

가구소득불평등에 민간보험수입과 의료비본인부담지출이 미치는 영향

이용재*, 김형익**

호서대학교 사회복지학과 교수*, 호서대학교 사회복지학과 박사과정**

Impact of the Private Insurance Benefits and the medical Care Expenditure on Household Income Inequality

Yong-Jae Lee*, Hyung-Eick Kim**

Professor, Dept. of Social Welfare, Hoseo University*,

Ph.D Candidate, Dept. of Social Welfare, Hoseo University**

요 약 본 연구는 가구소득의 불평등에 민간보험수입과 의료비본인부담지출이 어떠한 영향을 미치는지를 확인하기 위하여 2015년 의료패널조사데이터에 대하여 소득계층별 집중지수와 집중곡선 분석을 실시하였다. 주요 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 가구소득 집중지수가 0.3580으로 소득이 고소득층에 집중되어 있어서 불평등 정도가 상당히 큰 것으로 나타났다. 둘째, 민간보험수입이 고소득층에 집중하여 적지만 고소득층 가구의 소득집중현상을 강화시킨다. 셋째, 저소득층의 의료비 본인부담지출이 많은 것으로 나타났다. 끝으로 가구소득에서 전체 의료비본인부담지출을 제외한 소득에 대한 집중지수가 0.3676으로 나타나서 의료비본인부담지출 후에도 소득이 고소득층에 크게 집중되어 있었다. 따라서 민간보험수입과 의료비본인부담지출은 모두 가구소득불평등을 심화시키는 요인으로 작용하고 있어서 융·복합적 연구 및 정책방안 마련을 통한 개선이 요구된다.

주제어 : 양극화, 의료형평성, 집중지수, 소득계층, 융·복합

Abstract The purpose of this study is to investigate the effect of private insurance revenues and household spending on household income inequality. To this end, we conducted a concentration index and concentration curve analysis for the income level of medical panel survey data in 2015. The main results are as follows. First, the household income concentration ratio is 0.3580, which means that income is concentrated in the high income group, and the degree of inequality is considerably large. Second, although the portion of the private insurance benefits was small on the high-income household, it helped to strengthen the benefits concentration on this group. Third, the low income group has a large self-pay medical expense. Finally, the index of the income excluding the burden of the total medical expenses in the household income was 0.3676, so that even accounting for medical expenses, the income was concentrated in the high income class. Therefore, private insurance benefits and medical expenses were all contributing factors to the inequality of household income, and this study provides the essential materials for research and policy planning which could lead to the convergence of different fields.

Key Words : Social polarization, Health care equity, Concentration index, Income class, Convergence

Received 19 October 2017, Revised 20 November 2017
Accepted 20 December 2017, Published 28 December 2017
Corresponding Author: Hyung-Eick Kim
(Ph.D Candidate, Dept. of Social Welfare, Hoseo University)
Email: he5625@naver.com

ISSN: 1738-1916

© The Society of Digital Policy & Management. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1. 연구배경 및 목적

국민건강보험의 보충적 역할로 시작된 민간보험은 2015년을 기준으로 10가구 중 8.8가구가 가입을 했으며, 한 달 납입하는 평균 보험료는 30만 8천원인 것으로 나타났다[1]. 또한 국민의 72.6%가 민간보험에 가입하고 있고 시장 규모는 2011년 수입보험료 기준 약 27조 4,000억 원으로 추정된다[2,3].

국민건강보험 보장률은 2015년 기준 63.4%로 OECD 국가 중에서도 매우 낮은 편이다[4]. 현재와 같은 낮은 보장률은 의료 이용 시 본인 지출 진료비에 대한 부담으로 이어져 각 개인의 지불능력인 소득수준의 차이로 나타나게 된다. 또한 동일한 의료비 지출이라고 할지라도 소득수준이 낮은 계층의 부담은 고소득 계층에 비해 상대적으로 클 수밖에 없다[5]. 2016년 한국의료패널 심층보고서에 의하면, 저소득층은 고소득층에 비해 4대 중증 및 만성적 질환에 2.5배 이상 더 노출되어 있음에도 불구하고 민간보험 가입율은 반대로 1/3 수준으로 나타나고 있다는 점을 보면, 취약집단이 건강보험의 보장성을 높게 인식하여 민간보험에 적게 가입하거나[6], 민간보험에 있어서 민간보험사들의 선별적 가입의 문제가 심각한 것으로 판단할 수 있다[7].

민간보험을 통한 사적인 의료비 지원이 이루어지고 있음에도 불구하고 국민건강보험의 낮은 보장성으로 인한 높은 본인부담으로 인해 의료 불평등이 지속되고 있다. 또한 높은 비중을 차지하는 가구의 의료비 부담은 가구소득을 감소시켜 소득계층의 하락을 초래할 뿐만 아니라 빈곤가구로 추락을 가져올 수 있는 것은 물론, 소득의 불평등을 강화할 가능성이 크다[8].

