

소득 계층별 의료비 부담의 추이

Changes in the financial burden of health expenditures by income level



허순임 한국보건사회연구원 부연구위원

의료비에 대한 환자본인부담이 높으면 보험가입자가 필요한 의료 서비스를 받지 못하거나, 필요한 의료서비스를 제공 받더라도 그로 인하여 경제적 위험을 겪게 할 수 있다. 두 경우 모두 사회보험으로서의 목적 달성을 저해하며, 그 정도는 본인부담 의료비를 감당할 수 있는 능력이 소득수준에 따라 다르기 때문에 소득계층별로 차이가 있을 것이다.

본 연구의 목적은 건강보험의 취약한 보장성으로 인한 가계의 의료비부담의 소득계층별 추이를 살펴보고 정책대안을 모색하는 것이다. 1985, 1990, 1995, 2000, 2005년도 가계조사자료를 사용하여 분석한 결과, 저소득 계층의 의료비 지출이 고소득 계층에 비해 더 늘어났으며 이는 의료이용의 상대적 증가로 볼 수 있다. 그러나 저소득 계층의 의료비 부담이 지속적으로 증가한 점과 의료비 과부담 가구가 대부분 저소득층에 집중되어 있음을 볼 때, 저소득층에 대한 건강보험의 보장성 강화가 필요함을 시사한다. 또한, 소득계층별 의료비 차이와 가구소득 대비 의료비 지출 비중이 1989년 전국민 의료보험 적용 후 대폭 줄어들고 2000년경까지는 조금씩 낮아지거나 큰 변화가 없었다. 그러나 2000년 이후에는 소득계층별 차이가 커졌고, 소득 대비 의료비 지출 비중이 증가하여, 2000년 이후 건강보험의 보장성 강화를 위한 다양한 조치가 이루어졌지만 그 정도가 충분하지 못하였음을 알 수 있다.

본 연구의 결과로부터 얻을 수 있는 정책적 함의는 다음과 같다. 첫째 저소득계층이 상대적으로 더 많은 혜택을 받을 수 있는 급여정책이 필요하고, 둘째 본인부담 상한제의 상한선을 낮추더라도 상한제 적용 대상에서 제외되는 비급여 본인부담금액이 크다면 과중한 의료비 부담의 경감 효과가 제한적일 수밖에 없으므로 비급여 의료 항목에 대한 통제가 필요하다.

1. 서론

우리나라는 사회연대의 원리에 바탕을 둔 건강보험제도를 운영하고 있으며, 제도의 가장 중요한 목적은 누구나 질병에 걸렸을 때 경제적 곤란을 겪지 않고 의료서비스를 제공받게 하는 것이다. 이 목적을 달성하려면 의료비 중에서 건강보험이 부담하는 정도(즉, 건강보험의 보장성)가 높을수록 유리하다. 우리나라를 비롯하여

오랜 의료보장 역사를 가지고 있는 국가들도 일정 수준의 환자본인부담을 두고 있다. 그 이유는 환자본인부담이 적을수록 의료비에 대한 공공지출의 부담이 많아지는데 따른 재정 운영의 어려움이 존재하며, 도덕적 해이(moral hazard)에 따른 의료 과소비 발생의 우려도 있기 때문이다.¹⁾

우리나라의 의료비 본인부담 수준은 유럽 선진국들에 비하여 상당히 높은 편이다. 의료비용

에 대한 보장성을 국제 비교하는 데 유용한 지표인 국민의료비에서 차지하는 공공재원의 비율을 살펴보면, 2005년 기준으로 우리나라는 53.1%로서 OECD 국가 평균인 72.9%에 비하여 크게 낮은 것으로 나타났고, OECD 국가 중에서 미국(45.1%)과 멕시코(45.5%) 다음으로 공공재원 비율이 낮다(OECD Health Data, 2008). 미국과 멕시코가 전 국민 대상의 공적의료보장체계를 가지고 있지 않음을 감안한다면, 우리나라의 보장성 수준이 매우 낮다는 것을 알 수 있다.

높은 환자본인부담은 보험가입자가 필요한 의료서비스를 받지 못하거나, 필요한 의료서비스를 제공 받더라도 그로 인하여 경제적 위험을 겪게 할 수 있고,²⁾ 두 경우 모두 사회보험으로서의 건강보험의 목적 달성을 저해한다. 그런데 건강보험의 낮은 보장성(혹은 높은 본인부담 수준)이 사회보험으로서의 건강보험의 취지를 훼손하는 정도는 소득계층에 따라 다를 것이다. 이는 소득계층에 따라 본인부담 의료비를 감당할 수 있는 능력이 다르기 때문이다. 고소득계층은 본인부담액이 많더라도 필요한 의료 서비스를 이용하는 데 큰 문제가 없을 것이며 의료비로 인하여 경제적 위험을 겪게 되는 경우도

드물 것이다. 하지만 저소득계층은 고소득층에 비해 환자본인부담이 필요한 의료 이용을 제약하거나 경제적 곤란을 겪게 할 가능성이 높다. 즉 건강보험의 보장성이 문제가 되는 것은 고소득계층보다는 저소득계층에서이며, 따라서 건강보험 보장성 문제를 파악하고 대안을 제시하는 데 있어서 소득계층별 차이에 대한 고려가 이루어져야 한다.

이러한 취지에 따라 본 연구에서는 가구소득계층별 의료비 부담을 시계열적으로 분석하여 건강보험 보장의 효과가 소득 계층별로 차이가 있는 지 파악하고자 한다.

2. 연구방법

1) 분석 자료

본 연구의 분석 자료는 통계청에서 제공하는 1985, 1990, 1995, 2000, 2005년도 가계조사 자료이다.³⁾ 이 조사는 2인 이상 가구를 대상으로 실시하며, 조사대상 가구는 매월 가구의 수입과 지출 내역을 직접 가계부에 기입하는 가계부 기장방식을 따른다.

