

건강보험의 개혁과제 : 재정통합을 중심으로

원 석 조(원광대 복지보건학부 교수)

1. 서론

주지하듯이 1980년대 초 학계와 관료계의 이른바 통합론자들이 조합방식의 건강보험을 통합방식으로 개편할 것을 주장함으로써 오랜 건강보험 통합논쟁이 시작되었다. 80년대의 1단계 논쟁에서는 주로 보건복지부(당시 보건사회부) 관료들과 학계(대체로 사회복지학계는 통합을, 보건학계는 조합방식의 유지를 지지)가 논쟁을 주도했고, 80년대 후반부터의 2단계 논쟁에서는 농민단체(가톨릭농민회, 기독교농민회 등)와 시민단체(인도주의실천의사협의회, 건강사회를 위한 약사회, 지역의료보험노동조합 등)가 통합론에 가세하였다.

조합론자들은 건강보험조합을 통합하면 재정적자 등의 문제 발생 시 정부 책임으로 전가되고(이른바 ‘통치권’에 부담), 소득과악률이 낮은 자영업자와 소득노출도가 높은 봉급생활자를 하나로 묶으면 봉급생활자들이 손해를 보게 되며, 소득재분배는 사회보장이 아니라 조세정책을 통해 이루어져야 하고, 조합방식만이 재정의 누수(조합직원들의 조합재정에 대한 감시를 통해)를 막을 수 있다는 논리를 앞세워 조합체제의 유지를 주장했다. 반면에 통합론자들은 관리운영과 재정을 하나로 통합해야만 사회보장의 기본이념인 소득재분배와 위험의 분산을 담보할 수 있고, 조합방식은 관리운영비의 불필요한 지출을 가져온다고 하여 통합방식으로의 전환을 요구했다.

각종 토론회, 공청회는 물론 신문이나 TV를 통한 전문가들 간의 수많은 논쟁과 시민사회단체들의 통합 요구투쟁이 전개되고 또 정치민주화가 진행되면서 통합론이 점차 여

론의 우세를 점하게 되었다. 이에 힘입어 김영삼 정부 말기인 1997년 11월 18일 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단과 지역 건강보험을 통합하는 것을 골자로 한 국민건강보험법이 여야 만장일치로 국회를 통과했고(1차 통합법), 1997년 12월 건강보험의 통합을 공약한 김대중 후보가 대통령에 당선되었으며, 대통령직인수위원회의 100대 과제에도 포함되었을 뿐만 아니라 새 정부의 노사정위원회 합의사항에도 포함됨으로써 통합은 기정사실화되었다. 그리고 1997년의 1차 통합법에 의거하여 1998년 3월 통합작업을 실무적으로 추진할 건강보험통합추진기획단이 조직되었다. 이어 1999년 1월 6일 직장 건강보험까지 통합한 국민건강보험법이 제정되기에 이르렀다.(2차 통합법) 동년 11월 26일에는 국민건강보험법중개정법률안이 국회 보건복지상임위를 통과함으로써 2000년 7월부터 조직을 통합하고, 2001년 1월부터 공교의보와 직장의보의 재정을 통합하기로 했으며, 2002년 1월부터 직장과 지역의보의 재정을 통합하기로 했다.(의보공단, 1999 : 10) 이로써 우여곡절을 겪은 건강보험 통합논쟁에 종지부가 찍히게 되었다.

그러나 직장과 지역의 재정통합 시 자영업자의 낮은 소득과 악화로 인해 붕급생활자가 손해 본다는 논리를 앞세운 한국노총과 직장의보 노조 및 야당인 한나라 당의 반대로 2002년 1월 법적 통합은 하되 향후 5년간 구분·계리하는 것으로 결정함에 따라(이혜훈, 2001 : 82) 사실상 직장과 지역의 재정통합은 차기 정권 또는 차·차기 정권으로 넘어간 상태이다. 따라서 현재의 통합은 불완전한 것이라 하지 않을 수 없다.

그렇지만 우리는 이를 부정적으로만 볼 필요는 없는 것 같다. 자영업자의 낮은 소득과 악질이 재정통합의 가장 큰 걸림돌이 되어 있는 것은 분명한 사실이고, 또 자영업자 보험료 부과체계가 많은 문제를 안고 있는 것도 부정할 수 없다. 이런 상황에서 직장과 지역의 재정통합을 강행하는 것은 정책목표가 아무리 옳다 해도 준비가 제대로 되어 있지 않아 엄청난 부작용을 야기한 의약분업 사태와 같은 결과를 낼 수 있다.

