

민간보험 가입에서의 선택과 의료서비스 이용

김 성 욱*

최근 건강보험의 재정확충 방안의 하나로, 또한 양질의 서비스 제공과 고급화된 의료수요를 충족시키기 위한 방안으로 민간건강보험 활성화 논의가 진행되어 왔다. 이러한 논의는 민간보험도입형태 및 도입시기 등에 대해 주요 초점이 이루어져 왔으나, 실제 현재 존재하는 민간보험 가입자의 특성 및 가입에 영향을 미치는 요인에 대한 분석은 거의 이루어지고있지 않았다. 이 연구는 2001년 노동패널 부가조사 자료를 활용하여 우리나라의 민간보험가입 실태와 이에 영향을 미치는 요인을 분석하여 민간보험가입에서 선택의 문제가 실재하는가를 확인하고, 민간보험가입자와 비가입자간의 의료이용 차이를 분석하였다. 민간보험가입에 영향을 미치는 요인은 로지스틱 회귀분석을 활용하여 분석이 이루어졌으며, 연령이 젊은 층이, 여성이, 기혼이고 배우자가 있는 사람이, 교육수준이 높은 사람이, 소득이 많은 사람이, 19세이하 부양자수가 많은 사람이, 일부 건강유지법을 실천하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 민간보험 가입율이 높은 것으로 나타났다. 반면 질병이 있는 사람이 민간보험 가입율이 낮았다. 질병이 있는 사람의 민간 보험가입율이 낮다는 결과는 현재 우리나라 민간보험 가입에서 선택이 존재하고 있음을 의미한다. 또한 의료이용 분석결과에서 전체적인 이용자료에서 유의한 차이가 나타나지 않았으나, 민간보험에 가입한 사람의 건강검진율이 미가입자에 비해 높고, 또한 의료비 지출 분석결과에서 민간보험가입자에 비해 미가입자가 의료이용빈도는 낮으나 의료이용시 지출하는 의료비 규모가 큰 것으로 나타났다.

1. 서 론

건강보험은 기본적으로 위험기피자가 불확실한 자산의 손실로부터 위험비용을 줄이기 위하여 택하는 경제적 행위이다(양봉민, 1999). 즉, 건강보험은 예기치 못한 질병으로 인해 발생할 수 있는 미래의 불확실한 큰 손실을 보험료 부담을 통해 현재의 확실한 정기적인 작은 손실로 대체하고자 하는 목적을 갖는다. 건강보험은 미래의 불확실한 큰 손실로부터 재산상의 보호를 하는 순기능을 수행하고 있으며, ‘국민의 건강을 보호하기 위한 기본적 보장’에 제도적 목적을 두어 국가 또는 공공기관이 운영하는 공보험과 개인적 필요에 따른 보장을 목적으로 민간보험회사가 운영하는 민간건강보험으로 구분할 수 있다(대안연대회의, 2002).

공적 건강보험과 민간 건강보험 모두에서 나타나는 공통적인 문제점은 선택 가능성(selection)과 높은 도덕적 위험(moral hazard)이 존재한다는 점이다(박홍민 등, 2001). 선택이란 정보의 비대칭 혹

* 국민건강보험공단 건강보험연구센터 책임연구원

은 불완전성으로 인하여 질병확률이 높은 사람이 그러한 사실을 감춘 채 의료보험에 가입하여 보험자 및 질병확률이 낮은 다른 사람에게 비용손실을 초래할 때 선택이 발생한다(양봉민, 1999). 또한 보험자는 수익을 극대화시키기 위하여 질병확률이 높은 사람은 가입대상에서 선택적으로 제외시키고, 질병확률이 낮은 사람만을 가입대상으로 선택할 수도 있다. Trujillo(2003)는 선택(selection)을 당사자에 따라 다음과 같이 두 가지로 구분하여 설명하고 있다. positive selection에서 보험자는 재정안정을 위하여 건강한 사람만을 가입시키려고 하므로 보험을 통해서 발생할 수 있는 (건강한 사람에게서 불건강한 사람에게로의) 소득재분배 능력을 감소시킬 수 있다. 이때 보험자는 건강한 사람을 선택하기 위하여(cream skimming) 행정비용을 소모하게 되어, 사회적으로 비효율을 초래할 수 있다. negative selection에서 아픈 사람이 보험에 더 가입하려고 하기 때문에 보험자는 수익극대화 혹은 재정안정을 위해 질병위험률을 높게 채택하여 보험료를 책정하기 때문에 사회적으로 보험료가 점차 증가하게 되는 문제가 발생하게 된다.

우리나라는 1989년 이후 전국민 의료보험¹⁾으로 인구의 대부분이 건강보험급여 혜택을 받고 있으나, 급여항목의 제한 및 과도한 본인부담이라는 문제점으로 인하여 민간보험의 도입의 필요성이 정부와 학계를 중심으로 지속적으로 논의되어 왔다. 민간건강보험 도입을 주장하는 이유는 이해당사자에 따라 다른데, 정부의 경우 민간건강보험 도입을 이유는 1994년 의료보장개혁위원회에서 의료보험 재정확충 한계에 따른 보충적 수단으로서 민간보험 도입 논의가 시작된 이래 2001년 “민간보험 활성화를 위한 Task Force”를 통하여 공공성이 높고 상대적으로 비용효과성이 높은 서비스를 국민건강보험이 책임지고 그 외의 보충급여 부분에 대해 민간보험이 참여하는 방안이 제시되는 등 논의가 전개되어 왔다. 2000년 이후 의약분업 등으로 불거진 재정악화 및 재정부담을 더 이상 감당할 수 없어 이에 따른 재정부담을 완화하려는 조치로 민간보험 도입시도가 본격화되었다(박종연, 2004; 대안연대회의, 2002). 또한 일부 학계에서 민간보험의 도입으로 인해 양질의 서비스 제공과 이에 대한 재정접근성의 강화를 가져올 수 있으며, 다양화되고 고급화된 의료수요를 충족시킬 수 있는 제도적 장치로서 민간보험도입의 필요성을 주장하고 있다.

그러나 이제까지의 논의는 민간보험도입의 당의성과 도입 형태에 따른 영향에 주요 초점을 두어 왔으며, 실제 민간보험가입과 관련한 실증분석 연구는 그리 많지 않다. 이에 본 연구에서는 2001년 노동패널 부가자료를 활용하여 민간보험 가입자의 특성을 파악하고, 민간보험가입에 영향을 미치는 요인을 분석하여 민간보험 가입에 가입자의 건강이 영향을 미치는 가를 살펴보아 선택의 증거가 과연 존재하는지를 확인하고자 한다. 마지막으로 민간보험 가입자와 비가입자 간의 의료이용에서 차이가 있는지를 분석해 보려고 한다.

1) 2000년 건강보험 통합 이후 건강보험으로 개칭.

II. 민간건강보험 도입과 관련된 논의 고찰

1. 우리나라 민간보험의 특성

민간의료보험은 일반적으로 공공의료보험 또는 국민건강보험의 대칭적 개념으로서 민간에서 제공하는 건강관련 보험을 총칭한다. 그 범위는 민간생명보험회사와 민간손해보험회사에서 판매하는 건강관련 보험상품으로 볼 수 있으며, 구체적으로는 생명보험에서 제공하는 질병보험, 상해보험, 장기간병보험과 손해보험에서 판매하는 상해손해보험과 장기손해보험의 건강관련 상품으로 구성된다(박홍민 등, 2001). 이들 민간의료보험상품의 연간보험료는 2002년 현재 약 5조원이 넘는 것으로 추정된다. 보험상품의 변천유형을 살펴보면 정액 방식의 암보험으로부터 정액방식의 다질환 보장으로, 그리고 실손방식의 개인보상, 단체보상으로 변화하고 있다(강성욱 등, 2004).