1) 의료보장제도가 발달한 유럽 국가들의 경우 대부분 의료비 증가로 인한 공공보험 재정의 부담을 완화하고자 환자에게 본인부담을 부과하였고, 미국에서는 일반 보험이론의 도덕적 해이(moral hazard)를 의료영역에 적용하여 환자의 비용의식을 높이기 위해 본인부담을 설정하였다. 우리나라는 건강보험이 저비용-저급여 형태로 출발하였기 때문에 높은 수준의 본인부담을 가지고 있으며, 따라서 의료보장제도가 발달한 국가들과는 본인부담의 의미와 내용이 다른 측면이 있다.
2) 물론 실제로는 이 둘이 명확하게 구분되지 않을 것이다. 예를 들어 중증질환으로 인하여 본인부담액이 클 경우, 가계에 부담은 되더라도 여력이 될 때까지는 의료 이용을 할 것이며, 그 정도를 초과하는 경우는 이용에 제약을 받을 것이다. 따라서 의료 이용의 제약과 가계의 경제적 부담이 동시에 발생할 것이다.
3) 가계조사는 1942년부터 시작되었으며, 1963년 통계청이 조사를 담당하면서부터 체계화되었다. 2002년까지는 도시 지역만을 대상으로 하였으나, 2003년부터는 읍면 지역 비농가가구까지 조사 대상 지역을 확장하였다. 이에 따라 명칭도 2003년 이전에는 도시가계조사였으나 2003년부터는 전국가계조사로 바뀌었다.

조사대상으로 선택된 가구는 일정 기간 동안 매월 반복 조사된다. 12개월 간 반복 조사하는 것이 원칙이지만 이사 등에 따른 표본 상실 또는 조사대상 가구가 매일의 가계수입과 지출을 빠짐없이 기록해야 한다는 어려움으로 인해 12개월 자료를 모두 획득할 수 있는 경우는 많지 않다.⁴⁾

기준에 (도시)가계조사 자료를 이용하여 가구의 의료비 부담 현황을 분석한 연구는 대부분 월별 조사를 분석 단위로 하였다(이원영, 2004; 이태진 등, 2003; 양봉민 등, 2006).⁵⁾ 이에 따라 동일한 가구가 12개월 동안 조사되면 12개의 표본으로서 분석에 포함되었다. 이 경우 표본 간에 독립성 가정에 위배된다는 문제도 있지만, 더 큰 문제는 월별 조사를 분석 단위로 할 경우와 연간 조사를 분석단위로 할 경우 의료비 지출 비중이 상이하게 나온다는 점이다. 예를 들면 월별조사를 분석단위로 할 경우는 연간 조사를 분석단위로 할 경우에 비하여 과부담의료 가구 수를 과대 추정할 수 있다(과부담의료 가구란 기초 생활필수품 비용을 제외한 소비지출에서의 의료비 지출 비중이 40%를 넘는 가구를 의미한다). 물론 경우에 따라서는 과소 추정할 수도 있지만 이런 경우는 많지 않을 것이다.

예를 들어 1년 중에 한 번 14일간 입원한 경우, 입원일이 포함된 달의 월 소비지출에서의

의료비 지출 비중은 매우 크게 나오는 반면, 1년을 기준으로 소비지출에서의 의료비 지출 비중을 계산하면 월 기준으로 산출한 것보다 낮을 것이다. 즉, 의료비를 제외한 소비 지출액이 매월 100만원이며 14일간의 입원비용은 100만원이고, 그 밖의 의료비 지출은 없다고 가정할 때, 입원일이 포함된 달의 소비지출에서의 의료비 지출 비중은 50%이고 다른 달은 0%이며 연간 의료비 지출 비중은 7.7%이다. 따라서 월별자료를 단위로 할 경우는 12개월 중 한 번은 과부담 가구에 해당하지만 연간자료를 기준으로 할 경우는 과부담 가구에 해당되지 않는다. 그러므로 월별자료 기준과 연간자료 기준 중에서 연간자료를 기준으로 하는 것이 더 타당하다고 보이며, 외국의 연구에서도 거의 대부분 연간자료를 기준으로 하고 있다(Xu 등, 2003; 2007).⁶⁾

가계조사자료를 살펴보면, 12개월 모두 조사에 참여한 가구는 전체 가구의 1/3 정도에 불과하다(2005년 기준). 따라서 이들만을 대상으로 할 경우 표본의 손실이 상당히 크기 때문에 본 연구에서는 1년 중 6개월 이상 조사에 참여한 가구들로 대상을 확장하였다. 이 가구들은 2005년도의 경우 전체의 2/3(66.7%)에 해당하며, 각 가구별 월평균 자료를 산출하여 분석에 사용하였다(따라서 최하 6개월 평균에서 최고 12개월 평균이 된다).

2) 분석 방법

(1) 가구 의료비 지출액의 범위와 측정

본 연구의 내용은 가구 소득계층별 의료비 지출 수준을 파악하는 것이므로, 의료비에 대한 본인부담 지출은 건강보험 보장성의 개념으로 설명할 수 있다. 일반적으로 건강보험 보장성은 의료비 중 건강보험이 급여하는 정도를 말하며, 식으로 나타내면 $\frac{\text{건강보험급여비}}{\text{의료비}} (= 1 - \frac{\text{본인부담액}}{\text{의료비}})$ 과 같다. 즉, 본인부담액이 높으면 건강보험 보장성이 낮은 것을 의미하게 된다. 이 식에서 건강보험 보장성 측정 대상이 되는 의료비의 범위와 항목을 명확히 하는 것이 중요한데, 분자인 건강보험급여비는 정의가 명확하지만, 분모인 의료비는 그렇지 못하다. 통상 의료비의 구성항목

은 아래의 표와 같이 나타낼 수 있다.

의료비를 넓게 정의할 경우 (A+B+C)를 말하며, 이는 총의료비에 해당한다. 한편 건강보험 보장성을 측정할 때 일반적으로 사용되는 의료비는 A+B로서, 정형선과 신봉구(2006)⁷⁾와 김정희 등(2006, 2007)⁸⁾ 건강보험 보장성을 측정한 기존 연구들에서도 이를 분모로 한 지표($= \frac{A+B}{A+B+C}$)를 적용하고 있다. 건강보험의 보장성을 $\frac{A+B}{A+B}$ 로 측정할 때, 중요한 것은 B항목인 건강보험 비급여 진료비(= 비급여 본인부담금) 규모를 올바르게 파악하는 것이다.⁹⁾

본 연구에서는 건강보험 보장성을 평가하기 위하여 가구 의료비 지출액을 분석하였다. 가구 의료비 지출액은 넓게 정의하면, (A+B+C)에서 건강보험 급여비인 A1을 제외한 나머지가 될 것이다. 그런데 가구 의료비 지출액 분석이 건

강보험 보장성과 연결되려면, 여기에서 다시 C를 제외함으로써 A2+B만을 포함해야 한다. 그래야만 건강보험 급여비와 가구 의료비 지출액의 합이 건강보험 보장성을 산출하는 데 사용되는 의료비인 A+B가 되기 때문이다.

