

실손형 민간의료보험의 도입이 국민건강보험 재정에 미치는 영향

허순임[†], 이상이^{*}

한국보건사회연구원, 국민건강보험공단 건강보험연구원 · 제주대학교 의과대학 의료관리학교실*

<Abstract>

Impact of Complementary Private Health Insurance on Public Health Spending in Korea

Huh Soon Im[†], Lee Sang-Yi^{*}

Korea Institute for Health and Social Affairs

Health Insurance Research Center, National Health Insurance Corporation ·

*Department of Health Policy and Management, School of Medicine, Cheju National University**

Limited coverage for health care services of National Health Insurance(NHI) in Korea has been ongoing policy issue but additional NHI financing through raising contribution or taxes in order to improve coverage faces substantial obstacles. Private health insurance(PHI) is often considered as an alternative financing source to improve coverage. Recent reform that attempted to stretch the role of PHI allowed life insurance companies to provide complementary PHI, indemnity plan which will pay for uncovered services by NHI and out-of-pocket spending for covered services. Although complementary PHI may relieve financial burden of patients, it may significantly raise NHI spending as well as total health expenditure since little out-of-pocket spending may increase utilization of health care. So far, there has not been enough discussion about concerns of potential adverse effect resulting from extended role of PHI. This study investigated potential increase of NHI spending followed by extension of complementary

* 접수 : 2006년 9월 26일, 심사완료 : 2007년 6월 1일

† 교신저자 : 허순임, 한국보건사회연구원(02-380-8143, soonim@kihasa.re.kr)

PHI through sensitivity analysis. The amount of NHI spending for services that would be covered by complementary PHI was calculated using 2005 NHI statistics and expected complementary PHI enrollment rate by age and sex. Expected utilization increases were obtained based on price elasticities(-0.2~-0.5) from previous studies and expected coverage rate(50~80%) of complementary PHI and then converted to monetary figures. Because coverage rate of complementary PHI has not been determined yet, we employed the sensitivity analysis using coverage rate of 50~80%. Findings demonstrate that additional spending for health care services is expected to be 426~1,702 billion won, corresponding amount payed by NHI 298~1,192 billion won. In conclusion, since complementary PHI may raise NHI spending significantly, there should be an agreement whether this additional cost would be accountable and acceptable in our society. Potential inefficiency resulting from extended role of complementary PHI should be considered since public and private financing do not operate in isolation and there should be more discussion on proper role of PHI in Korea.

Key Words : *Private health insurance, National health insurance, National health insurance spending, Inefficiency*

I. 서 론

국민건강보험(이하 건강보험이라 함)의 보장성 확충은 국민건강 향상을 위해 우리 사회가 지속적으로 추진해 나가야 할 주요한 정책과제이다. 노인인구 증가에 따른 의료수요의 증가와 신 의료기술의 발달 등으로 의료비의 절대적 크기가 커지고 있는 가운데, 장차 의료이용에 따른 국민의 경제적 부담도 더욱 가중될 것이므로 의료서비스에 대한 보장성 확대의 사회적 중요성이 한층 강조되고 있는 것이다. 우리나라는 전 국민의 97%가 단일 재원인 건강보험을 통해 의료를 보장 받고 있으나, 급여 범위가 제한적이기 때문에 건강보험의 급여 수준을 높이는 것이 시급한 과제이다(최숙자 등, 2006). 의료이용 시점에서 환자 본인이 부담하는 의료비를 최소로 하는 제도적 보장성의 강화를 달성하기 위한 재원조달의 방법으로, 공공영역에서는 건강보험의 보험료 인상 또는 세금인상을 통한 국고지원의 확대방안이 있고, 민간영역에서는 민간의료보험을 통한 재원조달이 가능하다. 현재 우리나라 건강보험의 보장성이 부족하고, 또한 보장성 확충을 위한 재원을 추가적으로 마련하기가 어렵기 때문에 민간영

역의 재원조달을 통해 사회 전반의 의료보장 수준을 제고하자는 주장이 경제부처와 생명보험업계를 중심으로 꾸준히 제기되어 왔다(이상이 등, 2005). 국내에서 추진되고 있는 민간의료보험 활성화의 구체적인 내용은 2002년 보험업법의 개정을 통해, 생명보험회사도 실손 보상형 민간의료보험 상품(이하 실손형 보험 또는 실손형 상품이라 함)을 판매할 수 있도록 허용한 것이다. 지금까지의 민간의료보험 상품은 주로 정액보상형 상품으로, 보험적용 대상 질병이 확진될 경우에 정해진 금액을 지급하여 가계의 소득손실을 보장하는 역할을 해왔다. 이러한 현금급여 형태와 달리, 의료서비스 이용에 대해 직접적으로 급여하는 형태의 실손형 민간의료보험은 지금까지 손해보험사에 의해서만 일부 판매되어 왔으나, 그 규모는 크지 않았다¹⁾. 민간의료보험 활성화 정책에 따라 생명보험사에서도 실손형 민간의료보험 상품을 판매할 수 있도록 허용함으로써 단체가입 상품은 2004년부터 이미 판매되었고, 개인가입 상품도 2005년 9월부터 허용되어 2007년 상반기부터는 본격적인 실손형 상품의 판매가 이루어질 것으로 전망되고 있다.

