

醫療保障 加入者와 未加入者의 人口・社會的 特性 및 醫療利用實態에 대한 比較 分析

宋 建 鏞*・李 儀 卿**

의료이용의 접근성 고양을 통한 국민의 건강수준 향상이라는 목표하에 1989년 7월 전국민 의료보장제도를 실시함으로써 보험 적용대상이 전국민으로 확대되었다. 그러나 1989년 10월에서 동년 12월에 걸쳐 조사된 『국민건강조사』 자료를 분석한 결과 어떤 형태의 의료보장 혜택도 받지 못하고 있는 미가입자가 조사대상자의 4.8%로 나타났다. 그러므로 본 연구에서는 보험 미가입자의 인구・사회적 특성, 건강수준 및 의료이용 행태를 비교 분석함으로써 현재 소외되고 있는 계층을 모두 제도권 안으로 수용하여 균등하고 완전한 전국민 의료보장제도를 실현하는데 기여하고자 한다.

I. 緒 論

사회가 산업화를 통해 발전함에 따라 국민들의 욕구를 충족시키기 위한 서비스가 발달하게 되고, 삶의 질 향상이라는 측면에서 서비스의 질, 비용, 이용의 편의성 등이 중요한 문제로 대두되었다. 이러한 욕구는 특히 의료분야에서 두드러지게 나타나 질병으로부터 모든 국민을 보호하여 국민 복지를 구현하고자 하는 노력이 정부차원에서 이루어지게 되었다.

의료보장은 의료가 국민의 기본인권으로 인식되면서 국민의 건강권을 보호하기 위하여 국가적

차원에서 마련된 제도적 보장책으로서, 질병발생에 공동으로 대처하여 의료수요의 사회화를 이룩하고, 자본주의 사회에서 의료수혜의 불평등을 경감시키는데 그 의의가 있다.¹⁾

이와 같은 의료보장의 이념하에 우리나라에서는 1977년 7월 대기업과 큰 규모의 사업장 근로자를 대상으로 의료보험제도를 시작하였다. 정부는 의료보험 미적용 국민을 위한 보험실현을 위해 1988년 1월 1일부터 전국 130개 군에, 그리고 1989년 7월 1일부터 114개 시·구에 새로 지역의료보험 조합을 설립, 지역의료보험을 실시하여 마침내 전국민 의료보험시대를 맞이하게 되었다.²⁾

* 本院 研究委員, 保健研究室長.

** 本院 臨時責任研究員.

1) Vaughan, E. J. (1986).

2) 文玉綸 外 (1990).

공적의료보험제도를 시작한 지 12년만에 전국민으로 그 적용대상을 확대하게 된 것은 공무원·교직원 및 직장중심의 보험제도 운영에 따른 사회계층간 비형평성을 해소하자는 데 그 목적이 있었다. 의료보험수가와 일반수가의 격차로 의료보험 미적용자에 대해 상대적으로 높은 의료수가가 적용되어 의료비 부담이 가중되고, 또한 경제적 장애로 인한 필요 서비스의 과소이용 등 적용자와 미적용자간의 불평등을 제거하고자 하였다.

양적인 의료보장 인구의 확대에 정책적 역점을 두고 전국민 의료보험제도를 실행한 결과, 공식적 자료³⁾에 의하면 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험에 전국민의 10.4%, 직장의료보험에 39.5%, 지역의료보험에 40.9%, 그리고 의료보호·부조에 9.2%가 각각 가입된 것으로 나타나, 이른 바 전국민에 대한 완전적용이 실현된 것으로 나타났다.

그러나 한국보건사회연구원의 1989년 국민건강조사 분석결과에 의하면, 보험가입자는 전체 대상자의 95.2%로서 6.3%는 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험에, 37.8%는 직장의료보험에, 44.9%는 지역의료보험에, 6.2%는 의료보호·부조에 가입된 것으로 나타나, 공식적 자료와는 달리 대상자의 4.8%가 어떤 형태의 의료보장 혜택도 받지 못하고 있는 것으로 밝혀졌다.

경제적 장벽 제거에 의한 국민건강향상이란 목표아래 이미 전국민을 대상으로 의료보장제도가 마련된 현 시점에서 의료보장 미가입자는 현실적으로 나타날 수 없는 것이다. 그러나 본 조사결과에 따르면 유의한 수가 아직도 의료보장권 밖에 있는 것으로 파악되었으므로 이들의

사회·경제·보건의료적 특성이 의료보험 적용인구나 의료보호 수혜자와 유사한지, 아니면 전혀 다른 특성을 갖고 있는지가 문제시된다. 만일에 의료보호 수혜자와 그 특성이 유사하다면 응답자는 어떤 심리적 수치심에서 의료보호 수혜자임을 기피할 수 있고, 의료보장 적용자와 특성이 유사하다면 조사누락으로 해석할 수 있을 것이다.

이러한 의문을 갖고 본 연구에서는 보험 미가입자의 제반특성을 파악하고자 했다. 이는 미가입자들을 제도권 안으로 수용하는 방안을 모색하는데 도움이 될 것이며, 전국민 의료보험의 근본취지에 부합하는 의료보장제도 운영에 기여하리라 생각된다.

II. 研究資料 및 方法

본 연구에는 한국보건사회연구원의 『1989년 국민건강조사』를 통해 수집된 자료가 이용되었다. 국민건강조사는 3년 간격으로 실시되는 전국적 규모의 자료수집 체계로서, 1989년에는 『15일간 이환 및 의료이용조사』, 『만성이환조사』 및 『입원환자조사』 등이 실시되었다.

표본 조사구는 1985년 인구센서스 조사구를 이용하여 추출되었다. 센서스 조사구 중 시설단위 조사구 및 도서지역 조사구를 제외한 보통조사구(약 143,600개)를 추출 조사단위로 하고, 센서스 이후 1988년 10월말까지의 신축아파트 자료를 수집·정리하여 전국을 대표하는 11,501개의 표본가구가 추출되었다.

