

중·고령자의 민간의료보험 가입 여부의 결정 요인

유기봉*, 조우현**, 이민지*, 권정아*, 박은철**†

연세대학교 보건정책 및 관리 연구소*, 연세대학교 예방의학교실**

<Abstract>

The determinants of purchasing private health insurance among middle-aged and elderly Korean adults

Ki-Bong Yoo*, Woo-Hyun Cho**, Minjee Lee*,
Jeoung A Kwon*, Eun-Cheol Park**†

Institute of Health Services Research,
Department of Preventive Medicine, Yonsei University***

Objectives : The coverage of Korean National Health Insurance is limited to basic level. Korean government encourages private health insurance for covering medical securities. So, many studies examined the determinants of purchasing private health insurance. However, 11% of Korean population is older than 65 in 2011. Considering the elderly is important to establish a health policy. The aim of this study is to examine factors determining the purchase of private health insurance among middle-aged and elderly Korean adults.

Methods : We used the second Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA), selected 8,688 sample of the aged 47 or older for the analysis. KLoSA collected information on demographic characteristics, income, health-related factors. KLoSA data include in the number of outpatient, inpatient, oriental hospital visit, dental clinic visit for two years. Logistic regression was used to

* 투고일자 : 2012년 6월 12일, 수정일자 : 2012년 7월 16일, 게재확정일자 : 2012년 8월 7일

† 교신저자 : 박은철, 연세대학교 예방의학교실, 보건정책 및 관리 연구소, 전화 : 02-2228-1862,

E-mail : ecpark@yuhs.ac

examine the relationship between the determinants of purchasing private health insurance and the factors which include age, gender, education, residential district, marital status, smoking, drinking, physical exercise, economic activity status, national health insurance type, income, the number of chronic disease, and the number of outpatient, inpatient, oriental hospital visit, dental clinic visit for two years.

Results : People who were older, did not live in a city, had higher IADL, currently drunk alcohol, did exercise regularly and had chronic diseases more than three were inclined not to purchase private health insurance. Females, the married, well-educated, past & currently smokers, the employed, high income earners, national health insurers, metropolitan citizens and someone who got high MMSE were more likely to purchase private health insurance. The more people experienced outpatients, inpatients, dental clinics and Chinese medicine clinics, the more private health insurance was purchased. The elderly people over 75 had more private health insurance than the aged 65-74. The strongest factors for private health insurance is gender, and economic status such as income.

Conclusion : In this study, we found healthy-high income people were more likely to purchase private health insurance. In contrast, unhealthy-low income and older people did not. The economic factors were strongly related with private health insurance in aged over 75. These mean inequality exists in the using private health insurance. Therefore, the government should consider vulnerable social group before expanding private health insurance.

Key words : Private health insurance, inequality, middle-aged, elderly

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라는 2011년에 65세 인구가 전체 인구의 11%를 넘었고, 이 추세는 가속화되어 2060년에는 전체 인구의 40%가 65세가 될 것으로 추정된다(통계청, 2010). 이에 정부는 고령화로 인한 질병 부담을 덜고자 2005년부터 3차례의 시범사업을 거쳐

2008년 노인장기요양보험 제도를 시행해 고령화 사회를 대비하고 있다(이윤석; 문승권, 2010). 그리고 진료비에 대한 국고 부담을 완화시키고자 국민건강보험은 기초보장으로 한정하고, 공공의료보험의 지원 역할로(Colombo; Tapay, 2004) 민간의료보험의 역할을 강화시키는 정책을 2009년부터 추진하고 있다(이용갑, 2009).

우리나라의 건강보험 보장성은 2009년 기준 약 58.2%로 OECD 평균 약 81.1%에 비해 낮다(OECD, 2011). 민간의료보험 시장 규모는 2008년 33조 4,133억 원으로 전체 보험시장(약 110조 원)의 약 30.2%를 차지하고 있으며(강성욱 등, 2011), 부족한 건강보험 보장성과 정부 정책으로 인해 민간의료보험 시장 규모는 더욱 팽창하고 있는 상황이다.

하지만 민간의료보험 가입자는 도덕적 해이가 발생할 수 있으며, 이에 따라 공공보험의 지출이 증가할 수 있다(Ettner, 1997). 프랑스에서 이루어진 연구에서는, 민간의료보험 가입자의 86%가 비가입자에 보다 외래 방문을 더 많이 하였다(Thomas; Buchmueller, 2004). 또한 민간의료보험에 대한 의존은 전반적인 국가 의료비 지출 증가로 이어질 수 있다(이용재, 2009).

우리나라에서도 전체 인구 집단을 대상으로 민간의료보험 가입에 대한 관련 요인 또는 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 분석에 대한 연구가 여러 차례 진행되었다.

