

국가의료보장체계에서 민간의료보험 의료비의 영향분석

이 용 재 (Lee, Yong-jae) *

(E-mail : 123peter@hoseo.edu)

논문접수일 : 2009년 1월 15 일

논문심사일 : 2009년 1 월 19 일

게재확정일 : 2009년 2 월 21 일

* 학위취득대학 : 중앙대학교

현직: 호서대학교 사회복지학과 전임강사

국가의료보장체계에서 민간의료보험 의료비의 영향분석

<국문요약>

본 연구에서는 OECD국가를 대상으로 민간의료보험을 통한 의료비 부담이 국가의료보장체계에 미치는 영향을 분석하였다. 주요 분석결과는 다음과 같다.

첫째, 국민의 건강상태가 좋은 국가, 의료비 지출이 많은 국가, 공공의료제도 적용인구가 적은 국가가 민간의료보험 의료비 지출이 적었다. 둘째, 민간의료보험 의료비 지출이 많은 국가일수록 국민의 건강상태가 좋았다. 셋째, 민간의료보험 의료비 지출이 많은 국가일수록 국민의료비가 증가하였다.

이러한 분석결과는 공공의료비 지출에 대한 부담이 많은 국가들이 공공의료비 통제를 위해 민간의료보험에 대한 의존을 높이면서 전반적인 국가 의료비 지출이 증가하고 있는 것이 원인으로 해석된다. 건강보험 보장성이 취약한 우리나라에서는 민간의료보험을 활성화할 경우 국민의료비 지출을 증가시켜 국민부담을 증가시킬 수 있기 때문에 신중하게 접근해야 할 것이다.

[주제어] 민간의료보험, 국민의료비, 의료보장체계

I. 논의배경과 목적

민간의료보험의 도입을 둘러싼 논쟁은 상당히 오래된 것이다. 현재에도 건강보험의 취약한 보장성과 건강보험의 저수가 구조로 인한 기술혁신 동기 결여를 해결하기 위한 대안으로 ‘보충형 민간의료보험’의 활성화가 제기되고 있다. 건강보험재정 지출의 지속적인 증가경향과 재정적 취약성을 감안할 때, 건강보험의 급여확대에는 한계가 있을 수밖에 없으므로 보충형 민간의료보험 확대를 통해 건강보험의 재정적 한계로 인한 취약한 보장성을 보완하고, 아울러 병의원의 고급화, 차별화된 의료서비스 개발을 촉진하여 의료시장 개방에 대응하고 의료산업화를 촉진하려는 것이다. 일부에서는 건강보험에서 아예 탈퇴하여 민간의료보험에만 가입하는 것을 허용하는 ‘대체형 민간의료보험’을 도입하자는 주장도 나오고 있다. 이러한 민간의료보험을 도입주장은 ‘의료수요의 다양성 충족, 의료서비스 질 향상, 병원경영 개선, 산업화의 활성화’ 등에 대한 긍정적인 기대감을 가지고 있다.

반면에 민간의료보험에 대한 반대를 분명히 하는 측에서는 현재의 도입주장에는 현행 민간의료보험의 실태에 대한 분석과 문제점, 진단, 그리고 건강보험과의 관계에 대한 검토가 결여되어 있다고 지적한다. 특히, 보충형 민간보험을 통해 건강보험의 취약한 보장성을 보완해야 한다는 주장은 건강보험과 민간의료보험의 관계를 일면적으로 바라보는 시각이며, 건강보험의 취약한 보장성을 보완하기 보다는 건강보험의 보장성을 가로막는 장애요인으로 작용할 가능성이 크다고 본다. 이러한 보장성 강화의 문제 외에도 ‘기왕증자, 노인·장애인 등 고위험군에 속하는 사람들에 대한 가입기피, 저소득층 의료접근성 제약으로 인한 의료이용의 양극화와 의료상품화, 도덕적 해이(Moral hazard)로 인한 의료비의 증가, 민간의료보험의 과도한 거래비용, 의료기관의 지나친 대형화와 1차 의료

기관의 몰락' 등 부정적인 결과가 우려되고 있다.

본 연구는 OECD국가들을 중심으로 민간의료보험의 의료비 변화가 국민의 건강상태와 국민의료비 지출 등 국가의료보장체계에 미치는 영향을 실증분석하고 한다. 이를 통해 어떤 국가적 요인이 민간의료보험의 발달에 영향을 미치고 있는지, 역으로 민간의료보험을 통한 국민의료비 조달이 국민의 건강상태 변화와 국민의료비 지출에 어떤 영향을 미쳤는지를 확인한다. 민간의료보험을 통해 많은 재원을 조달하고 있는 다른 국가들의 예를 통해서 점차 민간의료보험 재원조달 의존율이 높아지고 있는 우리나라의 미래를 예측해보고, 향후 민간의료보험의 역할을 설정하는데 기초자료로 제공하고자 한다. 이러한 분석결과는 우리나라가 국가 의료보장체계 속에서 민간의료보험을 어떻게 설정할지에 관해 중요한 단초를 제공해 줄 수 있을 것이다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 민간의료보험의 역할

민간의료보험시장은 대체로 공공의료보험제도의 주변에서 일정한 관련을 맺으면서 발전해왔는데, 공공보험과 민간보험의 상호작용에 의해 민간의료보험의 기능이 결정된다. 일부 국가에서 민간의료보험이 특정 인구집단에 대해서만 배타적으로 적용되는 경우가 있기는 하지만, 대다수 국가에서 민간의료보험은 공공의료보험에 대한 지원 역할(supporting role)을 하고 있다(Tapay and Colombo 2004, 14). 민간의료보험의 기능은 공공의료보험의 적용자격과 급여 범위에 의해 기본보험, 중복보험, 보완보험, 보충보험의 4가지로 분류된다.

<표1> 민간의료보험의 기능에 따른 유형

공공보험 적용 인구			공공보험 비적용 인구
공보험급여비	본인부담금	비급여	
중복보험 (duplicate)	보완보험 (complementary)	보충보험 (supplementary)	기본보험(primary) -주보험(principal) -대체보험(substitute)

자료 : 이진석(2006, 14)

우선, 기본형(primary)은 개인이 이용 가능한 유일한 기초 의료 보장수단으로서 공적 의료보장제도의 적용을 받지 않는 사람을 대상으로 이들의 의료비를 보장하는 역할을 한다. 미국, 네덜란드, 독일에서 민간의료보험이 공공의료보험의 적용 대상에서 제외된 인구집단에 대해 기본적인 보험급여를 제공하는 경우이다.

둘째, 중복형(cuplicate)은 공적 의료보장제도에서 이미 보장되고 있는 의료서비스를 보장하는 민간의료보험이다. 가입자가 원할 경우에 공적 의료보장제도의 수혜 권리를 일시적으로 포기하고, 민간의료보험을 통해 해당 의료행위에 대한 비용부담을 하는 유형이다. 호주, 아일랜드, 뉴질랜드, 스페인, 영국에서는 민간의료보험의 급여범위가 공공의료보험의 보편적 급여범위와 중복되기 때문에 민간의료보험 가입자는 공공의료기관 대신 민간의료기관을 선택할 기회를 가진다.

셋째, 보완형(complementary)은 공적 의료보장제도에서 제공하는 의료서비스를 이용하면서 발생하는 의료비중에서 법정본인부담금을 보장하는 유형이다. 이는 민간의료보험이 공공의료보험의 본인부담금을 보험대상으로 설정함으로써 공공보험의 재원조달기능을 보완하는 역할을 한다. 보완보험은 OECD 국가 중 프랑스에서 전형적으로 나타나고 있다.

