https://doi.org/10.5392/JKCA.2017.17.06.063

민간의료보험 가입 여부가 본인부담 진료비의 주관적 부담 수준에 미치는 영향

The Effect of Private Health Insurance on the Subjective Burden of Medical Expenses

홍진혁[*], 노진원[**], 박기수[***], 이예진[**], 권영대[****]
고려대학교 의과대학 의학통계학교실[*],
을지대학교 의료경영학과[**],
고려대학교 보건정책관리학부[***],
가톨릭대학교 의과대학 인문사회의학과/의료경영연구소[****]

Jin Hyuk Hong(hongjh0513@korea.ac.kr)[*], Jin-Won Noh(jinwon.noh@gmail.com)[**],
Kisoo Park(blesspark@naver.com)[***], Yejin Lee(yiye1110@gmail.com)[**],
Young Dae Kwon(snukyd1@naver.com)[****]

요약

우리나라는 전 국민 건강보험 의료체계를 근간으로 하고 있으나, 보장성이 낮아 많은 국민들이 높은 의료비의 재정적 부담 완화를 위해 민간의료보험에 가입하고 있다. 본 연구에서는 민간의료보험의 가입 여부가 개인의 본인부담 진료비 지불에 대한 주관적인 부담 수준에 미치는 영향을 분석하였다. 보건의료정책방향 관련 대국민 실태조사 자료를 활용하여 총 1,564명을 연구 대상자로 선정하였으며, 관련성 파악을 위해 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 연구 결과, 민간의료보험 가입 여부는 본인부담금의 주관적 부담 수준과 유의한 관련이 있었으며($p<.0001$), 민간의료보험 미가입자가 가입자에 비해 주관적 부담 수준이 더 높았다(OR, 1,190; 95% CI, 1,188-1,192). 고연령, 저소득층의 민간의료보험 가입률이 낮음을 감안할 때, 경제적 부담을 대비하는 민간의료보험의 순기능 강화와 형평성 문제 해결을 위한 민간의료보험의 역할 재정립이 필요하다.

■ 중심어 : | 민간의료보험 | 본인부담금 | 국민건강보험 | 의료비 부담 |

Abstract

Although the National Health Insurance, many people sign up for private health insurance to alleviate their financial burden. In this study, we analyzed the relationship between private health insurance and subjective financial burden about cost sharing. To confirm the effect we conducted the binary logistic regression by utilizing the Health Care Policy related to public survey. The private health insurance have a significantly association with the subjective financial burden about cost sharing. People who uninsured to purchase private health insurance were more likely to have the burden. Therefore, given the low participation rate of private medical insurance for high age and low income group, we suggest the need for redefining the role of private insurance to enhance the function and resolve equity issues to prepare for the burden.

■ keyword : | Private Health Insurance | Cost Sharing | National Health Insurance | Medical Expenditure Burden |

접수일자 : 2017년 02월 24일
수정일자 : 2017년 05월 20일
심사완료일 : 2017년 05월 20일
교신저자 : 권영대, e-mail : snukyd1@naver.com

I. 서 론

1989년 전 국민 의료보험 시대가 열린 후 현재에 이르기까지 우리나라의 보건의료체계와 의료보장제도는 지속적으로 발전하였다[1]. 1980년에 GDP 대비 국민의료비는 3.6% 수준에 머물렀으며, 이중 공공의료비는 불과 22.1%에 그쳤다. 2012년에는 GDP 대비 국민의료비가 7.6%, 공공의료비가 54.5%로 각각 증가하여 국민들의 의료 접근성과 보장성이 크게 개선되었음을 보여준다[2]. 그러나 접근성과 보장성이 향상되는 것과 반대로 재정 부담의 문제는 2000년대에 들어 심화되었다[3]. 국민들이 내고 있는 건강보험료의 총액은 2011년에 약 32조 원이며, 2000년부터 10년 간 연평균 증가율이 13.5%에 달할 정도로 보험료 부담이 빠르게 증가하였다[3]. 인구 고령화에 따른 의료 이용량의 빠른 증가와 지속적인 저출산으로 인한 피부양률의 증가를 고려하여 추계한 결과, 건강보험재정은 2010년 가치를 기준으로 2050년에는 52조 원의 적자를 기록할 것으로 예상될 만큼 재정 문제는 심각하다[4]. 최근 몇 년간은 건강보험재정이 흑자를 기록하고 있으나, 주요 선진국에 비해 낮은 보장성을 획기적으로 높이는 데는 재정 부담이 걸림돌이 되고 있다[5].

