

KDI정책포럼 제204호(2008-16)
(2008. 7. 16)
내용문의: 윤희숙(02-958-4689)
구독문의: 발간자료담당자(02-958-4312)

본 정책포럼의 내용은 KDI 홈페이지를
통해서도 보실 수 있습니다.
<http://www.kdi.re.kr>

민간의료보험 가입과 의료이용의 현황

윤희숙 (KDI 부연구위원)

권형준 (KDI 주임연구원)

요 약

- 민간의료보험에 대한 논란으로 인해 관련 제도의 정비가 지연되고 있으나, 실증적 근거에 기반한 논의가 이루어지지 못하고 있음. 따라서 실증적 분석에 기반한 정확한 정보가 제공될 필요가 큼.
- 최근 민간의료보험에 관해서는 사회적 불평등을 조장하고 건강보험 재정을 악화시킨다는 우려들이 강하게 제기되고 있으나, 이러한 주장들은 대부분 실증적 근거가 없는 상태로 확산되는데다, 민간의료보험제도의 정비가 공적보험 민영화와 혼동되고 있음.
- 그러나 우리나라 민간의료보험은 건강보험을 보완하는 역할로 설계되어 공적보험의 운영을 전제로 한 제도이며, 1970년대 후반부터 판매되어 이미 상당한 규모의 가입인구가 보완적 보험으로 활용하고 있음.
- 지금은 소비자 보호장치, 보험 건전성 규제 등 보험상품 고유의 규제를 정비하면서 과도한 의료이용과 의료제공을 방지하기 위한 장기적인 정책을 마련해야 하는 시점임.

- 민간의료보험이 주로 부유층만의 의료보장수단으로 활용되는지와 건강보험 재정을 악화시키는지에 관한 데이터 분석 결과, 적어도 현재로서는 이러한 우려들의 근거가 뚜렷하지 않음.
 - 전체 민간의료보험사와 건강보험공단, 심사평가원의 데이터를 이용하여 분석한 결과, 우리나라의 민간의료보험 가입률은 전 국민의 63.7%에 달하고 있으며, 경제력 수준이 높은 계층의 민간의료보험 가입률이 더 크지 않아 민간의료보험으로 인한 혜택이 상위계층에 집중될 것이라는 우려는 뒷받침되지 않고 있음.
 - 또한 전반적으로 민간의료보험 가입자의 의료이용량이 비가입자보다 높지 않기 때문에 민간의료보험이 공적보험 재정을 악화시킨다고 판단하기도 어려움.
- 우리나라의 민간의료보험은 공적보험의 보장성 미흡을 보완하는 의료보장수단으로 저소득층을 포함한 전 계층이 폭넓게 활용하고 있어, 가입자를 보호하고 공적보험과의 조화로운 관계를 강화하기 위한 관련 제도의 정비가 필요
 - 민간의료보험 가입자의 의료이용이 전반적으로 높지 않은 현상은 노동시장 특성과 인구의 연령구조, 보험판매관행 등으로 인한 한시적 성격일 것으로 추측되며,
 - 현재 일부 영역에서 가입자의 의료이용이 높은 현상이 향후 보험산업 발전과 함께 확산될 가능성 역시 높기 때문에 과도한 의료이용과 의료제공을 방지하기 위한 장기적 대책이 마련될 필요
 - 따라서 소비자의 편리를 증진하고 보호하는 장치, 건전성 규제 등 보험산업 고유의 규제를 정비하는 한편, 민간의료보험의 심사평가 역량 강화, 통계축적과 분석의 지원, 적절한 수준의 본인부담 책정 등 의료이용 증가에 대비하기 위한 제도적 장치를 마련하는 것이 중요

1. 서 론

- 우리나라의 민간의료보험은 건강보험으로 충족되지 않는 수요를 만족시키기 위한 상품으로서 공적보험과 보완적인 관계를 형성하고 있으나, 현재 여러 가지의 우려를 낳으면서 사회적 갈등을 야기하는 이슈가 되고 있음.
 - 민간의료보험에의 접근성, 가입으로 인한 의료서비스 접근성 증가가 경제력을 보유한 계층에서만 불균등하게 나타나기 때문에 사회적 불평등을 조장한다는

우려가 제기되고 있음.

