없지만, 일반적으로 WHO(2005)에서 정의한 개념을 활용하고 있다(WHO, 2005). 선행연구에서는 지불능력을 산출 시 가구총지출에서 식료품비를 제외한 자료를 활용할 경우 주로 20%, 30%, 40%의 역치를 사용하고, 식료품비를 제외하지 않는 경우 10%를 역치로 사용하였다(이태진, 2013). 이는 식료품비를 자료에서 구하지 못하는 경우 지불능력을 과대평가하는 것을 방지하기 위해 낮은 역치를 적용하였다. 우리나라는 경상의료비 중 가계직접부담비율이 OECD 회원국 평균보다 2배 이상 높은 수준이고(OECD, 2016), 중증질환 같은 고액의 의료비가 발생하는 경우 개인의 의료비 부담이 높아질 수 있음을 의미한다(김윤경, 2019). 이와 같이 높은 의료비부담비율이라는 국내의 특성을 고려하였다. 본 연구에서는 WHO의 역치적 접근법(threshold approach)을 활용해 가계직접부담의료비지출(out-of-pocket health payments)이 가구 지불능력(capacity to pay 또는 비생계지출, non-subsistence spending)의 일정기준인 40% 이상을 초과할 때 재난적의료비가 발생하였다고 본다. 이는 절대적으로 정의된 기준은 아니며, WHO에서도 각 나라의 특성에 맞는 기준을 조정하여 사용할 것을 권고하였다(Xu., et al., 2003, pp.111-117; Kawabata, 2002, p.612). 국내 선행 연구 고찰 결과 10%에서 40%까지의 다양한 역치 기준으로 재난적의료비를 산출하고 있었기 때문에(이태진, 2012), 이 연구에서 10, 20, 30, 40% 역치를 기준으로 각각의 연구결과를 제시하고자 한다.

$$\begin{aligned} \text{지불능력대비의료비지출} &= \frac{\text{가계직접부담의료비지출}}{\text{지불능력}} \\ &= \frac{\text{보건의료비}}{\text{총가계지출-식료품비}} \end{aligned}$$

여기서 분모에 해당되는 가구의 지불능력은 생계에 필수적인 지출을 제외하고 가계가 특정한 재화나 서비스를 구매할 수 있는 경제적 능력을 의미하며, 필수생계비를 제외한 가치

분소득으로 정의될 수 있다. 이러한 지불능력의 측정은 크게 두 가지 방식으로 구분된다. 하나는 최소 수준에서 필수적이라 할 수 있는 식료품비를 제외하는 것(Wagstaff et al., 2003, pp.921-934)과 다른 하나는 식료품비 비중의 45~55분위 평균 금액을 제외하는 것이다(Xu., et al., 2003, pp.111-117). 본 연구에서는 각 가구의 실제 부담 정도를 파악하기 위해 가구의 실제 식료품비를 차감하여(여지영, 2011; 김태일, 2008) 분석하였다.

나. 변수구성

본 연구에 사용된 변수의 구성은 다음과 같다. 한국복지패널 자료에서 보건의료비는 입원비, 외래진료비, 치과진료비, 수술비, 약값 및 보건의료용품(안경, 콘택트렌즈 등) 구입비, 건강 진단비, 건강보조식품 구입비 등이 포함하고 있으며, 총가계지출은 총 생활비와 지출 이자(주거 관련 부채의 이자 및 기타 이자)를 포함한 값이다. 식료품비는 한국복지패널 데이터에서 가정식비, 외식비, 주류비 및 담배비의 세 가지 변수로 구분되어 있으나, 가구 내 최소 수준에서 필수적인 항목인 가정식비와 외식비만을 포함하였다(표 1).

종속변수는 위의 항목을 통해 계산된 지불능력 대비 의료

비가 해당수준의 10~40% 이상 발생했을 경우 각각 재난적의료비로 정의하고 그 여부로 구분하여 분석을 수행 하였다. 독립변수는 가구주 특성변수와 가구 특성 변수로 나누어 살펴보고자 하였다. 또한, 여러 선행연구(이태진, 2012; 이현옥, 2012)에서 재난적의료비에 영향을 미치는 요인으로 가구주 및 가구원의 장애여부를 설명하고 있다는 점을 착안하여 본 연구에서는 이를 소득의 관점에서 영향을 줄 수 있는 가구주 장애여부와 의료비발생의 관점에서 가구주를 제외한 가구원 장애여부를 추가하여 세부적으로 분석하였다.

3. 자료 분석방법

분석에서는 도시와 농촌 지역의 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인의 차이를 파악하기 위해 두 가지 모형으로 나누어 각각 분석하였다. 첫 째, 각 역치기준에서 가구주와 가구 특성에 따른 도시, 농촌지역 간 차이가 있는지를 살펴보기 위해 X^2 -test를 실시하였다. 둘째, 각 역치기준 이상일 때의 도시, 농촌지역 가구별 재난적의료비 지출 빈도를 파악하고, 차이를 비교하였다. 마지막으로 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 분석은 stata 15/MP 프로그램을 이용하여 진행하였다.

표 1. 변수의 구성

변수	설명
종속변수	
재난적의료비 발생 유무	지불능력 대비 의료비 40%이상 발생 유무
독립변수	
가구주 특성	
성별	남성, 여성
연령	65세 미만, 65세 이상
교육수준	중학교 이하, 고등학교 중퇴 이상
배우자 유무	있음, 없음
경제활동 상태	경제활동 참여, 미참여
가구주 장애 유무	가구주 장애 있음, 없음
주관적 건강상태	좋음, 보통, 나쁨
가구 특성	
의료보장 형태	건강보험, 의료급여(1·2종, 국가보훈대상자)
가구원 수	1명, 2명, 3명 이상
가구 내 장애 유무(가구주 제외)	가구 내 장애 있음, 없음
가구 내 만성질환자	없음, 1명 이상

III. 결과

1. 지역 간 특성 차이

도시, 농촌 지역 별 가구, 가구주 특성의 차이는 다음과 같다(표 2). 먼저, 가구주의 성별의 경우 도시에서는 남성 가구주가 67.32%, 여성 가구주가 32.67%로 가구주가 남성인 비율이 높았으며, 농촌에서는 남성 가구주가 전체 가구주 중 59.65%로 그 비율이 여성보다 높았지만 도시에 비해 여성 가구주의 비율이 높았다($X^2=27.53$, $p<0.001$). 가구주의 연령대

