

민영의료보험이 의료이용에 미치는 영향 : 국내 실증적 연구의 고찰

김승모¹, 권영대²✉

¹가톨릭대학교 의료경영대학원, ²가톨릭대학교 의과대학 인문사회학과

Private Health Insurance and the Use of Health Care Services: a Review of Empirical Research in Korea

Seung-Mo Kim¹, Young-Dae Kwon²✉

¹*Graduate School of Healthcare Management and Policy, the Catholic University of Korea,*

²*Department of Humanities and Social Medicine, College of Medicine, the Catholic University of Korea*

<Abstract>

The arguments exist that private health insurance(PHI) policy holders tend to use the health care services more than non-policy holders due to their little out-of-pocket spending, resulting in the adverse effects on the finances of National Health Insurance. This study aims to increase the objective understanding of the issue and to draw a direction of further research, by reviewing the articles, reports and statistics which examined the effects of purchasing PHI policies on health care utilization.

Significant differences in healthcare utilization, except for the very partial increase of utilization in outpatient settings, have been not found. The similar trends of the results have existed in a few previous studies which tried to control the endogeneity of medical use and health insurance with latent variables which affect the decision on medical use and health insurance. However, we can not exclude the potential change of healthcare utilization patterns because the portion of the insured of indemnity PHI is becoming rapidly larger in the market.

For further research, we should try to obtain the objective information of subjects' past medical history, health status, health related behavior, and income affecting purchase of PHI and utilization of healthcare services. And the efforts of controlling the endogeneity of medical use and health insurance with latent variables which affect the decision on medical use and health insurance, are very considerable.

Key Words : Adverse Selection, Healthcare Utilization, Moral Hazard, Supplementary Private Health Insurance

I. 서론

우리나라에서 민영의료보험은 공보험인 국민건강보험으로 충족되지 않는 의료보장 수요를 충족시키기 위한 상품으로서 원칙적으로 공보험을 보완하는 보충형 관계를 형성하고 있다. 최근 민영의료보험 활성화를 둘러싸고 여러 가지 우려를 낳으면서 사회적 논란과 갈등을 야기하고 있다. 그 중에서도 민영의료보험 가입자의 도덕적 해이(moral hazard) 등과 같은 이유로 인해 의료이용량이 증가하여 공보험의 재정을 더 악화시키고, 국민의료비를 증가시킬 수 있다는 주장[1]을 중심으로 민영의료보험 활성화나 공보험과의 연계 및 역할 분담과 관련한 논쟁이 계속 되고 있다. 그러나 이러한 논쟁은 실증적 연구 결과와 같은 근거 자료가 부족한 상태에서 각자의 관점이나 이해관계에 기초하고 있어 합리적이고 신속한 결정이나 합의 도달에 이르지 못하고 있다.

우리 국민의 민영의료보험 가입률이 2007년 63.7%에 이르고[2], 전체 가구의 76.1%가 한 건 이상을 가입하고[3] 있는 등 민영의료보험 가입은 이미 보편적인 현상이 되었다. 민영의료보험 가입은 주로 공보험의 취약한 보장성에서 기인한다는 점에는 이론이 없을 듯하다. 경제협력개발기구(OECD) 국가의 공보험 평균 보장률¹⁾이 80%대인데 비해서, 우리나라 국민건강보험의 보장률²⁾은 2007년 64.6%로 정점에 이른 후 2008년에는 보험료를 6.8% 인상하였음에도 불구하고 62.2%로 떨어졌다[4]. 보건복지부가 2005년 '건강보험 보장성 강화 방안'을 통해 밝힌 2008년 목표 70% 달성에 실패한 것이다. 향후에도 급속한 노령화, 다양한 의료서비스에 대한 수요 증가, 보험료 인상 및 정부의 조세 지원 한계 등으로 공보험의 보장성이 획기적으로 개선될 가능성은 그리 높지 않다.

우리나라는 1989년 모든 국민을 국민건강보험의 대상으로 하는 의료보장체계를 구축하고 그 적용 대상과 급여의 범위를 꾸준히 넓혔으나 국민건강보험의 급여 범위와 수준은 충분하지 않다. 초음파 검사 등의 보편적인 의료서비스도 급여가 되지 않는 경우가 많으며 특히, 고가의 신약이나 신의료기술 등의 최신 의료서비스는 급여 대상에서 제외되는 경우가 매우 흔하다. 급여 서비스라도 부담스러운 수준의 법정 본인부담금을 지불하는 경우가 많다. 우리나라의 국민건강보험은 직접 의료비 외에 가족의 간호에 따른 부대비용, 장기입원이나 장애로 본인이 경제활동에 종사할 수 없어 발생하는 소득상실을 보장하지 않는다. 국민건강보험에는 상병수당 혹은 장해수당이 없으며, 고용보험에서도 상병으로 퇴직하면 제한적인 보장만을 제공하고 있다.

이처럼 공보험의 보장성이 취약하기 때문에 질병으로 인한 치료비와 경제활동 중단으로 인한 경제적인 손실을 완화시키기 위한 개인의 자구책으로 국민의 상당수는 민영의료보험에 부가적으로 가입하고 있다[5]. '2008 한국의료패널조사'에 따르면 민영의료보험 가입 이유에서 '국민건강보험의 서비스 보장이 낮아서'(28.0%)와 '불의의 질병 및 사고로 인한 의료비 지출의 경제적 부담을 줄이기 위해서'(55.0%)가 대부분을 차지하였다[6]. 전 국민이 국민건강보험이나 의료급여의 대상자임에도 불구하고 민영의료보험에 추가로 가입하는 것은 국민건강보험의 부족한 보장성에 대한 우려에서 비롯되었으며 미래의 의료비 지출 부담을 줄이기 위한 국민의 자구책인 셈이다.

민영의료보험에 대한 사회적 관심이 높아지면서 최근 관련 연구도 늘어나고 있으나 민영의료보험의 역사나 보편적 가입 현황에 비해 학계의 관심이나 연구 성과는 많지 않다. 지금까지 민영의료보험과 관련된 국내의 연구는 크게 두 축을 중심으로 이루어졌다. 하나는 가입자의 특성에 초점에 맞

1) 국민의료비에 대한 공보험 급여비의 비율
2) 전체 진료비에 대한 국민건강보험 급여비의 비율

춘 연구[6][7][8]이고, 다른 하나는 민영의료보험 가입자와 비가입자 간 의료이용의 차이, 즉 민영의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향에 초점을 맞춘 연구[2][5][9][10]이다. 민영의료보험 가입에 추가적인 부담이 발생하므로 저소득층의 가입이 쉽지 않아 의료보장의 형평성이 더 악화된다는 이슈는 전자의 연구와 관련된 것이다. 그러나 민영의료보험 활성화를 둘러싼 논쟁은 후자의 연구와 관련성이 더 크다. 민영의료보험 가입으로 인한 의료이용의 증가 여부와 그 정도는 실손형 의료보험 보장 범위의 본인부담 포함 여부와 같은 규제나 관련 정책을 마련하는데 중요한 근거가 될 수 있다.

외국의 경우 미국을 중심으로 여러 나라에서 민영의료보험 관련 연구가 많이 이루어졌으며 의료이용에 초점을 맞춘 연구 결과도 많다. 그러나 민영의료보험을 포함한 의료보장체계와 의료체계가 다른 상황에서 나온 연구 결과를 우리나라에 그대로 적용하는 것은 적절하지 않다. 최근 민영의료보험 가입과 의료이용의 관계를 다룬 국내 연구 결과의 발표가 늘어나고 있다. 민영의료보험이 가입자의 의료이용에 미치는 영향을 다룬 국내의 실증적 연구를 고찰함으로써 민영의료보험이 체감 의료비를 낮추어 가입자의 의료이용이 늘어나고, 공보험 제정에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 주장을 둘러싼 논쟁의 답을 도출하고, 향후 필요한 민영의료보험 연구의 방향을 제시하고자 한다.