분석대상 가구 의료비 지출액의 범위를 A2+B로 정하고, 분석자료인 전국가계조사에서 A2+B

표 1. 의료비의 구성항목

구성	정의
A. 건강보험 급여진료비	건강보험의 적용을 받는 진료비
A1. 건강보험 급여비	건강보험 급여진료비 중 보험자 부담금
A2. 법정 본인부담금	건강보험 급여진료비 중 본인 부담금
B. 건강보험 비급여 진료비	건강보험 급여 제외 진료비
B1. 법정비급여	선택진료비, 상급병실료, 의치 등
B2. 임의비급여	급여기준을 벗어난 비급여
C. 비보험 진료비	건강보험 대상이 아닌 진료비

주: 양봉민 등(2006) 29쪽의 <표 3-1>을 일부 수정한 것임.

7) 정형선, 신봉구. 건강보험급여율의 경시적 변화와 의료보장성의 국가간 차이. 사회보장연구 2006;22(4): 27~48.
 8) 김정희, 정종찬, 이호용, 최숙자, 이진경. 2005년도 건강보험환자의 본인부담진료비실태조사. 서울:국민건강보험공단:2006. 김정희, 이호용, 황라일, 정현진. 2006년도 건강보험환자의 본인부담진료비실태조사. 서울:국민건강보험공단:2007.
 9) B와 C항목을 명확하게 구분하기 어렵다. 건강보험 비급여 진료비(B)는 의료적인 필요가 있는 진료비지만 재정 등의 이유로 건강보험급여에서 제외되어 있는 항목을 의미하며, 비보험 진료비(C)는 건강식품과 같이 의료적 필요에 해당하지 않는 항목을 의미한다. 의료적 필요가 불명확한 경우 이를 항목 B에 포함하는가 아니면 항목 C에 포함하는가에 따라 건강보험 보장성 측정지표의 분모는 달라진다. 또한, B항목을 정확하게 파악할 수 있는 공식적인 자료가 없다.

4) 특히 1988년까지는 1월부터 새로운 표본으로 시작하는 것이 아니라, 매월 일정 비율씩 표본을 교체하는 방식으로 진행되었기 때문에 1985년 자료의 경우는 12개월 동안 조사된 가구수가 더욱 적다.
 5) 이원영. 도시가계 의료비 지출의 형평성. 보건행정학회지 2005;15(1):30~56; 이태진, 양봉민, 권순만 등. 보건 의료 비용 지출의 형평성. 보건경제연구 2003;9(2); 양봉민, 김진현, 이태진 등. 건강보험의 목표보장을 및 실현방안. 서울:서울대학교 보건대학원:2006.
 6) Xu, K., Evans, D.E., Kawabata, K., et al(2003), Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003;362: 111-117; Xu K, Evans DB, Carrin G, et al. Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs 2007;26(4):972~983.부록.

에 해당하는 항목을 추출하는 것이 필요하다. 2005년도 전국가계조사의 의료비 항목은 <표 2>와 같이 구성되어 있다.

의료비는 A2+B+C에 해당하므로, 여기에서 C에 해당하는 항목을 제외한 것이 본 연구 분석대상인 가계지출 의료비가 된다. 그런데 이 중에서 어느 항목이 C에 해당하는지는 명확하지 않다. 가령 인삼과 산후조리원은 C 항목에 해당한다고 할 수 있다. 하지만 보건의료용품 중에서 일부는 B에 해당할 것이며 일부는 C에 해당할 것이다. 본 연구에서는 <표 3>에 제시한 항목들을 분석대상 가계지출 의료비(즉 A2+B)로 정의하기로 하였으며, 이는 C의 범위를 넓게 규정한 것, 즉 A2+B의 범위를 좁게 규정한 것이다.

(2) 소득계층의 구분

본 연구의 목적은 소득계층에 따른 의료비 부담 현황을 파악하는 것이다. 그런데 가계조사 자료의 경우 연도에 따라서는 비근로자 가구의 소득자료는 공개되지 않거나, 공개되더라도 신뢰성이 낮다. 이 자료를 활용한 다수의 연구에서 소득 자료 대신에 지출 자료를 대리변수로 사용하고 있는데(양봉민 등, 2006; 이원영, 2004; 이태진 등, 2003; 여유진, 2002),¹⁰⁾ 본 연구에서도 동일한 방식을 취하였다. 즉 소득 대신 가계지출 규모를 사용하여 10분위로 계층을 구분하였다.

소득계층 구분을 위한 가계지출액은 의료비를 제외한 것을 사용하였다. 이는 의료비가 포함될 경우, 입원 등으로 많은 의료비를 지출한 가구는 실제 소득 능력과 상관없이 높은 소득계

층에 포함되는 경우가 발생하기 때문이다. 이는 소득계층 구분에 오차가 발생하는 것을 의미할 뿐만 아니라 고소득계층의 의료비지출 수준을 실제보다 과대 추정하게 한다.¹¹⁾

한편, 계층 구분에서는 가구 규모에 따른 차이를 보정하기 위하여, 다음과 같이 원래의 가계지출을 가족 수의 제곱근으로 나누어 준 값을 기준으로 하였다.

$$\text{계층구분을 위한 보정소득(소비)} = \frac{\text{원래의 소득(소비)}}{\sqrt{\text{가족 수}}}$$

(3) 소득계층별 의료비 지출액과 과부담 의료비의 측정

의료 이용에 어려움을 겪는 정도를 파악하기 위하여 소득계층별 의료비 지출액을 파악하는 것과 더불어 소득계층별 의료비 과부담 가구 비중을 분석하였다. ‘과부담 의료비 지출’은 통상 기초생계지출로 간주되는 식료품비를 제외한 소비지출액 중에서 의료비 지출이 차지하는 비중이 40% 이상인 경우로 정의된다(Xu 등, 2003).¹²⁾ 이러한 과부담가구 비중은 의료비 지출로 인하여 경제적 어려움을 겪는 정도를 보여주는 하나의 지표가 될 수 있다.

$$\text{과부담가구} = \frac{\text{의료비지출}}{(\text{소비지출} - \text{식료품비})} > 0.4 \text{인 가구}$$

과부담가구의 정의를 본격적으로 도입한 Xu 등(2003)의 연구에서는 각 가구의 실제 식료품비 대신에 중위 10% 가구(즉 식료품비 지출액이 45-55분위에 해당하는 가구의 식료품비를 사용하였다. 이는 가장 기초적인 필수재 지출액은 소득계층에 상관없이 동일해야 한다고 가정하는 셈이 된다. 그러나 본 연구에서는 각 가구의 실제 부담 정도를 파악하려면 각 가구의 실제 필수재 지출액을 차감하는 것이 더 타당하다고 판단하여 실제 식료품비를 사용하였다. 실제 식료품비를 차감하는 경우는 중위 10%가구의 식료품비를 사용하는 경우에 비하여, 저소득계층의 과부담가구비율은 더 낮아지며, 고소득계층의 과부담가구비율은 더 높아지게 된다.

