

만성질환에 대한 의료보장 사각지대 연구

- 잠재적 빈곤가구의 미충족의료 및 과부담의료비 실증분석 -

최윤주* · 이원영**

〈 요약 〉

현재 우리나라 의료의 보장성 강화정책은 중증질환을 중심으로 이루어지고 있는데, 그에 비해 만성질환가구의 의료이용 및 가구경제의 위험성은 크게 주목받지 못하고 있는 실정이다. 이러한 문제의식 하에, 본 연구는 만성질환을 보유한 잠재적 빈곤가구(차상위와 차차상위계층)의 미충족 의료 및 과부담의료비의 발생현황을 분석함으로써 이들 가구가 경험할 수 있는 의료불평등을 탐색하고자 하였다.

분석결과, 잠재적 빈곤가구는 모든 역치수준에서 일반가구(건강보험 가입가구), 의료급여수급가구와 비교하여 과부담의료비 발생가능성이 더 높아지는 것으로 나타났고, 미충족의료 역시 건강보험 가입자에 비해 약 4배 높은 것으로 나타났다. 이러한 사실은 만성질환을 보유한 잠재적 빈곤가구가 최저생계비의 100%를 약간 상회함에도 불구하고 충분한 의료제도의 혜택을 받지 못하여 의료사각지대가 발생하고 경제적 부담이 가중되는 것이라 할 수 있다. 이는 의료수급가구와는 또 다른 측면에서 만성질환을 보유한 잠재적 빈곤층의 의료빈곤화에 노출되기 쉽다는 점을 의미한다.

따라서 질병과 빈곤의 이중고를 겪고 있는 잠재적 빈곤층에게도 기본적인 의료권의 보장이 필요하며, 이를 통해 잠재적 빈곤층과 제도권 내의 빈곤계층 및 일반계층 간의 의료불평등

** 주저자, 중앙대학교 의과대학 예방의학교실 박사과정 (luyva2054@naver.com)

*** 교신저자, 중앙대학교 의과대학 예방의학교실 교수 (wylec@cau.ac.kr)

을 개선해야 할 것이다.

주제어: 잠재적 빈곤가구, 만성질환, 미충족의료, 과부담의료비, 의료사각지대

1. 서론

건강보험제도는 국민으로 하여금 필요시 심각한 경제적 곤란을 겪지 않고 의료서비스를 제공 받을 수 있도록 하는 ‘위험분산’ 기능을 가지고 있다. 이러한 기능은 충분하지 않은 보장성으로 개인이 지불해야 하는 영역이 크게 잔존하는 경우 그 중요성이 더욱 커지게 된다. 실제로 과도한 의료비 지출은 가계 경제의 파탄을 초래할 수 있고, 때문에 빈곤층으로 전락하는 주된 원인으로 지목되고 있다(김창엽, 2009; 신영전·손정인, 2009; 송은철·신영전, 2010; 우경숙·신영전, 2015; Suhrcke et al., 2008). 이러한 문제의식을 가지고 우리나라는 2005년 이후 ‘보장성 강화 방안’을 수립하여 시행해 오고 있는데(보건복지부, 2005), 특히 과부담 의료비 발생의 주범으로 지목되어 온 4대 중증질환의 경우 2016년까지 건강보험 급여화 할 것이라는 계획을 가지고 있다. 이와 같은 노력의 결과로 과거에 비해 보장성이 강화되었다는 일각의 평가도 있으나(정형선, 2015), 기존의 정책들이 중증질환을 중심으로 이루어지고 있기 때문에 다른 일반 질환과의 형평성 문제가 꾸준히 제기되고 있는 실정이며(김대환, 2015), 여전히 크게 남아있는 비급여 항목과 본인부담금으로 인해 개인의 지속적인 의료비 지출은 불가피한 상황이다.

그 중에서도 만성질환의 경우 그 위험성에 비해 크게 주목받지 못하고 있다. 6개월 혹은 1년 이상 계속되는 만성질환은 전 세계 사망과 장애의 주요 원인으로 꼽히며, 우리나라 국민의 절반 이상이 이들 질병으로 인해 사망한 것으로 나타났다(통계청, 2014). 게다가 서구화된 생활습관 등으로 인해 과거와 달리 만성질환을 앓고 있는 이들의 연령대가 낮아지고, ‘질병의 세대교체’가 나타나고 있는 상황이며, 따라서 만성질환도 중증질환 못지않게 중요하게 고려해야 하는 지점이다. 이러한 만성질환은 관리에 실패할 경우 합병증 유발로 이어지며, 장애나 사망을 야기하기도 한다(최은희·서정열, 2009). 또한 중증질환으로 이환될 경우 높은 가계지출은 물론 일상생활의 제한으로 낮은 삶의 질을 초래하게 된다. 하지만 만성질환을 보유한 이들을 위한 지역사회 돌봄이나 일차의료체계의 미흡으로 인해 이들은 병의

원 의료서비스체계를 통한 관리에 크게 의존하고 있으며(배지영, 2014), 이때 발생하는 본인 부담금은 의료이용행태에 영향을 주어 만성질환의 관리와 경과에도 개인별 차이를 초래할 수 있다(문진영·최연주·서남규, 2014).

게다가 만성질환의 유병률은 사회경제적 수준과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타나는데, 저소득층 및 단순노동 종사 근로자의 경우, 그렇지 않은 집단에 비해 뚜렷하게 높게 나타난 바 있다(김혜련 외, 2004; 강영호, 2005; 김진희, 2011; Luoh & Herzog, 2002). 물론 저소득층 중에서도 의료급여 제도 적용을 받는 이들은 어느 정도 과도한 의료비의 위험에서 떨어져 있다고 볼 수 있으나(김미곤·여유진·김윤영, 2015), 의료급여 대상자는 전체 국민의 3% 수준으로, 이것이 저소득층을 모두 포괄하고 있다고 보기는 어렵다. 특히 의료급여 제도의 적용을 받지 못하지만 중위소득 50%의 수준으로 살아가는 저소득층을 차상위계층,¹⁾ 중위소득 60%의 수준으로 살아가는 저소득층을 차차상위계층이라 이른다.²⁾ 이들 역시 저소득 취약계층이지만 현 제도의 자격기준에 부합하지 않아 수급자에서 배제된 경우인데, 이들은 일반 건강보험 대상자가 되며 의료 이용 시 높은 본인부담금을 지불해야 한다. 때문에 제도권 내에 있는 의료급여 수급자에 비해 의료욕구·필요 대비 이용량은 현저히 낮은 반면, 의료비에 대한 부담은 커지게 된다(이현주 외, 2008). 여러 개의 만성질환을 앓고 있는 경우에는 특히 그 부담이 늘어나게 되며, 높은 의료비 발생으로 인해 이들이 빈곤층으로 전락할 가능성을 배제할 수 없어 ‘잠재적으로 빈곤한 상태’에 놓여있다고 할 수 있다.³⁾ 질병 및 건강문제를 해결하는 데에 있어 이러한 소득계층별 불평등의 발생은 역으로 사회경제적 지위에 따른 건강상 차이를 고착화시킬 수 있다는 점에서 중요하게 고민해야 하는 지점이다(배지영, 2014).

기존의 만성질환과 의료비 지출 관련 연구를 살펴보면, 잠재적 빈곤가구를 고려하여 분석한 경우는 충분하지 않다. 이들은 대부분 만성질환은 노인성질환이라는 가정 하에 노인을 연구대상으로 한정시켜 분석하였다. 하지만 장기적이고 꾸준한 관리가 필요한 만성질환의 경우 65세 이상인 노인에 국한하여 분석을 하게 되면, 중·장년층의 경우 정책의 고려대

1) 과거에는 차상위계층을 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 사람을 의미했으나, 국민기초생활보장법이 개편되면서 차상위계층은 소득인정액이 기준 중위소득의 50% 이하인 사람으로 대체되었다(국민기초생활보장법 시행령 제3조).

2) 법률상 차차상위계층에 대한 기준이 따로 마련되어 있는 것은 아니나, 지방자치단체나 여러 기관에서 최저생계비의 150%를 기준으로 빈곤하다고 여겨지는 집단을 의미하는 차차상위계층을 분류하고 여러 가지 지원을 실제 제공하고 있다(한신실·장동열, 2014). 본 연구에서는 최저생계비의 150%를 중위소득의 60% 이하인 대상으로 보고 이들을 차차상위계층으로 설정하였다.

3) 본 연구에서는 차상위계층과 차차상위계층을 모두 포괄한 중위소득의 60% 이하인 가구를 ‘잠재적 빈곤가구’로 정의하여 분석기준으로 사용하였다.

상에서도 배제되게 된다. 소득마저 낮은 경우에는 오히려 의료비 부담과 만성질환의 이중고에 시달리고 있을 가능성이 크다. 따라서 연령대로 분류하여 분석을 하는 것이 아닌, 모든 연령층을 포괄하여 소득계층별로 만성질환 보유가구의 의료비 지출과 미충족 의료를 비교하여 분석해 볼 필요가 있다.

정리하면, 의료급여 수급에서 배제된 잠재적 빈곤층이 만성질환을 보유하고 있는 경우 의료급여 수급자, 그리고 건강보험 가입자와 비교하여 의료욕구의 충족정도와 가구가 부담해야 하는 의료비 발생률이 어떠한 양태로 나타나는지에 대해 본격적인 연구가 이루어져야 할 것으로 보인다. 이에 본 연구에서는 연구대상을 ‘일반가구’와 ‘잠재적 빈곤가구’ 및 ‘의료급여 수급가구’로 각각 분류한 후, 이들의 미충족 의료 및 과부담 의료비의 발생현황을 분석함으로써 잠재적 빈곤가구에 발생할 수 있는 의료불평등을 탐색하고자 하였다.

