

민영의료보험 가입자의 의료이용 실증분석의 한계와 과제

신 기 철

(숭실대학교)

2003년에 보험업법을 개정하여 실손의료보험이 생명보험회사에 허용되면서부터 민영의료보험 가입자의 의료이용에 관한 도덕적 해이가 주요한 관심사가 되고 20여 편의 실증분석 논문이 발표되었다. 20여편 중 6편은 표본추출기법을 사용하였고, 다른 연구는 의료패널 혹은 복지패널 자료를 사용하였다. 민영의료보험 가입자는 국민건강 보험료 외에 추가로 보험료를 부담하기 때문에 비가입자에 비해 의료이용량이 많을 것인데도 기존 연구 대부분은 도덕적 해이가 없거나 뚜렷한 차이가 확인되지 않는 것으로 분석했다. 그 이유는 발생하는 상병의 속성과 민영의료보험의 운영방식을 고려하지 않고 모든 상병을 대상으로 의료이용량을 비교하였기 때문이다. 상병의 종류에 따라 내원일수와 본인부담 의료비의 차이가 크므로 발생한 상병의 차이를 고려해야 한다. 상품측면에서 실손형 민영의료보험은 본인부담금이 1만원 이상으로 통원횟수로 비교한 도덕적 해이가 나타날 가능성이 적다. 정액형은 약관에서 정한 상병으로 진단·입원·수술을 받을 경우에만 보험금이 지급되기 때문에 도덕적 해이는 일부 상병에서만 나타날 것이다. 이 연구에서는 민영의료보험의 운영방식을 구체적으로 설명하고, 의료 이용에 미치는 요인과 영향을 분석했다. 이에 근거해서 기존 연구의 한계점을 지적하고, 통계적으로 의미있는 실증분석을 위해 상병별로 분석해야 하는 등의 개선과제를 제시했다.

주요용어: 도덕적 해이, 민영의료보험, 의료이용량 실증분석, 정액형, 실손형

■ 투고일: 2015.10.5 ■ 수정일: 2015.12.2 ■ 게재확정일: 2015.12.14

I. 머리말

2003년 보험업법 개정을 통해 생명보험회사도 손해보험회사와 같은 방식으로 국민 건강보험을 보완하는 실손형 민영의료보험의 판매가 허용되면서부터 가입자와 비가입자의 의료이용량을 비교분석하는 연구가 꾸준히 이어졌다. 이런 연구는 민영의료보험이 가입자의 도덕적 해이를 초래해서 건강보험재정에 나쁜 영향을 줄 수 있다는 우려를 확인하기 위해 이루어졌다.

도덕적 해이가 분명히 나타난다고 분석한 연구는 그리 많지 않았다. 도덕적 해이를 뚜렷이 밝혀낼 수 없었기에 실손형에서 법정본인부담금을 보장하는 제도가 유지되고 있으며, 민영의료보험은 더욱 다양하게 성장하였다. 2013년에는 정액형 민영의료보험이 도덕적 해이를 유발하고 있다는 문제를 규명하기 위해 신기철 등(2013)이 20개 상병의 입원기간을 기준으로 의료이용량을 실증분석했다. 그 결과 18개 상병에서 뚜렷한 도덕적 해이를 발견했고, 일부 상병은 도덕적 해이로 설명할 수 없는 과도한 차이가 있다고 분석했다.

민영의료보험 가입자의 도덕적 해이를 규명하기 어려운 이유는 우리나라에서 취급하는 상품의 운영구조 때문이다. 우리나라의 민영의료보험은 공보험의 본인부담금과 비급여부분을 포괄적으로 보장하는 것이 아니다. 실손형은 상해와 질병을 구분해서 각각 통원과 입원을 별도로 가입할 수 있다. 정액형은 대부분 암, 급성심근경색 등 약관에서 정한 상병으로 진단받거나, 입원 또는 수술을 했을 때만 지급한다. 즉 민영의료보험을 가입했어도 보장받을 수 없는 상병이 발병했을 때는 가격하락 효과에 의한 도덕적 해이가 유발될 수 없다. 따라서 상병별로 분석한 일부 연구를 제외하고는 도덕적 해이를 규명할 수 있을 정도의 의료이용량 차이를 발견하기 어려웠을 것이다.

이 연구는 앞으로 가입자와 비가입자의 의료이용량 실증분석 연구가 신뢰성있게 이루어지기 위한 개선과제를 제시하기 위한 것이다. 이를 위해 제Ⅱ장에서는 우리나라 민영의료보험의 상품구조를 살펴본다. 제Ⅲ장에서는 민영의료보험 가입자의 의료이용에 영향을 미치는 요인과 유발효과에 대해 분석한다. 제Ⅳ장에서는 제Ⅱ장과 제Ⅲ장에서 분석한 내용에 비추어 기존 의료이용량 실증분석의 한계를 살펴보고 앞으로 개선과제를 제시한다.

II. 민영의료보험의 운영방식

1. 민영의료보험의 개요와 법적 성격

민영의료보험은 국민건강보험에서 보장하지 않는 법정본인부담금과 비급여의료비 등을 보장하는 역할을 한다. 2003년 보험업법 개정 이전까지 생명보험회사는 약정한 금액을 지급하는 정액형만을, 손해보험회사는 실제 소요된 비용을 보장하는 실손형과 정액형을 동시에 판매하였었다. 2003년 9월부터는 생명보험회사의 단체보험, 2005년 9월부터는 개인보험에 실손형의 판매가 허용되어 동일한 방식으로 민영의료보험 상품을 판매하고 있다.

1999년부터 손해보험회사는 질병까지 보장하는 실손형을 기본계약인 단독상품으로 판매하였으나 보험료 대비 보험금 지급률인 손해율이 높아서 판매량은 많지 않았다. 2003년 이전에는 상해로 인해 발생하는 의료비를 보장하는 상해의료비특별약관을 실손형으로 주로 판매하였다. 민영의료보험의 판매량이 급격하게 늘어난 것은 2003년 보험업법 개정을 전후하여 생명보험회사와 손해보험회사가 실손보험의 시장선점을 위해 경쟁하면서부터이다. 게다가 1998년 경제위기 이후에 전반적인 금융시장의 규제가 완화되면서 다양한 형태의 민영의료보험이 개발되었고, 중증 상병의 결과로 초래되는 사망·후유장애·소득상실 등 의료비 외의 경제적 손실도 한 상품에서 보장하는 통합보험의 형태가 주로 판매되었다.

민영의료보험은 보험업법 제2조(용어정의)에 있는 “제3보험은 운영의 주체가 민영 보험회사로 사람의 질병·상해 또는 이로 인한 간병에 관하여 약정한 급여(정액)를 제공 하거나 손해의 보상(실손)을 약속하는 보험”에 근거하여 운영된다. 즉 제3보험이라는 명칭으로 국민건강보험에서 보장하지 않는 비급여부분과 본인부담의료비를 보장하는 역할을 하고 있다. 그러나 국민건강보험법에는 민영의료보험의 역할이나 감독에 대한 관련 근거는 없다. 이리다 보니 관련 정부기관간 감독정책의 혼선을 초래하는 경우도 있다. 대표적인 사례로 보건복지부에서는 4대 중증질환 보장강화, 3대 비급여 보장확대 등 보장성강화 정책을 추진하고 있는데도 금융감독기관에서는 암보험의 판매를 독려¹⁾

¹⁾ 2013년 8월 19일 보험학회 하계세미나에서 금융감독원장이 축사를 통해 보험업계가 다양한 암보험 상품을 판매할 것을 독려했다.

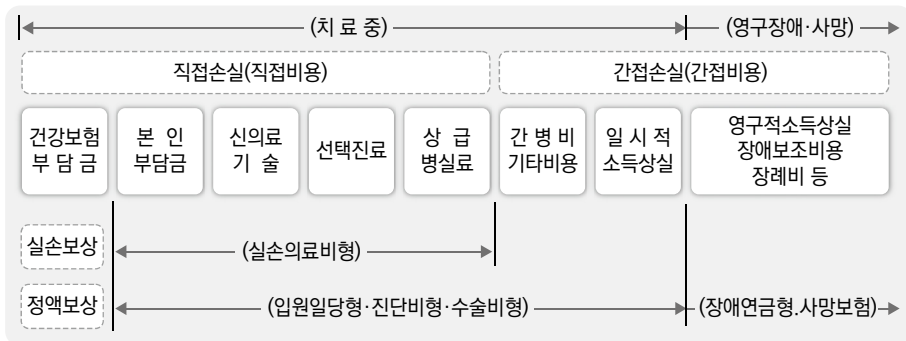
하고 있는 점이다. 암보험은 암에 걸렸을 때 소요되는 비용을 보장하므로 판매를 독려하는 이유는 민간보험으로 추가보장이 필요할 정도로 보장성 강화의 효과가 크지 않을 것임을 암시할 수 있다.

2. 민영의료보험의 보장내용과 운영형태

상병은 질병과 우연한 사고로 인한 상해 또는 부상을 말한다. 경미한 상병이 발생하면 단순 통원치료나 요양으로 완쾌되며, 소득능력의 상실을 초래하지 않는다. 급성심근경색, 뇌출혈 등 일부 질병이나, 자동차 사고, 산업재해 같은 외래사고를 당하면 즉시 사망할 수도 있다. 중증 상병이 발생했을 때는 장기간의 입원이나 통원이 필요하며, 영구장애를 초래하기도 한다. 따라서 상병이 발생하면 다양한 경제적 손실이 수반된다.

