



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

생활과학석사 학위논문

준고령가계의 의료비 부담이 가계경제에 미치는 영향

- 소비지출과 재무안정성을 중심으로

2018년 2월

서울대학교 대학원

소비자학과

이 현 규

준고령가계의 의료비 부담이 가계경제에 미치는 영향

- 소비지출과 재무안정성을 중심으로

지도교수 최 현 자

이 논문을 생활과학석사 학위논문으로 제출함
2017년 10월

서울대학교 대학원
소비자학과
이 현 규

이현규의 석사 학위논문을 인준함
2017년 12월

위 원 장 _____ (인)

부위원장 _____ (인)

위 원 _____ (인)

국문초록

고령화가 진전되는 추세에 따라 노후 의료비에 대한 중요성이 커지고 있다. 인구사회적 변화로 인한 자연스러운 노후 의료비의 증가는 가계는 물론 국가 재정 부담의 증가로 이어진다. 특히 은퇴 후 개별 가계는 소득 흐름이 중단된 상태에서 의료비 지출이 요구된다면 노후 파산이나 미충족 의료서비스 제공 등과 같이 재무적, 비재무적 위협을 받게 된다. 이러한 측면에서, 노후 파산 과정을 분석하기 위해서는 건강 악화와 소득 중단이 진행되는 준고령가계의 의료비 현황을 살펴보고, 의료비의 발생과 부담이 가계경제에 미치는 영향을 규명할 필요가 있다.

이를 위해 본 연구는 준고령가계의 빈곤유형별 의료비 지출 구조와 부담 차이가 있는지를 분석함으로써 보유 자원별 가계의 의료비 현황을 알아보고, 변화 양상까지 파악하였다. 또한 의료비 부담으로 인해 가계경제가 어떠한 과정으로 변화하는지를 규명하고자, 의료비 부담이 가계경제에 미치는 영향력을 밝히고, 의료비 부담의 변화량이 가계경제의 변동 양상에 미치는 영향까지 규명하는 것을 목적으로 하였다. 이를 통해 노인파산 과정의 구체적인 기전을 밝히고 동시에 의료비 부담 개념의 외연을 확장시킬 수 있다는 의의가 있다.

이상의 연구목적을 달성하기 위해 본 연구는 아래와 같은 연구문제를 설정하였다. [연구문제 1]은 준고령가계의 의료비 현황을 살펴보고, [연구문제 2]에서는 준고령가계의 의료비 부담이 가계경제에 미치는 영향을 규명하기 위해 소비지출과 재무안정성을 확인한다. [연구문제 3]은 의료비 부담의 동태적 영향력을 파악하기 위해 준고령가계의 의료비 부담 변화가 가계경제의 변화에 미치는 영향을 살펴본다. 연구문제 해결을 위해 본 연구는 한국노동패널 자료를 활용하여 가구주가 만 55세인 가계를 대상으로 분석을 진행하였다.

본 연구의 연구결과는 다음과 같다. 첫째, 준고령가계의 평균적인 의료비 지출 규모는 연간 약 95만 원 내외였으며, 비빈곤 가계의 의료비 지출 규모는 약 110만 원으로 가장 크게 나타난 반면, 소득과 자산이 모두 빈곤한 가계는 절반 정도 수준으로 나타났다. 또한 소득자산빈곤 가계와 자산빈곤 가계의 의료비 지출 규모는 각각 전년 대비 35.29%, 20.30% 씩 증가했다.

둘째, 준고령가계의 의료비 부담의 경우, 전체 준고령가계는 약 13%의 의료비 부담 수준을 보였다. 특히, 소득빈곤 가계의 의료비 부담이 약 20% 내외로 다른 가계에 비해 높게 나타났다. 의료비 부담의 변동을 보면, 조사 대상 가계의 의료비 부담 변화는 유의미하지 않은 변화를 보이고 있었다.

셋째, 의료비 부담과 소비지출 간 횡단면 분석 결과, 의료비 부담이 증가할수록 기타 소비지출액이 작아졌다. 이는 가계의 의료비 부담이 증가할 경우, 이를 부담할 수 있는 지불능력이 충분히 상쇄하지 못해 한정된 자원을 기타 소비지출로 배분함에서 기인한다고 해석할 수 있다. 한편, 의료비 부담과 재무안정성 간 횡단면 분석 결과, 의료비 부담의 절대적인 크기와 재무안정성 충족 여부 간 유의미한 인과관계가 존재하지 않는 것으로 나타났다.

넷째, 의료비 부담 변화가 기타 소비지출 변화에 미치는 동태적 영향력을 분석한 결과, 의료비 부담이 급증할수록 기타 소비지출이 감소할 가능성이 높았다. 한편, 의료비 부담 변화가 재무안정성에 미치는 동태적 영향력을 분석한 결과, 의료비 부담의 증가는 가계수지표의 충족화 가능성을 감소시키고, 비상자금지표의 미충족화 가능성을 높이는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 바탕으로 제시한 본 연구의 정책적 제언은 다음과 같다. 첫째, 준고령가계 중 건강이 좋지 못함에도 자원 부족으로 인해 충분한 의료 서비스를 제공받지 못하는 가계를 대상으로 선별적 지원을 확대할 필요가 있다. 둘째, 재난적 의료비 개념을 확대하여 빈곤화뿐만 아니라 잠재적 빈곤 가능성까지 위협으로 인식하여

예방적 측면에서 접근할 필요가 있다. 셋째, 건강악화로 인해 재무적, 비재무적 측면이 위협받지 않도록 재무설계를 확대하고 강화할 필요가 있다.

또한 본 연구의 학문적 제언은 다음과 같다. 첫째, 내생성을 고려하여 소비지출 및 의료 서비스 이용과 재무안정성의 상관관계를 고려해 의료비 부담과 가계의 건강 및 재무적 대응 간 관계를 밝혀야 할 필요가 있다. 둘째, 의료비 지출의 특성을 고려해 종단연구를 활용하여 의료비 부담이 가계 재무안정성 및 소비지출에 미치는 추세를 엄밀하게 밝힐 필요가 있다. 셋째, 더욱 실효성 있는 정책 시행을 목적으로 가계를 특성별로 세분화하고 이들의 대응방식을 구체화할 필요가 있다. 이에 더해 의료비 부담의 임계점을 측정해야 할 것이다. 넷째, 이후 연구에서는 가구주의 건강에 더해 가구원의 건강 악화로 인한 의료비 부담 변화를 고려함으로써 가계 전체적인 측면을 엄밀하게 분석해야 할 것이다.

주요어 : 고령가계, 노후 의료비, 의료비 지출, 의료비 부담,
가계경제, 재무건전성, 재무안정성

학 번 : 2016-21687

목 차

국문초록

제 1장 서론	1
제 1절 문제제기	1
제 2절 연구목적 및 의의	3
제 2장 이론적 배경 및 선행연구 고찰	5
제 1절 의료비 부담	5
1. 의료비 부담의 정의	5
2. 의료비 부담 결정 요인	7
제 2절 의료비 부담과 소비지출	11
1. 다기간 선택이론	11
2. 건강 악화와 소비지출	13
3. 의료비 부담과 소비지출 변화	16
제 3절 의료비 부담과 재무안정성	18
1. 가계 재무안정성의 개념 및 측정	18
2. 의료비 부담과 재무안정성 변화	19
3. 준고령가계의 재무적 특성	22
제 3장 연구문제 및 연구모형	25
제 1절 연구문제	25
제 2절 연구모형	27
1. 건강 악화에 따른 가계 대응 유형	27
2. 준고령가계의 의료비 부담에 따른 가계경제	29
3. 준고령가계의 의료비 부담 변화에 따른 가계경제 변화	30

제 3절 연구방법	32
1. 연구대상 및 분류방법	32
2. 변수측정	33
3. 자료 분석방법	39
제 4절 조사대상가계의 일반적 특성	41
제 4장 연구결과	44
제 1절 준고령가계의 의료비 현황	44
1. 준고령가계의 의료비 지출 규모 및 변화	44
2. 준고령가계의 의료비 부담 및 변화	48
제 2절 준고령가계의 의료비 부담과 가계경제	53
1. 준고령가계의 의료비 부담과 소비지출	53
2. 준고령가계의 의료비 부담과 재무안정성	55
제 3절 준고령가계의 의료비 부담 변화에 따른 가계경제 변화	62
1. 준고령가계의 의료비 부담 변화에 따른 소비지출 변화	62
2. 준고령가계의 의료비 부담 변화에 따른 재무안정성 변화	63
제 5장 결론 및 제언	68
제 1절 결론	68
제 2절 제언	72
참고문헌	76
부록	87
Abstract	97

표 목 차

<표 1> 재무안정성 측정 지표 및 가이드라인	38
<표 2-1> 조사대상 가계의 인구통계학적 특성	41
<표 2-2> 조사대상 가계의 재무적 특성	43
<표 3-1> 준고령가계의 의료비 지출 규모 및 변화	46
<표 3-2> 준고령가계의 의료비 지출 규모 변화 양상	47
<표 4-1> 준고령가계의 의료비 부담 및 변화	50
<표 4-2> 준고령가계의 의료비 부담 변화 양상	51
<표 5-1> 준고령가계의 의료비 부담과 소비지출	54
<표 5-2> 준고령가계의 의료비 부담과 재무안정성	60
<표 6-1> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 소비지출 변화 ..	63
<표 6-2> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 재무안정성 변화 ..	67

제 1장 서론

제 1절 문제제기

우리나라는 2017년 8월을 기준으로 고령사회에 진입함에 따라 개별 가계는 물론 국가의 전반적인 노후 의료비 증가세가 커지고 있다. 실제로 2016년 기준 노후 진료비는 남녀 각각 7.030만 원, 9,090만 원으로 추산되었으며, 노년층 의료비가 전체 의료비의 38.7%를 차지하였다. 해당 조사시기가 고령사회에 진입하기 전 시기임을 감안해 보았을 때, 노년층의 인구 비율에 비해 의료비 지출 비율이 높은 수준임을 알 수 있다. 이에 더해 본격적으로 베이비붐 세대가 고령층에 본격적으로 진입하는 시기가 도래하면, 고령층의 의료비 비중은 더욱 큰 폭으로 증가할 것으로 예상된다(건강보험심사평가원, 2017).

그럼에도 개별 가계가 스스로 의료비 부담에 대응할 수 있는 재무적 대응역량은 전반적으로 부족한 실정이다. 한국의 2015년 기준 경상 의료비 중 가계가 직접 부담하는 비중은 약 36.8%로 OECD 국가 중 3번째로 높았으며, 국제 평균 부담 비중보다도 높은 수치를 보였다(OECD, 2017). 또한 국내 가계의 소비지출 중 의료비 비중이 증가하고 있어 점차 의료비 부담이 커질 것으로 예상된다. 특히 고령가계의 경우 주된 소득원 중 하나인 연금의 소득대체율이 감소하고 있으며, 경제활동참가율도 정체되어 있어 고령가계의 근로소득을 통한 소득흐름 유지 가능성도 제한적이다. 이러한 고령가계의 소득흐름 제약은 과도한 의료비 지출이 필요하게 되는 상황 하에서 가계 파산이나 의료서비스 이용불가와 같은 치명적인 위협이 된다(인권위, 2014; 연합뉴스, 2015).

그러나 가계의 의료비 부담을 완화하기 위한 국가의 공적 자원 또한 장기적 관점에서는 제한적일 것으로 예상된다. 건강보험 개편

안 시행에 따른 급여부분의 확대 및 재난적 의료비 보장 확대 등의 의료급여 확대 추세가 저출산·고령화와 맞물리게 되는 경우, 추후 생산가능인구의 감소로 인한 국가 재정의 부담으로 이어질 가능성이 높기 때문이다. 실제로 2016년 노인과 중증질환자에 대한 의료급여는 2015년 대비 10% 이상 급증해, 자부담 의료비가 온전히 공적지원으로 전환되기에는 제한적일 수 있음을 보였다(건강보험공단·건강보험심사평가원, 2017).

따라서 자부담 의료비 부담의 발생은 향후에도 가계의 중요한 재무적, 비재무적 이슈가 될 것으로 예상할 수 있다. 특히 재무구조상 고령가계는 의료비 발생에 따른 대응이 일반가계와 다르거나, 고령가계 내에서도 차이가 날 가능성이 높다. 일반가계는 보편적으로 지출 충격이 발생하는 경우 가용자원을 늘리기 위해 소득을 늘리거나, 실물자산 처분 혹은 부채 이용을 통한 대응을 한다. 반면 고령가계는 대체로 전체 자산 중 금융자산 비중이 낮고, 소득 양극화가 뚜렷하기 때문에 의료비 지출과 같은 예상치 못한 이벤트 발생 시 일반가계와는 다소 대응 양상이 상이하게 발생할 수 있다(김민정·조혜진, 2013; 하나금융연구소, 2015). 게다가 의료서비스 수요가 상대적으로 높은 고령가계가 의료비 지출 부담에 대응 불가능한 상황에 직면한다면 다른 지출 항목을 줄이는 등 가계경제의 악화를 경험하게 될 것이다.

이처럼 고령가계의 의료비 부담 발생은 소비지출 구조나 재무안정성과 같은 가계경제에 영향을 줄 수 있음에도 기존의 연구는 획일적인 과부담 의료비(혹은 재난적 의료비)의 적정 수준을 도출하거나(서남규 외, 2015; 이원영, 2004), 가계의 재난적 의료비 혹은 과부담 의료비의 발생원인 분석에 집중해 왔다(이선화 외, 2015; 이해재·이태진, 2012; 이태진 외, 2012; 손수인 외, 2010 등). 의료비 발생에 따른 재무구조 변화와 같은 대응방식을 분석한 연구는 전체 가구를 대상으로 의료비 과부담이 가계의 빈곤화 및 부채부담에 어떠한 영향을 미치는지를 측정하는 연구에 집중되고 있어(신현웅 외,

2010; 송은철·신영전, 2010; 지은정, 2004 등), 가계의 특성이 일반 가계와는 다소 상이한 고령가계의 문제를 파악하기에는 문제가 있다. 이에 더해 자부담 의료비를 복지 측면에만 초점을 맞춰 빈곤화 혹은 의료서비스 미충족 여부에 미치는 영향에 집중했으며, 가계의 재무안정성과 효용을 종합적으로 고찰한 연구는 미비한 실정이다(우경숙, 2016; 이한기, 2017; 정현우·이준협, 2017; 김수정·허순임, 2011 등). 이상의 연구는 궁극적으로 의료비가 가계의 효용에 어떠한 영향을 미치는지를 규명하기 위해 수행되었으므로(이혜재, 2015), 의료비 부담으로 인해 가계경제가 어떠한 방식으로 변하는지를 종합적으로 분석할 필요가 있다.

제 2절 연구목적 및 의의

본 연구는 고령가계의 의료비 부담 현황을 살펴보고 가계경제에 어떠한 영향을 미치는지를 규명하고자 한다. 이를 통해, 고령사회의 도래로 인해 강조될 의료비 부담에 대해 고령가계가 합리적으로 재무적 대응방법을 설정하고, 공적 재원들이 효율적으로 분배될 수 있도록 방향을 모색하는데 기여하고자 한다.

이상의 목적 하에서 먼저 가계가 보유한 자원에 따라 의료비 지출 행태가 달라질 수 있다는 사실에 근거하여, 고령가계의 경제상태에 따라 의료비 지출 및 부담에 차이가 있는지를 분석한다. 이를 위해 가계를 소득 및 자산수준에 따라 분류한 후, 의료비 지출 규모 및 부담 현황을 살펴봄으로써 일반적인 국내 고령가계의 의료비 소비에 대해 개괄한다. 이에 더해 분석기간 동안의 의료비 지출 규모와 부담의 변화 양상을 파악함으로써 가계의 의료비 부담 추이를 밝힌다.

다음으로 의료비 부담의 규모가 가계경제에 미치는 독립적인 영향력을 규명함으로써, 고령가계의 의료비 부담의 절대적인 규모가 소비지출과 재무안정성에 미치는 영향을 파악한다. 의료비 부담 상

황에 직면한 가계의 경우, 일반적인 소비자 이론이 추구하는 효용의 평활화가 이루어지는지의 여부를 확인하고, 동시에 가계의 장단기적인 효용에 영향을 미칠 수 있는 재무안정성이 충족되고 있는지를 확인하고자 한다.

특히 본 연구의 경우 의료비 부담의 영향력을 동태적인 측면에서 심층적으로 살펴보고자, 의료비 부담의 변화량이 가계경제의 변동 양상에 미치는 영향을 추가적으로 밝히고자 한다. 이를 통해 의료비 부담의 증가 폭이 큰 상황에 직면한 가계의 대응 방식을 추론하고, 궁극적으로 직간접적인 소비지출과 재무적 안정성이 어떻게 변화하는지 구조를 파악하고자 한다.

이상의 연구목적을 달성함으로써 본 연구는 다음의 의의를 갖는다. 우선, 고령가계만을 대상으로 한 연구를 수행함으로써, 의료비 부담에 따른 구체적이고 종합적인 생활수준 감소과정을 규명하기 위한 이론적 배경이 될 수 있다. 고령가계는 의료비에 대한 수요가 가장 높은 동시에 생애주기 상 소득흐름이 중단될 가능성이 높아 일반가계에 비해 재무적인 문제를 경감할 가능성이 커 집중적인 연구가 필요한 집단이다. 이에 본 연구는 최근 발생하는 노인 파산문제를 빈곤화 단계가 아닌, 소비지출의 변동과 장단기적 재무안정성 변화 단계까지 확대하여 노후파산에 대한 구체적인 기전을 소비자학적 관점에서 파악할 수 있다는 의의가 있다.

다음으로 의료비 부담의 절대적인 규모와 변화량의 영향력을 모두 분석함으로써, 가계의 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 과부담 의료비 개념의 외연을 확장시킬 수 있다. 기존의 과부담 의료비는 빈곤을 유발할 수 있는 절대적인 의료비 부담 규모에 집중되어왔다. 본 연구는 이에 더해 급증된 의료비 부담의 변화 또한 가계의 소비지출 및 재무안정성에 영향을 미칠 수 있음을 규명하고 공적 지원대상을 세분화함으로써, 가계 복지 향상 및 효율적인 재정 활용을 위한 정책 수립의 기초자료로 활용될 수 있다.

제 2장 이론적 배경 및 선행연구 고찰

제 1절 의료비 부담

1. 의료비 부담의 정의

가계의 자부담 의료비(Out-of-pocket payments for health)와 관련한 주요 개념으로는 재난적 의료비(Catastrophic health expenditure) 혹은 과부담 의료비가 대표적이다. WHO(세계보건기구)는 “일정 수준 이상의 가처분소득에 대한 의료비 지출 비중”으로 재난적 의료비를 정의하였으며, 보건복지부는 재난적 의료비를 “가구소득 대비 일정수준 이상의 의료비를 지출하는 경우”로 보고 있다. Wagstaff & Van Doorslaer(2003)는 “식료품비 지출액을 제외한 가계의 가처분소득 대비 의료비 지출 비중”으로 정의하였으며, “가계의 일상생활을 위협하는 의료비 지출수준”을 측정하고자 하였다. 이와 유사하게 하이델베르크 대학병원(Universitäts Klinikum Heidelberg)는 재난적 의료비를 “일상 생활을 유지할 수 있는 가계의 재무적인 능력을 위협하는 의료비 지출”로 규정하고 있다.

국내 연구에서는 이원영(2004)이 Wagstaff & Van Doorslaer(2003)의 연구를 차용하여 “가계 의료비 지출로 인해 총소비 지출이 빈곤선 이하로 감소하는 것”으로 재난적 의료비를 정의하였다. 이와 유사하게 World Bank는 재난적 의료비를 “의료비 지출로 인해 생활 표준에 심각한 지장을 초래하는 가계 자원의 흡수”로 보았다. 이와 같이 이전의 연구는 의료비 부담을 주로 재난적 의료비로 정의하고, ‘일상생활에 대한 위협’에 대하여 기타 소비가 빈곤선 이하로 감소하는지에 대하여 측정해왔다. 그러나 앞서 지적한 바와 같이 의료비 부담의 개념을 재난적 의료비에서 확장하게 되는 경우, 단순히 기타 소비의 지출 수준뿐만 아니라 전반적인 재무상태

의 변화 및 가계의 효용에 영향을 미치는 의료비 지출 수준에 대한 연구가 필요하다. Wyszewinaski(1986)은 의료비가 과도하다는 것은 지출 규모뿐만 아니라 가계의 재무적 부담을 가져올 수 있는 상황을 포함해야 한다고 주장했다(이원영, 2005 재인용). 이러한 관점에서 볼 때, 의료비 과부담이란 “가계가 현재 보유한 구매력으로는 일상적인 생활이 어렵거나, 재무적인 안정 및 효용에 위협을 주는 과부담 의료비 수준”으로 정리할 수 있다.

의료비 과부담 수준을 측정하는 방법은 크게 두 가지 방식으로 구분된다. 하나는 가처분소득 대비 의료비 지출 비중의 값을 활용하는 방식이며, 다른 하나는 소비지출 혹은 지불능력 대비 의료비 지출 비중의 값을 이용하는 방식이다. 이전까지 의료비 과부담 수준을 측정하는 대표적인 방법인 재난적 의료비의 경우, 이러한 비중의 역치값을 활용해 이분화하여 재난적 의료비 가구를 구분해왔다. 가처분소득을 기준으로 하는 WHO에서는 의료비 지출이 가처분 소득의 40%를 초과하는 가계를 재난적 의료비 지출 가계로 정의하고 있다(보건복지부). 국내에는 아직 공식기준은 없지만 연구에 따라 의료비 지출이 가처분 소득 혹은 소비지출액의 10~40% 이상인 경우 등을 기준으로 하고 있다.

한편 World Bank는 재난적 의료비 기준 설정 시 소득을 분모로 하는 경우, 자산 차용을 통한 의료비 지출 부분을 반영하기 어렵다는 점을 지적했다. 또한 현재 소비의 기회비용이 상대적으로 크다는 점을 가정할 때, 현재 소비를 감소시켜 의료비를 충당하는 가계의 실질적인 의료비 부담이 크고, 따라서 지출액을 반영한 의료비 부담 수준 측정이 필요하다고 주장하였다. 그러나 총 가계 지출액만을 분모로 하는 경우에도, 의료비 지출 능력이 제약될 만큼 소비지출 가능자원이 부족한 가계는 의료비 지출의 절대적인 크기가 작다는 점이 문제점으로 지적된다. 이에 따라 기본적인 생활필수품에 대한 지출액을 소득 혹은 총지출액에서 제외한 실질적인 가계의 구매력을 분모로 하여 의료비 지출 부담 수준을 측정하는 방법이 사용되었다.

이러한 실질적인 가계의 구매력을 Wagstaff & Van Doorslaer(2003)는 재량지출(discretionary expenditure), Xu et al.(2003)은 지불능력(capacity to pay)으로 명명하였다.¹⁾ 이에 따라 국내의 선행연구도 일반적으로 과부담 의료비 수준을 정의하는 경우, 외국의 연구와 동일하게 총소비 지출액 혹은 가처분소득에서 식료품 지출액을 제외한 값을 분모로 하여 측정해오고 있다(우경숙, 2016; 서남규 외, 2015; 송은철, 신영전, 2014; 김수정, 허순임, 2011; 이원영, 2004 등).

2. 의료비 부담 결정 요인

일반적으로 의료비 부담에 영향을 미치는 요인은 이론적 모형에 따라 건강과 관련한 니즈 특성, 가용자원과 관련한 재무적 특성, 인구통계학적 특성으로 나누어 볼 수 있다(De Nardi 외, 2010). 일찍이 박현애·송건용(1994)은 이러한 이론적 모형을 바탕으로 공변량 분석을 통해 가계의 의료비 지출을 결정하는 요인을 밝혔다. 분석 결과, 기존 건강상태가 건강하지 않고, 교육수준이 낮을수록 의료비 지출액이 높아졌다. 또한 의료보장을 수혜받지 못하는 가계의 의료비 지출이 큰 것을 확인했다. 그러나 가계의 연령이나 생활수준은 유의한 변수로 나타나지 않아 의료비 지출 부담에 영향을 미치지 못한다는 결론을 내렸다.

