

2011년도 사회보험의 변화와 전망

Changes and Prospect of Social Insurance in 2011



신영석 한국보건사회연구원 연구위원

1977년 건강보험, 1988년 국민연금에 도입된 이후 짧은 기간 동안 우리나라 사회보험이 급격히 발전하였으나 그 만큼 과제도 안고 있다. 따라서 2011년도는 건강보험과 국민연금의 내실화 작업이 지속될 것으로 판단된다. 국민연금은 사각지대 해소를 위한 제도적인 개편 노력이 지속될 것으로 예상되고 국민연금과 기초노령연금간 재구조화 문제가 계속 논의될 것으로 예상된다. 건강보험은 “건강보험 하나로 운동”이 주창하는 보장성 확대에 대한 논의가 본격화 할 것이고, 2011년에 종료되는 국고지원(보험료 수입의 20%를 일반회계와 건강증진기금에서 지원) 관련 건강보험법을 어떻게 개정할 것인지에 대한 논의도 구체화 될 것이다. 건강보험은 보다 근본적으로 재정위기에 대한 논의가 뜨거워질 것으로 예상된다. 2011년도말 누적적립금 2,000억 원(2일 급여비)에 불과할 것으로 추정되어 재정안정을 위한 진료비 지불제도 개편, 1차 의료활성화, 약제비 절감, 의료기기의 효율적 사용, 의료자원의 적정 공급 등에 대한 논의가 시작될 것이다.

1. 서론

2010년도에 사회보험 분야는 정중동의 한해를 보냈던 것 같다. 서구에서는 이미 일찍부터 사회보험제도를 도입하여 미래에 다가올 예기치 않은 위험에 사전적으로 대비했었다. 우리나라도 소득중단의 위험에 대비하기 위해 연금보험과 고용보험이, 의료위험에 대비하기 위해 건강보험, 산재보험, 장기요양보험이 사회보험으로 도입·운영 중이다. 1963년 산업재해보상보험법이 제정되어 근로기준법의 적용을 받는 사업 또는 사업장의 근로자에 대한 업무상의 재해

를 보상하기 위하여 산업재해보상보험이 시작되었다. 1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 건강보험이 출범하였고, 1988년에는 국민연금이, 1995년에는 고용보험이 시작되었다. 2008년 7월에는 장기요양보험도 출범함으로써 모든 사회보험이 외견상 제도적 완비를 하였다. 제도 도입 이후 각 보험별로 제도 개편 또는 개선과정을 거치면서 비약적으로 발전하였다.

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%¹⁾ 수준에 이르고 있다. 또한 제도도입 역사가 일천하여 보험료를 납부할 기회가 없었던 노년층을 위해 최근 기초노령연금이 도입되었으나 기존의 국민연금과의 관계설정에서 어려움이 있다. 그 외에도 보험재정의 지속가능성 등 향후 제도의 발전적 지향을 위한 과제와 준비하다. 의료위험을 담보하기 위한 건강보험도 세계에 유래가 없을 정도로 짧은 시간 동안 전 국민 의료보장시대를 열었으나 보험금여비가 매년 급증하여 제도의 지속가능성에 의문이 제기되고 있다. 고용보험, 산재보험, 장기요양보험도 여러 현안이 존재하고 있지만 본고에서는 소득과 의료위험을 대표적으로 담보하고 있는 국민연금과 건강보험에 초점을 맞추어 2011년 변화와 전망에 대해 논의하고자 한다.

2. 국민연금의 변화와 전망

2011년도 국민연금 분야에서는 사각지대 해

소 문제 및 국민연금과 기초노령연금의 재구조화 문제가 주요 이슈로 부각될 것으로 예측된다.

1999년 도시지역 자영자에 대한 제도 확대 적용으로 국민연금 가입자 수가 증가하고 있으나, 다수의 납부예외자로 인해 아직도 상당한 규모의 잠재적인 연금 사각지대가 존재하고 있다. 자영자 비중이 높은 우리나라의 현실에서 소득과약 인프라 미흡과 2008년 금융위기 이후의 어려운 경제상황으로 인해 국민연금 지역가입자 868만 명 중 보험료 납부예외자²⁾가 약 505만 명(58.2%)에 달하고 있다. 또한 장기체납자가 141만명(16.2%)에 이르는 등 국민연금의 사각지대 문제가 심각한 수준에 이르고 있다. 특히 전업주부, 학생 등 소득이 없어 국민연금 가입이 원천적으로 배제되고 있는 다수의 적용제외자도 연금사각지대에 노출되어 있다. 이들 다수의 납부예외자, 적용제외자를 그대로 방치할 경우, 이들은 무연금 또는 저연금자로 전락하여 노후에 빈곤층으로 전락할 가능성이 높다. 근로기간 동안의 소득 양극화가 노후소득 양극화로 이어질 가능성이 높아 이에 대한 대책 마련이 시급한 것이다.

