

만성질환자에서 실손형 민간의료보험의 가입 관련 요인과 외래 의료이용의 관련 요인

허정원*, 권영대**†

*가톨릭대학교 의료경영대학원, **†가톨릭대학교 의과대학 인문사회이학과 및 가톨릭의료경영연구소

〈Abstract〉

Factors Affecting the Purchase of Indemnity Private Health Insurance and Related Factors of Outpatient Healthcare Utilization among Chronic Disease Patients

Jung Won Hur*, Young Dae Kwon**

* Graduate School of Healthcare Management, the Catholic University of Korea, Seoul, Korea,

** Department of Humanities and Social Medicine, College of Medicine and Catholic Institute for Healthcare Management, the Catholic University of Korea, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate determinants of purchasing indemnity private health insurance and its impact on the healthcare utilization among outpatients with chronic disease.

Methods: The study analyzed 4,997 chronic ill patients using 2015 Korean Health Panel data. Logistic regression analysis was conducted to analyze the factors affecting the purchase of indemnity private health insurance and multiple regression analysis was conducted to analyze the effect of private health insurance on the number of outpatient visits and outpatient expenditures.

Findings: The age, education level, and number of chronic diseases were significant factors affecting the purchasing of indemnity private health insurance among chronic patients. As a result of analyzing the impact of indemnity private health insurance on healthcare utilization, the number of outpatient visits for those who enrolled in the indemnity private health insurance was higher than the number of outpatient visits for those who did not. But there was no statistically significant difference in outpatient medical expenses.

Practical Implications: The results of this study shows that indemnity private health insurance may cause inequality in the healthcare utilization of the socially vulnerable. It is necessary to seek ways to strengthen the health security of chronic disease patients and high-risk elderly people who need more healthcare.

Key Words: Employment Stability, Personal Medical Expenditure Ratio, Contract Period, Wage Worker

I. 서 론

인구 고령화, 기대여명의 증가, 생활습관의 변화 등으로 만성질환 유병률이 증가하고 있으며, 이에 따른 합병

* 투고일자 : 2019년 2월 24일, 수정일자 : 2019년 3월 12일, 게재확정일자 : 2019년 3월 12일

† 교신저자: 권영대, 서울시 서초구 반포대로 222 가톨릭대학교 의과대학 인문사회이학과 및 의료경영연구소,
Tel: 02-2258-8251, Fax: 02-2258-8257, E-mail: snukydl@naver.com

증과 삶의 질 저하, 의료비 증가 등의 문제가 심각해지고 있다. 한국의료패널 분석 자료에 의하면, 18세 이상 성인의 40.7%(2015년 기준)가 1개 이상의 8대 만성질환을 앓고 있으며 주요 만성질환의 유병률은 2008년 이후 계속 높아지고 있다[1]. 국민건강보험 통계에 따르면, 2017년 만성질환 진료인원은 1,730만 명으로 전년대비 3.0% 증가하였고, 진료비는 28조 2,813억 원으로 전체 진료비의 약 40%를 차지하였다. 단일상병 기준 건강보험 지급 재정의 1, 2, 3위가 대표적 만성질환인 고혈압(2조 9,213억 원), 당뇨병(1조 8,509억 원), 만성신장질환(1조 8,126억 원)의 진료비용이었다.

국민건강보험의 보장률은 2016년 기준 62.6%에 불과하여 많은 사람들이 질병이나 상해로 인한 경제적 손실을 완화하기 위해 민간의료보험에 가입하고 있다[2]. 특히 실손형 민간의료보험은 질병, 상해로 입원하거나 통원 치료를 받은 경우 가입자가 실제 부담한 의료비의 최대 90%까지 보장하기 때문에 소비자의 관심이 높다[3,4]. 2008년에 생명보험사의 실손형 보험 판매가 허용되면서 실손형 민간의료보험에 대한 관심이 커지기 시작하였으며, 2017년 7월 기준 조사 대상자의 77.8%가 실손형 민간의료보험에 가입하였다고 답하였다[5].

민간의료보험 가입 관련해서는 대부분의 연구에서 여성이 남성보다 가입률이 높았고, 연령은 50대 전후에서 가입률이 가장 높았지만 65세 이후에는 가입률이 현저히 감소하였고, 교육수준과 소득수준이 높은 계층에서 가입률이 높았다. 주관적 건강 상태가 좋은 사람일수록 보험 가입률이 높았지만, 만성질환의 경우는 보험 가입에 미치는 영향에 정(+)의 효과와 부(-)의 효과가 혼재되어 나타났다[6]. 민간의료보험과 의료이용의 관계를 다룬 선행 연구에서는 대체로 민간의료보험 가입자가 비가입자에 비해 의료이용이 더 많았다[6-8]. 특히 실손형 가입자가 정액형 가입자에 비해 의료이용을 더 많이 하려는 경향이 뚜렷하였고, 의료이용량의 증가 정도는 입원보다 외래방문에서 더 뚜렷하였다[9-13]. 실손형 민간의료보험은 의료이용 시 본인부담을 낮추어 주어 가입자의 의료이용량을 증가시킬 뿐만 아니라 그로 인해 국민건강보험의 재정 지출을 증가시키고, 국민의료비를 증가시킬 우려를 낳고 있다[14].