3. 연구결과

1) 소득계층별 의료비 지출 현황

소득계층별 의료비 지출이 1985~2005년 사이에 어떻게 변화해 왔는가를 보기 위하여 1985년, 1990년, 1995년, 2000년, 2005년의 5개 연도 자료를 분석하였다. 전국가계조사(구 도시가계조사)는 2003년부터는 농어촌을 포함한 전국적인 조사를 하고 있으

표 2. 2005년도 전국가계조사의 보건의료비 항목의 구성

중분류	소분류
의약품	인삼, 한약, 양약, 조제약
보건의료용품기구	보건의료용품, 안경, 콘택트렌즈, 기타보건의료기구
보건의료서비스	한방진료비, 병원외래진료비, 병원입원치료비, 치과진료비, 산후조리원, 기타보건의료서비스

표 3. 분석대상 가계지출 의료비 항목

$$\begin{aligned} & \text{보건의료비지출} - \{(\text{인삼} + \text{한약}) + \text{보건의료용품기구} + (\text{산후조리원} + \text{기타보건의료서비스})\} \\ & = (\text{의약품} - \text{인삼} - \text{한약}) + (\text{보건의료서비스} - \text{산후조리원} - \text{기타보건의료서비스}) \\ & = (\text{양약} + \text{조제약}) + (\text{한방진료비} + \text{병원외래진료비} + \text{병원입원치료비} + \text{치과진료비}) \end{aligned}$$

10) 여유진. 한국에서의 소비지출 불평등에 관한 연구: 집합적 소비의 사회복지적 함의를 중심으로. 서울:서울대학교 박사학위 논문:2002.

11) 반대로 의료비를 과다하게 지출한 가계의 경우, 다른 소비지출을 줄일 가능성도 있다. 이 경우 의료비 제외 소비지출을 사용하면, 실제 소득계층에 비하여 낮은 소득계층으로 분류될 수도 있다. 하지만 이와 같은 의료비 제외 시의 문제보다는 의료비 포함 시의 문제가 심각한 것으로 판단된다.

12) Xu, K., Evans, D.E., Kawabata, K., et al(2003), Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003;362: 111~117.

나, 2003년 이전에는 도시지역만을 대상으로 조사가 이루어졌다. 따라서 다른 연도 자료들과의 비교에서 일관성을 유지하기 위하여 2005년도의 경우는 전국가계조사 자료 중에서 도시 지역 자료를 대상으로 분석하였다.

우선, 조사대상의 특성을 살펴보면 <표 4>와 같다(지면 관계상 2005년도 자료에 대한 것만 제시한다).

소득계층별 가구원 수를 보면 최하위 계층인 1분위의 가족 수가 다른 계층에 비하여 작고 가구주 연령은 눈에 띄게 많다는 것을 알 수 있다. 나머지 계층에서는 2분위 계층이 다소 가구원 수가 적고 가구주 연령이 많지만 대체로 유사하다. 가계지출에서 의료비지출을 제외한 후 계층 구분이 이루어졌기 때문에, 상위 계층일수록 가계지출액이 더 많은 것은 당연하며 비의료 소비 지출액도 마찬가지이다.

<표 5>에는 소득계층별 의료비지출액이 각 연도별로 제시되어 있다. 이 표의 의료비 지출액은 2005년 불변가격(보건의료부문 소비자물가지수 활용)으로 환산한 것이다. 의료비지출 절대금액은 최근으로 올수록 계속 증가하였는데, 이는 의료 물가지수가 일반 물가지수 증가보다 높고, 1989년 전 국민 의료보험 실시로 인해 전체적인 의료이용이 늘어난 결과로 보인다. 가구 의료비지출의 추이를 보다 명확히 보여주는 것은 마지막 열에 제시한 통계($\frac{2005}{1985}$)이다. 이는 2005년 의료비지출액을 1985년 의료비지출액으로 나눈 것으로서 의료비지출액 증가 속도를 보여준다. 1분위 계층의 의료비 지출액은 1985년에 비하여 2005년에 3.7배 정도 증가한데 비하여, 9분위 계층의 의료비 지출액은 2.2배, 10분위 계층은 2.5배 정도 증가하였으며, 평균적으로는 2.6배 정도 증가하였다. 이 결과는

대체로 저소득계층일수록 의료비 지출액 증가 속도가 더 빠르다는 것을 나타내며, 전 국민 의료보험 실시로 저소득계층의 의료이용이 고소득계층에 비하여 상대적으로 증가하였기 때문으로 보인다.¹³⁾

한편 최상위 소득계층의 의료비 지출액을 최하위 계층의 의료비 지출액으로 나눈 통계($\frac{10분위}{1분위}$)를 보면, 1985~1995 기간에는 감소하였고, 1995~2000 기간에는 유사한데 비하여, 2000~2005 기간에는 증가하였다. 이는 1985년 이후 소득에 따른 의료 이용의 차이가 감소하는 추세를 보이다가, 2000년 이후 다시 증가하고 있음을 나타낸다.

최하위 소득계층의 상대적 의료 이용량이 증가하였다는 것은 다음의 <표 6>을 보면 더욱 명확히 알 수 있다. 이 표에는 각 계층의 의료비지출액을 전 계층 평균 의료비지출액으로 나눈 통계가 제시되어 있다. 예를 들어서 1985년의 1분위 계층의 의료비 지출액인 16,843원을 전 계층 평균 의료비지출액인 30,104원으로 나눈 값이다.

