

# 암 환자의 민간의료보험 가입 실태와 관련 요인

임진화, 김성경, 이은미, 배신영, 박재현, 최귀선, 함명일, 박은철

국립암센터 국가암관리사업지원평가연구단 암관리정책연구부

## The Determinants of Purchasing Private Health Insurance in Korean Cancer Patients

Jin Hwa Lim, Sung Gyeong Kim, Eun Mi Lee, Sin Young Bae, Jae Hyun Park, Kui Son Choi, Myung-Il Hahm, Eun-Cheol Park

Division of Cancer Policy and Management, National Cancer Control Research Institute, National Cancer Center

**Objectives :** The aim of this study is to identify factors determining the purchase of private health insurance under the mandatory National Health Insurance(NHI) system in Korea.

**Methods :** The data were collected by the National Cancer Center in Korea. It includes cancer patients who were newly diagnosed with stomach (ICD code, C16), lung(C33-C34), liver (C22), colorectal cancer(C18-C20) or breast(C50) cancer. Data were gathered from the hospital Order Communication System (OCS), medical records, and face-to-face interviews, using a structured questionnaire. Clinical, socio-demographic and private health insurance related factors were also gathered.

**Results :** Overall, 43.9% of patients had purchased one or more private health insurance schemes related to cancer, with an average monthly premium of ₩65,311 and an average benefit amount of ₩19million. Females, youn-

ger aged, high income earners, national health insurers and metropolitan citizens were more likely to purchase private health insurance than their counterparts.

**Conclusions :** About half of Korean people have supplementary private health insurance and their benefits are sufficient to cover the out-of-pocket fees required for cancer treatment, but inequality remains in the purchase of private health insurance. Further studies are needed to investigate the impacts of private health insurance on NHI, and the relationship between cancer patients' burden and benefits.

*J Prev Med Public Health 2007;40(2):150-154*

**Key words :** Cancer, Insurance, Health, Private sector, National Health Programs

## 서론

우리나라에서는 매년 10만 여명의 암 환자가 발생하고 있으며 [1], 2005년에 암으로 사망한 사람은 총 66,228명으로 전체 사망자의 27.0%를 차지하고 있다 [2]. 또한 2004년 건강보험에서 발생한 암 환자 치료에 소요된 진료비는 1조 2,827억원으로 2003년 1조 1,158억원 보다 15% 증가하였으며, 이중 보험급여비는 9,915억원으로 2003년 8,096억원보다 22% 증가하는 등 암으로 인한 의료비는 점점 증가하고 있다 [3].

우리나라는 1989년 이후 전국민 건강보험을 실시하고 있으나, 급여항목의 제한 및 과도한 본인부담이라는 문제점으로 인하여 민간보험의 도입의 필요성이 정부와

학계를 중심으로 지속적으로 논의되었다 [4]. 우리나라의 민간의료보험은 1980년 암보험의 등장 이후 1990년대에 주요 질병을 보장하는 상품이 개발되어 왔으며, 2002년 이후에는 중대 질병보험, 2003년에는 장기간병보험, 2005년부터는 의료비 실손보험 판매가 허용되기까지 급속하게 확대되었다 [5]. 생명보험협회가 2003년 전국 가구를 대상으로 실시한 제10차 생명보험성향 조사결과에 따르면 우리나라의 가구당 생명보험 가입률이 89.9%이었으며 가구 당 평균 4.0건의 생명보험에 가입하였고, 연간 410만원을 생명보험료로 지출하는 등 생명보험이 일상 생활화되는 것으로 밝혀졌다 [6]. 또한 민간의료보험 수입 규모는 2001년 4조 3천억원에서 2002년 5조 2천억원, 2003년 5조 7천억원에 달하

며 [5], 2005년에는 7조 6천억원에 이를 것으로 추측하고 있다 [7].