이전 연구에서는 가입에 영향을 미치는 영향을 주로 분석하였고 또 입원 및 외래에 대한 의료이용만을 주로 분석하였다. 하지만 논문 간 결과가 다르다. 몇몇 연구(윤희숙, 2008; 강성욱 등, 2010)에서는 민간의료보험에 대한 의료 이용의 차이가 없다고 하지만 다른 연구(허순임; 임상이, 2007; 이용재, 2009; 조현의 등, 2010; 이현복; 현경래, 2011; 박성복; 정기호, 2011)에서는 의료 이용이 증가한다고 보고하였다. 가입 여부에 대해서는 소득 수준, 교육 수준, 건강 상태 모두 높은 사람이 더 가입하는 것으로 이전 연구에서 보였다(윤수진 등, 2008; 허은정; 김지경, 2009; 권현정, 2011; 이현복; 현경래, 2011; 박성복; 정기호, 2011). 이에 윤희숙의 연구(2008)에서는 소득에 따라 보험 가입율의 차이가 없다고 보고하기도 하였다.

하지만 이는 전체 인구집단을 대상으로 한 것으로, 앞으로 우리나라에서 47세 이상의 중, 고령자의 비율이 높아지는 것을 감안한 연구는 다소 부족한 실정이다.

따라서 이 연구에서는 앞으로 인구 노령화로 늘어날 의료 수요에 대비해 공공의료보험을 보충적인 민간의료보험에 대해 향후 정책 수립의 기초 자료를 제공하기 위해 중, 고령자의 민간의료보험의 가입 결정 요인을 알아보고, 민간의료보험이 그간 연구가 이루어지지 않았던 한방, 치과를 포함해 입원, 외래 등의 의료 이용에 미치는 영향을 알아보겠다.

II. 연구방법

1. 연구대상

이 연구는 한국노동연구원의 고령화연구패널조사(KLoSA) 2008년 제 2차 자료를 이용해 분석했다. 고령화연구패널은 2006년부터 제주도를 제외한 지역에 거주하는 만 45세 이상 10,254명을 대상으로 패널을 구축하고 제 1차년도 기본조사를 실시하였다. 조사 주기는 매 짝수 연도이며, 2008년에 제 2차년도 조사를 완료했다.

중, 고령자의 고용현황과 소득 수준 및 자산 규모와 가족관계, 건강 등을 파악하는 항목을 포함하여 고령화 대비 정책 연구를 위한 자료로 의의가 있다. 이 연구는 2차 고령화연구패널 조사 때의 47세 이상 8,688명을 대상으로 진행했다.

2. 연구 변수와 분석 방법

민간의료보험 가입 여부를 종속 변수로 하고, 독립 변수로서 인구사회학적 특성과 경제적 요인, 건강행태 및 의료 이용 횟수를 정리해 분석했다. 과거 민간의료보험 가입 요인에서 사용된 변수들을 포함하고 각 개인의 건강상태를 알아보기 위한 변수와 의료 이용 횟수를 포함했다.

연령은 중, 고령자를 나누는 기준인 65세를 기준으로 나누고 그의 2분위 수로 4분위 수로 47세에서 54세, 55세에서 64세, 65세에서 73세, 74세 이상으로 나누었다. 혼인 상태는 같이 살고 있다면 혼인 중으로 하고 그 외 사별, 별거, 이혼, 미혼은 단독생활로 분류해 총 두개 범주로 구분했다. 교육수준은 초졸 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 이상 4가지 범주로 구분했다. 거주 지역은 서울이거나 광역시라면 대도시, 도이면서 동부면 중소도시로 나누고 그 외 나머지는 읍면부로 구분하였다.

건강행태변수로 흡연과 음주 모두 비, 과거, 현재 3가지 범주로 구분했다.

경제 지표로 각 개인의 소득 지표로 연간 부부총소득 수치를 4분위 수로 나누어 사용했다. 부부총소득은 부부의 개인총소득을 합친 것으로, 부부가 아닌 사람은 개인총소득을 그대로 반영하게 된다. 개인 총소득은 근로총소득, 자산총소득, 공전이전소득, 자녀나 부모 등의 가족으로부터 금전적으로 지원 받은 금액, 연금 소득, 기타 소득을 모두 합친 소득이다. 동거 또는 비동거 가족으로부터 금전적으로 지원받은 금액이 포함되어 있기 때문에 가구 총소득보다 연구 대상자 개인의 경제력을 설명하기 적합하다고 보았다. 또한 의료보장 형태를 구분하였다.

