

지불능력에 따른 가계지출 보건의료비의 차이와 소득탄력도 비교

신승호*, 김창순**, 김한중***†

포천중문의과대학교 보건학부*, 연세대학교 대학원 보건학과**,
연세대학교 의과대학 예방의학교실***

<Abstract>

The comparison of household health care expenditure and income elasticity by ability to pay levels.

Seung Ho Shin*, Chang Soon Kim**, Han Joong Kim***†

Department of Public Health, College of Medicine, Pochon Cha University^o,

*Department of Public Health, The Graduate School, Yonsei University**,*

*Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Yonsei University****

The purpose of this paper is to compare the amount of household health expenditures (HHE) and the proportion of health care expenditure to the household expenditure by ability to pay(ATP) levels. This study has focused on the influence of household ATP on HHE, estimating elasticity of health care expenditures for different ATP groups. For the empirical analysis, the Urban Households Survey Data of 2002 have been used. Our principal findings show that HHE are sensitive to changes in household ATP levels and that the group which is most responsive to changes in ATP level is the lower ATP group. These suggest that as households have less ATP, households with lower ATP reduce expenditures on health care in a proportional manner than those with higher ATP.

Key Word : household health care expenditure, ability to pay, elasticity

* 접수 : 2004년 10월 19일, 심사완료 : 2004년 12월 23일

† 교신저자 : 김한중, 연세대학교 의과대학 예방의학교실 (02-361-5347, kimhj@yumc.yonsei.ac.kr)

I. 서 론

1970년대 이후 주요 선진국에서는 국민의료비의 증가 속도가 경제성장률을 상회하고 있으며, 국가 경제에서 차지하는 의료비의 비중이 지속적으로 증가함에 따라 주요 정책이슈가 되고 있다. 우리나라도 1995년부터 2000년까지의 국민의료비 증가율이 연평균 10.5%로 국내총생산 연평균 증가율인 6.7%를 상회하였으며, 1985년에 8만5천원이었던 1인당 국민의료비는 2001년에 70만9천원으로 8.4배 증가하였다. 국민의료비에서 가계부분이 지출이 차지하는 비중은 1985년에 59.9%였으며, 이후 지속적으로 감소하여 2000년에 41.8%, 2001년에 37.1%까지 감소하였다(장영식, 2001). 그러나 대부분의 OECD 국가들의 경우 국민의료비에서 가계부분이 차지하는 비중이 20% 이하인 것을 감안한다면 우리나라의 가계부분 비중은 상대적으로 높은 수준이다.

이와 같이 국민의료비에서 차지하는 가계지출 의료비의 비중이 높다는 것은 의료보장제도의 보장성이 취약하여 본인부담 등 가구에서 추가적으로 지출하는 보건의료비가 상당하다는 것을 의미한다. 즉 우리나라의 경우 전국민의료보험 시행으로 인하여 보건의료에 대한 접근성이 향상되었지만, 높은 본인부담금으로 의료이용에 많은 제약이 있으며, 만성 질환이나 재발성 질환인 경우는 가계과탄까지 초래하게 되는 경우도 빈번하다.

가계지출 보건의료비는 의약품, 의료용품, 의료기구, 의료서비스 등 보건의료와 관련된 재화와 서비스에 대한 접근성을 측정할 수 있는 변수인데 가계지출 의료비가 소득 등의 지불능력에 비례하여 증가한다는 것이 일반적인 사실이나, 지불능력에 대하여 탄력적인지 비탄력적인지에 대해서는 많은 논란이 있었다. 지불능력의 감소는 보건의료관련 재화나 서비스 이용의 감소로 이어지며, 이는 다시 건강 손실로 연결될 수 있기 때문에 지불능력이 변화할 경우 특정 계층에서의 가계지출 보건의료비의 변화가 어느 정도인지를 파악하는 것은 중요한 의미를 가진다.

