

중증질환자의 민간의료보험 가입 현황 및 관련요인

김석환
서영대학교 보건의료행정과

Status and related factors of private health insurance for severely ill patients

Seok-Hwan Kim

Department of healthcare-administration, Seoyeong University

요약 이 연구의 목적은 중증질환자들을 대상으로 민간의료보험 가입자와 미가입자간의 특성을 파악하고, 가입 요인을 분석하기 위함이다. 연구도구는 2015년도 국민건강영양조사 자료를 이용하였으며, SPSS ver 23.0을 사용하였고, 연구 대상자는 19세 이상 중증질환자(암, 심장질환, 뇌혈관질환) 417명을 선정하였다. 분석방법은 민간의료보험 가입 현황과 차이를 파악하기 위해 교차분석을 실시하였고, 민간의료보험 가입에 미치는 요인을 분석하기 위해 이항 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과 사회·인구학적 특성에서는 성별, 거주지, 혼인상태와 관계없이 나이가 젊을수록 높았다. 그리고, 사회·경제적 상태에서는 교육수준과 관계없이 가구소득이 높을수록, 의료급여대상자에 비하여 건강보험대상자의 가입률이 높았다. 건강행태에서는 주관적 건강 인식 및 걷기 실천과 무관하게 활동제한이 있는 집단의 민간의료보험 가입률이 낮았으며, 설명력은 51.7%이었다. 그러므로, 중증질환자 중 민간의료보험에 가입하지 못한 집단을 선별하여 생활환경 개선 및 지방자치단체의 지원을 촉구해야 할 것이다. 또한, 사회적 취약계층 및 건강행태에 제한 있는 집단을 대상으로 중증질환 예방을 위한 정부의 보건교육 또는 프로그램 제공 등 다양한 보건정책을 고려해야 할 것이다.

Abstract This study was conducted to investigate the characteristics of private health insurance subscribers and non-subscribers as they relate to severely ill patients, and to identify the factors of participation. The study was conducted using the National Health and Nutrition Examination Survey for 2015, and data were analyzed using SPSS ver. 23.0. The subjects were 417 patients with severe disease (cancer, heart disease, cerebrovascular disease) over 19 years of age. Crossover analysis was employed to identify differences between the state of private health insurance participation, while binary logistic regression analysis was used to confirm the factors affecting private health insurance subscription. Analysis of the effects of the subjects on the private health insurance participation rate revealed that the social and demographic characteristics were higher in younger individuals regardless of sex, residence, or marital status. Moreover, higher household income, regardless of the education level, was associated with a higher participation rate of health insurance target individuals compared to medical benefit target individuals. The private health insurance participation rate was low and the explaining power was 51.7%, regardless of subjective health awareness and walking practice. Therefore, efforts should be made to improve the living environment and support local governmental programs for the elderly, low income households, socially vulnerable groups with limited activities and groups with limited health behavior. It is also necessary to consider various health policies, such as providing government health education or programs to prevent severe illness.

Keywords : health life behavior, national health insurance, private health insurance, severe ill patient, social vulnerable class

*Corresponding Author : Seok-Hwan Kim(Seoyeong Univ.)

Tel: +82-31-930-9591 email: rabbitear7@hanmail.net

Received September 18, 2017

Revised (1st October 12, 2017, 2nd October 25, 2017)

Accepted January 5, 2018

Published January 31, 2018

1. 서론

1.1 연구의 필요성

건강증진과 의학의 발달로 인간의 평균수명이 길어지는 반면, 중증질환에 의한 사망률은 오히려 증가하고 있는 추세이다. 중증질환(severely illness disease)이란, 중세가 아주 위중한 질병인 암, 뇌혈관 질환, 심장 질환 등을 가리키는 것으로써, 우리나라의 경우, 2015년 현재 인구 51,069,375명 중 총 사망자 수는 275,895명이며, 사망원인통계 작성(1983년) 이래 최대치를 기록하고 있다. 10대 사망원인은 악성신생물(암), 심장질환, 뇌혈관 질환, 폐렴, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 만성하기도 질환, 간 질환, 운수 사고, 고혈압성 질환 순이다. 10대 사인은 전체 사망원인의 70.1%를 차지하였고, 3대 사인(암, 심장질환, 뇌혈관질환)은 전체 사망원인의 47.0%를 차지하였다[1]. 이는 우리나라뿐만 아니라 세계적으로 증가하는 추세이다[2].

2015년 한국의료패널 심층분석보고서에 의하면, 2013년 1인당 본인부담 의료비가 암인 경우 1,280,820원, 뇌혈관질환인 경우 703,824원, 심장질환인 경우 503,134원으로 조사되었다[3]. 또한, 2015년 급여비 기준으로 순환기계의 질환(I00-I99)은 5,718,711,472,000원으로 1위를 차지하였고, 신생물(C00-D48)은 5,174,218,988,000원으로 2위, 그 다음으로는, 근골격계 및 결합조직의 질환(M00-M99) 4,650,877,497,000원, 호흡기계의 질환(J00-J99) 4,418,471,849,000원, 소화기계의 질환(K00-K93) 4,213,493,991,000원 순으로 나타나[1] 3대 사인 질환의 경제적 부담이 상대적으로 크다는 것을 알 수 있다. 이처럼 과중한 진료비 부담으로 치료를 포기하는 암환자가 13.7%나 되며, 암투병 이후 실직하는 경우가 83.5%에 달한다[4]. 게다가 암 환자 및 암 환자를 돌보는 가족의 높은 경제적 부담감도 선행 연구에서 보고된 바 있다[5]. 또한, 희귀난치성질환은 발생빈도가 매우 낮지만 질병의 대부분이 중증이면서 만성적 경과를 보이고 이 또한 고액의 의료비 지출로 가계의 사회·경제적 수준이 크게 저하될 수 있는 질병이다[6]. 여기에 선택진료비, 상급병실료, 간병비와 같은 비급여를 추가하여 고려한다면 그 이상의 막대한 정신적, 경제적, 사회적 손실이 예측된다.