상대적으로 최근 연구의 경우, 의료비 지출 규모와 과부담 의료비의 결정요인에 대해 규명하고 있었다. 신정우·정형선(2007)은 소득의 대리변수인 소비지출 수준이 높을수록 의료비 지출이 커짐을 밝혔다. 동시에 모자가구는 경제적 부담으로 인해 의료비 지출 규모가 상대적으로 작게 나타나 가계의 가용자원이 의료비 지출에 영향

1) Wagstaff & Van Doorslaer(2003)는 가처분 소득에서 식료품비 지출액을 제외한 값을 “재량지출”, Xu et al.(2003)는 총 지출액에서 식료품비 및 기초생활비를 제외한 값을 “지불능력”으로 계산하였다(우경숙, 2016 재인용).

을 미치고 있음을 확인했다. 또한 다른 변수가 통제된 상황에서는 교육수준이 높을수록 의료비 지출 규모가 감소하는 결과를 보였는데, 교육 수준 낮을수록 필요하지 않은 의료비 지출을 억제하지 않음을 의미한다고 주장했다.

의료비 지출 규모는 가계의 재량지출이나 지불능력에 따라 의료비 부담을 결정하게 되며, 따라서 의료비 부담과 관련한 연구는 대부분 상대적 비율을 용이하게 파악할 수 있는 과부담 의료비 측면에 집중되어 있다. 국내 과부담 의료비의 결정요인에 대한 연구의 경우, 손수인 외(2010)는 저소득 가계의 과부담 의료비 발생 비율이 일반 가계보다 높게 나타남을 밝힘으로써 의료비 지출 규모가 작은 경우에도 지불능력이 낮으면 의료비 부담이 커질 수 있음을 보였다. 또한 가구주의 연령이 높고, 건강상태가 좋지 않은 가계의 과부담 의료비 발생 가능성이 높게 나타나 건강 요인에 따른 니즈가 의료비 과부담에 영향을 미침을 보였다. 이해재·이태진(2012)은 한국의료패널 데이터를 활용해 가계의 경제수준이 낮을수록 과부담 의료비 발생 가능성이 높다는 사실을 보여 가용자원이 적을수록 의료비 부담이 높게 나타남을 밝혔다. 이에 더해 기존 건강상태가 좋지 못하고 연령이 높을수록 의료비 과부담 가능성이 커지게 되어 의료서비스에 대한 니즈 또한 의료비 부담에 영향을 미치는 요인임을 확인했다.

고령가계만을 대상으로 의료비 부담 요인을 밝힌 연구를 살펴보면, 세부적인 변수는 연구별로 차이가 있으나 일반가계와 동일하게 가계의 기존 건강상태(needs factors), 가용자원(enabling factors), 인구통계학적 특성(predisposed factors)이 주 요인으로 나타났다. 손경복 외(2015)는 이상의 앤더슨 모형에 기반해 국내 고령가계의 의료비 결정요인에 대한 선행연구들을 정리했으나, 의료비에 대한 조작적 정의와 독립변수에 따라 유의미한 세부 결정요인은 연구별 차이를 보였다. 따라서 의료비 부담에 대한 일관성 있는 측정 기준이 주어질 때의 결정요인을 파악할 필요가 강조된다.

의료비 부담 관련 기존 연구에 따라 지불능력 혹은 재량지출 대비 의료비 지출 규모의 비중을 통해 의료비 부담을 측정한다면, 의료비 부담의 결정요인에 대한 선행연구 결과는 어느정도 일관적인 결과를 보이고 있다. 윤정혜 외(2010)는 총소비지출 대비 의료비 비중을 종속변수로 하여 결정요인을 분석한 결과, 소득이 높고 자산이 적을수록 또한 미취업 상태인 경우, 의료비 비중이 높게 나타났다. 동일 연구에서 의료비 지출 규모는 자산의 영향을 받지 않았는데 의료비 부담을 측정함에 있어 자산 요인까지 포함해야 함을 시사하는 연구결과로 해석된다. 또한 건강상태가 좋지 않을수록 의료비 부담이 높게 나타나 니즈 요인이 여전히 영향을 미치고 있음을 밝혔다. 인구통계학적 특성의 경우, 여성 가구주이며 교육수준이 낮을수록 의료비 부담이 높게 나타났는데, 교육수준이 낮은 경우에 가계의 질병 예방이나 건강관리에 대한 지식이 높게 나타나 이러한 결과가 도출된다고 해석했다.

오지연·성영애(2010)는 고령가계를 혼인 상태에 따라 노인 독인가계와 노인 부부가계로 분류한 후 소비지출액 중 의료비 지출 규모의 비중에 영향을 미치는 요인을 분석했다. 연구결과 노인 독인가계는 자산을 통제한 가계소득이 높을수록 의료비 지출비중이 높게 나타났으나 노인 부부가계는 자산 요인이 유의미한 요인으로 나타났다. 니즈 요인의 경우 만성질환 및 장애를 보유할수록 두 가계 모두 의료비 부담이 높게 나타났다. 인구통계학적 요인은 교육수준이 낮을수록 의료비 부담이 높게 나타나 이전 연구들과 동일한 결과를 보이고 있었다.

라규원·이해중(2017)은 고령가계를 전기 노인가계(65~74세)와 후기 노인가계(75세 이상)로 분류해 가처분소득 대비 의료비 지출 규모의 결정요인을 파악했다. 횡단면 분석 결과, 가용자원 측면에서는 소득이 낮을수록 의료비 부담이 높아지는 경향이 나타나 윤정혜 외(2010), 오지연·성영애(2010)의 연구와는 다소 차이를 보였다. 이는 가계의 가용자원을 기존 연구와는 달리 소득으로만 측정한 결과

로 해석할 수 있다. 이호성(2004)의 연구도 가용자원을 소득으로만 측정할 경우 소득이 낮을수록 고령가계의 의료비 부담이 증가하는 것으로 확인되었다. 또한 니즈 요인은 이전 연구와 마찬가지로 의료비 부담에 양의 영향을 미치고 있었으며, 인구통계학적 요인의 경우 여성이며 가구원 수가 적을수록 의료비 부담이 크게 나타났다.

이상의 연구를 통해 볼 때, 일반 가계는 물론 고령가계 또한 가용자원, 건강상태, 인구통계학적 특성이 의료비 부담에 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 가용자원은 의료 서비스 소비를 늘릴 수 있도록 하는 요인임과 동시에 지출재량이나 지불능력을 증가시킴으로써 의료비 부담을 완화할 수도 있게 된다. 건강상태는 이론적 배경에서 논의한 바와 같이 고령가계의 의료 서비스 수요를 증가시킴으로써 의료비 부담을 증가시키는 요인으로 규명되었다. 인구통계학적 특성은 연구자마다 세부적인 측정 방법이 상이하여 통일된 결과를 보이지는 않았으나, 대체로 교육수준이 낮고 여성 가구주인 경우 의료비 부담이 늘어난다는 것을 알 수 있다.

제 2절 의료비 부담과 소비지출

1. 다기간 선택 이론

가계는 기간 간 예산제약 하에서 효용을 극대화하기 위해 다기간에 걸쳐 자원을 배분한다. 이러한 관점에서 Irving Fisher(1930)의 기본 모형에 기반한 다기간 효용 극대화 이론(Bryant, 2005)은 가계가 생애주기 동안의 불규칙한 자원흐름을 분배하여 소비를 일정하게 유지하고자 저축과 차용을 함을 가정한다. 가계는 현재의 소득이 희망하는 소비수준보다 낮은 경우에 미래소득을 차용하며, 현재의 소득이 희망하는 소비수준보다 높은 경우에는 저축을 시행한다. 이러한 다기간 만족 극대화 이론의 가정은 완전자본시장에서 소비자가 시장에 대한 모든 정보를 가지며, 대출의 제한을 두지 않는다는 것이다. 인플레이션을 가정하지 않고 기간을 두 기간으로만 제한하여 모든 당기 자원은 소비한다고 가정하면, 가계의 소비는 당기 보유한 자원과 이자율, 시간선호율에 의해 결정된다. 즉, t 기 가계의 소비는 가계가 해당 기에 이용가능한 자원 하에서 현시선호 혹은 미래선호 성향의 방향성 및 정도와 미래가치와 현재가치의 교환율을 의미하는 이자율에 의해 결정된다. 따라서 이 때 가계 i 의 t 기 소비함수는 $C_{i,t}=f(R_{i,t}, r_t, HC_{i,t})$ 로 나타낼 수 있다(단, C=소비, R=자원, r=이자율, HC=시간선호율).

한편 소비에 영향을 미치는 일반적인 가계의 t 기 자원($R_{i,t}$)에 대한 함수는 다음과 같이 나타낼 수 있다(최현자, 2001).

$$R_{i,t} = Y_{i,t} + A_{i,t-1} - C_{i,t} + B_{i,t} \cdots (1)$$

$Y_{i,t}$: t 기 소득

$A_{i,t-1}$: $t-1$ 기 자산

$C_{i,t}$: t 기 총 지출액

$B_{i,t}$: t 기 신규 자산 혹은 t 기 신규부채

$C_{i,t}$ 는 t 기의 소비지출액과 부채상환액 등 비소비지출액을 모두 포함한 총 지출액을 의미하며, $B_{i,t}$ 는 t 기에 새로 발생한 신규 부채 등의 신규 자산을 의미한다. 가계는 일반적으로 당기 소득, 이전 시점에서 이전된 순자산, 당기 차입분에 의해 이용가능한 자원이 결정된다. 만약 가계의 시간선호율이 통제되고 시장 이자율이 없다고 가정한다면, 가계의 소비는 온전히 소득과 자산으로 구성된 자원에 의해 결정된다.

또한 위의 기본적인 모형에 따라 $t-1$ 기의 가계의 현금흐름 및 자산부채 관련 행동은 t 기의 이용가능한 자원 양에 영향을 미치고, 개별 시기의 가계 재무 행동의 결과가 축적됨에 따라 가계의 지속가능한 소비지출 가능성이 결정된다. 만약 $t-1$ 기 소비지출이 급증하는 경우 자산 및 소득이 고정되어 있다고 가정하면 가계의 t 기 자원이 감소해 t 기 전반적인 소비지출이 감소할 수 있다. 특히 건강악화로 인해 과도한 의료비 지출이 발생하여 전기 지출액이 급증하거나 근로자가 소득활동을 중단해 당기 소득이 감소하는 경우, 당기에 사용가능한 자원이 감소해 소비지출을 줄이거나 혹은 신규 부채의 이용 등을 통해 소비를 유지한다.

소득이 충분하지 않은 가계의 t 기 소비(C_t)를 결정하는 자원의 크기는 기존 보유한 자산(A_{t-1})과 신규로 이용가능한 자산(B_t)에 의해 결정될 가능성이 높다. 그러나 신규로 이용가능한 자산 중 부채는 시장에서 차용 가능한 최대 부채액의 크기에 따라 정해진다. 만약 차용 가능한 최대 부채액의 크기가 제한된다면 가계의 신규부채 확대에 따른 t 기 효용극대화 가능성은 감소한다. 완전자본시장을 가정한 앞선 모형의 경우 부채사용 목적 및 최대부채액에 제약이 주어지지 않았으나, Juster&Shay(1964)는 이러한 가정을 완화하여, 가

계의 투자 가능성과 자본시장의 불완전성을 고려한 확장된 다기간 만족 극대화 모형을 제시하였다. 해당 모형에 따르면 가계는 신용할당(credit rationing)으로 의해 최적의 부채이용 양만큼 사용하지 못할 수 있으며, 각 가계의 부채 사용비용(이자율)은 다르게 나타날 수 있다.

또한 차용의 목적이 투자가 아닌 의료비 지출과 같은 소비로 이어지는 가계의 경우, 자산 증가가 발생하지 않아 시간이 지남에 따라 점차 이용가능한 자원의 양이 감소한다. 따라서 자원의 증가 없이 소비지출만 증가하는 가계는 점차 자원 감소에 따른 소비 감소의 악순환에 빠질 가능성이 있다. 소득이나 자산이 충분하지 못한 가계는 의료비 발생 시 가계가 효용을 해당 기에 극대화할 수 있는 가능성 및 재무적인 위기를 대응할 역량의 부족으로 인해 가계 소비를 평활화하기 어렵다. 이러한 이유로 가계의 의료비 부담에 대해 구체적으로 규명하기 위해서는 가계의 자원 측면까지 고려해야 한다. 이전의 재난적 의료비 개념은 의료비 부담 수준을 명료하게 확인할 수는 있었으나, 저소득, 저자산 계층의 자원 부족으로 인한 미충족 의료 측면을 과소 추정할 가능성을 내포하고 있다는 단점이 있다(이혜재 · 이태진, 2015). 따라서 가계가 다기간 동안 의료비를 포함해 소비 평활화가 이루어지고 있는지 측정하기 위해서는 보유 자원에 따른 분석이 우선적으로 필요하다.

2. 건강 악화와 소비지출

의료 경제학의 효용함수에 따르면 건강을 고려한 소비자의 효용(utility)은 건강(H:health status)과 재화의 소비(X:consumption)에 의해 결정되며, 따라서 소비자의 효용은 아래와 같은 함수를 갖게 된다(Phelps, 2013).

$$\text{Utility} = U(X, H) \dots (2)$$

X : 기타 재화의 소비

H : 건강

이러한 효용함수 하에서 효용 결정 요인 중 하나인 건강은 가계가 소비하는 의료서비스(m)에 의해 결정되며, 가계는 다음과 같은 건강 생산함수를 가짐을 가정할 수 있다. 즉, 가계가 보유한 질병 혹은 기존의 건강 상태(D)와 가계의 의료서비스 이용(m)에 따라 가계의 현재 건강(H)이 결정된다. 즉 가계가 질병으로 인해 건강이 악화되는 경우 이를 보완하기 위해 의료서비스를 이용하게 되고, 이를 통해 건강이 결정되어 최종적인 가계 효용이 산출된다.

$$H=g(m,D) \cdots (3)$$

m : 의료 서비스 소비

D : 질병 혹은 건강상태

한편, 총 소비(C)를 이분화하면 의료 서비스 소비(m)와 의료 서비스 외 기타 소비(X)로 나눌 수 있으며, 이는 해당 기 보유한 자원 ($R_{i,t}$)에 의해 결정되므로 식 (1)의 자원은 X 와 m 의 결정요인이 된다. 따라서 식 (1)과 식 (3)을 식 (2)에 대입하게 되면 t 기 가계 i 의 효용은 가계가 보유한 자원 및 가계의 질병과 같은 건강상태에 따라 결정된다. 이를 함수로 표현하면 아래와 같다.

$$\text{Utility}=U(X_{i,t},H_{i,t})=V(X_{i,t},m_{i,t},D_{i,t})=W(C_{i,t},D_{i,t})=f(R_{i,t},D_{i,t}) \cdots (4)$$

따라서 가계의 건강이 악화되는 이벤트가 발생하는 경우 가계 효용은 감소하게 된다. 효용 평활화라는 목적을 달성하기 위해 가계는 건강상태를 개선해야 하므로, 고정된 자원 중 일부를 의료 서비스 소비에 추가로 할당하거나 혹은 현재 자원을 증가시켜 의료 서비스 소비를 증가하는 등의 대응행동을 하게 된다. 그러나 개별 가

계의 시간선호는 물론 가용 자원의 양과 같은 재무적 특성으로 인해 가계 간 대응 양상에는 차이가 발생한다. 따라서 건강 악화에 대한 가계의 재무적 대응 방식은 가계의 특성별로 상이하게 나타날 것이다. 가계는 효용의 평활화라는 목적을 달성하기 위해 $t-1$ 기 효용과 t 기 효용을 동일하게 유지하려 하거나, 자발적 혹은 비자발적 이유로 인해 t 기 효용을 감소시키는 선택을 하게 된다.

우선 효용을 유지하는 상황의 경우, 의료 서비스 소비의 증가가 질병 치료를 통한 건강 호전으로 이어짐을 가정한다면²⁾, 식 (2)에 따라 건강을 유지하기 위한 의료 서비스 소비가 증가하고 기타 소비의 양도 전기와 동일하게 유지되어야 함을 의미한다. 그러나 기타 소비 유지와 의료 서비스 소비의 증가는 물가가 고정되었음을 가정하면 가계의 t 기 자원이 $t-1$ 기 자원보다 크거나 혹은 의료 서비스의 비용이 0에 수렴하는 수준에서 실현가능하다. 전자는 앞서 논의한 것처럼 현재 자원의 증가가 선행되어야 한다. 이러한 현재 자원의 증가는 소득 증가, 신규 자산의 증가 등을 통해 발생하며, 소득 증가가 어려운 가계의 경우 자산부채 상태에 변화가 나타날 것이다. 후자는 보편적으로 의료 서비스의 비용을 제3자에게 전가하는 방식인 보험을 통해 실현가능하다. 보험은 공적 보험과 민영 보험을 모두 포함하고 있으나, 민영 보험 가입 가능성은 소득 수준 및 연령과 높은 상관관계를 보이고 있어 가계의 특성에 따라 다르게 나타난다 (정영호, 2011).

다음으로, 자발적 혹은 비자발적인 이유로 효용이 감소하는 선택이란 자원이 고정된 상태에서 의료 서비스 소비의 증가로 인해 기타 소비가 감소하는 것을 의미한다.³⁾ 따라서 가계가 의료 서비스 소비를 감당할 만큼의 t 기 가용 자원을 충분히 확보하지 못하거나 확

2) 실제로 질병에 따라 의료 서비스의 소비가 건강 상태를 결정하는 정도는 건강 생산함수에 의해 결정되지만, 건강 생산함수에 대한 엄밀한 가정은 개별 가계마다 상이하므로 의료 서비스 소비와 건강 상태 간 상관계수의 부호만으로 이를 측정하기로 한다.

3) 건강 개선을 위한 의료 서비스 소비가 충분히 이루어지지 못하는 의료 서비스 미충족 상태는 가계경제에 직접적으로 관련이 없어 논의에서 제외하였다.

보하지 않으려 한다면 의료 서비스 자체를 활용하지 못하거나 기타 소비지출이 감소하게 된다.

기존의 의료 서비스 소비 관련 연구는 대부분 인간의 기본적인 삶의 질 유지 측면에서 기타 소비 감소가 빈곤선 이하로 하락하는 지에 대하여 집중해왔다(Wagstaff & Van Doorslaer, 2003; Xu et al., 2003 등). 그러나 기타 소비와 의료 서비스 소비는 현재 보유한 가용 자원을 배분한 결과이며, 가계의 효용은 건강에 의해서도 결정된다는 점에서 건강 상태와 의료 서비스 소비에 대한 종합적인 고려가 필요하다. 또한 앞서 살펴본 바와 같이 기타 소비가 유지되는 경우에도 가계의 소비지출 및 자산부채 상태의 변동이 발생했을 가능성이 있으므로, 추후 가계 재무상태의 변화 측면을 추가로 함께 고려할 필요가 있다.

3. 의료비 부담과 소비지출 변화

의료비 부담과 소비지출 간의 관계는 다차원적인 개념인 동시에 내생성을 가지고 있으므로 시기를 명확히 하여 전후관계를 밝히는 것이 중요하다(이혜재 · 이태진, 2012; 정현우 · 이준협, 2017). 가계의 당기 자원이 고정되거나 자원의 증가분보다 의료비 부담의 증가분이 더 큰 경우, 의료비 부담의 증가는 기타 소비지출을 감소시키는 요인으로 작용한다. 일반적으로 소비가 가계의 효용을 결정하는 하나의 측면이라는 점에서 의료비 소비와 의료비 외 소비가 가진 균형적인 배분은 가계의 적절한 자원배분 측면에서도 중요하다. Wilkes 외(1997)는 중국 가계를 대상으로 분석한 결과, 의료비 부담이 커질수록 가계의 의료비 외 소비가 감소한다는 사실을 확인했다. Russell(2003) 또한 가계가 재난적 의료비 임계점에 근접할수록 생활에 필수적인 소비(기본적 니즈)를 포기할 가능성이 높아짐을 보였다. 필수재의 소비 감소는 가계가 누려야 할 최소한의 복지까지 침해할 수 있음을 의미한다.

국내 데이터를 활용해 의료비 부담이 기타 소비에 미치는 직접적인 영향을 밝힌 연구는 제한적이다. 김윤희·양봉민(2011)은 횡단면 연구를 통해 재난적 의료비 발생가계의 기타 소비지출 규모가 일반 가계에 비해 작다는 사실을 밝혔다. 우경숙·신영전(2015)은 이를 발전시켜 패널분석을 통해 재난적 의료비가 발생한 가계와 발생하지 않은 가계를 비교했다. 연구결과, 재난적 의료비가 발생한 가계의 기타 소비지출이 기타 가계보다 더 낮게 나타났다. 이는 기존의 이론과 해외 실증연구와 일치하는 결과로 국내 가계도 의료비 부담이 증가하는 경우 기타 소비지출이 감소할 수 있음을 시사한다. 연구자는 소비지출 항목을 세부적으로 분석했으며, 의료비 부담이 증가하는 경우 의료비를 제외한 모든 항목에서 유의미한 소비 지출 감소가 발생했다.

이상의 선행연구를 종합하면, 가계의 가용 자원이 부족한 상황에서 가계는 의료 서비스를 소비할 여력이 떨어지므로 악화된 건강상태를 개선하기 어려운 상황에 직면한다. 또한 이전 시기에 건강 개선을 위해 의료 서비스 소비를 증가시켰으로써 의료비 부담이 커지는 경우, 가계 자원의 감소 혹은 심리적 위축으로 인해 가계는 충분한 의료 서비스를 받지 못해 건강 상태가 악화될 수 있음을 알 수 있다. 또한 가계의 의료비 부담이 증가할 경우 한정된 자원을 배분해야 하므로 의료비 외 기타 소비가 감소될 수 있다는 사실도 선행 연구에서 공통적으로 밝히고 있었다.

제 3절 의료비 부담과 재무안정성

1. 가계 재무안정성의 개념 및 측정

제 2절의 2에서 살펴본 바와 같이 가계의 의료비 부담은 가계 재무측면에서의 변화를 가져올 수 있다. 따라서 재무측면의 변화가 존재하더라도, 가계의 재무상태 변화가 객관적으로 위험한 수준인지를 파악할 필요가 있다. 가계의 재무상태를 객관적으로 측정하는 개념으로는 재무건전성이 대표적이다. 정운영·황덕순(2002)은 재무건전성을 가계의 객관적인 재무상태를 의미하는 것으로 보고, 가계의 재무적 복지 수준을 파악하는 수단이라고 보았다. 즉, 재무적인 위험이 발생한 경우에 발생 이전의 상태를 유지할 수 있는지에 대한 평가 지표로 보았다(정미선 외, 2008). 조혜진·김정현(2013)은 재무건전성을 객관적인 가계의 재무 상태를 평가하는 것으로 판단하고, 가계의 재무 복지 향상을 재무건전성 파악의 궁극적 목적으로 정의했다.

한편 생애주기가설(Ando·Modigliani, 1963)에 따르면 생애주기상 고령가계는 소득 대비 소비지출의 비중이 상대적으로 높게 나타나는 시기이다. 가계의 성장은 저축과 투자와 같이 소득 대비 소비지출 비중이 상대적으로 낮은 시기에 강조된다는 점에서 볼 때, 고령가계의 경우 일상적인 재무상태의 유지와 위기 시 대응할 수 있는 재무안정성 측면이 강조된다. 이를 반영하여 양세정 외(2013)는 연령대별로 적정 수준의 재무비율에 대한 준거기준을 다르게 설정하였다. 65세 이상의 고령가계의 경우 비상 시 대응할 수 있는 비상자금 기준과 부채 상황 및 부담에 대한 기준은 다른 연령에 비해 보수적으로 설정된 반면, 가계의 장기적인 재무성장과 관련한 지표의 경우 상대적으로 낮은 가중치를 부여했다. 주소현 외(2016)도 이와 유사하게 연령대별로 가계수지지표의 기준이 다를 것을 보여 생애주기별로 우선해야 하는 재무상태가 다를 것을 보였다. 즉, 고령가계의

의료비 부담에 따른 재무상태는 다른 연령대의 가계와는 달리 성장성 측면보다는 재무안정성 측면에 집중해 분석할 필요가 있다.

