

소득 계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제

김태일¹⁾, 허순임^{2)*}

1) 고려대학교 행정학과, 2) 한국보건사회연구원

<Abstract>

Changes in financial burden of health expenditures by income level

Taeil Kim, Ph.D.¹⁾, Soonim Huh, Ph.D., MPH²⁾

1) *Department of Public Administration, Korea University*

2) *Korea Institute for Health and Social Affairs*

Although the universal health insurance, National Health Insurance(NHI), have improved access to health care and financial burden of health care costs for Koreans, limited coverage of the NHI leads to high out-of-pocket payment for health care. This study examines financial burden of household health expenditures by income level.

Data from the Urban Household Expenditure Survey from 1985 through 2005 is analyzed and household expenditure is used as a proxy measure for income. Health expenditures include spending for inpatient care, ambulatory care and pharmaceuticals. If a household spends health expenditure above 40% of household consumption except for foods, that is defined as catastrophic health expenditure.

Access to health care for the lowest income group had been improved for two decades relative to other income groups as well as in absolute term. However, both financial burden of health expenditures and the proportion of households that

* 접수: 2008년 4월 7일, 심사완료: 2008년 10월 29일

† 교신저자: 허순임, 한국보건사회연구원 (02-380-8143, soonim@kihasa.re.kr)

experienced catastrophic health expenditure had been increased in the lowest income group. Study findings have several policy implications. First, in terms of financial burden of health expenditures, the differences among income groups decreased until 2000 but it was worsen in 2005. This suggests that recent policies for extending NHI coverage are not enough to improve the disparity by income level. Second, a differential catastrophic coverage by income level would be an effective strategy that relieves financial burden for low income group. Third, since the catastrophic coverage is applied to only covered services by the NHI, additional strategy for uncovered services should be considered.

I. 서 론

본 연구의 목적은 우리나라 가계의 소득 계층별 의료비 부담 수준을 시계열적으로 파악하고, 이를 통하여 건강보험 보장성 개선 방안을 모색하는 데 있다.

건강보험의 보장성이란 의료비 중에서 건강보험이 부담하는 정도를 의미한다. 사회보험으로서의 의료보험(이하에서 의료보험과 건강보험을 동일한 의미로 사용함)의 목적은 누구나 질병에 걸렸을 때 경제적 곤란을 겪지 않고 의료서비스를 제공 받게 하는 데 있다. 이러한 목적에 충실하려면 의료 이용에 대한 비용을 보험에서 전부 부담하고 본인 부담은 없는 것이 이상적이다. 그러나 실제의 급여체계를 보면, 어느 나라를 막론하고 일정 수준의 본인 부담은 존재한다. 이는 환자본인부담이 전혀 없을 경우에는 국가의 의료비 부담이 많아지는데 따른 재정 운영의 어려움이 존재하며, 도덕적 해이(moral hazard)에 따른 의료 과소비 발생의 우려도 있기 때문이다.¹⁾

우리나라의 의료비 본인부담 수준은 유럽 선진국들에 비하여 상당히 높은 편이다. 의료비용에 대한 보장성을 국제 비교하는 데 유용한 지표인 국민의료비에서 차지하는 공공재원의 비율을 살펴보면, 2005년 기준으로 우리나라는 53.1%로서 OECD 국가 평균인 72.9%와 차이가 크며, OECD 국가 중 미국(45.1%)과 멕시코(45.5%) 다음으로 공공재원 비율이 낮

1) 의료보장제도가 발달한 유럽 국가들의 경우 대부분 의료비 증가로 인한 공공보험 제정의 부담을 완화하고자 환자에게 본인부담을 부과하였고, 미국에서는 일반 보험이론의 도덕적 해이(moral hazard)를 의료영역에 적용하여 환자의 비용의식을 높이기 위해 본인부담을 설정하였다. 우리나라는 건강보험이 저비용-저급여 형태로 출발하였기 때문에 높은 수준의 본인부담을 가지고 있으며, 따라서 의료보장제도가 발달한 국가들과는 본인부담의 의미와 내용이 다른 측면이 있다.

다(OECD Health Data, 2008). 미국과 멕시코가 전 국민 대상의 공적의료보장체계를 가지고 있지 않음을 감안한다면, 우리나라의 보장성 수준이 매우 낮다는 것을 알 수 있다.

높은 본인부담 수준은 가계의 과중한 의료비 부담을 초래할 수 있으며, 이로 인하여 보험 가입자가 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 또는 필요한 의료 서비스를 제공 받더라도, 그로 인하여 경제적 위험을 겪을 수 있다.²⁾ 두 경우 모두 사회보험으로서의 건강보험의 목적 달성을 저해한다. 그런데 건강보험의 낮은 보장성(혹은 높은 본인부담 수준)이 사회보험으로서의 건강보험의 취지를 훼손하는 정도는 소득계층에 따라 다를 것이다. 이는 소득계층에 따라 본인부담 의료비를 감당할 수 있는 능력이 다르기 때문이다. 고소득계층의 경우는 본인부담액이 많더라도, 필요한 의료 서비스를 이용하는 데 큰 문제가 없을 것이며 의료비로 인하여 경제적 위험을 겪게 되는 경우도 드물 것이다. 하지만 저소득계층의 경우는 고소득층에 비해 높은 본인부담이 필요한 의료 이용을 제약하거나 경제적 곤란을 겪게 할 경우가 훨씬 많을 것이다. 즉 건강보험의 보장성이 문제가 되는 것은 고소득계층보다는 저소득계층에서이며, 따라서 건강보험 보장성 문제의 현상을 파악하고 대안을 제시하는 경우에도 소득계층별 차이에 대한 고려가 필요하다.

이러한 취지에 따라 본 연구에서는 가구 소득 계층별 의료비 부담을 시계열적으로 분석하여 건강보험 보장의 효과가 소득 계층별로 차이가 있는 지 파악하고자 한다. 본 연구의 내용은 기술통계에 의존하는 간단한 실증 연구이지만, 건강보험의 핵심 내용인 보장성 평가에 있어서 필수적이며 의료비 부담을 구체적으로 파악하는 데 중요한 자료를 제공한다.

건강보험 보장성과 관련한 선행 연구를 살펴보면, 1980년대와 1990년대에 걸쳐 법정본인부담에 대한 연구가 많았으며, 주로 법정본인부담에 따른 의료이용의 변화를 분석하여 가격탄력성을 추정하는 데 초점을 두었다(이규식, 1985; 최인미, 1988; 노인철 등, 1989; 정기택, 1993). 이후 본인부담 실태와 급여체계 개편방안을 검토하였고(최병호 등, 1997), 중증질환에 대한 보장성 강화(최병호 등, 2000; 2003)를 제시하였다. 한편 건강보험 보장 수준을 추정한 연구로는 OECD 의료비 산출방식을 사용한 연구와(정형선, 2004; 정형선, 2005; 정형선과 신봉구, 2006), 본인부담 진료비 실태조사를 통해 추정한 연구가 있다(김정희 등, 2004; 2006; 2007). 최근에는 의료비에 대한 보장성을 실제 가계의 의료비 부담으로 파악한 연구가 있다(양봉민 등, 2006; 이원영, 2005; 이태진 등, 2003). 건강보험이 가입자의 의료비 부담을 경감하는 것이 중요한 역할이라는 점을 감안할 때 이들 연구가 가지는 의미가 크지만, 모두 단일 연도 자료를 분석하였기 때문에 의료비 부담의 추이를 파악

2) 물론 실제로는 이 둘이 명확하게 구분되지 않을 것이다. 예를 들어 중증질환으로 인하여 본인부담액이 클 경우, 가계에 부담은 되더라도 여력이 될 때까지는 의료 이용을 할 것이며, 그 정도를 초과하는 경우는 이용에 제약을 받을 것이다. 따라서 의료 이용의 제약과 가계의 경제적 부담이 동시에 발생할 것이다.

하는 데 제한점이 있다. 1977년에 건강보험이 도입된 이후 많은 제도 변화가 있었기 때문에, 본 연구와 같이 전 국민 의료보험 도입 이전부터 최근까지 가계의 의료비 부담을 살펴보는 것은 중요한 의의를 지닐 것이다.

II. 연구방법

1. 분석 자료

본 연구의 분석 자료는 1985, 1990, 1995, 2000, 2005년도 가계조사 자료이다. 가계 조사는 1942년부터 시작되었으며, 1963년 통계청이 조사를 담당하면서부터 체계화되었다. 2002년까지는 도시 지역만을 대상으로 하였으나, 2003년부터는 읍면 지역 비농가가 가구까지 조사 대상을 확장하였다. 이에 따라 명칭도 2003년 이전에는 도시가계조사였으나 2003년부터는 전국가계조사로 바뀌었다.

이 조사는 2인 이상 가구를 대상으로 하며, 1개월간 가구의 수입과 지출 내역을 조사한다. 매월 조사 개시 전에 조사표(가계부)를 조사대상 가구에 배부하여 가구에서 매일의 수입과 지출에 관한 금액과 품목명을 직접 가계부에 기입하는 방식에 의한 조사를 실시하고 있다.

