



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

정책학박사 학위논문

다차원 빈곤 관점에서 살펴본  
기초연금의 대상 효율성과 차별적  
효과(의료비 지출) 분석

2023년 2월

서울대학교 대학원

행정학과 정책학전공

김 만 수

다차원 빈곤 관점에서 살펴본  
기초연금의 대상 효율성과 차별적  
효과(의료비 지출) 분석

지도교수 권 혁 주

이 논문을 정책학 박사 학위논문으로 제출함  
2022년 9월

서울대학교 대학원  
행정학과 정책학 전공  
김 만 수

김만수의 박사 학위논문을 인준함  
2022년 12월

위 원 장            고 길 곤 (인)

부위원장            김 봉 환 (인)

위 원            김 재 일 (인)

위 원            이 환 성 (인)

위 원            권 혁 주 (인)

## 국문초록

본 연구의 목적은 다차원 빈곤 관점에서 기초연금 대상 효율성을 살펴보고, 의료비 지출을 중심으로 차별적 효과를 분석하는 것이다. 이에 본 논문은 전체적으로 두 부분으로 구분되어 있다. 첫째, 대상 효율성 분석은 비빈곤 및 빈곤 집단에서 각각 기초연금을 얼마나 수급하고 있는지 분석하여 과연 취약 계층 노인이 기초연금을 얼마나 받는지 확인하는 것을 목표로 한다. 선행연구에서는 소득과 자산 중심으로 대상 효율성 분석이 진행되었지만 본 연구에서는 8가지의 다차원 빈곤 관점으로 확대하여 진행하였다. 대상 효율성 분석은 기술통계 분석 중심으로 진행되었다. 두 번째, 차별적 효과 분석은 소득 및 자산 빈곤 여부, 그리고 건강한 노인과 그렇지 않은 노인 집단별로 기초연금 수급에 따른 소득 증가가 의료비 지출로 이어지는지 조절효과 분석을 통해 확인하였다.

먼저, 대상 효율성의 이론적 논의를 위해 보편주의 복지정책에 대해 논의하였으며, 현재 기초연금 지급은 보편주의 복지정책 개념인 “모든 노인(또는 다수의 노인)을 일괄적으로 바라보는 것이 아니라, 개인의 다양성·복잡성 등을 인정하고 그러한 가운데 사회적 위험을 극복할 수 있는 수준의 복지급여를 제공하는 것”과는 상이하다는 것을 알 수 있었다. 보편주의 내에서도 선별주의를 통해 보편주의를 추구할 수 있으며 이러한 보편주의 개념은 어느 하나로 규정하기 힘들 정도로 그 국가의 정치·경제·외교·안보·사회 상황에 따라 바뀔 수 있는 살아있는 개념이라 할 수 있다. 이러한 배경하에서 대상 효율성 관련 선행연구는 기초연금의 지급방식에 대한 문제점을 지적하였으며 보다 효율성 있는 운영이 필요하다고 주장하였다. 하지만 대상 효율성을 소득과 자산 중심으로 분석하였다는 한계가 있어 본 연구에서는 8가지(소득, 자산, 소비지출, 신

체적 건강, 정신적 건강, 주거, 가족관계, 친구이웃지인관계)의 다차원 빈곤 관점에서 대상 효율성을 분석하였다. 왜냐하면 소득·자산 외 다른 빈곤 차원들에서 빈곤율이 70% 이상 나오면 현재 기초연금 수급 목표와 운영방식이 적절하다고 할 수 있지만, 반대로 다른 빈곤 차원에서도 선행연구 결과처럼 비빈곤 집단이 기초연금을 많이 수급한다면 기초연금의 수급 목표와 운영방식을 다시 한번 생각해볼 여지가 있기 때문이다.

분석 결과, 기초연금 수급자 중 신체적 건강 빈곤을 제외한 7가지의 빈곤 차원에서 빈곤 대비 비빈곤 노인 수가 최소 1.8배(소득 빈곤 차원), 최대 11배(친구이웃지인관계 빈곤 차원) 많았다. 여기서 빈곤선은 다차원 빈곤 연구에서 활용되는 기준을 적용하였으며 평균적으로 약 4배 정도 높아 예를 들어 기초연금 수급 노인이 100명이라면 빈곤한 노인이 20명, 비빈곤 노인은 80명이 되는 것이다. 더불어 연간 평균 근로소득이 2,355만원 이상, 사업소득이 891만원 이상, 순자산이 5억 5천만원 이상, 연간 생활비 지출이 2,477만원, 집에 생활하는 방이 7개가 있는 노인도 기초연금을 수급하는 것으로 나타났다. 즉, 다양한 빈곤선 기준으로 살펴봤을 때, 기초연금 수급자 중 비빈곤 노인이 많이 분포되어 있으며 또한 소유하고 있는 소득이나 재산이 근로 연령층(20세~60세)과 비교했을 때도 큰 차이가 나지 않아 대상 효율성이 높다고 할 수 없다.

두 번째 파트의 이론적 논의는 의료경제학의 예산선 및 소득소비곡선을 중심으로 살펴보았다. 소득이 증가하면 의료비 지출과 생활비 지출이 증가한다는 것을 확인하였다. 또한 건강이 나쁘면 의료비 지출 비중은 높지만 생활비 지출 비중은 낮고, 반면 건강이 좋으면 의료비 지출 비중은 낮은 만큼 생활비 지출 비중이 크게 나타나 건강(효용) 차이에 따라 의료비와 생활비 지출 비중 차

이가 나는 것도 확인하였다. 다음으로 의료비 지출은 다양한 요인에 의해 영향을 받는데, 이를 앤더슨의 개인 결정요인을 통해 살펴보면 소인성 요인, 가능성 요인, 필요 요인으로 구분할 수 있다. 이에 본 연구에서도 기본적으로 앤더슨의 개인 결정요인을 활용하여 기초연금액에 따른 의료비 지출 차별적 효과를 분석하였으며 추가로 생활비 지출, 저축액도 포함해 분석을 진행하였다.

기존 연구에서는 기초연금의 도입(기초연금 수급 유무) 또는 확대(연금액의 큰 상승)에 따른 의료비 지출 분석이 다수였기 때문에 기초연금액 증가(소득의 증가)에 따른 의료비 지출 차이 분석은 진행되지 않았을 뿐만 아니라 소득 및 자산 빈곤의 유무, 건강 상태에 따른 차별적 의료비 지출 효과 분석은 진행된 바 없어 학술적으로도 의미 있는 시도라고 할 수 있다. 또한 종속변수인 의료비 지출은 금액, 비율(자연로그) 모두 분석하여 의료비 지출 금액 차이, 비율 차이가 어떻게 변하는지도 함께 살펴보았다.

먼저 기초연금액이 의료비 지출에 어떠한 영향을 주는지 분석한 결과, 유의한 수준에서 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 이 결과는 앞서 대상 효율성 분석에서 논의했듯이 기초연금 수급자는 소득, 자산뿐만 아니라 다양한 특성을 가진 노인이 포함되어 있기 때문이라고 할 수 있다. 소득을 예로 들면, 소득수준이 낮으면 기초연금을 수급해도 실질적 소득 증가 효과가 나타나지 않을 수 있으며, 기초연금과 같은 사회보장급여의 비율이 소득 전체에서 차지하는 비율이 높을수록 의료비 지출이 낮아질 수 있다. 반대로 소득수준이 높으면 의료비 지출뿐만 아니라 다양한 소비지출을 할 수 있어 의료비 지출과는 직접적인 상관관계가 나타나지 않아 기초연금액과 의료비 지출 간 유의한 결과가 나타나지 않은 것이다. 즉, 전체 기초연금 수급자를 대상으로 분석했을 때, 수급자가 특정 빈곤층을 대상으로 지급되지 않고 노인 70%에게 지급되

었기 때문에 개인마다 경제적 상황, 시기적 상황, 선호 등이 달라 유의한 결과가 나타나지 않은 것으로 확인된다.

차별적 효과 분석을 위해 먼저, 기초연금액에 따른 의료비 지출을 소득 빈곤 여부를 통해 확인하였다. 이론적 논의에서 저소득층의 경우는 사회보장급여를 수급하더라도 생활비 지출 때문에 의료비 지출이 낮아질 수 있다고 하였지만, 본 연구의 분석 결과 소득 빈곤의 경우 오히려 계수의 방향은 정(+)의 방향으로 나타나 반대의 결과를 보여주었다. 하지만 유의수준이 0.05보다 높아 기각되었다. 이 결과는 의료비 지출 금액과 비율(자연로그)에서 모두 동일하게 나타났으며 선행연구 결과와는 달리 소득 빈곤 집단에서 높은 기초연금액을 수급하면 의료비도 함께 증가하는 것으로 나타나 어느 정도 생활비와 의료비 지출을 할 수 있는 집단이라는 것을 파악할 수 있었다. 그래서 노년층의 경우 소득 빈곤이 무조건 취약 계층이라고 단정 짓기에는 무리가 있다. 그렇지만 분석 결과가 유의하지 않아 결과로서 채택할 수는 없었다.

자산 빈곤 여부에 따른 조절효과 분석에서는 유의한 수준에서 부(-)의 영향이 나타났다. 소득 빈곤 여부와는 반대로 자산 빈곤 집단의 경우 기초연금액이 높으면 의료비 지출 금액과 비율 모두 낮게 나타났다. 자산이 낮으면 의료비 지출에 부정적이라는 이론적 배경에서 살펴봤듯이 기초연금액이 높더라도 자산 빈곤 집단이면 의료비 지출이 낮게 나타난 것이다. 다시 말하면 부동산, 금융 등의 순자산이 낮은 노인 집단은 기초연금액이 더 높더라도 의료비 지출을 할 만큼 실질 소득이 변하지 않는다는 것이다. 그래서 기초연금액이 높음에도 불구하고 생활비와 의료비를 모두 커버할 수준이 되지 않아 생활비만 지출하게 된다는 것을 의미한다. 예를 들어, 자산 빈곤 노인 중 기초연금 전액을 수급하여 소득이 70만 원에서 100만원 증가하더라도 의료비는 7만원에서 6만원으로 감소

하고 그 비율 역시 10%에서 6%로 감소한다는 것을 뜻한다. 이렇게 자산 빈곤 집단에서 의료비 지출 금액과 비율 모두 감소하는 가장 큰 원인으로서는 자가 소유 여부에 따른 주거비 지출 영향으로 확인되었다.

다음으로, 만성질환 수에 따른 조절효과 분석 결과는 부(-)의 영향으로 나타났지만 앞선 분석 결과와는 달리 의료비 지출 금액에서는 유의한 결과가 나타나지 않았으며 의료비 지출 비율에서 유의한 결과( $p < 0.01$ )가 나타났다. 즉, 만성질환이 많아 건강하지 않은 노인 집단 중, 기초연금액과 의료비 지출 금액과는 관련이 없지만, 의료비 지출 비율(자연로그)은 감소했다는 것이다. 그래서 유의한 결과를 나타낸 의료비 지출 비율을 중심으로 논의할 수 있다. 만성질환이 없거나 1개 있는 노인 집단은 기초연금액이 높아질수록 의료비 지출 비율도 함께 높아지는 것으로 나타났으며 반대로, 만성질환이 3개 이상부터는 기초연금액이 높아질수록 의료비 지출 비율이 낮아지는 것으로 확인되었다. 예를 들어, 만성질환을 3개 이상 가진 노인이 30만원 전액 기초연금을 받아 소득이 70만원에서 100만원으로 증가하여 의료비 지출 역시 7만원에서 9만원으로 증가해도 전체 의료비 지출 비율은 오히려 10%에서 9% 감소한다는 것이다. 즉, 그만큼 생활비 지출 비율(90%→91%)이 높아지는 것을 확인할 수 있다. 이 집단은 이미 만성질환이 많기 때문에 앞선 자산 빈곤 집단과는 달리 의료비 지출을 유지하거나 높여야 하는 상황이지만 전체 소비지출 중 의료비 지출 비율은 낮아진다는 것이 핵심이라 할 수 있다. 이렇게 만성질환이 많고 의료비 지출 비율이 높을수록 저소득층이며 의료비 지출 과부담일 가능성이 큰데 현재 기초연금액으로는 이 부분을 극복하는 데 한계가 있는 것이다.

종합하면 취약 집단이라고 할 수 있는 자산 빈곤, 건강하지 못



한 노인 집단에서는 기초연금액이 높아진 만큼 소득이 증가하여도 의료비 지출에는 긍정적인 영향을 미치지 못하였다. 자산 빈곤 집단, 만성질환이 많은 집단 모두 생활비 지출 또는 비율은 높아지지만 반대로 의료비 지출 금액 또는 비율은 낮아지는 것으로 확인되었다. 특히, 건강하지 못해 의료비 지출 비율을 유지하거나 높여야 함에도 경제적으로 취약하여 일상생활을 하는 것도 벅찬 노인 집단에서는 기초연금액이 안정된 생활을 하는 데에 충분하지 않다는 것이다. 그에 반해 비빈곤 집단, 건강한 노인 집단에서는 이론적 논의에서 살펴본 바와 같이 의료비 지출이 증가하여 효과 측면에서 차별된 결과가 나타난 것이다.

이러한 결과는 현재 기초연금 수급자 선정방식, 연금액 산정방식이 자산 빈곤 노인 집단과 만성질환이 많은 노인 집단에는 큰 도움이 되지 못하고 있다는 것을 방증한다. 자산 빈곤 여부에 따른 기초연금액 차이는 월 1만원(연 13만원), 만성질환이 없는 노인 집단과 3개 이상 있는 노인 집단 간 차이는 월 1.5만원(연 17만원)이지만, 순자산 차이는 1억 5천만원(약 7배), 만성질환이 없는 노인과 3개 이상 노인 집단의 의료비 차이는 연간 월 6만원(연 78만원)으로 약 3배 이상 나타났기 때문이다. 기초연금액 차이가 각 빈곤 여부에 따른 의료비 지출 차이를 보완해주지 못하는 것이다. 이렇게 취약 계층 노인 집단은 의료비 지출뿐만 아니라 주거비 등 가구마다 필요한 지출을 기초연금으로 충당하지 못할 수 있으며, 반대로 건강하고 자산 비빈곤 집단에서는 기초연금을 본인들이 필요로 하거나 추가적인 소비지출에 활용할 수 있게 됨에 따라 차별적 효과가 나타난다고 할 수 있다.

기초연금 제도가 노년기 생활을 안정시켜주고 건강을 개선하는데 절대적인 역할을 할 수 있는 것은 아니지만, 한정된 예산자원으로 정책을 시행해야 한다는 점, 조금 더 필요한 노인에게 효율

적으로 지급되어야 한다는 점, 수급 노인은 의료비 지출을 포함하여 필요한 지출을 조금 더 효과적으로 해야 한다는 점을 고려한다면 현행 기초연금 제도의 수급자 선정방식과 연금액 산정방식에 대한 고려가 필요하다고 판단된다. 그리고 취약 계층 노인의 생활 개선을 위해 국민기초생활보장제도 수급자 선정기준에서 기초연금을 소득에서 제외하는 것도 고려할 필요가 있을 것이다. 단기적으로는 취약 노인 계층에 대한 기초연금액 부부감액을 제외하는 것도 하나의 정책적 대안이 될 것이다. 이러한 정책적 함의는 이론적 논의에서 살펴본 보편주의 복지정책과도 그 궤를 같이한다고 할 수 있다. 만약 그렇게 된다면 노인 빈곤을 수치에 얽매인 기초연금 제도가 아닌 보다 실질적으로 노인 삶에 스며들 수 있는 기초연금 제도가 될 것으로 본다.

본 연구는 기초연금 수급 현황과 기초연금액에 따른 차별적 현상을 탐구하여 더욱더 효율적이고 효과적인 기초연금 운영을 위한 기초자료로써 활용되는데 실질적 목적이 있다. 그래서 본 논문이 기초연금 수급 목표·수급자 선정방식·연금액 산정방식 등과 관련하여 학술적 논의를 다시 시작할 수 있는 시발점이 되길 기대해본다.

**주요어** : 기초연금, 보편주의 복지정책, 대상 효율성, 노인 의료비 지출, 차별적 효과, 의료경제학, 노인 소득, 노인 자산, 만성질환 수, 앤더슨 개인 결정요인

**학 번** : 2018-39961

# 목 차

제 1 장 서 론 .....	1
제 1 절 연구 배경 및 목적 .....	1
제 2 절 연구 대상 및 범위 .....	7
제 2 장 이론적 논의와 선행연구 검토 .....	9
제 1 절 보편주의와 대상 효율성 .....	9
1. 보편주의에 대한 논의 .....	9
2. 대상 효율성에 대한 논의 .....	14
3. 기초연금의 보편성과 쟁점 .....	15
4. 보편주의와 대상 효율성 관점에서 살펴본 기초연금 ...	24
제 2 절 의료비 지출과 차별적 효과 .....	29
1. 의료비 지출 개념과 관련 논의 .....	29
2. 의료비 지출의 개인 결정 요인 .....	37
3. 노인 소득·자산·건강 차이와 의료비 지출 .....	42
4. 기초연금과 소득 증가, 그리고 의료비 지출 .....	46
5. 차별적 의료비 지출(의료비 지출의 불평등)에 대한 논의 ...	56
제 3 절 노인 빈곤의 다차원성 .....	61
1. 노인 빈곤의 다차원적 접근과 분석 방법 .....	61
2. 노인 빈곤의 다차원성 .....	63
3. 노인의 인구학적 특성과 다양성 .....	72
제 3 장 연구설계 .....	80
제 1 절 연구 가설과 분석 단계 .....	80
1. 연구 구성과 가설 설정 .....	80
2. 연구 분석 단계 .....	85

제 2 절 연구자료 및 대상 .....	90
1. 연구자료 .....	90
2. 연구대상 .....	92
제 3 절 주요 변수의 조작적 정의 .....	93
1. 노인 다차원 빈곤 선정 및 측정 .....	93
2. 노인의 특성과 기초연금 수급 여부 측정 .....	101
3. 기초연금과 의료비 지출 분석을 위한 변수 측정 .....	103
제 4 절 분석 방법 .....	110
1. 분석 방법 개요 .....	110
2. 조절변수(moderator)와 조절효과(moderating effect) .....	111
3. 다중회귀분석(Multiple Linear Regression) .....	112
제 4 장 분석 결과 .....	115
제 1 절 분석 대상 및 노인 구성집단의 특성 .....	115
1. 분석 대상의 특성 .....	115
2. 다차원 노인 빈곤과 기초연금 현황 .....	117
3. 빈곤 차원 간 상관관계 분석 .....	119
제 2 절 대상 효율성 분석 .....	121
1. 소득 차원 .....	121
2. 자산 차원 .....	125
3. 소비지출 차원 .....	128
4. 신체적 건강 차원 .....	131
5. 정신적 건강 차원 .....	134
6. 주거 차원 .....	136
7. 가족관계 차원 .....	139
8. 친구이웃지인 관계 차원 .....	143
9. 다차원 빈곤 차원(빈곤 누적 개수) .....	145
10. 소결 .....	149
제 3 절 의료비 지출 및 차별적 효과 분석 .....	157

1. 의료비 지출 .....	157
2. 기초연금과 노인 소득 및 자산 .....	160
3. 의료비 지출에 영향을 주는 요인 .....	166
4. 기초연금과 의료비 지출 분석 .....	175
5. 가설검증 결과 및 소결 .....	188
<b>제 5 장 결론 .....</b>	<b>200</b>
<b>제 1 절 연구 요약 .....</b>	<b>200</b>
<b>제 2 절 연구의 이론적·정책적 함의 .....</b>	<b>207</b>
1. 이론적 함의 .....	207
2. 정책적 함의 .....	210
<b>제 3 절 연구의 한계점 및 향후과제 .....</b>	<b>213</b>
<b>참고문헌 .....</b>	<b>215</b>
<b>부    록 .....</b>	<b>234</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>236</b>

## 표 목차

<표 1> 조사 및 연령 현황 .....	7
<표 2> 기초노령연금법과 기초연금법 목적 비교 .....	22
<표 3> 앤더슨의 의료비 지출 개인 결정요인 .....	39
<표 4> 선행연구에서 활용된 앤더슨의 개인 결정요인 현황 .....	41
<표 5> 2014~2020년 기초연금 수급자 현황 .....	47
<표 6> 2014~2020년 가구별 기초연금 급여수준 .....	47
<표 7> 소득, 재산에 따른 2020년 기초연금 수급자 현황 .....	49
<표 8> 2014~2020년 월별 기초연금액별 분포 및 비율 .....	50
<표 9> 2014년 기초연금 도입과 소득의 변화 .....	51
<표 10> 2015년 기초연금 확대 소득의 변화 .....	52
<표 11> 기초연금 수급자의 소비지출 비중이 큰 순위 .....	56
<표 12> 노인 연령별 코호트 구분 정리 .....	74
<표 13> 노인의 다차원 빈곤과 빈곤선 .....	101
<표 14> 노인 인구학적 특성 및 기초연금 수급 변수 설정 .....	102
<표 15> <모델1>의 변수 설정 .....	107
<표 16> <모델2-1>, <모델2-2> 변수 설정 .....	108
<표 17> <모델3> 변수 설정 .....	109
<표 18> 기초연금 수급 현황 .....	115
<표 19> 전체노인, 기초연금 수급 및 미수급자 구성집단 현황 .....	116
<표 20> 각 빈곤 차원의 비빈곤율과 빈곤율 .....	118
<표 21> 빈곤 차원간 연관성 .....	119
<표 22> 소득 빈곤·비빈곤 현황 .....	122
<표 23> 소득 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황 .....	123
<표 24> 소득 10분위 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포 .....	124
<표 25> 자산 빈곤·비빈곤 현황 .....	125
<표 26> 자산 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황 .....	126
<표 27> 자산 10분위 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포 .....	127
<표 28> 소비지출 빈곤·비빈곤 현황 .....	128
<표 29> 소비지출 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황 .....	129

<표 30>	소비지출 10분위 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포	130
<표 31>	신체적 건강 빈곤·비빈곤 현황	131
<표 32>	신체적 건강 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황	132
<표 33>	신체적 건강 분포(만성질환 개수) 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포	133
<표 34>	정신적 건강 빈곤·비빈곤 현황	134
<표 35>	정신적 건강 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황	135
<표 36>	정신적 건강 세부 점수별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포	136
<표 37>	주거차원 비빈곤·빈곤 현황	137
<표 38>	주거 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황	138
<표 39>	주거 빈곤 분포 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포	139
<표 40>	가족관계 빈곤·비빈곤 현황	140
<표 41>	가족관계 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황	141
<표 42>	가족관계 빈곤 분포(형제/자매 포함한 친인척과의 연락 빈도) 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포	142
<표 43>	가족관계 빈곤 분포(비동거 생존 자녀와의 연락 빈도) 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포	142
<표 44>	친구이웃지인관계 빈곤·비빈곤 현황	143
<표 45>	친구이웃지인관계 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황	144
<표 46>	친구이웃지인관계 빈곤 분포(친구이웃지인 연락빈도)별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포	145
<표 47>	다차원 빈곤(누적 빈곤 개수) 현황1	147
<표 48>	다차원 빈곤(누적 빈곤 개수) 현황2	148
<표 49>	다차원 빈곤 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포	149
<표 50>	차원별 빈곤 현황(기초연금 수급자)	151
<표 51>	차원별 빈곤 현황(전체노인)	152
<표 52>	전체 노인, 기초연금 수급자, 국민기초생활보장제도 수급자 분포	155
<표 53>	노인특성별 의료비 월평균 지출	158
<표 54>	노인특성별 의료비 월평균 지출_기초연금 수급자	159
<표 55>	기초연금 수급자의 비빈곤-빈곤에 따른 의료비 차이(t-test)	160
<표 56>	2019년 기초연금액 전액 지급 기준	161
<표 57>	노인특성별 소득 및 기초연금 연평균 금액	161

<표 58> 기초연금 수급자 비빈곤-빈곤에 따른 기초연금액 차이(t-test) ..	162
<표 59> 노인특성별 소득 및 기초연금 연평균 금액 .....	164
<표 60> 기초연금 수급자 비빈곤-빈곤에 따른 소득(기초연금 포함) 차이(t-test) ..	165
<표 61> 순자산 10분위 별 빈도, 노인 소득, 의료비 지출 .....	166
<표 62> 만성질환 수 현황 .....	167
<표 63> 만성질환 수별 연 소득, 지출, 기초연금 현황 .....	168
<표 64> 만성질환 수와 소득 및 자산 빈곤 여부 분포 .....	169
<표 65> 기초연금 수급자 비빈곤-빈곤에 따른 만성질환 수 차이(t-test) ..	169
<표 66> 건강 상태(인지) 현황 .....	170
<표 67> 만성질환에 따른 의료비와 빈도 .....	171
<표 68> 중증 여부 현황 .....	172
<표 69> 장애 유무 현황 .....	172
<표 70> 일상생활 보조기 사용 현황 .....	173
<표 71> 기초연금 수급자 가구원 수 .....	173
<표 72> 수급자의 소득 10분위 별 생활비 및 저축액 .....	174
<표 73> 기초연금 수급자 소인성 요인 .....	175
<표 74> 기초연금과 의료비 지출 분석_기초연금 수급자 대상 .....	177
<표 75> 기초연금과 의료비 지출에 대한 소득빈곤 여부 조절효과 .....	179
<표 76> 기초연금과 의료비 지출에 대한 자산빈곤 여부 조절효과 .....	181
<표 77> 기초연금과 의료비 지출에 대한 자가 여부 조절효과 .....	183
<표 78> 기초연금과 의료비 지출에 대한 만성질환 수 조절효과 .....	186
<표 79> 생활비, 의료비 지출 금액 현황 .....	189
<표 80> 소득 및 자산 빈곤 여부에 따른 의료비 지출 차이 .....	191
<표 81> 만성질환수별 연 소득, 지출, 기초연금 현황 .....	192
<표 82> 만성질환 수와 소득 및 자산 빈곤 여부 분포 .....	193
<표 83> 가설 검증 .....	194
<표 84> 자산 빈곤 여부에 따른 의료비 지출 변화 예시 .....	196
<표 85> 만성질환 수에 따른 의료비 지출 변화 예시 .....	198



## 그림 목차

<그림 1> 사회보장 제도 구분 .....	23
<그림 2> 예산선과 무차별 곡선 .....	31
<그림 3> 의료비 가격의 감소(변화)와 예산선 .....	33
<그림 4> 소득의 변화(증가)와 예산선 .....	33
<그림 5> 소득의 증가와 무차별 곡선의 이동 .....	34
<그림 6> 소득 탄력성에 따른 구분 .....	35
<그림 7> 건강 상태와 무차별 지도 .....	37
<그림 8> 대상 효율성 분석 .....	86
<그림 9> 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향 분석 .....	87
<그림 10> 소득·자산 빈곤에 따른 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향 분석 ...	88
<그림 11> 만성질환 수에 따른 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향 분석 ...	89
<그림 12> 조절효과 개요도 .....	111
<그림 13> 각 차원별 빈곤 및 비빈곤 현황_전체 노인 .....	150
<그림 14> 자산 빈곤 여부에 따른 조절효과(금액) .....	182
<그림 15> 자산 빈곤 여부에 따른 조절효과(금액) .....	183
<그림 16> 주요 만성질환 개수에 따른 조절효과(비율) .....	187
<그림 17> 생활비, 의료비 지출 현황 .....	188
<그림 18> 생활비, 의료비 지출 현황(자연로그 그래프) .....	189
<그림 19> 생활비, 의료비 지출 분포 그래프(자연로그) .....	190
<그림 20> 소득 및 자산 수준에 따른 의료비 지출 .....	191
<그림 21> 기초연금액에 따른 소득 증가 .....	192
<그림 22> 만성질환 수에 따른 의료비 지출 .....	193
<그림 23> 자산 비빈곤 집단 분석 .....	196
<그림 24> 자산 빈곤 집단 분석 .....	196
<그림 25> 건강한 노인 분석(만성질환 0-1개) .....	198
<그림 26> 건강하지 않은 노인 분석(만성질환 2개 이상) .....	198

# 제 1 장 서 론

## 제 1 절 연구 배경 및 목적

우리나라 노인 빈곤율은 조금씩 개선되고 있지만 여전히 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중, 가장 높은 편이다. 노인의 상대적 빈곤율(중위 소득 50% 이하)은 국제 비교가 가능한 2018년 기준 43.4%로 라트비아(39%), 에스토니아(37.6%), 멕시코(26.6%)보다 높으며 OECD 회원국 평균보다 약 3배 높은 수준으로 나타났다(OECD, 2021; 한겨레, 2021; 연합뉴스, 2022). 더불어, 노인 빈곤 문제를 심화시키는 노인 간 소득격차는 OECD 회원국 중 다섯 번째로 높게 나타났다. 대한민국의 65세 이상 가구의 가처분소득 지니계수는 0.406으로 코스타리카(0.502), 멕시코(0.473), 칠레(0.441), 미국(0.441)에 이어 다섯 번째로 높은 수준이다(OECD, 2021). 우리나라 사회·경제·정치체제 등이 선진 국가 수준임에도 불구하고 OECD 회원국 내에서 노인의 상대적 빈곤율이 약 12년 동안 가장 높았다는 점<sup>1)</sup>과 노인 소득격차가 크다는 점은 한국 노인 빈곤 문제의 심각성을 일깨운다.

노인 빈곤과 더불어 노인 건강은 노년기 전반에 걸쳐 삶의 질을 결정하는 중요한 요인이며, 건강 수준의 악화는 신체기능 손실, 심리·정서적 문제뿐만 아니라 과도한 의료비 부담과 같은 경제적 문제를 수반하므로 노인 문제에 있어 중요하게 다뤄야 하는 분야이다(최영애, 2003; Heidrich, 1998). 또한 우리나라에서 사회경제적 위치에 따라 노인 건강 불평등이 존재한다는 사실은 여러 연구를 통해 잘 알려져 있다(한국건강형평성학회, 2008). 특히 소득수준이 노인 건강에 미치는 영향이 커 노인 빈곤과 건강 문제는 함께 고려해야 한다. 노년층 고소득자(소득 5분위

---

1) 2008년 통계청과 OECD에 따르면 우리나라의 65세 이상 고령자 가구의 상대적 빈곤율(2006년 기준)은 45%로 OECD 회원국 중에서 가장 높게 나타나기 시작했다. 당시 OECD 국가의 고령자 가구 평균 빈곤율인 13%(2005년 기준)에 비해서는 3.5배가량 높았다.

기준) 중 경제적 이유로 보건의료서비스를 이용하지 못한 사람은 3.2%인데 비해, 저소득자는 22.3%에 달해(김태일·최윤영·이경희, 2008) 경제적인 이유로 진료나 치료를 받지 못하는 것으로 확인된다. 또한, 가처분 소득의 40% 이상을 의료비 지출로 사용하는 경우를 의료비 과부담이라고 봤을 때, 전체 가구 중 7.3%가 의료비 과부담 가구이지만 빈곤 가구는 25.6%로 나타나 빈곤층에서 의료비 부담이 심한 것으로 나타났다(송은철·신영전, 2014). 이렇게 의료비 지출뿐만 아니라 필요한 곳에 즉시 소비지출을 하기 위해서는 가용 소득의 중요성이 큰 것으로 확인되었으며 고소득층과 저소득층 간의 차이는 큰 것으로 확인되었다.

본 연구에서 중점적으로 살펴볼 기초연금과 같이 매월 현금으로 지급되는 공적이전소득은 소비지출로 이어질 가능성이 높으며(Shefrin & Thaler, 1988) 빈곤층 또는 건강하지 않거나, 주거 불안 등에 놓여있는 취약 계층에서는 즉시 필요한 곳에 활용될 가능성이 크다. 건강하지 않은 노인의 경우, 의료비 지출을 할 가능성이 큰 것이다(황인욱·이태진, 2018; Andersen & Newman, 1973). 하지만 노인의 공적이전소득이 의료비 지출에 영향을 주지 못한다는 연구 결과도 있어(황인욱·이태진, 2018) 몸이 불편한 노인과 그렇지 않은 노인의 건강 차이가 더욱더 심해지는 것으로 나타났다(조홍준, 2013). 더군다나 노인 빈곤층의 경우 경제활동이 거의 없는 상황이며 시간이 갈수록 만성질환 등으로 건강이 악화되어 필요한 의료 이용이 억제될 뿐만 아니라 더 깊은 소득 빈곤에 빠지게 된다. 이러한 과정은 다시 의료 이용을 할 수 없는 질병과 빈곤의 악순환으로 이어지게 된다(조홍준, 2013).

이렇게 노인의 소득과 건강 불평등이 높아지고 있는 가운데 기초연금은 정부 단일 일반 회계사업 기준 가장 예산이 큰 사업으로 2022년 기준 약 20조원의 예산이 책정되어 집행되었다. 물론 우리나라 노인 빈곤과 소득 및 건강 불평등 문제를 기초연금만으로 해결할 수는 없다. 기초연금과 더불어 국민연금, 국민기초생활보장제도, 건강보험 등 다양한 제도들이 톱니바퀴처럼 맞물려 운영되어야 할 것이다. 하지만 기초연금의 지급범위, 예산 규모 등을 고려했을 때 보다 효과적인 운영이 필요한 실정

이다(홍우형, 2021; 최옥금, 2020). 그래서 기초연금이 소득, 자산 등이 낮은 취약 계층에게 지급되고 있는지, 그리고 취약 계층이 안정적인 생활을 할 정도의 금액이 지급되고 있는지에 대한 논의가 필요하다. 하지만 기초연금은 2014년, 더 거슬러 올라가 기초연금의 전신인 기초노령연금 제도는 2008년에 시행되었는데 지금까지 이러한 논의와 연구가 필요한 이유는 무엇일까? 그 이유는 다음과 같다.

첫째, 보편주의에 대한 추가적인 논의가 필요하기 때문이다. 기초연금은 보편주의 복지정책으로 알려져 있다. 여기서 보편주의는 다수의 노인에게 특별한 조건 없이 지급하는 것으로 여겨진다. 그래서 기초연금을 노인 100%에게 지급하자는 논의도 있었다(고영인 외, 2021). 하지만 보편주의 개념은 그렇게 단순한 개념이 아니며 현실 정책에 적용하려면 다각도로 접근해야 한다. 단적으로 정책 수혜자 대상을 선별한다는 것은 보편주의와 대립되는 개념이 아니며 국가 및 사회적 상황에 따라 보편주의 내에서도 긍정적 차별 또는 선별주의가 진행될 수 있다는 것을 의미한다(윤홍식, 2011; 권혁주·김효정·송재환, 2012; Skocpol, 1991). 이런 보편주의 복지정책 관점에서 기초연금을 조금 더 논의하고 실증적으로 분석할 필요가 있는 것이다.

둘째, 노년층의 특성이 변하고 있기 때문이다. 현재, 우리나라 노인인구는 급격하게 증가하고 있으며 고령화 사회에 대한 논의가 이어지고 있다. 이러한 노인인구의 증가는 양적인 증가뿐만 아니라 질적인 변화도 함께 진행되고 있는 것을 의미한다(정경희·오영희, 2000). 단순히 노년층이 많아졌으니 그만큼 현금 지원해야 한다는 것은 노인을 하나의 집단으로 바라보고 있어 노인 집단 내 이질성을 파악하지 못하고 있는 것이다(최승훈·민수빈·이예인, 2020). 이러한 이질성은 베이비붐 세대의 지속적인 노인 유입으로 비교적 동일시되었던 노인의 특성이 다양해지면서 더욱더 드러났다. 2008년 기초노령연금 도입 시기의 만 65세 이상 노인과 2022년의 만 65세 이상 노인은 개인 특성뿐만 아니라 나이, 성별, 지역, 소득수준 등 다양한 집단별 특성도 다르므로(최승훈·민수빈·이예인, 2020) 제도적 틀을 갖추기 시작한 2008년의 노인 특성이 아닌 현재 그리

고 미래의 노인 특성을 고려한 기초연금 제도의 검토가 필요하다.

셋째, 관련 선행연구에 근거한 지속적인 모니터링이 필요하기 때문이다. 사실 기초연금이 취약한 노인에게 지급되고 있는지 그리고 충분한 금액을 지급하고 있는지에 대한 선행연구는 많이 진행되지 않았지만, 의미 있는 연구가 몇몇 진행되었다. 윤희숙(2011, 2012)은 2008년 기초노령연금의 대상과 급여액이 확대되는 과정에서 제도 혜택이 필요한 그룹에 제공되고 있는지 분석하였으며 이를 대상 효율성과 노인 구성 집단 특성의 차이를 통해 살펴보았다. 하지만 이러한 연구 결과에도 불구하고 당시 기초노령연금은 현재 기초연금으로 바뀌었을 뿐 지금까지 노인 70% 지급에 대한 수급 목표를 유지하면서 연금액을 조금씩 인상하고 있다. 홍우형(2021)은 2020년 기준, 노인 소득 구간별 기초연금 수급자의 소득과 자산을 분석하여 소득 및 자산분포에 따른 기초연금 수급 여부를 확인하였다. 이와 같은 선행연구들이 진행되었음에도 기초연금 제도의 효율성과 효과성에 대한 근본적인 논의는 활발히 이뤄지지 못하였다. 그뿐만 아니라 충분한 연금액이 지급되는지에 대한 논의 역시 진행되지 못했다. 이런 이유로 앞서 언급한 노인의 특성 변화, 그리고 기초연금의 효율성과 효과성을 꾸준히 살펴보고 충분한 연금액이 지급되는지에 대한 지속적인 모니터링 및 분석이 필요하다.

이러한 문제의식에서 비롯한 본 연구의 목적은 기초연금이 다차원 빈곤 관점에서 필요한 노인에게 지급되고 있는지 살펴보고, 기초연금에 의한 소득 증가가 필요한 소비지출을 하는 데 도움이 되는지 실증적으로 분석하는 것이다. 본 연구는 두 파트로 구성된다. 첫 번째, 기초연금이 취약한 노인에게 지급되고 있는지 탐구하기 위해 대상 효율성 분석을 진행한다. 기존 소득과 자산 중심으로 진행된 대상 효율성 분석<sup>2)</sup>(기초연금 수급자 중 빈곤 집단, 그리고 비빈곤 집단의 분포 분석)을 다차원 빈곤 관점에서 기술통계 분석 중심으로 진행하고자 한다. 이론적 논의에서는 기초연금의 수급 목표(노인 70% 지급)를 보편주의 복지정책 관점에서

---

2) 대상 효율성(target efficiency)은 복지정책 자원이 가장 필요한 사람에게 할당되는 것을 의미한다. 본 연구에서는 다차원 빈곤 관점에서 각 빈곤선을 기준으로 기초연금이 지급되었는지 살펴보는 것을 말한다.

살펴보고 보다 노인의 현실적 빈곤 상황을 고려해서 지급할 필요가 있는지에 대해 논의한다. 이후, 대상 효율성 개념과 기초연금의 확대, 기초연금과 보편주의에 대하여 논의하고자 한다. 이어 노인 빈곤에 대한 다양한 차원의 접근이 왜 필요한지, 그리고 노인의 다양성에 대해서 살펴본다.

두 번째 파트는 기초연금이 사회적 위험을 극복할 수 있는 수준으로 충분히 지원되는지 이론적·실증적으로 연구를 진행한다. 이를 위해 기초연금액 증가에 따른 소득이 소비지출 항목 중, 의료비 지출에 미치는 영향을 분석한다. 이어서 소득과 자산 빈곤 여부, 그리고 건강한 사람과 그렇지 않은 사람(만성질환 수)에 대한 조절효과 분석을 진행한다. 건강한 사람과 건강하지 않은 사람이 기초연금액에 따라 의료비 지출(금액과 비율)이 어떻게 변하는지 차별적 효과를 분석하는 것이다. 이론적 논의에서는 의료경제학 논의를 바탕으로 의료비 지출과 생활비 지출의 관계, 그리고 예산선, 건강 상태에 따른 효용에 대해 살펴본다. 또한 소득이 증가하면 의료비 지출이 증가한다는 가정을 적용하여 논의를 진행한다. 의료비 지출에 영향을 주는 다양한 요인을 살펴보기 위해 앤더슨의 개인 결정요인(determinant)을 살펴본다(Andersen & Newman, 1973). 기존 문헌 연구 중심으로 의료비 지출, 소득, 자산, 건강 상태, 그리고 기초연금과의 관계에 대한 이론적 논의를 진행한다. 이후, 건강, 소득에 의한 의료비의 차별적 지출, 불평등에 대해서 살펴본다.

실증분석을 위해 첫째, 대상 효율성 분석은 기술통계 분석을 중심으로 진행한다. 이를 위해 전체 노인, 기초연금 수급자 및 미수급자를 8가지의 다차원 빈곤 관점(소득, 자산, 소비지출, 신체적 건강, 정신적 건강, 주거, 가족관계, 친구이웃지인관계)에서 비빈곤-빈곤 집단, 그리고 세부 분위별(또는 카테고리별)로 어떻게 분포하고 있는지 대상 효율성을 살펴보고자 한다. 이를 통해 비빈곤 및 빈곤 집단이 얼마나 기초연금을 수급하는지 그리고 각 수준은 어느 정도인지 확인한다. 두 번째 실증분석은 기초연금 수급자 내 의료비 지출(금액과 비율)의 차별적 효과 분석을 진행한다. 먼저, 기초연금이 의료비 지출에 영향을 주는지 다중회귀분석을 진행하

고 이어 소득과 자산 빈곤 여부를 조절변수로 활용하여 다중회귀분석을 실시한다. 이어, 만성질환 수를 조절변수로 다중회귀분석을 실시하여 기초연금액이 높아질수록 의료비 지출(금액과 비율)이 어떻게 변하는지 분석한다. 이때, 앤더슨의 개인 결정요인과 추가로 의료비 지출에 영향을 줄 수 있는 생활비, 저축액을 통제변수로 활용한다.

이러한 실증분석 결과를 통해 기초연금의 수급 목표, 지급방식, 운영 등을 추가적으로 논의하는데 본 논문이 기여하고자 한다. 물론 의료비 지출이 기초연금의 모든 효과를 대신할 수는 없지만, 건강이라는 노인의 일상생활 유지에 있어 중요한 요인을 포함하고 있으므로 유의미하다고 할 수 있을 것이다. 이를 바탕으로 이론적·정책적 함의를 도출하여 조금 더 효율적이고 효과적으로 기초연금이 운영되는데 본 연구가 기초자료로써 활용되길 기대해본다.

## 제 2 절 연구 대상 및 범위

본 연구는 다차원 빈곤 관점에서 기초연금 수급자의 대상 효율성과 의료비 지출 중심으로 차별적 효과를 분석하는 데 초점을 두고 있다. 그래서 연구 대상은 기초연금 수급 대상자로서 만 65세 이상 대한민국 국적을 가지고 있으며 국내에 거주(「주민등록법」 제6조 1, 2호에 따른 주민등록자)하는 사람들이다.

하지만 본 연구에서 활용한 노인실태조사 데이터 중 소득, 지출, 기초연금 수급여부 등의 경제 상황에 관련된 항목은 전년도 데이터를 집계하여 연구대상 선정에 있어 조정이 불가피하였다. 즉, 노인실태조사는 2020년에 진행되었으며 소득 및 지출 등의 항목은 2019년의 데이터를 수집하였기 때문에 만 66세(1954년생) 이상을 연구 대상으로 선정하였다.

<표 1> 조사 및 연령 현황

	2019년 (소득, 지출 데이터 취합)	2020년 (노인실태조사 실시)
1954년생	만 65세	만 66세
1955년생	만 64세	만 65세

앞서 언급했듯이, 본 연구는 기초연금 수급자에 대하여 다차원 빈곤 관점에서 대상 효율성 분석을 진행하고, 의료비 지출을 중심으로 차별적 효과를 분석하고자 한다. 이 분석 결과를 토대로 기초연금이 더욱 더 효율적이고 효과적으로 운영되는 데 도움이 되도록 정책적 시사점을 제시하는 것에 목적이 있다. 이러한 목적을 달성하기 위해 먼저 대상 효율성 분석은 만 66세 이상 전체 노인과 기초연금 수급자-미수급자로 구분하여 분석을 진행하고자 한다. 다음으로 효과 분석 단계에서는 기초연금 수급자만을 분석 대상으로 활용한다.

대부분 노인 관련 데이터는 가구 단위로 진행되었는데 본 연구에서는 개인 단위로 진행하였다. 이는 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 관계 정도 등 다양한 개인 빈곤 특성을 분석하기 위함이다. 이를 위해 소득·



자산·지출 등과 같은 경제적 변수에 대하여 가구소득으로 측정되어있는 것을 OECD 제급근지수 방법을 활용한 균등화 개인소득<sup>3)</sup>으로 전환하여 처리하였다. 개인 데이터를 활용할 때는 건강 등의 사유로 대리할 가능성이 있지만 본 연구의 데이터는 모두 본인이 응답하였다는 것을 확인하여 대리 응답에 따른 데이터상의 오류는 없는 것으로 판단된다.

분석 시점은 2020년으로 공개된 노인 관련 데이터 중 표본 수가 가장 큰 최신 데이터이다. 그리고 2020년은 코로나바이러스감염증-19로 인한 대면 활동이 전면적으로 제한된 상황이었기 때문에 이를 데이터에 감안하여 연구를 진행하였다.

---

3) 가구소득을 가구원 수의 제곱근으로 나누어 처리하는 방법이다.

## 제 2 장 이론적 논의와 선행연구 검토

### 제 1 절 보편주의와 대상 효율성

#### 1. 보편주의에 대한 논의

흔히 보편주의라고 하면 노인의 경우 만 65세 이상 모든 노인, 아동의 경우 만 7세 이하 모든 아동과 같이 소득·자산 조사와 같은 조건 없이 모든 시민을 포괄하는 정책으로 이해되고 있다. 하지만 보편주의 개념은 그렇게 간단한 개념이 아니며 실제로 매우 복잡하여 현실 정책에 적용하려면 다각도로 살펴봐야 한다. 이러한 보편주의를 이론적으로 논의하기 위해 먼저 복지정책과 복지국가에 대해서 살펴보겠다.

##### 1) 복지정책과 복지국가

복지정책 개념은 주로 사회복지정책이라고 하며 사회복지와 정책 개념을 합성한 것이다. 구체적으로 사회복지정책은 사회복지와 관련된 특정 목적을 달성하기 위한 행동 원칙, 지침, 일정한 계획, 조직화된 노력 등으로 정의할 수 있다. 여기에는 재정지출이 포함되기도 한다. 목적은 국민의 삶의 질을 향상하는 데 있다(송호근·김태성, 1995).

이러한 복지정책은 중앙 또는 지방정부가 시행하는 공공정책으로 국가의 형태에 따라 다양한 목적, 형태, 방법 등으로 국민에게 전달된다. 그래서 복지정책은 그 국가의 이념, 역사, 통치 형태 등과 깊은 관련이 있는 것이다. 19세기 말 유럽 자본주의 국가에서의 사회주의 운동은 공산주의 혁명을 통한 운동과는 달리 노동자 복지를 위해 국가가 정책적으로 개입하길 원했다. 그리하여 북유럽 중심의 사회민주주의 운동은 노동자, 농민 등과 같이 당시 경제활동의 주체들이 정치권력을 획득하여 국가 운영에 관여하게 했으며 보편적 복지국가를 구축하는 시발점이 된 것

이다. 당시 이러한 국가 체제를 구축한 국가는 스웨덴이었으며 자본주의 사회임에도 현대적 복지국가의 한 전형을 만들어 냈다(권혁주·김효정·송재환, 2012). 현대적 의미에서의 복지국가는 제2차 세계대전 이후, 영국을 중심으로 사회적 연대의 강화와 국가 정책적 능력 향상으로 정부와 의회 차원에서 복지국가를 추구하는 데 동의를 얻기 시작했으며 복지국가로의 전환에 탄력을 받기 시작했다. 그리고 자본주의 서구 국가의 경제발전은 복지국가에서 소요되는 재정적 자원을 구축하는 데에도 긍정적인 영향을 주어 복지국가 형성에 도움을 주었다(권혁주·김효정·송재환, 2012).

제2차 세계대전 이후 복지정책은 자본주의 사회 붕괴가 아닌 자본주의 사회의 개혁을 바탕으로 한 복지국가 체제하에서 진행된 것이다. 즉, 현재 복지국가들은 자본주의 사회를 전제로 한 사회적 개혁을 이룬 국가라고 할 수 있으며 그 구성원은 사회적 권리로서 보호받을 수 있는 기본적인 권리가 있다는 것이다. 현재 우리나라도 이와 같은 자본주의를 기반으로 한 복지정책을 시행하고 있다<sup>4)</sup>.

## 2) 보편주의 복지정책의 역사적 배경

이러한 복지국가에서의 복지정책은 초기에는 세계대전이라는 특수 상황을 대처하기 위해 모든 국민에게 정액 및 균등 급여에 근거한 보편주의 복지정책을 추진할 수 있었다. 전쟁 이후 서구 국가에서는 국가의 모든 인적·물적 자원을 동원하여 국가와 사회를 다시 일으켜야 한다는 목표가 있었다. 이 시기에도 잔여주의 복지정책<sup>5)</sup>이 필요했지만, 대상 인원이 매우 소수여서 잘 진행되지 못하고 국민 대부분에게 지원하는 복지정책 형태였다.

1960년대 이후, 이러한 보편주의 방식의 한계점이 나타나기 시작했다.

---

4) 우리나라 포함 동아시아 국가는 발전주의 복지국가 체제에 속하여 서구 국가와 완전히 동일하다고 보기에 한계점이 있으나, 자본주의를 기반으로 진화한 것은 유사하다고 할 수 있다.

5) 소득/자산조사 등을 통한 경제적 상황을 고려하여 지급되는 복지정책

사무직 등 다양한 직종이 증가하고 기존 제조업 노동자가 감소하면서 균등 급여에 기반한 보편주의 복지정책이 실제 상황과 맞지 않게 되었다. 이에 북유럽 국가 중심으로 새로운 보편주의 복지 원리가 나타나게 되었다. 기존과는 달리 국가가 시민의 기본적인 욕구를 결정하는 방식이 아닌 개인의 다양한 욕구에 대응하는 방식으로 바뀐 것이다. 이때 ‘대상으로서 보편주의’ 개념이 나타났으며 이 방식은 포괄성은 유지되지만, 급여 방식은 균등 급여에서 노동시장에서의 성취를 반영하는 소득비례 급여로 전환된 것이다(윤홍식, 2011). 여기서 한가지 주목할 점은 북유럽 국가에서 이러한 차이를 인정하였으며 이러한 지급하는 방법을 보편주의 모습으로 이해했다는 것이다. 앞서 언급했지만, 시민 대부분을 보편주의 복지정책의 대상으로 포괄하지만, 사회 위험에 대한 대응 정도는 노동시장의 지위에 따라 차별적으로 바라보고 있다는 것이다. 즉 보편주의 내에서 계층화(stratification within universalism)가 이뤄진 것으로 이해할 수 있다(Korpi & Palme, 1998; 윤홍식, 2011 재인용).

대한민국과 같이 자본주의를 기반으로 하는 복지국가에서의 보편주의 개념은 모든 시민이 동일한 욕구가 있다고 간주할 수 없으며, 시민들의 욕구는 기본적 보장 수준을 넘어 개별 시민이 노동시장에서 성취한 상이한 결과를 반영하게 된 것이다(권혁주·김효정·송재환, 2012). 역사적으로 이렇게 보편주의는 생물처럼 진화했으며 이를 통해 선별주의와 대립이 아닌 조화를 이뤘다는 것을 확인하였다. 이 역시 자본주의 국가를 기반으로 한 복지국가에서의 복지정책이기 때문에 가능한 것으로 보인다.

Titmuss(1968)는 보편주의만으로는 충분히 사회 위험을 대비할 수 없어 긍정적 차별(positive discrimination)이 필요하다고 하였다. 바로 보편주의와 선별적 원칙이 대립적 원리가 아니라 상호보완적 기능을 수행한다는 것을 의미한다. 더 나아가 복지국가가 직면한 도전의 본질은 보편주의와 선별주의를 구별하는 것이 아니라 가장 필요한 사람에게 자원을 배분하기 위한 긍정적 차별이 가능한 사회 기반을 만드는 것이라고 언급하였다. 이러한 관점에서 대상을 선별한다는 것을 보편주의에 대립하는 할당 원리로 이해하는 것은 적합하지 않다<sup>6)</sup>(윤홍식, 2011; 권혁주·김효

정·송재환, 2012). Skocpol(1991)의 주장과 같이 선별주의는 보편주의 원칙 내(targeting within universalism)에서의 이루어지는 분배의 할당 원리로 이해될 필요가 있다.

정리하면, 복지정책을 시행하는 방법적 측면에서는 다양할 수 있지만 변하는 국민의 욕구와 상황을 고려한 정책이 활용되어야 하며 국민이 기본적인 보장 수준을 유지할 수 있게 국가가 지원해야 한다는 것이다.

### 3) 보편주의에서의 자격 기준과 급여수준

그렇다면 보편주의 내에서 선별할 때 어떤 기준으로 해야 하는지 살펴봐야 한다. 첫째, 보편주의 내에서 선별주의는 인구 사회학적 특성과 기여 여부에 따라 대상을 선별할 수 있다. 영국의 국민건강보험이 포괄 범위가 가장 넓은 정책이라고 할 수 있으며, 현재 우리나라에서 시행하고 있는 아동수당 등이 또 다른 예가 될 수 있다. 이러한 정책들은 일정한 인구학적 기준을 충족한 모든 시민에게 특별한 욕구가 있다고 인정해 보편적으로 제공하는 것을 말한다(윤홍식, 2011).

두 번째는 조합주의이다. 조합주의는 제한된 멤버십(restrict membership)의 의미로서 지역적 기준, 혹은 직업에 따라 특정한 ‘사회 그룹’을 선별하여 조합을 구성하고 그에 속한 사람들 사이에서 사회적 위험에 대해 보호하는 것을 의미한다(Kildal & Kunhle, 2002). 조합주의 기준에서 사회적 위험에 대비한 보호를 보편적으로 제공하기 위해서는 조합의 위험 공유화(risk pooling<sup>7)</sup>) 정도가 높고 재정적으로 지속 가능해야 한다는 조건이 필요하다. 그렇지 않으면 과거 농민 등이 의료보험 혜택을 보지 못했던 것처럼 보편주의의 보편성에서 어긋날 수 있다(권혁주·김효정·송재환, 2012).

세 번째는 잔여주의이다. 잔여주의는 자산조사를 통해 특별한 욕구가

---

6) 여기서 보편주의와 대립되는 개념은 선별적 원칙을 적용하는 것이 아니라 소득과 자산에 따라 대상을 선별하는 잔여주의이다(윤홍식, 2011).

7) 위험이 동질적이어서 결합할 수 있어야 하며 동질적 위험이 다수 존재해야 하는 것을 의미한다.

있다고 인정된 개인 또는 가구에 복지급여의 수급 자격을 부여하는 원리이다. 보편주의와 대립하는 개념 같지만 2000년 이후 북유럽 국가에서의 잔여주의 역시 보편주의와 함께 호환이 가능한 것으로 보고 있다(윤홍식, 2011). 그래서 잔여주의 역시 하나의 기준으로 포함할 수 있다.

이런 자격 기준과 함께 중요하게 논의되는 것이 급여 수준이다. 윤홍식(2011)은 낮은 급여 수준으로 지급된다면 공적 복지 체계에 심각한 위협이 될 수 있으며 민영화 경향이 나타날 수 있다고 하였다. 그뿐만 아니라 제공하는 보호 수준이 시민으로서 자신의 삶을 자유롭게 살아가는데 필요한 수준으로 이르지 못하면 시민으로서 권리가 제한되며 복지 혜택을 받는 시민을 다른 시민 간의 삶의 질 차이가 오히려 더 벌어질 수 있다. 이는 지금까지 논의한 보편주의 복지정책에 어긋난다고 볼 수 있다. 이는 보편적 복지의 규범적 근거인 동등한 인간으로서의 권리를 충족하지 못했기 때문이다. 예를 들어 빈곤층을 대상으로 한 공공부조의 경우, 소득 및 자산조사를 통해 대상자를 선정하면 급여 수준은 공동체의 구성원으로서 사회적 위험에 대한 보호의 정당한 권리에 기반하여야 하며 그에 상응하는 수준으로 제공되어야 할 것이다(권혁주·김효정·송재환, 2012). 그렇기 때문에 보편주의 내에서 선별주의를 진행한다면 선정된 대상자가 위험에서 벗어나 기본적인 욕구를 충족할 수 있는 수준까지 제공되어야 한다.

이런 보편적 원리에 의한 복지 혜택 제공을 위해서는 욕구에 대한 조사(검사)가 수반되어야 하며 경제적 상황이 아닌 전문적인 규범에 근거하여 이를 확인할 때 역시 보편적 원리에 의한 복지정책으로 간주할 수 있다(Rothstein, 1998; Kildal & Kunhle, 2002; 권혁주·김효정·송재환, 2012 재인용). 보편주의 복지정책은 모든 국민이 혜택을 받는 것이 아니라 기본적 권리로써 제공받을 수 있는 권리를 말하며 급여 수준은 사회적 위험으로부터 극복할 수 있는 수준을 의미한다.

## 2. 대상 효율성에 대한 논의

사회복지에서 대상 효율성(target efficiency)이란 복지정책 자원이 가장 필요로 하는 사람에게 할당되도록 하는 것을 의미한다. 이 개념은 복지정책을 위한 자원도 다른 자원들과 같이 수요에 비해 항상 부족하다는 것을 전제로 하고 있으며 경제적 비용효과를 중요시하는 것으로 이해할 수 있다.

복지정책에 있어 대상 효율성 개념은 사회보장과 사회복지서비스에서 다소 차이가 있을 수 있다. 먼저, 사회보장제도에서 대상 효율성을 극대화하는 방법은 사회가 보장하지 않으면 최저생활을 영위하기 힘든 빈곤층에게 자원이 돌아가도록 자산조사를 통해 자원을 배분하는 것이다. 반면, 사회복지서비스에서의 대상 효율성이란 서비스의 니즈가 가장 큰 사람들에게 서비스가 집중하는 것을 의미하며 소득자산조사보다는 전문적 진단(professional diagnosis) 기준에 의한 선별이 더 선호하는 것을 말한다(한혜경, 2000). 즉, 앞서 논의한 보편주의에서의 자격 기준과 급여 수준을 적용하면 사회보장제도에서의 대상 효율성은 앞서 논의한 잔여주의 형태 개념과 가까우며 사회복지서비스에서의 대상 효율성은 전문가 분석을 바탕으로 복지서비스를 필요로 하는 사람들에게 지급하는 것을 의미한다.

오늘날 노인 사회복지서비스에서도 대상 효율성의 개념이 중요시되는 경향이다. 노인인구가 점점 증가함에 따라 노인들의 다양한 정책 및 서비스 욕구가 급속히 증가하고 있어 선진국을 중심으로 많은 국가에서 서비스를 필요로 하는 노인에게 복지서비스를 집중해야 한다는 과제가 중요한 이슈로 주목받고 있다. 그리고 정책 및 서비스를 정말 필요로 하는 노인이 누구인지, 대상자 선정기준을 어떻게 설정해야 하는지에 대한 논의 역시 활발히 이뤄지고 있다(한혜경, 2000). 이에 대해 Bebbington & Davies(1983)은 대상 효율성 개념을 복지정책을 받는 것이 가장 효과적인 개입 방법이라고 판단되는 사람에게 자원을 할당하는 것이라고 정의한다. 즉 정책이나 서비스를 받아야 하는 사람이 받을 때 가장 대상 효

효율이 좋으며 효율적이라는 것이다.

이러한 대상 효율성을 수평적 대상 효율성과 수직적 대상 효율성으로 분류할 수 있다(한혜경, 2000; Bebbington & Davies, 1983 재인용). 첫째, 수평적 대상 효율성이란 서비스가 필요한 사람, 즉 우선적 니즈를 가진 사람 중에서 실제로 서비스를 받는 대상자의 비율을 의미하며, 수직적 대상 효율성이란 현재 복지서비스를 받는 사람 중 우선적 니즈의 기준을 충족시키는 수급자의 비율을 의미한다. 이 개념은 앞선 보편주의의 자격 기준과 급여 수준 논의와 연관성을 가진다. 수평적 대상 효율성은 복지정책 니즈를 가진 사람에게 서비스를 제공하는 보편주의 내 선별주의(targeting within universalism)와 일맥상통한다. 모든 국민을 대상으로 하는 보편주의와는 구별되며 서비스를 필요로 하는 사람들에게 얼마나 보편적으로 서비스 또는 급여가 주어지느냐가 수평적 대상 효율성 개념이다. 수직적 대상 효율성 역시 니즈 수준을 충족시켜준다는 의미는 복지정책 수혜로 사회적 위험에서 벗어날 수준이 된다는 것을 뜻하기 때문에 앞선 보편주의 급여 수준 논의와도 이어진다(한혜경, 2000; Bebbington & Davies, 1983; 권혁주·김효정·송재환, 2012). 예를 들어, 노인의 경우 아프면 경제적 부담 또는 의료기관 접근에 대한 부담 없이 병원에 갈 수 있도록 지원되어야 한다는 것이다.

본 논문에서는 수평적 대상 효율성 개념을 바탕으로 다차원 빈곤 관점에서 기초연금 수급자의 대상 효율성을 살펴보고, 그리고 수직적 대상 효율성 개념을 바탕으로 아픈 노인이 병원에 갈 수 있는 수준으로 기초연금이 지급되는지 살펴보고자 한다.

### 3. 기초연금의 보편성과 쟁점

현재 기초연금은 소득 및 자산조사를 통해 지급되고 있지만 만 65세 이상 인구 70% 지급 목표를 위해 설정되었기 때문에, 위에서 논의한 보편주의 복지정책의 성격을 가지고 있다고 하기에 는 무리가 있다. 왜냐하면 소득 및 자산조사가 노인인구 70% 지급 목표를 위해 맞춰져 있기 때



문이다. 그러므로, 기초연금 수급 선정방식은 잔여주의를 표방하고 있지만 실질적으로는 아동수당과 같이 인구 사회학적 특성에 기반하여 지급하고 있다. 그래서 본 챕터에서는 기초연금이 어떻게 노인이라는 인구 사회학적 특성 기준에 의한 보편적 특성 또는 보편성을 가지게 되었는지 그리고 그에 따른 쟁점은 무엇인지 논의하고자 한다.

## 1) 기초연금 보편성의 배경

기초연금의 보편성은 무엇이며 어디서부터 시작되었는지 살펴볼 필요가 있다. Gilbert & Terrell(2013)은 사회보장 지급 원칙을 ‘귀속적 욕구’, ‘보상’, ‘진단적 구분’, ‘자산조사에 의한 욕구’로 구분하였는데, 그중 보편적 특성이 있는 ‘귀속적 욕구’와 ‘보상’을 통해 기초연금의 보편성을 설명할 수 있다.

먼저, 귀속적 욕구(attributed need)는 집단의 공통적 욕구를 기반으로 하고 있다. 이에 노인이라는 집단 중심으로 지급되었던 최초의 현금 급여 제도인 ‘노령수당’의 유산(legacy)에서 귀속적 욕구의 내용을 확인할 수 있었다. ‘노령수당’ 제도는 1989년에 「노인복지법」 개정을 통해 도입되었다. 하지만 2년 정도 시행되지 못하다가 1991년 「노인복지법시행령」의 개정으로 실질적 ‘노령수당’이 지급되었다. 노령수당은 농업사회에서 산업사회로 변화하는 과정에서 자신의 노후 대비를 제대로 하지 못한 노인에게 실질적인 소득보장 혜택을 주고 노후생활의 안정을 위해 시행되었다(윤성주, 2014). 그뿐만 아니라 1988년 국민연금이 도입되면서 가입 대상을 만 60세 미만자로 한정함에 따라 당시 만 60세 이상 노인은 가입뿐만 아니라 연금 혜택을 받을 수 없게 되어, 국민연금에 가입할 수 없었던 노인을 대상으로 소득보장에 대한 필요성이 제기되었다. 이렇게 만 65세 이상 집단 전체가 노령수당을 받아야 하는 근거가 만들어진 것이다. 그리고 국민연금의 도입을 논의하던 당시 60세 이상의 노인 중 75%가 아무런 노후 대비가 없다는 점(경향신문, 1986), 그리고 미비한 노인복지 정책 등을 고려했을 때 ‘노령수당’은 노인 전체를 정책 수요로 설정하여도 아무런 문제가 되지 않았다. 집행과정에서 ‘노령수당’ 역시

소득조사를 진행했지만 엄격한 소득자산조사 아닌 신청받는 지역의 시·군·구청장이 지급 여부를 결정하여 지급하였다. 급여액은 1994년 기준 월 1만 5천원 수준이었으며 지급률은 1991년~1997년 평균 10.5%로 나타났다. 당시는 거의 모든 노인이 지급 대상이 되었음에도 지급률이 저조한 것으로 나타났다. 이러한 저조한 지급률은 향후 기초노령연금 도입 시 지급률 확대가 하나의 목표가 되는 데 영향을 주었다(김미곤, 2007).

다음으로, 보상(compensation)이다. 보상은 퇴역군인, 국가유공자, 차별로 과거 고통을 받은 사람 또는 집단 등이 정부 복지정책의 수급자로 되는 것을 의미한다. ‘노령수당’ 이후 제도인 ‘경로연금’까지, 「노인복지법」에 속하는 제도였다. 「노인복지법」에는 건강진단, 경로우대, 직종개발, 거주지 제공, 복지시설 제공 등 다양한 정책들을 포함하고 있었으며 노령수당과 경로연금은 그중 하나의 세부 정책이었다. 당시 노인복지에는 기본적으로 일제강점기, 전쟁, 경제발전에 의한 희생 등의 어려움을 극복한 세대에 대한 보상의 의미가 있었다. 특히, 경로우대증으로 대표되는 버스, 목욕탕, 이발소 등 다양한 혜택은 노인들에게는 특권이었으며 보상의 의미였다. 하지만, 당시 대한노인회 등 관련 집단에서 민간 중심의 노인에 대한 우대 및 보상을 국가에서 맡아야 한다고 주장하면서(동아일보, 1988) 노인복지정책에 대한 국가의 역할이 더욱더 커졌다. 이는 사회복지 차원에서 중요한 전환점을 의미하는데 가족, 민간 중심의 노인복지가 공공기관, 정부로 옮겨가는 것을 의미하기 때문이다. 당시 민간 중심의 노인 보상은 오히려 노인이라는 낙인을<sup>8)</sup> 찍게 하고 모멸감을 주는 요인이 되어 점차 사라지게 되었지만<sup>9)</sup> 정부의 정책인 ‘노령수당’은 ‘경로연금’으로 확대 개편되었다(경향신문, 1989; 법제처, 2022). 이렇게 민간에서의 보상 의미는 퇴색되었지만 반대로 정부 차원의 보상은 강해지기 시작했다. 이러한 의미에서 노령수당을 시작으로 경로연금, 기초노령연금, 그리고 기초연금으로 이어지는 현금 지급 수단은 보상의 의미를 여전히 내재하고 있다.

---

8) 여기서 낙인은 선별주의의 소득/자산조사에 의한 낙인과는 차이가 있다.

9) 현재 경로우대는 주로 국가 또는 지방자치 단체 시설(공공시설, 박물관 등)에만 한정되어 운영되고 있다.

## 2) 기초연금 수급 목표

이러한 귀속적 욕구와 보상을 내재하고 있는 기초연금은 현재 수급 목표를 노인인구 분포 70% 지급하는 것으로 하고 있다. 이 수급 목표는 기초연금의 목표, 정체성, 운영방식에 혼란을 주고 있어(최옥금, 2020) 이에 관한 내용을 살펴보고자 한다. 우선, 어떤 과정과 근거로 70% 설정이 되었는지 논의하고자 한다.

우선, 수급 목표 70%는 법에 명시되어 있으며, 70% 지급을 위한 소득 기준 설정 역시 관련 법에서 언급하고 있다. 보건복지부·한국재정학회(2019: 4)의 기초연금 2020년 대상자 선정기준 설정을 위한 연구보고서에서 “법(기초연금법)에 명시된 70%라는 목표 수급률의 달성과 기초연금제도의 효율적인 운용을 위해서 2020년 기초연금 수급 대상자 선정 기준액을 합리적으로 산정·공개하는 것이 필수적”이라고 명시하였다. 실제 수급률도 2020년 기준 66.2%로 70% 조금 못 미치는 수치를 보인다.

현행 「기초연금법」에 명시되어 있는 70% 수준은 기초연금 이전 정책인 기초노령연금에서 시작되었다. 2008년 1월에 도입된 기초노령연금은 앞선 노령수당, 경로연금과는 다르게 단독 법으로 제정되었다. 기존 정책은 「노인복지법」의 한 부분이었지만 기초노령연금부터는 단독 법 제정으로 독자적으로 정책을 진행할 수 있게 되었다. 2008년 1월 기초노령연금이 도입될 때는 현재 기초연금과는 다르게 만 70세 이상, 60%를 지급 대상으로 시행되었다. 하지만 2008년 7월 연령이 만 70세에서 65세로 낮아졌으며 2009년 1월 1일부터 현재와 같은 만 65세 이상 70% 수준으로 변경되었다. 이렇게 변경된 것에 대하여 몇 가지 연구 결과가 있는데 이를 살펴보겠다.

첫째, 정치적 결과물이라는 것이다<sup>10)</sup>. 2006년 당시 야당은 소득이나 가입 기간 상관없이 65세 이상 모든 노인에게 월 일정액을 지급하자는 기초노령연금제를 제시하였고, 여당에서는 전체 노인의 20% 정도에 연

10) 기초노령연금이 노인의 70% 대상으로 시행된 이유는 정치적 논의의 결과물이라는 것이 정설이다(최옥금, 2020)

금으로 지급하는 효도연금법을 내놓았다. 이후 여당에서는 전체 노인 중 60%, 연금액은 월 83,000원, 야당에서는 전체 노인에게 연금액을 월 140,000원(2008년)에서 300,000원(2028년)까지 인상하는 안을 제시하였다. 제2야당에서는 전체 노인 중 80%, 연금액은 83,000원(2008년)에서 240,000원(2028)까지 인상(안)을 제시했다. 사실 당시의 쟁점은 연금액이었으며 사각지대 해소와 재원 마련에 대한 논쟁으로 쉽게 타결이 되지 않았다(남화순, 2010). 그렇기 때문에 전체 노인 중 몇 퍼센트 수준으로 지급하는 것은 객관적 자료에 의한 논쟁이 아니라 정치적 논쟁이 되었던 것이다. 이후 정부와 여당은 야당의 기초노령연금 도입을 수용하고 전체 노인의 60%에게 지급하는 것에 합의하였다. 합의 내용은 2008년 1월부터 70세, 7월부터 65세 이상 노인 중 소득 하위 60% 대상으로 지급하는 방안이었다. 그리고 2009년 1월부터는 앞에서 언급한 것과 같이 만 65세 이상 70%가 수급 대상이 되었다.

이러한 합의에 대하여 남화순(2010)은 노인생활실태 및 욕구조사를 통한 노인 경제 문제와 노후소득보장 정책 발제 등에 대한 논의가 있었지만 각 당에서는 이에 대한 비교·분석과정이 아닌 자신들의 주장을 통한 공방만이 있었다는 것을 강조하였다. 그리고 면밀하게 살펴봐야 할 수급 대상자 선정 등 다양한 안건에 대하여 갑작스럽게 합의했다는 점도 문제점으로 제기하였다. 특히 당시 여당이 야당의 의견을 갑작스럽게 받아들인 점은 대통령 선거 등을 고려한 움직임이라는 것이다.

2008년 기초노령연금 도입 이후, 노인 빈곤율이 여전히 낮아지지 않자 기초노령연금 강화에 대하여 다시 논의가 시작되었다. 2011년 초, 학교 무료급식 논쟁을 거쳐 보편-선별적 논의<sup>11)</sup>가 모든 학생에게 급식을 제공해야 한다는 주장으로 기울어지면서 기초노령연금 역시 노인 빈곤율 문제와 노인 소득 보장 강화를 위해 노인 전체에게 지급되어야 한다는 논의로 이어지게 되었다. 2012년 대통령 선거 이전, 당시 대통령 후보는 모든 노인을 대상으로 기초노령연금 2배 상향하는 기초연금 도입을 공약하였다. 하지만 선거 이후, 여당·인수위·정부·언론 등에서 재원 부담, 상

---

11) 앞서 논의한 보편주의와 선별주의 개념과는 다르다. 여기서 보편주의는 모든 학생, 선별주의는 저소득층 학생을 의미한다.

위계층에 대한 무차별 지급, 낮은 실현 가능성 등을 이유로 공약의 재조정 또는 속도 조절론이 제기되었다. 그뿐만 아니라 젊은 계층의 반발, 국민연금 탈퇴자 급증, 국민연금 가입자의 역차별 문제 등이 나타나자 보건복지부 장관을 위원장으로 하는 국민행복연금위원회가 발족하여 합의안<sup>12)</sup>을 도출하였다. 이를 바탕으로 정부는 소득 하위 70%에 대해 국민연금 가입 기간에 따라 10만원에서 20만원까지 차등 지급한다는 최종안을 제시했지만, 기초노령연금보다 오히려 퇴보했다는 비판이 강하게 있었다. 이에 처음부터 다시, 여당과 정부는 소득 하위 70% 노인에게 국민연금과 연계해 차등 지급, 야당은 70% 노인에게 국민연금 연계 없이 20만원 전액 지급으로 팽팽하게 맞섰지만 2014년 7월 지급에 대한 시간적 압박과 2014년 6월 총선이 다가옴에 따라 국민연금과 연계해 차등 지급 하되 국민연금 수급액 30만원 이하 저소득층에 대해서는 20만원 지급 절충안이 합의되었다(전성욱, 2014). 이 합의 역시 기초노령연금이 도입될 당시와 비슷하게 면밀한 자료와 상황 분석에 의한 논의가 아닌 성급하게 진행된 측면이 있다.

