

공적연금유형에 따른 은퇴자들의 보건의료비지출 결정요인

최령¹ · 황병덕²

¹동신대학교 보건복지대학 보건행정학과, ²부산가톨릭대학교 보건과학대학 병원경영학과

Influence Factors on Health and Medical of Retirees Expense to Public Pension Recipients

Ryoung Choi¹, Byung Deog Hwang²

¹Department of Health Administration, Dongshin University College of Health and Welfare Naju; ²Department of Health Care Management, Catholic University of Pusan College of Health Sciences, Busan, Korea

Background: This study aims to identify the monthly average medical expenses of public pension recipients, and analyze the determinants of total health and medical expenses and Western and Oriental medicine expenses, medical service expenses, and medical supplies expenses.

Methods: This study used the fifth year data of 2013 out of the raw data of the Korean Retirement and Income Study collected by the National Pension Research Institute. This study conducted t-test, analysis of variance, and linear regression to verify publicly the relevance between pension recipients' general characteristics and health and medical expenses status using IBM SPSS ver. 21.0 for data analysis.

Results: It was analyzed that there is a difference in the spending of expenditure and health care costs according to public pension recipients. Medical expenses of the national pensioners was higher compared to the special corporate pensioners. The national pensioner is related expenditure size, education level, family members living together, residential areas, status of spouse, number of chronic illness, and status of limitation in daily life with psychological health status.

Conclusion: Therefore, fairness does not occur fire to the medical use between the special corporate pensioners and national pensioners, aggressive of government such as health policy and financial support for the retiree pension policy that reflects the reality intervention would be required.

Keywords: Health and medical expense; Public pension; Specific corporate pension; National pension

서 론

인구의 고령화는 한 국가의 성장잠재력과 사회 안정에 중요한 영향을 미치며, 인구구조의 변화를 통해 보건의료와 복지 분야에 영향을 미친다. 특히 인구고령화가 보건 분야에서 유발하고 있는 노인 의료비의 급증은 노령연금 지급부담과 함께 국가재정에 큰 부담으로 작용한다[1]. 노인인구의 변화 양상 중에서 특이한 점은 후기 고령인구의 증가로 2030년이 되면 전체 인구 중 5.3%가 80세 이상 후기 고령인구이며, 65세 이상 노인 전체의 23.6%가 후기 고령인구

에 해당될 것으로 예측되고 있다[2]. 이는 노년기가 점점 길어지고 있음을 의미한다.

노년기는 다양한 역할로부터 점차 철수하고, 일상생활에서 활동 수준을 줄여 나가는 시기이다. 특히 은퇴와 함께 노년기에 접어들면 역할상실을 경험하게 되면서 적합한 대체역할을 찾아 적응할 수 있는 반면 그렇지 못한 경우 이제까지 직업적 지위로서 추구하였던 자아정체감의 유실과 같은 심리적 위기감을 맞이할 수도 있다[3]. 또한 신체적 측면에서도 다양한 변화와 만성질환 등의 질병으로부터 건강한 노후생활을 위하여 의료서비스 이용을 더욱 필

Correspondence to: Byung Deog Hwang

Department of HCM Catholic University of Pusan, 57 Oryundae-ro, Geumjeong-gu, Busan 609-817, Korea

Tel: +82-51-510-0614, Fax: +82-51-510-0618, E-mail: suamsam@naver.com

Received: May 13, 2015 / Revised: June 19, 2015 / Accepted after revision: June 30, 2015

© Korean Academy of Health Policy and Management

© It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permit sunrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

요로 하는 시기이기도 하다. 2013년 건강보험통계연보에 의하면 전체 인구 49,999천 명 중 65세 이상 노인인구는 5,740천 명으로 전체 대상자의 11.5%에 달하고 있다[4]. 2013년 노인의료비는 18조852억 원으로 2006년과 비교하면 2.5배 증가하였으며, 노인 1인당 연평균 의료비는 3,219천 원으로 전체 1인당 연평균 의료비가 1,022천 원의 3배 이상인 것으로 분석되었다. 이와 같이 노인인구의 증가는 노인 의료비 지출 증가로 이어지고 있다.

노년기 의료비 지출 증가로 인하여 노인을 대상으로 의료이용에 관한 연구가 많이 이루어지고 있다. Gross 등[5]은 노인을 대상으로 개인 의료비를 경제적 수준과 비교한 연구에서 고소득층은 소득의 10%, 극빈층은 35%를 부담하고 있어 소득이 낮을수록 의료비 부담이 큰 것으로 분석되었으며, Crystal 등[6]은 65세 이상 노인의 수입과 관련한 의료비 지출을 분석한 연구에서 평균적으로 수입의 19%를 의료비로 지출하였으며, 연령, 성별, 학력, 건강상태, 경제수준, 생활능력, 주관적 건강상태가 의료비 지출과 유의하게 관련이 있다는 분석결과를 제시하였다. Lee [7]는 2001년 국민건강영양조사 및 국민건강보험공단 요양급여를 이용한 연구에서 저소득층 노인의 건강상태가 고소득층에 비해 좋지 않으며, 건강보험에 있어서 소득계층별 노인의 의료이용은 형평하지 않다는 분석결과를 제시하였다. Lee [8]는 고령화연구패널자료를 이용한 노년기 건강불평등에 관한 연구에서 노인들의 건강 격차는 성별, 교육수준, 소득수준 등 사회적 불평등요인과 관련이 있다는 분석결과를 제시하였으며, 그는 노년기 건강상태의 근본적 차이는 사회구조적 조건에 있으며, 노년기 건강증진을 위해 사회적·환경적 접근이 필요하다고 하였다. Kim [9]은 국민건강영양조사 제4기 3차 자료를 이용한 청년·장년·노년의 의료이용을 분석한 연구에서 소득계층별 건강상태의 격차는 연령에 의해 크게 영향을 받으며, 특히 노년층 내에서의 연령 차이는 건강상태와 의료이용의 격차를 발생시키는 요인으로 분석되었다. 이러한 노년기의 건강과 의료이용의 격차를 완화하기 위해서 저소득 노인의 건강수준을 높이고, 의료이용을 보장할 수 있는 의료보전정책의 필요성을 주장하였다. Choi와 Hwang [10]은 한국의료패널 2009년 연간 통합데이터를 이용하여 노년기 연령 그룹(연소노인·노인·고령노인·초고령노인)에 따른 의료이용을 분석한 연구에서 외래의료비의 경우 연소노인은 주관적 건강상태, 만성질환 유무 그리고 규칙적 식사, 노인은 주관적 건강상태와 규칙적 식사, 고령노인은 주관적 건강상태, 초고령노인은 교육수준이 유의한 영향요인이었다. 입원의료비의 경우 노인은 주관적 건강상태, 고령노인은 소득계층, 초고령노인은 경제활동과 음주가 유의한 영향요인이었으며, 그는 노년기 연령그룹의 특성을 고려한 건강관리 및 질병예방 정책 그리고 노동력을 발휘할 수 있도록 개인-기업-지역사회의 노력이 필요하다고 하였다.