II. 연구방법

1. 문헌 선정 기준과 검색

본 연구에서는 기존의 연구 결과를 대상으로 문헌고찰 방법을 적용하였다. 민영의료보험 가입자와 비가입자 간의 의료이용 횟수나 의료비 규모의 차이를 분석한 연구 특히, 그 중에서도 입원과 외래

로 나누어 구분하여 분석한 국내의 실증적 연구를 중심으로 고찰하였다. 국외 문헌의 경우 우리 상황과 유사하게 민영의료보험이 공보험의 보충형으로 운영되는 경우를 대상으로 한 대표적인 몇 개의 사례만을 비교 목적으로 선정하였다.

2010년 12월 31일까지 출간된 문헌을 우선 검색하여 인용하였다. 검색 데이터베이스는 국내 문헌의 경우에 한국의학 논문데이터베이스 (<http://kmbase.medic.or.kr/>)와 KoreaMed (<http://www.koreamed.org/>)를, 국외 문헌의 경우에는 PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)를 이용하였다. 검색어는 ‘민영(민간)의료보험’, ‘의료이용’, ‘private health insurance’, ‘health care service’ 등의 어휘를 변형하여 사용하였다. 검색한 문헌 중 민영의료보험과 의료이용의 관련성을 실증적으로 연구한 논문을 인용하였으며 ‘도덕적 해이’, ‘역선택’ 등의 주제를 다룬 문헌은 별도로 인용하였다.

2. 연구방법별 분류

문헌 검색을 통해 최종적으로 국내 연구 6편과 국외 연구 5편, 총 11편의 연구논문을 주요 고찰 대상으로 선정하였다. 이들 논문을 자료원, 내생성 통제 여부, 정책과 실손형 보험의 비교 여부 등 주요 연구방법의 차이에 따라 분류하였다.

민영의료보험과 의료이용의 연구에서 자료의 접근성 문제가 해결될 경우 우선 고려할 수 있는 연구방법은 민간보험사와 국민건강보험 측으로부터 자료를 제공 받아 민영의료보험 가입 유무에 따른 국민건강보험 급여비 규모 또는 의료이용 빈도를 비교하는 것이다[2][11]. 이는 소비자의 민영의료보험 가입 유무, 개수 및 가입 상품의 유형에 대해 객관적인 자료를 얻을 수 있을 뿐만 아니라, 의료기관 이용 횟수 및 의료비에 대한 신뢰성 있는 자료를 확보할 수 있는 장점이 있다.

<표 1> 주요 문헌의 연구방법에 따른 비교

구분	저자	자료원	내생성 통제	정액/실손 비교
국내	윤희숙[2]	보험사/공단건강보험공단, 2개 보험사	X	O
	정기택[10]	보험사/공단건강보험공단, 36개 보험사	X	O
	강성욱[5]	패널조사고령화패널	O	X
	이창우[11][12]	패널조사고령화패널, 복지패널	O	X
	전보영[13]	패널조사한국의료패널	O	X
	유창훈[9]	패널조사한국의료패널	X	O
국외	Buchmueller[14]	설문조사프랑스 ESPS 설문조사	O	실손형
	Khandker[15]	패널조사미국 MCBS 설문조사	O	실손형
	Ettner[16]	패널조사미국 MCBS 설문조사	X	실손형
	Hurd[17]	패널조사미국 AHDS 설문조사	X	실손형

주) MCBS, Medicare Current Beneficiary Survey; AHDS, Asset and Health Dynamics Survey; ESPS, Enquête sur la santé et la protection sociale

단, 의료비의 경우 비급여 진료비는 알 수 없다는 제한점이 있다. 자료의 정확도와 신뢰도 측면에서 장점이 있지만 개인정보 보호의 문제와 관계기관의 협조를 얻기 쉽지 않은 등의 이유로 이러한 방법을 사용한 연구 사례는 매우 적다.

두 번째는 패널조사의 자료 같이 소비자로부터 직접 관련 정보를 얻어 연구하는 방법이다 [5][9][11][12][13]. 패널조사는 인구 분포에 따라 표본 가구를 추출하여 일정한 시점이나 간격을 두고 심층면접을 통해 계획된 정보를 확보하는 방법으로, 단면적 연구이면서도 장기적으로는 시계열적 자료를 확보할 수 있는 장점이 있다. 또한 연구대상자의 건강 상태, 운동, 식이 같은 건강 관련 행태에 대한 자료를 포함해서 대상자의 다양한 인구·사회, 경제적 변수를 동시에 확보할 수 있으며, 공개된 자료로서 연구자가 쉽게 활용할 수 있는 장점도 있다. 그러나 연구대상자의 기억이나 개인 기록에 의존한 자료로서 자료의 객관성과 신뢰도가 연구계획과 방법의 정교함에 따라 큰 편차가 존재할 수 있다는 점은 한계로 지적된다. 그리고 대부분의 패널 자료는 개별 연구자의 연구 계획

이전에 공익 목적으로 이미 확보된 자료이므로 연구자의 개별 필요에 의한 연구 구성 요소를 충분히 만족시키지 못할 가능성이 있다.

연구대상자의 민영의료보험 가입과 의료이용 자료를 획득하는 방법의 차이뿐만 아니라, 각종 변수에 대한 내생성 통제 여부의 고려도 필요하다. 민영의료보험 가입은 개인의 성, 소득 수준, 교육 수준, 결혼 유무 등 인구·사회적 변수와 건강 상태, 과거의 의료이용 경험 및 건강행동에 의해서 영향을 받는다. 이러한 가입자 특성은 개인의 의료이용에 대한 욕구에 영향을 줄 수 있으므로, 보험 가입과 의료이용의 관계를 분석하는 과정에서 보험 가입과 의료이용의 내생성을 적절하게 통제할 필요성이 생기게 된다. 실제로 민영의료보험 가입이 의료이용에 영향을 미치는 정도가 내생성 통제 전후에 차이가 있는지를 살펴보는 것은 의미 있는 시도로 볼 수 있다.

민영의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향을 정액형과 실손형으로 나누어 비교하면 실손형이 의료이용에 더 영향을 준다는 보고가 있다[5][10]. 우리나라의 민영의료보험 시장이 기존의 정액 일

변도에서 실손형 상품의 비중이 증가하는 방향으로 변화하고 있음을 감안하면, 보상방식(정액형과 실손형)에 따른 의료이용의 차이를 비교 분석하는 것은 중요한 의미가 있다고 하겠다. 본 연구에서 인용한 국외 연구의 경우는 모두 공보험에 대한 보충형 민영의료보험으로서 실손형 상품이 주종을 이루고 있는 대표적 사례로 미국의 Medicare에 대한 Medigap과 프랑스의 보충형 민영의료보험이다. 의료제공체계에서 민간부문의 비중이 85%에 달하는 우리나라와는 달리 공공부문의 비중이 60~90%에 이르는 점을 고려하면, 이들 국외 연구의 결과를 직접 비교하거나 인용하는 데는 무리가 있을 것이다. 다만 우리나라에서는 실손형 민영의료보험 상품 가입과 의료이용의 관계를 분석한 연구가 부족하기 때문에 이들 국외 연구가 향후 우리나라의 민영의료보험 시장 변화가 가져올 영향에 대해서는 시사점을 줄 수 있을 것이다.

