

교사들의 상담과 심리치료의 보험료 지불 의사에 대한 파일럿 연구*

최 보 영 김 아 름 김 보 람 이 상 민†

고려대학교 교육학과

본 연구에서는 상담(심리치료)의 활성화와 치료비의 개인부담률을 줄이는 하나의 방안으로 상담의 보험적용 가능성을 탐색해보았다. 이를 위해 상담이 국민건강보험에 포함된다고 가정할 때, 현재 보험료에서 어느 정도의 추가 비용을 지불할 의사가 있는지, 그리고 응답자의 지불의사에 영향을 미치는 요인은 무엇인지 75명의 중·고등학교 교사들을 대상으로 조사하였다. 연구 결과, 기존의 보험료보다 1% 증가된 보험료에 대해 39명의 응답자 중, 28명(71.8%)의 응답자가 지불의사가 있다고 응답하였으며, 이들 중 추가적인 질문인 2% 증가된 보험료에 대하여 지불의사가 있다고 한 응답자는 10명(35.7%)이었다. 이에 반해 2%의 추가 보험료를 낼 의사를 첫 질문으로 받은 36명의 응답자들에서는 13명(36.1%)만이 지불의사가 있다고 응답하였다. 또한 지불의사를 결정하는데 있어서 상담태도와 사회적 낙인이 유의미하게 영향을 주는 변인으로 분석되었는데, 상담에 대한 태도가 좋을수록, 사회적 낙인이 덜 느낄수록 추가 보험료에 대한 지불의사를 가지는 것으로 나타났다. 비록 적은 샘플이었지만 본 연구에서 총 75명 중 56명(74.6%)이 최소 1%의 추가보험료를, 33명(44.0%)이 1%와 2%의 사이의 추가보험료를 내더라도 일 년에 10회의 상담 서비스를 받고 싶어 하는 것으로 나타나 상담의 보험 적용 가능성을 보여주었다.

주요어: 상담과 심리치료, 국민건강보험 혜택 적용, 지불의사금액(WTP)

* 본 연구는 2010년 고려대학교 특별연구비에 의해 수행되었음.

† 교신저자: 이상민, 고려대학교 교육학과, (136-701) 서울시 성북구 안암동 5-1

Tel: 02-3290-2306, E-mail: lecsang@korea.ac.kr

스트레스와 가치관 혼란 등으로 인해 현대인들은 심리적 부작용 현상을 경험하고 있다(이상민, 남숙경, 이미경, 2009). 최근 자료에 따르면 우리나라는 2005년도 기준 인구 10만 명당 24.7명이 자살한 것으로 드러나, OECD 30개 국가 중 자살로 인한 사망률 1위를 나타내고 있다(WHO, 2010). 최근에는, 우울증과 같은 심리적 어려움으로 인한 연예인 자살이 증가하고 있다. 또한 연예인 자살로 인해, 충격을 받은 일반 시민들이 자살한 연예인을 모방해 자살하는 등 심각한 사회적 문제가 뒤따르고 있다. 이러한 사회적 현실은 우리나라 국민의 정신 건강이 점차 악화되고 있는 것을 반영하고 있다.

사람들이 겪고 있는 다양한 정신적 문제는 상담 및 심리치료를 통해 해결될 수 있다(Thomas & Snowden, 2001; Lambert & Bergin, 1994). 각 문제영역별 분야의 상담 및 심리치료의 효과성 메타분석을 통해 상담 및 심리치료가 개인의 문제 해결에 도움이 되는 것으로 나타났다. 임은미, 임찬오(2003)의 진로상담의 전체 평균효과 크기는 0.68로 국내에서 실시되는 진로지도 및 상담 프로그램의 효과가 상당히 큰 편으로 나타났으며, 채명희(2006)는 학교부적응 및 학교생활에서의 행동문제에 큰 효과를, 특히 ADHD 경향을 가진 학생들에 대한 상담의 효과성을 보여주었다.

이외에도 현대 사회에서 많은 사람들이 호소하고 있는 문제인 각종 중독과 대인관계 문제에서도 다양한 연구결과들이 상담 및 심리치료의 효과성을 보여주고 있다. 조민아(2004)의 메타연구에 따르면, 대인관계 향상을 위한 집단상담의 전체 평균효과크기가 1.18로, 대인관계를 향상시키는데 상담이 효과적인 것으로 나타났으며, 김선하와 김준경(2010)의 연구에

서도 대인관계 집단치료와 인지행동 집단치료 프로그램이 청소년의 우울감소에 모두 효과적인 것으로 나타났다. 또한, 최정선(2004)의 연구에서도 집단상담 프로그램의 효과크기가 1.21로, 상담이 자아존중감 향상에 효과적임을 보여주었다. 이 외에도 이경욱(2001)과 권영란과 이정숙(2002)은 해결중심 상담이 알코올 중독에, 신재은(2009)은 인지행동적 집단상담이 대학생의 발표불안 감소에 긍정적인 영향을 준다는 결과를 보여주었다. 손정락, 이유라(2009)는 인지 행동 치료가 대학생의 인터넷 중독 수준, 부정적 자동차 사고 및 자기 도파에 미치는 영향을 알아보았다. 그 결과, 치료 집단은 통제집단에 비해 인터넷 중독 수준과 부정적 자동차 사고가 유의하게 더 감소하였고, 자기 도파 경향이 유의하게 더 낮아졌다. 또한 박승민(2007, 2009)도 인터넷 중독에 대한 집단상담의 효과성을 언급하였다.

이러한 상담서비스가 정신적 문제를 치료하는데 효과적이지만, 우리나라에서는 상담서비스를 받는 것이 대중화되어 있지 않다. 정신적 치료를 받기 위하여 상담서비스를 이용하고자 하는 태도에 영향을 미치는 심리적인 변인들은 크게 접근요인과 회피요인으로 나뉘질 수 있다. 접근요인은 개인이 상담기관을 찾을 가능성을 높여주는 변인으로 과거 전문적 도움을 받은 경험, 심리적 불편감의 정도, 사회적 지지, 상담에 대한 태도(Vogel & Wester, 2003) 등이 있으며 회피요인은 도움추구행동의 가능성을 낮추는 변인으로 사회적 낙인과 자기낙인, 심리적 고통이나 개인적인 정보를 밝히길 꺼려하는 자기은폐 등이 있다(신연희, 안현의, 2005; Vogel & Wester, 2003). 즉, 상담 서비스 이용 여부에 직·간접적으로 영향을 미치는 상담 의도 및 전문적 도움행동 추구

의사를 측정함으로써 상담서비스이용에 영향을 미칠 수 있는 심리적 요인 간의 관계를 살펴봄으로써 사람들의 상담서비스에 대한 접근 및 회피 요인을 밝히고 있다. 예를 들어 Vogel, Wester, & Larson(2007)의 연구자들은 상담 서비스 이용을 주저하게 만드는 심리적 요인들에는 사회적 낙인, 치료에 대한 두려움, 상담에서의 자기 노출에 따른 유용성과 위험 기대, 자기 노출, 사회적 규범 등이 있음을 개괄적으로 설명하였다. 이렇듯 개인의 심리내적인 변인을 연구하는 것도 중요하지만, 상담서비스 이용률 및 상담 서비스에 대한 접근성을 높이는 또 다른 방법으로는 상담료에 대한 부담을 줄이고 상담 및 심리치료에 대한 진속도를 높일 수 있는 다른 정책적 접근인 보험 혜택 적용을 들 수 있다. 미국, 호주, 영국과 같은 나라에서도, 국민들의 정신건강을 증진시키고 개인의 심리적인 문제를 해결을 돕기 위해 정신질환 치료도 보험 혜택을 받을 수 있게 하거나 보험 이용가능성을 확대하는 등 보험적용을 통해 국민들의 상담서비스에 대한 접근성을 높이고자 하였다(건강보험관리공단 연구센터, 2006; Thomas & Snowden, 2001).