많은 국가들이 공공의료체계와 공적 의료보장을 의료체계의 근간으로 하고 있으나 여전히 민간의료보험이 중요한 역할을 수행하고 있다[6]. 우리나라는 전 국민 건강보험 제도를 통해 국민의 건강권 보장을 책임지고 있지만 급여항목의 제한과 높은 본인부담 설정으로 인해 개인이 직접 지출하는 의료비 부담 수준이 높다[7]. 특히 중증 질환이나, 희귀, 난치성 질환 등으로 인해 입원 및 수술을 목적으로 의료기관을 이용하는 경우는 그 부담이 심각한 수준이다[8]. 이러한 부담을 줄이고 위험에 대비하기 위한 목적으로 많은 국민들이 보충형 민간의료보험에 가입하고 있다[9].

민간의료보험은 개인의 재정적 부담을 완화시켜 주고 의료이용을 용이하게 해주는 등 긍정적인 측면이 있으나, 가입자의 도덕적 해이에 의한 부적절한 의료이용의 증가와 경제적 수준에 따른 의료 불평등을 심화시키는 등의 부정적인 측면이 있다고 알려져 있다[6]. 지금까지 민간의료보험에 관한 선행연구들은 주로 민간의료보험 가입자의 특성, 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향, 건강보험과 민간의료보험간의 관계와 상호보완 발전 방향 등에 초점을 맞추어 수행되었다[6]. 구체적으로 민간의료보험의 도입으로 인해 건강보험재정 악화, 급여 범위 제한, 도덕적 해이 등의 부정적인 문제점이 발생하지만, 환자의 고액진료비 부담 감소, 제공되는 서비스의 질적 개선 등의 긍정적인 부분 또한 발생하기 때문에 국민건강보험과 민간의료보험이 상호 보완할 수 있는 제도적 장치 마련 등이 강조되었다[10]. 그러나 민간의료보험 활성화를 목적으로 개발된 보건의료정책들은 여전히 의료의 공공성과 형평성을 저해할 수 있다는 우려를 낳고 있는 실정이다[6].

본인부담 진료비에 관한 선행연구들은 중증질환자나 영유아의 본인 부담률 경감과 같은 국민건강보험의 본인부담 진료비 기준 변화가 의료이용량, 본인부담 진료비 수준에 미치는 영향에 초점을 맞추어 수행되었다[11-14]. 대부분의 국민들이 국민건강보험의 취약한 보장성으로 인한 높은 본인부담 의료비의 재정적 부담을 완화시키려는 목적으로 보충형 민간의료보험에 가입하고 있으나, 더 많은 의료서비스를 제공 받아야 할 사회적 소외 계층인 고연령, 저소득, 저학력자는 민간의료보험의 보험료 납부 부담으로 인해 민간의료보험의 수혜가 적고 낮은 공적 보험의 보장성은 계층간 형평성 문제를 해결하지 못하고 있는 상태이다[6][9]. 현재 국내에서는 민간의료보험 가입이 실제로 의료이용 시 발생하는 본인부담 진료비 지출에 미치는 영향을 분석한 연구는 미비한 편이다. 특히, 직접적으로 환자들이 느끼고 있는 본인부담금의 부담 수준에 관한 연구는 전무하다. 직접적으로 느끼는 본인부담금 지불의 부담감은 민간의료보험과 국민건강보험 간 상호 보완 역할을 재정립하는 보건의료정책 개발에 반드시 필요한 부분이라 판단된다. 이에 본 연구에서는 민간의료보험의 가입 여부가 의료이용 시 발생하는 본인부담금 지불에 대해 개인이 느끼는 주관적 부담 수준에 어떠한 영향을 미치는지 알아보고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구 대상 및 자료원

