

# 건강보험 입원환자의 주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인

최 영 순<sup>1</sup> · 이 광 옥<sup>2</sup> · 임 은 실<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 연구위원, <sup>2</sup> 상명대학교 간호학과 전임강사, <sup>3</sup> 대구보건대학 간호과 전임강사

## Factors Affecting Perceived Financial Burden of Medical Expenditures

Choi, Young Soon<sup>1</sup> · Lee, Kwang Ok<sup>2</sup> · Yim, Eun Shil<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Senior Researcher, Health Insurance Research Center, National Health Insurance Corporation

<sup>2</sup> Full-time Lecturer, Department of Nursing, Sangmyung University

<sup>3</sup> Full-time Lecturer, Department of Nursing, Daegu Health College

### 주요어

부담감, 의료비

### Key words

Burden, Medical Expenditures

### Correspondence

Yim, Eun Shil  
Department of Nursing,  
Daegu Health College  
San 7, Taejeon1-Dong,  
Buk-Gu, Daegu 702-722, Korea  
Tel: 82-53-320-1467  
E-mail: yim7604@hanmail.net

투 고 일: 2010년 10월 19일

수 정 일: 2011년 4월 29일

심사완료일: 2011년 6월 7일

### Abstract

**Purpose:** This study was done to investigate factors affecting perceived financial burden of medical expenditures. **Method:** The participants were 2,024 inpatients who were enrolled in a survey on the benefit coverage rate of the National Health Insurance in 2006. The collected data were analyzed using t-test, ANOVA-test, Mann-Whitney-test, Kruskal-Wallis-test, Chi-square test and logistic regression. **Results:** The crucial factors for perceived financial burden were age, job, equivalence scale, ratio of annual family income vs medical expenditure, and private health insurance. Perceived financial burden was higher for people who were older, who were unemployed, whose medical expenditures were high compared to annual family income, whose index of family equalization was low and for those who had no private health insurance. **Conclusion:** The results of the study indicate a demand for system reform that will enable management of no-pay hospital bills in the National Health Insurance to decrease the medical expense of people in the low-income bracket.

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

우리나라는 건강보험제도를 도입한 지 12년 만인 1989년에 전 국민 대상으로 건강보험을 적용하게 되었다. 이와 같이 단기간에 전 국민을 대상으로 의료보장을 실현하는 과정에서 '저부담 - 저급여'의 틀이 유지됨에 따라, 급여비로 지출하는 비용은 본인이 납부한 보험료 이외에도 사용자 부담금, 국고지원금 등을 합하여 104% 정도가 되는데도 건강보험 진료의 보장률은 2004년

61.3%, 2005년 61.8%, 2006년 64.3%, 2007년 64.6%, 2008년 62.2%로 OECD 평균 보장률 80%에 비해 낮아 본인부담 의료비 수준이 높다(Choi, Lee, & Lee, 2009). 또한, 국제 비교가 가능한 국민의료비 중 공공재원 지출이 차지하는 비중도 54.9%로 OECD국가 평균인 72.8%에 비해 낮아(OECD, 2009), 가계가 지출하는 의료비 부담수준이 높게 나타났다. 정부와 보험자인 국민건강보험공단은 1987년 '한방의료보험' 도입 이후 현재까지 꾸준히 건강보험 보장성강화를 위한 정책을 시행하였으나, 다양한 요인이 결부되어 가시적인 성과로 나타나지않아 아직 역부족인 상황이라 본인부담 의료비 수준이 높은 편이다.

건강보험제도에서 본인부담 의료비는 대상자의 도덕적 해이를 방지하고 건강보험 재정을 안정시키는 순기능을 위해 시행되고 있으나 본인부담 수준이 높아짐에 따른 역기능이 나타나고 있다. 이는 법정 본인부담 이외 비급여 본인부담 의료비 지출은 가계 경제에 심각한 위협을 미치는 요인 중의 하나로 손꼽히고 있다(Do, 2007). 건강보험제도에서 보험급여의 범위와 수준은 보장률을 결정하는 주요한 요인인데(Jeong, Lee, & Shin, 2004), 보장률은 입·내원 진료시 발생하는 전체 의료비 중에서 본인부담 의료비가 차지하는 비중으로 본인부담금은 법정 본인부담과 비급여 본인부담으로 분류할 수 있다. 국민건강보험공단의 「2008년 건강보험환자 본인부담 진료비 실태조사」 결과에 의하면 법정 본인부담률은 21.9%, 비급여 본인부담률은 13.5%였다(Choi, Lee, & Lee, 2009). 법정 본인부담금은 법령에 의거한 사회적 합의사항이라고 할 수 있으나 비급여는 논란의 여지가 있다. 비급여는 건강보험 급여 원리에 부합되지 않는 행위 및 진료에 반드시 필요하나 향후 의료발전에 기여할 가능성이 있는 행위로 규정하고 있으나 치료를 위해 불가피한 선택을 하는 경우도 발생하므로 의료소비자인 국민들의 급여확대 요구가 높은 항목들은 향후 해결해야 할 과제로 남아있다. 또한 요양기관은 비급여 진료 수가를 임의로 산정할 뿐만 아니라 어떠한 통제도 받지 않기 때문에 과도한 본인부담 의료비를 발생시켜 국민의 의료이용을 저해하는 요인으로 작용할 수 있다.

무엇보다 큰 문제는 저소득계층에서 과도하게 발생하는 본인부담 의료비가 의료이용을 억제하는 주요 요인으로 작용하여 질병의 조기진단 및 치료를 저해하여 중장기적으로는 의료이용을 증가시키게 된다는 것이다. 실제 본인부담 의료비는 소득계층에 따라서 그 부담이 역전되는 상황이 발생되므로 의료의 접근성에서 소득계층 간의 형평성 문제를 야기하게 된다(Kim & Jeong, 2005). 향후 의료 이용을 하는 환자 및 가족은 고령화와 급속한 신의료기술 도입 등으로 의료비 지출이 점차 증가하여, 가계 경제에 상당한 부담으로 작용할 것으로 예상된다. 또한, 가구총수입에서 의료비 지출이 차지하는 비중이 높을 경우에는 저소득층이 아니더라도 빈곤상태를 경험할 수 있으므로 간과할 수 없는 문제이다.