상담과 보험과의 관계를 탐색한 선행연구의 결과(Landerman, Burns, Swartz, Wagner, & George, 1994; Rabinowitz, Bromet, Lavelle, Severance, Zariello, & Rosen, 1998)에서도, 상담에 대한 보험 적용은 정신질환 치료에 대한 접근을 증가시키는 것으로 나타났다. 상담 서비스 이용과 보험 혜택과의 관계를 조사한 선행연구들을 구체적으로 살펴보면, Thomas & Snowden(2001)의 연구자들은 미국에 거주하는 소수의 민족 집단을 대상으로, 공영(public) 보험이 민간 보험만큼 정신 건강 치료를 촉진시키는 데에 효과적인지 조사하였다. 그 결과,

공영 보험이 민간 보험보다 정신 건강 치료에 대한 접근성을 높이는 것으로 밝혀졌다. Landerman 외(1994) 연구자들은 DSM-III의 정신 질환 진단을 받은 사람과 받지 않은 사람들을 대상으로, 정신 건강 서비스에 대한 보험 적용이 정신 건강 서비스 이용에 얼마나 영향을 미치는지 조사하였다. 연구 결과에 따르면 정신 질환을 앓고 있던 앓고 있지 않던, 보험 적용은 정신 건강 서비스를 이용하는 것과 강하게 연관이 있는 것으로 나타났다. 또한 Rabinowitz 외(1998) 연구자들은 사람들이 현재 가입해 있는 보험의 종류에는 어떤 것들이 있고, 그 분포가 어떠한지 알아보았다. 또한 보험의 종류와 초기의 정신 질환을 치료하기 위한 서비스와의 관계를 조사하였는데, 연구 결과, 민간 보험과 Medicaid/Medicare(주요 저소득층, 노인들을 위한 미국의 보험제도)에 가입되어 있는 경우, 일반적으로 이전에 정신 건강 치료, 특히 심리치료를 받은 경험이 더 많은 것으로 나타났다. 또한 민간 보험에 가입되어 있는 경우, 정신 질환이 발병한 후, 3개월 안에 입원 치료를 받았던 경험이 많은 것으로 나타났는데 이를 통해, 민간 보험 또는 Medicaid/Medicare의 혜택을 받고 있는 환자들의 경우, 보험에 가입하지 않은 사람들보다 입원하기 전에 정신 건강 서비스를 더 많이 받고 있음을 알 수 있었다. 기존의 연구결과들은 상담에 대한 보험 혜택 적용이 정신 건강 서비스를 이용하는 데 긍정적인 역할을 하고 있음을 일관성 있게 보고하고 있다.

이렇게 보험 혜택 적용이 정신 건강 서비스에 대한 접근을 높이고 있음에도 불구하고, 현재 우리나라의 경우, 일부 보험 혜택을 받고 있는 경우도 있지만 상담 및 심리치료를 받기 위해 지불해야 하는 비용이 매우 비싸서

정신 건강 서비스 이용에 걸림돌이 되고 있다. 하지만 상담 및 심리치료 서비스에 대한 보험 혜택이 적용된다면, 비용의 일정부분을 보험을 통해 지원받을 수 있기 때문에 개인이 지불해야할 비용 부담이 줄어, 정신건강 서비스를 받고 싶어 하는 사람들에게 큰 도움을 줄 수 있다. 이렇게 상담 및 심리치료가 건강 보험에 적용될 때의 이점을 예상해 볼 수 있지만, 아직까지 우리나라에서는 건강 보험 프로그램과 정신건강 서비스와의 관계를 살펴본 연구는 미비한 실정이다.

우리나라에서 시행되고 있는 의료보험제도를 살펴보면, 정부의 주도 하에 1977년에 운영된 국민건강보험이 그 시초라고 할 수 있다(오영수, 2002). 2010년도를 기준으로 살펴봤을 때, 우리나라의 국민건강보험의 보험료율은 현재 5.33%로, 8.5%의 보험료율을 보이는 일본이나, 14.0%를 보이는 독일 등과 비교해 보았을 때 매우 낮은 수준의 보험료율로 운영이 되고 있어(정형근, 2009), 의료 접근성은 상당히 높다고 할 수 있다. 그러나 낮은 보험료로 인해 보험 혜택을 받을 수 있는 항목에 제한이 따를 밖에 없으며, 실제로 다른 OECD 국가들과 비교했을 때 상대적으로 비급여 항목이 더 많은 것으로 나타났다(이준영, 2003). 정신질환 치료와 관련된 의료보험 혜택은 현재 정신과에서 이루어지고 있는 특정 심리치료에 적용되고 있다. 예를 들어, 집단정신치료, 가족치료, 놀이요법 및 지속적 수면요법 등이 건강보험 혜택에 해당하는 심리치료 기법이지만 이러한 혜택은 1차, 2차, 3차 의료 기관에 따라서도 다르게 적용이 된다. 또한 정신과에서는 보통 지지면접은 10분, 심층면접은 20분 동안 이루어지는데, 건강보험에서는 보통 20분까지의 심리치료에 대한 혜택을 제공하고

있다. 예를 들어 1차 병원을 간다(비용의 30%를 본인부담)고 가정했을 때, 심층분석요법 및 놀이치료의 경우에는 29,250원을, 가족치료는 12,070원, 집중요법은 19,070원의 건강보험 단가가 적용되어(대한병원협회, 2010), 그 중에서 본인이 부담해야 할 금액은 차례대로 각각 8,775원, 3,621원, 5,721원이 된다. 그러나 심리적 접근을 통한 치료가 20분 정도의 짧은 시간 안에 이루어지기는 어렵기 때문에, 20분 이후의 치료에 대해 추가적으로 지불해야하는 치료비는 전적으로 치료받는 개인이 부담하게 되며, 보험적용이 안 되는 비수가 및 일반수가로 치료비를 지불하게 된다. 결국 최종적으로 부담해야할 개인의 정신질환 치료비용은 보험의 혜택을 받는다 하더라도 그 비용이 상당히 많아지게 된다. 이렇듯 일반적인 심리치료 및 가족치료 한 회기(50분)를 받을 때, 실질적으로 개인이 부담해야할 치료비가 높아져 보험혜택의 실효성을 저해하는 요인이 되고 있다.

한편 의료보험제도의 수혜를 받을 수 없는 비급여 항목이 많다는 현재의 국민건강의료보험제도의 한계로 인해 다양한 형태의 민간건강보험 시장 규모가 4조원에 이르는 등 그 규모가 점차 확대되어 보험의 혜택이 점차 증가되고 있는 상황에서도, 정신질환과 같은 심리적인 장애 및 스트레스에 대한 보험 적용은 보상 대상에서 제외되어 있는 경우가 많다. 일부 대상에 포함되어 있는 경우라 하더라도 혜택을 받을 수 있는 보상 범위가 매우 제한적인 것으로 조사되었다. 반건호 등(2007)이 총 649개의 민간 보험사의 보험 상품을 조사한 결과, 이 중 약 54%(350개)의 상품이 정신 및 행동과 관련된 질병을 보상 대상에서 제외하

고 있었다. 일부 보상을 하고 있는 상품의 경우에도 기질성 정신장애와 외상 후 간질만을 보상하고 있었으며, 기타 외상 후 스트레스 장애, 우울증(반응성), 정신분열증, 전환장애, 강박장애, 인격 장애 등 일반적인 정신장애는 보상에서 제외한다고 명시하고 있다. 이례적으로 649개의 상품 중, 3개의 상품이 집단 따돌림에 대한 정신과 치료비를, 2개의 상품이 정동장애 및 각종 신경장애에 대한 입원비를 지원하고 있는 것으로 조사되었다. 비록 현재까지는 정신질환이 보험 혜택을 받는 경우가 매우 미약한 실정이지만, 신체 질병을 위한 치료뿐만 아니라 전문적 심리 치료에 대한 요구가 점점 더 높아지고 있는 현실(오홍석, 이해원, 박용천, 2007)과 상담 서비스의 높은 효과를 감안한다면, 전문상담자가 제공하는 상담 서비스가 보험 혜택에 적용될 가능성을 높일 수 있는 실질적인 연구가 뒷받침되어야 할 것이다.

