한국지역사회복지학
Journal of Community Welfare, Vol. 69, 2019. 06. 01. pp. 1-41
http://dx.doi.org/10.15300/jcw.2019.69.2.1

국민건강보험 보험료를 이용한 상대적 빈곤층 분석과 빈곤지도 구축의 탐색적 고찰*

- 제주특별자치도를 중심으로 -

최 인 덕**

[요 약]

본 연구는 국민기초생활수급자로 대변되는 빈곤정책에서 벗어나 지역통합돌봄사업과 지역별 맞춤형 복지서비스 전달을 위해 상대적 빈곤층의 규모를 파악하고, 읍면동지역에 빈곤지도를 구축함으로써 빈곤정책 수립에 기초자료와 함의를 제공하는 것이 목적이다.

본 연구에서는 제주특별자치도를 연구지역으로 분석 기간은 지역사회보장계획이 이루어진 2010년, 2014년, 2018년으로 하였다. 연구대상은 기초수급자와 상대적 빈곤층이며, 상대적 빈곤층은 자산조사를 대신할 수 있는 대리지표로 국민건강보험 산정보험료 수준 하위 10%를 대상으로 추정하였다. 제주특별자치도의 읍면동 단위로 국민건강보험 보험료 수준 하위 10%의 인구(세대단위 보험료)비율을 파악하고 이를 지리정보분석시스템(GIS)으로 지도화 하였다.

분석결과 기초수급자의 규모와 분포 비율과 달리 보험료 하위 10%에 해당하는 인구비율 분포의 특성은 지역가입자 보험료 하위 10%의 상대적 빈곤인구 비율이 높은 지역은 기초수급자 분포, 변화와는 차이가 있었다. 즉, 보험료 하위 10%의 수준이 더 높고, 지역별로 넓게 분포하고 있다. 기초수급자 비율과 지역분포가 일정한 수준 연도별로 유지된데 반해 국민건강보험 보험료 하위 10%의 비율과 지역적 분포는 더 높은 비율로 다양한 지역에 분포하는 것으로 나타났다. 또한, 보험료 하위 10%의 비율이 높은 지역의 경우 기초수급자 비율과 달리 지속적으로 유지되고 있다. 제주시 구좌읍과 한경면 그리고 서귀포시 성산읍, 표선면, 남

* 이 논문은 공주대학교 연구년 사업에 의하여 연구되었음.

** 공주대학교 사회복지학과 부교수 bonanza@kongju.ac.kr

원읍, 안덕면, 대정읍 등이 보험료 하위 10%의 인구비율이 가장 높게 분포하고 있다.

직장가입자 보험료 하위 10%의 비율은 지역가입자와는 다소 차이가 있다. 2010년 제주시 오라동, 봉개동, 구좌읍, 한경면과 서귀포시 예래동이 높은 비율을 보였으나 2014년에는 노형동, 오라동, 한경면, 삼양동의 제주시 지역과 대륜동, 천지동, 효돈동, 송산동 등이 높은 지역으로 나타나고 있다. 2018년에는 제주시 한경면, 삼양동, 서귀포시 효돈동, 송산동, 천지동 등으로 변화되어 나타나고 있다.

본 연구는 국민건강보험 보험료 하위 10%에 해당하는 인구 비율로 상대적 빈곤층의 규모를 추정하고, 지리적 분포를 확인하였다. 향후 새로운 복지대상자 발굴이나 빈곤정책 수립에 중요한 자료로 활용될 가치가 있을 것으로 판단된다. 더불어, 복지욕구가 높은 아동, 장애인, 여성, 노인 인구분포, 산업분포 등을 매칭하여 접근한다면 지역사회통합돌봄사업이나 맞춤형 복지전달체계 구축에도 활용될 수 있을 것이다.

주제어: 상대적 빈곤, 국민건강보험 보험료, 지리정보분석시스템(GIS), 빈곤정책

Ⅰ. 서론

1. 연구 배경 및 목적

2014년 12월 송파 세모녀 사건으로 복지사각지대 문제가 사회적 이슈화 되어 각종 대책이 제도화 되었다. 첫째, 국민기초생활보장법의 개정이다. 국민기초생활보장법은 생활이 어려운 사람에게 최저생계를 보장함으로써 빈곤을 완화하고 자립을 지원해 왔으나, 소득인정액이 최저생계비 이하인 경우에는 각종 급여가 지급되는 반면, 탈수급의 경우 지원이 전무한 상황이 발생하는 등 현행 제도의 한계로 인하여 다양한 복지욕구에 대응하지 못하여 사각지대가 발생하고 탈수급을 저해하는 문제가 발생하였다. 이에 기초생활보장제도를 효과적이고 효율적인 맞춤형 빈곤정책으로 전환하여 지원대상을 확대하고 일할수록 유리한 급여체계를 마련함으로써 탈수급 유인을 촉진하고 빈곤예방기능을 강화하는 한편, 현행 제도의 운영상 나타난 미비점을 전반적으로 개선·보완하고자 법령을 개정하였다[1)]

둘째, 긴급복지지원법의 개정이다. 긴급복지지원법 제2조의 정의에서 위기상황에 대한 정의의 폭을 보다 확대하여, 지방자치단체의 조례로 정하는 사유, 보건복지부장관이 고시하는 사유가 발생하는 경우를 첨부하였고, 이를 통해 위기상황을 보다 광범위하게 포괄하고자 하였다.

셋째, 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권 발굴에 관한 법률의 제정이다. 이 법의 목적(제1조)은 「사회보장기본법」에 따른 사회보장급여의 이용 및 제공에 관한 기준과 절차 등 기본적 사항을 규정하고 지원을 받지 못하는 지원대상자를 발굴하여 지원함으로써 사회보장급여를 필요로 하는 사람의 인간다운 생활을 할 권리를 최대한 보장하고, 사회보장급여가 공정하고 효과적으로 제공되도록 하며, 사회보장제도가 지역사회에서 통합적으로 시행될 수 있도록 그 기반을 구축하는 것을 목적으로 한다. 2015년 7월에 시행된 본 법령으로 찾아가는 복지서비스 구축과 읍면동 복지허브화 등의 정책들이 실시되었다.

이상의 법령개정과 도입은 문재인정부 들어 문재인케어를 통한 건강보험 보장성 강

1) 국민기초생활보장법 일부 개정에 대한 개정이유(법제처, 2015.7.1.). 개정된 주요 내용은 맞춤형 급여체계 개편을 위하여 최저보장수준과 기준 중위소득을 정의하고, 급여 종류별 소관 부처와 급여기준을 정하도록 하였으며, 급여가 필요할 경우 개별적인 급여가 이루어지도록 하였다. 이 밖에 자세한 사항은 법령을 참조할 것

화, 지역사회통합돌봄사업(커뮤니티케어)과 연결되면서 복지사각지대해소와 지역사회를 기반으로 하는 종합적이고 포괄적인 서비스 제공을 지향하고 있다. 특히, 지역사회통합돌봄사업(커뮤니티케어)은 돌봄(Care)을 필요로 하는 주민들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회(Community)에 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하려는 혁신적인 사회서비스 체계를 의미한다. 이를 위해 읍면동을 플랫폼으로 민관 통합연계 된 전달체계가 확대된 정착지원 프로그램과 돌봄서비스 등을 자택 등 자기가 살던 곳에서 이용할 수 있도록 커뮤니티의 관심과 역량을 강화하여 대상자의 인권과 삶의 질제고, 지역 책임성을 높이는 것이 주요 정책 목표이다(보건복지부, 2018a)[2].

1995년 지방자치제도를 시행한 이후 광역 및 기초자치단체에서도 지역별 복지정책과 프로그램을 시행해 오고 있으며, 앞서 언급한 중앙정부의 복지정책의 최종 전달체계로서 역할에 최선을 다하여 왔다. 하지만 개별 정책이 지역별 특성이나 시민의 욕구가 정확히 반영되지 못한 부분이 있다. 빈곤정책으로서 기초생활보장제도는 개별급여화되고, 긴급복지 지원법이나 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권 발굴에 관한 법에 따라 촘촘하게 시행되고 있으나 여전히 사각지대가 존재하고, 나아가 지역별 특성이나 분포 등에 따른 맞춤형 전달체계 구축에 애를 먹고 있다.

왜냐하면, 잠재적 절대빈곤층으로 전락할 수 있는 상대적 빈곤층의 규모와 지역적 분포를 파악할 수 있는 근거나, 기반이 없기 때문이다. 국민기초생활보장법, 긴급복지지원법 그리고 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권 발굴에 관한 법은 신청주의와 직권주의에 의한 대상자 선정이 이루어지는데, 잠재적 빈곤층이 자발적으로 신청하는 데는 행정적, 절차적 한계가 있고, 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권 발굴에 관한 법에 의한 대상자 선정 역시 모든 대상자를 발굴하기 어렵다는 한계를 갖고 있다.

이를 보완하기 위해서는 상대적 빈곤층의 규모와 지역적 분포에 대한 기초자료를 파악하는 것이 무엇보다 중요하며, 예방적 대처와 지역사회통합돌봄 사업의 성공을 위해서 가장 시급한 요건으로 판단된다. 이에 본 연구에서는 기초자치단체의 상대적 빈

2) 보건복지부는 2018년 지역사회통합돌봄 기본계획을 발표하고 1단계로 노인에 중심을 맞춘 지역사회 통합돌봄 사업으로 주거, 건강의료, 요양돌봄, 서비스연계의 핵심사업에 대해 2025년까지 커뮤니티케어 제공기반을 구축한다는 전략을 제시하고 있다(보건복지부, 2018). 또한 2019년 지역사회통합 돌봄 선도사업 지자체를 선정하여 노인, 장애인 등 대상자별 특화사업을 시범적용 할 계획이다(보건복지부, 2019).

곤지도를 구축하여 분석하고, 이의 활용방법을 제시하고자 한다.

스탠포드 대학의 '지속가능한 발전과 인공지능 랩'(Sustainability and artificial intelligence lab)은 위성이 촬영한 이미지와 기계학습(machine learning)을 사용하여 빈곤한 수준을 측정하였고, 지도에 표시된 빈곤률과 관련 데이터를 발표하였다. 2016년 8월 사이언스(Science)에 발표된 연구결과는 아프리카 5개 국가들(나이지리아, 탄자니아, 우간다, 말라위, 르완다)의 빈곤 정보를 예측할 수 있는 알고리즘 개념 증명(a proof-of-concept)을 제공하고 있다. 이 연구에서 개발한 알고리즘은 인공위성 이미지(야간의 불 밝기)를 기계적으로 관찰하여 파악한 패턴들을 기초로 빈곤 상황을 판단한 것이며, 이렇게 만들어진 지도는 빈곤의 현실과 정보 사이에 존재하는 격차를 상당히 좁힐 수 있는 장점을 갖고 있다. 즉, 주간(晝間)에 촬영한 이미지들은 도로, 도시 지역, 수로를 포함한 4,096 개의 경제 지표들을 포함하고 있으며, 기계학습 알고리즘은 이러한 특징들을 학습하여 빈곤국가의 어떤 지역이 야간에 높은 '광도'를 보일 것인가를 예측하는 방식이다(Jean, N et al, 2016).

세계은행(WB)이 발간한 보고서에 따르면 2015년 기준 절대빈곤층이 7억 3600만명으로 추산하고 있다. 빈곤선(poverty line)은 하루 1.9 달러 또는 연 694달러로 살아가고 있는 사람들로 규정하고 있다. 기술의 진보와 인도주의적 노력들이 있었음에도 불구하고, 극심한 빈곤 가운데 살아가는 아프리카 인구는 1990년 이후 1억명 가까이 증가하였다(World Bank, 2018).

2012년 경기복지재단은 '지도로 보는 경기도 빈곤'보고서를 통해 경기도의 상대적 빈곤율을 제시하였는데, 서울을 중심으로 외곽지역 시군의 상대적 빈곤율이 높게 나타나고 있다고 분석하였다(오민수 외, 2012).

이처럼 빈곤지도 구축을 통한 정책형성 방안 등은 많이 진전되어 있다. 다만, 지역별 상대적 빈곤층 규모를 측정하는 방법의 마련은 미흡하다. 통계청이 실시하는 가계금융·복지조사 등은 2만가구의 표본을 통한 조사이기 때문에 지역별 특성을 개별화하기 어렵다. 따라서, 전국적이며 수용성이 높은 소득 및 재산 관련 자료가 필요한데 여기에 부합한 자료가 국민건강보험 보험료 납부 수준으로 판단된다.

국민건강보험은 1977년 도입 후 40주년이 넘어서고 있다. 그동안 사회보장제도의 근간으로서 국민들의 의료이용과 건강향상에 미친 영향은 매우 긍정적이라는 것이 일반적인 평가다. 특히, 저렴한 보험료를 기반으로 도입이 시작되었기 때문에 보험료 부

담수준은 선진국에 비해 낮았지만 급여수준과 보장성 정도는 급격하게 증가하여 현재 서구 유럽의 의료보장 수준에 육박하고 있다[3]. 이처럼 국민건강보험은 국민인식에서도 꼭 필요한 사회보험으로 인식되어 국민 수용성이 높다. 1989년 지역가입자 확대 초기 농어민을 중심으로 보험료 부담에 대한 수용 반대가 있었으나 국고보조금 지급과 부과체계 개선을 통해서 수용성을 증가시켜왔다[4].

