

## 地域醫療保險組合의 統合代案別 財政收支 比較

경북대학교 보건대학원

박재용 · 배성권 · 감신

### 〈Abstract〉

#### Revenue and Expenditure by Alternative Integration Proposals of the Medical Insurance Society for Self-Employed

Jae-Yong Park, Sung-Kweun Beh, Sin Kam

*Graduate School of Public Health, Kyungpook National University*

Assuming that we introduced integration of medical insurance society for self-employed, this study was conducted to examine effects and results after the integration and to research more effective method for integration.

To assess effects and results of the financial status of 266 insurance societies after integration, the data were obtained from "The Medical Insurance Program for Self-Employeds Statistical Yearbook in 1992".

The major findings are as follows :

1. Three alternative integration proposals were made. First alternative proposal was consisted of 232 medical insurance societies, second was 187, and third was 115.
2. As the results of average number of the insured per insurance societies of medical in-

- insurance program for self-employed every alternative proposal, first was 88,119 persons, second was 108,576, and third was 178,967 from 76,576 persons of present societies.
3. It was true that the more average size of societies increased, the more average administration expenditure per 1,000 insured reduced.
  4. The average size of societies grew bigger, the rate of general expenditure to general revenue more improved. Also, the rate of benefits to contributions was changed for better. But if not to have had correct analysis and precise preparation for integration, effects and results of integration were always not optimized.
  5. According to results of simple regression formulas, it was proved that the more the average size of societies was increased, the more result was advantaged.
  6. The law of majority and the economy of scale were applied in this study, and it was necessary to analyze and assess effectiveness and efficiency of integration. Therefore, when the integration of medical insurance societies for self-employed will be performed, it must be taken into consideration.

Among three alternative proposals, third was showed more effective alternative than another, second was presented more ineffective result than present system.

To achieve more effective and efficient integration of regional medical insurance societies throughout the result of the regression formula on present cost curve, it is necessary to operate well-integrated societies and to know appropriate countermeasures of present situation of each societies.

Also, for integrating regional medical insurance societies, it is necessary to continue more deep research through practical model activity and to investigate the effective size and managed method of the societies.

*Key words : revenue and expenditure, integration of medical insurance society for self-employed*

## I. 서론

### 1. 문제의 제기

우리나라에 의료보험제도가 본격적으로 도입된 1977년 이후부터 18년간 의료보험은 급속한 양적 질적인 발전이 이루어져 왔다. 특히 1981년에는 군위, 흥천, 옥구에서, 1982년에는 목포, 강화, 보은에서 지역의료보험의 시범사업이 실시된 이후 7년만에 농어촌 및 전도시 지역에 의료보험이 실시됨에 따라 의료보험제도는 이제 본격적인 궤도에 접어들었다고 볼 수 있다(노인철 등, 1991; 문옥륜, 1991; 의료보험연합회, 1992; 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1992).

사회보험 방식인 의료보험은 일반적으로 재정수지에 있어서 사회성과 공공성을 전제로 하고 있으며, 보장성, 안정성, 공평성, 효율성, 균형성을 가져야 한다(문옥륜, 1992). 특히, 의료보험은 단기보험이므로 적립방식이 아닌 부과방식을 사용하여 보험료는 재정수지가 균형을 이루도록 부과하여야 하는데, 지나친 재정의 여유는 피보험자의 부담을 가중시킬 수 있으며, 재정의 부족은 진료비지급에 제한을 가져올 수 있으므로 효율적인 재정운영이 무엇보다 중요한 과제라 할 수 있다(한국인구보건연구원, 1987; 유승훈 등, 1990; 문옥륜 등, 1991; 감신, 1993; 김병익, 1994).

짧은 기간의 시범사업을 토대로 실시된 지역의료보험은 확대 실시된 이후부터 계속적으로 재정운영 부문에서 문제점이 노출되었다. 이러한 현상은 시범사업 기간 노출되었던 의료보험 재정운영상의 문제점에 대한 구체적인 대안을 마련하지 못한 채 의료보험의 확대실시가 강행된데 그 원인이 있었다고 보여진다(유승훈 등, 1985; 한달선, 1986; 연하청, 1987; 오병근, 1991).

우리나라 지역의료보험조합의 문제점은 조합간 재정수지 격차가 크다는 점이다(연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1992). 이러한 문제점은 우리나라 조합의 규모가 비교적 영세하고 격차가 큰데 기인하므로 조합의 규모가 커지면 조합간 분산이 줄어들게 되고 이에 따라 재정수지 격차가 감소되는 현상이 나타날 수 있다. 이는 대수의 법칙(law of majority)을 통하여 이해할 수 있는데, 즉 개인에게 발생하는 위험이 불확실한 경우라도 집단에 발생할 위험을 계산하는 것은 가능하다는 것이 수학적으로 이해되고 있는데 이러한 점에서 조합간의 통합을 통하여 재정수지의 격차를 줄여나갈 수 있다는 것이다(이두호 등, 1992).

우리나라 지역의료보험의 또 다른 문제점은 조합간 관리운영비 차이가 크다는 점을 들 수 있다. 이는 단위조합의 규모가 작은 경우 행정관리 측면에서 규모의 경제를 이루기 어렵기 때문인데 이를 해결하기

위해서는 지역의료보험조합의 광역화 또는 행정구역을 고려한 소조합의 통합이 요청된다(권순원과 양봉민, 1990; 민재성, 1991; 연세대 보건정책 및 관리연구소, 1992; 문옥륜, 1992; 감신, 1993).

이러한 관점에서 의료보험조합 관리규모를 적정화시켜 의료보험조합의 운영개선을 꾀하지는 주장(문옥륜, 1988)은 바람직한 것으로 보여지며, 특히 지역의료보험을 지방자치제 단위와 연결시켜 운영하는 가운데 적정규모로 확대 적용하는 방안은 단계적 통합일원화 방안에 있어 기초적인 작업이 되리라고 본다. 지역의료보험의 재정적자가 심화되고, 조합간 격차가 커짐에 따라 지역의료보험과 직장의료보험, 그리고 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험과 재정을 통합운영하자는 주장이 계속되어 왔고 현재도 계속되고 있다(차홍봉, 1989; 이두호 등, 1992; 의료보험 개혁을 위한 연구자 일동, 1993). 이 주장도 상당한 합리성을 갖고 있다고 할 수 있으나 자영자 조합과 피용자 조합간의 재정통합은 그 시행과정에서 현실적으로 많은 문제점을 노정할 수 있으므로 이질적 조합간 통합보다는 동질적인 조합의 통합으로 규모의 적정화를 이뤄야 한다는 주장이 현실적으로 더 유용한 것으로 보인다(의료보험연구자 일동, 1988; 최채환, 1988).

즉, 현재의 지역의료보험 조합규모는 비교적 적정규모와는 상당히 거리가 있는 것으로 지적되고 있는 형편이므로(최규태, 1989; 문옥륜, 1991; 이두호 등, 1992; 문옥륜, 1992; 박강원 등, 1992) 특히 지역적 행정구역을 고려한 가운데 의료보험조합을 적정규모로 확대 운영하는 것은 의료보험 부문에 있어서 중요한 과제라고 할 수 있다.

## 2. 연구의 목적

현재까지의 의료보험 관리운영 방법에 대한 연구결과를 살펴볼 때, 의료보험의 전국적인 통합형태는 어떠한 결과를 가져오게 될지 정확하게 파악할 수 없는 형편이지만, 단계적인 연구와 실증적인 분석을 통하여 합리적인 관점에서 적절한 의료보험의 통합 또는 조합형태를 논의하여 보다 바람직한 제도로의 정책전환을 밝아가야 할 것이다(이두호 등, 1992; 최병호, 1994). 그렇지만 1994년도에 발족한 의료보장개혁위원회에서는 피용자와 자영자조합의 통합관리 방식을 지양하고 지역의료보험조합을 행정구역 개편과 더불어 통폐합하는 방안에 찬성하고 있어 지역의료보험조합간의 통폐합은 조만간 이루어질 수 있을 것이다.