의료서비스의 소득탄력도에 대한 대부분의 선행연구들의 결과는 분석 단위와 분석 자료에 따라 매우 상이한 결과를 나타내었는데, 국민의료비와 국민소득 자료를 이용한 연구, 지역단위의 의료비와 소득 자료를 이용한 연구, 가구 또는 개인단위의 의료비 지출과 지불능력과의 관련성에 대한 연구로 구분할 수 있다(Getzen, 2000). 국가단위 자료를 이용한 연구결과에 대해 살펴보면, Parkin(1987)이 OECD 18개국의 횡단면 자료를 이용하여 추정한 소득탄력도는 0.9였으며, Gerdtham(1992)은 OECD 20개국의 의료비 지출과 국민소득 사이의 관계를 분석하여 1.3이라는 소득탄력도를 추정하였다. 또한 Blomqvist(1997)는 1960년부터 1991년까지의 24개국 자료를 이용하여 횡단면 분석을 실시한 결과 1.36에서 1.71까지의 소득탄력도를 산출하였으며, Newhouse(1977)는 13개국의 GDP와 의료비 자료를 이용하여 1.3이라는 소득탄력도를 구하였다.

지역 단위의 자료를 이용한 연구(Baker, 1977; Levit, 1982; McLaughlin, 1987; Matteo, 1998)에서는 소득탄력도가 0.5에서 0.9까지로 비탄력적이었다. 분석단위를 개인으로 적용한 연구결과를 살펴보면, Wedig(1988)가 인구사회학적 변수를 통제한 후 추정한 소득탄력도는 0에 근사하였으며, Scanlon(1980)은 장기요양원에 대한 의료비의 소득탄력도를 2.2로 추정하였다. 또한 박재용(1995)은 우리나라 가계의료비가 1980년부터 1993년까지 연평균 12.8% 증가하였으며, 가계 의료비의 소득탄력도가 1보다 적은 것으로 나타나 의료비 지출이 소득에 대해 비탄력적이라는 연구결과를 보고하였다.

만일 지불능력에 따라 가계지출 보건의료비의 규모와 소득탄력도에 차이가 있다면, 이는 의료이용 또는 보건의료관련 재화에 대한 접근성의 차이로 나타날 것이다. 최근 우리나라에서도 소득계층간 보건의료비 지출의 양극화 현상이 심화되고 있으므로(통계청, 2004), 지불능력과 가계 의료비와의 관련성을 파악하는 것이 정책적인 측면에서 중요한 의미를 가진다. 또한 전체 가계지출에서 차지하는 보건의료비의 비중도 다른 재화의 소비와 관련된 측면에서 중요하다 할 수 있다. 왜냐하면 보건의료에 대한 가계지출은 다른 부문에 대한 지출을 제한할 수 있기 때문이다. 이에 본 연구에서는 가구단위 자료를 이용하여 지불능력에 따른 보건의료비 규모의 차이를 비교하고, 지불능력 수준에 따라 가계지출에서 차지하는 보건의료비의 비중을 분석하며, 지불능력 계층별로 가계지출 보건의료비의 탄력도를 산출하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구자료

본 연구에서는 통계청에서 실시한 2002년도 도시가계조사의 원자료를 이용하였다. 도시가계조사는 전국의 72개시 중 69개 도시에 거주하고 있는 가구를 모집단으로 하고 가구원수가 2인 이상인 가구를 확률표본 추출하여, 일정 기간의 수입과 지출을 응답자가 직접 가계부에 기입하도록 하여 얻은 자료이다. 조사방법을 보면 인구주택총조사 10% 실사표본 조사구로부터 행정구역을 기준으로 1,400개의 조사구를 설정한 후, 이를 대상으로 산업별 특성과 주택 특성에 따라 조사구 명단을 작성하고, 가구 수의 크기에 비례하도록 515개의 추출단위 표본 조사구를 추출한다. 추출된 조사구들은 가구 수가 거의 균등하도록 분할되며, 이중 1개가 표본으로 선정되고, 이 구역에 속하는 모든 가구가 전수 조사된다. 도시가계조사의 주요 목적은 일정기간 수입이 어떠한 목적으로 얼마나 지출되고 있으며, 그 규모가 가구와 가구주의 특성에 따라 어떠한 차이가 있는가를 파악하기 위한 것으로, 조사항목은 가구실태, 가계수입, 가계지출에 대한 내용으로 구분할 수 있다.

조사단위인 가구는 취사, 취침 등의 생계 활동을 공동으로 하는 단위를 의미한다. 도시가계조사의 대상은 도시에 거주하고 있는 2인 이상의 가구이며, 가계수지 파악이 곤란한 가구, 농가, 어가, 1인이 독립하여 가계를 유지하는 단독가구, 가족의 일부 또는 전원이 부정기적으로 출타하여 일정한 가계를 이루지 못하는 가구 등은 조사대상에서 제외된다. 도시가계조사는 훈련된 조사자가 직접 가계를 방문하여 구조화된 질문지를 이용하여 조사한 자료이므로 가계소득 및 지출과 관련된 여타 자료에 비해 신뢰성이 매우 높다.