- 민간의료보험 가입자의 도덕적 해이(moral hazard)로 인해 의료이용이 증가하여 공적보험의 재정을 악화시킨다는 우려는 건강보험 법정본인부담금을 민간보험의 보장범위에서 제외시키는 결정으로 이어져 치열한 공방을 낳은 바 있음.
 - 민간의료보험이 사회적으로 어떠한 역할을 담당해야 하는지에 대한 실용적 논의를 통해 관련 제도를 마련해 가야 함에도 불구하고, 이러한 우려로 인해 공감대 형성이 어려움을 겪고 있음.
- 그러나 이러한 주장은 민간의료보험 가입 현황이나 공적보험 재정에 미치는 영향에 관한 실증적 근거에 기반하지 않고 있어, 이와 관련한 사회적 갈등과 대립의 실체가 모호한 상황
- 그간 자료의 제약으로 인해 민간의료보험 가입자의 계층적 특성은 물론 정확한 가입자 규모조차 파악하지 못했기 때문에 형평과 관련한 민간보험의 함의를 추출하기는 어려웠음.
 - 가입자와 비가입자를 구분하여 의료이용량을 비롯한 각종 정보를 비교해야만 민간의료보험 가입자의 의료이용행태에 관해 판단을 내릴 수 있음에도 불구하고, 민간의료보험과 건강보험 재정 간의 관계에 대해 현재까지 제기된 주장들의 실증적 근거는 전무한 상태
- 본고는 민간의료보험의 가입 현황과 가입 여부에 따른 의료이용량에 관한 실증적 자료를 생성하여 논의의 근거를 제공하는 것을 목표로 함.
- 경제력에 따른 민간의료보험 가입률의 차이 등 가입자그룹과 비가입자그룹의 특성을 비교하여 민간의료보험의 주 이용그룹을 파악
 - 가입자그룹과 비가입자그룹의 의료이용량을 비교하여 민간보험이 공적보험 재정에 뚜렷한 영향을 미치는지를 관찰

2. 분석자료

- 기존의 국내 연구들은¹⁾ 주로 자료의 제약으로 인해 실증적인 근거를 제공하는 데 한계를 보임.
- 일부 보험사의 데이터만을 이용하는 등 민간의료보험 가입 여부를 정확하게 파

1) 민간의료보험의 영향에 관한 기존의 국내 연구로는 강성욱 외(2005), 정기택(2007) 등을 참조.

- 악하지 못했기 때문에 민간보험에 가입한 사람과 가입하지 않은 사람을 분리하여 그룹 간의 특성을 파악할 수 없었음.
- 경제력 등 주요 변수를 이용하지 못하여, 민간의료보험 가입의 계층별 현황을 파악하거나, 이들 변수가 의료이용에 미치는 영향과 민간보험 가입으로 인한 영향을 분리하지 못했음.
 - 의료이용을 한 사람들로만 표본을 구성하여 의료이용이 없었던 사람까지 고려한 종합적인 비교가 이루어지지 못했음.
- 본 연구는 전 인구에 대한 무작위추출방식(random sampling)을 사용하면서 각 기관으로부터 협조받은 2004년 7월부터 2006년 6월까지의 관련 데이터를 활용하여 기존의 자료부족 문제점을 대부분 극복
- 국민건강보험공단이 계통추출법을 통해 0~70세 연령대에 속하는 전 인구의 1%를 표본으로 추출한 후 ID를 생성하여 각 기관에 송부
 - 무작위추출방식을 사용했기 때문에, 민간의료보험 가입자와 비가입자, 의료이용자와 미이용자 모두를 포함하는 대표성 있는 표본이 구성됨.
 - 자동차보험사를 제외한 35개 민간의료보험사 전체가 참여하여 민간의료보험 가입 여부와 가입 상품 정보를 제공
 - 민간보험사 전체를 통해 개인별 가입 여부와 가입 상품을 모두 확인함에 따라 민간의료보험 가입 여부를 명확히 파악
 - 생명보험 22개사: 대한, 알리안츠, 삼성, 흥국, 교보, LIG, 미래에셋, 금호, 동부, 동양, 메트라이프, 푸르덴셜, 신한, PCA, 뉴욕, ING, 하나, KB, SH&C, 녹십자, 라이나, AIG
 - 손해보험 13개사: 메리츠, 한화, 대한, 그린, 흥국쌍용, 현대, 제일, 삼성, LIG, 동부, AHA(AIG), ACE, Federal
 - 건강보험공단의 자격관리데이터를 통해 인적 특성과 경제력 관련 변수를 확보
 - 또한 행정자치부의 주민등록세대정보를 이용하여 '실제로는 단일세대이면서 복수의 보험증을 가진 세대'를 확인하여 가구단위 경제력의 정확성을 제고
 - 심사평가원은 질병종류 등 개인의 건강상태 변수 및 의료이용과 관련한 정보를 제공
 - 자료 정리과정을 거쳐, 전 국민(0~70세) 중 100번째마다의 사람을 샘플링한 501,181명 중 가구 경제력 변수를 구성할 수 있는 406,751명을 최종적인 분석대상으로 함.