경기개발연구원의 경기도민 삶의 질 조사(GRI, 2016)에 따르면, 의료비 마련이 주된 이유라고 대답한 가구는 전체 부채보유 가구 중 6.7%에 불과하나, 월 소득 100만 원 미만 가구의 경우 부채를 통해 의료비를 마련했다는 가구가 65.9%를 차지했고, 특히 60대 이상의 경우에서 22%가 의료비 마련으로 인해 가계부채가 발생한 것으로 조사되었다[9].

보건사회연구원의 발표에 따르면, 저소득층의 소비 특성을 분석한 결과, 벌어들이는 소득 가운데서 의료비 지출로 상당 부분 사용하고 있음에도 불구하고 다른 계층에 비해 규모가 크지 않아 상대적 박탈감이 클 것이라는

점과 만성질환자가 있는 가구의 경우 중위수준 이하 의료비 지출 가구 비율이 63.6%에 달하는 것으로 조사되었다[10].

본 연구는 2015년도 의료패널 데이터를 활용하여 가구소득불평등에 미치는 민간보험수입의 영향과 의료비 본인부담 지출의 영향을 집중지수를 통하여 분석하고자 한다. 이를 통하여 소득계층별로 민간보험과 의료비본인부담 지출이 가구소득불평등에 어떠한 영향을 미치는지를 확인하여 향후 민간보험의 역할과 의료비본인부담제도의 개선방향을 마련하기 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 이론적 배경과 선행연구

대부분의 OECD국가에서 민간의료보험의 역할과 크기는 공공정책에 의해 결정된다. 민간의료보험은 공공의료에서 보장하지 않는 부분에 초점을 맞추고 있으며, 민간의료보험의 장점 및 단점은 공공의료 범위 안에서 의료서비스와 상호작용을 하는 데 달려있다. 민간의료보험의 시장 크기는 나라의 경제성장 정도와 관계는 없으며, 민간의료보험이 돌봄에 미치는 영향 등은 아직도 연구가 필요하다[11]. 공적 건강보장체계를 갖춘 대부분의 나라에서 민간의료보험은 보완적·보조적 역할은 하며, 민간의료보험의 유형은 결국 공적 건강보장체계와 어떤 관계가 있는지에 따라 나누어진다. 이러한 관점에서 세계보건기구 유럽사무국과 OECD는 민간의료보험에 대해 체계적인 분류를 시도하였다[11]. 즉, 민간의료보험을 ① 미국의 경우처럼 민간보험이 대부분의 사람에게 일차적인 건강보장 방법으로 쓰이는 경우를 일차형(기본형, Primary) 민간보험, ② 전체적으로 또는 다수에게 공적 건강보장체계가 있지만 어떤 이유로든 여기에 포함되지 않는 소수를 위해 민간보험이 있는 대체형(보완형, substitute) 민간보험, ③ 공적 건강보장체계에 세금이나 보험료로 기여를 하고 급여를 받을 수도 있는 상태에서, 가입자에게 공적 체계와 같은 서비스를 보장해 주는 중복형(duplicate) 민간보험, ④ 건강보장의 주된 역할은 공적 체계가 담당하되, 제외된 영역을 민간보험이 담당하는 형태로 이용자 부담이나 부가급여를 보충하는 보충형(supplement) 민간보험으로 구분하였다[11]. 이러한 분류

에 따라 OECD는 우리나라를 비급여에 대한 보충형으로 구분하고 있으나, 실제로 우리나라에서 시행하고 있는 민간의료보험 방식은 일종의 중복형과 보충형, 그리고 보완형이 혼재되어 있다.

국민건강보험과 연관된 민간의료보험에 대한 연구는 크게 3가지 방향에서 진행되고 있다. 첫째, 민간의료보험이 모든 국민들에게 개방되어 있지 않다는 사실과 민간보험사들은 심사를 통해서 고위험 사람들을 보험가입에서 배제시키고 있다는 점이다. 고소득층들이 민간의료보험에 많이 가입하고, 건강상태가 나쁜 국민이 배제됨으로서 국민을 양극화시킬 수 있다는데 일치된 결과를 제시하고 있다[7]. 둘째, 민간의료보험 가입으로 의료비에 대한 부담이 줄어들고 도덕적 해이의 발생으로 과잉 의료이용을 유발하여 전체 의료비를 증가시킨다는 점이다. 일각에서는 반대하지만, 대다수 연구자들은 민간의료보험이 의료비 증가를 초래하고 건강보험 진료비의 증가도 가져올 수 있다고 주장한다[7]. 셋째, 국민건강보험의 보장성 확대는 민간보험의 보장 축소 및 보험금 지급 감소를 의미하기 때문에 민간보험사들의 반사이익에 대한 합리적 대응 방안에 대한 연구가 있다.

민간의료보험에 대한 연구는 민간의료보험 가입여부와 가입유형에 따른 의료서비스 이용과 의료비 지출에 대한 실증연구가 주를 이루고 있다[12].