우리나라 국민건강보험은 낮은 보험료 및 의료비 지출에도 불구하고 높은 건강성과를 달성해 왔지만[7], OECD 회원국과 비교할 때 전체 의료비 중 정부 재원이

로 보장하는 비중이 매우 낮은 편이다. 우리나라의 경우 2012년을 기준으로 전체 국민의료비 중 공공지출이 차지하는 비중이 54.5%에 불과한데, 이는 OECD 평균 72.3%에 비하여 크게 미치지 못한다[8]. 이에 정부는 국민건강보험의 낮은 보장률을 보완하는 동시에 중증질환으로 인한 가정파탄 및 빈곤전략[9]을 방지와 환자의 의료비 부담을 완화하기 위한 ‘산정특례제도’를 운영하고 있다[10]. 하지만, ‘산정특례제도’를 시행했음에도 불구하고, 재난적 의료비 발생에 대한 두려움과 건강보험의 보장성 부족 때문에 국민들은 여전히 민간의료보험에 가입하는 것으로 나타났다[11].

우리나라 민간의료보험 관련 분석보고서에 의하면, 가구원의 민간의료보험 가입률은 2008년 67.0%에서 2013년 74.2%로 매년 증가하였다. 남성이 여성에 비해 조금 더 높은 비중을 차지하였고, 10세 미만의 민간의료보험 가입률이 가장 높았으며 80세 이상 가구원의 가입률이 가장 낮았다. 배우자가 없는 가구보다 있는 가구원의 가입률이 더 높았고, 의료급여대상자보다 국민건강보험 가입자의 가입률이 월등히 높았다. 소득분위가 높아질수록 민간 의료보험 가입률이 높았으며, 장애여부에 따라서는 장애가 없는 가구원의 가입률이 훨씬 높았다[3]. 이와 관련하여, Park과 Jeong(2011)의 연구에서도 저소득계층, 노인층, 장애인 등 사회적 취약계층의 민간 의료보험 가입확률이 낮게 나타났고[12], Baek 등(2012)의 연구에서도 경제적 능력이 낮은 계층은 상대적으로 민간의료보험의 가입이 낮아 사회적 취약계층에 대한 대안 방안의 필요함을 주장하였다[13]. 이와 함께 연령, 소득, 교육수준은 물론 건강관리에 관한 행태도 민간의료보험 가입과 관련 있는 연구가 이루어졌다. 만성질환을 보유하고 있거나 응급서비스와 입원경험이 있는 경우[14], 장애가 있는 경우 민간의료보험 가입 확률이 낮아지고[15], 만성질환의 개수가 많을수록 민간의료보험 가입 확률이 높았다[16]. Lee 등(2010)은 신체활동을 실천하는 비율은 민간의료보험 가입자가 더 높았고, 걷기를 실천하는 비율과 1주일간 걷기일수는 민간의료보험 가입자가 미가입자보다 적어 건강행태와 민간의료보험 가입율과의 연관성을 밝혔다[17].

해외의 나라별로 정리 해 보면, 칠레는 국민의 27%가 민간의료보험에 가입하고 있으며, 소득이 높을 때, 낮은 연령이, 낮은 보험료일수록, 지난 3개월 동안 재원일수가 길수록, 가족의 수가 적을수록, 소도시보다는 대도시

거주자가 공보험보다 민간의료보험을 더 선호하였다. 당시 공보험이 취약한 상태에서 민간의료보험을 도입한 결과, 공보험은 저소득층을 위한 보험으로 반영되었으며, 고소득자들이 가입한 민간의료보험과 사회적 격차가 발생하는 등 부정적인 평가를 받았다[18]. 호주는 1984년 메디케어 도입 후 민간의료보험 가입자가 1983년 64%에서 12년 이후 1995년 38%로 급감하였고, 연령별로는 35-54세가, 지역별로는 대도시에 거주하는 자가, 가족이 있는 경우가, 소득이 높을수록 민간의료보험에 가입을 더 하였다[19]. 영국은 주관적 건강평거나 흡연과 같은 건강상태변수는 민간의료보험 가입확률에 영향을 주지 않은 것으로 나타났지만, 학력과 소득이 높을수록, 여성보다는 남성이, 중도우파(中道右派) 정당을 선호할수록 높은 가입률을 보였고, 특히, 병외래진료의 장기적 대기시간이 민간의료보험 가입의 주 요인이었다[20]. 프랑스는 ESPS(European Social & Political Studies) 서베이 자료를 이용하여 분석한 결과 고용상태가 매우 설명력 있는 변수로 확인되었으며, 소득이 높을수록 민간의료보험에 가입할 확률이 높게 나타나 사회적 불평등이 존재한다는 결과를 제시하였다[21, 22]. 대만은 1995년 전국 민간의료보험 도입 후 민간의료보험 가입이 증가하였으며, 나이가 많을수록 가입확률이 높았지만, 65세 이상의 집단은 민간보험사의 위험선택(risk selection)으로 가입률이 제한되었다. 특히, 본인일부부담제도와 국토의 2/3가 산악지형인 섬나라에서의 거주지역이라는 특징이 대만 민간의료보험 가입의 주요인이 되었다[23].