끝으로, 보충형(supplementary, 부가급여 보충형)은 공적 의료보장제도에서 보장되지 않는 비급여 의료서비스를 보장(고급·선택

진료, 치과, 재활, 상급병실 등)한다. 캐나다, 스위스, 호주 등 많은 OECD국가에서 민간의료보험은 공공의료보험 급여에서 제외된 의료서비스의 재원을 조달함으로써 공공의료체계를 보충하는 역할을 하고 있다(Tapay and Colombo 2004, 14-16; 김진현, 2005, 36-38).

<표2> OECD 국가의 민간의료보험의 규모와 기능(단위 : %)

	공공의료비 국민의료비	공공의료 적용인구	민간의료보험 국민의료비	민간의료보험 적용인구	민간의료보험 기능
호주	68.9	100.0	7.3	44.9, 40.3	중첩/보완보험, 보충보험
오스트리아	69.4	99.0	7.2	0.1, 31.8	기본보험(대체보험), 보완/보충보험
캐나다	70.9	100.0	11.4	65.0	보충보험
덴마크	82.5	100.0	1.6	28.0	보완/보충보험
핀란드	75.1	100.0	2.6	10.0	중첩/보완/보충보험
프랑스	75.8	99.9	12.7	92.0	보완/보충보험
독일	75.0	90.9	12.6	9.1, 9.1	기본보험(대체형), 보충보험
그리스	56.1	100.0	n.a.	10.0	중첩/보충보험
아일랜드	73.3	100.0	7.6	43.8	중첩/보완/보충보험
이탈리아	73.4	100.0	0.9	15.6	중첩/보완/보충보험
일본	78.3	100.0	0.3	< 1.0	n.a.
한국	44.4	100.0	8.7	88.5	보완/보충보험
룩셈부르크	87.8	99.0	1.6	2.4	보완/보충보험
네덜란드	63.4	75.6	15.2	28.0, 64.0	기본보험(주보험), 보충보험
뉴질랜드	78.0	100.0	6.3	35.0	보충보험
스페인	71.7	99.8	3.9	2.7, 10.3	기본보험(대체/주보험), 중첩/보충보험
스웨덴	85.0	100.0	n.a.	< 1.0	보완/보충보험
스위스	55.6	100.0	10.5	80.0	보충보험
영국	80.9	100.0	3.3	10.0	중첩/보충보험
미국	44.2	24.7	35.1	71.9	기본보험(주보험) /보충/보완보험

자료 : Colombo and Tapay(2004, 11-12)

한편, OECD국가의 민간의료보험은 평균 국민의료비의 6.3%를 점유하고 있으며, 재원조달에서 그 중요성은 국가마다 상이하다. 미국은 민간의료보험이 국가의 중심적인 보건의료재원조달 수단이

면서 동시에 대다수 국민의 보장성을 책임지고 있는 유일한 국가로 2000년 현재 미국의 민간의료보험은 국민의료비의 35.1%이다. 프랑스, 독일, 네덜란드, 캐나다의 민간의료보험은 국민의료비의 10%~15%수준을 점유하고 있으며, 스위스에서는 국민의료비의 10.5%를 임의보충형 민간의료보험시장이 담당하고 있다. 호주, 아일랜드, 스페인, 뉴질랜드, 오스트리아, 한국은 민간의료보험이 국민의료비의 4%~10%수준이며, 나머지 국가에서는 4%미만이다.

민간의료보험재정이 국민의료비에서 차지하는 비중이 높은 나라는 민간의료보험에 가입한 인구비율도 높은 경향이 있는데, 프랑스, 스위스, 미국, 네덜란드, 캐나다의 민간의료보험 적용인구비율은 60% 이상이다. 호주, 오스트리아, 아일랜드, 네덜란드, 벨기에의 민간의료보험 가입인구비율은 30%~60%수준이며, 독일, 스페인, 포르투갈, 이탈리아, 핀란드, 영국은 10%~30% 범위이다. 나머지 국가의 민간의료보험시장은 극히 미미한 수준에 불과했다.

OECD(2006) health data를 통해 민간의료보험의 의료비 비율 변화를 살펴보면, 우리나라의 전체 국민의료비중 민간의료보험의 의료비 비율은 2003년 4.1%로 나타나 1985년 0.6%, 1995년 2.1%, 2000년 4.1%의 순으로 점차 증가하는 경향이 있었다. 비록 여전히 민간의료보험에 의한 자원조달 의존율이 낮지만 90년에 5배 이상 증가하여 OECD국가 어디에서도 찾아 볼 수 없는 가장 빠른 속도를 보이고 있다.

구체적으로 같은 기간에 캐나다 8.1%에서 12.7%, 독일 7.2%에서 8.8%, 뉴질랜드 2.8%에서 5.8%, 미국 34%에서 36.5%로 증가하였다. 공보험의 재정압박이 심각한 수준에 도달한 것으로 평가받고 있는 지금의 현실을 볼 때 우리나라의 민간의료보험 재정의존은 보다 확대될 가능성이 크다.

<표3> OECD국가의 전체의료비중 민간보험의 비율변화
(단위: %)

구 분	80	85	90	95	00	01	02	03
Australia	15.7	9.6	11.4	10.7	6.8	7.6	7.4	
Austria	7.6	9.8	9	9.4	8.7	8.7	8.8	8.8
Canada			8.1	10.3	11.5	12.4	12.7	12.7
Denmark	0.8	0.8	1.3	1.2	1.6	1.4	1.2	0.8
Finland	1.4	1.8	2.1	2.4	2.6	2.5	2.4	2.4
France	5.7	5.9	11	11.9	12.6	12.6	12.3 b	12.2
Germany	5.9	6.5	7.2	7.6	8.3	8.3	8.6	8.8
Greece					2.5	2.2	2.3	2.1
Ireland			9.1	9.1	7.6	6.3	5.4	6.4
Italy			0.6	1	0.9	0.9	0.9	0.9
Japan				0.4	0.3	0.3	0.3	0.3
Korea		0.6	0.8	2.1	4.1	3.6	3.6	4.1
Luxembourg					1.1	0.9	0.8	1.7
Netherlands					15.9	16.2	17.1	17.9
New Zealand	1.1	1.8	2.8	6.4	6.3	6.3	5.7	5.8
Portugal		0.2	0.8	1.3	3.1	3.2	3.7	4.6
Spain	3.2	3.7	3.7	3.4	3.9	4	4.1	4.7
Switzerland		11.1	11	12.2	10.5	10.2	9.6	9
United Kingdom	1.3	2.5	3.3	3.2				
United States	28.3	31	34	33.5	35.1	35.4	36	36.5

자료 : OECD Health Data(2006)

2. 민간의료보험의 영향 고찰

민간의료보험의 영향에 대한 논의는 크게 네 분야로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 건강상태가 나쁜 사람들이 민간보험가입을 많이 하고자하는 역선택(Adverse Selection)과 보험사가 의료비 지출을 유발하는 노인이나 과거병력이 있는 사람들을 가입시키지 않으려는 순선택(Cream Skimming)이 존재하는지의 문제이다. 관련된 국내외 연구들을 종합해 보면 소득과 교육수준이 높을수록, 소득이 높은 전문직종사일수록 민간의료보험에 많이 가입하고 있다는 일관

된 결과를 보고하고 있다(김성옥, 2005; 김홍식, 2003; Shmueli 2001; Association of British Insurers 1999; Ettner 1997). 특히, Ettner(1997)는 메디갭 가입에 미치는 요인분석결과 건강조건의 영향은 없는 반면에 소득은 중요한 요인으로 작용하고 있다고 하였다. 연구결과들을 종합해 보면 건강과 생활수준에서 우위에 있는 인구집단이 민간보험에 가입함으로써 민간보험을 통한 의료이용의 혜택 또한 이들에게만 돌아갈 가능성이 크다. 이 때문에 국가 의료보장체계의 민간보험 의존은 의료이용에 있어서 인구집단의 양분화를 가져올 우려가 있다. 한편, 이러한 가입자의 특성을 유추해 보면, 민간보험에 있어서 민간보험사들의 선별적 가입(risk selection)의 문제가 심각한 것으로 판단할 수 있다. 결국, 민간의료보험에 대한 가입은 경제적, 건강상태의 이유로 차별되고 제한되어 이종구조의 접근성을 만들어서, 보험지위(insurance status)에 기초하여 의료서비스에 대한 접근성의 차이가 발생할 수밖에 없다 (Colombo and Tapay 2004, 51).