2. 이론적 배경

1) 미충족 의료 및 과부담의료비의 정의와 측정

개개인이 필요한 의료서비스를 제대로 이용하고 있는지 파악하는 것은 의료보장제도의 성과를 판단하는 유용한 하나의 기준이라 할 수 있다(허순임·김수정, 2007; 임지혜, 2013). 그 중에서 의료필요가 있음에도 불구하고 특정한 이유로 이 욕구가 충족되지 못하는 것을 ‘미충족 의료(unmet care needs)’라 하며, 이는 대상자가 원하거나 의료전문가가 필요하다고 판단했지만 받지 못한 경우, 적절하게 이용을 했다면 예방이나 경감될 수 있는 질병을 가지고 있는 경우를 모두 포함하는 개념이다(Donabedian, 1973). 이러한 미충족의료는 적절한 시기에 치료를 받지 못하게 되면 질병의 중증도 및 합병증 가능성을 높일 수 있으며(Diamant et al., 2004), 때문에 환자의 입장에서 필요한 의료서비스 충족여부를 파악하는 것은 보건의료 체계에 대한 평가로서 중요한 의미를 가진다고 할 수 있다(임지혜, 2013).

이러한 미충족의료 개념의 중요성에도 불구하고 이를 정확하게 측정하는 것은 쉽지 않은데, 필요한 서비스가 충족되었는지의 여부는 대상자에 의해서 주관적으로 측정되고 평가되기 때문이다(김교성·이현옥, 2012). 때문에 이러한 주관적 평가가 객관성을 담보하느냐에 대한 논란이 있을 수는 있으나, 설문을 통해 욕구가 충족되었는지를 판단하는 것이 보편적

인 방법으로 사용되고 있다(송경신·이준현·임국환, 2011).

한편, ‘과부담의료비(Catastrophic health expenditures)’는 가구의 지불능력에 비해 얼마나 많은 의료비를 지출하였는지 나타내는 지표로 가구부담 능력에 따른 상대적 크기를 나타내는 개념이다(박진영 외, 2014). WHO는 이를 ‘특정 가구가 구성원들의 치료비용을 지불하기 위해 일정기간 동안 기본적 생활비를 줄여야 하는 경우’라고 정의하였고, 이것을 각 나라의 보건의료시스템 성과를 측정하는 지표 중 하나로 볼 수 있다고 한 바 있다(WHO, 2000). 이때 의료비 부담은 소득의 일정 비율을 넘어서는 안 된다고 강조하고 있는데(Wagstaff, 2002; 김교성·이현옥, 2012), 이를 바탕으로 많은 연구에서 과부담의료비 지출을 통해 의료비 부담 수준을 측정하고 있다. 이러한 과부담의료비는 가구단위로 분석하는데, 한 가구의 지불능력이라 할 수 있는 총소득 또는 총소비지출을 분모로, 의료비 지출을 분자로 계산하여 추정하고 있다. 그러나 과부담의료비 발생 여부를 결정하는 역치수준(threshold)은 아직 통일되어있지 않으며(박진영 외, 2014), 이러한 역치수준을 어떻게 설정하는가는 연구자에 따라 다양하게 나타나고 있다.

Xu et al.(2003)는 가구의 소비지출에서 최소한의 기초생계비를 제외한 금액을 가구의 지불능력으로 정의하고, 40%의 역치수준을 적용하였다. Wagstaff & Van Doorslaer(2003)의 경우 소득에서 지출한 식료품비를 차감한 금액을 지불능력으로 보고 10%, 15%, 25%의 역치수준을 적용하여 분석하였다. 국내 연구의 경우도 가구의 지불능력이나 역치수준에 있어 연구자마다 상이한 기준을 적용하고 있는데, 역치수준은 5%에서 40%까지 다양한 기준으로 설정하고 있다. 본 연구에서는 선행연구와의 비교를 용이하게 하기 위해 10%, 20%, 30%, 40%의 역치기준에서 과부담의료비 발생률을 살펴보고자 한다.

2) 미충족의료와 과부담의료비에 관한 선행연구

앞서 언급하였듯 미충족의료와 관련된 대부분의 선행연구는 개인이 인식한 미충족의료에 대해 설문한 자료를 통해 파악하고 있다. 이러한 미충족의료 개념을 이용한 연구가 다수 이루어졌는데(허순임·김수정, 2007; 송경신 외, 2011; 김진구, 2011), 우선 허순임·김수정(2007)의 경우 2005년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 19세 이상 성인의 미충족의료경험의 현황과 그 요인을 파악하였다. 분석결과 성인의 약 17%가 미충족医료를 경험하는 것으로 나타났다으며, 그 요인은 소득과 건강상태인 것으로 나타났다. 송경신 외(2011)의 연구에서는 국

민건강영양조사 4기자료를 사용하여 미충족의료 경험현황과 요인을 파악하였는데, 성별, 배우자유무, 소득수준, 의료보장 유형, 건강상태가 주요인이며, 취약계층일 경우 미충족의료를 경험할 확률이 높은 것으로 나타났다. 김진구(2011)는 국민건강영양조사 4기자료를 활용하여 소득계층에 따른 의료이용 격차를 분석하였다. 그 결과 소득계층은 건강과 의료이용의 격차에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 특히 저소득 노인에 대한 의료이용을 위한 정책개선이 필요하다고 주장하였다.

한편, 과부담 의료비지출에 관한 기존의 연구는 소득계층별로 의료비 지출 가구가 어느 정도인지 발생률은 파악하고(이태진 외, 2003; 이원영·신영전, 2005; 김학주, 2008; 손수인 외, 2010) 과부담의료비의 발생 요인이 무엇인지 살펴본 연구(김학주, 2008; 손수인 외, 2010; 김수정·허순임, 2011; 최정규 외, 2011; 김교성·이현옥, 2012)가 있다. 우선 이태진 외(2003)의 경우 도시가계조사 2000년 자료를 활용하여 도시가구를 대상으로 과부담의료비 발생률을 살펴보았다. 본 연구에서는 지불능력을 실제 식료품비를 제외한 가구생활비 지출로 정의하였는데, 분석결과 식료품을 제외한 가구 지출에서 보건의료비가 차지하는 비율이 높은 가구는 저소득층에 많이 분포하고 있는 것으로 나타났다. 이원영·신영전(2005)의 연구에서는 1998~2002년 도시가계조사 자료를 이용하여 지불능력을 총소비지출로 정의한 후 과부담의료비 발생률을 파악하였다. 분석결과, 과부담의료비 지출 가구 규모에 비해 이들이 지출한 의료비가 전체 의료비에서 차지하는 비중이 상대적으로 높으며, 저소득층이 고소득층에 비해 지출한 월평균 의료비의 크기가 높은 것으로 나타났다. 또한 소득상위계층에 비해 소득최하위계층에서 의료비 지출가구가 큰 폭으로 증가한 것으로 나타났다. 이를 통해 저소득층의 의료보장에 대한 추가적 지원이 필요하다고 주장하였다. 김학주(2008)의 연구에서는 2006년도 경남지역사회빈곤패널자료를 이용, 지불능력을 가구가처분소득으로 정의한 후 빈곤가구의 개인을 대상으로 과부담의료비 발생률을 파악하였다. 분석결과, 의료급여 수급가구의 의료비 부담률이 가장 낮은 것으로 나타났으며, 의료급여 수급에서 탈락한 가구의 부담률이 매우 높은 것으로 나타났다. 손수인 외(2010)의 연구에서는 2005년 한국복지패널자료를 이용하여 전체가구와 일반가구, 저소득가구로 구분한 후 지불능력을 실제 식료품비를 제외한 가구 생활비지출로 정의하고 과부담의료비 발생률을 파악하였다. 분석결과, 일반가구에 비해 저소득가구의 과부담의료비 발생률이 현저하게 높았으며, 의료보장 유형이 의료급여인 집단보다 건강보험인 집단에서 더 높게 나타났다. 이를 통해 우리나라 의료보장제도의 낮은 보장성을 지적하였다.

한편 과부담의료비 지출의 발생요인을 분석한 연구를 살펴보면, 우선 김학주(2008)의 경우 빈곤층 가운데 65세 이상 노인가구와 여러 개의 만성질환을 보유한 가구주 가구에서 의료비 지출 부담이 높은 것으로 나타났다. 손수인 외(2010)의 연구에서는 가구주가 여성, 노인, 미취업자일 때, 교육수준이 낮을 때, 배우자가 없을 때, 주관적 건강상태가 좋지 않을 때 및 가구의 소득수준이 낮고, 만성질환을 보유한 가구원이 있을 때 발생 위험이 높은 것으로 나타났다. 김수정·허순임(2011)의 연구에서는 가구주의 낮은 교육수준, 미취업상태, 가구원 중 장애인이나 만성질환자, 노인이 있고 가구원 수가 적을 때 과부담의료비 발생위험이 높은 것으로 나타났다. 최정규 외(2011)의 경우 가구주의 나이가 65세 이상인 경우, 저소득 가구인 경우, 가구원 중 만성·중증질환자가 있는 경우 과부담의료비 발생위험이 높아지는 것으로 나타났다. 김교성·이현옥(2012)의 연구에서는 가구주가 여성일 때, 건강상태가 나쁠 때, 노인가구원 및 만성질환 가구원이 있을 때, 가구의 소득수준이 낮을 때 과부담의료비 발생위험이 높은 것으로 나타나며, 건강보험 직장가입자가 지역가입자에 비해 상대적으로 높는데 비해 의료급여 수급자의 지출 가능성은 낮은 것으로 나타났다. 이를 바탕으로 건강보험 지역가입자에 대한 보험료 지원과 본인부담금 완화 등의 개선이 필요하다는 주장을 하였다. 이러한 선행연구에 대한 검토를 바탕으로 미충족의료 경험과 과부담 의료비지출 발생에 영향을 주는 주요한 요인으로 가구주 성별, 건강상태, 연령, 소득수준, 의료보장 유형 등이 있다고 할 수 있다.

