

초고령사회 진입 지방자치단체 노인의 의료비부담과 가구 유형의 영향

The Effect of Household Type on the Medical Burden of the Elderly Living in a Local Government that has Entered a Super-aged Society

김제선*, 한연주**

백석예술대학교 사회복지학부*, 수원시정연구원**

Je-Sun Kim(ijeon4@bau.ac.kr)*, Yeon-Ju Han(joanna1118@suwon.re.kr)**

요약

본 연구의 목적은 인구고령화에 따라 급격히 증가하고 있는 노인의 의료비와 노인 가구의 변화와 관련하여 초고령사회에 진입한 지자체에 거주하는 노인이 의료비 지출에 얼마나 부담감을 갖고 있으며, 가구 유형에 따른 차이가 있는지, 그리고 어떠한 요인이 영향을 미치는지 등을 분석하는데 있다. 수원시정연구원 에서 2015년 조사한 원자료를 활용하여 분석하였는데, 응답자의 59.3%가 의료비의 부담을 느끼고 있었으며, 노인가구의 세 유형에 따라 의료비부담 수준은 차이가 있었다. 성인가구원동거가구보다는 노인부부가구에서, 노인부부가구보다는 노인단독가구에서 의료비부담 수준이 상대적으로 높게 나타났다. 또한 가구 유형에 따른 의료비부담에 미치는 영향요인을 확인하기 위하여 다중회귀분석을 실시한 결과, 공통적으로는 주관적 건강상태가 세 가구유형 모두 유의미한 요인으로 분석되었으나, 노인단독가구는 사회적 경제적 지위와 건강상태, 노인부부가구는 건강상태, 성인가구원동거가구는 건강상태와 민간보험가입건수, 의료보장형태가 유의미하게 나타났다. 연구 결과를 통해 중앙정부 차원의 변화되는 노인의 가구 유형에 따른 의료비부담 경감 방안과 지방자치단체 차원의 노인의 보건 및 의료, 그리고 복지에 대한 서비스 지원 방안을 제시하였다.

■ 중심어 : | 노인 | 초고령사회 | 의료비부담 | 노인 가구 유형 | 지방자치단체 |

Abstract

Medical cost for elderly is increasing with ageing society and putting more and more burden on both individuals and government. To find a solution to reduce medical cost among elderly and to propose implication/suggestion to central government and a local government, different degree of medical cost burden by type of household and factors that affect increased medical cost are investigated based on elderly in Suwon city in this article. According to the research result, 59.3% of respondents felt medical cost burdensome. Also, according to the multiple regression performed to understand factors that increases medical cost by type of household, subjectively felt health status was found to be a statistically significant factor commonly in three groups which are living household with adult child, living household with spouse only, living household alone. And the degree of medical cost was higher in living household with spouse only, more higher in living household alone. And socioeconomic status and health status, health status, and health status and private insurance, medical security system were found to be significantly related to medical cost burden to household type of the elderly.

■ keyword : | Elderly | Super-aged Society | Medical Burden | Household Type | Local Government |

1. 서론

고령화는 대부분의 국가에서 중요한 사회적 문제이며, 기존 사회정책에 대한 도전 과제이다[1]. 노인에게 의료는 보건 또는 사회서비스 중에서 가장 필요한 영역임에도 불구하고, 정작 노인은 의료 이용에 있어서 취약한 계층으로 평가된다[2]. 더구나 고령화로 인해 노인성 질환 또는 만성질환, 장애 등 노인의 질병욕구와 그에 따른 의료서비스가 변화되고, 개인적 비용은 물론 사회적으로 감당해야 할 국민의료비 역시 증가하고 있다. 특히 노인 의료비 증가는 국가의 의료개혁에서 중요한 과제이고, 고령화에 따른 의료비 지출의 관련 특성 및 해결방안이 많은 관심을 받았다[3]. OECD 국가들의 경우에는 이미 1980년대부터 고령화에 따른 공공 의료 및 보건 시스템을 개혁하거나, 사회정책 정비 등을 실시하였고, 노인의료비의 비중을 완만히 하는데 성공했다는 평가이다[1][4]. 반면, 한국의 경우에는 인구 고령화의 빠른 진행에도 불구하고, 국민의료비에서 노인의 의료비 비중은 여전히 높고 가파른 증가세에 있는 실정이다.

2000년대 이후 국내에서는 노인의 의료비 증가[5], 의료비 지출[6-10], 의료비 추이[11] 등에 관한 주제가 수행되어 왔는데, 고령화와 국민의료비, 그리고 노인 의료비 지출 급증 간의 관련성 및 부정적 영향들을 해결하기 위한 국가적 차원의 정책 방향이 논의되었다. 하지만 이들 연구들은 첫째, 노인의 의료보장 사각지대 또는 미충족과 더불어 가구 지출에서 증가하는 의료비부담에 대한 학술적 연구가 소홀했던 측면이 있었고, 둘째, 전체 국가적 차원의 노인 의료비 개혁에만 초점을 맞추고 있어 이미 고령사회 또는 초고령사회의 문제를 안고 있는 지역에서 노인 가구의 변화에 따른 의료비부담과 그에 따른 지방자치단체가 해야 할 과제는 무엇인지 등의 정책적 연구가 미흡했다고 평가할 수 있다.

의료보장제도에서 본인부담 의료비는 대상자의 도덕적 해이를 방지하고 공공의료 재정을 안정시키는 순기능 측면에서 시행되고 있다. 하지만, 본인부담 수준이 높아짐에 따라 역기능도 나타난다. 법정 본인부담 이외에 비급여 본인부담 의료비 지출이 가계 경제에 심각한 위협을 미치기 때문이다[12]. 특히 노인 가구는 비노인

가구보다 상대적으로 의료비에 대한 부담이 더 높은 것으로 나타나고 있어[13-15], 노인 가구의 의료비부담에 대한 연구가 매우 필요한 실정이다[3]. 노인의 가구 유형이 변화됨에 따라 노인이 홀로 또는 부부만 사는 노인들에게 나타나는 문제들도 과거와 다르다는 지적들이 많고[16], 최근에는 경제적인 불안정이 지속되면서 자녀와 함께 사는 노인들도 의료비에 대한 부담 역시 증가하고 있다. 즉, 노인의 인구학적 특성 또는 사회경제적 특성에 따른 영향요인[7][17][18]도 중요하지만, 가구에 따라 차이가 있는[13][14][19][20] 소득수준과 의료보장형태가 노인 가구의 의료비부담에 어떠한 영향을 미치는지를 분석하는 것 역시 중요하다는 지적이 늘어나고 있다[21]. 따라서 노인 가구마다 의료비에 대한 대응역량 또는 지불능력 등이 다른 상황에서 가구 유형에 따른 의료비부담의 차이와 그 영향요인은 무엇인지 등을 연구할 필요성이 매우 높다.