의료보험의 재정분석에 관한 연구는 지금까지 계속적으로 이루어져 왔으나 전국민 의료보험이 실시되기 전 시범사업지역 또는 피용자 의료보험을 중심으로 이루어진 연구들(연하청 등, 1983; 유승흠 등,

1985; 박재용과 우중하, 1985; 한국인구보건연구원, 1986; 박재용, 1986; 박재원과 박재용, 1987; 문옥륜, 1988)과 전국민 의료보험 실시후에는 일부지역을 중심으로 한 연구들(문종국, 1991; 이원향, 1991; 노인철, 1991)과 재정에 영향을 주는 요인들을 분석하는 연구들(윤치근, 1991; 김한중 등, 1992; 박강원 등, 1992; 연세대 보건정책 및 관리연구소, 1992; 박재용과 김관옥, 1993; 감신, 1993)이 주를 이루었으며, 관리운영비에 대한 연구는 주로 적정규모를 규명하고자 하는 연구가 많았다. 이러한 연구들 중 전국민 의료보험이 실시되기 전의 연구는 전국민 의료보험이 실시된 상황에서 적용하기 힘들고 또한 지역의료보험과 직접적인 연관정도가 낮다. 비록 전국민 의료보험 실시 이후의 연구라 하더라도 재정에 영향을 주는 요인분석에 치중한 연구와 관리운영의 적정규모를 알아보고자 하는 연구가 대부분이므로 조합규모가 달라진 경우 실제 재정이 어떻게 변화될지는 판단하기 어렵다.

그래서 조합간 통합을 가정하여 재정수지와 관리운영비의 변화를 파악하여 현행 지역의료보험 제도를 개선하려는 작업은 현 단계에 있어서 필수적이라 볼 수 있다. 최병호 등(1994)은 지역의료보험에 영향을 미치는 국고보조금과 같은 요소를 여러가지 전제하에 현행 지역의료보험 체계하에서 직접적으로 적용하여 어느정도 영향을 줄 것인가를 분석하였는데, 이러한 연구는 지역의료보험의 개선방안을 위한 적절한 연구라 보여진다.

이에 본 연구는 지역의료보험조합을 단계적으로 적정규모화시킬 수 있다는 가정 내지는 현행 의료보험조합을 보다 적절한 관리규모에 접근시킨다는 전제하에 지역의료보험조합간의 통합에 대한 가능한 방법을 제시하고, 현행 지역의료보험의 통계적 자료를 이용하여 기존연구에서 주장하는 최적규모 한계 내에서 가능한 대안을 모색하여 각 대안별로 예측치 분석을 통하여 가장 적절한 형태의 효과적인 통합 방안을 모색하는 것을 목적으로 하였다.

## II. 대안의 선택과 분석방법

### 1. 통합대안의 선정

본 연구에서 실험적으로 선택한 통합대안의 구체적인 내용은 표 1과 같다. 현재 지역의료보험조합은 원칙적으로 행정구역에 따라 시 군 구별로 1개소씩 설립되어 1992년 현재 266개소의 지역의료보험조합이 설립되어 있다. <대안 1>은 행정구역 단위별 조합설립 방침을 그대로 인정하고, 행정구역의 조정을

예상하여 지역의료보험조합의 통폐합을 감안한 것이다. 즉, 이 대안은 현재 진행중인 지방자치 시군 통합에 대한 1차 주민의견조사 결과 찬성한 지방자치 행정구역단위를 중심으로 통합을 가정한 것이다(한국일보, 1994). 이에 의하면 33개군 34개시가 통합되며, 지역의료보험조합 수는 232개소가 된다.

<대안 2>는 대도시(1개 특별시와 5개 직할시)지역의 의료보험조합은 현행대로 두고, 시 군부 지역 의료보험조합은 현행 의료전달체계 내에서의 중진료권 단위로 통합하는 경우이다. 이 <대안 2>에 따라 통합할 경우, 266개 현행 조합 중 79개 조합이 줄어들어 187개 조합이 된다.

<대안 3>은 <대안 2>의 구분을 원칙으로 하되 대도시 및 시군부 지역의료보험조합을 다음의 기준에 따라 통합할 경우를 말한다. 첫째, 대도시(특별시 및 직할시)지역의 의료보험조합은 피보험자수가 20만이 초과하지 않을 경우 인접행정구역과 통합하고, 둘째 중진료권이 군부지역으로만 구성된 경우 지역 의료보험조합 피보험자수가 6만 이하인 경우에 인접지역조합과 통합하며, 셋째 중진료권이 시부지역인 경우 피보험자수 10만 이하인 경우에 인접지역 조합과 통합하고, 넷째 중진료권이 군부지역과 시부지역으로 구성된 경우 두 지역의 합산한 피보험자수가 20만 이하인 경우에 통합하는 것으로 하였다. 이와 같이 최소 피보험자수를 대도시지역조합은 20만명, 군지역조합은 6만명, 시지역조합은 10만명, 그리고 시지역과 군지역 통합지역조합은 20만명으로 하여 통합기준으로 설정한 이유는 1992년도 지역의료보험조합의 조합별 규모(피보험자수)는 대도시의 경우 27,171-404,104명이며 시지역의 경우는 12,015-197,590명 이고 군지역의 경우는 9,894-92,045명 이었는데 조합의 규모와 피보험자당 관리운영비의 상관관계는 대도시가 -0.703, 시지역이 -0.795, 군지역이 -0.862, 시군부를 합한 경우는 -0.770으로 모든 경우에서 유의한 음의 상관관계( $P < 0.01$ )가 있어 조합의 피보험자수가 증가할수록 피보험자당 관리운영비는 줄어드는 것으로 나타났다. 그러나 현행의 최대규모 조합보다 조합의 규모가 커질 때 피보험자당 관리운영비는 계속 줄어든 것인지는 예측하기가 어려워 조합의 통합시 현행 최대규모 조합의 피보험자수를 크게 벗어나지 않도록 하였기 때문이며, 또한 기존 지역의료보험조합 최적규모의 연구(최규태, 1989; 박강원 등, 1992)에서 시지역인 경우 25만명, 군지역인 경우 10만명선을 기준으로 제시하고 있으므로 이를 참고하여 <대안 3>과 같이 구분하였다.

〈표 1〉 통합대안별 구체적인 내용

내 용	조합수
〈현 행〉 현 운영형태로 시 군 구별로 조합이 1개소씩 설립된 경우	266
〈대안 1〉 1994년에 시 군 통합에 대한 주민의견조사 결과 찬성을 한 지방자치 행정 구역단위를 통합할 경우(다른곳은 현행과 동일함)	232
〈대안 2〉 대도시(직할시 이상)지역의 의료보험조합은 현행대로 두고 기타 시 군의 료보험조합은 중진료권 단위로 통합할 경우	187
〈대안 3〉 대안 2의 구분을 원칙으로 하되, 다음의 기준에 따라 지역의료보험조합을 통합하는 경우 3-1. 대도시 지역의 의료보험조합은 조합 피보험자 수가 20만이 초과하지 않을 경우 인접행정 구역과 통합하고, 3-2. 중진료권이 군지역인 경우 지역의료보험조합 피보험자수가 6만 이하 인 경우에 인접지역과 통합 3-3. 중진료권이 중소도시인 경우 조합당 피보험자 수가 10만 이하인 경우 에 인접지역 행정구역과 통합 3-4. 중진료권이 군지역과 중소도시가 인접한 경우, 두지역의 합산한 인구 수가 20만 이하인 경우에 두 지역간 통합	115

## 2. 분석모형

### 가. 본 연구의 전제

지역의료보험을 조합간에 통폐합을 할 경우, 보건의료의 특성상 통합에 따른 정확한 산출량의 변화를 파악하기 힘들고 또한 통폐합에 따른 보험재정에 미치는 요인들을 파악하기 어렵다는 점이 있기 때문에 본 연구에서는 다음과 같은 전제나 가정에 기초하여 연구대안을 제시하고 분석하였다.

- 1) 지역의료보험의 재정수입에 영향을 미치는 보험료와 국고 보조금 등은 조합의 통폐합 이후에도 그 총합은 변화하지 않을 것으로 가정했다.

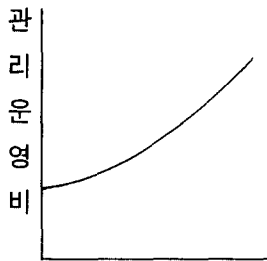
- 2) 지역의료보험 조합의 통폐합 이후에도 의료이용의 변화가 없을 것이라는 전제 하에 의료수요 또는 의료이용 등에 의해 영향을 받는 보험급여비의 변화가 없을 것이라고 가정하였다.
- 3) 지역의료보험조합의 통합은 단지 직원수와 관리운영비에만 영향을 미칠 것이고, 이 직원수와 관리운영비는 일정한 회귀모형에 따라 변화될 것으로 가정하였다.