는 도시에서는 65세 미만의 비율이 52.31%로 높았으며, 농촌은 65세 이상인 가구주가 73.05% 인구조로 대부분의 가구가 고령의 가구주임을 알 수 있었다($X^2=272.30$, $p<0.001$). 가구주의 교육수준 또한 도시의 경우 고등학교 중퇴 이상이 59.35%에 반해 농촌 지역은 31.73%에 불과하였다($X^2=323.32$, $p<0.001$). 배우자의 유무는 도시와 농촌 모두 배우자가 있는 경우가 높았지만 특성의 차이가 유의하였으며($X^2=14.53$, $p<0.001$), 경제활동은 가구주가 경제활동에 참여하고 있는 가구가 도시와 농어촌 각각 61.38%, 60.32%로 두 지역모두 절반 이상을 차지하고 있었지만 지역 간 차이는 유

표 2. 도시·농촌 지역별 가구 및 가구주 특성 차이

특성	구분	빈도(%)		χ^2
		도시(%)	농촌(%)	
가구주 특성				
성별	남성	3,363(67.32)	797(59.65)	27.53***
	여성	1,632(32.67)	539(40.34)	
나이	65세 이상	2,382(47.68)	976(73.05)	272.30***
	65세 미만	2,613(52.31)	360(26.94)	
교육수준	고등학교 중퇴 이상	2,965(59.35)	424(31.73)	323.32***
	중학교 이하	2,030(40.64)	912(68.26)	
배우자 유무	있음	2,867(57.39)	689(51.57)	14.53***
	없음	2,128(42.60)	647(48.42)	
경제활동 상태	경제활동 참여	3,066(61.38)	806(60.32)	0.49
	경제활동 미참여	1,929(38.61)	530(39.67)	
가구주 장애 유무	가구주 장애 있음	637(12.75)	200(14.97)	4.52*
	없음	4,358(87.24)	1,136(85.02)	
주관적 건강상태	좋음	2,477(49.58)	449(33.60)	112.67***
	보통	1,197(23.96)	387(28.96)	
	나쁨	1,321(26.44)	500(37.42)	
가구 특성				
의료보장 형태	건강보험	4,450(89.08)	1,221(91.39)	5.99*
	의료급여	545(10.91)	115(8.61)	
가구원 수	1명	1,946(38.95)	294(22.00)	133.15***
	2명	1,478(29.58)	491(36.75)	
	3명 이상	1,571(31.45)	551(41.24)	
가구 내 장애 유무(가구주 제외)	장애 있음	378(7.57)	116(8.69)	1.82
	없음	4,617(92.43)	1,220(91.31)	
가구 내 만성질환자	1명 이상	3,642(72.91)	1,138(85.17)	85.75***
	없음	1,353(27.08)	198(14.82)	
총 계		4,995	1,336	

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$, ***: $p<0.001$

의하지 않았다($X^2=0.49, p>0.05$). 주관적 건강상태에 있어서는 도시의 경우에는 좋다고 응답한 비율이 49.58%로 가장 높았지만, 농촌의 경우에는 좋지 않다고 응답한 가구주의 비율이 37.42%로 가장 높았다($X^2=112.67, p<0.001$).

가구수준의 특성 중 의료보장의 유형에서는 건강보험이 도시와 농어촌 각각 89.08%, 91.39%, 의료급여 대상자가 각각 10.91%, 8.61%로 나타나 농촌 지역보다 도시에 의료급여 대상자가 많았다($X^2=5.99, p<0.05$). 가구를 구성하고 있는 가구원의 수는 도시의 경우에는 1명인 경우가 38.95%로 가장 많았으며, 반대로 농촌지역의 경우에는 3명 이상인 경우가 41.24%로 가장 많았다($X^2=133.15, p<0.001$). 가구 중 가구주의 장애를 제외하고 장애를 가지고 있는 가구원이 있는 경우의 비율은 도시가 7.57%, 농촌 지역이 8.68%였으며 지역 간 차이가 없었고($X^2=1.82, p>0.05$), 1명 이상 만성질환을 가지고 있는 가구원이 있는 가구는 도시가 72.91%, 농어촌이 85.17%로 나타나 대부분의 가구에서 만성질환을 가지고 있는 가구원이 존재하였다($X^2=85.75, p<0.001$).

2. 지역 간 재난적의료비 발생 차이

도시, 농촌 지역의 역치별 재난적의료비 발생 차이는 모든 역치 기준에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 다음과 같다(표 3). 역치 기준을 10%로 하였을 때, 전체 가구 중 37.76%가 재난적의료비가 발생한 가구였으며 도시와 농촌은 각각 34.69%, 49.25%로 농촌 가구의 발생 비율이 더 높았다($X^2=95.03, p<0.001$). 역치 기준을 20%로 하였을 때에는 도시 가구가 16.83%로 재난적의료비 발생 가구에 속하는 비율이 낮아졌으며, 농촌 가구가 28.51%로 여전히 도시 가구보다 높은 비율을 보였다($X^2=92.34, p<0.001$). 역치 기준을 30%로 하였을 때는 재난적의료비 발생 비율은 도시 가구가

9.24%, 농촌 가구가 16.54%였으며($X^2=58.25, p<0.001$), 40% 역치에서는 도시 가구가 4.98%, 농촌 가구가 10.32%였다($X^2=52.46, p<0.001$). 역치 기준을 높일수록 재난적의료비 발생 비율의 지역 간 차이가 점점 커지는 것을 알 수 있다.