우선, 의사의 진료비, 약제비, 병실료 등 직접비용인 의료비가 소요된다. 의료비는 건강보험이 적용되는 부분과 적용되지 않는 비급여부분으로 구분된다. 만약 입원을 하여 생업에 종사하지 못하게 되면 간병비, 가족의 기타 부대비용 같은 간접비용이 소요됨은 물론 영구적 혹은 일시적으로 소득이 감소하거나 중지된다. 영구장애가 발생하면 장애 상태에 맞게 가옥의 내부구조를 개조해야 하고 재활치료가 필요하며, 일상생활을 위해 다른 사람이 보조해야 한다.

그림 1. 상병으로 인한 경제적 비용과 민영의료보험의 담보별 보장내용



산업재해보상보험이나 자동차보험이 적용되는 환자는 위 그림에서 예시된 발생되는 모든 비용을 관련법에 따라 실비로 보상받을 수 있다. 이에 반해 국민건강보험은 직접손실인 의료비의 일부만 보장하는데 2012년 기준 보장률은 62.5%(서남규 등, 2013)에 불과하다. 직접손실 중 비급여부분인 신의료기술, 선택진료, 상급병실료는 보장대상에서 제외된다. 아울러 간병비, 소득상실, 장애보조비용, 장례비 등 간접손실도 보장하지 않는다. 다만 3급 이상의 중증 장애가 발생했을 때 국민연금의 장애연금이 적용되며, 치매·파킨슨병·뇌경색 등 노인장기요양보험에서 정하는 일부 상병에 대해서는 법에 정하는 기준에 따라 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공한다.

이렇듯 국민건강보험을 포함한 사회보장제도만으로 필요한 비용을 충당할 수 없기 때문에 민영보험이 다양한 형태로 보완하고 있다. 민영의료보험의 운영형태는 생명보험과 손해보험이 조금 다르다. 생명보험은 사망보험을 주계약²⁾으로 하며, 위 그림에서 제시한 각각의 비용을 보장하는 특별약관을 선택하여 가입하는 형태로 운영된다. 손해보험은 상해보험 혹은 주택화재보험 등을 주계약으로 하고 생명보험회사와 유사한 특별약관을 선택하여 가입하는 형태로 운영된다. 즉 민영의료보험은 생명보험이나 손해보험 모두 특별약관으로 가입자가 선택하는 것이며, 주계약 혹은 단독 상품은 아니다. 다만, 2013년 9월부터 금융위원회의 행정지도에 따라 실손형 단독상품³⁾이 도입되었지만 판매실적은 많지 않다.

암보험, 성인병전용보험 등의 명칭으로 의료보장전용보험이 판매되지만 이들 상품도 사망보장을 주계약으로 하며, 암 또는 각종 성인병을 보장하는 특별약관을 다양하게 부가하여 특정 질병에 대비토록 한다는 점에서 차이가 있다. 또한 기존 연구문헌이나 언론 등에서 호칭하는 실손의료보험 혹은 의료실비보험 등은 위의 그림에서 표시한 법정본인부담금과 비급여부분을 보장하는 특별약관이 포함된 상품을 말한다. 즉 관련 법령 혹은 감독규정에 의해 실손의료보험으로 분류되는 상품은 없다. 한편 보험기간은 보장내용에 따라 다르다. 실손형은 1년을 보험기간으로 하되 1년이 경과하면 자동적으로 재가입되는 자동갱신제도를 운영하며, 과거의 보험금 지급률에 따라 매년 보험료가 조정된다. 정액형은 약관에서 정한 상병의 진단, 수술, 입원 등의 발생확률을 보험료

2) 주계약은 원하는 보장을 구입하기 위해 반드시 가입해야 하는 부분으로 기본계약이라고도 부른다. 특별약관은 필요에 따라 임의로 선택하여 가입할 수 있는 보장내용이다.

3) 실손형보험이 주계약으로 최초로 도입된 것은 1999년이었으나 정액형 보장내용을 주계약에 포함하였고, 실적도 미미하였다.

산정의 기초로 하며, 보험기간은 10년, 20년 혹은 55세, 60세, 80세, 100세 등 장기간으로 운영된다. 아울러 납입기간⁴⁾ 동안 보험료가 동일한 평준보험료 방식⁵⁾을 적용한다. 일반적인 민영의료보험의 상품 구성, 보장분야 및 주요 보장대상의 명칭(특별약관 명칭)은 <표 1>과 같다.

표 1. 민영의료보험의 주요 보장분야 및 보장대상의 명칭

상품구성	보장분야	주요 보장대상의 명칭	
주 계약	사망 후유장애 등 보장	질병사망, 상해사망, 암사망, 주택화재 등	
실손형	본인부담의료비 보장	상해 통원·입원 의료비, 질병 통원·입원 의료비	
특별약관	의료비 보충형	입원 1일당 정액보장	질병입원, 상해입원, 특정질병입원, 저체중아입원 등
	정액형	진단비 정액보장	암진단, 뇌출혈진단, 3대 장애진단, 화상진단 등
		수술비 정액보장	암, 심근경색, 16대 성인병수술, 재해수술, 탈장수술, 모아모아병개두술, 선천이상수술, 희귀난치성수술 등
	간접비용 보충형	사망보험 선지급(CI)	중대 질병진단, 중대 화상수술, 5대장기이식수술 등
		개호보장	실버케어보장, 간병연금, 간병일지급 등
	장애연금	후유장애, 상해장애연금, 생활비지원 등	

민영의료보험은 다양한 담보(특별약관)로 구성되며, 보험금 지급방법에 따라 실손형과 정액형으로 구분한다. 이중 정액형은 의료비를 보장하는 형태와 소득상실 등 간접비용을 보장하는 형태가 있다. 아래에서는 의료이용량 실증분석에 고려하기 위해 <표 1>에 예시된 보장분야와 보장대상 중 주요 내용을 살펴본다.

4) 보험기간은 가입이후 만기까지 보험의 보장내용이 지속되는 기간을 말하며, 납입기간은 보험료를 납입하는 기간을 말한다. 납입기간은 일시납, 단기납(보험기간보다 짧은 기간), 전기납(보험기간과 동일한 납입기간)으로 분류된다. 보험기간이 장기인 상품의 경우 보험료 납입능력을 고려해서 55세 납, 60세납 등 일정한 연령까지만 보험료를 납입하는 방식도 있다.

5) 평준보험료 방식은 가입자의 보험료 납입의 편의를 위해 도입한 것이다. 즉 생명보험, 의료보험 등은 연령이나 성별, 건강상태에 따라 보험료가 다른데 일반적으로 연령이 많아지면 보험료가 높아진다. 따라서 매년 연령별로 보험료를 책정하면 가입자 입장에서 불편하기 때문에 전 기간 동일한 보험료를 납입할 수 있도록 수리적으로 계산하는 방식이다.

가. 실손형⁶⁾

실손형은 요양기관이 발급한 영수증에 표시된 본인부담의료비 중에서 법정 본인부담금, 비급여의료비 중 선택진료, 신의료기술, 상급병실료 등을 보장한다. 현재 판매되고 있는 표준화된 상품은 상해와 질병에 대해서 통원, 입원으로 구분하여 4개의 담보를 모두 가입하거나 일부만 가입할 수도 있다. 보장금액은 약관에 기재된 보장대상 의료비에 대해 입원은 5,000만원, 통원은 30만원을 한도로 한다.

실손형도 국민건강보험의 보충형의 역할을 하지만 가입자의 과다한 의료이용 억제를 위해서 본인부담(공제금액)제도⁷⁾를 운영한다. 즉 입원의 경우에는 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 등 법정본인부담금과 비급여를 포함하여 부담한 금액의 10% 또는 20%(가입자 선택)는 가입자 본인이 부담하며, 이 금액이 연간 200만원을 초과하면 그 초과금액은 보장한다. 상급병실료는 건강보험적용 병실료와의 차액 중 50%를 1일당 10만원의 한도로 보장한다. 통원은 본인부담의료비가 일정금액(공제금액)을 초과할 때만 1회당 30만원을 한도로 보장한다. 공제금액은 요양기관 종류별로 다르다. 의원, 치과 의원, 보건소 등의 통원은 1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 초과하면 그 차액을 보장한다. 종합병원, 한방병원 등은 1만 5천원과 보장대상 의료비의 20%, 상급종합병원은 2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 초과하면 그 차액을 보장한다. 한편 처방조제비에 대해서도 8천원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 초과할 때 보장한다.

국내 학자들이 민영의료보험의 의료이용량 실증분석을 위해서 참고하는 주요 국가는 미국과 프랑스이다. 이 나라들의 보충형 민영의료보험은 공보험의 본인부담의료비를 포괄적으로 보장한다. 그러나 우리나라의 실손형은 상해와 질병에 대해 각각 통원과 입원으로 구분하여 가입할 수 있으며, 비급여의료비 구성비가 높다.

6) 실손형은 판매하는 회사별로 보장금액, 공제금액, 보장대상 등이 달랐으나 2009년 10월부터 상품을 표준화했다. 2013년 1월부터는 실손형을 주계약으로 하는 '의료실손형보험'이 판매되고 있으나 실적은 미미하다. 이 연구에서는 2013년 1월 이후 적용되는 실손형보험의 보장내용을 중심으로 분석한다.

7) 본인부담제도는 초기에는 통원은 5,000원의 정액공제, 입원은 20%의 본인부담비율을 적용하였으나, 2000년대 초반 금융상품의 자율화에 따라 입원의 본인부담비율을 대부분 폐지하였다. 다만, 통원은 5,000원의 정액공제를 유지했다. 이후 2009년 금융위원회의 행정지도에 따라 실손의료보험이 표준화되었다.