이 연구에서는 2011년 보건복지부가 한국보건사회연구원과 맥킨지 한국 사무소에 의뢰하여 조사한 보건의료정책방향 관련 대국민 실태조사 자료를 이용하였다. 이 조사의 목적은 보건의료정책 및 서비스에 관한 국민들의 정확한 인식을 파악하고, 보건의료서비스 이용 실태, 만족도 및 불만요인, 정책방향에 대한 국민의 인식 등 보건의료체계에 대한 국민들의 만족도와 당면 과제를 파악함에 있다. 만족도 수준 외에도 보건의료체계의 질, 보장성, 비용 등에 대한 가치관 또한 직, 간접적으로 알아보고자 하였다. 이 조사에서는 지역적 안배(서울, 부산, 경기도에 국한) 및 예산을 고려한 단계별 집락 계통 추출방법을 활용하여 만 20세 이상 69세 이하 성인 1,573명의 표본을 추출하였다. 조사원이 추출된 표본의 가구를 직접 방문하여 면접 조사를 실시하였다. 본 연구에서는 대상자 중 연구에서 설정한 종속변수의 결측 응답자를 제외한 총 1,564명을 최종 연구 대상자로 선정하였다. 가톨릭대학교 성의교정 임상연구심사위원회의 심의를 받아 연구를 진행하였다(MC15EISI0006).

2. 변수

종속변수는 본인부담 진료비에 대한 주관적 부담 수준이다. 조사에서는 “귀하와 생계를 같이 하는 직계가족이 의원 혹은 병원에서 진료를 받을 때마다 지불하는 본인부담금(외래진료비, 입원수술비, 약국 약제비 등)은 귀하의 가계에 얼마나 부담되는가(연 평균 부담)?” 문항에 대해 ‘전혀 부담되지 않는다’, ‘부담되지 않는다’, ‘별로 부담되지 않는 편이다’, ‘다소 부담스러운 편이다’, ‘생계 유지에는 지장이 없지만 상당히 부담스럽다’, ‘이 비용 때문에 생계유지가 어려울 정도로 매우 부담스럽다’로 구분하여 측정하였다. 본 연구에서는 이를 ‘부담을 느낀다’ 와 ‘부담을 느끼지 않는다’ 의 두 범주로 재분류하여 부담을 느끼는 대상자와 그렇지 않은 자로 구분하여 분석을 실시하였다.

독립변수로는 인구사회적 변수(성별, 연령, 배우자 유무), 경제적 변수(민간의료보험 가입 여부, 월평균 가구소득), 의료이용 변수(가구 내 장애·만성·노인성·중증 질환자 보유 여부, 입원 여부, 수술 여부, 의료환경 만족도)를 선정하였다. 연령은 10세 단위로 구분하여 20대부터 60대 이상까지 5개의 범주로 구분하였다. 배우자 유무는 배우자가 있는 경우(결혼, 동거)와 아닌 경우(독신, 미혼, 이혼, 사별, 별거, 미혼모)로 구분하였다. 월평균 가구소득은 200만 원 미만, 200만 원 이상-300만 원 미만, 300만 원 이상-400만 원 미만, 400만 원 이상으로 구분하였다. 가구 내 장애·만성·노인성·중증 질환자 보유 여부는 가구 내 적극적 의료부양 요구자인 장애인,

표 1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 단변량 로지스틱 회귀분석 결과 (N=1,564)