도시가계자료는 1개월마다 표본을 추출하지만, 매월 전체 가구가 모두 설문에 참여하지는 않으며 일부 가구는 조사에서 탈퇴되기도 한다. 본 연구의 대상은 2002년도 12개월 동안 누락되지 않고 조사가 완료된 도시지역 가구이며, 이 중에서 가구주의 직업이 조사 기간에 변화가 없었던 가구만을 선정하였다. 연구대상 가구는 가구주의 직업 유형에 따라 근로자 가구와 비근로자 가구로 구분된다. 근로자 가구는 가구주가 관공서나 회사, 상점 등에 고용되어, 노동을 제공하고 대가로 급여를 받아 가계를 유지하는 가구를 의미하며, 비근로자 가구는 가구주가 영세상인인 자영업주나 종업원 5인 이상 사업체의 경영자, 또는 무직인 가구를 말한다. 본 연구의 분석대상 가구는 2,904가구이었으며, 이 중에서 근로자 가구는 1,570가구이었다.

2. 연구변수

본 연구의 주요 변수는 가계지출 보건의료비와 지불능력이다. 가계지출 보건의료비란 1년 동안 한 가구에서 보건의료관련 재화나 서비스를 구매하거나 이용하면서 지불한 비용을 의미한다. 가계지출 보건의료비는 의약품 비용, 의료용품 및 기구 비용, 의료서비스 비용으로 구분되며, 의료서비스 비용은 다시 외래서비스, 입원서비스, 한방서비스에 지출된 비용으로 구분된다. 의약품 비용에는 인삼, 한방보약, 기타 한약, 감기약, 소화위장약, 영양제, 항생제, 피부외상약, 피로회복제, 기타 의약품의 항목이 포함되며, 의료용품 및 기구 비용은 반창고, 탈지면 등의 보건의료 용품과 안경, 콘택트렌즈, 기타 의료기구의 항목을 포함한다.

지불능력을 나타내는 변수는 소득과 가계지출로 구분된다. 소득은 정기적이고 재현 가능한 경상소득을 의미하여, 경상소득은 근로소득, 사업소득, 부업소득, 재산소득, 이전소득을 포함한다. 근로소득이란 가구주 또는 가구원이 특정한 사업체에 고용되어 근로를 제공하고 받은 일체의 현금 및 현물보수로서, 봉급 또는 상여금, 수당을 포함하며, 세금 및 각종 부담금을 공제하기 이전의 총액을 의미한다. 사업소득은 가구주 또는 기타 가구원이 자영업주 또는 고용주의 지위에서 직접 사업을 경영하거나, 전문적인 지식 또는 기술을 이용하여 얻은 총수입 중에서 사업을 경영하기 위한 지출된 일반관리비 및 재료비 등의 비용을 차감한 순수입이다. 부업소득은 주된 직업이 없는 가구원이 생활비 보조를 목적으로 노동을 제공하고 얻은 소득

을 말한다. 재산소득은 이자소득, 배당소득, 부동산 임대소득, 기타 재산소득을 의미하여, 이 전소득은 각종 사회보장제도에 의하여 지급받은 가계보조금을 뜻한다.

본 연구에서는 연구대상 중에서 가구주가 근로자인 가구의 소득 자료는 이용할 수 있었으나, 가구주가 자영업자나 무직인 비근로자 가구는 약 10%에 대해서만 소득 자료를 이용할 수 있었기 때문에, 근로자 가구와 비근로자 가구를 합한 전체 가구를 대상으로 실시한 분석에서는 가계지출을 지불능력의 변수로 이용하였다. 가계지출은 1년 동안 가구원의 생활에 필요한 재화나 서비스를 구입한 대가로 지출되는 일체의 비용을 의미하는데, 소득조사 결과가 실제보다 적게 조사되거나, 누락되는 사례가 많기 때문에 파악된 소득액의 정확성이 떨어질 수 있으므로 지불능력 변수로서 가계지출이 소득의 대체변수로 이용될 수 있다(Montgomery, 2000).

