

## 의료비 지출이 소득불평등에 미치는 영향

송은철<sup>\*,\*\*†</sup>, 김창엽<sup>\*\*</sup>, 신영전<sup>\*</sup>

한양대학교 의과대학 예방의학교실<sup>\*</sup>, 서울대학교 보건대학원<sup>\*\*</sup>

### <Abstract>

## The Effect of Health Care Expenditure on Income Inequality

Eun-cheol Song<sup>\*,\*\*†</sup>, Chang-yup Kim<sup>\*\*</sup>, Young-Jeon Shin<sup>\*</sup>

*Department of Preventive Medicine, Hanyang University College of Medicine<sup>\*</sup>,  
School of Public Health, Seoul National University<sup>\*\*</sup>*

The degree of income inequality deepened by health care expenditure was useful in assessing the health security level. This exploratory study was conducted to provide a basic evidence to prove the necessity of reinforcement the benefit coverage of South Korea's health security systems.

Data from the Household Income and Expenditure Survey of Korea and Luxembourg Income Study were used. Income inequality indices before and after deduction of health care expenditure were computed, and the degree of the increase in the indices was compared among 13 countries. The degree of decrease against the effect of income inequality reduction policies by health care expenditure was determined. The relationships between the national characteristics and the increase in income inequality were examined.

In South Korea, all income inequality indices increased after deducting health care expenditure, but the difference was not high compared to the

\* 접수 : 2010년 7월 2일, 최종수정 : 2010년 7월 2일, 심사완료 : 2010년 8월 9일

† 교신저자 : 송은철(전화 : 02-2220-0660, 주소 : 서울시 성동구 행당동 17 한양대학교,  
팩스 : 02-2293-0660, e-mail : likegray@hanyang.ac.kr, 이동통신 : 010-4747-4174)

mean of 13 countries. However, the degree of decrease against the effect of income inequality reduction policies by health care expenditure was high, compared to the mean of 13 countries. The proportion of public sector spending on health care proved to be statistically significant with the increase of income inequality indices ( $p < 0.05$ ).

In the context of the continuous increase in health care expenditure, if benefit coverage of health security systems is not reinforced, income inequality will all the more increase due to health care expenditure. In the establishment of the policies for reinforcement of the benefit coverage, income inequality after deduction of health care expenditure should be continuously monitored.

*Keywords : Health care expenditure, Income inequality, Health security, Household Income and Expenditure Survey, Luxembourg Income Study*

## I. 서 론

건강보장제도는 개인과 사회의 건강수준을 향상시키고 개인이나 가계를 경제적으로 보호하는 기능과 사명을 기본으로 한다(김창엽, 2009). 한국의 건강보장제도는 1977년부터 시행된 사회보험인 의료보험과, 1979년부터 시행되고 있는 공적부조인 의료보호로 구성되어 있었으며, 2000년 제도의 변화에 따라 각각 건강보험과 의료급여로 바뀌어 시행되고 있다(예방의학편찬위원회, 2007). 2008년 기준으로 전 국민이 건강보장제도의 적용을 받고 있으며, 이중 96.3%가 건강보험, 3.7%가 의료급여의 적용을 받고 있다(국민건강보험공단과 건강보험심사평가원, 2009). 그러나 한국의 건강보장제도는 공공부문의 지출이 차지하는 비율이 54.9%로 낮고(OECD, 2009), 이에 따라 본인부담률이 높아 그 기능을 적절히 하지 못하고 있다는 지적이 지속적으로 제기되고 있다(김창엽 등, 1999 ; 김성경 등, 2005 ; 신영석 등, 2006 ; 양봉민, 2006 ; 임진화 등, 2007 ; 신영전, 2009).

의료비 지출에 따른 소득불평등의 심화를 살펴보는 것은 다음과 같은 이유에서 중요성을 가진다. 첫째, 의료비 지출이 소득불평등을 심화한다면 소득이 낮은 가구일수록 의료비 지출에 대한 부담을 더 크게 느끼게 되므로 소득이 감소할수록 의료이용 제한이 증가하는 양상의 결과가 나타날 수 있으며, 특히 저소득층의 경우 필수 의료 서비스 이용마저도 제한될 수 있다. 이는 결과적으로 건강불평등을 심화하는 결과를

낮게 된다. 둘째, 소득은 건강에 이로운 방향의 효과를 나타내므로(한국건강형평성학회, 2007), 의료이용 제한과 함께 소득불평등 심화 그 자체로 건강불평등을 심화할 수 있다. 한 국가의 건강보장의 근거로 가장 자주 거론되는 것은 건강권이며(김창엽, 2009), 건강불평등은 건강권의 제한을 나타내는 주요 결과로 볼 수 있다. 결과적으로 의료비 지출이 소득불평등을 심화한다면 그 국가의 건강보장제도가 온전한 기능을 하지 못하고 있음을 뜻하는 것이며, 이 심화의 정도를 한 국가의 건강보장 수준을 평가하는 기준의 하나로 사용할 수 있을 것이다. 한국은 본인부담금 제도가 정률제를 기본으로 하고 있어 본인부담금이 소득에 비례하지 않으므로 의료비 지출 후 소득불평등이 심화될 것으로 예상할 수 있다. 또, 대부분의 국가에서도 의료이용에서 본인부담금이 발생하고 있으므로 소득불평등이 심화될 것으로 예상할 수 있으나, 각 국가들은 한국의 의료급여 제도와 같은 저소득층에 대한 의료비 지원 정책 등 이 효과를 감소할 수 있는 정책을 동시에 시행하고 있다. 한 가구의 의료비 지출 규모는 이러한 여러 정책의 효과가 모두 반영되어 결정되는 것이므로, 의료비 지출로 인한 소득불평등의 심화를 살펴보는 것은 한 나라의 건강보장 정책의 수준을 여러 정책의 효과를 동시에 반영하여 파악할 수 있는 유용한 방법이다.

건강보장 및 의료비와 관련한 선행 연구들은 대부분의 연구가 저소득층의 부담에 초점을 맞추고 있으며(이원영과 신영전, 2005 ; 허순임 등, 2007 ; 허순임, 2009), 전 국민을 포함하는 종합적인 지표를 이용하여 이 의료비 지출의 불평등이 다른 나라와 비교하여 어느 정도 수준인지를 평가한 경우는 거의 없었다. 또한 의료비 지출의 문제에 대한 연구는 주로 빈곤에 초점이 맞추어져 있어 의료비 지출이 과부담할 경우 빈곤화의 원인이 되는 점을 지적하고 있다(Wagstaff, 2002 ; 이원영과 신영전, 2005 ; Suhrcke et al., 2007; Somkotra and Lagrada, 2008). 카파니 지수를 이용하여 의료비 지출의 불평등을 다른 나라와 비교한 양봉민 등(2003)의 연구가 있었으나, 이 연구는 지불 능력 대비 의료비 지출의 형평성을 집중적으로 분석하여, 의료비 지출 이후 소득불평등의 심화 정도를 정확히 파악하기는 힘든 면이 있었다. 또한, 소득불평등에 영향을 미치는 요인에 대한 선행 연구는 조세, 공적 이전, 연금 등 소득불평등을 줄일 것으로 예상되는 정책의 영향을 분석하는 연구는 많았으나 의료비 지출이 소득불평등에 미치는 영향을 분석한 연구는 없었다. 한국복지패널 자료를 이용한 여유진(2009)의 연구에서는 한국의 공적이전과 조세의 불평등 감소 효과가 다른 OECD 국가에 비해 미미한 수준임을 지적하고 있으며, 가계조사 자료를 이용한 김정완(2008)의 연구에서는 근로소득세의 소득재분배 효과가 긍정적인 것으로 평가하고 있다. 국민연금 가입자의 자료를 분석한 강성호와 김준영(2007)과 김욱(2004)의 연구에 의하면 국민연금이 소득재분배 개선에 기여하는 것으로 나타났으며, 성명재(2002)의 연구는 가계조사 자료를 이용하여 조세정책의 변화에 따른 소득재분배 효과의 변동을 설명하였다.