따라서, 경제적 수준과 본인부담수준(Co-payment)에 따른 보험료(Contribution)의 지불용의 금액(Willingness to pay)으로서 국민건강보험 보험료 수준은 전 국민적으로 수용성을 인정받아 왔다[5]. 결국 국민들이 현재 보험료를 납부하고 있는 국민건강보험 보험료의 납부수준은 자신의 경제적 수준과 본인부담 수준과 비교하여 납부할 수 있는 수준임을 확인할 수 있고, 이로써 다른 정책적 지원 대상자 선정 기준으로 사용함에도 순응성(compliance)이 높은 것으로 나타난다(최인덕, 2018). 사회서비스 전자바우처 사업의 노인돌봄종합서비스, 산모신생아 건강관리지원서비스, 가사간병 방문지원서비스, 발달재활서비스, 언어발달지원서비스, 기저귀 조제분유 지원서비스, 아이돌봄지원서비스 등의 대상자 선정기준에 국민건강보험 보험료 납부수준이 중위소득의 일정비율과 함께 대상자 선정 기준으로 사용되고 있다. 또한, 서울형 유급병가제도, 교육복지우선지원사업, 공동모금회의 긴급지원대상자 선정기준 등에도 국민건강보험료 수준이 활용되고 있다. 따라서, 기초수급자가 아닌 상대적 빈곤층 규모를 파악하고 정책적 함의를 찾는데 국민건강보험 보험료 수준의 활용은 시사점이 클 것으로 판단된다.

본 연구에서는 사회복지와 관련하여 상대적 빈곤층 규모를 소득대리 지표인 국민건강보험 보험료 수준을 활용하여 파악하고, 이를 지리정보시스템으로 분석하고자 한다.

3) 물론 현재 국민건강보험이 전체 의료비 중 부담하는 비율은 63% 수준으로 선진국의 80% 수준보다 낮지만 주요 중증질환이나 고가 의료비가 소요되는 재난적 의료의 경우에는 선진국 수준에 도달하고 있는 것으로 나타난다.

4) 국민건강보험공단 2017년 주요통계에 따르면, 직장의 징수율은 99.6%이고, 지역 징수율은 98.6%로 매우 높은 순응성을 보이고 있다.

5) 개발도상국의 경우 보험료 지불용의금액은 경제수준과 본인부담수준에 따라 좌우될 수 있다. 장현갑(2016)의 연구결과 경제적 수준과 상관없이 본인부담이 감소할수록 지불용의가 증가하지만, 빈곤층에서 지불용의 증가는 비빈곤층에 비해 낮은 것을 확인하였다.

2. 연구내용 및 방법

연구지역을 제주도로 한정한 이유는 제주지역의 특성상 거주이전이 다른 지역에 비해 상대적으로 적고, 또한 소득이나 재산의 이동이 한정되어 계층의 지역별 특성을 추적하는데 용이할 것이라 판단하였다. 이는 피케티가 프랑스를 21세기 자본론 연구를 하는데 주요한 거점으로 삼은 이유와 유사하다[6]. 연구기간은 지역사회보장계획이 이루어진 2010년, 2014년, 2018년으로 하여 연도별 상대적 빈곤층 비율의 변화와 지리적 변동을 함께 파악하였다.

본 연구에서는 제주특별자치도의 읍면동에 거주하며 국민건강보험 보험료를 납부하는 지역가입자(세대단위)와 직장가입자(세대단위) 중 산정보험료 수준 하위 10%를 분석하였다[7]. 2010년 전국 지역가입자 하위 10%의 보험료 상한은 9,760원이며, 제주시 읍면동의 하위 10%의 평균보험료 수준은 5,658원, 서귀포시 읍면동 하위 10%의 평균보험료 수준은 5,372원이다. 2014년은 전국 지역가입자 하위 10%의 보험료 상한은 9,830원이며, 제주시 읍면동, 서귀포시 읍면동 하위 10%의 평균보험료 수준은 각각 4,961원과 5,007원이다. 2018년 전국 지역가입자 하위 10%의 보험료 상한은 9,170원이며, 제주시 읍면동, 서귀포시 읍면동 평균보험료는 각각 6,038원과 5,678원이다.

전국 직장가입자 하위 10%의 상한은 2010년 23,980원, 2014년 31,440원, 2018년 40,560원이다. 제주시 읍면동 하위 10%의 직장가입자 평균보험료는 18,513원, 25,193원, 31,384원이며, 서귀포시 읍면동 하위 10%의 직장가입자 평균보험료는 18,368원, 25,247원, 30,738원이다. 2018년의 직장가입자 보험료율이 6.24%이므로 제주시 읍면동 하위 10%의 직장가입자 평균보험료 31,384원의 보수월액은 1,005,897원으로 역산출된다. 즉, 하위 10%의 보험료를 납부하는 지역 및 직장가입자의 소득, 재산 수준은 매우 열악하며, 부채나 근로조건 등을 고려하면 기초수급자 수준과 유사하거나 조금 나은

6) 피케티는 지리적 측면에서 연구대상을 영국과 프랑스를 주요 대상으로 하고 있는데, 특히, 프랑스에 주목한 이유가 첫째, 토지, 건물, 금융자산의 기록이 풍부하면서도 현대화되어 있고, 둘째, 인구구조가 같은 기간 다른 나라에 비해 2배가량 증가한데 그쳐 인구의 동질성과 상속이라는 요소의 인과성을 연구하기에 적합하다고 판단함. 셋째, 프랑스 혁명이 부르주아혁명을 통해 법적 평등의 이상을 시장에 실현시킨 것으로 판단함(Piketty, 2014:27-30). 본 연구에서도 제주도가 섬이라고 하는 지역적 특성과 인구, 계층, 재산 및 소득 변화와 형성에 있어서 피케티가 주목한 이유와 흡사할 것으로 판단하였기 때문이다.

7) 산정 보험료는 경감, 면제 등이 반영되지 않은 실제 소득, 재산 등을 반영하여 최초의 보험료를 의미하여 소득수준을 보다 정확히 반영하고 있다.

정도에 머문다고 볼 수 있다[8].

〈표 1〉 전국 및 제주특별자치도 국민건강보험 보험료 하위 10% 수준[9]

(단위: 원)

구분	지역가입자			직장가입자		
	2010년	2014년	2018년	2010년	2014년	2018년
국민건강보험료 하위10% 보험료상한	9,760	9,830	9,170	23,980	31,440	40,560
제주시읍면동 하위 10%평균보험료	5,658	4,961	6,038	18,513	25,193	31,384
서귀포시읍면동 하위10%평균보험료	5,372	5,007	5,678	18,368	25,247	30,738

자료: 자료: 정춘숙 의원 정책자료 '제주특별자치도 읍면동 보험료 분포, 2019' 에서 발췌

보험료 하위 10%의 보험료는 10,000원 미만이기 때문에 제주특별자치도의 조례에 의한 지원대상자가 다수 존재할 수 있다. 조례에서는 현재 매월 국민건강보험료 부과금액이 1만원 미만인 노인세대와 장애인세대 중 자산조사를 거쳐 대상자를 선정하고, 보험료 총액을 지원하고 있다. 이러한 행정행위는 이들 국민건강보험 보험료 하위10%의 계층이 이미 빈곤층으로 인식되고 있음을 보여주는 것이다.

실제 2012년 경기복지재단은 '지도로 보는 경기도 빈곤'보고서를 통해 경기도의 상대적 빈곤율을 제시하였는데, 서울을 중심으로 외곽지역 시군의 상대적 빈곤율이 높게 나타나고 있다고 분석하여 제시하고 있다(오민수 외, 2012). 여기에서는 자살율, 기초생활수급율, 장애인인구비율, 노인인구비율 등을 빈곤의 주요요인으로 분석 제시하여 지역별 특성을 지도화하였다.

8) 국민건강보험 보험료 체납자 실태조사 결과를 참조할 것(이애경, 최인덕(2004), 최인덕,김진수(2012))

9) 2010년, 2014년, 2018년 직장가입자 보험료율은 각각 5.33%, 5.99%, 6.24%이며, 부과된 보험료의 50%씩 사용자와 근로자가 부담함. 지역가입자의 보험료 산정 점수는 2010년 156.2원, 2014년 175.6원, 2018년 183.3원이며, 산정된 보험료는 지역가입자와 피부양자가 부담함. 보다 자세한 국민건강보험료 연도별 보험료율과 부과체계는 국민건강보험공단 홈페이지를 참조할 것

II. 이론적 배경 및 선행연구 고찰

1. 이론적 배경

1) 상대적 빈곤과 빈곤정책

절대적 빈곤 개념은 기본욕구인 음식, 주거 그리고 의복에 대한 절대적 기준, 삶을 영위하는데 필요한 기준이하에서 살 경우를 뜻하게 된다. 영양학적 필수 칼로리를 위한 음식물의 섭취를 위해 필요한 비용을 산출하게 되는데 부스(Booth)의 1899년 조사, 라운트리(Rowntree)의 1901년 조사 그리고 1965년 오샨스키(Orshansky)에 의해 사용된 빈곤선(Poverty Lines) 개념과 부합한다. 절대적 빈곤이 필요한 기준의 설정이 중요한 과제였다면 사회구성원의 전반적인 생활수준이나 취향, 관심, 가치관 등이 고려되지 않는 문제를 내포하고 있다. 즉, 상대적인 생활수준을 고려하지 못한다는 한계를 갖는 것이다. 따라서 어느 사회의 전반적인 생활수준이 향상되면 절대 빈곤선은 계속 감소하고, 빈곤층 규모도 감소하게 된다. 반면, 상대적 빈곤 개념은 특정 사회의 전반적인 생활수준이 반영되며, 상대적 박탈감과 불평등 개념이 포함된다. 물질적인 상대적 부족뿐 아니라 비물질적인 측면에서의 결핍도 함께 고려한다. 루시만(Ruciman)과 스미스(Abel Smith)가 개념 정리하고, 타운센드(Townsend)가 실제 사용한 평균소득의 50%와 60%수준 그리고 퍼쉬, 레인워터, 랜슬리 등이 적용한 중위소득의 50%수준 상대적 빈곤측정 방법이다(김태성, 손병돈, 2002:24).

상대적 빈곤의 측정은 소득불평등의 개념도 포함되고, 빈곤 해결의 이론적 가능성이 높고, 빈곤정책 측면에서 실용적이다. 통계청이 발표한 우리나라의 중위소득의 50%수준이하에 해당되는 규모는 2018년 17.4%수준이다. 하지만 절대적 빈곤 개념인 국민기초생활보장대상자 규모는 2017년 말 3.2%수준에 불과하다. 국민기초생활보장수급자 163만명, 긴급복지지원제도 대상자 22만명, 차상위계층 지원대상 55만명 등은 직, 간접적으로 지원이 이루어지는 대상이나 차상위계층 51만명, 비수급 빈곤층 93만명은 사각지대에 놓여 있는 것으로 파악하고 있다(보건복지부, 2018b).

정부는 기초생활보장종합계획을 수립하여 2020년까지 모든 국민이 인간답게 살 권리를 누릴 수 있도록 국민최저선(National Minimum)을 보장할 계획이다. 추진 방향으로 빈곤 사각지대 해소, 국민 최저선까지 보장수준 강화, 빈곤탈출 사다리 복원, 빈곤

예방을 제시하고 있다. 정책적 개선효과가 나타난다면 기초생활수급자는 2020년 252만명으로 증가할 것이고, 연차별로 부양의무자 기준이 폐지된다. 또한 기초연금은 2018년 9월부터 25만원씩 증액되고, 2019년 소득하위 20%노인에게 30만원씩 지급할 예정이다. 노인 일자리 확대를 통해 2019년부터 8만개를 확충 총 60만개의 일자리 지원을 계획하고 있다(보건복지부, 2018b)[10].

앞서 언급한 것처럼 종합계획 수립에도 불구하고 첫째, 대규모 사각지대(약 144만명)가 여전히 존재하고 있으며, 그 추정 규모 역시 정확하지 않다는 것이다. 중위소득 50%이하에 해당하는 대상자 규모와 지역별 분포에 대한 조사나 분석이 없다는 점이다.

둘째, 기초보장제도의 급여가 개별화 되었음에도 불구하고 지원대상이 여전히 감소하는 경향이다. 정부의 대상 확대방안에도 불구하고 실제 선정 대상자가 감소하는 것과 수급대상자에서 탈락되는 것은 어떠한 정책적 함의가 있는지 파악할 필요가 있다. 연도별 소득기준과 재산기준의 인상율 등을 정부가 조정함으로써 재정에 따라 대상자 수를 조절하고 있다는 비판이 존재한다(경향신문, 2019.2.19.)[11]

끝으로 상대적 빈곤은 불평등과 연계된다. 통계청 2018년 가계금융•복지조사에 따르면 2018년 4분기 소득하위 20%(1분위)의 가계 명목소득이 17.7%감소한 반면, 상위 20%(5분위)의 명목소득은 10.4%가 증가한 것으로 나타나 소득분배 집계 후 가장 높게 나타나고 있다. 5분위 계층의 평균소득을 1분위의 평균소득으로 나눈 5분위 배율은 2014년 4.54에서 2018년 5.47배로 악화된 것으로 나타났다(통계청, 2019).