잠재적인 연금사각지대 규모를 축소하기 위

1) 사업장 가입자와 자영업자 포함

2) 「국민연금법」 제1조(연금보험료 납부의 예외) ① 납부 의무자는 사업장가입자 또는 지역가입자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 연금보험료를 낼 수 없으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사유가 계속되는 기간에는 연금보험료를 내지 아니할 수 있다.

1. 사업 중단, 실직 또는 휴직 중인 경우
 2. 「병역법」 제3조에 따른 병역의무를 수행하는 경우
 3. 「초·중등교육법」 제2조나 「고등교육법」 제2조에 따른 학교에 재학 중인 경우
 4. 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 제11조에 따라 교정시설에 수용 중인 경우
 5. 종전의 「사회보호법」에 따른 보호감호시설이나 「치료감호법」에 따른 치료감호시설에 수용 중인 경우
 6. 1년 미만 행방불명된 경우. 이 경우 행방불명의 인정 기준 및 방법은 대통령령으로 정한다.
 7. 재해·사고 등으로 소득이 감소되거나 그 밖에 소득이 있는 업무에 종사하지 아니하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 제1항에 따라 연금보험료를 내지 아니한 기간은 가입기간에 산입하지 아니한다.

해 2010년에는 임의 가입(전업주부 등이 주된 대상임)을 위한 소득기준액을 하향 조정함으로써, 적용제외자들이 국민연금제도에 자발적으로 참여할 유인을 제공하였다. 또한 2010년 9월부터는 대학교 시간강사, 단시간 근로자(월 60시간 근로)를 지역가입자에서 사업장 가입자로 전환하여 사업주가 보험료의 50%를 부담하게 함으로써, 잠재적인 국민연금 사각지대를 축소하였다. 그러나 보험료 납부에 어려움을 겪고 있는 다수의 저소득 지역가입자에게는 아직까지 가시적인 조치가 취해지지 않고 있다. 따라서 2011년에는 국민연금 사각지대를 해소하기 위해 다음과 같은 제안을 하고자 한다. 첫째, 특수고용관계 근로자를 사업장 가입자로 확대 적용하여야 한다. 골프장 캐디, 보험설계사, 학습지 교사, 레미콘기사 등 특수형태 근로종사자들은 사업장 가입자와 거의 유사한 형태이다. 따라서 이들이 사업장 가입자로서의 혜택을 받을 수 있도록 관련제도를 보완할 필요가 있다. 둘째, 시간제 근로자 인정기준을 완화할 필요가 있다. 비정규직 단시간근로자의 가입인정기준을 보다 완화하여 이들이 연금수급권을 확보할 수 있어야 한다. 특수고용관계 근로자를 사업장 가입자로 전환하는 과제와 시간제 근로자 인정기준 완화 문제는 제도로 개선으로 해결할 수 있기 때문에 2011년도 내에 시행이 가능할 것으로 판단된다. 보다 근본적으로 사각지대를 해소하기 위해서는 다수의 지역가입자에 대한 가시적인 조치가 필요하다. 보건복지부는 차상위계층 이하 저소득 지역가입자에게 국민연금 보험료의 50%를 지원하여 저소득 지역가입자가 자발적으로 국민연금에 가입

