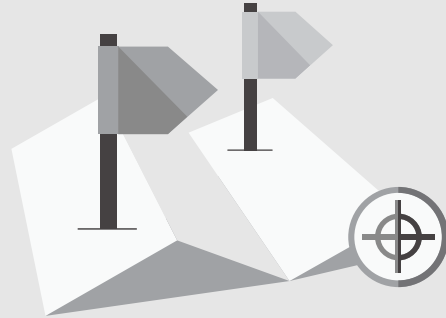


이달의 초점

한국과 유럽 8개국의 가구 생계비 지출 수준 비교



한국과 유럽 8개국의 가구 주거·수도·광열비 부담
김태완

한국과 유럽 8개국의 가구 의료비 지출 부담
김기태

한국과 유럽 8개국의 가구 교육비 지출 부담
여유진

한국과 유럽 8개국의 가구 교통·통신비 지출 부담
이주미

한국과 유럽 8개국의 가구 핵심생계비 지출 부담
김기태·이주미

[부록]
한국과 유럽 8개국 가구 지출의 비교 분석을 위한 기준

한국과 유럽 8개국의 가구 의료비 지출 부담¹⁾

A study on the medicare expenditure burden of households in Korea and eight European countries

김기태 | 한국보건사회연구원 연구위원

이 글에서는 한국과 유럽 8개국의 가계 의료비 부담 수준을 확인했다. 한국은 가계동향자료, 유럽 국가에 대해서는 가구지출설문(Household Budget Survey) 자료를 활용했다. 한국의 가계 의료비 부담은 가계 소비지출 대비 6.8%로 비교 대상 국가 가운데 두 번째로 높았다. 노인 단독 가구(14.9%)나 4인 가구(5.6%)를 기준으로 보면, 한국의 소비지출 대비 의료비 부담이 비교 대상 국가 중 가장 높았다. 소득 분위별로 살펴보면, 한국은 전반적으로 모든 분위에서 소비지출 대비 의료비 부담이 높게 나타났다. 특히 지출 수준이 가장 낮은 1분위의 소비지출 대비 의료비 지출 부담 수준(9.4%)이 다른 국가보다 현저하게 높게 나타났다. 이와 같은 분석에 근거해 다음과 같은 정책 제언을 시도했다. 첫째, 환자 본인의 의료비 부담을 높이는 비급여 항목의 급여화를 지속적으로 추진해야 할 것이다. 둘째, 본인부담상한액에서 저소득층의 부담 수준을 완화하는 방향으로 내용 보안을 할 필요가 있다. 셋째, 한국 1차 의료기관의 기능 강화가 필요하다.

1. 들어가며²⁾

가. 가계 지출에서 의료비 부담의 의미

질병과 부상에 따른 개인적 손실은 매우 크다.

아프면 그로 인한 고통뿐만 아니라 치료에 드는 비용도 부담이 된다. 의료비는 주거비 등과 함께 인간이 기본적인 생활을 영위하기 위해 필수적으로 지출하게 되는 비용이다. 아프면 기본적인 생산 활동을 통해 소득을 창출할 수 없을뿐더러, 치

1) 이 글은 한국보건사회연구원이 수행한 김기태, 이주미, 여유진, 김태완(2021), 『한국 가계의 생계비 지출 부담 경감 방안 연구 - 유럽 8개국과의 비교 분석을 중심으로』 연구를 토대로 작성한 것이다.

2) 이 글을 쓰기 위한 연구 방법은 부록을 참고할 것

료비라는 추가 지출이 발생한다.

의료비용이 가구의 경제력이 감당할 수 있는 수준을 넘어서면 더 큰 문제가 생긴다. 이 같은 문제는 당연히 저소득 및 중산층 가구에서 더 자주 발생한다. 높은 수준의 진료비는 부유한 가구의 생계에도 타격을 미칠 수 있다. 한국에서 이 같은 의료비 과부담 문제는 자주 연구의 대상이 됐다. 김수진(2019)은 의료패널을 분석한 결과, 재난적 의료비 발생이 저소득층을 중심으로 나타나므로 질환 중심보다는 환자 부담이 큰 의료서비스를 중심으로 건강보험의 보장성을 강화할 것을 제안했다. 우경숙, 박찬미, 신영전(2018)은 복지패널 분석을 통해 재난적 의료비 발생 가구가 미발생 가구에 비해 빈곤화할 가능성이 4.4배 높다고 분석했다.

한국에서 가구의 의료비 과부담에 관한 연구가 자주 수행되는 데는 두 가지 배경이 있다. 첫째, 한국은 경제협력개발기구(OECD) 회원국 가운데 의료비 가계 직접 부담 비율이 매우 높은 나라 중 하나다. OECD(2021)에 따르면, 한국의 경상의료비 가운데 가계 직접 부담액의 비율은 30.2%로, OECD 회원국 가운데 일곱 번째로 높다. OECD 회원국 중에서 가계 직접 부담 비율이 높은 나라로는 멕시코(42.1%), 라트비아(37.1%), 그리스(35.2%), 칠레(32.8%), 리투아니아(32.3%), 포르투갈(30.5%)이 있다. OECD 평균은 19.8%다. 한국은 가계의 직접 부담액이 OECD 평균에 비해 10.4%포인트나 높다. 따라서 한국의 가계는 다른 복지국가들에 견줘 볼 때 상당한 의료비

부담을 지고 있다는 점을 짐작할 수 있다.

둘째, 한국에서는 2021년 현재 상병수당이 부재한 상황이다. OECD 회원국 가운데 국가 단위의 상병수당 혹은 기업을 매개로 한 법정 유급병가가 없는 나라는 미국과 한국 두 나라밖에 없다. 소득이 있는 노동자는 업무 외 상병으로 아플 때 소득 상실 및 병원비 부담이라는 이중 부담을 안게 된다. 한국에 상병수당제도가 갖춰져 있다면, 가구는 생계비 부담이라도 덜어서 의료비 부담이 상대적으로 적을 것이다. 한국 복지국가에서 상병수당의 부재는 소득의 상실과 아울러 의료비 과부담을 가계에 얹게 된다. 장기간의 상병은 개인의 빈곤화를 초래하기도 한다(이승윤, 김기태, 2017).

질병과 부상에 따른 사회적 비용도 적지 않다. 노동자가 상병으로 인해 빈곤해지면 이에 대한 재정적 지출이 발생하고 그에 따른 국가 차원의 경제적 손실도 따른다. 복지국가의 역사에서 질병보험이 가장 먼저 등장하게 된 배경에는 이 같은 상병이라는 특수성이 자리 잡고 있다. 1883년에 독일 비스마르크는 세계 최초로 사회보험 형태의 질병보험을 도입하였다.