나. 조합직원수와 관리운영비의 예측

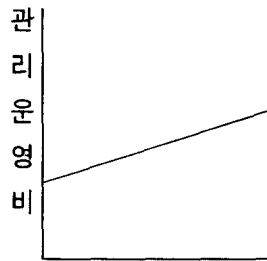
일반적으로 관리운영비와 생산량과는 다음과 같은 3가지 형태의 그림으로 나타낼 수 있는데(송자와 김용일, 1981), 첫째 생산량(피보험자의 규모 또는 조합의 규모)의 증가비를 보다 관리운영비의 증가비율이 높은 경우<그림 1>, 둘째 생산량의 증가비율과 관리운영비의 증가비율이 일정한 경우<그림 2>, 셋째, 생산량의 증가비율이 관리운영비의 증가비율보다 낮은 경우<그림 3>로 나타낼 수 있는데 본 연구에서는 기존 연구와 1992년도 자료를 이용한 최적조합의 한계내에서 연구하므로 <그림 1>은 본 연구 결과에 해당되지 않으므로 제외시켰다.

그러므로 본 연구에서는 회귀방정식을 구하는데 있어서 <그림 2>와 <그림 3>을 이용하여 가장 기본적인 회귀방정식의 형태로 예측치를 추정하였다. 즉, 공식은 다음과 같다.

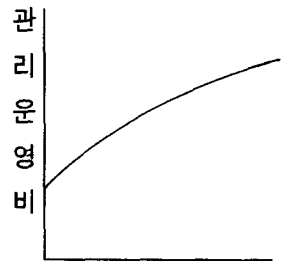
$$\begin{array}{ll}
 Y=f(X) & Y=a+bX \\
 Y=f(\text{SQRT}(X)) & Y=a+b(\text{SQRT}(X))
 \end{array}$$



<그림 1>  
생산량(피보험자의 규모)



<그림 2>  
생산량(피보험자의 규모)



<그림 3>  
생산량(피보험자의 규모)

이 모형에 따라 회귀식을 SPSS 통계 프로그램을 통하여 산출해 내었다. 회귀식은 대도시 지역과 시군부 지역을 구분하여 공식을 산정해 내었는데, 이는 특히 대도시 지역과 시군부 지역간의 재정수지 및 관리운영비에 있어서 상이한 구조를 가지고 있기 때문에(문옥륜, 1992; 감신, 1993) 각각 구분하여 회귀식을 도출하였다. 이 식을 이용하여 조합직원수와 관리운영비를 종속변수로 하고 피보험자수를 독립변수로 한 회귀식은 다음과 같다.



① 대도시 지역의 경우

$$\text{직원수} = 30.50 + 0.171^3 * \text{피보험자수} \dots\dots\dots(\text{식 } 1)$$

$$(R^2 = 0.64, F=96.60, P<0.01)$$

$$\text{직원수} = 4.12 + 0.139 * \text{SQRT}(\text{피보험자수}) \dots\dots\dots(\text{식 } 2)$$

$$(R^2 = 0.67, F=110.14, P<0.01)$$

$$\text{관리운영비} = 560263 + 2.07 * \text{피보험자수} \dots\dots\dots(\text{식 } 3)$$

$$(R^2 = 0.27, F=19.93, P<0.01)$$

$$\text{관리운영비} = 232877 + 1703.36 * \text{SQRT}(\text{피보험자수}) \dots\dots\dots(\text{식 } 4)$$

$$(R^2 = 0.29, F=22.00, P<0.01)$$

② 중소도시 및 군지역인 경우

$$\text{직원수} = 18.86 + 0.255^3 * \text{피보험자수} \dots\dots\dots(\text{식 } 5)$$

$$(R^2 = 0.74, F=602.55, P<0.01)$$

$$\text{직원수} = 3.27 + 0.132 * \text{SQRT}(\text{피보험자수}) \dots\dots\dots(\text{식 } 6)$$

$$(R^2 = 0.76, F=667.48, P<0.01)$$

$$\text{관리운영비} = 297270 + 3.925 * \text{피보험자수} \dots\dots\dots(\text{식 } 7)$$

$$(R^2 = 0.79, F=799.84, P<0.01)$$

$$\text{관리운영비} = 60056 + 2021.08 * \text{SQRT}(\text{피보험자수}) \dots\dots\dots(\text{식 } 8)$$

$$(R^2 = 0.80, F=853.58, P<0.01)$$

3. 분석내용 및 방법

가. 분석내용

본 연구에서 지역의료보험조합의 통합대안별 재정수지 비교를 위해 아래와 같은 내용을 중심으로 분석하였다.

- 1) 관리운영비는 지역조합 규모에 따라 영향을 받는다는 기존의 이론에 근거하여(양봉민, 1988; 최규태, 1989; 박강원 등, 1992) 피보험자수와 관리운영비를 단순회귀 방정식을 통하여 산출해낸 식으로 조합의 규모가 확대되는 통합대안별로 어떠한 변화가 있는가를 살펴보기 위해 산출 공식에 의한 예측치를 구하였다.

2) 직원수는 관리운영비에 가장 큰 관련성을 가진 변수(correlations coefficient=0.9072)이나 본 연구에서는 관리운영비와 직원수를 구분하여 연구하였다. 그래서 직원수의 변화치도 관리운영비와 마찬가지로 지역의료보험조합의 피보험자수와 단순회귀방정식을 구하여 대안별로 예측치를 구하였다.

3) 위험분산 효과는 일반 보험의 원칙인 대수의 원칙(law of majority)에 의해 조합의 규모가 커질수록 그 효과가 상승한다(이두호 등, 1992). 이러한 효과는 순수지율이나 총수지율의 안정수준을 살펴봄으로써 구체적으로 이해할 수 있는데 이를 위해 통합대안별로 변화된 순수지율과 총수지율을 비교 분석하였다.

이렇게 조합의 규모를 확대하는 것을 가정한 가운데 현행 지역의료보험조합을 통합하였을 경우, 전체 지역의료보험조합의 수지율이 개선될 수 있는데, 이는 수지율이 양호한 적정규모 또는 적정규모 이상의 조합과 수지율이 나쁜 적정규모 이하의 조합이 통합되면 수지율의 평균이 낮아지기 때문이다. 또한, 현행 의료보험조합의 결산통계자료로 분석한 경우, 조합을 통합한다하여도 전체 지역의료보험조합의 총수지액에 변화는 가져올 수 없으나 조합간의 규모의 차이로 관리운영비가 변화되어 총수지율의 변화를 가져올 것으로 예측할 수 있다. 그러나 만약 지역의료보험 조합의 적정규모 또는 그 이상의 규모임에도 불구하고 수지율이 나쁜 조합과 적정규모 이하의 수지율이 좋은 조합을 통합한 경우에는 이와 반대의 결과를 가져올 수도 있음을 염두에 두어야 한다.

#### 나. 분석방법

위의 내용을 분석하기 위해서 다음과 같은 방법을 사용하였다. 즉, 첫째로 MICROSOFT EXCEL 통계 프로그램을 사용하여 산출된 회귀방정식을 근거로 하여 통합시 피보험자수에 따라 직원수 및 관리운영비의 예측치를 앞서 제시된 대안별로 산출해 내고, 이 변화된 관리운영비를 기초로 하여 조합통합에 의한 총수지율, 순수지율 등의 변화치를 분석하였다.

#### 4. 연구대상 및 자료

본 연구에서는 시지역 의료보험조합 130개, 군지역 의료보험조합 136개 등 총 266개 지역의료보험조합 전체를 대상으로 하였다.

연구자료는 의료보험연합회에서 1993년 9월에 발간된 1992년도 지역의료보험조합 결산 현황서를 이용하여 분석하였다. 이 밖에 보조자료로 의료보험연합회에서 발간하는 통계연보와 통계청에서 발간하

는 지역통계연보, 그리고 의료보험연합회와 의료보험관리공단에서 발간하는 의료보험통계연보 등을 이  
용하였다.

### Ⅲ. 통합대안별 조합 특성 비교

#### 1. 일반적인 특성

대도시 지역인 서울특별시와 5개 직할시의 의료보험조합수는 <대안 1>과 <대안 2>는 현행과 변화가  
없으나 <대안 3>에서는 조합인구수가 20만이 넘지 않는 경우 통합한다는 가정에 따라 서울 3개, 부산 3  
개, 대구 2개, 인천 2개, 광주 1개, 그리고 대전 2개 조합이 감소하게 된다.