의료보험은 질환 유무, 중증도, 건강에 대한 관심 등과 관련이 있어 특정 질환과 연계하여 분석하는 것이 중요하다.

민간의료보험이 특정 질환을 중심으로 보험금을 지급하는 현실을 감안할 때, 특정 질환별로 가입자와 비가입자의 의료이용을 분석하는 것이 두 군 간 의료이용 차이를 좀 더 잘 규명할 수 있을 것으로 보인다[6]. 정기적인 외래방문과 의약품 복용이 필요한 만성질환자는 상대적으로 의료이용량이 많고 비용 부담이 크기 때문에 실손형 민간의료보험에 관심이 많을 것으로 판단된다. 그러나 만성질환자를 대상으로 실손형 민간의료보험 가입이 실제로 이들의 의료이용에 영향을 미치는지 검증한 연구는 많지 않다. 특정 만성질환자(관절염, 당뇨병)에서 민간의료보험 가입이 의료기관 중별 선택에 영향을 준다는 연구 결과는 있으나[15,16], 민간의료보험의 유형을 구분하지 않았고 의료이용량에 초점을 맞추지 않았다는 제한점이 있다. 이 연구에서는 만성질환자를 대상으로 실손형 민간의료보험 가입의 관련 요인을 살펴보고, 실손형 민간의료보험 가입과 외래 의료이용의 관련성을 분석하고자 하였다.

II. 연구방법

1. 자료 및 연구대상

이 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 주관하여 조사한 2015년 한국의료패널 자료를 활용하였다. 한국의료패널은 2008년 표본가구로 선정된 7,866가구를 대상으로 시작하여 매년 조사를 시행하고 있다. 시간이 지나면서 일부가 이사, 조사 거부 등으로 탈락하여 이를 보완하고자 2012년에 2,222가구를 추가적으로 선정하여 2015년에는 총 6,607가구가 조사 대상이 되었다[1].

한국의료패널은 민간의료보험 가입 실태, 만성질환, 의료이용, 의약품 복용, 의료비 지출 및 지출원, 건강 관련 인식과 행태 등에 관한 개인 및 가구단위의 통계를 생산하고자 구축된 자료로 의료이용과 의료비 지출에 대한 기초 자료뿐만 아니라 비급여, 일반 의약품비를 포함한 본인 부담 의료비 자료가 포함되어 있다. 특히, 민간의료보험 관련 조사는 가입 여부 이외에도 가입 유형, 가입 기간, 보험료 등을 조사하기 때문에 사회경제적 특성, 건강 행태 등 다양한 요인을 고려한 분석이 가능하다는 장점이 있다.

이 연구에서는 2015년 조사에서 20세 이상의 성인으로서 한국의료패널에서 정의하고 있는 만성질환 중 하나라도 보유하고, 의사로부터 진단받은 가구원을 대상으로 선정하였다. 한국의료패널에서는 2014년(9차 조사)부터 주요 만성질환으로 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 관절병증, 허혈성 심장질환, 뇌혈관질환, 악성 신생물, 결핵의 8개 질환(군)을 선정하여 유병 상태를 조사하였다[1]. 20세 미만의 가입자를 분석 대상에서 제외한 이유는 보험 가입뿐만 아니라 의료이용에서도 본인의 판단보다는 부모의 판단 등에 의해서 영향을 받을 가능성이 높기 때문이다[3]. 이들 중 지출 의료비용에 대한 질문에 모름·무응답으로 응답하거나 입력 자료가 없는 경우, 외래 의료서비스를 이용하지 않은 대상자, 보건증·진단서 발급 등과 같이 질환이 아닌 의료이용 건, 조사항목 중 무응답이 있는 경우를 제외한 4,997명을 최종 연구대상자로 선정하였다.

2. 변수

실손형 민간의료보험 가입 관련 요인 분석의 경우 종속 변수는 실손형 민간의료보험의 가입 여부, 외래 의료이용의 관련 요인 분석의 경우는 외래방문 횟수와 외래진료비로 설정하였다. 실손형 민간의료보험의 가입 여부는 외래 의료이용의 영향요인 분석에서 독립변수로 사용되었다. 한국의료패널 자료에는 민간의료보험이 보험 형태에 따라 정액형, 실손형, 혼합형으로 구분하여 조사되어 있다. 혼합형은 일반적으로 상품이 정액형 방식으로 설계되었으나 지급 방식은 실손형인 경우를 말한다. 이 연구에서는 정액형이나 혼합형의 가입 여부와 무관하게 실손형 상품에 가입한 경우를 실손형 민간의료보험 가입자로 간주하였다. 따라서 실손형 민간의료보험 비가입자에는 정액형이나 혼합형의 가입자와 모든 민간의료보험 비가입자가 포함되어 있다.