한편, 6개월 혹은 1년 이상 계속되는 만성질환(chronic disease)은 비감염성질환(non-communicable diseases, NCDs)이라고도 하며, 전 세계 사망과 장애의 주요 원인으로 꼽힌다. 2013년 사망원인통계에 따르면 우리나라 국민의 62.3%가 암, 심뇌혈관질환, 당뇨병, 만성호흡기질환으로 사망한 것으로 나타났는데(통계청, 2014), 이러한 만성질환으로 야기되는 질병의 사회적 부담은 인구의 급속한 고령화로 인해 갈수록 증대되고 있다.

그런데 이러한 만성질환은 특히 사회경제적 위치에 따른 건강 불평등을 초래하기 때문에 눈여겨 볼 필요가 있다. 일반적으로 중증도가 높다고 사회적으로 인식된 질환, 즉 암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성질환의 경우 집중적인 의료비 발생으로 인한 해당 가구의 빈곤화 가능성을 우려하여 보장성을 점차 늘려가고 있다. 뿐만 아니라 해당 질환을 건강보험에 포함하여 급여화하는 방안을 추진 중이며, 따라서 많은 중증질환 보유 가구의 부담이 점차 줄어들고 있다. 그러나 건강불평등 발생을 보다 심도 있게 살피기 위해서는 만성질환으로 인한 의료비 발생을 간과할 수 없다. 우리나라 성인에서 소득수준에 따라 나타나는 만성질환 유

병률을 분석한 연구에 의하면, 성별과 관계없이 대부분의 만성질환이 소득수준이 높을수록 감소하는 것으로 나타났는데(질병관리본부, 2014), 이는 사회경제적으로 취약한 집단이 그렇지 않은 집단보다 만성질환에 이환될 가능성이 높고, 역으로 수입의 감소, 의료비 지출 등으로 사회경제적 취약성이 심화될 수도 있다는 의미이다. 따라서 소득이 낮은 집단에서 만성질환으로 인한 부담은 경제적 어려움을 가중시킬 수 있다는 점에서 주목할 필요가 있다. 이와 더불어 기존에 이루어진 사회경제적 계층 간 건강 불평등을 측정하는 연구에서 주요한 변수로 ‘사망’과 함께 ‘만성질환 유병(자각된 만성질환 증상보유 상태)’, ‘건강상태에 대한 주관적 인식’, ‘장기적 장애’, ‘장기적인 건강문제 보유’를 주로 사용해 온 데에서도(김혜련, 2005) 만성질환 유병이 건강불평등을 가늠하는 데에 주요하게 작용하는 것이라는 것을 알 수 있다.

기존의 만성질환과 의료비 지출 관련 연구를 살펴보면, 잠재적 빈곤가구를 고려하여 분석한 경우는 충분하지 않다. 우리나라의 건강보장체계에서 의료급여 제도에 포괄되지 못한 저소득층에 대해서는 아직까지 중요성이 크게 고려되지 못하고 있는 것으로 볼 수 있다. 물론 현재 차상위계층대상 본인부담경감제도가 있으나 이는 중위소득 50%수준으로 살아가는 가구를 그 대상으로 한정하며, 그 수준 역시 충분하지 못한 상황이다. 결국 잠재적 빈곤가구는 일반가구와 마찬가지로 건강보험제도 대상이 되며, 의료이용 시 상당한 본인부담금을 부담해야 한다. 혹여 지속적인 건강관리가 필수적인 만성질환 보유가구가 잠재적 빈곤가구일 경우 가구의 의료비 부담 문제는 심각해지게 된다.

이러한 내용을 바탕으로 만성질환이 있는 이들이 소득계층별로 의료비 부담에 있어 어떠한 차이를 보이는지 세부적으로 분석해 볼 필요가 있다는 것을 알 수 있다. 현재까지는 소득계층에 따라 낮은 사회경제적 위치에 놓여있을수록 만성질환 유병률이 높게 나타난 것으로 알려졌는데, 이것이 구체적으로 과부담의료비와 미충족의료 발생과 어떠한 양태를 보이고 있는지에 대해서는 좀 더 연구가 이루어질 필요가 있다. 특히 의료보장유형에 따라 일반가구와 잠재적 빈곤가구, 의료급여 수급가구의 의료비부담과 미충족의료 수준을 비교해 보는 것은 건강보장체계의 틀 내에서 발생하는 건강불평등을 가늠하는 데에 있어 큰 의미가 있을 것으로 판단된다. 본 연구에서는 이러한 분석을 통해 잠재적 빈곤가구의 의료접근성 개선을 위한 정책적 함의를 도출할 수 있을 것으로 기대한다.

3. 연구방법

1) 분석자료 및 대상

본 연구는 한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소가 매년 공동으로 생산하는 한국복지패널(KOWEPS)의 9차년도 자료를 이용하였다. 이 자료는 2014년도에 조사된 것으로 2013년의 가구 상황을 반영하며, 전체 가구 수는 총 7,053가구이다. 분석에 사용된 연구대상은 전체 가구 중 만성질환을 앓고 있는 가구원이 있는 5,606가구이다. 한국복지패널에서 만성질환으로 분류하여 조사하고 있는 항목은 암, 관절염, 위염, 만성간염 등을 포함한 총 33개의 카테고리이다. 이 중 본 연구에서 분석에 포함한 질환은 급성질환, 희귀난치성질환을 제외한 29개의 질환이다.⁴⁾ 만성질환을 앓고 있는 이들이 가구에 해당하는 경우는 그 중 4,647가구로 전체의 약 83%에 해당한다. 이들을 소득계층별로 일반가구와 중위소득 60% 이하에 해당하는 저소득가구로 2차 분류 후, 저소득가구를 의료급여 수급여부에 따라 3차 분류하여 최종 분석대상으로 삼았다. 한국복지패널 자료에서 제공하는 보건의료비는 입원비, 외래진료비, 치과진료비, 수술비, 약값, 건강진단비, 건강보조식품 및 보건의료용품(안경, 콘택트렌즈 등) 구입비 등을 포함한 가구단위로 측정되고 있다. 따라서 본 연구의 분석단위는 개인이 아닌 ‘가구’임을 밝혀둔다.

2) 변수의 측정 및 분석방법

(1) 종속변수

본 연구에서는 만성질환 보유 저소득층 가구의 과부담의료비 지출발생 여부와 미충족 의료 경험 여부를 주요 종속변수로 설정하였다. 과부담의료비 지출수준은 소득에서 의료비가 차지하는 비율로 측정한다. 먼저 과부담의료비의 경우 Wagstaff와 Van Doorslaer(2003)가 제안한 기준과 방법에 따라 ‘지불능력 대비 의료비부담’을 과부담의료비로 정의하였다. 이

4) 흔히 중증질환이라고 분류되는 암·심장·뇌혈관·희귀난치성질환 중, 희귀난치성질환을 제외한 암·심장·뇌혈관질환이 있는 이들이 만성질환을 중복 보유하고 있어 본 연구의 분석대상에 포함되었다. 그러나 이들은 분석대상 중 2.9%로 그 크기가 크지 않으며, 이들의 93%는 6개월 이상 투병하고 있어 이미 만성질환화 되었다고 할 수 있다. 또한 이들을 제외한 나머지 대상자들(97.1%)이 앓고 있는 만성질환은 관절염, 디스크, 요통, 고혈압이 그 대다수를 차지하고 있다는 것을 밝혀둔다.

를 수식으로 나타내면 아래와 같다.

$$\text{지불능력대비 의료비부담 (과부담의료비)} = \frac{\text{보건의료비}}{\text{총생활비} - \text{식료품비}}$$

또한 연구자에 따라 지불능력 대비 보건의료비의 비중 각 5%, 10%, 20%, 30%, 40%의 기준을 활용하여 과부담의료비 지출가구 여부를 판단하는데, 본 연구 역시 선행연구와의 비교 용이성을 위해 보편적으로 많이 활용되고 있는 10%, 20%, 30%, 40%를 기준으로 하여 과부담의료비 지출 가구 여부를 살펴보았다.

연구의 또 다른 종속변수인 미충족의료의 개념은 한국복지패널 자료에서 제공하고 있는 ‘경제적인 이유로 본인이나 가족 중 의료 이용을 하지 못한 경험이 있는지’의 여부로 한정하여 측정하였다.