현재 모든 국민들에게 건강보험을 적용함에도 불구하고, 민간의료보험 시장 규모가 계속 커지고 있는 근원에는 취약한 건강보험의 보장성이 자리잡고 있다. 국립암센터에서 조사한 암 환자의 비용 연구 결과에 의하면, 발병 후 1년간의 전체 의료비 중 환자부담금이 대장암 51%, 위암 55%, 간암 50%, 유방암 45%, 폐암 41%이었다 [8]. 김정희와 정종찬 등 [9]의 조사 결과에 따르면, 발병시 과중한 가계부담을 초래하는 중증상병 중 간이식의 경우 63%, 조혈모세포이식 58%가 본인부담이었으며, 유방암, 대장암, 자궁경부암, 간암, 폐암, 위암 등의 암수술은 대체로 총본인 부담률이 50~57% 수준이었다. 건강보험 심사평가원 심사결정자료의 심사결정총 진료비를 이용하여 암환자의 의료비용을

분석한 연구에서도 백혈병, 림프암, 난소암 등의 순으로 의료비가 많이 들었으며, 환자들의 부담이 상당함을 보여주고 있다 [10]. 국가보건서비스 (National Health Service; NHS) 출범 이후에도 민간의료보험이 유지·확대되고 있는 영국에서는 그 원인을 NHS의 과부화로 인한 장기대기의 불편함을 피하는데 민간의료보험이 유용하기 때문이라고 보고하고 있다 [11].

2005년 9월 1일부터는 암환자와 심장질환과 뇌혈관질환으로 수술을 받는 국민들을 대상으로 법정본인부담금을 10%로 경감해주는 등 건강보험의 보장성 강화를 위한 노력을 전개하는 동시에 의료시장에 자본의 참여를 활성화하는 의료서비스 산업화를 범정부 차원에서 추진 중에 있으며, 여기에는 민간의료보험 시장 활성화도 중요한 검토 대상으로 다루어지고 있다 [12]. 일부 학계에서 민간의료보험의 도입이 양질의 서비스 제공과 이에 대한 재정접근성의 강화를 가져올 수 있으며, 다양화되고 고급화된 의료수요를 충족시킬 수 있는 제도적 장치가 될 수 있음을 주장하고 있다 [4]. 반면에 국민건강보험 중심으로 보장성이 강화되는 것이 바람직하다고 주장하는 연구자들은 민간의료보험의 활성화가 의료이용의 양극화를 초래함은 물론 국민건강보험의 보장성 강화에 장애가 될 수 있다고 반대하고 있다 [13].

민간의료보험과 관련된 지금까지의 논의는 민간의료보험 도입의 활성화와 장단점, 민간의료보험 도입에 따른 영향에 주요 초점을 두어 왔으며, 최근 민간의료보험가입에서의 선택과 의료이용, 의료시장 개방에 따른 민간의료보험에 미치는 영향에 관한 연구가 이루어지고 있으나 [4,12-21], 암 질환으로 인해 과중한 의료비를 지출하고 있는 암 환자들의 민간의료보험 가입 현황이나 구매를 결정하는 요인에 관한 실증분석은 그리 많지 않다. 따라서 이 연구는 국립암센터 암환자 비용자료를 활용하여 암 환자들의 민간의료보험 가입 특성을 파악하고, 민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 민간의료보험의 활성화가 국민의 의료이용과 의료비에 미칠 영향에 관한 기초자료를 제공하고자 한다.