이렇게 국내외의 민간의료보험 가입요인에 대한 선행 연구 및 자료를 정리 해 보면, 거주지, 성별, 나이, 혼인 상태, 가구소득, 교육수준, 의료보장 유형, 주관적 건강 상태, 활동제한, 건기실천에 따라 차이를 보이고 있었다. 그리고, 각 국가의 연구를 살펴보면, 민간의료보험 선택에 영향을 미치는 요인은 각 나라의 특징과 개인적 특성에 따라 다르게 나타났다.

국민건강보험 보장성 강화를 주장하는 측에서는 민간의료보험의 활성화가 첫째, 공보험의 체계를 축소시키는 방향으로 영향을 미칠 가능성이 크고, 둘째, 공보험은 ‘기본보험’이고, 민간보험은 그 이상을 원하는 사람들의 선택에 맡기자는 논리가 적용되면, 공보험은 ‘기본적 영역’으로 제한될 소지가 크다. 셋째, 공보험이 축소됨에 따라 국민의료비 중에서 사적 영역으로 지출되는 재원의 비율이 더욱 높아지게 될 것이며, 그 결과 건강에 관한

형평성, 의료이용의 형평성이 악화될 가능성이 커지게 될 것[24]으로 전망하고 있다. 한편, 민간의료보험의 활성화를 주장하는 측은 민간의료보험의 활성화가 국민건강보험의 불충분한 보장을 보충함으로써 국민들에게 건강위험으로부터 안정감을 제공하고 이를 통해 새로운 성장영역을 구축할 뿐 아니라 추후 WTO협상에 따른 의료시장개방에 대비한 의료허브를 구축하기 위한 수단으로 바라보고 있다[25].

1.2 연구의 목적

민간의료보험과 관련된 지금까지의 논의는 민간의료보험 가입에 미치는 영향에 주요 관심을 두어 왔으며 [14, 26], 최근에는 민간의료보험과 의료이용과의 연관성에 관한 연구[13, 16]가 이루어지고 있으나, 지나치게 무거운 의료비를 지출하고 있는 중증질환자들의 민간의료보험 가입현황이나 가입요인에 대한 연구는 미비한 실정이다. 이에 이 연구는 현재 우리나라의 중증질환자를 대상으로 민간의료보험 가입의 요인을 파악하고자 한다.

이 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 연구대상자의 민간의료보험 가입 현황을 탐색한다.
- 둘째, 연구대상자의 민간의료보험 가입에 관련한 요인을 비교·분석한다.

2. 연구방법

2.1 연구대상 및 자료수집방법

이 연구는 2015년에 시행된 제6기 국민건강영양조사(KNHANES VI-3) 자료를 이용하였다. 국민건강영양조사는 국민건강증진법 제16조에 근거하여 시행하는 국민의 건강행태, 만성질환 유병현황, 식품 및 영양섭취실태에 관한 법정조사이며, 통계법 제17조에 근거한 정부지정통계(승인번호 제117002호)이다. 연구 대상자는 국민건강영양조사에 참여한 7,550명 중 변수의 결측치가 있는 케이스를 제거하고, 19세 이상 중증질환자(암, 심장질환, 뇌혈관질환) 417명을 최종 선정하였다.

2.2 변수정의

이 연구에서의 중증질환은 암, 심장질환, 그리고 뇌혈관질환으로 한정하였다. 그 이유는 4대 중증질환 중 회

귀난치성질환을 제외한 이들 세 개의 질환이 우리나라 3대 사망원인으로 분류되어 있을 정도로 표본이 충분하였기 때문이다. 또한, 2015년의 경우 총 사망자 중 47.0%가 동 질환으로 사망[1]한 반면, 희귀난치성질환의 경우 국민건강영양조사에서 질환자를 정확히 파악하기가 쉽지 않은 뿐더러 해당 질환자의 표본이 많지 않았다.

주요변수는 민간의료보험 가입 요인과 관련한 기존 연구 및 자료를 토대로 사회·인구학적 특성(성별, 나이, 거주지, 혼인상태), 사회·경제적 상태(가구소득, 교육수준, 의료보장 유형), 건강행태(주관적 건강상태, 활동제한, 걷기실천)로 구분하여 설정하였다.

2.2.1 종속변수

이 연구의 종속변수는 민간의료보험 가입여부로 선정하였다.

2.2.2 독립변수

2.2.2.1 사회·경제적 상태

교육수준은 초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸 이상으로 구분하였다. 가구소득 수준은 가구균등화소득(=월평균 가구 총소득/√가구원수)의 사분위수에 근거하여 하, 중하, 중상, 상의 4개 범주로 구분하였다. 의료보장 유형은 의료급여 1종과 2종을 의료급여 수급자로 분류하였고, 건강보험 대상자는 지역가입자와 직장가입자로 구분하였다.

