

국민건강영양조사 대상자들의 민간의료보험 가입 요인 및 가입여부에 따른 건강행태·의료이용 비교

The Determinants and Comparison of Health Behavior and Health Service
by Private Medical Insurance on National Health-Nutrition Survey

이용철, 임복희, 박영희
부산가톨릭대학교 병원경영학과

Yong-Chul Lee(yclee@cup.ac.kr), Bock-Hee Im(bhim@cup.ac.kr),
Young-Hee Park(yhpark@cup.ac.kr)

요약

본 연구는 우리나라의 민간의료보험 가입자의 인구·사회·경제학적 특성과 가입자와 미가입자간의 질병 유형, 예방 및 건강행태, 의료이용 양상 등을 비교하였다. 그리고 민간보험 가입의 영향을 파악하여 향후 국민건강보험 및 민간의료보험 관련제도의 바람직한 발전방향을 제시하기 위한 기초자료 활용에 그 목적이 있다. 연구의 결과는 민간의료보험 가입 요인은 인구·사회·경제적 요인이 유의하게 나타났으며, 국민건강영양조사에서 이루어진 인플루엔자 예방접종율과 건강보험 건강검진은 민간의료보험 가입자에게서 더 낮았고, 지난 2년간 본인부담 건강검진비율과 지난 2년간 암검진비율은 민간의료보험 가입자의 검진율이 더 높았다. 그리고 건강행위 평균을 민간의료보험 가입여부별로 보면, 격렬한 신체활동을 실천하는 비율은 민간의료보험 가입자가 더 높았고, 평균 수면시간, 1주일간 격렬한 신체활동을 하는 일수, 1주일간 중등도 신체활동을 하는 일수, 1주일간 유연성 운동일수 및 1주일간 근력운동일수에서도 민간의료보험 가입자가 미가입자 보다 많았다. 걷기를 실천하는 비율과 1주일간 걷기일수는 민간의료보험 가입자가 미가입자보다 적었다. 의료이용에 민간의료보험이 어떤 영향을 미치고 있는가를 살펴본 결과에서는 외래이용이 있는 경우와 입원이용횟수에서 민간의료보험가입자가 미가입자보다 외래를 이용할 확률이 높았고, 더 많은 횟수의 입원이 관련 요인으로 나타났다.

■ 중심어 : | 건강행태 | 민간의료보험 | 보건의료서비스 |

Abstract

This study firstly examined the socioeconomic and health factors associated with infiltration of private health insurance. Secondly, we compared health behavior, outpatient and inpatient use of private health insured with uninsured. The method of this study is that secondary analysis of the 2008 Korea National Health and Nutrition Survey was conducted for 7178 respondents aged 19 over. We use the logistic regression and t-test for data analysis. The first dependent variable was dichotomy which is divided to private health insured or uninsured and the second dependent variable was the presence and frequency of outpatient and inpatient use. The descriptive variables was gender, age, marital status, income, education, occupation, type of national health insurance, residential area, self confidence of health, prevalence rate of common disease, activity limitation, drinking and smoking status. The result of the major findings are as follows. First, 59 under aged person, married person, people in the higher brackets of income, national employee insured were more likely to infiltrate private health insurance. The poor self confidence of health, activity limitation, person with hypertension or allergic rhinitis and smoker were negatively related in infiltrating private health insurance. Second, private health insured did more preventive behavior such as self-paid health examination, cancer screening, regular exercise than uninsured. Third, private health insured was positively related with the presence of outpatient use and frequency of inpatient use

■ keyword : | Health Behavior | Health Service | Private Health Insurance |

1. 서론

1977년 7월 직장의료보험으로부터 시작한 우리나라의 국민건강보험 제도는 12년이라는 짧은 기간 동안 전 국민건강보험제도를 확립하였다. 또한 2000년 7월 직장 건강보험과 지역건강보험 조직이 통합되면서 전 국민을 대상으로 한 단일 건강보험체제로 재편되었다. 국민 건강보험은 빠른 시일 안에 전 국민을 공적인 건강보험에 포함시키기 위해 '저 급여, 저 수가, 저 보험료'의 구조로 출발하여 꾸준히 건강보험 보장성을 높여가고 있다. 건강보험의 재정불안을 해소하고, 보장성을 강화하기 위해 2001년부터 보험료율을 평균 연간 6.3% 인상하였고, 2004년 61.3%인 건강보험 급여율을 보장성 강화 로드맵에 따라 2006년 68%, 2008년 71.5%로 확대하기 위해 건강보험료 인상을 향후에도 지속적으로 추진할 계획을 발표한 바 있다(보건복지부, 2006). 그러나 외래 본인부담율의 조정, 비급여 본인부담의 상승 등의 원인으로 2008년 건강보험 보장성은 62.2%로 추계되고 있다. 또한 노령인구 및 생활형태와 관련된 만성질환의 증가 및 생활수준 향상에 따른 건강에 대한 높은 가치 부여로 국민들의 건강관리에 대한 관심이 높아지고, 다양한 의료욕구가 생겼으며, 양질의 의료서비스를 원하게 되었다.

그간 국민건강보험의 낮은 보장성과 국민들의 다양한 의료욕구로 인하여, 민간의료보험의 종류와 판로가 다양해져 가입자가 급증하고 있고, 민간 의료보험 시장의 규모가 건강보험 재정의 41.4%인 약 12조원으로 급격히 성장하고 있는 추세이다. 민간의료보험은 1960년대 후반부터 일부 손해보험회사에서 시행된 이래로, 90년대에는 특정질병보험, 2000년대는 중대 질병보험으로 확대해 나갔으며, 2006년부터 실손형 민간의료보험이 판매되고 있는 상황이다. 특히, 실손형 민간의료보험 시장의 증가 속도가 매우 빨라 2009년 기준, 실손형 의료보험시장의 규모는 2조5000억 원 정도로 추계되고 있다. 보충보험은 발생 의료비용에 상관없이 진단자금, 입원비, 수술비 등을 기본보장항목으로 설정, 약정된 금액을 지급하며, 실손형은 공보험의 급여영역에서 발생하는 본인부담금을 실비기준으로 전액 혹은 일정비율

지급하는 형식이다. 이진석(2006) 등은 실손형 민간의료보험상품은 공보험의 재정지출을 증가시키고, 공보험의 보장성 확대에 부정적인 여론을 형성시키며, 국민 건강보험과의 갈등관계가 야기될 것으로 예상한다. 국민건강보험 중심으로 보장성이 강화되는 것이 바람직하다고 생각하는 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[7]이라고 전망하고 있다. 한편, 오영수(2006)는 보험업계에서는 민간의료보험의 활성화가 국민건강보험의 불충분한 보장을 보충함으로써 국민들에게 건강리스크로부터 안정감을 제공하고 그를 통해 새로운 성장영역을 구축할 뿐 아니라 나아가 WTO협상에 따른 의료시장개방에 대비한 의료허브를 구축하기 위한 수단으로 전망하고 있으며, 이용재(2009)의 연구에서는 OECD국가를 대상으로 분석한 결과, 국민의 건강상태가 좋은 국가, 의료비지출이 많은 국가, 공공의료제도 적용인구가 적은 국가가 민간의료보험 의료비 지출이 적었고, 민간의료보험 의료비지출이 많은 국가일수록 국민의 건강상태가 좋았고, 국민의료비가 증가하고 있어, 건강보험 보장성이 취약한 우리나라에서는 민간의료보험을 활성화할 경우 국민의료비 지출을 증가시켜 국민부담을 증가시킬 수 있다고 하였다

민간의료보험의 성장은 의료비에 대한 가격 탄력성의 저하로 인해 민간의료보험 가입자의 의료이용의 증가로 인한 국민의료비의 상승으로 이어질 것이 우려되고 있으며, 또한 보험가입에 대한 안도감으로 건강행태에 영향을 줄 수 있다. 현재 이미 많은 사람들이 민간 의료보험에 가입되어 있는 상황이지만, 가입자들의 인구사회학적인 특성이나 건강상태, 건강행위, 의료이용 등 가입자들에 대한 전국 단위의 연구가 매우 필요하지만 부족한 실정이다.

국민건강영양조사는 국민건강증진법에 근거한 법정 조사로서 전 국민을 대상으로 건강행태, 만성질환, 삶의 질에 대해 다양하고 심도있는 조사를 시행하고 있으며, 이 조사에는 특히 개인별 민간의료보험가입 여부에 대한 항목까지 조사하고 있으므로 민간의료보험가입자들의 인구·사회·경제학적 특성을 규명하고, 가입자와 미가입자간의 질병 상태, 예방 및 건강행태, 의료이용 양상 등을 비교하는 연구대상 자료로 활용하기에 매우 적합하다.