나. 의료비 보장을 위한 정액형

민영보험회사는 입원일당형, 진단비형, 수술비형 등의 정액형보험을 특별약관의 형태로 다양하게 판매한다. 입원일당형은 입원을 요하는 상병이 발생했을 때 입원 1일당 약관에 정해진 금액(예: 1만원, 3만원, 5만원 등)을 지급한다. 과거에는 의료이용 억제를 위해서 3일 혹은 5일을 초과하여 입원할 때만 보장하는 상품을 주로 판매했으나, 현재는 입원 당일부터 보장하는 상품을 주로 판매한다. 입원일당형은 암, 급성심근경색 등 정해진 상병만 보장하는 형태도 있고, 상해입원 혹은 질병입원으로 구분하여 포괄적으로 보장하는 상품도 있다. 따라서 의료비 보충을 위한 용도로 활용되지만 미국이나 프랑스에서 판매되는 포괄적 보충형과는 성격이 다르다.

진단비형은 가입자가 암, 심근경색, 뇌출혈 등 약관에서 정하는 중증 질병으로 진단 받았을 때 미리 정한 금액을 일시에 지급하는 형태이다. 수술비형은 약관에서 정한 상병으로 수술받았을 때 수술 1회당 미리 약정한 금액을 보장한다. 최근에는 모아모아병 개두술, 선천이상에 대한 수술, 희귀 난치성 수술 등을 보장하는 수술비형도 판매된다.

정액형은 해당하는 상병으로 진단받거나 수술받으면 정해진 보험금을 지급하기 때문에 본인부담의료비를 보장하는 효과가 있다. 실손형보험도 가입했다면 본인부담의료비를 실손형에서 받을 수 있기 때문에 정액형의 보험금은 일시적인 상실소득에 대한 보충은 물론 가족의 기타 비용으로 활용될 수 있다.

다. 간접비용 보장을 위한 정액형

치명적질병특별약관(CI특약), 개호보장특별약관, 장애연금특별약관 등은 중증 상병의 결과로 발생하는 간접비용을 보장한다. 치명적질병특별약관은 말기암, 급성심근경색, 루게릭병 등 잔여수명이 짧을 것으로 예상되는 중증 상병으로 진단받으면 사망보험금을 미리 지급하는 상품이다. 보험금은 임종 전에 하고 싶은 여행이나 기부 등을 위해 사용하는데, 본인부담의료비로 활용할 수도 있다.

개호보장특별약관은 가입자가 약관에서 정하는 장기요양상태가 되었을 때 일시금 혹은 연금형식으로 지급하므로 노인장기요양보험을 보완하는 기능을 한다. 이 담보는 주로 종신보험이나 통합보험 등에 특별약관으로 부가되며 실버케어보장특약, 간병연금특약

등의 이름으로 판매한다. 장애연금특별약관은 약관에서 정한 상병의 결과로 영구장애가 확정되었을 때 필요한 생활자금을 연금형태로 제공한다. 따라서 국민연금의 장애연금을 보완하는 역할을 한다.

3. 민영의료보험의 계약심사와 비정상체에 대한 인수방법

민영보험은 유사한 위험을 지닌 피보험자⁸⁾들끼리 동일한 보험료를 부담하여 공동기금(pool)을 조성하고 약관에서 정한 사고가 발생하면 보험금을 지급한다. 위험발생 가능성이 동일하거나 유사한 계층을 분류하고 이에 따라 보험료를 책정하는 과정을 계약심사 또는 언더라이팅(underwriting)이라고 부른다.

위험이 서로 다른 다양한 집단을 수용할 수 있을 만큼 보험요율이 세분화되어 있으면 보험회사는 위험등급을 평가해서 그에 맞는 보험료를 책정하고 가입자가 동의하면 계약을 체결한다. 보험요율이 세분화되어 있지 않으면 보험회사는 위험이 낮은 사람만 가입시키고, 위험이 높을 것으로 예상하는 사람⁹⁾은 거부(인수거부)하는 순선택(cream skimming)의 성향이 있다. 반면 가입자는 자기선택이나 역선택의 유인이 있다. 자기선택은 민영의료보험을 가입하기 위해서 과거의 병력 등을 정확하게 기재하지 않고 가입하는 것이다. 역선택은 보험금을 노려서 암진단을 받고도 병력이 없다고 기재하는 등 고의로 중요한 사항을 보험회사에 알리지 않고 보험을 가입하는 것이다. 우리나라도 1998년 경제위기 이전에는 모든 보험회사가 동일한 보험요율을 적용한 적이 있었다. 이 시기에는 위험등급이 높을 것으로 예상되는 계층을 인수거부하는 것이 영업이익에 유리하였기 때문에 순선택은 중요한 경쟁력이었다. 한편 가입자도 인수거부를 피하기 위해 자기선택이나 역선택을 하는 사례가 많았다.

상해로 인한 의료비만 보장하는 상품은 질병을 보장하는 상품과 계약심사기준이 많이 다르다. 즉 그 사람의 연령, 과거 병력 등 건강상태는 크게 고려하지 않고 취미활동, 직업의 종류, 레저활동 정도 등 상해사고의 발생확률을 중요시한다. 한편 장애인 차별금지 및 권리구제에 관한 법률 제17조(금융상품 및 서비스 제공 등에 있어서의 차별금지)에

⁸⁾ 보험의 보장대상이 되는 사람을 피보험자라고 부르며, 보험계약을 체결하고 보험료를 부담하는 사람을 보험계약자라고 한다. 보험계약자와 피보험자가 동일할 수도 있고, 다를 경우도 있다. 가입자는 보험 용어는 아니지만 일반적으로 보험계약자를 말한다.

⁹⁾ 보험용어로는 비정상체 혹은 표준하체라고 부른다.

따라 장애인에 대해 일반인과 차별적인 계약심사기준을 적용할 수 없다.

2000년대 들어서는 민영보험회사들의 계약심사기준이 발달하고 보험요율 책정이 자율화됨에 따라 위험등급이 높은 사람(비정상체)도 대부분 그에 맞는 보험료를 책정 받고 가입할 수 있다. 대표적인 방식은 보험료 할증법, 보험금 감액법, 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 등이다. 보험료 할증법은 정상체보다 위험등급이 높다고 판단하면 그에 상응하는 할증보험료를 적용하여 인수하는 방법이다. 보험금 감액법은 과거에 특정한 상병이 발병했던 가입자의 경우 3~5년 이내에 보험사고가 발생하면 단계별로 보험금을 삭감하는 조건으로 인수하는 방법으로 삭감기간이 지나면 정상적으로 보험금이 지급된다. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수는 약관에서 지정한 부위에 질병이 발생한 적이 있어 위험등급이 높다고 평가되면 1년부터 5년 사이 회사가 지정한 기간 동안 그 부위에 상병이 재발하면 보험금을 지급하지 않는 조건으로 인수하는 제도이며, 이 기간이 경과하면 정상적으로 보험금이 지급된다. 이러한 다양한 인수기준이 운영되므로 위험등급이 높다고 민영의료보험에 가입하지 못하는 사례는 많지 않다. 다만 위험확률이 높은 고연령자나 증증상병으로 진단받았던 경우에는 할증보험료가 높기 때문에 보험 가입으로 인한 기대이익이 낮다.

4. 보험금 지급절차와 의료공급자와의 관계

우리나라의 민영의료보험의 보험금은 사후환불제(reimbursement)로 지급된다. 즉 실손형, 정액형 모두 진료를 받고 2년 이내에 의료비 영수증 사본과 진단서 등 필요한 서류를 제출하면 보험금을 지급한다. 실손형은 공제한도를 초과하는 법정 본인부담금과 비급여부분은 지급하며, 임의비급여나 성형수술 등 보장대상이 아닌 의료비는 보장하지 않는다. 정액형은 약관에서 정하는 상병으로 진단·수술·입원했다는 진단서 혹은 영수증만 있으면 지급한다. 결국 보험회사가 수가나 의료서비스의 적정성에 대해 의료기관과 협의하거나 심사하지 않는다.

최근에는 비급여의료서비스가 확대됨에 따라 민영보험회사가 진료의 적정성이나 수가에 대해 의료기관과 계약을 체결할 필요성이 증가하고 있다. 그러나 의료법 제27조(무면허 의료행위 등 금지) 3항에 따르면 “영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니된다”고 되어

있다. 따라서 민영보험회사가 의료기관과 수가계약을 맺고 해당 보험회사의 가입자를 유치한다면 이 조항을 위배하는 것이기 때문에 수가계약을 맺기도 어려울 것이다.

5. 민영의료보험의 판매회사 및 가입실적

민영의료보험은 보험업법에 의해 허가받은 생명보험회사와 손해보험회사는 물론 우체국, 농협·수협·축협, 새마을금고, 신용협동조합 등도 우체국보험, 생명공제 등의 명칭으로 판매하고 있다. 보험업법에 근거하지 않는 우체국보험, 공제 등의 2011년말 보유계약건수는 919만건(보험개발원, 2011)¹⁰⁾에 이른다. 이들 기관도 실손의료비는 물론 암진단비, 수술비 등 민영보험회사와 동일한 상품을 판매한다.

민영의료보험은 앞 절에서 지적하였듯이 별도의 상품이 아니고 각종 보험상품에 특별약관의 형태로 판매되며, 미국이나 프랑스처럼 단일 상품이 아니기 때문에 공식적으로 집계되는 실적이 없다. 신기철 등(2013)이 보험개발원에 의뢰하여 산출한 민영보험회사의 실적은 2011년 보험료 기준으로 약 27조 4,426억원이다. 이중 사업비와 저축보험료를 제외한 위험보험료는 10조 7,539억원으로 2011년 국민건강보험료 수입 37조 9,504억원의 28.3%에 달한다. 이중 정액형은 7조 7,329억원이고 실손형은 3조 210억원이다. 2011년 기준 담보건수¹¹⁾는 생명보험은 1억 2,623만건, 손해보험은 5억 840만건이다. 입원일당형의 가입건수는 생명보험 6,230만건, 손해보험 9,808만건으로 합계 1억 6,038만건이며, 실손의료보험은 손해보험회사 기준 8,131만건이다. 입원일당형은 도덕적 해이와 생계형 보험사기¹²⁾를 유발하는 대표적 원인으로 알려지고 있는데, 손해보험회사와 생명보험회사의 담보건수를 합하면 국민 1인당 3.3건을 가입하고 있는 셈이다. 위와 같이 국민건강보험은 물론 민영의료보험에 많은 보험료를 지출하고 있기 때문에 가입자가 상병이 발생하면 충분한 의료이용을 하려는 도덕적 해이와 생계형 보험사기의 유혹이 커질 수밖에 없다.