- 보험증 내에는 배우자가 없으나 주민등록세대정보에는 배우자가 동거하는 가구(58,586명)를 맞벌이가구의 가능성이 높다고 간주하여 제외하되, 두 사람이 모두 표본에 포함된 경우(820명, 410가구)는 합산하여 가구 경제력을 구축
- 이와 함께 사망이나 장애인, 외국인세대 등의 경우를 정리하여 406,751명이 분석대상으로 확정되었고, 이들과 함께 보험증에 등재된 가구원 1,105,000명의 경제력 정보를 종합하여, 총 1,511,751명의 경제력 관련 정보가 분석대상 406,751명의 가구 경제력 수준을 파악하기 위해 사용됨.

3. 분석 결과

가. 민간의료보험의 전반적 가입 현황

- 전 인구의 63.7%가 민간의료보험에 가입한 것으로 추정되며, 정액형 상품을 보유한 가입자가 실손형에 비해 많음.²⁾
 - 분석대상 406,751명 중 63.7%인 259,294명이 민간의료보험에 가입하고 있으며, 정액형 상품을 보유한 가입자가 약 62.0%(가입자 대비 97%), 실손형 가입자는 26.1%, 실손형과 정액형에 모두 가입한 경우는 24.3%
 - 30~40대가 70% 이상의 가입률을 보이는 반면에, 30대 미만과 50세 이상은 50~60% 수준이며, 65~70세의 경우는 17.4%의 낮은 가입률을 보이고 있음.

나. 경제력 수준에 따른 민간의료보험 가입 현황

- 재산 규모에 따른 민간의료보험 가입률의 차이는 미미
 - 보험증 내 가구원 모두의 토지과표, 건물과표, 그리고 전월세보증금의 합산액을 경제력 지수로 사용³⁾하여 비교했을 때, 경제력이 큰 계층에서 민간보험 가입률이 더 크다고 판단할 근거를 찾기 어려움.
 - 재산 규모에 따른 가입률이 크게 차이 나지 않으며, 재산이 없거나 1천만원 이하인 경우의 가입률이 65%로 가장 높음.

2) 민간의료보험은 암보험과 같이 보험금 지급 사유가 발생하기 전에 보험약관에 일정액을 명시하는 정액형 보험과, 액수를 사전에 명시하지 않고 실제 발생한 의료비에 근거하여 급여해 주는 실손형으로 분류.

3) 직장가입자와 지역가입자의 소득과약률의 차이가 극심한 상황에서 두 그룹을 공통기준으로 비교하기 위해 소득 대신 재산을 경제력 변수로 사용.

