

한국 의료보장제도 의료비 부담과 가족소득 불평등의 관계

Family Income Inequality and Medical Care Expenditure In Korea

이용재

호서대학교 사회복지학과

Yong-Jae Lee(123peter@hanmail.net)

요약

본 연구는 한국 의료보장제도에 있어서 의료비 부담과 민간의료보험 급여액의 소득계층별 불평등을 평가하고, 가구소득 불평등과의 관계를 확인하는데 목적이 있다. 이를 위해 2014년도 한국의료패널조사 자료를 활용하여, 의료비 부담에 따른 가구소득변화 지니계수를 산출하였다. 주요 분석결과를 살펴보면, 첫째, 우리나라 가구소득 불평등은 소득1분위 평균가구소득이 629만원인 반면, 10분위 소득은 1억 193만원으로 소득분위별 소득금액차이가 매우 컸고, 지니계수가 0.3756으로 불평등 정도가 컸다. 둘째, 가구소득분위별 건강보험과 의료급여 등 공적지원이 이루어지는 외래·입원진료 관련 의료비 부담 지니계수가 0.0761로 나타났다. 공적제도의 지원이 없는 의료이용을 위한 교통비와 의료용품구입비 등을 모두 포함한 의료비 부담의 지니계수가 0.0878로 나타나서 의료비 부담의 불평등은 공적지원이 있는 부담과 공적지원이 없는 부담 모두 적었다. 가구소득차이와 관계없이 의료비를 부담하고 있는 것이다. 셋째, 가구소득 불평등과 의료비 부담의 관계를 확인하기 위하여 가구소득에서 의료비 부담을 제외하여 지니계수를 산출한 결과 기존 가구소득 지니계수보다 의료비 부담을 제외한 지니계수가 약간씩 증가하였다. 즉, 우리나라 가구의 의료비 부담은 소득계층별로 불평등하여서 가구소득의 불평등을 악화시키는데 기여하고 있는 것이다. 이는 건강보험·의료급여와 같은 공적지원이 있는 의료비부담도 동일해서 공적제도가 가구소득 불평등을 약간 악화시켰다. 넷째, 민간의료보험 급여액 지니계수가 0.0927로 나타나서 민간보험 급여액의 불평등은 적었다. 아울러 가구소득과 민간보험급여를 합산하여 산정한 지니계수가 0.3756에서 0.3672로 감소하여서 민간의료보험을 통한 보험금 수입이 가구소득 불평등을 다소 완화시키는 것으로 나타났다.

■ 중심어 : 불평등 | 의료보장제도 | 의료비부담 | 민간의료보험 |

Abstract

This study evaluates the degree of the inequality of medical care expenditure and private health insurance benefits and the relation with household income inequality in Korea health care system. This study used the 2014 Korea Health Panel survey, and study method is Gini coefficient. The main results are as follow. First, average household income in 1st income quartile is 6,290,000won and 10th income quartile is 101,930,000won. And Gini coefficient of Korea household income is 0.3756. In other words, family income inequality is quite serious. Second, the Gini coefficient of the public institution supported medical care expenditure, such as health insurance and public assistance, is 0.0761, and the Gini coefficient of the expenditure of transportation fee and medical materials etc that don't supported is 0.0878. The inequality in medical care expenditure in public health care system and without public support aren't serious all. Third, Gini coefficient in excluding household medical care expenditure from household income slightly increased. That is, the medical care expenditure of our country household is the factor of aggravating the inequality of household income. Fourth, Gini coefficient of private health insurance benefits is 0.0927. Therefore, the inequality in private insurance benefits is low. In addition, the Gini coefficient of the sum of private insurance benefits and household income is 0.3672. it decrease from Gini coefficient(0.3756) of household's. Private health insurance perform the functions somewhat weaken household income inequality. However, it is very little improvement.

■ keyword : Inequality | Health Care S System | Medical Care Expenditure | Private Health Insurance |

* 이 논문은 2014년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2014S1A5A2A03065612)

접수일자 : 2016년 04월 25일

심사완료일 : 2016년 05월 16일

수정일자 : 2016년 05월 12일

교신저자 : 이용재, e-mail : 123peter@hanmail.net

I. 연구배경 및 목적

의료불평등을 해소하기 위한 노력에도 불구하고 우리나라에는 인구학적 요인, 사회학적 요인 등에 의해서 여전히 의료의 불평등이 존재하고 있다. 특히, 급격한 경제발전에도 불구하고 계층별 의료의 불평등 문제가 개선되고 있지 않고 있으며, 소득계층 간 건강수준의 차이를 초래하고 있다.

