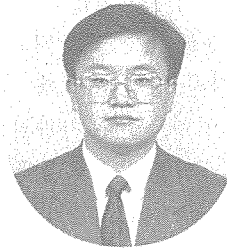


# 의료보험이 국민구강보건에 미친 영향



원광대학교 치과대학 예방치학교실  
조교수 이 홍 수

## I. 들어가는 말

의료보험제도란 사회보장제도의 일부로서 국민의 상병에 대한 자기책임주의와 사회책임주의에 근거하는 사회보험으로 정의<sup>1)</sup>할 수 있으며 1977년에 시행된 의료보험제도의 도입은 우리나라 의료보장사의 한 획을 긋는 큰 사건이라 할 수 있다. 우리나라 의료보험의 발전단계는 학자마다 분류가 다르나 대체로 4-5단계로 나누고 있으며 1989년 전국민의료보험의 실시로 외형과 규모면에서는 비약적인 발전을 거듭하고 있다. 이러한 의료보험의 발전단계를 거치는 동안 의료보험에 대한 개념에 많은 논란이 있어 왔는데 의료보험의 개념이 질병보험이나 의료비보험이나 건강보험이나 하는 것이 그 논란의 내용이라고 할 수 있다<sup>2)</sup>. 그러나 의료보험제도가 기본적으로는 진료비조달제도임이 분명하나 단순히 진료비조달제로만 기능하는 것이 아니라 전체 보건의료체계의 일부로서 여타 보건의료부체계와 서로 영향을 미치며 의료보

험의 궁극적 목적이 국민의 건강수준을 향상시키는 데 있다는 당위를 고려할 때 건강보험으로서의 기능을 가진다고 할 수 있다. 따라서 구강보건영역에서의 의료보험제도는 구강보건진료체계의 하부체계로서 직접적으로는 구강진료비조달제도의 형태로 국민구강보건에 영향을 미치나 구강보건진료의 생산, 분배, 소비에 직,간접적인 영향을 미쳐 결과적으로는 구강건강수준과 구강보건진료만족도에 영향을 미친다.

의료보험이 보건의료체계에 미치는 영향에 대해 문<sup>3)</sup>은 의료보험이 직접적으로는 재원조달체계에 영향을 미치고 간접적으로는 보건의료자원의 개발, 자원의 조직화, 보건의

의료보험의 궁극적 목적이  
국민의 건강수준을  
향상시키는데 있다는  
당위를 고려할 때  
건강보험으로서의 기능을 가진다

료전달체계, 관리운영 등의 하부체계에 또한 영향을 미쳐 의료이용이나 진료행태의 변화를 야기하며 결과적으로는 건강수준과 보건 의료만족도에 영향을 미치는 것으로 영향의 틀을 제시한 바 있다. 본고에서는 문이 제시한 분석의 틀을 바탕으로 의료보험이 국민구강보건에 미친 영향을 첫째 구강보건진료자원에 미친 영향, 둘째 치과의료이용에 미친 영향, 셋째 국민구강진료비에 미친 영향, 넷째 진료행태에 미친 영향, 다섯째 구강진료필요에 미친 영향, 여섯째 국민의 구강건강수준에 미친 영향으로 나누어 검토해보고자 한다.

한편 국민구강보건이라는 용어는 광범위하거나 추상적인 용어가 될 수 있으므로 본고에서는 국민구강보건을 국민의 구강건강을 유지, 증진, 향상시키는데 관련되는 구강보건진료체계의 구조와 기능적 상호작용이 국민의 구강보건상태에 투영된 실상으로서 국민의 구강건강상태와 이와 관련된 구강보건진료체계를 포함하는 의미로 정의하여 논의를 진행하고자 한다.