상담서비스가 보험적용의 대상이 될 수 있을지의 여부를 평가하기 위해서는 먼저 상담 서비스가 창출하는 경제적인 가치를 추정할 수 있어야 할 것이다. 상담 및 심리치료와 같이 어떤 특정 프로그램이나 공공 서비스의 가치를 평가하는 분석 방법에는 크게 비용효과 분석(cost-effectiveness analysis; CEA), 비용효용 분석(cost-utility analysis; CUA), 비용편익분석(cost-benefit analysis; CBA)이 있다. 종종 대안 프로그램들의 비용과 효과가 모두 다르게 나타날 때, 비용효과분석에서는 비용과 결과 모두를 고려하여 각각의 효과 단위에 따른 비용, 또는 각각의 비용 단위에 따른 효과를 측정한다. 비용효용분석은 프로그램의 효과에 대한 가치를 효용으로써 측정하는 방법으로, 프로그램의 결과를 비용 대비 건강한 삶의

년 수로 나타낸다. 비용효용분석에서는 특히 서비스로 인해 발생하는 질보정생활년수(quality-adjusted life-year; QALY)를 측정하게 되는데, 질보정생활년수는 보통 삶의 질과 양을 모두 고려하여 측정하게 된다. 마지막으로 비용편익분석은 화폐 단위로 정신 건강 서비스의 비용과 결과를 모두 추정하는 방법으로, 서비스의 결과를 비용 대비 효용의 형식으로 나타낸다. 비용편익분석에서 대표적으로 사용되는 방법에는 조건부 가치 추정법(contingent valuation method; CVM)이 있다. 조건부 가치 추정법은 특정 서비스에 대한 가설적 시나리오를 연구 대상자들에게 제시하고, 이 서비스에 대한 지불의사금액(Willingness to pay, WTP)을 추정하는 방법이다(Drummond, Schphar, Torrance, O'Brien, & Stoddart, 2005). 조건부 가치 추정법은 원래 환경보호(environmental protection)를 위한 서비스 가치 추정을 위해 사용되었다(Arrow et al., 1993). 하지만 요즘에는 경제학자 및 의료학자들이 중심으로 정신건강 서비스에 대한 지불의사금액을 연구하고 있다. Unutzer 외(2003) 연구에서는 우울증 치료에 대한 지불의사금액을 추정하였으며, Tang, Liu, Chang와 Chang (2007)은 약물남용 치료 프로그램에 대한 일반인들의 지불의사금액을 '의무적인' 보험료로 낼 때와 '자발적인' 기부의 형태로 낼 때로 구분하여 추정하였다. 이렇듯 외국에서는 이미 조건부 가치 추정법으로 상담 및 심리치료의 경제적인 가치를 추정하고 있으며, 이를 보험과 연계하여 연구를 진행하고 있으나, 아직 우리나라에서는 전문상담사가 제공하는 상담의 경제적 가치를 추정하는 연구 자체가 거의 이루어지지 않고 있는 실정이다.

현재 국내에서는 전문상담사가 제공하는 상

담 및 심리치료에 대한 치료비용이 의료보험 제도 및 민간건강보험, 그 어느 보험 상품에서도 실질적인 혜택을 받고 있지 못하고 있다. 또한 앞서 언급하였듯이 보험 혜택 적용 가능성을 확인하기 위해 선행되어야 할 상담서비스에 대한 지불의사금액 추정에 대한 체계적인 연구도 부재한 상황이다. 만일 상담이 보험에 적용이 된다고 가정한다면 사람들은 과연 어느 정도의 추가 비용을 지불할 의사가 있을까? 본 연구에서는, 상담이 국민건강보험 혜택에 적용이 된다고 가정하였을 때, 현재 보험료에서 어느 정도의 추가적 비용을 지불할 의사가 있는지를 알아보고자 한다. 또한 상담이 국민건강보험에 하나의 옵션으로 들어갔을 경우, 발생할 수 있는 추가 보험료를 지불하는데 있어서 어떠한 요인들이 지불의사에 영향을 미치는지 알아보고자 한다.

방 법

연구 대상

상담서비스 적용을 위해 현재 지불하고 있는 보험료에서 어느 정도의 추가적 비용을 지불할 의사가 있는지를 알아보기 위해 교사직 무연수과정(진로와 국어)에 참여 중인 경기 북부 소재의 중·고등학교 교사 75명을 대상으로 연구를 실시하였다. 남자 16명(21.3%), 여자 58명(77.3%)이 연구에 참여하였으며, 참여 교사들의 평균 연령은 39.4(SD=7.6)세였다.

연구 절차

본 설문에 앞서 적절한 추가보험료를 제시

하기 위해 일반직장인 20명을 대상으로 그들의 수입 조사와 함께 간단한 인터뷰를 실시하였다. 응답자에게 '전문상담사가 1년에 10번의 심리 상담을 제공한다는 옵션이 보험이 적용된다면 어느 정도의 추가비용을 지불할 의사가 있는지'에 대해 직접 서술하는 방식으로 적절한 추가보험료를 질문하였다. 이와 같은 개방형 질문을 통해 알아본 결과, 그들의 지불의사금액은 0원에서 20,000원까지 다양하게 나왔다. 이를 현재 본인 부담 보험료(2.665%)과 수입으로 계산한 결과, 평균적으로 현재 지불하고 있는 보험료에 약 0.4%의 추가 요금을 지불할 의사가 있었고, 증가율의 범위는 최소 0.12%, 최대 1.8%인 것으로 나타났다. 이를 바탕으로, 본 파일럿 연구에서는 기존의 보험료보다 1%, 2% 상승했을 때의 추가되는 보험료 지불 의사를 알아보기로 하였다. 즉 1년에 10번의 심리 상담에 대한 보험 혜택을 받을 수 있다면, 기존의 보험료보다 1% 혹은 2%의 추가된 비용을 지불할 의사가 있는지를 살펴보았다.