의료이용을 측정하는 방법에는 환자에게 제공되는 의료서비스 횟수 또는 기간을 측정하는 방법과 각 서비스의 비용을 측정하는 방법이 있다[17]. 기존 연구를 참고하여 외래방문 횟수와 외래진료비를 종속변수로 설정하였다. 외래방문 횟수는 1년간 외래를 방문한 총 횟수이고, 외래진료비는 1년간 외래에서 지출한 진료비의 총액으로 보험자 부담분을 제외한 본인 부담분만 포함한다. 기술통계를 실시한 결과 정규분포를 따르지 않아 로그를 취한 값으로

변환 후 분석하였다.

통계변수는 만성질환자의 의료이용 및 민간의료보험 관련 선행연구에서 사용된 변수를 참고하여 선정하였다 [12,17-19]. 크게 인구사회적 요인, 경제적 요인, 건강 관련 요인으로 구분하였다.

인구사회적 요인은 연령, 결혼 상태, 교육수준, 거주지를 포함하였다. 연령은 20세 이상 44세 이하, 45세 이상 64세 이하, 65세 이상으로 구분하였고, 결혼 상태는 ‘기혼’, ‘이혼·사별·별거’, ‘미혼’으로 분류하였다. 교육수준은 ‘중학교 졸업 이하’, ‘고등학교 졸업’, ‘대학교 졸업 이상’으로 구분하였다. 거주지는 서울, 인천, 경기도를 ‘수도권’으로, 그 외의 지역을 ‘비수도권’으로 구분하였다.

경제적 요인은 의료보장 형태, 경제활동 유무, 가구원수 보정 가구소득을 포함하였다. 의료보장 형태는 ‘국민건강보험’과 ‘의료급여’로 분류하였다. 경제활동 유무는 수입을 목적으로 일을 하는 경우에 ‘있음’으로, 하지 않는 경우에 ‘없음’으로 분류하였다. 가구원수 보정 가구소득은 연간 총 가구소득(가구 내 근로소득과 자산소득의 합)을 가구원수의 제곱근 값으로 나누어 측정하였다.

건강 관련 요인으로는 만성질환 개수, 장애 여부, 주관적 건강상태, 흡연 여부, 음주 여부, 운동 여부를 포함하였다. 만성질환 개수는 의사의 진단을 받은 경우의 질환을 취합하여 1개와 2개 이상으로 구분하였다. 만성질환의 수는 외래방문 횟수와 외래진료비와 유의한 양(+)의 관계를 가진다고 알려져 있으며[20], 이를 통계변수에 포함시킴으로써 역선택의 효과를 일부 통제할 수 있을 것으로 보인다. 주관적 건강상태는 한국의료패널 조사 시 측정된 5점 척도를 기준으로 ‘매우 나쁨’과 ‘나쁨’은 ‘나쁨’, ‘매우 좋음’과 ‘좋음’을 묶어 ‘좋음’으로 구분하여 ‘나쁨’, ‘보통’, ‘좋음’으로 분류하였다. 흡연 여부는 현재 흡연인 경우에 ‘흡연함’으로 간주하고, 과거 흡연이나 흡연 경험이 없는 경우에는 ‘흡연 안함’으로 분류하였다. 음주 여부는 음주 빈도를 기준으로 구분하였다. 월 2회 이상 음주하는 경우에 음주하는 것으로 간주하였고, 월 1회 이하인 경우에는 ‘음주 안함’으로 구분하였다. 운동 여부는 중등도 신체활동 또는 격렬한 운동을 실천하는지 여부로 측정하였다. 일주일에 3회 이상이고 1회에 최소 30분 이상인 경우에 운동하는 것으로 간주하였다.

3. 분석방법

이 연구에서는 연구 대상자의 실손형 민간의료보험 가입 여부에 따른 인구사회적, 경제적, 건강 관련 특성과 의료이용량의 차이를 파악하기 위해 카이제곱 검정과 t검정 등 단변량 분석을 수행하였다. 만성질환자의 실손형 민간 의료보험 가입에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 실손형 민간의료보험 가입 여부를 종속변수로 두고 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 실손형 민간의료보험 가입이 외래방문 횟수와 외래진료비에 미치는 영향을 분석하기 위해 다중회귀분석을 시행하였다. 분석에는 SPSS 18(PASW Statistics 18) 통계 패키지를 사용하였고, 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

한국의료패널 조사 대상자 18,130명 중 20세 이상의 성인으로 만성질환 유병자이면서 1회 이상 외래 의료이용을 한 최종 분석 대상자 4,997명 가운데, 실손형 민간 의료보험에 가입한 사람은 647명(12.9%)이었다. 만성질환을 1개 가진 사람은 1,676명(33.5%), 2개 이상 가진 사람은 3,321명(66.5%)이었다.

거주지, 의료보장 형태, 흡연, 운동, 외래진료비를 제외하고 모든 변수에서 실손형 민간의료보험 가입군과 비가입군 간에 유의한 차이를 보였다. 연령에서는 비가입군이 가입군에 비해 65세 이상의 비율이 더 높았고, 결혼 상태는 가입군에서 기혼자의 비율이 더 높았다. 교육수준 별로는 대학교 졸업 이상의 비율이 가입군에서 더 높았다. 경제활동을 하는 비율은 가입군이 비가입군에 비해 더 높았고, 가구원수 보정 가구소득도 가입군이 더 많았다. 장애비율과 만성질환을 2개 이상 보유한 비율은 비가입군이 더 높았다. 음주율의 경우 가입군이 더 높았고, 주관적 건강상태에서는 가입군이 더 좋았다. 의료이용에서는 비가입군의 외래방문 횟수가 더 많았다(〈표 1〉).

