

# 과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향

송은철, 신영전  
한양대학교 의과대학 예방의학교실

## The Effect of Catastrophic Health Expenditure on the Transition to Poverty and the Persistence of Poverty in South Korea

Eun-Cheol Song, Young-Jeon Shin

Department of Preventive Medicine, Hanyang University College of Medicine

**Objectives:** The low benefit coverage rate of South Korea's health security system has been continually pointed out. A low benefit coverage rate inevitably causes catastrophic health expenditure, which can be the cause of the transition to poverty and the persistence of poverty. This study was conducted to ascertain the effect of catastrophic health expenditure on the transition to poverty and the persistence of poverty in South Korea.

**Methods:** To determine the degree of social mobility, this study was conducted among the 6311 households that participated in the South Korea Welfare Panel Study in both 2006 and 2008. The effect of catastrophic health expenditure on the transition to poverty and the persistence of poverty in South Korea was assessed via multiple logistic regression analysis.

**Results:** The poverty rate in South Korea was 21.6% in 2006 and 20.0% in 2008. 25.1 - 7.3% of the households are facing catastrophic health expenditure. Catastrophic health expenditure was found to affect the transition to poverty even after adjusting for the characteristics of the household and the head of the household, at the threshold of 28% or above.

**Conclusions:** 25.1% of the households in this study were found to be currently facing catastrophic health expenditure, and it was determined that catastrophic health expenditure is a cause of transition to poverty. This result shows that South Korea's health security system is not an effective social safety net. As such, to prevent catastrophic health expenditure and transition to poverty, the benefit coverage of South Korea's health security system needs to be strengthened.

**Key words:** Catastrophic health expenditure, Health security, Poverty  
*J Prev Med Public Health 2010;43(5):423-435*

## 서론

### 1. 연구 배경 및 목적

건강보장의 일차적인 기능은 건강상의 위험과 이로 인한 경제적 위험에서 국민을 보호하는 것이다 [1], 한국의 건강보장 제도는 낮은 보장성으로 인해 그 기능을 충분히 하지 못하고 있다는 지적이 지속적으로 제기되고 있다. 한국의 건강보장 제도 혹은 의료안전망의 기능이 충분하지 못한 문제에 대해 낮은 보장성과 그로인한 높은 본인부담률이 주요 원인으로 지적되고 있다 [2-6]. 아시아 국가의 본인부담금 비율을 조사한 연구에서 한국은 홍콩과 대만이 30%대인 것에 비해 49.9%로 매우 높은 비율을 나타내고 있으며, 이는 소득수준이 한국 보다 낮은 필리핀이나 스리랑카와

비슷한 수준이다 [7]. 이에 따라 한국에서 총지출 중 본인부담 의료비가 차지하는 비율은 4.6%로 OECD 평균인 3.0%에 비해 매우 높으며, 이는 OECD 국가 중 스위스와 그리스 다음으로 높은 수치이다 [8]. 특히 건강보험이 정률제를 기반으로 한 본인부담금 제도를 운영하여 소득이 낮아질수록 의료비에 대한 부담이 더 커지도록 되어 있는 상황에서, 이처럼 높은 본인부담률은 가구가 의료비로 인해 경제적 위험에 빠질 수 있는 원인으로 작용할 가능성이 있다.

의료보장의 낮은 보장성은 필연적으로 과부담 의료비(catastrophic health expenditure)를 발생시킨다. 과부담 의료비는 한 가구의 의료비 지출이 일정 한계를 넘는 것을 뜻하며, 의료비가 일정 금액을 초과하거나, 소득이나 지출의 일정 비율 이상을 의료비로 사용하는 경우로 정의한다. 전자의 경우는 가구 소득 수준에 따라 기준 금액이 부담이 되

는 정도가 상이하므로 근래의 연구는 주로 후자인 비율을 기준으로 사용하고 있다. 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 조정되어야 함을 함께 언급하고 있다 [9]. 과부담 의료비는 한 국가의 의료비와 관련된 여러 특성의 영향을 받을 것이며, 건강보험의 보장성 및 본인부담률 이외에도 건강보험 부과 소득누진성, 소득의 양극화 정도 등이 함께 영향을 미칠 것이다. 이러한 국가 수준의 요인에 대한 연구는 많이 진행되지 않았으나 선행 연구에서는 과부담 의료비 지출률은 소득 수준이 낮은 나라에서 더 높으며, 건강보장 제도가 사회보험 형태인 경우 세금 기반인 경우에 비해 더 높은 것으로 나타나고 [10], 본인부담률이 높을 경우 더 높은 것으로 밝혀져 있다 [11]. 한국은 소득 수준은 높은 편이나 사회보험 제도를 운영하고 있고, 높은 본인부담률이 문제가 되고 있으므로 과부담 의료비 지출은 의료비로 인한 경제적 위험을 설명하는데 유용한 도구이다.

과부담 의료비의 지출은 삶의 질 하락뿐만 아니라 빈곤화와 빈곤 지속의 원인으로 작용할 수 있다. 많은 연구에서 과부담 의료비의 지출이 빈곤의 원인임을 지적하고 있다 [1-3,9,12-19]. 그러나 이 선행 연구들에서 말하고 있는 빈곤이란 과부담 의료비 지출 당시 가용한 소득, 즉 지출능력이 감소하여 삶의 질이 하락하는 상태이다. 기본적인 욕구를 충족시키지 못하는 상태이므로 빈곤 상태로 판단하는 것은 당연한 것이나, 주로 빈곤 여부를 소득을 기준으로 판단하고 있음을 감안하면 실질적인 소득의 감소가 있었던 것은 아니므로, 흔히 말하는 어떤 가구나 사람이 빈곤층이 된다는 의미의 빈곤화를 설명하는 것이라고 볼 수는 없다. 한 가구가 과부담 의료비를 지출하면 삶의 질이 하락하는 것에서 그치지 않고 저축이나 투자, 교육, 개발 등 이후에 소득 수준을 유지, 향상하기 위한 준비가 부족하게 되어 과부담 의료비 지출 이후 소득이 감소하거나, 증가하더라도 다른 가구들의 증가하는 정도를 따라가지 못하여 빈곤하지 않았던 가구가 빈곤 가구로 진입하는 빈곤화가 진행될 수 있다. 반대로 과부담 의료비 지출 시점에 이미 빈곤 가구인 경우는 빈곤에서 탈출할 수 없게 되는 빈곤의 지속화가 발생할 수 있다.

과부담 의료비가 빈곤화 및 빈곤 지속의 원인인 것을 예상할 수 있는 상황에서, 실증적 연구를 통해 과부담 의료비 발생을 억제하기 위한 정책의 근거를 제시할 필요가 있다. 그러나 빈곤화 및 빈곤 지속과 관련된 선행연구들은 가구주

의 연령과 성별 등의 가구주 특성과 취업자 수, 아동부양여부, 거주지 등의 가구특성, 공적이전과 사적이전, 지역의 특성이 미치는 영향에 대한 것이 주를 이루었으며 [20-24], 의료비, 특히 과부담 의료비가 빈곤화 및 빈곤지속에 미치는 영향을 분석한 연구는 극히 제한적으로만 이루어져왔다.

전 국민을 대상으로 하는 2006년과 2008년 복지패널 자료를 이용하여 과부담 의료비의 발생양상을 파악하고 과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향을 확인함으로써 의료보장과 관련한 정책 수립에 기본적인 정보를 제공하고자 연구를 시행하였다.