본 연구에서도 상대적 빈곤층을 조작적 정의하거나 규모를 확정하는 것은 바람직하지 않다고 본다. 왜냐하면, 상대적 빈곤층 개념과 규모에 대한 다양한 논쟁이 제기되고 있기 때문에 이를 단정한다는 것은 무리수가 있다. 따라서, 국민건강보험 보험료 하위 10%수준에 해당하는 인구비율을 상대적 빈곤인구로 추정하여 살펴보고, 이들의 주거지역을 지도화한다면 빈곤정책에 함의가 있을 것으로 보인다.

2) 지역사회통합돌봄사업(커뮤니티케어)

10) 자세한 사항은 보건복지부가 2018년 7월 18일 발표한 기초생활보장종합계획(2018~2020)을 참조할 것
11) 경향신문, 2019년 2월 19일자 『송파세모녀 사건 5년, 아직 못 푼 빈곤의 숙제』: “수급자 떨어뜨리는 게 그들 임무 같아”....가난 외면한 복지행정

정부는 사회보장기본법(제16조)에 근거한 제2차 사회보장기본계획(2019~2023년)이 수립하였고, 건강과 서비스 분야에서 지역사회 통합돌봄 기본계획(2018~2022)을 함께 제시하였다. 공급자 관점에서 분절적으로 제공되고 있는 사회보장 이용체계를 수요자 욕구 중심으로 연계된 통합적 이용체계로 재정립하기 위해, 자기가 살던 곳에서 개개인이 필요한 복지, 돌봄, 요양·보건의료, 주거 서비스 등을 통합적으로 이용할 수 있는 패러다임의 전환을 목적으로 한다.

또한, 돌봄 서비스 확대 및 관련 산업 육성을 통해 돌봄경제(Care Economy)를 활성화하여 삶의 질 향상과 함께 사회서비스 일자리 확충에 기여한다는 전략이다. 노인, 장애인, 아동 등의 돌봄 서비스 수요를 충족시켜 삶의 질 향상과 함께 관련 산업을 육성한다는 것인데 방문의료, 재가의료급여, 집중형 방문관리, 퇴원지원 등과 치매안심센터, 케어안심주택, 케어안내창구, 지역케어회의, 종합재가센터 등이 전달체계로 제시되고 있다(보건복지부, 2019).

기초수급자, 장기요양대상자, 장애인 활동보조서비스 지원대상자, 발달장애인지원사업 대상자 등 기존 복지지원 대상자의 포용적 사회보장 지원계획은 가능할 것으로 보이나 신규 대상자 발굴이나 예방적 차원의 접근을 위한 전략 수립은 미흡한 것으로 보인다. 즉, 상대적 빈곤층 또는 잠재적 복지지원대상자에 대한 규모나 지역적 분포를 파악하고 그에 따른 자원배정, 인력배치 등이 짜임새 있게 준비되어야 하는데 전체적인 총 일자리 규모만 제시할 뿐 어떤 기준으로 그리고 복지수요에 맞게 배치할 것인지에 대한 구체성은 떨어지고 있다.

3) GIS 분석을 통한 전략적 접근

지리정보시스템의 데이터베이스는 공간자료(spatial data)와 속성자료로 이루어져 있는데, 공간자료란 지형요소에 대한 유형, 위치, 크기, 다른 지형요소와의 공간적 위상관계 등을 말하며, 벡터자료(vector data)와 레스터자료(raster data)로 구분된다. 속성자료는 지형요소의 속성에 대한 자료로서 수학적 의미를 포함하는 정량적 자료와 지도명, 주기, 라벨 등 대상물 설명에 필요한 정성적 자료가 있다. 현재 GIS는 국토계획, 도시계획, 환경관리, 시설물관리, 교통 물류분야, 민간사업분야의 다양한 분석 등 공공과 민간분야에서 다양하게 활용되고 있다(네이버 지식백과).

통계청과 지자체는 지리정보시스템을 통해 복지욕구, 복지공급을 위한 자원 분포 등에 대한 자료를 구축하고 있다. 통계청은 시도별, 시군구별, 읍면동 기초생활수급자 현황, 복지시설에 대한 지리정보 분석 결과를 제공하고 있다(통계청 홈페이지 참조)[12]. 하지만, 기초수급자 현황, 복지시설 분포에 대한 자료가 있으나, 복지욕구의 정확한 파악을 위한 상대적 빈곤층 규모와 지역별 분포자료 파악이나 자료연계, 빅데이터 활용은 미흡하다.

한편, 사회보장정보원의 경우 국민기초생활보장대상자나 복지급여를 신청한 경우에만 자산조사 자료를 분석하기 때문에 잠재적 빈곤층의 규모와 대상자 거주 지역에 대한 사전적 예방적 분석이 어렵다. 상대적 빈곤층 규모를 파악하기 위해서는 전국민의 소득자료를 갖고 있는 기관과의 연계분석이 필요한데 관련 기관은 국세청, 국토교통부(재산), 지자체(행정) 등이다. 하지만 기관간 칸막이, 개인정보호 등으로 정보 활용이 원활하지 못하다.

따라서, 이러한 정보 분석의 한계를 극복할 수 있는 소득 및 재산 지표가 필요한데 국민건강보험의 보험료 납부수준이 이들 기관의 자료를 모두 연계, 종합한 자료로 구축되기 때문에 자료 활용가능성이 매우 크다 할 수 있다. 또한 지난 40년간 대국민 수용성을 높여왔기 때문에 보험료 수준을 활용한 자료 분석은 타당성이 높다.

국민건강보험료 수준을 지리정보분석시스템과 연계하여 읍면동 단위로 분석할 경우 소득수준에 따른 빈곤층 거주지역의 분포는 물론 상류층의 거주지역을 파악하는 것 역시 가능하다. 따라서, 이러한 정보를 통해 빈곤지역에 대한 효율적인 복지자원 배분이 가능할 것이다.

2. 선행연구고찰

상대적 빈곤층 규모를 파악하는 조사는 대부분 통계청과 보건복지부에서 조사하는 자료의 2차적 분석으로 이루어져 왔다. 가계소득자료, 가계동향조사, 가계금융•복지조사와 복지패널조사 등이 그것이다. 이들 조사는 대부분 대표성 있는 표본조사로 전국민의 소득이나 재산, 사적, 공적이전소득의 경향, 소득재분배효과 등을 분석하고, 빈곤층 규모나 소득수준 등을 분석하여 전반적인 정책 자료에 활용되고 있다(송민정,

12) https://sgis.kostat.go.kr/view/index

2015). 특히, 소득분배 지수 분석은 양극화 경향을 측정함으로써 정부정책의 탈빈곤 가능성을 가늠하는데 도움을 주고 있다.

하지만, 지역별 소득분배의 특성을 읍면동 단위로 분석한 연구는 매우 드물다. 이정민(2013)은 통계청이 조사한 지역별 고용조사를 이용하여 지역간 소득재분배 추이를 분석하였다. 분석단위가 16개 시도(세종시 탄생 이전)이며, 고졸자, 대졸자의 상대소득지수, 5분위 분배율, 지니계수 등을 통한 지역별 특성을 분석하고 있다.

읍면동 행정의 최소단위에서 복지급여 전달이 이루어지기 때문에 이들 지역에 대한 상대적 빈곤층 추이와 특성을 파악하는 것은 정책수립에 큰 함의가 있을 것이다.

지리정보 시스템을 이용한 복지분야 연구도 최근 활성화되고 있다. 이재경(2014)은 음주에 영향을 미치는 사회인구학적, 지리공간적 요인을 연구하였다. 지리정보시스템(GIS)을 활용한 공간분석을 통해 청소년 음주에 영향을 주는 편의점의 분포, 학교분포의 상관성을 제시한 논문임. 이를 통해 인구사회학적 요인과 지리적 공간 분석을 통한 환경요인들이 어떻게 상호관련성을 갖고 인간행동에 영향을 줄 수 있는지 제시하고 있다. 이러한 연구방법을 빈곤정책 관련 요인을 지리정보시스템에 투입하여 분석함으로써 기존 빈곤정책에서 간과한 지리적 공간 요인의 특성을 파악할 필요가 대두되는 이유다.

김이배, 안재성(2014)은 경북지역의 사회복지시설의 지역적 분포를 지리정보시스템으로 분석하고, 이에 대한 이용가능성을 접근성으로 해석하고자 하였다. 결과적으로 경북지역의 다양한 사회복지시설의 분포가 이들을 이용하고자 하는 시민들에 대하여 접근성을 고려한 것인지 여부를 분석하고, 지리적 공간 특성을 고려한 사회복지시설의 위치, 규모, 분포 등에 대한 함의를 제공하고 있다.

오민수 외(2012)의 경기도 빈곤 지도 연구, 황지혜(2010)의 대전광역시 응급의료서비스 취약지구 특성을 지리정보시스템으로 분석한 연구 역시 본 연구 방법이나 해석의 단초를 제공하고 있다. 경기도 빈곤지도 연구는 그럼에도 불구하고 기초수급자와 장애인, 노인인구 등의 수요자 현황과 복지자원 분포를 제시하고 있는데, 상대적 빈곤층이나 잠재적 복지수요자에 대한 분석이 이루어지지 않고 있다.

박윤환, 임현철(2016)은 우리나라 빈곤층 거주지 집중과 분리의 패턴을 국민기초생활 수급자수 자료를 활용하여 시군구 단위로 분석하였다[13]. 빈곤층 거주지 패턴 연구에 기초수급자 자료, 인구주택총조사와 소득변수가 포함된 시군구 자료, 공공임대주택

자료 등이 활용되었음을 제시하고 있다. 이들은 읍면동 단위에서 기초생활수급자 분포를 분석함으로써 빈곤층과 비빈곤층의 주거가 분리되어 있음을 측정하고 함의를 찾고자 하였다. 이를 위해 Duncan & Duncan(1955)이 제시한 상이지수(index of dissimilarity)를 이용하였고, 분석결과 수급자비율이 높은 시군구 상위 20위, 낮은 시군구 20위를 확인하였고, 2010년과 2015년의 차이점을 보면 점차 수도권 지역 12개 시군구가 지속적으로 수급자비율이 낮은 상위권에 포함되어 뚜렷한 거주지 분리의 심화, 고착화를 확인 제시하고 있다. 한편, 종합적인 거주지 집중에 대해서는 지난 5년간 지역 내 인구변동과 도시개발의 추세가 전국적으로 빈곤층 거주지 분리를 완화시켰음을 보여주고 있다. 즉, 소지역 단위 재개발로 인하여 밀집해 있던 빈곤층들이 확산 현상이 나타난 것으로 분석하고 있다(박윤환, 임현철, 2016:225). 읍면동 단위에서 기초수급자를 대상으로 빈곤층 집중, 확산, 거주지 분리 등을 분석한 연구로서 의의가 있다. 하지만 잠재적 또는 상대적 빈곤층의 규모를 파악하지 못하였기 때문에 복지정책 수립을 위한 기초자료 제공에 한계가 있다.

이 밖에 교육불평등지도와 관련한 권영길 국회의원의 정책자료(2009), 한국일보 2018년 9월 1일자 건강수명 불평등, 지자체 의료•복지서비스가 해법에서 제시한 인포그래픽, 정준호, 전병유(2017) 한국사회의 불평등 구조와 정책대응 세미나 자료 등에서 불평등에 대한 구조적 특성과 한국사회의 분야별 현황을 제시하고 있다.

III. 제주특별자치도 읍면동 빈곤현황 분석

1. 인구 및 복지욕구 현황

건강보험 보험료 수준과 지리적 분포를 살펴보기 전에 복지급여 욕구가 있는 대상자들의 지리적 분포를 살펴보고자 한다. 노인인구, 아동 및 장애인구의 지역적 분포가 복지욕구에 상응할 수 있으며, 이들 대상자와 건강보험 보험료 하위 분위 분포를 교차

13) 이들은 통계청에서 빈곤층의 거주지분리를 측정하기 위한 기초적 자료인 개인의 소득 자료를 공개하지 않고 있고, 표본추출을 통하여 개인의 소득을 조사하는 방법도 표본수의 부족, 표본추출의 신뢰성 부족 및 응답의 신뢰성 등의 문제가 발생하여 개인의 정확한 소득을 추정하기 어렵기 때문에 빈곤층 거주지분리를 정확히 측정하는데 한계가 있다(박윤환, 임현철, 2016:213).

할 경우 빈곤정책과 지역적 분포, 맞춤형 서비스 필요성이 도출 될 것으로 판단된다.

제주시의 인구는 478,700명이고, 읍면동 지역 중 노형동이 53,433명, 이도2동이 50,467명, 연동이 41,810명으로 높게 나타나고 있다. 기초수급자 비율(제주시 평균 2.55%)은 일도1동이 6.81%로 가장 높고, 삼도2동과 용담1동이 각각 4.81%와 4.11% 순을 보이고 있다. 장애인구수 비율(제주시 평균 5.05%)는 추자면 9.51%, 한경면 9.10% 그리고 우도면이 8.44%로 높게 분포하고 있다. 노인인구의 비율(제주시 평균 13.07%)은 추자면 31.79%, 한경면 26.94% 그리고 구좌읍이 23.96%를 보이고 있다. 영유아 인구비율(제주시 평균 4.69%)분포는 오라동이 가장 높은 8.30%, 삼양동이 7.66%, 외도동 6.92%의 분포를 보이고 있다.