할 수 있는 여건을 조성하고자 2011년 예산으로 185억 원을 신청하였으나 편성과정에서 전액 삭감되었다. 제도 도입에 찬성하는 측은 다음과 같은 근거를 들고 있다. 첫째, 저소득 지역가입자의 상당수에게 실질적인 부담 완화를 하여 줌으로써 보험료 납부를 용이하게 하고, 둘째, 저소득자에게 보험료를 납부하면 연금 수급을 할 수 있다는 자긍심을 갖게 하여 근로유인을 고취하며, 셋째, 장기적으로 미래의 공공부조 수요를 경감하도록 하여 국가의 부담을 완화하고 재정을 절감하는 효과를 가져온다는 것이다. 반대하는 입장에서는 첫째, 사회보험인 국민연금에 공적부조적 요소를 삽입함으로써 스스로 보험료를 납부하여 미래를 준비한다는 제도 취지를 훼손하고, 둘째, 저소득층에 대한 국고지원 보험료가 과다하게 소요되어 국가재정에 부담으로 작용하고, 셋째, 저소득자를 선정하는 기준을 설정하기가 어려울 뿐만 아니라 공정하게 대상자를 선정하기도 어려워 수급자의 도덕적 해이가 발생하기 쉽다는 것이다. 위와 같은 찬반논의를 종합하면 저소득 지역가입자에 대한 국민연금 보험료 지원 여부는 제도의 노후빈곤 예방 효과, 향후 재정소요, 사회보험으로서의 국민연금의 성격 등을 종합적으로 고려하여 결정하여야 할 사안이다. 제도의 노후 빈곤 예방효과는 명확하다. 약 160여만 명의 기초생활보장 수급자를 위해 약 4조 원 이상의 생계비가 지원되고 있는 것을 감안하면 370억 원의 예산으로 약 13.3만 명을 연금 사각지대로부터 구원하여 노후에 빈곤층으로 전락하지 않도록 예방한다는 정책 효과는 분명하다 하겠다. 향후 재정소요액도 크게 증가하지 않

을 것이다. 경제가 발전하고 있음으로 차상위 계층의 규모가 증가하지는 않을 것이다. 사회보험의 성격과 관련하여 현재 건강보험에서도 차상위 계층에게 의료보장 차원에서 일반회계로 지원하고 있다. 미국의 경우 연방사회보장연금제도(OASDI)는 1951년 연금 적용범위를 자영업자로 확대하면서 자영업자의 보험료를 근로자 보험료율의 75%로 적용하였고, 1983년 자영업자와 근로자 간 보험료율 차등 적용을 폐지하는 대신, 보험료 인상에 따른 저소득 자영업자의 보험료 부담을 완화하기 위하여 보험료 일정액을 세액공제 형태로 국고에서 지원한 사례도 있다(1984~1989년). 제도 도입에 따른 재정부담을 완화하기 위한 방안으로서, 연금가입기간 등을 기준으로 보험료 지원 대상을 선별하거나 보험료 지원기간을 단축하는 등 합리적인 수준의 대안을 검토할 필요가 있겠다. 초기에는 파일럿 테스트 형식으로 지원 대상자를 최소화하여 제도 도입에 따른 파급효과를 점검한 뒤, 점차 지원 대상자를 확대하는 방향으로 제도를 운영하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 차상위 계층에 대한 보험료 지원 문제는 예산 확보가 되어있지 않기 때문에 2011년에 당장 시행하기는 어려우나 잠재적인 빈곤층을 감소시킨다는 원칙하에 2012년도 예산에 반영되기를 기대한다.

2011년도 주요 과제로 국민연금과 기초노령연금의 재구조화 논의도 지속될 것이다. 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 평균소득(A값)의 5%를 지급(2008년 기준 약 84천원)하는 것으로 도입된 기초노령연금이 2009년에는 지급 대상을 소득 기준 하위 70%까지 확대하여 2009년 기준 약 365만 명이 수급자가 되었다. 2010년에는 375만 명까지 확대되었다. 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. 2011년도 예산³⁾(2.8조 원)에 의하면 수급자가 2010년에 비해 약 12만명 확대되어 총 387만명에 이를 것으로 예상된다.

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%⁴⁾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 해

3) 2010년 기초노령연금의 예산은 2.7조 원 이었음.

4) 2007년 제도 도입당시 2028년까지 10%로 확대한다는 내용이 이미 법에 포함되어 있음.

소하는 방편이 될 수 있는지, 아니면 너무 과도하게 기준이 넓어 필요이상의 대상에게 국가의 재원을 낭비하고 있는 것이 아닌지 등에 관한 논의가 필요하다. 셋째, 기여 없이 지급하는 기초노령연금이 국민연금과의 관계에서 재정적으로 지속가능하며 보충적 역할을 할 수 있는지 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 논의하였으나 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 65이상 노령인구가 14%를 넘게 되고 2026년에는 20%를 초과하여 초고령 사회에 진입하게 되므로 미래 세대의 부담을 고려할 때 생활이 어려운 노인층을 선별·지원하여 노후빈곤문제를 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.⁵⁾ 장기적인 관점에서 제도의 지속가능성 확보, 국민연금 가입자와의 형평성 제고, 사각지대 최소화, 저출산 고령화 사회에서 후세의 부담 등을 종합적으로 고려하여 기초노령연금의 재구조화를 도모하여야 한다. 중장기 재정 건전성과도 연계하여 깊은 성찰을 할 필요가 있다.