조사대상으로 선택된 가구는 일정 기간 동안 매월 반복 조사된다. 12개월 간 반복 조사하는 것이 원칙이지만 이사 등에 따른 표본 상실 또는 조사대상 가구가 매일의 가계수입과 지출을 빠짐없이 기록해야 한다는 어려움으로 인해 12개월 자료를 모두 획득할 수 있는 경우는 많지 않다.³⁾ 예를 들어서 2005년의 경우 총 11,367 가구가 조사되었는데, 그 중에서 12개월 자료가 모두 조사된 가구는 전체의 1/3 정도이다. 그리고 3개월 이하 기간만 조사된 가구도 30% 가까이 되어서 가구마다 조사개월 수의 편차가 크다.

기존에 (도시)가계조사 자료를 이용하여 가구의 의료비 부담 현황을 분석한 연구는 대부분 월별 조사를 분석 단위로 하였다(이원영, 2004; 이태진 등, 2003; 양봉민 등, 2006). 이에 따라 동일한 가구가 12개월 동안 조사되면 12개의 표본으로서 분석에 포함되었다. 이 경우 표본 간에 독립성 가정에 위배된다는 문제도 있지만, 더 큰 문제는 월별 조사를 분석 단위로 할 경우와 연간 조사를 분석단위로 할 경우 의료비 지출 비중이 상이하게 나온다는 점이다. 예를 들면 월별조사를 분석단위로 할 경우는 연간 조사를 분석단위로 할 경우에 비하여 과부담의료 가구 수를 과대 추정할 수 있다(과부담의료 가구란 기초 생활필수품 비용

3) 특히 1988년까지는 1월부터 새로운 표본으로 시작하는 것이 아니라, 매월 일정 비율씩 표본을 교체하는 방식으로 진행되었기 때문에 1985년 자료의 경우는 12개월 동안 조사된 가구수가 더욱 적다.

을 제외한 소비지출에서의 의료비 지출 비중이 40%를 넘는 가구를 의미한다). 물론 경우에 따라서는 과소 추정할 수도 있으나 이런 경우는 많지 않을 것이다.

예를 들어서 1년 중에 한 번 14일간 입원한 경우를 보자. 입원일이 포함된 달의 월 소비지출에서의 의료비 지출 비중은 매우 크게 나올 것이다. 그러나 1년을 기준으로 해서 연간 소비지출에서의 의료비 지출 비중을 계산하면 그렇게 크지 않을 것이다. 의료비를 제외한 소비 지출액이 매월 100만원이며, 14일간의 입원비용은 100만원이고, 그 밖의 의료비 지출은 없다고 가정하자. 이 경우 입원일이 포함된 달의 소비지출에서의 의료비 지출 비중은 50%이고 다른 달은 0%이며 연간 의료비 지출 비중은 7.7%이다. 따라서 월별자료를 단위로 할 경우는 12개월 중 한 번은 과부담가구에 해당하지만 연간자료를 기준으로 할 경우는 전혀 과부담 가구에 해당되지 않는다. 그러므로 월별자료 기준과 연간자료 기준 중에서 연간자료를 기준으로 하는 것이 더 타당하다고 생각되며, 외국의 연구에서도 대부분 연간자료를 기준으로 하고 있다(Xu 등, 2003; 2007).

그런데 전술하였듯이, 12개월 모두 조사에 참여한 가구는 전체 가구의 1/3 정도에 불과하다(2005년 기준). 따라서 이들만을 대상으로 할 경우 표본의 손실이 상당히 크다. 이에 따라 본 연구에서는 12개월 모두 조사에 참여한 가구 대신에, 1년 중 6개월 이상 조사에 참여한 가구들로 대상을 확장하였다. 이 가구들은 2005년도의 경우 전체의 2/3(66.7%)에 해당한다. 그리고 각 가구별 월평균 자료를 산출하여 분석에 사용하였다(따라서 최하 6개월 평균에서 최고 12개월 평균이 된다).

이처럼 월별 자료를 사용하는 대신에 6개월 이상 자료를 사용하는 것이 본 연구를 기존 연구와 차별화 시키는 점이다. 참고로 6개월 이상 자료를 평균하여 사용할 경우에 월별 자료를 사용하는 경우와 분석결과가 어떻게 달라지는가를 파악하기 위하여 본 연구진은 2005년도 자료에 대하여 월별 자료를 사용한 분석도 함께 실시하였는데, 그 결과를 보면 6개월 이상 자료를 평균하여 사용한 경우의 과부담가구 비중이 월별자료를 사용하는 경우보다 더 낮게 나타났다. 이는 월별자료를 사용한 기존연구들은 실제보다 과부담가구 비중을 과대 추정하고 있음을 시사한다.

2. 분석 방법

1) 가구 의료비 지출액의 범위와 측정

본 연구의 내용은 가구 소득계층별 의료비 지출 수준을 파악하는 것이므로, 이를 위해서는 먼저 건강보험 보장성이 무엇인지를 명확히 해야 한다. 일반적으로 건강보험 보장성은 의료비 중 건강보험이 급여하는 정도를 말하며, 식으로 나타내면

$$\frac{\text{건강보험급여비}}{\text{의료비}} (= 1 - \frac{\text{본인부담액}}{\text{의료비}})$$

과 같다. 이 식에서 분자인 건강보험급여비는 정의가 명확하지만, 분모인 의료비는 그렇지 못하다. 따라서 건강보험 보장성 측정 대상이 되는 의료비의 범위와 항목을 명확히 하는 것이 건강보험 보장성 측정에서는 매우 중요하다. 통상 의료비의 구성항목은 아래의 표와 같이 나타낼 수 있다.

<표 1> 의료비의 구성항목

구 성	정 의
A. 건강보험 급여진료비	건강보험의 적용을 받는 진료비
A1. 건강보험 급여비	건강보험 급여진료비 중 보험자 부담금
A2. 법정 본인부담금	건강보험 급여진료비 중 본인 부담금
B. 건강보험 비급여 진료비	건강보험 급여 제외 진료비
B1. 법정비급여	선택진료비, 상급병실료, 의치 등
B2. 임의비급여	급여기준을 벗어난 비급여
C. 비보험 진료비	건강보험 대상이 아닌 진료비

주: 양봉민 등(2006) 29쪽의 <표 3-1>을 일부 수정한 것임.

의료비를 가장 광의로 정의할 경우 (A+B+C)로 정의할 수 있으며, 이는 총의료비에 해당한다. 한편 건강보험 보장성 측정에서 일반적으로 사용되는 의료비는 A+B로서, 정형선과 신봉구의 연구(2006)와 김정희 등(2004; 2006; 2007) 건강보험 보장성을 측정한 기존 연구들에서도 이를 분모로 한 지표(= $\frac{A1}{A+B}$)를 적용하고 있다.

건강보험의 보장성을 $\frac{A1}{A+B}$ 로 측정할 때, 중요한 것은 B항목인 건강보험 비급여 진료비 (= 비급여 본인부담금) 규모를 올바르게 파악하는 것이다. 이는 다음과 같은 두 가지 이유에서이다.

첫 번째는 B와 C항목의 구분이 명확하지 않기 때문이다. 건강보험 비급여 진료비(B)는

의료적인 필요가 있는 진료비지만 재정 등의 이유로 건강보험급여에서 제외되어 있는 항목을 의미하며, 비보험 진료비(C)는 건강식품과 같이 의료적 필요에 해당하지 않는 항목을 의미한다. 그런데 의료적 필요 여부가 명확한 경우도 있지만 그렇지 않은 경우도 있다. 의료적 필요가 불명확한 경우 이를 항목 B에 포함하는가 아니면 항목 C에 포함하는가에 따라 건강보험 보장성 측정지표의 분모는 달라진다.

두 번째는 A항목(건강보험 급여비와 법정본인 부담금)은 건강보험 급여 자료로부터 거의 완벽하게 측정할 수 있으나, B항목은 그에 상응할 만한 공식적인 자료가 없기 때문이다. 공식적인 자료가 없는 상황에서 비급여 본인부담금을 파악하는 방법은 요양기관으로부터 자료를 얻는 방법과 소비자로부터 얻는 방법 두 가지가 가능하다. 요양기관으로부터 자료를 얻는 경우는 요양기관이 비급여 진료비를 축소 신고할 가능성이 있는데, 이는 곧 건강보험의 보장성을 실제보다 과대 추정할 수 있음을 의미한다. 소비자로부터 얻는 방법의 경우 이용할 수 있는 자료는 전국가계조사(구 도시가계조사) 자료와 국민건강영양조사 자료가 대표적이다. 그런데 두 자료 모두 진료비 항목이 포괄적이어서 항목 B와 C의 구분이 명확하지 못하다는 문제점이 있으며, 이에 덧붙여서 국민건강영양조사 자료는 응답자의 회고(recall) 응답에 의존하기 때문에 신뢰성에도 문제가 있다.