ADL(Activities of Daily Living), IADL(Instrumental Activities of Daily Living), MMSE(Mini-Mental State Examination), 2년간의 입원 횟수, 치과진료 횟수, 한의원 및 한방병원 진료 횟수, 외래진료 횟수를 주요 독립변수로 사용했다. 그리고 만성질환 수에 대한 변수를 사용했다. 만성질환 수 변수는 고혈압, 당뇨, 암, 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 정신과적 질환, 관절염 및 류마티스 질환에 대해 보유 개수를 나타낸다. ADL은 옷입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 이동하기, 화장실 출입, 대소변 조절 등 일상생활 가능 여부에 대한 점수를 측정하는 도구이다. IADL은 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래하기, 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건 사기, 금전 관리, 전화사용, 약 챙겨 먹기 10가지 문항으로 구성되어 수단적 일상생활 능력을 측정하는 도구로 주로 가정 외부의 활동능력을 평가한다. MMSE는 인지기능평가로 신체활동 외의 인지손상에 대한 측정 도구이다. ADL, IADL, MMSE, 만성질환 수를 이용해 연구 대상의 건강상태에 따른 민간의료보험 가입 여부를 알아보려고 했다.

각 독립변수들에 대해 민간의료보험 가입여부의 현황과 차이를 파악하기 위해 χ^2 검증을 실시하였다. 이 때 연속형 변수(MMSE, IADL, ADL, 입원, 외래, 치과, 한의원 이용 횟수)의 경우 민간의료보험 가입여부에 따라 t-test를 수행하였다.

독립변수들과 민간의료보험 가입여부에 미치는 영향 요인을 분석하기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 이용해 중년 및 고령자 집단에 따라 분석했다. 로지스틱 회귀분석 분석 시 모든 독립변수들 보정하였다.

통계분석은 SAS 9.2를 이용해 유의수준 0.05로 분석하였다.

III. 연구결과

1. 일반적 특성

전체 연구 대상자 중에서 민간의료보험에 가입했다고 응답한 사람은 31.7%였다. 연령별로 차이가 있었는데($p < 0.001$) 연령이 증가함에 따라 민간의료보험 가입자 수가 확연히 줄어들었다. 65세 이상 고령자 중 민간의료보험 가입자는 겨우 13.2% 밖에 되지 않았다. 반면 중령자는 절반 이상인 51.8%가 민간의료보험을 가입하고 있었다($p < 0.001$)(표1).

성별 간에는 민간의료보험 가입도 차이는 없었다($p < 0.94$). 거주 지역 기준으로 대도시와 중소도시에 사는 사람에 비해 읍면부에 사는 사람은 민간의료보험 가입을 적게(22.9%) 하였다($p < 0.001$)(표1).

<표 1> 민간의료보험가입에 따른 연구대상자 특성(1)

단위:명(%)

변 수		민간의료보험 미가입	민간의료보험 가입	p-value
연령(세)	47-54	773(38.6)	1,228(61.4)	<0.001
	55-64	1,234(57.0)	933(43.1)	
	65-74	2006(87.6)	284(12.4)	
	74	1,919(86.0)	312(14.0)	
성별	남자	2,570(68.2)	1,197(31.8)	0.94
	여자	3,361(68.3)	1,560(31.7)	
교육수준	초졸 이하	3,443(83.4)	687(16.6)	<0.001
	중학교 졸업	838(59.8)	563(40.2)	
	고등학교 졸업	1,198(51.9)	1,112(48.1)	
	대학교 이상	451(53.4)	393(46.6)	
거주지역	대도시	2,512(66.7)	1,252(33.3)	<0.001
	중소도시	1,769(63.5)	1,016(36.5)	
	읍면부	1,650(77.1)	489(22.9)	
혼인상태	단독생활	1,680(85.0)	297(15.0)	<0.001
	혼인중	4,251(63.3)	2,460(36.7)	
흡연	비흡연	4,160(68.8)	1,884(31.2)	0.005
	과거흡연	744(70.1)	317(29.9)	
	현재흡연	1,027(64.9)	555(35.1)	
음주	비음주	1,872(59.2)	1,288(40.8)	<0.001
	과거음주	668(77.6)	193(22.4)	
	현재음주	3,391(72.7)	1,276(27.3)	
규칙적 운동 여부	아니오	1,824(59.2)	1,259(40.8)	<0.001
	예	4,107(73.3)	1,498(26.7)	
경제활동 상태	비경제활동자	4,013(79.5)	1,037(20.5)	<0.001
	취업자	1,918(52.7)	1,720(47.3)	
국민건강보험 형태	의료급여	477(91.6)	44(8.5)	<0.001
	국민건강보험	5,454(66.8)	2,713(33.2)	
연간 부부총소득 (만원)	-370	2,099(88.7)	268(11.3)	<0.001
	370-1299	1,658(77.5)	482(22.5)	
	1300-2649	1,302(62.8)	771(37.2)	
	2650-	872(41.4)	1,236(58.6)	
주관적 건강상태	매우 좋은	132(50.6)	129(49.4)	<0.001
	좋은 편	1,413(51.8)	1,316(48.2)	
	보통	2,204(70.4)	929(29.7)	
	나쁜 편	1,748(83.5)	345(16.5)	
만성질환수	0개	2,331(57.6)	1,713(42.4)	<0.001
	1개	1,911(72.8)	713(27.2)	
	2개	1,091(81.2)	253(18.8)	
	3개 이상	598(88.5)	78(11.5)	
계		5,931(68.3)	2,757(31.7)	