지금까지 의료비지출 관련 선행연구들은 주로 국가적인 차원에서 의료비 부담을 가구소득 대비 의료비 지출로 측정하는 것이었고(Arredondo & Najera, 2005; O'Hara, 2004; Doorslaer et al., 2006), 국내에서도 연구가 수행되었으나 의료비 지출에 대한 자료 제한으로 일부지역 노인 대상(Lee, 2004)이거나, 만성질환자 대상(Kim & Kim, 2002; Jeong et al., 2005), 산재보험 대상(Cho, Won, & Yoon, 2009)이었다. 그러나 소득 이외에도 가구마다 상이한 의료비에 대한 대응역량(coping capacity) 또는 완

충역량(buffering capacity)과 지불능력 등이 있는데, 이를 제대로 반영하지 못한다는 점이 문제로 제기 되기도 하였다(Wyszewianski, 1986).

이러한 문제점을 극복하기 위해 의료비 부담을 측정하는 실질적인 척도로 주관적 의료비 부담 척도가 타당함이 제안되었다. 의료비 부담은 본질상 주관적 특성을 가지고 있으므로 대리 척도에 의존하지 않고 직접 다룸에 따라 가구의 관점에서 소득 대비 의료비 보다는 의료비 부담 여부를 직접적으로 측정하여 정책적 관점에서도 국민 중에서 의료비 부담을 느끼는 비율이 어느 정도인가가 실질적인 문제로 대두되고 있기 때문이다(Do, 2007). 따라서 본 연구는 국민건강보험공단에서 매년 실시하고 있는 전국단위 조사인 「건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」의 입원 환자를 대상으로 의료비 지출에 대한 주관적 부담감 정도를 알아보고, 이에 영향을 미치는 요인을 파악하여 합리적인 의료비 관리 방안 마련을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 건강보험 입원환자의 주관적 의료비 부담감을 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하는 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 건강보험 입원환자의 인구학적, 사회경제적 수준에 따른 의료비 지출과 주관적 의료비 부담이 얼마나 되는지 알아보고자 한다.
- 2) 건강보험 입원환자의 주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인을 규명 한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 대상

본 연구에서는 건강보험 입원환자의 주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 국민건강보험공단 「2006년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」 대상자로 선정하였다. 「2006년 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」는 2006년 12월 병원을 이용한 환자들의 의료비 자료를 EDI 청구매체로 2007년 4월 1일부터 6월 30일까지 조사되었다. 조사기관은 전산 매체 EDI 자료를 제출할 수 있는 기관으로, 3개월 동안 진료 실적이 있으며, 전산 매체를 통해 의료비를 청구하고 있는 56,054개 기관을 모집단으로 지역별, 병상규모별, 병원특성별, 층화계통추출법으로 690개의 표본기관을 추출하여 조사하였다.

외래 환자의 의료비 지출은 평균 25,642원, 입원 환자는 평균 3,173,398원으로 입원환자와 외래환자의 평균 의료비 지출 차이가 3,147,756원이었다. 따라서 주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 입원환자로 한정하였다.

입원환자의 경우 종합전문병원의 노인환자가 다수를 차지함에 따라 요양기관 종별 및 연령별 비례할당의 어려움으로 지역별 비례할당 추출법을 이용하였다. 표본 대상자는 「2006년 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」 대상자 중 12월에 퇴원한 환자 2,962명이 추출되었으며, 전화설문 조사 방법에 동의하고, 설문이 완료된 2,024명을 최종 분석 대상으로 하였다.

## 2. 자료 수집

「2006년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」는 환자 성, 연령, 퇴원일자, 입내원일수, 진료과목, 주상병명, 부상병명, 요양급여(본인부담금, 보험자 부담금), 비급여, 건강보험 유형, 기관 종별 자료를 EDI 자료로 이메일 및 파일, CD 등으로 수집하고 있는데, 이 중 본 연구에서는 성, 연령, 건강보험 유형, 종합병원 여부, 요양급여 중 본인부담금, 비급여 자료 6문항을 이용하였다. 이의 건강보험 입원환자의 주관적 의료비 부담에 대한 설문 1문항과 일반적 특성 및 사회경제적 수준에 대한 5문항인 학력, 직업, 가족수, 월간소득, 민감보험 가입 여부를 전문조사기관에서 전화설문을 통해 자료를 수집하였다. 자료수집 기간은 2007년 7월 15일부터 9월 14일까지 2개월간 수행되었다.

## 3. 연구 도구

### 1) 주관적 의료비 부담

주관적 의료비 부담은 '본인이 지불한 의료비 부담은 어느 정도인지요?'라는 1문항으로 전혀 부담 없음(1점), 거의 부담 없음(2점), 적당함(3점), 약간 부담됨(4점), 매우 부담됨(5점)으로 구성된 5점 Likert 척도로 측정하였다.

### 2) 의료비 지출

의료비 지출은 건강보험 급여 의료비 중 본인부담금과 비급여 의료비(법정비급여 의료비 + 임의비급여 의료비)를 의미한다. 입원시 건강보험 급여 의료비 중 본인부담율은 비급여 본인부담금을 제외한 전체 급여액에서 20%를 부담하며(Choi, Kim, Lee, & Han, 2007), 비급여 의료비는 100%를 부담하는 것으로 「건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」의 의료기관 조사표를 이용하여 급여 의료비 중 본인부담금과 비급여 의료비를 합산하였다.

### 3) 가구균등화 지수

가구균등화 지수(equivalence scale)는 가구소득을 가구원 크기의 제곱근으로 나누어 주는 방법으로 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)에서 국가별 소득을 비교 분석할 때 사용하고 있다. 따라서 본 연구에서는 소득 표준화를 위해 월평균 가구소득을 총 가구원수로 보정한 가구균등화 지수를 이용하여 4분위로 분류하여 소득수준에 따른 그룹을 구분하였다.

### 4) 종합병원 이용 여부

요양기관 종별 비급여 의료비 규모에 있어 종합전문, 종합병원 이 전체 비급여 의료비의 58.7%를 차지함에 따라 종합병원 이용여부로 구분하였다(Choi et al., 2007).

## 4. 자료 분석

수집된 자료의 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 건강보험 입원환자의 인구학적 특성, 사회경제적 특성에 따른 의료비 지출 차이를 파악하기 위하여 t-test와 세집단 이상의 평균치 분석을 위한 ANOVA 분석을 실시하였다. 각 집단 간의 평균 차이를 검증하기 위해 ANOVA 사후검정으로 Scheffé 검정법을 수행하였다.

둘째, 인구학적 특성, 사회경제적 특성에 따른 주관적 의료비 부담의 차이를 파악하기 위하여, 비모수 분석 방법 중 Mann-Whitney 검정과 Kruskal-Wallis 검정을 실시하였다. 주관적 의료비 부담의 5점 척도는 정규분포 하지 않으므로 비모수 검정으로 분석하였다.

셋째, 주관적 의료비 부담 여부에 따른 인구학적, 사회경제적 특성의 차이를 파악하기 위해  $\chi^2$ -test 분석을 실시하였다.