3. 건강보험의 변화와 전망

건강보험은 1977년에 500인 이상 사업장을 대상으로 도입된 이래 1989년 전 국민으로 확대되었고 2000년에 단일보험으로 통합되었다. 거의 10년 단위로 큰 획을 긋고 있다. 2011년도 건강보험은 또 다른 차원의 전기를 맞을 것으로

5) 윤석명 외(2008). 공적연금의 지속가능성에 관한 연구, 한국보건사회연구원.

예상된다. 첫째, 2010년에 시작되었던 건강보험 하나로 운동⁶⁾에 대한 논의가 본격화되면서 보장성 강화 압력이 높아질 것이다. 둘째, 건강보험 재정에 대한 정부지원이 2011년도에 만료됨에 따라 이에 대한 후속조치가 검토되어야 한다. 국민건강보험법 제 92조에 따르면 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 2011년까지 한시적으로 국고에서 공단에 지원하는 것으로 되어있다. 또한 담배부담금 예상수입의 65% 범위내에서 건강보험 보험료 예상수입의 6%까지 지원하도록 되어있다. 정부 지원의 시한이 만료되기 전에 건강보험가입자에 대한 지원을 계속하여 나갈 것인지, 지원을 계속한다면 현행 방식을 유지할 것인지에 대한 논의가 필요한 상황이다. 셋째, 건강보험 재정에 적신호가 켜지고 있어 이에 대한 대책이 강구되어야 한다. 건강보험의 지속가능성 제고 차원에서 논의가 본격화 될 것이다. 세 가지 주요 논의 과제를 중심으로 보다 구체적으로 살펴보고자 한다.

OECD 자료에 의하면 진료비 대비 본인 부담 비율은 우리나라가 2008년 기준 약 35.7%에 이르러 OECD 30개국 중 멕시코를 제외하고는 가장 높게 나타나고 있다. OECD 평균 약 18.3%에 비하면 우리나라 의료비 본인부담은 과도하게 높은 것으로 나타나고 있다. 즉 건강보험 보장성이 현

표 1. OECD 국가의 진료비 대비 본인부담률

(단위: %)

국가	1990년	2000년	2007년
Mexico	58.3	50.9	51.1
Korea	58.2	45.9	35.7
Greece	n.a.	n.a.	34.5
Switzerland	35.7	33	30.6
Slovak Republic	n.a.	10.6	26.2
Hungary	10.9	26.3	24.9
Poland	8.3	30	24.3
Portugal	n.a.	22.2	22.9
Spain	18.7	23.6	21.1
Italy	17.1	24.5	20.2
Turkey	31.4	27.6	19.9
Finland	15.5	22.3	18.9
OECD 평균	19.1	19.7	18.3
Belgium	n.a.	n.a.	18.3
Australia	16.1	19.8	18
Iceland	13.4	18.9	16
Sweden	n.a.	15.9	15.9
Austria	n.a.	15.3	15.4
Japan	n.a.	16.9	15.1
New Zealand	14.5	15.4	15.1
Norway	14.6	16.7	15.1
Canada	14.4	15.9	14.9
Denmark	16	16	13.8
Czech Republic	2.6	9.7	13.2
Germany	11.1	11.2	13.1
United States	19.4	14.5	12.2
United Kingdom	10.6	13.4	11.4
Ireland	15.7	10.9	9.9
France	11.4	7.1	6.8
Luxembourg	5.5	7	6.5
Netherlands	n.a.	9	5.5

Note: "n.a." means not available
Source: OECD HEALTH DATA 2009.

6) 국민 1인당 11,000원을 더 부담하면 입원 보장율을 90%까지 올릴 수 있다는 주장임.

저하게 낮게 형성되고 있다.

이러한 현실을 반영하여 정부는 2009년부터 5개년 계획에 의거(아래 표 참조)하여 2013년까지 년차적으로 보장성 확대계획을 세워놓고 있기도 하다. 2010년까지는 계획대로 보장성이 확대되어왔고 2011년에는 계획에 일부 수정이 있지만 규모면에서는 약 3,500억 원 규모의 보장성을 확대할 계획에 있다. 향후에도 노인들

니, 초음파 등 국민의 부담이 많은 분야를 보장하고자 계획하고 있다.