정액방식 보험은 암보험과 같이 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험금을 이미 보험자와 보험가입자의 보험약관에 일정액을 명시하는 경우를 말하며, 실손방식보험은 일정액을 사전에 명시하지 않고 보험가입자에게 질병 및 상해와 관련하여 실제 발생한 의료비에 근거하여 급여해 주는 것을 말한다(강성욱 등, 2004).

보험개발원 보험연구소의 추정에 의하면 건강부문 민간보험 시장의 규모는 보험료를 기준으로 2000년에는 3조 816억원으로 매년 꾸준히 성장하는 추세를 보이고 있다. 보험급여금도 2000년에는 거의 2조원에 달하고 있다(박홍민 등, 2001).

이렇듯 이미 민간 보험회사들이 건강관련 보험상품을 판매하고 있는 상황이기는 하지만, 현재 건강관련 보험상품들은 모두 보험회사가 의료기관과 직접적인 계약관계를 전제로 하고 있지는 않다. 민간보험의 도입 혹은 활성화란 민간의 영리조직인 보험회사가 의료기관과 계약을 맺은 후 보험가입자의 의료서비스 이용시 의료기관이 비용을 청구하고 보험사가 이를 심사하여 지급하는 체계를 마련하는 것을 의미한다.

민간건강보험 시장의 확대추세에도 불구하고 몇 가지 문제점을 안고 있다고 지적되고 있다. 현행 민간보험은 소비자 보호장치가 미흡할 뿐 아니라 제도적 뒷받침이 없어 보험사도 국민이 필요로 하는 다양한 상품을 개발하여 제공하는데 많은 어려움이 있다. 의료보장 차원에서 민간건강보험을 접근할 경우 적절한 소비자 보호장치가 마련되어야 하는데, 민간보험에 특화된 정보공시 등이 아직 미흡한 실정이다. 가격이 자유화된 상황에서 소비자들의 상품 및 가격비교 능력이 부족한데도 불구하고 이를 보완할 장치가 미흡하다(최병호, 2004).

<표 1> 민간건강보험 보험료 추이

(단위 : 백만원, %)

	생명보험		장기손해보험		상해보험		계	
	보험료	구성비	보험료	구성비	보험료	구성비	보험료	구성비
1996	1,250,725	94.8	48,180	3.7	20,821	1.6	1,319,726	100.0
1997	1,498,002	93.9	70,487	4.4	26,064	1.6	1,594,553	100.0
1998	1,767,255	93.7	93,618	5.0	25,582	1.4	1,886,455	100.0
1999	2,242,596	91.8	156,729	6.4	42,471	1.7	2,441,769	100.0
2000	2,799,958	90.9	249,338	8.1	32,260	1.0	3,081,556	100.0

주 : 1) 생명보험의 경우 수입보험료를 사망보장부분과 건강보장부분 등으로 분해하여야 하나, 현실적으로 분해가 곤란함. 따라서 보장성보험의 수입보험료 20%를 건강보험의 수입보험료 규모로 추정.

2) 장기손해보험은 담보위험에 따라 상해손해, 질병손해, 상해 및 질병손해, 비용손해, 재물손해, 배상책임손해 등 6가지로 분류되는데, 이중 건강보험에 해당하는 부분은 상해손해 중의 의료비담보, 질병손해, 상해 및 질병손해.

자료 : 박홍민 등, 건강보험에서의 보험회사 역할 확대 방안. 보험개발원 보험연구소, 2001.9.

<표 2> 민간건강보험 보험급여 추이

(단위 : 백만원, %)

	생명보험		장기손해보험		상해보험		계	
	보험료	구성비	보험료	구성비	보험료	구성비	보험료	구성비
1996	440,698	87.12	57,185	11.30	7,963	1.57	505,846	100.0
1997	637,508	85.63	94,628	12.71	12,342	1.66	744,478	100.0
1998	861,988	86.10	127,714	12.76	11,499	1.15	1,001,201	100.0
1999	1,232,332	84.79	205,643	14.15	15,381	1.06	1,453,356	100.0
2000	1,699,285	83.20	325,552	15.94	17,583	0.86	2,042,419	100.0

자료 : 박홍민 등, 건강보험에서의 보험회사 역할 확대 방안. 보험개발원 보험연구소, 2001. 9.

2. 민간보험의 활성화에 따른 문제점 : 선택(selection)

앞서 말한 바와 같이 선택이란 질병확률이 높은 사람이 그러한 사실을 감춘 채 의료보험에 가입하여 보험자 및 질병확률이 낮은 다른 사람에게 비용손실을 초래하고, 또 보험자가 수익을 극대화시키기 위하여 질병확률이 높은 사람은 가입대상에서 선택적으로 제외시키기 위하여 행정비용을 소모하게 되어, 궁극적으로 사회적으로 비효율을 초래한다.

민간보험은 의료영역의 사회보장 원리를 약화시켜 사회적 통합을 저해할 수 있으며, 민간보험의 의존도가 높아질 경우 공보험의 의료형평성과 소득재분배기능이 약화될 수 있으며, 의료수요증가로 인한 공보험 급여지출 규모를 증가시키는 등의 문제가 예상되고 있다.

이러한 문제점이 드러나고 있는 해외 사례를 살펴보면 다음과 같다. 경쟁형 민간의료보험제도가

도입될 경우 칠레나 필리핀의 사례와 같이 부유한 소수는 민간보험으로 빠져나가고 경제적 부담능력이 없는 대다수의 국민들만 공보험에 남아서 공보험의 재정을 더욱 악화시킬 뿐만 아니라, 서비스 수준이 역시 하락하는 문제가 발생할 것으로 예상된다(허호영 등, 2003; 박종연, 2004에서 재인용).

칠레의 경우 피노체(Pinochet) 정권은 경제개혁의 일환으로 의료재정을 축소하기 위해 이전까지의 공공의료제도와 경쟁을 할 수 있는 민간의료보험제도를 도입하여 의료제도를 공공부문과 민간부문으로 분리하였다. 모든 근로자는 수입의 7%를 의료비용의 재원으로 지불하여야 하는데 공적 의료제도인 국가보건기금(Fondo Nacional de Salud, FONASA)과 민간의료보험(Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES) 중에서 하나를 선택할 수 있다. 1998년에 전체 칠레 인구의 2/3가 FONASA에 가입되어 있고 1인당 연간 지출액은 300불 가량이었고 이와 반면에 전체 인구의 1/3이 가입되어 있는 민간의료보험에는 의료서비스를 받을 수 있으나 ISAPRES 보다 높은 비율의 본인부담금을 지불하여야 한다. ISAPRES는 FONASA보다 높은 보험료와 엄격한 자격조건을 가입자에게 요구하고 소득이 높은 근로자에게 유리한 보험조건을 제시하고 있어 결과적으로 건강하고 부유한 근로자는 민간의료보험을 선택하게 되어 건강하지 못한 저소득자가 가입하게 되는 공적의료보험보다 양질의 의료서비스를 제공하게 되는 이중적 보험제도가 형성되었다. 따라서 칠레 피노체 정권의 공적의료보험과 민간의료보험을 경쟁시키려는 시도는 저소득자가 주로 가입하는 공적의료보험의 재정을 압박하였고 의료서비스의 질 또한 저하시켰다는 평가를 받고 있다(최병호, 2004).

