

저소득·취약계층의 건강보험료 결손 후
재체납 관련요인 분석

- 2005년 한시적 보험료 지원세대를 중심으로 -

연세대학교 보건대학원
보건정책관리학과
손 경 미

저소득·취약계층의 건강보험료 결손 후
재체납 관련요인 분석

- 2005년 한시적 보험료 지원세대를 중심으로 -

지도 정 우 진 교수

이 논문을 보건학석사학위 논문으로 제출함

2008년 7월 일

연세대학교 보건대학원
보건정책관리학과
손 경 미

손경미의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원
보건정책관리학과
2008년 7월 일

감사의 글

한 방향으로만 고집하기에는 더 많은 변화를 요구하고 있는 현실에서, 보다 나은 해답을 찾는데 보탬이 되겠다는 바람으로 제 학업이 시작된 거 같습니다. 하지만, 굳어 있는 시각과 편견으로 배움의 깊이가 얕았던 건 아닌지 돌아보게 됩니다. 특히 논문을 쓰면서 깨달은 제 자신에 대한 성찰은 앞으로 큰 가르침이 되어, 학위 보다 더 소중한 과실이 될 것 같습니다.

먼저, 부족한 제가 논문을 쓸 수 있도록 지도해 주신 정우진 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 또한 논문을 세심하게 지적해 주신 박종연 교수님과 마무리할 때까지 방향을 잃지 않도록 지도해 주신 이해경 박사님, 논문이 있기까지 전 과정에서 자료 발췌와 통계분석을 도와주신 이한길 선생님께 거듭 감사를 드립니다.

2년 반의 학업기간, 빼어난 미모에 야무지기까지 한 13명의 우리동기 선생님들 모두 1학기 보건경제학 첫 시험 때의 막막함은 잊지 못할 겁니다. 늘 강의에 열의가 있으셨던 정우진 교수님, 우리 보건정책학과의 자랑이신 김한중 총장님, 존경과 자애로움의 대명사 조우현 교수님, 학교의 보물이신 지선하 교수님, 남정모 교수님, 강혜영 교수님, 그리고 채영문 원장님 이하 여러 교수님들의 가르침에 감사의 마음을 전합니다.

업무에 대한 저의 열정으로 힘겨워했던 마포지사 직원들과 목소리 큰 저를 잊지 않고 다시 불러준 재정관리실 모든 분들께도 감사를 드리며, 친척처럼 낮익고 절친한 직장 선·후배님, 이들과 함께 의료보장의 선두에 서있음을 자랑스러워하며, 늘 처음처럼 한결같이 노력하겠습니다.

도전과 열정으로 살아가는 엄마의 삶을 보여주셨다던 다짐이 헛되지 않았음을 이 책 한 권으로 증명하고자 하였습니다. 경쟁하듯 각자의 삶에 충실한 부모의 무관심 속에서도, 항상 학교에서 손꼽히는 모범생으로 예쁘게 자라고 있는 두 딸 희재와 연재에게, 삼남매 잘 키우신 엄마와 남편에게도 무한한 사랑을 보내며, 언제나 맨처음 빛깔 고운 햇사과를 잠바 주머니에서 꺼내 주시던 나의 아버지, 그 사랑을 기억하며 아버지의 병상 앞에 이 글을 드립니다.

2008년 7월 폭염 속에서 손경미 올림

차 례

국문 요약

I. 서론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구목적	4
II. 문헌고찰	5
1. 저소득·취약계층의 정의	5
2. 저소득·취약계층 의료보장 실태	10
3. 외국의 취약계층 의료보장과 체납자 관리	21
4. 보험료 체납요인과 제도개선방안 고찰	28
III. 연구방법	34
1. 연구 설계	34
2. 연구대상 및 자료수집	35
3. 연구가설	36
4. 변수의 정의	39
5. 분석방법	41

IV. 연구결과	42
1. 연구대상자의 특성	42
2. 건강보험료 결손 후 재체납 여부	46
3. 건강보험료 결손 후 재체납 기간	50
4. 재체납에 영향을 미치는 관련요인	52
5. 연구가설의 검증	61
V. 고찰	62
1. 연구방법에 대한 고찰	62
2. 연구결과에 대한 고찰	64
3. 연구의 제한점 및 향후 연구방향	69
4. 정책제안	70
VI. 결 론	74
참고문헌	78
부 록	81
ABSTRACT	84

표 차례

표 1.	자격유지자중 3개월이상 건강보험료 체납세대 현황	2
표 2.	주요기관 및 국가들의 상대빈곤선	6
표 3.	2005년 한시적 보험료 지원사업 대상자 선정기준	9
표 4.	의료급여대상자 변화 추이	11
표 5.	연도별 지역보험료 경감적용 현황	13
표 6.	건강보험료 결손처분 현황	14
표 7.	건강보험료 지원협약 체결현황	15
표 8.	의료급여 수급권자 및 차상위계층 전환현황	16
표 9.	저소득층 아동의 의료비 부담에 대한 정도	18
표 10.	2005년 6월 한시적 결손처분 유형별 현황	20
표 11.	연구에 사용된 종속변수	39
표 12.	연구에 사용된 독립변수	40
표 13.	연구대상세대의 특성 I (사회경제적 요인)	43
표 14.	연구대상세대의 특성 II(의료이용 필요도)	45
표 15.	건강보험료 결손 후 재체납여부 I (사회경제적 요인)	47
표 16.	건강보험료 결손 후 재체납여부II(의료이용 필요도)	48
표 17.	건강보험료 결손 후 재체납 기간	51
표 18.	건강보험료 결손 후 재체납 관련요인 분석	54
표 19.	건강보험료 결손 후 재체납 기간 관련요인 분석	57
표 20.	재체납 기간을 고려한 재체납 누적률	59
표 21.	건강보험료 결손 후 재체납 기간 관련요인 분석(단독세대)	60

그림 차례

그림 1. 의료보장에서의 저소득·취약계층 구분모형	9
그림 2. 국민건강보험공단의 보험료 결손처분 절차	14
그림 3. 연구의 틀	34
그림 4. 연구대상자 선정기준	35
그림 5. 세대특성별 재체납률 비교	49
그림 6. 결손 후 재체납 기간에 대한 생존곡선	58

부 표 차 례

부표 1. 연구대상세대의 세대원 특성	81
부표 2. 연구대상세대의 거주지역 및 경감유형	82
부표 3. 변수간 상관분석 결과표	83

국 문 요 약

저소득·취약계층의 건강보험료 결손 후 재체납 관련요인 분석

- 2005년 한시적 보험료 지원세대를 중심으로 -

인구 고령화가 빠르게 진행되고 있는 우리사회는 의료비 지출 급증에 따른 '건강보험 재정안정화'와 '저소득·취약계층에 대한 의료보장 강화'라는 정책 딜레마에 빠져있다. 이를 해소하고자, 저소득·취약계층에 대한 건강보험료 지원사업이 추진되고 있지만, 보험료를 강제징수할 여지가 없고, 체납에 따른 급여제한 조차 어려운 저소득·취약계층에 대하여는 보다 실효성있는 지원방안이 마련되어야 한다.

이 연구는 2005년 한시적 보험료 지원세대인 저소득·취약계층 지역체납세대를 중심으로 건강보험료 결손 후 재체납에 영향을 미치는 관련요인을 분석하고, 저소득·취약계층의 체납방지 및 지원방안을 제시하기 위한 것이다.

저소득·취약계층 지역체납세대 중 건강보험료 결손 후 1년동안 지역자격을 유지한 전체 세대(539,405세대)를 대상으로, 결손 후 1년동안 재체납여부 및 재체납기간에 영향을 미치는 요인들을 연구분석하였다. 이를 위해 관련 문헌고찰을 통해 연구가설을 세우고, 이에 대한 통계적 검정을 로지스틱 회귀분석과 콕스의 생존분석을 통해 실시하였다.

건강보험료 결손 후 재체납에 영향을 미치는 요인의 특성은 사회경제적 특성과 의료이용 필요도 측면에서 연구분석하였다. 그 결과, 사회경제적 특성요인에서는 세대주가 여성, 세대주 연령이 많을수록, 중소도시에 거주하고, 월 보험료가 높을수록, 자동차 보유세대인 경우, 보험료 경감적용 세대인 경우, 결손 전 체납기간이 짧을수록, 보험료 결손경험이 적을수록, 보험료 자동이체 납부세대일수록 한시적 건강보험료 결손 후 재체납 가능성이 통계적으로 유의하게 낮았다.

의료이용 필요도 특성요인으로는 세대원 수가 많을수록, 장애인이 있는 세대가, 만성·희귀난치성 질환자가 있는 세대가, 9세 이하 아동이나 65세이상 노인이 있는 세대가, 결혼 후 1년간 총 진료비가 많을수록 통계적으로 유의하게 결혼 후 재체납 가능성이 낮았다.

끝으로, '2005년 한시적 보험료 지원사업'의 실효성은 결혼 후 1년이 경과한 시점에서 자격유지세대의 13.3%만이 성실납부세대로 유지된 것을 고려할 때, 나머지 86.7%의 저소득·취약계층 지역체납세대에 대하여는 보다 실효성 있는 정책이 필요하다는 것을 확인할 수 있었다.

핵심어 : 저소득취약계층, 재체납, 결혼처분, 건강보험,
한시적 보험료 지원사업

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

인구 고령화가 빠르게 진행되고 있는 21세기의 우리사회는 사회보장에서 우선 해결하여야 할 많은 과제들을 안고 있다. 특히 우리나라의 건강보험제도는 30년이라는 짧은 시간내 의료보장의 큰 축으로 자리매김하였지만, '전국민 의료보장'이라는 양적 성장을 추진하다보니, 국민의 건강증진과 위험분산을 위한 사회보험제도가 '저부담, 저급여'로 이어져, 의료비 본인부담 비율¹⁾은 여전히 높고, 양질의 의료서비스 욕구에는 부응하지 못하고 있다. 또한 의료보장의 재원 부족과 의료이용 형평성 미흡으로 나타나는 저소득·취약계층의 의료사각지대는 질병과 빈곤의 구조화를 고착시키는 제도의 모순으로 등장하고 있다.

의료보장체계 내에서 저소득·취약계층을 어떻게 정의할 것인가는 매우 중요한 문제이다. 질병이나 실직 등으로 일정한 소득·재산이 없는 세대의 경우, 생계를 위협하는 의료비 부담으로 인해 절대빈곤층인 의료급여수급자보다 의료이용이 어렵게 된다. 더욱이 우리나라의 건강보험은 일정기간 이상 지역보험료를 체납한 세대에 대하여 건강보험 급여를 제한²⁾하고 있어, 저소득·취약계층 지역 체납세대의 경우 의료이용이 사실상 불가능하게 된다. 특히 1998년 IMF 이후 실직·일용·임시직 등 경제적 취약계층이 많아지면서, 지역보험료 체납세대는 급격히 증가하였다. 2005년말 3개월이상 지역보험료 체납세대는 전체 지역세대의 24%인 195만 세대로, 체납세대 중 무재산, 무소득자가 60%, 월 보험료 3만원 미만세대가 55.5%를 차지하였다(국민건강보험공단 내부자료, 2006).

보험료 납부능력이 없는 저소득·취약계층의 장기체납이 늘어나고, 체납에 의한 보험급여 제한 등으로 의료사각지대가 형성되자, 2005년 6월 보건복지부는 3개월 이상 지역보험료를 체납한 저소득·취약계층에 대하여 2005년 5월까지의 체납보험

1) 의료비 본인부담 비율 : 2004년 기준 전체 의료비의 36.9%로 OECD 평균 19.8%보다 17.1% 높다.

2) 3개월이상 체납세대의 급여제한 : 국민건강보험법 48조2항에 의거 요양기관 방문시 건강보험 급여 안됨.
-2008년 9월부터는 3개월이상 체납시 급여제한 기준을 6개월 이상 체납으로 급여제한 기준이 변경됨.

료를 결손처분하였다. 하지만 '성실납부세대로의 전환유도'와 '저소득·취약계층의 의료사각지대 해소'라는 목적으로 실시된 '2005년 6월 한시적 보험료 지원사업'³⁾ 이후에도 《표 1》에서 보는 바와 같이, 3개월이상 보험료 체납세대는 2006년 5월말 총 199만세대로 증가한 것으로 확인되었다.

《표 1》 자격유지자중 3개월이상 건강보험료 체납세대 현황

구 분	(단위 :천 세대, 억원,%)					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006.5
세대수	1,616	1,361	1,563	1,910	1,952	1,987
(점유율)	(19%)	(15%)	(18%)	(23%)	(24%)	(25%)
체납금액	7,640	7,237	9,060	12,006	11,566	12,449
세대당 체납액	47만원	53만원	58만원	62만원	59만원	63만원

자료: 이에경 외, 저소득·취약계층 건강보험료 지원사업의 인식도 조사, 국민건강보험공단, 2006

현재 건강보험제도는 노인의료비 증가 및 의약분업, 약제비 인상 등 급여비 지출규모의 확대에 따른 건강보험료의 급격한 인상으로, 대다수 국민가계에 부담을 가중시키고 있다. 또한 노인장기요양 보험료가 건강보험료에 추가부담되어, 보험료 납부기피 및 장기체납이 증가할 것으로 예상된다. 국민 개개인의 보험료 기여에 의해 운영되는 사회보험방식인 현행 건강보험제도 내에서는 도덕적 해이에 의한 체납을 방지하기 위해서 보험료 체납에 따른 제재조치가 필요하다.

또한, 저소득·취약계층이라는 동일 기준에서도 보험료를 성실히 납부하는 세대가 있는 반면, 생계형 체납이라는 이유로 결손처분이 수시로 이루어지고, 결손으로 탕감된 보험료를 충당할 수 있는 재원⁴⁾이 확보되지 않는다면, 건강보험 재정 악화로 이어져, 보험료를 성실히 납부한 국민 대다수의 보험료가 인상되고, 결국 건강보험제도의 안정적 발전과 급여보장성 강화의 걸림돌이 될 것이다.

최하의 보험료조차 납부할 수 없는 저소득·취약계층 체납세대라면 건강보험 제

3) '한시적 보험료 지원사업'은 의료사각지대 해소를 목적으로 3개월이상 지역보험료를 체납한 저소득·취약계층에 대하여, 2005년 5월까지의 체납보험료를 결손처분하되로서 건강보험 급여수급권을 부활시켜 준 사업이었다.

4) 2005년 6월 한시적 보험료 지원사업이 실시(3,212억 보험료 결손)된 2005년도에 국고지원금은 증가하지 않았다. (2004년 국고지원 28,567억원 → 2005년 국고지원 27,695억원: 담배부담금 제외)

도권내에서 강제 적용시킬 수는 없는 것이다. 이는 국가가 의료급여대상자 확대 등 의료급여제도 보완을 통해 수용하여야 하고, 일시적 소득 상실로 인한 체납과 의료이용필요도가 낮은 납부기피 체납 등에 대하여는 보다 구체적이고 다양한 체납방지방안이 추진되어야 한다. 또한 2005년 한시적 보험료 지원사업 등 저소득·취약계층에 대한 지원사업이 실시된 이후에는 사업의 실효성을 면밀히 분석하여, 건강보험 재정안정에 기여하면서, 체납을 방지할 수 있는 제도적 보완 방안을 강구하여야 한다.

이러한 연구의 필요성에도 불구하고, 선행연구에서는 특정지역의 체납이나 체납처분이 가능한 전체 세대를 대상으로 체납실태 분석이 이루어졌고, 한시적 보험료 지원사업 후 저소득·취약계층에 대한 체납관련 연구는 부족하였다.

모든 국민으로부터 강제적으로 보험료를 징수하여 사회적 안전망을 제공하고 있는 현행 건강보험제도에서 보험료 납부여부와 무관하게 보험급여를 제공한다면 대다수 성실한 보험료 납부자의 도덕적 해이를 부를 수 있다는 우려 또한 무시할 수 없다. 그러므로 보험료 체납처분의 여지가 없으면서도 체납에 따른 급여 제한이 어려운 저소득·취약계층에 대하여는 보다 실효성있는 지원방안이 마련되어야 한다. 이에 앞서 이들 정책대상 집단의 특성과 보험료 지원 후 재체납 발생에 영향을 미치는 관련요인 분석이 우선되어야 하고, 이를 바탕으로 저소득·취약계층의 체납 방지방안 및 바람직한 지원 방안이 제시될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

이 연구는 저소득·취약계층의 보험료 재체납 요인을 분석하기 위한 것이다. 저소득·취약계층 지역보험료 체납세대의 보험료 결손 후, 재체납 여부 및 재체납 기간⁵⁾에 영향을 미치는 관련요인을 분석함으로써, 저소득·취약계층의 보험료 체납방지방안 및 바람직한 지원방안을 수립하는데 도움을 주고자 한다.

아울러, 이 연구가 저소득·취약계층에 대한 의료보장 강화와 건강보험 재정 안정 및 의료급여제도의 발전을 위한 기초자료로 활용되길 희망한다.

구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 첫째, 저소득·취약계층 지역 체납세대의 일반적 특성을 사회경제적 요인과 의료이용 필요도에 따라 구분하여 파악한다.
- 둘째, 사회경제적 요인과 의료이용 필요도에 따라 구분된 각 세대특성별로 건강보험료 결손 후 1년 동안 재체납 여부를 분석한다.
- 셋째, 사회경제적 요인과 의료이용 필요도에 따라 구분된 각 세대특성별로 건강보험료 결손 후 재체납 기간을 각 세대특성별로 분석한다.
- 넷째, 건강보험료 결손 후 재체납에 유의미한 영향을 미치는 관련요인을 분석한다.
- 다섯째, 저소득·취약계층의 보험료 체납방지방안 및 바람직한 지원방향을 제시한다.

5) 재체납 기간은 2005년 6월 실시된 한시적 보험료 지원사업(2005년 5월까지의 체납보험료 결손) 후 2005년 6월부터 다시 보험료 납부의무가 주어져 3개월이상 체납이 발생할 때까지 경과기간을 의미한다. 이하 ‘재체납 기간’으로 정의한다.

II. 문헌고찰

1. 저소득·취약계층의 정의

가. 빈곤과 차상위 계층의 개념

빈곤(poverty)이란 용어는 '기본적 욕구가 충족되지 않은 상태'라는 사전적 의미에서 시작하지만 보다 구체적으로 정의해 보면, 의식주 등 기본적 욕구를 해결하지 못하는 상태인 생존의 개념으로 인식되는 '절대적 빈곤'과 동일 사회 내 다른 사람과 비교하는 상대적 박탈과 불평등의 개념으로 해석하는 '상대적 빈곤' 그리고 다분히 자신의 욕구충족 여부에 따라 결정되어지는 '주관적 빈곤'으로 나누어 볼 수 있다. K.Marx(1867)는 '필수품의 수와 정도는 역사발전의 산물이므로 그것은 한 국가의 문명화 정도에 크게 의존할 수 밖에 없다'고 정의하였다. 빈곤의 기준이 될 수 있는 '기본적 욕구'라는 것이 그 시대, 국가마다 다르고, 그 사회에서 빈곤문제를 어떻게 접근하는가에 따라 빈곤의 개념과 규모도 달라질 수 있다. 따라서 가치판단으로부터 자유로운 빈곤개념이 존재할 수 없기 때문에 빈곤(貧困, poverty)을 정의한다는 것은 매우 어려운 과제이다. 한편, 차상위 계층이라는 개념은 엄밀하게 말하면 일반 명사라기보다는 우리나라 기초보장분야에서 활용되는 법적 용어, 행정적 용어라고 할 수 있다. 사전적으로 차상위(次上位)는 특정 순위의 이어지는 위치, 즉 특정위치에 버금가는 위치로 해석될 수 있다(민동세, 2002). 따라서 차상위계층은 최저생계비로 대표되어 왔던 빈곤선 바로 위의 계층을 의미하는 것으로 통용되어 왔다.

이 용어는 빈곤에 대한 외국의 문헌에서는 찾아보기 어려운 용어다. 단지, 유사한 용어로 저소득(low income), 취약계층(disadvantaged group), 근로빈민(working poor)등의 용어가 빈곤과 관련하여 사용되고 있다(최형열, 2006).

또한 차상위 계층에 대한 정의는 연구자에 따라 다양한데, 이현주(2000)⁶⁾는 최저생계비를 하한선으로 하고 상대적 빈곤선을 상한선으로 하는 절대빈곤선

6) 이현주, '빈곤과 차상위계층' 『보건복지포럼』 통권 제41호, p28, 2000.2

바로 위의 계층, 즉 특정기준시점에서 소득 인정액이 최저생계비 이상인 계층으로 공적부조에서 배제된 집단으로 정의하였고, 박능후(2000)⁷⁾는 재산 등의 이유로 생활보호를 받지 못하는 절대빈곤층과 절대빈곤선 이상 상대빈곤선 이하의 계층으로 구분하였다. 이외에도 ‘방치된 수급권자’(허선, 2001)⁸⁾, 수급자가 아니지만 언제라도 수급자가 될 수 있는 ‘잠재적 빈곤층’(김창엽, 2002)⁹⁾으로 정의되기도 한다. 결국, 일반적으로 빈곤층임에도 불구하고 공공부조에서 제외된 집단이란 의미로 사용하고 있다(김용수, 2002). 따라서 차상위(次上位) 계층이란 ‘특정시점에서 소득인정액이 최저생계비 이상인 계층으로 공공부조에서 배제된 빈곤층’이라고 정의할 수 있다. 이 때, 차상위 계층을 구분하는 상한선을 어디까지로 하느냐가 문제인데, 그 기준선은 언제든지 사회보장이 요구되는 절대빈곤으로 떨어질 위험을 배포하고 있는 세대의 수입과 지출을 감안하여 산출하게 되고, 차상위 계층의 상한선을 설정할 때는 주로 상대적 빈곤선을 고려하게 되는데, 상대적 빈곤선은 나라마다 다소 차이가 있으나 대체로 평균소득의 50%를 전후하여 설정되고 있다(표 2 참조).

《표 2》 주요기관 및 국가들의 상대빈곤선

주요기관 및 국가	상 대 빈 곤 선
OECD	중위 가구소득의 40,50%
EU	평균 가구소득의 40,50,60%
World Bank	개발도상국은 평균가구 소득 1/2, 선진국은 평균가구 소득의 1/2
V. Fuchs	중위 가구소득의 50%
P. Townsend	빈곤층은 평균가구 소득의 80%이하, 극빈층은 50%이하
Lee Rainwater	가구당 평균소득의 46-58%
LIS	중위소득의 50%
일본	근로자 가구 소비지출의 68%

자료 : 한국보건사회연구원 기초자료를 참고하여 재구성(최형열, 2006)

7) '박능후, '빈곤의 원인과 대책' 『보건복지포럼』 통권 제41호, p40, 2000.2

8) 허선, '차상위계층인가? 방치된 수급권자인가?' 『복지동향』, 제36호 p8, 2001.10

9) 김창엽, '차상위계층 건강보장의 문제점과 대책' ,2001년 건강연대 보건의료 정책자료집 p 474, 2002.2

우리나라의 빈곤계층 규모에 대한 전문가들의 견해를 살펴보면, 2005년 말 기준 176만명으로 전체 인구의 3.58%를 차지하고 있다. 이들은 주로 국민기초생활보장 수급자와 그 밖에 일시적 의료급여대상자 및 탈북자, 광주민주화항쟁 유공자 등으로 구성되어 있다. 즉 전체 인구의 3.5% 수준의 사람들은 공적부조 프로그램인 국민기초생활보장법의 수급자이고, 최저생계비 이하의 절대 빈곤층으로 볼 수 있다(이애경 외, 2006).

한편, 국민기초생활보장법에서 규정한 법정 차상위 계층은 의료수급권자 선정기준인 최저생계비¹⁰⁾의 120% 미만인 가구로, 동 법령 제2조와 제24조제1항에 계층의 정의와 이에 대한 조사를 매년 실시할 수 있다는 조항을 설정하고 있을 뿐, 현재 정부에서는 정확한 기준이나 규모를 제시하지 못하고 있다.

신영석(2004)은 건강보험과 의료급여를 중심으로 의료보장에서의 차상위계층 규모를 제시하였는데, 차상위계층 규모 추정에 있어 소득평가액¹¹⁾기준과 소득인정액 기준으로 대상자 규모를 추정하여 전체 차상위계층은 전국민의 약 7.51%인 3,577천명으로 추정되며, 이중 제1차상위(비수급 빈곤층)는 5.22%, 제2차상위(잠재적 빈곤층)는 2.29%로 추정하였다.

이현주 외(2005)에 따르면, 2003년 경상소득 분포를 기초로 최저생계비의 120% 미만을 추정한 결과, 전 가구의 18.6%로 약 284만 가구, 인구로는 전 인구의 15.0%인 약 716만 명으로 추정된다. 여기에서 국민기초생활보장 수급권자를 제외하면 법정 차상위계층이 도출되는데, 전 가구의 13.9%인 약 212만 가구에, 인구는 12.1%인 578만명 수준으로 추정된다.

10) 국민기초생활보장법에 따라 보건복지부 장관이 고시한 2007년 최저생계비 및 차상위기준

구 분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
최저생계비(원/월)	435,921	734,412	972,866	1,205,535	1,405,412	1,609,630
차상위기준(원/월)	523,105	881,294	1,167,439	1,446,642	1,686,494	1,931,556

11) 소득평가액은 경상소득에서 특성별 지출과 공적보조금을 공제한 후의 가처분 소득을 의미하는 것으로 소득인정액에서 재산을 소득으로 환산한 소득을 제한 소득을 말한다.

나. 의료보장에서 저소득·취약계층의 정의

일반적으로 의료보장에서 규정하는 저소득·취약계층은 차상위 계층이 되는데, 이들은 국민기초생활보장 제도에서 최저생계비와 최저생계비의 120% 수준이하 사이에 존재하는 계층을 의미한다. 여기서 차상위 계층을 저소득·취약계층 개념과 동일화 할 것인지 아니면 그 범위나 개념을 확대할 것인지는 어느누구도 정확하게 제시할 수 없다. 특히 의료보장측면에서는 질병으로 인한 경제적 위험의 정도가 질병별로 다르고, 최저 생계비의 기준이 되는 소득 파악이 정확하지 않은 상태에서 절대빈곤으로 전락하기 전에 지원이 필요한 대상자를 규정하는 것 역시 쉽지 않다. 다만, 국민건강보험공단에서는 2005년 국고지원 관련 연구에서 저소득계층의 의료급여 전환에 따른 비용을 추정한 결과치를 제시하면서 잠재적 빈곤층을 제시하였다. 직장가입자 중 최저임금 이하의 경우와 지역가입자 중 과세소득이 없거나 과세기준 1,200만원이하인 경우를 기준으로 선정한 결과, 직장은 9등급 이하 약 59만 세대 127만명, 지역은 20등급 이하인 약 368만 세대 662만명으로, 전체로는 789만 명인 전체 인구의 16% 수준에 이르는 것으로 추정하였다(공경열 외, 2005).

