

민간의료보험의 가입요인과 의료이용행태

The Determinants and Medical Care Utilization Behavior of Private Health Insurance

백인립*, 박현수**, 변성수**
연세대학교 정경대학 사회과학부*, 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원**

In Rib Baek(mach4643@yonsei.ac.kr)*, Hyunsoo Park(hnspark@gmail.com)**,
Sung-Soo Byun(bss1542@yonsei.ac.kr)**

요약

본 연구는 현재 급속히 증가하는 민간의료보험의 실태를 한국의료패널 데이터를 활용하여 실증적으로 분석하였다. 먼저 인구사회학적 요인이 민간의료보험 가입에 어떤 영향을 미치는 지를 살펴보고, 다음으로 민간의료보험 가입과 의료이용 빈도 간에 어떠한 상관관계가 존재하는지를 찾아보았다. 패널데이터 분석결과를 살펴보면 경제적 능력이 낮은 사회적 취약계층은 상대적으로 민간의료보험의 가입이 낮은 경향이 있었다. 그리고 민간의료보험 가입자의 의료이용은 경향적으로 높게 나타났다. 이러한 결과는 지불능력이 있는 계층은 민간보험 가입을 통해 더 많은 의료서비스를 받게 되겠지만, 그렇지 못한 취약계층은 욕구가 있음에도 불구하고 의료서비스를 받을 기회가 점점 줄어들 수 있다는 가능성을 내포하고 있다. 따라서 민간보험을 보다 효과적으로 관리하기 위해서는 의료의 공공성을 사회적으로 보장하는 정책 방안이 시급히 필요하다고 사료된다.

■ 중심어 : | 민간의료보험 | 의료서비스 이용 | 사회적 취약계층 | 의료공공성 |

Abstract

This study analyzes actual conditions of private health insurance empirically by using the decision to join Korea Health Panel data. First, the study investigates how sociodemographic factors influence joining the private health insurance. Next, the relationship between the private health insurance membership and the frequency of medical service utilization is analyzed. The main results of these analyses can be summarized as follows: the socially vulnerable are less likely to join private health insurance relative to the middle and upper classes. The frequency of medical service utilization of private insurance members is relatively higher. This fact contains the possibility that the middle and upper classes are able to receive more medical services through private health insurance membership, while the socially vulnerable have difficulty with obtaining medical services in spite of much need. Therefore, policies are needed which manage the private health insurance more effectively and secure the publicity of health service socially.

■ keyword : | Private Health Insurance | Medical Service Utilization | The Socially Vulnerable | Health Publicity |

* 이 연구는 국민건강보험공단과 2010년도 정부재원(교육과학기술부 인문사회연구역량강화사업비)으로 한국연구재단(NRF-2010-413-B00024)의 지원을 받아 연구되었음.

접수번호 : #120503-001

접수일자 : 2012년 05월 03일

심사완료일 : 2012년 07월 05일

교신저자 : 변성수, e-mail : bss1542@yonsei.ac.kr

I. 서론¹⁾

복지제도의 전통을 지닌 서구에서 민간의료보험은 의료보장체계의 중요한 역할을 담당하고 있다. 국민보건서비스(National Health Service) 제도를 지닌 영국은 1990년대 직장 중심의 민간의료보험 가입을 독려하여 영국 국민의 11%가 민간의료보험에 가입하였다. 또한 우리와 유사한 보험방식의 건강보장체계를 지닌 독일에서도 최근 민간의료보험의 역할 강화를 목적으로 하는 개혁이 추진되었으며, 2009년부터는 공공의료보험에 가입하지 않았던 사람들이라면 무조건 민간의료보험에 가입하도록 제도화되었다. 이는 공공의료보험이 해결할 수 없는 부분을 민간의료보험을 통해 보완하여, 보다 많은 사람이 의료보장의 혜택을 받을 수 있도록 하고, 추가적인 자원을 의료시스템 내로 유입시키고자 하는 목적에서 진행되었다. 이러한 사실에서 민간의료보험은 국민보건서비스가 담당하는 외래, 입원 등의 핵심 분야 이외의 영역에서 국민의 건강보장에 깊숙이 관여하고 있음을 알 수 있다.

현재 우리나라는 민간의료보험의 활성화 정책이 진행되고 있고, 실제로 민간의료보험이 급속히 확산되고 있는 추세이다. 우리나라의 경우, 의료소비가 증가함으로 인해 의료재정이 악화되는 것에 대한 대응으로 의료산업 선진화정책이 추진되었고, 그 중심에 실손형 보험을 중심으로 하는 민간의료보험 활성화 방안이 적극적으로 도입되고 있다. 이는 상술한 서구의 경험과는 다른 맥락에서 민간의료보험의 발전이 이루어지고 있는 것이다.

우선 민간의료보험과 관련한 연구를 살펴보면, 크게 민간의료보험 도입에 대하여 긍정적 측면과 부정적 측면을 지적하고 있다. 먼저 민간의료보험의 긍정적 측면에서는 공보험체정의 악화, 보험급여범위의 제한 등의 공보험의 취약성과 고액진료비의 부담, 의료서비스의 선택 및 질적 개선 등의 민간의료보험 필요성을 들고 있으며, 이에 의료보험체계에서 민간의료보험의 보완적 역할 수행을 주장하고 있다. 또한 민간의료보험의

부정적 측면은 의료소비의 증가와 이에 따른 공공 의료재정의 악화, 민간의료보험 가입자의 도덕적 해이 등을 초래할 수 있다. 특히, 공공의료의 약화를 초래하고 상품화된 민간의료보험에 대한 의존성을 강화시켜 지불능력에 따른 의료불평등을 야기할 수 있다는 비판이 제기되고 있다[2-5].