3. 연구지표의 설정

민영의료보험이 가입자의 의료이용 행태를 변화시켜 공보험의 재정에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 가설을 검증하기 위해서는 의료이용 행태와 그에 따른 부정적 영향을 대표할 수 있는 지표의 설정이 필요하다. 가입 이후 소비자의 의료이용 행태는 의료이용량 변화라는 양적 변화와 전문의 또는 상위 의료기관을 보다 선호하게 되는 질적 변화로 나눌 수 있다. 이중 의료이용량은 외래 방문 횟수 및 입원 횟수(또는 일수)와 이에 따른 통원 진료비 및 입원 진료비를 구체적인 지표로 설정하는 것이 적절하다. 질적 변화는 전문의 방문 빈도의 차이로 가늠할 수 있을 것이다. 그러나 미국, 일본, 독일, 영국, 호주 등의 전문의 비율이 최고 50% 정도에 불과한 반면 우리나라는 72.4%에 달하는 상황이다[18]. 따라서 전문의 방문 빈도의 차이는 의미가 없을 것으로 판단되고 실제로 주목할

만한 연구사례가 드물어 이 항목은 국내 연구에서는 제외하고 해외의 연구 사례에서만 언급하였다. 의료기관 종별 또는 상위 의료기관 이용 선호의 변화에 초점을 맞춘 연구는 국내외 모두 사례를 찾기 힘들어 고찰에서 제외하였다.

공보험에 대한 부정적 영향의 지표로는 대부분의 연구가 소비자의 도덕적 해이나 의료공급자의 공급량 증대 같은 이유로 인한 공보험의 추가적인 재정 지출을 연구의 대상으로 삼은 것을 고려하여 급여비(진료비) 증가 규모를 고찰의 대상으로 삼았다. 민영의료보험 가입자와 비가입자에 대하여 공보험이 지불하는 급여비 규모의 차이를 통해 공보험에 대한 부정적 영향의 여부와 정도를 비교하였고, 가능한 범위에서 의료기관(제공자) 방문 빈도의 변화를 비교하였다.

III. 연구결과

1. 보험사 및 국민건강보험의 자료에 근거한 의료이용량 비교

민영의료보험 가입 유무에 따른 국민건강보험 급여비의 차이를 비교 분석한 최초 사례는 정기택 [10]이 국민건강보험 청구자료를 통해 민영의료보험 가입자와 비가입자 간 의료이용량을 비교한 연구이다. 2001년 민영의료보험에 가입하여 2003년까지 보험 자격을 유지한 가입자 중 2002년 국민건강보험에 청구한 기록이 있는 가입자 33,342명과 비가입자 66,602명의 2002년 국민건강보험 청구자료를 비교 분석하였다. 민영의료보험의 가입 여부 및 보상방식(정액형, 실손형)은 외래의료 이용에는 유의한 영향을 미쳤으나 입원의료 이용에는 유의한 영향을 주지 않았다고 결론을 내렸다. 외래의 경우, 가입자가 외래방문 횟수와 의료비 모두 많았으나 입원의 경우, 입원일수에서는 유의한 차이가

없었고 의료비에서는 비가입자가 오히려 많았다. 입원에서 민영의료보험 가입자의 의료비가 더 적다는 결과는 자료와 분석 방법이 다른 기존 연구 [19][20]와 일치하는 것으로 민영의료보험 가입자가 의료이용을 더 효율적으로 하거나 직장인의 비중이 더 높은 민영보험 가입자 군에서 외래진료에 비해 많은 시간이 소요되는 입원진료에 대한 부담감이 크다는 점이 원인일 것으로 해석되었다.

주목할 점은 보상방식이 의료이용량에 미치는 영향의 분석이다. 외래의료의 경우 실손 보상형 보험 가입자는 정액형 가입자에 비해 10% 유의 수준에서 방문 횟수와 연간 의료비가 더 많았다. 이는 상당수의 정액형 상품이 외래진료에 대한 보상을 하지 않는 것에 기인한 것으로 생각되며, 실손형 보험에서 적용하고 있는 공제액의 기준이 외래진료 이용량에 영향을 미쳤을 것으로 추정된다. 그러나 보상방식이 외래방문 횟수에 미치는 영향력은 연령이나 성별에 비해 상당히 낮았다. 입원의 경우에는 보상방식이 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않았고, 연령과 성별이 통계적으로 유의한 변수였다.

이 연구의 가장 큰 제한점은 민영의료보험 자료를 2개 보험사로부터만 제공받아 민영의료보험 비가입자 집단에 실제로는 기타 보험사의 상품 가입자가 포함되어 있을 가능성이 매우 높다는 점이다. 2006년 고령화연구패널 조사 자료를 이용한 연구에서 민영의료보험 가입자 중 47.8%가 복수의 보험 상품에 가입한[7] 점을 감안하면, 민영의료보험 가입자와 비가입자 간의 의료이용 차이가 실제로 다 과소평가 되었을 가능성을 배제할 수 없다.

이러한 연구의 한계를 극복하기 위하여 대부분의 민간보험사로부터 협조를 받아 상품 가입 여부를 확인하고, 건강보험공단으로부터 의료이용 자료를 받아서 분석한 윤희숙[2]의 연구는 주목할 만하다. 이 연구는 전 인구의 1%를 무작위 추출하여 선정한 406,751명의 민영의료보험 가입 현황을 36

개 민간보험사의 협조를 받아 확인하고, 국민건강보험공단과 심사평가원으로부터 2004년부터 2006년까지의 의료이용 자료를 제공받아 분석하였기 때문에 기존의 자료 부족의 문제점을 상당 부분 극복한 것으로 평가된다. 연구 결과에 따르면, 전반적으로 민영의료보험 가입자의 의료이용량이 비가입자보다 많지 않기 때문에 민영의료보험 가입에 따른 도덕적 해이가 뚜렷하다고 결론지을 수는 없다고 주장하고 있다. 그러나 특정 질병(암)에 있어서는 실손형 가입자가 정액형 가입자나 비가입자보다 의료이용량이 많아 민영의료보험 가입자의 의료이용 양상을 단일하게 진단하기는 어렵다고 결론을 짓고 있다. 그러나 발표 문헌에는 보험 가입 시점과 실제 의료이용 시점의 시간적 차이에 대한 언급이나 분석이 없으며, 민영의료보험 이외의 변수를 통제한 다변량 분석 결과가 없어서 명확한 결론을 내리기 어려운 점이 중요한 제한점으로 지적된다.

2. 내생성 통제 전후의 의료이용량 비교

민영의료보험 가입은 각 개인의 성, 교육 수준, 소득 등 인구·사회적 특성뿐 아니라 개인의 건강 상태, 건강 관련 행태에 의해서도 영향을 받는다. 이들 요소는 의료이용의 선호와도 관련이 있어서 보험 가입과 의료이용 사이의 내생성 문제가 발생할 수 있기 때문에 의료이용 분석에서 이를 고려할 필요가 있다. 강성욱[5]의 연구에서 보험 가입과 의료이용의 내생성을 통제하기 위하여 2단계 추정법을 이용하여 분석한 결과에 따르면, 가입자와 비가입자 간에 외래방문 횟수와 입원이용의 차이는 발견되지 않았다. 이러한 결과는 내생성을 통제하지 않은 경우에 가입자의 외래방문 횟수와 입원 횟수가 더 많았다는 결과와는 대조적이다. 내생성을 고려하지 않은 보험 가입의 의료이용 영향 추정치는 과대추계일 가능성이 있는데, 여기에는

보험 가입으로 인한 의료이용 증가분뿐만 아니라 역선택에 의한 증가분도 포함되어 있을 수도 있다. 이 연구가 내생성을 통제하고 보험 가입의 효과를 고찰하였다는 점은 긍정적으로 평가하지만, 의료이용 정도를 측정하는 방법으로 외래와 입원의 이용 횟수만을 고려하고 의료비를 고려하지 않은 점은 연구의 제한점이라고 할 수 있다. 민영의료보험 가입이 의료이용 횟수에 의미 있는 차이를 만들지 못하더라도 고가의 서비스 이용 등 진료비를 증가시킬 수 있는 동기로 작용할 가능성은 존재하기 때문이다.