이러한 재무안정성 개념과 관련해 최현자 외(2003)는 재무건전성을 안정성지표와 성장성지표로 나누어 보았으며, 안정성 지표는 가계가 위험에 대비할 수 있는 재무적 역량과 일상적인 재무 관리 능력을 측정하는 요소로 구성하였다. 이와 유사하게 양세정 외(2013)는 가계의 재무상태를 평가하는 지표를 건전성 지표와 성장성 지표로 나누어 보았으며 건전성 지표를 최현자 외(2003)의 안정성 지표와 유사한 요소로 분류해 정의하였다. 주소현 외(2016)도 가계의 적자 여부를 파악할 수 있는 가계수지지표, 부채 부담에 대해 평가할 수 있는 부채부담지표, 가계의 성장성을 파악할 수 있는 투자성향지표로 가계의 재무상태를 평가하였으며, 앞의 두 지표는 앞선 선행연구의 안정성 측면에 해당하는 지표로 분류될 수 있다. 이상의 선행연구를 종합할 때 재무안정성이란 일상적 재무 관리 능력을 갖추고, 재무적 위험에 대응할 수 있는 지표라고 할 수 있다.

이상을 종합하면 기존 선행연구에서는 재무안정성이라는 용어에 대해 통일된 명명 방법을 활용하고 있지 않았으나, 고령가계의 라이프사이클을 고려할 경우 성장성보다는 안정성 측면에 집중할 필요가 있다. 고령가계는 ‘일상적 재무 관리 및 재무적 위험 대응 능력’이 강조되므로 최현자 외(2003)의 재무안정성 개념 기반으로 용어를 개념화할 수 있었다. 또한 이러한 재무안정성을 측정함에 있어 종합적인 재무상태를 측정하기에 용이한 재무비율을 활용하는 것이 보다 객관적이고 효율적인 척도라는 점이 공통적으로 강조되었다.

2. 의료비 부담과 재무안정성 변화

한편 의료비 부담이 발생하는 경우, 의료서비스 이용을 포기하거나 소비지출 항목 간 비중 조절만을 통해 대응하지 않는 한, 가계는

보유한 자원을 활용해 의료비 부담에 대응해야 한다. 의료비 과부담이 “가계가 현재 보유한 구매력으로는 일상적인 생활이 어렵거나 재무적인 안정에 위협을 주는” 상황을 야기한다는 점을 고려할 때, 의료비 부담에 대한 대응은 일상적인 생활을 유지하거나 개선하려는 행동으로 나타난다.

의료비 지출이 보험을 통해 상쇄되지 않는 상황 하에서, 가계는 의료 서비스를 구매하려 할 것이며, 이에 따른 자원 확보는 소득의 증대 혹은 신규 자산의 확보를 통해 달성될 수 있다. 먼저, 소득 증가를 통해 자원을 확보한 경우 건강이 악화되면 근로가능성이 감소한다는 점에 비추어 볼 때(Phelps, 2017), 단기적으로 증가시키기 어려운 재산소득보다는 이전소득의 확대를 통해 이루어질 가능성이 높다. 다음으로, 신규 자산의 확보는 부족한 현재 자원을 증가시키기 위해 부채를 활용하거나(최현자, 2001), 기존의 자산을 유동화시켜 단기적으로 자원을 증가시키는 자기차용 행동으로 나타날 수 있다. McIntyre 외(2006)은 이러한 재무적 대응을 가계 간/가계내 노동력 대체(Intra- & Inter household labor substitution), 저축의 활용(Use of savings), 자산 매각(Sales of assets), 부채 활용(Borrowing) 등으로 구분하였다(조윤민, 2015 재인용).

의료비 부담이 급증하는 상황에 직면한 가계가 위와 같은 재무적 대응 행동을 한다면 가계의 재무안정성에 영향을 미칠 수 있다. 만약 가계의 소득 증가분에 비해 소비지출액의 증가분이 단기적으로 증가하는 경우 가계수지에 영향을 미치게 된다. 또한 동일한 상황에서 가계의 금융자산 등 유동성 자산을 통해 현재 자원을 증가한다면 가계의 비상자금지표 상의 변화가 발생할 가능성도 있다. 마지막으로 가계가 신규 자산을 확보하기 위해 부채를 활용하는 경우 부채관련 지표 상 변동이 일어날 수 있다. 이러한 가계의 재무적 대응은 하나의 현상으로 나타나는 것이 아니라 다양한 대응 방식이 복합적으로 발현할 수 있으며, 재무적 대응 정도에도 가계 간 특성에 따라 차이가 있으므로 재무적 대응이 재무안정성에 영향을 미치

는지는 실증적으로 분석해볼 필요가 있다.

그러나 기존의 선행연구는 대부분 재무안정성에 미치는 영향보다는 개별적인 재무적 대응 측면에 집중하고 있다. Russell(2003)은 의료비 부담이 가계의 저축액 및 자산 감소, 부채 증가, 이전소득의 확대에 이어질 수 있음을 이론적으로 밝혔다. 또한 Pitayanon 외(1997)의 자료를 참고하여 실제로 재난적 수준으로 의료비가 발생한 가계는 일반 가계에 비해 이전소득을 증가시킬 뿐만 아니라 저축을 감소시키고 보유 자산을 매각함으로써 의료비 부담에 대응하고 있음을 실증적으로 밝혔다. 부채의 경우 은행보다는 지인으로부터의 차용이 증가함을 확인했다. 이 밖의 연구에서도 고령가계의 특성에 따라 정도의 차이는 존재했지만, 대부분 이전 소득의 활용, 저축 사용, 자산 판매, 부채 이용을 통해 의료비 부담에 대응한다는 점이 공통적으로 확인되었다(Flore 외, 2008; Dyer 외, 2013; Dhanaraj, 2014).

의료비 부담에 따른 재무적 대응과 관련한 국내 연구는 주로 궁극적인 결과인 빈곤화 가능성에 집중되었으며(김은경·권순만, 2016; 송은철·신영전, 2014 등), 재무안정성에 영향을 미칠 수 있는 재무적 대응 방식에 대해 고찰한 연구는 미비한 실정이다. 전성주·이창우(2015)는 건강상태에 따라 가계의 금융자산 포트폴리오가 변할 수 있음을 분석하였는데, 건강상태가 좋지 못할수록 위험자산의 비중을 감소시킨다는 결과를 확인했다. 의료비 부담의 직접적인 영향은 아니었으나 우리나라의 가계는 건강이 악화되는 경우 안정성 위주의 포트폴리오를 형성하려 한다는 점을 시사한다. 보다 직접적으로 조윤민(2015)은 과부담 의료비가 가계의 경제활동에 미치는 요인에 대해 분석했는데, 과부담 의료비가 발생한 가계의 경제활동 중단 가능성이 높게 나타났다. 우경숙(2016)은 의료비 부담에 따른 가계의 보다 구체적인 재무 대응방식에 대해 연구하였다. 그 결과 재난적 의료비 지출이 발생함으로써 가계는 단기적으로 대출/부채 증가, 자산 감소, 저축 감소, 사적이전 소득 증가를 통해 재무적 대응을 한다는

것이 밝혀졌다. 이러한 연구결과는 기존의 외국 연구 결과와도 일치하는 것이다.

이상의 연구를 종합하면 가계는 의료비 부담이 커질수록 소득 확대, 신규 자원 확보 등 소득지출 혹은 자산부채 상태의 변화가 발생한다는 사실이 밝혀졌다. 그럼에도 불구하고, 이로 인한 가계의 재무안정성의 변화에 대한 연구는 미비한 상태이다. 가계의 재무 상태를 측정함에 있어 독립적인 현금흐름이나 자산부채를 이용하기보다는, 일상적 재무 상태를 유지할 수 있는 능력인 재무안정성을 활용하는 것이 필요하다. 따라서 의료비 부담이 가계의 재무적 안정성에 실질적으로 영향을 미치는지를 확인하기 위해서는 재무안정성에 대한 분석이 이루어져야 한다.

3. 준고령가계의 재무적 특성

준고령가계의 재무구조는 정기적인 소득흐름 상 비(非)고령가계와 다른 특성을 보일 것으로 예상되며, 소득흐름이 중단될 가능성이 높은 생애주기라는 측면에서 오히려 고령가계의 재무적 특성과 유사할 것으로 예상되나 준고령가계만을 특정해 재무적 특성에 대해 분석한 연구는 아직 미비한 상태이다. 생애주기이론(Modigliani · Ando, 1963)에 따르면 고령가계의 소득수준은 소비수준보다 낮아지게 되어 음의 자산형성이 이루어진다. 따라서 고령가계의 재무적 대응이나 소비지출 양식을 파악하기 위해서는, 해당 계층이 가진 재무적 특성을 파악하는 것이 중요하다. 고령화가 진전됨에 따라 국내에서도 고령가계의 재무적 특성에 대한 연구가 진행되어 왔다.

실증 연구결과 고령가계는 생애주기 상 소득의 크기가 다른 연령대의 가계에 비해 급감했을 가능성이 높게 나타났으며 소득의 양극화도 다른 가계에 비해 크게 확인되었다(임병인 · 전승훈, 2005). 백은영(2017)도 은퇴 가계의 평균 가처분소득이 비은퇴자 가계에 비해 약 1/3 수준임을 밝힘으로써 고령가계의 소득수준이 낮음을 실증

적으로 보였다. 이로 인해 은퇴 가계의 가계수지지표가 비은퇴 가계에 비해 미충족될 가능성이 높게 나타났다. 구체적으로 보면 비은퇴 가계의 경우 근로소득과 사업소득이 약 80%를 차지하고 있는데 반해 은퇴가계는 이전소득의 비중이 약 75%를 차지하고 있는 것으로 밝혀졌다. 이러한 결과는 김기홍·양세정(2017)의 연구 결과와 일치하는데 이들 역시 은퇴가계의 소득 중 이전소득의 비중이 약 66.1%로 가장 높게 나타남을 확인했다. 조혜진·김민정(2011)은 고령가계를 은퇴기 단계별로 구분하여 분석한 결과, 초기 은퇴단계인 활동기의 총소득 및 공적이전소득이 후기 은퇴단계인 간병기보다 높은 것으로 밝혀져 고령가계 간에도 재무상태의 차이가 발생하고 있음을 시사했다.

고령가계의 전반적인 소비지출 규모의 증감에 대해서는 선행연구별 모형에 따라 다소 차이를 보이고 있었으나(심현정, 2017; 유경원·서인주, 2016; 이희숙 외, 2013; 윤재호·김현정, 2010), 지출 구조는 가계의 생애주기 변화에 따른 선호 변화로 인해 비고령가계와는 다소 차이를 보였다. 백은영(2017)의 연구에 따르면 은퇴가계는 교통, 통신, 교육비목의 비중이 작은 반면 의료비 비목의 비중이 늘어난다는 사실을 실증적으로 밝혔다. 이는 생애주기 상 건강이 악화됨에 따라 의료 서비스 수요가 증가하기 때문에 발생하는 현상으로 해석될 수 있다. 김진훈(2016) 또한 고령가계의 소비 패턴별로 가계를 유형화한 결과 소비 지출액 중 보건의료비의 비중이 37%에 해당하는 가계가 전체 가계 중 약 8%에 달해 의료비 지출이 급증한다는 사실을 보였다. 이와 동일한 맥락에서 최홍철·최현자(2014)의 연구도 생애주기에 따른 소비지출 구조를 분석한 결과 장년층 시기부터 의료비 비중이 10%보다 커진다는 사실을 밝혔다. 고령가계의 소비 지출 규모는 가계의 이론에서 논의한 바와 마찬가지로 소득이나 자산과 같은 자원의 크기에 의해 결정되었다(김경아, 2011).

한편, 이러한 자원 내에서도 심적회계로 인해 자원의 유형에 따른 한계소비성향이 다르게 나타날 수 있다. Thaler(1985)는 심적회

계 이론을 통해 가계는 스스로가 정한 계정 항목에 따라 소비성향이 달라질 수 있음을 주장하였는데, 많은 선행연구를 통해 이러한 심적회계 현상이 실증적으로 나타났다. 박종선·황덕순(2014)은 가계의 소득 수준에 따라 계정 설정이 다르게 나타날 수 있음을 보였는데, 소득 1분위, 소득 2분위 가계의 경우, 현재소득의 한계 소비성향이 금융자산보다 높게 나타났다. 고령가계의 의료비 측면을 분석한 연구를 종합할 경우, 대체로 의료비 지출에 있어 은퇴가계는 소득에 의존하는 경향이 높았으며, 뒤를 이어 금융자산, 실물자산, 부채 순으로 의료비 지출에 영향을 미치고 있었다(정운영·정세은, 2010; 서영빈·송헌재, 2015; 이선우 외, 2017; 심현정, 2017).

다음으로, 가계의 자산 또한 일반 가계와 고령 가계 간 차이를 보였는데, 은퇴가계는 비은퇴가계에 비해 부동산 자산의 비중이 높게 나타났다(김기홍·양세정, 2017; 백은영, 2017). 김기홍·양세정(2017)의 연구에 따르면 고령가계는 부동산 자산의 비중이 약 87%로 나타나 비유동성 자산에 집중되어 있는 것으로 밝혀졌다. 또한 고령가계의 은퇴 단계별로도 자산의 크기가 차이를 보였는데, 조혜진·김민정(2011)에 따르면 국내 고령가계의 경우 은퇴 초기 가계가 은퇴 후기 가계에 비해 총자산, 부동산자산이 크게 나타났다.

마지막으로 생애주기에 따라 가계의 부채구조도 상이한 양상을 보였다. 송준혁·김영일(2013)은 부채는 40대와 50대에서 정점을 이루며 이러한 생애주기 간 부채 차이는 각 연령에 따른 부채보유 여부 및 가계 변화와 높은 관련성을 가짐을 밝혔다. 추가적으로 부동산 보유 가계는 부동산이 없는 가계에 비해 부채규모가 상대적으로 큰 특성을 보였으며, 중위연령에서 LTV가 가장 크게 나타남을 밝혔다. 이는 은퇴 후 가계는 은퇴시점까지 축적한 자산을 사용하게 되며, 이 때 부채는 모두 상환하였거나 상대적으로 다른 생애주기에 비해 상대적으로 부채가 감소한다는 기존 연구의 결과와도 일치했다(심영, 2015; 박윤태·노정현, 2017).

제 3장 연구문제 및 연구모형

제 1절 연구문제

본 연구는 개별 준고령가계가 의료비를 부담하고 있는 현황을 살펴보고, 이러한 부담의 규모와 변화가 가계경제에 어떠한 영향을 미치는지를 확인하고자 한다. 본 연구는 상기 연구 목적을 이루기 위하여 아래와 같은 연구문제를 설정하였다. 연구문제 1에서는 우선 준고령가계의 의료비 현황을 파악하기 위해 의료비 지출 규모 및 부담의 현황 및 변화 추이를 확인하고, 가계의 빈곤 여부에 따른 차이를 비교분석한다. 연구문제 2에서는 횡단면 분석을 통해 준고령가계의 의료비 부담의 절대적인 규모와 가계경제 간의 관계를 도출한다. 이를 위해 소비지출 및 재무안정성에 영향을 미치는 변수를 통제 후, 의료비 부담의 영향을 살펴본다. 연구문제 3은 준고령가계의 의료비 부담의 증감 정도에 따라 소비지출 및 재무안정성이 어떠한 양상으로 변화하는지를 규명하고자 한다.

[연구문제 1] 준고령가계의 의료비 현황은 어떠한가?

[연구문제 2] 준고령가계의 의료비 부담이 가계경제에 미치는 영향은 어떠한가?

[연구문제 2-1] 준고령가계의 의료비 부담이 기타 소비지출에 미치는 영향은 어떠한가?

[연구문제 2-2] 준고령가계의 의료비 부담이 재무안정성에 미치는 영향은 어떠한가?

[연구문제 3] 준고령가계의 의료비 부담 변화가 가계경제의 변화에 미치는 영향은 어떠한가?

[연구문제 3-1] 준고령가계의 의료비 부담 변화가 기타 소비지출의 변화에 미치는 영향은 어떠한가?

[연구문제 3-2] 준고령가계의 의료비 부담 변화가 재무안정성의 변화에 미치는 영향은 어떠한가?

제 2절 연구모형

1. 건강 악화에 따른 가계 대응 유형

제 2장을 종합할 때, 건강 악화에 따른 가계의 대응방식은 최종적으로 가계경제에 영향을 미친다. 이러한 건강 악화와 같은 불확실성은 준고령가계의 건강과 생활양식이 이미 형성되었음을 가정할 때, 외생 요인으로 보는 것이 합리적이다. 따라서 개인의 건강 상태와 이에 따른 의료 서비스 소비의 실현은 이후 시기의 재무상태, 의료비 외 소비 지출을 결정한다(De Nardi 외, 2010).

한편 가계는 건강의 악화에 따른 효용감소에 대응하기 위해 의료 서비스를 활용한다. 앤더슨의 건강서비스 행동모형(Andersen's Behavioral Model of Health Services Use)에 따르면 의료서비스의 활용은 가계의 건강상태(needs factors) 이외에도 가용자원(enabling factors), 인구통계학적 특성(predisposed factors)에 따라 결정되기 때문에 건강 악화에 따른 대응방식은 이러한 추가적인 특성을 고려할 필요가 있다(황명진, 2011).

개념적인 연구모형을 수립하기 위해 가계의 인구통계학적 특성이 통제된 상태에서 가용자원과 건강상태만을 고려한 후, McIntyre 외(2006)의 연구에 기반하여 의료비 부담에 따른 가계의 대응방식을 유형화할 수 있다. 우선 보험이 충분히 준비되어 있는 경우 가계는 의료 서비스의 자부담 비용이 0에 수렴하는 수준에서 건강을 이전기와 동일하게 유지할 수 있다. 동시에 의료 서비스 소비에 따른 자원 변화가 없으므로 자원과 의료 서비스 외 기타 소비가 유지된다. 결국 보험 등 의료 서비스 비용을 충당할 정도의 대비가 되어 있는 가계는 건강 악화라는 이벤트가 발생한 상황에서도 소비지출 수준과 재무안정성을 유지할 수 있다.

두 번째로, 건강 악화 시 가계는 보험을 통해 충분히 의료 서비스 자부담 비용을 상쇄할 수 없는 상황에서 당기 가계 자원을 증가 시킴으로써 의료비 부담에 대응할 수 있다. 자원의 증가는 당기 소

득의 증가, 신규 자산의 증가로 실현가능한데, 준고령가계의 경우 단기간에 신규 근로소득 혹은 사업소득을 증가시키는 것은 제한적이므로 주로 이전소득을 통해 소득증가가 발생한다. 또한 신규 자산은 금융부채의 활용이나 자산의 유동화를 통한 자기차입을 통해 단기적으로 커진다. 따라서 두 번째 유형은 소비지출 수준은 유지되거나 의료비로 인해 증가할 수 있으나 재무안정성의 변화가 나타난다.

세 번째는 건강 악화 시 의료 서비스 소비를 통한 건강 유지를 위해 기타 소비지출을 감소시키는 유형이다. 앞서 논의한 바와 같이 가계는 당기 자원을 의료 서비스와 의료 서비스 외 기타 소비에 분배한다. 가계가 당기 자원을 단기적으로 증가하기 어려운 상황에서 의료 서비스를 소비해야 한다면, 가계는 불가피하게 자원 중 의료 서비스 소비에 배분하는 비중을 늘려야만 한다. 이러한 경우, 가계의 재무안정성은 유지될 수 있으나, 기타 소비에 투입되는 자원의 양이 줄어들어 소비지출이 감소한다.

마지막으로, 가계는 건강 악화 시 이를 개선할 수 있는 의료 서비스 이용을 포기할 수 있다. 해당 가계의 경우 단기적으로 당기 자원을 늘리기 어렵다는 측면에서는 세 번째 유형과는 유사하나, 최소한의 기타 소비를 유지하고 있어 더 이상 소비지출을 감소시키지 못하거나 혹은 자발적으로 기타 소비를 감소시키려 하지 않는 상황에서 발생할 수 있으며, 의료 서비스 소비를 증가시키지 못한다는 점에서 차이를 보인다. 결국 가계 재무상태와 소비지출 규모는 이전 시기와 동일하게 유지되지만, 의료 서비스 미충족에 따른 건강 악화로 이어질 수 있다.⁴⁾

이상은 기본적인 네 가지 유형을 구분한 것이며, 실제 가계의 건강악화에 따른 대응은 반드시 하나의 유형으로 나타나지 않고 두 개 이상의 대응유형이 복합적으로 나타날 수 있다. 예를 들어, 보험이 준비되어 있으나 의료비 지출이 보험을 통해 충분히 충당되지

4) 한편, 본 연구에서는 연구목적에 따라 미충족 의료 서비스와 관련한 부분은 제외하여 분석하였다.

않는 가계는 소비지출을 감소시킴으로써 대응하는 선택을 할 수 있다. 또는 기타 소비지출을 감소시켜 의료서비스 소비를 증가시켰음에도, 보유자원의 부족으로 인해 충분한 의료 서비스를 소비하지 못한 가계의 경우, 건강이 악화될 수 있다.

추가로 본 연구의 모형은 제 2장에서 제시한 준고령가계의 재무적 특성과 의료비 부담 및 재무안정성, 효용에 영향을 미치는 기타 변수들을 통제하여 분석할 필요가 있다. 특히 고령가계의 경우, 은퇴 후 단계 등의 인구통계학적 특성이나 취업 여부 등의 재무적 특성에 따라 건강상태나 의료 서비스에 대한 수요가 상이하다. 따라서 추후 실증모형의 경우, 건강 악화로 인한 의료비 지출 변화에 따른 가계의 재무안정성과 효용 변화를 측정함에 있어 이러한 측면을 모두 고려할 수 있도록 구성할 필요가 있다. 앞선 논의에 따르면 고령가계 혹은 준고령가계의 의료서비스 이용은 이용 가능한 현재 자원이 존재하는지 여부에 따라 결정되며, 현재 자원을 충분히 보유하고 있지 않은 가계의 경우 의료서비스의 활용을 통한 소비지출 수준을 유지하지 못하게 된다. 따라서 본 연구는 자원을 충분히 보유하고 있는 가계와 그렇지 않은 가계 간 의료서비스 활용 차이를 우선적으로 밝히고자, 의료비 부담의 영향을 규명하기에 앞서 가계가 보유한 자원의 규모에 따라 가계유형을 분류한 후 이에 따른 의료비 현황을 분석하기로 한다.

2. 준고령가계의 의료비 부담에 따른 가계경제

개념적 모형을 바탕으로 할 때, 건강악화로 인한 의료비 부담의 규모는 궁극적으로 가계경제에 영향을 미치게 된다. 따라서 의료비 부담의 절대적인 규모가 가계경제를 이루는 소비지출 및 재무안정성과 어떠한 관계를 갖는지를 파악하기 위해 2015년 횡단면 자료를 바탕으로 이분형 로지스틱 회귀분석 및 다중 회귀분석을 실시했다. 가계경제는 의료비 부담 외에도 가계의 인구통계적 변수 및 재무

변수에 영향을 받으므로 선행연구를 참고하여 관련 변수를 통제하였다. 이를 반영한 연구문제 2의 연구모형은 다음과 같다.

$$Y_t = \alpha + \beta_1 x_{1,t} + B_2 X_{2,t} + B_3 X_{3,t} + \epsilon$$

Y : t기 가계경제

$x_{1,t}$: t기 의료비 부담

$X_{2,t}$: t기 인구통계적 변수 벡터

$X_{3,t}$: t기 재무 변수 벡터

3. 준고령가계의 의료비 부담 변화에 따른 가계경제 변화

연구문제 3을 해결하기 위해 본 연구는 성영애(2006)의 가계부채 변동에 대한 연구방식을 참고하여 연구모형을 설정하였다. 해당 연구는 특정기간(2000년~2003년) 동안의 가계부채에 대해 보유 및 미보유 여부에 따라 4개로 나누어 종속변수로 설정한 후, 다항로지스틱 분석을 시행해 부채보유에 영향을 미치는 요인을 분석했다. 본 연구는 개념적 모형과 선행연구에 기반하여 독립변수와 통제변수를 설정하였다. 통제변수 중 변동변수의 경우, 기간 내에 차이가 존재하지 않는 연령, 성별 등의 변수와 기간 동안 변하지 않은 가계의 수가 많아 모형 적합도를 악화시킬 가능성이 높은 변인을 제거하였다.