서귀포시의 인구는 178,383명이고 기초수급자 비율(서귀포시 평균 3.12%)은 중앙동 5.87%로 가장 높고, 정방동 4.89%, 천지동 4.70%의 순으로 나타났다. 장애인구 비율(서귀포시 평균 6.12%)은 영천동 9.25%, 남원읍 7.35%, 성산읍 7.27%순으로 높게 분포하고 있다. 노인인구비율(서귀포시 평균 17.86%)은 남원읍 22.16%, 영천동 22.15%, 성산읍 22.07%순으로 나타났다. 끝으로 영유아 인구 비율(서귀포시 평균 3.95%)은 대천동 6.92%, 대륜동 5.62%, 서홍동 5.45%의 순으로 높게 분포하고 있다.

대부분의 시군구 지역사회보장계획에서는 기초수급자수와 장애인구수, 노인인구수, 영유아 인구 등이 보건복지 욕구가 큰 것으로 판단하여 복지수요를 예측하고 있으나, 이는 절대적인 빈곤층을 표적화한 것으로 판단된다. 하지만 보편적 복지확대를 위해서는 상대적 빈곤층까지 확대하는 것이 보다 바람직할 것으로 보인다. 이를 위한 상대적 빈곤층의 규모나 지역별 분포를 파악하는 것이 무엇보다 중요할 것이다.

〈표 2〉 제주특별자치도 보건 • 복지 인구현황 분포

(단위: 명, %)

	인구	기초수급자수		장애인구수		노인인구수		영유아인구	
제주시 한림읍	20,867	698	3.34%	1,507	7.22%	4,227	20.26%	699	3.35%
애월읍	34,051	901	2.65%	2,076	6.10%	5,724	16.81%	1,496	4.39%
구좌읍	15,504	366	2.36%	1,235	7.97%	3,715	23.96%	456	2.94%
조천읍	23,299	660	2.83%	1,433	6.15%	4,287	18.40%	869	3.73%
한경면	8,930	250	2.80%	813	9.10%	2,406	26.94%	256	2.87%
추자면	1,862	67	3.60%	177	9.51%	592	31.79%	19	1.02%
우도면	1,871	25	1.34%	158	8.44%	430	22.98%	54	2.89%
일도1동	3,100	211	6.81%	221	7.13%	658	21.23%	84	2.71%
일도2동	35,242	775	2.20%	1,633	4.63%	4,528	12.85%	1,525	4.33%
이도1동	7,929	217	2.74%	418	5.27%	1,254	15.82%	266	3.35%
이도2동	50,467	854	1.69%	1,894	3.75%	4,998	9.90%	2,471	4.90%
삼도1동	14,519	407	2.80%	679	4.68%	2,267	15.61%	634	4.37%
삼도2도	8,717	419	4.81%	453	5.20%	1,473	16.90%	273	3.13%
용담1동	7,843	322	4.11%	475	6.06%	1,390	17.72%	255	3.25%
용담2동	15,821	467	2.95%	912	5.76%	2,650	16.75%	607	3.84%
건입동	9,867	383	3.88%	633	6.42%	1,755	17.79%	383	3.88%
화북동	25,448	886	3.48%	1,317	5.18%	2,658	10.44%	1,239	4.87%
삼양동	22,740	692	3.04%	995	4.38%	2,198	9.67%	1,743	7.66%
봉개동	3,885	90	2.32%	244	6.28%	665	17.12%	173	4.45%
아라동	30,128	873	2.90%	1,660	5.51%	2,778	9.22%	2,015	6.69%
오라동	13,514	162	1.20%	515	3.81%	1,242	9.19%	1,122	8.30%
연동	41,810	770	1.84%	1,502	3.59%	3,775	9.03%	1,666	3.98%
노형동	53,433	992	1.86%	1,973	3.69%	4,104	7.68%	2,373	4.44%
외도동	20,697	499	2.41%	857	4.14%	1,785	8.62%	1,432	6.92%
이호동	4,151	119	2.87%	230	5.54%	595	14.33%	178	4.29%
도두동	3,005	107	3.56%	176	5.86%	390	12.98%	146	4.86%
합계	478,700	12,212	2.55%	24,186	5.05%	62,544	13.07%	22,434	4.69%
서귀포시대정읍	21,045	605	2.87%	1,359	6.46%	4,057	19.28%	736	3.50%
남원읍	19,160	613	3.20%	1,409	7.35%	4,245	22.16%	598	3.12%
성산읍	15,287	542	3.55%	1,111	7.27%	3,374	22.07%	429	2.81%
안덕면	11,367	229	2.01%	771	6.78%	2,276	20.02%	387	3.40%
표선면	12,220	356	2.91%	808	6.61%	2,434	19.92%	393	3.22%

송산동	4,474	163	3.64%	269	6.01%	951	21.26%	131	2.93%
정방동	2,456	120	4.89%	144	5.86%	481	19.58%	64	2.61%
중앙동	4,003	235	5.87%	251	6.27%	766	19.14%	101	2.52%
천지동	3,571	168	4.70%	217	6.08%	724	20.27%	114	3.19%
효돈동	5,320	249	4.68%	348	6.54%	1,139	21.41%	175	3.29%
영천동	5,178	161	3.11%	479	9.25%	1,147	22.15%	135	2.61%
동홍동	22,680	921	4.06%	1,168	5.15%	2,684	11.83%	1,006	4.44%
서홍동	10,629	307	2.89%	521	4.90%	1,337	12.58%	579	5.45%
대륜동	13,389	196	1.46%	642	4.79%	2,021	15.09%	753	5.62%
대천동	12,993	375	2.89%	617	4.75%	1,703	13.11%	899	6.92%
중문동	10,684	272	2.55%	534	5.00%	1,693	15.85%	430	4.02%
예래동	3,927	58	1.48%	270	6.88%	822	20.93%	109	2.78%
합계	178,383	5,570	3.12%	10,918	6.12%	31,854	17.86%	7,039	3.95%

주: 기초수급자수는 재가수급자이며, 시설수급자는 제외된 수치임. 시설수급자를 포함한 비율은 제주특별자치도 제4기 지역사회보장계획 p.29를 참조할 것
자료: 제주특별자치도 제4기 지역사회보장계획, 2018에서 발췌

2. 국민기초생활보장제도 수급자 현황

절대적 빈곤선 이하의 삶을 살고 있음을 뜻하는 국민기초생활수급대상자는 국가로부터 생계비, 교육비, 주거비, 의료비 등을 지원받는다. 생활이 어려운 저소득 가구의 구성원이나 그 친족 및 기타 관계인이 급여를 신청하거나 사회복지담당공무원이 직접 급여가 필요한 대상자로 판단하여 지급하는 방법이 있다. 전자를 신청주의라 하고, 후자를 직권주의라 하여 욕구나 필요가 있음에도 불구하고 복지급여를 받지 못하는 사각지대를 없애기 위해 2가지 방법을 모두 사용하고 있다.

하지만, 공적부조인 국민기초생활보장제도의 대상자로 선정되기 위해서는 소득과 재산 수준이 일정수준이하이기 때문에 자산조사(means-test)를 거쳐야 하며, 국민기초생활보장제도의 연간 예산의 한정, 국비(중앙정부의 부담금)와 지방비(지방정부의 부담금)로 이원화 되어 필요 대상자의 급격한 확대, 경기둔화 등에 따른 기초수급 대상자의 정책적 증가가 쉽지 않다.

연간 국민기초생활 수급자의 수와 전체 인구 중 비율을 살펴보면 2015년을 제외하고 비슷한 양상을 보이고 있다. 2010년 3.1%에서 2014년 2.6%까지 감소하다가 2015년 3.2%로 회복하여 현재 수준을 유지하고 있다. 정부는 각종 사회복지 정보와 행정

안전부 주민등록 자료, 법무부 출입국 기록 등의 연계를 통해 복지급여 부정수급자와 중복 수급자를 찾아내었고, 국민기초생활보장제도의 대상자 역시 상당수 제외되어 2010년도 이후 수급자 비율이 감소한 것으로 나타났다. 이후 2015년 7월1일부터 최저생계비 이하의 가구에 대해 모든 급여를 통합하여 지원하던 방식에서 상대 빈곤선을 도입하고 급여별 선정기준을 다층화하여 욕구별 지원을 강화(보건복지부, 2017)하면서 대상자가 다소 증가한 것을 알 수 있다.

〈표 3〉 연간 국민기초생활수급 대상자 및 전체 인구 중 비율

(단위: 명, %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
수급자수	1,549,820	1,469,254	1,394,042	1,350,891	1,328,713	1,646,363	1,630,614	1,581,646
비율	3.1	2.9	2.7	2.6	2.6	3.2	3.2	3.2

자료: 보건복지부 통계연보, 2018c

보건복지부 통계연보의 17개 시도별 수급자 수와 현황을 살펴보면, 전북과 광주가 각각 5.1%와 4.5%수준으로 가장 높게 나타나고 있고, 세종특별시와 울산광역시가 각각 1.5%와 1.6%로 최하위를 기록하고 있다. 제주도의 경우도 3.3%로 전국평균 3.2% 수준과 유사함을 보이고 있다. 17개 시도의 수급자 비율 편차가 3.6%p차이를 보이고 있는 점에 주목할 필요가 있으며, 이러한 편차 발생이 어떠한 이유에서 인지 실제 빈곤층이 적어서 인지 아니면 재정 때문인지, 수급권자들의 자발적 수급권 반납인지 파악할 필요가 있다. 실제 송파세모녀 사건의 경우는 대상자 발굴과 제도의 허점 때문에 발생한 경우이고, 적극적인 대상자 발굴이 이루어지지 못한 이유 때문이기도 하다. 여기에 드물지만 지역별로 스스로 기초수급자의 권리를 마다하는 경우도 있는 것으로 보인다. 최근 박근혜정부의 읍면동 복지허브화, 문재인정부의 커뮤니티 케어 등이 기초수급자의 발굴과 지원, 맞춤형 서비스제공을 위한 정책의 강화라 볼 수 있다.

제주도의 인구 및 수급자 변동 현황을 살펴보면 전국수준과 유사한 증가양상과 비율을 보이고 있다. 2010년과 2011년에 4.3%로 가장 비율이 높았으며, 2014년 3.4%까지 감소하였다가 2015년 4.1%로 증가하다가 2017년과 2018년 3.5%를 유지하고 있다.

〈표 4〉 연도별 제주특별자치도 국민기초수급자 현황

(단위: 명, %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
전체인구	577,187	553,845	560,818	570,034	583,335	599,252	618,549	634,161	648,913
수급자수	24,536	23,746	21,986	21,187	20,101	24,513	23,335	21,937	22,616
수급비율	4.3%	4.3%	3.9%	3.7%	3.4%	4.1%	3.8%	3.5%	3.5%

자료: 공공데이터 포털, 제주특별자치도 홈페이지 주요통계 정보

이상에서 살펴본 국민기초생활보장제도의 수급자는 절대적 빈곤선이하의 대상자이며, 물론 2015년 중위소득의 50%수준을 전후한 개별급여의 적용은 상대적 빈곤선의 반영이기도 하나 아직까지 현실성이 떨어지고 있다. 중위소득의 50% 수준이하의 상대적 빈곤선은 2018년 통계청 가계금융복지조사 결과에 따르면 17.4%이고, 2015년 17.5%, 2016년 17.6%에 비해 감소하였으나 여전히 OECD국가 중 3번째로 높은 수준이다(통계청, 2018)[14].

하지만 문제는 상대적 빈곤 수준에 해당하는 규모의 추정과 지역별 특성 파악이 어렵다는 것이다. 통계청의 조사는 표본조사이기 때문에 실제 지역별 상대적 빈곤층 규모를 파악하는 것은 쉽지 않다. 왜냐하면 전수조사를 하지 않기 때문이다.

앞서 언급한 것처럼 신청주의 또는 직권주의에 의거하여 소득과 재산 수준을 파악하고 있는 국민기초생활보장제도의 경우 자산조사를 통해 기초수급대상자가 될 수 있기 때문에 신청하지 않거나 발굴되지 않는다면 여전히 국가로부터의 복지급여 지원을 받지 못하는 상황에 놓이게 된다. 더불어 상대적 빈곤층은 자산조사의 기회조차 없기 때문에 그 규모나 빈곤상태를 현재로서 세세히 파악하기 어렵다.

이에 본 연구에서는 건강보험 보험료 수준에 따른 상대적 빈곤 대상자의 현황을 분석하고, 이를 지리정보 시스템에 부여하여 상대적 빈곤지도를 구축함으로써 다양한 빈곤정책 수립에 기초자료를 제공하고자 한다.

14) 2018년 상대적 빈곤선의 소득수준은 연 1,322만원이다(중위소득의 50%수준).

3. 상대적 빈곤인구 현황

국민기초생활보장제도의 수급자 중 의료급여자는 국민건강보험 보험료를 납부하지 않고, 병의원 이용 후 본인부담도 면제되고 있어 절대적 빈곤층으로서의 지위를 인정받고 있다. 하지만 앞서 언급한 기초수급자의 연도별 현황에 따르면 국가예산과 대상자 선정기준의 제한성 때문에 매년 대상자 규모가 일정한 것을 알 수 있다.

기초수급자를 제외한 일반 국민들의 재산, 소득 수준을 파악한 자산조사는 이루어지지 않기 때문에 상대적 빈곤층을 가늠하기는 어렵다. 학자들이나 연구기관에 따라 절대적 빈곤층과 상대적 빈곤층의 규모가 큰 편차를 보이고 있다[15]. 따라서, 상대적 빈곤층의 규모나 불평등 수준[16]을 파악하기 위한 자료가 필요한데 이에 합당한 것이 국민건강보험 보험료 부담수준이다.