한 국가의 건강보장의 수준을 평가하기 위해서는 여러 정책의 영향을 반영할 수 있는 지표가 필요하며, 의료비 지출로 인한 소득불평등 지표의 변화 정도는 이러한 점에서 평가를 위한 유용한 도구이다. 이 소득불평등 지표 변화 수준의 적절성을 판단할 수 있는 절대적인 기준이 없는 상황에서 한국 건강보장제도의 보장 수준을 평가하기 위해서는 다른 국가와의 비교가 한 방법이 될 수 있다. 의료비 지출로 인한 소득불평등의 심화 정도를 확인하고, 국가 간의 비교를 통해 한국의 건강보장 수준을 평가하여, 한국 건강보장제도의 보장성 개선의 필요성에 대한 기본적인 근거를 제시하기 위하여 탐색적 연구를 진행하였다.

## II. 방 법

### 1. 자료원

#### 1) 가계조사

가계조사는 1963년부터 통계청에서 도시가계조사라는 이름으로 시작되어 2003년 가계조사로 명칭이 변경되었으며, 2006년부터 1인 가구를 포함하고 있다(통계청, 2010). 면접과 가계부 기입을 통해 대상 가구의 소득과 지출을 월 단위로 조사하고 있어(통계청, 2006), 의료비 및 소득불평등 관련 연구에서 널리 이용되고 있는 자료원이다. 2010년 1월 1일 기준으로 연간 단위로 소득을 제시하고 있는 가장 최근의 자료인 2008년 자료를 분석에 이용하였다. 2008년 자료에는 총 11,012가구의 정보가 포함되어 있으나 모든 가구에서 12월 모두를 참여하지는 않았으므로 84,908월 단위의 자료가 포함되어 있다.

가계조사를 이용한 연구에서 월 단위를 한 가구의 단위로 그대로 적용할 경우의 문제에 대한 지적이 있었으며(성명재, 2002 ; 노응원, 2008 ; 여유진, 2009), 의료비는 매월 비슷한 비율로 지출되는 것이 아니므로 1년을 기준 단위로 하였다. 조사 참여 가구 중 6개월 이상 조사에 참여한 가구인 7,360가구를 분석 대상으로 하였으며, 참여한 개월 수를 12개월로 변환하여 사용하였다.

#### 2) 룩셈부르크 소득 연구

룩셈부르크 소득 연구(Luxembourg Income Study, 이하 LIS)는 총 39개국의 소득관련 자료를 포함하고 있는 국제적 자료원이다(Luxembourg Income Study, 2010). 각국의 소득관련 조사의 자료를 제공받아 자료원을 구성하고 있으며, 1980년부터 2004년까지 총 6차(wave)의 자료를 개인 단위와 가구 단위로 모두 제공하고 있다. 자료는 직접 다운로드 받아 분석할 수는 없도록 하고 있으며, 인터넷 사이트(<http://www.lisproject.org/>)에서 데이터 접근 승인 신청을 하고, 시스템을 통해

분석을 요청하면 결과를 알려주는 방식을 사용하고 있다. LIS에 등록된 자료 중 연구에 필요한 소득 관련 자료가 충분하고 의료비 항목을 제공하고 있는 대만(2005), 러시아(1995), 루마니아(1997), 멕시코(1996), 미국(1997), 스위스(2002), 슬로베니아(1997), 영국(1995), 이스라엘(2001), 캐나다(2000), 폴란드(1999), 프랑스(1994), 총 12개 국가를 비교 대상으로 선정하였다. 대부분의 국가에서 의료비 항목을 조사하고 있으나 이 변수를 제공하고 있는 경우가 많지 않아 다양한 국가에서 최근 년도의 자료를 사용하여 분석하는 것은 불가능하였다. 한국의 경우에도 2006년의 자료를 제공하고 있으나 의료비 항목은 제공하고 있지 않아 분석에 사용할 수 없었다.

## 2. 소득 구분

의료비는 개인보다는 가구 단위로 지출되는 경향이 있으므로 분석의 단위는 가구로 하였으며, 가구원 수를 보정하기 위해 OECD 기준인 소득을 가구원수의 제곱근으로 나눈 값을 이용하였다(김태완 등, 2009). 공적 이전과 조세 등의 효과와 의료비의 효과를 비교하기 위해 가구 소득은 시장소득, 경상소득, 가처분소득, 의료비 차감 후 가처분소득의 4단계로 분류하였으며, 각각의 산출방법은 <표 1>과 같다. 시장소득과 경상소득의 차이가 공적이전이 되며, 경상소득과 가처분소득의 차이는 세금과 사회보험료 등의 효과로 공적지출로 조작적으로 정의하였다. 의료비는 가계조사 자료를 이용한 한국의 경우는 양약, 조제약, 한방진료비, 병원외래진료비, 병원입원치료비, 치과진료비의 합으로 하였으며, LIS 자료의 경우는 Health 변수를 사용하였다.

## 3. 소득불평등 지표

불평등의 개념을 반영하여 빈곤을 평가하기 위해 상대빈곤율을, 불평등을 평가하는 지표로 가장 널리 사용되는 지니계수를, 양극화를 평가하기 위해 5분위배율과 P90/10을 지표로 선정하였다. 상대빈곤율은 상대적 빈곤선 미만의 소득을 가지는 가구를 전체 가구 수로 나누어 구한다. 지니계수는 가장 가난한 사람부터 가장 부유한 사람까지 정렬한 인구의 비율이 횡단축을 나타내고 인구의 x%에 의해 향유되는 소득의 비율이 종단축을 나타내는 로렌츠 곡선에서 절대적 평등선(사선)과 로렌츠곡선 간의 차이의 비율로 구하며, 0에 가까울수록 평등하며 1에 가까울수록 불평등하다. 5분위배율은 소득 수준에 따라 가구를 5분위로 구분한 후 각 분위의 점유율을 기준으로 산출한 분위별 배율로, 상위 20% 점유율을 하위 20% 점유율로 나누어 구한다. P90/10은 소득 수준에 따라 가구를 10분위로 구분한 후 각 분위의 경계점을 기준으로 산출한 분위별 배율로, 상위 10% 기준선을 하위 10% 기준선으로 나누어 구한다(김태완 등, 2009). 상대빈곤율은 불평등 보다는 빈곤율 자체를 살펴보는 지

표이나, 그 개념에 불평등의 의미가 포함되어 있으므로 지표에 포함하였다. 상대빈곤선은 OECD 기준인 중위소득의 40, 50, 60% 중 국가 간의 비교연구에서 자주 활용되는 50%를 기준으로 사용하였다(여유진, 2009). 5분위배율, P90/10의 계산에서 저소득층의 소득이 0 이하인 경우는 산출이 불가능하므로 소득이 1인 것으로 변환하여 산출하였다.

표 1. 가구 소득 구분 및 자료원별 산출 방법

소득 구분	산출 방법	
	가계조사	LIS
시장소득	근로소득 + 사업소득 + 재산소득 + 사적이전	시장소득(Market income) + 기타 현금 소득(Other cash income) + 사적 이전(Private transfers)
경상소득	시장소득 + 공적보조금	시장소득 + 공적 이전(Social transfers)
가처분소득	경상소득 - 조세 - 공적연금 - 건강보험료 - 기타사회보험료	경상소득 - 소득세(Income taxes) - 급여세(Mandatory payroll taxes)
의료비 차감 후 가처분소득	가처분소득 - 의료비	가처분소득 - 의료비
의료비	양약 + 조제약 + 한방진료비 + 병원외래진료비 + 병원입원치료비 + 치과진료비	보건(Health)

\* 가구의 소득은 가구원수의 제곱근으로 나누어 보정

#### 4. 분석 방법

각 국가별 시장소득, 경상소득, 가처분소득, 의료비 차감 후 가처분소득을 구한 뒤 각 소득의 상대빈곤율, 지니계수, 5분위배율, P90/10의 각 지표 값을 구하였다. 한국의 소득 구분에 따른 지표 변화 양상을 확인하였으며, 지표 값의 증가치를 12개 국가와 비교하였다. 공적이전과 공적지출의 소득불평등 감소 효과를 의료비의 효과가 얼마나 감쇄하는지도 확인하여 국가 간에 비교하였으며, 마지막으로 의료비 지출과 관계된 국가의 특성과 소득불평등 지표의 증가 정도와의 관계를 스피어만 순위상관계수를 통하여 살펴보았다. 통계 프로그램은 SAS ver. 9.1을 사용하였다.