인구고령화와 그에 따른 정책적 변화는 비단 중앙정부 차원의 국가정책 과제로 한정되지 않는다. 고령화사회를 넘어 고령사회, 심지어 초고령사회에 진입한 많은 지방자치단체에서 더욱 중요한 과제이다. 노인에 대한 의료서비스를 효율적으로 제공한다는 측면에서 지방자치단체의 일차적 보건시스템은 무엇보다 중요하다[22]. 이미 대다수의 지방자치단체에서는 다른 어떠한 사회복지 영역 중 노인복지를 가장 포괄적이면서도 중요하게 다루고 있다. 실제로 노인과 관련한 문제들이 지역사회에서 발생함에 따라 중앙정부의 전국적 사회보장제도나 사회복지정책과는 별도로 그 지방자치단체의 특성에 맞게 지역사회보장계획 또는 지방자치단체 복지정책으로 노인복지서비스를 특성화하고 있다. 그렇지만 특정 지역사회 안에서 노인들이 건강을 유지 및 향상시키는데 필요한 비용에 얼마나 부담감을 갖고 있고, 개인별 특성뿐만 아니라 그 가구의 경제적 특성, 그리고 의료적 특성에 따라 어떠한 차이 및 영향을 미치는지 등에 대해서는 연구되지 않은 측면이 있다. 따라서 초고령사회에 진입한 지방자치단체에서 의료비에 대한 대응역량 또는 지불능력 등이 다른 노인 가구의 의료비부담의 수준과 차이, 그리고 영향요인 등을 살펴볼 필요가 높다.

따라서 본 연구의 목적은 초고령사회에 있는 한 지방 자치단체 내에서 살고 있는 노인들이 가구 유형에 따라 의료비부담을 어느 정도 수준에서 갖고 있는지와 영향에 미치는 요인은 어떠한 차이가 있는지 등을 분석하고 그 시사점을 논의하는 것에 있다.

II. 이론적 배경

1. 노인의 의료비부담

국민 전체를 대상으로 한 포괄적 접근에서 의료비부담을 연구[14][23]하였던 것에 반해, 노인의 의료비부담에 관한 연구는 상대적으로 거의 연구되지 않았던 측면이 있다. 일부 노인의 의료비부담에 관한 기존 연구들의 경우에도[7][13][14][17-20] 최근 변화되는 가구의 유형에 따라 의료비부담이 어떻게 차이가 있고, 그 영향요인은 무엇인지 등에 대해서는 실증적인 분석이 이루어지지 않았다.

비노인세대와 노인세대 간의 의료비 비용은 서로 다른 특징을 가지고 있고, 그 부담률은 노인세대가 훨씬 높게 나타나고 있다. Yamamoto[3]는 미국의 보건비용 연구소(Health Care Cost Institute) 및 메디케어(Medicare fee-for service)의 자료들(2002년-2010년)을 활용하여 미국 국민이 출생 후부터 죽음에 이르기 전까지의 세대 간 의료비에 대한 경향을 분석하였는데, 비노인세대와 노인세대 간에 의료비 곡선이 다른 경향을 보이는 한편, 65세 이후부터 약 90세 중반에 이르기까지 의료비가 상당히 증가하고 있다는 결과를 제시하였다. 따라서 노인들은 시간이 지나면서 자신이 감당해야 할 의료비가 늘어나고, 그에 따른 부담감이 더욱 커진다는 것이다.

국내 연구의 경우에도 이와 비슷한 측면에서 논의되어 왔다. 양정선[13]은 노인가구가 비노인가구보다 상대적으로 의료비부담을 더 크게 느끼고 있다고 하였다. 가구주 연령이 65-69세 집단이 준거집단인 55-59세 집단에 비해 의료비 지출이 증가하였고, 70세 이상의 집단의 경우 그 증가폭이 더욱 컸다. 연령이 증가함에 따라 다른 모든 지출 항목은 감소하고 있으나, 의료비만

큼은 증가하였음을 보여 주었다. 이원영·신영진[14]도 노인이 있는 가구에서 의료비 지출액이 증가하였으며, 과부담되고 있다는 것이다. 이처럼 노인이 있는 가구의 경우 그렇지 않은 가구보다 평균 의료비부담이 증가하게 되는데[15], 의료비는 대부분의 은퇴한 노인을 포함하여 그 가구에게 가장 현실적인 위험 중에 하나로 작용한다[24].

의료비부담이 노인에게 미치는 영향은 의료보장 사각지대 또는 의료 미충족의 문제를 넘어, 질병 치료를 위한 비용마련으로 노인이 빈곤에 노출되는 것은 물론, 치료와 요양에 따른 부양 과중으로 자녀들로부터 버림을 받을 수 있다[25]. 이러한 이유 때문에 노인이 자녀 등 다른 가구원들과 사는 경우는 노인 홀로 사는 단독 가구 또는 노인 부부가 사는 부부가구 등의 경우와 다른 의료이용의 특징을 가질 수밖에 없고, 그것은 의료사각지대나 미충족 등의 문제로 발생할 수 있다. 또한, 노인에 대한 의료적 보호를 필요로 하는 노인 가구는 이러한 평균적인 비용뿐만 아니라, 언제 일어날지 모르는 노인에 대한 치료비용이 높거나 의료비를 지불하지 못하는 위험을 안고 있다[24]. 결국, 이 문제는 국가가 감당해야 할 공적 의료보장에 대한 재정 악화로 이어질 수 있다는 것이다[14].

의료비부담에 대한 기존 연구들을 보면 연구목적 또는 대상 등에 따라 그 개념을 다양하게 정의하여 왔다. 그 중에서도 주로 소비지출 중 의료비가 차지하는 규모 또는 비중[13][14][20], 가구의 생활비 대비 보건의료비 비중이 40%를 넘는 가구[19], 그리고 가구소득 대비 의료비[18] 등 경제적 소득과 관련해 지출되는 액수를 기준으로 한 측면이 강하다.

그러나 노인이 주관적으로 인식하는 의료비부담 수준에 관한 연구는 비교적 적은 편이다. 김수정·허순임[19], 최영순·이광옥·임은실[12]의 지적처럼, 미충족 의료와 함께 노인의 주관적 인식인 의료비부담에 대한 실증적 연구는 매우 필요하다. 노인 가구에 대한 의료비부담과 그에 따라 나타날 수 있는 미충족 의료, 사각지대의 영향요인을 함께 고려하는 차원에서 노인의 주관적 인식이 매우 중요하기 때문이다. 이것은 의료비부담이 본질상 주관적 성격을 갖고 있고, 대리 척도에 의존

하지 않으며, 또한 가구마다 의료비가 다르다는 특징을 갖는다. 따라서 소득 대비 의료비 보다는 의료비부담 여부를 직접 측정하는 것이 바람직하며, 이는 정책적 차원에서 시민이 의료비에 대해 어느 정도 부담을 느끼는지에 대한 비율을 실질적으로 확인해 줄 수 있는 이점이 있다.

본 연구에서는 노인의 의료비부담을 노인이 1년 동안 병원의 의료서비스를 이용하면서 지출하게 되는 비용에 대해 본인이 주관적으로 가계의 경제적 수준에 얼마나 부담을 준다고 하는 정도의 인식으로 정의하였다. 이는 의료비에 대해 노인 스스로 인식하는 부담의 수준이 높다면 의료서비스를 충분히 받지 못할 가능성이 클 것이라는 점을 전제하고 있다.