이러한 배경에서 본 연구는 향후 민간의료보험으로 인해 발생할 수 있는 의료비 지출의 증가와 의료재정의 악화, 그리고 의료불평등 등을 예측할 수 있는 기초자료를 제공하는 것에 목적이 있다. 이를 위해 한국의료패널 데이터를 실증적으로 분석하여, 인구사회학적 요인에 따른 민간의료보험 가입 특성과 민간의료보험 가입이 의료이용의 빈도 간에 어떠한 관계가 존재하는지를 알아보고자 한다. 이를 통해 본 연구가 민간-공공의료보험 간의 합리적 역할분담 모델 구축과 국민건강의 공공성과 형평성을 확보할 수 있는 방안을 수립하는데 기여할 수 있기를 바란다.

II. 민간의료보험분석 관련 선행연구 검토

민간의료보험분석과 관련하여, 박성복·정기호(2011)는 우리나라 국민의 민간의료보험 가입의사결정과 의사결정이 의료이용에 미치는 영향을 분석하였다. 이 연구에서 저소득계층, 노인층, 장애인 등 사회적 취약계층의 민간의료보험 가입확률이 낮게 나타났다. 또한 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향에 대해선 민간의료보험 가입자일수록 의료이용을 많이 하는 것으로 분석되었으며, 보장성이 높은 상품을 보유하고 있을수록 의료이용에 미치는 효과가 크게 나타났다[6].

이현복·현경래(2011)는 국민건강보험과 민간의료보험의 역할관계 수립에 있어, 민간의료보험의 가입자 특성 및 복수가입과 실손형 민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 이 연구에서 가입자 특성을 분석한 결과, 소득과 학력이 높고 나이가 젊으며, 경제활동이 안정적인 수록 민간의료보험의 가입률이 높게 나타났다. 그리고 만성질환이 있거나 응급서비스 및 입원경험이 있는 경우 민간의료보험의 가입률이 낮게 나

1) 이 연구는 국민건강보험공단 용역과제 「민간의료보험 실태 및 건강보험에 미치는 영향 분석」의 일부를 수정·보완한 것임[1].

타났다[7].

이용철·임복희·박영희(2010)는 국민건강보험 및 민간의료보험 관련 제도의 바람직한 발전방향을 제시하기 위하여 민간보험 가입의 영향을 파악하였다. 이 연구에서 연령, 가구소득수준, 결혼상태, 교육수준, 거주지역, 직업 등 인구·사회·경제학적 변수가 민간보험 가입요인으로 유의미하게 나타났으며, 국민건강영양조사에서 이루어진 인플루엔자 예방접종율과 건강보험 건강검진은 민간의료보험 가입자에게서 더 낮게 나타났다. 마지막으로 민간의료보험가입자가 미가입자보다 외래를 이용할 확률이 높았으며, 더 많은 횟수의 입원이 관련 요인으로 분석되었다[8].

이용재(2009)는 OECD 국가를 대상으로 민간의료보험을 통한 의료비 부담이 국가의료보장체계에 미치는 영향을 분석하였다. 이 연구에서 민간의료보험 의료비 비율의 증가에 미치는 영향 요인을 분석한 결과, 1인당 GDP는 영향이 없는 것으로 나타난 반면, 국민 건강상태가 양호한 국가, 의료비 지출을 많이 하는 국가, 공공의료시스템 적용인구가 적은 국가들이 민간의료보험을 통한 의료비 지출을 많이 하는 것으로 나타났다[5].

윤희숙(2008)은 한국 의료시스템 체계에서 민간보험의 역할 정립을 위하여 민간보험 가입자의 분포와 의료이용을 분석하였다. 이 연구에서 우리나라의 민간보험 가입률은 전 국민의 64%이며, 소득계층에 따라 가입률의 차이가 나타나지 않았다. 이는 공공보험의 보장성이 미흡한 상황에서 저소득층도 갑작스런 의료지출에 대비하고 있으며, 민간보험이 의료접근성의 계층화를 초래하지 않고 있음을 시사한다. 또한 민간의료보험 가입자는 미가입자에 비해 의료이용량이 더 적었으며, 입원과 외래에서 민간보험 가입변수가 음(-)으로 나타났다(Two-Part Model 적용시). 이러한 결과는 연령대에 따른 차이로 미루어, 노동시장과 연관된 한시적인 성격일 것으로 추측하고 있다[9].

Ku(2009)는 메디케이드(Medicaid)나 민간보험을 이용하는 두 저소득층을 대상으로 인구사회학적 요인과 입원환자의 입원일수, 외래환자의 방문횟수, 응급실 방문횟수, 의원 및 기타 의료기관 방문 횟수, 치과 방문횟수, 처방전 등의 변수를 통해 의료이용을 분석하였다.

이 연구는 민간보험을 적용받는 저소득층과 메디케이드를 적용받는 저소득층의 의료이용에 관한 지출은 큰 차이는 없었으며, 의원 및 치과 서비스와 관련하여 메디케이드를 적용받는 저소득층이 민간보험을 적용받는 저소득층보다 이용 및 비용이 낮음을 보여주고 있다. 또한 이 연구에서 응급실, 외래 및 입원 등의 의료서비스 이용에는 두 집단 간 차이가 없으며, 메디케이드를 적용받는 저소득층이 민간보험을 적용받는 저소득층보다 의료비용 지출이 낮은 것으로 분석되었다[10].