<표 1> 민간의료보험 가입률

(단위: %)

		전체	연령 구분					
			0~18	19~29	30~39	40~49	50~64	65~70
민간의료보험 가입률		63.7	59.5	62.6	77.4	74.2	54.5	17.4
유형별 가입률	실손형	26.1	25.8	26.7	32.3	30.0	18.4	4.6
	정액형	62.0	58.3	60.5	75.7	72.3	52.1	16.0
	실손+정액형	24.3	24.7	24.7	30.6	28.2	16.0	3.2

주: 1) 전체 406,751명 중 연령 구분별 표본 수는 낮은 연령그룹부터 105,791명(26%), 74,782명(18.4%), 77,917명(19.2%), 73,147명(18%), 59,102명(14.5%), 그리고 16,012명(3.9%)임.
 2) '실손+정액형'이란 두 가지 유형의 보험에 모두 가입한 경우.

<표 2> 재산 규모별 민간의료보험 가입률

(단위: %)

		전체	재산 규모(단위: 만원)				
			0 ≤ ≤1,000	1,000 < ≤2,000	2,000 < ≤5,000	5,000 < ≤10,000	10,000 <
민간의료보험 전체		63.7	65.0	64.1	63.8	62.5	60.5
유형별	실손형	26.1	27.4	26.7	25.4	25.0	24.2
	정액형	62.0	63.3	62.4	62.1	60.4	58.4
	실손+정액형	24.3	25.7	25.0	23.7	23.0	22.1

주: 전체 406,751명의 각 재산 규모별 표본 수는 재산 규모가 낮은 구간부터 107,850명(26.5%), 88,446명(21.7%), 127,862명(31.4%), 49,721명(12.2%), 32,872명(8.1%)임.

- 직장가입자의 민간의료보험 가입률도 보수월액 규모에 따라서 증가하지 않아 소득수준이 높은 계층의 민간보험 접근성이 더 크다고 판단할 근거는 찾기 어려움.
 - 보수월액 규모에 따른 가입률은 200만~300만원 보수월액 규모에서 69%로 가장 높으며, 그 전후로는 낮아지는 형태임.
 - 실손형 가입률은 100만~200만원 구간에서, 정액형 가입률은 200만~300만원 구간에서 가장 높게 나타났음.

〈표 3〉 직장가입자의 보수월액 규모별 민간의료보험 가입률

(단위: %)

		직장 가입자 전체	보수월액 규모(단위: 만원)				
			0< ≤100	100< ≤200	200< ≤300	300< ≤500	500<
민간의료보험 전체		66.0	60.8	67.7	69.0	66.0	63.2
유형별	실손형	26.7	23.8	28.2	27.8	26.2	26.2
	정액형	64.0	59.0	65.8	67.2	63.9	60.2
	실손+정액형	24.8	22.0	26.4	26.0	24.1	23.2

주: 전체 406,751명 중 직장가입자는 208,220명이며, 각 보수월액 규모별 표본 수는 보수월액 규모가 낮은 구간부터 37,381명(18%), 61,921명(29.7%), 43,864명(21.1%), 50,426명(24.2%), 14,628명(7%)임.

〈표 4〉 민간의료보험 가입자와 비가입자의 경제력 차이

(단위: 천원)

			재산	보수월액(직장가입자만)
			평균	평균
비가입자			45,266	2,521
가입자	전체		42,994	2,539
	유형별	실손형	46,885	2,542
		정액형	42,897	2,529
		실손+정액형	46,917	2,518

- 민간의료보험 가입 여부에 따른 평균적인 경제력 차이 역시 미미한 수준
 - 비가입자의 평균 재산은 4,526.6만원이며, 가입자는 4,299.4만원
 - 실손과 정액형에 모두 가입한 가입자는 4,691.7만원으로 가장 높은 수준임.
 - 직장가입자의 보수월액의 경우, 비가입자의 평균은 252.1만원, 가입자는 253.9만원
- 이는 경제력 수준이 높은 계층이 주로 민간의료보험에 가입하여, 민간보험으로

인한 의료이용 접근성 개선이 일부 상위계층에 집중될 것이라는 예측과는 상충되는 현황

- 이는 공적보험의 보장성이 낮다는 인식이 광범위하게 확산되어 있어, 전 소득 계층의 인구그룹이 의료비로 인한 경제적 충격에 대비할 필요성을 인식하고 있다는 것을 시사
- 민간의료보험은 경제력 규모와 상관없이 보완적 의료보장수단으로 이미 광범위하게 활용되고 있다고 해석되며 민간보험 이용에 있어 계층적 함의를 도출하기는 어려움.