3. 재난적의료비 발생에 미치는 요인

전체 가구를 대상으로 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 역치 기준 10~40%에서 10% 간격으로 로지스틱 회귀분석을 시행하였다(표 4). 가구주가 남성인 가구는 역치기준 10%에서 오즈비가 0.75로 여성이 가구주인 가구에 비해 재난적의료비가 발생할 확률이 낮았지만, 역치기준 20% 이상 분석에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 가구주가 65세 이상인 가구는 모든 역치기준에서 재난적의료비 발생 확률이 높았으며, 역치 기준이 높아짐에 따라 오즈비가 2.09배, 2.39배, 3.23배, 4.84배로 점점 높아졌다. 가구주가 고등학교 중퇴 이상의 교육수준인 경우는 10~30% 역치기준에서 중졸 이하 가구보다 발생 확률이 낮았지만, 40% 역치기준에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 배우자가 있는 경우, 경제활동을 하지 않는 경우, 주관적 건강상태가 나쁠수록 모든 역치기준에서 재난적의료비 발생 확률이 높았다. 가구주가 장애인인 경우는 10~30% 역치기준에서 유의미한 영향을 미치지 않았으나, 40% 역치기준에서 재난적의료비 발생 확률이 높았으며 유의미한 영향을 미쳤다.

가구 수준 요인은 모든 역치기준에서 동일한 방향성을 보였다. 건강보험인 가구는 의료급여 가구에 비해 모든 역치기준에서 오즈비가 4.0 이상으로 재난적의료비 발생 확률이 매우 높았으며, 가구원 수가 많을수록 재난적의료비 발생 확률이 낮았다. 가구원이 장애인인 경우 모든 역치기준에서 오즈비가 1.8 이상으로 발생 확률이 매우 높았고, 가구 내 만성질환자가

표 3. 도시·농촌 역치 기준별 재난적의료비 발생 차이

		10% 역치기준		20% 역치기준		30% 역치기준		40% 역치기준	
		N (%) [†]	x^2	N (%) [†]	x^2	N (%) [†]	x^2	N (%) [†]	x^2
전체 가구 (n=6,331)	전체	2,391(37.76)		1,222(19.30)		683(10.78)		387(6.11)	
	도시	1,733(34.69)	95.03***	841(16.83)	92.34***	462(9.24)	58.25***	249(4.98)	52.46***
	농촌	658(49.25)		381(28.51)		221(16.54)		138(10.32)	

† : 재난적의료비 발생 가구 전체(도시/농촌)비율

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

있는 경우에는 오즈비가 1.9 이상으로 발생확률이 높았다. 모든 역치 수준에서 도시에 거주하는 가구보다 농촌에 거주하는 가구의 재난적의료비 발생 확률이 높았고, 40% 역치에서 유의한 영향을 미쳤다.

4. 지역 간 재난적의료비 발생에 미치는 요인 차이

도시, 농촌 가구의 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인을 파악하고, 그 차이를 확인하기 위하여 10, 20, 30, 40% 역치 기준에서 각각 로지스틱 회귀분석을 시행하였다(표 5). 역치 기준 10%에서 도시, 농촌 가구 모두 가구주는 65세 이

상인 경우, 배우자가 있는 경우, 경제활동을 하지 않는 경우, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 가구는 건강보험인 경우, 가구원 수가 적을수록, 가구원 중 장애인이 있는 경우, 만성질환이 있는 경우 재난적의료비가 발생할 확률이 높았으며 유의한 차이를 보였고, 가구주가 장애인이 경우는 유의한 차이를 보이지 않았다. 도시 가구는 가구주가 남성인 경우에 오즈비가 0.75배로 재난적의료비가 발생할 확률이 낮았지만($p < 0.05$), 농촌 가구는 가구주의 성별이 영향을 미치지 않았다($p > 0.05$). 또한, 도시 가구는 가구주의 교육수준이 고등학교 중퇴 이상인 경우에 오즈비가 0.64배로 재난적의료비가 발생할 확률이 낮았지만($p < 0.05$), 농촌 가구는 교육수준이 영향을 미치지 않았다($p > 0.05$).

표 4. 역치 기준별 재난적의료비 발생 영향요인

변수	10%	20%	30%	40%
	역치 수준	역치 수준	역치 수준	역치 수준
OR(95% CI)				
가구주 특성				
남성(기준: 여성)	0.74** (0.61-0.90)	0.83 (0.66-1.05)	0.78 (0.58-1.04)	0.70 (0.48-1.02)
65세 이상(기준: 65세 미만)	2.09*** (1.76-2.48)	2.39*** (1.86-3.08)	3.23*** (2.17-4.80)	4.84*** (2.52-9.27)
고등학교 중퇴 이상(기준: 중학교 이하)	0.68*** (0.58-0.79)	0.62*** (0.52-0.75)	0.65** (0.51-0.83)	0.79 (0.58-1.07)
배우자 있음(기준: 없음)	1.71*** (1.38-2.11)	2.45*** (1.88-3.20)	2.73*** (1.94-3.83)	2.52*** (1.63-3.89)
경제활동 참여(기준: 미참여)	0.62*** (0.54-0.72)	0.48*** (0.40-0.56)	0.41*** (0.33-0.51)	0.39*** (0.29-0.51)
가구주 장애 있음(기준: 없음)	1.05 (0.88-1.25)	1.13 (0.93-1.37)	1.17 (0.94-1.47)	1.48** (1.13-1.94)
주관적 건강상태(연속형)	0.61*** (0.56-0.66)	0.53*** (0.48-0.59)	0.47*** (0.41-0.54)	0.45*** (0.37-0.53)
가구 특성				
건강보험(기준: 의료급여)	5.25*** (4.24-6.50)	4.52*** (3.47-5.89)	4.68*** (3.30-6.64)	7.62*** (4.36-13.81)
가구원 수(연속형)	0.72*** (0.66-0.78)	0.56*** (0.48-0.64)	0.51*** (0.41-0.62)	0.51*** (0.38-0.68)
가구 내 장애 있음(기준: 없음)	1.85*** (1.48-2.32)	2.21*** (1.72-2.85)	2.15*** (1.59-2.91)	1.84** (1.25-2.71)
가구 내 만성질환자 있음(기준: 없음)	3.06*** (2.50-3.75)	2.39*** (1.72-3.31)	1.91** (1.20-3.04)	2.08* (1.06-4.07)
도시(기준: 농촌)	0.96 (0.82-1.11)	0.85 (0.72-1.00)	0.85 (0.70-1.04)	0.74* (0.58-0.94)

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

역치 기준 20%에서 도시, 농촌 가구의 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인은 역치 기준 10%의 영향 요인과 유사하였다. 다만, 역치기준 10%에서 성별은 도시 가구의 영향요인이었으나, 20%에서는 도시와 농촌 가구 모두에서 유의미한 영향을 미치지 않았다($p>0.05$). 또한, 교육수준은 계속 도시($OR=0.56, p<0.05$)와 농촌($OR=0.89, p>0.05$) 가구의 재난적의료비에 상이한 영향을 미치고 있었다.