민간보험이 활성화되어 있는 미국에서 민간보험가입에 따른 선택문제가 주된 연구의 대상이 되어 왔는데, Shin 등(2004)은 HMO(Health Maintenance Organization) 가입자를 분석한 결과에서 젊은 사람과 흑인, 히스패닉 인종이 HMO 가입을 선호하고 있었으며, 피고용인과 교육수준이 낮은 사람이 HMO 가입율이 높았다고 밝히고 있다. 특히 메디케어 가입 노인은 처방약제 등의 서비스를 급여하지 않아, 보충형 보험 가입을 장려하고 있는데, HMO의 선택적인 가입으로 인해 HMO의 수익은 7% 증가한 반면, 정부의 비용은 상승하였다고 보고하고 있다(Deber 등, 1999에서 재인용).

이러한 사실들로 미루어 국민건강보험 재정을 안정화하려는 취지로 정부가 민간보험도입을 활성화하려 할 때, 특히 경쟁형 민간보험을 도입할 경우, 민간보험사의 선택의 결과로 건강하지 않은 사람들이 공적 건강보험에 잔류하여 재정지출을 가속화시키고 이에 따른 질도 악화될 가능성이 높다고 볼 수 있다.

III. 실증자료

1. 제4차 한국노동패널 부가조사(건강과 은퇴)

본 연구에 사용된 자료는 한국노동연구원에서 2001년 6월에서 2001년 9월까지 실시한 『한국노동패널』의 4차 자료이다. 본 자료는 제주도를 제외한 전국에서 추출된 4,267가구표본과 이에 속하는 11,206명의 면접조사자료를 활용하였다.

가. 변수와 모형 선정

Trujillo(2003)는 콜롬비아에서의 보험가입에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 건강관련 변수(성, 연령, 주관적 건강상태, 만성질환 유무), 사회경제적 변수(지출, 고용, 결혼상태, 교육, 고용분야, 가족수), 지역변수, 공급측면 변수와 도구변수로 구분한 영향변수와 보험가입이라는 결과변수를 probit regression을 활용하여 분석하였다. 분석 결과에서 Trujillo는 주관적 건강상태가 나쁜 사람이 민간보험에 덜 가입하며(positive selection), 만성질환자와 부양자수가 많은 사람이 민간보험에 더 가입한다는(negative selection) 결과를 도출하였다. 그 외 성, 교육수준, 고용분야, 지역의 실업률, 공급측면 변수 등이 유의한 영향요인임을 확인하였다.

Shin 등(2004)은 HMO 가입에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 성, 인종, 결혼, 연령, 고용, 교육수준, 거주지역, 건강상태, 유병질환 개수, 유병질환 및 건강위험/태도를 설명변수로 한 probit 분석을 수행하였으며, 연령이 젊은 사람이, 흑인과 히스패닉, 피고용인이 HMO가입율이 높은 것으로 나타났다. 그 외 주관적 건강상태와 건강행위는 유의하지 않은 것으로 나타났다.

이 연구는 민간보험 가입에 영향을 미치는 요인을 분석하여 민간보험가입에 있어서 선택(selection)이 존재하는가와 의료이용에서 유의한 차이가 있는지를 분석하려고 한다. 분석을 위해 Trujillo와 Shin 등이 이용한 영향변수를 활용하여 민간보험에 영향을 미치는 요인을 다음 <표 3>과 같이 정리하였다.

나. 분석도구

본 연구에서는 분석변수의 특성에 따라 로짓모형의 일환인 로지스틱 회귀분석을 활용하였다. 로지스틱 회귀분석모형은 이원형(binary) 또는 서수형(ordinal) 반응변수와 한 개 또는 그 이상의 설명변수와의 관계를 모형화한다. 로지스틱 회귀모형은 주어진 값에서 반응변수의 확률을 추정하기 위해 설명변수를 활용한다. 반응변수는 두가지 이원형(binary)변수의 값 중에서 하나를 취하거나 서수형(ordinal) 변수의 값 중에서 한 개의 값을 취할 수 있다. 이원형 반응변수 y에 대해 선형회귀모형(linear logistic regression model)은 다음의 식을 취한다.

$$\text{logit}(\pi) = \log(\pi / (1-\pi)) = \alpha + \beta'x_i$$

($\pi = \text{Prob}(y_i = y_t | x_t)$, α 는 절편 모수, β 는 기울기 벡터 모수, x_i 는 설명변수 벡터)

본 연구의 모형은 다음의 식으로 설명할 수 있다.

$$\begin{aligned} \text{logit}(\text{민간보험가입}) = & \alpha + \beta_1(\text{연령}) + \beta_2(\text{성}) + \beta_3(\text{주관적 건강상태}) + \beta_4(\text{지병유무}) \\ & + \beta_5(\text{건강행태}) + \beta_6(\text{결혼상태}) + \beta_7(\text{소득}) + \beta_8(\text{피고용인여부}) \\ & + \beta_9(\text{자영업여부}) + \beta_{10}(\text{교육수준}) + \beta_{11}(\text{가족수}) + \beta_{12}(\text{가족에게 도움여부}) \\ & + \beta_{13}(\text{19세이하 부양가족수}) + \beta_{14}(\text{의사-인구비}) + \beta_{15}(\text{실업률}) + \epsilon \end{aligned}$$

<표 3> 분석에 포함되는 변수

		변수명	변수 처리	
영향변수	건강 관련 변수	연령	만나이	
		성	남성(1), 여성(0)	
		주관적 건강상태	아주 건강(5), 건강한 편(4), 보통(3), 건강하지 않은편(2), 건강이 아주 안좋음(1)	
		지병유무	고혈압, 당뇨, 암, 천식, 관절염 유병시 1, 그 외 0	
		장애/장해 유무	장애/장해인 경우 1, 그 외 0	
		건강행태(건강유지법)	금연/술 절제시 1, 그 외 0 운동할 경우 1, 그 외 0 식사조절할 경우 1, 그 외 0 보약, 영양제 복용시 1, 그 외 0 목욕, 사우나할 경우 1, 그 외 0	
	사회 경제 변수	가족소득	소득(근로소득, 금융소득, 부동산소득, 사회보험, 이전소득, 기타소득)	
		고용여부	피고용시 1, 그 외 0	
		자영업	자영업 1, 그 외 0	
		결혼 여부	기혼, 유배우자인 경우 1, 그 외 0	
		교육수준	졸업한 경우에 한해 해당교육연수 인정	
		가족수	동거가족수	
		도움필요한 가족유무	도움 필요한 가족있는 경우 1, 그 외 0	
	공급측면 변수	장해/장애 가족유무	장해/장애 가족이 있는 경우 1, 그 외 0	
		거주지역의 의사수	2000년 말 해당 시도의 인구자료 및 의사수	
	도구변수	부양자수	세대주 혹은 세대주배우자 중 20세미만자녀가 있는 경우 1, 그 외 0	
		실업률	2001년 7월 해당 시도의 실업률	
	결과변수	보험가입	민간건강보험 가입	민간보험가입 1, 미가입 0

자료 : 한국노동패널 4차 조사. 2000.

