

사회보험의 현황과 과제: 기초노령연금의 재구조화와 건강보험 지속 가능성을 중심으로

Social Insurance: For a Restructured Basic Old-age Pension and a Sustainable Health Insurance



신영석 한국보건사회연구원 연구위원

현행 기초노령연금이 공공부조 성격인지, 또는 기초연금의 성격인지 장기적인 관점에서 제도의 지속가능성 확보, 국민연금 가입자와의 형평성 제고, 사각지대 최소화, 저출산 고령화 사회에서 후세의 부담, 중장기 재정 건전성 등을 종합적으로 고려하여 재구조화되어야 한다. 건강보험의 지속가능성을 제고하기 위해서는 재정안정화가 필수적이고 이를 위해 수입확충과 지출억제를 동시에 추진하여야 한다. 보험료 부과기반 확충 및 보험료 인상, 무임승차자 최소화, 국고지원 확대 등을 통하여 수입을 확충한다. 진료비 규모가 사전적으로 예측가능하게 진료비 지불제도를 개편하고 의료공급의 적정화, 약제비 절감, 의료이용의 합리화, 의료기기 사용의 합리화 등을 통하여 지출을 억제한다.

1. 서론

인간은 한 평생 살면서 예기치 않게 여러 위험에 봉착하게 된다. 미래에 다가올 예기치 않은 위험을 사전에 대비하는 것 중에 하나가 보험이다. 능력이 있는 사람은 시장에서 유통되는 보험을 가입함으로써 위험에 대처하게 되지만 능력이 안되는 사람은 그대로 위험에 노출될 수밖에 없다. 이러한 위험 중에 사회구성원의 책임으로 방치할 경우 사회의 역기능이 나타날 우려가 있는 분야에 공공부분의 역할이 필요한 것이다. 대표적인 것이 소득 상실의 위험과 의료의 위험일 것이다. 우리나라도 소득 중단에 위험에 대비하기 위해 연금보험과 고용

보험이, 의료위험에 대비하기 위해 건강보험, 산재보험, 장기요양보험이 사회보험으로 도입·운영 중이다.

짧은 시간 내에 제도적 도입은 이루어졌으나 보험으로서 역할을 충실히 하기 위해서는 각 보험마다 내실화가 필요하다. 노후소득보장을 위한 국민연금은 1988년 제도 도입 이래 사업장 가입자 확대, 가입자 납부 편의 개선 등의 노력에도 불구하고 소득과약의 한계, 보험료의 경제적 부담, 제도의 이해 부족 등 때문에 납부예외자 비율이 27~28% 수준에 이르고 있다. 또한 제도도입 역사가 일천하여 보험료를 납부할 기회가 없었던 노년층을 위해 최근 기초노령연금이 도입되었으나 기존의 국민연금과의 관계설

정에 어려움이 있다. 그 외에도 보험제정의 지속가능성 등 향후 제도의 발전적 지향을 위한 과제가 준비하다. 의료위험을 담보하기 위한 건강보험도 세계에 유례가 없을 정도로 짧은 시간 동안 전 국민 의료보장시대를 열었으나 보험급여비가 매년 급증하여 제도의 지속가능성에 의문이 제기되고 있다. 고용보험, 산재보험, 장기요양보험도 여러 현안이 존재하고 있지만 본고에서는 소득과 의료위험을 대표적으로 담보하고 있는 국민연금과 건강보험에 초점을 맞추어 현황과 향후 과제를 논의하고자 한다. 그 중에서도 가장 시급히 대안이 필요한 국민연금과 기초노령연금의 재구조화 문제 그리고 건강보험의 지속가능성 제고 문제를 집중적으로 조명하고자 한다.