## 2. 선행 연구

빈곤화 및 빈곤 지속에 관한 선행연구들은 한국노동패널 자료를 이용한 연구가 대부분이었으며, 이 자료를 이용한 연구의 결과는 다음과 같다. Kim과 Noh [21]의 연구에서는 빈곤 진입 후 1년 이내에 58.2%, 2년 이내에 79.8%가 빈곤에서 탈출하는 것으로 나타났고, Kim [20]의 연구에서는 1년간 빈곤 가구였던 경우 86.4%가 빈곤에서 탈출하는 것으로 나타났다. Seok [24]의 연구에서는 빈곤가구의 53.2%가 빈곤에서 탈출하는 것으로 나타났으며, Ku [22]의 연구에서는 58.0%가 1년 이내에 빈곤에서 탈출하는 것으로 나타났다. Ku [23]의 연구에서는 빈곤화율 7.7%, 빈곤 지속률 57.1%로 나타났으며, Kim [25]의 연구에서는 빈곤화율, 빈곤 지속률이 각각 21.5%, 18.7%로 나타났다. 선행 연구의 결과를 통해 빈곤화와 빈곤 탈출이 매우 역동적으로 발생하고 있음을 알 수 있으며, 또한 연구에 사용한 빈곤기준, 빈곤기간의 제한 여부 등에 따라 그 비율이 상이함을 알 수 있다. 그러나 연구에 사용한 변수는 대부분 개인과 가구의 특성에 중점을 두고 있으며, 과부담 의료비와 같이 건강보장이나 의료비와 관련된 변수와의 인과관계를 분석한 경우는 없었다.

과부담 의료비 지출에 관한 선행 연구는 다음과 같다. 가계조사 자료를 이용한 Lee [19]의 연구에서는 총 소비지출 대비 의료비 비중의 20%를 기준으로 하였을 경우 2.1-2.9%가 과부담 의료비 지출을 보이는 것으로 나타났으며, 지불능력을 기준으로 한 경우에도 5.5-6.4%로 나타났다. 같은 가계조사 자료를 이용한 Huh [26]의 연구에서 소비지출에서 식료품비를 뺀 금액을 기준으로 40%를 초과하여 의료비를 지출한 경우는 0.3-0.9%에 불과한 것으로 나타났다. 경남지역사회 빈곤패널 자료를 이용하여 식료품비를 제외하지 않은 가처분소득을 기준으로 의료비 지출 비율이 20%를 넘는 경우를 과부담 의료비로 설정한 Kim [27]의 연구에서

는 지출률이 16.3%로 나타났으며, 차상위 실태조사 자료를 분석한 Shin 등 [3]의 연구에서는 의료지출액을 보험료와 본인부담 의료비의 합으로 보고 이 지출액이 소득의 10%를 넘는 경우를 과부담 의료비로 정의하였으며, 이 경우 31.0%가 과부담 의료비를 지출하고 있는 것으로 나타났다. Son [28]의 연구에서 총가계지출에서 식료품비를 제외한 금액을 지불능력으로 본 경우는 9.7%, 경상소득에서 식료품비를 제외한 금액을 지불능력으로 할 경우는 16.3%가 지불능력의 20% 이상을 의료비로 지출하는 과부담 의료비 지출 가구로 나타났다. 59개 국가의 자료를 이용하여 국가별 과부담 의료비 지출률을 살펴본 연구에 의하면 1999년 한국은 1.7%가 총소득에서 식료품비를 제외한 금액의 40% 이상을 의료비로 지출하는 것으로 나타났으며, 이는 미국과 대부분의 유럽 국가들이 1% 미만의 지출률을 나타낸 것에 비해 높은 수치이다 [29]. 아시아 국가를 대상으로 한 연구에서 식료품비 제외 지출의 40%를 기준으로 한국은 1.9%의 과부담 의료비 지출률을 보였으며, 이는 대상 국가 중 낮은 수준 이기는 하나 홍콩, 말레이시아, 대만보다 높은 수치를 보였다 [7]. 미국의 경우는 1996년 자료를 분석한 연구에서 소득의 10% 이상을 의료비로 지출하는 가구가 7.4%인 것으로 나타났으며 [13], 중국에서는 소득에서 식료품비를 제외한 금액의 40%를 기준으로 8.3%의 가구가 과부담 의료비를 지출하는 것으로 나타났다 [30]. 선행 연구의 결과는 한국이 과부담 의료비 지출률이 높은 편이나, 그 기준에 따라 지출률이 매우 큰 차이를 보이고 있음을 나타내고 있으며, 소비 지출을 기준으로 할 경우 소득을 기준으로 하는 경우에 비해 더 낮은 지출률이 나타나는 것을 확인할 수 있다. 과부담 의료비 관련 선행 연구는 주로 저소득층의 과부담 의료비 지출 발생 위험에 중점을 두고 있으며, 소득 계층별 과부담 의료비 발생의 차이를 분석한 선행 연구의 결과는 다음과 같다. 가계조사 자료를 이용한 Lee와 Shin [31]의 연구에 의하면 소득 하위 20%는 상위 20%에 비해 2-4배 정도 과부담 의료비 지출률이 높은 것으로 나타났다. 같은 가계조사 자료를 이용한 Huh [26]의 연구에서도 소득 수준이 감소할수록 과부담 의료비 지출률이 증가하는 것으로 나타났으며, 소득 수준을 10분위로 층화하였을 경우 1분위 계층은 2분위 계층에 비해서도 3배가 넘는 과부담 의료비 지출률을 나타내고 있는 것을 확인할 수 있다. Shin 등 [3]의 연구에서도 차상위 계층의 경우 비빈곤 가구의 4배가 넘는 과부담 의료비 지출률을 보이는 것으로 나타났고, 한국노동패널 자료를 이용한 Huh 등 [32]의 연구에서는 소득이 낮을수록 소득 대비 의료비 비중이 상승하는 것으로 나타났으며, 소득이 하위 20%인 군은 의료비 비중의 평균이 23.0%에 달하는 것

으로 나타나 소득이 낮은 군일수록 과부담 의료비 발생이 많을 것임을 유추할 수 있다. 이러한 소득 역진적인 의료비 부담 상황은 소득이 낮을수록 치료비 부담이 커진다는 Lee [33]의 연구 결과와도 일치하는 것이다. 이는 국외 연구에서도 확인할 수 있는데 세계은행의 보고서에서도 빈곤계층에서 과부담 의료비 발생이 더욱 많음을 언급하고 있어 [16], 소득이 낮을수록 과부담 의료비 지출 발생의 위험성이 높음을 확인할 수 있다. 이처럼 과부담 의료비와 관련된 연구는 과부담 의료비 지출률 실태를 분석하거나, 과부담 의료비 지출에 영향을 미치는 요인에 대한 분석이 주를 이루었으며, 과부담 의료비가 빈곤화와 빈곤 지속에 미치는 영향에 대한 연구는 주로 같은 시점에서 가용소득의 감소에 중점을 두어 분석한 경우가 대부분이었다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구 자료

한국보건사회연구원과 서울대학교가 조사에 참여한 한국복지패널의 1차년도(2006년)와 3차년도(2008년) 자료를 이용하였다. 한국복지패널은 인구주택총조사 조사구의 층화확률비례 추출과 국민생활실태조사 표본 가구 대상의 조사를 통해 전국대표성을 확보하고 있는 자료이다. 중위소득 60% 미만을 저소득 가구로 정의하고 이 가구의 비율이 50%가 되도록 저소득 가구와 일반 가구 각각 약 3500가구씩 총 7072가구의 정보를 포함하고 있으며, 저소득 가구를 과표집하고 있어 빈곤 관련 연구에 많이 사용되고 있다.

과부담 의료비 지출 이후의 빈곤화와 빈곤 지속 등 계층 변화 양상을 파악하기 위해 조사에 2006년과 2008년에 모두 참여하고, 이 연구에 필수적인 항목의 정보가 모두 포함되어 있는 6311가구를 연구 대상으로 하였다.

### 2. 연구 모형

의료비는 가구 단위로 지출하며, 매달 비슷한 비율로 지출하는 것이 아니므로 연구 단위는 가구로, 단위 기간은 1년으로 하였다.