추가적 지불의사에 대한 선택에 있어서의 편의를 제공하기 위해 구체적인 추가 보험료율(1% 혹은 2%)을 제시한 후 '그렇다'와 '아니다'로 선택하여 응답하게 하였으며, 두 가지 형태의 설문지(1% 혹은 2%)를 무선적으로 배포하여 설문을 실시하였다. 응답자의 지불 경향성을 좀 더 심층적으로 파악하기 위해, 첫 번째 응답('그렇다'와 '아니다')에 따라 다른 비율을 제시하여 한 번 더 지불의사를 확인하였다. 예를 들어 1%의 추가 비용을 지불할 의사가 있다고 응답한 경우에는, 1%의 두 배인 2%의 추가 보험료를 지불할 의사가 있는지를 조사하였으며, 1%의 추가 비용을 지불할 의사가 없다고 응답한 경우에는, 1%의 1/2배

인 0.5%의 추가 보험료를 제시하여 지불의사를 조사하였다. 그러므로 응답자는 모두 두 번의 질문에 응답을 하게 된다. 2%의 추가비용을 먼저 물어본 집단의 경우에도 위와 같이 2%의 추가 보험료를 지불할 의사가 있는 경우에는 4%로 올려 다시 지불의사를 조사하였으며, 2%의 추가 보험료를 지불할 의사가 없다고 응답한 경우에는 1%의 추가 보험료에 대한 지불 의사를 물어 모두 두 번의 질문을 통해 응답자의 지불의사를 조사하였다. 지불의사를 묻는 설문조사는 일대일 면접설문방식을 통해 진행하였다. 응답자의 첫 번째 지불의사에 따라 두 번째 지불의사를 달리 질문해야 하는 조사 방식이 지면을 사용한 설문으로 실시하기에는 어려움이 있기 때문이었다. 또한 개방형 질문을 실시했을 때의 응답자 반응을 살펴본 결과, 대체로 자신이 부담하고 있는 실제 보험료 및 보험적용률 등을 잘 알지 못하며, 상담과정 및 어떤 형태의 상담 서비스를 받을 수 있는지에 대해서도 잘 모르는 경우가 많아, 보험 및 상담에 대한 구체적인 정보를 제시해 주기 위해 대면 설문방식으로 지불의사를 조사하였다. 이를 위해 질문 조사원을 대상으로 사전교육을 통해 상담 및 심리치료와 국민건강보험에 대한 전반적인 내용과 설문 내용 및 목적, 지불의사금액 질문방법에 대해 숙지시킨 후, 면접 설문을 실시하였으며, 그 밖의 인구통계학적 변인 및 심리적 변인에 대한 응답은 설문지를 통해 직접 기입하게 하였다.

측정 도구

본 연구에서는 상담이 국민건강보험에 하나의 옵션으로 들어갈 경우, 발생할 수 있는 추

가 보험료를 지불하는데 있어서 어떠한 요인들이 지불의사에 영향을 미치는지 알아보기 위해 인구통계학적 변인과 심리학적 변인을 사용하였다. 인구통계학적 변인에는 성별, 연령, 상담경험유무, 월급 등이 있고, 심리학적 변인에는 상담의도, 상담태도, 상담효과에 대한 기대, 낙인 등이 있다. 상담경험유무는 ‘있다, 없다’ 두 개의 보기에서 선택하도록 하였으며, 월급은 1점부터(100만원 미만) 5점(500만원 이상)까지 5점 척도 상에서 평정하도록 하였다. 본 연구에 참여한 참여자들이 평정한 월급의 평균은 3.39(표준편차 = .86)로, 평균적으로 200만원~300만원의 월급을 받고 있는 것으로 나타났다. 심리학적 변인은 아래와 같다.

상담을 받을 의도

상담의도는 참여자가 특정 문제를 경험하고 있다고 가정하고 각각의 문제에 대해 전문적 도움추구(상담서비스 이용)를 할 것인가, 즉 얼마나 상담을 받으려 올 것 같은지를 평정하게 되어 있다. 상담의도를 측정하기 위해서는 Cash, Begley, McCown과 Weiss(1975)가 개발하고 Robertson과 Fitzgerald(1992)가 수정한 상담의도 척도(Intentions Seeking Counseling Inventory, ISCI)를 사용하였다. 본 연구에서는 신연희와 안현의(2005)가 한글로 번안한 척도를 사용하였으며, 원래의 총 17개의 문제(예: 대인관계문제, 우울증, 가족 간의 문제, 이성문제, 진로선택) 중 한국사회에서는 비교적 드문 문제라 할 수 있는 ‘약물중독’ 등 7문항을 제외한 10문항만을 1점(절대 아니다)에서 4점(매우 그렇다)로 평정하게 하였다. 신연희와 안현의(2005)는 이 척도의 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)를 .89로, 안정적인 신뢰도로 인정했으며, 본 연구에서 사용한 10문항의 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)

역시 .88로 높게 나타났다.

상담에 대한 태도

연구에 참여한 교사들이 지니고 있는 상담태도를 측정하기 위해서는 Fischer와 Farina(1995)가 10문항으로 간소화한 ‘상담에 대한 태도 척도의 단축형(Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form, ATSPPH-SF)’을 사용하였다. 이 척도는 국내뿐만 아니라 국외에서도 널리 사용되고 있는 척도로 1점(전혀 그렇지 않다)부터 4점(매우 그렇다)으로 4점 리커트 척도 상에서 평정하게 되어 있다. 원래 Fisher와 Turner(1970)는 심리적인 어려움을 겪고 있는 사람들이 전문적 도움(상담 서비스)을 받기까지 도움의 필요성에 대한 인식, 전문가에 대한 신뢰, 낙인에 대한 견담, 대인관계에서 자기 문제에 대한 개방과 같은 4가지 요인의 영향을 받는다고 하였다. 그러나 이후 타당도와 신뢰도를 비판받아, 이에 Fisher와 Farina(1995)가 타당화 작업을 거쳐 단축형인 ATSPPH-SF를 개발한 것이다. 문항의 예로는 ‘만약 내가 오랜 기간 동안 불안과 걱정으로 고통 받았다면 상담(심리치료)과 같은 전문적인 도움을 구하겠다’가 있다. 본 연구에서는 Fisher와 Farina(1995)가 간소화한 10개 문항을 박준호(2009)가 역번역 방법으로 번안한 척도를 사용하였다. ATSPPH-SF 제작 시 전체 문항의 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 .84였고, 본 연구에서의 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 .68였다.

상담효과에 대한 기대

상담효과를 측정하기 위해서는 최보영, 이지희, 김원영, 이상민(2010)의 연구에서 사용한 두 개의 문항들(‘상담은 문제해결에 효과적이

라고 생각한다’와 ‘상담경험이 앞으로 도움이 되었으면 좋겠다’)로 설문하였다. 1점(전혀 그렇지 않다)부터 5점(매우 그렇다)으로 5점 리커트 척도를 사용하여 측정하였으며, 합계 점수가 높을수록 응답자가 상담에 대한 효과를 긍정적으로 인식한다는 것을 의미한다. 최보영 외(2010)의 연구에서는 두 문항간의 상관이 .66으로 높은 편이었으며, 본 연구에서의 상관은 .43이었다.

상담에 대한 지식

상담에 대한 지식 측정을 위해 기소예(2001)가 만든 13문항 중 7문항을 선별하였다. 이 질문지는 상담 전 훈련으로 ‘상담’에 대한 올바른 지식을 어느 정도 취득하게 되는지 알기 위해 기소예(2001)의 연구에서 처음 제작된 것으로 그 내용은 상담에 대한 일반적인 내용을 바탕으로 하여 구성되었다. 문항들은 1점(전혀 그렇지 않다)부터 4점(매우 그렇다)으로 4점 리커트 척도를 사용하여 측정하였으며, 문항의 예로는, ‘상담은 내담자의 문제가 심각한 경우에만 받는 정신 건강 서비스이다’, ‘상담자는 상담을 받으러 온 내담자가 내린 결정이나 선택에 옳다, 그러다는 결정을 한다’, ‘상담을 받으면 모든 것이 완전하게 변할 수 있다’ 등이 있다. 모든 문항은 역 채점하게 되어 있으므로 점수가 높을수록 상담에 대해 올바른 지식을 가지고 있는 것으로 해석된다. 본 연구에서 상담에 대한 지식에 대한 7문항의 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 .65이었다.