나. 한국의 의료비 부담 수준

우리나라 국민이 보건의료서비스와 재화의 최종 소비를 위해 지출한 의료비가 국내총생산(GDP)에서 차지하는 비율은 8.2%로, OECD 평균(8.8%)보다 낮다(OECD, 2021). 국민 1인당 경상의료비도 OECD 평균보다 낮은 수준이다. 2019년 US달러 구매력 기준(PPP)으로 한국의 1인당 경상

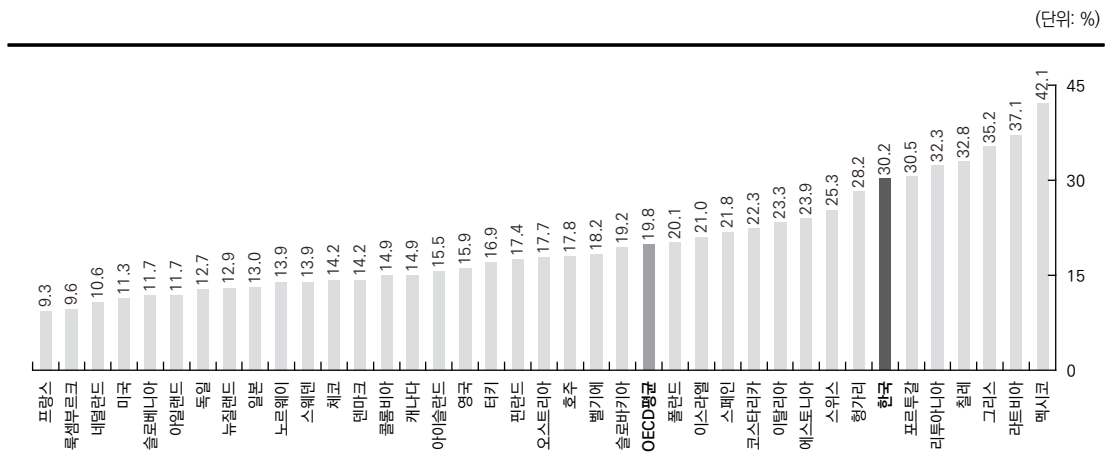
의료비는 3,406달러였다(OECD, 2021). OECD 평균인 4,087달러보다 낮다. 미국이 1인당 1만 948달러로 가장 높았고, 멕시코가 1인당 1,133달러였다. 이 수치만 보면 한국은 경상의료비 지출을 적정 수준에서 관리하는 것으로 보일 수 있겠다.

그러나 한국의 의료비가 증가하는 속도는 OECD 회원국 가운데 가장 빠르다. 급격한 고령화 및 꾸준한 경제 수준 향상이 주된 원인으로 풀이된다. 한국의 GDP 대비 의료비는 2014년 이후 5년 만에 4.8%포인트 증가했다(OECD, 2021). 다른 OECD 회원국들의 평균은 같은 기간 0.1%포인트 증가했을 뿐이다. 이 같은 증가 속도를 보면, 앞으로 한국 가계에 의료비 지출 부담이 가중될 것이라고 예상할 수 있다.

현재 시점 기준으로 보면, 한국의 총의료비 지

출이 다른 OECD 회원국보다 상대적으로 적다. 그러나 한국 가계의 의료비 지출 부담이 적지는 않다. 앞에서 살펴본 대로, 한국 가계의 의료비 직접 부담 비율은 경상의료비 가운데 30.2%다. 이처럼 가계 부담이 높은 이유는 정부의 조세 혹은 사회보험에서 충당하는 비용 부담 비율이 낮기 때문이다. OECD(2021)에서 제시하는 경상의료비 가운데 정부·의무가입제도 비율은 한국이 61.0%로 매우 낮다. OECD 평균 74.1%보다 낮다. 한국에서 의료 분야의 공공화 수준이 낮은 결과, 가구의 의료비 부담 비율이 높다는 뜻으로 풀이할 수 있다. 그러나 한국의 가구 유형에 따라 의료비 부담이 얼마나 높은지에 대한 국제 비교는 희소하다. 다음 절에서는 한국 가계가 부담하는 의료비의 부담 수준이 실제로 어느 정도

그림 1. 경상의료비³⁾ 중 가계 직접 부담 비율



자료: 한국보건사회연구원, 보건복지부. (2021). OECD Health Statistics 2021. p. 130 [그림 27]

3) 경상의료비는 보건의료서비스와 재화의 소비를 위하여 국민 전체가 1년간 지출한 총액을 가리키며, 정부·의무가입제도(중앙정부와 지방정부의 지출액 및 사회보험·자동차보험을 통한 지출액 합계)와 민간의료비(임의가입을 통한 지출과 가계 직접 부담의 합계)를 합한 액수이다(통계청, 2022).

인지를 유럽의 주요 국가들과 비교해 보고자 한다. 이 글에서는 유럽연합 통계청(Eurostat)으로부터 유럽 28개 국가의 가계 지출 항목을 담은 가구지출설문(HBS: Household Budget Survey) 자료를 확보하여, 한국 가계동향조사의 비목과 비교 분석을 시도했다.

두 조사 모두 가계 지출 항목의 기준으로 국제 기준인 목적별 소비지출 분류(COICOP: Classification Of Individual Consumption by Purpose)를 활용하고 있다(통계청, 2020). 이로써 한국과 다른 유럽 국가들 간 수평적인 비교가 가능했다. 참고로 가계동향조사와 가구지출설문에서의 의료비는 사람의 질병 예방, 치료 및 신체 교정 등에 필요한 상품과 서비스에 대한 지출을 포괄한다(통계청, 2020). 따라서 처방 여부를 불문하고 약사 및 의사에게 구입한 의약품의 구입 비용, 의약품 외에 안대, 식염수 등 의료용 소모품의 구입 비용, 질병 예방과 질병 치료, 신체 교정·유지에 필요한 보건의료용품 및 기구 구입 비용, 외래의료서비스비, 치과서비스비, 이 외에 기타 의료 관련 서비스비, 마지막으로 입원한 환자가 병원에서 치료받는 기간에 발생하는 비용, 호스피스 등의 서비스를 포함한 병원 입원 치료비 등이 포함된다.

2. 한국과 유럽의 의료비 지출 부담

가. 가구 유형별 의료비 지출

한국 가계의 소비지출 대비 의료비 부담은 비

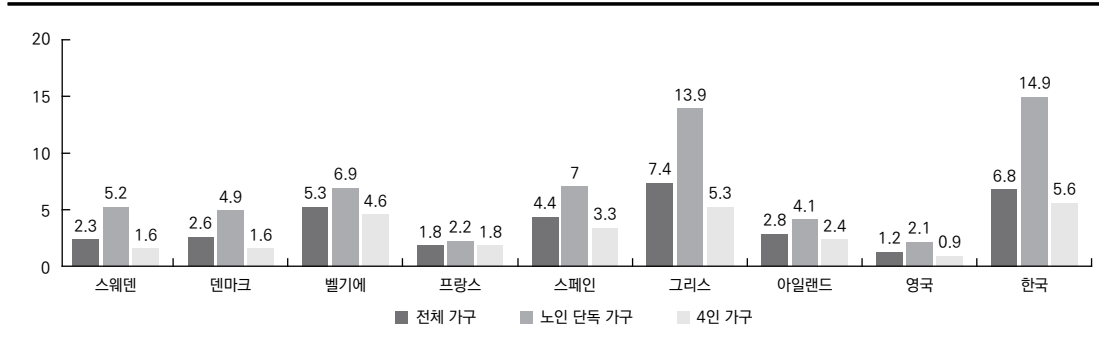
교 대상인 유럽 국가 가운데 그리스(7.4%) 다음으로 높다. 조세 기반 국가의료서비스(NHS)를 제공하는 나라(영국 1.2%, 스웨덴 2.3%, 덴마크 2.6%) 혹은 경상의료비 가운데 가계 의료비 직접 부담 비율이 낮은 나라(프랑스 1.8%)에서 가구의 의료비 부담 수준이 낮은 점을 확인할 수 있었다. 여기에서도 의료보장은 복지국가의 자유주의·보수주의·보편주의 등 전통적인 범주와는 다르게 작동하는 것을 확인할 수 있다. 특히 자유주의 유형에 속하는 영국의 의료비 지출 비율이 매우 낮은 것은 NHS의 기능 때문인 것으로 풀이된다.