10) 보험개발원에서 조사하지 못한 새마을금고와 기타 다른 공제들이 있기 때문에 실적은 이보다 많을 것으로 추정된다.

11) 한 상품에서 다양한 특별약관을 가입할 수 있고, 특별약관을 보장내용으로 구분한 것이 담보건수이다. 예를 들면 종신보험에서 입원일당특약 1개와 진단비특약 1개를 가입했다면 정액형 개인의료보험의 담보건수는 2개로 계산된다.

12) 생계형 보험사기는 약관에서 정한 상병으로 입원했을 때 입원일당 보험금 등을 노려서 의학적 필요 이상으로 입원하는 경우를 말한다.

표 2. 2011년말 민영의료보험 보유건수

생명보험회사		손해보험회사	
담 보 명	보유건수(천건)	담 보 명	보유건수(천건)
질병 및 재해입원일당	28,930	실손형	81,309
재해입원일당	8,486	정액형	427,092
질병입원일당	4,306	- 입원일당	98,082
암입원일당	20,578	- 수술비	135,501
암발생(암진단)	27,471	- 간병비	65,981
암수술비	15,354	- 진단비	127,527
질병 및 재해수술비	21,105		
합계	126,230	합계	508,401

자료출처: 보험개발원, 통계자료집

주: 생명보험의 실손형 실적은 질병 및 재해입원에 포함되어 있음

Ⅲ. 의료이용에 영향을 미치는 요인과 유발효과

앞장에서 보았듯이 정액형은 약관에서 정한 상병의 진단·수술·입원 등이 발생했을 때 보장하며, 실손형도 상해와 질병을 구분하여 입원과 통원담보를 별도로 가입할 수 있다. 따라서 표준화된 보충형 민영의료보험을 판매하는 미국, 프랑스와 의료이용량에 영향을 미치는 요인이 다르다. 가입자의 의료이용에 영향을 미칠 수 있는 요인은 민영 의료보험의 보장내용과 본인부담금, 의료공급자 유인수요, 건강보험정책 및 신의료기술 등이다.

1. 민영의료보험의 보장내용과 본인부담금

가. 실손형

실손형은 상해와 질병으로 구분하여 통원과 입원을 각각 가입할 수 있다. 4가지 담보를 모두 가입하면 미국이나 프랑스의 보충형 민영의료보험과 같이 포괄적인 보장기능을

갖는다. 이중 통원은 제Ⅱ장에서 보았듯이 본인부담의료비가 1회 1만원 이상일 경우에만 그 차액을 보장받을 수 있다. 그런데 2011년 건강보험통계연보에 따르면 내원 1회당 평균 본인부담금은 11,780원이다. 따라서 실손형을 가입했어도 실제 본인부담금이 11,780원이라면 보험회사로부터 보장받을 수 있는 금액은 1,780원에 불과하다. 즉 실손형의 공제금액이 국민건강보험의 평균 법정본인부담금과 비슷한 수준이기 때문에 보장받을 수 있는 통원은 많지 않을 것이다. 또한 교통비와 이동 시간 등 기회비용을 따지면 보험금을 청구할 실익이 거의 없다. 따라서 실손형 가입자라도 통원횟수 측면에서 가격 하락 효과에 의한 도덕적 해이가 발생할 소지는 크지 않을 것이다. 다만 통원을 했을 때 MRI 검사나 도수치료 등 건강보험이 적용되지 않는 비급여의료서비스에 대한 수요는 비가입자보다 많을 것이며, 이는 의료공급자의 행태에 좌우될 것으로 보인다. 이때 비급여의료서비스가 의학적으로 필요한 것이라면 도덕적 해이가 아니고 가입자의 권리라고 볼 수 있다. 그런데 의학적으로 필요하지 않은 검사¹³⁾ 등을 받는다면 도덕적 해이라고 봐야 한다.

입원의 경우에는 발생한 상병에 따라 가입자의 의료이용 행태는 다르게 나타날 것이다. 단순 상병이 발병하면 신의료기술이나 선택진료 등의 비급여 의료수요는 더 많을 수 있지만 입원기간은 비가입자와 차이가 없을 것이다. 암이나 허혈성 심질환 등 중증 상병이 발병하면 비급여의료서비스에 대한 수요는 물론 충분한 치료를 받기 위해 입원 기간도 늘어날 것이다. 이때 도덕적 해이는 의료진이 권유하는 의학적 필요 이상의 입원 기간으로 간주할 수 있다. 그렇지만 급성심근경색, 뇌출혈 등 급성 중증상병이 발병하면 환자 본인이 의식이 없는 상황에 이르기 때문에 가입자의 의도에 의한 도덕적 해이는 발생하지 않을 것이다.

실손형에서 주목할 사항은 통원의료비의 보장한도가 30만원이라는 점이다. 따라서 MRI나 도수치료 등 30만원을 초과하는 의료비가 발생할 것으로 예상되면 통원으로 가능한 상병도 보장한도가 큰 입원으로 유도하여 진료할 수 있다. 그렇게 되면 비급여로 진료하더라도 입원비에 해당하는 만큼의 건강보험재정에 영향을 줄 수 있다.

13) 예를 들면 단순 위장염으로 진료를 받으러 가서 위암 발병여부를 확인하기 위해 내시경 검사를 받는 것이다. 만약 신체장기별로 이렇게 활용된다면 실손형에서 보장하지 않는 정기 건강검진을 대체하는 방법이 될 수 있다.

나. 정액형

정액형은 입원일당형, 진단비형, 수술비형 등 가입한 담보에 따라 의료이용 행태가 다르게 나타날 것이다. 진단비형이나 수술비형은 약관에서 정한 암, 급성심근경색 등 일부 상병의 진단과 수술에 대해서만 보장한다. 따라서 통원은 보장하지 않기 때문에 통원횟수 측면의 도덕적 해이는 발생하지 않을 것이다. 실손형이나 정액형 모두 진료가 완료되고 나서 보험금을 청구하므로 약관에서 보장하는 상병으로 진단받거나 수술받으면 사전적으로 일정한 금액의 예산이 확보되기 때문에 그 금액 이내의 본인부담금이 예상된다면 충분한 진료를 받고자 하는 도덕적 해이는 발생할 것이다. 실제로 신기철 등(2013)에 따르면 갑상선암, 위암, 간암 등으로 진료받은 보험가입자 중 정액형에서 보험금을 수령한 자의 입원기간은 비가입자보다 긴 것으로 나타났다.

입원일당형은 입원 1일당 정해진 금액을 지급하는 형태로 약관에서 정한 상병만 보장하는 상품도 있고, 모든 상병의 입원을 보장하는 포괄형도 판매된다. 입원일당형도 통원은 보장하지 않기 때문에 통원에 대한 도덕적 해이가 발생할 수 없다. 그러나 입원기간 측면으로 보면 도덕적 해이는 물론 보험사기도 발생할 수 있다. 보험사기는 입원일당형을 다수 가입한 환자가 입원기간이 늘어날수록 보험금이 커지기 때문에 이를 노려서 의도적으로 장기입원을 하는 것을 말한다. 맹장염, 폐렴 등 경증 상병으로 가입자가 실제 입원했을 때는 도덕적 해이와 보험사기가 동시에 나타날 수 있다. 보험업계 실무에서는 우연히 발생한 상병으로 입원했을 때 보험금을 더 받기 위해 의학적 필요이상의 입원을 하는 것을 생계형 보험사기라고 부른다. 이와 달리 입원일당 보험금을 받기 위해 자동차사고나 단순 상해를 고의로 유발하여 장기입원을 하는 것을 범죄형 보험사기라고 한다. 보험사기는 물론 도덕적 해이도 입원실을 의학적 필요이상으로 점유하기 때문에 의료자원을 낭비하고 건강보험재정에 나쁜 영향을 초래한다.

종합적으로 보면 정액형도 본인이 가입한 특별약관에서 보장하는 상병이 발생했을 때는 도덕적 해이가 발생할 수 있다. 고영우 등(2011)이 정액형보험을 예비적 저축의 수단으로 활용한다고 지적했는데, 이는 약관에서 보장하는 상병이 발생했을 때 도덕적 해이의 발생 가능성이 있음을 가정한 것이다. 아울러 다른 실손형 혹은 자동차보험과 연결된 생계형 혹은 범죄형 보험사기도 발생할 수 있다. 국내 기존 연구(강성욱 등, 2010; 고영우 등, 2011; 박성복, 정기호, 2011; 유창훈 등, 2011; 이창우, 2014)에서

정액형 보험가입자는 보험가입에 따라 의료서비스의 가격이 낮아지는 효과가 있는 것이 아니기 때문에 도덕적 해이의 가능성이 없다고 가정한 것은 위와 같은 속성을 반영하지 못한 것이다.