성별, 연령, 결혼여부 교육수준, 소득, 만성질환 여부 등 실손형 민간의료보험 가입자 특성에 대한 연구가 진행되었다. 여러 가입자 특성 중에서 연령, 경제수준, 만성질환, 성별의 특성이 민간의료보험 가입에 영향을 미친 항목으로 언급되었다.

실손형 민간의료보험 가입이 의료서비스 이용에 영향을 미쳤는지에 대한 연구들도 진행되었다. 다중회귀분석 방법이 주를 이루고 있으나 내생성 문제를 통제하는 등 다양한 통계적 방법들을 이용하면서 연구 결과도 다양하게 나타나고 있다. 실손형 민간보험 가입자가 의료서비스를 많이 이용한다는 연구들은 '실손 의료보험 가입자들이 외래이용을 더 많이 한다'는 공통된 연구 결과를 내놓고 있다[13,14,15,16].

반면 실손형 민간의료보험 가입자의 의료서비스 이용에 영향을 미치지 않는다는 연구들은 '실손 의료보험 가입자들의 입원 이용은 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는다는 공통된 연구 결과를 내놓고 있다[13,15,17].

그 외 외래 및 입원 일수, 이용횟수, 장단기 분석, 정액형과 실손형 중복 가입자에 대한 연구 등을 통해서 실손 민간의료보험 자체가 의료서비스 이용에 전혀 영향을 주지 않는다가, 단기적으로는 영향을 주나 장기적으로는 영향이 없다는 등 다양한 연구 결과를 내놓고 있다.

과부담 의료비는 한 가구의 의료비 지출이 일정 한계를 넘는다는 뜻으로, 과부담 의료비와 관련된 연구로는 총소득에서 의료비가 차지하는 비율 또는 식료품비 등을 제외한 가처분 소득에서 차지하는 비율 등 과부담 의료비 지출률에 대한 분석연구, 과부담 의료비 지출에 영향을 미치는 요인들에 대한 연구 분야, 과부담 의료비가 가구 빈곤화와 빈곤 지속에 미치는 영향에 대한 연구 등이 있다.

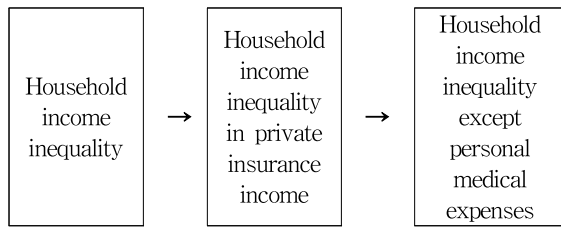
2010년 송은철, 신영전 연구에 따르면, 건강보험이 정률제를 기반으로 한 본인부담금 제도를 운영하고 있고 낮은 의료 보장성을 유지하는 한 과부담 의료비의 발생은 필연적이라고 주장하고 있다. 또한 우리나라는 가구 소득에 비해 의료비 부담이 높은 과부담 의료비 가구가 지속적으로 증가하고 있고, 과부담 의료비 기준에 따라서 7.3%-25%가 과부담 의료비를 지출하고 있었으며, 빈곤가구의 25.6%~57.5%가 과부담 의료비를 지출하고 있다는 연구결과를 내놓았다[18].

2015년 이선화·감신·이원기는 2008년~2011년 한국의료패널 자료를 교차분석과 일반화 추정방정식을 이용하여 분석한 결과, 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, 과부담 의료비 발생에 영향을 미치는 요인으로는, 연간 총 가구소득이 낮을수록, 가구주의 교육수준이 낮을수록, 의료보장형태가 건강보험가입 가구일수록, 가구주가 장애가 있을수록, 가구주의 연령이 높아질수록, 총가구원 수가 적을수록, 가구원의 주관적 건강수준이 낮을수록, 가구당 만성질환 유병률이 높을수록 과부담 의료비 발생 확률이 높게 나타난다는 연구결과를 발표했다[19].

빈곤화 및 빈곤 지속에 관한 선행연구는 한국노동패널 자료를 이용한 연구가 대부분으로, 빈곤 진입 후 1년 이내에 빈곤에서 탈출하는 비율은 대략 58% 수준이며, 2년 이내 빈곤에서 탈출하는 비율은 대략 79.8%~86.4% 수준으로 나타났다[8,20,21,22].