**Table 1.** Distribution of socio-demographic factors of the study subjects

Variable		Total	PHI	No PHI	p-value*
Sex	Male	481	177 (37.0)	304 (63.0)	<0.0001
	Female	318	174 (54.7)	144 (45.3)	
Age (years)	20 - 39	69	51 (73.9)	18 (26.1)	<0.0001
	40 - 49	164	110 (67.1)	54 (32.9)	
	50 - 59	228	130 (57.0)	98 (43.0)	
	60 - 69	252	56 (22.2)	196 (77.8)	
	≥70	86	4 (4.7)	82 (95.3)	
Living with a partner	Yes	709	318 (44.9)	391 (55.1)	0.145
	No	90	33 (36.7)	57 (63.3)	
Education	Elementary school or less	253	75 (29.6)	178 (70.4)	<0.0001
	Middle · High school	388	194 (50.0)	194 (50.0)	
	College or more	158	82 (51.9)	76 (48.1)	
Occupation	Employed	278	131 (47.1)	147 (52.9)	0.203
	Not employed	521	220 (42.2)	301 (57.9)	
Household income <sup>†</sup>	<2,000	366	106 (29.0)	260 (71.0)	<0.0001
	≥2,000	433	245 (56.6)	188 (43.4)	
Insurance status	NHI	764	342 (44.8)	422 (55.2)	0.035
	Medical aids	35	9 (25.7)	26 (74.3)	
Drinking	Yes	421	176 (41.8)	245 (58.2)	0.225
	No	378	175 (46.3)	203 (53.7)	
Smoking	Yes	396	152 (38.4)	244 (61.6)	0.002
	No	403	199 (49.4)	204 (50.6)	
Residence	Seoul	170	72 (42.4)	98 (57.6)	0.171
	Metropolitan <sup>‡</sup>	141	72 (51.1)	69 (48.9)	
	Rural area <sup>§</sup>	488	207 (42.4)	281 (57.6)	
Total		799	351 (43.9)	448 (56.1)	

Abbreviations: PHI, private health insurance; NHI, National health insurance  
 \* Categorical variables were compared with chi-square statistics.  
<sup>†</sup> Unit: 1,000 won/month  
<sup>‡</sup> Busan, Daegu, Incheon, Gwangju, Daejeon and Ulsan metropolitan cities.  
<sup>§</sup> Town of provinces including rural area.

## 대상 및 방법

### 1. 연구대상 및 자료

이 연구는 암으로 인한 비용부담을 추계하기 위해 진행된 전향적 코호트 연구의 일환으로 이루어졌다. 이 연구는 2001년 10월부터 2005년 11월 사이에 국립암센터에 내원한 위암(ICD code, C16), 폐암(C33-C34), 간암(C22), 대장암 (C18-C20), 유방암 (C50) 환자 중 해당 병원에서 암 진단을 받았거나, 타병원에서 진단을 받았더라도 치료나 수술 없이 바로 국립암센터에 전원한 환자를 대상으로 하였다.

자료수집은 진료 직전 또는 직후 병원 내에서 조사의 목적을 설명하고 동의를 얻은 후 구조화된 설문지를 이용하여 인구사회학적 특성, 건강관련행태, 민간의료보험 가입여부와 비용에 대해 일대일 면접 조사로 이루어졌다. 면접조사는 암 진단 시점을 기준으로 3개월마다 동일한 설문지로 1년 간 추구조사를 실시하였으며 병원에 내원하지 않는 경우는 전화조사를 실시하였다.

총 809명을 조사하였고 추구조사 기간

동안 타 병원으로 전원한 환자와 설문용 중도 거절한 10명을 제외한 799명을 최종 연구대상으로 하였다. 추구조사 기간 동안 사망한 86명의 환자에 대한 자료는 모두 분석에 포함시켰다. 이 연구는 기관윤리위원회(Institutional Review Board; IRB)를 통과하여 진행되었다.

### 2. 자료분석

전체 분석대상자의 특성별 분포와 암 환자들의 민간의료보험 가입 특성을 살펴보기 위해 단변량분석을 실시하였으며, 암 환자의 민간의료보험 가입여부에 영향을 미치는 주요한 결정요인이 무엇인지 알아보기 위하여 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였으며 통계 프로그램은 SPSS 10.0 for Windows를 사용하였다.

## 연구결과

### 1. 민간의료보험 가입여부에 따른 대상자의 특성

전체 대상자 799명 중 1개 이상의 민간의

**Table 2.** Characteristics related to private health insurance

Characteristics	Total	%
The number of insurance		
1	300	85.5
2	34	9.7
≥3	17	4.9
Premium payment period(month)		
1 - 24	89	25.4
25 - 48	77	21.9
49 - 72	84	23.9
≥73	101	28.8
Mean ± SD	60.7±47.5	
Monthly premium(won)		
< 25,000	30	8.5
25,000 - 49,999	117	33.3
50,000 - 74,999	117	33.3
≥75,000	87	24.8
Mean ± SD	65,311±55,216	
Benefit(1,000 won)		
< 10,000	94	26.8
10,000 - 19,990	108	30.8
20,000 - 29,900	70	19.9
≥30,000	79	22.5
Mean ± SD	18,994±15,545	
Total	351	100.0