그 동안 경제부처를 중심으로 추진된 민간의료보험의 활성화 논의에서는 건강보험의 취약한 보장성을 보완하고, 소비자의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 방안으로 실손형 보험이 국민의료보장에 크게 도움이 될 것이라는 주장을 펴고 있다(이상이 등, 2005). 이의 진위와는 무관하게, 민간의료보험의 활성화가 가져올 긍정적인 효과는 크게 부각되는 데 반해, 이러한 정책이 초래할 수 있는 부정적 효과에 대한 언급은 부족한 실정이다. 실손형 민간의료보험 본격 도입의 부정적 효과로는 크게 국민의료비의 증가와 의료이용의 양극화를 들 수 있겠는데, 본 연구에서는 효율성을 강조하는 시장 주도의 정책에 대해 반론을 제기한다는 차원에서 국민의료비 증가 논의에 초점을 맞추기로 하되, 구체적으로는 건강보험 진료비의 증가와 이로 인한 건강보험 재정 부담의 정도를 분석해 보고자 한다.

실손형 민간의료보험의 도입은 건강보험의 법정본인부담에 대한 급여를 실손 보상 방식으로 제공할 예정이므로 환자의 입장에서는 본인부담이 거의 없거나 미미한 수준으로 줄어들게 되며, 이로 인해 의료이용이 늘어난다면²⁾, 필연적으로 건강보험의 재정 지출 증가를 야기하게 될 것이다. 외국의 사례를 볼 때, 이는 충분히 예견될 수 있는 일이다. 이와 관련된 외

1) 상해보험사가 판매하는 실손형 상품은 다른 상품에 결합된 형태가 대부분이어서 그 규모를 알기는 어려우나 일반 상해보험의 규모가 2003년 기준으로 511억원으로 추계되어(보험개발원 2005, 이진석 등 2005 재인용) 그 규모가 크지 않음을 짐작할 수 있다.

2) 민간의료보험 가입으로 인한 의료이용의 증가가 역선택(adverse selection) 효과인지 도덕적 해이(moral hazard) 때문인지 명확하게 밝혀지지 않았다. 이에 대한 논의는 본 연구의 범위를 벗어나는 것이므로 향후 연구과제로 남긴다.

국의 경험을 살펴보면, 미국에서 공공의료보험인 메디케어(Medicare)의 보충보험인 메디갭(Medigap)의 도입으로 인해 메디케어의 의료비가 증가(Christensen and Shinogle, 1997; Khandker and McCormack, 1999; Atherly, 2002)되었다는 보고가 있었고, 공공보험의 본인부담금에 대해 지불하는 보완형(complementary) 민간의료보험이 도입된 프랑스에서도 공공보험의 지출이 크게 늘어나 이에 대한 개선책을 모색하고 있다(Imai 등, 2000).

본 연구에서는 앞으로 출시될 실손형 민간의료보험 상품이 건강보험의 법정본인부담에 대한 급여를 제공할 경우, 이것이 건강보험의 재정에 미치는 영향을 분석해 보고자 한다. 각 생명보험사가 실손형 민간의료보험에 대한 구체적인 예시상품을 제시하지 않고 있는 관계로 이들 상품에 대한 정보가 제한되어 있음에도 불구하고, 실손형 보험 시장이 본격적으로 확대되기 전에 이러한 정책의 시행이 건강보험 재정에 미칠 영향을 예측해 봄으로써 새로운 정책의 도입이 우리 사회 전체에 주는 부정적 영향을 줄이는 방향을 모색하는 데 기초 자료를 제공할 수 있을 것이다.

II. 연구방법

1. 연구내용

민간의료보험이 건강보험 재정에 미치는 영향은 민간의료보험 가입자 수, 급여 범위, 그리고 의료서비스 수요의 가격탄력성 등의 변수에 주로 의존한다. 본 연구에서 이러한 요소를 반영하기 위한 구체적인 연구의 내용은 다음과 같다.

첫째 실손형 민간의료보험 출시 예정 상품³⁾의 보장 서비스 범위를 정리한다.

둘째, 실손형 민간의료보험 상품이 보장하는 급여 범위에 해당하는 국민건강보험의 진료비 규모를 2005년 기준으로 입원, 외래, 약국에 대해 각각 성별·연령별로 산출한 다음, 성별·연령별 실손형 보험 예상 가입률을 적용하여 실손형 민간의료보험의 적용이 가능한 건강보험의 진료비 규모를 계산한다.

셋째, 본인부담의 경감 효과로 인해 건강보험 의료이용이 증가하는 정도는 기존 국·내외 연구의 가격탄력성을 활용하여 분석한다. 또한, 실손형 민간의료보험의 보장률이 아직 결정되지 않았으므로 다양한 예상 보장률을 적용하여 건강보험 진료비의 증가분과 건강보험의 재정 부담을 예측하는 민감도 분석(sensitivity analysis)을 실시한다.

3) 연구시행 시점에서는 한 생명보험사가 제시한 예시 상품에 대한 정보만 얻을 수 있었다.

2. 연구자료

1) 국민건강보험 실적자료

2005년 건강보험 통계연보를 이용하여 실손형 민간의료보험 상품의 적용대상이 되는 건강보험 급여 의료서비스에 대한 건강보험 진료비의 규모를 성별·연령별로 입원, 외래, 약국에 대해 산출하여 각각 내원일과 진료비를 구하고, 이를 바탕으로 내원일당 진료비를 산출하였다.