<표 6>에 제시된 1985~2005 기간 동안 소득계층별 평균 대비 의료비 지출액 비중의 변화 양상은 저소득계층의 상대적 의료이용이 최근으로 올수록 상승해 왔음을 보여 준다. 예를 들면 1분위계층의 평균 대비 의료비 비중은 1985

표 4. 2005년 자료의 기초 통계

(단위: 명, 세, 천원)

소득계층	가구원 수	가구주연령	가계지출액	비 의료 소비지출액
1분위	2.9	53.7	880.2	544.3
2분위	3.3	47.2	1324.9	832.3
3분위	3.4	45.1	1618.3	1012.0
4분위	3.5	44.2	1870.0	1179.5
5분위	3.5	44.4	2097.6	1311.8
6분위	3.5	44.3	2362.5	1488.0
7분위	3.6	44.3	2669.0	1675.4
8분위	3.5	44.4	3033.9	1897.6
9분위	3.5	44.5	3603.7	2261.1
10분위	3.4	47.0	5274.0	3183.3
평균	3.4	45.9	2473.7	1538.7

(표본 수 = 6,257)

표 5. 소득계층별 의료비 지출액

(단위: 원)

소득계층	1985	1990	1995	2000	2005	$\frac{2005}{1985}$
1분위	16,843	27,355	45,986	49,409	62,446	3.71
2분위	22,246	30,453	45,850	48,854	65,982	2.97
3분위	22,163	31,348	48,869	46,857	62,216	2.81
4분위	23,677	37,364	46,922	54,508	62,064	2.62
5분위	28,389	35,660	47,183	59,518	68,977	2.43
6분위	27,621	38,845	58,390	65,098	73,968	2.68
7분위	32,894	49,347	62,619	63,786	74,659	2.27
8분위	36,657	42,971	63,343	67,725	84,980	2.32
9분위	43,941	50,394	71,729	74,362	97,440	2.22
10분위	46,578	56,649	77,061	84,699	116,891	2.51
평균	30,101	40,039	56,795	61,482	76,967	2.56
$\frac{10분위}{1분위}$	2.77	2.07	1.68	1.71	1.87	
표본수	3,854	3,972	4,689	5,288	6,257	

13) 급여서비스에 국한되기는 하지만 의료서비스에 대한 수가가 동일하게 적용되므로, 저소득층의 의료이용이 늘어난 것으로 해석해도 무리가 없을 것으로 보인다.

년에 0.56인데 2005년에는 0.81로 증가하였다. 이에 비하여 10분위 계층은 1985년에 1.55인데 2005년에는 1.52로 다소 감소하였다. 전체적으로 보면 1, 2, 3, 4분위 계층은 1985년에 비하여 2005년의 비중이 더 높으며, 5, 6분위 계층은 유사하고, 7, 8, 9, 10분위 계층은 감소하였다. 따라서 소득 계층별 의료이용의 차이는 1985~2005 기간 동안 감소해 왔음을 알 수 있다. 다만 최하위 계층의 평균 대비 의료비 비중은 1995~2005 기간 동안 거의 일정한 데 비하여, 최상위 계층의 평균 대비 의료비 비중은 같은 기간에 증가하여, 최근에 와서는 계층 간 의료이용의 차이가 다시 증가하는 경향이 있음을 알 수 있다.

다음으로, 의료비 지출이 가구에 어느 정도의 부담을 주는 지 알아보기 위해 가계지출 대비 의료비지출 비중을 구하였다(표 7). 전체가구 평균의 연도별 변화를 보면 1985~1990년 기간에 대폭 감소한 후(0.68%P 감소), 1990~2000년 기간에는 별 변동이 없으며, 2000~2005년 기간에

는 다소 증가하였음을 알 수 있다(0.37%P 증가). 1985~1990년 기간에 대폭 감소한 데에는 1989년에 이루어진 전 국민 의료보험의 영향이 컸을 것이다.

기존의 연구들에서 건강보험의 보장성이 최근에 높아졌음을 보임에도 불구하고(김정희 등, 2006; 정형선과 신봉구, 2006) 가계지출에서의 의료비 지출 비중이 최근에 더 높아졌다는 것은 다소 의아한 일이지만, 설명은 가능하다.

가계 의료비 지출 비중은 다음과 같이 나타낼 수 있으며, 가계 의료비 지출은 두 가지 요인의 곱으로 분해할 수 있다. 하나는 가계지출 대비 전체의료비 비중이며, 또 하나는 건강보험 보장률이다. 위의 식에서 건강보험 보장률이 높아짐에도 가계 의료비지출 비중이 증가하였다는 것은, 가계지출 대비 전체의료비 비중의 증가속도는 건강보험 보장률 증가속도보다 더 빠르다는 것을 의미한다.

표 6. 전체가구 평균 대비 계층별 평균 의료비 비중

소득계층	1985	1990	1995	2000	2005
1분위	0.56	0.68	0.81	0.80	0.81
2분위	0.74	0.76	0.81	0.79	0.86
3분위	0.74	0.78	0.86	0.76	0.81
4분위	0.79	0.93	0.83	0.89	0.81
5분위	0.94	0.89	0.83	0.97	0.90
6분위	0.92	0.97	1.03	1.06	0.96
7분위	1.09	1.23	1.10	1.04	0.97
8분위	1.22	1.07	1.12	1.10	1.10
9분위	1.46	1.26	1.26	1.21	1.27
10분위	1.55	1.41	1.36	1.38	1.52

표 7. 소득계층별 가계지출 중 의료비지출비중

소득계층	1985	1990	1995	2000	2005
1분위	4.70	4.46	5.36	5.66	6.96
2분위	4.69	3.98	3.88	3.85	4.69
3분위	4.29	3.62	3.60	3.22	3.66
4분위	4.12	3.62	3.07	3.23	3.13
5분위	4.20	3.25	2.74	3.07	3.13
6분위	3.84	3.16	3.00	3.07	3.02
7분위	3.88	3.53	2.86	2.58	2.69
8분위	3.73	2.67	2.45	2.48	2.71
9분위	3.52	2.49	2.33	2.25	2.62
10분위	2.44	1.85	1.78	1.81	2.17
평균	3.94	3.26	3.11	3.12	3.48
표본수	3,854	3,972	4,689	5,288	6,257

$$\begin{aligned} \text{가계의료비지출비중} &= \frac{\text{가계의료비지출}}{\text{가계지출}} \\ &= \frac{\text{전체의료비지출} \times (1 - \text{건강보험보장률})}{\text{가계지출}} \\ &= \left(\frac{\text{전체의료비지출}}{\text{가계지출}} \right) \times (1 - \text{건강보험보장률}) \end{aligned}$$

<표 7>을 보면 대부분의 소득 계층에서 의료비 지출 비중은 1990~2000년 기간에 감소하였으나, 최하위 계층(1분위)은 오히려 의료비 지출 비중이 증가하였음을 알 수 있다. 또한 이 계층의 2000~2005년 기간 의료비 지출 비중이 증가한 정도도 나머지 계층들에 비하여 더 높음을 알 수 있다. 예를 들면 1985년에는 1분위 계층의 의료비 지출 비중이 4.70%이며 10분위 계층의 의료비 지출 비중은 2.44%였다. 그런데 10년 뒤인 1995년에는 1분위 계층의 의료비 지출

비중은 5.36%로 1985년에 비하여 0.66%P 증가한 데 비하여 10분위 계층의 의료비 지출 비중은 1.78%로 오히려 0.66%P가 감소하였다. 그리고 다시 10년 뒤인 2005년에는 1분위 계층의 의료비 지출 비중은 6.96%로 1995년에 비하여 1.30%P가 증가하였으나 10분위 계층의 의료비 지출 비중은 2.17%로서 10년 전에 비하여 0.39%P만 증가하였다.