넷째, 주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 적용하였다.

## 연구 결과

### 1. 인구학적, 사회경제적 수준에 따른 의료비 지출 차이

본 연구의 대상자는 총 2,024명으로 성별 분포를 보면 남자가 64.6%(1,307명)이었으며, 의료비 지출에 있어서는 남자 1,345,305원, 여자 1,275,948원으로 남자가 69,357원 더 많이 지출하였으나 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 연령별 분포를 살펴보면, 60-69세가 27.0%(546명)로 가장 많았으며, 다음으로는 50-59세 24.6%(498명), 70세 이상 17.7%(359명), 40-49세 17.4%(352명),

39세 이하 13.3%(269명) 순이었다. 의료비 지출은 70대 이상이 3,138,392원으로 가장 높았으며, 39세 이하는 1,387,130원으로 가장 낮았다. ANOVA 사후분석 결과 39세 이하와 60-69세, 70세 이상의 집단 간 본인부담 의료비 평균 차이는 통계적으로 유의하였다.

교육수준은 고졸이 47.1%(954명)로 가장 많았으며, 초졸이하가 14.1%(286명)이었다. 의료비 지출은 초졸이하가 1,675,081원으로 높았으며, 고졸이 1,170,964원으로 가장 낮았다. 교육수준

인 초졸과 고졸 집단의 의료비 지출 차이는 통계적으로 유의하였다. 직업이 없는 경우 65.9%(1,334명)이었으며, 직업이 있는 경우는 34.1%(690명)로 무직이 많았다. 의료비 지출은 무직의 경우 1,393,461원이었으며, 직업이 있는 경우는 1,180,132원으로 두 집단간의 평균 차이는 통계적으로 유의하였다. 가족수에 있어서 독거인 경우가 2.5%(51명)로 가장 적었으며, 4인 가족이 40.4%(817명)로 가장 많았다. 가족수에 따른 집단간의 의료비 지출 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

**(Table 1)** Medical expenditures by demographic and social characteristics

n=2,024

Characteristics	Categories	n	%	Mean (±SD)	Medical expenditures (won)	t or F (p)
Gender	Male	1,307	64.6		1,345,305	0.745 (0.456)
	Female	717	35.4		1,275,948	
Age in years	≤39	269	13.3	56.43 (±13.92)	1,387,130 <sup>  </sup>	7.896 (0.000)
	40-49	352	17.4		1,501,278	
	50-59	498	24.6		1,633,230	
	60-69	546	27.0		1,831,564 <sup>  </sup>	
	≥70	359	17.7		3,138,392 <sup>  </sup>	
Education	≤Elementary	286	14.1		1,675,081 <sup>  </sup>	5.008 (0.002)
	Middle school	311	15.4		1,400,871	
	High school	954	47.1		1,170,964 <sup>  </sup>	
	≥College	473	23.4		1,355,866	
Job	No	1,334	65.9		1,393,461	2.274 (0.023)
	Yes	690	34.1		1,180,132	
Family size	1	51	2.5	3.45 (±1.10)	996,891	1.342 (0.252)
	2	437	21.6		1,418,239	
	3	422	20.8		1,260,162	
	4	817	40.4		1,261,837	
	≥5	297	14.7		1,480,967	
Equivalence scale	1(highest)	586	29.0		1,526,916 <sup>  </sup>	3.203 (0.022)
	2	586	29.0		1,290,912	
	3	415	20.5		1,176,234 <sup>  </sup>	
	4(lowest)	437	21.5		1,221,473 <sup>  </sup>	
Ratio annual family income vs health expenditures(%)	<2.50%	919	45.4	6.54 (±14.42)	429,240 <sup>  </sup>	278.123 (0.000)
	2.50- <5.00%	465	23.0		1,091,980 <sup>  </sup>	
	5.00- <10.00%	322	15.9		1,875,051 <sup>  </sup>	
	10.00- <15.00%	124	6.1		2,512,201 <sup>  </sup>	
	≥15.00%	194	9.6		4,410,552 <sup>  </sup>	
General hospital	Yes	1,383	68.3		1,394,101	2.424 (0.015)
	No	641	31.7		1,162,444	
Type of national health Insurance	Community	1,062	52.5		1,276,617	1.041 (0.298)
	Job	962	47.5		1,369,440	
Private health insurance	No	1,509	74.6		1,302,768	.691 (0.490)
	Yes	515	25.4		1,373,381	
Perceived financial burden	Very low	19	.9	4.11 (±0.78)	946,248 <sup>  </sup>	60.237 (0.000)
	Moderate low	64	3.2		784,198	
	Moderate	220	10.9		757,374	
	High	1,087	53.7		909,978	
	Very high	634	31.3		2,285,857 <sup>  </sup>	

|| : ANOVA Scheffe test

가구균등화지수를 4분위로 분류한 결과 75만원 미만, 75만원 이상 125만원 미만, 125만원 이상 150만원 미만, 150만원 이상으로 분류됨에 따라, 75만원 미만을 가장 낮은(lowest) 소득수준 그룹으로, 150만원 이상을 가장 높은(highest) 소득수준 그룹으로 구분하였다. 가구균등화지수가 150만원 이상인 1집단과 125만원 이상 150만원 미만 2집단은 각각 29.0%(586명)이었고, 75만원 이상 125만원 미만인 3집단은 20.5%(415명), 75만원 미만인 4집단은 21.5%(437명)이었다. 가구균등화 지수에 따른 의료비 지출은 1집단이 1,526,916원으로 가장 높았으며, 3집단이 1,176,234원, 4집단은 1,221,473원으로 1집단과 3집단, 4집단 간의 의료비 지출 차이는 통계적으로 유의하였다.

의료비 지출율은 연간가구소득 대비 의료비 지출 비율로 Wagstaff와 Doorsaler(2003)의 의료비부담 지출의 기준선을 참조하여 2.5%미만, 2.5-5%미만, 5%-10%미만, 10-15%미만, 15% 이상으로 구분하였다. 본 연구에서는 연간소득 대비 의료비 지출 비율은 2.50%미만이 45.4%(919명), 2.50-5.00%미만이 23.0%(465명), 5.00-10.00%미만이 15.9%(322명), 10.00-15.00%미만이 6.1%(124명), 15.00%이상이 9.6%(194명)이었으며, 2.5%미만 집단과 이외 4개 집단 간 의료비 지출 차이는 통계적으로 유의하였다. 종합병원 입원여부에 있어서 종합병원이 68.3%(1,383명)로 많았으며, 의료비 지출에 있어서도 1,392,101원으로 종합병원이 아닌 경우보다 의료비 지출이 통계적으로 유의하게 높았다.