### Ⅲ. 결 과

#### 1. 소득 및 의료비 지출

##### 1) 한국의 시장소득 기준 소득계층별 평균 소득 및 지출

한국의 시장소득 기준 소득계층별 소득 및 지출은 <표 2>와 같다. 2008년 가구의 시장소득 평균은 약 1,857만원이며, 공적이전은 약 98만원이었다. 이에 따라 경상소득은 약 1,955만원이었으며 공적지출은 약 149만원이었다. 가처분소득이 평균 약 1,807만원이었으며 의료비 지출 평균은 약 62만원으로, 의료비 차감 후 가처분 소득은 약 1,745만원이었다. 의료비를 제외한 소득 및 지출은 소득계층별로 큰 차이를 보였으나, 의료비는 큰 차이를 보이고 있지 않음을 확인할 수 있다.

표 2. 한국의 시장소득 기준 소득계층별 평균 소득 및 지출

(단위: 천원)

시장소득 기준 소득계층	시장 소득	공적 이전	경상 소득	공적 지출	가처분 소득	의료비	의료비 차감 후 가처분 소득
1분위(저소득)	1,712.8	3,719.5	5,432.4	246.6	5,185.7	732.1	4,453.7
2분위	5,625.9	1,537.5	7,163.4	259.4	6,903.9	677.7	6,226.3
3분위	9,031.9	1,050.1	10,082.0	464.5	9,617.5	578.3	9,039.2
4분위	12,216.5	920.2	13,136.6	676.4	12,460.3	531.9	11,928.3
5분위	14,931.9	576.9	15,508.8	880.5	14,628.3	485.7	14,142.6
6분위	17,787.4	696.2	18,483.6	1,116.7	17,366.9	567.5	16,799.5
7분위	21,091.4	319.3	21,410.7	1,443.2	19,967.5	545.4	19,422.1
8분위	25,092.7	316.6	25,409.3	1,920.0	23,489.3	638.3	22,851.0
9분위	30,950.3	345.8	31,296.0	2,688.7	28,607.3	665.9	27,941.4
10분위(고소득)	47,212.2	336.4	47,548.6	5,151.8	42,396.9	775.2	41,621.6
계	18,569.5	981.6	19,551.1	1,485.2	18,065.9	619.8	17,446.1

\* 가구원 수를 보정한 금액임(소득/가구원수의 제곱근)

## 2) 의료비 지출 비율 국제 비교

한국을 포함한 13개국의 가처분소득 기준 소득계층별 의료비 지출 비율은 <표 3>과 같다. 한국의 경우 가처분소득은 소득 계층에 따라 큰 차이를 보이나 의료비는 그렇지 않아 의료비 지출 비율 또한 큰 차이를 보인다. 1분위의 의료비 지출 비율이 17.2%인데 비해 10분위는 1.9%이다. 의료비 지출 비율이 가장 낮은 국가는 영국이었으며, 가장 높은 국가는 대만이었다. 1분위와 10분위의 의료비 지출 비율의 비는 폴란드가 2.0배로 가장 낮았으며, 러시아가 15.9배로 가장 높았다.

표 3. 가처분소득 기준 소득계층별 의료비 지출 비율

(단위: %)

가처분소득 기준 소득계층	의료비 지출 비율*												
	한국 (08)	영국 (95)	캐나다 (00)	루마니아 (97)	슬로베니아 (97)	폴란드 (99)	이스라엘 (01)	스위스 (02)	프랑스 (94)	멕시코 (96)	러시아 (95)	미국 (97)	대만 (05)
1분위(저소득)	17.2	1.6	3.2	3.0	2.6	6.1	10.4	17.1	7.5	12.6	54.2	25.7	37.2
2분위	8.6	0.8	2.0	2.9	2.6	5.9	7.6	7.6	7.4	9.4	17.4	16.5	21.3
3분위	5.8	0.6	2.1	2.4	2.7	6.0	6.3	6.2	6.6	7.9	10.7	14.5	16.4
4분위	4.7	0.7	2.2	2.4	1.8	5.5	4.9	6.9	5.3	9.6	11.9	11.6	13.5
5분위	3.4	0.8	1.8	2.3	2.3	5.3	4.7	6.0	6.5	7.8	8.0	9.9	10.9
6분위	3.4	0.7	1.5	2.1	2.2	4.9	4.9	5.1	5.6	5.7	5.7	7.9	9.5
7분위	3.0	0.6	1.4	2.0	2.1	4.6	4.9	5.6	6.2	5.3	5.0	6.4	8.5
8분위	2.8	0.6	1.3	1.9	2.2	4.4	4.7	4.7	5.4	5.9	5.1	5.2	7.2
9분위	2.3	0.5	1.0	1.8	1.6	4.2	3.4	3.9	5.1	5.8	3.0	4.3	6.3
10분위(고소득)	1.9	0.3	0.8	1.3	1.9	3.0	3.6	2.8	3.6	3.9	3.4	2.4	4.0
계	3.4	0.6	1.4	2.0	2.1	4.5	4.6	5.2	5.4	5.6	5.7	6.6	9.3
1분위/10분위	9.1	5.3	4.0	2.3	1.4	2.0	2.9	6.1	2.1	3.2	15.9	10.7	9.3

\* 의료비 평균/가처분소득 평균\*100

## 2. 소득불평등 지표 변화

### 1) 한국의 소득불평등 지표 변화

상대빈곤율은 시장소득 기준 22.13%에서 공적이전과 공적지출의 효과로 인해 가처분소득 기준 18.56%까지 감소하다가 의료비 지출 이후 19.70%로 증가하는 양상이다. 지니계수 역시 시장소득 기준 0.3818에서 공적이전과 공적지출의 효과로 인해 가처분소득 기준 0.3403까지 감소하다가 의료비 지출 이후 0.3521로 증가하는 양상이다. 5분위배율 역시 시장소득 기준 10.66에서 공적이전과 공적지출의 효과로 인해 가처분소득 기준 6.89까지 감소하다가 의료비 지출 이후 7.79로 증가하는 양상이다. P90/10 역시 시장소득 기준 38.84에서 공적이전과 공적지출의 효과로 인해 가처분소득 기준 21.68까지 감소하다가 의료비 지출 이후 24.54로 증가하는 양상이다.

### 2) 소득불평등 지표 변화 국제 비교

상대빈곤율은 영국을 제외한 모든 국가에서 증가했으며, 대만이 가장 많이 증가하여 절대 3.98%, 상대 32.25% 증가하였다. 한국은 절대 증가 1.14%, 상대 증가 5.79%로 13개 국가의 평균인 1.29%, 9.90%보다 증가치가 낮은 것으로 나타났다. 지니계수는 모든 국가에서 증가했으며, 영국이 가장 적게 증가하여 절대 0.0118, 상대 3.47% 증가하였으며, 대만이 가장 많이 증가하여 절대 0.0408, 상대 12.41% 증가하였다. 한국은 절대 증가 0.0118, 상대 증가 3.36%로 13개 국가의 평균인 0.0155, 4.40%보다 증가치가 낮은 것으로 나타났다. 5분위배율 역시 모든 국가에서 증가했으며, 영국이 가장 적게 증가하여 절대 0.05, 상대 0.86% 증가하였으며, 러시아가 가장 많이 증가하여 절대 8.73, 상대 59.84% 증가하였다. 한국은 절대 증가 0.90, 상대 증가 11.57%로 13개 국가의 평균인 1.70, 18.36%보다 증가치가 낮은 것으로 나타났다. P90/10 역시 모든 국가에서 증가했으며, 영국이 가장 적게 증가하여 절대 0.42, 상대 0.91% 증가하였으며, 절대 증가는 멕시코가 가장 많이 증가하여 77.98 증가하였고, 상대 증가는 대만이 가장 많이 증가하여 39.03% 증가하였다. 한국은 절대 증가 2.85, 상대 증가 11.62%로 13개 국가의 평균인 13.49, 13.42%보다 증가치가 낮은 것으로 나타났다.