결과적으로 잠재적 빈곤층인 저소득·취약계층의 규모는 보건복지부의 약 320만명에서부터 많게는 700만명에 이르며, 전체 인구의 6%에서 16%가 저소득·빈곤층으로 추정된다. 저소득·취약계층을 우리나라의 의료보장 체계내에서 구분해 보면(이애경, 2006), 건강보험 가입자로서 자신이 보험료를 부담하고 요양급여를 받는 계층과 의료급여에서 배제된 저소득·취약계층 중 보험료 체납 세대, 국민기초생활보장 수급자, 일시적 의료급여 대상자, 탈북자 및 광주민주화 항쟁 유공자 등이 포함된 의료급여수급자로 구분된다(그림 1 참조).

《그림 1》 의료보장에서의 저소득·취약계층 구분모형

	건강보험(A)		건강보험(A)
건강 보험	(C) 저 소득 취약계층(a)	잠정적 저소득· 취약계층	잠정적 저소득·취약계층 (C)
	의료급여 수급자(b)		의료급여 수급자(b)
			건강보험료 지원대상 성실납부 (106만명) 체납세대 (60만명)
의료 급여	의료급여수급자(B)		국민기초생활보장 수급자(176만명) 1)최저생계비 이하 세대 2)의료급여특례 수급자

* 2005년 12월 기준으로 잠정분류

자료 : 이에경 외., 저소득취약계층 건강보험료 지원사업의 인식도조사, 2006.을 참고로 재구성

이 연구에서는 저소득·취약계층을 《그림 1》에서의 저소득·취약계층 중 건강보험료 지원대상자와 동일하게 정의하였다. 이 선정기준은 2005년 6월 보건복지부에서 실시한 '저소득·취약계층 한시적 보험료 지원사업¹²⁾의 대상기준인 《표 3》과 동일하였다.

《표 3》 2005년 한시적 보험료 지원사업 대상자 선정기준

선 정 기 준
① 건강보험 지역가입자중 3개월이상 보험료 체납세대 ② 과세소득 : 연간 100만 원 이하 ③ 전·월세 : 농어촌 2,900만원, 중소도시 3,100만원, 대도시 3,800만원 이하 ④ 과표재산 : 농어촌 580만원, 중소도시 620만원, 대도시 760만원 이하 ⑤ 환가가치없는 자동차 ¹³⁾ 1대만 소유한 세대

자료 : 국민건강보험공단 내부자료. 2005.

12) '한시적 보험료 지원사업' 은 의료사각지대 해소를 목적으로 저소득취약계층에 대하여 2005년 5월 시점으로 3개월이상 체납한 지역보험료를 결손처분하므로써 그들의 보험급여수급권을 부활시켜 준 사업이다.

13) 자동차등록령 제31조 제3항에 의해 환가가치가 없다고 인정되는 경우 (차령 9년, 10년이상의 승용자동차, 차령 8년, 12년이상의 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차)

앞에서 살펴본 바와 같이 동일한 조건임에도 실질적인 지원이 필요한 저소득·취약계층은 3개월 이상 보험료를 체납한 지역가입세대라고 할 수 있다. 직장가입자일 경우 사업주에게 보험료 납부의무가 주어지므로 해당세대에는 급여 제한이 가능하지 않은데 비해, 3개월이상 지역보험료를 체납한 저소득·취약계층의 경우 전체 세대원의 보험급여가 제한¹⁴⁾되는 현행 건강보험제도 내에서, 의료이용에 제약을 받고 질병으로 인해 빈곤층으로 전락할 위험이 항상 존재하고 있어, 사실상 의료보장제도에서 저소득·취약계층으로 분리·정의할 수 있다.

2. 저소득·취약계층의 의료보장 실태

가. 의료급여제도를 통한 공적 지원

공적 부조인 의료급여제도는 1977년 500인 이상 사업장을 시작으로 의료보험이 실시되자, 정부가 서둘러 의료보호제도를 도입하면서 시작되었다. 현재 의료급여 대상자는 최저생계비 이하의 소득을 가진 국민기초생활보장법의 수급권자와 기타 이재민, 국가유공자, 무형문화재, 의사상자 및 의사자의 유족, 북한이탈주민 등으로 구성되어 있고, 2004년부터 희귀난치성 질환이나 만성질환자 중 중증도와 고액 진료비가 소요될 경우 대상자로 추가 선정되고 있다. 이 중 근로능력이 없는 기초보장수급자와 기타대상자는 1종으로, 근로능력이 있는 기초보장대상자는 2종으로 분류되고 있다.

의료급여의 대상규모는 정부의 예산이나 시대적 상황에 따라 달라져 왔다. 1986년 의료보호제도에서 배제된 저소득층을 위해 의료부조제도가 추가 신설되면서 의료부조 1,924천명을 포함하여 총 4,386천명¹⁵⁾이 의료급여대상자로, 당시 인구의 10.5%로 증가하였다. 그러나 1989년 이후, 소득수준 향상으로 대상자 선정기준 탈락자가 급증하고, 지역의료보험 확대 실시이후 의료부조대상자는 건강

14) 국민건강보험법 48조(급여의 제한)제3항 : 공단은 제62조제4항의 규정에 의한 세대단위의 보험료를 대통령령이 정하는 기간이상 체납한 지역가입자에 대하여 보험료를 완납할 때까지 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다.(대통령령이 정하는 기간→3개월이상 체납시)

15) 1986년 의료급여대상 규모 : 의료보호 1종 643천명, 의료보호 2종 1,819천명, 의료부조 1,924천명

보험제도권으로 흡수되면서, 1993년 8만명 수준으로 감소하였다. 이어 1994년 의료부조제도가 폐지되고, 1, 2종 의료보호제도가 지속되어오다가, 2000년 국민기초생활 보장법과 의료급여법이 시행되었다. 2000년 이후 의료급여제도는 정부와 지자체 예산의 억제, 대상자 선정 및 관리운영의 이원화로 대상자 선정이 억제되었고, 비용절감을 이유로 지원 폭이 낮아지는 역진적인 제도 변화가 대두되었다. 특히, 의료부조제도가 실시되던 1990년 3,930천명에서 2006년 1,828천명으로 절반수준에 불과한 대상자 규모를 갖게 되었다. 이는 보호의 보장성 수준을 떠나, 대상자 규모의 축소가 가져오는 국가 책임의 회피로 해석할 수 있다. 강신욱 외(2006)는 사회양극화의 실태분석에서, 기초생활보장제도가 2000년부터 시행되고 있음에도 불구하고 빈곤격차 비율이 계속 상승하고 있는 것으로 보아, 기초생활보장제도의 탈빈곤 효과는 물론 빈곤층 생활보호효과도 충분하지 못함을 지적하였다. 또한 우리나라의 의료급여수급자는 2007년말 현재 185만명, 전체 인구의 3.7%로, 현행 의료급여의 대상자 규모는 매우 작다는 것이 진보적인 학자들의 견해이다. 다행히 2004년 이후 차상위 계층에서 만성질환자, 희귀난치성질환자, 18세미만 아동의 의료급여대상자 추가 편입에 따라 의료급여대상자 규모가 다시 증가하고 있다(표 4 참조).

《표 4》 의료급여대상자 변화 추이

(단위: 명,%)

구 분	1990년	2000년	2002년	2004년	2005년	2006년	2007년
의료급여 계(B)	3,930,389	1,570,009	1,420,539	1,528,843	1,761,565	1,828,627	1,852,714
1종	695,000	810,684	828,922	919,181	996,449	1,028,536	1,062,263
2종	1,958,920	759,325	591,617	609,662	765,116	800,091	790,451
의료부조	1,276,469	-	-	-	-	-	-
희귀난치(1종)		-	-	(4,469)	(13,258)	(17,773)	(17,989)
만성질환(2종)		-	-	(13,023)	(47,378)	(70,063)	(73,182)
18세미만(2종)		-	-	-	(86,946)	(113,012)	(116,866)
의료보장인구(A)	44,110,412	47,465,758	48,080,015	48,900,835	49,153,617	49,238,227	49,672,388
B/A*100	8.91	3.30	3.00	3.13	3.58	3.71	3.73

주: 의료보장인구에는 외국인이 포함되어 우리나라 인구보다 높게 나타남
 자료: 국민건강보험공단 내부자료. 2008.

나. 저소득·취약계층의 건강보험료 지원

사회보험방식으로 운영되고 있는 우리나라의 건강보험제도는 1977년 직장보험을 시작으로 1989년 전국민 건강보험시대를 열었고, 의료급여제도와 함께 우리나라의 기초 의료보장을 실현하고 있다. 2007년 12월말 현재 건강보험 적용인구는 47,820천명으로 우리나라 의료보장인구의 96.3%를 점유하고 있다. 전국민이 법률에 의해 강제가입되며, 부담능력에 따라 보험료가 차등 부과되고, 보험급여에 있어서는 균등한 수혜를 원칙으로 사회연대논리로 운영되고 있는 건강보험제도내에서 저소득·취약계층에 대한 보험료 지원사업은 보험료 경감제도, 보험료 결손처분, 건강보험료 대납사업 등¹⁶⁾으로 추진되고 있다.

(1) 보험료 경감조치

국민건강보험법 및 보험료 경감고시에 의거, 보험료 경감은 요양기관과의 거리 등으로 의료이용 접근도가 낮은 지역 거주세대와 일시적 지역가입세대로 전환된 실직세대, 기타 특수한 생활여건으로 보험료 전액 납부가 어려운 세대중 일정기준 이하 세대에 대한 보험료 지원방법이다. 보험료 경감유형에는, 도서 375개 섬, 벽지 256개 부락에 거주자를 위한 도서·벽지 경감(50%), 군지역 86개와 도농복합지역 52개에 거주자를 위한 농어촌 경감(22%), 농어촌에서 농어업에 종사하는 세대를 위한 농림부의 지원¹⁷⁾으로 추진되는 농어업인 경감(28%), 일정기준¹⁸⁾의 세대경감(10~30%), 재해 및 천재지변에 따른 재해경감¹⁹⁾ (30~50%) 등이 있다.

16) 보험료 분할납부(3회이상 체납자에게 적용, 총 24회까지 분할납부 승인), 급여제한기간 중 보험급여 소급 인정(급여제한 기간내 급여시 공단이 통지한 날로부터 2개월내 완납시 보험급여를 인정)

17) 농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 특별법 제27조 및 제33조에 의거 매년 농림부에서 보험료 지원

18) 세대경감은 소득금액 360만원이하, 과표재산 13,000만원 이하인 세대중 세대의 구성요건이 65세이상 노인세대, 70세이상 노인 단독세대, 55세이상 여자단독세대, 모자 가정이나 부자 가정세대 (조손세대 포함), 소년·소녀 가장세대, 장애인 및 국가유공자 상이자세대, 장기수용, 행방불명, 만성질환자 세대

19) 재해경감은 수해·풍해·한해·냉해·지진 등 천재지변 또는 이에 준하는 사유로 보험료 경감이 필요하다고 보건복지부장관이 고시하는 지역에 거주하는 지역가입자 세대에 대하여 일정한 확인을 거쳐 30~50%의 경감률을 적용

총 경감액은 2003년 2,601억원에서 2005년 3,699억원, 2007년 5,033억원이었고, 2008년 3월 현재 월평균 247만 세대에 보험료 경감이 이루어지고 있다(표 5 참조).

《표 5》 연도별 지역보험료 경감현황

(단위 : 천세대, 백만원)

년도	경감총액		도시·벽지경감		농어촌경감		농어업인경감		세대경감	
	세대	금액	세대	금액	세대	금액	세대	금액	세대	금액
2003	28,751	260,126	536	8,543	21,283	180,667			13,284	78,602
2004	28,659	304,973	532	9,106	20,641	192,529	7,266	33,995	13,636	82,785
2005	28,503	369,889	516	9,218	20,256	200,429	7,231	79,534	14,141	94,949
2006	26,945	401,665	477	9,040	18,954	199,021	6,451	124,845	13,353	93,685
2007	29,185	503,264	461	10,128	18,923	228,467	6,295	147,147	15,444	154,151

*주) 경감총액은 중복분 제외, 재해경감은 세대경감에 포함, 세대는 단순합산수치임.

자료 : 국민건강보험공단 내부자료. 2008.3월

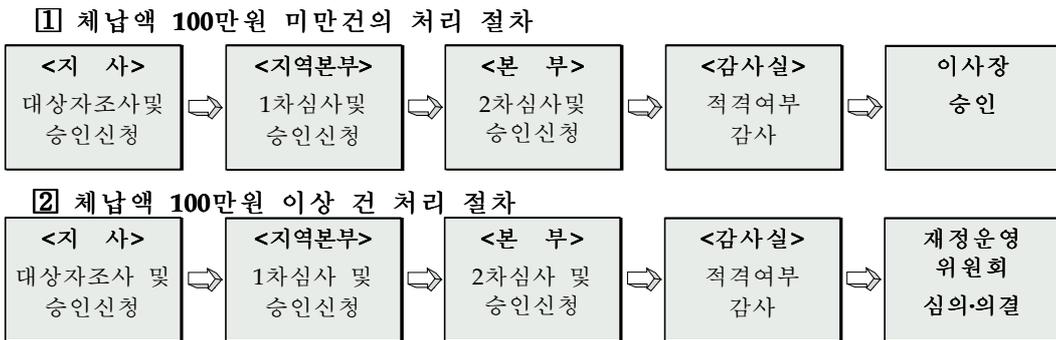
(2) 보험료 결손처분

건강보험료 결손처분제도는 국민건강보험법 제72조²⁰⁾ 및 동법 시행령 제44조에 근거하여 사실상 징수가 불가능한 보험료 등의 장기 불납 채권을 결손처분함으로써 체납액 관리비용의 절감과 징수가능 채권의 징수율 제고를 통한 업무효율성을 도모하고자 실시된다. 또한 실질적으로 납부능력이 부족한 저소득 취약계층의 보험료를 면제하여 줌으로써 보험료 체납으로 인한 건강보험 수급권 제한을 해소하고, 장기체납에 따른 체납보험료의 부담에서 벗어나 보험료의 성실납부를 유도하고자 실시되는 제도이다. 매년 국민건강보험공단 각 지사에서는 징수 독려 과정에서 사업장의 부도 및 파산, 납부의무자의 사망, 해외이주, 행방불명, 의료급여 수급자료의 전환, 미성년·고령, 경제적 빈곤 등으로 채권을 확보할 재산이 없거나, 사실상 징수가 불가능한 장기 체납세대를 파악하여 《그림 2》와 같은 절차를 거쳐 결손처분을 실시하고 있다.

20) 국민건강보험법 제72조(결손처분) : 공단은 다음 각호의 1에 해당하는 사유가 있는 때에는 재정운영위원회의 의결을 얻어 보험료 등을 결손처분 할 수 있다. (체납처분시 배분액에 미달될 때, 소멸시효 완성 등)

보험료 결손처분은 기 발생된 채권·채무를 소멸시키는 행정처분으로써 처리에 신중을 기해야 하며, 보험료를 성실히 납부하고 있는 타 세대 및 사업장과의 형평성, 반복적 결손처분에 따른 도덕적 해이 방지를 위해 그 대상기간과 대상자를 한정하여 면밀한 조사를 거쳐 추진하고 있다(국민건강보험공단 백서, 2004).

《그림 2》 국민건강보험공단의 보험료 결손처분 절차



자료 : 국민건강보험공단 내부자료, 2006

건강보험료의 결손처분 실적을 《표 6》에서 살펴보면, 2007년도 지역체납세대 중 총 139,816세대에 390억원의 체납보험료가 결손처분되었다. 2005년에는 보건복지부에서 추진한 한시적 보험료 지원사업²¹⁾으로, 지역체납세대 876,335 세대에 대하여 3,819억원의 결손처분이 이루어졌다.

《표 6》 건강보험료 결손처분 현황

(단위 : 세대수·사업장수, 억원)

구분	2003년		2004년		2005년		2006년		2007년	
	세대·사업장	금액	세대·사업장	금액	세대·사업장	금액	세대·사업장	금액	세대·사업장	금액
계	102,196	386	168,235	653	883,183	3,970	230,834	974	148,244	579
지역	97,997	296	162,088	541	876,335	3,819	221,048	794	139,816	390
직장	4,199	90	6,147	112	6,848	151	9,786	180	8,428	189

자료 : 국민건강보험공단 내부자료, 2008

21) 2005년 6월 보건복지부는 한시적 보험료 지원사업은 저소득·취약계층의 의료사각지대 해소를 위하여 일정기준 이하(표 3 참조)의 저소득·취약계층 지역체납세대 총 828,955세대에 대하여 3,212억원의 체납보험료를 탕감하는 한시적 결손처분

(3) 저소득·취약계층 건강보험료 지원(대납)사업

IMF 외환위기 이후, 전통적 가족안전망이 급격히 약화됨에 따라, 부양자가 없는 무소득 노인독거세대 등 사회의 무관심속에서 빈곤과 질병, 장애, 노령에 의해 방치되는 저소득·취약계층이 늘어나고, 의료급여수급자에서 조차 배제된 이들의 보험료 체납이 늘어났다. 보험료 일부경감이나 일시적인 결손처분으로 해결될 수 없는 이들에 대하여 2005년 5월부터 국민건강보험공단은 지방자치단체, 회사, 종교단체 등의 재정적 후원을 받아 '저소득·취약계층에 대한 건강보험료 지원(대납)사업'을 추진하게 되었다. 또한 국민건강보험 지역가입자 중심의 저소득·취약계층 의료보장 지원을 지속적으로 추진하기 위해 저소득·취약계층 관리대상자 데이터베이스를 별도 구축하고, 각 지방자치단체에 저소득·취약계층 지원조례 제정의 필요성을 홍보하는 등, 기관들과 연계된 보험료 지원방안을 추진하고 있다.

이러한 노력으로 2007년도까지 저소득·취약계층에 지원(대납)한 보험료는 5,082백만원으로 총 1,019,841건이었으며, 이후로도 1,156개 지원기관과의 협약을 통해 저소득·취약계층에 대하여 월 보험료가 지원될 예정이다(표 7 참조).

《표 7》 건강보험료 지원실적 및 지원협약 현황

(단위 : 건, 천원)

구 분	지원 실적		지원 협약 체결 현황		
	지원세대(건)	지원금액	지원협약기관	지원세대	협약금액
계	1,019,841	5,082,118	1,156	118,240	8,344,403
2005년	16,550	90,299	108	7,778	385,089
2006년	295,209	1,391,098	393	31,741	1,539,991
2007년	708,082	3,600,721	655	78,721	6,419,323

자료 : 국민건강보험공단 내부자료. 2008

아울러, 국민건강보험공단에서는 지역가입자 중 일정기준 22)이하의 저소득·취약계층에 속하는 166만명을 중심으로 저소득층 보험료지원 종합프로그램을 마련

22) 앞에서 살펴본 《그림 1》의 잠정적 저소득취약계층 중 '건강보험료 지원대상'에 속한 《표 3》의 기준

하여 월 보험료 1만원 미만이고 3개월 이상 체납한 세대, 보험료 결손이력이 있는 세대, 기초생활보장법상 최저생계비 이하의 소득수준의 직장가입자중 12세 미만 자녀가 있는 세대, 한시적 결손처분 승인세대중 결손처분 이력이 있는 세대를 선정하여, 보건복지부에 기초생활수급권자나 차상위계층으로의 전환을 요청하고, 그들이 사회보장제도의 보호를 받도록 하고 있다(표 8 참조)

《표 8》 의료급여 수급권자 및 차상위계층 전환현황

(단위 : 건, %)

구 분	전환요청	전환 계		의료급여 전환		차상위 전환	
		건 수	비 율	건 수	비 율	건 수	비 율
계	727,104	209,737	28.8	59,767	8.2	149,970	20.7
2005년	596,892	200,874	33.6	53,292	8.9	147,582	24.7
2006년	120,597	8,471	7.0	6,083	5.0	2,388	2.0
2007년	9,615	392	4.0	392	4.0	-	-

자료 : 국민건강보험공단 내부자료. 2007

다. 2005년 한시적 보험료 지원 사업 실시

(1) 의료사각지대 발생

1997년말에 시작된 IMF 경제위기는 대량실업과 빈곤인구를 양산하고, 이는 다시 이혼, 아동·노인의 유기, 가출, 노숙, 자살, 결식아동의 증가 등 빈곤과 직·간접적으로 관련된 각종 사회병리현상을 야기시켜 빈곤문제가 우리 사회의 중요한 쟁점으로 부각되고 제도화되는 계기가 되었다. 이에 따라 빈곤대책인 국민기초생활보장법이 2000년 10월 부터 시행되었지만, 빈곤대책 수립의 기초자료가 되는 빈곤율 추정이 어렵고, 국민기초보장제도 또한 최종적인 사회안전망으로서의 역할과 생산적 복지의 이념을 달성하기에는 역부족으로 기초보장의 사각지대(no-care zone)가 존재하게 되었다(김미곤 외, 2004). 특히 이러한 기초보장의 부실은 의료보장으로 연쇄되어 건강보험 재정악화를 가져오고, 저소득·취약계층의 건강권 침해 및 빈곤을 고착화시키는 의료사각지대로 이어지게 되었다.

신영석(2004)에 따르면 '의료사각지대'란 질환이 발생하여 진료를 받아야 함에도 재정적인 이유 때문에 진료를 받지 못하거나, 보험료 체납 등에 의해 진료권이 제한되어 있는 계층 등 의료제도권으로부터 소외되어 있는 계층을 지칭한다. 결국 공적 부조인 의료수급권자에서 배제되어 건강보험 지역가입자가 된 저소득·취약계층들은 건강보험 혜택이 되더라도 본인부담진료비에 대한 경제적 부담으로 충분한 의료이용이 어렵고, 그나마 보험료 체납으로 인한 급여제한으로 인해 의료이용 접근성마저 상실하게 된다.

이현주 외(2005)는 전 국민의 약 7.7%가 돈이 없어 치료가 필요함에도 병원에 가지 못한 경험이 있고, 특히 최저생계비 이하의 계층인 의료급여 수급자는 약 17.9%, 최저생계비 이하의 소득자이지만 부양의무자 조건 등으로 수급자가 되지 못한 비수급 빈곤층의 약 20.9%가 경제적 능력의 한계 때문에 의료이용에 제약을 받고 있는 것으로 보았다.

여유진의 '부양의무자 기준 개선방안 연구'의 결과를 인용하면, 비수급 빈곤층 중 약 2.67%인 127만2천명이 재산 때문에, 2.55%인 121만4천명이 부양의무자 기준 때문에 수급자격을 획득하지 못하고 있다. 결국 부양할 가족이 있거나, 일정기준에 미치지 못해 의료급여대상에서 제외된 건강보험가입자의 경우 기존 의료급여대상자보다 의료이용접근도가 현저히 낮다고 볼 수 있다.

신영석 외(2004)의 의료급여 대상자의 의료이용 실태분석 자료에 의하면, 2003년 의료급여대상자는 평균 0.72회 입원하는 것으로 건강보험대상자의 0.11회보다 6.3배 높게 나타났고, 외래수진율의 경우도 의료급여대상자가 평균 11.29회이며, 1종 대상자가 13.28회 2종 대상자가 8.34회로, 건강보험대상자 7.79회보다 높았다. 전체 1인당 진료비에서도 의료급여가 1,523천원으로 건강보험 440천원보다 3.46배 높은 것으로 나타났다.

최병호(2005)의 소득기준 의료이용 행태분석에서는 최고소득자인 20분위의 1인당 월평균 진료비는 132천원인데 반해 최저소득자인 1분위의 1인당 월평균 진료비는 45천원으로 나타났다. 강신욱 외(2006)는 저소득층의 소득대비 의료비 부담률이 고소득층에 비해 급속도로 증가하고 있고, 향후 소득이 지속적으로

증가한다 해도 의료비 증가속도는 소득증가보다 빠를 것으로 보아, 건강보험 보장성의 확대가 이루어지지 않는다면 의료비에 대한 본인부담이 저소득층의 생계를 심각하게 위협하게 될 것으로 보았다.

한편, 우리나라 사람의 암발생률과 치명률은 소득에 반비례한다는 국민건강보험공단의 2004년 연구결과에 의하면, 소득 하위 20%층이 상위 20%층 보다 암발생률은 남자 1.65배, 여자 1.43배 높고, 치명률에서는 남자 2.06배, 여자 1.49배 높은 것으로 나타났다. 이러한 소득계층에 따른 건강의 불평등은 성인에만 국한되는 것이 아니라, 현재 초등학생까지 세대간 전승된다는 점에서 문제의 심각성이 있다. 2004년에 실시된 건강세상 네트워크의 조사연구에 의하면, 초등학생의 경우 소득수준에 따라서 건강수준 및 의료이용이 현격한 차이를 보이고 있고, 《표 9》와 같이 저소득층 아동의 경우 의료비 부담의 정도가 일반 초등학교에 비해 통계적으로 유의미하게 높게 나타났다(최형렬, 2006)

《표 9》 저소득층 아동의 의료비 부담에 대한 정도

(단위 : 명, %)

구 분	공부방(저소득층)	일반초등학교	비 고
부담스럽다	60 (40.3)	75 (19.4)	
보통이다	52 (34.9)	155 (40.1)	
부담스럽지 않다	37 (24.9)	157 (40.6)	
전 체	149 (100.0)	387 (100.0)	

자료 : 건강세상네트워크, 저소득층 아동 건강수준 및 행태조사 주요결과,2004

건강보험료를 체납하고 있는 세대는 현 건강보험제도권내에서 원칙적으로 진료를 받을 수 없는 의료사각지대에 있게 된다. 노인, 장애인, 아동, 임산부 등 취약계층 또는 일반인들에 비해 특성별로 고액의 의료비가 추가로 필요한 경우, 최저생계비 측정 기준은 이러한 특성을 반영하지 못하고 있기 때문에 이들에 대한 지원이 절실한 실정이다. 건강보험, 의료급여로 짜여져 있는 현행 의료안전망을 저소득 취약계층에 대한 보다 실질적인 안전망이 될 수 있도록 의료사각지대를 우선 해소하는데 초점이 맞추어져야 한다(신영석, 2004).

(2) 2005년 한시적 보험료 지원 사업 실시

IMF 외환위기 이후 소득의 양극화 현상이 심화되어 저소득·취약계층이 급격히 늘어나고, 이에 따라 소득상실 및 경제적 어려움에 의한 보험료 체납세대가 증가하였다. 김수봉 외(2005)의 사회보험 사각지대 해소방안 연구자료에 의하면, 체납세대의 보험료 체납현황은 한시적 보험료 지원사업이 실시되기 직전인 2005년 4월말 총 197만 세대였고, 체납기간별 분포에 있어서는 3-6개월이 56만 세대 7-12개월이 37만 세대, 13-24개월이 50만 세대, 25개월 이상이 54만 세대로 나타났다. 3개월 이상 지역보험료 체납세대는 국민건강보험법 48조에 의해 전체 세대원의 보험급여가 제한되고, 이에 따른 의료사각지대가 사회문제로 대두되자 이에 대한 해소방안이 논의되었다. 결국 2005년 6월 보건복지부에서는 저소득·취약계층의 보험료 장기 체납세대에 대한 지원대책을 마련하였다. 실질적으로 납부능력이 부족한 세대의 체납보험료를 결손처분함으로써, 의료사각지대를 해소하고 국민건강보호에 기여하며, 아울러 채권을 확보할 재산이 없고 사실상 징수가 불가능한 체납보험료를 지속 관리한다는 것 또한 행정력 낭비로 판단하여 한시적 결손사업으로 추진되었다. 건강보험 지역체납세대의 2005년 5월까지의 체납보험료를 일시에, 일괄적으로 결손처분 하였던 이 사업은, 국민건강보험공단의 보험료 부과자료를 기준으로, 일정기준 이하 재산·소득을 가진 지역체납세대(①지역가입건강보험료 3개월 이상 체납세대중 ②과표상 연간소득이 100만원이하 ③전월세 지역별 일정기준²³⁾ 이하 ④ 과표재산 지역별 일정기준²⁴⁾ 이하, ⑤환가가치가 없는 차량²⁵⁾ 1대만 보유한 세대)를 저소득·취약계층으로 정의하고, 총 828,955세대에 대하여 3,212억원의 체납보험료를 탕감하였다(표 10 참조).