IV. 분석 결과

1. 민간보험 가입자 특성

가. 인구학적 특성

민간 건강보험 가입자는 조사 인구의 38.14%를 차지하였다. 전국을 대표하는 표본이므로 전체 인

구의 약 40%가 상해보험을 가입하고 있다고 볼 수 있다.

민간보험가입자의 평균 연령은 38.9세로 미가입자의 평균 연령 42.2세보다 낮은 경향을 보여, 연령대가 젊은 사람이 민간보험에 더 가입하는 것으로 나타났다. 성별 특성에서 남자가 더 많이 민간보험가입에 가입하는 것을 볼 수 있다.

<표 4> 인구학적 특성에 따른 민간보험 가입 양상

	전체		미가입자		가입자	
	N	%	N	%	N	%
계	11,043	100.0	6,831	61.86	4,212	38.14
성*						
여자	5,727	51.86	3,629	53.13	2,098	49.81
남자	5,316	48.14	3,202	46.87	2,114	50.19
연령 평균(M, S.D.) *	40.96	16.78	42.23	19.44	38.90	10.90
연령그룹*						
20세미만	1,080	9.78	948	13.88	132	3.13
20대	2,199	19.91	1,459	21.36	740	17.57
30대	2,297	20.8	923	13.51	1,374	32.62
40대	2,203	19.95	956	14.00	1,247	29.61
50대	1,452	13.15	901	13.19	551	13.08
60대	1,131	10.24	971	14.21	160	3.80
70세이상	681	6.17	673	9.85	8	0.19
혼인상태*						
미혼	3,061	27.72	2,433	35.62	628	14.91
기혼이며배우자있음	6,954	62.97	3,552	52.00	3,402	80.77
기혼이나배우자없음	1,028	9.31	846	12.38	182	4.32
고용형태						
피고용*	3,843	66.01	1,840	26.94	2,003	77.54
자영업*	1,979	33.99	1,033	15.12	946	22.46

* p<0.001

나. 건강행태 및 주관적 건강수준

건강행태를 정기 건강검진과 담배/술 절제, 운동 실천, 식사 조절, 보약/영양제 복용, 목욕/사우나, 기타로 구분하여 살펴보았다. 전체적으로 정기건강검진은 약 21%가 수행하고 있었으며, 건강유지법으로 담배/술 절제를 6.8%, 운동을 22.9%, 식사조절을 16.6%, 보약/영양제 복용을 4.7%, 목욕/사우나 실시를 7.5%의 사람들이 하는 것으로 나타났다. 민간보험가입자의 경우 정기건강검진율이 32%로 미가입자의 14%보다 높으며, 식사조절을 하는 사람의 비율이 민간보험가입자에서 18%로 미가입자에서 16%보다 높으며, 보약/영양제 복용하는 사람의 비율이 민간보험가입자에서 6%로 미가입자의 3.8%보다 높고, 목욕/사우나 실시하는 사람의 비율이 가입자가 9.7%로 미가입자의 6.1%보다 유의하게 높았다. 전체적으로 민간보험가입자가 건강유지법을 실천하는 사람이 많아 건강에 훨씬 관심이 높다고 볼 수 있다.

<표 5> 정기건강검진 및 건강유지법 실시여부에 따른 민간보험 가입 양상

건강유지법	전체		미가입자		가입자	
	N	%	N	%	N	%
정기건강검진 *	2,275	20.63	935	13.71	1,340	31.84
담배/술 절제	755	6.84	454	6.65	301	7.15
운동*	2,530	22.91	1,338	19.59	1,192	28.30
식사조절 *	1,829	16.56	1,069	15.65	760	18.04
보약/영양제복용 *	520	4.71	262	3.84	258	6.13
목욕/사우나 *	826	7.48	419	6.13	407	9.66
기타	178	1.61	115	1.68	63	1.50

* p<0.001.

현재 자신의 건강상태를 조사한 결과 전체 중 3.4%는 ‘건강이 아주 안좋다’, 15.9%는 ‘건강하지 않은 편이다’, 22.8%는 ‘보통이다’, 52.6%는 ‘건강한 편이다’, 5.3%는 ‘아주 건강하다’라고 응답하였다. 민간보험가입 여부에 따른 주관적 건강상태를 살펴보면, 미가입자가 건강이 좋지 않다고 자신의 건강상태를 평가한 사람의 비율이 23.7%로 가입자의 12.27%의 2배에 달해 건강하다고 스스로 평가하는 사람들이 민간보험에 더 가입하는 경향을 볼 수 있다.

<표 6> 주관적 건강상태에 따른 민간보험 가입 양상

	전체	미가입자	가입자
	N (%)	N (%)	N (%)
건강이 아주 안좋다	381 (3.45)	333 (4.87)	48 (1.14)
건강하지 않은 편이다	1,756 (15.90)	1,287 (18.84)	469 (11.13)
보통이다	2,515 (22.77)	1,530 (22.40)	985 (23.39)
건강한 편이다	5,809 (52.60)	3,355 (49.11)	2,454 (58.26)
아주 건강하다	582 (5.27)	326 (4.77)	256 (6.08)
계	11,043 (100.0)	6,831 (100.0)	4,212 (100.0)

* p<0.001.

전체 조사대상자 중에서 장애/장해가 있다고 응답한 사람은 3.3%, 고혈압이 있다고 응답한 사람은 3.65%, 당뇨가 있는 사람은 2.53%, 암을 앓고 있는 사람은 0.85%, 관절염(arthritis)을 앓고 있는 사람은 4.2%, 천식을 앓고 있는 사람은 0.41% 였다. 이들을 민간보험가입 여부에 따라 살펴보면, 가입자와 미가입자의 경우 각각 장애/장해에서 각각 1.9%, 4.3%로 미가입자의 장애/장해 유병률이 더 높았고, 고혈압에서 각각 1.9%, 4.7%로 미가입자의 고혈압 유병률이 더 높음을 볼 수 있다.

당뇨에서 각각 1.5%, 3.2%로 당뇨 유병률이 미가입자가 2배 가량 높았으며, 암에서 0.4%, 1.1%로 미가입자가 암유병률이 더 높다. 관절염에서 각각 2%, 5.6%였으며, 천식에서 각각 0.1%, 0.6%였다.

대표적인 만성질환인 고혈압, 당뇨, 암, 천식, 관절염 유병률이 민간건강보험가입자에 비해 미가입

자에서 더 높아 건강수준이 더 낮다고 볼 수 있다.

<표 7> 장애/장해 및 만성질환 유무에 따른 민간보험 가입 양상

		전체	미가입자	가입자
		N (%)	N (%)	N (%)
장애/장해*	있음	368 (3.33)	290 (4.25)	78 (1.85)
	없음	10,675 (96.67)	6,541 (95.75)	4,134 (98.15)
고혈압*	있음	403 (3.65)	324 (4.74)	79 (1.88)
	없음	10,640 (96.35)	6,507 (95.26)	4,133 (98.12)
당뇨*	있음	279 (2.53)	217 (3.18)	62 (1.47)
	없음	10,764 (97.47)	6,614 (96.82)	4,150 (98.53)
암*	있음	94 (0.85)	77 (1.13)	17 (0.40)
	없음	10,949 (99.15)	6,754 (98.87)	4,195 (99.60)
관절염*	있음	464 (4.20)	379 (5.55)	85 (2.02)
	없음	10,579 (95.80)	6,452 (94.45)	4,127 (97.98)
천식*	있음	45 (0.41)	39 (0.57)	6 (0.14)
	없음	10,998 (99.59)	6,792 (99.43)	4,206 (99.86)
계		11,043 (100.0)	6,831 (100.0)	4,212 (100.0)

* p<0.001

다. 민간보험 가입 개수 및 보험료 지출

민간보험에 가입한 사람은 평균 1.58개의 상해보험에 가입하고 있었으며, 보험료로 한달 평균 77.22천원을 지불하는 것으로 나타났다.