다. 민간의료보험 가입 여부에 따른 의료이용량 비교⁴⁾

- 전반적으로 민간의료보험 가입자의 의료이용이 비가입자에 비해 적으나, 연령대에 따라 대비되는 양상이 나타나고 있어 일관된 경향을 추출하기 어려움.⁵⁾
- 0~64세 인구를 비교했을 때, 가입자는 2년간 평균적으로 73.8만원의 의료비용⁶⁾과 126.9일의 의료일수를 이용하여 76.8만원과 141.6일을 사용한 비가입자에 비해 낮은 이용수준임.
 - 65세 이상의 고령자 그룹에서는 민간보험 가입률이 현저히 낮기 때문에 이들을 포함할 경우 가입자와 비가입자 간 의료이용의 평균적인 차이가 크게 증가함. 포함 시 가입자의 의료비용은 75.7만원, 이용일수는 131.4일, 비가입자는 각각 93.9만원과 180.6일
- 그러나 30대 이상에서는 가입자의 의료이용이 현저히 적은 데 비해, 30대 미만의 연령대에서는 가입자의 의료이용이 더 많아, 연령대에 따라 뚜렷이 다른 양상을 보임.

4) 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향에 관한 해외 연구는 다수 존재하며, McCall et al.(1991), Christenson et al.(1987), Lillard and Logowski(1995), Khandker and McCormick(1999), Atherly(2001) 등이 보충보험 가입자의 의료이용이 더 크다고 추정한 바 있음. 그러나 이러한 차이 중 어느 정도가 도덕적 해이인지에 대해서는 일반적으로 동의되는 바가 없음(Wolfe and Goddeeris[1991], Ettner [1997], Hurd and McGarry[1997], Chiappori et al.[1998], Buchmueller et al.[2004], Sapelli and Vial[2003]). 여기서의 도덕적 해이는 의료보험 가입 후 피보험자가 건강에 대한 주의를 게을리 하여 발병확률이 높아지는 사전적 도덕적 해이(moral hazard)가 아니라, 보험 가입에 따른 의료서비스 가격의 감소로 환자가 의료이용을 늘리는 사후적 도덕적 해이를 의미(Zweifel and Manning[2000]).

5) 이는 인적·경제적 특성을 모두 통제한 회귀분석에서도 동일하게 나타남.

6) 여기서의 의료비용은 비급여를 제외한 급여영역의 비용(보험자부담분과 법정본인부담금)임. 건강보험의 급여영역과 비급여영역이 전체 의료비를 구성하는데, 의료이용 시 개인부담은 급여영역 중의 법정본인부담금과 비급여영역이며, 이것이 현재 실손형 민간보험으로 보장되는 부분임.

〈표 5〉 민간의료보험 가입자와 비가입자의 의료비용 차이

(단위: 천원)

	연령	비가입	가입			
			전체	실손형	정액형	실손+정액형
계	전체	768	738	731	735	723
	0~29	410	529	557	532	565
	30~64	1,168	894	872	888	854
입원	전체	189	173	175	172	173
	0~29	80	105	111	105	112
	30~64	312	224	227	222	223
외래	전체	578	565	555	563	550
	0~29	330	425	446	427	452
	30~64	856	670	645	665	631

주: 분석대상은 406,751명 중에서 65세 이상의 고령자를 제외한 390,739명임.

