

소득계층별 노인과 비 노인가구의 의료비 지출이 소득불평등에 미치는 영향

이용재
호서대학교 사회복지학과 교수

The Effects of Medical Expenditure on Income Inequality in Elderly and Non-Elderly Households by Income Class

Yong-Jae Lee

Dept. of Social Welfare, Hoseo University, Associate professor

요 약 본 연구는 소득계층별 노인 가구와 비 노인 가구의 보건의료비 지출의 불평등과 그 특징을 확인함으로써 노인 가구 특성에 맞는 보건의료이용 불평등 해소정책을 제안하기 위해 수행되었다. 분석결과 노인 가구의 보건의료비 지출이 비 노인 가구에 비해 통계적으로 유의하게 많았다. 또한, 소득계층별 보건의료비 지출의 불평등을 확인하기 위해 집중지수를 산출한 결과 비 노인 가구, 노인 가구, 전체의 순으로 불평등이 컸다. 보건의료비 지출이 가구소득불평등에 미친 영향을 확인하기 위해 총 소득에서 보건의료비 지출액을 제외한 소득의 집중지수를 산출한 결과 노인 가구, 전체 가구, 비 노인 가구의 순으로 불평등이 컸다. 따라서 노인 가구와 비 노인 가구 각각의 보건의료비 지출의 불평등 차이가 크지 않았다. 또한, 노인 가구의 보건의료비 지출액이 비 노인 가구에 비해서 많고, 노인 가구의 소득계층별 보건의료비 지출의 불평등 정도가 심각한 것으로 나타났다. 따라서 노인 가구에 대한 의료비 지원정책으로 필요한 의료서비스를 이용하지 못하는 사례가 없도록 함으로써 불평등을 해소하기 위해 노력하여야 한다.

주제어 : 양극화, 의료이용, 의료형평성, 집중지수, 소득계층

Abstract This study aims to identify the inequalities and characteristics of health care expenditure of the elderly and non-elderly households by income level. As a result, health care expenditure of elderly households was statistically significantly higher than that of non-elderly households. As a result of calculating the concentration index of health care expenditure by income level, inequality was higher in order of non-elderly households, elderly households, and total households. In order to confirm the effect of health expenditure on household income inequality, we calculated the concentration index of income excluding total health care expenditure from total income. As a result, inequality was higher in order of elderly households, whole households, and non-elderly households. There was not much difference in inequality of health care expenditure among elderly households and non-elderly households. And, the health care expenditure of elderly households was much higher than that of non-elderly households. Also, inequality of health care expenditure by income group was serious. There should be no cases where the medical care support policy for elderly households can not use necessary medical services.

Key Words : Social Polarization, Health Utilization, Health care Inequality, Concentration Index, Income Class

* This paper was supported by the 2016 year Research Foundation of the Hoseo University(20160281).

* Corresponding Author : Yong-Jae Lee(paper@policy.or.kr)

Received July 27, 2018

Revised September 12, 2018

Accepted October 20, 2018

Published October 28, 2018

1. 연구배경 및 목적

한 국가의 보건의료체계가 궁극적으로 지향하는 최고의 가치는 국민건강수준의 향상이다. 보건의료서비스는 우량재의 특징을 갖는 것으로 국민 누구나 생존에 필요한 최소한의 서비스를 누릴 권리를 갖는 것으로 인식되고 있기 때문이다. 이것을 건강권이라고 하는데 건강권을 보장하기 위해 정부는 보건의료서비스가 공평하게 분배되도록 하는 방법에 대한 적절한 선택이 필요하며, 공공정책을 통하여 모든 국민에게 기본적인 보건의료 서비스의 이용을 어느 정도 보장해야 한다[1,2]. 보건의료 영역에 있어서 형평성은 서비스의 질(quality), 효율성(efficiency)과 함께 인류사회가 오랫동안 추구해온 중요한 정책가치이다[3]. 그러나 여전히 많은 국가와 지역에서 사회·경제수준이 높은 사람들이 더 나은 보건의료의 혜택을 받으며 그렇지 못한 사람들은 현대 보건의료기술로 문제를 해결할 수 있는 데도 불구하고 양질의 보건의료혜택을 필요한 때에 받지 못하는 경우가 있다. 심각한 것은 최근 급속한 경제발전과 국민소득의 총량적인 증대에도 불구하고 소득수준별 형평성이 개선되지 않고 있으며, 상대적 박탈감이 더욱 커지고 있는 것이다. 이러한 의료서비스 제공과 이용의 불평등은 집단 간의 건강수준의 차이를 초래할 수 있다[4].