도시가계연보가 가구 단위의 자료이므로 동일한 지불능력을 가진 가구인 경우에도 가구원의 수에 따라 규모의 경제가 적용되므로 실질 지불능력은 차이가 있을 수 있다. 이를 보정하기 위해 조정계수(equivalence scale)를 사용한다. 본 연구에서는 OECD(1998)와 Buhmann (1988)이 사용한 조정계수인 0.5를 적용하였다. 가구 구성원의 연령과 성까지 고려하여 조정계수를 산출한 선행 연구도 있으나, 본 연구에서는 자료의 한계로 가구원 수만을 고려한 방식을 적용하였다. 이 경우 조정된 소득은 원소득을 가구원수의 제곱근으로 나눈 값(조정 소득 = 원소득/ $\sqrt{\text{가구원수}}$)이 된다.

지불능력 탄력도 산출 모형에 포함된 통제변수는 가구 및 가구주의 특성으로 구분된다. 가구 특성에 대한 통제변수는 가구 유형이다. 가구 유형은 노인 및 모자가구, 맞벌이 가구, 일반 가구로 구분하였다. 노인 가구는 가구주와 그 배우자가 모두 60세 이상인 노인 부부로 구성된 가구이거나 60세 이상 노인 가구주와 18세 미만 미혼 자녀로 구성된 가구를 의미하며, 모자 가구는 가구주인 모친과 18세 미만의 미혼자녀로 구성된 가구를 뜻한다. 맞벌이 가구는 가구주와 배우자가 취업한 가구를 의미하며, 일반가구는 위의 경우를 제외한 가구를 말한다.

가구주 특성에 대한 변수는 가구주의 성, 연령, 교육수준이다. 본 연구에서 가구주란 해당 가구의 구성원으로서 가구의 생계를 책임지고 있으며, 사실상 생계유지를 위한 비용을 조달하는 사람을 의미한다. 가구주의 교육수준은 최종 학력을 기준으로 중학교 이하, 고등학교, 전문대학 이상으로 구분하였다.

3. 분석방법

분석대상을 전체 가구와 근로자 가구로 구분하여 전체 가구에 대해서는 지불능력 변수로 가구원수를 고려하여 조정된 가계지출을 이용하였으며, 근로자 가구에 대해서는 조정소득을

이용하였다. 구체적인 분석방법은 다음과 같다. 첫째, 가구의 지불능력에 따른 가계지출 보건의료비의 차이를 분석하기 위해 분산분석을 시행하였다. 이 때 전체 가구의 경우는 보정된 가계지출의 규모를 기준으로 5개 계층으로 구분하였으며, 근로자 가구의 경우는 조정소득의 규모를 기준으로 역시 5개 계층으로 구분하였다. 또한 보건의료비를 의약품비, 의료용품비, 외래서비스 비용, 입원서비스 비용, 한방서비스 비용으로 구분하여 지불능력에 따라 차이가 있는가를 분석하였다.

둘째, 지불능력 계층간 세부항목별 가계지출 보건의료비의 비율을 구하였다. 이 때 지불능력 계층을 하위 50%와 상위 50%, 하위 20%와 상위 20%, 하위 10%와 상위 10%, 하위 40%와 상위 20%의 네 가지 경우로 구분하였다. 지불능력 하위 50%와 상위 50% 계층 사이의 보건의료비 비율은 지불능력 순위로 하위 50%에 속하는 가구들의 보건의료비의 총액을 지불능력 상위 50%에 속하는 가구들의 보건의료비 총액으로 나눈 값을 의미한다. 하위 50% 가구들의 보건의료비가 증가하고 상위 50% 가구들의 보건의료비가 감소하여 지불능력 계층 사이의 보건의료비 격차가 감소하면 비율은 1에 근접하게 된다.