2. 의료비부담의 요인과 가구 유형에 따른 차이

노인의 의료비부담에 미치는 영향요인에 대한 연구가 많지는 않으나, 그 결과들을 살펴보면 다음과 같다.

노인의 연령과 성별, 학력 수준이 어떠한 영향을 미치는지에 대해서는 일부 연구에서 이견을 보였다.¹ 우선, 양정선[13]은 노인 가계의 소비지출 대비 의료비 비율에서 연령과 성별, 그리고 학력 수준이 유의미한 영향요인으로 분석되었으며, 오지연·성영애[20]은 노인부부가구에서 의료비지출 비중에 영향을 미치는 요인으로 연령과 학력 수준이, 노인단독가구에서 성별이 각각 영향요인으로 도출되었다. 반면, 심영[7]은 연령과 성별, 학력 수준은 유의미한 영향요인으로 분석되지 않았으며, 이호성[18]은 학력 수준만이 영향요인으로 분석되었다고 하였다.

노인 또는 그 가구의 경제적 특성들과 관련해서는 주로 개인 또는 가계의 소득과 생활비의 초과지출여부, 그리고 근로활동여부가 논의되었다. 먼저, 양정선[13]은 노인 가계의 의료비 지출비율에 미치는 영향요인으로, 이호성[18]은 노인의 의료비부담에 미치는 가장

주요한 영향요인으로서 가계소득을 제시하였다. 또한, Nardi, French & Jones[15]은 소득이 높을수록 노인의 평균 의료비에 대한 부담이 커진다고 하였다. 반면, Kim & Jeong[26]은 소득이 낮을수록 의료비부담이 높다고 하였는데, 저소득계층에서 과도하게 발생하는 본인 부담 의료비가 오히려 의료이용을 억제하는 요인이 되기 때문에 정책적으로 저소득계층에게 의료비부담을 높이고, 질병의 조기진단 및 치료를 저해함으로써 중장기적으로 의료 이용을 증가시켜야 한다고 하였다. 그러나 의료비부담은 최종적으로 의료 접근성에서 소득계층 간 형평성 문제를 야기하게 된다고 한다. 오지연·성영애[20]는 노인단독가구의 경우에는 가계소득이 영향요인으로 분석되었지만, 노인부부가구는 그렇지 않다고 하였고, 양정선[13]의 경우에만 노인 가계의 소득지출 대비 의료비 비율에서 생활비에서 의료비가 초과하는 정도에 따라 차이를 보였다고 하였다. 임제영·이석원[27]은 근로활동의 여부가 고령층의 적극적인 사회 참여 유도뿐만 아니라, 이들의 건강수준을 향상시킴으로써 의료비를 절감시켜 부담감을 낮추는 효과가 있다고 하였다. 반면, 심영[7]은 직업의 유무가 노인의 의료비 지출에 영향을 미치는지에 대해 그렇지 않다고 하였다.

대부분의 선행연구들은 노인의 건강상태, 만성질환, 장애유무를 의료비 지출비중에 유의미한 영향을 미치는 주요한 요인으로 다루었다. 오지연·성영애[20]은 노인단독가구와 노인부부가구 모두에서 보건의료비 지출 비중에 영향을 미치는 주요한 요인으로 만성질환 및 장애 보유여부가 분석되었고, Rechel[1]도 경미하거나 만성적인 질병이 노인들에게서 과거보다 증가함으로써 이들의 의료비부담을 높인다고 하였다. 그런데, 심영[7]은 건강상태와 질병유무에 따른 의료비 지출에는 차이가 있으나, 질병유무만이 영향요인으로 분석되었다고 하였다. 또한, 이호성[18]은 건강상태가 의료비부담에 영향을 미치고는 있으나, 병원 이용 빈도와 건강유지방법 등과 같은 건강을 유지 또는 향상시키는 의료적 특성들이 오히려 더 유의미한 결정요인으로 분석하였다. 김수정·허순임[19]의 경우에도 가구 내 장애, 만성질환 유무에 따라 의료비 지출에서 차이가 있기는 하지만, 건강보험일반가구인 경우에 비해 건강보험빈곤가구인

1 심영[7] 등은 거주지역이 의료비 지출 등에 영향을 미치는 요인으로 제시하였으나, 본 연구에서는 수원시라는 제한된 지역사회의 거주자를 대상으로 하고 있기 때문에 이에 대한 논의는 제외하였다. 그리고 가구원수, 자녀동거유무, 배우자유무를 영향요인으로 분석한 연구들 [13][14][19]이 있으나, 본 연구가 가구 유형에 따른 차이를 분석하고 있기 때문에 이 변수들 역시 제외하였다.

경우, 그리고 의료보장의 형태에 따라 영향요인이 달라진다고 하였다. 이것은 외국연구에서도 보여지는데, Webb & Zhivan[24]은 노인 가구에서 지출되는 주요한 의료비의 항목으로 공적의료보장 시스템에서 공동 부담하는 급여 의료비와 개인이 부담하는 비급여 의료비로 보았다. 따라서 노인 가구가 적용받는 공적 의료보장의 형태와 민간 의료보험 가입이 의료비부담에 영향을 미친다고 하였다. 때문에 건강적 특성과 의료적 특성을 구분해 볼 필요가 있음을 시사한다.

종합하여 본 연구에서는 건강상태 수준과 장애유무, 만성질환유무를 건강적 특성으로, 진료와 입원 횟수, 민간보험가입 건수와 의료보장형태를 의료적 특성으로 구분해 설정하였다. 그리고 노인의 연령, 성별, 학력수준을 개인적 특성으로, 사회경제적 수준과 생활비, 경제활동 여부를 경제적 특성으로 각각 설정하였다.

한편, 오지연·최옥금[16]은 국민노후보장패널조사를 활용하여 시간이 지나감에 따라 우리 사회에서 노인 가구가 단독가구, 부부가구 등의 유형으로 변화되는 과정을 살펴보았는데, 노인단독가구의 경우 경제적으로 취약하며 수발 및 심리사회적 서비스가 특히 요구되며, 노인부부가구의 경우 사회서비스의 취약계층에 속할 가능성이 높다고 하였다. Nardi, French & Jones[15]는 증가하고 있는 독거노인가구가 불확실한 의료비와 그로 인해 죽음에 어떠한 차이를 가져오는지 연구되지 못하였다는 평가를 하였다. 물론, 오지연·성영애[20]은 노인단독가구와 노인부부가구의 두 집단은 보건의료비 지출비중에서 차이가 나지 않았으며, 두 집단 모두 보건의료비 지출비중이 높다고 하였고, 이준영·김제선[21]은 한국의료패널을 분석하여 노인 독신과 부부만으로 구성된 세대가 자녀들과 함께 사는 세대보다 의료비 부담 수준이 낮았다고 하였다. 이원영·신영진[14]도 젊은 세대만 사는 가구와 달리 노인이 사는 가구가 의료비 지출에서 과부담의 형태를 띠고 있음을 제시하였다.

