

보건복지 ISSUE & FOCUS

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for
Health and Social Affairs
www.kihasa.re.kr

제355호 (2018-11)

발행일 2018. 11. 5.

ISSN 2092-7117

발행인 조흥식 발행처 한국보건사회연구원 (30147) 세종시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1~5층) TEL 044)287-8000 FAX 044)287-8052

건강보험 재정수입 관련 주요 과제



신영석

보건정책연구실 선임연구위원

- 건강보험 재정은 문케어의 보장성 확대에 따라 2022년까지 약 30조 6천억 원이 소요될 것으로 예상되어 향후 중장기적 관점에서 재정 상황을 재검토할 필요성이 있음. 이에 재정수입 관련 국고지원의 안정성, 건강보험 기금화 관련 논의, 적립금의 적정 규모에 대해 검토함.
- 보험료 예상 수입에 연동되어 있으면서 예산 범위 내에서 지원, 건강증진기금의 65% 범위 내에서 지원 등 불확실성이 내재된 현행 국고지원 관련 한시법에서 불확실성을 제거하고 중장기적으로 지속 가능한 국고지원 관련 대안을 제시함.
- 건강보험 기금화 관련 찬반 의견, 외국의 사례 등을 참조하여 기금화 시 건강보험제도의 특성을 반영할 수 있는 기제 마련과 현행 유지 시 투명성 강화 방안을 제안함.
- 적정 적립금 규모로 1개월분 이상 3개월분 미만의 급여비를 제안함.

1. 문제 제기

■ 2017년 말 기준 건강보험의 누적 적립금은 약 20조 8천억 원으로 건강보험 도입 이래 가장 안정적인 재정 상황을 보이고 있으나 문케어는 2022년까지 약 30조 6천억 원이 필요한 보장성 강화계획을 추진 중임.

○ 문케어 완성을 위해 정부는 매년 보험료를 3.2%씩 인상하고 적립금 중 약 10조 원을 사용하겠다는 계획을 발표함.

○ 건강보험의 지속가능성을 높이기 위해서는 건강보험 지출의 효율성을 제고하고 안정적 수입 기반을 확보해야 함.

○ 건강보험 수입 구조: 보험료(약 87%) + 국고지원(약 12%) + 기타(약 1%)

- 국내 사회보험 중 국민건강보험만 유일하게 기금이 아닌 공단의 자체 회계로 재원이 운용되고 있는 데 대한 논란이 지속되고 있어 이에 대한 대처 방안을 강구할 필요가 있음.
 - 기금화 찬성 의견: 기금관리기본법 적용하에 예산회계의 절차를 따라 국회의 심의·의결을 거치게 되므로 국가 재정 운용의 투명성을 확보할 수 있음.
 - 기금화 반대 의견: 건강보험은 단기성 보험으로 제도 운영 과정에서 융통성 및 유연성이 요구되며, 이해당사자 간 계약 시에도 전문성과 특수성이 요구되는 제도임.
- 2011년 이후 지속적으로 늘어나고 있는 건강보험 적립금(2017년 기준 약 20조 8천억 원) 규모의 적정성에 대한 논란이 가중되고 있음.
 - 따라서 건강보험 적립금 규모의 적정성에 대한 검토가 필요함.
- 본고에서는 지출의 효율성은 제외하고 수입 측면¹⁾에 초점을 맞추어 국고지원, 건강보험의 기금화, 적립금의 적정 수준에 대해 논하기로 함.
- 건강보험의 재원을 논의하기 위해서는 국민부담률 관점에서 건강보험 보장률 및 부담 수준을 결정할 필요가 있음.
 - 국민부담률: 세금(국세+지방세)+사회보장기여금(연금, 건보, 고용, 산재, 장기요양 등)/국내총생산(GDP)

〈표 1〉 각국의 국민부담률 현황

(단위: %)

	2012년			2013년			2014년			2015년			2016년	국민 부담률의 연평균 증가율
	국민 부담률	조세부담률	사회보장기여금	국민부담률	조세부담률	사회보장기여금	국민부담률	조세부담률	사회보장기여금	국민부담률	조세부담률	사회보장기여금	국민부담률	
한국	24.8	18.7	6.1	24.3	17.9	6.4	24.6	18.0	6.6	25.2	18.5	6.7	26.3	1.48%
미국	24.1	18.6	5.5	25.7	19.5	6.2	25.9	19.7	6.2	26.2	20.1	6.1	26.0	1.92%
멕시코	13.1	11.0	2.1	13.8	11.6	2.2	14.2	12.0	2.2	16.2	N.A.	N.A.	17.2	7.04%
독일	36.4	22.4	14	36.8	22.6	14.2	36.8	22.6	14.2	37.1	22.9	14.2	37.6	0.81%
프랑스	44.3	27.8	16.5	45.2	28.5	16.7	45.3	28.5	16.8	45.2	28.6	16.6	45.3	0.56%
스웨덴	42.6	32.4	10.2	42.9	32.9	10	42.6	32.9	9.7	43.3	33.6	9.7	44.1	0.87%
이탈리아	43.9	30.8	13.1	44.1	30.9	13.2	43.5	30.7	12.8	43.3	30.3	13	42.9	-0.57%
일본	29.4	17.2	12.2	30.3	18.0	12.3	32.0	19.3	12.7	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
OECD	33.3	24.5	8.8	33.6	24.7	8.9	33.9	25.1	8.8	34.0	N.A.	N.A.	34.3	0.74%

자료: OECD Statistics.

- 한국의 국민부담률은 2016년 기준 26.3%로 경제협력개발기구(OECD) 평균인 34.3%보다는 많이 낮으나 처음으로 미국(26.0%)보다 높게 나타남.
- 우리나라보다 국민부담률이 낮은 나라: 멕시코(17.2%), 칠레(20.4%), 아일랜드(23%), 터키(25.5%), 미국(26%)

1) 수입의 가장 핵심이 되는 것은 부과체계 개편이나 부과체계는 이미 1차 개편이 완료된 상태이기 때문에 여기에서는 생략함.