변수	N (%), Mean ± SD (min, max)	OR	95% CI	P-value
성별				
여자	1,031 (65.92)	1.431	1.429–1.433	<.0001
남자	533 (34.08)	ref		
연령				
60대 이상	330 (21.13)	1.208	1.205–1.211	<.0001
50대	373 (23.88)	0.999	0.997–1.001	0.2141
40대	359 (22.98)	0.932	0.930–0.934	<.0001
30대	368 (23.56)	0.673	0.672–0.674	<.0001
20대	132 (8.45)	ref		
배우자				
유	1,204 (76.98)	1.212	1.210–1.214	<.0001
무	360 (23.02)	ref		
민간의료보험				
미가입	484 (31.25)	1.209	1.207–1.210	<.0001
가입	1,065 (68.75)	ref		
월평균 가구소득				
200만 원 미만	196 (12.57)	1.526	1.523–1.530	<.0001
200–299만 원	342 (21.94)	1.175	1.173–1.177	<.0001
300–399만 원	344 (22.07)	1.114	1.112–1.115	<.0001
400만 원 이상	677 (43.43)	ref		
장애 · 만성 · 노인성 · 중증 질환자 보유 가구				
예	484 (30.95)	1.825	1.822–1.828	<.0001
아니오	1,080 (69.05)	ref		
입원 여부				
예	387 (24.74)	1.999	1.996–2.002	<.0001
아니오	1,177 (75.26)	ref		
수술 여부				
예	225 (14.39)	3.272	3.264–3.279	<.0001
아니오	1,339 (85.61)	ref		
의료환경 만족도				
	3.24 ± 0.95 (1, 6)	1.177	1.176–1.177	<.0001
본인부담금 주관적 부담 수준				
느낀다	911 (58.25)			
느끼지 않는다	653 (41.75)			

SD, standard deviation; OR, odds ratio; CI, confidence interval; ref, reference

노인성 질환자, 당뇨 등 만성질환자, 암 등 중증질환자가 있는 경우와 아닌 경우로 구분하였다. 입원 및 수술 여부는 본인을 포함한 가족 중 한 명이라도 의원, 병원, 종합병원 등 병원 규모에 상관없이 있을 경우 '예', 그렇지 않을 경우 '아니오'로 구분하였다. 의료환경 만족도는 "병의원에 대한 접근 용이성, 진료시간, 대기시간, 친절도, 치료 결과, 진료비용, 보험 혜택의 범위, 의료보험료 등 우리나라 의료환경 전반을 고려하였을 때 어느 정도 만족하십니까?"라는 문항으로 '매우 불만족스럽다'부터 '매우 만족스럽다'까지의 6점 척도를 사용하여 측정되었으며, 점수가 높을수록 불만족을 나타내도록 역코딩하였다.

3. 통계분석

보건의료정책방향 관련 대국민 실태조사는 지역적 안배 및 예산 등을 고려하여, 타 지역에 비해 상대적으로 의료이용이 많고 다수의 인구가 분포한 지역을 중심으로 단계별 집락계통 추출방법을 활용하여 조사되었다. 따라서 표본의 결과가 대표성을 가질 수 있도록 단계별 추출확률을 활용하여 가구 가중치를 계산하고, 가구가중치에 응답자의 성별과 연령별 분포를 고려한 개인가중치를 산출해 분석에 적용시켰다. 연구 대상자의 인구사회적, 경제적 특성 및 의료이용 관련 특성을 파악하기 위해 빈도분석을 시행하였으며, 이러한 특성들과 본인부담 진료비 부담 수준의 관련성을 파악하기 위하여 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석에는 SAS version 9.3(SAS Institute Inc, Cary, NC)을 사용하였다.

Ⅲ. 연구 결과

대상자의 일반적 특성과 본인부담 진료비에 대한 주관적 부담감의 단변량 분석 결과는 [표 1]과 같다. 성별, 연령(50대 제외), 배우자 유무, 가구 내 장애·만성·노인성·중증 질환자 보유 여부, 민간의료보험 가입 여부, 월평균 가구소득, 입원 여부, 수술 여부, 의료환경 만족도 등 모든 변수가 본인부담 진료비에 대한 주관적 부담감과 유의한 관련성을 보였다(p<.0001). 여자는 남자에 비해 주관적 부담감을 더 느꼈으며(OR, 1.431; 95% CI, 1.429-1.433), 민간의료보험 미가입자는 가입자에 비해 부담감을 더 느끼는 것으로 나타났다(OR, 1.209; 95% CI, 1.207-1.210). 본인을 포함한 가족 구성원 내에서 입원 경험이 있거나 수술 경험이 있는 사람은 경험이 없는 자에 비해 부담 수준이 높았다(OR, 1.999; 95% CI, 1.996-2.002; OR, 3.272; 95% CI, 3.264-3.279).