Hadley & Holahan(2004)은 메디케이드와 민간보험에 따라 저소득층 간의 1인당 연간 의료소비를 성인과 아동으로 구분하여 비교하였다. 이 연구의 시뮬레이션 결과를 살펴보면, 메디케이드를 적용받는 저소득층이 민간보험을 적용받게 되면 현재보다 많은 비용을 지출하게 되며, 반대로 민간보험을 적용받는 저소득층이 메디케이드를 적용받게 되면 의료비용이 낮아지는 것으로 나타났다. 특히, 이 연구는 두 저소득층 간의 소비차이는 메디케이드를 적용받는 저소득층의 낮은 의료서비스 이용에 기인한다는 증거는 찾을 수 없었으며, 의료비 지출의 가장 큰 차이는 의료서비스 공급자에 대한 보수 지급비율의 차이로 인한 것임을 나타내고 있다 [11].

지금까지 논의된 선행연구를 살펴보면, 대부분의 연구에서 민간의료보험 도입에 대한 신중한 접근이 요구됨을 지적하고 있으며, 민간의료보험은 공공보험의 보충적 역할이 바람직함에 그 인식을 같이 하고 있다. 그러나 몇몇 연구에서 소득수준과 민간의료보험 가입여부 그리고 민간의료보험 가입자의 의료서비스 이용정도 등에 대한 연구결과에 있어서 차이가 나타나고 있다. 이는 각 연구에서 사용한 의료서비스 관련 정보 수집 및 분석 방법의 차이로 인한 것으로 판단된다.

이에 본 연구는 비교적 자료의 정확성과 객관성을 확보하고 있는 한국의료패널조사 데이터를 활용하여 분석하고자 한다. 그리고 선행연구에서 공통적으로 사용하고 있는 인구사회학적 요인을 독립변수로 설정하여, 우리나라의 민간의료보험 가입에 미치는 영향 요인을 면밀히 분석할 것이다. 또한 이 연구에서는 민간의료보험 가입자를 대상으로 하여 세분화된 민간의료보험 가

입 유형(정액형, 실손형, 동시가입 등)에 따라 의료서비스 이용 행태가 어떻게 변화하는지를 실증적으로 분석하고자 한다²⁾. 이를 통해 본 연구는 민간의료보험과 관련된 연구자 및 전문가, 실무자 등에게 기존의 연구 결과와 본 연구의 결과를 비교할 수 있는 기회를 제공하고자 한다.

III. 연구 대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인과 의료이용에 영향을 미치는 요인을 실증적으로 검증하고자 한다. 본 연구는 인구사회학적 배경에 따른 민간의료보험의 가입여부와 민간의료보험의 선택(정액형, 실손형, 동시가입)에 따른 의료이용의 유형 등이 달라질 것으로 예상한다.

본 연구에서 활용한 데이터는 국민건강보험공단이 2009년과 2010년에 걸쳐서 실시한 패널 설문조사 데이터이다. 2008년 자료는 베타버전 1.1.1.을 사용하였고, 2009년 자료는 베타버전 1.1.를 사용하였다. 본 연구의 목적에 부합되는 데이터로써 가구원의 인구사회학적 요인(성별, 나이, 혼인상태, 교육수준, 연소득, 건강보장형태 등), 민간의료보험 가입여부, 민간의료보험의 가

2) 민간의료보험이 의료이용행태에 미치는 영향을 보다 면밀히 분석하기 위해서는 민간의료보험 미가입자의 의료이용행태도 함께 분석하는 것이 바람직하다. 그러나 아래 표 1과 같이 민간의료보험 가입과 입원횟수와 외래방문 횟수 등이 통계적으로 유의미한 정(+)의 관계가 있는 것으로 나타났다. 치료횟수에서는 민간의료보험가입이 부(-)의 관계가 있으나 통계적으로 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 이와 같이 민간의료보험 가입과 의료이용과는 상관관계가 나타났으나, 미가입은 그렇지 않은 분석결과를 얻었다. 이에 이 연구는 민간의료보험 가입자를 대상으로 의료이용행태를 분석하고자 한다.

표 1. 민간의료보험가입과 의료이용

민간의료보험 가입여부	Coeff.	z	P>z
입원횟수	1.4907**	2.52	0.012
외래방문 횟수	0.0143***	2.73	0.006
치료횟수	-0.7010	-1.18	0.240
상수	-16.6392***	-33.08	0.000
rho			0.9857
관측도수			36,048
패널도수			20,570
Log likelihood			-15,470.4

입 유형(정액형, 실손형, 동시가입), 입원횟수, 외래방문 횟수, 치료횟수 등을 포함하고 있다. 또한 입원횟수, 외래방문 횟수, 치료횟수는 1차·2차 의료기관과 종합병원으로 구분되어 있다.

패널 설문조사는 가구와 가구원으로 조사되어 있는데 본 연구에서는 분석단위를 가구원(개인)으로 하고 있으며, 전체 패널 크기는 25,248명이다. 그 중 2008년에 조사되었으나 2009년에 조사가 되지 않은 패널은 제외하였고, 기타 개인의 식별 번호(household member identification number)가 중복된 경우, 정확하지 않은 패널도 제외하였다. 본 분석에 사용된 표본의 크기는 20,570명이고, 2개 년도 중 연소득에서 발생한 결측치를 제외한 관찰된 도수는 36,048회이다.

