

지역의료보험 통합전후의 계층간 보험료 이전효과 비교

박재용^{1)†}, 박재원²⁾

경북대학교 의과대학 예방의학교실¹⁾, 대구보건대학 보건행정과²⁾

<Abstract>

Comparison of the Effect of Income-Redistribution before and after the Mergence of Medical Insurance Program for Self-employed

Jae Yong Park¹⁾, Jae Won Park²⁾

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Kyungpook National University¹⁾, Department of Health Administration, Taegu Health College²⁾

This study compared and analyzed the effect of income-redistribution, collecting data on the basis of the estimated details of insurance contribution and individual money wage lists for each one year before and after the combination of medical insurance program for industrial workers, by systematic sampling, extracting 4,160 families(14,764 people) among people applied to medical insurance program for self employees in Taegu City on the basis of Oct. 1st in 1998 with 227 associations of medical insurance program for self employees and medical insurance program for government employees and private school teachers combined, comparing the effect of income redistribution of before and after the combination of medical insurance program for self employees.

The insurance contribution by household after the combination of medical insurance program for self employees showed the increase rate of average 20.9%, among them households of 68.8% increased and 31.2% decreased. The effect of income-redistribution was more positive because the degree of inequality was more deepened from 0.64 of the before-combination to 0.45 of the after-one in decile distribution ratio, from 0.26 to 0.34

이 연구는 2000년도 경북대학교 공모과제 연구비 지원에 의한 것임.

† 교신저자 : 박재용, 경북대학교 의과대학 예방의학교실(053-420-6965, 016-241-9872, parkjy@knu.ac.kr)

in Gini-coefficient.

Decile distribution ratio on the basis of insurance benefits by household was from 0.09 in the before-combination to 0.14 in the after-one, Gini-coefficient from 0.16 in the before-combination to 0.57 in the after-one was a little lowered. And decile distribution ratio of insurance benefits on the basis of insurance contribution was higher from 1.08 in the before-combination to 1.23 in the after-one, concentration index was a little lowered from 0.14 to 0.11, the effect of income-redistribution was improved in the phase of insurance benefits.

The income-transfer rate of medical insurance program for self employees (the occupied rate of insurance benefits/ the occupied rate of insurance contribution) showed a lower trend in all of the before and after-combination towards upper classes, it was known that the income-transfer rate was higher from 1st degree to 7th degree in the after-combination in comparison with the before-one, but the effect of income-redistribution was high because the income-transfer rate was lowered from 8th degree to 10th degree.

The rate of medical insurance benefits (insurance benefits/ insurance contribution) increased from 0.79 in the before-combination to 1.07 in the after-one, and showed over 1.0 under 3th degree before the combination, but all of it was higher than 1.0 under 7th degree after the combination, the after-combination was more improved than the before-one in view of the rate of insurance benefits.

As the result of above, on the basis of Oct. 1st in 1998 that 227 associations of medical insurance program for self employees was combined into one, we could say that the equality of imposing medical insurance contribution was more re-considered in the after-combination than in the before-one.

But this study analyzed with classes divided, anyway, on the basis of insurance contribution, we have limit in explaining the correct effect of income-redistribution, because it was not analyzed according to classes of income, though it helps to analogize the effect of income-redistribution. So there must be analysis about the effect of income-redistribution, on the basis of the system, building up the system to grasp the correct income of the insureds of medical insurance program for self employees.

Key Words : income redistribution, medical insurance for self-employees, Gini index, mergence of medical insurance

I. 서 론

1. 연구배경

우리 나라 의료보험제도는 1963년에 처음 도입되었으나 직장가입자를 대상으로 강제적인 사회보험방식으로 제도화되어 실시된 것은 1977년부터였다. 1981년에 시범사업을 통해 지역 의료보험이 도입되었고, 이후 계속적으로 의료보험 적용대상자가 확대되어 1989년 전 도시지역주민을 포함시킴으로써 전국민의료보험을 실현하게 되었다.

전국민의료보험이 실시됨으로써 그 동안 계속적으로 논의되어 왔던 의료보험의 통합논쟁이 의료보험제도의 쟁점으로 크게 부각되게 되었다. 즉, 그때까지 많은 조합에서 각각 관리·운영되던 직장의료보험과 지역의료보험 그리고 하나의 관리공단에서 운영되던 공무원 및 사립학교교직원의료보험(이하 공·교보험이라 함)을 통합하여 운영해야 한다는 주장이 제기되어 실현을 보게 되었다. 1998년 10월에 국민의료보험법이 시행되면서 국민의료보험관리공단이 설립되어 공·교보험 관리공단과 227개 지역의료보험조합을 통합하게 되었고, 2000년 7월부터는 국민건강보험법이 시행되면서 국민의료보험관리공단과 139개의 직장의료보험조합을 통합하여 국민건강보험공단이 설립되었고, 지역가입자와 직장가입자 모두를 관장하는 단일조직이 탄생하게 되었다. 2002년 1월부터는 의료보험의 모든 재정을 통합하여 운영하도록 되어 있어 지역가입자와 직장가입자간의 소득이전 문제가 제기되고 있다.

의료보험의 통합은 1980년부터 이슈화되어 20년간 많은 논쟁과 우여곡절을 거치면서 이루어졌으나 그 통합의 성과와 앞으로 나타날 문제점에 대한 논쟁은 계속되고 있다(김재권, 1992; 김삼근, 1998). 의료보험을 통합한 목적은 첫째, 국민 개개인의 부담능력과 형편에 상응하는 적정한 수준의 보험료를 부담토록 하여 형평성을 실현하고, 둘째, 다보험자 방식을 하나의 보험자로 통합함으로써 관리운영비의 절감을 도모하여 의료보험의 효율성을 높이며, 셋째, 보험자를 대형화하여 위험분산기능을 극대화시켜 보험재정의 안정화를 도모할 수 있다는 것이다. 즉, 부담의 형평성 확보, 적정수준의 보험료 부담, 보험재정의 안정적 확보와 효율적 운영, 적정수준의 보험급여 제공의 형태로 국민에 대한 의료보장을 제대로 실현토록 하는 것이 목적이라 할 수 있다(의료보험통합추진기획단, 1998; 차홍봉, 1998; 김용익, 1999; 국민의료보험관리공단, 2000). 그리고 이를 통해 사회보장제도기능의 하나인 소득재분배기능을 제고시키고 국민연대(national solidarity)의 역할을 수행할 수 있다는 것이다.

그러나 지역의료보험을 통합한 후 성과를 분석한 연구(문옥륜, 1999; 사공진, 1999; 이규식, 1999; 김병익, 2000)에 의하면 관리운영비는 절감되었으나 보험급여의 지출이 증가되어 통합의 전반적인 경제적 효과는 효율적 또는 비용절감적이라고 말할 수 없고, 보험료부과의 형평

성도 크게 개선되지 않아 아직 해결해야 할 많은 문제를 내포하고 있다고 하였다. 즉, 지역의료보험 가입자의 소득이 제대로 파악되어 있지 않은 상황에서 보험료부과의 형평성을 실현할 수 없고, 보험료부과의 기준으로 삼고 있는 과세자료와 평가소득도 정확하지 못하고 임의적일 수 있어 타당성이 없다는 것이다. 그래서 의료보험통합과 관련된 논쟁은 전국민을 하나의 잣대로 보험료를 형평성 있게 부과하여 제대로 소득재분배를 달성할 수 있는지의 여부에 초점이 맞춰지고 있다.

사회보장제도의 주된 목적은 사회적 위험에 초점을 두고 있고, 사회성을 강조하고 있기 때문에 바람직한 분배결과와 소득재분배의 의미를 동시에 추구하고 있다(이인재 등, 1999). 의료보험은 사회보장제도의 하나이기 때문에 의료보험제도에서도 보험료부과, 정부보조, 본인 부담금 및 보험급여 수준 등을 차등적용 함으로써 소득재분배기능을 어느 정도 수행하여 빈곤과 그 원인을 부분적으로 제거하는데 도움을 주고 있다(Kadushin, 1980; Feldstein, 1983). 모든 국가에서 사회보장정책이 소득재분배의 수단으로서 점점 중요한 위치를 차지하고 있고, 더 커지는 소득계층간의 상대적인 소득불균형으로 인해 사회보장정책에 의한 소득재분배가 더욱 절실히 요구되고 있다(Buchanan과 Tullock, 1972; Rawls, 1973; Blinder, 1980; 연하청 등, 1983; 권순원, 1989; 박중현, 1997). 사회보장정책에서의 소득재분배효과는 공적부조, 연금보험, 의료보험의 순서로 의료보험의 소득보장기능이 가장 미약하기는 하지만(정경배, 1991), 의료보험의 안정적 정착을 위해서는 재정적인 문제점 분석(감신 등, 1995; 양명생, 1993)과 함께 다각적인 측면에서 의료보험제도의 소득재분배효과를 분석·검토하는 것이 필요할 것이다(변중화, 1985; 국철, 1996).

소득재분배는 수평적 재분배(horizontal redistribution)와 수직적 재분배(vertical redistribution)로 구분(Rohrlich, 1977; Lindbeck, 1985)할 수 있는데, 수평적 소득재분배는 동일소득 계층에 속하는 사람들 사이의 소득재분배로서 건강한 사람의 소득이 상병을 당한 사람에게 이전되는 정도에 관한 문제이며, 반면에 수직적 소득재분배는 상이한 소득계층간의 직·간접적인 소득이전의 문제이다(연하청 등, 1983; 문옥륜 등, 2000). 또한 세대간의 재분배로 연령에 따라서 젊은 사람의 소득이 노령자에게 이전되는 정도도 파악할 수 있을 것이다(Paglin, 1975; 박은희, 1984). 보험료부과와 관련된 소득재분배는 소득계층간의 소득이전인 수직적 재분배 문제라 할 수 있다.

우리 나라에서 지금까지 의료보험제도의 소득재분배와 관련된 연구는 매우 많았다. 직장의료보험과 공·교의료보험 등 봉급생활자를 대상으로 한 연구에서는 소득재분배 효과가 긍정적이란 연구(서승우, 1981; 박은희, 1984; 육효순, 1986; 권순원, 1989; 김용기, 1997)가 있는가 하면 소득역분배 현상이 있다는 연구(전혜련 등, 1981; 유인왕, 1983; 원석조, 1983; 문옥륜 등, 1985; 백용환, 1986; 김운미 등, 1992)가 있어 의료보험의 종류와 대상 그리고 분석방법

및 이용한 자료에 따라 상이한 결과를 제시하고 있다. 그러나 지역의료보험 피보험자를 대상으로 한 연구는 김기옥과 이규식(1985), 변종화(1985), 김영훈(1989), 이상일(1989), 이종훈(1992), 정용식(1994), 국철(1996), 정영숙(1997) 등의 연구가 있는데, 모두 소득재분배기능을 수행하고 있다고 보고하고 있다. 문옥륜(1994)은 우리 나라 의료보험의 소득재분배기능에 대해 실증적인 자료를 종합하여 제시하고 있다.

그렇지만 이들 연구는 어디까지나 지역의료보험이 통합되기 이전의 연구이고 의료보험이 통합된 이후에는 지역의료보험에 대한 소득재분배효과에 관한 연구는 보고된 바 없었다. 이 또한 개별자료를 분석한 연구보다는 의료보험단체의 집단 통계자료를 근거로 분석한 경우가 대부분이었다. 지역의료보험 통합에 따른 문제가 앞으로 의료보험제도의 주요 이슈로 제기될 것이므로 의료보험의 통합이 소득재분배에 어떤 영향을 미치는지 세대 개별자료로서 분석하는 것은 매우 의의가 있다고 하겠다. 그리고 2002년부터는 직종간에 분리 운영되던 의료보험의 재정이 완전히 통합되어 운영되므로 직종간의 소득이전의 문제가 제기될 것이기 때문에 지역의료보험 통합에 따른 소득재분배효과의 연구는 정책적으로 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

지역의료보험이 통합되면서 초미의 관심사는 통합보험료의 부과체계를 어떻게 설계하여야 보험료부과의 형평성을 제고시키고 소득재분배기능을 높일 수 있는냐는 것이었다. 지역의료보험 통합보험료의 부과체계를 설계하면서 기본방향을 첫째, 단일보험료 부과체계를 구축하고, 둘째, 보험재정의 안정성을 유지하고, 셋째, 보험료부담의 형평성을 실현하며, 넷째, 보험료부과 업무를 합리화하고, 다섯째, 국민의 수용성을 고려하여 부과하는 것으로 설정하였다. 이에 따라 종전의 지역의료보험의 보험료부과체계에서 기본보험료를 폐지하고, 과세소득보험료의 개선, 평가소득보험료의 설정, 재산비례보험료의 활용, 자동차보험료의 활용 등의 기본적인 방침을 정하여 통합보험료 부과체계를 구축하였다(사공진, 1998; 차홍봉, 1998). 즉, 종전에는 각각의 지역의료보험조합에서 가입자당 정액과 세대당 정액으로 부과하는 기본보험료, 소득과 재산에 따른 보험료(각각 30등급), 자동차보험료를 합산하여 세대별로 보험료를 부과하였으나, 통합의료보험에서는 전국적으로 동일한 기준을 적용하여 소득보험료와 재산보험료로 구분하여 부과하게 되었다. 소득보험료는 과세소득을 50등급으로 나누어 부과하고, 과세자료가 없거나 과세소득이 500만원 이하 가구에는 성·연령·재산정도·자동차여부 등을 감안하여 30등급으로 나눈 평가소득을 기준으로 보험료를 부과하고, 재산소득에 대해서도 50등급으로 나누어 부과하게 되었다.

지역의료보험 통합보험료의 부과체계가 합리적이지 못하다는 주장이 많아(사공진, 1998;

이규식, 1999; 김병익, 2000; 문옥륜, 2000) 이에 대한 논의는 논외로 하더라도 지역의료보험이 통합되기 전과 후의 이러한 보험료부과체계의 차이는 보험료를 부담하는 계층의 분포와 세대당 보험료부담액의 변화를 초래하게 되고, 계층간의 소득이전효과에도 영향을 미치게 된다. 그래서 이러한 변화에 따라 계층간에 소득이전효과가 어떻게 변화되는지를 분석함으로써 지역의료보험의 보험료부과의 형평성을 제고하는데 필요한 자료로 활용될 수 있을 것이다.