노인의 경우 높은 만성 질환이환율을 보이고 있으며 빈곤율이 매우 높은 상황으로 소득계층에 따른 보건의료 서비스 이용의 불평등의 문제가 더 심각할 수 있다[5]. 실제로 알카이어-포스터 차원 계수 접근(AF counting approach)을 바탕으로 다차원 노인 빈곤지표를 산정하여 분석한 결과 2015년 기준 우리나라 (OECD기준)빈곤 노인은 노인인구 100명당 46명꼴(46%)로 나타났다[6]. 이러한 빈곤 노인은 경제적 요인으로 인해 비 빈곤 노인에 비해 의료서비스 이용에 있어서 제약을 받기 쉽게 되어 궁극적으로 건강상태의 악화를 초래할 가능성이 크다. 실제로 김학주[7]의 연구에 따르면 빈곤층 중에서도 지능력이 상대적으로 낮은 65세 이상의 고연령 가구의 보건의료비 구성비가 높은 것으로 나타나서, 이는 의료비지출로 인하여 다른 재화나 서비스에 대한 가치분소득이 감소하는 효과가 컸다. 이해재 외[8]의 연구에서는 노인 집단에서 가구소득이 미 충족 의료경험의 중요한 요인으로 밝혀졌다. 특히, 가구형태별 분석에서도 부부가구와 자녀 동거가구, 조손 가구에서 가구의 소득은 미 충족

의료에 중요한 요인이었다. 즉, 소득이 낮은 노인 가구의 경우 필요한 의료서비스를 이용하지 못하고 있는 것이다. 그러나 그동안 빈곤가구의 의료이용 관련 지원제도는 차별성이 없었다. 즉, 노인의 빈곤이 심각하고 일반 국민에 비해 의료이용에 있어서 더 취약한 특수성이 있음에도 불구하고 이를 고려한 정책접근이 이루어지지 못하였다.

한편, 우리나라에서 보건의료에 있어서 불평등과 관련된 연구는 활발히 진행 중에 있다. 특히, 의료서비스 이용에 관한 연구는 꾸준히 진행되었다. 이러한 연구들의 대부분이 소득수준에 따른 집단별 의료이용과 건강수준의 차이가 존재하는가에 관한 연구들이다. 연구의 결론은 보험료 등 소득이 증가할수록 의료이용이 증가하고 건강상태도 좋다고 한다[9,10]. 이는 최근 확대되고 있는 우리나라의 양극화 현상이 보건의료서비스 이용과 건강수준의 불평등을 강화하는 결과를 초래했을 것으로 짐작하게 한다. 의료서비스 이용에 미치는 요인도 다양하게 거론되고 있다. 그러나 이러한 선행연구들은 소득수준에 따라서 의료비 지출이 노인과 비 노인의 경우 소득불평등에 어떠한 영향을 미치고 있는지를 분석하지 못하였다. 즉, 의료비 지출이 노인의 소득불평등에 어떠한 영향을 미치는지, 특히 의료비 지출이 많은 노인과 상대적으로 의료비 지출이 적은 비 노인에게 어떠한 차이가 있는지를 평가하지는 못하였다. 따라서 본 연구는 우리나라 소득불평등이 심각한 상황에서 의료비 지출이 노인과 비 노인 가구의 소득불평등에 미치는 영향을 평가함으로써, 의료서비스 이용에 취약한 노인 가구가 의료비 지출로 인해 소득불평등이 심화되는 것을 최소화하기 위한 정책마련의 기초자료로 활용할 것이다.

2. 이론적 배경과 선행연구

지난 수 십년 동안 우리나라는 높은 경제 성장률을 기록하였으며 이러한 고도성장과 더불어 소득격차가 축소되는 현상을 보여 왔지만, 1990년대 중반 외환위기 이후 우리나라의 소득분배의 불평등도가 심해졌으며 이와 더불어 소득분포의 양극화가 심화되어 ‘중산층의 실종’ 혹은 ‘중산층의 몰락’이라고 표현하고 있다. 중산층의 몰락은 저소득과 고소득 양극단의 차를 더 크게 벌려 소득불평등을 악화시키는 주요 원인이 되어왔다[11]. 최근 이러한 소득양극화의 원인으로 비정규직 증가로 인한 노동시

장 이원화가 큰 문제가 되고 있는 것으로 지적되고 있다. 즉, 대기업과 중소기업, 정규직과 비정규직간에 나타나는 임금, 고용안정성, 근로조건, 사회안전망 등의 차이가 소득양극화를 가져오는 중요한 요인 중 하나로 작용하고 있다고 지적되고 있는 것이다[12]. 소득의 양극화로 인한 중산층의 축소로 나타나는 경제적 양극화는 가장 원초적인 차원의 양극화라고 할 수 있지만, 소비나 문화·여가생활의 양극화와 같은 사회문화적 양극화 또한 계층 간 생활양식의 차이를 초래하는 추가적인 문제를 발생시킨다 [13,14]. 따라서 소득의 불평등 심화는 여가생활을 위한 소비 등 다른 영역에서의 불평등을 강화시키는 것이다. 이러한 소득불평등의 심화가 소비에 미치는 영향은 보건 의료이용에도 영향을 미칠 수 있다. 즉, 소득불평등의 심화는 소득 계층 간 보건의료서비스 소비(이용)의 불평등의 심화를 가져와 궁극적으로 건강상태의 불평등을 초래할 수 있는 것이다.