하지만 이러한 연구들도 가구 유형 변화에 따라 노인이 의료비에 얼마나 부담감을 갖고 있거나 그것으로 인해 나타나는 문제 등의 특성에 어떠한 차이가 있는지는 연구되지 못한 측면이 있으며, 초고령사회에 진입한 지역사회에서 사는 노인들의 경우 의료비 지출과 관련한

어떠한 부담 정도와 이것에 가구 유형에 따른 차이 및 어떠한 요인이 영향을 미치는지에 대한 실증적 연구가 이루어지지 않은 측면이 있다. 특히 영국은 1990년대부터, 일본은 2000년대부터 지방자치단체에서 노인들을 위한 지속적, 포괄적 복지서비스 및 정책을 개발·시행해 오고 있는 반면, 우리나라의 지방자치단체들은 아직 노인들을 위한, 특히 의료에 있어서 노인들의 의료정책이 지역적 특성에 따라 별로 없는 편이다.

따라서 본 연구에서는 선행연구들을 종합하여 초고령사회에 진입한 지역사회 거주 노인의 살고 있는 가구의 유형을 노인단독가구, 노인부부가구, 그리고 성인가구원동거가구로 분류하고 이러한 가구 유형에 따라 노인이 의료비 지출에 어느 정도의 부담감의 수준을 갖고 있으며, 어떠한 요인이 영향을 미치는지 등에 대한 실증적 분석을 하였다.

III. 연구방법

1. 연구문제 및 모형

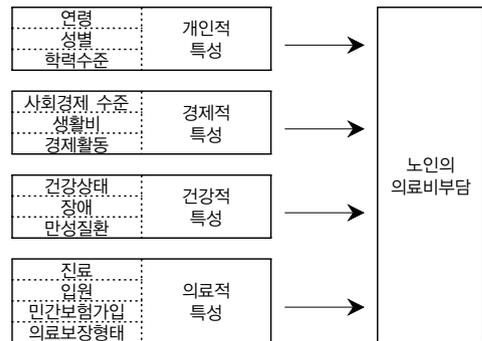


그림 1. 연구모형

이론적 고찰을 토대로 한 연구문제는 다음과 같다. 첫째, 고령사회에 들어선 지역에 살고 있는 노인이 의료비부담을 어느 정도 갖고 있고, 가구 유형에 따라 차이가 있는가?

둘째, 가구 유형에 따라 노인의 개인적 특성, 경제적 특성, 건강적 특성, 그리고 의료적 특성이 의료비부담에 영향을 미치는 요인은 무엇인가?

이러한 연구문제를 검증하기 위해 연구모형은 개인적 특성, 경제적 특성, 건강적 특성, 의료적 특성으로 구분하여 노인의 의료비부담에 미치는 영향을 분석하였다.

2. 분석자료

본 연구에서는 우리나라의 기초지방자치단체 중 대표적인 중소도시이면서 고령사회로 접어든 경기도 수원시의 노인들을 대상으로 2015년 4월 24일부터 5월 7일까지 조사된 수원시정연구원[28]의 「수원시 노인복지정책 분석과 개선방향 연구」의 원데이터를 활용하였다. 조사대상인 노인의 조작적 정의는 만 60세 이상의 준고령자를 포함하여 60세 이상부터 85세 미만으로 하였다. 조사방법은 수원시의 행정구역을 4개 구로 분류해 각 구의 노인 가구에 따른 비비례표집으로 선정하여 해당 가구의 노인을 대상으로 조사되었는데, 총 312 가구의 노인을 조사하였다. 이 중 본 연구주제에 따라 첫째는 노인 홀로 사는 단독 가구로서 95가구(30.4%), 둘째는 노인 부부로만 사는 가구로서 96가구(30.8%), 그리고 마지막으로는 성인 자녀들과 함께 사는 가구로서 116가구(37.2%)를 분류해 분석하였다. 다만, 노인들이 자신의 성인 자녀들과는 살지 않고 그들의 손자·녀만 데리고 사는 3가구(1.0%)와 동생을 데리고 사는 형태 등 2가구(0.6%)에 대해서는 사례수가 적어 본 연구에서는 제외하였다.

3. 변수 및 측정방법

본 연구는 종속변수인 의료비부담을 노인이 본인 가구에 대해 주관적으로 인식하는 정도를 척도로 사용하였다. 한국의료패널[29]을 활용하여 “1년 동안 병원 이용 시 수납해야 하는 금액이 가게에 부담을 준다고 생각하십니까?”로 조작적 정의를 하였고, “전혀 부담을 주지 않는다, 거의 부담을 주지 않는다, 감당할 수 있다, 약간의 부담을 준다, 매우 큰 부담을 준다”의 5점 Likert 척도로 측정하였다.

독립변수는 노인 가구의 유형에 따라 주관적 의료비 부담 수준에 미치는 영향을 회귀분석으로 살펴보기 위해 개인적 특성, 경제적 특성, 건강적 특성, 그리고 의료적 특성으로 분류하여 구성하였다. 이들 세부적 변수들에 대한 정의 및 측정방법은 [표 1]과 같다. 우선, 독립변수 중 연속변수가 아닌 명목변수는 가변수화(dummy coding)하였다. 성별(남성=1), 경제활동 여부(여=1), 장애 유무(유=1), 만성질환 유무(유=1), 의료보장 형태(건강보험=1)가 해당하였다. 다음으로, 연령, 학력 수준, 사회경제적 수준, 생활비, 건강상태 수준, 진료 횟수, 입원 횟수, 그리고 민간보험가입 건수는 연속변수로 사용하였다. 여기서 생활비는 월 단위로서 평균값을 로그 취하여 사용하였다.

표 1. 변수의 정의 및 측정방법

독립변수		변수 정의 및 측정 방법	
종속 변수	노인의 의료비부담	연속 변수. 노인이 1년 동안 병원 이용 시 수납해야 하는 금액이 가게에 부담을 준다고 생각하는 정도의 주관적 인식을 전혀 부담을 주지 않는다=1, 거의 부담을 주지 않는다=2, 감당할 수 있다=3, 약간의 부담을 준다=4, 매우 큰 부담을 준다=5	
독립 변수	개인적 특성	연령	연속 변수. 60세 이상 노인의 출생년도를 만 나이로 환산
		성별	더미 변수. 남성=1, 여성=0
		학력 수준	연속 변수. 무학=1, 초졸=2, 중졸=3, 고졸=4, 대졸 이상=5
	경제적 특성	사회경제적 수준	연속 변수(역코딩). 본인 가구의 사회경제적 수준에 대해 주관적으로 인식하는 정도로 하=1, 중=2, 상=3
		생활비	연속 변수. 가구의 월 평균 생활비액(단위: 만원)을 로그 변환
	건강적 특성	경제활동 여부	더미 변수. 수입을 목적으로 노인의 현재 경제활동(일) 여부로 여=1, 부=0
		건강상태 수준	연속 변수(역코딩). 본인의 건강상태에 대해 주관적으로 인식하는 정도로 건강이 아주 안 좋다=1, 안 좋다=2, 보통=3, 좋다=4, 아주 좋다=5
		장애 유무	더미 변수. 장애 있음=1, 장애 없음=0
		만성질환 유무	더미 변수. 3개월 이상 투병·투약=1, 만성질환 없음 및 3개월 미만 투병·투약=0
	의료적 특성	진료 횟수	연속 변수. 최소 0회, 최대 130회
입원 횟수		연속 변수. 최소 0회, 최대 3회	
민간보험가입수		연속 변수. 최소 0건, 최대 3건	
의료보장형태		더미 변수. 건강보험=1, 의료급여=0	