따라서 본 연구는 지역의료보험조합이 하나로 통합된 1998년 10월 1일을 기준으로 하여 지역의료보험 통합전 1년간과 통합후 1년간에 동일한 세대에서의 보험료부담액의 차이, 보험료부담 계층간의 보험급여율 및 소득이전율을 구하고 소득재분배 지표로 이용되고 있는 지니계수, 집중지수 및 10분위배분율 등을 산출하여 지역의료보험의 통합이 소득재분배효과에 어떤 영향을 미쳤는지를 분석할 목적으로 시도되었다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상 및 자료

본 연구는 국민의료보험관리공단 대구지사에서 지역의료보험과 공·교 의료보험이 통합된 1998년 10월 1일을 기준으로 통합전과 통합후 각 1년 동안의 지역의료보험의 보험료납부와 보험급여 자료를 수집·분석하였다.

연구대상자는 1998년 10월 현재 대구광역시 지역의료보험 적용대상자 416,036세대(1,295,674명) 중에서 8개 지역별로 나누어 1년 이상 보험료를 납입한 실적이 있는 세대를 대상으로 전체 세대의 1%에 해당되는 4,160세대(세대원수: 14,764명)를 구·군별로 의료보험증의 번호를 나열하여 계통추출(systematic sampling) 하였다. 이들을 대상으로 지역의료보험 통합전인 1997년 10월 1일부터 1998년 9월 30일까지의 1년간 그리고 통합후인 1998년 10월 1일부터 1999년 9월 30일까지의 1년간 보험료 및 보험급여자료를 수집하였다.

분석자료는 보험료산정내역서와 개인현물급여명세서 자료를 이용하였는데, 보험료산정내역서를 통해 세대별 세대주의 인적특성, 세대원수, 세대별 보험료(소득비례보험료, 평가소득보험료, 과세소득보험료, 재산보험료, 자동차보험료) 등의 자료를 수집하였고, 개인현물급여명세서를 통해서 피보험자의 총진료비, 공단(조합)부담금, 본인부담금 등의 자료를 수집하였다.

2. 분석방법

소득계층별로 분류하기 위하여 대상세대 4,160세대를 세대별 또는 세대의 피보험자 1인당

연간보험료를 순위별로 나열한 후 일정금액을 기준으로 15등급하여, 통합전후의 세대별 및 세대의 피보험자당 연간보험료에 따른 세대수와 세대원수의 분포에 따른 연간보험료의 변화를 분석하였고, 세대별 또는 세대의 피보험자 1인당 연간보험료를 순위별로 나열한 후 총세대를 10등급(각 416세대)으로 구분하여 보험료변화율, 보험료점유율과 보험급여비점유율, 급여비변화율, 소득이전율, 보험급여율 등을 분석하였다. 그리고 보험료와 보험급여비 각각의 분포로서 지니계수, 집중지수, 10분위 배분율을 구하고 로렌츠 곡선과 집중 곡선으로 불균등 정도를 제시하였다. 자료분석은 마이크로소프트 엑셀(Microsoft excel) 프로그램에 자료를 입력한 후 SAS Version 6.12 프로그램을 이용하여 통계분석을 실시하였다. 본 연구의 분석에서 사용된 지표의 정의와 그 의미는 다음과 같다.

가. 보험급여율

보험급여율은 보험료 부담정도에 비해 어느 정도의 급여를 받았는가를 알아보기 위한 것으로 총보험료와 총급여비의 비율로 구하였다. 보험급여율이 1을 초과하면 보험료에 비하여 보험급여비가 많다는 의미이고, 1 미만일 경우에는 그 반대가 된다. 따라서 저소득층의 보험급여율이 높고 고소득층의 보험급여율이 낮은 경우에 계층간 소득재분배가 잘 이루어졌다고 할 수 있겠다. 이 지표는 산출이 간편하다는 장점이 있지만, 소득계층별 1인당 급여비의 차이가 크게 발생될 경우에는 소득계층간에 균등한 손해가 저해된다는 문제점이 야기될 수 있다(문옥륜, 1994).

- 보험급여율 = 보험급여액/보험료액

나. 보험료점유율과 보험급여비점유율

전체 징수된 보험료 및 지급된 급여비 중 각 계층에서 차지하는 구성비를 통해 점유율을 구하였다.

- 보험료점유율(%) = 한 계층의 보험료 총액/전체 보험료 총액 × 100
- 보험급여비점유율(%) = 한 계층의 보험급여비 총액/전체 보험급여비 총액 × 100

다. 소득이전율

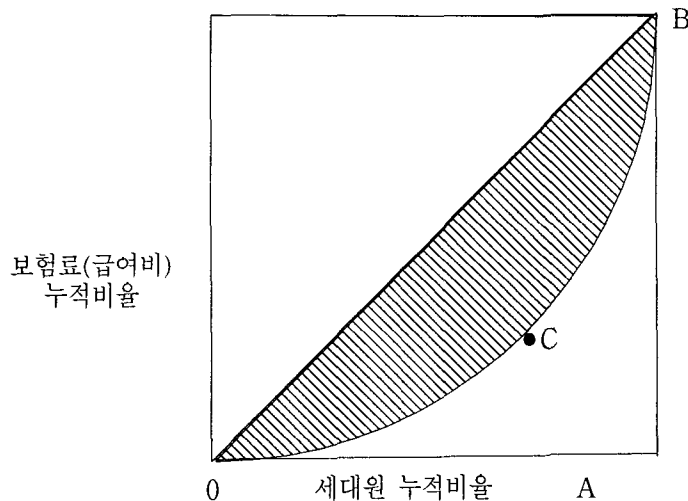
보험료점유율에 비하여 보험급여비점유율이 어느 정도인가를 나타내는 것으로 그 값이 1이면 소득이전효과가 없는 것이며, 1보다 크면 양(+)의 소득재분배가 이루어지는 것이고, 1보다 작으면 음(-)의 소득재분배가 있는 것으로 볼 수 있다. 따라서 저소득계층에서는 1보다 크고 고소득계층에서는 1보다 작은 값이 나오면 소득이전효과가 있다고 해석할 수 있다. 즉, 1을 기준으로 하여 1보다 작으면 그 차액만큼 기여효과가 나타나고, 1보다 크면 그 차액만큼 수

해효과가 나타난다고 할 수 있다(문옥륜, 1994).

- 소득이전율 = 계층별 보험급여점유율/계층별 보험료점유율

라. 지니계수에 의한 보험료 및 급여비 분석

소득분배의 불평등도를 측정(Kuznets, 1957; Atkinson, 1970; Sen, 1974)하는 일반적인 방법으로 로렌즈곡선(Lorenz curve)과 지니계수(Gini coefficient)가 있다. 로렌즈곡선은 일반적으로 횡축에 누적소득인구비를 종축에 이들의 누적소득액비를 표시하여 보조선으로 완전균등선인 45° 선을 그은 것이다. 즉, 소득이 가장 낮은 계층으로부터 높아지는 순서에 따라 배열했을 때, 하위 일정 퍼센트(%)에 속하는 사람들이 차지하는 전체소득 중의 비율을 나타내는 점들을 모아놓은 곡선이다(Brenfenbrenner, 1971; 주학중, 1982; Russell, 1992)(그림 1).



[그림 1] 로렌즈 곡선

그러므로 도출된 로렌즈곡선이 대각선에 가까이 위치할수록 평등한 분배상태를 의미하며, 멀리 떨어질수록 불평등한 분배상태를 의미한다. 이러한 로렌즈곡선은 아주 단순하고 직관적이라는 장점을 가지고 있다. 그림에서 OB의 보조선은 이상적 평등분포를 나타내고 횡축에 접한 직각선 OAB는 가장 불평등한 상태를 나타내며, 곡선 OCB는 현실적인 분포를 의미한다. 여기서 완전 평등선과 로렌즈곡선이 이루는 면적 즉, 빗금친 면적을 불평등 면적이라 하고, 이 면적과 OAB의 면적과 대비시킨 비율로서 불평등도를 측정할 값이 지니계수가 된다. 따라서 지니계수는 그 값이 0에서 1까지의 범위를 취할 수 있는데 0일 경우는 분포가 이상적인 경우이고, 1이면 완전 불평등을 뜻하며 지니계수가 클수록 불평등 정도가 심하다는 것을 의미한다(Kakwani,

1977; 서수교와 박재용, 1994). 즉, 0이면 완전평등분배이고, 1이면 완전불평등분배를 나타낸다.

이 로렌츠곡선의 원리를 이용하여 소득누적백분율 대신 보험료등급별 보험료누적비율, 급여비누적비율을 각각 대입시킴으로써 보험료 및 급여비 분포불균등 상태를 확인하여 의료보험 소득재분배기능의 정도를 파악하는 것이다. 그러나 불평등과 사회경제상태와의 체계적인 연관성 정도를 분석할 수 없는 단점이 있다(Blackoby와 Donaldson, 1978; 이준구, 2000).

한편, 시간이 경과한 두 시점에서의 정태 현상을 비교하여 그 변화의 분석을 동태분석으로 파악할 수 있는 지니계수 재분배비율이 있는데, 두 시점에서의 지니계수를 각각 G_0 와 G_t 라 하면 지니계수 재분배비율(Gr)은 $(G_t - G_0)/G_0 \times 100$ 으로 계산된다(주학중, 1982).

바. 급여비 집중곡선(concentration curve for benefits)과 급여비 집중지수(benefits concentration index)

로렌츠 곡선과 지니계수는 전술한 바와 같이 불평등과 사회경제적인 차원을 연계시키지 못하는 제약점을 갖고 있는데, 보건의료의 불평등 정도를 사회경제적 상태와 체계적으로 연관시켜 측정하는 것이 집중곡선과 집중지수이다(문옥륜 등, 1999). 즉, 대상인구를 사회경제적 상태, 즉 보험료에 의해 순위를 매긴 다음 이들 인구집단의 누적비율을 급여비의 누적비율에 대하여 표시한 것이 집중곡선이다. 집중지수는 -1에서 +1사이의 값을 취하는데 이론적으로 -1은 급여비가 경제적으로 열악한, 즉 보험료를 가장 적게 내는 사람의 수중에 집중되는 것을 의미하며, +1은 급여비가 보험료를 가장 많이 내는 사람의 수중에 집중되는 때를 나타낸다.

한편, 급여비에 의한 분석단위의 순위가 사회경제적 상태(보험료 등급)에 따른 순위와 일치할 때는 집중곡선 및 집중지수가 로렌츠 곡선 및 지니계수와 동일한 결과를 나타낸다.

사. 10분위 분포를 이용한 집중률 분석

세대로 구분하고 총보험료에서 각 분위별로 차지하는 비율을 분석하였다. 또한 10분위분포를 이용하여 하위 40%의 보험료(급여비)점유율과 상위 20%의 보험료(급여비)점유율을 대비하여 10분위분배율(decile distribution ratio)을 계산해 불평등 정도를 제시하였는데, 10분위분배율의 값이 작을수록 불평등도가 크다는 것을 의미한다(문옥륜 등, 1999).

III. 성 적

1. 연간보험료등급에 따른 통합전후 세대 및 세대원 분포

조사대상 4,160세대의 세대주는 남자가 3,346명(80.4%), 여자가 814명(19.6%)이었고, 연령은

40대가 1,383명(33.2%)으로 가장 많았다. 세대원수는 평균 3.5명이었으며 4명 가족이 1,599세대(38.4%)로 가장 많았고 지역별로는 달서구가 861세대(20.7%)로 가장 많았다(표 1).

<표 1> 대상 세대주의 일반적인 특성

	세대수	%
성		
남	3,346	80.4
여	814	19.6
연 령(세)		
≤29	99	2.4
30 - 39	1,004	24.1
40 - 49	1,383	33.2
50 - 59	988	23.8
60 - 69	434	10.4
70≤	252	6.1
세대원수(평균세대원수:3.5명)		
1	422	10.2
2	463	11.1
3	825	19.8
4	1,599	38.4
5≤	841	20.5
지 역		
중 구	224	5.4
동 구	592	14.2
서 구	555	13.3
남 구	383	9.2
북 구	639	15.4
수성구	675	16.2
달서구	861	20.7
달성군	231	5.6
계	4,160	100.0

세대당 납부한 연간보험료를 기준으로 10만원 미만을 최하위등급으로 하고 5만원 간격으로 연간보험료를 15등급으로 구분하여, 의료보험통합전후 보험료계층별 세대수의 변화정도를 알

아본 결과, 연간보험료 20만원 이하계층에서는 통합전보다 통합후의 세대수가 증가되었으며, 연간보험료 50만원 이상계층에서도 세대수의 증가를 보였다. 특히, 연간보험료 75만원 이상계층에서는 통합전(4.6%)보다 통합후(11.3%)가 2배 이상 증가하여 통합후에 보험료가 낮은 계층은 더 낮게, 높은 계층은 더 높게 보험료가 부과되었음을 알 수 있었다. 전체 세대원수는 14,764명으로 통합전후 모두 보험료가 낮은 계층인 15만원 미만은 평균세대원수가 2명 미만이었으나, 45만원 이상계층은 4명 이상으로서 보험료를 많이 내는 계층의 세대원이 많았다(표 2).