재무안정성의 변동은 두 기간 동안의 충족 및 미충족 여부에 따라 네 가지 유형으로 구분하였으며, 해석의 용이성을 위해 두 개의 참조변수를 활용했다. 효용의 변동은 하위 요인인 건강 및 기타 소비지출이 유지되는 경우와 감소하는 경우로 양분화했다. 이를 반영한 연구문제 3의 연구모형은 다음과 같다.

$$Y_t - Y_{t-1} = \alpha + \beta_1 * (x_{1,t} - x_{1,t-1}) + B_2 X_{2,t} + B_3 X_{3,t} \\ + B_4 * (X_{2,t} - X_{2,t-1}) + B_5 * (X_{3,t} - X_{3,t-1}) + \epsilon$$

$Y_t - Y_{t-1}$: t기와 t-1기 간 가계경제 변동

$x_{1,t} - x_{1,t-1}$: t기와 t-1기 간 의료비 부담 변화량

$X_{2,t}$: t기 인구통계적 변수 벡터

$X_{2,t} - X_{2,t-1}$: t기와 t-1기 간 인구통계적 변수 변동 벡터

$X_{3,t}$: t기 재무 변수 벡터

$X_{3,t} - X_{3,t-1}$: t기와 t-1기 간 재무 변수 변동 벡터

제 3절 연구방법

1. 연구대상 및 분류방법

본 연구의 연구대상인 준고령가계란 가구주의 연령이 만 55세 이상인 가구를 의미한다. 고령가계에 대한 정의는 연구의 목적에 따라 다소 상이하게 나타나며, 기존의 연구에서는 일반적으로 OECD, UN 등 국제기구와 국내 통계청 조사와 같이 고령화 사회 등을 구분하기 위해 고령 혹은 노인을 65세 이상 인구로 정의하고 있다. 그러나 본 연구는 가계 재무적 측면의 변화를 측정하는 것을 목적으로 하고 있으며, 준고령가계를 연구대상으로 설정한 배경은 소득이 중단되었거나 중단될 가능성이 높은 시점이라는 특징을 반영한 것이므로 재무적 특성을 반영할 필요가 있다는 점에서 이상의 조사와는 차이가 있다. 따라서 고령자고용촉진법, ILO 등이 정한 만 55세 이상의 인구를 준고령으로 정의했다. 실제로 국민노후보장패널조사 및 고령화연구패널조사 또한 장기적인 측면을 고려해 45~55세 이상의 인구를 대상으로 이루어진다는 점에서 볼 때, 만 55세 이상의 인구를 준고령가계의 대상으로 설정할 수 있다(김진훈, 2016).

또한 실증연구 결과에서도 55세 이상의 준고령 연령집단의 경우 55세 미만의 세대보다 의료비 지출 규모가 급증하는 기준점으로 나타났다(황명진, 2017). 이는 55세라는 연령을 기점으로 의료서비스 수요가 높아지는 연령대로 추정할 수 있는 근거가 되며, 고령가계의 의료비 부담을 측정하기에 적합한 연령 구분임을 가정할 수 있다.

한편, 본 연구는 한국노동연구원의 한국노동패널 17차, 18차 데이터(2014년~2015년)자료를 활용해 가구주의 연령에 따른 연구대상을 구성한다. 한국노동패널은 도시가계를 대표할 수 있는 패널자료로써, 가구 데이터 및 15세 이상의 가구원 데이터를 구분하여 조사하는 동시에 매년 부가조사를 통해 추가적인 내용을 수집하고 있다. 가구 데이터에는 가계 기본 정보, 소득, 소비, 저축, 자산 등에 대한

사항을 수집하며, 가구원 데이터는 가구원별 경제활동, 근로 상태, 조직몰입도 및 직무만족도, 건강 상태 등을 조사하고 있다.

본 연구의 경우 앞선 연구대상의 기준에 따라 한국노동패널 17차(2014년 조사) 자료 중 가구주가 만 55세 이상인 가구만을 대상으로 선정했다. 우선, 한국노동패널 17차, 18차 데이터 전체 가구 중 응답자가 가구주인 가구만을 선택하였다. 가계 경제의 소득주체인 가구주의 건강악화로 인한 문제를 명확하게 볼 수 있으며, ‘건강 변화 여부’는 개인 데이터에 포함되어 있으며, 개인 데이터는 응답자를 중심으로 구성되어 있기 때문에 응답자를 가구주로 한정하였다. 이를 위해 각 차수별 개인 데이터 중 응답자가 가구주인 케이스만 선택한 뒤, 각 차수의 개인 데이터 및 가구 데이터를 hhid(가구 고유번호)를 기준으로 병합했다. 이후 18차 데이터의 pid(개인 고유번호)를 기준으로 17차 데이터를 병합하여 응답자가 가구주인 가구를 선정했다. 다음으로 17차 데이터의 만 55세 이상의 가구주 응답치만 연구대상으로 선정하기 위해, 17차 데이터 중 만 55세 이상의 응답자만 선택하였다. 이후 총소득 및 총자산 등에 대해 0으로 응답 혹은 생활비 총합이 개별 항목보다 작은 불성실 응답치를 제거하여 총 2,835개의 케이스를 추출했다. 해당 표본은 연구문제 3에서 균형패널을 구축하기 위해 17차, 18차 데이터에 모두 응답한 가계만을 대상으로 했다는 점에서 특징적이다.

2. 변수측정

1) 의료비 부담

본 연구의 독립변수인 의료비 부담의 경우, 기존 연구에 기반하여 소득을 통제하고 의료비 부담의 순효과를 측정하기 위해 Xu et al.(2003)의 계산 방식을 차용해 정의했다. 따라서 의료비 부담을 ‘지불능력(capacity to pay) 대비 자부담 보건의료비의 비율’로 측정

하였다. 본 연구에 지불능력은 총 소비 지출액에서 필수적인 소비 지출인 식료품비 지출액(외식비 제외), 주거비, 생필품 구입비를 제외한 값으로 계산했다.

2) 재무안정성

본 연구의 재무안정성과 관련한 조작적 정의 및 준거기준은 선행연구에 따라 최현자 외(2003), 양세정 외(2013)의 연구의 조작적 정의에 기반하여 설정했다. 따라서 재무안정성이란 이론적 배경에서 밝힌 바와 같이 “일상적 재무 관리 능력을 갖추고, 재무적 위험에 대응할 수 있는 재무적 역량”으로 정의한다. 이상의 재무안정성을 측정하는 지표 및 가이드라인은 <표 1>과 같다. 두 연구에서 공통적으로 측정하고 있는 재무안정성 지표는 크게 가계수지지표, 비상자금지표, 부채부담지표, 위험대비지표(혹은 보장성보험준비지표)이다.

이 중 부채부담지표는 연구자마다 다소 상이한 지표를 측정하고 있으나 기간으로 분류할 경우 일반적으로 단기부채부담, 중기부채부담, 장기부채부담으로 구분할 수 있다(양세정 외, 2013). 단기 부채부담은 가계의 소득으로 충분히 상환할 수 있는지를 측정하는 지표로 부채상환지표로도 명명된다. 반면 중기 및 장기 부채부담은 자산 대비 부채 비율이라는 점에서는 공통적이거나 부동산 등을 포함한 총 자산 측면인지 혹은 유동성 자산만을 고려하는지 여부에 차이가 있다. 의료비 부담의 급증은 지출 항목의 특성 상 단기적 대응이 필요하며, 부동산 등의 비유동성 자산은 단기적으로 처분을 통한 대응이 어렵다는 점에서 본 연구는 중기부채부담을 중심으로 분석한다.

한편, 위험대비지표는 본 연구에서 제외하였는데, 준고령가계의 의료비 부담의 증가와 보장성 보험의 가입 여부 간 선후 관계에 있어 논리적 타당성이 부족하기 때문이다. 일반적으로 보장성 보험은 가계의 위험 대비적 측면에서 강조되고 있으며, 선행연구에서도 건

강 악화로 인한 의료비 부담의 증가 시에는 위험대비지표의 분자인 보험료 변화보다는 보험금의 변화를 측정해오고 있다(우경숙, 2016).

가. 가계수지지표

가계수지지표는 소득 대비 소비지출의 비율로 측정하여 가계의 적자여부를 파악할 수 있는 가장 기본적인 지표이다. 가계수지지표는 안정성과 성장성을 동시에 알아볼 수 있으며, 기간 상으로는 장단기적으로 모두 해당되는 재무안정성 지표이다. 연구마다 측정방법에는 약간의 차이가 있으나, 기본적으로 동일 기간 소득 대비 동일 기간의 소비 지출액을 기준으로 측정한다. 본 연구에서는 가계수지지표를 ‘연간 경상소득 대비 연간 소비 지출액의 비중’으로 측정하였다. 우선 경상소득은 근로소득, 금융소득, 부동산소득, 이전소득의 합으로 계산했다. 이전소득의 경우 국민기초생활보조금, 기타 정부보조금, 사회단체보조금으로 계산된 공적이전소득과 친척/친지 보조금, 따로 사는 부모님, 따로 사는 자녀, 그 외 친척 친지로부터의 이전소득, 기타 이전소득으로 계산된 사적이전소득의 합으로 계산했다. 다음으로 연간 소비 지출액은 연간 총지출에서 비소비지출을 제한 값으로 계산했다. 가계수지지표의 경우, 연구대상인 고령가계의 특성에 맞도록 양세정 외(2013)의 기준에 따라 연령별 준거기준을 적용하였다.

나. 비상자금지표

비상자금지표는 총지출 혹은 총소득 대비 유동성자산의 비율로 가계에 위험이 발생하였을 경우 동일한 생활수준을 이어갈 수 있는 역량을 평가하는 지표이다. 비상자금지표는 가계수지지표와 마찬가지로 안정성과 성장성을 동시에 알아볼 수 있으며, 기간 상 장단기 모두 해당되는 지표이다. 본 연구에서는 가계의 소비가 효용을 결정

한다는 이론적 배경에 따라, 지출수준을 유지함으로써 가계의 생활 수준이 결정된다고 보고 있다. 본 연구에서는 비상자금지표를 ‘연간 소비 지출액 대비 유동성자산의 비중’으로 측정했다. 이 때 유동성 자산은 금융자산의 값으로 계산했으며, 이는 총자산 중 부동산자산 및 기타자산을 제외한 값과 같다. 비상자금지표 또한 연구대상인 고령가계의 특성에 맞도록 양세정 외(2013)의 기준에 따라 연령별 준거기준을 적용하였다.

다. 부채부담지표

본 연구에서의 부채부담지표는 앞선 논의에 따라 중기 부채부담지표를 의미한다.⁵⁾ 중기 부채부담지표는 유동성이 높은 금융자산을 기준으로 부채부담 정도를 측정하는 지표로써, 총부채를 금융자산을 통해 얼마나 청산할 수 있는지를 파악하여 부채에 대한 부담 정도를 확인하기 위해 활용된다(양세정 외, 2013). 최현자 외(2003)는 이러한 중기 부채부담 지표를 통해 향후 부채활용 가능성을 추정해 볼 수 있음을 주장했으며, 의료비 부담에 따른 신규 자산 확보 측면에서 이러한 논의가 강조될 수 있다. 본 연구에서는 부채부담지표를 ‘유동성자산 대비 총 부채액의 비중’으로 측정했다. 이 때, 총 부채액은 최현자 외(2003)의 연구에 따라 부채 잔액으로 계산하였다. 부채부담지표의 경우, 연령별 기준이 특정되지 않아 최현자 외(2003)의 연구를 바탕으로 부채잔액 대비 금융자산 비중이 10%보다 큰 경우를 충족상태로 보았다.

라. 부채상환지표

부채상환지표는 현금흐름측면에서 측정되는 부채에 대한 단기

5) 단기 부채부담지표의 경우 양세정 외(2013)의 연구에 근거하여 부채상환지표로 명명했다.

부담지표로써, 부채상환에 활용되는 자원으로 인해 다른 소비지출이 제약되는지를 파악하기 위한 간접적인 역할도 수행할 수 있다(양세정 외, 2013). 부채상환지표가 큰 경우 가계는 상환부담으로 인해 이전의 생활수준을 유지하기 어려워진다. 본 연구에서는 부채상환지표를 ‘경상소득 대비 총 부채 상환액의 비중’으로 측정하였다. 이 때 총 부채 상환액은 한국노동패널 자료 중 월 평균 부채상환액에 12를 곱한 값으로 계산했다. 부채상환지표의 경우, 연구대상인 고령가계의 특성을 반영할 수 있도록 양세정 외(2013)의 기준에 따라 연령별 준거기준을 적용했다.

3) 소비지출

소비지출은 ‘총 소비지출 중 의료비 지출을 제한 값’인 의료비 외 기타 소비지출로 계산했다. 총 소비지출은 (1)에서 계산한 값과 동일하게 측정하였으며 모든 값은 명목변수로 측정했다. 기타 소비의 변화의 경우, $t-1$ 기와 t 기 간 기타 소비 변화량을 계산하여 의료비 순증 부분을 상쇄하였다. 이를 통해 기타 소비 변화량이 0보다 작은 가계는 기타 소비 감소로, 0보다 크거나 같은 가계는 기타 소비 불변 및 증가로 양분화한 후 분석에 활용하였다.

<표 1> 재무안정성 측정 지표 및 가이드라인

최현자 외(2003)			양세정 외(2013)			
지표명	재무비율	준거 기준	지표명	재무비율	가이드 라인	연령별
가계수지지표	월평균생활비 /월평균가계소득	<0.9	가계수지지표	총지출/총소득	<0.7	20대: 0.5 30대: 0.7 40대: 0.8 50대: 0.9 65세이상: 0.95
비상자금지표	금융자산 /월평균가계소득	>1	비상자금지표	유동성자산/총지출	4~6배	20대: 2배 30대: 3배 40대: 4배 50대: 5배 65세이상: 6배
부채부담지표	월평균부채상환액 /월평균가계소득	<0.25	총부채상환지표	총부채상환액 /총소득	<0.3	30~40대: 0.25 미만 65세 이상: 0
	총부채/금융자산	<10	소비생활 부채상환지표	소비생활부채상환액 /총소득	<0.1	
			거주주택마련 부채상환지표	거주주택마련부채상환액 /총소득	<0.2	
			총부채/총자산	<0.8	총부채부담지표	총부채/총자산
				거주주택마련 부채부담지표	거주주택마련부채잔액 /총자산	<0.3
위험대비지표	월평균보험료 /월평균가계소득	0~0.2	보장성보험 준비지표	보장성보험료 /총소득	0.08~0.1	

4) 가계 유형⁶⁾

본 연구에서는 상대적 빈곤 개념을 활용해 소득 및 자산 빈곤 가계를 구분하였다. 선행연구 및 통계청에서는 일반적으로 소득 및 자산의 상대적 빈곤을 중위소득 및 중위자산의 50%이라고 규정하고 있다(김성태 외, 2016; 이주미·김태완, 2014; 통계청, 2017). 따라서 본 연구에서는 연구대상자의 가구균등화중위소득 및 중위자산을 기준으로 빈곤가계를 구분하였다. 가구균등화지수는 OECD 기준에 맞추어 경상소득 및 순자산을 제곱근 가구원수로 나눈 값으로 계산했다. 이상의 빈곤가계는 Carter·May(2001)의 가계 유형화 방식에 따라 비빈곤 가계, 자산빈곤 가계, 소득빈곤 가계(확률적 빈곤), 소득 자산빈곤 가계(구조적 빈곤)으로 유형화되었다(김성태 외, 2016 재인용). 본 연구에서 빈곤여부에 따라 가계유형을 구분함으로써, 각 유형별 의료비 부담의 현황을 구체적으로 살펴볼 수 있는 동시에, 빈곤유형을 통제한다면 의료비 부담의 독립적 영향력을 더욱 명확하게 파악할 수 있게 된다.

3. 자료 분석방법

본 연구는 앞선 연구문제를 해결하기 위해 SPSS 22.0 프로그램을 활용해 시행했다. 연구문제 1은 의료비 지출 및 부담의 현황과 변화 양상을 분석하는 것을 목적으로 한다. 따라서 우선 분석 기간의 의료비 지출 규모와 의료비 부담 현황을 기술통계로 확인하였다. 또한 소득 및 자산 빈곤여부를 기준으로 유형화된 가계별 의료비 지출 규모 혹은 의료비 부담 차이가 존재하는지를 F검정 및 Scheffe 사후 검정을 통해 비교했다. 다음으로 의료비 지출의 변화

6) 본 연구의 경우, 데이터 크기의 제약으로 인해 연구문제 2와 연구문제 3의 유형별 차이를 분석하지 못했으며, 의료비 지출과 의료비 부담 간 차이를 분석하는데 활용되었다.

양상의 경우, 특정 분석 기간 동안의 의료비 지출 규모와 의료비 부담을 대응표본 t-test(paired t-test)를 통해 분석했다. 마지막으로 의료비 지출 규모 및 의료비 부담 증감 비율의 가계유형 간 차이가 있는지를 확인하기 위해 분할표 분석과 χ^2 검정을 시행했다.

연구문제 2는 의료비 부담의 절대적인 크기가 가계경제에 미치는 영향을 파악하기 위해, 가계의 인구통계학적 특성과 재무적 특성을 통제한 후 의료비 부담의 독립적인 효과 여부를 판단하였다. 가계경제를 측정하는 변수 중 소비지출의 경우 다중 회귀분석을 실시하였다. 재무안정성의 경우 ‘충족’ 혹은 ‘미충족’으로 구성되어 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

연구문제 3은 의료비 부담이 분석 기간 동안 변화한 정도에 따라 가계경제의 변화양상을 규명하기 위해, 연구문제 2의 통제변수에 더해 인구통계학적 특성과 재무적 특성의 변화를 통제한 후 의료비 부담 변화의 독립적인 효과를 분석했다. 소비지출의 경우 두 기간 동안의 감소와 유지 및 증가 여부로 분류하여 이분형 로지스틱 회귀분석을 통해 변화 양상을 밝혔다. 재무안정성의 경우 두 기간 동안의 충족, 미충족 여부에 따라 총 4개의 변화양상이 구성되어 다항 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

제 4절 조사대상 가계의 일반적 특성

본 연구의 총 표본은 2,835 가구로 조사대상 가계의 인구통계학적 특성(18차 자료기준)은 <표 2-1>과 같다. 가구주의 평균 연령은 68.8세이고, 평균 가구원 수는 2.27명으로 나타나 국내 가계의 평균 가구원 수보다 다소 낮은 수준을 보였다(통계청, 2017). 가구주의 성별이 남성인 가계는 1,987가구(70.1%), 여성인 가구는 848가계(29.9%)였으며, 혼인상태의 경우 기혼(62.6%), 사별(28.3%), 별거 및 이혼(8.1%) 순으로 나타났다. 교육수준은 중졸 이하(57.8%)가 가장 많았고, 다음으로 고졸(28.1%), 대졸 이상(14.1%)이 뒤를 이었다. 조사대상 가구주의 건강상태는 보통이라고 응답한 가구주가 40.1%로 가장 많았고, 조금 건강하다는 가계가 31.2%, 조금 건강하지 않다는 가계가 23.3%, 매우 건강하지 않다는 가계가 4.8%로 확인되었다.

<표 2-1> 조사대상 가계의 인구통계학적 특성(N=2,835)

연속형 변수	평균	표준편차
연령(세)	68.80	8.770
가구원 수(명)	2.27	1.12
범주형 변수	n	백분율(%)
가구주 성별		
남성	1,987	70.1
여성	848	29.9
혼인상태		
기혼	1,774	62.6
별거 및 이혼	229	8.1
사별	803	28.3
교육수준		
중졸 이하	1,639	57.8
고졸	797	28.1
대졸 이상	399	14.1
건강상태		
아주 건강함	17	0.6
조금 건강함	884	31.2
보통	1,138	40.1
조금 건강하지 않음	661	23.3
매우 건강하지 않음	135	4.8

조사대상 가계의 재무적 특성(18차 자료기준)은 <표 2-2>와 같이 나타났다. 전체 준고령가계의 경상소득은 약 3,062만 원이며, 이중 근로소득이 2,335만 원으로 가장 많은 비중을 차지하고 있었다. 준고령가계의 금융소득, 부동산소득은 각각 약 41만 원, 315만 원으로 나타났으며 표준편차가 상대적으로 크게 나타나 조사대상 가계 간 편차가 다소 큼을 알 수 있다. 이전소득은 공적이전소득이 약 106만 원, 사적이전소득이 약 266만 원으로 은퇴 전 준고령가계로 인해 이전소득의 비중이 선행연구에서의 은퇴가계보다 낮게 나타났다. 총 생활비는 약 1,767만 원으로 경상소득보다 다소 적었으며 이중 의료비 외 소비지출에 약 1,668만 원을 지출하고 있었다. 순 자산은 약 24,339만 원으로 이 중 부동산자산이 약 24,467만 원, 금융자산이 약 2,886만 원, 총 부채가 약 3,572만 원을 차지하고 있었으며, 가계는 월 평균 약 35만 원의 부채상환을 하고 있는 것으로 나타났다. 빈곤여부로 구분한 가계유형의 경우, 비빈곤 가계가 1,627가구(57.4%)로 과반을 차지했고 뒤를 이어 자산빈곤 가계 535가구(18.9%), 소득빈곤 가계 408가구(14.4%), 소득과 자산이 모두 빈곤한 가계 265가구(9.3%) 순이었다. 조사대상 준고령가계의 주거형태는 자가 76.3%로 가장 많았으며 월세 및 기타는 13.2%, 전세는 10.5%를 차지했다. 전체 조사대상 가구주 중 53.3%는 취업 상태였으며 나머지 46.7%는 미취업 상태인 것으로 확인되었다. 보장성보험 가입여부의 경우, 보장성 보험에 가입되어 있지 않은 가계가 61.4%로 가입된 가계(38.6%)보다 높은 비중을 보였다.

<표 2-2> 조사대상 가계의 재무적 특성(N=2,835)

연속형 변수	평균	표준편차
경상소득(만 원/년)	3,062.10	3,654.38
근로소득(만 원/년)	2,335.04	2,918.05
금융소득(만 원/년)	40.79	227.25
부동산소득(만 원/년)	314.85	2,098.77
공적이전소득(만 원/년)	105.86	219.67
사적이전소득(만 원/년)	265.56	646.94
총 생활비(만 원/년)	1,766.98	1,220.14
기타 소비지출(만 원/년)	1,668.04	1,200.82
순 자산(만 원)	24,338.74	31,939.86
부동산자산(만 원)	24,467.46	34,522.72
금융자산(만 원)	2,886.34	6,994.95
총 부채(만 원)	3,571.89	18,133.87
월부채상환액(만 원/월)	35.45	1,296.55
범주형 변수	n	백분율(%)
가구유형		
비빈곤	1,627	57.4
자산빈곤	535	18.9
소득빈곤	408	14.4
소득자산빈곤	265	9.3
주거형태		
자가	2,162	76.3
전세	299	10.5
월세 및 기타	374	13.2
취업여부		
취업	1,512	53.3
미취업	1,323	46.7
보장성보험 가입여부		
가입	1,095	38.6
미가입	1,740	61.4

제 4장 연구결과

제 1절 준고령가계의 의료비 현황

본 절에서는 준고령가계의 의료비 지출 규모 및 의료비 부담에 대한 현황을 살펴본다. 이를 위해 우선, 가계가 보유한 자원의 크기에 따라 소비지출이 결정된다는 개념적 모형에 근거하여 빈곤유형별 의료비 지출 규모와 의료비 부담의 절대값을 비교분석한다. 또한, 가계유형별 분석기간 간 의료비 지출 규모 및 의료비 부담의 변화가 존재하는지의 추이를 추가적으로 살펴본다. 마지막으로, 의료비 지출 규모 및 의료비 부담의 가계 증감 비율을 통해 변화 양상을 확인한다.