자료수집은 1989년 10월 30일부터 동년 12월 9일 기간동안 표본가구내 한명의 응답자(대부분 주부)를 대상으로 한 면접조사로 이루어졌다.

3) 保健社會白書 (1990).

가구조사가 완료된 가구는 10,989가구이며, 표본가구에 대한 조사 완료율은 95.6%였다. 조사표 종류별 조사완료율은 15일간 이환 및 의료이용조사에서 99.9%, 만성이환조사에서 98.9%, 입원환자조사에서 98.8%였다.

본 논문에서 분석하고자 하는 의료보장 적용 여부에 관하여 『이분은 현재 어떤 의료보장 종류에 가입되어 있습니까?』란 질문을 하여 각 가구원별로 해당여부를 확인하고 보험종류의 구분을 위하여 보험증이나 카드의 제시를 요구했다.

이러한 절차를 거쳐 수집된 자료는 각 가구원별로 공교, 직장, 지역의료보험 및 의료보호·부조, 없음 등으로 분류되었다. 그 외 의료보장종류 뿐만 아니라 월 보험료에 관해서도 질문하였다.

조사결과는 백분율 및 평균치등의 기술분석에 의한 사실제시에 초점을 두었고, 그외 두집단간

의 차이를 검증하기 위해 Analysis of Variance (ANOVA)를 사용하였다.

III. 結 果

1. 人口・社會的 特性

의료보험 가입여부 및 종류별 분포는 <表 1>에 나타나듯이 가입자가 조사대상자의 95.2%, 미가입자가 4.8%로서 시부(가입자 95.2%, 미가입자 4.8%) 및 군부(가입자 95.4%, 미가입자 4.6%)간의 지역간 차이는 거의 없었다. 미가입자 비율에 대한 95.0% 신뢰구간은 4.6%~5.0%로 나타났다.

가입자의 의료보장종류별 인구분포를 살펴보면 지역의료보험 및 직장의료보험이 각각 44.9%, 37.8%로서 높은 비율을 보였으며, 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험은 6.3%, 의료보호·부조는 6.2%로 나타났다. 의료보장 종류별 분

Table 1. Proportion of Persons by the Status of Health Insurance Coverage

의료보장 종류별 인구비율

Insurance Status	Proportion Based on			
	Public Data(%)	Health Survey Data(%)		
		Total	Urban	Rural
Uninsured	0.0	4.8	4.8	4.6
Insured	100.0	95.2	95.2	95.4
G.T. ^{a)}	10.4	6.3	5.7	8.0
I.W. ^{b)}	39.5	37.8	44.2	21.1
S.E. ^{c)}	40.9	44.9	42.7	50.5
M.A. ^{d)}	9.2	6.2	2.6	15.7

^{a)} G.T. : 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험

(Health Insurance Program for Government Employees & Private School Teachers)

^{b)} I.W. : 직장의료보험 (Health Insurance Program for Industrial Workers)

^{c)} S.E. : 지역의료보험 (Health Insurance Program for Self-employed)

^{d)} M.A. : 의료보호·부조 (Medical Aid)

cf). The above abbreviations were also used in the following tables.

또는 시부 및 군부간 다른 양상을 보이고 있는데 시부에서는 지역의료보험(42.7%)보다 직장의료보험(44.2%)에 다소 많이 가입되어 있는 반면, 군부에서는 지역의료보험 가입자의 비율(50.5%)이 직장의료보험 가입자의 비율(21.1%)보다 월등히 높았다. 의료보호·부조 수혜자의 비율은 시부(2.6%)보다 군부(15.7%)에서 월등히 높았다.

그러나 정부의 공식적 자료에 의하면, 의료보험 미가입자가 없는 것으로 보고되고 있어 본 연구결과와는 다른 인구분포를 보여주고 있다. 그러므로 이러한 통계치 차이의 원인을 규명하고자 의료보장 종류별로 가구수의 비율을 살펴 보았다.

가구내 의료보장 종류수가 문제시되는 것은 피부양자의 인정문제와 관련되기 때문이다. 현행 의료보험 제도하에서는 부모가 각각 다른 의료보험에 가입되어 있을 때 그 자녀가 양부모 모두에게 피부양자로서 이중 등재되는 사례가 발생할 수 있으며, 자녀가 피보험자인 경우 부모가 피부양자가 될 수 있다. 의료보험을 직업별로 구분하여 적용하는 현행 의료보험제도에서는 보험업무가 다수의 보험자에 의해 상호 독립적으로 관리되므로 한사람의 피부양자가 두 종류 이상의 의료보험을 적용받게 되어 의료보험체계에 다소 혼란이 야기될 소지가 있다.⁴⁾

이런 점을 감안하여 본 조사에서는 이중등재된 피부양자가 두번 세번 중복 계산되는 것을 피하기 위해 자녀가 피부양자인 경우에는 父·母의 우선순위에 입각하여 보험종류를 분류했으며, 부모가 피보험자인 동시에 피부양자인 경우에는 본인이 피보험자로 가입된 보험에 따라 분류하

4) 李奎植 外 (1985).

였다.

분석결과 전 가구원이 모두 미가입자인 가구수는 484가구로서 조사대상 가구의 4.4%였으며, 한 가구내 가구원이 한가지 종류의 의료보험에 가입된 경우는 88.7%로 조사대상 가구의 대다수를 차지하고 있다.(表 2 참조) 반면 한 가구내 가구원들이 서로 다른 종류의 의료보장에 가입되어 한가구가 두가지 종류 이상의 의료보장 형태를 보이는 경우는 6.9%에 이른다. 다시 말하면 조사대상가구의 6.9%에 해당되는 가구의 피부양자는 의료보장종류의 분류가 모호한 그룹으로서 조사방법에 따라 의료보장 종류별 인구분포 비율에 영향을 미칠 수 있다.