이와 관련하여 소득계층별 보건의료이용의 차이와 불평등에 관한 연구는 꾸준히 진행되었다. 우선 90년대 연구들을 보면, 이상일 외[15]는 보험료가 높을수록 의료이용 증가하고 보험료가 증가할수록 보험료의 누적백분율이 급여의 누적백분율보다 크다고 하였다. 그러나 박실비아 외[16]는 계층별로 건강수준의 차이 없고, 건강수준에 따른 의료이용이 대체로 형평하다고 하여서 상반된 연구결과를 제시하고 있다. 장동민[17]의 연구에서는 건강상태가 대체로 저소득층에 불리하며, 의료이용지표는 저소득층에게 유리하였다. 의료필요를 고려한 Le Grand 계수는 급성상병에서는 저소득층에 유리하고 만성상병에서는 저소득층에게 불리하다고 하였다. 비용이 많이 소요될 가능성이 높은 만성질환의 경우 저소득층이 의료필요에 비해 충분히 이용하지 못하고 있는 것으로 해석된다. 2000년대의 연구결과들을 보면, 문성현[18]은 Le Grand계수가 각각 +0.506과 +0.285로 나타나서 모두 고소득층에 유리한 불공평이 존재한다고 하였다. 계수의 절대 값의 크기로 볼 때 불평등정도가 상당수준인 것으로 판단된다. 특히, OECD 12개 국가와의 비교결과 집중도계수가 유일하게 정(+의) 값을 보여서 보건의료 수혜의 불공평성이 확대되고 있는 것으로 나타났다. 실제 의료이용과 의료이용의 필요성을 표준화하여 얻은 의료이용 기대치간의 차이를 수치화 한 HIwv계수를 통해 분석한 권순만 외[19]의 분석결과 외래는 대체로 형평성에 가까웠으며, 입원은 빈곤층에게 유리한 불평등이 있었고,

의료비용은 부유층에 매우 치우친 불평등을 보였다. 한편, 건강보험 급여자료와 국민건강영양조사를 활용하여 Le Grand계수를 통해 분석한 이용재 외[20]의 연구에서도 저소득층이 의료필요에 비해서 의료이용량이 적은 불평등이 존재하는 것으로 확인되었다. 공보협인 건강보험의 경우에도 저소득층에게 불평등한 의료이용이 이루어지고 있는 것이다. 최근에 활동제한 여부와 만성질환 수 등 의료필요를 고려하여 분석한 이용재 외[21]의 연구에서도 저소득층이 건강상태에 비해 의료이용을 충분히 하지 못하고 있었다. 미 총족 의료를 분석한 황중남[22]의 연구에서도 미 총족 의료 집중지수가 저소득층에 집중되어 있어서 소득에 따라서 불평등한 의료이용이 이루어지고 있다고 평가하고 있다. 즉, 전반적으로 의료이용에 있어서 저소득층에게 불리한 불평등이 존재한다는 점에서 결과가 일치하고 있다.

의료 형평성은 여러 뜻으로 해석될 수 있다. 기존 보건 의료부문에서 형평성의 문제를 검토한 연구결과에서는 의료서비스 제공에 대한 기본입장을 평등주의(egalitarian)와 자유주의(libertarian)의 두 극단적인 관점으로 나누고 있다. 물론 두 극단 사이에 수많은 다양한 관점이 존재할 수 있다. 전자는 의료서비스를 모든 사회구성원이 향유해야 할 하나의 보편적인 권리라고 주장하고 보상체계 이외에도 특별히 더 고려할 요소가 있다는 점을 강조하고 있다. 반면에 후자는 경제적 효율을 더 중시하므로 의료서비스 자체를 사회적 보상체계의 하나로 주장하고 있다[23]. 이러한 차이에 의거하여 두 관점은 의료분배의 형평성 기준으로 각각 평등주의는 최대한 평등(equality)한 분배를, 자유주의는 최소기준(minimum standards)을 설정하고 있다. 보건의료의 형평성에 대한 국가의 선택은 두 기준의 연속선상의 한 점에 위치하고 있는 것이다. 따라서 평등을 형평성의 목표로 추구하는 평등주의적 정책은 보건의료의 불평등을 제거하는데 중점을 두는 반면 최소기준을 목표로 하는 자유주의의 경우 그 누구도 설정된 최소기준 이하로 떨어지지 않도록 보장하는데 초점을 맞추게 된다[24,25]. 대부분의 국가에서 이 두 가지 정의론이 혼재되어 있으나 보건의료의 특성상 이념적 지향은 보건의료를 시장 기구에 맡기기보다는 사회정의의 관점에서 국가사회의 개입을 통해 분배의 형평성을 달성해야 할 대상으로 여기고 있다. 평등주의적 관점에 기초하여 공평한 분배를 달성할 수 있는 형평성의 실질적 정의로 개진된 것으로는 첫째, 건강의 평등,

둘째, 동등한 의료필요에 따른 의료이용, 셋째, 동등한 의료필요에 따른 접근의 균등이다[26]. 건강의 평등은 보건 의료의 지향하는 결과로서의 평등을 의미한다면, 동등한 의료필요에 따른 의료이용과 접근의 균등은 건강의 평등이라는 궁극적 목적을 달성하는 것이 현실적으로 어렵고 다양한 변수가 영향을 미칠 수 있는 바, 실질적인 이용과 기회의 균등에서 그 답을 찾고 있는 것으로 볼 수 있다.