2010년 전국지역가입자 평균 보험료 하위 10%이하에 해당하는 보험료를 납부하는 제주시 읍면동 분포 중에서 가장 많은 비율을 보이는 곳은 추자면(34.6%), 우도면(22.2%), 한경면(19.1%)이며, 동지역에서는 아라동(13.6%)으로 나타났다. 2014년에는 추자면(34.7%), 한경면(26.6%)이 비율이 조금 증가하였고 우도면 대신 구좌읍(28.2%)의 비율이 높게 나타나고 있다. 동지역에서는 아라동(14.0%)과 용담1동(14.0%)로 높게 나타났다. 2018년에는 추자면(39.3%), 우도면(31.4%), 구좌읍(20.9%)로 2014년에 비해 비율이 높아졌는데 이는 보험료 부과체계 개편에 따른 것으로 추측된다. 동지역은 일도1동(15.6%)의 비율이 가장 높게 나타났다. 국민건강보험 지역가입자 보험료 하위 10%이하에 존재하는 제주시 읍면동 지역 중 가장 비율이 높은 지역은 10년간 추자면, 한경면, 우도면, 구좌읍 그리고 아라동과 용담동, 일도1동 등으로 종합할 수 있다[17].

---

15) 적게는 현행 기초수급자 규모인 3%수준에서 최대로는 10~15%수준의 인구가 빈곤층이라고 규정하기도 하며, 상대적 빈곤층의 규모는 더 크다는 주장이 있다(노대명외. 2004).

16) 우리나라 불평등 추이에 대해서는 임완섭(2015)와 최근의 통계청 2018 가계금융·복지조사 결과 발표를 참조할 것

17) 제주시 지역 특성 및 도시 재개발 현황에 대한 지역전문가의 의견에 따르면, 제주시 추자와 우도(최근 관광개발 부각 펜션 등)는 전형적 섬지역이며, 한경면은 밭농사지역으로 유적과 절리층이 존재. 구좌읍도 당근농사 등 전형적 농촌지역임
- 아라동은 주공아파트 90년대 초부터 건립되어 있으며, 염광 아파트 등 과거 저소득 계층이 존재. 현재는 2010년부터 고급아파트와 단독주택 등 건축 붐이 일며 최근 취약계층과 부자계층이 공존하고 있음
- 노형동은 2000년 새롭게 조성된 단지로서 공무원 등 상류층이 많이 입주하였다가 2010년 이후 1세대 주민들은 아라동이나 이도2동 또는 단독주택으로 이주하고 새로운 계층이 형성되었음
- 이도2동은 새롭게 단지와 주거단지가 조성되고 함께 주변에 오래된 연상흥 아파트가 공존하는 구조임

〈표 5〉 제주시 국민건강보험 지역가입자(세대) 보험료 하위 10% 분포

(단위: 건, %)

구 분	2010년		2014년		2018년	
읍면동	1분위	가입 세대	1분위	가입 세대	1분위	가입 세대
한림읍	669 (15.8)	4,224	904 (21.0)	4,299	764 (16.7)	1,880
애월읍	704 (14.0)	5,040	894 (17.0)	5,271	820 (13.7)	570
구좌읍	539 (18.3)	2,941	857 (28.2)	3,034	708 (20.9)	430
조천읍	586 (15.4)	3,804	804 (20.5)	3,913	621 (14.7)	848
한경면	326 (19.1)	1,708	452 (26.6)	1,701	385 (20.5)	5,184
추자면	232 (34.6)	670	225 (34.7)	648	224 (39.3)	1,567
우도면	74 (22.2)	333	87 (24.7)	352	135 (31.4)	7,349
일도1동	108 (10.7)	1,013	114 (11.5)	993	132 (15.6)	2,429
일도2동	424 (8.1)	5,233	444 (8.5)	5,216	472 (9.1)	1,919
이도1동	137 (8.8)	1,561	178 (11.3)	1,576	182 (11.6)	1,669
이도2동	478 (7.6)	6,318	481 (7.1)	6,791	559 (7.6)	2,724
삼도1동	182 (7.9)	2,298	249 (10.2)	2,443	224 (9.2)	1,876
삼도2동	211 (9.7)	2,171	220 (11.0)	1,999	250 (13.0)	3,424
용담1동	176 (9.9)	1,775	252 (14.0)	1,797	230 (13.8)	2,500
용담2동	298 (10.1)	2,962	338 (11.9)	2,846	311 (11.4)	601
건입동	188 (9.6)	1,958	211 (10.9)	1,933	208 (11.1)	3,514
화북동	343 (10.5)	3,267	332 (10.0)	3,330	386 (11.3)	1,518
삼양동	134 (8.4)	1,595	161 (8.6)	1,870	265 (10.6)	8,407

봉개동	54 (11.3)	478	66 (13.3)	495	67 (11.1)	7,584
아라동	277 (13.6)	2,039	375 (14.0)	2,674	349 (9.9)	2,740
오라동	104 (9.8)	1,062	114 (9.7)	1,170	129 (8.5)	737
연동	565 (7.1)	8,005	509 (6.3)	8,106	538 (6.4)	576
노형동	508 (7.6)	6,715	490 (7.1)	6,870	559 (7.4)	1,240
외도동	217 (9.6)	2,252	226 (9.4)	2,399	224 (8.2)	2,740
이호동	75 (10.6)	705	65 (9.7)	668	83 (11.3)	737
도두동	55 (9.9)	554	40 (7.6)	525	59 (10.2)	576
기타	287 (15.3)	1,881	-	-	562 (45.3)	1,240

주: 1) 읍면동 주소지가 불명확한 부과건수는 기타로 구분함
2) 자료발췌 기준은 각년도 12월말 자격기준
자료: 정춘숙 의원 정책자료 '제주특별자치도 읍면동 보험료 분포, 2019' 에서 발췌

같은 방법으로 서귀포시 읍면동 지역의 국민건강보험료 하위 10%의 분포를 살펴본 결과, 2010년 대정읍(22.7%), 성산읍(20.0%), 표선면(19.8%) 그리고 동지역은 예래동(13.5%)이 다른 지역에 비해 높은 분포를 보이고 있다. 2014년에도 대정읍(28.7%), 성산읍(30.2%), 표선면(26.2%)로 비율이 증가하였고, 동지역은 효돈동(16.6%)로 높은 분포를 보이고 있다. 2018년에는 성산읍(20.4%), 대정읍(19.3%), 표선면 대신 남원읍(18.6%) 순으로 나타났다. 동지역은 중앙동(16.6%)이 가장 높은 분포를 보이고 있다. 하위 10% 비율이 높은 동지역이 변하게 된 이유는 인구유입에 따른 것인데 특히 저소득층(하위 10% 인구)의 유입이 증가한 것으로 판단된다[18].

18) 지역별 재개발이나 휴양형 주거단지 등의 사업단지 개발에 따른 이동으로 추정됨. 서귀포 지역 부동산 및 지역개발 전문가의 조언에 따르면, 서귀포시 대정읍은 군사기지가 있고, 4.3유적지와 함께 전형적인 농촌마을임. 성산읍은 최근 중국관광객으로 일부 관광업계가 들어오면서 활기를 띄고 있으나 성산일출봉주변을 제외한 지역은 전형적인 농어촌지역으로 기존 고령원주민들이 많음

〈표 6〉 서귀포시 국민건강보험 지역가입자(세대) 보험료 하위 10% 분포

(단위: 건, %)

구분	2010년		2014년		2018년	
읍면동	1분위	가입 세대	1분위	가입 세대	1분위	가입 세대
대정읍	802 (22.7)	3,526	980 (28.7)	3,417	778 (19.3)	4,026
남원읍	649 (19.4)	3,345	886 (25.9)	3,416	667 (18.6)	3,595
성산읍	632 (20.0)	3,160	975 (30.2)	3,229	720 (20.4)	3,521
안덕면	346 (19.2)	1,801	486 (25.4)	1,910	393 (17.9)	2,197
표선면	462 (19.8)	2,330	631 (26.2)	2,411	453 (17.7)	2,561
송산동	116 (10.6)	1,092	130 (12.1)	1,073	163 (15.5)	1,053
정방동	88 (10.0)	876	81 (9.6)	846	92 (12.3)	751
중앙동	131 (9.4)	1,397	173 (11.4)	1,519	218 (16.6)	1,312
천지동	98 (9.3)	1,057	165 (15.1)	1,094	145 (14.4)	1,008
효돈동	93 (12.0)	777	135 (16.6)	813	127 (13.9)	913
영천동	111 (12.7)	871	136 (14.8)	920	149 (15.3)	973
동홍동	336 (9.9)	3,379	365 (10.2)	3,596	382 (10.5)	3,651
서홍동	171 (11.6)	1,470	210 (13.2)	1,591	175 (11.0)	1,594
대륜동	156 (10.5)	1,489	196 (12.4)	1,586	197 (10.3)	1,920
대천동	129 (11.4)	1,135	141 (11.4)	1,235	206 (11.5)	1,785
중문동	171 (12.0)	1,429	182 (12.1)	1,503	200 (11.3)	1,764
예래동	71 (13.5)	527	85 (14.3)	593	77 (11.5)	668
기타	190 (17.2)	1,103	-		319 (53.0)	602

주: 1) 읍면동 주소지가 불명확한 부과건수는 기타로 구분함

2) 자료발췌 기준은 각년도 12월말 자격기준

자료: 정춘숙 의원 정책자료 '제주특별자치도 읍면동 보험료 분포, 2019' 에서 발췌

전국 직장가입자의 보험료 하위10% 기준에 부합하는 제주시와 서귀포시 읍면동의 비율 변화를 살펴보면, 먼저 제주시의 경우 2010년 도두동(19.4%), 이호동(19.0%), 우도면(18.8%) 순으로 나타났다. 2014년에는 화북동(25.8%), 삼양동(22.4%), 추자면(21.0%) 순으로 나타났다. 2018년에는 이도1동(20.8%), 화북동(19.9%), 추자면과 일도2동이 16.7%의 분포를 보이고 있다. 직장가입자의 경우 사업장(공장)이나 건축일용직에 근무하는 경우 공장 또는 공사현장을 따라다니거나 농어촌의 계절적 근로를 하기 때문에 이동이 빈번할 수 있다. 따라서, 읍면동 지역의 하위 10%의 비율이 잦은 변화를 보이고 있는 것으로 파악된다[19].

국민건강보험 지역가입자의 보험료 수준의 하위 10%이하에 해당하는 비율은 현재 2018년 통계청이 발표한 상대적 빈곤층(중위소득 50%미만) 규모인 17.4%와 유사하게 도출되고 있다. 물론 읍면동 지역별 편차는 존재한다. 그럼에도 국민건강보험 보험료 수준의 하위 10%수준은 상대적 빈곤층 규모를 추정하는데 큰 함의를 갖는다고 판단된다[20].

〈표 7〉 제주시 국민건강보험 직장가입자(세대) 보험료 하위 10% 분포

(단위: 건, %)

구분	2010년		2014년		2018년	
읍면동	1분위	가입 세대	1분위	가입 세대	1분위	가입 세대
한림읍	476 (15.4)	3,097	417 (14.0)	2,969	511 (10.9)	4,696
애월읍	739 (14.5)	5,086	795 (15.8)	5,047	1,020 (13.8)	7,405
구좌읍	397 (18.0)	2,201	197 (10.7)	1,838	280 (9.7)	2,901
조천읍	515 (15.1)	3,412	454 (14.3)	3,171	588 (11.7)	5,006
한경면	200 (17.7)	1,131	185 (20.5)	903	185 (16.2)	1,142
추자면	35 (12.8)	273	22 (21.0)	105	18 (16.7)	108

19) 도두동, 이호동 등은 과거 제주시 외곽지역으로 분류되었음, 화북동과 사양동은 2010년 전후 삼화 및 화북지구 대단지 아파트가 개발되면서 직장가입자의 이주가 많이 이루어진 것으로 보임

20) 노형동, 이도1동 연동은 전형적인 주거단지로서 2000년대 이후 대단지 아파트단지가 조성되면서 직장가입자 등 유입이 많았음. 건입동은 동문시장을 중심으로 소상공인이 많이 분포하며, 아라동과 연동은 2015년 이후 새로운 주거단지가 조성되었음. 대단지 아파트가 조성되면서 안정되고 편의성이 높은 시설들이 많이 있음