건강보험공단의 자체 연구인 김정희 등(2004; 2005)은 요양기관으로부터 자료를 얻어서 건강보험 보장성을 추정하였는데 2004년에는 61.3%, 2005년에는 61.8%인 것으로 추정되었다. 한편 정형선(2006)은 소비자로부터 자료를 얻는 방법에 해당하며, 도시가계조사 자료와 국민건강영양조사 자료를 결합하여 사용하였다. 이 연구에서는 건강보험 보장성이 2004년에는 53.3%, 2005년에는 53.7%인 것으로 추정되었다. 두 연구에서 이처럼 큰 차이가 발생한 데는 전술한 바와 같이 분모의 B항목에 대한 범위 차이 및 요양기관의 축소 응답이 큰 영향을 미쳤을 것으로 판단된다.

본 연구에서는 건강보험 보장성을 평가하기 위하여 가구 의료비 지출액을 분석한다. 가구 의료비 지출액은 광의로는 A+B+C에서 건강보험 급여비인 A1을 제외한 나머지가 될 것이다. 그런데 가구 의료비 지출액 분석이 건강보험 보장성 평가와 연결되려면, 여기에서 다시 C를 제외함으로써 A2+B만을 포함해야 한다. 그래야만 건강보험 급여비와 가구 의료비 지출액의 합이 건강보험 보장성 측정 대상 의료비인 A+B가 되기 때문이다.

분석대상 가구 의료비 지출액의 범위를 A2+B로 정할 때, 다음으로 해야 할 일은 분석자료인 전국가계조사에서 A2+B에 해당하는 항목을 추출하는 것이다. 2005년도 전국가계조사의 의료비 항목은 다음과 같이 구성되어 있다.

<표 2> 2005년도 전국가계조사의 보건의료비 항목의 구성

중분류	소분류
의약품	인삼, 한약, 양약, 조제약
보건의료용품기구	보건의료용소모품, 안경, 콘택트렌즈, 기타보건의료기구
보건의료서비스	한방진료비, 병원외래진료비, 병원입원치료비, 치과진료비 산후조리원, 기타보건의료서비스

이 표에 제시된 의료비는 A2+B+C에 해당하므로, 여기에서 C에 해당하는 항목을 제외한 것이 본 연구 분석대상인 가계지출 의료비가 된다. 그런데 이 중에서 어느 항목이 C에 해당하는지는 명확하지 않다. 가령 인삼과 산후조리원은 C 항목에 해당한다고 할 수 있다. 하지만 보건의료용품 중에서 일부는 B에 해당할 것이며 일부는 C에 해당할 것이다. 본 연구에서는 <표 3>에 제시한 항목들을 분석대상 가계지출 의료비(즉 A2+B)로 정의하기로 한다. 이 정의는 C의 범위를 넓게 규정한 것, 즉 A2+B의 범위를 좁게 규정한 것에 해당한다.

<표 3> 분석대상 가계지출 의료비 항목

$$\begin{aligned}
 & \text{보건의료비지출} - \{(\text{인삼} + \text{한약}) + \text{보건의료용품기구} + (\text{산후조리원} + \text{기타보건의료서비스})\} \\
 & = (\text{의약품} - \text{인삼} - \text{한약}) + (\text{보건의료서비스} - \text{산후조리원} - \text{기타보건의료서비스}) \\
 & = (\text{양약} + \text{조제약}) + (\text{한방진료비} + \text{병원외래진료비} + \text{병원입원치료비} + \text{치과진료비})
 \end{aligned}$$

2) 소득계층의 구분

본 연구의 목적은 소득계층에 따른 의료비 부담 현황을 파악하는 것이다. 그런데 가계조사 자료의 경우 연도에 따라서는 비근로자 가구의 소득자료는 공개되지 않거나, 공개되더라도 신뢰성이 낮다. 이에 따라 이 자료를 활용한 다수의 연구에서 소득 자료 대신에 지출 자료를 대리변수로 사용하고 있는데(양봉민 등, 2006; 이원영, 2004; 이태진 등, 2003; 여유진, 2002), 본 연구에서도 동일한 방식을 취한다. 즉 소득 대신 가계지출의 크기에 의하여 10분위로 계층을 구분하여 분석에 적용한다.

계층구분을 위한 가계지출액은 의료비를 제외한 것을 사용한다. 이는 의료비가 포함될 경우, 입원 등으로 많은 의료비를 지출한 가구는 실제 소득 능력과 상관없이 높은 소득계층에

포함되는 경우가 발생하기 때문이다. 이는 소득계층 구분에 오차가 발생하는 것을 의미 할뿐만 아니라 고소득계층의 의료비지출 수준을 실제보다 과대 추정하게 한다.

예를 들어서 실제 소득은 하위계층에 속하지만 큰 사고를 당하여 고액의 의료비를 지출한 가계(이를 위하여 친지들에게서 돈을 빌렸을 것이다)의 경우 소비지출액 중에서 의료비지출의 비중이 높아지는 것은 물론이지만, 소비지출액 자체 규모도 실제 소득규모에 비하여 증가하게 된다. 즉 중증질환으로 인하여 과다한 의료비를 지출한 가계는 자연스럽게 실제 소득계층보다 상위소득계층으로 구분되며, 동시에 과다의료비 지출 가계로 구분된다. 이에 따라 상위소득계층의 과다의료비 지출 가계 비중은 실제보다 크게 나타나게 된다.⁴⁾

예를 들면 양봉민 등(2006)은 2004년도 도시가계조사 자료를 이용하여 소득계층별 의료비 과부담 가구를 추정하였는데, 소득계층 구분을 위한 소득의 대리 지표로는 각각 소비지출액을 사용한 경우와 건강보험료를 사용한 경우를 모두 분석하였다. 이 연구의 분석결과를 보면 소비지출액을 소득의 대리 지표로 한 경우 10분위 소득계층 중에서 최상위 계층인 10분위와 9분위의 과다의료비 지출 가계 비중이 최하위 계층인 1분위 계층에 이어서 각각 2위와 3위였으며, 나머지 계층들과는 현격한 차이를 보였다. 이에 비하여 건강보험료를 소득의 대리 지표로 한 경우에는 소득이 낮을수록 과부담의료비 가계비중이 증가하는 것으로 나타났다.

한편 계층 구분에서는 가구 규모에 따른 차이를 보정하기 위하여, 다음과 같이 원래의 가계지출을 가족 수의 제곱근으로 나누어 준 값을 기준으로 하였다.

$$\text{계층구분을 위한 보정소득(소비)} = \frac{\text{원래의 소득(소비)}}{\sqrt{\text{가족 수}}}$$

3) 소득계층별 의료비 지출액과 과부담 의료비의 측정

앞에서 논의한 건강보험 급여율($= \frac{A1}{A+B}$)은 건강보험 보장성의 정의 그대로 의료비 중에서 건강보험이 부담하는 비율을 보여 준다. 하지만 이 지표만으로 건강보험 보장성을 평가하는 데는 한계가 있다. 서론에서 언급한 바와 같이 낮은 보장성(높은 본인 부담률)이 문제가 되는 것은 이것이 가계의 과중한 의료비 부담을 초래할 수 있으며, 이로 인하여 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나 또는 필요한 의료 서비스를 제공 받더라도 경제적 위험을 겪

4) 반대로 의료비를 과다하게 지출한 가계의 경우, 다른 소비지출을 줄일 가능성도 있다. 이 경우 의료비 제외 소비지출을 사용하면, 실제 소득계층에 비하여 낮은 소득계층으로 분류될 수도 있다. 하지만 이와 같은 의료비 제외 시의 문제보다는 의료비 포함 시의 문제가 심각한 것으로 판단된다.

을 수 있기 때문이다. 즉 각 가구의 경제적 능력이 충분하여 스스로 높은 의료비를 부담하는데 어려움을 겪지 않는다면, 보장성이 낮다고 해서 문제가 될 이유는 없다. 따라서 낮은 보장성이 실제로 얼마나 문제가 되는가를 파악하기 위해서는 이로 인하여 의료 이용에 어려움을 겪는 정도 혹은 경제적 부담을 느끼는 정도를 파악하는 것이 필요하다.

본 연구에서는 의료 이용에 어려움을 겪는 정도를 파악하기 위하여 우선 소득계층별 의료비 지출액을 파악한다. 의료비 지출액을 C , 의료 이용량(예, 의료기관 방문횟수)을 Q , 의료 이용의 단위 비용(예, 1회 방문시 비용)을 P 라고 하면, $C = P \times Q$ 의 관계가 성립한다. 의료 이용량인 Q 는 의료 이용의 양적인 측면을 나타낸다고 할 수 있으며, 의료의 단위 비용인 P 는 의료 이용의 내용적인 측면을 나타낸다고 할 수 있을 것이다.⁵⁾ 따라서 C 는 이용량과 이용의 내용이 결합된 총체적인 의료 이용 수준을 보여준다. 또한 의료비 지출에 있어서 소득계층별 불평등 지수를 구하여 결과를 비교한다.