건강보험 유형은 지역 보험이 52.5%(1,062명)로 많았으며, 의료비 지출은 직장 보험의 경우 1,369,440원으로 지역 보험보다

많이 지출하고 있었다. 그러나 건강보험 유형에 따른 의료비 지출 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 민간 보험 가입자는 25.4%(515명)이었으며, 의료비 지출은 1,373,381원으로 미가입자와 유의한 차이는 없었다. 주관적 의료비 부담감은 '전혀 부담 없음'이 0.9%(19명)였으며, 의료비 지출은 946,248원이었다. '거의 부담 없음'은 3.2%(64명)로 784,198원, '적당함'은 10.9%(220명)로 757,374원, '약간 부담됨'은 53.7%(1,087명)로 909,978원, '매우 부담됨'은 31.3%(634명)으로 2,285,857원의 의료비 지출이 있었다. 주관적 의료비 부담감에 따른 의료비 지출은 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이 중 '전혀 부담 없음'과 '매우 부담됨'의 집단 간의 의료비 지출 차이가 유의하였다(Table 1).

## 2. 인구학적, 사회경제적 수준에 따른 주관적 의료비 부담 차이

인구학적, 사회경제적 수준에 따른 주관적 의료비 부담 차이는 <Table 2>와 같다. 주관적 의료비 부담은 5점 Likert 척도로 정규분포 하지 않으므로 Mann-Whitney 검정과 Kruskal-Wallis 검정을 실시하였다. Mann-Whitney 검정을 실시결과 주관적 의료비 부담은 직업 유무( $p=0.000$ ), 종합병원 여부( $p=0.000$ ), 민간 보험 가입 여부( $p=0.000$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으나, 성( $p=0.451$ ), 건강보험 유형( $p=0.885$ )에 따른 차이는 없었다. Kruskal-Wallis 검정 결과 연령( $p=0.000$ ), 교육( $p=0.000$ ), 가족수( $p=0.000$ ), 가구균등화 지수( $p=0.000$ ), 연간가구소득 대비

<Table 2> Perceived financial burden for medical expenditures

$n=2,024$

		Perceived financial burden Mean( $\pm$ SD)	Z or $\chi^2$ (p)
Gender	Male	4.11( $\pm$ 0.81)	0.754 (0.451)
	Female	4.11( $\pm$ 0.74)	
Age in years	$\leq 39$	3.91( $\pm$ 0.74)	52.201 (0.000)
	40-49	4.03( $\pm$ 0.79)	
	50-59	4.07( $\pm$ 0.82)	
	60-69	4.19( $\pm$ 0.77)	
	$\geq 70$	4.27( $\pm$ 0.73)	
Education	$\leq$ Elementary	4.28( $\pm$ 0.74)	85.084 (0.000)
	Middle school	4.34( $\pm$ 0.82)	
	High school	4.06( $\pm$ 0.76)	
	$\geq$ College	3.95( $\pm$ 0.79)	
Job	No	4.19( $\pm$ 0.79)	7.510 (0.000)
	Yes	3.95( $\pm$ 0.75)	
Family size	1	4.17( $\pm$ 0.93)	29.779 (0.000)
	2	4.26( $\pm$ 0.75)	
	3	4.07( $\pm$ 0.81)	
	4	4.04( $\pm$ 0.77)	
	$\geq 5$	4.12( $\pm$ 0.79)	

Table 2. Perceived financial burden for medical expenditures(continued)

n=2,024

		Perceived financial burden Mean(±SD)	Z or $\chi^2$ (p)
Equivalence scale	1(highest)	4.06(±0.68)	88.452 (0.000)
	2	4.00(±0.73)	
	3	4.08(±0.84)	
	4(lowest)	4.34(±0.87)	
Ratio annual family income vs medical expenditures(%)	<2.50%	3.80(±0.73)	459.990 (0.000)
	2.50- <5.00%	4.14(±0.68)	
	5.00- <10.00%	4.36(±0.79)	
	10.00- <15.00%	4.58(±0.72)	
	≥15.00%	4.74(±0.58)	
General hospital	Yes	4.15(±0.79)	4.023 (0.000)
	No	4.02(±0.77)	
Type of national health insurance	Community	4.11(±0.77)	0.145 (0.885)
	Job	4.11(±0.80)	
Private health insurance	No	4.15(±0.77)	4.582 (0.000)
	Yes	3.98(±0.81)	

의료비 지출 비율(p=0.000)에 따른 주관적 의료비 부담의 차이는 통계적으로 유의하였다.

3. 주관적 의료비 부담 여부에 따른 인구학적, 사회경제적 차이

주관적 의료비 부담 여부에 따른 인구학적, 사회경제적 차이는 <Table 3>과 같다. 주관적 의료비 부담 차이는 '전혀 부담 없음', '거의 부담 없음', '적당함'이라고 응답한 비율이 15%로

'부담이 없음'으로, '약간 부담됨', '매우 부담됨'의 비율은 85%로 '부담이 있음'으로 구분하여 분석하였다. 주관적 의료비 부담 여부에 따른 인구학적, 사회경제적 차이는 연령이 증가할수록 (p=0.001), 교육수준이 낮을수록(p=0.053), 직업이 없는 경우 (p=0.000), 연간가구소득 대비 의료비 지출 비율이 높을수록 (p=0.000), 민간보험에 가입하지 않은 경우(p=0.001) 주관적 의료비 부담이 높은 것으로 나타났으며, 성별, 가구균등화지수, 종합병원 여부, 건강보험 유형에 따른 유의미한 차이는 없었다.

<Table 3> Differences in perceived financial burden

n=2,024

		Perceived financial burden			$\chi^2$	p
		No n(%)	Yes n(%)	Total n(%)		
Gender	Male	207(15.8)	1,100(84.2)	1,307(100)	2.181	0.152
	Female	96(13.4)	621(86.6)	717(100)		
Age in years	≤39	54(20.1)	215(79.9)	269(100)	19.090	0.001
	40-49	58(16.5)	294(83.5)	352(100)		
	50-59	87(17.5)	411(82.5)	498(100)		
	60-69	70(12.8)	476(87.2)	546(100)		
	≥70	34( 9.5)	325(90.5)	359(100)		
Education	≤Elementary	31(10.8)	255(89.2)	286(100)	7.704	0.053
	Middle school	40(12.9)	271(87.1)	311(100)		
	High school	149(15.6)	805(84.4)	954(100)		
	≥College	83(17.5)	390(82.5)	473(100)		
Job	No	171(12.8)	1,163(87.2)	1,334(100)	14.233	0.000
	Yes	132(19.1)	558(80.9)	690(100)		
Family size	1	6(11.8)	45(88.2)	51(100)	7.865	0.097
	2	49(11.2)	388(88.8)	437(100)		
	3	72(17.1)	350(82.9)	422(100)		
	4	133(16.3)	684(83.7)	817(100)		
	≥5	43(14.5)	254(85.5)	297(100)		