둘째, 민간의료보험가입자의 도덕적 해이(Moral hazard)가 존재하는지에 대한 논의이다. 공공보험 외에 부가적으로 민간의료보험을 가입한 사람에게는 도덕적 해이로 인한 불필요한 의료이용을 예상할 수 있다. 이 때문에 민간보험의 활성화는 공보험의 추가재정지출을 유발한다는 것이다. 민간보험가입자와 미가입자간의 의료이용 차이를 분석한 대부분의 국내외 연구에서 민간보험 가입자가 미가입자에 비해 의료이용량이 많다는 보고를 하고 있다(김성옥, 2005; 강성옥 외, 2006; 김홍식, 2003; Ettner, 1997). 특히, 김홍식(2003)은 미국의 메디갭이 가입자들의 도덕적 해이를 발생시켜 메디케어의 의료비 지출의 증가요인이라고 하였으며, Ettner(1997)도 가입자들의 역선택의 증거는 크지 않고 오히려 가입자들의 도덕적 해이에 의해 메디케어의 의료이용량이 크게 증가하는 것으로 보고 있다. 프랑스에서는 민간의료보험이 의료이용에 상당한 역할을 미치고 있는 것으로 보고 있는데, 외래이용의 경우 성인의 86%가 비

가입자에 비해 외래방문을 많이 하였고, 약제비도 가입자가 10%이상 더 쓰는 것으로 나타났다(Thoms C. and Couffinhall 2004). 한편, 정기택 외(2006)는 건강보험 청구자료를 이용하여 분석한 결과 민간보험가입이 외래이용의 증가에는 영향을 미치는 반면, 입원이용과는 무관하다고 한다. 그러나 이 연구는 민간보험 가입자와 비가입자를 정확히 구분하지 않았으며 질병의 중증도를 보정하지 않은 치명적인 문제가 있다¹⁾.

셋째, 민간의료보험이 소비자 선택권과 양질의 의료서비스 접근성을 강화하는지에 대한 논의이다. 민간의료보험의 구입기회 자체가 소비자에게 의료서비스에 대한 추가적인 선택권을 제공한다. 그러나 소비자가 의미 있는 선택을 하기 위해서는 보험사의 영업행위와 제품정보가 분명해야 하고 비교 가능해야 한다. 일부 국가에서는 보험상품의 제품정보가 빈약하다는 소비자의 불만이 있었고, 미국이나 스위스 같은 나라에서는 정부나 민간조직이 민간보험상품의 질, 특징, 비용에 관한 비교정보를 공개함으로써 민간의료보험시장에 개입해왔다. 그러나 우리나라의 민간보험시장은 구매자를 위한 상품정보의 제공에 매우 취약하였다. 특히 보험상품의 가격정보를 제공하지 않음으로써 보험상품간 건전한 가격경쟁을 회피해왔다. 또한, 위험별로 분리되는 정도에 비례하여 민간보험시장에 보험상품이 많이 출시됨으로써 선택의 폭은 넓어졌지만, 문제는 고위험집단이 구입할 수 있는 보험 상품은 더 희박하게 되었다(김진현, 2005, 47). OECD에서도 규제적 보호장치(regulatory safeguard)와 충분한 비교정보가 없어 개인의 선택에 많은 제한을 초래하고 있다고 비판하면서 보험 상품의 표준화의 필요성을 제시한다(Colombo and Tapay 2004, 48). 또한, 의료서비스의 질적인 측면에

1) 즉, 해당 연구 분석결과 입원이용이 민간보험 비가입자가 더 많은 것으로 나타났다지만, 입원일수의 표준편차는 가입자 15.8일 비가입자 22일이며, 입원비용은 가입자 1,861천원 비가입자 2,480원으로 나타났다. 이는 비가입자의 질병 중증도가 더 심할 수 있음을 의미한다고 하겠다.

서 보면, 보험사는 의료서비스의 질(quality)을 향상시키기 위한 노력을 하지 않을 것이다. 보험사가 의료의 질을 개선하기 위한 노력을 하지 않는 이유는 다양한데, 우선 민간보험회사가 공급자를 규제할 유인이 없고, 공급자들도 의료의 적정성에 관한 자신들의 결정에 새로운 영향 요인이 들어오는 것을 거부하기 때문이다(Erickson L, et al. 2000). 의료서비스의 질은 민간보험에 의해 자연스럽게 향상되는 것이 아니라, 정부의 의료 질 관리 정책이 민간 의료보험시장에서 경쟁을 유발할 때에만 발생한다.

넷째, 민간의료보험이 보건의료체계의 효율성을 강화하는지에 대한 논의이다. 정책입안자들은 공공재원조달이 한계에 도달할 때 새로운 재원조달방안으로서 민간보험을 찾는다. 그러나 OECD 국가는 공공의료재원으로 대부분의 의료비를 충당하고 있어서 국민 의료비의 평균 72%가 공공의료재원이고, 민간의료보험은 국민의료비의 6.3%에 불과하다(OECD 2006; Colombo and Tapay 2004, 11-12). 즉, 공보험을 통한 비용부담이 민간보험을 통한 것보다 우선시되고 있는 것이다. 결국 민간보험은 공보험을 보조하는 수단으로 평가하는 것이 바람직하지 양자를 비교하여 평가하는 것은 무리인 상황이다.

한편, 김홍식(1999)은 영국의 NHS서비스의 대기기간(waiting time) 등의 과부하의 완화, 적기치료의 기회제공, 양자간의 비교경쟁을 통한 서비스 개선을 유도하여 NHS의 최약성을 보조하는 보조적 수단으로 활용되고 있다고 한다. 분석대상이 된 영국의 NHS는 지나치게 긴 대기기간과 의료기관간 경쟁부족이 고질적인 문제로 지적되어왔으나 우리나라의 경우 민간기관 중심의 의료서비스 공급으로 민간보험을 통해 이러한 역할을 기대하기는 어려울 수 있다.

보건의료체계 내에서 민간의료보험의 역할이 무엇이든지 간에 민간의료보험이 국민의료비를 증가시키는 것은 분명한 것으로 판단된다. 민간보험회사는 공공의료보험에 비해 의료의 가격과 양에

대한 협상력이 떨어지는 경향이 있고, 특히 단일보험자에 비해 민간보험회사의 협상력은 상대적으로 더 낮기 때문이다. 이런 이유로 민간보험이든 공공보험이든 다보험자방식을 가지고 있는 국가는 1인당 의료비지출이 가장 높은 국가에 속하는 경향이 있다. 미국, 스위스, 독일, 프랑스가 대표적인 예이다. 민간보험시장에서는 가치에 기초한 경쟁(value-based competition)을 성취하기는 어렵다. 보험업자는 높은 행정비용을 지불하고, 보건의료체계의 비용효과성을 향상시키기 위한 수단을 거의 갖지 못하고 있는 것이 현실이기 때문이다(김진현, 2006, 49-50). 민간의료보험은 국가보건의료 체계 내에서 주도적 역할을 하지는 못하므로 위험과 비용에 대한 관리에 있어서 한계가 있다.