다음으로 소득계층별 의료비 과부담 가구 비중을 추정한다. 통상 기초생계지출로 간주되는 식료품비를 제외한 소비지출액 중에서 의료비 지출이 차지하는 비중이 40% 이상인 경우를 '과부담 의료비 지출'로 정의한다(Xu 등, 2003). 이러한 과부담가구 비중은 의료비 지출로 인하여 경제적 어려움을 겪는 정도를 보여주는 한 지표가 될 수 있다.

$$\text{과부담가구} = \frac{\text{의료비 지출}}{(\text{소비 지출} - \text{식료품비})} > 0.4 \text{인 가구}$$

과부담가구의 정의를 본격적으로 도입한 Xu 등(2003)의 연구에서는 각 가구의 실제 식료품비 대신에 중위 10% 가구(즉 식료품비 지출액이 45-55분위에 해당하는 가구)의 식료품비를 사용하였다. 이는 가장 기초적인 필수재 지출액은 소득계층에 상관없이 동일해야 한다고 가정하는 셈이 된다. 그러나 본 연구에서는 각 가구의 실제 부담 정도를 파악하려면 각 가구의 실제 필수재 지출액을 차감하는 것이 더 타당하다고 판단하여 실제 식료품비를 사용하였다. 실제 식료품비를 차감하는 경우는 중위 10%가구의 식료품비를 사용하는 경우에 비하여, 저소득계층의 과부담가구비율은 더 낮아지며, 고소득계층의 과부담가구비율은 더 높아지게 된다.

의료비 과부담 가구는 각 가구의 소비 지출액에 대한 상대적인 비율로 측정된다. 그런데 이러한 상대적인 비율 이외에, 의료비 지출의 절대금액 수준을 측정하는 것도 의미를 가질

5) P 가 의료이용의 내용적인 측면을 반영한다는 것은 동일 시점에서 횡단면적인 비교의 경우에 해당한다. 시계열적인 비교에서는 물론 의료기술의 발전과 의료수가의 인상 등에 따라 P 가 증가할 것이다.

것이다. 이에 따라 의료비 과부담 가구의 분석에서는 월평균 의료비 지출액이 50만원 이상인 가구에 대한 분석도 함께 하였다.

III. 연구결과

1. 소득계층별 의료비 지출 현황

우선 소득계층별 의료비 지출이 1985-2005년 사이에 어떻게 변화해 왔는가를 보기 위하여 1985년, 1990년, 1995년, 2000년, 2005년의 5개 연도 자료를 분석하였다. 전국가계조사(구 도시가계조사)는 2003년부터는 농어촌을 포함한 전국적인 조사를 하고 있으나, 2003년 이전에는 도시지역만을 대상으로 조사가 이루어졌다. 따라서 다른 연도 자료들과의 비교에서 일관성을 유지하기 위하여 2005년도의 경우는 전국가계조사 자료 중에서 도시 지역 자료만을 대상으로 분석하였다.

본격적인 분석에 앞서서 <표 4>에는 분석에 사용된 기초통계들이 제시되어 있으며, 지면 관계상 2005년도 자료에 대한 것만 제시한다.

<표 4> 2005년 자료의 기초 통계 (단위: 명, 세, 천원)

소득계층	가족 수	가구주연령	가계지출액	비 의료 소비지출액
1분위	2.9	53.7	880.2	544.3
2분위	3.3	47.2	1324.9	832.3
3분위	3.4	45.1	1618.3	1012.0
4분위	3.5	44.2	1870.0	1179.5
5분위	3.5	44.4	2097.6	1311.8
6분위	3.5	44.3	2362.5	1488.0
7분위	3.6	44.3	2669.0	1675.4
8분위	3.5	44.4	3033.9	1897.6
9분위	3.5	44.5	3603.7	2261.1
10분위	3.4	47.0	5274.0	3183.3
평균	3.4	45.9	2473.7	1538.7

(표본 수 = 6,257)

소득계층별 가구원 수를 보면 최하위 계층인 1분위의 가족 수가 다른 계층에 비하여 두드러지게 작고 가구주 연령은 눈에 띄게 많다는 것을 알 수 있다. 나머지 계층에서는 2분위 계층이 다소 가구 수가 적고 가구주 연령이 많지만 대체로 유사하다. 계층구분이 가계지출에서 의료비지출을 제외한 것에 의하여 이루어졌기 때문에, 상위 계층일수록 가계지출액이 더 많은 것은 당연하며 비의료 소비지출액도 마찬가지이다.

<표 5>에는 소득계층별 의료비지출액이 각 연도별로 제시되어 있다. 이 표의 의료비 지출액은 2005년 불변가격(보건의료부문 소비자물가지수 활용)으로 환산한 것이다.

〈표 5〉 소득계층별 의료비 지출액 (단위: 원)

소득계층	1985	1990	1995	2000	2005	$\frac{2005}{1985}$
1분위	16,843	27,355	45,986	49,409	62,446	3.71
2분위	22,246	30,453	45,850	48,854	65,982	2.97
3분위	22,163	31,348	48,869	46,857	62,216	2.81
4분위	23,677	37,364	46,922	54,508	62,064	2.62
5분위	28,389	35,660	47,183	59,518	68,977	2.43
6분위	27,621	38,845	58,390	65,098	73,968	2.68
7분위	32,894	49,347	62,619	63,786	74,659	2.27
8분위	36,657	42,971	63,343	67,725	84,980	2.32
9분위	43,941	50,394	71,729	74,362	97,440	2.22
10분위	46,578	56,649	77,061	84,699	116,891	2.51
평균	30,101	40,039	56,795	61,482	76,967	2.56
$\frac{10분위}{1분위}$	2.77	2.07	1.68	1.71	1.87	
표본수	3,854	3,972	4,689	5,288	6,257	

의료비지출 절대금액은 최근으로 올수록 계속 증가해 왔는데, 이는 의료 물가지수가 일반 물가지수 증가보다 높고, 1989년 전 국민의료보험 실시 등을 고려할 때 당연한 결과로 보인다. 이보다 흥미 있는 것은 마지막 열에 제시한 통계($\frac{2005}{1985}$)이다. 이는 2005년 의료비지출액을 1985년 의료비지출액으로 나눈 것으로서 의료비지출액 증가 속도를 보여준다. 1분위 계층의 의료비 지출액은 1985년에 비하여 2005년에 3.7배 정도 증가한 데 비하여, 9분위

계층의 의료비 지출액은 2.2배, 10분위 계층은 2.5배 정도 증가하였다. 그리고 평균적으로는 2.6배 정도 증가하였다. 대체로 저소득계층일수록 의료비 지출액 증가속도가 더 빠르다. 이는 그만큼 저소득계층의 의료소비량이 고소득계층에 비하여 상대적으로 증가하였음을 의미한다.

한편 최상위 계층의 의료비 지출액을 최하위 계층의 의료비 지출액으로 나눈 통계 ($\frac{10분위}{1분위}$)를 보면, 1985-1995 기간에는 감소하였고, 1995-2000 기간에는 유사한데 비하여, 2000-2005 기간에는 증가하였다. 이는 1985년 이후 소득에 따른 의료 이용도 차이가 감소하는 추세를 보이다가, 2000년 이후 다시 증가하고 있음을 시사한다. 그런데 이 통계는 최상위계층과 최하위계층 간의 의료비 차이만을 보여주며, 나머지 계층의 의료비 지출액은 고려하지 못한다. 따라서 전체적인 소득계층별 의료비 지출액 차이를 판단하는 데는 한계가 있다.

이에 따라 전체적인 소득계층별 의료비 지출액 차이를 파악하기 위해서 의료비 지출의 불평등 계수를 산출하였다. 이는 지니계수를 응용한 것으로서 Kakwani 지수와 유사한데, 이의 산출방법은 다음과 같다. 우선 가로축에는 소득이 적은 가구부터 소득이 많은 가구 순으로 표본의 누적비율을 나타내고 세로축에는 해당 가구 의료비 지출액의 누적비율을 나타내는 곡선을 도출한다. 다음으로 이 곡선과 대각선 사이에 만들어지는 면적을 두 배 하면 의료비 지출 불평등 계수가 산출된다. 의료비 지출 불평등 계수는 이론적으로는 -1에서 1사이의 값을 갖는다. 즉, 소득이 낮은 가구의 의료비지출액이 소득이 높은 가구의 의료비 지출액보다 많으면 음의 값을 지니며, 그 반대이면 양의 값을 지닌다. 그리고 소득에 상관없이 의료비지출액이 동일하면 0의 값을 갖는다. 통상 저소득 계층의 의료비지출액은 고소득 계층보다 적다. 따라서 0에서 1 사이의 값만을 고려한다면 의료비 지출 불평등 계수는 지니계수와 마찬가지로의 의미를 갖는다. 즉 완전 평등 상태의 계수값은 0, 완전 불평등 상태의 계수값은 1로 나타난다.

실제로 소득계층별 의료비 지출 불평등지수를 산출하기 위해서는 몇 가지 방법이 가능한데, 본 연구에서는 Wagstaff와 van Doorslaer(1997)를 응용한 다음의 회귀식에 의하여 산출하였다.

$$2\sigma_{R_i}^2 \left[\frac{y_i}{\mu} \right] = \alpha + \beta R_i + u_i \dots \dots \dots (1)$$

여기에서 y_i 는 가구 i 의 의료비 지출액, μ 는 가구 의료비 지출액의 전체 평균, R_i 는 가구 i 의 의료비 지출액의 (분수로 표시한) 순위(fractional rank), $\sigma_{R_i}^2$ 은 R_i (fractional rank)의

분산이다. 회귀식 (1)의 계수값인 β 가 의료비 지출의 불평등지수가 된다. 각 연도별 의료비 지출 불평등지수는 <표 6>에 제시되어 있다.