기초연금 도입과정에서 정치적 상황으로 인해 기존 70%에 대한 수정은 쉽게 진행하기 어려웠다. 앞에서 언급한 국민행복연금위원회에서 수급률에 관한 내용을 제시했는데, 노인 70% 또는 80% 대상으로 진행한다는 것이었다. 이는 기존 기초노령연금 수급 목표인 70%를 수정하거나 낮춘다는 것은 정치적 환경상 쉽지 않다는 것을 방증하였다. 즉, 기초노령연금에서 설정된 70%를 유지하거나 대상 범위를 넓힐 수는 있지만 그 이하로 낮추는 것은 정치적으로 위험하기 때문이다.

위 내용까지 정치적 상황에 대한 논의였으며 두 번째 근거는 국민연금과의 관계에서 나온 결과물이라는 것이다. 기초노령연금의 도입은 국민연금과의 관련성에서 살펴볼 필요가 있었다. 2003년 국민연금 제1차 재정계산 결과 급속한 인구 고령화에 대응하기 위해서는 급여 수준을 낮

12) 행복연금위원회 7대 합의안 주요 내용은 소요 재원의 전액 조세 충당, 소득 또는 인구 기준에 따른 노인 70% 또는 80% 대상, 20만원 범위 내에서 정액 또는 차등 지급, 차등 지급할 때는 소득인정액 또는 공적연금액을 기준, 2014년 7월에 시행할 것 등이었다(전성욱, 2014).

추고 보험료율을 상향하는 개혁 필요성이 제시됐지만, 국민연금제도의 사각지대와 노인 빈곤 문제가 가까운 미래에 해소되기 어려울 것이라는 전망도 함께 제시되었다. 이에 따라 국가 재정으로 지급되는 기초연금과 소득비례 방식의 국민연금으로 공적연금제도를 이원화하는 법안이 상정되었다. 이후, 기초연금이 정치적으로 활발하게 논의되었으나 2007년 국민연금의 급여 수준을 60%에서 2028년까지 40%로 단계적으로 하향하는 대신, 급여 감소를 보완하고 사각지대를 해소하기 위한 대안으로 노인의 60%를 대상(이후 70%로 확대)으로 국민연금 A값의 5%를 지급하는 기초노령연금을 도입하기로 한 것이다(최옥금·한신실, 2018).

셋째, 비공식적으로는 ① 2007년 논의 당시 전체 노인의 소득 및 재산 분포가 70%를 기준으로 급격히 하향했다는 점, ② 하위 70%로 설정할 때 당시 농어촌에 거주하는 노인 대부분을 포괄할 수 있었다는 점, ③ 국민연금과의 연관성에서 당시 공적연금(국민+특수직역연금) 미수급자 비중 등 고려했다는 점(최옥금, 2020), ④ 국민기초생활보장의 사각지대와 국민연금 사각지대를 고려했다는 논의(윤희숙, 2011) 등이 기초연금 수급자 70% 설정에 영향을 준 것으로 알려져 있다.

이러한 다양한 이유로 노인 70%라는 수급 목표가 설정되었다고 하지만 실질적 결정은 국회에서 진행되어 정치적 결과물이라는 주장이 가장 유력한 것으로 판단된다. 그리고 설령 당시 노인의 소득, 자산, 국민연금과의 관계, 지역 간 격차 등 다양한 요인들을 분석하여 결정에 영향을 미쳤다 하더라도 약 15년이 현시점에서 여전히 그래도 적용 가능한지는 다시 한번 생각해봐야 할 것이다. 왜냐하면 뒤에서 자세히 살펴보겠지만 노인의 인구가 늘어나며 노인의 특성이 변하고 있기 때문이다.

앞서 잠깐 언급했듯이, 기초노령연금 제도가 시행되면서 관련 법이 「노인복지법」의 하나의 정책이 아닌 단독 법인 「기초노령연금법」에 의해 진행될 정도로 중요한 제도가 되었으며 그 제도는 기초연금이 되었다. 기초연금 역시 「기초연금법」 제정으로 시행되었으며 이 법의 목적에서 보편성이 다시 한번 더 강조된다. 아래 표를 보면 「기초연금법」 ‘제1조(목적)’이 수정되면서 보편성을 가진 수당 성격이 강해진 경향이

있다(김연명·한신실, 2017). 기초노령연금의 목표는 “생활이 어려운” 노인에게 지급하도록 명시되었지만, 기초연금으로 바뀌면서 이 문구가 삭제된 것이다.

<표 2> 기초노령연금법과 기초연금법 목적 비교

	기초노령연금법(전)	기초연금법(후)
제 1 조 (목적)	이 법은 노인이 후손의 양육과 국가 및 사회의 발전에 이바지하여 온 점을 고려하여 생활이 어려운 노인에게 기초노령연금을 지급함으로써 노인의 생활안정을 지원하고 복지를 증진함을 목적으로 한다.	이 법은 노인에게 기초연금을 지급하여 안정적인 소득기반을 제공함으로써 노인의 생활안정을 지원하고 복지를 증진함을 목적으로 한다.

\*출처: 법제처(2022), 기초노령연금법, 기초연금법

이렇게 선행연구와 관련 법을 살펴본바, 기초연금의 선정기준인 노인 70% 수준은 정치적 논의라는 결론에 도달할 수 있었다. 그 결과, 기초연금의 소득·자산 조사가 일종의 부자들을 가려내 ‘풍요조사’ 형태로 진행되어(김연명·한신실, 2017: 94) 30%의 고소득 노인을 제외한 노인 70%에게 지급되고 있다.

### 3) 기초연금 수급 목표에 대한 쟁점

만 65세 이상 노인 중, 70%에게 기초연금을 지급하자는 수급 목표는 다른 관점에서 보면 사회적 합의로 결정된 사항이며 이행하는 데 별다른 문제가 없어 보인다. 그리고 앞서 언급한 것처럼 아동수당과 같이 보편적 수당으로서의 역할을 할 수 있으며, 또한 충분한 소득과 자산이 있는 노인 30%를 수급 기준에서 제외했기 때문에 효율적이라고 주장할 수 있을 것이다.

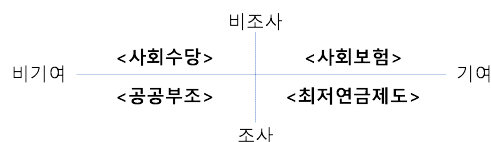
하지만 최근 분석 결과에 의하면, 기초연금 수급자 중 선정기준이 되는 소득인정액이 0원인 노인가구의 전체 평균 소득은 6만원이며 소득 상위 20%는 234만원으로 나타나 수급자 내에서 상당한 차이가 있는 것을

확인하였다. 자산에도 소득인정액이 0원인 가구는 1,182만원인 반면, 소득 상위 20%는 1억 5,600만원으로 10배 이상의 차이가 나타났다(홍우형, 2021). 이렇게 소득과 자산이 많은 노인부터 아주 적은 노인까지 기초연금을 받고 있으며 전체 수급자 중 86.2%가 전액을 수급하는 상황(2020년 기준)에서 지금처럼 기초연금을 지급하는 것이 보편주의 복지정책 개념과 어떻게 다르며 노인 소득보장을 위해 어떻게 진행되어야 하는지 살펴볼 필요가 있다.

기초연금은 노인의 70%를 대상으로 지급하여 보편성을 담보하고 있는 동시에 수급자 대부분이 최대 금액을 받기 때문에 수당적 성격을 가지고 있다. 이와 더불어 소득자산조사를 통한 노인 소득보장 제도<sup>13)</sup>로써 빈곤을 해결할 수 있는 공공부조의 성격도 포함하고 있다. 그래서 기초연금은 노인 70%에게 지급되지만 노인 상대적 빈곤율(약 40%)에 대해 논의할 때 가장 먼저 언급된다. 흔히, ‘기초연금이 노인 빈곤율 완화에 효과가 있다’ 혹은 ‘기초연금을 도입했음에도 불구하고 노인 빈곤율이 여전히 높다’라는 상충하는 주장이 제기되는 이유는 기초연금이 소득과 자산 기준으로 지급되지만 수당적 성격을 동시에 가지고 있기 때문이다. 그래서 결국 ‘기초연금을 강화해야 한다’, ‘기초연금액을 높여야 한다’라는 주장이 제기되지만 노인 빈곤율은 서론에서 언급했듯이 많이 줄어들지 않고 있는 것이 사실이다. 즉, 노인 70%에게 골고루 기초연금을 지급하면서 노인 빈곤율(소득 하위 40%)이 완화되길 바라는 것은 조금 논리

13) 사회보장 제도는 일반적으로 기여 여부, 소득/자산조사 여부로 구분한다(김태성·김진수, 2021). 그래서 네 가지 형태로 구분할 수 있다. 기여 여부는 미래 노후 및 위험 등을 대비하여 경제활동을 하면서 보험료를 납부하여 보험 혜택을 받는 것을 말하며 국민연금, 건강보험, 실업급여, 산업재해보험 등이 여기에 해당한다. 조사 여부는 소득 및 자산조사로서 사회보장 제도의 혜택을 받을 수 있는 사람을 구분하기 위한 행위이다. 주로 소득, 자산, 상태 등을 조사한다.

<그림 1> 사회보장 제도 구분



\*출처: 김태성·김진수(2021: 25)



적으로 맞지 않는 것으로 보인다. 그리고 선행연구 분석 결과에서도 기초연금의 노인 빈곤율 완화에 큰 효과가 없는 것으로 나타났다. 현금 급여로 인한 빈곤율 완화에는 어느 정도 긍정적이지만 실질적 그리고 상대적 빈곤(중위소득 50% 이하) 완화에는 한계가 있다는 것이다(이승호·구인회·손병돈, 2016; 임완섭, 2016; 김혜연, 2017; 허수정·박희란, 2018; 김연명·한신실, 2017).

정리하면, 기초연금의 보편성(만 65세 이상 인구의 70%)은 정치적 결과에 따라 설정되었으며 이에 따라 기초연금 역할이 분명하지 않다는 것을 확인하였다. 그리고 현재 노인의 빈곤 상황과 기초연금에 대한 논의가 부족한 것으로 나타났다. 구체적으로 다수의 기초연금 관련 연구와 논의는 기초연금을 지급했을 때 노인에게서 어떠한 효과가 나타나고 노인의 생활이 어떻게 바뀌는지 중심으로 살펴보았다면 반대로 노인의 상황을 먼저 파악하고 기초연금이 적절한 역할을 하는지에 대한 논의가 부족했다는 것이다.

#### 4. 보편주의와 대상 효율성 관점에서 살펴본 기초연금

##### 1) 기초연금과 보편주의

지금까지 보편주의에 대한 이론적 논의와 기초연금에 대한 쟁점을 살펴보았다. 보편주의 복지정책 개념을 기초연금에 적용하면, “기초연금은 모든 노인(또는 다수의 노인)을 일괄적으로 바라보고 지원하는 것이 아니라, 노인 개인의 다양성·복잡성 등을 인정하고 그러한 가운데 사회적 위험을 극복할 수 있는 수준의 복지급여를 제공하는 것”이라 할 수 있다. 그리고 선별주의, 잔여주의 등과 조화를 이룰 수 있는 상태를 보편주의라 한다면 기초연금 지급을 보다 세부적으로 할 수 있을 것이다. 하지만 현재 기초연금 수급 목표인 노인 70% 지급은 보편주의 복지정책 관점(수평적 대상 효율성)에 부합하지 않으며 인구 분포에 의한 수급자 선정이라고 정리할 수 있을 것이다.

기초연금 효과(수직적 대상 효율성)와 관련된 연구를 살펴봐도 그 효과가 노인 현실 상황에서 영향력이 있으며 뚜렷하게 드러난다고 언급하기에는 어려운 상황이다(이승호·구인회·손병돈, 2016; 임완섭, 2016; 김혜연, 2017; 허수정·박희란, 2018). 오히려, 기초연금으로 상대적 빈곤을 낮추는 것에는 한계가 있으니 기초연금의 목표를 절대적 빈곤으로 바꾸자는 논의가 있을 정도이다(김연명·한신실, 2017).

이에 본 논문에서는 기존의 기초연금 수급 기준인 노인 70%가 아닌 보편주의 복지정책 관점 즉 수평적 대상 효율성 측면에서 노인이 실질적으로 사회적 위험<sup>14)</sup> 즉, 빈곤 상황에 있는지 다차원적으로 살펴보고자 한다. 보편주의 복지정책에서 논의한 사회적 위험은 다양한 빈곤 개념을 활용해 빈곤선 아래의 노인으로 간주할 수 있다. 이후에 자세히 논의하겠지만 빈곤 역시 물질적·사회적 참여 등에서 나타나는 ‘결핍’ 또는 ‘욕구 미충족 상태’ 그리고 ‘기본적이고 보편적인 욕구가 충족되지 않은 상태’(Doyal & Gough, 1991)를 의미하기 때문에 보편주의에서 기본적으로 요구되는 사회적 위험으로부터의 보호와 일맥상통하여 빈곤선을 기준으로 사회적 위험을 다루고자 한다.

## 2) 기초연금과 대상 효율성

현재 기초연금은 앞서 논의한 보편주의 복지정책의 개념과 방식으로 진행되지 않다는 논의를 하였다. 이론상으로 그러했지만, 실증적으로도 그러한지 검토가 필요하다. 이를 수행하기 전에 기존 문헌에서 기초연금의 대상 효율성 논의와 실증분석을 한 연구가 어떻게 진행되었으며 시사점은 무엇인지 살펴보겠다.

---

14) 사회적 위험은 크게 광의와 협의 개념으로 접근할 수 있는데 먼저 광의의 개념으로는 ‘자연재해 관련 위험, 건강관련 위험, 생애주기 관련 위험, 사회생활 관련 위험, 경제생활 관련 위험 등’으로 정리할 수 있고(남은영, 2015), 협의의 개념으로는 ‘사람이 살아가다가 직면하는 여러 가지의 위험들(질병, 노령, 실업, 장애, 사망, 출산, 장기요양위험 등)로 인해 소득이 중단되거나, 소득이 장기적으로 없거나, 지출이 증가하여 이전 생활을 하지 못하는 경우 등’을 정리할 수 있다(김태성·김진수, 2021).

먼저, 기초연금 수급자 간 자산 차이가 크기 때문에 소득뿐만 아니라 자산 역시 노인 빈곤과 기초연금 수급 기준에 있어 중요하게 논의되어야 한다는 이슈가 제기되었다(윤희숙, 2011). 윤희숙(2011)은 노인 빈곤에 있어 소득과 자산에 대한 고려가 필요하며 이를 바탕으로 기초노령연금<sup>15)</sup> 수급 기준을 인구 비율이 아닌 실질적 소득과 자산에 기반하여야 한다고 주장하였다. 노인의 특성과 외부 상황이 급격하게 변하고 있어 기초노령연금 지급에 있어 노인 70% 지급이 아닌 명확한 소득인정액 기준을 설정하고 그것에 맞게 지급해야 한다는 것이다. 데이터 분석을 통해, 노인 가구가 전체 가구에 비해 소득과 재산 불평등이 심하며, 기초노령연금 신청자 중 부동산 및 임대소득 보유 비율 등 재산이 높다는 것을 주장하였다. 자산은 소득보다 더 불평등하게 분포되어 있어 소득 활동이 멈춰진 고령층의 경제력을 소득만으로 파악하면 빈곤이 과대평가 될 수 있다는 것이다. 소득과 자산의 편중이 심하고 소득이 적다고 자산 역시 없는 것이 아니라면, 노인 소득 빈곤율이 높다는 것으로만 보고 노인 전체에 소득보장이 필요하다고 판단하기 어렵다는 것이다. 이 연구는 직접적으로 기초연금 수급자의 소득과 자산을 분위별로 대상 효율성 분석을 한 것은 아니지만 수급자 선정에 있어 처음으로 자산을 제기하여 구체적인 실증분석의 시발점이 되었다.

위의 연구를 바탕으로 윤희숙(2012)은 기초노령연금이 노인인구 70%에게 지급되면서 나타난 구조적인 문제를 제시하며 수급 대상을 인구 비율이 아닌 빈곤 정도에 따른 정확한 타겟팅에 의해 시행되어야 한다고 주장하였다. 기초연금 제도 설계상의 문제들이 실제 어느 정도의 비효율성을 나타내는지 소득 데이터를 활용하여 대상 효율성 평가를 진행하였다. 기존 빈곤 감소 효과 분석, 수급 가구와 수급자의 행태변화 분석이 아닌 실제 기초연금 수급자가 원래 의도했던 표적 가구와 어느 정도 일치하는지 파악하는 의미 있는 시도였다. 복지 패널 데이터 분석 결과, 소득 하위 2, 3, 4분위의 기초연금 수급률은 78.2%, 68.1%, 58.6%로 다소

---

15) 2011년 당시에는 기초연금의 전신인 기초노령연금이 시행되고 있었다. 기초노령연금부터 노인 70%에게 지급했기 때문에 현재 기초연금과 지급방식은 다른 것은 없다.

저조하게 나타났으며, 반대로 소득 최상위 10분위, 9분위, 8분위에서는 54.2%, 59.5%, 45.7%로 다소 높게 나타나 상당수의 부유층에게도 기초연금 재원이 지급되는 것을 확인하였다. 더불어, 자녀와 동거하는 노인과 그렇지 않은 노인을 비교하여 기초연금 지급률을 살펴보았는데 자녀와 동거하는 노인들의 지급률이 그렇지 않은 노인가구보다 훨씬 높아 오히려 정보 접근성이 높을 때 지급률이 높은 것으로 나타났다. 또한 자녀와 동거하는 노인가구에 비해 그렇지 않은 노인가구의 사적이전소득 구축효과<sup>16)</sup>가 더 큰 것으로 나타나 수평적·수직적 재분배 원칙에 부합하지 않는다고 하였다. 자녀의 자산, 소득, 그리고 가구 구성원이 존재해서 발생할 수 있는 이점(복지자원의 접근성 등) 등을 고려해서 기초연금을 지급해야 한다고 주장하였다.

윤희숙(2011, 2012)의 연구는 당시 기초노령연금의 대상과 급여액이 확대되는 과정에서 제도 혜택이 원래 필요한 그룹에 제공되고 있는지 분석하였으며 이를 대상 효율성과 노인 구성 집단 특성의 차이를 통해 살펴보았다는 데 의미가 있다. 또한 빈곤을 소득만을 바라보지 않고 자산까지 확대했다는 것은 빈곤 관점을 넓혔다는 데 큰 의미가 있다. 하지만 반대로 대상 효율성 분석을 소득과 자산 중심의 경제적 차원에서만 진행하여 다양한 노인 빈곤 상황을 고려하지 못한 한계가 있다.

최근 홍우형(2021)은 2020년 기준, 기초연금 제정의 효율적 집행을 위한 연구를 진행하였다. 기초연금 지급자를 소득 5분위 구간별로 구분하여 분석한 결과 기초연금 지급자 중, 소득 상위 14%의 월 평균 소득이 234만원이며, 순자산은 1억 5,600만원으로 나타나 이 구간에서 기초연금을 지급하는 노인이 과연 생활 안정 지원이 필요한 빈곤한 노인이라고 볼 수 있는가에 대한 의문을 제기하였다. 이를 바탕으로 저자는 기초연금 지급자 중 소득 상위 28.8%는 빈곤으로 간주하기 어려우며 기초연금 지급은 실질적으로 취약하고 빈곤한 노인에게 이뤄져야 한다는 것을 주장하였다. 홍우형(2021)은 최근 소득과 자산 데이터를 활용하여 기초연금 지급자 대상 효율성 분석을 진행하였으며 노인 빈곤층에 대한 안정적

16) 정부지출의 증가로 민간부문의 투자가 감소하는 현상, 즉 기초연금을 받는 만큼 사적이전소득이 줄어드는 것을 말한다.

인 지원과 국가 재정부담 완화라는 목표를 달성하기 위한 기초연금의 효율적인 운영이 필요하다는 정책적 시사점을 제시하였다.

위 연구는 기초연금 수급자 선정과 대상 효율성에 있어 실증분석을 진행하였으며, 그 결과 앞선 보편주의 복지정책으로서 기초연금이 대상 효율성이 좋지 않은 것으로 확인되었다. 하지만 위 연구는 대상 효율성 분석을 소득과 자산 빈곤선에 한정하여 진행했다는 한계점이 있다. 실질적 노인 빈곤 상황을 바탕으로 대상 효율성을 분석하기 위해서는 다차원 빈곤 관점에서 진행되어야 할 것이다. 이에 대한 논의는 제3절에서 자세히 하였다.

## 제 2 절 의료비 지출과 차별적 효과

### 1. 의료비 지출 개념과 관련 논의: Folland, Goodman & Stano(2007), Phelps(2013), 엄영진(2019) 중심으로

의료(건강) 경제학(Health economics) 또는 보건의료경제학(the economics of health and health care)에서 소비자는 건강과 일상생활을 모두 중시하여 각각 건강과 일상생활에 대하여 지출(투자)한다고 가정한다(Folland, Goodman & Stano, 2007; Phelps, 2013; 엄영진, 2019). 특히, 건강이라는 결과물을 산출하기 위해서는 의료비 지출뿐만 아니라 음식, 운동, 환경, 시간 등이 필요하다고 보고 있다. 이 중 하나가 의료비 지출이며 구체적으로 의료 효용을 높일 수 있는 의약품을 구매하거나 병·의원에서 진료 받는 것 등이 있다. 고령층이 건강을 위해 투입할 수 있는 재화(운동, 음식, 환경 등)들이 제한되고 노쇠화에 따른 건강 상태가 좋지 않게 되면서 의료비 지출은 다른 투입 요소에 비해 그 중요성이 높아지고 있는 것이다.

젊은 시절부터 이러한 투자를 많이 하여 건강을 잘 유지했다면 노년기에는 이러한 투입물에 의해 건강한 시간, 정신적 건강 유지, 활동 범위 확대 등의 건강 산출물을 누릴 수 있으며 의료비 지출은 주로 현 건강 상태를 유지하는 데 사용될 것이다. 하지만 그렇지 않으면 치료가 필요하고 그에 따른 관리가 수반되어 소득에 의한 의료비 지출이 필수적일 것이다.

의료비 지출은 건강이라는 결과물을 만들기 위한 하나의 투입물이기 는 하지만 노년기에 있어서는 건강 유지 및 치료에 있어 핵심 투입 요소이기도 하다. 이러한 배경에서 노년기에서의 의료비 지출은 일상생활을 유지하는 비용과 함께 고려해야 할 중요한 소비지출 항목이다. 기존 연구에서도 의료비 지출을 제외한 다른 소비지출 항목은 근로 연령층과 비교하면 감소했지만, 의료비 지출만 증가하여 그 중요성은 실증적으로도 확인되었다<sup>17)</sup>(석재은, 2003).

이렇게 노년기 소비지출에 있어 식비, 주거비, 의복비 등 일상생활 비용과 의료비가 구분될 것이고 최대한 자신의 선호 및 상태에 맞게 소비한다는 것이 의료경제학의 가정이다. 구체적으로 노인이 식재료, 음식 등을 구입할 때 가격에 따른 구매 횟수가 나타나 식비에 대한 총지출 금액이 산출되고 몸이 불편하여 병·의원을 찾아 진료받고 책정된 진료비에 따라 의료비를 지출하고 상황에 따라 진료 횟수는 늘어나 총의료비 지출액이 발생하는 것이다. 이렇게 노인의 경우 특히, 건강하지 않은 노인의 경우 일상 생활비와 의료비는 구분되어 실제 소득 범위 내에서 소비하려고 소득을 배분하여 지출할 것이다. 이때, 의료비와 다른 재화를 구입하는데 소득 이용에 대한 상충성이 존재하게 되는데 이는 경제학 중 소비자 이론의 예산제약과 예산선을 통해 논의할 수 있으며 의료경제학에서도 이 개념을 적용하였다. 두 재화를 크게 생활비 지출과 의료비 지출로 구분하여 논의하였으며 소비자의 선호는 무차별곡선으로 통해 분석할 수 있다. 그리고 소득소비곡선을 통해 소득이 증가했을 때 변화를 살펴볼 수 있다. 이에 본 논문에서는 이러한 이론적 개념을 바탕으로 논의하고자 한다.

### 1) 예산제약과 합리적 소비

예산제약 하에서 소비자 선택은 강한 가정을 전제한다. 소비자는 합리적으로 행동하고 완벽한 정보를 보유하고 있어 미래에 대한 불확실성은 없으며 미래를 확실히 예견한다는 가정이다. 강한 가정임에도 의료비 지출과 생활비 지출 논의에 적용할 수 있는 이유는 첫째, 많은 경우 보건 의료 관련 선택은 생각할 여지가 있거나 최소한 미리 계획이 가능하다는 것이다. 둘째, 의사는 환자인 소비자의 대리인으로서 기능하며 환자를 대신해 합리적인 선택을 하게 한다. 그래도 다른 지출보다 더 합리적으로

---

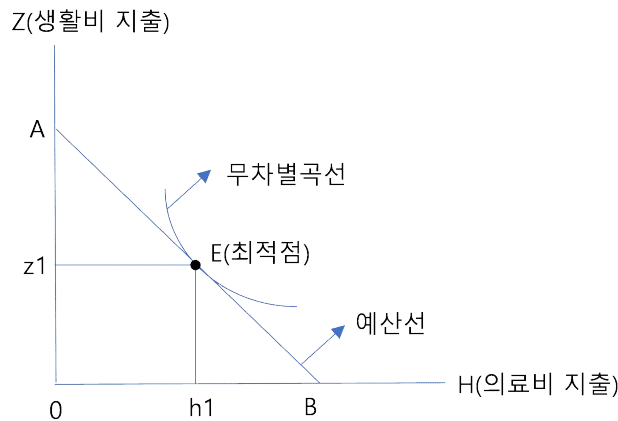
17) 석재은(2003)의 연구에서 65세 이상 노령계층과 20~64세 근로 연령 계층의 소비지출 항목에 따른 지출 비용 차이를 t검정으로 분석하였는데, 보건의료를 제외한 식료품, 주거, 가구집기, 피복신발, 교육, 교양오락, 교통통신, 기타소비 모두 감소하였다.

할 수 있다는 것이다.

경제학 이론에서 소비자 선택의 논리는 가용한 상품의 조합이나 묶음을 선택하며, 다양한 상품 묶음 중에서 자신이 선호하는 묶음을 취한다. 최대의 만족을 얻을 수 있는 상품과 서비스의 배합을 나타낸 선을 무차별 곡선(Indifference Curve)이라 하고, 가용한 예산 범위를 나타낸 선이 예산선(Budget Line)이라고 한다. 그리고 무차별 곡선이 예산선과 만나는 점이 최적의 선택점으로서 이 선택점에서 모든 상품과 서비스의 한계 만족도가 같아 최대의 만족을 얻는다고 한다. 이는 뒤에서 상세히 살펴 보겠다(이준구, 2013).

위의 이론을 의료경제학에서 구분한 의료비 지출과 생활비 지출에 대한 예산선과 무차별곡선으로 나타내면 아래 그래프와 같다. 소비자가 최대 만족을 얻을 수 있도록 주어진 예산의 범위(AB) 내에서 상품과 서비스를 구입하는 기준은 예산선과 무차별 곡선이 만나는 점(E)이다. 이 최적점에서 구입한 모든 상품과 서비스의 한계효용이 같기 때문이다. 한계효용이 같다는 것은 지불한 화폐 단위당 만족도가 같다는 것을 의미한다. 즉, 예산 범위 내에서 다른 상품과 의료서비스의 구입으로 최대의 만족을 얻을 수 있는 점은 E로서 의료서비스의  $h_1$ , 다른 상품은  $z_1$ 만큼 소비함으로써 소비자는 최대의 만족을 얻을 수 있는 것이다.

<그림 2> 예산선과 무차별 곡선



\*출처: 엄영진(2019; 115) 그래프 재구성



구체적으로 살펴보면 먼저 예산(AB)은 생활비 재화 가격과 재화 개수를 곱한 값( $z_1$ )과 의료비 가격과 횟수를 곱한 값( $h_1$ )의 합이 된다<sup>18)</sup>. 기본적으로 무차별 곡선은 원점에서 멀수록 선호(효용)가 높아지기 때문에 원점에서 먼 곳 중 예산선과 만나는 점이 최적점이 되는 것이다. 만약 의료비 지출이 없으면 예산은 모두 생활비 지출 A가 될 것이며 반대로 생활비 지출이 없으면 예산은 의료비 지출 금액(B)과 같을 것이다.

예산선 그래프가 우하향하는 이유는 첫째, 제한된 예산을 활용하여 다양한 지출을 하기 때문이다. 위 그래프에서는 제한된 예산 범위 내에서 생활비와 의료비 중 개인의 선호 또는 최적의 소비를 위한 선택을 할 수 밖에 없으므로 우하향하는 그래프가 나타난다. 둘째, 예산선 식 ( $M=P_X X+P_Y Y$ )을 Y를 기준으로 하여 기울기를 구하면  $-P_X/P_Y$ 가 나타나기 때문에 수학적으로도 우하향 그래프가 나타난다.

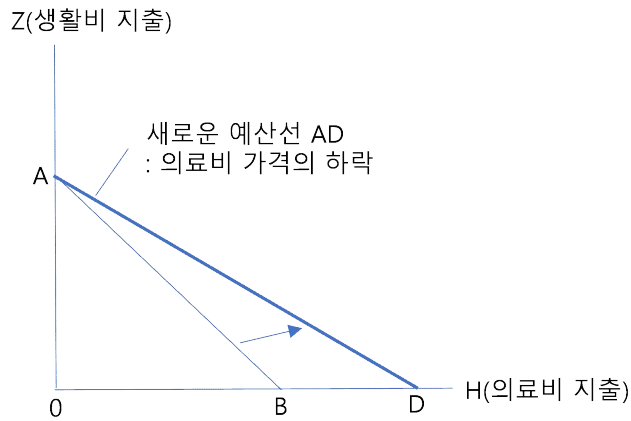
## 2) 예산선의 이동

예산선은 고정된 것이라 아니라 외부 충격으로 이동할 수 있다. 예산선의 이동은 크게 소득의 변화, 각 재화의 가격 변화로 구분할 수 있다. 첫째, 재화의 가격 변화에 대해서 살펴보겠다. 재화의 가격이 낮아지게 되면 소비자의 같은 예산이더라도 구매력이 더 높아진다. 즉 실질 소득이 높아져 더 많은 재화를 구매할 수 있게 된다. 예를 들어 아래 그래프와 같이 진료비, 약값 등의 가격 하락으로 더 많이 병·의원을 이용할 수 있게 되는 것이다. 즉, 가격에 의한 부담이 낮아져 더 많이 방문할 수 있게 된다. 치과 스케일링 치료에 대한 건강보험 적용이 시작되어 그만큼 본인 부담이 줄어 기존 대비 치과 방문이 높아지는 것도 유사한 사례라고 볼 수 있다.

---

18) 경제학, 의료경제학에서는 예산선은  $M=P_X X+P_Y Y$ 로 설명된다(M: 예산,  $P_X$ : X재의 가격, X: X재의 수량,  $P_Y$ : Y의 가격, Y: Y재의 수량). 본 연구에서는 가격과 수량을 곱한 값을 지출 전체로 간주하여 진행하였다.

<그림 3> 의료비 가격의 감소(변화)와 예산선

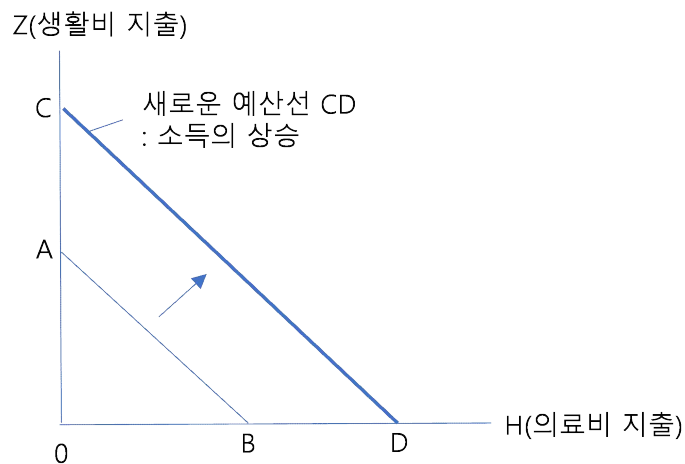


\*출처: 엄영진(2019; 116), Phelps(2013; 90) 그래프 재구성

이러한 가격 변화는 위와 같이 가격이 낮아져서 변할 수 있으며 가격이 높아져서 의료비 방문이 줄어들 수도 있다. 또한 생활비 가격, 즉 물가가 높아지거나 낮아짐에 따라 그 수요 역시 변할 수 있다.

두 번째는 예산선 이동 원인은 소득의 증가이다. 소득이 증가하게 되면 아래 그림과 같이 우상향하며 수평으로 이동하는 것을 볼 수 있다. 그로 인해 생활비, 의료비 지출 모두 증가하는 모습을 보인다.

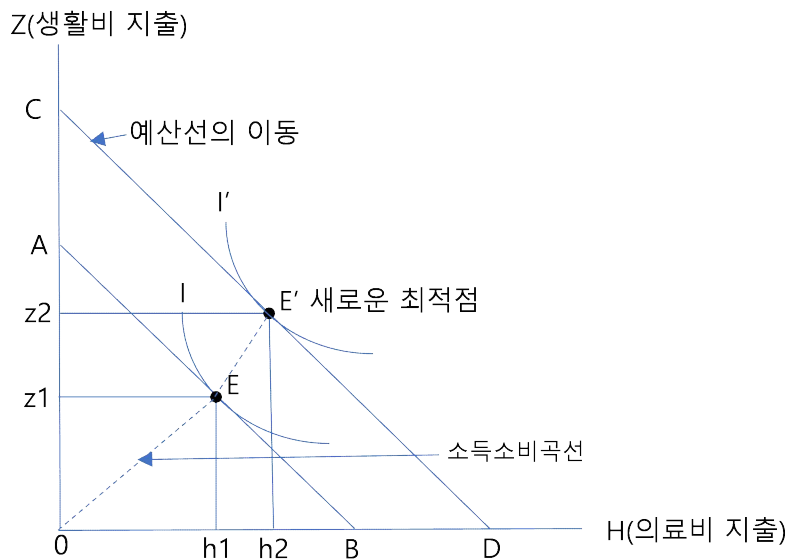
<그림 4> 소득의 변화(증가)와 예산선



\*출처: 엄영진(2019; 117), Phelps(2013; 87) 그래프 재구성

소득이 증가했기 때문에 생활비, 의료비 지출 능력에 상승한 것을 확인할 수 있다. 그 결과, 아래 그래프와 같이 예산선이 CD로 이동하면서 무차별 곡선 역시 우상향하여 이동할 수 있으므로 건강에 대한 효용이 높아지는 것을 볼 수 있다.

<그림 5> 소득의 증가와 무차별 곡선의 이동



\*출처: 엄영진(2019; 117), Phelps(2013; 87) 그래프 재구성

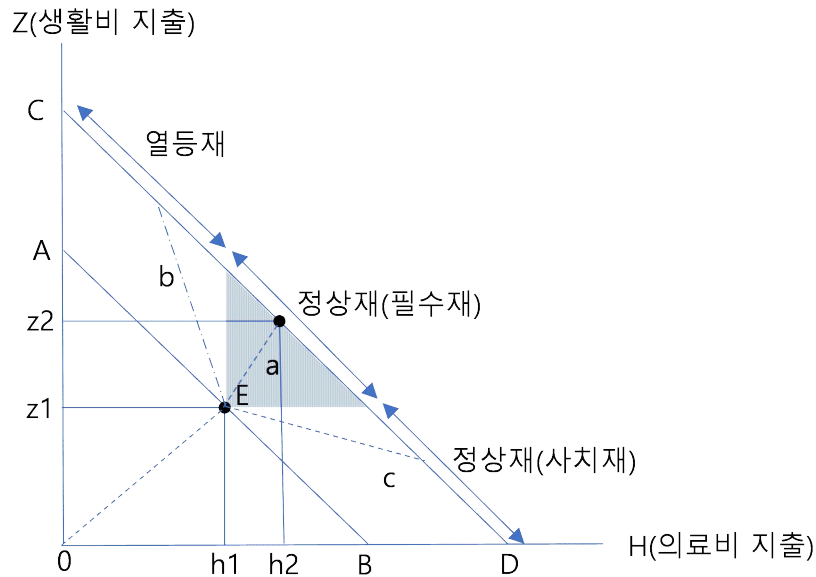
구체적으로, 소득의 증가는 더 많은 상품과 서비스의 구입을 가능케 하여 예산선을 AB에서 CD로, 무차별 곡선을 I에서 I'로 이동시킨다. 그래서 소득소비곡선은 원점을 지나 E에서 E'로 이동하는 그래프로 나타난다. 최적점이 E'로 이동하면서 소비할 수 있는 의료서비스량은 h2로, 다른 소비지출은 z2로 증가한다. 소득의 증가가 의료비 지출의 증가와 건강효용에도 영향을 줄 수 있는 것이다. 그래서 의료경제학 관점에서는 소득이 상승하면 의료 재화 구매력이 상승하고 의료비 지출이 늘어난다고 보고 있다. 이는 결국 건강효용의 상승(건강해지는 것)으로 이어져 소득이 증가하면 건강이 좋아지는 것으로 간주하거나 소득이 많은 사람이 더욱 건강한 상태를 유지한다고 보고 있다<sup>19)</sup>.

19) 의료비 지출 등 건강 재화 구매를 통해 바로 건강이 좋아지는 경우도 있지만,

다음으로, E에서 E'로 변할 때, 소득 탄력성(income elasticity)에 의해 정상재(사치재, 필수재), 열등재로 구분된다. 소득 탄력성이 1보다 크면 정상재 중에 사치재이며, 0보다 크고 1보다 작으면 필수재이다. 그리고 0보다 작으면 열등재로 구분된다(이준구, 2013). 기본적으로 의료비 지출은 소득이 증가하면 소비량이 증가하는 우등재(superior goods)라고도 한다.

의료비 지출을 기준으로 살펴보면 아래 그래프와 같다. 소득이 증가할 때, 의료비 지출이  $h_1$ 보다 이상 증가하여 소득소비곡선이 우상향하면 정상재(a)이지만 우하향하게 되면 정상재 중에서 사치재(b)로 간주한다. 반대로 의료비 지출이  $h_1$ 보다 작아지면서 소득소비곡선이 좌측(또는 좌상향)으로 이동하게 되면 열등재(c)가 된다. 소득이 증가했음에도 의료비 지출이 감소했기 때문이다(Phelps, 2013; Folland, Goodman & Stano, 2007; 엄영진, 2019).

<그림 6> 소득 탄력성에 따른 구분



\*출처: Folland, Goodman & Stano(2007: 49), 엄영진(2019; 117), Phelps(2013; 87) 그래프 재구성

경우에 따라 시간 경과에 따른 건강 효용 상승도 함께 고려하고 있다. 본 논문에서는 노인 집단 비교로서 소득이 많은 집단이 건강한 집단이라는 것을 의미한다.

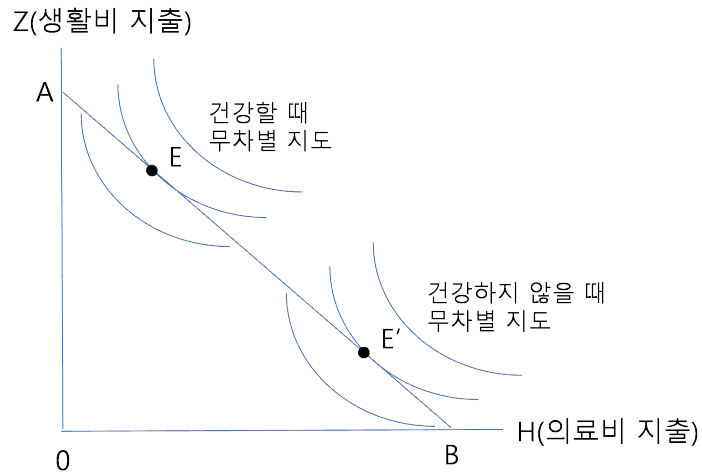
본 연구에서는 소득 증가에 따른 예산선 변화를 중심으로 실증분석을 진행하고자 한다. 왜냐하면 기초연금액에 따른 소득 증가가 의료비 지출에 영향을 주는지를 분석하는 것이 본 연구의 핵심이기 때문이다. 본 논문에서 활용하는 노인실태조사 데이터의 의료비 지출에는 가격과 수량이 이미 포함되어 있어 따로 구분하여 분석하지 않고 의료비 지출 데이터를 그대로 활용하였다. 구체적인 변수 설정과 조작화에 대한 설명은 뒤에서 자세히 논의하겠다.

### 3) 무차별 곡선의 이동

무차별 곡선은 의료 재화(의료비 지출)와 일상생활 재화(생활비 지출)가 있을 때, 소비자에게 동일한 선호를 주는 묶음의 집합을 그려낸 것이라고 앞에서 언급하였다. 예를 들어 A라는 노인은 건강하므로 의료비 지출이 낮고 생활비 지출을 더 많이 한다고 하자. 하지만 시간이 지나면서 청력이 좋지 않아 보청기를 구입하게 되면 그만큼 생활비를 줄이면서 청력을 회복하기 위해 보청기를 구입하고 유지하는 등 선호를 맞출 것이다. 즉, 무차별곡선의 기울기는 소비자가 느끼는 주관적인 효용을 의미한다. 이러한 선호가 한 선에 나타나게 되는 것을 무차별 곡선이라고 하며 앞서 언급한 것처럼 무차별 곡선은 예산에 제약을 받기 때문에 예산선과 만나는 점에서의 의료비와 생활비 재화 조합이 효용극대화 지점인 것이다.

노인의 건강, 그리고 생활비와 의료비 지출이라는 관점에서 무차별 곡선은 아래 그래프와 같이 이동할 경향이 크며 그로 인해 무차별 지도를 형성할 수 있다.

<그림 7> 건강 상태와 무차별 지도



\*출처: Phelps(2013; 86) 그래프 재구성

노인의 건강, 그리고 생활비와 의료비 지출이라는 관점에서 무차별 곡선은 이동할 경향이 크다. 위 그래프와 같이 건강한 노인이라면 의료비 지출이 아닌 생활비 지출을 더 할 경향이 커 좌측 상단에 무차별 곡선이 형성될 가능성이 크며, 반대로 건강하지 않으면 의료비 지출이 더 많이 해야 하므로 무차별 곡선이 우측 하단에 위치하는 것을 확인할 수 있다. 그래서, 이러한 상황 때문에 소득이 증가하더라도 지출의 방향이 달라질 수 있는 것이다.

## 2. 의료비 지출의 개인 결정요인

소득이 의료 이용 및 의료비 지출을 결정하는 데 가장 중요한 요인일까? 그렇지 않으면 건강 상태일까? Andersen(1995)에 따르면 둘 다 중요한 요인이기는 하지만 의료비 지출에는 건강 상태가 조금 더 직접적인 영향을 미친다고 주장한다. 그리고 이때 다른 요인도 함께 고려해야 한다고 언급하였다. 본 파트에서는 의료비 지출에 있어 어떤 요인들이 영향을 주는지, 그리고 그중에서 건강 상태가 어떠한 의미가 있으며 왜 결정 요인들을 함께 살펴봐야 하는지 논의하고자 한다.

## 1) 앤더슨 모형과 의료비 지출 개인 결정요인

앤더슨 모형(Andersen Model of Health Service Utilization)은 의료서비스 이용 요인과 의료비 지출을 분석할 때 사용되는 주요 모형으로 개인의 내외적 요인들을 고려한 통합 모형이다(강상경, 2010). 의료서비스 이용과 의료비 지출을 개인행동의 특성, 환경의 특성, 개인과 사회 환경의 상호작용으로 설명하였는데, 본 연구에서는 개인 단위에서 진행되며 개인이 수급하는 기초연금이 의료비 지출과 어떠한 관계가 있는지 살펴 보기 위해 초기 앤더슨 모형인 개인행동 특성과 결정요인에 초점을 맞추어 진행하였다(Andersen, 1995; 강소량 외, 2012). 초기 앤더슨 모형에서 개인 결정요인은 소인<sup>20</sup>성 요인(Predisposing Factors), 가능성 요인(Enabling Factors), 필요 요인(또는 질병 요인)(Need Factors)으로 구분된다(Andersen & Newman, 1973).

소인성 요인은 의료서비스 이용에 대한 욕구가 발생하기 이전부터 가지고 있던 특성을 말하며 개인의 인구 사회학적 특성이나 사회경제학적 특성(연령, 성별, 교육, 직업 등)을 포함한다(Andersen & Newman, 1973; Andersen, 1995).

가능성 요인은 의료서비스에 대한 욕구가 생겼을 때 서비스에 대한 접근성에 영향을 미치는 요인으로 소득, 개인 또는 가족의 자원, 사회적 관계 등이 포함된다(Andersen & Newman, 1973; Andersen, 1995). 즉 근로소득, 부동산소득, 금융소득, 연금소득 등의 소득요인뿐 아니라, 가족의 지지, 지역사회 서비스 여건 등이 의료서비스 이용에 영향을 줄 수 있다는 가정에 기반한다(송인욱·원서진, 2014). 앞서 의료경제학에서 언급한 소득 개념 역시 가능성 요인에 포함된다고 할 수 있다.

필요 요인은 의료서비스를 이용하는데 가장 직접적인 요인으로서 실제 의료서비스를 필요하게 만드는 건강 수준과 관련된 요인이다. 개인이 인지하고 있는 주관적 건강 상태나 의료서비스가 필요한 건강 상태인 질환이나 장애 등의 요인을 포함한다. 그래서 질병 수준(illness level)이라고

---

20) 소인(素因)은 병에 걸리기 쉬운 내적요인을 가지고 있는 신체상의 상태를 의미한다.

도 한다(Andersen & Newman, 1973).

요약하면, 소인성 요인은 나이, 교육 수준, 건강 관련 가치관 등 인구학적 사회구조적 특징을 포함하며, 의료 이용 성향(propensity)에 영향을 미친다. 가능성 요인은 개인이 보건의료서비스에 접근할 수 있도록 하는 수단을 지칭하며, 소득 및 건강보험 등의 가구 수준의 특성과 인구 대비 보건의료 종사자의 비율 등 지역사회 수준의 특성을 말한다. 마지막으로, 필요 요인은 개인이 자각하거나 임상적인 진단이 내려진 질병을 지칭하며, 의료 이용과 의료비 지출 증가에 가장 직접적인 결정요인으로 알려져 있다(Andersen & Newman, 1973).

**<표 3> 앤더슨의 의료비 지출 개인 결정요인**

구분	요인
소인성 요인	연령, 성별, 결혼 유무, 교육 수준, 직업, 종교, 거주지역, 과거 질병 이력 등
가능성 요인	소득, 보험, 가구 요인(가구원 수) 등
필요 요인	인지하는 건강 상태, 진단받은 질환, 증상 등

\*출처: Andersen & Newman(1973: 14) 재구성

## 2) 앤더슨의 의료비 지출 결정요인을 활용한 선행연구

앤더슨의 결정요인을 활용하여 고령층의 의료 이용 및 의료비 지출에 관한 연구들이 다수 진행되었다. 황인욱·이태진(2018)의 연구는 2011년, 2013년 국민노후보장패널 데이터를 통해 중고령 은퇴 가구의 주요 소득원과 의료비 지출 관계를 살펴보았다. 분석 결과, 자산소득 의존형 가구에 비해 공적연금소득 의존형 가구의 의료비가 18.2% 감소하여 모든 가구가 해당하는 것은 아니지만 가구 소득원에 따른 의료비 지출 차이가 있는 것을 보여주었으며, 의료비 지출에는 혼인상태, 교육 수준, 가구원 수, 가구소득, 만성질환 유무, 일상생활 활동 제한 유무가 유의한 결과를 보여주었다. 김상임(2018)의 연구는 한국복지패널 7차(2012)~11차(2016) 데이터를 활용하여 노인의 소득에 따른 의료서비스 이용 및 의료비 지출



에 차이가 있는지 분석하였다. 분석 결과 소득 5분위 간 외래진료 횟수, 입원 일수, 입원 횟수, 의료비 모두 유의한 차이를 보였다. 노인 소득이 높을수록 의료비는 모두 상승하였으며 외래진료 횟수, 입원 횟수, 입원 일수는 일관적이지 않았다. 송태민(2013) 연구에서는 앤더슨의 결정요인을 활용하여 주요 결정요인이 스트레스 취약 요인을 매개하여 노년기 의료서비스 이용에 어떤 영향을 미치는지 살펴보았다. 2009년 한국의료패널 데이터를 활용하였으며 분석 결과, 문제음주·스트레스·소득수준·장애 유무가 노인의 외래의료서비스 이용에 유의한 영향을 주며 스트레스 우울이 있을 때 의료서비스 이용에 영향을 더 많이 주는 것으로 확인되었다. 추가로 만성질환 수가 많은 노인이 의료서비스 이용이 많은 것으로 나타났다. 김병수·강소랑(2018)의 연구에서는 앤더슨의 결정요인을 활용하여 사망 전 의료비 분석을 하였다. 하지만 연구범위가 사망 전 의료비 지출이기 때문에 다른 연구와는 다르게 앤더슨 개인 결정요인 중, 필요요인이 조금 더 구체적으로 설정되었다. 고령화연구패널 데이터의 2차~5차 사망자패널자료와 1차 기본 조사 자료를 결합하여 사용하였다. 분석 결과, 의료비 지출에 직접적인 원인이 될 수 있는 요인은 건강 수준과 보건의료제도 및 정책 요인들이 사망 전 의료 비용에 결정적인 요인으로 확인되었다. 하지만 개인 수준에서는 여전히 건강 수준, 만성질환 수가 의료비 지출에 가장 큰 영향을 주는 요인으로 나타났다.

위 연구들에서 활용된 앤더슨의 개인 결정요인을 정리하면 아래 표와 같다.

<표 4> 선행연구에서 활용된 앤더슨의 개인 결정요인 현황

연구 저자	구분	활용된 결정요인
황인욱·이태진 (2018)	소인성 요인	성별, 연령, 혼인상태, 교육 수준, 가구원 수
	가능성 요인	가구소득, 민간의료보험 가입 여부
	필요 요인	만성질환 유무, 장애 유무, 일상생활활동 제한 여부
김상임 (2018)	소인성 요인	성별, 연령, 배우자 유무, 교육 수준, 경제활동상태
	가능성 요인	의료보장, 주거소유형태, 가구원 수
	필요 요인	주관적 건강 상태, 장애 유무, 만성질환 유무
송태민 (2013)	소인성 요인	성별, 교육 수준
	가능성 요인	소득수준, 혼인상태, 의료보장형태
	필요 요인	만성질환 수, 장애 유무
김병수·강소량 (2018)	소인성 요인	연령, 성별, 교육 수준
	가능성 요인	배우자 유무, 가구유형, 사회적 관계, 거주지역, 가구소득, 자산
	필요 요인	사망유형, 만성질환 수, 암 진단여부, 심장질환 진단여부, 뇌졸중 진단여부, 사망 전 인지기능, 장애판정여부, 규칙적 운동여부, 주관적 건강 상태, 일상생활수행능력

\*출처: 황인욱·이태진(2018; 238), 김상임(2018; 39), 송태민(2013; 553), 김병수·강소량(2018; 88) 내용 재구성

기존 앤더슨 모형에서는 의료 이용과 의료비 지출은 소인성 요인→가능성 요인→필요 요인 순으로 진행된다고 주장하였지만, 필요 요인은 충분하지만 가능성 요인이 부족하여 의료비 지출을 할 수 없을 수도 있고, 가능성 요인은 충분하지만 필요 요인을 제대로 인지하지 못하거나 파악하지 못해 의료 이용 및 의료비 지출을 못 할 수 있으므로 개인마다 우선순위가 다를 수 있다. 그러한 이유로 위에서 살펴보면 선행연구들은 소인성 요인→가능성 요인→필요 요인 순서대로 앤더슨 모형을 적용하기 보다는 세 가지 결정요인을 모두 통제하여 각 연구에서 분석하고자 하는 결과물을 도출하는 데 활용되었다. 그런데도 개인 결정 요인 중, 필요 요인(질병 요인)이 가장 의료비 지출에 큰 영향을 주는 결정요인이라는 주장은 다수의 연구에서 확인된다(황인욱·이태진, 2018).

이처럼 앤더슨의 의료비 지출 개인 결정요인은 의료비 지출 관련 연구에서 영향을 줄 수 있는 요인들을 논의하고 통제하는 데 유용하다. 본 연구 역시, 기초연금에 의한 소득 증가가 의료비 지출에 영향을 주는지

분석하기 위해 의료비 지출에 영향을 주는 요인들을 적절하게 통제해주어야 한다. 이를 위해 앤더슨 모형의 의료비 지출 개인 결정요인을 적용하여 통제하고자 한다.

### 3. 노인 소득·자산·건강 차이와 의료비 지출

지금까지 논의를 통해 소득이 증가하면 증가한 만큼 의료비 지출 증가를 예상할 수 있다. 하지만 다음 절에서 자세히 논의하겠지만 현재 노인의 특성은 다양해지고 소득, 자산, 건강, 사회적 활동, 사회적 관계 등의 노인 집단 내 차이도 두드러지고 있어 소득 증가에 의한 의료비 지출 증가가 모든 노인이 동시에 나타나기에는 무리가 있다. 특히 의료비 지출과 직접적으로 관련이 있는 건강 상태, 그리고 소득과 자산 차이에 따른 의료비 지출 차이는 분명 존재할 것이다. 어떤 노인은 30만원이 건강을 유지하는데 절대적으로 필요한 주 소득 원천이 되지만 어떤 노인은 30만원이 손자들에게 용돈을 주거나 외식할 수 있는 소득이 될 것이다. 그래서 기초연금으로 인한 소득 증가와 의료비 지출 분석 전, 노인의 소득과 자산에 따른 의료비 지출을 파악해야 더 현실적인 분석이 될 것이다. 이를 위해 의료비 지출에 직접적으로 영향을 줄 수 있는 소득, 그리고 그 소득에 영향을 줄 수 있는 자산 차이가 의료비 지출(소비지출)과 어떠한 관계가 있는지 논의하고자 한다.

또한, 기초연금 수급자에는 다양한 건강 상태를 가지고 있는 노인이 많이 있다. 최근 베이비붐 세대의 노인 편입으로 과거에 비해 건강을 잘 유지한 노인도 많이 있지만 고령층의 노화에 따른 건강 악화 역시 동시에 존재하기 때문이다. 이는 의료비 지출과도 직접적인 연관이 있으므로 함께 논의하고자 한다.

#### 1) 노인 소득과 의료비 지출

노인 소득과 의료비 지출 연구에서는 소득이 높은 노인일수록 의료비

지출이 높은 것으로 나타났다. 하지만 의료 이용은 저소득층이 많이 하고 있어 저소득층 노인의 의료 이용에 있어서 질 좋은 의료서비스, 즉 비용이 많이 소요되는 진료는 많이 받지 못하는 것으로 확인되었다. 비급여 항목 및 본인 부담 증가에 따른 결과로 나타난 것이다(김진구, 2008; 김진구, 2011; 김영선, 2012). 구체적으로 고혈압, 당뇨와 같은 만성 질환을 가진 노인 환자를 살펴본 결과 가구소득이 낮을수록 외래 의료 이용 횟수는 증가했으나, 외래 의료비에는 유의미한 영향을 주지 않는 것으로 확인되었다. 이는 가구소득이 높을수록 고혈압, 당뇨와 같은 만성 질환에 대한 체계적인 관리가 가능하므로 의료 이용량은 낮아지고 의료 비에도 큰 부담을 주지 않은 것으로 분석된다(홍승현, 2015).

노인의 소득이 낮을수록 의료 이용 및 의료비가 감소한다는 결과도 있다(우경숙 외, 2015; 이원식, 2015; 이혜재, 2016; 이원식, 2018). 우경숙 외(2015)는 2012년 기준 노인의 60% 정도가 저소득 가구의 구성원이지만 의료급여 수급을 받는 노인은 전체의 11%에 불과하여 소득이 높을수록 의료 이용 및 의료비 지출이 증가한다는 것이다. 즉, 고소득층 노인일수록 적극적으로 건강에 대한 정보를 수용하고 실천할 수 있는 유리한 조건에 있지만 저소득층 노인들은 생활의 다양한 제약과 스트레스로 인하여 건강 행위의 변화를 추구하기 어렵다고 하였다(이채원, 2008).

김상임·이준영(2020) 연구에서 보면 노인의 소득이 외래진료 횟수, 입원일 수, 입원 횟수, 의료비에서 모두 정(+)의 영향을 주는 것으로 나타나 소득의 증가에 따라 의료비가 증가하는 것으로 확인되었다. 반대로 소득이 감소할수록 의료 이용과 의료비가 모두 감소한다고 하여 소득이 낮은 노인들의 의료비 지출과 의료 이용에 있어 제약이 있다는 것을 주장하였다.

앞선 의료경제학에서 주장한 것처럼 소득이 증가하면 의료비 지출도 증가하는 것을 여러 실증연구를 통해 확인할 수 있었다. 하지만 고소득층에서는 의료비 지출이 증가하지만, 소득이 낮으면 의료비 지출이 낮거나 감소하는 것을 확인하였다. 이는 소득과 의료비 지출은 밀접한 관계가 있지만 정비례한다고 단정 지을 수는 없었다.

## 2) 노인 자산과 의료비 지출

노인층의 자산과 의료비 지출 관련 연구는 극히 제한적이기 때문에 먼저 노인층이 아닌 전체 가구 대상으로 분석한 연구를 살펴보겠다. 최요철·김은영(2007) 연구에서 전체 자산이 아닌 주택가격 및 주식 자산 중심으로 자산과 소비지출 간 관계를 분석하였다. 분석 결과, 주택가격과 주가 상승이 소비 증가율로 이어진다는 것을 확인하였다. 주택가격 상승은 고소득층 및 중소득층의 소비 증가로 이어졌지만, 저소득층 소비는 유의하게 반응하지 않았다. 주가와 자산 상승은 고소득층, 중소득층 저소득층 모두에서 유의하게 나타났다. 하지만 그 크기는 주택가격 상승에 비해 낮은 수준이었다. 하지만 이러한 주택과 주가는 외부 영향을 많이 받아 시기에 따른 결과 차이가 있을 수 있다고 한계점을 언급하였다. 그런데도 대부분 중·고소득 계층에서 자산 증가에 따른 소비지출 효과가 나타나 중간소득 이상 계층에서는 자산이 소비지출에도 영향을 준다는 것을 확인하였다. 하지만 저소득층에서는 자산이 소비지출에 영향을 주는 것은 확인하지 못하였다.

윤정혜 외(2010) 연구에서는 중·고령자 단독가구의 의료비 지출 영향요인을 분석하면서 자산 변수를 투입하여 분석하였다. 금융자산, 기타자산의 비주거자산, 자가소유여부, 그리고 부채를 자산 변수로 활용하여 진행한 것이다. 먼저 부채가 많을수록 의료비 지출이 높았지만, 유의한 결과는 아니더라도 비주거자산이 높을수록 의료비 지출이 높은 것으로 확인되어 자산이 있는 만큼 부채가 있는 노인이 의료비 지출이 높은 것으로 나타났다. 종속변수를 의료비 지출 비중으로 했을 때, 자산과 부채의 영향이 크게 나타났다. 그래서 소득뿐만 아니라 자산 등의 경제적 요인이 의료비 지출에 중요한 요인이라고 주장하였다.

Shefrin & Thaler(1988)의 심리계정<sup>21)</sup> 논의에 의하면 소비자는 현재 소비를 위해 현재 소득에 의존하게 되는데 만약 현재 소득이 고갈되면 자산

---

21) 소비자 스스로가 갈등에 따른 소비를 하기 위해 내적으로 만드는 계정(account)으로서 현재소득(current income), 자산(asset), 미래소득(future income)으로 구성된다.

에서 인출이 시작된다고 하였다. 이렇게 경제활동에 있어 제약이 있는 노인의 경우 자산이 현재 소득 소비지출에 있어 중요한 역할을 할 수 있다. 특히 빈곤 노인 가구일수록 가처분소득과 같은 즉시 사용 가능한 소득이 부족하면 자산을 활용하여 의료비 지출 또는 생활비 지출을 할 수 있다는 것이다(Holbrook & Stafford, 1971; 김혜련·최현자, 1999; 박종선·황덕순, 2014). 그래서 저소득층 노인과 동일하게 자산이 부족하거나 자산 빈곤층 노인 역시 의료비 지출이 감소할 수 있을 것이다.

### 3) 노인 건강과 의료비 지출

노인뿐만 아니라 모든 연령대에서 삶을 영위하는 데 가장 중요한 요소 중 하나는 좋은 건강 상태를 유지하는 것이다. 특히 노인의 건강은 노년기 삶 전반에 있어 매우 중요한 요소이다. 노인 특성상 신체적 노화에 따른 건강 악화는 필연적이기 때문에 일상생활과 삶을 영위하는데 건강을 유지하는 것은 노년 생활에서 중요한 부분을 차지한다. 이러한 노인의 건강은 만성질환과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다(김학주, 2019; 김미혜·김소희, 2002; 최윤주·이원영, 2015).

현재 급속한 인구 고령화의 속도만큼 만성질환을 가진 노인인구의 증가 빠르게 나타나고 있다. 이러한 만성질환은 노인의 일상생활을 위한 건강과 밀접한 관련이 있는데 그 이유는 첫째, 만성질환은 개인의 생활 습관 및 양식, 환경적 요인, 사회·경제적 요인 등이 복합적으로 작용하기 때문이다. 그래서 건강 유지는 만성질환 관리 및 예방과 밀접한 관련이 있다. 둘째, 만성질환은 중장년기 이후에 집중적으로 발생하기 때문에 노인의 건강과 직접적으로 관련이 있다. 만성질환은 복합적인 병인들이 오랜 기간에 걸쳐 누적된 결과로서 잘 인지하지 못하다가 노년기에 접어들면서 통증 등으로 자각한다는 것이다. 셋째, 만성질환은 오랜 기간 치료 및 관리가 필요하다. 그래서 만성질환은 노인의 일상생활, 건강과 밀접한 관련이 있으며 잘 관리와 치료가 이뤄진다면 노인 생활을 안정적으로 유지할 수 있다(이상영, 2004). 이러한 근거로 많은 의료비 지출 관련 연구

에서는 만성질환과의 관계를 살펴보았다(김학주, 2019; 김미혜·김소희, 2002; 최윤주·이원영, 2015; 황인욱·이태진, 2018).

황인욱·이태진(2018)의 연구에서는 만성질환이 하나라도 있을 경우와 없는 경우로 구분하여 의료비 지출을 분석하였으며 그 결과는 만성질환이 있을 때 의료비 지출이 유의하게 나타났다. 만성질환이 있는 경우 의료 이용을 경험할 확률이 만성질환이 없는 경우에 비해 1.966배 높게 나타났다으며 의료비는 28.6% 증가하는 것으로 나타났다. 김학주(2019)의 연구에서도 만성질환 개수가 1개 증가할수록 소득 대비 의료비 비율이 0.18% 증가하는 것으로 나타났다. 김미혜·김소희(2002)의 연구는 만성질환 수가 늘어날수록 약 5%의 의료비 비율이 증가하는 것으로 나타났다.

앞선 소득과 자산 관련 선행연구와는 달리 만성질환과 의료비 지출 연구에서는 대부분은 만성질환이 있거나 수가 증가한다면 의료비 지출이 증가하는 것으로 확인되었다. 이렇게 만성질환 수는 의료비 지출에 직접적인 영향을 주는 것으로 나타났으며 개인 의료 결정요인 중 만성질환 수와 같은 필요 요인이 의료비 지출에 가장 큰 영향을 준다는 Andersen(1995) 주장을 뒷받침한다고 할 수 있다.

#### 4. 기초연금과 소득 증가, 그리고 의료비 지출

노인 집단에서 고소득-저소득, 고자산-저자산 집단 간 의료비 지출이 큰 차이를 보이고 있으며, 만성질환이 많을수록 의료비 지출 역시 크다는 것을 확인하였다. 이번 챕터에서는 기초연금이 소득에 어떠한 영향을 주는지 특히, 노인마다 소득수준이 다른데 기초연금이 어떠한 역할을 하는지, 그리고 의료비 지출과는 어떠한 관계가 있는지 살펴보도록 한다.

##### 1) 기초연금 수급자 선정과 수급액

기초연금은 1절에서 언급했듯이, 만 65세 이상 소득 하위 70%가 수급하도록 설정되어 있다. 그래서 개인 소득인정액이 선정기준액보다 낮아

야 지급받을 수 있다. 하지만 소득인정액의 산정방식, 선정기준액은 노인 인구 70%가 수급하게끔 설정되어 있다. 즉, 소득 및 자산조사를 통해 기초연금 수급자를 선정하지만 노인 70%에게 지급하는 것이 기초연금 수급 목표인 것이다. 그 결과 아래 표를 보면 매년 수급률이 70% 수준에서 큰 변화 없이 꾸준하다는 것을 확인할 수 있다.

<표 5> 2014~2020년 기초연금 수급자 현황(단위: 명, %)

	65세 이상 노인인구	수급자 수	수급률
2014년	6,520,607	4,353,482	66.8
2015년	6,771,214	4,495,183	66.4
2016년	6,987,489	4,581,406	65.6
2017년	7,345,820	4,868,576	66.3
2018년	7,638,574	5,125,731	67.1
2019년	8,013,661	5,345,728	66.7
2020년	8,481,654	5,659,751	66.7

\*출처: 보건복지부(2021: 6)

이렇게 기초연금 수급자가 선정되면 다음으로 연금을 얼마 받을지 산정하게 된다. 먼저 국민연금을 받지 않거나, 국민연금 월 급여액이 461,250원(2022년 기준) 이하이거나, 국민연금의 유족연금 또는 장애연금을 수급하거나, 국민기초생활보장제도와 장애인 연금을 수급하면 아래 표와 같이 기초연금액은 기준연금액(전액)으로 지급된다.

<표 6> 2014~2020년 가구별 기초연금 급여수준(단위: 원)

기간	단독가구	부부가구	
		1인 수급	2인 수급(1인당)
2014. 7. ~ 2015. 3.	200,000	200,000	160,000
2015. 4. ~ 2016. 3.	202,600	202,600	162,080
2016. 4. ~ 2017. 3.	204,010	204,010	163,200
2017. 4. ~ 2018. 3.	206,050	206,050	164,840
2018. 4. ~ 2018. 8.	209,960	209,960	167,960
2018. 9. ~ 2019. 3.	250,000	250,000	200,000
2019. 4. ~ 2019.12. (소득하위 20% 이하)	253,750 (300,000)	253,750 (300,000)	203,000 (240,000)
2020. 1. ~ 2020.12. (소득하위 40% 이하)	254,760 (300,000)	254,760 (300,000)	203,800 (240,000)

\*출처: 보건복지부(2021: 3)

위 기준에 해당하지 않으면 수급자로 선정된 노인의 연금액은 국민연



금 등 기타 공적연금의 수준을 통해 감액되어 지급된다. 다음 파트에서 자세히 논의하겠지만 이러한 감액 산정방식이 존재해도 기초연금 수급자의 대부분은 전액 수급자이다(2020년 기준 86%). 그런데도 수급자마다 연금액이 달라 국민기초생활보장제도와 같이 소득 및 자산의 차이에 따라 지급되는 특성도 함께 가지고 있다.

종합하면, 기초연금은 노인 70%에게 지급하기 위해서 매년 소득인정액 산정방식을 수정하고, 선정기준액 역시 물가상승률 등을 반영하여 높이고 있다. 또한, 연금액 산정방식에도 다수가 전액을 수급할 수 있게 매년 수정하고 있다. 노인의 빈곤 여부와는 상관없이 다수의 수급자가 전액을 수급하기 때문에 기초연금은 다수 노인의 소득 증가에 영향을 줄 수 있지만 빈곤 개선에는 큰 기대하기 어려운 실정이다(김연명·한신실, 2017). 이를 조금 더 구체적으로 살펴보기 위해 다음 파트에서는 기초연금과 소득 증가에 대해서 살펴보겠다.

## 2) 기초연금과 소득 증가

기본적으로 기초연금 수급은 노인의 소득 증가로 이어진다(이승호·구인회·손병돈, 2016). 왜냐하면 매달 현금으로 지급되며 이러한 현금 형태는 Shefrin & Thaler(1988)가 주장한 것처럼 현재 소득이 된다. 기초연금에 의한 소득은 Shefrin & Thaler(1988)의 논의뿐만 아니라 Keynes(1936), Friedman(1957)에서 언급한 현재소득, 항상소득, 절대 소득이 되어 소비로 이어질 가능성이 크다.

이렇게 기초연금은 노인의 소득 증가로 연결되는데 이는 크게 두 가지 차원(도입과 확대)에서 이뤄진다. 첫째, 기존에 기초연금을 수급하지 않았지만 만 65세가 되면서<sup>22)</sup> 기준에 따라 기초연금을 수급하게 되면 그만큼 소득이 증가하게 될 것이다(도입). 둘째, 기존 수급자는 위에서 언급했듯이 매년 기준연금액이 증가하여 큰 금액은 아니지만 그만큼 소득이 증가하거나 정권교체 등 정책 변화에 따라 기초연금액 확대에 따른

22) 많은 사례는 아니지만 만 65세가 지나간 뒤에 수급 자격 여부 등에 따라 수급 신청을 할 수 있다. 소급 적용되지 않는다.

소득이 증가된다(확대). 다수의 선행연구에서 이 두 가지 차원에서 기초연금의 효과를 분석하였다. 이러한 접근은 노인을 하나의 집단 특히, 기초연금 수급자를 빈곤 집단으로 고려하고 연구를 진행한 것이다.

하지만, 조금 더 세부적으로 살펴보면 앞서 기초연금액 산정방식에서 봤듯이 모든 노인이 똑같은 금액을 수급하지 않는다. 그리고 의료비 지출에서도 고소득, 저소득층의 차이가 있다는 것을 확인하였다. 이 내용은 노인(기초연금 수급자)은 소득, 자산, 건강 등 다양한 상황에 놓여있으며 기초연금에 의한 소득 증가 수준도 다르다는 것이다. 아래 표는 수급자 중 소득, 재산 유무 여부를 중심으로 간단하게 살펴본 자료이다. 소득과 자산 여부로 수급자 내에서도 분포가 나뉘는 것을 볼 수 있으며 그만큼 소득과 자산 내에서 격차가 있다는 것을 확인할 수 있다.

**<표 7> 소득, 재산에 따른 2020년 기초연금 수급자 현황(단위: 명, %)**

구 분	2020년 수급자 기준	
	수급자 수(명)	비율(%)
소득 및 재산 모두 있음	2,994,241	52.9
소득만 있음	25,452	0.4
재산만 있음	2,527,256	44.7
소득 및 재산 모두 없음	112,802	2.0
<b>합계</b>	<b>5,659,751</b>	<b>100.0</b>
부채 있음(별도)	1,272,597	22.5

\*출처: 보건복지부(2021: 42)

연금액별 수급 비율을 살펴보면 아래와 같다. 기초연금 역시 소득자산 조사를 하고 국민연금 등 공적연금 규모에 따라 연금액이 나뉘는 것을 볼 수 있다. 하지만 2014년~2020년 평균 약 89%가 전액 수급하였으며 반면 감액된 금액을 수급하는 인원은 크지 않은 것으로 나타나 노인의 상황, 특히 소득과 자산 상황을 반영하지 못한 채 지급되는 것을 볼 수 있다.

<표 8> 2014~2020년 월별 기초연금액별 분포 및 비율(단위: 천명, %)

연금액 (만원)	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	명	비율	명	비율	명	비율	명	비율	명	비율	명	비율	명	비율
2.5	18	0.41	5	0.11	10	0.22	6	0.12	6	0.12	12	0.22	12	0.21
4	2	0.05	1	0.02	2	0.04	2	0.04	1	0.02	10	0.19	10	0.18
6	23	0.53	9	0.20	15	0.33	10	0.21	10	0.20	13	0.24	13	0.23
8	25	0.58	10	0.22	16	0.35	11	0.23	11	0.21	15	0.28	13	0.23
10	46	1.06	69	1.54	79	1.73	85	1.75	13	0.25	16	0.30	14	0.25
12	74	1.70	79	1.76	94	2.05	110	2.26	69	1.35	68	1.27	65	1.15
14	66	1.52	56	1.25	67	1.46	73	1.50	76	1.48	94	1.76	118	2.09
16	62	1.43	57	1.27	69	1.51	77	1.58	53	1.04	66	1.24	73	1.29
18	27	0.62	24	0.53	28	0.61	32	0.66	66	1.29	74	1.39	78	1.38
20	25	0.58	28	0.62	35	0.76	46	0.95	64	1.25	74	1.39	76	1.34
25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	72	1.41	156	2.92	201	3.55
30	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	130	2.43	106	1.87
전액 <sup>+</sup>	3,979	91.5	4,153	92.5	4,161	90.9	4,412	90.7	4,670	91.4	4,611	86.4	4,876	86.2

\*출처: 보건복지부(2021 :8) 자료 재구성

+연금액 전액은 2014년 이후 매년 다르며, 2019년부터는 소득 하위 20%, 40%에게 지급하는 전액 연금액이 상승하였음

이와 관련하여 남상호(2018)는 기초연금 도입과 확대에 있어 소득분포 별로 어떤 소득 변화가 발생하였는지 살펴보았다. 첫째, 기초노령연금에서 기초연금이 도입되면서 수급액이 2배 되었던 2014년 7월을 기준으로 구분하여 분석하였다. 전체적으로 평균 소득은 5.5% 증가하였으며 이때 저소득층에서의 소득 변화율은 52.9%에 이르고 있어 상대적으로 저소득층의 소득 증가에 어느 정도 효과가 있다는 것을 확인하였다.