교육수준별 민간의료보험 가입률은 초등학교 졸업 이가 16.6%이고 중학교 졸업이 40.2%, 고등학교 졸업이 48.1%, 대학교 이상이 46.6%이다. 학력이 낮을수록 민간의료보험 가입률이 적었다($p<0.001$). 혼인상태별 민간의료보험 가입 여부로 단독생활인 경우 15.0%, 혼인 중인 경우 36.7%로 혼인 중일 경우 민간의료보험을 더 가입하였다($p<0.001$). 취업자(47.3%)는 비경제활동자(20.5%)에 비해 더 민간의료보험을 가입하고 있다($p<0.001$).

부부총소득이 높아질수록 민간의료보험 가입률이 높아지고 있다($p<0.001$). 의료급여를 받고 있는 사람은 단지 8.5%만이 민간의료보험을 가입했다($p<0.001$). 또한 건강상태가 나쁠수록 민간의료보험 가입률은 줄어들었다($p<0.001$). 이 결과는 만성질환 수에서도 비슷하였다($p<0.001$). 운동을 하지 않는 사람(40.8%)이 운동을 열심히 하는 사람(26.7%)보다 민간의료보험 가입률이 더 높았다($p<0.001$).

〈표 2〉 민간의료보험 가입에 따른 연구 대상자 특성(2)

(명, Mean±SD)

변 수	민간의료보험 미가입		민간의료보험 가입		p-value
인지기능점수(MMSE)	5,931	22.5±7.3	2,757	26.2±4.7	<.0001
ADL	5,931	0.2±1.1	2,757	0.01±0.2	<.0001
IADL	5,931	0.8±2.2	2,757	0.1±0.6	<.0001
2년간 입원 횟수	5,931	0.2±0.6	2,757	0.1±0.5	<.0001
2년간 치과 이용 횟수	5,931	1.5±4.4	2,757	2.0±5.9	<.0001
2년간 한의원/한방병원 이용횟수	5,931	2.8±12.7	2,757	2.9±13.5	0.86
2년간 외래진료를 받은 횟수	5,927	10.2±22.3	2,757	7.3±16.0	<.0001

민간의료보험 가입자는 MMSE 점수가 더 높았으며($p<0.001$), ADL, IADL 점수는 더 낮았다($p<0.001$). 입원 횟수와 외래 진료 수는 더 적었으나($p<0.001$), 치과진료 수는 더 많았다($p<0.001$)(표2).

2. 민간의료보험 가입의 영향 요인

민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 중, 고령자에 따라 다중 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 연령, 성별, 교육 수준, 거주 지역, 흡연, 음주, 경제활동 상태, 운동 여부, 국민건강보험 형태, 연간 부부총소득, MMSE, IADL, 입원, 외래, 치과, 한방 이용 횟수에 통계학적으로 유의한 관련성을 보였다(표3).

중,고령자를 대상으로 로지스틱 회귀분석을 시행한 Model 3의 결과를 보면 연령이

많아질수록 민간의료보험을 덜 가입했다. 55세에서 64세 연령층은 47세에서 54세인 연령층에 비해 민간의료보험 가입을 0.77배(95% CI=0.66-0.88) 하였고, 65세에서 74세 미만 연령층은 0.23배(95% CI=0.20-0.28), 74세 이상 연령층은 0.33배(95% CI=0.28-0.40)로 전반적으로 나이가 많아질수록 민간의료보험 가입 확률이 떨어졌다.

남자보다 여자가 민간의료보험을 더 가입했다(OR=2.43, 95% CI=2.05-2.90). 초등학교 졸업 이하 집단에 비해 중학교 졸업(OR=1.58, 95% CI=1.35-1.86) 및 고등학교 졸업(OR=1.52, 95% CI=1.30-1.77), 대학교 이상(OR=1.30, 95% CI=1.05-1.60) 집단이 통계적으로 유의하게 민간의료보험을 더 가입했다. 거주 지역의 경우 대도시에 비해 중소도시가 민간의료보험을 더 가입했고(OR=1.15, 95% CI=1.02-1.31), 읍면부의 경우 덜 가입했다(OR=0.76, 95% CI=0.66-0.88). 혼인 중이라 응답한 사람이 통계적으로 유의하게 민간의료보험을 더 가입했다(OR=0.71, 95% CI=0.62-0.81).