이에 본 연구는 우리나라 대표성과 신뢰성을 확보한 제4기 2008년 국민건강 영양조사 원시자료를 사용하여 현재 우리나라의 민간의료보험 가입자의 인구·사회·경제학적 특성을 규명하고, 가입자와 미가입자간의 질병 유형, 예방 및 건강행태, 의료이용 양상 등을 비교하여 민간보험 가입의 영향을 파악하고자 한다. 이러한 연구는 향후 국민건강보험 및 민간의료보험 관련 제도의 바람직한 발전방향을 제시하기 위한 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다.

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 사회·경제학적 요인 및 건강상태, 건강행위에 따른 민간의료보험 가입 상황을 분석한다.
- 둘째, 민간의료보험 가입 여부에 따른 예방 및 건강행위, 의료이용 양상을 비교·분석한다.
- 셋째, 민간의료보험 가입 여부에 따른 외래 및 입원 이용 만족도를 비교·분석한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 분석자료 및 연구대상

연구자료는 제4기 『2008년 국민건강영양조사』 원시 자료를 이용하였는데, 이 자료는 질병관리본부에의 원시자료 요청절차 및 규정에 따라, 요청서와 연구계획서를 제출하여 심사과정을 거쳐 제공 받았다. 국민건강영양조사는 지역, 동/읍·면, 주택유형을 고려하여 29개 층으로 나누고, 각 층에서는 계통추출법에 의해 200조 가구에서 4600가구의 만 1세 이상 12,528명을 대상자로 선정하여 최종 건강검진 설문 및 영양조사에 참가한

9744명을 최종 조사 완료한 자료이다. 본 연구에서는 건강 설문조사와 의료이용 조사에 응답한 19세 이상 성인 7,178명을 분석 대상으로 하였다

2. 사용 변수

2.1 종속변수

민간의료보험 가입 영향 요인을 밝혀내기 위한 로지스틱 회귀분석에서는 민간 의료보험 가입이 종속변수로 사용되었고, 외래 및 입원 만족도에 영향을 주는 요인을 살펴보기 위해서는 외래 및 입원 만족도가 5점 척도로 사용되었다. 국민건강영양조사에서는 외래 이용 및 입원 이용을 횡수별로 별도의 만족도를 산출하고 있어 본 연구에서는 각각의 만족도를 개인별로 평균을 산출하여 사용하였다.

2.2 인구·사회·경제학적 변수

연령은 실수를 그대로 이용하거나 10세 간격으로 분류하였으며, 조사대상 연령이 19세 이상이었으므로 19세는 20대에 포함시켜, 19-29세, 30-39세, 40-49세, 50-59세, 60-69세, 70대 이상으로 분류하였다.

사회·경제학적 요인에 관한 지표로는 가구소득수준, 결혼상태, 교육수준, 거주지역, 직업을 이용하였다. 가구소득수준은 월평균 가구소득을 그대로 이용하거나, 국민건강영양조사에서 가구균등화 지수로 보정하여 산출한 하(소득1분위), 중하(소득2분위), 중상(소득3분위), 상(소득4분위)으로 분류하였다. 결혼 상태는 미혼, 결혼(유배우자), 기타 결혼 상태로 분류된 자료를 사용하였다. 교육수준은 초졸이하, 중졸이하, 고졸이하, 대졸이상으로 구분하였고, 거주 지역은 읍·면과 동 지역으로 구분하였으며, 직업은 국민건강영양조사에서 사용한 관리자, 전문가 및 관련종사자, 사무종사자, 서비스 및 판매종사자, 농림어업 숙련종사자, 기능원, 장차·기계 조작 및 조립종사자, 단순노무종사자, 무직(주부, 학생 등)으로 구분하였다.

2.3 건강의식 및 건강행태 변수

건강상태에 관한 변수는 주관적 건강상태, 활동제한 여부를 사용하였다. 주관적 건강상태는 (매우 좋음=5,

중음=4, 보통=3, 나쁨=2, 매우 나쁨=1)의 5점 척도에 의해 구분하였고, 활동제한 여부(아니오=0, 예=1, 이하동일)로 구분하였다. 질병변수는 국민건강영양조사에서 조사한 상병 중 유병 상위 5질환 즉, 요통, 고혈압, 관절염, 빈혈, 알레르기성비염이 선정되어 질병의 유병상황을 변수로 설정하였다. 건강행위 변수는 지난 1년간 인플루엔자 접종여부(아니오, 예)와, 지난 2년간 본인비용 부담의 건강검진[이하, 본인부담건강검진] 여부(아니오, 예), 지난 2년간 건강보험에 의한 건강검진[이하, 건강보험건강검진] 여부(아니오, 예), 지난 2년간 암검진(아니오, 예), 활동제한(아니오, 예), 고위험음주(아니오, 예), 현재흡연자(아니오, 예), 과거흡연 현재금연(아니오, 예), 체중조절 여부(아니오, 예), 격렬한 신체활동실천(아니오, 예), 중등도 신체활동실천(아니오, 예), 걷기 실천(아니오, 예)을 사용하였다. 고위험 음주는 최근 우리나라 성인을 대상으로 실시한 AUDIT-C에 의한 문제 음주자 선별의 기준점(성정환 등, 2009)인 8점 이상을 적용하였다. AUDIT-C총점은 AUDIT-K 1번부터 3번까지 문항의 점수를 합산하여 계산하였다. 격렬한 신체활동을 1회 20분 이상, 주3일 이상 실천자는 격렬한 신체활동으로 하였고, 중등도 신체활동 실천율은 중등도 신체활동을 1회 30분 이상, 주5일 이상 실천자로 하였으며, 걷기 실천은 걷기를 1회 30분 이상, 주5일 이상 실천자로 설정하였다. 스트레스 인지도는 거의 느끼지 않는다(1점), 조금 느끼는 편이다(2점), 많이 느끼는 편이다(3점), 대단히 많이 느끼는 편이다(4점)의 4점 척도로 구분하였다.

2.4 의료이용변수

의료이용변수는 지난 2주간 외래이용 여부와 이용횟수 및 지난 1년간 입원여부와 입원횟수를 이용하였다.

3. 자료 분석 방법

사회인구 경제학적 변수별 및 건강행태 변수별로 민간의료보험 가입여부의 현황과 차이를 파악하기 위하여 χ^2 검증을 실시하였다.

민간의료보험 가입에 미치는 영향 요인을 파악하기 위하여 민간의료보험가입을 종속변수로 모델 유형을

세 가지 단계로 하여 이항 로지스틱 회귀분석을 실시하는데, 모델 I 은 조사대상자의 인구·사회·경제학적 특성을 독립변수로 설정하여 이들 변수가 민간의료보험 가입에 영향을 주고 있는가를 규명하고자 하였고, 모델 II 는 모델 I 에 주관적 건강상태, 활동제한 여부와 다빈도 상병 5개의 유병변수를 추가하여 건강상태가 민간의료보험 가입에 영향을 주고 있는가를 검증하고자 하였으며, 모델 III 은 모델 II 에 건강행태 요인을 첨가하여 이들 변수가 어떤 영향을 주고 있는가를 분석하고자 하였다.

예방접종 및 건강검진 행위가 소득계층과 민간의료보험 가입 여부에 차이를 파악하기 위해 층화분석으로 검증하였고, 민간의료보험 가입 여부별로 기타 건강증진행위의 평균에 유의한 차이가 있는가를 분석하기 위해 t-test를 시행하였다. 민간의료보험 가입에 따른 의료이용의 영향을 파악하기 위해 이분형 로지스틱회귀분석과 다중 회귀분석을, 외래 및 입원 만족도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다중 회귀분석을 실시하였다. 자료의 통계처리는 PASW 18.0 program을 사용하였다.