1994년에 실시한 지방자치 시군통합에 대한 주민의견조사 결과, 34개시와 33개군이 찬성하여 34개  
조합이 줄어든 <대안 1>의 경우 경기도에선 1개 조합만 줄어든 반면, 경상북도 지역은 10개 조합이 줄  
어들게 된다. 그러나 중진료권 단위로 통합하는 <대안 2>의 경우에는 경기도 지역은 19개 조합이 줄어  
들고, <대안 3>의 경우에는 25개 조합이 줄어들게 된다.

기타 시군부의 경우에는 비교적 일정한 크기로 대안이 변화함에 따라 조합수가 변화한 것으로 나타났  
다. 그러나 경상북도의 경우 10개군 전지역에서 시군통합을 찬성하여 <대안 1>과 <대안 2>의 조합수가  
동일한 것으로 나타났다(표 2).

통합대안별 조합수의 변화상태는 <대안 1>의 경우 2개 조합을 1개 조합으로 통합하는 경우가 32개,  
3개 조합이 1개 조합으로 구성된 경우가 1개 지역(마산시, 창원시, 창원군)으로 나타나 현행 266개 조  
합이 232개 조합으로 통합되게 된다.

<대안 2>의 경우에는 총 232개 조합으로 되는데 2개 조합이 1개 조합으로 통합되는 지역이 38개 지  
역, 3개 조합이 1개 조합으로 구성되는 경우가 12개 지역, 그리고 4개 조합 이상이 1개 조합으로 통합되  
는 경우가 5개 지역이 된다.

<대안 3>의 경우에는 2개 조합이 1개 조합으로 구성되는 경우가 37개 지역, 3개 조합이 1개 조합으  
로 되는 경우가 34개 조합, 4개 조합 이상이 1개 조합으로 통합되는 경우가 15개 지역으로 조정되어 전  
체 115개 조합으로 구성되게 된다. 특히, <대안 3>은 대도시 지역조합이 <대안 1>과 <대안 2>의 56개  
조합에서 42개 조합으로 통합 구성된다는 것이 특징이다(표 3).

〈표 2〉 통합대안에 따른 광역행정 지방자치별 지역의료보험조합수

지 역	현 행	대안 1	대안 2	대안 3
	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)
서울특별시	22( 8.3)	22( 9.5)	22(11.8)	19(16.5)
부산직할시	12( 4.5)	12( 5.2)	12( 6.4)	9( 7.8)
대구직할시	7( 2.6)	7( 3.0)	7( 3.7)	5( 4.3)
인천직할시	6( 2.3)	6( 2.6)	6( 3.2)	4( 3.5)
광주직할시	4( 1.5)	4( 1.7)	4( 2.1)	3( 2.6)
대전직할시	5( 1.9)	5( 2.2)	5( 2.7)	3( 2.6)
경기도	39(14.7)	38(16.4)	19(10.2)	13(11.3)
강원도	22( 8.3)	18( 7.8)	13( 7.0)	8( 7.0)
충청북도	13( 4.9)	11( 4.7)	9( 4.8)	5( 4.3)
충청남도	20( 7.5)	16( 6.9)	14( 7.5)	8( 7.0)
전라북도	20( 7.5)	16( 6.9)	13( 7.0)	7( 6.1)
전라남도	27(10.2)	24(10.3)	20(10.7)	10( 8.7)
경상북도	34(12.8)	24(10.3)	24(12.8)	11( 9.6)
경상남도	31(11.7)	25(10.8)	18( 9.6)	9( 7.8)
제주도	4( 1.5)	4( 1.7)	1( 0.5)	1( 0.9)
계	266(100.0)	232(100.0)	187(100.0)	115(100.0)

〈표 3〉 조합 통합내용에 따른 통합대안별 조합수

조합통합내용	현행	대안 1	대안 2	대안 3
1조합을 1조합으로	266	199	132	29
2조합을 1조합으로	-	32	38	37
3조합을 1조합으로	-	1	12	34
4조합이상을 1조합으로	-	-	5	15
대도시	56	56	56	42
시군부	210	176	131	73
계	266	232	187	115

피보험자 규모에 따른 통합대안별 조합수를 표 4에서 보면, 현행 조합인 경우 40,000명 미만의 피보험자의 수를 가진 조합수가 102개 조합으로 38.3%를 차지해 가장 많았고, <대안 1>의 경우 40,000명 미만의 조합은 69개로 감소하고 시군부 통합을 통하여 40,000명 이상에서 80,000명 미만의 조합이 전체의 31.5%인 73개 조합으로 나타나 가장 많았다. <대안 2>의 경우에는 52개 조합(27.8%)이 40,000명 이상에서 80,000명 미만으로 나타나 가장 많이 분포하고 있었지만 49개 조합(26.2%)이 40,000명 미만이었다. <대안 3>의 경우에는 피보험자수가 40,000명 미만 조합은 없고 80,000명 이상에서 120,000명 미만인 조합수가 29개 조합으로 가장 많은 분포를 보이고 있었다.

조합당 평균 피보험자수는 현행 지역의료보험 조합에서는 76,576명이었으나 <대안 1>의 경우에는 88,119명, <대안 2>의 경우에는 108,857명, <대안 3>의 경우에는 178,967명으로 나타나 조합이 통합

<표 4> 피보험자 규모에 따른 통합대안별 조합 수

피보험자수	현행	대안 1	대안 2	대안 3
	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)
- 39,999	102(38.3)	69(29.7)	49(26.2)	-
40,000 - 79,999	85(32.0)	73(31.5)	52(27.8)	9( 7.8)
80,000 - 119,999	27(10.2)	34(14.7)	23(12.3)	29(25.2)
120,000 - 159,999	18( 6.8)	21( 9.1)	18( 9.6)	21(18.3)
160,000 - 199,999	15( 5.6)	15( 6.5)	15( 8.0)	15(13.0)
200,000 - 239,999	7( 2.6)	7( 3.0)	8( 4.3)	10( 8.7)
240,000 - 279,999	6( 2.3)	6( 2.6)	10( 5.3)	15(13.0)
280,000 - 319,999	3( 1.1)	4( 1.7)	4( 2.1)	5( 4.3)
320,000 - 359,999	2( 0.8)	2( 0.9)	6( 3.2)	9( 7.8)
360,000 -	1( 0.4)	1( 0.4)	2( 1.1)	2( 1.7)
평 균	76,576	88,119	108,867	179,967
표준편차	68,922	72,424	92,197	89,587
변이계수	0.90	0.82	0.85	0.50
계	266(100.0)	232(100.0)	187(100.0)	115(100.0)

됨에 따라 전체적인 조합 구성원수가 증가하고, 변이계수가 줄어들어 조합간 격차가 줄어든다고 생각할 수 있다. 그러나 <대안 2>의 경우에는 변이계수가 <대안 1>보다 큰 것으로 나타나 중진료권 단위의 통합이 시군부 자체 통합안보다 조합의 격차면에서는 적절하지 못하게 이루어진 것으로 판단된다.

통합대안별로 피보험자 100,000명당 조합직원수의 분포를 보면 표 5와 같다. 이의 계산을 위해서는 3가지의 가정을 하였는데, 첫째로 현행 지역의료보험조합의 총직원수는 대안에 관계없이 변화되지 않는 것을 전제로 계산하였다. 즉, 2개 조합을 통합한다해도 직원수는 변화되지 않고 기존직원이 그대로 합해지는 경우로 가정하였다. 둘째로는 조합직원수가 피보험자수에 따라 (식 1)과 (식 5)의 회귀식에 의해 변화된다는 것을 가정하였다. 셋째로는 조합직원수가 피보험자의 수에 따라 (식 2)와 (식 6)의 회귀식에 의해 변화되는 것을 전제로 하였다.