각각의 조사년도별로 참여 대상 가구의 가처분소득을 기준으로 중위소득의 50% 미만을 상대빈곤선으로 하여 비빈곤 가구와 빈곤 가구를 구분하였다. 중위 소득의 40-60%를 상대빈곤선으로 사용하는 것은 OECD의 기준이며 빈곤에 대한 여러 연구에서 널리 사용하고 있는 방법이다 [20,21].



**Table 1.** Poverty rates and social mobility: households of Korea Welfare Panel Study, 2006, 2008

	2008		Total
	Non-poverty (N)	Poverty (P)	
2006			
Non-poverty (N)	NN 4363 (91.3)	NP 416 (8.7)	4180 (78.4)
Poverty (P)	PN 512 (38.9)	PP 806 (61.1)	1318 (21.6)
Total	4875 (80.0)	1222 (20.0)	6098 (100.0)

NN: persistence of non-poverty, NP: transition to poverty, PN: exiting from poverty, PP: persistence of poverty.

Poverty line: equivalised household income below the 50% median line.

p-value < 0.001.

비빈곤 가구의 경우는 앞의 두 범주에, 빈곤가구의 경우는 뒤의 두 범주에 포함되도록 하였다. 취업 가구원 수는 0명과 1명 이상으로 나누었으며, 주거의 점유 형태는 자가와 그렇지 않은 경우로 나누었다. 거주지는 서울시와 광역시를 대도시로 묶고, 대도시와 나머지 지역으로 분류하였으며, 아동부양여부는 없음과 있음으로 구분하였다. 의료급여 대상 여부는 비대상과 대상으로 나누어 건강보장 항목에 미가입으로 응답한 사람은 비대상에 포함하였다. 가구주 특성 중 성별은 남, 여로 구분하고, 연령은 65세 미만과 65세 이상으로 구분하였으며, 장애 여부는 장애 등급이나 등록여부에 관계없이 비장애인과 장애인으로만 구분하였다.

### 3. 분석 방법

대상 가구의 특성과 빈곤 실태, 과부담 의료비 지출 실태 및 과부담 의료비 지출 가구의 특성을 파악하기 위해 빈도 분석과 카이제곱 검정을 실시하였으며, 과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향의 분석은 다른 변수들을 함께 포함한 다중 로지스틱 회귀분석을 이용하였다. 빈곤가구는 빈곤화될 수 없으며, 비빈곤 가구는 빈곤 지속이 불가능하므로 2006년의 빈곤 상태에 따라 대상 가구를 두 군으로 나누어 2006년 비빈곤 가구만을 대상으로 빈곤화에 미치는 영향을 확인하였으며, 2006년 빈곤 가구만을 대상으로 빈곤 지속에 미치는 영향을 확인하였다. 회귀 분석은 독립변수가 과부담 의료비를 제외한 가구와 가구주 특성만으로 구성된 모델 I과, 과부담 의료비를 포함한 모델 II로 나누었으며, 모델 II는 과부담 의료비의 기준이 20%인 경우를 II-1, 30%인 경우를 II-2로 구분하였다. 한국복지패널은 저소득 가구를 과표집하고 있으므로 모집단인 전체

인구의 비율과 같도록 하기 위해 표준가중치를 사용하였으며, 통계 프로그램은 SAS version 9.1 (SAS Inc., Cary, NC, USA)을 사용하였다.

## 결 과

### 1. 빈곤 실태

2006년 빈곤 가구는 1318 가구 21.6%이며, 2008년은 1222가구 20.0%로 조금 감소한 양상이다. 2006년 비빈곤 가구 중 2008년에 빈곤 가구가 된 가구는 416가구로 빈곤화율은 8.7%이며, 2006년 빈곤 가구 중 2008년에도 빈곤 가구인 가구는 806가구로 빈곤 지속률은 61.1%이다 (Table 1).

### 2. 대상 가구의 특성

전체 가구, 비빈곤 가구와 빈곤 가구 및 비빈곤 유지, 빈곤화, 빈곤 탈출, 빈곤 지속의 네 가지 경우의 계층 이동에 따른 군별 가구 특성은 Table 2와 같다. 빈곤 구분과 계층 이동 구분 모두에서 모든 변수 간에 유의한 차이가 있었다. 지표별로 조금의 차이는 있으나, 대체로 비빈곤 지속, 빈곤화, 빈곤 탈출, 빈곤 지속의 순으로 갈수록 가구소득이 낮은 경우, 취업 가구원이 없는 경우, 전세나 월세에 사는 경우, 거주지가 시, 군인 경우, 아동이 없는 경우, 의료급여 대상인 경우, 가구주가 여성인 경우와 노인인 경우, 장애가 있는 경우가 점점 증가하는 양상이다.

### 3. 과부담 의료비 지출 실태

지불능력의 10% 이상을 과부담 의료비의 기준으로 하였을 경우 전체 가구 중 25.1%, 비빈곤 가구 중 16.2%, 빈곤 가구 중 57.5%가 과부담 의료비를 지출하였다. 20% 이상을 기준으로 한 경우는 각각 13.9%, 6.5%, 40.9%, 30% 이상을 기준으로 한 경우는 각각 9.7%, 3.7%, 31.3%, 40% 이상을 기준으로 한 경우 각각 7.3%, 2.2%, 25.6%였다 (Table 3). 종합하면 기준에 따라 차이가 있으나 전체 가구의 7.3-25.1%가 과부담 의료비를 지출하고 있는 것으로 나타났으며, 특히 빈곤가구의 경우 25.6-57.5%가 과부담 의료비를 지출하고 있는 것으로 나타났다. 계층 이동에 따른 군별로 살펴보면 비빈곤 지속, 빈곤화, 빈곤 지속, 빈곤 탈출의 순으로 과부담 의료비 지출률이 증가하고 있는 양상이다.

**Table 2.** Characteristics of the study subjects: households of Korea Welfare Panel Study, 2006

Unit: number of households (%)									
	Total n	Poverty (2006)			Types of social mobility				
		Non-poverty	Poverty	p-value	NN	NP	PN	PP	p-value
Household income (%)	6098	4780	1318		4363	416	512	806	
Poverty line 200 ≤	2961 (48.6)	2961 (62.0)	- (-)	<0.001	2874 (65.9)	87 (20.9)	- (-)	- (-)	<0.001
Poverty line 100 - 200	1818 (29.8)	1818 (38.0)	- (-)		1489 (34.1)	330 (79.1)	- (-)	- (-)	
Poverty line 50 - 100	956 (15.7)	- (-)	956 (72.5)		- (-)	- (-)	378 (73.8)	578 (71.7)	
Poverty line 50 >	362 (5.9)	- (-)	362 (27.5)		- (-)	- (-)	134 (26.2)	228 (28.3)	
Number of working family members									
0	1186 (19.4)	458 (9.6)	727 (55.2)	<0.001	343 (7.9)	115 (27.7)	195 (38.1)	532 (66.0)	<0.001
Housing tenure									
Owner occupancy	3329 (54.6)	2711 (56.7)	618 (46.9)	<0.001	2492 (57.1)	219 (52.6)	269 (52.6)	349 (43.4)	<0.001
Residential area									
Metropolitan city	2796 (45.8)	2263 (47.3)	533 (40.4)	<0.001	2083 (47.7)	180 (43.2)	220 (43.0)	313 (38.8)	<0.001
Child in family									
No	3937 (64.6)	2830 (59.2)	1107 (83.9)	<0.001	2523 (57.8)	307 (73.6)	383 (74.8)	723 (89.7)	<0.001
Medical aid									
No	5699 (94.0)	4641 (97.6)	1058 (80.8)	<0.001	4269 (98.3)	372 (90.6)	459 (89.9)	600 (75.0)	<0.001
Sex of household head									
Men	5014 (82.2)	4207 (88.0)	807 (61.2)	<0.001	3908 (89.6)	299 (71.9)	354 (69.2)	452 (56.1)	<0.001
Age of household head									
65>	4411 (72.3)	3928 (82.2)	483 (36.6)	<0.001	3692 (84.6)	237 (56.9)	290 (56.6)	193 (23.9)	<0.001
Disabled household head									
No	5564 (91.3)	4466 (93.4)	1099 (83.3)	<0.001	4091 (93.8)	375 (89.9)	434 (84.6)	665 (82.5)	<0.001

NN: persistence of non-poverty, NP: transition to poverty, PN: exiting from poverty, PP: persistence of poverty.  
Poverty line: equivalised household income below the 50% median line.