- 국민부담률이 40%를 넘는 나라: 덴마크(45.8%), 프랑스(45.3%), 벨기에(44.2%), 핀란드(44.1%), 스웨덴(44.1%), 이탈리아(42.9%), 오스트리아(42.7%)
- OECD 평균: 34.3%
- 2012년부터 2016년까지 우리나라의 국민부담률은 연평균 1.48% 증가하여 OECD 평균인 0.74%의 2배 속도로 상승하고 있음.
- 조세부담률은 연평균 0.92% 증가한 반면 사회보장기여금은 연평균 3.13%씩 증가함.
- 즉, 우리나라 국민은 사회보장을 위해 가처분소득 중 매년 3.13%씩 더 각출하고 있음.
- 이 중 대부분은 건강보험과 장기요양보험의 보험료 인상 때문에 발생함(고용보험은 2015년에 미세한 보험료를 조정이 있었음).

○ 한국의 국민부담률 추이

〈표 2〉 한국의 연도별 GDP·조세·조세부담률·사회보장기여금 부담률

(단위: 조 원, %)

연도	경상 GDP	총조세	조세부담률	사회보장기여금
2016	1,637.40	318.1	19.4	6.9
2015	1,558.60	288.9	18.5	6.7
2014	1,486.10	267.2	18.0	6.6
2013	1,429.40	255.7	17.9	6.4
2012	1,377.50	257	18.7	6.1
연평균 증가율	4.42%	5.48%	0.92%	3.13%

- 조세부담률: 18.5%(2015)에서 19.4%(2016)로 상승.
- 사회보장기여금 부담: 6.7%(2015)에서 6.9%(2016)로 상승.
- 향후 예측: 아동수당 도입, 기초연금 인상, 건강보험급여 확대 등의 복지 지출 증가가 예상됨. 반면 저출산·고령화, 생산가능인구 감소 등에 의한 잠재성장률 하락에 따라 세원 마련의 어려움이 예상됨.

○ 시사점

- 국민부담률 관점에서 건강보험 보장률 및 부담 수준을 결정할 필요가 있음.
- 건강보험 재원 확보와 관련해 보험료와 국고지원 간 비중의 적정성 검토가 필요함.

2. 국고지원

■ 건강보험의 재정 현황 및 국고지원 추이

○ 건강보험은 지난 6년간 매년 지출보다 수입이 많아 2017년 기준 약 20조 8천억 원이 적립되어 있음.

- 건강보험 보험료 수입은 2012년 이후 연평균 7.03%씩 증가한 반면, 정부지원금은 4.86%씩 증가함(일반회계 지원금은 2.37%, 건강증진기금은 13.55%).
- 전체 건강보험 재정에서 보험료 비중은 커지고 국고지원의 비중은 감소하고 있음.

〈표 3〉 건강보험 재정 현황

(단위: 억 원, %)

구분	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	연평균 증가율
보험료 수입(A)	364,685	393,661	421,803	453,035	486,221	512,151	7.03%
지출(B)	388,035	415,287	439,155	482,281	526,339	572,913	8.10%
당기수지(A-B)	△23,350	△21,626	△17,352	△29,246	△40,118	△60,762	
정부지원(C)	53,507	58,072	63,221	70,974	70,974	67,839	4.86%
일반회계	43,434	48,086	53,030	55,789	52,060	48,828	2.37%
건강증진기금	10,073	9,986	10,191	15,185	18,914	19,011	13.55%
정부지원 후 당기수지(A-B+C)	30,157	36,446	45,869	41,728	30,856	7,077	
누계 재정수지	45,757	82,203	128,072	169,800	200,656	207,733	

주: 1) 현금 흐름 기준.

2) 정부지원은 법정부담금 및 과징금 지원액임.

자료: 국회예산정책처. (2018). 대한민국 재정 2018. 국회예산정책처. 〈표 3-202〉. (원자료: 보건복지부 제공)

■ 보험료와 국고지원 간 비중의 적정성 검토

- **(정부의 역할)** 국가는 국민 보건 향상과 사회보장 증진의 목적을 달성해야 한다는 헌법상 의무를 가지고 있음. 따라서 일반적인 치료는 국민이 직접 부담하는 보험료로 충당하되, 국가의 책임 영역은 세금으로 재원을 충당함.

- 보험료 재원: 질병 발생에 따른 치료 및 요양에 소요되는 비용.
- 국가의 세금: 예방, 건강 증진, 응급 등 공공의료, 불임·난임 지원 및 출산 전 진료 지원, 저소득 취약계층 지원, 희귀난치성 등 초고액 질환자, 어린이 등에 대한 모자보건 지원, 노인·장애인에 대한 지원, 환자 안전 및 생명윤리에 대한 지원, 외국인·교포 등에 대한 지원 등의 정책적 필요에 의한 비용 등.

- **(외국의 사례)** 사회보험을 실시하는 대다수 국가에서는 인구가 고령화되면서 보험료 수입만으로 급여비를 충당할 수 없어 국고를 지원함.

- 일본(38.8%, 2015년: 장기요양, 후기고령자 보험 포함)²⁾
- 대만(22.9%, 2017년)³⁾
- 프랑스[52.2%, 2017년 - 일반회계 지원: 1.5%, 사회보장분담금(CSG): 35.3%, 사회보장목적세(ITAF): 15.4%]⁴⁾
- 독일(6.7%, 2017년)⁵⁾

2) www.mhlw.go.jp

3) The National Health Insurance Statistics, 2018

4) Commission des Comptes de la Sécurité sociale. 2014, 2016, 2018

5) www.bundesversicherungsamt.de 2012, 2015, 2017

〈표 4〉 독일 공적 건강보험의 재정 현황(2006~2017년)

(단위: 억 유로)

구분	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	연평균 증가율
총지출	1669.8	1703.4	1790.0	1854.8	1920.0	1996.7	2086.3	2205.4	2300.3	4.09%
총수입	1645.8	1745.9	1842.8	1890.5	1925.1	1985.3	2061.7	2196.7	2295.6	4.25%
보험료	1574.6	1590.5	1691.2	1752.0	1811.3	1881.3	1847.9	2058.2	2152.0	3.98%
국고지원	71.1	116.6	131.4	138.4	113.7	103.9	113.8	138.6	143.6	9.18%
보험료 대비 국고 비율	4.52%	7.33%	7.77%	7.90%	6.28%	5.52%	6.16%	6.73%	6.67%	
당기수지	-24	42.5	52.8	35.7	5.1	-11.4	-24.6	-8.7	-4.7	

자료: www.bundesversicherungsamt.de 2012, 2015, 2017 자료 재구성.