1990년 이후 최하위 계층의 소득(소비) 대비 의료비 지출 비중은 계속 증가하였으며, 특히 나머지 계층과 비교할 때 증가 정도가 크다는 것은 그만큼 저소득계층의 의료 이용량이 절대적으로는 물론 타계층 대비 상대적으로도 증가하였다는 것을 의미할 것이다.¹⁴⁾

14) 이는 의료비 지출액을 의료이용도에 대한 대리지표로 간주함을 의미한다. 주의할 것은, '의료' 물가 상승률이 다른 항목의 물가

2) 소득계층별 의료비 과부담 가구 현황

의료비가 가계에 주는 부담을 보다 명확하게 보여줄 수 있는 과부담 가구의 비율을 분석한 결과가 <표 8>에 제시되어 있다.

먼저 전체 평균을 보면, 전 국민 의료보험이 실시되기 이전인 1985년(16인 이상 사업장만 적용)에는 의료비 과부담 가구 비율이 0.88%였으나, 전 국민 의료보험이 실시된 이후인 1990년에는 0.28%로 대폭 감소하였다가 2005년에 0.86%로 다시 증가하였다.

소득계층별로 살펴보면, 과부담 가구는 최하위계층에서 주로 문제가 됨을 알 수 있다. 2005년의 경우 오직 1·2분위 계층에서만 과부담 가구 비율이 1%를 넘고 있으며, 표본오차를 고려할 때, 이 계층만 1985년에 비하여 2005년의 과부담 가구 비율이 더 증가하였다.¹⁵⁾ 그 중에서도 1분위계층은 2005년의 과부담 가구 비율이 4.96%로서 2분위 계층의 3배가 넘고 있으며, 2000년의 1.70%에 비해서도 3배 가까이 증가하였다.

한편, 6분위 이상의 과부담 가구 비율 해석에

서는 표본 수의 제약으로 인하여 한 두 가구 차이가 의미 있는 비율 차이로 보일 수 있음에 유의해야 한다. 1990~2005년 기간 동안 6분위 이상 계층에서는 과부담 가구 표본 수가 0~2개 사 이이며, 이는 의미 있는 차이라고 하기 어렵다. 그러므로 1990년부터 이후 6분위 이상 계층에서는 과부담가구가 거의 없다고 해석하는 것이 타당할 것이며, 따라서 과부담 가구는 주로 중하위 계층의 문제이다.

<표 8>에 제시된 의료비 과부담 가구 비율은 각 가구의 소비 지출액에 대한 상대적인 비율이다. 따라서 같은 과부담 가구 비율이라도 저소득계층에서의 의료비 지출 절대액과 고소득계층에서의 의료비 지출 절대액은 크게 다르다. 이와 같은 소비지출(혹은 소득) 대비 상대적인 부담 수준을 비교 파악하는 것도 의미가 있지만, 다른 한편 의료비 지출의 절대액 수준을 비교 파악하는 것, 즉 통상 높은 의료비라고 인정되는 절대적 기준을 설정한 후 이를 초과하는 가구에 대하여 분석하는 것은 고액 의료비 부담 가구가 실제로 얼마의 의료비를 부담하는지 알 수 있게 한다.

<표 9>는 의료비를 월평균 50만원 이상 지출하는 가구를 나타내고 있다. 월평균 50만원이 중요한 이유는 2004년 중반부터 시행 중인 ‘본인부담 상한제’와의 관련성 때문이다. ‘본인부담 상한제’는 6개월간 법정본인부담금이 300만원을 넘는 경우에, 그 이상의 환자본인부담을 면해 주는 제도이다¹⁶⁾. 본 연구는 6개월 이상 기

간에 대한 월평균 자료를 분석하였으므로, 월평균 50만원 이상 의료비를 지출한 가구는 대부분 6개월간 300만원 이상 지출한 가구에 해당할 것이다.

<표 9>를 보면 월평균 50만원 이상(6 개월에 300만원 이상)을 지출하는 가구의 비중이 1분위와 2분위에서 평균보다 높다가 3분위부터 대폭 감소한 이후 9, 10분위에서 다시 증가함을 알 수 있다. 1, 2분위는 최하위 소득 계층임에도 불구하고 3~8분위 계층보다 월 50만원 이상 의료비 지출 가구가 더 많다는 것은 그만큼 이들 계층에서 의료에 대한 필요가 더 크기 때문일 것이다. 일반적으로 건강상태와 소득 수준은 비례해서, 소득 수준이 낮을수록 건강 상태가 좋지 않은 것으로 알려져 있다. 특히 1분위 소득계

표 8. 의료비 과부담 가구 비율

(단위: %)

소득계층	1985 (n=3,854)	1990 (n=3,972)	1995 (n=4,689)	2000 (n=5,288)	2005 (n=6,257)
1분위	2.86	1.01	2.14	1.70	4.96
2분위	0.78	0.76	1.07	0.57	1.60
3분위	1.04	-	-	0.57	0.64
4분위	0.52	0.76	-	0.57	0.16
5분위	1.04	0.25*	-	-	0.64
6분위	0.78	-	0.21*	0.19*	0.16*
7분위	0.78	-	-	0.38	0.16*
8분위	0.26	-	0.21*	0.19*	0.32
9분위	0.78	-	-	-	-
10분위	-	-	-	-	-
전체평균	0.88	0.28	0.36	0.42	0.86

주: * 이들은 가구수로는 하나임.