**Table 3.** Proportion of households facing catastrophic health expenditure: households of Korea Welfare Panel Study, 2006

Unit: number of households (%)									
	Total n	Poverty (2006)			Types of social mobility				
		Non-poverty	Poverty	p-value	NN	NP	PN	PP	p-value
Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 10%)									
Yes	1531 (25.1)	773 (16.2)	758 (57.5)	<0.001	646 (14.8)	127 (30.4)	299 (58.3)	459 (57.0)	<0.001
Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 20%)									
Yes	848 (13.9)	309 (6.5)	539 (40.9)	<0.001	247 (5.7)	63 (15.1)	224 (43.7)	315 (39.1)	<0.001
Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 30%)									
Yes	591 (9.7)	177 (3.7)	413 (31.3)	<0.001	131 (3.0)	46 (11.1)	173 (33.8)	240 (29.8)	<0.001
Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 40%)									
Yes	444 (7.3)	107 (2.2)	337 (25.6)	<0.001	76 (1.7)	31 (7.4)	151 (29.6)	186 (23.1)	<0.001

NN: persistence of non-poverty, NP: transition to poverty, PN: exiting from poverty, PP: persistence of poverty.  
T: health expenditure, y: capacity to pay (=disposable income - food expenditure).  
Poverty line: equivalised household income below the 50% median line.

#### 4. 과부담 의료비 지출 가구의 특성

과부담 의료비 지출 기준별 가구 특성은 Table 4와 같다. 과부담 의료비의 기준에 따라 차이는 있으나, 대체로 지출군에서 가구소득이 낮은 경우, 취업 가구원이 없는 경우, 자가에 사는 경우, 거주지가 대도시가 아닌 경우, 아동이 없는

경우, 의료급여 대상인 경우, 가구주가 여성인 경우와 노인인 경우, 장애가 있는 경우가 비지출군에 비해 많았다.

**Table 4.** Characteristics of households facing catastrophic health expenditure: households of Korea Welfare Panel Study, 2006

	Unit: number of households (%)												
	Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 10%)			Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 20%)			Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 30%)			Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 40%)			
	n	No	Yes	p-value	No	Yes	p-value	No	Yes	p-value	No	Yes	p-value
Household income (%)													
Poverty line 200 ≤	2665	297	<0.001	2866	95	<0.001	2916	46	<0.001	2934	28	<0.001	
	(58.4)	(19.4)		(54.6)	(11.2)		(52.9)	(7.7)		(51.9)	(6.3)		
Poverty line 100 - 200	1342	476		1604	214		1686	132		1739	79		
	(29.4)	(31.1)		(30.6)	(25.3)		(30.6)	(22.3)		(30.8)	(17.8)		
Poverty line 50 - 100	472	485		658	298		760	196		816	140		
	(10.3)	(31.7)		(12.5)	(35.1)		(13.8)	(33.2)		(14.4)	(31.5)		
Poverty line 50 >	89	274		121	241		145	217		165	198		
	(1.9)	(17.9)		(2.3)	(28.4)		(2.6)	(36.8)		(2.9)	(44.5)		
Number of working family members													
0	560	626	<0.001	758	428	<0.001	876	310	<0.001	945	241	<0.001	
	(12.3)	(40.9)		(14.4)	(50.4)		(15.9)	(52.4)		(16.7)	(54.2)		
Housing tenure													
Owner occupancy	2462	868	0.06	2844	486	0.10	2983	347	0.04	3072	258	0.14	
	(53.9)	(56.7)		(54.2)	(57.3)		(54.2)	(58.7)		(54.4)	(58.0)		
Residential area													
Metropolitan city	2110	686	0.34	2417	378	0.43	2535	261	0.39	2592	204	>0.99	
	(46.2)	(44.8)		(46.1)	(44.6)		(46.0)	(44.2)		(45.8)	(45.8)		
Child in family													
No	2703	1233	<0.001	3215	721	<0.001	3429	508	<0.001	3555	381	<0.001	
	(59.2)	(80.6)		(61.3)	(85.0)		(62.3)	(86.0)		(62.9)	(85.9)		
Medical aid													
No	4276	1424	0.35	4916	783	0.12	5152	547	0.49	5288	411	0.55	
	(94.2)	(93.5)		(94.2)	(92.8)		(94.1)	(93.4)		(94.1)	(93.3)		
Sex of household head													
Men	3895	1119	<0.001	4413	601	<0.001	4588	426	<0.001	4692	322	<0.001	
	(85.3)	(73.1)		(84.1)	(70.9)		(83.3)	(72.2)		(83.0)	(72.5)		
Age of household head													
65>	3685	726	<0.001	4059	352	<0.001	4170	242	<0.001	4220	191	<0.001	
	(80.7)	(47.4)		(77.3)	(41.5)		(75.7)	(40.9)		(74.6)	(43.0)		
Disabled household head													
No	4227	1337	<0.001	4839	725	<0.001	5067	497	<0.001	5187	377	<0.001	
	(92.6)	(87.3)		(92.2)	(85.5)		(92.0)	(84.2)		(91.7)	(84.9)		

T: health expenditure, y: capacity to pay (disposable income - food expenditure).

## 5. 과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향

### 1) 빈곤화

과부담 의료비의 기준을 지불능력 20% 이상으로 한 모델 II-1에서는 가구소득, 취업 가구원 수, 거주지, 아동 부양 여부, 의료급여 대상 여부, 가구주 성별과 연령이 빈곤화에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 기준이 30% 이상인 경우인 모델 II-2에서는 과부담 의료비 지출 또한 빈곤화에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 경우 과부담 의료비를 지출한 경우, 가구소득이 낮은 경우, 취업 가구원이 없는 경우, 거주지가 대도시가 아닌 경우, 부양 아동이 없는 경우, 의료급여 대상인 경우, 가구주가 여성이고 노인인 경우 빈곤화될 확률이 높은 것으로 나타났다 (Table 5).

빈곤화에 영향을 미치는 과부담 의료비의 최소한의 기준

을 확인하기 위하여 20-30% 사이에서 1% 단위로 기준을 세분화하여 적용하면 28%가 기준일 때부터 과부담 의료비가 빈곤화에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타난다 (Table 6).

### 2) 빈곤 지속

과부담 의료비 기준에 상관없이 취업 가구원 수, 주거의 점유형태, 거주지, 아동 부양 여부, 의료급여 대상 여부, 가구주 연령이 빈곤 지속에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 과부담 의료비 지출이 빈곤 지속에 미치는 영향은 유의하지 않은 것으로 나타났다. 각각 취업 가구원이 없는 경우, 자가에 살지 않는 경우, 거주지가 대도시가 아닌 경우, 부양 아동이 없는 경우, 의료급여 대상인 경우, 가구주가 노인인 경우 빈곤이 지속화될 확률이 높은 것으로 나타났다.

