

# 건강보험 보장성 강화에 따른 가구 의료비 부담 변화와 시사점



Changes in Household Health Expenditure  
after Health Insurance Coverage Expansion  
and Their Policy Implications

김수진 | 한국보건사회연구원 부연구위원

건강보험 보장성 강화 대책 시행 2년이 경과한 시점에서 재난적 의료비 발생, 의료비로 인한 빈곤화 경험률, 미충족 의료 경험률을 이용하여 가구의 의료비 부담과 의료 접근성 변화 정도를 살펴보았다. 재난적 의료비 경험률은 측정 방식에 따라 전반적인 추이는 달랐으나 인구사회적 특성을 구분한 결과, 저소득층과 노인 가구에서 2017년 대비 2019년의 재난적 의료비 발생 및 의료비로 인한 빈곤화 경험률이 증가한 것으로 나타났다. 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 보장성 강화에 따라 개선된 것으로 나타났고 저소득층과 노인 가구에서 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률이 많이 감소하였다. 의료서비스 접근성 개선에도 불구하고 과도한 의료비 부담은 가계에 바람직하지 않은 영향을 미친다는 점에서 분석 결과는 취약계층의 경제적 부담을 완화하기 위한 정책 보완이 필요함을 시사한다.

## 1. 들어가며

건강보장제도는 건강 필요를 가진 사람들이 양질의 의료서비스에 접근할 수 있도록 하되 이로 인해 경제적 위험에 노출되지 않도록 하는 것을 목적으로 한다. 한국 건강보험제도의 높은 본인부담률과 제한적인 급여 범위로 인한 건강보험의 낮은 보장성은 문제로 제기되어 왔는데 환자

본인부담이 큼에 따라 보험 가입자가 필요한 의료서비스를 받지 못할 수 있고, 필요한 의료서비스를 이용하더라도 그로 인해 경제적 위험을 겪을 수 있기 때문이다. 예를 들어 의료비용에 대한 보장성을 국제적으로 비교하기 위해 자주 이용하는 국민 의료비 대비 공공 재원의 비율을 살펴보면, 우리나라는 2019년 기준 60.8%로 경제력이 비슷한 다른 경제협력개발기구(OECD) 회원국

평균인 74.0%보다 상당히 낮은 편이다(OECD, 2020).

건강보험 보장 수준을 높이기 위한 지속적인 노력에도 불구하고 건강보험 보장률이 62~63% 수준으로 정체됨<sup>1)</sup>에 따라 2017년에 정부는 국민이 체감하는 의료비 부담을 획기적으로 낮추기 위해 '모든 의학적 비급여의 급여화'라는 건강보험 보장성 강화 대책(2017~2022)을 발표하였다. '병원비 걱정 없는 든든한 나라'를 만드는 것을 정책 목표로 제시하며 비급여의 급여화, 취약계층의 본인부담 완화, 사후 안전망 강화라는 세 가지 방향에서 2017년부터 2022년까지 단계적으로 세부 과제를 추진 중이다(보건복지부, 2017). 2017년에 아동 입원 본인부담률 경감, 노인 틀니 본인부담률 경감 및 중증치매 산정특례 적용이 이뤄졌고 2018년 1월에 '재난적의료비 지원사업'의 대상이 중증 질환에서 전체 질환으로 확대되었으며 본인부담상한제의 연간 본인부담상한액을 소득 하위 50%에 대해 연소득 10% 수준으로 인하하였다. 2018년 4월에 상복부초음파, 10월에 뇌혈관 검사 MRI에 대한 건강보험 적용이 확대되는 등 고가 검사를 비롯해 치료에 필수적인 의학적 비급여서비스에 대해 단계

적으로 건강보험 적용이 확대되고 있다(보건복지부, 2019).

건강보험 보장성 강화 대책 시행 2년이 경과한 시점에서 정책의 영향에 대한 다양한 평가가 존재하지만<sup>2)</sup> 보장성 강화 대책의 궁극적인 목표가 가구의 의료비 부담 완화를 고려할 때, 건강보험 보장성 강화 대책 이후 실제 국민들의 의료비 부담 및 필요한 서비스에 대한 접근 수준이 어느 정도 개선됐는지에 대한 모니터링이 필요하다. 특히, 의료 이용 시점에 지출하는 의료비의 금액이 감소했다라도 가계의 지불 능력 대비 비용이 크다면 필요한 의료서비스를 이용하기 어렵고 의료서비스 이용으로 인해 가계가 경제적 위험에 직면할 수 있다. 따라서 가계의 의료비 부담은 가계의 지불 능력을 고려해서 측정하는 것이 바람직하다. 일반적으로 많이 사용되는 지표는 '재난적 의료비(catastrophic health expenditure) 경험률'과 '의료비로 인한 빈곤화 경험률'이다. 전자는 의료비가 가구의 지불 능력에 비해 과다할 경우 가구에 '재난적'인 영향을 줄 수 있다는 점에서 사용되는 지표이며,<sup>3)</sup> 후자는 의료비 지출로 인해 가계가 빈곤해진 경험을 측정하는 지표이다. 의료 접근성 평가와 관련해 일반적인 의료

1) 건강보험 보장률은 전체 진료비 중 건강보험이 지출하는 진료비의 비율로 2010년 63.6%, 2015년 63.4%, 2016년 62.6%로 개선되지 않았다. 보장성 강화 정책의 속도보다 비급여 진료 영역의 확대가 빠른 것이 보장을 정체의 주요 원인으로 지목되는데, 비급여 본인부담 진료비는 2009년 13.7%에서 2018년 16.6%로 2.9%포인트 증가하였다(국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 2019, p. 17).

2) 국민건강보험공단은 국민건강보장 30주년과 보장성 강화 2주년을 맞아 보장성 강화 정책에 대한 만족도 등 대국민 여론조사를 실시한 바 있으며(국민건강보험공단, 한국리서치, 2019), 대한병원협회 등은 건강보험 보장성 강화 정책 중간 평가 포럼에서 의료기관 쏠림 현상 심화, 재정의 지속가능성 문제를 제기하는 등 다양한 의견이 제시돼 왔다(오민호, 2019).

3) 재난적 의료비 지표와 보장성 강화 정책 중 하나로 시행 중인 '재난적의료비 지원사업'은 다른 개념이다.

이용 측정은 건강 필요를 반영하지 못한다는 점에서 미충족 의료 지표를 이용하여 평가한다. 사람들이 경제적인 이유나 물리적 접근성 등의 문제로 의료서비스를 포기할 수 있다는 점에서 필요할 때 병·의원에 가지 못한 적이 있는지를 묻는 방식으로 미충족 의료에 대해 평가한다.