<표 5> 통합대안에 따른 피보험자 100,000명당 조합 직원수별 조합수

10만명당 직원수	현행	대안 1	대안 2	대안 3
	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)
현행 피보험자 100,000명당 조합직원수 <sup>1)</sup> 를 통해 나타난 결과				
- 30	19(7.1)	19(8.2)	17(9.1)	15(13.0)
31 - 40	31(11.7)	30(12.9)	24(12.8)	17(14.8)
41 - 50	27(10.2)	26(11.2)	19(10.2)	18(15.7)
51 - 60	37(13.9)	33(14.2)	23(12.3)	19(16.5)
61 - 70	35(13.2)	26(11.2)	19(10.2)	7(6.1)
71 - 80	41(15.4)	37(15.9)	33(17.6)	17(14.8)
81 - 90	26(9.8)	24(10.3)	24(12.8)	12(10.4)
91 -	50(18.8)	37(15.9)	28(15.0)	10(8.7)
평균(명)	67.6	65.7	66.0	57.6
표준편차	27.4	27.3	27.3	22.6
변이계수	0.41	0.42	0.41	0.39
-----				
(식 1)과 (식 5)에 의해 예측된 결과 <sup>2)</sup>				
- 30	14(5.3)	14(6.0)	15(8.0)	24(20.9)
31 - 40	36(13.5)	39(16.8)	45(24.1)	47(40.9)
41 - 50	28(10.5)	36(15.5)	26(13.9)	36(31.3)

51 - 60	39(14.7)	42(18.0)	30(16.0)	5( 4.3)
61 - 70	34(12.8)	20( 8.6)	14( 7.5)	2( 1.7)
71 - 80	37(13.9)	26(11.2)	16( 8.6)	-
81 - 90	28(10.5)	20( 8.6)	17( 9.1)	1( 0.9)
91 -	50(18.8)	35(15.1)	24(12.8)	-
평균(명)	69.2	63.8	60.1	38.2
표준편차	31.3	30.5	31.0	8.9
변이계수	0.45	0.48	0.52	0.23
-----				
(식 2)와 (식 6)에 의해 예측된 결과 <sup>3)</sup>				
- 30	12( 4.5)	13( 5.6)	22(12.3)	32(28.7)
31 - 40	36(13.5)	39(16.8)	36(19.3)	40(34.8)
41 - 50	26( 9.8)	33(14.2)	22(11.8)	32(27.8)
51 - 60	33(12.4)	37(15.9)	34(18.2)	8( 7.0)
61 - 70	35(13.2)	25(10.8)	12( 6.4)	1( 0.9)
71 - 80	49(18.4)	33(14.2)	22(11.8)	1( 0.9)
81 - 90	27(10.2)	19( 8.2)	15( 8.0)	
91 -	48(18.0)	33(14.2)	23(12.3)	
평균(명)	67.9	62.8	58.7	37.4
표준편차	26.2	25.9	26.7	9.8
변이계수	0.39	0.41	0.45	0.26
계	266(100.0)	232(100.0)	187(100.0)	115(100.0)

주 : 1) 피보험자 100,000명당 직원수 =  $\frac{\text{조합별 조합직원수}}{\text{조합별 피보험자수}} \times 100,000(\text{명})$

2) 본 연구에 사용된 회귀방정식 (식 1)과 (식 5)를 적용하여 조합직원수를 계산한 결과  
-대도시인 경우 (식 1)을 이용하여

$$100,000\text{명당 직원수} = \frac{(30.50+0.171^3 * \text{피보험자수})}{\text{피보험자수}} \times 100,000$$

-시군부인 경우 (식 5)을 이용하여

$$100,000\text{명당 직원수} = \frac{(18.86+0.255^3 * \text{피보험자수})}{\text{피보험자수}} \times 100,000$$

3) 본 연구에 사용된 회귀방정식 (식 2)과 (식 6)을 적용하여 조합직원수를 계산한 결과  
-대도시인 경우 (식 2)을 이용하여

$$100,000\text{명당 직원수} = \frac{4.12+0.139 * \text{SQRT}(\text{피보험자수})}{\text{피보험자수}} \times 100,000$$

-시군부인 경우 (식 6)을 이용하여

$$100,000\text{명당 직원수} = \frac{3.27+0.132 * \text{SQRT}(\text{피보험자수})}{\text{피보험자수}} \times 100,000$$

피보험자 100,000명당 조합직원수는 관리운영비 중 가장 큰 영향을 미치는 요인인 인건비에 직접적인 관계가 있다. 현행 조합의 산술적 통합은 현행 의료보험조합의 전체 직원수를 직접적으로 줄이는 효과는 없으나 조합의 규모에 비해 직원수가 많은 조합과 상대적으로 조합의 규모에 비해 직원수가 적은 조합을 통합하는 경우에 나타나는 변화치에 의해 전체적인 평균값을 개선할 수 있다는 점에서 의미가 있다. 각 결과치를 살펴보면 <대안 1>의 경우 피보험자 100,000명당 직원수가 평균 65.7명인데 비해 <대안 2>는 66.0명으로써 조합수는 상대적으로 줄어들었지만 평균값은 증가한 것을 볼 수 있고 <대안 3>의 경우에는 57.6명으로 나타나 대안 중에서 가장 평균 값이 낮은 것으로 나타났다. 즉, 기존인력의 총원의 조정없이도 조합을 통합한 경우 조합당 직원수의 산술평균치는 줄어듦을 알 수 있다.

한편, 지역의료보험조합의 직원수가 모든 지역의료보험조합 운영시 기본적으로 조합을 관리하는데 필요한 일정수의 직원수에, 피보험자수가 증가됨에 따라 일정한 비율로 직원이 더 필요하게 될 것이라는 가정하에서 현행 지역의료보험조합을 대도시지역과 시군부지역 의료보험조합으로 구분하여 조합직원수를 산출하였다. 단순회귀방정식 모형인 대도시조합인 경우 (식 1)과 시군부 지역의료보험조합인 경우 (식 5)를 적용하여 직원수를 구할 경우에는 피보험자 100,000명당 직원수의 평균은 <대안 1>의 경우 63.8명, <대안 2>의 경우 60.1명, <대안 3>의 경우 38.2명으로 적어졌다.

조합직원수를 피보험자수의 평방근 함수로 한 회귀식인 (식 2)와 (식 6)을 적용하여 피보험자수를 예측한 경우에는 단순회귀모형의 예측치와 거의 비슷한 직원수의 분포를 보였다. 즉, <대안 1>의 경우 평균 62.8명, <대안 2>의 경우 58.7명, <대안 3>의 경우 37.4명으로 피보험자당 직원수는 조합의 통합에 따라 평균값이 낮아지는 현상을 볼 수 있으나 오히려 그 예측치는 단순회귀모형에 비해 더욱 낮아지는 것을 볼 수 있다. 관리운영비는 인건비가 가장 큰 영향을 미치므로 <대안 3>과 같은 과감한 방법의 통합을 통하여 관리운영비의 절감효과를 얻을 수 있을 것으로 예상된다.

## IV. 통합대안별 재정수지 비교

### 1. 통합대안별 관리운영비

표 6은 각 대안별로 피보험자 1,000명당 연간 관리운영비가 어떻게 분포하고 있는가를 제시하고 있다. 현행대로 통합을 한 경우에 평균치를 비교하여 보면 현행체제하에서는 평균10,621천원, <대안 1>



의 경우에는 10,321천원, <대안 2>는 10,353천원, <대안 3>은 8,968원으로 비교적 조합의 규모가 커질수록 피보험자 1,000명당 연간 관리운영비는 낮아지는 경향을 보였다. 이 방법은 전체 지역의료보험 조합의 연관리운영비의 총합은 줄어들지는 않지만, 이두호 등(1992)의 견해와 같이 규모가 커질수록 대수의 법칙에 의하여 조합간 관리운영비의 분산정도가 줄어들어 따라 관리운영비가 높은 조합은 낮은 조합에게, 관리운영비가 낮은 조합은 높은 조합에게 서로 영향을 주게 되어 조합별 관리운영비의 평균은 개선될 수 있다는 것을 보여준다.

현행 의료보험조합에 있어서 피보험자 1,000명당 연간 관리운영비가 피보험자의 규모가 증가함에 따라 고정적으로 소요되는 연간 관리운영비에 운영시 소요되는 연간 관리운영비가 일정한 직선의 형태로 증가할 것이라는 가정하에서 대도시 지역을 중심으로 한 단순회귀방정식 (식 3)과 시군부지역을 중심으로 한 회귀방정식 (식 7)을 적용하여 관리운영비를 예측하여 이를 피보험자 1,000명당으로 환산한 결과 <대안 1>의 경우 평균치가 9,986천원이고, <대안 2>는 9,399천원이며, <대안 3>은 5,870천원으로 비교적 통합이 많이 될수록 피보험자당 관리운영비는 낮아지는 경향이 두드러지는 것을 볼 수 있다.

현행 지역의료보험조합에 있어서 피보험자 1,000명당 연간 관리운영비가 피보험자의 규모가 증가함에 따라 고정적으로 소요되는 연간 관리운영비에 운영시 소요되는 연간 관리운영비가 일정한 포물선을 그리며 한계 증가치가 체감될 것이라는 가정하에 대도시 지역의료보험과 시군부 지역의료보험조합을 나누어 각각 회귀방정식 (식 4)와 (식 8)을 사용하여 관리운영비를 예측하여 피보험자 1,000명당으로 환산한 결과 <대안 1>의 경우 9,823천원, <대안 2>는 9,180천원, <대안 3>은 5,745천원으로 (식 3)과 (식 7)을 이용해 얻은 결과치와 큰 차이를 보이고 있지는 않지만 전체적으로 낮은 결과치를 보이고 있다.