III. 연구결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 민간의료보험 가입 요인

2008년 국민건강영양조사 원시자료 중 19세 이상 성인 총 7178명을 분석대상으로 한 결과, 남자는 3043명(42.4%), 여자는 4135명(57.6%)이었으며, 민간의료보험 미가입자는 2605명, 민간의료보험 가입자는 4573명으로 민간의료보험가입자가 전체의 63.7%를 차지하고 있었다. 남·여 성별의 민간의료보험 미가입자와 민간의료보험 가입자의 비율에 유의한 차이가 없었다. 연령별로는 30-39세의 민간의료보험 가입 비율이 가장 높았고, 다음으로 40-49세, 50-59세, 19-29세, 60-69세, 70세 이상 순이었다. 19-59세에서는 민간의료보험 가입자의 비율이 평균보다 높았고, 60세 이상의 연령에서는 민간의료보험 가입자의 비율이 평균보다 낮았다($P<0.01$). 가계가구소득수준별로는 중하이하에서는 민

간의료보험 가입자의 비율이 낮았고, 중상 이상의 소득 계층에서는 민간의료보험 가입자의 비율이 높았다(P<0.01). 결혼 상태별로는 미혼보다 결혼한 사람에서 민간의료보험 가입자의 비율이 높았다(P<0.01). 교육수준별로는 초졸에서 민간의료보험 가입자의 비율이 가장 낮았고, 고졸이상에서 민간의료보험 가입자의 비율이 높았다(P<0.01). 직업별로는 농림어업 숙련 종사자, 단순노무종사자, 무직(주부, 학생 등)에서 민간의료보험 가입자의 비율이 낮았고, 그 외의 직업군별에서는 민간의료보험 가입자의 비율이 높았다(P<0.01). 거주지역별에는 동지역이 읍·면지역보다 민간의료보험 가입자의 비율이 높았다(P<0.01)[표 1].

활동제한 및 음주·흡연에 따른 민간의료보험가입 유·무별 활동제한이 있는 대상자의 전체는 20.5%이고, 민간의료보험 가입자보다 미가입자의 활동제한율이 높았다(P<0.01). 고위험 음주자의 전체는 19.3%였으며, 민간의료보험 미가입자보다 가입자에서 고위험 음주비율이 높았다.

(P<0.01). 현재 흡연을 하는 사람의 전체 비율은 22.7%, 과거흡연 현재금연자의 전체 비율은 19.2%, 평생금연은 58.2%였고, 민간의료보험 미가입자보다 가입자의 평생금연비율이 높았고, 흡연과 과거흡연 현재금연자의 비율은 약간 낮았다(P<0.01)[표 2].

표 1. 일반적 특성별 민간의료가입 여부

단위: 명.(%)

| 구 분 | | 민간의료보험비 가입자 | 민간의료보험 가 입 자 | 계 | P-value* |
|----------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------|
| 성별 | 남 | 1120(43.0) | 1923(42.1) | 3043(42.4) | .437 |
| | 여 | 1485(57.0) | 2650(57.9) | 4135(57.6) | |
| 연령 | 19-29세 | 303(11.6) | 657(14.4) | 960(13.4) | .000 |
| | 30-39세 | 270(10.4) | 1245(27.2) | 1515(21.1) | |
| | 40-49세 | 214(8.2) | 1189(26.0) | 1403(19.5) | |
| | 50-59세 | 319(12.2) | 873(19.1) | 1192(16.6) | |
| | 60-69 | 630(24.2) | 488(10.7) | 1118(15.6) | |
| | 70세이상 | 869(33.4) | 121(2.6) | 990(13.8) | |
| 가구 소득 수준 | 하(1사분위) | 979(40.5) | 469(10.4) | 1488(20.9) | .000 |
| | 중하(2사분위) | 714(29.5) | 1109(24.6) | 1823(26.3) | |
| | 중상(3사분위) | 386(16.0) | 1423(31.6) | 1809(26.1) | |
| | 상(4사분위) | 341(14.1) | 1507(33.4) | 1848(26.7) | |
| 결혼 상태 | 결혼(유배우) | 1540(59.9) | 3531(77.3) | 5071(71.0) | .000 |
| | 기타결혼상태(이혼, 별거, 사별) | 653(25.4) | 407(8.9) | 1060(14.8) | |
| | 미혼 | 380(14.8) | 630(13.8) | 1010(14.1) | |
| 건강 보험 종류 | 직장 건강보험 | 1288(51.1) | 2738(60.0) | 4026(56.8) | .000 |
| | 지역 건강보험 | 1027(40.7) | 1776(38.9) | 2803(39.6) | |
| | 의료급여 | 206(8.2) | 52(1.1) | 258(3.6) | |
| 교육 수준 | 초졸 이하 | 1252(50.9) | 764(17.6) | 2016(29.6) | .000 |
| | 중졸 | 293(11.9) | 477(11.0) | 770(11.3) | |
| | 고졸 | 609(24.7) | 1703(39.2) | 2312(34.0) | |
| | 대졸 이상 | 307(12.5) | 1398(32.2) | 1705(25.1) | |
| 직업 분류 | 관리자, 전문가 및 관련종사자 | 126(5.1) | 595(13.7) | 721(10.6) | .000 |
| | 사무종사자 | 62(2.5) | 379(8.8) | 441(6.5) | |
| | 서비스 및 판매 종사자 | 165(6.7) | 653(15.1) | 818(12.1) | |
| | 농림어업 숙련 종사자 | 404(16.5) | 341(7.9) | 745(11.0) | |
| | 기능원, 장차기계조작 및 조립종사자 | 135(5.5) | 498(11.5) | 633(9.3) | |
| | 단순노무 종사자 | 268(10.9) | 361(8.3) | 629(9.3) | |
| 거주 지역 | 무직(주부, 학생 등) | 1289(52.6) | 1504(34.7) | 2793(41.2) | .000 |
| | 읍면 | 954(36.6) | 929(20.3) | 1883(26.2) | |
| | 동 | 1651(63.4) | 3644(79.7) | 5295(73.8) | |
| 전 체 | | 2605(100.0) | 4573(100.0) | 7178(100.0) | |

표 2. 활동제한 및 음주흡연에 따른 민간의료보험 가입 현황

단위 : 명(%)

| 구 분 | | 민간의료보험 비 가입자 | 민간의료보험 가입자 | 계 | P-value* |
|-------|------------|-----------------|---------------|-------------|----------|
| 활동제한 | 없음 | 1623(65.9) | 3785(87.2) | 5408(79.5) | .000 |
| | 있음 | 838(34.1) | 556(12.8) | 1394(20.5) | |
| | 소 계 | 2461(100.0) | 4341(100.0) | 6802(100.0) | |
| 고위험음주 | 없음 | 2068(84.8) | 3383(78.5) | 5451(80.7) | .000 |
| | 있음 | 372(15.2) | 929(21.5) | 1301(19.3) | |
| | 소 계 | 2440(100.0) | 4312(100.0) | 6752(100.0) | |
| 흡연 | 흡연 | 579(23.5) | 962(22.2) | 1541(22.7) | .000 |
| | 과거흡연(현재금연) | 524(21.3) | 780(18.0) | 1304(19.2) | |
| | 평생금연 | 1356(55.1) | 2601(59.9) | 3957(58.2) | |
| | 소 계 | 2459(100.0) | 4343(100.0) | 6802(100.0) | |

* : χ^2 에 의한

민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 민간의료보험가입을 종속변수로 이항 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과를 살펴보면, model I에서 성별과 연령, 사회·경제학적 요인이 민간의료보험가입에 미치는 효과는 남자보다 여자가(1.26배), 연령이 낮을수록, 가구가구소득수준이 높을수록, 미혼보다는 결혼한 사람에서, 지역건강보험이나 의료급여자 보다는 직장건강보험 가입자가, 무직보다 관리자, 사무종사자, 서비스종사자, 기능원이, 읍·면지역 거주민보다는 동지역 거주민이 민간의료보험에 더 많이 가입하고 있었다.

모델 I에서 건강상태에 관한 주관적 인식도와 다빈도 상병 유병율을 추가한 모델II의 결과를 보면, 여전히 성, 연령, 가구 가구소득수준, 결혼상태, 건강보험종류, 직업분류, 지역구분에 따라 유의한 차이가 있었고, 건강상태에 관한 주관적 인식도가 높을수록, 활동제한이 없을수록 민간의료보험가입은 높았다. 질병에서는 고혈압, 알레르기비염에서 민간의료보험 가입이 낮았다.

모델II에 건강증진행위 변수를 추가한 모델III의 결과는 연령, 가구 가구소득수준, 결혼상태, 건강보험종류, 직업분류, 지역구분 등에서 유의한 차이가 있었고, 연령별로는 19-29세를 연령기준으로 하여 60-69세는 0.270배, 70대 이상은 0.058로 민간의료보험 가입이 매우 낮았다. 가구가구소득수준으로는 하를 기준으로 했

을 때, 중하 1.616배, 중상 2.665배, 상 3.085로 민간의료보험 가입이 높았다. 미혼에 비해 결혼(유배우)한 사람이 2.793배, 기타결혼상태(이혼, 별거, 사별)가 2.544배 높게 민간의료보험에 가입하고 있었다. 직장건강보험 대상자보다 지역건강보험 대상자는 0.828배, 의료급여 대상자는 0.358배 수준으로 낮은 민간의료보험 가입율을 보이고 있었다. 주관적 건강상태가 좋을수록 민간의료보험 가입율이 높고, 활동제한자가 0.796배로 민간의료보험 가입율이 낮았다. 질병별로는 고혈압유병과 알레르기성비염에서만 유의하게 가입이 낮음을 보였다. 평생금연자보다 현재 흡연자가 0.631배로 민간의료보험 가입이 낮았다[표 3].