한편, 이러한 보건의료비 지출의 형평성을 의료비 지출이 상대적으로 많은 노인을 대상으로 분석한 연구는 일부 지속적으로 이어져 오고 있다. 최근 연구들을 보면 광경화[27]는 한국 의료패널 데이터를 활용한 분석에서 준 고령층의 소득계층별 분석에서 하위 집단의 건강상태가 좋지 않고 소득대비 의료비 과 부담이 많으며, 소득계층별 의료비 지출상의 불평등이 존재하는 것으로 나타났다. 김영선[28]의 연구에서 건강상태를 반영한 의료 이용의 형평성을 Le Grand 지수를 통해 분석한 결과, 입원횟수에서는 소득계층별 동일한 건강상태를 가정해도 저소득층의 입원횟수가 많았으며, 의료비 총액에서는 고소득층의 의료비 지출이 높은 것으로 나타났다.

이처럼 우리나라 보건의료에 있어서 형평성은 주요한 연구주제로 자리매김하여왔으며 발전적 연구 성과를 얻었다. 그럼에도 불구하고 건강상태가 취약하고 의료서비스 접근에 제한요인이 많은 노인에 대한 보건의료 형평성 연구는 활발히 진행되지 못하였다. 아울러 노인에 있어서 의료비 지출이 소득불평등의 변화에 어떠한 영향을 미치는지는 전혀 파악되지 못하였다. 특히, 비 노인과의 비교를 통하여 소득계층별 노인의료이용의 불평등을 확인함으로써 노인을 위한 보건의료이용 불평등 개선을 위한 구체화된 연구를 수행하지 못하였다. 이에 본 연구는 소득계층별 노인과 비 노인 가구의 보건의료비 지출의 불평등을 확인하고 가구소득불평등에 미치는 영향을 평가하고자 한다.

3. 연구방법

본 연구의 분석자료는 2016년 가계동향조사이다. 연구에 사용된 가계동향조사는 1963년부터 전국 2인 이상 도시가계를 대상으로 조사가 시작되었으며, 2003년부터 전 국가계조사로 확대되었고, 2006년부터 1인 가구 조사를 시작하였다. 데이터는 통계청 (<https://mdis.kostat.go.kr/index.do>)에서 추출하였다. 모

든 소득은 가구원수로 균등화하였다. 분석에서 사용하는 총 소득은 경상소득과 비 경상소득(경조금 등)의 합이다. 구체적으로 경상소득은 근로소득, 사업소득, 재산소득, 이진소득의 합이다. 아울러 보건의료지출은 보험료를 제외한 가계에서 지출하는 보건의료 관련 비용으로 의약품(인삼, 한약, 감기, 소화제, 조제약 등), 보건의료용품기구(안경, 렌즈, 보건의료용소모품 등), 보건의료서비스(외래, 입원, 치과, 기타보건의료서비스)의 비용을 의미하며 건강보험료는 제외된다.

노인과 비 노인가구의 보건의료비 지출이 소득불평등에 미치는 영향을 확인하기 위하여 전체 가구, 노인 가구, 비 노인 가구로 구분하여 우선 가구 총소득과 의료비 지출의 불평등 정도를 분석한다. 아울러 의료비 지출이 소득계층별 소득불평등에 미치는 영향을 평가하기 위하여 총소득에서 지출의료비를 제외하고 불평등 정도를 분석한다. 즉, 보건의료비 지출 전과 후의 불평등 정도를 확인함으로써 의료비 지출이 가구소득 불평등에 미치는 영향을 평가할 것이다. 구체적인 연구분석 절차는 다음과 같다.

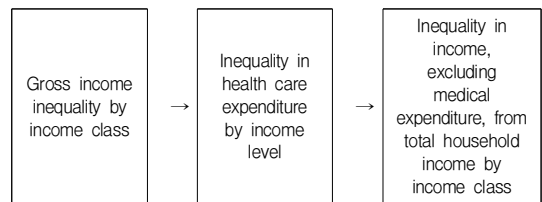
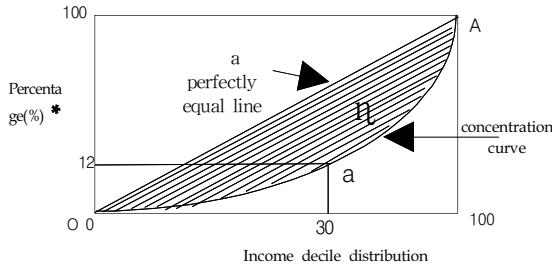


Fig. 1. Research analysis procedure

노인과 비 노인 가구의 소득불평등에 보건의료비 지출이 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 -1

에서 +1사이의 값을 취하는데 이론적으로 전자(-1)는 저소득층에 집중되는 것을 의미하며 후자(+1)는 고소득층에 집중된 경우이다.