2. 만성질환자의 실손형 민간의료보험 가입 관련

요인

만성질환자를 대상으로 실손형 민간의료보험 가입의 관련 요인을 분석한 결과, 유의한 변수는 연령, 교육수준, 만성질환 개수였다. 20-44세에 비해 65세 이상의 연령군이 실손형 민간의료보험에 가입할 확률이 낮았다(OR=0.397, $p < 0.001$). 중학교 졸업 이하에 비해 고등학교 졸업(OR=1.325, $p=0.018$), 대학교 졸업 이상(OR=1.350, $p=0.033$)이 가입 확률이 높았다. 만성질환을 2개 이상 보유한 사람이 1개 보유한 사람보다 가입할 확률이 낮았다(OR=0.761, $p=0.004$)(〈표 2〉).

3. 만성질환자 외래 의료이용의 관련 요인

실손형 민간의료보험 가입군은 비가입군에 비해 외래방문 횟수가 많았으나($p=0.046$), 외래진료비는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 그 외에 외래 의료이용(방문 횟수와 진료비 모두)과 관련 있는 요인은 연령, 교육수준, 경제활동, 만성질환 개수, 주관적 건강상태, 흡연, 음주였다. 연령이 높을수록, 만성질환 개수가 많을수록 외래방문 횟수와 외래진료비 지출이 더 많았다. 교육수준이 높을수록, 경제활동을 하는 경우, 주관적 건강상태가 좋을수록, 흡연을 하거나 음주를 하는 경우에는 외래방문 횟수와 외래진료비 모두 적었다(〈표 3〉).

Ⅳ. 고찰 및 결론

이 연구에서는 한국의료패널 자료를 이용하여 만성질환자를 대상으로 실손형 민간의료보험 가입의 관련 요인을 살펴보고, 실손형 민간의료보험 가입자와 비가입자의 외래 의료이용을 비교 분석하였다. 실손형 민간의료보험 가입의 관련 요인은 연령, 교육수준, 만성질환 개수였다. 외래 의료이용에서는 가입자가 비가입자에 비해 외래방문 횟수가 많았으나 진료비는 차이가 없었으며, 그 외에 연령, 교육수준, 경제활동, 만성질환 개수, 주관적 건강상태, 흡연 및 음주가 방문 횟수와 진료비 모두에서 유의한 변수였다.

65세 이상의 연령군이 20-44세에 비해 실손형 민간 의료보험에 가입할 확률이 낮은 것으로 분석되어 고령자가

<표 1> 연구 대상자의 특성(Characteristics of study subjects)

변수	실손보험 비가입 (n=4,350)	실손보험 가입 (n=647)	합계 (n=4,997)	chi/t	p	
	n(%), 중앙값(범위)	n(%), 중앙값(범위)	n(%), 중앙값(범위)			
연령	20-44세	795(18.3)	171(26.4)	966(19.3)	92.258	<0.001
	45-64세	2,284(52.5)	400(61.8)	2,684(53.7)		
	≥65세	1,271(29.2)	76(11.7)	1,347(27.0)		
(평균 ± 표준편차, 세)	56.2 ± 12.8	51.8 ± 11.8	55.7 ± 12.8	8.904	<0.001	
결혼상태	기혼	3,483(80.1)	538(83.2)	4,021(80.5)	6.914	0.032
	이혼 · 사별 · 별거	621(14.3)	68(10.5)	689(13.8)		
	미혼	246(5.7)	41(6.3)	287(5.7)		
교육수준	중졸 이하	1,702(39.1)	166(25.7)	1,868(37.4)	44.139	<0.001
	고졸	1,512(34.8)	267(41.3)	1,779(35.6)		
	대졸 이상	1,136(26.1)	214(33.1)	1,350(27.0)		
거주지	수도권	1,585(36.4)	260(40.2)	1,845(36.9)	3.398	0.065
	비수도권	2,765(63.6)	387(59.8)	3,152(63.1)		
의료보장형태	건강보험	4,262(98.0)	637(98.5)	4,899(98.0)	0.668	0.414
	의료급여	88(2.0)	10(1.5)	98(2.0)		
경제활동	없음	1,644(37.8)	201(31.1)	1,845(36.9)	10.943	0.001
	있음	2,706(62.2)	446(68.9)	3,152(63.1)		
가구원수 보정 가구소득 (만 원)	2,339.1 (127.3, 41,511.0)	2,545.6 (40.0, 20,420.0)	2,376.6 (40.0, 41,511.0)	-2.681	0.007	
만성질환 개수	1개	1,387(31.9)	289(44.7)	1,676(33.5)	41.286	<0.001
	2개 이상	2,963(68.1)	358(55.3)	3,321(66.5)		
장애	없음	4,066(93.5)	622(96.1)	4,688(93.8)	6.894	0.009
	있음	284(6.5)	25(3.9)	309(6.2)		
주관적 건강상태	나쁨	736(16.9)	76(11.7)	812(16.2)	11.245	0.004
	보통	2,126(48.9)	341(52.7)	2,467(49.4)		
	좋음	1,488(34.2)	230(35.5)	1,718(34.4)		
흡연	흡연 안함	3,732(85.8)	567(87.6)	4,299(86.0)	1.590	0.207
	흡연함	618(14.2)	80(12.4)	698(14.0)		
음주	음주 안함	2,632(60.5)	363(56.1)	2,995(59.9)	4.542	0.033
	음주함	1,718(39.5)	284(43.9)	2,002(40.1)		
운동	운동 안함	3,036(69.8)	447(69.1)	3,483(69.7)	0.133	0.716
	운동함	1,314(30.2)	200(30.9)	1,514(30.3)		
외래방문 횟수 (단위, 회)	17(1, 399)	16(1, 228)	17(1, 399)	2.728	0.006	
외래진료비 (단위, 천 원)	425.1(1.1, 44,936.5)	374.8(5.0, 10,317.1)	417.3(1.1, 44,936.5)	0.994	0.320	