2. 국민연금과 기초노령연금의 재구조화

국민연금은 1988년 도입되어 2008년부터 본격적으로 수급자가 탄생하였다. 그 동안 제도 도입의 일천함 때문에 보험료를 납부할 기회를 갖지 못했던 노령층이 광범위하게 사각지대에 놓이게 되었고 이를 해결하고자 기초노령연금이 2008년 1월에 도입되었다. 65세 이상 중 소득 기준 하위 60%에게 국민연금 가입자의 평균 소득(A값)의 5%를 지급(2008년 기준 약 84천 원)하는 것으로 도입된 기초노령연금이 2009년에는 지급대상을 소득 기준 하위 70%까지 확대하여 '09년 기준 약 365만 명이 수급자가 되었다. '10년에는 375만 명까지 확대될 것으로 전

망된다. 위와 같은 기초노령연금 도입은 공적소득보장률을 2007년 35.2%에서 2009년 85.9%까지 확대하였다. 지급대상을 80%까지 확대하고 지급액도 현행 가입자 평균 월소득액 5%에서 10%로 확대하는 안이 의원법안으로 발의되어있기도 하다.

사각지대를 대폭 축소한 기초노령연금이 연금으로서 제 기능을 다하기 위해서는 세 가지 관점에서 연금의 성격을 명확히 할 필요가 있다. 첫째, 급여의 충분성 관점에서 논의가 필요하다. 가입자 평균소득의 5%로 묶여있는 급여액이 노령층의 노후소득보장 역할을 할 수 있는가 여부이다. 둘째, 소득기준 하위 70%로 설정된 대상자 기준의 적정성 문제이다. 급여액의 충분성을 떠나 하위 70%까지 국가차원에서 급여를 제공하는 것이 사각지대를 근본적으로 해소하는 방안이 될 수 있는지, 아니면 너무 과도하게 기준이 넓어 필요이상의 대상에게 국가의 재원을 낭비하고 있는 것이 아닌지 등에 관한 논의가 필요하다. 셋째, 기여 없이 수급하는 기초노령연금이 국민연금과의 관계에서 재정적으로 지속가능하며 보충적 역할을 할 수 있는가 여부이다. 이 모든 문제가 기초노령연금의 성격이 불분명하기 때문에 발생한다. 즉 한시적 성격의 공공부조형 제도인지 아니면 조세방식의 기초연금의 전 단계인지 성격이 명확하지 않은 가운데 기초노령연금이 탄생하였던 것이다. 제도 도입이후 기초생활보장 수급노인을 중심으로 기초노령연금 수급포기 등 선택적 행위가 발생하는 것도 이와 같은 문제점에서 출발한다.

기초노령연금의 성격을 재정립하고자 “국민연금개혁위원회”에서 1년여 동안 논의하였으

나 전문가들 사이에서도 재구조화 방향에 대한 견해 차이가 매우 큰 것으로 보인다. 보편적인 기초연금화 방안을 주장하는 측은 연금 사각지대 해소에 초점을 두고 있다. 지금 당장 재원을 더 투입하더라도 실질적인 노후소득보장체계를 완비하자는 주장이다. 반면 선별적 공공부조화 방안을 주장하는 측도 있다. 불과 8년 후면 65세 이상 노령인구가 14%를 넘게 되고 2026년에는 20%를 초과하여 초고령 사회에 진입하게 되므로 미래 세대의 부담을 고려할 때 생활이 어려운 노인층을 선별·지원하여 노후빈곤 문제를 해결하여야 한다는 주장이 있다. 기초노령연금이 복지에 기여하는 측면보다는 재정에 장기적으로 부담을 주는 요인으로 작용할 가능성을 우려하면서 중산층에 해당하는 사람에게까지 연금을 지급함으로써 정작 사회의 도움이 절실한 극빈 노인층이 외면 받고 있다는 주장도 덧붙여진다. 양측의 주장이 첨예하게 대립되어 아직도 기초노령연금의 성격을 확실하게 결정하지 못하고 있다.

이와 같은 논의 결과를 바탕으로 국회차원에서 국민연금과 기초노령연금의 통합 또는 재구조화 작업이 본격화될 것으로 보인다. 기초노령연금 지급액은 10년 뒤 16조원, 20년 뒤엔 57조원에 이를 것으로 추산되고 있다. 올해 국내총생산(GDP)의 0.4% 수준인 기초노령연금 지출은 고령화와 지급액 증가로 인해 2050년에는 GDP의 2.9%까지 증가할 것으로 예측되고 있다.¹⁾ 장기적인 관점에서 제도의 지속가능성 확보, 국민연금 가입자와의 형평성 제고, 사각지

대 최소화, 저출산 고령화 사회에서 후세의 부담 등을 종합적으로 고려하여 기초노령연금의 재구조화를 도모하여야 한다. 중장기 재정 건전성과도 연계하여 깊은 성찰을 할 필요가 있다.