하지만 이러한 기초연금액에 의한 소득 증가가 실질적 생활 안정에 도움이 되는지는 의문을 가질 수밖에 없다. 아래 표를 살펴보면, 소득수준 하위 1%에서 기초연금을 수급하더라도 연간 334만원이지만 하위 10% 소득수준인 550만원에 약 60% 수준이기 때문에 실질적 빈곤 개선에는 큰 영향을 주지 못한 것이다. 이는 소득 증가에 따른 의료비 지출이 제한적일 수 있으며 상황에 따라 건강하지 않음에도 의료비 지출을 못 할 수 있다는 추측도 할 수 있다. 그뿐만 아니라 기초연금이 소득 하위 70% 이하를 대상으로 하는 제도임에도 불구하고 고소득층에서도 1~2%대의 소득 증가 효과도 동시에 나타나 저소득층의 소득 변화율이 높지 과연 의미가 있는지 생각해볼 수 있다. 이는 언급했듯이 수급자 내에

서 다양한 소득분포를 구성하고 있으며 소득 증가에도 차이가 있다는 것을 보여준다.

<표 9> 2014년 기초연금 도입과 소득의 변화(단위: 만원, %)

구분	기초노령연금 (1~6월)	기초연금 (7~12월)	변화율
1%(저소득)	225	334	52.9
5%	444	561	26.4
10%	550	670	21.8
25%	769	893	16.1
50%	1,286	1,377	7.1
75%	2,169	2,256	4.0
90%	3,116	3,171	1.8
95%	4,215	4,285	1.7
99%(고소득)	6,485	6,565	1.2
평균	1,750	1,847	5.5

\*출처: 남상호(2018: 162) 자료 재구성

둘째, 기초연금액이 20만원에서 30만원 증가했을 때를 분석하였다. 아래 표는 2015년을 기준으로 현행 20만원일 때와 30만원으로 증가했다고 가정하고 분석하였다. 연구 진행 당시 대통령의 선거공약으로 기초연금 30만원으로 인상하는 것에 대한 논의가 있던 시기였기 때문에 시뮬레이션 차원에서 진행되었다. 전체적으로 3.2% 소득이 증가했으며 소득 하위 25% 이하에서는 두 자리 수준의 소득 증가율이 나타났으며 상위 10%에서도 1~2% 수준으로 소득이 상승한 것으로 나타났다. 하지만 앞선 도입 때 결과 보다 더 변화율이 낮았으며 결과는 유사한 양상을 보여 빈곤 개선 및 실질적 생활 안정에 기초연금이 도움이 되는지는 의문이 남는다.

<표 10> 2015년 기초연금 확대 소득의 변화(단위: 만원, %)

구분	기초연금 (20만원, 현행)	기초연금 (30만원, 확대)	변화율
1%(저소득)	418	515	23.2
5%	571	689	20.7
10%	692	803	16.0
25%	940	1,049	11.6
50%	1,412	1,505	6.6
75%	2,247	2,362	4.9
90%	3,364	3,434	2.1
95%	4,344	4,398	1.2
99%(고소득)	7,706	7,760	0.0
평균	2,987	3,082	3.2

\*출처: 남상호(2018: 165) 자료 재구성

남상호(2018)는 기초연금의 도입과 확대 특히, 확대에서는 증가 통계량이 인지할 만큼 큰 변화를 보이지 않는다고 언급하였다. 이 이유는 재차 언급하지만, 다수에게 전액을 지급한 결과라고 할 수 있다.

위와 같이 기초연금에 의한 소득 증가에도 저소득층에서는 실질적 소득에는 큰 도움이 안 될 수 있다는 의견도 있다(이승호·구인회·손병돈, 2016). 예컨대 기초연금 수급으로 근로소득의 감소 등을 예상할 수 있는 것이다. 소득 증가로 인해 생활이 조금 향상되어 힘든 노동을 축소할 수 있고, 따라서 근로소득이 감소할 수 있다는 것이다. 또한 빈곤층 또는 극빈층에서는 기초연금을 수급하면, 그만큼 소득으로 인정되어 다른 공공부조제도인 국민기초생활보장제도의 현금급여액이 그만큼 삭감되어 기초연금을 신청하지 않는 현상도 발생하고 있기 때문이다(매일경제, 2021). 이렇게 기초연금의 도입 및 확대가 노인 빈곤층의 경우 총소득을 급격하게 증가시키지 않아 기초연금액만큼 가구 소비지출을 할 수 있는 실질소득 증가로 이어지지 않을 수 있다는 것이다. 다음 파트에서는 선행연구를 통해 기초연금의 도입 및 확대에 따른 소득 증가와 의료비 지출 연구 결과를 살펴보겠다.

### 3) 기초연금과 의료비 지출

관련 선행연구는 한정적이지만 크게 기초연금이 ‘도입’되었을 때와 기초노령연금에서 기초연금으로 ‘확대’되었을 때로 구분할 수 있다.

첫째, 기초연금 도입과 관련된 연구를 살펴보면 이채정·권혁주(2016)는 기초연금 수급 집단과 수급 예정 집단의 항목별 생활비 지출을 이중차이모형, 그리고 이중차이 회귀분석을 활용하여 분석하였다. 분석 대상에서 처치집단은 65세 이상 노인 중 소득인정액이 노인인구 소득 하위 70%에 해당하는 경우이다. 통제집단은 소득수준은 기초연금 수급 요건을 만족하나 연령이 미달인 집단이다. 즉, 65세에 도달하면 기초연금을 지급받을 것으로 예상되는 수급 예정 집단이 통제집단이 된다. 분석 결과, 노인의 의료비 지출 포함 전반적인 생활비 지출에는 기초연금이 유의한 영향을 끼치지 못하였다. 의료비 지출 포함, 기본비, 주류담배비, 교양오락비, 교통통신비 등 다양한 소비지출을 하나의 모형으로만 분석하여 세부 지출에 영향을 줄 수 있는 내외부 환경요인을 적절하게 통제하지 못하였지만 준실험 연구를 통해 의미 있는 결과를 도출하였다.

이중성(2018) 연구 역시 기초연금 도입이 노인의 소비지출 변화에 미친 영향을 분석하였는데, 이때 소비지출은 의료비 포함 식비, 담배, 주거, 피복, 문화, 가사, 교육 등 다양한 항목을 분석하였다. 앞선 연구와 동일하게 이중차이분석을 하였으며 처치집단은 2014년 기준 기초연금을 수급하는 1949년생이며, 통제집단은 수급은 하지 못하지만 가장 인접한 수급 예정 집단으로 1950년생으로 설정하였다. 저자는 이를 통해 처치집단과 통제집단의 연령상의 동질성을 최대한 확보할 수 있다고 하였다. 먼저 이중차이분석 결과, 처치집단의 총소비지출이 증가하였으나 이는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다. 의료비 역시 증가하는 것으로 나타났다지만 유의한 결과를 나타내지는 못했다. 이중차이 회귀분석 결과 역시 소비지출에 대하여 유의한 결과가 나타나지 못했다. 저자는 식비, 주거비, 의료비 등의 항목은 소비지출 내에서 비중이 높고 고정적인 지출에 해당하여 소득 탄력성이 높지 않기 때문에 이러한 결과가 나타난 것

으로 해석하였다. 추가로 소득이 높을수록 소비지출이 유의하게 증가하는 것으로 분석하였다. 10분위에서 소득이 증가할수록 의료비 포함 대부분의 소비지출이 증가하였으며 그 결과도 유의한 것으로 확인되었다. 의료비의 경우, 만성질환을 가지고 있을수록, 그리고 여성일수록 지출이 통계적으로 유의하게 증가하였다. 만성질환을 가지고 있을 때 의료비 지출이 늘어나는 것은 앞선 이론적 논의를 뒷받침하는 결과라 할 수 있다.

이종성(2018)의 연구는 먼저 앞선 연구에서 나타난 각 지출에 영향을 줄 수 있는 내외부 요인들을 각각 통제하고자 시도하였다. 예를 들어 전체 지출에 대해서는 경제, 인지, 주거, 건강, 인구통계 등을 모두 통제해주었으며 주거의 경우는 경제, 인지, 주거, 인구통계를 통제했으며 의료비의 경우는 경제, 인지, 건강, 인구통계를 통제하였다. 이렇게 각 지출항목에 맞게 영향을 줄 수 있는 변수를 통제하여 연구의 타당성을 높였다고 할 수 있겠다. 다음으로, 소득 분위별로 소비지출을 분석하여 더욱더 세부적인 결과를 확인할 수 있었다. 그 결과 소득이 높을수록 소비지출이 증가하는 것을 확인하였다.

두 번째, ‘확대’와 관련하여 이승호·구인회·손병돈(2016)은 2014년 기초노령연금제도에서 기초연금으로 전환되면서 급여 수준이 약 2배가량 높아진 점을 착안하여 분석하였다. 종속변수는 소득, 지출, 빈곤이며 지출은 식료품, 주류·담배, 의류·신발, 주거, 가정용품, 보건, 교통, 통신, 오락·문화, 교육, 외식·숙박 등으로 구분하여 살펴보았다<sup>23)</sup>. 연구 대상은 65세 이상 노인을 포함하는 노인가구이며 2013년(기초노령연금)과 2014년(기초연금)의 4~12월 기간을 대상으로 분석하였다. 4~6월은 제도 확대 이전, 7~12월은 제도 확대 이후 시점으로 하여 삼중차이분석을 실시하였다. 즉, 기초연금 수급 여부에 대해서는 이중차이분석, 연도 차원을 추가하여 삼중차이분석을 진행한 것이다. 분석 결과, 기초연금으로 전환되면서 소비지출은 증가한 것으로 확인되었으며 세부 항목 중 주거 지출

23) 앞선 남상호(2018) 연구에서는 이 기간을 기초연금 도입으로 간주하고 분석하였지만, 이때 도입은 말 그대로 기초노령연금 제도의 폐지에 의한 기초연금 제도의 도입으로 볼 수 있으며 이승호·구인회·손병돈(2016)의 연구에서는 기존 수급자 관점에서 연금액 확대의 의미가 될 수 있어 같은 기간이지만 도입과 확대가 동시에 포함된다고 할 수 있다.

이 유의한 결과가 나타났다. 의료비 포함은 유의한 결과가 확인되지 않았다. 하지만 85세 이상 노인의 경우 의료비가  $p < 0.1$  수준에서 유의한 것으로 나타나 연령이 높아지면서 의료비 지출이 증가하는 것으로 확인하였다. 이승호·구인회·손병돈(2016)은 회귀분석 시, 연령, 교육 수준, 성별, 가구유형, 노인수, 소득, 거주위치, 거주형태를 통제하였는데 의료비 지출 포함 다양한 소비지출 항목 분석에 있어 영향을 줄 수 있는 내외부 요인을 적절하게 통제하지는 못했다. 그리고 분석 단위가 가구 단위이기 때문에 의료비, 의류, 통신 등 개인적 영향이 큰 소비지출 항목에 대해서는 더욱더 면밀한 분석이 필요할 것이다.

위 연구를 종합했을 때, 기초연금의 도입 또는 확대가 의료비 지출에 유의한 영향을 주었다고 보기에는 한계가 있다. 또한 전체 소비지출에도 영향을 주지 못하였다. 하지만 세부적으로 주거비(이승호·구인회·손병돈, 2016), 피복비, 문화비(이종성, 2018), 교양오락비(이채정·권혁주, 2016)에서는 유의한 결과를 나타내어 전혀 관계가 없는 것은 아니었다. 하지만 기초연금이 실질 소득 증가에 따른 소비지출에 영향을 준다고 하기에는 한계가 있는 것으로 나타났다. 또한 각 소비지출에 대한 통제 요인이 세부화되고 구체적으로 분석이 진행되어야 하는데 소비지출 전체에 동일한 통제변수를 적용하여 분석하여 유의한 결과를 도출했다고 보기에는 한계가 있다. 예를 들어 의료비 지출 하나만 분석하는데도 앞선 앤더슨 개인 결정 요인들과 같이 복합적으로 영향을 주는데 그러한 분석이 진행되지 못했다.

그렇지만 소비지출 비중에 있어서는 식비, 주거비, 의료비의 비중이 큰 것으로 확인되었다. 추가로, 2016년 이후 매년 국민연금연구원(2021) 발생하고 있는 기초연금 수급자 통계분석 자료를 살펴보면 아래와 같이 기초연금 수급자의 소비지출 비중을 확인할 수 있다. 이 데이터는 기초연금 포함 소득을 아래의 비중으로 지출한다는 의미이다. 그 결과, 2016년 이후 한 번도 빠짐없이 식비가 가장 높게 나타났으며 2017년을 제외하고는 두 번째는 주거비로 나타났다. 그리고 보건 의료비는 세 번째로 나타나 기초연금 수급자의 소비지출은 식비, 주거비, 보건의료비 순으로



진행된다는 것을 확인할 수 있다.

**<표 11> 기초연금 수급자의 소비지출 비중이 큰 순위**

	1순위	2순위	3순위
2016년	식비(34.1%)	주거·광열수도비(19.1%)	보건의료비(15.1%)
2017년	식비(40.0%)	보건의료비(17.5%)	주거·광열수도비(15.6%)
2018년	식비(40.0%)	주거·광열수도비(19.7%)	보건의료비(14.7%)
2019년	식비(38.7%)	주거·광열수도비(18.4%)	보건의료비(12.9%)
2020년	식비(42.9%)	주거·광열수도비(17.8%)	보건의료비(15.6%)
2021년	식비(49.4%)	주거·광열수도비(14.0%)	보건의료비(10.8%)

\*출처: 최옥금·이상봉·한신실·이은영(2016), 최옥금·안서연·이은영·한신실(2017), 안서연·최옥금·한신실·이은영(2018), 최옥금·이은영·홍정민(2019), 한신실·홍정민(2020), 한신실·홍정민(2021) 자료 재구성

## 5. 차별적 의료비 지출(의료비 지출의 불평등)에 대한 논의

기초연금만으로 노인의 건강한 일상생활을 유지하게 하고 의료비 이용 및 의료비 지출을 향상시킬 수는 없다. 하지만 앞서 언급했듯이 매월 현금으로 지급되는 기초연금이 만성질환과같이 꾸준하게 관리 및 치료가 필요한 노인에게 도움이 된다면 노인 생활 안정에 기여한다고 볼 수 있을 것이다. 또한 앞서 논의했듯이 소득이 많은 노인이 의료비도 높고 소득이 낮은 노인은 의료비가 낮으며, 자산에서도 비슷한 양상을 보여 기초연금이 이러한 불평등을 조금이나마 완화한다면 그 역시 큰 의미가 있다고 하겠다.

더군다나 뒤에서 자세히 살펴보겠지만 노인 소득 불평등뿐만 아니라 현재 우리나라에서는 건강 불평등 역시 존재하고 있어(장수지·김수영, 2016) 이 부분에서도 기초연금이 긍정적인 역할을 한다면 더 의미가 있을 것이다. 이를 위한 실증분석을 위해 먼저 이론적 논의를 하고자 한다.

### 1) 소득과 차별적 의료비 지출

의료 이용 횟수 기준으로는 상대적으로 저소득층이 의료 이용을 더

많이 하여 소득계층 간 의료 이용이 형평성 있게 이루어지는 것으로 나타났다으나, 의료비를 기준으로 오�히려 외래 의료나 응급의료에서 상대적으로 고소득층에서 의료비를 더 많이 지출하는 것으로 나타났다(김동진·윤현피·이정아·채희란, 2014). 즉, 저소득층의 의료 이용이 고소득층보다 더 빈번하지만, 의료비 지출에 있어서는 고소득층이 더 많이 하는 것을 알 수 있다. 이는 저소득층의 건강이 상대적으로 좋지 않아 의료 이용을 더 많이 했다고 판단할 수 있지만 반대로 의료 이용의 질에 있어서는 상대적으로 고소득층에서 더 높다는 것을 유추할 수 있다(이용재·김형익, 2017). 이러한 결과는 의료 이용 시 환자 본인이 부담해야 하는 본인부담금 또는 실질적 의료비 지출이 높기 때문일 것이다. 예를 들어, 저소득층에서는 암과 같은 치사율이 높은 질환에 대하여 상대적으로 경제적 이유로 치료하지 않을 확률이 높게 나타날 수 있는 것이다(Yoon, et al., 2011).

이렇게 차별적 의료비 지출 또는 의료비 지출 불평등 관련 연구에서 의료비 지출은 고소득층이 훨씬 많은 것으로 나타난다(임미선, 2012). 암 환자의 사망 1년 동안의 의료 이용을 분석한 연구에 의하면 대체로 소득이 높고 고학력일수록 보험진료비가 많았다. 교육 수준을 기준으로 했을 때, 초등학교 졸업은 약 100만원이지만 대학교 졸업은 약 320만원으로 진료비가 나타나 초등학교 졸업의 약 2배 정도의 진료비를 지출했다. 또한 교육 수준이 낮을수록 소위 4대 병원(서울대, 국립중앙, 아산, 성모)과 서울 소재 3차 병원 입원율이 현저하게 낮게 나타났다. 이는 암 환자의 사망 1년 이내 의료 이용의 양적, 질적 측면에 심각한 불평등이 있음을 보여준다. 소득수준과 암 환자의 의료 이용에 관한 다른 연구에서도 소득수준이 낮을수록 소위 4대 대형병원 입원율이 낮게 나타나(조홍준, 2013) 꼭 사망 직전 의료비뿐만 아니라 건강관리에도 소득에 따른 의료비 지출 차이를 확인할 수 있었다.

치과의료 이용 및 진료비 지출에서도 비슷한 양상을 보였다(안은숙·신호성, 2015). 단순 치과의료 이용 방문 횟수가 아닌 방문당 지출한 의료비를 반영한 치과의료 이용 집중지수를 살펴본바, 치과의료 이용의 집

중지수 및 수평적 형평성 지수 모두 고소득층에게 유리한 것으로 확인되었다(안은숙·신호성, 2015).

이렇게 의료비 지출에 있어 사회경제학적 요인에 따른 소득 차이가 발생한다면 의료 이용에 제한과 더 나아가 건강 불평등으로 이어질 수 있을 것이다. 왜냐하면 의료 이용 제한은 소득이 낮은 가구일수록 의료비 지출에 대한 부담을 더 크게 느끼게 한다. 특히 저소득층의 경우 필수 의료서비스 이용마저도 내부 또는 외부요인에 의해 제한될 수 있기 때문이다. 또한, 기본적으로 소득은 건강에 긍정적인 효과를 나타내므로(한국건강형평성학회, 2007), 저소득에 의한 의료 이용 제한과 함께 건강 불평등이 심화되어 악순환이 발생할 수 있다(김창엽, 2009).

우리나라는 건강보험과 의료급여를 통해 다수 국민에게 의료보장을 제공하고 있지만 높은 본인부담금과 광범위한 비급여서비스로 인해 경제적 접근성이 저해된다는 쟁점이 있다(손수인·신영전·김창엽, 2010). 건강보험 보장률은 2010년 62.7%에 불과하고, 2010년 국민의료비 지출 중 공공부문에 의한 비율은 58.2%로 OECD 국가 평균 72.2%에 비해 낮았다. 전 인구의 3% 정도의 최빈곤층을 대상으로 하는 의료급여의 경우에도 일부 진단 장비와 입원에 대하여 본인이 비용을 부담하고 있다. 따라서 경제적인 이유로 인한 의료 미충족이 존재하고 소득이 낮을수록 경제적 부담으로 인한 미치료 경험이 더 많다는 것이다(조홍준, 2013).

노년층의 경우는 그 격차가 더 심하다고 볼 수 있다. 노년층의 소득 5분위(높은 소득)에서 경제적 이유로 보건의료서비스를 이용하지 못한 사람은 3.2%인데 비해, 1분위(낮은 소득)에서는 22.3%에 달했다. 가처분소득의 40% 이상을 의료비에 지출하는 경우를 과부담 의료비 기준으로 살펴보면, 전체 가구의 7.3%, 빈곤 가구의 25.6%에서 과부담 의료비를 지출한다. 이에 따라 필요한 의료 이용이 제한될 뿐만 아니라 가계를 빈곤에 빠지게 하여, 질병과 빈곤의 악순환이 발생할 수 있다(조홍준, 2013).

선행연구들을 종합하면, 양적으로는 의료 이용 형평성에 문제를 제기하기는 어려우나 의료 이용의 질적인 측면, 의료비 지출이 수반되는 영

역에 있어서는 분명히 소득계층 간 격차가 나타나고 있는 것을 확인할 수 있다(김도영, 2012).

## 2) 만성질환과 차별적 의료비 지출

만성질환 유무 또는 만성질환 개수에 따른 차별적 의료비 지출, 즉 의료비 지출 불평등이 나타나고 있는 것으로 확인되었다(김미혜·김소희, 2002; 사공진·임현아·조명덕, 2012). 김미혜·김소희(2002) 연구에서는 만성질환 노인들의 의료비 부담실태를 분석하여 노인들이 과도한 의료비 부담을 안고 있는지, 그리고 과부담에 어떤 요인이 작용하는가를 분석하였다. 분석 결과 만성질환이 많을수록 의료비 부담을 가지는 것으로 확인되었으며 월 소득, 일상생활 수행 능력, 노인 단독가구 등의 변수가 의료비 부담에 큰 영향을 주는 것으로 나타났다. 그중에 가장 큰 영향을 주는 변수로는 월 소득으로 최저계층(월 가구소득 50만원 미만)의 경우 32.6%의 소득 대비 부담률을 보이는 것으로 나타났다.

사공진·임현아·조명덕(2012)은 만성질환자의 의료 이용과 의료비 지출의 형평성 분석을 위하여 30대 이상 만성질환(고혈압, 당뇨병, 관절염)이 있는 성인을 대상으로 연구를 진행하였다. 먼저 의료 이용과 관련하여 당뇨병을 제외하고는 모두 고소득층에 치우친 불평등이 나타났다. 즉, 고소득층이 실제 의료 필요보다 상대적으로 의료 이용을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 반대로 저소득층의 경우는 의료 이용에 대한 부담이 가중될 가능성이 있다고 하였다. 의료비 지출 측면에서는 고혈압과 당뇨병만이 저소득층에 치우친 결과를 나타내었지만 HIwv<sup>24)</sup>지수 추정 결과 고소득층에 치우친 불평등이 나타나 의료 이용의 경우보다 불평등 정도가 작았지만, 의료비 지출에 있어서는 질환에 따라 의료비 지출 차이가 크게 나타났다. 더불어 소득에 따라 이용하는 의료기관이 달라지고 검사 및 약제비 지출에서도 차이가 더 크게 나타났다. 다시 말해, 의료비 지출

---

24) HIwv(Horizontal Inequity) 지수는 수평적 형평성을 측정하는 방법으로써 동일한 의료 필요의 가정하에서 형평성을 측정하는 지수이다. 앞선 의료 이용과 필요성을 살펴보는 지수라고 할 수 있다(Wagstaff, 2001; 권순만 외, 2003)

역시 고소득층에 불평등이 치우쳐진 양상을 보였다. 여기에 의료 필요 변수가 반영되면 불평등 정도가 심해졌으며 이는 실제 의료 필요보다 고소득층이 상대적으로 의료 이용을 더 많이 하고 지출 역시 더 많이 하는 것으로 확인되었다. 반면, 저소득층의 경우는 의료 필요가 큰 것에 비해 상대적으로 의료 이용을 적게 하는 것으로 나타났다. 저소득층의 경우 진료 및 의료서비스가 필요함에도 의료 이용뿐만 아니라 의료비 지출이 감소할 수 있다는 시사점을 제시하였다.

### 제 3 절 노인 빈곤의 다차원성

기존 기초연금 대상 효율성 분석은 소득과 자산 중심으로 진행되어 다양한 노인 현실을 반영하기에는 한계가 있었다. 의료비 지출에 영향을 주는 요인들 역시 노인의 다양한 특성들을 잘 반영하지 못하였다. 이러한 한계점을 극복하기 위해 관련 이론적 논의를 본 절에서 진행하고자 한다. 먼저, 다차원 빈곤 개념에 대해 살펴보고 이어 노인의 다양한 특성에 대해서 살펴보겠다.

#### 1. 노인 빈곤의 다차원적 접근과 분석 방법

오늘날 가장 일반적으로 사용되는 빈곤 차원은 바로 화폐소득이다. 하지만, 빈곤 관련 연구를 살펴보면 빈곤이 화폐소득에 기반한 결과가 아니라 그보다 더 추상적 개념이라는 것을 알 수 있다(Bradshaw, 2000; Grusky & Kanbur, 2006; Rowntree, 1971; 윤석명 외, 2017 재인용). 추상적 개념들의 공통적 특성은 물질적·사회적 참여 등에서 나타나는 ‘결핍’ 또는 ‘욕구 미충족 상태’ 등의 관점에서 빈곤을 바라보고 있다는 것이다. 즉, 이러한 빈곤 개념들은 빈곤의 범위를 개인적·사회적 ‘결핍’으로 보고 있다. 그러나 어느 차원까지의 ‘결핍’을 빈곤으로 볼 것인지는 개념 별로 상이하다고 볼 수 있다.

이러한 맥락에서 노인 빈곤도 단차원적인 접근에서 다양한 다차원적 분석으로 이어져 논의가 진행되고 있다. 이에 본 챕터에서는 노인 빈곤에 있어 다차원적 접근에 대해서 살펴보겠다. 기존 노인 빈곤 관련 연구들 역시 많은 학술적·정책적 시사점을 가지고 있지만 소득 감소·노화에 따른 건강변화·사회적 관계의 축소와 같은 노인 삶 전반에 대한 빈곤 논의가 진행되었다.

황남희 외(2015)는 소득, 주거, 건강, 사회참여, 사회관계망의 5개 차원별 복지서비스 경험률을 산출하였다. 또한 김수영·박병현(2018)은 소득, 자산, 노동, 건강, 대인관계 차원에서 노인 빈곤을 살펴보았으며 군집분

석을 통해 비빈곤 집단, 건강·관계 빈곤 집단, 다중빈곤 집단을 도출하였다. 정의진(2012)은 노인의 빈곤을 소득, 자산, 건강, 가족관계 사회관계로 구분하여 분석하였으며, 소득 차원과 가족관계 차원에서 가장 심각한 빈곤을 경험한다는 것을 주장하였다. 김경혜 외(2013)는 전문가 자문을 통해 차원과 지표를 직접 설정하였다. 이에 설정된 빈곤은 소득, 노동, 건강, 대인관계, 사회참여, 주거로 구분하여 빈곤 실태를 분석하였다. 하지만 서울지역에 한정되어 있다는 한계가 있다. 남수정(2018)은 화폐(소득, 자산), 건강, 주거, 고용, 인적 관계, 사회보장 차원에서 노인 빈곤을 살펴보았다. 김세진·남석인(2020) 연구에서는 노인 코호트별 다차원 빈곤의 유형화 및 유형의 변화 양상을 확인하는 연구를 진행하였다. 빈곤은 경제, 건강 및 의료, 사회적 관계망, 사회참여, 주거 차원으로 구분하였다. 또한 50대, 60대, 70대 세대로 구분하여 각각 빈곤 집단을 유형화하여 분석하였다.

다음으로, 노인 빈곤에 있어 다차원적 분석 방법에 대해서 살펴보겠다. 이 분석 방법을 통해 대상 효율성 분석을 진행하고자 한다. 기존에는 합집합 및 교집합, 복합지수방식, 퍼지집합이론, 잠재집단분석 등이 있어 다차원 관점에서 빈곤과 비빈곤으로 구분하였다. 각 분석 방법마다 장단점이 있지만 대상 효율성 분석에 적합한 방법은 차원계수방식<sup>25)</sup>의 ‘머릿수 다차원 빈곤율(Multidimensional headcount poverty ratio)’ 방식이다. 먼저 차원계수 방식은 여러 개의 차원 중 일정 개수 이상에서 빈곤 현상을 보이면 다차원적 빈곤으로 간주하는 것이다. 즉, 지표 기준이 아닌 차원 개수에 따라 빈곤 여부를 설정한다. 본 연구에서는 차원계수방식 산출 방법 중 머릿수 다차원 빈곤율 방법을 활용한다. 이는 전체 인구 중 다차원 빈자의 수로 계산되는 방법으로 빈곤한 사람들의 수와 비중을 보여준다는 장점이 있다. 반면 하나의 빈곤 차원이 똑같은 가중치를 두고 카운트하므로 가중치를 두지 않는 한계점이 있지만 주관적인 요소가 분석에 투입되지 않아 많이 활용되고 있다(최균 외, 2011; 정의진, 2012).

25) 예를 들어, 빈곤을 구성하는 차원이 6개 있다고 가정하면, 이중 2개 차원 이상이 결핍상태에 있다면 그 개인을 다차원적 빈자로 규정하는 것이다.

## 2. 노인 빈곤의 다차원성

### 1) 소득 차원

소득 차원은 전통적으로 빈곤을 측정하는 개념으로 다차원적 빈곤에서 중요한 차원이다. 소득 차원은 소비지출 차원과 함께 경제적 차원으로 많이 논의되지만, 기초연금 연구에서 소득, 지출을 구분한 연구가 많이 진행되었으며 지출이 직접적으로 기초연금 효과를 측정할 수 있다는 점과 소비지출에 대한 추가적인 논의를 위해 소득, 소비지출을 하나의 경제적 차원으로 묶지 않고 따로 논의하고자 한다.

먼저, 소득수준을 보면, 가구 규모별 최저생계비(정의진, 2012)와 가구 균등화소득의 중위소득 기준(김경혜 외, 2013; 김태완 외, 2015; 황남희 외, 2015; 남수정, 2018; 김수영·박병현, 2018; 김순미, 2018)을 지표로 많이 활용하고 있다. 최균 외(2011)는 화폐적 지표의 경우 주로 법규와 사회적 관계를 준용하여 최저생계비 또는 중위소득의 50~60%를 빈곤선으로 정한다. 가구균등화소득 중위소득 50% 기준은 상대적 빈곤율로 OECD 등에서 가장 보편적으로 사용하고 있는 지표이다.

하지만 중위소득 50~60% 빈곤선은 전체 가구를 대상으로 설정된 소득 빈곤선으로서 노인에 그대로 적용하여 사용하는 것이 적절한지에 대한 논의가 필요하다. 그 이유는 세 가지로 정리할 수 있다.

첫째, 실질적 노인 빈곤 기준으로서의 문제가 제기될 수 있다. 즉, 노인의 실질적 소비를 반영하지 못한 소득 기준이라는 것이다. 기존 상대적 빈곤율 기준은 전체 가구(근로연령 가구+노인가구)를 대상으로 집계된 중위소득의 50%를 빈곤선으로 설정한다. 그렇기 때문에 노인 소득 빈곤 관점에서 생활을 유지하는데 필요한 소득에 대한 기준이 과대 추정될 수 있다는 것이다(석재은, 2003). 예를 들어 2022년 1인 가구 기준 1,944,812원(가처분소득)이 중위소득이며 여기서 972,406원(중위소득 50%) 이하인 노인이 상대적 빈곤에 있다는 것이 된다. 2인 가구 기준으로는 3,260,085원이며 상대적 빈곤 기준인 50% 이하는 1,630,042원이다.



이 기준의 소득은 20~50대의 근로 연령층에서는 현실적으로 낮다고 할 수 있을 것이다. 하지만 이 기준이 노인에게 그대로 적용하는 데에는 한계가 있다는 연구가 다양하게 진행되었다(Disney & Paul, 2001; 공사연금제도개선실무위원회, 2000; 석재은, 2003 재인용). 연구 결과를 종합하면, 노인의 필요소득을 실질 소비에 근거하여 살펴봤을 때 근로 연령의 필요소득에 비해 노인의 필요소득은 약 60~70% 정도로 나타나 노인의 실질적 필요소득이 전체 가구의 중위소득보다는 작다는 것을 확인할 수 있다. 그만큼 실질 소비가 줄어들어 필요소득 역시 감소할 수 있다는 것이다. 구체적으로는 의료비를 제외한 모든 소비 항목의 지출이 감소하여 근로 연령층과는 소비수준의 차이를 보였다(석재은, 2003). 그래서 전체 가구 기준 중위소득 50% 기준이 노인에게 적용하는 것이 타당한지는 추가로 논의가 필요한 것이다.

둘째, 노인인구의 증가와 특성이 드러나고 있다. 과거 노인은 노인가구라고 따로 분리해서 볼 정도로 노인가구(단독 또는 노인 부부)가 많지 않았다. 왜냐하면 노인은 공적영역이 아닌 사적영역 즉, 자식의 가구에 속해 생활했으며 케어가 되었기 때문이다. 하지만 현재는 노인인구의 증가뿐만 아니라 노인가구의 증가로 인해 노인 집단이 다른 연령층과는 다른 고유의 특징을 가지게 된 것이다. 그뿐만 아니라 노인 집단의 대부분이 노인 부부가구, 또는 노인 단독가구로서 가족 구성원이 노인으로만 구성된 가구가 다수를 차지하게 되었다. 흔히 청소년, 20대, 30대의 특성을 구분하는 것처럼 노인 집단도 그렇게 구분이 가능할 정도 인구가 많아진 것이다. 또한, 노인 집단 내에서도 특징이 구별될 정도 노인 특성의 다양화가 일어나고 있다. 예를 들어 노인 소비의 특성을 근로연령층과 비교해보면, 의료비를 제외한 식비, 주거, 가구집기, 피복신발, 교육, 교양 오락, 교통통신 등 모든 소비 항목의 지출이 감소한다(석재은, 2003). 이러한 소비 특성만 살펴봐도 다른 세대 또는 집단과 다른 특성을 가지게 되는 것이다. 그뿐만 아니라 사회적 관계, 운동, 취미생활 등 다양한 기준에서도 노인인구만의 특징이 나타나고 있다.

셋째, 연구 전체적으로 빈곤 기준에 대한 통일성이 낮아진다. 현재, 다

수의 다차원 빈곤 연구에서는 소득 빈곤선은 전체 가구의 중위소득 50% 또는 60%로 빈곤선을 설정하는데 다른 건강, 주거 등의 빈곤 차원은 노인 가구(개인)를 대상으로 기준을 설정한다. 특히, 지출, 건강, 사회적 관계, 사회참여, 주거 등이 그러한 예이다. 그런 관점에서 소득만 전체 가구를 대상으로 살펴봐야 하는 것은 연구 전체적으로 빈곤선에 대한 일관성이 낮아질 수 있다.

이러한 이유로 노인의 상대적 빈곤(중위소득 50%)에 대한 기준을 전체 가구가 아닌 노인 가구 대상으로 진행하거나 노인 소득 빈곤선 설정을 위한 추가적인 논의가 있어야 할 것이다. 만약, 노인 가구에 경제활동을 하는 자녀가 있거나 하면 노인 가구만을 보는 것이 적절한 방법이 아닐 수 있지만 2020년 기준 노인가구의 78.2%가 노인 단독가구 또는 부부가구라는 점(이윤경 외, 2020)도 추가적인 논의가 더 필요하다는 것을 보여준다.

## 2) 자산 차원

두 번째는 자산이다. 노인은 은퇴 후 소득이 감소하기 때문에 소득 중심의 빈곤 측정은 빈곤율을 과대 추정할 수 있다(윤희숙 외, 2013). 그러므로 자산을 고려하여 빈곤을 살펴볼 필요가 있는 것이다. Nam, Huang & Sherraden(2008)은 자산은 사람들이 장기적인 목표를 추구할 수 있게 해주고, 미래 소비를 위한 창고로 인식될 수 있다고 정의하였다. 즉, 소득 활동이 감소하는 노인에게 자산은 매우 중요한 요소이며 빈곤선이 되는 것이다.

노인의 다차원 빈곤 연구에서 자산(김수영·박병현, 2018; 남수정, 2018; 김순미, 2018)은 중요한 지표로 활용하고 있으며, 자산 중에서도 순자산을 중심으로 지표로 활용하고 있다. 그러나 ‘자산 빈곤’에 대한 정의는 연구 별로 상이하다(남상호, 2009). 남수정(2018)은 통계청에서 제시한 지역별 기본 재산액 이하를 빈곤선으로 하였으며, 김수영·박병현(2018)은 중위 순자산의 50% 미만, 김순미(2018), 김세진(2019)은 가구원

수별 최저생계비 기준 6개월 비용 미만으로 자산 빈곤을 측정하고 있다. 일부 연구에서는 금융자산, 부동산 자산 및 기타자산의 총액을 자산으로 정의하기도 하고(강소량·문상호, 2011), 자산의 총액에서 부채액을 감한 순자산을 자산으로 간주하기도 한다(원도연·한창근, 2016; 신용석 외, 2017). 이러한 자산의 빈곤선에 대하여 석상훈(2011)과 이상은 외(2011)는 가구 규모별 최저생계비의 3개월분 기준, 김혜자 외(2014)는 최저생계비의 6개월 미만에 해당하는 금액을 가진 사람을 빈곤으로 보았다. 남상호·권순현(2008)은 중위 자산의 50%를 자산 빈곤선으로 적용하였다. 자산의 경우는 꼭 중위 자산 기준으로 살펴보지 않고 노인 집단 내 다양한 그룹을 살펴보았다.

### 3) 소비지출 차원

노인의 경우, 근로소득이 없어 직접적으로 소득을 파악하기 어려운 점이 있으며 생활 수준 측정에 있어 소득은 간접적인 변수이기 때문에 한계가 존재한다(김교성 외, 2008; Ringen, 1988). Selsnick(2001)은 소득을 기준으로 측정된 빈곤율 수치가 소비를 기준으로 측정한 수치에 비해 과대 측정되며, 경제적 복지수준의 측정에 소비가 소득보다 더 적합하다고 주장하였다(조영섭, 2019). 또한 소득은 일시적인 요소에 영향을 받을 가능성이 크며 일반적으로 은퇴 이후 소득의 급격한 감소를 겪는 고령층에 대해서는 실질적인 경제 상태를 나타내는데 소득보다 소비지출이 더 효과적일 수 있다(여윤경, 2003). 소비지출 차원 빈곤은 주로 상대적 빈곤 여부로 살펴보았으며 소득의 상대적 빈곤선과 유사하게 총소비에서 세금과 사회보장분담금을 차감한 중위 소비의 50%를 빈곤선으로 주로 설정하여 연구가 진행되었다(조영섭, 2019; 김교성 외, 2008).

이중 의료비 지출은 앞서 잠깐 언급했듯이 근로 계층 대비 노인 소비지출 항목에서 유일하게 증가하는 영역이다(석재은, 2003; 배순석·김민철 외, 2014; 남수정, 2018; 조영섭, 2019; 김세진, 2019). 노년기 만성질환의 증가, 기능 상태 악화와 같은 노화현상에 따른 의료비 증가는 노인에게

많은 부담으로 작용한다. 의료비의 과부담과 관련하여 WHO(2005)에서는 가구의 지불 능력(식품비 제외) 대비 의료비 부담 비율이 40% 이상일 때 과부담 의료비로 측정하고 있다. 반면, Wagstaff & van Doorslaer(2003)은 실제 지출한 식료품비를 제외한 가구소득을 가구의 지불 능력으로 정의하였고(이혜재·이태진, 2012 재인용), 그 기준을 바탕으로 의료비와 관련성을 살펴보았다. Waters, Anderson & Mays(2004)는 가구 일 년간 소득 대비 의료비 지출 비중이 10%를 초과하는 경우를 과부담 상태로 규정하였다. 문진영 외(2008)는 사회권 지표 개발을 위한 연구에서 가계소득 중 20% 이상의 의료비를 부담하는 가구를 과부담 의료비 지출 가구로 정의하였다. 이러한 과부담 의료비는 연령이 높을수록 과부담 의료비 발생확률이 증가하는 것으로 나타났다(박진영·김용민, 2016).

#### 4) 건강 차원

노년기 건강 상태는 노년기 삶 전반에서 매우 중요한 요소 중 하나이다. 노년기 건강 상태는 크게 신체적 건강과 정신적 건강으로 구분할 수 있다. 먼저, 신체적 건강은 다시 객관적 건강 상태, 주관적 건강 상태로 구분할 수 있다(강은나, 2013). 객관적 건강 상태는 만성질환, 일상생활 수행 능력 및 수단적 일상생활 수행 능력과 같은 신체적·기능적 손상을 측정하거나, 복용 약품 수, 만성질환 등과 같은 요인도 포함될 수 있다(강은나, 2013). 그래서 객관적 건강 상태는 노인이 가지고 있는 건강 특성으로 볼 수 있다. 다음으로, 주관적 건강 상태는 스스로 신체적, 생리적, 심리·사회적 상태에 대한 포괄적인 평가를 내려 의학적으로 측정 불가능한 개인적 인식으로 정의된다(Ware, 1987; 이윤진·신혜리·이민아, 2012). 노인이 지각하는 건강 수준으로서 노인의 주관적 판단에 기인하므로 신뢰성에 대한 문제가 제기될 수 있지만(강은나, 2013), 주관적 건강 상태는 삶의 만족에 직접적인 영향을 줘 관련 분석에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다(Campbell, 1976; Bowling, 1990).

두 번째로, 정신적 건강이다. 정신적 건강 측정에 있어서는 주로 심리적 특성인 우울을 활용하는 것을 볼 수 있다. 우울은 연령이 증가함에 따라 같이 증가하는 경향을 보인다는 연구(강상경 외, 2015)을 봤을 때 노년기 삶에서 반드시 고려되어야 할 부분이다. 우울 증상은 스트레스 적응과정에서 발생하는 부정적인 정서 상태 또는 감정 반응으로, 생활 만족도와 상반되는 개념으로도 정의될 수 있다(고민석·서인균, 2011). 노인의 경우 신체적 질환, 열악한 경제 사정 등 다양한 스트레스로 인해 우울 증상이 발병하며, 더 나아가 신체적으로도 삶의 질이 저하될 수 있어 치료 및 관리가 힘든 빈곤층에 지원하는 방안을 고려해 봐야 할 것이다(정순돌·구미정, 2011).

노인의 우울 증상은 인지기능 장애와 치매, 자살로도 이어질 수 있는 심각성을 가지고 있다. 정신건강 문제의 고위험군인 노인의 우울 증상에 관하여 김혜령(2012)은 도시지역에 거주하는 60세 이상 저소득층 여성의 우울 유병률은 60.4%로, 주 1회 이상 사회활동에 참여하거나 수단적 일상생활능력(IADL)의 제한 여부 등으로 인해 우울 증상이 발생하는 것으로 보았다. 최혜경(2002)은 건강 상태가 나쁠수록, 양육 부담에 불만이 많을수록, 사회관 관계망이 적을수록 우울 수준이 높은 것으로 나타났다. 만성질환 수와 규칙적인 운동 여부를 통해 빈곤 집단과 비빈곤 집단의 우울 수준을 살펴본 결과, 배우자의 존재는 우울 수준을 감소하는 공통 요인으로 나타났다. 특히 빈곤 집단은 지인과의 만남 빈도가 증가할수록 우울 수준이 증가하며, 비빈곤 집단은 만성질환의 수가 증가할수록 우울 가능성이 높아지는 것으로 나타났다(고정은·이선혜, 2012). 박소영(2018)도 주관적 건강 상태가 좋지 않을수록 우울 증상 수준이 높았고, 배우자가 있거나 지인과의 만남 빈도가 높을수록 우울 증상이 완화되는 것으로 보았다.

## 5) 사회참여 차원

노인에게 있어 건강하고 성공적인 노후를 보낼 수 있게 하는 것은 적

극적 사회참여라고 할 수 있다(원형중, 1994; 백혜영, 2012). 일반적으로 사회참여란 사회적 연계를 유지하고, 사회활동에 적극적으로 참여하는 것을 의미한다(Glass, Leon, Marrottoli & Berkman, 1999). 협의의 개념으로서 사회참여는 ‘한 사회집단이 그 필요와 요구를 나타내고 공동이익을 옹호하며, 특정의 경제적, 사회적 정치적 목적을 달성하기 위하여 공공기관에 직간접적으로 영향력을 발휘하는 조직적 활동’으로 정의되며, 광의의 개념으로는 ‘취업 활동, 지역사회조직 및 단체활동’ 등이 포함된다(윤종주, 1994). 그 외에도 여가 활동, 정보활동 등도 모두 포함할 수 있는 광범위한 개념이다(김학만, 2011). 사회참여는 여가 활동과 분리된 개념으로 여가는 일의 반대개념으로 휴식 활동으로 볼 수 있으나, 노년기 여가 활동이란 단순히 남는 시간 동안 일정한 역할 및 노동으로부터의 휴식으로 구분하지 않으며, 노인 자신을 위하여 흥미를 갖고 자유시간에 행한 활동 일체로 보기도 한다(나향진, 2004). 이러한 사회참여는 노인 삶의 만족에 긍정적 영향을 주므로 중요한 부분이라 볼 수 있다(김세진, 2019). 여기서 눈여겨볼 부분은 사회참여 개념으로 유급 노동 활동도 포함된다는 것이다. 광의의 개념으로도 취업 활동을 포함하고 있어 앞서 언급했듯이 여가와 노동을 구분하지 않는 특징 때문에 근로를 사회참여 일부로 포함하여 본다.

사회적 참여는 노인의 활동성, 적극성 등을 살펴보는 데 유용하다. 하지만 사람들을 직접 만나 활동해야 한다는 특성 때문에, 본 연구에서는 사회적 참여 부분은 이론적 논의만 진행하고 실제 데이터 분석에서는 제외하고자 한다. 그 이유는, 2020년 코로나바이러스 감염증에 의한 대면 활동이 전 세계적으로 중단되었기 때문이다. 즉, 대면에 의한 사회참여가 현실적으로 이뤄질 수 없었다. 그러한 이유로 경제활동, 봉사활동, 여가 활동, 복지시설 활용 등 데이터가 왜곡될 수 있으므로 이론적 논의만 진행하고 데이터 분석에서는 제외하고자 한다.

## 6) 사회적 관계 차원

노년기에는 신체기능 및 건강 저하, 경제 능력 상실, 사회적 관계 축소 등이 나타난다. 노화에 따른 건강 쇠퇴와 은퇴로 인한 경제적 자원의 감소는 불가역적이지만, 사회적 관계의 축소는 반드시 감소한다고 단정 짓기 어려우며 기존의 관계를 유지하거나 강화할 수 있는 여지가 있어 노인 빈곤 차원에서 주목받고 있다(석재은, 2016). 이러한 사회적 관계에서 중요한 문제는 상호작용의 양, 사회적 관계 빈도 및 다양성 등의 감소이다 (Lowenthal & Robinson, 1976; Hooyman, 1983). 사회적 관계의 감소는 노년기를 살아가는데 필요한 자원의 축소 및 결핍 등으로 이어질 수 있으며, 이는 노인의 신체적·정신적 건강과 전반적인 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 요인이다. 선행연구에서 독거노인은 노인 부부가구보다 관계 자원이 다양하지 않아 사회적 지지를 덜 받는 것으로 나타났다(석재은·장은진, 2016; 정경희 외, 2014). 노인의 독거 상황은 사회적 고립을 증가시키고 이에 따라 친밀한 관계를 만들 기회를 제한하기 때문에(석재은·장은진, 2016) 가구원 수, 배우자 유무와도 함께 살펴봐야 한다.

이러한 사회적 관계망은 노년기의 행복한 삶을 추구하는 데 있어 중요한 사회적 자원으로 기능하고 있다(Litwin & Landau, 2000). 사회적 관계망은 사회적 관계의 크기, 구성요소, 가족, 친구, 배우자와의 접촉 빈도, 서로 도움을 주고받는 정도, 사회적 관계의 만족도 등을 포함하는 다차원적 개념이다(Krause, 1999). 이는 구조적 차원과 기능적 차원으로 구분된다. 먼저, 구조적 차원은 관계망의 크기, 유형, 접촉 빈도 등의 양적 측면이며(서선희·임희경, 2004), 기능적 차원은 사회적 관계망 내에서의 관계 만족도, 정서적, 경제적, 도구적 지원 교환 정도 등으로 측정된다(김세진, 2019; 정순돌·문진영·김성원, 2010; 장수지, 2011). 이렇게 노인의 다차원적 빈곤에 관한 기존 연구들에서 사회적 관계망 차원을 다양한 지표로 선정하고 있다. 노인의 사회적 관계망은 사회적 자원으로 기능함으로써 노년기 정신건강에도 긍정적 영향을 미치기 때문에 그 중요성은 매우 높다고 볼 수 있다.

## 7) 주거 차원

빈곤에 대한 논의에서 주거는 소득과 함께 주요 개념으로 활용되고 있다. 특히, 박탈 지표에서 ‘주거 빈곤’은 대부분의 연구에서 적용되고 있다(김세진, 2019). 주거 빈곤은 주거의 물리적 조건이 사회적 기준에 맞는 적절한 주거가 아니거나, 주거비용을 지출하고 남은 소득으로 비주거 부분의 지출을 적절하게 유지하기 어려운 경우를 말한다(임세희, 2010). 김동배 외(2012)는 주거 빈곤을 파악하는 핵심 구성요소로 주거의 불안정성, 최저주거기준, 과도한 주거비 부담을 제시하였다. 먼저 주거 불안정성은 소득 증대와 안정적인 경제활동을 어렵게 하고, 빈곤의 심화로 주거비를 감당하지 못하여 잦은 주거 이동을 하게 되는 경우를 말한다. 다음으로 최저주거기준으로 이는 열악한 주거환경 여부를 확인할 수 있는 기준이다(김동배 외, 2012). 최저주거기준이란 국민이 쾌적하고 살기 좋은 생활을 영위하는 데 필요한 최소한의 기준을 정부에서 제시한 것으로 그 안에는 가구 구성 별 최소 주거 면적, 용도별 방의 개수, 전용 부엌 화장실 등 필수설비 기준, 주택의 구조·성능 및 환경 등을 제시하고 있다(법제처, 2019).

특히, 주거 불안정성은 거주 형태와 연관 지어 볼 수 있다(박은주·권현수, 2020). 거주 형태에서 주거 안정성 개념은 비자발적으로 주거 이동이 강요되는지를 의미하는 것으로 본인의 의사에 반하여 주거지를 이동해야 할 필요 없이 일상생활 및 생계에 적합한 주택에 계속 거주할 수 있도록 보장하는 것이다(김경혜 외, 2013; 박은주·권현수, 2020). 주거 불안정은 안정적인 경제활동 및 소득 증대를 힘들게 하고, 빈곤 심화로 인해 주거비 감당을 하지 못하게 되면 빈번한 주거 이동으로 주거 불안정 상태에 놓이게 된다(김동배 외, 2012). 대다수의 선행연구에서는 주거 안정성 지표로 자가점유율을 사용하여, 주택 점유 형태에 따라 주거 안정성을 파악하였다(김혜승, 2007; 임재현, 2011; 김동배 외, 2012; 김경혜 외, 2013).



### 3. 노인의 인구학적 특성과 다양성

최근 고령화 등으로 노인 인구수가 증가하며 기존 노인의 규범적 전형이라 여겨지던 모습이 붕괴하는 것을 볼 수 있다. 이런 가운데 정경희·오영희(2000)는 노인인구의 양적 증가뿐만 아니라 질적인 변화에도 관심을 가져야 한다고 지적하였다. 이러한 절대적 노인인구의 증가는 노인 복지대상자의 증가를 가져오며 이에 대응하기 위해서는 다양한 접근이 필요하다는 것이다.

노인을 하나의 집단이 아닌 노인 집단 내 이질성(aged heterogeneity), 즉, 다양한 집단으로 구성되어 있다는 것에 관심이 증가하고 있다(Nelson & Dannefer, 1992; 최승훈·민수빈·이예인, 2020 재인용). 그리고 그에 따른 취약 집단의 특성이 뚜렷해지고 있다. 거대한 베이비붐 세대의 지속적인 유입으로 비교적 동질적인 분포를 보였던 노인 집단의 특성이 변화하고 있으며, 단순히 양적인 확대를 넘어 집단 내 구성원들이 이질적인 특성을 보이는 등 다양성에 따른 집단 간 특성이 차이를 보이는 추세이다(최승훈·민수빈·이예인, 2020).

이러한 추세는 기초연금 지급에서도 중요한 관점으로 인지하고 있어야 한다. 노인의 특성이 다양해지고 집단 간 구분이 뚜렷해지는 동시에 집단의 특성이 이질성을 띠는 것은 앞선 보편주의 관점에서 논의한 인구 분포에 의한 복지정책이 아닌 사회적 위험에 빠져있거나 그럴 가능성이 큰 집단에 지원을 집중해 보편적 복지를 시행해야 한다는 것을 방증한다. 이에 본 연구에서는 선행연구를 통해 노인의 인구학적 특성을 연령, 교육 수준, 가구 형태, 건강 상태, 거주지역 관점에서 살펴보고 논의하고자 한다. 이 특성은 본 연구의 실증분석에서 다양한 노인 특성을 통제하고 분석의 타당성을 높이는 데 활용될 것이다.

#### 1) 연령에 따른 다양성

연령의 다양성과 코호트에 대해서 살펴보겠다. 연령에 따른 다양성은

연령 “차이”에서 발생하며 다른 연령집단과 다르다는 것을 의미한다. 사회복지, 사회 노년학 등에서는 연령 차이를 확인하는 데에 있어 코호트(cohort)라는 개념을 사용하는데 이에 대해서 알아보겠다.

코호트(cohort) 개념을 알아보기 위해서는 세대(generation)에 대해서 먼저 살펴봐야 한다. Mannheim(1964)은 세대를 ‘중요한 역사적 사건에 영향을 받아 유사한 의식, 문화 지식을 갖게 되는 출생 코호트’라고 정의하였으며(이영라·이숙중, 2017), 이는 사회인구학적으로 동일한 시간과 특정한 경험을 공유한 집단(김순미·조경진, 2019)이라고 정리할 수 있다. 즉, 세대 개념을 통해 코호트는 “같은 시기에 같은 사건을 경험하는 사람들의 집합체”로 정리할 수 있다(Ryder, 1965: 845). 대부분의 노년학 또는 관련 연구들은 특정 시기의 인구집단에 태어난 사람들로 규정된 연령 코호트를 사용한다(Uhlenberg and Miner, 1996).

고령화에 있어 코호트 차이, 즉 연령별 다양성의 요인에는 크게 역사적 변화와 코호트의 구성적 차이로 구분된다(Quadagno, 2021). 역사적 변화는 인간의 삶과 사회변동 간의 상호작용으로 본다. 즉, 사람들이 역사적 시대 흐름에 따라 하나의 코호트에 속한 것으로 분류될 수 있다고 보는 것이다. 출생 연도의 차이는 사람들에게 상이한 기회와 제한된 역사적 세계에 마주하게 된다(Elder, 1994). 출생 코호트의 구성원들이 공유하고 사는 동안 자신들을 형성시키는 이러한 독특한 경험을 코호트 효과(cohort effect)라고 부른다. 예를 들어, 미국의 경우 1930년대의 대공황 시기에 성장한 사람들은 1990년대에 성장한 사람에 비해 돈 쓰는 것에 대하여 더욱더 조심하는 경향을 보이는 것을 말한다.

다음으로, 구성적 차이는 코호트를 크기로 구분한다. 크기의 대표적인 예가 베이비붐 세대이다. 미국의 경우, 1946년~1964년의 베이비붐 세대는 20세기의 가장 큰 코호트이다. 시간이 지나면서 이들의 삶은 전통적인 사회제도에 저항하는 민권운동, 여성해방운동, 반베트남전 운동 등을 펼쳤으며 이는 사회, 문화 등에 큰 영향을 주었다. 그리고 노년이 된 이후에도 영향력이 크다. 이러한 코호트에 따른 구분은 노인 집단 내에서도 다양한 경험을 형성시키며 코호트 간 차이를 뚜렷하게 한다.

코호트의 차이 즉, 연령에 따른 차이는 코호트 효과(cohort effect)로 이어질 수 있다. 코호트 효과는 출생 코호트의 구성원들이 공유하고 사는 동안 자신들의 연령 집단별로 독특한 경험을 하며 그 경험을 바탕으로 다른 연령집단과는 다른 특성을 나타내는 것이다. 동일한 시기에 출생한 집단은 생애주기 속에서 사회·역사적 경험을 공유하며 비슷한 기회와 보상구조, 기억과 체험구조를 갖게 됨으로써 사회경제적으로 유사성을 보이는 것이다(김순미·조경진, 2019).

한국 코호트 구분의 연구는 주로 세대(코호트)구분 개념<sup>26)</sup>을 사용하여 진행하였다. 내용을 정리하면 아래 표와 같다.

**<표 12> 노인 연령별 코호트 구분 정리**

연구자	코호트 구분
강소량·최은영 (2016)	- 해방전쟁 세대(1941-1954년) - 베이비붐 세대(1955-1963년)
김혜영(2004)	- 산업화 1세대(1953년 이전 출생) - 산업화 2세대(1954-1961년)
이은희 외(2015)	- 근대화 세대(1857-1910년) - 일제강점기 세대(1920-1945년) - 해방동일전쟁 세대(1945-1953년) - 베이비붐 세대(1955-1963)
황상민·김도환 (2004)	- 해방전후복구 세대(1925-1934년) - 민주화 세대(386세대)(1960-1969년) - 근대화 세대(1940-1949년) - 경제부흥기 세대(1950-1959년)
최승훈·민수빈 ·이예인(2020)	- 해방 전 일제강점기 세대(1944년 이전 출생) - 해방 후 전쟁 세대(1945-1954년) - 베이비붐 세대(1955-1963년)

\*출처: 최승훈·민수빈·이예인(2020: 52).

내용을 정리해 세대별 특징을 보면 대체로 해방 전후, 그리고 6.25 전쟁과 같은 역사적인 사건 전후로 연령별 특성이 나타나며 선행연구에서 그 기준으로 구분하는 것을 확인하였다. 특히 해방(1945년)을 기점으로 전후시기에 태어난 연령층은 6.25 전쟁까지 직접 겪었으며 이후 빈곤한 삶을 이어온 것으로 나타났다. 해방 전 일제강점기, 해방 후 전쟁을 겪은

26) 세대라는 개념으로 표기했지만 코호트 개념과 유사하다. 가독성을 위해 세대라고 작성하였다.

집단이 연령별 구분에서는 취약성을 나타냈다. 반면 베이비붐세대 포함 이후 세대는 이전 세대와 비교하면 안정된 사회 환경에서 성장하며 대다수가 고등교육 혜택을 받아 그나마 취약성이 약한 것으로 확인된다(김혜영, 2004; 이은희 외, 2015; 황상민·김도환, 2004; 최승훈·민수빈·이예인, 2020).

## 2) 교육 수준

2000년대에는 노인 대부분이 초등학교 이하의 학력을 갖고 있었다. 무학이 35.5%, 초등학교 졸업이 39.0% 수준이다. 고등학교 이상 학력은 14.9%에 불과했다(정경희·오영희, 2000). 하지만 2017년 기준, 무학 노인은 24.3%로 줄었으며 초등학교 졸업은 34.1%, 고등학교 졸업 17.3%, 대학교 졸업 이상이 7.5%로 나타났으며 2020년에는 무학이 10.6%, 초등학교 졸업이 31.7%, 고등학교 졸업이 28.4%, 대학교 졸업 이상이 5.9%로 나타났다(이윤경 외, 2020). 이렇게 노인 집단의 교육 수준이 바뀌는 것은 노인 집단의 살아가는 방법, 삶에 대한 접근과 질이 바뀌어 가는 것을 나타낸다.

이러한 내용을 기존 선행연구를 통해 찾아볼 수 있다. 먼저, 초등학교 이하 교육 수준에 해당하는 노인은 다른 변인을 통제된 상태에서 비교집단보다 건강 관련 삶의 질이 유의하게 낮았고, 반면 교육 수준이 높을수록 건강 관련 삶의 질이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 그리고 교육 수준은 성별, 연령, 소득 등 다른 인구 사회학적 요인보다 건강 관련 삶의 질이나 건강 상태에 더 강력하게 작용하는 것으로 확인되었다. 또한 노인의 교육 불평등이 노인의 건강 불평등에 직접적으로 영향을 미치는 것으로 나타났으며 특히 초등학교 졸업 이하와 같이 교육 수준이 낮을수록 주관적 건강과 우울, 신체활동, 일상생활 수행 능력 등 건강 불평등이 심화하는 것으로 나타났다(김동배·유병선·이정은, 2012).

상대적으로 낮은 교육 수준은 건강정보를 습득·이해·적용하는데 부정적 영향을 주는 것으로 나타났다. 이 문제는 소득이나 고용 문제로 이어

질 수 있어 소득, 고용 안정성 등과 같은 다른 경제적인 변수와 강하게 연결될 수 있다. 또한, 사회참여 기회를 줄임으로써 건강 불평등을 초래하게 된다. 이처럼 교육 수준이 낮은 노인 집단에서 신체활동이나 건강 상태, 건강 관련 삶의 질 등이 전반적으로 저조한 것으로 나타났다 (McPhee, et al, 2016).

### 3) 가구형태

최근 노인인구의 증가라는 인구학적 변화와 함께 노년기 가구 형태 또한 급변하고 있다. 특히, 노인만으로 구성된 가구가 증가하고 있어 노인 가구와 가구 형태에 관한 관심이 필요한 상황이다(정경희, 2016). 은퇴에 따른 사회적 관계의 변화는 노인이 되면서 가구의 형태, 가족 간의 관계 등에 영향을 많이 받기 때문이다.

2020년 기준 노인가구의 78.2%가 노인 단독가구 또는 부부가구라는 점(이윤경 외, 2020)은 노인 가구에서 자녀들이 포함되어 영향을 줄 수 있는 여지가 많이 줄었다는 이야기이며 노인들의 특성이 더욱 부각될 것으로 보인다. 단편적인 예로 노인 단독가구와 부부가구의 격차가 발생하고 있다. 2017년 노인실태조사에서 가구 형태와 건강 상태, 경제 상태, 사회·여가·문화 활동, 사회적 관계(배우자, 자녀, 친구와 지역사회)의 관계를 살펴본 결과를 보면, 전체적으로 노인 부부가구가 노인 단독가구에 비해 긍정적으로 나타났다.

이러한 결과는 노인 집단 내에서도 단독가구에 관한 관심과 정책적 논의가 필요하다는 것을 보여준다. 이들의 연령대, 단독 거주하는 이유, 관련 집단과의 관계 등을 파악하는 것이 중요할 것이다(김시월·조향숙, 2014). 독거노인의 자녀와의 관계 수준, 가장 많이 접촉한 자녀와의 관계 수준, 형제·자매를 포함한 친인척과의 관계 수준, 친구이웃지인과의 관계 수준, 모든 타인과의 관계 수준으로 세분화하여 분석한 결과, 성별에 관계없이 친구이웃지인과의 관계 수준을 제외한 전 영역에서 부부가구와 단독가구 간 유의미한 차이 발견되었으며 노인 단독가구가 더 취약하다

는 것으로 나왔다(석재은·장은진, 2016). 이처럼 가족 및 가족구조 영역은 가장 기본적인 기능인 구성원에 대한 보호 제공의 역할을 하고(정경희, 2016) 노년기 삶의 질과 욕구 변화에도 영향을 주기 때문에 더욱 관심을 가져야 할 것이다(김경래 외, 2020).

#### 4) 건강 상태

노인의 건강 차이는 개인이 보유하는 자원의 양에 따라 개인차가 뚜렷해지며 수준차 역시 커지는 특징을 보인다. 즉, 생애 전반기부터 누적되어 온 자원과 경험의 차이가 극대화되어 노인 집단 내 불평등이 가장 심화되는 영역이기도 하다(박경숙, 2001; House et al., 1994).

노년기 건강 불평등은 크게 확산(Divergence)과 되었다가 수렴(Convergence)되는 형태로 나타난다(강혜원·조원태, 2007). ‘확산’은 다수의 사회적 조건에 의해 건강상의 불평등이 뚜렷하게 나타나다가 시간이 지날수록 건강상의 차이가 누적되어 극대화되는 현상을 말한다. 노년기에 진입하면서 신체적으로 건강상의 차이가 더욱 확대된다(House et al., 1994). 이후, 심화된 건강상의 불평등은 노년기에 ‘수렴’되어 완화된다는 것이다.

노인의 건강은 인생 전반에 걸쳐 삶의 질을 결정하는 요인으로 작용하며 건강 수준의 악화는 신체기능 손실, 심리·정서적 문제, 의료비 증가와 같은 경제적 문제 등을 수반하므로 중요하게 고려해야 할 사안이다. 노인의 건강 상태, 그리고 건강증진을 위한 행위 등을 고려한다면, 노인을 하나의 동질적인 집단이 아닌 집단 내 다양성을 지닌 존재로 바라볼 필요가 있다(최영애, 2003; Heidrich, 1998). 이러한 건강 영역은 신체적 건강(만성질환과 기능 상태)과 사회심리적 요인(건강 행위, 사회적 관계 등)으로 분류할 수 있다(House et al., 1994).

노년기는 타 연령에 비해 건강에 대한 관심이 많다. 노년기 건강은 활기찬 노후와 삶의 질을 결정하는 요인으로, 노인 스스로 질병 예방 및 건강 상태의 향상을 위해 능동적으로 환경에 반응한다(김혜숙, 2009). 만

65세 이상 노인 10,281명을 대상으로 건강증진행위 유형과 영향요인을 살펴본 결과, ‘적극적 건강 행위 실천형(47.1%)’, ‘긍정적 건강 행위·비운동형(34.5%)’, ‘부정적 건강 행위·의료중심형(10.8%)’, ‘금연·금주형(7.6%)’의 4가지 유형으로 나타났고, 특히 독거 여부, 사회적 관계 만족, 가구 경제 수준이 낮은 경우 건강증진행위 수준이 저하되는 것으로 나타났다(김수영 외, 2018).

건강 상태는 만성질환의 유무로 관찰되는 경우가 많다. 치료보다는 관리(care)가 중요한 만성질환은 가족과 사회에까지 영향을 미치며, 발병과 함께 호전과 악화를 반복하며 정상적인 상태로의 회복이 희박하여 거의 남은 삶 동안 질환을 가지고 살아가는 경우가 많기 때문이다. 노인은 건강 문제에 가장 취약한 집단으로, 연령이 증가할수록 만성질환 유병률이 증가한다(Wolff, Starfield, & Anderson, 2002). 적어도 하나 이상의 만성질환으로 인해 약을 복용하거나 치료받는 경우 이들의 건강 상태가 생활 만족도에 미치는 영향을 경제활동 참여의 조절효과를 통해 살펴보면, 남성, 자녀 수가 많을수록, 재정 만족도가 높을수록, 경제활동에 참여할수록 생활 만족도가 높은 것으로 나타났고, 활동 제한이 있거나 건강 상태가 나쁠수록 생활 만족도가 낮은 것으로 나타났다(이성은, 2012). 이러한 만성질환에 따른 건강 상태 역시 노인 집단을 구분할 수 있고 건강 상태가 나쁜 경우는 취약할 가능성이 큰 것이다.

## 5) 거주지역

급속한 고령화가 진행되고 있지만 농어촌 지역의 고령화 속도와 도시 지역의 속도는 다른 것으로 나타났다. 농어촌 지역의 고령화 비율은 2000년 이미 14.7%로 고령사회인 데 비해, 도시지역은 5.5%에 불과하였다. 노인인구 중 농촌지역 거주 노인의 비중이 도시지역의 노인보다 월등히 높은 것이다. 이러한 특정 지역 혹은 농어촌 지역의 고령화는 그 지역 노인의 경제적 빈곤, 역할 상실, 소외, 고독과 같은 다양한 문제를 일으키며, 사회적으로는 비경제활동인구의 증가에 따른 부양지수가 증가

하게 된다(이택영·김진경, 2009).

사회적 관계 측면에서 도시 노인과 농어촌 지역 노인의 비교 연구를 살펴보면, 참여하고 있는 모임의 종류는 도시에 거주하는 노인이 더 다양한 것으로 나타났으나, 정작 우울함에 대한 사회적 관계망의 효과는 농어촌 지역에서만 유의한 것으로 나타났다(손용진, 2010). 이러한 결과를 통해 도시지역은 연결형 사회자본이, 농어촌 지역은 유대형 사회자본이 더 우세하다는 것을 유추할 수 있다. 노인의 거주지역에 따라 문화적 배경과 사회경제적 조건, 정치적 환경 등 광범위한 영역에서 차이가 발생한다는 점까지 고려하면 사회적 관계의 효과를 거주지역을 기준으로 세분화하여 분석해야 할 필요성은 더 커진다(김찬기, 2021). 소득 역시, 도시로 대변되는 광역시와 농어촌으로 볼 수 있는 도 단위의 차이가 나타났으며 도 단위 내에서의 차이 역시 발생하였다(백학영, 2016). 이렇게 노인 분포, 사회적 관계, 소득 등 거주지역에 따라 노인의 특성이 다르다는 것을 확인할 수 있다.



## 제 3 장 연구설계

### 제 1 절 연구 가설과 분석 단계

#### 1. 연구 구성과 가설 설정

본 연구는 두 파트로 구성되어 있다. 첫 번째 파트는 다차원 노인 빈곤 관점에서 기초연금의 대상 효율성 분석, 두 번째 파트는 의료비 지출에 있어 차별적 효과 분석으로 구성된다.

##### 1) 대상 효율성 분석

기초연금의 대상 효율성은 비빈곤-빈곤 집단이 각각 기초연금을 얼마나 수급하고 있는지 분석하여 필요한 노인이 기초연금을 수급하는지 확인하는 것을 목적으로 한다. 필요한 노인의 정의는 정부로부터 현금 지원받을 정도로 힘들음을 의미하며 본 연구에서는 노인 빈곤 연구에서 활용된 다차원 빈곤선 기준을 활용하고자 한다.

홍우형(2021)은 “우리 사회에서 노인의 70%가 과연 빈곤한가”라는 질문을 던지며 소득과 자산 중심으로 노인 분포를 살펴보았다. 윤희숙(2011, 2012) 역시 소득과 자산 중심으로 대상 효율성을 논의하였다. 기존 논의를 통해 소득과 자산 빈곤 관점에서 고소득자, 자산가 노인이 기초연금을 수급한다는 것을 파악하여 대상 효율성이 좋지 않지 않음을 확인하였으며 정책적 제언으로 기초연금의 효과적인 운영을 주장하였다.

하지만 소득과 자산 이외의 다른 빈곤 차원에서는 기초연금 수급 현황이 자세히 분석되지 않았다. 단적으로, 우리나라 노인의 상대적 빈곤율(중위소득 50% 이하)은 서두에서 언급했듯이 약 40%이지만, 기초연금은 전체 노인 중 소득하위 70%에게 지급하고 있어 지급의 적절성에 대해서 의문을 가질 수 있다. 하지만 이 노인 빈곤율 40%는 가처분소득 기준이

기 때문에 소득 외 다른 차원은 살펴보지 못하는 한계가 있다. 그렇지만, 건강·사회적 참여·사회적 관계 차원 등의 빈곤율이 70~90% 이상으로 나타나 다차원 관점에서 빈곤율이 70%가 넘는다면 현재 기초연금 수급 목표가 적절하다고 할 수 있을 것이다. 그렇기 때문에 소득뿐만 아니라 측정 및 분석할 수 있는 다차원 빈곤 관점에서 기초연금 대상 효율성 분석을 진행할 필요가 있는 것이다. 이 분석은 기초연금 지급에 있어 노인 상황을 보다 현실적으로 살펴보고 향후 기초연금 지급, 수급 목표 더 나아가 기초연금 정책목표 논의에 있어 도움이 될 것으로 본다. 이에 본 연구에서는 선행연구를 통한 다양한 빈곤선을 기준으로 대상 효율성 분석을 진행하고자 한다.

## 2) 의료비 지출에 있어 차별적 효과

노년기에서의 건강은 안정된 생활을 위해 중요한 요소이며 그에 따른 의료비 지출은 건강을 위한 투입물 중 핵심 요소이다. 유일하게 은퇴 이후 증가하는 지출항목이 의료비 지출이며, 노쇠화에 따른 건강관리 및 치료는 모두 의료비 지출을 통해 가능하므로 더욱더 중요하다. 이런 관점에서 본 연구는 다양한 소비지출 항목 중, 의료비 지출을 중심으로 살펴보고자 한다.