셋째, 가구별로 가계지출에서 차지하는 보건의료비의 구성비가 지불능력 계층에 따라 어떠한 차이가 있는가를 보건의료비의 세부 항목에 따라 비교하였다. 넷째, 지불능력을 기준으로 상위 계층과 하위 계층으로 구분한 후 가구주의 성, 연령, 교육수준, 가구 유형을 통제변수로 하고, 세부항목별 보건의료비를 종속변수로, 지불능력을 독립변수로 한 분석모형을 구축한 후 지불능력 탄력도를 구하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 이 때 지불능력과 가계지출 보건의료비의 분포가 정규분포를 하지 않아 로그를 취하여 변형하였다. 회귀분석에서 로그를 취한 경우의 회귀계수는 그 자체가 탄력성의 의미가 된다(Phillip, 1984). 통계분석은 SAS 8.2 통계프로그램을 사용하여 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 가구 및 가구주의 특성

가구 및 가구주의 특성은 다음과 같다. 평균 가구원수는 전체 가구가 3.51명, 근로자 가구가 3.60명이었으며, 가구 유형은 일반 가구가 가장 많았고, 맞벌이 가구, 노인 및 모자 가구의 순이었다. 전체 가구의 평균 가계지출은 13,528 천원이었으며, 근로자 가구의 평균 소득은 16,625천원이었다. 가구주의 특성에 대해 살펴보면 가구주가 남성인 가구가 많았으며, 가구주의 평균 연령은 전체 가구가 46.42세, 근로자 가구가 43.25세이었다. 가구주의 교육수준은 고

등학교 졸업, 전문대학 이상, 중학교 이하의 순이었다(표 1).

<표 1> 대상 가구의 특성 단위 : 명, 천원, %

구분		전체 가구	근로자 가구
가구원수		3.51±1.09	3.60±1.04
가구 특성	가구유형		
	노인 및 모자	281(9.68)	62(4.0)
	맞벌이	749(25.79)	517(32.9)
	일반	1,874(64.53)	991(63.1)
지불능력		13,528±7,113	16,625±8,606
성	남성	2,379(81.92)	1,317(83.9)
	여성	525(18.08)	253(16.1)
가구주 특성	연령	46.42±11.53	43.25±9.99
	교육수준		
	중학교 이하	783(26.96)	358(22.8)
	고등학교	1,293(44.52)	692(44.1)
	전문대학 이상	828(28.52)	520(33.1)

2. 지불능력 계층에 따른 가계지출 보건의료비와의 차이

가계지출 보건의료비 세부항목별로 지불능력에 따른 보건의료비의 차이를 분석하기 위해 분산분석을 시행한 결과, 전체 가구는 모든 항목에서 유의한 차이가 있었으며, 근로자 가구는 입원서비스 비용과 한방서비스 비용 항목을 제외한 나머지 항목에서 유의한 차이가 있었다. 전체 가구와 근로자 가구 모두 지불능력 수준이 증가할수록 가계지출 보건의료비가 증가하는 경향을 보였으며, 지불능력 계층간 보건의료비 격차는 근로자 가구보다 전체 가구가 큰 것으로 나타났다(표 2).

<표 2>

지불능력 계층에 따른 가계지출 보건의료비의 차이

단위 : 천원

구분	보건의료비	의약품비	의료용품비	외래서비스 비용	입원서비스 비용	한방서비스 비용
전체 가구						
1(하위 20%)	570±623	237±323	23±90	222±302	65±262	10±47
2	685±713	253±276	45±179	281±369	83±351	10±40
3	959±1145	326±372	60±237	399±577	155±632	10±34
4	1,060±1150	363±368	83±267	464±749	121±531	16±71
5(상위 20%)	1,560±1909	466±476	130±420	741±1,313	181±940	19±75
F 값	60.33***	36.17***	13.91***	41.73***	3.85**	2.94*
근로자 가구						
1(하위 20%)	741±1015	245±293	38±170	278±405	155±689	10±33
2	811±906	273±345	50±140	355±477	110±491	8±40
3	950±959	301±318	62±204	452±606	120±455	8±38
4	1,081±1571	347±389	53±125	531±1335	122±545	12±37
5(상위 20%)	1,213±1403	400±428	94±272	594±880	101±735	14±41
F 값	8.05***	9.13***	3.83**	7.72***	0.37	1.26

* : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

3. 지불능력 계층간 가계지출 보건의료비의 비율

가계지출 보건의료비의 세부항목별로 지불능력 계층간 보건의료비 비율을 구한 결과, 의료용품비와 외래서비스 비용이 다른 항목에 비해 계층간 비율이 낮았으며, 의약품비, 입원서비스 비용, 한방서비스 비용에 대한 계층간 비율은 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 특히 의료용품 비용의 경우는 지불능력 계층에 대한 기준에 관계없이 다른 항목에 비해 비율이 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 근로자 가구의 경우에도 동일하였다(표 3).