이러한 위의 결과치들을 통하여 조합의 규모가 커짐에 따라 전반적으로 피보험자 1인당 관리운영비가 감소하는 현상을 볼 수 있는데, 이는 양봉민과 이태진(1988)이 추정하였던 것과 같이 U자형 곡선에서 적용인구(피보험자의 규모)가 증가함에 따라 최적규모에 이르기까지 계속적으로 체감할 것이라는 예측을 실제적으로 보여주고 있다. 또한 최규태(1989)와 박강원 등(1992)이 분석한 지역의료보험 조합의 규모에 따른 관리운영비 분석에서 제시한 바와 같이 지역의료보험 조합의 피보험자 규모가 커짐에 따라서 1인당 관리운영비가 계속 감소할 것이라는 예측과 일치하는 결과치를 보여준다(문옥륜, 1992; 감신, 1993)

〈표 6〉 통합대안에 따른 피보험자 1,000명당 연간 관리운영비별 조합수

관리운영비(천원)	현행	대안 1	대안 2	대안 3
	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)
현행 기준에 따라 통합한 경우 <sup>1)</sup>				
- 2,999	1( 0.4)	1( 0.4)	1( 0.5)	1( 0.9)
3,000 - 5,999	43(16.2)	43(18.5)	34(18.2)	28(24.3)
6,000 - 8,999	59(22.2)	54(23.3)	41(21.9)	31(27.0)
9,000 - 11,999	68(25.6)	54(23.3)	43(23.0)	28(24.3)
12,000 - 14,999	50(18.8)	46(19.8)	41(21.9)	21(18.3)
15,000 - 17,999	31(11.7)	23( 9.9)	19(10.2)	5( 4.3)
18,000 -	14( 5.3)	11( 4.7)	8( 4.3)	1( 0.9)
평균(천원)	10,621	10,321	10,353	8,968
표준편차	4,456	4,421	4,475	3,689
변이계수	0.42	0.43	0.43	0.41
-----				
(식 3)과(식 7)로 예측된 결과 <sup>2)</sup>				
- 2,999				
3,000 - 5,999	41(15.4)	44(19.0)	50(26.7)	58(50.4)
6,000 - 8,999	61(22.9)	74(31.9)	62(33.2)	54(47.0)
9,000 - 11,999	75(28.2)	51(22.0)	28(15.0)	2( 1.7)
12,000 - 14,999	44(16.5)	32(13.8)	25(13.4)	1( 0.9)
15,000 - 17,999	29(10.9)	19( 8.2)	14( 7.5)	-
18,000 -	16( 6.0)	12( 5.2)	8( 4.3)	-
평균(천원)	10,820	9,986	9,399	5,870
표준편차	4,980	4,897	4,971	1,543
변이계수	0.46	0.49	0.53	0.26
-----				
(식 4)와(식 8)로 예측된 결과 <sup>3)</sup>				
- 2,999	-	1( 0.9)	1( 0.5)	-
3,000 - 5,999	40(15.0)	43(18.5)	51(27.3)	66(57.4)
6,000 - 8,999	56(21.1)	69(29.7)	55(29.4)	43(37.4)
9,000 - 11,999	79(29.7)	56(24.1)	32(17.1)	4( 3.5)

12,000 - 14,999	54(20.3)	38(16.4)	30(16.0)	1(0.9)
15,000 - 17,999	25(9.4)	18(7.8)	12(6.4)	-
18,000 -	12(4.5)	8(3.4)	6(3.2)	-
평균(천원)	10,624	9,823	9,180	5,745
표준편차	4,196	4,166	4,316	1,654
변이계수	0.39	0.42	0.47	0.29
계	266(100.0)	232(100.0)	187(100.0)	115(100.0)

주 : 1) 피보험자 1,000명당 연간 관리운영비 =  $\frac{\text{조합별 관리운영비}}{\text{조합별 피보험자수}} \times 1,000(\text{명})$

2) 본 연구에 사용된 회귀방정식 (식 3)과 (식 7)을 적용하여 관리운영비를 예측한 결과임  
- 대도시인 경우 (식 3)을 이용하여

$$1,000\text{명당 연간 관리운영비} = \frac{(560,263 + 2.07 * \text{피보험자수})}{\text{피보험자수}} \times 1,000$$

- 시군부인 경우 (식 7)을 이용하여

$$1,000\text{명당 연간 관리운영비} = \frac{(297,271 + 3.92 * \text{피보험자수})}{\text{피보험자수}} \times 1,000$$

3) 본 연구에 사용된 회귀방정식 (식 4)와 (식 8)을 적용하여 관리운영비를 예측한 결과임  
- 대도시인 경우 (식 4)를 이용하여

$$1,000\text{명당 연간 관리운영비} = \frac{232,877 + 1703.36 * \text{SQRT}(\text{피보험자수})}{\text{피보험자수}} \times 1,000$$

- 시군부인 경우 (식 8)을 이용하여

$$1,000\text{명당 연간 관리운영비} = \frac{60,056 + 2021.08 * \text{SQRT}(\text{피보험자수})}{\text{피보험자수}} \times 1,000$$

## 2. 통합대안별 재정수지의 변화

총수지율은 총지출을 총수입으로 나눈 비율을 말하는데, 총지출은 크게 급여비와 관리운영비로 구성되고, 총수입은 보험료와 국고보조금으로 구분될 수 있다. 통합대안이 변화하더라도 총수입의 구성요소인 보험료와 국고보조금은 변화되지 않을 것으로 이미 전제하였고, 급여비도 변화되지 않을 것으로 가정하였다. 따라서 통합시에는 관리운영비와 조합수에 따라 총수지율이 변화되게 된다. 총지출에 있어서 관리운영비가 차지하는 비율은 약 14-20% 정도이므로 재정수지에 큰 영향을 줄 수는 없으나 피보험자당 관리운영비를 낮추면 전체적인 지출비율이 낮아짐으로써 재정안정에 기여하게 된다(양봉민, 1989). 통합대안에 따른 총수지율은 표 7에서와 같이 현행기준에 따라 통합한 경우 큰 변화가 없으나 <대안 1>과 <대안 3>의 경우 현행보다 0.1%에서 1.5% 정도까지의 총수지율이 개선되는 것을 볼 수 있다.

회귀공식 (식 3)과 (식 7)을 이용하여 산출한 관리운영비와 (식 4)와 (식 8)을 이용해 산출한 관리운영비를 근거로 하여 총수지율을 계산해 보면 회귀모형에 따라서는 큰 차이가 없었다. 다만 대안에 따라서 약간의 차이를 보이는데, <대안 1>과 <대안 2>는 1% 내외의 차이만 보일 뿐이고, <대안 3>은 5-6%정도로 총수지율이 호전되어 지역의료조합별로 통합이 많이 이루어질수록 총수지율이 낮아지는 것을 볼 수 있다. 총수지율로만 볼 때 <대안 1>이나 <대안 2>와 같이 행정구역 개편이나 중진료권 단위의 통합으로는 재정안정이라는 소기의 목적을 달성하기 어려울 것으로 생각되므로 <대안 3>과 같이 적극적인 통합방안이 모색되어야 할 것으로 보인다.

보험재정 측면에 있어서 보험급여와 보험료의 균등한 분포를 유지하는 활동은 필수적이라 할 수 있는데, 만약 통합을 통해 순수지율이 개선된다면 지역보험료 및 보험급여비를 개선하는 구체적인 방안이 될 수 있다. 그런데 본 연구에서는 순수지율에 영향을 미치는 조합별 보험료와 보험급여는 변하지 않는다는 전제를 하였기 때문에 전국적인 차원에서의 수지율은 변하지 않겠지만 조합통합에 따라 조합수가 줄어들므로 순수지율의 조합당 평균은 달라지게 된다. 표 8은 조합의 통합을 통해 지역의료보험조합의 순수지율을 개선시킬 수 있다는 것을 보여주고 있다. 즉, <대안 1>의 경우 평균 0.4%, <대안 3>의 경우 평균 4.7%정도 순수지율이 개선된다. 그러나, <대안 2>의 경우에는 이와 반대로 79개조합의 통합을 통해 조합수가 줄어들었음에도 불구하고 순수지율의 평균값은 오히려 증가한 것을 볼 수 있고, 또한 조합의 표준편차에 대한 결과치도 <대안 2>의 결과가 <대안 1>의 결과보다 상대적으로 높다는 점에서 적절하지 못한 형태의 통합이 이루어질 수도 있음을 알 수 있다. 이는 <대안 2>의 경우 조합별 통합이 수지율이 좋지 못한 조합끼리의 통합 또는 수지율이 좋은 조합끼리의 통합이 많이 이루어진 경우, 또는 수지율이 좋지 못한 적정규모 이상의 조합과 수지율이 좋은 적정규모 이하의 조합과의 통합이 이루어진 이유로 인해 이러한 결과가 나타난 것으로 보인다. 그러므로, 전반적으로 지역의료보험조합간의 재정수지 및 관리운영에 대한 적절한 방안을 강구한 가운데 조합의 통합이 이루어진다면 순수지율의 개선을 가져올 수 있다고 보여진다.