이론적 논의를 통해 소득이 증가하면 의료비 지출도 증가하는 것을 확인하였다(Folland, Goodman & Stano, 2007; Phelps, 2013; 엄영진, 2019). 그래서 기초연금액만큼 소득이 증가하면 의료비 지출 역시 증가할 것으로 예상할 수 있다. 의료경제학 가정에 의해 예산선을 설정하고 하나의 재화(Y축)는 생활비 지출, 또 다른 하나의 재화(X축)를 의료비 지출이라고 하면 기초연금이 커질수록, 즉 소득이 증가할수록 의료비 지출도 함께 커져야 할 것이다. 하지만 기존 기초연금 도입과 확대에 따른 의료비 지출 연구 결과와 저소득층에서의 기초연금 수급에 따른 소득 증가가 실질적으로 나타나지 않을 수 있다는 연구 결과(이승호·구인회·손병돈, 2016)를 토대로 가설을 설정하면 기초연금액 증가에 따른 의료비

지출 증가가 나타나지 않을 수 있다는 것 역시 예상할 수 있다. 뿐만 아니라 전체 기초연금 수급자를 대상으로 분석했을 때, 수급자가 특정 빈곤층을 대상으로 지급되지 않고 노인 70%에게 지급되었기 때문에 개인마다 경제적 상황, 시기적 상황, 선호 등이 달라 유의한 결과가 나타나지 않을 수 있다.

**<가설1> 기초연금액에 따른 소득 증가는 의료비 지출 증가에 영향을 주지 못할 것이다.**

그렇다면 어떠한 이유로 영향을 주지 못했는가? 앞서 잠깐 언급했듯이, 기초연금으로 소득이 증가했음에도 개인마다 소비지출하는 항목이 다르며 데이터가 취합된 2019년 기준으로 지급한 소비지출 항목이 다를 것이다. 그리고 어떤 노인은 아프지만 의료비를 덜 지출할 수 있고, 어떤 노인은 건강하지만 아픈 노인에 비해 상대적으로 의료비를 더 지출할 수 있다(황인욱·이태진, 2018).

이러한 이유 중 하나는 경제적 요인들에 의한 차이 때문일 것이다. 경제적 요인은 소득과 자산으로 구분할 수 있다. 먼저, 소득에 따라 저소득층 노인 집단은 의료비 지출을 하고 싶어도 생활비 지출 때문에 의료비 지출을 줄일 수 있고 중산층 노인 집단은 기초연금액의 절반은 의료비, 절반은 생활비에 지출하여 이상적인 소비지출을 했을 수 있다(김상임·이준영, 2020). 두 번째로 자산 수준의 차이 역시 영향을 줄 수 있을 것이다(윤정혜 외, 2010). 자산의 정도에 따라 실질 소득이 변하여 의료비 지출에도 영향을 줄 수 있기 때문이다. 이러한 가정들을 바탕으로 실증분석을 하고자 한다.

경제적 요인에서 첫 번째로 살펴볼 것은 소득수준이다. 고소득층에서는 기초연금을 전액을 수급하든 또는 감액된 금액을 수급하든 연금액 자체가 원하는 곳에 지출할 수 있는 현금소득이 될 가능성이 크다. 반면 저소득층은 기본적으로 소득이 낮거나 순자산이 낮아서 기초연금을 전액 수급하더라도 생활비 등 생계 또는 필수 소비 항목에 지출할 가능성이

크다(황인욱·이태진, 2018). 특히 저소득층이 중간소득층의 소득수준까지 도달하기 어려운 이유는 기초연금액이 소득이나 자산 수준 차이에 따른 차등 지급이 아닌 거의 비슷한 수준으로 지급되기 때문이다. 그러므로 기초연금을 더 많이 받더라도 저소득층에서는 소득 증가 폭이 낮아 의료비 지출에는 유의한 영향을 주지 않거나 오히려 감소할 수 있다<sup>27)</sup>.

또한, 저소득층 노인의 경우는 근로소득이 거의 없거나 낮아서 기초연금과 같은 공적연금에 의한 의존이 큰 편이다(황인욱·이태진, 2018). 주소득 원천이 기초연금이 되면 그만큼 소득이 증가하더라도 의료비 지출이 아닌 식비, 주거비 등 생활비에 지출할 확률이 크기 때문에 소득 빈곤의 경우는 오히려 의료비 지출이 감소할 것으로 보인다. 요약하면, 높은 기초연금액 수급으로 소득 증가에 따른 예산선 이동으로 생활비 지출은 높아지지만, 의료비 지출은 오히려 감소하여 열등재가 될 것으로 예상된다.

**<가설2-1> 높은 기초연금액에 따른 소득 증가가 있더라도 소득 빈곤 집단에서는 오히려 의료비 지출이 감소할 것이다.**

자산 빈곤 집단에서도 유사한 결과가 나타날 것으로 예상된다. 자산이 높은 경우 대체로 소비지출에 긍정적인 영향을 준다는 것을 확인하였으며(최요철·김은영, 2007) 의료비 지출 관련 연구에서도 비슷한 결과가 나타났다(윤정혜 외, 2010). 특히 현재 사용할 수 있는 소득이 부족한 상황이 되면 자산을 사용한다는 이론적 논의(Shefrin & Thaler, 1988)를 바탕으로 볼 때, 자산 빈곤 집단 역시 그만큼 의료비 지출 등 생활비 지출 이외에 사용할 수 있는 소득이 부족하다는 것을 유추할 수 있다. 상황에 따라 소득 빈곤 집단보다 소득이 더 부족할 수 있을 것이다. 그렇기 때문에 기초연금액이 커져도 그만큼 의료비 지출은 못 하고 생활비 지출을 하는여 의료비 지출은 오히려 감소할 것으로 예상된다.

---

27) 특히, 극빈층에서는 기초연금이 국민기초생활보장제도 수급에 있어 소득으로 잡혀 그만큼 감액되고 있다. 그래서 기초연금 신청을 하지 않거나 혹은 감액된 금액을 수급받고 있는 노인이 6만명 정도로 나타났다(매일경제, 2021).

<가설2-2> 높은 기초연금액에 따른 소득 증가가 있더라도 자산 빈곤 집단에서는 오히려 의료비 지출이 감소할 것이다.

다음은 의료비 지출에 결정적 요인인 건강, 즉 만성질환 수에 따른 의료비 지출을 검토하고자 한다. <가설1>에서 기초연금 증가가 의료비 지출에 유의한 영향을 주지 못하는 이유 중 중요한 이유는 건강한 정도(만성질환 수 등)가 주요 변수로 활용되지 않아서 일 것이다. 그만큼 의료비 지출에 결정적인 역할을 해서 실증분석과 검토가 필요하다.

의료경제학 측면에서 소득과 자산이 의료비 지출에 있어 중요한 요인이지만 Andersen(1995)에 의하면 필요 요인(need factor)인 질병 수준 역시 의료비 지출에 직접적인 영향을 줄 수 있는 요인이다. 특히 만성질환은 꾸준히 관리하지 않으면 건강에 직접적으로 영향을 줄 수 있으므로 의료비 지출 요인으로 많이 활용되고 있다(황인욱·이태진, 2018; 송태민, 2013; 김학주, 2019).

기본적으로 만성질환이 많으면 적은 집단에 비해 의료비 지출은 높다. 하지만, 만성질환이 많고 기초연금액이 커지면 의료비 지출이 높아질 것인가는 다시 한번 생각해봐야 한다. 이론적 논의에서 만성질환 개수가 많으면 그만큼 과도한 의료비 부담을 안고 있는 것으로 확인되었기 때문이다(김미혜·김소희, 2002). 그리고 만성질환이 많은 집단 중, 고소득층에서는 의료비 지출이 높아지지만, 저소득층에서는 많은 의료비 지출을 하기 힘든 것으로 확인되었다(사공진·임현아·조명덕, 2012). 그래서 만성질환이 많은 노인 집단에서는 높은 연금액을 수급하더라도 의료비 지출은 낮을 수 있다. 그래서 Folland, Goodman & Stano(2007) 예산선 그래프에서 살펴보았듯이 의료비 지출이 줄어든 만큼 생활비 지출할 가능성이 높은 것이다.

<가설3> 높은 기초연금액에 따른 소득 증가가 있더라도 만성질환이 많은 집단에서는 오히려 의료비 지출이 감소할 것이다.

반대로 만성질환이 적은 집단에서는 기초연금액이 증가할수록 증가하는 만큼 의료비 지출할 가능성이 높다. 그 이유는 첫째, 소득 증가에 따른 예산선 이동은 생활비 지출뿐만 아니라 의료비 지출에도 영향을 줄 수 있기 때문이다. 즉 의료비 지출이 정상재로서 작용할 것으로 예상된다. 둘째, 20~30대에게 청년수당을 지급했다고 하면 만성질환이 없는 건강한 청년들은 의료비 지출할 가능성은 낮을 것이다. 하지만 65세 이상 노인에게는 아무리 만성질환이 없다고 하더라도 노년기 생활 안정을 위한 건강 유지와 관리가 중요하기 때문에 어느 정도 의료비 지출을 할 가능성이 크다. 그래서 앞선 가설과는 다르게 소득이 증가할 때 의료비 지출이 정상재로서 증가할 것으로 보인다. 이는 앞선 소득 및 자산 비빈곤 집단에서도 동일하게 적용될 수 있다.

## 2. 연구 분석 단계

본 연구의 분석 단계 역시, 두 단계로 구성된다. 1단계에서는 대상 효율성 분석을 진행하고 2단계에서는 기초연금액 증가와 의료비 지출에 따른 차별적 효과를 분석한다.

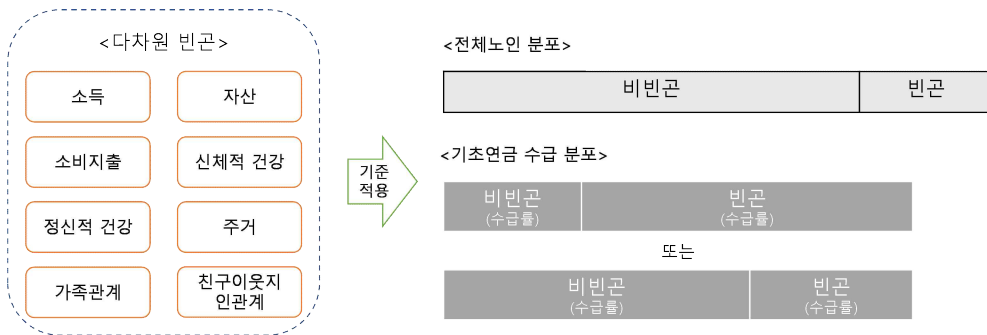
### 1) 1단계

다차원 노인 빈곤 관점에서 기초연금 수급자의 대상 효율성 분석을 위해 먼저, 8개의 노인 빈곤 차원을 활용하여 각 빈곤마다 노인의 특징을 살펴보고 각각 빈곤과 비빈곤 집단에 대하여 전체 노인과 기초연금 수급자의 분포를 살펴본다. 만약 기초연금이 빈곤 집단에 효율적으로 지급되었으면 수급자 분포는 빈곤 집단에 집중될 것이며 그렇지 않으면 전체 노인 분포와 큰 차이가 없을 것이다. 그리고 비빈곤-빈곤 집단의 기초연금 수급률을 확인하여 각각 어느 정도의 비중으로 기초연금이 지급되었는지 확인하여 대상 효율성을 파악할 것이다.

다음으로, 8개 빈곤 차원에서 각각 노인의 상황 또는 상태를 좀 더 구

체적으로 파악하기 위해 10분위(소득, 자산, 소비지출) 또는 구체적 항목(소득, 자산, 운동능력, 삶의 만족도 등)을 전체 노인 분포, 기초연금 수급자 분포 별로 분석하여 현실적 상황을 파악하고자 한다. 이를 통해 세부적으로 어느 집단에 기초연금이 지급되었는지 비중과 수급률을 확인할 수 있다. 이를 통해 기존에는 확인하지 못했던 기초연금 수급자의 상황을 파악하여 기초연금 수급 목표가 보편주의 복지정책 개념과 부합하는지 확인할 수 있을 것이다.

<그림 8> 대상 효율성 분석



또한, 모든 노인이 하나의 빈곤만을 가지는 것은 아닐 것이다. 빈곤이 복합적으로 작용할 수 있으므로 빈곤 개수에 따른 대상 효율성 분석도 진행한다. 이 분석에서는 기존 차원계수방식과 같은 다차원 빈곤 분석에서 처럼 비빈곤-빈곤 집단을 구분하기보다는 빈곤별 노인의 특성이 무엇이며 빈곤 개수에 따른 전체 노인 분포와 기초연금 수급 분포를 살펴보고자 한다. 총 0개에서 8개까지 9구간에서의 대상 효율성 분석을 진행한다.

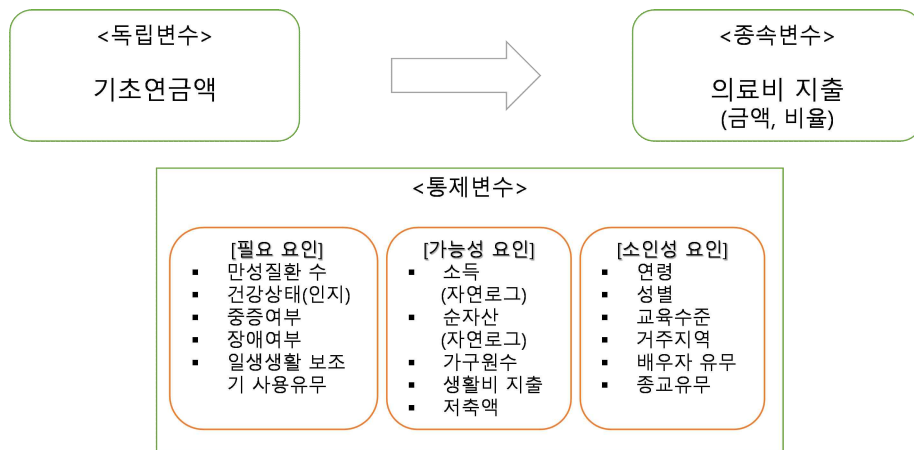
## 2) 2단계

두 번째 단계는 기초연금액 증가가 의료비 지출에 미치는 영향을 분석하는 것이다. 먼저 <가설1>를 분석하고 <가설1>이 유의하지 않다면 그 이유를 찾는 방식으로 <가설2>, <가설3>을 진행하고자 한다. 이를 위해 본 논문에서는 <가설2>에서는 소득 빈곤 여부, 자산 빈곤 여부를

조절변수로, <가설3>에서는 만성질환 수를 조절변수로 활용한다. 통제변수로써는 앤더슨의 개인 결정요인인 소인성 요인, 가능성 요인, 필요 요인과 추가로 생활비 지출, 저축액을 함께 투입하여 분석한다. 앤더슨의 개인 결정요인은 의료 이용 결정과 의료비 지출을 함께 고려하고 있어 생활비 지출과 저축액이 빠져있는데 본 연구에서는 의료비 지출만을 중심으로 분석하기 때문에 생활비 지출과 저축액을 제외하고 분석을 할 수 없었다. 왜냐하면 첫째, 의료경제학에서 의료비 지출과 함께 중요하게 여기는 지출이 생활비 지출(의료비 지출 제외) 이다. 그러므로 의료비 지출에 생활비 지출이 영향을 줄 수밖에 없으므로 생활비 지출을 추가해야 한다. 둘째, 의료경제학의 예산선에서는 “전체소득=생활비 지출+의료비 지출”을 가정하고 있는데 현실 상황에서는 소득을 모두 소비하지 않고 저축을 할 수 있어 이에 대한 통제가 필요하다. 그러므로 전체소득에서 의료비 지출 포함한 모든 소비지출을 제외한 금액을 저축액으로 설정하여 통제해야 한다. 그래서 본 논문의 통제변수는 앤더슨의 개인 결정요인과 더불어 생활비 지출, 저축액이 된다. 생활비 지출과 저축액은 가능성 요인에 포함되어 분석된다.

<가설1> 분석을 위해, 아래 그림과 같이 기초연금액을 독립변수, 의료비 지출을 종속변수로 설정하여 다중회귀분석을 진행한다. 뒤에서 언급하겠지만 종속변수는 금액, 비율(자연로그)로 구분하여 두 번 분석을 진행한다. 이를 <모델1>로 설정한다.

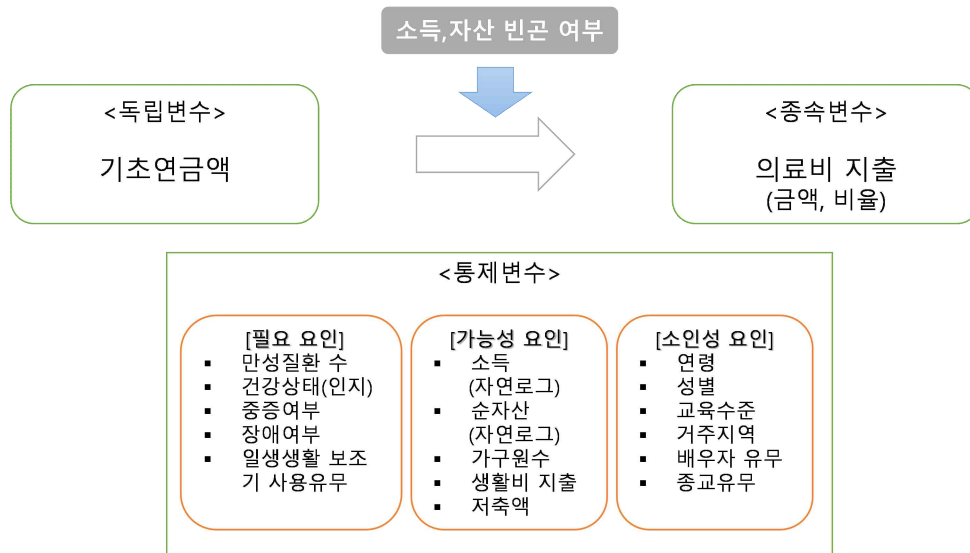
<그림 9> 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향 분석





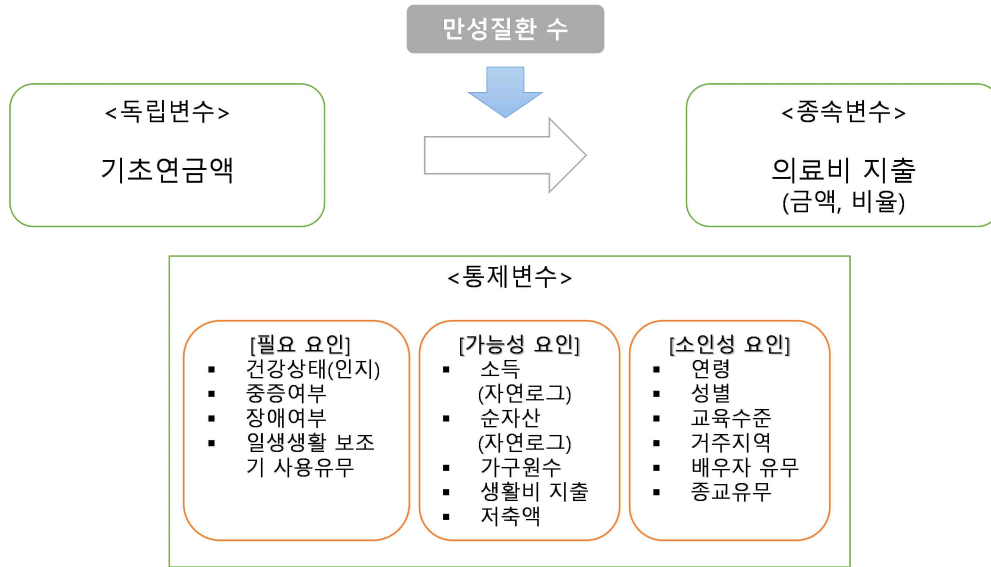
다음으로 <가설2>는 <가설1>의 세부 분석으로 기초연금 수급자 중 경제적 요인(소득과 자산 빈곤 여부)에 의한 의료비 지출을 확인하고자 한다. 이론적 논의에서 살펴봤듯이 기초연금 수급자 중에서는 고소득층, 고자산층이 함께 존재하기 때문에 그에 따른 차이가 있기 때문이다. 소득과 자산 빈곤 여부를 조절변수로 투입하여 진행한다. 이때 조절변수 투입에 있어 통제변수의 소득과 순자산 변수와 다중공선성 (Multicollinearity) 문제가 발생할 수 있으므로 소득 빈곤 여부를 조절변수로 넣을 때는 통제변수에서 소득변수는 제외하고, 자산 빈곤 여부를 조절변수로 넣을 때는 통제변수에서 순자산 변수를 제외하였다. 그래서 기초연금액이 높으면서 소득 및 자산 빈곤 집단일 때 의료비 지출에 어떠한 영향을 주는지 분석한다. 소득 빈곤 집단에서의 분석을 <모델 2-1>, 자산 빈곤 집단에서의 분석을 <모델2-2>라고 설정한다.

<그림 10> 소득·자산 빈곤에 따른 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향 분석



<가설3>은 앞선 분석에 이어 진단된 건강 상태, 즉 만성질환 수의 조절 효과에 따른 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향을 분석하고자 한다. 이를 통해 기초연금 수급자 내에서 만성질환이 적은 노인 집단과 많은 노인 집단이 의료비 지출에 있어 어떠한 차이가 나타나는지 파악하고 정책적 시사점을 제시하고자 한다. 앞선 분석과 같이 기초연금액이 독립변수, 의료비 지출이 종속변수로 설정되고 만성질환 수가 조절변수가 된다.

<그림 11> 만성질환 수에 따른 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향 분석



## 제 2 절 연구자료 및 대상

### 1. 연구자료

본 연구는 다차원 노인 빈곤 관점에서 기초연금 수급자의 대상 효율성과 차별적 효과를 분석하고자 한다. 이러한 연구목적을 달성하기 위해 2020년 노인실태조사 데이터를 활용하였다. 기존 노인 빈곤과 기초연금 관련 연구에 많이 활용되던 한국복지패널, 국민노후보장패널 등을 활용하지 않고 노인실태조사를 활용한 이유는 세 가지로 정리할 수 있다.

첫째, 다른 데이터보다 표본의 크기가 크다. 2020년 기준 전체 표본 수는 10,097가구로, 2020년 한국복지패널 6,029가구, 2019년 국민노후보장패널 4,430가구보다 훨씬 많은 것을 볼 수 있다. 하지만 다른 데이터는 패널 데이터로서 종단연구가 가능하며 응답자를 계속 추적하기 때문에 다양한 연구에 활용되는 장점이 있다. 하지만, 본 연구와 같이 노인 빈곤의 다차원성을 분석하기에는 패널 데이터보다는 횡적이지만 표본의 크기가 더 큰 데이터가 효과적이고 신뢰할 수 있는 결과를 얻을 수 있을 것이다.

둘째, 노인실태조사는 만 65세 이상 노인에 집중되어 있다. 한국복지패널의 경우 만 15세 이상 가구, 국민노후보장패널의 경우 50세 이상에 대해서 조사를 진행하였다. 복지패널의 경우 전 연령에 걸쳐 복지 현황을 조사하며, 국민노후보장패널은 노후를 대비하는 연령까지 포함되어 있다. 이에 따라 노인에게 맞게 설계된 노인실태조사를 데이터로 활용하였다.

셋째, 노인 현실을 반영한 빈곤 분석에 적합하다. 노인 빈곤과 기초연금 분석에 많이 활용되는 한국복지패널은 조사 표본을 추출한 뒤, 일반 가구와 저소득층 가구를 각각 50%씩 할당하여 조사하게 된다. 예를 들어, 일반 가구와 저소득층 가구(중위소득 60% 이하)를 각각 3,500가구씩 총 7,000가구를 층화이중추출법을 이용하여 표본 대상을 선정한다. 그래서 한국복지패널은 전국을 대표하는 표본으로 구성되지만, 저소득층 가구가 총 표본의 50%로 과대 표집 되어있다. 이런 표본이면 빈곤 가구만

을 대상으로 하는 연구 또는 일반 가구와 저소득층 가구를 비교하는 연구에는 적합하겠지만 본 연구와 같이 전체 노인을 대상으로 하는 연구에서는 결과가 다소 편향될 수 있다. 예를 들어 소득 빈곤선 설정에서도 한국복지패널 데이터를 활용한 연구는 다른 연구와는 달리 중위소득 60%를 설정하는데 이 설정이 적합한 빈곤선인지는 의문이 있을 수 있다. 이러한 이유로 노인실태조사를 활용하여 진행하였다.

넷째, 다양한 노인 빈곤에 대한 측정이 가능하다. 노인실태조사는 노인의 일반적 사항부터, 가족 및 사회관계, 가족 간 도움의 교환, 건강 상태, 기능 상태와 요양, 경제활동, 여가 및 사회활동, 생활환경과 노후생활, 인 기능 등 노인에 대하여 여러 영역에서 조사가 이뤄져 다양한 빈곤 관점에서 노인을 바라보는 데 도움을 준다. 특히 노인 건강을 자세히 다루고 있을 뿐만 아니라 소득, 지출 등 경제적 요소까지 포함하여 건강과 그에 따른 의료비 지출, 관련 소득과 지출을 분석하는 데 유용하다는 장점이 있다. 한 가지 아쉬운 점은 노인실태조사 데이터가 소비지출 중 보험, 사적이전, 피복비, 외식비 등 한국복지패널, 고령화연구패널 한국의료패널 등에서 활용되는 항목들이 부족하다는 것이다. 그렇지만 필요한 소비지출 항목은 포함되어 있으며 노인의 다양한 관점, 충분한 노인 표본수 등을 감안한다면 노인실태조사가 더욱더 효과적이라고 볼 수 있다.

노인실태조사는 「노인복지법」에 따른 법정 조사로 2008년 1차 조사를 시작하여 2020년 5차 조사를 진행하였다. 노인실태조사는 노인의 생활 현황과 특성 및 욕구를 파악하고, 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책 수립 및 노인 정책 기초자료로 많이 활용되고 있다. 특히 2020년 조사는 코로나-19 상황임에도 노인의 건강과 문해력 등의 한계를 극복하고자 이전과 동일하게 대면조사로 이뤄져 이전 조사와 같은 신뢰성을 가지고 있다. 조사방식은 종이로 진행하는 PAPI(Paper Aided Personal Interview)방식이었으나, 2020년부터 TAPI(Tablet-PC Assisted Personal Interview)방식으로 진행되었다.

## 2. 연구대상

2020년 노인실태조사의 목표 모집단은 전국 17개 시도의 일반 주거시설에 거주하는 만 65세 이상의 노인이며 이 조사의 모집단은 2018년 인구 총조사에 기반하여 진행하였다. 조사구별로 특성을 파악하여 세부 층화 과정을 진행했으며, 동부(도시)와 읍면부(농어촌)으로 구분하여 다시 한번 더 층화 과정을 거쳤다. 그리하여 총 10,097가구가 조사되었다.

본 연구에서는 전체 표본 10,097가구 중, 만 66세 이상 노인(1954년생 이하) 가구주를 대상으로 분석하였으며 만족도 조사에서 응답하지 않은 가구, 즉 결측치가 있는 가구를 제외하여 총 9,038가구를 전체 노인으로 설정하고 분석을 진행하였다. 이중 기초연금 수급자는 6,465명이며 이 표본 중심으로 2단계 분석인 소득과 의료비 지출 관계에 대한 분석을 시행하였다. 기초연금 수급은 만 65세 이상부터 가능하지만, 노인실태조사에서 소득, 지출 등 경제 관련 데이터가 조사 기간 이전 연도의 데이터를 수집하고 있어 데이터의 누락을 피하고자 만 66세 이상 노인을 대상으로 분석이 진행되었다.

연구 단위는 개인으로 소득, 지출 등 관련 데이터는 균등화 처리하여 개인소득으로 변경하였으며 9,038가구 중 100%가 가구주로 구성되어 있어 인구학적 특성, 다양한 빈곤 설정에 있어 개인 응답을 활용하였다.

### 제 3 절 주요 변수의 조작적 정의

#### 1. 노인 다차원 빈곤 선정 및 측정

##### 1) 노인 빈곤의 다차원적 정의 및 차원 선정

이론적 논의에서 다차원적 빈곤 개념이(박탈, 기본욕구, 실현 가능 능력, 사회적 배제 등) 내포하고 있는 의미는 물질적·사회적 참여 등에서 나타나는 ‘결핍’ 또는 ‘욕구 미충족 상태’ 등을 빈곤으로 바라보고 있다는 것이다. 화폐소득으로 대표되는 하나의 차원이 아니라 다양한 상태에서의 결핍, 그리고 주변 상황과 신체적 상태까지 고려해야 한다. 이를 바탕으로 본 연구에서는 노인의 다차원적 빈곤을 ‘소득·자산·지출·건강(신체·정신)·주거·사회적 관계(가족, 친구·이웃·지인)’의 다양한 차원에서 나타나는 결핍으로 인하여 기본적인 삶을 유지하기 어려운 상태’로 정의하고자 한다.

전술한 노인의 다차원적 빈곤 정의와 선행연구를 바탕으로 다차원적 빈곤 차원을 소득, 자산, 소비지출, 신체적 건강, 정신적 건강(우울), 주거, 가족관계, 친구·이웃·지인 관계 이렇게 8개 차원으로 선정하였다.

첫째, 소득은 빈곤에 있어 중요하며 기본이 되는 요소이다. 전통적 빈곤 개념에서도 매우 중요한 부분으로 반드시 포함되어야 하는 차원이다. 둘째, 소비지출은 기초연금 효과를 직접적으로 측정할 수 있다는 장점이 있으며 기초연금에서도 많이 활용된 차원이다. 은퇴 후 소득 감소에 따른 소득측정보다 소비지출이 실질적 빈곤 측정에 더 효율적이다. 셋째, 자산은 노인 빈곤을 소득으로만 살펴봤을 때 나타나는 취약점을 보완·설명해주는 기능으로 논의되고 있다. 넷째와 다섯째인 신체적·정신적 건강은 기초연금 수급 대상자가 노인이라는 점을 고려할 때 이들의 삶에서 갖는 의미가 매우 높으며, 기존 선행연구에서도 다수 제시되고 있어 본 연구의 중요한 하나의 차원으로 선정하였다. 여섯째, 주거는 다차원적 빈곤의 측정에 있어 중요한 요소로 작용하고 있다. 주거소유형태, 주거안정

성, 주거시설 및 환경 등 노인 빈곤에서 한 축을 담당하고 있다. 이에 본 연구에서도 주거 차원을 노인의 다차원적 빈곤의 주요 차원으로 선정하였다. 일곱 번째와 여덟 번째인 사회적 관계는 다차원 빈곤에서 사회적 자원의 박탈과 결핍으로 연결될 수 있어 논의되어야 할 차원이다. 그리고 노인을 대상으로 한 기존 연구에서(김세진, 2019) 대부분이 사회적 관계를 포함하고 있다. 노인은 은퇴 이후 기존의 사회적 관계 자원이 없어지거나 변하는 상황이 되면 경제적, 신체적, 정신적으로 취약해질 수 있으므로 노인에게 있어 사회적 관계는 매우 중요한 차원으로 볼 수 있다.

끝으로, 많은 노인 빈곤 연구에서 사회참여를 중요하게 여기고 연구를 진행하는데 본 연구에서는 사회참여 차원은 제외하였다. 데이터 조사 당시, 코로나-19 감염증에 의한 대면 활동이 전면 중단되고 경제활동, 봉사활동, 복지시설 접근 등이 제한되었기 때문이다. 이를 반영하여 사회참여 차원은 제외하였다.

## 2) 노인 다차원적 빈곤 지표 측정

### (1) 소득 차원

소득은 앞서 논의했듯이 ① 실질적 노인 소비와 전체 가구 소득 기준과의 차이, ② 노인인구의 증가와 노인 특성 부각 ③ 연구 전체적으로 빈곤 기준에 대한 통일성이 낮아지는 이유로 인해 본 연구에서는 가구 전체 기준의 상대적 빈곤율이 아닌 노인 기준의 상대적 빈곤율을 기준으로 진행하고자 한다.

소득은 시장소득으로 측정하였다. 시장소득은 정부 정책<sup>28)</sup>에 해당하는 소득과 지출을 제외한 소득을 의미한다. 즉, 근로소득·사업소득·재산소득·사적이전소득을 말한다. 정부 지원이 없는 상태에서의 소득을 통해 현실적 소득 빈곤을 측정하고자 한 것이다. 이렇게 도출된 시장소득을 균등화 개인소득으로 처리하였다. 균등화 개인소득이란 가구소득을 각 가구원의 소득으로 전환한 개인소득을 말한다. 균등화 개인소득의 처리 방

28) 공적이전소득(공적연금, 기초연금, 사회수혜금 등)과 공적이전지출(세금, 공적연금 기여금, 사회보험료)을 의미한다.

법은 여러 가지가 있으나, 우리나라의 통계 작성 시에는 주로 OECD의 제공근지수방법을 사용한다. 이는 가구소득을 제공근 한 가구원 수로 나누는 방법이다(통계청, 2022). 이에 본 연구에서는 시장가구소득을 균등화 개인소득으로 환산하여 소득변수로 이용하였다. 소득의 빈곤선 기준 선정에 있어, 통계청 기준의 노인 상대적 빈곤율은 전 국민 대상의 중위소득 50%를 활용하였지만 본 연구에서는 노인 내에서의 시장소득 빈곤을 측정하기 위해 본 데이터에서 구축한 시장소득 데이터의 중위소득 50% 이하를 빈곤선을 설정하였다. 중위소득 50% 미만을 1(빈곤), 균등화 시장소득의 중위소득 50% 이상을 0(비빈곤)으로 재코딩하였다.

## (2) 자산 차원

노년기는 은퇴 이후 소득 활동이 감소하면서 소득 중심의 빈곤 측정 은 빈곤율이 과대 추정될 수 있으며(윤희숙 외, 2013), 중고령자 가구의 경우 총소득보다 순자산의 불평등도가 더 높아(남상호, 2010) 단순히 소득만으로 빈곤을 측정하기에는 무리가 있다. 이에 본 연구에서는 자산을 포함하여 빈곤을 검토하고자 한다.

자산의 빈곤선 측정에 대한 정의는 연구자별로 상이하며, 자산의 범위도 다양하다. 그러나 단순한 금융자산, 부동산 자산 등의 자산의 총액을 자산으로 정의하는 것은 빈곤 측정에는 부적절한 것으로 보인다. 여기서 부채를 제외할 필요가 있으므로 본 연구에서는 자산 총액에서 부채를 제외한 순자산을 지표로 활용하고자 한다.

자산의 빈곤선 역시 다양하게 설정되어 분석되고 있다. 가구 규모별 최저생계비의 3개월분 미만(석상훈, 2011; 이상은 외, 2011) 또는 6개월 미만(김순미, 2018), 중위 자산의 50% 미만(남상호·권순현, 2008; 남상호, 2010; 김문길·김성아, 2018; 김수영·박병현, 2018) 등으로 측정하고 있다. 그중에서 가구 규모별 최저생계비의 3개월분 또는 6개월분에 대해서는 어느 정도 한계가 존재한다. 왜냐하면 3개월 또는 6개월에 대한 명확한 근거가 없기 때문이다. 이에 본 연구에서는 중위 자산 50%를 빈곤 기준



으로 설정하고자 한다. 중위 자산 50% 미만이면 1(빈곤), 중위 자산 50% 이상이면 0(비빈곤)으로 재코딩하여 빈곤선을 설정하였다.

### (3) 소비지출 차원

빈곤의 측정은 자료 수집과 측정의 용이성으로 인해 주로 소득에 기초한다(김교성 외, 2008). 하지만 노인과 같이 노동 소득이 없는 경우 생활 수준을 유지하는 데 있어 소득은 간접적인 변수이기 때문에 한계가 존재한다(김교성 외, 2008; Ringen, 1988). 이에 소득을 기준으로 측정된 빈곤율 수치가 소비를 기준으로 측정한 수치에 비해 과대 측정되는 경향이 있으며, 경제적 복지수준의 측정에 소비가 소득보다 더 적합하다고 할 수 있다(Selsnick, 2001). 그래서 빈곤 차원으로 상대빈곤의 소득개념을 활용한 소비개념으로 측정하였다. 기존 연구들은 소비기준 상대적 빈곤율이 소득 기준 상대적 빈곤율보다 낮다고 제시하였다(김교성 외, 2008; 김교성, 2010; Selsnick, 2001). 이는 앞서 언급했듯이 빈곤 가구가 자신의 소득수준을 과소 보고하는 측면이 있는 한편, 소득이 아무리 적더라도 식료품비나 주거비와 같이 기본적인 생활을 위한 비용은 일정 수준 이상 지출하기 때문이다(김교성 외, 2008; 정운영·정세은, 2010). 특히 노년층의 경우 소득은 대체로 감소하지만, 생애 자산의 보유 등으로 인해 소비수준과 소득수준의 괴리가 발생할 수 있다(여윤경, 2003).

기존 연구에서 소비지출기준 상대적 빈곤 여부는 총소비에서 세금과 사회보장 부담금을 차감한 중위 소비의 50%를 빈곤선으로 정하였다(김교성 외, 2008; 조영섭, 2019). 본 연구에서는 자료의 특성상, 개인 총소비지출 데이터를 확보할 수 있어 그 중위값을 구하고 그 50% 이하를 빈곤선으로 설정하였다. 중위 소비지출 50% 미만을 1(빈곤), 중위 소비지출 50% 이상을 0(비빈곤)으로 코딩하였다.

### (4) 신체적 건강 차원

신체적 건강 상태의 변화는 노화로 인한 자연스러운 현상이지만 그에 대한 객관적 측정은 쉽지 않다. 그리고 기초연금 수급자인 노인의 신체적 기능 쇠퇴 자체는 빈곤으로 간주하기 어려울 수 있다. 그래서 많은 연구에서 신체적 건강을 의사 진단에 의한 만성질환 유무로 살펴보고 있다. 응답자가 주관적으로 판단하는 주관적 건강 측정에 비해 객관적이며 효과적이기 때문에 많이 활용되고 있다.

기존 연구에서는 신체적 건강의 빈곤 지표로 주관적 건강 상태를 활용하는데 이는 객관적인 건강 확인보다는 삶의 만족에 미치는 영향이 더 크다(Campbell, 1976; Bowling, 1990; 김순미, 2018; 남수정, 2018; Suppa, 2016; 김세진, 2019). 하지만 단순히 응답자 기준에 의한 빈곤 설정은 객관적이지 못하고 분석에도 신뢰성이 떨어질 수 있다.

이에 본 연구에서는 의사 진단에 의한 만성질환 개수를 활용하여 빈곤선을 설정하고자 한다. 노인 특성상 노화에 따른 만성질환 보유는 피할 수 없을 것이며 노인 90% 정도는 1개 이상의 만성질환을 가지고 있으므로 만성질환이 있다고 하여 빈곤이라고 지정하기에는 한계가 있다(김세진, 2019). 또한 질환의 종류에 따라 경증·중증으로 만성질환이 구분되기 때문에 다수의 노인은 어느 정도 경증 만성질환인 고혈압, 당뇨, 관절염 등은 보유하고 있다고 볼 수 있다(김수연·손민성·김귀현·최만규, 2020). 그래서 기본적으로 노화에 따른 만성질환을 1개는 보유한다고 간주할 수 있다.

이에 본 연구에서 신체적 건강 빈곤은 만성질환 개수를 활용하여 측정하였으며 2개 이상부터 빈곤으로 설정하고자 한다. ‘의사진단 만성질환 수가 2개 이상’을 1(빈곤), ‘의사진단 만성질환 수 2개 미만(1개 또는 없음)’을 0(비빈곤)으로 재코딩하였다.

#### (5) 정신적 건강 차원

정신적 건강 관련 지표로서 우울, 인지기능 저하 또는 치매 등이 대표적으로 활용되고 있다. 그러나 인지기능 저하, 치매 등은 객관적 상태를

주관적 의견에 따라 측정해야 한다는 한계점이 있어 많이 활용되지 않고 있다. 이에 기존 연구들에서 다차원적 빈곤의 정신건강 관련 지표로 활용되고 있는 우울을 지표로 선정하였다(김경혜 외, 2013; 황남희 외, 2015; 김수영 외, 2018; 김세진, 2019). 우울은 연령이 증가함에 따라 증가하는(강상경 외, 2015) 특성이 있으며, 우울은 개인의 삶의 질 저하와도 밀접한 관련이 있어(정순돌·구미정, 2011) 노년기 삶의 질에서 반드시 고려되어야 하는 요소이다.

본 연구에서는 노인실태조사에서 진행된 단축형 노인 우울 척도(SGDS-K, Short Form of Geriatric Depression Scale-K)를 활용하였다. 단축형 노인 우울 척도를 활용한 분석은 노인의 우울증상에 많이 활용되는 분석 방법이다. 이 척도는 Yesavage 외 연구자들이 1983년에 개발한 30문항의 자기 보고형 노인우울척도인 Geriatric Depression Scale 중에서 15문항을 선택하여 축소 제작된 것으로 높은 내적 일치도와 타당도를 보여주고 있어 노인 우울 증상에 대한 평가 척도로 많이 사용되고 있다. 단축판 노인우울척도는 국내외 연구에서 많이 사용되고 있는 척도로 2017년 노인실태조사에서도 동일한 문항을 활용하였다(이윤경 외, 2020). 이 척도는 0~15점 중에서 8~15점을 우울 증상으로 분류한다. 즉, 8점 이상은 우울 증상을 경험하고 있을 가능성이 있으므로 전문의 상담을 권유하게 된다. 이에 본 연구에서는 8점 이상은 1(빈곤), 8점 미만은 0(비빈곤)으로 재코딩하였다.

#### (6) 주거 차원

선행연구를 통해 거주 형태는 주거 안정성과 연관이 있다는 것을 알 수 있었다(박은주·권현수, 2020). 주거 안정성은 얼마나 안심하고 편안하게 주거할 수 있는지 나타내는 지표로써, 소득이 높은 계층이 상대적으로 주거가 안정되어 있다(오지현·여유진, 2009). 주거불안정은 소득 증대와 안정적인 경제활동을 어렵게 하고, 자가가 아니면 소득의 불안정성이 주거비 부담으로 이어질 수 있으며 잦은 주거 이동으로 인한 주거 불안

정상상태에 놓이게 된다. 이러한 주거불안정 상태는 안정적인 소득 활동뿐만 아니라 심리적 불안정으로 이어질 수 있어 악순환이 반복될 수 있는 위험이 있다.

주거 안정성은 비자발적으로 주거 이동이 강요되는지를 의미하는 것으로 본인의 의사에 반하여 주거지를 이동할 필요 없이 일상생활 및 생계에 적합한 주택에 계속 거주할 수 있도록 보장하는 것이다(김경혜 외, 2013; 최은희 외, 2018). 반대로 주거불안정은 안정적인 경제활동 및 소득 증대를 힘들게 하고, 빈곤 심화로 인해 주거비 감당을 하지 못하게 되면 빈번한 주거 이동으로 주거불안정 상태에 놓이게 된다(김동배 외, 2012). 대다수의 선행연구에서는 주거안정성 지표로 자가점유율을 사용하여, 주택점유 형태에 따라 주거 안정성을 파악하였다(김혜승, 2007; 임재현, 2011; 김동배 외, 2012; 김경혜 외, 2013)

이에 본 연구에서도 주거 안정성을 자가 유무로 판단하고 그 외에는 불안정성을 가진 빈곤으로 설정하고자 한다. 그래서 ‘자가’는 0(비빈곤)으로, ‘전세’, ‘보증금 있는 월세’, ‘보증금 없는 월세(사글세)’, ‘무상’은 1(빈곤)로 설정하였다.

#### (7) 가족관계

가족관계는 가족과 만남 또는 연락 횟수 등의 객관적 측정과 가족관계 만족도라는 주관적 지표로 주로 측정된다. 가족관계 만족도란 가족생활 속에서 가족들 간의 상호작용 가운데 느끼는 전반적인 만족 수준을 의미한다(이수연, 1999). 노년기는 배우자와의 사별, 자녀의 성장에 따른 분가 등으로 가족관계의 물리적 변화가 역동적으로 발생하는 시기이다. 따라서 이러한 물리적 변화에 적절히 적응할 수 있는 가족관계에서의 만족도는 노년기 삶에서 중요한 부분이라 볼 수 있다.

본 연구에서는 자료의 제약으로 가족 간 접촉의 양을 관계 자원 수준으로 활용하고자 한다. 가족 접촉의 여부와 양을 측정하는 것은 개인의 사회활동 본질을 표면적으로 평가하는 것이지만, 비교적 객관적이고 신

퇴성이 있으며 측정 시 스트레스나 건강과 같은 변인에 의해 인위적으로 간섭받지 않는 장점도 있다(석재은·장은진, 2016). 그리고 코로나-19 유행으로 대면 접촉과 그에 따른 만족도를 객관적으로 측정하기 어려운 점도 있어 가족관계에서는 가족과의 연락 빈도를 중심으로 살펴보았다.

본 연구의 가족관계 측정에 활용된 자료는 비동거 형태에서 자녀, 형제·자매를 포함한 친·인척과의 연락 빈도이다. 여기서 연락은 통화, 휴대전화 문자 및 카카오톡, 이메일, 편지 등 서로 연락을 주고받은 것을 의미한다. 노인실태조사에서는 ‘1) 거의 매일(주 4회 이상), 2) 일주일에 2~3회 정도, 3) 일주일에 1회 정도, 4) 한 달에 1~2회 정도, 5) 3개월에 1~2회 정도, 6) 1년에 1~2회 정도, 7) 왕래(연락)를 거의 하지 않는다’로 구성되어 있는데, 한 주에 2~3회 이상의 연락은 ‘자주’를 의미하고, 한 달에 4회 정도는 ‘종종’, 그리고 한 달에 한 번 정도 연락하는 것은 ‘연락이 뜸함’을 나타내어(최희정·남보람, 2019) 이를 바탕으로 본 연구에서는 ‘1) 거의 매일(주 4회 이상)’에서 ‘5) 연락이 뜸함(3개월에 1~2회 정도)’까지 0(비빈곤)으로 설정하고 ‘6) 1년에 1~2회 정도’, ‘7) 왕래(연락)를 거의 하지 않는다’를 1(빈곤)로 설정하였다.

#### (8) 친구이웃지인 관계

자녀 등 가족을 제외한 가까운 친구이웃지인 등과의 관계는 독거노인 증가함에 따라 중요성이 커지고 있다. 이정화 외(2003)는 이웃·친구의 수가 노인의 행복감과 관련이 있음을 제시하였으며, 배진희(2004)의 연구에서는 이웃의 도구적 지원이 노인의 생활 만족도에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 민기채·이정화(2008)의 연구에서도 친척과 이웃 등에 대한 정서적 지원이 노인의 정신건강에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이에 대한 정의진(2012)은 친한 사람과 만나는 횟수, 김경혜 외(2013)과 김수영·박병현(2018)은 가까운 친척, 친구, 이웃의 존재 여부와 같은 객관적 요소로 측정하였다.

사회적 친분에도 만족도가 중요한 역할을 하지만 객관적인 만남 횟수

나 존재 여부도 실증적 지표로서 역할을 하고 있다. 이에 본 연구에서는 앞선 가족관계에 이어 친구이웃지인 관계에서도 같은 기준을 적용하여 빈곤선을 설정하고자 한다. 친구이웃지인 연락 빈도 조사에서 ‘1) 거의 매일(주 4회 이상), 2) 일주일에 2~3회 정도, 3) 일주일에 1회 정도, 4) 한 달에 1~2회 정도, 5) 3개월에 1~2회 정도, 6) 1년에 1~2회 정도, 7) 왕래(연락)를 거의 하지 않는다’로 구성되어 있는데, 본 연구에서는 ‘1) 거의 매일(주 4회 이상)’에서 ‘5) 연락이 뜸함(3개월에 1~2회 정도)’까지 0(비빈곤)으로 설정하고 ‘6) 1년에 1~2회 정도’, ‘7) 왕래(연락)를 거의 하지 않는다’를 1(빈곤)로 설정하였다.

**<표 13> 노인의 다차원 빈곤과 빈곤선**

차원	빈곤선
소득	균등화 시장소득으로 환산, 중위소득 50% 미만
자산	균등화 순자산으로 환산, 중위 순자산 50% 미만
지출	균등화 소비지출(주거비 제외)로 환산, 중위 소비지출 50% 미만
신체적 건강	의사 진단 만성질환 수 2개 이상
정신적 건강	노인우울척도(SGDS-K) 8점 이상
주거	거주 형태가 ‘전세’, ‘보증금 있는 월세’, ‘보증금 없는 월세(사글세)’, ‘무상’
가족관계	자녀 또는 형제자매와의 연락이 1년 동안 1~2회 또는 거의 없었음
친구이웃지인 관계	친구·이웃·지인과의 연락이 1년 동안 1~2회 또는 거의 없었음

## 2. 노인의 특성과 기초연금 수급 여부 측정

대상 효율성 분석을 위해 먼저 기초연금 수급 여부는 노인실태조사에서 기초연금 수급 유무를 ‘1) 있음 2) 없음’으로 조사하였다. 이에 ‘1) 있음’을 수급(1), ‘2) 없음’을 미수급(0)으로 설정하고 재코딩하였다.

다음으로 통제변수로 노인의 인구학적 특성을 활용하고자 한다. 먼저

성별은 여성을 기준으로 ‘남성’은 1, ‘여성’은 0으로 재코딩하였다. 연령은 선행연구 등에서 활용되는 노인 연령 구분인 연소노인, 고령노인, 초고령노인 구분을 활용하였다(고수현·윤선오, 2021). 그래서 ‘65세~74세(연소노인)’, ‘75세~84세(고령노인)’, ‘85세 이상(초고령노인)’으로 구분하여 재코딩하였다. 하지만 뒤에서 언급할 기초연금액과 의료비 지출 분석에 있어서는 연령 데이터를 그대로 활용하였다. 교육 수준은 ‘무학’은 0, ‘초졸 이하’는 1, ‘중졸’은 2, ‘고졸’은 3, ‘대졸 이상’은 4로 재코딩하였다. 근로 여부는 지난해 근로소득이 있는 것을 기준으로 근로소득이 없으면 0, 있으면 1로 설정하여 근로 유무를 확인하였다. 가구원 수는 연속변수로 측정된 데이터를 ‘가구원 수가 1명(단독가구)’이면 0, ‘2인 가구 이상’이면 1로 코딩하였다. 배우자 유무는 혼인상태에서 ‘유배우(기혼)’이면 1, ‘미혼·사별·이혼·별거·기타 상태면 배우자 없음’은 0으로 재코딩하였다. 거주지역은 동부(도시)의 경우는 0, 농어촌(읍면부)은 1로 설정하였다.

<표 14> 노인 인구학적 특성 및 기초연금 수급 변수 설정

구분	변수 설정
기초연금 수급	미수급=0, 수급=1
성별	여성=0, 남성=1
연령	65세~74세=0, 75세~84세=1, 85세 이상=2
교육 수준	무학=0, 초졸=1, 중졸=2, 고졸=3, 대졸 이상=4
근로유무	근로소득 없음=0, 근로소득 있음=1
가구원 수	단독가구=0, 2인 가구 이상=1
거주지역	동부=0, 읍면부=1
배우자 유무	배우자 없음=0, 배우자 있음=1

### 3. 기초연금과 의료비 지출 분석을 위한 변수 측정

차별적 효과 분석에서는 기본적으로 독립변수는 기초연금액이 되고 종속변수는 의료비 지출이 된다. 구체적으로 <모델1>에서 독립변수가 기초연금액이며 <모델2>에서는 독립변수는 기초연금액, 조절변수는 소득 및 자산 빈곤 여부가 된다. 그리고 다중공선성 이슈 때문에 <모델 2-1>소득 빈곤 여부에서는 통제변수에서 소득변수가 제외되고 <모델 2-2>에서는 자산변수가 제외된다. <모델3>에서는 기초연금액이 독립변수, 만성질환 수가 조절변수가 되어 차별적 효과를 살펴본다. 관련된 변수 측정은 다음과 같다.

종속변수인 의료비는 노인실태조사의 보건의료비의 월평균 금액을 활용하였다. 여기에서 보건 의료비는 병원 진료비, 약국 파스/약 등 구입비용으로 순수하게 병원, 약국에서 사용된 비용을 의미한다. 노인실태조사의 원자료는 월평균으로 구성되어 있어 앞선 소득 데이터와의 통일을 위해 12을 곱하여 연간으로 바꾸어주었다. 그리고 의료비 지출과 기초연금액에 따른 소득 증가 간의 관계를 세부적으로 파악하기 위해서 의료비 지출의 금액(만원)과 비율(%)을 동시에 분석하고자 한다. 이를 위해 금액은 데이터에 나온 절대 금액을 의미하며, 의료비 지출의 비율은 변수에 자연로그를 취하여 분석을 진행한 것을 말한다. 그래서 결과 해석에 있어 금액 변수는 기초연금액 증가에 따른 의료비 지출 금액의 변화를 살펴보고 비율 변수는 기초연금액 증가에 따른 의료비 지출의 비율, 즉 전체 소비지출에서 의료비 지출이 차지하는 비율을 의미하게 된다.

통제변수는 앤더슨의 개인 결정요인에 의해 필요 요인, 가능성 요인, 소인성 요인으로 구분하여 변수를 측정하였다. 이러한 통제변수는 앤더슨의 결정요인과 관련 선행연구의 이론적 배경 및 분석 결과를 토대로 선정하였다. 먼저, 만성질환 수는 의사 진단기준 3개월 이상 앓고 있는 만성질환의 수를 측정하였다. 만성질환은 고혈압, 뇌졸중, 고지혈증, 협심증·심근경색증, 기타심장질환, 당뇨병, 갑상선 질환, 골관절염, 골다공증, 요통, 골절, 만성기관지염, 천식, 폐결핵, 우울증, 치매, 파킨슨병, 불면증,



백내장, 녹내장, 만성중이염, 노인성 난청, 피부병, 암, 위·십이지장궤양, 간염, 간경변증, 만성 신장 질환, 전립선 비대증, 요실금, 빈혈 등을 의미한다. 두 번째는 노인 개인이 인지하고 있는 건강 상태이다. 건강 정도를 주관적으로 측정한 변수이다. 세 번째는 중증 여부이다. 중증질환이 있으면 진료비 부담이 높고 장기간 치료가 요구되기 때문에 의료비 지출과 연관성이 높다. 그러므로 현재 정부에서 중증질환 산정특례제도를 시행하여 병원비 지원을 하고 있다<sup>29)</sup>. 또한 병의 경중에 따라 의료비 지출 차이가 크게 날 수 있기 때문에 중증 여부에 관한 내용 정리가 필요하며 필요 요인으로 통제해야 한다. 중증 여부를 판단하기 위해 국민건강보험공단(2022)의 중증질환 산정특례제도에서 선정한 중증 리스트<sup>30)</sup>와 노인 실태조사 자료에서 (의료비 지출/만성질환 수)를 계산하여 하나의 만성 질환에 따른 의료비 지출을 산출하여 전체 31개 질환 중 평균 비용이 높은 상위 13개 질환을 중증 여부로 선정하였다. 보통 2개 이상의 만성질환을 가지고 있으므로 하나의 질환에 대한 명확한 데이터를 구축하기 어려워 위와 같이 계산하여 도출하였다. 그 결과, 국민건강보험공단의 리스트와 대부분 일치하였으며 질환은 암, 만성 신장 질환, 골절 탈골 및 사고 후유증, 노인성 난청, 간경변증, 전립선 비대증, 위십이지장궤양, 심장 질환, 백내장, 피부병, 만성기관지염, 폐지종, 뇌졸중(중풍, 뇌경색), 고혈압이다. 이 질환 중 하나라도 포함된 인원은 중증이 있음(1), 그렇지 않으면 없음(0)으로 설정하였다. 네 번째는 장애 여부이다. 장애 여부는 장애등급 판정을 경우를 말하는 것이며 이 역시 의료비 지출에 있어 필요 요인으로 여러 연구에서 활용되었다(황인욱·이태진, 2018). 다섯 번째는 일상생활 제한 유무이다. 본 연구에서는 일상생활에 직접적인 영향을 주는 시력, 청력, 씹기가 불편하여 보조기를 사용하는 여부로 판단하고자 하였다. 그렇게 되면 이러한 보조기를 유지하려면 꾸준하게 지출이 발생하기 때문이다.

가능성 요인 중 소득은 기본적으로 의료비로 지출할 수 있는 현재 소

29) 질병에 따라 지원되는 금액과 기간(최대 5년, 최소 30일)이 정해졌다.

30) 암, 뇌혈관 질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵, 잠복결핵, 중증화상, 중증외상, 중증치매(국민건강보험공단)

득으로 측정하였다. 기초연금액을 제외한 노인실태조사의 수입 항목인 근로소득, 사업소득, 재산소득, 개인연금, 퇴직연금, 주택/농지연금, 사적 이전소득, 공적연금, 기초연금, 국민기초생활보장급여, 기타공적급여, 기타소득을 모두 합하여 활용하였으며 이는 기본적으로 가구소득이므로 가구원 수로 균등화 작업하여 개인소득으로 바꾸는 작업까지 진행하였다. 그리고 소득은 연간 소득으로 진행하였다. 자산은 2019년 기준 부동산 자산(보유 주택 등), 금융자산(저축 주식 등), 기타자산(자동차, 회원권 등)의 총합에서 부채를 제외한 순자산으로 가구원 수로 균등화 작업하여 개인 자산으로 치환하였다. 다음으로 가구원 수는 연속형 변수로 활용하였으며 실제같이 거주하고 있는 가구원 수를 확인하였다.

본 연구에 추가로 적용하는 가능성 요인은 두 가지이다. 첫 번째는 생활비 지출이다. 생활비는 노인실태조사 데이터에서 비소비지출, 자산 축적을 위한 지출, 기타 지출을 제외한 월평균 소비지출로 측정하여 이를 의료비 지출을 제외한 소비지출 변수를 만들기 위해 월평균 소비지출에서 월평균 의료비 지출을 제외하고 12를 곱하여 연평균으로 수정하였다. 두 번째는 저축액이다. 저축액은 노인실태조사 데이터에서 측정되어있지 않아 전체소득에서 의료비 지출, 생활비 지출을 제외한 금액을 저축액으로 활용하였다. 즉, 소득에서 의료비 지출 포함 소비지출을 제외하고 남은 금액을 저축액으로 설정하여 분석하였다.

다음 통제변수는 소인성 요인이다. 먼저 성별은 여성과 남성을 구분하여 설정했다. 다수의 연구에서 유의한 결과를 나타내지는 못했지만, 성별 역시 중요한 소인성 요인이기 때문에 투입하였다. 둘째, 연령이다. 노인층에서 고령층, 초고령층에 접어들면 소득이 빈곤할 뿐만 아니라 건강이 악화되는 것을 알 수 있다. 이러한 점을 감안하여 연령을 통제변수로 설정하였다. 교육 수준은 석상훈(2012) 연구에서 의료비에 영향을 주는 것으로 나타났으며 강상경(2010) 연구에서도 외래진료 이용 횟수에도 유의한 결과가 나타났다. 소득과 밀접한 관계가 있는 교육 수준은 의료비 지출에도 영향을 줄 수 있기 때문이다. 다음으로 거주지역이다. 거주지역은 실질적으로 의료기관에 접할 수 있는 상황과 연관이 있어 의료비 지출과

도 상관성이 높다. 의료비 지출 능력이 있으며 병이 있다고 해도 병원 접근성이 떨어진다면 의료비 지출로 이어질 수 없기 때문이다(심영, 1997; 석상훈, 2012). 분석에 있어 거주지역은 읍·면 단위 즉, 농어촌 지역과 동 단위의 도시지역으로 구분하여 변수가 측정되었다. 배우자 유무는 노승현(2012), 석상훈(2012)에서 유의한 결과가 나타났으며 배우자가 있는 경우 소득이나 자산이 없는 경우보다 높아 이 역시 의료비 지출과 유의하게 연관성이 있는 것으로 나타났다(노승현, 2012; 석상훈, 2012; 황인욱·이태진, 2018). 마지막으로 종교 여부는 불교, 기독교, 천주교 등 어떠한 종교가 있는 경우와 종교가 없는 경우로 구분하여 변수를 측정하였다.

<표 15> <모델1>의 변수 설정

구분	내용	변수 설정	
종속변수	연간 의료비 지출 금액	월평균 의료비(병원 진료비, 약국 등 의료 비용)*12개월	
	연간 의료비 지출 자연로그	월평균 의료비(병원 진료비, 약국 등 의료 비용)*12개월에 자연로그	
독립변수	기초연금액	연간 개인 기초연금액 (*100만원 단위로 수정하여 분석 진행)	
통제 변수 (앤더슨 결정 요인)	필요 요인	만성질환 수	의사 진단기준 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 수
		건강 상태 (인지)	매우 건강하다=1, 건강한 편이다=2, 그저 그렇다=3, 건강이 나쁜 편이다=4, 건강이 매우 나쁘다=5
		중증 여부	없음=0, 있음=1
		장애 여부	없음=0, 있음=1
		일상생활 보조기 사용 여부	- 시력(안경, 렌즈, 돋보기) 보조기: 미사용=0, 사용=1 - 청력(보청기) 보조기: 미사용=0, 사용=1 - 썩기(틀니(의치)) 보조기: 미사용=0, 사용=1
	가능성 요인	연간 소득 (로그)	연간 근로소득, 사업소득, 재산소득, 개인연금, 퇴직연금, 주택/농지연금, 사적이전소득, 공적연금, 기초연금, 국민기초생활보장급여, 기타공적급여, 기타소득을 합하여 가구원 수로 균등화 작업
		순자산 (로그)	조사 당시 부동산 자산(보유 주택 등), 금융자산(저축 주식 등), 기타자산(자동차, 회원권 등)의 총합에 부채를 제외한 자산으로 가구원 수로 균등화 작업
		가구원 수	가구원 수
		생활비 지출	전체 소비지출에서 의료비 지출을 제외한 금액
		저축액	전체소득에서 전체 소비지출(의료비 포함)을 하고 남은 금액
	소인성 요인	연령	만 연령
		성별	여성=0, 남성=1
		교육 수준	무학=0, 초졸=1, 중졸=2, 고졸=3, 대졸 이상=4
		거주지역	동부=0, 읍면부=1
		배우자 유무	배우자 없음=0, 배우자 있음=1
		종교 유무	종교 없음=0, 종교 있음=1

앞서 언급했듯이 다중공선성 문제로 소득 빈곤 여부를 조절변수로 활용할 때는 통제변수에서 소득변수를 제외했으며 자산 빈곤 여부를 조절할 때는 순자산 변수를 제외했다.

<표 16> <모델2-1>, <모델2-2> 변수 설정

구분	내용	변수 설정	
종속변수	연간 의료비 지출 금액	월평균 의료비(병원 진료비, 약국 등 의료 비용)*12개월	
	연간 의료비 지출 자연로그	월평균 의료비(병원 진료비, 약국 등 의료 비용)*12개월에 자연로그	
독립변수	기초연금액	연간 개인 기초연금액 (※100만원 단위로 수정하여 분석 진행)	
조절변수	소득 및 자산 빈곤 여부	비빈곤 집단=0, 빈곤 집단=1	
독립변수 *조절변수	교차항	기초연금액*소득 및 자산 빈곤 여부	
통제 변수 (앤더슨 결정 요인)	필요 요인	만성질환 수	의사 진단기준 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 수
		건강 상태 (인지)	매우 건강하다=1, 건강한 편이다=2, 그저 그렇다=3, 건강이 나쁜 편이다=4, 건강이 매우 나쁘다=5
		중증 여부	없음=0, 있음=1
		장애 여부	없음=0, 있음=1
		일상생활 보조기 사용 여부	- 시력(안경, 렌즈, 돋보기) 보조기: 미사용=0, 사용=1 - 청력(보청기) 보조기: 미사용=0, 사용=1 - 씹기(틀니(의치)) 보조기: 미사용=0, 사용=1
	가능성 요인	연간 소득 (로그)	연간 근로소득, 사업소득, 재산소득, 개인연금, 퇴직연금, 주택/농지연금, 사적이전소득, 공적연금, 기초연금, 국민기초생활보장급여, 기타공적급여, 기타소득을 합하여 가구원 수로 균등화 작업
		순자산 (로그)	조사 당시 부동산 자산(보유 주택 등), 금융자산(저축 주식 등), 기타자산(자동차, 회원권 등)의 총합에 부채를 제외한 자산으로 가구원 수로 균등화 작업
		가구원 수	가구원 수
		생활비 지출	전체 소비지출에서 의료비 지출을 제외한 금액
		저축액	전체소득에서 전체 소비지출(의료비 포함)을 하고 남은 금액
	소인성 요인	연령	만 연령
		성별	여성=0, 남성=1
		교육 수준	무학=0, 초졸=1, 중졸=2, 고졸=3, 대졸 이상=4
		거주지역	동부=0, 읍면부=1
		배우자 유무	배우자 없음=0, 배우자 있음=1
		종교 유무	종교 없음=0, 종교 있음=1

<모형3>에서는 만성질환 수가 조절변수로 활용되어 통제변수에서 제외되었다.

<표 17> <모델3> 변수 설정

구분	내용	변수 설정	
종속변수	연간 의료비 지출 금액	월평균 의료비(병원 진료비, 약국 등 의료 비용)*12개월	
	연간 의료비 지출 자연로그	월평균 의료비(병원 진료비, 약국 등 의료 비용)*12개월에 자연로그	
독립변수	기초연금액	연간 개인 기초연금액 (※100만원 단위로 수정하여 분석 진행)	
조절변수	만성질환 수	의사 진단기준 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 수	
독립변수 *조절변수	교차항	기초연금액*만성질환 수	
통제 변수 (앤더슨 결정 요인)	필요 요인	건강 상태 (인지)	매우 건강하다=1, 건강한 편이다=2, 그저 그렇다=3, 건강이 나쁜 편이다=4, 건강이 매우 나쁘다=5
		중증 여부	없음=0, 있음=1
		장애 여부	없음=0, 있음=1
		일상생활 보조기 사용 여부	- 시력(안경, 렌즈, 돋보기) 보조기: 미사용=0, 사용=1 - 청력(보청기) 보조기: 미사용=0, 사용=1 - 썩기(틀니(의치)) 보조기: 미사용=0, 사용=1
	가능성 요인	연간 소득 (로그)	연간 근로소득, 사업소득, 재산소득, 개인연금, 퇴직연금, 주택/농지연금, 사적이전소득, 공적연금, 기초연금, 국민기초생활보장급여, 기타공적급여, 기타소득을 합하여 가구원 수로 균등화 작업
		순자산 (로그)	조사 당시 부동산 자산(보유 주택 등), 금융자산(저축 주식 등), 기타자산(자동차, 회원권 등)의 총합에 부채를 제외한 자산으로 가구원 수로 균등화 작업
		가구원 수	가구원 수
		생활비 지출	전체 소비지출에서 의료비 지출을 제외한 금액
		저축액	전체소득에서 전체 소비지출(의료비 포함)을 하고 남은 금액
	소인성 요인	연령	만 연령
		성별	여성=0, 남성=1
		교육 수준	무학=0, 초졸=1, 중졸=2, 고졸=3, 대졸 이상=4
		거주지역	동부=0, 읍면부=1
		배우자 유무	배우자 없음=0, 배우자 있음=1
		종교 유무	종교 없음=0, 종교 있음=1

## 제 4 절 분석 방법

### 1. 분석 방법 개요

앞서 언급했듯이, 본 연구는 크게 두 단계 분석으로 진행된다. 먼저, 다차원 노인 빈곤 관점에서 기초연금 대상 효율성을 분석하고 다음으로 의료비 지출에 있어 기초연금 수급자 내 차별적 효과를 분석하고자 한다.

첫째, 대상 효율성 분석은 기술통계 분석 중심으로 진행된다. 먼저 전체 노인, 기초연금 수급자, 그리고 미수급자에 대한 빈도분석을 시행한다. 또한 전체 8개 빈곤 차원에 있어 비빈곤율과 빈곤율 빈도분석을 시행하여 기술통계 분석을 진행한다. 다음으로 각 빈곤 차원 간 연관성을 파악하기 위해 상관분석을 피어슨 상관계수를 통해 살펴본다. 이를 통해 소득 빈곤과 기타 빈곤과의 연관성이 없다는 것을 보여주고자 한다. 이어 각 빈곤 차원과 누적 빈곤 개수에 대하여 기술통계 분석을 진행한다. 이를 통해 각 8개 빈곤 차원과 누적 빈곤 개수에 따른 대상 효율성을 분석한다. 효율성은 (각 빈곤 차원별 빈곤한 노인/기초연금 수급자)\*100으로 각 빈곤 차원에서 수급자의 빈곤율이 된다.

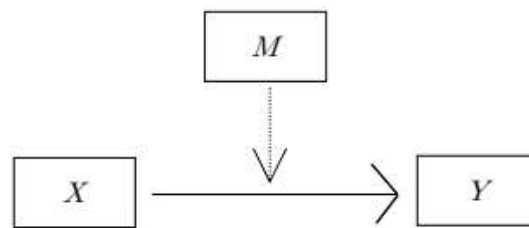
두 번째, 의료비 지출에 따른 차별적 효과 분석을 위해 먼저 기술통계 분석을 진행하여 의료비 지출, 소득 및 자산 수준, 기초연금액 현황, 만성질환 등의 빈도 및 비율을 확인하고 구체적으로 t-test, one-way ANOVA 분석을 통해 집단 간 차이도 분석한다. 그리고 다중회귀분석을 통해 기초연금이 의료비 지출에 어떠한 영향을 미치는지, 그리고 세부적으로 소득, 자산, 만성질환 수가 어떠한 영향을 주는지 확인하기 위해 조절변수 및 교차항 변수를 투입하여 조절효과 분석을 진행한다. 이후 결과 그래프를 통해 가설을 검증하고자 한다. 전체 분석을 위한 프로그램은 STATA 17.0 SE-Standard Edition을 활용하였다.

## 2. 조절변수(moderator)와 조절효과(moderating effect)

Jaccard et al(1990)에 따르면 두 변수 간 관계는 직접적 원인 관계, 간접적 원인 관계, 비논리적인 관계, 양방향 원인 관계, 분석되지 않는 관계, 조절 원인 관계로 정리할 수 있다. 이 중 조절 원인 관계(moderated causal relationship)가 조절효과(moderating effect)를 의미하며 구체적으로 독립변수(X)와 종속변수(Y) 간 관계를 간섭하는 또 다른 변수(조절변수(moderator, M))가 존재하는 경우를 의미한다(양오석·박준민, 2014). 이때, 조절변수(M)는 독립변수(X)와 종속변수(Y)와의 관계에 영향을 미치는 변수이며 두 변수 사이의 방향 또는 강도에 영향을 줄 수 있다. 그리고 두 변수 관계가 제3의 변수의 함수라면 이때 제3의 변수는 조절변수로 간주될 수 있다(Baron & Kenny, 1986; 한인수, 2003). 조절효과에 있어 조절변수(M)는 독립변수(X)와 상호작용이 없는 경우에도 포함되지만, 다수의 연구에서는 조절변수와 독립변수와 상호작용하는 경우를 많이 살펴보고 논의한다.

정리하면, 아래 그림과 같이 조절변수(M)가 기존의 두 변수 즉 독립변수(X)와 종속변수(Y) 관계에 영향을 줄 때 조절효과가 있다고 한다. 조절효과는 두 변수 간의 관계를 바꿔게 할 수 있는 것을 의미하는 것이다.

<그림 12> 조절효과 개요도



\*출처: 양오석·박준민(2014: 2)

이러한 조절변수의 개념은 기존 단순한 상관관계를 측정해오던 방법에서 많은 변화를 가져오게 되었다. 기존의 단순한 관계에 관한 연구에 비해 그 관계를 조절하는 새로운 변수의 편입이 가능하게 됨으로써 보다



복잡한 현상에 대한 분석이 가능하게 된 것이다.

본 연구에서는 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향을 살펴보는 데 기초연금 수급자의 소득, 자산, 건강 상태가 다양할 것으로 예상된다. 그래서 의료비 지출에 영향을 줄 수 있는 요인들을 조절변수로 설정하고 독립변수와 교차항을 만들어 기초연금액과 의료비 지출의 변화에 조절효과가 있는지 살펴보고 조절효과가 있다면 기초연금 수급자 내 차별적 효과를 확인하고자 한다.

### 3. 다중회귀분석(Multiple Linear Regression)

본 연구에서는 두 번째 파트인 기초연금액 증가가 의료비 지출에 영향을 미치는지에 대한 분석을 위해 다중회귀분석을 사용한다. 독립변수 2개 이상을 사용하여 종속변수를 설명하는 분석을 선형회귀모형 중 다중회귀분석(Multiple Linear Regression)이라 하며 본 연구에서는 다양한 통제변수를 투입하기 때문에 다중회귀분석이 적합하다고 판단하였다. 이는 동시에 조절효과를 검증하는 것으로 조절회귀분석(moderated multiple regression, MMR)이라고 할 수 있다.

다중회귀분석은 대부분 종속변수는 하나 이상의 다양한 변수에 의해 영향을 받고 독립변수가 추가될 때마다 설명력은 높아져 핵심 독립변수가 종속변수에 어떠한 영향을 미치는지 파악하는 데 유용하다. 본 연구에서도 앤더슨의 의료비 지출 개인 결정요인을 토대로 다양한 통제변수들을 투입하였으며 기초연금액과 의료비 지출, 세부적으로 소득 및 자산 빈곤 여부, 만성질환 수에 의한 의료비 지출 변화를 확인하고자 한다.

구체적으로 본 연구에서 다중회귀분석은 기초연금액이 의료비 지출에 영향을 주는지(모델1), 소득 및 빈곤 집단에서 기초연금액이 의료비 지출에 어떠한 영향을 주는지(모델2, 조절효과), 끝으로 만성질환 차이에 따라 기초연금액이 의료비 지출에 어떠한 영향을 주는지(모형3, 조절효과)에 모두 사용된다.