한편 노년기 의료비 지출은 증가하고 있는 반면 중·고령기 이후 경제적 활동 참여는 매우 제한적이다. 퇴직자는 평균연령 65세 이전

까지는 대부분 재취업으로 진입을 하고 있으나, 자산을 축적하지 못한 65세 이상의 고령노인은 생계유지뿐만 아니라 노후 준비가 되지 못한 어려움을 갖는다[11]. 특히 의료서비스는 은퇴 이후 노년기의 주요 지출항목으로 노년기의 지속적인 소득보장은 안정적인 노년 생활에 매우 중요한 요건이다. 이러한 은퇴자들의 일정 수준의 소득과 생활을 보장하기 위한 대표적인 제도가 연금제도이다. 노후소득보장제도의 핵심인 공적연금을 통한 사회적 수준에서 이뤄진 세대 간 재분배에 따라 이루어지고 있으며, 세대 간 지속적인 자원의 교환 측면들이 어떤 수준의 세대관계로 분류되고, 또 그에 영향을 미치는 요인들을 이해하는 것은 노년을 맞이하는 은퇴자뿐만 아니라 예비은퇴자의 준비된 노후를 위하여 반드시 필요할 것이다[3].

은퇴 후 소득 중단 내지 감소로 인한 생활수준이 하락하고, 노후에 최저소득 미만으로 전락할 위험으로부터 보호하기 위한 것이 공적연금이다[12]. 우리나라의 공적연금제도는 일반 국민들을 대상으로 하는 국민연금과 공무원·군인·사립학교교직원연금 등 특수직역 종사자들을 대상으로 한 특수직역연금으로 구성되어 있다. 국민연금은 대표적인 공적연금제도로 1988년 10인 이상 사업장을 시작으로 점차 소규모 영세사업장으로 적용범위를 확대하여 2006년에는 모든 사업장이 가입대상이 되었고, 1995년에는 농어촌 지역, 1999년에는 도시지역(1999년) 자영자까지 포괄하였다. 국민연금의 경우 10년 이상 연금보험료를 납부하게 되면 61세부터 평생 동안 매월 노령연금을 받을 수 있다. 단, 평균수명의 증가로 인해 2013년부터 연금개시연령이 출생연도에 따라 1-5세 상향되었다[13]. 특수직역연금은 1960년 직업공무원을 대상으로 공무원연금이 도입되었으며, 1963년 군인연금제도가 공무원연금제도로부터 독립, 1975년 사립학교교직원 연금제도가 도입되었다. 대상자들의 퇴직, 사망 등에 대해 급여를 지급하는 제도로서 20년 이상 재직을 하는 경우 퇴직연금으로 지급된다[14].

특수직역연금은 국민연금에 비해 도입 시기도 빠르고, 기여금에 비해 수급액이 국민연금보다 수익률이 훨씬 크므로 특수직역연금 수급자가 국민연금 수급자에 비해 보다 안정적인 노후생활을 할 가능성이 크다. 물론 특수직역연금의 성격이 과거 공무원의 보수 및 퇴직금(수당)이 민간기업에 비해 낮아서 이를 보전하기 위한 목적도 있었기 때문에 어느 정도 허용될 수 있다. 그러나 고용환경의 변화로 민간기업 종사자의 경우 정년이 보장된 안정된 직장에 오랜 기간 종사할 수 없으며, 급속한 고령화의 진전으로 기대수명은 빠르게 증가하기 때문에 두 집단 간에 은퇴 이후의 가계 재정과 생활의 (불)안정성의 격차는 향후 더 커질 것이다[15]. Korea Institute for Health and Social Affairs은 2009년 말 개정된 공무원연금법과 사학연금법에 의해 일부 개정법을 기초로 국민연금과 직역연금 수급 부담구조 비교연구를 통해 2010년 공무원연금과 사학연금 가입자의 경우 수익비는 국민연금 가입자에 비해 18% point 높았으며, 개정된 이후에도 낸 돈에 비해 받아가는 돈의 비율이 국민연금에 비

해 여전히 높게 나타났다는 분석결과를 제시하였다[16].

이러한 결과는 국민연금 수급자와 특수직역연금수급자 간 소득 및 지출에 영향을 줄 것이고, 특히 경제활동의 어려움은 물론 만성 질환과 질병빈도가 높은 은퇴자의 의료이용에 심각한 불형평성을 야기시킬 수 있다. 따라서 국민연금과 특수직역연 수급자 간 의료비 지출요인을 비교하는 것은 중요한 의미를 갖는다. 그러나 대부분은 성인 및 노인을 대상으로 소득수준이나 기타 요인들에 의한 의료 이용 형평성에 관한 연구[5-10]가 대부분이다. 또는 일부 공적연금 유형에 따른 연구의 경우 수급에 대한 만족도에 국한 되어 있을 뿐 수급대상자의 유형에 따른 의료비지출에 관한 연구는 거의 없다.

따라서 본 연구에서는 공적연금유형에 따른 수급자들의 월평균 의료비지출 비용을 파악하고, 국민연금과 특수직역연금수급자들의 전체 의료비용·양약 및 한약 의료비용·의료서비스비용·보건의료용품 및 기구비용 결정요인을 분석함으로써 은퇴자들의 특성에 따른 차별화된 보건정책 및 관리방안을 수립할 수 있는 기초자료를 제공하고자 한다.

방 법

1. 연구대상

본 연구는 국민연금연구원에서 수집한 국민노후보장패널조사(Korean Retirement and Income Study)의 원자료 중 2013년 제5차년도 데이터를 분석자료로 이용하였다. 공적연금유형 중 특수직역연금수령자와 국민연금수령자 간 은퇴 이후의 의료비 지출의 결정요인을 비교하기 위하여 은퇴상태이면서 공적연금을 수급 받고 있는 대상자 중 무응답 및 결측 처리를 제외한 총 1,136명을 최종 분석대상으로 하였다.

2. 측정변수

1) 보건의료비

국민노후보장패널에서는 가구지출의 항목 중 의료비를 구분하여 응답하도록 되어 있으며, Shin과 Jeong [17]의 연구에 의하면 보건의료비의 항목으로 전체 보건의료비와 보건의료서비스비용, 의약품비, 보건의료용품기구비용으로 분류하고 있다. 이에 본 연구에서는 전체 의료비, 양약 및 한약(병의원 및 한의원/한약방의 진단을 통해 구입한 약품이나 한약/한약재), 의료서비스(수술입원비, 외래진료비 등 의료서비스) 그리고 보건의료용품 및 기구(보건의료용 소모품 등 구입 및 임대료)의 항목을 의료비 변수로 구성하였다.