표 2. 본인부담 진료비의 주관적 부담 수준의 영향요인 – 다중 로지스틱 회귀분석 결과 (N=1,564)

변수		OR	95% CI	P-value
성별				
	여자	1.415	1.413–1.417	<0.001
	남자	ref		
연령				
	60대 이상	0.752	0.750–0.755	<0.001
	50대	0.766	0.765–0.768	<0.001
	40대	0.801	0.800–0.803	<0.001
	30대	0.607	0.606–0.608	<0.001
	20대	ref		
배우자				
	유	1.345	1.342–1.347	<0.001
	무	ref		<0.001
민간의료보험				
	미가입	1.190	1.188–1.192	<0.001
	가입	ref		
월평균 가구소득				
	200만 원 미만	1.557	1.553–1.562	<0.001
	200–299만 원	1.252	1.250–1.254	<0.001
	300–399만 원	1.157	1.155–1.159	<0.001
	400만 원 이상	Ref		
장애 · 만성 · 노인성 · 중증 질환자 보유 가구				
	예	1.354	1.351–1.356	<0.001
	아니오	ref		
입원 여부				
	예	1.088	1.086–1.090	<0.001
	아니오	ref		
수술 여부				
	예	2.987	2.978–2.996	<0.001
	아니오	ref		
의료환경 만족도		1.192	1.191–1.193	<0.001

SD, standard deviation; OR, odds ratio; CI, confidence interval; re, reference

본인부담 진료비의 주관적 부담감 여부에 대한 다중 로지스틱 회귀분석 결과는 [표 2]와 같다. 단변량 결과와 마찬가지로 모든 요인들이 주관적 부담감 여부와 통계적으로 유의한 관련성을 보였다(p<.0001). 여성은 남성에 비해 본인부담금에 대한 부담감을 더 느끼는 것으

로 나타났다(OR, 1.415; 95% CI, 1.413-1.417). 연령의 경우 모든 연령층이 20대에 비해 부담감 수준이 낮았다(OR, 0.607; 0.801; 0.766; 0.752). 배우자가 있는 경우가 없는 경우에 비해 부담감이 높았다(OR, 1.345; 95% CI, 1.342-1.347). 가구 내 장애·만성·노인성·중증 질환자가 있는 가구가 그렇지 않은 가구에 비해 부담감이 더 높았다(OR, 1.354; 95% CI, 1.351-1.356). 민간의료보험에서는 미가입자가 가입자에 비해 주관적 부담감을 더 느꼈다(OR, 1.190; 95% CI, 1.188-1.192). 월평균 가구소득은 400만 원 이상 그룹에 비해 200만 원 미만 그룹(OR, 1.557; 95% CI, 1.553-1.562), 200-299만 원 그룹(OR, 1.252; 95% CI, 1.250-1.254), 300-399만 원 그룹(OR, 1.157; 95% CI, 1.155-1.159) 모두 부담감을 더 느끼고 있는 것으로 나타났다. 본인 및 가족이 입원한 경험이 있을 때 그렇지 않은 경우에 비해 부담감을 더 느꼈으며(OR, 1.088; 95% CI, 1.086-1.090), 수술 또한 경험한 경우 부담감을 더 느낀다는 결과를 보였다(OR, 2.987; 95% CI, 2.978-2.996). 의료환경 만족도는 불만족 점수가 높을수록 부담감을 더 느끼고 있는 것으로 나타났다(OR, 1.192; 95% CI, 1.191-1.193).