2) 민간의료보험 가입률

성별·연령별 민간의료보험 가입률은 한국노동패널자료를 이용하여 산출하였다. 한국노동패널조사는 1997년부터 매년 실시하는 전국 조사로, 우리나라 도시 근로자들을 대상으로 조사하여 비교적 다양한 사회계층을 포괄하고 있으며, 가구특성, 소득활동 및 소비에 대한 많은 정보를 담고 있는 자료이다. 한국노동패널조사는 1995년 인구주택 총 조사의 10% 표본조사구 중 제주도를 제외한 전국의 도시지역을 대상으로 층화 계통추출방법으로 1,000개의 조사구를 선정하여 각 조사구 내에서 5가구를 무작위 추출함으로써 5,000가구와 그 가구에 속한 13,000여명의 개인을 매년 추적하여 면접 조사한 것이다. 그리고 2001년 한국노동패널 조사에서는 추가적으로 ‘한국노동패널의 건강과 은퇴에 대한 부가조사’를 함께 실시하였는데, 이 부가조사에는 11,041명의 조사대상이 포함되었다. 본 연구에서 민간의료보험의 성별·연령별 가입률을 산출하는 데는 2001년의 ‘한국노동패널의 건강과 은퇴에 대한 부가조사’ 자료가 사용되었다. 이를 바탕으로 2005년의 민간의료보험 가입률로 추정하기 위해 최근 연구(이진석 등, 2006)에서 얻은 민간의료보험 가입률을 적용하였고, 이 가입률이 실손형 상품 구매를 의미하지는 않기 때문에 동 연구에서 조사된 실손형 상품 구매의사를 반영하였다.⁴⁾

3) 가격탄력성

본 연구에서 가격탄력성은 실손형 민간의료보험의 도입이 사실상의 의료서비스 가격인하 효과로 작용하여 건강보험 의료이용이 늘어나는 정도를 파악하는 데 사용될 것이다. 문헌고찰을 통해 국·내외에서 이루어진 기존의 연구에서 얻은 가격탄력성을 정리하였다.

4) 이진석 등(2006)에서는 개인단위의 민간의료보험 가입을 조사하였으나, 연령별 가입률이 산출되지 않았기 때문에 전체 가입률을 적용하였고, 이는 실손형 상품 구매의사를 반영할 때도 마찬가지였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 실손형 민간의료보험 상품의 보장 제외 질병

건강보험에서 급여하지 않는 성형, 일반의약품, 주근깨, 점, 여드름 등 피부질환, 탈모 등의 치료에 대해서는 실손형 민간의료보험도 급여를 하지 않고, 고가의 신의료기술에 대해서도 보장하지 않는 것으로 되어 있다. 한편, 건강보험의 급여항목으로서 최근 급격한 증가 추세를 보이고 있는 치과진료, 치핵수술, 요추 및 추간판 장애 외에도 한방진료, 임신 및 출산, 치매 등의 정신장애, 선천성장애, 비만, 비노생식기계질환, 직장 및 항문질환에 대하여도 보장을 하지 않을 것으로 예시하고 있다. 자세한 내용은 부록 1에 정리되어 있다.

2. 성별·연령별 민간의료보험 가입률

본 연구에서 사용한 2001년도 ‘한국노동패널의 건강과 은퇴에 대한 부가조사’ 자료는 민간의료보험에 대한 조사범위가 생명보험 상품의 특약형태를 제외한 질병 또는 상해 보장보험 가입에 관한 것으로, 비교적 정확하게 본 연구와 관련된 정보를 수집했다고 볼 수 있다. 조사결과에 따르면, 전체 조사대상자의 38.1%가 민간의료보험 가입자로 나타났고, 연령별로는 30대와 40대의 가입률이 가장 높았다. 또한, 민간의료보험 가입자의 평균 가입 상품 수는 1.5개로 나타나 동일인이 여러 개의 상품에 가입하고 있었다. 한국노동패널조사에서는 10세 미만에 대한 조사가 이루어지지 않았으나, 최근 소아를 주요 대상으로 하는 민간의료보험 상품의 출시가 많아졌고, 판매가 꾸준히 늘고 있는 추세이므로, 본 연구에서는 10대의 가입률을 적용하였다. 한편, 이진석 등(2006)의 연구에 의하면, 2005년 개인 단위 민간의료보험 가입률이 53.1%이므로, 이는 2001년 한국노동패널조사 결과인 38.1% 가입률에 비해 39.4% 더 증가한 것이다. 본 연구에서는 이를 활용하여 2001년 한국노동패널조사 결과 대비 증가율 39.4%를 적용하여 2005년도 현재의 성별·연령별 민간의료보험 가입률을 산출하였다(표 1)⁵⁾. 서로 다른 표본에서 얻은 가입률을 적용시킨다는 것이 다소 무리가 있을 수도 있겠으나, 활용할 수 있는 전국 규모의 조사 자료가 매우 제한되어 있기 때문에 불가피한 것이었다⁶⁾. 이렇게

5) 10대의 가입률은 2001년 11-20세의 가입률에 대해 2005년 대비 증가율 39.4%를 적용하면 남자 16.6%, 여자 19.0%였다. 5세 이하의 경우 의료기관 방문이 많은 연령이고 5세 이후에는 활동량이 많아지면서 상해의 위험이 높아지기 때문에 많은 부모들이 자녀에 대한 민간의료보험을 구매하고 있는 실정이다.

6) 2001년부터 2005년까지 민간의료보험 가입 증가율이 성별과 연령에 따라 차이가 있을 수 있으나, 이에 대한 자료가 없기 때문에 전체 증가율을 모든 연령 구간에 일괄 적용하였다.

산출한 2005년도 민간의료보험 가입률이 실손형 보험 가입률을 의미하지는 않기 때문에 기존연구에서 조사된 실손형 보험 가입 희망 의사(가입자 28.4%, 미가입자 31.6%)를 반영하여 (이진석 등, 2006) 실손형 상품에 대한 예상구매율을 구하였다(표 1).