## II. 의료보험이 국민구강보건에 미친 영향

### 1. 의료보험이 구강보건진료자원에 미친 영향

의료보험은 물적, 인적 구강보건진료자원을 크게 증가시킨 것으로 나타났다. 이는 의료보험제도가 구강진료에 대한 유효수요를

증가시켰기 때문에 나타난 당연한 현상이다. 표 1은 연도별 의료인력의 수 및 증가율을 보여주는 자료인데 1949년을 기준으로 해서 볼 때 1992년 까지 치의사의 수는 14.25배가 증가한 것으로 나타났으며 의료보험도입이후 더욱 더 비약적인 발전을 보이고 있다. 76년 이전에는 약 14%씩 증가하는 양상을 보이고 있는 반면 76년 이후에는 65%씩 증가하는 양상을 나타내고 있다. 양의사와 비교시 의료보험실시전에는 대체로 증가율이 떨어지나 의료보험실시후에는 증가율이 양의사를 앞지르는 것을 볼 수 있다. 이러한 치과의사의 증가는 노<sup>4)</sup>의 자료에 의하면 1992년 인구대 치과의사수는 만명당 1.7명으로 외국과 비교하여 그 수치는 높으나 GNP를 고려할 때 외국에 비해 그 수가 적은 것이 아니라고 평가될 정도로 구강보건인력자원은 비약적인 증가양상을 보이고 있다. 표 2와 같이 구강보건보조인력도 1975년과 비교하여 1992년 치과기공사는 995%, 치과위생사는 20258%나 증가한 것으로 나타나고 있다.

의료보험은 대표적인 물적 자원인 구강진료기관을 대폭 증가시킨 것으로 나타났다. 1975년 전체의료기관 중 구강진료기관이 차지하는 비중이 14.4%에서 92년에는 26.5%로 증가되었고 증가율도 전체의료기관 증가율의 약 2배가 되는 것으로 나타나고 있다(표 3).

시간간 구강진료기관분포의 편차는 의료보험실시후 많이 개선된 것으로 보이나 1990년 통계<sup>5)</sup>에 의하면 치과병원의 91.7%가 시지역에 집중되어 있는 것으로 나타나고 있으며 보건지소를 합하면 이러한 차이가 줄어들나 시지역과 군지역 구강진료기관의 균등분포를 위한 노력이 계속 진행되어야 할 것으로 보인다. 구강진료기관의 불균등 분포는 진료권별로도 차이가 큰 것으로 나타나고 있다. 진료권별 인구 10만명당 의료기관수<sup>3)</sup>는 치과 의원의 경우 경인지역이 14개소로 가장 많고, 강원 지역이 5개소로 가장 적은 것으로 나타나 약 2.8배의 차이를 보이고 있는데 이는 의원이 2.1배, 약국이 2.0배의 차이를 보이고 있는 것과 비교하면 진료권별 편차가 치과의원에서 더욱 큰 것으로 나타나고 있다.

2. 의료보험이 치과의료이용에 미친 영향  
 의료보험이 실시되기 전까지 이용의료기관 중에서 치과가 차지하는 비중은 농촌이 1976년에 0.2%, 도시는 64년에 1.0%에 불과하였다<sup>6)</sup>. 그러나 의료보험이 적용된 후 89년에는 시지역이 1.5%, 군지역이 0.9%를 차지하였고 92년도에는 전국 평균이 2.1%로 증가하여 이용의료기관 중 치과병원이 차지하는 비중이 크게 높아졌다<sup>7)</sup>. 의료보험이 적용되는 진료건수의 비중도 전체 요양취급기관 진료건수의 7-9%에 이르고 있으며 진료건수의 연도별 증가율도 전체요양취급기관의 증가율을 상회하는 것으로 나타나고 있다(표 4). 연간 치과병의원 방문율도 치과에 한번도 방문하지 않았던 사람이 89년 85%에서 92년 79.9%로 감소하였다. 시지역 및 군지역의 방

표 1. 연도별 의료인력수 및 증가율

	의료인력수(명)			증가율(%)		
	치과사	의사	한의사	치과사	의사	한의사
1949	740	4,375	1,657	기 준 연 도		
1955	967	6,141	2,078	31	40	25
1960	1,369	7,765	2,922	85	78	76
1965	1,762	10,854	2,849	138	148	71
1970	2,122	14,932	3,252	187	241	96
1975	2,595	19,588	2,788	251	348	68
1976	2,668	-	-	261	-	-
1980	3,620	25,579	3,015	389	485	82
1985	5,436	29,596	3,789	635	577	129
1989	8,630	39,769	5,435	1,066	809	228
1990	9,619	42,554	5,792	1,200	873	250
1991	10,137	45,496	6,120	1,270	940	269
1992	11,285	48,390	6,839	1,425	1,006	313

\* 증가율은 아래의 방법으로 필자가 계산 : {(해당연도-기준연도)/기준연도}\*100

<자료> 보건사회통계연보, 의료보험통계연보

이두호 "국민의료보장론"에서 함성.