이러한 상황에서 정부의 공식적 자료에서 집계된 의료보장율 100%의 의미는 모호하다. 각 보험자별로 의료보험 가입자수를 계산하여 한사람이 이중등재된 경우가 존재하는 한, 의료보장 인구율은 이론적으로 100%가 될 수 없다. 100%가 넘거나, 100% 미만이어야 한다. 그렇다고 본 조사결과가 완벽하다는 것도 아니다. 본 조사에서는 개인면접조사로 한가지 의료보험형태를 선택 분류했기 때문에 이것도 현실을 그대로 반영 한다고는 할 수 없다. 그러나 한 가구내 가구원이 두가지 종류 이상의 의료보장형태를 보이는 가구가 6.9%에 이른다는 사실로서 두 자료의 의료보장 종류별 인구분포 결과가 서로 다를 수 있다는 것을 보이고자 하였다.

본 연구에서는 의료보장 미가입자와 가입자의 특성을 비교하여 의료보장 가입여부 및 의료보장종류에 따른 인구·사회적 특성을 살펴 보았다.(表 3. 참조) 미가입자의 지역적 분포는 시부 73.0%, 군부 27.0%로서 전체대상자의 지역적 분포(시부 72.0%, 군부 70.0%)와 차이가 없었

Table 2. Proportion of Households by the Status of Health Insurance Coverage

의료보장 종류별 가구수 비율

Insurance Status	Number of Households	Proportion of Households(%)
Uninsured	484	4.4
Insured	10,490	95.6
(One Program per Household)	(9,737)	(88.7)
G. T.	617	5.6
I. W.	3,957	36.1
S. E.	4,478	40.8
M. A.	685	6.2
(Two Programs per Household)	(733)	(6.7)
G. T. + I. W.	78	0.7
G. T. + S. E.	60	0.5
G. T. + M. A.	8	0.1
I. W. + S. E.	513	4.7
I. W. + M. A.	40	0.4
S. E. + M. A.	34	0.3
(Three Programs per Household)	(20)	(0.2)
G. T. + I. W. + S. E.	12	0.1
G. T. + I. W. + M. A.	2	0.0
I. W. + S. E. + M. A.	6	0.0
Total	10,974	(100.0)

다. 의료보장 종류별로는 직장의료보험 가입자는 시부에 다소 편재해있는 반면(시부 84.0%), 의료보호·부조 수혜자는 월등히 군부에 편재해 있었다(군부 70.0%).

미가입자의 연령별 분포를 보면 20~29세의 연령층이 30.0%를 차지하므로써, 동 연령층 전체 조사대상자에 대한 비율이 17.0%인 것에 비해 큰 차이가 있다. 의료보호·부조 수혜자 중에서는 10~19세 연령층이 30.0%를 차지하고, 50세 이상 연령층이 29.0%를 차지하고 있다.

가구주의 교육수준과 관련하여 미가입자 가구주의 교육수준분포는 전체 대상자 가구주의 교

육수준과 별차이가 없었다. 공·교보험의 경우에는 전문대 이상이 42.0%로서 평균 18.0%보다 높았고, 반면 의료보호·부조의 경우에는 국민학교이하의 학력이 71.0%로서 전체 평균 28.0%보다 월등히 높았다.

미가입자의 결혼상태를 살펴보면 미혼이 43.0%로 전체 평균 28.0%보다 높았으나, 유배우인 경우는 49.0%로 평균 64.0%보다 낮았다. 의료보호·부조인 경우에는 이혼 및 사별 등이 19.0%로 평균 9.0%보다 높게 나타났다.

가구원수의 분포를 보면 미가입자의 경우 혼자사는 경우가 8.0%로서 평균 3.0%보다 높았

Table 3. Socio-Demographic Characteristics of the Insured and Uninsured

의료보장 가입자와 미가입자의 인구사회적 특성

Variables	Uninsured	Insured				Total
		G. T.	I. W.	S. E.	M. A.	
Total	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
Residence						
Urban	73.0	64.7	84.4	68.6	29.8	72.0
Rural	27.0	35.3	15.6	31.4	70.2	28.0
Age						
0~4	6.8	8.1	9.0	7.3	2.6	7.7
5~9	6.4	9.9	9.2	10.5	7.8	9.6
10~19	20.7	17.8	16.3	21.6	30.3	19.9
20~29	29.8	13.6	20.3	15.5	7.7	17.4
30~39	14.7	17.4	17.2	17.4	8.6	16.6
40~49	9.1	11.8	10.5	12.5	13.9	11.6
50~59	6.3	10.2	9.2	8.0	13.7	8.9
60+	6.1	11.2	8.2	7.2	15.4	8.3
Education(Head of Household)						
None	8.0	4.0	5.1	6.0	24.2	6.8
Elementary	22.8	11.3	14.8	23.2	46.6	20.7
Middle/High	55.4	43.2	56.8	58.9	27.5	55.0
College	13.7	41.6	23.2	11.9	1.6	17.5
Marital Status						
Single	42.7	22.5	26.0	27.8	28.6	27.6
Married	48.9	69.4	67.1	63.7	52.5	63.9
Widowed/Divorced	8.4	8.1	7.0	8.4	18.9	8.5
Number of Household Members						
1	8.2	1.9	2.1	2.0	4.4	2.5
2	13.9	8.0	8.7	6.8	10.0	8.2
3~4	44.5	48.5	51.2	47.7	39.0	48.4
5~8	31.6	40.1	37.6	42.5	45.8	40.2
9+	1.8	1.5	0.4	0.9	0.9	0.8
Perceived Social Status						
Lower	52.3	27.5	38.8	47.9	83.7	45.6
Middle	46.9	70.5	59.9	50.7	16.3	53.1
Upper	0.9	2.0	1.3	1.4	0.0	1.3

고, 2인 가구가 14.0%로 전체 평균 8.0%보다 높았다. 즉 가구원수 2인 이하인 경우가 22.0%로서 평균 11.0%의 2배나 되었다. 반면 가구원수가 5~8인인 경우는 32.0%로서 평균 40.0%보다 낮았다.