정리하면, 이 글에서는 재난적 의료비와 의료비로 인한 빈곤화 정도로 보장성 강화 대책에 따른 가계의 의료비 부담 변화를 평가하고, 미충족 의료 욕구를 이용하여 의료 접근성 개선 정도를 살펴본다.

## 2. 재난적 의료비 경험을 변화

우선 재난적 의료비 지출로 가구의 지불 능력

에서 의료비 지출이 차지하는 비율이 일정 수준을 넘으면 재난적 의료비 발생으로 정의하고 필수적인 재화와 서비스에 대한 지출을 위협한다고 본다(Wagstaff et al., 2018a). 또 다른 지표는 의료비로 인한 빈곤화로, 의료서비스에 대한 본인부담을 제외한 소비 지출이 빈곤선 아래인 경우로 측정된다. 즉, 의료비 지출이 과도함에 따라 기본적인 생활 유지에 필수적인 재화와 서비스에 대한 지출이 빈곤선 아래로 내려간 것으로 평가한다(Wagstaff et al., 2018b, pp. 180-181).

재난적 의료비 지표 산출 시 분모와 기준선의 정의는 다양하며 세계보건기구(WHO)에서도 국가적 상황이나 정책 목표에 부합하는 방식을 사용할 것을 권장하고 있다. WHO는 일반적으로 가계의 소비 지출에서 식료품비를 제외한 지불

그림 1. 의료비로 인한 가계의 경제적 부담 측정 방식

재난적 의료비 Catastrophic Health Spending	의료비로 인한 빈곤화 Imperishing Health Spending
· 지불능력 대비 의료비 지출이 많은 가구의 비율	· 의료비 지출로 인해 빈곤해지는 가구의 비율
· 생활수준의 급격한 하락에 대한 우려 · 반복될 경우 빈곤 이행 가능	· 의료비로 인해 빈곤선 아래로 떨어질 경우 필수적인 비의료 지출을 줄일 수 있음
· 소득, 지출, 지불능력 대비 의료비가 일정 수준 이상 · WHO 지불능력이 40% 초과 의료비 · SDG: 가구 지출 혹은 소득의 10%, 25% 초과의료비	· 의료비를 제외한 지출이 빈곤선 이하 · 빈곤선 정의: 1.9 USD/1일(세계은행), 중위소득의 50%(OECD), 중위소득의 40, 50, 60%(LIS)

주: 지속가능개발목표(SDG: Sustainable Development Goal), 룩셈부르크 소득연구(LIS: Luxembourg Income Study).

자료: Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378), 111-117; Wagstaff, A., Flores, G., Smits, MF., Hsu, J., Chepynoga, K., & Eozenou, P. (2018b). Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e180- e192; UN Statistics Wiki. (2020). E-Handbook on SDG Indicators: Goal 3 Indicator 3.8.2.를 참고하여 김수진, 황도경, 김현경, 신현웅, 강혜리, 이재광,...김수정. (2019). 보장성강화대책이 재난적의료비 지원제도에 미치는 영향 및 제도 중장기 개선방안. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원. p. 15의 그림 수정.

능력을 분모로 하여 의료비가 지불 능력의 40%를 넘는 경우를 재난적 의료비 발생으로 정의한다(Xu Ke et al., 2003). 대부분의 다른 정의들은 이보다 낮은 비율을 적용한다. 재난적 의료비 경험률은 지속가능개발목표(SDG)에도 포함되어 있는데 여기서 재난적 의료비는 가구 지출 혹은 소득의 10% 혹은 25% 초과 의료비로 정의된다(UN Statistics Wiki, 2020). 분모는 WHO에서 이용하는 값보다 크지만 기준선이 더 낮으므로 일반적으로 이와 같이 재난적 의료비 발생을 정의할 경우 지불 능력의 40%를 이용하는 경우보다 재난적 의료비 경험률은 높아지게 된다. 분석을 위해 가계동향조사를 이용하였는데, 가계동향조사는 2017년 조사부터 농림어업 가구를 포함하여 자료를 수집하고 있어 2016년까지의

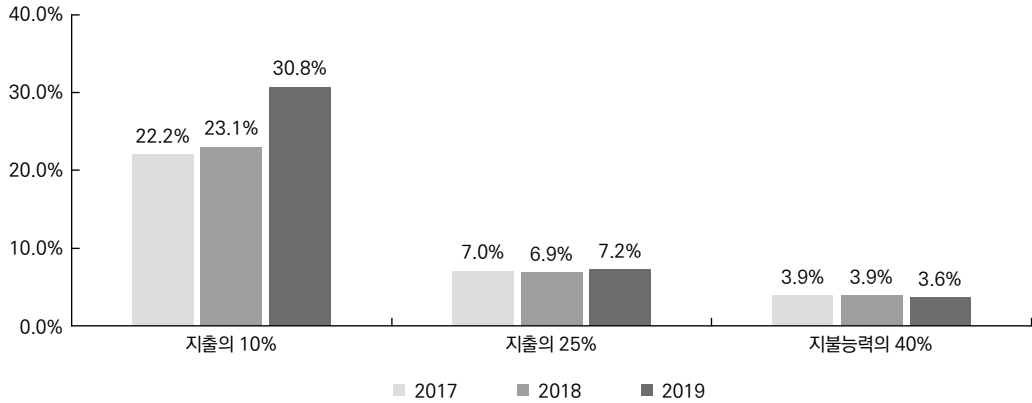
조사와 비교하는 것은 적절하지 않을 수 있다. 건강보험 보장성 강화 대책은 2017년부터 시행되었지만 대부분의 정책들은 2018년부터 본격적으로 시행되었으므로 2017~2019년의 가계동향조사를 분석하였다.<sup>4)</sup>

### 가. 전체 가구

지출의 10% 수준에서 재난적 의료비 발생률은 2017, 2018, 2019년에 각각 22.2%, 23.1%, 30.8%로, 2017년 대비 2019년에 증가하였고 지출의 25% 기준에서는 각각 7.0%, 6.9%, 7.2%로 소폭 증가하였다. 가계의 소비 지출에서 식료품비를 제외한 지불 능력의 40%를 기준으로 할 경우 각각 3.9%, 3.9%, 3.6%로 소폭 감소하였다.