그러나 건강보험공단 정책연구원의 연구에 의하면 2004년 이후 점진적으로 확대되어 오던 건강보험 보장성이 2008년에 후퇴한 것으로 되어 있다. 신기술, 신약 등 비급여의 확대에 기인한 것으로 추정되고 있다. 보다 근본적인 보장성 확대를 위해 “건강보험 하나로 운동본부”에

표 2. 보장성 확대 계획

보장성 확대 내용		소요재정(억)
2009년	○ 본인부담상한액 소득수준별 차등적용(200~400만원)	1,800
	○ 희귀난치성 질환자 본인부담 경감(20→10%)	1,400
	○ 암환자본인부담 경감(10→5%)	1,300
	○ 치아홈메우기 보험적용	1,300
	○ 한방물리요법 보험적용	300
2010년	○ MRI 보험급여 확대(척추, 관절)	900
	○ 장애인보장구(전동스쿠터) 및 소모품 보험적용	400
	○ 심장질환·뇌혈관질환 본인부담 경감(10→5%)	300
	○ 중증화상 본인부담률 경감(20, 30~50%→5%)	80
	○ 결핵환자 본인부담률 경감(20, 30~50%→10%)	200
	○ 항암제 보험급여	2,200
	○ 희귀난치 치료제 보험 적용	830
	○ 치료재료 급여전환(1단계)	1,000
2011년	○ 출산진료비 지원확대(20→30만원)	600
	○ 출산진료비 지원확대(30→40만원)	600
	○ 골다공증 치료제 급여 확대	1,470
	○ 당뇨치료제 급여확대 및 소아당뇨 관리 소모품 지원	510
	○ 치료재료 급여전환(2단계)	1,000
2012년	○ 노인틀니 보험적용(75세 이상)	4,460
	○ 출산진료비 지원확대(40→50만원)	600
2013년	○ 초음파검사 보험적용	6,600
	○ 치석제거 보험적용	2,300
	○ 골관절염치료제 보험적용	410
	○ 소아선천성질환 보험적용	430

서는 1인당 11,000원을 더 부담하여 입원에 대한 보장성을 90%까지 확대해야 된다는 주장을 하고 있다. 11,000원으로 90%의 보장률을 달성할 수 있는지 여부와는 별개로 지금보다 건강보험 보장성을 확대해야 한다는 주장에 많은 사람이 공감하고 있는 것이 현실이다. 문제는 보장성을 확대하기 위한 재정확보 여부이다. 재정상황과 상관없이 2011년에는 보장성 확대에 대한 논의가 촉발될 것으로 예상된다.

2011년에 종료되는 건강보험법 제 92조 국고지원 관련 내용도 논의의 초점이 될 것이다. 현재 보험료 수입의 20%로 되어 있는 국고지원(14%의 일반회계 + 6%의 담배부담금)을 더 늘려야 한다는 주장과 보험은 보험료에 의해 충당되어야 한다는 주장이 대립되어 있다. 우리나라의 국고지원 규모는 사회보험을 운영하는 외국의 경우와 비교해서 거의 비슷한 수준으로 추정된다. 국고지원 관련 부분을 보험료로 충당하려면 현행 보험료를 일괄적으로 약 17%정도 인상해야 한다. 현실적으로 쉽지 않다. 한시법이 종료되더라도 국고지원은 계속될 것으로 판단

된다. 다만 그 규모가 지금보다 증가할 것인지는 불분명하다. 당위성 차원에서 보장성 확대 등을 고려할 때 현재보다 증가해야 한다고 주장하는 학자들이 다수이다. 65세 이상 노령인구 급여비의 50%를 국고로 충당할 것을 제안한다. 2010년 기준 보험료 수입의 20%와 65세 이상 노인인구 급여비의 50%가 거의 비슷하고 중장기적으로 노인인구의 급여비는 급증할 수밖에 없으므로 점진적으로 국고지원을 확대하자는 주장이다.

2011년도에 건강보험의 가장 큰 현안은 재정안정화일 것이다. 2001년 약 13조 규모였던 건강보험 급여비가 2010년에 약 34조 원으로 확대되었다. 불과 9년 만에 2.56배 증가하였다. 보험급여비를 충당하기 위하여 국민의 직접부담인 보험료도 2001년 8.9조 원에서 2010년에 28.1조 원으로 9년 동안 약 3.19배 증가하였다.