각 건강 행태 변수에 대한 민간의료보험 가입 결과는 다르게 나타났다. 비흡연자에 비해 과거 흡연자(OR=1.27, 95% CI=1.04-1.57), 현재 흡연자(OR=1.24, 95% CI=1.04-1.48) 모두 민간의료보험에 더 가입하였다. 음주의 경우 현재 음주(OR=0.71, 95% CI=0.62-0.81)를 하고 있는 사람이 비음주자에 비해 민간의료보험을 덜 가입하였다. 규칙적으로 운동을 한다고 응답한 집단이 민간의료보험을 덜 가입했다(OR=0.67, 95% CI=0.60-0.76).

경제활동 상태, 의료보장 형태, 연간부부총소득 등 경제 상태에 따른 지표의 경우 경제 상태가 좋을수록 통계적으로 유의하게 민간의료보험을 더 가입했다.

주관적 건강상태와 민간의료보험 간에는 통계적으로 유의하지 않았다. 만성질환을 3개 이상 보유하고 있는 집단은 만성질환을 가지고 있지 않은 집단에 비해 민간의료보험을 덜 가입하였다(OR=0.64, 95% CI=0.48-0.85). 인지기능점수(MMSE)가 높을수록, IADL 점수가 낮을수록, 입원 한의원/한방병원, 치과, 외래를 많이 이용한 사람이 민간의료보험을 더 가입했다.

연령이 증가함에 따라 민간의료보험을 덜 가입하는 경향이 있지만, 65세에서 74세 미만 집단에 비해 74세 이상 집단이 민간의료보험을 더 가입했다(OR=1.40, 95% CI=1.15-1.70). Model 3에 비해 민간의료보험을 더 가입하게 하는 요인으로는 성별, 교육, ADL 등이 있으며 특히 경제력 관련 변수에서 뚜렷한 증가세를 보였다. 경제활동을 하고 있는 사람이 경제활동을 하고 있지 않은 사람에 비해 2.63배(95% CI=2.10-3.30), 연간부부총소득에 따라서는 최대 4배 민간의료보험을 더 한다. 만성질환에 대해서는 1개를 보유하고 있는 집단이 만성질환을 보유하고 있지 않은 집단보다 민간의료보험을 덜 가입했다(OR=0.76, 95% CI=0.60-0.96).

〈표 3〉 민간의료보험 가입여부에 대한 다중 로지스틱 회귀분석

변 수	Model 1 (연령 < 65) OR (95% CI)	Model 2 (연령 ≥ 65) OR (95% CI)	Model 3 (중, 고령자) OR (95% CI)
연령	47-54	1.00	1.00
	55-64	0.66 (0.57-0.77) [*]	0.77 (0.66-0.88) [*]
	65-74		1.00
	75-		1.40 (1.15-1.70) [†]
성별	남자	1.00	1.00
	여자	2.07 (1.68-2.56) [†]	2.93 (2.14-4.00) [†]
교육수준	초졸 이하	1.00	1.00
	중학교 졸업	1.29 (1.06-1.57) [*]	2.08 (1.58-2.75) [†]
	고등학교 졸업	1.28 (1.06-1.55) [*]	1.89 (1.43-2.48) [†]
	대학교 이상	1.20 (0.93-1.54)	1.24 (0.82-1.89)
거주지역	대도시	1.00	1.00
	중소도시	1.13 (0.97-1.31)	1.16 (0.92-1.45)
	읍면부	0.81 (0.68-0.97) [*]	0.67 (0.51-0.87) [*]
혼인상태	단독생활	1.00	1.00
	혼인중	1.13 (0.90-1.41)	1.19 (0.90-1.57) [*]
흡연	비흡연	1.00	1.00
	과거흡연	1.32 (1.02-1.71) [†]	1.26 (0.89-1.78)
	현재흡연	1.11 (0.90-1.38)	1.44 (1.05-1.98) [*]
음주	비음주	1.00	1.00
	과거음주	0.86 (0.66-1.13)	0.89 (0.62-1.27)
	현재음주	0.72 (0.62-0.85) [*]	0.73 (0.57-0.94) [*]
규칙적운동	아니오	1.00	1.00
	예	0.68 (0.59-0.78) [*]	0.74 (0.60-0.91) [*]
경제활동 상태	비경제활동자	1.00	1.00
	취업자	1.52 (1.29-1.78) [*]	2.63 (2.10-3.30) [†]
의료보장 형태	의료급여	1.00	1.00
	국민건강보험	2.83 (1.76-4.55) [†]	1.15 (0.69-1.91)
연간부부	-370	1.00	1.00
	370-1299	1.30 (1.02-1.66) [*]	1.78 (1.31-2.43) [*]
총소득 (만원)	1300-2649	1.50 (1.19-1.89) [*]	2.47 (1.78-3.43) [†]
	2650-	2.38 (1.88-3.02) [*]	4.09 (2.87-5.85) [†]
주관적 건강상태	매우 좋은	1.00	1.00
	좋은 편	1.19 (0.87-1.63)	1.17 (0.60-2.27)
	보통	1.04 (0.75-1.44)	0.85 (0.44-1.66)
	나쁜 편	0.88 (0.60-1.28)	0.62 (0.31-1.24)
만성질환수	매우 나쁨	0.57 (0.29-1.11)	0.60 (0.24-1.48)
	0개	1.00	1.00
	1개	0.94 (0.80-1.11)	0.76 (0.60-0.96) [*]
	2개	0.79 (0.62-1.02)	0.91 (0.68-1.23)
	3개 이상	0.63 (0.42-0.96) [*]	0.67 (0.43-1.04)
인지기능점수(MMSE)	1.01 (1.00-1.03) [†]	1.06 (1.04-1.08) [†]	1.03 (1.02-1.05) [†]
ADL	0.88 (0.66-1.16)	1.41 (1.01-1.98) [†]	1.06 (0.86-1.30)
IADL	0.97 (0.87-1.08)	0.67 (0.55-0.80) [*]	0.84 (0.77-0.92) [*]
2년간 입원 횟수	1.23 (1.07-1.40) [*]	1.21 (1.00-1.45) [*]	1.22 (1.10-1.35) [*]
2년간 치과 이용횟수	1.02 (1.01-1.04) [†]	1.03 (1.01-1.05) [†]	1.03 (1.01-1.04) [†]
2년간 한의원/한방병원 이용횟수	1.01 (1.01-1.02) [†]	1.01 (1.00-1.01) [†]	1.01 (1.01-1.01) [†]
2년간 외래진료를 받은 횟수	1.01 (1.00-1.01) [†]	1.00 (0.99-1.01)	1.00 (1.00-1.01) [†]