4) 건강보험 보장성 강화 정책의 일환으로, 의료 이용 후 의료비가 일정 수준을 넘는 경우 지원하는 '본인부담 상한제'와 '재난적의료비 지원사업'이 강화되었다. 본인부담 상한제는 사전 적용(의료 이용 시점)과 사후 지급으로 구분된다. 2019년 기준 사전 적용 금액은 약 5300억 원이었고 사후 지급 금액은 약 1조 5000억 원으로 사후 지급 금액의 규모가 큰 편인데(보건복지부, 2020) 2019년 사후 환급 금액은 2020년 9월에 확정되는 등 상당한 시간이 흐른 후 결정 및 통지된다. 가계동향조사는 가계부를 이용한 자기 기입 방식으로 지출을 조사하므로(통계청 MDIS, 2020) 상당한 시일이 지난 뒤 환급되는 금액은 고려하지 않고 의료이용 시점의 지출 금액이 기재되었을 가능성이 높다. 의료비로 인한 가계의 경제적 부담 측정이라는 측면에서 재난적 의료비 경험이 중요한 이유는 재난적 의료비가 발생할 경우 가계가 다른 필수적인 소비를 줄이는 등 부정적인 영향이 크기 때문이다. 본인부담 상한제 환급 금액 결정과 지급 시점이 다음 연도 하반기라는 점을 고려할 때, 본인부담 상한제가 재난적 의료비 발생으로 인한 부정적 영향을 해당 연도에 막기는 어려울 것으로 보인다. 즉, 가계는 당해 연도에는 다른 지원을 받지 않는다면 필수적인 소비 지출을 줄일 수밖에 없다는 점에서 만약 본인부담 상한제의 사후 환급 금액을 알 수 있더라도 재난적 의료비 발생 측정 시 이를 제외하는 것은 적절하지 않을 수 있다. 한편 사후 환급이라도 민간의료보험이나 '재난적의료비 지원사업' 등 상대적으로 빠르게 환급되는 비용들은 의료비 지출에서 제외하는 방식으로 반영되거나 전체 소비 지출이나 지불 능력에 긍정적인 영향을 미치는 방식으로 반영될 것으로 예상할 수 있다.

그림 2. 재난적 의료비 경험률 추이(2017~2019년)



주: 가중치 적용. 재난적 의료비 발생은 의료비가 소비 지출의 10%, 25%를 넘는 경우, 지불 능력(생활비를 제외한 소비 지출)의 40%를 넘는 경우의 세 가지 방식으로 정의함.

자료: 통계청 가계동향조사, 2017~2019년 자료를 이용하여 저자가 직접 산출함.

#### 나. 소득 수준별

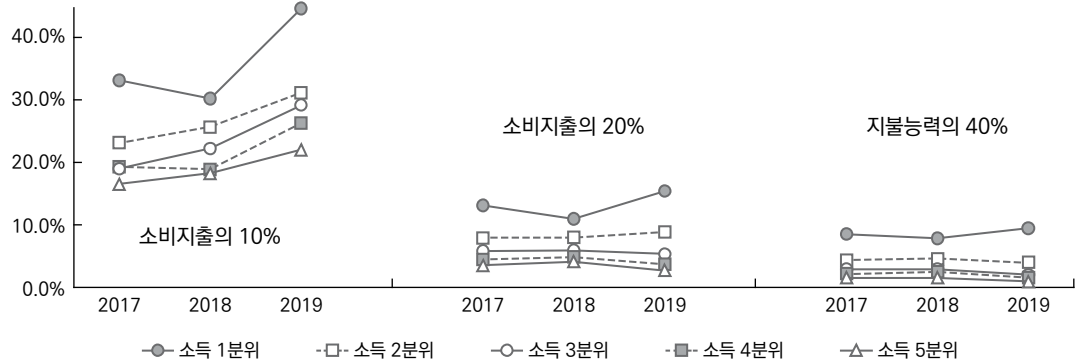
소득 분위별로 재난적 의료비 발생 빈도를 살펴본 결과, 지출의 10%를 기준선으로 이용한 경우 2017년 대비 2019년에 모든 분위에서 재난적 의료비 발생이 증가한 것으로 나타났다. 반면 지출의 25%, 지불 능력의 40%를 이용한 경우 재난적 의료비 발생은 소득 수준이 높은 계층에서 감소하고 소득 수준이 낮은 계층에서 증가하였다. 구체적으로 의료비가 지출의 25%를 넘는 가구의 비율은 소득 1분위와 소득 2분위에서 증가하였고 지불 능력의 40%를 넘는 가구의 비율은

소득 1분위에서만 증가하였다.

비록 소득 1분위에서 2017년에 비해 2019년에 재난적 의료비 발생은 증가하였지만 2018년에는 재난적 의료비 발생이 감소한 것으로 나타났다. 이는 연도별로 추진된 보장성 강화 정책의 영향일 수 있다. 즉, 노인, 아동 등 취약계층의 의료비 부담 경감 및 ‘재난적 의료비 지원 제도’ 확대 등의 정책은 대부분 2017년 하반기 혹은 2018년 1월에 도입되었다.<sup>5)</sup> 2019년에 주로 시행된 정책들은 의학적 비급여의 급여화로, 소득이 낮은 계층에서 비급여 서비스 이용률이 상대적으로 낮다는 점을 고려한다면 보장성 강화 정

5) 노인 대상 정책 중 중증 치매 산정특례 적용으로 본인부담률이 20~60%에서 10%로 인하되었고(2017년 10월), 노인틀니에 대한 본인부담률이 인하되었고(2017년 11월) 노인 외래정액제가 개선되었으며(2018년 1월), 아동 대상 15세 이하 입원 진료비 본인 부담 인하(2017년 10월 10~20% → 5%), 18세 이하 치아 홈 메우기 본인부담 인하(2017년 10월, 30~60% → 10%)가 이뤄졌다. ‘재난적의료비 지원사업’은 중증 질환에서 전체 질환으로 확대되었는데, 기준중위소득 200% 이하 가구에 대해 입원 건당 의료비가 가구 소득의 15~20%가 넘는 경우 비급여 본인부담의 50%를 2000만 원(심사를 통해 최대 3000만 원)까지 지원한다.

그림 3. 소득 수준에 따른 재난적 의료비 경험률 추이(2017~2019년)



주: 가중치 적용. 왼쪽부터 지출의 10%, 지출의 25%, 지불 능력의 40%로 재난적 의료비 발생을 정의함. 재난적 의료비 발생은 의료비가 소비 지출의 10%, 25%를 넘는 경우, 지불 능력(생활비를 제외한 소비 지출)의 40%를 넘는 경우의 세 가지 방식으로 정의함.  
 자료: 통계청 가계동향조사, 2017~2019년 자료를 이용하여 저자가 직접 산출함.