23) 전월세 지역별 일정기준 : 농어촌 2,900만원, 중소도시 3,100만원, 대도시 3,800만원 이하

24) 과표재산 지역별 일정기준 : 농어촌 580만원, 중소도시 620만원, 대도시 760만원 이하

25) 환가가치가 없는 차량 : 자동차등록령 제31조 제3항에 의해 환가가치가 없다고 인정되는 경우

《표 10》 2005년 6월 한시적 결손처분 유형별 현황

(단위 : 건, 천원)

구 분	세대수	계	보 험 료	가 산 금
계	828,955	367,010,249	321,910,249	45,100,000
경제적 빈곤	748,368	337,992,998	296,531,010	41,461,988
생활보호	58,176	22,389,341	19,565,628	2,823,713
기 타	22,411	6,627,910	5,813,611	814,299

* 주: '생활보호'는 의료급여전환자, '기타'는 행정비용 미달,행방불명,시설수용 등이 포함
 자료 : 국민건강보험공단 내부자료. 2005

하지만 한시적 보험료 지원(결손)사업이 실시된 후인 2006년 5월말, 3개월 이상 체납세대는 총 199만세대로 여전히 증가하였다. 또한 홍희주(2007)의 결손처분 실효성에 관한 연구결과에 의하면, 결손승인세대의 65%가 다시 보험료를 체납하는 것으로 분석되었고, 결손승인 후 12개월동안 보험료를 완납한 세대는 전체세대의 30.8%에 불과한 것으로 조사되었다. 또한 결손승인후 최초 3개월에 대한 보험료 납부율에서는 39.0%만이 보험료를 납부하는 것으로 분석되었다.

또한, 단순히 건강보험료를 체납하여 급여를 제한받고 있다고 하여 국가가 모두 책임져야 하는 사각지대로 보기 어렵다. 왜냐하면 체납세대중 경제적 어려움보다는 기여회피형인 경우와 납부능력이 충분함에도 고의로 보험료를 체납하는 단순 기피자들은 진정한 사각지대라고 볼 수 없다. 따라서 이러한 체납세대의 체납원인, 경제적 상황, 체납유형 등의 특성을 정확하게 파악하여 특성별로 접근하는 것이 필요할 것이다(김수봉 외 2005).

신영석(2004)은 국민건강보험공단의 분석자료를 근거로, 저소득 및 경기 침체, 보험료 부과시점의 문제, 질병위험을 심각하게 느끼지 못하는 젊은 단독세대 등이 체납의 주요요인으로 지적하고 있다. 이들 중에서 보험료 부담능력이 취약한 한계계층은 기초보장대상자의 선정기준, 각종 복지서비스의 대상자 선정기준, 만성·회귀난치성 질환가구의 선정기준 등과 연계하여 현행 국가제도에 편입을 시키거나, 보험료 납부능력 부족에 의한 결손처분을 통하여, 의료이용의 제약을 느끼는 계층을 의료안전망에 포함하여야 하고, 이러한 정책들이 건전한 보험료 납부세대의 도덕적 해이를 야기할 방안으로 도출되어서는 안된다고 주장하였다.

3. 외국의 취약계층 의료보장과 체납자 관리

가. 외국의 저소득·취약계층 의료보장

신영석 외(2004)는, OECD 국가 대부분은 보편적인 의료보장이 가능하고, OECD 30개 회원국가 중에서 전 국민을 대상으로 보편적인 의료보장을 취하지 않고 있는 국가는 독일, 네덜란드, 미국, 멕시코, 터키의 5개 국가 뿐이며, 독일과 네덜란드는 의료비 지출 자비부담이 가능한 경우 10%에서 30%의 국민을 공적 의료보장에서 제외시키고, 나머지는 민영보험 등에 의해 커버되기 때문에, 사실 이미 보편적 의료보장이 이루어져 있다고 보았다. 멕시코의 경우 2004년부터 보건분야의 사회보호제도를 통해 나머지 주민에게도 공보험을 제공하기 시작하였고, 터키 또한 세가지 사회보장제도를 통해 3분의 2의 국민이 의료보장 하에 있고 나머지 국민에게도 확대되는 과정에 있다. 결국 25%의 국민만을 공적 의료보장 하에 두고 있는 미국만이 OECD 국가중에서 보편적 의료보장을 확보하지 못하고 있다고 지적하였다.

이현주 외(2005)는 '차상위계층 실태분석 및 정책제안'에서 차상위계층의 의료보장에 대한 외국사례들을 소개하면서, 미국의 경우 메디케이드(Medicaid)와 SCHIP(The state Health Insurance Program: 아동건강보험), 영국의 경우 NHS 제도내에서 정부주도의 무상의료시스템, 독일의 경우 사회부조형태로 다양한 빈곤정책들이 추진되면서 차상위계층의 의료보장을 지원하고 있다고 하였다.

신영석 외(2004)²⁶⁾는 국외조사에서, 조세를 주 재원으로 하는 베버리지형 의료체계의 국가²⁷⁾와 사회보험을 주 재원으로 하는 비스마르크형 의료체계의 국가²⁸⁾, 자유주의형 의료체계의 국가²⁹⁾로 크게 구분하여 제도별 특성을 구체적으로 제시하였다. 여기서 소개된 주요국가들의 저소득취약계층 의료보장제도를 살펴보면,

영국, 스웨덴 등 베버리지형 국가들은 국가보건서비스의 틀에서 통합적으로 전국민에게 보건의료를 제공하고, 일부 취약계층에게는 이용자부담을 면제하든

26) 신영석 외 『차상위계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』, 한국보건사회연구원, 2004

27) 비버리지형 의료체계하의 국가 : 영국, 스웨덴, 노르웨이, 핀란드, 스페인, 포르투갈, 이태리, 그리스, 호주, 뉴질랜드

28) 비스마르크형 의료체계하의 국가 : 독일, 오스트리아, 프랑스, 벨기에, 네덜란드, 일본, 한국

29) 자유주의형 의료체계하의 국가 : 미국

지, 이용자 부담에 상한을 설정함으로써 지불능력의 차이에 따라 접근성이 제약 받지 않도록 하는 구조하에 있다.

독일의 경우, 저소득 피용자의 경우는 사용자만이 보험료를 부담하고, 일정 소득 이하의 가족피보험자는 보험료를 면제하며, 실직자 및 사회부조 수급자 기타 군복무자의 경우 국가 등이 대납하고 있다. 또한 의료기관 방문시 본인부담 적용을 장기만성질환자에 대하여는 소득의 1% 이내로 하며, '사회조항'에 따른 저소득계층 내지 18세 이하에 대해 본인부담을 면제해 주고 있다.

프랑스에서는 공적부조 차원에서 소득이 일정수준 미만으로 공적 질병보험 제도에 가입되지 않은 사람에게 단기 또는 장기진료를 요하는 질병의 치료와 휴양에 소요되는 비용, 기타 출산 등에 대한 급여를 실시하고 있다. 이 때 수혜 자격 요건은 신청자의 급여 필요도와 함께 경제적 능력이 부족하거나 없을 경우에 해당된다.

미국은 선진국으로서는 예외적으로 전국민을 대상으로 한 공적 의료보장제도가 없으며, 그대신 저소득자를 대상으로 한 메디케이드(Medicaid)와 노인과, 장애인 등 한정된 계층을 대상으로 한 메디케어(Medicare)가 국민의 의료보장 기능을 담당하고 있다.

또한, 우리나라의 의료보장체계와 가장 유사한 제도를 가지고 있는 대만의 경우를 추가로 살펴보면('07년 한국-대만 건강보험 국제심포지엄 자료 참고),

대만의 건강보험은 빈곤층이나 중증질환자, 불이익을 받는 집단에게 보다 확고한 보장을 추구하고 있다. 빈곤층이 보험료를 납부하지 못할 경우 세금에서 보조하거나 다른 재원에서 보험료 미납자의 보험료를 보충하도록 규정하고 있다. 또한 대만에서는 보험료를 납부하지 못할 경우에도 전체 의료서비스를 제공받을 수 있도록 규정하고 있다. 대만정부는 취약계층의 적정 의료보장을 위한 지원방안으로 크게 보험료 보조, 체납보험료 지원, 의료지원으로 다양하게 추진하고 있다. 첫째 보험료를 보조하는 방법으로는, 저소득가구, 퇴역군인들에 대한 전액보조를 법규정화 하고 있고, 중앙정부인 내무부에서는 70세이상 저소득 노인과 3세이하 저소득 아동 및 중증장애인에게는 100% 보조, 중등급 장애인에게는

50%의 보험료를 보조하고, 경증장애인 25%(지역정부), 무직업 지역주민 100%(지방의회), 실업자 100%(고용보험기금)를 해당기관별로 보조하게 한다. 또한 지방정부에서 도시별로 65세이상 인구나 저소득계층 중 65-69세 인구에게 18.3달러(상한)까지 보험료를 보조하고 있다. 둘째 체납보험료 지원사업은 특정 저소득계층, 정부의 보조금 수혜자가 아닌 자를 대상(가장사망가구, 6개월이상 실업자, 중증질환자)으로 구제기금 대출제도(무이자)를 운영하고 있으며, 우리나라 건강보험제도와 동일한 분할납부 제도를 두어 구제기금 지원대상자가 아닌 자녀납부 무능력자에게 체납보험료에 대한 납부를 유도하고 있다. 또 대만중앙건강보험국(BNHI)에서 보험료 후원자 연계사업을 추진하고 있고, 2003년 6월부터 2004년 6월동안 특별지원금으로 제도권 재진입전 체납보험료(21만명)를 면제하였다. 셋째 의료보장 지원방안으로는, 지자체 단위 행정기관장(동,이장) 및 병원 추천서를 받으면 체납보험자의 응급상황시 급여를 인정하고 있고, 저소득가구, 퇴역군인, 중진질환자, 원거리 치료환자, 3세이하 아동에 대한 본인부담금을 면제하고 있다.

Wagstaff and Van Doorslaer(1993)는 의료재정의 형평성은 각기 다른 지불능력에 따른 각기 다른 부담에 기초한 수직적 형평성 원칙이, 의료전달의 측면에서는 동등한 필요에 따른 동등한 의료이용에 기초한 수평적 형평성 원칙이 근간이 되어야 한다고 주장하였다. 2003년 우리나라 보건의료체계에 대한 OECD 권고사항³⁰⁾은 「① 소득비례 연간 본인부담 상한액을 설정하고, 그 이상에 대해서는 경감방안을 마련하여 경제적 이유로 인한 의료서비스 접근 불편을 해소함」과 「② 건강보험 재정 수지균형을 이루기 위해 가까운 장래에 보험료를 인상함」이었다. 이는 “경제적 능력이 있는 가입자의 보험료는 인상하되, 저소득·취약계층의 의료서비스는 더욱 보장하여야 한다”라는 의미에서, 앞으로 우리나라의 의료보장 정책 방향과 제도적 보완과제를 제시한 것이라 할 수 있다.

30) OECD는 지난 2003년 우리나라 보건의료체계를 지역과 직종으로 구분된 의료보험구조를 통합한 “통합 개혁(the integration reform)”과 외래진료에서 의료기관과 약국간의 의약품 처방과 조제를 강제적으로 구분한 “분리개혁(the separation reform)”을 중심으로 분석하면서, 보건의료체계의 향후 발전에 관한 16개 권고사항을 제시한 바 있다(국민건강보험공단, 2005).

나. 외국의 보험료 체납자 관리 사례연구

국가가 의료를 전적으로 책임지는 국민보건서비스(NHS)국가가 아니라면, 어느 나라에서든 보험료 체납으로 인한 재정악화와 제도 기피, 불순응문제가 상시 존재할 것이다. 하지만 각 나라마다 제도 미비나 민간보험사의 선택적 가입에 따른 사전 배제 등 문제점이 우리와는 다르고, 여러나라들이 대다수 성실납부자의 시각을 감안하여 정확한 체납자 관리현황들은 밝히지 않고 있다. 이 연구에서는 선행연구³¹⁾에서 소개된 외국 사례를 통해 외국의 체납자 관리를 살펴보았다.

(1) 일 본

일본의 의료보장 체계는 이원화된 구조로 구성된다. 피용자를 중심으로 한 피용자 보험(건강보험, 선원보험, 국가·지방공무원 공제조합, 사립학교교직원공제 등)과 피용자 보험에 가입되지 않은 모든 국민을 대상으로 지역보험인 국민건강보험(시정촌 사무소, 국민건강보험조합)으로 구성되어 조합방식으로 운영되고 있다. 일본에서도, 시정촌 보험료 징수율 추이³²⁾가 저하되는 경향이 있어 징수대책을 모색하고 있다. 보험료를 체납하는 이유는 우선 보험료의 징수방식 차이인데, 시정촌 별로 '세(稅)방식과 요(料)방식'³³⁾중 선택하게 되어 있으며, 보험료 방식은 자진납부를 원칙으로 하므로 稅방식에 비해 납부의식이 희박하다. 또한, 인구학적 요인(고령사회)으로 고령자 층을 위한 경감 등 공제가 많아 재정악화 요인이 되고 있고, 경제적 요인으로서 저소득층의 다수가 고령자와 자영업자들인데 불경기로 인해 자영업자들의 지역가입자 전환이 늘고, 이에 따라 체납이 증가하고 있다. 도덕적 요인으로는 청년층의 사회보험 기여에 대한 불순응이 높고, 건강하기 때문에 의료 필요성이 낮아 주요한 체납원인으로 꼽고 있다.

일본의 체납자 관리는 1년 6개월 이상 체납을 기준으로 하고 있고, 1년 이하 체납자는 단기피보험자증을 교부하게 된다. 이들에 대한 독촉과 납부지도가 이루어진 후 체납기간 1년이 지나면, 특별 사정여부를 확인하여 결손여부를 결정한다.

31) 백운국 외(2003)의 지역가입자 체납유형 분석연구 및 이용갑 외(2005)의 외국의 건강보험제도 조사자료, 감신 외(2008)의 보험료 3회이상 체납자 급여제한제도 개선방안. 2008

32) 시정촌 징수율 추이: 2000년 91.38% → 2002년 90.87% → 2004년 90.21%

33) 稅방식: 강제징수, 법적 시효 5년, 연체금 징수 / 料방식: 자진납부, 징수 시효 2년, 연체금 미징수

다. 이때 체납사유가 인정되지 않을 경우, 피보험자증을 반환받고 '자격증명서'를 교부하게 되는데, '자격증명서'로 의료기관에서 의료비 전액을 보험수가로 수진자가 부담하고, 의료비의 70%를 환급받기 위하여 보험자를 방문할 때 체납보험료와 상계정산하여 체납을 해결하는 방식³⁴⁾으로 관리하고 있다.

일본 국민건강보험의 체납세대는 2006년 5월말 현재 480만 5,582세대로 전년과 비교하여 10만4,000세대가 증가하여 과거 최고로 나타났다. 그러나 후생성의 2005년 조사결과에 따르면 체납처분을 실시한 국민건강보험조합(시정촌)은 전보험자 가운데 1,200개 보험자로 65%이며, 체납처분세대는 7만7,262세대로 나타났다. 이에 따라 보험자의 재정기반을 흔들게 되는 체납자의 증가를 방지하기 위해서 고소득자나 자산 과다보유자를 대상으로 체납처분의 강도를 강화하고 있다(감신 외, 2008).

일본의 경우, 보험자가 공무원 신분으로서 권한을 가지고 직권으로 소득을 조사하고, 보험료 면제 또는 감면조치를 할 수 있고, 일부지역에서는 조사결과를 바탕으로 생활보호대상자로 전환시킬 수도 있다. 이는 보험자가 독립적으로 존재하는 우리와의 차이로서, 제삼자의 입장에서 정부관련 부처와의 협의 내지 공조가 재빠르게 이루어지지 않는 점에 함의를 제공한다. 하지만, 일본 역시 차상위계층이나 한시적 빈곤층에 대한 의료보장 강화방안을 구체적으로 갖고 있지는 아니하며, 경감이나 감면제도로 대신하고 있다. 결국, 일시적 납부어려움 때문에 야기되는 체납에 대한 대책이나, 자발적인 기여회피에 대한 대안은 아직 마련되지 못하였다(백운국 외, 2003).

2) 싱가포르

싱가폴의 의료보장체계는 1955년 도입된 중앙적립기금(Central Provident Fund) 제도에서 출발한다. 이는 전국민을 대상으로 보험료를 각출하여 의료보험 등 사회보장 위험³⁵⁾에 대비하는 강제적 저축제도로서, 중앙적립기금제도 내에서 다

34) 일본 국민건강보험법 제63조2의②항 및 ③항에 의거 체납자에 대한 급여정지후 일시정지에 관한 보험급여액과 체납보험료액을 공제하여 가입자에게 진료비차액을 환급조치한다.

35) 중앙적립기금은 최초 연금성격의 적립금으로 출발하여 보통계좌(퇴직연금, 주택구입자금, CPF보험, 투자, 대학교육)와, 의료저축계좌(입원, 외래, 보험), 특별계좌(노인연금, 비상대비)를 통합하는 CPF계정으로 운영되고 있다.

양한 의료수요에 대처할 수 있도록 Medisave제도, Medishield제도, Medishield plus 제도 등이 각각 별도로 운영되고 있다. 1984년 처음시작한 Medisave제도는 중증 및 장기질환으로 많은 비용이 소요되는 진료비를 제외한 입원, 외래진료비용을 조달하기 위하여 개인별 계좌에 일정금액을 적립하는 제도로 근로자와 자영자를 분리 운영하고 있다. Medishield와 Medishield plus제도는 장기간 입원을 요하는 중증질환의 치료비를 대비한 보충적 제도로 1990년 도입되었다. 이 제도는 강제가입이 아닌 임의가입방식이며, 보험방식으로 운영되기 때문에 과도한 의료비 지출을 억제하기 위하여 일정액 전액본인부담금제(deductible)와 본인일부부담금제(co-insurance)를 채택하고 있다. 1993년부터 시작된 Medifund는 정부가 저소득계층의 진료비를 보조해 주기 위하여 별도의 자금을 운영하는 사회안정망의 일종이다. Medisave - Medishield - 정부의 보조금 등으로도 진료비를 해결하지 못할 경우 지원해 주는 것으로 최후의, 최소한의 안전망으로 공적 부조로서의 성격을 가지나 Medisave에 먼저 가입되어 있어야 하고, 수혜대상자를 확일적으로 미리 선정해두지 않는다는 점에서 우리나라 의료급여제도와는 성질이 다르다고 할 수 있다.

싱가폴의 체납자 관리대상은 주로, 보험료 납부책임이 전적으로 개인에게 있는 자영업자 메디세이브 적용대상이고, 싱가포르 국민중 자영업자이다. 국내외에서 무역, 서비스 종사자 및 제공자 등 자영업을 시작하는 사람으로 중앙적립기금에 신고, 라이선스(사업자등록증과 유사)를 교부받는다. 모든 자영업자중 2002년 기준 순수익 연 S\$ 6,000이상³⁶⁾의 수입을 얻는 사람으로 강제가입하여 재원은 중앙적립기금의 피보험자 개인별 Medisave 계좌에 매월 보험료를 적립하도록 되어 있다. 싱가포르의 자영업자(지역가입자) 메디세이브 체납자 관리방법은 주로 매년, 자영업자 라이선스 갱신시 메디세이브 적립액, 체납액을 확인하여 라이선스를 재발급하고 있는데, 이유없이 비순응적으로 기여를 회피하게 되면 자영업을 할 수 있는 자격이 박탈되기 때문에 강제적으로 기여금을 납부할 수밖에 없도록 관리되고 있다. 그러나, 현실적으로 체납하는 비율이 Medisave에서

36) 자영업을 위한 필요경비를 제외한 순수입으로(국세청 인정) 2001년에는 S\$ 2,400에서 자체조정

약 10%로 현지 중앙적립기금 공무원들은 추계³⁷⁾하고 있다. 우리나라를 포함한 대다수의 나라에서는 보험으로부터 배제되거나 체납자로 관리되는 계층이 주로 농어민이나 비공식 도시근로자층이 주류인데 반하여, 싱가포르의 경우 무역업이 발달된 도시국가 특성상 농어업 종사비율이 매우 낮고, 국세청을 통한 국민 다수의 소득과악이 수월하다. 또한 중앙적립기금을 통하여 의료구좌 뿐만 아니라, 주택기금, 연금 등 각종 사회보장기금이 포함되어 있어 자발적인 기여회피나 비순응적인 태도는 거의 없는 것으로 조사되었다고 한다. 또한 자영업자 체납시 다음연도 사업 라이선스(License Authority)를 박탈할 수 있어, 사회보험에서 가질 수 있는 가입자의 도덕적 해이는 원천적으로 봉쇄되어 있다고 볼 수 있다.

1990년대부터 주요 OECD 국가들의 보건의료체계는 끊임없이 개혁되고 있고, “사회보험인 건강보험의 재정안정화를 위한 국가 개입 강화”, “저소득·취약계층에 대한 의료보장의 강화” 등이 그 주요내용이었다. 결국 높아지는 의료비 지출로 대부분의 선진국들이 국가의 의료재정 부담을 줄이고자 하면서도, 조세방식이든, 사회보험 방식이든 저소득층의 의료보장을 실현하고 있고, 공공보험이 없는 미국의 경우에도 이를 보완하기 위해 공적 부조의 수급자격을 전국민의 14% 이상으로 폭넓게 가져가고 있다. 일본의 경우 극히 제한적으로 1% 정도의 의료부조를 실시하고 있지만, 국민개보험을 통해 다양한 보험료 감면을 실시하고, 의료비와 체납보험료를 상계·환불하는 제도를 병행하고 있다. 또 장기 체납세대에 대한 생활조사결과를 토대로 결손처분 또는 의료부조로 전환시키는 탄력적인 제도 운영을 통해, 저소득층의 의료보장을 지원하고 있다.

전국민의 3.7%를 공적부조인 의료급여제도로 유지하는 우리나라의 경우, 의료급여제도에서 배제된 나머지 저소득·취약계층의 의료보장을 사회보험방식인 건강보험제도에서 해결하는 형태를 취하고 있다. 이로 인해 저소득·취약계층의 건강보험료 체납세대는 보험료 체납으로 인한 급여제한과 본인부담진료비에 대한 경제적 부담 등으로 의료사각지대로 전락하게 된다는 점에서 볼 때, 외국의 의료보장 사례들이 주는 시사점 또한 크다 하겠다.

37) 2003.9월 중앙적립기금 공무원 인터뷰 내용 재인용-백운국 외. 지역가입자 체납유형 분석.2003

4. 보험료 체납요인과 제도개선 방안 고찰

가. 보험료 체납요인 고찰

김원훈(2001)은 국민건강보험공단 강남지사의 지역가입자중 세대주를 대상으로 지역보험료 체납요인분석을 실시하였는데, 지역보험료를 장기 체납할 확률에 있어서 연령이 증가할수록, 가족수가 증가할수록, 남성에 비해 여성이, 자가와 자동차는 미보유자에 비해 보유자가 장기 체납할 확률이 낮았으며, 소득을 보유하고 있는 경우가 소득유형에 구별없이 장기체납할 확률이 낮았다.

백운국 외(2003)의 연구결과³⁸⁾를 살펴보면, 세대주의 경우 남자보다 여자가, 세대원수가 줄어들수록, 연령 40대 이하 세대주가 50대 세대주보다 보험료 체납률이 높게 나타났다. 또 보험료 경감이 있는 가구, 장애인 포함 가구, 만성질환이 있는 가구가 정상인 가구보다, 소득·과표재산·자동차가 있는 세대는 무자료 세대보다 납부율이 높은 것으로 나타났다. 한편 월 부과보험료의 경우 체납세대 13,084세대의 소득, 재산, 자동차세액등을 월보험료의 구간별³⁹⁾로 비교하였는데, 정상납부세대의 경우 보험료 증가에 따라 보험료 수준 분포도가 일정한 일자(-)형 분포를 보이거나, 체납세대의 경우 보험료 증가에 따라 분포도가 체감하는 우하향(\)형 분포를 보임으로써 보험료 수준이 낮은 계층에 대한 정책적 배려가 필요할 것으로 보았다. 또한 체납기간이 장기화되고, 체납금액이 클수록 보험료 납부가 어려웠고, 지역적 특성의 비교에서는 도농복합(농어촌)지역이 체납금액과 보험료 부담이 대도시나 중소도시에 비해 적고 체납률도 낮으나, 본인부담금(법정급여비 중 본인부담액)이 많고 체납기간이 긴 특징을 보였다.

아울러, 이어 실시된 백운국 외(2004)의 체납자 실태분석 및 효율적 관리방안 연구에서는 2003년이후 3개월 이상 체납한 지역세대만을 대상으로 설문조사를 실시하였는데, 고소득계층의 체납기간은 짧고 보험료 수준은 높게 나타났는데 비해, 저소득 생계형체납계층에서는 보험료는 작지만 체납기간은 상대적으로

38) 백운국 외, 지역가입자 체납유형 분석 및 효율적 관리방안 연구(2003)에서 제시된 보험료 정상납부세대와 체납세대간 비교분석결과

39) 월 보험료 구간은 15,000원 이하/15,001-30,000원/ 30,001-45,000원/ 45,001원-70,000원/70,001원 이상을 구간별 20%의 비율로 5개 구간으로 구분하였다.

길어 경제적 부담정도가 더 심한 것으로 보았다. 또 적정보험료를 묻는 질문에서 1,743세대가 응답하였는데, 현행 보험료가 생활수준에 비하여 많고, 기존 보험료의 약 50%수준이 적정하다고 답하였다. 의외로 새로운 사실은, 현재 체납세대중 의료급여를 받았었거나(42.3%), 의료급여 자격신청중인 세대(38.5%)에 비해 의료급여 경험이 없는 세대가 (43.7%) 다소 분포비율이 높게 나타나는 것은 저소득 지역세대의 경우 의존적인 도덕적 해이로 인한 보험료 체납보다는 의료급여와 보험료부과체계, 경감 등의 제도운영이 보험료 납부에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보았다.