이중 <모델1>은 일반적인 다중회귀분석을 진행하고 <모델2>, <모델

3>에서는 다중회귀분석과 함께 조절효과 분석을 위해 조절변수와 교차항을 투입한다. 그래서 먼저, <모델1>의 식을 살펴보면 아래와 같다.

$$\begin{aligned} \text{의료비 지출}_i = & \alpha + \beta_1 \text{기초연금액}_i + \beta_2 \text{만성질환수}_i + \beta_3 \text{건강상태}_i + \beta_4 \text{중증여부}_i + \beta_5 \text{장애여부}_i \\ & + \beta_6 \text{시력보조기사용유무}_i + \beta_7 \text{청력보조기사용유무}_i + \beta_8 \text{씹기보조기사용유무}_i \\ & + \beta_9 \ln \text{소득}_i + \beta_{10} \ln \text{순자산} + \beta_{11} \text{가구원수}_i + \beta_{12} \text{생활비지출}_i + \beta_{13} \text{저축액}_i \\ & + \beta_{14} \text{연령}_i + \beta_{15} \text{성별}_i + \beta_{16} \text{교육수준}_i + \beta_{17} \text{거주지역}_i + \beta_{18} \text{배우자유무}_i + \beta_{19} \text{종교유무}_i + \varepsilon \end{aligned}$$

<모델2>에서는 소득과 자산 빈곤 여부에 따라 기초연금액이 의료비 지출에 어떠한 변화를 주는지 살펴보고자 한다. 앞서 언급했듯이 <모델 2-1> 소득 빈곤 여부 분석 식은 아래와 같이 조절변수인 소득빈곤여부, 교차항 변수가 투입되며 통제변수에서 소득변수는 제외되었다.

$$\begin{aligned} \text{의료비 지출}_i = & \alpha + \beta_1 \text{기초연금액}_i + \beta_2 \text{소득빈곤여부}_i + \beta_3 \text{기초연금액}_i * \text{소득빈곤여부}_i \\ & + \beta_4 \text{만성질환수} + \beta_5 \text{건강상태(인지)}_i + \beta_6 \text{중증여부}_i + \beta_7 \text{장애여부}_i \\ & + \beta_8 \text{시력보조기사용유무}_i + \beta_9 \text{청력보조기사용유무}_i + \beta_{10} \text{씹기보조기사용유무}_i \\ & + \beta_{11} \ln \text{순자산}_i + \beta_{12} \text{가구원수}_i + \beta_{13} \text{생활비지출}_i + \beta_{14} \text{저축액}_i + \beta_{15} \text{연령}_i \\ & + \beta_{16} \text{성별}_i + \beta_{17} \text{교육수준}_i + \beta_{18} \text{거주지역}_i + \beta_{19} \text{배우자유무}_i + \beta_{20} \text{종교유무}_i + \varepsilon \end{aligned}$$

아래와 같이 <모델2-2>에서는 자산 빈곤 여부에 따른 조절효과를 살펴보기 위해 통제변수에서 순자산 변수를 제외하였다.

$$\begin{aligned} \text{의료비 지출}_i = & \alpha + \beta_1 \text{기초연금액}_i + \beta_2 \text{자산빈곤여부}_i + \beta_3 \text{기초연금액}_i * \text{자산빈곤여부}_i \\ & + \beta_4 \text{만성질환수} + \beta_5 \text{건강상태(인지)}_i + \beta_6 \text{중증여부}_i + \beta_7 \text{장애여부}_i \\ & + \beta_8 \text{시력보조기사용유무}_i + \beta_9 \text{청력보조기사용유무}_i + \beta_{10} \text{씹기보조기사용유무}_i \\ & + \beta_{11} \ln \text{소득}_i + \beta_{12} \text{가구원수}_i + \beta_{13} \text{생활비지출}_i + \beta_{14} \text{저축액}_i + \beta_{15} \text{연령}_i \\ & + \beta_{16} \text{성별}_i + \beta_{17} \text{교육수준}_i + \beta_{18} \text{거주지역}_i + \beta_{19} \text{배우자유무}_i + \beta_{20} \text{종교유무}_i + \varepsilon \end{aligned}$$

<모델3>에서는 아래와 같이 만성질환 수에 대한 조절효과를 살펴보고자 하였다. 그래서 통제변수였던 만성질환 수가 조절변수로 적용되었으며 교차항도 설정하였다. 그리고 통제변수에는 소득과 순자산 모두 투입하였다.

$$\begin{aligned}
 \text{의료비 지출}_i = & \alpha + \beta_1 \text{기초연금액}_i + \beta_2 \text{만성질환수}_i + \beta_3 \text{기초연금액}_i * \text{만성질환수}_i \\
 & + \beta_4 \text{건강상태(인지)}_i + \beta_5 \text{중증여부}_i + \beta_6 \text{장애여부}_i \\
 & + \beta_7 \text{시력보조기사용유무}_i + \beta_8 \text{청력보조기사용유무}_i + \beta_9 \text{씹기보조기사용유무}_i \\
 & + \beta_{10} \ln \text{소득}_i + \beta_{11} \ln \text{순자산}_i + \beta_{12} \text{가구원수}_i + \beta_{13} \text{생활비지출}_i + \beta_{14} \text{저축액}_i \\
 & + \beta_{15} \text{연령}_i + \beta_{16} \text{성별}_i + \beta_{17} \text{교육수준}_i + \beta_{18} \text{거주지역}_i + \beta_{19} \text{배우자유무}_i + \beta_{20} \text{종교유무}_i + \varepsilon
 \end{aligned}$$

## 제 4 장 분석 결과

### 제 1 절 분석 대상 및 노인 구성집단의 특성

#### 1. 분석 대상 특성

2020년 기준 노인실태조사에서 만 66세는 9,038명이며 이중 기초연금 수급자는 6,465명이며 수급률은 71.5%이다. 실제 수급률인 66.7% 조금 높게 나타났는데 이는 본 연구에서 만 66세를 분석 대상 기준으로 설정하여 수급률이 높아진 것으로 보인다.

본 연구에서는 크게 두 단계 분석을 진행하는데 첫 번째 대상 효율성 분석에서는 만 66세 이상 전체 노인(9,038명)과 이 중 기초연금 수급자 집단(6,465명)에 대한 분석을 진행하고 두 번째 차별적 효과 분석에서는 기초연금 수급자 집단(6,465명)에 대해서만 분석을 진행한다.

<표 18> 기초연금 수급 현황

구분		빈도(명)	퍼센트(%)
기초연금 수급	미수급	2,573	28.47
	수급	6,465	71.53
전체		9,038	100.00

아래 표는 각 노인 구성 집단별 현황으로 전체 노인, 기초연금 수급자, 미수급자로 구분하였다. 각 구성 집단별 비율로서 본 분석에 활용된 데이터는 전체 노인 기준으로 남성, 65세~74세, 초등학교 졸업, 근로소득이 없으며, 가구원 수는 2명, 동부(도시지역)에 거주하며, 배우자가 있는 집단이 다수인 것으로 나타났다. 기초연금 수급자 빈도에 있어서 전체 노인과 다른 점은 없지만 여성, 75세~84세, 85세 이상, 무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업, 근로소득이 없으며, 가구원 수는 1명, 거주지역은

읍면부(농어촌 지역), 배우자가 없는 집단의 비율이 조금 상승하는 것을 볼 수 있다. 이렇게 비율이 증가한 집단을 중심으로 기초연금이 지급되고 있는 것을 볼 수 있다. 하지만 그 비율은 크게 변하는 양상을 보이고 있지는 않다. 75세~84세 집단에서 약 7% 상승한 것이 가장 높게 변한 것으로 나타났다. 미수급자 집단은 반대 양상을 보인다.

<표 19> 전체노인, 기초연금 수급 및 미수급자 구성집단 현황(단위: 명, %)

		전체 노인		기초연금 수급자		기초연금 미수급자	
		빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
성별	여성	3,114	34.45	2,541	39.30	573	22.27
	남성	5,924	65.55	3,924	60.70	2,000	77.73
연령	65-74	4,923	54.47	3,000	46.40	1,923	74.74
	75-84	3,513	38.87	2,941	45.49	572	22.23
	85이상	602	6.66	524	8.11	78	3.03
학력	무학	918	10.16	816	12.62	102	3.96
	초졸	2,853	31.57	2,440	37.74	413	16.05
	중졸	2,168	23.99	1,610	24.90	558	21.69
	고졸	2,482	27.46	1,341	20.74	1,141	44.35
	대졸이상	617	6.83	258	3.99	359	13.95
근로유무	근로소득 없음	6,777	74.98	5,081	78.59	1,696	65.92
	근로소득 있음	2,261	25.02	1,384	21.41	877	34.08
가구원수	1명	2,956	32.71	2,377	36.77	579	22.50
	2명	5,232	57.89	3,522	54.48	1,710	66.46
	3명	616	6.82	399	6.17	217	8.43
	4명	129	1.43	89	1.38	40	1.55
	5명	82	0.91	57	0.88	25	0.97
	6명	15	0.17	14	0.22	1	0.04
	7명	6	0.07	5	0.08	1	0.04
	10명	2	0.02	2	0.03	0	0.00
거주지역	동부	6,417	71.00	4,387	67.86	2,030	78.90
	읍면부	2,621	29.00	2,078	32.14	543	21.10
배우자유무	배우자없음	3,553	39.31	2,866	44.33	687	26.70
	배우자있음	5,485	60.69	3,599	55.67	1,886	73.30
전체		9,038	100.00	6,465	100.00	2,573	100.0

## 2. 다차원 노인 빈곤과 기초연금 현황

아래 표는 8가지 차원에서 노인 빈곤 현황을 보여준다. 전체 노인을 기준으로 소득 빈곤율은 30.14%, 자산 빈곤율은 26.59%, 소비지출 빈곤율은 15.19%, 신체적 건강 빈곤율은 54.43%, 정신적 건강 빈곤율은 13.20%, 거주 빈곤율은 20.13%, 가족관계 빈곤율은 19.41%, 친구이웃지인관계 빈곤율은 7.23% 나타났다. 가장 높은 빈곤율은 54.43%로 노년기에 접어들면서 건강이 쇠퇴하는 것을 알 수 있다. 노인 절반 이상이 만성질환을 2개 이상 가지고 있는 것으로 나타났다. 가장 낮은 빈곤율을 나타낸 친구이웃지인관계에서는 대부분의 노인이 어느 정도 가족 이외 사회적 관계를 형성하고 있는 것으로 나타났다.

전체 노인 현황과 기초연금 수급자를 비교해서 보면 모두 빈곤율이 높아진 것을 볼 수 있다. 큰 폭으로 빈곤율이 상승한 것은 아니지만 그래도 기초연금이 어느 정도 비빈곤 집단에 비해 빈곤 집단에 지급되고 있는 것을 알 수 있다. 소득 빈곤 차원에서 빈곤율이 가장 높게 상승(5.6%)하여 다른 빈곤 차원에 비해 소득 빈곤 차원에 기초연금이 조금 더 투입된 것을 알 수 있다. 그에 반해 친구이웃지인관계에서 빈곤에서는 빈곤율이 0.9% 높게 나타나 큰 차이를 보이지는 않았다.

미수급의 경우는 반대로 비빈곤 비율은 크게 높으며 빈곤율은 낮게 나타났다. 이 역시 소득에서 빈곤율(16.09%)이 크게 나타났으며 친구이웃지인관계에서 가장 차이가 낮게 나타났다. 미수급자에서 빈곤율이 낮게 나타나는 것은 당연한 현상이지만 여기에 나타나 있는 미수급자에서의 빈곤 집단은 빈곤하지만 기초연금을 수급하지 못하는 사각지대라고 볼 수 있어 이에 관한 관심도 필요하다.

<표 20> 각 빈곤 차원의 비빈곤율과 빈곤율

지표	내용	전체 노인		기초연금 수급자		기초연금 미수급자	
		빈도(명)	%	빈도(명)	%	빈도(명)	%
소득	비빈곤	6,314	69.86	4,155	64.27	2,159	83.91
	빈곤	2,724	30.14	2,310	35.73	414	16.09
자산	비빈곤	6,635	73.41	4,453	68.88	2,182	84.80
	빈곤	2,403	26.59	2,012	31.12	391	15.20
소비 지출	비빈곤	7,665	84.81	5,318	82.26	2,347	91.22
	빈곤	1,373	15.19	1,147	17.74	226	8.78
신체적 건강	비빈곤	4,119	45.57	2,732	42.26	1,387	53.91
	빈곤	4,919	54.43	3,733	57.74	1,186	46.09
정신적 건강	비빈곤	7,845	86.80	5,473	84.66	2,372	92.19
	빈곤	1,193	13.20	992	15.34	201	7.81
거주 형태	비빈곤	7,219	79.87	5,011	77.51	2,208	85.81
	빈곤	1,819	20.13	1,454	22.49	365	14.19
가족 관계	비빈곤	7,284	80.59	5,112	79.07	2,172	84.42
	빈곤	1,754	19.41	1,353	20.93	401	15.58
친구· 이웃· 자인 관계	비빈곤	8,385	92.77	5,936	91.82	2,449	95.18
	빈곤	653	7.23	529	8.18	124	4.82
합계		9,038	100.0	6,465	100.0	2,573	100.0

위 표를 조금 더 기초연금 수급자 중심으로 살펴보고자 한다. 왜냐하면 다차원 빈곤 기준에서 어느 정도 비율로 빈곤한 노인이 기초연금을 수급하고 그렇지 않은지 살펴볼 수 있기 때문이다. 기초연금 수급자 중 빈곤율이 가장 높은 빈곤 차원은 신체적 건강이며 그다음으로 소득 빈곤 분포율이 높았다. 전체적으로 57%에서 8% 수준으로 분포하고 있다. 전체 기초연금 수급자 중 평균 빈곤율은 26% 수준이었으며 비빈곤의 경우는 74%로 나타났다. 이는 전체 노인의 빈곤율이 아닌 단순 평균에 의한 비교이지만 그래도 기초연금 수급자 중 약 74%가 비빈곤, 26%가 빈곤 집단이라는 것은 비빈곤이 꽤 높으며 빈곤이 낮은 수치라고 할 수 있다.

### 3. 빈곤 차원 간 상관관계

소득 빈곤이 자산, 건강 등 다른 차원의 결핍과 상관관계가 높다면 소득 빈곤 집단에 소득 지원을 하면 다른 차원의 결핍도 동시에 완화할 수 있다는 것이 단차원 소득 빈곤 접근의 주장이다(남수정, 2018). 이러한 접근 방식은 기초연금 지급과도 연관이 있다고 볼 수 있다. 기초연금법에서 기초연금 지급으로 노인의 생활 안정과 복지증진을 목표로 하고 있기 때문이다. 하지만 소득 빈곤 차원과 다른 빈곤 차원이 상관관계가 없다면 소득 지원만이 노인 빈곤 해결을 위한 정답은 아닐 것이다. 이에 대한 검증을 위해 아래 표와 같이 상관관계 계수를 구하였다.

<표 21> 빈곤 차원 간 연관성

차원	소득	자산	지출	신체적 건강	정신적 건강	거주 형태	가족 관계	친구이웃 지인관계
소득	1.000							
자산	0.125***	1.000						
지출	0.161***	0.157***	1.000					
신체적 건강	0.049***	0.038***	0.043***	1.000				
정신적 건강	0.081***	0.082***	0.035***	0.168***	1.000			
거주 형태	0.107***	0.449***	0.078***	0.059***	0.110***	1.000		
가족관계	-0.008	0.068***	0.008	-0.008	0.091***	0.047***	1.000	
친구이웃지인 관계	0.045***	0.082***	0.061***	0.037***	0.108***	0.085***	0.111***	1.000

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

상관관계는 -1~+1 까지 범위로 0에 근접할수록 무상관이며 -1에 근접하면 부(-)적 상관성, +1에 근접하면 정(+)적 상관성이 강하다고 본다. 결과적으로 상관관계 계수의 정도를 평가하는 0.5 또는 -0.5 기준보



다 낮아 각 빈곤 지표별로 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 그중에서 자산과 거주 형태가 0.449( $p < .001$ )로 나타나 다른 빈곤 지표보다 상관관계가 높은 것으로 나타났다. 하지만 0.5보다 낮아 상관관계가 높다고 주장하기에는 한계가 있다. 반면, 정신건강과 지출의 연관성(0.035,  $p < .001$ )이 유의한 수준에서 가장 낮게 나타났다. 가족관계와 소득, 지출, 신체적 건강은 무상관으로 나타났다. 전반적으로 상관관계가 낮아 다양한 관점에서 노인 빈곤을 살펴볼 수 있다. 이에 따라 본 연구에서 선정된 빈곤 차원 지표 간에는 비교적 독립성이 높다고 볼 수 있다

## 제 2 절 대상 효율성 분석

본 절에서는 각 빈곤 차원별로 대상 효율성 분석을 진행하고자 한다. 더불어, 누적 빈곤 개수로도 대상 효율성 분석을 진행하여 복합적 빈곤 상황에서의 기초연금 수급과 대상이 어떻게 분포되어 있는지 살펴보고자 한다.

### 1. 소득 차원

노인 구성 집단 특성에 따른 기초연금 수급자의 소득 빈곤율을 살펴보면 아래 표와 같다. 먼저 빈곤 집단을 보면 성별은 남성이 조금 더 빈곤율이 높은 것으로 나타났지만 큰 차이는 없다. 연령은 85세 이상에서 높게 나타났다. 교육 수준은 교육받지 않은 무학에서 가장 빈곤율이 높게 나왔으며 중졸이 빈곤율이 낮은 것으로 나타났다. 근로 유무는 비근로가 빈곤율이 높은 것으로 나타났다. 가구원 수는 1명(단독가구)일 때, 2명 이상일 때 보다 빈곤율이 높은 것으로 나타났다. 거주지역은 도시지역인 동부에서 빈곤율이 높게 나타났지만 읍면부와 큰 차이는 없는 것으로 나타났다. 배우자 유무에서는 배우자가 없을 때가 빈곤율이 높은 것으로 나타났다. 하지만 이 역시 큰 차이는 없었다.

다음으로 비빈곤 집단에서 보면, 연령이 65세~74세, 중졸, 근로하며, 가구원 수가 2명 이상이며, 읍면부(농어촌 지역)에 거주할 때 비빈곤율이 높은 것으로 나타났다. 그리고 배우자가 있으면 비빈곤율이 높은 것으로 나타났지만 큰 차이를 보이지 않았다.

전체 노인과 비교했을 때 성별, 교육 수준의 중졸과 고졸, 거주지역에서 역전되는 것을 보였다. 전체 노인에서는 여성의 소득 빈곤율이 높았지만, 기초연금 수급자에서는 근소한 차이로 남성이 소득 빈곤율이 높은 것으로 나타났다. 교육 수준에서 중졸이 고졸에 비해 더 빈곤한 것으로 나타났지만 기초연금 수급자 내에서는 고졸이 더 빈곤율이 높게 나타났다. 거주지역 역시 읍면부가 빈곤율이 높게 나타났지만, 수급자 내에서는

동부가 빈곤율이 높게 나타났다.

<표 22> 소득 빈곤·비빈곤 현황(단위: 명, %)

		기초연금 수급자		전체 노인	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
성별	여성	1,640(64.54)	901(35.46)	2,113(67.85)	1,001(32.15)
	남성	2,515(64.09)	1,409(35.91)	4,201(70.91)	1,723(29.09)
연령	65-74	2,094(69.80)	906(30.20)	3,768(76.54)	1,155(23.46)
	75-84	1,789(60.83)	1,152(39.17)	2,226(63.36)	1,287(36.64)
	85-	272(51.91)	252(48.09)	320(53.16)	282(46.84)
교육수준	무학	462(56.62)	354(43.38)	542(59.04)	376(40.96)
	초졸	1,461(59.88)	979(40.12)	1,771(62.08)	1,082(37.92)
	중졸	1,156(71.80)	454(28.20)	1,636(75.46)	532(24.54)
	고졸	919(68.53)	422(31.47)	1,923(77.48)	559(22.52)
	대졸이상	157(60.85)	101(39.15)	442(71.64)	175(28.36)
근로유무	비근로	2,937(57.80)	2,144(42.20)	4,270(63.01)	2,507(36.99)
	근로	1,218(88.01)	166(11.99)	2,044(90.40)	217(9.60)
가구원수	단독	1,379(58.01)	998(41.99)	1,857(62.82)	1,099(37.18)
	2명 이상	2,776(67.91)	1,312(32.09)	4,457(73.28)	1,625(26.72)
거주지역	동부	2,800(63.82)	1,587(36.18)	4,501(70.14)	1,916(29.86)
	읍면수	1,355(65.21)	723(34.79)	1,813(69.17)	808(30.83)
배우자유무	없음	2,800(63.82)	1,056(36.85)	2,388(67.21)	1,165(32.79)
	있음	1,355(65.21)	1,254(34.84)	3,926(71.58)	1,559(28.42)
합계		4,155(64.27)	2,310(35.73)	6,314(69.86)	2,724(30.14)

빈곤선 기준에서 보면 전체 연구 대상 노인 중, 소득 비빈곤 집단은 69.86%이며 빈곤 집단은 30.14%이다. 이를 기초연금 수급 여부를 기준으로 살펴보면 먼저 미수급자 중 비빈곤 집단은 83.91%이며 빈곤 집단은 16.09%이다. 반면 수급자에서 비빈곤 집단은 64.27% 빈곤 집단은 35.73%로 비빈곤 집단의 비율이 낮아지고 빈곤 집단이 그만큼 높아지는 것을 볼 수 있다. 수급률은 비빈곤이 65.81%, 빈곤 집단이 84.80%로 빈곤 집단 수급률이 약 20% 정도 높은 것을 볼 수 있다.

<표 23> 소득 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황(단위: %)

		소득	
		비빈곤	빈곤
전체 노인 분포		69.86	30.14
미수급자		83.91	16.09
수급자	수급자 분포	64.27	35.73
	기초연금 수급률	65.81	84.80

세부적으로 아래 표는 소득 분포(10분위)상에서 전체 노인과 기초연금 미수급자, 수급자가 어떤 형태로 분포하고 있는지 보여준다. 전반적으로 비슷한 분포이지만 소득 1분위(최하)로 갈수록 비율이 커지고 있는 것을 볼 수 있다. 전체 노인 분포에서는 꽤 높은 소득을 가지고 있는 8분위가 10.02% 높게 나타났으며 4분위 10.73%, 3분위 10.05%, 그리고 1분위가 10.71로 나타났다. 기초연금 미수급자는 10분위(최상)에서의 분포가 높으며 1분위로 갈수록 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 기초연금 수급자로 한정하여 분포를 살펴보면 굵은 선으로 표시된 빈곤 구간에서 높게 나타났으며 4분위 역시 높게 나타났다. 하지만 고소득층인 10, 9 8분위에서도 4~8% 정도 분포하고 있으며 31~58% 정도의 수급률을 보여 소득 빈곤에 맞는 효율적인 지급은 아닌 것으로 보인다. 이 결과는 소득 분위별로 살펴본 윤희숙(2012)의 연구 결과와도 유사하게 나타났다.

얼마나 소득분포가 다양한지 분석하기 위해 근로·사업·재산·사적이전소득의 규모를 소득 분위별로 살펴보겠다. 먼저 기초연금 수급자 내에서 가장 고소득 집단과 가장 저소득 집단의 근로소득 차이는 약 2,300배 이상으로 나타났다. 사업소득은 890배, 재산소득은 60배, 사적이전소득은 10배 정도로 나타났다. 근로소득과 사적이전소득 차이는 전체 노인보다 더 큰 차이가 나타났다. 근로소득은 10분위에서는 연간 평균 2,355만원, 9분위에서는 1,485만원 수준으로 나타났지만, 최하인 1분위에서는 1.6만원, 2분위에서는 6.9만원 수준으로 확인되었다. 그리고 사적이전소득 역시 10분위에서 연간 평균 339만원이지만 1분위에서는 33만원 수준으로 전체 노인(10분위: 297만원, 1분위:34만원)에 비해 그 격차가 큰 것으로

나타났다. 사업소득, 재산소득의 격차는 작긴 하지만 10분위에서는 891만원이지만 최하인 1분위에서는 0.96만원으로 그래도 큰 격차를 보여주었다. 이렇게 기초연금을 수급하는 집단 내에서 큰 소득 차이가 확인되었다. 앞선 홍우형(2021) 분석 결과는 월 단위이며 5분위로 되어있었지만 본 데이터로 변환한 결과 고소득층 월 260만원, 저소득층 월 8만원 수준으로 홍우형(2021)의 분석 결과(고소득 234만원, 저소득 6만원)와 비슷하게 나타났다.

<표 24> 소득 10분위 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포

		10 (최상)	9	8	7	6	5	4	3	2	1 (최하)
전체노인 분포(%)		9.99	9.97	10.02	9.76	9.96	9.52	10.73	10.05	9.29	10.71
미수급자 분포(%)		24.17	17.26	14.65	11.08	7.38	4.04	5.32	4.59	6.14	5.36
수급자 분포(%)		4.35	7.07	8.18	9.23	10.98	11.69	12.88	12.22	10.55	12.84
기초연금 수급률(%)		31.12	50.72	58.39	67.69	78.89	87.91	85.88	87.00	81.19	85.74
전체 노인 (만원)	근로소득	1,960.29	1,314.25	896.29	526.03	203.01	117.20	65.36	34.78	9.01	1.65
	사업소득	1,523.17	599.39	385.45	290.14	154.54	43.98	19.68	4.50	5.30	0.93
	재산소득	1,069.73	130.65	128.19	106.49	79.11	45.88	30.95	19.07	16.03	6.28
	사적 이전 소득	297.47	235.73	256.99	289.66	381.85	361.71	302.45	229.91	134.68	34.36
기초연금 수급자 (만원)	근로소득	2,355.98	1,485.69	1,000.24	516.06	183.78	110.62	60.77	32.10	6.98	1.65
	사업소득	891.38	459.46	324.83	287.69	158.12	40.68	18.00	2.83	3.05	0.96
	재산소득	372.95	92.74	117.68	91.06	72.18	42.80	25.74	16.64	15.17	6.38
	사적 이전 소득	339.63	251.73	273.46	301.99	401.99	375.72	316.36	237.76	139.45	33.94

## 2. 자산 차원

기초연금 수급자의 자산 빈곤율을 살펴보겠다. 먼저 빈곤 집단을 보면 성별은 여성이 연령은 85세 이상, 교육 수준은 교육받지 않은 무학, 비근로, 가구원 수는 1명(단독가구), 거주지역은 농어촌 지역인 읍면부, 그리고 배우자가 없는 집단에서 빈곤율이 높게 나타났다. 소득 빈곤과 비교했을 때 읍면부에서의 자산 빈곤율이 높은 것으로 나타나 도시와 농어촌의 자산 격차가 큰 것을 알 수 있었다. 반대로 비빈곤 집단을 보면, 남성, 연령이 65세~74세, 고졸, 근로하며, 가구원 수가 2명 이상이며, 동부에 거주, 배우자가 있는 집단이 비빈곤율이 높은 것으로 나타났다.

전체 노인과 비교했을 때 기초연금 수급자의 빈곤율은 높아지고 비빈곤율은 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 그만큼 빈곤 집단에 기초연금이 지급된 것을 알 수 있다. 하지만 그 비율이 약 5% 수준으로 큰 차이를 보이지는 않았다. 그리고 구성 집단별로도 빈곤 집단이 동일하게 나타나 자산 빈곤에 있어서는 큰 변화가 없는 것으로 보인다.

<표 25> 자산 빈곤·비빈곤 현황(단위: 명, %)

		기초연금 수급자		전체 노인	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
성별	여성	1,638(64.46)	903(35.54)	2,089(67.08)	1,025(32.92)
	남성	2,815(71.74)	1,109(28.26)	4,546(76.74)	1,378(23.26)
연령	65-74	2,219(73.97)	781(26.03)	3,879(78.79)	1,044(21.21)
	75-84	1,929(65.59)	1,012(34.41)	2,393(68.12)	1,120(31.88)
	85-	305(58.21)	219(41.79)	363(60.30)	239(39.70)
교육 수준	무학	415(50.86)	401(49.14)	473(51.53)	445(48.47)
	초졸	1,619(66.35)	821(33.65)	1,928(67.58)	925(32.42)
	중졸	1,184(73.54)	426(26.46)	1,651(76.15)	517(23.85)
	고졸	1,038(77.40)	303(22.60)	2,071(83.44)	411(16.56)
	대졸이상	197(76.36)	61(23.64)	512(82.98)	105(17.02)
근로 유무	비근로	3,468(68.25)	1,613(31.75)	4,930(72.75)	1,847(27.25)
	근로	985(71.17)	399(28.83)	1,705(75.41)	556(24.59)
가구원 수	단독	1,467(61.72)	910(38.28)	1,932(65.36)	1,024(34.64)
	2명 이상	2,986(73.04)	1,102(26.96)	4,703(77.33)	1,379(22.67)
거주지역	동부	3,240(73.85)	1,147(26.15)	5,007(78.03)	1,410(21.97)
	읍면부	1,213(58.37)	865(41.63)	1,628(62.11)	993(37.89)
배우자 유무	없음	1,806(63.01)	1,060(36.99)	2,350(66.14)	1,203(33.86)
	있음	2,647(73.55)	952(26.45)	4,285(78.12)	1,200(21.88)
자산 차원 빈곤율		4,453(68.88)	2,012(31.12)	6,635(73.41)	2,403(26.59)

전체 노인 중, 자산 빈곤 기준으로 비빈곤 집단은 73.41%이며 빈곤 집단은 26.59%이다. 이를 기초연금 수급 여부를 기준으로 살펴보면 미수급자 중 비빈곤 집단은 84.8%이며 빈곤 집단은 15.2%로 나타났다. 반면 수급자를 살펴보면 비빈곤 집단은 68.88% 빈곤 집단은 31.12%로 비빈곤 집단의 비율이 조금 낮아지고 빈곤 집단이 그만큼 높아지는 것을 볼 수 있다. 수급률 역시 비빈곤이 67.11%, 빈곤 집단이 83.73%으로 빈곤 집단 수급률이 약 16% 정도 높은 것을 볼 수 있다. 빈곤 집단의 비율이 낮지만, 소득 빈곤 차원과 비슷한 양상을 보인다.

<표 26> 자산 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황(단위: %)

		자산	
		비빈곤	빈곤
전체 노인 분포		73.41	26.59
미수급자		84.80	15.20
수급자	수급자 분포	68.88	31.12
	기초연금 수급률	67.11	83.73

세부적으로 아래 표는 자산 분포(10분위)상에서 전체 노인과 기초연금 미수급자, 수급자가 어떻게 분포하고 있는지 보여준다. 먼저 전체 노인을 살펴보면 소득에 비해 자산에 있어서는 9분위, 7분위 등에서 높은 비율을 나타냈다. 기초연금 미수급자는 10~7분위까지 확연하게 높았으며 7분위는 높지만 비슷한 수준이고 6분위부터 낮아지기 시작했다. 기초연금 수급자 분포에서는 4분위, 3분위에서 높은 분포를 보이다가 오히려 2분위, 1분위에서 비율이 낮아지는 것을 볼 수 있다. 수급률은 소득 빈곤과 비슷하게 확인된다. 자산 빈곤에서도 자산이 많은 노인층에서도 33~64% 정도의 수급률을 보여 자산 빈곤 역시 효율적인 지급은 아닌 것으로 확인된다.

구체적으로 부동산 자산, 금융자산, 기타자산, 부채, 그리고 순자산<sup>31)</sup>

31) 순자산=(부동산 자산+금융자산+기타자산)-부채

으로 구분하여 살펴보았다. 순자산 기준으로 살펴보면 기초연금 수급자의 자산 격차가 줄어든 것이 확인되었다. 하지만 10분위 집단의 순자산은 5억 5,628만원으로 1분위 집단의 순자산(232만원)에 비해 약 240배 차이가 난다. 부채는 오히려 저소득층으로 갈수록 높아지는 것을 확인할 수 있어 자산에 있어서 노인 부채에 대하여 논의할 필요가 있을 것으로 보인다. 금융, 기타자산에 비해 부동산 자산의 차이가 크게 나타나 노년기에 부동산 자산이 중요한 위치를 차지한다는 것을 확인하였다.

<표 27> 자산 10분위 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포

구분	10 (최상)	9	8	7	6	5	4	3	2	1 (최하)	
전체노인 분포(%)	9.94	10.06	9.76	10.21	9.97	9.57	10.42	9.99	10.08	10.00	
미수급자 분포(%)	23.40	16.17	12.36	11.04	8.39	6.02	5.79	4.70	6.49	5.64	
수급자 분포(%)	4.58	7.63	8.72	9.88	10.60	10.98	12.27	12.10	11.51	11.74	
기초연금 수급률(%)	32.96	54.24	63.95	69.23	76.03	82.08	84.18	86.60	81.67	83.96	
전체 노인 (만원)	부동산 자산	68,403.6	29,253.6	19,652.0	14,856.4	11,488.5	9,214.1	70,79.4	5,220.7	3,341.4	1,130.6
	금융 자산	6,554.5	3,813.7	2,886.4	2,303.1	1,952.4	1,507.6	1,176.3	880.4	665.9	305.3
	기타 자산	2,315.3	860.2	640.6	544.1	418.7	303.4	272.7	253.3	244.1	102.0
	부채	2,313.8	1,723.0	1,018.7	882.5	897.8	819.3	721.5	882.5	1,132.9	1,535.0
	순자산	74,959.6	32,204.5	22,160.4	16,821.2	12,961.9	10,205.9	7,807.0	5,471.4	3,118.6	3.0
기초 연금 수급자 (만원)	부동산 자산	49,598.9	29,404.3	19,615.8	14,926.0	11,248.1	9,044.2	6,991.7	5,129.2	3,061.5	867.8
	금융 자산	5,702.2	3,402.6	2,659.9	2,102.4	1,838.4	1,481.6	1,117.1	836.7	660.2	262.8
	기타 자산	1,053.7	562.5	486.9	402.1	337.4	250.3	250.8	202.7	145.3	68.4
	부채	726.0	1,240.5	549.3	638.7	502.9	592.8	568.9	691.7	745.3	966.8
	순자산	55,628.9	32,129.0	22,213.4	16,791.8	12,921.1	10,183.4	7,790.68	5,477.1	3,121.8	232.3



### 3. 소비지출 차원

기초연금 수급자의 소비지출 빈곤율을 살펴보겠다. 먼저 빈곤 집단을 보면 성별은 여성, 연령은 85세 이상, 교육 수준은 교육받지 않은 무학, 비근로, 가구원 수는 1명(단독가구), 거주지역은 농어촌 지역인 읍면부, 그리고 배우자가 없는 집단에서 빈곤율이 높게 나타났다. 반대로 비빈곤 집단을 보면, 남성, 연령이 65세~74세, 대졸, 근로하며, 가구원 수가 2명 이상이며, 동부에 거주, 배우자가 있는 집단이 비빈곤율이 높은 것으로 나타났다. 비빈곤 집단에서 자산 빈곤과는 다르게 대졸 이상이 높게 나타나는 것을 볼 수 있다.

전체 노인과 비교했을 때 자산 빈곤과 동일하게 기초연금 수급자의 빈곤율은 높아지고 비빈곤율은 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 하지만 그 비율은 소득, 자산 빈곤에 비해 낮은 약 2% 수준으로 큰 차이를 보이지는 않았다. 그리고 구성 집단별로도 빈곤 집단이 동일하게 나타나 소비지출 빈곤에 있어서는 큰 변화가 없는 것으로 보인다.

<표 28> 소비지출 빈곤·비빈곤 현황(단위: 명, %)

		기초연금 수급자		전체 노인	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
성별	여성	1,986(78.16)	555(21.84)	2,478(79.58)	636(20.42)
	남성	3,332(84.91)	592(15.09)	5,187(87.56)	737(12.44)
연령	65-74	2,625(87.50)	375(12.50)	4,407(89.52)	516(10.48)
	75-84	2,314(78.68)	627(21.32)	2,813(80.07)	700(19.93)
	85-	379(72.33)	145(27.67)	445(73.92)	157(26.08)
교육 수준	무학	593(72.67)	223(27.33)	662(72.11)	256(27.89)
	초졸	1,903(77.99)	537(22.01)	2,245(78.69)	608(21.31)
	중졸	1,369(85.03)	241(14.97)	1,890(87.18)	278(12.82)
	고졸	1,215(90.60)	126(9.40)	2,288(92.18)	194(7.82)
	대졸이상	238(92.25)	20(7.75)	580(94.00)	37(6.00)
근로 유무	비근로	4,098(80.65)	983(19.35)	5,648(83.34)	1,129(16.66)
	근로	1,220(88.15)	164(11.85)	2,017(89.21)	244(10.79)
가구원 수	단독	1,854(78.00)	523(22.00)	2,361(79.87)	595(20.13)
	2명 이상	3,464(84.74)	624(15.26)	5,304(87.21)	778(12.79)
거주 지역	동부	3,687(84.04)	700(15.96)	5,569(86.79)	848(13.21)
	읍면부	1,631(78.49)	447(21.51)	2,096(79.97)	525(20.03)
배우자 유무	없음	2,259(78.82)	607(21.18)	2,863(80.58)	690(19.42)
	있음	3,059(85.00)	540(15.00)	4,802(87.55)	683(12.45)
합계		5,318(82.26)	1,147(17.74)	7,665(84.81)	1,373(15.19)

아래 표와 같이 전체 연구 대상 노인 중, 소비지출 빈곤 기준으로 비빈곤 집단은 84.81%이며 빈곤 집단은 15.19%로 낮은 빈곤율을 보였다. 이를 기초연금 수급 여부를 통해 살펴보면 먼저, 미수급자의 경우 비빈곤 집단에 91.22%, 빈곤 집단에 8.78%가 분포하였다. 수급자의 경우 비빈곤 집단은 82.26% 빈곤 집단은 17.74%로 전체 노인과는 약 2%, 미수급자와는 약 9% 정도 비빈곤 집단의 비율이 낮아지고 빈곤 집단이 그만큼 높아지는 것을 볼 수 있다. 수급률 역시 비빈곤이 69.38%, 빈곤 집단이 83.54%로 다른 빈곤 차원에 비해 비빈곤 수급률이 조금 높았다.

<표 29> 소비지출 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황(단위: %)

		소비지출	
		비빈곤	빈곤
전체 노인 분포		84.81	15.19
미수급자		91.22	8.78
수급자	수급자 분포	82.26	17.74
	기초연금 수급률	69.38	83.54

세부적으로 아래 표는 소비지출 분포(10분위)상에서 전체 노인과 기초연금 미수급자, 수급자가 어떤 형태로 분포하고 있는지 보여준다. 앞선 소득, 자산과는 달리 조금 역동적인 모습을 보인다. 전체 노인 분포에서는 일관되게 상승하거나 낮아지는 모습을 보이지는 않는다. 소비지출에는 다양한 요인이 작용한다는 것을 확인할 수 있다. 기초연금 미수급자 분포는 10분위에서 가장 높았으며 소비지출이 낮은 분위로 갈수록 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 기초연금 수급자 분포에서는 1분위로 갈수록 수급자 비율이 높아지는 것을 볼 수 있다. 하지만 가장 낮은 1분위가 아닌 4분위가 가장 높게 나타났다. 수급률은 반면 2분위에서 가장 높게 나타났다. 그런데도 소비지출을 많이 하는 집단의 기초연금 수급률이 36~67%로 나타나 소비지출 빈곤 기준에서도 대상 효율성이 낮은 것으로 보인다.

구체적으로 몇 가지 소비지출 항목을 통해 살펴보면 기초연금 수급자 중 소비지출이 가장 많은 집단(10분위)에서는 문화 여가비 연간 평균 121만원, 경조사비 109만원, 보건의료비 220만원, 주거비 215만원, 총생활비(주거비 제외)는 2,477만원(월 206만원)으로 나타났으며 소비지출이 가장 낮은 집단(1분위)은 문화 여가비 12만원, 경조사비 20만원, 보건의료비 62만원, 주거비 315만원, 생활비(주거비 제외) 211만원(월 17만원)으로 나타나 소비지출 역시 격차가 약 11배 이상으로 나타났다. 전체 노인과 비교했을 때, 문화 여가비, 경조사비는 어느 정도 격차가 있었지만 보건의료비, 주거비, 생활비의 경우는 비슷한 수준을 보였다. 이 중, 보건의료비, 생활비는 기초연금 수급자의 금액이 큰 경우도 있어 소비지출은 앞서 언급했듯이 개인 또는 가족의 상황에 따라 다를 수 있을 것으로 판단된다.

<표 30> 소비지출 10분위 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포

		10 (최상)	9	8	7	6	5	4	3	2	1 (최하)
전체노인 분포(%)		9.94	10.04	8.86	11.13	9.35	7.93	12.59	9.37	9.24	11.55
미수급자 분포(%)		22.31	18.50	11.08	12.83	8.08	5.71	6.84	3.73	3.96	6.96
수급자 분포(%)		5.01	6.67	7.98	10.46	9.85	8.82	14.88	11.62	11.34	13.38
기초연금 수급률(%)		36.08	47.52	64.42	67.20	75.38	79.50	84.53	88.67	87.78	82.85
전체 노인 (만원)	문화 여가비	245.74	136.78	79.64	75.01	46.16	43.23	31.70	24.32	20.10	21.70
	경조사비	245.66	125.14	92.86	76.46	55.91	45.30	39.20	37.75	22.20	27.86
	보건 의료비	247.22	93.31	100.58	100.00	79.83	77.77	67.92	71.16	70.41	61.48
	주거비*	237.31	203.81	179.27	193.77	167.69	151.44	180.89	186.03	219.97	346.22
	생활비*	2459.98	1477.59	1210.66	1024.38	839.10	731.74	629.49	512.43	406.23	211.65
기초 연금 수급자 (만원)	문화 여가비	121.70	89.93	57.04	56.41	39.72	33.62	24.48	18.77	14.29	12.70
	경조사비	109.07	85.19	71.30	66.12	46.43	37.53	33.10	34.24	16.09	20.69
	보건 의료비	220.51	95.97	110.46	92.09	80.57	78.56	64.00	70.75	70.55	62.09
	주거비*	215.35	195.55	166.03	175.82	154.39	144.62	167.66	175.13	205.33	315.99
	생활비*	2477.55	1473.84	1210.54	1021.35	837.33	730.67	628.26	512.78	407.00	211.31

\*주거비, 생활비(주거비 제외)는 균등화 환산되었음

#### 4. 신체적 건강 차원

기초연금 수급자의 신체적 건강 빈곤율에 대하여 살펴보겠다. 먼저 빈곤 집단을 보면 성별은 여성이 연령은 85세 이상, 교육 수준은 교육받지 않은 무학, 비근로, 가구원 수는 1명(단독가구), 거주지역은 농어촌 지역인 읍면부, 그리고 배우자가 없는 집단에서 빈곤율이 높게 나타났다. 85세 이상, 또는 교육받지 못한 집단의 약 70% 만성질환이 2개 이상 있는 것으로 볼 수 있다. 반대로 비빈곤 집단을 보면, 남성, 연령이 65세~74세, 고졸, 근로 중이며, 가구원 수가 2명 이상, 동부에 거주, 배우자가 있는 집단이 비빈곤율이 높은 것으로 나타났다.

전체 노인과 비교했을 때 기초연금 수급자의 빈곤율은 높아지고 비빈곤율은 낮아지는 것을 확인할 수 있지만 그 비율이 약 3% 수준으로 그렇게 높지 않은 것으로 나타났다. 즉 기초연금 수급자와 전체 노인의 구성집단 분포를 보면 큰 차이가 없는 것으로 보인다.

<표 31> 신체적 건강 빈곤·비빈곤 현황(단위: 명, %)

		기초연금 수급자		전체 노인	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
성별	여성	855(33.65)	1,686(66.35)	1,114(35.77)	2,000(64.23)
	남성	1,877(47.83)	2,047(52.17)	3,005(50.73)	2,919(49.27)
연령	65-74	1,511(50.37)	1,489(49.63)	2,615(53.12)	2,308(46.88)
	75-84	1,065(36.21)	1,876(63.79)	1,319(37.55)	2,194(62.45)
	85-	156(29.77)	368(70.23)	185(30.73)	417(69.27)
교육 수준	무학	237(29.04)	579(70.96)	278(30.28)	640(69.72)
	초졸	940(38.52)	1,500(61.48)	1,121(39.29)	1,732(60.71)
	중졸	733(45.53)	877(54.47)	1,016(46.86)	1,152(53.14)
	고졸	690(51.45)	651(48.55)	1,373(55.32)	1,109(44.68)
	대졸이상	132(51.16)	126(48.84)	331(53.65)	286(46.35)
근로 유무	비근로	2,009(39.54)	3,072(60.46)	2,907(42.90)	3,870(57.10)
	근로	723(52.24)	661(47.76)	1,212(53.60)	1,049(46.40)
가구원 수	단독	817(34.37)	1,560(65.63)	1,084(36.67)	1,872(63.33)
	2명 이상	1,915(46.84)	2,173(53.16)	3,035(49.90)	3,047(50.10)
거주지역	동부	1,886(42.99)	2,501(57.01)	2,950(45.97)	3,467(54.03)
	읍면부	846(40.71)	1,232(59.29)	1,169(44.60)	1,452(55.40)
배우자 유무	없음	1,001(34.93)	1,865(65.07)	1,322(37.21)	2,231(62.79)
	있음	1,731(48.10)	1,868(51.90)	2,797(50.99)	2,688(49.01)
합계		2,732(42.26)	3,733(57.74)	4,119(45.57)	4,919(54.43)

신체적 건강 빈곤의 경우 전체 연구 대상 노인 중, 소득 빈곤 기준으로 비빈곤 집단은 45.57%이며 빈곤 집단은 54.43%이다. 이를 기초연금 수급 여부에 따라 살펴보면, 먼저 미수급자 경우, 비빈곤 집단이 53.91%, 빈곤 집단이 46.09%로 다른 빈곤 차원에 비해 비빈곤 분포가 낮고 빈곤 분포가 높은 것을 확인할 수 있다. 수급자의 경우, 비빈곤 집단은 42.26% 빈곤 집단은 57.74%로 비빈곤 집단의 비율이 조금 낮아지고 빈곤 집단이 그만큼 높아지는 것을 볼 수 있다. 수급률 역시 비빈곤이 66.33%, 빈곤 집단이 75.89%로 빈곤 집단 수급률이 약 9% 정도로 다른 빈곤 차원에 비해 빈곤 집단의 수급률이 낮은 편이다. 신체적 건강 수준을 통해 노인이 어느 정도 만성질환을 기본적으로 가지고 있다는 것을 확인할 수 있었다.

<표 32> 신체적 건강 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황(단위: %)

		신체적 건강	
		비빈곤	빈곤
전체 노인 분포		45.57	54.43
미수급자		53.91	46.09
수급자	수급자 분포	42.26	57.74
	기초연금 수급률	66.33	75.89

세부적으로 신체적 건강 빈곤의 기준이었던 만성질환 개수에 따른 노인 분포를 아래 표와 같이 확인할 수 있다. 만성질환이 없거나 1개 있는 비빈곤 집단에서 기초연금 수급자 분포가 전체 노인 분포보다 작은 것을 확인할 수 있고 반대로 미수급자의 경우는 높은 것을 확인할 수 있다. 빈곤선으로 설정한 2개부터 수급자 분포가 높은 것을 확인하였다. 하지만 기초연금 수급률이 비빈곤 집단에서도 62%, 68%로 높게 나타나고 있어 신체적 건강 빈곤 차원 역시 대상 효율성이 좋다고 보기는 힘들다.

구체적으로 수급자 내 신체적 건강 차이를 살펴보기 위해 노인의 신체적 기능을 쉬지 않고 10계단 오르기와 쌀 1말(약 8kg) 들어 올리거나 옮기기에 대하여 어려운 정도를 확인하였다. 아래 표의 수치는 (1) 전혀

어렵지 않다, (2) 약간 어렵다, (3) 매우 어렵다, (4) 전혀 할 수 없다로 각 집단의 평균인 것이다. 4에 가까이 갈수록 그 행위를 하기 힘든 상태이며 1에 가까울수록 그 행동을 하는 데 문제가 없다는 것을 의미한다. 먼저 10계단 오르기에 대해서는 만성질환이 많을수록 할 수 없다는 것으로 확인되었지만 수급자 내에서 어렵지 않거나 약간 어려운 정도로 10계단을 쉽게 오르는 노인도 있는 것을 확인하였다. 물건 들기의 경우도 계단 오르기와 마찬가지로 만성질환 수가 9개까지는 어려운 정도가 커지는 것을 알 수 있다. 만성질환이 10개 이상이면 표본 수가 적어서 통계적으로 의미가 있다고 하기에는 무리가 있지만 만성질환이 커질수록 관련 행동을 하는 데 있어 어려움이 있는 것으로 확인되었다. 반대로 만성질환 수가 적을수록 8kg 정도의 물건을 들고 옮기는 것이 어렵지 않은 것으로 확인되었다. 그만큼 수급자 내에서의 건강 상태와 일상생활을 하는데 큰 차이가 보이는 것으로 나타났다. 전체 노인과 비교했을 때도 비슷한 결과가 나타났으며 기초연금 수급자가 조금 더 어려움을 느끼는 것으로 확인되었다.

<표 33> 신체적 건강 분포(만성질환 개수) 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포

		0개	1개	2개	3개	4개	5개	6개	7개	8개	9개	10개	11개	13개	17개
전체노인 분포(%)		16.17	29.41	27.65	14.83	7.00	2.81	1.08	0.59	0.25	0.11	0.07	0.01	0.01	0.01
미수급자 분포(%)		21.10	32.80	26.12	11.62	4.86	1.98	0.78	0.27	0.04	0.27	0.12	-	0.04	-
수급자 분포(%)		14.20	28.06	28.26	16.10	7.86	3.14	1.21	0.71	0.34	0.05	0.05	0.02	-	0.02
기초연금 수급률(%)		62.83	68.25	73.11	77.69	80.25	79.92	79.59	86.79	95.65	30.00	50.00	100.0	-	100.0
전체 노인 (%)	계단 오르기*	1.56	1.74	1.91	2.09	2.19	2.33	2.35	2.58	2.60	3.10	2.50	3.00	3.00	3.00
	물건 들기**	1.59	1.77	1.91	2.05	2.14	2.25	2.22	2.54	2.91	3.40	2.33	2.00	3.00	3.00
기초연금 수급자 (%)	계단 오르기*	1.66	1.82	2.00	2.18	2.28	2.39	2.37	2.73	2.63	3.00	2.66	3.00	-	3.00
	물건 들기**	1.68	1.83	1.99	2.13	2.22	2.29	2.28	2.58	2.95	4	1.66	2	-	3.00

\*쉬지 않고 10계단 오르기의 아래 항목에 대한 평균 응답

\*\*쌀 1말(8kg) 정도의 물건을 들어 올리거나 옮기기의 아래 항목에 대한 평균 응답  
(1=전혀 어렵지 않다, 2=약간 어렵다, 3=매우 어렵다, 4=전혀 할 수 없다)

## 5. 정신적 건강 차원

기초연금 수급자의 정신적 건강 빈곤과 비빈곤 현황에 대하여 살펴보겠다. 전체적으로 빈곤율이 15% 수준으로 다른 빈곤 차원에 비해 낮은 편에 속한다. 먼저 빈곤 집단을 보면 성별은 여성이 연령은 85세 이상, 교육 수준은 교육받지 않은 무학, 비근로, 가구원 수는 1명(단독가구), 거주지역은 농어촌 지역인 읍면부, 그리고 배우자가 없는 집단에서 빈곤율이 높게 나타났다. 반대로 비빈곤 집단을 보면, 남성, 연령이 65세~74세, 고졸, 근로하며, 가구원 수가 2명 이상이며, 동부에 거주, 배우자가 있는 집단이 비빈곤율이 높은 것으로 나타났다. 교육을 배우지 못한 무학과 대졸 이상과 배우자 유무에 따라 약 정신적 빈곤율이 2배 정도 차이가 났다.

전체 노인과 비교했을 때 기초연금 수급자의 빈곤율은 높아지고 비빈곤율은 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 하지만 그 비율이 약 2% 수준으로 큰 차이를 보이지는 않았다. 그리고 구성 집단별로도 빈곤 집단이 같게 나타나 자산 빈곤에 있어서는 큰 변화가 없는 것으로 보인다.

<표 34> 정신적 건강 빈곤·비빈곤 현황(단위: 명, %)

		기초연금 수급자		전체 노인	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
성별	여성	2,038(80.20)	503(19.80)	2,546(81.76)	568(18.24)
	남성	3,435(87.54)	489(12.46)	5,299(89.45)	625(10.55)
연령	65-74	2,613(87.10)	387(12.90)	4,401(89.40)	522(10.60)
	75-84	2,448(83.24)	493(16.76)	2,964(84.37)	549(15.63)
	85-	412(78.63)	112(21.37)	480(79.73)	122(20.27)
교육 수준	무학	634(77.70)	182(22.30)	720(78.43)	198(21.57)
	초졸	2,013(82.50)	427(17.50)	2,373(83.18)	480(16.82)
	중졸	1,379(85.65)	231(14.35)	1,889(87.13)	279(12.87)
	고졸	1,216(90.68)	125(9.32)	2,293(92.39)	189(7.61)
대졸 이상	231(89.53)	27(10.47)	570(92.38)	47(7.62)	
근로 유무	비근로	4,235(83.35)	846(16.65)	5,786(85.38)	991(14.62)
	근로	1,238(89.45)	146(10.55)	2,059(91.07)	202(8.93)
가구원 수	단독	1,899(79.89)	478(20.11)	2,414(81.66)	542(18.34)
	2명 이상	3,574(87.43)	514(12.57)	5,431(89.30)	651(10.70)
거주 지역	동부	3,732(85.07)	655(14.93)	5,607(87.38)	810(12.62)
	읍면부	1,741(83.78)	337(16.22)	2,238(85.39)	383(14.61)
배우자 유무	없음	2,286(79.76)	580(20.24)	2,899(81.59)	654(18.41)
	있음	3,187(88.55)	412(11.45)	4,946(90.17)	539(9.83)
합계		5,473(84.66)	992(15.34)	7,845(86.80)	1,193(13.20)

대상 효율성 관점에서 살펴보면, 전체 노인 중 비빈곤 집단은 86.80%이며 빈곤 집단은 13.20%이다. 먼저 기초연금 미수급자 기준으로 살펴보면 비빈곤 집단에는 92.19%, 빈곤 집단에는 7.81%로 미수급자의 경우는 대부분 정신적으로 이상이 없는 것으로 보인다. 수급자 중심으로 살펴보면 비빈곤 집단은 84.66% 빈곤 집단은 15.34%로 비빈곤 집단의 비율이 조금 낮아지고 빈곤 집단이 그만큼 높아지는 것을 볼 수 있다. 수급률 역시 비빈곤이 69.76%, 빈곤 집단이 83.15%로 빈곤 집단 수급률이 약 14% 정도 높은 것을 볼 수 있다. 신체적 건강보다는 빈곤 집단의 수급률이 높게 나타났다. 하지만 비빈곤 집단에서의 분포가 높아 대상 효율성이 좋다고 하기에는 한계가 있다.

<표 35> 정신적 건강 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황(단위: %)

		정신적 건강	
		비빈곤	빈곤
전체 노인 분포		86.80	13.20
미수급자		92.19	7.81
수급자	수급자 분포	84.66	15.34
	기초연금 수급률	69.76	83.15

세부적으로 아래 표는 정신적 건강 빈곤선에 활용된 노인우울척도(SGDS-K) 점수에 따라 전체 노인과 기초연금 수급자가 어떤 형태로 분포하고 있는지 보여준다. 전체적으로 노인우울척도 기준에서 다수는 우울하지 않은 것으로 나타났다. 특히 미수급자 중심으로 그 분포가 다소 높게 나타났다. 수급자는 3점 이상부터 높게 나타났지만 다른 빈곤 차원과 유사하게 정신적으로 건강한 노인도 기초연금을 수급하는 것으로 나타났다. 즉, 0점 1점에서의 수급률이 65% 수준이며 7점에서는 83%로 높게 나타나 정신건강 빈곤 측면에서도 기초연금 대상 효율성이 낮은 것으로 확인되었다.

우울 정도를 조금 더 현실성 있는 데이터로 살펴보기 위해 전반적인



삶에 대한 만족도를 함께 확인해보았다. (1) 매우 만족함, (2) 만족함, (3) 그저 그렇다, (4) 만족하지 않음, (5) 전혀 만족하지 않음으로 하는 선택사항을 기준으로 살펴보았다. 만족도가 낮아지면 숫자가 커지며 만족도가 높으면 숫자가 작아지는 것을 확인할 수 있다. 기초연금 수급자 내에서 우울 정도가 낮을수록 어느 정도 삶에 만족하는 것으로 나타났다. 우울 점수가 높아질수록 중간의견인 ‘그저 그렇다’가 되지만 전체적으로 기초연금 수급자들은 삶에 어느 정도 만족하는 것으로 확인되었다. 전체 노인과 비교해도 비슷한 결과를 보여주고 있어 기초연금 수급 여부와 큰 관련이 없는 것으로 보인다.

<표 36> 정신적 건강 세부 점수별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포

		0점	1점	2점	3점	4점	5점	6점	7점	8점	9점	10점	11점	12점	13점	14점	15점
전체노인 분포(%)		23.4	14.3	13.1	9.69	8.07	8.31	5.28	4.48	3.70	2.93	2.21	1.22	0.92	0.65	0.32	1.25
미수급자 분포(%)		28.4	17.8	13.8	9.44	8.08	7.11	4.90	2.60	3.07	1.83	1.71	0.35	0.12	0.19	0.19	0.35
수급자 분포(%)		21.5	12.9	12.9	9.79	8.06	8.79	5.4	5.23	3.94	3.37	2.41	1.56	1.24	0.84	0.37	1.61
기초연금 수급률(%)		65.5	64.6	70.0	72.2	71.4	75.6	73.5	83.4	76.3	82.2	78.0	91.8	96.3	91.5	82.7	92.0
전체 노인 (%)	삶의 만족도*	2.22	2.32	2.44	2.50	2.59	2.76	2.76	2.78	2.71	2.86	2.88	3.05	3.43	3.32	3.79	3.23
기초연금 수급자 (%)	삶의 만족도	2.29	2.38	2.51	2.53	2.63	2.75	2.82	2.81	2.76	2.88	2.93	3.08	3.43	3.35	3.83	3.21

\*삶 전반에 대한 만족도 평균

(1=매우 만족함, 2=만족함, 3=그저 그렇다, 4=만족하지 않음, 5=전혀 만족하지 않음)

## 6. 주거 차원

기초연금 수급자의 주거 차원 빈곤율을 살펴보겠다. 먼저 빈곤 집단을 보면 성별은 여성이 연령은 85세 이상, 교육 수준은 교육받지 않은 무학, 비근로, 가구원 수는 1명(단독가구), 거주지역은 도시 지역인 동부, 그리고 배우자가 없는 집단에서 빈곤율이 높게 나타났다. 앞선 빈곤 차원과

비교했을 때 농어촌 지역인 읍면부가 아닌 도시지역 동부에서 거주 차원 빈곤율이 높은 것으로 나타나 도시보다 농어촌 노인이 자가 비율이 높은 것을 알 수 있다. 반대로 비빈곤 집단을 보면, 남성, 연령이 65세~74세, 고졸, 근로하며, 가구원 수가 2명 이상이며, 읍면부에 거주, 배우자가 있는 집단이 비빈곤율이 높은 것으로 나타났다.

전체 노인과 비교했을 때 기초연금 수급자의 빈곤율은 높아지고 비빈곤율은 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 하지만 그 비율 차이가 앞선 정신적 건강 빈곤과 비슷한 약 2% 수준으로 큰 차이를 보이지는 않았다. 그리고 구성 집단별로도 빈곤 집단이 동일하게 나타나 자산 빈곤에 있어서는 큰 변화가 없는 것으로 보인다.

<표 37> 주거차원 비빈곤·빈곤 현황(단위: 명, %)

		기초연금 수급자		전체 노인	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
성별	여성	1,746(68.71)	795(31.29)	2,177(69.91)	937(30.09)
	남성	3,265(83.21)	659(16.79)	5,042(85.11)	882(14.89)
연령	65-74	2,345(78.17)	655(21.83)	3,993(81.11)	930(18.89)
	75-84	2,281(77.56)	660(22.44)	2,785(79.28)	728(20.72)
	85-	385(73.47)	139(26.53)	441(73.26)	161(26.74)
교육 수준	무학	574(70.34)	242(29.66)	648(70.59)	270(29.41)
	초졸	1,849(75.78)	591(24.22)	2,189(76.73)	664(23.27)
	중졸	1,289(80.06)	321(19.94)	1,770(81.64)	398(18.36)
	고졸	1,094(81.58)	247(18.42)	2,097(84.49)	385(15.51)
	대졸이상	205(79.46)	53(20.54)	515(83.47)	102(16.53)
근로 유무	비근로	3,978(78.29)	1,103(21.71)	5,506(81.25)	1,271(18.75)
	근로	1,033(74.64)	351(25.36)	1,713(75.76)	548(24.24)
가구원 수	단독	1,545(65.00)	832(35.00)	1,968(66.58)	988(33.42)
	2명 이상	3,466(84.78)	622(15.22)	5,251(86.34)	831(13.66)
거주지역	동부	3,245(73.97)	1,142(26.03)	4,959(77.28)	1,458(22.72)
	읍면부	1,766(84.99)	312(15.01)	2,260(86.23)	361(13.77)
배우자 유무	없음	1,912(66.71)	954(33.29)	2,413(67.91)	1,140(32.09)
	있음	3,099(86.11)	500(13.89)	4,806(87.62)	679(12.38)
합계		5,011(77.51)	1,454(22.49)	7,219(79.87)	1,819(20.13)

대상 효율성을 평가하기 위해 데이터를 정리하면 아래 표와 같다. 전체 연구 대상 노인 중, 주거 빈곤 기준으로 비빈곤 집단은 79.87%이며 빈곤 집단은 20.13%이다. 이를 기초연금 수급 여부에 따라 살펴보겠다.

먼저 미수급자의 경우, 비빈곤 집단에는 85.81%, 빈곤 집단에는 14.19%가 분포한다. 수급자의 경우, 비빈곤 집단은 77.51% 빈곤 집단은 22.49%로 비빈곤 집단의 비율이 낮아지고 빈곤 집단이 그만큼 높아지는 것을 볼 수 있다. 수급률 역시 비빈곤이 69.41%, 빈곤 집단이 79.93%으로 빈곤 집단 수급률이 약 10% 정도 높은 것을 볼 수 있다.

<표 38> 주거 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황(단위: %)

		주거	
		비빈곤	빈곤
전체 노인 분포		79.87	20.13
미수급자		85.81	14.19
수급자	수급자 분포	77.51	22.49
	기초연금 수급률	69.41	79.93

세부적으로 살펴보면 아래 표와 같다. 주거 빈곤선 설정을 위해 구분된 주거 형태별로 전체 노인과 기초연금 미수급자, 수급자가 어떻게 분포하고 있는지 보여준다. 먼저 전체 노인 기준으로 약 80%가 자가를 소유하여 주거 비빈곤이라 할 수 있다. 미수급자 중에서 자가를 가진 분포는 86%로 전체보다 조금 높으며 전세의 주거 형태 역시 높게 나타났다. 수급자 분포에서는 보증금 있는 월세에서 전체 노인 분포보다 높아지는 것을 볼 수 있다. 수급률은 오히려 자가의 경우보다 전세가 더 낮게 나타났다. 자가의 경우는 69.41%의 높은 수급률을 나타나 주거 차원에서 비빈곤 집단이라 할 수 있는 집단에 기초연금 수급률이 높은 것을 확인하였다. 보증금 있는 월세, 보증금 없는 월세, 무상에서 수급률이 높게 확인되었지만 그런데도 주거 빈곤 차원의 대상 효율성이 높다고 언급하기에는 무리가 있다.

추가로 기초연금 수급자 내 방 개수를 살펴봄으로써 구체적인 현황을 살펴보고자 한다. 먼저 본 연구에서 활용된 노인실태조사 데이터는 실주거에 대한 구체적인 데이터가 부족하여 주거에 대한 분석에 한계가 있는 것은 사실이다. 하지만 조사원이 실제 방문한 조사 대상자의 방 개수를

확인하여 주거 차원에서 차이를 확인할 수 있었다. 자가의 경우 대체로 방이 3개 또는 4개 이상으로 분포되어 있다. 특히 4개 이상은 오히려 기초연금 수급자가 더 많이 분포되어 있으며 최대 방이 7개가 있는 수급자도 있었다. 반면 보증금 유무 상관없이 월세를 지급하는 집단에서는 방 개수가 1개가 가장 분포가 높았으며 그다음이 2개로 나타났다. 이렇게 기초연금을 수급하는 집단 내에서도 주거 형태와 방의 개수에서 큰 차이를 나타냈다.

<표 39> 주거 빈곤 분포 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포

		자가	전세	보증금 있는 월세	보증금 없는 월세(사글세)	무상
전체노인 분포(%)		79.87	8.12	7.67	0.79	3.55
미수급자 분포(%)		85.81	9.33	3.50	0.39	0.97
수급자 분포(%)		77.51	7.64	9.33	0.94	4.58
기초연금 수급률(%)		69.41	67.30	87.01	85.92	92.21
전체 노인 (%)	방개수 1개*	17.41	20.57	55.06	3.80	3.16
	2개	62.83	13.70	17.51	1.43	4.52
	3개	88.56	5.49	2.21	0.31	3.43
	4개 이상	89.98	6.15	0.69	0.99	2.18
기초연금 수급자 (%)	방개수 1개	16.73	20.32	54.98	3.98	3.98
	2개	62.06	12.08	19.25	1.48	5.14
	3개	86.83	5.38	2.78	0.45	4.56
	4개 이상	91.43	2.97	1.22	1.22	3.15

\*응답자가 사용하고 있는 방(잠자는 방, 기타 용도로 사용하는 방(옷방, 서재 등), 거실, 식사용 방 포함)의 개수

## 7. 가족관계 차원

기초연금 수급자의 가족관계 차원의 빈곤율을 살펴보겠다. 먼저 빈곤 집단을 보면 성별은 남성이 연령은 75세~84세, 교육 수준은 교육받지 않은 무학, 근로, 가구원 수는 1명(단독가구), 거주지역은 동부 지역, 그

리고 배우자가 없는 집단에서 빈곤율이 높게 나타났다. 다른 빈곤 차원과는 달리 남성일 때, 그리고 85세 이상 고령층이 아닌 75세~84세의 연령층에서 가족관계 빈곤율이 높게 나타나는 특징을 보였다. 반대로 비빈곤 집단을 보면, 여성, 연령이 75세~84세, 고졸, 비근로, 가구원 수가 2명 이상이며, 읍면부에 거주, 배우자가 있는 집단이 비빈곤율이 높은 것으로 나타났다. 가족관계 빈곤에 있어서는 소득, 자산, 지출 등 경제적 차원과는 다른 양상을 보였다. 농어촌 지역에 거주하고 근로하지 않으며 여성일 때 비빈곤율이 높게 나타났다.

전체 노인과 비교했을 때 기초연금 수급자의 빈곤율은 높아지고 비빈곤율은 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 하지만 그 비율이 약 1% 수준으로 거의 유사한 수준을 보인다. 비빈곤 구성집단 특성에 있어서는 남성, 대졸 이상이 높게 나와 차이점을 보인다. 하지만 큰 차이를 보이지 않아 전체적으로 유사하다고 볼 수 있다.

<표 40> 가족관계 빈곤·비빈곤 현황(단위: 명, %)

		기초연금 수급자		전체 노인	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
성별	여성	2,018(79.42)	523(20.58)	2,503(80.38)	611(19.62)
	남성	3,094(78.85)	830(21.15)	4,781(80.71)	1,143(19.29)
연령	65-74	2,436(81.20)	564(18.80)	4,087(83.02)	836(16.98)
	75-84	2,265(77.01)	676(22.99)	2,719(77.40)	794(22.60)
	85-	411(78.44)	113(21.56)	478(79.40)	124(20.60)
교육 수준	무학	613(75.12)	203(24.88)	680(74.07)	238(25.93)
	초졸	1,883(77.17)	557(22.83)	2,215(77.64)	638(22.36)
	중졸	1,296(80.50)	314(19.50)	1,743(80.40)	425(19.60)
	고졸	1,116(83.22)	225(16.78)	2,118(85.33)	364(14.67)
	대졸이상	204(79.07)	54(20.93)	528(85.58)	89(14.42)
근로 유무	비근로	4,129(81.26)	952(18.74)	5,589(82.47)	1,188(17.53)
	근로	983(71.03)	401(28.97)	1,695(74.97)	566(25.03)
가구원 수	단독	1,856(78.08)	521(21.92)	2,335(78.99)	621(21.01)
	2명 이상	3,256(79.65)	832(20.35)	4,949(81.37)	1,133(18.63)
거주지역	동부	3,381(77.07)	1,006(22.93)	5,100(79.48)	1,317(20.52)
	읍면부	1,731(83.30)	347(16.70)	2,184(83.33)	437(16.67)
배우자 유무	없음	2,245(78.33)	621(21.67)	2,816(79.26)	737(20.74)
	있음	2,867(79.66)	732(20.34)	4,468(81.46)	1,017(18.54)
합계		5,112(79.07)	1,353(20.93)	7,284(80.59)	1,754(19.41)

가족관계 빈곤에서 전체 노인의 경우, 비빈곤 집단은 80.59%이며 빈

곤 집단은 19.41%이다. 이를 기초연금 수급 여부를 통해 살펴보면 먼저 미수급자의 경우 비빈곤 집단이 84.42%, 빈곤 집단이 15.58%로 나타났다. 반대로 수급자의 경우 비빈곤 집단은 79.07% 빈곤 집단은 20.93%로 다른 빈곤 차원에 비해 수급자 분포의 변화가 크지 않은 것으로 확인된다. 수급률 역시 비빈곤이 70.18%, 빈곤 집단이 77.14%로 빈곤 집단 수급률이 약 7%로 큰 차이가 나지 않는다. 다른 빈곤 차원에 비해 효율성이 좋지 않은 것을 확인할 수 있다.

<표 41> 가족관계 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황(단위: %)

		가족관계	
		비빈곤	빈곤
전체 노인 분포		80.59	19.41
미수급자		84.42	15.58
수급자	수급자 분포	79.07	20.93
	기초연금 수급률	70.18	77.14

세부적으로 가족관계 빈곤은 비동거 생존 자녀, 형제/자매 포함 친인척과의 연락 빈도를 각각 살펴보았다. 아래 표는 각 연락 빈도에서 전체 노인과 기초연금 미수급자, 수급자가 어떤 형태로 분포하고 있는지 보여준다. 전체적으로 형제/자매의 연락 빈도 보다 비동거 자녀에게 연락하는 빈도가 높으며 전체 노인, 미수급자, 수급자 분포 차이는 크게 없는 것으로 확인되었다. 1년에 1~2회, 연락을 거의 하지 않는 집단에서 수급자 분포가 조금 높게 나타났지만 다른 빈곤 차원에 비하면 낮은 수준이다. 반면 연락을 자주 하는 집단에서도 기초연금 수급률이 높게 나타나 가족관계 빈곤 차원에서도 대상 효율성이 좋다고 하기에는 어려움이 있다.

구체적으로 살펴보기 위해 연락 빈도와 비동거 생존 자녀와의 관계 만족도를 함께 살펴보았다. 기초연금 수급자 중심으로 살펴보면 연락을 자주 할수록 만족도는 높은 것으로 나타났다. 1년에 1~2회 정도 연락하여도 다소 만족하는 정도를 나타냈지만, 연락을 거의 하지 않게 되면 만족도는 급격하게 낮아지는 것을 확인했다. 전체 노인과 비교하여도 비슷

한 결과이며 기초연금 수급자의 만족도가 조금 더 낮은 것으로 나타났다. 이렇게 수급자 내에서 만족도가 낮은 그룹과 전반적으로 만족도가 양호한 그룹이 공존하는 것을 확인하였다.