〈표 1〉 성별·연령별 건강보험 가입자 및 실손형 민간의료보험 가입률(추정), 2005년

연령	남			여		
	건강보험 가입자	민간의료보험 가입률(%)	실손형 보험 예상가입률 (%)	건강보험 가입자	민간의료보험 가입률(%)	실손형 보험 예상가입률 (%)
1-5세	1,333,649	16.6	31.1	1,223,780	19.0	31.0
6-10세	1,672,895	16.6	31.1	1,511,120	19.0	31.0
11-15세	1,775,142	13.5	31.2	1,552,577	20.3	31.0
16-20세	1,570,942	19.6	31.0	1,426,740	17.6	31.0
21-25세	2,000,792	22.7	30.9	1,881,222	36.4	30.4
26-30세	1,996,301	53.7	29.9	1,898,239	72.0	29.3
31-35세	2,315,547	88.0	28.8	2,184,415	80.4	29.0
36-40세	2,219,525	89.2	28.8	2,107,706	84.9	28.9
41-45세	2,192,899	88.3	28.8	2,080,263	81.2	29.0
46-50세	1,921,314	72.4	29.3	1,869,679	72.8	29.3
51-55세	1,324,922	71.6	29.3	1,308,992	55.5	29.8
56-60세	1,058,124	51.4	30.3	1,071,453	38.6	30.4
61-65세	913,112	27.3	30.7	1,003,160	23.6	30.9

주 : 한국노동패널조사 4차 부가조사자료 결과를 활용하여 추정한 수치임

3. 실손형 민간의료보험 적용대상 건강보험 진료비 규모

2005년 건강보험통계연보를 이용하여 1~65세에 해당하는 건강보험 진료비 규모를 산출하였다. 65세까지 산출한 이유는 출시 예정인 실손형 민간의료보험 상품의 보장 연령이 65세까지이기 때문이다. 진료비 규모는 다음의 두 단계로 산출하였다. 첫째, 실손형 민간의료보험

7) 1~65세에 해당하는 2005년 전체 건강보험 진료비 규모는 18조 8,399억원이며, 이에 대한 공단 부담금은 13조 4,609억원이다.

예시상품에서 급여에 포함되지 않는 질병에 대한 건강보험 진료비를 제외한 건강보험 진료비의 규모를 입원, 외래, 약국에 대해 각각 성별·연령별로 나누어 산출하였다. 둘째, 앞서 구한 입원, 외래, 약국 각각의 내원일수와 건강보험 진료비에 대해 성별·연령별 민간의료보험 가입률을 적용하여 전체 규모를 산출하고, 내원일당 건강보험 진료비를 구하였다(표 2).

여기서 한 가지 고려할 것은 건강보험 보장성 확대의 일환으로 2006년 1월 1일부터 실시된 1-5세에 대한 입원진료비의 전액 급여인데, 앞으로 이 부분에 대한 건강보험 진료비의 환자 본인부담이 없어지므로 실손형 민간의료보험 적용대상에서 제외시켰다. 2005년 1-5세 입원진료비의 규모는 전체 1,997억원으로 남자는 1,168억원, 여자는 829억원으로 나타났다.

2005년의 민간의료보험 가입률과 실손형 보험 가입 희망 비율을 고려한 실손형 상품 예상 가입률을 적용하여 실손형 보험 적용 대상 건강보험 진료비 규모는 총 4조2,552억원으로 입원 9,067억원, 외래 1조 7,909억원, 약국 1조 5,576억원으로 구성된다(표 2)⁸⁾.

현재의 예시상품을 기초로 산출한 표 2의 진료비 규모는 상품 내역에 따라 가변적일 수 있으며, 앞으로 실손형 민간의료보험 상품의 보장 질병의 범위가 확대된다면, 민간의료보험의 보장대상이 되는 건강보험 진료비 규모는 위에서 산출한 것보다 더 늘어날 것이다.

〈표 2〉 실손형 민간의료보험 적용 대상 건강보험 진료비의 규모, 2005

구분	남자	여자	합계	내원일당 진료비 (원)	
입원	내원일수(일)	4,157,974	3,155,092	7,313,066	123,988
	진료비(백만원)	488,987	417,745	906,733	
외래	내원일수(일)	52,663,141	63,309,390	115,972,530	15,442.2
	진료비(백만원)	844,325	946,542	1,790,867	
약국	내원일수(일)	44,551,688	54,951,802	99,503,490	15,654.2
	진료비(백만원)	734,308	823,337	1,557,645	
진료비 합계(백만원)			4,255,245		

자료 : 건강보험통계, 2005.

8) 또한, 적용범위를 넓혀 66세 이상까지 포함한다고 가정하면 실손형 보험 적용대상 건강보험 진료비 규모는 5조 7,773억원으로 산출된다.

4. 본인부담금 제도 변화에 따른 의료이용의 변화

의료이용 시 환자가 지불하는 본인부담금은 환자의 입장에서는 실제 의료서비스의 가격으로서 작용하며, 이 부담금이 감소하면 환자의 의료이용이 늘어날 것으로 예상되며, 이는 원래의 환자본인부담이 클수록 그 효과가 클 것이다. 가격변화에 따른 의료이용의 변화를 가격탄력성의 개념으로 나타낼 수 있고, 이와 관련된 해외 연구 사례는 다수 있으나 국내 연구 사례는 별로 없다.