〈표 5〉 프랑스 건강보험 재정 현황(2011~2017년)

(단위: 백만 유로, %)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	연평균 증가율
총지출	156,764	160,894	164,802	168,307	173,202	199,367	206,310	5.3%
총수입	148,167 (100%)	155,042 (100%)	158,015 (100%)	161,786 (100%)	167,446 (100%)	194,585 (100%)	201,422 (100%)	6.0%
-건강보험료	70,869 (47.8%)	72,577 (46.8%)	74,016 (46.8%)	76,067 (47.0%)	77,567 (46.3%)	87,273 (44.9%)	90,267 (44.8%)	4.6%
-국고지원금	1,082 (0.7%)	1,066 (0.7%)	1,011 (0.6%)	949 (0.6%)	1,157 (0.7%)	1,577 (0.8%)	3,049 (1.5%)	30.3%
-사회보장분담금 (CSG)	52,897 (35.7%)	55,018 (35.5%)	55,428 (35.1%)	55,433 (34.3%)	57,051 (34.1%)	70,228 (36.1%)	71,152 (35.3%)	5.8%
-사회보장목적세 (ITAF)	18,734 (12.6%)	21,444 (13.8%)	21,700 (13.7%)	24,235 (15.0%)	26,024 (15.5%)	29,635 (15.2%)	31,056 (15.4%)	11.0%
-이전수입	2,412 (1.6%)	2,628 (1.7%)	3,121 (2.0%)	3,409 (2.1%)	3,704 (2.2%)	2,835 (1.5%)	2,768 (1.4%)	2.5%
-기타수입	2,172 (1.5%)	2,307 (1.5%)	2,739 (1.7%)	3,116 (1.9%)	3,215 (1.9%)	3,860 (2.0%)	4,108 (2.0%)	14.9%
당기수지	-8,597	-5,852	-6,787	-6,521	-5,756	-4,782	-4,888	-7.2%

자료: Commission des Comptes de la Sécurité sociale. 2014, 2016, 2018 자료 재구성.

〈표 6〉 일본 의료비의 자원별 구성

(단위: 억 엔)

연도	국민 의료비	정부지원금(공비)			정부지원금 비율	보험료 수입	기타	
		전체	국고	지방			전체	환자본인 부담
2006	331,276	121,746	82,367	39,379	36.75%	161,773	47,757	47,555
2007	341,360	125,744	84,794	40,949	36.84%	167,426	48,190	47,996
2008	348,084	129,053	87,234	41,819	37.08%	169,709	49,323	49,141
2009	360,067	134,955	91,287	43,668	37.48%	175,032	50,080	49,905
2010	374,202	142,610	97,038	45,572	38.11%	181,319	50,274	47,525
2011	385,850	148,120	100,303	47,817	38.39%	187,518	50,212	47,375
2012	392,117	151,500	101,134	50,366	38.64%	191,203	49,414	46,579
2013	400,610	155,319	103,636	51,683	38.77%	195,218	50,072	47,076
2014	408,071	158,525	105,369	53,157	38.85%	198,740	50,806	47,792
2015	423,644	164,715	108,699	56,016	38.88%	206,746	52,183	49,161
연평균 증가율	3.1%	2.9%	3.6%	4.7%		3.1%	1.0%	0.4%

자료: 후생노동성 후생통계협회. (2015). 후생노동성 홈페이지(www.mhlw.go.jp)에서 2018. 9. 8. 인출.

〈표 7〉 대만 건강보험 재정 현황

(단위: 백만 NT\$)

연도	총수입	보험료 수입	정부보조금			
			전체	중앙정부	지방정부	시·도
2010	431,999 (100%)	323,826 (75.0%)	108,172 (25.0%)	87,588 (20.3%)	15,218 (3.5%)	5,367 (1.2%)
2011	464,776 (100%)	347,763 (75.0%)	117,013 (25.0%)	79,874 (17.1%)	34,119 (7.3%)	3,020 (0.6%)
2012	475,378 (100%)	358,982 (75.5%)	116,396 (24.5%)	101,839 (21.4%)	13,325 (2.8%)	1,233 (0.3%)
2013	462,382 (100%)	352,001 (76.1%)	110,381 (23.9%)	110,289 (23.9%)	95 (0.0%)	-3 (0.0%)
2014	473,730 (100%)	362,526 (76.5%)	111,204 (23.5%)	111,141 (23.5%)	64 (0.0%)	-1 (0.0%)
2015	475,550 (100%)	362,911 (76.3%)	112,640 (23.7%)	112,642 (23.7%)	-3 (0.0%)	0 (0.0%)
2016	463,336 (100%)	354,860 (76.6%)	108,476 (23.4%)	108,479 (23.4%)	-3 (0.0%)	0 (0.0%)
2017	470,906 (100%)	362,930 (77.1%)	107,976 (22.9%)	107,976 (22.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
연평균 증가율	2.8%	3.3%	1.4%	3.6%	-10%	-10%

자료: The National Health Insurance Statistics, 2018 재구성.

- (형평성 제고) 중산층 이하의 계층은 세금 대비 보험료 부담이 높은 반면 고소득층은 적게 부담함.
- 따라서 보험료 인상보다 세금을 통한 국고지원 증가가 형평성 측면에서 바람직함.

〈표 8〉 가구 소득 수준에 따른 가구별 월평균 세금 및 소득세, 건강보험료(2016년)

(단위: 만 원)

구분	가구 경상소득 10분위 ¹⁾									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
세금	2.59	1.58	2.76	3.29	5.31	12.79	12.08	17.28	22.93	95.89
건강 보험료	5.58	2.44	4.23	4.43	7.42	10.93	10.43	12.39	16.04	25.23
세금 대비 보험료 비율(배)	2.15	1.54	1.53	1.35	1.40	0.85	0.86	0.72	0.70	0.26

주: 1) 가구 경상소득 10분위는 가구 경상소득을 10분위로 분류한 것임.