보험가입 개수와 보험료 지출을 개별 특성별로 살펴보면 다음 <표 8>과 <표 9>와 같다. 남자가 여자에 비해 보험가입한 개수가 더 많았으며, 보험료가입액도 많았다. 30~40대가 다른 연령층에 비해 가입개수가 많은 것으로 나타났고, 40대의 보험료 납부액은 월평균 8만7천원으로 다른 연령층에 비해 많았다. 30대와 50대가 그 다음으로 많았으며 약 7만9천원에 해당하였다.

기혼이며 배우자가 있는 경우 보험가입개수와 보험료 납입액이 많았으며, 미혼은 보험가입개수 및 보험료액이 상대적으로 적은 편이었다. 자영업자의 보험가입개수가 평균 1.7개로 피고용인의 평균 1.65개보다 약간 많았으며, 가입액도 월 9만5천원으로 많은 편이었다.

그 외에 정기건강검진, 술/담배 절제, 운동, 보약/영양제 복용하는 사람, 즉 건강에 관심이 많다고 볼 수 있는 사람의 보험가입개수는 그렇지 않은 사람에 비해 많은 편이었다. 그러나 주관적 건강상태 및 질병유무는 보험가입개수와 보험지출액과 관계가 없는 것으로 나타났다(표 9).

<표 8> 인적 특성에 따른 상해보험 가입 개수 및 보험료 지불 현황

		상해보험 가입개수				상해보험료(천원)			
		N	평균	표준편차	p 값	N	평균	표준편차	p 값
계		4,202	1.58	0.97		4,187	77.22	100.95	
성	여자	2095	1.52	0.93	<0.001	2084	69.10	114.07	<0.001
	남자	2107	1.64	1.01		2103	85.27	85.27	
연령그룹	20세미만	131	1.21	0.48	<0.001	130	40.45	31.65	<0.001
	20대	739	1.49	0.95		734	62.99	75.72	
	30대	1373	1.66	1.02		1367	78.90	75.60	
	40대	1243	1.65	1.00		1243	87.34	142.32	
	50대	549	1.51	0.93		547	79.44	80.44	
	60대	159	1.34	0.60		158	74.63	92.64	
	70세이상	8	1.00	0.00		8	21.13	15.32	
혼인상태	미혼	625	1.42	0.90	<0.001	623	68.84	181.56	
	기혼이며배우자있음	3395	1.61	0.99		3383	79.08	79.58	
	기혼이나배우자없음	182	1.55	0.91		181	71.34	61.51	
고용형태	피고용	2,001	1.65	1.07	<0.001	1993	80.08	79.31	
	자영업	1,979	1.71	1.03	<0.001	944	95.34	162.97	<0.001

<표 9> 건강유지법과 건강상태에 따른 상해보험 가입 개수 및 보험료 지불 현황

		상해보험 가입개수				상해보험료(천원)			
		N	평균	표준편차	p 값	N	평균	표준편차	p 값
건강유지법									
정기건강검진	한다	1,339	1.73	1.10	<0.0001	1,332	91.23	136.74	<0.0001
	안한다	2,859	1.51	0.90		2,855	70.68	75.07	
담배/술 절제	한다	301	1.67	0.99	0.0951	300	90.86	85.78	<0.0001
	안한다	3,901	1.57	0.97		3,887	76.17	101.97	
운동	한다	1,190	1.66	1.05	0.0007	1,186	88.66	153.28	<0.0001
	안한다	3,012	1.55	1.94		3,001	72.70	69.78	
식사조절	한다	759	1.63	0.91	0.5389	756	73.74	79.50	0.2953
	안한다	3,443	1.62	0.99		3,431	77.99	105.09	
보약/영양제 복용	한다	257	1.93	1.21	0.0006	257	86.47	78.84	0.1296
	안한다	3,945	1.60	0.95		3,930	76.62	102.21	
목욕/사우나	한다	407	1.75	1.08	0.1705	406	92.62	224.26	0.0012
	안한다	3,795	1.60	0.96		3,781	75.57	76.61	
기타	한다	63	1.57	0.76	0.9379	63	69.14	70.19	0.5223
	안한다	4,139	1.58	0.98		4,124	77.34	101.35	
주관적 건강상태									
건강이 아주 안좋다		48	1.40	0.79		47	58.09	58.48	
건강하지 않은 편이다		466	1.45	0.80		468	66.51	66.50	
보통이다		982	1.60	1.05		971	78.51	150.64	
건강한 편이다		2,450	1.60	0.98		2,445	79.93	84.26	
아주 건강하다		256	1.55	0.88		256	69.51	61.75	
지병유무									
장애/장해	있다	78	1.49	0.86	0.3905	78	68.50	51.01	0.4413
	없다	4,124	1.58	0.97		4,109	77.39	101.66	
고혈압	있다	79	1.47	0.80	0.2993	79	65.14	55.68	0.2830
	없다	4,123	1.58	0.98		4,108	77.45	101.62	
당뇨	있다	61	1.61	0.62	0.0293	61	67.39	64.23	0.4439
	없다	4,141	1.58	0.98		4,126	77.67	101.40	
암	있다	17	1.82	0.88	0.3030	17	94.53	78.43	0.4788
	없다	4,185	1.58	0.97		4,170	77.15	101.04	
arthritis	있다	83	1.43	0.75	0.1640	84	78.55	120.63	0.9031
	없다	4,119	1.58	0.98		4,103	77.19	100.53	
천식	있다	6	2.17	0.17	0.1400	6	76.8.3	43.82	0.9925
	없다	4,196	1.58	0.97		4,181	77.22	101.02	

2. 민간건강보험 가입자의 의료이용

가. 의료서비스 이용 현황

지병을 앓고 있는 사람에게 치료와 요양을 위해 정기적으로 병원을 방문하는지를 조사한 결과 ‘정기적으로 간다’고 응답한 사람은 전체 49%, ‘비정기적으로 간다’고 응답한 사람은 25%, ‘가지 않는다’라고 응답한 사람은 26%로 나타났다. 이러한 양상은 민간보험가입자와 미가입자에서도 유사한

양상으로 나타나고 있다.

지병의 치료를 위해 정기적으로 약을 복용하고 있는지를 조사한 결과 전체 65%가 약을 복용하고 있다고 응답하였으며, 가입자는 60%, 미가입자는 66%가 약을 복용하는 것으로 나타나 미가입자가 정기적인 약 복용을 더 많이 하는 것을 볼 수 있다(p=0.0115).