3. 건강보험의 지속가능성 확보

2001년 약 13조 규모였던 건강보험 재정이 2009년 약 30조 원으로 확대되었다. 불과 8년 만에 2.31배 증가하였다. 앞으로도 건강보험 재정환경은 낙관적이지 않다. 세계 유래 없이 빠르게 진행되고 있는 고령화는 건강보험 진료비를 급속도로 증가시킬 것이다. 2009년 기준 약 10%의 65세 이상 인구가 약 30%의 재정을 사용하였다. 2018년에 고령사회(전 인구의 14% 이상이 65세 이상)에 도달할 것으로 예측되는 바, 전 인구의 15% 이상이 65세를 넘게 되는 2020년에는 보험진료비의 약 43%를 65세 이상 인구가 사용할 것으로 예측되고 있다. 또한 소득이 증가하면 건강에 대한 관심이 증대되어 일반 국민도 예전에 비해 의료기관을 더 자주 찾게 된다. 신 의료기술이 나날이 발전하고, 사회가 발전함에 따라 질환의 종류도 다각화될 것으로 예측된다. 이 모든 환경들이 건강보험 재정을 압박하게 될 것이다. 이러한 환경을 감안하여 2020년 건강보험 재정을 추계하면 다음과 같다. 지금보다 약 10년 후인 2020년에 건강보험 급여비는 약 2.68배 증가하여 80.40조 원에 이를 것으로 전망된다. 문제는 이러한 재정 규

1) 윤석명 외, "공적연금의 지속가능성에 관한 연구", 한국보건사회연구원, 2008.

모를 어떻게 감당할 수 있을 것인가에 있다. 2010년 기준 보험료율은 소득 대비 약 5.33%이다. OECD 선진국에 비해 보험료율이 현저히 낮은 것은 사실이지만 2020년도 보험재정을 감당하려면 우리나라도 소득대비 10% 이상을 보험료로 부담해야 한다. 우리나라 국민이 감내할 수 있는 수준이라 여겨지지 않는다. 건강보험의 지속가능성에 대해 전면적인 검토가 필요한 시점이다.

재정 위험과 밀접하게 결부된 문제가 진료비 지불제도이다. 우리나라 건강보험의 진료비 지불제도는 행위별수가제(FFS: Fee for Service)이다. 공급된 모든 진료 행위에 대해 행위당 단가를 정하여 보상하고 있다. 보험자(정부)는 행위당 단가인 수가를 통제하는 형태로 재정 규모를 통제하고자 하지만 진료량이 증가함에 따라 진료비 절대 규모는 매년 폭증하는 현실이 되풀이

된다. 공급자의 수입은 제공한 서비스 행위량과 행위당 수가에 의해 영향을 받는 바, 공급자의 입장에서 수가는 통제불가(Uncontrollable)변수이다. 즉 수입을 극대화하기 위해서는 서비스 양(Q)을 증가시킬 수 있다.

$$Rev(수입) = P(가격) \times Q(양)$$

소비자와 공급자가 정보의 비대칭이라는 의료서비스의 특성상 Q는 공급자의 재량에 달려 있다. 이처럼 행위별 수가제는 진료비 통제에 태생적으로 한계를 노정하고 있다. Q가 통제되지 않기 때문에 가입자들은 P를 낮추고자 하고 P(환산지수)가 낮게 설정되면 공급자는 다시 Q를 늘리고자 하는 악순환이 반복될 수 있다. 여기에서 Q는 빈도와 강도를 포괄한다. 환자를 자주 내원케 하거나 한 번 방문한 환자에게 필요

표 1. 건강보험 급여비 추계

(단위: 조원, %)