지속적인 구강치료의  
 저수가 정책과 소가산정의  
 비합리성으로 인하여  
 절대진료비 측면이나 상대진료비 측면에서  
 모두 문제점을 노정

표 2. 연도별 구강보건보조인력수 및 증가율

연도	보조인력수		증가율	
	치과기공사	치과위생사	치과기공사	치과위생사
1975	839	40	기준연도	기준연도
1980	1,440	449	72%	1023%
1983	2,160	1,466	158%	3565%
1984	2,969	2,029	254%	4973%
1985	3,827	2,675	356%	6588%
1986	4,834	3,354	476%	8285%
1987	5,626	4,114	570%	10185%
1988	6,582	4,777	684%	11843%
1989	6,924	5,512	725%	13680%
1990	7,696	6,310	817%	15675%
1991	8,468	7,151	909%	17778%
1992	9,189	8,143	995%	20258%

\* 증가율은 아래의 방법으로 필자가 계산 : ((해당연도-기준연도)/기준연도)\*100  
 <자료> 보건사회부 : 보건사회통계연보.

문율의 차이도 많이 줄어들고 있다. 방문회수도 89년에 0.21회에서 92년 0.40회로 1.9배 증가한 것으로 나타났고 역시 타진료기관의 방문회수 증가율을 상회하고 있다<sup>7)</sup>.

### 3. 의료보험이 국민구강보건진료비에 미친 영향

표 5는 1984년이후 요양취급기관총진료비와 구강진료기관총진료비실적으로서 전체 총진료비 중 구강총진료비의 비중이 약 6%에 이르고 있는 것을 볼 수 있으며 전체 요양취급기관의 총진료비의 증가율과 구강진료

기관총진료비의 증가율은 비슷한 것으로 나타나고 있다. 의료보험에 의한 급여비도 역시 약 6%에 이르고 있다. 의료이용자의 치료원별 직접지출의료비 구성도 치과병의원에 지출한 비용의 구성이 1989년에 1.7%였던 것이 92년에는 3.1%로 증가하고 있다<sup>7)</sup>.

### 4. 의료보험이 구강진료행태에 미친 영향

의료보험이 구강진료행태에 미친 영향은 비교적 부정적인 영향을 많이 미쳤다고 말할 수 있다. 한마디로 의료보험이 구강진료행태에 미친 영향을 요약한다면 구강병관리원칙

표 3. 연도별 구강진료기관수

연 도	전체요양 기관수(A)	구강진료 기관수(B)	구강진료기 관비중(C)	전체의료기관 증가율(D)	치과진료건수 증가율(E)
1975 <sup>f</sup>	11,188	1,614	14.4%	기준연도	기준연도
1978	11,245	1,790	15.9%	0.5%	10.9%
1979	11,320	1,905	16.8%	1.1%	18.0%
1980	11,781	2,028	17.2%	5.3%	25.7%
1981	12,233	2,158	17.6%	9.3%	33.7%
1982	12,807	2,320	18.1%	14.5%	43.7%
1983	13,674	2,522	18.4%	23.0%	40.9%
1984	14,216	2,752	19.4%	27.1%	56.3%
1985	15,124	2,998	19.8%	35.2%	67.5%
1986	16,066	3,278	20.4%	43.6%	85.8%
1987	17,311	3,599	20.8%	54.7%	123.0%
1988	18,462	4,014	21.7%	65.0%	124.2%
1989	19,972	4,541	22.7%	78.5%	154.3%
1990	21,701	5,292	24.3%	94.0%	227.9%
1991	23,211	5,923	25.5%	107.5%	267.0%
1992 <sup>f</sup>	25,022	6,639	26.5%	123.7%	311.3%

\*구강진료기관비중= (B/A)\*100

\* 증가율은 아래의 방법으로 필자가 계산 : ((해당연도-기준연도)/기준연도)\*100

<자료> 의료보험연합회 : 의료보험통계연보,

" #": 보건사회부 : 보건사회통계연보

표 4. 연도별 요양취급기관종별 진료건수실적

연 도	전체요양기관 진료건수(A)	구강진료기관 진료건수(B)	구강진료기 관비중(C)	전체진료건수 증가율(D)	치과진료건수 증가율(E)
1984	45,863	3,236	7.06%	기준연도	기준연도
1985	49,999	3,632	7.26%	10.81%	7.27%
1986	50,131	4,164	9.20%	11.24%	22.97%
1987	57,719	4,988	8.64%	29.75%	50.69%
1988	69,621	6,499	9.33%	125.42%	181.10%
1989	92,352	8,285	8.97%	199.02%	258.35%
1990	137,965	11,937	8.65%	346.71%	416.31%
1991	141,290	12,975	9.18%	357.47%	461.20%