III. 민간의료보험의 영향분석:OECD국가분석

1. 분석변수 및 분석방법

본 연구에서는 보건의료의 국제비교에 있어서 가장 많이 사용되고 있는 OECD Health Data(2006)의 1960~2003년까지의 자료를 사용하였다. 연도별로 자료가 미 제출된 경우가 있었지만 100개 사례 이상으로 통계분석에 사용할 수 있을 정도의 자료는 확보할 수 있었다. 본 연구의 핵심변수인 민간의료보험의 유형은 민간의료보험 의료비와 적용인구비율, 건강상태변수는 연령표준화 사망률과 기대수명, 영아사망율, 저체중아 출산율, 의료비 수준과 공사역활변수는 GDP대비 국민의료비와 공공지출비율, 1인당 의료비, 경제수준변수는 1인당 국민소득, 인구특징변수는 노인인구비율, 건강위해활동변수는 흡연량과 음주량, 의료공급변수는 의사수와 병상수, 의료이용변수는 입원기간과 의사방문횟수를 사용하였는데 이러한 변수는 정형선 외(2003), 김진현(2006), 정형선 외(2007), 고민창(2008)

등 이미 많은 연구들에서 널리 분석에 사용된 바 있다.

OECD(2006) Health Data를 분석해 영역별 분석변수와 그 내용을 보면 다음과 같다. 민간의료보험의 유형은 국민의료비중 민간의료보험 의료비가 차지하는 비율과 민간의료보험 적용인구 비율을 사용하였다. 2003년 기준으로 OECD국가의 민간의료보험은 평균 국민의료비의 6.3%를 점유하고 있으며, 재원조달에서 그 중요성은 국가마다 상이하다. 한편, 민간의료보험재정이 국민의료비에서 차지하는 비중이 높은 나라는 민간의료보험에 가입한 인구비율도 높은 경향이 있는데, 프랑스, 스위스, 미국, 네덜란드, 캐나다의 민간의료보험 적용인구비율은 60%이상이다.

건강상태는 10만명당 연령표준화 사망률, 기대수명, 영아사망률, 저체중아 출산율을 사용한다. 2002년도 인구 10만명당 OECD평균 사망률은 649.9명이었으며, 우리나라는 이 보다 높은 711.6명이었다. 또한, 최근 수십년 동안 기대수명은 의료접근성개선, 의료기술의 향상 등으로 현저히 증가해 OECD국가의 평균수명은 1960년의 68.5세에서 2003년 77.8세로 증가하였다. 영아사망률도 유아예방접종을 포함한 신생아 의료서비스 접근의 개선과 경제·사회적인 여건의 개선으로 대폭감소하고 있다. 저체중아 출산율도 점차 감소하고 있는 추세이다.

의료비수준과 공사역할은 GDP(국민총생산)대비 국민의료비와 전체의료비중 공공지출 비율, 1인당 의료비를 사용한다. GDP대비 국민의료비는 국가마다 상이한 분포를 보이고 있는데 미국이 15%로 최고, 슬로바키아와 한국이 6%수준으로 최저수준이다. 지난 10년간 우리나라의 국민의료비 지출대비 공공지출은 1990년 37%에서 2003년 49.2%까지 꾸준히 증가하였으나, 아직도 OECD평균 72%에는 훨씬 못 미치고 있으며 미국, 멕시코에 이어 가장 낮다. 우리나라 1인당 의료비는 2003년 기준 OECD전체국가 평균 2,305USD의 절반수준인 1,068USD로 나타났다.

국가경제수준을 나타내는 변수로 1인당 국민소득(GDP)(USD

PPP)을 사용하였다. 2003년 OECD국가의 1인당 국민소득은 전체 평균이 26,104달러였으며, 우리나라는 19,274달러였다. 최근 우리나라의 국민소득의 증가율은 OECD평균보다 다소 높은 4%정도를 나타내고 있다.

인구학적 수준은 국가별 65세 이상 노인인구비율을 사용하였다. 우리나라의 노인인구비율은 2000년 7.2%로 고령사회에 진입하였으며, 2030년 24.1%, 2050년 37.3%로 예상되어 세계에서 가장 노인인구비율이 높은 국가가 될 것으로 전망하고 있다.

건강위해활동은 흡연량과 음주량을 사용하였다. 우리나라에서 매일 흡연하는 인구 비율은 1986년 37.6%, 1995년 35.2%, 2001년 30.4%로 점차 감소하고 있으며, 1인당 알코올 소비량도 다소 감소하는 추세에 있다. 이는 국민의 건강에 대한 관심수준이 높아지고 있는 것과 맥락을 같이하는 것으로 보인다.

의료공급은 인구 천명당 의사수와 병상수를 사용하였다. 천명당 의사수는 2003년 1.6명으로 OECD전체 평균 2.9명에 비해 낮은 수준이다. 그러나 이러한 의사수는 지난 20년간 빠른 속도로 증가해왔다. 또한 2003년 우리나라의 급성기 의료병상수는 5.9개 였는데 OECD평균 4.1에 비하여 높은 수준이다. 이는 부분적으로 민간의료가 지배적인 보건체계에서 병상계획이 없기 때문이기도 하지만, 또한 장기요양병상과 급성기 의료병상이 구분되지 못하는 사실과도 관련이 있는 것으로 판단한다.

의료이용은 입원기간과 의사방문횟수를 사용하였다. 우리나라 평균 급성기 병상입원일수는 OECD국가중 일본에 이어 두 번째로 높은 13.5일이다. 이는 부분적으로는 장기요양병상의 부족으로 설명될 수 있고 또한, 급성기 의료병상을 만성질환환자가 사용하기도 하기 때문이다. 의사방문횟수는 1999년 8.8일에서 2002년 10.6일로 증가하였다.

본 연구에서는 이상의 변수들에 대한 상관관계분석과 다중회귀 분석을 실시하여 민간의료보험 의료비의 영향에 관한 실증분석을

실시하였다. 다중회귀분석의 경우 국가별·연도별 자료누락으로 인해 표본수가 충분하지 않아 영역별로 주요지표를 선정하여 투입하였다. 투입변수는 민간의료보험 의료비 비중, 인구 10만명당 연령 표준화 사망률, 기대수명, 영아사망률, GDP대비 국민의료비와 전체 의료비중 공공지출 비율, 1인당 의료비, 1인당 GDP, 흡연인구비율, 1000명당 의사수, 입원기간이다(OECD, 2006).

2. 민간의료보험 의료비의 영향 분석

1) 변수간의 상관관계

민간의료보험과 국민의 건강상태 변수와의 상관관계 분석결과를 살펴보았다. 표준사망률과 기대수명, 영아사망률은 국민의료비 대비 민간의료보험 의료비 비율과는 아무런 상관관계가 없어서 민간의료보험을 통한 재원조달이 표준사망률, 기대수명, 영아사망률 증감과 무관했다. 반면에 민간의료보험 적용인구와 표준사망률, 영아사망률은 부적인 상관관계가 있었으며, 기대수명과는 정적인 상관관계가 있었다. 민간의료보험 적용인구 비율이 높은 국가에서 사망률이 낮고 기대수명이 높은 것이다. 대부분의 선진 국가에서 공공의료비의 급격한 증가를 대체하기 위한 수단으로 민간의료보험을 통한 재원조달하고 민간보험적용인구가 증가하고 있는 바, 생활수준이 높은 국가들에서 민간의료보험이 발달 한 것이 이러한 결과를 가져온 것으로 판단된다.