책으로 인한 의료비 부담 완화 효과는 낮을 수 있다. 한편 MRI 등 고가의 진단검사에 대한 건강보험 적용이 확대되면서 저소득층에서 이러한 서비스 이용이 증가하고 이로 인해 재난적 의료비 발생도 증가했을 수 있다.

#### 다. 아동 가구, 노인 가구

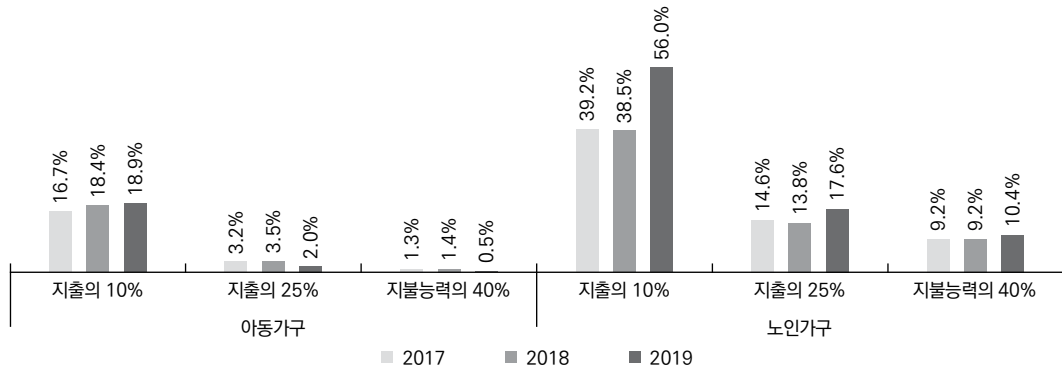
보장성 강화 정책의 일환으로 노인, 아동 등 취약계층의 부담 경감을 위한 정책들이 시행되었다는 점에서 아동 가구와 노인 가구의 재난적 의료비 경험률 추이를 살펴보았다. 아동 가구는 가구에 18세 미만 아동이 있는 가구, 노인 가구는 65세 이상 노인이 있는 가구로 정의하였다.

아동 가구에서 의료비가 지출의 10%를 넘는 비율은 16.7%, 18.4%, 18.9%로 증가하였고 지

출의 25%와 지불 능력의 40%를 이용한 경우 재난적 의료비 경험 가구는 각각 3.2% → 3.5% → 2.0%, 1.3% → 1.4% → 0.5%로 2019년에 감소하였다. 노인 가구에서 의료비가 지출의 10%를 넘는 비율은 39.2%, 28.5%, 56.0%로 증가하였고 지출의 25%와 지불 능력의 40%를 이용한 경우 재난적 의료비 경험 가구는 각각 14.6% → 13.8% → 17.6%, 9.2% → 9.2% → 10.4%로 2019년에 증가하였다.

아동 가구와 노인 가구에서 평균적인 재난적 의료비 발생 수준이 크게 다른 이유는 이들의 소득 및 지출 수준의 차이, 의료비의 차이에 기인한다. 즉, 아동 가구는 대부분 경제활동 집단이 가구 구성원으로 포함되어 있어 상대적으로 소득 수준이나 지출 수준이 양호한 반면, 노인 가구는 노인만으로 구성된 가구도 다수 존재하므로 소득

그림 4. 아동 가구와 노인 가구의 재난적 의료비 경험률 추이(2017~2019년)



주: 가중치 적용. 아동 가구는 만 18세 이하 아동이 있는 가구, 노인 가구는 만 65세 이상 노인이 있는 가구임. 재난적 의료비 발생은 의료비가 소비 지출의 10%, 25%를 넘는 경우, 지불 능력(생활비를 제외한 소비 지출)의 40%를 넘는 경우의 세 가지 방식으로 정의함.

자료: 통계청 가계동향조사, 2017~2019년 자료를 이용하여 저자가 직접 산출함.

이나 지출 수준이 낮다.<sup>6)</sup> 또한 노인은 만성질환 등의 질환이 많아 의료비 지출도 더 많을 것이다. 한편 앞서 언급하였듯 취약계층 의료비 부담 경감 정책이 대부분 2017년 하반기 혹은 2018년 1월에 도입된 반면, 2019년에 주로 시행된 정책들은 의학적 비급여의 급여화이다. 소득이 낮은 계층의 비급여 서비스 이용률이 상대적으로 낮다는 점을 고려한다면 보장성 강화 이후 저소득층에서 이러한 서비스 이용이 증가하고 이로 인해 재난적 의료비 발생도 증가했을 수 있다.

### 3. 의료비로 인한 빈곤화 경험률 변화

빈곤율을 측정하기 위한 빈곤선 기준은 다양하다. 세계은행은 하루 1.9달러를 절대 빈곤선으

로 제시하고 있으며, OECD는 중위소득의 50%를, 룩셈부르크 소득연구(LIS)는 중위소득의 40%, 50%, 60%를 빈곤선으로 이용하고 있다. 현재 국가적으로 상대적 빈곤 측정 방식을 이용하고 있다는 점에서 빈곤선은 중위값의 40%와 50% 두 가지를 이용하였다. 한편 분석에 사용한 가계동향조사 지출 자료는 소득을 포함하지 않으므로 가계의 소비 지출을 이용하여 의료비로 인한 빈곤화 정도를 평가하였는데, 의료비 지출을 포함한 지출 수준이 빈곤선보다 높지만 의료비 지출을 제외할 경우 소비 지출이 빈곤선 아래인 경우를 의료비로 인한 빈곤화로 정의하였다(의료비 지출을 포함한 소비 지출이 빈곤선보다 낮은 경우 분석에서 제외함).

6) 예를 들어 우리나라의 66세 이상 노인 빈곤율은 44.0%이다(통계청, 2020).

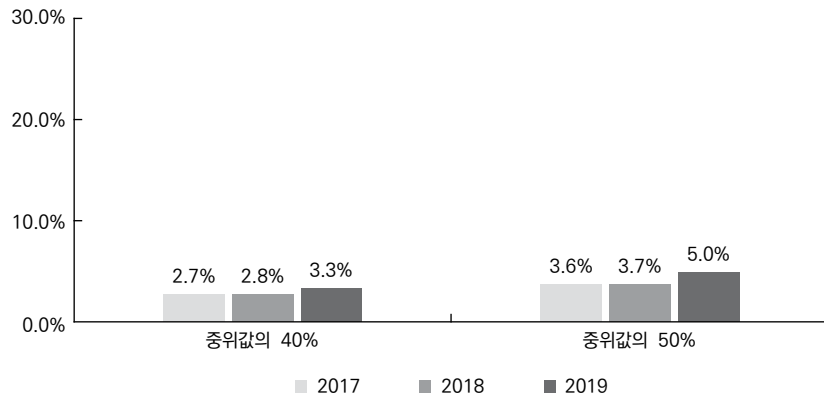


가. 전체 가구

소비 지출 중위값의 40%를 빈곤선으로 이용한 경우 의료비로 인한 빈곤화 경험률은 2017년

2.7%, 2018년 2.8%, 2019년 3.3%로 소폭 증가하였고, 중위값의 50%를 빈곤선으로 이용한 경우 빈곤화 경험률은 3.6%, 3.7%, 5.0%로 증가하였다.