3. 연구방법

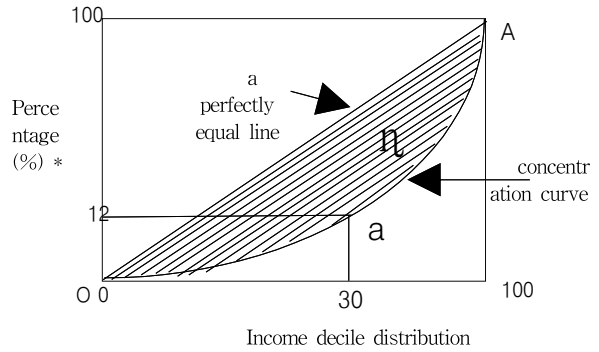
본 연구의 분석자료는 2015년 의료패널조사이다. 자료 대상자는 6,607가구이며, 개인가구원은 180,130명이다. 본 연구의 분석변수는 가구소득, 민간보험수입, 의료비본인부담지출인 법정본인부담, 비급여본인부담이다. 민간보험수입과 의료비본인부담지출이 가구소득불평등에 미치는 영향을 확인하기 위하여 우선 가구소득불평등 정도를 평가하고, 가구소득에 민간보험수입을 더한 소득의 불평등을 확인하여 민간보험수입이 가구소득에 미친 영향을 평가하였다. 의료비본인부담지출이 가구소득불평등에 미친 영향을 평가하기 위하여 의료비본인부담지출의 구성요소인 법정본인부담과 비급여본인부담의 불평등을 각각 평가한 후, 전체 의료비본인부담지출을 제외한 가구소득에 대한 불평등을 평가할 것이다. 구체적인 연구분석 절차는 [Fig. 1]과 같다.



[Fig. 1] Research analysis procedure

가구소득불평등에 민간보험수입과 의료비본인부담지출이 미친 영향을 측정하기 위하여 의료서비스 분배의 불평등 측정방법 중 사회경제적 불평등 측정방법으로 많이 활용되고 있는 집중곡선과 집중지수를 활용하였다. 집중곡선은 로렌즈 곡선의 산출과정과 원리가 동일하며 인구집단을 사회경제적 상태에 의해 순위를 매긴 다음 이들 인구집단의 누적비율을 건강 또는 의료이용수준의 누적비율에 대해 표시하는 방법으로, 집중지수를 산출하여 연도별 불평등의 변화를 비교할 수 있는 장점을 갖고 있어 보건의료영역에서 불평등 측정도구로 널리 활용되고 있다. 집중지수는 집중곡선과 대각선사이의 면적을 두 배로 곱한 값이다. 이론적으로 집중곡선이 대각선 아래에 위치할 때는 양의 값을 취하게 되고 대각선 위에 집중곡선이 놓일 때는 음의 값을 취한다. 즉, 집중지수는 -1에서 +1사이의 값을 취하는데 이론적으로 전자(-1)는 저소득층에 집중되는 것을 의미하며 후자(+1)는 고소득층

에 집중된 경우이다. 집중곡선과 집중지수에 대한 구체적인 산출방법은 [Fig. 2]와 같다.



* percentage of (private insurance income and medical expenses) of household income
[Fig. 2] Concentration curve and Concentration index

4. 분석결과

4.1 가구소득불평등

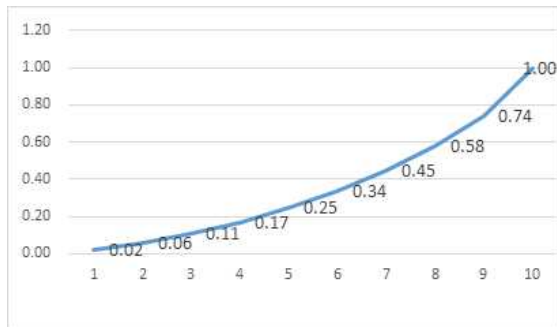
가구소득의 불평등을 측정한 결과 집중지수가 0.3580으로 불평등 정도가 상당히 큰 것으로 파악되었다. 특히, 소득이 가장 낮은 1분위는 전체 가구소득의 2.2%에 해당하는 반면에 10분위는 25%를 차지하고 있어서 1분위와 10분위간 비율격차가 10배 이상으로 나타났다. 가구소득의 평균도 1분위는 522만원인 반면 10분위는 6천 71만원이었음을 <Table 1>에서 알 수 있다.

<Table 1> The inequality of household income

Income bracket	Frequency (person)	Household income (KRW)	Ratio (%)
1	1,042	5,225,500	2.2
2	1,228	8,303,300	3.5
3	1,476	11,432,500	4.8
4	1,777	14,838,400	6.2
5	1,974	18,251,600	7.7
6	2,022	21,959,500	9.3
7	2,124	26,252,100	11.1
8	2,154	31,256,100	13.2
9	2,203	38,396,200	16.2
10	2,130	60,719,200	25.8
Total	18,130	26,272,400	100.0
Concentration index			0.35800

가구소득불평등을 확인하기 위한 집중곡선은 [Fig. 3]

과 같이 아래로 볼록한 모향을 취하고 있어서 소득이 높은 고소득층에 소득이 집중되어 있음을 알 수 있었다.