의료 형평성은 인류사회가 오랫동안 추구해온 중요한 가치로, 국가에 의한 보건 의료서비스 제공은 국민 누구나 누릴 권리로 인정되고 있다[1][2]. 이를 위해 대부분의 국가는 소득에 관계없이 필요한 의료서비스를 이용할 수 있도록 공적인 의료보장시스템을 구축하고 있는 것이다. 이를 위해 우리나라도 건강보험과 저소득층을 위한 의료급여제도를 운영하고 있다. 공적의료보장제도는 아니지만 국민이 임의로 가입하고 있는 민간 의료보험도 의료비 부담의 주요수단으로 활용되고 있다. 그러나 여전히 우리나라는 가구소득에 비해 의료비 부담이 높은 소위 ‘과부담 의료비’ 가구가 지속적으로 증가하고 있으며, 의료불평등과 건강불평등 문제가 지속되고 있다. 송은철·신영전(2010)의 연구에서는 과부담 의료비 기준에 따라서 7.3%-25.1%가 과부담 의료비를 지출하고 있었으며, 빈곤가구의 25.6%가 과부담 의료비를 부담하고 있어서 의료급여 가구가 일반가구에 비하여 높은 의료비부담을 하고 있었다[3]. 이선화·감신·이원기(2015)의 연구에서는 연간 과부담 의료비 발생률 추이는 10%, 15%, 20%, 30%, 40%역치 수준에서 각각 평균 25.1%, 15.4%, 10.1%, 5.4%, 3.2%로 나타났으며 발생요인은 소득, 교육수준, 장애여부, 연령, 주관적 건강수준, 만성질환 유병률 등 이었다[4]. 공적의료보장제도가 있음에도 불구하고 과부담 의료비 문제가 지속적으로 등장하는 것은 건강보험과 의료급여의 낮은 보장성이 원인으로 지목된다. 즉, 건강보험·의료급여와 같은 공적의료비조달체계가 운영되고 있고, 민간 의료보험을 통한 사적인 의료비 지원이 이루어지고 있음에도 불구하고 낮은 보장성으로 인한 높은 본인부담으로 인해 의료불평등이 지속되고 있는 것이다.

이처럼 공적·사적의료보장제도가 존재함에도 불구하

고 여전히 높은 비중을 차지하는 가구의 의료비 부담은 가구소득을 감소시켜 소득계층의 하락을 초래할 뿐만 아니라 빈곤가구의 추락을 가져올 수도 있다. 실제로 신현웅·신영석·황도경·윤필경(2010)의 연구에서는 의료비 과부담이 빈곤화에 직접적인 영향을 미치지 않지만, 의료이용에 제약을 줌으로써 빈곤화영향을 미칠 수 있다고 보고 있다[5]. 송은철·신영전(2010)의 연구에서도 과부담 의료비가 지불능력의 30%이상인 경우에 1.57배 빈곤화에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 과도한 의료비 부담은 빈곤가구의 추락을 가져오는 등 소득불평등의 강화를 초래할 수 있다. 이처럼 과도한 의료비 부담이 가구의 빈곤화는 물론, 소득의 불평등을 강화할 가능성이 큼에도 불구하고, 이에 대한 연구가 매우 부재하다. 2014년 공적의료보장진료비는 60조 6,136억원으로 2008년 39조 9,632억원에 비해 연평균 7.2%로 급격히 증가하였음을 고려할 때 향후 의료비 부담의 증가는 더욱 커져서 의료비로 인한 빈곤문제는 보다 심각해 질 것이다[6].

따라서 본 연구는 한국 의료보장제도에 기반하여 가구가 부담하는 의료비의 불평등 정도를 평가하고, 의료비 부담과 가구소득 불평등의 관계를 확인하고자 한다. 아울러 대다수 국민이 가입하고 있는 민간의료보험 급여수령액이 가구소득 불평등과 어떠한 관계를 가지는지도 확인할 것이다. 이는 향후 형평성 있는 공적·사적 의료비 조달체계로의 전환에 중요한 근거가 될 수 있을 것이다.

II. 이론적 배경과 선행연구

1) 의료비 부담과 불평등

국가별로 의료비 부담을 지원하는 공적 또는 사적 의료보장체계를 갖추고 있는데, 공적제도가 의료비 부담의 사회화를 추구한다면, 사적제도는 의료비 부담의 개인화를 추구한다[7]. 우리나라의 경우 건강보험·의료급여와 같은 공적제도와 사적제도인 민간의료보험으로 구분되는데, 공적제도와 사적제도는 밀접한 연관관계가 있으며 일반적으로 4가지 유형으로 구분될 수 있다

[8]. 개별 국가 국민의 의료비 부담은 구조는 다음과 같이 지원되고 있는 것이다. 우선, 기본형(primary)은 공적 의료보장제도 가입자와 민간보험가입자 구분되는 것이다. 미국·네덜란드·독일에서 민간의료보험이 공보험의 적용 대상에서 제외된 인구집단에 대해 급여를 제공하는 경우이다[9]. 둘째, 중복형(cuplicate)은 공적 의료보장제도와 민간의료보험에서 보장하는 의료서비스가 동일하지만, 가입자가 원할 경우 공적제도의 수혜권리를 일시적으로 포기하고, 민간보험을 통해 해당 의료서비스 비용을 부담하는 것이다. 호주·아일랜드·뉴질랜드·스페인·영국에서는 민간의료보험 가입자는 공공의료기관 대신 민간의료기관을 선택할 기회를 가진다. 셋째, 본인부담 보충형(complementary)은 공적제도에서 제공하는 의료서비스를 이용하면서 발생하는 의료비의 본인부담금을 보장하는 유형으로 프랑스에서 전형적으로 나타나고 있는데, 국민의 90%이상이 가입한다. 넷째, 비급여 보충형(supplementary)은 비급여 의료서비스를 보장하는 유형으로 민간의료보험 시장이 형성된 국가에는 어떤 유형일지라도 모두 비급여 본인부담금을 보장하는 보충형 민간의료보험상품을 가지고 있다[10][11]. 이처럼 공적의료보장제도와 민간의료보험은 경쟁적 혹은 상호보완적 관계에 기반하여 국민의 의료비부담에 지대한 영향을 미치고 있는 것이다. 우리나라의 경우 건강보험·의료급여 등 공적의료보장제도의 충분하지 못한 보장수준을 민간의료보험이 보완하여 줌으로써 국민의 의료비 부담에 중요한 역할을 하고 있다[8]. 따라서 우리나라 의료보장체계의 구축에 있어서 공적제도와 사적제도의 역할설명을 동시에 고려해야 한다.