민간의료보험에 가입을 적게 한다는 선행연구의 결과와 일치하였다[7,13,19,21,22]. 고령자의 가입률이 낮은 것은 보험사의 가입 거절과 상품 제한이 관련 있다고 판단된다. 이윤 극대화를 목적으로 하는 민간보험사의 경우 의료이용률이 높은 고위험군의 가입을 기피하여 연령 상한선을 두는 방식으로 가입을 제한하는 경우가 많다[23]. 최근 ‘노후 실손 의료비보험’과 같이 75세까지 가입이 가능한 상품이 출시되었으나, 연령 증가에 따른 높은 보험료 증가는 고령자에게 경제적인 부담으로 작용하여 가

입이 어려운 것으로 판단된다[24]. 이에 고령자는 전적으로 국민건강보험이나 의료급여에 의존할 가능성이 높으므로 특히 저소득층 노인의 의료접근성과 의료보장성을 강화하는 방안을 마련할 필요가 있다.

만성질환을 2개 이상 보유한 사람(복합만성질환자)은 1개 보유한 사람보다 실손형 민간의료보험에 가입할 확률이 더 낮았다. 이러한 결과는 만성질환 개수가 민간의료보험의 가입에 음(-)의 영향을 준다는 일부 선행연구의 결과와 일치하였다[7,22,25]. 복합만성질환자가 실손형

<표 2> 만성질환에서 실손형 민간의료보험 가입의 관련 요인
(Affecting factors of purchasing indemnity private health insurance among chronic disease patients)

변수	S.E.	OR	95% CI	p
연령(기준=20-44세)				
45-64세	0.119	0.927	0.734-1.170	0.523
65세 이상	0.183	0.397	0.277-0.568	<0.001
결혼 상태(기준=기혼)				
이혼·사별·별거	0.153	0.978	0.725-1.318	0.882
미혼	0.193	0.802	0.550-1.170	0.253
교육수준(기준=중졸 이하)				
고졸	0.119	1.325	1.050-1.672	0.018
대졸 이상	0.141	1.350	1.024-1.781	0.033
거주지(기준=수도권)				
비수도권	0.089	0.903	0.759-1.074	0.251
의료보장(기준=국민건강보험)				
의료급여	0.353	1.025	0.513-2.049	0.944
경제활동(기준=없음)				
있음	0.100	1.159	0.953-1.409	0.140
가구원수 보정 가구소득	0.076	0.968	0.834-1.124	0.672
만성질환 개수(기준=1개)				
2개 이상	0.094	0.761	0.633-0.915	0.004
장애(기준=없음)				
있음	0.220	0.876	0.569-1.349	0.548
주관적 건강 상태(기준=나쁨)				
보통	0.139	1.225	0.932-1.609	0.146
좋음	0.149	1.081	0.808-1.446	0.601
흡연(기준=흡연 안함)				
흡연함	0.145	0.817	0.615-1.084	0.162
음주(기준=음주 안함)				
음주함	0.095	1.107	0.919-1.333	0.286
운동(기준=운동 안함)				
운동함	0.094	0.974	0.810-1.170	0.777
	-2logL		3,710.350	
	Nagelkerke R ²		0.052	
	Hosmer & Lemeshow test		$\chi^2=9.194$ ($p=0.326$)	

S.E., standard error; OR, odds ratio; CI, confidence interval

민간의료보험에 가입할 확률이 낮은 것은 만성질환이 가입의 장애요인으로 작용할 수 있음을 보여준다. 민간보험사가 위험선택을 통해 의료이용의 가능성이 적은 건강한 인구집단을 선정하는 순선택이 이루어짐을 알 수 있다 [26,27]. 만성질환 유병률이 계속 높아지고 있고, 만성질환자의 의료이용 부담이 적지 않음을 감안할 때 민간의료보험의 만성질환자에 대한 가입 제한이 결국은 의료이용의 형평성을 저해할 수 있으므로 이를 완화하기 위한 정책 마련이 필요하다.