\* 단위 천건, 천건미만절삭

\* 구강진료기관비중= (B/A)\*100

\* 증가율은 아래의 방법으로 필자가 계산 : ((해당연도-기준연도)/기준연도)\*100

<자료>의료보험연합회 : 의료보험통계연보

의료보험제도라

사회보험제도의 일부로서

국민의 상병에 대한

자기책임주의와 사회책임주의에 근거하는

사회보험으로 정의

즉 3차예방보다는 2차예방을, 2차예방보다는 1차예방을 관리 우선순위에 두어야 하는 원칙에 역행할 위험성이 많은 진료행태를 유발하고 있다고 할 수 있다.

그러한 위험성은 의료보험이 예방진료를 포함시키지 않고 있으며, 지속적인 구강진료의 저수가 정책과 수가산정의 비합리성으로 인하여 절대진료비 측면이나 상대진료비 측면에서 모두 문제점을 노정하고 있기 때문에 나타난 현상이라고 할 수 있다.

허준석 등<sup>8)</sup>의 자료에 의하면 우리나라 전체치 의사중 내원 아동을 대상으로 열구전색은 76%가, 전문가불소도포는 56.4%가 해당 예방진료를 시행한다고 응답하였으나 다수

에게 열구전색을 시행한다고 응답한 치의사는 5%, 불소도포의 경우에는 1%에도 미치지 못하는 것으로 나타났다. 치면열구전색을 전혀 하지 않는 치의사에게 그 이유를 물어본 설문에서는 의료보험 요양급여 이외의 진료라고 응답한 사람이 29.5%에 이르고 있다. 이는 응답항목 중 4위에 해당되는 것이나 1,2,3위에 해당된 이유를 든 경우도 의료보험에서 요양급여가 아니기 때문에 나타난 간접적인 영향도 클 것이므로 의료보험요양급여에 예방진료가 포함되어 있지 않아 예방지향적 진료행태보다는 치료지향적 진료행태가 나타나는 것으로 분석할 수 있다. 한편 문<sup>9)</sup>은 임시충전을 기준으로 지수체계를 구성한 지수

표 5. 연도별 요양취급기관총진료비 대 구강진료기관총진료비실적

	전체요양기관 총진료비(A)	구강진료기관 총진료비(B)	구강진료가 관비중(C)	전체총진료비 증가율(D)	치과총진료비 증가율(E)
1984	727,769	42,946	5.90%	기준연도	기준연도
1985	855,662	50,904	5.95%	18%	19%
1986	899,177	53,342	5.93%	24%	24%
1987	1,068,093	62,853	5.88%	47%	46%
1988	1,441,202	81,218	5.63%	98%	89%
1989	1,978,775	115,272	5.83%	171%	168%
1990	2,941,905	173,460	5.90%	304%	304%
1991	3,220,995	190,770	5.92%	343%	344%

단위 : 백만원, 백만원미만 절삭

\*구강진료기관비중= (B/A)\*100

\*증가율은 아래의 방법으로 필자가 계산 : ((해당연도-기준연도)/기준연도)\*100

<자료> 의료보험연합회 : 의료보험통계연보

를 이용하여 구강진료기관설정 상대진료비지수와 의료보험요양급여설정 상대진료비지수를 비교한 바 치주치료, 근관치료 등의 술식이 구강진료기관설정 상대진료비지수와 의료보험요양급여설정 상대진료비지수의 차이가 많은 것으로 나타났다. 이는 구강진료기관이 고가 치료의 원인이 되는 발치에 치중하게 할 위험성이 크다는 것을 의미한다. 또한 최<sup>10)</sup>는 절대구강진료비가 낮아서 비보험고가 구강진료비선호경향이 증가하고 있다는 연구결과를 발표하였다. 그는 치의원이 급증한 90년 이후와 비보험고가진료기술의 임상년수회의 증가에는 상관성이 있다고 보고하고 있다. 즉 절대구강진료비가 낮고 치의원이 급증하여 경쟁이 심해지자 비보험고가진료기술을 선호하게 하는 양상이 나타나고 있는 것으로 파악하고 있는 것이다. 이는 바람직한 진료행태가 아닐 뿐만 아니라 국민구강진료비를 증가시키는 요인으로 작용할 수 있다.