2. 민간의료보험 가입 여부별 예방적 의료행위 및 건강행위

2.1 민간의료보험 가입 여부에 따른 가구소득수준별 예방접종 및 건강검진 현황

민간의료보험 가입여부 및 가구소득수준에 따라 국민건강영양조사에서의 예방행위인 인플루엔자 예방접종, 본인부담 건강검진, 건강보험 건강검진, 이년간 암검진 부분에 차이가 있는가를 분석한 결과, 인플루엔자 예방접종율은 전체적으로 29.5%였고, 민간의료보험 가입자는 29.5%, 미가입자는 51.7%로 가입자의 접종률이 더 낮았다($P < 0.01$). 가구소득수준별로 살펴보면 모든

표 3. 민간의료보험 가입에 대한 Logistic Regression

| 구 분 | 모델 I | | | 모델 II | | | 모델 III | | |
|-----------------|--------|--------------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------------|--------|
| | B | P | Exp(B) | B | P | Exp(B) | B | P | Exp(B) |
| 성별(기준=남자) | | | | | | | | | |
| 여자 | 0.233 | 0.000 | 1.262 | 0.266 | 0.000 | 1.305 | 0.070 | 0.471 | 1.073 |
| 연령대(기준=19-29세) | | | | | | | | | |
| 30-39세 | -0.096 | 0.459 | 0.908 | -0.007 | 0.962 | 0.993 | -0.009 | 0.950 | 0.991 |
| 40-49세 | 0.095 | 0.515 | 1.099 | 0.211 | 0.168 | 1.235 | 0.196 | 0.203 | 1.217 |
| 50-59세 | -0.444 | 0.003 | 0.642 | -0.269 | 0.099 | 0.764 | -0.311 | 0.058 | 0.732 |
| 60-69세 | -1.396 | 0.000 | 0.248 | -1.242 | 0.000 | 0.289 | -1.311 | 0.000 | 0.270 |
| 70세이상 | -2.969 | 0.000 | 0.051 | -2.797 | 0.000 | 0.061 | -2.839 | 0.000 | 0.058 |
| 가구소득수준(기준=하) | | | | | | | | | |
| 중 하 | 0.534 | 0.000 | 1.705 | 0.476 | 0.000 | 1.609 | 0.480 | 0.000 | 1.616 |
| 중 상 | 1.076 | 0.000 | 2.932 | 0.987 | 0.000 | 2.683 | 0.980 | 0.000 | 2.665 |
| 상 | 1.233 | 0.000 | 3.432 | 1.132 | 0.000 | 3.102 | 1.127 | 0.000 | 3.085 |
| 결혼상태(기준=미혼) | | | | | | | | | |
| 결혼(유배우) | 1.085 | 0.000 | 2.960 | 1.051 | 0.000 | 2.861 | 1.027 | 0.000 | 2.793 |
| 기타결혼상태 | 0.967 | 0.000 | 2.629 | 0.925 | 0.000 | 2.521 | 0.934 | 0.000 | 2.544 |
| 건강보험(기준=직장건강보) | | | | | | | | | |
| 지역의료보험 | -0.151 | 0.017 | 0.860 | -0.188 | 0.004 | 0.829 | -0.189 | 0.004 | 0.828 |
| 의료급여 | -1.092 | 0.000 | 0.336 | -1.055 | 0.000 | 0.348 | -1.026 | 0.000 | 0.358 |
| 교육수준(기준=초졸) | | | | | | | | | |
| 중졸 | -0.017 | 0.867 | 0.983 | -0.044 | 0.687 | 0.957 | -0.055 | 0.617 | 0.946 |
| 고졸 | -0.013 | 0.888 | 0.987 | -0.059 | 0.587 | 0.943 | -0.059 | 0.588 | 0.942 |
| 대졸이상 | 0.180 | 0.113 | 1.198 | 0.129 | 0.324 | 1.138 | 0.114 | 0.388 | 1.121 |
| 직업분류(기준=무직) | | | | | | | | | |
| 관리자 | 0.272 | 0.030 | 1.312 | 0.218 | 0.088 | 1.243 | 0.218 | 0.090 | 1.244 |
| 사무종사자 | 0.481 | 0.002 | 1.618 | 0.415 | 0.009 | 1.514 | 0.470 | 0.004 | 1.600 |
| 서비스 | 0.461 | 0.000 | 1.585 | 0.409 | 0.000 | 1.505 | 0.431 | 0.000 | 1.539 |
| 농림어업 | -0.046 | 0.684 | 0.955 | -0.138 | 0.246 | 0.871 | -0.114 | 0.342 | 0.893 |
| 기능원 | 0.347 | 0.004 | 1.414 | 0.286 | 0.023 | 1.331 | 0.344 | 0.007 | 1.411 |
| 단순노무종사자 | -0.050 | 0.638 | 0.952 | -0.141 | 0.198 | 0.869 | -0.141 | 0.202 | 0.869 |
| 지역구분(기준=읍면) | | | | | | | | | |
| 동 | 0.145 | 0.067 | 1.155 | 0.134 | 0.104 | 1.144 | 0.146 | 0.081 | 1.157 |
| 주관적 건강 5점 | | | | 0.133 | 0.000 | 1.142 | 0.121 | 0.001 | 1.128 |
| 활동 제한자 | | | | -0.214 | 0.014 | 0.807 | -0.228 | 0.010 | 0.796 |
| 다 | | | | 0.108 | 0.143 | 1.114 | 0.108 | 0.144 | 1.114 |
| 빈 | | | | -0.235 | 0.004 | 0.790 | -0.233 | 0.005 | 0.792 |
| 도 | | | | 0.146 | 0.098 | 1.157 | 0.151 | 0.088 | 1.163 |
| 질 | | | | -0.097 | 0.238 | 0.907 | -0.088 | 0.288 | 0.915 |
| 병 | | | | -0.032 | 0.024 | 0.968 | -0.031 | 0.034 | 0.970 |
| 알레르기성비염 | | | | | | | 0.105 | 0.239 | 1.111 |
| 고위험음주 | | | | | | | | | |
| 흡연상태(기준=금연) | | | | | | | | | |
| 현재흡연자 | | | | | | | -0.461 | 0.000 | 0.631 |
| 과거흡연현재금연 | | | | | | | -0.173 | 0.098 | 0.841 |
| Nagelkerke R-제곱 | | .405 | | | .415 | | | .420 | |

소득계층에서 민간의료보험 가입자보다 미가입자의 집중률이 더 높았다.

지난 2년간 본인부담 건강검진 전체비율은 10.5%였고, 민간의료보험 가입자는 12.4%, 미가입자는 7.2%로 가입자의 검진율이 더 높았다(P<0.01). 월평균 가계소득별로 살펴보면, 소득계층 상에서 민간의료보험 미가

입자보다 가입자의 검진율이 더 높았고(P<0.01), 다른 소득계층에서도 가입자의 검진율이 더 높았으나, 통계적으로 유의하지 않았다.

지난 2년간 건강보험건강검진 전체비율은 32.6%였고, 민간의료보험 가입자는 32.1%, 미가입자는 33.5%로 미가입자의 건강보험건강검진율이 다소 높았으며, 가

구소득수준별로는 상에서 민간의료보험 미가입자보다 가입자의 건강보험건강검진율이 더 높았고(P<0.05), 다른 소득계층에서는 민간의료보험 미가입자의 건강보험 건강검진율이 다소 높았으나, 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 지난 2년간 암검진자 전체비율은 47.0%였고, 민간의료보험 가입자의 암검진자는 50.9%, 미가입자의 암검진자는 40.3%로 가입자의 암검진율이 더 높았다(P<0.01). 가구소득수준별로 살펴보면 중하 이상에서 민간의료보험 미가입자보다 가입자의 암검진율이 더 높았다(P<0.01)[표 4].