나. 선행연구의 연구제한점 고찰

김원훈(2001)의 지역보험료 체납요인 분석연구는 강남지역 거주 지역가입세대중 세대주를 중심으로 체납요인 분석이 이루어졌기 때문에 지역편차가 큰 우리나라의 여건상, 분석결과를 지역가입 체납세대 전체로 일반화 하는 데에 한계가 있다고 하였으며, 또한 보험료 체납에 대한 경제적 요인과 세대주에게만 국한된 독립변수만을 선정하였는데, 실제 지역보험료는 세대 전체의 재산·소득·자동차가 지역보험료에 반영되고, 지역세대원 전원에게 보험료를 연대납부토록 하고 있어, 세대특성인 의료이용필요도에 따른 변수가 없고, 체납까지의 기간이 고려되지 않은 특정시점에서의 체납여부를 체납결정요인으로 설명하기에는 미흡하다고 할 수 있다. 하지만 지역보험료 체납자를 중심으로 체납요인을 분석하고 그 대안 마련과 관련된 최초의 연구라는 점에서 의미가 있다고 할 수 있다.

백운국 외(2003)의 지역가입자 체납유형 분석은 2003년 5월 현재 전체 지역보험료 납부대상으로부터 1%의 표본을 추출하여 정상납부세대와 체납세대(3개월이상)로 구분, 다단계 층화추출하여 로지스틱 회귀분석한 결과로, 실질적인 재산·소득 파악이 어려운 지역가입세대의 특성상 제도 자체에 대한 단순기피 및 도덕적 해이에 따른 체납요인이 상당부분 반영되어 있을 것으로 보여진다.

백운국 외(2004)의 체납자 실태분석 및 효율적 관리방안 연구는, 앞서 지역가입자 체납유형 분석연구를 기초로 한 실태조사 방식으로 이루어졌지만, 2003년 이후 3개월이상 보험료를 체납한 지역세대를 대상으로 면접조사 및 자기기입식 설문조사를 실시하여 서울·경인지역 (1,708세대)과 기타지역(2,502세대)를 대상으로 51.7%의 설문회수율을 가진 자기응답식 설문이 가지는 한계점이 있다고 하였다. 하지만, 3개월이상 체납세대인 1,303천세대를 모집단으로 지역가입자 중 정상납부세대와 체납세대의 1%를 동일한 조건으로 추출, 유형화⁴⁰⁾하였고, 체납유형 분류에서 각 계층에 속해져 있을 것으로 추정되는 도덕적 해이 그룹, 즉 젊고 건강한 세대⁴¹⁾를 각각 상위계층으로 이동시켜 보정하므로써 보다 정확한 체납자 관리기준들을 제시할 수 있었으며, 이를 통한 유형별 체납자관리방안을 구체적으로 제시하였다고 본다.

다. 저소득·취약계층의 제도개선 방안 고찰

모든 국민들이 개개인의 사회경제적 지위와 무관하게 필요할 때 의료서비스에 대한 동등한 접근성과 양질의 진료를 보장받을 자격을 포괄하는 보건의료권이 하나의 권리로 등장함에 따라 보건의료를 분배의 형평성과 연관시켜 고찰할 필요성이 제기되었다. 또한 의료이용이 건강의 향상에 기여한다고 전제하여 건강의 형평성 달성을 위해서 의료서비스의 분배과정에 관심을 갖게 된다(장동민, 1998).

이러한 이유로 대다수의 국가에서 보건의료제도의 기본 목표는 전국민의 지불능력에 상관없이 의료가 필요할 때 적절한 양의 의료서비스를 이용할 수 있도록 보장하려는 것이다. 이러한 목표를 달성하기 위한 정책수단 중의 하나가 건강보험제도이다(오영호, 1998).

건강보험 지역가입자의 경우 소득과약도 어렵지만, 실제 상당수가 취약계층으로 구성되어 있어 지역가입자의 66%가 과세자료가 없고, 연간 소득 500만원

40) “지역가입자 체납유형 분석 및 효율적 관리방안(2003)” 연구에서 분석한 체납에 결정적으로 영향을 미치는 요인과 체납기간 간의 상관분석에 기초하여 ‘납부능력점수’를 이용 4개 유형(상위계층, 중상위계층, 중하위계층, 하위계층)으로 구분함

41) 세대주의 연령이 30-50세이고, 장애 및 질병이 없는 세대로 보험료 납부능력이 있다고 판단되는 대상

이상의 세대가 13%, 연간 5,000만원 이상인 세대가 0.5%에 불과한 것으로 나타났다. 또한 무직자가 56%에 이르고, 전문직 종사자는 0.02%에 불과한 것으로 분석되었다. 반면에 직장가입자의 경우 근로소득이외의 재산 및 다른 가족의 소득 및 재산이 있는 경우가 많은 것으로 분석되어 있어 현행 부과체계 하에서는 직장 및 지역을 동일기준으로 소득계층별로 구분하는 것이 현실적으로 어렵다고 보았다(김진수 외, 2007).⁴²⁾

Leu(1986)는 19개 OECD국가를 대상으로 15세이하 및 65세 이상 인구비율, 도시화 정도, 여행시간 및 비용, 의료보장 유형에 대한 가변수(dummy variable)를 사용하여 회귀분석을 한 결과, 소득이 의료비 지출에 가장 큰 영향을 미친다는 사실을 밝혔다. 또한 그는 소득 이외의 변수들도 의료비 지출에 중요한 영향을 끼치고 있다고 지적하면서, 특히 공공부문 병상수와 의료보장 유형이 주요요인이라고 주장하였다.

이애경 외(2006)의 저소득·취약계층 보험료 지원사업의 인식도 조사결과⁴³⁾에서는 보험료 지원사업 후 수혜자와 비수혜자의 의료이용을 분석하였는데, 비수혜자보다 수혜자들 중에는 의료이용량이 높은 60대 이상의 노인들이 많았다. 이는 만성질환자가 많은 빈곤세대의 노인의료이용 필요도를 말해주고 있다고 판단하였다. 또한 보험료 지원사업에 대한 수혜자의 불만족 사유 중 가장 많았던 51.9%는 '지원기간 짧다'는 것이었고, 향후 개선방향에 대해서도 62.8%는 보험료보다 치료비 지원을 희망한 것으로 나타났다. 보험료 지원종결 이후 보험료 납부의사에 대한 설문에서는 '납부하고 싶지만 경제적 여건이 안될 것 같다'라는 의견이 43.3%로 가장 많았다. 결국 일시적이고 한시적인 보험료 지원사업으로는 사업목적인 의료사각지대 해소에는 한계가 있다는 것을 보여주고 있다.

사회보험방식의 제도에서는 건강보험료를 체납하여 보험혜택을 받지 못하는 것을 기여회피(contribution evasion)나 비순응(non-compliance), Coverage gap

42) 김진수 외, 건강보험 가입자의 소득보유자료 특성분석 연구(2007)에서, 2006년 3월 현재의 직장 및 지역가입자를 대상으로 표본추출 조사한 결과

43) 저소득취약계층 건강보험료 지원사업의 인식도 조사연구에서 기초생활보장법상 최저생계비를 기초로 구축된 저소득 취약계층 지역보험료 지원대상자 166만명의 설문 분석결과

(사각지대)이라고 하는데 그 원인으로서는 다보험자 방식의 행정적 불편과, 기여와 급여의 차이에 대한 비순응, 젊은 가입자의 경우 건강보험 자격취득 기피, 자영업자의 소득 하향신고, 그리고 무임승차 등의 도덕적 해이, 노년을 대비하지 않는 근시안적인 사고(myopic behavior)로, 국가의 개입이나 그 당시 젊은이들의 보험료 기여로 해결될 수 있을 것으로 믿는다는 것이다(Collin G etal, 2000)

Medicaid 자격유지자와 새로운 보험을 가입한 경우와 미보험 상태로 전락한 경우로 구분하여 분석한 결과, 미보험 상태의 가입자는 의료이용의 접근성이 저해되고, 의료이용에 부정적인 영향을 미쳤다. 그리고 미국 오레곤주의 보건계획 후 등록된 성인 31%가 메디케이드를 탈퇴(Lost Coverage)하였고, 또다른 15%는 불완전한 상태(자격탈퇴 후 다시 메디케이드가 된 경우이거나 새로운 보험에 가입한 경우, Disruptive Coverage)가 되었다. 인구사회학적 특성, 소득, 건강상태를 통제하고 Stable Coverage그룹과 Disruptive Coverage그룹간의 예방치료 방문을 비교하면 Stable Coverage그룹을 1(기준)로 하였을 때 Disruptive Coverage그룹은 Odd-Ratio값이 0.66이었고 통계적으로 유의하였다. 또한 미충족 의료욕구는 Stable Coverage그룹대비 Disruptive Coverage그룹은 Odd Ratio값이 1.85(p값 <0.05)로서 훨씬 높게 나타났다(Matthew 외, 2006).

신영석 외(2004)는 차상위계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안에서 최저생계비 이상인 차상위계층에 대하여 의료비 지출로 인해 빈곤선 이하로 전락할 수 있는 계층에 대한 의료급여수급자 선정기준이 완화되어야 한다고 주장했다. 특히 수급권자가 되지 못하고 의료사각지대에 놓이게 되는 노인, 장애인, 아동, 임산부 등 취약계층에 대한 지원이 절실하다고 주장하였다.

김용수(2002)는 저소득층의 의료보장에 관한 연구에서, 의료부조제도 틀에 대한 국가의 책임성과 국가예산의 다양한 재원확보를 언급하면서 의료급여대상자의 선정기준인 부양의무자 기준과 재산기준으로 인해, 의료적 빈곤상태에 있게 될 차상위계층이 존재하고, 건강보험제도의 지역가입자가 대다수인 차상위계층 449만명, 123만 4천 가구에 대한 의료부조제도 도입을 제시하였다.

민동세(2002)는 제도 밖 저소득층 가구의 생활보장 방안 연구에서, 세대주

가 실직하는 등 제도밖의 차상위계층(저소득층)이 공적보장제도 안의 저소득층으로 유입될 수 있도록 공적 보장제도의 수급자 선정과정의 유연성을 요구하면서, 보장수급을 결정 짓는 기준선의 확대나 공적 역할을 수행하는 보건복지부 등 관계기관들의 유연한 적용을 요구하였다.

김원훈(2001)은 지역보험료 체납요인분석에서 보험료 체납을 감소와 보험료 부과체계개선에 대한 방안을 제시하였는데 연령이 낮을수록 장기체납이 많은 것은 20-30대가 상대적으로 의료이용의 빈도가 낮고 보험에 대한 인식 자체가 미약하기 때문으로 건강보험에 대한 홍보 강화가 필요하며, 보험료 체납의 원인이 빈곤에 의해서인지를 명확히 하여, 소득 수준이 체납보험료 납부가 불가능하다고 판단되는 세대는 납부조건을 완화시켜야 한다고 주장하였다.

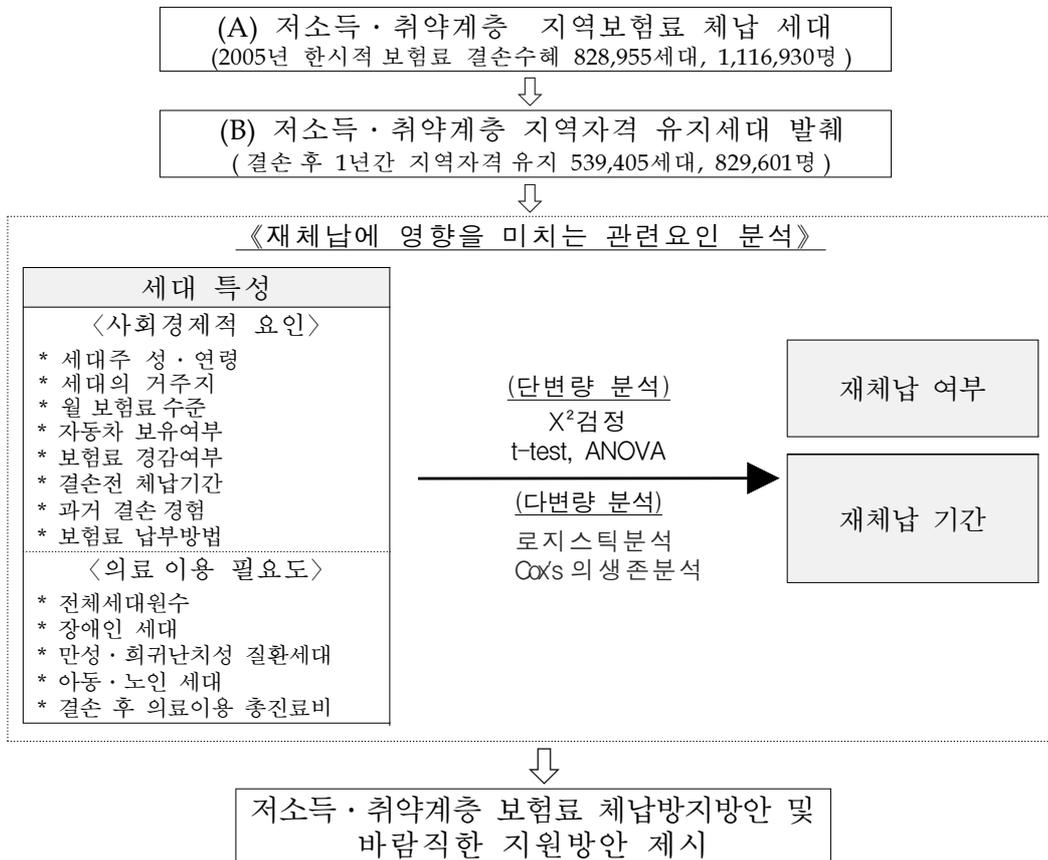
백운국 외(2004)는 체납자 실태분석 및 효율적 관리방안 연구결과에서, 저소득·취약계층의 생계형 체납의 경우, 보험료 납부 독촉 등을 통해 취약계층의 생활실태를 구체적으로 파악하고 있는 국민건강보험공단이 의료급여대상자 선정에 참여하여, 사회복지전담공무원과 협조·연계를 통해 그들의 의료보장에 실질적인 도움을 줄 수 있는 지원방안이 모색되어야 하고, 체납유형별로 체납방지대책을 마련하여, 생계형 체납세대에게는 의료급여로의 전환, 결손처분, 보험료 경감, 분할납부, 납부유예, 급여비 대불제도 등 다양한 지원대책이 수립되어야 하고, 비생계형 체납세대에 대하여는 도덕적 해이가 발생하지 않도록 체납자에 대한 징수관리를 강화하여야 할 것으로 보았다. 또한 미국을 중심으로 일정소득이하 자에게 세금을 면제하고 부족한 일정액을 지급하는 제도인 EITC(earned income tax credit)처럼 현행 보험료 체납세대중에 저소득층의 경우 일정기간 보험료를 대납해주는 제도 도입을 제안하였다. 더불어, 이러한 지원사업이 성실한 보험료 납부자로의 전환을 전제로 실시함으로써 체납세대의 결손처분을 최대 3회까지로 제한하고, 그 이후 보험료 체납이 발생할 경우 신용제한 등 강력한 제재 및 체납처분이 이루어질 수 있도록 제도적 보완장치⁴⁴⁾가 모색되어야 할 것으로 보았다.

44) 최근 미국의 복지개혁에서 AFDC(Aid to Families with Dependent Children)제도에서 TANF(Temporary Assistance for Needy Families)제도로 변화하면서 기존 공공부조의 수급권 기간을 1-2년내로 한정하여 지급하게 하고, 그 이후에는 복지혜택을 받지 못하도록 규정함.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

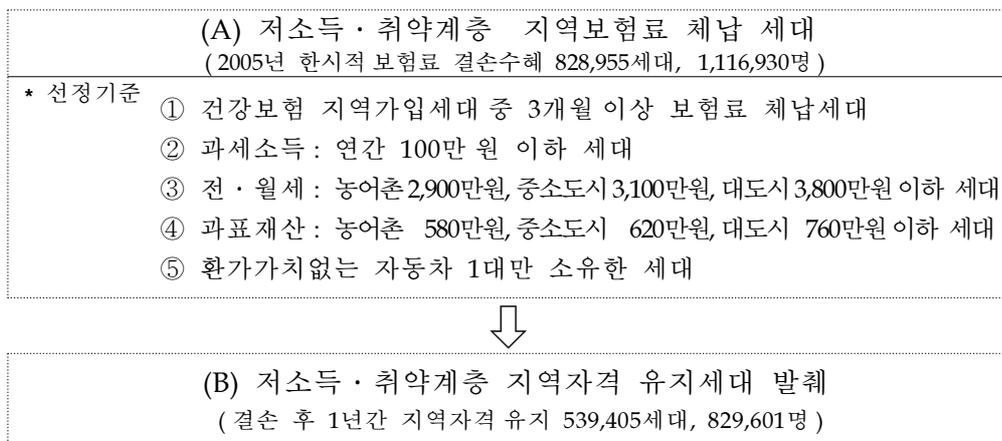
이 연구는 저소득·취약계층 지역보험료 체납세대(A)중 건강보험료 결손 후 1년 동안 자격 유지 세대(B)를 대상으로, 재체납 여부 및 재체납 기간에 영향을 미치는 관련요인을 분석하고자 하였다. 이를 위하여, 결손 후 재체납 여부 및 재체납 기간을 종속변수로, 연구대상 세대의 특성을 사회경제적 요인과 의료이용 필요도로 구분하여 독립변수로 고려하였다. 이 연구의 틀은 《그림 3》과 같다.



《그림 3》 연구의 틀

2. 연구대상 및 자료

이 연구는 2005년 6월에 실시된 ‘한시적 보험료 지원사업’의 대상이었던 저소득·취약계층 지역보험료 체납세대(828,955세대)중, 2005년 5월까지의 체납 보험료를 결손 후, 1년 동안(2005년 6월~2006년 5월) 건강보험 지역가입 자격이 유지된 세대를 전체 발췌하여 총 539,405세대를 선정하였다(그림 4 참조)



《그림 4》 연구대상자 선정기준

이 연구의 분석자료는 국민건강보험공단에서 보유하고 있는 전산DB를 바탕으로, 세대별 자격상세자료 및 보험료 부과·체납자료, 개인별 급여내역(진료비 청구자료) 등을 합산·발췌하여 세대단위로 구축하였다.

3. 연구가설

이 연구는 건강보험료 재체납 관련요인에 관한 연구이므로 건강보험료 체납 요인을 분석한 선행연구를 고찰하여, 독립변수 선정과 연구가설 설정에 참고하였다. 선행연구에서는 체납요인을 인구사회학적 특성, 경제적 특성 혹은 제도적 요인 등으로 구분하고 있으나, 결국 건강보험료를 체납하는 것은 보험료 납부능력이 부족하거나 의료이용이 필요하지 않은 경우로 요약할 수 있다. 특히 저소득·취약계층의 경우, 주로 경제적인 이유로 보험료를 3개월 이상 체납하고 있고, 의료이용이 필요하지만 체납에 따른 급여제한 등으로 의료사각지대에 빠지는 것으로 보고되고 있어, 사회경제적 요인과 의료이용 필요도를 고려한 세대특성을 우선 선정하고 재체납 여부 및 재체납 기간을 분석할 필요가 있다.

백운국 외(2004)의 체납세대 설문결과에서, 보험료 체납원인으로 '경제적으로 보험료가 부담되어서'가 68.4%로 가장 많은 응답을 보였고, '체납한 사실을 몰라서'가 12.3%로 그 다음을 차지하였다. 또한 보험료 체납시 가장 불편한 사항으로는 36.5%가 '없었다'고 응답하였고, '병의원을 이용하지 못한 점'을 33.6% 응답하였다. 이에 경외(2006)의 저소득·취약계층 건강보험료 지원사업의 인식도 조사에서는 주로 연령이 많고, 혼자 사는 독거노인, 그리고 도시에 거주하는 저소득·취약계층 가입자들이 건강보험제도의 필요성 및 보험료 지원사업의 만족도가 높은 것으로 조사되었다.

이 연구는 연구가설을 설정함에 있어, 재체납 관련요인을 크게 사회경제적 요인과 의료이용 필요도에 따른 구분에 큰 의미를 부여하지는 않았다. 이는 선행연구의 분석결과들이 사회경제적인 요인과 의료이용 필요도가 서로 상충·연계하면서 나타난 결과라고 보여지기 때문이다. 앞서 본 선행연구에서 가장 큰 체납원인은 보험료 부담에서 오는 경제적 요인이며, 체납한 사실을 몰라서 체납하는 것과 체납시 불편사항이 없었다는 것은 그만큼 건강보험 급여혜택이 필요하지 않았다는 것으로 해석할 수 있다. 또한, 경제적 활동이 어려우면서도 의료이용이 절실히 필요한 세대에서 건강보험 제도의 필요성 및 보험료 지원사업의 만족도가 높게 나타나는 것은, 각 세대의 특성들이 사회경제적 요인과

의료이용 필요도를 동반 내포하고, 서로 상충하면서 세대의 보험료 납부여부를 결정짓고 있다고 할 수 있다. 즉, 세대주의 연령이 높을수록 체납률이 낮았던 선행연구의 결과는 경제적 활동능력이 부족하지만 의료이용 필요도가 높기 때문으로 해석되기도 하고, 경제적 지원자가 있기 때문이기도 할 것이다. 또한 체납기간이 장기화될수록 체납률이 높은 것은 체납보험료가 늘어날수록 납부 부담이 가중되기 때문이기도 하고, 체납기간 동안 그만큼 의료이용 필요도가 낮기 때문에 도덕적 해이에 의한 기여회피로 해석할 수도 있다. 따라서, 이 연구에서는 저소득·취약계층의 가장 큰 특성인 보험료 납부능력과 직접 연관된 세대특성을 우선 사회경제적 요인으로 구분하였지만, 그 특성 안에 의료이용 필요도가 상존한다고 볼 수 있다.

한편, 이 연구에서 보험료 납부방법을 사회경제적 요인에 포함시켜 재체납의 관련요인으로 분석하고자 한 것은, 백운국 외(2004)의 체납자 실태분석자료에서 3개월이상 체납세대 중 보험료를 납부하는 경우, 자동이체 세대가 비교적 높게⁴⁵⁾ 분석되었기 때문이다. 선행연구에서는 보험료 납부방법과 실제납부자의 관계를 살펴보고, 경제적 지원자가 있는 세대의 자동이체 비율이 상대적으로 높아, 자동이체 수단이 보험료 징수에 효과적이라고 보았다. 결국 자동이체가 가능한 세대의 경우 경제적으로 보험료를 납부할 수 있는 다른 방법이 마련되어 있다고 볼 수 있고, 만약 자동이체 신청세대의 재체납률이 높다면 상당부분 도덕적 해이에 의한 체납으로 의심할 수 있어 사회경제적 요인 변수로 포함하였다.

아울러, 경제적으로 어려운 저소득·취약계층의 경우 보험료 납부결정이 의료이용 필요도에 의해 결정된다고 보아야 할 것이다. 의료이용 필요도가 낮거나, 의료비의 본인부담에 따른 경제적 빈곤으로 의료이용에 제약을 받는 저소득·취약계층일 경우, 단순히 체납보험료가 결손처분 되었다고 하더라도 그들이 성실한 보험료 납부세대로 전환되기는 어려울 것이다. 결국 의료이용 필요도가 높은 세대일수록 체납보험료 결손으로 의료이용이 가능해지고, 이러한 의료이용의 증가가 결손 후 성실한 보험료 납부를 유도하게 될 것으로 판단된다. 이 연

45) 체납 경험세대 중 보험료 납부방법 중 은행납부 33.3%, 자동이체납부 20.1%, 체납중이 37.0%

구에서 9세 이하 아동과 65세 이상 노인이 포함된 세대의 특성을 변수로 포함시킨 것은, 기존 선행연구에서와 마찬가지로 한창형과 황병덕(2004)의 문헌고찰을 통한 의료이용분석결과에서도 연령별 의료이용률은 10-19세가 가장 낮고 이를 중심으로 증가하는 형태의 U자형 곡선의 모양을 가졌는데, 이는 어린 연령층과 노인인구에서 의료수요가 많다고 보았기 때문이다.

앞에서 살펴 본 바에 의해, 이 연구에서 설정한 연구가설은 다음과 같다.

(1) 사회경제적 요인에 따른 가설

저소득·취약계층 지역체납세대의 경우, 사회경제적 요인을 고려한 세대특성으로, '세대주 성별·세대주 연령·거주지역·월 보험료·자동차 보유여부·보험료 경감 여부·결손 전 보험료 체납기간·과거 결손경험·보험료 납부방법'이 건강보험료 결손 후 재체납에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 관련요인 일 것이다.

(2) 의료이용 필요도에 따른 가설

저소득·취약계층 지역체납세대의 경우, 의료이용 필요도를 고려한 세대특성으로, '세대원의 수·장애인 세대·만성질환이나 희귀난치성 질환자 세대·9세 이하 아동이나 65세이상 노인세대·결손 후 1년간 총 진료비'가 건강보험료 결손후 재체납에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 관련요인 일 것이다.

4. 변수의 정의

이 연구의 종속변수는 한시적 보험료 지원사업(결손)에 따른 재체납 여부 및 재체납 기간이다. 먼저 재체납 여부⁴⁶⁾는 한시적 보험료 지원사업(결손) 후 자격이 유지된 1년 동안에 다시 3개월 이상 보험료를 체납하였는 지에 대한 정의이며, 재체납 기간은 한시적 보험료 지원사업(결손) 후 3개월 이상 보험료를 체납한 시점까지의 경과기간⁴⁷⁾으로서, 월 단위로 측정하였다.

독립변수로는 저소득·취약계층의 인구사회학적, 경제적, 건강보험 제도특성과 의료이용 필요도에 따른 세대 특성들을 크게 사회경제적 요인, 의료이용 필요도로 구분하여 정의하였다. 먼저 사회경제적 요인으로는 세대주 성·연령, 세대의 거주지역, 세대별 월 보험료, 자동차 보유여부, 보험료 경감여부, 결손 전 보험료 체납기간, 과거 결손경험, 보험료 납부방법으로 선정하였고, 의료이용 필요도에서는 전체 세대원의 수, 장애인 세대, 만성·희귀난치성질환 세대, 9세이하 아동·65세이상 노인세대, 결손 후 총진료비를 독립변수로 선정하였다.

이 연구의 변수들을 보다 세부적으로 정의하면 《표 11》, 《표 12》와 같다.

《표 11》 연구에 사용된 종속변수

종속 변수	변수 내용
재체납여부	- 체납보험료 결손 후, 1년 동안 (2005년 6월 - 2006년 5월) 재체납(3개월이상 체납) 여부
재체납까지의 기간	- 체납보험료 결손 후, 1년 동안 (2005년 6월 - 2006년 5월) 재체납(3개월이상 체납)발생시점까지의 개월수

46) 재체납 여부 : 결손 후 1년동안(2005.6월-2006.5월까지) 3개월이상 체납이 발생하면, 보험료 납부기간에 상관없이 재체납으로 분석한다. (재체납시점에 상관없이 1년간 3개월이상 체납 발생여부)

47) 재체납 기간 : 결손 후인 2005년 6월부터 3개월이상 보험료를 체납한 시점까지의 경과기간이며 보험료납부기간과는 상이하다. (예 : 2005년 7월, 9월, 11월 체납할 경우 ⇒ 2005. 11월이 재체납시점이 되면, 재체납까지의 기간은 6개월(월단위)로 분석되고, 보험료 납부기간은 3개월이 된다.)