낙인

상담에 대한 낙인의 정도를 측정하기 위해 서 Komiya, Good와 Sherrod(2000)가 개발하고 이민지와 손은정(2007)이 번안한 지각된 사

회적 낙인 척도(Stigma Scale for Receiving Psychological Help, SSRPH)와, Vogel, Wade와 Haake(2006)가 제작한 전문적 도움추구와 관련된 자기 낙인 척도(Self-Stigma of Seeking Help Scale, SSOSH)를 사용하였다. Komiya 등(2000)이 개발한 사회적 낙인 척도(SSRP)는 상담 및 심리치료 등 전문적 도움을 받는 것에 대하여 개인이 지각하는 사회적 낙인의 정도를 측정한다. 이 도구는 대학생을 대상으로 만들어졌고, 역 채점 문항 없이 총 5문항으로 구성되어 있다. 기존 문항에서는 0점(매우 불일치)에서 3점(매우 일치)으로 이루어진 리커트 척도를 사용하였으나, 다른 검사도구와의 일관성을 위해 본 연구에서는 1점(전혀 그렇지 않다)부터 5점(매우 그렇다)으로 측정하였다. 점수가 높을수록 상담(심리치료)을 받는 것에 대해 사회적 낙인을 많이 느끼고 있는 것을 의미한다. 문항의 예로는 ‘정서적 문제 혹은 대인관계 문제를 위해 상담(심리치료)을 받는 것은 사회적 낙인을 가져온다’가 있다.

Vogel 등(2006)이 제작한 전문적 도움추구와 관련된 자기 낙인 척도(SSOSH) 역시 대학생을 대상으로 제작되었으며, 총 10개 문항으로 구성되어 있다. 1점(전혀 그렇지 않다)에서 5점(매우 그렇다)까지의 리커트 척도로 평정하며, 높은 점수는 상담서비스 이용과 관련하여 자기 낙인을 더 많이 느끼는 것을 의미한다. 문항의 예로 ‘상담(심리치료)을 받는다면, 나는 자신에게 덜 만족할 것이다’가 있다. 본 연구에서는 사회적 낙인에 관련된 5문항의 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)가 .77, 자기 낙인과 관련된 10문항의 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 .77로 나타났다.

심리적 어려움의 정도

참여자도 현재 겪고 있는 심리적 어려움의 정도를 측정하기 위해서는 ‘귀하는 현재 어느 정도의 심리적 어려움을 겪고 있습니까?’로 설문하였고, 1점(전혀 심각하지 않다)부터 5점(매우 심각하다)까지 5점 척도 상에서 평정하도록 하였다. 즉, 점수가 높을수록 심리적으로 큰 어려움을 겪고 있는 것을 의미한다. 본 연구에 참여한 참여자들 겪고 있는 심리적 어려움은 평균 점수는 2.34(표준편차 = .82)였다.

자료 분석

본 연구에서는 인상된 보험료율에 따른 지불 의사 빈도를 구하기 위해 1%와 2%의 추가 보험료 지불의사를 조사한 집단별로 각각 교차빈도분석을 실시하였다. 추가적으로 지불해야 할 보험료의 지불 의사에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해서는, 추가 비용을 지불할 의사가 있는 집단과 지불의사가 없는 집단으로 구분하여 독립표본 t검증을 실시하였다.

결 과

교차 분석 결과

교차분석을 통해 나온 인상된 보험료율에 따른 지불 의사 빈도를 표 1에 제시하였다. 1%의 추가 보험료를 낼 의사를 39명의 중·고등학교 선생님들에게 물어본 결과, 28명의 선생님들이 1% 증가된 보험료를 낼 의사가 있다고 응답하였다. 이는 월 200만원의 월급을 받는 경우, 현재 월 53,300원의 액수를 내고 있는 보험료에 2만원이 더 인상된 금액으

표 1. 인상된 보험료율(%)에 따른 지불 의사 빈도(%)

지불 의사	있다		없다		있다		없다	
	2% 제시	0.5% 제시	4% 제시	1% 제시				
첫 번째	28명 (71.8)		11명 (28.2)		13명 (36.1)		23명 (63.9)	
두 번째	있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다
지불 의사	10명(25.6)	18명(46.2)	7명(17.9)	4명(10.3)	7명(19.4)	6명(16.7)	15명(41.7)	8명(22.2)

로, 상당히 높은 비율의 응답자가(약 72%) 추가 비용 지불할 의사가 있는 것으로 나타났다. 2%의 추가비용에 대한 수락 여부는 모두 36명의 응답자 중 13명(36.1%)의 응답자가 낼 의사가 있다고 응답하였다. 즉 36.1%의 응답자는 보험에 상담이 적용된다면, 월 200만원의 월급을 기준으로 4만원을 더 추가하여 낼 의사가 있음을 의미한다.

두 번째 추가질문에 대한 응답을 포함한 지불 의사 빈도는, 제시된 추가보험료율에 대해 응답한 첫 번째, 두 번째 지불 의사에 따라 ‘없다-없다’, ‘없다-있다’, ‘있다-없다’, ‘있다-있다’라는 4개의 집단으로 나누어질 수 있다. 예를 들어, 1% 증가된 보험료에 대한 지불 의사를 물어봤을 때 ‘있다’라고 대답한 응답자에게는 2% 증가된 보험료에 대한 지불 의사를 다시 물어보게 되는데, 그 때 응답자가 ‘있다’라고 대답했다면, 이 응답자는 ‘있다-있다’ 집단에 속하게 된다. 반대로 2%의 증가된 보험료에 대한 두 번째 질문에 ‘없다’라고 응답하면 이 응답자는 ‘없다-없다’의 집단에 속하게 된다. 2% 증가된 보험료에 대한 지불 의사의 경우에도 이러한 방식으로 모두 4개의 집단으로 구분이 되어 각 집단의 빈도를 분석하였다. 분석 결과, 1%를 먼저 물어본 집단에서 ‘있다-없다: 1%의 추가보험료는 낼 의사가 있으나 2%의 보험료는 낼 의사가 없다’라고 응답한 명 수는 18명으로 다른 집단에 비해

가장 많은 사람들이 분포해 있었으며, 2%에서는 ‘없다-있다: 2%의 추가보험료는 낼 의사가 없으나 1%의 보험료는 낼 의사가 있다’는 집단에 15명이 포함되어 있어 다른 집단에 비해 가장 많은 사람들이 분포되어 있었다. 이러한 결과는 1% 증가된 보험료는 지불할 의사가 있지만, 2% 증가된 보험료까지는 지불할 의사가 많지 않은 응답자의 일반적인 경향성을 보여주는 것이다.