료보험 상품에 가입한 사람은 전체의 43.9%였으며, 남자는 37.0%, 여자는 54.7%로 여성이 남성에 비하여 민간의료보험에 더 많이 가입하였다 (p<0.0001). 연령별로는 2-30대가 가장 가입률이 높았고, 나이가 많을수록 가입률이 떨어져 60대는 22.2%, 70대의 경우 14.7%만이 가입하였다 (p<0.0001). 교육수준별 민간의료보험 가입여부는 초등학교 졸업이하인 경우 29.6%, 중·고등학교 졸업인 경우가 50.0%, 전문대이상의 학력을 가진 경우가 51.9%로 학력이 높을수록 민간의료보험에 더 많이 가입하였다 (p<0.0001). 월평균 가구소득별 민간의료보험 가입률을 살펴보면, 월 소득이 200만원을 넘는 경우가 200만원미만인 경우보다 더 많이 민간의료보험 상품을 구매하였다 (p<0.0001). 의료보장형태별로 살펴본 결과, 국민건강보험 가입자가 의료급여 수급자보다 민간의료보험에 많이 가입했으며 (p<0.0001), 과거에 흡연을 했거나 현재 흡연을 하고 있는 경우보다 흡연을 하지 않은 경우가 더 많이 민간의료보험에 가입하였다 (p=0.002)(Table 1).

**2. 민간의료보험 이용현황**

전체 대상자 799명 중 1개 이상의 민간의료보험에 가입한 351명의 민간의료보험 가입 현황을 살펴보면, 대부분이 1개의 보

험에 가입하였으며(85.5%) 2개 9.7%, 3개 이상이 4.9%였다. 보험료 납입기간은 평균 약 61개월이었으며, 2년 미만 25.4%, 2년~4년 미만 21.9%, 4년~6년 미만 23.9%, 6년 이상이 23.9%였다. 일회 납입보험료는 평균 65,300원이었으며, 25,000원 미만 8.5%, 25,000원~5만원 미만 33.3%, 5만원~75,000원 미만 33.3%, 75,000원 이상 24.8%였다. 암 진단 및 치료로 인해 수령한 보험금은 평균 약 1,900만원 정도였으며, 1,000만원 미만은 26.8%, 1,000만원~2,000만원 미만이 30.8%로 가장 많은 비율을 차지하였고, 2,000만원~3,000만원 미만 19.9%, 3,000만원 이상도 22.5%나 되었다 (Table 2).

**3. 민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인**

암 환자들의 민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 한 결과 성, 연령, 가구 월평균소득, 의료보장형태, 거주지역이 민간의료보험 가입에 통계학적으로 유의한 관련성을 보였다. 여성이 남성보다 민간의료보험에 더 많이 가입하였으며(aOR, adjusted Odds Ratio=3.06; 95% CI=1.79-5.23), 연령은 20-30대에 비해서 60대(aOR= 0.14;

95% CI=0.07-0.28)와 70대(aOR=0.26; 95% CI=0.01-0.81)가 민간의료보험에 덜 가입하였다. 가구내 월평균소득이 200만원 미만인 경우에 비해 200만원 이상인 경우가 민간의료보험 가입률이 통계학적으로 유의하게 높았다(aOR=1.67; 95% CI=1.15-2.42). 의료보장형태에 따른 민간의료보험 가입여부는 의료보호 수급자에 비해 국민건강보험에 가입한 사람이 민간의료보험에 더 많이 가입하였으며 통계학적으로 유의했다(aOR=3.05; 95% CI=1.21-7.68). 거주 지역에 따른 민간의료보험 가입여부를 살펴본 결과, 서울에 거주하는 경우에 비해 광역시에 거주하는 사람의 가입률이 높았다 (aOR=1.71; 95% CI=1.01-2.90) (Table 3).