Ⅳ. 고찰 및 결론

본 연구는 민간의료보험 가입이 본인부담금의 주관적 부담 수준에 미치는 영향을 파악하기 위한 목적으로 수행되었다. 연구 결과, 민간의료보험에 가입하지 않은 사람은 본인부담금에 대한 주관적 부담 수준이 가입자에 비해 높은 것으로 나타났다. 의료이용 시 직접 지출하는 진료비에 대해 부담 수준이 높은 사람들의 상당수는 민간의료보험 가입을 통해 의료비 지출의 부담을 낮추려 한 것으로 유추할 수 있다. 전보영[15]의 연구에서도 전년도 소득 대비 10% 이상의 의료비 지출 경험은 위험기피 성향을 증대시켜 민간보험 가입 개수를 늘리는데 영향을 미칠 수 있을 것으로 추정하였다. 이러한 원인 중 하나로 우리나라 국민건강보험의 낮은 보장률을 생각할 수 있는데, 국민건강보험의 낮은 보장률은 가계의료비 지출에 상당한 부담을 초래하고 있다. 국민건강보험의 취약한 보장성은 국민들에게 높은 수준의 가계 부담을 안겨주었으며, 이는 민간의료보험에 의지하는 경향을 증가시키는 것으로 나타났다[16].

허순임[17]의 연구에서 의료비 지출이 가계에 어느 정도의 부담을 주는지 알아보기 위하여 가계지출 대비 의료비지출을 살펴본 결과, 대부분의 소득계층에서 의료비 지출 비중은 1990-2000년 기간에 감소하였으나, 최하위 계층인 1분위는 오히려 의료비 지출 비중이 증가하였다. 또한 1분위 계층의 2000-2005년 기간 의료비 지출 비중이 증가한 정도도 나머지 계층에 비하여 더 높았다. 이처럼 1990년 이 후 최하위 계층의 소득 대비 의료비 지출 비중은 계속 증가하였으며, 특히 나머지 계층과 비교할 때 증가 정도가 크다는 것은 그만큼 저소득 계층의 의료비 부담이 크다는 의미이다[17].

민간의료보험 가입자 특성 또는 가입 결정 요인을 분석한 선행연구의 결과를 보면, 공통적으로 젊고, 교육수준이 높고, 소득 수준이 높고, 건강한 사람들의 가입률이 높은 것을 알 수 있다. 이는 의료이용의 필요가 큰 고연령, 질병 보유자, 저소득층의 민간의료보험 가입률이 낮고, 이들 취약계층이 의료이용 시 갖는 상대적인 부담의 정도는 민간의료보험으로 인해 더 커질 수 있음을 말한다. 공보험의 취약한 보장성 문제를 완화하기 위한 목적으로 가입하는 민간의료보험이 의료이용에서 형평성이나 계층 간 격차의 문제를 심화시킬 수 있는 것이다[7-9].

공보험의 취약한 보장성 문제를 완화하기 위한 목적을 가진 보충형 민간의료보험이 그 역할을 제대로 수행하기 위해서는 노인이나 저소득층과 같은 취약계층의 보장률을 함께 끌어올릴 수 있는 방안의 마련이 필요하다. 고위험 질환 보유자, 노인계층 등 보험사의 가입 거절로 인해 민간의료보험의 편익을 얻기 힘든 취약계층을 위한 민간의료보험 접근성 개선 방안이 요구된다.

민간의료보험의 역할 확대는 표면적으로 공보험의 부족한 보장성을 채워 보장성 강화를 이끌어내는 것처럼 보일 수 있으나, 지속적인 보험료 지출 측면에서 고소득층과 젊은 연령층에 그 기능이 국한되어 형평성 문제를 야기할 수 있고, 불필요한 의료이용의 증가와 의료이용의 양극화를 더욱 악화시킬 수 있다[15]. 특히 최