<표 2> 세대당 연간보험료등급에 따른 통합전후 세대 및 세대분포

연간보험료 (1,000원)	통 합 전			통 합 후		
	세대수(%)	세대원수(%)	평 균 세대원수	세대수(%)	세대원수(%)	평 균 세대원수
100 미만	41(1.0)	63(0.4)	1.5	124(3.0)	212(1.4)	1.7
100~150	221(5.3)	339(2.3)	1.5	230(5.5)	415(2.8)	1.8
150~200	362(8.7)	881(6.0)	2.4	376(9.0)	1,089(7.4)	2.9
200~250	673(16.2)	2,229(15.1)	3.3	494(11.9)	1,620(11.0)	3.3
250~300	705(16.9)	2,596(17.6)	3.7	446(10.7)	1,530(10.4)	3.4
300~350	490(11.8)	1,857(12.6)	3.8	433(10.4)	1,628(11.0)	3.8
350~400	364(8.8)	1,403(9.5)	3.9	335(8.1)	1,242(8.4)	3.7
400~450	364(8.8)	1,453(9.8)	3.9	274(6.6)	1,052(7.1)	3.8
450~500	231(5.6)	948(6.4)	4.1	221(5.3)	898(6.1)	4.1
500~550	174(4.2)	710(4.8)	4.1	217(5.2)	881(6.0)	4.1
550~600	120(2.9)	525(3.6)	4.4	171(4.1)	693(4.7)	4.1
600~650	110(2.6)	453(3.1)	4.1	141(3.4)	581(3.9)	4.1
650~700	68(1.6)	296(2.0)	4.4	127(3.1)	546(3.7)	4.3
700~750	46(1.1)	193(1.3)	4.2	101(2.4)	420(2.8)	4.2
750 이상	191(4.6)	818(5.5)	4.3	470(11.3)	1,957(13.3)	4.2
계	4,160(100.0)	14,764(100.0)	3.5	4,160(100.0)	14,764(100.0)	3.5

보험료는 세대당으로 부과되고 계층별로 세대원수가 다르기 때문에 세대 피보험자 1인당으로 분석할 필요가 있다. 세대 피보험자당 연간보험료를 기준으로 3만원 미만을 최하위등급으로 하고 1만5천원 간격으로 연간보험료를 15등급으로 구분하여, 의료보험통합전후 보험료계층별 세대수의 변화정도를 알아본 결과, 연간보험료 4만5천원 이하 계층에서는 통합전보다 통합후의 세대수가 증가되었으며, 1인당 연간보험료 15만원 이상계층에서도 세대수의 증가를 보였다. 연간보험료 22만5천원 이상계층에서는 통합전 6.1%에서 통합후 11.3%로 크게 증가하였다. 이

는 세대당 보험료로 분석한 경우와 유사하였다. 피보험자당 연간보험료가 높은 세대일수록 세대당 세대원수는 통합전후 모두 낮아지는 경향을 보여 세대당 보험료를 기준으로 하였을 때와는 상반되는 양상을 보였다(표 3).

<표 3> 세대 피보험자당 연간보험료등급에 따른 통합전후 세대 및 세대분포

연간보험료 (1,000원)	통 합 전			통 합 후		
	세대수(%)	세대원수(%)	평 균 세대원수	세대수(%)	세대원수(%)	평 균 세대원수
30 미만	16(0.4)	68(0.5)	4.3	28(0.7)	116(0.8)	4.1
30 ~ 45	79(1.9)	385(2.6)	4.9	134(3.2)	547(3.7)	4.1
45 ~ 60	487(11.7)	2,089(14.1)	4.3	454(10.9)	1,787(12.1)	3.9
60 ~ 75	770(18.5)	3,043(20.6)	3.9	530(12.7)	2,053(13.9)	3.9
75 ~ 90	656(15.8)	2,489(16.9)	3.8	542(13.0)	2,044(13.8)	3.8
90 ~105	491(11.8)	1,874(12.7)	3.8	462(11.1)	1,587(10.7)	3.4
105~120	370(8.9)	1,311(8.9)	3.5	359(8.6)	1,301(8.8)	3.6
120~135	297(7.1)	934(6.3)	3.1	326(7.8)	1,169(7.9)	3.6
135~150	258(6.2)	703(4.8)	2.7	221(5.3)	790(5.4)	3.6
150~165	150(3.6)	474(3.2)	3.2	191(4.6)	687(4.7)	3.6
165~180	120(2.9)	352(2.4)	2.9	153(3.7)	519(3.5)	3.4
180~195	86(2.1)	257(1.7)	3.0	122(2.9)	395(2.7)	3.2
195~210	70(1.7)	204(1.4)	2.9	101(2.4)	335(2.3)	3.3
210~225	55(1.3)	116(0.8)	2.1	66(1.6)	205(1.4)	3.1
225 이상	255(6.1)	465(3.1)	1.8	471(11.3)	1,229(8.3)	2.6
계	4,160(100.0)	14,764(100.0)	3.5	4,160(100.0)	14,764(100.0)	3.5

2. 보험료 10분위 계층별 통합전후 보험료 변화

의료보험 통합전 세대당 연간보험료를 금액 순위로 나열한 후 각 460세대씩 10등급으로 구분하여 등급별로 통합전후의 보험료 차이를 분석하였다. 통합후 연간보험료가 20.90% 증가되어 세대당 평균 74,223원이 증가되었다. 보험료인상률은 10등급이 41.03%로 가장 높았고 하위등급으로 갈수록 낮아져 1등급은 오히려 3.91%감소하였다. 통합후의 보험료가 증가된 세대는 68.8%였고 31.2%는 감소하였는데, 10등급에서 증가된 세대비율이 96.4%로 가장 높았고 하위등급으로 갈수록 낮아져 1등급은 37.5%만 증가되어 가장 낮았다(표 4).

<표 4> 통합전 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 보험료 변화

보험료 10분위 ¹⁾	증가		감소		평균 증감액(원)	보험료 인상율(%)
	세대수(%)	평균 증가액(원)	세대수(%)	평균 감소액(원)		
1	156(37.5)	44,558	260(62.5)	35,431	-5,435	-3.91
2	255(61.3)	58,412	161(38.7)	36,835	21,549	10.90
3	253(60.8)	71,314	163(39.2)	39,582	27,862	12.03
4	213(51.2)	76,207	203(48.8)	43,048	18,012	6.89
5	247(59.4)	68,962	169(40.6)	43,590	23,237	8.02
6	288(69.2)	94,457	128(30.8)	45,996	51,241	15.73
7	316(76.0)	102,695	100(24.0)	51,305	65,675	17.35
8	348(83.7)	118,677	68(16.3)	88,875	84,750	19.43
9	383(92.1)	163,516	33(7.9)	114,754	141,441	26.86
10	401(96.4)	330,434	15(3.6)	128,173	313,897	41.03
계	2,860(68.8)	129,105	1,300(31.2)	46,516	74,223	20.90

주 : 1) 세대당 보험료 순위별로 총세대(4,160세대)를 10등분한 세대수(각416세대)

통합전 세대 피보험자당 연간보험료에 따라 등급별로 보험료의 증감 상황을 분석한 결과 18.88%의 인상률을 보였고 1인당 평균 21,317원이 증가되었다. 10등급은 81.3%가 증가되어 가장 높았고 3등급이 52.6%가 증가되어 가장 낮았다(표 5).

<표 5> 통합전 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 보험료 변화

보험료 10분위 ¹⁾	증가		감소		평균 증감액(원)	보험료 인상율(%)
	세대수(%)	평균 증가액(원)	세대수(%)	평균 감소액(원)		
1	278(66.8)	16,450	138(33.2)	7,809	8,403	17.49
2	262(63.0)	18,084	154(37.0)	9,481	7,879	12.98
3	219(52.6)	20,587	197(47.4)	10,798	5,724	8.31
4	257(61.8)	20,062	159(38.2)	11,330	8,063	10.49
5	265(63.7)	22,707	151(36.3)	15,161	8,907	10.30
6	316(76.0)	25,401	100(24.0)	17,279	15,141	15.40
7	320(76.9)	31,074	96(23.1)	25,985	17,906	15.81
8	279(67.1)	38,521	137(32.9)	27,036	16,931	12.79
9	326(78.4)	54,972	90(21.6)	41,432	34,115	21.06
10	338(81.3)	126,127	78(18.8)	66,026	90,098	31.93
계	2,860(68.8)	39,958	1,300(31.2)	19,662	21,317	18.88

주 : 1) 세대의 피보험자당 보험료 순위에 따라 전체 세대(4,160)를 10등분한 세대수(각 416세대)

3. 보험료 10분위 계층별 통합전후의 급여비 변화

의료보험 통합전의 세대당 연간보험료를 기준으로 통합전후의 보험급여비의 변화양상을 알아본 결과, 급여비는 통합후에 63.75% 인상률을 보였고 세대당 평균 178,311원이 증가되었으며 73.5%의 세대에서 증가되었다. 급여비가 증가된 세대비율은 1등급이 67.3%로 가장 낮고 6등급이 77.1%로 가장 높았으나 계층별로 큰 차이가 없으며 급여비 인상률은 1등급이 107.37%로 가장 높았고 7등급이 42.14%로 가장 낮았다. 통합전후 모두 연간급여를 전혀 받지 않은 세대가 전체 84세대(2.0%)이었고 이 중 1등급이 39세대(46.4%)로 가장 많았으며, 다음이 2등급 12세대(14.3%)순 이었다(표 6).

<표 6> 통합전 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 급여비 변화

세대당 보험료 10분위	증 가		감 소		무	평균 증감액(원)	급여비 인상률(%)
	세대수(%)	평균 증가액(원)	세대수(%)	평균 감소액(원)			
1	280(67.3)	333,290	97(23.3)	257,410	39(9.4)	164,309	107.37
2	296(71.1)	306,845	108(26.0)	203,614	12(2.9)	165,470	83.17
3	311(74.8)	361,913	98(23.5)	261,215	7(1.7)	209,208	90.10
4	296(71.1)	291,662	116(27.9)	240,411	4(1.0)	140,491	55.14
5	303(72.8)	366,524	109(26.2)	327,472	4(1.0)	181,159	63.59
6	321(77.1)	360,331	91(21.9)	376,751	4(1.0)	195,630	68.42
7	312(75.0)	287,859	100(24.0)	391,090	4(1.0)	121,882	42.14
8	315(75.7)	292,027	98(23.6)	348,822	3(0.7)	138,952	43.06
9	309(74.3)	442,486	105(25.2)	385,311	2(0.5)	231,419	62.71
10	313(75.2)	445,727	98(23.6)	427,007	5(1.2)	234,774	57.73
계	3,056(73.5)	349,411	1,020(24.5)	319,630	84(2.0)	178,311	63.75

통합전 세대 피보험자당 연간보험료를 기준으로 통합전후의 보험급여비의 변화양상을 알아본 결과, 급여비는 통합후에 62.05% 인상률을 보였고 피보험자당 평균 55,542원이 증가되었다. 급여비가 증가된 세대비율은 4등급이 77.2%로 가장 높고, 9등급과 10등급이 70.4%로 가장 낮았으나 계층별로 큰 차이는 없었다(표 7).

<표 7> 통합전 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 급여비 변화

보험료 10분위 ¹⁾	증 가		감 소		무	평균 증감액(원)	급여비 인상률(%)
	세대수(%)	평균 증가액(원)	세대수(%)	평균 감소액(원)			
1	309(73.6)	96,243	98(23.6)	67,030	12(2.9)	55,003	83.87
2	303(72.8)	98,940	110(26.4)	81,372	3(0.7)	50,548	75.76
3	307(73.8)	102,535	105(25.2)	60,783	4(1.0)	60,327	94.24
4	321(77.2)	87,798	90(21.6)	78,125	5(1.2)	50,846	78.67
5	311(74.8)	82,851	100(24.0)	162,587	5(1.2)	22,856	24.51
6	316(76.0)	104,503	97(23.3)	94,257	3(0.7)	57,404	66.26
7	310(74.5)	85,080	100(24.0)	62,013	6(1.4)	48,494	64.69
8	296(71.2)	135,024	106(25.5)	68,105	14(3.4)	78,721	104.96
9	293(70.4)	158,212	108(26.0)	148,359	15(3.6)	72,916	63.05
10	293(70.4)	200,387	106(25.5)	321,134	17(4.1)	59,310	31.16
계	3,056(73.5)	114,297	1,020(24.5)	115,508	84(2.0)	55,642	62.05

주 : 1) 세대의 피보험자당 보험료 순위에 따라 전체 세대(4,160)를 10등분한 세대수(각 416세대)

4. 보험료 10분위 계층별 통합전후 평균보험료 및 보험료점유율

세대당 연간보험료를 기준으로 의료보험통합전후 평균보험료 및 보험료점유율을 알아본 결과, 평균보험료는 통합전 355,129원이었으나 통합후에는 429,352원으로 증가하였다. 10분위 계층별 보험료점유율이 1등급에서 7등급까지는 통합전보다 통합후에 감소하였고 8등급부터는 증가하였다. 하위 40%의 세대가 차지하는 보험료점유율은 통합전의 23.36%에서 통합후는 18.89%로 감소하였다. 상위 20%세대가 차지하는 보험료점유율은 36.37%에서 41.76%로 증가 되었는데, 이를 10분위 배분율로 나타내면 통합전 0.64에서 통합후 0.45로써 세대간의 불평등도가 통합후에 더 높아졌다(표 8, 그림 2).

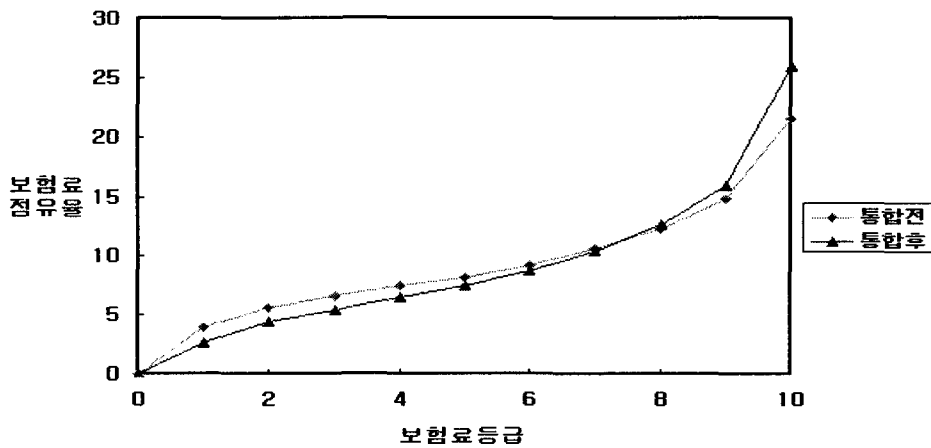
한편, 전체 대상세대를 기준으로 보험료점유율을 구하여 지니계수를 계산한 결과, 통합전 (0.26)보다 통합후(0.34)가 더 높게 나타나 지니계수 재분배비율은 30.8%였다. 이를 지니계수의 산출과정에서 나타나는 로렌츠 곡선으로 세대수에 따른 보험료의 불평등정도를 제시하면 [그림 3]과 같이 통합전보다 통합후의 불평등 정도가 더 심하였다.