2) 공적연금유형

국민노후보장패널에서는 공적연금유형을 특수직역연금과 국민연금으로 구분되어있으며, 본 연구에서도 특수직역연금과 국민연금으로 분류하여 비교 분석하였다. 특수직역연금에는 공무원 연

금, 사학연금, 군인연금, 별정우체국연금으로 구성되어 있으며, 국민연금에는 사업장가입자, 지역가입자, 임의가입자, 임의계속가입자로 구성되어 있다.

3) 지출규모

의료이용의 경우 사회경제적 수준, 특히 소득수준에 따라 건강수준에 차이가 있다는 사실이 여러 연구를 통해 지적되어 왔다[18-22]. 국민노후보장패널의 경우 가구소득과 가구지출의 항목이 있으며, 본 연구에서는 공적연금유형에 따른 의료비지출 요인 변수로 총 가구소득 대신 총 가구지출을 사용하였다. 은퇴자의 경우 경제활동으로 인한 소득이 있다고 하더라도 지출에 비해 현저히 적고, 현직으로부터 얻는 임금소득은 없으나 최소한의 생계를 유지하기 위한 비용을 지출할 것이다. Youn과 Lim [23]은 고령자의 생활비 지출은 현재 소득보다는 Friedman의 항상소득(permanent income)과 혹은 Modigliani의 생애소득(life-cycle income)에 의해 결정되며, 이 이론에 따르면 소비자는 모든 원천으로 오는 현금과 자산에게 물려줄 부분을 제외한 자산의 처분가치도 감안하여 항상소득을 계산하고 이 항상소득은 현재 지출과 동일하다. 따라서 의료비 지출을 추정할 때 설명변수로 제한된 정보를 갖는 소득보다는 항상소득에 영향을 받는 가계지출을 사용한 것이 합리적일 수 있다. 이에 본 연구는 소득의 대리변수를 지출규모로 하였으며, 지출규모분류는 최하(최하위 20%), 하, 중, 상, 최상(최상위 20%)으로 구성하였다

4) 일반적 특성

성별은 ‘남자=0,’ ‘여자=1,’ 교육수준은 ‘중학교 이하=0,’ ‘고등학교=1,’ ‘대학교 이상=2,’ 동거가구원 수는 ‘1명=0,’ ‘2명=1,’ ‘3명=2,’ ‘4명=3,’ ‘5명 이상=4’로 구분하였다. 거주지역은 ‘0=서울,’ ‘광역시=1,’ ‘도=2,’ 배우자존재는 ‘있다=0,’ ‘없다=1,’ 경제활동상태는 ‘취업=0,’ ‘미취업=1’로 구분하였다.

5) 건강상태

만성질환 개수는 ‘없다=0,’ ‘1개=1,’ ‘2개=2,’ ‘3개=3,’ ‘4개 이상=4,’ 일상 및 사회활동 제한은 ‘있다=0,’ ‘없다=1,’ 심리적 건강상태는 ‘매우 좋지 않다=0,’ ‘좋지 않은 편이다=1,’ ‘보통이다=2,’ ‘좋은 편이다=3,’ ‘매우 좋다=4’로 구분하였다.

3. 분석방법

자료분석은 IBM SPSS ver. 21.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA)을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 공적연금유형에 따른 의료비지출 현황 및 관련성을 검증하기 위하여 *t*-test 및 analysis of variance를 하였다. 특수직역연금과 국민연금 은퇴자들의 의료비 지출 결정요인을 알아보기 위하여 선형회귀분석을 실시하였다. 모든 검정은

$p = 0.05$ 수준에서 유의성을 검증하였다.

결 과

1. 공적연금유형에 따른 대상자의 일반적 특성

공적연금유형에 따른 일반적 특성을 분석한 결과 연령은 80대 이상만이 특수직역연금수급자(64.7%)가 가장 많았으며, 교육수준은 특수직역연금에 비해 국민연금 수급자가 모두 많았다. 개인연금은 특수직역연금수급자의 경우 70.0%가 연금에 가입되어 있었으며, 경제활동상태는 국민연금 수급자의 경우 93.1%가 경제활동을 하였다. 연령, 교육수준, 개인연금 그리고 경제활동상태는 통계적으로 유의($p < 0.001$)하였다. Table 1

2. 공적연금유형에 따른 가계지출 및 의료비지출 비용

전체 대상자의 월평균 가계지출은 특수직역연금의 경우 약 205만 원, 국민연금의 경우 약 170만 원으로 특수직역연금이 약 35만 원이 많았다. 전체 의료비는 특수직역연금의 경우 약 16만 원, 국민연금의 경우 약 13만 원으로 특수직역연금이 약 3만 원 많았다. 세부항목을 살펴보면 국민연금에 비해 특수직역연금의 경우 양약 및 한약은 약 2만 원, 의료서비스는 약 3천 원이 많았으며, 보건의료용품 및 기구는 특수직역연금에 비해 국민연금이 약 2천 원 더 많았다. Table 2

3. 특수직역연금수급자의 의료비 지출 현황

전체 의료비 지출현황을 분석한 결과 최상의 경우 약 20만1천

Table 1. The general characteristics of public pension recipients

Characteristic	Category	Specific corporate pension	National pension	Total	χ^2
Gender	Male	154 (16.6)	775 (83.4)	929 (100.0)	1.924
	Female	26 (12.6)	181 (87.4)	207 (100.0)	
Age (yr)	50's	13 (30.2)	30 (69.8)	43 (100.0)	126.598***
	60's	63 (10.9)	575 (89.1)	638 (100.0)	
	70's	71 (17.6)	333 (82.4)	404 (100.0)	
	≥80	33 (64.7)	18 (25.3)	51 (100.0)	
Education level	≤Middle school	51 (8.1)	627 (91.9)	678 (100.0)	148.820***
	High school	58 (18.8)	249 (81.2)	307 (100.0)	
	≥College	71 (47.0)	80 (53.0)	151 (100.0)	
Family members living together	1	27 (7.3)	157 (92.7)	368 (100.0)	7.642
	2	122 (17.7)	564 (82.3)	686 (100.0)	
	3	21 (5.8)	157 (94.2)	356 (100.0)	
	4	7 (10.6)	59 (89.4)	66 (100.0)	
	5≤	3 (15.7)	19 (84.3)	22 (100.0)	
Residential area	Seoul	31 (16.8)	153 (83.2)	184 (100.0)	0.71
	Metropolitan cities	52 (17.2)	249 (82.8)	301 (100.0)	
	Provinces	97 (14.9)	554 (85.1)	651 (100.0)	
Status of spouse	Yes	146 (16.2)	755 (83.8)	901 (100.0)	0.408
	No	34 (14.4)	201 (85.6)	235 (100.0)	
Private pension	Yes	21 (70.0)	9 (30.0)	30 (100.0)	68.751***
	No	159 (14.3)	947 (85.7)	1,106 (100.0)	
Economic activity status	Yes	41 (6.9)	551 (93.1)	592 (100.0)	79.093***
	No	139 (25.5)	405 (74.5)	544 (100.0)	
No. of chronic illness	No	76 (15.3)	419 (84.7)	495 (100.0)	4.558
	1	58 (16.2)	299 (83.8)	357 (100.0)	
	2	28 (14.2)	168 (85.8)	196 (100.0)	
	3	16 (23.8)	51 (76.2)	67 (100.0)	
	≥4	2 (9.5)	19 (90.5)	21 (100.0)	
Status of limitation in daily life, social activity	Limits	9 (13.0)	69 (87.0)	78 (100.0)	0.581
	Not limits	171 (16.1)	887 (83.9)	1,058 (100.0)	
Psychological health status	Very bad	4 (26.6)	11 (73.4)	15 (100.0)	5.267
	Bad	16 (14.0)	98 (86.0)	114 (100.0)	
	Normal	53 (13.6)	336 (86.4)	389 (100.0)	
	Good	94 (16.7)	467 (83.3)	561 (100.0)	
	Very good	13 (22.8)	44 (77.2)	57 (100.0)	
Total		180 (15.8)	956 (84.2)	1,136 (100.0)	