4. 분석방법

본 연구의 분석방법은 다음과 같다. 첫째, 노인들이 실제로 의료 욕구(서비스의 필요성) 정도에 따라 서비스를 적절하게 이용하는지에 대한 실태와 특징 등을 기술통계분석을 실시해 살펴보았다. 둘째, 독립변수에 따른 주관적 의료비부담의 차이를 파악하기 위하여 비모수 분석 방법 중 Mann-Whitney 검정과 Kruskal-Wallis 검정을 실시하였다. 주관적 의료비부담의 5점 척도는 정규분포하지 않으므로 비모수 검정으로 분석하였다. 셋째, 노인 가구의 유형에 따라 주관적 의료비부담에 영향을 미치는 영향요인을 파악하기 위해 다중회귀분석 방법을 적용하였다. 회귀분석에 앞서 다중공선성의 문제를 확인하였는데, 모든 변수가 Tolerance 0.1을 초과하였으며, VIF 값이 10미만으로 독립변수 간에 다중공선성의 문제가 없음을 확인하였다.

IV. 연구 결과

1. 분석대상의 특징

본 연구에서 분석된 대상자들의 일반적인 특성은 [표 2]와 같다.

첫 번째, 연령에 대해서는 '60세 이상 - 64세 이하'가 37명(12.1%), '65세 이상 - 74세 이하'가 108명(35.2%), 그리고 '75세 이상'이 162명(52.7%)으로 응답되었다. 두 번째, 성별에 대해서는 '남성'이 118명(38.4%)으로, '여성'이 189명(61.6%)으로 응답되었다. 세 번째, 학력에 대해서는 '무학'이 71명(23.1%), '초등학교 졸업'이 109명(35.5%), '중학교 졸업'이 69명(22.5%), '고등학교 졸업'이 50명(16.3%), 그리고 '대학교 졸업'이 8명(2.6%)으로 응답되었다. 네 번째, 응답자가 본인 가구에 대한 사회경제적 지위의 수준을 평가한 것에 대해서는 '하'가 161명(52.4%), '중'이 139명(45.3%), 그리고 '상'이 7명(2.3%)으로 조사되었다. 다섯 번째, 조사 시점에 경제활동에 참여하고 있는가에 대해서는 '참여함'이 90명(29.3%)으로, '참여안함'이 217명(70.7%)으로 응답되었다. 여섯 번째, 월생활비에 대해서는 전체 응답자가 평균 131.85만원(표준편차 102.081)으로 조사되었다.

표 2. 분석대상의 일반적 특성 (단위: 명, %, 만원, 회, 건)

변수	범주	빈도	비율
연령	60세-64세	37	12.1
	65세-74세	108	35.2
	75세 이상	162	52.7
성별	남성	118	38.4
	여성	189	61.6
학력	무학	71	23.1
	초등학교 졸업	109	35.5
	중학교 졸업	69	22.5
	고등학교 졸업	50	16.3
사회경제적 지위	하	161	52.4
	중	139	45.3
	상	7	2.3
	경제활동 여	90	29.3
경제활동	경제활동 부	217	70.7
	월생활비	평균 (SD)	131.85 (102.081)
건강상태수준	아주 안 좋음	40	13.0
	안 좋음	112	36.5
	보통	88	28.7
	좋음	65	21.2
	아주 좋음	2	.7
장애	장애 없음	273	88.9
	장애 있음	34	11.1
만성질환	만성질환 없음	103	33.6
	만성질환 있음	204	66.4
진료횟수	평균(SD)	13.0 (14.06)	
입원횟수	평균(SD)	.27 (.579)	
민간보험	평균(SD)	.46 (.741)	
의료보장형태	의료급여	72	23.5
	건강보험	235	76.5

일곱 번째, 응답자가 본인의 건강상태를 주관적으로 평가한 수준에 대해서는 '아주 안 좋음'과 '안 좋음'이 각각 40명(13.0%)과 112명(36.5%)으로, 반대로 ' 좋음'과 '아주 좋음'이 각각 65명(21.2%)과 2명(0.7%)으로 응답되었다. 그리고 '보통'이 88명(28.7%)으로 응답되었다. 여덟 번째, 장애 유무에 대해서는 '장애 없음'과 '장애 있음'이 각각 273명(88.9%)과 34명(11.1%)으로 응답되었다. 아홉 번째, 만성질환의 유무에 대해서는 '만성질환 없음'이 273명(88.9%)으로 대부분이었으며, '만성질환 있음'이 34명(11.1%)으로 응답되었다. 열 번째, 진료 횟수에 대한 전체 대상자의 평균은 13.0회(표준편차 14.06)로, 열한 번째, 입원횟수는 평균 0.27회(표준편차 .579)로 조사되었다. 열두 번째, 민간보험에 대한 가입 건수는 평균 0.46건(표준편차 .741)으로 조사되었다. 마지막으로, 의료보장형태에 대해서는 '의료급여'가 72명(23.5%)으로, 그리고 '건강보험'이 235명(76.5%)으로 응

답되었다.

2. 노인 의료비부담 수준 및 가구 유형에 따른 차이

노인이 의료비가 가계에 어느 정도 부담을 주는가에 대한 주관적 인식 수준을 5점 척도로 질문한 결과, 부담을 준다는 인식이 부담을 주지 않는다는 인식보다 더 높게 나타났다. 우선, 빈도 분석에서는 전체 응답자 307명 중 가장 많은 응답을 한 항목은 “약간의 부담을 준다”가 105명(34.2%)이었으며, “매우 큰 부담을 준다”가 77명(25.1%)으로 그 다음 순을 차지하였다. 이 두 범주를 합산하면 전체 응답자 중 59.3%로 약 60%에 이르는 노인들이 의료비가 가계에 부담을 주고 있는 것으로 인식하고 있었다. 반면, “감당할 수 있다”에는 54명(17.6%)에 불과하였고, “거의 부담을 주지 않는다”와 “전혀 부담을 주지 않는다”는 각각 51명(16.6%)과 20명(6.5%)로 나타났다. 다음으로, 평균 분석에서는 5점 기준으로 평균 3.55(표준편차 1.215)으로 나타나고 있어, 노인들이 진료 및 입원 등에 드는 의료비가 가계에 부담을 주는 정도에 대해 주관적인 인식 수준이 높게 나타났다.

노인 가구 유형과 노인 의료비에 대한 부담 수준에 대한 관계를 살펴보기 위해, 우선 상관관계분석을 통해 유의수준 $p < .001$ 에서 부(-)의 상관관계($t = -3.643$)가 있음이 확인되었다. 그리고 다시 교차분석을 통해서도 유의수준 $p < .01$ 에서 유의미한 결과를 보였다($\chi^2 = 13.266$). 즉, 성인가구원동거가구보다는 노인부부가구에서, 노인부부가구보다는 노인단독가구에서 노인 의료비부담이 상대적으로 높아, 결국 노인이 성인 자녀와 살지 않을수록, 심지어 배우자와 함께 살지 않을수록 의료비에 대한 부담을 크게 느끼고 있는 것으로 확인되었다.