<표 6> 의료비지출액의 연도별 집중지수

연도	1985	1990	1995	2000	2005
불평등지수	0.277	0.196	0.189	0.177	0.188

<표 6>의 불평등지수의 연도별 변화 추이를 보면, 1985-1990 기간에 소득계층별 불평등이 대폭 감소한 후에 2000년까지 서서히 감소하였다가 2000-2005 기간에 다소 불평등이 증가하였음을 알 수 있다. 이 불평등지수의 변화 추이는 최상위 계층과 최하위 계층의 의료비 지출액만을 비교한 <표 5>의 통계($\frac{10분위}{1분위}$)와 대체로 유사한 경향을 나타내고 있다.

<표 5>가 계층별 의료비 지출 절대금액의 차이를 보여주고 있는 데 비하여, 다음의 <표 7>은 가계지출 대비 의료비지출 비중을 제시함으로써, 계층별 의료비 지출 상대금액의 차이를 보여주고 있다.

<표 7> 계층별 가계지출 중 의료비지출비중

(단위: %)

소득계층	1985	1990	1995	2000	2005
1분위	4.70	4.46	5.36	5.66	6.96
2분위	4.69	3.98	3.88	3.85	4.69
3분위	4.29	3.62	3.60	3.22	3.66
4분위	4.12	3.62	3.07	3.23	3.13
5분위	4.20	3.25	2.74	3.07	3.13
6분위	3.84	3.16	3.00	3.07	3.02
7분위	3.88	3.53	2.86	2.58	2.69
8분위	3.73	2.67	2.45	2.48	2.71
9분위	3.52	2.49	2.33	2.25	2.62
10분위	2.44	1.85	1.78	1.81	2.17
평균	3.94	3.26	3.11	3.12	3.48
표본수	3,854	3,972	4,689	5,288	6,257

전체가구 평균의 연도별 변화를 보면 1985-1990년 기간에 대폭 감소한 후(0.68%P 감소), 1990-2000년 기간에는 별 변동이 없으며, 2000-2005년 기간에는 다소 증가하였음을 알 수 있다(0.37%P 증가). 1985-1990년 기간에 대폭 감소한 데에는 1988년에 이루어진 전 국민 의료보험의 영향이 컸을 것이다.

기존의 연구들에서 건강보험의 보장성이 최근에 높아졌음을 보임에도 불구하고(김정희 등, 2006; 정형선과 신봉구, 2006) 가계지출에서의 의료비 지출 비중이 최근에 더 높아졌다는 것은 다소 의아한 일이지만, 설명은 가능하다. 가계 의료비 지출 비중은 다음과 같이 나타낼 수 있다.

$$\begin{aligned} \text{가계 의료비지출 비중} &= \frac{\text{가계의료비지출}}{\text{가계지출}} \\ &= \frac{\text{전체의료비지출} \times (1 - \text{건강보험보장률})}{\text{가계지출}} \\ &= \left(\frac{\text{전체의료비지출}}{\text{가계지출}} \right) \times (1 - \text{건강보험보장률}) \end{aligned}$$

가계 의료비 지출은 두 가지 요인의 곱으로 분해할 수 있다. 하나는 가계지출 대비 전체 의료비 비중이며, 또 하나는 건강보험보장률이다. 위의 식에서 건강보험보장률이 높아짐에도 가계 의료비지출 비중이 증가하였다는 것은, 가계지출 대비 전체의료비 비중의 증가속도는 건강보험보장률 증가속도보다 더 빠르다는 것을 의미한다.

건강보험 보장성 확대의 목적은 가계 의료비 부담을 덜어 주는 데 있다. 따라서 2000-2005년 기간에 가계 의료비 지출 비중이 증가하였다는 것은, 비록 이 기간 동안 건강보험 보장성 확대가 이루어졌지만 그 정도가 충분하지는 못하였다고도 해석할 수 있을 것이다.

전체 가구(엄밀하게는 도시 가구)의 평균적인 경향보다 더 관심 있는(그리고 정책적으로 더 중요한) 것은 계층별로 구분한 연도별 변화 추이다. 보장성 강화의 목적은 가계의 부담을 덜어 주는 데 있는데, 의료비 지출액이 가계에 부담되는 정도는 소득 계층에 따라 상이하기 때문이다.

<표 7>을 보면 대부분의 소득 계층에서 의료비 지출 비중은 1990-2000년 기간에 감소하였으나, 최하위 계층(1분위)은 오히려 의료비 지출 비중이 증가하였음을 알 수 있다. 또한 이 계층의 2000년-2005년 기간 의료비 지출 비중 증가 정도도 나머지 계층들에 비하여 더 높음을 알 수 있다. 예를 들면 1985년에는 1분위 계층의 의료비 지출 비중이 4.70%이며 10분위 계층의 의료비 지출 비중은 2.44%였다. 그런데 10년 뒤인 1995년에는 1분위 계층의 의료비 지출 비중은 5.36%로 1985년에 비하여 0.66%P 증가한 데 비하여 10분위

계층의 의료비 지출 비중은 1.78%로 오히려 0.66%P가 감소하였다. 그리고 다시 10년 뒤인 2005년에는 1분위 계층의 의료비 지출 비중은 6.96%로 1995년에 비하여 1.30%P가 증가하였으나 10분위 계층의 의료비 지출 비중은 2.17%로서 10년 전에 비하여 0.39%P만 증가하였다.

1990년 이후 최하위 계층의 소득(소비) 대비 의료비 지출 비중은 계속 증가하였으며, 특히 나머지 계층과 비교할 때 증가 정도가 크다는 것은 그만큼 저소득계층의 의료 이용량이 절대적으로는 물론 다른 계층 대비 상대적으로도 증가하였다는 것을 의미할 것이다.⁶⁾

최하위 계층의 상대적 의료 이용량이 증가하였다는 것은 다음의 <표 8>을 보면 더욱 명확히 알 수 있다. 이 표에는 각 계층의 의료비지출액을 전 계층 평균 의료비지출액으로 나눈 통계가 제시되어 있다. 예를 들어서 1985년의 1분위 계층의 0.56이라는 통계는 1985년의 1분위 계층의 의료비 지출액인 16,843원을 전 계층 평균 의료비지출액인 30,104원으로 나눈 값이다.

<표 8> 전체가구 평균 대비 계층별 평균 의료비 비중

소득계층	1985	1990	1995	2000	2005
1분위	0.56	0.68	0.81	0.80	0.81
2분위	0.74	0.76	0.81	0.79	0.86
3분위	0.74	0.78	0.86	0.76	0.81
4분위	0.79	0.93	0.83	0.89	0.81
5분위	0.94	0.89	0.83	0.97	0.90
6분위	0.92	0.97	1.03	1.06	0.96
7분위	1.09	1.23	1.10	1.04	0.97
8분위	1.22	1.07	1.12	1.10	1.10
9분위	1.46	1.26	1.26	1.21	1.27
10분위	1.55	1.41	1.36	1.38	1.52

6) 이는 의료비 지출액을 의료이용도에 대한 대리지표로 간주함을 의미한다. 주의할 것은, '의료' 물가 상승률이 다른 항목의 물가 상승률보다 높은 경우에는 의료 이용량이나 수준은 (절대적으로) 동일하거나 감소해도, 소비지출액 대비 의료비 비중은 증가할 수 있다는 점이다. 지난 20여년간 '의료' 물가 상승률은 다른 항목의 물가 상승률보다 다소 높았다. 따라서 이의 영향을 어느 정도는 고려하여 해석할 필요가 있다. 또한 소득대비 의료비 지출비의 증가 정도는 분모에 해당하는 소득계층 분위별 소득의 상대적인 증가율의 차이에 의해서도 영향을 받을 수 있다. 따라서 저소득계층의 소득증가율이 다른 소득계층에 비해 낮다면, 저소득계층의 의료이용량이 고소득층에 비하여 상대적으로 증가하지 않았더라도 소득(소비) 대비 의료비 지출 증가정도는 고소득층에 비하여 커질 수 있다. 그러나 본 연구진의 계층별 소득 변화 분석에 따르면, 이러한 효과는 미미한 것으로 판단된다.

이 표에 제시된 계층별 평균 대비 의료비 지출액 비중의 1985-2005 기간 동안의 변화 양상은 저소득계층의 상대적 의료이용량이 최근으로 올수록 상승해 왔음을 보여 준다. 예를 들면 1분위계층의 평균 대비 의료비 비중은 1985년에 0.56인데 2005년에는 0.81로 증가하였다. 이에 비하여 10분위 계층은 1985년에 1.55인데 2005년에는 1.52로 다소 감소하였다. 전체적으로 보면 1, 2, 3, 4분위 계층은 1985년에 비하여 2005년의 비중이 더 높으며, 5, 6분위 계층은 유사하고, 7, 8, 9, 10분위 계층은 감소하였다. 따라서 소득계층별 의료이용량 격차는 1985-2005 기간 동안 감소해 왔음을 알 수 있다. 다만 최하위 계층의 평균 대비 의료비 비중은 1995-2005 기간 동안 거의 일정한 데 비하여, 최상위 계층의 평균 대비 의료비 비중은 같은 기간에 증가하여, 최근에 와서는 계층 간 의료 이용량 차이가 다시 증가하는 경향이 있음을 알 수 있다.