<표 3> 지불능력 계층간 가계지출 보건의료비의 비율

구분	보건의료비	의약품비	의료용품비	외래서비스 비용	입원서비스 비용	한방서비스 비용
전체 가구						
하위50%/상위50%	0.3047	0.4465	0.1569	0.2260	0.4152	0.4481
하위20%/상위20%	0.3689	0.5143	0.1846	0.3039	0.3576	0.5770
하위10%/상위10%	0.5436	0.6480	0.4244	0.4837	0.5410	0.6605
하위40%/상위20%	0.8121	1.0647	0.5359	0.6882	0.8154	1.1450
근로자 가구						
하위50%/상위50%	0.5748	0.5476	0.3189	0.4276	2.2473	0.5547
하위20%/상위20%	0.6127	0.6129	0.4017	0.4716	1.5383	0.7467
하위10%/상위10%	0.7358	0.7352	0.6597	0.6420	1.2147	0.7038
하위40%/상위20%	1.2805	1.2942	0.9360	1.0711	2.6259	1.3363

4. 지불능력 계층별 가계지출에서 차지하는 보건의료비의 비중

지불능력 계층에 따라 가계지출에서 차지하는 보건의료비의 비중을 보건의료비 세부항목 별로 비교한 결과, 전체 가구와 근로자 가구 모두 의료용품비를 제외한 항목에서 지불능력 수준이 높아질수록 보건의료비의 구성비는 대체로 감소하는 것으로 나타났다. 전체 가구의 지불능력 하위 20% 계층의 경우 보건의료비의 구성비가 19.10%인데 비해 상위 20%인 계층은 13.05%이었다. 이러한 결과는 근로자 가구의 경우에도 동일하게 나타났다(표 4).

<표 4> 지불능력에 따른 가계지출에서 차지하는 보건의료비의 비중

구분	보건의료비	의약품비	의료용품비	외래서비스 비용	입원서비스 비용	한방서비스 비용
단위 : %						
전체 가구						
1(하위 20%)	19.10	8.07	0.80	7.40	2.11	1.50
2	14.58	5.41	0.96	5.94	1.83	0.23
3	15.95	5.43	1.02	6.64	2.58	0.17
4	13.83	4.72	1.08	6.06	1.62	0.21
5(상위 20%)	13.05	3.94	1.05	6.14	1.60	0.16
근로자 가구						
1(하위 20%)	17.67	6.15	0.85	6.74	3.33	0.26
2	15.42	5.34	1.01	6.70	1.97	0.17
3	14.64	4.73	0.96	6.94	1.79	0.13
4	13.25	4.50	0.65	6.34	1.45	0.15
5(상위 20%)	11.06	3.71	0.87	5.38	0.88	0.13

5. 지불능력 계층별 가계지출 보건의료비의 소득탄력도

가계지출 보건의료비의 세부항목별로 소득탄력도와 지불능력탄력도를 구한 결과를 살펴보면 다음과 같다. 전체 가구의 경우 모든 세부 항목에서 상위 계층의 지불능력 탄력도가 하위 계층의 탄력도보다 작았으며, 근로자 가구에서도 동일한 결과를 나타냈다. 유의한 결과가 나온 항목의 탄력도는 0보다 크고 1보다 작아 비탄력적이었다. 동일한 항목에 대해서 전체 가구의 지불능력탄력도가 근로자 가구의 소득탄력도보다 큰 것으로 나타났다(표 5).

<표 5> 가계지출 보건의료비의 지불능력 탄력도

구분	보건의료비	의약품비	의료용품비	외래서비스 비용	입원서비스 비용	한방서비스 비용
전체 가구						
전체	0.0536***	0.0129***	0.0057***	0.0262***	0.0071***	0.0005**
상위 50%	0.0401***	0.0088***	0.0054***	0.0212***	0.0027	0.0003
하위 50%	0.0733***	0.0244***	0.0079**	0.0304***	0.0098*	0.0006
근로자 가구						
전체	0.0210***	0.0069***	0.0019**	0.0114***	0.0004	0.0001
상위 50%	0.0143	0.0061**	0.0017	0.0064	-0.0003	0.0001
하위 50%	0.0353**	0.0068	0.0045*	0.0228***	0.0020	-0.0002

* : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

IV. 고찰 및 결론

본 연구는 통계청에서 실시한 2002년도 도시가계조사자료를 이용하였다. 도시가계조사자료가 갖고 있는 한계점으로는 첫째, 도시가계조사가 전국 72개시 중 69개시에 거주하는 가구만을 대상으로 하고 있고 특히, 농가, 어가, 가계수지 파악이 곤란한 가구, 단독가구, 가구원의 구성이 가족을 위주로 하지 않는 혼성된 가구 등은 모두 조사대상에서 제외하고 있다는 점이다. 둘째, 고소득 가구일수록 가계부를 기록해야 하는 조사에 참여할 가능성이 매우 낮기 때문에 도시가계조사자료는 고소득층이 많이 누락되었을 것으로 판단된다. 셋째, 대체로 소득수준이 낮은 것으로 알려진 1인 가구가 제외되어 있으므로 저소득층을 상대적으로

로 많이 누락시켰을 가능성도 배제할 수 없다. 넷째, 자료의 한계로 인하여 가계지출 보건의료비를 결정하는 중요한 요인이라 할 수 있는 이환 여부나 질환 유형, 이환율, 질환의 중증도와 같은 질환관련 요인과 연구대상자의 건강상태 및 흡연, 음주 등 건강위해 행태에 관한 변수가 분석모형에서 누락될 수밖에 없었다.

그러나 이러한 제한점에도 불구하고 도시가계조사는 전국 도시의 가계수지를 파악하는 대표적인 자료이며, 가계지출 보건의료비가 가계의 지불능력과 어떠한 관련성이 있는지 분석하기 위한 최선의 자료라고 할 수 있다. 또한 조사방식이 면접조사가 아닌 일제부기장 방식을 택하여 상대적으로 자료의 정확성이 높다고 할 수 있다. 비근로자 가구는 소득 자료가 누락된 경우가 많아 실제로 이용이 가능한 가구는 10% 미만에 불과하였는데, 이러한 문제를 해결하기 위해 근로자 가구에 대해서는 지불능력 변수로 소득을 이용하였으며, 전체 가구에 대해서는 가계지출을 이용하였다.

연구 결과에 대해 살펴보면 전체 가구와 근로자 가구 모두 소득 수준이 증가할수록 가계지출 보건의료비의 규모 역시 증가하는 것으로 나타났다. 의료용품비용의 경우 지불능력 하위 계층과 상위 계층의 의료비 차이가 다른 항목에 비해 상대적으로 컸으며, 의료서비스의 경우는 외래서비스 비용이 입원서비스 비용이나 한방서비스 비용보다 지불능력 계층간 격차가 큰 것으로 나타났다. 특히 한방서비스 비용은 오히려 지불능력 상위 계층에서 많이 지출하는 것으로 나타났는데, 이는 입원서비스나 한방서비스의 이용자들은 주로 만성질환자로서 지불능력에서 일정한 부분을 정기적으로 의료비로 지출하기 때문인 것으로 판단된다.

지불능력 계층간 보건의료비 규모의 비율을 다양한 기준으로 비교한 결과 의료용품비와 외래서비스 비용이 다른 세부 항목에 비해 계층간 차이가 큰 것으로 나타났으며, 의약품비와 입원서비스 비용, 한방서비스 비용은 상대적으로 계층간 격차가 적었다. 이러한 결과는 만성질환이나 중증도가 높은 질환에 대한 지출에 있어서는 지불능력 계층간 격차가 크지 않은 반면, 필수적이지 않은 재화나 서비스, 또는 중증도가 낮은 질환에 대한 지출은 지불능력에 따라 그 규모의 차이가 크다는 것을 의미한다.

지불능력 계층에 따라 가계지출에서 차지하는 보건의료비의 구성비를 보건의료비 세부 항목별로 비교한 결과를 살펴보면, 전체 가구와 근로자 가구 모두 지불능력 수준이 높아질수록 보건의료비의 구성비는 감소하는 것으로 나타났다. 이는 저소득층일수록 의료비 지출로 인하여 다른 재화나 서비스에 대한 가처분소득이 감소되는 효과가 크다는 것을 의미한다. 가계지출 보건의료비의 지불능력탄력도는 모든 항목에서 전체 가구의 탄력도가 근로자 가구의 탄력도보다 컸으며, 전체 가구와 근로자 가구 모두 하위 계층의 지불능력 탄력도가 상위 계층의 탄력도보다 큰 것으로 나타났는데, 이는 지불능력의 변화가 가계지출 보건의료비에 미치는 영향이 하위 계층에서 상대적으로 크다는 것을 의미한다.