3. 가구 유형에 따른 노인 의료비부담의 영향요인

노인 가구 유형에 따른 가계의 의료비부담에 미치는 영향요인을 확인하기 위해 본 연구에서는 다중회귀분석 방법을 실시하였는데, 그 결과를 얻기에 앞서 독립변수 간의 다중공선성의 문제를 확인하기 위해 상관관계분석을 실시하였다. 상관관계분석의 결과에서 상관관계 계수인 r 은 모두 .6 이하로 나타났는데, 이는 독립변수 간 다중공선성의 문제가 없는 것을 확인해 주었다. 이후, 노인 가구의 유형에 따라 의료비부담에 어떠한 영향요인의 차이가 있는지를 다중회귀분석으로 실시하여 세 유형 모두에서 통계적으로 유의미한 결과를 보였다. 설명력은 노인단독가구의 경우 23.7%, 노인부부가구의 경우 25.8%, 그리고 성인가구원동거가구의 경우 38.6%로 나타났다.

첫째, 노인단독가구에 따른 의료비부담의 영향요인에 대한 다중회귀분석의 결과는 $p < .05$ 수준에서 유의미한 결과들을 나타냈다. 독립변수들 중에서 사회경제적 지위($\beta = -.271, t = -2.189$)와 건강상태수준($\beta = -.376, t = -2.846$)이 모두 $p < .05$ 수준에서 부(-)의 요인관계를 보였다. 즉, 독신가구에서 노인 본인의 사회경제적 지위가 낮다고 인식할수록 의료비부담이 많았으며, 노인의 건강상태 수준에 대한 주관적 인식이 부정적 일수록 역시 의료비부담이 많은 것으로 나타났다. 이러한 두 가지 요인은 객관적인 상태라기보다는 노인이 본인 및 가구에 대해 인식하는 수준과 관련된 것이다.

둘째, 노인부부가구에 따른 의료비부담의 영향요인에 대해서는 $p < .01$ 수준에서 유의미한 결과들을 나타냈다. 독립변수들 중에서는 오직 건강상태수준($\beta = -.438, t = -3.224$)이 유의미하게 나타났다($p < .01$). 앞의 노인단독가구와 마찬가지로 부(-)의 요인관계로서, 노인이 스스로 건강상태가 나쁘다고 인식할수록 의료비부담이 많아지는 것을 확인할 수 있다.

표 3. 가구 유형에 따른 노인의 의료비부담 유무 차이 (단위: 명, %)

범주		노인 가구 유형				$\chi^2(p)$
		노인단독가구	노인부부가구	성인가구원동거가구	계	
의료비부담 유무	무	25 (26.3)	41 (42.7)	59 (50.9)	125 (40.7)	13.266 (.001)
	유	70 (73.7)	55 (57.3)	57 (49.1)	182 (59.3)	
	계	95 (100.0)	96 (100.0)	116 (100.0)	307 (100.0)	

표 4. 가구 유형에 따른 노인의 의료비부담 영향요인

		노인단독가구		노인부부가구		성인가구원동거가구	
		β	t	β	t	β	t
개인적 특성	연령	-.004	-.031	-.065	-.480	-.211	-1.733
	성별	-.039	-.374	-.163	-1.417	-.101	-1.160
	학력	-.070	-5.585	-.133	-1.077	.027	.232
경제적 특성	사회경제적 지위	-.271	-2.189*	-.138	-1.125	-.124	-1.351
	월생활비(ln)	.064	.505	-.092	-.717	-.035	-.368
	경제활동 여부	.071	.552	-.113	-.915	-.078	-.789
건강적 특성	건강상태수준	-.376	-2.846*	-.438	-3.224**	-.473	-4.250***
	장애 유무	-.151	-1.479	.147	1.307	-.060	-.664
	만성질환 유무	.196	1.598	-.099	-.780	.038	.333
의료적 특성	진료횟수	-.085	-.765	-.121	-.871	-.113	-1.252
	입원횟수	.074	.638	-.042	-.412	.094	1.123
	민간보험가입수	.202	1.396	-.131	-1.138	-.251	-2.346*
	의료보장형태	.172	1.477	.026	.240	.199	2.496*
(상수)			2.089*		3.347**		3.989***
통계치	R^2	.237		.258		.386	
	F	1.930		2.193		4.940	
	sig.	.038		.017		.000	

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

셋째, 성인가구원동거가구에 따른 의료비부담의 영향요인에 대한 다중회귀분석의 결과는 $p < .001$ 수준에서 유의미한 결과들을 나타냈다. 앞의 두 유형과는 달리, 건강적 특성의 건강상태수준뿐만 아니라, 의료적 특성에 해당하는 두 가지의 독립변수가 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우선, 건강상태수준($\beta = -.473$, $t = -4.250$)은 앞의 두 유형과 같이 부(-)의 요인관계로서 유의미한 결과를 보였다($p < .001$). 다만, 앞의 두 유형보다는 성인가구원동거가구에서 건강상태에 대한 주관적 인식 수준이 통계적으로 더 강하게 나타나, 노인 본인이 자신의 건강상태 수준에 대해 주관적으로 나쁘다고 인식할수록 의료비부담이 많아지는 것을 확인할 수 있었다. 다음으로, 앞의 두 유형의 분석에서는 유의미한 요인관계로 분석되지 않았으나, 성인가구원동거가구에 대한 분석에서는 민간보험가입 건수와 의료보장형태가 $p < .05$ 수준에서 유의미한 값을 보였다. 민간보험가입 건수($\beta = -.251$, $t = -2.346$)는 부(-)의 요인관계를, 의료보장 형태($\beta = .199$, $t = 2.496$)는 정(+)의 요인관계를 나타내고 있는데, 이 두 변수는 밀접한 관련성을 보이는 것으로 해석할 수 있다. 즉, 민간보험가입 건수는 가구에서 공적 의료보장제도와는 별도로 민간보험을 적게 들수록 의료비부담을 많이 느낀

다는 것이고, 의료보장 형태는 본인부담금이 의료급여보다는 비교적 많은 건강보험에 가입되어 있는 가구에서 상대적으로 의료비부담을 많이 느낀다는 것을 의미한다. 두 의료적 특성들은 노인의 주관적 상태에 의한 것이라기보다는 노인이 의료에 접근할 수 있는 객관적 상태에 따라 의료비부담에서 차이를 다르게 보인다고 해석할 수 있다.

V. 논의 및 결론

이상과 같이 본 연구에서 분석된 결과 및 시사점은 다음과 같다.

첫째, 노인의 60% 이상이 의료 이용에 지불하는 비용이 가계에 부담을 주고 있다는 주관적 인식이 큼을 확인할 수 있었다. 이는 현재의 공공과 민간의 의료보장 체계 등에도 불구하고 실질적으로 노인들이 심리적으로 안고 있는 의료비 지출의 부담감이 크다는 사실을 보여주는 것이고, (초)고령사회에 들어선 지방자치단체는 중앙정부만 의존하는게 아니라 자체적인 정책이나 서비스 등을 개발하여 노인의 의료비부담을 줄여주도록 노력하는 필요함을 시사한다.