생활수준과 관련하여 본 조사에서는 본인이 인식하고 있는 생활수준을 질문하였다. 미가입자중 자신의 생활수준이 못사는 편이라고 생각하는 비율은 52.3%로서 전체 평균인 45.6%와 큰 차이가 없었다. 공무원 및 교직원 의료보험 가입자중 자신이 못산다고 생각하는 비율이 가장 낮은 반면(27.5%), 의료보호·부조 수혜자에서는 가장 높았다(83.7%). 생활수준과 의료보장 가입여부에 대한 관계는 이미 외국에서도 연구된 바 있는데⁵⁾ 생활수준이 낮은 사람들이 미가입하는 경향이 있음을 보여줌으로써 본 연구는 외국의 경우와는 다른 결과를 나타내고 있다.

이상의 결과를 정리해 보면 현재 우리나라에서 의료보장 미가입자는 조사대상자의 4.8%에 해당되며, 20~29세의 젊은 층으로서 아직 미혼이고 1인 혹은 2인가구인 경우에 많이 분포되어 있는 것으로 나타났다. 의료보험 가입자중 공·교 보험에는 전문대 졸업 이상의 학력자로서, 인식된 생활수준이 中에 속한 비율이 높았다. 직장보험 가입자는 도시지역에 편재해 있었다. 의료보호·부조 수혜자는 군부의 편재가 두드러졌고, 10~19세 및 50세 이상이 많으며, 가구주 학력이 국민학교 졸업이면서 생활수준이 낮은 경우에 많이 나타났다.

2. 健康狀態

의료보장 가입자와 미가입자의 건강상태를 비

5) Wilensky, G.R. & D.C. Walden (1981).

교하기 위해 본인의 주관적 판단에 기초를 둔 지표를 작성하였다. <表 4>에 나타나듯이 15일 기간에 몸이 조금이라도 아프거나 불편하다고 느낀 사람, 즉 스스로 이환이라고 인식한 이환자의 비율은 미가입자의 경우 인구 1,000명당 220으로 전체평균 263보다 낮았다. 반면 의료보호·부조 수혜자의 경우에는 376으로 월등히 높게 나타났다.

인구 1,000명당 만성이환 건수의 비율인 연간 만성이환율은 미가입자에 있어서는 166으로 평균 196보다 낮았으나, 의료보호·부조 수혜자에게는 412로서 월등히 높았다.

15일간 이환자의 침상와병일수 및 활동제한일수를 이용하여 인구 1명당 연간 침상와병일수 및 활동제한일수로 환산하였다. 그 결과 미가입자의 연간 침상와병일수는 4.4일로 전체평균 4.3일에 가까웠으며, 활동제한일은 13.4일로 평균 16.3일보다 낮았다. 가입자 중 두드러진 특징은 의료보호·부조 대상자의 침상와병일수 및 활동제한일수가 각각 11.1일, 39.0일로써 평균보다 월등히 높았다는 점이었다.

만성이환자의 침상와병일과 관련하여 미가입된 만성이환자의 침상와병일수는 20.6일로 평균 17.2일보다 다소 높으나 의료보호·부조 수혜자의 32.1일보다는 훨씬 낮았다.

주관적 판단에 의한 건강상태가 『건강하지 않다』라고 인식하고 있는 미가입자는 10.6%로 평균 12.2%보다 적게 나타난 반면, 의료보호·부조 수혜자는 26.8%로써 높았다.

15일 기간중 인구 100명당 치료의 필요성을 인식한 사람의 비율인 의료요구율은 미가입자의 경우 20.0%로써 가장 낮은 비율을 나타냈으나 의료보호 및 부조 수혜자는 33.5%로 가장 높게

Table 4. Major Indicators of Health Status for the Insured and Uninsured

의료보장 가입자 및 미가입자의 주요 건강상태 지표

Indicators	Uninsured	Insured				Total
		G. T.	I. W.	S. E.	M. A.	
Morbidity for the Past 15 Days per 1,000 Persons	220	282	256	254	376	263
Rate of Chronic Disease During the Past Year per 1,000 Persons	166	217	171	187	412	196
Average Days of Bed Disability During the Past Year ^{a)}	4.4	3.2	4.1	3.7	11.1	4.3
Average Days of Restricted Activity During the Past Year ^{b)}	13.4	17.7	14.6	14.8	39.0	16.3
Average Days of Bed Disability of Those with Chronic Disease During the Past Year	20.6	10.5	14.8	15.7	32.1	17.2
Percent with Perception of Poor Health	10.6	12.5	10.9	11.4	26.8	12.2
Percent of Those Who Need Medical Care for the Past 15 Days	20.0	25.1	23.7	23.0	33.5	23.9

^{a)} The number was calculated based on the average days of bed disability among persons with sickness for the past 15 days.

^{b)} The number was calculated based on the average days of restricted activity among persons with sickness for the past 15 days.

나타났다.

이상의 결과를 정리해 보면 의료보험 미가입자가 가입자보다 건강상태가 더 좋은 것으로 나타났다. 특히 15일간 이환율, 만성이환율, 연간 활동제한일, 건강하지 않다고 인식하는 비율, 의료요구율 등의 지표는 의료보험 종류별 가입자의 어느 집단보다도 훨씬 좋은 건강상태를 반영하고 있다. 반면 의료보험·부조 수혜자는 모든 지표에서 건강하지 않다고 나타나므로써 의료보험 미가입자와 거의 상반되는 양상을 보여주고 있다.

본 연구결과는 매우 독특한 것으로써 일반적으로 미가입자의 건강상태보다는 가입자의 건강상태가 더 좋다고 알려진 것과는 정반대의 현

상을 보여주고 있다. Davis and Rowland⁶⁾의 연구결과에 따르면 미가입자의 15.0%가 자신들의 건강상태가 나쁘다고 평가한 반면 가입자의 경우에는 단지 11.0%만이 나쁘다고 했다.