2. 연구방법

아래 모형에서 y 는 입원횟수, 진료횟수, 외래방문횟수를 나타내고, d 는 민간보험 가입여부를 나타내고 있으며, 민간보험에 가입했다면 $d = 1$ 이고 그렇지 않으면 $d = 0$ 이다. y 가 양의 값을 가질 때 $f(y|d = 1)$ 는 y 의 조건부 밀도함수가 된다. 그리고 Two-part 모형은 다음과 같다.

$$f(y|X) = \begin{cases} \Pr(d=0|X) & \text{if } y=0 \\ \Pr(d=1|X) f(y|d=1, X) & \text{if } y>0 \end{cases}$$

모형 1은 프로빗 또는 로짓 모형이 되고, $\Pr(d = 1|X) = \Phi(X_1' \beta_1)$ 이다. 그리고 y 가 정규분포를 이룬다면, 모형 2는 회귀 모형이 되고 $(y|d = 1, X) \sim N(X_2' \beta_2, \sigma_2^2)$ 이다. 이 두 모형을 합하면 모형은 다음과 같다.

$$E(y|X_1, X_2) = \Phi(X_1' \beta_1) \exp(X_2' \beta_2 + \sigma_2^2/2)$$

여기서 $y \sim N(\mu, \sigma^2)$ 이면, $E(y) = \exp(\mu + \sigma^2/2)$ 이 될 것이며, 연구의 흐름은 아래 [그림 1]과 같다.

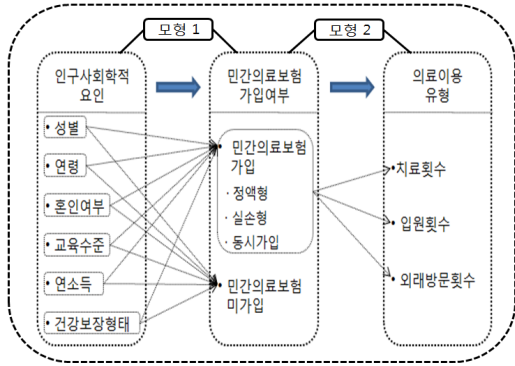


그림 1. 연구의 흐름

표 2. 분석모형과 변수

구분	종속변수	독립변수
모형 1	·민간의료보험 가입여부	·인구사회학적 변수(성별, 연령, 혼인여부, 교육수준, 소득수준, 건강보장형태 등)
모형 2	·외래방문횟수, 입원치료횟수, 치료횟수 ·3가지 변수를 1차2차 의료기관과 종합병원으로 구분	·인구사회학적 변수(상동) ·민간보험 유형별 가입여부(정액형, 실손형, 동시기입)

표 3. 인구사회학적 특성

구분		2008	2009
성별	남	10,081(49.00%)	10,081(49.00%)
	여	10,489(51.00%)	10,489(51.00%)
	총계	20,570(100.00%)	20,570(100.00%)
연령	0~19	5333(25.93%)	5110(24.84%)
	20~39	5576(27.11%)	5427(26.38%)
	40~64	6909(33.59%)	7059(34.32%)
	65~	2757(13.38%)	2974(14.46%)
	총계	20,570(100.00%)	20,570(100.00%)
혼인여부	유배우자	10,775(52.38%)	10,752(52.27%)
	무배우자	9,795(47.62%)	9,818(47.73%)
	총계	20,570(100.00%)	20,570(100.00%)
교육수준	초등학교 이하	6,533(31.76%)	6,218(30.23%)
	중학교	2,583(12.56%)	2,616(12.72%)
	고등학교	5,743(27.92%)	5,782(28.11%)
	대학 이상	5,711(27.76%)	5,954(28.95%)
	총계	20,570(100.00%)	20,570(100.00%)
건강보장	건강보험(직장)	12,515(60.84%)	12,997(63.18%)
	건강보험(지역)	7,119(34.61%)	6,574(31.96%)
	건강보험(기타)	935(4.55%)	999(4.86%)
	총계	20,570(100.00%)	20,570(100.00%)
연소득	~1,500	11,204(54.47%)	4,389(21.34%)
	1,500~3,000	3,618(17.59%)	5,067(24.63%)
	3,000~4,500	2,803(13.63%)	4,881(23.73%)
	4,500~6,000	1,584(7.70%)	3,070(14.92%)
	6,000~	1,361(6.62%)	3,163(15.38%)
	총계	20,570(100.00%)	20,570(100.00%)

IV. 분석결과

1. 인구사회학적 특성 분석

2008년과 2009년에 패널조사 대상자는 20,570명으로, 남자 10,081명(49.00%), 여자 10,489명(51.00%)이었다. 연령을 살펴보면, 65세 미만의 사람은 2008년 17,818명에서 2009년 17,596명으로 줄어든 반면에, 65세 이상의 사람은 2008년 2,752명에서 2009년 2,974명으로 늘어났다. 혼인여부는 기혼자 10,775명(52.38%), 미혼자 9,795명(47.62%)으로, 기혼자가 미혼자보다 약간 더 높은 비율을 보이고 있다.

학력은 초등학교 이하의 사람들이 2008년에 31.76%, 2009년에 30.23%로서 가장 높은 비율을 차지하고 있었다. 고등학교와 대학 이상의 학력을 가진 사람들은 각각 2008년에 27%대에 머물고 있었고, 2009년에는 각각 28%대 선에 놓여 있었다. 중학교 학력을 가진 사람이 가장 낮아 12% 대의 비율을 보여주었다.