##### 5. 의료보험이 구강진료필요에 미친 영향

의료보험이 구강진료필요에 미친 영향은 2차예방진료필요의 감소에는 큰 영향을 미친 것으로 나타났다. 1972년 12세 아동의 우식치율은 90%로 나타났으나 90년에는 55%로 감소하였고, 충전치율은 증가하고 있다<sup>11)</sup>. 그러나 의료보험요양급여에 보철이 포함되어 있지 않아 보철필요자율에는 별다른 영향을 주지 못하는 것으로 보인다. 1990년 우리나라 의치 또는 의치수리필요자율은 65-74세 연령군에서 40%에 이르는 것으로 나타나고 있다. 도시와 전원의 차이도 24% 대 64%로 전원의 보철필요자율이 도시에 비해 2.6배가 많은

것으로 나타나고 있다<sup>12)</sup>. 김과 김<sup>13)</sup>은 1987년 조사에서 65세 이상의 10년간 치아보철경험율이 74%에 이르는 것으로 보고하고 있다. 이 조사에서 특이할 만한 사실은 보철치료를 받은 기관인데 놀라웁게도 부정구강진료업소에서 보철치료를 받은 사람의 비율이 29%에 이르고 있다. 특히 전원지역의 65세 이상의 사람들은 80%가 부정구강진료업소에서 보철진료를 받은 것으로 나타났다. 도대체 왜 부정구강진료업자에게 이러한 부정구강진료를 받는가의 이유를 최와 신<sup>14)</sup>이 조사한 바 있는데 진료비가 저렴하기 때문이라고 답변한 사람이 가장 많았다. 이것은 구강진료기관에 대한 접근이 어렵고 경제적 여유도 적은 전원지역의 노인에 대한 대책이 시급히 있어야 한다는 것을 의미하는 것으로서 의료보험요양급여에 노인의치보철이 포함되어야 할 것이다. 이제 노인의 의치보철은 합리적 생존과 삶의 질을 높이는데 반드시 필요한 필수품으로 이해되어야 한다.

##### 6. 의료보험이 국민구강건강수준에 미친 영향

구강진료이용의 확대, 진료비의 증가에도 불구하고 오히려 치아우식증은 증가추세를 보이고 있다. 72년 12세 아동의 우식경험영구치지수가 0.6이었던 것이 90년 3.0으로 무려 5배나 증가한 양상을 보이고 있고 2000년에는 3.6으로 계속 증가할 것이라는 비관적 전망이 나오고 있는 실정이다<sup>11)</sup>. 이는 예방진료 등에 관심을 기울이지 않고 치료에만 관심을 기울였기 때문에 나타난 현상이라고 볼 수 있다. 결과적으로 의료보험이 국민의 구강건강수준을 향상시키는데는 미흡한 방향으로

의료보험이 실시되기전까지

임용 의료기관중

지과의 비중이 작았으나

89년 이후 비중이 높아졌다.



나아가고 있으므로 이를 바람직한 방향으로 변화시키는 노력이 필요할 것으로 사료된다.

### III. 결 론

지금까지 여러 측면에서 의료보험이 국민 구강보건에 미친 영향을 고찰하여 보았다. 지면 관계로 세부적인 점까지 언급할 수 없었으나 이를 요약하면 다음과 같다.

1. 의료보험은 구강보건인력자원 및 물적자원의 규모를 확대시켰고, 그 성장율은 전체보건인력 및 물적 자원의 증가율을 상회하는 것으로 나타났다.
2. 의료보험은 구강보건진료이용도를 크게 증가시켜 구강진료가 전체진료에서 차지하는 비중이 계속 커지고 있는 것으로 나타났다.
3. 의료보험은 국민구강보건진료비를 크게 증가시켰으나 의료보험요양급여에서 차지하는 비중은 상대적으로 작은 증가를 나타내 직접구강진료비 지출의 증가폭이 큰 것으로 나타났다.
4. 의료보험은 우식경험영구치아 중에서 치료를 받지 않고 방치한 치아의 비율 즉 우식치율은 감소시켰으나 의료보험 요양급여에 보철이 포함되어 있지 않아 구강진료 필요 중 보철필요의 해소에는 큰 도움을

주지 못하는 것으로 나타났다.