《표 12》 연구에 사용된 독립변수

	독립 변수	변 수 내 용
사 회 경 제 적 요 인	세대주의 성별	세대주의 성별(남,여)
	세대주의 연령	세대주의 연령(실수)
	거주지역	대도시(특별시,광역시), 중소도시(시지역), 농어촌(군지역)
	월 보험료	결혼 후, 부과시작월(2005.6월)시점의 세대별 월 부과 보험료
	자동차 보유여부	결혼 후, 부과시작월(2005.6월)시점의 자동차 보유 여부
	보험료 경감여부	결혼 후, 부과시작월(2005.6월)시점의 보험료 경감적용 여부
	결혼 전 체납기간	결혼 전, 보험료 체납기간(결혼한 체납보험료 월수)
	과거 결혼 경험	결혼 전, 과거 보험료 결혼 경험 횟수
	보험료 납부방법	결혼 후, 부과시작월(2005.6월)시점의 자동이체 여부
의 료 이 용 필 요 도	세대원 수	결혼 후, 부과시작월(2005.6월)시점의 세대원 수(세대주포함)
	장애인 세대	결혼 후, 부과시작월(2005.6월)시점의 장애인 포함 세대
	만성·희귀난치성 질환 세대	결혼 후, 부과시작월(2005.6월)시점의 질환자 포함 세대 (만성질환이나 희귀난치성 질환자)
	아동 · 노인 세대	결혼 후, 부과시작월(2005.6월)시점의 아동·노인 세대 (9세이하 아동이나 65세 이상 노인)
	결혼 후 1년간 총 진료비	결혼 후, 1년간 건강보험 급여 이용 총 진료비 (세대원 전체의 총 진료비 합산)

5. 분석방법

이 연구에서 수집된 자료의 분석은 SAS 9.1 통계프로그램을 사용하였다. 먼저, 연구대상세대의 사회경제적 요인과 의료이용 필요도를 고려한 일반적 특성에 대하여 기술적인 분석을 통해 살펴보고, 결손 후 재체납에 영향을 미칠 것으로 보여지는 세대특성별로 재체납 여부와 재체납 기간분석은 단변량 분석방법으로, 재체납에 유의미한 영향을 미치는 관련요인 분석은 다변량 분석방법을 통하여 분석하고 연구가설을 검증하였다.

보다 세부적인 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 저소득·취약계층 한시적 보험료 지원사업의 수혜세대 중 결손 후 1년 동안 지역자격이 유지된 세대를 대상으로 국민건강보험공단 전산자료에 기초하여, 연구대상 테이블로 구축하였다.

둘째, 기술통계 분석을 통해, 연구대상세대의 일반적인 특성을 사회경제적 요인과 의료이용 필요도로 구분하여 세대특성별 분포를 알아보았다.

셋째, 건강보험료 결손 후 1년 동안 재체납 여부는 세대특성별로 X^2 -검정을 통해 분석하고, 재체납 기간은 t-test와 ANOVA을 통해 분석하였다.

넷째, 건강보험료 결손 후 재체납에 영향을 미치는 관련요인을 다변량 분석하기에 앞서 변수간의 다중공선성에 대한 상관분석을 실시한 후, 로지스틱 회귀 분석(Logistic regression)을 실시하여 결손 후 재체납에 유의미한 영향을 미치는 관련요인을 분석하고, 최종적으로 재체납 기간을 고려한 콕스의 비례위험 모형(Cox's proportional hazard model)으로 생존분석을 실시하여 연구가설을 검증하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상세대의 사회경제적 요인과 의료이용 필요도를 고려한 일반적 특성을 살펴보면 《표 13》 및 《표 14》와 같다.

먼저 세대주 성별 분포에서는 세대주가 남자인 경우는 345,911세대(64.1%), 세대주가 여자인 경우는 193,494세대(35.9%)로, 남자 세대주가 28.2%p 많았고, 세대주의 연령별 분포에서는 40대가 185,676세대(34.4%)로 가장 많았으며, 이어 30대가 167,199세대(31.0%)로, 전체적으로 30-40대 세대주가 절반이상인 65.4%를 차지하였다. 세대주가 65세 이상인 세대는 21,053세대(3.9%)이며, 20세미만인 경우 3,824세대(0.7%)로 가장 적었다. 거주 지역별로는 대도시 275,163세대(51.0%), 중소도시 223,438세대(41.4%), 농어촌 40,804세대(7.6%)순으로, 전체 세대의 92.4%가 도시지역에 거주하고 있는 것으로 나타났다.

세대별 월 부과 보험료의 분포에서는 1만원 미만인 세대가 110,681세대(20.5%), 1만원 - 1만5천원미만이 209,657세대(38.9%), 1만5천원 - 3만원미만이 179,381세대(33.2%), 3만원 이상 세대가 39,686세대(7.4%)를 차지하여, 연구대상세대의 92.6%가 월 보험료 3만원 미만인 세대로 확인되었고, 5천원 미만 보험료를 납부하는 세대는 22,428세대(4.2%)로 나타났다. 월 보험료의 부과기준이 되는 재산·소득 부과자료에 있어서는 무재산 자료 세대가 92.7%, 무소득 자료 세대가 94.5%였고, 세대원 중 자동차를 보유하고 있는 세대는 64,564세대(12.0%)를 차지하였다.

보험료 경감적용 세대는 전체의 23.3%인 125,453세대였고, 결손 전 체납기간이 3 - 6개월 이하 단기체납세대는 15.8%인 85,109세대인데 비해, 7 - 12개월 체납은 17.3%, 13 - 24개월 체납은 30.3%, 2년이상 체납세대는 36.6%로, 체납기간이 장기화될수록 체납세대가 늘어나는 것으로 나타났다. 또한, 과거 결손 경험이 없었던 세대가 459,140세대(85.1%)로 가장 많았으며, 1회 59,529세대(11.0%), 2회 이상 20,736세대(3.8%)로 거의 대부분이 과거 보험료 결손 수혜경험이 없는 것으로 확인되었다. 보험료 납부방법을 자동이체로 선택한 세대는 19,951세대로 전체의 3.7%에 불과한 것으로 확인되었다.

《표 13》 연구대상세대의 특성 I (사회경제적 요인)

(단위 : 세대,%)

특 성	세부내용	빈 도	백분율
세대주 성별	남자	345,911	64.13
	여자	193,494	35.87
세대주 연령	20세 미만	3,824	0.71
	20세-29세	80,201	14.87
	30세-39세	167,199	31.00
	40세-49세	185,676	34.42
	50세-64세	81,452	15.10
	65세 이상	21,053	3.90
거주지역	대도시	275,163	51.01
	중소도시	223,438	41.42
	농어촌	40,804	7.56
월 보험료	5,000원미만	22,428	4.16
	5,000원-10,000원미만	88,253	16.36
	10,000원-15,000원미만	209,657	38.87
	15,000원-30,000원미만	179,381	33.26
	30,000원-50,000원미만	33,491	6.21
	50,000원 이상	6,195	1.15
재산보유 여부 (부과기준)	과표재산 없음	499,968	92.69
	과표재산 있음	39,437	7.31
소득보유 여부 (부과기준)	부과기준 소득 없음	509,781	94.51
	부과기준 소득 있음	29,624	5.49
자동차 보유여부	자동차 없음	474,841	88.03
	자동차 있음	64,564	11.97
보험료 경감여부	비적용	413,952	76.74
	적 용	125,453	23.26
결손 전 보험료 체납기간	3개월 - 6개월	85,109	15.78
	7개월 - 12개월	93,519	17.34
	13개월 - 24개월	163,558	30.32
	2년 이상 체납	197,219	36.56
보험료결손 경험 횟수	과거 결손 없음	459,140	85.12
	1회	59,529	11.04
	2회 이상	20,736	3.84
보험료 납부방법	고지서 납부	519,454	96.30
	자동이체	19,951	3.70
계		539,405	100.0

세대주를 포함한 전체 세대원의 수에서는 1인 단독세대가 362,009세대로 전체의 67.1%를 차지하였고, 2명이 82,838세대(15.4%), 3명이 48,641세대(9.0%), 4명 이상 가족세대는 45,917세대(8.5%)로 세대원이 증가할수록 저소득·취약계층의 지역 체납세대 수는 감소하는 것으로 나타났다.

또한 장애인이 있는 세대는 전체세대 중 18,618세대(3.5%), 만성·희귀난치성 질환자가 있는 세대는 76,093세대(14.1%), 9세이하 아동이나 65세이상 노인이 있는 세대는 67,851세대(12.6%)로 파악되었다.

결혼 전 과거 3년 동안⁴⁸⁾ 세대의 총 진료비⁴⁹⁾ 분포에서는, 3년 동안 세대의 전체 총 진료비가 30만원 미만인 세대는 전체의 33.4%(180,188세대)였고, 30-100만원미만이 23.3%(125,630세대), 100만원 이상인 세대는 전체의 27.2%(146,471세대)를 차지하였다. 결혼 전 과거 3년 동안 한번도 의료이용이 없었던 세대는 전체 체납세대의 16.2%인 87,116세대로 확인되었다.

또한, 결혼 후 1년동안 세대의 총 진료비 분포에서는 결혼 후 1년간 의료이용이 없었던 세대가 전체의 28.8%인 155,546세대를 차지하였고, 30만원 미만인 세대는 38.6%(207,973세대), 30만원-100만원 미만이 20.7%(111,453세대), 100만원 이상인 세대는 전체의 11.9%(64,433세대)를 차지하였다.

48) 결혼 전 과거 3년동안은 2002년 6월부터 2005년 5월까지로 보험료 체납기간과 납부기간 합산기간임.

49) 총 진료비 : 상급병실차액 등 비급여 항목이 제외된 본인부담 진료비와 공단부담 진료비 합산액

《표 14》 연구대상세대의 특성Ⅱ(의료이용 필요도)

(단위 : 세대,%)

특 성	세부내용	빈 도	백분율
전체 세대원 수	1명(단독세대)	362,009	67.11
	2명	82,838	15.36
	3명	48,641	9.02
	4명 이상	45,917	8.51
장애인 세대	장애인 없음	520,787	96.55
	장애인 있음	18,618	3.45
만성·희귀난치질환자 세대	질환자 없음	463,312	85.89
	질환자 있음	76,093	14.11
아동·노인 세대	10세~64세 세대	471,554	87.42
	9세이하·65세이상 세대	67,851	12.58
결혼 전 3년간 세대 의료이용량 (세대전체 총 진료비)	급여내역 없음	87,116	16.15
	5만원미만	50,306	9.33
	5만원-10만원미만	38,553	7.15
	10만원-30만원미만	91,329	16.93
	30만원-100만원미만	125,630	23.29
	100만원 이상	146,471	27.15
결혼 후 1년간 세대 의료이용량 (세대전체 총 진료비)	급여내역 없음	155,546	28.84
	5만원 미만	59,958	11.12
	5만원-10만원 미만	46,681	8.65
	10만원-30만원 미만	101,334	18.79
	30만원-100만원 미만	111,453	20.66
	100만원 이상	64,433	11.95
계		539,405	100.0

2. 건강보험료 결손 후 재체납 여부

연구대상세대의 특성에 따른 재체납 여부를 X^2 -검정을 통해 분석하였다. 먼저 사회경제적 요인을 고려한 세대특성별 재체납여부를 《표 15》에서 살펴보면, 세대주의 성별에서는 세대주가 남자인 경우에 비해 여자인 경우가 상대적으로 1.5%P 재체납률이 낮았다. 세대주의 연령별로는 세대주의 연령이 높아질수록 재체납률은 지속적으로 감소하였다. 즉, 29세이하 세대주에서 재체납률이 91.6%로 가장 높았고, 30대는 87.7%, 40대는 85.9%, 50-64세의 경우 83.2%에 이어 65세 이상일 경우 79.8%로 가장 낮았고, 모두 통계적으로 유의하였다.

세대의 거주지역은 중소도시에 거주하는 세대가 가장 낮은 체납률(85.4%)을 보였으며, 농어촌은 86.7%, 대도시는 87.8% 순으로 통계적으로 유의하게 높았다. 월 보험료 수준에서는 전체적으로 1만원-1만5천원미만인 세대에서 재체납률이 90.2%로 가장 높았으며, 1만원 미만이 87.7%, 1만5천원-3만원 미만이 85.4%, 3만원이상인 세대가 71.5% 순으로 낮았는데, 이는 모두 통계적으로 유의하였다.

자동차 보유 세대(79.1%)는 미보유 세대(87.7%)보다, 보험료 경감 적용세대(84.5%)는 비적용 세대(87.4%)보다 상대적으로 낮은 재체납률을 보였으며 통계적으로 유의하였다.

결손 전 체납기간별 분석에서는 결손 전 체납기간이 길었던 세대 즉 장기체납세대일수록 재체납률이 지속적으로 높아졌다. 3-6개월 이하 단기체납세대의 경우 재체납률은 72.1%, 7-12개월 중단기 체납은 87.2%, 13-24개월 장기체납은 89.9%, 2년이상 장기체납세대의 경우 90.2%로 체납기간이 장기화될수록 재체납률은 지속적으로 높아지는 것으로 분석되었고, 모두 통계적으로 유의하였다. 보험료 결손경험에 의한 재체납률에서는 결손경험이 많을수록 지속적으로 재체납률이 높아졌다. 과거 체납보험료를 지원(결손)받은 적이 없고, 한시적 보험료 지원사업이 처음인 세대는 85.9%의 재체납률을 보였는데, 과거 1회 결손수혜 경험이 있는 세대는 90.6%, 2회 이상 결손수혜 경험이 있는 세대는 92.3%로, 결손경험이 많아질수록 재체납률은 높아졌고 통계적으로도 모두 유의하였다.

보험료 납부방법에 있어서는 자동이체 납부세대의 재체납률(35.4%)이 고지서 납부세대(88.7%)에 비해 월등히 낮았고, 그 차이(53.3%P)는 통계적으로도 유의하였다(그림 5 참조).

《표 15》 건강보험료 결손 후 재체납여부 I (사회경제적 요인)

(단위 : 세대,%)

변 수	세부분류	보험료 재체납여부			X ² -값	P-value
		성실납부	재체납	재체납률		
세대주 성별	남자	44,167	301,744	87.23	231.91	<.0001
	여자	27,546	165,948	85.76		
세대주 연령	29세 이하	7,062	76,963	91.60	3726.85	<.0001
	30세-39세	20,517	146,682	87.73		
	40세-49세	26,227	159,449	85.87		
	50세-64세	13,655	67,797	83.24		
	65세 이상	4,252	16,801	79.80		
거주지역	대도시	33,547	241,616	87.81	644.48	<.0001
	중소도시	32,725	190,713	85.35		
	농어촌	5,441	35,363	86.67		
월 보험료	10,000원미만	13,646	97,035	87.67	10550.32	<.0001
	10,000원-15,000원미만	20,493	189,164	90.23		
	15,000원-30,000원미만	26,278	153,103	85.35		
	30,000원 이상	11,296	28,390	71.54		
자동차 보유여부	자동차 없음	58,244	416,597	87.73	3642.80	<.0001
	자동차 있음	13,469	51,095	79.14		
보험료 경감여부	비적용	52,203	361,749	87.39	722.28	<.0001
	적용	19,510	105,943	84.45		
결손 전 체납기간	3개월- 6개월	23,732	61,377	72.12	19196.63	<.0001
	7개월-12개월	11,999	81,520	87.17		
	13개월-24개월	16,653	146,905	89.82		
	2년 이상	19,329	177,890	90.20		
보험료결손 경험 횟수	과거 결손 없음	64,465	394,675	85.96	1515.01	<.0001
	1회	5,595	53,934	90.60		
	2회 이상	1,653	19,083	92.03		
보험료 납부방법	고지서 납부	58,817	460,637	88.68	47377.93	<.0001
	자동이체	12,896	7,055	35.36		

의료이용 필요도를 고려한 세대특성별 재체납 여부는 《표 16》과 같다. 전체 세대원의 수가 많아질수록 재체납률은 낮아졌다. 1인 단독세대의 경우 재체납률이 89.4%로 가장 높았으며, 2명은 84.3%, 3명은 79.5%, 4명 이상 77.8%로, 가족세대 일수록 재체납률은 낮아졌으며, 통계적으로도 유의하였다.

장애인이 있는 세대(82.5%)가 없는 세대(86.9%)에 비해, 만성·희귀난치성 질환자가 있는 세대(81.2%)가 없는 세대(86.9%)에 비해, 9세 이하 아동이나 65세 이상 노인이 있는 세대(79.6%)가 10세-64세만 있는 세대(87.7%)에 비해, 재체납률은 상대적으로 낮았으며 이는 통계적으로 모두 유의하였다.

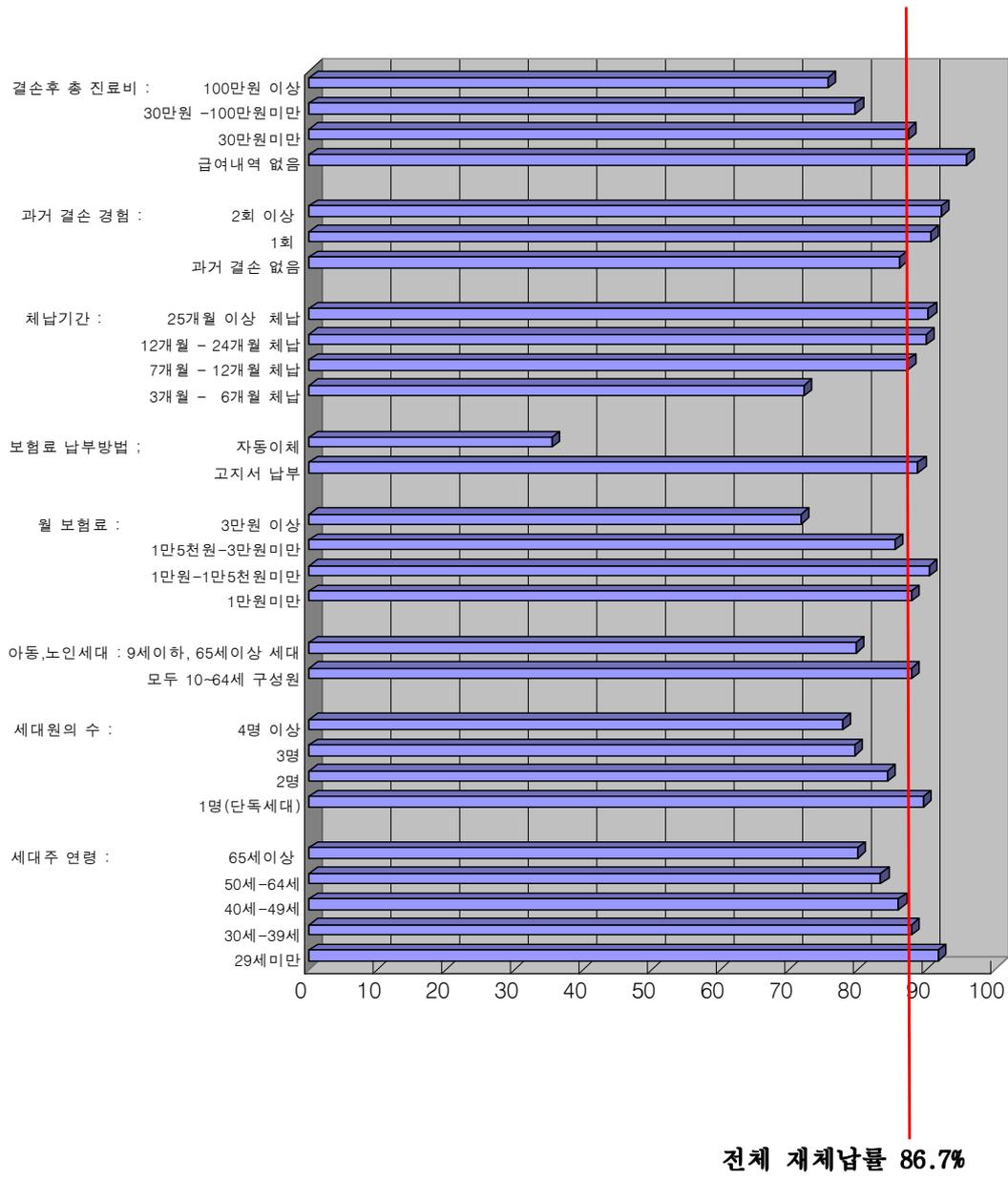
결혼 후 1년간 총진료비에서는 세대의 총진료비가 늘어날수록 재체납률이 낮아졌는데, 의료이용이 없는 세대는 95.8% 재체납하고, 30만원 미만은 87.2%, 30-100만원미만은 79.6%, 100만원 이상은 75.6%순으로 총진료비 수준에 따라 통계적 유의한 차이가 있었다(그림 5 참조).

《표 16》 건강보험료 결혼 후 재체납여부Ⅱ(의료이용 필요도)

(단위 : 세대,%)

변 수	세부분류	보험료 재체납여부			X ² -값	P-value
		성실납부	재체납	재체납률		
전체 세대원 수	1명(단독세대)	38,486	323,523	89.37	8040.33	<.0001
	2명	13,042	69,796	84.26		
	3명	9,969	38,672	79.50		
	4명 이상	10,216	35,701	77.75		
장애인 세대	장애인 없음	68,456	452,331	86.86	294.95	<.0001
	장애인 있음	3,257	15,361	82.51		
만성·희귀난치성 질환자 세대	질환자 없음	57,368	405,944	87.62	2373.31	<.0001
	질환자 있음	14,345	61,748	81.15		
아동·노인세대	10세-64세만 있는 세대	57,881	413,673	87.73	3391.06	<.0001
	9세이하, 65세이상 세대	13,836	54,015	79.61		
결혼 후 1년간 총 진료비	급여내역 없음	6,580	148,966	95.77	23007.11	<.0001
	30만원미만	26,605	181,368	87.21		
	30만원 -100만원미만	22,787	88,666	79.55		
	100만원 이상	15,741	48,692	75.57		

《그림 5》 세대특성별 재체납률 비교



3. 건강보험료 결손 후 재체납 기간

연구대상세대의 특성에 따른 재체납 기간을 t-test와 ANOVA을 통해 분석하였다. 그 결과는 《표 17》에서와 같이 모두 통계적으로 유의하였다($p < 0.0001$).

세대주의 성별 재체납 기간은 상대적으로 세대주가 여자일 때 더 길었으며, 세대주의 연령이 높아질수록 평균적인 재체납 기간도 길어졌는데, 세대주의 연령이 65세 이상 노인의 경우 평균 5.42월로 재체납 기간이 가장 길었다.

거주지역별 재체납 기간은 중소도시가 가장 길었으며, 농어촌, 대도시 순으로 분석되었다. 월 보험료는 많아질수록 재체납 기간이 길었고, 3만원 이상 세대는 평균 6.59월로 가장 길었고, 1만원 미만 세대는 평균 4.61월로 가장 짧았다.

자동차 보유세대와 보험료 경감세대의 경우, 그렇지 않은 세대에 비해 재체납 기간이 상대적으로 길었다. 결손 전 체납기간이 짧을수록 재체납 기간 또한 지속적으로 길어졌는데, 3-6개월 체납은 6.32월로 가장 길었고, 2년이상 체납한 세대의 경우 가장 짧은 4.39월로 나타났다. 과거 결손 경험이 없을수록 재체납 기간이 길었고, 자동이체 납부세대가 고지서 납부세대에 비해 월등히 재체납 기간이 길었으며, 자동이체 세대의 재체납 기간은 평균 9.52월로 고지서 납부세대의 평균 4.62월에 비해 2.1배 가까이 긴 것으로 분석되었다.

전체 세대원의 수에 대한 재체납 기간에서는 1인 단독세대는 평균 4.43월로 가장 짧았으며, 2명은 5.08월, 3명은 5.79월, 4명이상 다가족세대는 평균 6.13월로, 세대원 수가 증가할수록 평균적으로 재체납 기간 또한 증가하였다.

장애인이 있거나, 만성·희귀난치성 질환자가 있을 경우, 9세 이하 아동이나 65세 이상 노인이 있는 세대의 경우, 그러한 세대원이 없는 세대에 비해 상대적으로 재체납 기간이 길었다. 결손 후 의료이용 총진료비에 따른 재체납 기간은, 총진료비가 증가할수록 재체납 기간도 증가하였다. 결손 후 1년동안 급여내역이 없었던 세대는 평균 3.68월, 30만원미만 4.76월, 30-100만원이상은 5.67월, 100만원이상인 세대는 6.11월로 가장 길었다. 결국 경제적 요인 및 의료이용 필요도로 구분한 특성별 재체납 기간을 분석하여 보면, 앞에서 살펴본 재체납 여부와 같은 결과가 도출되었고, 통계적으로 모두 유의하였다.

《표 17》 건강보험료 결손 후 재체납 기간

	변 수	분 류	평균 ±표준편차	t / F	P-value
사 회 경 제 적 요 인	세대주 성 별	남자	4.75 ±3.23	-14.26	<.0001
		여자	4.88 ±3.34		
	세대주 연 령	29세 이하	4.23 ±2.78	1210.10	<.0001
		30세-39세	4.69 ±3.19		
		40세-49세	4.92 ±3.34		
		50세-64세	5.17 ±5.51		
		65세 이상	5.42 ±3.71		
	세대 거주지	대도시	4.69 ±3.18	353.77	<.0001
		중소도시	4.93 ±3.37		
		농어촌	4.79 ±3.26		
	월 보험료	10,000원미만	4.61 ±3.17	5802.62	<.0001
		10,000원-15,000원미만	4.36 ±2.93		
		15,000원-30,000원미만	5.02 ±3.38		
		30,000원 이상	6.59 ±3.95		
	자동차 보유여부	자동차 없음	4.68 ±3.18	-65.02	<.0001
자동차 있음		5.68 ±3.73			
보 험료 경감여부	비 적용	4.73 ±3.21	-28.16	<.0001	
	적 용	5.03 ±3.44			
결손 전 체납기간	3개월- 6개월	6.32 ±3.99	8056.89	<.0001	
	7개월-12개월	4.82 ±3.24			
	13개월-24개월	4.48 ±3.00			
	2년 이상	4.39 ±2.94			
보험료결손 경험 횟수	과거 결손 없음	4.88 ±3.33	1026.00	<.0001	
	1회	4.37 ±2.91			
	2회 이상	4.19 ±2.75			
보험료납부방법	고지서 납부	4.62 ±3.11	-178.78	<.0001	
	자동이체	9.52 ±3.78			
의 료 이 용 필 요 도	전 체 세대원수	1명(단독세대)	4.43 ±3.01	5959.77	<.0001
		2명	5.08 ±3.45		
		3명	5.79 ±3.71		
		4명 이상	6.13 ±3.76		
장애인 세대	장애인 없음	4.78 ±3.26	430.94	<.0001	
	장애인 있음	5.28 ±3.57			
만성질환·회귀난치성 질환자 세대	질환자 없음	4.69 ±3.19	-55.27	<.0001	
	질환자 있음	5.46 ±3.63			
아동·노인세대	10세-64세만 있는 세대	4.66 ±3.18	-70.09	<.0001	
	9세이하, 65세이상 세대	5.72 ±3.71			
결손 후 1년간 총 진료비	급여내역 없음	3.68 ±2.13	13096.80	<.0001	
	30만원미만	4.76 ±3.23			
	30만원 -100만원미만	5.67 ±3.72			
	100만원 이상	6.11 ±3.86			

* 주) 총진료비는 비급여를 제외한 공단부담금과 본인부담금의 합산액

4. 재체납에 영향을 미치는 관련요인

가. 건강보험료 결손 후 재체납 관련요인 분석

재체납에 영향을 미치는 관련요인을 다변량분석하기 위하여 먼저 독립변수 간에 상관분석을 실시하여 다중공선성을 확인한 결과⁵⁰⁾, 변수간 상관계수는 낮았으나, 세대원 수와 월 보험료에는 상관관계가 인정되어 세대원 수를 월 보험료에 보정⁵¹⁾하고, 로지스틱 회귀분석(Logistic regression)을 실시하였다. 그 결과는 《표 18》과 같다.