**Table 5.** Effects of catastrophic health expenditure on the transition to poverty, result of multiple logistic regression: households of Korea Welfare Panel Study, 2006, 2008

	Transition to poverty					
	Model I		Model II			
	OR	95% CI	Model II-1 Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 20%)		Model II-2 Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 30%)	
OR			95% CI	OR	95% CI	
Catastrophic health expenditure						
No			1.00		1.00	
Yes			1.17	0.83 - 1.65	1.57	1.05 - 2.33
Household income (%)						
Poverty line 200 ≤	1.00		1.00		1.00	
Poverty line 100 - 200	5.41	4.16 - 7.02	5.34	4.10 - 6.95	5.27	4.05 - 6.86
Number of working family members						
0	1.00		1.00		1.00	
1 ≤	0.67	0.50 - 0.91	0.69	0.51 - 0.93	0.71	0.52 - 0.95
Housing tenure						
Owner occupancy	1.00		1.00		1.00	
Tenancy	1.02	0.81 - 1.29	1.03	0.81 - 1.30	1.04	0.82 - 1.32
Residential area						
Metropolitan city	1.00		1.00		1.00	
Others	1.46	1.17 - 1.82	1.46	1.17 - 1.83	1.47	1.18 - 1.84
Child in family						
No	1.00		1.00		1.00	
Yes	0.73	0.56 - 0.95	0.73	0.56 - 0.96	0.74	0.57 - 0.97
Medical aid						
No	1.00		1.00		1.00	
Yes	2.65	1.67 - 4.20	2.66	1.68 - 4.21	2.70	1.70 - 4.27
Sex of household head						
Men	1.00		1.00		1.00	
Women	1.88	1.42 - 2.48	1.89	1.43 - 2.49	1.89	1.43 - 2.50
Age of household head						
65 >	1.00		1.00		1.00	
65 ≤	2.22	1.69 - 2.92	2.21	1.68 - 2.91	2.19	1.67 - 2.89
Disabled household head						
No	1.00		1.00		1.00	
Yes	1.02	0.70 - 1.49	1.01	0.70 - 1.48	1.01	0.69 - 1.47

T: health expenditure, y: capacity to pay (disposable income - food expenditure).  
OR: odds ratio, CI: confidence interval.

## 고찰

2006년과 2008년 복지패널 자료를 이용하여 빈곤양상과 과부담 의료비가 빈곤화 및 빈곤지속에 미친 영향을 파악하기 위해 분석을 시행하였다.

빈곤율은 2006년 21.6%, 2008년 20.0%로 나타났다. 빈곤에 관한 선행 연구는 상대빈곤선을 이용한 연구와 절대빈곤선을 이용한 연구로 나누어 볼 수 있다. 먼저 상대빈곤선을 사용한 연구를 살펴보면, 한국노동패널 자료를 이용하여 중위소득 50% 미만을 기준으로 한 Kim [25]의 연구에서는 20.9%, 중위소득의 60%를 기준으로 한 Kim [20]의 연구에서는 22.3%의 빈곤율을 보여 이 연구의 결과와 비슷한 수준의 빈곤율을 보이고 있다. 통계청의 가계조사 자료를 분석한 2009년 빈곤통계연보의 경우 이 연구와 같은 중위소

**Table 6.** Effects of catastrophic health expenditure on the transition to poverty by threshold, result of multiple logistic regression: households of Korea Welfare Panel Study, 2006, 2008

Thresholds of catastrophic health expenditure (T/y ≥) (%)	OR	95% CI
20	1.17	0.83 - 1.65
21	1.17	0.82 - 1.65
22	1.20	0.85 - 1.71
23	1.21	0.85 - 1.73
24	1.26	0.88 - 1.81
25	1.26	0.87 - 1.82
26	1.34	0.96 - 1.95
27	1.38	0.95 - 2.02
28	1.51*	1.03 - 2.21
29	1.52*	1.03 - 2.25
30	1.57*	1.05 - 2.33

T: health expenditure, y: capacity to pay (disposable income - food expenditure).

OR: odds ratio, CI: confidence interval.

\* p < 0.05.

**Table 7.** Effect of catastrophic health expenditure on the persistence of poverty, result of multiple logistic regression: households of Korea Welfare Panel Study, 2006, 2008

	Persistence of poverty					
	Model I		Model II			
	OR	95% CI	Model II-1 Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 20%)		Model II-2 Catastrophic health expenditure (T/y ≥ 30%)	
OR			95% CI	OR	95% CI	
Catastrophic health expenditure						
No			1.00		1.00	
Yes			0.81	0.62 - 1.07	0.89	0.67 - 1.19
Household income (%)						
Poverty line 50 - 100	1.00		1.00		1.00	
Poverty line 50 >	1.21	0.91 - 1.60	1.30	0.96 - 1.75	1.26	0.93 - 1.72
Number of working family members						
0	1.00		1.00		1.00	
1 ≤	0.55	0.42 - 0.72	0.54	0.41 - 0.70	0.54	0.41 - 0.71
Housing tenure						
Owner occupancy	1.00		1.00		1.00	
Tenancy	1.46	1.11 - 1.91	1.44	1.10 - 1.89	1.45	1.11 - 1.91
Residential area						
Metropolitan city	1.00		1.00		1.00	
Others	1.37	1.05 - 1.77	1.37	1.05 - 1.77	1.36	1.05 - 1.77
Child in family						
No	1.00		1.00		1.00	
Yes	0.70	0.49 - 0.99	0.70	0.49 - 0.99	0.70	0.49 - 0.99
Medical aid						
No	1.00		1.00		1.00	
Yes	2.66	1.80 - 3.91	2.54	1.72 - 3.76	2.60	1.76 - 3.85
Sex of household head						
Men	1.00		1.00		1.00	
Women	1.06	0.81 - 1.40	1.05	0.80 - 1.39	1.05	0.80 - 1.39
Age of household head						
65 >	1.00		1.00		1.00	
65 ≤	3.64	2.73 - 4.86	3.66	2.74 - 4.88	3.63	2.72 - 4.85
Disabled household head						
No	1.00		1.00		1.00	
Yes	1.05	0.75 - 1.49	1.06	0.75 - 1.50	1.06	0.75 - 1.50

T: health expenditure, y: capacity to pay (disposable income - food expenditure).  
OR: odds ratio, CI: confidence interval.

특의 50% 기준을 적용한 2006년의 빈곤율은 19.7% 2008년은 20.8%로 나타나 [34], 연구 대상 자료에 따라 결과에 차이가 나타나고 있으므로 2006년에 비해 2008년의 빈곤율이 감소한 것은 해석에 주의가 필요하다. 이 연구와 같은 자료를 분석한 2006 한국복지패널 심층분석보고서에서는 2006년의 중위소득 50% 미만 기준의 빈곤율이 19.3%로 나타나고 있는데 [35], 같은 자료임에도 빈곤율에 약간의 차이가 나는 것은 2008년에 참여하지 않은 대상 가구를 포함한 것과 그렇지 않은 것의 차이로 볼 수 있다. 최저생계비를 기준으로 절대빈곤을 평가한 연구들은 더 낮은 빈곤율을 보이고 있다. Ku [22]의 연구에서는 2002년 빈곤율이 10.2%로 나타나고 있으며, Seok [24]의 연구에서는 2004년에 16.1%의 빈곤율을, Ku [23]의 연구에서는 1998년 19.1%의 빈곤율을 보이고 있다. 상대빈곤율과 절대빈곤율을 함께 평가한 2009년 빈곤통계연보의 연구 결과에서 절대빈곤율이 2006

년 15.4%, 2008년 16.4%로 앞서 살펴본 상대빈곤율에 비해 더 낮게 나타나고 있고 [25], Kim과 Kim [36]의 연구에서도 상대빈곤율이 절대빈곤율에 비해 더 높게 나타나는 경향이 있음을 확인할 수 있다. 근래 빈곤율에 대한 연구가 많지 않아 이 연구의 결과와 다양한 비교를 하기는 어려우나 대체로 20% 수준의 상대빈곤율을 보이고 있는 것은 사실이며, 이 연구의 빈곤율이 실제보다 높게 추정된 것은 아닌 것으로 보인다.