독립표본 t 검증 결과

추가적으로 지불해야 할 보험료의 지불 의사에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 독립표본 t 검증을 실시하였다. 앞서 교차분석을 실시할 때는 각각의 인상된 보험료율에 대한 추가질문까지 포함했기 때문에 4개의 집단으로 나눠서 분석하였지만, 각각의 집단에 포함된 교사 수가 10명 미만인 집단이 많기 때문에 독립표본 t 검증을 실시할 때에는 1%에 포함된 39명, 2%에 포함된 36명, 이렇게 두 집단으로만 나누어서 t 검증을 실시하였다. 본 연구는 적은 표본수로 진행된 연구이기에 독립표본 t 검증을 통해 집단 간 차이의 유의미성을 보는 것 뿐 만 아니라, 두 집단 간 크기의 차이를 살펴보기 위해서 효과크기(Cohen's d)를 산출하였다. 효과크기(Cohen's d)는 앞서 도출된 t값과 자유도를 통해 산출가능하며 그

공식은 아래와 같다.

$$\text{Cohen's } d = 2r / df$$

응답자들의 심리적 특성을 알아보기 위해 상담 및 도움 행동에 영향을 미칠 것이라고 예상되는 상담태도, 상담효과에 대한 기대, 사회적 및 자기 낙인, 현재 겪고 있는 심리적인 문제의 어려움 정도 등 다양한 변인을 함께 측정하였다. 본 연구에서 사용된 변수들의 기술통계치와 *t*값, 효과크기(Cohen's *d*) 값이 인상된 보험료율에 따라 각각 표 2와 표 3에 제시되어 있다. 표 2와 표 3에서 볼 수 있듯이 1%와 2% 모두, 인구통계학적 변인들과 심리학적 변인들 중, 심리학적 변인인 상담태도와 사회적 낙인이 유의미한 변인으로 분석되었다. 상담의 보험 적용 시, 기존보험료의 1% 인상될 경우에도 지불의사가 있느냐에 대해 지불할 의

사가 있다고 응답한 참여자(*n*=28)의 상담태도 평균은 3.00, 표준편차는 .34이었으며, 지불할 의사가 없다고 응답한 참여자(*n*=11)의 상담태도 평균은 2.72, 표준편차는 .28로 나타나, 유의수준 .05에서 지불의사의 유무에 따라 상담태도에도 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 즉 지불할 의사가 있는 집단의 상담태도가 그렇지 않은 집단보다 높은 것으로 나타나, 상담태도가 높을수록 1%의 추가보험료를 지불할 의사도 더 많아지는 것을 알 수 있었다.

또한 1%의 추가보험료를 지불할 의사가 있다고 응답한 참여자(*n*=28)의 사회적 낙인 평균은 2.30, 표준편차는 .91이었으며, 지불할 의사가 없다고 응답한 참여자(*n*=11)의 사회적 낙인 평균은 2.82, 표준편차는 .45로 분석되어, 두 응답자간의 사회적 낙인에 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 사회

표 2. 1% 지불의사에 따른 변수들의 평균(표준편차) 및 *t*값, 효과크기

	평균 (표준편차)		<i>t</i>	효과크기
	수락집단	비수락집단		
월급	3.26 (.76)*	3.55 (1.13)*	-.91**	-.30*
나이	29.41 (6.50)*	39.82 (7.60)*	-.17**	-.06*
성별	.22 (.42)*	.36 (.50)*	-.88**	-.29*
상담경험유무	.11 (.32)*	0 (0)*	1.80**	.71*
상담의도	2.65 (.72)*	2.30 (.72)*	1.38**	.45*
상담태도	3.00 (.34)*	2.72 (.28)*	2.42**	.80*
상담에 대한 지식	3.20 (.35)*	3.14 (.35)*	.45**	.15*
상담효과에 대한 기대	4.16 (.49)*	4.14 (.64)*	.13**	.04*
자기 낙인	2.21 (.41)*	2.52 (.73)*	-1.34**	-.76*
사회적 낙인	2.30 (.91)*	2.82 (.45)*	-2.37**	-.81*

**p* < .05

주. 성별은 여=0, 남=1로 코딩하였음; 상담경험유무는 없다=0, 있다=1로 코딩하였음.

표 3. 2% 지불의사에 따른 변수들의 평균(표준편차) 및 *t*값, 효과크기

	평균 (표준편차)		<i>t</i>	효과크기
	수락집단	비수락집단		
월급	3.77 (1.01)*	3.26 (.69)*	1.79*	.61*
나이	39.23 (7.61)*	39.57 (9.18)*	-.11*	-.04*
성별	.15 (.38)*	.17 (.39)*	-.15*	-.05*
상담경험유무	.23 (.44)*	0 (0)*	1.90*	1.10*
상담의도	2.53 (.44)*	2.33 (.47)*	1.23*	0.42*
상담태도	3.07 (.32)*	2.80 (.33)*	2.38*	.82*
상담에 대한 지식	3.14 (.35)*	3.09 (.31)*	.44*	.15*
상담효과에 대한 기대	4.27 (.39)*	4.22 (.47)*	.34*	.12*
자기 낙인	2.08 (.50)*	2.29 (.49)*	-1.24*	-.43*
사회적 낙인	2.26 (.87)*	2.80 (.66)*	-2.07*	-.72*

**p* < .05

주. 성별은 여=0, 남=1로 코딩하였음; 상담경험유무는 없다=0, 있다=1로 코딩하였음.

적 낙인의 경우, 상담태도와는 반대로, 사회적 낙인을 크게 지각할수록 추가적 보험료를 지불할 의사가 없다는 것으로 보여주고 있다.

기존보험료에 대한 인상률이 2%일 경우에, 지불할 의사가 있다고 응답을 한 참여자(*n*=13)의 상담태도 평균은 3.07, 표준편차는 .32이었으며, 부정적인 응답을 한 참여자(*n*=23)의 상담태도 평균은 2.80, 표준편차는 .33로 나타나, 유의수준 .05에서 지불의사의 유무에 따라 상담태도에 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 또한 추가보험료를 지불하겠다고 응답한 참여자(*n*=13)의 사회적 낙인 평균은 2.26, 표준편차는 .87이었으며, 지불의사가 없다고 응답한 참여자(*n*=23)의 사회적 낙인 평균은 2.80, 표준편차는 .66로 분석되어, 양 응답자간의 사회적 낙인에 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 1%의 보험인상률의 경우와 같이, 상담태도가 높

을수록 지불의사도 더 높게 나타나는 반면에 사회적 낙인이 높게 지각될수록 추가보험료를 지불할 의사가 없는 것으로 나타났다.

한편 *t*값이 유의미하지는 않지만 효과크기(Cohen's *d*)가 큰 변인으로는 1%에서는 상담경험유무(0.71)와 자기 낙인(-0.76)이 있고, 2%에서는 상담경험유무(1.10)와 월급(0.61)인 것으로 나타났다. 또한 중간정도의 효과크기(Cohen's *d* = 0.5)를 가진 변수는 1%에서는 상담의도(0.45), 2%에서는 상담의도(0.42), 자기 낙인(-0.43)인 것으로 나타났다. 이렇게 연구의 표본이 적어서 *t*값에서는 유의미한 결과를 보이지 않았지만, 효과크기의 값을 통해 상담태도와 사회적 낙인 변인 이외에 상담경험유무나 자기낙인, 상담의도, 월급 등도 추가적으로 지불해야할 보험료의 지불 의사에 영향력을 행사하는 의미 있는 변인으로 고려해야 함을 알 수 있었다.

반 의

본 연구에서는 상담 및 심리치료의 활성화와 상담에 대한 국민의 부정적 정서의 완화를 위한 한 방법으로 상담 및 심리치료의 보험 적용 가능성에 대해 고찰해 보았다. 현재의 국내 상황은 병원에서 이루어지고 있는 심리치료 일부를 제외하고는 어떠한 형태의 보험 상품에서도 전문상담사가 제공하고 있는 상담 및 심리치료에 대한 혜택은 받고 있지 못하고 있는 실정이다. 이러한 상황에서 만일 상담이 보험에 적용이 된다고 가정했을 때, 과연 어느 정도의 추가 비용을 지불할 의사가 있는지를 75명의 중·고등학교 교사들을 대상으로 한 파일럿 연구를 통해 살펴보았다.