이창우[12]는 고령화연구패널 자료를 이용하여 외래이용에 대한 민영의료보험의 역할을 분석한 연구에서, 보험 가입과 의료이용 결정에 동시에 영향을 주는 잠재변수(latent variable)를 고려하여 내생성 문제를 해결하려고 시도하였다. 분석 결과, 역선택의 문제로 인해 민영의료보험의 가입과 의료이용 횟수가 늘어났지만 민영의료보험이 의료이용에 실질적으로 영향을 주지 않은 것으로 나타났다. 개인의 역선택을 통제하고, 도덕적 해이의 정의를 보험 가입 여부가 의료이용을 증가시킨다는 의미로 제한한다면, 외래이용에서는 민영의료보험의 도덕적 해이가 존재하지 않는다는 결과를 내놓았다.

한편, 이창우[11]는 한국복지패널 4차년도 조사 자료를 이용하여 개인의 민영의료보험 보유가 입원이용에 미치는 영향을 분석한 연구에서도 보험 가입과 입원이용에 동시에 영향을 미치는 잠재변수를 설정하여 의료이용량의 변화를 분석하였다. 분석 결과, 민영의료보험 보유가 입원 횟수에 미치는 효과는 보험을 2개 이상 보유한 경우에만 유의하였다. 민영의료보험 보유 개수가 보험의 보장성 정도를 나타낼 수 있는 척도라고 한다면, 보장성이 높은 민영의료보험을 보유한 개인의 경우에는 내생성을 통제하더라도 민영의료보험으로 인해 입원 횟수가 더 늘어났다는 의미로 이해될 수 있다.

전보영[13]의 연구는 2008년 한국의료패널 조사 대상자 중 20~65세 성인을 대상으로 가입자와 비가입자의 성향이 비슷해지도록 성향점수(propensity score)에 따라 가입자와 비가입자를 1:1 매칭한 뒤, 의료이용에 대한 민영의료보험의 효과를 분석하였다. 매칭 전과 후 모두 민영의료보험 가입자의 외래이용 경험 확률이 높았으며 전반적으로 민영의료보험 가입이 외래방문과 외래의료비 지출을 늘리는 방향으로 영향을 미쳤다. 결론적으로 민영의료보험 가입의 선택에 영향을 미칠 수 있는 성향을 통제한 후에는 외래방문 및 외래의료비 지출에 대한 민영의료보험의 효과는 더 적게 나타났다. 입원이용에 대한 민영의료보험의 효과는 전반적으로 유의하지 않았다. 이 연구는 '성향점수 매칭'이라는 분석방법을 통해 민영의료보험 가입 단계에서 발생할 수 있는 역선택의 요소를 최대한 통제한 후, 의료이용 단계에서 민영의료보험의 도덕적 해이 발생 여부를 확인하려 했다는 점에서 기존 연구와 차별성을 보인다.

이상의 연구 결과를 종합해보면, 전반적으로는 보험 가입의 내생성을 통제할 경우 민영의료보험이 의료이용에 직접적으로 영향을 준다고 보기는 어렵다. 그러나 민영의료보험의 보장성 정도에 따라 민영의료보험 가입이 의료이용량을 늘릴 가능성이 있는 것으로 나타났다. 최근 보험 가입의 내생성을 통제한 연구들은 개인의 의료이용에 영향을 줄 수 있는 요인을 최대한 통제하여 민영의료보험이 의료이용에 미치는 '순수한' 영향을 살펴보고, 이를 통하여 보험 가입으로 인한 도덕적 해이의 가능성을 판단하려고 시도하였다. 이 연구들은 역선택과 같은 개인의 관찰 불가능한 요소들을 통제하는 것이 중요하다는 점을 다시 한 번 일깨우는 계기를 제공한 것으로 판단된다.

3. 실손보상형 상품이 의료이용에 미치는 영향

2007년부터 생명보험사에도 실손보상형 상품의 판매가 허용된 이후 실손형 민영의료보험의 가입자 수가 빠르게 증가하는 것으로 보인다[8]. 기존 민영의료보험 상품의 주요 형태였던 '정액형' 상품은 가입자에게 질병 발생 시 소득보전의 성격을 많이 가졌던 반면에, 실손 보상형 상품은 공보험의 보장영역에 대응되는 것으로 공보험의 재정에 더 큰 영향을 미칠 것으로 예상된다. 우리나라와는 달리 대부분의 민영의료보험이 실손형으로 운영되는 미국의 Medigap과 프랑스의 보충형 민영의료보험이 가입자의 의료이용 행태를 변화시켜 공보험의 재정악화를 초래한다는 연구 결과[14][15]가 이를 뒷받침한다.

1) 예상 보장범위와 가격탄력성을 적용한 simulation

허순임[1]은 생명보험사의 실손형 민영의료보험 판매 허용 이전인 2005년 자료와 상품 예시를 통하여 실손형 민영의료보험 가입자의 의료이용량 증가가 건강보험 재정에 부정적 영향을 미칠 수 있음을 예측하는 연구를 시행하였다. 출시 예정인 실손형 상품이 보장하는 급여 범위에 해당하는 국민건강보험의 진료비 규모를 실손형 보험의 예상 가입률을 적용하여 계산하고, 본인부담 경감효과로 인해 의료이용이 증가하는 정도를 기존 국내외 연구 결과의 가격탄력성을 활용하여 추정하였다. 연구 결과, 실손형 민영의료보험의 도입으로 인한 국민건강보험 진료비의 증가 규모는 최소 4,255억 원에서 최대 1조 7,021억 원, 이에 따른 국민건강보험 재정의 추가부담은 2,979억 원~1조 1,915억 원에 이르는 것으로 추정하였다. 본인부담 수준이 크게 낮아지면, 의료제공자의 유인수요가 작동할 가능성이 있어 의료이용량 증가 규모가 예상보다 클

수 있다고 지적하였다.

이 연구는 상품이 보장하는 급여범위에 해당하는 국민건강보험의 진료비를 예상 진료비로 하고, 단순히 추정한 실손보험 예상 가입률을 적용하였다. 국내외에서 이루어진 기존 연구에서 얻은 가격탄력성을 적용하였으나, 기존 연구 결과 사이의 편차가 매우 커서 객관성 있는 추정치를 도출하는데에는 한계가 있었을 것으로 추측된다. 무엇보다도 아직 실손형 민영의료보험 상품의 내용이 확정되지 않고 보장범위에 대한 정보가 미흡한 상태에서 조사가 이루어졌다는 점과 현재처럼 실손형 민영의료보험이 공제액(deductible)의 형태로 환자 본인부담금을 설정한 것³⁾이 반영되지 않은 점은 연구시점에 따른 근본적 한계라고 볼 수 있다.

2) 정액형 대비 실손형 보험 가입자의 의료이용 비교

유창훈[9]의 연구에서 2008년 한국의료패널조사 자료를 분석한 바에 따르면, 전체 조사 대상 개인의 59.1%가 민영의료보험 상품을 구매하였는데, 이 중 정액형이 54.0%, 실손형이 3.1%, 정액형과 실손형 모두 가입한 사람이 3.3%였다. 정액형의 비중은 가입자 수로는 89.4%, 가입 건수로는 90.7%로 정액형 가입자가 절대적으로 많았다. 이런 상황에서 실손형과 정액형의 의료이용 차이를 비교하는 연구 자체가 어렵고, 실제로 실증적인 연구를 한 사례도 드물었다.