<Table 3> Differences in perceived financial burden(continued)

n=2,024

		Perceived Financial Burden			x <sup>2</sup>	p
		No n(%)	Yes n(%)	Total n(%)		
Equivalence scale	1(highest)	84(14.3)	502(85.7)	586(100)	4,757	0,191
	2	85(14.5)	501(85.5)	586(100)		
	3	76(18.3)	339(81.7)	415(100)		
	4(lowest)	59(13.5)	378(86.5)	437(100)		
Ratio annual family income vs medical expenditures (%)	<2,50%	207(22.5)	712(77.5)	919(100)	80,782	0,000
	2,50- <5,00%	50(10.8)	415(89.2)	465(100)		
	5,00- <10,00%	30( 9.3)	292(90.7)	322(100)		
	10,00- <15,00%	8( 6.5)	116(93.5)	124(100)		
General hospital	≥15,00%	8( 4.1)	186(95.9)	194(100)	0,456	0,500
	Yes	202(14.6)	1,181(85.4)	1,383(100)		
Type of national health insurance	No	101(15.8)	540(84.2)	641(100)	0,000	0,999
	Community	159(15.0)	903(85.0)	1,062(100)		
Private health insurance	Job	144(15.0)	818(85.0)	962(100)	11,690	0,001
	No	202(13.4)	1,307(86.6)	1,509(100)		
	Yes	101(19.6)	414(80.4)	515(100)		

4. 주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인

주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 <Table 4>와 같다. 단변량 로지스틱 회귀분석 결과 주관적 의료비 부담은 연령이 39세 이하에 비해 60-69세는 1.708배(p<0.05), 70세 이상은 2.401배(p<0.001) 높은 것으로 나타났으며, 교육수준은 초등학교 졸업이 하에 비해 고등학교 졸업이 0.657배(p<0.05), 대졸이상은 0.571배(p<0.05) 주관적 의료비 부담이 낮았다. 직업의 있는 경우는 없는 경우에 비해 0.622배(p<0.001), 민간보험 가입자는 미가입자에 비해 0.634배(p<0.05) 주관적 의료비 부담이 낮게 나타났으며, 가구균등화지수에 있어 가장 높은 1집단에 비해 가장 낮은 4집단은 2.844배(p<0.01), 3집단은 2.214배(p<0.05), 2집단은 1.919배(p<0.05), 연간가구소득 대비 의료비지출 비율은 2.50% 미만에 비해 15%이상은 6.759배(p<0.001), 10% 이상에서 15%미만은 4.216배(p<0.001), 5%이상에서 10%미만은 2.830배(p<0.001), 2.5%이상에서 5%미만은 2.413배(p<0.001) 주관적 의료비 부담이 높은 것으로 나타났다.

단변량 로지스틱 회귀분석 결과 주관적 의료비 부담에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 변수 연령, 교육 수준, 직업 유무, 민간보험 가입 여부, 가구균등화지수, 연간가구소득 대비 의료비 지출 비율을 독립변수로 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 또한 다중공선성 여부를 확인하기 위해 분산팽창인자(variance inflation factor, VIF) 분석 결과 1.198-1.371로 10이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없었다.

교육수준은 다중 로지스틱 회귀분석 결과 주관적 의료비 부담

에 영향을 미치지 않았으며, 연령, 직업 유무, 가구균등화 지수, 연간가구소득 대비 의료비 지출 비율은 주관적 의료비 부담에 영향을 주는 요인으로 직업이 있는 경우 무직에 비해 0.747배(p<0.05), 민간 보험 가입자의 경우 미가입자에 비해 0.665배(p<0.05) 주관적 의료비 부담이 낮았다. 반면 연령에 있어 39세 이하에 비해 70세 이상 노인은 1.552배(p<0.05), 가구균등화 지수는 가장 높은 1집단에 비해 가장 낮은 4집단은 2.486배(p<0.001), 3집단은 2.192배(p<0.001), 2집단은 1.820배(p<0.05) 주관적 의료비 부담이 높게 나타났으며, 연간가구소득 대비 의료비 지출비율은 2.50%미만에 비해 15%이상은 8.970배(p<0.001), 10%이상에서 15%미만은 5.053배(p<0.001), 5%이상에서 10%미만은 3.361배(p<0.001), 2.5%이상에서 5%미만은 2.658배(p<0.001) 주관적 의료비 부담이 높은 것으로 나타났다.

5. 가구균등화 지수에 따른 연간가구소득 대비 본인부담비율

주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인 중 가구균등화 지수와 연간소득 대비 본인부담비율에 따른 교차비가 유의하게 나타남에 따라 가구균등화 지수에 따른 연간가구소득 대비 본인부담비율을 추가분석한 결과는 <Table 5>와 같다. 연간가구소득 대비 본인부담비율이 15%이상인 경우 가구균등화 지수가 가장 낮은 4집단이 51.5%로 가장 많았으며, 가구 균등화 지수가 가장 높은 1집단은 10.3%로 가장 낮았다. 가구 균등화 지수에 따른 연간 가구 소득 대비 본인부담비율은 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p=0.000). 10.00-15.00%미만인 경우도 가구 균등화 지수