2. 의료공급자 유인수요

허순임 등(2008)은 현행 행위별 수가제도하에서는 의료공급자가 경제적 유인에 의해 의료서비스를 제공할 가능성이 있으며, 의료기관간 경쟁이 치열해지면서 더욱 문제가 될 것이라고 예상했다. 이는 국민건강보험제도의 수가체계 때문에 의료공급자 유인수요는 발생할 개연성이 있다고 본 것이다. 조용운과 김세환(2005)은 실손보험의 보험금 지급방식 때문에 의료공급자 유인수요가 발생할 것으로 예견했고, 윤희숙(2008)은 의료공급자가 환자가 민간보험을 가입한 것을 인지할 경우 추가적인 의료이용 유도에 대한 심리적 부담을 느끼지 않기 때문에 의료이용을 유도하는 방향으로 변화할 가능성이 매우 높다고 전망했다.

실제로 최근 KBS 1TV(2015.8.10. 21:36), 동아일보(2015.8.31.) 등에서 병원에서 실손보험의 가입여부를 묻고 의학적 필요이상의 진료를 제공하는 사례를 보도했다. 신기철 등(2013)도 20개 상병의 입원기간을 비교지표로 한 의료이용량 실증분석에서 민영의료보험 보험금 수령자¹⁴⁾와 비가입자의 입원기간이 요양기관 간에 큰 차이가 있는 것을 발견했으며, 이를 의료공급자에 의한 유인수요의 정도 차이라고 판단¹⁵⁾했다. 다만 의료공급자 유인수요를 확인하기 위한 연구가 아니었으므로 통계적 유의성은 분석하지 않았다. 참고로 20개 상병의 민영의료보험 비가입자 대비 보험금 수령자의 요양기관별 입원기간의 차이는 <표 3>과 같다.

14) 보험금 수령자는 보험회사에 실손형 또는 정액형의 보험금을 수령한 기록이 있는 자를 말한다. 보험개발원에서는 보험요율 조정을 위해 매년 상품별, 담보별로 보험금 지급실적을 수집하는데, 연령별·직업별 등의 보험요율 조정에 참고하기 위해 인적 자료도 동시에 수집한다.

15) 일부 요양기관에서 보험금을 노려 초장기입원하는 환자가 있을 수 있으므로 공급자 유인수요는 요양기관별로 살펴봐야 한다. 아울러 가입자의 보험사기와 공급자 유인수요를 분리할 수 있는 기법이 필요하다.

표 3. 상병별 요양기관별 민영의료보험 보험금 수령자와 비가입자의 입원기간 비교¹⁶⁾

상병code	비가입자 평균 입원일수	(민영의료보험금 수령자의 평균 입원기간/비가입자의 평균 입원기간)%							
		상급 종합병원	종합병원	의원	일반병원	한방병원	기타	요양기관 전체	
경 증 질 환	A09	4.02	128.6	132.5	142.7	139.9	216.7	96.9	136.0
	I20	3.31	135.4	172.9	300.2	255.2	225.7	62.3	170.6
	I84	2.97	115.4	127.9	117.1	120.9	172.7	205.3	120.6
	J00	6.14	139.4	137.1	158.6	105.2	134.2	42.8	119.5
	J15	7.02	107.7	106.3	117.6	103.9	362.5	60.0	105.2
	J18	6.71	104.5	110.3	126.6	114.5	139.3	91.9	110.6
	K35	5.70	103.2	105.4	107.9	106.6	-	49.8	105.6
	N39	4.21	112.9	102.1	106.0	87.3	-	73.7	96.2
염 좌 관 절 증	M17	15.92	119.0	128.4	152.4	127.9	152.0	109.8	128.3
	M20	8.67	173.8	209.1	157.0	187.2	1,100.0	305.1	191.6
	M51	8.70	138.5	140.5	163.9	143.1	146.8	114.6	149.8
	M54	7.96	131.9	168.9	174.0	175.5	165.7	87.0	176.5
	S13	6.99	125.6	149.6	178.9	178.8	151.8	185.2	177.2
	S33	7.20	125.8	166.3	181.4	191.6	151.5	217.6	185.7
중 증 질 환	C16	21.64	122.3	121.3	184.5	211.4	186.0	154.0	125.6
	C22	20.79	134.9	126.2	102.3	160.4	106.0	171.0	134.3
	C73	6.84	125.0	136.5	131.1	142.9	-	66.5	127.7
	I21	6.65	111.1	110.9	471.4	174.2	-	99.6	111.8
	I61	67.41	113.5	125.0	70.5	114.7	89.8	94.3	106.5
	I63	33.99	124.7	111.5	122.1	98.3	148.9	73.4	94.8
20개 합계	7.37	115.7	114.1	218.7	133.9	136.6	60.9	130.3	

자료출처: 신기철 등(2013).

우리나라는 표준진료지침이 없는 상태에서 행위별 수가제를 적용하기 때문에 공급자 유인수요를 정의하기 어렵다. 그렇지만 보험업계의 보험금 지급과정에서 의학적 필요 이상의 과잉진료나 비급여의료서비스 제공형태가 다양하게 나타나고 있다(손해보험협회

¹⁶⁾ A09: 위장염, I20: 협심증, I84: 치질, J00: 감기, J15: 세균성폐렴, J18: 상세불명 폐렴, K35: 급성충수염, N39: 비뇨기계통의 장애, M17: 무릎관절증, M20: 손가락 및 발가락 후천성 변형, M51: 기타 추간판장애, M54: 배통, S13: 경추염좌, S33: 요추염좌, C16: 위암, C22: 간암, C73: 갑상선암, I21: 급성 심근경색증, I61: 뇌내출혈, I63: 뇌경색증. 상병 Code의 명칭은 일반적으로 부르는 용어로 줄여서 표기했다.

내부자료, 2015.7.)고 하며, 앞에서 소개한 KBS 1TV와 동아일보의 보도도 이를 뒷받침한다.

3. 건강보험정책 및 신의료기술

건강보험정책과 신의료기술도 민영의료보험 가입자의 의료이용량에 영향을 준다. 실손형은 건강보험에서 보장하지 않는 법정본인부담금과 비급여 의료비를 보장하기 때문에 건강보험의 보장률이 높아지면 가입의 필요성이 줄어든다. 반대로 우리나라처럼 보장률이 낮으면서, 비급여의 범위가 다양하고 표준진료지침이 없다면 가입자는 물론 의료공급자에 의한 도덕적 해이가 광범위하게 나타날 수 있다. 실손형이 비급여를 광범위하게 보장하면 신의료기술 개발을 촉진할 수도 있다. 그러나 신의료기술이 통원으로 가능하며, 실손형의 1일 보장한도인 30만원을 초과하게 되면 의료공급자는 보장한도가 5,000만원인 입원으로 유도하여 건강보험재정에 나쁜 영향을 줄 수 있다.

정액형은 본인이 부담한 의료비와 관계없이 정액을 지급한다. 따라서 정부의 4대 중증 질환 보장성 강화, 3대 비급여의 급여화 등이 정상적으로 추진된다면 정액형 가입자의 보험차익이 늘어난다. 예를 든다면 암진단비 5,000만원을 가입한 상태에서 암이 발생했다면 보험회사는 암의 중증도나 본인부담의료비와 관계없이 5,000만원을 정액으로 지급한다. 만약 보장성 강화 이전의 본인부담금이 4,000만원이었다면 이 환자는 1,000만원의 보험차익이 발생했을 것이다. 보장성 강화로 본인부담금이 1,000만원으로 축소된다면 4,000만원의 보험차익이 발생할 것이다. 보험차익이 발생했을 때 초기암이나 단순암이라면 환자는 이 금액을 의료비 외의 용도로 활용할 것이므로 건강보험재정에 영향을 미치지 않을 것이다. 그러나 보험차익은 여유자금이기 때문에 의학적 필요 이상의 진료를 받는다면 건강보험재정에 부정적 영향을 미치게 된다.

신의료기술 도입이 민영의료보험 가입자의 의료이용량에 미치는 영향은 의료공급자의 유인에 따라 좌우될 것으로 보인다. 만약 암을 내복약으로 치료할 수 있는 신기술이 도입되고, 이것이 비급여로 분류된다고 가정하자. 의료공급자가 기존의 수술방법보다 내복약 처방이 이익이 높다고 판단하면 가입자에게 투약을 권유할 것이다. 이 경우 수술이나 입원을 하지 않기 때문에 건강보험재정에 긍정적 영향을 줄 수 있다.

신의료기술이 정액형보험과 연계되어 건강보험재정에 부정적 영향을 줄 수도 있다.

대표적인 사례로 2000년대 초반까지 요실금이 발병하면 외부활동에 어려움을 겪고 우울증까지 초래되었으며, 완치를 위해 개복수술이 필요했다. 이런 수요를 파악하고 1998년 삼성생명보험(주)이 요실금으로 수술하면 500만원의 보험금을 정액으로 지급하는 상품을 개발하였다. 이 상품은 여성들에게 인기가 있어서 생명보험업계는 물론 손해보험업계도 판매하였다. 이후 2002년경부터 요도하테이프수술(ToT) 등 새로운 의료기술이 도입되어 저렴한 본인부담으로 수술이 가능해지자 보험차익을 노린 요실금 수술이 대폭 늘어났고, 건강보험재정에 영향을 초래하는 등 사회문제가 되었다. 결국 정부는 2007년부터 요실금 수술을 억제하기 위해 일정한 기준에 미달하면 건강보험을 적용하지 않기로 했다¹⁷⁾. 이 사례는 정액형 보험이 가입자의 도덕적 해이와 의료공급자의 유인수요를 동시에 유발시킬 수 있다는 것을 보여주었다.

IV. 의료이용량 실증분석의 한계와 개선과제

1. 기존 연구논문 개요¹⁸⁾

민영의료보험 가입자와 비가입자의 의료이용량 실증분석은 국내에서는 강성욱 등(2005)에 의해 시작되었으며, 표본추출을 하거나 패널자료를 활용했다. 2005년 이후 사회보장연구, 보험학회지, 보건행정학회지 등에 게재된 20편의 실증분석 연구를 비교대상집단의 선정방법과 의료이용량 비교를 위한 상병을 기준으로 분류하면 다음과 같다.