유창훈[9]은 한국의료패널 조사에 참여한 전체 24,616명을 대상으로 민영의료보험 가입자 중 정액형 대비 실손형 가입자의 의료이용 차이를 알아보는 연구를 시행하였다. 외래의 경우, 방문 횟수는 실손형 가입자가 더 많았으나 이들이 지불한 진료비는 정액형 가입자와 차이를 보이지 않았다. 입원

3) 2009년 11월 약관 표준화 이후 입원은 법정 본인부담금과 비급여 비용의 90%를 보상하고, 외래는 일정액을 공제한 금액만을 보상하고 있음.

의 경우에는 입원 여부, 횟수, 기간 및 진료비 모두에서 실손형 가입자와 정액형 가입자 간에 유의한 차이를 발견할 수 없었다. 실손형 상품 가입자가 정액형 상품 가입자에 비해 외래방문은 더 많이 하였지만, 입원에서는 차이를 보이지 않았다는 것이다. 이는 민영의료보험 가입자가 비가입자에 비해 외래서비스를 더 많이 이용하였지만 입원서비스에서는 뚜렷한 차이를 보이지 않았다는 기존의 연구 결과[2][5][10]와 유사한 결론이다. 결국 민영의료보험 가입으로 인한 외래이용 증가는 정액형보다는 실손형에 기인하는 것으로 추정할 수 있다. 이 연구에서 정액형과 실손형 가입자의 특성 차이가 뚜렷하지 않은 사실을 감안하면, 증가한 외래서비스 이용량은 가입자의 선택편이(역선택 혹은 우호선택)보다는 보험 상품 자체가 가지는 지급방식의 특성에서 기인한 것으로 여겨진다. 이는 보충형 민영의료보험의 역선택을 다룬 국외 연구 [19][20]에서 역선택의 증거를 일관되게 찾아보기 어려운 사실과 일치한다.

4. 국외 연구

우리나라의 민영의료보험은 공보험의 비급여 서비스와 법정 본인부담금으로 인한 경제적 부담을 경감하기 위해 임의가입이 가능한 보험형태로 도입되었다. 공보험과 민영보험이 보장하는 서비스가 분리 제공되지 않아 민영의료보험 가입으로 공보험의 의료이용이 증가할 개연성이 있다. 우리나라와 비슷한 상황에서 민영의료보험이 의료이용에 미치는 영향을 분석한 국외의 연구로는 미국의 65세 이상을 대상으로 한 Medicare에 대한 보충적 성격의 Medigap과 프랑스의 공보험에 대한 보충형 민영의료보험을 다룬 연구들이 대표적이다.

다른 나라에서는 우리나라와 같이 민영의료보험이 정액형인 경우는 거의 없고 이용한 만큼 보상을 해주는 실손형이 주를 이루고 있어 외국의 사례는

실손형 민영의료보험과 공보험이 보장하는 의료서비스 이용량의 관계를 연구하는 데 더 시사점을 줄 수 있다. 우리나라에서는 민영의료보험 가입자 중 실손형 의료보험만 구분하여 분석하기는 매우 어렵다. 정액형, 실손형은 물론이고 정액형과 실손형의 특성을 혼합한 매우 복잡한 형태의 다양한 상품이 출시되고 있기 때문이다. 더군다나 가입자의 상당수가 다양한 형태의 상품에 중복 가입을 하고 있다는 점도 중요한 이유이다.

1) Medigap이 Medicare에 미치는 영향

미국의 65세 이상 노인의 대부분은 연방정부가 운영하는 의료보장 시스템(Medicare)의 수혜자로 편입된다. 2008년에 수혜자 수는 4천4백만 명, 예산은 4,680억 달러에 달했다. 이는 연방정부 예산의 13%, GDP의 3.2%를 차지한다. 2025년경에는 수혜자 수 7천1백만 명, 연방정부 예산의 20%, GDP의 5.5%에 이를 것으로 예측되어 연방 재정위기의 주요 요인으로 지목된다[21]. 연방정부는 재정적 위험을 경감시키기 위해 Medicare 대상자들에게 약제비 제한, 행위별 수가에 대한 본인부담금(copayment), 일정액의 공제액(deductible) 설정 등 여러 형태의 본인부담금을 부과하였다. 2008년에 입원 당 공제액은 1,024달러, 외래서비스 비용 중 본인부담금은 20%에 달했다. 이러한 본인부담금 부과는 경제적 능력이 부족한 노인환자의 재정적 위험을 줄이기 위한 보충형 민간의료보험 상품 구입의 동기를 제공하였다. 2003 Medicare Current Beneficiary Survey(MCBS)에 따르면, Medicare 수혜자는 개별적으로 혹은 전 직장의 고용주나 저소득층을 지원하는 Medicaid를 통해 보충형 민영의료보험 상품을 구입하고, 단지 9%만이 어떠한 보충형 보험도 구입하지 않은 것으로 조사되었다.

<표 2> Medicare의 의료비 지출에 대한 Medigap의 효과

연구자	McCall (1986)	Taylor (1988)	Christensen (1997)	Hurd (1997)	Khandker (1999)	Atherly (2001)
증가 규모	31.1 39.0	30.0 39.0	34.0 17.0	3.0 4.0	22.4 37.4	17.7 13.1

주) 증가 규모: 상단-Medicare Part A, 하단-Medicare Part B (단위:%)
 주) 김홍식[24]의 논문에 게재된 표를 재인용

미국의 Medicare는 노인을 대상으로 한다는 점에서 전 국민을 대상으로 하는 우리나라의 국민건강보험과 차이가 있지만, 정부 주도의 공보험이고 보장하는 급여 종류 및 수준이 미흡하다는 점에서 유사한 면이 있다. 여러 유형의 민영의료보험 중 Medicare에 대한 보충적 성격의 Medigap은 실제로 우리의 실손형 의료보험과 유사한 성격과 특성을 가지고 있어 환자의 본인부담을 낮춤으로써 Medicare의 의료비 지출을 직접적으로 촉진시킨다는 논란이 끊이지 않았다[22]. 김홍식[23]의 연구는 Medigap 관련 논문의 정리를 통해, Medicare의 취약성을 보완하여 보다 포괄적인 의료서비스의 수혜를 용이하게 하는 기능을 수행할 의도로 만들어진 보충적 성격의 Medigap이 Medicare의 의료비 지출을 적게는 13%에서 많게는 96%까지 증가시키는 효과를 나타냈으며, Medicare 운영 개선 노력에도 부정적인 영향을 미쳤다는 결론을 내렸다. 그 주된 이유로 도덕적 해이와 역선택을 제시하였으며 이와 관련하여 그 동안 미국에서 수행된 여러 실증 연구도 이들이 Medicare의 지출을 증가시키는 주요 원인임을 보여주고 있다.

Khandker[15]가 1991년부터 1993년 사이의 MCBS 자료를 이용하여 Medigap 가입 유무에 따른 Medicare 이용 횟수와 의료비의 차이를 분석한 바에 따르면, Medigap 가입군은 그렇지 않은 군에 비하여 Medicare 서비스 이용가능성은 69% 대 87%로 높고, 의료비는 1,713달러 대 2,287달러로 많아 의미 있는 차이를 보였다. 이 연구의 장점은 MCBS의 자료를 활용하여 가입자와 비가입자 간의

인구학적 변수(나이, 성, 인종), 사회경제적 변수(결혼 상태, 연소득, 교육 정도), 문화적 변수(종교), 건강 변수(주관적 건강 상태, 활동제한 상태, 만성 질환, 흡연 여부)를 통제하고 Medigap 가입 여부가 Medicare 서비스 이용에 미치는 영향을 분석하였다는 점이다. 다른 변수들을 통제한 상태에서 Medigap 가입은 Medicare 서비스의 이용 가능성을 13.3%, 의료비를 42.1% 늘린 것으로 분석되었다.