민간의료보험과 국민의료비수준, 공공의료와의 상관관계를 살펴보았다. GDP대비 국민의료비 비율은 민간의료보험 의료비 비율과 적용인구가 모두 정적으로 유의미한 상관관계가 있었다. 민간의료보험에 대한 의존이 높은 국가에서 GDP대비 국민의료비 비율이 높은 것을 알 수 있다. 공공의료비 비율은 민간의료보험 의료비 비율, 민간의료보험 적용인구와 부적으로 유의미한 상관관계가 있어

서 민간의료보험을 통한 재원조달이 많은 국가에서 공공의료비 지출이 적었다. 이는 전체 의료비를 공공과 민간이 나누어 담당하고 있기 때문에 당연한 결과이다. 또한 공공의료 적용인구는 민간의료보험 의료비 비율과 민간의료보험 적용인구 모두 부적인 상관관계가 있었다. 민간보험에 의한 의료비 조달과 가입인구가 적은 국가에서 공공의료에 의한 적용비율이 높은 것이다. 한편, 민간의료보험 의료비 비율과 적용인구는 1인당 의료비와는 유의미한 상관관계가 없었다.

민간의료보험과 국가경제수준과의 상관관계를 살펴보았다. 민간의료보험 의료비 비율은 1인당 국민소득과 정적인 상관관계가 있어서, 민간의료보험 의료비 조달비율이 높은 국가의 경제수준이 높은 것으로 나타났다. 민간의료보험과 국민의 건강위해활동과의 상관관계를 분석한 결과, 민간의료보험 의료비 비율은 음주량, 흡연인구비율과 부적으로 유의미한 상관관계가 있는 반면, 음주량은 민간의료보험 적용인구와 정적인 상관관계가 있었다.

민간의료보험과 의료자원과의 상관관계 분석에서는 민간의료보험 적용인구와 급성병상수가 부적으로 유의미한 상관관계를 보였을 뿐, 민간의료보험 의료비 비율은 의료자원과 상관관계가 없었다. 민간의료보험과 국민 1인당 의료이용과의 상관관계를 분석한 결과, 민간의료보험 적용인구와 의사방문횟수가 부적인 상관관계가 있었으며, 입원일수는 민간의료보험 재원조달 비율과 적용인구와 부적으로 유의미한 상관관계가 있었다.

의료이용량과 민간의료보험과의 관계의 이러한 양상은 민간의료보험에 의존하지 않는 나라의 경우 공공의료에 대한 적용이 높고, 공공의료비 조달비중이 높아 오히려 보편적 의료이용이 가능하기 때문인 것으로 해석된다. 따라서 공공의료를 통한 전 국민에 대한 보편적인 의료서비스 접근이 우선되어야 한다.

<표4> 분석변수간의 상관관계

구분	1) 표준 사망률	2) 기대 수명	3) 영아 사망률	4) GDP 대비 의료비	5) 공공 의료비 비율	6) 1인당 의료비	7) 민간 보험 비율	8) 민간 보험 적용 인구	9) 1인당 국민소득	10) 공공 의료 적용 인구	11) 노인 인구 비율	12) 음주량	13) 흡연 인구 비율	14) 1인당 의사수	15) 급성수 병상수	16) 의사 방문 횟수	17) 입원일수
1	1																
2	-.958***	1															
3	.714***	-.834***	1														
4	-.563***	.613***	-.542***	1													
5	-.091**	.270***	-.344***	-.066***	1												
6	-.596***	.620***	-.634***	.737***	.257***	1											
7	-.037	-.047	-.062	.638***	-.570***	.000	1										
8	-.106***	.167***	-.109*	.265***	-.500***	.002	.646***	1									
9	-.783***	.682***	-.522***	.598***	.161***	.953***	.166***	.047	1								
10	-.237***	.484***	-.472***	-.237***	.541***	.427***	-.649***	-.203***	.227***	1							
11	-.494***	.675***	-.630***	.540***	.460***	.446***	-.047*	-.063*	.569***	.442***	1						
12	.135**	.164***	-.346***	.104*	.159**	.402***	.042	.281***	.208***	.228***	.420***	1					
13	.534***	-.474***	.360***	-.466***	.089	-.496***	-.283***	-.073***	-.636***	.147**	-.306***	.093	1				
14	-.589***	.653***	-.535***	.599***	.127**	.693***	.096	.029	.696***	.384***	.707***	.352***	-.540***	1			
15	.157***	.194***	-.240***	-.034	.372***	.425***	-.087***	-.143***	.083*	.367***	.346***	.364***	.250***	.260***	1		
16	-.251***	.256***	-.367***	-.071	.392***	.471***	-.094	-.168***	.373***	.384***	.350***	.249***	.121*	.340***	.677***	1	1
17	.174***	.028	-.034	-.204	.087*	-.233***	-.161**	-.276***	-.298***	.131***	-.117***	.010	.424***	-.364***	.567***	.310***	.310***

*p<0.1, **p<0.05, ***p<0.001

2) 민간의료보험 의료비 증가에 미치는 영향 요인

민간의료보험 의료비 비율에 미치는 요인을 분석하기 위해 1인당 국민소득(GDP) 등의 변수를 포함하여 다중회귀분석을 실시하였다. 분석결과 높은 수준에서 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다.

다(F=94.101, Sig.=.000, Adj R²=.845). 구체적으로는 기대수명, GDP 대비 국민의료비 비율은 정적으로 유의미한 영향관계를 보였으며, 공공의료 적용인구와 입원기간은 부적으로 유의미한 영향관계가 있었다. 따라서 기대수명이 높은 국가일수록, GDP대비 국민의료비 비율이 높은 국가일수록, 공공의료에서 보장하고 인구가 적은 국가일수록, 입원기간이 적은 나라일수록 민간의료보험을 통한 의료비 재원조달을 많이 하는 경향이 있음을 알 수 있다. 국민의 건강상태가 좋은 국가, 의료비 지출을 많이 하는 국가, 공공의료시스템 적용인구가 적은 국가들이 민간의료보험을 통한 의료비 지출을 많이 하고 있는 것이다.

<표5> 민간보험 의료비 비중에 미치는 요인분석(N=121)

구 분	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
기대수명	.797	.337	.141	2.363	.020
GDP대비 국민의료비	1.703	.329	.356	5.171	.000
1인당 GDP	-5.939E-05	.000	-.037	-.618	.538
공공의료적용인구	-.256	.030	-.588	-8.424	.000
흡연인구비율	-.111	.068	-.070	-1.619	.108
1000명당 의사수	-1.204	.660	-.082	-1.825	.071
입원기간	-.131	.065	-.092	-2.028	.045
Constant			-35.765 (24.336)		
F			94.101***		
Adj R ²			.845		

*p<0.1, **p<0.05, ***p<0.001

이러한 결과는 생활수준이 높아지면서 국민들의 건강상태가 향상되고 오히려 의료비 지출이 증가하는 국가들에서 민간의료보험을 통한 재원조달을 통해 급격히 증가하는 공공재원에 의한 의료비 문제를 해결하려는 제도 변화가 원인으로 보인다. 한편, 공공의료의 적용범위가 협소한 상황에서 경제적으로 여유가 있는 국민들

이 민간의료보험을 통해 의료비를 지출하는 경우 국가별로 계층간의 의료접근과 건강상태의 불형평성을 초래할 가능성이 우려된다. 예컨대, 의료이용 변수인 입원기간이 부적으로 유의미한 영향관계를 보인 것은 민간의료보험 의료비 조달이 많은 국가에서 상대적으로 전 국민 의료서비스 접근이 어렵기 때문인 것으로 판단된다.