세대 피보험자 1인당 연간보험료를 기준으로 등급을 구분하여 세대당 평균보험료와 보험료점유율을 의료보험통합전후로 비교한 결과, 평균보험료는 112,903원에서 134,220원으로 증

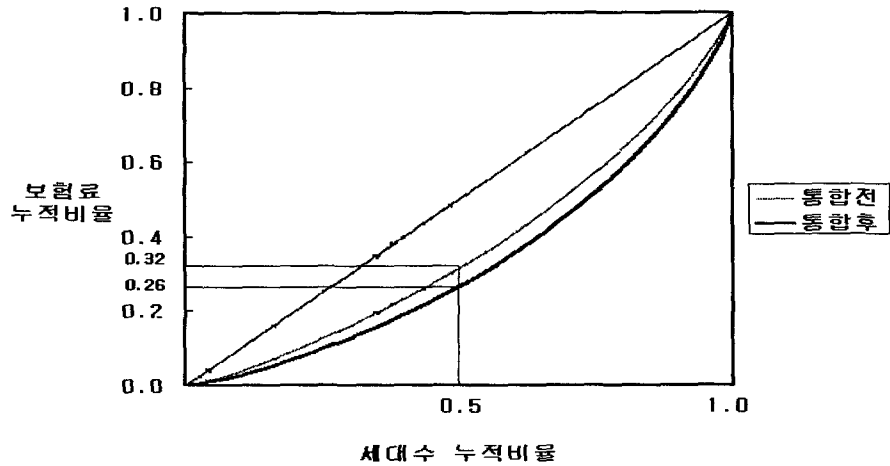
- 박계용 외 : 지역의료보험 통합전후의 계층간 보험료 이전효과 비교 -

<표 8> 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 평균보험료 및 보험료점유율

보험료 10분위	통 합 전			통 합 후		
	평균보험료 (원)	보험료 점유율(%)	누적점유율 (%)	평균보험료 (원)	보험료 점유율(%)	누적점유율 (%)
1	138,866 ± 28,222	3.91	3.91	113,515 ± 28,271	2.64	2.64
2	197,754 ± 12,491	5.57	9.48	190,098 ± 14,204	4.43	7.07
3	231,617 ± 8,798	6.52	16.00	232,645 ± 11,626	5.42	12.49
4	261,266 ± 7,649	7.36	23.36	274,894 ± 14,054	6.40	18.89
5	289,801 ± 8,558	8.16	31.52	320,361 ± 13,316	7.46	26.35
6	325,680 ± 13,190	9.17	40.69	376,400 ± 17,915	8.77	35.12
7	378,490 ± 16,560	10.66	51.35	448,600 ± 23,688	10.45	45.57
8	436,122 ± 18,535	12.28	63.63	543,895 ± 31,324	12.67	58.24
9	526,665 ± 36,830	14.83	78.46	681,748 ± 51,367	15.88	74.12
10	765,024 ± 136,403	21.54	100.00	1,111,365 ± 364,894	25.88	100.00
평 균	355,129 ± 180,892	100.00		429,352 ± 302,590	100.00	
10분위배분율		0.64			0.45	
지니계수		0.26			0.34	



[그림 2] 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후의 보험료점유율



[그림 3] 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 보험료 로렌츠곡선

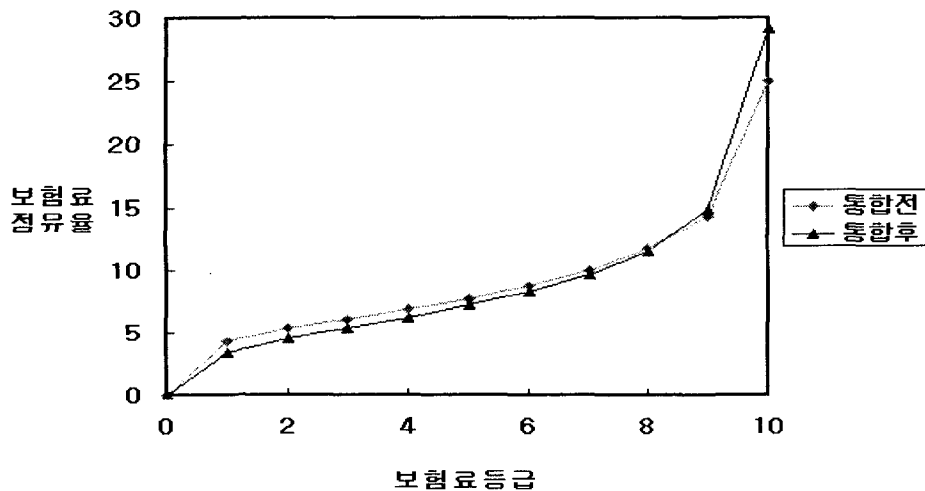
가되었고, 10분위 계층별 보험료점유율은 8등급까지는 통합전보다 통합후에 감소하였고, 9등급과 10등급에서 증가하였다. 하위 40%의 세대가 차지하는 보험료누적점유율은 통합전의 경우 22.54%, 통합후는 19.35%이었으며, 또한 상위 20%세대가 차지하는 보험료점유율은 통합전후 각각 39.34%, 44.06%이었는데 이를 10분위 배분율로 나타내면 통합전 0.57에서 통합후 0.44로서 세대간의 불평등도가 통합후에 더 높아졌다(표 9, 그림 4).

한편, 대상세대전체의 피보험자당 연간보험료를 기준으로 지니계수를 계산한 결과, 통합전 (0.29)보다 통합후(0.37)가 더 높아져 지니계수 재분배비율은 27.6%이었으며, 이를 로렌츠곡선으로 제시하면 [그림 5]와 같다. 그림에서 보는 바와 같이 완전균등선인 45° 선에서 약간 아래로 떨어져 있음을 알 수 있었고, 통합전 피보험자당 연간보험료기준 세대수 50%가 차지하는 보험료누적비는 30.20%인데 비하여 통합후는 26.52%를 차지하고 있어, 통합후의 불평등정도가 약간 높아졌음을 알 수 있었다. 이 결과는 세대당으로 분석한 결과와 거의 유사하였다.

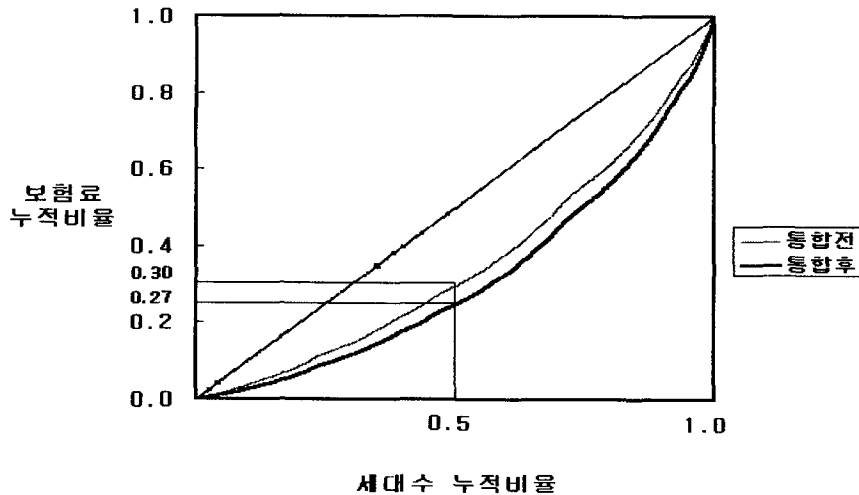
- 박재용 외 : 지역의료보험 통합전후의 계층간 보험료 이전효과 비교 -

<표 9> 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 평균보험료 및 보험료점유율

보험료 10분위	통 합 전			통 합 후		
	평균 보험료(원)	보험료 점유율(%)	누적 점유율(%)	평균 보험료(원)	보험료 점유율(%)	누적 점유율(%)
1	48,034 ± 6,994	4.25	4.25	45,396 ± 8,712	3.38	3.38
2	60,691 ± 2,885	5.38	9.63	60,404 ± 2,945	4.50	7.88
3	68,851 ± 2,189	6.10	15.73	71,337 ± 3,473	5.32	13.20
4	76,879 ± 2,468	6.81	22.54	82,584 ± 3,615	6.15	19.35
5	86,443 ± 3,114	7.66	30.20	96,318 ± 4,212	7.17	26.52
6	98,305 ± 3,825	8.71	38.91	110,862 ± 4,873	8.26	34.78
7	113,285 ± 4,937	10.03	48.94	128,902 ± 5,931	9.60	44.38
8	132,414 ± 6,318	11.73	60.67	155,050 ± 9,175	11.55	55.93
9	61,970 ± 12,819	14.35	75.02	199,448 ± 18,287	14.86	70.79
10	282,155 ± 116,329	24.99	100.00	391,896 ± 240,677	29.20	100.00
평 균	112,903 ± 75,069	100.00		134,220 ± 123,077	100.00	
10분위배분율 지니계수		0.57			0.44	
		0.29			0.37	



[그림 4] 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 보험료점유율



[그림 5] 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 보험료 로렌츠 곡선

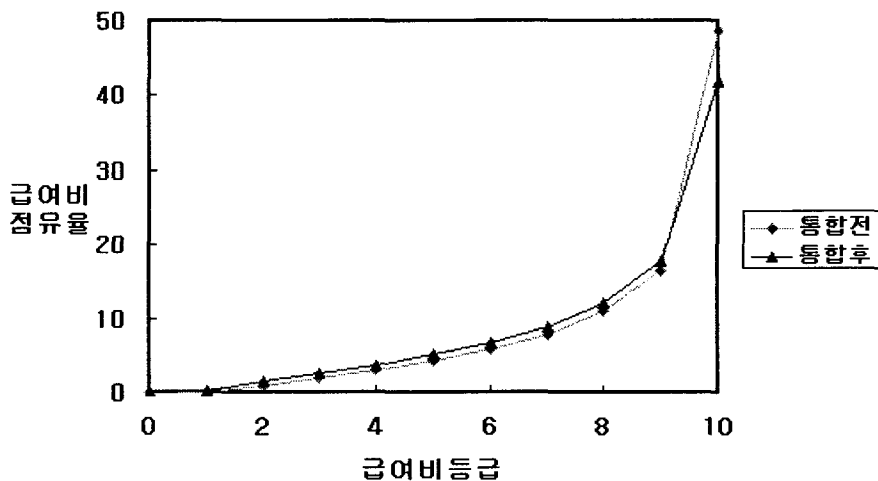
5. 급여비 10분위 계층별 통합전후 평균급여비 및 급여비점유율

세대당 보험급여비를 기준으로 순위별로 416세대씩 10등급하여 의료보험통합전후 평균급여비 및 급여비점유율을 분석한 결과, 평균급여비는 통합전 279,722원에서 통합후에 458,034원으로 증가되었고 모든 계층에서 증가되었다. 10분위 계층별 평균급여비는 통합전 1등급이 2,441원, 10등급은 1,363,342원으로 매우 심한 격차를 보였고, 통합후에도 각각 12,929원과 1,915,064원으로 같은 현상을 보였다. 급여비점유율은 9등급까지는 통합후가 통합전보다 높았고 10급에서는 통합전이 높았다. 급여비누적점유율은 통합전 하위 40%세대에서 6.09%이었고 상위 20%세대에서는 65.10%로 높게 나타나 10분위 배분율은 0.09이었으나, 통합후에는 급여비누적점유율은 하위 40%세대가 8.06%이었고 상위 20%세대는 59.48%를 나타내어 10분위 배분율은 0.14로 통합전보다는 조금 호전되었으나 고불균등분배의 범주에 포함되었다(표 10, 그림 6). 또한 의료보험통합전후의 급여비의 지니계수는 통합전 0.61에서 통합후 0.57로 낮아져 지니계수 재분배비율은 -6.5%이었으며, 이를 로렌츠곡선으로 불평등정도를 제시하면 [그림 7]과 같다. 통합전 세대수 50%가 차지하는 급여비누적비는 10%에 불과하였으나 통합후는 13%를 차지하고 있어 불평등정도가 약간 더 완화되었다고 할 수 있다.