1. 준고령가계의 의료비 지출 규모 및 변화

준고령가계의 의료비 지출 규모 및 변화에 대한 현황은 <표 3-1>과 같다. 우선, 전체 고령가계의 자부담 의료비 지출 규모는 2014년 연간 95.42만 원, 2015년 연간 98.93만 원으로 나타났다. 또한, 가계의 자원 상태에 따라 의료 서비스 소비의 차이가 있는지를 밝히고자 분석한 결과, 분석기간 모두 소득 및 자산 빈곤여부로 구분한 가계유형 간 자부담 의료비 지출 규모에서 유의미한 차이가 나타났다. 2014년의 경우, 비빈곤 가계의 자부담 의료비 지출 평균은 112.21만 원으로 가장 높았으며, 소득빈곤 가계 80.54만 원, 자산빈곤 가계 76.42만 원으로 뒤를 이었다. 반면 소득과 자산이 모두 빈곤한 가계는 평균 46.47만 원으로 자부담 의료비 지출 규모가 가장 낮게 나타났으며 비빈곤 가계의 1/2에도 미달하는 수준이었다. 2015년 또한 비빈곤 가계가 평균 108.33만 원으로 가장 많은 의료비 지출 규모를 보였고, 소득빈곤 가계와 자산빈곤 가계는 각각 평균

92.74만 원, 91.93만 원의 의료비 지출을 했다. 소득자산빈곤 가계는 63.06만 원을 지출하고 있어 2014년과 마찬가지로 의료비 지출 규모가 가장 작은 것으로 나타났다.

소득과 자산이 모두 빈곤한 구조적 빈곤 가계의 경우, 추가적인 인구통계학적 분석 결과 건강상태가 가장 좋지 않아 건강개선을 위한 의료 서비스에 대한 수요가 가장 크게 나타날 것으로 추정됨에도 절대적인 의료비 지출 규모는 가장 작았다.⁷⁾ 엔더슨의 건강 서비스 모형 및 의료비 지출과 관련한 선행연구 결과를 바탕으로 할 때, 이러한 현상은 가계의 의료 서비스 이용이 보유한 자원을 통해 이루어지는 데에서 기인한다고 해석된다(라규원·이해중, 2017). 즉, 소득과 자산이 모두 빈곤한 가계는 개념적 모형에 따라 건강이 악화된 경우에도 가계 자체가 보유한 자원을 활용하여 의료 서비스를 충분히 소비하지 못할 가능성이 다른 가계에 비해 상대적으로 높다고 볼 수 있다.

명목 자부담 의료비 지출 규모의 변화를 보면 전체 가계의 의료비는 분석기간 동안 약 3.68% 증가하였으나 유의미하지 않았다. 그러나 가계유형으로 구분한 결과, 의료비 지출 규모의 변화는 가계별로 차이가 존재했다. 비빈곤 가계와 소득빈곤 가계의 경우, 분석기간 간 지출 규모의 유의미한 변화가 없었으나, 자산빈곤 가계와 소득자산빈곤 가계의 의료비 지출은 각각 20.30%, 35.29% 증가했다. 이러한 상황 하에서 개념적 모형에 따르면 해당 가계는 자원의 변화가 일어나지 않는 경우 지불능력이 고정되기 때문에 의료비 부담이 증가하게 된다. 만약 가계가 증가한 의료비 지출규모를 감당하기 위해 지불능력을 증가시킨다면 보유한 자원의 증가로 인해 재무상태가 변화할 것이다. 전자의 상황에서는 가계의 기타 소비지출 비중이 상대적으로 감소하여 효용의 변화가 발생하고, 후자의 상황에서

7) 가계유형별 건강상태를 분석한 결과, 소득자산빈곤 가계의 경우 건강상태가 좋지 않은 가계의 비율이 54.7%인 반면, 비빈곤 가계의 경우 20.7%에 불과했다. ($\chi^2=249.349$, $df=12$, $p\text{-value}<.001$)

는 재무상태의 변화로 인해 재무안정성이 변동될 가능성이 있다. 특히 소득자산빈곤 가계는 상대적인 자원의 부족으로 인해 의료비 지출 규모가 가장 작음에도 지출 증가율이 가장 높게 나타나, 가계의 재무상태나 효용에 미치는 영향이 클 것으로 예상할 수 있다.

<표 3-1> 준고령가계의 의료비 지출 규모 및 변화
(단위 : 만 원, 명목지수)

의료비 지출규모	전체 (n=2835)	비빈곤 (n=1720)	자산빈곤 (n=519)	소득빈곤 (n=298)	소득자산빈곤 (n=298)	F
2014년	95.42 (169.334)	112.21 ^c (196.445)	76.42 ^{a,b} (114.223)	80.54 ^b (142.482)	46.47 ^a (48.026)	17.170 ***
2015년	98.93 (170.203)	108.33 ^b (181.723)	91.93 ^{a,b} (188.669)	92.74 ^{a,b} (110.542)	63.06 ^a (95.180)	6.626 ***
△	3.51	-3.88	15.51	12.20	16.59	
△%	3.68	-3.46	20.30	15.15	35.70	
t	-1.010	.790	-1.979*	-1.363	-3.095**	

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

준고령가계의 의료비 지출 규모의 변화 양상은 <표 3-2>와 같이 나타난다. 전체 준고령가계는 감소하거나 유지한 가계가 59.9%, 증가한 가계가 40.1%로 나타났다. 가계유형별로는 이러한 증감을 간 차이를 보이지 않았다. 특히 자산빈곤, 소득자산빈곤 가계는 유의미한 지출 규모의 증가를 보였으나 증감 여부에 따라서는 다른 가계와 차이가 없었다. 이는 의료비 지출이 증가한 가계의 증가분이 상대적으로 크거나 유지나 감소한 가계의 감소분이 상대적으로 작다는 것을 의미한다. 실제로 추가적인 분석 결과, 전체 가계의 보건의료비 증감규모는 각각 98.33만 원, -59.88만 원으로 나타나 전체적으로도 의료비 지출이 증가한 가계의 증가분이 더 컸다. 자산빈곤 가계의 증감규모는 각각 101.62만 원, -39.80만 원으로 자산빈곤 가계

의 경우 증가량이 전체 평균보다 높고 감소량이 전체 평균보다 낮은 경향을 보였다. 소득자산빈곤 가계의 경우, 증감규모는 각각 70.02만 원, -23.09만 원으로 나타났다. 결국 구조적 빈곤 가계의 경우에도 의료비 지출 규모의 비율은 2014년 기준으로 절반 정도에 그치나 증가 규모는 약 70%의 수치를 보여, 의료비 지출이 증가 가계의 증가분이 상대적으로 큼을 확인할 수 있었다.

<표 3-2> 준고령가계의 의료비 지출 규모 변화 양상

(단위 : %)

의료비 지출규모 변화양상	전체 (n=2835)	비빈곤 (n=1720)	자산빈곤 (n=519)	소득빈곤 (n=298)	소득자산빈곤 (n=298)	χ^2
감소/유지	59.9	61.0	60.9	54.7	57.4	5.202
증가	40.1	39.0	39.1	45.3	42.6	

전체 의료비 지출 규모가 증가한 가계에 대한 인구통계적, 재무적 요인을 추가분석한 결과, 의료비 지출이 증가한 가계의 가구주는 교육수준이 낮고, 미취업 상태에 분포된 비율이 높으며, 보장성 보험을 보유하고 있는 비율이 유의미하게 낮았다. 의료비 지출의 영향 요인을 분석한 선행연구와 비교해 보았을 때, 교육수준, 취업여부, 보장성 보험의 유무는 동일한 결과가 나타났다.⁸⁾ 한편, 연령, 건강에 따른 의료비 지출 규모 차이는 유의미한 차이가 없었는데, 이는 고령가계의 경우 연령이 높고 건강이 좋지 않은 상황에서도 의료비 지출을 증가시킬 필요가 없거나(자발적 미지출) 불가능(비자발적 미지출)함을 의미한다고 생각할 수 있다.

8) 의료비 지출 규모의 증감여부별 대졸 이상 비율을 분석한 결과, 증가가계 15.4%, 감소가계 12.1%($\chi^2=7.849$, $df=2$, $p\text{-value}<.05$), 취업 비율은 증가가계 54.9%, 감소가계 51.0%($\chi^2=4.260$, $df=1$, $p\text{-value}<.05$), 보장성 보험 보유 비율은 증가가계 40.4%, 감소가계 36.0%($\chi^2=5.492$, $df=1$, $p\text{-value}<.05$)로 나타났다.

2. 준고령가계의 의료비 부담 및 변화

준고령가계의 의료비 부담 및 변화에 대한 현황은 <표 4-1>과 같다. 분석결과, 전체적인 준고령가계는 평균적으로 2014년과 2015년 모두 약 13% 정도의 의료비 부담이 있는 것으로 나타났다. 이는 준고령가계가 필수재를 제외한 가용 소비지출액 중 13% 정도를 의료비에 지출하고 있음을 의미한다. 또한 가계의 자원 상태에 따라 의료비 부담의 차이가 있는지를 확인하고자 빈곤유형에 따른 의료비 부담 수준을 분석한 결과, 소득 및 자산 빈곤여부로 구분한 가계 유형 간 자부담 의료비 부담에는 유의미한 차이가 있었다. 2014년의 경우, 비빈곤 가계와 자산빈곤 가계의 의료비 부담이 약 11%인 반면, 소득빈곤 가계와 소득자산빈곤 가계의 의료비 부담은 각각 22.35%, 20.16%로 다른 가계보다 상대적으로 높은 부담을 보였다. 2015년의 의료비 부담의 경우에도 비빈곤 가계와 자산빈곤 가계는 약 11%~12% 수준으로 상대적으로 낮은 수준을 보였으며, 소득자산빈곤 가계 19.53%, 소득빈곤 가계 24.14% 순으로 나타났다.

의료비 부담 가계유형별 분석 결과를 종합하면, 소득빈곤이 존재하는 가계의 의료비 부담이 높게 나타났다. 이러한 연구결과는 소득수준별 과부담 의료비 가구의 비중은 소득분위가 낮을수록 더욱 크다는 기존연구의 결과와 일치한다(김수정·허순임(2011)). 특히 소득수준과 의료비 지출 수준의 형평성을 추정하는 Kakwani지수에 대한 연구를 보면, 우리나라는 다른 국가와 비교했을 때 상대적으로 저소득층에게 의료비 지출의 역진성이 더 크게 나타나 소득빈곤 시 의료비 부담이 높다는 결과를 뒷받침 한다(엄선희·문춘걸, 2010).

특히 소득자산빈곤 가계는 절대적인 의료비 지출 규모가 상대적으로 가장 작은 집단임에도 지불능력이 낮아 이상의 결과가 나왔음을 추론할 수 있다. 즉, 소득자산빈곤 가계는 지불능력의 부족으로 인해 상대적으로 적은 의료 서비스를 제공받을 뿐만 아니라, 의료비 부담으로 인해 의료비 외 소비지출에도 제약을 받고 있다는 사실을

알 수 있다.

또한 소득빈곤 가계의 2015년 의료비 부담은 전체 가계 중 가장 크게 나타났다. 소득빈곤 가계는 자산을 매각해 소비에 활용할 경우 구조적 빈곤 가계로 전락할 가능성이 있다는 점에서 확률적 빈곤 가계로도 명명되고 있으며, 장기적으로 이러한 부담 추이가 지속된다면 자산의 감소로 인해 소득자산빈곤 가계로 전환할 가능성도 있다. 국내 고령가계는 자산효과로 인해 소득이 부족한 경우 자산을 통해 소비를 유지할 수 있다는 점에서(홍중구·손재영, 2016), 의료비 부담에 따른 확률적 빈곤 가계의 구조적 빈곤화 가능성이 높다. 앞선 결과에 따르면, 소득빈곤 가계가 소득자산빈곤 가계로 전환될 경우 의료 서비스 소비가 감소됨에 따라 건강 악화와 재정 악화의 악순환이 지속될 수 있다.

의료비 부담의 변화 추이를 보면, 전체 가계와 유형별 가계의 평균 부담은 유의미한 변화가 없었다. 즉, 준고령가계는 지불능력 중 의료비 지출의 할당 비율을 급증시키지 않은 것을 알 수 있다. 한편, 의료비 지출 규모가 유의미하게 증가한 자산빈곤 가계, 구조적 빈곤 가계의 경우에도 의료비 부담은 유의미한 증가가 발생하지 않았다.

의료비 지출 규모가 증가한 가계의 부담 변화가 발생하지 않았다는 것은 해당 가계의 지불능력 확대가 이루어졌음을 의미한다. 실제로 본 연구의 추가 분석 결과, 의료비 지출 규모가 증가한 소득자산빈곤 가계의 경우 전반적인 지불능력이 확대되었으며, 이는 가계 근로소득, 공적이전소득, 사적이전소득 등의 유의미한 증가로 인한 결과로 볼 수 있다.⁹⁾ 의료비 지출 규모가 증가하지 않은 가계의 대

9) 소득자산빈곤 가계 중 의료비 지출 규모가 증가한 가계의 소득 변화는 다음과 같다.

	2014년	2015년	t
지불능력(만 원)	270.52	388.91	-6.913***
근로소득(만 원)	151.83	283.40	-2.956**
공적이전소득(만 원)	232.22	283.35	-3.789***
사적이전소득(만 원)	223.03	276.57	-2.307*

응표본 t-test결과, 지불능력 및 사적이전소득의 t-1기와 t기 간 차이가 유의미하지 않다는 점에 비추어보았을 때, 의료비 지출규모의 증가는 사적이전소득의 확대를 통해 의료비 부담을 유지하고 있는 것으로 추론 할 수 있다. 국내 고령가계는 소득 중 이전소득에 대한 의존도가 높다는 점에서(최효미, 2007), 이러한 대응 방법은 장기적으로 국가 및 부양가족의 부담을 키울 수 있다. 따라서 빈곤 가계가 분석기간 간 추세가 지속되는 상황에 직면한다면, 공공재원이나 부양가족의 소득이전 부담으로 인해 지불능력이 유지되지 못할 경우 의료비 부담이 급증할 것으로 보인다.

이에 더해, 빈곤 가계는 재난적 의료비가 발생하더라도 비의료서비스 지출을 줄이지 않는다는 선행연구 결과를 통해 볼 때(우경숙, 2016), 일부 빈곤 가계는 기타 소비지출을 더 이상 감소시킬 수 없는 상황에서 의료비 부담을 유지하고 있다고 볼 수도 있다. 이는 의료비 지출의 증가가 빈곤 가계의 미충족 의료 서비스 경험을 심화시키는 동시에 식료품비 등 필수적인 소비까지 제약할 수 있음을 의미한다.

<표 4-1> 준고령가계의 의료비 부담 및 변화(명목변수)

의료비 부담	전체 (n=2835)	비빈곤 (n=1720)	자산빈곤 (n=519)	소득빈곤 (n=298)	소득자산빈곤 (n=298)	F
2014년	.1332 (.1631)	.1115 ^a (.1467)	.1145 ^a (.1565)	.2235 ^b (.1867)	.2016 ^b (.1886)	63.109 ***
2015년	.1359 (.1652)	.1131 ^a (.1485)	.1171 ^a (.1525)	.2414 ^c (.1973)	.1953 ^b (.1874)	72.100 ***
△	0.0027	0.0016	0.0026	0.0179	-0.0063	
△%	2.03	1.43	2.27	8.01	-3.13	
t	-.942	-.493	-.445	-1.513	.536	

*** p < .001

준고령가계의 의료비 부담 변화 양상은 <표 4-2>와 같다. 분석 결과, 전체 가계 중 의료비 부담이 증가한 가계는 49.2%로 약 절반에 해당했다. 의료비 지출 규모의 증가 가계 비율이 약 40%임을 고려할 때, 전반적으로 가계의 지불능력이 2014년에 비해 2015년에 감소한 가계의 비율이 높음을 의미한다. 한편, 가계유형별 증감 가계의 비율은 유의미한 차이를 보였다. 대체로 소득이 빈곤한 가계의 의료비 부담 증가 가계 비율이 상대적으로 낮게 나타났다, 특히 소득자산빈곤 가계는 의료비 부담이 증가한 가계의 비율이 가장 낮았는데, 이는 소득자산빈곤 가계의 의료비 평균 부담이 두 기간 동안 가장 크고 유의미한 변화가 없다는 것을 고려할 때, 해당 가계 내에서 부담 양극화가 발생하고 있음을 확인할 수 있다. 즉, 소득빈곤 가계의 경우 증가한 가계의 부담 증가분이 감소한 가계의 감소분보다 상대적으로 큼을 의미한다.

<표 4-2> 준고령가계의 의료비 부담 변화 양상

(단위 : %)

의료비 부담 변화양상	전체 (n=2833)	비빈곤 (n=1719)	자산빈곤 (n=519)	소득빈곤 (n=297)	소득자산빈곤 (n=298)	χ^2
감소/유지	50.8	48.9	51.6	52.9	57.7	8.776*
증가	49.2	51.1	48.4	47.1	42.3	

* p < .05

의료비 부담에 대한 추가 분석 결과, 의료비 부담 수준이 높고 기간 내 부담이 증가한 가계의 비율이 낮은 소득자산빈곤 가계의 경우 의료비 부담이 증가한 가계의 평균 의료비 변화량은 64.95만원인 반면, 감소하거나 유지된 가계의 평균 변화량은 -18.84만원으로 나타났다. 또한 의료비 부담의 변화량도 증가한 가계는 약 14.8%p가 증가했으나 감소하거나 유지한 가계는 -11.9%p가 감소한 것으로 나타났다. 따라서 의료비 부담이 증가한 가계의 사적 이전소

득 등이 유의미하게 증가했음에도 증가한 의료비 지출 규모를 상쇄하기에는 부족한 것을 알 수 있다. 이러한 추세는 앞서 언급한 바와 같이 빈곤 가계의 의료비 부담과 건강 악화의 악순환을 야기할 수 있다는 점에서 중요하다.

제 2절 준고령가계의 의료비 부담과 가계경제

본 절에서는 의료비 부담과 가계 대응에 대한 개념적 모형을 횡단면 분석을 통해 실증적으로 규명했다. 의료비 부담의 절대적 크기가 소비지출 및 재무안정성으로 측정된 가계경제에 미치는 독립적인 영향력을 파악하고자 다중 회귀분석 및 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

1. 고령가계의 의료비 부담과 소비지출

의료비 부담이 소비지출에 미치는 영향은 <표 5-1>과 같다. 의료비 부담이 기타 소비지출에 미치는 영향을 분석하기 위한 횡단면 모형 검정 결과 F 값이 219.149로 나타나 모형이 유의한 것으로 확인되었고, 모형의 설명력을 나타내는 adjusted R^2 는 .594였다. 또한 Durbin Watson 값은 1.795로 오차항 간 자기상관이 존재하지 않는 것으로 나타났다.

계수 검정 결과, 독립변수인 의료비 부담은 기타 소비지출에 유의미한 음의 영향을 미쳤다. 비표준화 계수를 보면 의료비 부담의 절대값이 10%p 커질수록 기타 소비지출은 연간 약 -75만 원 감소함을 알 수 있다. 앞선 논의를 기반으로 할 때 가계의 지불능력이 단기적으로 충분하게 증가하지 않거나 감소하는 경우, 의료비 부담이 커지면 기타 소비지출은 불가피하게 감소한다. 지불능력은 가계가 보유한 자원에 의해 결정된다는 점에서, 가계가 자원을 늘리지 않거나 늘릴 수 없는 상황이라면 의료비 지출 증가로 인해 기타 소비지출에 제약이 발생한다. 이는 의료비 부담이 재무안정성에 영향을 주지 않더라도 자원을 충분히 확대하지 못한 가계의 경우 의료비 외 소비지출을 감소함으로써 의료비 부담에 대응했다고 볼 수 있다. 따라서 가계의 의료비 부담이 과도해지는 경우 기초적인 소비까지 제약될 가능성이 있을 것으로 예상된다.

<표 5-1> 준고령가계의 의료비 부담과 기타 소비지출(n=2,835)

	기타 소비지출	
	B	S.E.
의료비 부담	-755.188***	103.422
인구 변수		
연령	-15.295***	2.306
성별(0=남성)		
여성	118.875*	56.562
가구원수	470.137***	16.473
혼인상태(0=기혼)		
미혼	-191.021	149.160
별거 및 이혼	-78.859	65.398
사별	184.891**	61.171
교육수준(0=대졸이상)		
중졸이하	-816.247***	46.224
고졸	-628.327***	47.244
재무 변수		
주거상태(0=자가)		
전세	-57.958	51.070
월세 및 기타	111.308*	54.089
가계유형(0=비빈곤)		
자산빈곤	-261.251***	47.150
소득빈곤	-396.883***	46.104
소득자산빈곤	-469.306***	59.470
취업여부(0=취업)		
미취업	42.418	35.396
보장성보험(0=있음)		
없음	269.875***	36.036
전년도 건강(0=건강함)		
매우 좋지 않음	-49.376	82.108
좋지 않음	-156.176***	44.668
보통	-150.184***	35.068
상수	2391.443***	185.932
Model F	219.149***	
adjusted R^2	.594	
Durbin-Watson	1.795	

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

2. 고령가계의 의료비 부담과 재무안정성

고령가계의 의료비 부담이 재무안정성에 미치는 영향은 <표 5-2>와 같다. 첫 번째로, 의료비 부담이 가계수지표 충족 여부에 미치는 영향을 분석하기 위한 모형의 경우, -2Log 우도 값이 3019.217이며 Model χ^2 검정 결과 모형의 유의성이 확인되었다. 모형의 설명력을 나타내는 Nagelkerke R^2 는 .207로, 본 모형의 독립변수 및 통제변수는 가계수지표의 충족 여부 중 약 20.7%를 설명하고 있었다. 횡단면 연구결과, 인구통계학적, 재무적 특성을 통제한 후 연속변수로 측정한 의료비 부담의 크기는 가계수지표의 충족 여부에 유의미한 독립적 영향력을 갖지 않는 것으로 나타났다.

의료비 부담의 절대값이 크다는 것은 지불능력 대비 의료비 지출 규모가 크다는 것을 의미한다. 즉, 가계의 의료비 부담이 크다는 것은 건강악화로 인해 의료 서비스 소비가 증가했거나 혹은 지불능력이 유지되거나 감소한 상태에서 의료비 지출 비중을 줄이지 못한 결과를 말한다. 이러한 의료비 부담의 크기가 가계수지표의 충족 여부에 독립적인 영향력이 없다는 것은 총 소비지출의 규모 변화 양상에 따라 두 가지 해석이 가능하다.

하나는 의료비 부담이 커졌음에도 총 소비지출 규모 혹은 지불능력이 고정 혹은 감소하는 경우이다. 이러한 상황 하에서 의료비 부담이 커지는 경우 상대적으로 의료비 외 소비지출 규모는 절대적으로 감소한다. 따라서 의료비 부담의 크기가 가계수지표의 충족 여부에는 영향을 미치지 못하지만 앞서 살펴본 바와 같이 기타 소비지출의 감소를 야기할 수 있다.