2.2 민간의료보험 가입 여부별 평균 건강행위와 의료이용만족도

민간의료보험 가입여부별 평균 건강행위에서 평균수면시간은 민간의료보험 가입자가 6.85시간이고 미가입자는 6.72시간으로 민간의료보험 가입자의 수면시간이 많았다(P<0.01). 현재 흡연자의 하루 평균흡연량은 민간의료보험 가입자 15.4개피, 미가입자 15.6개피로 두 집단 간 하루 평균흡연량에는 유의한 차이가 없었다. 격렬한 신체활동을 실천하는 전체평균비율은 0.16이고

민간의료보험 가입자는 0.18이며 미가입자 0.14 보다 높았다(P<0.01). 중등도 신체활동을 실천하는 전체평균비율은 0.16으로 민간의료보험 가입자와 미가입자 간 유의한 차이가 없었다. 걷기를 실천하는 전체평균비율은 0.48이고 민간의료보험 가입자가 0.46으로 미가입자인 0.50 보다 낮았다(P<0.01). 1주일간 격렬한 신체활동을 하는 전체평균일수는 1.05일이고, 민간의료보험 가입자가 1.12일, 미가입자인 0.92일 보다 많았다(P<0.01). 1주일간 중등도 신체활동을 하는 전체평균일수는 1.69일며 민간의료보험 가입자가 1.74일로 미가입자 1.60일 보다 많았다(P<0.01). 1주일간 전체평균걷기일수는 4.53일이고, 민간의료보험 가입자가 4.44일 미가입자인 4.69일 보다 평균걷기일수가 작았다(P<0.01). 1주일간 유연성 운동일수는 전체는 1.59일이며 민간의료보험 가입자가 1.75일로 미가입자 1.30일보다 많았다(P<0.01). 1주일간 근력운동일수 전체평균은 0.69일이고 민간의료보험 가입자가 0.78일, 미가입자 0.54일 보다 근력운동일수는 많았다(P<0.01).

민간의료보험 가입 여부별로 외래 및 입원 이용 만족도 평균 및 연간 미치료를율 살펴보면, 외래나 입원을

표 4. 월평균가계소득에 따른 민간의료보험 가입 여부별 예방접종 및 건강검진 행위

단위 : 명(%)

| | 가구소득수준 | 민간의료보험 비 가입자 | 민간의료보험 가입자 | 소 계 | P-value* |
|---------------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------|
| 지난 1년 간 인플루엔자 예방접종 상태 | 하 | 586(62.0) | 202(45.3) | 788(56.6) | .000 |
| | 중하 | 323(47.5) | 330(31.2) | 653(37.6) | .000 |
| | 중상 | 149(40.8) | 355(26.3) | 504(29.4) | .000 |
| | 상 | 133(41.3) | 381(26.6) | 514(29.3) | .000 |
| | 소 계 | 1275(51.7) | 1284(29.5) | 2559(29.5) | .000 |
| 지난 2년 간 본인부담 건강검진자 현황 | 하 | 47(5.0) | 37(8.3) | 84(6.0) | .121 |
| | 중하 | 56(8.2) | 111(10.5) | 167(9.6) | .055 |
| | 중상 | 27(7.4) | 146(10.8) | 173(10.1) | .007 |
| | 상 | 34(10.6) | 238(16.6) | 272(15.5) | .000 |
| | 소 계 | 1777(7.2) | 539(12.4) | 716(10.5) | .000 |
| 지난 2년 간 국민건강보험건강검진자 현황 | 하 | 365(38.6) | 160(35.9) | 525(37.7) | .323 |
| | 중하 | 218(32.1) | 318(30.0) | 536(30.8) | .371 |
| | 중상 | 115(31.5) | 423(31.3) | 538(31.3) | .936 |
| | 상 | 87(27.0) | 479(33.4) | 566(32.3) | .026 |
| | 소 계 | 827(33.5) | 1395(32.1) | 2222(32.6) | .225 |
| 지난 2년 간 암검진자 현황 | 하 | 397(42.0) | 205(46.0) | 602(43.3) | .165 |
| | 중하 | 281(41.3) | 498(47.0) | 779(44.8) | .020 |
| | 중상 | 140(38.4) | 652(48.2) | 792(46.1) | .001 |
| | 상 | 120(37.3) | 835(58.3) | 955(54.4) | .000 |
| | 소 계 | 994(40.3) | 2213(50.9) | 3207(47.0) | .000 |
| 전체 | 2468(100.0) | 4349(100.0) | 6817(100.0) | | |

*: χ^2 에 의함

1회 이상 이용한 사람의 만족도는 각각의 이용 만족도를 평균을 내어 사용 하였다. 외래이용만족도는 5점 척도로 평균 3.97로 비교적 높았으며 민간의료보험 가입 여부에 차이가 없었다. 입원 만족도는 3.81로 외래보다 약간 낮았고, 민간의료보험 미가입자에게서 더 높았다 ($P<0.01$). 연간 미치료율은 0.24였고, 민간의료보험 가입여부에 차이가 없었다[표 5].

3. 민간의료보험 가입 여부별 의료이용

민간의료보험에 가입한 사람과 가입하지 않은 사람의 의료이용에 차이가 있는가는 오랫동안 쟁점으로 논의되고 있는 사항이다. 본 연구에서는 국민건강영양조사에서 의료이용의 대리 변수로서 지난 2주간 외래이용과 입원이용을 조사대상으로 분석하고자 한다. 그러므로 지난 2주간 외래나 지난 1년간 입원이용 사실이 있는가를 종속변수로 하여 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

지난 2주간 외래이용을 한 경우, 연령이 높을수록, 지역의료보험가입자 보다는 직장가입자가, 민간의료보험 가입자, 건강상태가 나쁜 사람일수록, 활동제한자일 경

우, 현재 금연자로 나타났다. 학력별로는 고졸이하에서 초졸보다 외래이용이 없는 편이었다. 지난 1년간 입원 이용을 한 경우는 연령이 낮을수록, 결혼(유배우)과 기타 결혼에서, 지역의료보험가입자 보다는 직장가입자가, 경제활동비참가자, 읍·면지역 거주자, 건강상태가 나쁜 사람일수록, 활동제한자일 경우, 고위험음주자가 아닌 사람으로 나타났다. 지난 2주간 외래이용횟수는 연령이 낮을수록, 결혼(유배우)한 사람에게서, 경제활동 비참가자, 읍·면지역 거주자, 건강상태가 나쁜 사람일수록, 활동제한자일 경우, 고위험음주자가 아닐수록 높은 것으로 나타났다. 학력별로는 고졸이하에서 초졸보다 외래이용횟수가 적은 편이었다. 지난 1년간 입원 이용횟수는 연령이 높을수록, 의료급여대상자, 민간의료보험가입자, 건강상태가 나쁜 사람일수록, 활동제한자일 경우, 현재 흡연자에서 높은 것으로 나타났다.

민간의료보험 가입에 영향을 미치는 것은 외래이용이 있는 경우와 입원이용횟수로 가입자가 미가입자보다 외래를 이용할 확률이 높았고, 더 많은 횟수의 입원에 관련 요소로 확인되었다[표 6].

표 5. 민간의료보험 가입 여부별 평균 건강행위 와 의료이용만족도

단위 : 시간, 개비, 율, 일

| | (M±SD) | 민간의료보험 비 가입자 | 민간의료보험 가입자 | 계 | P-value* |
|-------------|-------------|-----------------|---------------|------------|----------|
| | 평균 수면시간 | 6.72±1.716 | 6.85±1.314 | 6.81±1.473 | .001 |
| | 하루평균 흡연량 | 15.4±9.723 | 15.6±8.937 | 15.6±9.239 | .478 |
| 건 | 격렬한 신체활동실천율 | 0.14±0.347 | 0.18±0.382 | 0.16±0.370 | .001 |
| | 중등도 신체활동실천율 | 0.15±0.357 | 0.16±0.367 | 0.16±0.364 | .262 |
| 강 | 걷기실천율 | 0.50±0.500 | 0.46±0.498 | 0.48±0.499 | .001 |
| | 격렬한 신체활동일수 | 0.92±1.899 | 1.12±1.895 | 1.05±1.899 | .000 |
| 행 | 중등도 신체활동일수 | 1.60±2.464 | 1.74±2.377 | 1.69±2.410 | .027 |
| | 걷기일수 | 4.69±2.724 | 4.44±2.541 | 4.53±2.611 | .000 |
| 위 | 유연성 운동일수 | 1.30±1.954 | 1.75±1.949 | 1.59±1.962 | .000 |
| | 근력 운동일수 | 0.54±1.357 | 0.78±1.519 | 0.69±1.467 | .000 |
| 만 족 도 | 외래이용만족도 | 3.98±0.770 | 3.96±0.746 | 3.97±0.756 | .753 |
| | 입원이용만족도 | 3.96±0.825 | 3.72±0.851 | 3.81±0.848 | .000 |
| | 연간미치료율 | 0.24±0.428 | 0.24±0.428 | 0.24±0.428 | .974 |