집중곡선과 집중지수에 대한 구체적인 산출방법은 아래와 같다. 구체적으로 가로 축은 가구소득 10분위이며, 세로 축은 누적 총 소득비율과 누적 보건의료비 지출 비율, 누적 총 소득에서 누적 보건의료비 지출을 제외한 소득비율 이다.



*percentage of(Total income, Medical expenditure) of household income

Fig. 2. Concentration curve and Concentration index

4. 분석결과

Table 1. Demographic Characteristics (Household and Household Characteristics)

Variable	Category	Frequency (%)	
Gender	Male	6,209	69.4
	Female	2,738	30.6
Presence of Spouse	None	2,779	31.1
	Existence	6,168	68.9
Education	Less than elementary school graduation	1,501	16.8
	Middle school graduation	1,061	11.9
	High school graduation	2,999	33.5
	Above college graduation	3,386	37.8
Age	Mean/Standard deviation	54	14.8
Employment	Employment	6,659	74.4
	Unemployed	2,288	25.6
Job	Workers	4,921	55.0
	Self-employed and others	4,026	45.0
Elderly Family	Non-old house	7,152	79.9
	Old house	1,795	20.1
Gross Income	Mean/Standard deviation	2,159,577	1,484,773
Total		8,947	(100.0)

분석대상의 일반적 특성을 살펴보면 Table 1과 같다. 가구주의 성별은 남성이 여성보다 월등히 많고 배우자는 있는 경우가 많았다. 학력은 대졸 이상이 가장 많았으며

Table 2. Income and health care expenditure by general characteristics

Item		Gross Income			Health care Expenditure			
Variable	N	Mean	S.D	T/F	Maen	S.D	T/F	
Total/Mean		8,947	2,159,577	1,484,773		158,666	241,782	
Gender	Male	6,209	2,409,629	1,507,728	24.8	172,684	256,659	8.29
	Female	2,738	1,592,532	1,259,383	***	126,877	200,508	***
Presence of Spouse	None	2,779	1,518,789	1,190,270	-28.63	107,342	182,624	-13.62
	Existence	6,168	2,448,285	1,513,733	***	181,790	260,875	***
Education	Less than elementary school graduation	1,501	1,078,730	818,254	596.39 ***	129,031	179,807	10.38 ***
	Middle school graduation	1,061	1,664,640	1,075,274		155,578	224,692	
	High school graduation	2,999	2,183,432	1,308,346		161,351	288,849	
	Above college graduation	3,386	2,772,672	1,637,111		170,392	223,446	
Employment	Employment	6,659	2,506,599	1,467,706	41.12	161,333	228,885	1.78
	Unemployed	2,288	1,149,604	990,495	***	150,904	275,816	+
Job	Workers	4,921	2,547,669	1,486,556	28.55	163,302	226,437	2.01
	Self-employed and others	4,026	1,685,211	1,337,685	***	152,999	259,223	*
Elderly Family	Non-Elder family	7,152	2,448,397	1,475,649	39.85	160,787	247,442	1.66
	Elder family	1,795	1,008,806	809,867	***	150,214	217,632	+

+ p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.0001

가구 주의 연령은 평균 54세였다. 취업한 경우가 74.4%였으며 직업은 근로자가 55%, 자영업자 등이 45%였다. 노인 가구는 1795명, 비 노인 가구는 7152가구였다.

일반적 특성에 따른 총 소득과 보건의료비 지출의 차이를 분석한 결과(Table 2 참고) 총 소득은 성별, 배우자 유무, 학력, 취업여부, 직업, 노인과 비 노인에 따라서 모

Table 3. Analysis of Influence of Income Inequality on Healthcare Expenditure by Income Level