다른 하나는 경상소득이 증가함으로써, 의료비 증가에 따른 총 소비지출의 증가가 가계수지표에 영향을 줄 만큼 급격하게 변하지 않은 경우이다. 가계는 과도한 의료비 부담에 대한 재무적 대응의 일환으로 현재 자원 중 소득을 증가시키는 선택을 한다(우경숙, 2016). 일반적으로 과도한 의료비 부담이 재발하거나 장기화 됨에

따라 가계는 근로를 지속할 확률이 감소하며(조운민, 2015), 고령가계의 경우 생애주기 상 근로가능성은 더욱 낮아진다. 따라서 의료비 부담이 커질수록 이전소득을 늘릴 가능성이 높아지는데, 본 연구 역시 추가적인 분석 결과, 총 소비지출액이 증가한 가계의 의료비 부담과 사적이전소득 및 공적이전소득 간 유의미한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.¹⁰⁾ 따라서 이전의 선행연구에서 언급된 바와 같이 의료비 부담에 대한 대응으로 소득을 증가시킴으로써 가계수지표가 유지된다고도 볼 수 있다.

두 번째로, 의료비 부담이 비상자금지표 충족 여부에 미치는 영향을 분석하기 위한 모형의 경우, -2Log 우도 값이 3409.116이며 Model χ^2 검정 결과 모형의 유의성이 확인되었다. 모형의 설명력을 나타내는 Nagelkerke R^2 는 .223로, 본 모형의 독립변수 및 통제변수는 비상자금지표의 충족 여부 중 약 22.3%를 설명하고 있었다. 계수 분석결과, 의료비 부담의 크기는 가계수지표와 동일하게 비상자금지표의 충족 여부에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

의료비 부담의 크기가 비상자금지표의 충족 여부에 영향을 미치지 못한다는 것은 총 소비지출의 규모 변화 양상에 따라 두 가지 해석이 가능하다. 하나는 앞선 가계수지표 분석과 같이 금융자산이 급격히 변화하지 않고 총 소비지출이 유지되거나 감소한 경우로, 이러한 상황 하에서는 의료비 부담이 비상자금지표의 충족 여부에 독립적 영향력을 갖지 못하나 기타 소비지출의 감소가 발생할 가능성이 높다.

다른 하나는 의료비 부담이 증가함 따라 총 소비지출이 증가했음에도, 의료비 부담에 대응하기 위한 금융자산의 자산효과가 없거나 작은 경우이다. 이는 증가한 소비지출을 감당하기 위해 금융자산을 쉽게 유동화하지 않는 것을 의미한다. 심적회계에 대한 실증연구에 따르면 소득이 상대적으로 낮은 가계는 금융자산 계정의 한계소

10) 의료비 부담과 사적이전소득 간 상관관계는 .169(p-value<.001), 공적이전소득 간 상관관계는 .148(p-value<.001)로 나타났다.

비성향이 가장 낮은 경향을 보였다(박종선·황덕순, 2014). 따라서 비고령 가계에 비해 상대적으로 소득 수준이 낮은 준고령가계는 이러한 심적회계 성향을 보일 것으로 예측할 수 있다. 특히 고령가계의 의료비 지출의 경우 단기간에 자원의 발생이 이루어져야 하기 때문에 자산에 대한 의존도는 소득보다 크지 않은 것으로 밝혀졌다(서영빈·송헌재, 2015; 이선우 외; 2017). 실제로 본 연구에서 총 소비지출액이 증가한 가계를 대상으로 추가적인 분석을 시행한 결과, 의료비 부담과 금융자산의 변화는 유의미한 상관관계를 보이고 있지 않았다.¹¹⁾ 즉, 의료비 부담의 크기가 증가하는 경우, 준고령가계가 소득보다 금융자산을 소비 원천으로 활용할 가능성이 낮기 때문에 비상자금지표의 충족 여부에 영향을 미치지 않는다고 볼 수 있다.

세 번째로, 의료비 부담이 부채부담지표의 충족 여부에 미치는 영향을 분석하기 위한 모형의 경우, -2Log 우도 값이 2422.737이며 Model χ^2 검정 결과 모형의 유의성이 확인되었다. 모형의 설명력을 나타내는 Nagelkerke R^2 는 .046으로, 본 모형의 독립변수 및 통제변수는 부채부담지표의 충족 여부 중 약 4.6%를 설명하고 있었다. 연구결과, 인구통계학적, 재무적 특성을 통제한 후 연속변수로 측정된 의료비 부담의 크기는 부채부담지표의 충족 여부에 유의미한 독립적 영향력을 갖지 않는 것으로 확인되었다.

이는 부채부담지표는 금융자산 대비 총 부채규모를 통해 판단하므로, 의료비 부담의 절대적 크기가 해당 비율에 유의미한 영향을 미치지 못함을 의미한다. 고령가계의 재무적 특성 상 본 결과는 금융자산의 증가보다는 국내 고령가계의 특성 상 부채 이용이 제한적이어서 발생하는 현상으로 볼 수 있다. 금융자산과 부채는 모두 은퇴가계의 총 소비에는 어느 정도 영향을 미칠 수 있으나(심현정, 2017), 앞서 살펴본 바와 같이 가계는 심적회계로 인해 의료비 부담의 크기가 크더라도 금융자산과 부채를 소비 원천으로 활용할 가능

11) 의료비 부담과 금융자산 변화량 간 상관관계는 .004(p -value>.05)로 나타났다.

성은 소득 계정보다 낮다(서영빈·송헌재, 2015). 의료비의 경우, 부채는 재난적 의료비의 임계점이 높은 수준에서만 유의미하게 증가하였는데, 이는 의료비 부담이 과도한 경우가 아닌 한 부채를 활용할 가능성은 상대적으로 낮다는 것을 시사한다(우경숙, 2016). 특히 은퇴한 고령가계는 금융자산을 의료비 지출에 활용할 가능성이 부채를 활용할 가능성보다 높게 나타났다(심현정, 2017). 따라서 준고령가계가 소득계정, 금융자산계정, 부채계정 순서대로 활용함을 가정하면, 소득과 자산을 통해 충분한 의료비를 감당하지 못하는 가계는 부채를 활용해야 함에도 불구하고, 유동성 제약 및 생애주기 상 특성으로 인해 다소 제한적일 가능성이 높다.¹²⁾ 이상을 정리하면, 의료비 부담의 크기가 증가하는 경우, 금융자산과 부채의 자산효과가 크지 않아 부채부담지표의 충족여부에 유의미한 영향력을 갖지 않는다는 것으로 볼 수 있다.

마지막으로, 의료비 부담이 부채상환지표의 충족 여부에 미치는 영향을 분석하기 위한 모형의 경우, -2Log 우도 값이 1788.428이며 Model χ^2 검정 결과 모형의 유의성이 확인되었다. 모형의 설명력을 나타내는 Nagelkerke R^2 는 .041로, 본 모형의 독립변수 및 통제변수는 부채상환지표의 충족 여부 중 약 4.1%를 설명하고 있었다. 계수 분석결과, 의료비 부담의 크기는 부채상환지표의 충족 여부에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

부채상환지표는 경상소득 대비 부채상환액의 비중으로 측정하므로, 의료비 부담의 크기는 해당 비율을 유의미하게 변화시키지 않음을 뜻한다. 이는 크게 두 가지 해석이 가능하다. 하나는 준고령가계의 소득이 의료비 부담으로 인해 감소하거나 유지되는 경우 부채상환액의 유의미한 증가는 없는 경우이다. 부채상환액은 부채의 이용으로 인해 발생한다는 점에서, 앞선 부채부담지표와 동일한 맥락에

12) 실제로 의료비 부담과 부채잔액 간 상관관계는 $-.071$ ($p\text{-value}<.001$)로 나타났는데, 이는 의료비 부담이 적은 가계일수록 연령이 낮고 보유자산의 감축이 이루어지지 않아 유동성 제약이 적은 데에서 기인한다고 볼 수 있다.

서 해석할 수 있다. 즉, 연속변수로 측정된 의료비 부담은 고령가계의 부채상환액의 증가에 대해 제한적인 영향력을 가질 것으로 예상된다.¹³⁾

다른 하나는 의료비 부담의 증가가 이전소득 등의 증가를 야기함으로써 증가한 부채상환액을 상쇄하는 경우이다. 기존의 선행연구와 앞선 준고령가계의 의료비 부담과 소득 간 관계에서 볼 수 있는 것처럼 의료비 부담에 대한 대응으로 소득을 증가시킴으로써 부채 부담지표가 유지된다고도 볼 수 있다.

13) 과부담 의료비(혹은 재난적 의료비) 측면에서 임계점을 활용해 측정한다면, 부채부담의 증가와 동일하게 부채상환지표에 영향을 미칠 가능성이 있다.

<표 5-2> 준고령가계의 의료비 부담과 재무안정성(n=2,835)

	가계수지지표 (0=충족, n=1,982)			비상자금지표 (0=충족, n=1,432)		
	B	S.E.	Exp(B)	B	S.E.	Exp(B)
의료비 부담	.297	.295	1.346	.291	.298	1.338
인구 변수						
연령	-.014	.007	.986	.008	.007	1.008
성별(0=남성)						
여성	-.326	.171	.722	.277	.163	1.319
가구원수	-.318***	.061	.727	.254***	.049	1.290
혼인상태(0=기혼)						
미혼	-.523	.454	.593	.247	.465	1.281
별거 및 이혼	-.124	.205	.883	.067	.191	1.069
사별	-.286	.187	.751	-.022	.176	.979
교육수준(0=대졸이상)						
중졸이하	-.426**	.143	.653	.185	.132	1.204
고졸	-.298*	.148	.742	.077	.136	1.080
전년도 건강(0=건강함)						
매우 좋지 않음	.570*	.232	1.768	.493*	.237	1.637
좋지 않음	.162	.135	1.175	.572***	.126	1.771
보통	.025	.114	1.025	.503***	.100	1.653
재무 변수						
주거상태(0=자가)						
전세	.001	.153	1.001	.310*	.145	1.363
월세 및 기타	-.030	.157	.970	.310*	.152	1.363
가계유형(0=비빈곤)						
자산빈곤	-.009	.144	.991	.818***	.128	2.266
소득빈곤	.745***	.145	2.106	.361**	.142	1.435
소득자산빈곤	.604***	.160	1.829	1.173***	.175	3.233
취업여부(0=취업)						
미취업	.879***	.106	2.409	.106	.099	1.112
보장성보험(0=있음)						
없음	.900***	.120	2.461	1.042***	.103	2.834
상수	-.032	.515	.969	-2.835***	.470	.059
-2Log우도	3019.217			3409.116		
Model χ^2	447.177***			517.999***		
Nagelkerke R^2	.207			.223		

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

<표 5-2> 준고령가계의 의료비 부담과 재무안정성(계속)

	부채부담지표 (0=충족, n=2,604)			부채상환지표 (0=충족, n=2,551)		
	B	S.E.	Exp(B)	B	S.E.	Exp(B)
의료비 부담	.530	.378	1.699	-.664	.496	.515
인구 변수						
연령	-.026**	.008	.974	.048***	.010	1.049
성별(0=남성)						
여성	.472*	.217	1.603	.695*	.283	2.003
가구원수	.239***	.055	1.269	.036	.069	1.036
혼인상태(0=기혼)						
미혼	.037	.505	1.037	-19.045	7289.7	.000
별거 및 이혼	-.078	.235	.925	-.469	.323	.626
사별	-.400	.238	.670	-.935**	.305	.392
교육수준(0=대졸이상)						
중졸이하	-.488**	.156	.614	.127	.204	1.135
고졸	-.344*	.157	.709	.042	.210	1.043
재무 변수						
주거상태(0=자가)						
전세	.125	.173	1.133	-.209	.229	.811
월세 및 기타	.134	.180	1.144	-.267	.234	.766
가계유형(0=비빈곤)						
자산빈곤	.114	.156	1.121	.391*	.188	1.479
소득빈곤	.066	.197	1.068	.006	.244	1.006
소득자산빈곤	.152	.207	1.164	.236	.253	1.266
취업여부(0=취업)						
미취업	-.064	.127	.938	-.375*	.157	.687
보장성보험(0=있음)						
없음	.449***	.128	1.567	-.537**	.159	.585
전년도 건강(0=건강함)						
매우 좋지 않음	-.197	.330	.821	-.290	.409	.980
좋지 않음	.109	.166	1.115	-.162	.201	.850
보통	.252*	.126	1.287	-.020	.150	.748
상수	-.593	.584	.553	-5.046***	.705	.006
-2Log우도	2422.737			1788.428		
Model χ^2	77.434***			56.567***		
Nagelkerke R^2	.046			.041		

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

제 3절 준고령가계의 의료비 부담 변화에 따른 가계경제 변화

본 절에서는 의료비 부담의 동태적 측면에 대해 밝히기 위해 의료비 부담 변화가 발생하는 경우, 준고령가계의 가계경제가 어떠한 양상으로 변화하는지를 규명했다. 이를 위해 의료비 부담의 변화량의 독립적 영향력을 파악하고자 기타 소비지출 변화 양상의 경우 이분형 로지스틱 회귀분석, 재무안정성 변화 양상의 경우 다항 로지스틱 회귀분석을 실시하여 분석했다.

1. 준고령가계의 의료비 부담 변화와 기타 소비지출 변화

준고령가계의 의료비 부담의 변화가 기타 소비지출 변화 양상에 미치는 영향을 분석한 결과는 <표 6-1>¹⁴⁾과 같다. 의료비 부담의 변화가 기타 소비지출 변화에 미치는 영향을 분석하기 위한 모형의 경우, -2Log 우도 값이 3635.476이며 Model χ^2 검정 결과 모형의 유의성이 확인되었다. 모형의 설명력을 나타내는 Nagelkerke R^2 는 .122으로, 본 모형의 독립변수 및 통제변수는 기타 소비지출 변화 중 약 12.2%를 설명하고 있었다.

의료비 부담의 변화량이 기타 소비지출 변화에 미치는 영향력의 경우, 의료비 부담 증가 정도가 클수록 기타 소비지출의 감소 가능성이 높게 나타났다. 앞선 건강 변화와 같은 측면에서 보면, 상대적으로 의료서비스 수요가 급증하였거나 지불능력이 급감하는 상황에 직면한 준고령가계의 경우, 의료비 지출에 대응하기 위해 기존 기타 소비지출 규모를 유지할 수 없을 가능성이 높아진다. 특히, 준고령가계는 유동성 자산의 비중이 적고 소득원의 제약이 크므로 단기적

14) <표 6-1>의 경우, 의료비 부담 변화가 기타 소비지출 변동에 미치는 독립적 영향력만을 제시하였다. 통제변수를 포함한 연구결과는 <부표 1>에서 자세하다.

자원 증가에 제약이 존재한다는 점에서(백은영, 2017), 불가피하게 기타 소비지출을 감소시키는 선택을 할 수 있다.

<표 6-1> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 기타 소비지출 변화(n=2,835)
(단위 : Exp(B))(95% CI)

	기타 소비지출 변화(0=유지 및 증가, n=1,534)
Δ 의료비 부담	18.018 (9.899-32.794)***
-2Log우도	3635.476
Model χ^2	271.153***
Nagelkerke R^2	.122

*** p < .001

2. 준고령가계의 의료비 부담 변화와 재무안정성 변화

준고령가계의 의료비 부담의 변화가 재무안정성 변화 양상에 미치는 영향을 분석한 결과는 <표 6-2>¹⁵⁾와 같다. 첫 번째로, 의료비 부담 변화가 가계수지표의 충족 변화에 미치는 영향을 분석하기 위한 모형의 경우, -2Log우도 값이 4.418E3이며 Model χ^2 검정 결과 모형의 유의성이 확인되었다. 모형의 설명력을 나타내는 Nagelkerke R^2 는 .431로, 본 모형의 독립변수 및 통제변수는 가계수지표의 변동 중 약 43.1%를 설명하고 있었다.

의료비 부담 변화의 영향을 분석한 결과, 의료비 부담의 증가량이 클수록 가계수지표가 미충족 상태에서 충족 상태로 전환될 가능성이 낮아지는 것으로 나타났다. 즉, 의료비 부담이 급증함에 따라 가계가 소득 대비 소비지출액을 감소시키기 어려워지는 것이다. 이는 두 가지 측면에서 볼 수 있다.

하나는 의료비 지출의 증가로 인해 의료비 부담이 커지는 상황

15) <표 6-2>의 경우, 의료비 부담 변화가 재무안정성 변화 양상에 미치는 독립적 영향력만을 제시하였다. 통제변수를 포함한 연구결과는 <부표 2>에서 자세히 다룬다.

이다. 현재 이용가능한 자원을 충분히 증가시킬 수 없으나 상대적으로 의료비 지출이 급증하는 상황 하에서 가계의 의료비 부담은 급증한다. 이 경우, 의료비 지출 규모가 급증하게 되므로, t-1기 가계 수지지표를 미충족한 가계는 의료비 외 기타 소비를 의료비 지출 규모보다 감소시키지 않는 한, 기존에 보유한 자원으로는 t기 가계 수지지표를 충족하기 어렵다. 그러나, 고령가계는 식비와 주거비 등 필수재에 대한 소비지출의 비중이 크다는 점을 감안할 때(심현정, 2017) 기타 소비지출의 급감이 현실적으로 제한적이라고 할 수 있다. 특히 t-1기에 소득 대비 과도한 소비지출을 하는 준고령가계의 경우, 소비지출의 조정이 어려울 것으로 예상된다.

다른 하나는 가계의 지불능력이 상대적으로 감소해 의료비 부담이 급증하는 상황이다. 가계의 지불능력은 가계가 가진 자원으로부터 발생하므로 지불능력의 감소는 가계 자원의 감소로 볼 수 있다. 특히 현재 소비의 주 계정인 소득은 지불능력의 결정적 요인이다. 만약 소득이 감소했으나 의료 서비스 수요가 유지되어 의료비 부담이 커진다면, 가계의 가계수지지표가 충족화될 가능성이 낮아진다. 필수재적인 성격을 갖는 의료비의 특성 상 소득이 감소하더라도 의료비 지출의 감소 폭은 크지 않으므로(윤정혜 외, 2010), 의료비 부담의 급증이 가계수지지표의 충족화 가능성을 낮춘다고 생각할 수 있다. 특히 t-1기에 이미 소비지출에 대한 충분한 소득을 확보하고 있지 않은 준고령가계의 경우, 소득증대가 어려워 이러한 결과가 나타난 것으로 볼 수 있다.

두 번째로, 의료비 부담 변화가 비상자금지표의 충족 변화에 미치는 영향을 분석하기 위한 모형의 경우, -2Log 우도 값이 $6.210E3$ 이며 Model χ^2 검정 결과 모형의 유의성이 확인되었다. 모형의 설명력을 나타내는 Nagelkerke R^2 는 .293으로, 본 모형의 독립변수 및 통제변수는 비상자금지표의 변동 중 약 29.3%를 설명하고 있었다.

의료비 부담 변화의 영향을 분석한 결과, 의료비 부담의 증가량이 클수록 비상자금지표가 충족 상태에서 미충족 상태로 전환

될 가능성이 높아지는 것으로 나타났다. 이는 의료비 부담이 급증함에 따라 가계의 총 소비지출액 대비 금융자산 비율이 감소할 가능성이 높아짐을 의미한다. 이상의 결과는 의료비 부담 급증에 따른 소비지출액 변화 측면과 금융자산 변화 측면으로 나누어 볼 수 있다.

먼저, 소비지출액의 경우, 의료비 부담의 상승폭이 상대적으로 클수록 가계수지지표의 충족화 가능성이 감소하는 이유와 동일하게 총 소비지출이 증가할 가능성이 있다. 의료비 지출액의 급증분이 기타 소비지출액 감소 폭보다 더 크거나 효용을 유지하기 위해 기타 소비지출을 유지하는 경우 총 생활비는 증가한다. 이러한 상황에서는 유동성 자산을 충분히 증가시키지 않는 한 가계의 비상자금지표가 악화될 가능성이 높다.

또한, 의료비 부담이 급증할 경우, 금융자산으로 측정한 유동성 자산이 감소할 가능성도 있다. 의료비 부담이 급증하면 기존 현금흐름으로는 대응하기에 제한적이므로 유동화가 용이한 유동성 자산을 활용해 가용자원을 증가시킨다. 금융자산은 의료비 지출에 활용될 가능성이 있다. 금융자산 계정은 소득보다 후순위의 소비 원천으로 의료비 부담이 급증할 경우, 소득으로 대응하기 어려워 다음으로 유동성이 큰 금융자산을 활용하게 될 가능성이 높다. 본 연구의 추가 분석 결과, 전체 고령가계의 의료비 부담 변화량과 금융자산 변화량 간 상관관계는 존재하지 않았으나, 의료비 부담 변화량이 20%p가 넘는 가계의 경우 어느 정도 음의 상관관계를 보였다¹⁶⁾. 실제로 재난적 의료비가 발생한 가계의 저축액이 감소한다는 선행연구의 결과는 이러한 해석을 뒷받침 한다(우경숙, 2016).

세 번째로, 의료비 부담 변화가 부채부담지표 및 부채상환지표의 충족 변화에 미치는 영향을 분석하기 위한 모형의 경우, -2Log우도

16) 전체 가계의 의료비 부담 변화량과 금융자산 변화량 간 상관관계는 $-0.011(p\text{-value} > .05)$ 로 나타난 반면, 의료비 부담 변화량이 20%p 이상인 가계의 의료비 부담 변화량과 금융자산 변화량 간 상관관계는 $-0.122(p\text{-value} < .1)$ 로 나타났다.

값이 각각 4.314E3, 2.752E3이며 Model χ^2 검정 결과 모든 모형의 유의성이 확인되었다. 모형의 설명력을 나타내는 Nagelkerke R^2 는 각각 .103, .112로, 모형의 독립변수 및 통제변수는 부채 관련 지표의 변동 중 약 10%~11%를 설명하고 있었다.

그러나 의료비 부담의 변화량은 부채부담지표 및 부채상환지표의 변동에는 유의미한 영향이 없었다. 이는 의료비 부담이 급증하더라도 가계는 단기 및 중기 부채부담을 기존상태로 유지한다는 것을 의미한다. 이상의 결과는 제 2절의 의료비 부담과 부채부담지표 및 부채상환지표 충족 여부 간 분석 결과와 동일한 이유로 해석할 수 있다. 즉, 의료비가 급증하더라도 고령가계는 자발적, 비자발적 이유로 과도한 부채를 통해 소비를 유지하지 않으려 한다는 것이다. 앞서 말한 바와 같이 고령가계는 유동성 제약과 생애주기 상 부채를 보유하지 않으려는 특성으로 인해 부채이용이 다소 제한적이기 때문이다. 본 연구의 추가 분석 결과, 준고령가계의 의료비 부담의 변화량과 부채 변화량 간 유의미한 영향력이 없어¹⁷⁾, 의료비 부담의 급증하더라도 부채와 관련한 재무안정성 지표에는 유의미한 영향을 미치지 않을 가능성이 높다는 사실을 보였다.

이상의 결과를 종합하면, 제 2절에서 밝힌 바와 같이 의료비 부담의 절대적 규모는 준고령가계의 재무안정성에 유의미한 영향을 미치지 못하는 반면, 의료비 부담의 변화량은 가계 재무구조를 변화시켜 가계수지지표 및 비상자금지표의 변동에 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

17) 의료비 부담 변화량과 부채잔액 변화량 간 상관관계는 $-0.019(p\text{-value}>.05)$ 로 나타났다.