2. 소득계층별 의료비 과부담 가구 현황

앞에서 최근으로 올수록 소득 대비 의료비 지출 비중이 증가하여 왔음을 살펴보았다. 이러한 의료비 비중 증가는(특히 저소득) 가계에 부담이 될 수 있다. 의료비 부담이 커 소득계층별 의료비 과부담 가구의 비율은 의료비가 가계에 주는 부담을 보다 명확하게 보여줄 수 있다. 이에 대한 분석 결과는 <표 9>에 제시되어 있다.

먼저 전체 평균을 보면 전 국민 의료보험이 실시되기 이전인 1985년(16인 이상 사업장만 적용)에는 의료비 과부담 가구 비율이 0.88%였으나, 전 국민 의료보험이 실시된 이후인 1990년에는 0.28%로 대폭 감소하였다가 2005년에 0.86%로 다시 증가하였음을 알 수 있다.

한편 소득계층별로 보면, 과부담 가구는 최하위계층에서 주로 문제가 됨을 알 수 있다. 2005년의 경우 오직 1·2분위 계층에서만 과부담 가구 비율이 1%를 넘고 있으며, 표본오차를 고려할 때, 이 계층만 1985년에 비하여 2005년의 과부담 가구 비율이 더 증가하였다.⁷⁾ 그 중에서도 1분위계층은 2005년의 과부담 가구 비율이 4.96%로서 2분위 계층의 3배가 넘고 있으며, 2000년의 1.70%에 비해서도 3배 가까이 증가하였다.

한편 6분위 이상의 과부담 가구 비율 해석에서는 표본 수의 제약으로 인하여 한 두 가구 차이가 의미 있는 비율 차이로 보일 수 있음에 유의해야 한다. 1990-2005년 기간 동안 6분위 이상 계층에서는 과부담 가구 표본 수가 0-2개 사이이며, 이는 의미 있는 차이라고 하기 어렵다. 그러므로 1990년부터 이후 기간에서 6분위 이상 계층의 과부담 가구 비율 해

7) 8분위 계층의 경우도 1985년에는 0.26%였으나, 2005년에는 0.32%로 증가하였다. 그러나 1985년의 0.26%는 1가구, 2005년의 0.32%는 2가구이다. 따라서 표본오차를 감안하면 8분위 계층의 경우 유의미한 증가를 보인 것은 아니다.

〈표 9〉 의료비 과부담 가구 비율

(단위: %)

소득계층	1985 (n=3,854)	1990 (n=3,972)	1995 (n=4,689)	2000 (n=5,288)	2005 (n=6,257)
1분위	2.86	1.01	2.14	1.70	4.96
2분위	0.78	0.76	1.07	0.57	1.60
3분위	1.04	-	-	0.57	0.64
4분위	0.52	0.76	-	0.57	0.16
5분위	1.04	0.25*	-	-	0.64
6분위	0.78	-	0.21*	0.19*	0.16*
7분위	0.78	-	-	0.38	0.16*
8분위	0.26	-	0.21*	0.19*	0.32
9분위	0.78	-	-	-	-
10분위	-	-	-	-	-
전체평균	0.88	0.28	0.36	0.42	0.86

*: 이들은 가구수로는 하나임.

석은 이 계층들에서는 과부담가구가 거의 없다고 해석하는 것이 보다 타당할 것이다. 즉 과부담 가구는 주로 중하위 계층의 문제이다.

〈표 9〉에 제시된 의료비 과부담 가구 비율은 각 가구의 소비 지출액에 대한 상대적인 비율이다. 따라서 같은 과부담 가구 비율이라도 저소득계층에서의 의료비 지출 절대액과 고소득계층에서의 의료비 지출 절대금액은 크게 다르다. 이와 같은 소비지출(혹은 소득) 대비 상대적인 부담 수준을 비교 파악하는 것도 의미가 있지만, 다른 한편 의료비 지출의 절대금액 수준을 비교 파악하는 것, 즉 통상 높은 의료비라고 인정되는 절대적 기준을 설정한 후 이를 초과하는 가구에 대하여 분석하는 것은 고액 의료비 부담 가구가 실제로 얼마의 의료비를 부담하는지 알 수 있게 한다.

〈표 10〉은 의료비를 월평균 50만원 이상 지출하는 가구를 나타내고 있다. 월평균 50만원이 중요한 이유는 2004년 중반부터 시행 중인 ‘본인부담 상한제’와의 관련성 때문이다. ‘본인부담 상한제’는 6개월간 법정본인부담금이 300만원을 넘는 경우에, 그 이상의 환자 본인부담을 면해 주는 제도이다⁸⁾. 본 연구는 6개월 이상 기간에 대한 월평균 자료를 분석하였으므로, 월평균 50만원 이상 의료비를 지출한 가구는 대부분 6개월간 300만원 이상 지출

8) 2007년 8월 1일부터 상한제 금액이 6개월간 200만원으로 조정되었다. 본 연구에서 분석한 자료는 2005년 자료이기 때문에 변경되기 전 상한제 적용 금액인 300만원 기준으로 살펴보았다.

<표 10> 월평균 50만원 이상 의료비 지출 가구, 2005년

소득계층	출현 비율과 빈도	가계지출 중 의료비 비율
1분위	1.9%(12가구)	48.7%
2분위	1.8%(11가구)	35.3%
3분위	1.0%(6가구)	29.6%
4분위	0.8%(5가구)	25.8%
5분위	0.6%(4가구)	27.5%
6분위	1.0%(6가구)	24.9%
7분위	1.0%(6가구)	21.3%
8분위	1.3%(8가구)	21.1%
9분위	2.4%(15가구)	17.1%
10분위	2.6%(16가구)	11.3%
전체	1.4%(89가구)	25.5%

한 가구에 해당할 것이다.

<표 10>을 보면 월평균 50만원 이상(6 개월에 300만원 이상)을 지출하는 가구의 비중이 1분위와 2분위에서 평균보다 높다가 3분위부터 대폭 감소한 이후 9, 10분위에서 다시 증가함을 알 수 있다. 1, 2분위는 최하위 소득 계층임에도 불구하고 3-8분위 계층보다 월 50만원 이상 의료비 지출 가구가 더 많다는 것은 그만큼 이들 계층의 의료 필요도가 더 크기 때문일 것이다. 일반적으로 건강상태와 소득 수준은 비례해서, 소득 수준이 낮을수록 건강 상태는 안 좋은 것으로 알려져 있다. 특히 1분위 소득계층에는 <표 4>에 제시된 바와 같이 다른 계층에 비하여 고령자가 많이 포함되어 있기 때문에 건강상태가 더욱 안 좋을 것이다.

상대적 기준에 의한 과부담 가구 비중을 보여 주는 <표 9>와 절대적 기준에 의한 과부담 가구 비중을 보여 주는 <표 10>이 시사하는 바를 여러 측면에서 해석할 수 있겠으나, 여기에서는 본인부담상한제와 관련한 시사점에 대해서만 논의하고자 한다. 이는 본인부담상한제가 지나친 의료비 부담을 방지함으로써 경제적 제약으로 인한 미충족 의료를 줄이고, 가계의 경제적 부담을 완화하기 위한 대표적인 제도이기 때문이다.

우선 <표 10>에서 알 수 있는 것은 본인부담 상한제의 적용 대상에 해당하는 6개월간 월평균 50만원 이상 의료비 지출 가구는 실제 본인부담 상한제에서 적용인구로 추산한 규모에

비하여 훨씬 많다는 점이다. 건강보험공단의 연구 결과인 김정희 등(2005)에 따르면 2005년도 본인부담 상한제 적용대상 인구는 최대 7만명 미만인 것으로 추정되었다. 그런데 <표 10>에서는 전체 가구의 1.4%인 것으로 추정되어, 건강보험 적용 대상 가구 수(대략 1,400만 가구)를 적용하면 대략 19만 6천 가구 정도 되므로 1가구 당 대상 인원을 1명으로만 잡아도 19만6천명이 된다.

이러한 차이가 나타나는 이유는, 우선 <표 10>의 분석은 가구 의료비 전체를 기준으로 한 것이지만 '본인 부담 상한제' 적용 대상자는 개인별 의료비를 기준으로 했기 때문일 수 있다. 즉 한 가구당 평균 3.4명이 있으므로 가구의료비 전체가 아닌 개인 당 의료비를 기준으로 하면 <표 10>의 비율은 더 작아질 것이다. 그러나 어떤 가구의 의료비가 평균보다 특별히 많이 지출되는 것은 대부분 가구 구성원 중 한 명이 중증 질병을 앓기 때문일 것이며, 모든 구성원이 고르게 평균보다 많은 지출을 하기 때문은 아닐 것이다. 이를 감안하면 가구 의료비 전체가 아닌 개인당 의료비를 기준으로 한다고 해도 <표 10>의 결과가 크게 달라질 것 같지는 않다.