또한, 이 연구에서 빈곤화율은 8.7%이며, 빈곤 지속률은 61.1%로 나타났다. Kim과 Noh [21]의 연구의 빈곤 진입 후 1년 이내에 58.2%, 2년 이내에 79.8%의 빈곤 탈출률, Kim [20]의 연구의 1년간 빈곤 가구였던 경우 86.4%의 빈곤 탈출률과 비교하면 이 연구의 결과는 빈곤 지속률이 높게 나타난 것이며, 중위 소득의 빈곤선 기준이 이 연구와 다른 것과 이 연구와는 달리 이전의 빈곤 기간을 1년으로 한정하여 빈

곤 탈출률이 낮은 장기 빈곤 가구를 대상으로 포함하지 않았기 때문으로 보인다. Seok [24]의 연구에서는 빈곤 탈출률이 53.2%로 나타났으며, 이 연구와 같이 빈곤 지속 기간을 한정하지는 않았으나, 절대빈곤선을 기준으로 하였기 때문에 빈곤 지속률이 더 낮게 나타나는 것으로 보인다. Ku [22]의 연구의 1년 이내에 빈곤 탈출률 58.0%는 절대빈곤선을 사용한 것과 빈곤 지속 기간을 1년으로 제한한 차이로 인해 빈곤 지속률이 낮게 나타난 것으로 보인다. 결과적으로 이 연구와 선행 연구 간 결과의 차이는 빈곤기준, 빈곤기간의 한정 여부, 연구 기준년의 차이에 기인하는 것으로 보인다. 이러한 높은 빈곤화율, 빈곤 지속률은 견고한 사회안전망의 필요성을 시사한다.

이 연구에서 과부담 의료비의 기준에 따라 전체가구의 7.3-25.1%가 과부담 의료비를 지출하고 있는 것으로 나타났다. 과부담 의료비의 기준을 40% 이상으로 엄격히 적용하여도 빈곤가구의 25.6%가 과부담 의료비를 지출하고 있고, 의료급여 대상 가구의 경우에도 그렇지 않은 가구에 비해 오히려 더 높은 과부담 의료비 지출률을 보이고 있다. 이는 건강보험과 의료급여의 낮은 보장성으로 인해 빈곤 가구의 경우에도 충분한 지원이 이루어지지 못하고 있음을 나타낸다. Lee [19]의 연구에서는 총 소비지출 대비 의료비 비중의 20%를 기준으로 하였을 경우 2.1-2.9%, 이 연구와 같은 기준인 지불능력을 기준으로 한 경우에도 5.5-6.4%가 과부담 의료비를 지출하는 것으로 나타나 이 연구의 13.9%와 큰 차이를 보이고 있다. Huh [26]의 연구에서도 소비지출에서 식료품비를 뺀 금액의 40%를 기준으로 과부담 의료비 지출율이 0.3-0.9%에 불과한 것으로 나타났다. 이는 가계조사에 1인 가구를 포함하기 이전의 자료를 이용한 연구로 과부담 의료비 지출 가능성이 높은 1인 빈곤가구를 포함하지 않은 것과 소비지출을 기준으로 할 경우 상대적으로 낮은 지출률을 보이기 때문으로 생각된다. 식료품비를 제외하지 않은 가처분소득의 20%를 기준으로 한 Kim [27]의 연구에서는 지출률이 16.3%로, 이 연구의 결과와 큰 차이가 없는 것을 볼 수 있다. 다만, 식료품비를 제외하지 않을 경우 과부담 의료비의 지출 확률이 상대적으로 낮아지므로 이 연구와 같은 기준을 적용했을 경우 더 높은 비율로 나타났을 수 있다. Shin 등 [3]의 연구에서는 의료비에 보험료를 포함하였으므로 이 연구의 25.1%에 비해 조금 높은 31.0%로 나타난 것으로 보인다. 이 연구와 같은 자료를 이용한 Son [28]의 연구에서 총가계지출에서 식료품비를 제외한 금액을 지불능력으로 본 경우는 9.7%, 경상소득에서 식료품비를 제외한 금액을 지불능력으로 할 경우는 16.3%가 지불능력의 20% 이상을 의료비로 지출하는 과부담 의료비 지출

가구로 나타났다. 이 연구와 같은 시기의 자료를 이용하였으나 대상 가구에서 차이가 있으며, 소득 기준을 경상소득으로 설정하여 가처분소득을 사용한 이 연구의 결과와 차이가 나타나는 것으로 생각된다. 결국 과부담 의료비 지출률은 그 기준을 어떻게 정하는가에 따라 상당한 차이를 보이며, 해석에도 큰 차이를 보일 수 있다. 과부담 의료비 지출률을 국가 간 비교한 선행 연구를 살펴보면 국가의 소득 수준이 낮은 경우는 대체로 40%의 높은 기준을 사용하는 경향이 있으며, 소득 수준이 높은 경우는 과부담 의료비에 대한 연구가 많지는 않으나 주로 낮은 기준을 사용하는 것을 확인할 수 있다. 한국의 경우 40%를 기준으로 할 경우에는 과부담 의료비 지출 가구를 과소 추정할 수 있을 것으로 보인다. 특히 소비지출을 기준으로 하는 경우에는 그 기준을 더욱 낮출 필요가 있을 것이다. 이 경우 과부담 의료비가 영향을 미치기 시작하는 28%와 가장 근접한 30%가 기준으로 적용될 수 있을 것이다. 이렇게 과부담 의료비를 지출하는 가구의 비율이 높은 이유 중 가장 중요한 것은 앞서 지적한 대로 건강보험의 핵심적인 약점으로 지속적으로 지적되어 오고 있는 낮은 보장수준이다. 한국 건강보험의 보장수준은 2007년 64.6%로 발표되고 있으며 [37], 이에 따라 전 국민이 의료보장을 받고 있고, GDP의 6.8%로 다른 나라에 비해 낮은 의료비 지출 비율을 나타내고 있음에도 GDP 중 본인부담금의 비율이 4.6%로, 스웨덴 3.2%, 미국 2.8%, 독일 2.5%, 일본 2.2%, 영국 1.6%와 비교하여 매우 높은 수치를 나타내고 있다 [8]. 이렇게 높은 본인부담금의 비율은 한국의 가구가 대부분 지속적으로 의료비가 부담이 되는 상황에 처해 있으며, 질병 등으로 인해 의료비가 상승할 경우 바로 과부담 의료비 지출로 이어질 수 있는 상황임을 뜻한다.

이 연구에서 과부담 의료비는 비빈곤 가구보다 빈곤 가구에서 지출률이 기준에 따라 3.6-11.5배 더 높게 나타났다. 이는 선행 연구의 결과와 그 방향이 일치하는 것이며, 가계조사 자료를 이용한 Lee와 Shin [31]의 연구에서 소득 하위 20%가 상위 20%에 비해 2-4배 정도 과부담 의료비 지출률이 높은 것으로 나타난 결과와의 차이는 과부담 의료비 기준이 다른 것과 1인 가구를 포함하지 않은 가계조사 자료를 사용한 것에서 발생한 것으로 보인다. 전 국민이 건강보장을 받고 있고, 저소득층을 주요 대상으로 하는 의료급여 제도를 시행하고 있음에도 빈곤층의 과부담 의료비 지출률이 현저히 높은 것은, 의료급여 대상자가 전체 인구의 3.8%로 빈곤율에 비해 매우 적고 [38], 비급여 항목의 비율이 높아 본인부담률이 높기 때문이다 [2-5]. 이러한 문제를 해결하기 위해 Kawabata 등 [11]은 전 국민 보장과 함께 본인부담금을 줄일 수 있는 적용범위의 확대 역시 중요함을 강조하고

있다. 여기에서 추가로 고려할 것은 의료비의 부담을 느낀 가구의 경우 빈곤화와 함께, 의료비 부담으로 인해 의료이용을 제한할 가능성이 있다는 것이다 [2,3,10]. 과부담 의료비의 범주에 들기 전에 의료이용을 제한하여 의료비 발생이 감소할 경우 과부담 의료비 지출군에는 속하지 않을 것이나, 이 경우 건강수준의 하락 등으로 인한 문제는 더 클 수 있다. 그러므로 과부담 의료비 지출률을 한 나라의 건강보장 제도를 평가하는 기준으로 사용하여 직접적인 비교를 하는 것은 신중할 필요가 있다.