연도	국민의료비	GDP대비 비율	건보 급여액	건보 소요액(관리운영 포함)
2010	77	7.10	33.57	34.68
2011	83	7.38	36.89	38.11
2012	89	7.66	40.36	41.69
2013	96	7.91	44.31	45.77
2014	103	8.07	48.85	50.46
2015	110	8.30	51.76	53.47
2016	118	8.49	57.35	59.24
2017	127	8.84	62.37	64.42
2018	136	9.11	68.00	70.24
2019	146	9.38	74.78	77.25
2020	156	9.60	80.40	83.05

주: 가정: - 2020년의 65세 이상 인구 비중 : 약 15%
 - 2007년 보장률 64.3%(OECD Health Data) 기준 2020년에 75%의 보장률 달성

이상의 서비스 강도를 제공하는 경우이다. 2003년부터 2009년까지 지난 6년간 수가(환산 지수)는 연평균 2.62% 인상되었으나 입내원 1일당 진료비의 연평균 증가율은 이를 훨씬 상회하고 있다.

수가와 급여비의 변동추이를 살펴보면 보다 명확하다. 2000년 이후 지난 9년 동안 수가는 연평균 2.22% 인상되었으나 급여비는 연평균 12.96% 증가하였다. 물론 보장성 확대, 의료기술의 발달, 노령인구의 급증, 소득의 증가 등 의료이용이 증가할 수밖에 없는 이유가 있었지만

설명되지 않는 부분이 증가분의 약 50%를 점하는 것으로 추산된다.

최근 의료이용 관련 또 하나 주목할 만한 문제점은 외래 환자들이 상급종합병원에 몰리는 현상이 나타나고 있다는 점이다. KTX가 계통되면서 전국이 일일 생활권으로 바뀐에 따라 지방의 환자들이 점점 수도권의 대형병원으로 집중되고 있다. 특히 3차 종합전문병원으로 몰리고 있다. 인력, 장비, 시설 등이 월등한 3차 종합전문병원들이 질 높은 서비스를 제공할 것이라는 기대를 갖고 환자들이 몰리는 것이다. 물론

표 2. 입내원 1일당 진료비

(단위: 원)

구분	2003년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균 증가율
입원	106,559	116,475	125,131	131,519	129,795	133,741	3.86%
외래	15,338	16,801	17,988	19,056	19,934	20,892	5.29%

주: 건강보험 통계연보를 이용하여 재가공

표 3. 연도별 수가, 건강보험 급여비 변동 추이

(단위: %, 10억 원)

연도	건강보험수가		건강보험급여비		
	증가율	누적지수	급여총액	증가율	누적지수
2001	-	100.00	12,941	-	100.00
2002	△2.90(인하)	97.10	13,425	3.74	103.74
2003	2.97	99.98	14,755	9.91	114.02
2004	2.65	102.63	16,130	9.32	124.65
2005	2.99	105.70	17,989	11.52	139.01
2006	3.50	109.40	20,932	16.36	161.75
2007	2.30	111.92	23,956	14.45	185.12
2008	1.94	114.09	25,600	6.86	197.83
2009	2.22	116.62	28,916	12.96	223.46

주: 건강보험 통계연보 이용하여 재가공

상급병원의 진료비는 의원급 기관에 비해 비싸다. 감기로 의원급에 방문했을 때 평균 진료비는 2009년 기준 약 11,450원 이지만 상급종합병원에 방문하게 되면 약 44,940원²⁾에 이르러 약 4배정도 의료자원이 많이 소모된다. 이처럼 환자들이 점점 더 고급 병원에 몰리고 있는 이유는 서비스 단위당 한계비용이 한계 효용보다 작기 때문으로 판단된다. 더욱이 의료서비스는 단위당 한계비용과 한계효용만으로 비교할 수 없는 부분이 있어서 집중화 현상은 가속화되고 있다. 이러한 집중화 현상은 건강보험의 재정을 위태롭게 할 뿐 아니라 자원배분의 왜곡을 초래한다. 필요이상의 고급진료를 선호함에 따라 의료기관은 환자들을 유인하기 위해 필요이상의 시설, 장비, 인력을 갖추고자 한다.