역치 기준 30%에서의 영향 요인은 역치 기준 20%와 대부분 유사한 결과를 보였으나, 도시 가구의 경우 가구원 중 만성질환이 있을 때 오즈비가 2.02배로 재난적의료비가 발생할 확률이 높았지만 농촌 가구는 유의미한 영향을 미치지 않았다. 도시($OR=0.59, p<0.05$)와 농촌($OR=0.94, p>0.05$) 지역 간

교육수준의 영향 차이는 지속되었다.

역치 기준 40%에서의 영향 요인은 30%의 결과와 차이를 보였다. 도시 가구의 경우 성별이 재난적의료비 발생에 영향을 미치지 않았으나 농촌 가구에는 가구주가 남성인 경우 오즈비가 0.43배로 발생 확률이 낮았으며, 연령은 농촌 가구에 영향을 미치지 않았으나 도시 가구의 경우 가구주가 65세 이상일 때 오즈비가 6.79배로 발생 확률이 높았다. 또한, 역치 기준 10~30%에서 지속적으로 지역 간 차이를 보였던 교육수준 변수는 도시와 농촌 모두 유의미한 영향을 미치지 않았고($p>0.05$), 30%에서 지역 간 영향 차이를 보였던 가구원의 만성질환 유무 변수도 유의미한 영향을 미치지 않았다($p>0.05$). 도시에서 가구주가 장애인인 경우 오즈비가 1.43배로 발생 확

표 5. 도시·농촌 역치 기준별 재난적의료비 발생 영향요인

변수	10% 역치수준		20% 역치수준		30% 역치수준		40% 역치수준	
	OR(95% CI)		OR(95% CI)		OR(95% CI)		OR(95% CI)	
	도시 (n=4,995)	농촌 (n=1,336)	도시 (n=4,995)	농촌 (n=1,336)	도시 (n=4,995)	농촌 (n=1,336)	도시 (n=4,995)	농촌 (n=1,336)
가구주 특성								
남성(기준: 여성)	0.75* (0.61-0.94)	0.76 (0.50-1.16)	0.90 (0.68-1.17)	0.70 (0.43-1.13)	0.86 (0.61-1.21)	0.62 (0.35-1.11)	0.83 (0.54-1.28)	0.43*** (0.21-0.91)
65세 이상(기준: 65세 미만)	2.13*** (1.75-2.58)	2.07*** (1.39-3.10)	2.24*** (1.68-2.97)	2.94*** (1.65-5.22)	3.35*** (2.13-5.26)	2.82* (1.21-6.60)	6.79*** (3.00-15.34)	2.18 (0.73-6.49)
고등학교 중퇴 이상(기준: 중학교 이하)	0.64*** (0.54-0.76)	0.90 (0.64-1.27)	0.56*** (0.45-0.69)	0.89 (0.59-1.34)	0.59*** (0.45-0.78)	0.94 (0.55-1.59)	0.75 (0.53-1.06)	0.94 (0.49-1.80)
배우자 있음(기준: 없음)	1.71*** (1.35-2.17)	1.67* (1.05-2.67)	2.38*** (1.75-3.24)	2.59** (1.49-4.51)	2.64*** (1.79-3.90)	3.11** (1.53-6.32)	2.00** (1.21-3.31)	4.94*** (2.02-12.06)
경제활동 참여(기준: 미참여)	0.65*** (0.55-0.77)	0.53*** (0.40-0.71)	0.47*** (0.38-0.57)	0.49*** (0.37-0.66)	0.42*** (0.33-0.55)	0.40*** (0.27-0.56)	0.40*** (0.28-0.57)	0.38*** (0.24-0.58)
가구주 장애 있음(기준: 없음)	1.04 (0.85-1.28)	1.07 (0.75-1.53)	1.05 (0.83-1.32)	1.31 (0.92-1.88)	1.07 (0.81-1.40)	1.45 (0.96-2.19)	1.43* (1.03-1.99)	1.57 (0.98-2.50)
주관적 건강상태(연속형)	0.62*** (0.57-0.69)	0.56*** (0.47-0.66)	0.54*** (0.48-0.60)	0.51*** (0.42-0.62)	0.48*** (0.41-0.56)	0.44*** (0.34-0.58)	0.46*** (0.37-0.57)	0.41*** (0.29-0.59)
가구특성								
건강보험(기준: 의료급여)	4.79*** (3.78-6.07)	7.61*** (4.57-12.67)	4.50*** (3.34-6.06)	4.73*** (2.61-8.57)	4.21*** (2.89-6.19)	7.08*** (2.95-16.98)	6.87*** (3.74-12.64)	11.82** (2.80-49.78)
가구원 수(연속형)	0.73*** (0.67-0.80)	0.66*** (0.54-0.81)	0.55*** (0.47-0.64)	0.58*** (0.43-0.79)	0.52*** (0.41-0.65)	0.45** (0.28-0.73)	0.54*** (0.39-0.74)	0.41** (0.22-0.78)
가구 내 장애 있음(기준: 없음)	1.91*** (1.48-2.46)	1.76* (1.09-2.82)	2.17*** (1.61-2.92)	2.38** (1.46-3.90)	1.99*** (1.39-2.85)	2.71** (1.53-4.81)	1.78* (1.11-2.85)	2.05* (1.03-4.10)
가구 내 만성질환자 있음(기준: 없음)	3.18*** (2.55-3.98)	2.49*** (1.56-3.99)	2.48*** (1.71-3.60)	2.09* (1.04-4.18)	2.02* (1.18-3.45)	1.57 (0.62-3.95)	1.61 (0.78-3.31)	6.02 (0.79-45.85)

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$, ***: $p<0.001$

률이 높았고, 농촌에서는 유의미한 영향을 미치지 않았다.