1) 국내 연구

김한중과 이해중(1989)은 1985년과 1987년의 전국 의료이용조사 자료를 사용하여 보험환자와 비보험 환자의 외래와 입원에 대한 평균수가와 의료이용의 차이를 살펴보기 위해 가격탄력성을 산출하였다. 그 결과 입원의 경우 -1.108 , 외래의 경우 -0.858 의 가격탄력성을 얻었고 이는 전 국민 의료보험이 실시되기 이전의 보험가입자와 미가입자의 비교이기 때문에 큰 값을 얻은 것으로 평가된다. 전 국민 의료보험 실시 이후를 포함한 연구로는 김춘배 등(1995)이 1981~1993년 사이의 총 본인부담률의 변화에 대한 의료비를 분석하여 가격탄력성을 추정할 것을 들 수 있다. 연구결과 가입형태에 따라 가격탄력성이 달랐고, 전체 의료이용에 대한 가격탄력성은 $-0.1 \sim -0.6$, 외래의 경우 $-1.0 \sim -1.3$ 으로 매우 높게 나타났다. 그러나 이 연구는 10년 이상의 기간을 연구대상으로 삼으면서 의료이용의 증가에 영향을 미칠 수 있는 수요자와 공급자 요인에 대한 통제가 없기 때문에 의료이용의 변화를 본인부담률의 영향으로만 보기에 는 무리가 있다. 또한, 단일 의료보험으로 통합된 현재의 상황과 부합되지 않는 측면도 있다.

2) 해외 연구

해외 연구 사례는 표 3에 정리하였다. 대부분의 연구가 보험정책의 변화가 많았던 1960년대와 1970년대에 실시되었고, 노인인구는 연구대상에서 제외되었기 때문에 다소 보수적인 추정치라 볼 수 있다. 연구사례가 가장 많은 미국의 경우 다양한 급여수준의 보험이 혼재되어 있고, 시기에 따라 차이가 있어 가격탄력성의 범위가 $-0.1 \sim -1.2$ 로 매우 넓어 일반화시키기에 어려운 점이 있다. 이 중 유일하게 무작위실험을 실시한 RAND Health Insurance Experiment에서 얻은 가격탄력성 $-0.2 \sim -0.31$ 가 정확한 추정치로 인정되고 있다. 그러나 실험대상으로 62세 미만의 인구만 포함되었고, 이 실험기간 중에는 관리의료(managed care)가 확산되면서 의료비 절감에 치중하였기 때문에 의료이용을 억제하는 외부요인의 영향을 감안한다면 보수적인 추정치라 할 수 있다.

〈표 3〉 의료서비스 수요에 대한 가격탄력성 추정

논문	Data	연구방법	종속변수	가격탄력성
Feldstein, P.J.(1964)	1953, 1958 Health Information foundation and NORC surveys	단면조사연구	의사방문	-0.19
Feldstein M.S.(1971)	AHA survey of hospitals, 1958-1967, NCHS 1963-1964 survey	시계열회귀분석	재원기간 병원방문	-0.49 -0.63
Davis and Russell(1972)	1970 guide issue of "Hospitals"	단면조사연구	병원의래	-0.32
Fuchs and Kramer(1972)	1966 Internal Revenue Service tabulations	Two stage least squares	의사서비스	-0.1 ~ -0.36
Phelps and Newhouse(1972a, 1972b)	Palo Alto Group Health Plan, 1966-1968	natural experiment: 본인부담 도입 전후 비교	의사방문	-0.14
Rosett and Huang	1960 Survey of Consumer Expenditure	단면연구, Tobit estimates	입원과 의사방문	-0.35~-1.5
Phelps and Newhouse (1974)	insurance plans in US, Canada, and UK	arc elasticities across coinsurance ranges	일반의료, 치과의료	-0.1
Newhouse and Phelps(1976)	1963 CHAS survey	단면조사연구	병원서비스 의사서비스	-0.24 -0.42
Scitovsky and McCall(1977)	Palo Alto Group Health Plan, 1968-1972	natural experiment: 본인부담도입	의사방문	-0.29
Colle and Crossman(1978)	1971 NORC/CHAS health survey	단면조사연구	소아의료	-0.11
Goldman and Grossman(1978)	1965-1966 Mindlin-Densen longitudinal study	hedonic model	소아의료	-0.032
McAvinchey and Yannopoulos(1993)	waiting lists from UK's NHS	dynamic intertemporal model	급성병원의료	-1.2
Newhouse et al.(1993)	RAND Health Insurance Experiment	Randomized experiment	병원 외래	-0.17~-0.31 -0.17~-0.22
Bhattacharya et al.(1996)	1990 Japanese Ministry of Health and Welfare survey	Cox proportional hazards model	외래방문	-0.22
Cherkin et al.(1989)	Group Health Cooperative of Puget Sound(non-Medicare HMO patients)	natural experiment: 환자본인부담 도입	예방진료	-0.075~-0.15
Norton EC et al(2002)	중증 정신질환자	natural experiment: prospective payment 도입	재원기간	-0.16~-0.20
van Vliet RC(2004)	1993-1995 네덜란드 민간의료보험 가입자에 대한 청구자료	deductible과 의료비용과의 관계	GP care physiotherapy 전문의 진료	-0.4 -0.32 -0.12

IV. 기존 연구의 가격탄력성에 기초한 건강보험 재정 영향 분석

앞서 살펴본 바와 같이 기존의 실증연구에 따르면, 가격탄력성의 값이 다양하게 나타나지만 대체로 -0.2~-0.5의 범위가 타당한 것으로 보고, 이러한 값을 가정할 때의 의료이용 증가분에 대한 추정치를 구하는 민감도 분석을 실시하였다. 즉, 가격탄력성을 입원, 외래, 약국에 대해 적용하여 예상 이용증가량을 구하고, 실손형 민간의료보험 상품의 건강보험 법정본인부담금에 대한 보장률의 범위를 50%~80%로 적용하여 1~65세의 건강보험 가입자에 대해 늘어날 것으로 예상되는 건강보험 진료비를 추계하였다(표 4). 예상되는 진료비 증가분에 상응하는 건강보험의 재정부담은 현재의 건강보험 급여서비스에 대한 평균 보장률 70%를 적용하여 산출하였다.