이 연구에서 과부담 의료비 비율이 28%를 넘는 경우 빈곤화에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 기준에 관계없이 빈곤 지속에는 유의한 영향을 나타내지 않았다. 또 가구소득, 취업 가구원 수, 거주지, 아동 부양 여부, 의료급여 대상 여부, 가구주 성별과 연령이 빈곤화에, 취업 가구원 수, 주거의 점유형태, 거주지, 아동 부양 여부, 의료급여 대상 여부, 가구주 연령이 빈곤 지속에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 가구소득은 낮은 경우, 취업 가구원 수는 적은 경우, 거주지는 대도시가 아닌 경우, 부양 아동이 없는 경우, 의료급여 대상인 경우, 가구주 성별은 여성인 경우, 가구주 연령은 높은 경우, 주거의 점유형태는 자가인 경우에 빈곤화 및 빈곤 지속의 방향으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 최종 모형에는 포함하지 않았으나, 선행 연구에서 관계가 있는 것으로 나타난 가구원 수, 가구주 교육수준, 가구주 결혼 여부, 가구주 취업형태, 가구주 만성 질환 여부의 경우, 카이제곱 검정의 결과에서 가구원 수가 적을수록, 가구주 교육 수준이 낮을수록, 배우자가 없는 경우, 가구주 취업형태는 정규직, 비정규직, 자영업, 미취업 순으로, 가구주가 만성 질환이 있는 경우에 빈곤화 및 빈곤 지속의 방향으로 영향을 미칠 것으로 예상되었다. 과부담 의료비의 빈곤화 및 빈곤 지속에 대한 영향을 본 연구는 거의 없었으나 선행 연구에서 빈곤화 및 빈곤 지속에 영향을 미치는 것으로 나타난 다른 요인들과는 대체로 동일한 결과가 나타났다 [20-24]. 과부담 의료비와 빈곤화와 관련된 연구는 앞서 언급한 대로 과부담 의료비 지출 당시의 의료비 부담으로 인한 빈곤화, 즉 삶의 질 하락에 대한 연구가 주를 이루고 있으나, 이 연구들의 결과 역시 의료비 부담이 과할 경우 빈곤과 삶의 질 하락의 원인이 됨을 나타내고 있으므로 이 연구의 결과와 같은 맥락이라고 볼 수 있다 [1-3,9,12-19].

이 연구의 결과는 과부담 의료비 지출을 억제하기 위한 의료비 지원 등의 건강보장 확대가 빈곤 가구의 증가를 예방할 수 있다는 것을 의미하며, 이미 빈곤에 진입한 가구는 의료비 지원만으로는 빈곤에서 벗어나기 어려울 수도 있음을 시사한다. 특히, 지불능력의 28% 이상인 경우의 과부담

의료비는 빈곤화의 원인으로 작용하는 매우 과부담한 상태임을 뜻하며, 이 28%는 건강보장성 강화를 위한 정책의 수준을 정하는 기준이 될 수 있다. 반대로 빈곤 가구의 경우는 의료비의 지원보다는 취업 기회의 확대와 주거 안정이 빈곤 탈출에 더 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것이다.

기존 국내 연구들은 1년간의 과부담 의료비 지출만을 대상으로 한 까닭에 빈곤화 및 빈곤 지속에 관한 동태적 양상을 파악할 수 없었던 한계가 있었다. 이 연구 역시 한국복지패널이 3차년도까지의 조사 자료를 발표하였으나 2차년도 조사에서는 의료비 항목을 조사하지 않아 1차년도 자료만을 대상으로 과부담 의료비 지출을 분석하였다. 그러므로 빈곤화 및 빈곤 지속에 영향을 미치는 요인 중 2년 이상의 장기간에 걸쳐 효과를 나타내는 요인들의 영향에 대한 분석은 정확하지 않을 수 있으며, 관련 요인에 노출된 기간에 대한 고려 역시 충분하다고 할 수 없다. 한국복지패널 자료가 지속적으로 축적되면 과부담 의료비를 지출한 기간과 빈곤에 대한 연구나 패널분석 방법론 등을 사용한 심층적 연구를 추가적으로 진행할 수 있을 것이다.

저소득층의 의료이용 제한의 정도가 과부담 의료비가 미치는 효과의 크기에 영향을 미칠 수 있다. 의료비 지출은 의료 수요에 비례하며, 이 의료 수요는 의료적 필요에 지불능력을 반영하여 형성된다. 이에 따라 빈곤 가구의 경우는 상대적으로 미충족 의료가 많이 발생하며, 이로 인해 과부담 의료비의 구간 차이가 실제 가능한 차이에 비해 더 적게 발생할 수 있다. 실제로, 복지패널 자료를 분석한 Shin과 Shon [39]의 연구 결과에 따르면, 1종 의료급여환자의 13.7%에서 미충족 의료를 경험했다고 대답하고 있고, 특히 본인부담금을 내야 하는 2종 의료급여환자의 26.3%가 미충족 의료를 경험했다고 보고하고 있다. 그러나 이러한 의료이용 제한에 의한 의료비 감소는 제한의 원인이 경제적 이유였는지를 구분해내기 어렵고, 필요한 의료비가 얼마였는지를 정확히 추정하는 것은 불가능하므로 분석에 반영하지 않았다. 그러나 이 제한점은 연구의 결과를 더 약하게 하는 방향으로 작용하는 것이므로 과부담 의료비가 빈곤화의 원인이 된다는 점은 변하지 않을 것이다. 오히려 빈곤 지속에 과부담 의료비 지출이 영향을 미치지 않는 것으로 나타난 것이 이 빈곤 계층의 의료이용 제한의 결과일 수 있다.

이 연구는 한 시점에서 빈곤화 및 빈곤 지속의 위험성을 가지는 가구에 대한 연구로서 주요 분석에서 시간에 따른 변화양상에 대한 고려는 하지 않았다. 그러나 빈곤화 및 빈곤 지속에는 여러 변수가 영향을 미치며 이러한 변수들은 고정된 것이 아니라 시기에 따라 변화하는 것이다. 이러한 변수들의 변화양상을 고려하는 것이 필요하겠으나 아직은

변화양상을 파악하기에 자료의 양이 많지 않고 2년간의 변화는 그리 크지 않은 것으로 확인되어 최종 모형에 변화양상은 포함하지 않았다. 이후 더 장기간의 자료가 모아지면 이러한 변화를 반영한 추가적 연구가 필요할 것이다. 예를 들어, 과부담 의료비는 의료이용이 필요한 시점에서 발생하므로 의료이용의 원인이 된 건강수준의 하락이 실직 등 취업상태의 변화 등으로 인한 소득 감소로 이어져, 이것이 빈곤화의 원인으로 작용하였을 수 있다. 그러나 결과에는 제시하지 않았으나 취업 가구원 수의 변화를 상승 및 유지와 하락의 두 군으로 나누어 로지스틱 회귀분석에 포함하여 분석한 결과에서도 과부담 의료비 지출이 빈곤화에 미치는 영향의 유의성은 유지되었다.