<표 10> 지병의 치료와 요양을 위한 병원 방문 유형

	전체		미가입자		가입자	
	N	%	N	%	N	%
정기적으로 간다	1023	49.16	792	50.09	231	46.20
비정기적으로 간다	519	24.94	392	24.79	127	25.40
가지 않는다	539	25.90	397	25.11	142	28.40
계	2,081	100.0	1,581	100.0	500	100.0

<표 11> 지병의 치료를 위한 정기적인 약 복용 여부

	전체		미가입자		가입자	
	N	%	N	%	N	%
예	1,349	64.95	1,049	66.43	300	60.24
아니오	728	35.05	530	33.57	198	39.76
계	2,077	100.0	1,579	100.0	498	100.0

p=0.0115

나. 입원 경험

지난 1년 동안 입원한 경험을 조사한 결과 전체 약 8%가 입원한 경험이 있다고 응답하였으며, 민간 보험가입 유무에 따른 입원경험율은 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 12> 지난 1년간 입원경험

	전체		미가입자		가입자	
	N	%	N	%	N	%
있다	831	7.53	496	7.26	335	7.95
없다	10,212	92.47	6,335	92.74	3,877	92.05
계	11,043	100.0	6,831	100.0	4,212	100.0

다. 입원과 건강진단을 제외한 검진, 치료, 수술 등의 의료서비스 이용

최근 1년간 의료기관을 이용한 경험이 있는 사람은 전체에서 약 45%였으며 최근 1개월간 의료기관을 이용한 경험이 있는 사람은 전체에서 약 21%였다. 민간보험 가입자의 경우 최근 1년간 의료기관이용 경험자는 약 50%이며 미가입자는 약 42%로 보험가입한 사람이 1년간 의료서비스 이용율이 더 높은 것으로 나타났다.

그러나 최근 1개월동안 의료이용율을 보면 가입자가 약 20%, 미가입자가 23%로 미가입자의 의료이용율이 높아 1년간 자료결과와 상충된 점을 볼 수 있다.

대부분의 의료서비스 이용조사에서 피조사자의 기억에 의존하여 조사하기 때문에, 기억 편기(memory bias)로 인해 그 결과가 부정확할 수 있다는 문제점이 지적되고 있어서, 대체로 입원의 경우 최근 1년간, 입원을 제외한 서비스의 경우 대개 2주 내지 2개월 동안의 의료이용 여부를 질문하고 있다. 이러한 문제점을 고려한다면 <표 13>의 내용은 입원과 건강검진을 제외한 의료서비스 이용 여부를 질문한 것이므로 최근 1개월동안 의료기관 이용 결과를 보는 것이 더 정확하다고 생각된다.

<표 13> 의료기관 이용여부

		전체	미가입자	가입자
		N (%)	N (%)	N (%)
최근 1년간 의료기관 이용*	있다	4,988 (45.17)	2,900 (42.45)	2,088 (49.57)
	없다	6,055 (54.83)	3,931 (57.55)	2,124 (50.43)
최근 1개월동안 의료기관 이용*	있다	2,368 (21.44)	1,538 (22.52)	830 (19.71)
	없다	8,675 (78.56)	5,293 (77.48)	3,382 (80.29)
계		1,1043 (100.0)	6,831 (100.0)	4,212 (100.0)

* p<0.0001

<표 14>에서 최근 1년간 의료기관 이용횟수와 이용기간은 각각 평균 9.6회, 16.8일이었다. 의료기관 이용횟수에서 민간보험가입자의 경우 7.2회, 미가입자의 경우 11.4회로 미가입자의 이용횟수가 더 많은 것으로 나타났다. 이용기간에서 민간보험가입자가 12.4일, 미가입자가 19.9일로 미가입자의 이용기간이 더 긴 것으로 나와 의료기관을 이용한 민간보험 미가입자의 건강상태가 좋지 않다고 볼 수 있다.

<표 14>에서 최근 1개월동안 의료기관 이용횟수와 이용기간은 각각 평균 2.6회, 3.8일이었다. 민간보험가입자와 미가입자 간의 차이는 그다지 크지 않았다.

<표 14> 의료기관 이용횟수 및 기간

(단위 : 회, 일)

		전체	미가입자	가입자
최근 1년간 의료기관 이용	이용횟수* (N=4,921)	9.64 (19.73)	11.43 (23.58)	7.15 (12.11)
	이용기간* (N=4,824)	16.77 (33.15)	19.93 (39.30)	12.42 (21.91)
최근 1개월동안 의료기관 이용	이용횟수 (N=2,335)	2.63 (5.68)	2.60 (3.86)	2.68 (8.03)
	이용기간 (N=2,270)	3.84 (5.46)	3.93 (5.61)	3.68 (5.18)

* p<0.0001.

<표 15>에서 이용한 의료기관의 형태를 살펴보면 지역 병·의원 이용 69%, 종합병원과 대학병원 이용 18%, 한방 병의원 이용 9%, 보건소 3%, 특수병원 0.1%의 순으로 나타났다. 민간보험 가입자와 미가입자의 이용 의료기관 형태는 전체와 동일한 양상을 보이고 있으나, 보험 미가입자가 민간보험 가입자에 비해 보건소를 더 많이 이용하는 것으로 나타났다. 민간보험 가입자는 지역내 병의원을 더 많이 이용하는 것으로 나타났다.

<표 15> 이용한 의료기관 형태

	전체		미가입자		가입자	
	N	%	N	%	N	%
종합병원, 대학병원	905	18.19	580	20.06	325	15.61
지역 병·의원	3,414	68.64	1,884	65.15	1,530	73.49
한방 병·의원	463	9.31	267	9.23	196	9.41
보건소	138	2.77	122	4.22	16	0.77
특수병원(암병원 등)	7	0.14	5	0.17	2	0.10
기타	47	0.94	34	1.18	13	0.62
계	4,974	100.0	2,892	100.0	2,082	100.0

p<0.0001.

라. 건강검진 서비스 이용 현황

정기적 건강진단 여부를 조사한 결과에서(표 16), 전체 약 21%가 건강검진을 정기적으로 받고 있는 것으로 나타났으며, 민간보험가입자의 정기 건강검진율은 32%, 미가입자의 정기 건강검진율은 14%로 민간보험가입자가 미가입자에 비해 정기 건강검진을 많이 받고 있다고 볼 수 있다.

최근 건강진단 여부를 조사한 결과에서 전체 약 31%가 받은 경험이 있다고 응답하였으며, 민간보험가입자의 경우 약 44%, 미가입자의 경우 23%가 최근에 건강검진을 받았다.

건강진단 주기 결과를 보면 전체 14.5개월에 1회 주기로 건강검진을 받았으며, 민간보험가입자는 평균 15개월에 1회 주기로 건강검진을 받으며, 미가입자는 평균 약 14개월에 1회 건강검진을 받는 것으로 나타났다.

이러한 결과를 통해 민간보험 가입자가 미가입자에 비해 건강진단 수검율이 높으나, 건강진단 주기는 약간 길다는 점을 볼 수 있다.

<표 16> 정기적 건강진단 여부

	전체		미가입자		가입자	
	N	%	N	%	N	%
받았다	2,275	20.63	935	13.71	1,340	31.84
받지 않았다	8,751	79.37	5,883	86.29	2,868	68.16
계	11,026	100.0	6,818	100.0	4,208	38.16

p<0.0001.

<표 17> 최근 건강진단 여부

	전체		미가입자		가입자	
	N	%	N	%	N	%
받았다	3,396	31.01	1,559	23.02	1,837	43.95
받지 않았다	7,556	68.99	5,213	76.98	2,343	56.05
계	10,952	100.0	6,772	100.0	4,180	100.0

p<0.0001.