17) 이 부분은 중앙일보 2006.10.23.(꼭 필요한 요실금 수술만 건보 적용) 기사와 2014.8.1.(요실금 수술 판결에 의사들 복지부 고시 자체가 잘못) 기사를 정리한 것이다. 이 보도에 따르면 2002년 35억원이었던 요실금 관련 건강보험 지출이 2006년에는 478억원으로 늘어날 것으로 예상했다. 이 보험 때문에 삼성생명보험(주)는 경영의 어려움을 겪었고 상품개발 관련 임직원을 문책했다.

18) 제Ⅲ장에서 본 바와 같이 우리나라의 민영의료보험은 미국이나 프랑스와 같은 단순 보충형보험이 아닌 다양한 형태로 판매된다. 따라서 의료이용량 실증분석에서 해외의 분석방법과는 다를 수밖에 없어서 해외의 연구는 참고하지 않았다.

표 4. 의료이용량 실증분석 문헌 개요

구분	패널자료		표본추출	
	한국의료패널	고령화패널 한국복지패널	국민건강보험공단 관련통계 연계	독자 추출
특정 상병	-	-	신기철 등(2013)	강성욱 등(2005) 임진화 등(2007) 장동렬, 강명근 (2012)
전체 상병	안병기, 박재용(2011) 고영우 등(2011) 박성복, 정기호(2011) 유창훈 등(2011) 백인립 등(2012) 이현복, 남상욱(2013) 김대환, 이봉주(2013) 이창우(2014) 김대환(2014) 이현복, 황연희(2014) 이정찬 등(2014)	강성욱 등(2010) 이창우(2010) 김재호(2011)	정기택 등(2006) 윤희숙(2008)	-

표본추출에 의한 연구는 국민건강보험공단의 개인별 의료통계와 연계하여 분석한 것과 일부 병원의 환자를 중심으로 별도 추출한 것으로 구분할 수 있다. 정기택 등(2006)과 윤희숙(2008)은 보험회사로부터 입수한 가입자 자료와 국민건강보험공단의 개인별 자료로 의료이용량을 분석했다. 강성욱 등(2005), 임진화 등(2007)은 한 개 병원의 암환자를 대상으로 분석했고, 장동렬, 강명근(2012)은 광주·전남지역 20곳의 요양기관의 경추·요추 염좌 환자를 가입자와 비가입자로 구분해서 분석했다. 신기철 등(2013)은 폐렴, 충수염, 위암 등 20개의 상병으로 2011년 입원경력이 있는 환자 전원을 대상으로 의료이용량을 비교분석했다. 이를 위해 국민건강보험공단에서 2011년에 입원 경력이 있는 환자 전원의 입원기간, 수술횟수, 의료비 등의 자료를 제공받고, 보험개발원에서 2011년 민영보험회사에서 보험금을 수령한 가입자 전원을 추출¹⁹⁾하여 매칭하였다.

패널자료는 민영의료보험에 관한 광범위한 설문자료를 포함하고 있으며, 외부에 공개

19) 민영보험회사에서 보험통계를 집적·분석하기 위해 보험개발원을 설립하였으며, 이 기관에 보험요율의 적정성을 검증받기 위해 매년 담보(보장대상)별로 보험금 지급실적을 제출한다. 이때 주민등록번호가 표시된 보험금 지급실적이 제공되며, 이를 보험금 수령자로 간주하였다.

되기 때문에 연구자들이 가장 많이 활용한다. 패널자료는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 주관하는 ‘한국의료패널’, 한국보건사회연구원이 주관하는 ‘한국복지패널’ 및 한국노동연구원이 주관하는 ‘고령화패널’ 등 3가지가 있다. 강성욱 등(2010), 이창우(2010)는 고령화패널 자료를 활용하였고, 김재호(2011)는 한국복지패널을 활용하였다. 안병기, 박재용(2011) 등 11편의 연구는 한국의료패널을 활용하였다.

2. 비교대상집단의 통계적 정합성

신기철 등(2013)은 20개 상병으로 입원한 환자 중 보험회사에서 보험금을 수령한 자를 가입자로 간주하고, 강성욱 등(2005)은 분석대상 병원에서 암으로 진료받고 보험회사 제출용 진단서를 발급받은 환자를 가입자로 간주하였다. 이들은 본인이 가입한 보험에서 보험금을 청구한 것으로 비가입자와 의료이용량 차이가 있다면 도덕적 해이로 볼 수 있다.

이에 반해 패널자료를 활용한 연구 전부와 임진화 등(2007), 장동렬, 강명근(2012) 등은 설문조사에 의한 민영의료보험(기본계약을 말함) 가입여부로 비교집단을 구분했다. 그러나 국내의 민영의료보험은 가입한 특별약관의 내용에 따라 보장여부가 결정되기 때문에 기본계약 가입여부만으로 비교대상집단을 구분하면 의료이용량 차이가 왜곡되는 효과가 있다.

정기택 등(2006), 윤희숙(2008), 신기철 등(2013)은 민영보험회사 가입자만을 대상으로 했기 때문에 비가입자 중에 우체국, 농·수·축협 등 다른 기관의 유사상품 가입자가 포함되어 있을 것이다. 따라서 가입자와 비가입자의 의료이용량 차이를 왜곡하는 영향을 줄 수 있다.

3. 민영의료보험 보장방식과 도덕적 해이

제II장에서 설명하였듯이 우리나라 민영의료보험은 미국이나 프랑스처럼 공보험에서 보장하지 않는 의료비를 모두 보장하는 포괄형이 아니다. 실손형은 상해와 질병을 구분해서 각각 통원과 입원 네 가지 특별약관을 별도로 가입할 수 있다. 게다가 요양기관 등급별로 통원에 대해서 1만원 이상의 본인부담금이 있다. 정액형은 약관에서 정하는

상병으로 진단·수술·입원했을 때만 보장한다. 따라서 도덕적 해이는 본인이 가입한 특별약관에서 보장하는 상병에서만 발생한다. 그러나 강성욱 등(2005), 신기철 등(2013)을 제외한 대부분의 연구는 가입자와 비가입자로 구분하여 상병을 구분하지 않고 통원횟수, 입원횟수, 입원기간, 의료비 등을 실증분석하기 때문에 의료이용량 차이가 뚜렷하게 나타나지 않을 것이다.

실손형은 국민건강보험의 본인부담금이 실손형 자체의 공제금액인 1만원보다 적으면 보장받지 못하고, 그보다 많더라도 차액을 청구하기 위한 시간 소요 등 기회비용 때문에 가격인하 효과에 의한 통원횟수 기준의 도덕적 해이는 거의 나타나지 않을 것이다. 다만, 통원을 했을 때 비가입자보다 비급여 신의료기술이나 선택진료 등을 받을 경제적 유인은 높다. 이는 국민건강보험 재정에 직접적인 영향을 주지 않는다. 실손형에서 건강보험 재정에 나쁜 영향을 줄 수 있는 것은 도덕적 해이로 인한 의학적 필요이상의 장기 입원일 것이다. 실손형 가입자가 입원이 필요한 상병이 발생했을 때도 상병의 성격별로 다르게 반응할 것이다. 즉 충수염, 폐렴 등 경증질환에서는 큰 차이가 발생하지 않을 것이다. 다만 암, 간경화 등 중증질환이 발생하면 가격인하 효과로 인한 도덕적 해이는 발생할 것이다. 패널자료는 비급여의료비를 포함하기 때문에 이런 차이를 파악할 수 있다. 그러나 건강보험공단의 자료와 연계한 정기택 등(2006), 윤희숙(2008), 신기철 등(2013)의 연구에서는 비급여의료비를 포함한 의료비 측면의 도덕적 해이를 분석할 수 없었다.

정액형은 통원은 보장하지 않으며, 약관에 정한 상병에 대해서만 진단·수술·입원 등 의료행위별로 보장한다. 따라서 가격인하 효과에 의한 도덕적 해이는 보장하는 상병의 해당 의료서비스에서만 나타날 것이다. 실손형을 추가로 가입했거나 자동차보험의 대상 환자로 입원한 환자가 입원일당형을 여러 건 가입했다면 입원기간이 늘어날수록 받을 수 있는 금액이 커지기 때문에 도덕적 해이는 물론 보험사기도 나타날 수 있다. 상병별로 도덕적 해이의 차이가 뚜렷한 것은 표 3에서도 나타나고 있다.

종합적으로 보면 상병별로 구분하되 가입한 보험의 보장내용과 관계있는 의료이용량 지표를 분석해야 도덕적 해이를 밝혀낼 수 있다. 상병별로 분석한 연구(강성욱 등, 2005; 임진화 등, 2007; 장동렬·강명근, 2012; 신기철 등, 2013)에서 가입자의 입원기간이 비가입자보다 길다는 점은 도덕적 해이가 보장받을 수 있는 상병에서만 나타나고 있다는 점을 보여준다.

4. 상병의 속성과 비교대상 의료이용량 지표의 적정성

통원횟수, 외래진료비, 입원횟수, 입원기간, 입원의료비 등 의료이용량은 발병한 상병의 성격에 따라 차이가 크다. 아래 표는 2011년 기준 입원과 통원진료의 발병 다빈도 40위 이내²⁰⁾에 드는 상병 중 내원일수가 가장 많은 3개와 가장 적은 3개의 평균내원일수와 본인부담의료비를 비교한 것이다. 표에서 알 수 있듯이 상병별로 입원기간, 내원일수, 본인부담의료비 등에서 현저한 차이를 보인다. 따라서 표본규모가 작고 비교집단 간 발생하는 상병의 종류가 유사하지 않다면 의료이용량 차이를 모두 도덕적 해이로 간주하기 어렵다.