5. 의료보험급여에서 예방진료가 포함되어 있지 않고 진료행위별 상대구강진료비의 적정성이 확보되지 않아 1차예방보다는 2차예방에, 2차예방보다는, 3차예방에 치중하는 진료행태를 유발할 위험성이 큰 것으로 추정되었다
6. 의료보험 적용대상의 확대와 구강보건진료이용의 증가에도 불구하고 우식경험영구치치수가 증가하고 있는 것을 감안할 때 국민구강건강수준 향상에 대한 의료보험의 기여도는 매우 미흡한 것으로 나타났다.

### IV. 의료보험이 국민구강보건향상에 기여하기 위한 방안

끝으로 본 특집의 주제가 이천년대의 의료보험정책과 전망이므로 의료보험이 국민구강보건향상에 기여하는 방안을 몇가지 제시하고 본고를 마치고자 한다.

1. 의료보험이 치과의료이용의 적정화를 기하기 위해서는 의료자원의 지역간 불균형을 해소하기 위한 계속적인 노력이 필요하다. 구체적으로 취약진료권에 대한 금융 및 세제상의 지원, 공공의료의 강화 등의 다각적 방안이 수립되어야 한다.



2. 국민의 구강진료비를 감소시키고, 실질적인 국민의 구강건강수준을 향상시키기 위하여 의료보험급여에 예방진료를 포함시켜야 한다. 궁극적으로 의료보험은 예방지향적 포괄진료를 보장하는 방식으로 변화하여야 한다.
3. 보험급여의 내실화를 도모하여 저소득층이나 노인과 같은 취약계층의 구강진료요구를 해소시켜야 한다. 이를 위해서 요양급여에 노인의치보철이 포함되어야 한다.
4. 국민구강진료비증가 억제측면에서 의료보험수가의 인상억제 같은 단기적인 처방으로는 진료행태의 왜곡을 가져올 수 있으므로 보다 장기적인 대책이 필요하며, 현재 치의사의 불만요인이 되고 있는 구강진료비 저수가정책의 적용을 지양하고 소비자와 진료제공자가 다 같이 수용할 수 있는 선에서 의료보험수가의 재조정이 필요하다. 특히 구강진료의 의료보험수가가 진료행위별 상대진료비의 적정성이 확보되지 않았으므로 의료보험요양급여비 중 구강진료비의 조정이 이루어져야 한다.
5. 의료보험이 실질적인 국민구강건강 향상에 기여하기 위해서는 체계적인 구강진료 수요조사와 국민구강보건진료비조사를 통한 합리적이고 효율적인 치과의료보험운영방안이 수립되어야 한다.

4. 노인철 : 전국민 의료보험제도의 성과와 과제, 의료보험제도의 성과와 발전방향에 관한 세미나, 1992.
5. 보건사회부 : 지역의료사업현황, 1990.
6. 한국인구보건연구원 : 의료자원과 관리체계에 관한 조사연구, 1987. "이두호, 차홍봉 등 : 국민의료보장론, 도서출판 나남, 1992"에서 재인용
7. 송건호, 남정자, 최정수, 김태정 : 1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사. 한국보건사회연구원, 1993.
8. 허준석, 백대일, 김종배 : 일반치위사의 치아우식 예방지식과 태도 및 실천에 관한 조사연구. 대한구강보건학회지 17(2), 1993.
9. 문혁수 : 구강진료의 상대진료비지수에 관한 연구. 대한구강보건학회지 13(1), 1989.
10. 최용근 : 치과진료영역에서의 비보험고가의료기술의 확산. 서울대 보건대학원 석사학위논문, 1993. 건치신문 5호에서 재인용
11. 문혁수 : 한국인 구강건강의 과거와 현재 및 전망. 구강보건정책개발심포지움, 1994.
12. 김종배, 백대일, 문혁수, 김진범 : 국민구강건강조사보고서, 1991.
13. 김광수, 김종배 : 국민 구강건강관리비에 관한 조사연구. 대한구강보건학회지 13(1), 1989.
14. 최원기, 신승철 : 부정치과진료 수진실태에 관한 조사연구. 대한구강보건학회지 17(2), 1989.

## 참 고 문 헌

1. 김종배, 최유진 : 공중구강보건학. 고문사, 1990.
2. 문옥륜 外 : 한국의료보험론. 신광출판사, 1991.
3. 문옥륜 : 의료보장정책연구, 신광출판사, 1992.