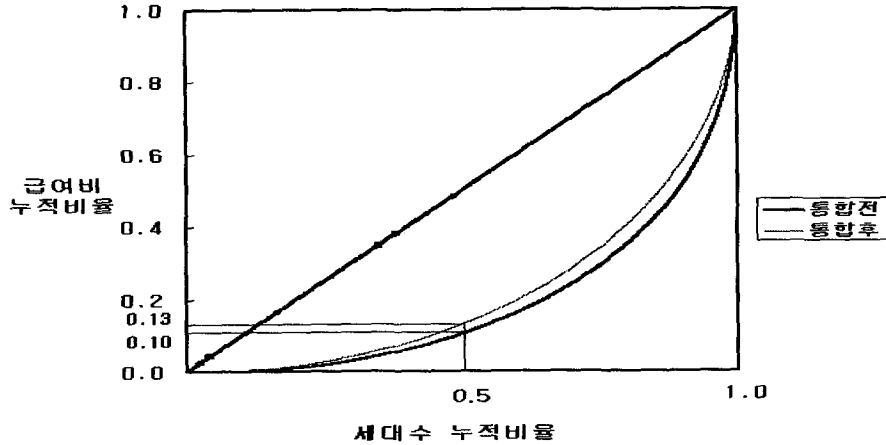
- 박재용 외 : 지역의료보험 통합전후의 계층간 보험료 이전효과 비교 -

<표 10> 세대당 급여비 10분위 계층별 통합전후 평균급여비 및 급여비점유율

급여비 10분위	통 합 전			통 합 후		
	평균 급여비(원)	급여비 점유율(%)	누적 점유율(%)	평균 급여비(원)	급여비 점유율(%)	누적 점유율(%)
1	2,441 ± 3,627	0.09	0.09	12,929 ± 12,876	0.28	0.28
2	25,109 ± 8,235	0.90	0.99	65,076 ± 15,378	1.42	1.70
3	55,337 ± 9,374	1.98	2.97	118,722 ± 15,233	2.59	4.29
4	87,376 ± 9,168	3.12	6.09	172,568 ± 17,528	3.77	8.06
5	120,881 ± 10,544	4.32	10.41	233,942 ± 18,152	5.11	13.17
6	161,617 ± 13,198	5.78	16.19	304,365 ± 21,467	6.65	19.82
7	218,201 ± 19,732	7.80	23.99	400,021 ± 34,563	8.73	28.55
8	305,143 ± 32,096	10.91	34.90	548,468 ± 55,232	11.97	40.52
9	457,775 ± 67,311	16.37	51.27	809,187 ± 104,315	17.67	58.19
10	1,363,342 ± 1,159,137	48.73	100.00	1,915,064 ± 1,248,678	41.81	100.00
평 균	279,722 ± 531,613	100.00		458,034 ± 667,391	100.00	
10분위배분율		0.09			0.14	
지니 계수		0.61			0.57	

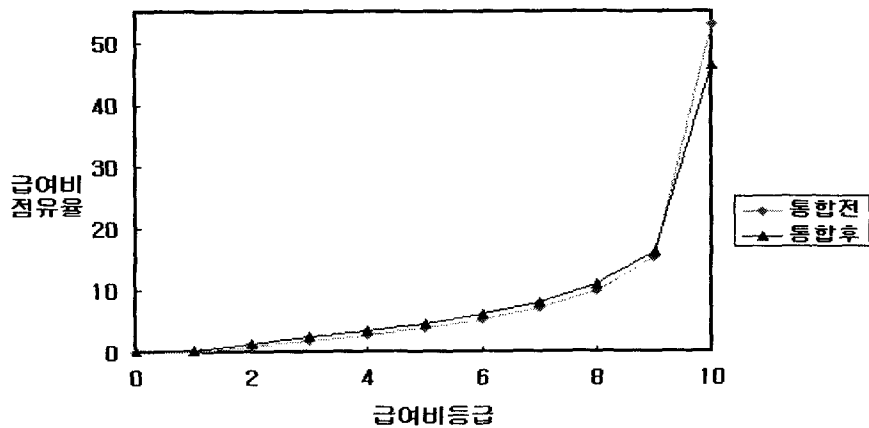


[그림 6] 세대당 급여비 10분위 계층별 통합전후 급여비점유율



[그림 7] 세대당 급여비 10분위 계층별 통합전후 급여비 로렌츠 곡선

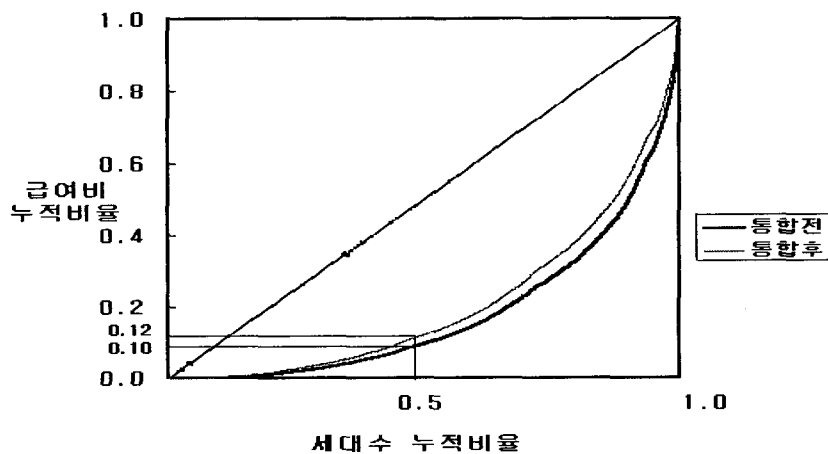
한편, 세대 피보험자당 보험급여비를 기준으로 세대당 평균급여비 및 급여비점유율을 분석한 결과, 평균급여비는 통합전 89,677원에서 통합후 145,320원으로 증가하였고 통합전 급여비 점유율은 1등급이 0.09%이었고, 10등급이 53.00%으로 매우 심한 차이를 보였고, 통합후에도 0.33%에서 46.45%로 같은 현상을 보였다. 피보험자 1인당으로 분석한 결과는 통합후에 10등급을 제외한 9등급까지에서 급여비점유율이 증가되어 세대당으로 분석한 결과와 차이가 없었다. 10분위 배분율은 통합전 0.08에서 통합후 0.12로 약간 높아졌고, 지니계수는 통합전 0.64에서 통합후 0.59로 낮아져 지니계수재분배비율은 -7.8%이었다(표 11, 그림 8, 그림 9).



[그림 8] 세대 피보험자당 급여비 10분위 계층별 통합전후 급여비점유율

<표 11> 세대 피보험자당 급여비 10분위 계층별 통합전후 평균급여비 및 급여비점유율

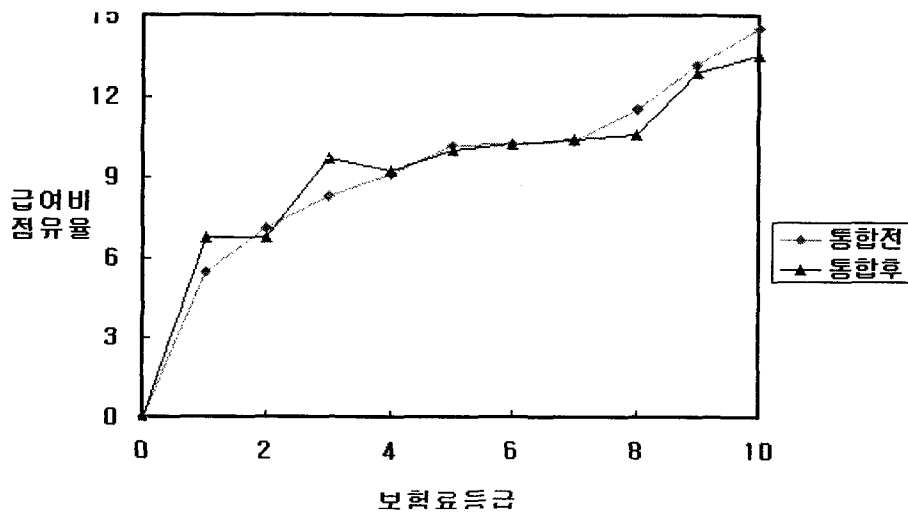
급여비 10분위	통 합 전			통 합 후		
	평균 급여비(원)	급여비 점유율(%)	누적 점유율(%)	평균 급여비(원)	급여비 점유율(%)	누적 점유율(%)
1	839 ± 1,231	0.09	0.09	4,820 ± 2,635	0.33	0.33
2	8,169 ± 2,475	0.91	1.00	21,201 ± 4,393	1.46	1.79
3	16,919 ± 2,703	1.89	2.89	35,775 ± 3,953	2.46	4.25
4	25,381 ± 2,397	2.83	5.72	50,488 ± 4,254	3.47	7.72
5	35,131 ± 3,192	3.92	9.64	67,110 ± 5,336	4.62	12.34
6	46,907 ± 3,555	5.23	14.87	88,147 ± 7,301	6.07	18.41
7	63,121 ± 5,472	7.04	21.91	115,119 ± 9,176	7.92	26.33
8	88,433 ± 9,590	9.86	31.77	159,719 ± 16,464	10.99	37.32
9	136,629 ± 22,323	15.24	47.01	235,769 ± 32,340	16.22	53.54
10	475,243 ± 663,677	53.00	100.00	675,053 ± 642,223	46.45	100.00
평 균	89,677 ± 249,110	100.00		145,320 ± 277,243	100.00	
10분위배분율		0.08			0.12	
지니계수		0.64			0.59	



[그림 9] 세대 피보험자당 급여비 10분위 계층별 통합전후 급여비 로렌츠 곡선

6. 보험료 10분위 계층별 통합전후 평균급여비 및 급여비점유율

세대당 연간보험료를 기준으로 10등급하여 의료보험통합전후의 급여비점유율을 분석한 결과, 통합전에는 보험료 10분위계층이 높아질수록 급여비점유율이 높아지는 경향이 뚜렷하였으나 통합후에 약간의 증감현상을 보였다. 통합후의 급여비점유율은 1, 3, 4, 7등급에서는 통합전보다 높아졌으나 나머지 계층에서는 낮아졌다. 이는 [그림 10]에서도 잘 보여주고 있다.

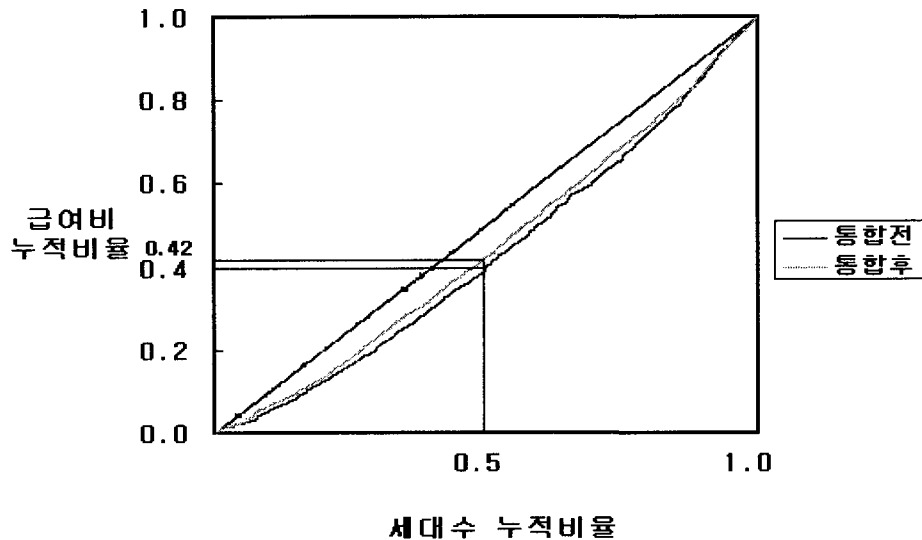


[그림 10] 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 급여비점유율

급여비점유율은 통합전 하위 40%세대에서 29.98%이었으나 상위 20%세대에서는 27.73%를 나타내어 10분위 배분율은 1.08이었으며, 통합후 급여비점유율은 하위 40%세대가 32.45%이었고 상위 20%세대는 26.38%를 나타내어 10분위 배분율은 1.23으로서 계층간의 균등분배정도가 통합후에 더 고균등분배를 보였다. 또한 집중지수도 통합전 0.14에서 통합후 0.11로서 약간 낮아졌으며(표 12), 이를 집중곡선으로 세대수에 따른 보험급여비의 불균등 정도를 제시하면 [그림 11]과 같다.

<표 12> 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 평균급여비 및 급여비점유율

보험료 10분위	통 합 전			통 합 후		
	평균 급여비(원)	급여비 점유율(%)	누적 점유율(%)	평균 급여비(원)	급여비 점유율(%)	누적 점유율(%)
1	153,036±532,160	5.47	5.47	310,555±659,607	6.78	6.78
2	198,959±337,272	7.11	12.58	309,554±407,064	6.76	13.54
3	231,995±397,075	8.29	20.87	443,457±734,024	9.68	23.22
4	254,811±336,394	9.11	29.98	422,864±495,979	9.23	32.45
5	284,902±514,906	10.19	40.17	457,226±540,497	9.98	42.43
6	285,927±549,699	10.22	50.39	467,588±707,149	10.21	52.64
7	289,211±628,745	10.34	60.73	477,487±692,126	10.42	63.06
8	322,713±599,383	11.54	72.27	483,463±655,797	10.56	73.62
9	369,003±609,874	13.19	85.46	589,324±803,439	12.87	86.49
10	406,666±647,276	14.54	100.00	618,823±801,071	13.51	100.00
평균	279,722±531,613	100.00		458,034±667,391	100.00	
10분위배분율		1.08			1.23	
집 중 지 수		0.14			0.11	



[그림 11] 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 급여비 집중곡선

한편, 세대 피보험자당 연간보험료를 기준으로 하여 의료보험통합전후의 급여비점유율을 알아 본 결과, 중하위 계층(2, 3, 4 등급)과 중상위계층(6, 7, 8 등급)에서 통합전보다 통합후에 급여비점유율이 높아졌으나 최하위계층인 1등급과 상위계층인 9, 10등급이 오히려 낮아졌다. 이는 [그림 12]에서도 잘 보여주고 있다. 10분위 배분율은 통합전은 0.85, 통합후는 1.24로서 통합후에 더 고균등분배를 보였다. 또한 집중지수도 통합전 0.18에서 통합후 0.13으로서 약간 낮아졌다(표 13). 이를 피보험자당 보험급여비를 기준으로 세대수에 따른 보험급여비의 불평등정도를 집중곡선으로 제시하면 [그림 13]과 같다.