표 5. 2011년 기준 질병소분류별 입원 및 통원 다빈도 상병의 평균 내원일수 비교

(단위: 천명, 일, 천원)

구분	내원 일수	다빈도 순위	상병Code 및 상병명	진료 실인원	평균 내원일수	평균 본인 부담의료비
입원	다	10	I63(뇌경색증)	90	55.8	6,157
		35	I10(본태성 고혈압)	46	42.2	2,578
		6	C16(위의 악성신생물)	45	27.1	6,262
	소	40	K63(창자의 기타 질환)	40	3.5	777
		39	K60(항문 및 직장부의 누공)	41	3.1	768
		31	H26(기타 백내장)	46	1.5	1,211
통원	다	9	I10(본태성 고혈압)	5,001	7.7	17
		30	E11(인슐린·비의존당뇨병)	1,842	7.3	24
		23	M17(무릎관절증)	2,328	7.0	9
	소	17	A09(기타 위장염 및 대장염)	3,169	1.6	11
		29	K52(기타 비감염성 위장염 및 대장염)	1,970	1.5	8
		19	H52(굴절 및 조절의 장애)	2,626	1.4	9

자료출처: 2011 건강보험통계연보

주: 발병 다빈도 40위 이내의 상병 중 민영의료보험의 보장대상이 되지 않는 출산관련 상병과 노인성 질환을 제외하고 각각 내원일수가 많은 상병과 적은 상병을 기준으로 작성

20) 국민건강보험통계에서는 상병을 500개로 소분류한다.

또한 의료이용량 차이에 심슨의 역설(Simpson's Paradox)이 발생할 수도 있다. 예를 들면 신기철 등(2013)의 기초자료에서 아래 표와 같이 비교대상 20개 상병 중 위암, 간암, 갑상선암 등 3개의 암만 별도로 구분하여 정액형인 수술보험금 수령자와 비가입자의 입원기간을 비교하면, 개별적으로는 도덕적 해이가 뚜렷하게 나타난다. 그러나 3개암을 합한 기준으로 보면 비가입자의 입원기간이 수령자보다 긴 심슨의 역설 현상이 나타난다. 이는 3개 암의 평균 입원기간이 서로 다르면서, 각 암의 수령자 대비 비가입자의 구성비 차이 때문에 발생하는 현상이다. 이런 현상은 표본규모가 적은 비교집단의 의료이용량을 상병을 구분하지 않고 비교할 때 발생할 가능성이 크다.

표 6. 3개 암의 수술보험금 수령자와 비가입자의 입원기간 비교

(단위: 명, 일, %)

상 병 명	환 자 수			입원기간		
	비수령자	수령자	합계	비수령자(A)	수령자(B)	B/A(%)
C16(위암)	3,800	4,716	8,516	21.64	23.60	109.1
C22(간암)	4,378	3,635	8,013	20.79	26.95	129.6
C73(갑상선암)	5,709	16,631	22,340	6.84	8.68	126.9
3개암 합계	13,887	24,982	38,869	15.29	14.16	92.6

자료출처: 신기철 등(2013).

종합적으로 보면 비교대상집단이 소규모이면서 모든 상병을 기준으로 분석했을 때 발생하는 통원횟수, 입원횟수, 입원기간, 의료비 등의 차이를 모두 도덕적 해이로 보기 어렵다. 안병기, 박재용(2011)도 의료패널의 2010년 입원환자는 1,411명으로 해당 기간의 전체 입원환자 5,354,401명 대비 표본크기가 작아 대표성에 한계가 있다고 지적했다. 게다가 민영의료보험이 상해, 입원을 별도로 구분함은 물론 일부 상병만 보장하는 상품이 많다는 점을 감안하면 모든 상병을 기준으로 의료이용량을 비교하는 것은 통계적 신뢰성을 확보하기 어렵다.

5. 자기선택과 의료공급자의 유인수요

이창우(2010), 김재호(2011), 김대환, 이봉주(2013) 등은 패널자료의 조사대상집단의 과거병력에 대한 시계열분석을 통해 상병발생 가능성이 높은 사람이 보험에 가입하는 성향이 높고, 따라서 보험가입자와 비가입자의 의료이용량 분석에 이를 고려했다. 그러나 제Ⅱ장에서 보았듯이 보험회사는 다양한 계약심사기법에 의해 건강이 나쁜 사람도 그에 맞는 보험료를 책정하여 가입시킨다. 만약 그 사람의 과거 병력이 상해로 인한 것이거나, 맹장염·폐렴 등 일시적인 상병이라면 정상체로 가입시킨다. 게다가 장애인에 대해서는 '장애인 차별금지 및 권리구제에 관한 법률'에 의해 보험상품 가입의 차별이 엄격히 금지된다. 따라서 민영의료보험 가입자의 자기선택을 반영해도 우리나라의 계약심사 현실을 고려할 때 통계적으로 의미있는 결과를 얻기 어렵다.

제Ⅲ장에서 분석하였듯이 의료공급자에 의한 유인수요는 있다. 의료공급자에 의한 유인수요는 증증도가 유사한 동일한 상병에 대해 요양기관이 제공하는 의료서비스 공급량을 비교해야 확인할 수 있다. 현실적으로 우리나라에는 표준진료지침이 없기 때문에 과다한 의료이용이라는 것을 입증하기 어려운 한계도 있다. 예를 들면 의료비 부담을 덜어주고 국민건강보험 재정을 개선하기 위해 백내장 수술 등에 대해 포괄수가제를 적용하고 있다. 그런데 손해보험협회 내부자료(2015.7.)에 따르면 요양기관에서 환자가 실손보험을 가입한 것을 인지하면 포괄수가제에 포함되지 않는 다초점렌즈로 시술하고 비급여로 청구하는 경우가 많다고 한다. 실손형에서 시력개선 목적의 다초점렌즈 시술 비용은 원칙적으로 보장대상이 아니다. 그런데 병원에서 백내장 수술로 인해 원시가 발생할 수 있다는 의학적 필요성을 명시했기 때문에 보장해야 한다. 이런 현상을 손해보험협회는 수익감소를 만회하기 위한 공급자 유인수요로 본다. 동아일보(2015.8.31.)도 공급자 유인수요의 실태와 문제점을 보도했다. 공급자 유인수요가 있다면 의료이용량 차이를 모두 보험가입자에 의한 도덕적 해이로 볼 수 없다.

6. 의료이용량 실증분석 개선과제

이상에서 살펴본 바와 같이 민영의료보험 가입자의 도덕적 해이는 특별약관의 보장내용과 발생한 상병별로 다르게 나타날 것이다. 따라서 가입한 특별약관에서 보장받을

수 있는 상병을 기준으로 비교분석해야 도덕적 해이를 규명할 수 있다. 그러나 제II장에서 본 바와 같이 우리나라 민영의료보험의 상품구조가 매우 복잡하기 때문에 보장하는 특별약관별로 가입자와 비가입자를 구분하여 의료이용량을 비교분석할 수 있는 자료 수집이 거의 불가능하다. 그 이유는 설문응답자들이 본인이 가입한 특별약관의 보장 내용을 모두 기억하기 어려우며, 보험회사의 통계집적 기관인 보험개발원도 개인별 가입내역은 수집하지 않기 때문이다.

일반 연구자가 제약없이 접근할 수 있는 통계는 패널자료이다. 패널자료는 조사대상 인원수가 적기 때문에 앞에서 지적한 바와 같은 문제점을 극복하려면 가입내역에 관련된 설문문항을 보완해야 할 필요가 있다. 패널자료로 도덕적 해이를 분석하려면 정액형, 실손형처럼 모호한 구분보다 포괄적으로 보상을 하는 실손형, 입원일당형 가입여부를 물어봐야 하며, 본인부담 의료비에 법정본인부담금과 비급여부분을 구체적으로 조사해야 한다. 표본집단을 별도로 추출해서 실증분석을 할 때도 앞에서 분석한 바와 같이 가입자의 보장내역을 명확히 파악할 수 있는 조사문항 설계가 필요하다. 가능하다면 암, 급성심근경색 등 민영의료보험에서 주로 보장하는 상병을 중심으로 분석하는 것이 바람직하다.

보건의료정책 수립에 활용하기 위해 실증분석을 한다면 민영의료보험에서 보장하는 상병을 중심으로 분석해야 한다. 이를 위해서는 주민등록번호로 국민건강보험의 의료이용통계와 민영의료보험의 보험가입내역 혹은 보험금 청구내역을 연계해야 한다. 이런 자료수집은 개인정보보호법에 저촉되기 때문에 개별 연구자가 청구할 수 없으며, 국민건강보험법 제96조(자료의 청구)에 따라 국민건강보험공단 혹은 건강보험심사평가원에서 청구해야 한다.

아울러 실효성있는 의료이용량 차이를 비교하기 위해서는 비급여의료서비스에 대한 구체적인 분석이 필요하다. 비급여의료서비스의 명세서는 보험금 청구과정에서 제출하지만 진료코드가 표준화되지 않았기 때문에 보험회사에서 진료내역을 분석하기 어렵다. 국민건강보험재정의 어려움을 해결하거나 신의료기술 개발촉진을 위해 민영의료보험이 비급여의료비를 보장하는 것이 필요하다면 효율적인 보완역할을 할 수 있도록 관련 제도를 정비해야 한다. 즉 비급여의료서비스에 대해서도 진료코드를 표준화하여 보험회사는 물론 정부에서도 비급여의료서비스 실태를 세부적으로 파악할 수 있도록 해야 한다.