<표 18> 건강진단 주기

몇 개월에 1회	전체 (n=2,275)	미가입자 (n=935)	가입자 (n=1,340)
평균	14.49	13.76	15.00
표준편차	11.38	11.52	11.27

p=0.0105.

3. 의료비 지출 현황

최근 한달동안 약값 제외한 의료비를 지불한 경험을 한 사람은 21%를 차지하고 있었으며, 민간보험 가입자와 미가입자간의 차이는 없었다. 최근 한달동안 약값을 지불한 경험을 갖고 있는 사람은 24%를 차지하였다.

그러나 최근 1년동안 약값제외 의료비를 지불한 경험을 한 사람은 전체 43.5%였으며 민간보험가입자의 경우 약 50%, 미가입자의 경우 약 40%를 차지하여 민간보험가입자가 지불경험이 더 많았던 것으로 나타났다. 이러한 결과는 민간보험 가입자의 의료이용이 더 많다는 것을 증명한다. 또한 최근 1년동안 약값을 지불한 경험을 가진 사람은 전체 약 50%이며, 민간보험가입자의 경우 57%, 미가입자의 경우 약 47%로 10%의 차이가 발생한다. 이러한 결과를 통해 민간보험가입을 한 사람이 약을 포함한 의료이용빈도가 더 높다고 볼 수 있다.

최근 한달 동안 약값제외 의료비와 약값으로 지출한 돈은 각각 평균 8만8천원, 3만3천원으로 나타났다. 최근 한달동안 약값제외 의료비에서 민간보험가입자의 경우 9만4천원을 미가입자의 경우 8만4천원을 지출하여 가입자의 의료비 지출이 더 큰 것으로 나타났으나 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 최근 한달동안 약값 지출에서 민간보험가입자는 3만원을, 미가입자의 경우 3만4천원을 지출한 것으로 나타났으나 위와 마찬가지로 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

최근 1년 동안 약값제외 의료비와 약값으로 지출한 돈은 각각 평균 331천원, 141천원으로 나타났다. 최근 1년동안 약값제외 의료비에서 민간보험가입자의 경우 283천원을 미가입자의 경우 368천원을 지출하여 미가입자의 의료비 지출이 더 큰 것으로 나타났다. 최근 1년 동안 약값 지출에서 민간보험가입자는 103천원을, 미가입자의 경우 169천원을 지출한 것으로 나타나 미가입자의 의료비 지출이 더 큰 것으로 나타났다.

의료이용빈도와 의료비 지출 결과를 통해서 민간보험 가입자에 비해 미가입자는 의료이용빈도는 낮으나, 의료이용시에 지출하는 의료비 규모가 커서 민간보험가입자에 비해 훨씬 경제적 부담이 클 것으로 생각된다.

<표 19> 장애, 지병, 입원, 의료기관 이용을 위한 의료비 지출 여부

		전체		미가입자		가입자	
		N	%	N	%	N	%
최근 한달동안 약값 제외 의료비	지불하였다	2,324	21.05	1,436	21.02	888	21.08
	지불한 적 없다	8,719	78.95	5,395	48.85	3,324	30.10
	계	11,043	100.0	6,831	100.0	4,212	100.0
최근 한달동안 약값	지불하였다	2,656	24.05	1,682	24.62	974	23.12
	지불한 적 없다	8,387	75.95	5,149	75.38	3,238	76.88
	계	11,043	100.0	6,831	100.0	4,212	100.0
최근 1년동안 약값 제외 의료비*	지불하였다	4,804	43.50	2,714	39.73	2,090	49.62
	지불한 적 없다	6,239	56.50	4,117	60.27	2,122	50.38
	계	11,043	100.0	6,831	100.0	4,212	100.0
최근 1년동안 약값*	지불하였다	5,623	50.98	3,236	47.44	2,387	56.71
	지불한 적 없다	5,407	49.02	3,585	52.56	1,822	43.29
	계	11,030	100.0	6,821	100.0	4,209	100.0

* p<0.01.

<표 20> 장애, 지병, 입원, 의료기관 이용을 위한 의료비

(단위 : 천원)

	N	전체		미가입자		가입자	
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
최근 한달동안 약값 제외 의료비	2,318	88.31	342.50	84.46	360.26	94.53	311.74
최근 한달동안 약값	2,647	33.01	71.45	34.49	73.26	30.47	68.20
최근 1년동안 약값 제외 의료비*	4,781	331.20	1,065.25	367.94	1,265.6	283.45	724.03
최근 1년동안 약값*	5,600	140.94	376.68	169.10	446.85	102.72	246.95

* p<0.01.

4. 민간건강보험 가입에 영향을 미치는 요인 : 선택이 존재하는가?

민간건강보험 가입에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 <표 3>에서 제시한 변수와 모형에 따라 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 민간보험 가입자를 1로, 미가입자를 0으로 결과변수를 선정하여 설명변수로 성, 연령, 결혼, 주관적 건강상태, 지병 유무 (고혈압, 당뇨, 암, 관절염, 천식), 장애/장애, 건강유지법 실시(술/담배 절제, 운동 실시, 식사 조절, 보약/영양제 복용, 목욕/사우나, 기타, 정기 건강검진), 소득, 고용상태(피고용인, 자영업), 교육수준, 가족수, 가족에게 도움여부, 19세이하 부양

가족수, 의사밀도(의사-인구비), 거시지표로 실업률을 활용하였다.

로지스틱 회귀분석 결과에서 전체 모형의 $-2 \text{ Log } L$ 은 설명변수의 값이 모두 0이라는 귀무가설 하에서 χ^2 분포를 따르며 유의확률 $p < 0.0001$ 이므로 적합시킨 로지스틱 회귀모형은 유의하다고 볼 수 있다. Score 검정의 유의확률 또한 $p < 0.0001$ 로 모형의 적합성에 문제가 없다고 판단된다.

인구학적 특성을 나타내는 개별 설명변수에서 연령이 낮을수록 민간보험을 더 많이 하는 것으로 나타났으며, 여성이 남성보다 민간보험가입율이 높은 것으로 나타났다.

기혼자의 경우 가입율이 높고, 교육수준이 높을수록 가입율이 높고, 19세이하 부양자수 많을수록 가입율이 높았다. 그러나 가족수가 많을수록 가입율은 낮은 것으로 나타났다.

지병유무에 따른 민간보험가입 현황을 살펴보면 고혈압이 있을 경우 가입율이 낮았으며, 당뇨병 환자가 가입율이 낮았다. 암환자, 천식환자, 그리고 장애/장해를 갖고 있는 사람의 가입율은 낮은 것으로 나타났다. 따라서 만성 질병 혹은 장애/장해가 있는 사람이 보험가입을 덜 하고 있다고 판단할 수 있으며, 이는 보험자에 의한 위험 기피(positive selection)의 증거로 볼 수 있다.

건강유지법에서 운동을 하는 사람일수록 보험가입율이 높고, 목욕/사우나를 하는 사람일수록 보약/영양제를 복용할수록 보험가입율이 높고, 정기검진율이 높을수록 가입율이 높았다. 이러한 결과를 통해 건강유지법을 잘 실천하는 사람들이, 즉 건강관심도가 높은 사람의 민간건강보험 가입율이 높다고 볼 수 있다.