IV. 고찰

1. 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 기존 선행연구와 달리 재난적의료비 문제를 발생시키는 요인으로 명확한 차이를 보일 것으로 예상되는 지역적 특성을 기반으로 분석하였다. 효과적인 보장성강화 정책 수립에 있어 세부적으로 고려할 수 있는 명확한 차이점을 시사하는데 그 의의가 있다. 그러나 앞서 언급된 바와 같이 아직 재난적의료비에 대한 명확한 정의가 이루어지지 않은 상태이며, 다수의 선행연구에서 각기 다른 측정방법과 기준을 이용한 재난적의료비 비율을 제시하고 있기 때문에 해석 시 이를 주의해야 한다는 점을 미리 밝히는 바이다.

연구 결과를 종합하면 다음과 같다. 첫째, 보편적으로 지불능력에서 총 가계지출을 사용하여 재난적의료비 비율을 측정 한 선행연구를 살펴보면 현재까지 확립되지 않은 역치로 인해 복수의 역치인 10%, 20%, 30%, 40% 기준을 활용한다. 동일 자료를 활용하여 연구한 손수인(2010)의 연구결과, 재난적의료비 발생비율은 앞서 제시한 역치 기준(10, 20, 30, 40(%))에 따라 각각 32.2%, 19.5%, 12.0%, 7.8%로 나타났다(손수인, 2010, pp.92-110). 선행연구의 역치 기준을 바탕으로 연구 내용을 보충하기 위해 복수의 역치를 적용하여 분석한 결과, 본 연구의 결과로 재난적의료비 비율은 각각 37.7%, 19.3%, 10.8%, 6.1%로 나타났다. 기존 연구와 대체적으로 비슷한 값을 보였지만, 40% 이상 발생비율은 감소한 것으로 나타났다. 이는 이전 보다 재난적의료비 발생비율이 감소한 것으로 나타났으나, 감소 폭이 매우 작기 때문에 비율의 감소가 데이터의 차이인지 영향요인의 변화인지를 파악할 종단적인 추가 연구의 필요성이 지속적으로 나타나고 있다.

둘째, 지불능력대비 의료비 지출 비중이 40%이상인 가구는 도시가 5.0%, 농어촌이 10.3%로 도시보다 농촌에서의 재난적의료비 발생 비율이 2배 이상 더 높은 것으로 나타났으며, 이는 통계적으로도 유의하였다. 관련 선행연구에 따르면 도시 지역에 비해 농어촌의 지속·반복빈곤이 높게 나타났으며, 특히 소득, 자산 및 고용차원에서의 빈곤이 도시지역에 비해 높고, 농어촌의 빈곤 경험도가 도시에 비해 높게 나타났다(박지

영, 2014, pp.5-51). 이는 농어촌의 경우, 한 번 빈곤에서 빠지게 되면 빈곤에서 벗어나는 것이 상대적으로 도시의 환경보다 쉽지 않다는 것을 의미한다. 따라서 가구의 빈곤을 심화시킬 수 있는 재난적의료비의 발생은 지역적 특성을 세부적으로 분석하고 반영하여 각 요인에 대한 대책의 수립의 필요성이 나타나고 있다.

셋째, 지역을 구분하지 않고 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인을 살펴본 결과, 가구주가 만 65세 이상인 경우 모든 역치기준에서 재난적의료비 발생에 영향을 주는 것으로 나타났다. 연령이 높을수록 만성질환 등의 기저질환을 가지고 있는 경우가 많으며, 이 경우 지속적으로 의료비 발생을 야기하기 때문에 재난적의료비를 발생시키는데 영향을 보이는 것으로 판단된다. 이러한 인구사회학적 특성은 특히 농·어촌의 대표적인 지역적 특성의 차이로 나타날 수 있으나, 최근까지 선행연구는 지역적 특성을 고려하지 않고 분석된 한계가 있었다. 따라서 본 연구는 지역변수를 활용하여 실제 노인인구 또는 만성질환이 재난적의료비에 영향을 미치는지를 파악하였다. 특히 만성질환은 완치보다는 지속적인 케어가 필요한 질환으로, 이는 지속적으로 의료비가 발생하기 때문에 의료비 부담을 야기하는 요인 중 하나이다. 따라서 의료비부담의 문제를 해결하기 위해서 지역적 차이로 나타나는 질환의 양상은 고려되어야 하는 부분임을 시사하고 있다. 연령 외에도 배우자유무, 경제활동 유무, 주관적 건강상태 등이 재난적의료비 발생에 영향을 주었다. 유승훈(2004)에 따르면 배우자유무의 경우 Anderson의 의료이용 모델에서 결혼 상태는 의료이용에 있어 직, 간접적인 영향을 미치는 소인요인에 해당한다고 나타났다(유승훈, 2004). 선행연구와 같이 배우자가 없는 경우 의료이용에 대한 필요성이 생기더라도 의료기관을 방문하는 것을 피하거나 치료를 받는 것은 물론 질병의 예방에 있어서도 소극적인 것을 원인으로 볼 수 있다. 가구수준의 변수에서는 모든 역치기준에서 동일한 방향성을 보였는데, 특히 건강보험인 가구가 의료급여인 가구에 비해 재난적의료비 발생비율이 높은 것으로 나타났다. 또한, 가구원의 장애가 있는 가구원이 있을 경우와 만성질환이 있을 경우 재난적의료비 발생 확률이 높아졌다. 이는 중증도가 높은 질환 외에도 건강보험 내에서 보장성이 높은 만성질환 역시 의료비를 지속적으로 발생시켜 가구에 부담을 주는 것으로 볼 수 있다.

넷째, 지역 간 재난적의료비 발생에 미치는 요인을 분석한 결과 역치기준 10%와 20%의 경우 지역을 구분하지 않고 전

체 분석을 시행한 결과와 비슷한 양상을 보였다. 30% 이상의 경우 도시에서는 가구원 중 만성질환이 있는 경우 재난적의료비가 발생할 확률이 높았지만, 농촌에서는 유의하지 않았으며, 앞선 결과와 다른 양상을 보였다. 만성질환의 경우 중요한 요인 변수임에도 불구하고 다른 양상을 보인 까닭은 연구대상 중 농촌지역의 인구는 약 80%가 만 65세 이상의 노인으로서 이루어져 있고, 노인의 경우 약 90%이상의 노인이 1개 이상의 만성질환을 가지고 있기 때문으로 판단된다. 이에 따라 연구 대상지역(농촌)의 구성이 대부분 유사한 만성질환을 가지고 있기 때문에 통계적으로 유의한 요인으로 나타나지 않았다. 하지만 대부분의 농촌인구는 경제활동에서 은퇴하는 시점이라는 특성을 가지고 있으며, 이 경우 고가의 의료비가 아니라도 지속적으로 케어 해야 하는 의료비도 부담을 야기할 수 있다. 따라서 만성질환에 대한 관리 방법이나 의료비는 반드시 고려되어야 하는 부분이다. 반면, 다른 인구사회학적 특성을 가진 도시에서 만성질환이 유의하게 나타난 것은, 선행연구에서 언급된 바와 같이 만성질환 수가 의료비를 증가시키는 유의한 요인으로 작용함을 나타낸다. 따라서 고령화가 지속적으로 진행되는 사회에선 도시와 농촌 모두 만성질환 관리에 따른 의료비 증가부담에 대한 연구가 필수적으로 이루어져야 함을 시사한다(최만규, 2018).