(2) 독립변수

본 연구에서 사용한 주요 독립변수는 소득수준에 따른 의료보장 형태이며 이는 대상 가구의 소득수준과 의료보장 형태를 동시에 고려하는 변수이다. 우리나라 의료보장 체계는 크게 전 국민 건강보험제도와 빈곤층을 대상으로 한 의료급여제도로 구분된다. 본 연구는 잠재적으로 빈곤한 가구라 볼 수 있으나, 의료급여 수급을 받지 못하는 이들의 미충족의료 경험과 과부담의료비 발생여부를 파악하는 것이 주된 목적이므로 일반 건강보험가구와 잠재적 빈곤가구(중위소득 60% 이하이지만 수급에서 배제된 가구, 차상위계층과 차차상위계층), 의료급여 수급자로 구분하여 분석에 사용하였다. 법률상 차차상위계층에 대한 기준이 따로 마련되어 있는 것은 아니다. 그럼에도 잠재적 빈곤가구의 기준을 중위소득 60%로 설정한 이유는 지방자치단체나 여러 기관에서 최저생계비의 150%를 기준으로 빈곤하다고 여겨지는 집단을 차차상위계층으로 분류하고 여러 가지 지원을 실제 제공하고 있기 때문이다 (한신실·장동열, 2014). 또한 과부담의료비와 미충족의료를 고려할 때에는 일반 차상위계층 뿐만 아니라 차차상위까지 포괄해야 한다는 연구자의 의도가 반영된 것이기도 하다. 즉, 의료급여제도에 포괄되지 못하는 보다 많은 저소득가구를 포함하기 위해 본 연구에서는 중위소득 60% 까지 확대하여 사용하였으며, 이들을 모두 ‘잠재적 빈곤가구’라는 용어로 통일하여 본 연구에 활용하였다.⁵⁾

5) 또한 선행연구(손수인 외, 2010)와의 비교용이성을 위함이기도 하다.

(3) 통제변수

통제변수는 선행연구를 통해 과부담의료비 지출과 미충족 의료에 영향을 미치는 요인으로 밝혀진 주요 변수들을 선정하였다. 가구주 수준의 변수로는 가구주 성별, 연령, 교육수준, 근로능력을 포함하였고, 가구수준 변수는 가구원 수, 주거점유형태, 건강보험 미납경험의 변수를 포함하였다. 또한 세부적인 분석을 위해 만성질환을 앓고 있는 이들의 연령분포를 추가하였다. 분석에 포함된 주요변수에 대한 간략한 내용은 아래 [표 1] 에 정리하였다.

[표 1] 변수의 구성

변수	설명	
종속변수	과부담의료비 발생여부	지불능력대비 보건의료비 지출이 역치 10%, 20%, 30%, 40% 이상일 경우 과부담의료비 지출 가구
	미충족의료	돈이 없어 본인이나 가족이 필요한 의료서비스를 이용하지 못한 경험이 있으면 미충족 의료 가구
독립변수	소득수준에 따른 의료보장형태	건강보험가구 잠재적 빈곤가구(중위소득 60% 이하이지만 수급에서 배제된 가구) 의료급여 수급
통제변수	가구주 성별	남, 여
	가구주 연령	65세 미만, 65세 이상
	가구주 교육수준	고등중퇴, 고졸이상
	가구주 근로능력	근로능력 없거나 미약, 근로가능
	가구원수	3명 이하, 4명 이상
	주거점유형태	임대, 자가
	건강보험 미납경험	없음, 있음
	만성질환보유자 연령	50세 미만, 50-65세, 65세 이상

본 연구에 사용된 분석방법은 기술적 분석의 빈도분석과 교차분석, 그리고 로지스틱 회귀분석이다. 우선 빈도분석과 교차분석을 이용하여 연구대상의 일반적 특성을 파악하였으며, 대상을 의료보장형태에 따라 3개의 가구유형별로 구분하여 속성별 미충족의료 발생과 과부담의료비 지출발생 여부를 조사하였다. 이후 로지스틱 회귀분석을 이용하여 가구의 미충족의료 발생과 과부담 의료비 지출 발생에 영향을 미치는 요인을 규명하였으며, 모든 분석은 stata 13을 사용하였다.

4. 연구결과

1) 미충족의료 및 과부담의료비 현황 분석

본 연구의 분석에 포함된 만성질환 보유 가구의 일반적 특성은 다음과 같다. 전체 가구 중 일반 건강보험의 적용을 받는 가구는 88.2%이며, 의료급여 수급대상 가구는 11.8%이다. 실제 의료급여 수급대상은 전체 국민의 3% 정도로 집계되고 있으나, 한국복지패널은 표본 유실 및 통계적 유의미성을 고려하여 저소득층이 과표집된 바 있어 본 연구에서 의료급여 수급 대상 가구가 다소 높게 나온 것으로 볼 수 있다. 전체 가구 중 남성가구주인 가구는 66.4%이고 여성가구주는 33.6%이며, 가구주 연령은 65세 미만이 45.6%이며, 65세 이상이 54.4%로 조사되었다. 가구주의 근로능력이 미약하거나, 단순근로가 가능한 가구는 85.6%이고, 일반적인 근로가 가능한 가구는 14.4%로 나타났다. 주거점유 형태가 임대인 가구는 58.8%로 자가인 가구 41.2%보다 다소 높았으며, 건강보험료를 미납한 경험이 있는 가구는 0.9%로 나타났다. 한편 만성질환을 앓고 있는 이들의 연령대는 50세 미만이 18.5%, 50-65세가 25.3%, 65세 이상이 56.2%로 조사되었다. 기존의 만성질환 관련 연구들은 65세 이상의 노인만을 대상으로 분석하였는데, 본 연구에서는 65세 미만 만성질환 보유자가 분석대상의 43.8%로, 전 연령층을 포괄하고자 한 연구의 의도가 잘 반영되었다고 할 수 있다.

지불능력 대비 보건의료비 지출의 비중이 10%가 넘는 과부담의료비 지출가구는 전체의 41.1%이고, 보건의료비 지출이 20% 이상인 가구는 21.6%, 30% 이상인 가구는 11.8%, 40% 이상인 가구는 6.6%인 것으로 조사되었다. 이는 일반가구를 대상으로 분석한 기존의 연구와(이태진, 2003; 손수인 외, 2010; 송은철 외, 2010; 최정규 외, 2011; 김교성·이현옥, 2012; 이태진 외, 2012) 비교했을 때 크게 높은 수치이다. 그 이유로 본 연구는 만성질환 보유 가구원이 있는 가구를 연구의 대상으로 한정하여 분석하였기 때문으로 추정된다.

한편 미충족의료를 경험한 가구는 2.1%로 조사되었는데, 이는 같은 복지패널 분석 자료를 이용하였을 때 1.4%로 조사된 김교성·이현옥(2012)의 연구에 비해 다소 높은 결과이다. 이러한 결과는 만성질환의 경우 지속적이고 꾸준한 관리가 필요해 연중 의료이용이 이루어지는데 반해 보장성이 낮아 개인이 부담해야 하는 의료비가 과도하게 나타났기 때문으로 해석할 수 있다. 중증질환의 경우 본인부담금 경감정책이 여러 방면에서 이루어지고 있

지만 만성질환은 그렇지 않아, 경제적인 이유로 인해 의료욕구가 있음에도 불구하고 치료 시기를 미루어 제때 의료이용을 하지 못하는 경우가 발생할 수 있는 것이다. 자세한 대상가구의 일반적 특성에 관하여는 아래 [표 2]에 제시하였다.

[표 2] 대상 가구의 일반적 특성(N=5,606)

구분		빈도	백분율(%)	구분		빈도	백분율(%)
소득계층	건강보험	2,850	50.9	근로능력	근로가능	806	14.4
	잠재빈곤층	2,093	37.3		근로능력미약	4,800	85.6
	의료급여	663	11.8				
가구주 성별	남	3,721	66.4	주거접유 형태	자가	2,307	41.2
	여	1,885	33.6		임대	3,299	58.8
만성질환 보유자 연령분포	50세미만	1,038	18.5	건보요금 미납경험	없음	5,554	99.1
	50-65세	1,417	25.3		있음	52	0.9
	65세이상	3,151	56.2				
가구주 연령	65세미만	2,558	45.6	10% 이상 과부담지출	미발생	3,304	58.9
	65세이상	3,048	54.4		발생	2,302	41.1
가구주 교육수준	고등중퇴	3,790	67.6	20% 이상 과부담지출	미발생	4,397	78.4
	고졸이상	1,816	32.4		발생	1,209	21.6
가구원수	3명이하	4,487	80.0	30% 이상 과부담지출	미발생	4,943	88.2
	4명이상	1,119	20.0		발생	663	11.8
미충족의료 경험여부	미발생	5,492	97.9	40% 이상 과부담지출	미발생	5,236	93.4
	발생	114	2.1		발생	370	6.6

2) 가구 특성에 따른 미충족의료 및 과부담의료비 발생 경험

이어서 세부적으로 가구 특성에 따른 미충족 의료 경험과 과부담의료비 발생 현황을 살펴 보기 위하여 교차분석을 실시하였다. 우선 미충족의료 경험의 경우 분석결과 여성가구주일 경우(남성 1.5% < 여성 3.0%), 가구주 연령이 높을수록(65세 미만 1.6% < 65세 이상 2.4%) 미충족의료 경험 발생이 높은 것으로 나타났다. 또한 가구원 수가 3명 이하인 경우(2.3%)에 4명 이상인 경우(0.8%)보다 미충족의료 경험 발생비율이 높은 것으로 나타났는데, 이는 1인

또는 2인 노인가구주의 미충족의료 발생 경험의 높게 나타난 선행연구와 일치하는 결과이다. 만성질환을 보유한 이들의 연령에 따른 미충족의료 경험을 세부적으로 분석한 결과 연령이 높을수록 (50세 미만 0.9% < 50-65세 2.1% < 65세 이상 2.4%) 높은 것으로 조사되었다. 기존의 연구에서는 만성질환을 고려할 때 65세를 기준으로 하여 중장년층에 관하여는 간소한 측면이 있는데, 본 연구에서 65세 이상과 50-65세의 발생률이 비슷한 수치로 나왔다는 점에서 깊이 고려해볼 필요가 있다. 현재의 노인의료비 경감 정책은 65세를 기준으로 하고 있는데, 본 연구의 결과를 미루어 볼 때 50세-65세이지만 만성질환을 앓고 있는 이들은 정책대상자가 아니기 때문에 의료비를 모두 개인이 부담해야 하며, 이에 필요한 의료이용을 하지 못하게 되는 경우가 있는 것이다.