노인 단독 가구를 기준으로 보면, 한국 노인의 부담 수준은 14.9%까지 올라간다. 그리스(13.9%)와 더불어 의료비 부담 수준이 두 자리대다. 나이가 들면서 의료서비스 수요가 발생하는 것은 자연스러운 일이다. 모든 국가에서 노인 가구의 소비지출 가운데 의료비 비중이 커지는 것은 새로운 일은 아니다. 다만, 프랑스는 노인 단독 가구의 의료비 지출 부담이 2.2%로, 전체 가구 비율(1.8%)보다 0.4%포인트만 높은 수준에서 의료서비스 보장이 이뤄지는 점이 이채롭다. 한국에서는 노인 단독 가구의 의료비 지출 부담이 전체 가구보다 두 배 넘게 상승했다.

4인 가구를 기준으로 보면, 영국의 의료비 지출 부담은 0.9%로 떨어진 반면, 한국은 5.6%였다. OECD(2021)에 따르면, OECD 회원국 가운데 그리스(35.2%)는 한국(30.2%)보다 의료비 직접 부담 비율이 높은 여섯 개 나라 중 하나였다. 그러나 이 분석에서는 그리스 가계의 소비지출 대비

그림 2. 소비지출 대비 의료비 비율 비교

(단위: %)



주: 2015년 기준(단, 영국의 경우 2010년 기준임).

자료: 유럽 8개국 - Eurostat. (n.d.). Household Budget Survey [HBS], raw data. 한국 - 통계청. (2015). 가계동향조사. 원자료.

김기태, 이주미, 여유진, 김태완. (2021). 한국 가계의 생계비 지출 부담 경감방안 연구 - 유럽 8개국과의 비교 분석을 중심으로. 재인용(p86).

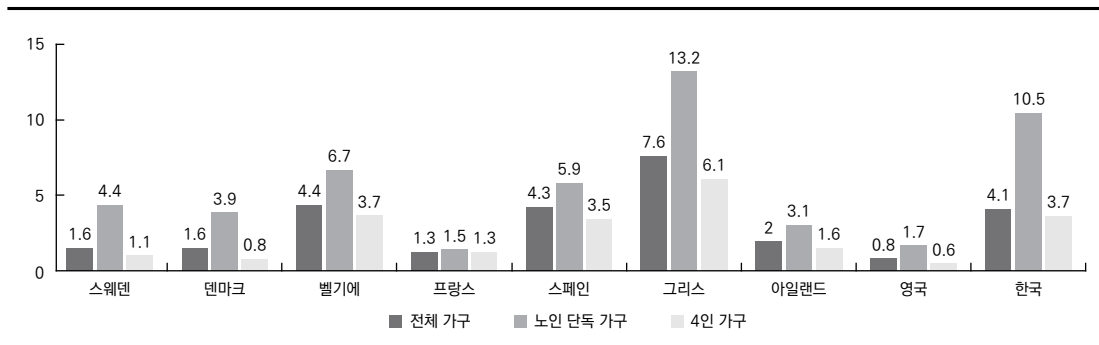
의료비 부담 비율이 5.3%로 한국보다도 낮았다.

다음으로, 소득 대비 의료비 비율을 살펴보면, 전체 가구를 기준으로 보면, 그리스(7.6%), 스페인(4.3%), 벨기에(4.4%)의 가구 소득 대비 의료비 비율이 한국(4.1%)보다 높았다. 영국의 NHS는 소득 대비 가구의 의료비 지출을 1% 미

만으로 끌어내렸고, 북유럽의 두 나라와 프랑스, 아일랜드는 의료비 지출 수준을 2% 미만으로 관리했다. 소득 대비 의료비 지출 수준은 소비지출 대비 의료비 지출 수준보다 대부분의 국가에서 낮게 나타났다. 소득이 지출보다 많기 때문이다. 조사 대상 국가 가운데 두 나라는 예외였는데, 스

그림 3. 소득 대비 의료비 비율 비교

(단위: %)



주: 2015년 기준(단, 영국의 경우 2010년 기준임).

자료: 유럽 8개국 - Eurostat. (n.d.). Household Budget Survey [HBS], raw data. 한국 - 통계청. (2015). 가계동향조사. 원자료.

김기태, 이주미, 여유진, 김태완. (2021). 한국 가계의 생계비 지출 부담 경감방안 연구 - 유럽 8개국과의 비교 분석을 중심으로. 재인용(p88).

페인과 그리스다. 두 나라에서는 가구 평균 소득 액보다 소비지출액이 더 많았다. 스페인은 소득 대비 지출액 비율이 평균 122.1%였고, 그리스는 122.7%였다. 다른 7개국에서는 소득 대비 지출액 수준이 100% 이하였다. 스페인과 그리스에서는 분모(소득)가 줄어들면서 의료비 부담 비율이 증가했다.

노인 단독 가구를 기준으로 보면, 한국의 노인들은 소득 가운데 10.5%를 의료비로 썼는데, 이는 그리스(13.2%)보다는 낮지만 다른 유럽 국가들보다는 높았다. 프랑스가 1.5%로 비교 대상 국가 가운데 가장 낮은 의료비 부담 비율을 보였다.

4인 가구를 기준으로 보면, 영국의 의료비 지출 부담은 0.6%로 떨어졌다. 한국은 그리스(6.1%) 다음으로 의료비 지출 부담이 높았다(3.7%). 벨기에(3.7%)와 스페인(3.5%)이 한국의 뒤를 이었다.

그림이나 표로 제시하지는 않았지만, 3인 가구를 기준으로 보아도 국가별 경향은 큰 변화가 없었다. 그리스가 6.8%로 가장 높았고, 영국이 0.9%로 낮은 의료비 부담 수준을 유지했다.