〈Table 4〉 Factors affecting on perceived financial burden by logistic regression

n=2,024

Variables		Burden(ref. not burden) Crude OR (95% CI)	Burden(ref. not burden) OR (95% CI) <sup>†</sup>
Gender	Male	1	
	Female	1,217 (0,937- 1,581)	
Age in years	≤39	1	1
	40-49	1,273 (0,845- 1,919)	1,128 (0,739- 1,723)
	50-59	1,187 (0,813- 1,731)	0,909 (0,613- 1,348)
	60-69	1,708* (1,157- 2,522)	1,174 (0,778- 1,772)
	≥70	2,401** (1,512- 3,812)	1,552* (0,943- 2,553)
Education	≤Elementary	1	1
	Middle school	0,824 (0,500- 1,357)	1,142 (0,672- 1,942)
	High school	0,657* (0,435- ,991)	1,084 (0,688- 1,708)
	≥College	0,571* (0,367- ,888)	1,094 (0,651- 1,839)
Job	No	1	1
	Yes	0,622** (0,485- ,797)	0,747* (0,564- 0,990)
Family size	1	1	
	2	1,056 (0,428- 2,602)	
	3	0,648 (0,266- 1,576)	
	4	0,686 (0,287- 1,640)	
	≥5	0,788 (0,317- 1,959)	
Equivalence scale	1(highest)	1	1
	2	1,919* (1,268- 2,902)	1,820* (1,211- 2,735)
	3	2,214* (1,415- 3,464)	2,192** (1,434- 3,351)
	4(lowest)	2,844** (1,814- 4,459)	2,486** (1,629- 3,795)
Ratio annual family income vs medical expenditures(%)	<2,50%	1	1
	2,50- <5,00%	2,413** (1,732- 3,362)	2,658** (1,888- 3,743)
	5,00- <10,00%	2,830** (1,885- 4,249)	3,361** (2,190- 5,158)
	10,00- <15,00%	4,216** (2,025- 8,774)	5,053** (2,373- 10,760)
	≥15,00%	6,759** (3,276- 13,948)	8,970** (4,181- 19,244)
General hospital	Yes	1	
	No	0,914 (0,705- 1,186)	
Type of national health insurance	Community	1	
	Job	1,000 (0,783- 1,277)	
Private health insurance	No	1	1
	Yes	0,634* (0,487- 0,824)	0,665* (0,502- 0,881)

\* p < 0,05, \*\* p < 0,001

† Multiple logistic regression : independent variable-age, education, job, equivalence scale, ratio annual family income vs medical expenditure, private health insurance

〈Table 5〉 Addition: Ratio Annual Family Income vs Medical Expenditures by Equivalence Scale

n=2,024

		Equivalence scale								Total	x <sup>2</sup> (p)	
		1(highest)		2		3		4(lowest)				
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Ratio annual family income vs medical expenditures (%)	<2,50%	366	39,8	262	28,5	222	24,2	69	7,5	919	100	323,184 (0,000)
	2,50- <5,00%	130	28,0	129	27,7	138	29,7	68	14,6	465	100	
	5,00- <10,00%	74	23,0	63	19,6	96	29,8	89	27,6	322	100	
	10,00- <15,00%	23	18,5	20	16,1	39	31,5	42	33,9	124	100	
	≥15,00%	20	10,3	14	7,2	60	30,9	100	51,5	194	100	

가 가장 낮은 4집단이 31.5%로 높게 나타났다.

본 연구에서는 국민건강보험공단의 「2006년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」 자료와 주관적 의료비 부담에 대한 전화설문조사를 통해 건강보험 입원 환자의 주관적 의료비

논 의



부담 정도를 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 분석하였다.

건강보험 입원 환자의 주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인 분석을 위해 단변량 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 연령, 교육 수준, 직업 유무, 가구균등화 지수, 연간가구소득 대비 의료비 지출 비율, 민간보험 가입 여부가 영향을 미치는 요인임을 확인하였고, 확인된 독립변수들로 다중 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 연령, 직업 유무, 가구균등화 지수, 연간가구소득 대비 의료비 지출 비율, 민간보험 가입 여부가 주요 요인으로 나타났다.

연령의 경우 39세 이하 연령에 비해 70세 이상은 1.552배 ( $p < 0.05$ ) 주관적 의료비 부담이 높은 것으로 나타났는데, 이는 선행 연구에서 고령인 경우 의료비 지출 및 부담감이 크다는 결과와 일치 하였다(Jeong et al., 1998; Kim & Kim, 2002; Lee, 2004). 노인의 경우 Jeong 등(1998)은 노인 인구 중 86.7%가 만성질환에 이환되어 있고, 만성질환 노인 중 의료비가 부담된다고 47.2%가 느낀다고 하였다. Kim과 Kim(2002)은 60세 이상 노인의 87%가 만성질환을 가지고 있고, 17%가 부담을 가지고 있다고 하였으며, Lee(2004) 또한 한가지 이상 만성질환 유병자는 86.9%, 2가지 이상 만성질환 유병자 71.4%로 3.9%가 의료비 지출에 대한 부담을 갖고 있다고 하였다. 노인의 경우 의원 및 보건 의료원의 경우 65세 이상 노인에게는 총액의 15,000원을 초과하지 않는 범위내에서 1,500원만 본인이 부담하도록 되어 있으나, 입원시에는 다른 연령군과 동일하게 본인부담률이 20%를 부담함에 따라 노인질환의 특성상 외래보다는 입원이 많은 현실에서 모든 연령에게 동일하게 적용되는 의료비 부담방식은 소득활동을 거의하지 못하고 있는 노인들에게 과중한 부담이 될 수 있다(Lee, 2004).

또한 인구사회학적 변수 중에서 직업이 있는 경우가 직업이 없는 경우보다 주관적 의료비 부담이 0.759배( $p = 0.067$ ) 낮았다. 이는 직업이 없는 노인인구 등 취약계층에서는 의료비로 인한 부담이 클 수 있음을 알 수 있다. 따라서 만성질환 치료 의료비로 가계 부담이 될 수 있는 노인의 경우 의료 이용 형태 및 비급여를 포함한 의료비 지출 실태를 파악하여 부담을 덜어줄 수 있는 정책이 요구된다.

가구균등화 지수의 경우 소득이 150만원 이상으로 가장 높은 1집단에 비해 75만원 미만으로 가장 낮은 4집단의 주관적 의료비 부담이 2.486배( $p < 0.001$ ) 높았으며, 연간가구 소득 대비 의료비 지출 비율이 높을수록 주관적 의료비 부담이 높게 나타났다. 또한 가구 균등화 지수와 연간가구 소득 대비 의료비 지출 비율 분석 결과 연간가구 소득 대비 의료비 지출 비율이 15%이상인 경우 가구 균등화 지수가 가장 낮은 집단이 51.5%를 차지함에 따라 저소득 계층의 연간가구 소득 대비 의료비 지출 비율이 높