이 연구는 2006년의 과부담 의료비를 평가하고 있는데 이후 관련 제도의 변화가 이루어지고 있다. 특히 2009년부터 소득 수준에 따른 본인 부담금 상한제를 도입하고 있는 등 현재의 건강보장 체계가 2006년과 동일하지는 않다. 그러나 비급여 항목이 의료비의 상당부분을 차지하고 있어 의료급여 대상 가구의 경우에도 과부담 의료비가 발생하고 있는 것을 확인할 수 있으므로, 현재에도 과부담 의료비가 발생하고 있을 것이며 빈곤화에 미치는 영향 역시 존재할 것으로 생각할 수 있다. 또한 이 연구는 과부담 의료비 지출로 인한 빈곤화 및 빈곤 지속에 초점을 맞추어 진행하였으므로, 과부담 의료비로 인한 삶의 질 하락, 미충족 의료의 발생 등과 직접적인 연관성에 대한 분석은 이루어지지 않았다. 그럼에도 불구하고 이 연구는 전 국민을 대표할 수 있는 자료를 이용하여 2006년과 2008년 사이 빈곤율을 파악하고 과부담 의료비 발생 양상과 이것이 빈곤화에 미치는 영향을 확인하였다는 점에서 의의를 가진다.

전체 가구의 21.6%가 빈곤에 처해 있으며, 과부담 의료비의 기준에 따라 25.1%의 가구가 과부담 의료비를 지출하고 있는 것으로 나타났다. 과부담 의료비 발생가구비율은 비빈곤 가구보다 빈곤 가구에서 더 높았으며, 지불능력 28% 이상의 과부담 의료비의 지출이 빈곤화의 원인으로 작용하고 있었다. 이러한 높은 과부담 의료비 발생율과 이에 따른 빈곤화는 한국 의료보장제도가 사회안전망으로써 충분한 역할을 수행하고 있지 못하고 있음을 보여주는 것이다. 따라서 과부담 의료비의 발생을 막고 빈곤화를 억제하기 위해 건강보장의 보장성 강화를 포함한 추가적인 제도적 장치가 필요하다.

## 참고문헌

1. Kim CY. *Theories of Health Security*. Paju: Hanul Publishing Co.; 2009, p. 83-93, 554-578. (Korean)
2. Shin YJ. Health care safety net in Korea: issues and policy options. *Health Welf Policy Forum* 2009; 155: 17-28. (Korean)
3. Shin YS, Shin HW, Hwang DK, Kim HI, Kim JS. *Establishment of the Health Care Safety Net and Policy Task*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2006, p. 53-60, 137-196. (Korean)
4. Kim CY, Lee JS, Kang GW, Kim YI. Magnitude of patient's cost-sharing for hospital services in the national health insurance in Korea. *Korean J Health Policy Adm* 1999; 9(4): 1-14. (Korean)
5. Kim SG, Yu SH, Park WS, Chung WJ. Out-of-pocket health expenditures by non-elderly and elderly persons in Korea. *J Prev Med Public Health* 2005; 38(4): 408-414. (Korean)
6. Lim JH, Kim SG, Lee EM, Bae SY, Park JH, Choi KS, et al. The determinants of purchasing private health insurance in Korean cancer patients. *J Prev Med Public Health* 2007; 40(2): 150-154. (Korean)
7. van Doorslaer E, O' Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Econ* 2007; 16(11): 1159-1184.
8. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2009: OECD indicators [cited 2010 Feb 9]; 1(1):[1 screens]. Available from: [http://www.oecdilibrary.org/content/book/health\\_glance-2009-en](http://www.oecdilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en).
9. Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a Vital Investment for Economic Development in Eastern Europe and Central Asia*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008, p. 49-84.
10. 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.
11. Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ* 2002; 80(8): 612.
12. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet* 2006; 368(9549): 1828-1841.
13. Merlis M. *Family Out-of-pocket Spending for Health Services: a Continuing Source of Financial Insecurity*. New York: Commonwealth Fund; 2002. p. 4-12.
14. Somkotra T, Lagrada LP. Payments for health care and its effect on catastrophe and impoverishment: experience from the transition to Universal Coverage in Thailand. *Soc Sci Med* 2008; 67(12): 2027-2035.

15. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 2002; 80(2): 97-105.
16. Wagstaff A, van Doorslaer E. *Paying for Health Care: Quantifying Fairness, Catastrophe, and Impoverishment, with Applications to Vietnam, 1993-1998*. Washington, DC: World Bank; 2001. p. 20-24.
17. World Bank. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. New York; Oxford University Press; 2000. p. 135-159.
18. World Health Organization. *The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More than Ever*. Geneva: World Health Organization; 2008, p. 23-35.
19. Lee WY. Equity in urban households' out-of-pocket payments for health care. *Korean J Health Policy Adm* 2005; 15(1): 30-56. (Korean)
20. Kim ARM. *A Study on Poverty Duration and Its Determinants: Focusing on Type of Household* [dissertation]. Seoul: University of Seoul ; 2006. (Korean)
21. Kim KS, Noh HJ. An Empirical study of poverty exit and duration: life table analysis and hierarchical generalized linear analysis. *Soc Welf Policy* 2009; 36(3): 185-212. (Korean)
22. Ku IH, Poverty dynamics in Korea: poverty duration and its determinants. *Korean J Soc Welf* 2005; 57(2): 351-374. (Korean)
23. Ku IH. Socio-economic characteristics of the poor and poverty transition in Korea: since the recent economic crisis. *Korean J Soc Welf* 2002; 48: 82-112. (Korean)
24. Seok SH. Testing for state dependence effects in poverty dynamics. *Korean Soc Secur Stud* 2007; 23(3): 79-99. (Korean)
25. Kim KS. The effect of income transfer on poverty rate. *Korean J Soc Welf* 2002; 48: 113-149. (Korean)
26. Huh SI. Changes in the financial burden of health expenditures by income level. *Health Welf Policy Forum* 2009; 149: 48-62. (Korean)
27. Kim HJ. Household medical expenditure burden of the poor. *J Inst Soc Res* 2008; 9(1): 229-254. (Korean)
28. Son SI. *Factors Influencing Catastrophic Health Expenditure of the Poor* [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2009. (Korean)
29. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362(9378): 111-117.
30. Sun X, Jackson S, Carmichael G, Sleigh AC. Catastrophic medical payment and financial protection in rural China: evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province. *Health Econ* 2009; 18(1): 103-119.
31. Lee WY, Shin YJ. Catastrophic health expenditures among income groups in urban households. *Korean Soc Secur Stud* 2005; 21(2): 105-133. (Korean)
32. Huh SI, Choi SJ, Kim CY. Income elasticity of household health expenditure and differences by income level. *Korean J Health Policy Adm* 2007; 17(3): 50-67. (Korean)
33. Lee SY. A Study on inequity in medical care utilization and the proportion of medical care expenditure to income. *Korean J Soc Welf Stud* 1997; 10: 415-447. (Korean)
34. Kim TW, Yang SH, Choi HS, Kim MK, Woo SH, Park EY. *2009 Poverty Statistics Yearbook*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2009, p. 7-14, 23-84. (Korean)
35. Lee BJ, Kang SK, Ku IH, Kim TS, An SH, Son BD, et al. *An In-depth Study of 2006 Korea Welfare Panel Study*. Seoul: Seoul National University; 2007. p. 27-52. (Korean)
36. Kim MG, Kim TW. Poverty in Korea: current status and policy issues. *Korean Soc Secur Stud* 2004; 20(3): 173-200. (Korean)
37. Statistics Korea. Health insurance finance and coverage rate. e-national index [cited 2010 Feb 9]; 1(1):[1 screens]. Available from: URL:[http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO\\_STTS\\_IdxMain.jsp?idx\\_cd=2763](http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=2763). (Korean)
38. National Health Insurance Corporation, Health Insurance Review & Assessment Service. *2008 National Health Insurance Statistical Yearbook*. Seoul: National Health Insurance Corporation, Health Insurance Review & Assessment Service; 2009. p. 6. (Korean)
39. Shin YJ, Shon JI. The prevalence and association factors of unmet medical need-using the 1st and 2nd Korea Welfare Panel data-. *Health Soc Welf Rev* 2009; 29(1): 111-142. (Korean)