실손형 민간의료보험 가입과 외래 의료이용의 관련성

을 분석한 결과, 가입군의 외래방문 횟수가 비가입군에 비해 더 많았으나, 외래진료비는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이러한 결과는 실손형 민간의료보험 가입이 외래방문 횟수 증가에 영향을 준다고 보고한 선행연구의 결과와 일치하였으나[3, 14, 28, 29], 실손형 민간의료보험 가입 여부에 따라 외래진료비에 유의한 차이가 있다는 연구 결과와는 일치하지 않았다[30, 31]. 정부가 만성질환 관리를 위해 2007년 고혈압당뇨병 등록 관리 사업을 시작으로 2012년 의원급 만성질환관리제, 2014년 지역사회 일차의료 시범사업, 2016년 만성질환관리 시범사업

<표 3> 만성질환자 외래 의료이용의 관련 요인
(Affecting factors of the outpatient healthcare utilization among chronic disease patients)

변수	외래방문 횟수			외래진료비		
	β	S.E.	p	β	S.E.	p
실손형 의료보험(기준=비가입)	0.025	0.032	0.046	0.015	0.052	0.245
연령(기준=20-44세)						
45-64세	0.091	0.033	0.000	0.110	0.055	<0.001
65세 이상	0.225	0.042	0.000	0.154	0.070	<0.001
결혼 상태(기준=기혼)						
이혼·사별·별거	0.014	0.034	0.314	0.003	0.056	0.829
미혼	-0.041	0.050	0.003	-0.008	0.084	0.585
교육수준(기준=중졸 이하)						
고졸	-0.065	0.028	0.000	-0.043	0.046	0.011
대졸 이상	-0.079	0.034	0.000	-0.076	0.057	<0.001
거주지(기준=수도권)						
비수도권	0.016	0.022	0.204	0.018	0.037	0.173
의료보장(기준=국민건강보험)						
의료급여	0.036	0.078	0.004	-0.009	0.130	0.503
경제활동(기준=없음)						
있음	-0.071	0.024	0.000	-0.062	0.040	<0.001
가구원수 보정 가구소득	-0.019	0.018	0.224	0.031	0.030	0.061
만성질환 개수(기준=1개)						
2개 이상	0.204	0.025	0.000	0.148	0.041	<0.001
장애(기준=없음)						
있음	0.028	0.045	0.027	0.020	0.074	0.141
주관적 건강 상태(기준=나쁨)						
보통	-0.184	0.031	0.000	-0.172	0.052	<0.001
좋음	-0.244	0.034	0.000	-0.248	0.056	<0.001
흡연(기준=흡연 안함)						
흡연함	-0.065	0.034	0.000	-0.060	0.056	<0.001
음주(기준=음주 안함)						
음주함	-0.029	0.024	0.031	-0.053	0.040	<0.001
운동(기준=운동 안함)						
운동함	0.022	0.023	0.072	0.024	0.039	0.067
R^2		0.267			0.151	
adjusted R^2		0.264			0.147	
F test(p -value)		95.349(<0.001)			46.482(<0.001)	
Dubin-Watson		1.906			1.876	

S.E., standard error

등을 시행하면서 환자 진료비 감면이라는 유인책을 활용하였다. 일차의료 활성화와 치료 지속성 개선을 목적으로 한 이러한 정책의 영향으로 인해 민간의료보험 가입자도 일차의료기관을 지속적으로 이용하였을 가능성이 있고, 이에 따라 본인 부담금이 감소하여 민간의료보험에 가입을 했을지라도 의료비 증가가 뚜렷하게 나타나지 않았을 수 있다고 판단된다. 이와 같은 제도적인 이유로 진료비 증가가 나타나지 않았을 가능성이 있지만, 이 연구에서는

종별 의료기관의 의료이용을 구분하여 고려하지 않았기 때문에 향후 일차 의료기관과 병원급 의료기관의 이용을 구분하여 분석하는 연구가 수행되어야 할 것이다. 이러한 정책 효과 외에 내생성의 통제가 충분히 이루어지지 않은 점, 자료에서 실손형 민간의료보험 가입자가 아직 많지 않은 점 등이 영향을 주었을 가능성이 있다.

만성질환은 실손형 민간의료보험의 가입을 어렵게 만드는 요인이나, 실손형 민간의료보험의 가입은 만성질환

자의 의료이용 증가와 관련이 있는 것으로 분석되었다. 보험 가입과 가입자의 도덕적 해이에 관한 대다수 연구의 결론은 위험을 전가한 피보험자는 위험을 부담하지 않기 때문에 도덕적 해이를 방지하기 위한 적절한 통제 수단이 없는 한 도덕적 해이가 발생한다는 것이다[33]. 특히 민간의료보험과 관련해서는 가입자의 역선택과 도덕적 해이가 나타나는 것으로 보고되고 있다[14,22,33,34]. 이 연구에서는 만성질환 개수 등의 건강 관련 변수를 포함시켜 역선택의 효과를 부분적으로 통제하려 하였으나 내생성을 충분히 고려하지는 못하여 분석 값이 과대 추계되었을 가능성이 있다. 의료이용 선호가 높은 사람일수록 보험 가입을 많이 하거나, 과거의 의료이용 경험이 현재의 보험 가입을 증가시킨다는 가정 등은 보험 가입 변수 내생성의 주요 근거가 된다[2]. 따라서 실손형 민간의료보험으로 인해 만성질환자의 의료이용이 증가한 것이 도덕적 해이로 인해 발생한 것인지, 의료 필요에 기인한 것인지에 대한 추가적인 연구가 진행되어야 한다.