먼저 사회경제적 요인으로 고려된 세대주의 성별에서는 세대주가 남자일 때보다 여자일 때 재체납 가능성(Odds ratio, OR)이 7%P 낮았고, 세대주의 연령이 증가할수록 재체납 가능성은 낮아졌다. 29세미만 세대주를 기준으로 65세 이상일 경우 52%P, 50-64세는 49%P, 40대는 37%P, 30대는 29%P 차이를 보이며 재체납 가능성은 지속적으로 감소하였고, 모두 통계적으로 유의하였다. 세대의 거주지 특성에서는 대도시에 거주하는 세대에 비해, 중소도시 거주세대의 재체납 가능성이 상대적으로 13%P 더 낮았으며, 통계적으로 유의하였다. 농어촌 세대의 경우 대도시 세대보다 3%P 재체납 가능성이 낮았지만 통계적으로 유의하지 않았다($p < 0.0864$). 세대원 수를 보정한 월 보험료에서는 보험료가 증가할수록 1%P의 미미한 차이를 보이면서 재체납 가능성이 낮아지는 것으로 분석되었다. 자동차를 보유한 세대는 미보유 세대에 비해 5%P정도 재체납 가능성이 낮았으며, 보험료 경감 적용세대는 비적용 세대에 비해 전체적으로 22%P 재체납 가능성이 낮게 나타났고, 통계적으로도 모두 유의하였다.

또한 결손 전 보험료 체납기간이 길어질수록 즉 장기체납세대일수록 결손 후 재체납 가능성은 높아졌다. 3-6개월 단기 체납세대를 기준으로 볼 때, 7-12개월

50) 변수들간의 상관분석 결과는 《부표 3》와 같다. 월 보험료와 세대원 수(0.469), 자동차 보유여부와 월 보험료(0.458), 보험료 경감여부와 거주지(0.462), 아동·노인세대 여부와 세대원 수(0.663)간에는 다중공선성이 존재하였지만, 상관계수는 0.7이하였다.

51) 세대원 수를 보정하지 않은 보험료를 그대로 사용하게 되면, 세대원 수가 많은 경우 보험료가 높아질 수 있기 때문에 주로 연구자들이 보정된 보험료를 사용하고 있다(이상이, 2004)

【산출방식은 세대원 수 보정 월보험료 = (월 보험료) ÷ (세대원 수)^{1/2}】

체납세대가 1.99배, 13개월-24개월 체납세대는 2.33배, 2년이상 체납세대는 2.25배 재체납 가능성이 높게 나타났고, 통계적으로도 유의하였다. 과거 결혼 경험여부에 따른 분석에서는 결혼경험이 많아질수록 결혼 후 재체납 가능성이 높아졌는데, 한시적 결혼수혜가 처음인 세대 즉 과거 결혼 경험이 없는 세대와 비교하여, 과거1회 결혼경험 세대는 1.22배, 과거 2회 이상 결혼경험 세대는 1.30배 재체납 가능성이 상대적으로 높게 나타났으며, 통계적으로도 유의하였다. 보험료 납부방법에 있어서는 자동이체 세대의 경우 고지서 납부세대에 비해 89.2%P 재체납 가능성이 매우 낮게 나타났다.

한편, 의료이용 필요도를 고려한 특성으로, 세대원의 수 즉 가족수가 증가할수록 재체납 가능성은 줄어들었다. 1인 단독세대를 기준으로, 세대원이 2명인 세대는 20%P, 3명은 35%P, 4명이상 가족세대의 경우에는 37%P 재체납 가능성이 지속적으로 감소하였고 통계적으로 유의하였다. 장애인이 있는 세대는 없는 세대에 비해 12%P, 9세 이하 아동이나 65세이상 노인이 있는 세대는 그렇지 않은 세대에 비해 14%P 재체납 가능성이 낮게 나타났고, 모두 통계적으로 유의하였다. 하지만 세대원 중에서 만성질환이나 희귀난치성 질환자가 있는 세대는, 이런 질환자가 없는 세대에 비해 1.05배 재체납 가능성이 높게 나타났고, 통계적으로도 유의하였다. 결혼 후 1년간 세대전체의 의료이용에 소요된 총 진료비에서는, 1년간의 총 진료비가 높을수록 재체납할 가능성이 급격히 낮아졌는데, 의료이용이 없었던 세대에 비해, 30만원 미만 세대는 66%P, 30-100만원 미만 세대는 78%P, 100만원 이상 세대의 경우 80%P 차이를 보이며 재체납 가능성이 지속적으로 감소하였고 통계적으로도 유의하였다.

다른 요인을 모두 통제한 상태에서 재체납에 영향을 미치는 관련요인을 로지스틱 분석한 결과, 세대주의 성·연령, 거주지역, 월 보험료, 자동차 보유여부, 보험료 경감여부, 결혼 전 체납기간, 과거 결혼 경험, 보험료 납부방법, 세대원의 수, 장애인 세대, 만성질환이나 희귀난치성 질환자 세대, 9세이하 아동이나 65세이상 노인 세대, 결혼 후 총 진료비, 14가지 세대특성 모두 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 재체납 관련요인으로 분석되었다.

《표 18》 건강보험료 결손 후 재체납 관련요인 분석

	변 수	세부분류	OR	95% 신뢰구간	P-value
사 회 경 제 적 특 성	세대주 성 별	남자			
		여자	0.926	0.909 -0.943	<.0001
	세대주 연 령	29세이하			
		30세-39세	0.707	0.685 -0.729	<.0001
		40세-49세	0.629	0.611 -0.649	<.0001
		50세-64세	0.512	0.495 -0.530	<.0001
	거주지	65세 이상	0.478	0.452 -0.505	<.0001
		대도시			
		중소도시	0.869	0.854 -0.886	<.0001
	세대원수 보정 보험료	농어촌	0.966	0.928 -1.005	0.0864
세대원수 보정 보험료		0.990	0.990 -0.990	<.0001	
자동차 보유여부		자동차 없음			
		자동차 있음	0.946	0.920 -0.972	<.0001
보험료 경감여부	비적용				
	적 용	0.780	0.759 -0.801	<.0001	
결 손 전 보 험 료 체 납 기 간	결손 전 보험료 체납기간	3개월 - 6개월 체납			
		7개월 - 12개월 체납	1.990	1.938 -2.043	<.0001
		13개월 - 24개월 체납	2.327	2.272 -2.384	<.0001
		2년 이상 체납	2.247	2.194 -2.301	<.0001
	보험료 결손 경험 횟수	과거 결손 없음			
		1회	1.215	1.178 -1.253	<.0001
보험료 납부방법	2회 이상	1.300	1.232 -1.372	<.0001	
	고지서 납부	자동이체	0.108	0.105 -0.112	<.0001
전 체 세대원수		1명(단독세대)			
	2명	0.800	0.778 -0.823	<.0001	
	3명	0.652	0.629 -0.675	<.0001	
	4명 이상	0.629	0.604 -0.654	<.0001	
장애인 세대	장애인 없음				
	장애인 있음	0.879	0.839 -0.921	<.0001	
만성질환·회귀난치성 질환자 세대	질환자 없음				
	질환자 있음	1.055	1.018 -1.095	0.0038	
아동·노인세대	10세-64세만 있는 세대				
	9세이하, 65세포함 세대	0.864	0.834 -0.895	<.0001	
결 손 후 1 년 간 총 진 료 비	급여내역 없음	30만원미만	0.340	0.330 -0.350	<.0001
		30만원 -100만원미만	0.229	0.222 -0.236	<.0001
		100만원 이상	0.203	0.196 -0.210	<.0001

* 주) 총진료비는 비급여를 제외한 공단부담금과 본인부담금의 합산액

나. 건강보험료 결손 후 재체납 기간 관련요인 분석

재체납에 미치는 관련요인을 분석하고 연구가설을 검증하기 위하여, 최종적으로 재체납 기간을 고려한 콕스의 비례위험 모형(Cox's proportional hazard model)을 통해 재체납 가능성을 분석하였다. 그 결과는 《표 19》와 같다.

세대주의 성별 비교에서는 세대주가 여자인 경우는 남자일 때보다 상대적으로 재체납 가능성(hazard ratio)이 2%P 낮았으며, 세대주의 연령이 높아질수록 재체납 가능성은 지속적으로 낮아졌다. 29세 이하 세대주를 기준으로 재체납 가능성이 30대는 6%P, 40대는 9%P, 50-64세는 14%P, 65세 이상인 경우는 15%P 더 낮게 나타났으며, 통계적으로 모두 유의하였다.

세대의 거주지 특성에서는 대도시 거주세대에 비해 중소도시 거주세대가 3%P 재체납 가능성이 낮았고, 통계적으로 유의하였다. 농어촌 거주세대의 경우 대도시에 비해 0.9%P 미미한 차이로 재체납 가능성이 낮았으나 통계적으로 유의하지 않았다($p < 0.1885$).

세대원 수를 보정한 월 보험료에서는 보험료가 증가할수록 아주 미미한 차이였지만 재체납 가능성이 0.3%P 낮게 분석되었고, 자동차를 보유한 세대는 미보유 세대에 비해 상대적으로 재체납 가능성이 2%P 낮게 나타났다. 또한, 보험료 경감 적용세대는 비적용세대에 비해 상대적으로 재체납 가능성이 7%P 낮게 나타났으며, 모두 통계적으로 유의하였다.

결손 전 보험료 체납기간에 있어서는 체납기간이 길어질수록 재체납 가능성이 높아졌는데, 3개월-6개월 단기체납세대에 비해, 7-12개월은 1.25배, 체납기간이 1년이상인 세대는 1.30배 재체납 가능성이 지속적으로 높아졌고 통계적으로도 모두 유의하였다.

과거 보험료 결손경험에 있어서는 한시적 결손수혜 이전 과거 결손경험이 1회, 2회로 늘어날수록 결손 후 재체납 가능성은 각각 1.04배, 1.05배 지속적으로 증가하였고, 그 차이는 미미하였지만 통계적으로 유의하였다.

보험료 납부방법이 자동이체인 세대는 고지서 납부세대에 비해, 결손 후 재체납 가능성이 무려 69%P 낮았는데, 이는 통계적으로도 유의하였다.

한편, 전체 세대원의 수에 있어서는 1인 단독세대를 기준으로 세대원의 수가 증가할수록 재체납 가능성은 지속적으로 낮아지는 것으로 분석되었다. 세대원의 수가 2명은 7%P, 3명은 15%P, 4명 이상 가족세대의 경우 18%P의 차이를 보이면서 재체납 가능성이 지속적으로 낮아졌고, 통계적으로 모두 유의하였다.

장애인이 있는 세대는 없는 세대에 비해, 9세 이하 아동이나 65세 이상 노인이 있는 세대는 그렇지 않은 세대에 비해, 재체납 가능성이 각각 5%P 정도 낮았으며, 통계적으로도 모두 유의하였다. 만성질환자 및 희귀난치성 질환자가 있는 세대의 경우, 질환자가 없는 세대에 비해 1.02배 미미한 차이로 재체납 가능성이 높게 나타났다.

결혼 후 1년간 세대전체의 총 진료비 분석에서는 급여내역이 없는 세대에 비해, 1년간 총 진료비가 30만원 미만 세대는 17%P, 30-100만원 미만 세대는 27%P, 100만원 이상 세대는 32%P 차이를 보이면서 총 진료비가 증가할수록 재체납 가능성은 지속적으로 감소하는 것으로 분석되었고 통계적으로도 모두 유의하였다.

최종적으로 실시된 재체납 기간을 고려한 콕스의 생존분석 결과에서도, 세대주의 성·연령, 거주지역, 월 보험료, 자동차 보유여부, 보험료 경감여부, 결혼 전 체납기간, 과거 결혼 경험, 보험료 납부방법, 세대원의 수, 장애인 세대, 만성질환이나 희귀난치성 질환자 세대, 9세이하 아동이나 65세이상 노인 세대, 결혼 후 총 진료비 특성이 모두 결혼 후 재체납에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되었고, 이는 앞서 실시된 로지스틱 분석결과와도 동일하였다.

《표 19》 건강보험료 결손 후 재체납 기간 관련요인 분석

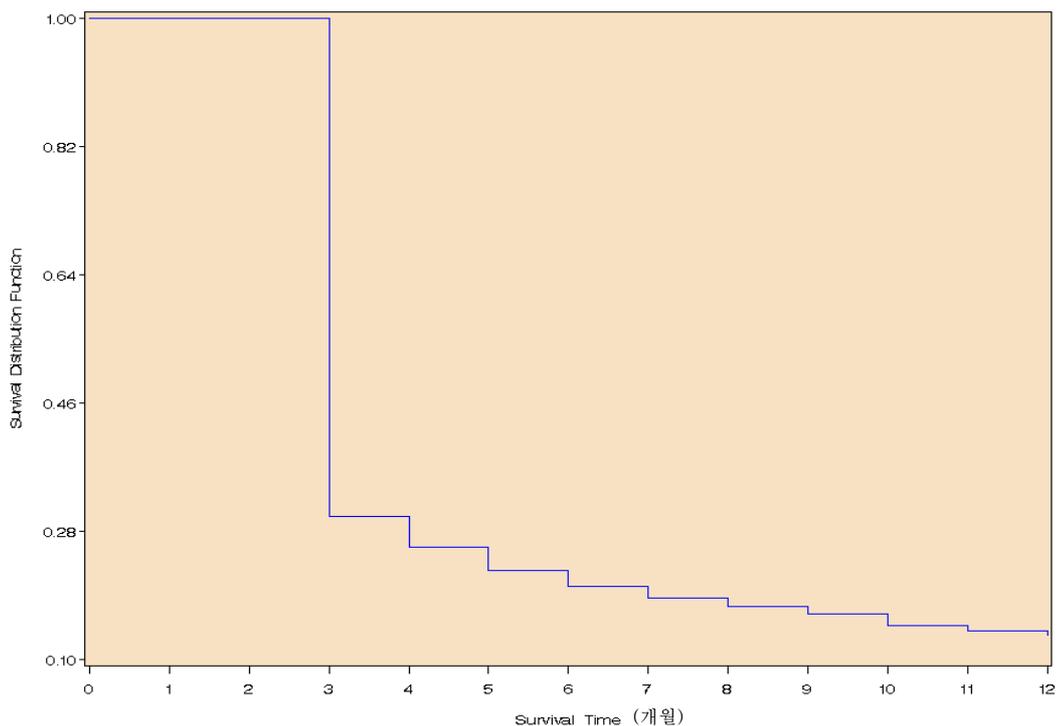
	변 수	분 류	HR	95% 신뢰구간	P-value
경 제 적 특 성	세대주 성 별	남자			
		여자	0.980	0.973 -0.986	0.0001
	세대주 연 령	29세이하			
		30세-39세	0.935	0.927 -0.943	<.0001
		40세-49세	0.908	0.900 -0.916	<.0001
		50세-64세	0.858	0.849 -0.868	<.0001
		65세 이상	0.846	0.829 -0.865	<.0001
	거주지	대도시			
		중소도시	0.965	0.959 -0.971	<.0001
		농어촌	0.991	0.977 -1.005	0.1885
	세대원수 보정 보험료		0.997	0.997 -0.997	<.0001
	자동차 보유여부	자동차 없음			
		자동차 있음	0.978	0.968 -0.989	<.0001
	보험료 경감여부	비적용			
		적 용	0.932	0.923 -0.941	<.0001
	결손 전 보험료 체납기간	3개월 - 6개월 체납			
		7개월 - 12개월 체납	1.252	1.239 -1.265	<.0001
		13개월 - 24개월 체납	1.303	1.291 -1.316	<.0001
		2년 이상 체납	1.303	1.290 -1.315	<.0001
	보험료 결손 경험 횟수	과거 결손 없음			
1회		1.039	1.030 -1.049	<.0001	
	2회 이상	1.050	1.034 -1.065	<.0001	
보험료납부방법	고지서 납부				
	자동이체	0.313	0.306 -0.321	<.0001	
의 료 이 용	전 체 세대원 수	1명(단독세대)			
		2명	0.930	0.920 0.939	0.0001
		3명	0.849	0.837 -0.860	0.0001
		4명 이상	0.820	0.807 -0.833	0.0001
장애인 세대	장애인 없음				
	장애인 있음	0.953	0.936 -0.970	<.0001	
만성질환·회귀난치성 질환자 세대	질환자 없음				
	질환자 있음	1.020	1.005 -1.035	0.0091	
필 요 도	아동·노인 세대	10- 64세만 있는 세대			
		9세이하, 65세이상포함세대	0.955	0.942 -0.968	<.0001
		급여내역 없음			
결손 후 1년간 총 진료비	30만원미만	0.830	0.824 -0.836	<.0001	
	30만원 -100만원미만	0.730	0.723 -0.737	<.0001	
	100만원 이상	0.691	0.684 -0.699	<.0001	

* 주) 총진료비는 비급여를 제외한 공단부담금과 본인부담금의 합산액

다. 건강보험료 결손 후 재체납 기간에 대한 생존곡선

2005년 한시적 보험료 지원사업 이후 1년동안 지역자격이 유지되어 다시 보험료 납부의무가 주어진 저소득·취약계층 539,405세대에 대하여, 건강보험료 결손 후 1년동안 재체납 기간(3개월 이상 체납 발생시점까지의 기간)을 고려한 생존분석 결과, 《그림 6》의 kaplan-Meier 생존곡선에서와 같이 결손 후 3개월 시점에서 지원세대의 69.9%인 377,067세대에서 재체납이 발생하였다. 3개월이 지난 후에는 구간별 재체납 발생률은 꾸준히 감소하였으나, 결손 후 10개월이 지난 시점에서 그동안 성실납부세대(88,364세대)의 10%인 8,821세대에서 재체납이 발생하여 다른 구간보다 높은 재체납 발생률을 보였다. 1년이 경과한 후 전체 지원세대 중 86.7%의 세대에서 재체납이 발생하였다(표 20 참조)

《그림 6》 결손 후 재체납 기간에 대한 생존곡선



《표 20》 재체납 기간을 고려한 재체납 누적률

(단위 : 세대, %)

재체납 기간	재체납 발생세대	재체납 누적세대	재체납 누적률	재체납 발생률
전체 대상	539,405	-	-	-
3개월	377,067	377,067	69.9	69.9
4개월	23,305	400,372	74.2	14.4
5개월	17,939	418,311	77.6	12.9
6개월	11,957	430,268	79.8	9.9
7개월	8,648	438,916	81.4	7.9
8개월	6,686	445,602	82.6	6.7
9개월	5,439	451,041	83.6	5.8
10개월	8,821	459,862	85.3	10.0
11개월	4,319	464,181	86.1	5.4
12개월	3,511	467,692	86.7	4.7

* 주) 결손 후 1년동안 매월 납부일 경과시점에서 재체납(3개월이상 체납)발생여부를 확인·발체함.

라. 단독세대의 결손 후 재체납 기간 관련요인 분석

연구대상세대 중 1인 단독세대가 362,009세대로 전체의 67.1%를 차지하고 있어, 단독세대만을 대상으로 콕스의 생존분석을 별도 실시하였다. 《표 21》에서 보는 바와 같이, 앞서 전체 세대의 분석 결과와 차이가 없는 것으로 확인되었는데, 단독세대의 경우에도 연령이 높아질수록, 월 보험료가 많을수록, 결손 전 체납기간이 짧을수록, 자동이체 세대가, 장애인 세대가, 결손 후 1년간 총 진료비가 많을수록 재체납 가능성은 낮아졌고 통계적으로도 모두 유의하였다.

《표 21》 단독세대의 결혼 후 재채납 기간 관련요인 분석

변수	분류	빈도	백분율	HR	95% 신뢰구간	P-value
성별	남자	227,684	62.89			
	여자	134,325	37.11	1.006	0.998 -1.014	0.1472
연령	29세미만	67,614	18.68			
	30세-39세	116,671	32.23	0.928	0.918 -0.937	<.0001
	40세-49세	117,718	32.52	0.901	0.891 -0.910	<.0001
	50세-64세	50,547	13.96	0.852	0.842 -0.863	<.0001
	65세이상	9,459	2.61	0.747	0.705 -0.791	<.0001
거주지	대도시	183,609	50.72		-	
	중소도시	150,310	41.52	0.968	0.961 -0.976	<.0001
	농어촌	28,090	7.76	0.981	0.964 -0.999	0.038
월보험료	1만원미만	79,797	22.04			
	1만원-1만5천원미만	183,773	50.76	1.022	1.011 -1.034	0.0001
	1만5천원-3만원미만	91,393	25.25	0.979	0.967 -0.992	0.0014
	3만원 이상	7,046	1.95	0.742	0.719 -0.766	<.0001
자동차 보유여부	자동차 없음	328,373	90.71			
	자동차 있음	33,636	9.29	0.969	0.955 -0.983	<.0001
보험료 경감여부	비적용	288,784	79.77			
	적용	73,225	20.23	1.009	0.996 -1.023	0.1803
결혼 전 보험료 채납기간	3개월 - 6개월	48,370	13.36			
	7개월 - 12개월	59,558	16.45	1.215	1.199 -1.231	<.0001
	13개월- 24개월	110,470	30.52	1.248	1.233 -1.263	<.0001
	2년 이상	143,611	39.67	1.237	1.222 -1.252	<.0001
보험료결손 경험 횟수	과거 결손 없음	302,053	83.44			
	1회	43,780	12.09	1.038	1.027 -1.050	<.0001
	2회 이상	16,176	4.47	1.053	1.035 -1.071	<.0001
보험료 납부방법	고지서 납부	351,031	96.97			
	자동이체	10,978	3.03	0.308	0.299 -0.318	<.0001
장애여부	비장애	352,675	97.42			
	장애	9,334	2.58	0.978	0.955 -1.003	0.0815
만성·희귀난치성 질환 여부	없음	325,009	89.78			
	있음	37,000	10.22	1.043	1.030 -1.056	<.0001
결혼 후 1년간 총 진료비	급여내역 없음	136,468	37.70			
	30만원미만	148,680	41.07	0.836	0.830 -0.843	<.0001
	30만원 -100만원미만	53,352	14.74	0.748	0.739 -0.756	<.0001
	100만원 이상	23,509	6.49	0.721	0.710 -0.733	<.0001

주) 빈도는 세대(명), 백분율은 %

* 총진료비는 비급여를 제외한 공단부담금과 본인부담금의 합산액

5. 연구가설 검증

이 연구에서 설정된 가설검정의 결과는 다음과 같다.

(1) 사회경제적 요인에 따른 가설

저소득·취약계층 지역채납세대의 경우, 사회경제적 요인을 고려한 세대특성으로, '세대주 성별·세대주 연령·거주지역·월 보험료·자동차 보유여부·보험료 경감 여부·결손 전 보험료 체납기간·과거 결손경험·보험료 납부방법'이 건강보험료 결손 후 재체납에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 관련요인 일 것이다.

가설 (1)을 검증하여 보면, 세대주가 여자일 때, 세대주의 연령이 높아질수록, 대도시 거주세대에 비해 중소도시 거주세대가, 월 보험료가 증가할수록, 자동차를 보유한 세대가, 보험료 경감적용을 받는 세대가, 결손 전 체납기간이 짧을수록, 보험료 결손경험이 적을수록, 자동이체 납부 세대가 통계적으로 유의미한 차이를 보이면서 재체납 가능성이 낮게 분석되었다.

(2) 의료이용 필요도에 따른 가설

저소득·취약계층 지역채납세대의 경우, 의료이용 필요도를 고려한 세대특성으로, '세대원의 수·장애인 세대·만성질환이나 희귀난치성 질환자 세대·9세 이하 아동이나 65세이상 노인세대·결손 후 1년간 총 진료비'가 건강보험료 결손후 재체납에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 관련요인 일 것이다.

가설 (2)을 검증하여 보면, 세대원의 수가 증가할수록, 장애인이 있는 세대가, 만성질환이나 희귀난치성 질환자가 있는 세대가⁵²⁾, 9세 이하 아동이나 65세이상 노인이 있는 세대가, 결손 후 1년간 의료이용 총진료비가 증가할수록, 통계적으로 유의미한 차이를 보이면서 재체납 가능성이 낮은 것으로 분석되었다.

결론적으로, 재체납에 영향을 미치는 관련요인으로 설정된 사회경제적 요인과 의료이용 필요도를 고려한 세대특성 모두 인정되어 가설(1)과 (2)는 부합되었다.

52) 만성·희귀난치성 질환자 세대의 경우, 다변량분석에서는 단변량 분석결과와 상반되게 총 진료비 변수와의 교호작용으로 재체납 가능성이 1.02배 높게 나타났으나, 총 진료비 변수를 제거하고 다른 변수를 통제 후 다변량 분석시에 단변량 분석에서와 동일하게 재체납 가능성이 4%p 낮게 분석되었다.

V. 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구는 2005년 한시적 보험료 지원세대인 저소득·취약계층 지역체납세대를 중심으로, 건강보험료 결손 후 1년동안 재체납에 영향을 미치는 관련요인을 분석하고자 실시하였다.

연구대상은, 한시적 보험료 지원 사업으로 체납보험료를 결손승인받고, 다시 1년 동안 지역보험료 납부의무가 주어진 자격 유지세대 전체인 539,405세대이다. 결손 후 1년동안 지역가입 자격유지세대를 전체대상으로 선정하므로 인해, 생존 분석시 결측치를 최소화할 수 있었고, 세대특성간의 비교분석결과에서 모든 변수들이 통계적으로 유의한 결과값을 보여주었다.