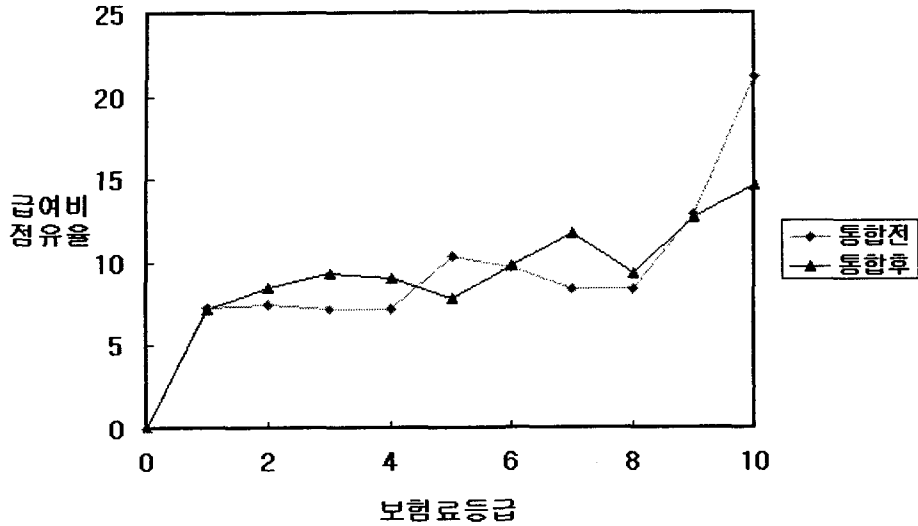
<표 13> 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 평균급여비 및 급여비점유율

보험료 10분위	통 합 전			통 합 후		
	평균 급여비(원)	급여비 점유율(%)	누적 점유율(%)	평균 급여비(원)	급여비 점유율(%)	누적 점유율(%)
1	65,579±140,266	7.31	7.31	103,928±181826	7.15	7.15
2	66,718±101,773	7.44	14.75	123,185±175836	8.48	15.63
3	64,015±9,529	7.14	21.89	136,167±258373	9.37	25.00
4	64,631±123,289	7.21	29.10	131,024±168330	9.02	34.02
5	93,247±333,505	10.40	39.49	113,495±116416	7.81	41.83
6	86,635±161,615	9.66	49.16	142,212±325885	9.79	51.62
7	74,964±120,664	8.36	57.52	170,659±464188	11.74	3.36
8	75,002±116,925	8.36	65.88	135,371±225598	9.32	72.68
9	115,647±245,468	12.90	78.78	183,950±321563	12.66	85.34
10	190,333±575,179	21.22	100.00	213,210±333662	14.67	100.00
평 균	89,677±249,110	100.00		145,320±277243	100.00	
10분위배분율		0.85			1.24	
집 중 지 수		0.18			0.13	

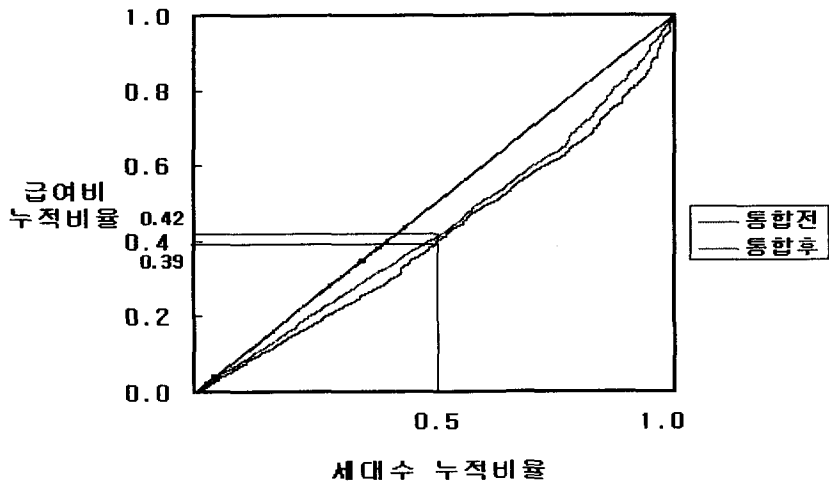
7. 보험료 10분위 계층별 통합전후 소득이전율 및 보험급여율

세대당 연간보험료를 기준으로 한 10분위 계층별 소득이전율(계층별보험급여점유율/계층별 보험료점유율)을 의료보험통합전후로 비교해 본 결과, 1등급에서 7등급까지는 통합전보다 통합후에 높아졌고, 8등급 이상계층은 낮아졌다. 1등급은 통합전 1.40에서 통합후 2.57로 크게 높아졌고 10등급에서는 통합전 0.68에서 통합후 0.52로 감소하였다. 통합전에는 1등급에서 6등급까지 소득이전율이 1.0보다 컸으나 통합후에는 1등급에서 7등급까지 1.0보다 커졌다(표 14, 그림 14).

- 박재용 외 : 지역의료보험 통합전후의 계층간 보험료 이전효과 비교 -



[그림 12] 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 급여비점유율



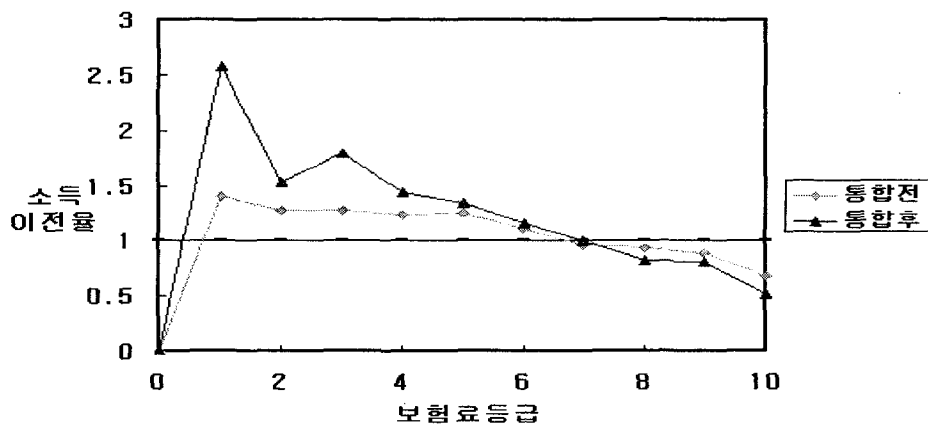
[그림 13] 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 급여비 집중곡선

보험급여율(보험급여액/보험료액)은 통합전 0.79에서 통합후 1.07로 증가하였는데, 모든 10분위 계층에서 높아졌다. 1등급이 통합전 1.10에서 2.74로 높은 증가를 보였고 10등급은 통합전 0.53에서 통합후 0.56으로 가장 낮은 증가를 보였다. 통합전에는 1등급에서 3등급까지

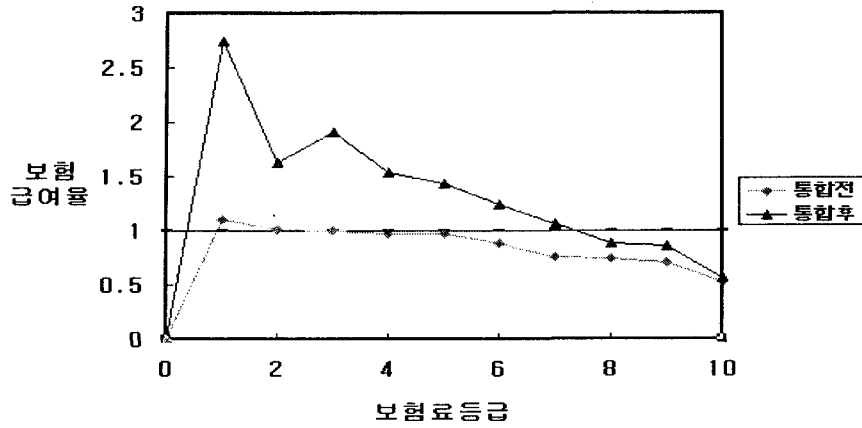
1.0 이상의 보험급여율을 보였으나 통합후에는 1등급에서 7등급까지 1.0 이상으로서 보험료보다 보험급여비가 많았다(표 14, 그림 15). 소득이전율과 보험급여율을 보았을 때 의료보험 통합 이전보다 의료보험통합 이후가 저소득계층에서는 수혜효과가, 고소득계층에서는 기여효과가 더 커진 것을 알 수 있었다.

<표 14> 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 소득이전율 및 보험급여율

보험료 10분위	소득이전율		보험급여율	
	통합전	통합후	통합전	통합후
1	1.40	2.57	1.10	2.74
2	1.28	1.53	1.01	1.63
3	1.27	1.79	1.00	1.91
4	1.24	1.44	0.98	1.54
5	1.25	1.34	0.98	1.43
6	1.11	1.16	0.88	1.24
7	0.97	1.00	0.76	1.06
8	0.94	0.83	0.74	0.89
9	0.89	0.81	0.70	0.86
10	0.68	0.52	0.53	0.56
평균	1.00	1.00	0.79	1.07



[그림 14] 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 소득이전율



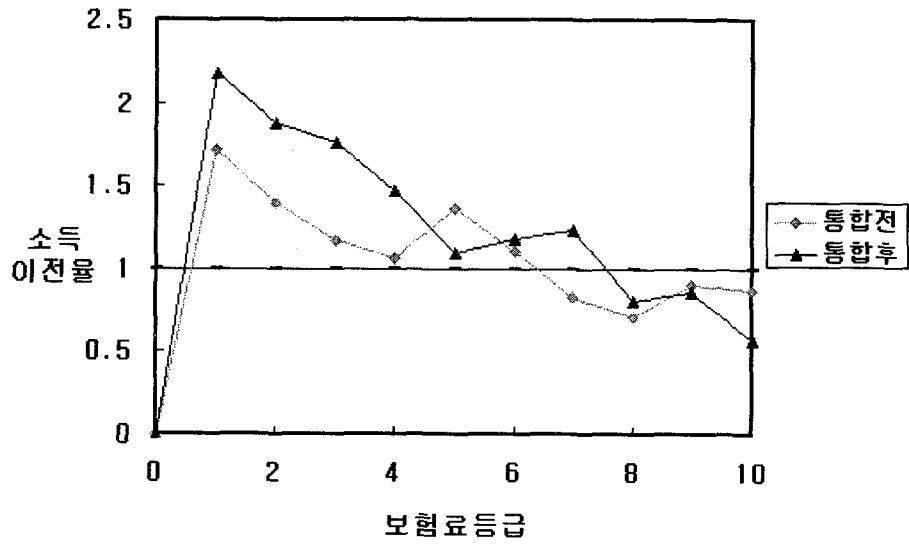
[그림 15] 세대당 보험료 10분위 계층별 통합전후 보험급여율

한편, 세대 피보험자당 연간보험료를 기준으로 하여 의료보험통합전후의 10분위 계층별 소득이전율을 분석한 결과, 5등급과 9, 10등급을 제외한 모든 등급에서 통합전보다 통합후의 소득이전율이 높아졌고, 1등급이 1.72에서 2.18로 가장 높은 증가를 보였다. 보험급여율은 세대당을 기준으로 했을때는 모든 계층에서 통합후에 높아졌으나, 세대 피보험자당 보험료를 기준으로 한 경우에는 10등급에서 낮아졌다. 세대당 보험료를 기준으로 한 분석과 피보험자당 보험료를 기준으로 한 분석결과는 전반적으로 큰 차이를 보이지 않았다(표 15, 그림 16, 그림 17).

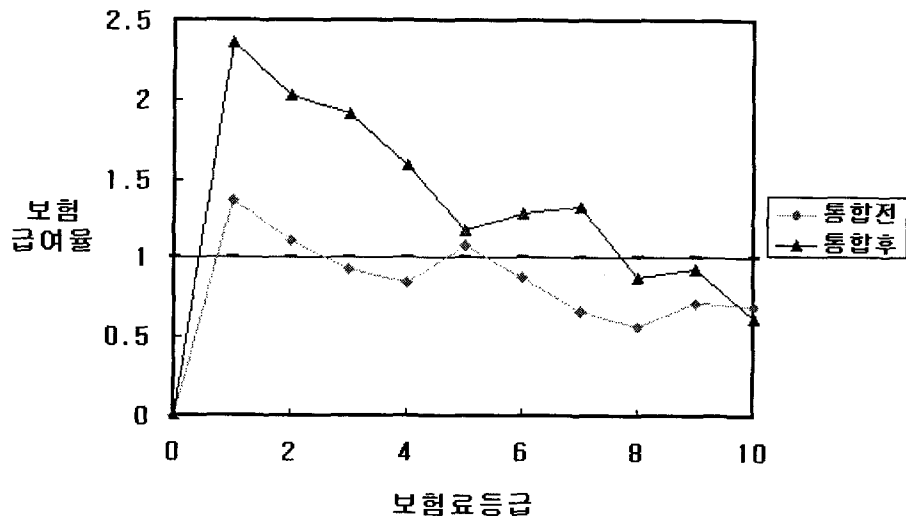
<표 15> 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 소득이전율 및 보험급여율

보험료 10분위	소득이전율		보험급여율	
	통합전	통합후	통합전	통합후
1	1.72	2.18	1.37	2.36
2	1.39	1.88	1.11	2.03
3	1.17	1.76	0.93	1.91
4	1.06	1.47	0.84	1.59
5	1.36	1.09	1.08	1.18
6	1.11	1.18	0.88	1.28
7	0.83	1.23	0.66	1.33
8	0.71	0.81	0.57	0.88
9	0.90	0.86	0.72	0.93
10	0.87	0.57	0.69	0.62
평균	1.00	1.00	0.79	1.07

- Jae Yong Park et al : Comparison of the Effect of Income-Redistribution before and after the Mergence of Medical Insurance Program for Self-employeds -



[그림 16] 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 소득이전율



[그림 17] 세대 피보험자당 보험료 10분위 계층별 통합전후 보험급여율

IV. 고 찰

사회보장제도는 여러 가지 상이한 소득계층간의 소득을 재분배 또는 이전시키는 기구로서 중요한 의의가 있다(Richardson, 1960). 즉, 사회보장은 노령·실업·상해 및 질병 등의 사고에 대한 보장기능과 함께 빈곤의 예방 및 소득불균형을 시정하고 경제활동의 안정을 위한 소득재분배기능을 수행하고 있다(이인재 등, 1999). 그러나 실제로 소득재분배효과가 아무리 중요한 의미를 갖더라도 그 효과를 계량적으로 측정하는 것은 쉬운 일이 아니다(변중화, 1987; 정영숙, 1997). 그 이유는 제도상의 문제 및 자료상의 문제 등 측정방법상의 한계가 존재하기 때문이다.