건강보험 지속가능성 제고를 위해 위에서 제시한 문제점들의 해결 방향에 대해 고민하고자 한다. 지속가능성을 높이려면 재정안정화가 필수적이다. 수입을 확충하고 지출을 감소시켜야 하는 것이다. 첫째, 수입을 확충하기 위해서는 보험료 부과기반을 늘려야 한다. 현재 소득의 약 45%가 보험료 부과대상에서 제외되어 있기 때문에 이를 부과기반에 포함시키는 것이 시급하다. 근로소득만 부과대상에 포함됨으로써 연금소득, 금융소득, 임대소득, 양도소득 등 기타 제반 소득이 부담 능력측정에서 제외되어 있다. 제외되어 있는 소득을 부과기반에 포함시킨다면 근로소득에 대한 보험료 부과 하중이 다소간 가벼워질 수 있다. 둘째, 피부양자 조건 강화를 통해 가입자의 책임의식을 고양해야 한다. 형

제, 자매도 피부양자 자격으로 보험료를 부담하지 않고 의료혜택을 받을 수 있어 무임승차하는 사람이 많다. 또한 재산이 많은 부모의 경우 부담능력이 있음에도 자식이 직장에서 근로 중이면 무임승차하게 된다. 따라서 동거를 같이하지 않는 형제·자매나 재산이 많은 부모의 경우는 피부양자 자격에서 제외시켜 능력에 따라 보험료를 부과시키는 것이 재원확충 측면 뿐 만 아니라 형평성을 제고시키는 차원에서도 시급한 과제이다. 셋째, 일정정도 보험료율을 인상시킬 수밖에 없다. 보장성이 확대되고, 노령화, 소득 증가 등 때문에 병원에 가는 횟수가 많아지면서 진료비가 매년 증가한다. 이러한 부분은 보험료 인상과 연계될 수밖에 없는 구조임을 국민에게 인지시키고 상응하는 보험료율을 인상시켜야 한다. 넷째, 동시에 정부도 일정 정도 역할 분담을 할 필요가 있다. 보험재정의 약 16%를 국고가 감당하도록 되어있다. OECD 선진국과 비교해도 정부의 부담은 낮다. 우리나라의 경우 저출산 고령화 때문에 부담계층은 나날이 줄어드는 반면 진료비는 증가하는 구조이다. 현재보다는 국가가 감당하는 비율이 늘어나야 한다.

다음은 지출 억제 측면에서 살펴보고자 한다. 지출을 억제하기 위해서는 우선 가입자의 불필요한 이용을 억제해야 한다. 의료쇼핑을 자제시키기 위해 본인부담 인상 등을 통해 일정부분 자기 책임을 강화할 필요가 있다. 공급자에게도 재정 위험의 책임을 공유하도록 제도화해야 한다. 비용 유발적인 현행 진료비 지불제도를 개편하여 진료비 규모가 예측·가능하도록 해야

2) 보건복지부 내부 자료

한다. 수가만 통제되고 있는 현행 체계에서 수가와 진료량을 동시에 감안한 전체 진료비의 증가정도를 사전에 결정하는 체계로 전환하여야 한다. 즉 진료량이 예상보다 증가할 경우 수가를 낮추어 전체진료비의 규모가 사전에 추정된 금액 이상으로 증가할 수 없게 제도화하는 것을 의미한다.

그 외 외래환자의 상급병원 집중현상 완화, 약제비 합리화 정책 등 비효율적 제도를 개편해야 한다. 또한 진료비 지불제도의 개편과 연계하여 의사, 약사, 간호사 등 인력, CT, MRI 등 고

가 장비에 대한 중장기 수급 계획을 마련하여 의료자원 공급의 최적화도 도모해야 할 것으로 보인다.

위에서 제안한 방안은 단 시일내 바로 적용하는 것은 불가능하다. 국민 및 이해 당사자의 동의가 필요하고 의료기관의 경영 현황, 진료비 규모를 합의하는 데 고려되어야 할 변수 및 반영 방법 등 논의해야 할 과제가 너무 많다. 이를 대비하기 위해 자료를 축적하고 논의를 구체화할 수 있는 기구의 설치가 시급하다. **부견복지**