또한, 자료분석에 앞서 건강보험료 체납요인을 분석한 선행연구 고찰을 통해 보험료 납부능력과 관련된 '사회경제적 요인'과 건강보험 급여혜택과 관련된 '의료이용 필요도'를 고려하여 독립변수와 연구가설을 설정하였다. 연구방법으로는 세대특성별 재체납 여부는 X^2 -검정을, 재체납 기간 분석은 t-test와 ANOVA를 통해 단변량 분석하였다. 이어 세대특성간의 다중공선성에 대한 상관분석을 거친 후, 재체납에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 최종적으로, 재체납 기간을 고려한 콕스의 비례위험모형(Cox proportional hazard model)으로 생존분석을 실시하여, 재체납 관련요인에 대한 연구가설을 검정하였다.

이 연구에서 사용된 자료는 국민건강보험공단에서 전산 구축된 전국민 자료를 사용하였다. 이 자료는 정부의 행정전산망과 연계되고 있어, 연구대상 시점에서 세대주의 성·연령, 세대의 거주지, 장애인 여부 등 인구사회학적 자료와 재산·소득·자동차 등 생활능력과 관련된 과표 자료를 정확히 반영시킬 수 있었다. 또한 국민건강보험공단의 개인별 진료비 청구자료를 사용하므로써, 비급여항목을 제외한 모든 의료이용량(총진료비)을 세대별로 빠짐없이 합산·산출하였고, 연구대상세대의 만성·회귀난치성 질환자 포함 여부 및 1년간 총 진료비 지출 규모 등 의료이용 필요도를 파악하기에 가장 적합한 자료를 활용하였다고 본다.

또한, 이 연구는 선행연구들과 비교할 때 의미있는 특징들을 가지고 있다.

첫째, 기존의 연구는 단기간의 시계열 자료를 이용하는데 비해, 이 연구는 2005년 6월~2006년 5월까지 1년 동안의 보험료 납부자료 및 진료비 청구자료를 추적 활용하므로써, 재체납 여부 및 재체납 기간이 고려된 분석이 가능하였다.

둘째, 국민건강보험공단의 전국민 자료를 활용하여, 연구대상세대를 동일한 기준으로 전수발췌하여 분석하므로써, 일부지역에 국한된 기존 연구와는 차별화 될 수 있다. 특히 분석자료의 통계적 유의성이 높고, 연구결과를 일반화할 수 있어 정책 마련을 위한 기초자료로서 활용가치가 있다고 판단된다.

셋째, 선행연구에서는 재산·소득이 상이한 전체 체납세대중 일부만 선정하거나, 보험료 수준으로 구간별 표본추출 후 설문조사 등을 통한 분석인데 비해, 이 연구에서는 일정기준으로 정의된 저소득·취약계층 중 빈번한 독촉으로 체납사실이 인지되어 있는 결손승인세대를 연구대상으로 선정하였다. 따라서, 보험료 납부기한을 놓친 일시적 체납세대나 체납사실을 인지하지 못한 단순 체납세대 등이 대상에서 최대한 제외되어 연구대상의 명확성을 기하였고, 통계분석과정에서의 혼란변수와 편의(bias)에 의한 분석오류를 줄였으며, 재체납 기간을 고려한 생존분석을 추가로 실시하여 보다 정확한 연구결과를 얻고자 노력하였다.

넷째, 선행연구는 특정시점에서의 체납여부를 보고 체납세대를 선정하므로써, 체납보험료를 일시에 소급하여 완납하거나, 상시 2-3개월 체납하는 세대를 성실납부세대로 오인하는 경우가 있는 반면, 이 연구에서는 결손 후 1년 동안의 보험료 재체납 여부와 재체납 발생시점을 지정함에 있어서, 결손 후 3개월이 지난 과거시점으로 돌아가, 보험료 체납여부를 확인하여 재체납 시점을 구축하므로써, 재체납 기간 등 분석기초자료의 정확성을 기하고자 하였다.

마지막으로, 선행연구에서는 체납보험료 누적에 따른 납부부담을 통제할 수 없었지만, 이 연구는 체납보험료 결손 후 다시 보험료 납부의무가 주어진 동일한 출발선상에서, 재체납 관련요인을 분석한 최초의 연구였다. 또한 2005년 한시적 보험료 지원사업의 실효성 분석도 동시에 이루어져, 연구결과를 토대로 저소득·취약계층을 위한 맞춤형 정책 제안이 가능하였다.

2. 연구결과에 대한 고찰

이 연구를 통하여, 저소득·취약계층 지역체납세대의 결손 후 재체납 관련요인을 분석한 결과를 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 저소득·취약계층 지역체납세대의 일반적 특성에서는 총 539,405세대 중 세대주가 남자인 세대가 여자일 때보다 28.2% 많았고, 세대주의 연령이 30-40대인 세대가 전체의 절반이상을 차지하였다. 또한 농어촌 거주세대는 7.6%에 불과하였고 대부분이 도시지역에 거주하는 것으로 조사되었다. 세대당 월 보험료는 전체의 92.5%가 3만원미만 세대로, 이중 1만-3만원미만 세대가 71.2%로 가장 많았다. 또한, 연구대상세대의 대부분이 재산·소득 무자료 세대였는데, 무 재산 세대 92.69%, 무소득 자료 세대 94.5%, 자동차 미보유세대 88.0%였다. 보험료 경감세대⁵³⁾는 23.3%, 자동이체 세대는 전체의 3.7%에 불과하였다. 결손 전 체납기간이 1년 이상인 장기체납세대는 전체의 66.9%를 차지하였고, 체납기간이 길어질수록 점유율이 높아졌다. 또한, 한시적 보험료 지원사업으로 결손수혜가 처음인 세대, 즉 과거 결손 경험이 없는 세대가 전체의 85.1%를 차지하였다. 한편, 1인 단독세대가 전체의 67.1%를 차지하고, 전체 세대원의 수가 증가할수록 상대적으로 점유율이 낮아져서 4인 이상 가족세대는 8.5%에 불과하였다. 장애인이 있는 세대는 3.5%, 만성·희귀난치성 질환자가 있는 세대는 14.1%, 9세 이하 아동이나 65세 이상 노인이 있는 세대는 전체의 12.6%를 차지하는 것으로 나타났다. 또한 보험료 결손으로 건강보험수급권이 부활하였는데도 결손 후 1년간 급여내역이 전무한 세대가 무려 28.8%를 차지하는 것으로 조사되었다.

이 연구에서는 저소득·취약계층의 보험료 재체납 관련요인으로 사회경제적 요인과 의료이용 필요도를 고려하여 세대특성을 구분, 연구가설로 설정하였다. 사회경제적 요인으로는 세대주의 성별·연령, 거주지역, 월 보험료, 자동차 보유여부, 보험료 경감여부, 결손 전 체납기간, 과거 결손 경험, 보험료 납부방법을 재체납 요인으로 보았고, 의료이용 필요도를 고려한 특성에는 세대원의 수, 장애인 세대,

53) 보험료 경감적용 세대 23.3%에서, 경감률 30% 적용세대가 16.5%, 나머지는 1.0%-1.7%사이였고, 경감유형에서는 농어촌 15.2%, 노인세대 3.3%, 장애세대 3.1%, 농어민 0.9%, 모자세대 0.6% 등이다.

만성·희귀난치성 질환자 세대, 9세 이하 아동이나 65세이상 노인 세대, 결혼 후 1년간 총 진료비를 재체납 관련요인으로 연구분석하였다. 결과적으로 연구가설로 설정된 세대특성들이 모두 재체납에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되었고, 선행연구의 체납요인 및 실태분석의 결과와도 대체로 동일하였다.

보다 구체적으로 연구결과를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 세대주가 여자일 경우 남자일 때보다 재체납 가능성은 약간 낮았고, 세대주의 연령이 높아질수록 재체납 가능성은 낮아졌다. 이는 젊고 건강한 세대주의 체납률이 일반적으로 높았던 선행연구와 같은 결과로서, 저소득·취약계층 지역체납세대의 경우에서도, 세대주의 연령이 높아질수록 보험료 납부능력과 상관없이 의료이용 필요도가 높아서 재체납 가능성이 낮아지는 것으로 보여진다.

또한 중소도시 거주세대가 대도시 거주세대에 비해 상대적으로 재체납 가능성이 다소 낮게 나타났다. 저소득·취약계층 지역체납세대는 주로 대도시(51%)와 중소도시(41%)에 거주하고 있어, 대도시 등 도시지역 거주세대에 대한 지원방안이 강화되어야 할 것으로 보여진다.

둘째, 월 보험료가 증가할수록 재체납 가능성은 경미한 차이를 보이면서 낮아졌고, 자동차 보유세대가 미보유 세대보다 재체납 가능성이 상대적으로 낮았다. 특히 월 보험료 3만원 이상 세대에서 재체납 기간(재체납까지의 경과기간)이 상대적으로 길었는데, 이는 환가가치 없는 자동차라도 차를 보유하고 있는 세대는 미보유 세대에 비하여 세대원의 소득활동가능성이 높고, 전월세 등 재산·소득의 부과과표가 있거나, 성·연령 점수가 높은 세대원이 추가되는 경우, 세대당 월 부과액이 3만원 이상으로 책정되는 점을 감안할 때, 월 보험료의 경제적 부담보다는 세대원의 의료이용 필요도와 일정수준 이상의 보험료 납부능력 여하에 따라서 재체납이 발생한다고 볼 수 있다.

셋째, 보험료 경감적용 세대가 비적용 세대에 비해 재체납 가능성이 낮았다. 그 차이는 로지스틱 회귀분석시 22%P 였다가, 재체납 기간을 고려한 생존분석 결과에서는 7%P차이로 좁혀졌다. 이는 단기적으로는 보험료 경감적용이 보험료 체납을 방지하는 유인책으로 작용하겠지만, 소득이나 보험료 납부능력이 상실된

체납세대의 경우 보험료의 일부경감만으로는 지속적인 보험료 납부가 어렵다고 볼 수 있다. 백운국 외(2003)는 보험료 경감적용이 장기체납을 방지하고, 보험료 납부에 매우 긍정적인 효과를 보이는 것으로 보고 하였지만, 그 차이는 5%P였다. 저소득·취약계층 체납세대의 경우 월 보험료 1만원 미만 세대가 전체의 20.5%인 점을 감안할 때, 보험료 납부가 가능한 적정수준을 분석하여 보험료 경감을 상향조정하는 등 보험료 경감제도의 확대적용을 검토할 필요가 있겠다.

넷째, 결혼 전 장기체납 세대일수록 재체납 가능성이 지속적으로 높아졌다. 3-6개월이하 단기체납세대에 비하여, 7-12개월 체납세대는 1.25배, 1년 이상 장기체납 세대는 1.30배 이상 재체납 가능성이 높게 나타났다. 이처럼 단기체납세대가 보험료 결손사업의 실효성이 높은 것은 보험료 체납에 대한 부담감과 의료이용 필요도가 높기 때문으로 판단되며, 단기체납세대에 대한 납부독촉 및 분할납부 유도 등 보험료 납부를 유인할 수 있는 제도적 방안이 마련되어야 한다.

다섯째, 보험료 결손경험이 많을수록 재체납 가능성이 높아졌다. 한시적 보험료 지원사업 전 결손경험이 없던 세대보다, 과거 결손경험이 1,2회 있는 세대가 각각 1.04배, 1.05배 차이로 재체납 가능성이 지속적으로 높아졌다. 기존의 보험료 결손처분은 국민건강보험공단에서 생활실태 조사 등의 확인을 거쳐 실시되며, 그대상 규모를 최소화하고 있어, 앞서 살펴본 결과를 결손수혜로 인한 도덕적 해이에 의한 재체납으로 보기는 어려울 것이다. 또한 저소득·취약계층 지역체납세대 중 과거 결손경험이 있는 세대는 전체의 14.8%에 불과하였다. 결국 결손경험이 많다는 것은 그만큼 빈곤상태가 심화되어 있다고 볼 수 있어 반복적인 결손으로 인한 행정낭비 보다는, 결손 후에도 보험료 납부가 불가능할 것으로 판단되는 체납세대는 의료급여대상으로 전환되도록 체계적이고 실질적인 지원방안이 모색되어야 한다.

여섯째, 자동이체 납부 세대는 고지서 납부 세대에 비해 결혼 후 재체납 가능성이 무려 68.7%P 낮았다. 보험료의 자동이체가 가능한 은행거래계좌를 소지한 세대의 경우, 소득발생원이 있거나 경제적 지원자가 있을 것으로 추측할 수 있다. 또한 납부기일내 보험료가 자동이체 되므로 인해, 경제적으로 어려워 다소

도덕적 해이가 발생할 수 있는 여지를 사전에 방지할 수 있어, 저소득·취약계층의 체납방지에 크게 기여하고 있는 것으로 평가할 수 있다. 하지만 저소득·취약계층 지역체납세대의 자동이체 세대 비율이 전체의 3.7%에 불과하고, 이는 한시적 지원사업이 있는 2005년 6월 기준으로, 전체 자동이체 세대가 49.6%인데 비하면 현격히 낮은 분포로, 체납방지를 위한 자동이체 납부를 유도할 방안이 강구되어야 할 것이다.

일곱째, 세대원의 수가 증가할수록 재체납 가능성은 지속적으로 낮아졌다. 또한 장애인이 있는 세대나, 9세 이하 아동이나 65세이상 노인이 있는 세대는 그런 세대원이 없는 세대에 비해, 재체납 가능성이 상대적으로 낮았으며, 결혼 후 1년간 의료이용 총 진료비 지출이 많아질수록 재체납 가능성도 지속적으로 낮아지는 것으로 분석되었다. 한편, 만성·희귀난치성 질환자가 있는 세대의 경우 록스의 생존분석시 1.02배 재체납 가능성이 높게 나타났다. 이는 결혼 후 1년간 총 진료비와의 교호작용에 의한 결과로, 총 진료비 변수를 제외하고 다른 변수를 통제한 상태에서 생존분석을 다시 실시하였을 때 질환자가 없는 세대보다 4%P 재체납 가능성이 낮게 분석되었고 통계적으로 유의하였다. 또한 단변량 분석에서도 재체납률이 상대적으로 6.5%P 차이로 낮았으며, 재체납 기간의 분석에서도 질환자가 없는 세대에 비해 0.77개월의 차이로 재체납 발생이 늦어지는 것으로 분석되었다.

결국, 세대원이 많거나, 아동, 노인, 질환자가 있는 세대는 의료이용 필요도가 높기 때문에, 결혼 후 보험급여가 가능하게 되면 제도 순응도가 높아지고, 저소득·취약계층이라 하더라도 재체납할 가능성이 그만큼 감소하게 되는 것이다. 즉 의료이용 필요도가 높은 세대에게 건강보험료 지원사업이 이루어지게 되면, 보험료 성실납부 세대로의 전환 뿐 아니라, 그들의 의료보장에도 기여하게 되어 지원사업의 실효성이 커지게 되는 것이다. 이러한 결과는 건강보험 보장성 강화 등 보험급여 확대로 의료비의 본인부담이 낮아지면 저소득·취약계층의 의료이용이 수월하게 되어, 다소 경제적 어려움이 있더라도 성실납부세대를 유지하게 하는 유인책이 된다는 점에서 의미가 있다. 한시적 보험료 지원 사업후 건강보험

수급권이 부활하였는데도 결손 후 1년동안 의료이용이 없었던 세대의 95.8%는 다시 재체납하는 것으로 분석되었다. 다시 말해서 저소득·취약계층의 경우 의료비 본인부담금에 대한 경제적 부담 등으로 의료이용 필요도를 충족하지 못할 경우에는 어떠한 보험료 지원사업이 이루어지더라도 재체납이 발생하게 되는 것이다.

이 연구결과에 의하면, 저소득·취약계층의 체납보험료 부담을 덜어주어 성실납부세대로의 전환을 유도하고, 그들의 건강보험수급권을 보호하고자 실시했던 2005년 한시적 보험료 지원사업의 실효성은 그리 크지 않았다. 결손 후 3개월 시점에서 지원세대의 69.9%인 377,067세대에서 재체납이 발생하였고, 1년이 경과한 시점에서는 86.7%의 세대에서 재체납이 발생하였다. 결국 전체의 13.3%의 세대만이 성실납부세대로 유지된 것으로 분석⁵⁴⁾되었다. 물론 여기에는 보험료 재체납(3개월이상 체납)발생 후 보험료를 소급납부하거나, 분할납부세대로 전환한 경우는 반영되지 못함으로 인해 재체납률에 영향을 미쳤을 것이다.

마지막으로 저소득·취약계층 체납세대중 1인 단독세대는 전체의 67.1%를 차지하고 있어 1인 단독세대만 별도 분석하였는데, 단독세대주가 남성인 경우가 62.9%, 연령이 30-40대가 64.8%를 차지하였고, 단독세대의 92.2%가 도시지역에 거주하고, 결손 전 체납기간은 13개월 이상이 70.2%로 주로 장기체납세대로 확인되었다. 결손 후 1년 동안 급여내역이 없는 세대는 37.7%로 전체세대에서의 비율보다 다소 높게 나타났다. 세대특성별 재체납 가능성 및 관련요인을 생존 분석한 결과, 전체 연구대상세대의 결과와 동일하였다.

향후 이 연구의 결과를 바탕으로 결손사업의 실효성이 적은 세대를 대상으로 보다 면밀하게 추가분석이 이루어져야 할 것이다. 특히 저소득·취약계층 지역체납세대 중 1인-2인 세대는 전체의 82.5%를 차지하고 있고, 이들중 의료이용 필요도가 낮은 세대를 중심으로 세부적인 실태조사가 우선되어야 할 것이다.

54) 3개월 체납시점이 지난 후 소급해서 일괄납부하는 경우와 보험료 체납에 따른 분할납부등으로 성실납부세대로 전환된 세대는 반영되지 못하였음.

3. 연구의 제한점 및 향후 연구방향

이 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 설문조사 및 사회 조사에서 얻을 수 있는 세대특성 즉 실제 소득여부, 핸드폰 사용 요금 등 일반적 소비행태, 건강보험제도에 대한 인식, 결혼수혜에 대한 인지시점 등 결혼 후 보험료 납부에 영향을 미치는 요인들이 제외됨에 따라, 보다 구체적인 분석에는 한계가 있었다. 둘째, 2005년 한시적 보험료 지원사업이 일시에 일괄적으로 이루어지면서 성실납부세대의 도덕적 해이를 우려한 결혼사업의 홍보부족과 결혼 승인 지연⁵⁵⁾으로 인해, 결혼 후 1~2개월 동안 체납상태가 유지된 세대는 전체의 80%이상이었고, 재체납 발생 후 소급해서 완납하거나 분할납부한 세대를 성실납부세대로 반영하지 못하므로 인해 재체납률을 높이는 데 일정부분 기여하였을 것으로 보여진다.

또한, 향후 저소득·취약계층의 건강보험료 체납요인 분석이 이루어진다면, 이 연구결과를 바탕으로, 결혼사업의 실효성이 없는 세대에 대하여 보다 면밀한 연구가 이루어져야 할 것으로 보인다. 특히 1인 단독세대 등 재체납률이 높은 세대특성을 중심으로 세부적인 체납요인을 분석하여 결혼사업의 실효성을 높이는 연구가 추가되어야 한다. 아울러, 이 연구에서는 사회경제적 요인과 의료이용 필요도를 구분하여 서로 상충하는 특성에 대한 연구가 부족하였는데, 체납세대의 2-3가지 세대특성⁵⁶⁾을 서로 연계하여 비교분석하게 된다면, 체납 예상세대를 예측할 수 있어, 보다 정확한 체납방지방안이 제시될 수 있을 것으로 보인다. 또한 전산자료에만 국한하지 않고, 보험료 납부독려과정에서 확인되는 자료나 방문조사를 병행하여 연구가 이루어진다면, 단순 무자료 세대의 도덕적 해이로 인한 체납과 실질적 빈곤계층의 체납을 구분할 수 있는 구체적 방안이 제시될 수 있고, 이에 따라 건강보험재정 안정에 기여하면서 저소득·취약계층의 의료이용을 제고할 수 있는 바람직한 지원방안이 마련될 수 있을 것이다.

55) 한시적 보험료 지원사업은 2005년 6-7월 결혼신청 및 홍보가 이루어졌고, 2005년 10월에 건강보험 재정운영위원회 승인후 최종 결정되므로 인해 대상세대가 결혼수혜를 인지하는 시점이 늦어졌다.

56) 세대주가 여자인 세대중 아동·노인세대 및 만성질환자 여부, 1인 단독세대이면서 총 진료비별 체납여부, 세대주의 연령이 30-40대이면서 급여내역이 없는 세대의 재체납률 분석 등

4. 정책 제안

이 연구결과를 바탕으로 저소득·취약계층 지역보험료 체납세대에 대한 보험료 체납방지 및 바람직한 지원방안에 대하여 다음의 정책 제안을 하고자 한다.

첫째, 저소득·취약계층 지역체납세대에 대하여는 보다 면밀한 추가 연구가 이루어져야 할 것이다. 저소득·취약계층 중에도 동일한 여건에서 성실납부세대가 있고, 의료이용 필요도가 낮아 체납이 장기화되는 세대에게 결손처분이 이루어진다면 건강보험 재정악화 뿐 아니라 도덕적 해이로 인한 체납을 양산할 수 있다는 점에서 매우 위험한 일이다. 그러므로 재산·소득 파악이 어려운 경우, 핸드폰 사용요금이나 유선 TV사용, 해외출입국 여부 등 일반적인 소비행태들을 고려하여 보험료 납부능력을 분석하는 등, 보다 정확한 지원대상자 선정기준을 마련하기 위한 추가 연구가 우선되어야 한다.

둘째, 보험료 결손처분에 앞서, 체납이 장기화되지 않도록 맞춤형 체납방지 방안을 제안한다. 보험료 납부가 경제적으로 어려운 세대는 가족이 없거나, 의료이용 필요도가 낮게 되면, 제도 순응도가 떨어지고 체납이 장기화되는 것은 자명한 일이다. 특히 1-2인 단독세대가 전체의 82.5%를 차지하는 것으로 분석된 연구결과를 참고하면, 가장 효과적인 체납방지방안은 경제적 활동 가능성이 있으면서 의료이용 필요도가 낮은 1-2인 세대의 보험료 체납을 최대한 방지하는 방향으로 모색되어야 한다. 이를 위하여 사회연대로서의 건강보험제도에 대한 적극적인 홍보로 보험료 납부기여를 유도하고, 체납기간별 체납자 관리방안이 분리 추진되어야 한다. 먼저 1년 이상 장기체납세대는 우편 납부독촉을 지속하기보다, 의료이용 필요도가 높은 생계형 체납세대 선별 기준이나 생활실태조사 등을 통해 결손대상자를 확대·적용하고, 결손에서 제외되는 세대는 조속히 체납처분을 추진하여야 한다. 또한 일본의 제도처럼 의료이용시 의료기관에서 수진자 자격확인 후 진료비 전액을 부담한 영수증을 제출하면 체납보험료와 보험자 부담금을 상계정산하여 진료비 일부를 돌려주는 제도를 도입하거나, 장기 체납세대가 체납금을 성실히 분할납부하는 경우 체납액의 일정비율을 탕감하는 보상제도 등 새로운 제도가 모색되어야 한다. 또한, 단기체납세대를 별도 관리

하는 시스템을 도입하여 납부독촉과 분할납부 제도를 활성화하고, 국고지원을 통한 무이자 대출, 지방자치단체 등의 지원에 의한 건강보험료 대납사업 등, 다양하고 적극적인 체납자 관리방안을 마련하여야 한다. 단기체납세대의 경우, 결혼 후 재체납 가능성이 장기체납세대에 비해 현저히 낮았던 이 연구결과를 보면, 조기에 적극적인 납부독려와 제도적 유인책을 마련하면 체납이 장기화되는 것을 사전에 방지할 수 있을 것이다.

셋째, 보험료 경감률의 상향조정과 경감적용대상자 확대를 통해, 결혼대상 세대의 보험료 납부율을 높여야 한다. 보험료 경감적용이 저소득·취약계층의 보험료 납부에 기여하지 못해 체납으로 이어지면, 결국 결혼처분이 되고 체납의 악순환이 이어지게 된다. 결혼대상 세대일 경우 보험료 납부가 가능한 수준으로 경감율이 적용되면 사회보험제도로서 보험료 납부의 당위성이 유지되는 것이다. 거듭되는 결혼 수혜로 저소득·취약계층의 도덕적 해이를 유발하기 보다, 보험료 경감을 상향조정 및 의료이용 필요도를 감안한 경감대상 확대를 통해 보험료를 사전에 일부 지원하는 방식이 사회보험논리에 비추어 바람직하다.

넷째, 저소득·취약계층의 보험료 지원이 이루어질 때, 보험료 자동이체 신청을 유도할 필요가 있다. 또한 자동이체 신청시 현행 할인율(월 200원)보다 높은 할인율을 적용하는 등 보험료를 경감하는 방안이 논의될 수 있다. 이 연구결과에서, 자동이체 세대는 결혼 후 재체납 가능성이 현저히 낮아졌고, 결혼사업의 실효성이 높은 것으로 분석되었지만, 저소득·취약계층 체납세대중 자동이체 세대는 전체의 3.7%에 불과하였다. 보험료 자동이체는 가입자의 납부 편의 뿐 아니라 보험료 징수율 제고에도 효과가 있는 수납제도이다. 2008년 5월말 기준, 전체 지역세대의 52.1%가 자동이체 세대이고, 자동이체를 통한 보험료 이체율이 98.7%를 넘어서 사실상 자동이체 제도가 체납 방지에 크게 기여하고 있다. 특히 노인세대의 경우, 독립한 자녀 등 부양자의 자동이체를 유도할 수 있고, 의료이용 필요도가 낮은 세대의 경우 자동이체로 인해 납부기피 등을 사전에 방지할 수 있다.

다섯째, 정기적인 결혼사업의 대상자 범위가 확대되어야 한다. 여러차례 보

보험료 독촉과 생활실태 조사 등을 거쳐 이루어지는 정기 결손처분과는 달리, 2005년 6월 한시적 보험료 지원사업은 국민건강보험공단의 전산구축자료만으로 일정기준을 정하여, 한시적인 대규모 결손처분으로 추진되었다. 앞서 연구결과에서는, 저소득·취약계층의 의료사각지대를 해소하고, 성실납부세대로의 전환을 꾀하고자 실시된 이 사업의 실효성은 결손 후 1년이 경과된 시점에서 13.3%의 세대만이 성실납부세대로 유지되었다. 결국 저소득·취약계층 체납세대의 86.7%는 한시적인 결손사업만으로는 의료사각지대에서 벗어날 수 없음을 보여주었다.

현행 정기 결손사업은 재산·소득자료 등 경제적인 능력여부에 국한되고 있으나, 보험료 납부 독촉시 얻은 세대정보 및 세대원의 질환여부, 아동·노인세대 등 의료이용 필요도를 감안하여 보다 유연하게 결손대상을 확대·선정하는 것이 필요하다.