(표 4) 실손형 민간의료보험의 법정본인부담금 보장에 따른 건강보험 진료비의 증가와 이에 따른 건강보험 재정 부담의 추계

(단위 : 백만원)

보장률	건강보험 진료비 증가	가격탄력성			
		-0.2	-0.3	-0.4	-0.5
50%	입원	90,673	136,010	181,347	226,683
	외래	179,087	268,630	358,173	447,717
	약국	155,765	233,647	311,529	389,411
	전체 진료비	425,525	638,287	851,049	1,063,811
	(건강보험 부담)	(297,867)	(446,801)	(595,734)	(744,668)
60%	입원	108,808	163,212	217,616	272,020
	외래	214,904	322,356	429,808	537,260
	약국	186,917	280,376	373,835	467,294
	전체 진료비	510,629	765,944	1,021,259	1,276,574
	(건강보험 부담)	(357,441)	(536,161)	(714,881)	(893,601)
70%	입원	126,943	190,414	253,885	317,356
	외래	250,721	376,082	501,443	626,803
	약국	218,070	327,106	436,141	545,176
	전체 진료비	595,734	893,601	1,191,469	1,489,336
	(건강보험 부담)	(417,014)	(625,521)	(834,028)	(1,042,535)
80%	입원	145,077	217,616	290,154	362,693
	외래	286,539	429,808	573,077	716,347
	약국	249,223	373,835	498,447	623,058
	전체 진료비	680,839	1,021,259	1,361,678	1,702,098
	(건강보험 부담)	(476,587)	(714,881)	(953,175)	(1,191,469)

그 결과, 실손형 민간의료보험의 도입으로 인한 건강보험 진료비의 증가는 최소 4,255억원에서 최대 1조 7,021억원으로 추계되었고, 이에 따른 국민건강보험공단의 추가 부담은 2,979억원~1조 1,915억원으로 추정된다. 이 규모는 실손형 보험 가입률이 예상 가입률보다 높거나 65세 이상의 연령도 가입가능한 상품이 출시될 경우 더 커지게 되고, 또한 앞으로 건강보험의 보장성이 확대되면 건강보험재정에 대한 영향은 현 추계보다 더 클 것으로 예상된다. 실손형 민간의료보험의 건강보험 법정본인부담금에 대한 보장률을 70% 수준으로 예상하고, 현재의 건강보험 급여 보장성 수준이 높지 않은 점을 고려할 때, 가격탄력성을 -0.3으로 적용하는 것이 타당할 것으로 보이며, 이 경우 건강보험 진료비 증가분은 8,936억원, 이에 대한 건강보험 재정 소요 증가분은 6,255억원이 될 것으로 예상된다.

V. 요약 및 고찰

본 연구는 향후 개인가입 실손형 민간의료보험 상품이 출시되어 건강보험 법정본인부담금에 대한 급여를 제공할 경우, 이것이 건강보험의 재정에 미치는 영향을 살펴본 것이다. 건강보험 재정에 미치는 영향을 분석하기 위해 실손형 민간의료보험 상품에 대한 다양한 건강보험 법정본인부담금 예상 보장률과 가격탄력성을 적용하여 민감도 분석을 실시하였다. 가격탄력성은 기존 연구에서 얻은 값을 이용하였다. 분석에 사용된 건강보험 진료비는 2005년 건강보험통계로부터 산출하였고, 대상 연령은 1-65세로 제한하였으며 성별·연령별 민간의료보험 가입률과 기존 연구에서 조사된 실손형 보험 가입의사를 적용하였다.

본 연구는 몇 가지 제한점을 가진다. 첫째, 아직 실손형 민간의료보험 상품의 내용이 확정되지 않은 상황에서 현재까지 수집된 자료를 기초로 분석하였기 때문에 급여범위에 대해 명확한 자료가 제공되지 않아 건강보험 법정본인부담금 보장률은 예상되는 값으로 최저 50%에서 최고 80%의 보장률을 산정하였다. 둘째, 실손형 민간의료보험이 공제액(deductible) 또는 정액 본인부담금(copayment) 등의 형태로 환자본인부담금을 둘 가능성이 높으나, 연구시점에서는 사용가능한 정보가 없어 이에 대한 내용을 반영하지 못하였다. 셋째, 실손형 민간의료보험이 건강보험 비급여 의료서비스까지를 포함하는 지 명시되지 않아 이를 반영하기 어려웠다. 넷째, 민간의료보험 영역에서는 보험사에 의한 고위험군에 대한 가입회피 등 가입자에 대한 선택(risk selection)이 발생할 것으로 예상되나, 이에 대해 참고할 만한 국내 실증연구가 없기 때문에 본 연구에서는 성별·연령별 가입률만 적용하였다.