### 3) 소득불평등 감소 정책의 효과 감쇄 비율

한국은 절대 효과를 기준으로 상대빈곤율 감소 효과의 31.93%, 상대 효과를 기준으로 38.08%를 감쇄하는 것으로 나타났다. 영국은 감쇄 효과가 없었으며, 가장 높은 대만의 경우 100%를 넘어 의료비 지출 이후 시장소득 기준의 상대빈곤율 보다 더 높아지는 것으로 나타났다. 한국은 13개 국가의 평균인 8.42%, 17.92%보다 감쇄 비율이 높았다. 한국은 절대 효과를 기준으로 지니계수 감소 효과의 28.46%, 상대 효과를 기준으로 31.93%를 감쇄하는 것으로 나타났다. 영국이 감쇄 효과가 가장 낮았으며, 가장 높은 대만과 멕시코의 경우 100%를 넘어 의료비 지출 이후 시장소득

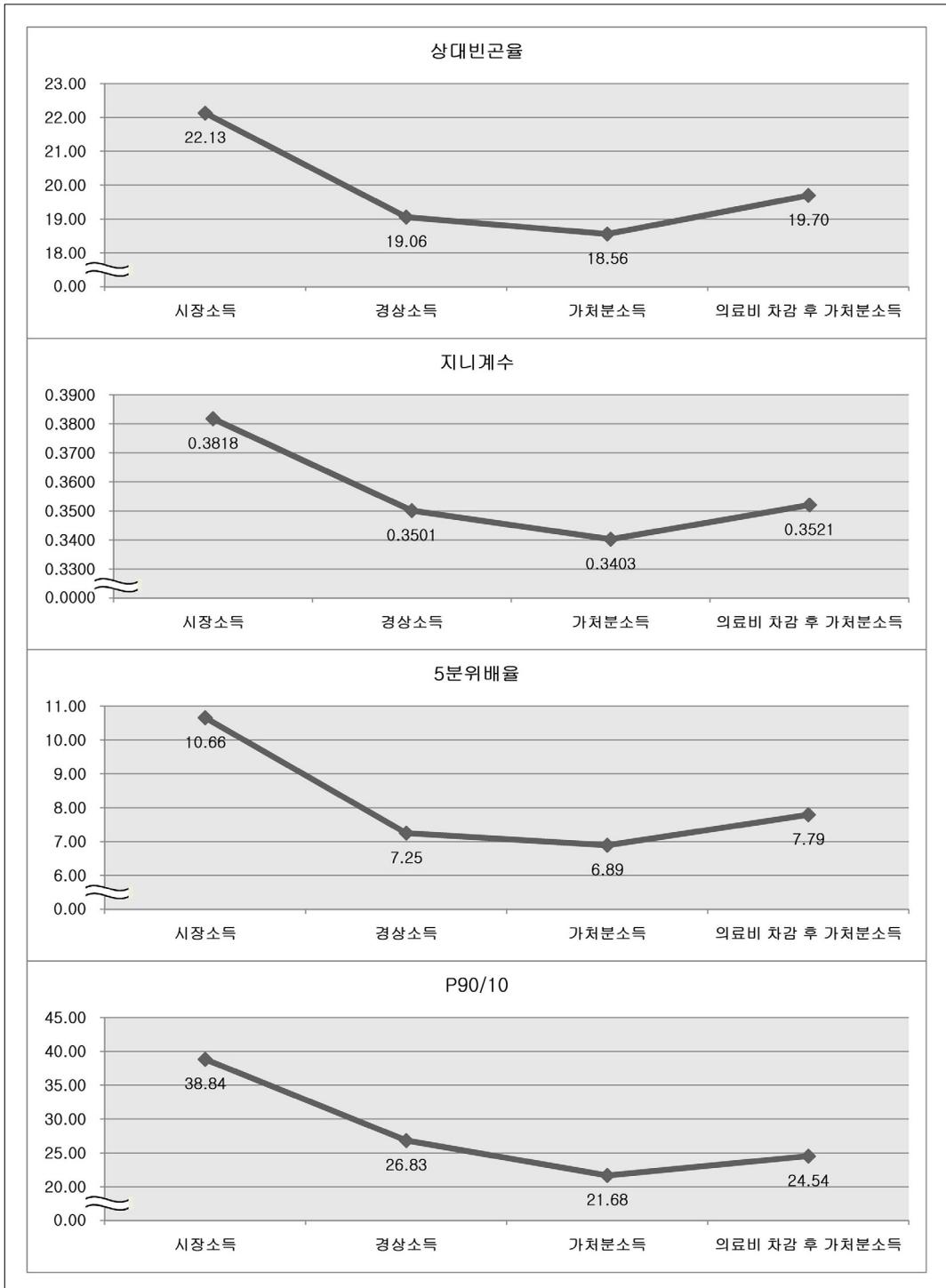


그림 1. 한국의 의료비 지출 후 소득불평등 지표 변화

표 4. 의료비 지출 후 소득불평등 지표 변화의 국제 비교

국가	상대빈곤율		지니계수		5분위배율		P90/10	
	절대 증가	상대 증가	절대 증가	상대 증가	절대 증가	상대 증가	절대 증가	상대 증가
영국(95)	0.00	0.00	0.0012	0.33	0.05	0.86	0.42	0.91
캐나다(00)	0.23	1.75	0.0033	0.99	0.11	1.98	1.52	2.50
슬로베니아(97)	0.54	5.57	0.0021	0.80	0.05	1.27	0.36	3.90
루마니아(97)	0.61	7.65	0.0050	1.74	0.14	3.21	4.46	4.02
폴란드(99)	0.77	9.46	0.0087	3.05	0.22	5.28	15.66	7.85
이스라엘(01)	0.99	5.83	0.0115	3.19	0.72	10.82	7.92	9.28
멕시코(96)	1.12	5.49	0.0196	3.87	4.65	32.16	77.98	16.90
한국(08)	1.14	6.14	0.0118	3.47	0.90	13.08	2.85	13.15
스위스(02)	1.44	14.05	0.0226	7.93	0.93	21.16	1.79	7.73
프랑스(94)	1.51	17.14	0.0154	5.24	0.53	11.90	4.65	10.51
러시아(95)	1.99	9.58	0.0300	6.37	8.73	59.84	26.06	34.40
미국(97)	2.51	13.79	0.0302	7.82	2.65	33.13	14.20	24.34
대만(05)	3.98	32.25	0.0408	12.41	2.44	44.05	17.49	39.03
평균	1.29	9.90	0.0156	4.40	1.70	18.36	13.49	13.42

기준의 지니계수 보다 더 높아지는 것으로 나타났다. 한국은 13개 국가의 평균인 10.75%, 15.25%보다 감쇄 비율이 높았다. 슬로베니아와 러시아는 시장소득의 5분 위배율 계산에서 분모를 0에서 1로 변환한 가상 수치를 이용하였으므로 평균의 계산과 비교에서 제외하였다. 한국은 절대 효과를 기준으로 5분위배율 감소 효과의 23.94%, 상대 효과를 기준으로 37.02%를 감쇄하는 것으로 나타났다. 상대효과를 기준으로 영국이 감쇄 효과가 가장 낮았으며, 가장 높은 대만과 멕시코의 경우 100%를 넘어 의료비 지출 이후 시장소득 기준의 5분위배율 보다 더 높아지는 것으로 나타났다. 한국은 11개 국가의 평균인 0.25%, 19.13%보다 감쇄 비율이 높았다. 영국, 슬로베니아, 폴란드, 이스라엘, 러시아는 시장소득의 P90/10 계산에서 분모를 0에서 1로 변환한 가상 수치를 이용하였으므로 평균의 계산과 비교에서 제외하였다. 한국은 절대 효과를 기준으로 P90/10 감소 효과의 16.63%, 상대 효과를 기준으로 29.78%를 감쇄하는 것으로 나타났다. 상대효과를 기준으로 캐나다가 감쇄 효과가

가장 낮았으며, 가장 높은 멕시코와 대만의 경우 100%를 넘어 의료비 지출 이후 시장소득 기준의 P90/10 보다 더 높아지는 것으로 나타났다. 한국은 8개 국가의 평균인 1.68%, 16.82%보다 감쇄 비율이 높았다.