나. 소득 분위별 의료비 지출

소득 분위별로 나누어 소비지출 대비 의료비 지출 경향을 살펴보았다. 분위별로 보면, 한국은 세 가지 특징적인 양상이 나타난다. 첫째, 전반적으로 모든 분위에서 의료비 부담이 다른 국가들보다 상대적으로 높게 나타난다. 비교 대상 국가들의 각 분위에서 나타나는 소비지출 대비 의료비 부담

비율이 대부분 한국의 수치를 밑돌았다. 그리스만 예외였는데, 2분위(7.9%)와 3분위(8.6%), 5분위(7.1%)에서 한국보다 높았다.

둘째, 소득 분위에 따른 의료비 부담 수준의 격차가 한국에서는 크게 나타난다. <표 1>에서 보는 바와 같이, 한국에서는 소득 분위가 올라갈수록 의료비 부담 수준이 떨어지는 경향이 분명하게 나타난다. 이 같은 우하향 경향은 다른 유럽 국가에서는 상대적으로 덜하거나(덴마크), 완전한 수평선을 그리거나(프랑스), 심지어는 소득 분위가 올라갈수록 의료비 부담 수준이 올라갔다(영국, 아일랜드). 영국의 경우 1분위에서 소비지출 대비 의료비 부담 비율이 0.8%였으나, 5분위에서는 오히려 1.3%로 우상향하고 있다. 물론 이 부분은 조금 더 구체적인 분석이 필요하다. 영국의 1분위 집단이 아픈데도 불구하고 의료비 지출을 자제할 가능성이 있다. 그러나 영국에서는 안과, 치과 등 일부 분야를 제외하고는 무상 의료서비스가 이뤄진다는 점도 참고 삼아 밝혀 둔다.

셋째, 지출 수준이 가장 낮은 1분위의 의료비 지출 부담 수준이 다른 국가에 견줘 한국에서 현저하게 높게 나타난다. 한국의 1분위가 부담하는 소비지출 대비 의료비 수준(9.4%)은 다른 국가에 비춰도 부담이 매우 높다. 특히 2~5분위와 비교할 때, 1분위의 의료비 부담이 큰 점이 도드라진다. 한국에서 소득 1분위의 상당수가 노인이라는 점, 그래서 이들의 의료 수요가 높은 점도 원인일 것으로 추정된다.

다음으로, 소득 분위별 소득 대비 의료비 지출

표 1. 소득 분위별 소비지출 대비 의료비 비율

(단위: %)

| 소비지출 대비 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 전체 |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 스웨덴 | 2.4 | 3.4 | 1.9 | 2.3 | 1.9 | 2.3 |
| 덴마크 | 3.3 | 2.9 | 2.5 | 2.6 | 2.1 | 2.6 |
| 벨기에 | 5.7 | 5.9 | 5.5 | 5.4 | 4.6 | 5.3 |
| 프랑스 | 1.6 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 1.8 | 1.8 |
| 스페인 | 4.0 | 4.6 | 5.0 | 4.3 | 4.2 | 4.4 |
| 그리스 | 7.2 | 7.9 | 8.6 | 6.5 | 7.1 | 7.4 |
| 아일랜드 | 2.2 | 2.4 | 2.6 | 3.0 | 3.2 | 2.8 |
| 영국 | 0.8 | 1.2 | 1.1 | 1.3 | 1.3 | 1.2 |
| 한국 | 9.4 | 7.0 | 6.3 | 6.6 | 6.1 | 6.8 |

주: 2015년 기준(단, 영국의 경우 2010년 기준임).

자료: 유럽 8개국 - Eurostat. (n.d.). Household Budget Survey [HBS]. raw data. 한국 - 통계청. (2015). 가계동향조사. 원자료.

김기태, 이주미, 여유진, 김태완. (2021). 한국 가계의 생계비 지출 부담 경감방안 연구 - 유럽 8개국과의 비교 분석을 중심으로. 재인용(p90).

비율을 국가별로 살펴보았다. 앞에서 살펴본 대로, 가계의 소비지출액보다 소득이 평균적으로 낮은 스페인과 그리스에서 의료비 부담 비율이 상대적으로 크게 증가했다. 다른 국가들은 평균적으로 가계의 소득이 소비지출보다 높아서 의료비 부담 비율이 남유럽 국가들과는 반대의 방향으로 움직였다. 한국도 소비지출 대비 의료비 지출 수준보다 소득 대비 의료비 부담 비율이 모든 분위에서 상대적으로 감소했다. 소비지출 대비 의료비 비율과 견주었을 때, 소

표 2. 소득 분위별 소득 대비 의료비 비율

(단위: %)

| 소득 대비 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 전체 |
|-------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 스웨덴 | 2.7 | 2.6 | 1.3 | 1.6 | 1.0 | 1.6 |
| 덴마크 | 3.3 | 2.2 | 1.6 | 1.5 | 1.0 | 1.6 |
| 벨기에 | 6.2 | 5.6 | 4.9 | 4.4 | 3.1 | 4.4 |
| 프랑스 | 1.9 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.0 | 1.3 |
| 스페인 | 6.5 | 5.4 | 5.2 | 4.1 | 3.3 | 4.3 |
| 그리스 | 15.3 | 9.6 | 9.4 | 6.4 | 5.7 | 7.6 |
| 아일랜드 | 2.5 | 1.9 | 1.9 | 2.1 | 1.8 | 2.0 |
| 영국 | 1.1 | 1.1 | 0.9 | 0.9 | 0.7 | 0.8 |
| 한국 | 8.4 | 4.9 | 4.1 | 3.9 | 3.0 | 4.1 |

주: 2015년 기준(단, 영국의 경우 2010년 기준임).

자료: 유럽 8개국 - Eurostat. (n.d.). Household Budget Survey [HBS]. raw data. 한국 - 통계청. (2015). 가계동향조사. 원자료.

김기태, 이주미, 여유진, 김태완. (2021). 한국 가계의 생계비 지출 부담 경감방안 연구 - 유럽 8개국과의 비교 분석을 중심으로. 재인용(p92).

득 대비 의료비 지출 비율에서 가장 다른 점이 있었다. 거의 모든 국가에서 소득 분위가 올라갈수록 의료비 부담 비율은 거의 일정한 방향으로, 즉 우하향하는 방향으로 움직였다. 아일랜드와 스웨덴만 예외였는데, 아일랜드에서는 1분위의 소득 대비 의료비 부담 비율이 2.5%로 높았지만, 2~5분위에서는 1.8~2.1%로 다소 들쭉날쭉했다.

비교 대상 국가들에서 눈여겨볼 대목이 있다. 소득 분위가 올라갈수록 줄어드는 의료비 부담 수준을 얼마나 완만하게 관리하느냐 하는 문제이다. 즉, 여기서 쟁점은 기울기이다. 무상 의료서비스를 운영하는 영국에서는 그 기울기가 가장 완만했다. 1분위의 소득 대비 의료비 부담 비율은 1.1%인데, 분위가 올라갈수록 1.1%(2분위), 0.9%(3분위와 4분위), 0.7%(5분위)로 매우 완만하게 줄어들었다.