본 연구를 통해 실손형 민간의료보험이 건강보험 법정본인부담금에 대한 급여를 제공할 경우 예상되는 의료이용량의 증가가 건강보험 재정에 상당한 영향을 미칠 수 있음을 살펴볼 수 있었다. 실손형 상품이 건강보험의 법정본인부담금을 보장하는 범위를 50%~80%로 놓고, 의료

이용의 가격탄력성 $-0.2 \sim -0.5$ 를 적용하여 1~65세 건강보험 가입자에 대해 증가하는 건강보험 진료비를 기준으로 추계한 결과, 건강보험 진료비의 증가는 최소 4,255억원에서 최대 1조 7,021억원으로 예상되었고, 이에 따른 국민건강보험공단의 추가 부담은 2,979억원~1조 1,915억원으로 추정되었다. 그러나 이 추정치는 제시된 보장률과 가격탄력성 하에서 과소 추정치일 가능성이 있으며, 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 현행 진료비 지불제도 하에서는 실질적 본인부담의 수준이 크게 낮아지면, 우리나라의 경우에는 의료제공자의 유인수요가 작동할 가능성이 있어 의료이용의 증가 규모가 예상보다 더 클 수 있다. 둘째, 앞으로 현재 저평가된 의료수가의 단계적 인상과 의료기술의 발전 및 고가 의료기술로의 대체 등으로 인한 의료서비스 가격의 상승 등을 고려하면, 실손형 민간의료보험으로 인한 의료이용 증가에 따른 건강보험 재정 영향은 더욱 커질 것으로 예상된다. 셋째, 본 연구에서는 65세까지의 건강보험 가입자만을 대상으로 건강보험 재정 부담을 추정하였으나, 앞으로 실손형 민간의료보험 상품의 급여 대상 연령이 상향 조정될 경우에는, 건강보험 재정에 대한 영향은 더욱 커질 것이다. 본 연구에 사용된 자료를 사용하여 65세 초과 연령자도 포함하여 추계한 결과 건강보험 진료비의 증가는 최소 5,777억원에서 최대 2조 3,109억원으로 예상되며, 이에 따른 국민건강보험공단의 추가 부담은 4,044억원~1조 6,177억원으로 추정되었다. 2005년의 경우 65-79세 노인인구의 건강보험 진료비가 전체의 21%를 차지하고 있어⁹⁾ 80세까지 보장하는 상품이 출시될 경우 그 영향은 건강보험 진료비에 대한 영향은 상당히 클 것이다. 넷째, 본 연구에서 사용한 민간의료보험의 예시상품이 보장하는 질병의 범위가 비교적 좁게 설계되어 있으나, 장차 보장 질병의 범위가 크게 넓어질 가능성이 크므로, 이로 인해서 건강보험 재정 영향이 본 연구의 추정치보다 더 커질 것으로 예상된다. 이러한 과소추정의 가능성에도 불구하고 다른 한편으로 고려해야 할 것은 비급여 서비스에 대한 보장이 제공되지 않거나 제한적으로 제공된다면 환자입장에서는 여전히 가격장벽이 존재하기 때문에 예상만큼의 의료이용 증가가 발생하지 않을 소지가 있다. 이 부분에 대해서는 아직까지는 구체적인 예측이 불가능하기 때문에 후속 연구가 필요하다.

건강보험 급여서비스의 법정본인부담금까지 보장하려는 실손형 민간의료보험의 활성화는 가입자 개인 단위에서는 긍정적인 영향을 줄 수 있으나, 국가 전체적으로는 국민의료비 증가뿐만 아니라 건강보험 재정 부담의 증가라는 측면에서 사회 전체적 재원의 비효율적 사용을 초래할 가능성이 높다. 물론, 실손형 민간의료보험의 활성화 정책으로 인해 늘어나는 의료이용 중 일부는 필요한 의료이용일 수도 있겠으나 이를 식별하기 쉽지 않기 때문에 어느 정도의 기여가 가능한지 예측하기 어렵다. 또한, 건강보험 재정에 대한 추가적인 부담과 더불어

9) 2005년 건강보험 통계연보에 따르면 65세 이상 노인인구 전체의 진료비가 전체 진료비의 24%를 차지하고 있어 대부분이 65-79세 노인이 사용하는 의료임을 알 수 있다.

고려해야 할 중요한 문제는 실손형 보험의 혜택은 해당 상품 가입자가 가지는 데 반해서, 그에 따른 건강보험 재정의 추가부담은 민간의료보험 미 가입자에게도 함께 공유된다는 점에서 미 가입자가 이중의 불리를 겪게 되는 점이다. 이와 같이 실손형 민간의료보험 도입에 따른 사회적 비용이 크다면, 이러한 유형의 상품 판매가 본격적으로 활성화되기 전에 그 영향을 줄이는 방향으로의 정책적 전환을 도모할 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 김정희, 정종찬, 김성욱. 건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 건강보험공단;2004.
- 김춘배, 이도성, 김한중, 손명세. 의료보험하에서의 의료수요의 가격탄력성에 관한 실증분석. 예방의학회지 1995; 28(2):450-461.
- 김한중, 이해중. 전국민 의료보험 실시에 따른 사회전체 순편익 분석, 예방의학회지 1989;22(3):398-405.
- 이상이, 전창배, 이용갑, 허순임, 서남규. 의료의 산업화와 공공성에 관한 연구 : 의료산업화를 위한 바람직한 정책방안 모색. 서울: 국민건강보험공단;2005.
- 이진석, 김현수, 김재현, 정백근, 강창구. 민간의료보험 실태와 영향 분석. 충북대학교, 건강보험공단;2005.
- 이진석, 이상이, 정백근, 윤태호, 허순임, 이용갑, 정종찬. 국민건강보장을 위한 국민건강보험과 민간의료보험의 역할 설정방안. 충북대학교, 건강보험공단;2006.
- 최속자, 고수경, 김정희, 이상이. 계층화분석법을 이용한 건강보험 급여확대 상병 우선순위 결정. 보건행정학회지 2006;16(1):73-94.
- Atherly A. The effect of Medicare supplemental insurance on Medicare expenditures. International Journal of Health Care Financing Economics 2002;2(2):137-62.
- Bhattacharya J, Vogt WB, Yoshikawa A, Nakahara T. The utilization of outpatient medical services in Japan. Journal of Human Resources 1996;31(2):450-476.
- Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. The effect of office visit copayments on utilization in a health maintenance organization. Medical Care 1989;27(7):669-679.
- Christensen S, Shinogle J. Effects of supplemental coverage on use of services by Medicare enrollees. Health Care Financing Review 1997;19(1):5-17.
- Colle AD, Grossman M. Determinants of pediatric care utilization. Journal of Human Resources 1978;13(Suppl):115-153.
- Davis K, Russell LB. The substitution of hospital outpatient care for inpatient care. Review