* : t값에 의함

표 6. 외래 및 입원 이용에 대한 회귀분석 결과

| 구 분 | 이분형 로지스틱회귀분석결과 | | | | | |
|-----------------|----------------|------|--------|-------|------|--------|
| | 외래이용자 | | | 입원이용자 | | |
| | B | P | Exp(B) | B | P | Exp(B) |
| 성별(기준=남자) | | | | | | |
| 여자 | .127 | .141 | 1.136 | .059 | .633 | 1.061 |
| 나이 | .018 | .000 | 1.018 | -.018 | .000 | .982 |
| 가구소득수준 | .000 | .491 | 1.000 | .000 | .524 | 1.000 |
| 결혼상태(기준=미혼) | | | | | | |
| 결혼(유배우) | -.113 | .278 | .893 | .686 | .000 | 1.986 |
| 기타결혼상태 | -.064 | .634 | .938 | .659 | .001 | 1.933 |
| 건강보험보험종류(기준=직장) | | | | | | |
| 지역의료보험 | -.119 | .041 | .888 | -.178 | .034 | .837 |
| 의료급여 | .152 | .308 | 1.164 | -.032 | .869 | .969 |
| 경제활동참가 | -.104 | .095 | .902 | -.583 | .000 | 1.062 |
| 학력(기준=초졸) | | | | | | |
| 중졸 | -.131 | .186 | .877 | .061 | .666 | .781 |
| 고졸 | -.242 | .010 | .785 | -.247 | .073 | .832 |
| 대졸이상 | -.185 | .078 | .831 | -.184 | .233 | .558 |
| 거주지역(기준=읍면) | | | | | | |
| 등 | -.064 | .344 | .938 | -.299 | .002 | .742 |
| 민간의료보험가입자 | .203 | .003 | 1.225 | .120 | .218 | 1.128 |
| 주관적 건강5점 | -.253 | .000 | .776 | -.226 | .000 | .797 |
| 활동제한자 | .539 | .000 | 1.714 | .545 | .000 | 1.724 |
| 고위험음주 | -.122 | .143 | .885 | -.287 | .021 | .751 |
| 흡연상태(기준=금연) | | | | | | |
| 현재흡연자 | -.311 | .001 | .733 | .244 | .065 | 1.277 |
| 과거흡연현재금연 | .147 | .108 | 1.158 | .194 | .135 | 1.214 |
| Nagelkerke R-제곱 | | .128 | | | .060 | |

IV. 고찰

본 연구의 모집단인 2008년 국민건강영양조사 전체 대상자들의 민간의료보험 가입율은 67.7%로 2007년의 국민건강영양조사 67.1%보다 약간 증가하였다(www.presian.com) 성인만을 대상으로 한 본 연구에서의 민간의료보험 가입율은 63.7%로 나타났는데, 2005년 국민건강보험가입가구 중 1000가구를 조사한 '민간의료보험 실태조사'에서는 가구 중 1사람 이상이 민간의료보험에 가입한 비율이 61.4%였다. 윤희숙(2008)의 국민건강보험공단자료와 민간보험회사자료를 결합하여 2004년 7월-2006년 6월의 의료이용 대상자 연구에서 개인단위의 민간의료보험 가입률은 63.7%로 나타나 본 연구 대상자들의 민간의료 가입율과 일치하고 있었다.

현상적으로 나타난 민간의료보험 가입현황을 보면 성별로는 차이가 없었고, 연령별로는 19-59세에서는 민

간의료보험 가입자의 비율이 높았고, 60세 이상의 연령에서는 민간의료보험 가입자의 비율이 낮았다. 가계가 가구소득수준별로 보면 중하 이하에서는 민간의료보험 가입자의 비율이 낮았고, 중상 이상의 소득계층에서는 민간의료보험 가입자의 비율이 높았다. 국민건강보험 종류별로는 직장가입자의 민간의료보험 가입자 비율이 높았다. 결혼 상태별로는 미혼보다는 결혼한 사람에서 민간의료보험 가입자의 비율이 높았고, 교육수준별로는 고졸이하와 대졸이상에서 민간의료보험 가입자의 비율이 높았다. 직업별로 보면 농림어업 숙련 종사자, 단순노무종사자, 무직(주부, 학생 등)에서 민간의료보험 가입자의 비율이 낮았고, 그 외의 직업군에서는 민간의료보험 가입자의 비율이 높았다. 거주 지역별로 보면 동지역이 읍면지역보다 민간의료보험 가입자의 비율이 높았다. 윤희숙(2008)의 연구결과에 의하면 여성, 직장보험가입자, 도시지역, 직장에서 높은 비율을, 높은 연령층에서 낮은 비율로 나타나, 본 연구결과의 성별에

차이가 없다는 내용을 제외하고는 결과가 일치하며, 강성욱의(2010) 의료이용증가에 관한 연구에서도 고졸이상의 학력, 고소득자, 결혼 한 상태, 도시거주자, 직업을 가진 사람의 비율이 높았고 여성이 높은 비율이었으나 통계적 유의성이 없다고 나타나 본 연구의 결과와 일치하였다. 이러한 일차적인 비교는 각 집단의 특성에 따른 혼란 변수가 내재되어 있어 한계가 있을 수 있으므로 민간의료보험가입을 종속변수로 하는 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

인구·사회·경제학적 변수와 건강 및 유병상태 변수, 건강증진 행위 변수를 추가한 모델 III의 결과를 보면 연령, 가구가구소득수준, 결혼상태, 건강보험종류 등의 인구·사회·경제학적 요인이 역시 유의하게 나타났다. 연령별로는 19-29세와 비교하여 60-69세는 0.270배, 70대 이상은 0.058로 민간의료보험 가입이 매우 낮아 노년층의 민간의료보험 가입이 매우 낮은 사실을 확인할 수 있었다.

가구가구소득수준으로는 하를 기준으로 했을 때 중하가 1.616배, 중상이 2.665배, 상이 3.085로 민간의료보험 가입이 가구소득수준에 따라 매우 유의한 차이가 나고 있었다. 또한 미혼에 비해 결혼(유배우)한 사람이 2.793배, 기타결혼상태(이혼, 별거, 사별)가 2.544배로 민간의료보험에 가입하고 있어 결혼 상태가 민간의료보험 가입에 매우 중요한 요소라는 것을 확인할 수 있었다. 직장건강보험자보다 지역건강보험은 .828배, 의료급여자는 .358배 수준으로 낮은 민간의료보험 가입율을 보이고 있었다. 주관적 건강상태가 좋을수록 민간의료보험 가입율이 높고, 활동제한자가 0.796배로 민간의료보험 가입율이 낮았다. 질병별로는 다빈도 5개 상병 중 고혈압과 알레르기성비염에서만 유의하게 가입이 낮음을 보였다. 평생금연자보다 현재 흡연자가 .631배로 민간의료 가입이 낮았다. 고위험 음주나 과거흡연 현재금연의 건강행태 변수는 유의하지 않게 나타났다. 강성욱외(2010)의 연구에서 민간의료 미가입자의 평균연령이 66.9세로 연령이 높을수록 가입율이 낮고, 주관적인 건강상태는 민간의료 가입 군이 더 좋았으며, 민간의료 가입군의 유병율이 가입군이 비가입군 보다 낮고, 활동제한자에서 민간의료 가입율이 낮게 나타나 본

연구의 결과와 유사한 결과를 나타냈다. 이는 의료이용이 더 필요한 계층인 고연령층, 건강하지 못한 사람, 활동제한자와 같은 인구집단에서 민간의료보험 가입이 되고 있지 않다는 사실을 실증적으로 밝혀주고 있다.

50세 이상의 중·고령자들의 민간의료보험 가입 요인을 분석한 허은정, 김지경(2009)의 연구에서는 50대, 교육수준이 높을수록, 유배우자, 거주지역은 서울이나 광역시, 취업형태에서는 임금근로자, 월평균 가계소득이 높을수록, 개인이 인지한 건강상태가 좋은 경우, 질환/장애가 없는 경우, 월평균 가구의료비 지출이 상대적으로 적은 경우로 나타나 교육수준과 거주 지역을 제외하고는 본 연구 결과와 일치하고 있었다.