가령 개인의 6개월간 의료비지출이 300만원 이상인 경우에 그 개인이 속한 가구의 나머지 구성원들은 각 가구 계층의 평균 의료비 지출액만큼을 지출한다고 가정하면(실제로는 그보다 적은 경우가 훨씬 많을 것이다), <표 10>은 다음의 <표 11>과 같이 바뀌는데, 이는 가구 구성원 중 1인의 6개월 의료비 지출이 300만원 이상인 경우를 보여 주는 셈이 된다.

<표 11>을 기준으로 할 때 가구 구성원 중 1인이 6개월간 300만원 이상 의료비를 지출한 가구 수는 15만 8천 가구 정도가 된다. <표 10>을 기준으로 한 19만 6천 가구보다는

<표 11> 가구 구성원 중 1인이 6개월간 300만원 이상 의료비 지출 가구

소득계층	출현 비율과 빈도	가계지출 중 의료비 비율
1분위	1.4%(9가구)	53.2%
2분위	1.3%(8가구)	36.3%
3분위	0.6%(4가구)	33.2%
4분위	0.5%(3가구)	29.5%
5분위	0.5%(3가구)	30.5%
6분위	0.6%(4가구)	26.9%
7분위	0.8%(5가구)	22.1%
8분위	1.0%(6가구)	23.9%
9분위	1.9%(12가구)	17.9%
10분위	2.2%(14가구)	11.9%
전체	1.1%(68가구)	26.8%

상당히 감소하였지만 여전히 건강보험공단의 추정인원(최대 7만명)보다는 훨씬 많다. 이 차이는 본 연구에서 분석한 의료비 지출은 법정본인부담과 비급여서비스에 대한 부담을 합친 것인데 반해 본인부담 상한제는 법정본인부담만 대상으로 하기 때문이다.

우리나라의 본인부담금 중에서는 건강보험 비급여서비스 진료비가 상당 부분을 차지하고 있는 것으로 알려져 있다. <표 12>의 2006년 소득계층별 건강보험 보장률과 본인부담금 구성 비율을 보면(김정희 등, 2007), 직장가입자와 지역가입자가 공통적으로 저소득층의 건강보험 보장률이 가장 낮고 비급여 본인부담률이 다른 소득계층보다 높게 나타난다. 따라서 법정본인부담금만을 대상으로 하는 본인부담 상한제가 상당히 제한적인 효과만을 가질 수밖에 없는 이유를 충분히 알 수 있다.

김정희 등(2007)의 연구에서는 비급여 본인부담금의 범위에 해당하는 의료비 항목의 범위를 좁게 제한하였으며, 의료기관이 제출한 자료에 의존하고 있어서 의료 기관이 축소 보고했을 가능성이 있기 때문에 <표 12>의 결과는 비급여 본인부담률은 실제보다 작을 수 있다. 그럼에도 불구하고 법정 본인부담률에 비해 비급여 본인부담금의 비율이 높게 나타났다는 것은, 본인부담 상한제가 실효성을 갖추려면 여기에서 제외되는 비급여 본인부담금의 비중이 낮아져야 함을 시사한다.

또한 <표 9>와 <표 10>의 소득계층별 통계는 본인부담상한제가 본래의 취지를 달성하기 위해서는 소득계층에 따라 차등 적용하는 것이 필요함을 시사한다. <표 9>의 소득계층별 의료비 과부담가구 비율을 보면 1분위계층은 4.96%, 2분위계층은 1.60%이며, 나머지 계층은

<표 12> 건강보험 가입자의 소득계층별 보장률, 2006년 (단위:%)

소득계층	직장가입자			지역가입자		
	건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담률	건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담률
1분위	55.7	18.8	25.6	54.7	19.7	25.6
2분위	56.6	18.6	24.8	56.7	19.3	24.0
3분위	58.0	18.2	23.8	57.3	20.0	22.7
4분위	57.5	18.5	24.0	59.6	18.7	21.7
5분위	58.3	18.4	23.3	59.5	19.2	21.3
6분위	57.5	18.6	23.9	60.3	18.5	21.2
7분위	57.0	19.7	23.4	60.6	18.7	20.7
8분위	58.0	19.4	22.6	59.9	19.0	21.1
9분위	58.2	18.6	23.1	60.4	19.0	20.6
10분위	58.1	19.5	22.3	61.2	18.3	20.5

자료출처: 김정희 등(2007)

1% 미만이다. 그리고 <표 10>의 월 50만원 이상 의료비 지출 가구의 전체 지출 중 의료비 비율을 보면 1분위 계층만 절반이 넘어서 다른 계층과는 차이가 매우 크다.

본인부담 상한제는 의료비 지출의 절대액이 일정 수준을 초과하지 않도록 하는 것으로서 소득에 따른 부담 능력 차이는 고려하지 않고 있다. 하지만 의료비 지출이 경제적으로 부담 되는 정도는 본질적으로 소득에 따라 상대적이다. 따라서 가구의 경제적 부담을 덜어 주고, 과도한 의료비로 인하여 필요한 의료 서비스를 받지 못하는 것을 방지하기 위해서는 소득에 따른 상대적 고려가 필수적일 것이다.

IV. 고 찰

본 연구의 주요 결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 과거 20년의 추이를 보면 저소득계층의 의료비 지출액으로 추정된 의료 이용도는 절대적으로, 그리고 다른 계층 대비 상대적으로도 향상되었다.⁹⁾ 다만 2005년의 경우는 2000년에 비하여 계층별 의료 이용도 차이가 증가하였다.

둘째, 2000년에 비하여 2005년에는 모든 소득계층에서 소득 대비 의료비지출 비중이 증가하였다.

셋째, 의료비 과부담 가구는 대부분 저소득계층에서 발생하였다.

넷째, 과도한 의료비 부담을 줄여주기 위한 직접적인 제도인 본인부담 상한제의 적용에서 제외되는 비급여서비스 본인부담금의 비중이 높기 때문에, 의료비 부담 경감 효과가 제한적이다.

본 연구에서 나타난 소득계층에 따른 의료비 지출의 변화의 의미를 고찰하면, 저소득 계층의 의료비 지출이 고소득 계층에 비해 더 늘어났다는 것은 의료이용의 상대적 증가로 볼 수 있고 소득 계층에 따른 의료 이용도 차이가 감소했다는 것 자체는 의료보장의 목적에 비추어 바람직한 일이라고 평가할 수 있다. 하지만, 이는 그만큼 저소득 계층의 의료비 부담이 증가하였다는 것을 의미하므로 저소득계층에 대한 건강보험의 보장성 강화가 필요함을 시사한다.

결과를 긍정적으로 해석한다면, 과거에 비하여 저소득계층의 의료비지출 비중이 높아졌다는 사실이 반드시 과거에 비하여 저소득계층이 느끼는 의료비 부담 수준이 더 커졌음을 의

9) 주의할 것은 소득계층별 의료이용도의 형평성과 의료비 부담의 형평성은 전혀 다른(혹은 반대되는) 개념이라는 점이다. 저소득계층의 의료이용도가 타계층에 비하여 상대적으로 더 증가하였다면, 저소득계층의 의료비 지출도 타계층에 비하여 상대적으로 더 증가하였을 것이다. 그런데 상대적인 의료 이용도 증가는 의료이용도의 형평성 증진을 의미하며, 상대적인 의료비 지출 증가는 의료비 부담의 형평성 저하를 의미한다.

미한다고 하기는 어렵다는 점이다. 과거에는 이용하고 싶어도 의료비 부담이 너무 커서 아예 이용조차 못하였지만, 이제는 감당할 수 있는 수준의 부담이므로 이용했다고 볼 수 있을 것이기 때문이다. 따라서 과거보다 더 많은 의료 지출을 하였다는 것이 저소득계층이 '과거'보다 경제적으로 더 어려워졌음을 의미하지는 않을 수도 있다. 즉 저소득계층의 의료비 부담 '문제'가 '과거'보다 더 심각해졌다고 하기는 어렵다. 그러나 저소득계층의 의료비 비중 증가 속도가 다른 계층에 비하여 빠르다는 것은, 저소득계층의 의료비 이외의 지출에서 저소득계층의 '상대적' '빈곤' 문제가 더 악화되었다는 것을 의미한다.

경제가 성장할수록 대체로 절대적인 빈곤 수준은 과거보다 완화되기 마련이며, 이에 따라 빈곤 문제는 점차 절대적인 것보다 상대적인 것으로 전환되는 경향이 있는데, 의료비 부담 문제도 마찬가지일 것이다. 즉 저소득계층의 의료 이용도가 계속 증가하였다는 것이 분명하듯이, 저소득계층이 상위소득계층보다 의료비 부담을 더 느낀다는 것도 명확하다.¹⁰⁾ 그리고 이는 건강보험의 보장성 측면에서 본다면 해결해야 할 문제인 것도 틀림없다. 아울러 그 동안 감소하던 계층 간 의료 이용도 차이가 2000-2005 기간에 다시 증가하였다는 것 역시 건강보험 정책이 해결해야 할 중요한 문제이다.