일반적으로 재난적의료비가 발생했다고 정의하는 역치 기준 40%를 살펴보면 도시가구의 경우 성별이 영향을 미치지 않았지만 농촌의 경우 남성 가구주일 경우 여성 가구주일 경우보다 재난적의료비 발생 확률이 낮았다. 재난적의료비 발생에는 경제적 상황이 가장 큰 영향을 보이는데, 현재 노인인구의 세대에서는 주로 남성이 경제활동에 참여하였기 때문에 가구주가 남성일 경우 경제활동을 유지하고 있는 것으로 판단된다(남수정, 2014; 라규원, 이해중, 2017). 특히 남수정(2014)의 연구에 따르면 남성가구주일 경우 비빈곤지속일 경우가 높고, 성별이 노년가계의 경제적상황에 영향을 주는 대표요인이라고 하였다(남수정, 2014, p.126). 이처럼 재난적의료비의 대안 정책 수립 시 대상의 경제활동능력을 정확히 반영하여 수립하는 것이 중요한 것으로 사료된다. 또한, 상대적으로 경제활동이 어려운 인구이며, 의료서비스의 필요도가 높은 농·어촌의 인구에 대한 고려는 정책 수립 시 반드시 고려되어야 하는 부분이다.

선행연구에서 재난적의료비에 영향을 미치는 요인 지표로 활용되었던 장애여부를 본 연구에서는 소득과 연관된 관점에서

서 가구주의 장애여부와 의료비 지출과 연관된 관점에서 가구주를 제외한 가구원 내 장애인구의 존재 여부로 구분하여 분석을 시행하였다. Kavosi 외(2012)의 집중지수 결과를 보면 장애인구가 존재할 경우에 빈곤을 야기할 가능성이 높은 것과 매우 높은 상관관계를 보였으며(Kavosi et al., 2012, pp.613-623), 본 연구의 결과도 비슷한 양상을 보였다. 하지만 유일하게 농촌의 경우 가구주장애가 유의하지 않은 결과를 보였다. 이와 관련한 선행연구에서는 장애인구에 대해서 건강보험에서 보장되는 급여 이외에 다른 종류의 급여가 지급되고 있음을 서술하였다(Su et al., 2006, pp.21-27). 또한, 통계적으로 유의한 영향을 보이지 않았지만, 농촌 역시 가구주가 장애가 있을 경우 재난적의료비를 발생시킬 확률이 올라가기 때문에 이 역시 고려되어야 하는 부분임을 시사하였다.

이 외에도 주관적 건강상태가 나쁠수록 재난적의료비 발생 확률이 높아지며, 통계적으로 유의한 영향을 보였다. 주관적 건강상태는 의료서비스를 이용하게 되는 근본적인 요인이기 때문에 모든 분석에서 유의한 결과를 보임을 알 수 있었다. 특히 도시는 자신의 건강상태에 있어 상대적으로 의료서비스를 이용할 접근도 자체가 높기 때문에 농어촌의 인구보다 자신의 건강상태에 민감하게 반응할 수 있다. 우리나라는 전반적으로 의료기관에 대한 접근성이 높은 것으로 나타나지만 실제로 물리적, 심리적 접근성은 도시의 인구가 더 높아 접근에 유리하다는 점이 민감도를 높이는 요인으로 해석된다. 하지만 실질적으로 주관적 건강상태가 나쁜 집단은 농어촌으로 나타났다. 도시는 좋다고 응답한 사람이 많은 반면, 농어촌은 '좋은'의 답변보다 '나쁨'이라고 답변한 인구가 많음을 확인할 수 있었다. 이는 불가피하게 의료이용을 하게 될 확률이 높은 인구임을 나타내며, 해당 인구가 의료서비스를 이용할 때 증가할 수 있는 의료비 부담을 완화시켜줄 수 있는 대안이 필요함을 시사한다.

또한, 도시와 농어촌 지역 모두 의료보장형태에서 건강보험 가입자인 경우 재난적의료비 발생에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 박지영(2013)의 연구에서는 중고령자 가구를 대상으로 분석한 결과, 의료급여 수급가구에 비해 건강보험에 가입자인 경우 재난적의료비 발생에 유의한 영향을 미치는 요인으로 작용하였고, 본 연구결과와 동일하였다(박지영, 2013, pp.5-51). 이는 의료급여 수급가구에서보다 건강보험 가입 가구에서 직접 부담하는 의료비가 더 높다는 것을 나타낸다. 따라서 건강보험 가입 가구이나 지불능력 대비 의료비 부담이

큰 가구를 대상으로 그 규모와 부담능력 수준을 상세하게 파악하여 지원 또는 정책적으로 고려할 필요가 있다.