2) 세금은 종합소득세, 종합부동산세, 갑근세, 재산세, 자동차세, 환경개선부담금, 주민세, 취득등록세를 포함(법인세 등 사업용도의 세금은 제외).

자료: 한국보건사회연구원. (2017). 한국복지패널.

- 자영자의 경우 소득에 대한 투명성이 상대적으로 낮으므로 보험료 인상은 임금근로자의 반대에 직면하게 됨.
- 보험료에 대한 지속적인 의존은 고용과 성장을 저해할 수 있음(OECD 2008, Wagstaff 2009).
- 성장 친화적 접근을 위해 세금을 통해 부담을 분산해야 함.: 근로소득 중심의 보험료(전체 보험료의 80% 이상) 비중을 낮추고 세금을 통해 재원을 확보한다면 기업의 국제 경쟁력, 성장, 고용 측면에서 도움이 됨.
- 사회보험에 대한 의존은 정규 고용을 8~10% 낮추고 전체 고용은 5~6% 낮춤.
- 부가가치세와 같은 간접세의 경우 소득세나 사회보험 같은 직접세보다 고용에 대한 부정적인 영향이 적음.
 - 피고용자에 대한 부담의 경우, 전체 노동비용에서 노동비용과 고용자의 실제 수령 임금 간 차이가 차지하는 비율이 조세 격차로 측정됨.
 - 현재 한국의 조세 격차는 OECD 회원국 중 가장 낮음 → 사회보호망 발전이 초기 단계에 있음. 경제성장 촉진을 위해 세금과 사회적 비용에 대한 부담을 제한하고 있음.
 - 예를 들어 보험료를 5%포인트 낮추는 것은 현재 10%인 부가가치세율을 3.5%포인트 상승시킬 경우 상쇄될 수 있음.

■ 국고지원 현황

- (법정 지원 연혁) 건강보험 재정 위기 극복을 위하여 2002년 「국민건강보험재정건전화 특별법」이 제정되면서 국고지원의 규모가 법적으로 명시되었으며, 2006년 특별법이 만료된 후에는 2007년부터 현재까지 개정된 「국민건강보험법」 및 「국민건강증진법」에 법적 근거를 두고 한시적으로 국고(일반회계) 및 건강증진기금(담배 부담금)이 건강보험공단에 지원되고 있음.
 - 2022년 12월 말까지 한시적으로 적용.
- (법정 지원 기준) 매해 보험료 예상 수입액의 20%(일반회계 지원금 14%, 건강증진기금 지원금 6%)가 지원됨.
 - 국고지원: 국가는 예산의 범위에서 당해 연도 보험료 예상 수입액의 14%에 상당하는 금액을 국고(일반회계)에서 공단에 지원함.
 - 건강증진기금(담배부담금): 보건복지부 장관은 당해 연도 보험료 예상 수입액의 6%에 상당하는 금액을 건강증진기금에서 공단에 지원할 수 있음.
 - 당해 연도 부담금 예상 수입액의 65%를 초과할 수 없음.

〈표 9〉 국고지원금의 법정 지원 기준 변화

구분	적용 연도	법정 근거	지원 유형 및 지원 규모		
			전체(A+B)	국고지원금(일반회계, A)	건강증진기금(담배부담금, B)
특별법 시행 이전	2000년 7월 ~2001년	국민건강보험법 제67조 3항	- 국가 예산의 범위 안에서 지역가입자가 부담할 보험료의 일부		
특별법 시행 이후	2002 ~2004년	국민건강보험 재정건전화 특별법 제15조	지역 재정의 50%	• 지역 재정의 40%	• 지역 재정의 10% (기금 예상 수입 97% 이내)
	2005 ~2006년		지역 재정의 50%	• 지역 재정의 35%	• 지역 재정의 15% (기금 예상 수입 65% 이내)
	2007 ~2022년	국민건강보험법 제108조, 국민건강증진법 부칙 제2항	보험료 예상 수입의 20%	• 보험료 예상 수입의 14%	• 보험료 예상 수입의 6% (기금 예상 수입 65% 이내)

주: 1) 담배부담금은 2002년 신설됨.

2) 2007년부터 국민증진기금에서 지원받은 금액은 지역 및 직장 배분금 구분 없음.

○ (정부지원금 규모) 2017년도 정부지원금은 2016년도 대비 3170억 원 감소해서 6조 1747억 원임.

○ (과소 지원 논란) “정부지원금은 매해 보험료 예상 수입의 20%를 예산 범위 내에서 지원한다.”라고 모호하게 되어 있어 실제 지원액은 보험료 예상 수입의 20%와 상당한 괴리를 보임.

- 2007년 이후 보험료 예상 수입의 20%와 실제 지원액의 차이를 합하면 18조 원을 초과함.
- 실제 보험료 수입 대비 정부지원금의 비율은 2007~2017년 평균 15.45%에 그치고 있어, ‘예상 보험료 수입의 20%’ 기준에 현격하게 미달한 상태임.

〈표 10〉 정부지원금 현황(2007년 이후)

(단위: 억 원, %)

구분	정부지원금 ¹⁾ (예상 보험료 수입의 20%, A)	실제 보험료 수입 ²⁾ 의 20% (B)	차액(B-A)
2007년	36,718	43,457	6,739
2008년	40,262	49,946	9,684
2009년	46,786	52,332	5,546
2010년	48,561	56,915	8,354
2011년	50,283	65,844	15,561
2012년	53,432	72,780	19,348
2013년	57,994	78,064	20,070
2014년	63,149	83,188	20,039
2015년	70,902	88,660	17,758
2016년	70,917	95,186	24,269
2017년	67,747	100,834	33,087
2007~2017 소계	606,751	787,206	180,455

주: 1) 정부지원금=국고보조금+건강증진기금

2) 결산 기준 실제 보험료 수입임.