**고찰**

이 연구는 암환자들의 민간의료보험 가입 특성을 파악하고, 민간의료보험 가입에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 하였다. 연구 결과, 남성보다는 여성이, 연령이 낮을수록, 가구 월평균소득이 높을수록, 의료보호 수급자에 비해 국민건강보험에 가입한 사람이, 광역시에 거주한 사람일수록 민간의료보험에 더 많이 가입하고 있었다.

**Table 3.** Logistic regression analysis for the purchase of private health insurance

Independent variable		aOR	95% CI
Sex	Male	1.00	
	Female	3.06	1.79 - 5.23
Age(years)	20 - 39	1.00	
	40 - 49	0.78	0.40 - 1.52
	50 - 59	0.56	0.29 - 1.09
	60 - 69	0.14	0.07 - 0.28
	≥70	0.26	0.01 - 0.81
Living with a partner	No	1.00	
	Yes	0.95	0.55 - 1.75
Education	Elementary school or less	1.00	
	Middle · High school	1.25	0.83 - 1.90
	College or more	1.01	0.58 - 1.72
Household income*	< 2,000	1.00	
	≥2,000	1.67	1.15 - 2.42
Insurance status	Medical aid	1.00	
	NHI	3.05	1.21 - 7.68
Drinking	No	1.00	
	Yes	1.43	0.89 - 2.31
Smoking	No	1.00	
	Yes	1.36	0.88 - 2.09
Residence	Seoul	1.00	
	Metropolitan†	1.71	1.01 - 2.90
	Rural area‡	1.05	0.70 - 1.59

Abbreviations: NHI, National health insurance  
 \* unit: 1,000 won/month  
 † Busan, Daegu, Incheon, Gwangju, Daejeon and Ulsan metropolitan cities.  
 ‡ Town of provinces including rural area.

외국의 연구를 살펴보면, 민간의료보험 선택에 영향을 미치는 요인은 각 나라가 채택하고 있는 민간의료보험 방식에 따라 차이를 보이고 있다. 우선 민간보험의 유형을 알아보면 크게 세 가지로 나눌 수 있다. 공적건강보험이 보장하지 않는 진료 부문의 본인부담을 보충적으로 보장하는 보충형 민간보험이 있고, 일부 계층에 대해서는 공적건강보험의 강제적용에서 제외시켜 민간보험에 가입하도록 허용하는 대체형 민간보험이 있고, 대체형과 유사하지만 민간보험이나 공보험 중 가입자의 선택을 허용함으로써 공보험과 민간보험 간 경쟁을 시키는 경쟁형이 있다 [19].

우리나라와 같은 단일 의료보장방식을 취하고 있는 대만은 1995년 전국민 건강보험 도입 이후에 민간의료보험의 수요가 급증하였고, 특히, 본인일부부담제도는 민간의료보험을 활성화시키는데 중요한 역할을 한 것으로 보고하였다. 대만의 민간의료보험 이용에 관한 연구에서는 소득과 학력이 높을수록, 남성보다는 여성이, 직업이 있는 경우에서 민간의료보험 가입률이 높았으며, 노인층에서는 가입률이 낮아 본 연구결과와 유사하였다 [22].

보편적 적용과 포괄적 급여의 무상 제공을 원칙으로 하는 국가보건서비스를 채택하고 있는 영국은 치료적인 급성 질병이나 상해에 대하여 보충형 민간의료보험을 허용하고 있는데, 1979~1989년 사이 2배로 증가하여 1990년에는 360만 명에 달했고, 이후 점차 증가하여 1996년 6백만 명으로 영국 전체인구의 11%를 차지하고 있으며 [11], 2002년에는 670만 명(11.4%), 2006년에는 753만 명(12.5%)이 민간의료보험에 가입하고 있다 [23,24]. 또한 민간의료보험 가입에 대한 연구에서는 학력과 소득이 높을수록, 여성보다는 남성이, 입원 및 외래 대기시간이 길수록, 중도우파 정당을 선호할수록 높은 가입률을 보였다 [25].