근 들어 법정본인부담까지 보상해주는 실손형 민간의료보험의 시장 확대는 의료이용량과 의료비의 증가에 유의한 영향을 주는 것으로 주목을 받고 있다[18]. 따라서 무조건적인 민간의료보험의 역할 확대보다는 국민건강보험의 보장성을 높이고 민간의료보험이 비급여 진료비와 같이 제한된 부분에서 보충적 역할을 수행할 수 있도록 기능의 재정립이 반드시 필요하다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 민간의료보험의 종류(실손형, 정액형, 혼합형)의 구분을 할 수 없었다. 보험금의 상환 범위, 금액이 보험의 종류에 따라 다르므로 가입자의 의료비의 주관적 부담 수준은 보험 종류에 따라 다를 수 있을 것이다. 민간의료보험의 종류별로 진료비 부담 정도에 미치는 영향이 다르다면, 가입자 특성 관련 선행연구의 결과와 연계하여 민간의료보험의 기능 및 역할 재정립 방안을 더욱 구체적으로 제시할 수 있을 것이다. 둘째, 의료비 부담 정도를 주관적인 판단에 의한 두 가지 범주로만 단순화시켰다. 셋째, 자료원의 제한으로 인해 주관적 부담 수준에 영향을 줄 수 있는 다양한 변수들을 충분히 고려하지 못하였다.

본 연구는 민간의료보험의 가입이 본인부담 진료비의 부담 수준에 미치는 영향을 분석하였다. 민간의료보험과 본인부담금에 관한 다양한 선행연구들이 있지만, 본 연구는 실제로 환자 개인이 느끼고 있는 본인부담금에 대한 주관적 부담 수준의 정도를 측정하고 이와 관련된 요인들을 확인하였다는 점에서 차별성과 의의를 갖는다. 민간의료보험 가입 여부는 본인부담금의 주관적 부담 수준과 유의한 관련이 있었으며, 민간보험 미가입자가 가입자에 비해 주관적 부담 수준이 높았다. 특히 고연령, 저소득층의 민간의료보험 가입률이 낮음을 감안할 때, 경제적 부담을 대비하는 민간의료보험의 순기능 강화와 형평성 문제 해결을 위한 민간의료보험의 역할 재정립이 필요하다. 유럽의 선진국들은 의료의 공공성을 유지하면서 의료보장체계의 한 축으로 민간보험을 활용하고 있다. 우리나라는 현재 국민건강보험의 보장성과 재정 취약성으로 민간의료보험의 역할 확대라는 이슈가 대두되고 있는데, 이러한 변화는 민간의료보험이 공보험의 단순한 보완적 역할이 아닌 공보험의 기반을 약화시키는 결과를 초래할 위험이 있다. 이에 의료의 공공성을 유지하면서 민간보험을 활성화한 유럽 국가들과 같이, 민간의료보험에 대한 적절한 규제 정책을 통해 문제점의 완화나 제거가 가능할지에 대한 정책적 논의 또는 심층 검토가 요구된다.

참 고 문 헌

[1] 이규식, “보건의료체계의 발전과 성찰,” 보건행정학회지, 제23권, 제4호, pp.303-313, 2013.

[2] 신영석, 윤장호, “한국형 통합의료체계 모형 탐색,” 보건행정학회지, 제24권, 제4호, pp.304-311, 2014.

[3] 신영석, “건강보험 정책현황과 과제,” 보건복지포럼, 제189호, pp.75-82, 2012.

[4] 박혜민, *국민건강보험 표본코호트 DB를 이용한 건강보험 재정추계,* 고려대학교 대학원, 통계학과 석사학위논문, 2014.

[5] 권기헌, 이동규, 서인석, “건강보험보장성 강화정책과 민간보험지출액의 관계분석-한국의료패널 자료를 활용한 DID분석의 적용,” GRI연구논총, 제16권, 제2호, pp.265-293, 2014.

[6] 백인립, 박현수, 변성수, “민간의료보험의 가입요인과 의료이용행태,” 한국콘텐츠학회논문지, 제12권, 제7호, pp295-305, 2012.

[7] 유창훈, 강성욱, 권영대, 오은환, “정액형과 실손형 민간의료보험의 비교: 의료이용량과 본인부담금을 중심으로,” 사회보장연구, 제27권, 제1호, pp.277-292, 2011.

[8] 최정규, 정형선, 신정우, 여지영, “보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향,” 보건행정학회지, 제21권, 제2호, pp.159-178, 2011.

[9] 박성복, 정기호, “민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구,” 보험학회지, 제88호(단일호), pp.23-49, 2011.