**<표 42> 가족관계 빈곤 분포(형제/자매 포함한 친인척과의 연락 빈도) 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포(단위: %)**

	거의 매일 (주4회 이상)	일주일에 2-3회	일주일에 1회	한 달에 1-2회	3개월에 1-2회	1년에 1-2회	연락을 거의 하지 않음
전체노인 분포(%)	2.03	6.92	11.80	26.03	31.82	16.79	4.61
미수급자 분포(%)	2.08	6.52	13.52	29.69	31.68	13.48	3.03
수급자 분포(%)	2.01	7.08	11.06	24.45	31.88	18.22	5.30
기초연금 수급률(%)	69.01	71.49	65.38	65.53	69.91	75.74	80.19

**<표 43> 가족관계 빈곤 분포(비동거 생존 자녀와의 연락 빈도) 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포**

	거의 매일 (주4회 이상)	일주일에 2-3회	일주일에 1회	한 달에 1-2회	3개월에 1-2회	1년에 1-2회	연락을 거의 하지 않음	
전체노인 분포(%)	8.36	22.59	32.56	26.13	6.42	3.04	0.89	
미수급자 분포(%)	8.98	24.73	32.69	25.27	5.67	2.24	0.41	
수급자 분포(%)	8.12	21.73	32.51	26.47	6.72	3.36	1.09	
기초연금 수급률(%)	69.44	68.84	71.43	72.49	74.86	79.01	87.01	
전체 노인 (%)	관계 만족도*	1.97	2.05	2.12	2.22	2.32	2.21	3.97
기초 연금 수급자 (%)	관계 만족도	2.02	2.09	2.14	2.27	2.37	2.25	3.98

\*자녀(생존 자녀가 있는 경우)와의 관계 만족도 평균  
(1=매우 만족함, 2=만족함, 3=그저 그렇다, 4=만족하지 않음, 5=전혀 만족하지 않음)

## 8. 친구이웃지인 관계

기초연금 수급자의 친구이웃지인 관계 빈곤율을 살펴보겠다. 먼저 빈곤 집단을 보면 성별은 근소한 차이로 남성이 연령은 85세 이상, 교육 수준은 교육받지 않은 무학, 비근로, 가구원 수는 1명(단독가구), 거주 지역은 동부, 그리고 배우자가 없는 집단에서 빈곤율이 높게 나타났다. 앞선 가족관계 빈곤과 비교했을 때 유사하지만 비근로일 때 빈곤율이 높은 것은 다르게 나타났다. 반대로 비빈곤 집단을 보면, 여성, 연령이 65세~74세, 고졸, 근로하며, 가구원 수가 2명 이상이며, 읍면부에 거주, 배우자가 있는 집단이 비빈곤율이 높은 것으로 나타났다.

전체 노인과 비교했을 때 기초연금 수급자의 빈곤율은 높아지고 비빈곤율은 낮아지지만, 그 정도가 약 1% 수준으로 큰 차이를 보이지는 않았다. 그리고 구성 집단별로 살펴보면 여정보다 남성이 비빈곤율이 높은 것을 제외하고는 차이점이 없었다. 그리고 이 차이도 그렇게 크지 않은 것으로 나타났다.

<표 44> 친구이웃지인관계 빈곤·비빈곤 현황(단위: 명, %)

		기초연금 수급자		전체 노인	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
성별	여성	2,334(91.85)	207(8.15)	2,877(92.39)	237(7.61)
	남성	3,602(91.79)	322(8.21)	5,508(92.98)	416(7.02)
연령	65-74	2,820(94.00)	180(6.00)	4,666(94.78)	257(5.22)
	75-84	2,682(91.19)	259(8.81)	3,217(91.57)	296(8.43)
	85-	434(82.82)	90(17.18)	502(83.39)	100(16.61)
교육 수준	무학	679(83.21)	137(16.79)	763(83.12)	155(16.88)
	초졸	2,254(92.38)	186(7.62)	2,624(91.97)	229(8.03)
	중졸	1,499(93.11)	111(6.89)	2,031(93.68)	137(6.32)
	고졸	1,268(94.56)	73(5.44)	2,379(95.85)	103(4.15)
	대졸이상	236(91.47)	22(8.53)	588(95.30)	29(4.70)
근로 유무	비근로	4,624(91.01)	457(8.99)	6,227(91.88)	550(8.12)
	근로	1,312(94.80)	72(5.20)	2,158(95.44)	103(4.56)
가구원 수	단독	2,170(91.29)	207(8.71)	2,723(92.12)	233(7.88)
	2명 이상	3,766(92.12)	322(7.88)	5,662(93.09)	420(6.91)
거주 지역	동부	3,998(91.13)	389(8.87)	5,937(92.52)	480(7.48)
	읍면부	1,938(93.26)	140(6.74)	2,448(93.40)	173(6.60)
배우자 유무	없음	2,610(91.07)	256(8.93)	3,259(91.73)	294(8.27)
	있음	3,326(92.41)	273(7.59)	5,126(93.45)	359(6.55)
합계		5,936(91.82)	529(8.18)	8,385(92.77)	653(7.23)



대상 효율성 중심으로 살펴보면 친구이웃지인 관계 기준으로 전체 노인에서는 비빈곤 집단 92.77%이며 빈곤 집단 7.23%로 나타났다. 이를 기초연금 수급 여부에 따라 살펴보면 먼저 미수급자의 경우 비빈곤 집단 95.18%, 빈곤 집단 4.82%로 나타났다. 수급자의 경우 비빈곤 집단은 91.82% 빈곤 집단은 8.18%로 비빈곤 집단 간 비율 차이가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그리고 앞선 가족관계와 마찬가지로 전체 노인과 기초연금 미수급자, 수급자가 분포는 거의 비슷하다. 수급률 역시 비빈곤이 70.79%, 빈곤 집단이 81.01%로 빈곤 집단 수급률이 약 9% 정도 높아 가족관계 빈곤보다는 다소 높은 것으로 확인되었다. 비빈곤 집단의 기초연금 수급률이 가장 높으며 수급률 역시 빈곤 집단과 약 11% 정도 차이밖에 나지 않아 대상 효율성이 높다고 하기에는 무리가 있다.

<표 45> 친구이웃지인관계 빈곤·비빈곤 노인과 수급자 분포 현황(단위: %)

		가족관계	
		비빈곤	빈곤
전체 노인 분포		92.77	7.23
미수급자		95.18	4.82
수급자	수급자 분포	91.82	8.18
	기초연금 수급률	70.79	81.01

아래 표는 앞선 가족관계 빈곤과 동일하게 연락 빈도를 통해 전체 노인과 기초연금 미수급자, 수급자가 어떤 형태로 분포하고 있는지 살펴보고자 한다. 거의 매일, 일주일에 2~3회, 일주일에 1회가 다수를 차지하고 있으며 기초연금 미수급자, 수급자 분포에서도 비슷한 형태를 보인다. 기초연금 수급률에서도 U자 형태를 보여 친구이웃지인관계 빈곤 역시 대상 효율성 관점에서 좋다고 하기에는 어려움이 있다.

구체적으로 친구 및 지역사회와의 관계 만족도를 함께 살펴보았다. 앞선 가족관계와는 달리 거의 매일 연락하는 집단일수록 만족도가 조금 높게 나타났으며 연락을 거의 하지 않은 집단에서는 만족도가 조금 더 낮

은 것으로 나타났다. 가족과 비교하면 만족도 차이가 크지는 않는 것이 특징이다. 기초연금 수급자 내에서 거의 매일 연락하는 집단은 “만족함” 정도로 만족도가 높았지만, 연락은 거의 하지 않는 집단에서는 “만족하지 않음” 정도로 만족도가 낮았다. 이렇게 기초연금 수급자 내에서도 친구이웃지인관계의 차이가 있다는 것을 확인하였다. 이러한 양상은 전체 노인, 기초연금 수급자 간 차이는 거의 없었으며 다양한 만족도를 가진 노인들이 기초연금 수급자 내에 분포한다는 것으로 확인되었다.

**<표 46> 친구이웃지인관계 빈곤 분포(친구이웃지인 연락 빈도)별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포**

		거의 매일 (주4회 이상)	일주일에 2-3회	일주일에 1회	한 달에 1-2회	3개월에 1-2회	1년에 1-2회	연락을 거의 하지 않음
전체노인 분포(%)		22.18	29.28	22.04	13.14	6.13	2.15	5.08
미수급자 분포(%)		19.90	27.83	24.83	15.35	7.27	2.14	2.68
수급자 분포(%)		23.09	29.85	20.93	12.27	5.68	2.15	6.03
기초연금 수급률(%)		74.46	72.94	67.92	66.75	66.25	71.65	84.97
전체 노인 (%)	관계 만족도*	2.11	2.29	2.45	2.50	2.46	2.71	3.20
기초 연금 수급자 (%)	관계 만족도	2.16	2.34	2.50	2.63	2.47	2.71	3.25

\*친구 및 지역사회와의 관계 만족도의 평균  
(1=매우 만족함, 2=만족함, 3=그저 그렇다, 4=만족하지 않음, 5=전혀 만족하지 않음)

## 9. 다차원 빈곤(빈곤 누적 개수)

앞선 분석에서는 각각의 빈곤 차원에서의 현황을 살펴보고 대상 효율을 분석하였다. 본 챕터에서는 다차원 빈곤 관점에서 빈곤 누적 개수 현황별로 노인 특성을 살펴보고 대상 효율을 분석하고자 한다. 누적 빈곤

개수가 0개에서부터 8개까지 총 9개 구간으로 구분할 수 있으며 현황을 정리하면 아래 표와 같다.

먼저, 성별을 살펴보면 빈곤이 0개에서 3개까지는 남성의 비중이 높지만 4개부터는 여성이 높은 것을 볼 수 있다. 빈곤의 개수가 많아질수록 여성의 비율이 높아졌다. 연령은 0개에서는 85세 이상이 2% 정도였지만 7개에서는 20%, 75세에서 84세는 22%에서 8개에서는 72%가 될 정도로 누적 빈곤 개수가 많을수록 고령층의 비중이 커지는 것을 볼 수 있다. 교육 수준은 빈곤 개수가 많을수록 무학, 초등학교 졸업 비중이 커지고 고졸, 대졸 이상은 크게 줄어드는 것을 볼 수 있다. 중학교 졸업의 경우는 빈곤할수록 줄어들지만 고졸, 대졸보다는 변화의 폭이 그렇게 크지 않다. 근로 유무, 가구원 수에서는 빈곤 개수가 많을수록 비근로와 단독 가구의 비중이 확연하게 늘어나는 것을 볼 수 있다. 배우자 유무 역시 빈곤이 없는 경우 배우자가 있는 집단이 73%의 큰 비중을 차지하고 있지만 빈곤 개수가 늘어날수록 배우자 없음이 확실히 증가하였다. 반면, 거주지역은 빈곤 개수 3개까지는 늘어날수록 동부(도시지역) 비중이 약간 줄고 읍면부(농어촌 지역) 비중이 늘어나지만 4개부터는 다시 동부 거주 비중이 늘어나고 읍면부 비중이 줄어들어 다른 양상을 보였다.

<표 47> 다차원 빈곤(누적 빈곤 개수) 현황1(단위: 명, %)

		0개	1개	2개	3개	4개
성별	여성	315(22.76)	828(29.41)	807(33.53)	528(41.15)	331(53.04)
	남성	1,069(77.24)	1,987(70.59)	1,600(66.47)	755(58.85)	293(46.96)
연령	65-74	1,045(75.51)	1,771(62.91)	1,190(49.44)	521(40.61)	209(33.49)
	75-84	311(22.47)	924(32.82)	1,062(44.12)	624(48.64)	328(52.56)
	85-	28(2.02)	120(4.26)	155(6.44)	138(10.76)	87(13.94)
교육수준	무학	31(2.24)	166(5.90)	240(9.97)	211(16.45)	134(21.47)
	초졸	247(17.85)	748(26.57)	830(34.48)	502(39.13)	288(46.15)
	중졸	354(25.58)	725(25.75)	585(24.30)	312(24.32)	112(17.95)
	고졸	614(44.36)	938(33.32)	604(25.09)	202(15.74)	71(11.38)
	대졸이상	138(9.97)	238(8.45)	148(6.15)	56(4.36)	19(3.04)
근로유무	비근로	941(67.99)	2,004(71.19)	1,840(76.44)	1,000(77.94)	515(82.53)
	근로	443(32.01)	811(28.81)	567(23.56)	283(22.06)	109(17.47)
가구원수	단독	286(20.66)	724(25.72)	755(31.37)	534(41.62)	319(51.12)
	2명 이상	1,098(79.34)	2,091(74.28)	1,652(68.63)	749(58.38)	305(48.88)
거주지역	동부	1,074(77.60)	2,057(73.07)	1,612(66.97)	855(66.64)	419(67.15)
	읍면부	310(22.40)	758(26.93)	795(33.03)	428(33.36)	205(32.85)
배우자 유무	없음	371(26.81)	912(32.40)	916(38.06)	609(47.47)	370(59.29)
	있음	1,013(73.19)	1,903(67.60)	1,491(61.94)	674(52.53)	254(40.71)
합계		1,384(15.31)	2,815(31.15)	2,407(26.63)	1,283(14.20)	624(6.90)

※ 계속

<표 48> 다차원 빈곤(누적 빈곤 개수) 현황2(단위: 명, %)

		5개	6개	7개	8개
성별	여성	202(58.05)	73(57.94)	23(57.50)	7(63.64)
	남성	146(41.95)	53(42.06)	17(42.50)	4(36.36)
연령	65-74	122(35.06)	50(39.68)	12(30.00)	3(27.27)
	75-84	183(52.59)	54(42.86)	19(47.50)	8(72.73)
	85-	43(12.36)	22(17.46)	9(22.50)	0(0.00)
교육수준	무학	78(22.41)	37(29.37)	17(42.50)	4(36.36)
	초졸	165(47.41)	51(40.48)	15(37.50)	7(63.64)
	중졸	48(13.79)	25(19.84)	7(17.50)	0(0.00)
	고졸	41(11.78)	11(8.73)	1(2.50)	0(0.00)
	대졸이상	16(4.60)	2(1.59)	0(0.00)	0(0.00)
근로유무	비근로	311(89.37)	119(94.44)	36(90.00)	11(100.00)
	근로	37(10.63)	7(5.56)	4(10.00)	0(0.00)
가구원수	단독	215(61.78)	85(67.46)	27(67.50)	11(100.00)
	2명 이상	133(38.22)	41(32.54)	13(32.50)	0(0.00)
거주지역	동부	263(75.57)	98(77.78)	31(77.50)	8(72.73)
	읍면부	85(24.43)	28(22.22)	9(22.50)	3(27.27)
배우자유무	없음	239(68.68)	95(75.40)	30(75.00)	11(100.00)
	있음	109(31.32)	31(24.60)	10(25.00)	0(0.00)
합계		348(3.85)	126(1.39)	40(0.44)	11(0.12)

대상 효율 분석을 위해 아래 표와 같이 전체 노인과 기초연금 미수급자, 수급자가 빈곤 개수 별로 어떻게 분포하고 있는지 확인하였다. 평균 누적 빈곤 개수가 1.86개라는 점을 고려했을 때, 2개에서부터 수급자 분포가 전체 노인 분포보다 큰 것을 볼 수 있다. 반대로 미수급자의 분포는 낮아졌다. 그래서 현재 기초연금은 누적 빈곤 개수 2개 이상의 노인에게 조금 더 많이 지급되는 것을 확인하였다. 수급률 역시 2개에서부터 약 75% 지급되어 전체 수급률보다 높은 것을 확인하였다. 4개 이상의 노인에게 거의 90% 이상 기초연금이 지급되는 것을 확인할 수 있지만 여전히 빈곤이 없거나 1개, 2개 있는 그룹에도 많이 지급되어 다차원 빈곤 관점에서도 대상 효율성이 높다고 하기에는 한계가 있다.

<표 49> 다차원 빈곤 별 노인 분포와 기초연금 수급자 분포(단위: %)

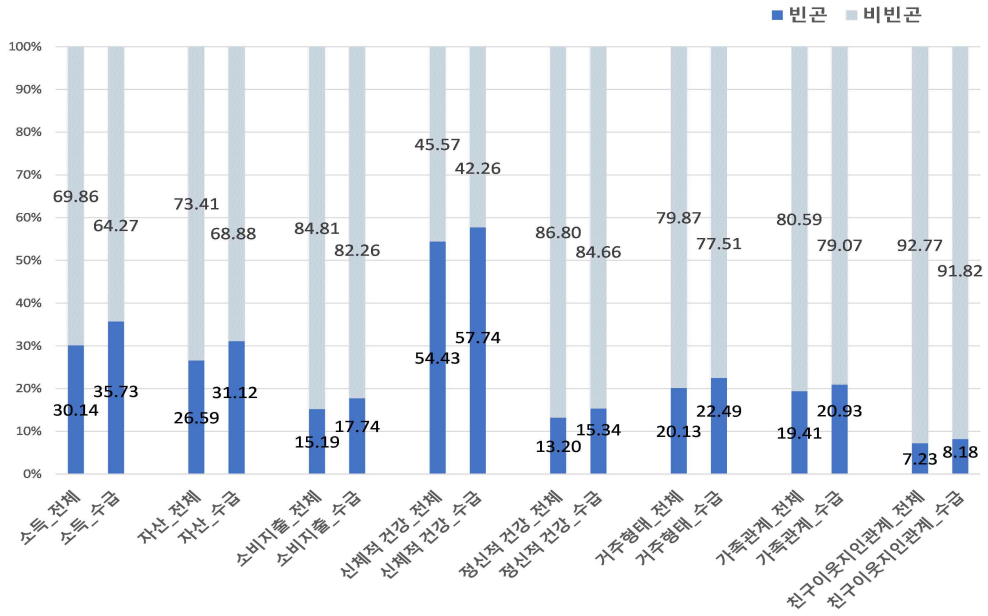
	0개	1개	2개	3개	4개	5개	6개	7개	8개
전체노인 분포(%)	15.31	31.15	26.63	14.20	6.90	3.85	1.39	0.44	0.12
미수급자 분포(%)	25.81	38.28	23.71	8.51	2.06	1.01	0.35	0.23	0.04
수급자 분포(%)	11.14	28.31	27.80	16.46	8.83	4.98	1.81	0.53	0.15
기초연금 수급률(%)	52.02	65.01	74.66	82.93	91.51	92.53	92.86	85.00	90.91

## 10. 소결

2022년 기준, 약 20조의 중앙 및 지방정부 예산으로 운영되는 기초연금은 국가 단일 일반 사업 중에서 가장 큰 규모이다. 이러한 점을 감안한다면 조금 더 효율적이며 효과적으로 사용하는 것을 고려해야 할 것이다. 아무런 노후 대책 없이 노년기에 접어든 1990년, 2000년대의 노인들에게 기초연금을 지급하는 것과 현시점에서 똑같이 기초연금을 지급하는 것이 과연 합리적인지 다시 한번 생각해 봐야 할 것이다. 이러한 배경에서 본 연구에서는 첫 번째로 대상 효율성 분석을 진행하였다.

먼저 차원별 빈곤율을 전체 노인과 수급자로 구분하여 살펴보면 아래 그림과 같다. 전체적으로 기초연금 수급자의 빈곤율이 조금 더 높은 것을 알 수 있다. 이는 어느 정도 기초연금이 빈곤 집단에 조금 더 지급되었다는 것을 의미한다. 하지만 8개 차원 중, 신체적 건강 빈곤을 제외한 7개 모든 빈곤 차원에서 빈곤 대비 비빈곤 노인 수가 많게는 11배, 작게는 1.8배 이상 많았으며 평균적으로는 4배가량 높아 다차원 빈곤 관점에서 기초연금 수급자 중 비빈곤 노인의 수와 비율 둘 다 높았다.

<그림 13> 각 차원별 빈곤 및 비빈곤 현황\_전체 노인



각 빈곤 차원별 노인 구성 집단의 빈곤율을 살펴보면 아래 표와 같다. 비교분석을 위해 기초연금 수급자 내, 차원별로 빈곤율이 가장 높은 다섯 특성을 살펴보고, 동일하게 미수급자 포함 전체 노인의 특성과 비교하여 얼마나 차이 나는지 확인하고자 한다.

<표 50> 차원별 빈곤 현황(기초연금 수급자)(단위: 명, %)

		소득	자산	소비 지출	신체적 건강	정신적 건강	주거	가족 관계	친구이웃 지인관계
성별	여성	901 (35.46)	903 (35.54)	<b>555</b> <b>(21.84)</b>	<b>1,686</b> <b>(66.35)</b>	<b>503</b> <b>(19.80)</b>	<b>795</b> <b>(31.29)</b>	523 (20.58)	207 (8.15)
	남성	1,409 (35.91)	1,109 (28.26)	592 (15.09)	2,047 (52.17)	489 (12.46)	659 (16.79)	830 (21.15)	322 (8.21)
연령	65-74	906 (30.20)	781 (26.03)	375 (12.50)	1,489 (49.63)	387 (12.90)	655 (21.83)	564 (18.80)	180 (6.00)
	75-84	1,152 (39.17)	1,012 (34.41)	627 (21.32)	1,876 (63.79)	493 (16.76)	660 (22.44)	<b>676</b> <b>(22.99)</b>	259 (8.81)
	85-	<b>252</b> <b>(48.09)</b>	<b>219</b> <b>(41.79)</b>	<b>145</b> <b>(27.67)</b>	<b>368</b> <b>(70.23)</b>	<b>112</b> <b>(21.37)</b>	<b>139</b> <b>(26.53)</b>	113 (21.56)	<b>90</b> <b>(17.18)</b>
교육 수준	무학	<b>354</b> <b>(43.38)</b>	<b>401</b> <b>(49.14)</b>	<b>223</b> <b>(27.33)</b>	<b>579</b> <b>(70.96)</b>	<b>182</b> <b>(22.30)</b>	<b>242</b> <b>(29.66)</b>	<b>203</b> <b>(24.88)</b>	<b>137</b> <b>(16.79)</b>
	초졸	<b>979</b> <b>(40.12)</b>	821 (33.65)	<b>537</b> <b>(22.01)</b>	1,500 (61.48)	427 (17.50)	591 (24.22)	<b>557</b> <b>(22.83)</b>	186 (7.62)
	중졸	454 (28.20)	426 (26.46)	241 (14.97)	877 (54.47)	231 (14.35)	321 (19.94)	314 (19.50)	111 (6.89)
	고졸	422 (31.47)	303 (22.60)	126 (9.40)	651 (48.55)	125 (9.32)	247 (18.42)	225 (16.78)	73 (5.44)
	대졸 이상	101 (39.15)	61 (23.64)	20 (7.75)	126 (48.84)	27 (10.47)	53 (20.54)	54 (20.93)	22 (8.53)
근로 유무	비근 로	<b>2,144</b> <b>(42.20)</b>	1,613 (31.75)	983 (19.35)	3,072 (60.46)	846 (16.65)	1,103 (21.71)	952 (18.74)	<b>457</b> <b>(8.99)</b>
	근로	166 (11.99)	399 (28.83)	164 (11.85)	661 (47.76)	146 (10.55)	351 (25.36)	<b>401</b> <b>(28.97)</b>	72 (5.20)
가구 원수	단독	<b>998</b> <b>(41.99)</b>	<b>910</b> <b>(38.28)</b>	<b>523</b> <b>(22.00)</b>	<b>1,560</b> <b>(65.63)</b>	<b>478</b> <b>(20.11)</b>	<b>832</b> <b>(35.00)</b>	521 (21.92)	207 (8.71)
	2명 이상	1,312 (32.09)	1,102 (26.96)	624 (15.26)	2,173 (53.16)	514 (12.57)	622 (15.22)	832 (20.35)	322 (7.88)
거주 지역	동부	1,587 (36.18)	1,147 (26.15)	700 (15.96)	2,501 (57.01)	655 (14.93)	1,142 (26.03)	<b>1,006</b> <b>(22.93)</b>	<b>389</b> <b>(8.87)</b>
	읍면 부	723 (34.79)	<b>865</b> <b>(41.63)</b>	447 (21.51)	1,232 (59.29)	337 (16.22)	312 (15.01)	347 (16.70)	140 (6.74)
배우 자 유무	없음	1,056 (36.85)	<b>1,060</b> <b>(36.99)</b>	607 (21.18)	<b>1,865</b> <b>(65.07)</b>	<b>580</b> <b>(20.24)</b>	<b>954</b> <b>(33.29)</b>	621 (21.67)	<b>256</b> <b>(8.93)</b>
	있음	1,254 (34.84)	952 (26.45)	540 (15.00)	1,868 (51.90)	412 (11.45)	500 (13.89)	732 (20.34)	273 (7.59)
<b>차원별 빈곤율</b>		2,310 (35.73)	2,012 (31.12)	1,147 (17.74)	3,733 (57.74)	992 (15.34)	1,454 (22.49)	1,353 (20.93)	529 (8.18)

\*각 빈곤지표별 빈곤율이 높은 상위 5개 노인 특성 음영으로 표시

전체적으로 85세 이상, 교육받지 못한 무학, 단독가구, 여성, 배우자가 없을 때 빈곤 비중이 비빈곤에 비해 큰 것으로 나타났다. 위의 방식과



동일하게 전체 노인을 대상으로 현황을 살펴보면 아래 표와 같다. 주요 빈곤 집단을 살펴보면 기초연금 수급자와 큰 차이가 없는 것을 확인할 수 있다.

<표 51> 차원별 빈곤 현황(전체노인)(단위: 명, %)

		소득	자산	소비지출	신체적 건강	정신적 건강	주거	가족관계	친구이웃 지인관계
성별	여성	1,001 (32.15)	1,025 (32.92)	<b>636</b> <b>(20.42)</b>	<b>2,000</b> <b>(64.23)</b>	<b>568</b> <b>(18.24)</b>	<b>937</b> <b>(30.09)</b>	611 (19.62)	237 (7.61)
	남성	1,723 (29.09)	1,378 (23.26)	737 (12.44)	2,919 (49.27)	625 (10.55)	882 (14.89)	1,143 (19.29)	416 (7.02)
연령	65-74	1,155 (23.46)	1,044 (21.21)	516 (10.48)	2,308 (46.88)	522 (10.60)	930 (18.89)	836 (16.98)	257 (5.22)
	75-84	1,287 (36.64)	1,120 (31.88)	700 (19.93)	2,194 (62.45)	549 (15.63)	728 (20.72)	<b>794</b> <b>(22.60)</b>	<b>296</b> <b>(8.43)</b>
	85-	<b>282</b> <b>(46.84)</b>	<b>239</b> <b>(39.70)</b>	<b>157</b> <b>(26.08)</b>	<b>417</b> <b>(69.27)</b>	<b>122</b> <b>(20.27)</b>	<b>161</b> <b>(26.74)</b>	124 (20.60)	<b>100</b> <b>(16.61)</b>
교육수준	무학	<b>376</b> <b>(40.96)</b>	<b>445</b> <b>(48.47)</b>	<b>256</b> <b>(27.89)</b>	<b>640</b> <b>(69.72)</b>	<b>198</b> <b>(21.57)</b>	<b>270</b> <b>(29.41)</b>	<b>238</b> <b>(25.93)</b>	<b>155</b> <b>(16.88)</b>
	초졸	<b>1,082</b> <b>(37.92)</b>	925 (32.42)	<b>608</b> <b>(21.31)</b>	1,732 (60.71)	480 (16.82)	664 (23.27)	<b>638</b> <b>(22.36)</b>	229 (8.03)
	중졸	532 (24.54)	517 (23.85)	278 (12.82)	1,152 (53.14)	279 (12.87)	398 (18.36)	425 (19.60)	137 (6.32)
	고졸	559 (22.52)	411 (16.56)	194 (7.82)	1,109 (44.68)	189 (7.61)	385 (15.51)	364 (14.67)	103 (4.15)
	대졸 이상	175 (28.36)	105 (17.02)	37 (6.00)	286 (46.35)	47 (7.62)	102 (16.53)	89 (14.42)	29 (4.70)
근로유무	비근로	<b>2,507</b> <b>(36.99)</b>	1,847 (27.25)	1,129 (16.66)	3,870 (57.10)	991 (14.62)	1,271 (18.75)	1,188 (17.53)	<b>550</b> <b>(8.12)</b>
	근로	217 (9.60)	556 (24.59)	244 (10.79)	1,049 (46.40)	202 (8.93)	548 (24.24)	<b>566</b> <b>(25.03)</b>	103 (4.56)
가구원수	단독	<b>1,099</b> <b>(37.18)</b>	<b>1,024</b> <b>(34.64)</b>	<b>595</b> <b>(20.13)</b>	<b>1,872</b> <b>(63.33)</b>	<b>542</b> <b>(18.34)</b>	<b>988</b> <b>(33.42)</b>	<b>621</b> <b>(21.01)</b>	233 (7.88)
	2명 이상	1,625 (26.72)	1,379 (22.67)	778 (12.79)	3,047 (50.10)	651 (10.70)	831 (13.66)	1,133 (18.63)	420 (6.91)
거주지역	동부	1,916 (29.86)	1,410 (21.97)	848 (13.21)	3,467 (54.03)	810 (12.62)	1,458 (22.72)	1,317 (20.52)	480 (7.48)
	읍면 부	808 (30.83)	<b>993</b> <b>(37.89)</b>	525 (20.03)	1,452 (55.40)	383 (14.61)	361 (13.77)	437 (16.67)	173 (6.60)
배우 자 유무	없음	1,165 (32.79)	<b>1,203</b> <b>(33.86)</b>	690 (19.42)	<b>2,231</b> <b>(62.79)</b>	<b>654</b> <b>(18.41)</b>	<b>1,140</b> <b>(32.09)</b>	737 (20.74)	<b>294</b> <b>(8.27)</b>
	있음	1,559 (28.42)	1,200 (21.88)	683 (12.45)	2,688 (49.01)	539 (9.83)	679 (12.38)	1,017 (18.54)	359 (6.55)
<b>차원별 빈곤율</b>		2,724 (30.14)	2,403 (26.59)	1,373 (15.19)	4,919 (54.43)	1,193 (13.20)	1,819 (20.13)	1,754 (19.41)	653 (7.23)

\*빈곤 지표별 빈곤율이 높은 상위 5개 노인 특성 음영으로 표시

구체적으로 비교해보면 가족관계 빈곤 차원에서 수급자는 단독가구 집단, 전체 노인은 읍면부 거주 집단이 그리고 친구이웃지인관계 빈곤 차원에서 75세~84세 집단, 읍면부 거주 집단 차이를 제외하고는 기초연금 수급자와 전체 노인의 빈곤 구성 집단 특성이 거의 동일한 것으로 확인되었다. 그리고 변화가 발생한 곳도 사회적 관계 위주로 근소한 차이로 나타나 큰 의미가 있다고 하기에는 한계가 있다.

이렇게 기초연금 수급자와 전체 노인의 빈곤 집단 특성에서 큰 차이가 없는 것은 그만큼 기초연금 수급자 내에도 고소득·고자산 계층, 그리고 건강한 계층 등 다양한 집단이 포함되는 것을 의미한다. 본 연구에서 분석한 결과 소득의 경우 근로소득이 연평균 2,355만원(월 196만원), 사업소득이 연간 891만원(월 74만원), 자산소득이 372만원(월 31만원)인, 사적이전소득이 339만원(월 28만원)인 노인이 281명(전체 수급자 중 4.35%)이 존재하며 공적이전소득을 제외한 소득이 연간 1,200만원(월 100만원)이 수준의 노인이 1,864명(전체 수급자 중 약 29%)을 차지한다. 국민연금, 특수직역연금 등을 포함하면 소득은 더욱 상승할 것이다.

자산에서도 보유한 주택을 포함한 순자산을 확인했을 때, 1억 이상 보유한 노인이 3,387명(전체 수급자의 53%)이며 3억 이상 순자산을 가진 노인은 789명(전체 수급자의 13%)으로 나타났다. 그리고 한 가지 눈여겨볼 점은 자산 10분위(상위)를 제외한 9분위 이하의 전체 노인과 기초연금 수급자 순자산 정도가 비슷하다는 것이다. 기초연금을 지급하면서 자산이 아주 많은 사람은 제외되었지만, 어느 정도 자산을 가진 만 65세 이상 노인은 기초연금을 수급한다는 것을 의미한다.

소비지출에서는 생활비 중심으로 살펴보면, 기초연금 수급자의 10분위(상위) 집단의 생활비가 전체 노인의 생활비보다 더 많은 것으로 나타났다. 그리고 9분위부터 1분위(최하)까지의 생활비 금액은 전반적으로 유사하다. 소비지출 관점에서 생활비는 기초연금 수급자와 전체 노인의 차이가 거의 없는 것으로 확인되었다.

신체적 건강에서는 수급자 내에서도 계단 오르기, 무거운 물건 들기

등 행동을 자유자재로 할 수 있는 집단과 그렇지 않은 집단이 동시에 포함된 것을 확인했다. 도움이 필요할 정도로 일상생활이 힘든 노인과 그렇지 않은 노인으로 구분한다면 더욱 더 지원이 필요한 노인은 거동이나 일상생활이 힘든 노인이 될 것이다. 정신적 건강 즉, 우울 척도에도 전반적으로 양호한 것으로 나타났으며 삶의 만족도 역시 우울한 정도에 따라 차이가 나지만 기초연금 수급자 전반적으로 만족하는 것으로 나타났다. 그런데도 수급자 중 극도로 우울 점수가 높은 집단도 존재하여 수급자 내에서의 격차를 확인할 수 있었으며 그 집단에 대한 지원이 시급한 것으로 보인다.

주거 소유 여부의 경우 기초연금 수급자 중 5,011명(76%)이 자가로 거주하고 있으며 이 중 방이 3개 이상인 노인은 3,834명(76%), 방이 4개 이상 노인도 523명(10%)으로 나타났다. 방이 거주하고 환경을 모든 것을 말해줄 수는 없지만 그럼에도 불구하고 실제 거주할 수 있는 방이 많은 집은 그만큼 거주하는 공간이 넓으며 다른 거주 형태보다 생활하기가 양호하다고 할 수 있을 것이다. 그런 관점에서 다수의 기초연금 수급자 노인의 거주환경은 양호하다고 할 수 있겠다. 반면 보증금이 없는 월세, 정부에서 지원하는 무상 주택에서 거주하는 기초연금 수급자도 동시에 있어 주거 빈곤 차원의 격차도 큰 것으로 나타났다. 이 두 집단의 기초연금 금액을 비교하면 보증금 없는 월세, 무상에서 거주하는 노인은 기초연금을 월평균 22만원 수준으로 지급받으며, 자가 소유 형태로 거주하고 있는 노인은 월 15만원 수준이다. 거주 형태에 따른 생활 차이는 크지만, 기초연금액의 차이는 월 7만원으로 기초연금이 빈곤 문제와 노인 내에서의 다차원 빈곤 격차를 해결할 수 있는지 실효성에 대해서 의문을 던질 수밖에 없는 분석 결과라 할 수 있다.

가족관계, 친구이웃지인 관계는 이론적 논의에서 살펴본 바와 같이 노인 전체와 기초연금 수급자 모두 심각하지 않은 것으로 확인되었다. 건강 쇠퇴와 은퇴로 인해 경제적 자원의 감소, 그리고 그에 따른 가족 및 사회적 관계의 악화(석재은, 2016)가 노인에게 대한 사회적 배제, 우울감으로 연결될 수 있는데 전반적으로 우울 점수도 양호했으며 그에 따른 삶의 만

족도도 준수했다. 기초연금 수급자 내에서 만족도가 아주 높은 집단부터 낮은 집단까지 존재했으며 만족도의 정도는 가족관계가 친구이웃지인 관계보다 조금 더 큰 것으로 나타났다. 하지만 사회적 관계 역시 수급자 내에서 그 격차가 커 대상 효율성이 좋다고 하기에는 무리가 있다.

지금까지 분석한 내용을 바탕으로 “다차원 빈곤 기준에서 기초연금 대상 효율성은 어떠한가?”에 대한 질문의 대답은 “대상 효율성이 좋지 (높지) 않다”이다. 앞서 언급했듯이 현재 20조원의 큰 예산이 투입되는 사업이지만 앞으로 노인 인구수는 더욱 늘어 날 것이고 지금 기초연금 체제를 유지한다면 더 많은 예산이 투입되어야 할 것이다. 이렇게 한정된 자원이라는 관점에서 노인인구 분포 70%에게 지급되는 기초연금이 정말 필요한 노인에게 지급되고 있지 않은 것으로 판단되며 다차원 빈곤 선 기준에서 대상 효율성이 낮다고 할 수 있다.

그렇다면 대상 효율성이 높다 또는 좋다는 것은 어떤 의미인지 확인하기 위해 단순하게 직접 비교는 불가능하지만, 국민기초생활보장제도 수급자의 대상 효율성과 비교해보자고 한다. 각 빈곤 차원의 분포는 아래 표와 같다.

<표 52> 전체 노인, 기초연금 수급자, 국민기초생활보장제도 수급자 분포

		전체 노인	기초연금 수급자	국민기초생활보장제도 수급자
소득	비빈곤	69.86	64.27	44.72
	빈곤	30.14	35.73	<b>55.28</b>
자산	비빈곤	73.41	68.88	30.25
	빈곤	26.59	31.12	<b>69.75</b>
소비지출	비빈곤	84.81	82.26	70.91
	빈곤	15.19	17.74	<b>29.09</b>
신체적 건강	비빈곤	45.57	42.26	29.96
	빈곤	54.43	57.74	<b>70.04</b>
정신적 건강	비빈곤	86.80	84.66	71.64
	빈곤	13.20	15.34	<b>28.36</b>
주거	비빈곤	79.87	77.51	38.21
	빈곤	20.13	22.49	<b>61.79</b>
가족관계	비빈곤	80.59	79.07	65.12
	빈곤	19.41	20.93	<b>34.88</b>
친구이웃 지인관계	비빈곤	92.77	91.82	84.08
	빈곤	7.23	8.18	<b>15.92</b>

국민기초생활보장 제도는 기초연금과는 달리 명확히 소득 기준으로 지급되는 공공부조이기 때문에 빈곤의 비중이 높아지는 것을 볼 수 있다. 특히, 소득, 자산, 주거, 건강의 빈곤율이 높아지는 것을 볼 수 있는데 그 이유는 국민기초생활보장제도의 급여 형태가 생계·주거·의료·교육 급여로 지급되기 때문이다. 이는 본 연구에서 활용한 빈곤 관점에서 대상 효율성이 기초연금보다 높다고 할 수 있다.

그런데도 빈곤 집단의 수급률이 더 많으면 효과적이지 않느냐는 주장을 제기할 수 있는데 그건 무한한 자원 즉 예산이 있을 때 가능하다. 왜냐하면 현재 기초연금 수급자의 다수는 전액을 받고 있어 비빈곤-빈곤 집단 연금액 차이는 크지 않기 때문이다(보건복지부, 2021). 만약, 빈곤 집단이 탈 빈곤할 수 있는 정도 또는 어느 정도 생활 안정과 필요한 곳에 소비지출할 수 있는 정도의 기초연금액이 수급자에게 지급된다면 현 기초연금 체제도 효과적이라고 할 수 있지만 이는 막대한 예산 투입이 불가피하므로 정책적으로 실현 가능성은 작다. 즉, 빈곤 집단의 수급률이 높아도 효과적이지 않은 이유는 거의 동일하게 지급되는 기초연금액 때문이다. 이 내용을 다음 절에서 소비지출 중, 의료비 지출을 중심으로 살펴해보았다.

### 제 3 절 의료비 지출 및 차별적 효과 분석

본 절에서는 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향을 분석하고 세부적으로 소득, 자산, 그리고 만성질환 수에 의한 조절효과를 분석한다. 이를 위해 전체 노인 대상이 아닌 기초연금 수급자 6,465명을 대상으로 분석을 진행한다. 그리고 분석을 위해 앞서 활용한 8개 빈곤 차원을 전부 적용하는 것이 아니라 의료비 지출에 영향을 주는 소득·자산 빈곤 차원만 활용하고 신체적 건강 빈곤 차원의 만성질환 수는 빈곤 여부가 아닌 만성질환 수 데이터를 그대로 활용한다(황인욱·이태진, 2018; 황현희 2011; 김학주, 2019; 김미혜·김소희, 2002; 김상임, 2018).

먼저, 기술통계 중심으로 살펴보고 이후에 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향, 그리고 소득·자산·만성질환 수의 조절효과를 분석한다.

#### 1. 의료비 지출

의료비 지출 금액을 노인 특성별로 살펴보면, 남성, 65세~74세, 고졸 이상, 근로, 가구원 수가 2명 이상, 동부(도시)지역, 배우자가 있으면 의료비 지출액이 높은 것을 알 수 있다. 앞선 대상 효율성 분석의 소득 빈곤에서 살펴본 바와 유사하게 소득이 높은 집단이 의료비 지출이 높게 나타나는 것으로 확인된다. 전체 노인과 비교했을 때, 성별과 거주지역에서 의료비 지출 차이가 줄어든 것으로 나타났지만 근로 유무에 있어서는 오히려 차이가 더 커진 것을 확인할 수 있다. 전체 노인에서는 근로와 비근로자의 의료비 지출 차이가 월평균 4,401원 정도 낮지만, 기초연금 수급자에서는 11,807원으로 오히려 차이가 벌어졌다.

<표 53> 노인특성별 의료비 월평균 지출(단위: 만원)

		의료비 지출	
		기초연금 수급자	전체 노인
성별	여성	6.1389	6.3407
	남성	7.6692	8.9280
연령	65-74	7.1890	8.6471
	75-84	7.0081	7.4076
	85-	6.7080	6.7142
교육 수준	무학	6.1617	6.0708
	초졸	6.9245	7.2152
	중졸	6.6260	7.1323
	고졸	8.2609	9.6329
	대졸이상	7.8410	11.5154
근로 유무	비근로	6.8149	7.9265
	근로	7.9956	8.3666
가구 원수	단독	5.8313	6.2303
	2명 이상	7.7866	8.9145
거주 지역	동부	7.3337	8.7539
	읍면수	6.5062	6.2804
배우자 유무	없음	6.2358	6.7255
	있음	7.7302	8.8858
전체 평균		7.0677	8.0366

소득, 자산, 신체적 빈곤 여부를 기준으로 살펴보면 아래 표와 같다. 소득과 자산 빈곤 차원에서 비빈곤일 때 의료비 지출 금액이 높은 것을 확인하였지만 반대로 신체적 건강 차원에서 빈곤 집단 즉, 만성질환 수가 많을수록 의료비 지출이 높은 것으로 나타났다. 여성, 고연령층 등 소득 낮은 집단에서 의료비 지출액도 낮은 것으로 확인되었으며 이는 신체적 건강 빈곤에서도 동일하게 나타났다. 즉, 아프면 의료비 지출액이 커지지만 아픈 노인 집단 안에서도 소득의 차이에 따라 의료비 지출액 차이가 나는 것을 확인할 수 있다.

<표 54> 노인특성별 의료비 월평균 지출\_기초연금 수급자(단위: 만원)

		소득		자산		신체적 건강	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
전체 평균		7.4312	6.4138	7.5075	6.0944	5.0779	8.5239
성별	여성	6.3756	5.7081	6.4822	5.5160	4.5040	6.9679
	남성	8.1196	6.8651	8.1040	6.5653	5.3393	9.8055
연령	65-74	7.5248	6.4128	7.6489	5.8822	5.3500	9.0550
	75-84	7.3487	6.4791	7.3390	6.3774	4.7314	8.3006
	85-	7.2536	6.1190	7.5442	5.5433	4.8076	7.5135
교육 수준	무학	7.1190	4.9124	7.3253	4.9576	3.7679	7.1416
	초졸	6.9794	6.8426	7.1846	6.4116	5.0095	8.1246
	중졸	7.0432	5.5638	6.9679	5.6760	4.7667	8.1801
	고졸	8.8313	7.0189	8.4720	7.5379	6.0086	10.6482
	대졸 이상	7.2165	8.8118	8.7055	5.0491	4.7803	11.0476
근로 유무	비근로	7.0735	6.4608	7.1107	6.1791	4.4345	8.3717
	근로	8.2939	5.8072	8.9045	5.7518	6.8658	9.2314
가구 원수	단독	6.0906	5.4729	6.1908	5.2516	4.3182	6.6237
	2명 이상	8.0972	7.1295	8.1543	6.7903	5.4020	9.8881
거주 지역	동부	7.7357	6.6244	7.6283	6.5013	5.3563	8.8248
	읍면부	6.8022	5.9515	7.1846	5.5549	4.4574	7.9131
배우자 유무	없음	6.3386	6.0596	6.3837	5.9839	4.3726	7.2359
	있음	8.2746	6.7121	8.2742	6.2174	5.4858	9.8099

다음으로 각 빈곤 차원별로 의료비 지출 차이를 확인하고자 독립표본 t-test를 진행하였다. 먼저 소득 비빈곤-빈곤의 경우 비빈곤이 빈곤에 비해 월평균 1만원 정도 의료비 지출이 높은 것으로 나타났으며 그 차이가 유의한지 확인하기 위해 t-test 분석을 해 본 결과  $t=2.0162(p<.05)$ 로 비빈곤-빈곤에 따른 의료비 지출 차이가 나는 것으로 확인되었다. 똑같이 자산, 신체적 건강 빈곤 차원을 분석한 결과 모두 유의한 결과가 나타났다. 앞선 표에서 언급했듯이 신체적 건강 빈곤은 빈곤일수록 즉, 만성질환이 많을수록 의료비 지출이 큰 것으로 나타났으며 t값도 가장 높았다.



**<표 55> 기초연금 수급자의 비빈곤-빈곤에 따른  
의료비 차이(t-test)**

구 분			월 의료비 지출
소득	비빈곤(n=4,155)	평균	7.43
		표준편차	17.71
	빈곤(n=2,310)	평균	6.41
		표준편차	20.34
	t		
자산	비빈곤(n=4,453)	평균	7.51
		표준편차	18.60
	빈곤(n=2,012)	평균	6.094
		표준편차	18.88
	t		
신체적 건강	비빈곤(n=2,732)	평균	5.078
		표준편차	17.28
	빈곤(n=3,733)	평균	8.52
		표준편차	19.55
	t		

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

어느 정도 소득 및 자산이 있어야 의료비 지출을 할 수 있다는 것을 확인하였다. 하지만, 신체적 건강에서 있어서는 만성질환이 많을수록 의료비 지출이 훨씬 높은 것을 확인하였다. 그렇다면 소득이 낮고 만성질환이 많은 경우는 의료비 지출이 큰 부담으로 개인 또는 가계에 영향을 줄 것으로 예상할 수 있다.

## 2. 기초연금과 노인 소득 및 자산

### 1) 기초연금

기초연금 기술통계 분석을 진행하기 전에 기초연금액 분석 데이터 취합 연도인 2019년의 기초연금 최대 지급액(전액)을 살펴보면 아래 표와 같다. 그래서 단독가구 기준 2019년 전액을 수급하면 월평균 28만원, 연간 336만원 수준을 지급받게 된다. 이런 배경하에서 기술통계 분석을 진행하고자 한다.

<표 56> 2019년 기초연금액 전액 지급 기준

기간	단독가구	부부가구	
1월 ~ 3월	250,000원	250,000원	200,000원
4월 ~ 12월	253,750원 (300,000원*)	253,750원 (300,000원*)	203,000원 (240,000원*)

\*괄호 안은 소득하위 20% 이하

\*\*출처: 보건복지부(2020)

각 노인 집단 특성별로 살펴보면 아래 표와 같다. 기초연금 연평균 금액은 여성, 고령층, 저학력, 비근로, 단독가구, 읍면부 거주, 배우자가 없을 때 높게 나타나 빈곤한 집단이 조금 더 높은 것을 확인하였다. 전반적으로 빈곤 집단의 기초연금액이 더 높은 것으로 나타났다. 기초연금 수급자의 다수가 전액을 수급하지만, 연금액 산정방식에 의해 빈곤층의 연금액이 더 높은 것으로 나타난 것이다.

<표 57> 노인 특성별 소득 및 기초연금 연평균 금액(단위: 만원)

구분		기초연금액	
		연 평균	월 평균
전체 평균		274.120	22.843
성별	여성	312.172	26.014
	남성	249.480	20.790
연령	65-74	267.427	22.285
	75-84	278.263	23.188
	85-	289.187	24.098
교육 수준	무학	303.025	25.252
	초졸	282.585	23.548
	중졸	266.574	22.214
	고졸	254.111	21.175
	대졸이상	253.736	21.144
근로 유무	비근로	273.796	22.816
	근로	275.310	22.942
가구 원수	단독	315.820	26.318
	2명 이상	249.873	20.822
거주 지역	동부	273.106	22.758
	읍면수	276.261	23.021
배우자 유무	없음	313.922	26.160
	있음	242.425	20.202

다음으로, 기초연금액에 대하여 소득·자산·신체적 건강 빈곤 여부에 따른 차이를 살펴보겠다. t-test 결과 소득 빈곤 여부에 따른 기초연금액 차이(t=0.3580)는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 그만큼 근로·사업소득 등 가처분소득에 따른 기초연금액 차이가 없는 것으로 나타난 것이다. 평균 금액을 살펴보면 빈곤한 집단의 연평균 기초연금액이 6천원 정도 낮은 것으로 나타났다. 반면, 자산·신체적 건강 빈곤 여부 분석 결과 각 t = -7.6554(p<.001), t=-7.1442(p<.001)로 나타나 빈곤 집단의 기초연금액이 큰 것으로 나타났다. 특히 자산의 경우 t값이 가장 높아 자산 수준이 기초연금액 수준을 결정하는 데 큰 역할을 하는 것으로 보인다.

<표 58> 기초연금 수급자 비빈곤-빈곤에 따른 기초연금액 차이(t-test)

구 분			기초연금액 (단위: 만원, 연간)
소득	비빈곤(n=4,155)	평균	274.33
		표준편차	61.958
	빈곤(n=2,310)	평균	273.73
		표준편차	67.07
	t		
자산	비빈곤(n=4,453)	평균	270.04
		표준편차	63.37
	빈곤(n=2,012)	평균	283.15
		표준편차	63.92
	t		
신체적 건강	비빈곤(n=2,732)	평균	267.48
		표준편차	64.75
	빈곤(n=3,733)	평균	278.97
		표준편차	62.70
	t		

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

## 2) 노인 소득

노인 소득 분석에 앞서 소득을 크게 두 종류로 구분하고자 한다. 첫 번째는 기초연금을 포함한 모든 소득(연간 근로소득, 사업소득, 재산소득, 개인연금, 퇴직연금, 주택/농지연금, 사적이전소득, 공적연금, 기초연금, 국민기초생활보장급여, 기타공적급여, 기타소득 포함)이 있으며 둘째,

위의 모든 소득에서 기초연금을 제외한 소득이다. 본 챕터에서는 이 두 소득과 기초연금을 함께 살펴보고자 한다. 그래서 기초연금이 소득에 어느 정도 영향을 주는지 그리고 인구 사회학적 특성으로 구분했을 때 취약한 집단에 기초연금액이 더 지급되었으며 지급되었을 때 소득이 그만큼 상승하는지 보겠다.

소득 역시 남성, 연소 노령층, 고학력, 근로, 가구원 수 2명 이상, 동부 지역 거주, 배우자가 있는 경우 높은 것으로 나타났다. 반면 기초연금은 그 반대로 여성, 고령층, 저학력, 비근로, 단독가구, 읍면부 거주, 배우자가 없을 때 높았다. 하지만 기초연금액을 포함한 소득을 비교하면 여전히 취약 집단의 소득이 낮은 것을 확인할 수 있다. 아래 분석 결과로 확인한바, 현재 기초연금액은 취약 집단의 빈곤 수준을 그렇지 않은 집단 수준으로 끌어올릴 수 없다는 것을 확인하였다. 빈곤 집단에서 더 많은 기초연금액을 지급해도 비빈곤 집단에서도 기초연금을 지급하고 금액 차이도 그렇게 크지 않아 그러한 결과가 나타난 것이다.

<표 59> 노인특성별 소득 및 기초연금 연평균 금액(단위: 만원)

구분		기초연금 수급자		
		소득1(기초연금 제외)	기초연금	소득2(기초연금 포함)
전체 평균		1,130.487	274.1206	1,423.459
성별	여성	989.120	312.172	1,287.577
	남성	1,222.029	249.480	1,511.450
연령	65-74	1,397.270	267.427	1,677.725
	75-84	922.316	278.263	1,225.636
	85-	771.47	289.187	1,078.033
교육 수준	무학	730.219	303.025	1,037.276
	초졸	909.229	282.585	1,211.670
	중졸	1,224.919	266.574	1,513.294
	고졸	1,535.027	254.111	1,814.154
	대졸이상	1,797.007	253.736	2,056.532
근로 유무	비근로	1,042.631	273.796	1,335.893
	근로	1,453.028	275.310	1,744.933
가구 원수	단독	793.127	315.820	1,110.543
	2명 이상	1,326.647	249.873	1,605.406
거주 지역	동부	1,203.498	273.106	1,491.660
	읍면수	976.347	276.261	1,279.475
배우자 유무	없음	1,009.687	313.922	1,308.042
	있음	1,226.683	242.425	1,515.369

각 빈곤 차원별로 살펴보면 아래 표와 같으며 빈곤에 따른 기초연금 액을 포함한 소득 차이를 확인하고자 t-test를 진행하였다. 비빈곤과 빈곤의 소득 차이가 가장 큰 빈곤은 소득 빈곤 차원이다. 자산, 신체적 건강은 약 연평균 200만 정도 차이가 났지만 소득 빈곤 차원의 경우 약 1,000만원 정도의 차이가 나타났다. 그리고 모두  $p < .001$  수준에서 모두 유의하였다. 이처럼 기초연금액을 포함했음에도 t-test 결과 차이가 난다는 것은 앞서 언급했듯이 빈곤 집단이 더 많은 기초연금액을 수급하더라도 소득개선에 큰 영향을 주지 못하는 것을 의미한다.

**<표 60> 기초연금 수급자 비빈곤-빈곤에 따른  
소득(기초연금 포함) 차이(t-test)**

구 분			소득(만원, 연간)	
소득	비빈곤(n=4,155)	평균	1781.97	
		표준편차	1372.42	
	빈곤(n=2,310)	평균	778.59	
		표준편차	473.49	
	t			42.7699***
	자산	비빈곤(n=4,453)	평균	1516.29
표준편차			1148.95	
빈곤(n=2,012)		평균	1217.98	
		표준편차	1381.16	
t			8.4558***	
신체적 건강		비빈곤(n=2,732)	평균	1513.06
	표준편차		1482.34	
	빈곤(n=3,733)	평균	1357.88	
		표준편차	1008.75	
	t			4.7289***

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

### 3) 노인 자산

이론적 논의에서 노년층의 현재 소득이 부족하게 되면 자산을 활용하게 된다는 것을 확인하였다(Shefrin & Thaler(1988)). 그리고 자산 역시 소비지출과 의료비 지출에 영향을 준다는 것을 확인하였다. 이에 노인 순자산 10분위 별로 순자산, 소득, 그리고 의료비 지출에 대해서 살펴보겠다. 최상위 수준의 자산은 4억 3천만원 수준이며 연 소득도 기초연금 포함 약 2천만원 수준이다. 월평균 167만원으로 나타났다. 그리고 자산이 낮아질수록 그만큼 소득도 함께 낮아지는 것으로 확인되었다. 기초연금액은 자산이 낮아질수록 전반적으로 높아지지만, 기초연금액 산정에 있어 소득의 영향으로 인해 일관적 감소세를 보이지는 않는 것으로 보인다. 의료비 지출은 전반적으로 감소하지만, 순자산 최하위 집단에서 2~4

분위 집단보다 더 높게 나타났다. 이 집단의 경우 앞서 언급했듯이 자산을 활용하여 의료비 지출을 하는 것으로 판단된다.

<표 61> 순자산 10분위 별 빈도, 노인 소득, 의료비 지출(단위: 만원, 연간)

구분	10 (최상)	9	8	7	6	5	4	3	2	1 (최하)
빈도	645	628	631	682	634	643	600	704	649	649
순자산	43,956.8	23,732.2	17,426.1	13,355.2	10,612.3	8,548.4	6,627.4	4,804.4	2,548.6	11.7
소득1(기초연금 제외)	1,736.3	1,325.1	1,315.6	1,207.9	1,090.7	1,030.5	875.6	967.2	864.1	895.5
기초연금액	257.7	261.7	270.2	265.6	276.0	276.9	283.4	273.9	278.0	298.1
소득2(기초연금 포함)	1,997.2	1,599.3	1,596.6	1,495.0	1,385.2	1,328.6	1,189.4	1,271.7	1,167.3	1,207.5
의료비 지출	116.7	89.5	96.4	83.8	85.1	83.9	73.7	69.1	69.1	81.6

### 3. 의료비 지출에 영향을 주는 요인

#### 1) 만성질환 수

만성질환 수는 Andersen(1995)에 의하면 질병 수준으로 필요 요인에 속하며 의료비 지출에 가장 큰 영향을 주는 것으로 알려져 있다. 본 연구에서 만성질환 수는 <모델1>, <모델2>분석에서는 통제변수로 <모델3>에서는 조절변수로 활용하여 의료비 지출에 있어 차별적 효과를 분석하는 데 중요한 변수로 활용하였다. 만성질환 데이터는 대상 효율성 분석에서 신체적 빈곤 차원에서 활용했던 데이터이며 빈곤 여부가 아닌 만성질환 수로서 연속형 변수로 활용된다.

먼저 빈도를 살펴보면, 아래 표와 같이 만성질환 수는 1개 이상이 약 86%, 2개 이상인 경우가 약 58% 수준을 보여 기초연금 수급자 노인 중 50% 이상은 2개 이상의 만성질환을 가지고 있다는 것을 보여준다. 기초연금 수급자 중, 만성질환 평균 개수는 1.96개이며 전체 노인으로 대상을

확대하면 1.86개로 조금 낮지만 비슷한 수치를 보인다.

<표 62> 만성질환 수 현황

만성질환 갯수	빈도(명)	%
0	918	14.2
1	1,814	28.06
2	1,827	28.26
3	1,041	16.1
4	508	7.86
5	203	3.14
6	78	1.21
7	46	0.71
8	22	0.34
9	3	0.05
10	3	0.05
11	1	0.02
17	1	0.02
합계	6,465	100

이러한 만성질환 수를 바탕으로 소득, 순자산, 지출, 의료비 지출, 기초연금액 현황을 살펴보면 아래 표와 같다. 만성질환 수가 많을수록 기초연금을 포함하지 않은 전체소득은 감소하는 것을 볼 수 있다. 순자산에서는 만성질환 수 0개보다 1개가 더 많지만, 그 이후 전체적으로 감소하는 것으로 나타났다. 소비지출은 일정하지는 않지만, 전반적으로 감소 추세를 보인다. 기초연금액은 만성질환이 많을수록 증가하는 것으로 확인되었다. 하지만 최소·최대 값을 확인하면 모든 만성질환 개수에서 최대 금액이 같다는 것을 알 수 있다. 2019년 기준 수급자 중 86.3%가 전액 수급자이기 때문에(보건복지부, 2020) 만성질환의 개수와 상관없이 전액을 받는 노인이 많은 것을 알 수 있다. 반면, 의료비 지출은 만성질환 수가 많을수록 명확히 증가하는 것을 확인할 수 있다. 의료비 지출 차이는 만성질환이 없는 집단과 7개인 집단이 약 5배 정도 차이가 나 만성질환에 따른 의료비 지출이 큰 것으로 확인되었다.



<표 63> 만성질환 수별 연 소득, 지출, 기초연금 현황(단위: 만원)

만성질환 개수	빈도	소득* 평균	순자산 평균	소비지출** 평균	의료비 지출 평균	기초연금액		
						평균	최소	최대
0	918	1,313.243	12,824.77	810.391	40.326	262.065	36	345
1	1814	1,178.123	13,820.64	840.636	71.364	270.226	36	345
2	1827	1,111.728	13,229.74	790.554	85.096	275.786	36	345
3	1041	1,011.735	12,858.93	757.328	108.219	279.833	36	345
4	508	1,053.703	12,272.06	810.063	123.779	282.133	50	345
5	203	1,023.128	11,878.02	749.747	131.822	285.847	100	345
6	78	915.6834	10,100.18	655.130	134.153	288.666	144	345
7개 이상	76	883.967	10,152.10	751.677	179.052	294.578	140	345

\*기초연금 미포함 소득

\*\*주거비 미포함 소비지출

만성질환 수와 소득 및 자산 빈곤 여부를 분석하면 아래 표와 같이 만성질환 수가 많을수록 빈곤 집단의 분포 즉 빈곤율이 높은 것을 확인할 수 있다. 그리고 만성질환이 7개가 넘는 노인 집단에서는 50% 이상이 빈곤한 것으로 확인되었다. 만성질환 수 4개, 5개 집단에서는 자산 빈곤율이 높게 나타나 건강 취약 계층에서의 소득과 자산 빈곤이 심화되는 것으로 나타났다.

<표 64> 만성질환 수와 소득 및 자산 빈곤 여부 분포(단위: 명, %)

만성질환 수		소득		자산	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
0	빈도	627	291	635	283
	%	68.3	31.7	69.1	30.8
1	빈도	1,174	640	1,289	525
	%	64.7	35.3	71.0	28.9
2	빈도	1,141	686	1,265	562
	%	62.5	37.6	69.2	30.7
3	빈도	666	375	729	312
	%	64.0	36.0	70.0	29.9
4	빈도	344	164	328	180
	%	67.7	32.3	64.5	35.4
5	빈도	123	80	121	82
	%	60.6	39.4	59.6	40.3
6	빈도	46	32	48	30
	%	59.0	41.0	61.5	38.4
7개 이상	빈도	34	42	38	38
	%	44.7	55.3	50.0	50.0

반대로, 만성질환 수를 소득과 자산 빈곤 여부에 따라 분석하면 아래 표와 같다. 빈곤할수록 평균 만성질환 수가 높은 것으로 나타났으며 유의한 수준에서 소득, 자산 빈곤 차원 모두 비빈곤과 빈곤 간 만성질환 수 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 앞선 분석 결과와 동일하게 빈곤 집단이 비빈곤 집단보다 만성질환 수가 많은 것으로 확인되었다.

<표 65> 기초연금 수급자 비빈곤-빈곤에 따른 만성질환 수 차이(t-test)

구 분			만성질환 수
소득	비빈곤(n=4,155)	평균	1.920818
		표준편차	1.443441
	빈곤(n=2,310)	평균	2.038095
		표준편차	1.548501
t			-2.9890**
자산	비빈곤(n=4,453)	평균	1.908601
		표준편차	1.414039
	빈곤(n=2,012)	평균	2.082505
		표준편차	1.618562
t			-4.1558***

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

## 2) 기타 요인

만성질환 수 이외에 의료비 지출에 영향을 주는 건강 상태, 중증 여부, 장애 여부, 일상생활에서 보조기 사용 유무(이상 필요 요인), 생활비 지출, 저축액, 가구원 수(이상 가능성 요인), 연령, 성별, 교육 수준, 거주 지역, 배우자 유무, 종교 유무(소인성 요인)에 대한 기술통계를 순서대로 진행하고자 한다.

### (1) 건강 상태(인지)

먼저, 인지하고 있는 건강 상태는 응답자가 주관적으로 인식하는 것으로 의사 진단 만성질환만큼은 객관적이지는 않지만, 의료 이용과 의료비 지출에 있어 중요한 요인 중 하나이다(Andersen & Newman, 1973). 응답은 ‘매우 건강하다’, ‘건강한 편이다’, ‘그저 그렇다’, ‘건강이 나쁜 편이다’, ‘건강이 매우 나쁘다’로 구성되어 있다. 약 42.5%가 건강하다는 응답을 하였으며, 22.3%가 건강이 나쁘다는 부정적인 응답을 하였다. 그리고 중간의견은 약 35% 나타났다.

<표 66> 건강 상태(인지) 현황

구분	빈도(명, %)
매우 건강하다	151(2.34)
건강한 편이다	2,600(40.22)
그저 그렇다	2,265(35.03)
건강이 나쁜 편이다	1,290(19.95)
건강이 매우 나쁘다	159(2.46)
합계	6,465(100.00)

### (2) 중증 여부

중증 여부는 관련 데이터가 구축되어 있지 않아 만성질환 중 중증을 선별하여 중증 여부를 확인하였다. 이를 위해 선행 작업으로 각 질환에

대한 빈도를 의료비 순으로 살펴보면 아래와 같다. 개별 의료비는 앞서 언급했듯이 연간 의료비에서 만성질환 수를 나누어 단일 질환에 대한 개인 의료비를 평균적으로 산출하였다. 이를 다시 질환별로 평균을 산출하여 평균(연간 42만원) 이상을 중증 여부로 판단하였다. 선정된 질환을 하나라도 가지고 있으면 중증이 있는 것으로 설정하였다.

<표 67> 만성질환에 따른 의료비와 빈도(단위: 만원)

질환명	의료비	빈도*	질환명	의료비	빈도
폐결핵, 결핵	24.467	6	당뇨병	41.248	1,668
요실금	26.566	103	녹내장	41.436	46
골다공증	31.633	545	고혈압	42.579	3,888
요통, 좌골신경통	32.114	594	뇌졸중(중풍, 뇌경색)	42.751	304
치매	33.106	103	만성기관지염, 폐기종	42.849	56
갑상선 질환	33.392	182	피부병	42.863	33
고지혈증(이상지질혈증)	34.193	1,112	백내장	43.297	191
협심증, 심근경색증	34.487	319	기타 심장질환(심부전증과 부정맥)	44.931	338
파킨슨병	34.949	39	위·십이지장궤양	45.635	270
만성중이염	35.005	31	전립선 비대증	48.311	226
빈혈	35.331	54	간경변증	50.707	24
불면증	35.593	92	노인성 난청	57.055	76
골관절염(퇴행성관절염), 류머티즘 관절염	37.677	1,065	골절, 탈골 및 사고 후유증	60.503	81
천식	37.713	117	만성 신장 질환	80.871	68
간염	39.565	16	암(악성신생물)	82.351	106
우울증	40.692	89			

\*빈도는 중복 포함

선정 결과, 아래 표와 같이 중증이 없는 노인 약 31.25%, 중증이 있는 노인은 68.75%로 나타났다. 소득은 중증 없음이 연간 150만원 정도 더 높았으며 지출은 15만원으로 큰 차이는 나지 않았다. 반면 의료비 지출은 중증 있음이 약 26만원 정도 높게 확인되었다.

<표 68> 중증 여부 현황

구분	빈도(명, %)
중증 없음	2,020(31.25)
중증 있음	4,445(68.75)
합계	6,465(100.00)

(3) 장애 유무

장애 유무는 장애 판정을 기준으로 장애가 있고 없음을 구분하였다. 장애 판정은 동사무소 등 기관을 통해 장애판정의뢰서를 받아 병원을 방문한 뒤 의사 판단에 따라 장애 판정을 받을 수 있다. 장애 유무 현황은 아래와 같다. 전체 인원 중 5%인 324명이 장애 판정을 받은 것으로 확인되었다.

<표 69> 장애 유무 현황(단위: 명, %)

구분	장애 유무
없음	6,141(94.99)
있음	324(5.01)
합계	6,465(100.00)

(4) 일상생활 보조기 사용

일상생활 보조기 사용은 크게 시력, 청력, 씹기로 구분되어 있으며 보고 듣고 씹는 등의 일상생활에서 보조기를 사용 유무를 확인하였다. 시력 보조기 사용의 경우 안경, 렌즈, 돋보기 등을 사용하기 때문에 사용하는 빈도가 더 높은 것으로 나타났다. 청력의 경우는 보청기 사용 유무를 확인하였는데 사용률이 12.8%로 다른 보조기에 비해 낮은 것으로 확인되었다. 씹기는 틀니 등 의치 사용 유무이다. 안경, 돋보기에 비해 낮은

비중이지만 그래도 약 42%가 사용 중인 것으로 나타났다.

<표 70> 일상생활 보조기 사용 현황

구분	시력 보조기	청력 보조기	씹기 보조기
사용 안함	3,019(46.70)	5,638(87.21)	3,745(57.93)
사용함	3,446(53.30)	827(12.79)	2,720(42.07)

(5) 가구원 수

가능성 요인은 소득, 자산, 가구원 수, 생활비, 저축액으로 구분할 수 있는데 소득과 자산은 앞서 주요 변수로 분석을 진행했기 때문에 본 파트에서는 가구원 수, 생활비, 저축액 중심으로 분석하였다. 가구원 수는 2명인 가구가 많았으며 이는 주로 노인 부부가구로 확인된다. 왜냐하면 본 데이터에서 분석한 결과 배우자가 있는 노인이 3,599명으로 나타났기 때문이다.

<표 71> 기초연금 수급자 가구원 수(단위: 명, %)

		기초연금 수급자	
		빈도	비율
가구원 수	1명	2,377	36.77
	2명	3,522	54.48
	3명	399	6.17
	4명	89	1.38
	5명	57	0.88
	6명	14	0.22
	7명	5	0.08
	10명	2	0.03
전체		6,465	100.00

(6) 생활비(의료비 지출 제외)와 저축액

생활비와 저축액은 수급자 전체, 그리고 소득 10분위로 구분하여 살펴

보겠다. 먼저 전체 6,465명의 의료비 지출 제외 연간 생활비는 1인 기준 909만원으로 월평균 75만원 수준이다. 저축액 즉, 전체소득에서 생활비를 제외한 여분의 금액은 연평균 428만원, 월평균 35만원 수준이다.

이를 소득 10분위로 구분하여 살펴보면 최상위 구간에서는 생활비가 연간 1,442만원으로 월 120만원 수준으로 높게 나타났으며 소득이 낮을 수록 생활비가 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 저축액의 경우 최상위 구간에서는 2,339만원이지만 하위 세 개 구간에서는 소득보다 생활비 지출이 더 큰 것으로 나타났다. 소득 범위를 벗어나 소득 지출하는 것으로 확인된다.

<표 72> 수급자의 소득 10분위 별 생활비 및 저축액(단위: 만원, 연간)

구분	평균	10 (최상)	9	8	7	6	5	4	3	2	1 (최하)
생활비	909.7	1442.5	1181.5	1069.1	970.9	787.8	804.5	748.7	681.5	700.4	710.9
저축액	428.9	2339.6	1083.1	657.1	371.0	282.7	108.0	34.3	-33.6	-185.5	-362.2

#### (7) 소인성 요인

다음으로 건강에 영향을 줄 수 있는 개인적 요소인 소인성 요인에 대해서 살펴보겠다. 이 데이터는 앞선 분석에서 진행했기 때문에 자세히 살펴보지는 않겠다. 하지만 두 번째 분석에서는 종교 유무가 추가되었는데 이는 종교적인 이유 역시 의료 이용과 의료비 지출에 영향을 주기 때문이다(Andersen & Newman, 1973). 빈도분석 결과, 약 60% 정도가 불교, 기독교, 천주교 등 종교가 있는 것으로 나타났으며 40%가 종교가 없는 것으로 나타났다. 2015년 기준, 전체 인구의 43%가 종교가 있으며 56%가 종교가 없는 것으로 나타나 상반된 결과를 보여주고 있다. 그만큼 노년층에서 조금 더 종교를 가지는 것으로 확인되었다.

<표 73> 기초연금 수급자 소인성 요인(단위: 명, %)

구 분		빈도	비율
연령	65-74	3,000	46.40
	75-84	2,941	45.49
	85이상	524	8.11
성별	여성	2,541	39.30
	남성	3,924	60.70
교육 수준	무학	816	12.62
	초졸	2,440	37.74
	중졸	1,610	24.90
	고졸	1,341	20.74
	대졸이상	258	3.99
거주 지역	동부	4,387	67.86
	읍면부	2,078	32.14
배우자 유무	배우자없음	2,866	44.33
	배우자있음	3,599	55.67
종교 유무	종교없음	2,605	40.29
	종교있음	3,860	59.71
전체		6,465	100.00

#### 4. 기초연금과 의료비 지출 분석

##### 1) 기초연금액에 따른 의료비 지출 분석

기초연금 수급자 대상으로 기초연금액이 의료비 지출에 미치는 영향을 분석하였다. 의료비 지출은 앞서 언급했듯이 금액과 자연로그를 취한 비율 둘 다 분석을 진행하였다. 결과적으로 기초연금액이 증가하더라도 의료비 지출 금액과 비율 모두 유의한 영향을 주지 않는 것으로 확인되었다. 가설 설정에서 논의한 예상대로 결과가 나타났다. 그리고 기존 기초연금의 도입과 확대에 관한 연구 결과와도 유사한 결과이다.

통제변수를 살펴보면 종속변수가 의료비 지출 금액일 때는 만성질환 수, 씹기보조기 사용, 소득, 가구원 수, 생활비 지출, 저축액, 고졸, 대졸이상, 읍면부 거주할 때 유의한 결과가 나타났다. 만성질환 수가 1개 증가



할 때 의료비는 약 연간 16만원 증가했으며, 반대로 틀니 등 씹기 보조기를 사용하면 그렇지 않을 때 비해 의료비 지출인 13만원 감소했다. 소득은 1% 증가할 때 의료비 지출이 연간 0.67만원(6,700원)<sup>32)</sup> 정도 증가했으며 가구원이 1명 증가할 때마다 11만원이 증가했다. 반대로 생활비 지출이 1만원 증가할 때 의료비 지출은 0.1만원(1,000원) 정도 감소했으며 저축이 1만원 증가할 때 500원 정도 감소했다. 무학과 비교해서 고졸이면 27만원, 대졸 이상이면 42만원이 더 높았다. 도시(동부)에 비해 시골 지역(읍면부)의 의료비 지출이 14만원 정도 낮은 것으로 확인되었다.

다음으로, 의료비 지출 비율일 때 살펴보면 만성질환 수, 건강 상태(인지), 중증 여부, 장애 여부, 청력보조기 사용, 소득, 순자산, 가구원 수, 생활비 지출, 저축액, 초등학교 졸업, 고등학교 졸업, 종교가 있을 때 유의한 결과가 나타났다. 만성질환의 경우, 만성질환 개수가 1개 늘어나면 의료비는 연간 24% 정도 더 지출하는 것으로 확인되었다<sup>33)</sup>. 다음으로, 주관적 건강 상태가 나쁘다고 1단계 생각할 때, 의료비는 12% 증가하였다. 중증이 있으면 없을 때 비해 약 64% 정도 의료비 지출이 높게 나타났다<sup>34)</sup>. 장애가 있는 경우는 없을 때보다 13% 의료비 지출이 감소하는 것으로 나타났다. 보청기와 같은 청력 보조기를 사용하면 그렇지 않은 경우와 비교하여 약 16% 의료비 지출이 높게 나타났다.