민간의료보험 가입자들이 민간의료보험의 가입으로 가격탄력성이 낮아져 실제 의료이용이 늘어나는가에 대한 논쟁이 있다. 민간의료보험 가입자는 지난 2주간 외래 이용을 한 경우가 미가입자보다 많게 나타났고, 지난 1년간 입원 여부에는 미가입자와 차이가 없었다. 의료이용의 양적 변수를 외래이용횟수와 입원이용횟수로 설정하여 다른 변수를 통제하고 민간의료보험가입의 영향을 보았을 때 외래에서는 관련이 없었고, 입원 이용횟수는 민간의료가입자에서 더 높게 나타났다. 강성욱(2005)은 실증연구를 통하여 입원진료에서는 암보험 민간보험군이 비민간보험군보다 입원회수와 재원기간 등으로 측정된 입원진료를 더 많이 이용하고, 입원진료비는 차이를 보이고 있지 않고, 외래진료에서는 의료이용과 외래진료비 모두 민간보험군이 비 민간보험군보다 높음을 확인 하였으나, 민간보험군의 높은 의료이용과 의료비가 보험의 효과에서 기인하는 것인지, 민간보험군의 높은 소득에 기인하는 것인지는 구분할 수 없었다. 또 강성욱의 2010년 연구에서는 2006년과 2008년 고령화연구패널자료 1차와 2차를 사용하여 민간의료보험 가입의 내생성을 통제하여 두 집단 간 의료이용에서는 민간의료가입 군에서 입원과 외래방문 횟수가 더 적은 것으로 나타나, 차이가 존재함을 확인하였다. 그러나 이 연구는 45세 이상의 고령자만을 대상으로 하고 있는 자료라는 것을 감안할 필요가 있을 것이다.

윤희숙(2008)의 연구에서는 외래이용 경우에는 민간의료보험 변수가 양(+의 영향을 주고 있어, 민간의료

가입자의 외래이용 경향이 높았고, 양적 변수인 외래일수와 외래총진료비는 미가입자보다 낮게 나타났고, 일당 진료비는 미가입자보다 높았다. 입원이용 경우에도 민간의료보험 변수가 양의 영향을 주고 있어, 민간의료가입자의 입원이용 확률이 높았으나, 양적 변수인 입원일수와 입원총진료비, 일당 진료비 모두 미가입자보다 낮게 나타났다.

의료이용에 양(+)의 영향을 미치는 다른 요인은 외래이용횟수의 경우, 저 연령, 결혼(유배우), 직장가입자, 초졸과 중졸, 읍·면지역거주, 낮은 주관적 건강상태, 활동제한자, 고위험음주자가 아닌 대상자 이었다. 윤희숙(2008)의 연구에서는 낮은 연령, 직장가입자, 낮은 건강상태가 본 연구와 일치한 요인이었고, 이외 여성, 재산수준, 도시지역거주자도 양(+) 효과를 주고 있었다.

입원이용횟수의 경우, 고 연령, 의료급여자, 낮은 주관적 건강상태, 활동제한자, 평생생연자가 영향요인이었고, 윤희숙(2008)의 연구에서는 고연령, 현재 건강상태가 본 연구와 일치한 요인이었고, 이외 여성, 낮은 가구재산수준, 도시지역거주자, 과거 건강상태도 양(+)의 효과를 주고 있었다. 윤희숙(2008)의 연구에서 입원일수와 총진료비가 정액형 민간의료보험가입자에게서는 미가입자보다 더 낮게 나오는데 반하여 실손형의 민간의료보험에서는 가입자에게서 더 높게 나오고 있는 사실이 주목할 만하다고 사료된다. 정액형 민간의료보험보다 점차 실손형 민간의료보험이 증가하고 있는 추세를 감안하면 향후 이들 가입자에게서 의료이용이 더 늘어날 것을 예측할 수 있게 한다. 박해구(2009)는 실손형 민간의료보험에 1년간 가입하고 해제한 1개 직장 1만여 명의 근로자집단의 의료이용실적을 실험군으로 삼고, 2007년 국민건강보험전체가입자를 대조군으로 하여 분석한 결과, 민간의료보험이 보장된 집단의 의료비 증가율(0.4141)이 비보장집단의 증가율(0.1191)보다 높았다. 민간의료보험자적이 해제된 해에는 실험군의 입원비는 대조군과 같은 일반적 수준으로 복귀하고 있어, 실손형 의료보험이 의료이용에 양(+)의 영향을 주고 있는 것을 실증적으로 분석하였다.

최근 보건의료선진화 계획의 한 부분으로 의료민영화와 민간의료보험 활성화 방안이 꾸준히 제기되고 있

다. 그러나 연구결과를 볼 때 19세 이상 성인의 63.7%가 민간의료보험에 가입하고 있을 정도로 이미 민간의료보험이 확대되어 있으나, 정작 의료이용이 필요한 60대 이상과 건강하지 못한 사람, 활동제한자, 가구소득수준이 낮은 계층에게서는 보험가입이 매우 낮게 나타나 현재와 같은 민간의료보험 제도는 의료취약자들에게 매우 높은 장벽이 되고 있는 것으로 사료된다. 또한 민간의료보험자에게서는 외래이용이나 입원이용량이 증가하는 결과를 보여 결과적으로 국민의료비가 증가될 수 있음을 시사한다. 이에 대해 이진석(2006)은 산업정책적 효과가 크고, 공보험의 공백으로 거론되는 신의료기술, 고급의료, 질병으로 인한 기타 손실영역은 민간의료보험의 보장영역으로 포함되어 있지 않으므로 민간의료보험이 공보험의 공백을 보완하고, 산업정책적 효과를 촉진시키기 위해서는 우선, 민간의료보험의 합리성을 제고하기 위해 보험상품의 획기적인 표준화가 필요하고 위험분산이라는 보험의 본질을 구현하기 위해 민간의료보험의 사회적 책임성 제고방안이 마련되어야 하며 관리감독체계를 개선하여 민간의료보험에 대한 정부정책의 공백을 보완해야 한다고 주장하고 있다. 그러나 아직까지 이러한 시도가 시행되고 있지 못한 실정이고 국민 건강보험의 보장성은 2008년 62.2%로 2007년 보다 하락하고 있다.

국민건강영양조사에서 조사하는 예방행위인 인플루엔자 예방접종율과 건강보험 건강검진은 민간의료보험 가입자에게서 더 낮았고, 지난 2년간 본인부담 건강검진 비율과 지난 2년간 암검진 비율은 가입자의 검진율이 더 높았다. 이러한 사항은 민간의료보험 가입자들이 공적 건강보험영역이나 공공의료의 영역에 충실하기 보다는 본인부담으로 실시하는 민간의료에 더 관심을 가지고 있는 사람들이라는 것을 감안한 도덕적 해이(moral Hazard)를 시사한다. 또한 보험 가입자의 역선택으로 공보험의 의료이용 증가와 가입자들이 사회경제적으로 높은 계층인 점을 감안하면, 민간의료보험이 공보험 의료이용의 계층간 형평성을 더욱 악화시킨다고 볼 수 있겠다. 건강행위에 있어서는 격렬한 신체활동을 실천하는 비율, 평균 수면시간, 1주일간 격렬한 신체활동을 하는 일수, 1주일간 중등도 신체활동을 하

는 일수, 1주일간 유연성 운동일수 및 1주일간 근력운동일수가 민간의료보험 가입자에서 높아 건강관리에의 관심이 미가입자보다 높은 건강증진행위로 나타나는 것으로 보인다.

V. 결론

본 연구는 2008년 국민건강영양조사 대상자 중 건강 설문조사와 의료이용조사에 응답한 19세 이상 성인을 대상으로 민간의료보험 가입요인, 가입여부에 따른 건강행태 및 의료이용 요인을 비교분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

첫째, 민간의료보험 가입 요인은 인구·사회·경제적 요인이 유의하게 나타났다. 연령별로는 19-29세와 비교하여 30-59세는 유의한 차이가 없었고, 60-69세와 70대 이상에서 민간의료보험 가입이 매우 낮았다. 가구 가구소득수준이 높을수록, 미혼에 비해 결혼(유배우)한 사람과 기타결혼상태(이혼, 별거, 사별), 직장건강보험자에서 민간의료보험 가입이 높았다. 주관적 건강상태가 좋을수록, 활동제한자가 아닐수록 민간의료보험 가입이 높았고, 질병별로는 고혈압과 알레르기성비염 유병에서 유의하게 가입이 낮음을 보였다. 건강행태 변수에서는 평생금연자보다 현재 흡연자가 민간의료 가입이 낮았고, 고위험 음주 변수는 유의하지 않게 나타났다.

둘째, 국민건강영양조사에서 조사하는 예방행위인 인플루엔자 예방접종율과 건강보험 건강검진은 민간의료보험 가입자에게서 더 낮았고, 지난 2년간 본인부담 건강검진비율과 지난 2년간 암 검진비율은 민간의료보험 가입자의 검진율이 더 높았다.