Values are presented as number (%).

*** $p < 0.001$.

Table 2. Household expenditure and health and medical expenses of public pension recipients (unit: KRW)

Division	Specific corporate pension (n=180)	National pension (n=956)
Expenditure size	2,054,238 ± 1,325,968	1,697,213 ± 1,590,412
Total health and medical expenses	159,447 ± 148,370	125,834 ± 126,512
Western and oriental medicine expenses	70,216 ± 102,437	54,530 ± 68,915
Medical expenses	44,064 ± 76,672	41,943 ± 71,475
Health and medical supplies expenses	5,342 ± 15,579	7,331 ± 26,903

Values are presented as mean ± standard deviation number KRW.

원, 최하의 경우 약 5만1천 원이었다. 교육수준은 대학교 이상의 경우 약 17만8천 원, 거주지역은 서울의 경우 약 20만1천 원이었다. 만성질환은 4개 이상의 경우 약 15만8천 원이었으며, 일상 및 사회활동이 제한되는 경우 약 35만9천 원이었다. 전체 의료비의 경우 지출 규모, 교육수준, 거주지역, 만성질환 개수 그리고 일상 및 사회활동 제한 여부가 통계적으로 유의하였다.

양약 및 한약의료비 지출현황을 분석한 결과 만성질환 개수는 4개 이상의 경우 약 13만 원이었다. 일상 및 사회활동이 제한되는 경우 약 22만1천 원이었으며, 거주지역, 만성질환 개수 그리고 일상 및 사회활동 제한 여부가 통계적으로 유의하였다. 의료서비스 지출현황을 분석한 결과 일상 및 사회활동이 제한되는 경우 약 12만2천 원, 심리적 건강상태는 매우 좋지 않다는 경우 약 13만7천 원이었으며, 일상 및 사회활동 제한 여부 그리고 심리적 건강상태가 통계적으로 유의하였다. Table 3

4. 국민연금 수급자의 의료비 지출 현황

전체 의료비 지출현황을 분석한 결과 지출규모는 최상의 경우 약 17만9천 원, 최하의 경우 약 6만 원이었으며, 교육수준은 대학교 이상의 경우 약 15만8천 원이었다. 거주지역은 서울의 경우 약 14만9천 원, 만성질환은 4개 이상의 경우 약 28만4천 원이었다. 일상 및 사회활동이 제한되는 경우 약 17만9천 원이었으며, 지출규모, 성별, 교육수준, 동거가구원 수, 거주지역, 배우자존재 여부, 만성질환 개수, 일상 및 사회활동 제한 여부 그리고 심리적 건강상태가 통계적으로 유의하였다.

양약 및 한약의료비 지출현황을 분석한 결과 지출규모는 최상의 경우 약 6만8천 원, 최하의 경우 3만4천 원, 만성질환 개수는 4개 이상의 경우 약 15만2천 원이었다. 일상 및 사회활동이 제한되는 경우 약 8만1천 원이었으며, 지출규모, 성별, 연령, 동거가구원 수, 배우자존재 여부, 만성질환 개수, 일상 및 사회활동 제한 여부 그리고 심리적 건강상태가 통계적으로 유의하였다.

의료서비스 지출현황을 분석한 결과 지출규모는 최상의 경우 약 5만5천 원, 최하의 경우 2만 원이었다. 일상 및 사회활동이 제한되는 경우 약 7만2천 원, 심리적 건강상태는 매우 좋지 않다는 경우 국민연금은 약 2만9천 원이었으며, 지출규모, 성별, 교육수준, 거주

지역, 배우자존재 여부, 만성질환 개수, 일상 및 사회활동 제한 여부 그리고 심리적 건강상태가 통계적으로 유의하였다. 보건의료용품 및 기구 지출현황을 분석한 결과 지출규모는 최상의 경우 약 1만3천 원, 동거가구원 수는 5명 이상의 경우 약 1만4천 원이었으며, 지출규모와 동거가구원 수가 통계적으로 유의하였다. Table 4

5. 연금 수급자의 의료비 지출에 영향을 미치는 요인

특수직역연금 은퇴자들의 의료비 지출 결정요인을 분석한 결과 지출규모가 증가할수록 모든 의료비가 증가하였으며, 지출규모는 '전체 의료비', '양약 및 한약의료비용', '보건의료용품비용'과 통계적으로 유의하였다. 연령의 경우 '전체 의료비용'은 70대와 80대 이상이 50대보다, '양약 및 한약의료비용'은 80대 이상이 50대보다 유의하게 높았다. 동거가구원 수의 경우 '전체 의료비용'은 1명이 4명보다 유의하게 높았다. 거주지역의 경우 '양약 및 한약의료비용'은 서울이 광역시 및 도보다, 만성질환 개수의 경우 '양약 및 한약의료비용'은 3개가 없는데 비해 유의하게 높았다. 일상 및 사회활동 제한 여부의 경우 '전체 의료비', '양약 및 한약의료비용' 그리고 '의료서비스 비용'은 제한되는 경우 유의하게 높았다. 심리적 건강상태의 경우 '양약 및 한약의료비용'은 보통 및 좋은 편이다 그리고 매우 좋다가 매우 좋지 않다는에 비해 유의하게 높았다.