Decimal		Total			Elder Family			Non-Elder Family		
		Gross Income	Medical Expenditure	Gross Income-Medical Expenditure	Gross Income	Medical Expenditure	Gross Income-Medical Expenditure	Gross Income	Medical Expenditure	Gross Income-Medical Expenditure
1	Mean	380,854	107,498	273,356	399,325	113,916	285,409	347,396	95,874	251,522
	N	894	894		576	576		318	318	
	Standard Deviation	154,230	173,808		128,121	175,655		188,391	170,068	
2	Mean	756,762	113,217	643,545	744,080	122,061	622,019	772,599	102,174	670,425
	N	895	895		497	497		398	398	
	Standard Deviation	104,563	138,900		103,004	139,479		104,464	137,551	
3	Mean	1,112,935	127,213	985,722	1,088,979	148,742	940,237	1,124,302	116,998	1,007,304
	N	895	895		288	288		607	607	
	Standard Deviation	105,163	201,654		102,278	247,830		104,684	174,863	
4	Mean	1,450,256	130,757	1,319,499	1,440,254	204,647	1,235,607	1,452,319	115,521	1,336,798
	N	895	895		153	153		742	742	
	Standard Deviation	88,703	195,458		91,053	260,523		88,132	175,527	
5	Mean	1,756,990	153,921	1,603,069	1,754,437	214,762	1,539,675	1,757,355	145,229	1,612,126
	N	896	896		112	112		784	784	
	Standard Deviation	88,294	188,426		90,075	220,170		88,090	181,950	
6	Mean	2,071,088	168,439	1,902,649	2,048,233	272,838	1,775,395	2,072,942	159,970	1,912,972
	N	893	893		67	67		826	826	
	Standard Deviation	96,720	259,196		92,943	359,210		96,838	247,707	
7	Mean	2,414,714	183,903	2,230,811	2,411,912	238,148	2,173,764	2,414,818	181,892	2,232,926
	N	895	895		32	32		863	863	
	Standard Deviation	100,993	353,882		110,820	257,292		100,679	356,914	
8	Mean	2,833,582	181,740	2,651,842	2,858,966	279,806	2,579,160	2,832,792	178,690	2,654,102
	N	895	895		27	27		868	868	
	Standard Deviation	146,669	236,741		147,423	401,543		146,660	229,451	
9	Mean	3,467,539	194,557	3,272,982	3,476,654	300,464	3,176,190	3,467,299	191,763	3,275,536
	N	895	895		23	23		872	872	
	Standard Deviation	236,687	287,622		255,414	421,416		236,326	283,057	
10	Mean	5,352,885	225,457	5,127,428	5,446,887	239,313	5,207,574	5,350,734	225,140	5,125,594
	N	894	894		20	20		874	874	
	Standard Deviation	1,603,197	276,854		1,632,385	243,601		1,603,410	277,683	
Total	Mean	2,159,577	158,666	2,000,911	1,008,806	150,214	858,592	2,448,397	160,787	2,287,610
	N	8,947	8,947		1,795	1,795		7,152	7,152	
	Standard Deviation	1,484,773	241,782		809,867	217,632		1,475,649	247,442	
Concentration Index (CI)		0.3497	0.1309	0.3671	0.3536	0.1495	0.3759	0.3503	0.1528	0.3652
(Gross Income-Medical Expenditure) CI- Gross income CI		0.174			0.223			0.149		

두 통계적으로 유의미하게 다른 것으로 나타났다. 특히, 총 소득은 노인가가 아닌 경우 244만 8397원으로 노인 가구 100만 8804원에 비해 약 2.4배가 많았다.

보건의료비 지출의 경우도 성별, 배우자 유무, 학력, 취업여부, 직업, 노인 가구와 비 노인 가구의 경우 통계적으로 유의미한 차이가 있었다. 특히, 비 노인 가구의 보건의료비 지출은 16만원으로 노인 가구 15만원에 비해서 많았지만, 큰 차이를 보이지는 않았다. 이는 본 연구에서 활용하고 있는 보건의료지출이 일반적인 의료기관 이용에 의한 외래와 입원 진료비 외에 의약품, 보건의료용품 및 기구까지를 모두 포함하고 있기 때문으로 해석된다. 이 경우 자녀가 노인인 부모를 위하여 구입하는 것도 비 노인 가구에 포함되는 것도 원인으로 해석될 수 있다.

소득계층별 보건의료비 지출액이 소득불평등에 미치는 영향을 분석하기 위하여 집중지수를 분석하였다. 집중지수는 전체 가구, 노인 가구, 비 노인 가구를 구분하여 분석하였다. 우선 총 소득의 집중지수는 전체 0.3497, 노인 가구 0.3536, 비 노인 가구 0.3503으로 나타나서 노인 가구의 총 소득 불평등이 가장 큰 것으로 나타났으며 비 노인, 전체의 순이었다. 노인 가구의 소득불평등이 가장 큰 것이다. 아울러 모든 집중지수가 0.3이상으로 나타나서 불평등 정도가 심각한 수준이었다.

소득계층별 보건의료비 지출의 집중지수는 전체 가구 0.1309, 노인 가구 0.1495, 비 노인 가구 0.1538로 나타나서 비 노인 가구의 보건의료비 지출이 가장 불평등하였고 노인, 전체 가구의 순이었다. 다만 집중지수 값이 크지 않아서 불평등이 존재하지만 매우 심각한 수준은 아닌 것으로 판단된다.

한편, 소득계층별 보건의료비 지출이 가구소득 불평등에 미친 영향을 확인하기 위해 총 소득에서 보건의료비 지출을 제외한 소득에 대한 집중지수를 산출한 결과 노인 가구 0.3759, 전체 가구 0.3671, 비 노인 가구 0.3652로 나타나서 노인의 보건의료비 지출 이후의 소득이 가장 불평등한 것으로 나타났으며 전체 가구, 비 노인 가구의 순이었다.

특히, 총 소득 집중지수에 비해 보건의료비 지출을 제외한 소득 집중지수 값이 더 증가해서 불평등이 커지는 것으로 나타났다. 즉, 보건의료비 지출이 소득불평등의 심화에 기여하는 것을 알 수 있다. 구체적으로 총 소득 집중지수에 비해 보건의료비 지출액을 제외한 소득의 소득계층별 불평등 정도를 집중지수의 차이를 통해서 확인

한 결과 전체 가구는 0.174, 노인 가구는 0.224, 비 노인 가구는 0.149가 증가하였다. 즉, 보건의료비 지출이 노인 가구의 소득불평등 악화에 가장 큰 기여를 하는 것이다.