은 것으로 나타났고, 주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인에 있어서도 가구 균등화 지수와 연간가구 소득 대비 의료비 지출 비율이 주요 영향 요인으로 파악되었다. 또한 연간가구 소득 대비 본인부담 비율이 5%이상인 경우가 33.6%로, 우리나라의 재난적 의료비 지출 비율 43%의 수준 보다는 낮게 나타났으나, 일본 15%, 영국 16%, 미국 20%인 국가 보다는 높게 나타났다(Kwon, 2003; Wagstaff, 2007). 이는 저소득계층의 경우 소득 5분위(income quintile)대비 최하위 계층의 경우 만성질환 유병률이 약 20%p 높게 나타나고(Kim, 2004), Kim과 Jo(2003)의 연구에서도 저소득층에서 고소득층보다 만성질환 유병률이 높게 나타남에 따라 저소득층의 질병부담이 높으나, 본인부담 의료비가 입원의 경우 40-50%로 선진국의 0-11% 수준에 비교해(Kim, 2004), 저소득층은 상당한 의료비 지출과 부담감을 가질 수 있다. 이는 저소득계층에서 의료비 부담 발생 위험비가 높고, 최저 소득층에서 실질적인 의료비 부담 가구가 더 많이 발생한 것과 소득계층별로 의료비 부담에 유의한 차이를 보인 선행 연구(Ruger & Kim, 2007; Hur & Choi, 2006; Lee, 2004)결과와 일치하였다. 이는 소득에 비례하여 차등을 두고 있는 보험료제도와는 달리 소득계층에 차등이 없는 본인부담금제도의 일률적 적용방식은 저소득층의 의료비 부담을 증가시키므로, 공공의료보험을 실시하는 OECD 회원국들이 100%에 가까운 급여혜택을 지급하고 있는 입원진료에 대해 완전 급여를 보장해 주고 있다는 사실을 통해 저소득층의 부담을 줄이기 위한 본인부담액의 한계를 명시하는 것이 필요로 된다(Kim, 2004).

본 연구에서 의료급여 대상자를 제외하였음을 고려한다면 의료비 지출로 인해 가장 부담감을 느끼는 계층은 차상위 저소득 계층이라고 볼 수 있는데, 이는 의료비 지출액을 결정하는 주요 요소로 질병빈도와 중증정도가 불확실성을 내포함에 따라 소득이나 가구 사정에 맞추어 효용을 극대화하기 위해 합리적으로 의료비를 결정하지 않는 긴급재(exigency good)로써 위급상황에서는 개인의 생명을 구하기 위해 소득수준에 무관하게 의료비를 지출할 수밖에 없기 때문이다(Yoon & Lim, 2009). 우리나라의 경우 공급이나 재원조달의 공공성이 외국에 비해 상대적으로 매우 취약하기 때문에 의료서비스 역시 일반 상품의 성격이 매우 강한 상황에서 저소득층의 의료이용의 불형평성이 두드러지고 있다(Kwon, Yang, Lee, Oh, & Lee, 2003). 본 연구의 결과를 통해 과도한 의료비 지출로 인해 가구의 재정적인 위험을 초래할 수도 있음을 시사하며, 건강보험제도가 예기치 못한 의료비 지출로 인한 재정적인 위기로 부터 국민을 보호하고자 하는 사회연대원리로 부터 출발하였으나, 과도하게 발생하는 본인부담 의료비로 인해 필수적인 의료이용마저 저해하는 요인으로 작용할 수 있어 건강보험의 중요한 문제로 대두되고 있다.

과도한 의료비 부담으로 인해 의료이용의 어려움을 경험할 수 있는 중증환자와 저소득계층의 의료비 부담을 줄이기 위해 2004년 본인부담상한제를 도입하여 2009년부터는 소득계층별 의료비 지출 상한제 차등 적용 방안으로 소득계층 50% 이하는 연간 200만원, 소득계층 50~80%에서는 연간 300만원, 소득이 상위 20%에서는 연간 400만원으로 정하고 있다(Choi et al., 2009). 그러나 이 제도는 단지 건강보험 급여 영역에서의 법정 본인부담을 완화하는 정책의 한계로 건강보험 보장률이 약 60%인 수준에서 발생하는 비급여에 대한 의료비 지출에 대한 부담이 과제로 남겨져 있다. 이는 국민의료비 중 공공의료비가 차지하는 비율이 2003년 이후 매년 지속적으로 증가하였으나 2006년 55.1%로 OECD 평균 72.8%에 비해 17.6%p나 낮았으며, OECD 30개 회원국 중 멕시코, 미국에 이어 하위 3번째로, 비급여 의료비가 급여 의료비 증가보다 더 빠르게 증가함으로 비급여 의료의 지속적인 창출 및 확대를 통제할 수 있는 국가 및 보험자의 적절한 관리가 방안의 필요성이 대두되었다(Choi et al., 2009).

따라서 암, 중증심장질환, 중증뇌혈관질환 등 고액진료비 발생 질환에 초점을 둔 보장성 강화 정책보다는 소액의료비 지출에도 가계에 상당한 부담이 될 수 있는 저소득층에 대한 접근을 강화하여 의료비 부담을 완화할 수 있는 정책적 대안 마련과 건강보험환자의 의료 이용시 발생하는 재난적 의료비지출(Catastrophic Health Expenditure)에 대한 구체적 분석과 조사를 통해 건강보험 진료 보장률을 확대해 나가는 방안이 모색되어야 한다.

마지막으로, 민간보험에 가입하지 않은 경우보다 가입한 경우에서 주관적 의료비 부담감이 0.665배( $p < 0.001$ ) 낮게 나타났는데, 이러한 결과로 볼 때 민간보험에 가입하여 본인이 부담한 실제 의료비에 대해서 보상을 받은 경우에는 당연히 부담 정도가 낮아질 수 있을 것으로 추정되며, 민간보험은 그 특성상 건강보험 보험료 보다 더 많은 지출능력이 있어야 하므로, 저소득 계층보다는 고소득 계층에서 가입을 많이 하며(Lee & Kim, 2007), 의료비 지출이 많은 노인 가구를 민간보험에서 회피하기 때문으로 볼 수 있다(Youn & Lim, 2009).

사회연대원리가 근간인 건강보험제도에서 본인부담 의료비의 목적인 도덕적 해이를 방지하고, 후생손실을 줄여 건강보험 제정을 안정시키기 위해 건강보험 지불방식인 행위별수가제도에서 급여 의료비보다 빠르게 증가하는 비급여 의료비를 관리 할 수 있는 제도적 개편과 상병별 기준에 의한 보장성 강화 정책에서 소득 대비 의료비지출을 고려한 재난적 의료비지출발생 방지 기전 마련이 요구된다.

## 결론 및 제언

본 연구는 건강보험 입원 환자의 의료비 지출에 대한 주관적 부담 정도를 알아보고 부담감에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 「2006년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」의 입원환자를 대상으로 2007년 7월 15일부터 9월 14일까지 2개월간 전화설문을 통해 조사된 2,024명의 주관적 의료비 부담을 분석하였다. 이외 국민건강보험공단에서 실시한 「2006년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」 자료 중 성, 연령, 건강보험 유형, 종합병원 이용 여부, 요양급여 중 본인부담 의료비, 비급여 의료비 자료 일부를 활용하였다. 수집된 자료는 t-test, ANOVA, 비모수 분석 방법 중 Mann-Whitney 검정과 Kruskal-Wallis 검정,  $\chi^2$ -test, 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 실시하였다. 주관적 의료비 부담에 영향을 미치는 요인을 다중 로지스틱 회귀분석결과 연령, 직업 유무, 가구균등화 지수, 연간 가구 소득 대비 의료비 지출 비율, 민간보험 가입여부였으며, 이 중 연간가구 소득 대비 의료비 지출 비율이 2.5%미만에 비해 15%이상인 가구는 8.970배 주관적 의료비 부담이 높은 것으로 나타났다. 또한 연간가구소득 대비 의료비 지출 비율이 15%이상인 가구 중 가구균등화 지수가 가장 낮은 4집단이 51.5%로 저소득 가구의 의료비 부담이 높게 나타났다.