이렇듯 상반된 결과는 Davis and Rowland 연구대상인 미가입자와 우리나라 미가입자의 성격이 다르기 때문이라 생각된다. Davis and Rowland 연구 대상이었던 미가입자는 미적용자, 즉 혜택의 대상이 되지 못하는 집단인 반면, 본 연구의 미가입자는 보험에 적용될 수 있는 대상이나 어떠한 이유로 미가입된 집단인 것이다. 이러한 차이점을 미루어 보아 우리나라의 미가입자는 자신이 건강하다고 생각하여 의료혜

6) Davis, K. & D. Rowland (1983).

Table 5. Utilization of Health Services by the Insured and Uninsured during the Past Year

의료보장 가입자 및 미가입자의 일년간 의료이용 행태

Utilization	Uninsured	Insured				Total
		G. T.	I. W.	S. E.	M. A.	
Physician Contact Rate(%)						
Hospital/Clinic	27.5	57.7	52.7	41.1	45.3	46.2
Health Center	1.9	4.0	2.1	3.7	16.3	3.9
Primary Health Care Post	1.1	2.0	0.9	2.4	8.0	2.1
(Total) ^{a)}	29.1	59.6	53.7	44.1	56.5	48.8
Average Number of Physician Visits per Person per Year ^{b)}	2.4	7.7	7.2	5.9	7.7	6.4

^{a)} Those who visited more than one type of treatment source was counted once.

^{b)} The number was calculated based on the number of physician visits for the past 15 days.

택의 기대를 낮게 인식하는 사람들로서 의료보
험제도를 자발적으로 선택하지 않은 사람들이
많이 포함되어 있으리라 생각된다.

3. 醫療利用

(1) 年間醫療利用

의료보장 가입여부 및 종류에 따른 연간 주요
공식적 의료기관 이용경험률을 측정하였다.(表
5 참조) 공식적 주요 의료기관에는 병원 및
보건기관(보건소, 지소, 보건진료소)이 포함되
는데, 연간 인구 100명당 이들의 의료기관 이
용경험률은 미가입자의 경우 29.1%로써 평균
48.8%보다 훨씬 낮았다. 병원, 보건소, 보건
진료소에 대한 이용경험률 역시 평균치보다 낮은
것으로 나타났다.

15일간 방문빈도를 연물로 환산한 연간 평균
주요 공식적 의료기관 방문수(환산추정치) 역시
미가입자의 경우 2.4회로 평균 6.4회보다 많이
떨어졌다. 의료보험 미가입자의 연간 의료이용
률은 전체 조사 대상자의 이용률에 비해 낮은
반면 의료보호·부조 수혜자의 의료이용은 오히

려 평균치보다도 높은 것으로 나타났다.

의료이용행태에 관한 국·내외 주요 연구결과
에 따르면⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾ 건강상태나 증상심각도(sympt-
tom severity)등의 의료 요구(need)가 이용행태에
영향을 미치는 가장 중요한 요인으로 나타나고
있다. 따라서 의료보험 미가입자의 공식적 의료
기관에 대한 이용경험률이 낮은 것은 의료보험의
혜택을 받지 못하는 이유외에 본 연구결과에서
보여주듯이 그들의 평소 건강상태가 좋아서 의
료기관을 이용할 필요가 없기 때문일 수도 있다.

그러므로 평소 건강상태가 같다고 가정할 때
가입자 집단과 미가입자 집단의 의료이용행태
(연간 평균 병원 방문수: 실제 응답치)가 다
른지 검증하기 위해 Analysis of Variance
(ANOVA) Test를 하였다.

〈表 6〉 Summary Table에 나타나듯이 두 변
수간 상호작용이 통계적으로 유의하였다.(P=

7) Andersen, R. (1968).

8) Mechanic, D. (1968).

9) 宋建鏞 (1986).

10) 裴祥秀 (1985).

Table 6. ANOVA Summary Table for the Utilization of Physician Visit by Insurance Status and Perceived Health Status

의료보장 종류 및 인식된 건강상태별 병의원 이용에 대한 ANOVA Summary Table

Source	SS	df	MS	F	Sig. of F
Insurance Status(I. S.)	2954.9	1	2954.9	62.5	0.0
Perceived Health Status(P. H. S.)	138221.5	2	69110.7	1461.5	0.0
Interaction(I. S. \times P. H. S.)	1249.5	2	624.8	13.2	0.0
Error	1883371.8	39827	47.3		
Total	2026474.7	39832	50.9		

.00) 평소 건강상태별로 가입자 및 미가입자간에 평균 방문수 차이가 통계적으로 유의한지 알아보고자 Simple Effect를 Test하였다. 분석결과 『건강하지 않음』, 『보통임』, 『건강함』 세가지 유형의 모든 건강상태에서 가입자가 미가입자에 비해 병의원을 더 많이 방문하는 것으로 나타났다. (P=.00) <그림 1>에서 보여주듯이 이러한 두 집단간의 차이는 건강상태가 나쁠수록 더 심하게 나타났다. (表 6, 그림 1 참조)

이상의 결과로 볼 때 의료보장 미가입자는 평소 건강이 어떤상태이건 간에 연간 주요 공식적 의료기관에 대한 이용경험률은 가입자에 비해 크게 떨어지는 것으로 나타났다.

(2) 15日間 醫療利用

특정기간내 의료이용자 100명당 치료원별 구성비가 의료이용 양상(utilization pattern)으로 나타나는데 15일간 각 치료원별 이용 구성비는 다음과 같다.