한편, 우리나라에서의 의료불평등은 의료형평성이라는 개념 하에 지속적으로 논의 되어오고 있다. 선행연구의 대부분도 의료이용이 소득계층에 관계없이 평등하게 이루어지고 있는지에 주목하고 있다. 구체적으로 의료 형평성은 공공의 개입을 통해 능력에 따라 비용을 지불하고 필요에 따라 서비스를 분배하는 것을 목표로 하고 있으며, 이를 달성하기 위해서는 의료필요가 동등한 경우 의료서비스 이용도 동등하여야 한다[2][12]. '의료필요'는 의료인이나 시설 등의 의료공급자가 환자

에 대해 치료의 필요를 느끼는 상태를 말하며[13], 접근성은 보건의료시설의 이용에 필요한 시간비용과 화폐비용을 의미한다[2]. 즉, 의료 불평등은 동일한 의료필요시 매우 다른 시간비용과 화폐비용을 소요하고 의료서비스를 이용하는 상태로 정의될 수 있다. 따라서 의료의 불평등을 해소하기 위해서는 동일한 의료필요시 동일한 부담으로 의료서비스를 이용할 수 있는 지원제도가 필요한 것이다. 이를 위하여 건강보험과 의료급여와 같은 공적의료보장제도를 국가차원에서 운영하고 있다. 대부분의 선행연구들은 이러한 공적사회보장제도는 취약계층에 소득을 재배분하여 불평등을 완화시킨다는 결론을 제시해왔으며[14], 국내 연구들도 대체로 공적제도가 소득재분배 효과를 통해 소득불평등을 약화시키고 있다고 한다[15]. 그러나 최근의 공적사회보장제도는 재정지속가능성 문제 등으로 인해 급격한 변화를 겪고 있으며 집단 간 불평등의 원인이 될 수도 있다. 즉, 공적의료보장제도가 오히려 소득불평등을 악화시킬 수 있는 것이다. Mashall(1963)과 Titmuss(1976)도 사회보장제도가 특정집단에게 유리하여 불평등을 심화시킬 수 있다고 한다[16][17].

2) 선행연구

국내 의료비 부담의 불평등을 연구한 것은 상당수 존재하지만, 본 연구에서 수행하고자 하는 가구소득의 불평등에 미친 영향을 분석하지는 못하였다. 의료비 부담의 불평등과 소득계층별 의료형평성에 관한 연구들을 시기별로 살펴보면, 이상일 외(1989)는 보험료가 높을수록 의료이용 증가한다고 하였으며[18], 배상수(1992)는 지역의료보험 실시 후 계층 간 의료이용 경험율이 비슷해졌으며, 필요충족도의 격차가 완화되었다고 하여 지역의료보험 실시로 소득수준별 의료이용의 형평성이 확보되었다고 하였다[19]. 명지명 외(1995)는 상병 및 의료비 지출 분포에 소득계층 간 불평등이 나타난다[20]고 주장한 반면에 박실비아 외(1996)는 계층별로 건강수준의 차이는 없고, 건강수준에 따른 의료이용이 대체로 형평하다는 다른 연구결과를 제시하고 있다[21]. 장동민(1997)의 연구에서는 건강상태가 대체로 저소득층에 불리하며, 의료이용지표는 저소득층에게 유리한

것으로 나타났다[22]. 의료필요를 고려한 Le Grand계수는 급성상병에서는 저소득층에 유리하고 만성상병에서는 저소득층에게 불리하다고 하였다. 비용이 많이 소요될 가능성이 높은 만성질환자의 경우 저소득층이 의료필요에 비해 충분히 이용하지 못하고 있는 것으로 해석된다. 이수연(1997)은 치료비 부담율을 분석에서 소득수준 간 직종, 소득의 차이로 인해 병·의원방문횟수가 형평하지 않고 치료비부담율의 측면에서도 저소득층이 불리하다고 하였다. 90년대 중후반의 연구들도 일부 서로 다른 연구결과가 제시되고는 있지만, 대체로 고소득층에게 유리한 의료이용이 이루어지고 있는 것으로 나타났다[23]. 문성현(2004)은 사회통계조사와 도시가계조사를 이용한 분석에서 자가 건강평가지표와 한정적 만성질환을 반영한 Le Grand계수가 각각 +0.506과 +0.285로 나타나서 모두 고소득층에 유리한 의료이용이 이루어지고 있다고 하였다. 아울러 OECD 12개 국가와의 비교결과 집중도계수가 유일하게 정(+)의 값을 보여서 보건의료 수혜의 불공평성이 증가하고 있는 것으로 나타났다[24]. 실제 의료이용과 의료이용의 필요성을 표준화하여 얻은 의료이용 기대치간의 차이를 수치화 한 HIwv계수를 통해 분석한 권순만 외(2003)의 연구에서는 외래는 대체로 형평성에 가까웠으며, 입원은 빈곤층에게 유리한 불형평성이 있었고, 의료비용은 부유층에 매우 치우친 불형평성을 보였다[25]. 이상이 외(2003)는 직장 건강보험가입자 소득수준에 따라서 의료이용에 불평등이 존재한다고 하였고[26], 건강보험 급여자료와 국민건강영양조사를 활용하여 Le Grand계수를 통해 분석한 이용재 외(2010)의 연구에서도 저소득층이 의료필요에 비해서 의료이용량이 적은 불평등이 존재하는 것으로 확인되었다[27]. 공보험인 건강보험의 경우에도 저소득층에게 불평등한 의료이용이 이루어지고 있는 것이다.

그 외에 의료비 부담으로 인한 빈곤화의 문제를 논의한 일부 연구가 있다. 송은철·신영전(2010)은 가족의 과부담 의료비가 지불능력의 30%이상인 경우에 1.57배 빈곤화에 영향을 미친다고 보고하고 있으며[3], 신현웅·신영석·황도경·윤필경(2010)의 연구에서도 같은 맥락에서 의료비 과부담이 빈곤화에 직접적인 영향을 미치

지는 않지만, 의료이용에 제약을 줌으로써 빈곤화에 영향을 미친다고 한다[5].

이처럼 보건의료의 형평성에 대한 연구와 빈곤화 가능성에 대한 선행연구가 이루어지고 있음에도 불구하고 의료비 부담 자체의 불평등 문제와 의료비 부담과 소득불평등의 관계에 관한 연구는 진행되지 못하였다. 즉, 건강보험·의료급여와 같은 공적인 사회보장제도가 불평등을 감소시킨다는 기존 논의들이[14] 다수이지만, 공적인 의료보장제도의 급여·재정·전달체계 등이 급속도로 변화·발전되고 있어서 오히려 불평등을 강화할 수 있음에도 불구하고 이에 대한 논의가 이루어지지 못하고 있는 것이다.

III. 연구방법

1. 분석자료 및 변수

본 연구의 자료는 2012년도 기준 의료패널 데이터 자료이다. 활용된 한국의료패널조사는 2014년 03월 03일부터 2014년 09월 11일까지 진행되었으며 7,339가구, 21,218명을 대상으로 조사하였다. 의료패널조사는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 컨소시엄을 구성하여 보건의료이용실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강행태 등에 관한 기초자료를 생산하기 위하여 전국 규모의 한국의료패널 조사사업을 2008년부터 매년 수행하고 있다. 한편, 한국의료패널은 조사목적상 전국규모의 대표성을 유지하기 위해 2005년 인구주택총조사 90%전수자료를 추출틀로 하고 있으며, 표본가구 선정은 1단계로 표본조사구(집락)를 추출하고, 2단계에서는 표본조사구내 표본가구를 추출하는 2단계 확률비례 층화집락추출 방법으로 결정한다[28].

본 자료는 가구의료비를 5가지로 구분한다. 가구의료비1은 건강보험과 의료급여와 같은 공적 의료보장체계가 갖추어진 영역으로 응급의료비·입원의료비·외래의료비와 관련된 약값을 포함한다. 가구의료비1은 건강보험·의료급여와 같은 공적의료보장제도를 이용한 후 부담해야 하는 본인부담으로 해당 의료비의 불평등은 공적의료보장제도가 소득불평등과 어떤 관계가 있는지를

확인할 수 있도록 할 것이다. 가구의료비2는 가구의료비1에 교통비와 간병비 등 가구의료비1을 위해 부수적으로 소요되는 교통비 등을 포함한다. 가구의료비3은 가구의료비2에 산후조리원 및 도우미 비용과 약국일반 의약품 구입비용, 보건의료관련 기구 및 용품비용을 포함한다. 가구의료비4는 가구의료비3에 한약방에서의 한약구매통과 건강기능식품구매통을 포함한다. 가구의료비5는 가구의료비4에 장기요양과 관련된 비용을 포함한다. 따라서 가구의료비1은 공적의료보장제도와 관련이 있는 의료비 부담을 대표할 수 있으며 가구의료비2-5는 비급여 의료서비스 이용에 따른 의료비 부담까지를 모두 포함한 전체 의료비 부담으로 간주할 수 있다.

등한 상태이며 수치가 클수록 의료비 부담의 불평등이 심화를 의미한다. 따라서 의료비 부담에 대한 지니계수 산출을 통하여 각각의 가구의료비 부담이 고소득 가족 혹은 저소득 가족에게 집중되어 있는지 확인할 수 있는 가장 효과적인 방법이라고 판단된다. 나아가 전체 가족 소득에서 각각의 의료비 부담을 제외한 소득에 대하여 각각의 지니계수를 산출함으로써 각각의 의료비 부담과 전체 가구소득 불평등의 관계를 파악할 것이다. 아울러 많은 국민이 가입하고 있는 민간의료보험 급여수령과 가구소득 불평등의 관계를 확인하기 위하여 가구소득구간별 민간보험 급여액 지니계수를 산출하고, 가구소득과 민간보험급여액을 합산한 소득의 지니계수를 산출한다.

표 1. 의료비 분류

의료비 종류	항목	가구의료비				
		1	2	3	4	5
보건 의료 서비스	응급의료비, 입원의료비, 외래의료비	○	○	○	○	○
	응급교통비(앰블런스), 입원교통비, 외래교통비, 입원간병비			○	○	○
	산후조리원, 산후도우미			○	○	○
	장기요양비, 장기요양간병비, 장기요양시설 요양비, 장기요양시설 식비, 장기요양시설 간병비					○
의약품	응급처방약값, 입원처방약값, 외래처방약값	○	○	○	○	○
	약국 일반의약품 구매, 약국 한약구매액, 3개월 이상의약품			○	○	○
	한약방에서 한약구매, 시장에서 건재, 처방, 건강기능식품, 외래보약금액				○	○
보건의료용품기구	약국에서 일반의약품외품 구매, 안경 및 콘택트렌즈, 의료기기 구매/임대/수리			○	○	○

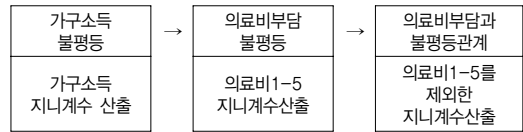


그림 1. 분석절차

IV. 분석결과

1. 가구소득의 불평등

가구소득의 불평등에 대한 분석결과 가구소득분위별 소득액 차이는 통계적으로 유의미한 차이가 있었고, 가구소득 불평등도를 나타내는 지니계수는 0.3756으로 상당히 불평등한 것으로 나타났다. 구체적으로 소득1분위의 평균가구소득이 629만원인 반면, 소득상위 10분위의 평균가구소득은 1억 193만원으로 차이가 매우 컸다. 이러한 가구소득의 불평등은 기존 연구와 유사하였다.

2. 분석방법

본 연구의 목적인 가구소득불평등에 미치는 의료비 부담의 영향을 확인하기 위하여 의료패널데이터의 가구소득을 10분위로 구분하고 각각의 의료비가 소득분위에 따라 어떻게 분포하는지 확인한다. 이에 대한 각각의 지니계수를 산출하여 의료비 부담별 불평등 정도를 확인한다. 지니계수1)은 인구분포와 소득분포와의 관계를 나타내는 수치로서 0은 완전평등, 1은 완전불평

1) 지니계수는 로렌즈 토대로 소득불평등을 파악하기 위해 지수이다. 인구의 누적비율과 소득의 누적 점유율 사이의 상관관계를 나타내는 로렌즈 곡선은 소득분배가 완전히 평등하다면 기울기가 1인 대각선의 형태가 될 것이다. 대각선과 로렌즈 곡선 사이의 면적을 A, 로렌즈 곡선 아래의 면적을 B라고 하면, 지니계수는 A/(A+B)라는 공식을 통해 구할 수 있다(daum백과사전).

표 2. 가구소득의 불평등(단위 : 명, 만원)

소득구간	N	평균	표준편차	F값 (유의확률)
1	581	629	238	1,968,212 (0.000)
2	600	1,177	350	
3	563	1,811	480	
4	571	2,414	604	
5	546	3,027	684	
6	542	3,747	771	
7	524	4,425	874	
8	515	5,259	1,015	
9	495	6,450	1,273	
10	488	10,193	4,291	
합계	5,425	3,751	3,038	
지니계수	0.3756			

2. 의료비 부담의 불평등

가구소득구간별 의료비 지출의 차이를 확인하기 위하여 분산분석을 실시한 결과 가구의료비1부터 5까지 모든 의료비 영역이 통계적으로 유의미한 차이가 있었다. 즉, 가구소득계층별 의료비 부담의 차이가 분명히 존재하는 것이다. 아울러 가구 소득구간별 불평등 정도를 확인하기 위해 의료비 부담의 지니계수를 산출한 결과 가구의료비1은 0.0761, 가구의료비2는 0.0667, 가구의료비3은 0.0720, 가구의료비4는 0.0935, 가구의료비5는 0.0878로 나타나서 소득구간별 불평등 정도는 그리 크지 않았으며, 불평등도는 가구의료비4가 가장 크고 가구의료비2가 가장 낮았다. 산출된 모든 의료비 지니계수 값이 적어서 의료비 부담 자체불평등이 크지 않은 것으로 나타났다. 다만, 건강보험·의료급여 등 공적의료보장제도와 관련하여 환자가 직접 부담하는 가구의료비1과 비급여 등 전체의료비를 포함하고 있는 가구의료비2-5가 유사한 지니계수 값을 나타내어서 공적의료보장제도와 관련된 의료비 부담과 비급여를 포함한 전체 의료비의 불평등이 동일한 것으로 나타났다. 따라서 공적제도의 지원이 있는 의료비 부담이 가구소득불평등에 대하여 비급여 의료비 부담과 동일한 방향으로 기여하고 있는 것으로 판단된다.

표 3. 의료비 부담의 불평등(단위 : 원)

소득구간	N	평균	표준편차	F값 (유의확률)
가구 의료비1	1	1,133,179	1,620,202	6.966 (0.000)
	2	1,387,218	1,877,895	

	3	1,311,501	1,780,796	
	4	1,291,697	1,554,755	
	5	1,511,877	1,930,283	
	6	1,609,158	2,173,791	
	7	1,522,994	1,880,153	
	8	1,673,838	2,386,751	
	9	1,745,726	2,043,913	
	10	1,835,484	2,125,054	
	합계	1,490,420	1,951,809	
	지니계수	0.0761		
가구 의료비2	1	1,196,736	1,732,768	5.447 (0.000)
	2	1,488,795	2,084,468	
	3	1,357,322	1,828,596	
	4	1,334,798	1,604,922	
	5	1,601,852	2,418,011	
	6	1,642,536	2,220,146	
	7	1,550,081	1,904,843	
	8	1,711,887	2,544,537	
	9	1,770,218	2,077,263	
	10	1,853,892	2,145,117	
합계	1,540,242	2,075,157		
지니계수	0.0667			
가구 의료비3	1	1,306,080	1,781,396	7.532 (0.000)
	2	1,661,731	2,121,052	
	3	1,515,231	1,877,679	
	4	1,491,465	1,693,517	
	5	1,816,341	2,534,725	
	6	1,851,917	2,280,589	
	7	1,730,022	1,954,923	
	8	1,966,334	2,647,153	
	9	2,022,416	2,178,976	
	10	2,088,123	2,210,851	
합계	1,732,139	2,151,592		
지니계수	0.0720			
가구 의료비4	1	1,325,947	1,796,803	12.555 (0.000)
	2	1,720,758	2,134,920	
	3	1,614,518	1,954,926	
	4	1,589,835	1,736,315	
	5	1,902,621	2,566,278	
	6	1,975,925	2,350,580	
	7	1,925,996	2,117,575	
	8	2,182,642	2,711,159	
	9	2,282,747	2,335,845	
	10	2,420,739	2,385,897	
합계	1,875,789	2,239,467		
지니계수	0.0935			
가구 의료비5	1	1,389,790	1,870,033	10.616 (0.000)
	2	1,825,376	2,507,436	
	3	1,684,650	2,098,646	
	4	1,637,017	1,805,322	
	5	1,922,658	2,601,371	
	6	2,058,415	2,578,314	
	7	1,963,241	2,211,240	
	8	2,186,137	2,714,216	
	9	2,307,231	2,464,663	
	10	2,513,881	2,754,791	
합계	1,931,204	2,390,546		
지니계수	0.0878			

3. 가구소득 불평등과 의료비 부담의 관계

가구소득 불평등과 의료비 부담의 관계를 확인하기 위하여 가구소득에서 의료비 지출액을 제외한 지니계수를 산출하였다. 산출결과 가구소득 불평등 지니계수가 0.3756인 상황에서 가구의료비 지출을 1부터 5까지 제외한 지니계수가 모두 약간씩 증가하여 불평등도를 강화시키는 데 기여하는 것으로 나타났다. 구체적으로 의료비1을 제외한 경우 0.3876, 의료비2를 제외한 경우 0.3883, 의료비3을 제외한 경우 0.3898, 의료비4를 제외한 경우 0.3900, 의료비5를 제외한 경우 0.3907로 조금씩 지니계수가 증가하였다. 즉, 우리나라 가구의료비 부담은 소득계층별로 불평등하게 지출되고 있어서 가구소득의 불평등을 강화시키는 데 기여하는 것으로 판단된다. 아울러 건강보험·의료급여 관련 의료서비스를 이용하고 지출하는 가구의료비1과 비급여 본인부담을 포함한 모든 의료비를 합한 가구의료비2-5가 모두 지니계수를 증가시킴으로써 가구소득 불평등을 강화하는 요인으로 나타났다. 따라서 공적의료보장제도와 관련된 의료서비스 이용에 따른 의료비 부담도 가구소득 불평등을 강화시키는데 기여하는 것으로 판단된다.

표 4. 가구소득 불평등과 의료비 부담 관계(단위 : 원)

소득 구간	평균 (만원)	의료비1제외 소득	의료비2 제외소득	의료비3 제외소득	의료비4 제외소득	의료비5 제외소득
1	629	5,160,377	5,096,819	4,987,476	4,967,609	4,903,766
2	1,177	10,384,117	10,282,540	10,109,604	10,050,577	9,945,959
3	1,811	16,794,096	16,748,275	16,590,366	16,491,079	16,420,947
4	2,414	22,848,918	22,805,816	22,649,150	22,550,780	22,503,598
5	3,027	28,755,059	28,665,084	28,450,595	28,364,315	28,344,278
6	3,747	35,862,883	35,829,505	35,620,123	35,496,116	35,413,625
7	4,425	42,730,670	42,703,583	42,523,642	42,327,668	42,290,423
8	5,259	50,911,328	50,873,278	50,618,831	50,402,523	50,399,028
9	6,450	62,755,468	62,730,976	62,478,778	62,218,447	62,193,962
10	10,193	100,098,751	100,080,344	99,846,112	99,513,497	99,420,355
지니계수	0.3756	0.3876	0.3883	0.3898	0.3900	0.3907

4. 가구소득 불평등과 민간의료보험의 관계

민간보험을 통해 수령한 급여액의 소득집단별 불평등을 확인하기 위하여 민간의료보험 수령액에 대한 지니계수를 산출한 결과 지니계수가 0.0927로 나타나서 민간보험 수령액 자체의 소득계층별 불평등은 적었다.

분산분석결과 소득집단별 민간의료보험 수령액의 차이는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타나서 소득계층별로 의미있는 금액 차이는 없었다. 구체적으로 소득분위별 민간보험수령액을 살펴보면, 저소득층인 1분위는 수령액이 103만원으로 나타난 반면, 10분위는 211만원으로 2배 이상 많았다. 반면에 중간소득층인 5분위는 42만원으로 매우 적었다.

표 5. 민간보험수입의 불평등(단위 : 명, 원)

소득구간	N	평균	표준편차	F값 (유의확률)
1	35	1,034,309	2,623,540	0.923 (0.504)
2	90	1,204,733	2,843,504	
3	79	1,609,713	4,056,371	
4	78	999,868	3,320,485	
5	107	422,443	834,523	
6	117	770,134	1,971,522	
7	137	902,203	2,214,563	
8	126	1,353,366	5,262,966	
9	117	1,581,135	7,544,535	
10	137	2,116,078	10,896,283	
합계	1023			
지니계수		0.0929		

민간보험 수령액과 가구소득 불평등의 관계를 파악하기 위하여 가구소득에서 민간의료보험금 수입을 합하여 가구소득불평등을 다시 산출한 결과 가구소득 불평등 지니계수가 0.3756에서 0.3672로 다소 감소하였다. 즉, 민간의료보험을 통한 보험금 수입이 가구소득 불평등을 다소 약화시키는 데 기여하고 있음을 알 수 있다. 그러나 그 효과는 크지 않았다.

표 6. 가구소득 불평등과 민간보험의 관계(단위 : 원)

소득구간	가구소득 (만원)	민간보험수입 (원)	민간보험수입합계 (원)
1	629	1,034,309.429	7,327,865.367
2	1,177	1,204,733.000	12,976,068.000
3	1,811	1,609,712.608	19,715,309.410
4	2,414	999,867.692	25,140,482.403
5	3,027	422,443.327	30,689,379.225
6	3,747	770,134.103	38,242,174.693
7	4,425	902,202.847	45,155,866.969
8	5,259	1,353,366.333	53,938,531.382
9	6,450	1,581,135.085	66,082,329.025
10	10,193	2,116,078.321	104,050,313.977
지니계수	0.3756	0.0929	0.3672

V. 결론 및 함의

본 연구는 건강보험과 의료급여 등 우리나라 공적의료보장제도의 보장성이 낮은 상황에서 국민들의 의료비 부담과 민간의료보험 급여의 불평등을 평가하고, 의료비부담과 민간의료보험 수령액과 가구소득 불평등의 관계를 평가하는데 목적이 있다. 주요 연구결과와 함의는 다음과 같다. 첫째, 우리나라 가구소득 불평등은 소득집단별로 통계적으로 유의미한 큰 차이가 있었으며, 지니계수가 0.3756으로 나타나서 상당히 불평등한 것으로 나타났다. 이는 기존 소득불평등과 관련된 연구와 유사한 결과이다. 둘째, 의료비 부담의 불평등을 확인한 결과 가구소득 집단별로 통계적으로 유의미한 차이가 있어서 소득이 높은 가구보다 낮은 가구의 의료비 부담이 적었다. 아울러 건강보험·의료급여와 같이 공적제도의 지원이 있는 의료비 부담의 지니계수가 0.0761로 나타났으며, 공적제도의 지원이 없는 의료비 부담과 교통비 등 의료이용에 필요한 부대비용까지를 모두 포함한 전체 의료비 부담의 지니계수가 0.0878로 나타났다. 따라서 소득구간별 의료비 부담의 불평등 정도는 심각하지는 않지만 두 지니계수 값이 유사하여 공적의료보장제도가 의료불평등 완화에 크게 기여하지 않는 것으로 확인되었다. 또한, 공적의료보장제도가 소득불평등에 있어서 사적인 의료비 부담과 동일한 효과를 미치는 것이다. 셋째, 가구의 의료비 부담과 가구소득 불평등의 관계를 확인하기 위하여 가구소득에서 의료비부담을 제외하고 지니계수를 산출한 결과 의료비 부담을 제외한 지니계수가 증가하여서 의료비 부담이 가구소득 불평등을 강화시키는 것으로 나타났다. 또한 건강보험·의료급여 등 공적제도에 의한 지원이 이루어지는 의료비 부담이 전체 의료비 부담을 제외한 지니계수와 마찬가지로 증가함으로써 공적의료보장제도의 지원이 이루어지는 의료비 부담도 가구소득 불평등을 강화시키고 있었다. 넷째, 민간의료보험 수령액의 불평등을 확인하기 위해 지니계수를 산출한 결과 0.0927로 나타나서 소득계층별 불평등이 크지 않았다. 또한 민간보험수령액과 가구소득을 합산하여 산출한 지니계수가 오히려 감소하여 민간의료보험 수령이 가구소득 불평등을 감소시

키는 기능을 약간 하고 있었다.

이상의 연구결과와 함의를 토대로 의료비 부담이 가구소득의 불평등을 완화하기 위해서는 두 가지 노력이 필요할 것이다. 첫째, 건강보험과 의료급여 등 공적의료보장제도의 보장성을 강화하여 공적제도와 관련된 의료비 부담을 최소화하여야 한다. 아울러 소득계층별로 의료비 부담이 차별화되도록 하여야 한다. 즉, 소득불평등을 개선하기 위하여 저소득층 국민이 고소득층 국민에 비하여 의료비 부담을 적게 하는 소득재분배적 성격을 강화하여야 한다. 둘째, 민간의료보험을 통한 의료비 부담 지원이 소득불평등을 개선할 수 있도록 공적의료보장제도와 역할설정을 분명히 하여야 한다. 구체적으로 기존의 건강보험 등 공적제도가 보장하는 의료비 부담보다는 사적으로 부담하는 의료비에 대하여 민간의료보험이 적극적으로 보장할 수 있도록 하여야 한다. 이를 위하여 민간의료보험이 공적제도 보충형으로 발전할 수 있도록 하여야 할 것이다. 더불어 건강상태가 좋지 않은 저소득층이 민간의료보험으로부터 배제되지 않도록 하여야 할 것이다.

본 연구는 선행연구의 한계를 극복하고 비급여를 포함한 전체 의료비 부담과 건강보험·의료급여와 같은 공적제도 관련 의료비 부담, 민간의료보험 급여수령액과 가구 소득불평등의 관계를 확인할 수 있었다. 이를 통하여 전체 의료비 부담뿐만 아니라 공적의료보장제도 관련 의료비 부담도 소득불평등 강화에 기여하고 있음을 확인할 수 있었다. 반면에 민간의료보험 급여수령액은 소득불평등을 완화시키는데 기여하고 있음을 확인하였다. 그러나 본 연구는 지니계수라는 간접적으로 불평등 정도만을 확인할 수 있는 한정된 분석방법을 사용하였을 뿐 보다 다양한 불평등 지표를 활용하지 못하였으며, 다중회귀분석 방법을 활용한 소득불평등에 대한 직접적인 영향력을 확인하지 못한 한계가 있다. 향후 본 연구를 시작으로 의료비 부담이 가구의 소득불평등에 어떠한 직접적인 영향을 미치는지 확인하기 위한 다양한 방법을 활용한 분석이 수행되어야 할 것이다. 아울러 의료비 부담의 소득불평등에 대한 영향변화에 대한 모니터링을 위하여 시계열적 분석을 수행함으로써 과도한 의료비로 인한 빈곤가구추락과 불평등심화를

막을 수 있는 정책접근이 이루어질 수 있도록 해야 한다.

참고 문헌

- [1] J. Le Grand and P. Vizard, *The National Health Service : Crisis, Change, or Continuity*, The State of Welfare, Oxford University Press. 1998.
- [2] J. Le Grand, *The Strategy of Equity*, George Allen&Unwin, 1982.
- [3] 송은철, 신영진, “과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향,” *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, Vol.43, No.5, pp.423-435, 2010.
- [4] 이선화, 감신, 이원기, “의료보장 형태에 따른 연간 가구 과부담 의료비 지출 추이와 관련요인,” *한국산학기술학회논문지*, 제16권, 제6호, pp.4067-4076, 2015.
- [5] 신현웅, 신영석, 황도경, 윤필경, *의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향*, 한국보건사회연구원, 연구보고서2010-09, 2010.
- [6] 건강보험공단, *2014년 지역별 의료이용 통계연보*, 2015.
- [7] 이용갑, “민간의료보험 활성화 정책 결정과정 연구,” *보건과사회과학*, 제26권, 2009.
- [8] 김진현, “OECD국가의 민간의료보험 성과분석과 정책적 시사점,” *건강보험포럼*, 2006년 봄호, 2006.
- [9] Hulleger and Klein, “The effect of private health insurance on medical care utilization and self assessed health in Germany,” *IZA DP No.5004*, 2010.
- [10] 이용재, “국민보건의료에 대한 민간의료보험의 영향고찰: 의료서비스 이용만족을 중심으로,” *한국콘텐츠학회논문지*, 제14권, 제4호, pp.200-208, 2014.
- [11] Francesca Colombo and Nicole Tapay, “Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefit and Costs for Individuals and Health Systems,” *OECD Health Working Papers*, No.15, OECD, 2004.
- [12] 문옥륜, 장동민, “의료서비스에 대한 접근의 형평분석,” *보건행정학회지*, 제6권, 제1호, 1996.
- [13] G. Mooney, *Economics, Medicine and Health Care*, Wheatsheaf Book · Sussex · Humanities Press · New Jersey, 1986.
- [14] Clayton, Richard, and Jonas Pontusson, “Welfare-State Retrenchment Revisited: Entitlement Cuts, Public Sector Restructuring, and Inegalitarian Trends in Advanced Capitalist Societies,” *World Politics*, Vol.51, No.1, pp.67-98, 1998.
- [15] 여유진, 송치호, “공적이전 프로그램의 재분배효과: 한국, 독일, 스웨덴, 영국 비교 연구,” *사회보장연구*, 제26권, 제4호, 2010.
- [16] T. H. Marshall, *Sociology at the Crossroads and Other Essay*, London: Heinemann, 1963.
- [17] R. Titmuss, *Essays on the Welfare State*, George Allen & Unwin, 1976.
- [18] 이상일, 최현림, 안형식, 김용익, 신영수, “1개 군 지역 의료보험제도에서의 보험료부담 수준별 병의원 의료이용에 관한 연구,” *예방의학회지*, 제22권, 제4호, 1989.
- [19] 배상수, “지역의료보험의 실시에 따른 의료이용 변화 분석 : 소득계층별 의료필요 충족도를 중심으로,” *보건행정학회지*, Vol.2, No.1, pp.167-203, 1992.
- [20] 명지영, *의료이용의 형평성에 관한 실증적 고찰*, 서울대학교, 석사학위논문, 1995.
- [21] 장동민, “의료서비스 분배의 형평성,” *보건과 사회과학*, 제2권, 제1호, pp.23-55, 1997.
- [22] 박실비아, 신영진, 문옥륜, “의료보험의 재원조달과 의료이용의 형평성에 관한 연구,” *보건경제연구*, 제2편, 1996.
- [23] 이수연, *도시근로자 소득수준별 의료서비스 이용 및 치료비 부담률의 형평성*, 서울대학교, 박사

학위논문, 1997.

- [24] 문성현, “한국의 보건의료의 부담과 형평성,” 사회보장연구, 제20권, 제1호, pp.59-81, 2004.
- [25] 권순만, 양봉민, 이태진, 오주환, 이수형, “보건의료이용의 형평성,” 보건경제연구, 제9권, 제2호, 한국보건경제학회, 2003.
- [26] 이상이, 홍성철, “직장건강보험 가입 제주도 주민의 소득계층별 의료이용의 형평성,” 보건과 사회과학, 제11권, pp.147-168, 2003.
- [27] 이용재, “소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석,” 사회복지정책, 제17권, 제1호, pp.267-290, 2010.
- [28] <https://www.khp.re.kr>

저 자 소 개

이 용 재(Yong-Jae Lee)

정회원



- 2000년 2월 : 중앙대학교 사회복지학과(문학사)
- 2002년 8월 : 중앙대학교 대학원 사회복지학과(문학석사)
- 2006년 8월 : 중앙대학교 대학원 사회복지학과(문학박사)
- 2008년 3월 ~ 현재 : 호서대학교 사회복지학과 교수
<관심분야> : 사회보장, 사회적기업, 사회적일자리