〈표 6〉 민간의료보험 가입자와 비가입자의 의료일수 차이

(단위: 일)

	연령	비가입	가입			
			전체	실손형	정액형	실손+정액형
계	전체	141.6	126.9	120.5	126.3	118.5
	0~29	57.4	73.5	78.1	73.9	79.3
	30~64	235.7	166.8	155.0	165.6	150.9
입원	전체	1.7	1.5	1.6	1.5	1.6
	0~29	0.7	1.0	1.1	1.0	1.1
	30~64	2.7	1.9	2.0	1.9	2.0
외래	전체	140.0	125.4	118.9	124.8	116.9
	0~29	56.7	72.6	77.0	73.0	78.2
	30~64	233.0	164.9	153.0	163.7	148.9

주: 분석대상은 406,751명 중에서 65세 이상의 고령자를 제외한 390,739명임.

- 의료비 지출의 부담을 완화시키는 민간의료보험의 특성상 의료이용을 증가시킬 유인이 존재함에도 불구하고, 노동연령에서 민간보험 가입자의 전반적인 의료이용이 적게 나타나는 것은 시간소요, 업무로부터의 이탈 필요, 교통비용 등 의료서비스 이용의 기회비용이 높기 때문이라 추측됨.

- 30세 이상에서는 비가입자가 현저하게 높은 이용량을 보이는 것과 달리 30세 미만 그룹에서는 가입자의 이용량이 더 높게 나타나 노동시장과의 연관이 유력한 원인일 것으로 지목됨.
- 이는 또한 의료이용의 기회비용이 높은 사람에게 주로 보험상품을 판매해 온 관행을 반영하는 현상으로 추측됨.

- 민간의료보험사의 가입자 선별⁷⁾ 민간보험 가입자와 비가입자 간의 의료이용 차이가 나타났을 가능성을 통제하기 위해, 과거 병력이 없으면서 동일 질병(암)이 새로이 발견된 사람으로 한정할 경우에도 민간보험 가입자의 의료이용이 높지 않으나, 실손형 가입자에서는 의료이용이 높게 나타남.
 - ‘과거 병력의 고지의무’라는 조건을 통해 민간의료보험사에서 가입자 선별을 시행하여 민간보험 가입자가 비가입자에 비해 건강상태가 좋을 가능성을 통제하기 위해서 과거 10년간 만성적 질환⁸⁾으로 치료받은 경험이 없으면서 분석기간 동안 대표적 질병인 암⁹⁾으로 입원한 사람만 비교
 - 민간보험 가입자의 평균 의료비는 830.9만원으로 비가입자의 864.6만원보다 낮았으나, 실손형 가입자는 933.0만원, 실손형과 정액형 동시 가입자는 924.1만원으로 비가입자보다 높게 나타남.
 - 실손형 가입자와 비가입자 간 의료이용 차이 중 일부는 역선택에 기인하였을 것이기 때문에 이를 모두 ‘민간의료보험 가입으로 인한 의료이용량 증가(도덕적 해이)’라 간주할 수는 없으나,¹⁰⁾ 실손형 보험에서 정액형 보험과 다른 경향이 나타나고 있는 점에 유의할 필요
 - 정액형과 실손형 모두 의료이용의 경제적 부담을 감소시킨다는 의미에서 동일한 효과를 가지나, 사전에 정해진 액수를 지급하는 정액형의 경우 추가적인 의료이용의 부담을 환자본인이 져야 하기 때문에 실제 비용을 지급받는 실손형에 비해 의료이용량을 증가시킬 동기가 상대적으로 약함.

7) 가입자 선별(cream skimming): 민간보험사가 의료비 유발 가능성이 높은 사람들을 가입시키지 않는 행태

8) 만성질환은 298질병분류 중 암, 당뇨병, 고혈압, 뇌경색증, 천식, 백내장, 급성심근경색증 등 99개 질병군 7~8, 10, 11, 13~14, 17, 28, 39, 44, 49, 55~56, 58~88, 95, 102, 104~105, 112~116, 118~119, 121~124, 128~129, 133, 140, 144~149, 151, 153~157, 159, 160, 176, 178, 201, 205, 208~209, 214, 218, 232, 242, 254~258, 266, 269, 273, 275, 289, 291, 294번으로 규정.