통합문제는 반드시 여러가지 요인이 복합적으로 고려되어야만 할 문제이나 재정수지 측면을 두고 본다면 비효율적으로 운영되어온 소규모 조합을 행정구역을 고려한 가운데 적정규모의 조합으로 통합 또는 광역화하는 방안은 여러가지 측면에서 고려되어야 할 사항이라고 판단된다. 이러한 측면에서 박강원 등(1992)이 제시하였던 세대별 및 적용인구수에 있어서 최적관리운영비를 고려하여 최적규모를 산출함으로써 현행 조합의 규모가 작다는 점을 지적한 결과를 주시할 필요가 있다. 또한 현재 규모가 적은 조합을 최적규모 또는 현재의 규모보다는 경제적인 규모로의 통합을 위해, 중진료권 단위의 통합 또는

행정구역을 고려한 소규모 조합의 통합이 바람직하다(이규식, 1987; 양봉민과 이태진, 1988; 문옥륜, 1992; 감신, 1993; 김병익, 1994)고 하였으나 중진료권 단위의 통합은 본 연구결과로 볼 때, 신중히 검토해서 결정해야할 것으로 생각된다.

관리운영비와 조합의 피보험자수간에는 여러가지 관계가 성립될 수도 있으나 이 연구에서는 직선관계와 제곱근의 관계가 있는 것으로 가정하여 회귀식을 도출하였으며 대도시의 관리운영비 예측에 사용된 (식 3), (식 4)의 경우 설명력이 낮은 편으로 예측시 신중을 요하나 결론을 얻는 데에는 별 문제가 없는 것으로 생각된다.

<표 7> 통합대안별 총수지율에 따른 조합수

총수지율(%)	현행	대안 1	대안 2	대안 3
	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)
현행 기준에 따라 통합한 경우 <sup>1)</sup>				
- 79	64(24.1)	60(25.9)	46(24.6)	33(28.7)
80 - 89	131(49.2)	109(47.0)	91(48.7)	63(54.8)
90 - 99	65(24.4)	57(24.6)	44(23.5)	17(14.8)
100 - 109	5( 1.9)	5( 2.2)	5( 2.7)	2( 1.7)
110 -	1( 0.4)	1( 0.4)	1( 0.5)	-
평균(%)	84.9	84.8	85.2	83.5
표준편차	7.3	7.3	7.4	6.4
-----				
(식 3)과 (식 7)로 관리운영비를 예측했을 경우 <sup>2)</sup>				
- 79	59(22.2)	62(26.7)	57(30.5)	59(51.3)
80 - 89	142(53.4)	122(52.6)	94(50.3)	52(45.2)
90 - 99	57(21.4)	40(17.2)	29(15.5)	4( 3.5)
100 - 109	7( 2.6)	7( 3.0)	6( 3.2)	-
110 -	1( 0.4)	1( 0.4)	1( 0.5)	-
평균(%)	85.2	84.5	84.0	79.8
표준편차	7.4	7.6	7.9	4.9
-----				
(식 4)와 (식 8)로 관리운영비를 예측했을 경우 <sup>3)</sup>				
- 79	61(22.9)	60(25.9)	57(30.5)	61(53.0)
80 - 89	139(52.3)	122(52.6)	93(49.7)	50(43.5)
90 - 99	59(22.2)	43(18.5)	31(16.6)	4( 3.5)

100 - 109	6( 2.3)	6( 2.6)	5( 2.7)	-
110 -	1( 0.4)	1( 0.4)	1( 0.5)	-
평균(%)	85.0	84.3	83.8	79.1
표준편차	7.2	7.4	7.7	7.4
계	266(100.0)	232(100.0)	187(100.0)	115(100.0)

주 : 1) 총수지율=(총지출/총수입)\*100

2) 총지출에서 현행 관리운영비와 본 연구에 사용된 회귀방정식 (식 3)과 (식 7)을 사용하여 추정된 관리운영비의 차이를 뺀 후, 이 값을 총수입으로 나누어 백분율로 나타낸 식으로 구체적인 공식은 아래와 같다.

-대도시인 경우 (식 3)을 이용하여

$$\text{총수지율} = \frac{(\text{총지출} - (\text{현관리운영비} - (560263 + 2.07 * \text{피보험자수}))}{\text{총수입}} \times 100$$

-시군부인 경우 (식 7)을 이용하여

$$\text{총수지율} = \frac{(\text{총지출} - (\text{현관리운영비} - 297271 + 3.92 * \text{피보험자수}))}{\text{총수입}} \times 100$$

3) 총지출에서 현행 관리운영비와 본 연구에 사용된 회귀방정식 (식 4)과 (식 8)을 사용하여 구한 값의 차이를 뺀 후, 이 값을 총수입으로 나누어 백분율로 나타낸 식으로 구체적인 공식은 다음과 같다.

-대도시인 경우 (식 4)을 이용하여

$$\text{총수지율} = \frac{(\text{총지출} - (\text{현관리운영비} - (232877 + 1703.36 * \text{SQRT}(\text{피보험자수})))}{\text{총수입}} \times 100$$

-시군부인 경우 (식 8)을 이용하여

$$\text{총수지율} = \frac{(\text{총지출} - (\text{현관리운영비} - (60057 + 2021.08 * \text{SQRT}(\text{피보험자수})))}{\text{총수입}} \times 100$$

<표 8> 통합대안별 순수지율<sup>1)</sup>

순수지율(%)	현행	대안 1	대안 2	대안 3
	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)	조합수(%)
- 99	8( 3.0)	7( 3.0)	4( 2.1)	2( 1.7)
100 - 109	38(14.3)	37(15.9)	28(15.0)	20(17.4)
110 - 119	58(21.8)	50(21.6)	41(21.9)	33(28.7)
120 - 129	33(12.4)	26(11.2)	21(11.2)	18(15.7)
130 - 139	35(13.2)	29(12.5)	25(13.4)	11( 9.6)
140 - 149	37(13.9)	37(15.9)	26(13.9)	15(13.0)
150 -	57(21.4)	46(19.8)	42(22.5)	16(13.9)
평균	131.5	131.1	132.5	126.8
표준편차	23.0	23.0	23.6	20.7
계	266(100.0)	232(100.0)	187(100.0)	115(100.0)

주 : 1) 순수지율=(보험급여비/보험료)\*100

## V. 요약 및 결론

지역의료보험조합의 통합대안을 구상하여 각각의 대안에 따라 통합이 이루어질 경우 나타날 영향들을 관리운영비와 재정수지를 중심으로 분석하였다. 통합시 변화될 조합직원수와 관리운영비를 1992년도 지역의료보험조합의 결산자료를 이용하여 조합별 관리운영비와 조합직원수를 각각 종속변수로 선정하고 피보험자수를 독립변수로 한 단순회귀방정식을 도출하여 예측하였다.

지역의료보험조합에 대한 통합대안은 3개 안으로 선정하였는데 현행 지방자치 구역과 중진료권을 중심으로 하여 구상하였다. <대안 1>의 경우 현행 행정구역 단위중 행정구역 통합대상지역인 34개 조합을 줄인 232개조합으로, <대안 2>는 시 군조합을 중진료권 단위로 통합하는 경우로서 187개 조합으로, <대안 3>은 조합의 규모를 고려하여 통합하는 경우로 115개 조합으로 대안을 설정하였다.