이 연구에서 65세 이상의 노인층, 만성질환 개수가 많은 경우(복합만성질환자) 의료이용이 많았으나 실손형 민간의료보험 가입 확률은 낮은 것으로 나타났다. 이는 실손형 민간의료보험이 사회적 취약계층의 의료이용에 있어 불평등을 초래할 가능성이 있는 것을 보여준다. 복합만성질환자와 같이 의료이용 필요가 큰 집단이 단순하게 만성질환 보유로 인해 민간의료보험 가입에 제한을 받는 것은 보험자의 가입자 선택으로 인해 보충적 의료보험의 역할을 충실하게 수행하지 못한다는 비판을 초래할 수 있다. 따라서 상대적으로 의료이용의 필요가 큰 만성질환자, 고위험 고령자 등의 보장성을 확대하는 방안을 모색해야 한다.

이 연구에는 몇 가지 제한점이 있다. 특정질환을 중심으로 의료이용의 차이를 분석하기 위해 만성질환자를 연구대상으로 선정하였으나 상병의 중증도를 반영하지 못하였다. 향후 서로 다른 특성을 가지고 있는 다양한 만성질환의 결합양상과 그 중증도의 변화 등도 고려하여 분석할 필요가 있다. 이 연구는 1개년 자료만 분석하여 신규 가입, 재가입, 탈퇴 등 시간의 흐름에 따른 변화를 반영하지 못하였고, 인과관계적 분석이 아니므로 결과의 해석에 유의할 필요가 있다. 실손형 민간의료보험의 가입과 의료이용 모형을 동시에 고려하지 않고 분석의 단순화를 위해 개별 모형으로 분석한 제한점도 있다. 한국의료패널의 조사에서 대상자의 기억에 의존하는 경우가 있어 조사 내용

에 대한 회상편의(recall bias)가 발생할 수 있고, 설문 기입 시 피조사자의 비급여 지출과 같은 일부 의료이용 자료가 누락되어 분석된 진료비 지출 규모 결과가 과소 추정되었을 가능성이 있다.

최근 민간보험사들이 유병력자를 위한 실손의료보험 상품을 출시하였다. 고혈압, 당뇨병 등 단순 투약 치료 중인 경증 만성질환자도 가입이 가능해지면서 실손형 민간의료보험의 가입 장벽이 낮아졌다. 그러나 가입자가 부담해야 할 보험료와 본인 부담금이 많고, 일반 실손형 민간의료보험에 비해 보장 범위가 좁아 실효성에 대해 문제가 제기되고 있다. 실손형 민간의료보험이 국민건강보험의 보충형 보험으로서 역할을 제대로 하기 위해서는 고위험군을 위한 상품 개발 등의 노력이 지속되어야 하며, 실손 보장 사각지대를 축소하는 방안이 마련되어야 한다. 실손형 민간의료보험의 가입자 선택과 가입 불평등에 대한 후속 연구가 필요하며 민간의료보험의 공적 역할 강화를 위한 논의가 계속되어야 할 것이다. 또한, 만성질환자의 합리적 의료이용 관련 후속 연구도 수행되어야 할 것이다.

<참고문헌>

- [1] Korea Institute for Health and Social Affairs, 2015 Korea Health Panel Basic Analysis Report (II), Sejong: KIHASA; 2017, pp.34-138.
- [2] Kim KO, Shin YJ, Effects of Benefit Expansion Policy of the National Health Insurance on Household Expenditure for Private Health Insurance, 2016;22(2):119-141.
- [3] You CH, Kwon YD, Choi JH, Kang SW, Analysis of Effect of Indemnity Private Health Insurance on Medical Utilization Using Instrumental Variable Regression, The Journal of the Korea Contents Association 2018;18(1):268-276.
- [4] You CH, Kang SW, Choi JH, Kwon YD, Determinants of Purchasing Indemnity Private Health Insurance among Adolescents and Children, The Journal of the Korea Contents Association 2018;18(10):99-110.
- [5] Korea Insurance Research Institute, 2017 Insurance Consumer Survey, Seoul: KIRI; 2017.