다른 사회보험처럼 Medicare에도 도덕적 해이로 인한 의료서비스 과다이용을 줄이기 위하여 본인부담 제도가 있으나 Medigap은 그 같은 본인부담제도의 기능을 약화시킴으로써 의료서비스의 과다이용을 조장하고, Medicare의 의료비 지출을 증가시키는 것으로 추정되고 있다[24]. 한편, Medigap도 가입이 임의로 되어 있기 때문에 역선택에 취약하고, 따라서 고위험군이 Medigap에 집중될 가능성이 있다. 이 고위험군은 의료이용도가 상대적으로 높고 또 Medigap은 이러한 고위험군의 Medicare 이용을 보다 용이하게 함으로써 의료서비스의 이용과 의료비 지출을 증가시킨다는 것이다. 이와 같은 미국의 경험은 현재 우리나라에서 진행되고 있는 실손형 의료보험의 확대와 관련하여 상당한 의미를 가진다고 할 것이다.

2) 프랑스의 사례

프랑스 정부는 증가하는 의료비 통제의 수단으로 의료보장제도 체계 내에서 본인부담금을 부과

하는 정책을 실시하고 있다. 전체 의료비 중 약 75%만을 보장해주고 나머지 25%는 개인이 부담해야 하는 몫으로, 이는 기본 서비스에 대한 본인부담금과 추가 서비스의 한도 초과분에 대한 본인부담금으로 이루어져 있다. 공보험의 본인부담이 높은 상태에서 이를 보완하기 위한 민영의료보험 구매 유인이 강하게 작용하였고, 저소득층도 이러한 민영의료보험 구매가 가능하도록 지원하는 제도를 시행함에 따라 민영의료보험 가입자가 전체 인구의 94%에 이를 정도로 보편적인 형태를 띠게 되었다[25]. 그런데 개인이 부담해야 할 본인부담금의 대부분을 민영의료보험이 보장해주기 때문에 공공부분을 포함한 전체 의료비 증가의 원인으로 지목되고 있다.

Buchmueller[14]의 연구는 국가 차원의 가구설문조사인 Enquête sur la santé et la protection sociale(ESPS)의 1998년 자료로부터 표본을 추출하여 '민영의료보험으로 인해 소비자의 의료비 부담이 줄어든다면 의료이용량은 증가할 것이다', '이는 의료제공자 선택에 영향을 미쳐 일반의가 아닌 전문의를 선택하는 요소로 작용할 것이다'는 가설을 검증하였다. 1개월 동안의 전체 외래방문, 일반의 방문, 전문의 방문 모두에서 민영의료보험 가입자의 의료이용이 많았다. 보험 가입과 의사방문 횟수 간에는 정비례의 관계가 보였으나 일반의 및 전문의 방문의 경우 유의한 차이는 보이지 않았다. 가입자와 비가입자 간에 일반의 및 전문의 방문의 차이가 없다는 결론은 대다수 유럽 국가에서 조사된 결과와는 상반된 결과이다. 전체적인 일반의/전문 의 방문횟수의 비는 1차 진료의(주치의)가 문지기(gate keeper) 역할을 하는 국가와 그렇지 않은 국가 간에 큰 편차를 보이지만, 보충형 민영의료보험의 가입자가 비가입자에 비하여 좀 더 많이 전문의를 방문한다는 점은 뚜렷해 보인다.

이 연구에서는 역선택과 같은 다른 종류의 효과로부터 도덕적 해이와 같은 인과적 영향을 구분하

려고 시도하였다. 만약 역선택과 같은 상황이 포함된다면 도덕적 해이에 의한 효과가 과장된 결과로도 출될 것이라는 생각에서 출발하였다. 표본이 된 ESPS는 가입한 민영의료보험이 직장에서 제공하는 것인지, 아니면 개별적으로 가입한 것인지를 알려주고 있다. 보험 가입을 이유로 직장을 선택한다고 예상하기는 어려우므로 역선택을 개인이 가입한 보험으로 한정시켜 조사하였다. 민영의료보험 가입의 결정요인을 분석한 결과를 보면, 건강상태가 좋지 않은 개인이 가입할 가능성이 더 높다는 증거는 나타나지 않았다. 이는 도덕적 해이에 의한 의료이용량 증가가 역선택이라는 요소에 의해 과장되었을 것이라는 가정은 타당성이 높지 않음을 보여준 것이다. 그러나 이 연구는 1개월이라는 짧은 기간의 의료이용만을 분석한 것이기 때문에 일반화에 제약점이 있을 수 있다.

IV. 결론 및 제언

2000년대 중반까지 국내의 민영의료보험 관련 실증적 연구는 민영의료보험 가입 여부 자체의 영향 요인을 파악하는 연구가 주를 이루었다. 민영의료보험과 의료이용의 관계를 파악하는 연구라도 자료의 한계로 인하여 일 개 병원이나 지역, 특정 질환 등의 한정된 대상으로 시행한 연구[20][26]가 주를 이루었다. 최근에는 고령화연구패널, 한국의료패널과 같은 전국 단위 패널조사 자료의 활용이 가능해지면서 민영의료보험과 의료이용량의 관계를 살펴보는 연구[5][11][12]가 늘고 있으며, 분석방법이 다양하고 정교해지고 있다. 역선택, 도덕적 해이 등으로 민영의료보험 가입이 의료이용을 늘릴 것이라는 주장을 검증하려는 연구들은 여럿 있으나, 연구 결과는 자료 및 분석방법에 따라 조금씩 다른 결과를 보이고 있다.

<표 3> 주요 연구의 결과 요약

연구자	주요 결과
정기택[10]	가입자는 외래 방문 횟수와 의료비 모두에서 더 많은 의료이용을 보였으나 입원의 경우 입원일수에서는 유의한 차이가 없었고, 의료비는 비가입자가 오히려 더 많음. 실손형 가입자는 정액형 가입자에 비해 10% 유의 수준에서 외래 방문횟수와 연간 의료비가 더 많으나 입원의 경우에는 보상방식이 의료이용에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않음.
윤희숙[2]	가입자는 미가입자에 비해 의료 이용량이 많지 않으며, 보험 가입에 따른 도덕적 해이는 발견할 수 없음.
강성욱[5]	내생성 통제 전에는 외래와 입원 모두 가입자의 의료이용이 더 많았으나 내생성 통제 후에는 가입자와 비가입자 간에 의료이용의 차이가 없음.
이창우[11][12]	입원에서는 개인의 도덕적 해이가 존재할 가능성이 높은 것으로 나타났으나 외래진료에서는 보험가입 여부가 통계적으로 유의하지 않음.
유창훈[9]	외래진료에서는 방문횟수에서 실손형 가입자가 더 많고 진료비 차이는 뚜렷하지 않았으며, 입원진료의 경우에는 실손형과 정액형 가입자 간 차이가 없음.
Ettner[16]	Medigap의 개인 가입자는 직장 가입자에 비해 Medicare 이용량이 더 많음.(역선택의 가능성)
Hurd[17]	포괄적 보장 범위의 Medigap 상품에 가입한 집단의 의료이용이 높음.
Khandker[15]	Medigap 가입군은 비가입군에 비해 Medicare 서비스 이용 가능성이 69% 대 87%로 높고, 의료비는 1,713달러 대 2,287달러로 많아 의미 있는 차이를 보임.
김흥식[23]	Medigap이 Medicare의 의료비 지출을 적게는 13%에서 많게는 96%까지 증가시키는 효과를 보임.
Buchmueller[14]	전체 외래방문 횟수는 가입자가 2배 많았으며 일반의 및 전문의 방문의 경우는 유의한 차이를 보이지 않음.(프랑스)
Jones[22]	영국과 아일랜드에 비해 이탈리아나 포르투갈에서 보험 효과로 인한 의료이용 증가가 더 뚜렷함.