국민연금 은퇴자들의 의료비 지출 결정요인을 분석한 결과 지출규모가 증가할수록 '전체 의료비', '양약 및 한약의료비용' 그리고 '보건의료용품비용' 모두 증가하였으며, 통계적으로 유의하였다 ($p < 0.001$). 연령의 경우 '전체 의료비용'과 '양약 및 한약의료비용'은 70대가 50대보다, 교육수준의 경우 '의료서비스비용'은 중학교 이하가 대학교 이상보다 유의하게 높았다. 동거가구원 수의 경우 '전체 의료비용'은 1명이 2명·3명·5명 이상보다, '양약 및 한약의료비용'은 1명이 5명 이상보다, '의료서비스비용'은 인원이 적을수록, '보건의료용품비용'은 4명이 1명보다 유의하게 높았다. '의료서비스 비용'은 서울이 도보다 유의하게 높았다. 배우자존재 여부의 경우 '전체의료비용', '양약 및 한약의료비용' 그리고 '의료서비스비용'은 있다가 없는데 비해 유의하게 높았다. 만성질환 개수의 경우 '전체 의료비'와 '양약 및 한약의료비용'은 2개·3개·4개 이상이 없는데 비해 유의하게 높았으며, '의료서비스비용'은 3개가 없는데 비해,

Table 3. Health and medical expenses (specific corporate pension) (unit: KRW)

Variable	Category	Total health and medical expenses		Western and oriental medicine expenses		Medical expenses		Health and medical supplies expenses	
		Mean±SD	F	Mean±SD	F	Mean±SD	F	Mean±SD	F
Expenditure size	Consists of lowest	51,871±27,422	5.333***	28,812±19,431	1.902	18,375±16,136	1.202	1,876±4,030	0.751
	Low	99,403±68,681		49,405±51,916		25,608±24,973		2,408±7,239	
	Middle	144,440±128,707		59,104±55,995		42,812±29,445		7,103±24,754	
	Upper	192,735±175,392		95,676±149,634		50,806±79,619		4,710±9,155	
Gender	Highest	201,516±158,290		75,939±99,131		55,694±96,671		7,283±17,221	
	Male	163,773±149,266	0.907	70,965±99,256	0.058	48,572±81,888	4.303*	5,388±16,210	0.009
Age (yr)	Female	133,801±143,077		65,734±121,723		17,344±14,049		5,076±11,308	
	50's	129,231±76,018	1.027	34,615±31,711	1.88	34,233±57,115	0.092	4,619±8,521	0.408
	60's	150,064±149,465		67,229±113,822		43,551±85,866		4,120±8,205	
	70's	155,356±144,601		63,574±76,925		46,353±81,648		6,923±22,390	
Education level	≥80	198,069±172,722		104,213±135,838		44,002±52,423		4,541±9,639	
	≤Middle school	114,171±119,733	3.406*	61,588±102,381	0.367	26,008±25,421	2.002	5,003±9,640	2.439
	High school	175,872±173,579		78,446±120,538		50,539±88,413		8,798±24,356	
Family members living together	≥ College	178,536±139,410		69,678±86,046		51,761±88,746		2,771±7,360	
	1	137,222±132,730	0.501	53,149±81,581	2.104	26,514±47,089	0.652	5,818±11,399	0.36
	2	163,345±158,281		77,873±113,504		45,131±79,495		4,913±15,600	
	3	148,805±122,393		38,338±35,825		48,572±95,536		8,578±22,256	
	4	168,854±110,009		45,281±41,214		72,854±68,248		3,574±7,183	
Residential area	≥5	253,338±130,511		193,333±110,155		60,003±45,821		5,340±15,578	
	Seoul	201,770±172,241	3.315*	117,902±163,835	5.250**	66,256±87,479	2.564	3,709±8,755	0.324
Status of spouse	Metropolitan cities	119,965±93,300		44,466±44,991		27,618±25,452		6,534±22,013	
	Provinces	167,087±160,211		68,777±94,896		45,791±88,988		5,226±13,008	
Private pension	Yes	165,171±150,318	1.152	71,903±101,548	0.21	48,539±82,073	2.648	5,472±16,581	0.058
	No	134,850±139,168		62,944±107,418		24,881±42,758		4,768±10,364	
Economic activity status	Yes	182,954±144,376	0.552	78,666±67,533	0.15	53,095±94,504	0.253	2,142±5,140	0.922
	No	157,200±150,215		69,490±105,658		44,042±75,368		5,557±16,162	
No. of chronic illness	Yes	135,785±141,149	1.353	58,343±110,178	0.712	44,876±78,232	0.006	8,173±17,495	1.756
	No	166,421±150,217		73,711±100,188		43,824±76,498		4,515±14,921	
	1	140,930±128,341	4.577*	50,732±91,046	2.759*	38,021±62,235	0.838	7,896±21,865	1.306
	2	155,135±145,220		79,722±100,648		39,202±69,715		2,320±5,718	
Status of limitation in daily life, social activity	3	174,351±161,170		61,786±81,751		59,926±119,560		6,674±12,086	
	≥4	237,061±210,917		135,507±160,305		65,624±72,568		2,503±5,778	
	Limits	158,008±67,881		130,003±42,424		20,002±14,140		5,342±15,574	
Psychological health status	Not limits	359,441±255,918	18.939***	221,119±213,622	23.096***	122,224±156,828	10.357**	1,666±3,538	0.527
	Very bad	148,910±133,677		62,266±87,364		39,956±68,500		5,538±15,946	
Very good	Bad	230,001±158,956	1.787	65,003±67,578	0.587	137,508±121,752	3.827**	5,344±15,575	0.3
	Normal	157,066±146,913		55,009±50,592		57,062±109,256		3,750±10,247	
	Good	185,004±156,413		87,604±112,698		35,134±35,448		4,901±9,879	
	Very good	134,581±138,088		62,896±102,565		35,620±63,148		6,328±19,363	
		216,230±168,513		72,233±116,362		96,766±160,231		3,614±11,612	

SD, standard deviation.
* p<0.05. ** p<0.01. *** p<0.001.

Table 4. Health and medical expenses (national pension) (unit: KRW)