둘째, 이러한 노인 의료비부담 수준은 노인의 가구유형이 최근 부부나 단독가구로 변화되고 있는 상황에서, 의료비용이 가계에 부담이 된다는 것에 유의미한 차이를 확인할 수 있었다. 즉, 성인가구원동거가구보다는 노인부부가구에서, 노인부부가구보다는 노인단독가구에서 노인은 의료비부담을 상대적으로 높게 인식하는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 일부 선행연구들의 [20][21] 노인단독가구와 노인부부가구에서 차이가 없다는 결과는 상반되는 측면이 있었다. 이러한 연구적 차이는 두 가지의 이유 때문으로 해석된다. 하나는 오지연·성영애[20]의 경우처럼 종속변수를 의료비의 지출비중으로 하면서 실제적으로 지출되는 절대금액도 가구원의 수에 따라 비례하는 측면이 생기면서 기존 선행 연구에는 차이가 없지만, 본 연구에서처럼 동일한 의료비 지출금액 중에서도 가구의 형태에 따라 노인이 인식하는 주관적 가중치는 다를 수 있기 때문에 실제적으로 사회경제적 지위와 건강상태 수준이 좋지 않은 단독가구일수록 의료비부담을 크게 느끼고 때문으로 보인다. 다른 하나는 기존 대부분의 선행연구들이 전국적인 자료를 분석한 것과는 달리, 본 연구에서처럼 고령사회에 접어들어 일정한 지역사회 안에 사는 노인들을 대상으로 분석하면서 실질적으로 가구 유형의 변화가 동거가구에서 부부가구로, 부부가구에서 단독가구로 변화되는 노인들이 스스로 가계에서 차지하는 의료비를 높게 한다는 민감도나 부담감을 다르게 인식하고 있기 때문으로 보인다.

셋째, 세 가지의 가구에 따라서 영향을 미치는 요인이 유사점과 차이점이 있음이 확인되었다. 우선, 건강적 특성 중 노인 스스로 자신에 대한 주관적 건강상태가 세 가구 유형에서 모두 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되었다는 점이 공통점이었다. 하지만, 노인단독가구는 사회경제적 지위와 건강상태 수준이, 노인부부가구는 건강상태수준만이, 그리고 성인가구원동거가구는 건강상태수준과 함께 의료적 특성 중 민간보험가입 건수와 의료보장형태가 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되어, 세 가구 유형 간 차이를 보였다. 노인이 자녀들과 함께 사는 가구 유형이 아닌 노인 부부만 사는 경우에는 노인 본인에 대한 건강상태 인식이 의료비부담

에 영향을 미치는 주요 요인으로, 그리고 노인이 홀로 사는 경우에는 건강상태 인식과 함께 본인이 사회적으로 어느 정도의 지위를 갖고 있는가가 의료비부담에 영향을 미치는 주요 요인으로 나타났다. 반면, 성인 가구원과 함께 사는 노인 가구에서는 건강상태 인식도 중요하지만, 의료 접근성 또는 이용 등과 관련 있는 의료보장형태여부와 민간의료보험가입 건수가 주요한 영향요인으로 나타났다. 이러한 세 가구집단 간의 요인 차이는 변화되는 노인의 가구 변화뿐 아니라, 노인의 경제 사회적 지위의 하락, 건강상태의 저하, 그리고 의료의 보장이 공적에서 민간으로 확대되는 양상과 밀접하다는 점을 보여주고 있다. 특히 성인가구원동거가구에서 민간의료보험가입 건수는 기존 공적 의료제도의 낮은 보장성이나 사각지대 등의 문제로 나타나는 현상으로, 공적 의료보장제도를 개선한다면 그 영향 정도가 상쇄될 것이다.

이상의 연구 결과를 종합하면, 노인이 의료를 이용할 때 가계에 그 비용이 부담된다고 인식하는 정도가 비노인가구보다 높은 수준에 있기 때문에 이를 완화하기 위한 방안을 정부뿐만 아니라, 지방자치단체가 정책적 시행을 지속적으로 해야 함을 시사하고 있다. 다만, 노인 가구 유형에 따라 그 수준에서 차이가 있고, 그 영향에 미치는 요인에 대해서도 공통적인 것과 이질적인 것이 분석되었기 때문에 정부와 지방자치단체가 전략적으로 접근할 필요가 있을 때 정책적 효과가 크다.

인구고령화와 그에 따른 정책적 변화는 비단 중앙정부 차원의 국가정책 과제로 한정되지 않는다. 영국, 호주, 뉴질랜드 등의 경우에는 노인에 대한 의료서비스를 효율적으로 제공한다는 측면에서 지방자치단체의 일차적 보건시스템을 무엇보다 중요하게 인식하고 있다 [22]. 우리나라도 이미 초고령사회에 진입한 많은 지방자치단체에서 노인복지는 중요한 과제이다. 그러나 문제는 중앙정부와 차별 없는 정책들을 시행하면서 서비스의 중복과 누락이 발생한다는 점이다.

중앙정부는 지금과 같은 공적 의료보장제도를 강화하여 노인 가구가 질병 등에 대한 의료적 접근과 이용을 높이도록 할 필요가 있다. 특히 건강보험료 부담과 본인부담금 부담이 상대적으로 높은 성인가구원동거가

구에 대한 제도 개선과 함께 민간의료보험을 통해 부담을 줄일 수 있는 연계 방안을 확충해야 한다. 성인가구 원동거가구의 의료보장형태는 건강보험제도에서 보험급여의 범위와 수준이 보장률을 결정하는 주 요인인데, 법정 본인부담금은 법령에 의거한 사회적 합의사항이라고 할 수 있으나 비급여는 논란의 여지가 있기 때문 이다[12].

지방자치단체는 성인 가구원과 동거하지 않는 노인 부부가구나 노인단독가구의 노인들을 위해 집중적인 노인복지서비스나 보건서비스를 개발 및 적극적인 정책을 실시해야 할 것이다. 이를 테면, 홀로 사는 노인단독가구에 대한 지속적이고 체계적인 사회적 지지망을 지역사회에서 구축함은 물론, 의료급여가 아닌 건강보험제도에 해당하는 노인들이 지역사회 안에서 무료로 또는 저렴한 비용으로 서비스를 이용할 수 있는 공적 보건기관이나 의료기관을 확충하여야 할 것이다. 그리고 노인 단독이나 부부가 사는 가구, 또는 성인가구원 등 다른 가족들과 함께 사는 노인 가구를 대상으로 의료에 대한 수요 및 이용 특성 등을 세밀히 조사 및 분석하여 지방자치단체의 보건체계에 따른 포괄적, 장기적 서비스 계획을 수립·시행할 필요가 있을 것이다.