9) 암은 건강보험 심사평가원의 건강보험통계지표에서 악성신생물로 분류한 94개의 상병코드로 규정.

10) 가입자의 의료이용이 비가입자보다 더 클 경우 이 차이는 보험 가입 후 이용이 증가하는 효과(도덕적 해이)와 의료이용이 더 필요한 사람이 주로 보험에 가입한 효과(역선택)의 합계임.

〈표 7〉 만성질환 과거력이 없는 암환자의 민간의료보험 가입 여부에 따른 의료비용

(단위: 천원, 명)

	비가입	가입			
		전체	실손형	정액형	실손+정액형
계	8,646	8,309	9,330	8,262	9,241
입원	5,618	5,589	6,618	5,586	6,676
외래	3,029	2,720	2,712	2,676	2,565
표본 수	205	413	129	405	121

주: 분석기간 이전 10년간 만성질환으로 의료기관을 이용한 적이 없으면서, 2년간의 분석기간 동안에 암으로 입원한 기록이 있는 경우로 대상을 한정하되, 해당 환자의 수가 61명에 불과한 0~29세는 제외하여 30~64세 618명을 분석대상으로 함. 한편, 0~29세는 비가입자가 가입자보다 입원과 외래 모두에서 의료비용이 크게 나타났음.

4. 결 론

- 전체 민간의료보험사와 건강보험공단, 심사평가원의 데이터를 이용하여 분석한 결과, 우리나라의 민간의료보험 가입률은 전 국민의 63.7%에 달하고 있으며, 경제력 수준이 높은 계층의 민간의료보험 가입률이 더 크지 않아 민간의료보험 접근성이 상위계층에 집중된다고 판단하기 어려움.
 - 재산 규모 중간값 이상 그룹의 가입률이 중간값 이하 그룹의 가입률보다 낮고, 소득수준상으로는 중간그룹의 가입률이 69%로 가장 높게 나타남. 따라서 경제력 수준이 높은 계층이 주로 민간의료보험에 가입하여, 민간의료보험으로 인한 혜택이 상위계층에 집중될 것이라는 우려는 뒷받침되지 않고 있음.
 - 이는 이미 민간의료보험이 경제력 규모와 상관없이 전 계층의 국민에게 상당 정도 활용되고 있어 접근성의 계층 간 차이를 발견하기 어렵다는 것을 의미
 - 공적보험의 보장성 미흡으로 인해 저소득층 역시 민간의료보험에 가입하여 갑작스런 의료지출에 대비하고 있음을 시사
- 전반적으로 민간의료보험 가입자의 의료이용량이 비가입자보다 높지 않기 때문에 민간의료보험 가입에 따른 도덕적 해이가 뚜렷하다고 판단할 수는 없으며, 일부 영역에서는 가입자의 의료이용이 큰 것으로 관찰됨.
 - 0~64세 인구 중 민간의료보험 가입자의 2년간 의료비용은 평균 73.8만원, 의료