그 결과 39명의 응답자 중, 28명(71.8%)이 기존의 보험료보다 1% 증가된 보험료를 낼 의사가 있다고 하였으며, 이 중 추가적으로 질문한 2% 증가된 보험료를 낼 의사를 가진 응답자도 10명에 이르렀다. 또한 2%의 추가 보험료를 낼 의사를 첫 질문으로 조사한 집단에서도 36명 중 13명(36.1%)의 응답자가 보험료를 낼 의사가 있다고 응답하여 전체 응답자(75명) 중 23명(30.7%)이 2%의 추가 보험료를 낼 의사가 있다고 하였다. 이러한 비율은 월 200만원의 월급을 받는다고 가정하였을 경우, 현재 월 53,300원의 액수를 내고 있는 보험료에 40,000(2%)의 추가 비용을 지불하더라도 일년에 10회의 상담 서비스를 받고 싶다는 응답자가 약 31%에 이르고 있음을 보여주는 것이다. 또한 첫 번째 응답과 두 번째 응답을 모두 고려한 결과(표 1 참조)를 살펴보더라도, 56명(74.7%)의 응답자는 최소 1%의 추가보험료를, 75명의 응답자 중 33명은 1%와 2%의 사이의 추가보험료를 낼 의사가 있다는 의사

를 표명하고 있어, 약 44%에 해당하는 사람들이 평균 1.5%의 추가 보험료를 낸다 하더라도 일년에 10회의 상담 서비스를 받고 싶은 의사가 있는 것으로 나타났다. 2010년부터 국민건강보험에 65세 이상의 노인에게 대한 진료비 지원 확대와 더불어 '일부 항암제' 및 '척추 및 관절 질환에 대한 MRI(자기공명영상진단) 검사'가 추가 적용되었다. 기존의 본인부담률에 0.155%를 더 추가 지불함으로써 위의 혜택이 추가 적용된 점을 고려해 봤을 때, 비록 파일럿 연구이지만 본 연구대상자들의 약 75%가 최소 1%의 추가보험료를 낼 의사가 있다고 밝힌 비율은 상당히 높은 지불의사 금액임을 알 수 있다.

또한 이러한 지불의사를 결정하는데 있어서 어떠한 요인들이 작용하는지를 살펴본 결과, 상담태도와 사회적 낙인이 유의미한 변인으로 분석되었는데, 상담에 대한 태도가 높을수록, 사회적 낙인이 낮을수록 추가 보험료에 대한 지불의사가 높아지는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 상담태도 및 낙인(Vogel, Gentile, & Kaplan, 2008; Vogel, Wade, & Hackler, 2007)이 도움행동추구와 각각 정적인, 그리고 부정적인 상관관계를 보이는 연구결과와 유사한 결과로, 추가 보험료 지불의사에도 상담에 대한 기본적인 태도와 사회적 낙인이 중요한 영향을 미치고 있는 것으로 밝혀졌다. 이 밖에도 효과 크기(Cohen's d)를 통해 살펴본 결과에 따르면 상담경험유무나 자기낙인, 상담의도, 월급 등도 추가적으로 지불해야 할 보험료의 지불 의사와 연관이 있는 변인으로 나타나, 상담 및 심리치료의 보험 형태 선정 및 보험료 책정 시 위의 변인들을 고려할 필요가 있음을 보여주었다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫 번째

로, 본 연구에서 탐색해 본 추가보험 지불의사의액이 과대 추정되었을 가능성이 있기에 이에 대한 조심스러운 해석이 요구된다. 우선 본 연구에서는 교직원들의 특성상 일정한 보험료를 지불하기 때문에 예상액수 추정에 있어서 편차를 최대한 줄이고자 교사 집단을 선정하여 설문 실시하였으나, 다른 한편으로는 교사집단이 다른 직업군에 비해 안정성이 높은 집단이라는 특수성으로 인해 추가 지불의사의액이 더 높게 나왔을 가능성이 크다. 또한 지불의사의액을 두 번 질문해야 하는 연구 방법상의 특성으로 대면설문을 실시하였지만, 질문자의 시선을 의식해서 의도적으로 지불의사의액을 높게 응답하였을 수 있다는 점을 염두하고 지불의사의액을 이해해야 할 것이다.

또 다른 연구의 제한점으로는 심리적 변인을 측정할 도구와 관련된 부분으로, 본 연구에서는 설문 실시의 편의를 위해 일부 문항만을 선별하여 심리적인 변인을 측정하였다. 이런 이유로 설문도구의 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)가 다소 낮은 경향을 보이고 있기에(상담에 대한 태도=.68; 상담효과에 대한 기대=.60; 상담에 대한 지식=.65), 후속 연구에서는 이러한 측정도구의 한계점을 보완하고 좀 더 타당한 측정도구를 통한 연구가 이루어져야 할 것으로 보인다.

마지막으로, 상담과 관련된 교사직무연수과정(진로와 국어)에 참여하고 있는 적은 수의 교사들만을 표본으로 한 연구이기에 본 연구의 결과를 일반화하기에는 어렵다는 점이다. 특히 본 연구에 참여한 교사들의 경우, 상담에 대한 사전 지식이 많고 상담의 필요성에 대해 긍정적인 인식을 갖고 있는 집단이기에 본 연구의 결과를 성인들의 일반적인 경향으로 보기에는 한계가 있다. 그렇기에 차후에는

경제 활동을 하는 일반 직장인 및 성인을 대상으로 하는 연구를 진행될 필요가 있다.

다양한 영역(심장, 뇌혈관, 결핵환자 등)에서의 보장성 확대를 통해 개인의 의료비 부담률을 줄이고 있는 현재의 우리나라 보험 시장 추이를 고려한다면(메디컬투데이, 2009), 심리상담 서비스도 머지않아 보험혜택의 적용 대상이 될 수 있을 것이라는 가능성을 가지고 진행된 연구였다. 그러나 만일 심리상담 서비스가 보험에 적용되어 혜택을 받게 된다 하더라도, 많은 사람들이 그 혜택을 누릴 수 있게 활성화하기 위해서는 상담의 효과에 대한 신뢰를 심어 줄 필요가 있을 것으로 여겨진다. 설문 조사 시, 많은 응답자들이 상담을 받게 된다면 어느 정도의 효과가 있을지에 대한 의문을 많이 제기했는데, 이러한 응답자의 반응은 상담서비스 추가 적용으로 인한 지불의사를 결정할 때 상담자의 전문성이 중요한 판단 근거로 작용할 수 있음을 시사하는 것이다.

본 연구는 상담이 국민건강보험 혜택에 적용이 된다고 가정하였을 때, 현재 보험료에서 어느 정도의 추가적 비용을 지불할 의사가 있는지 살펴보고, 상담이 국민건강보험에 하나의 옵션으로 들어갔을 경우, 발생할 수 있는 추가 보험료를 지불하는데 있어서 어떠한 요인들이 지불의사에 영향을 미치는지 알아보았다. 비록 일부 교사들을 대상으로 한 파일럿 연구였지만 상담 및 심리치료를 받기 위해 추가적인 보험료를 지불할 의사가 있음을 보여 주었기에, 본 연구를 발판으로 상담의 보험 적용에 대한 상담서비스 관련 종사자들의 인식 및 정책입안 가능성에 대한 추가적인 연구들이 이루어져야 할 것으로 생각된다.

참고문헌

건강보험관리공단 연구센터 (2006년, 7월). (제 인 용) 월간 보고서 - 영국 국가건강서비스 (NHS) 개요와 현황. <http://idea.borongs.net/1180560522>

권영란, 이정숙 (2002). 해결중심 집단상담 프로그램이 알코올중독자의 삶의 의미와 금주자기효능감에 미치는 효과. *정신간호학회지*, 11(3), 336-351.