그림 5. 의료비로 인한 빈곤화 경험률 추이(2017~2019년)



주: 가중치 적용. 빈곤선은 균등화 소비 지출 중위값의 40%와 50%로 설정함. 의료비 지출을 포함한 소비 지출이 빈곤선 아래인 가구는 제외 후 산출.  
 자료: 통계청 가계동향조사, 2017~2019년 자료를 이용하여 저자가 직접 산출함.

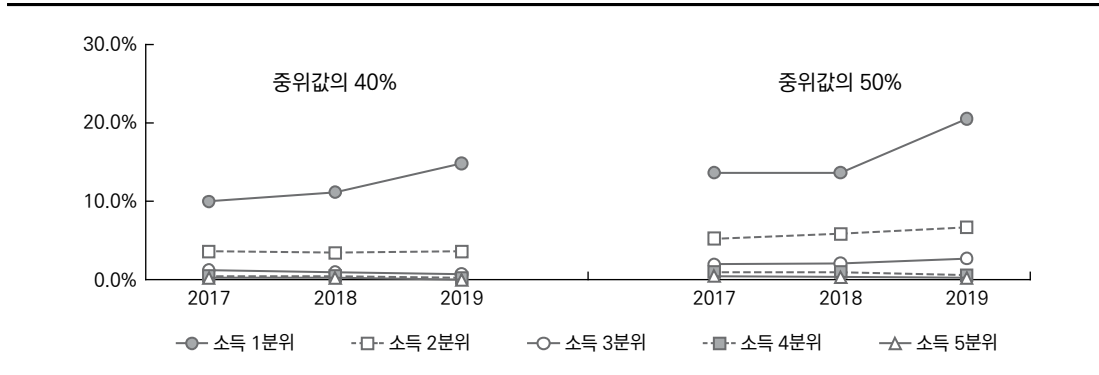
나. 소득 수준별

소득 분위별로 의료비로 인한 빈곤화 경험률을 살펴본 결과, 중위값의 40%를 기준선으로 이용한 경우와 중위값의 50%를 기준선으로 이용한 경우 모두 소득 수준이 높은 계층에서는 2017년에 비해 2019년에 빈곤화 경험률이 감소하였으나 소득 수준이 낮은 계층에서는 빈곤화 경험률이 증가하였다. 구체적으로 의료비 지출 후 소비 지출이 중위값의 40% 아래인 가구의 비율은 소득 1분위에서만 2017년 10.1%에서 2019년 14.9%로 증가하였고 그 외 계층에서는 변화가

없거나 감소하였다(예를 들어 소득 3분위의 빈곤화 경험률은 2017년 1.2%에서 2019년 0.5%로, 소득 5분위의 빈곤화 경험률은 0.2%에서 0% 수준으로 감소함). 의료비 지출 후 소비 지출이 중위값의 50% 이하인 비율은 소득 1분위(2017년 13.9%, 2019년 20.7%), 2분위(2017년 5.4%, 2019년 6.8%), 3분위(2017년 1.9%, 2019년 2.7%)에서 증가하였고 소득 4분위(2017년 0.9%, 2019년 0.7%), 5분위(2017년 0.5%, 2019년 0.2%)에서는 감소하였다.



그림 6. 소득 수준에 따른 의료비로 인한 빈곤화 경험률 추이(2017~2019년)



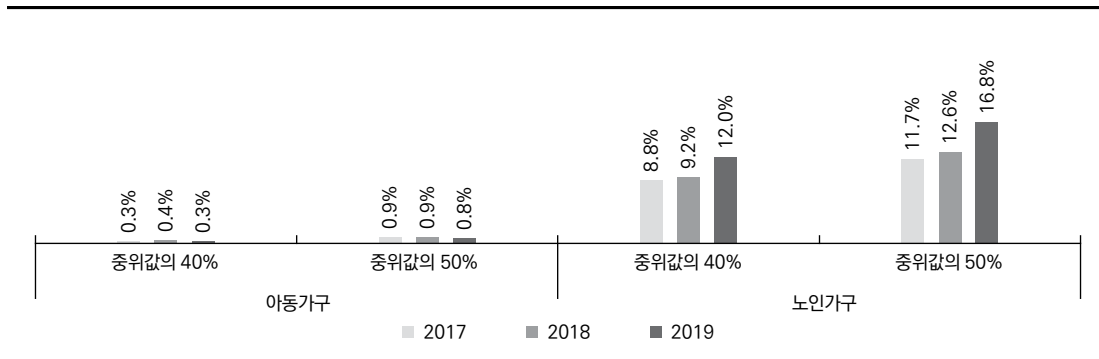
주: 가중치 적용. 왼쪽부터 소비 지출 중위값의 40%, 50%로 빈곤선을 정의함. 빈곤선은 균등화 소비 지출 중위값의 40%와 50%로 설정함. 의료비 지출을 포함한 소비 지출이 빈곤선 아래인 가구 제외 후 산출.  
 자료: 통계청 가계동향조사, 2017~2019년 자료를 이용하여 저자가 직접 산출함.

다. 아동 가구, 노인 가구

아동 가구에서 의료비 지출 후 소비 지출이 중위값의 40% 아래로 떨어진 가구의 비율은 2017년 0.3%, 2018년 0.4%, 2019년 0.3%로 거의 변화가 없었고 중위값의 50% 아래로 떨어진 가구의 비율도 0.9%, 0.9%, 0.8%로 크게 변하지

않고 유지되었다. 노인 가구에서 의료비 지출 후 소비 지출이 중위값의 40% 아래로 떨어진 가구의 비율은 2017년 8.8%, 2018년 9.2%, 2019년 12.0%로 증가하였고 중위값의 50% 아래로 떨어진 가구의 비율은 2017년 11.7%, 2018년 12.6%, 2019년 16.8%로 증가하였다.