가능성 요인을 살펴보면 소득이 1% 증가할 때, 의료비 지출이 약 0.18% 증가하는 것으로 나타났으며 순자산이 1% 증가할 때는 0.07% 증가하였다. 가구원 수는 1명 많을 때마다 의료비 지출이 약 7% 정도 증가하는 것으로 확인되었다. 생활비 지출과 저축액이 1만원 증가하면 의료비 지출은 0.01만원(100원) 증가하는 것으로 확인되었다.

32) 종속변수가 금액이며 독립변수가 로그 변환된 변수일 때는 x가 1% 변할 때, 계수값/100만큼 종속변수가 변했다고 해석해야 한다.

33) 독립변수가 자연수이며 종속변수가 로그 변환된 변수일 때는 x가 1단계 변할 때, 계수값\*100만큼 종속변수가 변했다고 해석해야 한다.

34) 로그 변환된 종속변수와 더미변수의 계수를 해석할 때는 더미변수가 연속형 변수가 아니기 때문에 변수의 차이를 측정할 수 없다. 그러므로  $e^\beta - 1$  계산하여 변화율을 따져보아야 한다. 중증 여부의 경우 계수는 0.496이지만 더미변수이기 때문에  $e^\beta$ 로 다시 계산하여 1.642라는 값을 얻은 뒤 1을 빼서 약 64%라고 해석해야 한다.

소인성 요인 중에서 교육 수준에서는 무학과 비교하여 초등학교 졸업이 14%, 고등학교 졸업이 16% 의료비 지출이 많은 것으로 나타났다. 그리고 종교가 있으면 오히려 의료비 지출이 13% 감소하는 것으로 나타났다.

<표 74> 기초연금과 의료비 지출 분석\_기초연금 수급자 대상

구분		<모델1>			
		의료비 지출 금액(만원)	의료비 지출 비율(%)		
독립 변수	기초연금액(백만원)		-9.512142	-.0257845	
통제 변수	필요 요인	만성질환수		<b>16.18713***</b>	<b>.24378***</b>
		건강 상태(인지)		.0788256	<b>.1233755***</b>
		중증 여부	있음	10.76194	<b>.4983052***</b> ( $e^{\beta}=1.6459294$ )
		장애여부	있음	11.52991	<b>-.1448163*</b> ( $e^{\beta}=0.8651812$ )
		시력보조기 사용유무	사용	3.734639	.0060595
		청력보조기 사용유무	사용	8.250875	<b>.1550599**</b> ( $e^{\beta}=1.167728$ )
		씹기보조기 사용유무	사용	<b>-13.66409*</b>	.0028272
	가능성 요인	ln소득(기초연금 제외)		<b>67.06547***</b>	<b>.1821706***</b>
		ln순자산		2.243923	<b>.0765783***</b>
		가구원 수		<b>11.15095*</b>	<b>.0759521**</b>
		생활비 지출(의료비 제외)		<b>-.1038106***</b>	<b>-.0001417***</b>
		저축액		<b>-.058856***</b>	<b>-.0001467***</b>
	소인성 요인	연령		-.4831328	-.0053558
		성별	남성	11.7408	-.0549658
		교육 수준	초졸	8.909715	<b>.1379923**</b> ( $e^{\beta}=1.1479667$ )
			중졸	1.317712	.0569892
			고졸	<b>27.69797*</b>	<b>.1496053*</b> ( $e^{\beta}=1.1613758$ )
			대졸이상	<b>42.91186**</b>	.0666135
		거주지역	읍면부	<b>-14.44985*</b>	-.0182924
		배우자유무	있음	-13.11174	.0482804
종교유무	있음	-7.983191	<b>-.149202***</b> ( $e^{\beta}=0.8613951$ )		
F		33.24***	72.91***		
R 제곱		0.1020	0.1994		
수정된 R 제곱		0.0989	0.1966		
N		6,465	6,465		

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

\*더미 변수의 준거범주: 중증 여부(없음), 장애여부(없음), 보조기사용유무(미사용), 성별(여성), 교육 수준(무학), 거주지역(동부), 배우자(없음), 종교(없음)

## 2) 소득 및 자산 빈곤 여부에 따른 조절효과

다음으로 기초연금액이 소득 빈곤 여부에 따라 의료비 지출에 어떠한 영향을 미치는지 조절효과 분석을 통해 살펴보았다. 결과적으로 기초연금액이 높고(소득이 더 증가하고) 소득 빈곤 집단일 때 정(+)의 영향으로 확인되었지만 금액, 비율 모두 유의한 결과로 나타나지 않았다.

먼저 의료비 지출 금액 모델에서의 통제변수를 살펴보면 만성질환 수, 순자산, 가구원 수, 생활비 지출, 저축액, 연령, 고졸, 대졸 이상, 읍면부에서 유의한 결과가 나타났다. 만성질환이 1개 많아질수록 의료비 지출은 연간 17만원 증가했다. 순자산이 1% 증가할 때 의료비 지출은 0.02만원(200원), 가구원이 1명 많을 때 20만원 증가했다. 반면, 생활비 지출이 1만원 증가하면 0.07만원(700원) 저축액이 1만원 증가하면 0.03(300원) 의료비 지출이 감소했다. 연령이 1살 많아질수록 의료비 지출은 1만원 감소했으며, 무학에 비해 고졸은 39만원, 대졸이상은 50원 의료비 지출이 높았다. 동부에 비해 읍면부에 거주하면 연간 15만원 의료비 지출이 낮았다.

의료비 지출 비율에서의 통제변수를 살펴보면 만성질환 수, 건강 상태, 중증 여부, 청력 보조기 사용, 순자산, 가구원 수, 생활비 지출, 저축액, 연령, 초등학교 졸업, 고등학교 졸업, 종교 유무에서 유의한 결과를 나타냈다. 만성질환이 1개 증가하면 약 24%, 건강 상태가 1단계 나쁘다고 생각하면 13%, 중증을 가지고 있으면 63%, 청력 보조기를 사용하면 16%, 순자산이 1% 증가하면 0.07%, 가구원 수가 1명 많아지면 9% 연간 의료비 지출이 높아지는 것을 확인하였다. 반면, 생활비 지출과 저축액이 1만원 증가하면 0.008% 감소하는 것으로 확인되었다. 연령이 1살 많아질수록 0.7% 감소하였다. 무학에 비해 초등학교 졸업이면 15%, 고등학교 졸업이면 19% 증가하는 것으로 확인되었으며 종교가 있으면 없는 집단에 비해 연간 12% 의료비 지출이 낮은 것으로 나타났다.

<표 75> 기초연금과 의료비 지출에 대한 소득빈곤 여부 조절효과

구분		<모델2-1>			
		의료비 지출 금액(만원)	의료비 지출 비율(%)		
독립변수	기초연금액(백만원)		-8.896798	-.0418717	
조절변수	소득빈곤 여부	빈곤 집단	-48.57678	<b>-.3712529**</b>	
교차항	기초연금액*소득빈곤 여부		.093784	.0375471	
통제변수	필요요인	만성질환수		<b>17.36575***</b>	<b>.2462076***</b>
		건강 상태(인지)		1.852973	<b>.1280386***</b>
		중증 여부	있음	6.771281	<b>.4903944***</b> ( $e^\beta=1.63296$ )
		장애여부	있음	17.51809	-.1192105
		시력보조기 사용유무	사용	-2.513723	-.0098085
		청력보조기 사용유무	사용	6.212659	<b>.1491262**</b> ( $e^\beta=1.1608195$ )
		씹기보조기 사용유무	사용	-9.32541	.0106473
	가능성요인	ln순자산		<b>2.890054*</b>	<b>.0761235***</b>
		가구원 수		<b>20.22336***</b>	<b>.0936454**</b>
		생활비 지출(의료비 제외)		<b>-.0737867***</b>	<b>-.0000827**</b>
		저축액		<b>-.0309042***</b>	<b>-.0000895***</b>
	소인성요인	연령		<b>-1.316753*</b>	<b>-.0070079*</b>
		성별	남성	18.86875	-.0266019
		교육 수준	초졸	10.20893	<b>.1431028**</b> ( $e^\beta=1.1538484$ )
			중졸	6.225094	.061924
			고졸	<b>39.08318**</b>	<b>.1822186**</b> ( $e^\beta=1.1998765$ )
			대졸이상	<b>50.87768**</b>	.1029855
		거주지역	읍면부	<b>-15.7338**</b>	-.030303
		배우자유무	있음	-18.08282	.0353536
		종교유무	있음	-2.841415	<b>-.1342491***</b> ( $e^\beta=0.8743722$ )
F		21.10***	69.39***		
R 제곱		0.0701	0.1986		
수정된 R 제곱		0.0667	0.1957		
N		6,465	6,465		

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

\*더미 변수의 준거범주: 중증 여부(없음), 장애여부(없음), 보조기사용유무(미사용), 성별(여성), 교육 수준(무학), 거주지역(동부), 배우자(없음), 종교(없음)

다음으로 기초연금액 증가가 의료비 지출에 영향을 미치는데 자산 빈곤 여부가 어떠한 조절효과가 있는지 살펴보았다. 분석 결과, 기초연금액

이 높고(소득이 더 증가하고) 자산 빈곤 집단일 때 부(-)의 영향이 금액과 비율 모두 유의한 수준에서 나타나는 것을 확인하였다. 즉, 자산 빈곤 집단에서는 기초연금을 더 많이 받을수록 의료비 지출 금액이 줄어드는 동시에 비율도 줄어드는 것을 확인하였다.

의료비 지출 금액 분석 결과의 통제변수들을 살펴보면, 만성질환 수, 썩기 보조기 사용 유무, 소득, 가구원 수, 생활비 지출, 저축액, 고졸, 대졸 이상, 읍면부에서 유의한 결과가 확인되었다. 만성질환이 1개 증가하면 연간 의료비가 16만원 증가했다. 썩기 보조기를 사용하면 그렇지 않을 때 비해 14만원 감소했다. 소득이 1% 증가하면 의료비 지출은 0.66만원(6,600원), 가구원이 1명 증가하면 11만원 증가했다. 생활비 지출이 1만원 증가하면 0.1만원(1,000원), 저축액이 1만원 증가하면 0.05(500원)의 의료비 지출이 감소하는 것으로 확인되었다.

의료비 지출 비율 분석 결과의 통제변수들을 살펴보면 만성질환 수, 건강 상태, 중증 여부, 장애 여부, 청력 보조기 사용, 소득, 가구원 수, 생활비 지출, 저축액, 초등학교 졸업, 고등학교 졸업, 종교 유무에서 유의한 결과를 나타냈다. 만성질환이 1개 증가하면 약 24%, 건강 상태가 1단계 나쁘다고 생각하면 12%, 중증이 있으면 64%, 반면 장애가 있으면 없는 집단에 비해 14% 연간 의료비 지출이 감소하는 것으로 나타났다. 청력 보조기를 사용하면 15%, 소득이 1% 증가하면 0.17%, 가구원 수가 1명 많아지면 7% 연간 의료비 지출이 높아지는 것을 확인하였다. 생활비 지출이 1만원, 저축액이 1만원 증가할 때는 각각 0.01% 감소하는 것으로 확인되었다. 무학에 비해 초등학교 졸업이면 13%, 고등학교 졸업이면 16% 증가하는 것으로 확인되었으며 종교가 있으면 없는 집단에 비해 14% 연간 의료비 지출이 낮은 것으로 나타났다.

<표 76> 기초연금과 의료비 지출에 대한 자산빈곤 여부 조절효과

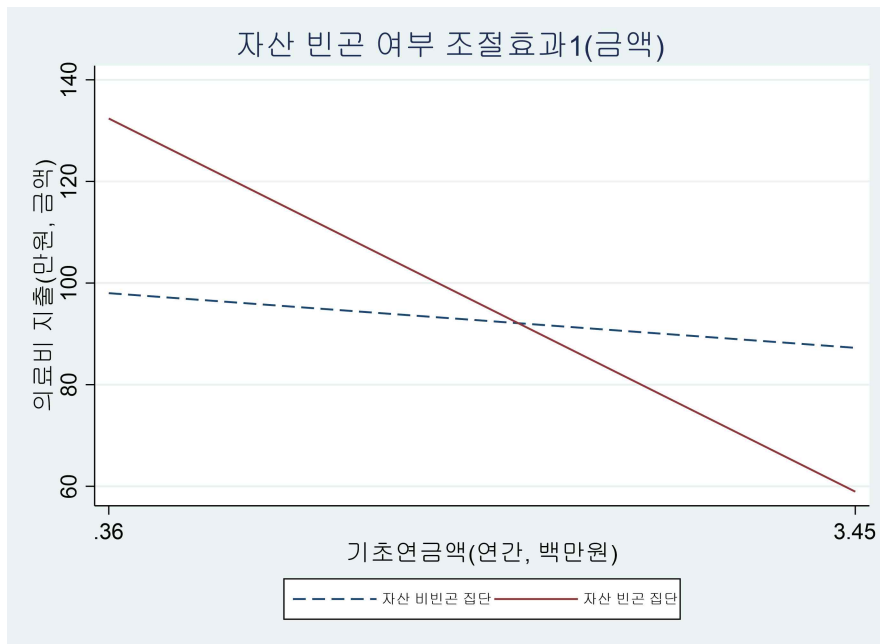
구분		<모델2-2>			
		의료비 지출 금액(만원)	의료비 지출 비율(%)		
독립변수	기초연금액		-3.480989	.0004606	
조절변수	자산빈곤 여부	빈곤 집단	41.68122	-.0380855	
	기초연금액*자산빈곤 여부		<b>-20.28728*</b>	<b>-.1048885*</b>	
통제변수	필요요인	만성질환수	<b>16.31305***</b>	<b>.2421877***</b>	
		건강 상태(인지)	.2174512	<b>.1223045***</b>	
		중증 여부	있음	10.52171	<b>.4992641***</b> ( $e^\beta=1.6475084$ )
		장애여부	있음	12.10084	<b>-.1525587*</b> ( $e^\beta=0.8585085$ )
		시력보조기 사용유무	사용	3.865296	.0100803
		청력보조기 사용유무	사용	7.530813	<b>.1415687**</b> ( $e^\beta=1.1520796$ )
		씹기보조기 사용유무	사용	<b>-14.19466*</b>	-.0060106
	가능성요인	ln소득(기초연금 제외)		<b>66.34912***</b>	<b>.1757318***</b>
		가구원 수		<b>11.09252*</b>	<b>.0776977**</b>
		생활비 지출(의료비 제외)		<b>-.1040323***</b>	<b>-.0001477***</b>
		저축액		<b>-.0586782***</b>	<b>-.000145***</b>
	소인성요인	연령		-.4539733	-.0046685
		성별	남성	12.57247	-.0611994
		교육 수준	초졸	7.320821	<b>.1262741*</b> ( $e^\beta=1.1345931$ )
			중졸	-.1231575	.0547892
			고졸	<b>26.92247*</b>	<b>.1550443*</b> ( $e^\beta=1.1677097$ )
			대졸이상	<b>41.60837*</b>	.0803638
		거주지역	읍면부	<b>-14.08451*</b>	-.0048866
		배우자유무	있음	-14.63149	.0469417
		종교유무	있음	-7.350237	<b>-.1508935***</b> ( $e^\beta=0.8599393$ )
F		32.21***	70.09***		
R 제곱		0.1032	0.2002		
수정된 R 제곱		0.1000	0.1973		
N		6,465	6,465		

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

\*더미 변수의 준거범주: 중증 여부(없음), 장애여부(없음), 보조기사용유무(미사용), 성별(여성), 교육 수준(무학), 거주지역(동부), 배우자(없음), 종교(없음)

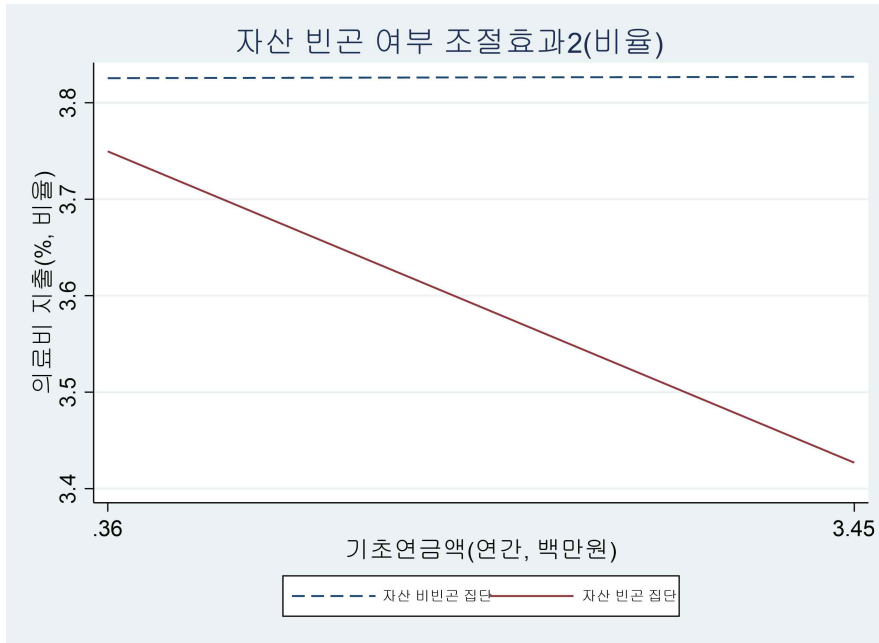
기초연금액과 자산 빈곤 유무 변수 교차항의 계수가 유의한 결과로 나타났기 때문에 그래프를 통해 좀 더 자세히 살펴볼 필요가 있다. 먼저 기초연금액에 따른 의료비 지출 금액 변화를 자산 빈곤 유무 조절효과를 통해 살펴보면 아래 그래프와 같다. 자신 비빈곤 집단과 빈곤 집단의 그래프가 감소하는 양상을 보이지만 빈곤 집단의 감소하는 기울기가 큰 것을 확인할 수 있다. 반면, 자산 비빈곤 집단의 경우는 감소 폭이 낮은 것으로 나타났다.

<그림 14> 자산 빈곤 여부에 따른 조절효과(금액)



다음으로, 기초연금액에 따른 의료비 지출 비율 변화를 자산 빈곤 유무를 통해 살펴보면 아래 그래프와 같다. 자신 비빈곤 집단과 빈곤 집단의 그래프가 확연하게 다른 양상을 보이는 것을 확인할 수 있으며 비빈곤 집단의 경우 큰 변화는 없지만, 의료비 지출 비율이 높아지는 것을 확인할 수 있다. 즉, 자산 비빈곤 집단의 경우는 기초연금액이 증가할수록 의료비 지출이 증가하는 것을 확인할 수 있지만 빈곤 집단의 경우, 기초연금액이 증가(소득이 증가)하더라도 의료비 지출 비율은 오히려 감소하는 것으로 나타났다.

<그림 15> 자산 빈곤 여부에 따른 조절효과(금액)



왜 자산 빈곤 집단에서 기초연금이 증가하더라도 의료비 지출 금액과 비율이 낮아지는 것인지 추가로 확인하기 위해서 자산 빈곤에 있어 큰 영향을 미치는 자가 여부를 조절변수로 하는 조절효과 분석을 추가로 실시하였다. 그 결과 아래 표와 같이 자가가 아닌 전세, 월세, 무상 등의 집단에서는 기초연금액이 커질수록 의료비 지출이 감소하는 것으로 확인되어 자산 빈곤 집단에서는 주거비로 인한 의료비 지출의 감소가 나타나는 것으로 확인되었다.

<표 77> 기초연금과 의료비 지출에 대한 자가 여부 조절효과

구분		<추가 분석>	
		의료비 지출 금액(만원)	의료비 지출 비율(%)
독립변수	기초연금액	.4690635	.0031817
조절변수	자가 여부      비자가(전세, 월세, 무상 등)	<b>163.5769***</b>	<b>.450503**</b>
교차항	기초연금액*자가 여부	<b>-50.61396***</b>	<b>-.1452286*</b>

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

\*더미 변수의 준거 범주: 중증 여부(없음), 장애여부(없음), 보조기사용유무(미사용), 성별(여성), 교육 수준(무학), 거주지역(동부), 배우자(없음), 종교(없음)

\*\*통계변수는 앞선 분석 모델과 동일하게 진행되었으며 전체 분석결과와 그래프는 부록 참조



### 3) 만성질환 수에 따른 조절효과

기초연금액 증가가 의료비 지출에 영향을 미치는데 만성질환 수 조절 효과를 분석하였다. 분석 결과, 기초연금액이 높고(소득이 더 증가하고) 만성질환이 많은(건강하지 않은) 집단에서 의료비 지출 비율이 부(-)의 영향이 나타났다. 그리고 유의한 수준에서 나타나 결과를 채택할 수 있었다. 즉, 기초연금을 더 받아 소득이 증가하는 노인 집단 중, 아픈 노인 집단은 의료비 지출 비율이 낮아진다는 것이다. 반면 의료비 지출 금액은 유의한 결과가 나타나지 않아 의료비 지출 비율만 감소하는 것으로 확인되었다.

먼저 의료비 지출 금액에서의 통제변수들을 살펴보면, 씹기 보조기 사용 유무, 소득, 가구원 수, 생활비 지출, 저축액, 고졸, 대졸 이상, 읍면부에서 유의한 결과가 나타났다. 씹기 보조기를 사용하면 그렇지 않은 집단에 비해 연간 의료비 지출이 13만원 낮게 나타났으며, 소득 1% 증가하면 의료비 지출은 0.66만원(6,600원) 증가하는 것으로 나타났다. 가구원 수가 1명 늘어나면 의료비 지출은 10만원 상승했지만, 생활비 지출이 1만원 증가하면 의료비 지출은 0.10만원(1,000원), 저축액이 1만원 증가하면 0.05만원(500원) 감소하는 것으로 나타났다. 무학에 비해 고졸의 경우는 연간 27만원, 대졸 이상의 경우는 42만원 높게 나타났다. 읍면부는 동부에 비해 의료비 지출이 14만원 낮은 것으로 확인되었다.

다음으로 의료비 지출 비율에서의 통제변수들을 살펴보면 건강 상태, 중증 여부, 장애 여부, 청력 보조기 사용, 소득, 순자산, 가구원 수, 생활비 지출, 저축액, 초등학교 졸업, 고등학교 졸업, 종교 유무에서 유의한 결과가 나타났다. 건강 상태가 1단계 나쁘다고 생각하면 12%, 중증을 가지고 있으면 없는 집단에 비해 62% 의료비 지출이 증가했지만, 장애가 있으면 없는 집단에 비해 13% 감소했다. 청력 보조기를 사용하면 15%, 소득이 1% 증가하면 0.17%, 순자산이 1% 증가하면 0.07% 증가하였다. 가구원 수는 1명 많아지면 7% 연간 의료비 지출이 높아지는 것으로 확

인되었지만 생활비 지출이 1만원, 저축액이 1만원 증가하면 의료비 지출은 0.01% 감소하는 것으로 확인되었다. 무학에 비해 초등학교 졸업이면 14%, 고등학교 졸업이면 15% 증가하는 것으로 확인되었으며 종교가 있으면 없는 집단에 비해 13% 연간 의료비 지출이 낮은 것으로 나타났다.

<표 78> 기초연금과 의료비 지출에 대한 만성질환 수 조절효과

구분		<모델3>			
		의료비 지출 금액(만원)	의료비 지출 비율(%)		
독립변수	기초연금액	-3.290573	.0746864		
조절변수	만성질환 수	<b>26.08367**</b>	<b>.4035974***</b>		
교차항	기초연금액*만성질환 수	-3.492466	<b>-.0563992**</b>		
통제변수	필요인	건강 상태(인지)	-0.0145277	<b>.1218679***</b>	
		중증 여부	있음	10.06223	<b>.4870058***</b> ( $e^\beta=1.627436$ )
		장애여부	있음	11.83592	<b>-.1398746*</b> ( $e^\beta=0.8694673$ )
		시력보조기 사용유무	사용	3.672427	.0050549
		청력보조기 사용유무	사용	8.290068	<b>.1556928**</b> ( $e^\beta=1.1684672$ )
		씹기보조기 사용유무	사용	<b>-13.81536*</b>	.0003845
	가능성요인	ln소득(기초연금 제외)		<b>66.89457***</b>	<b>.1794109***</b>
		ln순자산		2.191324	<b>.0757289***</b>
		가구원 수		<b>10.96002*</b>	<b>.0728688**</b>
		생활비 지출(의료비 제외)		<b>-.1036836***</b>	<b>-.0001396***</b>
		저축액		<b>-.0587734***</b>	<b>-.0001454***</b>
	소인성요인	연령		-.4783038	-.0052778
		성별	남성	11.26475	-.0626535
		교육 수준	초졸	8.599025	<b>.1329751**</b> ( $e^\beta=1.1422216$ )
			중졸	1.001691	.0518858
			고졸	<b>27.48243*</b>	<b>.1461245*</b> ( $e^\beta=1.1573403$ )
			대졸이상	<b>42.64211*</b>	.0622572
		거주지역	읍면부	<b>-14.41083*</b>	-.0176623
		배우자유무	있음	-13.04636	.0493364
		종교유무	있음	-8.045809	<b>-.1502132***</b> ( $e^\beta=0.8605245$ )
		F		31.86***	70.33***
R 제곱		0.1021	0.2007		
수정된 R 제곱		0.0989	0.1979		
N		6,465	6,465		

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

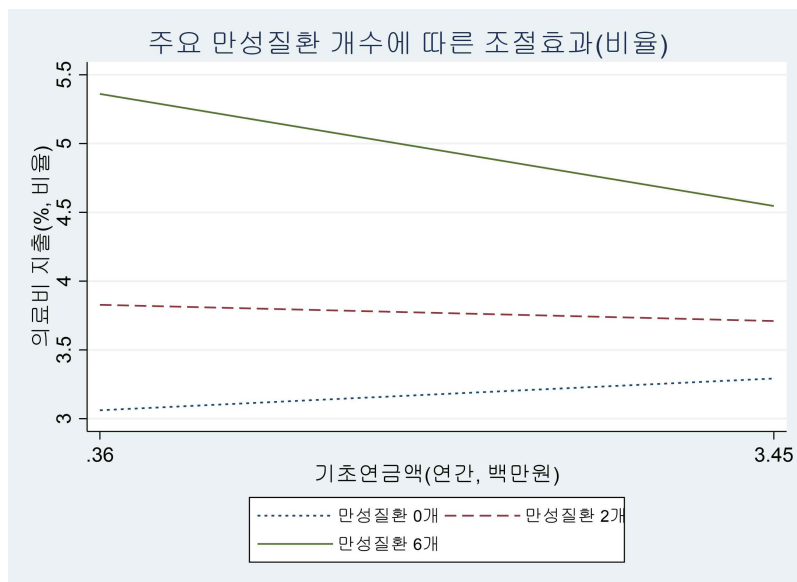
\*더미 변수의 준거범주: 중증 여부(없음), 장애여부(없음), 보조기사용유무(미사용), 성별(여성), 교육 수준(무학), 거주지역(동부), 배우자(없음), 종교(없음)

의료비 지출 비율만 유의한 결과를 보였기 때문에 그 결과를 그래프를 통해 살펴보면 아래와 같다. 먼저 의료비 지출 차이는 만성질환이 없는 집단과 6개 집단 간 차이가 큰 것으로 나타났다. 이론적 논의에서 살펴보았듯이 만성질환이 많을수록 의료비 지출이 높다는 것을 분석 결과 확인할 수 있었다. 하지만 기초연금액 증가에 따른 의료비 지출은 만성질환 수 차이에 따라 다른 양상을 보였다.

먼저, 만성질환이 없는(건강한) 노인 집단은 기초연금을 많이 받을수록 의료비 지출이 커지는 것을 확인할 수 있다. Folland, Goodman & Stano(2007)가 언급했듯이 소득의 증가가 의료비 지출 증가로 나타났다. 만성질환이 2개 있는 집단에서는 기초연금액 증가에 따른 변화가 크게 나타나지 않지만 그래도 다소 감소하는 것으로 나타났다. 하지만 만성질환이 6개 있는(건강하지 않는) 노인의 경우는 의료비 지출 비율은 가장 높지만, 기초연금액이 커질수록(소득이 증가) 의료비 지출은 감소하는 것으로 나타났다.

이 그래프를 통해 만성질환 1개(건강한 노인) 집단까지는 기초연금액 증가에 따른 소득 증가가 의료비 지출에 긍정적인 영향을 줘 의료재화가 정상재로 나타났지만 2개 이상 집단에서는 기초연금을 약 10배 정도 더 받아도 의료비 지출은 낮은 것으로 확인하였다.

<그림 16> 주요 만성질환 개수에 따른 조절효과(비율)

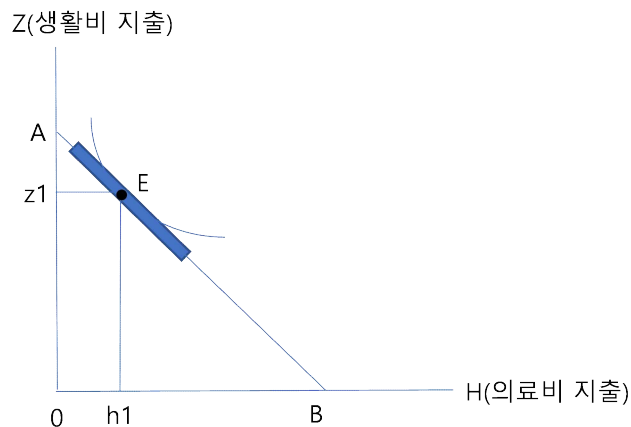


## 5. 가설검증 결과 및 소결

### 1) 기술통계 분석 소결

가설검증 결과 이전에 앞선 기술통계 분석 내용을 의료경제학의 소득 증가에 따른 의료비 지출 이론에 적용하여 살펴보겠다. 먼저 의료비와 생활비 지출 수준을 살펴보면 의료비는 연간 84만원 수준, 의료비 지출 제외 생활비는 연간 910만원으로 나타나 아래 그래프와 같이 평균적으로 최적점(E)를 중심으로 분포한다는 것을 확인할 수 있다. 그리고 최적점(E)이 좌측 상단에 존재하여 전반적인 노인 건강 상태는 나쁘지 않은 것으로 확인된다. 통제변수로 사용된 주관적 건강 상태에서도 약 42%가 건강하다고 하였으며 중간 응답까지 포함하면 77%는 건강 상태가 양호한 것으로 보인다.

<그림 17> 생활비, 의료비 지출 현황



이를 실제 데이터를 통해 자세히 살펴보면, 먼저 의료비를 제외한 생활비는 연평균 910만원 수준이며 최저금액은 -5천 575만원으로 의료비를 과도하게 지출하여 생활비가 그만큼 마이너스가 나타나는 것을 확인할 수 있다. 과도한 의료비로 인해 생활비가 부족한 인원은 21명으로 전

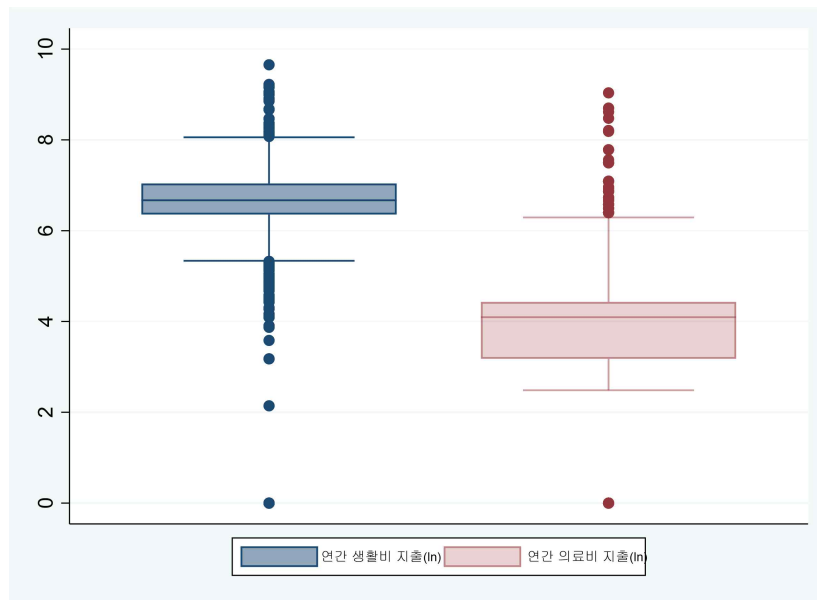
체 0.45%를 차지하였다. 반면 최고 금액은 연간 생활비를 1억 5천 6백만원으로 나타나 그 차이가 큰 것을 확인하였다. 의료비 지출의 경우는 최저금액은 0원이며 최고 금액은 연간 8천 4백만원으로 확인되었다.

<표 79> 생활비, 의료비 지출 금액 현황

	평균 금액	최저금액	최고금액	자연로그
생활비 지출(의료비 제외)	910만원	-5,575만원	15,600만원	6.63
의료비 지출	85만원	0만원	8,400만원	3.72

격차가 큰 경우 자연로그를 통해 분포를 살펴볼 수 있는데 이를 그래프로 나타내면 아래와 같다. 생활비의 경우 자연로그를 취하더라도 분포의 범위가 넓지만, 평균 범위는 의료비 지출에 비해 좁은 것을 확인할 수 있다. 반면 의료비의 경우 평균 범위가 넓으며 생활비 지출에 비해 평균적으로 낮다는 것을 확인할 수 있다.

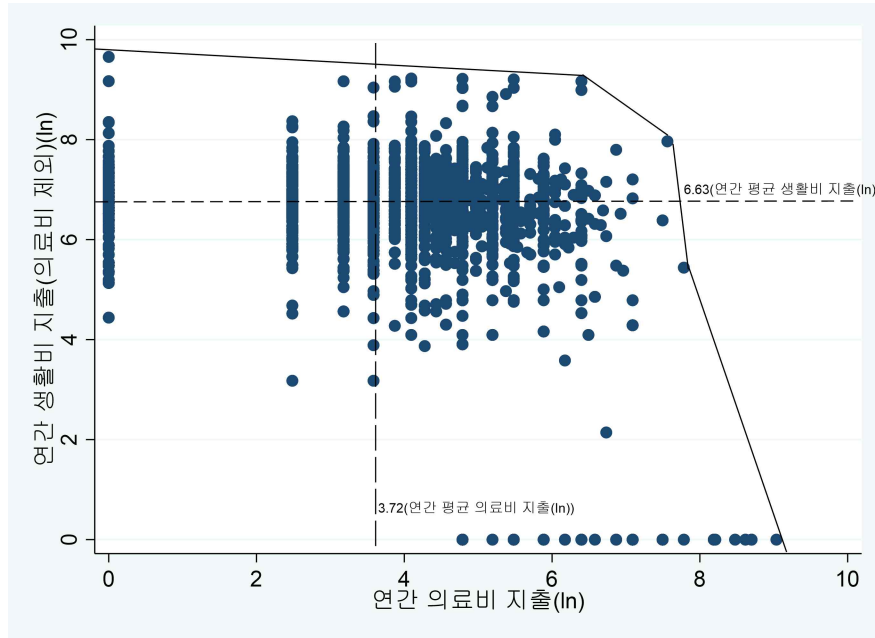
<그림 18> 생활비, 의료비 지출 현황(자연로그 그래프)



앞서 <그림 17>에서의 그래프를 실제 데이터를 통해 구현하면 아래

와 같다. 생활비 지출은 전체적으로 높고 의료비 지출은 낮게 형성되어 있어 모양은 직선으로 나타나지는 않지만, 그래프가 <그림 17>과 유사하게 나타나는 것을 확인할 수 있다.

<그림 19> 생활비, 의료비 지출 분포 그래프(자연로그)



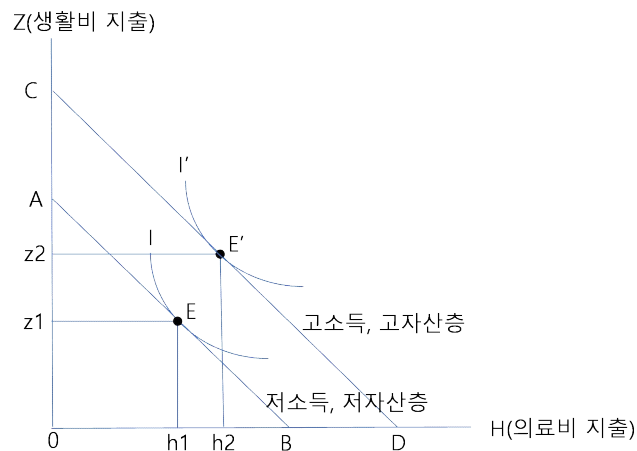
다음으로, 소득 및 자산과 의료비 지출과의 관계에서는 분석 결과, 이론적으로 논의한 바와 같이 소득, 자산이 높으면 의료비 지출이 높은 것을 확인하였다. 아래 표와 같이 소득 빈곤 여부에 따라 연간 약 12만원, 자산 빈곤 여부에 따라서는 17만원 차이가 나타났다. 그리고 눈여겨볼 점은 소득 빈곤 여부보다 자산 빈곤에 따른 의료비 지출 차이가 높다는 것이다. 그러므로 실질적 빈곤 여부에 있어 자산 빈곤 여부도 중요하게 다뤄져야 할 것이다.

<표 80> 소득 및 자산 빈곤 여부에 따른 의료비 지출 차이

		평균 의료비 지출
소득 빈곤 차원	비빈곤	89만원
	빈곤	77만원
자산 빈곤 차원	비빈곤	90만원
	빈곤	73만원

이를 의료경제학 관점에서의 그래프로 나타내면 아래와 같이 저소득·저자산층의 의료비 지출은  $h_1$ , 고소득·고자산층은  $h_2$ 로 나타나 고소득·고자산층의 의료비 지출이 높은 것으로 나타났다. 이런 이유로 의료경제학에서는 의료비 지출이 높으면 기존 건강효용(E)에서 E'로 이동하기 때문에 건강효용 즉, 건강이 좋아진다고 보고 있다.

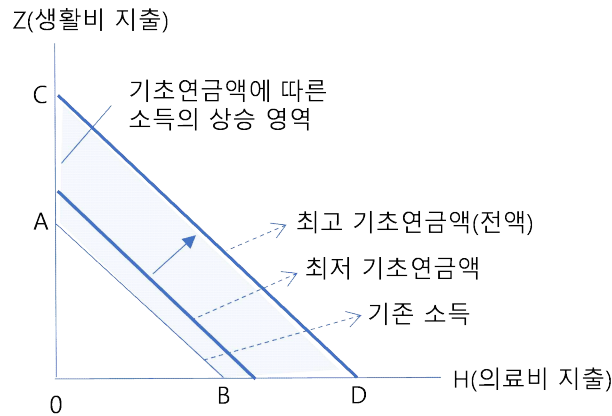
<그림 20> 소득 및 자산 수준에 따른 의료비 지출



다음으로, 기초연금액은 예산선에서 소득 증가의 요인으로 예산선을 아래 그래프와 같이 이동시킬 수 있다. 그리고 수급자마다 기초연금액이 다르기 때문에 증가하는 소득 정도도 다를 것이다. 본 연구에서는 이러한 기초연금액 증가에 따른 소득 변화가 의료비 지출에 어떠한 영향을 주었는지 확인하였다.



<그림 21> 기초연금액에 따른 소득 증가



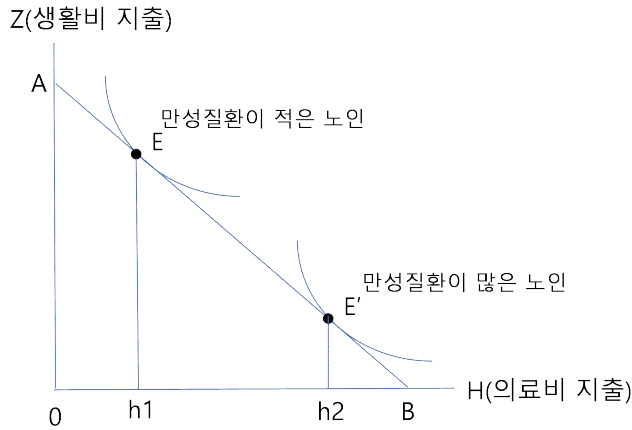
다음으로 만성질환과 의료비 지출의 기술통계를 분석한 결과, 만성질환이 없으면 연간 40만원 정도 의료비를 지출하지만 6개의 만성질환을 가지고 있으면 134만원 의료비 지출을 하여 약 4배가량 높은 것을 확인하였다. 이는 소득 및 자산 빈곤 여부의 차이보다 크게 나타났다. 이러한 기술통계 분석은 김학주(2019), 김미혜·김소희(2002), 최윤주·이원영(2015), 황인욱·이태진(2018) 등의 연구에서 나타난 결과와 동일하게 나타났다.

<표 81> 만성질환수별 연 소득, 지출, 기초연금 현황(단위: 만원)

구분	0개	1개	2개	3개	4개	5개	6개	7개 이상
의료비 지출	40	71	85	108	124	132	134	179
생활비 지출	950	957	907	846	881	833	729	791

또한 이러한 기술통계 분석 결과는 앞서 논의한 의료경제학 관점에서 의료비 지출 많으면 그만큼 건강이 좋지 못하고 의료비 지출은 낮으면 그만큼 건강이 좋다고 하는 논의와도 어느 정도 연결된다. 그래프를 통해 살펴보면 h2보다 h1이 의료비 지출이 크면서 만성질환도 많은 것으로 확인되었기 때문이다.

<그림 22> 만성질환 수에 따른 의료비 지출



다음으로 살펴볼 부분은 만성질환 수가 많을수록 소득과 자산 빈곤율이 높다는 것이다. 아래 표와 같이 만성질환 수가 5개 이상 집단에서는 소득 빈곤율이 약 40%이며 7개 이상에서는 55%로 나타났다. 자산 빈곤율 역시 비슷한 수치를 보였다. 이를 통해 만성질환 수와 빈곤 여부 간 인과관계가 있다고 하기에는 한계가 있지만 어느 정도 상관관계는 있는 것으로 확인된다.

<표 82> 만성질환 수와 소득 및 자산 빈곤 여부 분포(단위: 명, %)

만성질환 수		소득		자산	
		비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
0	빈도	627	291	635	283
	%	68.3	31.7	69.1	30.8
1	빈도	1,174	640	1,289	525
	%	64.7	35.3	71.0	28.9
2	빈도	1,141	686	1,265	562
	%	62.5	37.6	69.2	30.7
3	빈도	666	375	729	312
	%	64.0	36.0	70.0	29.9
4	빈도	344	164	328	180
	%	67.7	32.3	64.5	35.4
5	빈도	123	80	121	82
	%	60.6	39.4	59.6	40.3
6	빈도	46	32	48	30
	%	59.0	41.0	61.5	38.4
7개 이상	빈도	34	42	38	38
	%	44.7	55.3	50.0	50.0

## 2) 가설검증 결과 및 소결

기초연금액과 의료비 지출에 대한 다중회귀분석 결과를 가설에 맞게 정리하면 아래 표와 같다. 의료경제학에 따르면 기초연금액에 따른 소득 증가로 의료비 지출도 함께 증가해야 한다. 또한 노인 건강 특성상 의료비 지출이 증가할 가능성이 높지만 소득수준과 기초연금, 기초연금과 의료비 지출 관련 연구들에 의하면 기초연금액이 의료비 지출 증가로 이어지지 않는다는 것이 확인되었다. 그래서 본 연구의 첫 번째 가설인 <가설1>를 영가설(null hypothesis)로 설정하였다. 또한 추가로 자연로그를 취해 의료비 지출 비율도 함께 분석하였다. 분석 결과 금액, 비율 둘 다 부(-)의 영향을 주었지만 유의한 결과가 나타나지 않아 <가설1>의 경우는 채택할 수 있었다.

<표 83> 가설 검증

가설	계수방향 및 유의성		가설 검증
	금액	비율 (자연로그)	
<가설1> 높은 기초연금액*에 따른 소득 증가는 의료비 지출 증가에 영향을 주지 못할 것이다.	(-)	(-)	둘 다 채택
<가설2-1> 높은 기초연금액에 따른 소득 증가가 있더라도 소득 빈곤 집단에서는 오히려 의료비 지출이 감소할 것이다.	(+)	(+)	기각
<가설2-2> 높은 기초연금액에 따른 소득 증가가 있더라도 자산 빈곤 집단에서는 오히려 의료비 지출이 감소할 것이다.	(-)*	(-)*	둘 다 채택
<가설3> 높은 기초연금액에 따른 소득 증가가 있더라도 만성질환이 많은 집단에서는 오히려 의료비 지출이 감소할 것이다.	(-)	(-)**	비율만 채택

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

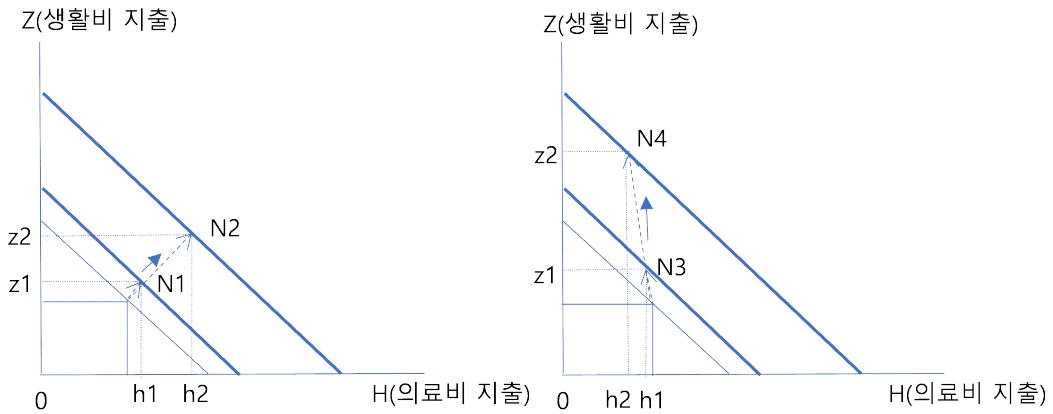
※높은 기초연금은 상위 25% 수준

<가설2-1>을 검증을 위해 기초연금액에 따른 의료비 지출을 소득 빈곤 여부 조절효과를 통해 살펴보았다. 이론적 논의에서 저소득층의 경우

는 높은 기초연금액을 수급하더라도 생활비 지출 때문에 의료비 지출이 낮아질 수 있다고 하였다(황인욱·이태진, 2018). 하지만 분석 결과, 의료비 지출 금액과 비율 둘 다 오히려 계수의 방향은 정(+)의 방향으로 나타났으나 유의수준이 0.05보다 높아 기각되었다. 선행연구 결과와는 달리 소득 빈곤 집단에서 높은 기초연금액을 수급하면 의료비를 조금 더 지출하는 것으로 나타나 추가적인 논의가 필요하다. 저소득층, 특히 소득원천이 사회보장급여 중심이면 의료비 지출이 낮은 것으로 확인되었지만 본 연구의 소득 빈곤 집단에서는 반대의 결과가 나타난 것이다(황인욱·이태진, 2018). 이는 뒤에서 논의하겠지만 소득 빈곤 집단은 자산 빈곤 집단에 비해 경제적 취약성이 다소 약한 것으로 판단된다. 다시 말해 소득 빈곤 집단이 자산 빈곤 집단에 비해 의료비 지출에 있어서는 빈곤 정도가 약한 것으로 보인다. 그래서 데이터에서 나타나는 소득이 낮더라도 소득 빈곤 집단에서는 자산이 어느 정도 있어 일상생활을 유지하는데 뒷받침하는 것으로 판단된다. 이는 노인 빈곤을 소득과 함께 자산까지 포함해서 검토해야 한다는 윤희숙(2012)의 주장과도 연결된다.

반면, <가설2-2>는 의료비 금액, 비율 둘 다 유의한 수준에서 부(-)의 영향이 나타났다. <가설2-1>와는 반대로 자산 빈곤 집단의 경우 기초연금액이 높으면 의료비 지출은 낮게 나타났다. 자산이 낮으면 소비지출에 부정적이며 의료비 지출 역시 그러하다는 이론적 논의(최요철·김은영, 2007; 윤정혜 외, 2010) 대로 결과가 도출되었으며 결과적으로 기초연금액이 높더라도 의료비 지출이 낮게 나타났다. 이를 아래와 같이 의료경제학 예산선 그래프로 살펴보면 비빈곤 집단에서는 기초연금액이 높아지면 의료비 지출과 생활비 지출도 같이 높아지는 것으로 나타났다. 반면 빈곤 집단에서는 기초연금액이 높은 집단은 의료비 지출이 낮아지지만 그만큼 생활비 지출이 증가하는 것을 볼 수 있다.

<그림 23> 자산 비빈곤 집단 분석    <그림 24> 자산 빈곤 집단 분석



특히, 자산 빈곤 집단에서는 기초연금액이 높음에도 불구하고 생활비와 의료비를 모두 커버할 수준이 되지 않아 생활비 지출만 하게 된다. 그래서 기초연금액이 큰 집단에서는 낮은 집단에 비해 의료비 지출 금액과 비율은 낮고 생활비 지출과 비율이 높은 것이다.

구체적인 예시를 통해 본 논문의 결과를 살펴보면 아래 표와 같다. 자산 비빈곤의 경우 기초연금이 포함되면서 소득이 증가하고 그만큼 의료비 지출도 증가했다. 동시에 그 비율도 증가한 것(10%→10.9%)이다. 반면 자산 빈곤 집단의 경우 기초연금을 더 많이 수급했음에도 불구하고 의료비 지출(7만원→6만원)은 감소했으며, 그 비율 역시 감소(10%→6%)한 것이다.

<표 84> 자산 빈곤 여부에 따른 의료비 지출 변화 예시

구분		기초연금 미포함	기초연금 포함
자산 비빈곤 집단*	예산(소득)	100만원	110만원
	의료비	10만원	12만원
	비율	10%	10.9%
자산 빈곤 집단**	예산(소득)	70만원	100만원
	의료비	7만원	6만원
	비율	10%	6%

\*기초연금액 10만원 가정

\*\*기초연금액 30만원 가정

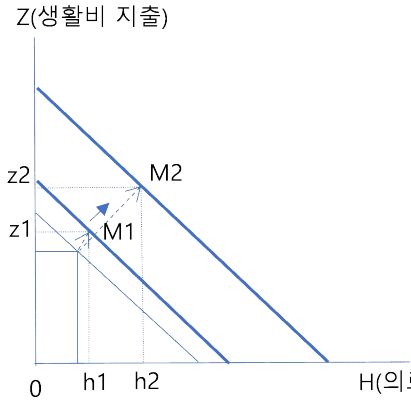
그 원인은 분석 결과, 자가 여부에 따른 주거비 등 의료비보다 더 급한 생활비 지출에 의한 것으로 확인되었다. 똑같은 분석을 자가 여부에 대하여 실시했을 때 자가가 아닌 경우 의료비 지출이 감소하는 것으로 확인된 것이다. 소득 빈곤의 경우 자가의 비율이 71%이지만 자산 빈곤의 경우는 자가의 비율이 47%로 훨씬 낮다는 것을 확인할 수 있다. 반면, 월세(보증금 있음 또는 없음), 정부 지원 무상 주택에 거주하는 비율이 높아 소득이 높다 하더라도 일상생활에 있어서 더 취약하다는 것을 다시 한번 확인하였다.

이러한 결과는 앞선 소득 빈곤 분석 결과와 연결되는데 그만큼 자산 빈곤에 놓은 노인이 소득 빈곤 집단 노인보다 취약하다는 것을 확인할 수 있다. 이는 소득이 부족한 상황이 되면 자산을 활용한다는 Shefrin & Thaler(1988)의 주장을 뒷받침할 수 있다.

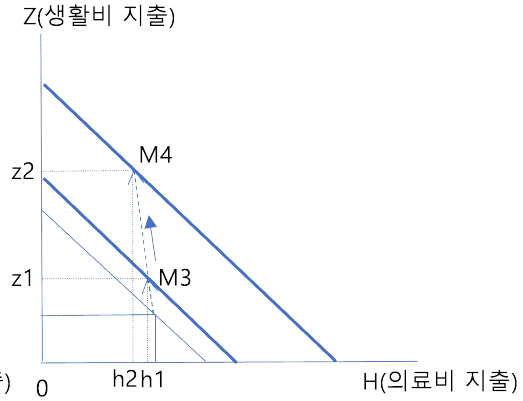
<가설3> 검증을 위해 만성질환 수를 조절변수로 활용하여 다중회귀 분석을 실시하였다. 분석 결과, 의료비 지출 금액은 부(-)의 영향이 나타났지만 유의한 수준에서 결과가 나타나지 않았으며 의료비 지출 비율에 있어서는 유의수준( $p < 0.01$ ) 내에서 부(-)의 영향으로 나타났다. 즉, 기초연금액이 높고 만성질환이 많아질수록 실질적 의료비 지출 비율이 감소하는 것으로 확인되었다.

의료비 지출 비율 결과를 조절효과 그래프 결과를 통해 살펴보면 만성질환이 없거나 1개 있는 노인 집단은 기초연금액이 높아질수록 의료비 지출 비율도 함께 높아지지만 반대로, 만성질환이 3개 이상부터는 기초연금액이 높아질수록 의료비 지출 비율이 낮아지는 것으로 확인되었다. 이론적 논의에 적용하여 살펴보면, 건강한 노인(만성질환이 없거나 1개 있는 노인) 집단은 아래 그래프와 같이 기초연금액이 증가할수록 의료비 지출 비율이 증가했지만, 오히려 의료비 지출이 더 필요할 것으로 예상되는 건강하지 못한 노인 집단은 의료비 지출 비율이 낮아지는 것으로 확인되었다.

<그림 25> 건강한 노인  
분석(만성질환 0-1개)



<그림 26> 건강하지 않은 노인  
분석(만성질환 2개 이상)



구체적인 예시를 통해 살펴보면 아래 표와 같다. 만성질환이 없어 건강한 노인 집단의 경우 높은 기초연금액을 받을수록 의료비 지출(4만원 → 6만원)도 늘어나고 그 비율(5% → 6%)도 증가하는 것으로 확인되었다. 하지만 만성질환이 많은 노인 집단의 경우, 기초연금액을 많이 받아 의료비 지출이 증가하더라도(7만원 → 9만원) 그 의료비 지출 비율이 기존 10%에서 9%로 감소하게 된다는 것이다. 건강하지 못하기 때문에 기존 의료비 지출은 유지하거나 아주 조금 더 의료비 지출을 하는 것으로 확인되었으며 건강한 집단에 비해 의료비 지출 비율은 감소하는 것으로 나타났다.

<표 85> 만성질환 수에 따른 의료비 지출 변화 예시

구분		기초연금 미포함	기초연금 포함
만성질환 수 0개*	예산(소득)	80만원	100만원
	의료비	4만원	6만원
	비율	5%	6%
만성질환 수 3개 이상**	예산(소득)	70만원	100만원
	의료비	7만원	9만원
	비율	10%	9%

\*기초연금액 20만원 가정

\*\*기초연금액 30만원 가정

만성질환이 많아 건강하지 않은 노인 집단의 경우는 앞서 자산 빈곤 집단과는 달리 의료 이용 재화가 필요함에도 의료비 지출 비율이 낮으며 생활비 지출 비율이 높아지는 것을 확인할 수 있다. 그만큼 만성질환이 많고 의료비 지출 비율이 높을수록 저소득층이며 의료비 지출이 과부담일 가능성이 높다(이현규·한지형·최현자, 2018; 황인욱·이태진, 2018). 본 연구의 기술통계 분석에서도 동일한 결과가 나타났다.



## 제 5 장 결 론

### 제 1 절 연구 요약

본 연구의 목적은 다차원 빈곤 관점에서 기초연금 대상 효율성을 살펴보고, 의료비 지출을 중심으로 차별적 효과를 분석하는 것이다. 이에 전체적으로 본 논문은 전체적으로 두 부분으로 구분하여 진행하였다. 첫 번째, 대상 효율성 분석은 비빈곤 및 빈곤 집단에서 각각 기초연금을 얼마나 수급하고 있는지 분석하여 과연 취약 계층 노인이 기초연금을 얼마나 받는지 확인하는 것을 목표로 한다. 선행연구에서는 소득과 자산 중심으로 대상 효율성 분석이 진행되었지만 본 연구에서는 8가지 다차원 빈곤 관점으로 확대하여 진행하였다. 대상 효율성 분석은 기술통계 분석 중심으로 진행하였다. 두 번째, 차별적 효과 분석은 소득 및 자산 빈곤 여부, 그리고 건강한 노인과 그렇지 않은 노인 집단별로 기초연금 수급에 따른 소득 증가가 의료비 지출로 이어지는지 조절효과 분석을 통해 확인하였다.

먼저, 대상 효율성의 이론적 논의를 위해 보편주의 복지정책에 대해 논의하였으며, 현재 기초연금 지급은 보편주의 복지정책 개념인 “모든 노인(또는 다수의 노인)을 일괄적으로 바라보는 것이 아니라, 개인의 다양성·복잡성 등을 인정하고 그러한 가운데 사회적 위험을 극복할 수 있는 수준의 복지급여를 제공하는 것”과는 상이하다는 것을 알 수 있었다. 보편주의에서도 선별주의를 통해 보편주의를 추구할 수 있으며 이러한 보편주의 개념은 어느 하나로 규정하기 힘들 정도로 그 국가의 정치·경제·외교·안보·사회 상황에 따라 바뀔 수 있는 살아있는 개념이라 할 수 있다. 이런 배경하에서 대상 효율성 관련 선행연구는 기초연금의 지급방식에 대한 문제점을 지적하였으며 더욱더 효율성 있는 운영이 필요하다고 주장하였다(윤희숙, 2011; 윤희숙, 2012; 홍우형, 2021). 하지만 대상

효율성을 소득과 자산 중심으로 분석하였다는 한계가 있어 본 연구에서는 8가지(소득, 자산, 소비지출, 신체적 건강, 정신적 건강, 주거, 가족관계, 친구이웃지인관계)의 다차원 빈곤 관점에서 대상 효율성을 분석하였다. 왜냐하면 다른 빈곤 차원들에서 빈곤율이 70% 이상 나오면 현재 기초연금 수급 목표와 운영방식이 적절하다고 할 수 있지만, 반대로 다른 빈곤 차원에서도 선행연구 결과처럼 비빈곤 집단이 기초연금을 많이 수급한다면 기초연금의 수급 목표와 운영방식을 다시 한번 생각해볼 여지가 있기 때문이다.

분석 결과, 기초연금 수급자 중 신체적 건강 빈곤을 제외한 7가지의 빈곤 차원에서 빈곤 대비 비빈곤 노인 수가 최소 1.8배(소득 빈곤 차원), 최대 11배(친구이웃지인관계 빈곤 차원) 많았다. 여기서 빈곤선은 다차원 빈곤 연구에서 활용되는 기준을 적용하였으며 평균적으로 약 4배 정도 높아 예를 들어 기초연금 수급하는 노인이 100명이라면 빈곤한 노인이 20명, 비빈곤 노인은 80명이 되는 것이다<sup>35)</sup>. 더불어 연간 평균 근로소득이 2,355만원 이상, 사업소득이 891만원 이상, 순자산이 5억 5천만원 이상, 연간 생활비 지출이 2,477만원, 집에 생활하는 방이 7개가 있는 노인도 기초연금을 수급하는 것으로 나타났다. 즉, 다양한 빈곤선 기준으로 살펴봤을 때, 기초연금 수급자 중 비빈곤인 노인이 많이 분포되어 있으며 또한 소유하고 있는 소득이나 재산이 근로 연령층(20세~60세)과 비교했을 때도 많이 차이 나지 않아(홍우형, 2021) 대상 효율성이 높다고 할 수 없다.

두 번째 파트의 이론적 논의는 의료경제학의 예산선, 소득소비곡선을 중심으로 살펴보았다. 소득이 증가하면 의료비 지출과 생활비 지출이 증가한다는 것을 확인하였다. 또한 건강이 나쁘면 의료비 지출 비중은 높지만 생활비 지출 비중은 낮고, 반면 건강이 좋으면 의료비 지출 비중은 낮은 만큼 생활비 지출 비중이 크게 나타나 건강(효용) 차이에 따라 의

---

35) 다차원 빈곤에서 빈곤선을 설정하는 방법이 차원계수방법, 잠재적 집단 분석 등 다양한 방식이 있지만 본 연구에서는 차원계수방법을 일부 적용하여 진행하였다. 그리고 다차원 빈곤선을 설정하여 비빈곤-빈곤을 구분하는 것이 목적이 아니기 때문에 각 비빈곤-빈곤 빈도 차이를 평균으로 살펴보았다.

료비와 생활비 지출 비중 차이가 나는 것도 확인하였다. 다음으로 의료비 지출은 다양한 요인에 의해 영향을 받는데, 이를 앤더슨의 개인 결정요인을 통해 살펴보면 소인성 요인, 가능성 요인, 필요 요인으로 구분할 수 있다. 이에 본 연구에서도 기본적으로 앤더슨의 개인 결정요인을 활용하여 기초연금액에 따른 의료비 지출 차별적 효과를 분석하였으며 추가 이론적 논의를 통해 생활비 지출, 저축액(가처분소득에서 생활비 지출을 제외한 금액)도 포함해 분석을 진행하였다.

기존 연구에서는 기초연금의 도입(기초연금 수급 유무) 또는 확대(연금액의 큰 상승)에 따른 의료비 지출 분석이 다수였기 때문에 기초연금액 증가(소득의 증가)에 따른 의료비 지출 차이 분석은 진행되지 않았을 뿐만 아니라 소득 및 자산 빈곤의 유무, 건강 상태에 따른 차별적 의료비 지출 효과 분석은 진행된 바 없어 학술적으로도 의미가 있는 시도라고 할 수 있다. 또한 종속변수인 의료비 지출은 금액, 비율(자연로그) 모두 분석하여 의료비 지출 금액 차이, 비율 차이가 어떻게 변하는지도 함께 살펴보았다.

먼저 기초연금액이 의료비 지출에 어떠한 영향을 주는지 분석한 결과, 유의한 수준에서 영향을 미치지 않는 것으로 확인되었다. 이 결과는 앞서 대상 효율성 분석에서 논의했듯이 기초연금 수급자는 소득, 자산뿐만 아니라 다양한 특성을 가진 노인이 포함되어 있기 때문이라고 할 수 있다. 소득을 예로 들면, 소득수준이 낮으면 기초연금을 수급해도 실질적 소득 증가 효과가 나타나지 않을 수 있으며(이승호·구인회·손병돈, 2016), 기초연금과 같은 사회보장제도의 비율이 소득 전체에 차지하는 비율이 클수록 의료비 지출이 낮아질 수 있다(황인욱·이태진, 2018). 반대로 소득수준이 높으면(사적이전소득 또는 공적연금소득의 비중이 높은 경우) 의료비 지출뿐만 아니라 다양한 소비지출을 할 수 있어 의료비 지출과는 직접적인 상관관계가 나타나지 않아(황인욱·이태진, 2018) 기초연금액과 의료비 지출 간 유의한 결과가 나타나지 않은 것이다. 즉, 전체 기초연금 수급자를 대상으로 분석했을 때, 수급자가 특정 빈곤층을 대상으로 지급되지 않고 노인 70%에게 지급되었기 때문에 개인마다 경제적

상황, 시기적 상황, 선호 등이 달라 유의한 결과가 나타나지 않은 것으로 확인된다.

차별적 효과 분석을 위해 먼저, 기초연금액에 따른 의료비 지출을 소득 빈곤 여부를 통해 확인하였다. 이론적 논의에서 저소득층의 경우는 사회보장급여를 수급하더라도 생활비 지출 때문에 의료비 지출이 낮아질 수 있다고(황인욱·이태진, 2018) 하였지만 본 연구의 분석 결과, 소득 빈곤의 경우 오히려 계수의 방향은 정(+)의 방향으로 나타났지만, 유의수준이 0.05보다 높아 기각되었다. 이 결과는 의료비 지출 금액과 비율(자연로그)에서 모두 동일하게 나타났으며 선행연구 결과와는 달리 소득 빈곤 집단에서 높은 기초연금액을 수급하면 의료비를 조금 더 지출하는 것으로 나타나 어느 정도 생활비와 의료비 지출을 할 수 있는 집단이라는 것을 파악할 수 있었다. 그래서 노년층의 경우 소득 빈곤이 무조건 취약 계층이라고 단정 짓기에는 무리가 있다. 그렇지만 유의한 결과가 나타나지 않아 결과로서 채택할 수는 없었다.

자산 빈곤 여부에 따른 조절효과 분석에서는 유의한 수준에서 부(-)의 영향이 나타났다. 소득 빈곤 여부와는 반대로 자산 빈곤 집단의 경우 기초연금액이 높으면 의료비 지출 금액과 비율 모두 낮게 나타났다. 자산이 낮으면 의료비 지출에 부정적이라는 이론적 배경(최요철·김은영, 2007; 윤정혜 외, 2010)에서 살펴봤듯이 기초연금액이 높더라도 자산 빈곤 집단이면 의료비 지출이 낮게 나타난 것이다. 다시 말하면 부동산, 금융 등의 순자산이 낮은 노인 집단은 기초연금액이 더 높더라도 의료비 지출을 할 만큼 실질 소득이 변하지 않는다는 것이다. 그래서 기초연금액이 높음에도 불구하고 생활비와 의료비를 모두 커버할 수준이 되지 않아 생활비만 지출하게 된다는 것을 의미한다. 예를 들어, 자산 빈곤 노인 중 기초연금 전액을 수급하여 소득이 70만원에서 100만원 증가하더라도 의료비는 7만원에서 6만원으로 감소하고 그 비율도 10%에서 6%로 감소한다는 것을 뜻한다. 이렇게 자산 빈곤 집단에서 의료비 지출 금액과 비율 모두 감소하는 가장 큰 원인으로서는 자가 소유 여부에 따른 주거비 지출 영향으로 확인되었다.

다음으로, 만성질환 수에 따른 조절효과 분석 결과는 부(-)의 영향으로 나타났지만 앞선 분석 결과와는 달리 의료비 지출 금액에서 유의한 결과가 나타나지 않았으며 의료비 지출 비율에서 유의한 결과( $p < 0.01$ )가 나타났다. 즉, 만성질환이 많아 건강하지 않은 노인 집단 중, 기초연금액과 의료비 지출 금액과는 관련이 없었지만, 의료비 지출 비율(자연로그)은 감소했다는 것이다. 그래서 유의한 결과를 나타낸 의료비 지출 비율 중심으로 논의를 할 수 있었다. 만성질환이 없거나 1개 있는 노인 집단은 기초연금액이 높아질수록 의료비 지출 비율도 함께 높아지는 것으로 나타났으며 반대로, 만성질환이 3개 이상부터는 기초연금액이 높아질수록 의료비 지출 비율이 낮아지는 것으로 확인되었다. 예를 들어, 만성질환을 3개 이상 가진 노인이 30만원 전액 기초연금을 받아 소득이 70만원에서 100만원으로 증가하여 의료비 지출 역시 7만원에서 9만원으로 증가해도 전체 의료비 지출 비율은 오히려 10%에서 9% 감소한다는 것이다. 즉, 그만큼 생활비 지출 비율(90%→91%)이 높아지는 것을 확인할 수 있다. 이 집단은 이미 만성질환이 많기 때문에 앞선 자산 빈곤 집단과는 달리 의료비 지출을 유지하거나 높여야 하는 상황이지만 전체 소비지출 중 의료비 지출 비율은 낮아진다는 것이 핵심이라 할 수 있다. 이렇게 만성질환이 많고 의료비 지출 비율이 클수록 저소득층이며 의료비 지출 과부담일 가능성이 큰데(이현규·한지형·최현자, 2018; 황인욱·이태진, 2018) 현재 기초연금액으로는 이 부분을 극복하는데 한계가 있는 것이다.

종합하면 취약 집단이라고 할 수 있는 자산 빈곤, 건강하지 못한 노인 집단에서는 기초연금액이 높아 소득이 그만큼 증가하여도 의료비 지출에는 긍정적인 영향을 미치지 못하였다. 자산 빈곤 집단, 만성질환이 많은 집단 모두 생활비 지출은 높아지지만 반대로 의료비 지출 금액 또는 비율은 낮아지는 것으로 확인하였다. 특히, 건강하지 못해 의료비 지출 비율을 유지하거나 높여야 함에도 경제적으로 취약하여 일상생활을 하는 것도 벅찬 노인 집단에서는 기초연금액이 안정된 생활을 하는 데에 충분하지 않다는 것이다. 그에 반해 비빈곤 집단, 건강한 노인 집단에서는 이론적 논의에서 살펴본 바와 같이 의료비 지출이 증가하여 효과 측면에서

차별된 결과가 나타난 것이다.

이러한 결과는 현재 기초연금 수급자 선정방식, 연금액 산정방식이 자산 빈곤 노인 집단, 만성질환이 많은 노인 집단에는 큰 도움이 되지 못하고 있다는 것을 방증한다. 자산 빈곤 여부에 따른 기초연금액 차이는 월 1만원(연 13만원), 만성질환이 없는 노인 집단과 3개 이상 있는 노인 집단 간 차이는 월 1.5만원(연 17만원)이지만 순자산 차이는 1억 5천만원(약 7배), 만성질환이 없는 노인과 3개 이상 노인 집단의 의료비 차이는 연간 월 6만원(연 78만원)으로 약 3배 이상으로 나타났기 때문이다. 기초연금액 차이가 각 빈곤 여부에 따른 의료비 지출 차이를 보완해주고 있지 못하는 것이다. 이렇게 취약 계층 노인 집단은 의료비 지출뿐만 아니라 주거비 등 가구마다 필요한 지출을 기초연금으로 충당하지 못할 수 있을 것이며, 반대로 건강하고 자산 비빈곤 집단에서는 기초연금을 본인들이 필요로 하거나 추가적인 소비지출에 활용할 수 있게 됨에 따라 차별적 효과를 나타낸다고 할 수 있다.

기초연금 제도가 노년기 생활을 안정시켜주고, 건강을 개선하는 데 절대적인 역할을 할 수 있는 것은 아니지만, 한정된 예산자원으로 정책을 시행해야 한다는 점, 조금 더 필요한 노인에게 효율적으로 지급되어야 한다는 점, 수급 노인은 의료비 지출을 포함하여 필요한 지출을 조금 더 효과적으로 해야 한다는 점을 고려한다면 현행 기초연금 제도의 수급자 선정방식과 연금액 산정방식에 대한 고려가 필요하다고 판단된다. 그리고 취약 계층 노인의 생활 개선을 위해 국민기초생활보장제도 수급자 선정기준에서 기초연금을 소득에서 제외하는 것도 고려할 필요가 있을 것이다. 단기적으로는 취약 노인 계층에 대한 기초연금액 부부감액을 제외하는 것도 하나의 정책적 대안이 될 것이다. 이러한 정책적 함의는 이론적 논의에서 살펴본 보편주의 복지정책과도 그 궤를 같이한다고 할 수 있다. 만약 그렇게 된다면 빈곤율 수치를 엄매인 기초연금 제도가 아닌 보다 실질적으로 노인 삶에 스며들 수 있는 기초연금 제도가 될 것으로 본다.

본 연구는 기초연금 수급 현황과 기초연금액에 따른 차별적 현상을

탐구하여 더욱더 효율적이고 효과적인 기초연금 운영을 위한 기초자료로써 활용되는데 실질적 목적이 있다. 그래서 본 논문이 기초연금 수급 목표·수급자 선정방식·연금액 산정방식 등과 관련하여 학술적 논의를 다시 시작할 수 있는 시발점이 되길 기대해본다.

## 제 2 절 연구의 이론적·정책적 함의

### 1. 이론적 함의

본 연구의 이론적 함의는 크게 세 가지로 정리할 수 있다. 첫째, 보편주의 복지정책 개념을 다시 논의하여 이를 기초연금에 적용한 것이다. 다수의 국회의원이 모든 노인에게 기초연금을 지급하자는 일부개정법률안을 발의할 정도로 기초연금은 보편적 또는 보편주의라는 개념과 밀접한 관계가 있다. 여기에서 보편주의는 기초연금을 만 65세 이상 모든 국민에게 지급하자는 인구 분포에 따른 일괄 지급을 의미한다. 하지만 본 논문에서는 보편주의 개념이 위와 같이 단순하지 않다는 것을 논의했으며 이를 위해 복지국가에서의 보편주의 복지정책 관점을 통해 살펴보았다. 그래서 보편주의 개념이 긍정적 차별, 선별주의 등과 대립이 아닌 공생할 수 있는 개념이며 국가의 정치체제, 경제 상황 등에 따라 변할 수 있다는 것을 확인하였다. 이를 기초연금에 적용하여 논의한 결과, 모든 노인에게 일괄 지급이 아닌 노인 개인의 다양성과 복잡성을 인정하고 사회적 위험을 극복할 수 있는 수준의 복지급여를 제공해야 한다는 것을 주장하였다. 이러한 보편주의 개념은 본 논문의 이론적 배경으로 기초연금 수급자에 대한 대상 효율성 분석과 차별적 효과 분석을 진행하는 근거가 되었다.