보건의료비 지출의 구체적인 소득계층별 현황을 살펴 보면 전체는 보건의료비 지출은 평균이 15만 8666원인 가운데 1분위가 10만 7498원으로 가장 낮았고, 10분위가 22만 5457원으로 가장 높았다. 노인 가구 보건의료비 지출은 전체 평균이 15만 214원인 가운데 1분위가 11만 3916원으로 가장 낮았고, 9분위가 30만 464원으로 가장 높았다. 비 노인 가구 평균 보건의료비 지출은 16만 787원인 가운데 1분위가 9만 5874원으로 가장 적었고, 10분위가 22만 5140원으로 가장 적었다. 따라서 노인 가구의 보건의료비 지출이 절대적으로 가장 많으며 소득계층 간 지출하는 보건의료비의 평균차이도 가장 큰 것을 알 수 있다.

5. 결론

본 연구는 노인 빈곤이 심화되고 있는 상황에서 소득계층별 노인 가구와 비 노인 가구의 보건의료비 지출의 불평등을 확인함으로써 노인 가구 특성에 맞는 보건의료정책을 제안하기 위해 수행되었다. 주요 분석결과와 함의는 다음과 같다.

우선, 노인 가구와 비 노인 가구의 보건의료비 지출은 통계적으로 유의하였다. 구체적으로 노인 가구의 보건의료비 지출은 16만원으로 비 노인 가구 15만원에 비해서 많았다. 그러나 예상 외로 큰 차이는 보이지 않았다. 노인 가구의 경우 건강악화로 많은 의료비를 지출하는 것은 사실이지만 직접 부담보다는 자녀 등이 지출하는 비용이 많은 것이 원인으로 해석된다. 아울러 저소득 노인의 경우 과 부담 의료비로 인해 진료를 포기하거나 비용이 거의 소요되지 않는 의료서비스를 이용하는 것이 원인으로 판단된다. 그 외에도 보건의료비 지출의 경우 성별, 배우자 유무, 학력, 취업여부, 직업에 따라서 통계적으로 유의미한 차이가 있었다. 아울러 소득계층별 보건의료비 지출이 소득불평등에 미치는 영향을 분석하기 위하여 집중지수를 분석하였다. 분석 결과, 총 소득은 노인 가구, 비 노인, 전체 가구의 순으로 불평등이 컸으며, 보건의료비 지출은 비 노인 가구, 노인, 전체 가구의 순으로 불평등이 컸다. 보건의료비 지출이 가구소득불평등에 미친 영향

을 확인하기 위해 총 소득에서 보건의료 지출을 제외한 소득에 대한 집중지수 산출결과 노인 가구, 전체 가구, 비 노인 가구의 순으로 불평등이 컸다. 따라서 보건의료비 지출의 불평등의 차이는 노인 가구와 비 노인 가구가 예상보다 크지 않은 것으로 나타났다. 그러나 보건의료비 지출금액 자체로는 노인 가구가 비 노인 가구에 비해서 크게 많았다. 또한, 노인 가구의 경우 보건의료비 지출을 제외한 소득의 불평등이 가장 많이 증가하는 것으로 나타났다. 노인 가구에 있어서 보건의료비 지출이 소득계층별 불평등을 악화시키는 요인으로 작용하고 있는 것이다.

요컨대, 노인 가구가 비 노인 가구에 비해 보건의료비 지출의 금액은 상당히 크고, 집중지수 값이 커서 보건의료비 지출의 소득계층별 불평등은 매우 높은 것으로 나타난 반면에 소득계층별 불평등의 정도의 차이는 크지 않은 것으로 나타났다. 이는 일반가구를 대상으로 수행한 이용재 외[29]의 맥락을 같이하고 있다.

따라서 보건의료비 지출의 불평등을 해소하는 전략을 통해서 노인의 소득불평등 정도를 해소할 수 있을 것이다. 즉, 노인 가구의 보건의료비 지출을 해소함으로써 소득계층별 노인 가구의 불평등을 완화시킬 수 있는 것이다. 또한, 노인 가구의 보건의료비 지출규모가 비 노인 가구에 비해서 높은 점을 고려하여 노인 가구의 의료비 부담 경감방안을 마련하여야 할 것이다. 노인과 비 노인 가구 모두를 대상으로 높은 의료비 지출의 불평등을 해소하기 위한 노력이 필요할 것이다. 이를 위하여 첫째, 노인을 대상으로 별도의 의료급여 기준을 규정함으로써 의료급여 대상 노인을 증가시킴으로써 의료비 부담을 경감시켜 주어야 할 것이다. 둘째, 지역사회 내 노인을 위한 보건의료서비스 제공 체계를 구축하여야 한다. 예컨대, 보건소와 방문간호 등 지역사회에 기반하여 의료서비스를 제공하는 기관을 활성화함으로써 비용낭비적인 의료서비스 사용을 최소화할 수 있도록 하여야 할 것이다.