Variable	Category	Total health and medical expenses		Western and oriental medicine expenses		Medical expenses		Health and medical supplies expenses	
		Mean±SD	F	Mean±SD	F	Mean±SD	F	Mean±SD	F
Expenditure size	Consists of lowest	60,895±54,328	30,441***	34,544±39,456	7,486***	20,180±23,558	9,127***	1,351±5,372	7,368***
	Low	103,735±83,325		50,764±59,670		34,974±48,076		1,744±19,890	
	Middle	141,065±148,220		60,848±74,271		53,074±106,173		6,176±16,408	
	Upper	159,994±127,916		62,006±70,714		50,824±71,325		12,484±38,356	
Gender	Highest	179,374±161,163		68,554±90,903		55,889±79,690		13,672±39,894	
	Male	133,712±129,360	16,140***	57,224±71,308	6,276*	44,827±75,642	6,703*	7,553±25,678	0.281
	Female	92,087±107,468		43,014±56,274		29,596±48,068		6,380±31,699	
Age (yr)	50's	104,966±113,721	1.379	32,004±39,051	3.312*	29,964±63,356	0.375	6,661±22,065	0.839
	60's	128,244±125,278		52,591±66,136		41,878±66,949		8,275±30,322	
	70's	126,383±131,871		61,401±76,200		43,474±80,705		6,140±21,051	
	≥80	73,330±60,438		26,947±19,956		35,839±35,822		554±2,351	
Education level	≤Middle school	114,249±113,729	7.766***	51,404±60,796	1.962	36,881±60,192	4.804**	7,210±28,304	0.029
	High school	146,203±150,818		59,634±79,998		53,011±97,574		7,453±25,018	
	≥ College	152,820±128,394		63,181±90,037		47,135±50,343		7,939±20,874	
Family members living together	1	80,453±123,766	9.711***	36,433±60,959	5.066***	31,100±84,454	2.872*	4,508±28,845	7.771***
	2	129,745±119,960		57,190±67,918		44,658±70,979		5,521±18,598	
	3	130,351±103,909		54,904±54,757		38,521±55,260		9,402±24,410	
	4	192,257±200,716		79,626±113,514		47,918±79,986		24,377±60,786	
	≥5	141,053±97,978		44,218±52,555		60,782±52,205		14,475±45,674	
Residential area	Seoul	149,097±150,046	3.836*	60,375±87,444	1.003	61,508±105,976	7.670***	7,156±22,253	1.536
	Metropolitan cities	129,500±132,324		50,398±63,756		42,801±71,455		9,848±39,599	
	Provinces	117,763±115,678		54,778±65,266		36,152±57,494		6,255±20,164	
Status of spouse	Yes	136,561±127,996	26.555***	58,727±70,946	13.454***	45,786±75,634	10.472**	7,501±24,984	0.139
	No	85,505±112,202		38,793±58,188		38,793±58,188		38,793±58,188	
Private pension	Yes	104,222±94,388	0.287	57,777±88,568	0.014	15,555±17,219	1.237	3,111±6,584	0.237
	No	126,813±126,202		55,029±68,219		42,479±72,571		7,441±26,641	
Economic activity status	Yes	122,824±111,623	0.732	50,939±58,401	3.56	38,914±60,871	2.335	8,346±28,174	1.831
	No	129,910±144,377		59,438±80,876		46,069±83,670		5,968±25,035	
No. of chronic illness	No	109,526±120,814	11.607***	42,317±60,596	19.685***	35,124±68,211	3.345*	6,054±24,722	1.805
	1	122,003±121,245		50,524±55,937		44,227±78,216		7,330±22,774	
	2	145,350±120,724		71,715±70,679		45,578±59,656		11,998±40,256	
	3	159,056±145,133		85,414±110,143		57,271±78,518		4,014±9,166	
Status of limitation in daily life, social activity	≥4	284,004±183,328		152,218±124,880		83,269±88,278		3,268±7,454	
	Limits	180,952±179,995	14.316***	81,954±103,696	11.911**	72,680±115,136	13.939***	8,923±20,781	0.26
Psychological health status	Not limits	121,541±120,450		52,408±65,047		39,554±66,402		7,212±27,328	
	Very bad	115,633±129,334	3.321*	79,003±98,880	3.683**	29,363±39,46	2.950*	3,633±9,244	0.581
Psychological health status	Bad	169,358±186,416		77,110±93,694		65,055±116,941		5,059±16,525	
	Normal	123,208±116,245		54,606±64,634		39,211±63,526		6,636±27,624	
	Good	119,743±119,981		49,940±65,384		35,327±64,494		8,573±29,382	
	Very good	116,098±97,952		46,294±53,846		42,340±65,804		5,271±9,665	

SD, standard deviation.
* p<0.05. ** p<0.01. *** p<0.001.

Table 5. Influence factors of health and medical expenses

Variable	Category	Specific corporate pension				National pension			
		Total health and medical expenses	Western and oriental medicine expenses	Medical expenses	Health and medical supplies expenses	Total health and medical expenses	Western and oriental medicine expenses	Medical expenses	Health and medical supplies expenses
Expenditure size		0.566***	0.248***	0.152	0.286**	0.438***	0.230***	0.296***	0.171***
Gender	Male	0.057	0.136	-0.173	0.069	-0.011	0.004	-0.002	-0.051
	Female								
Age (yr)	50's	0.222	0.232	0.115	0.092	0.127	0.125	0.07	0.107
	60's	0.297*	0.256	0.141	0.252	0.201*	0.212*	0.126	0.127
	70's	0.386**	0.364**	0.086	0.207	0.040*	0.018	0.043	0.028
	≥80								
Education level	≤ Middle school	-0.001	0.015	-0.001	0.019	0.011	0.007	0.033	-0.039
	High school	-0.06	-0.081	-0.014	-0.183	-0.052	-0.025	-0.071*	-0.032
	≥ College								
Family members living together	1	0.154	-0.028	-0.01	-0.231	-0.178*	-0.066	-0.245**	0.024
	2	0.154	-0.095	0.019	-0.146	-0.218**	-0.093	-0.284***	0.037
	3	0.214*	-0.164	-0.012	-0.174	-0.069	-0.007	-0.174**	0.144**
	4	0.09	0.065	-0.002	-0.196	-0.113**	-0.077*	-0.103**	0.026
	≥5								
Residential area	Seoul	-0.136	-0.241*	-0.191	0.135	0.021	-0.005	-0.069	0.088
	Metropolitan cities Provinces	-0.059	-0.218*	-0.116	0.107	-0.036	0.016	-0.143**	0.027
Status of spouse	Yes	-0.083	-0.013	0.03	-0.183	-0.166*	-0.144*	-0.194**	0.122
	No								
Private pension	Yes	-0.061	-0.066	-0.043	0.09	0.028	-0.001	0.043	0.021
	No								
Economic activity status	Yes	0.003	0.024	-0.005	-0.134	0.032	0.048	0.034	-0.029
	No								
No. of chronic illness	No	-0.022	0.071	-0.073	-0.128	0.011	0.028	0.023	0.023
	1	0.055	0.017	0.106	-0.038	0.094**	0.148***	0.035	0.091*
	2	0.087	0.161*	0.017	-0.108	0.083**	0.123***	0.066**	-0.01
	≥4	-0.063	-0.012	-0.095	-0.052	0.149***	0.192***	0.05	-0.027
Status of limitation in daily life, social activity	Limits	-0.381***	-0.419***	-0.236***	-0.027	-0.080*	-0.03	-0.098**	-0.051
	Not limits								
Psychological health status	Very bad	0.054	0.184	-0.206	0.023	0.147	0.001	0.189*	0.014
	Bad	0.326	0.635**	-0.388	0.081	0.092	-0.103	0.154	0.067
	Normal	0.222	0.628*	-0.451	0.129	0.046	-0.141	0.139	0.096
	Good	0.242	0.375**	-0.019	0.007	-0.012	-0.085	0.05	0.005
		F = 4.491***	F = 3.888***	F = 1.768*	F = 0.932	F = 10.836***	F = 6.749***	F = 4.988***	F = 2.744***

* p<0.05. ** p<0.01. *** p<0.001.