1) ^{*} : p < 0.05

IV. 고 찰

이 연구는 중, 고령자 중에서 어떤 사람이 민간의료보험에 가입하는지 그에 대한 관련 요인을 알아보고자 하였다.

연령이 많아질수록 민간의료보험 가입률이 낮아졌다. 이는 이전 선행 연구(이현복; 현경래, 2011; 허은정; 김지경, 2009)과 동일한 결과였으며 과거 대만에서 시행하나 연구와도 동일하였다(Liu; Chen, 2002). 하지만 이 연구에서 살펴보면 75세 이상 연령대에서 65세에서 74세인 집단보다 민간의료보험에 1.4배 더 가입하는 경향을 보였다.

남성보다는 여성이, 교육 수준이 높을수록, 소득이 많을수록 민간의료보험 가입률이 높아지는 것은 과거 대만에서 시행한 연구와 동일하였다(Liu; Chen, 2002). 대만의 경우 단일 의료보장방식이고 본인일부부담제도를 운영하고 있으며 민간의료보험이 활성화된 시장이기 때문에 우리나라의 보험 정책과 비교하기 좋은 국가이다.

만성질환의 수가 많아질수록 민간의료보험 가입을 덜하였다. 한국의료패널 데이터를 사용한 이현복(2011)의 연구에서도 만성질환이 있는 경우에 민간의료보험 가입률이 낮았다. 김성옥(2005)과, Yoon et al(2005)의 연구에서도 만성병이 있거나 건강하지 않은 사람들의 민간의료보험 가입률이 낮게 나타났다. 이는 위험선택이 우리나라 보험 시장에 있음을 시사한다. 만성질환 변수에 대한 경우, 다른 조건은 동일한 상황에서 각 만성질환에 대해 보유 여부로 나누어서 분석했을 때 모두 유의하지 않은 결과를 나타내었다. 여러 만성질환을 보유해 건강이 악화된 사람이 민간의료가입을 덜 하는 것으로 나타난 것이다.

취업을 하거나, 부부총소득이 높아질수록 민간의료보험 가입이 높아진다는 점, 지역별로 읍면부가 민간의료보험이 낮다는 점은 저소득층이 민간의료보험 가입률이 낮다는 것을 일괄적으로 시사한다. 이는 과거 선행연구(허은정; 임상이, 2009; 권현정, 2011; 이현복; 현경래, 2011; 박성복; 정기호, 2011)와 동일한 결과이다. 이번 연구에서 경제 관련 요인들은 성별을 제외한 요인보다 가장 많은 영향을 주는 것으로 확인되었다.