기소에 (2001). 상담 전 훈련(Pretherapy Training)이 상담/심리치료에 대한 태도, 지식 및 기대에 미치는 영향. *이화여자대학교 대학원 석사학위논문*.

김선하, 김춘경 (2010). 대인관계 집단치료와 인지행동 집단치료가 청소년 우울 및 관련 변인에 미치는 효과. *청소년학연구*, 17(3), 55-86.

대한병원협회 (2010). 건강보험요양급여비용: 2010년 1월판.

메디컬투데이, 2009-12-10, '건강보험료율 4.9% 인상, 보장성은 확대'

박승민 (2009). 청소년 인터넷 중독 집단상담 프로그램의 효과에 대한 메타분석. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 21(3), 607-623.

박승민, 장선숙, 임은미(2007). 대학생의 인터넷 중독경향 감소를 위한 집단상담의 효과. *교육심리연구*, 21(1), 27-45.

박준호 (2009). 남자 대학생들의 성 역할 갈등과 상담 의도와의 관계: 사회적 낙인, 자기 낙인, 상담에 대한 태도의 매개 효과. *연세대학교 대학원 석사학위논문*.

반건호, 김종우, 조아랑, 박진경, 김영중, 박준현 (2007). 민간정신건강보험에서 정신과

질환에 대한 보험비 지급 관련 약관 현황과 문제. *대한신경정신학회지*, 46, 373-377.

손정락, 이유라 (2009). 인지 행동 치료가 대학생의 인터넷 중독 수준, 부정적 자동 사고 및 자기 도피에 미치는 효과. *사회과학연구*, 33, 31-47.

신연희, 안현의 (2005). 전문적 도움추구 행동에서 접근요인과 회피요인의 상대적 중요성 고찰. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 17(1), 177-195.

신재은 (2009). 발표불안 감소를 위한 인지행동적 집단상담의 효과. *상담학연구*, 10(1), 285-297.

오영수 (2002). 민간건강보험 활성화의 필요성과 과제. *대한병원협회지*, 32, 49-60.

오홍석, 이해원, 박용천 (2007). 한국에서 우울증의 비약물학적 치료의 현황과 요구도. *생물정신의학*, 14(1), 21- 27.

이경옥 (2001). 문제음주자를 위한 해결중심 집단 상담의 효과성 연구. *한림대학교 사회복지대학원 석사학위논문*.

이민지, 손은정 (2007). 낙인과 전문적 도움추구 의도 간의 관계: 전문적 도움추구 태도의 매개 효과. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 19(4), 949-966.

이상민, 남숙경, 이미경 (2009). 정신건강서비스의 경제적 가치: 대학상담활동을 중심으로. *한국심리학회지: 일반*, 28(2), 363-384.

이준영 (2003). 의료보험 민영화에 대한 비판적 고찰. *사회보장연구*, 19(2), 137-159.

임은미, 임찬오 (2003). 국내 집단 진로지도 및 상담 프로그램의 효과에 관한 메타분석. *청소년상담연구*, 11(2), 3-11.

조민아 (2004). 집단상담이 대인관계에 미치는 호

과에 관한 메타분석. *전북대학교 석사학위논문*.

정형근 (2009). 전국민 건강보험 20주년 및 노인장기요양보험 1주년을 맞이하여(권두인). *건강보장정책*, 9, 4-9.

채명희 (2006). 학교적응을 위한 국내 집단상담 성과연구에 대한 메타분석. *대구대학교 석사학위논문*.

최보영, 이지희, 김원영, 이상민 (2010). 경제적 가치 추정을 통한 전문상담교사제도의 성과분석. *교육방법연구*, 22(1), 243-263.

최정선 (2004). 집단상담이 자기존중감에 미치는 효과에 관한 메타분석. *한국교원대 석사학위논문*.

Arrow, K. J., Solow, R., Leamer, E., Portney, P. R., Randner, R., & Schuman, H. (1993). Report of the NOAA panel on contingent valuation. *Federal Register*, 58(10), 4601-4614.

Cash, T. F., Bagley, P. J., McCown, D. A., & Weise, B. C. (1975). When counselors are heard but not seen: Initial impact of physical attractiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 22(4), 273-279.

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. NY: Oxford University Press.

Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36(4), 368-373.

Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an

attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.

Komiya, N., Good, G. E., & Serrod, N. B. (2000). Emotional openness as predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138-143.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. In A. E. Bergin & S. L. Farfield(Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*(4th ed., pp. 143-189). *New York: Wiley*.

Landerman, L. R., Burns, B. J., Swartz, M. S., Wagner, H. R., & George, L. K. (1994). The relationship between insurance coverage and psychiatric disorder in predicting use of mental health services. *American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1785 - 1790.

Rabinowitz, J., Bromet, E. J., Lavelle, J., Severance, K. J., Zariello, S. L., & Rosen, B. (1998). Relationship between type of insurance and care during the early course of psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 155(10), 1392-1397.

Robertson, J. M., & Fitzgerald, L. F. (1992). Overcoming the masculine mystique: Preferences for alternative forms of assistance among men who avoid counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2), 240-246.

Tang, C., Liu, J., Chang, C., & Chang, W. (2007). Willingness to pay for drug abuse treatment: Results from a contingent valuation study in Taiwan. *Health Policy*, 82(2), 251-262.

World Health Organization (2009). *Country reports*

- and charts available. http://www.who.int/mental_health/media/repkor.pdf
- The world health report; mental health (2010). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
- Thomas, K. C., & Snowden, L. R. (2001). Minority response to health insurance coverage for mental health services. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 4, 35-41.
- Unutzer, J., Katon, W. J., Russo, J., Simon, G., Korff, M. V., Lin, E., Walker, E., Ludman, E., & Bush, T. (2003). Willingness to pay for depression treatment in primary care. *Psychiatric Services*, 54(3), 340-345.
- Vogel, D. L., Gentile, D. A., & Kaplan, S. A. (2008). The influence of television on willingness to seek therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 276-295.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325-337.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: the mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50.
- Vogel, D. L., Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 351-361.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007). Avoidance of counseling: psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling & Development*, 85(4), 410-422.

원고접수일 : 2010. 10. 20
수정원고접수일 : 2010. 12. 9
게재결정일 : 2011. 2. 9

한국심리학회지 : 상담 및 심리치료
The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy
2011, Vol. 23, No. 1, 213-230

A Pilot Study of Teacher's Willingness to Pay for Insurance Premium for Counseling and Psychotherapy

Bo Young Choi A Reum Kim Boram Kim Sang Min Lee

Korea University

This study aimed to explore the likelihood of insurance coverage for counseling/psychotherapy in order to increase in utilizing more counseling/psychotherapy service and reduce individual financial burden in receiving those services in South Korea. For this purpose, 75 middle and high school teachers were recruited to examine their willingness to pay more premiums for receiving counseling/psychotherapy service, if counseling/psychotherapy is added as another option to National Health Insurance. Findings of this study showed that people who showed positive attitude toward counseling/psychotherapy and exhibited less social stigma were more willing to pay more premiums for receiving those services. Among 75 participants, additionally, 56 (74.7%) participants were willing to pay 1% more premium to receive ten counseling/psychotherapy sessions per year and 33 (44.0%) teachers were willing to pay 1~2% more premiums to receive those service. Results of this study implied that insurance coverage for counseling/psychotherapy would be possible in Korea.

Key words : counseling/psychotherapy, national insurance coverage, willingness to pay (WTP)