의료보장형태는 전체의 95% 이상이 건강보험 가입자인 것으로 나타났다. 건강보험 가입자 중에서 직장건강보험이 60.84%로서 가장 높고 다음으로 지역건강보험이 30% 대로 그 뒤를 따르고 있다. 2009년도는 2008년보다 건강보험의 가입자가 95.45%에서 95.14%로 약간 줄어들었으며, 건강보험 내에서도 지역건강보험의 조사대상자는 34.61%에서 31.96%로 줄어든 반면 직장건강보험 대상자가 60.84%에서 63.18%로 상대적으로 늘어났다.

연소득은 2008년의 경우 1,500만원까지의 연소득자가 54.47%로 가장 높았고 그 다음으로 1,500만원부터 3,000만원까지의 연소득자가 17.59%, 3,000만원부터 4,500만원까지의 연소득자가 13.63%, 4,500만원부터의 6,000만원까지의 연소득자가 7.7%, 6,000만원 이상의 연소득자가 6.62% 순으로 나타났다. 반면 2009년의 경우에는 1,500만원부터 3,000만원까지의 연소득자가 24.63%로 가장 높은 수준을 보여주고 있고, 그 뒤를 3,000만원부터 4,500만원까지의 연소득자가 따르고 있다. 1,500만원까지의 연소득자는 21.34%, 6,000만원 이상의 연소득자는 15.38%이었으며, 4,500만원부터 6,000만원까지의 연소득자는 14.92%로서 가장 낮은 수준이었다.

2. 민간의료보험 가입 및 의료이용행태 영향관계 분석

2.1 인구사회학적 요인과 민간의료보험 가입 간 영향 분석

장기간의 변화가 아닌 단 1년 간의 변화이기 때문에 이 변화를 확대해석하는 것은 다소 무리가 있지만, [표 3]에서 보듯이 rho값이 1에 가깝다는 것은 2008년과 2009년 사이에 민간보험 가입여부에 있어서 큰 차이가 있었음을 의미한다.

프로빗 모형에서 민간의료보험 가입에 영향을 미치는 인구사회학적 변수를 보면, 여자가 남자보다 민간의료보험에 더욱 많이 가입하는 것으로 나타났다. 이것은 로짓 모형과는 다른 결과를 보여주고 있는데, z 값을 비교해 볼 때 프로빗 모형이 보다 조금 더 높은 유의미한

값을 보여주고 있기 때문에 여자가 남자보다 민간의료보험에 가입할 확률이 높다고 해석하는 것이 타당할 것이다. 또한 아래 [표 4]에서 제시될 회귀분석에서도 볼 수 있듯이 여자가 의료시설 이용횟수가 높은 것과 일관성 있는 결과라 할 수 있다. 연령 측면에서는 연령이 낮을수록 민간의료보험에 많이 가입하고 있음을 알 수 있다. 미혼보다는 기혼자들이 민간의료보험에 더욱 많이 가입하고 있다.

또한 고학력으로 갈수록 대체적으로 민간보험에 가입을 많이 하고 있다. 즉 저학력자들의 민간의료보험 가입은 상대적으로 낮다는 의미로도 해석가능하다. 소득이 높을수록 가입을 많이 하고 있는데, 이 또한 저소득자일수록 민간의료 가입률이 낮다는 의미로 해석된다.

건강보험 가입자들이 비가입자들보다 가입을 많이 하는 것으로 나타났고, 건강보험 가입자 중 지역가입자보다는 직장가입자가 더 많이 가입하고 있음을 알 수 있다. 이는 직장가입자들은 기업복지의 일환으로 회사로부터 민간의료보험 가입과 관련된 재정적 지원을 받기 때문이라 사료된다.

(2) 민간의료보험과 입원 간 영향분석

아래 [표 5]에서 우선 rho 값을 볼 때, 종합병원에서 0.05, 1차·2차 의료기관에서 0.01로 2년에 걸친 패널이라는 한계 때문에 입원횟수와 관련하여 차이가 없음을 보여주고 있다. 인구사회학적 변수를 보면 여자가 남자보다 종합병원과 1차, 2차 의료기관에 입원하는 경우가 더욱 많은 것으로 나타났다. 그리고 나이가 많을수록 입원하는 경우가 많았고, 결혼을 한 사람들이 병원에 입원하는 경우 또한 더욱 많았다. 또한 저학력으로 내려갈수록 병원에 입원하는 경우가 많았는데, 특히 1차, 2차 의료기관에서 더욱 도드라져 나타났다. 소득이 높을수록 입원하는 확률이 낮았고, 건강보험에 가입한 사람일수록 입원하는 경우가 적었다.

실손형, 정액형, 동시가입 유형을 망라하여 민간의료보험에 가입할수록 1, 2차 의료기관과 종합병원의 입원이 증가하는 것으로 나타났다.