표 5. 소득불평등 감소 효과에 대한 의료비 효과의 감쇄 비율 국제비교

국가	상대빈곤율		지니계수		5분위배율		P90/10	
	절대 효과	상대 효과	절대 효과	상대 효과	절대 효과	상대 효과	절대 효과	상대 효과
영국(95)	0.00	0.00	0.63	0.97	0.01	0.87	0.00 <sup>†</sup>	0.91 <sup>†</sup>
캐나다(00)	1.45	3.20	2.29	3.28	0.39	2.36	0.20	2.69
슬로베니아(97)	2.31	7.89	0.96	1.76	0.00 <sup>*</sup>	1.27 <sup>*</sup>	0.00 <sup>†</sup>	3.90 <sup>†</sup>
폴란드(99)	3.01	12.47	3.45	6.50	0.01	5.29	0.00 <sup>†</sup>	7.85 <sup>†</sup>
루마니아(97)	3.71	11.36	3.87	5.60	1.58	4.79	2.04	6.06
프랑스(94)	5.78	22.92	6.32	11.56	0.28	12.18	0.10	10.61
스위스(02)	7.88	21.93	13.91	21.84	1.68	22.84	0.24	7.96
이스라엘(01)	7.89	13.73	6.80	9.99	1.14	11.96	0.00 <sup>†</sup>	9.28 <sup>†</sup>
러시아(95)	10.91	20.49	17.95	24.33	0.00 <sup>*</sup>	59.84 <sup>*</sup>	0.00 <sup>†</sup>	34.40 <sup>†</sup>
미국(97)	23.11	36.90	24.64	32.46	6.78	39.91	1.51	25.85
한국(08)	31.93	38.08	28.46	31.93	23.94	37.02	16.63	29.78
멕시코(96)	81.75	87.24	132.05	135.92	168.32	200.48	83.14	100.04
대만(05)	130.49	162.74	158.17	170.58	157.56	201.61	452.71	491.74
평균	8.42	17.92	10.75	15.25	0.25	19.13	1.68	16.82

\* 시장소득의 5분위배율 계산에서 분모를 0에서 1로 변환한 가상 수치를 이용하였으므로 평균의 계산에서 제외함

† 시장소득의 P90/10 계산에서 분모를 0에서 1로 변환한 가상 수치를 이용하였으므로 평균의 계산에서 제외함

### 3. 의료비 지출로 인한 소득불평등 심화의 관련 요인

한국을 포함한 13개 국가의 의료비 관련 특성은 <표 6>과 같다. 영국, 캐나다, 미국을 제외하고는 모두 사회보험 방식을 사용하고 있으며, 미국은 GDP와 일인당 GDP가 가장 높으나 GDP 중 의료비 비율 역시 가장 높은 양상이다. 한국은 사회보

- 송은철 외 : 의료비 지출이 소득불평등에 미치는 영향 -

험 방식이며, GDP와 일인당 GDP, GDP 중 의료비 비율, 의료비 중 공공지출 비율, GDP 중 민간지출 비율 모두 평균보다 낮은 것으로 나타났다.

표 6. 각 국가의 의료비 관련 특성

(단위: 10억 US\$, US\$, %)

국가	주요 건강보장제도*	GDP †	일인당 GDP †	GDP 중 의료비 비율 ‡	의료비 중 공공지출 비율 ‡	GDP 중 민간지출 비율
영국(95)	국가보건서비스	1,157.4	19,947.2	6.9	80.4	1.4
캐나다(00)	국가보건서비스§	724.9	23,653.4	8.9	70.4	2.6
대만(05)	사회보험	364.8	16,022.9	6.0	74.7	1.5
러시아(95)	사회보험	313.5	2,116.5	6.1	55.9	2.7
루마니아(97)	사회보험	35.3	1,572.8	5.2	59.6	2.1
멕시코(96)	사회보험	364.7	3,939.9	5.4	46.0	2.9
스위스(02)	사회보험	278.6	38,535.1	11.2	57.9	4.7
슬로베니아(97)	사회보험	20.3	10,232.9	7.8	75.7	1.9
이스라엘(01)	사회보험	123.1	19,813.5	9.6	66.5	3.2
폴란드(99)	사회보험	167.8	4,340.0	5.9	71.1	1.7
프랑스(94)	사회보험	1,366.2	23,693.8	9.3	76.0	2.2
한국(08)	사회보험	931.4	19,162.0	6.3	54.9	2.8
미국(97)	민간보험	8,332.4	30,541.3	13.0	44.5	7.2
평균	-	1,090.8	16,428.6	7.8	61.9	3.0

\* 자료원: 국민건강보험공단. OECD국가의 의료보장제도./ Health Statistics in Taiwan 2006./ Burger E et al., 1998./ Bara A et al., 2002./ Markota M et al., 2001./ Gross R et al., 2001.

† 자료원; World economic outlook database.

‡ 98년 이전 국가는 98년 기준, 07년 이후 국가는 07년 기준, 자료원; World health statistics 2005, 2010, Health statistics in Taiwan 2006.

§ 캐나다는 사회보험으로 분류하기도 하나, 기본적으로 공적재원조성 체계이므로 국가보건서비스로 분류함

<표 7>의 결과는 <표 6>의 특성과 <표 4>의 소득불평등 지표 증가치 간의 스피어만 순위상관계수를 나타낸 것이다. 의료비 중 공공지출 비율이 다른 변수에 비해 상관계수가 높음을 알 수 있었으며, 5분위배율의 절대, 상대 증가와 통계적으로 유의한 관계가 있음을 확인하였다. GDP 중 민간지출 비율 또한 5분위배율의 절대 증가

와 통계적으로 유의한 관계가 있었다. 특이한 점은 일인당 GDP는 증가할수록 소득 불평등 지표 중 상대빈곤율과 지니계수와 불평등의 심화가 커지는 방향으로 관계가 있다는 것이다.

표 7. 의료비 지출로 인한 소득불평등 지표 증가와 관련 요인의 스피어만 순위상관계수

국 가	상대빈곤율		지니계수		5분위배율		P90/10	
	절대 증가	상대 증가	절대 증가	상대 증가	절대 증가	상대 증가	절대 증가	상대 증가
GDP	0.34	0.14	0.30	0.27	0.21	0.25	0.06	0.26
일인당 GDP	0.15	0.18	0.12	0.23	-0.07	-0.03	-0.40	-0.16
GDP 중 의료비 비율	0.16	0.15	0.12	0.19	-0.02	0.00	-0.38	-0.11
의료비 중 공공지출 비율	-0.41	-0.09	-0.53	-0.45	-0.72*	-0.61*	-0.45	-0.50
GDP 중 민간지출 비율	0.39	0.13	0.47	0.46	0.59*	0.48	0.21	0.32

\* p-value<0.05

주요 건강보장제도별 비교는 국가보건서비스를 주로 사용하는 영국, 캐나다, 민간보험 제도를 주로 사용하는 미국 등, 적은 수의 국가만이 사회보험 방식을 주요 제도로 사용하지 않고 있어 정확한 비교를 하기는 어려우나, 영국이 가장 낮고 캐나다 역시 낮은 편임은 확인할 수 있었다. 미국은 높은 편이나 사회보험 방식을 사용하고 있는 국가 중 미국보다 높은 증가를 보이는 경우도 많았다. 주요 건강보장제도별 지니계수의 절대, 상대 증가치를 그림으로 나타내면 <그림 2>와 같다.