우도면	42 (18.8)	224	11 (6.4)	171	27 (9.3)	290
일도1동	90 (15.7)	572	128 (13.4)	955	153 (10.6)	1,437
일도2동	1,156 (14.3)	8,057	685 (16.9)	4,044	900 (16.7)	5,399
이도1동	212 (14.4)	1,473	471 (19.7)	2,392	645 (20.8)	3,103
이도2동	1,392 (13.6)	10,204	1,889 (11.4)	16,578	2,742 (12.8)	21,421
삼도1동	469 (15.2)	3,090	436 (18.9)	2,308	398 (14.7)	2,710
삼도2동	276 (15.6)	1,767	488 (18.0)	2,706	463 (16.1)	2,872
용담1동	286 (17.8)	1,604	168 (13.5)	1,242	191 (10.0)	1,902
용담2동	593 (17.2)	3,455	414 (13.4)	3,082	470 (11.1)	4,241
건입동	325 (15.6)	2,086	206 (9.2)	2,229	397 (12.1)	3,285
화북동	760 (15.6)	4,862	1,200 (25.8)	4,654	1,344 (19.9)	6,738
삼양동	381 (17.3)	2,207	283 (22.4)	1,262	440 (13.2)	3,342
봉개동	104 (18.8)	553	95 (13.8)	688	141 (14.5)	970
아라동	370 (13.8)	2,681	902 (10.2)	8,859	1,221 (9.3)	13,092
오라동	236 (17.1)	1,380	710 (19.6)	3,629	772 (13.1)	5,908
연동	1,173 (13.2)	8,906	1,608 (8.9)	18,045	1,829 (8.8)	20,714
노형동	1,357 (11.8)	11,506	1,717 (17.9)	9,582	1,865 (14.1)	13,246
외도동	517 (15.1)	3,434	507 (20.7)	2,445	636 (16.5)	3,866
이호동	145 (19.0)	763	173 (15.4)	1,127	194 (12.0)	1,615
도두동	101 (19.4)	521	181 (20.9)	864	160 (12.7)	1,264
기타	-	-	-	-	354 (12.3)	2,879

주: 1) 읍면동 주소지가 불명확한 부과건수는 기타로 구분

2) 자료발췌 기준은 각년도 12월말 자격기준

자료: 정춘숙 의원 정책자료 '제주특별자치도 읍면동 보험료 분포, 2019' 에서 발췌

서귀포시 직장가입자 전국 보험료 하위 10%에 해당하는 인구비율이 높은 읍면동을 살펴보면, 하위 10%이하의 경우, 지역과 인구비율은 2010년 정방동(19.9%), 중앙동(18.39%), 천지동(18.8%) 순이고, 2014년에는 송산동(22.2%), 천지동(20.2%), 대륜동(19.9%)로 빈곤층 비율이 높게 나타났다. 2018년에는 천지동(18.4%), 효돈동(16.8%), 송산동(15.5%)로 상대적 비율은 총인구가 증가하면서 감소한 경향이 있으나 하위층 세대가 실질적으로도 증가한 것을 알 수 있다[21].

〈표 8〉 서귀포시 국민건강보험 직장가입자(세대) 보험료 하위 10% 분포

(단위: 건, %)

	2010년			2014년			2018년		
읍면동	1분위	10분위	가입 세대	1분위	10분위	가입 세대	1분위	10분위	가입 세대
대정읍	304 (13.2)	62 (2.7)	2,299	260 (13.5)	46 (2.4)	1,925	388 (11.1)	180 (5.1)	3,506
남원읍	326 (12.3)	86 (3.2)	2,649	272 (14.1)	52 (2.7)	1,933	313 (11.8)	77 (2.9)	2,662
성산읍	251 (12.6)	92 (4.6)	1,986	178 (9.9)	91 (5.1)	1,795	325 (10.5)	147 (4.7)	3,109
안덕면	184 (11.1)	74 (4.5)	1,656	207 (12.9)	108 (6.7)	1,601	182 (5.2)	165 (4.7)	3,502
표선면	240 (14.3)	53 (3.2)	1,676	225 (11.1)	62 (3.1)	2,023	277 (9.6)	96 (3.3)	2,883
송산동	102 (13.8)	35 (4.7)	740	402 (22.0)	73 (4.0)	1,829	455 (15.5)	126 (4.3)	2,929
정방동	78 (19.9)	17 (4.3)	391	44 (10.9)	17 (4.2)	403	46 (13.0)	20 (5.7)	353
중앙동	104 (18.9)	18 (3.3)	549	73 (12.3)	35 (5.9)	592	92 (11.6)	55 (6.9)	793
천지동	99 (18.8)	23 (4.4)	527	154 (20.2)	51 (6.7)	764	252 (18.4)	75 (5.5)	1,370
효돈동	99 (13.6)	27 (3.7)	730	77 (19.7)	15 (3.8)	390	123 (16.8)	24 (3.3)	730
영천동	120	26	754	272	321	2,775	275	377	3,179

21) 서귀포시의 토평동은 최근 녹지 영리병원의 추진 사업지이며 근접해 있는 영천동은 임금 근로자가 거주하거나 실제 사업장 주소지일 가능성이 큰 것으로 판단됨
- 정방동, 중앙동은 전형적인 구중심지로 오래살고 있는 분들이 공존함. 송산동은 해안가주변으로 관광음식점이 많이 있음. 천지동은 천지연폭포 등 관광지로 주거단지는 아님.

	(15.9)	(3.4)		(9.8)	(11.6)		(8.7)	(11.9)	
동홍동	630 (16.0)	193 (4.9)	3,927	325 (13.7)	125 (5.3)	2,366	459 (13.5)	169 (5.0)	3,404
서홍동	228 (13.8)	71 (4.3)	1,649	208 (7.6)	51 (1.9)	2,731	246 (6.7)	99 (2.7)	3,670
대륜동	214 (12.7)	78 (4.6)	1,689	364 (19.9)	85 (4.6)	1,829	306 (9.4)	201 (6.2)	3,257
대천동	194 (15.7)	45 (3.7)	1,232	130 (12.7)	57 (5.6)	1,024	168 (9.1)	149 (8.0)	1,851
중문동	252 (13.5)	60 (3.2)	1,867	147 (12.9)	62 (5.5)	1,136	228 (10.5)	93 (4.3)	2,163
예래동	123 (16.9)	24 (3.3)	727	96 (4.7)	37 (1.8)	2,033	101 (5.0)	61 (3.0)	2,010

주: 1) 읍면동 주소지가 불명확한 부과건수는 기타로 구분함
2) 자료발췌 기준은 각년도 12월말 자격기준
자료: 정춘숙 의원 정책자료 '제주특별자치도 읍면동 보험료 분포, 2019' 에서 발췌

국민건강보험 직장가입자 보험료 하위 10%에 해당하는 인구 비율은 근로빈곤층의 규모를 추정하는데 시사점이 있다. 김현경 외(2016)에서는 10차(2014-2015년 조사자료) 복지패널 자료를 분석하여 근로빈곤층의 규모를 추정하고 있다. 중위소득의 50%를 빈곤층으로, 중위소득의 50-80%를 저소득층으로 분류하는데 2016년 근로빈곤층의 규모는 개인기준으로 6.62%, 저소득층은 12.07%이며, 가구 기준으로는 빈곤층이 10.82%, 저소득층이 13.73%로 파악하고 있다[22]. 결국, 본 연구의 국민건강보험 평균 보험료 하위 10%수준의 세대규모와 근로빈곤층 규모가 유사한 것을 알 수 있다.

이상의 국민건강보험 보험료의 전국평균 하위 10% 기준에 해당하는 제주시, 서귀포시의 지역가입자, 직장가입자 세대수 분포를 살펴본 결과 하위 10% 비율이 높은 지역의 빈곤정책이나 복지정책의 대응이 필요할 것으로 보인다. 이는 기존 절대빈곤층, 기초수급자 비율과는 다른 접근으로 상대적 빈곤인구의 비율과 분포를 읍면동 지역단위로 파악하여 접근하는 전략이다.

따라서, 본 연구에서 제시된 국민건강보험 보험료 하위 10% 계층의 분포 비율을 지리정보 분석(GIS)으로 시각화 할 경우 제주특별자치도의 빈곤정책 수립의 패러다임 전환을 야기할 것으로 판단된다. 다음 절에서는 이러한 한계를 국민건강보험공단의 보

22) 이들은 소득을 경상소득에서 공적이전소득을 차감한 소득으로 보고 있다.

험료를 토대로 파악하여 정책적 시사점을 제공하고자 한다.

4. 지리정보분석시스템(GIS)을 통한 상대적 빈곤지역 분석

지리정보분석을 위해 개괄적인 제주도 읍면동(43개소)의 기초수급자와 국민건강보험료 지역, 직장 보험료 하위 10%에 해당하는 인구 비율의 읍면동 분포를 분석한 결과, 기초수급자의 연도별 분포는 크게 차이가 없다. 2010년도와 2018년도의 기초수급자의 비율의 읍면동 분포는 매우 유사하며, 비율 역시 비슷한 것을 알 수 있다(부록1 참조).

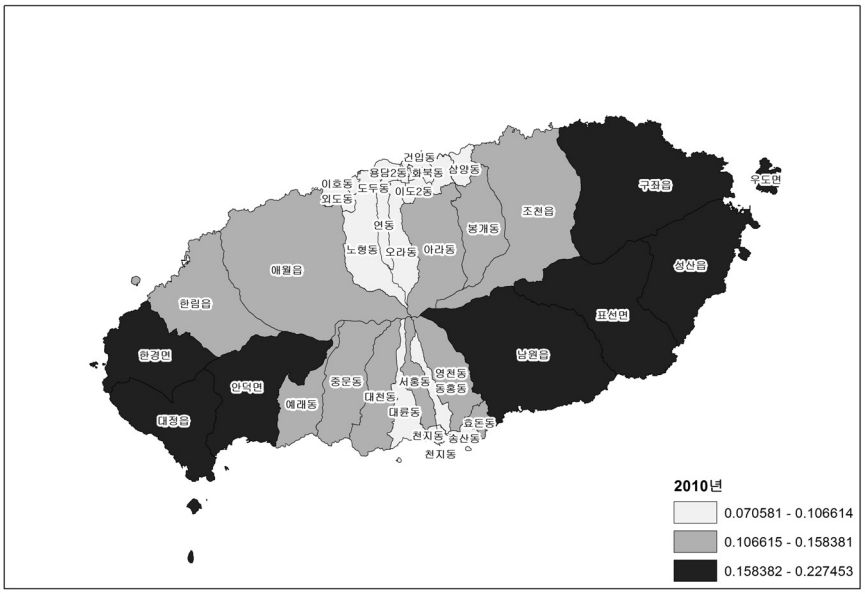
지역가입자 보험료 하위 10%의 상대적 빈곤층 인구 비율이 높은 지역은 기초수급자 분포와 변화와는 달리 매우 고정적인 모습을 보이고 있다. 제주시 구좌읍과 한경면 그리고 서귀포시 성산읍, 표선면, 남원읍, 안덕면, 대정읍 등이 보험료 하위 10%의 인구비율이 가장 높게 분포하고 있음을 알 수 있다. 이러한 모습은 2010년과 2014년에도 대동소이하며, 앞절에서 읍면동별 수급자와 보험료 하위 10%의 비율이 높은 지역과 그 특성을 설명한 내용을 지도화하여 표시한 것이다. 따라서, 하위 10%의 분포지역을 중심으로 사회보장 수급자 발굴, 사각지대 해소, 지역사회통합돌봄사업을 집중적으로 시행하는 것이 정책집행의 효과성을 높이는 방법이 될 것이다([그림1]-[그림3] 참조).

한편, 직장가입자 보험료 하위 10%의 상대적 빈곤층 인 구 비율은 지역가입자의 분포는 다르 양상을 보이고 있다. 2010년 제주시 오라동, 봉개동, 구좌읍, 한경면과 서귀포시 예래동이 높은 비율을 보였으나 2014년에는 노형동, 오라동, 한경면, 삼양동의 제주시 지역과 대륜동, 천지동, 효돈동, 송산동 등이 높은 지역으로 나타나고 있다. 2018년에는 제주시 한경면, 삼양동, 서귀포시 효돈동, 송산동, 천지동 등으로 변화되어 나타나고 있다. 직장가입자는 임금근로자로서 일자리를 찾아 이동하는 속성이 있기 때문에 일자리와 임금수준에 따라 편차와 변동이 발생하는 것으로 판단된다. 결국, 직장가입자 중 빈곤층을 발굴, 지역통합돌봄사업 등의 연계를 위해서는 구 도심지역과 재개발지역에 집중할 필요성이 있는 것이다([그림4]-[그림6] 참조).

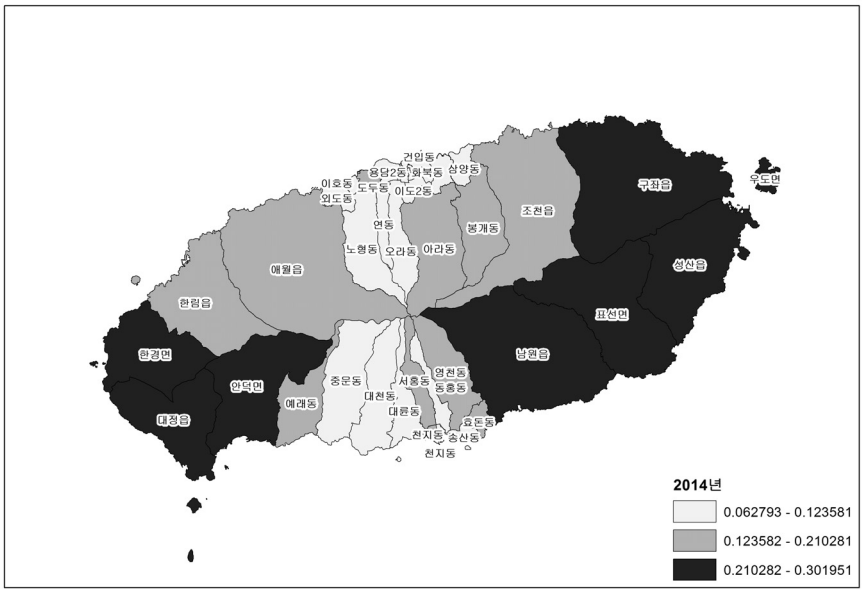
지역가입자의 보험료 하위 10%에 해당하는 인구비율이 가장 높은 지역은 직장가입자보다 보다 뚜렷하게 구분되어 나타나고 있다. 이는 농어촌, 자영업자들로 구성된 지역가입자의 경우 거주지가 빈곤층과 상위층이 구분되고 있음을 간접적으로 보여주는

것이다. 이러한 빈곤층과 상위층의 거주지 경향에 대해서는 박윤환, 임현철(2016)의 연구결과와도 동일하게 제시되고 있다. 농어촌과 달리 대도시 지역의 빈민 거주지 집중이 도시재개발 등에 따른 빈곤층의 이동에 따라 상위층과 빈곤층의 거주지 구분이 약화되고 있다고 한점은 본 연구에서 직장가입자의 하위 10% 인구비율의 거주지 분포에서도 나타나는 현상으로 보인다.