통합대안에 따라 평균 조합별 피보험자수는 현행 76,576명이던 것이 <대안 1>의 경우 88,119명, <대안 2>는 108,857명, <대안 3>의 경우 178,967명으로 증가된다. 피보험자 100,000명당 조합직원수는 통합대안의 피보험자 규모가 커짐에 따라 조합의 피보험자당 직원수는 감소하게 된다. 이에 따라 피보험자 1,000명당 연간 관리운영비도 규모가 큰 통합대안에서 크게 체감하고 있는 현상이 나타났다. 총수지율은 직원수나 관리운영비가 피보험자수에 따라 변화되지 않는다고 하여도 대안에 따라서 0.1%-1.5%정도 감소하고 있는 것으로 나타났고, 순수지율도 비슷한 결과로 나타났다. 이는 현행 의료보험조합 형태의 운영보다는 통합운영이 바람직하다는 것을 보여주고 있다.

특히, 현행 의료보험조합 결산보고서를 통한 회귀방정식 모형에 의한 예측치로서 대안별로 관리운영비와 수지율을 계산한 경우, 단순히 통합을 가정한 경우보다 상대적으로 좋은 결과치를 나타냈다. 이는 조합의 효율적인 관리와 최적규모의 보다 정확한 파악이 가져올 효과가 현행 의료보험조합의 통합을 통한 효과를 배가시킬 수 있음을 제시하고 있다.

결론적으로 <대안 1>에서 보듯이 비록 적은 수의 통합대안이기는 하지만 시군부 통합이 적절히 이루어진다면 현행 체제보다는 바람직한 재정수지 및 관리운영비를 유지할 수 있음을 알 수 있다.

그러나 <대안 2>의 경우에서 살펴보듯이 시 군조합을 중진료권 단위로 단순히 통합하게 되면, 현행 체제보다 효율성이 낮아지는 결과를 가져올 수 있음도 배제해서는 안 된다. 그러므로, 통합대안에 대한 보다 신중하고 심도있는 연구가 계속적으로 수행되어야 할 것으로 보인다.

특히, <대안 3>에서 보듯이 조합의 적정규모를 감안하여 조합의 통합을 적극적으로 추진하는 것이

조합의 전체적인 재정안정을 가져올 수 있고 나아가 우리나라 전체 의료보험재정에 크게 도움이 될 것으로 생각된다. 그러므로 대도시 지역이라 할지라도 피보험자수의 규모가 적은 조합은 인접 행정구역과의 통합을 통하여 보다 효율적인 관리를 유지할 수 있도록 유도하는 정책적인 배려도 필요하다고 보여진다.

이러한 결과들을 종합하여 볼 때, 통합문제는 여러가지 요인이 반드시 고려되어야 하나 재정수지 측면에서 보면 현행 지역의료보험조합의 통합은 국가적인 관점에서 전체 지역의료보험 조합간의 재정수지 안정에 도움이 되며 관리운영비를 절감할 수 있다고 판단된다. 그러나 무엇보다도 체계적이고 효율적인 통합방안이 강구되지 않는한 통합의 결과를 긍정적으로만 볼 수 없으며, 보다 바람직한 통합관리를 위해서 이 분야에 대한 지속적인 연구가 수행되어야 할 것으로 판단된다.

#### 참 고 문 헌

- 감 신. 지역의료보험 재정수지의 결정요인. 박사학위논문, 경북대학교 대학원, 1993
- 권순원, 양봉민. 의료보험제도의 개선을 위한 정책방안. 한국개발연구원, 1990, 쪽 150-205
- 김병익. 바람직한 의료보장정책의 모색. 사회보장연구, 1994; 10(1) : 49-53
- 김한중, 조우현, 이선희, 강형곤, 김양균. 지역의료보험의 재정적자 요인 분석. 예방의학회지, 1992; 25(4) : 399-412
- 김한중, 조우현, 이해중, 이규식, 손명세, 이선희, 전병률, 정상혁, 강형곤, 김양균. 지역의료보험 재정안정화 방안에 관한 연구. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1992
- 김한중. 의료비 증가 억제와 보험재정 안정 방안. 의료보험, 1989; 99 : 13-23
- 노인철. 지역의료보험료 부과체계의 개선방안. 보건사회논집, 1992; 12(1) : 67-91
- 노인철, 김필도, 이충섭, 김수춘, 이종협. 지역의료보험의 재정안정화를 위한 개선방안. 한국보건사회연구원, 1991, 쪽 6-51
- 문옥륜. 의료보험제도의 성과와 발전방향에 관한 세미나; 의료보험 재정현황과 전망. 한국보건사회연구원, 의료보험연합회, 1992
- 문옥륜, 박세택, 이재형, 조형원, 노운영, 우영국. 한국의료보험론. 서울, 신광출판사, 1991, 쪽 451-488
- 문옥륜. 의료보험이 국민보건과 의료체계에 미친 영향. 보건학논총, 1991; 44 : 11-33



- 문옥륜. 의료보장제도의 발전적 개선방안; 의료보장제도의 발전적 개선방안에 관한 공청회 보고서. 보건사회부 국민의료정책심의위원회, 1988, 쪽 11-82
- 문종국, 박명호, 김용준. 지역의료보험조합의 재정상태에 영향을 미치는 요인 분석. 예방의학회지, 1991; 24(2) : 211-220
- 민재성. 의료보험정책의 문제와 대책. 의료보험회보, 1992; 91(10) : 19-23
- 박강원, 이정운, 김혜경, 문옥륜. 지역의료보험조합의 규모에 따른 관리운영비 분석. 예방의학회지, 1992; 25(4) : 333-342
- 박재용, 김관옥. 지역의료보험조합의 재정수지와 관련요인. 지역개발연구, 경북대학교, 1993; 1 : 27-42
- 박재용. 의료보험 진료비 증가의 요인별 기여도. 대한보건협회지, 1986; 12(2) : 103-110
- 박재용, 우종하. 직장의료보험조합 재정수지에 대한 관련요인분석. 대한보건협회지, 1985; 13(2) : 103-111
- 박재원, 박재용. 의료보험조합의 사업장 특성별 재정수지분석. 대한보건협회지, 1987; 13(2) : 103-111
- 송 자, 김용일. 관리경제학. 박영사, 1981, 쪽196-204
- 양봉민, 이태진. 의료보험 관리운영조직의 최적규모에 관한 고찰. 사회보장연구, 1988; 4 : 139-152
- 양봉민. 보건경제학 원론. 서울, 수문사, 1989, 쪽 112-137
- 연하청. 의료보험확대와 재정안정화 과제. 사회보장연구, 1987; 3 : 29-66
- 오병근. 지역의료보험자료를 이용한 의료이용 분석. 국민보건연구소 연구논총, 1991; 1(1) : 162-176
- 유승흠. 의료보험총론. 서울, 수문사, 1990
- 유승흠, 김한중, 이해중. 지역의료보험의 재정 및 적자요인 분석. 사회보장 연구, 1985; 1 : 151-167
- 의료보장개혁위원회, 제1분과 정책토론회-의료보험관리운영분야-. 한국보건사회연구원, 1994, 쪽 17-20
- 의료보험 개혁을 위한 연구자 일동. 조합방식 현의료보험도 개혁되어야 한다. 1993
- 의료보험연구자 일동. 한국의료보험의 발전방향에 대한 제언; 통합일원화 주장에 대한 검토. 1988
- 의료보험연합회. '92지역의료보험조합결산현황. 1993
- 의료보험연합회. 의료보험제도개요. 1992
- 의료보험연합회. '91지역의료보험조합결산현황. 1992

- 의료보험연합회. '90지역의료보험조합결산현황. 1991
- 이규식. 효율적인 의료보험 관리운영체계. 의료보험, 1987; 7 : 16-22
- 이두호, 차홍봉, 엄영진, 배상수, 오근식. 국민의료보장론. 서울, 나남, 1992
- 이원향. 부산직할시 지역의료보험조합의 재정운영 분석연구. 석사학위논문, 인제대학교 보건대학원, 1991
- 차홍봉. 의료보장제도의 발전적 개선방안; 의료보장제도의 발전적 개선방안에 관한 공청회 보고서. 보건사회부 국민의료정책심의위원회, 1988, 쪽 83-127
- 최규태. 농어촌 지역의료보험조합의 적정규모에 관한 분석. 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1989
- 최병호. 지역의료보험에 대한 국고보조금 지원방식의 개선방안. 한국사회보장학회 춘계학술발표회자료, 1994, 쪽 33-43
- 최채환. 조합주의 성장과 발전. 의료보험회보, 97 : 78-84, 1988
- 한국인구보건연구원. 의료자원과 관리체계에 관한 조사연구. 한국인구보건연구원, 1987, 쪽 488-492
- 한국일보. 제14241호, 1994. 5. 14
- 한달선. 의료보험 10년의 성과와 과제. 사회보장연구, 1986; 2 : 1-27