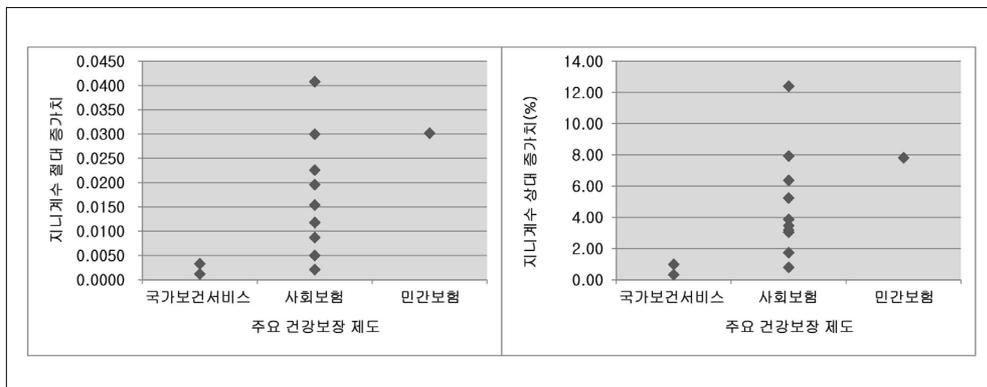


그림 2. 주요 건강보장제도별 지니계수 증가치

## IV. 고찰 및 결론

의료비 차감 전과 비교하여 차감 후에 한국은 상대빈곤율, 지니계수, 5분위배율, P90/10이 각각 절대 증가 1.14%, 0.0118, 0.90, 2.85, 상대 증가 5.79, 3.36, 11.57, 11.62%를 나타내어 모든 소득불평등 지표가 상승했다. 12개 국가 역시 대부분 증가하는 결과를 나타내었으며, 이는 의료비를 지출한 이후 가구 간의 소득불평등이 더 심화되었음을 뜻한다. 한국의 경우 13개 국가의 평균인 절대 증가 1.29%, 0.0155, 1.70, 13.49, 상대 증가 9.90, 4.40, 18.36, 13.42%에 비하여 증가폭이 크지 않아, 의료비 지출에 의한 소득불평등 심화가 크지 않은 것으로 나타났다. 그러나 평균이 아닌 증가치가 낮은 순위로 평가하면, 한국은 13개국 중 상대빈곤율 절대, 상대 증가 각각 8위, 6위, 지니계수 각각 7위, 7위, 5분위배율 8위, 8위, P90/10 5위, 9위로 나타나 대체로 중간 수준이며, 중간보다 낮은 순위를 보이는 지표가 많음을 알 수 있었다. 2008년 현재 한국의 건강보장 수준이 나쁘지 않음은 확인되었으나, 이 결과가 그대로 건강보장 제도의 보장성이 충분하다는 것으로 해석되는 것은 주의가 필요하다. 통계청의 가계조사 자료를 이용한 허순임(2009)의 연구에서는 10분위(저소득)가 1분위(고소득)에 비해 3배 정도 높은 의료비 지출 비중을 보이고 있음을 나타내고 있으며, 한국노동패널 자료를 이용한 허순임 등(2007)의 연구에서는 소득 하위 20%가 상위 20%에 비해 20배 정도 의료비 지출 비율이 높은 것으로 나타났다. 가계조사 자료를 이용한 이원영과 신영전(2005)의 연구에서는 총소득의 30% 이상을 의료비로 지출하는 과부담의료비 지출 가구의 비율이 하위 20%, 상위 20%에 비해 3배 정도 높은 것으로 나타났다. 선행 연구의 결과를 통해 이 연구의 결과와 마찬가지로 소득 수준이 낮을수록 의료비 지출 비율이 증가하는 양상이며, 또 과부담 의료비를 지출하는 경우도 증가하고 있음을 확인할 수 있다. 또한, 대부분의 선행 연구들은 이 결과의 주된 원인으로 건강보장 제도의 높은 본인부담률을 지적하고 있다. 높은 본인부담률에 대한 지적이 지속적으로 제기되고 있는 상황임에도 소득 불평등 심화가 상대적으로 크지 않은 것으로 나타난 것에 대해서는 추가적 분석이 필요하겠으나 그 원인으로 가장 먼저 생각해 볼 수 있는 것은 낮은 수준의 GDP 대비 의료비 지출 비율이다. 2007년 기준으로 한국의 GDP대비 의료비 지출 비율은 6.3%로, 13개 국가의 평균인 7.8%보다 낮은 수준을 보이고 있으며, 한국의 총 의료비 지출 중 공공부문이 차지하는 비율은 54.9%로 13개 국가의 평균인 61.9%에 비해 낮다<표 6>. 그러므로 현재 한국이 의료비 지출로 인한 소득불평등의 심화 정도가 상대적으로 크지 않은 것은 건강보험의 보장성이 적정 수준을 유지하고 있기 때문이라고 해석하기 보다는 전체 의료비 지출 규모가 작기 때문으로 해석하는 것이 옳을 것이다. 극단적인 가정이기도 하나, 만약 보장성이 현재 수준에 머물러 있는 상

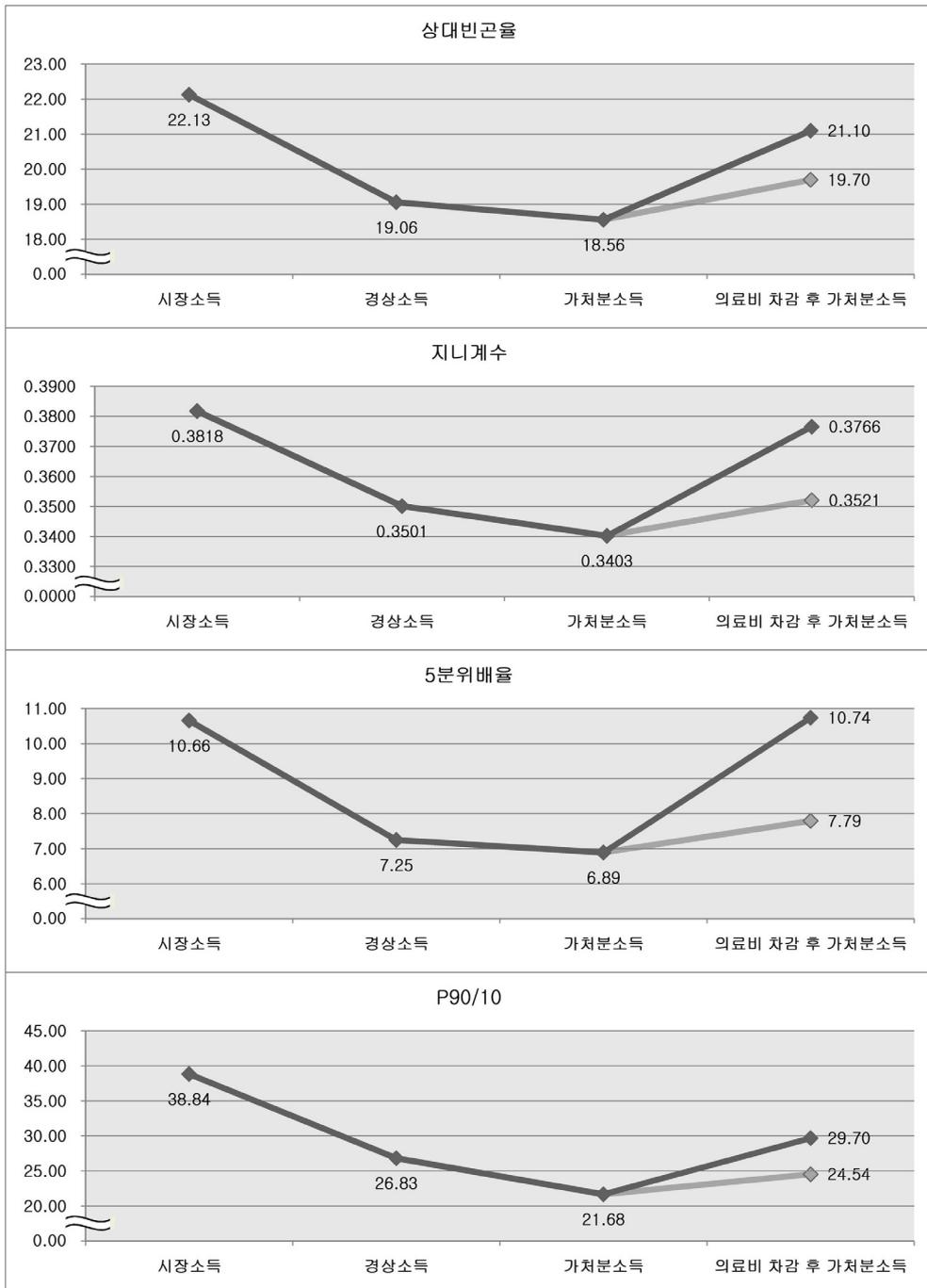


그림 3. 의료비 상승에 따른 예상 결과

GDP 중 의료비 지출 비율이 6.3%에서 15.7%(미국 수준)로 증가하는 것을 가정하였을 경우

데에서 13개 국가 중 가장 높은 의료비 지출 규모를 보이는 미국 수준으로 의료비가 상승하면 한국은 시장소득 수준의 소득불평등을 나타내게 된다<그림 3>.