이렇게 볼 때, 연기된 5년의 시한을 잘 활용하여 붕급생활자는 물론 자영업자들도 만족할 수 있는 합리적이고도 현실적인 보험료부과체계를 마련하는 것이 관련 공직자와 학계가 할 일이 아닌가 한다. 본고는 이상과 같은 점들을 전제로 기존의 자영업자 보험료 부과체계의 문제점을 정리하고, 이를 바탕으로 합리적이고도 현실적인 대안을 모색하는 데 목적을 둔다.

2. 건강보험 재정통합의 성과

지역과 직장간의 재정통합은 유보되었지만 공직자(공교)와 지역주민의 보험재정은 이미 통합되었으며, 직장조합도 하나의 금고로 통합되었다. 비록 불완전한 통합임에도 그 이후, 보건복지부와 국민건강보험공단의 자체 평가에 의하면, 보험료 부담의 형평성, 소득계층간 소득재분배 효과 및 관리운영의 효율성이 상당히 제고된 것으로 나타났다. 보험료 부담의 형평성이란 동일소득 동일부담의 원칙을 말하는데, 통합 이전에는 소득이 같은 직장 가입자라도 자신이 속한 건강보험조합에 따라 보험료에 차이가 났었으나(최고 4.25배 차이) 통합 이후 전국의 모든 직장가입자에게 동일한 부과기준이 적용됨에 따라 이런 불공평이 완전히 해소되었다. 지역가입자의 경우도 마찬가지이다.

그리고 통합 이후 저임금 근로자의 보험료 부담은 감소하고, 고임금 근로자의 부담은 증가한 것으로 나타났다.(표 1 참조) 이는 고소득층으로부터 저소득층으로의 수직적 소득재분배 효과가 향상된 것을 의미한다. 소득계층간 재분배를 지향하는 사회보장의 기본원칙에 부합하는 매우 바람직한 현상이다.

<표 1> 건강보험 통합 이후 소득계층별 평균보험료 증감 현황

보수월액(월 소득)	보험료 증감률(%)	보험료 증감액(원)
52만 원 미만	-41	-7,934
52-75	-24.2	-5,588
75-100	-17.6	-5,082
100-126	-11.5	-3,999
126-154	-6.1	-2,492
154-199	+3.0	+1,371
199-249	+9.6	+5,311
249-303	+15.9	+10,232
303만 원 이상	+33.9	+29,455

자료 : 보건복지부·국민건강보험공단, 2000 : 33의 표 정리.

그리고 표 2에서 보듯이 기업규모별로도 의미 있는 변화가 나타났는데, 대기업 근로자의 보험료 부담이 증가했고, 반대로 영세한 소기업 근로자의 부담은 감소했다. 이 역시 건강보험의 소득계층간 재분배 효과가 향상되었다는 사실을 뒷받침하는 좋은 증거가 되고 있다.

<표 2> 건강보험 통합 이후 기업규모별 평균보험료 증감 현황

구 분	상시고용 근로자 수	보험료 증감률(%)	보험료 증감액(원)
영세업체	10인 미만	-17.0	-6,632
	10-30	-16.2	-6,245
중소업체	30-100	-11.0	-4,091
	100-300	-3.5	-1,266
대기업	300-500	+8.2	+3,182
	500-1,000	+8.7	+3,610
	1,000인 이상	+19.4	+8,992

자료 : 보건복지부·국민건강보험공단, 2000 : 36의 표 정리.

관리운영의 효율화로 인한 관리운영비 절감 효과도 괄목할 만하다. 통합으로 인한 조직 감축 현황은 표 3과 같은데, 표에서 보듯이 1차 통합(공교공단과 지역조합의 통합, 1998년 10월)과 2차 통합(직장조합의 통합, 2000년 7월)의 결과 227개 지역조합과 공교공단 20개 기관 및 142개 조합과 의료보험연합회(심사평가원의 전신) 8개 기관이 합쳐져서 국민건강보험공단 242개 기관과 심사평가원 8개 기관으로 크게 축소되었다.(총 397개 기관에서 250개 기관으로 축소)

<표 3> 건강보험 통합 이후 조직 감축 현황

구분	합계	지역조합	공교공단	직장조합	연합회 (현 평가원)
통합 전	397	227	공교공단 20 기관 (1 본부, 19 지부·출장소)	142	연합회 8 기관 (1 본부, 7 지부)
1차 통합 후 (1998. 10.)	339	국민의료보험관리공단 189 기관 (1 본부, 161 지사, 27 민원실)		상동	상동
2차 통합 후 (2000. 7.)	250	국민건강보험공단 242 기관 (1 본부, 6 지역본부, 223 지사, 12 출장소)			평가원 8 기관 (1 본부, 7 지원)

자료 : 양봉민, 2001 : 28의 표 1.