2.2.2.2 건강행태

건강상태에 관한 변수는 활동제한 여부, 주관적 건강상태, 걷기실천 여부를 사용하였다. 주관적 건강상태(매우 나쁨=1, 나쁨=2, 보통=3, 좋음=4, 매우 좋음=5)는 5점 척도에 의해 구분하였고, 활동제한 여부(아니오=0, 예=1)와 걷기실천 여부(아니오=0, 예=1)는 2점 척도로 구분하였다

2.2.3 통제변수

사회·인구학적 변수에는 성별, 나이, 거주지, 혼인상태의 변수가 포함되었다. 연령은 19세부터 10세 간격으로 구간을 나누되 희귀분석에서는 등분산을 위하여 연속형으로 적용하였다. 혼인상태는 혼인(현재 배우자가 있는 그룹)과 이혼, 사별, 별거, 미혼을 묶어 미혼(배우자가 없는 그룹)으로 구분하였다.

2.3 자료분석

사회·인구학적 특성, 사회·경제적 상태 및 건강행태별로 민간의료보험 가입 현황과 차이를 파악하기 위해 교차분석(Chi-square analysis)을 실시하였다. 그리고, 민간의료보험 가입에 미치는 요인을 분석하기 위하여 민간의료보험가입을 종속변수로 이항 로지스틱 회귀분석(Binary logistic regression analysis)을 실시하였다. 자료의 통계처리는 SPSS ver 23.0을 사용하였다.

3. 연구결과

3.1 연구대상자들의 민간의료보험 가입 현황

연구대상자 417명 중 민간의료보험에 가입한 자는 51.6%로 과반수 이상을 차지하였다. 연령별로는 젊은 층인 19~29, 30~39대가 100.0%로 가장 가입률이 높았고, 나이가 많을수록 가입률이 떨어져 70세 이상 노인의 경우 19.7%만이 가입하였다($p<0.001$). 혼인상태별로는 혼자 거주하는 미혼(43.8%)보다 배우자와 함께 거주하는 기혼(64.2%)의 가입률이 높았다($p<0.001$). 가구소득별로는 가구소득 하인 경우가 가장 낮았고, 상인 경우가 가장 높았으며($p<0.001$), 교육수준별로는 초졸이하가 33.3%로 가장 낮은 반면에, 대졸이상이 80.0%로 가입률이 가장 높았다($p<0.001$). 의료보장유형별 민간의료보험 가입률로는 지역가입자, 직장가입자, 의료급여대상자 순이었고($p<0.001$), 주관적 건강인식은 좋다고 응답한 자가 63.2%로 가장 많이 가입하였다($p<0.01$). 활동제한이 있는 자가 없는 자보다 민간의료보험 가입을 많이 했으며($p<0.001$), 걷기실천을 하는 자가 하지 않는 자보다 가입을 더 많이 하였다($p<0.01$)<표 1>.

3.2 연구대상자들의 민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인

민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 민간의료보험가입 여부를 종속변수로 이항 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 그 결과, 나이, 혼인상태, 가구소득, 의료보장 유형, 활동제한이 통계적으로 유의미한 영향을 미쳤다<표 2>. 사회·인구학적 특성인 모델 I의 결과를 보면, 나이가 1세 증가할수록 0.873배 민간의료보험 가입률이 낮았다. 미혼보다는 기혼이 1.877배 민간의료보험 가입이 높았지만, 성별과 거주지는 통계적으로

Table 1. Study Subject's Participation Situation of Private Health Insurance

Variable	PHI or Not		P	
	No-PHI	PHI		
Gender	Women	112(45.3%)	135(54.7%)	0.127
	Men	90(52.9%)	80(47.1%)	
Age	19~29	0(0.0%)	3(100.0%)	0.000
	30~39	0(0.0%)	9(100.0%)	
	40~49	4(11.8%)	30(88.2%)	
	50~59	17(20.5%)	66(79.5%)	
	60~69	55(42.0%)	76(58.0%)	
	70~	126(80.3%)	31(19.7%)	
Residence	Special City	32(41.6%)	45(58.4%)	0.398
	Metropolitan city	59(50.9%)	57(49.1%)	
	General City-County	111(49.6%)	113(50.4%)	
Marital status	No partner	61(64.2%)	34(35.8%)	0.000
	Partner	141(43.8%)	181(56.2%)	
Household income	Low	106(74.6%)	36(25.4%)	0.000
	Medium-Low	53(49.1%)	55(50.9%)	
	Medium-High	33(36.7%)	57(63.3%)	
	High	10(13.0%)	67(87.0%)	
Socio-economic status	Less than Elementary school Graduation	126(66.7%)	63(33.3%)	0.000
	Middle School Graduation	31(44.9%)	38(55.1%)	
	High school graduation	32(34.0%)	62(66.0%)	
	University graduation or more	13(20.0%)	52(80.0%)	
Health care type	Medicaid	25(86.2%)	4(13.8%)	0.000
	Local subscriber	61(44.2%)	77(55.8%)	
	Work subscriber	116(46.4%)	134(53.6%)	
Perceived health status	Bed	104(58.8%)	73(41.2%)	0.001
	Medium	77(42.1%)	106(57.9%)	
	Good	21(36.8%)	36(63.2%)	
Activity Limits	No	146(43.3%)	191(56.7%)	0.000
	Yes	56(70.0%)	24(30.0%)	
Walking practice	No	61(61.6%)	38(38.4%)	0.003
	Yes	141(44.3%)	177(55.7%)	
Total		202(48.4%)	215(51.6%)	