여섯째, 결손처분이 반복되는 저소득·취약계층 체납세대는 의료급여 수급자료의 전환이 바람직하다. 전국민의 약 18%가 잠재적 빈곤층으로 추측되는 우리나라의 경우 전국민의 3%만이 의료급여 수급자이고, 결국 약 15%정도는 건강보험 자격을 유지하면서 항시 보험료 체납으로 인해 급여가 제한될 수 있다. 또한 상대적으로 낮은 보험료에 경감률까지 적용되어도 보험료 체납으로 결손이 반복되는 저소득·취약계층에 대하여, 의료비 지원이 없는 보험료 결손은 실질적인 도움이 되지 못한다. 이를 관리하는 행정비용을 감안할 때, 의료급여 수급자료의 전환이 효율적이라고 할 수 있다. 특히 이 연구에서는 의료이용이 절실한 9세이하 아동·65세이상 노인·장애인·만성·회귀난치성 질환자가 있는 세대 및 연간 총 진료비 지출이 높은 세대의 경우, 보험료 결손사업의 실효성이 상대적으로 높은 것으로 확인되었다. 하지만 결손 후 1년이 지난 시점에서는 거의 대부분이 재체납 상태로 분석되었다. 결국 의료급여 확대를 수용하여야 할 저소득·취약계층 체납세대를 건강보험 제도권내에서 수용하기에는 한계가 있다. 1989년 전국민 건강보험이 실시되면서 의료부조대상자는 건강보험 가입자로 흡수되었고, 이어 1994년 의료부조제도가 폐지되면서, 1990년 당시 8.9%(총 3,930천명)였던 의료급여 수급자가 2007년말에는 3.7%(1,852천명)로 감소하였다. 건강

보험 재정의 일부를 국고에서 부담하고 있는 건강보험제도와 공적 부조인 의료급여제도 사이에는 울타리가 높을 수 없다. 저소득·취약계층 체납세대중 의료이용이 절실한 세대원은 의료급여 수급자로의 전환이 가능해야 하고, 의료급여 수급자라 하더라도 실태조사 등 소비행태가 일정기준 이상이거나, 재정적 지원자가 있을 경우 탄력적으로 공적 부조에서 제외시켜야 한다. 이를 위하여, 체납 독려시 파악한 세대정보를 보유한 국민건강보험공단에서는 의료급여 수급자로의 전환을 요청하고, 사회복지 관련공무원(지방자치단체, 보건복지부등)과의 긴밀한 협조로, 의료수급대상자 선정과정에 참여할 수 있어야 한다. 한편, 지방자치단체, 회사, 종교단체 등과 연계하여 독거노인 등 저소득·취약계층에게 건강보험료를 대납해 주는 지원사업이 국민건강보험공단에서 추진되고 있지만, 이는 각종 천재지변, 실업 등으로 보험료 납부능력이 부족한 세대들에게 일시적으로 순환지원되어야 할 사업이며, 재산·소득의 영구상실로 의료급여수급자로 전환되어야 할 무소득 노인세대 등에게 지원되는 것은 결국 또다른 체납세대를 양산하게 될 뿐이다. 따라서 보험료가 지원되더라도 진료비 부담으로 의료이용에 제약을 받는 절대빈곤층에 가까운 취약계층에 대하여는 의료급여 적용 확대만이 그들의 건강권을 보호하는 해결책이 될 것이다.

Muhammad Yunus(2006 노벨평화상·서울평화상 수상)는 “빈곤은 빈곤층에 의한 것이 아니라 잘못된 제도를 만든 위정자들에 의해 만들어진 것”이라며 가난과 빈곤에 대한 인식을 바꿀 것을 강조했다. 그는 “빈곤은 인간에게 인공적으로 부가된 것이기 때문에 사라지지 못할 하등의 이유가 없으며 제도와 정책이 빈곤층을 보완하는 방향으로 이루어지지 못하고 있는 게 문제”라고 지적하였다.⁵⁷⁾

57) 조선일보, 2006.10.19를 인용한 최형열(2006)에서 재인용

VI. 결 론

이 연구는 저소득·취약계층의 건강보험료 결손 후 재체납 관련요인을 분석하고, 이를 바탕으로 저소득·취약계층의 보험료 체납방지 방안과 바람직한 지원 방안을 제시하고자 실시하였다. 먼저 연구결과를 종합하여 보면,

첫째, 저소득·취약계층 지역체납세대 중 결손 후 1년 동안 지역자격을 유지한 전체세대를 대상으로 총 539,405세대의 일반적 특성을 분석한 결과, 세대주가 남자인 세대가 전체의 64.1%, 세대주의 연령이 30-40대가 전체의 65.4%를 차지하였다. 주로 도시지역에서 92.4% 거주하였고, 세대당 월보험료는 1만원에서 3만원미만 세대가 전체의 72.1%였으며, 부과기준 무재산 세대 92.7%, 무소득 세대 94.5%, 자동차 미보유세대 88.0%로 거의 대부분이 무자료 세대였지만, 보험료 경감적용세대는 전체의 23.3%로 확인되었다. 결손 전 체납기간별 분포에서는 6개월 이하 단기체납세대가 가장 적은 15.8%였고, 체납기간이 길어질수록 세대수가 늘어나, 2년이상 장기체납세대는 전체의 36.6%로 가장 많았다. 또한 한시적 보험료 지원 사업으로 처음 결손을 경험한 세대가 전체의 85.1%였으며, 과거 결손 경험이 2회 이상인 세대는 3.8%에 불과하여, 결손에 의한 도덕적 해이를 분석하기에는 결손 횟수가 미미하였다. 보험료 납부방법에서는 자동이체인 세대가 전체의 3.7%로 아주 낮아, 거의 대부분이 고지서 납부세대로 파악되었다. 한편, 주로 1인 단독세대가 많아 67.1%를 차지하였고, 세대원 수가 증가할수록 점유율이 낮아져 4명이상 가족세대는 전체의 8.5%로 가장 적었다. 장애인이 있는 세대는 3.5%, 만성·희귀난치성 질환자 세대는 14.1%, 9세이하 아동이나 65세 이상 노인세대는 12.6%를 차지하였고, 결손전 과거 3년간 급여내역이 없었던 세대는 16.2%, 결손 후 1년간 급여내역이 전무한 세대도 전체의 28.8%나 차지하였다.

둘째, 사회경제적 요인과 의료이용 필요도를 고려하여 선정한 세대특성별로 건강보험료 결손 후 재체납 여부는 X^2 검정으로, 재체납 기간은 t-test와 ANOVA를 통해 단변량 분석하였고, 재체납에 유의미한 영향을 미치는 관련요인 분석을

위해 먼저 변수간의 상관분석을 실시한 후, 다른 변수를 모두 통제된 상태에서 로지스틱 회귀분석을 실시하고, 최종적으로 재체납 기간을 고려한 콕스의 생존분석을 실시하였다. 세대특성별 재체납 가능성은 이 연구에서 실시한 모든 통계적 분석에서 동일한 결과를 보여주었다. 또한 빈도수가 낮은 농어촌 거주세대의 재체납 가능성을 제외하고, 분석된 결과값이 모두 통계적으로 유의하였다. 결국, '사회경제적 요인'으로 세대주의 성·연령, 세대의 거주지, 월 보험료, 자동차 보유 여부, 보험료 경감여부, 결혼 전 체납기간, 과거 결혼 경험, 보험료 납부방법과, '의료이용 필요도'를 고려한 세대원의 수, 장애인 세대, 만성·희귀난치성 질환자 세대, 9세 이하 아동이나 65세 이상 노인 세대, 결혼 후 총 진료비를 재체납 관련요인으로 가설 설정한 결과, 14가지 세대특성 모두 재체납에 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되었고, 통계적으로도 모두 유의하였다.

이 연구의 주요결과는 다음과 같다.

세대주가 남자일 때 보다 여자일 때 상대적으로 재체납 가능성(hazard ratio)이 2%P 낮았으며, 세대주의 연령이 높아질수록 재체납 가능성은 지속적으로 낮아졌다. 세대의 거주지 특성에서는 대도시 거주세대에 비해 중소도시 거주세대가 3%P 재체납 가능성이 낮았으며, 월 보험료가 증가할수록 0.3%P 미미한 차이를 보이며 재체납 가능성이 낮아졌다. 자동차를 보유한 세대는 미보유 세대에 비해 재체납 가능성이 2%P 낮았으며, 보험료 경감 적용세대는 비적용세대에 비해 재체납 가능성이 상대적으로 7%P 낮았으며, 통계적으로 모두 유의하였다.

결혼 전 체납기간 분포에서는 체납기간이 장기화 될수록 재체납 가능성이 높아졌는데, 3~6개월 단기체납세대에 비해 7~12개월은 1.25배, 1년이상 체납한 세대는 1.30배로 재체납 가능성이 지속적으로 높아졌다. 과거 보험료 결혼경험에 있어서는, 한시적 결혼수혜가 처음이었던 세대에 비해 과거 결혼경험이 1회, 2회이상 늘어날수록 결혼 후 재체납 가능성은 각각 1.04배, 1.05배 지속적으로 증가하였고, 통계적으로 모두 유의하였다.

보험료 납부방법에 대한 분석에서는 자동이체 납부 세대가 고지서 납부 세대에

비해, 결혼 후 재체납 가능성이 69%P 낮게 나타났는데 통계적으로 유의하였다.

한편, 전체 세대원의 수가 늘어날수록 재체납 가능성은 지속적으로 낮아지는 것으로 확인되었는데, 1인 단독세대에 비해 세대원의 수가 2명은 7%P, 3명은 15%P, 4명 이상 가족세대의 경우 18%P의 차이를 보이면서 재체납 가능성이 낮아지는 것으로 분석되었고, 통계적으로 모두 유의하였다.

장애인이 있는 세대나, 만성·희귀난치성 질환자가 있는 세대, 9세 이하 아동이나 65세 이상 노인이 있는 세대는 각각 그러한 세대원이 없는 세대에 비해 상대적으로 재체납 가능성이 낮게 분석되었다. 또한, 결혼 후 1년간 총 진료비 분석에서는 급여내역이 없는 세대에 비해, 1년간 총진료비가 30만원미만 지출 세대는 17%P, 30-100만원 미만 세대는 27%P, 100만원 이상 세대는 32%P 차이를 보이면서, 세대당 총 진료비가 증가할수록 재체납 가능성은 지속적으로 감소하는 것으로 분석되었다.

이 연구결과에서 '2005년 한시적 보험료 지원사업'의 실효성은 결혼 후 1년이 경과한 시점에서 자격유지세대의 13.3%만이 성실납부세대로 유지된 것으로 조사되었다. 결국, 나머지 86.7%의 저소득·취약계층 지역체납세대에 대하여는 보다 실효성 있는 정책이 필요하다는 것을 확인할 수 있었다.

이러한 연구결과를 기반으로 다음의 정책적 제언을 하였다.

첫째, 저소득·취약계층이라는 동일한 여건에서도 보험료 성실납부 세대가 있는 반면, 의료이용 필요도가 낮아 납부기피가 장기화되는 체납세대에게 무분별하게 지원사업이 이루어진다면, 건강보험 재정악화 뿐만 아니라 도덕적 해이로 인한 체납을 양산할 수 있을 것이다. 따라서 저소득·취약계층 체납세대에 대한 보다 면밀한 연구가 이루어져야 한다. 또한 정책추진에 앞서, 지원방안별 수혜대상자의 구체적인 선정기준 마련이 우선되어야 할 것이다.

둘째, 장기체납을 방지할 수 있는 체납기간별 맞춤형 체납방지방안이 마련되어야 한다. 의료이용 필요도가 낮은 1-2인 단독세대에 대한 보험료 납부기여를 유도할 수 있도록 건강보험 제도의 적극적인 홍보가 필요하고, 단기체납세대에 대하여는 체납이 장기화되기 전에 체납방지대책이 강구되어야 한다.

셋째, 보험료 경감률의 상향조정과 경감적용대상자 확대를 통해, 결손대상 세대의 보험료 납부율을 높여야 한다. 결손대상 세대일 경우 보험료 납부가 가능한 수준으로 경감률을 상향조정하여 결손처분 보다 보험료 납부를 유도해야 한다. 거듭되는 결손 수혜로 저소득·취약계층의 도덕적 해이를 유발하기 보다, 보험료 경감을 상향조정 및 의료이용 필요도를 감안한 경감대상 확대를 통해 보험료를 사전에 일부 경감하는 방식이 사회보험논리에 비추어 바람직하다.

넷째, 저소득·취약계층의 보험료 지원이 이루어질 때, 보험료 자동이체 신청을 유도하여 징수율을 높여야 한다. 자동이체 신청시 보험료를 경감하는 방안이 논의될 수 있다.

다섯째, 정기 결손사업의 대상자 범위가 확대되어야 한다. 현행 정기결손사업은 재산·소득자료 등 경제적인 능력여부에 국한되고 있으나, 보험료 납부 독촉시 얻은 세대정보 및 세대원의 질환여부, 아동·노인세대 등 의료이용 필요도를 감안하여 보다 유연하게 결손대상을 확대·선정하는 것이 필요하다.

여섯째, 결손처분이 반복되는 저소득·취약계층 체납세대는 의료급여 수급자로의 전환이 바람직하다. 절대빈곤에 가까운 저소득·취약계층의 경우, 의료비 지원이 없는 보험료 결손처분은 실질적인 도움이 되지 못한다. 이를 관리하는 행정비용을 감안할 때, 의료급여 수급자로의 전환이 효율적이라고 할 수 있다.

사회보험방식에서 보험료를 기부한 자에게만 급여를 제공하고, 일정기간 보험료를 체납한 세대에게 급여를 제한하는 것은 대다수 성실납부세대의 입장에서는 당연한 일일 것이다. 하지만, 우리나라의 경우 국가의 지원을 받는 3.7%의 의료급여수급자를 제외하면, 국민의 약 15%정도는 빈곤층임에도 건강보험 가입자로 스스로 의료보장을 유지하여야 한다. 특히 IMF 외환위기 이후 소득양극화가 심화되어, 보험료 체납으로 인해 급여가 제한된 세대는 2007년 8월말 209만 세대로 늘어나 지역가입자의 약 28% 수준이며, 이들의 80%정도는 생계형 체납자인 것으로 평가되고 있다. 보험료를 강제징수할 여지가 없고, 체납에 따른 급여제한 조차 어려운 저소득·취약계층에 대하여는 보다 실효성있는 지원방안이 마련되어야 하고, 이에 앞서 정책대상 집단에 대한 연구가 우선되어야 한다.

참 고 문 헌

- 감신 외. 보험료 3회이상 체납자 급여제한제도 개선방안. 시민건강증진연구소. 2008
- 강신욱 외. 사회양극화의 실태와 정책과제. 한국보건사회연구원. 2006.
- 강희정. 부담능력에 따른 건강보험료의 형평성 변화추이에 관한 연구. 연세대학교 박사논문, 2003.
- 구순자. 저소득취약계층 의료급여체계의 문제점과 그 개선방안에 관한 연구. 서울시립대학교 석사논문. 2005.
- 공경열 외. 국민건강보험 재정건전화특별법 이후의 재정안정화 방안. 국민건강보험공단, 2005.
- 김미곤,김태완. 우리나라의 빈곤현황 및 정책과제. 한국사회보장학회춘계학술대회, 2004.
- 김수봉 외. 사회보험 사각지대 해소방안 연구. 한국보건사회연구원. 2005.
- 김원훈. 국민건강보험 지역보험료 체납요인 분석연구.연세대학교 석사논문, 2001.
- 김용수. 저소득층의 의료보장에 관한 연구. 서강대학교신학대학원석사논문, 2002.
- 김진수 외. 건강보험 가입자의 소득보유자료 특성분석. 국민건강보험공단. 2007.
- 김창엽. 빈곤과 건강. 한울출판사. 2003.
- 문진영. 한국의 저소득층 건강보장 프로그램에 관한 연구. 한국-대만 건강보험 국제심포지엄. 2007;3회:131-161.
- 문옥륜, 강성도. 대도시 영세민을 위한 1차 보건의료사업 개발에 관한 연구, 국민보건연구소 연구논총 1991:1(1):131-160.
- 민동세. 제도밖 저소득층 가구의 생활보장 방안 연구, 건국대학교 석사학위논문, 2002.
- 박종연. 건강보험제도 발전을 위한 국민 인식도 조사연구, 국민건강보험공단 건강보험연구센터. 2003.
- 박종연. 보험자의 만성질환관리 방안, 국민건강보험공단 2007.12월 발표자료.
- 백운국. 무자료세대에 대한 실태조사분석 및 정책제안,건강보험포럼 제2권 제2호. 2002.

- 백운국, 이해경, 최인덕, 이병일. 지역가입자 체납유형 분석 및 효율적 관리방안. 국민건강보험공단 2003.
- 백운국, 최인덕, 이해경, 조미경. 체납자 실태분석 및 효율적 관리방안 연구, 국민건강보험공단 2004.
- 보건복지부. 2008년도 회귀·난치성 질환자 의료비지원사업 안내. 2008.1월.
- 손문락. 국민건강보험 보험료부담과 의료이용의 관계, 연세대학교 석사논문. 2005.
- 송영중. 한국의 IMF 경제위기 전,후 질병이환률,의료이용 및 사망률의 변화. 연세대학교 박사논문, 2000.
- 신영석. 저소득·취약계층의 의료사각지대 해소를 위하여. 보건복지포럼 2004;12; 20-38.
- 신영석 외. 차상위계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안 정책보고서 한국보건사회연구원. 2004.
- 여유진 외. 『빈곤과 불평등의 동향 및 요인 분해』 한국보건사회연구원, 2005.
- 오영호. 외래 의료이용의 소득계층간·지역간 형평성 분석, 보건복지포럼 1998;3(19) :73-81.
- 오주연. 보건의료물가지수의 산출과 의료이용량 분석. 연세대학교 석사논문. 2005.
- 이규식. 의료에서의 사회적 안전망, 한국사회복지학회심포지움.2004.6.22;PP46-76.
- 이상이. 건강보험 자료를 이용한 소득계층별 암불평등 연구, 국민건강보험공단.2004.
- 이준영. 사회적 안전망으로서 건강보험의 역할, 건강보험포럼 2005.
- 이해경 외. 저소득·취약계층 건강보험료 지원사업의 인식도 조사, 국민건강보험공단, 2006.
- 이용갑 외. 외국의 건강보험제도 조사. 국민건강보험공단, 2005.
- 이호용 외. 저소득계층의 의료이용 특성분석 및 보장성 강화방안. 국민건강보험공단, 2007.
- 이현주 외. 저소득층 보건복지욕구 기초자료 분석. 한국보건사회연구원. 1999.
- 이현주 외. 차상위계층 실태분석 및 정책제안. 한국보건사회연구원. 2005.
- 이현주 외. 우리나라 빈곤실태와 정책적 함의. 한국보건사회연구원. 2006.
- 임준. 사회안전망으로서의 건강보험 보장성 강화방안, 건강보험포럼 2005.

- 최근. 현행 건강보험 보험료부과체계의 문제점과 개선방안, 국민건강보험공단. 2005.
- 최기춘 외. 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구. 국민건강보험공단. 2006.
- 최병호 외. 국민의료의 형평성 실태와 정책과제, 한국보건사회연구원. 2004.
- 최형렬. 저소득계층의 건강보험 수급률 결정요인에 관한 연구, 경기대학교 석사논문.2006.
- 한창현, 황병덕. 문헌고찰을 통한 의료이용 분석, 경산대 보건복지연지 제3호 1999:183-198.
- 홍희주. 건강보험료 결손처분의 실효성에 관한 연구. 2007
- BNHI 중앙건강보험국. 제3회 한국-대만 건강보험 국제심포지엄 자료, 2007.
- 국민건강보험공단, 건강보험 주요통계:2005-2007/통계로 본 건강보험30년.2007.
- 국민건강보험공단, 건강보험 통계분석 자료집. 2006.
- 국민건강보험공단, 건강보험 백서. 2004.
- 국민건강보험공단, 주요국가의 건강보험법(I). 2004.
- Alastair Gray. Population Ageing and Health Care Expenditure, University of Oxford, 2005.
- Colin G etal. "Contribution evasion", Social Security Pensions:Development and reform, ILO, 2000.
- Frieman, Sheldon and David jacobs (ed). Future of the safety Net: Social Insurance and Employee Benefits. Champaign, Illinois: Industrial Relations Research Association. 2001
- Leu RE. The public-private mix and international health care costs. Public and Private Health Services, Basil Blackwell, Oxford, 1986.
- Matthew. J. Carlson, Jennifer DeVoe, Bill j. Wright. 『 Short-Term Impacts of Coverage Loss in a medicaid Population : Early Results From a Prospective Cohort Study of the Oregon Health plan』 Annals of Family Medicine, vol 4. no5, september/october 2006
- Mooney G. Communitarian claims as an ethical basis for allocating health care resources. Soc Sci Med 1998;47:1171-80
- P.Pierson,(2001), The New Politics of the Welfare State, Oxford univpress.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. Equity in the finance and delivery of health care. Oxford: Oxford University Press. 1993

《부표 1》 연구대상세대의 세대원 특성

(단위 : 명,%)

특 성	세부내용	빈 도	백분율
성 별	남자	471,830	56.87
	여자	357,771	43.13
연 령	29세 이하	286,604	34.55
	30세-39세	209,486	25.25
	40세-49세	216,805	26.13
	50세-64세	91,055	10.98
	64세 이상	25,651	3.09
거주지	대도시	426,110	51.36
	중소도시	342,252	41.26
	농어촌	60,644	7.31
	서울시	191,533	23.09
	부산시	74,572	8.99
	대구시	40,337	4.86
	인천시	53,971	6.51
	광주시	24,578	2.96
	대전시	23,871	2.88
	울산시	18,247	2.20
	경기도	173,936	20.97
	강원도	23,969	2.89
	충북	23,535	2.84
	충남	29,810	3.59
	전북	28,026	3.38
	전남	29,512	3.56
	경북	34,389	4.15
	경남	45,172	5.45
	제주도	14,143	1.70
장애 여부	비장애	810,821	97.74
	장 애	18,780	2.26
만성 질환	없음	757,142	91.27
	있음	72,459	8.73
희귀난치성 질환	없음	817,749	98.57
	있음	11,852	1.43
* 세대주 포함 전체 세대원		829,601	100

《부표 2》 연구대상세대의 거주지역 및 경감유형

(단위 : 세대,%)

특 성	세부내용	빈 도	백분율
거주지역	서울시	131,769	24.43
	부산시	43,976	8.15
	대구시	25,008	4.64
	인천시	33,075	6.13
	광주시	15,437	2.86
	대전시	14,541	2.70
	울산시	11,621	2.15
	경기도	112,635	20.88
	강원도	16,281	3.02
	충북	15,298	2.84
	충남	20,346	3.77
	전북	18,277	3.39
	전남	19,344	3.59
	경북	22,902	4.25
	경남	28,864	5.35
제주도	10,031	1.86	
월 보험료	5,000원 미만	22,428	4.16
	5,000원-10,000원미만	88,253	16.36
	10,000원-15,000원미만	209,657	38.87
	15,000원-30,000원미만	179,381	33.26
	30,000원-50,000원미만	33,491	6.21
보험료 경감여부	50,000원 이상	6,195	1.15
	비적용	413,952	76.74
보험료 경감율	적 용	125,453	23.26
	- 10% 경감	7,553	1.40
	- 20% 경감	5,257	0.97
	- 30% 경감	89,144	16.53
	- 40% 경감	6,305	1.17
	- 50% 경감	17,194	3.19
보험료 경감유형	- 도서벽지	1,999	0.37
	- 노인세대	17,680	3.28
	- 장애인 세대	16,481	3.06
	- 소년소녀 가장	15	0.00
	- 모자세대	3,296	0.61
	- 화재부도	149	0.03
	- 생활곤란	137	0.03
	- 농어민	4,959	0.92
	- 농어촌	82,012	15.20

《부표 3》 변수간 상관분석 결과표

독립변수	세대주 성 별	세대주 연 령	거주지	세대원수	월보협료	자동차보유	결혼 후 총진료비
월보협료	-0.17418	-0.00971	-0.14616	0.46869	1.00000	0.45834	0.09474
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	-	<.0001	<.0001
자동차보유	-0.14379	0.05237	0.06642	0.16517	0.45834	1.00000	0.04308
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	-	<.0001
경감여부	-0.02389	0.20913	0.46206	0.09377	-0.24297	0.03500	0.07279
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
체납개월수	-0.11224	0.08758	-0.02684	-0.07652	0.02930	0.07129	-0.06807
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
결혼횟수	-0.05471	0.12512	0.00483	-0.06522	-0.06674	-0.08006	-0.03620
	<.0001	<.0001	0.0004	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
자동이체여부	0.01922	0.03546	0.02367	0.05224	0.09913	0.05392	0.04586
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
세대내 장애인	-0.07486	0.07800	0.01311	0.06797	-0.08812	-0.04754	0.07620
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
세대내 만성질환	0.01712	0.23184	0.01546	0.13773	0.04406	0.02817	0.23539
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
세대내 회귀질환	0.02114	0.07377	0.00549	0.08059	0.02894	0.01193	0.15336
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
아동노인세대	0.01005	0.20329	0.01077	0.66267	0.21540	0.09291	0.18963
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001
결혼후 진료비	0.02203	0.15398	0.01382	0.21419	0.09474	0.04308	1.00000
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	-

* 주) 상관계수가 0.7이상이면 강한 상관관계라고 해석함.

ABSTRACT

The analysis of the factors affecting re-delinquency after deficit disposal in low-income populations

- focus on the households having temporal health
insurance-contribution-support in 2005 -

Son, Kyung-mi

Dept. of Health Policy and Management

Graduate School of Public Health

Yonsei University

Background: The fast-growing ageing population has become a dilemma for the policies that pursue of stabilizing health insurance financing and of fortifying medical care for the low-income populations.

As the controversy of the effectiveness of ‘temporal health insurance-contribution-support for the low-income population in 2005’ prevailed, the investigation of the factors associated with re-delinquency after deficit disposal are required for the sound management of the health insurance finance for future.

Purpose:

The purpose of this study is to 1) examine factors affecting re-delinquency after deficit disposal of the household that had ‘temporal health insurance contribution support in 2005’ and 2) provide the strategies to prevent delinquency in payments in this segment of population.

Main contents:

To analyze the factors affecting re-delinquency and the period of time of being re-delinquent, 539,405 low-income households that maintained the status of the self-employed insured for one-year after deficit were examined. Logistic regression and Cox survival analysis were conducted to analyze the data.

Results:

Two perspectives of factors, socio-economic characteristics and the necessity of the health care services were examined. In result, the re-delinquency rate was much lower in case that the householder was woman and older, resided in small town, owned vehicle, and were applied contribution reduction. Further the household had shorter period of time of being re-delinquent and little chance of deficit disposal, and set the automatic bank transfer to pay the health insurance contribution. From the perspective of the necessity of health care services, the re-delinquency rate was much lower in case of the household with more family members, with the disabled, with the chronic intractable disease, with family members who were younger than 9 years old or older than 65 years old.

Finally, the effectiveness of the 'temporal health insurance contribution support in 2005' seems not to be very successful because only 13.3% of low-income households that maintained the status of the self-employed insured for one-year after deficit disposal turned out to be good payers. Thus, other strategies need to be made and applied to the remaining 86.7% low-income households.

Key words : Low-income population, Deficits disposal, Re-delinquency, Temporal health insurance-contribution-support, National Health Insurance