3)민간의료보험 의료비가 국민건강상태에 미치는 영향

표준사망률, 기대수명, 영아사망률의 건강상태 변수에 미치는 민간의료보험 의료비 비중의 영향을 분석하였다.

우선, 국가별 표준사망률에 미치는 민간의료보험 의료비 비율의 영향을 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 분석결과 모델이 통계적으로 유의미한 영향관계가 있었다($F=34.016$, $Sig.=.000$, $Adj R^2=.666$). 민간의료보험 의료비 비중은 부적으로 유의미한 영향관계를 미쳐서 민간의료보험에 의존이 적은 국가일수록 오히려 사망률이 높은 경향이 있는 것으로 나타났다.

그 외에도 구체적으로 1인당 GDP, 공공의료제도 적용인구, 의사수, 입원기간, 민간의료보험 의료비 비율과는 부적으로 유의미한 영향관계를 보였다. 반면에 흡연인구 비율은 정적으로 유의미한 영향관계가 있었다. 1인당 GDP가 낮은 국가, 공공의료 적용인구가 적은 국가, 의사수가 적은 국가, 입원기간이 적은 국가일수록 사망률이 증가하는 경향이 있어서, 경제수준이 낮고 의료공급과 의료이용량이 적은 국가일수록 사망률이 높은 경향을 보이고 있는 것이다.

국가의 기대수명에 미치는 민간의료보험 의료비 비율의 영향을 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 분석결과 모델이 통계적으로 유의미한 영향관계가 있었다($F=30.585$, $Sig.=.000$, $Adj R^2=.633$). 민간보험 의료비는 기대수명에 대해 정적으로 유의미한 영향관계를 보였다. 민간의료보험 의료비 비중이 높은 국가일수록

기대수명이 증가하는 경향이 있음을 알 수 있다.

그 외에도 1인당 GDP, 공공의료제도 적용인구, 의사수, 입원기간 등과도 정적으로 유의미한 영향관계가 있는 것으로 나타났다. 반면에 흡연인구비율과는 부적의 영향관계가 있었다. 결국, 경제수준이 높은 국가일수록, 공공의료를 통한 보장범위가 넓은 국가일수록, 의료공급과 의료이용이 많은 국가일수록 수명이 증가하는 경향이 있음을 알 수 있다. 또한 흡연인구비율이 높아 건강에 위해한 행동을 많이 하는 국가의 기대수명이 감소하는 것이다. 따라서 기대수명의 증가는 민간의료보험의 단독적인 효과가 아니며, 공공의료보험을 통한 포괄적인 보장, 높은 의료공급자의 질 등이 함께 기능하여 만들어낸 결과로 볼 수 있을 것이다.

영아사망률에 미치는 민간의료보험 의료비 비율의 영향을 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 분석결과 통계적으로 유의미한 영향관계가 있었지만($F=24.486$, $Sig.=.000$, $Adj R^2=.584$), 영아사망률은 민간의료보험 의료비 조달비율과는 아무런 영향관계가 없었다.

그 외에 1인당 GDP, 공공의료제도 적용인구, 입원기간이 영아사망률과 부적의 영향관계가 있는 것으로 나타났다. 1인당 GDP와 같은 경제수준이 낮은 국가일수록 영아사망률이 높은 것으로 보인다. 또한, 국가에서 관장하는 공공의료제도의 적용범위가 협소한 국가의 영아사망률이 높고, 공공의료적용의 배제와 대체적인 의료보장체계가 부재해서 입원기간이용이 적은 국가일수록 영아사망률이 높았다. 국가의 경제적 수준과 공공의료의 보장을 통한 충분한 의료이용이 영아사망률에 영향을 미치는 중요한 요인인 것이다.

요컨대 민간의료보험에 의한 자원조달이 많은 국가일수록 국민들의 전반적인 건강상태가 높다고 평가할 수 있다. 그러나 이러한 높은 국민의 건강상태가 단순히 민간의료보험만의 순수한 영향에 의한 것으로만 판단하기는 어려우며 국가의 전반적인 경제수준, 의료공급자 수준, 의료이용량 등과 함께 종합적인 고려가 필요할 것

이다. 특히, 이미 국가에 의한 의료서비스 접근이 어느 정도 이루어져 국민들의 건강상태가 비교적 좋은 국가들에서 공공재정의 한계로 인해 민간의료보험 의료비 비중을 높여가고 있는 추세가 반영된 결과로 볼 수 있다.

<표6> 민간의료보험 의료비가 건강상태에 미치는 영향분석

구 분	표준 사망률(N=117)		기대 수명(N=121)		영아사망률(N=118)	
	B(Std. Error)	Beta	B(Std. Error)	Beta	B(Std. Error)	Beta
GDP대비국민의료비	4.798 (5.565)	.094	-.163 (.099)	-.192	-.212 (.139)	-.192
1인당 GDP	-8.754E-03*** (.001)	-.506	1.646E-04*** (.000)	.582	-2.381E-04*** (.000)	-.658
공공의료적용인구	-3.507*** (.649)	-.729	4.000E-02*** (.010)	.518	-8.471E-02*** (.013)	-.872
흡연인구비율	2.995** (1.034)	.180	-5.351E-02** (.018)	-.190	3.060E-02 (.025)	.086
1000명당 의사수	-33.580** (10.028)	-.224	.582** (.174)	.223	-7.117E-02 (.238)	-.021
입원기간	-7.293*** (.854)	-.485	.110*** (.015)	.438	-5.479E-02** (.020)	-.173
민간보험의료비비율	-6.742*** (1.531)	-.620	5.906E-02* (.025)	.333	-1.630E-02 (.034)	-.073
(Constant)	1308.759*** (91.705)		69.507*** (1.399)		20.924*** (1.930)	
F	34.016***		30.585(.000)		24.486(.000)	
Adj. R ²	.666		.633		.584	

*p<0.1, **p<0.05, ***p<0.001

4) 민간의료보험의 의료비가 국민의료비에 미치는 영향

GDP대비 국민의료비 비율에 미치는 민간의료보험 의료비 비율을 영향을 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 분석결과 통계적으로 높은 수준에서 유의미한 영향관계가 있었다(F=86.856, Sig.=.000, Adj R²=.765). 민간의료보험의 의료비 비율은 정적으로

GDP대비 국민의료비 비율에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 민간의료보험이 국민의료비에서 차지하는 비중이 반영된 결과이다. 또한 국민의료비 재원조달에서 민간의료보험 의료비 비중이 높은 국가가 GDP에서 차지하는 의료비 지출이 높은 것은 민간보험을 통한 재원조달이 국가 의료보장체계의 비용적인 측면에서 비효율적인 결과를 초래하고 있을 수 있음을 보여준다.