우리나라의 민영의료보험과 유사한 환경에서 운영되는 미국의 Medigap과 프랑스의 보충형 민영의료보험에서는 보험 가입에 따른 의료이용량 증가가 뚜렷하게 나타났다[14][15]. 그러나 국내의 연구들은 이와 다른 결과를 보여준다. 외래방문에서 일부 의료이용량 증가가 관찰되는 것을 제외하고는 대부분의 경우에 가입자와 비가입자 간 의료이용량(진료 횟수 및 진료비) 차이가 뚜렷하지 않은 것으로 나타났다[2][5][12].

외국의 경우 소비자가 진료비로 지불하는 비용의 일정 비율을 보상해주는 실손형 보험 상품이 대부분이지만, 국내 보험시장은 아직 정액형 상품이 주종을 이룬다는 차이점이 중요한 이유가 될

것으로 보인다. 정액형과 실손형 가입자의 의료이용량 차이를 분석한 결과, 입원진료의 경우 차이가 없었으나 외래진료에서는 방문횟수에서 실손형 가입자가 더 많았고 진료비의 차이는 뚜렷하지 않았다[9]. 이러한 연구 결과는 실손형의 비중이 점차 확대되고 있는 민영의료보험의 시장 상황에서 주목해야 할 대목이다.

의료서비스를 이용하는 비용이 크게 낮아지면 환자가 의료이용에 따른 경제적 부담에 둔감하게 되어 의료서비스 이용을 무분별하게 늘리는 경향인 ‘도덕적 해이’의 개념은, 우리나라의 민영의료보험 특히 실손형 보험의 확대가 공보험에 미치는 부정적 영향에 대한 우려의 핵심요소라고 볼 수

있다. 민영의료보험이 의료이용에 미치는 영향에 관한 많은 국외 연구가 있고, 이중 상당수가 보충형 민영의료보험 가입자의 의료이용이 비가입자에 비해 더 많다는 분석 결과[16][17]를 보였지만, 이러한 차이 중 어느 정도가 도덕적 해이에서 기인한 것인지에 대해서는 일반적으로 동의하는 바가 없는 것으로 보인다.

소비자의 의료이용 행태에 영향을 미칠 수 있는 중요한 외부요인 중의 하나로 의료공급자에 의한 유인수요(supplier induced demand)를 들 수 있다. 국민건강보험에서는 행위별 수가제를 시행하고 있으며 전체 지출을 통제하는 기전이 없기 때문에 제공자가 자신의 경제적 이익을 고려한 의료서비스를 제공할 가능성이 존재한다. 더군다나 법정 본인부담금과 비급여 서비스의 대부분을 보상해주는 보충형 민영의료보험의 존재는 서비스 제공자로 하여금 유인수요의 동기가 될 수 있는 외부요인으로 작용할 수 있을 것이다[27].

그러나 국내 연구 결과에서는 가입자나 제공자의 도덕적 해이에 의한 의료이용량 증가를 명확하게 찾아볼 수 없었다. 외국의 연구 결과나 이론에 근거하여 우리나라 민영의료보험에서 도덕적 해이의 발생 가능성과 이에 대한 우려를 제기하는 주장은 많으나 실증적 연구에서는 아직 뚜렷한 증거를 찾기 어렵다. 일부 연구 결과에서 가입자의 도덕적 해이 가능성을 시사하고 있으나 명확한 결론을 내리기에는 아직 실증적 근거가 미흡한 것으로 보인다. 향후 더 많은 실증적 연구 결과가 나와야 할 것이다. 특히 실손형 상품의 비중이 높아지고 있으므로 연구 시점이 결과에 영향을 미칠 수 있다는 점에 유의해서 결론을 내려야 할 것이다.

전 국민이 의무적으로 가입해야 하는 국민건강보험의 경우 역선택의 문제는 고려의 대상이 아니지만, 임의 가입인 민영의료보험의 경우 역선택의 가능성을 배제할 수 없다. 국외 연구의 경우, 민영의료보험 가입자에 의한 의료이용량 증가에는 도

덕적 해이뿐만 아니라 역선택에 의한 증가분도 포함되어 있다고 주장하는 측[16]과 역선택의 효과는 미미하다고 주장하는 측[14][17]으로 나뉘고 있다. 우리나라의 민영의료보험은 계약 전 가입심사(underwriting)를 시행하고 있다. 이 과정은 의료기관에 대한 수가 조절 협상권한이 없는 국내 보험사로서는 손익을 조절할 수 있는 거의 유일한 수단으로 여겨지고 있다. 따라서 현재의 질병 유무뿐 아니라 질병 과거력에 따라 엄격한 인수 기준을 적용하고 있다[28]. 보험 인수의 기술적 문제로 인하여 위험체에 대해 보험료를 할증하여 인수하기보다는 인수 거절을 선택하는 경향이 최근까지 보험업계의 전반적인 분위기였음을 감안하면, 우리나라에서 민영의료보험 가입자의 '역선택'에 의한 공보험 의료이용의 증가 주장은 외국의 사례에 비하여 다소 제한점이 있어 보인다.

실제로 유창훈[7]의 연구에서는 오히려 건강 상태가 좋을수록 보험 가입 건수가 많아지는 경향이 있는 것으로 분석 되었다. 저자들은 역선택의 효과보다는 건강하지 않은 사람에 대한 보험자의 위험선택(risk selection)의 효과가 더 컸기 때문일 수 있다고 해석하였다. 김정동[28]의 연구는 고령화연구패널 자료를 분석하여 도덕적 해이 효과를 통제하고 역선택 효과만을 분리하여 검증한 결과, 민영의료보험 가입에 역선택 현상이 발생하지 않았다고 보고하고 있다. 저자들 역시 보험사의 가입 전 심사가 보험 구매자의 역선택 의지를 차단하여 시장에서 역선택이 명확히 일어나지 않은 것으로 해석하고 있다. 그러나 국내의 실증적 연구로 역선택의 존재 여부를 결론짓기는 아직 어려우며, 가입심사의 효과(위험선택)를 함께 고려하는 좀 더 정교한 분석방법을 적용한 연구가 필요한 것으로 보인다.

국민건강보험의 법정 본인부담금은 이용자에게 비용의식을 갖게 하기 위하여 의료이용을 방해하지 않는 범위에서 비용을 부담시키는 제도이다.

즉, 공보험에서 이용자의 도덕적 해이를 방지하는 대책의 하나인 셈이다. 민영의료보험이 법정 본인 부담금까지 보상 대상으로 할 경우, 비용의식이 사라진 이용자는 물론이고 의료제공자에 의한 의료이용량 증가로 국민건강보험 재정 지출이 증가할 가능성이 있다. 국민건강보험의 법정 본인부담금이 꼭 필요한 의료이용을 주저하게 만들 만큼 의료비의 큰 부분을 차지하고 있다는 점을 고려하면 그 파급효과는 훨씬 클 수도 있다[29]. 실손형 민영의료보험 가입자가 정액형 가입자보다 의료이용량이 많았다는 연구 결과[9]는 이러한 우려가 실제로 나타날 가능성이 있음을 보여주었다.