한편 건강보험료를 미납한 경험이 있는 경우 미충족 의료 발생경험이 두드러지게 높게 나타났다(25.0%). 전체 대상가구 중 건강보험료 미납가구의 비중이 높지 않음에도(0.9%) 불구하고, 이들 중 많은 비중에서 미충족의료를 경험했다는 점은 주목해 볼 필요가 있다. 이들은 건강보험료 체납으로 인해 의료 이용시 발생하는 본인부담금을 충당하지 못해 애초에 의료이용을 하지 못했을 가능성이 높으며, 결과적으로 만성질환을 제대로 관리하지 못할 위험성이 특히 높은 집단이라 할 수 있다.

소득계층별 의료보장 형태에 따른 미충족의료 발생 경험은 건강보험 가입자(0.6%)에 비해 잠재적 빈곤가구(3.3%)가, 그리고 그에 비해 의료급여 수급자(4.1%)가 높은 것으로 나타났다. 잠재적 빈곤가구의 경우 일반 건강보험 가입자와 동일한 의료보장을 적용받고 있지만, 빈곤선에 가까운 소득계층으로 의료비 부담이 상대적으로 클 수 있다. 현재 차상위계층을 대상으로 하는 본인부담경감 정책이 있지만, 이는 어디까지나 건강보험 적용 의료서비스에 국한되는 사항이며, 비급여진료에 대해서는 예외이다. 따라서 실질적으로 차상위계층에 있는 이들의 경우 의료비 발생으로 인해 의료이용에 제약을 받을 가능성이 크게 된다. 의료급여 수급자의 경우 잠재적 빈곤가구보다 미충족의료 경험이 비슷한 수준이지만 다소 높은 것으로 조사되었는데, 의료급여 혜택의 제도권 내에 있음에도 불구하고 미충족의료 발생이 높게 나타난 점으로 미루어 보아 현재의 의료급여 정책의 수준이 이들의 의료요구나 필요에 비해 턱없이 낮은 수준이기 때문이라 해석할 수 있다. 가구 특성에 따른 미충족의료 발생경험에 관련된 자세한 분석결과는 아래 [표 3]에 제시되어 있다.

[표 3] 미충족의료 경험 발생가구 비율(N=5,606)

구분		미발생	발생	χ^2
가구주 성별	남	3,664 (98.5)	57 (1.5)	13.98***
	여	1,828 (97.0)	57 (3.0)	
가구주 연령	65세 미만	2,518 (98.4)	40 (1.6)	5.21**
	65세 이상	2,974 (97.6)	74 (2.4)	
만성질환 보유자 연령	50세 미만	1,029 (99.1)	9 (0.9)	9.04**
	50-65세	1,387 (97.9)	30 (2.1)	
	65세 이상	3,076 (97.6)	75 (2.4)	
가구주 교육수준	고등중퇴	3,717 (98.1)	73 (1.9)	0.67
	고졸이상	1,775 (97.7)	41 (2.3)	
가구원수	3명이하	4,382 (97.7)	105 (2.3)	10.60***
	4명이상	1,110 (99.2)	9 (0.8)	
근로능력	근로가능	778 (96.5)	28 (3.5)	9.80***
	근로능력 미약	4,714 (98.2)	86 (1.8)	
주거점유형태	자가	2,227 (96.5)	80 (3.5)	40.47***
	임대	3,265 (99.0)	34 (1.0)	
건보미납경험	없음	5,453 (98.2)	101 (1.8)	138.96***
	있음	39 (75.0)	13 (25.0)	
소득계층별 의료보장	건강보험대상가구	2,833 (99.4)	17 (0.6)	61.43***
	잠재적 빈곤가구	2,023 (96.7)	70 (3.3)	
	의료급여수급가구	636 (95.9)	27 (4.1)	

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

다음은 가구 특성에 따른 과부담의료비 지출 현황을 살펴보기 위해 교차분석을 한 결과이다. 분석결과, 모든 역치수준에서 가구주가 여성일 경우, 가구주의 연령이 높을수록(65세 이상) 과부담 의료비 발생 비율이 현저하게 높게 나타났다. 또한 가구원 수가 3명 이하일 경우 그 이상인 경우에 비해 발생비율이 크게 높게 나타났는데, 이는 앞서 살펴본 바와 같이 1인 또는 2인 노인 가구의 비중이 높은 것과 무관하지 않으며, 근로가능 가구원 수가 적기 때문이라고도 해석할 수 있다. 그에 반해 가구주가 일반적인 근로가 가능한 경우 근로능력이 미약한 경우에 비해 상대적으로 과부담의료비 지출 발생이 높게 나타났는데, 만성질환의 경우 중증질환과 달리 일상생활을 수행하며 일반적인 근로가 가능하기 때문이라고 볼 수 있다. 그러나 연구대상 중 가구주가 일반적인 근로가 가능하다고 응답한 이들이 14.4%에 불과한데 이들 중 많은 비중이 과부담의료비 발생이 높게 나타났다는 점에 대해 깊이 고민이 필요하다. 근로능력이 미약하다고 답변한 이들의 과부담의료비 발생이 상대적으로 낮게 나

타난 점은 이들의 미충족의료 경험이 그만큼 높기 때문이라고 해석할 수 있는 것이다. 또한 건강보험료 미납경험이 있는 경우 모든 역치수준에서 과부담의료비 지출발생 비율이 매우 낮은 수준으로 나타났는데, 이 역시 근로능력이 미약한 이들과 마찬가지로 미충족의료가 높은 것과 연관 지을 수 있다. 즉, 의료비에 대한 부담으로 의료이용량 자체가 적기 때문에 과부담의료비 발생률이 낮은 것이다.

한편 소득계층별 의료보장 형태에 따라서는 모든 역치 수준에서 잠재적 빈곤가구의 과부담의료비가 가장 크게 발생했는데, 이들이 미충족의료 경험도 높으면서 동시에 과부담의료비 역시 높다는 점은 주의 깊게 살펴야 하는 지점이다. 의료급여 수급자의 경우도 10%를 제외한 모든 역치 수준에서 일반가구에 비해 다소 높은 것으로 나타났다. 가구특성별 과부담의료비 지출 발생에 관한 자세한 분석 결과는 아래 [표 4]에 제시되어 있다.

[표 4] 과부담 의료비지출 발생가구 비율(N=5,606)

구분		10% 이상 지출			20%이상 지출			30% 이상 지출			40% 이상 지출		
		미 발생	발생	χ^2	미 발생	발생	χ^2	미 발생	발생	χ^2	미 발생	발생	χ^2
가구주 성별	남	2,390 (64.3)	1,331 (35.7)	128.11***	3,046 (81.9)	675 (18.1)	76.78***	3,356 (90.2)	365 (9.8)	43.19***	3,533 (94.9)	188 (5.1)	42.99***
	여	914 (48.5)	2,390 (51.5)		1,351 (71.7)	534 (28.3)		1,587 (84.2)	298 (15.8)		1,703 (90.3)	182 (9.7)	
가구주 연령	65세 미만	1,990 (77.8)	568 (22.2)	691.36***	2,330 (91.1)	228 (8.9)	445.29***	2,453 (95.9)	105 (4.1)	269.01***	2,500 (97.7)	58 (2.3)	143.27***
	65세 이상	1,314 (43.1)	1,734 (56.9)		2,067 (67.8)	981 (32.2)		2,490 (81.7)	558 (18.3)		2,736 (89.8)	312 (10.2)	
	만성질환 보유자 연령	50세 미만	874 (84.2)		164 (15.8)	699.38***		985 (94.9)	53 (5.1)		452.28***	1,021 (98.4)	
50-65 세	1,047 (73.9)	370 (26.1)	1,261 (89.0)	156 (11.0)	1,340 (94.6)		77 (5.4)	1,375 (97.0)	42 (3.0)				
65세 이상	1,383 (43.9)	1,768 (56.1)	2,151 (68.3)	1,000 (31.7)	2,582 (82.0)		569 (18.0)	2,833 (89.9)	318 (10.1)				
가구주 교육수준	고등 중퇴	2,368 (62.4)	1,422 (37.6)	60.69***	3,058 (80.7)	732 (19.3)	35.08***	3,389 (89.4)	401 (10.6)	17.42***	2,368 (62.5)	1,422 (37.5)	2.64
	고졸 이상	936 (51.5)	880 (48.5)		1,339 (73.7)	477 (26.3)		1,554 (85.6)	262 (14.4)		936 (51.5)	880 (48.5)	
	가구원수	3명 이하	2,355 (52.5)		2,132 (47.5)	386.64***		3,329 (74.2)	1,158 (25.8)		35.08***	3,837 (85.5)	
4명 이상	949 (84.8)	170 (15.2)	1,068 (95.4)	51 (4.6)	1,106 (98.8)		13 (1.2)	1,113 (99.5)	6 (0.5)				