한정된 자원과 비용으로 국민들의 건강 유지와 건강 증진이라는 목표를 달성하기 위해서는 의료이용 실태나 의료비 현황에 대한 분석이 선행되어야 할 것이며, 특히 가계지출 의료비에 대한 파악이 중요하다고 판단된다. 또한 향후 국민의료비는 점차 증가할 것으로 예상되므로 이와 관련된 정책의 효율적 추진을 위해서도 가계지출 의료비에 대한 평가는 의의가 크다고 할 수 있다. 이러한 측면에서 본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같은 정책적 함의를 발견할 수 있었다.

가계지출에서 차지하는 보건의료비 구성비의 증가는 다른 목적으로 사용할 수 있는 가처분소득의 감소를 의미하는 것이다. 본 연구의 결과 지불능력 하위 계층의 보건의료비 구성비가 높은 것으로 나타났는데, 이는 저소득층일수록 의료비 지출로 인하여 다른 재화나 서비스에 대한 가처분소득이 감소하는 효과가 크다는 것을 보여준다. 보건의료관련 재화나 서비스의 소비에 있어 본인부담 비율이 높은 우리나라의 경우 이러한 문제에 대한 대책 마련이 시급하다 할 수 있다.

또한 상위 계층에 비해 하위 계층에서 가계지출 보건의료비의 지불능력 탄력도가 높다는 것은 하위 계층은 지불능력의 변화로 인한 보건의료비 변화의 정도가 상위 계층에 비해 크다는 것을 의미한다. 따라서 장기적인 경기 침체나 실업 등으로 저소득층의 지불능력이 감소될 경우에도 필수적인 의료서비스 이용에 대한 경제적 접근성이 유지될 수 있도록 보다 적극적인 정책 시행이 필요하다고 판단된다.

참 고 문 헌

- Baker L. The effect of HMOs on fee-for-service health care expenditures: evidence from Medicare. *Journal of Health Economics* 1997; 16: 453-481
- Blomqvist A, Carter A. Is health care really a luxury? *Journal of Health Economics* 1997; 16(2): 207-230.
- Buhmann B, Rainwater L, Schmaus G, Smeeding T. Equivalence Scales, Well-being, Inequality and Poverty. *Review of Income and Wealth* 1988; 34(1): 115-42.
- Di Matteo L, Di Matteo R. Evidence on the determinants of Canadian provincial government health expenditures 1965-1991. *Journal of Health Economics* 1998; 17: 211-228
- Gerdtham U, Sogaard, J, Andersson F, Jonsson, B. An econometric analysis of health care expenditure a cross-section study of the OECD countries. *Journal of Health Economics* 1992; 11(1): 63-84

- Getzen T. Health care is an individual necessity and a national luxury. *Journal of Health Economics* 2000; 19: 259-270
- Levit K. Personal health expenditures by state, selected years 1966-1978. *Health Care Financing Review* 1982; 4(2) ; 1-16.
- McLaughlin C. HMO growth and hospital expenses and use. *Health Services Research* 1987; 22(2): 183-202
- Montgomery M, Gragnolati M, Burke K, Paredes A. Measuring living standards with proxy variables. *Demography* 2000; 37(2): 155-74
- Newhouse JP. Medical care expenditure a cross-national survey. *Journal of Human Resources* 1977; 12(1) : 115-125
- Parkin D, McGuire A, Yule B. Aggregate health care expenditures and national income. *Journal of Health Economics* 1987; 6; 109-127.
- Phillip PJ, Mullner R, Andes S. Toward a better understanding of hospital occupancy rates. *Health Care Financing Review* 1984; 5(4): 53-61
- Scanlon W. A theory of the nursing home market. *Inquiry* 1980; 17(1): 25-41
- Wedig G. Health status and the demand for health. *Journal of Health Economics* 1988; 7: 151-163.
- 박재용, 남시현. 도시 가계의료비 지출추이 및 예측. *예방의학회지* 1995; 28(2): 347~363
- 장영식, 고경환, 도세록. 2001년 국민의료비 추계. 서울: 한국보건사회연구원; 2003.
- 통계청. 2004년도 도시근로자가구 3, 4분기 가계수지 동향. 서울: 통계청; 2004.