호주는 1984년 메디케어 도입 이후로 민간의료보험 가입자가 1983년 64%에서 1995년 38%로 급격하게 감소하였는데, 연령별로는 35-54세가, 지역별로는 대도시에 거주하는 사람이, 가족이 있는 경우, 가구 소득이 높을수록 민간의료보험에 더

가입했다 [26,27]. 이에 비해 공보험과 민간보험간 완전한 선택을 허용하는 경쟁형인 칠레는 공보험이 취약한 상태에서 민간의료보험을 도입한 결과, 공보험은 저소득층을 위한 저보장 보험으로 위상이 추락했으며, 고소득자들이 가입한 민간의료보험과 차별이 발생하는 등 부정적인 평가가 일반적이다. 칠레 국민의 27%가 민간의료보험에 가입하고 있으며, 소득이 높을 때, 낮은 연령에서, 보험료 가격이 낮고, 지난 3개월 안에 재원일수가 긴 가족의 수가 적을수록, 대도시 거주자가 공보험보다 민간의료보험을 더 선호하였다 [28].

우리나라의 민간보험 가입 실태와 이에 영향을 미치는 요인을 분석한 김성옥 [4]의 연구에서는 젊은 연령층과 여성이, 기혼자이거나 교육과 소득수준이 높은 경우나 19세 이하 부양자수가 많은 사람에서 민간보험 가입률이 높았으나, 만성병이 있는 사람이 민간보험 가입률이 낮았다. 부산시민을 대상으로 민간의료보험 선택에 영향을 미치는 요인을 연구한 Yoon 등 [12]의 연구에서도 남성보다는 여성에서 소득과 교육수준이 높거나 젊은 연령층에서, 주관적 건강수준이 건강한 사람이, 최근 2년간 건강검진을 받은 사람이 민간의료보험에 더 많이 가입하였다. 이 두 연구에서 만성병이 있거나 건강하지 못한 사람의 민간의료보험 가입이 낮은 것은 현재 우리나라 민간보험 가입에서 보험자의 위험선택(risk selection)이 존재하고 있음을 의미한다. 또한 노인층에서 낮은 가입률을 보이는 것은 우리나라에서 판매되고 있는 민간의료보험 중에서 일반적 가입조건에 고연령 및 건강상태에 따라 제한을 두고 있기 때문이기도 하다 [29].

암이나 중증 질환에 대비하거나 건강보험의 불충분한 보장을 보충하기 위한 목적으로 가입한 민간의료보험에서 연령, 소득, 지역별 차이를 보이는 것은 민간의료보험에 가입하지 못한 경우에 상대적으로 높은 의료비 부담이 있음을 의미한다. 이 연구 결과는 건강보험의 보장성이 개선되지 않는 상황에서 민간의료보험을 활성화할 경우 민간의료보험에 가입한 사람과 가입하지 않은 사람간의 의료이용 및

의료비 부담 격차를 더욱 확대시킬 수 있음을 암시하고 있다. 따라서 민간의료보험에 가입할 확률이 낮은 저소득층과 노인 인구의 의료비 부담을 줄이기 위한 암 환자 의료비 지원사업 등과 같은 여러 정책이 필요할 것으로 생각한다. 또한 민간 의료보험사가 고위험군을 배제하고 건강한 사람들은 선택적으로 가입시키는 위험 선택과 정당한 근거없이 다수의 질병을 급여 대상에서 제외하는 것을 막기 위해 미국, 독일, 아일랜드, 호주 등 여러나라에서는 민간보험사의 위험선택행위에 대한 구체적인 조치를 마련하고 있으며 [7], 우리나라에서도 민간의료보험에 대한 보건 당국의 관리감독체계를 확립하고 민간보험의 사회적 책임을 강화하기 위한 노력이 필요할 것이다.