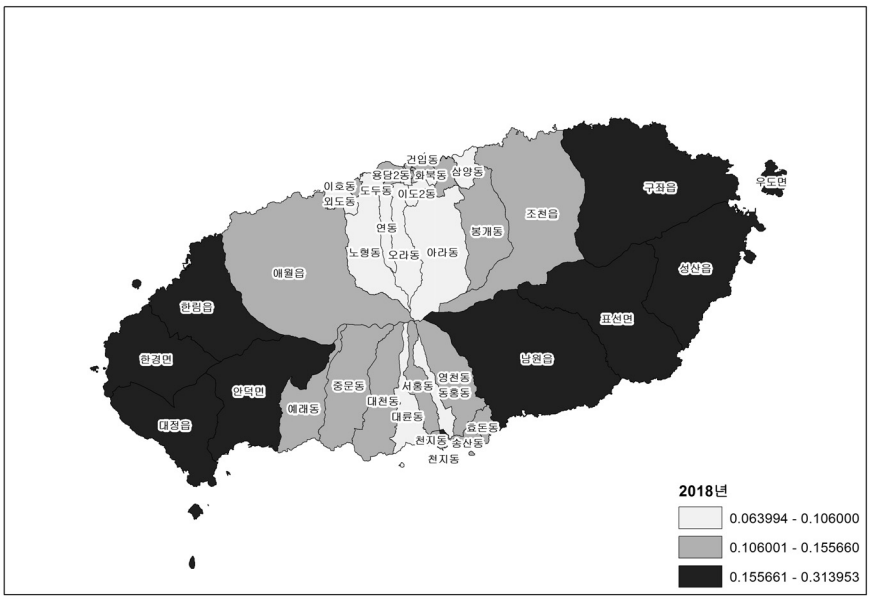
따라서, 지역별 상대적 빈곤층 규모를 파악하는 것은 향후 지역통합돌봄서비스 확대와 맞춤형 복지전달체계 구축에 매우 중요한 자료가 될 것이다. 본 연구에서 파악한 상대적 빈곤층으로 탐색적으로 파악한 국민건강보험 보험료 하위10% 규모와 지역별 분포에 장애인, 노인, 아동 등 복지수요층을 심층 분석하여 연계한다면 보다 확실한 빈곤 또는 복지정책 자료로서 활용할 수 있을 것이다.



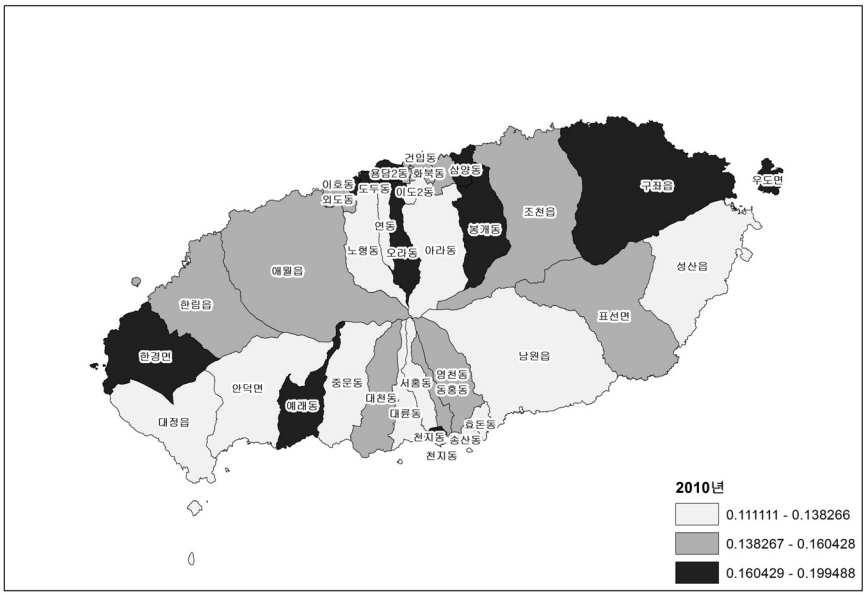
[그림 1] 2010년 국민건강보험 지역 보험료 하위 10% 인구 비율 분포(GIS)



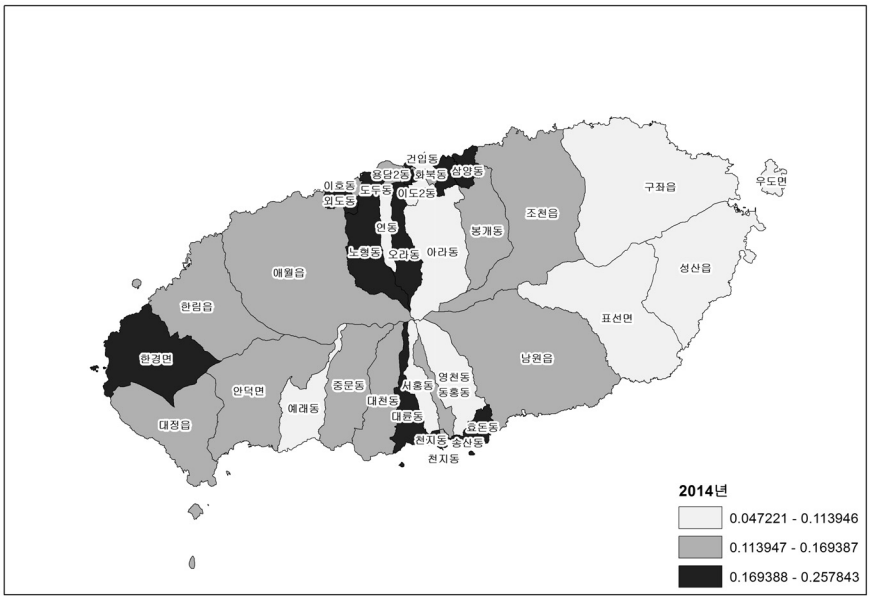
[그림 2] 2014년 국민건강보험 지역 보험료 하위 10% 인구 비율 분포(GIS)



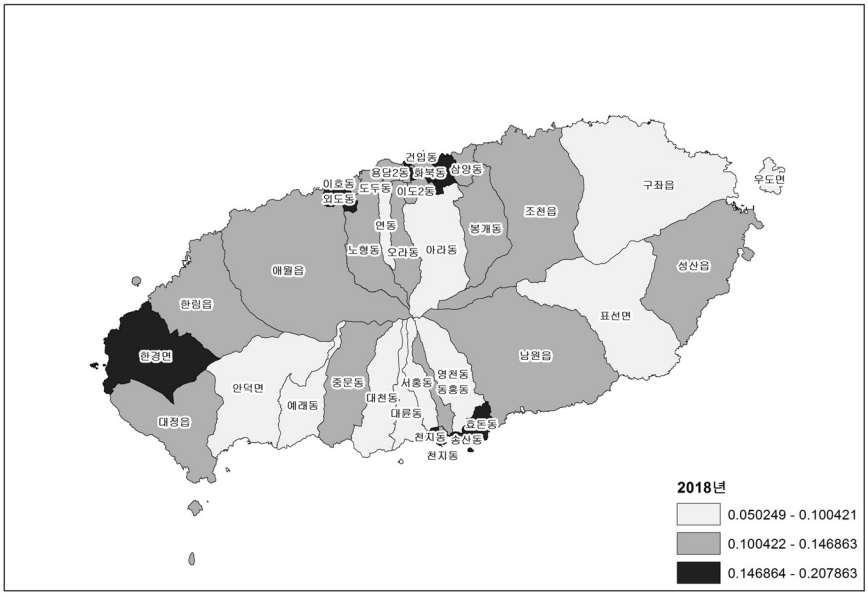
[그림 3] 2018년 국민건강보험 지역 보험료 하위 10% 인구 비율 분포(GIS)



[그림 4] 2010년 국민건강보험 직장 보험료 하위 10% 인구 비율 분포(GIS)



[그림 5] 2014년 국민건강보험 직장 보험료 하위 10% 인구 비율 분포(GIS)



[그림 6] 2018년 국민건강보험 직장 보험료 하위 10% 인구 비율 분포(GIS)

IV. 결론 및 제언

본 연구는 국민기초생활보장 수급자 분포가 연도별, 지역별로 대동소이하다는 점에서 시작되었다. 17개 시도별로 다소의 차이가 있지만, 전국평균과 개별 시도의 연도별 국민기초생활보장 수급자 추이는 크게 변화되지 않아 왔다. 최근 2015년 7월부터 시작한 개별급여화 따라 수급자의 증가가 나타난 것뿐 그 이외에는 대략 3~4%수준을 유지하는 것으로 나타나고 있다.

국민기초생활보장 수급자는 직권과 신청에 의해 자산조사를 거쳐 대상자로 선정되기 때문에 상대적 빈곤층으로 분류되고 있는 잠재적 빈곤층의 정확한 수자를 파악하기 어려운 한계를 갖고 있다. 따라서, 자산조사를 대신할 수 있는 빈곤층 파악 지표가 있다면 정책적 활용가능성이 클 것이라는데 초점을 두고 대리지표로서 대국민 수용성이 높은 국민건강보험 보험료 수준을 분석하였다.

국민건강보험은 1977년에 도입되었고, 직장과 지역가입자에게 부과되는 보험료는

상당한 신뢰를 갖고 있다. 또한, 기초수급자는 건강보험 보험료를 납부하지 않기 때문에 국민건강보험 보험료 하위 10%에 해당하는 인구규모와 지역별 분포를 살펴보는 것은 함의가 있다고 판단하였다. 이에 본 연구에서는 정춘숙 국회의원의 정책요구자료 중 제주특별자치도 읍면동 지역의 보험료 하위 10%에 해당하는 직장, 지역가입자 비율 자료를 재분석하고, 이를 지리정보분석시스템(GIS)에 매칭시켰다.

분석결과 기초수급자의 규모와 분포 비율과 달리 보험료 하위 10%에 해당하는 인구비율 분포의 특성은 지역가입자 보험료 하위 10%의 상대적 빈곤층 인구 비율이 높은 지역은 기초수급자 분포, 변화와는 차이가 있었다. 즉, 보다 많은 비율의 상대적 빈곤층이 존재하고., 이런 양상이 연도별로 지속성을 보이고 있다. 제주시 구좌읍과 한경면 그리고 서귀포시 성산읍, 표선면, 남원읍, 안덕면, 대정읍 등이 보험료 하위 10%의 인구비율이 가장 높게 분포하고 있음을 알 수 있다. 이러한 모습은 2010년과 2014년에도 대동소이하다.

또한, 직장가입자 보험료 하위 10%의 상대적 빈곤층 인구 비율은 지역가입자의 분포는 다르 양상을 보이고 있다. 2010년 제주시 오라동, 봉개동, 구좌읍, 한경면과 서귀포시 예래동이 높은 비율을 보였으나 2014년에는 노형동, 오라동, 한경면, 삼양동의 제주시 지역과 대륜동, 천지동, 효돈동, 송산동 등이 높은 지역으로 나타나고 있다. 2018년에는 제주시 한경면, 삼양동, 서귀포시 효돈동, 송산동, 천지동 등으로 변화되어 나타나고 있다.

이를 통해 국민건강보험 보험료 하위 10%의 인구 비율 분포는 빈곤정책 수립을 위해 매우 중요한 자료를 제공하는 것은 물론 여기에 복지욕구가 높은 아동, 장애인, 여성, 노인 인구 특성을 매칭하여 접근한다면 향후 지역사회통합돌봄사업이나 맞춤형 복지전달체계 구축에 기초자료로 활용할 수 있을 것으로 판단된다. 불평등 양상파악과 복지대상자 발굴사업에서도 그 쓰임새가 클 것으로 보인다.

하지만 이를 위해서는 전국적인 데이터의 연계와 분석이 필요하고, 수시로 나타나는 인구이동, 그리고 산업분포와 국민건강보험 가입자(세대)와는 다른 가족으로서의 세대구성 등을 보완하여 분석할 필요가 있다. 또한, 실제 거주지와 주소지가 다른데 따른 보완책 마련도 필요할 것으로 보인다. 그럼에도 직권, 신청에 의한 자산조사를 전국민에게 적용할 수 없는 상황에서 간접적으로 상대적 빈곤층의 규모를 파악할 수 있다는 점에서 국민건강보험 보험료 수준은 복지정책 수립의 기초자료로서 매력을 갖고 있다.