[10] 이용재, “국민보건의료에 대한 민간의료보험의 영향고찰: 의료서비스 이용만족을 중심으로,” 한국콘텐츠학회논문지, 제14권, 제1호, pp.200-208,

2014.
[11] 김창엽, 이진석, 강길원, 김용익, “의료보험 환자가 병원진료시 부담하는 본인부담 크기,” 보건행정학회지, 제9권, 제4호, pp.1-14, 1999.
[12] 이용재, “본인부담경감이 암 환자의 건강보험 이용에 미친 영향,” 재정정책논집, 제11권, 제1호, pp.3-23, 2009.
[13] 김효정, 김영훈, 김한성, 우정식, 오수진, “외래본인부담률 인상이 상급종합병원과 종합병원 외래의료이용에 미친 영향,” 보건행정학회지, 제23권, 제1호, pp.13-34, 2013.
[14] 안이수, “이중차이모델에 의한 건강보험 외래본인부담금 경감제도의 영향 분석,” 한국콘텐츠학회논문지, 제13권, 제11호, pp.187-197, 2013.
[15] 전보영, 권순만, “의료비지출 경험이 민간의료보험의 가입변동에 미치는 영향,” 보건경제와 정책연구, 제18권, 제4호, pp.65-84, 2012.
[16] 김종영, “민간의료보험 역할에 대한 비판적 고찰 및 대안,” 대한치과보험학회지, 제4권, 제1호, pp.12-23, 2013.
[17] 허순임, “소득 계층별 의료비 부담의 추이,” 보건복지포럼, 제149호, pp.48-62, 2009.
[18] 허순임, 이상이, “실손형 민간의료보험의 도입이 국민건강보험 재정에 미치는 영향,” 보건행정학회지, 제17권, 제2호, pp.1-17, 2007.

저 자 소 개

홍 진 혁(Jin Hyuk Hong) 준회원

- 2015년 2월 : 을지대학교 의료경영학(보건학사)
- 2016년 9월 ~ 현재 : 고려대학교 의과대학 의학통계학교실 석사과정

<관심분야> : 보건정책, 의학통계

노 진 원(Jin-Won Noh) 정회원

- 2002년 2월 : 이화여자대학교 통계학, 경영학
- 2005년 2월 : 이화여자대학교 경영학(생산관리) 석사
- 2008년 8월 : 고려대학교 의과대학 보건학협동과정(보건학박사)
- 2011년 12월 : Johns Hopkins University MPH, MBA
- 2012년 3월 ~ 현재 : 을지대학교 의료경영학과 조교수

<관심분야> : 병원경영, 의료경제성평가, 병원재무회계

박 기 수(Kisoo Park) 정회원

- 1996년 2월 : 고려대학교 경제학 학사
- 2009년 2월 : 연세대학교 언론홍보대학원 석사
- 2012년 8월 : 광운대학교 신문방송학 박사
- 2015년 2월 : 고려대학교 의과대학 보건학협동과정 박사수료
- 2011년 3월 ~ 2016년 6월 : 보건복지부 부대변인
- 2012년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건정책관리학부 겸임교수
- 2016년 1월 ~ 현재 : 질병관리본부(KCDC) 위기소통 담당관
- 2017년 10월 ~ 현재 : 세계보건기구(WHO) 외부합동평가(JEE) 리스크커뮤니케이션 자문위원

<관심분야> : 리스크커뮤니케이션, 보건정책, 의료시스템, 위기관리

이 예 진(Yejin Lee) 준회원

- 2017년 2월 : 을지대학교 의료경영학과(보건학사)
- 2017년 3월 ~ 현재 : 을지대학교 의료경영학과(보건학석사)

<관심분야> : 의료경영, 보건통계, 보건정책

권 영 대(Young Dae Kwon) 종신회원

- 1988년 2월 : 서울대학교 의학과(의학사)
- 1998년 2월 : 서울대학교 의학과(의학박사)
- 2008년 3월 ~ 현재 : 가톨릭대학교 의과대학 인문사회의학과 교수

<관심분야> : 의료이용분석, 민간의료보험, 취약계층 건강