이 연구결과는 암환자들의 민간의료보험 가입 실태와 관련요인을 살펴봄으로써 국민건강보험과 민간의료보험의 균형적인 발전방안을 수립하는데 중요한 기초자료로 활용될 것으로 기대된다. 그러나 이 연구는 1개 병원에서 이루어졌으며, 조사 대상자가 위암, 간암, 대장암, 유방암, 폐암 5개 암종에 국한되었기 때문에 연구 결과를 전체 암 환자로 확대 해석하는데 어려움이 있다. 이 외에도 이미 질병이 발생한 암환자만을 대상으로 한 것으로 암보험 가입자 전체의 특성을 반영한 것은 아니며 인구사회학적 요인 외 민간의료보험가입에 영향을 미칠 수 있는 건강수준 및 건강행태요인, 보건 의료 제도적 요인 등과 같은 요인을 충분히 고려하지 못했다는 제한점이 있다. 따라서 향후 이와 같은 요인들을 포함한 추가 연구들이 이루어져야 할 것이다.

## 결론

이 연구는 현행 건강보험에 보충적 형태로 이루어지고 있는 민간의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인을 구명함으로써 향후 민간의료보험 활성화 논의에 대한 정책적 근거자료를 제공하기 위하여 수행하였으며 그 결과, 여성이, 연령이 낮을수록, 가구 월평균소득이 높을수록, 의료보

호 수급자에 비해 국민건강보험에 가입한 사람이, 광역시에 거주한 사람일수록 민간의료보험 더 많이 가입하고 있었다. 이러한 소득계층별 민간의료보험 가입 차이로 의료양극화를 초래할 수 있는 바 건강보험 보장성 강화를 통해 국민의 기본적인 의료서비스 이용을 최대한으로 보장하는 것이 필수적이다. 최근 본인부담 상한제의 급여 혜택 확대, 중증질환, 장기이식, 6세 미만 아동, 임신부에 대한 급여 확대 등을 통해 국민건강보험의 보장성 수준은 지속적으로 개선되고 있다. 보건복지부는 2008년까지 전체 진료비 중 환자부담 비율을 30% 이하로 낮출 계획이다. 따라서 앞으로 일반적이고 보편적인 의료서비스 이용에 대한 국민의 경제적 부담은 대폭 경감될 것으로 전망되며, 건강보험과 민간 의료보험간에 합리적인 역할분담을 통해 상호 보완적인 관계를 형성하고 국민의료비 증가요인을 최소화하여야 한다. 앞으로 이러한 연구결과를 토대로 향후 민간 의료보험 가입에 따른 암 환자들의 의료이용과 민간의료보험이 암으로 인한 치료 비용을 얼마나 담당하고 있는지에 관한 분석에 대한 연구가 더 필요할 것으로 생각한다.