<표 6-2> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 재무안정성 변화(n=2,835)

(단위 : Exp(B)(95% CI))

	재무안정성 변화			
	모형 1 : 가계수지표 변화		모형 2 : 비상자금지표 변화	
	참조변수 : 충족→충족 (n=1,784)	참조변수 : 미충족→미충족 (n=231)	참조변수 : 충족→충족 (n=1,048)	참조변수 : 미충족→미충족 (n=1,081)
	충족→미충족(n=622)	미충족→충족(n=198)	충족→미충족(n=322)	미충족→충족(n=384)
Δ 의료비 부담	1.341(.692-2.597)	.283(.088-.909)*	3.619(1.500-8.732)**	1.107(.486-2.519)
-2Log우도	4.418E3		6.210E3	
Model χ^2	1.327E3***		886.485***	
Nagelkerke R^2	.431		.293	
	모형 3 : 부채부담지표 변화		모형 4 : 부채상환지표 변화	
	참조변수 : 충족→충족 (n=2,505)	참조변수 : 미충족→미충족 (n=141)	참조변수 : 충족→충족 (n=2,422)	참조변수 : 미충족→미충족 (n=156)
	충족→미충족(n=90)	미충족→충족(n=99)	충족→미충족(n=106)	미충족→충족(n=105)
	Δ 의료비 부담	2.775(.889-8.661)	2.177(.614-7.712)	2.566(.658-9.999)
-2Log우도	4.314E3		2.752E3	
Model χ^2	243.708***		212.243***	
Nagelkerke R^2	.103		.112	

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

제 5장 결론 및 제언

본 연구는 준고령가계의 의료비 부담이 가계경제에 미치는 영향을 실증적으로 규명함으로써 정책 재원의 효율적 활용 및 개별 가계의 복지 향상에 기여하기 위해 시행되었다. 이상의 목적을 달성하기 위해 한국노동패널자료를 활용해 준고령가계의 의료비 부담과 재무안정성 및 효용에 대해 분석했다. 우선, 준고령가계의 의료비 현황을 알아보기 위해 의료비 지출 규모 및 부담 수준을 파악하고 분석기간 간 변화 양상을 규명하였다. 다음으로, 준고령가계의 의료비 부담의 절대적 규모에 따라 가계의 재무안정성의 충족 여부와 건강 및 기타 소비지출이 결정되는지 횡단면 분석을 통해 알아보았다. 마지막으로, 의료비 부담의 동태적인 측면을 밝히고자 의료비 부담의 증가량이 재무안정성 및 효용의 변화 양상에 미치는 영향력을 분석했다.

제 1절 결론

연구 결과를 바탕으로 도출한 결론은 다음과 같다.

첫째, 준고령가계의 평균적인 의료비 지출 규모는 연간 약 95만원~98만 원 내외로 나타났으며, 소득 및 자산빈곤 여부로 구분한 가계유형별 지출 규모에는 차이가 존재했다. 비빈곤 가계의 의료비 지출 규모는 약 110만 원으로 가장 크게 나타난 반면, 소득과 자산이 모두 빈곤한 가계는 건강상태가 가장 좋지 않음에도 의료비 지출 규모가 비빈곤 가계의 약 40%~60% 수준에 머물렀다. 전체 고령가계의 명목 의료비는 유의미한 변화를 보이고 있지 않았으나, 소득자산빈곤 가계와 자산빈곤 가계의 의료비는 각각 35.29%, 20.30%씩 증가했다. 준고령가계의 의료비 지출 규모의 변화 양상의 경우, 전반적으로 의료비 지출 규모가 감소하거나 유지된 가계의 비율이

증가한 가계의 비율보다 높게 나타났으나, 가계의 빈곤유형별로는 차이를 보이지 않았다. 이러한 결과는 의료비 지출 규모가 증가한 가계의 증가분이 상대적으로 감소한 가계의 감소분의 절대값보다 크기 때문에 도출된 결과로 추론할 수 있다.

둘째, 의료비 부담 현황을 분석한 결과, 전체 준고령가계는 약 13%의 의료비 부담이 있었다. 또한 소득빈곤 가계의 의료비 부담이 약 20% 내외로 다른 가계보다 높았는데, 이는 지불능력이 상대적으로 적은 데에서 기인한 결과로 볼 수 있다. 이에 더해 지불능력이 낮은 소득빈곤 가계는 다른 가계보다 의료비 외 소비지출의 규모가 작아 효용 측면에서도 제약이 있는 것으로 해석할 수 있다. 의료비 부담의 변화 추이의 경우, 모든 가계는 의료비 부담을 평균적으로 급증시키지 않았음이 확인되었다. 의료비 부담 변화 양상을 살펴보면, 소득빈곤 가계의 의료비 부담 증가 가계 비율이 낮게 나타났는데, 이는 해당 가계의 의료비 부담 양극화가 상대적으로 크다는 것을 의미한다.

셋째, 의료비 부담과 기타 소비지출 간 횡단면 분석 결과, 의료비 부담은 기타 소비지출에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 의료비 부담이 클수록 기타 소비지출액이 감소했다. 가계의 의료비 부담이 커지는 경우 지불능력이 충분히 증가하지 않는 경우 의료비 부담이 증가할수록 상대적으로 기타 소비지출이 감소하는 데에서 기인한다고 볼 수 있다.

넷째, 의료비 부담과 재무안정성 간 횡단면 분석 결과, 두 변수 간 유의미한 인과관계가 존재하지 않는 것으로 확인되었다. 우선 가계수지지표의 경우 가계가 기타 소비지출을 감소시키거나 사적 이전소득 등을 활용해 단기적으로 의료비 지출에 대응하기 때문에 충족 여부에 영향이 없는 것으로 추론이 가능하다. 또한 비상자금지표의 경우 기타 소비지출의 감소와 의료비 발생 시 심적회계에 따른 금융자산의 자산효과가 작아 의료비 부담과 지표의 충족 여부 간 유의미한 관련성이 없는 것으로 볼 수 있다. 다음으로 부채부담지표

와 부채상환지표의 경우 준고령가계의 부채 활용 가능성이 적고 부채계정은 자산계정보다 한계 소비성향이 낮아 의료비 부담이 증가하더라도 직접적인 대응방식이 될 가능성이 낮다고 분석되었다. 따라서 의료비 부담과 단기 및 중기 부채부담지표 유의미한 독립적 상관관계가 존재하지 않는 것으로 분석되었다.

다섯째, 의료비 부담 변화가 기타 소비지출 변화에 미치는 동태적 영향력을 분석한 결과, 의료비 부담이 급증할수록 기타 소비지출이 감소할 가능성이 높았다. 국내 준고령가계는 소득원이 제한되고 유동성 자산의 비중이 상대적으로 적기 때문에 단기적인 자원 증가가 어렵다. 따라서 의료비 부담이 급증할수록 기타 소비지출이 감소된다고 볼 수 있다. 이상을 종합하면 가계는 의료비 부담이 급증하는 상황에 직면한 국내 준고령가계는 보유한 자원을 통해 지불능력을 단기적으로 확보하기 어렵기 때문에, 기타 소비지출을 일부 희생하게 된다고 해석할 수 있다.

여섯째, 의료비 부담 변화가 재무안정성에 미치는 동태적 영향력을 분석한 결과, 의료비 부담의 변화는 가계수지지표와 비상자금지표의 변동에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우선, 가계수지지표의 변동을 살펴보면 의료비 부담의 증가 정도가 클수록 미충족 가계의 충족화 가능성이 감소했다. 이는 의료비 부담이 급증하는 상황에서도 가계수지지표가 미충족 상태인 준고령가계는 기존 소비를 급격히 감소시키지 못하는 동시에 급증한 의료비를 감당할 만큼 수 있는 경상소득의 단기적 증가가 제한적일 수 있음을 의미한다. 다음으로, 비상자금지표 변동의 경우, 의료비 부담의 증가폭이 클수록 비상자금건전성이 악화될 가능성이 높아지는 것으로 확인되었다. 이는 의료비 부담의 상승폭이 상대적으로 클수록 앞서 언급한 바와 같이 총 소비지출이 증가하거나 혹은 소득을 통한 대응이 어려운 준고령가계는 의료비 지출에 금융자산의 자산효과가 존재하는 것에서 기인한다고 볼 수 있다.

이상을 종합하면 국내 준고령가계의 의료 서비스 소비와 이로

인한 의료비 부담은 보유한 자원 수준에 따라 상이하게 나타나며, 보유한 자원이 충분한 경우 충분한 의료 서비스를 이용할 수 있을 뿐만 아니라 다른 소비지출이나 장단기적인 재무안정성에도 변화가 나타나지 않을 가능성이 높다. 즉, 건강 악화 혹은 기타 외부적인 영향에 의해 가계의 자원이 충분하지 않은 준고령가계의 경우, 건강이 악화되는 상황에서 추가적인 자원 혹은 소비지출의 감소가 발생하고, 이로 인해 가계 자원이 더욱 감소하는 악순환이 나타날 가능성이 있다. 특히 이러한 가계의 재무적 대응은 유동성이 큰 자원부터 발생하기 때문에 상대적으로 부동산 자산의 비중이 높은 국내 준고령가계의 경우 미충족 의료 상태로 이어질 수도 있다. 결국 건강 악화로 인한 의료비 부담의 증가는 가계의 재무적 측면과 비재무적 측면에 모두 부정적인 영향을 미칠 수 있음이 밝혀졌다.

제 2절 제언

본 연구의 결론을 바탕으로 한 정책적 제언은 다음과 같다.

첫째, 의료 서비스 수요가 높음에도 불구하고 가게 내 가용자원이 부족해 건강을 개선시킬 정도의 충분한 의료 서비스를 제공받지 못하는 준고령 혹은 고령가게를 대상으로 선별적 지원을 확대할 필요가 있다. 특히 빈곤가게의 경우 건강상태가 가장 좋지 못함에도 절대적인 의료비 지출액이 비빈곤 가게에 비해 적지만 의료비 부담이 크게 나타났다. 의료비 부담의 증가는 가게 재무상태의 악화와 효용의 감소라는 악순환을 초래하므로 이러한 악순환의 트리거를 중단할 필요가 있다. 따라서 의료비 지출 부담을 완화시킬 수 있도록 사회보험의 선별적 확대 혹은 가게 지불능력의 직접적 증가가 필요하다. 사회보험의 확대나 바우처 등을 통한 가게 지불능력의 증가는 제한된 공공재원을 활용하는 것이므로, 우선적으로 지급할 가게를 선별하여 시행되어야 한다. 본 연구에서 밝힌 바와 같이 이러한 선별 기준은 현재 시행되는 중증질환 재난적 의료비 지원사업과 같이 가게의 의료비 부담 수준과 보유 자원을 복합적으로 고려하여야 할 것이다.

둘째, 장기적 측면에서의 준고령가게의 재무안정성 확보를 위해, 기존의 재난적 의료비 개념을 확장시켜 가게에 위협이 될 수 있는 수준의 의료비 과부담 개념을 수립할 필요가 있다. 본 연구에 따르면 준고령가게는 의료비 부담의 급증으로 인해 직접적인 빈곤화 뿐만 아니라 재무안정성의 악화에도 위협을 받을 수 있다. 재무안정성은 현재 생활의 유지와 이벤트 발생에 대한 대비정도를 의미한다는 점에서 가게의 장기적인 안정유지 측면에서 중요하다. 특히 비상자금지표는 추후 가게에 과부담 의료비에 단기적으로 대응할 수 있는 역량임에도 의료비 부담의 급증으로 악화 가능성이 높아져, 과부담 의료비 재발 시 가게가 이에 대응하기 어려워질 수 있음을 보여주었다. 따라서 과부담 의료비를 정의함에 있어 재무안정성의 위협 정

도를 포함한다면, 이를 통해 고령가계의 노후 파산을 야기하는 주된 원인인 의료비 부담을 장기적이고 예방적인 측면에서 접근할 수 있게 된다.

셋째, 은퇴 이후에 의료비 지출 충격이 발생할 경우, 재무안정성과 기초적인 건강이 위협받지 않도록 은퇴 전 가계를 대상으로 한 재무설계 측면의 지원이 필요하다. 본 연구의 분석결과, 건강 악화로 인한 의료비 부담 충격은 준고령가계의 재무상태를 악화시키고 추후 충분하지 못한 의료 서비스로 인해 건강 악화와 노후 파산으로 이어지는 악순환을 반복하게 한다. 특히 자원을 통해 충분히 충격에 대응하지 못하는 가계는 악순환이 심화될 가능성이 높았다. 따라서 의료비 지출 충격이 발생하더라도 충분히 재무적으로 대응하기 위한 정책적 관심이 필요하다. 일례로, 가계가 은퇴 후 의료비에 대한 관심을 가질 수 있도록 사내 교육프로그램과 같은 의식 고취 방안을 제고해야 할 것이다. 뿐만 아니라 은퇴 전 가계가 의료비 발생에 충분히 대응할 수 있는지를 측정하고 부족한 부분을 보완할 수 있도록 프로그램 개발과 연구 지원 사업에 투자해야 한다. 또한 보장성 보험의 경우, 가계의 재무안정성 및 효용에 대체로 긍정적인 영향을 미치고 있었으며, 이에 근거할 때 유병자 보험의 가입요건을 완화시키는 등 비급여 부분의 부담을 완화할 수 있도록 하는 보조적 장치가 필요하다.

본 연구의 한계점 및 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서는 소비지출과 재무안정성 간 비독립적 특성에도 불구하고 관계를 명확하게 구분하여 밝히지 못했다. 연구의 모형 및 결과에서도 언급한 바와 같이 가계의 건강 악화와 재무안정성은 상호 내생변수이며 이에 따라 연쇄적인 영향력을 주고받을 가능성이 높다. 그럼에도 본 연구에서는 의료비 부담에 따른 재무안정성 및 소비지출 변화 측면을 분석하는 데 그쳤다. 또한 본 연구에서는 종속변수 간 상관성을 엄밀하게 고려하지 못해 의료비 부담에 따른 가계의 보다 구체적인 대응 기전을 파악하는데 제한적이었다. 따라

서 향후 연구에서는 소비지출과 재무안정성의 상관관계를 고려해 의료비 부담과 가계의 건강 및 재무적 대응 간 관계를 밝혀야 할 필요가 있다..

둘째, 장기적인 종단연구를 통해 의료비 부담이 가계 재무안정성 및 효용에 미치는 장기적 추세를 밝히고 연구의 신뢰도를 높일 필요가 있다. 본 연구는 $t-1$ 기와 t 기로만 구성됨에 따라 장기적인 가계의 대응과 회복 프로세스를 밝히지 못했다는 한계가 있다. 가계가 의료비 부담을 지속하고 있는 기간에 따라 대응 방식이 상이할 수 있다는 점에서(조윤민, 2015), 보다 구체적인 결과를 얻기 위해서는 장기적 측면의 연구가 필요하다. 추가로 사망 직전 급증하는 의료비 지출의 특성에도 불구하고, 균형패널의 특성 상 생존가계만을 대상으로 연구하여 결과의 편의성이 나타날 가능성이 존재하므로 사망가계를 연구에 포함해야 할 것이다.

셋째, 본 연구는 가계 특성에 따라 의료비 부담에 따른 대응 방식이 다름에도 데이터 크기의 부족으로 인해 가계를 세분화하지 못했다. 이로 인해 가계의 자원 상태에 따라 의료비 부담에 대응하는 세부적인 기전을 규명하는데 제한적이었다. 또한 개별 가계별로 재무안정성 및 소비지출에 위협되는 의료 부담의 임계점이 존재함에도 불구하고 데이터 상의 한계로 이에 대한 추가적인 분석을 하지 못했다. 따라서 추후 실효성 있는 정책을 위해 가계특성별 대응 방식을 구체화하고, 개별 가계별로 재무안정성 및 효용에 위협되는 의료비 부담의 임계점을 측정해 분석할 필요가 있다.

넷째, 본 연구는 공적 건강보험에 대한 데이터 미비로 인해 공적 건강보험을 온전하게 통제하지 못했다. 빈곤가계의 경우 의료보험 혜택을 받는 경우, 자부담 의료비가 의료 서비스 소비의 대리지표로서의 역할이 과대평가될 가능성이 있다. 이를 보완하기 위해 본 연구에서는 사회보험 급여 부분을 소득에 포함하여 빈곤가계를 분류하였으나, 보다 직접적인 분석을 위해 추후 연구에서는 공적 건강보험을 통제해야만 할 것이다.

다섯째, 본 연구는 분석을 위한 패널 구축의 제약으로 인해 주 소득자인 가구주의 건강 상태를 가게 건강상태의 대리변수로 간주했다. 따라서 가게 내 배우자 및 부양 가구원의 건강 상태를 고려하지 못해 의료비 부담을 다소 편향되게 측정했다는 한계가 있다. 따라서 향후 연구에서는 2인 이상의 준고령가계의 경우 가구원 전체의 건강 상태를 고려해, 의료비 부담과 재무적 대응 및 효용 간의 관계를 분석할 필요가 있다. 이를 통해 가게 전체의 정확한 의료비 부담의 영향력을 추론해 볼 수 있을 것으로 기대한다.

참고문헌

- 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원(2017), 2016 의료급여통계.
- 건강보험심사평가원(2017), 2016년 진료비통계지표.
- 통계청(2016), 2016 가계금융복지조사.
- 통계청(2017), 2017 3분기 가계동향.
- 곽영훈(2015), 저성장 고령화의 영향과 가계금융의 변화, 하나금융경영연구소 Weekly Hana Financial Focus 5(50), 4-7.
- 김경아(2011), 중 · 고령자가구의 가구소비 여력 결정요인 연구, 한국노년학 31(3), 573-590.
- 김기홍 · 양세정(2017), 은퇴가구의 경제상태 및 은퇴생활 만족도에 관한 연구, Financial Planning Review 10(1), 27-60.
- 김민정 · 조혜진(2013), 부채보유 은퇴자가구의 재정상태 및 부채상환가능성 : 은퇴생활필요자금을 고려한 분석, 소비자정책교육연구 9(2), 41-62.
- 김성태 · 김명규 · 임병인(2016), 우리나라 소득빈곤 및 자산빈곤의 이행추이 분석, 재정학연구 9(3), 127-156.
- 김수정 · 허순임(2011), 우리나라 가구 의료비부담과 미충족 의료 현황 : 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로, 보건경제와 정책연구 17(1), 47-70.

- 김윤희 · 양봉민(2009), 경제수준에 따른 우리나라 과부담 의료비 지출 추이 분석, 한국보건경제정책학회 15(1), 59-77.
- 김은경 · 권순만(2016), 재난적 의료비 발생과 재발생이 빈곤화와 빈곤지속에 미치는 영향, 보건행정학회지 26(3), 172-184.
- 김진훈(2016), 고령자 가구의 소비특성 및 소비패턴 결정요인, 한국노년학 36, 905-926.
- 라규원 · 이해종(2017), 전기노인과 후기노인의 가계의료비에 영향을 미치는 요인비교 분석, 보건경제와 정책연구 23(2), 37-60.
- 박윤태 · 노정현(2017), 가구 연령별 가계부채 상환위험요인에 관한 연구, 대한부동산학회지 35(2), 223-242.
- 박종선 · 황덕순(2014), 가계 주 소득 원천과 소득 분위에 따른 가계 유형별 심적 회계 분석, 소비자학연구 25(1), 115-143.
- 박현애 · 송건용(1994), 개인의 지출의료비의 결정요인 분석, 간호학논문집 8(1), 41-51.
- 백은영(2017), 은퇴가 가계 재무건전성에 미치는 영향, Financial Planning Review 10(3), 31-63.
- 서남규 · 안수지 · 강태욱 · 황연희(2015), 한국의료패널 자료를 활용한 재난적 의료비 발생 가구 분석 연구, 보건경제와 정책연구 21(1), 79-102.

- 서영빈 · 송헌재(2015), 중고령 가구의 소득원천별 가구소득이 가구 소비에 미치는 영향 분석, 재정학연구 8(3), 119-147.
- 성영애(2006), 패널자료를 이용한 가계부채변동 관련요인 분석, 소비자학연구 17(4), 39-60.
- 손경복 · 신자운 · 임은옥 · 이태진 · 김홍수(2015), 한국의 노인의료비 지출과 결정요인 : 연구 현황과 과제, 보건경제와 정책연구 21(1), 51-77.
- 손수인 · 신영전 · 김창엽(2010), 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인, 보건사회연구 30(1), 92-110.
- 송은철 · 신영전(2010), 과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향, 예방의학회지 43(5), 423-435.
- 송준혁 · 김영일(2013), 주택시장과 생애주기별 가구의 소비 및 자산 결정, 한국경제의분석 19(2), 230-278.
- 신정우 · 정형선(2007), 가계 의료비 지출의 결정 요인 분석, 보건경제와 정책연구 13(2), 97-117.
- 신현웅 · 신영석 · 황도경 · 윤필경(2010), 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향, 한국보건사회연구원.
- 심영(2015), 부채유형 선택행동으로 본 저소득층 가계의 금융신용 접근성, 소비문화연구 18, 85-111.

- 심현정(2017), 은퇴와 은퇴기 시간경과에 따른 가계의 소비지출 변화 연구, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 양세정 · 주소현 · 차경욱 · 김민정(2013), 한국형 가계재무비율 도출 및 가이드라인 제안, Financial Planning Review 6(3), 143-181.
- 양정선(1997), 산술적 저량과 재무비율 측정을 중심으로 한 가계의 재정상태 분석, 이화여자대학교 박사학위논문.
- 오지연 · 성영애(2010), 노인가계의 보건의료비 지출에 영향을 미치는 요인의 분석, 한국가정관리학회지 28(1), 159-174.
- 우경숙(2016), 재난적 의료비 지출이 가구 경제에 미치는 영향 : 재정적 대응과 빈곤화를 중심으로, 한양대학교 대학원 박사학위논문.
- 우경숙 · 신영전(2015), 재난적 의료비 지출이 가구 경제에 미치는 영향, 보건사회연구 35(3), 166-198.
- 유경원 · 서인주(2016), 은퇴가 중 · 고령자 가구의 소비지출 변화에 미치는 영향, 소비자정책교육연구 12(2), 19-38.
- 윤재호 · 김현정(2010), 은퇴와 가계소비간 관계 분석, 금융경제연구 Working.
- 윤정혜 · 김시월 · 장윤희 · 조향숙 · 송현주(2010), 패널자료 분석을 이용한 중 · 고령자 단독가계의 의료비지출 영향 요인, 소비자학연구 21(4), 193-218.

- 이선화 · 감신 · 이원기(2015), 의료보장 형태에 따른 연간 가구 과부담 의료비 지출 추이와 관련요인, 한국산학기술학회 논문지 16(6), 4067-4076.
- 이원영 · 신영전 · 최보율(2004), 과부담 의료비 지출의 형평성, 대한예방의학회 제56차 추계 학술대회 연세집, 73-74.
- 이주미 · 김태완(2014), 우리나라 노인가구의 소득 및 자산빈곤 실태와 정책방안, 보건복지포럼 212, 64-73.
- 이태진 · 이혜재 · 김윤희(2012), 한국의료패널 1차년도 자료를 이용한 과부담의료비 분석, 보건경제와 정책연구 18(1), 95-111.
- 이한기(2017), 재난적의료비 지출이 노인 우울에 미치는 영향 : 빈곤화의 매개효과분석, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 이혁수 · 최윤주(2017), 과부담의료비와 미충족의료 경험에 관한 연구, 비판사회정책 55, 7-38.
- 이혜재 · 이태진(2012), 우리나라 가구 과부담의료비의 발생 및 재발과 관련된 요인, 사회보장연구 28(3), 39-62.
- 이혜재(2015), 가구 과부담의료비의 결정요인과 빈곤에 미치는 영향, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 이호성(2004), 노인의 건강상태와 의료비부담 관련요인에 대한 연구, 한국노년학 24(2), 163-179.

- 이희숙 · 김민정 · 광민주(2013), 은퇴에 따른 가계경제구조의 변화, 소비문화연구 16, 171-200.
- 임병인 · 전승훈(2005), 연령집단별 소득불평등도와 전체불평등도에 대한 기여도 분석, 한국노동패널 학술대회 논문집 제6회.
- 전성주 · 이창우(2015), 건강상태가 가계 금융자산 포트폴리오 결정에 미치는 영향 연구, 한국경영학회 통합학술발표논문집 2015, 1682-1698.
- 정미선 · 계선자 · 강혜경(2008), 도시주부 가계재무관리행동의 변화지향성에 따른 가계재무건전성 및 재정만족도 차이, 한국가정관리학회지 26(5), 391-403.
- 정영호(2011), 한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태, 한국보건사회연구원.
- 정운영 · 정세은(2010), 저소득 노인가계와 고소득 노인가계의 소비지출구조 및 결정요인의 비교, 사회보장연구 26(4), 21-48.
- 정운영 · 황덕순(2002), 도시가계의 재무관리행동과 재무건전성-광주광역시를 대상으로, Family and Environment Research 40(2), 115-130.
- 정현우 · 이준협(2017), 과부담의료비 지출 경험이 경제적 이유에 의한 미충족의료 발생에 미치는 영향, 보건경제와 정책연구 23(1), 27-51.