REFERENCES

- [1] O. R. Moon & D. M. Jang. (1996). Equity of Access to Health Services under National Health Insurance System in Korea, *Health Policy and Management*, 6(1), 110-143.
- [2] J. Le Grand. (1982). *The Strategy of Equity*, George Allen&Unwin.
- [3] J. Le Grand & P. Vizard. (1998). *The National Health Service : Crisis, Change, or Continuity*, The State of Welfare, Oxford University Press.
- [4] P. Braveman & S. Gruskin. (2003). Defining equity in health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 312-331.
- [5] S. H. Jeon & D. H. Cho. (2017). Labor Supply and Poverty of the Elderly, *The Journal of Korean Public Policy*, 19(2), 71-93.
- [6] S. M. Yun, K. P. Ko, S. G. Kim, M. N. Kanmg, Y. H. Lee & J. W. Lee. (2017). *A Study on The Assessment of Various Elderly Poverty Indices (I)*. The Korea Institute for Health and Social Affairs.
- [7] H. J. Kim. (2008). Household medical expenditure burden of the Poor, *Korea Society*, 9(1), 229-253.
- [8] H. J. Lee & S. I. Lee. (2017). Unmet Health Care Needs and Impact of Type of Household among the Elderly in Korea, *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, 23(2), 85-108.
- [9] S. Y. Lee & S. C. Hong. (2003). Equity in Health Care Utilization by Income Class of Jeju Residents Who are Beneficiaries of National Health Insurance Program for Employees in South Korea, *Health and Social Science*, 14, 147-168.
- [10] C. U. Kim, S. Y. Lee & S. C. Hong. (2003). A Difference in Utilization of Cancer Inpatient Services by Income Class of Residents in Jeju Island, *Health Policy & Administration*, 13(3), 104-128.
- [11] J. W. Nam. (2007). The Size of Middle Class and Changing Income Distribution after Economic Crisis, *Quarterly Journal of Labor Policy*, 7(4), 1-24.
- [12] J. H. Youn. (2005). *Causes of Income Policies and Policy Directions, The Korean Economy: Beyond Globalization, Restructuring, and Polarization*, Hanul Academy.
- [13] M. J. Kim. (2008). *Polarization of Korean society*.
- [14] J. H. Kwak & K. Y. Hong. (2017). Leisure Inequality on Income-the Relationship of Leisure Time-Cost and Happiness, *International Journal of Tourism Management and Science*, 32(5), 293-309.
- [15] S. I. Lee, H. R. Choi, H. S. Ahn, Y. I. Kim & Y. S. Shin. (1989). A study on the insurance contribution and health care utilization of the regional medical insurance scheme, *Korea Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 578-590.
- [16] S. B. A. Park, O. R. Moon & Y. J. Shin. (1996). A Study on the Equity of Medical Insurance Financing and Medical Utilization, *Korea Health Economics Review*, 2, 20-41.
- [17] D. M. Chang. (1997). Equity in the Distribution of Health

Services, *Health and Social Science*, 2(1), 23-55.

[18] S. H. Moon. (2004). Equity in the Finance and Delivery of Health Care, *Social Security Research*, 20, 59-81.

[19] S. M. Kwon, B. M. Yang, T. J. Lee, J. H. Oh & S. H. Lee. (2003). Equity of health care, *Korea Health Economic Review*, 9(2), 13-24.

[20] Y. J. Lee & S. Y. Kim. (2006). Equity of burden and use of health insurance by income level, *Social Welfare Policy*, 24, 173-199.

[21] Y. J. Lee, H. O. Lee & H. E. Kim. (2017). Analysis of the Inequalities in Healthcare Service Usage Considering Healthcare Service Needs, *Journal of The Korea Contents Association*, 17(11), 435-445.

[22] J. N. Hwang. (2017). Income-related inequality in unmet healthcare needs-Implication of equity, *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 34(4), 83-97.

[23] O. R. Moom, G. S. Lee, H. J. Lee, Y. J. Shin, C. Y. Kim, K. H. Lee, H. J. Cho, D. M. Jang, S. B. A. Park & Y. M. Kim. (2016). Equity in Health Care Service in Korea, *Social Security Research*, 11, 105-150.

[24] Goodin, Robert E. (1987). *Not only the Poor*. Allen & Unwin.

[25] J. Le Grand & R. Robinson. (1984). *The Economics of Social Problems*, Macmillan Press.

[26] A. J. Culyer & A. Wagstaff. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-457.

[27] K. H. Kwag. (2017). Socioeconomic Disparities in Trajectories of Health and Medical Expenditure among Adult Aged 55 to 64 Years, *Health and Social Science*, 46, 135-155.

[28] Y. S. Kim. (2012). Equity in Health Status and Health Care Utilization by Income: Analyzing different populations in old adults, *Health and Social Science*, 31, 55-81.

[29] Y. J. Lee & H. E. Kim. (2017). Impact of the Private Insurance Benefits and the medical Care Expenditure on Household Income Inequality. *Journal of Digital Convergence*, 15(12), 625-633.

이 용 재(Lee, Yong Jae)

[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(의료보장), 사회적경제, 지역복지
- E-Mail : 123peter@hanmail.net