그림 7. 아동 가구와 노인 가구에서 의료비로 인한 빈곤화 경험률 추이(2017~2019년)



주: 가중치 적용. 아동 가구는 만 18세 이하 아동이 있는 가구, 노인 가구는 만 65세 이상 노인이 있는 가구임. 빈곤선은 균등화 소비 지출 중위값의 40%와 50%로 설정함. 의료비 지출을 포함한 소비 지출이 빈곤선 아래인 가구 제외 후 산출.  
 자료: 통계청 가계동향조사, 2017~2019년 자료를 이용하여 저자가 직접 산출함.

#### 4. 미충족 의료 욕구 경험률 변화

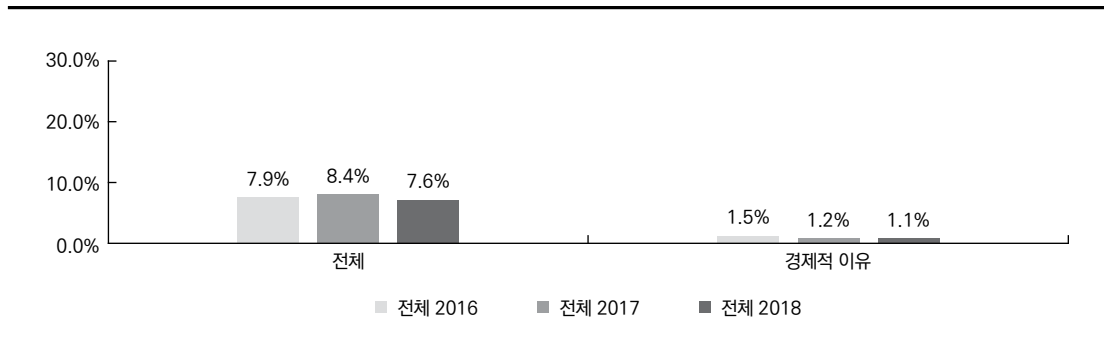
건강보장제도의 기능은 최소한의 경제적 부담으로 보건의료서비스를 이용할 수 있도록 보장하는 것이다. 특히 사회경제적 상태와 무관하게 필요할 때 의료서비스를 이용할 수 있도록 보장되어야 한다는 점에서 미충족 의료 경험률에 대한 평가가 필요하다. 한편 의료비로 인한 빈곤화, 재난적 의료비 경험률 증가는 의료 접근성 개선의 영향일 수 있다는 점에서 미충족 의료 욕구 경험률 변화를 평가하였다. 분석을 위해 국민건강영양조사를 이용하였는데, 국민건강영양조사에서는 병·의원 진료에 필요했으나 받지 못한 경험이 있는지, 그 이유가 무엇인지를 조사하고 있다. 2016년 조사부터 조사 문항이 변경되었고 현재

2018년 자료까지 공개되어 있어 2016~2018년 자료를 분석에 이용하였다.<sup>7)</sup> 미충족 의료를 경험하는 이유는 경제적 이유, 지리적 이유, 시간상의 이유 등 다양하다. 건강보험 보장성 강화 대책은 의료비로 인한 경제적 부담을 완화하기 위한 정책이라는 점에서 미충족 의료 경험 여부와 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험 여부 두 가지를 분석하였는데, 개인 단위에서 분석하였다.

##### 가. 전체

모든 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2017년 7.9%에서 2018년 8.4%로 소폭 증가하였다가 2019년 7.6%로 감소하였다. 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2017년 1.5%였고 2018년 1.2%, 2019년 1.1%로 감소하였다.

그림 8. 미충족 의료 경험률 추이(2016~2018년)



주: 가중치 적용.

자료: 보건복지부 질병관리본부, 국민건강영양조사 제7기(2016~2018) 자료를 이용하여 직접 산출함.

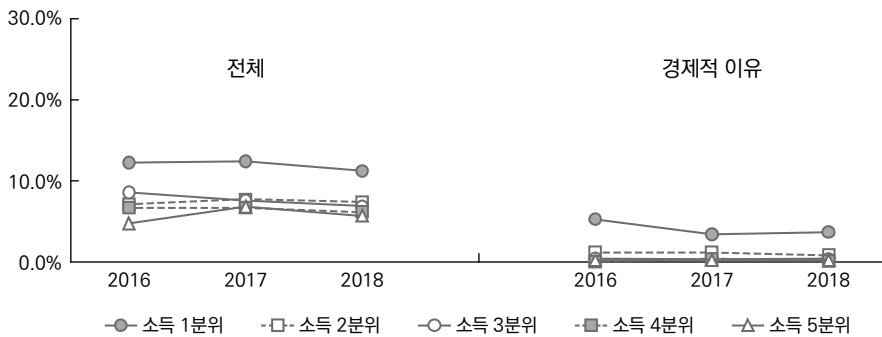
7) 국민건강영양조사에서는 2015년 조사까지는 “최근 1년 동안 본인이 병·의원(치과 제외)에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있습니까?”라고 질문하였고 2016년 조사부터는 “최근 1년 동안 본인이 병·의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?”라고 질문하였다. 2016년 조사에 포함된 미충족 의료의 원인은 시간이 없어서, 중세가 가벼워서, 경제적인 이유, 교통편이 불편해서/거리가 멀어서, 병·의원 등에 예약을 하기가 힘들어서, 진료(검사 또는 치료)받기가 무서워서, 기타의 8가지 중 주된 이유를 답하는 방식으로 바뀌었다(보건복지부 질병관리본부, 2019, 2020).

나. 소득 수준별

소득 수준으로 구분하여 분석할 경우 모든 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 소득 1분위에서 감소하고 그 외 계층에서는 크게 변하지 않거나 소폭 증가하였지만, 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 소득 1분위에서 더욱 확연히 감소하였다. 구체적으로 살펴보면, 소득 1분위의 미충족 의료 경험률은 2016년 12.3%에서 2018년 11.2%로 감소하였고, 경제적 이유로 인한 미충

족 의료 경험률은 2016년 5.5%에서 2018년 3.7%로 좀 더 많이 감소하였다. 즉, 소득 1분위에서 모든 이유로 인한 미충족 의료 경험률이 감소한 주요 이유는 경제적 부담 완화로 보인다. 반면 소득 5분위에서는 모든 이유로 인한 미충족 의료 경험률이 2016년 4.8%에서 2018년 5.8%로 증가하였고 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2016년과 2018년에 0.2%로 변화 없이 유지되었다.