한국의 기울기는 가팔랐다. 한국과 비슷한 경향을 보이는 나라가 스페인이다. 소득 대비 평균 의료비 지출 비율이 한국 4.1%, 스페인 4.3%로 유사하다. 그러나 스페인의 분위별 격차는 한국보다 작다. 가장 큰 차이는 1분위에서 나타난다. 한국의 1분위가 소득의 8.4%를 의료비에 쓰는 반면, 스페인의 1분위는 6.5%를 지출한다. 한국의 저소득계층을 위한 정책적인 고려가 필요한 대목이다.

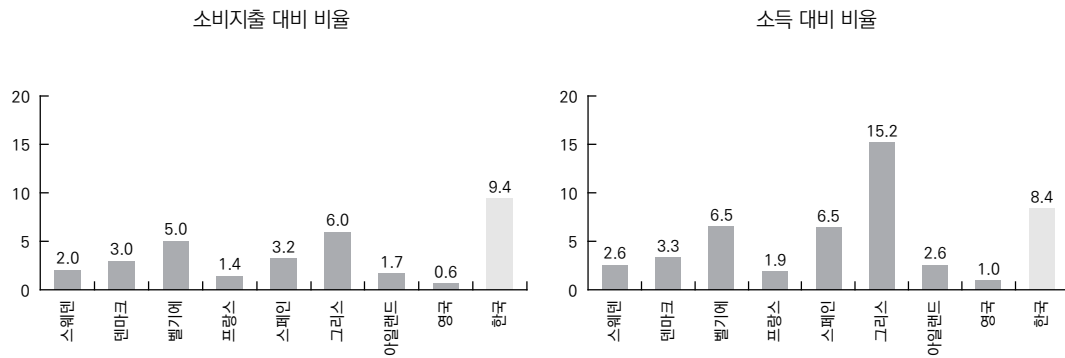
저소득층의 의료비 부담에 집중해서 비교 대상 국가들의 소득 1분위에 한정해 소비지출 및 소득 대비 의료비 지출 비율을 비교해 보면, 한국의 1분위가 부담하는 의료비 지출 수준이 높음을

확인할 수 있다. 복지국가 유형별로 보면, 북유럽의 스웨덴과 덴마크가 소비지출 및 소득 대비 3% 전후 수준에서 저소득층의 의료비 지출 수준을 관리했다. 자유주의 복지 체제에 속한 영국과 아일랜드도 조세에 기반한 의료서비스가 의료보장의 중심을 이루면서, 저소득층이 부담하는 의료비 수준이 북유럽 복지국가들보다도 낮게 유지됐다. 보수주의 유형인 프랑스와 벨기에는 각자 다른 양상을 보였다. 프랑스는 저소득층의 의료비 부담 수준을 낮게 관리하지만 벨기에 저소득층의 부담 수준은 다른 유럽 국가와 한국의 중간 수준이었다. 스페인과 그리스는 소비지출 혹은 소득 기준에 따라 의료비 지출 부담 수준이 차이가 컸다.

다음으로, 4인 가구를 기준으로 소득 대비 분위별 의료비 지출 부담 비율을 살펴보았다. 1분위의 경우, 한국은 그리스(16.3%)에 이어 소득 대비 의료비 부담 비율이 두 번째로(5.1%)로 높았다. 분위별 의료비 부담 비율을 보면, 스웨덴과 덴마크, 프랑스, 아일랜드, 영국 5개국은 소득 대비 의료비 부담 비율을 낮게 유지하면서 분위별 의료비 부담 수준도 차이가 나지 않게 유지했다. 한국과 벨기에, 스페인에서는 비슷한 양상이 나타나는데, 1분위는 5% 전후 수준, 5분위는 2.5~3.0% 수준이었다. 물론 이 분석에서는 의료비 부담 비율의 분모에 해당하는 분위별 소득 수준이 국가별로 다르다는 점을 염두에 두어야 할 것이다.

그림 4. 국가별 1분위의 소비지출 및 소득 대비 의료비 비율

(단위: %)



주: 2015년 기준(단, 영국의 경우 2010년 기준임).

자료: 유럽 8개국 - Eurostat. (n.d.). Household Budget Survey [HBS]. raw data. 한국 - 통계청. (2015). 가계동향조사. 원자료.

김기태, 이주미, 여유진, 김태완. (2021). 한국 가계의 생계비 지출 부담 경감방안 연구 - 유럽 8개국과의 비교 분석을 중심으로. 재인용(p94).

표 3. 소득 분위별 소비지출 및 소득 대비 의료비 비율(4인 가구)

(단위: %)

| 소비지출 대비 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 전체 |
|---------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 스웨덴 | 1.4 | 1.8 | 1.7 | 1.9 | 1.2 | 1.6 |
| 덴마크 | 1.2 | 2.5 | 1.7 | 1.6 | 1.4 | 1.6 |
| 벨기에 | 4.0 | 5.2 | 4.3 | 5.1 | 4.4 | 4.6 |
| 프랑스 | 1.5 | 1.7 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 1.8 |
| 스페인 | 3.0 | 4.1 | 3.4 | 3.0 | 3.2 | 3.3 |
| 그리스 | 6.6 | 4.5 | 5.9 | 5.0 | 4.9 | 5.3 |
| 아일랜드 | 1.8 | 1.8 | 2.7 | 2.9 | 2.5 | 2.4 |
| 영국 | 0.6 | 0.5 | 1.0 | 0.7 | 1.3 | 0.9 |
| 한국 | 5.5 | 6.1 | 5.2 | 6.4 | 5.1 | 5.6 |
| 소득 대비 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 전체 |
| 스웨덴 | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 1.3 | 0.7 | 1.1 |
| 덴마크 | 1.2 | 1.4 | 1.0 | 0.8 | 0.6 | 0.8 |
| 벨기에 | 4.2 | 4.8 | 3.8 | 3.9 | 2.9 | 3.7 |
| 프랑스 | 1.8 | 1.5 | 1.5 | 1.3 | 1.0 | 1.3 |
| 스페인 | 4.9 | 5.3 | 3.8 | 3.0 | 2.7 | 3.5 |
| 그리스 | 16.3 | 6.0 | 7.3 | 5.3 | 4.5 | 6.1 |
| 아일랜드 | 1.9 | 1.5 | 2.0 | 1.9 | 1.2 | 1.6 |
| 영국 | 1.0 | 0.4 | 0.8 | 0.5 | 0.6 | 0.6 |
| 한국 | 5.1 | 4.4 | 3.7 | 4.2 | 2.6 | 3.7 |

주: 2015년 기준(단, 영국의 경우 2010년 기준임).

자료: 유럽 8개국 - Eurostat. (n.d.). Household Budget Survey [HBS]. raw data. 한국 - 통계청. (2015). 가계동향조사. 원자료.

김기태, 이주미, 여유진, 김태완. (2021). 한국 가계의 생계비 지출 부담 경감방안 연구 - 유럽 8개국과의 비교 분석을 중심으로. 재인용(p96).