경제상태를 나타내는 설명변수에서 월소득 많을수록 계수가 낮긴 하지만 가입율이 높아 저소득층에 비해 고소득층의 민간보험가입율이 높음을 알 수 있다. 그리고, 피고용 뿐 만 아니라 자영업을 하는 사람일수록 가입율이 높았다. 거시지표에서 실업율이 높은 지역일수록 가입율이 낮아지는 경향이 있음을 확인하였다.

<표 21> 민간보험 가입을 결과변수로 한 로지스틱 회귀모형 분석결과

변수	계수	표준오차	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
절편	-1.6541	0.2111	61.3714	<.0001
연령	-0.0233	0.00244	91.4856	<.0001
성(여자 0, 남자 1)	-0.2567	0.0499	26.4362	<.0001
주관적 건강상태	0.0389	0.0317	1.5101	0.2191
고혈압	-0.5015	0.1503	11.1312	0.0008
당뇨	-0.3098	0.1764	3.0853	0.0790
암	-0.5551	0.3002	3.4190	0.0644
관절염	0.0347	0.1465	0.0561	0.8127
천식	-1.0523	0.4970	4.4840	0.0342
장해/장애	-0.3468	0.1494	5.3835	0.0203
술/담배 절제	-0.0991	0.0926	1.1450	0.2846
운동 실시	0.3705	0.0575	41.4551	<.0001
식사 조절	0.0473	0.0637	0.5525	0.4573
보약/영양제 복용	0.3519	0.1073	10.7538	0.0010
목욕/사우나	0.1610	0.0845	3.6315	0.0567
기타	0.1452	0.1861	0.6086	0.4353
정기건강검진	0.6374	0.0599	113.3313	<.0001
결혼(기혼, 유배우자=1, 그 외0)	1.1354	0.0742	234.4813	<.0001
소득	0.000606	0.000048	160.4452	<.0001
피고용인	0.7313	0.0553	174.9354	<.0001
자영업	0.7805	0.0661	139.5440	<.0001
교육수준	0.0476	0.00756	39.5690	<.0001
가족수	-0.0582	0.0189	9.4941	0.0021
가족에게 도움여부	-0.0269	0.1628	0.0272	0.8690
19세이하 부양가족수	0.7398	0.0590	157.0918	<.0001
의사-인구비	-0.00030	0.000904	0.1135	0.7362
실업률(2001년 7월기준)	-0.0722	0.0366	3.8814	0.0488

V. 결과 요약 및 시사점

이 연구는 2001년 노동패널부가조사 자료를 활용하여 우리나라의 민간보험가입 실태와 이에 영향을 미치는 요인을 분석하여 민간보험가입에서 선택의 문제가 실재하는가를 확인하고, 민간보험가입자와 비가입자간의 의료이용 차이를 분석하였다.

민간보험가입에 영향을 미치는 요인은 로지스틱 회귀분석을 활용하여 분석하였다. 분석 결과 연령이 젊은 층이, 여성이, 기혼이고 배우자가 있는 사람이, 교육수준이 높은 사람이, 소득이 많은 사람이, 19세이하 부양자수가 많은 사람이, 일부 건강유지법을 실천하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비

해 민간보험 가입율이 높은 것으로 나타났다. 반면 지병이 있는 사람이 민간보험 가입율이 낮았다. 이러한 결과는 성별 특성 결과를 제외하고는 개별특성별 카이제곱 분석결과와 거의 동일하다.

지병이 있는 사람의 민간 보험가입율이 낮다는 결과는 현재 우리나라에서 제한된 형태이긴 하나 민간보험 가입에서 선택이 존재하고 있음을 의미한다. 또한 의료이용 분석결과에서 전체적인 이용 자료에서 유의한 차이가 나타나지 않았으나, 민간보험에 가입한 사람의 건강검진율이 미가입자에 비해 높고, 또한 의료비 지출 분석결과에서 민간보험가입자에 비해 미가입자가 의료이용빈도는 낮으나 의료이용시 지출하는 의료비 규모가 크다는 결과는 향후 민간보험도입 논의에서 다음의 시사점을 줄 수 있다.

첫째, 민간보험의 도입을 통한 공적 건강보험재정 안정화를 꾀할 수 없다는 점이다. 민간보험회사는 경쟁시장에서 재정위험을 줄이기 위해 “위험 선택(risk selection)”을 통해 비용지출이 많은 환자를 기피하거나 지출비용의 제한(cap)을 가하는 등의 조치를 취할 수 있기(Deber 등, 1999) 때문에, 제한적인 형태를 갖고 하지만 우리나라에 존재하는 민간보험 회사에서 이미 선택적인 가입자 등록을 하고 있다. 따라서 민간 보험사가 만성질환자의 등록거부(dumping) 등으로 인해서 공보험으로 비용을 전가시킬 경우 오히려 공보험의 재정이 악화될 가능성이 커질 수 있다.

둘째, 민간보험가입자의 의료이용 빈도, 특히 건강검진 수검율이 더 높다는 점은 민간보험가입을 통해 의료이용이 보다 용이해져 이용서비스 이용빈도를 높이고, 궁극적으로 의료비용 지출을 증가시킬 수 있다는 점이다. 민간보험이 의료이용의 재정적 접근성을 높인다는 긍정적인 측면도 있으나, 또한 도덕적 해이로 인한 자원낭비 가능성이 상존한다.

셋째, 의료비 지출의 규모에서 민간보험 미가입자의 지출이 가입자에 비해 크다는 점이다. 가계소득이 민간보험 가입에 영향을 미친다는 점과 함께 고려한다면 향후 민간보험을 활성화할 경우 저소득층보다는 민간보험에서 제외될 가능성은 다소 농후하다. 따라서 저소득층의 환자에게 고액진료 질병이 발생할 경우 가계에 심각한 재정적 손실을 받을 수 있으므로, 이를 보호할 수 있는 사회적 장치가 마련되어야 할 필요성이 새롭게 제기될 가능성이 있다.

참고문헌

- 대안연대회의, 『민간의료보험 도입 논의의 타당성 검토』, 대안정책시리즈 #0200901, 2002.4.13.
(position21.jinbo.net)
- 강성욱, 권영대, 『민간의료보험의 병원에 미칠 영향에 관한 고찰』. 삼성의료원 의료경영연구소 세미나. 2004. 11. 12
- 박종연, 『민간의료보험이 공보험에 미치는 영향』. 삼성의료원 의료경영연구소 세미나. 2004. 11. 12
- 박홍민, 김경환, 『건강보험에서의 보험회사 역할 확대방안』, 보험개발원 보험연구소 연구보고서 2001-9, 2001. 10
- 양봉민, 『보건경제학』, 1999
- 최병호, 『건강위험 보장의 공사간 역할분담』. 삼성의료원 의료경영연구소 세미나. 2004. 11. 12
- Deber R. Gildiner A. Baranek P, “Why not private insurance? 1. Insurance made easy.” *CMAJ*. 7: 161(5). 1999. Sep. pp 539-42.
- Shin J. Moon S. 『HMO Plans, Self-Selection, and Utilization of Health Care Services』, 서울대학교 보건정책관리세미나, 2004.10.13
- Trujillo A. “Medical care use and selection in a social health insurance with an equalization fund: evidence from Colombia, *Health Economics*,” *Health Economics*, 12: 231-246. 2002