이 연구의 결과에서는 박성복과 정기호(2011)의 연구와 강성옥 등(2010) 연구 결과와 달리 입원, 외래 모두 더 많이 이용하는 사람이 민간의료보험을 더 가입하였고, 더 나아가 치과, 한방 병원을 더 이용하는 사람이 민간의료보험을 더 많이 가입하였다. 이혜재 등(2009)은 저소득층에서 여전히 경제적 이유로 인해 의료 접근성이 제약이 있다고 언급했고, 김재호(2011)의 연구에서는 직접적으로 민간의료보험 가입자에 따른

입원, 외래 횟수에 도덕적 해이가 발생했고 특히 소득이 높은 층에서 현저히 높았다. 이번 연구 결과도 이러한 측면을 반영한 가능성이 있고, 이를 확실히 규명하기 위해 민간의료보험 가입 시점에 따른 의료 이용량을 분석하는 추가 연구가 필요할 것이다.

인지기능(MMSE) 점수가 높은 사람이 민간의료보험에 더 가입하였다. 이는 치매 환자가 민간의료보험에 덜 가입하는 것이라 볼 수 있다. 치매의 사회경제적 비용은 매우 크고 수발자에 대한 정신적 스트레스가 상당하기(천숙희, 2011) 때문에 국가적으로 치매에 대한 보장성 확대가 필요하다.

현재 음주를 하면서, 규칙적으로 운동하고, IADL 점수가 높은 사람이 민간의료보험을 덜 가입했다. 주관적 건강인식상태에 따라 민간의료보험 가입에 유의한 차이는 없었지만, 실제 몸을 활동적으로 사용할 수 있다고 생각하는 층에서는 민간의료보험이 필요 없다고 여기는 것으로 보인다. 단, 흡연의 경우 비흡연자에 비해 과거 또는 현재 흡연하는 사람이 민간의료보험에 더 가입하였다. 이는 위험 회피적일수록 보험에 가입할 가능성이 높다는 Mossin(1968)의 연구와 일부 일치한다.

75세인 집단과 65세에서 74세인 집단 간의 민간의료보험 가입 요인에 대해서는 선행 연구가 이루어지지 않았기 때문에 로지스틱 회귀분석을 통해 비교했다. 고령자 층에서 민간의료보험 가입에 가장 강하게 영향을 미치는 요인은 경제적 변수들이었다. 경제활동 상태, 연간부부총소득에 따라 민간의료보험에 더 가입하였는데, 소득에 따라서 최대 4배 민간의료보험에 더 가입을 하였다. 그 외 성별 요인이 더 강하게 나타나 남성에 비해 여성이 2.93배 더 민간의료보험을 가입하였다. 이 사실은 연령이 증가함에 따라 소득 격차가 심화되고(석상훈, 2009), 소득이 높을수록 건강 수명이 높다(서연숙, 2011)는 연구 결과가 반영된 것이라 볼 수 있다.

하지만 패널 자료를 이용하지 않고 건강보험공단, 심사평가원, 민간보험사로부터 취합한 데이터를 이용한 윤희숙(2008)의 연구만은 저소득층과 고소득층간에 민간의료보험 가입에 차이가 없고, 의료 이용에도 차이가 없다는 연구 결과를 발표했다.

국민노후보장패널조사 자료를 이용해 중, 고령자의 민간의료보험 가입 요인을 분석한 허은정(2009)의 연구와 비교했을 때 소득, 거주 지역, 질환 여부에 대한 부분은 동일한 결과를 보였다. 하지만 육체적 건강상태가 나쁠수록, 그리고 정신적 건강상태가 좋을수록 민간의료보험에 더 가입한 것으로 나타났다고 하는데, 이번 연구에서 육체적 건강상태에 대한 운동 여부 또는 IADL 변수와 정신적 건강상태에 대한 MMSE 변수에 대한 결과와 일치하였다. 질환이 없는 경우에 민간의료보험을 더 많이 가입했다고 하는데 이것 역시 이번 연구와 일치한 결과를 보였다.

V. 결 론

이 연구의 제한점으로 첫째, 민간의료보험 가입 시점을 통제할 수가 없었다. 그래서 만성질환 발병 시점, 의료 이용과 민간의료보험 가입 시점에 대한 선후 관계를 규명하기 어려운 점이 있다. 둘째로 민간의료보험은 다양한 형태로 존재하고 가입자가 그 중 하나의 상품을 선택해 사용하는데, 상품에 따른 가입률 차이를 구분할 수 없었다.

이와 같은 제한점에도 불구하고 중, 고령자의 민간의료보험 가입요인에 가장 높은 관련성을 보이는 요인으로는 경제적 요인이라는 점이고, 이로 인해 불평등이 생길 수 있다는 점을 주목할 수 있다. 특히 현재 건강하고 소득이 높은 층, 그리고 의료를 많이 이용하고 있는 층에서 민간의료보험을 더 많이 가입해 있다는 점을 확인했다. 그리고 저소득층, 고령, 건강이 안 좋은 군에서 민간의료보험의 가입이 적고, 특히 연령이 75세를 넘어가면 소득 요인이 강해진다는 점을 고려했을 때, 경제적 취약계층에 대한 정책적 대책 및 정부가 취하고 있는 ‘부족한 공공보험을 대체하는 민간의료보험’이라는 정책적 입장에 대해 추가적인 분석을 통해 다시 고려할 필요가 있다. 민간의료보험으로 국민건강보험의 보장성을 대체(Colombo; Tapay, 2004)한다는 정책의 한계점으로 저소득층에 대한 보장성을 확대 등의 수직적 형평성을 고려해야한다.