Figure 1. Average Number of Physician Visits per Person by Insurance Status and Perceived Health Status

의료보장 종류 및 인식된 건강 상태별 평균 병의원 방문수

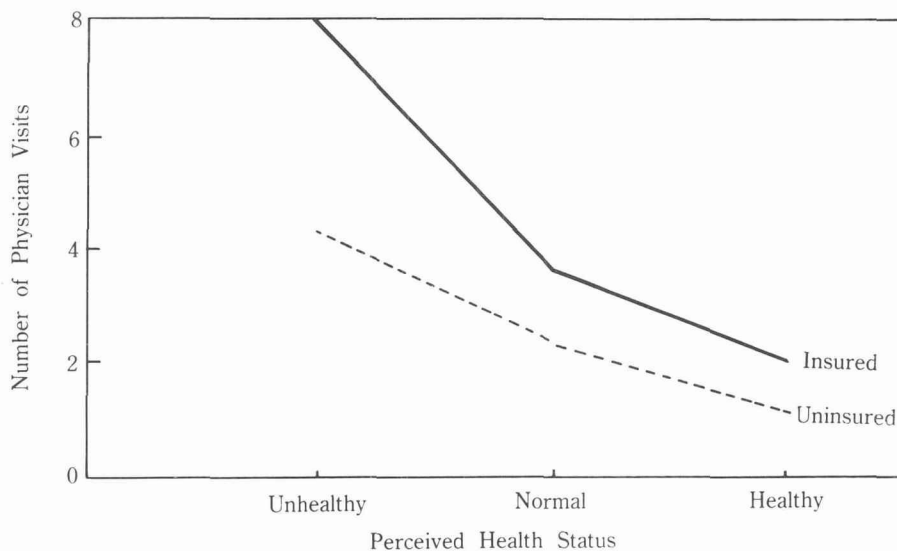


Table 7. Utilization Pattern for the Past 15 Days

지난 15일간 이환자의 의료이용 양상

Treatment Source	Uninsured	Insured				Total
		G. T.	I. W.	S. E.	M. A.	
Hospital/Clinic (Outpatient)	20.5	48.3	43.7	38.1	37.0	40.2
Hospital(Inpatient)	0.5	1.3	0.4	0.3	0.6	0.4
Dental Hospital/Clinic	1.1	1.4	1.7	1.2	0.3	1.4
Oriental Medical Hospital/Clinic	6.1	5.0	3.6	3.8	3.9	3.9
Health Center	0.8	1.6	0.7	1.8	11.0	2.0
Primary Health Care Post	0.8	0.9	0.4	1.2	4.0	1.1
Pharmacy	69.3	41.0	48.6	52.9	42.7	50.3
Others	0.9	0.5	0.9	0.5	0.5	0.7
Total	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

Table 8. Average Out-of-pocket Expenditure of Health Service Users for the Past 15 Days

지난 15일간 의료서비스 이용자의 평균 환자 지불비용

Insurance Status	Uninsured	Insured				Total
		G. T.	I. W.	S. E.	M. A.	
Expenditure(Won)	6,329	7,077	6,369	6,088	3,704	6,049

의료보장 미가입자의 경우에는 병의원 이용이 20.5%로 평균치 40.2%보다 낮은 반면 약국이용은 69.3%로서 평균치 50.3%보다 높게 나타났다. 공·교 및 직장의료보험 수혜자는 병의원 이용, 의료보호·부조 수혜자는 보건기관 이용이 각각 비교적 높았다.

15일간 의료서비스 이용자의 평균 환자지불비용(out-of-pocket expenditure)은 미가입자가 6,329원으로 평균인 6,049원보다 다소 높으나 그 격차폭은 적었다. 의료보험 없이도 미가입자들의 본인부담금이 적은 것은 병의원을 이용하기 보다는 치료비가 적게 드는 약국을 많이 이용하기 때문이라 여겨진다. 의료보호·부조 수혜자의 평균 환자지불비용은 평균치 보다 월등히 낮는데,

이는 그들이 주로 많이 이용하는 보건소 방문이 무료로 진료되기 때문이다.(表 8 참조)

1990년 8월 한국보건사회연구원에서는 외래환자 및 입원환자에 대해 의료기관별 진료비 지불방법을 조사하였는데,¹¹⁾ 전액을 자비부담한 경우는 조사대상 외래환자의 2.9%, 입원환자의 1.3%로 각각 나타났다. 의료기관별로 살펴보면 외래환자의 경우 3차진료기관에는 2.9%, 종합병원에는 2.8%, 병원에는 5.2%, 의원에는 2.2%로서 병원 이용환자중 전액 자비환자의 비율이 다소 높았다. 입원환자의 경우에는 3차진료기관 이용자의 1.6%, 종합병원 이용자의 0.6%, 병원 이용자의 0.8%가 보험혜택없이 전액 자비부

11) 明在日, 鄭永澈 (1991).

Table 9. Rate of Met and Unmet Need of Those Who Need Medical Care for the Past 15 Days

지난 15일간 의료요구자 100명당 의료충족률 및 미충족률

Rate	Uninsured	Insured				Total
		G. T.	I. W.	S. E.	M. A.	
Met Need	87.0	90.8	92.8	88.7	78.8	89.5
Unmet Need	13.0	9.2	7.2	11.3	21.2	10.5
Total	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

Table 10. Reasons for Not Receiving Medical Treatment of Those with Medical Problem for the Past 15 Days

지난 15일간 이환자의 미치료 이유

Reasons	Uninsured	Insured				Total
		G. T.	I. W.	S. E.	M. A.	
Mild Symptom	42.4	38.9	33.6	34.1	25.7	33.4
Economic Reason	30.3	9.6	15.5	20.9	35.2	21.1
No Time	4.6	4.8	11.3	12.8	13.7	11.5
Long Distance	0.0	1.8	0.6	0.8	0.6	0.7
Incurable	9.4	20.6	19.9	18.0	11.0	17.3
Plan to Treat	9.6	13.2	11.8	7.7	7.9	9.4
Others	3.6	11.1	7.3	5.7	5.9	6.5

담환자인 것으로 나타났다. 전국민의료보험의 역사가 오래된 일본에서도 의료기관 이용시 전액 자비지불인구가 존재한다. 1987년에 전액 자비지불비율은 1.9%였다(병원 2.2%, 일반진료소 1.9%, 자료:일본후생성, 후생통계요람, 1988).