구분		10% 이상 지출			20%이상 지출			30% 이상 지출			40% 이상 지출		
		미 발생	발생	χ^2	미 발생	발생	χ^2	미 발생	발생	χ^2	미 발생	발생	χ^2
근로능력	근로 가능	295 (36.6)	511 (63.4)	194.05***	477 (59.2)	329 (40.8)	206.27***	593 (73.6)	213 (26.4)	192.42***	674 (83.6)	132 (16.4)	145.97***
	근로 능력 미약	3,009 (62.7)	1,791 (37.3)		3,920 (81.7)	880 (18.3)		4,350 (90.6)	450 (9.4)		4,562 (95.0)	238 (5.0)	
주거 점유형태	자가	1,368 (59.3)	939 (40.7)	0.21	1,809 (78.4)	498 (21.6)	0.00	2,023 (87.7)	284 (12.3)	0.87	2,138 (92.7)	169 (7.3)	3.34*
	임대	1,936 (58.7)	1,363 (41.3)		2,588 (78.4)	711 (21.6)		2,920 (88.5)	379 (11.45)		3,098 (93.9)	201 (6.1)	
건보 미납경험	없음	3,269 (58.8)	2,285 (41.2)	1.51	4,353 (78.4)	1,201 (21.6)	1.18	4,895 (88.1)	659 (11.9)	0.86	5,187 (93.4)	367 (6.6)	0.05
	있음	35 (67.3)	17 (32.7)		44 (84.6)	8 (15.4)		48 (92.3)	4 (7.7)		49 (94.2)	3 (5.8)	
소득계층	건강 보험 가구	2,051 (72.0)	799 (28.0)	677.12***	2,484 (87.2)	366 (12.8)	410.23***	2,651 (93.0)	199 (7.0)	185.21***	2,745 (96.3)	105 (3.7)	114.51***
	잠재 빈곤 가구	770 (36.8)	1,323 (63.2)		1,340 (64.0)	753 (36.0)		1,687 (80.6)	406 (19.4)		1,859 (88.8)	234 (11.2)	
	의료 급여 수급 가구	483 (72.8)	180 (27.2)		573 (86.4)	90 (13.6)		605 (91.3)	58 (8.7)		632 (95.3)	31 (4.7)	

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

3) 미충족의료 및 과부담의료비 지출 발생에 영향을 미치는 요인

다음으로 미충족 의료비 및 과부담의료비 지출 발생에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하고 그 결과를 아래에 제시하였다. 우선 미충족의료 발생에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 건강보험료를 체납한 경험이 있는 경우 미충족의료 경험이 15배로 압도적으로 높은 것으로 나타났다. 앞서 언급한 바와 같이 건강보험료를 미납하는 경우에는 건강보험의 혜택을 받지 못하며, 의료이용시 발생하는 의료비의 전액을 개인이 부담해야 한다. 이들은 발생하는 의료비를 충당하지 못해 의료요구가 강함에도 불구하고 애초에 의료이용을 하지 못했을 가능성이 높다. 따라서 이들은 특히 만성질환을 제대

로 관리하지 못할 위험성이 높은 집단이라 할 수 있다. 그러나 건강보험료 미납경험 외의 다른 변수들은 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

다음으로 소득계층별 의료보장 형태가 미충족의료 발생에 미치는 영향을 살펴보면, 일반 건강보험가입자에 비해 잠재적 빈곤가구의 경우 4.14배 더 발생가능성이 높으며, 의료급여수급자는 4.15배 높은 것으로 나타났다. 잠재적 빈곤가구가 건강보험 가입자들과 같은 의료보장 적용을 받지만, 빈곤선 가까이에 놓여 있는 저소득층이기 때문에 의료이용시 발생하는 본인부담금을 감당하지 못해 미충족의료의 경험이 높게 나타난 것으로 해석할 수 있다. 또한 의료급여수급자의 경우 저소득층을 위한 의료보장 제도권 내에 있음에도 불구하고 미충족의료 경험비율이 상대적으로 높은 것은, 이들이 특히 건강에 취약하거나 또는 현재의 의료보장 수준이 매우 불충분함을 의미한다. 미충족의료 발생하는데 영향을 미치는 요인에 관하여 보다 자세한 내용은 아래 [표 5]에 제시되어 있다.

[표 5] 미충족의료 발생 영향요인(N=5,606)

구분 (Reference)		Coef	Std.Err	Odds Ratio
소득계층 (건강보험)	잠재적 빈곤가구	1.409***	(1.28)	4.14
	의료급여	1.416***	(1.43)	4.15
가구주 성별 (남성)		0.038	(0.21)	1.03
가구주 연령 (65세 미만)		0.640	(2.00)	1.89
만성질환 보유자연령 (50세 미만)	50-65세	0.703*	(0.85)	2.01
	65세 이상	-0.092	(1.02)	1.69
가구주 교육수준 (고등중퇴)		0.039	(0.21)	1.07
가구원수 (3명이하)		-0.176	(0.34)	0.77
근로능력 (근로가능)		-0.207	(0.19)	0.82
주거점유형태 (자가)		-0.939***	(0.08)	0.39
건보미납요금 (없음)		2.692***	(5.71)	15.28
상수항		-4.890	(0.00)	0.00
Log likelihood		-490.34691		
LR chi2(11)		133.12		
Prob > chi2		0.0000		
Pseudo R2		0.1195		

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

한편, 과부담의료비 지출 발생에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 다음과 같다. 우선 모든 역치수준에서 가구주 연령이 높을수록(65세 이상), 그리고 가구원 수가 3명 이하인 경우 발생 가능성이 높은 것으로 나타나 선행연구 결과와 일치하는 것으로 분석되었다. 특히 세 부적으로 65세 이상 노인이 만성질환을 앓고 있는 경우의 과부담의료비 발생이 모든 역치 수준에서 가장 높지만, 50-65세 연령대의 경우도 50세 미만에 비해 발생위험이 높은 것으로 나타났다. 65세 이상 노인의 경우 근로연령층이 아니기 때문에 소득이 적은데다 만성질환을 앓고 있는 기간이 길고, 질환의 수가 많거나 또는 중증도가 상대적으로 심해서 과부담의료비 또한 높게 나올 수 있다. 하지만 50-65세 연령대의 과부담의료비 역시 50세 미만에 높다는 점은 눈여겨보아야 하는 지점이다. 또한 가구주가 일반적인 근로가 가능한 경우 모든 역치 수준에서 발생가능성이 높은 것으로 나타났다. 이는 앞서 살펴본 바와 같이 만성질환의 경우 중증질환과 달리 일상생활을 수행해 나가며 일반적인 근로가 가능한 것과 연관 지어 해석할 수 있으며, 또한 이들의 미충족의료 수준이 상당히 높다는 사실도 함께 고려해야 하는 점이다.

소득계층별 의료보장 형태의 경우 모든 역치 수준에서 잠재적 빈곤가구가 일반 가구에 비해 발생 가능성이 높은 것으로 나타나, 건강보험 적용을 받는 저소득층일 경우 더욱 과부담의료비 지출에 있어 취약하다고 볼 수 있다. 반면 의료급여 수급자의 경우 일반 건강보험 가입자에 비해 과부담의료비 지출은 상대적으로 낮은 것으로 분석되었다. 이들의 경우 의료이용시 직접 지불하는 본인부담금 수준이 낮기 때문에 과도한 의료비 지출 발생가능성은 낮을 수 있다. 하지만 앞서 살펴본 미충족의료 경험은 상당히 높은 것으로 나타난 것으로 보아 의료급여 수급자에게 지급되는 보조금 한도 내에서 의료이용을 하고 있으나, 추가적으로 필요한 이용에는 제한을 받고 있다는 것을 알 수 있다. 각 역치별 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인에 대해 자세한 분석결과는 아래 [표 6]에 제시되어 있다.

[표 6] 과부담의료비 지출 발생 영향요인(N=5,606)

구분 (Reference)	10% 이상		20% 이상		30% 이상		40% 이상		
	Coef (S.E)	Odds Ratio	Coef (S.E)	Odds Ratio	Coef (S.E)	Odds Ratio	Coef (S.E)	Odds Ratio	
소득계층 (건강보험)	잠재적 빈곤가구	0.758(0.07)***	2.22	0.586(0.08)***	1.84	0.318(0.10)***	1.39	0.320(0.13)**	1.39
	의료급여	-0.802(0.11)***	0.45	-0.683(0.14)***	0.51	-0.592(0.17)***	0.55	-0.655(0.22)***	0.52
가구주 성별(남성)	-0.061(0.06)	0.97	0.002(0.07)	1.00	0.052(0.09)	1.05	-0.090(0.11)	0.91	