조직 감축과 함께 관리인원도 상당히 감소했다. 통합 이전 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단, 지역 및 직장조합의 총 근무 인원이 15,036명이었으나 1차 통합으로 12,606명으로 감소했고, 2차 통합으로 10,716명으로 감소했다.(감축률 28.7%) 이에 따

라 관리운영비 비중도 감소하여 총지출 대비 관리운영비 비중이 1997년 8.8%에서 1998년 8.1%, 1999년 7.1%, 2000년 7.3%, 2001년 4.4%로 크게 줄어들었다.(양봉민, 2001 : 29-30)

이상과 같이 소득계층간 재분배 효과와 동일 소득계층 안에서의 형평성이 제고되고, 관리운영의 효율성이 증대했다는 사실은 그간의 통합논쟁 과정에서 통합론자들이 주장했던 내용들이 사실이었음을 입증하고 있으며,¹⁾ 재정통합의 당위성이 여전히 유효함을 보여주고 있다.

3. 자영업자 보험료 부과와 난점

재정통합의 최대 걸림돌인 봉급생활자와 자영업자의 보험료 부담의 형평성 문제는 우리나라뿐만 아니라 사회보험을 시행하고 있는 모든 나라들이 고심했거나 고심하고 있는 사안으로서 자영업자 소득구조의 특수성 때문에 생기는 불가피한 문제이다.

미국의 사회보장법에서는 자영업자(self-employed)를 “상업 또는 사업(trade or

1) 여기서 그 동안 건강보험의 통합에 가장 앞장서 반대했던 조선일보의 모순적인 태도를 지적하지 않을 수 없다. ‘실직자의 지역 의료보험료’라는 제목의 조선일보의 사설(2001년 1월 13일자)은 직장가입자가 실직자가 되어 지역가입자가 되면서 오히려 더 많은 보험료를 부담하게 된 불공평한 일을 지적했다. 그런데 이런 ‘구조적인’ 모순이 바로 조합방식에서 기인한 것이며, 이의 해결을 위해서는 통합 이외에는 다른 대안이 없다는 사실에 대해서는 침묵했다. 사설의 전문은 다음과 같다. “최근 경기침체와 관련해서 다시금 실직자가 크게 늘어나면서 의료료 부담 증가에 따른 퇴직자들의 불평도 확산되고 있다. 행정편의주의에 의거한 마구잡이 의료료 산출방식으로 인해 직장에서 근무할 때보다 몇 배씩 부담이 늘어나게 돼 있기 때문이다. 11일자 조선일보 독자의견란에 소개된 어느 주부의 경우는 그 중 하나에 불과하다. 남편이 실직해 수입은 제로가 됐음에도 ‘직장’에서 ‘지역’으로 옮겨진 이후 의료료 부담이 4배나 쯤 늘었다면 누구나 황당해 할 것이다. 문제는 모순이 구조화돼 있다는 점이다. 소득이 그대로 노출되는 직장근로자는 의료료를 직장과 절반씩 나누어 부담하므로 동일조건인 경우에도 지역의보 가입자는 원천적으로 2배를 내게 돼 있다. 게다가 지역의보에서는 가입자의 수입이 얼마건 상관없이 자기들이 정한 기준에 의거해 의료료를 계산해서 부과한다. 집, 자동차 등을 근거로 한 평가재산이 얼마이고 세금은 또 얼마 냈는지를 합산한 수치를 토대로 전체수입을 어렵해 보험료를 산출하는 것이다. 무일푼 수입에 의료료가 4배로 된 기막힌 상황은 그래서 발생한다. 신출근거에 착오가 생기면 한꺼번에 몇 십 배나 쯤 늘는 경우도 생겨난다. 보험공단이 1000만원자리 임대아파트 거주자의 재산을 전산입력 하는 과정에서 78억원으로 잘못 환산해 56만원을 부과했다가 1만원으로 깎아준 사례가 그 본보기다. 수입이 줄거나 아예 없어졌음에도 의료료는 더 오르는 이런 불합리는 당장 시정해야 옳다. ‘직장’과 ‘지역’의 차이를 몰라서 하는 얘기가 아니다. 지역의보 가입자의 정확한 수입을 밝혀내기란 불가능에 가깝다. 그래서 소유재산을 근거로 한 계산법을 도입한 것이라 하더라도 실직자에 대해서는 응분의 배려가 있어야 할 것이다.”