- 조운민(2015), 과부담의료비 장기 발생 관련요인과 가구재정에 미치는 영향, 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 조혜진·김민정(2011), 은퇴기 단계에 따른 은퇴자 특성 연구, 소비자문화연구 14, 139-163.
- 조혜진·김정현(2013), 중고령 가계의 사회적 상호작용과 재무건전성, 한국금융소비자학회 학술발표논문집, 2013, 55-71.
- 주소현·차경옥·김민정·김소연(2016), 소득계층별 재무상태 비교 및 Financial Fitness 분석, Financial Planning Review 9(2), 1-38.
- 지은정(2004), 의료비 지출이 종사상 지위 및 소득변화에 미치는 요인연구, 한국사회복지학 56(3), 5-35.
- 최현자(2001), 다기간자원배분양식의 분석을 통한 가계부채부담의 임계수준, 한국가정관리학회지 19(5), 279-291.
- 최현자·이희숙·양세정·성영애(2003), 재무비율을 이용한 가계재무상태 평가지표개발에 관한 연구, 소비자학연구 14(1), 99-121.
- 최홍철·최현자(2014), 가구유형을 고려한 생애주기와 소비지출양식에 관한 연구, Financial Planning Review 7(3), 93-125.
- 최효미(2007), 노인가구의 소득 원천, 노동리뷰, 69-79.
- 홍중구·손재영(2016), 연령대별 중고령가구 소비요인에 관한 연구, 부동산분석학회 학술발표논문집 2016(1), 89-105.

- 황명진(2017), 고령사회의 중고령집단의 의료비 지출 결정요인-앤더슨의 건강서비스 행동모형을 중심으로, 공공사회연구 7(2), 274-312.
- Ando, A., & Modigliani, F.(1963), The" life cycle" hypothesis of saving: Aggregate implications and tests, The American economic review 53(1), 55-84.
- Bryant, W. K. & Zick, C. D.(2005), The Economics Organization of the Household, CambridgeUnivPress.
- Carter, M. R., & May, J.(2001), One kind of freedom: Poverty dynamics in post-apartheid South Africa, World development, 29 (12), 1987-2006.
- De Nardi, M., French, E., & Jones, J. B.(2010), Why do the elderly save? The role of medical expenses, Journal of Political Economy 118(1), 39-75.
- Devaney, S. A.(1993), Change in household financial ratios between 1983 and 1986: Were American households improving their financial status, Financial Counseling and Planning 4, 31-46.
- Dhanaraj,S.(2014), Health shocks and coping strategies: State health insurance scheme of Andhra Pradesh,India, World Institute for Development Economics Research.

Dyer,S.J., SherwoodK., McIntyreD. & Ataguba,J.E.(2013), Catastrophic payment for assisted reproduction techniques with conventional ovarian stimulation in the public health sector of South Africa : frequency and coping strategies, Human Reproduction 28(10), 2755-2764.

Fisher, I.(1930), The theory of interest, New York, 43.

Flores,G., Krishnakumar,J., O'Donnell,O.,& Doorslaer V.(2008), Coping with health-care costs : implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty, Health Economics 17(12), 1393-1411.

Griffith, R.(1985), Personal financial statement analysis : A modest beginning, In Langreher(Ed), The proceedings of AFCPE, 123-131.

Juster, F. T., Shay, R. P.(1964), Consumer sensitivity to finance rates. In Consumer Sensitivity to Finance Rates: An Empirical and Analytical Investigation, 6-46.

Lee, S., Choe, H., & Kim, M.(2017), Mental Accounting of Retired Household by the Type of Household Financial Strategy, 한국생활과학회지 26(5), 403-417.

Lee, W. Y.(2005), Equity in urban households' out-of-pocket payments for health care, Health Policy and Management 15(1), 30-56.

- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M.(2006),
What are the economic consequences for households of illness
and of paying for health care in low-and middle-income coun
try contexts?., *Social science & medicine* 62(4), 858-865.
- Phelps, C. E. (2017), *Health economics*, Routledge.
- Pitayanon, S., Kongsin, S., Jajareon, W., Bloom, D., & Godwin, P.
(1997), *The Economics of HIV and AIDS: The Case of South
and South East Asia*.
- Russell,S.(2003), *The economic burden of illness for households ;
A review of cost of illness and coping strategy studies focusi
ng on malaria, tuberculosis and HIV/AIDS*, Norwich.: Univers
ity of East Anglia Press.
- Scott Garrett & Russell N.James III(2013), Financial ratios and pe
rceived household financial satisfaction, *Journal of Fianacial T
herapy* 4(1), 39-62.
- Thaler, R.(1985), Mental accounting and consumer choice, *Marketi
ng science* 4(3), 199-214.
- Wagstaff, A.(2002), Poverty and health sector inequalities, *Bulletin
of the world health organization* 80(2), 97-105.
- Wagstaff, A., & Doorslaer, E. V.(2003), Catastrophe and impoveri
shment in paying for health care: with applications to Vietna
m 1993 - 1998, *Health economics* 12(11), 921-933.

Wilkes, A., Hao, Y., Bloom, G., & Xingyuan, G.(1997), Coping with the costs of severe illness in rural China.

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J.(2003), Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis, *The lancet* 362(9378), 111-117.

“소득 수준 높을수록 더 오래산다”, 메디게이트뉴스 2017.10.30. <http://www.medigatenews.com/news/2080426492>.

OECD, "OECD Health Statistics 2017", <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

부록

<부표 1> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 기타 소비지출 변화

<부표 1> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 기타 소비지출 변화

(단위 : Exp(B)(95% CI))

	기타 소비지출 변화(참조변수 : 유지 및 증가)
△의료비 부담	18.018(9.899-32.794)***
인구 변수	
연령	0.991(0.979-1.004)
성별(0=남성)	
여성	0.854(0.626-1.167)
가구원수	0.944(0.864-1.031)
혼인상태(0=기혼)	
미혼	1.039(0.475-2.273)
별거 및 이혼	1.172(0.824-1.666)
사별	1.115(0.797-1.560)
교육수준(0=대졸이상)	
중졸이하	0.952(0.744-1.219)
고졸	1.140(0.885-1.467)
재무 변수	
주거상태(0=자가)	
전세	0.766(0.585-1.004)
월세 및 기타	1.021(0.766-1.361)
가계유형(0=비빈곤)	
자산빈곤	0.658(0.463-0.936)*
소득빈곤	0.485(0.336-0.701)***
소득자산빈곤	0.471(0.305-0.728)**
취업여부(0=취업)	
미취업	0.533(0.303-0.938)*
보장정보험(0=있음)	
없음	0.979(0.721-1.329)
전년도 건강상태(0=건강함)	
매우 좋지 않음	0.664(0.424-1.040)
좋지 않음	0.817(0.642-1.041)
보통	0.933(0.773-1.125)

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

<부표 1> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 기타 소비지출 변화(계속)

(단위 : Exp(B)(95% CI))

		기타 소비지출 변화(참조변수 : 유지 및 증가)
인구특성 변동 변수		
가구원수(0=불변)		
	증가	0.323(0.129-0.808)*
	감소	2.581(1.801-3.699)***
재무특성 변동 변수		
가계유형 (0=비빈곤유지)		
	빈곤유지	1.545(1.100-2.170)*
	비빈곤→빈곤	1.951(1.491-2.552)***
취업여부(0=취업유지)		
	미취업유지	2.628(1.482-4.659)**
	취업→미취업	2.260(1.578-3.238)***
보장성보험(0=있음)		
	없음	0.810(0.593-1.107)
	있음→없음	0.965(0.719-1.294)
상수		1.813
-2Log우도		3635.476
Model χ^2		271.153***
Nagelkerke R^2		0.122

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

<부표 2> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 재무안정성 변화

<부표 2-1> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 가계수지 지표 변화

(단위 : Exp(B)(95% CI))

	가계수지 지표 변화	
	(ref. : 충족→충족)	(ref. : 미충족→미충족)
	충족→미충족	미충족→충족
△의료비 부담	1.341(.692-2.597)	.283(.088-.909)*
인구변수		
연령	.968(.951-.984)***	.994(.963-1.026)
성별(0=남성)		
여성	.645(.424-.981)*	.990(.481-2.034)
가구원수	.678(.586-.784)***	.970(.748-1.258)
혼인상태(0=기혼)		
미혼	.735(.249-2.166)	1.242(.272-5.669)
별거 및 이혼	.780(.476-1.276)	.879(.383-2.013)
사별	.732(.466-1.151)	1.351(.597-3.058)
교육수준(0=대졸)		
중졸이하	.574(.408-.808)**	1.221(.615-2.425)
고졸	.674(.472-.961)*	1.077(.534-2.172)
전년도 건강(0=건강함)		
매우 좋지 않음	1.633(.942-2.833)	1.170(.438-3.130)
좋지 않음	1.102(.798-1.523)	1.805(.971-3.354)
보통	1.076(.820-1.412)	1.790(1.028-3.118)*
재무변수		
주거상태(0=자가)		
전세	.657(.454-.949)*	.951(.489-1.849)
월세 및 기타	.710(.488-1.033)	1.269(.668-2.411)
가계유형(0=비빈곤)		
자산빈곤	.459(.241-.872)*	8.496(3.087-23.378)***
소득빈곤	1.004(.557-1.812)	1.749(.795-3.851)
소득자산빈곤	.574(.285-1.155)	4.257(1.605-11.289)**
취업여부(0=취업)		
미취업	6.825(3.608-12.912)***	.274(.075-1.002)
보장성보험(0=있음)		
없음	1.754(1.089-2.828)*	.783(.304-2.019)

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

<부표 2-1> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 가계수지지표 변화(계속)
(단위 : Exp(B)(95% CI))

	가계수지지표 변화	
	(ref. : 충족→충족)	(ref. : 미충족→미충족)
	충족→미충족	미충족→충족
인구 변동 변수		
가구원수(0=불변)		
증가	.391(.101-1.520)	1.773(.143-21.951)
감소	.894(.509-1.569)	1.951(.721-5.280)
재무 변동 변수		
가계유형(0=비빈곤)		
빈곤유지	6.340(3.503-11.472)***	.088(.043-.177)***
비빈곤→빈곤	11.145(8.095-15.345)***	.251(.093-.682)**
취업여부(0=취업)		
미취업유지	.427(.224-.814)*	2.149(.595-7.766)
취업→미취업	.853(.495-1.469)	.663(.256-1.714)
보장성보험(0=있음)		
없음 유지	1.635(1.042-2.563)*	.600(.250-1.440)
있음→없음	2.024(1.324-3.095)*	.635(.244-1.651)
-2Log우도	4.418E3	
Model χ^2	1.327E3***	
Nagelkerke R^2	.431	

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

<부표 2-2> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 비상자금지표 변화
(단위 : Exp(B)(95% CI))

	비상자금지표 변화	
	(ref. : 충족→충족)	(ref. : 미충족→미충족)
	충족→미충족	미충족→충족
△의료비 부담	3.619(1.500-8.732)**	1.107(.486-2.519)
인구변수		
연령	1.002(0.981-1.023)	.993(.974-1.013)
성별(0=남성)		
여성	1.500(0.878-2.562)	1.008(.613-1.657)
가구원수	1.170(1.007-1.360)*	.779(.675-.899)**
혼인상태(0=기혼)		
미혼	2.281(0.034-2.357)	.396(.081-1.935)
별거 및 이혼	0.944(0.511-1.744)	.908(.526-1.567)
사별	0.812(0.461-1.428)	.873(.510-1.495)
교육수준(0=대졸)		
중졸이하	1.171(0.789-1.737)	.807(.543-1.197)
고졸	0.982(0.654-1.476)	.840(.559-1.262)
전년도 건강(0=건강함)		
매우 좋지 않음	1.149(0.528-2.500)	.630(.312-1.272)
좋지 않음	1.281(0.860-1.908)	.559(.382-.816)**
보통	1.342(0.995-1.811)	.615(.456-.830)**
재무변수		
주거상태(0=자가)		
전세	1.322(0.839-2.083)	.879(.589-1.312)
월세 및 기타	1.021(0.613-1.701)	.620(.389-.988)*
가계유형(0=비빈곤)		
자산빈곤	1.741(0.952-3.185)	1.304(.821-2.072)
소득빈곤	1.153(0.649-2.047)	.972(.577-1.639)
소득자산빈곤	1.292(0.542-3.077)	1.028(.559-1.893)
취업여부(0=취업)		
미취업	0.773(0.320-1.869)	1.662(.787-3.512)
보장성보험(0=있음)		
없음	1.125(0.641-1.975)	1.857(1.192-2.891)**

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

<부표 2-2> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 비상자금지표 변화(계속)
(단위 : Exp(B)(95% CI))

	비상자금지표 변화	
	(ref. : 충족→충족)	(ref. : 미충족→미충족)
	충족→미충족	미충족→충족
인구 변동 변수		
가구원수(0=불변)		
증가	1.937(0.580-6.469)	.419(.112-1.561)
감소	1.401(0.852-2.302)	1.370(.771-2.435)
재무 변동 변수		
가계유형(0=비빈곤)		
빈곤유지	1.182(0.670-2.087)	.384(.244-.607)***
비빈곤→빈곤	1.179(0.785-1.770)	.577(.369-.903)*
취업여부(0=취업)		
미취업유지	1.388(0.566-3.402)	.482(.225-1.034)
취업→미취업	0.760(0.415-1.390)	1.191(.705-2.011)
보장성보험(0=있음)		
없음 유지	1.770(0.993-3.155)	.247(.161-.380)***
있음→없음	2.740(1.815-4.135)***	.862(.529-1.405)
-2Log우도	6.210E3	
Model χ^2	886.485***	
Nagelkerke R^2	0.293	

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

<부표 2-3> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 부채부담지표 변화
(단위 : Exp(B)(95% CI))

	부채부담지표 변화	
	(ref. : 충족→충족)	(ref. : 미충족→미충족)
	충족→미충족	미충족→충족
△의료비 부담	2.775(0.889-8.661)	2.177(.614-7.712)
인구변수		
연령	1.002(0.981-1.023)	.995(.966-1.025)
성별(0=남성)		
여성	1.500(0.878-2.562)	.650(.312-1.353)
가구원수	1.170(1.007-1.360)*	.874(.719-1.061)
혼인상태(0=기혼)		
미혼	2.281(0.034-2.357)	.585(.102-3.360)
별거 및 이혼	0.944(0.511-1.744)	.855(.398-1.838)
사별	0.812(0.461-1.428)	1.186(.529-2.657)
교육수준(0=대졸)		
중졸이하	1.171(0.789-1.737)	1.421(.828-2.439)
고졸	0.982(0.654-1.476)	1.460(.858-2.485)
전년도 건강(0=건강함)		
매우 좋지 않음	1.149(0.528-2.500)	1.024(.322-3.258)
좋지 않음	1.281(0.860-1.908)	.842(.476-1.490)
보통	1.342(0.995-1.811)	.830(.543-1.267)
재무변수		
주거상태(0=자가)		
전세	1.322(0.839-2.083)	.588(.296-1.171)
월세 및 기타	1.021(0.613-1.701)	.968(.527-1.777)
가계유형(0=비빈곤)		
자산빈곤	1.741(0.952-3.185)	2.323(1.228-4.397)*
소득빈곤	1.153(0.649-2.047)	1.727(.808-3.692)
소득자산빈곤	1.292(0.542-3.077)	1.785(.735-4.334)
취업여부(0=취업)		
미취업	0.773(0.320-1.869)	1.194(.425-3.356)
보장성보험(0=있음)		
없음	1.125(0.641-1.975)	1.352(.733-2.492)

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

<부표 2-3> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 부채부담지표 변화(계속)
(단위 : Exp(B)(95% CI))

	부채부담지표 변화	
	(ref. : 충족→충족)	(ref. : 미충족→미충족)
	충족→미충족	미충족→충족
인구 변동 변수		
가구원수(0=불변)		
증가	3.606(1.131-11.496)*	1.363(.379-4.895)
감소	0.642(0.317-1.301)	1.000(.447-2.238)
재무 변동 변수		
가계유형(0=비빈곤)		
빈곤유지	0.754(0.359-1.586)	.431(.228-.815)*
비빈곤→빈곤	1.605(0.990-2.602)	1.024(.520-2.016)
취업여부(0=취업)		
미취업유지	0.702(0.257-1.915)	.884(.306-2.555)
취업→미취업	0.976(0.471-2.021)	1.138(.527-2.458)
보장성보험(0=있음)		
없음 유지	0.705(0.396-1.252)	.589(.321-1.081)
있음→없음	2.552(1.509-4.317)***	.935(.448-1.950)
-2Log우도	4.314E3	
Model χ^2	243.708***	
Nagelkerke R^2	0.103	

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

<부표 2-4> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 부채상환지표 변화
(단위 : Exp(B)(95% CI))

	부채상환지표 변화	
	(ref. : 충족→충족)	(ref. : 미충족→미충족)
	충족→미충족	미충족→충족
△의료비 부담	2.566(0.658-9.999)	2.367(.488-11.480)
인구변수		
연령	1.002(0.981-1.023)	1.015(.976-1.057)
성별(0=남성)		
여성	1.500(0.878-2.562)	.719(.222-2.325)
가구원수	1.170(1.007-1.360)*	1.093(.841-1.422)
혼인상태(0=기혼)		
미혼	2.281(0.034-2.357)	.931(.931-.931)
별거 및 이혼	0.944(0.511-1.744)	.803(.146-4.421)
사별	0.812(0.461-1.428)	1.231(.373-4.065)
교육수준(0=대졸)		
중졸이하	1.171(0.789-1.737)	.471(.201-1.102)
고졸	0.982(0.654-1.476)	.842(.353-2.004)
전년도 건강(0=건강함)		
매우 좋지 않음	1.149(0.528-2.500)	.420(.042-4.162)
좋지 않음	1.281(0.860-1.908)	1.991(.932-4.254)
보통	1.342(0.995-1.811)	.832(.443-1.560)
재무변수		
주거상태(0=자가)		
전세	1.322(0.839-2.083)	.723(.210-2.496)
월세 및 기타	1.021(0.613-1.701)	4.078(1.614-10.299)**
가계유형(0=비빈곤)		
자산빈곤	1.741(0.952-3.185)	2.303(.862-6.152)
소득빈곤	1.153(0.649-2.047)	1.803(.585-5.554)
소득자산빈곤	1.292(0.542-3.077)	1.844(.509-6.682)
취업여부(0=취업)		
미취업	0.773(0.320-1.869)	.775(.134-4.497)
보장성보험(0=있음)		
없음	1.125(0.641-1.975)	2.432(.953-6.207)

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

<부표 2-4> 준고령가계의 의료비 부담 변화와 부채상환지표 변화(계속)
(단위 : Exp(B)(95% CI))

	부채상환지표 변화	
	(ref. : 충족→충족)	(ref. : 미충족→미충족)
	충족→미충족	미충족→충족
인구 변동 변수		
가구원수(0=불변)		
증가		
감소	1.302(0.594-2.854)	1.192(.421-3.376)
재무 변동 변수		
가계유형(0=비빈곤)		
빈곤유지	1.148(0.509-2.585)	.403(.151-1.080)
비빈곤→빈곤	1.571(0.834-2.957)	.794(.323-1.953)
취업여부(0=취업)		
미취업유지	0.707(0.204-2.447)	.960(.160-5.754)
취업→미취업	0.738(0.287-1.903)	2.343(.770-7.126)
보장성보험(0=있음)		
없음 유지	0.489(0.231-1.033)	1.045(.412-2.650)
있음→없음	1.210(0.629-2.326)	3.168(1.249-8.034)*
-2Log우도	2.752E3	
Model χ^2	212.243***	
Nagelkerke R^2	0.112	

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

Abstract

The Impacts of the Burden of Medical Expenditures on Household Economy of Semi-Aged Households – Focusing on Consumption Expenditure and Financial Stability

Hyunkyu Lee

Dept. of Consumer Science

The Graduate School

Seoul National University

As aging progresses, the importance of old-age medical expenses is increasing. The increase in natural old-age medical expenses due to demographic and social changes leads to an increase in the financial burden on the household as well as on the national economy. Individual households, especially after retirement, are subject to financial and non-financial threats, such as old-age bankruptcy or unmet medical services provided that medical expenditures are required while income flow is

interrupted. In this regard, in order to analyze the old-age bankruptcy process, it is necessary to examine the current state of medical expenses of the elderly households where health deterioration and income interruption proceed, and to examine the effect of the incidence and burden of the medical expenses on the household economy.

For this purpose, this study analyzed the medical expenditure structure and burden of poverty type of semi - aged households. The purpose of this study is to clarify the effect of medical expenses on the household economy and to clarify the influence of the change in the medical expenditure on the changes in the household economy. This implies that the specific mechanism of the elderly bankruptcy process can be clarified and at the same time the outline of the concept of the medical burden can be expanded.

In order to achieve the above purpose, this study set up the following research problems. [Research Question 1] is to examine the health expenditure of semi-senior households, and [Research Question 2] is to analysis the consumption expenditure and financial stability in order to identify the impact of medical expenses on the household economy of semi-aged households. [Research Question 3] is to examine the impact of changes in the medical burden of the semi-aged households on the changes in the household economy in order to grasp the dynamic impact of the medical expenditure burden. In order to solve the research problem, this study analyzed the households over 55 years old using Korean labor panel data.

The results of this study are as follows. First, the average medical expenditure of semi-aged households is about 950,000

won per year. The medical expenditure of non-poverty households is about 1.1 million won, while the households whose income and assets are poor are about half respectively. In addition, the spending on medical expenses of income poverty households and asset poverty households increased by 35.29% and 20.30% respectively.

Second, in the case of medical burden of semi-aged households, total households showed about 13% of medical burden. In particular, the burden of medical expenses on income poverty households is about 20%, which is higher than other households. The change in the burden of medical expenses showed a meaningful change in the change in the burden of the medical expenses of the surveyed households.

Third, as a result of cross-sectional analysis between medical expenditure and consumption expenditure, the expenditure of other consumption decreased as the burden of medical expenditures increased. This can be interpreted as a result of allocating limited resources to other consumption expenditures because the payment capacity to cover the medical expenses of the household increases. On the other hand, cross-sectional analysis between medical burden and financial stability shows that there is no significant causal relationship between absolute size of medical burden and financial stability.

Fourth, as a result of analyzing the dynamic influence of changes in medical expenses on changes in other consumption expenditures, it is more likely that other consumption expenditures decreases as the burden of medical expenditures increases. In addition, the analysis of the dynamic impact of changes in the medical burden on financial stability shows that

the increase in the burden of medical expenditures reduces the possibility of meeting the household balance index and improves the possibility of non-satisfaction of the emergency fund index.

Based on the above results, the policy recommendations of this study are as follows. First, there is a need to enhance selective support for households that do not receive adequate medical services due to lack of resources, even though their health is poor among semi-aged households. Second, it is necessary to expand the concept of catastrophic medical expenditure and to approach from the preventive point of view not only poverty but also possibility of potential poverty as a threat. Third, financial design needs to be expanded and strengthened to prevent financial and non-financial aspects from being threatened by health deterioration.

The academic suggestion of this study is as follows. First, it is necessary to clarify the relationship between the medical burden and the health and financial responses of the household considering the relationship between consumption expenditure and utilization of medical services and financial stability. Second, it is necessary to clarify the trend of medical burden on household financial stability and consumption expenditure by using longitudinal research. Third, it is necessary to refine households by their characteristics in order to implement more effective policies and to specify their responses. In addition, the threshold of medical burden should be measured. Fourth, in the future study, it is necessary to strictly analyze the whole aspect of the household by taking into consideration the health of the householder and the change of the medical expenses burden caused by the deterioration of the health of the household

member.

Keywords : Elderly households, Old-age medical expenses,
Medical expenses, Burden of health expenditure,
Household economy, Financial stability

Student Number : 2016-21687