- of Economics and Statistics 1972;54(2):109-120.
- Feldstein PJ. General report", Report of the Commission on the Cost of Medical Care, Part 1. Chicago:American Medical Association;1964.
- Feldstein MS. Hospital cost inflation: a study of nonprofit price dynamics. *American Economic Review* 1971;60:853-872.
- Fuchs VR, Kramer MJ. Determinants of expenditures for physicians' services in the United States, 1948-68. National Bureau of Economic Research Occasional Paper Series, No. 117; 1972.
- Goldman F, Grossman M. The demand for pediatric care: and hedonic approach. *Journal of Political Economy* 1978;86(2):259-280.
- Imai Y, Jacobzone S, Lenain P. The changing Health system in France. OECD Economics Department Working Paper 269; 2002.
- Khandker RK, McCormack LA. Medicare spending by beneficiaries with various types of supplemental insurance. *Medical Care Research Review* 1999;56(2):137-55.
- McAvinchey ID, Yannopoulos A. Elasticity estimates from a dynamic model of interrelated demands for private and public acute health care. *Journal of Health Economics* 1993;12(2):171-186.
- Newhouse JP, Phelps CE. Price and income elasticities for medical care services. *The Economics of Health and Medical Care*. New York:John Wiley & Sons; 1974 ch.9:pp 140-161.
- Newhouse JP, Phelps CE. New estimates of price and income elasticities of medical care services. *The Role of Health Insurance in the Health Services Sector*. New York:National Bureau of Economic Research;1976 ch. 7:pp 261-313.
- Newhouse JP, and the Insurance Experiment Group. *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA:Harvard University Press;1993
- Norton EC, van Houtven CH, Lindrooth RC, Normand SL, Dickey B. Does prospective payment reduce inpatient length of stay? *Health Economics* 2002 Jul;11(5):377-87.
- Phelps CE, Newhouse JP. Effect of coinsurance: a multivariate analysis. *Social Security Bulletin* 1972a:20-28.
- Phelps CE, Newhouse JP. Effect of coinsurance of demand for physician services. *RAND Research Paper Series, No. R-976-OEO*;1972b.
- Phelps CE, Newhouse JP. Coinsurance, the price of time, and the demand for medical

- services. *Review of Economics and Statistics* 1974;56(3):334-342.
- Rosett, RN, Huang L. The effect of health insurance on the demand for medical care. *Journal of Political Economy* 1973;81(March/April):281-305.
- Scitovsky AA, McCall N. Coinsurance and the demand for physician services: four years later. *Social Security Bulletin* 1977:19-27.
- van Vliet R.C. Deductibles and health care expenditures: empirical estimates of price sensitivity based on administrative data. *International Journal of Health Care Finance Economics* 2004 Dec;4(4):283-305.

부록 1. 민간보험상품 설계 내역

구분	1종		2종(단기환급형)	
가입 조건	○ 1세에서 55세까지(0세 제외) • 1년 단위 자동갱신, 65세까지 보장		○ 1세에서 55세까지(0세 제외) • 계약기간 5년	
월 보험료		남	여	
	1세	39,480	31,760	1세 남 5~6만원
	5세	15,930		여 4~7만원
	10세	12,500		
	15세	8,470		5~25세 남 3~6만원
	20세	6,500		여 3~6만원
	25세	6,900		
	30세	8,000		35세 남 4~7만원
	35세	11,380	11,910	여 5~8만원
	40세	13,000		
	45세	18,890	20,850	45~55세 남 8~11만원
	50세	20,500		여 7~10만원
55세	37,720	38,420		
리스크 관리	○ 주요골자 • 입원 : 연간 최장보장금액 3,000만원 • 외래 1회당 10만원 한도, 약국 1회당 5만원 한도 • 공제금액 설정(외래 5,000원, 약국(값) 3,000원까지 보장금액에서 제외) • 상급병실 차액의 70%까지만 보장(1일 7만원한도) ※ 특실 또는 1인실을 이용해 30~40만원 나와도 7만원까지만 보장 • 입원환자일 경우 본인부담금의 70%만 부담...본인이 30%부담			
보장 제외 질병	치과, 한방의료비, 임신, 출산, 산후비, 치매, 정신장애, 선천적 장애, 마약, 습관성 의약품, 의사의 처방에 의하지 않은 일반의약품, 보신용 투약비용, 미용, 성형목적의 수술 및 치료, 비만, 비뇨기계, 치핵, 직장 및 항문질환, 요추 및 추간판 장애, 주근깨, 점, 여드름 등 피부질환, 탈모치료비, 자동차손해보상법 및 산업재해보상보험법으로 처리하는 사고 등은 제외			