표 9. 월평균 50만원 이상 의료비 지출 가구, 2005년

소득계층	출현 비율과 빈도	가계지출 중 의료비 비율
1분위	1.9%(12가구)	48.7%
2분위	1.8%(11가구)	35.3%
3분위	1.0%(6가구)	29.6%
4분위	0.8%(5가구)	25.8%
5분위	0.6%(4가구)	27.5%
6분위	1.0%(6가구)	24.9%
7분위	1.0%(6가구)	21.3%
8분위	1.3%(8가구)	21.1%
9분위	2.4%(15가구)	17.1%
10분위	2.6%(16가구)	11.3%
전체	1.4%(89가구)	25.5%

상승률보다 높은 경우에는 의료 이용량이나 수준은 (절대적으로) 동일하거나 감소해도, 소비지출액 대비 의료비 비중은 증가할 수 있다는 점이다. 지난 20여년간 ‘의료’ 물가 상승률은 다른 항목의 물가 상승률보다 다소 높았다. 따라서 이의 영향을 어느 정도는 고려하여 해석할 필요가 있다. 또한 소득대비 의료비 지출비의 증가 정도는 분모에 해당하는 소득계층 분위별 소득의 상대적인 증가율의 차이에 의해서도 영향을 받을 수 있다. 따라서 저소득계층의 소득증가율이 다른 소득계층에 비해 낮다면, 저소득계층의 의료이용량이 고소득층에 비하여 상대적으로 증가하지 않았더라도 소득(소비) 대비 의료비 지출 증가정도는 고소득층에 비하여 커질 수 있다. 그러나 본 연구진의 계층별 소득 변화 분석에 따르면, 이러한 효과는 미미한 것으로 판단된다.

15) 8분위 계층의 경우도 1985년에는 0.26%였으나, 2005년에는 0.32%로 증가하였다. 그러나 1985년의 0.26%는 1가구, 2005년의 0.32%는 2가구이다. 따라서 표본오차를 감안하면 8분위 계층의 경우 유의미한 증가를 보인 것은 아니다.

16) 2007년 8월 1일부터 상한제 금액이 6개월간 200만원으로 조정되었다. 본 연구에서 분석한 자료는 2005년 자료이기 때문에 변경되기 전 상한제 적용 금액인 300만원 기준으로 살펴보았다.

층에는 <표 4>에 제시된 바와 같이 다른 계층에 비하여 고령자가 많이 포함되어 있기 때문에 건강상태가 더욱 불리할 것이다.

상대적 기준에 의한 과부담 가구 비중을 보여주는 <표 8>과 절대적 기준에 의한 과부담 가구 비중을 보여주는 <표 9>가 시사하는 바를 여러 측면에서 해석할 수 있겠으나, 여기에서는 본인 부담상한제와 관련한 시사점에 대해서만 논의하고자 한다. 그 이유는 본인부담상한제가 지나친 의료비 부담을 방지함으로써 경제적 제약으로 인한 미충족 의료를 줄이고, 가계의 경제적 부담을 완화하기 위한 대표적인 제도이기 때문이다.

우선 <표 9>를 통해 본인부담 상한제의 적용 대상에 해당하는 6개월간 월평균 50만원 이상 의료비 지출 가구는 실제 본인부담 상한제에서 적용인구로 추산한 규모에 비하여 훨씬 많다는 것을 알 수 있다. 건강보험공단의 연구 결과인 김정희 외(2005)에 따르면 2005년도 본인부담 상한제 적용대상 인구는 최대 7만명 미만인 것으로 추정되었다. 그런데 <표 9>에서는 전체 가구의 1.4%인 것으로 추정되어, 건강보험 적용 대상 가구 수(대략 1,400만 가구)를 적용하면 대략 19만 6천 가구 정도 되므로 1가구 당 대상 인원을 1명으로만 잡아도 19만 6천명이 된다.

이러한 차이가 나타나는 이유는, 우선 <표 9>의 분석은 가구 의료비 전체를 기준으로 한 것이지만 '본인부담상한제' 적용 대상자는 개인별 의료비를 기준으로 했기 때문일 수 있다. 즉 한 가구당 평균 3.4명이 있으므로 가구의료비 전체가 아닌 개인 당 의료비를 기준으로 하면 <표 9>의 비율은 더 작아질 것이다. 그러나

어떤 가구의 의료비가 평균보다 특별히 많이 지출되는 것은 대부분 가구 구성원 중 한 명이 중증 질병을 앓기 때문일 것이며, 모든 구성원이 고르게 평균보다 많은 지출을 하기 때문은 아닐 것이다. 이를 감안하면 가구 의료비 전체가 아닌 개인당 의료비를 기준으로 한다고 해도 <표 9>의 결과가 크게 달라질 것 같지는 않다.

가령 개인의 6개월간 의료비지출이 300만원 이상인 경우에 그 개인이 속한 가구의 나머지 구성원들은 각 가구 계층의 평균 의료비 지출액만큼을 지출한다고 가정하면(실제로는 그보다 적은 경우가 훨씬 많을 것이다), <표 9>는 다음의 <표 10>과 같이 바뀌는데, 이는 가구 구성원 중 1인의 6개월 의료비 지출이 300만원 이상인 경우를 보여 주는 셈이 된다.

표 10. 가구 구성원 중 1인이 6개월간 300만원 이상 의료비 지출 가구

소득계층	출현 비율과 빈도	가계지출 중 의료비 비율
1분위	1.4%(9가구)	53.2%
2분위	1.3%(8가구)	36.3%
3분위	0.6%(4가구)	33.2%
4분위	0.5%(3가구)	29.5%
5분위	0.5%(3가구)	30.5%
6분위	0.6%(4가구)	26.9%
7분위	0.8%(5가구)	22.1%
8분위	1.0%(6가구)	23.9%
9분위	1.9%(12가구)	17.9%
10분위	2.2%(14가구)	11.9%
전체	1.1%(68가구)	26.8%

<표 10>을 기준으로 할 때 가구 구성원 중 1인이 6개월간 300만원 이상 의료비를 지출한

가구 수는 15만 8천 가구 정도가 된다. <표 9>를 기준으로 한 19만 6천 가구보다는 상당히 감소하였지만 여전히 건강보험공단의 추정인원(최대 7만명)보다는 훨씬 많다. 이 차이는 본 연구에서 분석한 의료비 지출은 법정본인부담과 비급여서비스에 대한 부담을 합친 것인데 반해 본인부담 상한제는 법정본인부담만 대상으로 하기 때문이다.

또한 <표 8>과 <표 9>에서 나타나는 소득계층별 차이는 본인부담상한제가 본래의 취지를 달성하기 위해서는 소득계층에 따라 차등 적용하는 것이 필요함을 시사한다. <표 8>의 소득계층별 의료비 과부담 가구 비율을 보면 1분위 계층은 4.96%, 2분위 계층은 1.60%이며, 나머지 계층은 1% 미만이다. 그리고 <표 9>의 월 50만원 이상 의료비 지출 가구의 전체 지출 중 의료비 비율을 보면 1분위 계층만 절반이 넘어 다른 계층과는 차이가 매우 크다.