‘보건의료비용품비용’은 2개가 없는데 비해 유의하게 높았다. 일상 및 사회활동 제한 여부의 경우 ‘전체 의료비’와 ‘의료서비스 비용’은 제한되는 경우 유의하게 높았다. 심리적 건강상태의 경우 ‘의료서비스비용’은 좋지 않은 편이다가 매우 좋지 않다에 비해 유의하게 높았다. Table 5

고 찰

각 국가에서는 여건에 맞추어 사회구성원 누구를 막론하고 필요할 때 소득에 관계없이 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 제도적 장치를 마련하여 시행하고 있다[24]. 우리나라 역시 국민의 건강상태가 많이 향상된 것은 사실이다. 한정된 자원으로 국민건강 향상이라는 최종 목표를 달성하기 위해서는 비용-효과성에 대한 분명한 증거가 제시될 필요가 있다. 이를 위해서는 ‘의료이용실태’에 대한 조사나 ‘의료비지출현황’에 대한 분석이 필수적이며 특히, 보장성 문제와도 결부하여 지출되는 본인부담 의료비에 대한 파악이 중요하다[17].

본 연구는 연금수령자들 중 국민연금 은퇴자와 특수직역연금 은퇴자로 구분하여 ‘전체 의료비용’, ‘양약 및 한약의료비용’, ‘의료서비스비용’ 그리고 ‘보건의료용품비용’의 지출 결정요인을 살펴보았다. 다중회귀분석결과에 의하면 특수직역연금 은퇴자들의 의료비 지출 결정요인에서 소득의 대리변수인 지출규모가 증가할수록 의료서비스비용을 제외한 모든 항목이 증가하는 것으로 분석되었다. 연령은 70대 이상이 50대보다 전체 의료비용을, 80대 이상이 50대보다 양약 및 한약의료비용에 유의한 영향력을 갖는 것으로 분석되었다. 동거가구원 수는 4명이 1명보다 전체 의료비용을 증가시키는 요인이었으며, 거주지역은 도와 광역시가 서울보다 양약 및 한약 의료비용에 유의한 영향력을 갖는 것으로 분석되었다. 만성질환 개수는 3개가 1개보다 양약 및 한약의료비용을, 일상 및 사회활동 제한 여부는 전체 의료비용, 양약 및 한약의료비용과 의료서비스비용을 증가시키는 요인으로 분석되었다. 심리적 건강상태는 보통 이상이 매우 좋지 않다보다 양약 및 한약의료비용에 유의한 영향력을 갖는 것으로 분석되었다.

국민연금 은퇴자들의 의료비지출 결정요인에서 소득의 대리변수인 지출규모가 증가할수록 모든 항목이 증가하는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 가계월평균지출이 증가할수록 순고령자구와 고령자가구의 의료비 지출이 증가한다는 Youn과 Lim [23]의 연구결과 및 소비지출규모가 증가할수록 ‘전체 의료비’, ‘의료서비스비용’, ‘의약품비’ 그리고 ‘보건의료용품기구비용’이 증가한다는 Shin과 Jeong [17]의 연구결과와 일치하였다. 연령은 70대가 50대보다 전체 의료비용과 양약 및 한약의료비용을, 교육수준은 중학교 이하가 대학교 이상보다 의료서비스비용을, 동거가구원 수의 경우 1명이 2·3·5명 이상보다 전체 의료비용을, 5명 이상이 1명보다 양

약 및 한약의료비용을, 동거가구원 수가 적을수록 의료서비스비용을, 4명이 1명보다 보건의료용품비용의 지출을 증가시키는 요인으로 분석되었다. 배우자존재 여부는 전체 의료비용, 양약 및 한약의료비용, 의료서비스비용을 그리고 일상 및 사회활동이 제한되는 경우 전체 의료비용과 의료서비스비용을 증가시키는 요인으로 분석되었다. 거주지역은 도가 서울보다 의료서비스비용에 유의한 영향력을 갖는 것으로 분석되었다. 만성질환이 있다가 없는 경우보다 보건의료비용 지출을 증가시키는 요인으로 분석되었으며, 심리적 건강상태는 좋지 않은 편이 매우 좋지 않다보다 의료서비스비용지출에 유의한 영향력을 갖는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 가구소재지역은 전체 의료비와 의약품비, 교육수준은 모든 항목 그리고 연령은 의약품비와 보건의료용품기구비용의 지출을 결정짓는 요인이라는 Shin과 Jeong [17]의 연구결과와 일부 일치하였다.

국제노동기구(International Labour Organization, ILO)의 연금개혁 권고안을 살펴보면 연금체계의 개혁방향을 기본적으로 연금수요자 측면에서 파악하고 있다. 첫째, ILO는 노령, 장애, 유족연금으로 대표되는 유적연금으로 대표되는 공적연금 문제는 당위론(normative)에 입각하여 접근하고 있다. 즉, 공적연금이 일반국민에게 제공하여야 할 최소한의 급여수준과 최소한의 적용대상을 최우선 과제로 설정하고 있다. 둘째, 모든 국가에 대해 보편적으로 적용되어야 한다는 것이 ILO의 입장이다. 셋째, 적정수준의 연금급여 보장 및 연금구조에 대해서는 국가의 명확한 책임을 강조하고 있다. 이런 방향 아래 ILO가 제시하는 연금개혁안의 틀은 첫째 최저소득보장(anti-poverty) 성격의 연금(자산조사 실시 및 최저소득 보장 연금), 둘째, 공적연금(강제적용 원칙 및 생애평균 소득의 40-50%의 임금대체를 보장), 셋째, 소득비례연금(강제적용 원칙을 적용하되 기여액의 상한 설정과 적립장식으로 민간의 자발적 운영 허용), 넷째, 추가소득비례연금(임의적용 원칙을 적용하되 기여액의 상한 철폐와 적립장식으로 민간의 자발적 운영 허용)으로 이상 4가지의 연금체계를 제시하고 있다[25].

공적연금제도의 중요한 문제점은 국민연금과 특수직역연금수급자간의 최저소득과 함께 의료이용 형평성에 관한 것이다. 본 연구 결과 특수직역연금 수급자들이 국민연금 수급자들보다 의료비지출이 높은 것으로 분석되었다. 특히 특수직역연금 수급자에 비해 국민연금 수급자의 경우 많은 요인들이 의료비지출과 관련성이 있으며, 영향을 주고 있는 것으로 분석되었다. Kim [26]은 취업소득과 퇴직소득을 합산한 생애소득 개념을 사용하여 동일한 학력과 연령의 공무원과 100인 이상 민간기업 종사자를 비교하였는데 공무원의 생애소득이 민간보다 0.5-5.2% 많은 것으로 분석되었다. 또한 Moon 등[27]의 연구에 의하면 공무원연금의 수익비가 국민연금보다 월등히 높다는 분석결과를 제시하였다.