한국에서 상대빈곤율과 지니계수에 비해 5분위배율과 P90/10의 상대 증가치가 더 큰 것은 전체적인 불평등에 비해 양극화가 더 뚜렷한 것을 나타내는 것으로 의료급여 등 저소득층에 대한 지원 제도가 미비함을 나타내는 것이다. 반대의 결과를 나타내는 국가는 역으로 건강보장제도가 저소득층의 지원에만 집중하고 있는 것으로 판단할 수 있으므로, 5분위배율과 P90/10이 더 중요한 지표라고 해석하기 보다는 한국의 경우 양극화 해소를 위해 저소득층에 대한 지원 제도의 강화가 필요함을 나타내는 것으로 해석하는 것이 옳을 것이다. 한국은 절대 효과를 기준으로 상대빈곤율 감소 효과의 31.93%, 상대 효과를 기준으로 38.08%를 감쇄하는 것으로 나타났다. 물론 한국의 시장소득의 불평등은 상대빈곤율 22.13%, 지니계수 0.3818, 5분위배율 10.66, P90/10 38.84로 다른 나라의 평균인 29.00%, 0.4901, 482.95, 1,033.61에 비해 낮은 편이므로 소득불평등 감소 정책의 효과가 상대적으로 적으며, 이로 인해 감쇄 비율이 높게 나타난 면이 있다. 그러나 결국 조세와 사회보험 부담금, 공적 이전의 효과의 1/3이 의료비 지출로 인해 사라진 것이며, 의료비 지출이 개인 선택의 문제가 아닌 점을 감안하면 실제 국민들이 느끼는 소득불평등은 의료비 지출 이후의 소득불평등에 가까울 것이다. 이것이 소득불평등 감소를 위한 정책의 모니터링에서 의료비와 같이 개인의 선택으로 지출하지 않을 수 없는 부분에 대한 고려가 필요한 이유가 된다. 의료비 중 공공지출 비율이 낮을수록, GDP 중 민간지출 비율이 높을수록 소득불평등이 심화되는 관계가 있는 것으로 나타났다. GDP 중 의료비 비율은 국가의 의료비 부담 정도를 나타내는 것이나, 통계적으로 유의한 관계를 보이지 않았으며, 순위상관계수도 낮았다. GDP와 일인당 GDP 역시 더 낮은 순위상관계수를 나타내었다. 결과적으로, 의료비 지출로 인한 소득불평등 심화를 억제하기 위해서는 GDP의 증가나 의료비 억제를 통한 가구의 의료비 부담 감소보다는 건강보장제도의 보장성 강화를 통해 의료비 중 공공지출 비율을 높이고, 이에 따라 GDP 중 민간지출 비율이 줄어들도록 하는 것이 더욱 중요하다.

통계청의 가계조사는 2006년부터 1인 가구를 조사하기 시작하여 이전에 비해 전 국민의 실제 수준에 가까운 소득불평등을 확인할 수 있다. 이에 따라, 조사대상자 전체를 대상으로 분석한 연구에서 이전에 비해 불평등 지수가 증가하는 양상을 보이고 있다(김태완 등, 2009). 그러나 소득 파악이 어려운 농어가 가구는 여전히 제외되고 있어, 농어가 가구의 소득 수준이 상대적으로 낮을 것임을 감안하면 실제 소득불평등은 더욱 심각할 것임을 예상할 수 있다. LIS 자료는 의료비 항목을 Health라는 변수로 조사하고 있으나, 자료에 포함되어 있지 않은 경우가 많다. 포함되어 있더라도 근래의 자료일수록 변수를 사용할 수 없도록 접근을 허용하지 않는 경우가 많아 최근

의 자료를 이용한 국제비교가 어렵다. 이로 인해 13개 국가의 기준 시점이 서로 차이가 있으므로 국가 간의 비교는 이러한 시점의 차이에 의해 발생한 차이가 반영되어 있을 수 있음을 감안하는 것이 필요하다. 특히, 경제 규모나 사회 제도의 변화가 빠르게 진행되고 있는 국가의 경우 이 연구의 결과를 현재 시점에 정확히 반영하기 힘든 문제가 있다. 또, 러시아, 루마니아, 슬로베니아, 폴란드와 같은 국가들은 건강 보장 제도를 비롯한 사회보장 제도가 다른 나라들과 비교하여 많은 차이가 있을 수 있으므로 비교에 주의하여야 한다. 이러한 한계에도 불구하고 이 연구는 의료비와 소득불평등의 관계에 대한 탐색적 연구로 최대한 많은 국가를 포함하는 것이 중요하다고 판단하여 이러한 국가들을 모두 포함하고 연구를 진행하였다. 또 Health라는 변수의 정의가 명확하지 않으므로 본인부담금의 기준이 국가에 따라 각기 다를 수 있어 정확한 비교에 문제가 있을 수 있으나, 대부분의 다른 나라들은 한국과 달리 한약 등 고비용의 항목들이 포함될 가능성이 적으므로 비교 자체에 큰 문제는 없는 것으로 판단하였다. 다만, 대만의 경우 가처분소득의 9.3%를 의료비로 지출하고 있는 것으로 나타나고 있는데 비해 GDP 중 민간의 의료비 지출 비율은 1.5%로 나타나 다른 국가들에 비해 큰 차이를 보이고 있는데, 이는 WHO에서 정의하고 있는 의료비와 LIS 자료에서 정의하고 있는 의료비가 차이가 있을 수 있음을 나타내는 것이다. 이는 대만에 한국의 한의학과 비슷한 중의학이 존재하며 중학을 이용하는 과정에서 발생한 의료비가 원인일 수 있으므로 비교에 주의가 필요하다. 저소득층의 의료이용 제한 효과의 크기에 따라 연구의 결과가 달라질 수 있다. 저소득층의 의료이용 제한에 대해서는 양적, 질적 제한이 실제 존재한다는 연구 결과와(권순만 등, 2003 ; 이용재와 김승연, 2007 ; 김태일 등, 2008), 그렇지 않다는 연구 결과가 함께 존재하고 있다(최병호와 신현웅, 2005). 만약 저소득층에 대한 의료이용 제한이 존재하지 않는다면 이 연구의 결과가 건강보장제도의 직접적 영향만을 반영한다고 볼 수 있다. 그러나 의료이용 제한이 존재한다면 이로 인해 소득불평등에 미치는 영향이 실제보다 작은 것으로 해석될 수 있다. 이는 국제비교 시에도 같은 한계로 작용하여 한 나라의 소득불평등에 대한 건강보장의 효과에 저소득층의 의료이용 제한이 어느 정도 반영되었는지 확인할 수 없으므로 지표의 상승치를 그대로 건강보장 수준이라고 단정할 수는 없게 된다. 만약 저소득층이 고소득층에 비해 절반밖에 의료이용을 하지 못한다고 가정하면, 즉 실제 지출할 의료비의 50%만을 지출한다고 가정하면 의료비 차감 후 가처분소득의 상대빈곤율 20.40%, 지니계수 0.3655, 5분위배율 9.21, P90/10 27.49로 경상소득 수준의 소득불평등을 나타내게 된다. 그러나 건강보장의 수준이 낮을수록 저소득층의 의료이용의 제한이 커지는 방향의 관계를 나타낼 것이므로 최소한 이 연구의 결과 정도의 소득불평등 심화는 나타낼 것이며, 국가 간의 차이 역시 최소한 이 연구의 결과보다는 클 것으로 예상할 수 있다. 결과적으로 저소득

층의 의료이용 제한을 정확히 보정하는 것은 불가능하며, 저소득층의 의료이용 제한은 연구의 결과로 나타난 차이들을 약하게 하는 방향으로 작용할 것이므로 그 차이를 비교하는 데는 큰 문제가 없을 것으로 판단하고 연구를 진행하였다.