소득재분배 분석을 위해서는 정확한 소득통계 자료가 있어야 하는 것은 당연하나, 소득의 개념에는 여러 가지가 있기 때문에 이에 따른 소득자료를 필요로 한다. 소득에는 국민소득계정상의 소득, 가처분소득, 생활소득, 표준소비소득, 복지소득, 구매력소득 등이 있고 분석하는 내용에 따라 사용되는 소득이 달라질 수 있다. 소득과약을 위해서는 무엇보다 개인 또는 가계단위로서 소득조사가 실시되어야 하지만 종합소득세제가 확립되어 있으면 소득세 자료로서 대신할 수 있다. 그러나 이 경우에도 개인소득세 자료가 가계단위소득으로 재집계 될 수 있어야 하며, 면세점 이하의 소득계층에 대한 소득자료도 필요하게 된다(Pechman과 Okner, 1974; 주학중, 1982). 가처분소득은 경제적 후생을 나타내는 소득개념으로 많이 사용되지만, 이를 추정하기 위해서는 소득세를 포함한 개인소득세 자료와 사회보험의 부과금, 정부재정지출로서의 소득이전에 관련된 자료가 필요하다. 그런데 사회보장과 공적부조와 관련된 자료는 그 수혜자가 정확히 어느 계층인지를 추정하는데 어려움이 있다(주학중, 1982).

본 연구에서는 이러한 각 가계의 소득자료를 확보하지 못하고, 보험료부과 및 보험급여 자료만으로 소득이전효과 또는 소득재분배기능을 유추하고 있을 뿐이다. 지역의료보험에선 소득세와 재산세를 근거로 보험료를 부과하는 것을 원칙으로 하고는 있지만 전국적으로 지역 의료보험 적용대상자의 소득과약도가 23.5% 수준에 불과하여, 평가소득으로 보험료를 부과하는 비중이 매우 높기 때문이다. 즉, 지역의료보험의 부과요소별 보험료배분비율에서 과세 소득보험료가 통합전 15.5%에서 통합후 16%로, 재산비례보험료가 30.8%에서 34%로 약간 인상되었을 뿐이고, 통합전 53.7%를 차지하던 기본보험료의 비중이 통합후에는 평가소득보험료로 변경되었지만 여전히 50%의 비중을 차지하고 있다(문옥륜, 1999). 평가소득은 실제 발생한 소득이 아니기 때문에 재산은닉자, 탈세자, 재산 불성실신고자 등에게 상대적으로 유리하여 소득역분배 현상이 초래되고, 이를 통한 의료보험료 부과는 사회기강을 흐리게 할 수 있다. 또한 임금근로자를 대상으로 하는 직장의료보험에 있어서도 표준보수월액, 즉 표준보수등급을 기준으로 소득재분배효과를 측정하고 있지만 이 소득도 가구당 또는 1인당 실제소

득으로 보기는 곤란하다고 하겠다(정경배 등, 1991). 그래서 본 연구에서 보험료 계층에 따라 지역의료보험의 소득재분배효과를 분석한 것은 엄밀한 의미에서 소득재분배효과의 개념이라기보다는 계층간 보험료의 이전효과의 개념으로 보아야 할 것이다. 일반적으로 의료보험의 소득재분배기능은 보험료의 부담과 보험급여에 있어서 소득이전이 촉진될 경우 제도가 제 기능을 발휘하고 있다고 평가할 수 있다(연하청 등, 1983).

그 동안 전국에서 227개 조합으로 운영되던 지역의료보험의 보험자가 1998년 10월부터 국민의료보험공단으로 보험자가 단일화되면서 보험료의 부과체계 및 관리운영체계가 변화되어 의료보험의 관리운영비, 소득재분배 및 위험분산기능 등에 있어서 상당한 변화가 예상되었다. 즉, 의료보험 통합으로 인한 논쟁은 보험료 부과체계와 수혜의 형평성에 어떤 영향을 미치고, 국민의료비의 통제와 국민의료의 질적 향상에 대한 기여도는 어느 정도 되는지 등 효율성에 대해 초점을 맞출 수 있다(문옥륜, 1999; 이규석, 1999; 김병익, 2000). 본 연구에서는 효율성에 대해서는 논외로 하고 형평성에 대한 측면만을 고려하여 분석하였다.

지역의료보험이 통합됨으로써 전국적으로 같은 조건이면 동일한 의료보험료를 부담하게 된다. 그래서 전국 단일의 지역의료보험체계가 됨으로써 위험분산기능과 능력비례보험료의 증가로 인해 소득재분배기능이 향상되었다고 볼 수 있다. 그러나 전국적으로 동일한 보험료 부과체계와 관련되어서는 많은 문제점이 제기될 수 있는데 이를 나열해 보면, 첫째, 도시와 농촌간의 의료기관분포와 의료비 편차에 따른 지역별 보험료 편차를 인정하지 않는 문제가 있고, 둘째, 평가소득은 추정소득이지 실제소득이 아니라는 문제가 있으며, 셋째, 지역의료보험의 부과체계는 과세소득과 재산보험료의 소득 역진성이 극단적으로 심화되어 있다는 문제이다. 즉, 저소득층인 1등급의 과세소득 보험료율이 6.1%인데 비하여 최고소득층인 50등급의 보험료율은 1.2%에 불과하다는 문제가 제기되기도 하였다(사공진, 1998; 문옥륜, 1999).

본 연구에서는 분석단위를 세대당 보험료를 기준으로 등급을 구분하여 분석한 후, 세대의 피보험자 1인당 보험료를 기준으로 세대를 구분하고 분석하여 이 양자를 비교하였다. 이는 소득계층, 즉 보험료 부담계층에 따라 세대원수가 다르고, 통합전에는 가구원당 보험료가 포함되어 있었고 통합후의 평가소득은 개인단위로 부과되기 때문에 세대당으로 분석한 것을 1인당으로 환산해서 분석할 필요가 있었기 때문이다. 그러나 소득재분배 또는 보험료의 이전 효과에 대한 결과는 수치의 차이는 있지만 거의 비슷한 양상을 보였다. 그리고 본 연구에서는 동일세대로 통합전과 통합후를 비교하였는데, 동일세대로서 분석한 이유는 통합전에는 지역별(조합별)로 보험료의 부과기준이 달랐기 때문에 동일세대로 하면 지역간의 차이에서 오는 문제점을 줄일 수 있었기 때문이다. 즉, 통합전에는 조합이 자체 내에서 보험료를 세대별로 상대배분을 했고 통합후에는 절대치로서 배분하여 배분방법에 차이가 있기 때문이다. 지역의료보험 통합전후의 세대당 또는 세대 피보험자 1인당 보험료와 보험급여로서 소득계층

간(보험료부과 계층간) 보험급여율, 소득이전율, 10분위 배분율, 지니계수 및 집중지수로 분석한 결과에 의하면 지역의료보험이 통합되기 이전 1년간보다 이후 1년간이 소득재분배효과가 더 큰 것으로 나타났다. 세대당 연간보험료액은 통합전에 비해 통합후에 74,223원 증가하였으나, 연간 10만원 미만 보험료를 내는 세대가 통합전에는 1.0%이었으나 통합후는 3.0%로 늘었고, 연간 75만원 이상의 보험료를 내는 고소득 세대는 4.6%에서 11.3%로 증가하여 보험료부과의 소득계층간의 차이는 크게 증대되었다. 당초 정부에서 의료보험 통합시 보험료 변화세대를 모의시험으로 추정하 바에 의하면 전국적으로 62.5%의 세대가 보험료가 낮아지고 평균보험료도 1.99% 감소된다고 하였으나(차홍봉, 1998), 본 연구에서는 통합후 31.2%의 세대만 보험료가 낮아졌고, 평균보험료도 20.9%가 증가되어 모의운영시험과는 상이한 결과를 보였다. 이는 본 연구가 대도시만을 대상으로 한 표본조사이기 때문이기도 하지만 정부에서 통합의 당위성을 강조하면서 과소 추정한 경우를 감안할 수도 있다. 그리고 통합전후의 보험료차이는 보험료부과방식의 차이에서 오는 것인지, 보험료의 인상 때문에 초래된 것인지를 알 수 없기 때문에 소득재분배 측면에서는 이점도 고려되어야 한다. 즉, 보험료를 인상하면서 상대적으로 고소득층의 보험료를 많이 인상할 수 있기 때문일 수도 있다.

세대당 연간보험료를 10분위 계층별로 나누어 보험료점유율을 보면, 의료보험통합전에는 보험료를 가장 적게 내는 계층인 1등급의 점유율이 3.91%이었으나, 통합후에는 2.64%로 줄어든 반면에, 보험료를 가장 많이 내는 10등급은 21.54%에서 25.89%로 증가되어 상대적으로 보험료를 많이 내는 계층의 점유율이 높아졌고 적게 내는 계층의 점유율은 낮아져 보험료의 이전효과를 입증할 수 있었다. 즉, 10분위 배분율이 통합전에는 0.64이었으나 통합후에는 0.45로 더 불균등해 짐으로써 소득재분배기능이 증대되었다고 할 수 있다. 소득재분배가 이루어진다는 것은 계층간의 불균등분배가 이루어진다는 것을 의미하기 때문이다. 그리고 지니계수도 0.26에서 0.34로 커져 지니계수 재분배비율이 30.8%로서 불균형도가 커져 소득재분배효과가 증대되었음을 입증하고 있다. 주학중(1982)은 지니계수 수치 그 자체로는 소득불균형정도를 설명하기는 어려우나 그 변화치로서 소득불균형정도의 변화양상을 유추할 수는 있다고 하였다. 소득계층별 보험료점유율이 하위계층에서 상위계층으로 갈수록 증가하는 결과를 보인 연구로는 박은희(1984), 육효순(1986), 이현실(1990)의 직장의료보험과 공·교 의료보험의 분석내용과 일치하였다.

보험급여비의 점유율, 10분위 배분율 및 지니계수는 보험급여비로서 등급을 나누어 분석하였기 때문에 이것만으로는 소득계층간 급여비의 이전효과를 설명하는데는 한계가 있다. 그래서 보험료 10분위 계층별로 보험급여율과 소득이전율 그리고 집중지수 등을 비교해 보았다. 보험료등급에 따른 분석에서 급여비의 10분위 배분율은 통합전 1.08에서 통합후 1.23으로 높아졌고, 집중지수는 0.14에서 0.11로 낮아져 통합후에 보험료등급에 따라 급여비 수혜의 차이

가 줄어들었음을 의미한다. 즉, 보험료를 많이 내는 계층은 보험급여비의 수혜가 적어진 반면, 보험료를 적게 내는 계층은 보험료의 수혜가 증가되어 급여비의 이전효과가 증대되었다고 할 수 있다.

본 연구에서 보험급여율(보험급여비/보험료)은 통합전 0.78에서 통합후 1.07로 증가를 보여 전체적으로 통합전에는 보험료보다 급여비가 적었으나 통합후에는 보험급여비가 보험료보다 많아졌다. 전국적으로 지역의료보험의 재정수지가 1997년에 흑자였으나 1998년과 1999년에 적자를 나타낸 것파도 연관이 있다. 이는 통합후에 보험급여비는 증대되었으나 보험료가 그만큼 인상되지 않았기 때문인데, 그 이유는 1997년 말의 외환위기에 의한 IMF 구제금융체제 하에서 소득이 줄어 보험료를 급여비 증가만큼 인상을 시킬 수 없었고, 징수율도 낮아졌기 때문이다. 즉, 우리 나라 지역의료보험 징수율은 1994년에 98.1%, 1997년에 95.8%이었으나 의료보험이 통합된 1998년 10월에서 12월에는 84.7%, 1999년 4월에서 6월까지 86.7%로 줄어들었다(김병익, 2000). 그리고 통합초기에 보험료부과에 대한 대국민 불만을 줄이기 위해 보험료를 경감해 준 이유도 있을 수 있다. 보험급여율은 국고보조금에도 영향을 받을 수 있으나 여기서는 직접 대상자가 납부한 보험료와 지급받은 보험급여비만을 비교했기 때문에 국고보조금의 정도와는 관련이 없다고 하겠다.

보험료등급에 따른 보험급여율은 1등급은 통합전 1.10에서 통합후 2.74로 2배 이상 증가되었으나, 10등급은 0.53에서 0.56으로 큰 변화가 없었다. 이는 계층간에 보험료 부과 격차는 더 커졌고 계층간 보험급여의 수혜폭은 줄었기 때문이다. 이 결과는 소득이전율(급여비점유율/보험료점유율)로 설명될 수 있는데, 1등급에서 7등급까지는 통합전에 비해 통합후에 소득이전율이 높아진 반면에 8등급에서 10등급까지의 계층은 오히려 소득이전율이 더 낮아져, 보험료를 많이 내는 계층이 보험료를 적게 내는 계층보다는 보험급여를 상대적으로 적게 받고, 보험료가 낮은 세대로 보험료가 이전되는 효과를 보이고 있어 소득재분배가 긍정적으로 기능하고 있다고 할 수 있다.

따라서 소득수준에 따라 보험료를 적정하게 부담하고 필요에 따라 적절한 의료혜택을 받을 수 있도록 하여 사회연대성을 강화한다는 국민건강보험의 기본철학에 부합되며, 이의 실현원칙 중 하나인 보험료부담의 형평성보장의 효과가 어느 정도는 있었다고 평가할 수 있다. 지역의료보험을 통합하기 전보다 통합후에 소득재분배기능이 향상되었다고 하더라도 소득을 근거로 분석하지 않았고 도시지역만을 대상으로 하였기 때문에 도농간의 소득재분배 및 농촌지역에서의 소득재분배효과를 파악할 수가 없어 단정적으로 결론 내리기는 어렵다. 그렇지만 동일한 세대를 대상으로 통합전과 통합후의 보험료와 보험급여를 분석하였기 때문에 통합전과 후의 비교에는 유용하게 이용될 수 있을 것이다.