그림 9. 소득 수준에 따른 미충족 의료 경험률 추이(2016~2018년)



주: 가중치 적용.  
 자료: 보건복지부 질병관리본부 국민건강영양조사 제7기(2016-2018)을 이용하여 직접 산출함.

다. 연령 집단별

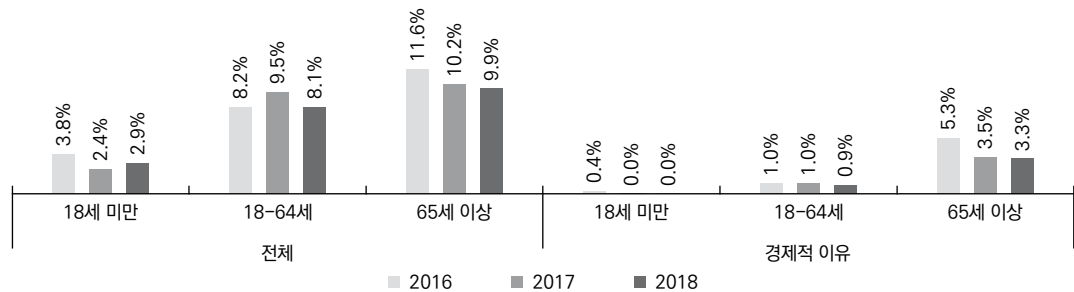
18세 미만, 18~64세, 65세 이상으로 구분하여 미충족 의료 경험률 변화를 살펴보았다. 18세 미만에서는 모든 이유로 인한 미충족 의료 경험률이 2016년 3.8%에서 2018년 2.9%로 감소하였고 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은

2016년 0.4%에서 2018년 0% 수준으로 감소하였다. 18~64세 성인의 모든 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2016년 8.2%에서 2018년 8.1%, 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2016년 1.0%에서 2018년 0.9% 수준으로 거의 변하지 않았다. 65세 이상 노인의 모든 이유로 인한

미충족 의료 경험률은 2016년 11.6%에서 2018년 9.9%로 감소하였고 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2016년 5.3%에서 2018년 3.3% 수준으로 감소하였다. 65세 이상 노인의 경우 경

제적 이유로 인한 미충족 의료 경험 감소 정도가 커서 전체 미충족 의료 경험률 감소를 이끈 것으로 보인다.

그림 10. 연령 집단별 미충족 의료 경험률 추이(2016~2018년)



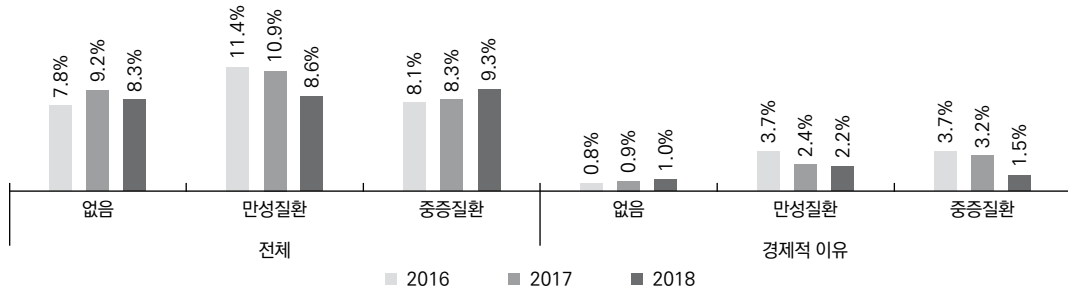
주: 가중치 적용. 아동 가구는 만 18세 이하 아동이 있는 가구, 노인 가구는 만 65세 이상 노인이 있는 가구임.  
 자료: 보건복지부 질병관리본부 국민건강영양조사 제7기(2016~2018) 자료를 이용하여 직접 산출함.

### 라. 주요 질환 특성별

보장성 강화 정책이 중증 질환 등에 중점을 두고 추진되었다는 점에서 중증 질환자, 만성질환자, 그 외의 세 가지 집단으로 구분하여 미충족 의료 경험률 추이를 분석하였다. 중증 질환자에서 모든 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2016년 8.1%에서 2018년 9.3%로 증가한 반면 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2016년 3.7%에서 2018년 1.5%로 감소하였다. 만성 질환자에서 모든 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2016년 11.4%에서 2018년 8.6%로 감소하였고 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률 또한 2016년 3.7%에서 2018년 2.2%로 감소하

였다. 중증 질환자나 만성질환자가 아닌 경우 모든 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2016년 7.8%에서 2018년 8.3%로 증가하였고 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 2016년 0.8%에서 2018년 1.0% 수준으로 거의 변하지 않았다. 이러한 결과는 보장성 강화 대책으로 만성질환이나 중증 질환 관련 의료서비스 접근에 대한 경제적 장벽이 일부 완화되었음을 의미한다. 반면 지리적 접근성이나 시간상의 어려움 등 다른 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 증가하여 다각도에서 의료 접근성을 개선하기 위한 정책을 시행할 필요가 있음을 시사한다.

그림 11. 주요 질환 특성별 미충족 의료 경험률 추이(2016~2018년)



주: 가중치 적용. 아동 가구는 만 18세 이하 아동이 있는 가구, 노인 가구는 만 65세 이상 노인이 있는 가구임. 빈곤선은 균등화 소비 지출 중위값의 40%와 50%로 설정함. 의료비 지출을 포함한 소비 지출이 빈곤선 아래인 가구 제외 후 산출.  
 자료: 보건복지부 질병관리본부 국민건강영양조사 제7기(2016-2018) 자료를 이용하여 직접 산출함.

### 5. 나가며

이 글에서는 보장성 강화 대책 시행을 전후로 한 가계의 의료비 부담 변화와 의료 접근성 변화 정도를 평가하였다. 분석 결과, 우선 재난적 의료비 경험률은 지출의 10%를 기준선으로 이용한 경우 증가하였고, 지불 능력의 40%를 이용한 경우 미미하지만 감소하였으며, 의료비로 인한 빈곤화 경험률 또한 소폭이지만 증가하였다. 특히 소득 1분위와 노인 가구에서 2017년 대비 2019년의 재난적 의료비 발생 및 의료비로 인한 빈곤화 경험률이 전반적으로 증가하였다. 이는 의학적 비급여의 급여화 등으로 인한 의료서비스 접근성 개선의 영향일 수 있으나 의료서비스 이용이 취약집단에서 과도한 의료비 부담으로 이어지는 것은 바람직하지 않은 결과이다. 한편 저소득층과 노인 가구에서 2018년에 부분적으로 재난

적 의료비 발생이 감소한 양상을 보였는데, 이는 2017년 하반기와 2018년에 추진된 취약계층 대상 보장성 강화와 ‘재난적의료비 지원사업’ 확대 등의 효과일 수 있다. 다음으로 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 보장성 강화에 따라 개선된 것으로 나타났다. 특히 경제적 부담이 증가한 것으로 나타난 저소득층과 노인 가구에서 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률이 많이 감소하였다.