유의미하지 않았고, 설명력은 41.1%였다. 모델 I에서 사회·경제적 상태를 추가한 모델 II의 결과를 보면, 사회·인구학적 특성에서는 나이를 제외한 성별, 거주지, 혼인상태가 모두 유의미하지 못한 결과가 발생하였다. 사회·경제적 상태에서는 가구소득 중 하에 비하여 중상은 2.531배, 상은 7.614배 민간의료보험 가입률이 높았고, 의료보장 유형은 의료급여 대상자에 비하여 지역가입자 4.423배, 직장가입자 4.763배 가입률이 높았다. 하지만, 교육수준은 통계적으로 유의미하지 않았고, 설명력은 50.5%로 모델 I보다 높았다. 모델 II에서 건강행태를 추가한 모델 III의 결과를 보면, 여전히 나이, 가구소득, 의료보장 유형에 따라 유의한 영향을 미쳤고, 활동제한이 없는 자에 비하여 있는 자가 민간의료보험 가입이 0.469배 낮았다. 하지만, 주관적 건강 인지와 걷기 실천은 통계적으로 유의미하지 않았고, 설명력은 51.7%로 모델 II에서 한층 더 올랐다.

4. 논의

중증질환자 417명을 대상으로 민간의료보험 가입현황을 분석한 결과, 가입률은 51.6%이었다. 이는 고령화 연구패널조사(KLoSA)의 자료로 분석한 연구결과(47.8%, 33.2%)보다 높은[27, 28]반면에, 한국의료패널의 자료로 분석한 연구결과(77.0%, 93.8%)보다는 월등히 적었다[3, 15]. 이는 나이가 민간의료보험 가입률에 영향을 미쳤다는 선행연구[12, 18, 19, 23]를 매우 뚜렷하게 뒷받침 해 주는 사례로 볼 수 있다.

연구대상자의 민간의료보험 가입률에 미치는 영향을 분석한 결과 사회·인구학적 특성에서는 성별, 거주지, 혼인상태와 관계없이 나이가 젊을수록 높았다. 그리고, 사회·경제적 상태에서는 교육수준과 관계없이 가구소득이 높을수록, 의료급여대상자에 비하여 건강보험대상자의 가입률이 높았다. 건강행태에서는 주관적 건강 인식 및 걷기 실천과 무관하게 활동제한이 있는 집단의 민간의료보험 가입률이 낮았다. 기존연구에 의하면[3, 20, 23], 보통 사회·인구학적 특성에서는 성별에 따라 민간의료보험 가입률의 차이를 보였으며, 거주지 및 혼인 여부가 영향을 미쳤고, 나이가 젊을수록 가입자가 많았다. 또한, 사회·경제적 상태에서는 교육수준[20, 23, 29]과 소득수준이 높을수록[19, 23, 29], 의료급여대상자에 비하여 건강

Table 2. Study Subject’s Factors Affecting Participation of Private Health Insurance

Classification		Model 1			Model 2			Model 3		
		B	P	OR	B	P	OR	B	P	OR
Socio-demographic characteristics	Gender(standard=Women)			1.000			1.000			1.000
	Gender_Men	-0.230	0.357	0.795	-0.573	0.051	0.564	-0.580	0.052	0.560
	Age	-0.136	0.000	0.873	-0.121	0.000	0.886	-0.123	0.000	0.885
	Residence(standard=Capital)			1.000			1.000			1.000
	Residence_Metropolitan city	-0.425	0.231	0.654	-0.143	0.716	0.867	-0.106	0.789	0.900
	Residence_General City-County	-0.160	0.617	0.852	0.168	0.638	1.183	0.262	0.468	1.300
	Marital status(standard=not partner)			1.000			1.000			1.000
	Marital status_partner	0.630	0.042	1.877	0.082	0.805	1.086	0.055	0.872	1.056
Socio-economic status	Household income(standard=low)						1.000			1.000
	Household income_medium-low				0.596	0.069	1.814	0.513	0.131	1.671
	Household income_medium-high				0.929	0.010	2.531	0.796	0.031	2.217
	Household income_high				2.030	0.000	7.614	1.959	0.000	7.094
	Education level(standard=Less than elementary school graduation)						1.000			1.000
	Education level_middle School graduation				0.040	0.913	1.041	0.051	0.890	1.053
	Education level_high School graduation				0.308	0.424	1.361	0.282	0.477	1.326
	Education level_University graduation or more				0.808	0.078	2.244	0.663	0.159	1.942
	Healthcare type(standard=Medicaid)						1.000			1.000
	Healthcare type_local subscriber				1.487	0.028	4.423	1.460	0.031	4.308
Healthcare type_Work subscriber				1.561	0.020	4.763	1.515	0.025	4.551	
Health behavior	perceived health status(standard=low)									1.000
	perceived health status_medium							0.107	0.705	1.112
	perceived health status_high							0.227	0.612	1.255
	Activity Limits(standard=no)									1.000
	Activity Limits_yes							-0.757	0.030	0.469
	Walking practice(standard=no)									1.000
	Walking practice_yes							0.027	0.933	1.027
Nagelkerke R-Square			0.411			0.505			0.517	