- **(건강증진기금 자원 활용 현황)** 정부지원금 중 건강증진기금은 당해 연도 기금 예상 수입액의 65%를 초과할 수 없도록 제한하고 있어 자원 활용에 한계가 있음.
 - 예상 보험료 수입의 6%를 건강증진기금에서 지원하도록 하였으나, 2017년 현재 실제 보험료 수입에서 건강증진기금의 지원 비율은 약 3.8%임.

〈표 11〉 정부지원금의 건강증진기금 자원 활용 현황

(단위: 억 원, %)

구분	건강증진기금(담배부담금) 자원 활용 현황			실제 보험료 수입 대비 건강증진기금 비율
	건강증진기금의 실제 정부 지원액(A)	기금 예상 수입의 65%(B)	법정 기준 대비 지원 수준 (A/B, %)	
2007년	9,676	10,239	94%	4.5%
2008년	10,239	10,239	100%	4.1%
2009년	10,262	10,262	100%	3.9%
2010년	10,631	10,630	100%	3.7%
2011년	9,568	10,630	90%	2.9%
2012년	10,073	10,630	95%	2.8%
2013년	9,986	10,198	98%	2.6%
2014년	10,191	10,191	100%	2.5%
2015년	15,185	15,185	100%	3.4%
2016년	18,914	18,914	100%	4.0%
2017년	19,011	19,936	95%	3.8%

자료: 국민건강보험공단.

■ 국고지원 관련 쟁점

- **(한시적 지원 기간)** 「국민건강보험법」 및 「국민건강증진법」에서는 건강보험 재정에 대한 정부지원 기한을 2022년 12월 31일까지로 규정함. 최근 한시적 지원 기간을 지속적으로 연장하고 있으나 이와 같은 연장은 임시방편일 뿐임.
 - 2017년 개정을 통해 지원 기간을 2022년 12월 31일로 5년 연장함.
- **(지원 근거 모호)** 「국민건강보험법」 제108조 제1항 ‘예산의 범위에서’와 제2항 ‘국민건강증진기금에서 자금을 지원받을 수 있다’ 문구는 강제성이 없어 지원하지 않아도 된다는 해석이 가능함.
- **(지원 기준 산정의 문제)** 정부지원금 산출 기준이 되는 예상 보험료가 실제 보험료 대비 지속적으로 과소 추계됨.
 - 재정당국에서 추산하는 예상 보험료가 지속적으로 과소 추계되고 있음을 감안하여 법조문을 명확히 할 필요 있음.
- **(건강증진기금 자원 활용의 한계)** 건강증진기금의 65% 범위 내에서 지원할 수 있도록 법문화되어 있어 보험 재정 규모가 커짐에 따라 건강증진기금이 법정 지원액 규모를 맞추기는 현실적으로 불가능함(신영석 외, 2015, p. 30).
- **(부족 지원액에 대한 정산 절차 부재)** 정부지원 규모가 지속적으로 보험료 수입의 20%에 미달하나, 부족 지원금에 대한 정산 절차 부재로 2007년부터 2017년 현재까지 약 18조 원 이상의 미지급금이 발생함.

- **(건강보험 재정 규모에 연동된 국고지원)** 건강보험 재정 규모가 급격히 증가하고 있는 데다 향후 고령화 등을 감안하면 국고지원 규모가 지속적으로 건강보험 지출 증가 속도에 맞추어 증가하는 데는 한계가 있음.
- **(적정 규모 논의 필요)** 현재의 지원 기준을 명확하게 재정리하는 것은 물론 근본적으로 그 지원 규모의 적정 수준에 대해 고찰해야 함.

■ 국고지원 확대 관련 찬반 논점

- 국고지원 확대 필요
 - 현재 국고지원은 재정 안정을 위하여 필요한 최소한의 규모로 보장성 강화에 따라 확대되어야 함.
 - 보장성 확대, 급격한 저출산·고령화를 감안하여 최소한 현행 수준의 국고지원 비율을 유지해야 함.
 - 사회보장제도의 궁극적 책임자로서의 소임: 건강검진, 출산 전후 진료비 지원, 취약계층 보험료 지원 등 사회 보험 방식에 다양한 국가 책임 사업 성격이 융합되어 있음.
 - 국고지원 규모의 현 수준 이상 확대가 불가피함: 현 정부도 보장성을 획기적으로 강화하고 있고 시민사회단체 등도 보장성 강화를 지속적으로 주장함.
- 국고지원 규모 확대에 대한 우려
 - 건강보험 재정 규모 증가 속도, 향후 고령화 속도 및 저성장을 감안하면, 건강보험 국고지원 규모가 폭증할 우려가 있기 때문에 국가의 재정건전성이 위협받을 수 있음.
 - 2017년 말 기준 건강보험 누적 흑자가 약 20조 7천억 원에 이르는 반면, 국가 재정수지는 적자인 상태에서 건강보험에 대한 지원을 확대하는 것은 국가 재정 관리 측면에서 비효율적임.

■ 국고지원 개편 방안

- 비용 부담 방법 검토
 - 복지 프로그램의 비용은 일반조세, 보험료, 수익자 부담금으로 구성되며, 일반적으로 공공부조는 일반조세, 사회보험제도는 보험료가 주된 재원이지만 혼재되어 있기도 함.
 - 특정한 복지 프로그램의 재원을 무엇으로 조달할 것인지는 프로그램 대상자의 성격과 재원의 특성을 고려하여 결정하게 되며, 재원 부담을 결정하는 것은 가장 정치적인 과정으로 그 시대의 사회적 역학 관계가 반영됨.
 - 조세는 재분배 효과가 크나 재원 확보가 용이하지 않으며, 보험료는 납부자의 조세 저항이 일반조세보다 덜하며 부담 가능한 대상만 포괄할 수 있고, 수익자 부담금은 서비스의 과도한 사용을 억제하는 효과가 있는 반면 저소득층의 서비스 이용을 제한할 수 있는 것과 같이 재원별 성격의 차이가 있음.
- 국고지원 규모 설정 원칙
 - 국가 사회보장제도 운영의 궁극적 책임 감당.
 - 건강보험의 재정적 지속가능성 제고.
 - 국가의 재정건전성 유지.
 - 기업의 국제 경쟁력 제고 및 일자리 창출.
- 대안 1: 현행 지원체계를 유지하되 불분명한 규정을 명백하게 하고 한시 지원 규정을 삭제.
 - '해당 연도의 보험료 예상 수입액'을 전전년도 보험료 수입의 20%로 변경하여 불확실성을 제거.
 - 전전년도 보험료 수입액의 100분의 15에 해당하는 금액을 일반회계에서 지원하고, 전전년도 보험료 수입액의 100분의 3에 해당하는 금액을 담배에 부과되는 개별소비세에서 지원하며, 전전년도 보험료 수입액의 100분의 2에 해당하는 금액을 건강증진기금에서 지원함.