본인부담상한제는 의료비 지출의 절대금액이 일정 수준을 초과하지 않도록 하는 것으로서 소득에 따른 부담 능력의 차이는 고려하지 않고 있다. 하지만 의료비 지출이 경제적으로 부담되는 정도는 소득에 따라 상대적이다. 따라서 가구의 경제적 부담을 덜어 주고, 과도한 의료비로 인하여 필요한 의료 서비스를 받지 못하는 것을 방지하기 위해서는 소득에 따른 상대적 고려가 필요하다.

4. 고찰 및 정책과제

본 연구의 주요 결과를 정리하면 다음과 같다. 첫째, 과거 20년의 추이를 보면 저소득계층의 의료비 지출액으로 추정된 의료 이용도는 절대적으로, 그리고 다른 계층 대비 상대적으로도 늘어났다.¹⁷⁾ 둘째, 2000년에 비하여 2005년에는 모든 소득계층에서 소득 대비 의료비지출 비중이 증가하였다. 셋째, 의료비 과부담 가구는 대부분 저소득계층에서 발생하였다.

본 연구에서 나타난 소득계층에 따른 의료비 지출의 변화의 의미를 고찰하면, 저소득 계층의 의료비 지출이 고소득 계층에 비해 더 늘어났다는 것은 의료이용의 상대적 증가로 볼 수 있고 소득 계층에 따른 의료 이용의 차이가 감소했다는 것 자체는 긍정적으로 평가할 수 있다. 하지만, 저소득 계층의 의료비 부담이 지속적으로 증가하였고 의료비 과부담 가구가 대부분 저소득층에 집중되어 있는 점은 저소득계층을 고려하는 건강보험 급여정책이 필요함을 시사한다.

또 하나 중요한 결과는 의료비 지출의 시계열적 분석에서 나타난 최근의 경향이다. 소득계층별 의료 이용의 차이와 가계소득 대비 의료비 지출 비중이 1989년 전국민 의료보험 적용 이후 대폭 낮아진 후, 2000년까지는 조금씩 낮아지거나 큰 변화가 없었다. 그러나 2000년 이후에는 소득계층별 의료비 지출의 차이가 증가하였으며, 소득 대비 의료비 지출 비중이 크게 증

17) 주의할 것은 소득계층별 의료이용도의 형평성과 의료비 부담의 형평성은 전혀 다른(혹은 반대되는) 개념이라는 점이다. 저소득계층의 의료이용도가 타계층에 비하여 상대적으로 더 증가하였다면, 저소득계층의 의료비 지출도 타계층에 비하여 상대적으로 더 증가하였을 것이다. 그런데 상대적인 의료 이용도 증가는 의료이용도의 형평성 증진을 의미하며, 상대적인 의료비 지출 증가는 의료비 부담의 형평성 저하를 의미한다.

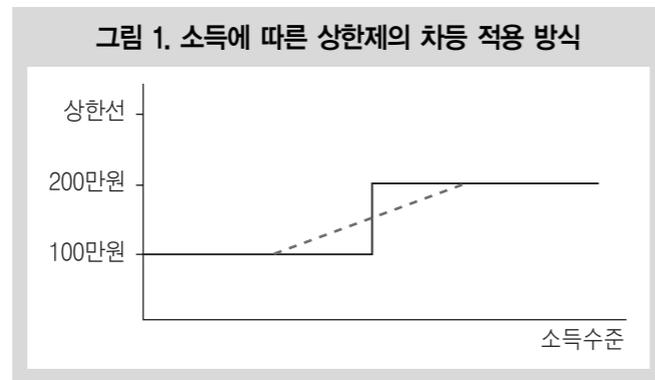
가하였다. 이는 건강보험의 보장성 측면에서는 후퇴한 것으로 해석될 수 있다. 즉 2000년 이후 건강보험의 보장성 강화를 위한 다양한 조치가 이루어졌지만, 그 정도가 충분하지 못하였음을 알 수 있다.

본 연구의 결과로부터 얻을 수 있는 정책적 함의는 다음과 같다.

첫째, 저소득계층을 대상으로 하는 의료비 부담 경감 방안이 필요하다. 건강보험 보장성이 문제가 되는 것은 주로 저소득계층이다. 따라서 동일한 재원을 사용할 경우, 보장성을 전반적으로 높이는 정책보다는 저소득계층을 주요 대상으로 하는 정책이 가계 부담을 실질적으로 경감하는 효과를 가질 것이다.

저소득계층의 혜택을 크게 하는 방안의 하나로 소득수준에 따른 본인부담 상한제의 차등 적용을 생각해볼 수 있다. 현행 본인부담 상한제의 상한선은 6개월간 200만원의 의료비 지출인데, 이를 저소득계층에 대해서는 더 낮추자는 것이다. 단, 차등 적용의 방법은 상한선이 소득수준에 따라 점진적으로 감소하는 슬라이딩 방식이 적절할 것으로 판단된다. 즉 소득수준이 일정 수준(가령 상위 70%) 이상은 200만원, 그 미만은 100만원처럼 단절적으로 설계하는 것보다는 200만원과 100만원 사이에 일정 구간을 두고 점진적으로 상한선이 낮아지게 하자는 것이다. 가령 하위 30% 이상은 200만원, 하위 10% 미만은 100만원으로 하되 그 사이 계층에 대해서는 소득에 비례하여 상한선

을 낮출 수 있을 것이다. 상한선을 점진적으로 하는 방식과 단절적으로 하는 방식의 의미는 다음의 [그림 1]을 보면 명확히 이해할 수 있을 것이다. 물론 이 그림에서 점선이 점진적 증가 방식을 의미하며, 실선이 단절적 방식을 의미한다. 점진적인 방식의 경우 점선의 양쪽 끝부분에서는 단절적 방식과 동일하다.



점진적 감소 방식은 단절적 방식에 비하여 공정성과 형평성 측면에서 더 우월하다. 특히 우리나라와 같이 소득의 투명성에 대한 불신이 높은 상황에서는 더욱 그러할 것이다.

둘째, 비급여 의료 항목에 대한 관리가 필요하다. 본인부담 상한제의 상한선을 아무리 낮추더라도 상한제 적용 대상에서 제외되는 비급여 본인부담금액이 크다면 과중한 의료비 부담의 경감 효과는 제한적일 수밖에 없다. 따라서 과중한 의료비 부담을 막기 위해서는 비급여 의료 항목에 대한 통제가 필요하다. **보건의료복지**