셋째, 건강행위 평균을 민간의료보험 가입여부별로 보면, 격렬한 신체활동을 실천하는 비율은 민간의료보험 가입자가 더 높았고, 평균 수면시간, 1주일간 격렬한 신체활동을 하는 일수, 1주일간 중등도 신체활동을 하는 일수, 1주일간 유연성 운동일수 및 1주일간 근력 운동일수에서도 민간의료보험 가입자가 미가입자 보다 많았다. 걷기를 실천하는 비율과 1주일간 걷기일수는 민간의료보험 가입자가 미가입자보다 적었다. 중등도

신체활동을 실천하는 비율과 하루흡연량은 유의한 차이가 없었다.

넷째, 의료이용에 민간의료보험이 어떤 영향을 미치고 있는가를 살펴보면, 외래이용이 있는 경우와 입원이 용횃수에서 민간의료보험가입자가 미가입자보다 외래를 이용할 확률이 높았고, 더 많은 횃수의 입원의 관련 요인으로 나타났다.

본 연구는 국가적 법적 조사인 국민건강영양조사 자료를 이용하여 전 국민을 모집단으로 하여 체계적으로 표본추출 하여 대표성과 신뢰성을 가질 수 있는 장점이 있다. 그러나 조사의 초점이 민간의료보험 가입이 아니기 때문에 민간의료보험이 정액형인지, 실손형인지, 보험료 크기는 어떠한지에 대한 자세한 구분이 되지 않고 있고, 가입시점을 알 수 없어 상세한 분석이 곤란할 뿐 아니라 의료이용이 지난 2주간이나 지난 1년간으로 제한되어 있어 민간의료보험의 가입요인과 가입 효과를 분리해 내기 어려운 측면이 있다. 특히, 예방행위나 건강검진, 건강행태 등의 변수는 그러한 특성이 있는 사람이 민간의료보험에 가입한 것인지, 아니면 민간의료보험 가입 후 달라진 행태인지 구별하기가 어렵다. 그러므로 향후 국민건강영양조사에서는 민간의료보험 가입부문에 대한 조사항목을 상세화할 뿐 아니라 연구 대상 집단의 지속적인 추적관찰 등의 연구가 필요하리라 사료된다.

참고 문헌

- [1] 강성욱, 권영대, 김성아, 민간의료보험이 병원에 미칠 영향에 관한 고찰. 보건경제와 정책연구, Vol.10, No.2, pp.26-36, 2004.
- [2] 강성욱, 권영대, 유창훈, 암보험이 암환자의 의료이용에 미친 영향. 보건행정학회지, Vol.15, No.4, pp.65-80, 2005.
- [3] 강성욱, 유창훈, 오은환, 권영대, 민간의료보험이 과연 의료이용을 증가시키는가: 내생성 통제를 이용한 검정. 보건경제와 정책 연구, Vol.16, No.1, pp.139-159, 2010.
- [4] 김동현, 국내 민간의료보험 시장의 역선택에 관한

- 실증 연구, 경희대학교 대학원 석사학위논문, 2008.
- [5] 김세환, 조재현, 박정희, 2006년 보험소비자 설문 조사. 보험개발원, 2006.
- [6] 김재현, 김현수, 민영건강보험 가입자의 상품정보 획득특성과 만족도 연구, 보험개발연구, Vol.17, No.1, pp.71-102, 2006.
- [7] 박종연, 김경하, 김창보, 신수희, 민간건강보험 도입에 대비한 공보험의 대응방안. 국민건강보험공단, 2002.
- [8] 박해구, 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 고찰. 서울대학교 석사학위논문, 2009.
- [9] 박희숙, 우리나라에 있어서 민간의료보험 도입에 관한 연구, 아주대학교 공공정책 대학원 석사학위 논문, 2003.
- [10] 배지영, 민간의료보험 형태가 보건의료 형평성에 미치는 영향: 선진국의 경험을 통한 정책적 함의. 한국사회정책, Vol.14, No.2, pp.208-243, 2007.
- [11] 보건복지부 공청회, 건강보험 보장성 강화방안. 2005(6).
- [12] 성경환 외 8명, 일차진료에서 문제음주자 선별을 위한 Alcohol Use Disorders Identification Test Alcohol Consumption Questions(AUDIT-C)의 타당성 조사. 가정의학회지, Vol.30, pp.695-702, 2009.
- [13] 신문식, 김세환, 조재현, 2005년 보험소비자 설문 조사. 보험개발원, 2005.
- [14] 신민선, 외래서비스 이용에 영향을 미치는 요인 -2007 국민건강영양조사를 이용하여- 경원대학교 대학원 석사 학위논문, 2009.
- [15] 최기춘, 이호용, 이선미. 2008년 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단 연구보고서, 2009.
- [16] 오영수, 국민건강보험과 민간건강보험간 역할 재정립 방안, 보험개발연구, 2005.
- [17] 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광욱, 정백근. 민간의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인: 민간의료보험 활성화에 대한 함의. 보건행정학회지, Vol.15, No.4, pp.161-175, 2005.
- [18] 윤희숙, 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향, 한국개발연구, Vol.30, No.2, pp.100-128, 2008.
- [19] 이용재, 국가의료보장체계에서 민간의료보험의료비의 영향분석, 인문사회과학연구, Vol.22, pp.153-182, 2009.
- [20] 이진석, 정백근, 허순임, 이용갑, 국민건강보험과 민간의료보험의 바람직한 발전방안. 건강보험포럼, Vol.5, No.1, pp.16-31, 2006.
- [21] 허은정, 김지경. 중·고령자의 민간의료보험 가입 및 지출액 결정요인, 소비자학연구, Vol.20, No.4, pp.107-127, 2009.
- [22] H. J. Chang. 대만 건강보험의 보장성 강화와 재정운영 안정화. 건강보험 포럼, Vol.3, No.3, pp.26-36, 2004.
- [23] www.presian.com., 2010년 9월 4일[보험협회].
- [24] R. J. Blendon, C. Schoen, C. DesRoches, and K. Zapert Common concerns a mid diverse systems: Health care experience in five countries, Health Affairs, Vol.22, No.3, pp.106-121, 2003.
- [25] OECD (보건복지부, 정형선 역), Health Project : Towards high-performing health systems, 2004.
- [26] D. Denis and J. Johannes. Different Countries, Different Needs: The Role of Private Health Insurance in Developing Countries. Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol.32, No.3, pp.497-534, 2007.
- [27] K. J. Dombkowski, P. M. Lantz, and G. L. Freed, Role of health insurance and a usual source of medical care in age-appropriate vaccination. American Journal of Public Health, Vol.94, No.6, pp.960-966, 2004.
- [28] J. Fang and M. H. Alderman, Does supplemental private insurance affect care of Medicare recipients hospitalized for myocardial

infarction, American Journal of Public Health Vol.94, No.5, pp.778-82, 2004.

- [29] Y. Shen, A. Hendricks, F. Wang, J. Gardner, and L. E. Kazis, The Impact of Private Insurance Coverage on Veterans' Use of VA Care: Insurance and Selection Effects. Health Services Research, Vol.43, No.1, pp.267-86, 2008.
- [30] J. R. Lu and W. C. Hsiao, Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable Lesson From Taiwan. Health Affairs, Vol.22, No.3, pp.77-88, 2003.
- [31] L. S. Morales, J. Rogowski, V. A. Freedman, S. L. Wickstrom, and J. L. Adams, Escarcce JLUse of preventive services by men enrolled in Medicare+Choice plans. American Journal of Public Health, Vol.94, No.5, pp.796-802, 2004.
- [32] M. J. Roberts, W. Hsiao, P. Berman, (신영진 역), M. R. Reich, Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity, Oxford University Press, 2004.
- [33] E. F. Taylor, M. Chernew, and McLaughlin, C. Do Determinants of Medicare Supplemental Coverage Choice Vary by Income? Journal of Health & Social Policy, Vol.22, pp.1-18, 2006.
- [34] OECD, Health care systems; Lessons from the reform experience, ECO/WKP 28, 2003.
- [35] OECD, Private Health Insurance in OECD countries, the OECD Health Project 2004.

저 자 소 개

이 용 철 (Yong-Chul Lee)

정회원



- 2007년 8월 : 인제대학교 의료경영학과(보건학박사)
- 2001년 ~ 현재 : 부산가톨릭대학교 병원경영학과교수

<관심분야> : 병원경영학, 병원마케팅

임 복 희 (Bock-Hee Im)

정회원



- 2001년 2월 : 경북대학교 보건학과(보건학박사)
- 2001년 ~ 현재 : 부산가톨릭대학교 병원경영학과 교수

<관심분야> : 의무기록, 의료정보관리, 보건학

박 영 희 (Young-Hee Park)

정회원



- 2002년 : 인제대학교 보건대학원 보건학박사
- 2001 ~ 현재 : 부산가톨릭대학교 병원경영학과 교수

<관심분야> : 보건학, 건강보험, 보건교육