15일간 의료요구자중 어떤 형태로든 치료받은 사람의 비율이 의료충족률이며, 반면 어떤 형태의 치료도 받지 못한 사람의 비율이 미충족률이다. <表 9>에 나타나듯이 미가입자의 충족률은 87.5%로서 평균치인 89.5%보다 다소 낮으나 큰 차이가 없었다. 전술했듯이 미가입자의 병의원 이용은 낮으나 약국이용이 상대적으로 높아 약국이용이 병의원 이용을 대체(substitution)하여 의료충족률이 조사대상자의 전체 평균치와 크게

다르지 않게 된 것이다.

미치료인 경우 그 이유별 분포를 보면 미가입자의 경우 증세경미가 42.0%, 경제적 이유가 30.0%로서 가장 주된 이유로 나타났다.(表 10 참조)

15일간 의료이용행태를 살펴볼 때 의료보장 미가입자의 병의원 이용은 낮으나 약국이용이 높아 의료보장의 혜택없이도 환자지불비용이나 의료충족률은 가입자에 비해 큰 격차를 보이지 않았다.

(3) 慢性罹患治療

만성이환 100건당 치료원별 치료경험률은 <表 11>에 나타나 있다. 미가입자의 병의원 치료경험률은 낮은 반면 약국 이용경험률은 높았다.

Table 11. Annual Rate of At Least One Visit by Treatment Source for 100 Chronic Disease

연간 만성질환자의 치료경험률(만성질환 100건당)

Treatment Source	Uninsured	Insured				Total
		G. T.	I. W.	S. E.	M. A.	
Hospital/Clinic	69.8	88.6	83.9	78.9	78.4	80.9
Health Center	6.4	5.8	5.1	7.0	30.2	9.2
Primary Health Care Post	2.2	1.4	1.6	2.5	5.9	2.6
Oriental Medical Hospital/Clinic	36.2	47.3	44.0	43.4	35.7	42.5
Pharmacy	74.1	59.6	63.4	65.7	64.3	64.6
Others	4.9	13.0	12.5	11.1	11.5	11.5

Table 12. Hospitalization during the Past Year

연간 입원진료

Utilization	Uninsured	Insured				Total
		G. T.	I. W.	S. E.	M. A.	
Hospitalization Rate per 1,000 Persons	38	61	56	42	46	49
Average Length of Stay per Case	19.4	13.3	13.8	18.6	25.2	16.4
Average Length of Stay per Person	20.8	15.2	14.7	20.0	30.1	17.9
Utilization Pattern per 100 Hospitalization Cases						
(Total)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
General Hospital	37.6	57.2	55.5	45.8	50.1	50.8
Hospital	25.7	13.1	17.3	22.3	30.1	20.1
Clinic	36.6	25.3	25.9	30.2	17.6	27.4
Others	0.0	4.3	1.2	1.8	2.2	1.7

또한 의료보호·부조 수혜자의 보건기관 이용경험률이 높았다. 이러한 결과는 15일간 의료이용자의 의료이용 양상과 유사하게 나타났다.

(4) 入院診療

입원율은 1년간 인구 1,000명당 입원건수의 비율로서 미가입자의 경우 38로 평균치인 49보다 작다.(表 12 참조) 의료보장 가입여부와 입원율의 관계는 이미 연구된 바 있는데, Wilensky and

Berk¹²⁾의 결과에서도 본 결과와 같이 미가입자의 입원율이 가입자에 비해 떨어지는 것으로 나타났다.

미가입자의 입원건당 재원일수는 19.4일, 입원자당 재원일수는 20.8일로서 평균 재원일수보다 길었다.(입원명단: 16.4일, 입원자당: 17.9일) 이러한 결과는 질병발생시 의사에게 전문적

12) Wilensky, G.R. & M.L. Berk (1982).

인 의사치료를 받지 않고 약국을 이용하는 등 일차적인 치료만 받거나 그냥 방치하다가 질병이 악화될 때 입원진료를 받음으로써 입원시 재원 기간이 길어졌다고 생각된다.

입원기간 종류별로 입원진료 분포를 볼 때, 종합병원을 이용하는 미가입자는 38.0%로서 평균 51.0%보다 낮으나 의원을 이용하는 미가입자는 37.0%로써 평균 27.0%보다 높았다.

IV. 結 論

전국민에 대한 균등적용이란 근본 취지하에 실시되고 있는 현행 의료보장제도상에는 전국민이 그 적용대상으로 되어 있다. 그러나 본 연구결과에 의하면 의료보장의 어떠한 혜택도 받지 못하는 보험 미가입자가 조사대상자의 4.8%였다.

이들 미가입자들을 보험가입자 및 의료보호수혜자와 비교해 볼 때 미가입자들은 인구·사회적 특성 및 의료이용행태에서 특이한 양상을 보이고 있다. 미가입자들은 20~29세의 연령층, 미혼상태, 1~2인 가구인 경우에 많이 분포되어 있었으며, 그들의 건강상태는 오히려 가입자보다도 더 좋은 것으로 나타났다.

이에 반해 의료보호·부조 대상자는 10~19세 및 50세 이상의 연령층, 국민학교 이하의 학력자, 이혼 및 사별자, 그리고 자신의 생활수준이 못산다고 생각하는 경우에 많이 분포되어 있으며, 건강상태는 의료보험 가입자 및 미가입자에 비해 월등히 나빴다.

공무원 및 교직원 의료보험, 직장의료보험, 지역의료보험 등의 보험가입자는 대상자의 89.0%에 해당되며, 미가입자 및 의료보호·부조 수

혜자와 비교해 볼 때 0~4세 및 30~39세, 중학교 이상의 학력자, 유배우자, 3~4인 가족, 인식된 생활수준이 중·상류인 경우에 많이 나타났다.

의료보험 미가입자의 인구·사회적 특성이 가입자(의료보호·부조 수혜자 포함)의 특성과 많은 차이를 보여주었듯이 의료이용행태 역시 가입자와 다른 양상을 띠고 있다. 미가입자의 의료이용행태를 살펴보면 의료이용 역시 보험가입자와는 다른 양상을 보여주고 있다. 연간 주요 공식적 의료기관(병의원, 보건소, 보건진료소) 이용경험률은 가입자에 비해 훨씬 낮았으며, 이러한 차이는 평소 건강상태와는 무관하게 나타났다. 15일간 병의원 이용 역시 가입자에 비해 낮았다. 낮은 병의원 이용에도 불구하고 의료충족율은 전체 평균치와 별 차이가 없었는데 이는 미가입자들의 병의원 대신 약국을 많이 이용하기 때문인 것으로 나타났다.