<표7> 민간 보험 의료비 비율이 GDP대비 국민의료비에 미치는 영향(N=121)

구 분	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
기대수명	-.145	.088	-.123	-1.654	.101
1인당 GDP	7.424E-05	.000	.222	3.131	.002
공공의료적용인구	-2.144E-02	.010	-.236	-2.199	.030
흡연인구비율	8.855E-03	.018	.027	.498	.619
1000명당 의사수	.744	.157	.242	4.736	.000
입원기간	2.650E-02	.017	.089	1.584	.116
민간보험의료비비율	.112	.022	.538	5.171	.000
Constant			16.736** (6.109)		
F			56.796***		
Adj R ²			.765		

*p<0.1, **p<0.05, ***p<0.001

그 외에도 1인당 GDP, 의사수와 정적으로 유의미한 영향관계가 있었고, 공공의료적용인구 비율과는 부적으로 유의미한 영향관계를 보였다. 경제수준이 높고 의료공급이 많은 국가일수록 국민의료비 지출이 GDP에 비해서 높은 경향이 있으며, 공공의료제도 적용인구가 적은 국가에서도 국민의료비 지출이 GDP수준에 비해서 높은 편에 속하고 있음을 보여준다.

결국, 민간의료보험을 통한 재원조달과 의료공급의 확대, 경제수준의 신장이 국민의료비의 증가를 가져오는 반면, 공공의료를 통

한 적용범위의 확대는 국민의료비의 감소를 가져오는 것이다. 따라서 비용측면에서 효율적인 의료보장제도를 운영하기 위해서는 공공의료의 확대를 통한 보다 보편적인 보건의료제도를 갖추는 것이 필요하다. 또한, 최근 의료보장체계에 공공비용의 절감차원에서 민간의료보험을 통한 재원조달 비율을 높이려 시도하고 있는 국가들의 경우에 비록 공공에 의한 직접적인 재정지출 우려는 다소 감소시킬 수 있으나, 국민의료비가 더 빠른 속도로 증가하여 궁극적으로 국민 개개인과 국가전체의 부담으로 작용할 수 있음을 감안해야 한다.

IV. 연구결과 요약 및 함의

본 연구에서는 민간의료보험을 통한 국가의 재원조달이 어떤 특징을 가지고 있는 국가에서 많이 이루어지고 있는지, 민간의료보험 의료비 조달이 국가별 국민의 건강상태를 나타내는 지표의 개선과 개별 국가의 국민의료비에 미치는 영향은 어떠한 것인지에 관해 실증 분석을 하였다. 분석결과와 의미는 다음과 같다.

첫째, 민간의료보험 의료비 비율의 증가에 미치는 영향 요인을 분석한 결과, 본 연구에서 주목하고 있는 국가의 경제적 수준을 나타내는 1인당 GDP는 영향이 없는 것으로 나타나, 국가와 국민의 경제수준의 차이가 민간의료보험을 통한 재원조달과는 무관하였다. 그 외에 반면에 국민의 건강상태가 좋은 국가, 의료비 지출을 많이 하는 국가, 공공의료시스템 적용인구가 적은 국가들이 민간의료보험을 통한 의료비 지출을 많이 하고 있었다. 이는 민간의료보험을 통한 재원조달이 국가의 보건의료정책의 방향과 관련된 것이기 때문이다. 즉, 늘어나는 의료비를 충당하기 위해 민간의료보험의 보장영역을 확대하거나, 공공의료에서 적용하던 일부 집단으로 하여금 민간의료보험에 가입하도록 하는 등 공공의료의 보장영역을 줄

여 급격히 증가하는 국가재정지출을 감소시키려는 국가 정책과 관련되어 있다.

둘째, 민간의료보험 의료비 비율이 국민의 건강상태에 미치는 영향을 분석한 결과, 민간의료보험 의료비 지출이 많은 국가일수록 사망률이 낮고, 기대수명도 긴 것으로 나타났다. 따라서 민간의료보험을 통한 의존이 높은 국가의 국민이 전반적 건강상태가 좋은 것으로 평가된다. 이는 민간의료보험을 통한 재원조달이 가입자로서 하여금 공공의료에서 보장하지 않는 고가의 양질의 의료서비스를 이용할 수 있도록 하여 가져온 효과로 볼 수 있다. 또한, 사회경제적 수준이 일정 수준에 있는 국가와 집단에서 민간의료보험을 통한 재원조달 비율을 높이는 경향에 비추어 볼 때 국민의 건강상태의 향상의 원인을 민간의료보험만의 것으로 결론짓는 것은 너무 성급하며, 의료공급의 질, 국민의 생활수준, 의료이용량 등을 종합적으로 고려해 판단해야 할 것이다. 한편, 이러한 국민건강상태의 향상이 민간의료보험에 가입할 수 있는 특정집단에만 집중되어 초래된 결과일 수 있음은 경계하지 않을 수 없다.

셋째, 민간의료보험 의료비 비율이 국민의료비에 미치는 영향을 분석한 결과, 민간의료보험의 의료비 비율이 높은 국가일수록 GDP 대비 국민의료비가 증가하는 경향이 있었다. 이는 민간보험을 통한 재원조달의 증가는 국민의료비의 증가를 초래해 비용적인 측면에서 비효율적인 결과를 초래할 수 있음을 보여준다. 반면에 공공의료적용인구가 많은 국가일수록 국민의료비가 감소하는 것으로 나타나, 공공의료를 통한 보편적인 적용이 국가 의료보장체계 차원에서는 효율적인 운영이 가능한 것으로 보인다. 결국, 민간의료보험이 국가의 직접적인 재정지출은 줄일 수 있을지언정 국민들이 직접 지불하는 본인부담과 민간보험 의료비 등을 감안한 국민의료비의 절감에는 그다지 바람직하지 않은 것이다.

이상의 논의결과는 우리나라의 공사보험의 연계와 역할설정에도 매우 중요한 함의를 제공해 준다. 우선, 국가보건의료정책의 방향

에서 민간의료보험을 적극 활용하려는 움직임이 있으나 이는 신중하게 접근해야 한다. 비록 민간의료보험이 일반조세나 건강보험료를 통한 공공재정의 의료비 지출을 줄이는 데 기여할 수 있으나 국민의료비를 증가시켜 궁극적으로는 국민 개개인의 의료비 부담을 증가시킬 것이며 국가 보건의료정책의 효율적인 운영에도 좋지 않은 영향을 미칠 것이기 때문이다. OECD(2007) Health Data에 따르면, 2004년 기준으로 우리나라의 공공의료비 비중은 53%로 OECD국가 전체평균치인 72.5%에 비해 20%가 작은 최하위 수준에 머물고 있다. 비록 전 세계적으로 공적재원의 급격한 지출증가가 문제되고 있어, 민간의료보험을 통해 이를 극복하고자하는 노력이 있는 것은 사실이지만, 이는 어느 정도의 공공의료보장체계의 기반이 마련된 이후에 있는 일이다. 우리나라처럼 공공의료의 역할이 매우 낮은 상황에서 민간의료보험을 성급하게 활성화 할 경우 의료보장체계 전반을 민간의료보험에 맡기는 불행한 현실이 닥치게 될 것이다. 이런 주장을 ‘기우’라 여길 수도 있지만, 한번 만들어진 제도는 쉽게 그 틀을 바꾸기 어렵다. 건강보험의 보장성을 현재 수준에 머물게 한 후 나머지를 민간의료보험에 맡길 경우 향후 공적보험의 역할은 지속적으로 축소될 것이 분명하다. 이미 크게 확장된 민간보험의 영역을 축소시키는 것은 쉬운 일이 아니기 때문이다. 따라서 건강보험의 적극적인 보장성 강화 등의 역할강화가 우선되어야 한다.