- pp.132-162.
- [6] Kang SW, Kwon YD, Choi JH, You CH. Literature Review on Private Health Insurance in Korea for the Last 20 Years. *The Korean Journal of Health Economics and Policy* 2017;23(3):1-36.
- [7] Baek IR, Park HS, Byun SS. The Determinants and Medical Care Utilization Behavior of Private Health Insurance. *The Journal of the Korea Contents Association* 2012;12(7):295-305.
- [8] Jeon BY, Oh JH, Kwon SM. The effect of changes in private health insurance status on health care expenditure. *Korean Social Security Studies* 2013;29(2):261-288.
- [9] You CH, Kang SW, Choi JH, Kwon YD. Effect of Private Health Insurance on Medical Utilization: Six Year Unbalanced Panel Data Model. *The Korean Journal of Health Service Management* 2017;11(3):51-64.
- [10] Kim SM, Ahn ES, Shin HS. How does private health insurance affect dental care utilization? *Journal of Korean Academy of Oral Health* 2014;38(4):203-211.
- [11] Oh HS, Kim CY. Characteristics of Supplementary Private Health Insurance Insured and Medical Utilization Behavior. *The Korean Journal of Health Service Management* 2014;8(2):115-125.
- [12] You CH, Kang SW, Kwon YD, Oh EH. The effects of supplementary private health insurance on healthcare utilization and expenditures: indemnity vs fixed-benefit. *Korean Social Security Studies* 2011;27(1):277-292.
- [13] Park SB, Jeong KH. The Determinants of Private Health Insurance and Its Effects on Medical Utilization in Korea. *Korean Journal of Insurance* 2011;88(88):23-49.
- [14] Choi SE. The Role of Private Health Insurance and Health Service Utilization. *Korea Review of Applied Economics* 2016;18(4):79-97.
- [15] You CH, Kang S, Choi JH, Kwon YD. The Impacts of Private Health Insurance on Medical Institution Selection: Evidence from Outpatient Service Utilization among Arthritis Patients. *Korean Journal of Hospital Management* 2017;22(2):58-69.
- [16] You CH, Choi JH, Kang S, Oh EH, Kwon YD. Association between supplementary private health insurance and visits to physician offices versus hospital outpatient departments among adults with diabetes in the universal public insurance system. *PLoS ONE* 2018;13(4):e0192205.
- [17] Lee HJ, Lee TJ, Jeon BY, Jeong YI. Factors Related to Health Care Utilization in the Poor and the General Populations. *The Korean Journal of Health Economics and Policy* 2009;15(1):79-106.
- [18] Sa KJ, Lim HA, Cho MD. Inequality in the Medical Care Utilization and Medical Expenditure for the Patients with Chronical Illness. *The Korean Journal of Health Economics and Policy* 2012;18(3):79-101.
- [19] Lim JH. Analysis of unmet medical need status based on the Korean Health Panel. *Health and Social Science* 2013;34:237-256.
- [20] Lee WS. A Longitudinal Study on the Use of Medical Services. *Social Welfare Policy* 2018;45(2):5-37.
- [21] Kang SW, You CH, Oh EH, Kwon YD. The impact of having private health insurance on healthcare utilization with controlling for endogeneity. *The Korean Journal of Health Economics and Policy* 2010;16(1):139-159.
- [22] Lee HB, Hyun KR. A Study for Characteristics and Factors of Private Health Insurers. *Korean Social Security Studies* 2011;27(1):217-240.
- [23] Im JH, Kim SK, Lee EM, Bae SY, Park JH, Choi KS, et al. The Determinants of Purchasing Private Health Insurance in Korean Cancer Patients. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2007;40(2):150-154.
- [24] You CH, Kang SW, Ha HS, Kwon YD. Factors influencing the purchase of indemnity private health insurance among the elderly people aged

- 65-75. Korean Journal of Hospital Management 2019;24(1):48-56.
- [25] Park JH. The effect of householder's characteristics and perceptions of the Korean National Health Insurance coverage on getting private medical insurances. Korea Social Policy Review 2015;22(1):217-241.
- [26] Lee JC, Park JS, Kim HN, Kim KH. The Determinants and Medical Care Utilization Behavior of Private Health Insurance. The Journal of the Korea Contents Association 2012;12(7):295-305.
- [27] Shin KC. Discussions on the Empirical Study on Health Care Consumptions by Private Health Insurance Policyholders. Health and Social Welfare Review 2015;35(4):5-34.
- [28] Lee HB, Nam SW. An Empirical Study of Private Health Insurance and Healthcare Utilization. Korean Journal of Insurance 2013;95(95):1-24.
- [29] Kim JH. Private Health Insurance Policyholders' Moral Hazard in the Use of Medical Services by Income Levels. Korean Journal of Insurance 2011;89(89):95-126.
- [30] Kim KO, Shin YJ. Effects of Buying a Medical Insurance for Actual Expense on Medical Cost. Journal of Critical Social Welfare 2017;54:305-334.
- [31] Lee YJ, Lee JH. Effect of private health insurance on health care utilization in a universal health insurance system: A case of South Korea. Korean Journal of Hospital Management 2018;23(2):42-53.
- [32] Choi KC, Lee HB. The Proper Role of National Health Insurance and Private Health Insurance. Health-Welfare Policy Forum 2017;248:30-42.
- [33] Sapelli C, Vial B. Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. Journal of Health Economics 2003;22(3):459-476.
- [34] Buchmueller T. C, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M. Access to physician services: Does supplemental insurance matter? Evidence from France. Health Economics 2004;13(7):669-687.