한계에도 불구하고 이 연구는 한국에서 의료비 지출이 소득불평등에 미치는 영향의 수준을 확인할 수 있었다. 또한, 국제비교를 통해 이 증가 수준이 다른 나라와 비교하여 어느 정도 수준인지 확인할 수 있었으며, 건강보장 수준이 조세와 공적 이전 등 소득불평등을 감소하기 위한 국가의 노력을 어느 정도 감쇄하는지도 확인하여 한국의 건강보장 수준을 평가할 수 있었다. 의료비 지출로 인한 소득불평등이 의료비 중 공공지출 비율과 관계가 있음을 또한 확인하여 의료비 지출로 인한 소득불평등을 줄이기 위해 건강보장의 보장성 강화가 필요함을 확인할 수 있었다. 가상의 수치를 이용한 분석으로 한국에서 의료비의 급격한 증가가 나타나고 있는 상황에서 현 수준의 보장성이 유지될 경우 의료비 지출에 따른 소득불평등이 향후 어떠한 수준으로 변화될 것인지도 예상할 수 있었다. 이러한 결과들을 통해 한국의 건강보장 수준을 평가하여 건강보장제도의 보장성 개선 필요성에 대한 기본적인 근거를 제시할 수 있었다. 그러나 건강보장 정책의 효과를 동시에 평가할 수 있었던 이 연구의 장점은 또한, 개별 정책의 효과를 따로 확인할 수 없었던 한계로 남는다. 이 연구는 의료비 지출이 소득불평등에 미치는 영향에 대한 탐색적 연구로서 의료비 지출 이후의 소득불평등 심화를 확인하고 이 심화의 정도를 하나의 지표로 사용할 수 있음을 확인하는데에 중점을 두어 진행하였으므로, 이후 이 변화를 나타나게 하는 정책들의 효과를 더 심층적으로 분석한 추가적 연구가 필요하다.

현재 한국은 의료비의 지출 이후 12개 국가와 비교하여 소득불평등의 심화 정도는 낮은 수준인 것으로 나타났으나, 소득불평등 감소 정책 효과를 감쇄하는 정도는 높은 것으로 나타났다. 소득불평등의 심화는 의료비 중 공공지출 비율과 관계가 있는 것으로 나타났으므로, 의료비의 지속적 상승이 문제로 제기되고 있는 상황에서 건강보장제도의 보장성 확대가 뒤따르지 않을 경우 의료비로 인한 소득불평등이 더욱 심화될 것이다. 건강보장제도 보장성 강화의 목표는 의료비 상승의 정도와 여러 건강보장 정책의 영향을 고려하여 지속적으로 재설정하여야 하므로 향후 건강보장제도의 보장성 강화를 위한 정책의 수립에서 의료비 지출 이후 소득불평등의 심화를 지속적으로 모니터링하는 것이 필요하다.

## 참 고 문 헌

강성호, 김준영. 국민연금의 소득계층별 재분배 기여도 분석 : 지니계수 요인분해를 통한 새로운 접근. 공공경제 2007 ; 12(2) : 89-118.

- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 2008 건강보험통계연보. 서울 : 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 ; 2009.
- 국민건강보험공단. OECD국가의 의료보장제도. 서울 : 국민건강보험공단 ; 2003.
- 권순만, 양봉민, 이태진, 오주환, 이수형. 보건의료이용의 형평성. 보건경제연구 2003 ; 9(2) : 13-24.
- 김성경, 유승흠, 박웅섭, 정우진. 우리나라 성인과 노인의 개인부담 의료비용 지출의 관련요인. 예방의학회지 2005 ; 38(4) : 408-414.
- 김옥. 국민연금제도의 소득보장과 재분배 역할. 한·독사회과학논총 2004 ; 14(2) : 339-362.
- 김정완. 근로소득세의 소득재분배 효과에 연구 : 외환위기 전후를 중심으로. 한국정책연구 2008 ; 8(2) : 193-208.
- 김창엽, 이진석, 강길원, 김용익. 의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기. 보건행정학회지 1999 ; 9(4) : 1-14.
- 김창엽. 건강보장의 이론. 파주: 한올아카데미 ; 2009.
- 김태완, 양시현, 최현수, 김문길, 우선희, 박은영. 2009년 빈곤통계연보. 서울 : 한국보건사회연구원 ; 2009.
- 김태일, 최윤영, 이경희. 소득계층에 따른 의료이용 격차 분석. 사회보장연구 2008 ; 24(3) : 53-75.
- 노응원. <가계조사> 원자료를 이용한 통계청의 소득분배 지표계산의 문제점. 경제학 공동학술대회 연세집. 서울 : 경제학 공동학술대회 ; 2008.
- 성명재. 조세정책의 소득재분배 효과 분석에 관한 연구; 도시가계조사자료를 중심으로. 서울 : 한국조세연구원 ; 2002.
- 신영석, 신현웅, 황도경, 김호임, 김진수. 의료안전망 구축과 정책과제. 서울 : 한국보건사회연구원 ; 2006.
- 신영전. 의료안전망의 재구성과 정책과제. 보건복지포럼 2009 ; 155 : 17-28.
- 양봉민. 보건경제학. 파주 : 나남 ; 2006.
- 양봉민, 권순만, 이태진, 오주환, 이수형. 보건의료 재원조달의 형평성. 보건경제연구 2003 ; 9(2) : 1-12.
- 여유진. 공적이전 및 조세의 소득재분배효과. 사회보장연구 2009 ; 25(1) : 45-68.
- 예방의학편찬위원회. 예방의학. 서울 : 계축문화사 ; 2007.
- 이용재, 김승연. 소득계층별 건강보험 본인부담과 이용의 형평성. 사회복지정책

- 2006 ; 24 : 173-199.
- 이원영, 신영진. 도시가계의 소득계층별 과부담의료비 실태. *사회보장연구* 2005 ; 21(2) : 105-133.
- 임진화, 김성경, 이은미, 배신영, 박재현, 최귀선 등. 암 환자의 민간의료보험 가입 실태와 관련 요인. *예방의학회지* 2007 ; 40(2) : 150-154.
- 최병호, 신현웅. 국민건강보험의 소득계층별 부담과 혜택의 형평성. *보건복지포럼* 2005 ; 104 : 87-97.
- 통계청. 가계동향조사. Available from : URL : <http://survey.go.kr/hies/>.
- 통계청. 가계조사 지침서. 서울 : 통계청 ; 2006.
- 한국건강형평성학회. 건강 형평성 측정 방법론. 과주 : 한올아카데미 ; 2008.
- 허순임, 최숙자, 김창엽. 가계 의료비지출의 소득탄력성과 소득수준에 따른 차이 분석. *보건행정학회지* 2007 ; 17(3) : 50-67.
- 허순임. 소득 계층별 의료비 부담의 추이. *보건복지포럼* 2009 ; 149 : 48-62.
- Bara A, Heuvel W, Maarse J. Reforms of health care system in Romania. *Croatian Medical Journal* 2002 ; 43(4) : 446-452.
- Burger E, Field M, Twigg J. From assurance to insurance in Russian health care : the problematic transition. *American Journal of Public Health* 1998 ; 88(5) : 755-758.
- Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Health statistics in Taiwan 2006. Taipei City : Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan); 2008.
- Gross R, Rosen B, Shirom A. Reforming the Israeli health system : findings of a 3-year evaluation. *Health Policy* 2001 ; 56 : 1-20.
- International Monetary Fund. World economic outlook database. Available from : URL : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/01/weodata/index.aspx>.
- Luxembourg Income Study. Introduction. Available from : URL : <http://www.lisproject.org/introduction.htm>.
- Markota M, Albreht T. Slovenian experience on health insurance(re) introduction. *Croatian Medical Journal* 2001 ; 42(1) : 18-23.
- OECD. Health at a glance 2009 : OECD indicators. Available from : URL :

[http://www.oecdilibrary.org/content/book/health\\_glance-2009-en](http://www.oecdilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en).

Somkotra T, Lagrada L. Payments for health care and its effect on catastrophe and impoverishment : experience from the transition to Universal Coverage in Thailand. *Social Science & Medicine* 2008 ; 67 : 2027-2035.

Suhrcke M, Rocco L, McKee M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen : WHO European Office for Investment for Health and Development ; 2007.

Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization* 2002 ; 80(2) : 97-105.

World Health Organization. *World health statistics 2005*. Geneva : World Health Organization ; 2005.

World Health Organization. *World health statistics 2010*. Geneva : World Health Organization ; 2010.