표 4. 인구사회학적 요인과 민간의료보험 가입 간 영향 관계

민간의료보험 가입여부	Logit			Probit		
	Coef.	z	P>z	Coef.	z	P>z
성별(남)	0.3001	2.31	0.021	-0.1485	-2.57	0.010
연령(~19)	12.7396	54.07	0.000	8.2690	69.98	0.000
연령(20~39)	18.3182	64.54	0.000	7.1973	60.46	0.000
연령(40~64)	17.1584	54.69	0.000	6.6453	62.68	0.000
연령(65~)		(omitted)			(omitted)	
혼인여부(혼인)	3.7784	16.28	0.000	1.5366	18.43	0.000
교육(초등학교이하)	-1.8707	-6.97	0.000	-0.2527	-2.54	0.011
교육(중학교)	-1.3657	-4.70	0.000	-0.4323	-4.05	0.000
교육(고등학교)	-0.0808	-0.38	0.707	-0.1745	-2.23	0.026
교육(대학이상)		(omitted)			(omitted)	
연소득	0.3505	9.85	0.000	0.2100	12.02	0.000
건강보험(직장)	4.8081	12.97	0.000	4.0440	20.27	0.000
건강보험(지역)	4.4882	11.91	0.000	3.8074	18.99	0.000
건강보험(기타)		(omitted)			(omitted)	
_cons	-16.6392	-33.08	0.000	-10.1299	-39.17	0.000
/lnsig2u			5.4205			3.3551
sigma_u			15.0331			5.3524
rho			0.9857			0.9663
Number of obs			36,048			36,048
Number of groups			20,570			20,570
Wald chi2(14)			12285.13			7375.79
Log likelihood			-15,470.40			-15,149.80

표 5. 민간의료보험과 입원횟수 간 영향 관계

입원횟수	종합병원			1차, 2차 의료기관		
	Coef.	z	P>z	Coef.	z	P>z
성별(남)	-0.0010	-0.41	0.680	-0.0102	-4.10	0.000
연령(~19)	-0.0559	-7.72	0.000	-0.0166	-2.20	0.028
연령(20~39)	-0.0562	-7.76	0.000	0.0081	1.08	0.280
연령(40~64)	-0.0560	-8.19	0.000	-0.0162	-2.27	0.023
연령(65~)		(omitted)			(omitted)	
혼인여부(혼인)	0.0069	1.94	0.052	0.0292	7.90	0.000
교육(초등학교이하)	0.0177	4.04	0.000	0.0164	3.62	0.000
교육(중학교)	-0.0013	-0.28	0.782	0.0104	2.14	0.032
교육(고등학교)	0.0017	0.54	0.592	0.0086	2.55	0.011
교육(대학이상)		(omitted)			(omitted)	
연소득	-0.0051	-5.08	0.000	-0.0025	-2.34	0.019
건강보험(직장)	-0.0305	-3.56	0.000	-0.0230	-2.58	0.010
건강보험(지역)	-0.0361	-4.19	0.000	-0.0289	-3.22	0.001
건강보험(기타)		(omitted)			(omitted)	
정액형 가입	0.1446	11.46	0.000	0.0671	5.10	0.000
실손형 가입	0.1529	11.50	0.000	0.0747	5.38	0.000
동시 가입	0.1623	12.19	0.000	0.0831	5.98	0.000
_cons			(omitted)			(omitted)
sigma_u			0.0409			0.0178
sigma_e			0.1718			0.1846
rho			0.0535			0.0092
Wald chi2(14)			7,375.79			1,118.58
Number of obs			23,328			23,328
Number of groups			13,429			13,429

(3) 민간의료보험과 외래방문 간 영향분석

아래의 [표 6]을 보면 외래 방문횟수에서 rho 값은 종합병원에서 0.011, 1차·2차 의료기관에서 0.172로 종합병원에서는 2년 간의 차이가 없지만 1차·2차 의료기관에서 약간의 차이가 있는 것으로 나타났다. 인구사회학적 배경에서 여성이 남성보다 외래방문을 더욱 많이 하는 것으로 나타났다. 또한 연령이 증가할수록 외래치료를 더욱 많이 받았고, 기혼가정일수록 외래방문을 더욱 많이 하였다.

지학력으로 갈수록 외래치료를 더욱 받는 것으로 나타났고, 소득과는 부(-)의 상관관계를 보였다. 그리고 건강보험에 가입할수록 외래를 더욱 많이 이용하는 데 이는 특히 종합병원에서 도드라졌다.

3개 보험유형을 망라하여 민간의료보험 가입과 종합병원 외래방문과는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타난 반면, 1차, 2차 의료기관 외래방문은 통계적으로 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이는 중증과 경증으로 구분되는 질병성격에 따라, 경증의 경우 의료이용서비스의 편의성(대기시간, 의료기관 접근성)이 중

합병원보다 상대적으로 높은 1차, 2차 의료기관을 이용하기 때문인 것으로 추정된다.

(4) 민간의료보험과 치료 간 영향분석

아래 [표 7]의 치료횟수를 살펴보면, 우선 rho 값은 두 모형 모두가 거의 0에 가깝기 때문에 2년 동안의 관찰에서 차이는 없다고 볼 수 있다. 대체적으로 연령이 낮을수록 치료를 받는 경우가 적었다. 즉 고연령대가 치료를 많이 받는다는 상식 수준에서의 결과이기도 하다. 미혼보다는 기혼이 더욱 치료를 많이 받았고, 지학력으로 갈수록 치료받는 횟수가 증가하였다. 특히 교육수준 관련 변수는 1차, 2차 의료기관에서 더욱 뚜렷한 상관관계를 보여주었다. 소득이 높을수록 치료받는 경우가 적었고, 건강보험 가입자의 경우도 마찬가지로 결과였다. 민간의료보험 유형별 변수를 보면 정액형, 실손형, 동시가입자 모두 1차, 2차 의료기관에서 치료받는 경우가 증가하였다.