소득재분배정책은 크게 나누어 저소득계층을 위한 소득계층간의 소득이전적인 직접적 혹

은 간접적 보호방식에 의한 소득재분배정책과, 저소득계층의 소득능력향상을 지향하는 정책이 있을 수 있으나, 의료보험을 통한 소득재분배정책은 이 양자 모두를 포괄한다고 하겠다(연하청 등, 1983). 그러나 의료보험은 의료보장이 목적이고 소득재분배는 수단이기 때문에 의료보험에서의 소득재분배는 계층간의 소득이전적인 효과가 나타날 수 있는 선에서 결정되어야 할 것이다.

2000년 7월부터 국민건강보험으로 모든 의료보험의 운영체계가 통합되었고, 2002년 1월부터는 직장의료보험, 공·교의료보험 및 지역의료보험의 재정이 완전 통합되기 때문에 소득계층간 보험료의 형평 부과 문제가 제일 중요한 과제로 될 것이다. 그래서 지역의료보험 대상자뿐 아니라 전국민들의 소득을 정확히 파악할 수 있는 체계를 구축하여야 할 것이고, 정확한 소득을 근거로 한 보험료 부과방안을 마련하여 계속적으로 소득재분배효과를 심층적으로 분석하여 건강보험에서 형평성을 높이도록 노력해야 할 것이다.

V. 요약 및 결론

지역의료보험 통합전후의 소득재분배효과를 비교하고자 227지역의료보험조합과 공무원 및 사립학교교직원의료보험이 통합된 1998년 10월 1일을 기준으로 대구광역시 지역의료보험 적용대상자 중 4,160세대(14,764명)를 무작위로 계통추출하여 지역의료보험 통합전후 각 1년간 보험료 산정내역서와 개인현물급여명세서를 기준으로 자료를 수집하여 보험료계층별로 보험료점유율, 보험급여비점유율, 보험급여율, 소득이전율, 10분위 배분율, 집중지수 및 지니계수를 산출하여 소득재분배효과를 비교·분석하였다.

지역의료보험이 통합된 후에 세대당 보험료는 평균 20.9% 인상률을 보였으며 그중 68.8%의 세대가 증가되었고 31.2%는 감소되었는데 6등급에서 10등급까지는 15%이상의 보험료증가율을 보인 반면, 1등급은 3.9%가 감소되었다. 10분위 계층별 보험료점유율은 10분위 하위 계층에서 상위계층으로 갈수록 증가하였는데, 통합전보다 통합후에는 8등급에서 10등급까지는 점유율이 증가하였으나 나머지 1등급에서 7등급까지 모두 감소하였다. 10분위 배분율은 통합전에 0.64에서 통합후 0.45로, 지니계수는 0.26에서 0.34로 불평등도가 더 심화되어 소득재분배효과면에서는 더 긍정적으로 되었다.

세대당 보험급여비를 기준으로 한 10분위 배분율은 통합전 0.09에서 통합후 0.14이었고, 지니계수는 통합전 0.61보다 통합후 0.57로 약간 낮아졌다. 그리고 보험료를 기준으로 한 보험급여 10분위 배분율은 통합전 1.08에서 통합후 1.23으로 높아졌고 집중지수는 0.14에서 0.11로 약간 낮아져 보험급여면에서도 소득재분배효과가 개선되었다고 할 수 있다.

지역의료보험의 소득이전율(보험급여점유율/보험료점유율)은 통합전후 모두에서 상위등급

으로 갈수록 소득이전율이 낮은 경향을 보였는데 1등급에서 7등급까지는 통합전에 비해 통합후에 소득이전율이 높아졌으나 8등급에서 10등급까지는 낮아져 소득재분배효과가 커졌음을 알 수 있었다.

의료보험급여율(보험급여비/보험료)은 통합전 0.79에서 통합후 1.07로 증가되었는데, 통합전에는 3등급 이하에서 1.0이상을 보인 반면, 통합후는 7등급이하에서 모두 1.0보다 높아서 보험급여율로 보아도 통합전보다 통합후에 많이 개선되었다.

이상의 결과로 227개 지역의료보험조합이 하나로 통합된 1998년 10월 1일을 기준으로 볼 때, 의료보험 통합전보다 통합후가 의료보험료부과의 형평성이 제고되었다고 할 수 있다.

그러나 본 연구는 어디까지나 보험료를 근거로 계층을 나누어 분석하였고 소득계층에 따라 분석하지 않았기 때문에 소득재분배효과를 유추하는데 도움이 되지만 정확한 소득재분배효과를 설명하는데는 한계가 있다. 따라서 지역의료보험 피보험자들의 소득을 정확하게 파악할 수 있는 체계를 구축하여 이를 근거로 소득재분배 효과에 대한 분석이 있어야 할 것이다. 국민건강보험법 시행에 따른 통합된 의료보험제도 하에서는 전국민의 소득을 기준으로 단일 보험료 체계를 구축하는 것이 목적이기 때문에 보험료 부과체계에 대한 형평성을 파악할 수 있는 소득재분배효과 연구가 계속 수행되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 감신, 박재용, 예민해. 지역의료보험 재정수지의 결정요인. 예방의학회지 1995; 28(1): 153~174
국민의료보험관리공단. 의료보험통합의 의의와 효과. 의료보험통합 관련 세미나 2000. 2 ; 쪽 5-32
국철, 우리나라 의료보험제도의 소득재분배효과에 관한 실증적 고찰: 지역의료보험을 중심으로. 석사학위논문, 목포대학교 대학원 경제학과, 1996
권순원, 의료보험제도의 소득재분배 효과. 한국개발연구 1989; 11(3): 61~85
김기옥, 이규식. 지역의료보험의 의료이용도 및 소득재분배 효과에 관한 연구. 인구보건논집 1985; 5(2): 85~100
김병익, 한국 의료보험의 통합일원화: 성패의 갈림길. 보건행정학회지 2000; 10(3): 108~128
김삼근, 의료보험통합일원화의 정책결정과정에 관한 연구. 석사학위논문, 연세대학교 보건대학원 보건정책 및 관리학과, 1998
김영훈, 지역의료보험의 보험료이전효과 분석. 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1989
김용기, 우리나라 의료보험제도의 소득재분배효과에 대한 연구. 석사학위논문, 서강대학교경제대학원, 1997

- 김용익, 국민건강보험의 의의와 과제. 의보동향 1999 ; 11(7) : 27~40
- 김윤미, 문옥륜. 공·교 의료보험 적용대상자의 의료이용 실태에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원부설 국민보건연구소 논총 1992; 2(2): 161~183
- 김재권, 한국 의료보험에 관한 정책논쟁 분석-조합주의와 통합주의 논쟁을 중심으로. 박사학위논문, 성균관대학교 대학원 행정학과, 1992
- 문옥륜, 양봉민, 배상수. 직장의료보험의 소득재분배 효과분석. 의보공론 1985; 3(2): 68~73
- 문옥륜, 의료보험의 소득재분배기능, 제7회 의료정책토론회 보고서. 한림대학교 사회과학연구소, 1994.3.10 : 쪽 1~68
- 문옥륜, 의료보험통합의 문제점과 정책대안. 한국복지문제연구소 개소기념 학술토론회, 1999. 11.18 : 쪽 1~35
- 문옥륜, 이규식, 이기효, 장동민, 이해중, 김창엽, 신영자. 의료서비스의 배분적 정의. 서울, 서울대학교출판부, 1999 : 쪽 109~118
- 문옥륜, 박세택, 이재형, 조형원, 노운녕, 우영국, 최재욱, 신영전, 하호수. 의료보장론. 서울, 신광출판사, 2000 : 쪽 18~60
- 박은희, 의료보험과 소득재분배. 의보공론 1984; 8: 13-20
- 백용환, 직장의료보험의 소득재분배효과에 관한 연구-진로그룹 의료보험조합의 사례분석을 중심으로. 석사학위논문, 중앙대학교 사회개발대학원 사회복지전공, 1986
- 박중현, 지역의료보험의 보험료 부담의 형평성문제에 관한 연구-소득재분배 효과를 중심으로. 석사학위논문, 서강대학교 공공정책대학원 사회정책학과, 1997
- 변중화, 지역의료보험의 효과 분석-소득계층별 의료서비스의 균점 및 소득재분배효과를 중심으로. 박사학위논문, 서울대학교 대학원 보건학과, 1985
- 변중화, 지역의료보험의 효과 분석-소득계층별 의료서비스의 균점 및 소득재분배효과분석을 중심으로. 인구보건논집 1987; 7(1): 126~152
- 사공진, 의료보험통합과 보험료 부담. 통합의료보험 운영에 관한 정책토론회, 보건행정학회, 1998.10.17 : 쪽 3~31
- 사공진, 의료보험통합과 지역의료보험의 재정분석. 보건행정학회지 1998; 8(1):135~154
- 사공진, 의료보험통합이 생산적 복지에 부합하는가? 사회보장연구 1999; 15(2):87~112
- 서수교, 박재용. 의원의 의료보험 진료비 수입분포와 그 결정요인. 보건행정학회지 1995; 5(1): 1~30
- 서승우 : 직역공동조합의 특성. 의료보험 1981 ; 31 : 41~47
- 양명생, 한국의료보험 진료수가 제정 및 인상조정 과정에 관한 연구. 박사학위논문, 경산대학교 대학원 보건학과, 1993

- 연하청, 박종기, 민재성, 홍종덕, 박재용, 김일순, 한달선, 김학영. 의료보험의 정책과제와 발전방향. 한국개발연구원 1983 : 쪽 92~127
- 원석조, 한국 의료보험의 소득재분배 효과에 관한 실증적 연구. 사회정책연구 1983 ; 3
- 유인왕, 우리나라 의료보험의 소득재분배기능(하). 의보공론 1983; 1(3): 45~50
- 육효순, 공·교의료보험의 소득재분배효과. 의보공론 1986; 15: 72~88
- 의료보험통합추진기획단. 의료보험제도의 통합방안. 1998
- 이규식, 의료보험통합논리의 변화와 문제점. 의료보장연구회 제5차 정책토론회 발표논문, 1999.7.30
- 이상일, 1개군지역 의료보험제도에서의 보험료부담수준별 병·의원의료 이용에 관한 연구. 예방의학회지 1989; 22(4): 578~590
- 이인재, 류진석, 권문일, 김진구. 사회보장론. 서울, 나남출판사, 1999 : 쪽 96
- 이준구. 소득분배의 이론과 현실. 서울, 다산출판사, 2000 : 쪽 231~291
- 이종훈, 지역의료보험의 소득이전효과 분석에 관한 연구. 석사학위논문, 경희대학교 대학원, 1982
- 이현실, 직장의료보험의 소득재분배 효과에 관한 연구. 석사학위논문, 서울대보건대학원, 1990
- 전혜련, 문옥륜. 소득계층별 보험의료이용도 및 보험료이전에 관한 연구. 보건학논집 1981; 32: 51~65
- 정경배, 유종구, 나성린, 김남진, 지은구, 김수봉. 사회보장정책의 소득재분배 효과 분석: 저소득층의 소득재분배 효과. 한국보건사회연구원, 1991 : 쪽 133~160
- 정영숙. 한국 의료보험의 소득재분배효과에 관한 연구-지역의료보험을 중심으로. 석사학위논문, 조선대학교 교육대학원 일반사회 교육전공, 1997
- 정용식. 지역의료보험 가입자의 의료이용 행태 및 소득재분배효과 분석-경주군을 중심으로. 석사학위논문, 동국대학교 지역개발대학원 개발행정학과, 1994
- 주학중. 한국의 소득분배와 결정요인(하). 한국개발연구원, 1982 : 쪽 347~385
- 차홍봉. 의료보험의 통합보험료 부과체계와 보험재정. 국민의료보험제도 발전에 관한 세미나, 보건복지부 및 국민의료보험관리공단 설립위원회, 1998.9.4
- Atkinson A. On the Measurement of inequality. Journal of Economic Theory 1970; 244~263
- Blackoby C, Donaldson D. Measures of relative equality and their meaning in terms of social welfare. Journal of Economic Theory 1978; 18: 59~80
- Blinder A. The level and distribution of economic well-being, in M. Feldstein. The American Economy in Transition, Chicago, Chicago University Press, 1980
- Bronfenbrenner M. Income distribution theory. Chicago, Aldine, 1971

- Buchanan JM, Tullock GD. Theory of publics, choice political applications of economics. University of Michigan Press, 1972
- Feldstein PJ. Health care economics. 2nd ed., New York, John Wiley & Sons, 1983 : 516~552
- Kadushin A. Child welfare services. Macmillan, N.Y., 1980 : 116
- Kakwani N. Application of lorenz curves in economic analysis. *Econometrica* 1977; 45: 719~727
- Kuznets S. Quantitative aspects of the economic growth of nations II-Industrial distribution of national product and labor force, economic development and cultural change, 1957; 5(Supplement): 1~80
- Lindbeck A. Redistribution policy and the expansion of the public sector. *Journal of Public Economic* 1985; 309~328
- Paglin M. The measurement and trend of inequality-A basic revision, *American Economic Review* 1975; 65: 598~609
- Pechman JA, Okner BA. Who bears the tax burden? Washington D.C.: The Brookings Institution 1974
- Rawls J. A theory of justice. Harvard University 1973; 302~303
- Richardson JH. Economic and financial aspects of social security. University of Totonto Press 1960; 218~223
- Rohrlich GF. Social policy and income distribution. *Encyclopedia of Social Work*, 1977; II: 1469~1479
- Russell LB. The inequality of medical expenditures for several years in a healthy, nonelderly population. *Journal of Medical Care* 1992; Oct: 908~916
- Sen A. Informational bases of alternative welfare approaches. *Journal of Public Economics* 1974; 3: 387~403