연구결과와 정책적 제언은 다음과 같다. 첫째, 특수직역연금수급자에 비해 국민연금수급자의 지출규모가 낮았으며, 특히 보건의료

비지출이 상대적으로 낮았다. 이러한 결과는 가계지출에 영향을 주는 향상소득이 낮기 때문에 연금분배의 격차를 줄이고 현실을 반영한 차별화된 제도도입의 필요성을 제시한다. 둘째, 은퇴자들이 소득향상을 위한 지속가능한 일자리프로그램이 필요하다. 현재 재취업 및 구직활동을 할 수 있도록 많은 직업훈련 프로그램이 진행되고 있으나 은퇴자들의 경제활동 및 소득에는 한계가 있다. 따라서 인력 및 일자리 발굴을 위한 지자체 및 지역사회의 관심과 노력이 반드시 필요하다. 셋째, 특수지역연금에 비해 국민연금수급자는 많은 요인들에 의하여 보건의료비지출에 영향을 받고 있었다. 이러한 결과는 의료보장제도를 보완하여야 할 필요성을 제시한다. 현재 의원을 대상으로 소액 외래 진료비에만 국한되어 있는 정액제를 연령단계별·질량 중등도 등에 따라 의원뿐만 아니라 병원으로 확대 등 은퇴자들의 의료이용 불형평성이 발생되지 않도록 보건정책과 정부의 적극적인 개입이 필요하다.

현재까지 공적연금유형에 따른 연금수령액에 많은 관심이 보이고 있다. 특수지역연금과 국민연금 수급자 간 전체 가구 지출규모 차이는 있는지 그리고 전체 의료비와 약약 및 한약, 의료서비스, 보건의료용품 및 기구로 지출되는 비용이 얼마인지, 의료비지출에 영향을 미치는 요인은 무엇인지, 특히 의료이용에 있어 형평성에는 문제가 없는지에 대한 연구는 찾기가 어려웠다. 본 연구는 우리나라 공적연금유형인 국민연금수급자와 특수지역연금수급자간의 가구 지출규모와 함께 보건의료비 지출비용·요인에 관한 연구를 시도 및 분석하였다는데 의의가 있다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 예·적금이자나 주식 배당금과 같은 금융관련 소득과 집세(월세), 각종 임대료, 권리금 차액과 같은 부동산 관련 소득, 용돈이나 생활비 등 사적이전 소득을 고려하지 못하였다. 둘째, 2013년 제5차연도 데이터만을 활용함으로써 패널 자료의 특성을 반영하지 못하였다. 따라서 향후 시계열적 분석을 이용하여 은퇴자들의 공적연금유형에 따른 보건의료비지출 변화 양상을 알아보는 연구도 제언한다.

REFERENCES

1. Kwon SM. Population aging, medical expenditure and long-term care reform in Korea. *Korean Soc Secur Stud* 2006;22(2):1-22.
2. Chun HT, Park MH, Yun SM, Son YM, Jeong HS, Phang HN, et al. 100 Year old age: how you will happily buy? Sejong: National Research Council for Economics, Humanities and Social Sciences; 2011.
3. Jo GY, Lee JH, An analysis on identifying typology of intergenerational relationship and affecting factors among the old retirees according to the eligibility of public pension. *Korean Fam Resour Manag Assoc* 2013;17(4):189-213.
4. Health Insurance Review and Assessment Service, National Health Insurance Service. 2013 National Health Insurance statistical yearbook. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2014.
5. Gross DJ, Alecxih L, Gibson MJ, Corea J, Caplan C, Brangan N. Out-of-pocket health spending by poor and near-poor elderly Medicare beneficiaries. *Health Serv Res* 1999;34(1 Pt 2):241-254.
6. Crystal S, Johnson RW, Harman J, Sambamoorthi U, Kumar R. Out-of-pocket health care costs among older Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000;55(1):S51-S62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/55.1.s51>.
7. Lee YJ. A equity in utilization of National Health Insurance by an old person's income class. *J Welf Age* 2005;30:7-27.
8. Lee MS. Structures of health inequalities of Korean elderly: analysis of Korean longitudinal study of ageing. *Health Soc Sci* 2009;25:5-32.
9. Kim JG. Equity in the delivery of health care in Korea: focused on analysis by age groups. *Korean Soc Secur Stud* 2011;27(3):147-168.
10. Choi R, Hwang BD. Health care utilization of age group in the elderly on the Korean health panel. *Korean J Health Serv Manag* 2014;8(3):49-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2014.8.3.049>.
11. Baek JH. Older people's career trajectories in South Korea. *Korean Gerontol Soc* 2012;32(1):273-287.
12. National Pension Research Institute. Understanding of the public pension II. Jeonju: National Pension Service; 2014.
13. National Pension Service. [Internet]. Jeonju: National Pension Service [cited]. Available from: http://pensioner.nps.or.kr/html/receive_ebook/ebook.html.
14. <http://www.law.go.kr/main.html>.
15. Park SH, Kim TI. Analysis of the effect of the public pension system is on the satisfaction of households and beneficiaries. Conference of the 4th Korean Retirement and Income panel; 2013 Sep 27; Seoul, Korea. Seoul: National Pension Research Institute; 2013.
16. Shin HY. Comparison of burden structure to national pension and occupational pension. *Health Welf Policy Focus* 2012;135:1-8.
17. Shin JW, Jeong HS. Factors influencing household expenditure on health care. *Korean J Health Econ Policy* 2007;13(2):97-117.
18. Van Doorslaer E, Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ* 2004;13(7):609-628. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.918>.
19. Lee YJ, Kim SY. A equity in the co-payment and utilization of National Health Insurance by income class. *Soc Welf Policy*. 2006;24:173-199.
20. Seo NK. pattern of health expenditures and utilizations by social economic status. *Health Welf Policy Forum* 2011;182:15-23.
21. Choi R, Park JY, Hwang BD. Health care utilization according to income class and subjective income class: measurements based on Korea health panel. *Health Soc Sci* 2013;33:85-107.
22. Choi R, Hwang BD. Medical expense factors and trend of income classes in South Korea. *Int J Appl Eng Res* 2014;9(24):29677-29684.
23. Youn HH, Lim BI. A study on medical expenses by old-aged families base on two characteristics of medical service. *Korean J Public Financ* 2009;2(4):119-156.
24. Culyer AJ, Wagstaff A. Reforming health care systems : experiments with the NHS : proceedings of Section F (Economics) of the British Association for the Advancement of Science, Loughborough, 1994. Brookfield: Edward Elgar; 1996.
25. Noh UJ. A comparative study on income-maintenance for low-income elderly in public pension scheme: Korea, Japan and UK [dissertation]. Seoul: Ewha Womans University; 2002.
26. Kim TI. Fairness analysis of the civil service pension through a comparison of the national pension. *Korean Public Admin Rev* 2004;38(6):111-129.
27. Moon HP, Lee JH, Kim YH, Kim SH, Choi JS, Kim JK. Civil service pension policy research for the advancement of enactment stabilization and institutional. Sejong: Korea Development Institute; 2006.