구분 (Reference)	10% 이상		20% 이상		30% 이상		40% 이상		
	Coef (S.E)	Odds Ratio	Coef (S.E)	Odds Ratio	Coef (S.E)	Odds Ratio	Coef (S.E)	Odds Ratio	
가구주 연령 (65세 미만)	0.732(0.21)***	2.07	0.472(0.26)*	1.60	0.395(0.32)	1.48	0.306(0.43)	1.35	
만성질환	50-65세	0.366(0.11)***	1.44	0.495(0.17)***	1.64	0.826(0.27)***	2.28	0.743(0.36)**	2.10
보유자연령 (50세 미만)	65세 이상	0.442(0.23)*	3.12	0.833(0.30)***	3.61	1.269(0.41)***	5.19	1.17(0.53)**	4.33
가구주 교육수준 (고등중퇴)		0.141(0.06)**	1.14	0.123(0.07)*	1.12	0.087(0.08)	1.08	-0.047(0.11)	0.95
가구원수(3명이하)		-0.706(0.10)***	0.50	-1.003(0.16)***	0.37	-1.648(0.29)***	0.19	-1.780(0.43)***	0.16
근로능력(근로가능)		-0.586(0.09)***	0.54	-0.671(0.08)***	0.50	-0.794(0.10)***	0.44	-0.85(0.12)***	0.42
주거점유형태(자가)		-0.158(0.06)**	0.85	-0.12(0.07)*	0.87	-0.170(0.09)*	0.84	-0.21(0.12)*	0.80
건보미납요금(없음)		-0.244(0.32)	0.74	-0.12(0.40)	0.84	-0.036(0.54)	0.94	0.256(0.61)	1.27
Constant	-0.649(0.14)		-1.77(0.18)		-2.645(0.28)		-2.960(0.36)		
Log likelihood	-3215.9847		-2537.7479		-1793.101		-1216.7967		
LR chi2(11)	1159.54		770.02		488.87		292.82		
Prob > chi2	0.0000		0.0000		0.0000		0.0000		
Pseudo R2	0.1527		0.1317		0.1200		0.1074		

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

5. 결론 및 고찰

과도한 의료비 지출은 가계 경제의 파탄을 초래할 수 있고, 때문에 빈곤층으로 전락하는 주된 원인으로 지목되고 있다. 이에 정부는 지속적으로 보장성강화 정책을 내놓고 있지만, 기존의 정책들은 여전히 단편적이며 중증질환 중심으로 이루어지고 있다. 이는 과도하게 발생하는 의료비지출에는 중증질환이 기여하는 바가 높다는 문제의식에서 출발한 것인데, 이러한 노력에도 불구하고 여전히 남아있는 비급여항목과 본인부담금으로 인해 개인의 지속적 의료비지출은 불가피한 상황이다. 또한 중증질환 중심의 보장성강화 정책은 다른 질환과의 형평성 문제도 안고 있는데, 이는 특히 만성질환의 중요성을 제대로 고려하지 못한 정책이라 할 수 있다.

갈수록 만성질환을 앓고 있는 이들이 증가하고 있으며, 그 연령층 또한 낮아지는 추세라는 점에서 만성질환도 중증질환 못지않게 중요하게 고려해야 하는 지점이다. 뿐만 아니라 만성질환의 유병률은 특히 사회경제적 수준과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타나는데, 저소득층 및 단순노동 종사 근로자의 경우, 그렇지 않은 집단에 비해 뚜렷하게 높게 나타난 바 있다. 그러나 만성질환에 대한 의료보장이 충분하지 않은 현 상황에서 저소득층은 의료욕구가 있더라도 치료시기를 미루거나 충분한 치료를 하지 못할 가능성이 높게 되며, 결과적으로 중증질환으로의 이환 가능성도 상대적으로 높아지게 된다.

특히 의료급여 제도의 적용을 받지 못하지만 중위소득의 60% 수준으로 살아가는 이들은 저소득 취약계층임에도 불구하고 자격기준에 부합하지 않아 수급자에서 배제된다. 건강보험과 의료급여의 이분법적 정책구분 하에서 엄격한 기준 탓에 의료급여 수급자가 되지 못한 이들은 일반 건강보험 대상자가 될 수밖에 없다. 결국 의료이용시 높은 본인부담금을 지불해야 하는데, 이는 빈곤층으로 전락하게 만드는 기제로 작용할 수 있다. 이러한 문제의식 하에 본 연구는 의료급여 수급자격이 없는 저소득 취약계층, 즉 잠재적 빈곤층이 만성질환을 보유하고 있을 경우 과부담의료비 지출과 미충족의료 경험의 일반 가구와 의료급여 수급가구와 비교하여 어떻게 나타나는지 분석해 보았다.

분석결과 미충족의료 경험의 경우, 일반 건강보험가입자에 비해 잠재적 빈곤가구의 경우 4.14배 더 발생가능성이 높으며, 의료급여 수급자는 4.15배 높은 것으로 나타났다. 이는 잠재적 빈곤가구가 건강보험 가입자들과 같은 의료보장 적용을 받지만, 빈곤선 가까이에 놓여 있는 저소득층이기 때문에 의료이용시 발생하는 본인부담금을 감당하지 못해 미충족 의료의 경험이 높게 나타난 것으로 해석할 수 있다. 또한 의료급여 수급자의 경우 저소득층을 위한 의료보장 제도권 내에 있음에도 불구하고 미충족의료 경험비율이 상대적으로 높은 것은, 이들이 특히 건강에 취약하거나 또는 현재의 의료보장 수준이 매우 불충분함을 의미한다.

한편 과부담의료비 발생의 경우 모든 역치 수준에서 잠재적 빈곤가구가 일반 가구에 비해 발생 가능성이 높은 것으로 나타나, 이들이 더욱 과부담의료비 지출에 있어 취약하다고 볼 수 있다. 반면 의료급여 수급자의 경우 일반 건강보험 가입자에 비해 과부담의료비 지출은 상대적으로 낮은 것으로 분석되었다. 이들의 경우 의료이용시 직접 지불하는 본인부담금 수준이 낮기 때문에 과도한 의료비 지출 발생가능성은 낮을 수 있다. 하지만 앞서 살펴본 미충족의료 경험은 상당히 높은 것으로 나타난 것으로 보아 의료급여 수급자에게 지급되는

보조금 한도 내에서 의료이용을 하고 있으나, 추가적으로 필요한 이용에는 제한을 받고 있다는 것을 알 수 있다. 과부담의료비는 절대적 지출 크기가 아니라 가구의 부담능력에 따른 상대적 크기의 개념으로, 따라서 소액이더라도 지속적으로 꾸준한 관리가 필요한 만성질환의 경우 저소득층에게는 부담이 될 수 있다는 결론을 내릴 수 있다.

이상의 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 정책적 함의를 제시하고자 한다. 첫째, 저소득층임에도 불구하고 의료급여 수급에서 배제된 잠재적 빈곤가구에 대한 급여확대가 필요하다. 의료급여제도로 포함되지 못해 발생하는 사각지대에는 의료욕구가 긴요한 저소득 만성질환 보유자들이 있으며, 이들은 의료이용에 제약을 받고 있다. 수시로 의료기관을 이용할 수밖에 없는 만성질환자들은 과도한 본인부담금으로 인해 필요한 의료서비스를 제대로 받지 못하거나 빈곤층으로 전락할 가능성이 높다. 그럼에도 불구하고 이들을 대상으로 하는 의료보장이 제대로 존재하지 않아 사각지대가 발생하고 있는 것이다. 물론 현재 차상위 계층을 대상으로 하는 본인부담경감제도가 있지만, 이는 중위소득 50%만을 대상으로 하며 건강보험 대상인 의료서비스에 국한되기 때문에 여전히 개인이 부담해야 하는 부분은 비급여를 포함해 상당한 실정이다. 따라서 중위소득 60%수준에 있는 이들까지 의료비 부담을 완화해 주고, 동시에 필요로 하는 의료이용을 적시에 할 수 있도록 보다 세부적이고 깊이 있는 정책적 대안이 마련되어야 할 것이다. 둘째, 중증질환 중심 보장성강화 정책에서 한걸음 더 나아가 만성질환에 대한 고려 역시 세심하게 이루어져야 할 것이다. 물론 2006년 1월 이후 기존의 요양급여 일수 365일 제한을 폐지하여 연중 의료기관을 이용해야 하는 만성질환자의 편의를 도모한 바 있다. 그러나 과도한 의료비지출과 미충족 의료경험이 여전히 나타나고 있다는 것을 본 연구를 통해 알 수 있었다. 따라서 사회경제적으로 취약한 계층에게 유병률이 높으며, 갈수록 절대적인 발생률 또한 높아지고 있는 만성질환과 관련하여 의료이용의 제약을 없앨 수 있도록 세부적 정책이 수립되어야 할 것이다. 셋째, 의료급여 수급자에 대한 지원범위도 함께 확대되어야 한다. 본 연구에서 분석한 바에 의하면 의료급여 수급자의 경우 과부담의료비 발생률은 가장 낮지만, 동시에 미충족의료 경험 비율이 굉장히 높은 것으로 드러났다. 이는 의료급여 수급자의 경우 특히나 건강이 취약한 저소득층이지만 그만큼 충분한 의료보장이 이루어지지 않기 때문이며 결과적으로 현재의 보장수준이 턱없이 낮기 때문이라고 할 수 있다. 따라서 이들을 대상으로 하는 보장 역시 현재의 수준에서 더욱 확대될 필요가 있다. 마지막으로, 65세 이상 노인을 대상으로 하는 노인의료비 정액제에 대한 심도 있는 검토가 필요하다. 의원급에서 65세 이상 노인이 부담해야 하는 의료비는 총진

료비 15,000원 이상일 경우 정액 1,500원, 15,000원 이하일 경우 정률 30% 인데, 올해 2015년 1월 1일부터 의원급 의료수가가 오름과 동시에 노인이 부담해야 하는 의료비 역시 크게 오른 상황이다. 의원에 내원하는 노인의 경우 만성질환을 앓고 있는 경우가 많은데, 특히 연령대가 높을수록 과부담의료비 발생률이 높다고 분석된 본 연구결과에 비추어 볼 때 이들이 부담해야 하는 의료비가 갑작스레 높아지는 것은 이들의 의료접근성을 저해하는 요인으로 작용할 가능성이 크다. 따라서 의원급 노인의료비 정액제에 대해 빠른 재조정이 필요한 상황이다.