- 한시 규정을 폐지함으로써 보험 재정의 예측 가능성을 제고함.
- 대안 2: 국고지원 규모의 증가율을 일반회계 증가율(최근 3년간)에 연동하되 부족한 재원은 간접세(목적세) 방식으로 별도 확충.

〈표 12〉 국고지원 개선 대안별 비교

구분	내용	장점	단점
대안 1	현행 지원체계를 유지하되 불분명한 규정을 명백하게 하고 한시 지원 규정을 삭제	• 국고지원의 안정적 확보를 통해 건강보험 재정 안전성 제고 • 피보험자의 보험료 부담액에 큰 차이 없음	• 국고지원에 대한 사용처 불분명 • 현행 기준을 유지함으로써 편의적인 발상이라는 비난 우려
대안 2	일반회계 증가율(최근 3년간)에 연동하되 부족한 재원은 간접세(목적세) 방식으로 별도 확충	• 국가의 재정건전성 확보 • 보험 운영은 보험 가입자 책임의 원리에 부합	• 건강보험 재정 안정에 어려움 노정 • 간접세 방식에 대한 비판 가능

3. 재정 운영의 투명성 제고

■ 기존 사회보험의 재정 운용 구조 및 현황

- **(사회보험의 재정 운용 구조)** 국내 사회보험 중 국민건강보험만 유일하게 기금이 아닌 공단의 자체 회계로 재원을 운용하고 있어 우리나라 통합 재정(일반회계, 특별회계, 기금)에 포함되지 않음.
 - 우리나라의 국가 예산 구조(통합재정)는 2018년 1월 현재 1개의 일반회계, 19개의 특별회계, 67개의 기금 [사회보험성기금(6개), 계정성기금(5개) 사업성기금(48개), 금융성기금(8개)]으로 구성됨.
 - 국민건강보험 및 노인장기요양보험은 보건복지부 장관의 승인하에 국민건강보험공단의 자체 회계로 운용됨.
 - 국민건강보험의 경우 수입과 지출이 국회의 심의나 의결을 받지 않고 보건복지부 장관의 승인하에 운용.
 - 기타 사회보험(국민연금, 공무원연금, 사학연금, 군인연금, 고용보험, 산재보험)은 재정수입과 지출이 기금 형태로 운용됨.
 - 기금 운용 시: 정부 통합재정에 포함되어 일반적인 기금 운용 계획과 결산 절차를 따르며, 재정 운용 시 국회의 심의·의결을 거침.

〈표 13〉우리나라 사회보험 및 공적연금 등의 재정 운용 유형

구분	재원 운용	세부 유형	정부 통합재정 포함 여부	소관 부처	보험자/관리 운용 주체
국민건강보험	국민건강보험공단 자체 회계		미포함	보건복지부	국민건강보험공단
노인장기요양보험	국민건강보험공단 자체 회계		미포함	보건복지부	국민건강보험공단
국민연금	기금	사회보험성 기금	포함	보건복지부	국민연금관리공단
공무원연금	기금	사회보험성 기금	포함	인사혁신처	공무원연금공단
군인연금	기금	사회보험성 기금	포함	국방부	국방부
사학연금	기금	사회보험성 기금	포함	교육부	사립학교교직원 연금공단
고용보험	기금	사회보험성 기금	포함	고용노동부	고용노동부 (고용안정센터)
산재보험	기금	사회보험성 기금	포함	고용노동부	근로복지공단

주: 기금은 예산 편성 및 확정, 집행, 변경, 결산 시 국회의 심의와 의결을 거치는 반면, 건강보험은 공단에서 자체 사업 예산을 편성하여 보건복지부의 심의 및 승인을 얻어 집행, 결산.

자료: 국회예산정책처. (2018). 대한민국 재정 2018. 국회예산정책처. 〈표 1-4〉 내용 재구성.

○ 현행 국민건강보험 재원 운용의 논리적·구조적 근거

- 우리나라 건강보험제도는 단일 보험자(공단)에 의한 의료보험방식(NHI)을 택하고 있으므로 국가의 통제를 최소화하고 이해당사자의 계약에 따른 운영을 기본 원리로 삼음.
 - 의료보험방식(NHI)은 조세가 아닌 보험료로 운영되므로 국가의 역할은 간접적인 통제를 기본으로 하며, 가입자와 공급자의 의사 결정 및 계약에 따라 운영됨.
 - 영국과 같은 국가보건서비스방식(NHS)은 정부기관이 직접 관리·운영.
- 건강보험은 단기 보험의 속성을 가지며, 양출제입(量出制入)을 원칙으로 함.
 - 국민건강보험은 1년 단위의 회계연도를 기준으로 수입과 지출을 예정하여 보험료를 계산하고 보험급여의 지급 기간을 단기로 하여 당기수지 균형을 맞추는 방식으로 운영함(홍종현, 2013, p. 46).
 - 건강보험은 양출제입을 원칙으로 하기 때문에 적립 및 수익률 제고를 목표로 하는 기금화 운용의 속성과는 차이가 있음.
- 약제·의료행위 등 건강보험 적용에 관련된 내용이 수시로 이루어지므로 탄력적 대응 시스템이 필요한 제도임.