[Fig. 3] Concentration curve of household income

4.2 민간보험수입과 가구소득불평등

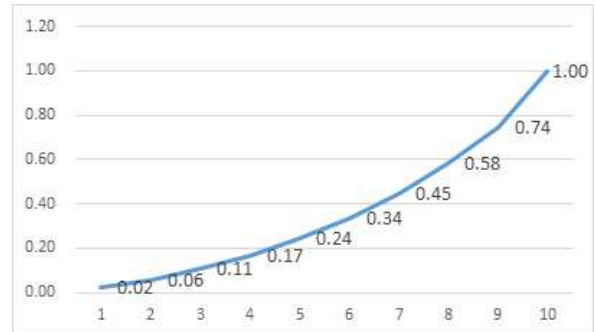
민간보험수입의 불평등을 분석한 결과 <Table 2>와 같이 집중지수가 0.44393으로 나타나서 고소득층에 크게 집중되어 있는 것으로 나타났다. 실제로 소득분위별로 민간보험수입이 가장 적은 저소득층인 1분위 민간보험수입이 차지하는 비율은 1.2%에 불과한 반면에 10분위는 34.8%에 이르러서 30배 수준으로 나타났다. 아울러 1분위 민간보험수입은 3만 1300원에 불과한 반면에 10분위는 88만 7500원이었다.

가구소득에 민간보험수입을 합한 가구소득의 불평등을 분석한 결과 집중지수가 0.3589로 나타났다. 이는 최초의 집중지수 0.3580보다 0.0009가 증가하였다. 즉, 불평등도가 약간의 증가를 보인 것이다. 한편, 가구소득 불평등은 1분위 비율이 2.2%, 10분위 25.7%로 나타나서 그 차이가 매우 컸다. 아울러 민간보험수입을 더한 가구소득도 1분위는 525만원에 불과한 반면에 10분위는 6천 160만원이었다. 민간보험과 가구소득의 집중지수커브는 [Fig. 4]와 [Fig. 5]와 같다.

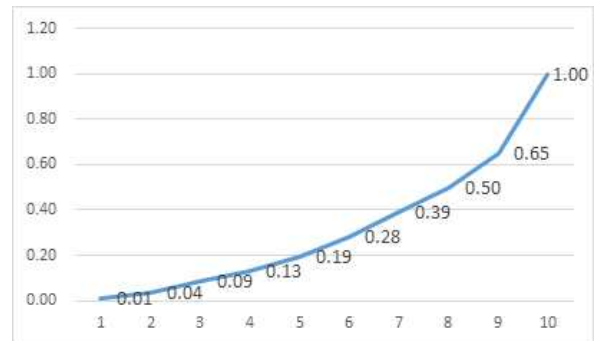
<Table 2> Relation between the inequalities of the private insurance and household income

Income bracket	Frequency (person)	Private insurance		Household income+ private insurance income	
		Income (KRW)	ratio (%)	Income (KRW)	Ratio (%)
1	1042	31,300	1.2	5,256,800	2.2
2	1228	59,300	2.3	8,362,600	3.5
3	1,476	134,800	5.3	11,567,300	4.8

4	1,777	99,700	3.9	14,938,100	6.3
5	1,974	169,500	6.6	18,421,100	7.7
6	2,022	216,900	8.5	22,176,400	9.3
7	2,124	289,100	11.3	26,541,200	11.1
8	2,154	272,700	10.7	31,528,800	13.2
9	2,203	389,200	15.3	38,785,400	16.2
10	2,130	887,500	34.8	61,606,700	25.7
Total	18,130	287,000	100.0	26,559,400	100.0
Concentration Index		0.44393		0.35892	



[Fig. 4] Concentration curve of private insurance income



[Fig. 5] Household income concentration curve combining private insurance income

4.3 의료비본인부담지출과 가구소득불평등

의료비지출로 인한 가구부담이 가구소득불평등에 미치는 영향을 확인하기 위하여 집중지수를 분석한 결과 <Table 3>에서와 같이 법정본인부담금 지니계수는 -0.1753으로 나타나서 저소득층의 법정본인부담이 많은 것으로 나타났다. 구체적으로 1분위 법정본인부담금의 비율은 14.7%인 반면에 10분위는 7.0%로 1분위가 10분위에 비해 2배 이상의 법정본인부담을 더하고 있었다. 1분위 법정본인부담액은 27만3,496원이지만 반면 10분위는 17만2,512원이었다.

비급여본인부담도 집중지수가 -0.0488로 나타나서

<Table 3> Relation between the inequalities of medical care expenditure and household income

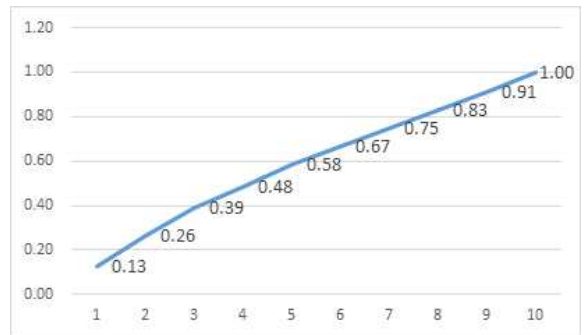
Income bracket	Frequency (person)	Legal private burden		Private burden of uncovered insurance		Total private medical expenses (covered+uncovered)		Household income-total private medical expenses	
		amount (₩)	Ratio	amount (₩)	Ratio	amount (₩)	Ratio	Income (₩)	Ratio
1	1,042	273,496	14.7	294,881	11.4	568,392	12.8	4,688,408	2.0
2	1,228	291,857	15.7	314,904	12.2	606,777	13.7	7,755,823	3.3
3	1,476	253,674	13.7	302,867	11.7	556,555	12.5	11,010,745	4.7
4	1,777	197,964	10.7	217,696	8.4	415,671	9.4	14,522,429	6.2
5	1,974	165,741	8.9	280,967	10.9	446,717	10.1	17,974,383	7.7
6	2,022	153,295	8.3	222,051	8.6	375,354	8.5	21,801,046	9.3
7	2,124	129,533	7.0	229,608	8.9	359,148	8.1	26,182,052	11.2
8	2,154	130,560	7.0	229,544	8.9	360,111	8.1	31,168,689	13.3
9	2,203	131,208	7.1	218,799	8.5	350,014	7.9	38,435,386	16.4
10	2,130	129,351	7.0	272,880	10.6	402,238	9.1	61,204,462	26.1
Total	18,130	172,512	100.0	252,445	100.0	424,957	100.0	26,134,443	100.0
Concentration index		-0.17532		-0.04878		-0.10168		0.36763	

저소득층과 고소득층의 차이가 크지는 않았지만, 저소득층에 비급여본인부담이 집중되어 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 1분위의 비율이 11.4%인 반면 10분위 비율은 10.6%로 큰 차이가 나지 않았다. 1분위 비급여본인부담은 29만 4,881원이나 반면에 10분위는 25만 2,445원이었다.

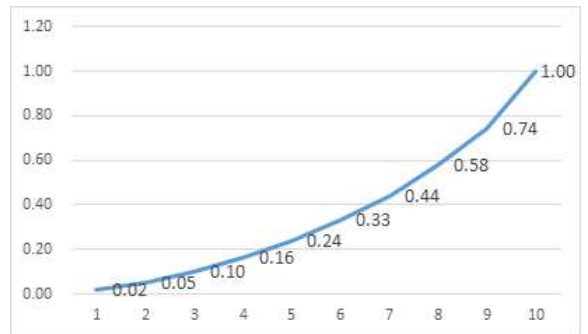
법정본인부담과 비급여본인부담을 합하여 전체 의료비본인부담지출에 대한 집중지수를 분석한 결과 집중지수가 -0.1017로 나타나서 역시 저소득층의 의료비본인부담지출이 많았다. 구체적으로 1분위의 전체 의료비본인부담 비율은 12.8%인 반면 10분위는 9.1%였다. 1분위 전체 의료비본인부담은 56만 8,392원이나 반면에 10분위는 42만 4,957원이었다.

가구소득에서 전체 의료비본인부담지출을 제외한 후 산출한 집중지수가 0.3676으로 나타나서 의료비본인부담지출 후에도 소득은 고소득층에 크게 집중되어 있는 것을 알 수 있었다. 구체적으로 전체 의료비본인부담지출을 제외한 1분위의 가구소득비율이 2%로 매우 적은 반면 10분위는 26.1%로 나타났다.

요컨대 최초 가족소득의 집중지수는 0.3580이었으며 여기에 민간보험소득을 합한 가구소득의 집중지수는 0.3589로 0.0009가 증가하여 가구소득 불평등의 변화가 미약하지만 약간 강화되었다. 또한 가구별 전체 의료비본인부담 지출을 제외한 소득의 집중지수가 0.3676으로 더욱 커져서 다시 0.0087이 증가하였다. 저소득가구가 고소득층에 비해 더 많은 의료비 지출을 함으로서 가구소득의 불평등이 증가된 것이다.



[Fig. 6] Concentration curve of medical expenses self-pay



[Fig. 7] Concentration curve except medical expenses self-pay

법정본인부담과 비급여를 더한 전체 의료비본인부담지출 집중곡선과 가구전체에서 의료비본인부담지출을 제외한 집중곡선은 [Fig. 6]과 [Fig. 7]과 같다. 전체의료비본인부담지출 집중곡선은 위쪽으로 볼록하여 저소득층 지출이 많지만 의료비본인부담지출을 제외한 가구소

득 집중곡선은 아래로 크게 볼록하여 여전히 불평등이 심한 것을 알 수 있다.

5. 분석결과 및 함의

의료비부담이 가계과탄을 가져올 만큼 부담이 커지고 있는 상황에서 많은 가구들은 민간보험을 통하여 의료비 부담을 줄이기 위해 노력한다. 그러나 실제로 민간보험과 의료비지출이 가구소득불평등에 미치는 영향을 분석한 연구가 부재하다. 본 연구는 2015년 의료패널조사를 활용하여 민간보험수입과 의료비본인부담지출이 가구소득불평등에 미치는 영향을 확인하였다. 주요 분석결과와 함의는 다음과 같다.

첫째, 가구소득의 불평등을 측정하기 위하여 집중지수를 산출한 결과 0.3580으로 나타나서 가구소득이 고소득층에 집중되어 있어서 불평등 정도가 상당히 큰 것으로 나타났다. 이는 기존 국내의 소득불평등과 관련된 선행 연구와 유사한 결과이다. 가구소득 분포를 보여주는 집중곡선도 아래로 볼록한 모양을 취하고 있어서 고소득층에 소득이 집중된 것을 보여주었다.

둘째, 민간보험수입과 가구소득불평등의 관계를 확인하였다. 이를 위하여 우선 소득계층별 민간보험수입을 활용하여 산출한 집중지수가 0.44393으로 나타나서 민간보험수입이 고소득층에 크게 집중되어 있었다. 또한, 기존 가구소득에 민간보험수입을 합하여 불평등을 확인하기 위하여 산출한 집중지수가 0.3589로 나타나서 최초의 집중지수보다 0.0009가 증가하였다. 민간보험수입이 고소득층에 집중하여 적지만 고소득층의 소득집중현상을 강화시켰다고 평가할 수 있다. 향후 민간보험이 활성화 될 경우 고소득층이 민간보험가입에 더 많이 하고 이로 부터 얻는 소득도 증가하여서 결과적으로 가구소득불평등을 악화시키는 요인이 될 수 있음을 시사한다. 민간보험수입에 관한 집중곡선과 민간보험수입을 더한 가구소득 집중곡선도 아래로 크게 볼록한 모습을 보여서 저소득층 집중현상이 큰 것을 보여주었다.

셋째, 전체 의료비본인부담지출이 가구소득평등에 미치는 영향을 확인하기 위하여 우선, 법정본인부담금 집중지수를 산출하였는데, 집중지수가 -0.1753으로 나타나서 법정본인부담이 저소득층에 집중된 것으로 나타났

다. 아울러 비급여본인부담 집중지수도 -0.0488로 나타나서 저소득층에 비급여본인부담이 집중되어 있었다. 그러나 법정본인부담 집중지수가 비급여본인부담 집중지수에 비해 훨씬 큰 값을 나타내서 법정본인부담지출의 저소득층 집중현상이 훨씬 큰 것으로 나타났다. 아울러 법정본인부담과 비급여본인부담을 합하여 산출한 전체 의료비본인부담지출 집중지수가 -0.1017로 나타나서 역시 저소득층의 의료비본인부담지출이 많은 것으로 나타났다. 끝으로 가구소득에서 전체 의료비본인부담지출을 제외한 후 분석한 가구소득에 대한 집중지수가 0.3676으로 나타나서 의료비본인부담지출 후에도 소득이 고소득층에 더욱 크게 집중되는 것으로 나타났다.

요컨대 가구소득의 집중지수는 0.3580이었으며, 민간보험을 통해 얻는 소득을 합한 가구소득 집중지수는 0.3589로 나타나서 0.0009가 증가하였다. 즉, 민간보험수입이 가구소득의 불평등을 약간 악화시키는 것을 알 수 있었다. 아울러 가구소득에 민간보험수입을 합한 값에서 다시 전체 의료비본인부담지출을 제외하여 산출한 소득의 집중지수가 0.3676으로 나타나서 0.0087이 증가하였다. 즉, 의료비본인부담지출은 가구소득불평등을 심화시키는 요인으로 작용하고 있는 것이다. 실제로 의료비본인부담지출 집중곡선은 위로 약간 볼록하여 저소득층 지출이 많지만, 의료비지출을 제외한 가구소득 집중곡선은 아래로 크게 볼록하여 가구소득불평등이 큰 것으로 나타났다.

결론적으로 우리나라의 민간보험과 의료비지출은 저소득층에 비해 고소득층에 유리한 불평등을 만들어내고 있는 것으로 나타났다. 민간보험제도를 저소득층이 많이 가입하지 못하고 혜택도 적게 보고 있는 반면에 의료비지출은 저소득층이 더 많이 하고 있는 것이다. 민간보험제도의 활성화는 고소득층의 가입과 급여확대에 기여할 가능성이 큰 만큼 건강보험의 보장성 확대를 통하여 민간보험활성화를 최소화하여야 할 것이며 저소득층의 의료비본인부담을 최소화할 수 있도록 해야 할 것이다. 예컨대, 의료비본인부담의 소득비례 제도를 통하여 저소득층일수록 의료비본인부담을 적게 하여야 할 것이다.