이용일수는 126.9일, 비가입자는 76.8만원, 141.6일

- 30세 미만에서는 민간의료보험 가입자의 의료이용이 비가입자보다 많으나, 30세 이상 연령대에서는 민간보험 가입자의 의료이용이 적게 나타나고 있어, 노동시장 측면에서 주된 원인을 찾을 수 있을 것으로 추측됨.
 - 이는 민간의료보험 가입으로 의료이용의 경제적 부담이 완화된다 하더라도, 의료서비스 이용으로 초래되는 불편과 업무차질 등 여타의 기회비용 역시 의료이용에 영향을 미친다는 것을 시사하며, 이러한 기회비용이 높은 사람에게 주로 보험이 판매되어 왔던 관행을 반영
 - 그러나 특정 질병(암)에 있어서는 실손형 가입자가 정액형 가입자나 비가입자보다 높은 의료이용량을 보이고 있어 민간의료보험 가입자의 의료이용양상을 단일하게 진단하기 어려움.
- 민간의료보험 가입자의 의료이용이 전반적으로 높지 않은 것은 노동시장의 특성과 인구의 연령구조, 보험판매관행 등으로 인한 한시적 현상으로 추측되며, 현재 일부 영역에서 가입자의 의료이용이 높은 현상이 향후 보험산업 발전과 함께 확산될 가능성이 높기 때문에 이에 대비하기 위한 제도적 정비가 필요
- 노동시장에서 은퇴하는 인구가 증가하고, 노동시장의 규율이 완화되어 감에 따라 민간의료보험 가입자의 의료이용 행태가 빠르게 변화할 가능성이 높음.
 - 실손형 가입 암환자의 의료이용이 높게 나타나는 현상은 아직 작은 비중에서 불과하나, 암으로 인한 의료비 충격이 널리 인식되어 있고 관련 보험상품의 인지도가 높다는 점을 고려하면, 이러한 현상이 향후 보험산업의 발전과 함께 확산될 미래의 추세를 나타내고 있을 가능성을 배제하기 어려움.
 - 특히 보험제도가 정착되고, 환자의 부담이 거의 발생하지 않는 상품 특성에 대한 인식이 확산됨에 따라 공급자의 유인수요(supplier-induced-demand)가 증가할 가능성도 높음.
 - 따라서 민간의료보험의 심사평가 역량 강화, 통계축적과 분석의 지원, 적절한 수준의 본인부담 책정 등 의료이용이 증가할 가능성에 장기적으로 대비하기 위한 제도적 장치를 마련하는 것이 중요

<참 고 문 헌>

- 강성욱 외, 『암 보험이 암환자의 의료이용 및 의료비에 미친 영향』, 『보건행정학회지』, 제15권 제4호, 2005년 겨울.
- 국무조정실 의료산업발전기획단, 『의료산업선진화위원회 활동백서—의료산업 선진국으로의 도약』, 2007.
- 정기택, 『효율적 의료보장체계 구축을 위한 민영건강보험 활성화방안』, 경희대학교 의료산업 연구소, 2007.
- Atherly, J. A., “Supplemental Insurance: Medicare's Accidental Stepchild,” *Medical Care Research and Review*, Vol. 58, No. 2, 2001.
- Buchmueller, T., A. Couffinhal, M. Grignon, and M. Perronnin, “Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France,” *Health Economics*, Vol. 13, 2004.
- Chiappori, P., F. Durand, and P. Geoffard, “Moral Hazard and the Demand for Physician Services: First Lessons from a French Natural Experiment,” *European Economic Review*, Vol. 42, 1998.
- Christenson, S., S. Long, and J. Rodgers, “Acute Health Care Costs for the Aged Medicare Population,” *The Milbank Quarterly*, Vol. 65, No. 3, 1987.
- Ettner, S., “Adverse Selection and the Purchase of Medigap Insurance by the Elderly,” *Journal of Health Economics*, Vol. 16, 1997.
- Hurd, M. and K. McGarry, “Medical Insurance and the Use of Health Care Services by the Elderly,” *Journal of Health Economics*, Vol. 16, 1997.
- Khandker, R. and L. McCormick, “Medical Spending by Beneficiaries with Various Types of Supplemental Insurance,” *Medical Care Research and Review*, Vol. 56, No. 2, June 1999.
- Lillard, L. and J. Logowski, “Does Supplemental Private Insurance Increase Medicare Costs,” Working Paper Series 95-16, RAND, 1995.
- McCall, N. et al., “Private Health Insurance and Medical Care Utilization: Evidence from the Medicare Population,” *Inquiry*, Vol. 28, 1991.
- Sapelli, C. and B. Vial, “Self-selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance,” *Journal of Health Economics*, Vol. 22, 2003.
- Wolfe, J. and J. Goddeeris, “Adverse Selection, Moral Hazard, and Wealth Effects in the Medigap Insurance Market,” *Journal of Health Economics*, Vol. 10, 1991.
- Zweifel, P. and W. Manning, “Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care,” *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, 2000.