이 글에서의 분석 결과는 다음과 같은 정책적 시사점을 제공한다.

우선, 보장성 강화 대책이 가구의 의료비 부담 완화, 의료서비스 접근성 개선에 긍정적인 역할을 하고 있지만 향후 지불 능력이 낮은 계층의 의료비로 인한 경제적 부담을 낮추기 위한 제도 설계가 필요하다. 비록 보장성 강화 정책의 일환으로 본인부담상한제의 상한선이 저소득층에 대해

연소득의 10% 수준으로 낮춰졌지만 당해 연도 의료비에 대한 환급 금액은 다음 연도 하반기경에 결정 및 지급되므로 지불 능력이 취약한 가구는 경제적 어려움을 겪을 수밖에 없다. 선행연구에 따르면 의료급여제도는 재난적 의료비 발생에서의 소득 수준 간 격차를 줄이는 역할을 한다(김수진, 2019). 하지만 현재 부양의무자 기준으로 인해 비수급 빈곤층이 상당한 것으로 알려져 있다. 이들 계층은 사후 지원을 받더라도 당장 큰 규모의 의료비 지출이 발생했을 경우 대출 등에 의존하게 된다(김수진 외, 2019). 보완적으로 건강보험 차상위계층에 대한 본인부담 경감 확대 등을 통해 저소득층의 의료 접근성 개선 및 의료비 부담을 완화하기 위한 방안에 대한 고민이 필요하다.

다음으로, 건강보험 보장성 강화 대책의 일환으로 ‘중증질환 재난적의료비 지원사업’이 2018년에 전체 질환으로 확대되었는데 그 역할을 강화할 필요가 있다. ‘재난적의료비 지원사업’에서 지원을 받은 경우 빈곤율 감소 등 가계의 의료비 부담 완화에 도움이 되었다는 결과에도 불구하고(김수진 외, 2019) 지원 대상이 될 수 있는 기준이 높고 지불 능력과 상관없이 비급여의 50%만을 지원하므로 저소득층의 경우 여전히 의료비 부담이 크게 남게 된다. 지원 자격에 대한 의료비 기준 완화 및 소득 수준에 따른 차등적 지원 방식 마련이 필요하다.

다음으로, 의료비로 인한 빈곤화 경험률이 상당히 높고 특히 저소득층에서 그 비율이 증가한

것으로 나타났는데, 이는 의료서비스에 대한 보장을 강화하는 정책만으로 취약계층의 의료비 부담을 완화하기에는 불충분함을 의미한다. 질병에 걸릴 경우 실직과 소득 상실로 이어질 수 있고 저소득층 등은 안정되지 않은 일자리인 경우가 많아 특히 이와 같은 위험에 취약하다. 「한국판 뉴딜」 종합계획(관계부처 합동, 2020)에서는 사회안전망 강화 방안 중 하나로 질병으로 인해 일을 할 수 없을 때 소득을 지원하는 상병수당 도입을 발표했는데, 실제로 지원이 필요한 계층이 제외되지 않도록 면밀한 제도 설계가 필요하다.

다음으로, 보장성 강화 대책에 따라 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률은 상당히 낮은 수준으로 감소하였지만 그 외 다른 이유로 인한 미충족 의료 경험률이 증가한 양상이었다. 이와 관련하여 구체적인 원인 파악이 필요할 것으로 보인다.

마지막으로, 보장성 강화 대책의 성과와 한계를 다각도에서 분석함으로써 한국의 건강보장제도가 국민의 건강 수준을 개선하고 질병으로 인한 가구의 경제적 위험을 줄이는 데 기여할 수 있는 제도로 발전하도록 지속적인 노력이 필요하다. ■

## 참고문헌

- 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단, 한국리서치. (2019). 전 국민 건강보장 30주년, 보장성 강화 2주년 국민

- 인식조사 결과보고서. 원주: 국민건강보험공단.
- 김수진. (2019). 재난적 의료비 발생의 추이와 함의. 보건복지포럼, 제268호, 74-85.
- 김수진, 황도경, 김현경, 신현웅, 강혜리, 이재광, ... 김수정. (2019). 보장성 강화대책이 재난적의료비 지원제도에 미치는 영향 및 제도 중장기 개선방안. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원.
- 오민호. (2019. 4. 8.). KHC 포럼1. 보장성 강화정책 중간 평가. 병원신문. <http://www.khanews.com/news/articleView.html?idxno=142545>에서 2020. 10. 27. 인출.
- 보건복지부. (2017. 8. 9.). 모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다! 보도자료.
- 보건복지부. (2019). 건강보험 보장성 강화대책 주요 성과 및 향후 계획.
- 보건복지부. (2020. 9. 2.). 국민건강보험이 가입자의 의료비 부담을 완화하여 진료비를 돌려드립니다. 보도자료.
- 보건복지부 질병관리본부. (2019). 국민건강영양조사 제6기(2013-2015) 원시자료 이용 지침서.
- 보건복지부 질병관리본부. (2020). 국민건강영양조사 제7기(2016-2018) 원시자료 이용 지침서.
- 관계부처 합동. (2020. 7. 14.). 「한국판 뉴딜」 중 합계획. 보도자료.
- 통계청. (2020). 2020 고령자 통계. 통계청.
- 통계청 MDIS. (2020). 통계설명자료 - 가계동향조사. <https://mdis.kostat.go.kr/infoData/detailData.do?statsConfmNo=101006>에서 2020. 10. 27. 인출.
- OECD. (2020). OECD Health Statistics 2020. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>에서 2020. 9. 9. 인출.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378), 111-117.
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, MF., Chepynoga, K., Buisman, L. R., ... & Eozenou, P. (2018a). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e169 - e179. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
- Wagstaff, A., Flores, G., Smitz, MF., Hsu, J., Chepynoga, K., & Eozenou, P. (2018b). Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e180 - e192. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30486-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2)
- UN Statistics Wiki. (2020). E-Handbook on SDG Indicators: Goal 3 Indicator 3.8.2. <https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.8.2>에서 2020. 9. 9. 인출.

〈통계 자료원〉

보건복지부 질병관리본부. 국민건강영양조사 제7기(2016-2018).

통계청 가계동향조사, 2017~2019.