둘째, 기초연금의 대상 효율성과 효과성 연구에 있어 이론적 논의를 확장하였다. 기존 기초연금 대상 효율성 관련 연구는 소득, 자산 중심으로 진행되어(윤희숙, 2012; 홍우형, 2021) 처음으로 관련 논의를 한 점, 자산의 중요성을 강조한 점은 의미가 있지만, 실제 빈곤한 노인에게 지급되고 있는지에 대해 연구하기 위해서는 다차원 빈곤 차원에서 살펴볼 필요가 있었다. 그런 관점에서 본 연구는 소득, 자산 이외에 소비지출, 신체적 건강, 정신적 건강, 주거, 가족관계, 친구이웃관계를 추가하여 대상 효율성 분석을 진행하였다. 기존 소득과 자산 빈곤 차원으로 분석했을 때는 대상 효율성이 좋을 수는 없었다. 왜냐하면 이미 기초연금은 노



인 상대적 빈곤율(약 40%)을 넘어선 70%에게 지급되고 있기 때문이다. 자산 역시 순자산이 높은 노인이 이미 기초연금을 많이 수급하여 대상 효율성이 좋지 않아 보다 빈곤한 노인에게 지급하자는 논의가 있었다. 하지만 예를 들어 노인의 70%가 건강하지 못하거나, 사회적 관계가 좋지 않다고 나타난다면 기초연금이 소득과 자산 관점이 아닌 다른 빈곤 차원에서는 대상 효율성이 좋다고 할 수 있어 현재 지급방식을 뒷받침할 수 있는 근거가 될 수 있다. 그리고 그 반대의 경우도 발생할 수 있었다. 그러므로 본 논문에서는 노인실태조사 데이터에서 최대한 많은 빈곤 차원을 설정하여 대상 효율성 분석을 진행하고자 노력하였다. 이를 통해 2020년 기준, 다차원 빈곤 관점에서 어떠한 노인이 기초연금을 수급하고 있으며 빈곤한 노인 집단에 얼마나 효율적으로 지급되고 있는지 살펴본 것이다. 본 논문에서 활용한 다차원 빈곤 차원과 빈곤선이 절대적으로 옳은 기준이라고 할 수는 없지만, 분석 결과 기초연금 수급 노인 집단에는 경제적·사회적·신체적·정신적 차원 등에서 빈곤하지 않은 노인이 다수 포함되어 있다는 것을 확인하였다.

다음으로 기초연금 효과성 연구의 확장에 대해서 살펴보겠다. 기존 기초연금 관련 연구는 기초연금 정책 도입, 확대에 따른 효과 분석이 주를 이루었으며 종속변수로는 주로 소득(소득원), 빈곤율, 빈곤갭, 소비지출, 만족도 등이 활용되었다. 이 역시 기초연금의 평가 및 분석 연구에서 꼭 진행되어야 하는 중요한 영역이지만 두 가지의 한계점이 있었다. ① 기초연금 수급자를 하나의 집단으로 간주했다는 점이다. 과거 노인을 하나의 집단으로 간주한 것처럼 기초연금 수급자 역시 동일선상에 두고 논의하였다. 그로 인해, 다수의 연구에서 기초연금 수급자-미수급자로 구분하여 연구를 진행할 정도로 동일시되었다. ② 기초연금액 자체에 대한 논의가 부족하였다. 2022년 기준 약 30만원 수준의 기초연금이 지급되고 있으며 수급자 중, 86%가 전액을 지급받으며 수급자별 연금액 차이도 그렇게 크지 않아 선행연구에서도 크게 다뤄지지 않았다. 하지만 분명히 경제 수준 차이에 따라 수급액이 달랐기 때문에 살펴볼 여지가 있으며 그 금액이 실질적으로 안정된 생활을 하는데 기여하는지도 살펴봐야 하

는 것이다.

추가로, 이 두 가지 요인은 서로 얽혀있어 기초연금 효과성 논의를 넓히는데 저해 요인으로 작용했을 것이다. 왜냐하면 위 두 가지 특징은 아동수당과 같이 기초연금이 사회보장제도에서 사회수당<sup>36)</sup>의 기능을 할 것으로 예상하기 때문이다. 그러므로 기초연금 수급자 내에서의 효과성 논의가 부족하였을 것으로 판단된다. 이러한 한계를 극복하면서 논의의 확장을 위해 본 연구에서는 기초연금 수급자 내에서의 효과성 분석을 진행하였다. 현재 기초연금 수급자의 경제적 수준은 큰 차이를 보이지만 연금액 차이가 크지 않아 빈곤을 완화하는데 기여하지 못하고 오히려 차별적 효과가 있다는 것을 확인하고자 한 것이다. 예를 들어 기초연금 수급자 중, 서울 강남에 위치한 고급 아파트에 거주하는 노인과 주택임대차보호를 받지 못하는 쪽방촌에 거주하는 노인이 똑같은 금액의 기초연금을 받는다면 그 의미와 효과는 크게 다를 것이다.

셋째, 기초연금과 의료비 지출 관계에 대한 이론적 논의와 분석 방법을 확장하였다. 기존 기초연금의 소비지출 효과 분석은 주로 정책학 관점에서 진행되었다. 분석 방법 역시, 정책학에서 많이 활용되는 기초연금의 도입 전후 또는 기초연금액의 큰 폭 상승일 때 전후의 이중차분(DiD) 추정기법을 통한 회귀분석이 주를 이루었다. 하지만 본 연구에서는 기본적으로 정책학 관점에서 기초연금을 바라보고 있지만 의료비 지출을 중심으로 한 기초연금의 효과 분석을 위해 사회복지학(보편주의, 사회수당, 공공부조 개념 등 논의), 보건학·의료경제학(의료비 지출 관련 논의) 그리고 노년학(다차원 빈곤 및 노인의 다양성) 등 다양한 분야의 학문을 접목하여 진행하였다. 구체적으로, 실증분석을 위한 이론적 논의에서는 의료경제학을 적용하여 기초연금액에 따른 소득 증가와 의료비 지출 간의 관계를 살펴보았다. 또한, 기존 연구에서는 기초연금과 의료비 지출에 미치는 다양한 요인을 논의하지 못하고 적절하게 통제하지 못한 한계점이 있는데, 이를 극복하기 위해 보건학, 의료경제학 등에서 많이 활용되는 앤더슨의 개인 결정요인을 적용하였으며 추가로 영향을 미칠

36) 비기여, 비자산조사 형태의 사회보장 제도로 인구학적 조건(노인, 아동, 장애인 등)을 갖추면 지급받을 수 있는 정책을 말한다.

수 있는 요인들을 함께 살펴보고 분석하였다. 이어, 차별적 효과 분석을 위해 기초연금 수급자 내의 소득 및 자산 빈곤 여부, 건강한 노인과 그렇지 않은 노인을 구분하여 의료비 지출에 기초연금액이 미치는 영향을 조절효과 분석을 통해 진행하였다. 본 연구는 소비지출 중에서도 의료비 지출에 한정하여 효과 분석을 진행하여 전체 소비지출에 대한 효과라고 일반화할 수는 없다. 하지만 다양한 학문 분야의 이론과 방법을 적용하여 기초연금과 의료비 지출 분석에 있어 신뢰성과 타당성을 확보하고자 노력하였다. 이러한 논의와 분석 결과가 기초연금 효과에 대한 논의를 조금 더 확대하는 데 이바지한다면 그 역시 의미가 있을 것이다.

## 2. 정책적 함의

분석 결과를 통해 다차원 빈곤 관점에서 기초연금 수급자 중 비빈곤 집단이 빈곤 집단보다 더 많이 분포한다는 것을 확인하였으며, 자산 빈곤 집단 그리고 만성질환이 많은 노인 집단 즉, 취약 노인 집단에서 기초연금액에 의한 소득 증가가 크더라도 의료비 지출 금액과 비율은 오히려 낮아진다는 것을 확인하였다. 이 과정에서 노인 빈곤을 소득과 자산 뿐만 아니라 다양한 차원에서 살펴볼 필요가 있다는 것을 확인하였으며, 기초연금 효과 측면에서는 노인 자산에 대한 면밀한 검토가 필요하다는 것을 확인하였다. 다시 말해, 취약 노인 집단에서는 의료비 지출뿐만 아니라 가구마다 필요한 지출을 기초연금으로는 충족할 수 없다는 것을 방증한 것이다. 반대로 건강하고 빈곤하지 않은 집단에서는 기초연금이 필요한 곳 또는 다양한 곳에 지출을 가능하게 해줘 차별적 효과를 나타낸다고 할 수 있다.

낮은 대상 효율성과 뚜렷하게 나타나는 차별적 효과를 개선하려면 우선 빈곤 또는 취약 집단 노인에게 기초연금이 조금 더 지원될 수 있도록 정책적 보완이 필요할 것으로 보인다. 이에 본 연구에서 정책 제언을 장기적, 단기적 측면에서 하고자 한다. 첫째, 장기적인 측면에서는 ① 빈곤 또는 취약 계층 노인에게 더 효율적이고 효과적인 기초연금 지급을 할

수 있도록 수급자 선정방식과 연금액 산정방식에 대한 논의가 필요할 것이다. 본 연구의 분석 결과 현재 기초연금 수급자 선정방식과 연금액 산정방식으로는 비빈곤 집단이 계속 기초연금을 수급할 것이며, 의료비 지출 측면에서 차별적 효과가 나타나는 것으로 확인되었다. 앞서 논의했듯이 노인의 특성이 다양해지고 집단 간 이질성이 커지는 가운데 기초연금 제도는 2008년 기초노령연금 시행 이후 큰 변화 없이 진행되고 있다. 이러한 결과는 건강 불평등과 수급자 내 소득 불평등 심화로 이어질 수 있으므로 개선에 대한 논의가 불가피할 것으로 보인다. 하지만 이는 단기간에 개선할 수 있는 문제가 아니기 때문에 장기간 논의를 통해 진행되어야 할 것이다. ② 국민기초생활보장제도 수급자 선정 시 검토하는 소득인정액에서 기초연금을 제외하는 것을 논의할 필요가 있다. 현재, 국민기초생활보장제도 수급자 선정은 중위소득의 30%(생계급여), 40%(의료급여), 45%(주거급여), 50%(교육급여)로 구분하고 있는데 이때 소득(인정액)에 기초연금이 포함되어 그만큼 국민기초생활보장제도 급여액이 삭감되고 있다(매일경제, 2021). 그리하여 노인 자산 빈곤 집단, 만성질환이 많은 집단은 기초연금과 국민기초생활보장제도 급여를 수급하여도 일상생활을 하는데 부족할 수 있다. 그러므로 기초연금을 수급하는 노인 중, 취약 계층으로 선정되는 노인(국민기초생활보장제도 수급자) 또는 국민기초생활보장제도 수급자가 만 65세가 되어 기초연금을 수급하더라도 소득인정액에서 기초연금액을 제외하는 것에 대한 논의가 필요하다. ③ 자산 비빈곤 집단 또는 건강한 노인 집단의 의료비 지출은 건강보험 재정에 영향을 줄 수 있어 그 가능성에 대한 추가적인 논의가 필요하다. 앞선 두 가지 정책적 제언은 빈곤 노인 중심이었다면 세 번째는 기초연금 수급자 중 경제적으로 부족하지 않고 건강한 노인 집단 중심이며 이는 첫 번째 시사점인 수급자 선정방식과도 연결된다. 최근 과잉 진료 등으로 인한 건강보험 재정 효율성에 대한 이슈가 제기되고 있는데(보건복지부, 2022) 본 연구의 분석 결과, 자산 비빈곤 집단, 건강한 노인 집단에서는 기초연금액에 따른 소득 증가가 의료비 지출 증가로 이어진다는 것을 확인하였다. 이는 사치재와 같이 건강함에도 진료를 받는 등 과잉 진

료로 이어질 가능성이 있으므로 추가적인 조사와 확인이 필요하다. 만약, 기초연금 수급자 중, 비빈곤 집단·건강한 노인 집단의 의료비 지출 증가가 건강보험 재정에 영향을 준다면, 그 결과는 기초연금 수급자 선정방식에 있어 추가적인 논의가 필요한 이슈라고 여겨지기 때문이다.

둘째, 단기적 측면에서는 취약 노인 계층에 대한 기초연금액 부부감액을 제외하는 것을 제안한다. 예를 들어 소득 또는 순자산의 중위 50% 이하면 부부감액을 제외하는 것을 뜻한다. 현재 기초연금 제도에서 부부 모두 기초연금을 받으면 연금액의 20%를 감액하게 되어있다. 이는 단독가구와 부부가구 간의 생활비 차이를 감안한 감액이지만 취약 계층에서는 이러한 감액 역시 소득과 소비지출에 큰 영향을 주기 때문에 앞선 소득과 의료비 지출에 있어 차별적 효과를 조금이나마 줄이기 위해서는 취약 계층에 대한 감액을 제할 필요가 있다. 예를 들어 소득과 자산이 많은 단독가구 노인과 월세로 거주하며 만성질환이 많은 부부 노인 중, 감액되어야 할 대상은 보편주의 복지정책 관점에서 소득과 자산이 많은 노인이 되어야 할 것이다. 정리하면, 부부감액 제도를 폐지하는 것이 아니라 취약 노인 계층에 대해서만 부부감액을 제외하는 것을 제안한다.

### 제 3 절 연구의 한계점 및 향후 과제

본 연구는 다음의 한계점을 가지고 있다. 첫째, 본 연구에서 활용한 데이터는 패널 데이터가 아니기 때문에 노인 개인의 기초연금액에 따른 소득 증가가 의료비 지출에 어떠한 영향을 주는지 전후 변화를 살펴보지 못한다는 한계가 있다. 본 논문은 횡적 데이터를 활용한 연구로써 개인의 변화를 살펴보지 못하여 더욱 면밀한 분석을 위해서는 패널 데이터를 활용한 연구가 추후 진행되어야 할 것이다.

둘째, 데이터 특성상 의료비 지출에 영향을 미치는 통제변수 수집에 한계가 있었다. 노인실태조사 데이터는 노인 가구의 일반사항, 경제 상태, 가족 및 사회관계 가족 간 도움의 교환, 건강 상태와 건강행태, 기능 상태와 요양, 경제활동, 여가 및 사회활동, 생활환경과 노후생활, 인지기능과 같이 통합적으로 노인 상황을 파악할 수 있는 유일한 데이터이다. 특히 노인 건강, 경제적 상황에는 특화된 데이터라고 할 정도로 유효한 데이터들이 많이 구축되어 있다. 하지만 앤더슨의 결정요인에서 언급된 보험 관련(국민건강보험, 민간건강보험 등) 데이터가 부재하여 이에 대한 통제가 이뤄지지 않았다. 하지만 국민건강보험은 국민 99% 가입되어 있어 의료비 지출에 영향을 준다고 보기에 어려울 것이다. 민간건강보험의 경우는 의료비 지출에 영향을 줄 수 있어 같이 살펴봐야 하나 데이터의 부재로 이번 연구에서 활용할 수 없었다. 그러나 기존 연구를 살펴보면 민간건강보험 가입 유무가 의료비 지출에 유의한 결과를 보이지 않아 통제변수로서 의미가 있는지 한번 논의(37)를 해봐야 할 것이다(석상훈, 2012; 황인욱·이태진, 2018). 그 이후, 민간건강보험이 의료비 지출에 어

---

37) 먼저 민간건강보험 가입률을 살펴보면 낮은 수준을 보이며 연구마다 다른 결과를 보인다. 2011년 기준 국민노후보장패널 데이터를 활용한 연구에서는 11.6%(50세 이상)(황인욱·이태진, 2018), 2016년 기준 한국의료패널 데이터를 활용한 연구에서는 약 10.3%(65세~75세)(유창훈·강성욱·하호수·권영대, 2019), 고령화연구패널 데이터를 활용한 연구에서는 25.4%(65세~74세)(김수연·손민성·김귀현·최만규, 2020)가 나왔다. 또한, 민간건강보험 가입 여부가 의료비 지출에 영향을 미치는지를 살펴보면 연구마다 결과가 다르며 다수의 연구에서 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다(석상훈, 2012; 황인욱·이태진, 2018).

며한 영향을 미치는지 그리고 기초연금과의 연관성을 가지는지 연구를 진행할 필요가 있을 것이다.

셋째, 본 연구에서 논의한 의료비 지출은 사망 직전 의료비 지출까지 다루지 못하는 한계가 있다. 노인 의료비는 크게 일상생활, 즉 만성질환 치료에 따른 의료비(살아 있는 사람이 쓰는 비용)와 사망 전 치료를 위한 의료비(사망이 임박한 사람 또는 사망자)로 구분할 수 있다(석상훈, 2012). 그래서 관련 선행연구들은 ① 인구 고령화에 따른 의료비 연구, ② 사망에 이르기까지 들어가는 의료비 연구로 구분된다. 본 연구는 전자에 해당한다고 할 수 있다. 왜냐하면 첫째, 데이터 구축을 위한 설문조사 질문이 건강한 생활과 만성질환 등 질병을 관리하기 위한 치료(진료와 약 등) 비용에 초점이 맞춰져 있기 때문이다. 둘째, 현행 기초연금액은 사망 전 의료비를 감당하기에는 부족하기 때문에 사망 전 의료비 관계를 논의하기에는 한계가 있다. 2015년 기준, 사망 전 3개월간 의료비는 월 222만원, 1개월 전은 241만원 수준이며 사망이 임박할수록 의료비가 기하급수적으로 상승하여(이규식·정형선·황성완·최대봉·최보영·김희년·박신후, 2017) 기초연금액이 이러한 의료비에 활용된다고 보기에는 무리가 있기 때문이다. 본 연구의 분석 결과를 토대로 논의한다면 만성질환 수가 많고 기초연금액 큰 노인 집단은 오히려 의료비 금액 또는 비율이 낮은 것으로 나타나 기초연금이 사망 전 의료비에는 크게 기여하지 못하거나 큰 의료비를 감당하지 못할 것으로 예상된다. 그렇지만 사망 전 치료를 위한 의료비에 대해서 기초연금이 어떠한 역할을 하는지 후속 연구가 진행된다면 기초연금과 의료비 지출에 대한 추가적인 논의를 할 수 있을 것이다.

넷째, 빈곤선 선정에 있어 구조적인 한계를 가지고 있다. 선행연구의 분석 결과와 이론적 논의를 바탕으로 빈곤선을 설정하더라도 빈곤 관련 연구는 이러한 한계를 내재하고 있다. 빈곤선 선정에 있어 조작적 정의를 어떻게 할지 그리고 어느 수준까지 빈곤선으로 설정할지는 중요하기 때문이다. 그리고 선택에 따라 내용과 수준이 달라지기 때문에 그에 따른 한계를 내포하고 있는 것이다. 노인 빈곤에 대한 체계적 개념과 조작적 정의, 그리고 빈곤선까지 관리 및 꾸준한 연구가 필요할 것으로 보인다.

## 참 고 문 헌

### <국내문헌>

- 강상경. (2010). 우울이 자살을 예측하는가? 우울과 자살태도 관계의 성별·연령 차이. *사회복지연구*, 41(2): 67-99.
- 강상경·정은희·김병수(2015). 복지패널에 나타난 한국 사회의 우울계적 불평등과 관련요인. *한국사회복지조사연구*, 44: 241-270.
- 강소랑·문상호. (2011). 중·고령자의 삶의 질에 관한 증험적(Evidence-Based) 정책설계: 고령화연구패널(KLoSA) 자료를 이용한 실증분석. *한국정책회보*, 20(2): 353-381.
- 강소랑·최은영. (2016). 베이비붐 세대와 이전 및 이후 세대 간 비교분석: 가계자산·소득이 삶의 만족에 미치는 영향을 중심으로. *사회보장연구*, 32(2): 1-30.
- 강소랑·문상호. (2012). 근거 중심 의료정책의 전달경로 분석: 중·고령자의 삶의 질에 미친 영향을 중심으로. *정책분석평가학회보*, 22(1): 1-32.
- 강혜원·조영태. (2007). 서울시 남녀 노인의 건강 불평등: 사회경제적 지위와 사회통합 요소를 중심으로. *한국사회학*, 41(4): 164-201.
- 강은나. (2013). *노년기 우울의 다중변화계적에 관한 연구*. 박사학위논문, 연세대학교.
- 고민석·서인균. (2011). 노인의 건강 상태가 스트레스와 우울에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과. *대한보건연구*, 37(1): 1-14.
- 고수현·윤선오. (2021). *노인복지론*. 파주: 도서출판 수양재.
- 고정은·이선혜. (2012). 노인 우울에 영향을 미치는 요인에 대한 다층분석. *정신보건과 사회사업*, 40(1): 322-351.
- 공사연금제도개선실무위원회. (2000). *공사연금제도 개선의 기본구상*.
- 권순만·양봉민·이태진·오주환·이수형. (2003). 보건의료이용의 형평성. *보건경제연구*, 9(2): 13-24.



- 권혁주·김호정·송재환. (2012). 보편적 복지에 대한 규범론적 분석. *한국행정학보*(2012 여름). 46(2): 161-184.
- 김경래·황남희·진화영·유재언. (2020). *초고령사회 노인의 다양성과 사회정책적 대응*. 연구보고서 2020-45. 한국보건사회연구원.
- 김경혜·윤민석·이미라. (2013). *서울시 노인 빈곤실태의 다차원적 진단과 대응방안*. 서울시정개발연구원.
- 김교성. (2010). 서울시 가구 빈곤의 원인에 관한 다층분석. *한국사회정책*, 17(1): 215-240.
- 김교성·노혜진. (2008). 사회적 배제의 실태와 영향요인에 관한 연구-퍼지 집합이론을 이용한 측정과 일반화 선형모델 분석. *사회복지정책*, 34: 133-162.
- 김도영. (2012). 소득수준별 보건의료서비스 이용 형평성 변화 분석. *사회과학연구*, 23(3): 105-125.
- 김동배·유병선·신수민. (2012). 노년기 주거빈곤이 우울에 미치는 영향: 사회서비스의 매개효과. *한국노년학*, 32(4): 1041-1061.
- 김동배·유병선·이정은. (2012). 노인의 건강불평등: 교육불평등에 따른 건강불평등에 대한 사회참여의 매개효과. *사회복지연구*, 43(1): 117-142.
- 김동진·윤현피·이정아·채희란. (2014). 의료패널자료를 활용한 우리나라의 의료이용 불평등 측정. *보건사회연구*, 34(3): 033-058.
- 김문길·김성아. (2018). *다차원 빈곤의 변화와 세대 간 비교*. 2018 경제학공동학술대회 자료집. 1-39.
- 김미곤. (2007). *기초노령연금 수급률에 관한 소고*. 정책현안자료 2007-08. 한국보건사회연구원.
- 김미혜·김소희. (2002). 만성질환 노인의 의료비부담 관련요인에 관한 연구. *한국사회복지학*(2002.3.), 48: 150-178.
- 김병수·강소량. (2018). Andersen 모형을 이용한 고령자 사망 전 의료비 분석. *사회과학연구*, 29(2): 79-100.
- 김상임. (2018). *노인의 소득이 의료이용 및 의료비에 미치는 영향*. 석사

- 학위논문, 서울시립대학교.
- 김상임·이준영. (2020). 노인의 소득에 따른 의료비 및 의료이용 변화에 대한 종단연구. *사회보장연구*, 36(1): 111-135.
- 김세진. (2019). *노인의 다차원적 빈곤 유형 전이 연구*. 박사학위 논문, 연세대학교.
- 김세진·남석인. (2020). 노인의 다차원적 빈곤 유형 전이 연구: 코호트 비교분석을 중심으로. *보건사회연구*, 40(3): 114-151.
- 김수연·손민성·김귀현·최만규. (2020). 노인 만성질환자의 민간의료보험 가입 여부가 의료이용에 미치는 영향. *보건사회연구*, 40(3): 152-177.
- 김수영. (2018). *한국 노인의 다차원적 빈곤에 따른 사회보장 전략에 대한 연구*. 박사학위논문, 부산대학교.
- 김수영·박병현. (2018). 한국 노인의 다차원적 빈곤유형과 사회보장에 관한 연구. *사회복지정책*, 45(4): 35-64.
- 김수영·허성희·장수지. (2018). 노인의 사회경제적 박탈이 건강 상태에 미치는 영향: 우울의 매개효과를 중심으로. *보건사회연구*, 38(1): 88-124.
- 김순미. (2018). 노인가구의 소득빈곤과 다차원빈곤에 관한 연구. *Family and Environment Research*, 56(6): 573-588.
- 김순미·조경진. (2019). 노인가구의 코호트별 다차원빈곤 분석. *Family and Environment Research*, 57(1): 51-71.
- 김시월·조향숙. (2014). 소비자의 생애주기별 사회적 참여 소비생활 만족도에 관한 연구. *소비자문제연구*, 45(2): 47-76.
- 김연명·한신실. (2017). 빈곤완화 효과를 통해서 본 기초연금의 정책목표 설정. *한국사회정책*, 24(4): 89-112.
- 김영선. (2012). 노인의 건강 및 의료이용 형평성에 관한 연구: 연령집단별 분석. *보건과 사회과학*, 제31집: 55-81.
- 김진구. (2008). 노인의 의료이용과 영향요인 분석. *노인복지연구*, 39: 273-302
- 김진구. (2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로. *사회보장연구*, 27(3): 91-122.
- 김찬기. (2021). *노인의 우울과 사회적 관계, 독거 여부, 거주 지역의 관*

- 제. 석사학위논문, 서울대학교.
- 김창엽. (2009). *건강보장의 이론*. 파주: 한울 아카데미.
- 김태성·김진수. (2021). *사회보장론 제4판*. 서울: 청목출판사.
- 김태완·이주미·정진욱. (2015). 노인의 빈곤과 우울에 관한 연구: 다차원적 빈곤개념을 적용하여. *보건사회연구*, 35(3): 71-102.
- 김태일·최윤영·이경희. (2008). 소득계층에 따른 의료이용 격차 분석. *사회보장연구*, 24(3): 53-75.
- 김학만. (2011). *노인의 사회참여에 관한 이론적 검토와 방향*. 2011 사회정책연합 공동 학술대회 발표자료.
- 김학주. (2019). 만성질환 노인가계의 의료비 과부담 연구. *생명연구*, 53집(2019년 8월): 51-74.
- 김혜련·최현자. (1999). 유형별 가계소득과 자산이 소비지출에 미치는 영향 - 주거보유 형태별 분석. *대한가정학회지*, 37(10): 91-106.
- 김혜령. (2012). 일 도시지역 국민기초생활보장 수급 대상 전기노인과 후기 노인의 우울 유병률과 관련 요인. *한국노년학*, 32(3): 941-954.
- 김혜숙. (2009). *지역사회 거주 노인의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*. 박사학위논문, 숭실대학교.
- 김혜승. (2007). *최저주거기준을 활용한 2006년 주거복지소요 추정 연구*. 국토연구원.
- 김혜연. (2017). 기초연금 도입이 성별 빈곤 및 소득불평등에 미치는 효과. *비판사회정책*, 제54호: 120-159.
- 김혜영. (2004). 한국 가족문화의 세대별 특징. *한국사회학회 심포지움 논문집*, 2004: 4-47.
- 김혜자·박지영·고난난·진나연·김정은. (2014). 한국복지패널(2005-2011)의 다차원적 빈곤개념을 활용한 도시·농촌 간 빈곤 격차에 대한 연구. *보건사회연구*, 34(1): 5-51.
- 나항진. (2004). 삶의 질 향상을 위한 노인 여가의 역할에 관한 연구. *한국노년학*, 24(1): 53-70.
- 남상호. (2009). *저소득층의 자산 실태 분석*. 한국보건사회연구원.

- 남상호. (2010). 우리나라 중고령자 가구의 자산분포 현황 분석. *보건복지 ISSUE & FOCUS*, 36, 198.
- 남상호. (2018). 기초연금 지급액 확대가 소득불평등과 빈곤에 미치는 효과 분석. *재정정책논집*, 20(1): 143-177.
- 남상호·권순현. (2008). 우리나라 중·고령자 가구의 자산분포 현황과 빈곤 분석: 국민노후보장패널조사(KReIS) 자료를 중심으로. *보건사회연구*, 28(2): 3-32.
- 남수정. (2018). 한국 노년기 가구주의 다차원적 빈곤 집단 유형과 특성: 잠재집단모형(LCA)의 적용. *소비자학연구*, 29(3): 63-81.
- 남은영. (2015). 사회적 위험과 국민인식: 정책적 함의를 중심으로. *보건복지포럼*(2015. 3).
- 남화순. (2010). 기초노령연금의 정책과정과 정책내용 분석 연구. *노인복지연구*(2010. 12), 50: 313-334.
- 노승현. (2012). 장애인 가구와 과부담 보건의료비 결정요인에 관한 종단적 연구. *한국사회복지학*, 64(3): 51-77.
- 문진영. (2004). 사회적 배제의 국가간 비교 연구: 프랑스, 영국, 스웨덴을 중심으로. *한국사회복지학*, 56(3): 253-277.
- 민기채·이정화. (2008). 비공식적 관계망에 대한 지원 제공이 노인의 정신 건강에 미치는 영향: 성차를 중심으로. *한국노년학*, 28(3): 515-533.
- 박경숙. (2001). 노년기 불평등의 미래. *한국사회학*, 35(6): 141-168.
- 박소영. (2018). 노인의 건강 특성과 사회적 관계망이 우울수준 수준에 미치는 영향: 성별 조절효과를 중심으로. *보건사회연구*, 38(1): 154-190.
- 박은주·권현수. (2020). 노인단독가구의 주거빈곤과 삶의 만족도에 관한 연구. *사회과학연구*, 36(4): 59-81.
- 박종선·황덕순. (2014). 가계 주 소득 원천과 소득 분위에 따른 가계 유형별 심적 회계분석. *소비자학연구*, 25(1): 115-143.
- 박진영·김용민. (2016). 노인가구의 의료비 부담과 지출에 관한 패널연구-연령집단별 분석을 중심으로. *의료경영학연구*, 10(1) : 31-41.
- 배순석·김민철 외. (2014). 주거비부담능력 평가방식 및 부담기준의 도입

- 과 정책적 활용방안. 국토연 2013-52. 국토연구원.
- 배진희. (2004). 농촌지역 노인의 사회적 지지와 생활만족도: 자녀와 이웃지원의 기능적 측면을 중심으로. *사회복지정책*, 20: 197-216.
- 백학영. (2016). 지역의 고령 및 산업 구조와 빈곤의 관계. *사회복지연구*, 47(1): 57-92.
- 백혜영. (2012). 노인복지관 이용노인의 사회적 지지가 심리적 복지감에 미치는 영향: 여가활동 만족의 매개효과를 중심으로. *사회과학연구*, 28(4): 73-92.
- 보건복지부. (2021). *통계로 본 2020년 기초연금*. 보건복지부.
- 보건복지부·한국재정학회. (2019). *기초연금 2020년 대상자 선정기준 설정을 위한 연구*. 보건복지부·한국재정학회.
- 사공진·임현아·조명덕. (2012). 만성질환자의 의료이용과 의료비 지출의 형평성 분석, *보건경제와 정책연구*, 18(3): 79-101.
- 서선희·임희경. (2004). 농촌 노인 가구의 사회적 관계망의 기능에 관한 연구: 전남지역을 중심으로. *농촌사회*, 14(1): 179-203.
- 석상훈. (2011). 자산빈곤과 빈곤지속. *사회보장연구*, 27(2): 163-186.
- 석상훈. (2012). 노인세대의 빈곤 추이와 특징, *연금포럼*, 47: 15-22.
- 석재은. (2003). 노령계층의 소득계층별 필요소득수준 연구. *한국인구학*, 26(1): 79-113.
- 석재은. (2016). 신노년문화와 호혜적 관계 자원의 잠재력, 윤현숙 외, *초고령사회 세대통합형 고령친화 커뮤니티디자인*. (사)미래포럼, 89-114.
- 석재은·장은진. (2016). 여성독거노인과 남성독거노인의 관계 자원이 삶의 만족도에 미치는 영향. *노인복지연구*, 71(2): 321-349.
- 손용진. (2010). 사회자본이 도시와 농어촌 노인의 우울증에 미치는 영향에 관한 연구. *GRI 연구논총*, 12(3): 311-339.
- 송은철·신영전. (2014). 재난적 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향: 복지패널 2007-2012년 자료 분석. *보건행정학회지*, 24(3): 242-253.
- 손수인·신영전·김창엽. (2010). 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. *보건사회연구*, 30(1): 92-110.
- 송인욱·원서진. (2014). 앤더슨(Andersen)모형을 이용한 장애인 우울

- 예측요인. *재활복지*, 18(3): 23-45.
- 송태민. (2013). 앤더슨 행동모형을 이용한 노년기 외래의료서비스 이용에 대한 스트레스 취약요인의 매개효과 분석. *보건사회연구*, 33(1): 547-576.
- 송호근·김태성. (1995). *사회복지 정책론*, 파주: 나남.
- 신용석·원도연·노재현. (2017). 노인의 자산수준이 삶의 만족도에 미치는 영향: 사회활동참여의 다중매개효과를 중심으로. *보건사회연구*, 37(2): 216-250.
- 심 영. (1997). 노인의 의료비지출 분석. *한국가정관리학회지*, 15(4): 1-13.
- 안서연·최옥금·한신실·이은영. (2018). 2018년 기초연금의 사회경제적 효과 분석. 국민연금공단 국민연금연구원.
- 안은숙·신호성. (2015). 치과의료이용 불평등에 영향을 미치는 결정요인 분해. *통계연구*, 20(2): 140-159.
- 양오석·박준민. (2014). *경영연구를 위한 조절효과(Moderating Effect) 검증 방법에 대한 엄밀성 제고-국내 연구논문 140개 검토-*. 2014년 (사)한국경영교육학회 춘계국제학술대회.
- 엄영진. (2019). *건강경제학(Health Economics)*. 서울: 계축문화사.
- 여윤경. (2003). 노인부부가계와 노인독신가계의 소비패턴 비교. *한국가정관리학회지*, 21(5): 1-12.
- 오지현·여유진. (2009). 한국복지패널로 본 주거복지 지표. *보건복지포럼*, 158: 30-38.
- 우경숙·서제희·김계수·신영전. (2012). 노인의 사회자본과 건강위해 행위 및 건강수준이 의료서비스 이용에 미치는 영향. *보건행정학회지*, 22(4): 497-521.
- 원도연·한창근. (2016). 노부모의 자산이 자녀와의 관계만족에 미치는 영향: 자녀와의 만남 빈도, 연락빈도, 금전적 지원의 매개효과를 중심으로. *한국노년학회*, 36(2): 475-492.
- 원형중. (1994). 여가활동 참여가 수도권 거주 노인의 고독감, 여가만족, 생활만족에 미치는 영향. *한국노년학*, 14(2): 90-104.

- 유창훈·강성욱·하호수·권영대. (2019). 65-75세 노인의 실손형 민간의료 보험 가입 영향 요인. *병원경영학회지*, 24(1): 48-56.
- 윤석명·고경표·김성근·강미나·이용하·이정우. (2017). *다양한 노인빈곤지표 산정에 관한 연구(I)*. 연구보고서 2017-08. 한국보건사회연구원.
- 윤성주. (2014). 기초연금제도의 쟁점과 과제. *재정포럼(현안분석1)*. 한국조세재정연구원.
- 윤정혜·김시월·장윤희·조향숙·송현주. (2010). 패널자료 분석을 이용한 중·고령자 단독가계의 의료비 지출 영향 요인. *소비자학연구*, 21(4): 193-218.
- 윤종주. (1994). 노인과 사회참여 그 현황과 전망. *한국노년학*, 14(1): 169-178.
- 윤홍식. (2011). 보편주의를 둘러싼 주요쟁점: 보편주의 복지정책을 위한 시론. *한국사회복지학*, 63(2): 57-79.
- 윤희숙. (2011). 기초노령연금의 존재의의와 재편 방향. *KDI FOCUS* 2011년 10월 7일(통권 제9호). 한국개발연구원.
- 윤희숙. (2012). 기초노령연금의 대상 효율성 분석과 선정기준 개선방안. *KDI 현안분석*. 한국개발연구원.
- 윤희숙·권형준. (2013). 가구유형과 공적연금 수급여부를 고려한 고령층 빈곤과 자산분포 현황. *KDI정책포럼*, 254: 1-10.
- 이규식·정형선·황성완·최대봉·최보영·김희년·박신후. (2017). *고령사회를 대비한 노인의료비 효율적 관리방안*. 국민건강보험공단 연구용역 보고서, 국민건강보험공단·(사)건강복지정책연구원.
- 이상영. (2004). 만성질환 관리를 위한 지속적 건강관리체계 구축. *보건복지포럼(2004.1)*. 정책분석. 한국보건사회연구원.
- 이상은·이은혜·정찬미. (2011). 한국에서 자산빈곤의 변화추이와 요인분해. *보건사회연구*, 31(3): 3-37.
- 이성은. (2012). 만성질환 노인의 주관적 건강 상태와 생활만족도의 관계에서 경제활동참여의 조절효과. *정신보건과 사회사업*, 40(1): 234-262.
- 이수연. (1999). 부부의 가족주의 가치관 및 가족관계 만족도에 관한 연구. 석사학위논문, 숙명여자대학교.

- 이승호·구인회·손병돈. (2016). 기초연금의 확대가 노인가구의 소득, 지출, 빈곤에 미친 영향: 이중차이 방법의 적용, *한국사회보장학회*, 2016 사회정책연합 공동학술대회, 자유세션II: 467-489.
- 이영라·이숙중. (2017). 베이비붐 세대의 자산빈곤 영향 요인 연구: 해방전쟁 세대와 비교 분석. *한국정책학회 추계학술발표논문집*, 2017: 21-44.
- 이용재·김형익. (2017). 가구소득불평등에 민간보험수입과 의료비 본인부담지출이 미친 영향. *디지털융복합연구*, 15(12): 625-633.
- 이원식. (2015). 앤더슨 행동모델에 근거한 노인 의료서비스 이용에 대한 중단연구, 박사학위논문, 건국대학교.
- 이원식. (2018). 의료서비스 이용에 대한 중단연구. *한국사회정책*, 17(1): 267-290.
- 이윤경·김세진·황남희·임정미·주보혜·남궁은하·이선희·정경희·강은나·김경래. (2020). 2020년 노인실태조사. 정책보고서 2020-35. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 이윤진·신혜리·이민아. (2012). 은퇴자의 주관적 건강인식이 삶의 만족도에 미치는 영향: 경제적 노후준비의 조절효과를 중심으로. *사회과학연구*, 24(3): 35-59.
- 이은희·김경자·이성림·유현정·차경욱·이영애·이준영. (2015). 세대별 가계경제구조 비교분석. *소비자정책교육연구*, 11(2): 197-227.
- 이정화·한경혜·박공주·이한기. (2003). 사회적 관경으로서의 지원망 특성이 농촌노인의 심리적 복지에 미치는 영향. *농촌계획*, 9(3): 1-7.
- 이종성. (2018). 기초연금의 도입이 노인의 소비지출 변화에 미친 영향, 박사학위논문, 서울대학교.
- 이준구. (2013). *미시경제학*. 고양: 문우사.
- 이채원. (2008). 성인당뇨병환자의 건강수준 및 질병관리장애요인: 의료급여환자와 건강보험환자의 비교. *한국사회복지학*, 60(4): 231-251.
- 이채정·권혁주. (2016). 기초연금의 정책효과 분석. *한국행정논집*, 28(3): 365-388
- 이택영·김진경. (2009). 도시 및 농어촌 노인의 활동 수준 및 활동 정도



- 에 따른 삶의 질 비교. *한국콘텐츠학회논문지*, 10(2): 402-411.
- 이현규·한지형·최현자. (2018). 고령가계의 의료비 부담이 가계경제에 미치는 영향-소비지출과 재무안정성을 중심으로. *소비자학연구*, 29(6): 77-104.
- 이혜재. (2016). 성향점수매칭으로 살펴본 의료급여 수급자와 건강보험 가입자의 본인부담 의료비 지출과 의료이용. *보건경제와 정책연구*, 22(2): 29-49.
- 이혜재·이태진. (2012). 우리나라 가구 과부담 의료비의 발생 및 재발과 관련된 요인. *사회보장연구*, 28(3): 39-62.
- 임미선. (2012). 만성질환자의 의료이용과 의료비 지출의 불평등. 제3회 한국의료패널 학술대회.
- 임세희. (2010). 주거빈곤이 아동발달에 영향을 미치는 과정 분석. *한국사회복지학*, 62(4): 377-402.
- 임완섭. (2016). 기초연금의 빈곤 감소효과 분석. *보건복지포럼*, 236호: 82-97.
- 임재현. (2011). 주거빈곤이 가족생활에 미치는 영향. *사회복지연구*, 42(1): 279-304.
- 장수지. (2011). 중노년기 배우자 사별 전후의 사회적 관계망 변화에 대한 종단연구. *한국노년학*, 31(4): 1083-1101.
- 장수지·김수영. (2016). 노인의 사회경제적 지위에 의한 건강불평등: 심리 사회적 기제들의 매개효과분석, *한국노년학*, 36(3): 611-632.
- 전성욱. (2014). 기초연금법 입법과정 분석. *정책분석평가학회보*, 24(4): 119-151.
- 정경희. (2016). 노년기 거주 현황과 과제: 거주 실태의 다양성을 중심으로. *보건복지포럼*, 239(2): 6-20.
- 정경희·오영희. (2000) 노인의 교육 수준 변화 및 정책적 함의. *보건복지포럼*(2000년 2월 통권), 41: 55-65.
- 정경희·오영희·강은나·김재호·선우덕·오미애, ..., 이금룡. (2014). 2014년도 노인실태조사, 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 정순돌·구미정. (2011). 우울영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교. *노인복지연구*, 52: 305-324.

- 정순돌·문진영·김성원. (2010). 고령은퇴자의 사회적 관계망과 은퇴만족도 관계 연구. *한국노년학*, 30(4): 1145-1161.
- 정운영·정세은. (2010). 저소득 노인가계와 고소득 노인가계의 소비지출 구조 및 결정요인의 비교. *사회보장연구*, 11: 21-48.
- 정의진. (2012). *한국 노인의 다차원적 빈곤 구조 분석*. 석사학위논문, 서울대학교.
- 조영섭. (2019). *공적소득보장 수급이 한국 중·고령층의 소비패턴에 미치는 영향에 관한 패널연구*. 석사학위논문, 서울대학교.
- 조홍준. (2013). 보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황. *대한의사협회지*, 56(3): 184-194.
- 최균·서병수·권종희. (2011). 차원계수방식에 의한 다차원적 빈곤 측정. *한국사회복지학*, 63(1): 85-111.
- 최승훈·민수빈·이예인. (2020). 현재 노인과 미래 노인의 불평등 추이에 관한 연구: 코호트별 소득과 자산을 중심으로. *한국사회정책*, 27(3): 45-76.
- 최영애. (2003). 노인이 지각하는 건강 상태와 건강행위에 관한 연구: 일부 지역 노인들을 중심으로. *한국노년학*, 23(3): 129-142.
- 최옥금. (2020). 기초연금의 목표수급률 설정에 대한 소고(小考). *연금포럼(봄호)*, 77: 47-54.
- 최옥금·이상봉·한신실·이은영. (2016). *2016년 기초연금의 사회적경제적 효과 분석 연구: 기초연금이 수급자의 삶에 미친 영향을 중심으로*. 국민연금공단 국민연금연구원.
- 최옥금·안서연·이은영·한신실. (2017). *2017년 기초연금의 사회경제적 효과 분석 연구: 수급자의 생활에 미친 영향 및 제도 인식과정을 중심으로*. 국민연금공단 국민연금연구원.
- 최옥금·이은영·홍정민. (2019). *2019년 기초연금의 사회경제적 효과 분석*. 국민연금공단 국민연금연구원.
- 최옥금·한신실. (2018). *기초연금 관리운영 현황 분석 및 개선방안*. 정책 보고서 2018-04. 국민연금연구원.
- 최요철·김은영. (2007). 가계소비의 자산효과 분석과 시사점. 한국은행.

*Monthly Bulletin. October 2007: 23-53.*

- 최윤주·이원영. (2015). 만성질환에 대한 의료보장 사각지대 연구. *한국사회정책*, 22(4): 161-187.
- 최은희·권치홍·임덕영·이슬해. (2018). 주거빈곤가구 유형별 주거지원 강화 방향 연구. 토지주택연구원.
- 최혜경. (2002). 저소득층 조손가정 여성노인의 우울감과 관련 요인 연구. *한국노년학*, 22(3): 207-222
- 최희정·남보람. (2019). 다자녀와의 접촉빈도 및 접촉유형과 중노년기 주관적 복지감. *한국가정관리학회지*, 37(4): 27-39.
- 한국건강형평성학회. (2007). *건강형평성 측정 방법론*
- 한국건강형평성학회. (2008). *건강형평성 측정 방법론*
- 한신실·홍정민. (2020). *2020년 기초연금 수급자 실태 분석*. 국민연금연구원.
- 한신실·홍정민. (2021). *2021년 기초연금 수급자 실태 분석*. 국민연금연구원.
- 한인수. (2003). 경영연구에 있어서 조절효과검증에 관한 연구. *경영경제연구*, 25(2): 137-153.
- 허수정·박희란. (2018). 기초연금 제도 변화에 따른 빈곤감소 및 소득불평등 정도 완화에 대한 효과성 분석. *한국사회와 행정연구*, 29(3): 179-200.
- 한혜경. (2000). 재가복지서비스의 대상효율성 분석. *한국사회복지행정학* 제3호 2000: 173-195.
- 황남희·김정현·정지운. (2015). *한국 노인의 다차원 빈곤에 대한 중단연구-차원별 빈곤 여부에 따른 복지서비스 이용경험의 비교*. 제8회 한국복지패널 학술대회 자료집: 255-275.
- 황상민·김도환. (2004). 한국인의 라이프 스타일과 세대의 심리적 정체성. *한국심리학회지: 사회 및 성격*, 18(2): 31-47.
- 황인욱·이태진. (2018). 중고령 은퇴가구의 소득구성과 의료비 지출의 관계 분석. *보건사회연구*. 38(2): 227-256.
- 홍승현. (2015). 가구소득수준이 고혈압, 당뇨 노인환자의 외래의료이용에

- 미치는 영향. 석사학위논문, 가톨릭대학교.
- 홍우형. (2021). 제2장 기초연금의 문제점과 개선방향. 국가재정운영계획 지원단 편집. *2021-2025 국가재정운영계획: 지원단 보고서\_노후 소득보장 체계 혁신*. 국가재정운영계획 지원단.

### <국외문헌>

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36: 1-10.
- Andersen, R. M., & Newman, J. F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4): 1-28.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 1173-1182
- Bebbington, A.C. & Davies, Bleddyn. (1983). Equity and Efficiency in the Allocation of the Personal Social Services. *Journal of Social Policy*. 12(3): 309-330.
- Bowling, A. (1990). Associations with life satisfaction among very elderly people living in adeprived part of inner London. *Social Science & Medicine*, 31(9): 1003-1011.
- Bradshaw, J. (2000). Prospects for Poverty in Britain in The First Twenty-Five Years of The Next Century. *Sociology*, 34(1): 53-70.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American*

- psychologist*, 31(2): 117.
- Disney, R. & Paul, J. (2001). *Pension Systems and Retirement Incomes across OECD Countries*. Edward Elgar.
- Elder, Glen H., Jr. (1994), Time, human agency, and social change : Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1): 4~15.
- Folland, S., Goodman, Allen C. & Stano, M. (2007). *The Economics of Health And Health Care(5th Edition)*. 박윤형·정우진 옮김 (2010). 보건의료경제학. 서울: KMA의료정책연구소.
- Friedman, M. (1957). *A Theory of Consumption Function*. Princeton: Princeton University Press.
- Gilbert, N. & Terrell, P. (2013). *Dimensions of Social Welfare Policy(8th Edition)*. 남찬섭·조성은·김기태·민기채·김수정 옮김. 사회복지정책론: 분석틀과 선택의 차원. 고양: 지식공동체.
- Glass, T., Leon, C., Marrotoli, R. & Berkman, L. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*, 319(7208): 478-483.
- Grusky, D. B., & Kanbur, R. (2006). *Poverty and Inequality*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Heidrich, S. M. (1998). Health promotion in old Age. *Annual review of nursing research*, 16(1): 173-195.
- Holbrook, R., & Stafford, F. (1971). The Propensity to Consume Separate Types of Income: A Generalized Permanent Income Hypothesis. *Econometrica*, 39(1): 1-21
- Hooyman, N. (1983). Social Support Networks in Services to the

- Elderly. in *Social Support Networks : Informal Helping in the Human Services*(pp.133-164), Edited by Whittaker, J. K., & Garbarino, J., New York : Aldine Publishing Company.
- House, J. S., Lepkowski, J. M., Kinney, A. M., Mero, R. P., Kessler, R. C. & Herzog, A. R. (1994). The social stratification of aging and health. *Journal of health and social behavior*, 35(3): 213-234.
- Jaccard, J., Turrisi, R., & Wan, C. K. (1990). *Interaction effects in multiple regression*. Newbury Park, CA: Sage
- Mannheim, K. (1964). *The Problem of Generations. Essays on Sociology of Knowledge*. Oxford Univ. Press
- Keynes, J. M. (1936). *The General Thoery of Employment, Interest and Money*(2007 edition). Harcourt, Brace and Co., London.
- Kildal, Nanna & Stein Kuhnle. (2002). *The Principle of Universalism: Tracing a Key Idea in the Scandinavian Welfare Model*. Paper presented at the First Conference of the European Social Policy Research Network on 'Social Values, Social Policies', Tilburg University, The Netherlands, 29-31 August 2002.
- Korpi, W. & Palme, J. (1998). *The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries*, LIS Working Paper Series, No. 174, Luxembourg Income Study (LIS), Luxembourg
- Krause, N. (1999). Assessing change in social support during late life. *Research on Aging*, 21: 539-569.
- Litwin, H., Landau, R. (2000). Social network type and social support among the old-old. *Journal of Ageing Studies*, 14: 213-228.
- Lowenthal, M. F., & Robinson, B. (1976). Social networks and

- isolation. *Handbook of aging and the social sciences*, 5: 432-456.
- McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D. et al. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17: 567 - 580.
- Nam, Y., Huang, J., Sherraden, M. (2008). Asset definitions. 1-31, in *Asset Building and Low-Income Families*, edited by McKernan, S., and Sherraden, M., Washington, D. C.: The Urban Institute Press.
- Nelson, E. A. & Dannefer, D. (1992). Aged heterogeneity: Fact or fiction? the fate of diversity in gerontological research. *The Gerontologist*. 32(1): 17-23.
- OECD. (2021). *Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- Phelps, Charles E. (2013). *Health Economics(The Pearson Series in Economics)(5th edition)*. 문상호 외 옮김. (펠프스의) 의료경제학. 서울: 시그마 프레스.
- Quadagno, Jill. (2021). *Aging and the life course : an introduction to social gerontology(7th edition)*. 이정환·양정빈·염지혜·차승은·신승연·황명진 옮김. 사회노년학. 서울: 그린.
- Ryder, N. B. (1965). The cohort as a concept in the study of social change. *American Sociological Review*, 30(6): 843 - 861.
- Ringen, S. (1988). Direct and Indirect Measures of Poverty. *Journal of Social Policy*, 17(3): 351 - 365.
- Rothstein, Bo. (1998). *Just Institutions Matters: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Rowntree, B. S. (1971). Poverty: A study of town life. In G. D. Smith, D. Dorling, & M. Shaw (Eds.), *Poverty, Inequality, and Health in Britain, 1800 - 2000: A Reader* (pp. 97 - 106). Bristol, U.K.: Policy Press.
- Selsnick, D. T. (2001). *Consumption and Social Welfare: Living Standards and Their Distribution in the United States*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shefrin, H. M., & Thaler, R. H. (1988). The Behavioral Life-Cycle Hypothesis. *Economic Inquiry*, 26(4): 609-643.
- Skocpol, Theda. (1991). Targeting within universalism: Politically viable policies to combat poverty in the United States. In J. Christopher & P. Peterson (Eds.), *The Urban Underclass* (441-436). Washington DC: Brookings Institution
- Suppa, N. (2016). *Comparing monetary and multidimensional poverty in Germany*. OPHI Working Paper 103, University of Oxford.
- Titmuss, R. (1968). *Commitment to welfare*. London: George and Unwin Ltd.
- Uhlenberg, P., & Miner, S. (1996). Life course and aging: A cohort perspective. In R. H. Binstock, L. K. George, V. W. Marshall, G. C. Myers, & J. H. Schulz (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences*(208 - 228). Academic Press.
- Wagstaff, A. (2001). *Causes of Inequality in Health: Who You Are? Where You Live? Or Who Your Parents were?*, World Bank, 2001.
- Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. (2003). Catastrophic and Impoverishment in Paying for Health Care: with Application to Vietnam 1993-98, *Health Economics*, 2(11): 921-934.



- Ware Jr, J. E. (1987). Standards for validating health measures: definition and content, *Journal of chronic diseases*, 40(6): 473-480.
- Waters, H., Anderson, G. & Mays, J. (2004). Measuring financial protection in health in the United States. *Health Policy*, 69(3): 339-349.
- WHO. (2005). *Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditure Methodology*, Geneva: WHO.
- Wolff, J. L., Starfield, B. & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 162(20): 2269-2276.
- Yoon TH, Lee SY, Kim CW, Kim SY, Jeong BG, Park HK. (2011). Inequalities in medical care utilization by South Korean cancer patients according to income: a retrospective cohort study. *IntJ Health Serv* (2011), 41: 51-66.

### <법률, 언론자료 등>

- 법제처. (1989). 노인복지법
- 법제처. (1991). 노인복지법시행령
- 법제처. (2008). 기초노령연금법
- 법제처. (2019). 주택법
- 법제처. (2022). 기초연금법
- 고영인 외. (2021). *기초연금법 일부개정법률안*(고영인의원 대표발의).
- 경향신문. (1986). 국민연금제도의 기본구상. (1986. 6. 12.) 사설. 경향신문. 네이버 뉴스 라이브러리.

- 경향신문. (1989). 경로증부터 없애야. 1989. 8. 4. 경향신문 사설. 네이버 뉴스 라이브러리.
- 동아일보. (1988). 65세 넘는 노인 노령수당 지급 경로우대부담 정부가 맡아야. 1988. 12. 22. 동아일보. 네이버 뉴스 라이브러리.
- 매일경제. (2019). 내년부터 노인인구 48만명씩 ↑... “고령층 위한 재정 연 14% ↑”, (URL: <https://www.mk.co.kr/news/economy/view/2019/06/374200/>), (접속일: 2019. 6. 2).
- 매일경제. (2021). “기초연금은 통장을 스쳐갈 뿐”... 김 할머니는 왜 월 30만원 포기했나. (URL: <https://www.mk.co.kr/news/society/9963598>), (접속일: 2022. 5. 14).
- 연합뉴스. (2022). 노인빈곤율 38.9%로 하락... 첫 30대 기록은 “기초연금 효과”. (URL: <https://www.yna.co.kr/view/AKR20220307098400501>), (접속일: 2022. 3. 8).
- 통계청. (2019). 장래인구특별추계: 2017-2067. (2019. 3. 27). 통계청 보도 자료.
- 한겨레. (2021). 고령인구 비중 높아지는데 노인 빈곤율은 OECD 최고. (URL: [https://www.hani.co.kr/arti/economy/economy\\_general/1013181.html](https://www.hani.co.kr/arti/economy/economy_general/1013181.html)), (접속일: 2021. 9. 30).

## 부 록

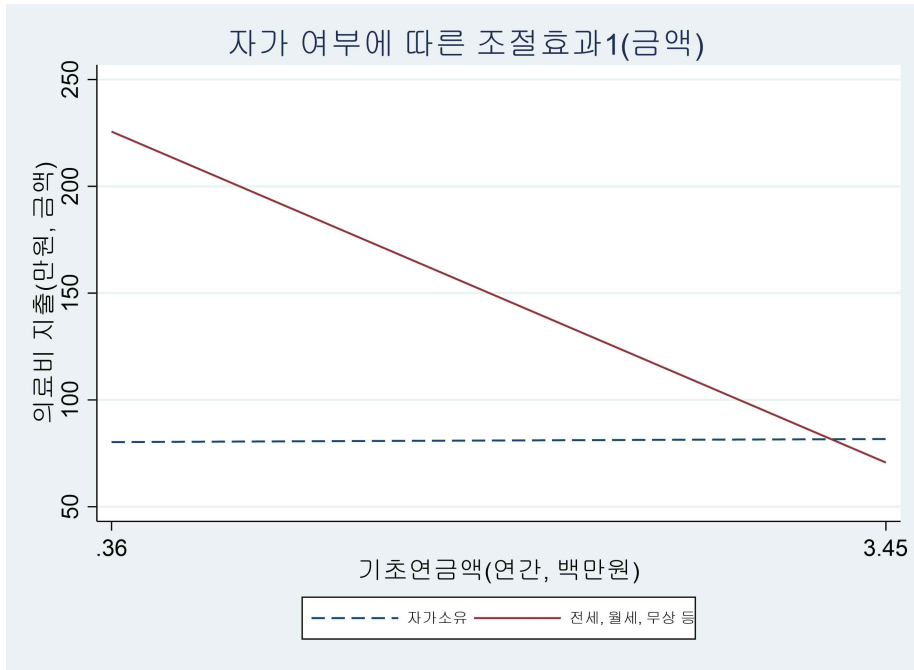
<기초연금과 의료비 지출에 대한 자가 여부 조절효과>

구분			<추가 분석>		
			의료비 지출 금액(만원)	의료비 지출 비율(%)	
독립변수	기초연금액		.4690635	.0031817	
조절변수	자가 여부	비자가(전세, 월세, 무상 등)	<b>163.5769***</b>	<b>.450503**</b>	
교차항	기초연금액*자가 여부		<b>-50.61396***</b>	<b>-.1452286*</b>	
통제변수	필요인	만성질환수	<b>16.10185***</b>	<b>.2437809***</b>	
		건강 상태(인지)		-.0677362	<b>.1229762***</b>
		중증 여부	있음	10.81155	<b>.4981525***</b> ( $e^{\beta}=1.645678$ )
		장애여부	있음	8.954389	<b>-.1511153*</b> ( $e^{\beta}=0.8597486$ )
		시력보조기 사용유무	사용	4.292369	.0075011
		청력보조기 사용유무	사용	7.940401	<b>.1539042**</b> ( $e^{\beta}=1.1663791$ )
		씹기보조기 사용유무	사용	<b>-14.07949*</b>	.0015804
	가능성요인	ln소득(기초연금 제외)		<b>66.528***</b>	<b>.1805876***</b>
		ln순자산		<b>3.949142*</b>	<b>.0795532***</b>
		가구원 수		<b>11.22534*</b>	<b>.0756923**</b>
		생활비 지출(의료비 제외)		<b>-.1028466***</b>	<b>-.0001393***</b>
		저축액		<b>-.0583536***</b>	<b>-.0001456***</b>
	소인성요인	연령		-.4419862	-.0052813
		성별	남성	13.57694	-.0493917
		교육 수준	초졸	8.086986	<b>.1359982**</b> ( $e^{\beta}=1.1456798$ )
			중졸	-.4174303	.0527279
			고졸	<b>26.24335*</b>	<b>.1466157*</b> ( $e^{\beta}=1.157909$ )
		대졸이상		<b>39.6625*</b>	.0592913
		거주지역	읍면부	<b>-12.90223*</b>	-.0167281
		배우자유무	있음	-13.02565	.0461147
		종교유무	있음	-6.773963	<b>-.1458579***</b> ( $e^{\beta}=0.8642805$ )
F			31.86***	67.17***	
R 제곱			0.1061	0.2002	
수정된 R 제곱			0.1028	0.1972	
N			6,465	6,465	

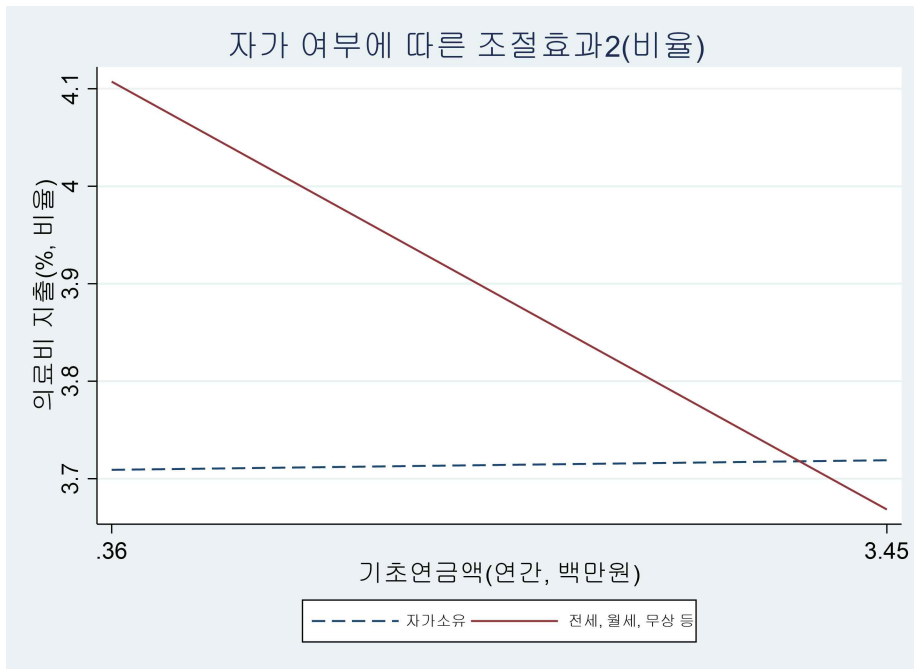
\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

\*더미 변수의 준거범주: 중증 여부(없음), 장애여부(없음), 보조기사용유무(미사용), 성별(여성), 교육 수준(무학), 거주지역(동부), 배우자(없음), 종교(없음)

<기초연금액과 의료비 지출(금액)에 대한 자가 여부 조절효과1  
그래프>



<기초연금액과 의료비 지출(비율)에 대한 자가 여부 조절효과2  
그래프>



## Abstract

# A study on the target efficiency from the perspective of multidimensional poverty and the differential effect (medical expense) of the basic pension

KIM, Mansu

Doctor of Philosophy in Public Policy

The Graduate School of Public Administration

Seoul National University

The purpose of this study is to look at the target efficiency of the basic pension from the perspective of multidimensional poverty and analyze the differential effect focusing on the medical expense. It is divided into two parts. First, the target efficiency analysis aims to confirm whether the vulnerable elderly receive the basic pension by analyzing how many poverty/non-poverty groups receive the basic pension each. In previous studies, target efficiency analysis was conducted focusing on income and assets. In this study, however, the poverty dimension was expanded to eight categories from the perspective of the multidimensional poverty. The target efficiency analysis was conducted centering on descriptive statistics analysis. Second, the differential effect was analyzed through the the analysis of moderating effect whether the increase in income due to the

recipient of basic pension leads to the medical expense depending on the income and asset poverty line, and health(a number of chronic diseases).

First of all, the universal welfare policy was discussed for the theoretical discussion of target efficiency. This study found out that the current basic pension payment method is not following the concept of universal welfare policy that “refrains from looking at all the elderly (or most of the elderly people) collectively, but acknowledges personal diversity and complexity and providing welfare benefits at a level that can overcome social risks.” Universalism can also pursue universalism through selectivism, and this concept of universalism is a living concept that can change according to the political, economic, diplomatic, security, and social situations of the country. This is because it is difficult to define it as one. From the perspective of universalism, previous studies related to target efficiency pointed out the problems with the payment method of the basic pension and argued that it should be more efficiently operated. Nevertheless, the limitation of previous studies was that the target efficiency was analyzed only in terms of income and assets. Hence, in this study, the target efficiency was analyzed from the perspective of multidimensional poverty in eight categories (income, assets, consumption expenditure, physical health, mental health, housing, family relationships, and relationships with friends, neighbors, and acquaintances). Because if the poverty rate in other poverty dimension (not income and assets) is 70% or higher, it can be said that the current basic pension recipient and operation method are appropriate. On the contrary, non-poverty group receives large portion of the basic pension in other poverty categories as the previous studies, there is room for rethinking goals and payment methods of

the basic pension.

As a result of the analysis, among basic pension recipients, the number of non-poverty elderly group compared to poverty elderly group was at least 1.8 times higher (income poverty category) and up to 11 times (friend/neighbor/acquaintance poverty category) in seven poverty categories excluding physical health poverty. The poverty line used in previous multidimensional poverty studies was applied. To be specific, it is about 4 times higher on average, which means there are 20 poor elderly and 80 non-poor elderly in 100 elderly people. It was found out that the elderly with average annual income of 23.55 million won<sup>38)</sup> or more, business income of 8.91 million won or more, net assets of 550 million won or more, annual living expenses of 24.77 million won or more, and living in a house with 7 rooms are receiving the basic pension. In other words, when looking at various poverty line standards, there are a large number of non-poverty elderly among basic pension recipients, and their income or property does not differ much from that of the working age group(20-60 years old). This result indicates that the target efficiency of basic pension is not high.

The theoretical discussion in the second part focused on the budget line and income consumption curve from health economics. It was confirmed that as the income increases, medical expenses and living expenses also increase. In addition, it was noted that there is a difference in the ratio of medical expenses and living expenses depending on the difference in health (utility), as the ratio of medical expenses is high but the ratio of living expenses is low when the health is poor, while the ratio of living expenses is high but the ratio of medical expenses is low when the health is good. Medical

---

38) This is the official currency of South Korea(₩, won).

expenses are influenced by various factors, so that we apply Andersen's individual determinants which classify them into predisposing components, enabling components, and need(illness level) components. In this study, Andersen's individual determinants were basically used to analyze the differential effect of medical expenses depending on the amount of basic pension. Also, living expenses and savings (disposable income minus living expenses) through additional theoretical discussions were included.

In previous studies, there were many studies of medical expenses due to the introduction (whether or not the basic pension was paid) or expansion (significant increase in the amount of pension) of the basic pension. The study of the difference in medical expenses due to the increase in the basic pension amount (increase in income), however, was not conducted. It can be said that it is an academically significant as there has been no analysis of the effect of differential medical expenses according to the income, asset poverty line and a number of chronic diseases. In addition, both the amount and ratio (natural logarithm) of the dependent variable which is medical expenses, were analyzed to examine.

First, the result of analyzing the effect of the basic pension amount on medical expenses demonstrated that there is no significant effect. This result can be attributed to the fact that, as discussed in the target efficiency analysis above, basic pension recipients include the elderly with various characteristics as well as income and assets. Taking income as an example, if the income level is low, receiving the basic pension may not have a substantial income increase effect, and if the ratio of social security systems payment such as the basic pension in total income is large, medical expenses may be reduced. Conversely, if the income level is high (ratio of private transfer



income or public pension income is high), not only medical expenses but also various consumption expenditures can be made causing no direct correlation with medical expenses, and thereby showing no significant relation between basic pension amount and medical expenses. In other words, when analyzing all basic pension recipients, because the recipients were not limited to the specific poor group, but to 70% of the elderly, so no significant results were found depending on the differences in economic circumstances, timing, and preferences of each individual.

Next, the relationship medical expenses with the basic pension amount were examined through the moderating effect depending on the income poverty. In theoretical discussion, in the case of low-income elderly, even if they receive social security benefits, medical expenses can be reduced due to living expenses. This study found out that there is positive correlation in the case of income poverty. But the significance level was higher than 0.05, so that it was rejected. This results were the same for both the amount and ratio(natural logarithm) of medical expenses. Contrary to the results of previous studies, it was found that those in the income poverty group who received a high basic pension could spent a little more on medical expenses showing their potential to spend living and medical expenses to a certain extent. Therefore, in the case of the elderly, it is unreasonable to conclude that those with income poverty is unconditionally a vulnerable class. Nevertheless, as no statistically significant correlations were found though, it could not be included in the final result.

In the analysis of the moderating effect depending on the asset poverty, a negative(-) relationship was found at a significant level. Contrary to the income poverty, both the amount and ratio of medical

expenses were low when the basic pension amount was high in the asset poverty group. As we have touched upon in the theoretical background that people with less assets have a negative relationship with medical expenses, even if the basic pension amount is high, medical expenses in the asset poverty group are low. In other words, the elderly group with low net assets such as real estate and financial assets can not change their real income enough to pay for medical expenses even if they receive a lot of basic pension. So even though the basic pension amount is high, it is not enough to cover both living and medical expenses, resulting in only living expenses being spent. For instance, even if the income of the asset poverty group elderly increases from 700,000 won to 1 million won by receiving the full amount of the basic pension, this means that medical expenses will decrease from 70,000 won to 60,000 won, also decreasing from 10% to 6% with the percentage. The biggest reason for the decline in both the amount and ratio of medical expenses of the asset poverty group was the effect of housing expenses depending on whether or not they have their home ownership.

Next, the results of the analysis of the moderating effect depending on the number of chronic diseases turned out to be negative(-) relationship, but unlike the previous analysis results, it was not significant in the amount of medical expenses, but the result of the ratio was statistically significant( $p < 0.01$ ). In other words, among the unhealthy elderly group with many chronic diseases, there was no relationship between the basic pension amount and the absolute amount of medical expenses, but the percentage of medical expenses(natural logarithm) was negatively related. Therefore, the discussion could be centered on the ratio of medical expenses that showed statistically significant results. In the elderly group with no

or one chronic disease, the higher the basic pension amount, the higher the medical expense ratio went on. On the contrary, an elderly person with three or more chronic diseases receives a full basic, the ratio of medical expenses was reduced. An elderly person with three or more chronic diseases receives a full basic pension of 300,000 won and has his income rises from 700,000 won to 1 million won, for example, his medical expenses increase from 70,000 won to 90,000 won making the total medical expense ratio rather decreased from 10% to 9%. In turn, the ratio of living expenses increases(90% → 91%). Because this group already has many chronic diseases, unlike the asset poverty group, they are in a situation where they have to maintain or increase their medical expenses, but the key point is that the ratio of their medical expenses out of total consumption expenses decrease. The higher the number of chronic diseases and the higher the proportion of medical expenses are, the higher the possibility of being in a low-income class and overburdening medical expenses is. And the current basic pension scheme has limitations for this group to overcome it.

In summary, even if the increase of income thanks to the high basic pension amount did not have a positive effect on medical expenses. It was confirmed that so-called vulnerable groups including the asset poverty group and the group with many chronic diseases increased their living expenses, but decreased the amount or ratio of medical expenses. In other words, the basic pension is not sufficient for a stable life in the elderly group who have to maintain or increase the proportion of medical expenses due to unhealthiness and economic vulnerability. On the other hand, in the non-poverty group and the healthy elderly group, as examined in the theoretical discussion, medical expenses increased resulting in differential results

in terms of an amount of the basic pension.

These results provide supporting evidence that the current basic pension payment method and pension amount calculation method are not suitable for the asset poverty elderly group and the elderly group with many chronic diseases. The difference in basic pension amount according to asset poverty is 10,000 won per month(130,000 won per year), and the difference between the elderly group without chronic diseases and the elderly group with three or more is 15,000 won per month(170,000 won per year). The difference in net assets, however, is 150 million won(Approximately 7 times), and the difference in medical expenses between the elderly without chronic diseases and the elderly group with three or more was 60,000 won per month(780,000 won per year), or about 3 times more. The difference in basic pension amount does not make up for the difference in each medical expense of each poverty status. The vulnerable elderly group may not be able to pay the necessary expenses for each household need, such as medical expenses as well as housing expenses, through the basic pension. On the contrary, non-poverty, and healthy group would be able to pay all sorts of expenses incurring differential effect.

While the basic pension system cannot play an absolute role in stabilizing normal life in old age and improving health, it is necessary to reconsider the method of selecting beneficiaries and calculating the amount of the basic pension under the current basic pension system given that the policy must be implemented with limited budget resources, that it must be efficiently paid to the elderly who need it more, and that the elderly recipient should make necessary expenditures more effectively. In addition, excluding income factor when setting the criteria for the basic pension amount and selecting

beneficiaries of the National Basic Livelihood Security System should be considered to improve the living condition of the elderly in the vulnerable class. In the short-term, one of the policy alternatives could be to exclude the 20 percent reduction of the basic pension for the vulnerable elderly couples. This can be said to be in line with the universal welfare policy discussed in the literature review. If so, I believe it will be a basic pension system that can more practically permeate the lives of the elderly, rather than a basic pension system that is tied to the poverty ratio of old.

The practical purpose of this study is to serve as basic data and material for more efficient and effective operation of the basic pension scheme by exploring the basic pension recipient and differential effect according to the basic pension amount. This research expects that this thesis will be able to start discussions on the recipient selection method and pension amount calculation method.

**keywords:** basic pension, universal welfare policy, target efficiency, medical expense for the elderly, differential effect, health economics, income for the elderly, asset for the elderly, number of chronic diseases, and Andersen's individual determinants

*Student Number* : 2018-39961

## 감사의 글

먼저, 입학 전부터 이 논문이 완성될 때까지 아낌없이 지도와 가르침을 베풀어 주신 권혁주 교수님께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다. 그리고 본 논문의 내용을 함께 고민해주시고 피드백을 주신 고길곤 교수님, 김봉환 교수님, 김재일 교수님, 이환성 박사님께 진심으로 감사드립니다. 또한, 항상 많은 조언과 격려를 해주신 이재호 박사님, 정소윤 박사님, 강제원 박사님께도 감사드립니다.

지금까지 항상 응원해주시고 저의 편의 되어주시는 부모님(김영인·이재숙), 동생(김필수)과 그 가족이 없었으면 이 논문은 세상의 빛을 보지 못했을 것입니다. 감사합니다. 끝으로 이 논문을 GC에게 바칩니다.