결론적으로 의료 이용시 노인, 무직자, 가구균등화 지수가 낮은 경우, 연간가구 소득 대비 의료비 지출 비율이 높은 경우, 민간보험에 가입하지 않은 경우 주관적 의료비 부담이 높게 나타남에 따라, 실질적으로 이용이 많을 수밖에 없는 노인과 저소득층에 있어 의료이용을 감소시킬 수 있는 측면이 있다. 특히 가구균등화 지수가 낮은 집단과 연간가구 소득 대비 의료비 지출 비율이 높은 집단에서 절반이상인 주관적 의료비 부담을 갖고 있는 것으로 파악됨에 따라 저소득층에 대한 의료비 절감 및 주관적 의료비 부담 감소를 위한 제도적 마련이 요구된다.

본 연구는 입원환자만을 표본 추출한 것과 종합전문요양기관의 이용자가 많았다는 점, 대상자의 건강상태와 중증도를 보정할 기준이 없었다는 제한점을 가지고 있다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 의료기관을 이용한 건강보험 입원 환자의 의료비 지출을 전국단위 조사를 통해 대표성을 확보하고 주관적 의료비 부담 정도를 파악함으로써 향후 보장성 강화 정책을 마련을 위한 기초 자료 제공에 의의가 있다. 향후 주관적 의료비 부담 가구의 건강상태 및 장애, 중증도 상태를 파악하고, 건강상태에 따른 의료비 지출 및 주관적 의료비 부담에 따른 건강결과의 차이에 대한 후속연구가 수행된다면, 정책적 수립의 목적을 구체화 하는데 도움이 될 수 있으리라 생각된다.

## REFERENCES

- Arredondo, A., & Najera, P. (2005). Who pays more for health services in middle-income countries: lessons from Mexico. *Public Health, 119*(2), 150-152.
- Choi, K. C., Lee, H. Y., & Lee, S. M. (2009). *Survey on the benefit coverage rate of National Health Insurance in 2008*. Seoul: National Health Institute Corporation.
- Choi, Y. S., Kim, J. H., Lee, H. Y., & Han, S. K. (2007). *Survey on the benefit coverage rate of National Health Insurance in 2006*. Seoul: National Health Institute Corporation.
- Cho, Y. S., Won, J. U., & Yoon, J. D. (2009). Analysis on the out-of-pocket money of a university inpatients compensated by Workers' Compensation Insurance. *Korean Social Security Association, 25*(1), 93-120.
- Do, Y. K. (2007). *Difference of the medical cost of the individual families*. Seoul : Korea Labor Institute.
- Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., et al. (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet, 368*(9544), 1357-64.
- Hur, S. L., & Choi, S. J. (2006). *Medical use according to the standard of income*. Seoul: Korea Labor Institute.
- Jeong, H. S., Lee, K. S., & Shin, E. C. (2004). *Study on the basic pay territory for a National Health Insurance*. Seoul: National Health Insurance Corporation.
- Jeong, H. S., Lee, K. S., & Shin, H. K. (2004). *Research of basic salary to substantialize the National Health Insurance*. Seoul: National Health Institute Corporation.
- Jeong, K. H., Jo, A. J., Oh, Y. H., Byun, J. K., Byun, Y. C., & Moon, H. S. (1998). *Research of welfare and the whole country senior citizen's living reality of year of 1998*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Jeong, K. H., Oh, Y. H., Seok, J. E., Do, S. R., Kim, C. Y., Lee, Y. K., et al. (2005). *Research of welfare and the whole country senior citizen's living reality of year of 2004*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, J. H., & Jeong, J. C. (2005). Survey on the benefit coverage rate of National Health Insurance. *Health Insurance Forum, 1*, 74-88.
- Kim, J. Y., & Jo, H. S., (2003). *Analysis of important disease with social-economical difference*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, M. H., & Kim, S. H. (2002). A Study on factors causing the burden of medical expenses to the elderly with chronic disease. *Korean Academy of Social Welfare, 48*, 150-178.
- Kim, H. J. (2004). How much should the poor pay for their health care services under the National Health Insurance System?. *Korean Academy of Social Welfare, 56*(3), 113-133.
- Kwon, S. M. (2003). Payment system reform for health care providers in Korea. *Health Policy and Planning, 18*(1), 84-92.
- Kwon, S. M., Yang, B. M., Lee, T. J., Oh, J. W., & Lee, S. H. (2003). Equity in health care utilization in Korea. *The Korean Journal of Health Economics and Policy, 9*(2), 13-24.
- Lee, C. H., & Kim, W. J. (2007). *Some part of the National Health Insurance's behavior to the private health insurance and political implications*. Pusan: Inje University.
- Lee, H. S. (2004). A study on factors causing health conditions and the burden of medical expenses to the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society, 24*(2), 163-179.
- Lee, S. M. (1996). *A difference in utilization of inpatient services by income class of residents*. Unpublished master's thesis, Seoul National University of Korea, Seoul.
- Organization for Economic Co-operation and Development (2009). *OECD Health Data 2008*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.
- O'Hara, B. (2004). Do medical out-of-pocket expenses thrust families into poverty?. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 15*(1), 63-75.
- Ruger, J. P., & Kim, H. J. (2007). Out-of-pocket healthcare spending by the poor and chronically ill in the republic of Korea. *American Journal of Public Health, 97*(5), 804-812.
- Youn, H. Y., & Lim, B. I. (2009). A Study on medical expenses by old-aged families based on two characteristics of medical service. *The Korean Association of Public Finance, 2*(4), 119-156.
- Wagstaff, A., & Doorslaer, E. V. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care with applications to Vietnam 1993-1998. *Journal of Health Economics, 12*(11), 921-934.
- Wagstaff, A. (2007). Health systems in East Asia: what can developing countries learn from Japan and the Asian Tigers?. *Journal of Health Economics, 16*(5), 441-456.
- Wyszewianski, L. (1986). Families with catastrophic health care expenditures. *Health Services Research, 21*(5), 617-34.