2. 연구의 제한점 및 의의

이 연구의 제한점으로는 다음과 같다. 첫째, 모든 재난적의료비 연구의 한계로 측정하는 방식이 상이하고, 역치기준 또한 다양하다는 점에서 문제가 있다. 재난적의료비라는 개념과 이로 파생된 문제는 최근에 부각된 개념이 아님에도 불구하고 최근 재난적의료비에 대한 문제가 많이 대두되고 있는 것은, 정책이 본래의 역할을 다하지 못함과 더불어 그에 대한 연구가 통일되어 있지 않은 문제점을 원인으로 들 수 있다. 연구의 근본적인 개념에 대한 정의가 통일되지 않았으며, 신출기준부터 판단기준까지 연구자들 모두 각기 다른 방법으로 이를 도출하고 있어 재난적의료비가 발생하는 원인을 정확히 규명하기 어렵다. 이는 점차 그 문제를 심화시킬 뿐 아니라 효과적인 정책을 수립하는 데 있어 혼란만 가중시킬 수 있다. 하지만 이 연구 또한 여러 기준에서 그 개념을 착안하여 재난적의료비에 대한 정의를 내리고 있어 이를 본 연구의 한계점이라 할 수 있다. 앞으로 국·내외적으로 심화되고 있는 재난적의료비에 대한 문제점을 해결하기 위해서는 국제적으로 표준화된 기준이 반드시 필요하나, 국가별로 상이한 필수생계비 개념 등의 여러 문제점으로 현재 통일된 기준을 세우는 것은 어렵다. 이에 따라 순차적으로 국내의 재난적의료비에 대한 개념을 통일화 시키고 이를 판단하는 표준화된 기준을 수립에 대한 상세연구가 반드시 필요하다.

둘째, 실제 지출한 식료품비를 제외하는 방법은 같은 자료에서 간단히 공제할 수 있어 적용하기 편리하다는 장점이 있으나, 일부 저소득층 가구에서 음의 값(-)이 나타날 수 있다는 문제가 있다(Wagstaff et al., 2009). 이러한 문제의 해결을 위해서 빈곤 가구에서는 주로 기대식료품비 대신 실제 지출한 식료품비를 사용하는 방법 등도 있지만 지불능력에 차이가 있는 가구를 같다고 산출하는 등의 일관성을 저해하는 또 다른 문제가 발생할 수 있다. 즉, 실제 지출한 식료품비를 정의하는데 있어서도 여러 기준을 가지고 있어, 자료를 산출해내는데 있어 연구별 다른 기준을 사용하는 것이 재난적의료비 연구가 가지고 있는 문제점이며, 동시에 본 연구의 한계점이라 할 수 있다.

셋째, 본 연구는 1개년도 자료(14차년도 한국복지패널 데

이터)를 통해 살펴본 단면연구로 시간의 흐름에 따른 연속적인 재난적의료비 비율 추세와 영향 요인을 살펴볼 수 없다는 데 그 한계가 있다. 패널 자료의 특성상 다년도 연구가 가능하다는 장점이 있다. 따라서 후속연구에서는 재난적의료비 지출과 영향 요인을 단편적으로 살펴보는 것이 아닌, 지속적인 재난적의료비 지출 양상이나 변화를 살펴볼 수 있는 종단연구의 필요성이 강조되어야 할 것이다.

V. 결론

재난적의료비는 고령화나 사회 여러 요인들로 인해 지속적으로 증가하는 의료비가 발생시키는 문제 중에서도 반드시 해결되어야 하는 부분이다. 특히 고령화의 진행은 지속적으로 의료서비스가 필요한 만성질환의 발생의 증가로 이어지고 있으며, 이로 인해 의료비 증가 및 부담의 증가는 불가피하게 나타나는 문제이다. 다양한 정책의 실행으로 국민의 의료비 부담을 완화하기 위한 노력을 기울이고 있지만, 실제 재난적의료비의 해결을 위해서는 이와 관련된 지속적이고 다양한 연구의 필요성이 대두되고 있다.

본 연구에서도 선행연구와 같이 재난적의료비를 발생시키는 여러 요인을 확인할 수 있었으며, 그 중 연령이나 지역적 특성, 배우자유무, 경제활동, 주관적 건강상태가 실제 재난적의료비 발생에 영향을 미치는 요인임을 확인하였다. 특히 지역적으로 분화된 인구특성에 의해 차이를 보이는 것을 확인할 수 있었다. 세부적으로는 첫째, 연령이 주된 영향을 미쳤으며, 이로 인해 가구주의 대부분이 65세 이상으로 나타나는 농촌 지역에 재난적의료비 문제가 심화될 것임을 알 수 있었다. 둘째, 배우자가 있을수록 재난적의료비 발생 확률이 낮아졌다. 하지만 농촌의 경우 배우가 부재한 인구의 비율이 도시인구보다 높게 나타나, 재난적의료비 발생에 영향을 줄 수 있을 것으로 판단된다. 셋째, 경제활동 유무가 영향을 미쳤으며, 이 역시 도시에 비해서 상대적으로 연령이 높은 농어촌의 경우 경제활동에 제약이 높은 경우가 많아 재난적의료비 발생에 취약할 것으로 나타난다. 실제로 재난적의료비는 저소득층에 더욱 취약한 것으로 나타나, 지역적 특성 외에도 가구의 경제활동 수준 등 여러요인을 보정한 다양한 연구가 필요하다(신영전, 2010). 넷째, 주관적 건강상태가 나쁠수록 재난적의료비 발생 확률이 높았는데, 이 역시 도시에 비해 주관적 건강상태가 나

쁘다고 나타난 농어촌 인구가 취약할 것으로 판단된다.

이러한 결과를 종합하면 재난적의료비를 발생시키는 요인은 도시와 농촌 전반적으로 비슷한 양상을 보이나, 실질적으로 농·어촌 인구의 인구사회학적 특성이 재난적의료비 발생에 영향을 보인 요인들에 취약함을 알 수 있다. 추후 연구에서는 세부적으로 재난적의료비 발생양상의 변화와 영향요인에 대한 세부적인 분석이 필요하며, 우리나라 특성에 알맞은 재난적의료비 지표를 정의하는 과정이 필요하다. 이를 통해 지속적으로 야기되고 있는 의료비 부담에 대한 사회적 문제를 해결할 수 있는 체계적인 대안이 필요하다.

정지윤은 연세대학교 보건학 박사학위를 받았으며, 현재 연세대학교 미래캠퍼스 박사후 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 의료접근, 형평성, 복지서비스 등이다.

(E-mail: wl_dbs09@naver.com)

정재연은 현재 연세대학교 대학원 보건행정학과 석박사통합과정에 재학 중이다. 주요 관심분야는 건강증진, 의료 형평성, 병원경영 등이다.

(E-mail: chzhwhgdk33@naver.com)

최화영은 현재 연세대학교 대학원 보건행정학과 석사과정에 재학 중이다. 주요 관심분야는 복지서비스, 형평성 등이다.