3. 나가며

지금까지 유럽연합의 HBS 자료와 한국의 가계동향조사 자료를 활용해 국가별 가계의 의료비 부담 수준을 확인했다. 한국 가계의 의료비 부담은 가계 소비지출 대비 6.8%로 비교 대상 국가 가운데 두 번째로 높았다. 노인 단독 가구(14.9%)나 4인 가구(5.6%)를 기준으로 보면, 한국의 소비지출 대비 의료비 부담이 비교 대상 국가 중 가장 높았다. 소득을 기준으로만 보면, 한국 가계의 의료비 부담 수준은 남유럽 국가들보다는 낮았지만, 다른 유럽의 복지국가들에 비해서는 상당히 높은 수준임을 확인할 수 있었다. 특히 노인 단독 가구와 1분위의 의료비 부담 수준이 높았다.

한국 가계의 의료비 부담 수준이 높은 데는 크게 세 가지 원인이 복합적으로 작용했을 가능성이 크다. 첫째 원인은 한국의 건강보험 보장성 수준이 낮은 결과, 가계의 직접 부담 비율이 높은 것이다. 한국은 가계의 직접 부담 비율이 30.2%로 OECD 회원국 가운데 일곱 번째로 높다.

둘째 원인은 한국인들의 의료 이용 빈도가 매우 높다는 점이다. 이를테면, 한국은 국민 1인당 외래 진료 횟수가 1년 17.2회로 OECD 평균(6.8회)의 두 배가 넘는다(OECD, 2021). 이는 한국 의료전달체계의 문제점을 반영한다. 한국에서는 환자들이 의료서비스를 이용하는 과정에서 1차 의료기관이 게이트키퍼 역할을 하지 못해 의료서비스 남용 문제가 크다.

셋째, 한국에서 의료서비스에 대한 수요가 높다

는 의미일 수도 있다. 한국인의 건강 지표는 매우 복합적이다. 기대수명을 기준으로 보면 2019년 기준 83.3세로, OECD 회원국 가운데 일본, 스위스, 스페인, 이탈리아 다음으로 높다(OECD, 2021). 그러나 스스로 본인의 건강 상태가 양호하다고 생각하는 비율은 OECD 회원국 가운데 가장 낮다(OECD, 2021). 한국인 중에서 본인의 건강 상태가 양호하다고 답한 비율은 33.7%였다. OECD 평균(68.5%)보다도 크게 낮다. 아프다고 인식하는 만큼 병원을 찾을 가능성도 크다.

셋째 원인과 관련해, 한국인의 불안한 건강 수준을 드러내는 또 하나의 극단적인 건강 지표는 자살률이다. 한국의 자살률은 세계 최고 수준이다(OECD, 2021). 자살은 보통 남성이 더 많이 하는데, 여성의 경우 10만 명당 14.6명으로 OECD 국가 중 두 번째로 높은 일본(8.6명), 스웨덴(7.4명), 슬로베니아(7.1명), 네덜란드(7.0명)의 두 배에 육박한다. 남성의 경우 리투아니아(39.9명)에 이어 두 번째(36.5명)인데, 두 나라를 빼고 30명을 넘는 나라는 없었다. 두 나라에 근접한 국가로는 라트비아(28.1명), 슬로베니아(27.3명)가 있고, OECD 평균은 17.8명이다. 자살은 병은 아니지만, 복잡한 병인(病因)이 뒤섞인 가장 비극적인 결말이면서 동시에 전 세계적으로 주된 사인 가운데 하나라는 점에서 건강 지표의 하나로 간주됐다(Knox, Conwell, & Caine, 2004). 한국의 자살 통계는 한국인의 위험한 정신건강 수준을 나타내는 지표로 볼 수 있다.

한국 가계의 높은 의료비 지출 수준을 둘러싼

세 가지 원인을 살펴보면, 이와 관련한 정책 과제 도 함께 유추할 수 있다. 한국의 높은 의료비 지출 부담과 관련해서는 무엇보다 한국인의 전반적인 건강 수준을 낮추는 건강의 사회적 결정 요인 (social determinants of health)에 대한 포괄적인 개선이 필요하다. 이는 노동시장의 이분화, 소득 분배 및 재분배에서의 불평등, 지역 간 격차, 젠더 격차와 같은 문제와 직접적으로 맞닿아 있다(김창엽, 김명희, 이태진, 손정인, 2015). 이러한 문제들은 특히 노동시장에서의 불안정 노동 집단, 저소득 집단, 실업인구와 더불어 불공평한 분배 및 소득 재분배의 결과로 남게 되는 빈곤층, 농어촌 지역 거주민, 노동시장에서 불이익을 겪고 있는 여성 등 취약 집단의 건강 수준에 직접적인 영향을 미친다. 이들에게서 나타나는 건강 문제가 해소돼야 의료서비스에 대한 수요가 줄어들 수 있다는 점도 강조하고자 한다. 이 같은 근본적인 접근 없이 의료비 절감 방안을 구상한다는 것은, 폐수를 방류하는 공장을 방지한 채 강 하류에서 끊임없이 물 정수 작업을 하는 방식의 접근과 유사할 수 있다. 이를 전제하고 상대적으로 각론적인, 의료 정책 영역에 한정된 제언을 세 가지 제시하고자 한다.

첫째, 환자 본인의 의료비 비용 부담을 높이는 비급여 항목의 급여화를 지속적으로 추진해 가야 할 것이다. 이는 한국에서 계속 지지부진한 건강보험의 보장성 확대를 위한 핵심 고리다. 비급여 항목 가운데 치료 효과가 검증된 경우에는 적극적으로 급여화를 이뤄 내야 한다. 물론 지난 정부

에서도 이른바 문재인 케어를 발표하면서 ‘비급여의 전면 급여화’를 강조했다지만, 여전히 건강보험의 보장성 강화에는 미치지 못하고 있다. 그나마 새로운 정부는 국정과제에서 건강보험의 보장성 강화를 명시하지도 않았다. 의료비 관련 가계의 지출 부담이 오히려 늘어날 여지마저 보인다.

둘째, 본인부담상한액에서 저소득층의 부담 수준을 완화하는 방향으로 내용 보완을 할 필요가 있다. 현재 소득 분위에 따라 본인부담상한액이 책정되는데, 1분위는 1년 동안의 본인부담상한액이 83만 원으로 책정돼 있다. 이 글의 분석에 따르면, 여전히 한국의 저소득층이 짊어지는 의료비 부담 수준이 높은 점을 고려해 정책을 보완해야 할 것이다. 참고로, 새로운 정부는 국정과제에서 본인부담상한액제도의 조정에 관한 내용을 담지 않고 있다.

셋째, 한국 1차 의료기관의 권한 강화가 필요하다. OECD 국가 최고 수준의 의료 이용량을 고려하면, 의료서비스의 오남용 역시 피할 수 없는 문제다. 1차 의료기관이 의료서비스에 대한 게이트키퍼를 강화해야 앞에서 제시한 의료비 경감 대책들이 실효성을 발휘할 수 있을 것이다. ■

참고문헌

김기태, 이주미, 여유진, 김태완. (2021). 한국 가계의 생계비 지출 부담 경감방안 연구 - 유럽 8개국과의 비교 분석을 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.