이와같은 분석결과는 적지않은 인구가 의료보장 수혜권 밖에 있으며 그들은 인구·사회특성 및 의료이용행태에 있어서 특이한 양상을 보이고 있음을 제시하고 있다. 그러나 이러한 인구가 어떤 이유로 의료보장 수혜권 밖에 있게 되었는지에 대하여 본 조사결과는 밝혀주고 있지 않다. 본 조사는 이러한 인구의 특성을 밝히고자 설계되어 있지 않았기 때문이다. 다만 이 조사결과는 지역의료보험인 경우에 현실적으로 의료보험 가입에 누락될 소지가 있음을 지적하고 이들의 의료보험 가입을 위한 노력이 절실함을 지적한 것으로 해석해야 할 것이다.

지역의료보험이 주민등록에 기초를 두는 경우에 주민등록이 완벽하지 않은 만큼의 누락이 있게 되고 주민등록이 되어 있는 경우에도 의료보험에 대한 이해부족, 보험료 부담 등으로

인해 의도적인 가입거부의 소지도 있는 것이다.

한편으로는 본 조사가 도시지역 의료보험이 실시된 1989년 7월에서 3개월 정도 경과된 후인 동년 10~12월에 실시됨으로써 사업 초창기에 일어날 수 있는 경과적인 현상으로 해석할 수 있다. 그러나 1988년 1월에 실시된 농촌지역에서도 도시와 유의한 차이가 없는 미가입자율을 나타내고 있으므로(시부 4.8%, 군부 4.6%) 조사시기의 문제는 아닌 것 같다.

본래 의료보장제도는 사회구성원 모두가 연대하여 질병발생에 공동으로 대처하고자 하는 공동체적인 의식을 기본바탕으로 하고 있다. 의료가 인간의 기본권의 하나로 인식되고 있는 요즘 양질의 총괄적인 의료를 국민 누구에게나 공여하여 명실공히 완전하고 균등한 전국민 의료보장제도를 실현하기 위해서는 앞으로 보험 미가입자의 미가입 사유에 대한 충분한 검토 및 이에 대한 대책이 필요하다.

参 考 文 献

- 明在日·鄭永澈, 醫療傳達體系 運營成果의 分析, 韓國保健社會研究院, 1991.
- 文玉綸 外, 韓國醫療保險論, 新光出版社, 1990.
- 裴祥秀, 醫療利用에 影響을 미치는 要因에 관한 分析, 서울大學校 保健大學院, 1985.
- 保社部, 保健社會白書, 1990.
- 宋建鏞, “農漁村 僻地 醫師서비스 利用의 決定

要因 分析”, 人口保健論集, 6(1) : pp.

165~193, 韓國人口保健研究院, 1986.

李奎植 外, 全國民醫療保險 實施를 위한 制度 研究, 韓國人口保健研究院, 1985.

Andersen, R., *A Behavioral Model of Family Use of Health Services*, Chicago : Center for Health Administration Studies, Research Series No. 25, Chicago, University of Chicago, 1968.

Davis, K. and D. Rowland, “Uninsured and Underserved : Inequities in Health Care in the United States”, *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 61(2) : pp. 149~176, 1983.

Mechanic, D., *Medical Sociology*, Free Press, New York, 1968.

Vaughan, E. J., *Fundamentals of Risk and Insurance*, 4th ed. John Wiley & Sons, New York, 1986.

Wilensky, G. R. and D. C. Walden, “Minorities, Poverty, and the Uninsured”, Paper Presented at the 109th Meeting of the American Public Health Association, Los Angeles, November Hyattsville, Md. : National Center for Health Services Research, 1981.

Wilensky, G. R. and M. L. Berk, “The Health Care of the Poor and the Role of Medicaid”, *Health Affairs*, 1(4) : pp. 93~100, 1982.

Comparative Study of the Insured and Uninsured : Socio-demographic Characteristics and Utilization of Health Services

Kun-Yong Song* · Eui-Kyoung Lee**

The national health insurance system was developed in 1989 to expand insurance coverage to the entire population. The purpose of the program was to ensure equitable access to health care for all.

The National Health Interview Survey, conducted during the period from October 30 to December 9, revealed, however, that 4.8% of the respondents were covered by no health insurance plan. This study was intended to compare socio-demographic characteristics, perceived health status, and utilization of health services of the insured and uninsured.

The result showed that the uninsured tended to be young adults aged 20~29, unmarried, with one or two in the household. The uninsured were less sick than the insured according to several indicators on health status: morbidity rate for the previous fifteen days, prevalence of chronic disease, average days of restricted activity, percentage with perception of poor health, and percentage of those who needed

medical care.

Based on the study's results, it appears that whether an individual buys coverage is influenced by his or her perceived risk of economic loss and perceived health status.

In terms of health service utilization, the uninsured had fewer physician visits and were less likely than the insured to be hospitalized. The average number of physician visits per person per year was 2.4 among the uninsured, compared with 6.4 visits for the insured. The difference continued to exist even when adjusted for the differences in the perceived health status.

The rate of met need for those who needed medical care was not, however, significantly different between the uninsured and insured. It seems that the pharmacy has helped to fill the gap for many of the uninsured.

Since the physician visits of the uninsured were many fewer than those of the insured, some of the uninsured may not obtain proper care, often postponing care until conditions have become life-threatening. Thus several actions are required to correct these disparities between the uninsured and insured if equal access to health care in an important social goal.

* Senior Fellow, Korea Institute for Health and Social Affairs.

** Temporary Senior Researcher, Korea Institute for Health and Social Affairs.