보험대상자의 민간의료보험의 가입 확률이 높았다[3]. 건강행태에서는 주관적으로 건강하다고 인식하는 자 및 걷기 실천에 관계없이 활동제한 없는 자가[17]가 민간의료보험 가입 확률이 높게 분석되어 기존의 연구결과와 달리 나이, 소득수준, 활동제한 등 일부만 일치하였다. 이는 민간보험사의 위험선택(risk selection) 때문에 민간의료보험 가입여부는 중증질환자가 되기 전일 것으로 짚어볼 수 있다. 그러므로, 가입한 자는 성별, 교육수준, 건강인식 및 걷기 실천과 상관없이, 젊거나 가구소득이 높거나 활동제한이 없는 건강한 상태에서 민간의료보험 가입이 이루어졌을 것으로 추정된다.

민간의료보험 가입에 교육수준과 소득이 주요 결정요인이라는 결과는 여러 연구를 통해 이미 널리 받아들

여져 왔다[20, 30, 31]. 특히, 소득에 따라 민간의료보험에 가입하지 못한 사람은 다양한 의료서비스를 이용하기가 어렵기 때문에[32], 상대적으로 비용 부담이 적고, 기본적인 의료서비스를 받을 수 있는 보건소, 보건의료원, 보건지소 등 지역보건의료기관을 주로 이용하게 된다[33]. 이렇게 충분하지 못한 의료서비스를 이용하게 되면 효과적인 건강관리가 어려워지게 되고 나이가 들어 협심증, 심근경색증, 뇌졸중, 악성 종양 등에 노출되면, 더욱더 나쁜 건강상태로[34, 35], 단순한 신체활동마저 할 수 없게 되는 것이다[17]. 민간의료보험 가입과 관련된 연구에서 주된 관심사는 민간의료보험 가입의 불평등으로 의료이용 형평성 저하와 민간의료보험의 가입자 선택이다. 민간의료보험의 역할은 국민건강보험에서 정해

진 본인일부부담금을 낮춤으로써 필요한 의료서비스의 접근성을 높이지만, 저소득층의 경우 경제적 장벽을 넘기 어려워 의료서비스 이용의 비형평성을 일으키는 것이 분명하다. 민간의료보험은 임의가입을 전제로 하고 있으므로 역선택(adverse selection)에 취약하며 이에 대처하기 위해 민간의료보험사는 유병확률을 기준으로 보험료를 책정한다. 문제는 민간의료보험사가 저위험군에게 낮은 보험료를 제공하여 이들만을 가입시키고, 반대로 고위험군에게는 가입 자체를 거부하거나, 이들에게는 지나치게 과도한 보험료를 부과함으로써 사실상 보험가입 자체를 불가능하게 한다는 것이다[15]. 즉, 민간의료보험은 늙거나 질환이 있는 자의 가입을 회피하고, 젊거나 건강에 이상이 없는 자들을 선별하여 가입을 유도한다. 이러한 방식으로 민간의료보험은 이윤을 극대화하기 때문에 사전에 가입하지 못한 중증질환자는 국민건강보험의 혜택에만 의존하게 되어 마침내 감당하기 어려운 사회적 위험에 드러나게 된다.

우리나라 국민건강보험은 공보험으로써 가입이 강제적이며, 사회적 통합의 성격을 가지고 있다. 그리고, 양출제입(量出制入) 및 소득적재분배의 원칙에 따라 보험료가 소득에 비례하고, 기왕력과 나이에 관계없이 가입이 가능하기 때문에 저소득층이나 노년층 등 사회적 취약계층이 상대적으로 유리하다. 반면, 민간의료보험은 자산운용기능이 있어 재산관리를 효율적으로 할 수 있으며, 병원이용이 적은 경우 상당금액의 보험료 환급 등 장점이 있다[36]. 그러므로 각 보험의 성격과 취지 및 강점을 살려 효율적인 의료서비스가 진행된다면, 수요자(국민)와 공급자(의료서비스 제공자) 모두 쾌적한 사회적 환경을 이룰 수 있을 것이다. 그러므로, 공보험과 민간보험의 장점을 살려 국민 모두 의료보장의 혜택을 효과적으로 받을 수 있는 제도를 마련할 필요가 있다. 이에 또한, 건강관리와 관련하여 사회적 취약계층을 위한 정부의 추가적 지원과 중증질환을 예방할 수 있는 방안도 검토해야 한다.

제한점으로는 조사의 중점이 민간의료보험 가입이 아니었기 때문에 민간의료보험의 종류와 보험료에 대한 정보가 없었으며, 가입시점 및 가입건수를 알 수 없었기 때문에 다각적인 분석이 곤란하였다. 특히, 건강행태의 변수는 그러한 특성이 있는 사람이 민간의료보험에 가입한 것인지, 아니면 민간의료보험 가입 후 달라진 행태인지 구별하기가 어려웠다.