○ 국외 건강보험 운영 사례

〈표 14〉 주요국의 건강보험 재정 운용 시 국회의 통제 형태

구분	건강보험 방식	예산 편성 절차	그 밖의 통제장치	정부 심사, 보고	국회 심의 여부
대만	사회보험	- 총액 예산 범위를 보건부에서 작성 후 총리 보고 - NHI는 총액과 배분을 협상 - 보건부 최종 결정	건강보험진료비 협정위원회 등이 회계 감사 진행	정부는 주관 기관으로 최종 책임	의회 심의 받음
영국	조세	- 의회에서 공공지출 총량 결정 - 총량 내에서 부서별 경쟁	CHAI의 독립 회계 및 감사 실시	정부 관리 받음	의회 심의 받음
미국	공적보험 + 민간보험	-	영리·비영리 보험회사를 연방·주 정부가 관리	정부의 회계 및 감사 받음	(메디케어) 의회 심의, 의결 받음
프랑스	사회보험	- 연간 전국 보건의료 지출 목표에 대해 의회 채택 - 국회 심의, 의결 후 결정	비정부기구 (공적 질병금고)로 운영	정부 관리 받음	의회 심의 받음
독일	사회보험	조합별 보험료 및 수가 결정	질병금고별 재정운영위가 회계 감사	정부 관리 받음	의회 심의 없음
일본	사회보험	정부, 조합에서 자율 결정	조합별 자율적 재정 운용	정부 관리 받음	의회 심의 없음

자료: 최미라. (2017. 12. 6.). 20대 국회, 건보 기금화 가능할까. 헬스포커스뉴스 보도자료.(원자료: 건강보험정책연구원)

■ 기금화의 장단점 및 전문가·관계자 찬반 의견

○ 기금화 찬성 의견

- 기금관리기본법 적용하에 예산회계의 절차를 따라 국회의 심의·의결을 거치게 되므로 국가재정 운용의 투명성을 확보할 수 있음.
- 정부 재정은 원칙적으로 공공 부문 전체의 재정활동을 포함하는 것이 타당함.: 건강보험 재정도 넓은 의미에서 정부의 재정활동으로 보아야 함.
- 건강보험은 4대 보험 중 재정 지출 규모가 가장 크므로 타 사회보험과 같이 기금화를 통해 정부의 통제를 받음으로써 낭비 요인을 점검하고 운용의 투명성을 강화하며, 정부의 통합재정에 포함되도록 함.
- 기금화가 이루어지면 사전에 예산을 편성해야 함으로 건강보험 지출 규모가 사전에 결정되어야 함.: 지불제도가 현행 행위별 수가제에서 총지출을 예상할 수 있는 제도로 변경되어 총 진료비 지출 규모를 안정적으로 유지할 수 있음.

○ 기금화 반대 의견

- 국회가 건강보험의 수입 및 지출(보험료율, 수가)을 결정하게 되면 정치적 의사 결정이 개입되어 재정건전성이 오히려 악화될 위험이 있음.
- 재정지출을 통제할 만한 수단이 미비하므로 재정의 예측 가능성을 확보하는 건강보험제도의 개편이 선결 과제임.
- 기금화 논의가 아닌 보장성 강화 및 적정 수가 보상과 같은 건강보험제도의 정상화 논의가 선행되어야 함.
- 건강보험은 단기 보험으로서 연 단위의 수지 균형을 유지하므로, 장기적 지불준비금으로써 기금을 운용할 필요성이 적고 기금으로 관리할 실익이 크지 않음.
- 건강보험은 단기성 보험으로 제도 운영 과정에서 융통성 및 유연성이 요구되며, 이해당사자간 계약 시에도

전문성과 특수성이 요구됨.

- 국회 통제 시 제도의 운영 방향은 보장성 확보 및 적정 보상이 아닌 '재정 증가 억제'에 초점이 맞춰지게 될 것임. 이는 건강보험 본래의 목적에 위배됨.

■ 향후 정책 방향

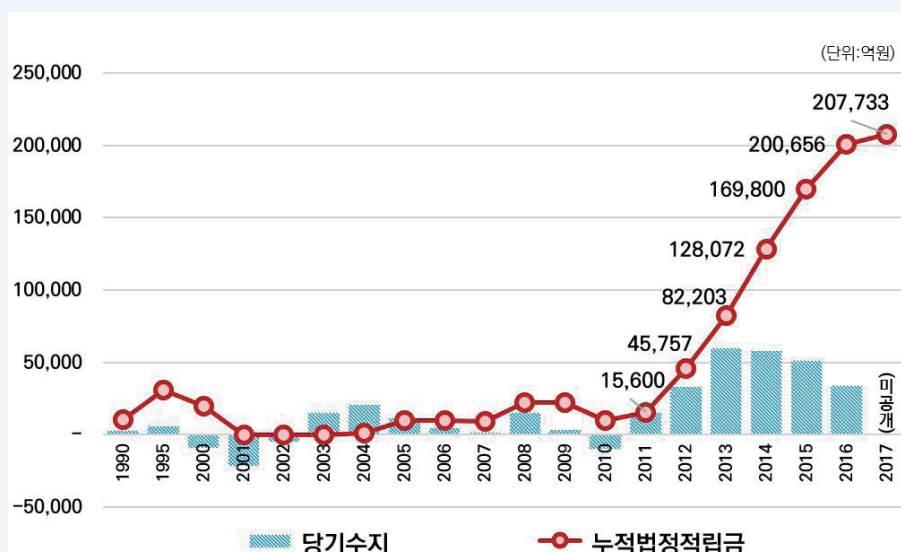
- 기금화 논의 이전의 선결 과제: 보건의료 환경 정비.
 - 기금화 도입을 위해서는 건강보험 재정을 예측하거나 강제할 수 있는 환경('총액예산제' 등)이 전제되어야 함.
- 현재 기금화에 대한 정부 부처 및 전문가 간 찬반 의견이 엇갈리므로, '기금화' 전환 논의와 더불어 기금화 시 건강보험제도의 특성을 반영할 수 있는 기제 마련과 현행 유지 시 투명성 강화 방안을 동시에 강구해야 함.