표 6. 민간의료보험과 외래방문횟수 간 영향 관계

외래방문횟수	종합병원			1차, 2차 의료기관		
	Coef.	z	P>z	Coef.	z	P>z
성별(남)	-0.1151	-3.38	0.001	-0.1921	-3.20	0.001
연령(~19)	-1.1430	-11.06	0.000	-2.1887	-12.26	0.000
연령(20~39)	-1.0899	-10.55	0.000	-1.9069	-10.71	0.000
연령(40~64)	-1.0069	-10.30	0.000	-1.6953	-10.08	0.000
연령(65~)		(omitted)			(omitted)	
혼인여부(혼인)	0.1335	2.63	0.008	0.1847	2.08	0.037
교육(초등학교이하)	0.7348	11.82	0.000	1.4004	12.90	0.000
교육(중학교)	0.2752	4.15	0.000	0.5116	4.43	0.000
교육(고등학교)	0.0284	0.61	0.540	0.0675	0.83	0.405
교육(대학이상)		(omitted)			(omitted)	
연소득	-0.1446	-10.00	0.000	-0.2869	-12.04	0.000
건강보험(직장)	0.3433	2.81	0.005	0.2584	1.22	0.222
건강보험(지역)	0.2343	1.91	0.056	-0.0506	-0.24	0.812
건강보험(기타)		(omitted)			(omitted)	
정액형 가입	-0.0197	-0.31	0.759	4.2116	13.61	0.000
실손형 가입		(omitted)		4.2413	12.99	0.000
동시 가입	0.0728	0.90	0.368	4.3189	13.22	0.000
_cons	2.0437	10.76	0.000		(omitted)	
sigma_u			0.2638			1.7274
sigma_e			2.4709			3.7938
rho			0.0113			0.1717
Wald chi2(14)						1,500.69
Number of obs			23,328			23,328
Number of groups			13,429			13,429

표 7. 민간의료보험과 치료횟수 간 영향 관계

치료횟수	종합병원			1차, 2차 의료기관		
	Coef.	z	P>z	Coef.	z	P>z
성별(남)	-0.0003	-0.13	0.898	-0.0035	-1.45	0.148
연령(~19)	-0.0530	-7.55	0.000	-0.0256	-3.46	0.001
연령(20~39)	-0.0534	-7.61	0.000	-0.0022	-0.29	0.770
연령(40~64)	-0.0523	-7.88	0.000	-0.0139	-1.98	0.048
연령(65~)		(omitted)			(omitted)	
혼인여부(혼인)	0.0057	1.66	0.097	0.0168	4.63	0.000
교육(초등학교이하)	0.0183	4.33	0.000	0.0196	4.41	0.000
교육(중학교)	-0.0005	-0.11	0.916	0.0136	2.87	0.004
교육(고등학교)	0.0018	0.57	0.566	0.0112	3.38	0.001
교육(대학이상)		(omitted)			(omitted)	
연소득	-0.0046	-4.67	0.000	-0.0018	-1.77	0.077
건강보험(직장)	-0.0305	-3.68	0.000	-0.0235	-2.67	0.007
건강보험(지역)	-0.0358	-4.30	0.000	-0.0284	-3.22	0.001
건강보험(기타)		(omitted)			(omitted)	
정액형 가입	-0.0097	-2.23	0.026	0.0654	5.06	0.000
실손형 가입		(omitted)		0.0749	5.50	0.000
동시 가입	0.0074	1.36	0.175	0.0807	5.91	0.000
_cons	0.1456	11.29	0.000		(omitted)	
sigma_u			0.0283			0.0164
sigma_e			0.1696			0.1812
rho			0.0270			0.0082
Wald chi2(13 14)			-			912.29
Number of obs			23,328			23,328
Number of groups			13,429			13,429

IV. 결론

본 연구는 민간의료보험에 대한 심층적 연구들을 통해 민간-공공의료보험 간의 합리적 역할분담 모델 확립과 국민 건강의 공공성과 형평성을 확보할 수 있는 최선의 방안 수립에 필요한 기초자료 제공을 목적으로 하고 있다. 이를 위하여 한국의료패널 데이터를 실증적으로 분석하여 인구사회학적 요인과 민간의료보험 가입 및 이에 따른 의료이용 간 관계를 살펴보았다.

패널데이터 분석결과를 정리해보면 다음과 같다. 첫째, 인구사회학적 요인과 관련하여 여성, 저연령, 기혼, 고학력, 고소득, 건강보험가입자 일수록 민간의료보험을 가입하는 비율이 높았다. 둘째, 민간의료보험의 3가지 유형(정액, 실손, 동시가입) 모두에서 종합병원과 1, 2차 의료기관에서의 입원이 증가하는 것으로 나타났다. 셋째, 민간의료보험의 3가지 유형과 1, 2차 의료기관에서의 외래방문은 상관관계가 있는 것으로 파악되었다. 넷째, 민간의료보험 가입유형에 따른 치료 또한 1, 2차 의료기관에서 증가하는 것으로 분석되었다.

위의 분석결과를 종합해보면, 고연령, 저소득, 저학력, 공공보험 미가입자 등으로 대표되는 사회적 취약계층의 민간의료보험 가입은 상대적으로 어려운 것으로 나타났다. 그리고 정액형, 실손형, 동시가입으로 구분된 민간의료보험의 모든 유형에서 민간의료보험 가입 시 의료이용이 증가하는 것으로 분석되었다. 즉 사회적 안정층은 민간보험 가입을 통해 더 많은 의료서비스를 받게 되겠지만, 그렇지 못한 취약계층은 상대적으로 더 많은 의료욕구가 있을 수밖에 없음에도 불구하고 의료서비스를 받을 기회가 점점 줄어들 수 있다는 가능성을 내포하고 있다.

의료선진화 정책의 일환으로 진행되는 민간의료보험 활성화 정책이 의료의 공공성과 형평성을 저해할 수 있다는 우려는 결코 과장된 주장이 아니라고 볼 수 있다. 물론 민간의료보험, 특히 실손형 보험은 시행 초기에 있기 때문에 이러한 결과를 확대해석하는 것은 경계해야 하지만, 의료 공공성 저하의 가능성을 결코 무시할 수 없는 것이다. 따라서 공공건강보험의 보장 범위를 확대함으로써 건강 형평성을 보다 굳건히 구축하고, 민

간보험을 효과적으로 관리하여 의료의 공공성을 사회적으로 보장하는 정책 방안이 시급히 필요하다고 사료된다. 특히 서구유럽 국가들의 공공의료비 비중이 약 85% 수준인 반면 한국의 공공의료비 비율은 여전히 50% 선에 머물고 있다[12]. 따라서 공공의료의 비중 즉 공공건강보험의 보장성을 서구유럽국가들과 같이 확대하여 환자의 본인부담을 현격히 축소시켜줄 때 국민의 건강 형평성은 보장될 수 있을 것이다.

끝으로 본 연구는 다음과 같은 한계점을 지니고 있다. 첫째, 본 모형에서는 내생적 변수를 통제하지 않은 한계점이 있을 수 있다. 민간의료보험의 가입여부와 민간의료보험의 가입유형(실손형, 정액형, 동시기입)에는 가구원의 관찰되지 않은 내생적 변수(endogenous variables)가 있을 것으로 추측된다. 이에 대하여 내생적 변수를 확인하고 통제하여 모형을 보정하는 과정이 필요할 것으로 본다. 둘째, 패널 회귀분석에서 의료비용 지출에 대한 분석을 하지 않은 한계점이 있다. 본 연구는 의료이용자의 적극적 행위가 더 중요하다고 판단하여 종속변수로써 입원횟수, 외래방문횟수, 치료횟수를 대입하여 분석하였다. 의료비용 지출에 대한 회귀분석 결과와 의료이용횟수에 대한 분석결과를 함께 비교한다면, 의료이용자의 행위를 분석함에 있어서 보다 풍부한 해석이 가능해질 것이다.

참 고 문 헌

[1] 백인립, *민간의료보험 실태 및 건강보험에 미치는 영향 분석*, 국민건강보험공단 용역과제, 2011.
 [2] 최찬호, “행정개혁과 공공영역의 변화: 한국의 민간의료보험 도입의 필요성에 관한 논점”, 한국행정학회, 2002년도 하계학술대회 발표논문집, pp.755-764, 2002.
 [3] 김연희, 이희선, “한국 의료보험체계의 확립방안: 민간의료보험의 도입을 둘러싼 쟁점을 중심으로”, 정책분석평가학보, 제16권, 제1호, pp.79-106, 2006.
 [4] 정두채, 문승권, “민간의료보험의 역할 설정 방안

에 관한 연구”, 보건복지 연구 논집, 제2권, 제1호, pp.201-227, 2005.

[5] 이용재, “국가의료보장체계에서 민간의료보험 의료비의 영향분석”, 인문사회과학연구, 제22호, pp.154-182, 2009.
 [6] 박성복, 정기호, “민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구”, 보험학회지, 제88호, pp.23-49, 2011.
 [7] 이현복, 현경래, “민간의료보험 가입자 특성과 가입요인에 관한 연구”, 사회보장연구, 제27권, 제1호, pp.217-240, 2011.
 [8] 이용철, 임복희, 박영희, “국민건강영양조사 대상자들의 민간의료보험 가입 요인 및 가입여부에 따른 건강행태·의료이용 비교”, 한국콘텐츠학회 논문지, 제10권, 제12호, pp.190-204, 2010.
 [9] 윤희숙, “민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향”, 한국개발연구, 제30권, 제2호, pp.99-128, 2008.
 [10] L. Ku, 2009. “Medical and dental care utilization and expenditures under medicaid and private health insurance”, Medical Care Research and Review, Vol.66, No.4, pp.456-471, 2009.
 [11] J. Hadley and J. Holahan, 2004. “Is health care spending higher under medicaid or private insurance?,” Inquiry, No.40, pp.323-342, 2004

저 자 소 개

백 인 립(In Rib Baek)

정희원



- 2000년 2월 : 연세대학교 대학원 사회복지학과(문학석사)
- 2009년 7월 : 마르부르크 대학교 대학원 정치학과(철학박사)
- 2011년 3월 ~ 현재 : 연세대학교 정경대학 사회과학부 조교수

<관심분야> : 복지국가, 사회복지정책, 국제개발

박 현 수(Hyunsoo Park)

정회원



- 2001년 5월 :버지니아텍 대학원 도시 및 지역계획학과(도시계획학석사)
- 2010년 10월 : 럿거스대학교 블라우스틴 대학(계획 및 공공정책학박사)

▪ 2011년 3월 ~ 현재 : 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원 전문연구원

<관심분야> : 에너지정책, 도시계획, 공공정책

변 성 수(Sung-Soo Byun)

정회원



- 2006년 2월 : 충북대학교 대학원 행정학과(행정학석사)
- 2010년 2월 : 충북대학교 대학원 행정학과(행정학박사)
- 2011년 3월 ~ 현재 : 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원 전문연구원

<관심분야> : 정책집행, 조직이론, 갈등관리