REFERENCES

- [1] Eu-Gene Kim, Younhee Kim, "Burden of Private

- Health Insurance Premium and Effect of Private Health Insurance Premium reducing the burden of medical expenditure”, *Health Economics and Policy Studies*, Vol.23, No.1, pp.97-122, 2017.
- [2] Kee-Chul Shin, “Discussions on the Empirical Study on Health Care Consumptions by Private Health Insurance Policyholders”, *Health and Social Research*, Vol.35, No.4, pp.5-34, 2015.
- [3] Kee-Chun Choi, Hyun-Bok Lee, “The Proper Role of National Health Insurance and Private Health Insurance”, *Health and Welfare Forum*, Vol.248, pp.30-43, 2017.
- [4] Sung-Joo Kim, “Growth of private health insurance and threat of health insurance system”, *National Audit Policy Directory*, 2015
- [5] Do-Young Kim, “Analysis of healthcare service usage gap according to income level by health status”, *Social Science Research*, Vol. 23, No.1, pp.119-152, 2012.
- [6] Jung-Ho Park, “The Effects of the Characteristics of the Householder and the Perception of the Protection of National Health Insurance on Private Health Insurance Subscription”, *Korean Social Policy*, Vol.22 No.1, pp.217-241, 2015.
- [7] Yong-Jae Lee, “Effects of Private Health Insurance in National Health Care System”, *Journal of the Korea Contents Association*, Vol.14, No.1, pp.200-208, 2014.
- [8] Yong-Jae Lee, “Family Income Inequality and Medical Care Expenditure In Korea”, *Journal of the Korea Contents Association*, Vol.16, No.8, pp.366-375, 2016.
- [9] Young-Sung Yoo, Jun-sik Park, “Household debt, the core of the problem and its solution”, *GRI Issue & Analysis*, No.289, pp.1-21, 2017.
- [10] Hyun-Joo Lee, “Consumption Characteristics of low-income Household and their Implications”, *KIHASA ISSUE & FOCUS* No.331, 2017.
- [11] Colombo F, Tapay N. “Private health insurance in OECD countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems”. *OECD Health Working Papers*, N015, 2004.
- [12] Kwan-Ok Kim, Young-Jeon Shin, “Effects of Buying a Medical Insurance for Actual Expense on Medical Cost”, *Journal of Critical Social Policy*, No.54, pp.305-34, 2017.
- [13] Kee Taig Jung, En Kyu Shin, Chang Hwan Kwak, “An Empirical Study on the Relationship between Private Health Insurance and Moral Hazard”, *Korean Insurance Academic Society*, No.75, pp.1-25, 2006.
- [14] Sung Wook Kang, Chang Hoon You, Young Dae Kwon, Eun Hwan Oh, “The impact of having private health insurance on healthcare utilization with controlling for endogeneity”, *The Korean Association of Health Economics and Policy*, Vol.16, No.1, pp.139-159, 2010.
- [15] Hyun Boc Lee, Sang Wook Nam, “An Empirical Study of Private Health Insurance and Healthcare Utilization”, *Korean Insurance Academic Society*, Vol.95, No.95, pp.1-24, 2013.
- [16] Chang Hoon You, Sung Wook Kang, Young Dae Kwon, Eun Hwan Oh, “The effects of supplementary private health insurance on healthcare utilization and expenditures: indemnity vs fixed-benefit”, *The Korean Social Security Association*, Vol.27, No.1, pp.277-292, 2011.
- [17] Dae Hwan Kim, “Effects of Fee-For-Service Health Insurance on Medical Consumption”, *Korean Insurance Academic Society*, No.98, pp.61-90, 2014.
- [18] Eun-Cheol Song, Young-Jeon Shin, “The Effect of Catastrophic Health Expenditure on the Transition to Poverty and the Persistence of Poverty in South Korea”, *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, Vol.43, No.5, pp.423-435, 2010.
- [19] Sun-Hwa Lee, Sin Gam, Won-Kee Lee, “The Trend in Household Catastrophic Medical Expenditure according to Healthcare Coverage Types and Its Associated Factors”, *Journal of the Korea Academia - Industrial cooperation Society*, Vol.16, No.6, pp.4067-4076, 2015.
- [20] Ah-Rae-Mi Kim, “A Study on Poverty Duration and Its Determinants: Focusing on Type of

Household [dissertation]”. The University of Seoul, 2006.

- [21] Kyoseong Kim, Hae-Jin Noh. “An Empirical study of poverty exit and duration: life table analysis and hierarchical generalized linear analysis”. Social welfare policy, Vol.36,No.3, pp.185-212, 2009.
- [22] In-Hoe Ku, “Poverty dynamics in Korea: poverty duration and its determinants”. Korean Journal of Social Welfare, Vol.57,No.2, pp.351-374, 2005.

이 용 재(Lee, Yong Jae)



- 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
- E-Mail : 123peter@hanmail.net

김 형 익(Kim, Hyung Eick)



- 2013년 3월 ~ 현재 : 호서대학교 사회복지학과 박사과정
- 2013년 2월 : 호서대학교 사회복지상담대학원(사회복지석사)
- 1987년 2월 : 고려대학교 경제학과(학사)
- 관심분야 : 사회보장, 사회적기업, 노인복지

- E-Mail : he5625@naver.com