본 연구의 결과로부터 얻을 수 있는 정책적 함의는 다음과 같다.

첫째, 저소득계층을 대상으로 하는 의료비 부담 경감 방안이 필요하다. 건강보험 보장성이 문제가 되는 것은 주로 저소득계층의 경우이다. 따라서 동일한 재원을 사용할 경우, 보장성을 전반적으로 높이는 정책보다는 저소득계층을 주요 대상으로 하는 정책이 더 높은 효과를 가질 것이다.

저소득계층의 혜택을 크게 하는 방안의 하나로서 소득수준에 따른 본인부담 상한제의 차등 적용을 생각해볼 수 있다. 현행 본인부담 상한제의 상한선은 6개월간 200만원의 의료비 지출인데, 이를 저소득계층에 대해서는 더 낮추자는 것이다. 단, 차등 적용의 방법은 상한선이 소득수준에 따라 점진적으로 감소하는 슬라이딩 방식이 적절할 것으로 판단된다. 즉 소득수준이 일정 수준(가령 상위 70%) 이상은 200만원, 그 미만은 100만원처럼 단절적으로 설계하는 것보다는 200만원과 100만원 사이에 일정 구간을 두고 점진적으로 상한선이 낮아지게 하자는 것이다. 가령 하위 30% 이상은 200만원, 하위 10% 미만은 100만원으로 하되 그 사이 계층에 대해서는 소득에 비례하여 상한선을 낮출 수 있을 것이다. 상한선을 점진적으로 하는 방식과 단절적으로 하는 방식의 의미는 다음의 <그림 1>을 보면 명확히 이해할 수 있을 것이다. 물론 이 그림에서 점선이 점진적 증가 방식을 의미하며, 실선이 단절적 방

10) 저소득계층의 의료비 지출이 증가한 이유는 다양할 수 있으므로, 해석에 주의해야 한다. 예를 들어서 만일 최근으로 올수록 저소득계층의 평균연령이 타계층보다 상승하였다면, 이는 저소득계층의 의료이용도가 증가한 것이 아닌, 단순한 연령효과를 반영한 것이 된다.

식을 의미한다. 점진적인 방식의 경우 점선의 양쪽 끝부분에서는 단절적 방식과 동일하다.

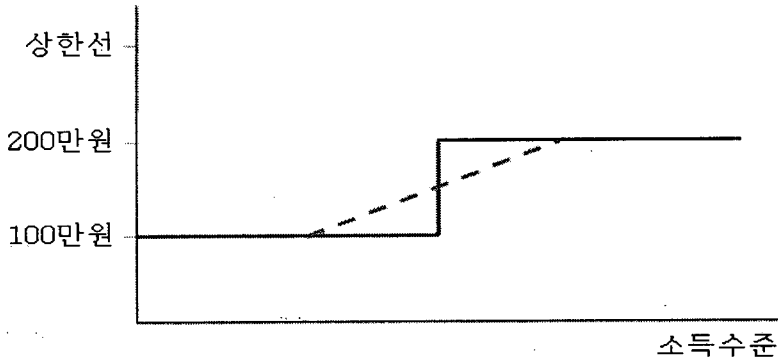


그림 1. 소득에 따른 상한제의 차등 적용 방식

점진적 감소 방식은 단절적 방식에 비하여 공정성과 형평성 측면에서 더 우월하다. 특히 우리나라와 같이 소득의 투명성에 대한 불신이 높은 상황에서는 더욱 그러할 것이다.

둘째, 비급여서비스에 대한 관리가 필요하다. 본인부담 상한제의 상한선을 아무리 낮추더라도 상한제 적용 대상에서 제외되는 비급여서비스 본인부담금액이 크다면 과중한 의료비 부담의 경감 효과는 제한적일 수밖에 없다. 따라서 과중한 의료비 부담을 막기 위해서는 비급여 의료 항목에 대한 통제가 필요하다. 이에 대한 보다 상세한 논의는 본 연구의 범위를 넘어서므로 생략한다. 다만 기본 방향으로 다음과 같은 것들을 제안할 수 있다.

우선, 비급여서비스는 법정비급여와 임의비급여로 나눌 수 있는데 각각의 비용의 성격과 문제점이 다르기 때문에 이들 비용 중 건강보험에서 지불해야 할 필요성이 있는 것과 그렇지 않은 부분을 구분하여 대책을 마련해야 한다.¹¹⁾ 다음으로, 비급여서비스의 가격과 이용 현황에 대한 자료를 확보하여 합리적인 가격에서 적절한 사용이 이루어질 수 있도록 해야 한다. 또한, 현재의 행위보상방식 하에서는 비급여서비스에 대한 통제가 효과적으로 이루어지기 어려우므로 장기적으로는 진료비 지불제도와 연계하여 검토하고 의사의 진료행태를 합리화하는 속에서 개선되어야 할 것이다.

한편 본 연구 결과 중 또 하나 중요한 점은 의료비 지출의 시계열적 분석에서 나타난 최근의 경향이다. 소득계층별 의료 이용도 차이와 소득에서의 의료비 지출 비중은 1989년 전 국민 의료보험 적용 이후 대폭 낮아진 후, 2000년경까지는 조금씩 낮아지거나 큰 변화가 없었다. 그러나 2000년 이후에는 소득계층별 의료 이용도 차이가 증가하였으며, 소득 대비 의

11) 이에 대한 좀 더 구체적인 논의는 허순임 등(2007)을 참조하기 바란다.

료비 지출 비중이 크게 증가하였다. 이는 건강보험의 보장성 측면에서는 후퇴한 것에 해당한다. 즉 2000년 이후 건강보험의 보장성 강화를 위한 다양한 조치가 이루어졌지만, 그 정도가 충분하지 못하였음을 알 수 있다. 개인과 공공의 의료비 부담 수준에 대한 보다 깊은 고민과 그에 따른 정책대안이 필요할 것이다.

참 고 문 헌

- 김정희, 정종찬, 김성옥. 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울:국민건강보험공단;2004.
- 김정희, 이진경, 주원석. 본인부담상한제 소요재정 추계 및 개선 방안 연구. 서울:국민건강보험공단;2005.
- 김정희, 정종찬, 이호용, 최숙자, 이진경. 2005년도 건강보험환자의 본인부담진료비실태조사. 서울:국민건강보험공단;2006.
- 김정희, 이호용, 황라일, 정현진. 2006년도 건강보험환자의 본인부담진료비실태조사. 서울:국민건강보험공단;2007.
- 노인철, 김수춘, 이충섭, 한혜경. 건강보험본인부담제에 관한 연구. 서울:한국인구보건연구원;1989.
- 양봉민, 김진현, 이태진, 김윤희, 김정희, 최숙자. 건강보험의 목표보장률 및 실현방안. 서울:서울대학교 보건대학원;2006.
- 여유진. 한국에서의 소비지출 불평등에 관한 연구: 집합적 소비의 사회복지적 함의를 중심으로. 서울:서울대학교 박사학위 논문;2002.
- 이규식. 의료수요의 가격 및 소득탄력도 - 직장 및 공·교건강보험 적용자의 외래수요에 관하여. 인구보건논집 1985;제5권 제2호.
- 이원영. 도시가계 의료비 지출의 형평성. 보건행정학회지 2005;15(1):30-56.
- 이태진, 양봉민, 권순만, 오주환, 이수형. 보건의료 비용 지출의 형평성. 보건경제연구 2003;9(2).
- 정기택. Medical institution and diagnosis-specific analysis of demand for medical care in Korea. 사회보장연구 1993;제9권.

- 정형선, 신봉구. 건강보험급여율의 경시적 변화와 의료보장성의 국가간 차이. 사회보장연구 2006;22(4):27-48.
- 정형선. 의료보장성 지표의 재구성과 2003년 지표의 생산. 보건경제와 정책연구 2005;11(1):141-153.
- 정형선. 의료보장성 및 의료보장의 실효급여율에 관한 연구. 보건경제와 정책연구 2004;10(1).
- 최병호, 노인철, 신종각, 이상영. 건강보험 본인부담 실태와 급여체계 개편방안. 서울: 한국보건사회연구원;1997.
- 최병호, 노인철, 신현웅. 의료보험의 보장성 강화를 위한 진료비부담의 구조개편에 관한 연구. 서울: 한국보건사회연구원;2000.
- 최병호, 신윤정, 신현웅. 질병위험 보장성 강화를 위한 건강보험 본인부담 구조조정방안. 서울: 한국보건사회연구원; 2003.
- 최인미. 외래진료비 본인일부부담제 변화에 따른 외래의료이용 비교 분석. 서울:서울대학교 보건대학원 석사학위논문;1988.
- 허순임, 신호성, 강민아, 김태일, 김창보. 건강보험 적정 보장성 확보 방안. 서울:한국보건사회연구원;2007.
- OECD Health Data 2008, Paris: OECD;2008.
- Wagstaff A, van Doorslaer E. Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands. J of Health Economics 1997;16(5):499-51.
- Xu, K., Evans, D.E., Kawabate, K., et al(2003), Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003;362: 111-117.
- Xu K, Evans DB, Carrin G, et al. Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs 2007;26(4):972-983.