5. 결론

이 연구는 우리나라 국민 중 중증질환자의 민간의료보험 가입 현황을 파악하고, 관련된 요인을 분석함으로써 국민건강보험 및 민간의료보험 관련 제도의 바람직한 발전방향에 조금이나마 도움이 되고자 시도하였다. 그 결과 나이가 젊을수록, 가구소득이 높을수록 민간의료보험 가입률이 높았고, 의료급여대상자와 활동제한이 있는 자의 가입률이 낮았다. 따라서, 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 중증질환자 중 민간의료보험에 가입하지 못한 집단을 선별하여 생활환경 개선 및 지방자치단체의 지원을 촉구해야 할 것이다.

둘째, 사회적 취약계층 및 건강행태에 제한 있는 집단을 대상으로 중증질환 예방을 위한 정부의 보건교육 또는 프로그램 제공 등 다양한 보건정책을 고려해야 할 것이다.

현재 국민건강보험 보장성 강화정책으로 4대 중증질환의 급여확대와 3대 비급여(선택진료비, 상급병실료, 간병비)의 건강보험 적용 등이 단계적으로 실시 중이다[37]. 하지만, 이에 더하여 민간의료보험료를 효과적으로 줄일 수 있을 만큼 충분한 국민건강보험 보장성 강화 정책 방향과 수준에 대하여 추가적인 연구가 필요하다. 특히, 사회적 취약계층을 위한 국민의료비 개선 등 차별적인 정책을 시행한다면, 가정환경을 어렵게 하고, 인간의 삶을 결렬시켜 나라의 경쟁력을 악화시키는 일이 조금이나마 줄어들 수 있을 것을 기대한다.

이 연구결과는 중증질환자들의 민간의료보험 가입 실태 및 관련요인을 살펴봄으로써 국민건강보험과 민간의료보험 모두 어느 한쪽으로 치우치지 아니하고 고른 상태의 발전방향을 세우는데 중요한 자료로 활용될 것으로 기대된다.

References

- [1] KOSIS, from:<http://kosis.kr/index/index.jsp>, 2017.09.15
- [2] D. C. Hadorn, "The Oregon priority-setting exercise: quality of life and public policy", *Hastings center report*, vol. 21, no. 3, pp. S11-6, 1991.
DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/3563329>
- [3] N. G. Seo, T. W. Kang, S. I. Hu, H. S. Shin, Y. H. Oh, S. H. Jung, D. S. Kim, J. H. Lee, N. J. Seong, S. M.