## 참고문헌

1. 한국중앙암등록본부. 한국중앙암등록 사업 연례 보고서(2002. 1~2002. 12). 보건복지부. 2003, (3쪽)
2. 통계청. 사망원인통계연보 2006 [cited 2006 jun 25]. Available from: URL:[http://www.nso.go.kr/nso2006/k04\\_0000/k04g\\_0000/k04gb\\_0000/k04gbc0000/k04gbc0080/k04gbc0080.html](http://www.nso.go.kr/nso2006/k04_0000/k04g_0000/k04gb_0000/k04gbc0000/k04gbc0080/k04gbc0080.html)
3. 국민건강보험공단. 2004년 건강보험 암환자 보험급여비 지출 전년 대비 22% 증가. 국민건강보험공단 보도자료. 2006년 2월 16일자 [cited 2006 jun 25]. Available from: URL:[http://210.114.108.6/epic\\_attach/2006/R0602320.hwp](http://210.114.108.6/epic_attach/2006/R0602320.hwp)
4. 김성옥. 민간보험 가입에서의 선택과 의료 서비스 이용. 제6회 한국노동패널 학술대회 논문집. 2005년 2월 3일; 서울대학교 호암교수회관 컨벤션센터; 2005, (2쪽)
5. 보험개발원 보험연구소. 민영건강보험의 리스크관리 방안. 보험개발원; 2005년 4월. CEO Report CR 2005-02, (2쪽)
6. 생명보험협회. 2003년 생명보험 성향조사. 2003 [cited 2006 jun 26]. Available from: URL:[http://www.klia.or.kr/kor/book/book\\_05\(2003\).asp](http://www.klia.or.kr/kor/book/book_05(2003).asp)
7. 이진석. 국민건강보험과 민간의료보험의 바람직한 발전방향 모색. 강기정 의원 주최 공청회 자료; 2006, (16쪽)
8. 박은철, 최귀선, 광민선, 김성경, 김 희, 김윤미, 성나영, 이은미, 이지영, 임진화. 암검진의 효과 평가 및 암 비용 연구. 국립암센터; 2006, (106-175쪽)
9. 김정희, 정종찬. 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 건강보험포럼 2005; 4(1): 74-88
10. Yi JJ, Yoo WK, Kim SY, Kim KK, Yi SW. Medical expenses by site of cancer and survival time among cancer patients in the last one year of life. *J Prev Med Public Health* 2005; 38(1): 9-15 (Korean)
11. Kim HS. A research of british private health insurance in NHS : Policy implications for korean case. *Korean Policy Stud Review* 1999; 8(3): 299-324 (Korean)
12. Yoon TH, Hwang IK, Sohn HS, Koh KW, Jeong BG. The determinants of private health insurance purchasing decisions under national health insurance system in Korea : The expanding of private health insurance market, for the better or worse. *Korean J Health Policy Admin* 2005; 15(4): 161-175 (Korean)
13. Oh YS. A Study on new relationship between national and private health insurance. *J Insur Stud* 2006; 17(1): 103-136 (Korean)
14. 정기택. 민간의료보험의 현황과 활성화 방안. 보험개발연구 1996; 17:127-149
15. 김원식. 국민건강보험과 민간의료보험의 균형적 발전방향. 보험개발연구 2002; 13(3): 111-153
16. 김원중. 민간의료보험 도입 필요성과 과제. 대한병원협회지 2004; 33(1): 66-74
17. Kang SW, Kwon YD, Kim SA. Effects of private health insurance on hospitals in Korea. *Korean J Health Econ Policy* 2004; 10(2): 23-36 (Korean)
18. Kang SW, Kwon YD, You CH. Effects of supplemental insurance on health care utilization and expenditures among cancer patients in Korea. *Korean J Health Policy Admin* 2005; 15(4): 65-80 (Korean)
19. Choi BH. Healthcare market opening and private health insurance. *Policy Forum* 2004; 88: 29-41 (Korean)
20. 감신. 의료시장 개방이 건강보험체계에 미치는 영향. 건강보험포럼 2005; 4(1): 17-30
21. 이진석. 의료서비스 산업화론과 건강보험. 건강보험포럼 2005; 4(1): 5-16
22. Liu TC, Chen CS. An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Social Sci Med* 2002; 55(5): 755-774
23. Private medical insurance growing, says ABI . Investment Week 2003 May 28 [cited 2006 Nov 10]. Available from: URL:<http://www.investmentweek.co.uk/public/showPage.html?page=72316>
24. Private Healthcare UK. Health insurance market growing. 2006 Sep [cited 2006 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.privatehealth.co.uk/healthinsurance/news/september-2006/health-insurance-market-growing>
25. King D, Mossialos E. The determinants of private medical insurance prevalence in England, 1997-2000. *Health Serv Res* 2005; 40(1): 195-212
26. Schofield D, Fischer S, Percival R. Behind the decline: the changing composition of private health insurance in Australia, 1983-95. Discussion Paper No. 18. Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling, University of Canberra, 1997 [cited 2006 Jun 26]. Available from: URL:<http://www.natsem.canberra.edu.au/publications/papers/dps/dp18/dp18.pdf>
27. Lokuge B, Denniss R, Faunce TA. Private health insurance and regional Australia. *Med J Aust* 2005; 182(6): 290-293
28. Sapelli C, Torche A. The mandatory health insurance system in Chile: Explaining the choice between public and private insurance. *Int J Health Care Finance Econ* 2001; 1(2): 97-110
29. 생명보험협회. 생명보험이란 무엇인가. 생명보험협회; 2005, (208쪽)