물론 보험료 부과를 위한 본연의 업무외 개인정보를 활용하는 것은 개인정보보호에 문제가 될 수 있으나, 정부 3.0을 통해 공기관 정보연계가 이미 많은 부분에서 확산되고 있음에 활용가능성이 아예 없다고 볼 수는 없다.

참고문헌

국민건강보험공단, 각년도, 주요통계 및 통계연보

경향신문, 2019, 송파세모녀 사건 5년, 아직 못 푼 빈곤의 숙제, 2019년 2월 19일자

권영길, 2009, 대한민국 교육불평등 지도, 국회의원 권영길

김동균, 2016, GIS를 활용한 서울의 보편적 복지시설 입지의 지역편차 및 복지서비스권역분석, 서울시립대 석사학위논문

김이배, 안재성, 2014, GIS를 활용한 경북 사회복지 이용시설의 접근성 비교 연구, 사회복지정책 제41권 제3호, 한국사회복지정책학회

김정현, 김가희, 2015, 지역복지 자원의 현황과 과제: 사회복지 이용시설 분포의 영향 요인 분석을 중심으로, 한국사회복지행정학 17권 제4호, 한국사회복지행정학회

김태성, 손병돈, 2002, 빈곤과 사회복지정책, 청목출판사

김현경 외, 2016, 근로빈곤층 경제활동상태변화와 복지정책 수요, 한국보건사회연구원

노대명 외, 2004, 한국근로빈곤층의 소득, 고용실태 연구, 한국보건사회연구원

박윤환, 임현철, 2016, 우리나라 빈곤층 거주지 집중과 분리의 공간적 패턴: 탐색적 공간자료 분석의 활용을 중심으로, 정부학연구 제22권 제3호, pp.207~235

보건복지부, 2017, 서민부담을 줄이고 형평을 높이는 건강보험료 부과체계 개편방안, 보건복지부 설명자료

보건복지부, 2018, 2018 통계로 보는 사회보장, 보건복지부

보건복지부, 2018c, 보건복지통계연보

보건복지부, 2018a 지역사회통합돌본 기본계획

보건복지부, 2018b, 국민기초생활보장종합계획

보건복지부, 2019, 지역사회통합돌봄 선도사업 선정

서울신문, 2019, 전국 보건복지 정보 한눈에 ...‘지역사회 통합돌봄 앱’만든다, 2019년 1월 30일자

송민정, 2015, 빈곤의 정의와 측정, 새로운 사회를 여는 연구원

신형준, 김경하, 이동헌, 2009, 건강보험 보험료부과 형평성 개선방안 연구, 건강보험정책연구보고서 제8권 제1호 (2009년 6월) pp.101-123

오민수 외, 2012, 지도로 보는 경기도 빈곤, 경기복지재단

이은경 외, 2016, 건강보험 부과체계 개편의 효과 분석: 부담의 형평성 효과를 중심으로, 한

국조세재정연구원
이재경, 2014, 음주에 영향을 미치는 사회인구학적, 지리공간적 요인: 지리정보시스템(GIS)을 활용한 공간분석, 정신보건과 사회사업 제42권 4호, 한국정신보건사회복지학회
이정민, 2013, 소득분배의 지역적 양상, 한국의 사회동향, pp.166~172.
임완섭, 2015, 최근 빈곤 및 불평등 추이와 시사점, 『보건·복지 이슈엔 포커스』, 한국보건사회연구원
장현갑, 2016, 개발도상국에서 경제적 수준과 본인부담 수준에 따른 건강보험료 지불용의: 가나 볼타지역에서 조건부가치측정 연구, 서울대 박사학위논문
정준호, 전병유, 2017, 한국사회에서의 불평등의 추이와 원인, 『한국 사회의 불평등 구조와 정책대응 세미나』, 국회입법조사처
정춘숙, 2019, 국민건강보험 보험료 수준에 따른 지역별 분포, 국회의원 정책요구자료
제주특별자치도, 2010, 제2기 제주특별자치도 지역사회복지계획
제주특별자치도, 2014, 제3기 제주특별자치도 지역사회복지계획
제주특별자치도, 2018, 제4기 제주특별자치도 지역사회보장계획
이애경, 최인덕, 2004, 건강보험 체납예측모형을 통한 체납세대의 유형화 및 특성, 보건행정학회지 14권2호, 한국보건행정학회
최인덕, 김진수, 2012, 건강보험 체납자 실태 및 시사점, 사회보장연구 28권3호, 한국사회보장학회
최인덕, 2018, 소득인정액 기준 재설정 시나리오 작성 및 타 정책 사례조사, 『청년농업인 지원 대상자 선정을 위한 소득인정액 분석에 관한 연구』, 농업경제연구원 미발표 자료
통계청, 2019, 가계금융복지조사 결과
한국일보, 2018, 인포그래픽 건강수명 불평등, 지자체 의료·복지서비스가 해법, 한국일보 2018년 9월 1일자
황지혜, 2010, 지리정보시스템(GIS)으로 분석한 대전광역시 응급의료서비스 취약지 특성, 건양대 석사학위논문
Piketty. T, 2014, Capital in the Twenty-First Century, The Belknap Press of Harvard University Press
Jean.N, Burke.M, Xie.M, Davis.W.M, Lobell.D, and Ermon.S, 2016. “Combining satellite imagery and machine learning to predict poverty.” Science 353, 6301.

World Bank, 2018, Poverty and Shared Prosperity 2018: Piecing Together the Poverty Puzzle - Frequently Asked Questions, World Bank Briefs 2018.9

공공데이터 포털 www.data.go.kr

제주특별자치도 홈페이지 http://www.jeju.go.kr

제주시 홈페이지 www.jejusi.go.kr

서귀포시 홈페이지 www.seogwipo.go.kr

네이버 지식백과사전 https://terms.naver.com/

Abstract

An Exploratory study on analysing Relative Poverty rate and constructing Poverty map at the Jeju Special Self-Governing Province using the National Health Insurance's contribution fee

Choi In-Duck
Professor, Kongju National University

This study supply policy makers with poverty policies' implications and based information through the poverty rate analysis. This study focus on the relative poverty and poverty map beyond the National Basic Livelihood.

The Research Scope is Jeju Special Self-Governing Province(up, meyon, dong) and study period are 2010, 2014, 2018 because of being established the Regional Social Security Plan. Analysing Data is National Health Insurance's contribution fee level. the rate of National Health Insurance fee rate 10% upper-lower rank. We are building up data and information to map the relative poverty rates geography of Jeju Special Self-Governing Province(up, meyon, dong).

One of its' main consequences is the difference between the National Basic Livelihood rate and National Health Insurance contribution lowest 10% rate. National Health Insurance fee lowest 10% data shows more area and rates than National Basic Livelihood rates in the up, meoyn, dong.

Gujwa-up, Hangyung-Meoyn in Jeju city and Sungsan-up, Poeysun-meoyn, Namwon-up, Anduk-meoyn, Daejung-up in Seogwipo city et al are highest level of Jiyuk lower 10% contribution fee each year. In Jikjang, Ora, Bonggae-dong and Gujwa-up, Hangyung-meoyn in Jeju city and Yaere-dong high level of lowest rate of contribution 2010. In 2014, There are Nohyung-dong, Ora-dong, Hangyung-meoyn, samyang-dong in Jeju city and Daeryun-dong, Chunji-dong, Hyodon-dong,

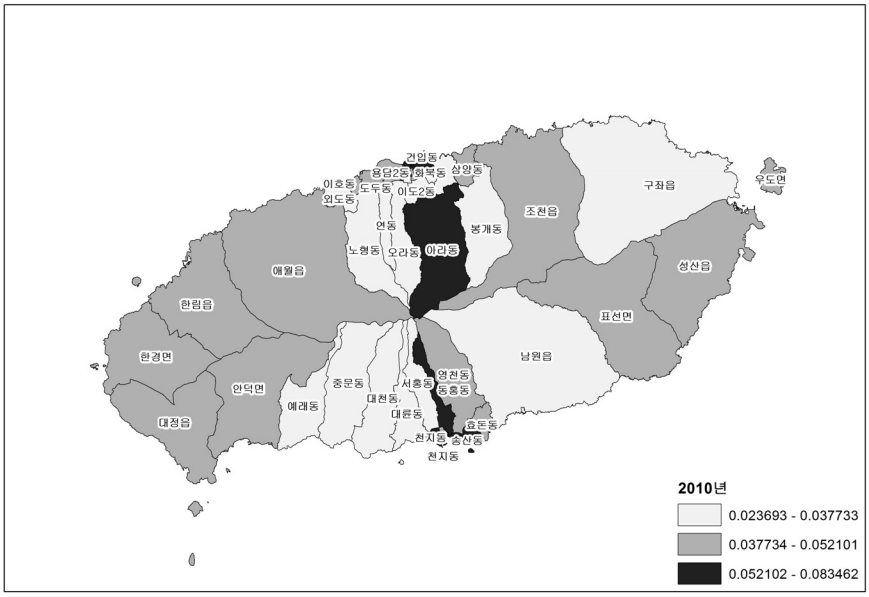
Songsan-dong in Seogwipo city. Finally, Jeju city's Hangyung-meoyn, samyang-dong and Chunji-dong, Hyodon-dong, Songsan-dong in Seogwipo city are highest rate of lowest 10% level of contribution. The mapping of this study shows the relative poverties residental areas are outside Jeju Island and core downtown in Jeju and Seogwipo city.

These results provide implications for us. First, this relative poverty rate and regional distribution would be used in Community Care Policy and Welfare Delivery system constructing. Second, We would match characters of Child, the disabled, female and the elderly's need to build the New Poverty policy with this relative poverty mapping.

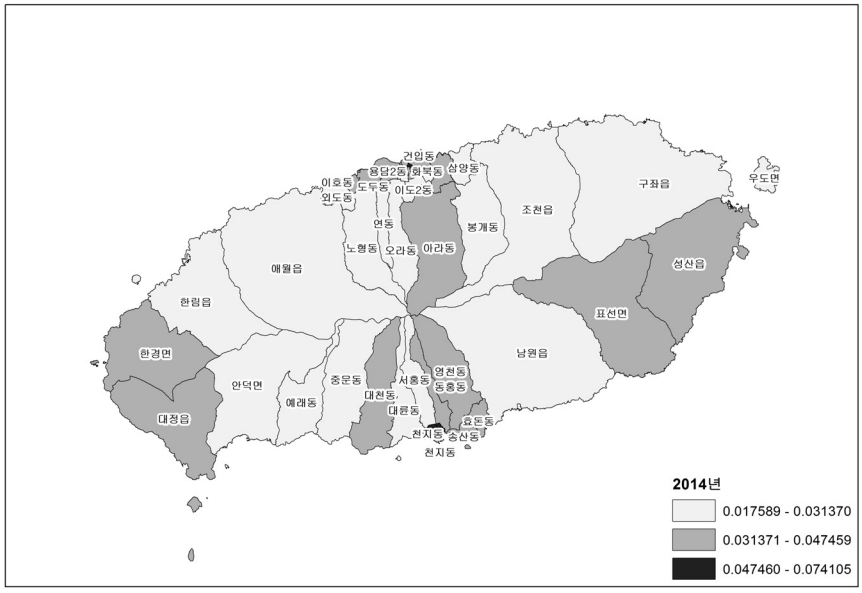
Keyword : Relative poverty, National Health Insurance contribution fee, GIS, Policy of Poverty

[논문투고일: 2019.03.22, 심사일: 2019.05.04, 심사완료일: 2019.05.13]

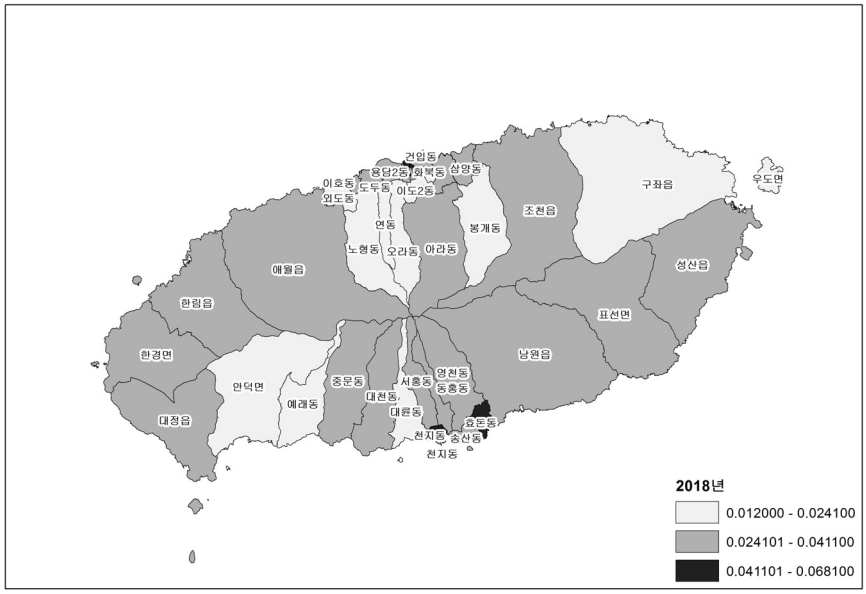
부록.1 제주특별자치도 국민기초생활수급자 분포



[부록 그림1-1] 2010년 기초수급자 지역분포



[부록 그림1-2] 2014년 기초수급자 지역분포



[부록 그림1-3] 2018년 기초수급자 지역분포