2010년에는 약 1조 3천 7백억 원의 당기적자를 기록하여 연도말 누적적립금은 불과 88백억 원에 이를 것으로 추정된다. 약 9일분의 급여비

표 3. 연도별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년
전체	61.3	62.8	64.3	64.6	62.2
(변화율)	-	2.45	2.39	0.47	-3.72
입원	54.9	57.5	64.1	66.5	61.7
(변화율)	-	4.74	11.48	3.74	-7.22
외래	56.9	58.4	59.8	58.7	57.8
(변화율)	-	2.64	2.40	-1.84	-1.53

자료: 건강보험공단(2009), 2008년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사.

표 4. 건강보험 재정 현황

(단위: 억원)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
수 입	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,265
보험료수입	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530	244,384	259,352	281,489
국고	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	39,123
지원	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630
증진기금	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630
기타수입	1,657	2,298	2,186	2,147	2,513	2,947	3,449	3,916	4,365	4,023
지 출	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,989
보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	338,135
관리운영비	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	8,966	9,734	9,841	9,724	10,167
기타지출	963	949	830	831	380	764	610	623	664	687
당기수지	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△13,724
누적적립금	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	8,862

자료 : 건강보험공단 통계연보(2001~2009). 2010년은 건강보험공단의 추정치

에 해당한다. 2011년도에는 훨씬 더 재정압박이 심할 것으로 예측된다. 정부의 내년도 전망에 의하면 보험료율을 2010년 대비 5.9%를 인상하여도 건강보험 지출이 38조 원을 초과하여년도 말 적립금은 약 2천억 원에 불과할 것으로 예상된다. 앞으로도 건강보험 재정환경은 낙관적이지 않다. 세계 유래 없이 빠르게 진행되고 있는 고령화는 건강보험 진료비를 급속도로 증가시킬 것이다. 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 재정

을 추계하면 다음과 같다. 지금보다 약 10년 후인 2020년에 건강보험 급여비는 약 2.68배 증가하여 80.40조 원에 이를 것으로 전망된다.⁷⁾ 문제는 이러한 재정 규모를 어떻게 감당할 수 있을 것인가에 있다. 건강보험의 지속가능성에 대해 전면적인 검토가 필요한 시점이다.

2011년도에는 이와 같은 재정 위험 해소를 위해 제반 대책들이 논의될 것으로 예측된다. 첫째, 진료비 지불제도의 개편에 대한 논의가 본격화할 것이다. 우리나라 건강보험의 진료비 지불제도는 행위별수가제(FFS: Fee for Service)이다. 공급된 모든 진료 행위에 대해 행위당 단가를 정하여 보상하고 있다. 급여비 급증의 주요요인 중 하나로 진료비 지불제도가 꼽히고 있다. 진료비 증가가 예측가능할 수 있는 체계에

7) 신영석 외(2010). 건강보험 재정평가, 한국보건사회연구원.

대한 논의가 본격화할 것이다.

최근 의료이용 관련 또 하나 주목할 만한 문 제점은 외래 환자들이 상급종합병원에 몰리는 현상이 나타나고 있다는 점이다. KTX가 계통 되면서 전국이 일일 생활권으로 바뀐에 따라 지방의 환자들이 점점 수도권의 대형병원으로 집중화되고 있다. 특히 3차 종합전문병원으로 몰리고 있다. 인력, 장비, 시설 등이 월등한 3차 종합전문병원들이 질 높은 서비스를 제공할 것이라는 기대를 갖고 환자들이 몰리는 것이다. 이처럼 환자들이 점점 더 고급 병원에 몰리고 있는 이유는 서비스 단위당 한계비용이 한계

효용보다 작기 때문으로 판단된다. 더욱이 의 료서비스는 단위당 한계비용과 한계효용만으로 비교할 수 없는 부분이 있어서 집중화 현상은 가속화되고 있다. 이러한 집중화 현상은 건강보험의 재정을 위태롭게 할 뿐 아니라 자원 배분의 왜곡을 초래한다. 이러한 현상을 방지 하기 위한 1차 의료 활성화 대책이 강구될 것으로 예측된다.

그 외에도 약제비 절감, 의료기기 사용의 효율화 등 재정 관련 전반적인 대책에 대해 중장기적인 관점에서 논의가 촉발될 것으로 예상된다. 보건
복지