본 연구의 한계는 다음과 같다. 첫째, 특정 지역사회의 노인을 대상으로 하고, 가구 유형의 샘플이 많지 않은 등의 이유로 연구결과의 일반화가 어렵다. 둘째, 연구 대상 지역의 특성 등이 다른 지역 또는 전국적 수준과 어떠한 차이를 갖고 있지 못하다는 한계이다. 이러한 한계들을 극복하기 전국 데이터의 연구결과와의 비교 분석 등을 통해 수도권 중소도시 지방자치단체에 거주하는 노인들의 의료비부담의 문제가 어느 정도 심각한지와 도시유형별에 따른 특성, 그리고 지역 수준에 따라 의료비부담의 차이에 어떠한 요인들이 관련되어 있는지 등의 후속 연구가 필요가 있다. 셋째, 연구의 종속변수로 조작된 주관적 의료비부담 정도가 5점 척도의 한 문항으로 측정되고 있어 학술적으로 객관적 타당성 및 신뢰성이 부족하다는 한계가 있다. 이를 위해 주관적 의료비부담에 관한 척도 개발 사례 또는 주관적 개념뿐만 아니라 객관적 개념을 함께 사용하여 연구의 타당성을 제고할 필요가 또한 있다.

참 고 문 헌

- [1] B. Rechel, Y. Doyle, E. Grundy, and M. McKee, *How can health systems respond to population ageing?*, Policy Brief 10, Health Systems and Policy Analysis. 2009.
- [2] 김제선, “노인의 의료보장 사각지대 진입 및 탈출 요인,” 사회보장연구, 제27권, 제4호, pp.295-325. 2012.
- [3] D. Yamamoto, *Health Care Costs – From Birth to Death*. The Health Care Cost Institute, 2013.
- [4] 김미숙 외, *고령화사회의 사회경제적 문제와 정책 대응방안: OECD 국가의 경험을 중심으로*, 한국보건사회연구원, 2003.
- [5] 김종건, “건강보험과 의료급여 대상자의 노인의료비 증가 원인에 대한 비교 연구,” 노인복지연구, 제47권, pp.355-374, 2010.
- [6] 김양례, “노인의 생활체육 참가와 건강상태 및 의료비 지출의 관계,” 한국사회체육학회지, 제37권, 제1호, pp.755-766. 2006.
- [7] 심영, “노인의 의료비 지출 분석: 충북 거주 노인을 중심으로,” 한국가정관리학회지, 제15권, 제4호, pp.1-13, 1997.
- [8] 윤정혜, 김시월, 장윤희, 조향숙, 송현주, “패널자료 분석을 이용한 중,고령자 단독가계의 의료비지출 영향 요인,” 소비자학연구, 제21권, 제4호, pp.193-217, 2010.
- [9] 윤희호, 임병인, “의료서비스특성을 감안한 고령자가구의 의료비지출 분석,” 재정학연구, 제2권, 제4호, pp.119-156, 2009.
- [10] 정순희, 김현정, “노인 가계의 의료비 지출에 관한 연구: 비노인, 예비노인, 노인가계간 비교분석,” 노인복지연구, 제12권, pp.129-152, 2001.
- [11] 김진수, 배성일, 박일수, “6개 질환군별 노인의료비 추이분석,” 대한보건연구, 제30권, 제1호, pp.36-44, 2004.
- [12] 최영순, 이광옥, 임은실, “건강보험 입원환자의 주관적 의료비부담에 영향을 미치는 요인,” 간호행정학회지, 제17권, 제2호, pp.147-157, 2011.

[13] 양정선, “노인가계의 의료비 지출과 부담에 관한 연구,” 한국가정관리학회지, 제25권, 제1호, pp.1-13, 2007.

[14] 이원영, 신영진, “도시가계의 소득계층별 과부담 의료비 실태,” 사회보장연구, 제21권, 제2호, pp.105-133, 2005.

[15] M. Nardi, E. French, and J. Jones, *WHY DO THE ELDERLY SAVE? THE ROLE OF MEDICAL EXPENSES*, Working Paper 15149. National Bureau of Economic Research, 2009.

[16] 오지연, 최옥금, “노인 가구 유형 변화와 그 영향 요인에 관한 연구,” 노인복지연구, 제53권, pp.7-28, 2011.

[17] 박현애, 송건용, “개인의 지출의료비의 결정 요인 분석,” 간호학 논문집, 제8권, 제1호, pp.41-51, 1994.

[18] 이호성, “노인의 건강상태와 의료비부담 관련 요인에 대한 연구,” 한국노년학, 제24권, 제2호, pp.163-179, 2004.

[19] 김수정, 허순임, “우리나라 가구 의료비부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로,” 보건경제와 정책연구, 제17권, 제1호, pp.47-70, 2011.

[20] 오지연, 성영애, “노인가계의 보건의료비 지출에 영향을 미치는 요인의 분석: 노인독신가계와 노인부부가계를 중심으로,” 한국가정관리학회지, 제28권, 제1호, pp.159-174, 2010.

[21] 이준영, 김제선, “경제활동 참여가 노인의 주관적 의료비부담 수준에 미치는 영향,” 제3회 의료패널학술대회, 국민건강보험공단 한국보건사회연구원, pp.425-435, 2014.

[22] M. Seddon, M. Marshall, S. Campbell, and M. Roland, “Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand,” *Quality in Health Care*, Vol.10, pp.152-158, 2001.

[23] 유근춘, “국민의료비증가의 요인분해를 통한 변동요인과 적정성 분석,” 보건경제와 정책연구, 제13권, 제1호, pp.1-18, 2007.

[24] A. Webb and N. Zhivan, *WHAT IS THE DISTRIBUTION OF LIFETIME HEALTH CARE COSTS FROM AGE 65?*, Center for Retirement Research 10-4. 2010.

[25] 최인덕, “노인의료와 국민건강보험,” 중앙사회복지연구회 편, *한국의 노인복지 정책과 실천*, 인간과 복지, pp.123-136, 2008.

[26] J. Kim and J. Jeong, “Survey on the benefit coverage rate of National Health Insurance,” *Health Insurance Forum*, Vol.1, pp.74-88, 2005.

[27] 임제영, 이석원, “노인일자리사업의 의료비 절감 효과에 관한 연구,” 보건경제와 정책연구, 제14권, 제1호, pp.75-102, 2008.

[28] 수원시정연구원, *수원시 노인복지정책 분석과 개선방향 연구*, 수원시정연구원, 2015.

[29] 국민건강보험공단·한국보건사회연구원, *한국의료패널 베타버전 I*, 국민건강보험공단·한국보건사회연구원, 2010.

저 자 소 개

김 제 선(Je-Sun Kim)

정회원

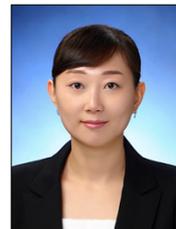


- 2011년 8월 : 서울시립대학교 일반대학원(사회복지학박사)
- 2015년 11월 : 한국사회복지사협회 인적자원연구원 연구위원
- 2017년 3월 ~ 현재 : 백석예술대학교 사회복지학부 조교수

<관심분야> : 사회보장, 노인복지, 인적자원

한 연 주(Yeon-Ju Han)

정회원



- 2016년 2월 : 가톨릭대학교 사회복지학과(사회복지학박사수료)
- 2013년 3월 ~ 현재 : 수원시정연구원 연구위원

<관심분야> : 복지예산, 노인복지, 전달체계