본 연구에는 암, 뇌혈관질환을 앓고 있는 대상자가 일부 포함되었는데, 그 크기가 2.9%로 크지 않고 이미 6개월 이상 투병하여 이미 만성질환화 되었다고 판단하고 분석하였다. 이들을 제외한 대부분의 대상자가 고혈압, 관절염 등을 앓고 있어 대상자 선정에 무리가 없다고 판단하였으나, 향후 이루어지는 연구에서는 이들을 제외하고 엄밀한 분석이 이루어질 필요가 있다.

위와 같은 한계점에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 의의를 지닌다. 첫째, 소득과 의료보장 형태를 동시에 고려하여 분석하였다. 동일한 의료보장에 속하더라도 소득수준에 따라 개인의 의료이용은 달라질 수 있다. 건강보험 가입자를 소득수준에 따라 건강보험 가입자와 잠재적 빈곤가구(차상위와 차차상위)로 나누어 의료급여 수급자와 각각 비교하여 분석했다는 점에서 선행연구와의 뚜렷한 차별성을 지닌다. 둘째, 미충족의료와 과부담의료 발생을 동시에 고려하여 분석하였다. 기존의 연구는 대부분 과부담의료비 또는 미충족의료 경험 중 하나의 결과만을 분석하였는데, 저소득층의 경우 특히 이 두 개념간의 상충관계가 존재한다고 할 수 있다. 일례로 본 연구의 의료급여 수급자가 일반가구에 비해 과부담의료비 발생이 낮게 나타난 것은 미충족의료 경험 비율이 높게 나타난 결과와 함께 해석해야 하는데, 이와 같이 해석의 오류를 피하고 정확한 분석을 위해 두 개념을 동시에 고려해야 할 필요가 있다. 마지막으로 본 연구는 만성질환을 보유하고 있는 잠재적 빈곤층을 대상으로 하여 과부담의료비 및 미충족의료비 경험 발생에 대해 분석하였다. 즉, 현재 중증질환 중심의 보장성강화 정책 흐름에서 소외되어 있는 만성질환 보유자의 현황을 살펴보고 이들을 위한 세부적인 정책의 중요성을 강조하였다는 데에 그 의의가 있다. 본 연구를 통해 질병과 빈곤이라는 이중고를 겪고 있는 이들이 하루빨리 제도의 사각지대를 벗어날 수 있도록 세부적인 정책이 마련되어 누구나 소득과 관계없이 필요한 기본적 의료권을 누릴 수 있길 기대해 본다.

■ 참고문헌 □

- 강영호(2005). 우리나라의 사회경제적 건강불평등: 현황과 기전. 한국사회학회 사회학대회 논문집. 147-155.
- 김교성, 이현옥(2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로. 사회복지정책. 39(4). 255-279.
- 김대환(2015). 건강보험의 질병 간 비용부담의 형평성 제고 방안. 보험금융연구. 79. 85-107.
- 김미곤, 여유진, 김윤영(2015). 최저생계비 이하 비수급빈곤층의 생활실태 조사: 신경망 분석을 통한 수급자와의 비교분석. 생명연구. 35. 101-144.
- 김수정, 허순임(2011). 우리나라 가구 의료비 부담과 미충족 의료 현황: 의료보장형태와 경제적 수준 중심으로. 보건경제와 정책연구. 17(1). 47-70.
- 김진구(2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로. 사회복지연구. 27(3). 91-122.
- 김진희(2011). 근로자의 사회경제적 지위와 건강행태, 주관적 건강수준의 관련성: 남녀 차이를 중심으로. 보건교육건강증진학회지. 28(1). 57-67.
- 김창엽(2009). 건강보장의 이론. 한울 아카데미.
- 김학주(2008). 빈곤층의 의료비지출 과부담에 관한 연구: 의료급여 수급여부를 중심으로. 한국사회. 9(1). 229-254.
- 김혜련, 강영호, 윤장재, 김창석(2004). 건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향. 한국보건사회연구원.
- 김혜련(2005). 만성질환 유병과 주관적 건강수준의 사회계층별 차이와 건강행태의 영향: 서울시민을 대상으로. 보건사회연구. 25(2). 3-35.
- 문진영, 최연주, 서남규(2014). 만성질환 노인의 가구유형별 의료비 부담관련 요인에 관한 연구. 보건과 사회과학. 35(6). 285-307.
- 박진영, 정기택, 김용민(2014). 중·고령 가구의 과부담 의료비 발생의 결정요인에 관한 패널연구. 보건행정학회지. 24(1). 56-70.
- 보건복지부(2005). 건강보험 보장성강화 재정투입 계획 및 추진전략. 보건복지부.
- 배지영(2014). 만성질환 보유 노인의 의료비 부담 및 의료 미이용 경험과 건강관련 삶의 질 간 관계에 관한 연구. 사회과학연구. 25(4). 109-129.
- 손수인, 김창엽, 신영전(2010). 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. 보건사회연구. 30(1). 92-110.
- 송경신, 이준현, 임국환(2011). 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. 대한보건연구. 37(1). 131-140.
- 송은철, 신영전(2010). 과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향. 예방의학회지. 43(5). 423-435.

- 신영전, 손정인(2009). 미충족의료의 현황과 관련 요인. 보건사회연구. 29(1). 111-142.
- 우경숙, 신영전(2015). 재난적 의료비 지출이 가구 경제에 미치는 영향: 재정적 대응과 빈곤을 중심으로. 보건사회연구. 35(3). 166-198.
- 이원영, 신영전(2005). 도시가계 소득계층별 과부담 의료비 실태. 사회보장연구. 21(2). 105-133.
- 이태진, 양봉민, 권순만, 오주환, 이수형(2003). 보건의료 비용 지출의 형평성. 보건경제연구. 9(2). 25-34.
- 이태진, 이해재, 김윤희(2012). 한국의료패널 1차년도 자료를 이용한 과부담의료비 분석. 보건경제와 정책연구. 18(1). 95-111.
- 이현주, 강신욱, 김태완, 노대명, 박세경, 손창균, 신현웅, 이태진, 정경희, 최현수, 김안나, 박능후, 이신우, 홍경준, 유진영, 전지현, 유정예, 윤필경(2008). 2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제안. 한국보건사회연구원.
- 임지혜(2013). 한국의료패널 자료를 이용한 만성질환자의 미충족의료 현황 분석. 보건과 사회과학. 34. 237-256.
- 정형선(2015). 건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제. HIRA 정책동향. 9(3). 22-30.
- 질병관리본부(2014). 2013 국민건강통계. 보건복지부.
- 최은희, 서정열(2009). 만성질환관리를 위한 유헬스-신체활동과 운동치료. 대한의사협회지. 52(12). 1154-1164.
- 최정규, 정형선, 신정우, 여지영(2011). 보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향. 보건행정학회지. 21(2). 159-178.
- 통계청(2014). 2013년 사망원인 통계. 통계청.
- 한신실, 장동열(2014). 빈곤층에게 자산은 소득의 대체재인가? 보완재인가?: 국민기초생활보장제도의 주거재산 소득환산에 대한 실증적 비판. 사회복지정책. 41(4). 257-251.
- 허순임, 김수정(2007). 우리나라 성인의 미충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로. 보건경제와 정책연구. 13(2). 1-16.
- Diamant, L., Hays, D., Morales, S., Ford, W., Calmes, D., Asch, S., Duan, N., Fielder, E., Kim, S., Fielding, J., Summer, G., Shapiro, F., Hayes-Bautista, D. & Gelberg, L. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. American Journal of Public Health. 94. 783-789.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*, MA: Harvard University Press.
- Luoh, C. & Herzog, R. (2002). Individual consequences of volunteer and paid work in old age: Health and mortality. Journal of Health and Social Behavior. 43. 490 - 509.
- Suhrcke, M., Rocco, L. & Mckee, M. (2008). *Health: A vital investment for economic development in Eastern Europe and Central Asia*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems

and Policies. 49-84.

Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletine of the World Health Organization*, *80(2)*. 97-105.

Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. (2003). Catastrophic and impoverishment in paying for health care: With application to Vietnam 1993-98. *Health Economic*, *12(11)*. 921-934.

WHO(2000). *World Health Report 2000*. Geneva: Switzerland.

Xu, K., Evans, B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. & Murray, L. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multi country analysis. *The Lancet*, *362(9378)*. 111-117.

A Study on the Exclusion from Health Care System: Explaining of Unmet Healthcare Needs and Catastrophic Health Expenditures of Near Poor with Chronic Diseases

Choi, Yoon-Joo* · Lee, Weon-Young **

Access to comprehensive, quality health care services is important for the achievement of health equity and for increasing the quality of a healthy life for everyone. But the remaining barriers to accessing health services such as 'lack of availability, high cost, lack of insurance coverage' can accelerate transition to poverty especially near poor with chronic diseases. On the basis of this situation on health care, the main purpose of this study is to analyze the inequality that can result on the near poor families with chronic diseases.

The study has found out that the treatment of chronic diseases causes financial burden and insufficient medical care, which especially in the near poor sector. Therefore to prevent catastrophic health expenditure and unmet health needs, the improvement of medical security system and relating policy is required.

Key Words: unmet health needs, catastrophic healthcare expenditure, near poor with chronic diseases, exclusion from health care system

◆ 2015.10.30 접수 / 2015.12.08. 1차 수정 / 2015.12.17. 게재 확정

* Graduate student, Department of preventive medicine, Chung-Ang University (luyva2054@naver.com)

** Professor, Department of preventive medicine, Chung-Ang University(wylee@cau.ac.kr)