- 김수진. (2019). 재난적 의료비 발생의 추이와 함의. 보건복지포럼, 268, 74-85.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). 한국의 건강 불평등. 서울: 서울대학교 출판문화원.
- 우경숙, 박찬미, 신영전. (2018). 재난적 의료비 지출이 가구의 빈곤화에 미치는 영향: 재정적 대응의 매개효과를 중심으로. 보건경제와 정책연구, 24(2), 25-57.
- 이승윤, 김기태. (2017). 아픈 노동자는 왜 가난해지는가?. 한국사회정책, 24(4), 113-150.
- 통계청. (2015). 가계동향조사. 원자료.
- 통계청. (2020). 「가계동향조사」 통계정보보고서. 대전: 통계청.
- 통계청. (2022). GDP 대비 경상의료비 추이. https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1431 에서 2022. 6. 27. 인출.
- 한국보건사회연구원, 보건복지부. (2021). OECD Health Statistics 2021. 세종: 한국보건사회연구원, 보건복지부.
- Eurostat. (n.d.). *Household Budget Survey [HBS]*. raw data.
- Knox, K., Conwell, Y., & Caine, E. (2004). If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *American Journal of Public Health*, 94(1), 37-45.

A study on the medicare expenditure burden of households in Korea and eight European countries

Kim, Ki-tae

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

We compared the levels of healthcare expenses burdened by households in Korea and eight European countries. For Korea, Household Income and Expenditure Survey data was used, and for European countries, the Household Budget Survey data was used. The healthcare expenses of Korean households accounted for 6.8% of total consumption expenditure, the second highest among the countries compared. In terms of single elderly households (14.9%) and households with four members (5.6%), Korea's healthcare expenses as a percentage of consumption expenditures were the highest among the countries compared. The burden of medical expenses as a share of consumption expenditure was relatively higher in Korea for all income quintiles. In particular, the level of healthcare expenditure burden (9.4%) for the lowest income quintile was found to be significantly higher in Korea compared to other countries. Based on this analysis, the following policy recommendations were suggested. First, it is necessary to continuously promote the reimbursement of non-reimbursable items that have increased the patient's out-of-pocket medical expense burden. Second, it is necessary to revise the copayment ceiling scheme to alleviate the burden of low-income households. Third, it is necessary to strengthen the function of primary medical institutions in Korea.

부록

한국과 유럽 8개국 가구 지출의 비교 분석을 위한 기준

이번 연구는 한국 가계의 핵심생계비 지출 수준을 비목별로 나누어 유럽 8개국과 비교 분석한 것이다. 국제 비교 연구를 위해 다음과 같은 분석 기준을 설정했다.

첫째, (분석 자료) 이 연구에서는 유럽연합 통계청(Eurostat)으로부터 유럽 28개 국가 가계의 지출 항목을 담은 **가구지출설문(HBS: Household Budget Survey)** 자료를 확보하여, 한국 **가계동향조사** 비목과의 비교 분석을 시도했다. 두 조사 모두 가계 지출 항목의 기준으로 국제 기준인 목적별 소비지출 분류(COICOP: Classification Of Individual Consumption by Purpose)를 활용하고 있다(통계청, 2020).

둘째, 두 자료를 이용해 **유럽의 네 가지 체제 유형에 해당하는 국가를 각각 두 개씩 골라 한국과의 비교 분석**을 수행했다. 유럽의 여덟 나라는 스웨덴과 덴마크(북유럽 모델), 프랑스와 벨기에(보수주의 모델), 영국과 아일랜드(자유주의 모델), 스페인과 그리스(남유럽 모델)이다. 독일과 이탈리아 등 일부 국가는 해당 국가 통계청의 비협조와 자료의 일부 변수값 부재 등의 이유로 불가피하게 누락됐다.

셋째, 가구 유형을 ① 전체 가구 ② 노인 단독 가구(65세 이상) ③ 4인 가구(부모+자녀 2인)로 나누어 분석 대상으로 삼았다. 다만, 교육비 분석에서는 교육비 지출 액수가 적은 노인 단독 가구 대신 3인 가구를 포함했다. 4인 가구의 경우 자녀 연령 설정에 대한 논의가 있었으며, 최종적으로 자녀의 연령을 만 16세로 설정하였다. 한국에서는 18세 이상의 자녀가 부모와 동거하는 경우가 많은 반면, 유럽은 그러한 사례가 적은 문화적 차이를 고려하였다. 또한 유럽 가구지출설문 자료상 가구주와의 관계 변수가 제공되지 않는 국가(스웨덴 등)가 존재하고, 별도로 구분해 둔 가구 유형에서 자녀의 연령 기준을 16세로 설정했기 때문이다.

넷째, 필수재의 범주는 주거비, 의료비, 교육비, 교통·통신비로 한정했다. 우선 집합재로서의 4개 범주(주거비, 의료비, 교육비, 교통·통신비)를 대분류 기준으로 정하여 분석했다. 한국 가계동향조사와 유럽 가구지출설문 모두 가계 지출의 범주를 ① 식료품·비주류 음료 ② 주류·담배 ③ 의류·신발 ④ 주거¹⁾·수도·광열 ⑤ 가구용품·가사서비스 ⑥ 보건 ⑦ 교통 ⑧ 통신 ⑨ 오락·문화 ⑩ 교육 ⑪ 외식·숙박 ⑫ 기타 상품 및 서비스로 나누어 제시하고 있다. 물론 ① 식료품·비주류 음료 역시 필수재로 볼 수 있으나, 이 연구에서는 사회 정책의 대상 범주인 다섯 개 범주 가운데 교통·통신으로 묶어서 네 범주로 한정했다.²⁾

1) 주거비에는 실제 임대료, 귀속임대료(Imputed rent), 주택 유지 및 수선비, 상하수도 및 폐기물 처리비, 기타 주거 관련 서비스, 연료비 등이 포함된다. 이번 분석에서는 귀속임대료를 주거비에서 제외하였다. 참고로 귀속임대료를 소비지출에 포함할 경우, 유럽 국가의 주거비 부담 비율은 크게 상승했다. HBS를 분석한 결과, 스웨덴은 소비지출 대비 주거비 부담 비율이 31.7%로 귀속임대료를 제외할 때(19.6%)보다 12.1%포인트나 증가했다. 반면, 한국의 가계동향조사에서는 귀속임대료 관련 통계를 제시하지 않고 있다.

2) 물론 인간 생활의 기본적인 욕구인 식생활 분야도 포괄적인 의미에서 복지 영역에 포함된다. 더욱이 식품 지원 사업 등 복지사업에 포괄되는 영역도 있다. 그런 관점에서 보자면, 문화복지(최종혁, 이연, 유영주, 안태숙, 2010) 등 다른 지출 영역도 대부분 이번 분석에 포함돼야 할 것이다. 그러한 이유로, 이번 보고서는 사회 정책의 영역을 다소 협소하게 주거비, 의료비, 교육비, 교통·통신비로 한정했다.

다섯째, 자료 분석 연도는 2015년도로 정했다. 그 이유는 두 가지다.