분석방법의 발전에도 불구하고 국내 연구는 자료의 제한으로 인한 한계를 가지고 있다. 첫째로는 민영의료보험의 가입 여부, 건수, 상품의 종류(지급 방식, 보장 범위, 보장 기간), 시점, 보험료 같은 민영의료보험 가입 현황 자료의 제한이다. 일반적인 설문조사나 패널조사는 개인의 특성에 관해서는 비교적 상세한 정보를 제공해주는 장점이 있는 반면, 민영의료보험 가입 현황 관련 자료는 정확도와 신뢰도가 떨어진다. 우리나라의 보험 상품은 정액과 실손 보장이 혼재되어 있는 경우가 많으며, 교육보험·종신보험·연금보험 등에 특약으로 의료보장 상품이 출시되는 등 보상 방식과 보장 범위가 매우 복잡하다. 따라서 대상자의 기억에 의존하는 방식으로는 보험 가입 현황에 대해 잘못된 정보를 제공할 가능성이 높다. 민간보험사로부터 직접 자료를 받더라도 소수의 보험사 자료만 받으면 민영의료보험 가입 현황을 정확히 파악하는 데 제한이 있다. 민영의료보험의 보장성도 충분하지 않다고 판단해서 중복 가입하는 비율이 높기 때문이다. 의료이용 관련 자료의 경우에도 마찬가지로 제한점이 있다. 의료기관이나 국민건강보험공단 등의 직접적인 의료이용 자료를 이용하지 못하면 역시 비슷한 한계를 가질 수밖에 없다. 향후 개인 연구자 차원은 물론이고 패널조사 자료를 생성하는 연구

기관이나 공공기관, 민간보험사와 관련 협회 등에서 다양한 지표로 구성된 신뢰할 만한 기초 자료를 확보하는 것이 가장 중요한 과제라 할 수 있다. 단일 자료원만으로 연구를 제대로 수행하기는 어려우므로 자료원 간의 연계와 공동 활용 문제에도 특별히 관심을 가져야 할 것이다.

민영의료보험과 의료이용의 관계를 분석하는 연구에서 분석방법의 정교화도 더 필요하다. 실제로 내생성을 통제한 후의 결과가 통제하기 전 결과와 상이하다는 연구 결과는 민영의료보험이 의료이용에 미치는 영향을 분석할 때 개인의 관찰 불가능한 요소를 통제하는 것이 중요함을 다시 확인시켜 주었다. 국외 연구에서도 내생성을 통제하기 위해 다양한 분석방법들이 적용되고 있음을 볼 수 있다. 복수 가입이 많은 상황에서 의료이용에 직접 영향을 줄 수 있는 민영의료보험 보장성의 범위를 통제하는 방법에 대한 관심도 필요하다. 기존의 연구에서는 민영의료보험 가입 개수를 보장성의 수준으로 보았으나 이용가능한 다른 변수의 개발이 필요하다.

민영의료보험 가입이 보편화 되어 있고, 시장의 규모는 계속 커지고 있다. 국민의 대다수가 민영의료보험을 실질적인 의료보장의 수단으로 이용하고 있다. 보충형 민영의료보험의 특성상 민영의료보험은 우리 의료보장체계의 주축인 국민건강보험에 직간접적으로 영향을 줄 수밖에 없다. 민영의료보험 활성화에 어떤 시각이나 주장을 가지고 있는 실증적 근거에 기초해서 관련 제도나 정책이 수립되어야 한다. 민영의료보험이 의료이용량을 증가시켜 국민건강보험의 재정을 악화시키고 의료이용의 형평성을 저해할 것이라는 우려가 많지만 우리나라에서 이를 뒷받침할 실증적 연구 결과는 아직 충분하지 않다. 기존 연구가 가진 자료원과 분석방법의 제한점을 완화시킨 실증적 연구가 더 많이 나와야 할 것이다.

참고문헌

1. 허순임, 이상이(2007), 실손형 민영의료보험의 도입이 국민건강보험 재정에 미치는 영향, 보건행정학회지, Vol.17(2);1-17.
2. 윤희숙, 권형준(2008), 민영의료보험 가입과 의료이용 현황, KDI 정책포럼, Vol.204; 1-13.
3. 한국보건사회연구원(2009), 2008년 한국의료패널 기초분석보고서, pp.159-170.
4. 보건복지부(2010), 2008년 국민의료비 및 국민보건계정, pp.62-97.
5. 강성욱, 유창훈, 오은환, 권영대(2010), 민영의료보험이 과연 의료이용을 증가시키는가: 내생성 통제를 이용한 검증, 보건경제와 정책연구, Vol.16(1); 139-159.
6. 이현복, 현경래(2011), 민영의료보험 가입자 특성과 가입요인에 관한 연구, 사회보장연구, Vol.27(1);217-240.
7. 유창훈, 강성욱, 권영대, 오은환(2010), 누가 민영의료보험에 가입하는가: 가입 건수를 중심으로, 보건경제와 정책연구, Vol.16(3);1-16.
8. 보험연구원(2010), 2010 보험소비자 설문조사, pp.111-121.
9. 유창훈, 강성욱, 권영대, 오은환(2011), 정액형과 실손형 민영의료보험의 비교: 의료 이용량과 본인부담금을 중심으로, 사회보장연구, Vol.27(1);277-292.
10. 정기택, 신은규, 광창환(2006), 민영건강보험과 도덕적 해이에 관한 실증연구, 보험학회지, Vol.75; 1-25.
11. 이창우(2010a), 민영의료보험이 입원이용에 미치는 영향, 보건사회연구, Vol.30(2);493-513.
12. 이창우(2010b), 중고령자의 민영건강보험 선택이 외래이용에 미치는 영향, 보건경제와 정책연구, Vol.16(2);1-15.
13. 전보영, 권순만, 오주환(2010), 민영의료보험이 의료이용 및 의료비 지출에 미치는 영향, 한국의료패널 학술세미나 자료집, pp.111-124.
14. T. Buchmueller, A. Couffinhal, M. Grignon, M. Perronnin(2004), Access to physician services: does supplemental insurance matter? evidence from France, Health Economics, Vol.13;669-687.
15. R.K. Khandker, L.A. McCormack(1999), Medicare spending by beneficiaries with various types of supplemental insurance, Medical Care Research and Review, Vol.56(2);137-155.
16. S. Ettner(1997), Adverse selection and purchase of Medigap insurance by the elderly, Journal of Health Economics, Vol.16;543-562.
17. M. Hurd, K. McGarry(1997), Medical insurance and the use of health care services by the elderly, Journal of Health Economics, Vol.16;129-154.
18. 보건복지부(2010), 2009 보건복지백서. p.475.
19. C. Sapelli, B. Vial(2003), Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance, Journal of Health Economics, Vol.22;459-476.
20. 강성욱, 권영대, 유창훈(2005), 암 보험이 암 환자의 의료이용 및 의료비에 미친 영향, 보건행정학회지, Vol.15(4);65-80.
21. Boards of trustees of the federal hospital insurance and federal supplementary medical insurance trust funds(2010), 2010 annual report of the boards of trustees of the federal hospital insurance and federal supplementary medical insurance trust funds. pp.5-42.
22. S. Jones(1996), Medicare influence on private insurance?, Health Care Financing Review, Vol.18;153-161.
23. 김홍식(2003), 미국의 Medigap의 발달과 민영의료보험의 활용문제에 대한 정책적 함의, 한국정책학회보, Vol.12(2);33-57.
24. J. Lemieux, T. Choran, K. Heath(2008), Medigap coverage and Medicare spending: a second look, Health Affairs, Vol.27(2);469-477.

25. 배지영(2007), 민영의료보험 형태가 보건의료 형평성에 미치는 영향: 선진국의 경험을 통한 정책적 함의, 한국사회정책, Vol.14(2);208-243.
26. 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광근, 정백근(2005), 민영의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인: 민영의료보험 활성화에 대한 함의, 보건행정학회지, Vol.15(4);161-175.
27. 허순임, 황도경, 정설희, 이선경(2008), 건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태 -의료공급자의 유인수요와의 연관성 파악, 한국보건사회연구원 연구보고서, pp.199-201.
28. 김정동, 유창훈(2010), 민영의료보험 가입의 정보효과: 도덕적 해이와 역선택 검증, 한국보험학회/한국리스크관리학회 하계학술대회 자료집, pp.1-15.
29. 김창보(2006), 민영의료보험법 제정과 국민건강보험, 건강보험포럼, Vol.5(3);69-77.

접수일자 2011년 11월 20일

심사일자 2011년 12월 9일

게재확정일자 2011년 12월 18일