향후에는 75세 이상 인구집단에 대해 민간의료보험에 따른 의료이용을 분석한다면 고령화시대에 따른 고령층의 의료 이용의 특수성을 파악할 수 있을 것으로 보이고, 이에 따라 정책 수립에 도움이 될 것으로 보인다.

참 고 문 헌

- 강성욱, 유창훈, 오은환, 권영대(2010). 민간의료보험이 과연 의료이용을 증가시키는가, 보건경제와 정책연구, 16(1): 139-159
- 강성욱, 유창훈, 권영대, 오은환(2011). 2008년 민간의료보험시장 규모 추계, 보건의료 정책포럼:2 1-41
- 권현정(2011). 패널 자료를 이용한 경제적 변화가 민간의료보험 가입 이행에 미치는 영향, 사회복지정책, 38(3): 131-158
- 김성욱(2005). 민간보험 가입에서의 선택과 의료 서비스 이용, 제6회 한국노동패널 학술대회 논문집: 237-258
- 김재호(2011). 민간보험가입자의 소득계층별 의료수요의 도덕적 헤이 추정, 보험학회

지, (86) 95-126

- 박성복, 정기호(2011). 민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구, 보험학회지, 88: 23-49
- 서연숙(2011). 중고령자의 사회경제적 지위에 따른 건강수준 연구, 한국노년학, 31(4): 1135-1153
- 석상훈(2009). 고령자 세대의 소득분포 및 소득이동, 재정학연구, 2(4): 61-88
- 윤수진, 김성주, 유승흠, 오현주(2008). 민간의료보험 활성화에 대한 입원환자의 인식 및 태도에 미치는 영향, 한국병원경영학회지, 13(1): 24-41
- 윤희숙(2008). 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향, 한국개발연구, 30(2): 99-128
- 이윤석, 문승권(2010). 노인장기요양보험 도입 후 요양병원 이용에 영향을 미치는 요인, 한국병원경영학회지, 15(1):49-69
- 이용갑(2009). 민간의료보험 활성화 정책 결정과정 연구, 보건과 사회과학, 26: 5-39
- 이용재(2009). 국가의료보장체계에서 민간의료보험 의료비의 영향분석, 인문사회과학 연구, 22: 153-182
- 이혜재, 이태진, 전보영, 전영일(2009). 일반층과 저소득층의 의료이용에 영향을 미치는 요인, 보건경제와 정책연구, 15(1): 79-106
- 이현복, 현경래(2011). 민간의료보험 가입자 특성과 가입요인에 관한 연구, 사회보장연구, 27(1): 217-240
- 조현의, 권기현, 문상호(2010). 민간의료보험이 의료서비스 이용에 미치는 영향, 정책 분석평가학회지, 20(2): 103-128
- 천숙희(2011). 치매노인을 돌보는 여성가족수발자의 지각된 속박감과 우울 및 주관적 안녕감의 관계, 여성건강간호학회지, 17(3):285-293
- 허순임, 임상이(2007). 실손형 민간의료보험의 도입이 국민건강보험 재정에 미치는 영향, 보건행정학회지, 17(2):1-17
- 허은정, 김지경(2009). 중,고령자의 민간의료보험 가입 및 지출액 결정요인, 소비자학 연구, 20(4): 107-127
- Colombo F, Tapay N(2004). Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health system, OECD Health Working Papers, 15(6): 1-54
- Ettner SL(1997). Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by

the elderly, *Journal of Health Economics*, 16: 543-562

Kang S, You CH, Kwon YD, Oh EH(2009). Effect of supplemental insurance on physician visits in Korea, *Journal of the Formosan Medical Association*, 108: 912-920

King D, Mossialos E(2005). The determinants of private medical insurance prevalence in England 1997-2000, *Health Services Research*, 40(1): 195-212

Liy TC, Chen CS(2002). An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan, *Social Science & Medicine*, 55: 755-774

Mossin J(1968). Aspect of rational insurance purchasing, *Journal of Political Economy*, 76: 553-568

OECD(2011). *OECD Health Data 2011*

Tomas C, Buchmueller AC(2004). Private health insurance in France, *OECD Health Working Paper*, 12(3): 1-30

Yoon TH, Hwang IK, Sohn HS, Koh KW, Jeong BG(2005). The determinants of private health insurance purchasing decisions under national health insurance system in Korea, *Korean Journal of Health Policy and Administration*, 15(4): 161-175