V. 맺음말 및 정책제안

우리나라는 OECD 34개 회원국 중에서 가장 빠르게 고령화가 진전되고 있으며, 국민 건강보험의 보장률은 2012년 기준 62.5%(서남규 등, 2013)에 불과하다. 국민건강보험의 보장률이 낮고 상병수당이 없기 때문에 다양한 형태의 민영의료보험이 이를 보완하고 있다. 즉 표준화된 실손형 보험만 판매하는 미국, 프랑스와 달리 우리나라는 실손형은 물론 다양한 형태의 정액형도 판매된다. 실손형은 상해와 질병을 구분하여 통원과 입원을 별도로 가입하며, 정액형은 약관에서 정하는 일부 상병의 의료서비스만 보장하는 입원일당형·진단비형·수술비형 등이 주로 판매된다. 의료이용량 실증분석연구 대부분은 이런 상품구조를 반영할 수 없었기 때문에 민영의료보험 가입자의 도덕적 해이를 규명하기 어려웠다.

한편 보험업계에서는 표준진료지침이 없고 비급여의료서비스에 대한 가격통제가 이루어지지 않기 때문에 과도한 의료서비스가 제공되며, 보험금 지급률이 높아지고 있다고 주장한다(손해보험협회 내부자료, 2015.7.). 보험회사는 실손형의 보험금 지급률이 높아지면 1년 단위로 이루어지는 보험료 조정에 이를 반영하여 보험료를 인상하게 된다. 가입자에 의한 도덕적 해이와 의료공급자에 의한 과잉 의료서비스는 민영의료보험은 물론 국민건강보험의 보험료 인상요인으로 작용하여 국민 모두에게 부담이 되며, 보건의료정책 전반의 불신을 초래할 수 있다. 정부가 4대 중증질환 보장강화, 3대 비급여의 급여화 등 보장성 강화정책을 성공적으로 수행하려면 국민건강보험과 민영의료보험의 역할을 분명하게 정립하고 요양기관은 물론 보험회사에 대해서도 실효성있는 감독을 해야 한다. 이를 위해서는 과도한 의료이용이 도덕적 해이에 의한 것인지, 생계형 혹은 범죄형 보험사기에 의해 발생하는지, 혹은 의료공급자 유인수요가 원인인지 등에 대해 구체적으로 규명해야 한다.

통계적으로 의미있는 실증분석을 위해서는 국민건강보험과 민영의료보험의 보완 형태를 구체적으로 반영해야 한다. 가입자에 의한 도덕적 해이는 민영의료보험의 보장 내용을 구체적으로 파악하기 어렵기 때문에 보험가입 여부보다 보험금 청구경력을 중심으로 상병별로 구분해서 분석해야 한다. 의료공급자의 유인수요와 가입자의 보험사기는 패널자료로 확인할 수 없으며, 별도의 표본추출기법을 활용해야 한다.

건강보험정책에 참고가 될 수 있는 실증분석을 위해서는 개인별 진료내역과 민영의료

보험의 보험금 청구내역을 연계해야 가능하다. 그러나 보험회사나 공제 등이 개별 연구자에게 이런 정보를 제공하는 것은 개인정보보호법에 위배된다. 다만 국민건강보험법 제96조(자료의 제공)에 따라 보건의료정책에 참고하기 위해서 국민건강보험공단 혹은 건강보험심사평가원은 관련기관에 자료를 요청할 수 있다. 따라서 민영의료보험으로 인한 도덕적 해이, 보험사기, 의료공급자의 유인수요 등에 대한 실증연구를 위해서는 양 기관의 지원이 필요하다. 즉 개별 연구자가 연구목적을 명시하고 필요한 자료를 양 기관에 요청하면, 적정성을 심사하여 관련 자료를 수집해서 분석한 결과를 제공할 수 있도록 제도개선이 이루어져야 한다.

신기철은 서강대학교에서 경영학 박사학위를 받았으며, 현재 송실대학교 정보통계보험수리학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 건강보험, 연금 등이며, 현재 건강보험과 연금에서 공사보험간의 보완역할 등을 연구하고 있다. (E-mail: keechulshin@ssu.ac.kr)

참고문헌

- 강성욱, 권영대, 유창훈. (2005). 암보험이 암 환자의 의료이용 및 의료비에 미친 영향. 보건행정학회지, 15(4), pp.65-80.
- 강성욱, 유창훈, 오은환, 권영대. (2010). 민간의료보험이 과연 의료이용을 증가시키는가. 내생성 통제를 이용한 검정. 보건경제와 정책연구, 16(1), pp.139-159.
- 고영우, 김선옥, 이강오, 홍석철. (2011). 민간의료보험의 수요와 의료서비스의 이용. 제3회 한국의료패널 학술세미나 자료집, pp.77-88.
- 국민건강보험공단. (2012). 2011년 국민건강보험통계연보, 서울: 국민건강보험공단.
- 김대환, 이봉주. (2013). 실손의료보험의 역선택 분석. 보험학회지, 96, pp.25-50.
- 김대환. (2014). 실손의료보험이 의료수요에 미치는 영향. 보험학회지, 98, pp.61-90.
- 김영훈. (2006.10.23). '꼭 필요한' 요실금 수술만 건보 적용. 중앙일보.
- 김재호. (2011). 민간보험가입자의 소득계층별 의료수요의 도덕적 해이 추정. 보험학회지, 89, pp.95-126.
- 김지숙. (2015.8.10). 실손보험 노린 '꼼수진료' 심각...과잉진료[텔레비전방송]. 서울: KBS.
- 박성복, 정기호. (2011). 민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구. 보험학회지, 88, pp.23-49.
- 백인립, 박현수, 변성수. (2012). 민간의료보험의 가입요인과 의료이용형태. 한국콘텐츠학회논문지, 12(7), pp.295-305.
- 서남규, 이옥희, 강태욱, 태윤희, 서수라, 안수지, 등. 2012년도 건강보험환자 진료비 실태 조사. 서울: 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- 손해보험협회 내부자료 (2015.7). 비급여 제도개선을 통한 국민의료비 부담 경감방안. 서울: 손해보험협회.
- 신기철, 정형선, 김윤, 권혁성, 이태열, 이창우, 등. (2013). 정액형 개인의료보험 개선방안. 서울: 국민건강보험공단, 보험개발원.
- 신민기. (2015.8.31). '3000만명 실손보험 축내는 4대 부실'. 동아일보.
- 안병기, 박재용. (2011). 상급병실 의료이용 결정요인. 보건경제와 정책연구, 17(4), pp.1-21.
- 오경아. (2014.8.1). '요실금수술 판결에 의사들 "복지부 고시 자체가 잘못"'. 중앙일보.

- 유창훈, 강성욱, 권영대, 오은환. (2011). 정액형과 실손형 민간의료보험의 비교: 의료이용량과 본인부담금을 중심으로. *사회보장연구*, 27(1), pp.277-292.
- 윤희숙. (2008). 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향. *한국개발연구*, 30(2), pp.100-128.
- 이정찬, 박재산, 김한나, 김계현. (2014). 민간의료보험 가입 및 가입유형별 의료이용 특성 분석. *병원경영학회지*, 19(4), pp.57-68.
- 이창우. (2010). 중고령자의 민영건강보험 선택이 외래 이용에 미치는 영향: 보건경제와 정책연구, 16(2), pp.1-15.
- 이창우. (2014). 정액형 민영의료보험이 입원일수에 미치는 영향. *보험금융연구*, 25(3), pp.97-126.
- 이현복, 남상욱. (2013). 민영의료보험과 의료소비에 관한 실증연구. *보험학회지*, 95, pp.1-24.
- 이현복, 황연희. (2014). 민영건강보험 가입자의 보험금 수령 결정요인에 대한 연구. *사회보장연구*, 30(4), pp.171-193.
- 임진화, 최귀선, 김성경, 박은철, 박재현. (2007). 민간의료보험이 암 환자의 의료이용과 의료비에 미치는 영향: 일개 암전문의료기관의 우리나라 주요 암종을 중심으로. *예방의학회지*, 40(4), pp.329-335.
- 장동렬, 강명근. (2012). 민영의료보험 가입이 일부 경·요추부 연좌 환자의 입원에 미치는 영향. *농촌의학·지역보건학회지*, 37(2), pp.84-95.
- 정기택, 신은규, 곽창환. (2006). 민영건강보험과 도덕적 해이에 관한 실증연구. *보험학회지*, 75, pp.1-25.
- 조용운, 김세환. (2005). 민영건강보험의 지급·심사제도 개선방안. 서울: 보험개발원.
- 허순임, 황도경, 정선희, 이선경. (2008). 건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인수요와의 연관성 파악. 서울: 한국보건사회연구원.

Discussions on the Empirical Study on Health Care Consumptions by Private Health Insurance Policyholders

Shin, Keechul
(Soongsil University)

The Korean government allowed life insurers to sell indemnity type complementary health insurances according to the revised Insurance Act in 2003. Since then, moral hazard caused by policyholders has been an important subject of empirical studies. Several studies were conducted based on sampling, some others on panel data. Although most researchers had anticipated moral hazards, their studies did not show significant differences in medical consumptions between policyholders and non-policyholders. They did not consider the characteristics of each disease and the types of private health insurances. Individuals' consumption of health care services such as doctor consultations and their health care spending vary widely across diseases. Policyholders of indemnity type insurance plans do not have incentives for moral hazard in doctor consultations because of its own deductibles which are similar to those of the National Health Insurance. Lump sum type insurance plans indemnify fixed amount costs caused by specified diseases and do not cover doctor consultations. This paper analyses the types of private health insurance and the effects on medical consumptions. For statistically meaningful empirical studies, it is necessary to compare health care consumptions in people with different diseases.

Keywords: Moral Hazard, Private Health Insurance, Empirical Studies, Lump Sum Type, Indemnity Type