- Choi, "In-depth Analysis Report of Korean Medical Panel in 2015", National Health Insurance Corporation Health Insurance Policy Institute, 2015.
DOI: <https://doi.org/10.4235/agmr.2017.21.1.24>
- [4] H. M. Won, "2010 National Cancer Control Project Surveillance Survey", 2010.
- [5] Y. G. Kim, "Cancer patients' need for financial assistance and its related factors[PhD thesis]", Gyeonggi: University of Ajou Graduate school of public health, 2010.
- [6] J. H. Park, "The Effect of Householder's Characteristics and Perceptions of the Korean National Health Insurance Coverage on Getting Private Medical Insurances", Korea Social Policy Review, vol. 22, no. 1, pp. 217-241, 2015.
- [7] C. Hamilton, "Healthy Provinces, Healthy Canadians, A provincial benchmarking report", Ottawa: The Conference Board of Canada, 2006.
- [8] OECD. 2014 Health data, 2014.
- [9] D. H. Kim, "Risk and Policy Improvement for the Four Major Severe Diseases", Proceedings of the Conference of Social Welfare Society for Criticism and Alternatives, 703-722, 2014.
- [10] H. M. Shin, "Is supportive of rare intractable disease good? Policy Debate (Expansion of Four Major Severity Diseases: Support for Rare Incurable Diseases)", 2013.
- [11] Y. H. Jeong, "Korea Health Care Commission, Ministry of Health and Welfare Issue & Focus", 70, 2011.
- [12] S. B. Park, K. H. Jeong, "The Determinants of Private Health Insurance and Its Effects on Medical Utilization in Korea", Korean Insurance Academic Society, vol. 88, pp. 23-49, 2011.
- [13] I. R. Baek, H. S. Park, S. S. Byun, "The Determinants and Medical Care Utilization Behavior of Private Health Insurance", The Korea Contents Society, vol. 12, no. 7, pp. 295-305, 2012.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.07.295>
- [14] H. B. Lee, K. R. Hyun, "A Study for Characteristics and Factors of Private Health Insurers", The Korean Social Security Association, vol. 27, no. 1, pp. 217-240, 2011.
- [15] S. J. Hyun, "Factors Associated with enrollment in new private health insurance and additional private health insurance", Health Service Management Review, vol. 9, no. 4, pp. 21-28, 2015.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3961/jpmp.15.057>
- [16] C. H. You, S. W. Kang, J. H. Choi, E. H. Oh, Y. D. Kwon, "The Effect of Private Health Insurance on Health Care Utilization : Evidence from Korea Health Panel (2008~2010)", The Korean Journal of Health Service Management, vol. 8, no. 2, pp. 101-113, 2014.
DOI: <http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2014.8.2.101>
- [17] Y. C. Lee, B. H. Im, Y. H. Park, "The Determinants and Comparison of Health Behavior and Health Service by Private Medical Insurance on National Health-Nutrition Survey", The Korea Contents Society, vol. 10, no. 12, pp. 190-204, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2010.10.12.190>
- [18] C. Sapelli, A. Torche, "The mandatory health insurance system in Chile: explaining the choice between public and private insurance", International Journal of Health Economics and Management, vol. 1, no. 2, pp. 97-110, 2001.
DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1012886810415>
- [19] B. Lokuge, R. Denniss, T. A. Faunce, "Private health insurance and regional Australia", Medical journal of Australia, vol. 182, no. 6, pp. 290-293, 2005.
- [20] D. King, E. Mossialos, "The determinants of private medical insurance prevalence in England, 1997 - 2000", Health services research, vol. 40, no. 1, pp. 195-212, 2005.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00349.x>
- [21] T. C. Buchmueller, A. Couffinhal, M. Grignon, M. Perronin, "Access to physician services: does supplemental insurance matter? evidence from France", Health Economics, vol. 13, no. 7, pp. 669-87, 2004.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.879>
- [22] B. Saliba, B. Ventelou, "Complementary health insurance in France Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement?", Health Policy, vol. 81, no. 2, pp. 166-182, 2007.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.05.017>
- [23] T. C. Liu, C. S. Chen, "An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan", Social Science & Medicine, vol. 55, no. 5, pp. 755-774, 2002.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00201-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00201-5)
- [24] J. Y. Park, K. H. Kim, C. B. Kim, S. H. Shin, "Countermeasures of public insurance against the introduction of private health insurance", National Health Insurance Corporation, 2002.
- [25] Y. S. Oh, "Reorganization of roles between national health insurance and private health insurance", Insurance Development Research, 2005.
- [26] H. J. Kwon, "Effects of Economic Factors on Membership Transition in Private Health Insurance", Korean Association of Social Welfare Policy, vol. 38, no. 3, pp. 131-158, 2011.
- [27] C. H. You, S. W. Kang, Y. D. Kwon, E. H. Oh, "Influence Factors on Coverage Expansion of Private Health Insurance", The Korean Journal of Health Economics and Policy, vol. 16, no. 3, pp. 1-16, 2016.
- [28] H. J. Kim, J. H. Lee, "Factors Associated with the Middle-aged or the Old-aged Koreans' Enrollment in Private Health Insurance", The Korea Contents Association, vol. 12, no. 12, pp. 683-693, 2012.
DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.12.683>
- [29] D. Doiron, G. Jones, E. Savage, "Healthy, wealthy and insured? The role of self-assessed health in the demand for private health insurance", Health economics, vol. 17, no. 3, pp. 317-334, 2008.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1267>
- [30] A. Jerant, K. Fiscella, D. J. Tancredi, P. Franks, "Health insurance is associated with preventive care but not personal health behaviors", Journal of the American Board of Family Medicine, vol. 26, no. 6, pp. 759-767, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2013.06.130054>
- [31] B. Berg, P. V. Dommelen, P. Stam, T. Laske-Aldershof, T. Buchmueller, F. T. Schut, "Preferences and choices for care and health insurance", Social Science &

- Medicine, vol. 66, no. 12, pp. 2448-2459, 2008.
DOI: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.02.021>
- [32] C. T. Jurkovitz, S. Li, K. C. Norris, G. Saab, A. S. Bomback, A. T. Whaley-Connell, P. A. McCullough, "Association Between Lack of Health Insurance and Risk of Death and ESRD: Results From the Kidney Early Evaluation Program (KEEP)", *Am J Kidney*, vol. 61, no. 402, pp. S24-S32, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2012.12.015>
- [33] H. S. Kim, Y. H. Park, "Related Factors on Health Service Utilization and Satisfaction of Health Center Clients - Using '2010 Community Health Survey'", *The Korean Journal of Health Service Management*, vol. 7, no. 3, pp. 95-109, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2013.7.3.095>
- [34] E. L. Brooks, S. R. Preis, S. J. Hwang, J. M. Murabito, E. J. Benjamin, M. Kelly-Hayes, P. Sorlie, D. Levy, "Health Insurance and Cardiovascular Disease Risk Factors", *Am J Med*, vol. 123, no. 8, pp. 741-747, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.02.013>
- [35] J. M. McWilliams, "Health Consequences of Uninsurance among Adults in the United States: Recent Evidence and Implications", *The Milbank Quarterly*, vol. 87, no. 2, pp. 443-494, 2009.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00564.x>
- [36] Y. N. Park, "The Private Insurance Activation in the Global Medical Competitional Age and the Counterplot of the Medical Profession", *Journal of the Korean Medical Association*, vol. 51, no. 5, pp. 396-401, 2008.
DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2008.51.5.396>
- [37] Ministry of Health and Welfare, "Health Insurance Mid-term protection plan reinforcement plan", http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=316755, 2015.

김 석 환(Seok-Hwan Kim)

[중신회원]



- 2007년 2월 : 고려대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2014년 2월 : 고려대학교 대학원 (보건학박사)
- 2013년 3월 ~ 2015년 2월 : 김천대학교 의료경영학과 조교수
- 2015년 3월 ~ 현재 : 서영대학교 보건의료행정과 조교수

<관심분야>

의료관계법규, 공중보건, 보건행정, 보건교육