먼저, 가계동향조사는 비교적 최근 자료인 2019년 혹은 2020년 자료를 활용할 경우 가구별 소득값이 존재하지 않고, 소득구간 변수만 제공된다는 점에서 소득 변수 활용에 한계가 있다. 또한 소득값이 제공되는 가계동향조사(분기) 자료는 연간화가 불가능하다는 한계가 있다. 따라서 안정적인 연간 소득 통계가 확보되는 2015년 자료를 활용했다. 실제로 가계동향조사의 2015년 자료와 2019년 자료를 탐색적으로 분석한 결과, 통계값이 큰 차이가 나지 않는다는 점도 고려했다. 또한 유럽 가구지출설문의 2015년 데이터가 가장 최근 자료라는 점도 염두에 뒀다. 5년마다 생성되는 HBS 자료의 2020년 데이터는 아직 제공되지 않고 있다. 물론 연구 시점보다 7년 앞선 자료를 활용했다는 점은 이 연구의 한계로 남는다. 참고로 영국은 HBS에 2015년 자료가 없어서 불가피하게 2010년 자료를 사용했다.

여섯째, 한국이나 유럽 국가 가구들의 총소비지출액 대비 개별 소비지출 비율을 구하는 방식으로는 두 가지 접근이 가능할 것이다. 첫 번째 방식은 가구별 비율을 구한 뒤 평균을 내는 것이고, 두 번째 방식은 **전체 가구의 특정 지출액을 합산한 값을 전체 가구의 전체 지출액을 합산한 값으로 나누는 것이다.** 다소 복잡한 내용을 단순화해서 제시하면 <표 1>과 같다. 한 나라에 A, B 두 가구만 있다고 가정하고, 첫 번째 방식대로 총소비지출액 대비 교육비 지출액 비율을 구하면 $70\% [0.7 = (A\text{가구 비율 } 0.4 + B\text{가구 비율 } 1.0)/2]$ 가 된다. 두 번째 방식대로 계산하면 비율이 크게 줄어들어 약 40.5%가 되는데, 계산식은 $0.405 \approx (4,000 + 100)/(10,000 + 100)$ 이다. 두 방식 사이에 큰 차이가 있음을 확인할 수 있다.

표 1. 전체 가구의 전체 지출 중 특정 지출 비율을 재는 두 가지 방식

| 구분 | 총소비지출액 | 교육비 | 가구 비율 평균 기준 | 전체 가구 전체 지출액 평균 기준 |
|-----|--------|-------|------------------------|--------------------------|
| A가구 | 10,000 | 4,000 | $0.4 (= 4,000/10,000)$ | |
| B가구 | 100 | 100 | $1.0 (= 100/100)$ | |
| 합계 | 10,100 | 4,100 | $0.7 (= (0.4+1.0)/2)$ | $0.405 (= 4,100/10,100)$ |

자료: 필자 작성.

이 연구에서는 두 번째 방식을 선택하기로 했다. 전체 소비지출과 함께 계산식에 들어가는 소득이 0인 가구가 종종 있기 때문이다. 이런 가구는 예를 들어 소득 대비 교육비 지출액을 계산할 때 분모가 0이 되는 문제가 발생하게 된다. 실제로 2019년 1분기 가계동향조사를 보면, 소득이 0인 가구가 46가구 있었다. 소득이 0인 가구를 제외하더라도, 소득이 매우 적고 지출액이 많은 경우가 있다. 이럴 때 소득 대비 특정 범주 지출액 비율은 지나치게 큰 수치가 되고, 이러한 가구들의 비율이 전체 평균을 왜곡하는 문제가 발생할 수 있다. 2019년 1분기 가계동향조사를 보면, 경상소득 대비 교통비 비율이 200%가 넘는 가구가 26가구 있었다.

일곱째, 소득 기준은 총소득, 엄밀히 말하자면 비경상소득이 포함된 총소득에서 소득세를 제외한 소득³⁾으로 산출했다. 김기태 외(2019)의 연구에서는 가처분소득을 국제 비교의 기준으로 사용했으나, 유럽 가구지출설문에서는 가구의 가처분소득을 제시하지 않았다. 유럽연합 통계청과 이메일을 주고받는 과정에서 이를 확인했다. 이런 이유로 이 연구에서는 불가피하게 총소득 기준을 활용했다.

여덟째, 소득 및 모든 지출 항목은 가구원 수를 고려해 균등화했다. 교통 및 통신비는 균등화하지 않는 것이 실질적인 가구 지출 부담을 반영한다는 일부 의견이 있었다. 그러나 연구의 통일성 측면에서 모든 비목을 균등화했음을 밝힌다.

참고문헌

- 김기태, 정은희, 이주미, 최준영, 이병재, 박은정, 송지원. (2019). 가계의 핵심생계비를 제외한 가용소득의 측정 및 분석연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 최종혁, 이연, 유영주, 안태숙. (2010). 사회적 취약계층의 사회적 배제에 대한 문화복지 프로그램의 기능: 문화복지실천가 대상 질적연구. 한국사회복지학, 62(1), 291-316.
- 통계청. (2020). 「가계동향조사」 통계정보보고서. 대전: 통계청.
- Eurostat (2021. 9. 14.) RE: Re:RE: An inquiry regarding HBS datasets from KIHASA - RPP73/2021 - HBS 이메일 답변.

3) 소득 변수(EUR_HH095)의 범위에 대해 유럽연합 통계청에 문의한 결과 각 국가에서는 연간 기준의 소득값을 제공하며, 따라서 비경상소득이 포함됨을 확인하였다. 즉, 분석에 활용한 소득 변수(EUR_HH095)는 비경상소득이 포함된 총소득에서 소득세를 제외한 소득값으로, 경상소득만을 구분하여 활용할 수 없는 한계가 있다. HBS는 소비 관련 자료를 주로 담아서, 가처분소득과 같은 자세한 소득 자료는 담고 있지 않는 한계가 있다. 참고로, 유럽연합 통계청은 연구진이 보낸 문의 사항에 대한 답신에서 복권과 같은 비경상소득도 소득 변수에 포함된다고 설명하며 “유럽 국가들에서 월 소득이 아닌 연 소득 값을 보내면서 비경상소득도 대체로 포함한다. 일부 극단값을 제거하기도 하지만 유럽연합 통계청은 HBS 자료상에 나타나는 극단값에 대한 특별한 규정을 두고 있지는 않다”고 답했다(Eurostat, 2021. 9. 14. 이메일). 이 연구 과정에서도 일부 극단값이 발견되었으나, 연구진이 검토한 결과 교육 분야에서 나타난 하나의 값을 제외하고는 유지하기로 결정했다. 이유는 세 가지다. 첫째, 유럽연합 통계청에서 극단값을 조정할 결과를 재조정할 필요는 없다고 판단했다. 둘째, 실제 분석 과정에서 평균값을 좌우할 정도의 극단값은 찾기 어려웠다. 셋째, 일부 매우 큰 값도 실제 소비를 반영했을 가능성이 있기 때문이다.