둘째, 건강보험과 민간의료보험간의 역할 설정이 이루어져야 한다. 현재의 우리나라 실손형 민간의료보험은 건강보험의 법정본인부담을 보장하는 보완형(complementary)으로 운영되고 있다. 보장영역의 중요성을 감안해 볼 때 민간의료보험이 법정본인부담을 보장하는 것은 매우 비효율적이다. 실제로 국민에게 보장이 필요한 것은 법정본인부담이 아니라 고가의 고급의료서비스 영역이며 간병비와 질병으로 인한 소득중단 등에 대한 보장이다. 따라서 민간의료보험을 고급의 비급여 의료서비스만을 보장하는 보충형

(Supplementary)으로 전환해야 한다.

셋째, 민간의료보험이 합리적으로 운영될 수 있도록 규제방안을 마련해야 한다. 특히 민간의료보험이 소비자의 선택권을 높일 수 있도록 하기 위해서는 상품에 대한 정확한 정보와 가격 등에 대한 소비자 비교가 가능하도록 해야 한다. 이를 위해서는 민간의료보험 상품을 표준화하고 소비자에게 정확한 정보가 제공될 수 있도록 해야 한다. 민간보험의 순 선택에 대한 해결도 시급하다. 민간보험사의 노인 등 위험이 높은 계층에 대한 가입기피 현상은 오래전부터 지적되어 온 문제이다. 이들에 대한 가입기피를 막을 수 있도록 ‘공동기금’을 만들고 가입자의 위험정도에 따라 보험사에 다시 분배하는 시스템의 노력이 필요하다.

한편, 소비자가 민간의료보험에 관한 정보를 쉽게 습득하고 아울러 각종 정보를 상담할 수 있는 기구의 마련도 검토할 필요가 있다. 이 기구에서 민간의료보험 관련 피해에 대한 상담과 대응도 대리해 줄 수도 있을 것이다. 이러한 민간의료보험에 대한 제도개선은 민간보험 감독당국의 역할이 중요할 것이다. 결론적으로 민간의료보험은 국가 의료보장체계에서 활용가치가 매우 높은 것은 사실이지만, 민간의료보험의 합리적인 제도개선과 건강보험과의 보장 영역 등에 관한 역할설정이 전제되어야 할 것이다.

< 참고문헌 >

- 강성욱·권영대·김성아, 2004, “민간보험이 병원에 미칠 영향에 관한 고찰”, 『보건경제와 정책연구』 제10권 제2호, 한국보건경제정책학회 : 23-36.
- 강성욱·권영대·유창훈, 2006, “암보험이 암환자의 의료이용 및 의료비에 미친 영향”, 『보건행정학회지』 제15권 제4호, 한국보건행정학회 : 65-80.
- 고민창, 2008, “국민의료비 결정요인에 관한 연구”, 『사회보장연구』 제24권 1호, 한국사회보장학회 : 123-148.
- 김성욱, 2005, “민간보험 가입에서의 선택과 의료서비스 이용”, 『한국노동연구원 노동패널포럼 발표 자료』 : 246-266.
- 김진현, 2006, “OECD국가의 민간의료보험 성과분석과 정책적 시사점”, 『건강보험포럼』 2006년 봄호 : 32-54.
- 김홍식, 2003, “미국 Medigap의 발달과 민간의료보험의 활용문제에 대한 정책적 함의”, 『한국정치학회보』 제12권2호 : 33-57.
- 김홍식, 1999, “NHS하에서의 영국 민간의료보험에 관한 연구:한국에 주는 정책적 함의“, 『한국정책학회보』 제8권 3호. 한국정책학회 :299-324.
- 이진석, 2006, “국민건강보험과 민간의료보험의 바람직한 발전방안”, 『국민건강보험과 민간의료보험의 발전방안 모색 공청회』, 2006년 2월 21일, 강기정 의원실:13-44.
- 윤희숙·권형준, 2008, “민간의료보험 가입과 의료이용 현황”, 『KDI 정책포럼』 제204호, 한국개발연구원:1-14.
- 소비자보호원, 2006, 「질병관련 보험 소비자 피해 실태조사」, 2006.6.
- 정기택 외, 2006, “민영건강보험과 도덕적 해이에 관한 실증연구”, 『한국보험학회 제75집』, 한국보험학회 : 1-25.
- 정형선·송양민·이규식, 2007, “인구고령화와 의료비”, 『보건경제와

- 정책연구』 제13권 제1호, 한국보건경제정책학회 : 95-116.
- 정형선·이재현, 2003, “OECD기준에 따른 국민의료비 추계를 통해 본 의약분업 전후 우리나라 의료비의 구조변화”, 『보건경제연구』 제9권 제2호, 한국보건경제정책학회 : 72-96.
- 조용운·김세환, 2005, 「민간건강보험의 의료비 지급·심사제도 개선방안」, 연구보고서 2005-8, 보험개발원 보험연구소.
- Brain Williams, Pamela Whatmough, Janet McGill, Lesley Rushton, 2001, "Impact of private funding on access to elective hospital treatment in the regions of England and Wales". *European Journal of Public Health*(11): 402-406.
- Christopher B. Forrest, MD, PhD, Paul A. Nutting, MD, MSPH, Sarah von Schrader, MA, Charles Rohde, PhD, Barbara Starfield, MD, MPH, 2006, "Primary Care Physician Specialty Referral Decision Making: Patient, Physician, and Health Care System Determinants". *Medical Decision Making*/Jan-Feb: 76-85.
- Francesca Colombo & Nicole Tapay, 2004, "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefit and Costs for Individuals and Health Systems". OECD Health Working Papers No.15, OECD.
<http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/3368043.pdf>.
- GAO, 1996, Medigap Insurance Alternatives for Medicare for Medicare Beneficiaries to Avoid Medical Understanding. United States General Accounting Office.
- OECD, 2006, Health Data.
- OECD, 2007, Health Data.
- Richard R. Cline, PHD, Kiran Gupta, MS, 2006, "Drug Benefit Decisions among Older Adults: A Policy-Capturing Analysis". *Medical Decision Making*/May-Jun: 273-281.
- Shmueli, A, 2001, "The effect of health on acute care

supplemental insurance ownership: an empirical analysis".
Journal of Health economics 10: 341-350.

Sonja e. Hall, C. D'arcy J. Holman. Z. Stan Wisniewski and
James Semmens, 2004, "Prostate cancer: social-economic,
geographical and private-health insurance effects on care and
survival". *BJU International*: 51-58.

Suan L. Ettner, 1997, "Adverse selection and the purchase of
Medigap insurance by the elderly". *Journal of Health
Economics* 16: 543-562.

Tomas C., Buchmueller and Agnes Couffinhal, 2004, "Private
Health Insurance in France". *OECD Health Working Papers*
No.15, OECD.

The Effects of Private Health Insurance Expenses on the National Health System

Lee, Yong-jae
(Hoseo University)

Abstract

This study analyzed the effects of private health insurance (PHI) expenses on the National Health System of OECD countries. The major results of the research are as follows.

First, in the countries where the citizens have good health, the national health expenses are larger, but where the public health service system covers only a small population, the PHI expenses are small.

Second, the countries with large PHI expenses show the good health condition of the citizens.

Third, the countries with large PHI expenses are increasing their national health expenses. These results reveals that countries with large pressures on their public health expenses tend to raise their national health expenses and depend on PHI in order to control the public health expenses. If PHI was activated in Korea, the burdens on the citizens could be increased for increasing the national health expenses. Therefore, the implementation of PHI in the application of private insurance must proceed prudently.

Key words : Private Health Insurance, National Health Expenditure, National Health System.