(E-mail: xsxs9130@naver.com)

이해중은 연세대학교 경영학 박사학위를 받았으며, 현재 연세대학교 미래캠퍼스에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 병원경영, 회계 및 원가 등이다.

(E-mail: haejongl@yonsei.ac.kr)

참고문헌

- 강태욱, 서남규, 황연희, 안수지. (2015). 한국의료패널 자료를 활용한 재난적 의료비 발생 가구 분석 연구. *보건경제와 정책연구*, 21(1), pp.79-102.
- 김용민, 정기택, 박진영. (2013). 중,고령자 가구의 과부담의료비 발생의 결정요인에 관한 연구. *의료경영학연구*, 7(2), pp.25-37.
- 김윤희, 양봉민. (2009). 경제수준에 따른 우리나라 과부담의료비 지출 추이 분석. *보건경제와 정책연구*, 15(1), pp.59-77.
- 김윤희. (2010). 건강문제가 가구 경제에 미치는 영향 분석. 박사학위논문, 서울대학교.
- 김태일, 허순임. (2008). 소득 계층별 의료비 부담의 추이와 정책 과제. *보건행정학회지*, 18(4), pp.23-48.
- 김학주. (2008). 빈곤층의 의료비지출 과부담에 관한 연구 의료급여 수급여부를 중심으로. *한국사회*, 9(1), pp.229-253.
- 남수정. (2014). 노년기 가구의 빈곤이동. *소비자학연구*, 25(6), pp.115-131.
- 라규원, 이해종. (2017). 전기노인과 후기노인의 가계의료비에 영향을 미치는 요인비교 분석. *보건경제와 정책연구*, 23(2), pp.37-60.
- 박지영, 김정은, 김혜자, 고난난, 진나연. (2014). 한국복지패널(2005-2011)의 다차원적 빈곤개념을 활용한 도시·농촌 간 빈곤 격차에 대한 연구. *보건사회연구*, 34(1), pp.5-51.
- 손수인, 신영전, 김창엽. (2010). 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. *보건사회연구*, 30(1), pp.92-110.
- 신영전, 이원영. (2005). 도시가계의 소득계층별 과부담의료비 실태. *사회보장연구*, 21(2), pp.105-133.
- 여지영, 최정규, 신정우, 정형선. (2011). 원자 보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향. *보건행정학회지*, 21(2), pp.159-178.
- 유승흠. (2004). *예방의학*. (2판). 계축문화사.
- 이원영. (2005). 원자: 도시가계 의료비 지출의 형평성. *보건행정학회지*, 15(1), pp.30-56.
- 이태진, 권순만, 이수형, 양봉민, 오주환. (2003). 보건의료 비용 지출의 형평성. *보건경제와 정책연구*, 9(2), pp.25-33.
- 이태진, 이해재, 김윤희. (2012). 한국의료패널 1차년도 자료를 이용한 과부담의료비 분석. *보건경제와 정책연구*, 18(1), pp.91-107.
- 이태진, 정채림. (2012). 원자: 서울시 가구의 과부담의료비 지출 발생 및 반복적 발생의 영향요인. *보건행정학회지*, 22(2), pp.275-296.
- 이태진, 정영일, 김홍수, 이해재. (2013). 가구 과부담의료비 측정에 관한 연구 고찰 및 시사점. *보건경제와 정책연구*, 19(4), pp.1-27.
- 이현욱, 김교성. (2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로. *사회복지정책*, 39(4), pp.255-279.
- 최만규, 손민성, 김한결, 이현실. (2018). 복합만성질환이 의료비 지출에 미치는 중단적 영향 및 과부담 의료비 발생의 전환점(cut-off point) 예측. *보건경제와 정책연구*, 24(3), pp.49-75.
- Kavosi, Z., et al., (2012). Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. *Health policy and planning*, 27(7), pp.613-623.
- Kawabata, K., Xu, K., & Carrin, G. (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ*, 80(8), 612.
- Kim, Y., Choi, D. W., & Park, E. C. (2019). Catastrophic health expenditure and trend of South Korea in 2017. *Health Policy and Management*, 29(1), pp.86-89.
- OECD. (2018). *Statistical terms: handbook of vital statistics systems and methods*. Available from: <https://data.oecd.org/health.htm>.
- OECD. (2020). *Statistical terms: handbook of vital statistics systems and methods*. Available from: <https://data.oecd.org/health.htm>.
- Su, T. T., Kouyaté, B., & Flessa, S. (2006). Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, pp.21-27.
- Wagstaff, A., & Doorslaer, E. V. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993 - 1998. *Health economics*, 12(11), pp.921-933.
- Wagstaff, A. (2008). *Measuring financial protection in health*. The World Bank.
- WHO. (2005). *Distribution of health payments and catastrophic expenditure methodology* by Ke Xu. Geneva: WHO.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*, 362(9378), pp.111-117.

A Comparison of Factors Influencing Household Catastrophic Health Expenditure between Provinces and Rural Areas:

Based on the Income Level

Jeong, Ji Yun¹ | Jeong, Jae Yeon¹ | Choi, Hwa Young¹ | Lee, Hae Jong¹

¹Yonsei University

Abstract

The purpose of this study is to identify the scale of catastrophic health expenditure by urban and rural areas, and to compare and identify factors that may affect them. In this study, the 14th (2019) Korea Welfare Panel data, provided by the Korea Institute for Health and Social Affairs, was used. The dependent variable was occurrence of catastrophic health expenditure, divided into 10, 20, 30, and 40% threshold levels. The independent variables were divided into household head's characteristics and household characteristics. Logistic regression analysis was performed to analyze the factors affecting the occurrence of catastrophic health expenditure at each threshold level. The characteristics of household heads and the characteristics of households were of urban and rural households were different. At all threshold levels, there were more rural households with catastrophic health expenditure than urban. Compared to urban households, there was a higher probability of catastrophic health expenditure in rural households and had a significant effect at the 40% threshold level. Factors influencing the occurrence of catastrophic health expenditure were different in urban and rural areas, especially at the 40% threshold level. In order to prevent the occurrence of catastrophic health expenditure, discussions on the definition settings and policy preparation are needed.

Keywords: Catastrophic Health Expenditure, Medical Expenses, Urban Health, Rural Health, Differential Threshold