4. 적정 적립금 수준

■ 현행 법정 기준 및 적립금 현황

- **(법정 기준)** 「국민건강보험법」 제38조의 준비금의 관리 및 운영 관련 규정에 따르면 당해 연도 총지출의 50% 까지 법정준비금을 적립하도록 규정.
 - 최소 규모: (당해 연도 보험급여에 든 비용의) 5% 이상.
 - 최대 규모: (당해 연도 보험급여에 든 비용의) 50%까지.
 - 용도 제한: 부족한 보험급여 비용에 충당.
- **(건강보험 적립금 현황)** 2017년 기준 건강보험의 누적 법정준비금은 20조 7733억 원임.
 - 건강보험 재정은 2011년 이후 당기수지가 흑자로 전환되어 지속적으로 누적 적립금 규모가 증가하고 있음.

[그림 1] 당기수지 및 누적 적립금 추이(1990~2017년)



자료: 1995~2004년 자료 - 2006 건강보험통계연보. (2007). <표 II - 1>.

2005~2016년 자료 - 건강보험통계연보. (2017). <표 II - 1>.

2012~2017년 누적 적립금 자료 - 국회예산정책처. (2018). 대한민국 재정 2018. 국회예산정책처. <표 3-202> 내용 재구성.

■ 국외 사례: 건강보험의 법정준비금 기준

〈표 15〉 주요국의 건강보험 법정준비금 운용 사례

국가	구분	규모(상한)	재원
대만	안전준비금	보험급여비의 1~3개월분까지	수지 잔액(잉여금), 체납금, 운용 수익, 건강복리금(술, 담배), 기타
일본	(조합관장건강보험: 대기업 대상) 준비금	3개년도 연평균 보험급여비의 3개월분까지	수지 잔액(잉여금)
	(협회관장건강보험: 중소기업 대상) 준비금	3개년도 연평균 보험급여비의 1개월분까지	
	(국민건강보험조합: 고소득 자영업자 대상) 준비금	3개년도 연평균 보험급여비의 10%(약 1개월분에 해당)까지	
독일	(건강기금) 유동 보유 자산	월평균 보험급여비의 25%까지	보험료, 정부지원금의 일정 금액의 현금
	(건강보험조합) 법정준비금	월평균 보험급여비의 4분의 1~1개월분까지	수지 잔액(잉여금)
한국	법정준비금	당해 연도 보험급여에 든 비용의 5~50%까지	수지 잔액(잉여금)

자료: 현경래 외. (2015). 건강보험의 안정적 재정운용을 위한 법정준비금 개선방안. 국민건강보험 건강보험정책연구원. 〈표 11〉 내용 재구성.

■ 쟁점: 2011년 이후 지속적으로 늘어나고 있는 적립금의 적정 규모에 대한 논란 가중.

○ 적립금 규모를 감축해야 한다는 주장

- 건강보험제도가 당해 연도 수입을 통해 당해 연도 지출을 충당하는 단기 보험임에도 필요 수준 이상으로 적립금 보유.
- 건강보험 지출 규모가 지속적으로 확대되는 상황에서 ‘급여 지출 비용의 50%’ 기준으로 인해 적립금이 필요 이상으로 과다해질 수 있음.
- 건강보험 준비금이 건강보험 보장성 강화에 제대로 쓰이지 않았음.

○ 적립금 수준을 유지해야 한다는 주장

- 2010년 이후 세계적 경기 침체에 의한 이용량 감소, 의약품 가격 인하(1조 7천억 원) 등 지출 합리화 조치 등에 의해 2017년까지 매년 흑자 기조를 보이고 있으나 2018년부터는 적자가 예상됨.
- 더욱이 문재인케어에 의해 보장성이 확대되면서 향후 5년간 약 30조 6천억 원이 추가 투입될 예정이어서 적립금 규모가 단시간 내에 소진될 것으로 예상됨.
- 최근의 흑자 규모에 대해 과도(현행법에 의하면 1년 총지출의 50%를 적립해야 함)하다는 지적이 있는 반면, 중장기적으로 재정 불안 요소가 산재해 있어 일정 수준의 적립금을 유지해야 한다는 주장이 맞서는 실정임.

○ 건강보험 흑자 및 누적 적립금에 대하여 이해당사자 간 입장 차이가 있음.

- 가입자: 보험료 인상 반대 및 보장성 강화 요구.
- 공급자: 수가 인상 요구.
- 보험자 및 정부: 법정준비금 적립.

■ 그동안의 제안 내용

- 현경래 외(2015)의 연구에서는 위험 요소에 대비하기 위하여 ‘3개월 이내의 보험급여비’로 적립금 규모를 제안함(현경래 외, 2015, p. 38).
 - 보험급여 총당 부채에 대비하여 1.4~1.7개월분의 보험급여비를 준비금으로 확보.
 - 경기 불황 및 IMF(국제통화기금) 경제 위기 등에 대비하여 1.2~1.8개월분 규모의 보험급여비가 필요함.
 - 신종감염병 등 예기치 못한 비상사태에 대비하여 0.1~0.3개월분 규모의 보험급여비가 필요함.
 - 위 요소가 동시에 발생할 경우를 가정하여 2.7~3.6개월분을 적정 규모로 추정함.
- 2017년 보건복지부 국정감사 자료에 따르면 보건복지부는 5년 뒤인 2022년에도 최소 1.5개월분 급여비 수준인 10조 원을 보유할 수 있도록 재정을 관리해 나갈 계획이며, 향후 10년간 1.5개월분 급여비 수준의 준비금을 지속적으로 보유할 계획임을 밝힘.

■ 정책 방향

- 건강보험 재정 안정화와 국민의 부담 완화 간 균형 확보를 위한 적정 규모의 적립금 보유 및 관리.
 - 보험급여 총당 부채, 경제 위기 등에 대비한 적립금 보유는 타당성이 희박함.
 - 예기치 않은 전염병 발병, 의료이용량 급증에 대비 최소 1개월분의 급여비 이상을 적립하되 국민의 부담을 고려하여 최대 3개월분의 급여비 이내에서 관리.

집필자 신영석 보건정책연구실 선임연구위원
문의 044-287-8225

한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다.
www.kihasa.re.kr

KI HASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs