

연구보고서 2016-20-017

www.nhimc.or.kr

실비보험가입여부에 따른 응급실 이용차이

■ 정상원 · 송복희 · 정인영 · 강민진

NHIS

2016 NHIS Ilsan Hospital
National Health Insurance Service Ilsan Hospital

 국민건강보험 일산병원 연구소

연구보고서

2016-20-017

실비보험가입여부에 따른 응급실 이용차이

정상원 · 송복희 · 정인영 · 강민진



국민건강보험 일산병원 연구소

본 연구보고서에 실린 내용은 국민건강보험 일산병원의 공식적인 견해와 다를 수 있음을 밝혀드립니다.

머리말

국민건강보험 일산병원은 신 포괄수가제, 포괄간호서비스 등 다양한 국책과제를 수행하면서 진료의 적절성 제고를 위해 노력하고 있고 그 동안의 성과는 국내 의료정책 결정에 중요한 근거를 제공하였다. 거시적인 측면에서의 정책 연구는 지속되어야 한다고 판단되지만 방대한 빅데이터를 이용한 의학적 연구도 병행하여 학문적인 성과로 정책연구의 가치를 높여야하는 시점이다.

의학의 발전과 건강에 대한 관심은 개인 수명을 증가시켰고, 이로인해 노인인구가 계속 증가하는 고령화 사회로 들어서게 되었고, 다시 또 의료서비스에 대한 욕구가 증가할 수밖에 없게 되는 흐름이 되었다. 그러나 우리나라 국민건강보험 보장율은 선진국에 비해 낮아 의료비 부담이 개인 및 가계에 부담이 될 수도 있다. 이 부담의 경감과 의료재정의 보충하기 위한 민간의료보험은 보완적, 보충적 역할을 해야 함에도 의료 소비를 추가로 더 증가시킨다는 의견이 많다. 이런 의료 소비의 증가는 국민건강보험 재정의 감소를 동반하므로, 상황에 따라 국가적 의료재정의 낭비를 초래하게 된다.

기존에 많은 민간의료보험 관련 연구에서는 주로 외래와 입원서비스에 관해 다양한 결과의 논란이 계속되고 있다.

본 연구에서는 한정된 자원으로 무한한 수요를 감당해야하는 응급서비스에서 실손형 민간의료보험의 효과를 알아보고, 특히 비응급 증상으로 응급서비스를 이용하는 경우 실손형 민간보험이 어떠한 영향을 얼마나 미치는 지 알아보고자 하였다. 그리고 이를 통해 보다 효율적인 응급서비스를 위한 적절한 방법에 대해 고민해 보고자 한다. 이러한 작은 해결 방안들이 쌓이다보면 사회적 문제가 되고 있는 응급의료전달 체계 및 응급서비스 개선에 도움이 될 것으로 생각한다.

끝으로 본 보고서에서 저술한 내용은 저자들의 의견이며, 보고서 내용상의 하자가 있는 경우 저자들의 책임으로 국민건강보험 일산병원 연구소의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2016년 12월

국민건강보험공단 일산병원장

강종규

일산병원 연구소 소장

장호별

목 차

요 약	1
제1장 서론	7
제1절 연구 배경 및 필요성	9
제2절 연구 목적	13
제2장 연구대상 및 연구자료	15
제1절 연구대상 및 연구자료	17
제2절 연구방법	18
제3장 연구결과	27
제1절 의료패널과 의료서비스	29
제2절 의료패널의 보험가입	37
제3절 실손의료보험 가입여부에 따른 연간 응급서비스 이용	41
제4장 고찰	53
제1절 연구방법에 대한 고찰	55
제2절 제한점	57
제5장 결론	59
제1절 결론	61
제2절 정책제언	61
참고문헌	67

표목차

〈표 1-1〉 연간 전국 응급환자 진료건수 추세(중앙응급센터 응급의료 통계연보)	11
〈표 3-1〉 의료패널 연간자료	31
〈표 3-2〉 연간 의료서비스 종류별 이용 빈도 및 인별 건당 의료비	33
〈표 3-3〉 외래, 응급서비스 이용자 특성	34
〈표 3-4〉 연간 응급서비스 이용	36
〈표 3-5〉 연간 연령대별 실손의료보험 가입률	38
〈표 3-6〉 실손의료보험 가입여부에 따른 요인	39
〈표 3-7〉 연간 실손의료보험 가입여부에 따른 응급서비스 이용 건수 및 의료비	41
〈표 3-8〉 응급서비스 증상별 비교	43
〈표 3-9〉 실손보험 가입 여부에 따른 응급서비스 이용 차이	45
〈표 3-10〉 응급서비스 이용에 영향을 미치는 요인	47
〈표 3-11〉 응급증상으로 응급서비스를 이용하게 될 오즈비	48
〈표 3-12〉 비응급증상으로 응급서비스를 이용하게 될 오즈비(ref=응급서비스 이용 않은 군) ...	50
〈표 3-13〉 실손보험 가입여부에 따른 응급서비스 이용의 오즈비	51

그림목차

[그림 1-1] 연간 응급환자수 추이(중앙응급의료센터 응급의료 통계연보)	11
[그림 3-1] 조사가구 및 가구원 추이	29
[그림 3-2] 조사가구원 연령별 구성비 추이	30
[그림 3-3] 의료서비스별 의료건수 추이	32
[그림 3-4] 의료서비스별 의료비 추이	33
[그림 3-5] 증상별 응급서비스 이용 추이	36
[그림 3-6] 연령대별 실손의료보험 가입률 추이	37
[그림 3-7] 실손의료보험 가입여부에 따른 평균 응급서비스 의료비	42
[그림 3-8] 실손의료보험 가입여부에 따른 응급서비스 이용률과 이용건수 비율	42

요약

I. 서론(연구의 배경 및 필요성)

- 국민의 대다수가 공공의료보험인 국민건강보험에 가입되어 있는 상태이나, 그 보장은 63.2%(2014년)임
- 민간의료보험으로 인한 도덕적 해이와 역선택에 대한 연구 및 보고가 많음
- 응급의료서비스 이용 환자 수는 지속적으로 상승 추세이며 입원환자 경우에 비해, 외래환자의 증가 비중이 더욱 큼
- 응급의료서비스는 한정된 공간과 자원으로 다양한 증상과 중증도의 환자들을 진료해야 하므로 그 수요에 대한 예측이 어렵고, 사회안전망으로서의 역할도 요구됨
- 적절한 응급의료서비스 제공을 위해 최소한의 기준에 대한 법적 규정이 만들어짐
- 실손형 민간의료보험가입자는 응급의료서비스 이용 시 경제적 장벽의 제한이 감소하므로 비응급상황에서도 응급의료서비스를 외래서비스처럼 이용할 가능성이 있음
- 응급의료서비스에서 비응급환자의 증가는 사회안전망으로서의 기능과 국민건강보험 재원의 효율적 활용에 부정적인 영향을 줌

II. 연구 대상 및 연구 방법

1. 연구대상

- 한국의료패널 자료 중 2008년부터 2013까지의 전 수를 연구대상으로 하였으며, 가구에 대한 분석보다는 각 가구원 전체를 연구대상으로 하여 분석
- 독립변수 : 실손의료보험 가입(주계약 형태에서 실손형인 경우는 모두) 여부
- 설명변수 :
 - 인구학적 요인(성별, 나이, 배우자유무, 거주지(서울시, 광역시, 기타))
 - 사회경제적 요인(교육수준, 경제활동유무, 가구원별 연소득)
 - 건강관련 요인(의료보장형태, 장애여부, 만성질환여부)
 - 의료이용관련 요인(외래이용 건수)
- 종속변수 : 응급서비스 이용(응급증상, 비응급증상으로 이용군)

2. 연구방법

- 자료에 대한 연도별 추이 관찰(기술통계)
- 응급의료서비스 이용에 관한 실손형 민간의료보험의 영향 비교(로지스틱 회귀분석)

III. 연구결과

- 실손의료보험 가입자는 응급서비스 이용에 있어 미가입자보다 1.278(1.209~1.351)배 더 이용할 가능성이 높고, 응급증상으로 응급서비스를 이용할 가능성도 1.227(1.127~1.323)배 높았으며, 비응급증상으로 응급서비스를 이용할 가능성은 가입하지 않았을 때에 비해 1.324(1.127~1.323)배나 높았음

IV. 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

- 단면적 연구방법을 사용하였기에 인과관계 판단에 제한점이 있음
- 질적 부분에 해당하는 보험료에 대한 분석이 빠짐
- 조작적 정의에서 관련 선행연구의 변수정의를 참고하는 타당성 검증 과정이 제한적이었음
- 내원한 응급 의료기관의 규모에 대한 분석이 없었음
- 내원수단과 만족도에 대한 분석을 하지 못함

2. 연구결과에 대한 고찰

- 소아를 포함하여 분석함으로써 기존과 다른 응급, 비응급 분포의 결과 값을 보임
- 기존의 타 연구와 같이 실손형 민간의료보험 가입률은 전체적으로 증가하고 있는 추세로 특히 젊을수록 가입률이 높으며, 60대부터는 거의 가입하지 못하고 있음
- 실손의료보험가입으로 인한 응급서비스 소비 증가가 도덕적 해이나 역선택을 구분할 수는 없었으나, 실손의료보험 가입은 응급서비스 이용을 증가시키며, 특히 비응급인 경우임에도 응급서비스를 이용할 가능성이 높음

V. 결론

- 교육수준이 낮고, 경제활동을 하지 않거나 실손의료보험가입자가 응급서비스를 더 많이 이용하며, 비응급증상으로 응급서비스를 이용할 가능성이 더 높았으므로, 실손보험 가입자의 응급의료서비스 이용에 대한 다양한 조정이 필요할 것으로 생각함.

- 실손보험 가입자의 응급의료서비스 이용에 대한 조정은 응급의료의 질 향상은 물론이고 응급증상으로 응급실을 내원하는 환자에 대해 보다 효율적이고 적절한 의료서비스를 제공하고, 응급실의 과밀화를 해소하는데도 도움이 될 것으로 추정됨

VI. 제언

- 국가적 차원의 의료비 보장을 상승이 실손의료보험의 도덕적 해이나 역선택 등으로 의료서비스의 불평등을 해소할 수 있을 것으로 생각함
- 비응급증상으로 응급서비스를 이용하는 환자를 줄이기 위해 노력해야 함
 - 환자, 의사간 신뢰회복
 - 응급서비스의 공공성에 대한 교육과 홍보
 - 비응급 증상인지 응급증상인지를 분류하고 안내와 연락을 담당하는 부서
 - 예방적 차원의 일차진료시에 응급상황에 대한 교육 및 안내
- 실손보험의 개인별 그리고 이용서비스별의 차등화
- 실손보험의 응급서비스 이용 시 보장의 횟수 제한 등의 통제 정책
- 비응급 증상 환자의 응급서비스 요구 시에 상황에 따른 진료 거부의 법적 보완 필요
- 합리적 보상 정책을 동반한 일차진료의 순환제 야간 진료
- 패널 조사 항목에서 응급서비스의 경우 내원시의 증증도 분류 및 재원시간에 대한 항목 추가 필요

제1장

서론

제1절 연구의 배경 및 필요성	9
제2절 연구 목적	13

제1장 서론

제1절 연구 배경 및 필요성

대한민국 헌법 10조에서 국민들이 인간으로서의 존엄과 가치를 지니며, 행복을 추구할 권리를 가지며, 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 보장할 의무를 진다고 규정하고, 또한 34조에서 모든 국민은 인간다움 생활을 할 권리를 가지며, 국가는 사회보장, 사회복지 증진에 노력할 의무를 지며, 재해를 예방하고 그 위험으로부터 국민을 보호하기 위해 노력해야 한다는 조문을 통해 국민의 건강권을 포괄적으로 보장하고 있다. 또한 보건의료기본법은 모든 국민이 법률이 정하는 바에 의해 자신과 가족의 건강에 관해 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별, 연령, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 않는다고 규정하고 있다. 이를 위해 대한민국은 2000년 7월부터 여러 의료보험 조합이 통합되면서 국민건강보험이라는 사회보험제도로써 국민들의 의료이용의 형평성과 접근성 향상 및 건강수준을 향상시키기 위해 노력해 왔다.

현재 국민의 대다수가 공공의료보험인 국민건강보험에 가입되어 있는 상태이나, 보장율은 63.2%(2014년) 정도에 불과하여, 진료 시 직접 지불해야 하는 환자의 비용은 가계재정에 큰 부담이 될 수도 있다. 국민건강보험에서 보장하는 의료비외의 본인부담금과 신약이나 신의료기술 등을 이용한 의료서비스 등을 포함하는 비급여 의료비가 환자가 직접 부담해야 할 의료비가 된다. 약 70% 수준인 다른 선진국의 경우에 미치지 못하는 낮은 보장율로 인해 우리나라에서는 민간의료보험¹⁾이 보완하는 역할을 하며 많은 국민들이 질병이나 재해로 인한 경제적 손실을 완화하기 위해 민간의료보험에 가입하고 있다고 하였다¹⁻⁴⁾. 우리나라에서의 민간의료보험은 주로 공적 보험을 보완하거나, 공적 보험으로 만족시킬 수 없는 의료 수요를 만족시키기 위한 보충적인 수단이 된다.

이러한 환경에서 정부는 각 환자 개인의 의료비부담을 경감하면서 공공보험의 부족

1) 한국의료패널에서는 정액형과 실손형으로 구분을 하여 조사하였다. 이후 연구의 이해를 위해 정액형 민간의료보험은 정액의료보험으로 실손형 민간의료보험은 실손의료보험으로 호칭한다.

분을 보완하기 위해 2000년대 초부터 민간의료보험을 권장하게 되었다⁴⁾.

민간의료보험은 생명보험사를 통해 사전에 정해진 진단에 대해서 일정 금액을 지급하는 정액형으로 시작되었으나, 2003년 보험법개정을 통해 생명보험사에서도 정액형과 달리 개인 부담의료비를 실제적으로 보충하는 실손형 민간의료보험 형태로 판매가 가능해졌다. 주로 손해보험사를 통해 판매되기 시작한 초기의 실손형 민간의료보험은 그 가입자가 많지는 않았으며, 개인보다는 단체계약의 형태로 가입되었고 단독상품보다는 특약형의 형태로 판매되었다.

2008년부터 생명보험사를 통한 실손형 민간의료보험의 가입자가 급증하기 시작하여 현재에 이르고 있으며, 실손형 민간의료보험이 보험법에 의해 판매되기 시작한 후 많은 부분에서 국민 개인의 의료비의 부담 경감에 기여하고 있다. 그러나 국민건강보험을 제외한 민간의료보험 상품에 대한 구매능력의 차이는 의료서비스의 이용 가능성의 차이로 나타나게 된다^{5,6)}. 즉 민간의료보험은 비용부담능력에 따라 의료서비스 구매력의 차이를 확대시키게 되어, 건강관리 등 의료서비스 이용에 도덕적 해이²⁾나 역선택³⁾ 등의 차별화를 유발하게 될 가능성이 있게 된다.

기존 연구에서 실손형 민간의료보험으로 인한 도덕적 해이가 있다고 보고하였고, 입원서비스의 경우보다는 외래서비스에서 더 나타나는 것으로 보고하였다. 또한 사회의 고령화와 국민의 의료 소비욕구의 증가 등의 변화에도 불구하고, 국민건강보험의 불충분한 보장성은 많은 국민들이 보완적 의미의 민간의료보험에 가입하게 되는 결과를 낳게 되었다고 보고하였다^{2,4)}. 그러나 기존의 민간의료보험 관련 연구들은 대부분 외래와 입원서비스 이용에 대한 도덕적 해이나 역차별에 대한 연구들이 대부분으로 응급서비스 이용에 대한 논의는 거의 없었다.

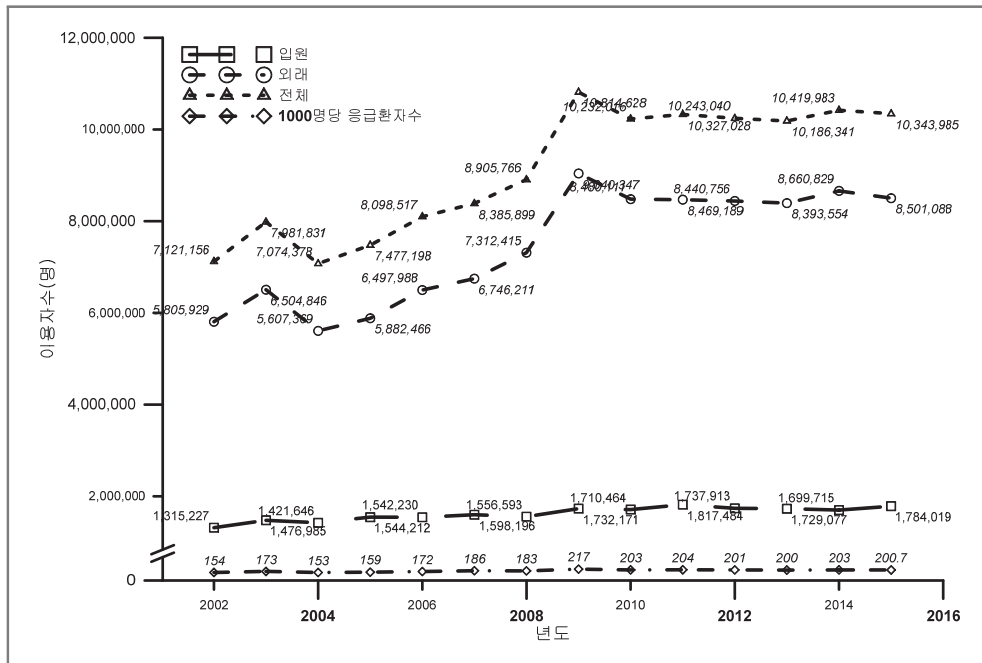
응급서비스 역시 매해 이용 환자수가 증가하고 있으며, 특별한 사건의 유무에 따라 이용 환자수가 급변하기도 하였으나, 지속적인 상승 추세에 있다⁴⁾. 그 이용 환자 증가에 더 큰 영향을 주는 것은 입원치료를 받게 되는 환자들의 수에 비해 외래서비스처럼 진료 후 퇴원하는 환자들의 수의 증가가 이다(표 1-1. 중앙응급의료센터 연보 참조).

-
- 2) 도덕적 해이란 보험에 가입하지 않을 때보다 가입할 때 더 많은 의료서비스 이용을 추구하는 것으로 본인부담금(경제학적 한계비용)이 낮게 되어 의료이용을 늘리는 합리적 경제활동의 결과로 숨겨진 행동에 관한 것으로 사후적 성향
 - 3) 숨겨진 특성에 관한 것으로 정보의 불균형을 바탕으로 의료이용이 높은 사람에 본인 부담금을 낮추기 위해 보험에 가입하는 것으로 사전적 성향의 개념
 - 4) 2009년은 전국적으로 신종플루의 유행

〈표 1-1〉 연간 전국 응급환자 진료건수 추세(중앙응급센터 응급의료 통계연보)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
외래	5805929	6504846	5607369	5882466	6497988	6746211	7312415
입원	1315227	1476985	1421646	1544212	1542230	1598196	1556593
DOA			45363	50520	58299	41492	36758
사망							
계	7121156	7981831	7074378	7477198	8098517	8385899	8905766

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
외래	9040347	8480111	8469189	8440756	8393554	8660829	8501088
입원	1732171	1710464	1817484	1737913	1729077	1699715	1784019
DOA	42110	41441	40355	38879	26978	28607	29694
사망				25492	36732	30832	29184
계	10814628	10232016	10327028	10243040	10186341	10419983	10343985



[그림 1-1] 연간 응급환자수 추이(중앙응급의료센터 응급의료 통계연보)

응급서비스는 중증질환을 포함하여 외상에 의한 응급 환자들의 진료와 치료를 담당하는 것이 일차적인 역할이며, 예기치 못한 질병과 상해를 입은 환자들을 긴급하게 치료하거나, 각종 재난이나 재해 시에 사회안전망으로서의 기능을 수행해야한다⁷⁾. 또한

한정된 공간과 자원을 이용하여 다양한 증상과 중증도를 가진 환자들의 수요에 맞춰 적절한 의료서비스를 제공하여야 하며, 환자의 수요와 상태에 대한 예측이 어렵다는 특성이 있다. 그러므로 국가에서는 국민의 응급서비스이용 수요를 위해 의료기관 별 최소한 기준을 법적으로 정하고 있으나, 최소한의 기준으로는 상황에 따라 급변하는 다양한 수요를 감당하기는 어려우며, 항상 충분할 정도의 자원을 준비를 하기에는 각 의료공급자의 경제적 부담이 지나치게 크기 때문에, 국가적 지원이 중요한 역할을 한다.

이와 같이 응급서비스의 진료 특성에 의해 최대한의 효율적인 진료를 위한 노력이 중요하며, 이런 효율적 진료를 위한 수단으로 환자들에 대한 중증도 분류 등의 방법을 활용하여 응급한 환자에게 우선적으로 자원과 시간을 분배하고 있다. 그러나 제한된 자원과 환경으로 인해 환자들의 불만족을 완전히 충족시킬 수는 없으며, 비응급 환자들에 대한 응급의료 자원과 시간의 소모는 실제로 응급한 환자들에게 불충분한 응급의료서비스를 제공할 가능성을 높이게 된다.

결국 응급서비스를 제공하는 측면에서는 운영에 있어 비효율성을 초래하며, 혼잡, 대기시간의 연장, 중증 질환자의 치료 지연, 질 보장문제, 환자들의 불만족 등을 야기하게 되고 개인적 및 사회적 낭비를 초래한다⁸⁻¹⁰. 이런 비효율성은 각 환자 자신에게 처한 상황에 따라 비응급한 경우의 응급의료 자원 소모로 인해, 결국 환자 자신이 응급한 상황에서 부족한 응급의료서비스를 받게 되는 일이 생길 수도 있다.

또한 다양한 민간의료보험에 가입된 환자들의 경우 응급의료서비스를 받은 후에도 진료외의 목적으로 각종 진단서등의 행정 절차를 위한 증명서 발부를 위해 응급실로 내원하게 되므로, 작은 부분이나마 응급서비스의 자원을 중복해서 비효율적으로 소비하게 된다고 하겠다.

응급하지 않은 환자의 응급실 진료를 줄이기 위해 응급의료관리료 등과 외래서비스에 비해 좀 더 높은 응급수가 등의 경제적 제한이 있었으나, 환자 본인의 직접적인 의료부담을 줄여주는 실손형 민간의료보험으로 인해 그 의미가 퇴색되고, 비응급 상황에서도 외래서비스처럼 응급의료서비스를 이용하게 되면 국민건강보험의 재원 낭비에 더하여 생명구조의 측면이 강조되는 응급상황의 환자를 위한 응급의료 서비스에도 부정적인 영향을 미칠 수밖에 없다.

제2절 연구 목적

연구자들은 응급서비스이용의 변화 추이 및 실손의료보험 가입에 대한 추이를 살펴보고, 응급서비스이용과 응급하지 않은 경우임에도 응급의료서비스를 이용하는 데 영향을 미치는 요인들에 대해서 알아보고, 실손형 민간의료보험의 가입이 응급 또는 비응급 상황에서 응급의료서비스 이용에 대한 영향을 알아보고자 본 연구를 진행하게 되었다.

5) 실손형 민간의료보험이 실손보험의 단독상품으로 판매되기 시작한 것은 2013년부터이나 본 보고서에서는 구별이 필요한 경우를 제외하고는 실손의료보험으로 호칭

제2장

연구대상 및 연구자료

제1절 연구대상 및 연구자료	17
제2절 연구방법	18

제2장

연구대상 및 연구자료

제1절 연구대상 및 연구자료

국민들의 보건의료서비스 이용과 이에 따른 비용지출 그리고 재원에 대한 통계산출과 직, 간접으로 영향을 미치는 요인의 규명과 그 추이에 대해 지속적인 관찰로 국가보건의료체계의 대응성 및 접근성 향상과 효율화를 위한 정책 수행의 기초정보를 제공하기 위한 목적으로, 2008년부터 국민건강보험과 한국보건사회연구원에서 공동으로 조사하기 시작한 한국의료패널 자료를 대상으로 연구를 진행하였다. 한국의료패널 자료는 회상오류의 감소를 위해 건강가계부 기입방식과 실제 의료를 이용한 영수증을 증빙자료로 수집하도록 하고 조사원 면접조사 방식으로 시행되는 특성이 있으며, 2005년 인구주택총조사 90%의 전수 자료를 표본 추출 틀로 하여 층화집락추출방식으로 표본 추출된 자료이다. 첫 표본(1차, 2008년 상반기조사 대상)은 7866가구 24616명이며, 조사대상의 사망이나 조사거부 등의 이탈가구 발생으로 인해 2012년 조사에 이르러 5856가구 17417명으로 감소하였다. 이에 전국적으로 약 2500가구를 추가 표본으로 추출하였으며, 2013년 자료에서는 첫 자료 5521가구 16247명에 2222가구 6454명이 추가되었고, 2014년 자료에서는 첫 자료 5284가구 15263명에 신규가구 2055가구, 신규가구원 5955명이 추가되었다.

본 연구는 현시점에서 공개된 자료인 2008년부터 2013년까지의 자료에 대해 각 연도의 자료에 대해 동일한 방법으로 자료를 비교하고, 매해마다 변하는 추이를 파악하고, 전체 자료를 이용하여 실손의료보험이 비응급증상으로 응급서비스를 이용하게 되는 데 어떠한 영향을 미치는지 알아보고자 하였다.

제2절 연구방법

1. 문헌고찰

민간의료보험에 관해서는 많은 연구들이 진행되었고 특히 가입자의 특성 및 가입에 영향을 미치는 요인들에 대한 연구¹¹⁻¹⁶⁾와 민간의료보험 가입자와 미가입자간의 의료서비스 이용의 차이를 확인하는 연구^{4,12,17-23)}가 있었다. 또한 민간의료보험 가입건수에 관한 연구도 있었다^{12,24)}.

민간의료보험이 공적보험 재정에 미치는 영향에 대한 연구는 주로 미국의 메디케어(Medicare)와 메디갭(Medigap)과 관련하여 깊게 논의되었는데, 메디갭 가입자의 의료이용이 비가입자보다 많다고 보고하였다^{25,26)}. 우리나라에서도 많은 연구자들이 민간의료보험가입 여부의 도덕적 해이에 대해 언급하였으며, 이는 외래서비스 부분에서만 나타나는 경우가 많다고 하며, 도덕적 해이가 있다고 하였다^{11,16,17,20,22,27,28)}. 또 이런 도덕적 해이가 단기간에만 나타난다고도 하였다²²⁾. 또한 새롭게 보험의 변경이 있는 사람에게서 응급실 사용이 증가한다는 외국의 경우도 있었다²⁹⁾. 이와 유사한 결과는 칠레의 경우에도 민간의료보험은 입원에서는 미미하였으나, 외래서비스에서는 크게 발생한다는 보고도 있었다³⁰⁾. 또한 이스라엘의 경우에도 도덕적 해이, 역선택 그리고 보험자의 위험선택에 관련된 고민들이 있었다³¹⁾ Northern Ghana에서도 NIHS(National Health Insurance Scheme, 국가건강보험)에 도덕적 해이가 존재하므로 유연하게 대처하는 것이 필요하며, 가나의 경우 보험에 대한 국민들의 인식이 부족하다고 하였다³²⁾. 이정찬 등은 가입률 70.7%로 실손의료보험의 경우 외래에 있어 도덕적 해이를 발생시켜 공적 건강보험의 재정을 악화시킬 여지가 있다고 하였고, 남성, 40~49세, 기혼자, 수도권 혹은 광역시 거주지, 높은 교육수준, 직장 건강보험 보유자 등이 민간의료보험 가입률이 높아서, 소득, 학력, 건강수준이 높은 사람일수록 민간의료보험에 더 가입하며, 보험회사의 위험선택(risk selection) 가능성도 있으며, 도덕적 해이가 실손형, 정액, 실손형의 혼합형 모두에서 외래진료시만 발생한다고 하였다¹⁶⁾

실손의료보험의 도입이 국민건강보험 재정에 미치는 영향은 가입자 개인에게는 긍정적인 영향이나 국가 전체적으로는 국민의료비 증가 뿐 아니라 건강보험 재정 부담의 증가라는 측면에서 사회 전체적 재원의 비효율적 사용을 초래할 가능성이 높으며, 결국 실손의료보험의 혜택은 해당 상품 가입자가 가지는 데 반해서 그에 따른 건강보험 재정의 추가부담은 민간의료보험 미가입자에게도 함께 공유된다는 점에서 미가입자가 이중의 불리를 겪게 되는 점을 강조하였다³³⁾. 그러나 윤희숙은 2004~6년 당시 민간의

료보험 가입률은 전 국민의 64%에 달하며, 소득계층에 따라 민간의료보험 가입률의 차이가 나지 않았으며, 의료이용에서도 가입자의 경우 미가입자에 비해 의료 이용량이 더 적은 것으로 보고하였다³⁴⁾. 이창우는 2010년 민영건강보험의 도덕적 해이에 대한 분석방법으로 역선택의 문제를 통제하였을 때, 외래이용부분에서는 도덕적 해이가 존재하지 않았으나, 입원이용에서는 민영건강보험 효과가 상대적으로 높을 가능성 크다고 하였다^{35,36)}. 유창훈은 전체 응답자의 66.6%는 민간의료보험에 가입하지 않았으며 여성의 보험가입의 선호가 높으며, 나이가 적을수록, 교육수준이 높을수록, 자녀가 적을수록, 직업을 갖고 있거나, 비정기적으로 사적 이전을 받는 사람이 보험 가입을 더 많이 하며, 가구 총자산이 커질수록 보험 가입을 많이 하고, 과거에 사고 경험이 있는 사람이 선호하며, 만성질환 여부는 보험가입에 영향을 주지 않았으며, 보장성에 있어서 사회경제적 수준에 따라 불평등이 존재한다고 하였다¹²⁾. 권현정은 거주지, 만성질환 제외한 모든 변수(연간소득, 성별, 연령, 학력, 혼인상태)가 민영건강보험 가입율에 유의미한 차이가 있었는데, 남성이 가입률이 낮고, 연령도 낮을수록 높았고, 소득 계층 간 가입률의 차이 및 계층화가 나타난다고 하였으며, 보장성의 확대는 개인의 건강을 최대한 포괄적으로 보호할 수 있는 수준으로 의료보험 급여의 내용과 범위가 확대된다는 것을 의미하므로, 이를 위해서는 보험재정의 조달과 유지가 전제되어야 한다고 하였다³⁷⁾. 박성복 등은 2008년 상반기 한국의료패널 자료에서 저소득계층, 노인층, 장애인 등 사회적 취약계층의 민간의료보험 가입률이 낮았다고 하였으며, 건강이 나쁠수록 의료서비스 이용 확률이 높아지는 역선택 현상을 발견할 수 있었으나 노인층, 급여 및 특례자 등의 가입을 배제하는 가입자선별 행위에 대한 근거도 있다고 하였다³⁸⁾. 정액형과 실손형 민간의료보험의 비교에서 실손형, 정액형간 인구사회 또는 경제적 특성에서 큰 차이를 발견 못했고, 실손형이 정액형에 비해 외래와 입원 모두에서 의료이용을 많이 했다고 하였다³⁹⁾.

정영호는 응급서비스에서 9세이하의 비중이 다른 연령에 비해 월등히 높고, 9세이하와 65세 이상을 합하면 응급실 진료건수의 40% 이상을 차지한다고 하였으며, 의료비는 2008년에 48866원에서 2009년엔 50382원으로 상승 건강보험의 경우 52000원대 의료급여의 경우 13539원 2009년 25109원, 입원의 경우 809277원에서 798622원 외래의 경우 18146원에서 17682원으로 나타나 응급의 경우만 증가하였다고 하였고, 지불체계의 개편을 통해 적절한 통제를 도모하는 방안도 요구된다고 하였으며, 의료공급자로 하여금 더 많은 사람에게 더 많은 의료서비스를 제공하는 유인구조라 할 수 있는 현재의 행위별 수가제를 가치지향 보건의료시스템으로의 전환을 모색하는 것이 필요 저소득층과 장애인 등의 취약계층에 대한 소득대비 의료비 지출 비중이 높아지는 것을 감안할 대

저소득층의 의료비 부담의 경감을 위한 의료비 지원 사업을 강화해야 한다고 하였다¹⁾. 허순임은 민간의료보험을 통한 재원조달과 정책과제 연구에서 민간의료보험을 통한 재원 조달은 건강위험과 지불능력에 있어서 유리한 계층에게 가능하며, 의료비 지출과 관련하여 국내 환경의 특성으로 지적되는 것은 빠른 속도의 고령화와 신의료기술의 도입 때문이라고 주장했으며, 민간의료보험의 역할 확대를 통한 재원조달은 결국 사회적 비용(전체의료비) 증가뿐만 아니라 사회적 연대의 기반 약화를 가져올 수 있으므로 신중함이 필요하다고 하였다²⁾.

김재호는 외래진찰횟수, 입원횟수, 입원일수 모두에서 도덕적 해이가 명확히 존재하며, 가장 소득이 높은 4분위의 도덕적 해이는 현저하게 높았고, 소득 분위별 도덕적 해이가 다르게 나타나는 이유는 건강상태와 입원비의 부담을 원인으로 볼 수 있다고 하였고, 외래진찰 횟수는 소득분위 모두에서 도덕적 해이 발생하고 있으나 크기는 줄어들고 있다고 하였다²⁷⁾

전보영 등은 의료비 지출경험은 위험기피 성향을 증대시켜 민간의료보험 가입개수를 늘리는 데 영향을 미칠 수 있지만, 가계의 소비 지출 여력을 감소시켜 민간의료보험의 해약 가능성도 높인다고 하였다¹³⁾.

유기봉 등은 연령이 많아질수록 가입률이 낮아졌고, 남성보다는 여성이, 교육수준이 높을수록, 소득이 많을수록, 가입비율이 높아지며, 만성질환의 수가 많아질수록 민간의료보험 가입을 덜하였고, 취업을 하거나, 부부총소득이 높아질수록 가입이 높아지며, 저소득층은 가입률이 낮다는 결과^{18,37,38}와 동일하며, 가입시점에 따른 의료이용량을 분석하는 추가 연구가 필요할 것으로 주장하였고, 중고령자에게 가장 높은 관련성을 보이는 요인으로는 경제적 요인으로 이로 인해 불평등이 생길 수 있으며, 부족한 공공보험을 대체하는 민간의료보험이라는 정책적 입장에 대해 다시 고려해야한다는 보고를 하였다¹⁴⁾.

김대환은 60대 이상이거나 만성질환과 장애를 보유할 경우 보험회사의 언더라이팅 때문에 실손의료보험 가입이 이루어지지 못했고, 의료수요가 높을수록 실손의료보험에 더 가입하는 역선택이 존재한다고 하였으며, 외래진료를 받았거나 입원경험이 있는 경우 실손의료보험 가입 가능성이 증가하므로, 세금을 부과시켜 죽음의 소용돌이 현상을 초래하기보다는 저위험 국민들까지 가입자 풀에 포함시키기 위해 세제혜택을 부여하거나, 증가시키는 방법등으로 안전망을 지혜롭게 활용해야한다고 했다¹⁹⁾.

많은 선행연구에서 민간의료보험 가입자가 의료이용을 많이 하는 것으로 분석되었고, 다양한 방향의 선택 문제가 존재하는 것으로 나타났음에도 불구하고 의료이용의 증가가 도덕적 해이에서만 비롯된 것이라고는 할 수 없다. 도덕적 해이가 없음을 말한 연

구^{36,40})와 도덕적 해이가 있음을 설명하고 있는 연구^{5,39,41})와 의료이용에서 역선택에 관한 연구도 있다^{19,22}). 또한 이 민간의료보험은 총의료비용에서 본인부담액을 보조하는 역할에 머물지 않고¹⁷) 의료서비스의 이용량 및 의료비 증가에 영향을 미친다고 보고되고 있다⁴²). 결국 이로 인해 의료서비스의 공공재 성격을 약화시키며, 건강에 대한 불평등을 야기한다고 했다^{5,41,42}).

오향숙 등은 실손의료보험 가입 특성 및 의료이용행태 연구에서 남자이거나, 연령이 적을수록, 배우자와 만성질환이 있는 경우, 고소득층에서 많이 가입했으며 소득분위 1분위 집단에 비해 5분위집단이 9배정도 높게 가입하여 사회적 불평등 초래한다고 하였다¹⁵).

김동진 등은 본인부담금 지출로 인한 의료이용의 형평성 문제가 발생하고, 의료이용 횟수(양적 측면)를 기준으로 하였을 때는 상대적으로 저소득 층 집단의 의료이용이 다 많거나 소득 계층 간 의료이용이 형평성 있게 이루어지는 것으로 나타났으나, 의료비(질적 측면)를 기준으로 하였을 경우에는 외래의료나 응급의료에서 상대적으로 고소득 층이 의료비를 더 많이 지출한다고 하였다²¹).

신기철은 입원기간의 경우 실손형, 정액형 민간의료보험 모두에서 도덕적 해이가 있었으며, 보험료의 인상은 물론 비효율적인 보건의료전달체계도 개선, 정액형 중복가입 제한, 상품표준화 등 민간보험운영체계 개선과 의료소비 증가를 막기 위해서는 요양기관에 대한 표준 진료지침 또는 포괄수가제 등의 적절한 통제가 필요함을 제안하기도 하였다⁴³). 또한 민영의료보험 가입자의 의료이용 실증분석의 한계와 과제연구에서 가입자에 의한 도덕적 해이와 의료공급자에 의한 과잉 의료서비스는 민영의료보험은 물론 국민건강보험의 보험료 인상요인으로 작용하며, 국민 모두에게 부담이 되며, 보건의료정책 전반의 불신을 초래하게 되며, 관련 자료의 수집 분석을 위한 제도 개선을 요망하였다²⁸).

Yasmin Khan 등은 국가적 차원의 의료보험 제도 하에서 국민 건강의 적신호는 응급실 사용량으로 예측할 수 있다고 하였다¹⁰). 외국의 경우 응급의료서비스에 관한 연구들로는 보험이 없는 사람이 응급실 이용이 적고, 자주 방문하는 사람은 일차진료의 대안으로 이용하게 되며⁴⁴), 사회적 약자가 비응급 증상으로 응급실을 많이 이용한다고 하였고⁴⁵), 일차의료에 만족하지 못한 경우 비응급으로 응급실을 이용할 가능성이 높다고 하였다^{46,47}).

최마이클승필 등은 응급실 다방문 환자들은 성인과 노인이 다수를 이루는 신부전, 간경화 등의 만성 질환자나 암환자들로 구성되었으며, 이들의 내원 이유 중 많은 경우가 경미한 증상완화 및 치료를 위한 것들로서 이들은 필요 이상으로 대학병원 응급실을 이용하여 응급실 과밀화를 가중시켰다고 하며, 의료인의 노력과 정부의 관심과 투자

가 선행될 때 해소될 것이라고 하였다⁴⁸⁾. 또 신태근 등의 연구에서는 응급실 다방문 환자들은 체류시간은 길지만 질환의 중증도나 응급한 정도는 높지 않으며, 남성, 고령, 압 등 만성질환자에서 많았다고 하였다⁴⁹⁾.

정설희 등은 환자규모가 작을수록 비응급이 차지하는 비율이 늘어나는 경향을 보였고, 지역기관은 응급실의 기능 외에도 지역사회 의 휴일 야간 외래 기능을 병행한다고 하였으며, 질병으로 인한 응급실 이용자들의 경우 비응급 비율이 높은 것은 환자에 대한 교육이나 만성질환의 경우 체계적인 관리 등의 방법을 통해 비응급 환자의 응급실 방문을 감소시킬 수도 있을 것으로 기대하였다. 또한 상해로 인한 응급실 방문자가 질병으로 인한 응급실 방문자들보다 응급 비율이 높음에도 불구하고 산재보험이나 자동차 보험 등 기타 의료보장 유형에서 비응급환자가 많은 데는 이들 보험의 특성에서 기인하기 때문에 응급환자를 정의하는 데 있어 법적 기준에 대한 재검토가 필요하다고 하였고, 응급실 접근에 대한 변화와 결정, 시간 그리고 치료 내용에 대해 일차의료 등에서 제공된다면 응급실을 이용하는 비응급환자들을 줄일 수 있다고 하였다⁵⁰⁾.

Lega 등은 미국의 한 병원에서 시행한 연구에서 5단계 환자 분류 후 60분 이상 기다린 사람을 비응급으로 하였을 때, 50% 이상이 비응급에 해당되었고, 이들은 접근성이 15분 이내 가까이 있는 사람들이 많았고 대부분 편의성을 중시하여 이용했다고 하였다⁵¹⁾.

Lisabeth M. 등은 비응급한 환자들 중 77.9%는 보험이 있고, 여성이며 고령이었고, 일차진료의가 있는 사람들로 주중 9~6PM 까지 특히 많이 내원하였다고 하며 적절한 일차의료의가 있다면 좋겠다고 하였다⁵²⁾.

다양한 의견의 많은 연구들이 있었으나, 대부분 민간의료보험으로 인해 의료소비는 증가되고, 이 중에서는 여러 근거들로 도덕적 해이나 역선택의 구별을 판단하며, 실손 의료보험의 긍정적, 부정적 유용성에 대한 연구들이 많았다. 그러나 그 관심 대상으로는 대부분 국민 전체 의료비의 많은 부분을 차지하는 외래서비스와 입원서비스에 초점을 맞춘 연구들이었고, 외국의 경우에서 보다 민간의료보험의 응급의료서비스 이용에 대한 연구는 많지 않았다.

2. 변수정의

본 연구의 최종목적인 실손의료보험 가입이 응급서비스에 어떠한 영향을 미치는 알아보고, 특히 비응급증상으로 응급의료서비스 이용에 미치는 영향을 알아보기 위해, 한국의료패널 자료에 사용된 변수정의를 동일하게 사용하였다. 그러나 일부 변수에서는 임의로 재분류를 시행하였다.

가. 독립변수

한국의료패널 자료에서 민간의료보험은 주계약보험 형태에 따라 정액형, 실손형 그리고 정액, 실손 혼합형으로 구분되어 조사되어있다. 각 개인별로 계약한 약관에 따라 질병, 손상 등의 경우의 보험료에 다양한 차이가 있겠지만, 본 연구에서는 진단명에 상관없이 개인의료비 부담을 보충해주는 실손의료보험 가입여부에 대한 영향을 알아보기 위해, 실손형 민간의료보험 가입여부를 기준으로 두 군으로 구분하였다. 즉 실손형과 정액, 실손 혼합형 민간의료보험 가입자의 경우는 실손의료보험 가입자로 분류하였고, 정액형 민간의료보험가입자와 민간의료보험 미가입자는 실손의료보험 미가입자로 분류하였다.

나. 설명변수

1) 인구학적 요인

성별, 나이, 배우자 유무, 거주지를 인구학적 요인의 설명변수로 하였다. 나이의 경우 응급서비스이용과 자발적 실비보험 가입 결정이 어려울 수 있지만, 10대별로 구분하여 조사하였고, 실손의료보험 가입의 영향을 알아보기 위해서 10세미만 군, 10~59세, 여러 이유로 인해 실손의료보험 가입이 어려운 60세 이상의 3군으로 분류하였다.

배우자유무 여부는 혼인중인 경우를 배우자가 있는 것으로 하였고, 별거, 사별, 이혼 등은 배우자가 없음으로 하였다.

거주지는 서울시, 광역시, 다른 지역은 기타로 하여 3군으로 분류하였다.

2) 사회경제적 요인

교육수준(학력), 경제활동 여부, 가구 연소득을 사회경제적 설명변수로 하였다. 교육수준은 미취학, 무학, 중졸이하, 고졸까지, 대학이상의 4군으로 분류하였다. 경제활동 유무의 경우 경제활동인구로 조사되지 않는 15세 미만을 비해당, 경제활동 하는 군 그리고 경제활동을 하지 않는 군의 3군으로 분류하였다.

가구 연소득은 백분위수를 활용하여 5분위 집단으로 구분하였고, 수입이 가장 낮은 군을 제 1분위 집단으로 하고, 가장 높은 집단을 제 5분위 집단으로 정의하였다.

3) 건강 관련 요인

각 개인의 건강관련 설명변수로는 의료보장 형태, 장애 여부, 만성질환 유무를 건강

관련 변수로 하였다.

의료보장형태는 직장의료보험, 지역의료보험, 의료급여, 보훈자등을 대상으로 한 기타의 4군으로 분류하였다.

장애여부는 장애판정을 받은 경우는 등록여부와 상관없이 장애있음으로 하였다.

만성질환은 하나라도 있는 경우는 있음으로, 아무것도 없는 경우는 없음의 2군으로 나누었다.

4) 의료이용 관련 요인

매 1년간 의료서비스 이용 횟수와 의료비(수납금액)의 추이를 포함하였다. 입원서비스의 경우 응급실 진료와는 성격이 다르며 접근 방식 또한 외래나 응급서비스를 통해 의료진의 지시에 의해 진행되는 성격이며, 기존 연구에서 도덕적 해이 역시 없다는 보고들이 많아, 추이만 확인하였고, 실손의료보험 가입의 영향을 알아보는 분석에서는 포함시키지는 않았다.

다. 종속변수

전체 연구 기간 동안 응급서비스 이용 횟수와 응급과 비응급증상으로 응급서비스 이용 횟수와 환자수를 종속변수로 하였다. 응급서비스를 이용 이유 중 응급증상인 경우와 비응급증상인 경우의 구분 및 분류는 채연석 등의 연구에서 사용한 방법을 이용하여 분류하였다⁵³⁾. 응급서비스를 이용한 각 진료 건에 대해 진료 사유와 결과, 진단명 등을 이용하여 응급과 비응급의 2군으로 구분하였고, 비응급과 응급증상으로 중복하여 진료한 경우는 그 환자를 비응급군으로 분류하였다.

응급증상에 해당되는 경우는 조사 설문지의 방문이유가 사고나 중독 그리고 분만인 경우, 설문지에서 입원 연계결과가 입원 또는 전원 그리고 사망인 경우, 내원시 응급서비스에서 받은 처치가 수술인 경우, 그리고 진료비 영수증 항목에서 입원비로 합산한 경우에는 응급군으로 분류하였고, 그 외의 경우는 비응급군으로 분류하였다.

3. 분석방법

한국의료패널 연간자료의 처리 및 분석은 SAS(ver. 9.7)을 이용하였다. 각 연도별 자료에 대하여 응급서비스이용에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 대상의 인구학적 요인, 사회경제적 요인, 건강관련 요인, 의료이용 관련요인에 대해 기술 분석을 시행하였다. 전체 응급서비스 이용 사유가 응급증상으로 내원하였던 경우와 비응급 증상의

로 내원하였던 경우를 구분하여 2군간 각 요인 별 차이에 대해 분석하였다.

종속변수에 영향을 미칠 수 있는 인구학적 요인, 사회경제적 요인, 건강 상태 요인, 의료 이용 요인에 대해 카이제곱검사를 시행하였다. 실손의료보험 가입 정도 및 개인의 인구학적, 사회경제적, 건강관련 및 의료이용 요인 및 의료비 지출과 관련성 확인을 위해 회귀분석을 시행하였다. 전체 자료에서 응급서비스이용에 대한 실손의료보험의 영향을 알아보기 위해 다른 변수들을 보정하여 다중로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 또한 응급, 비응급 증상으로 응급서비스 이용에 대한 실손의료보험의 영향을 알아보기 위해 다른 변수들을 보정하여 다중로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

제3장

연구결과

제1절 의료패널과 의료서비스	29
제2절 의료패널의 보험가입	37
제3절 실손의료보험 가입여부에 따른 연간 응급서비스 이용	41

제3장

연구결과

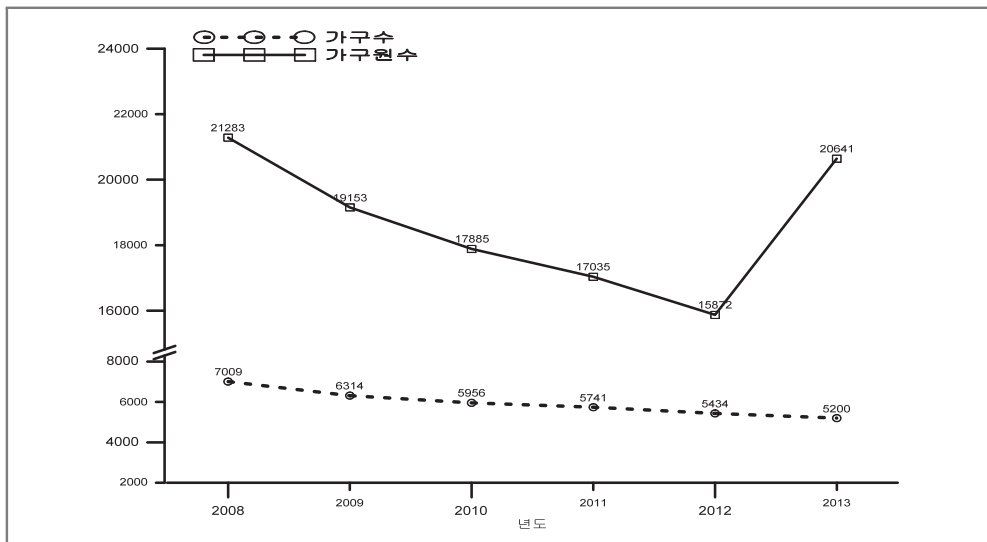
제1절 의료패널과 의료서비스

1. 의료패널 연간자료

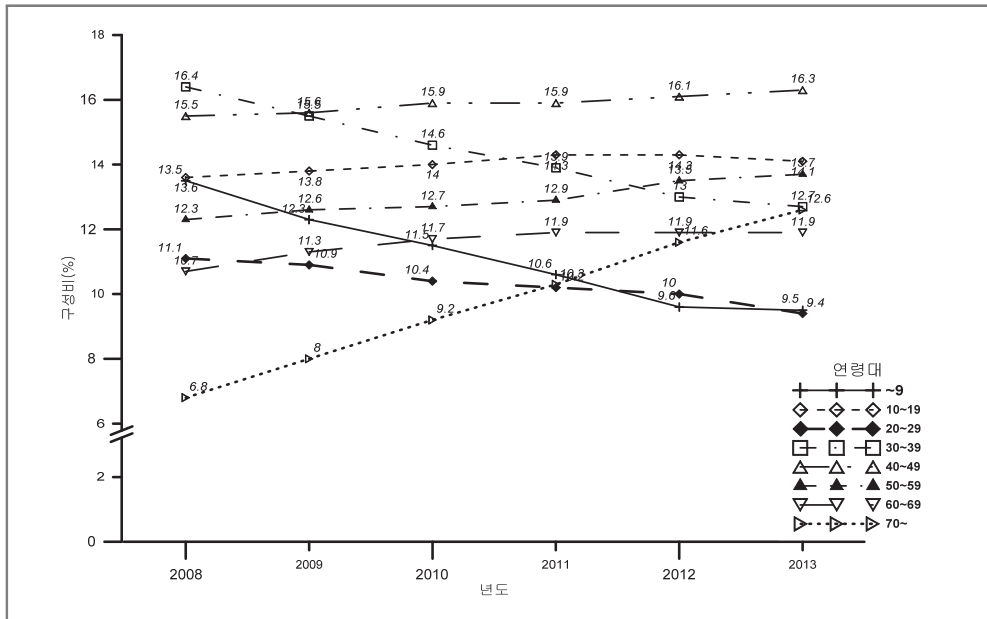
서론에서 설명하였듯이 2008년부터 조사되기 시작한 한국의료패널은 다양한 이유로 조사 대상자의 수가 줄어들어 7009가구 21283명의 가구원의 수가 2012년에는 5434가구 15872가구원으로 줄어들었다. 2013년에 가구 및 가구원이 추가되어 5200가구의 20641명의 가구원이 연구에 포함되었다(그림 3-1).

전체 가구원의 연령별 분포를 보면, 9세 이하의 가구원은 13.5%에서 9.5%로 줄어들었고, 20~30대의 가구원의 분포도 줄어들고 있으며, 40대부터의 가구원의 분포는 늘고 있다. 특히 70대 이상의 가구원은 6.8%에서 12.6%로 2배 가까이 증가하는 추세를 보여 노령화사회가 되어 가고 있음을 알려주고 있다(그림 3-2).

거주지는 서울의 분포가 줄어들고 기타 지역의 분포가 점차 늘어나는 추세를 보인다.



[그림 3-1] 조사가구 및 가구원 추이



[그림 3-2] 조사가구원 연령별 구성비 추이

교육수준은 대학교이상의 분포가 늘어나고 있어 그 수준이 점차 높아지고 있는 추세를 보인다고 하겠다. 경제활동인구의 경우 비해당이 점차 줄어들지만 활동인구와 비활동인구의 변화는 크게 나타나지 않은 것으로 생각된다.

의료비 재원은 큰 변화는 없으나, 직장보험대상자의 분포가 늘어났으며, 보훈자등 기타에 해당하는 가구 수가 점차 늘어나는 양상을 보인다. 비록 그 분포정도는 작지만 기타는 역시 급여와 유사한 성격의 대상자이므로 의료비를 내지 않는 경우가 더 많으므로 국가 재정에 부정적인 영향을 미치게 된다.

만성질환자는 점차 늘고 있으며, 전 조사자의 절반 가까이가 만성질환자로 조사되었다. 즉 고령화 등의 이유에 더하여 만성질환자가 많아지는 것은 결국 예방적 차원과 관리적인 의료 서비스에 정책적인 투자가 필요하게 될 것이라 생각되는 부분이다.

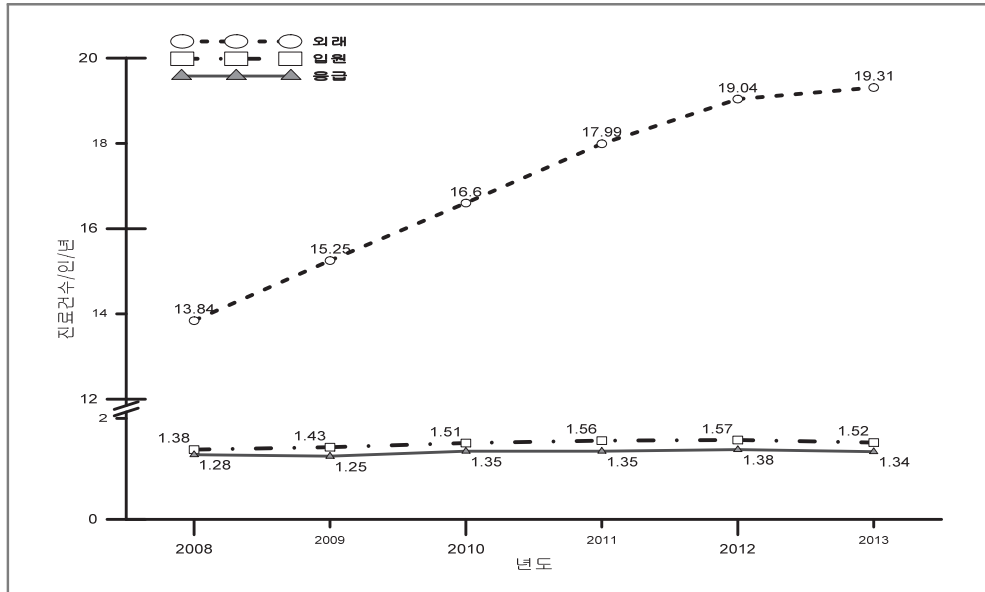
환자 당 의료서비스 이용은 전체적으로 증가하고 있으며, 특히 외래서비스의 부분에서 많이 증가한 양상을 보인다. 여러 이유가 있겠지만 의료서비스의 요구도 증가할 것이고 요구에 맞춰 공급적 측면의 투자도 필요할 것이다. 그러나 이 증가양상은 결국 국가적 차원의 의료비 관리 정책에도 영향을 받게 될 것으로 생각된다. 이에 맞춰 실손의료보험의 가입률도 9.8%에서 33.5%로 3배 이상 증가하고 있어 가입자들의 의료서비스에 대한 욕구가 증가하고 있음을 반증한다고 생각된다.

〈표 3-1〉 의료패널 연간자료

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	합계
조사가구수		7009	6314	5956	5741	5434	5200	35,654
조사가구원		21283	19153	17885	17035	15872	20641	111,869
성별(%)	남	10416(48.9)	9359(48.9)	8725(48.8)	8301(48.7)	7708(48.6)	9966(48.3)	54475(48.7)
	여	10867(51.1)	9794(51.1)	9160(51.2)	8734(51.3)	8164(51.4)	10675(51.7)	57394(51.3)
연령(%)	~9	2865(13.5)	2358(12.3)	2058(11.5)	1805(10.6)	1526(9.6)	1958(9.5)	12570(11.2)
	10~19	2892(13.6)	2643(13.8)	2503(14.0)	2428(14.3)	2273(14.3)	2906(14.1)	15645(14.0)
	20~29	2369(11.1)	2086(10.9)	1862(10.4)	1736(10.2)	1593(10.0)	1932(9.4)	11578(10.3)
	30~39	3515(16.4)	2963(15.5)	2607(14.6)	2374(13.9)	2064(13.0)	2617(12.7)	16140(14.4)
	40~49	3292(15.5)	2990(15.6)	2837(15.9)	2706(15.9)	2549(16.1)	3356(16.3)	17730(15.8)
	50~59	2628(12.3)	2406(12.6)	2278(12.7)	2206(12.9)	2135(13.5)	2829(13.7)	14482(12.9)
	60~69	2273(10.7)	2171(11.3)	2093(11.7)	2022(11.9)	1893(11.9)	2452(11.9)	12904(11.5)
	70~	1449(6.8)	1536(8.0)	1647(9.2)	1758(10.3)	1839(11.6)	2591(12.6)	10820(9.7)
배우자유무 (%)	있음	11226(52.7)	10069(52.6)	9470(52.9)	9028(53.0)	8431(53.1)	11078(53.7)	59302(53.0)
	없음	10057(47.3)	9084(47.4)	8415(47.1)	8007(47.0)	7441(46.9)	9563(46.3)	52567(47.0)
거주지(%)	서울	3421(16.1)	2988(15.6)	2655(14.8)	2480(14.6)	2223(14.0)	2587(12.5)	16354(14.6)
	광역시	6166(29.0)	5567(29.1)	5140(28.7)	4898(28.8)	4595(29.0)	6147(29.8)	32513(29.1)
	그외	11696(55.0)	10598(55.3)	10090(56.4)	9657(56.7)	9054(57.0)	11907(57.7)	63002(56.3)
교육수준(%)	미취학	1533(7.2)	1263(6.6)	1109(6.2)	947(5.6)	821(5.2)	1077(5.2)	6750(6.0)
	무학	675(3.2)	631(3.3)	599(3.3)	583(3.4)	540(3.4)	697(3.4)	3725(3.3)
	중졸이하	7162(33.7)	6513(34.0)	6065(33.9)	5742(33.7)	5287(33.3)	6719(32.6)	37488(33.5)
	고졸이하	5971(28.1)	5328(27.8)	5023(28.1)	4794(28.1)	4471(28.2)	5883(28.5)	31470(28.1)
	대학교이상	5942(27.9)	5418(28.3)	5089(28.5)	4969(29.2)	4753(29.9)	6265(30.4)	32436(29.0)
경제활동여부(%)	활동	9381(44.1)	8642(45.1)	7991(44.7)	7680(45.1)	7293(45.9)	9610(46.6)	50597(45.2)
	활동없음	7439(35.0)	6725(35.1)	6604(36.9)	6453(37.9)	5971(37.6)	7771(37.6)	40963(36.6)
	비해당	4463(21.0)	3786(19.8)	3290(18.4)	2902(17.0)	2608(16.4)	3260(15.8)	20309(18.2)
연간가구소득(%)	1	2966	2609	2464	2270	2061	2735	15105
	2	4125	3657	3468	3194	3020	3866	21330
	3	4627	4115	3849	3752	3507	4593	24443
	4	4794	4316	4098	3950	3662	4726	25546
	5	4610	4260	3970	3864	3608	4713	25025
장애여부(%)	장애	897(4.2)	882(4.6)	913(5.1)	989(5.8)	923(5.8)	1176(5.7)	5780(5.2)
	장애 없음	20386(95.8)	18271(95.4)	16972(94.9)	16046(94.2)	14949(94.2)	19465(94.3)	106089(94.8)
의료비 재원(%)	직장보험	12925(60.7)	12095(63.1)	11355(63.5)	11199(65.7)	10579(66.7)	14002(67.8)	72155(64.5)
	지역보험	7415(34.8)	6099(31.8)	5554(31.1)	4941(29.0)	4486(28.3)	5676(27.5)	34171(30.5)
	의료급여	814(3.8)	827(4.8)	858(4.8)	825(4.8)	739(4.7)	749(3.6)	4812(4.3)
	기타	129(0.6)	132(0.7)	118(0.7)	70(0.4)	68(0.4)	214(1.0)	731(0.7)
만성질환 유무(%)	있음	8191(38.5)	8915(46.5)	8927(49.9)	9072(53.3)	8551(53.9)	11170(54.1)	54826(49.0)
	없음	13092(61.5)	10238(53.5)	8958(50.1)	7963(46.7)	7321(46.1)	9471(45.9)	57043(51.0)
환자당 의료서비스	외래	13.84	15.25	16.60	17.99	19.04	19.31	16.95
	입원	1.38	1.43	1.51	1.56	1.57	1.52	1.49
	응급	1.28	1.25	1.35	1.35	1.38	1.34	1.32
실손보험 가입여부(%)	가입	2093(9.8)	2459(12.8)	3612(20.2)	3765(22.1)	4663(29.4)	6920(33.5)	23512(21.0)
	미가입	19190(90.2)	16694(87.2)	14273(79.8)	13270(77.9)	11209(70.6)	13721(66.5)	88357(79.0)

2. 의료서비스 이용

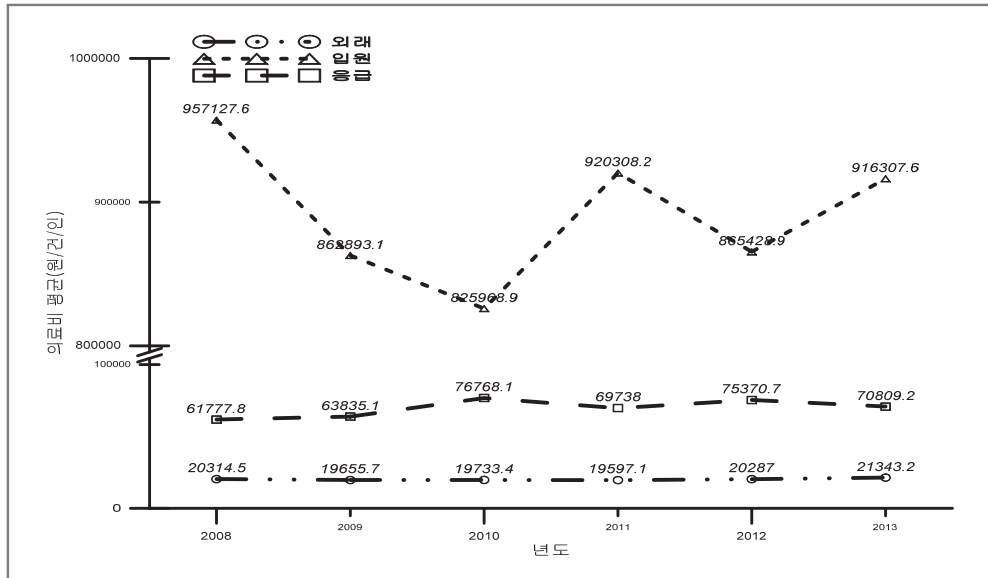
각 가구원의 의료서비스 이용에 대해 살펴보았다. 외래서비스 진료 횟수의 경우 가파르게 상승한데 비해 입원과 응급서비스의 경우 상승폭이 심하지는 않았다(그림 3-3).



[그림 3-3] 의료서비스별 의료건수 추이

외래서비스는 개인당 연간 진료횟수의 경우 2008년 13.84회에서 2013년에는 16.95회로 22.5% 증가하였으며, 의료비는 20314.5원에서 21343.2원으로 5.06% 증가하였다. 이는 다양한 이유가 있겠지만 고령화의 추세와 만성질환 증가 추세 등에 맞춰 점차 의료소비의 요구가 증가하는 것으로 생각된다. 그러나 외래서비스에 비해 입원과 응급서비스의 평균 횟수는 소폭 증가하는 추세를 보이거나 큰 증가는 보이지 않았다. 각 서비스별 의료비의 직접 비교는 수집방법이나 결측값 등으로 인해 직접 비교는 어려울 것으로 생각되나, 그 추이는 알 수 있을 것으로 생각된다. 특히 입원서비스의 경우 입원 일수나 처치방법 등 다양한 가능성이 있겠지만, 입원횟수는 2008년 1.38회에서 1.52회로 10.1% 증가하였으나, 입원의료비는 2008년 957127.8원에서 916307.6으로 4.3% 감소하였다. 환자 입원기간 등에 대한 비교가 없는 상태이므로 직접 비교는 어려움이 있겠으나 입원건수가 올라감에도 의료비의 감소는 상대적으로 덜 중한 입원의 경우가 많았을 수도 있겠으며, 보다 효율적인 입원서비스가 진행되고 있다고도 생각해볼 수 있을

것이다. 응급의료비는 2008년 61777.8원에서 70809.2 원으로 2008년 대비 14.6%의 증가를 보였다. 인당 진료건수가 4.7% 증가한 것에 비해 더 상승하였다. 처치나 중증도의 고려 없는 단순비교이나 개인의료비의 증가는 공공재원 부담을 동반하게 됨을 고려할 때 응급서비스로 인한 공공재원 부담이 상대적으로 다른 의료서비스에 비해 높은 증가율을 보였다고 하겠다.



[그림 3-4] 의료서비스별 의료비 추이

<표 3-2> 연간 의료서비스 종류별 이용 빈도 및 인별 건당 의료비

특성	2008	2009	2010	2011	2012	2013	전체
외래서비스							
이용자수	16907(79.4)	15715(82.0)	14926(83.5)	14195(83.3)	13391(84.4)	17500(84.8)	92634(82.8)
이용횟수	234059	239672	247797	255306	254980	337942	1569756
평균(인당)	13.84	15.25	16.60	17.99	19.04	19.31	16.95
표준편차	18.35	20.52	21.72	23.61	24.74	25.08	22.49
의료비평균	20314.5	19655.7	19733.4	19597.1	20287.0	21343.2	20221.2
의료비표준편차	129520.0	125925.4	127183.6	123547.3	119842.7	125811.6	125295.4
입원서비스							
이용자수	1908(9.0)	1849(9.7)	1884(10.5)	1798(10.6)	1788(11.3)	2267(11.0)	17,172(15.4)
이용횟수	2624	2636	2837	2808	2811	3456	11494
평균(인당)	1.38	1.43	1.51	1.56	1.57	1.52	1.49
표준편차	1.26	1.14	1.25	1.59	1.35	1.24	1.31
의료비평균	957127.6	862893.1	825968.9	920308.2	865428.9	916307.6	891781.2
의료비표준편차	3202639.2	1374593.4	1388669.9	2343588.0	1363629.0	1470503.0	1949340.8

특성	2008	2009	2010	2011	2012	2013	전체
응급서비스 이용자수	1560(7.3)	1597(8.3)	1542(8.6)	1338(7.9)	1315(8.3)	1730(8.4)	9,082(8.1)
이용횟수	2002	1992	2088	1805	1812	2310	12009
평균(인당)	1.28	1.25	1.35	1.35	1.38	1.34	1.32
표준편차	0.75	0.65	1.05	1.65	1.84	0.88	1.18
의료비평균	61777.8	63835.1	76768.1	69738.0	75370.7	70809.2	69520.4
의료비표준편차	106386.5	111869.8	208878.9	101271.2	151194.2	97839.2	134977.6

3. 외래서비스와 응급서비스 이용 비교

이용자의 특성에 대한 분석은 하지 않았으나, 대부분 외래와 응급의 수치상 관계는 10여배의 차이를 보이는 것으로 생각되며, 응급서비스의 이용률이 외래서비스에 비해 낮다. 전체적 측면에서 외래서비스와 응급서비스의 분포는 유사하나 연령에서 9세 이하와 교육수준의 미취학과 경제활동여부의 비례당은 서로 공통되는 성격이 있으며 주로 소아가 포함되는 것으로 파악된다. 9세 이하와 70세 이상은 응급서비스에서 분포가 높으며 두 군에서 전체 응급서비스의 35%를 차지하게 된다. 외래서비스와 비교하여 9세 이하와 70세 이상의 경우 응급서비스를 더 이용하게 되며, 연간소득이 낮은 경우, 장애인, 의료급여등인 경우와 이전에 입원 서비스를 받은 경우에 응급서비스를 상대적으로 더 많이 이용한다고 하겠다.

〈표 3-3〉 외래, 응급서비스 이용자 특성

변수	구분	외래서비스(명/%)	응급서비스(명/%)
성별	남	41828(45.2)	4575(50.4)
	여	50806(54.8)	4507(49.6)
연령	~9세	12219(13.2)	1767(19.5)
	10~19세	12276(13.3)	968(10.7)
	20~29세	6686(7.2)	595(6.6)
	30~39세	11861(12.8)	988(10.9)
	40~49세	14090(15.2)	1137(12.5)
	50~59세	12869(13.9)	1077(11.9)
	60~69세	12297(13.3)	1168(12.9)
	70세~	10336(11.2)	1382(15.2)
배우자유무	있음	51536(55.6)	4679(51.5)
	없음	41098(44.4)	4403(48.5)
거주지	서울	13383(14.4)	1098(12.1)
	광역시	26636(28.8)	2508(27.6)
	그 외	52615(56.8)	5476(60.3)

변수	구분	외래서비스(명/%)	응급서비스(명/%)
교육수준	미취학	6674(7.2)	1242(13.7)
	무학	3446(3.7)	454(5.0)
	중졸이하	34555(37.3)	3378(37.2)
	고졸이하	25160(27.2)	2228(24.5)
	대학이상	22799(24.6)	1780(19.6)
경제활동여부	활동	40185(43.4)	3451(38.0)
	활동없음	33556(36.2)	3363(37.0)
	비해당	18893(20.4)	2268(25.0)
연간가구소득	1분위	13263(14.3)	1513(16.7)
	2분위	17686(19.1)	1777(19.6)
	3분위	19848(21.4)	1925(21.2)
	4분위	20798(22.5)	1955(21.5)
	5분위	20719(22.4)	1878(20.7)
장애여부	장애	5273(5.7)	788(8.7)
	장애 없음	87361(94.3)	8294(91.3)
보장형태	직장보험	60382(65.2)	5751(63.3)
	지역보험	27358(29.5)	2585(28.5)
	의료급여	4255(4.6)	645(7.1)
	기타	639(0.7)	101(1.1)
만성질환	있음	52132(56.3)	5347(58.9)
	없음	40502(43.7)	3735(41.1)
입원경험	있음	11189(12.1)	3954(43.5)
	없음	81445(87.9)	5128(56.5)

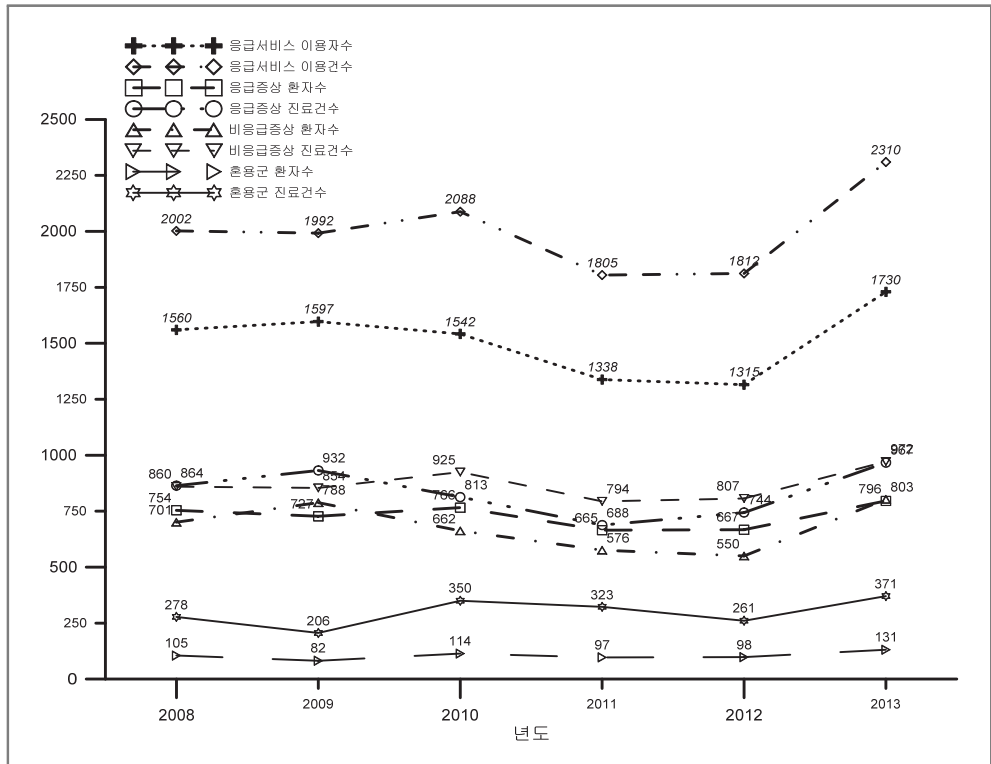
4. 연간 응급서비스 이용 증상별 추이

응급서비스를 이용하는 데 있어, 사용자수와 건수의 추이를 정리하였고, 각 이용건수를 정리하였다. 응급서비스를 이용수는 큰 변화는 나타내지 않고 있다고 하겠고, 전체 가구원수의 감소패턴과 유사하다고 하겠다.

응급증상 이용군은 4375명으로 5008건(개인당 1.1건)의 응급서비스를 이용하였고, 비응급증상 이용군은 4080명으로 5212건(개인당 1.3건)의 응급서비스를 이용하였으며, 최소한 2번 이상 응급서비스를 이용한 응급, 비응급 증상 혼용군의 경우 627명이 1789건(개인당 2.9건)의 응급서비스를 이용하였다.

〈표 3-4〉 연간 응급서비스 이용

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	합계
응급서비스 미이용자 수	19723	17556	16343	15697	14557	18911	102,787
응급서비스 이용자수	1560	1597	1542	1338	1315	1730	9,082
응급서비스 이용건수	2002	1992	2088	1805	1812	2310	12,009
응급증상 이용군	754(48.3)	727(45.5)	766(49.7)	665(49.7)	667(50.7)	796(46.0)	4,375(48.2)
응급서비스 이용건수	864	932	813	688	744	967	5008
비응급증상 이용군	701(44.9)	788(49.3)	662(42.9)	576(43.0)	550(41.8)	803(46.4)	4,080(44.9)
응급서비스 이용건수	860	854	925	794	807	972	5212
응급, 비응급 증상 혼용군	105(6.7)	82(5.1)	114(7.4)	97(7.2)	98(7.5)	131(7.6)	627(6.9)
응급서비스 이용건수	278	206	350	323	261	371	1789

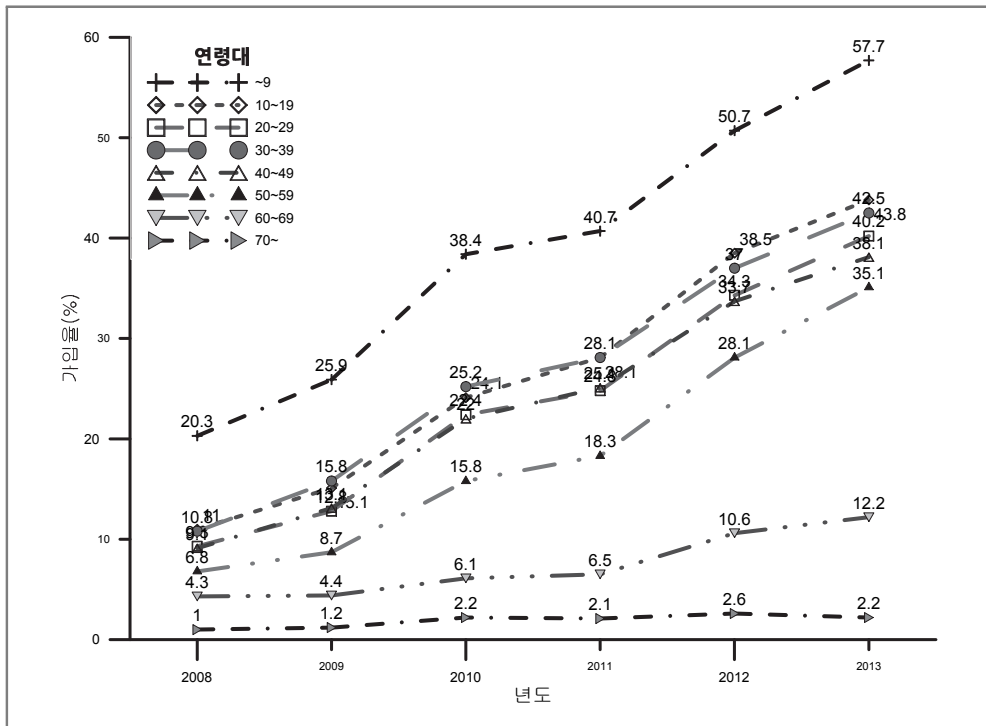


[그림 3-5] 증상별 응급서비스 이용 추이

제2절 의료패널의 보험가입

1. 연도별 연령별 실손의료보험 가입률

실손의료보험은 2008년 전체 가입률은 9.8%에서 시작되어 2013년에는 33.5%로 그 가입률은 2008년 대비 3.4배가 증가하였다. 전체 가구원 특히 소아 가구원의 수가 감소하는 추세였음을 감안한다면 그 가입률은 매우 가파르게 증가했다고 하겠다. 그 증가율은 9세 이하의 경우는 약 3배 가까이 증가한 것으로 나타났고, 50대까지 급증하였으나 60대에서는 증가추세가 감소하였으며, 특히 70세 이상의 경우는 거의 증가하지 않았다. 이는 의료서비스의 요구가 많고, 의료서비스에 대한 위험율이 높은 고령 환자들에 대한 가입을 위험 선택(risk selection)하는 보험 상품으로 언더라이팅된 것으로 생각된다. 최근 노년대상으로 한 노년실손보험 등의 판매로 고령층의 실손의료보험가입이 가능하나 경과를 추적해야 될 것으로 생각된다.



[그림 3-6] 연령대별 실손의료보험 가입률 추이

〈표 3-5〉 연간 연령대별 실손의료보험 가입률

나이	실손의료보험 가입	2008	2009	2010	2011	2012	2013	전체
~9	가입	582	610	791	734	773	1129	4619
	미가입	2283	1748	1267	1071	753	829	7951
	가입률(%)	20.3	25.9	38.4	40.7	50.7	57.7	36.7
10~19	가입	319	398	603	683	875	1272	4150
	미가입	2573	2245	1900	1745	1398	1634	11495
	가입률(%)	11.0	15.1	24.1	28.1	38.5	43.8	26.5
20~29	가입	221	268	417	431	547	776	2660
	미가입	2148	1818	1445	1305	1046	1156	8918
	가입률(%)	9.3	12.8	22.4	24.8	34.3	40.2	23.0
30~39	가입	378	467	656	666	763	1113	4043
	미가입	3137	2496	1951	1708	1301	1504	12097
	가입률(%)	10.8	15.8	25.2	28.1	37.0	42.5	25.0
40~49	가입	301	392	623	679	858	1279	4132
	미가입	2991	2598	2214	2027	1691	2077	13598
	가입률(%)	9.1	13.1	22.0	25.1	33.7	38.1	23.3
50~59	가입	179	210	359	403	599	993	2743
	미가입	2449	2196	1919	1803	1536	1836	11739
	가입률(%)	6.8	8.7	15.8	18.3	28.1	35.1	18.9
60~69	가입	98	96	127	132	200	300	953
	미가입	2175	2075	1966	1890	1693	2152	11951
	가입률(%)	4.3	4.4	6.1	6.5	10.6	12.2	7.4
70~	가입	15	18	36	37	48	58	212
	미가입	1434	1518	1611	1721	1791	2533	10608
	가입률(%)	1.0	1.2	2.2	2.1	2.6	2.2	2.0
전체	가입	2093	2459	3612	3765	4663	6920	23512
	미가입	19190	16694	14273	13270	11209	13721	88357
	가입률(%)	9.8	12.8	20.2	22.1	29.4	33.5	21.0

2. 실손의료보험 가입여부와 관련된 요인비교

실손의료보험 가입자와 미가입자의 요인별 비교를 표 3-6에 정리하였다. 실손의료보험 가입자와 미가입자간에 어떠한 차이가 있는지 요인별 차이를 비교하고 추후 실손의료보험 가입의 영향을 평가하기 위한 변수의 선택을 위해 각 요인 별 카이제곱 분석을 하였다. 거주지와 입원력을 제외한 모든 요인에서 가입자와 미가입자간에 의미 있는 차이가 있었다. 실손의료보험에 가입여부는 가입자의 거주지가 어디든 비슷한 경향을 보

이는 것으로 생각되며, 입원의 과거력은 가입에 영향을 주지는 않는 것으로 생각된다. 연령에 있어 어리거나 젊은 경우에 가입을 많이 하는 반면, 60대 이상부터는 가입자가 적은 것을 알 수 있으며, 교육수준이 증가할수록 가입률이 높으며, 연간소득이 높을수록 가입률이 높아짐을 알 수 있다. 이는 다른 연구들의 결과와 같으며, 경제적인 추가 부담을 감당할 수 있는 경우에만 실손의료보험에 가입할 수 있기 때문으로 생각된다. 보장 형태에서 알 수 있듯이 의료급여나 기타의 경우 가입률이 낮은 것을 알 수 있는데, 이는 경제적 추가 부담 외에도 의료서비스 이용에서 자기 부담이 상대적으로 적은 것도 이유가 될 수 있다고 생각된다. 결국 실손의료보험에 가입하는 경우는 교육수준과 경제력이 있는 경우에 가입이 많고, 사회적 취약층에 해당되는 경우인 장애인, 무학, 저소득층에서는 가입이 적었다. 이는 결국 의료서비스 이용에 있어 경제력에 의한 불평등이 생길 수 있음을 뜻한다고 하겠다.

〈표 3-6〉 실손의료보험 가입여부에 따른 요인

	실손의료보험	가입(%)	미가입(%)	p값
성별	남	11297(48.0)	43178(48.9)	0.025
	여	12215(52.0)	45179(51.1)	
연령	~9세	4619(19.6)	7951(9.0)	<0.0001
	10~19세	4150(17.7)	11495(13.0)	
	20~29세	2660(11.3)	8918(10.1)	
	30~39세	4043(17.2)	12097(13.7)	
	40~49세	4132(17.6)	13598(15.4)	
	50~59세	2743(11.7)	11739(13.3)	
	60~69세	953(4.1)	11951(13.5)	
배우자유무	있음	11079(47.1)	48223(54.6)	<0.0001
	없음	12433(52.9)	40134(45.4)	
거주지	서울	3414(14.5)	12940(14.6)	0.552
	광역시	6783(28.8)	25730(29.1)	
	그외	13315(56.6)	49687(56.2)	
교육수준	미취학	2720(11.6)	4030(4.6)	<0.0001
	무학	80(0.3)	3645(4.1)	
	중졸이하	61131(26.0)	31375(35.5)	
	고졸이하	6896(29.3)	24574(27.8)	
경제활동여부	대학이상	7703(32.8)	24733(28.0)	<0.0001
	활동	10206(36.8)	40391(45.7)	
	활동없음	6647(28.6)	34316(35.8)	
	비해당	6659(16.1)	13650(15.4)	

실손의료보험		가입(%)	미가입(%)	p값
연간가구소득	1분위	1026(4.4)	14079(15.9)	<0.0001
	2분위	3612(15.4)	17718(20.1)	
	3분위	5417(23.0)	19026(21.5)	
	4분위	6765(28.8)	18781(21.3)	
	5분위	6649(28.3)	18376(20.8)	
장애여부	장애	329(1.4)	5451(6.2)	<0.0001
	장애 없음	23183(98.6)	82906(93.8)	
보장형태	직장보험	16280(51.4)	55875(63.2)	<0.0001
	지역보험	6726(25.9)	27445(31.1)	
	의료급여	444(3.5)	4368(4.9)	
	기타	62(0.6)	669(0.8)	
만성질환	있음	9632(41.0)	45194(51.1)	<0.0001
	없음	13880(59.0)	43163(48.9)	
입원경험	있음	2467(10.5)	9027(10.2)	0.215
	없음	21045(89.5)	79330(89.8)	
외래이용	방문	20265(86.2)	72369(81.9)	<0.0001
	미방문	3247(13.8)	15988(18.1)	

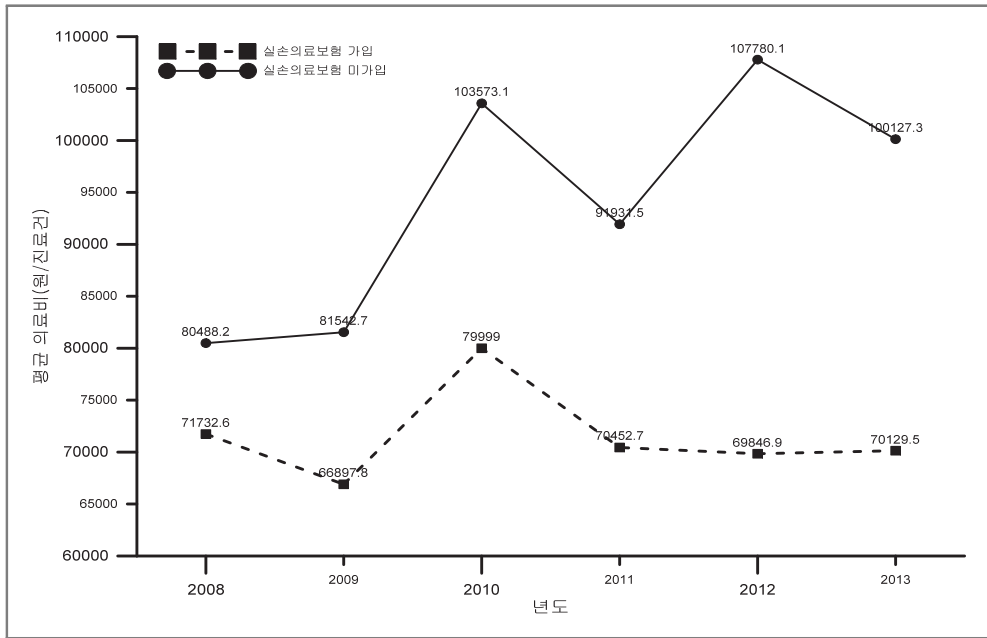
제3절 실손의료보험 가입여부에 따른 연간 응급서비스 이용

1. 실손의료보험 가입여부에 따른 연간 응급서비스 이용

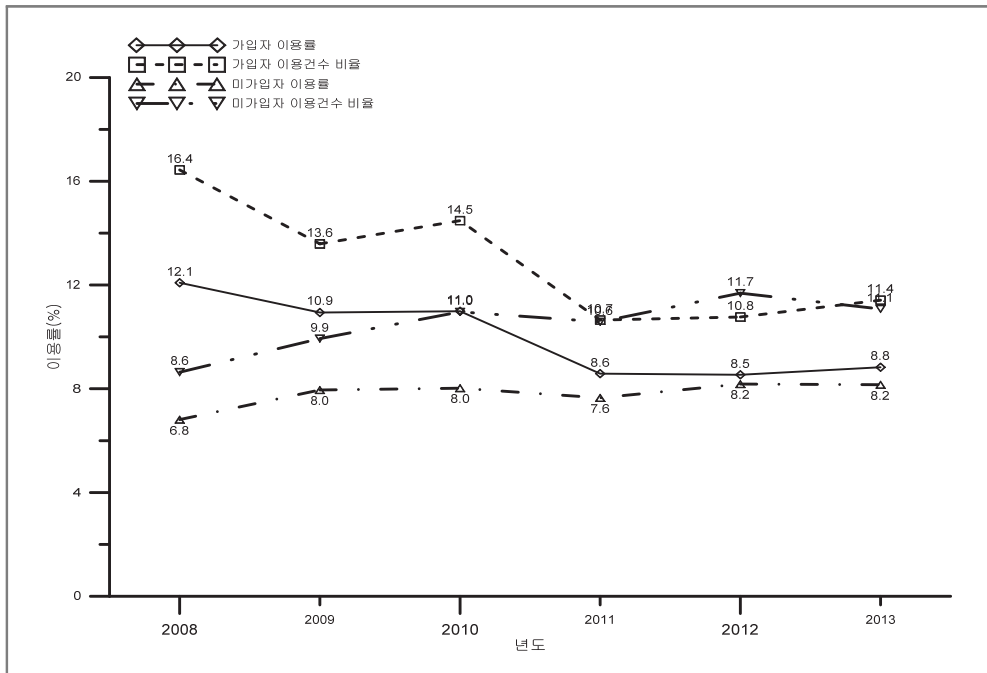
실손의료보험 가입자와 미가입자에의 평균 방문횟수는 인당 1.3건으로 유사하였다. 그러나 방문 건당 의료비는 미가입군에 비해 가입군이 전체적으로 낮은 경향을 보였다(그림 3-7). 이는 가입군이 비교적 경증으로 응급서비스 이용을 한다는 것일 수도 있겠다. 또한 실손의료보험 가입군과 미가입군의 이용율과 건수비율(각 군별 전체 구성원 수에 대한 응급서비스 이용자 및 이용건수)을 보면 2008년에 비해 점차적으로 낮아지는 추세를 보이는데 반해 미가입자의 이용율은 점차 증가하는 추이를 보인다(그림 3-8).

〈표 3-7〉 연간 실손의료보험 가입여부에 따른 응급서비스 이용 건수 및 의료비

가입여부	2008	2009	2010	2011	2012	2013	전체	
가입	가입자수	2093	2459	3612	3765	4663	6920	23512
	이용자수	253	269	397	323	398	611	2251
	이용횟수	344	334	523	401	502	790	2,894
	평균방문	1.4	1.2	1.3	1.2	1.3	1.3	1.3
	표준편차	0.8	0.6	0.7	0.6	0.7	0.8	0.7
	평균의료비	71732.6	66897.8	79999.0	70452.7	69846.9	70129.5	71435.1
	표준편차	95098.4	68114.5	152520.1	86283.7	85694.3	75695.3	95994.4
미가입	미가입자수	19190	16694	14273	13270	11209	13721	88357
	이용자수	1307	1328	1145	1015	917	1119	6831
	이용횟수	1658	1658	1565	1404	1310	1520	9,115
	평균방문	1.3	1.2	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3
	표준편차	0.7	0.7	1.1	1.9	2.2	0.9	1.3
	평균의료비	80488.2	81542.7	103573.1	91931.5	107780.1	100127.3	92955.7
	표준편차	130699.5	135538.1	307858.1	130648.3	231188.8	143250.3	188879.5
합계	해당자수	21283	19153	17885	17035	15872	20641	111869
	이용자수	1560	1597	1542	1338	1315	1730	9082
	이용횟수	2002	1992	2088	1805	1812	2310	12,009
	평균방문	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3
	표준편차	0.8	0.7	1.1	1.7	1.8	0.9	1.2
	평균의료비	61777.8	63835.1	76768.1	69738.0	75370.7	70809.2	69520.4
	표준편차	106386.5	111869.8	208878.9	101271.2	151194.2	97839.2	134977.6



[그림 3-7] 실손의료보험 가입여부에 따른 평균 응급서비스 의료비



[그림 3-8] 실손의료보험 가입여부에 따른 응급서비스 이용률과 이용건수 비율

2. 응급서비스 이용에서 응급, 비응급군 비교

응급군과 비응급군의 각 요인별 비교를 위해 카이제곱을 실시하였다. 거주지와 외래 방문 여부는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나 그 외 모든 다른 요인은 집단간 유의한 차이가 있었다. 응급, 비응급 증상으로 응급서비스를 이용하는 것은 거주지에 따른 차이는 없었으며, 외래방문 여부와도 차이가 없었다. 연령에서 보면 9세 이하에서 비응급군이 다른 나이에 비해 많았고, 60세 이상의 고령자들은 다른 나이 대에 비해 응급군이 더 많았다. 배우자가 있는 경우 응급군이 더 많았으며, 교육수준에서는 미취학인 경우에 비응급군이 더 많았다. 경제활동여부에서는 비활동인 경우보다 활동인 경우에 응급군이 더 많았고, 소아에 해당되는 비해당 군에서는 비응급군이 더 많았다. 장애여부에 있어서는 장애가 있는 경우에 응급군이 많았고, 연간가구소득에서 저소득층이 응급군이 높았으며 소득이 증가할수록 비응급군이 더 많은 경향을 보였다. 보장 형태에서는 의료급여와 기타 군에서 응급군이 더 많았으며 보험 군에서는 비응급군이 더 많았다. 만성질환이 있을 때는 응급군이 더 많았다. 결국 노인층과 저소득층과 장애인을 포함한 사회적 약자들이 응급군이 많았고, 소득이 높고 학력이 높은 경우와 소아연령대에서 비응급인 경우가 더 많았다.

〈표 3-8〉 응급서비스 증상별 비교

응급서비스		미이용군(%)	응급군(%)	비응급군(%)	p값
실손의료보험	가입	81526(79.3)	3410(77.9)	3421(72.7)	<0.0001
	미가입	21261(20.7)	965(22.1)	1286(27.3)	
성별	남	49900(48.5)	2421(55.3)	2154(45.8)	<0.0001
	여	52887(51.5)	1954(44.7)	2553(54.2)	
연령	~9세	10803(10.5)	685(15.7)	1082(23.0)	<0.0001
	10~19세	14677(14.3)	437(10.0)	531(11.3)	
	20~29세	10983(10.7)	248(5.7)	347(7.4)	
	30~39세	15152(14.7)	459(10.5)	529(11.2)	
	40~49세	16593(16.1)	565(12.9)	572(12.2)	
	50~59세	13405(13.0)	552(12.6)	525(11.2)	
	60~69세	11736(11.4)	622(14.2)	546(11.6)	
	70세~	9438(9.2)	807(18.4)	575(12.2)	
배우자유무	있음	54623(53.1)	2357(53.9)	2322(49.3)	<0.0001
	없음	48164(46.9)	2018(46.1)	2385(50.7)	
거주지	서울	15256(14.8)	506(11.6)	592(12.6)	0.246
	광역시	30005(29.2)	1199(27.4)	1309(27.8)	
	그외	57526(56.0)	2670(61.0)	2806(59.6)	

응급서비스		미이용군(%)	응급군(%)	비응급군(%)	p값
교육수준	미취학	5508(5.4)	453(10.4)	789(16.8)	<0.0001
	무학	3271(3.2)	283(6.5)	171(3.6)	
	중졸이하	34110(33.2)	1748(40.0)	1630(34.6)	
	고졸이하	29242(28.4)	1088(24.9)	1140(24.2)	
	대학이상	30656(29.8)	803(18.4)	977(20.8)	
경제활동여부	활동	47146(45.9)	1769(40.4)	1682(35.7)	<0.0001
	활동없음	37600(36.6)	1695(38.7)	1668(35.4)	
	비해당	18041(17.6)	911(20.8)	1357(28.8)	
연간가구소득	1	13592(13.2)	835(19.1)	678(14.4)	<0.0001
	2	19553(19.0)	927(21.2)	850(18.1)	
	3	22518(21.9)	864(19.7)	1061(22.5)	
	4	23591(23.0)	890(20.3)	1065(22.6)	
	5	23147(22.5)	842(19.2)	1036(22.0)	
장애여부	장애	4992(4.9)	440(10.7)	348(7.4)	<0.0001
	장애 없음	97795(95.1)	3935(89.9)	4359(92.6)	
재원	직장보험	66404(64.6)	2695(61.6)	3056(64.9)	<0.0001
	지역보험	31586(30.7)	1273(29.1)	1312(27.9)	
	의료급여	4167(4.1)	354(8.1)	291(6.2)	
	기타	630(0.6)	53(1.2)	48(1.0)	
만성질환	있음	49479(48.1)	2665(60.9)	2682(57.0)	<0.0001
	없음	53308(51.9)	1710(39.1)	2025(43.0)	
외래여부	방문	83913(81.6)	4197(95.9)	4524(96.4)	0.66
	미방문	18874(18.4)	178(4.1)	183(3.9)	

3. 실손의료보험 가입여부에 따른 증상별 응급서비스 이용

실손의료보험 가입여부에 따른 응급, 비응급 증상으로 응급서비스를 받은 경우를 정리하였다. 거주지 및 외래방문은 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

실손의료보험 가입자는 응급서비스를 이용하는데 있어, 성별, 연령, 교육수준, 경제활동여부에서는 통계적으로 유의한 차이가 있었으나, 배우자 유무, 연간소득, 보장 형태와 장애여부와 만성질환 유무는 응급서비스를 이용하는데 있어 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 즉 실손의료보험가입을 했을 경우에는 배우자 유무나 연간소득 장애여부 및 보장 형태는 응급여부와 상관없이 응급서비스를 이용하는 결과를 보였다. 남자이거나 고령자이거나 경제활동을 하는 경우에는 응급증상인 경우에 응급서비스를 이용하며, 여자인 경우나 연령이 어리고, 미취학이거나 경제활동여부에서 비해당인 경우에 비응급증상으로 응급서비스를 이용하는 경우가 더 많았다.

실손의료보험 미가입자의 경우에는 성별, 연령, 배우자유무, 교육수준, 경제활동여부, 연간가구소득, 장애여부, 보장형태, 만성질환여부 모두에서 의미 있는 차이가 났다. 즉 남자이거나 고령이거나, 배우자가 있거나, 학력이 낮을수록, 경제활동을 할수록, 가구소득이 낮을수록, 장애가 있거나, 의료급여이거나 만성질환이 없는 경우에 응급 증상으로 응급서비스를 이용하며, 여자이거나 어릴수록, 배우자가 없는 경우, 미취학이거나 학력이 높을수록, 연간가구소득이 높을수록, 장애가 없는 경우며 의료보험인 경우와 만성질환이 있는 경우는 비응급으로 응급서비스를 이용할 경우가 더 높았다.

즉 실손의료보험 가입자의 경우 응급서비스의 이용에 있어 장벽이 될 수도 있는 경제적 측면인 가계소득이나 보장 형태와 상관없이 비응급 증상임에도 응급서비스 이용이 더 쉽다는 것을 반증하는 것으로 생각되며, 실손보험 미가입자에 비해 장벽이 될 수 있는 경제적 요인들이 없어졌다는 것을 뜻하다고 생각된다. 실손의료보험 미가입자의 경우 여러 요인들에 따라 응급서비스이용에 차이가 나며, 특히 실손의료보험 가입자의 경우와는 달리 경제적 측면인 가계소득이나 보장 형태에 따라서 차이를 보였다.

〈표 3-9〉 실손보험 가입 여부에 따른 응급서비스 이용 차이

실손의료보험 증상별 분류	가입			미가입			
	응급군	비응급군	p값	응급군	비응급군	p값	
성별	남	531(55.0)	595(46.3)	<0.0001	1890(55.4)	1559(45.6)	<0.0001
	여	434(45.0)	691(53.7)		1520(44.6)	1862(54.4)	
연령	~9	299(31.0)	477(37.1)	0.008	386(11.3)	605(17.7)	<0.0001
	10~19	148(15.3)	178(13.8)		289(8.5)	353(10.3)	
	20~29	79(8.2)	122(9.5)		169(5.0)	225(6.6)	
	30~39	147(15.2)	182(14.2)		312(9.1)	347(10.1)	
	40~49	140(14.5)	160(12.4)		425(12.5)	412(12.0)	
	50~59	105(10.9)	123(9.6)		447(13.1)	402(11.8)	
	60~69	44(4.6)	34(2.6)		578(17.0)	512(15.0)	
	70~	3(0.3)	10(0.8)		804(23.6)	565(16.5)	
배우자유무	있음	400(41.5)	485(37.7)	0.072	1957(57.4)	1837(53.7)	0.002
	없음	565(58.5)	801(62.3)		1453(42.6)	1584(46.3)	
거주지	서울	109(11.3)	174(13.5)	0.157	397(11.6)	418(12.2)	0.752
	광역시	271(28.1)	378(29.4)		928(27.2)	931(27.2)	
	그외	585(60.6)	734(57.1)		2085(61.1)	2072(60.6)	
교육수준	미취학	207(21.5)	354(27.5)	0.012	246(7.2)	435(12.7)	<0.0001
	무학	3(0.3)	4(0.3)		280(8.2)	167(4.9)	
	중학교이하	278(28.8)	314(24.4)		1470(43.1)	1316(38.5)	
	고졸이하	256(26.5)	320(24.9)		832(24.4)	820(24.0)	
	대졸이상	221(22.9)	294(22.9)		582(17.1)	683(20.0)	

실손의료보험		가입			미가입		
증상별 분류		응급군	비응급군	p값	응급군	비응급군	p값
경제활동여부	활동	364(37.7)	426(33.1)	0.030	1405(41.2)	1256(36.7)	<0.0001
	활동 없음	223(23.1)	289(22.5)		1472(43.2)	1379(40.3)	
	비해당	378(39.2)	571(44.4)		533(15.6)	786(23.0)	
연간가구소득	1	47(4.9)	61(4.7)	0.455	788(23.1)	617(18.0)	<0.0001
	2	164(17.0)	186(14.5)		763(22.4)	664(19.4)	
	3	209(21.7)	292(22.7)		655(19.2)	769(22.5)	
	4	271(28.1)	356(27.7)		619(18.2)	709(20.7)	
	5	269(27.9)	389(30.2)		573(16.8)	647(18.9)	
장애여부	장애	17(1.8)	16(1.2)	0.312	423(12.4)	332(9.7)	<0.0001
	장애 없음	948(98.2)	1270(98.8)		2987(87.6)	3089(90.3)	
보장형태	직장보험	678(70.3)	920(71.5)	0.740	2017(59.1)	2136(62.4)	0.004
	지역보험	259(26.8)	325(25.3)		1014(29.7)	987(28.9)	
	의료급여	26(2.7)	36(2.8)		328(9.6)	255(7.5)	
	기타	2(0.2)	5(0.4)		51(1.5)	43(1.3)	
만성질환	있음	543(56.3)	733(57.0)	0.730	1167(34.2)	1292(37.8)	0.002
	없음	422(43.7)	553(43.0)		2243(65.8)	2129(62.2)	
외래	방문	938(97.2)	1238(96.3)	0.320	3259(95.6)	3286(96.1)	0.221
	미방문	27(2.8)	48(3.7)		151(4.4)	135(3.9)	

4. 응급서비스 이용군과 응급서비스 이용하지 않은 군 비교

요인별 위험율의 영향을 파악하기 위해 요인별 변수에 대해 시행한 로지스틱 회귀 분석 결과를 정리하였다. 응급서비스를 이용하는데 영향을 주는 요인으로 실손보험가입군의 경우 미가입군에 비해 1.278배(1.209~1.351) 오즈비가 높았고, 남자보다는 여자가 응급서비스를 더 많이 이용하였으며, 60대 이상의 경우 9세 이하의 소아에 비해 1.262배(1.206~1.322) 이용가능성이 높았다. 서울에 비해 광역시를 제외한 곳에서 응급서비스를 이용한 가능성이 1.237배(1.154~1.325) 높았다. 학력은 대학이상자에 비해 미취학인 경우 2.789배(2.417~3.22) 더 높았고, 중졸이하와 고졸이하는 대학이상인 경우에 비해 1.288, 1.137배 더 응급서비스를 이용할 가능성이 높았다. 장애가 있는 경우 정상인에 비해 1.399배(1.284~1.524) 더 가능성이 높았다. 경제활동을 하지 않는 경우가 하는 군에 비해 1.16배(1.098~1.226) 이용가능성이 높았다. 직장 건강보험가입자에 비해 지역 가입자는 0.994배 가능성이 낮았고, 의료급여의 경우 1.509배 이용가능성이 높았다. 만성질환자가 질환이 없는 사람에 비해 1.206배 이용가능성이 높았으며, 외래방문여부에서는 없는 군에 비해 4.138배(3.703~4.623) 이용가능성이 높았다.

가계연소득의 경우 소득수준이 높아질수록 응급서비스 이용이 증가하는 추세이나 통계적으로 의미는 없었다.

〈표 3-10〉 응급서비스 이용에 영향을 미치는 요인

		OR	95% Confidence		p값
	2009(ref=2008)	1.111	1.031	1.196	0.0056
	2010(ref=2008)	1.105	1.025	1.191	0.0094
	2011(ref=2008)	0.992	0.918	1.073	0.8456
	2012(ref=2008)	1.032	0.954	1.117	0.4353
	2013(ref=2008)	1.031	0.957	1.11	0.4261
실손보험가입	가입(ref=미가입)	1.278	1.209	1.351	<.0001
성별	남자(ref=여자)	0.761	0.667	0.869	<.0001
연령대	10~59(ref=~9)	0.88	0.759	1.022	0.0938
	60~(ref=~9)	1.262	1.206	1.322	<.0001
거주지	광역시(ref=서울)	1.156	1.072	1.246	0.0002
	그 외(ref=서울)	1.237	1.154	1.325	<.0001
교육수준	미취학(ref=대학이상)	2.789	2.417	3.22	<.0001
	무학(ref=대학이상)	1.55	1.361	1.766	<.0001
	중졸이하(ref=대학이상)	1.288	1.19	1.393	<.0001
	고졸이하(ref=대학이상)	1.137	1.063	1.215	0.0002
장애여부	장애(ref=없음)	1.399	1.284	1.524	<.0001
배우자유무	있음(ref=없음)	0.968	0.913	1.026	0.2672
경제활동여부	안함(ref=활동함)	1.16	1.098	1.226	<.0001
	비해당(ref=활동함)	0.901	0.804	1.01	0.0737
가구연소득	2분위(ref=1분위)	0.999	0.924	1.079	0.9720
	3분위(ref=1분위)	1.02	0.941	1.105	0.6344
	4분위(ref=1분위)	1.038	0.956	1.127	0.3779
	5분위(ref=1분위)	1.078	0.99	1.174	0.0853
보장형태	지역(ref=직장가입)	0.994	0.946	1.046	0.8287
	의료급여(ref=직장가입)	1.509	1.366	1.667	<.0001
	기타(ref=직장가입)	1.475	1.186	1.835	0.0005
만성질환유무	있음(ref=없음)	1.208	1.147	1.274	<.0001
외래방문여부	있음(ref=없음)	4.138	3.703	4.623	<.0001

5. 응급증상으로 응급서비스 이용

응급증상으로 응급서비스를 이용하는데 있어 의미 있는 요인은 실손보험 가입여부, 성별, 연령대, 거주지, 학력, 장애여부, 경제활동여부, 보장형태, 만성질환여부, 외래방문이 의미가 있었다. 실손보험을 가입한 경우 가입하지 않은 경우에 비해 1.221배로 응급서비스를 이용할 가능성이 높았다. 여자보다 남자인 경우 응급증상으로 0,801배로 낮았다. 60세 이상인 경우 응급증상으로 응급서비스를 받을 가능성이 1.623배 의미 있게 높았다. 기타 지역에 거주하는 경우 서울에 거주하는 경우에 비해 1.258배 의미 있게 가능성이 높았다. 미취학의 경우 대학이상 학력에 비해 2.86배, 무학인 경우 2.207배 더 높았으며, 고졸이하인 학력의 경우 1.237 배 더 높았다. 장애가 있으면 정상인에 비해 1.393배 더 높았다. 경제활동을 하지 않는 경우가 하는 경우에 비해 1.14배 높았고, 비해당 경우에는 0.714배로 의미 있게 낮았다. 가구 연소득은 응급증상으로 응급서비스를 이용하는데 의미있는 차이는 없었다. 직장가입자에 비해 의료급여인 경우 1.563배 더 이용 가능성이 높았고, 만성질환이 있는 경우 1.135배 더 높았고, 외래방문이 있었던 경우 없는 경우에 비해 4.309배 더 높았다. 즉 응급증상으로 응급서비스를 이용하는데 있어 경제적 장애는 없다고 할 수 있겠다.

〈표 3-11〉 응급증상으로 응급서비스를 이용하게 될 오즈비

		OR	95% Confidence		p값
	2009 vs 2008	1.041	0.937	1.157	0.4506
	2010 vs 2008	1.126	1.015	1.251	0.0255
	2011 vs 2008	1.013	0.909	1.129	0.8134
	2012 vs 2008	1.078	0.966	1.203	0.1776
	2013 vs 2008	0.979	0.881	1.087	0.6857
실손보험가입	가입(ref=미가입)	1.221	1.127	1.323	<.0001
성별	남자(ref=여자)	0.801	0.66	0.972	0.0243
연령대	10~59 (ref=~9)	0.968	0.781	1.201	0.769
	60~(ref=~9)	1.623	1.52	1.732	<.0001
거주지	광역시(ref=서울)	1.163	1.044	1.295	0.0059
	기타(ref=서울)	1.258	1.139	1.388	<.0001
교육수준	미취학(ref=대학이상)	2.86	2.316	3.532	<.0001
	무학(ref=대학이상)	2.207	1.863	2.615	<.0001
	중졸이하(ref=대학이상)	1.57	1.407	1.752	<.0001
	고졸이하(ref=대학이상)	1.237	1.124	1.361	<.0001
장애여부	장애(ref=없음)	1.393	1.246	1.559	<.0001
배우자여부	있음(ref=없음)	1.009	0.931	1.093	0.8272

		OR	95% Confidence		p값
경제활동여부	인함(ref=활동함)	1.14	1.057	1.231	0.0007
	비해당(ref=활동함)	0.714	0.608	0.838	<.0001
가구연소득	2분위(ref=1분위)	1.023	0.923	1.135	0.6615
	3분위(ref=1분위)	0.931	0.834	1.04	0.205
	4분위(ref=1분위)	0.981	0.876	1.099	0.742
	5분위(ref=1분위)	1.011	0.899	1.137	0.8512
보장형태	지역(ref=직장가입)	1.011	0.942	1.085	0.7584
	의료급여(ref=직장가입)	1.563	1.37	1.783	<.0001
	기타(ref=직장가입)	1.422	1.064	1.899	0.0173
만성질환유무	있음(ref=없음)	1.135	1.053	1.223	0.0009
외래방문여부	있음(ref=없음)	4.309	3.682	5.042	<.0001

6. 비응급증상으로 응급서비스를 이용

비응급증상으로 응급서비스를 이용하는 데는 실손보험 가입여부, 성별, 거주지, 학력, 장애여부, 가구소득, 보장형태, 만성질환 여부, 외래방문여부가 영향이 있었다. 실손의료보험 가입자의 경우 미가입자에 비해 1.324배 더 의미 있게 높았고, 여자에 비해 남자의 경우 0.73배 낮았으며, 기타 지역에 있는 경우 서울에 비해 1.214배 더 높았다. 미취학의 경우 대학이상 학력자에 비해 2.578배, 무학인 경우 1.046배, 중졸이하의 경우 1.065배, 고졸이하의 경우 1.056배 의미 있게 높았다. 장애자의 경우 정상인에 비해 1.392배 더 높았다. 경제활동을 하지 않는 경우 하는 경우에 비해 1.188배 더 높았다. 가구 연소득은 1분위에 비해 2분위의 경우는 0.976배로 의미 있게 낮았고, 5분위의 경우 1.146배 의미 있게 더 높았다. 보장형태의 경우 직장건강보험 가입자에 비해 지역가입자는 0.978배 이용가능성이 낮았으나, 의료급여와 기타의 경우는 각각 1.442배 1.533배 더 이용 가능성이 높았다. 만성질환이 있는 경우에 1.282배 더 높았다. 외래 방문 경험이 있는 경우는 없는 경우에 비해 3.979배 더 높았다.

〈표 3-12〉 비응급증상으로 응급서비스를 이용하게 될 오즈비(ref=응급서비스 이용 않은 군)

		OR	95% Confidence		p값
	2009 vs 2008	1.171	1.06	1.294	0.0019
	2010 vs 2008	1.08	0.975	1.197	0.1399
	2011 vs 2008	0.972	0.873	1.081	0.5960
	2012 vs 2008	0.987	0.886	1.101	0.817
	2013 vs 2008	1.078	0.975	1.191	0.1438
실손보험가입	가입(ref=미가입)	1.324	1.231	1.424	<.0001
성별	남자(ref=여자)	0.73	0.615	0.868	0.0004
연령대	10~59 (ref=~9)	0.805	0.661	0.982	0.0325
	60~(ref=~9)	1.005	0.944	1.07	0.8792
거주지	광역시(ref=서울)	1.148	1.038	1.27	0.0071
	기타(ref=서울)	1.214	1.107	1.332	0.0001
교육수준	미취학(ref=대학이상)	2.578	2.137	3.109	<.0001
	무학(ref=대학이상)	1.046	0.862	1.269	0.6476
	중졸이하(ref=대학이상)	1.065	0.956	1.188	0.2530
	고졸이하(ref=대학이상)	1.056	0.965	1.155	0.2367
장애여부	장애(ref=없음)	1.392	1.231	1.573	<.0001
배우자여부	있음(ref=없음)	0.933	0.86	1.012	0.0934
경제활동여부	안함(ref=활동함)	1.188	1.101	1.282	<.0001
	비해당(ref=활동함)	1.13	0.967	1.322	0.1245
가구연소득	2분위(ref=1분위)	0.976	0.874	1.091	0.6733
	3분위(ref=1분위)	1.114	0.996	1.246	0.0588
	4분위(ref=1분위)	1.101	0.981	1.235	0.1028
	5분위(ref=1분위)	1.146	1.018	1.29	0.0240
보장형태	지역(ref=직장가입)	0.978	0.914	1.048	0.5308
	의료급여(ref=직장가입)	1.442	1.253	1.66	<.0001
	기타(ref=직장가입)	1.533	1.131	2.077	0.0058
만성질환유무	있음(ref=없음)	1.282	1.195	1.375	<.0001
외래방문여부	있음(ref=없음)	3.979	3.409	4.645	<.0001

7. 실손의료보험이 응급서비스 이용에 미치는 영향

전체 자료에 대해 성별, 연령대, 배우자유무, 거주지, 학력, 경제활동유무, 연소득수준, 보장형태, 장애여부, 만성질환여부 및 외래방문여부를 통제한 후 응급서비스 이용에 대한 실손의료보험의 오즈비를 구하였다.

실손의료보험은 응급서비스 이용에 있어 미가입자보다 1.278배(1.209~1.351) 더 이용할 가능성이 높았고, 응급증상으로 응급서비스를 이용할 가능성도 1.221배(1.127~1.323) 높았다. 특히 비응급증상으로 응급서비스를 이용할 가능성은 가입하지 않았을 때에 비해 1.324배(1.231~1.424) 높았다. 결국 실손의료보험에 가입하게 되면 응급서비스를 이용하는데 있어 증상의 경중에 상관없이 더 많이 이용하게 되며, 특히 비응급 증상인 경우에도 더 많이 이용하는 것으로 파악된다.

〈표 3-13〉 실손보험 가입여부에 따른 응급서비스 이용의 오즈비

		OR	95% confidence		p값
응급서비스	가입(ref=미가입)	1.278	1.209	1.351	<0.0001
비응급군	가입(ref=미가입)	1.324	1.231	1.424	<0.0001
응급군	가입(ref=미가입)	1.221	1.127	1.323	<0.0001

제4장

고찰

제1절 연구방법에 대한 고찰	55
제2절 제한점	57

제4장

고찰

제1절 연구방법에 대한 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 공개되어 있는 2008년부터 2013년까지의 한국의료패널 자료를 이용하여 분석하였다. 패널 자료는 연간변화의 추이를 관찰하고 그 변화를 바탕으로 의료정책을 계획하는 근거를 제공하게 된다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 전체 자료에 대한 종단면 분석을 하지 못하고, 횡단면적 연구방법을 사용하였다. 또한 가구와 가구원이 추가된 2013년 자료가 포함되어 있다. 이로 인해 실손보험 가입과 응급실 사용에 대한 인과관계에 대해 알기 어렵고, 2013년에 추가된 자료로 인해 기준 변수들에 오류가 발생할 가능성이 있겠다. 방법론적 한계로 인해 응급서비스 이용이 늘게 되는 이유가 도덕적 해이나 역선택의 결과인지 구별할 수 없었다. 단지 실손의료보험 가입과 응급서비스 이용에 차이가 있는지, 실손의료보험 가입이 응급서비스 이용에 얼마만큼의 영향을 미치는지만 파악할 수 있었다. 또한 연간 실손의료보험 가입 변화(신규가입, 해지 등)에 대해 확인하지 못한 것도 정확한 인과관계의 변화를 알기 어려우며, 실손의료보험 가입과 반대되는 일이 가입 해지에 따라 발생하는 지도 확인할 수 없었다. 또한 가입여부만 확인하였고, 질적 부분에 해당하는 부담 보험료에 대한 분석이 빠져있어 응급서비스 이용의 질에 대한 분석이 빠졌다. 또한 정액의료보험의 영향이 실손의료보험으로 인한 응급서비스 이용에 영향을 미치는 지를 구분하지 못한 것도 아쉬운 점이다.

향후 패널 자료의 이점을 살려 분석을 하려면 2008년부터 연구 시점까지 지속적인 자료취득이 가능한 군만을 대상으로 하거나, 추가 조사 군을 더하기 전까지인 2012년까지의 자료를 대상으로 하여, 응급서비스와 실손의료보험과 정액의료보험의 관계 그리고 신규가입 및 해지와 미가입에 관한 추가 분석도 필요할 것으로 생각된다. 시간적 변화에 대한 패널 자료의 이점을 좀 더 잘 이용할 수 있다면 보다 심도 깊은 분석이 가능할 것으로 생각된다.

본 연구에서는 기존의 연구와 달리 소아를 포함하여 분석하였다. 소아의 경우 응급 서비스 이용에 대한 결정이 본인의 의사와는 무관하게 보호자의 결정에 의한 경우가 많으므로, 결과 해석에 신중함이 필요하겠다. 이로 인해 채 등의 연구에서와 달리 비응급증상으로 내원한 군이 상대적으로 높게 나온 이유가 될 수도 있을 것으로 생각되며, 비응급군의 수가 상대적으로 늘어났을 가능성이 있다고 생각된다. 추후 소아 환자군을 대상으로 한 별도 분석이 필요할 것으로 생각된다.

응급환자를 분류한 조작적 정의에 대한 제한점이 있겠다. 응급과 비응급의 분류 기준은 여러 연구에서 다양한 방법으로 적용되었으나, 아직 국내 현실에서는 응급실에서 퇴실하는 경우의 수가관련에서 법적 기준에 맞춰 응급과 비응급으로 구분할 뿐이고, 내원시의 경중에 대해서는 다양한 단계의 중증도 분류기준이 있으나, 이런 세분화된 중증도는 2차 자료인 한국의료패널 자료에 적용하기는 어렵다. 본 연구에서는 기존의 구분 방법을 답습하여 적용하였다^{47,53}). 그러나 이 분류방법이 소아환자에 적용되었을 때의 타당성에 대한 확인이 불가능하였다. 환자의 의료 처치 부분에서 여러 검사들에 대한 내용이 빠져있음으로 인해 응급증상으로 내원한 군이 상대적으로 적게 측정 될 가능성이 있다. 또한 2회 이상 다방문한 환자들에 있어 1번이라도 비응급으로 내원한 환자들을 비응급군으로 분류함으로 인해 비응급군의 비가 과대측정 되었을 수도 있다⁵³). 동일한 진단명이나 입원을 한다고 해서 응급실 내원 시 응급한 상태임을 말하기는 어려우며, 내원한 응급 의료기관의 규모에 대한 없었기에 단순히 입원한 경우를 응급군으로 분류한 것은 문제가 있으며, 이는 현실과는 다른 측정오류의 가능성도 있겠다. 의료기관 규모에 대한 자료가 추가로 입력되어 분류가 되었다면 좀 더 세분화된 분석이 가능하지 않았을까 생각된다.

또한 내원 수단이 응급서비스의 만족도에 영향을 미친다고 함에도 내원수단과 만족도에 대한 분석을 하지 못한 것도 아쉬웠다⁵⁴).

2. 연구결과에 대한 고찰

기존 연구에 의하면 응급실 내원환자 중 비응급환자의 비율은 법적 기준에 기초한 경우 전체 환자의 38.2%였고, 수정 시(MTS) 15.3%였다⁵⁰). 또 다른 연구에서는 응급상황이 69.9%, 비응급이 30.1% 정도였다고 보고하였고, 교육수준이 낮고, 경제활동을 하지 않거나, 건강보험이 없는 군과 민간의료보험이 있는 사람들이 응급서비스를 더 자주 이용한다고 하였다⁵³). 그러나 본 연구에서는 비응급 환자의 비가 상대적으로 높았다. 이는 채 등의 연구와는 달리 소아 환자들을 연구에 포함시킴으로 인해 비응급 환자의

수가 상대적으로 증가한 것으로 생각된다. 나이에 관련된 응급, 비응급 구분이 더 필요할 것으로 생각된다.

연령과 경제활동상태 및 소득계층에 따른 의료이용에 대한 연구에서 15세 이상 인구 중 취업자들은 미취업자에 비해 평균연령과 가구소득이 높았고, 의료이용에서도 환자수, 환자 1인당 평균의료비, 의료이용 건수 등이 높은 것으로 나타났고, 경제활동인구에서 여성이 남성보다 의료비 지출이 높았다고 하였다. 또한 임금근로자가 비임금근로자보다 연령대가 낮은 것으로 나타났으며, 임금근로자중 일용근로자는 상용직 근로자의 두 배에 가깝지만 건당 의료비는 절반에도 못 미치고 있으며, 건강상태도 좋지 않을 것으로 인식하고 있다고 하였다. 또한 일용직중 저소득계층의 경우에는 환자비율에 비해 평균의료비는 가장 낮은 수준을 기록하고 있어 미충족 의료가 가장 높을 가능성이 높다고 하여 경제활동상태 및 종사상의 지위에 따라 의료이용 및 의료비지출에서 차이가 있다고 하였다⁵⁵⁾.

그러나 본 연구에서는 다른 연구들의 결과들과 같이 실손의료보험 가입으로 인한 도덕적 해이나 역선택을 구분할 수는 없었으나, 실손의료보험 가입이 의료소비를 증가시킨다고 생각된다. 응급증상에서도 증가시키지만, 비응급 증상으로도 응급서비스 이용을 증가시킨다고 할 수 있다. 이 결과는 결국 외래서비스와는 달리 의료비의 소모 외에도 즉시 필요한 응급진료를 받아야 될 환자들의 권리를 빼앗은 결과를 가져오게 되며, 상황에 따라 본인 자신이나 가족의 응급상황에서도 적절한 진료를 받지 못하게 되는 결과를 갖게 된다고 하겠다.

제2절 제한점

한국의료패널 자료는 건강 가계부작성, 영수증 수집, 건강보험으로 진료 받은 내용 통보 자료 등의 형식으로 기억에 의존한 후향적 조사방식으로 인해 의료이용자체의 누락 가능성이 있음으로 인해 실제 건강보험진료실적과는 차이가 있을 수 있으며, 광역시도 이하 단위의 지역별 통계산출에도 제한점이 있을 수 있다. 또한 무응답에 의한 오류도 있을 수 있다.

1년마다 시행되는 한국의료패널 자료의 특성상 실손보험 가입 시기를 측정하기 어려움으로 인해, 실제 1년의 기간 중에 실손보험가입이 안된 시기임에도 조사 시기의 입력 결과로 인해 가입으로 포함된 가능성을 배제할 수 없다.

법적기준을 중점으로 하여 진단명과 내원 사유와 입퇴원을 기준으로 임의로 나눈 응

급과 비응급의 두 가지 구분이 문제가 될 수 있다고 생각된다. 환자의 응급서비스이용 시의 응급여부를 최종 진단명으로 구분하기는 어려우며, 생명과 관련된 중한 경우가 아니라도 외상이나 분만이나 중독의 사유가 된다면 응급군으로 분류하였기에 응급서비스 이용 시의 정확한 중증도를 나타내는 것은 아니다. 과거에는 응급과 비응급을 나누는 정의는 주로 암묵적 또는 의사들의 주관적인 판단에 근거하여 이루어졌지만^{9,56)}, 최근에는 다양한 단계의 중증도로 분류가 이루어졌으며, 2016년부터는 지역응급센터 이상을 대상으로 KTAS를 이용해 환자분류를 하도록 규정하고 있다.

기존 연구들과는 달리 응급서비스에 대해 실손의료보험의 영향을 알아보고, 도덕적 해이와 역선택의 구분을 차치하고라도 실손의료보험 가입자들이 비응급증상으로도 응급서비스를 이용하는 경우가 더 많다는 것을 알았다는 데 그 의의가 있다하겠다. 이는 응급서비스 이용에 대한 도덕적 해이나 역선택의 구분을 떠나서 사회안전망의 역할을 요구하는 응급서비스에 대한 국민의 인식이 단지 외래서비스와 같은 의료서비스의 한 종류로 인식할 뿐이라고 생각된다. 앞으로 사회안전망으로서의 역할이 요구되는 응급서비스에 대한 연구들이 진행되면서 더 다양한 결과들이 나오리라 기대된다.

제5장

결론

제1절 결론	61
제2절 정책제언	61

제5장

결론

제1절 결론

이번 연구에서 2009~2013년까지의 한국의료패널 연간자료 전체를 활용하였을 때 의료서비스 소비는 증가하고 있으며 특히 외래서비스의 증가가 더 심하고 외래서비스와 응급서비스의 규모는 약 10여배가 되었다. 실손의료보험의 가입률도 증가하고 있으며, 특히 나이가 작을수록 증가폭이 컸고, 60대부터는 가입률의 증가가 낮았다. 응급서비스 소모도 증가추세이며, 실손의료보험가입은 응급서비스이용을 증가시키며, 여러 응급서비스 이용 장벽의 효과를 희석시켰으며, 미가입자에 비해 응급서비스 이용과 응급으로 응급서비스를 이용하는 것과 비응급으로 응급서비스를 이용할 가능성을 다 증가시키며 특히 비응급임에도 응급서비스를 이용하게 될 가능성을 1.324배 더 증가시키는 것으로 나타났다. 결국 실손의료보험으로 인해 국민건강보험 재정의 소모 뿐 아니라 응급서비스의 비효율성이 생기는 데 영향을 주며, 사회안전망으로서의 응급서비스의 공공성에도 영향을 주는 것으로 생각된다.

제2절 정책제언

정책은 선택의 문제이며 의료를 바라보는 시각으로부터 형성되는 제도의 문제이나 Grossaman(1972)에 의하면 건강과 의료서비스는 성격이 다르기 때문에 구분하여 이해해야 한다고 한다. 건강은 비경합적이고 비배재적이지만 의료서비스는 사유재이므로 경합성과 배재성의 성격을 갖는다. 기본권(건강권)을 권리로 바라보게 되면 의료의 공익성을 강조하는 반면, 의료서비스를 재화(상품)로 본다면 시장기능을 강조하게 되고, 민간중심체계를 옹호하게 되는 것이다. 보건의료 서비스를 포함하여 여러 서비스 산업들을 전략적으로 육성하기 위한 기반을 구축하겠다는 창조경제의 목표로 의료 산업화를 추진하고 있는 현 정책 하에서 복지이자 기본권으로서의 의료와 산업으로서의 의료

의 구분은 명확하지 않다고 생각된다. 경제의 입장에서 산업의 하나로 의료를 보는 시각은 기본적인 사회안전망으로서의 응급서비스를 왜곡할 가능성이 있지 않을까 생각된다. 세계적으로 고령화 사회에 도달한 현 상황에서 우리도 이미 고령화 사회에 접어들었고, 의료수요는 점차 증가하겠고, 이에 맞춰 가계의료비도 증가하겠고, 결국 국가의 의료재정 부담은 더욱 늘어날 것으로 생각된다. OECD 회원국에서도 낮은 의료보장율인 63.2%로 아직도 OECD 평균에도 미치지 못하는 상태에서 공적 재원의 부담을 덜기 위한 민간의료보험의 장려로 각 개인의 의료비 부담을 어느 정도는 줄였다고는 할 수 있으나, 이로 인한 의료소비의 증가가 있다면 결국 공적 재원의 소모도 같이 상대적으로 늘게 될 수밖에 없다. 이런 소모를 줄이고자 많은 노력을 하고 있으나, 이는 전체 의료에 대한 측면이 강하며, 응급서비스의 입장과는 차이가 있다고 생각되며 응급서비스 측면의 제언을 해보려고 한다.

민간의료보험료 부과방식은 위험률 비례요인(경험율)을 채택하고 있는데, 위험율은 어떤 특정한 위험이 어떤 기간 내에 발생하는 비율을 말하며, 역선택을 해결하기 위한 방법으로는 정부의 규제를 통하여 강제 가입을 시키면 역선택을 방지할 수 있으나, 이런 경우 건강한 사람들이 아픈 사람들의 보조금, 즉 뒷바라지를 하는 결과가 초래되며 저위험유형인 건강한 사람에게는 불리하고 고위험유형인 환자에게는 유리한 구조가 된다. 국민건강보험 보장성 강화정책이 가계민간의료보험료에 미친 영향에서 강화정책이 민간보험료 부담을 낮추어 가계 부담을 줄이는데 기여하지 못하였고⁵⁷⁾, 실손의료보험의 역선택과 보험료 차등화 연구에서 역선택에 의한 실손의료보험의 구조적 손해를 상충을 해결하기 위해 위험수준별 보험료 차등화가 필요하며 현재 제한적인 요율변수만을 반영한 보험료방식은 문제를 해결하기보다는 더 나쁜 방향으로 진행될 수 있으므로 차등화가 필요하다는 의견도 있었고⁵⁸⁾, 실손의료보험은 열등재의 특성을 보이는 것으로 나타나므로 고소득층의 실손의료보험 가입을 적극 유도할 수 있는 정책이 필요하다고 하였다⁵⁹⁾. 또한 자기분담금을 높여 의료이용감소를 유도하였으나 외래서비스에서 미미한 효과가 있었으나, 입원서비스에서는 차이가 없었다고 한다⁶⁰⁾.

비용급환자를 줄이기 위한 방법으로는 다양한 시도들이 있었는데, 안내물, 개인 교육의 방법, 비용급환자들을 위한 전용 공간 확장, 병원 전 단계의 분류, 일차진료의 강화, 경제적 제한 등의 방법으로 노력을 하였는데, 가장 효과적인 환자 교육이었다고 하는 보고도 있었다⁶¹⁾

1) 기본적으로 어려운 주문이겠지만, 모든 의료서비스에서 국가적 보장율을 OECD 평균 이상으로 높이는 것이 가장 효과적일 것이나, 이는 현재 우리나라의 실정에서 본

다면 빠른 실현 가능성은 낮다고 생각된다. 그렇다면 최종적 사회안전망으로 유지되는 응급서비스 이용에 대해 보다 효율적인 응급서비스를 제공하기 위해서는 적절한 수료를 조정해야 하므로, 결국 비응급증상으로 응급서비스를 이용하는 부분을 줄이는 노력이 필요할 것으로 생각된다.

비응급증상으로 응급서비스를 받았음에도 의료진의 결정에 따르지 않고, 본인이 응급환자임을 주장하며 본인 의료비 감면을 요구하거나, 다른 환자들과의 상대적 증증도에 상관없이 본인의 상황이 제일 우선되어야 한다는 국민적 인식의 변화가 필요할 것으로 생각된다. 이를 위해 의료진과 환자의 신뢰가 회복되어야겠지만, 산업화의 측면의 서비스업으로만 생각하는 의료서비스 중에서 사회안전망으로서 좀 더 공공적 성격임이 강조되는 응급서비스에 대해서는 교육과 홍보가 필요하겠다.

이를 위해 다각적 측면에서 교육과 홍보가 필요하겠고, 응급서비스를 이용하기 전에 본인의 증상의 응급여부를 알려주는 안내의 과정이 필요할 것으로 생각된다. 응급실로 내원한 후 응급인지 아닌지를 판단 받는 것은 비용과 시간 등의 응급자원의 소모를 가져오게 될 가능성이 높아질 수 있으므로 응급 증상을 분류하고 응급인 경우 안내와 연락을 담당하는 가교 역할을 하는 곳이 필요할 것으로 생각된다.

일차의료를 통한 예방적 차원의 진료에 대한 의료진과 환자에 대한 홍보와 교육이 있어야 하겠다. 무조건적으로 '상태가 이상하면 근처 응급실로 가세요!' 등의 일차의료의 안내는 결국 비응급환자의 응급실 이용을 증가시키는 면이 될 수 있다. 예방적 차원의 일차진료 시 응급상황에 대한 구체적이고 정확한 안내와 어떠한 규모의 응급실로 가야 된다고 교육을 한다면 응급실과 일차의료 간의 관계 개선과 함께 좀 더 효율적인 관계가 될 것이다. 또한 무분별한 응급실 전원을 막기 위해 일차의료를 담당하는 의료인에 대한 적절한 교육도 필요할 것으로 생각한다.

2) 일차의료를 기본으로 한 좀 더 예방 차원의 적극적인 보건정책이 시행되어 만성 질환 환자들의 관리를 철저히 한다면 질환의 사소한 악화로 인한 경증환자들의 응급실 방문을 줄일 수 있을 것으로 생각된다.

3) 응급서비스의 경우 의료비는 외래에 비교하여 상대적으로 비싸며, 또한 응급서비스의 진료 행태는 예방적 차원보다는 치료적 차원의 진료와 단발적인 처치가 이루어는 곳이라고 하겠다. 이러한 태생적 진료 행태의 차이와 한정된 자원과 공간에서 응급환자를 진료해야하는 응급서비스에서는 실손의료보험의 도덕적 해이나 역선택과 무관하게 의료장벽으로서의 의료비의 중요성은 간과할 수 없다. 특히 사회 안전망으로 그 중요성

이 강조되는 요즘은 무분별한 비응급환자들의 응급서비스의 이용은 응급한 타인 뿐 아니라 자신의 응급한 경우도 부족한 진료를 받을 수 있음을 알아야 한다고 생각되므로, 실손의료보험의 일률적인 본인 부담률에 대한 의료서비스별 개인별 차등화가 필요할 것으로 생각된다. 외래서비스와 달리 경제적으로 부정적 효과 뿐 아니라 안전망으로서의 기능에까지 부정적 효과를 나타낼 수 있는 응급서비스는 외래서비스에서의 부담률과는 다른 정책이 있어야 한다고 생각된다. 다양한 이유로 무한한 응급서비스에 대한 기대에 대해 적절히 제한할 수 있는 응급서비스의 장벽과 외래서비스로의 유도를 위한 홍보 등이 필요할 것으로 생각한다. 일률적인 본인 부담률 증가는 당장의 의료소비에 제한이 될 수도 있겠지만 우량한 실손의료보험 가입자의 탈락을 유도할 가능성이 높아질 수도 있으므로 응급서비스 이용 시에는 본인 부담률의 차등화 정책을 통해 비응급증상으로 응급서비스를 외래서비스와 같은 수준으로 이용하는 경우에 대해 억제할 수 있는 제도적 장치 도입도 바람직하지 않을까 생각한다.

4) 추가적으로 매 연간 실손의료보험의 의료비 혜택을 응급서비스 이용의 경우에는 횟수를 제한하는 것도 한 방법이 되지 않을까 생각한다. 각 연령별로 연간 의료비 보장을 해주는 응급서비스 이용횟수를 제한한다면 비응급 증상으로 응급서비스를 이용하는데 신중한 결정을 할 수 있게 되지 않을까 생각한다.

5) 민간의료보험 부문에서는, 필수불가분한 응급상황을 제외한 응급의료 손실을 예방하기 위한 차원에서의 민간의료보험의 선택적 응급의료 특약구성으로 초기 가수요를 예방하고, 갱신형의 경우 이용 빈도에 따른 차등적 보험료 할인 등을 시행함으로써 과잉 응급의료 수요를 축소하고 의료소비자로 하여금 선택적 의료를 가능하게 함으로써 보험소비자의 경제적 혜택까지도 고려 할 수 있을 것이다

6) 외래의료서비스가 원활하지 않은 야간시간대 환자를 위한 순환 당직 외래진료를 시행하여 의료수요자의 편의를 도모하고, 응급서비스체계를 공고히 할 수 있을 것으로 기대된다.

7) 비응급 증상으로 진료한 것에 결과에 대해 의료진의 결정에 대한 환자가 수궁할 수 있도록 응급의료진과 환자간의 신뢰회복도 필요할 것이며, 이에 대한 법적 보완과 지지가 필요할 것으로 생각한다.

8) 한국의료패널 조사 항목의 응급서비스 이용에 있어 좀 더 세분한 조사를 필요로 할 것으로 생각된다. 2016년부터 시작된 한국형 중증도 분류가 전국 각 응급의료센터 이상에서 시행되었으므로, 향후 응급서비스 이용부분에서는 응급실 내원시와 퇴원 시 최대 한국형 중증도 분류의 결과를 알 수 있도록 조사 문항의 추가가 필요할 것으로 생각한다. 응급서비스의 최대목적은 각 개인별로 측면에서는 최대한의 노력으로 생명을 유지하여 추가적 진료 등이 진행될 수 있도록 함으로 사망이나 장애유발을 줄이는 것이며, 사회안전망으로 다양한 재난 등에서 최대한 효율적인 진료를 경제적으로 해야 한다. 그러므로 즉시에 최대한의 진료가 필요한 경우가 어떤 것이며, 이에 적절한 진료가 진행되었는지를 알기 위해 중증도와 진료시간 등의 항목이 추가되기를 희망한다.

더불어 살아가는 사회에 대한 인식 함양을 위한 교육과 함께 일차의료에 대한 예방적 외래서비스에 대한 장려와 예방적 의료에 대한 국민인식을 높이고, 국민건강보험 재정의 보다 효율적 운용을 하며 장기적으로 서로간의 정보의 불균형을 줄일 수 있는 실손의료보험의 정책을 편다면, 개인의 안정과 사회안전망으로서의 응급서비스가 보다 더 효율적인 방향으로 발전하고, 간간히 들리는 안타까운 소식들이 줄어들게 되리라 생각한다.

요

약



참고문헌

1. 정영호. 한국의료패널로 본 의료이용 및 본인부담 의료비 지출. 보건복지포럼 2011;64-81.
2. 허순임. 패널자료 활용연구 3: 복지와 여성 : 민간의료보험을 통한 자원조달과 정책과제. 한국사회보장학회, 2011.
3. 전보영, 권순만. 의료비지출 경험이 민간의료보험의 가입변동에 미치는 영향. 보건경제와 정책연구(구 보건경제연구) 2012;18:65-84.
4. 이현복, 이호용, 조정완. 개인의료보험 현황과 영향 분석. 국민건강보험공단, 2012-12-31.
5. 백인립, 변성수, 박현수. 사회적 취약계층의 민간의료보험 가입과 가입자의 의료서비스 이용에 관한 연구. 보건과 사회과학 2012;31:127-51.
6. 이용재. 국민보건의료에 대한 민간의료보험의 영향고찰. 한국콘텐츠학회논문지 2014;14:200-8.
7. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA, Jr. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med 2003;42:173-80.
8. 김영식, 임경수, 황성오, 윤양구. 응급실 내원환자에 대한 병원전 응급체제와 후송체제에 대한 조사. 대한응급의학회지 1992;3:46-55.
9. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. Ann Emerg Med 1995;25:215-23.
10. Khan Y, Glazier RH, Moineddin R, Schull MJ. A population-based study of the association between socioeconomic status and emergency department utilization in Ontario, Canada. Acad Emerg Med 2011;18:836-43.
11. 강성욱, 권영대, 유창훈. 원저 : 암 보험이 암 환자의 의료이용 및 의료비에 미친 영향. 보건행정학회지 2005;15:65-80.
12. 유창훈, 강성욱, 권영대, 오은환. 누가 민간의료보험에 가입하는가: 가입 건수를 중심으로. 보건경제와 정책연구(구 보건경제연구) 2010;16:1-16.
13. 전보영, 오주환, 권순만. 민간의료보험 가입 변동이 의료비 지출에 미치는 영향. 사회보장연구 2013;29:261-88.
14. 유기봉, 조우현, 이민지, 권정아, 박은철. 원저 : 중,고령자의 민간의료보험 가입 여부의 결정 요인. 한국병원경영학회지 2012;17:23-36.
15. 오향숙, 김창윤. 실손형 민간의료보험 가입 특성 및 의료이용행태. 보건의료산업학회지 (보건의료산업학회) 2014;8:115-25.
16. 이정찬, 박재산, 김한나, 김계현. 원저 : 민간의료보험 가입 및 가입유형별 의료이용 특성 분석. 한국병원경영학회지 2014;19:57-68.
17. 정기택, 신은규, 광창환. 논문 : 민영건강보험과 도덕적 해이에 관한 실증연구. 보험학회지 2006;75:1-25.
18. 허은정, 김지경. 중,고령자의 민간의료보험 가입 및 지출액 결정요인. 소비자학연구

2009;20:107-27.

19. 김대환, 이봉주. 실손의료보험의 역선택 분석. 보험학회지 2013;96:25-50.
20. 이현복, 남상욱. 민영의료보험과 의료소비에 관한 실증연구. 보험학회지 2013;95:1-24.
21. 김동진, 윤현피, 이정아, 채희란. 의료패널자료를 활용한 우리나라의 의료이용 불평등 측정. 보건사회연구 2014;34:33-58.
22. 김대환. 암 위험인식과 암보험 가입 - 역선택 가능성 -. 보험금융연구 2014;77:35-62.
23. 이현복, 황연희. 민영건강보험 가입자의 보험금 수령 결정요인에 대한 연구. 사회보장연구 2014;30:171-93.
24. 임동섭. 실손의료보험의 다수가입시 비례분담방식에 대한 연구. 손해사정연구 2015;12:79-104.
25. Link CR, Long SH, Settle RF. Cost sharing, supplementary insurance, and health services utilization among the Medicare elderly. Health Care Financ Rev 1980;2:25-31.
26. McCall N, Rice T, Boismier J, West R. Private health insurance and medical care utilization: evidence from the Medicare population. Inquiry 1991;28:276-87.
27. 김재호. 민간보험가입자의 소득계층별 의료수요의 도덕적 해이 추정. 보험학회지 2011;89:95-126.
28. 신기철. 민영의료보험 가입자의 의료이용 실증분석의 한계와 과제. 보건사회연구 2015;35:5-34.
29. Ginde AA, Lowe RA, Wiler JL. Health insurance status change and emergency department use among US adults. Arch Intern Med 2012;172:642-7.
30. Sapelli C, Vial B. Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. J Health Econ 2003;22:459-76.
31. Shmueli A. Supplemental health insurance ownership in Israel: an empirical analysis and some implications. Soc Sci Med 1998;46:821-9.
32. Debpuur C, Dalaba MA, Chatio S, Adjuik M, Akweongo P. An exploration of moral hazard behaviors under the national health insurance scheme in Northern Ghana: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2015;15:469,015-1133-4.
33. 허순임, 이상이. 실손형 민간의료보험의 도입이 국민건강보험 재정에 미치는 영향. 보건행정학회지 2007;17:1-17.
34. 윤희숙. 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향. 한국개발연구 2008;30:99-128.
35. 이창우. 중고령자의 민영건강보험 선택이 외래이용에 미치는 영향. 보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구) 2010;16:1-15.
36. 이창우. 민영의료보험이 입원이용에 미치는 영향. 보건사회연구 2010;30:463-83.
37. 권현정. 패널 자료를 이용한 경제적 변화가 민간의료보험 가입 이행에 미치는 영향. 사회복지정책 2011;38:131-58.
38. 박성복, 정기호. 민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구. 보험학회지 2011;88:23-49.
39. 유창훈, 강성욱, 권영대, 오은환. 정책형과 실손형 민간의료보험의 비교: 의료이용량과

- 본인부담금을 중심으로. 사회보장연구 2011;27:277-92.
40. 강성욱, 유창훈, 오은환, 권영대. 민간의료보험이 과연 의료이용을 증가시키는가: 내생성 통제를 이용한 검증. 보건경제와 정책연구(구 보건경제연구) 2010;16:139-59.
 41. 이용재. 논문(論文) : 본인부담경감이 암 환자의 건강보험이용에 미친 영향. 재정정책 논집 2009;11:3-25.
 42. 허순임. 한국 민간의료보험의 발달과 의료보장 정책에 대한 함의. 한국사회정책 2013; 20:187-222.
 43. 신기철, 권혁성. 민영의료보험 보험금 수령자의 의료이용에 관한 연구 - 20개 상병의 입원기간을 중심으로 -. 사회보장연구 2014;30:121-49.
 44. Zuckerman S, Shen YC. Characteristics of occasional and frequent emergency department users: do insurance coverage and access to care matter? Med Care 2004;42:176-82.
 45. Oster A, Bindman AB. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions: insights into preventable hospitalizations. Med Care 2003;41:198-207.
 46. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. Soc Sci Med 2000;51:1075-85.
 47. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. Acad Emerg Med 2002;9:916-23.
 48. 최마이클승필, 서강석, 감신, et al. 원저 : 응급실 다방문환자의 임상적 고찰. 대한응급 의학회지 2003;14:560-8.
 49. 신태건, 송진우, 송형곤, 홍종근. 원저 : 응급실 다방문환자의 임상적 특성에 관한 연구 -응급실 다방문환자의 응급실 과밀화 및 중증도와와의 관련성-. 대한응급의학회지 2011; 22:86-92.
 50. 정선희, 윤한덕, 나백주. 응급실을 이용하는 비응급환자의 실태와 특성. 보건행정학회지 2006;16:128-46.
 51. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. Health Policy 2008;88:326-38.
 52. Searing LM, Cantlin KA. Nonurgent Emergency Department Visits by Insured and Uninsured Adults. Public Health Nurs 2016;33:93-8.
 53. 채연석, 이재광, 박성수, et al. 원저 : 상용치료원 여부에 따른 응급의료서비스 이용 및 응급과 비응급 환자의 특성: 한국 의료패널자료 분석연구. 대한응급의학회지 2015;26: 129-37.
 54. 이정찬, 김계현, 김한나, 박윤형. 원저 : 응급의료서비스 이용자의 만족도와 그 영향 요인 분석. 대한응급의학회지 2011;22:299-308.
 55. 서남규. 한국의료패널로 본 경제활동 상태 및 소득계층에 따른 의료이용. 보건복지포럼 2011;15-23.

56. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004;11:1302-10.
57. 김관옥, 신영진. 국민건강보험 보장성 강화정책이 가계민간의료보험료에 미친 영향. *보건경제와 정책연구(구 보건경제연구)* 2016;22:119-41.
58. 이경아, 이항석. 실손의료보험의 역선택과 보험료 차등화. *리스크 관리연구* 2016;27:93-128.
59. 김대환. 건강보험의 질병 간 비용부담의 형평성 제고 방안. *보험금융연구* 2015;79:85-107.
60. 이현복, 정홍주. 실손의료보험 보장범위 축소에 따른 가입자 의료이용 변화에 관한 연구. *보험학회지* 2016;106:67-91.
61. Morgan SR, Chang AM, Alqatari M, Pines JM. Non-emergency department interventions to reduce ED utilization: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2013;20:969-85.

연구보고서 2016-20-017

실비보험가입여부에 따른 응급실 이용차이

발행일 2016년 12월 30일
발행인 강 중 구
편집인 장 호 열
발행처 국민건강보험공단 일산병원 연구소
주 소 경기도 고양시 일산동구 일산로 100
전 화 031) 900 - 6982 ~ 6987
팩 스 031) 900 - 6999
인쇄처 지성프린팅 (02 - 2278 - 2493)

〈비매품〉



국민건강보험 일산병원 연구소



(우)10444 경기도 고양시 일산동구 일산로 100 (백석1동 1232번지)
대표전화 031-900-0114 / 팩스 031-900-6999
www.nhimc.or.kr

2016 NHIS Ilsan Hospital Institute of Health Insurance & Clinical Research

N a t i o n a l H e a l t h I n s u r a n c e S e r v i c e I l s a n H o s p i t a l