business) 활동에 종사하여 소득을 얻는 자”라고 정의하고 있다. 구체적으로는 다음과 같은 조건을 갖춘 사람을 말한다. ① 상업 또는 사업 활동은 영리 또는 소득의 창출(making a profit or producing income)을 위한 것이어야 한다. ② 상업 및 사업 활동은 정기적으로 이루어져야 한다. 반복적인 거래 또는 활동의 규칙성(regularity)을 말한다. ③ 생계 또는 이윤을 위해 일하는 정규적인 직업(regular occupation or calling). ④ 상품과 서비스의 판매업에 종사하는 자영업자.(SSA, 1995 : 273-274)

우리나라의 통계청은 자영업자를 “자기 혼자 또는 무급 가족종사자와 함께 자기 책임 하에 독립적인 형태로 전문적인 업을 수행하거나 사업체를 운영하는 사람”이라고 정의하고 있다. 이런 정의는 피용자를 고용하는 고용주(고용주)와 독립적으로 사업체를 운영하되 타인을 고용하지 않는 자영업자를 대비시키는 데 초점을 둔 것이다.(권문일, 2001 : 3)

자영업자의 경제적 스펙트럼은 대단히 크다. 변호사, 의사, 건축가 등과 같이 사회적 지위와 소득수준이 높은 전문직으로부터 선진국의 슬럼이나 후진국의 도시 주변에 존재하는 가난한 비공식부문 종사자(행상, 좌판, 불법행위자 등)까지, 그리고 기술자, 장인, 판매업자, 택시운전자 등과 같은 도시 자영업자와 자영 농민, 어민, 임업인과 같은 농촌 자영업자를 포괄한다.(Thompson, 1988 : 2)

이와 같이 독립적으로 상업 또는 사업을 행하는 사람으로서 경제적 스펙트럼이 대단히 큰 자영업자의 소득을 제3자가 정확하게 파악하기는 대단히 어렵다. 그 이유는 자영업자 소득원의 특수성 때문이다. 피용자 소득은 임금이 90% 이상을 차지하기 때문에 임금이 개인의 보험료 부담능력을 거의 다 반영한다고 볼 수 있다. 그러나 자영업자의 경우 조세당국에 신고한 소득을 이들의 실제 총소득이라고 보기는 어렵다. 자영업자의 소득은 월급이 아니라 사업을 통한 수익이고, 자신이 사업주체이기 때문에 마음먹기에 따라 보험료 탈루(contribution evasion)와 보험료 은폐(contribution avoidance)가 가능하다.(Pavard, 1979 : 408)

그리고 자영업자를 상대로 보험료를 부과하고 징수하는 일도 쉽지 않다. 생산직 및 사무직 근로자와 같이 일정한 봉급을 정기적으로 수령하는 사람의 경우 소득이 완전히 노출되어 있고 또 소득관리가 기업에 의해 집단적으로 이루어지고 있어 보험료 부과는 물론 징수가 매우 용이하다. 반면에 자신의 사업을 스스로 관리하는 자영업자의 소득은 제삼자가 파악하기가 쉽지 않을뿐더러 보험료 부과와 징수가 어렵다.

따라서 사회보험을 자영업자로 확대하고자 할 때는 봉급생활자와 비교하여 형평에 맞는 보험료를 부과해야 하는 문제가 항상 제기된다. 특히 경제활동인구 중 농민이나 도시 자영업자와 같은 자영업자의 비중이 크고, 국가가 이들의 소득을 제대로 파악할 만

한 능력이 부족한 개발도상국가나 후진국의 경우 사회보험의 적용대상을 자영업자로 확대하는 게 결코 쉽지 않다. 그리하여 개발도상국의 경우 영세한 도시 자영업자나 가난한 농민의 사회보장 욕구가 크지만, 이런 현실적 제약 때문에 이들을 사회보장에 가입시키는 문제가 큰 과제가 되고 있으며 전 국민 사회보장의 가장 큰 걸림돌이 되고 있다. 각국들은 보험료 징수관리를 위해 지역 공공기관의 협조를 받던지, 농업생산물이 출하, 판매될 때 보험료를 부과하던지, 농촌 소재 사회보장 기관들이 상호 유기적인 협조 체제를 구축하던지, 은행을 통해 보험료를 납부케 하던지 하는 등의 방안을 강구했으나 실효성은 그리 크지 않았다.(Thompson, 1988 : 14-15)

그리고 농촌인구의 비중이 높은 라틴 아메리카 나라들은 농민을 사회보장에 가입시키는 것을 중대한 국가과제로 삼았는데, ① 농민들의 소득수준이 취약하고(재원의 취약성), ② 소득 산정이 기술적으로 어려우며, ③ 징수도 쉽지 않고, ④ 일인당 의료자원의 투입비용이 높아(농촌의 낮은 의료자원 현실. 넓은 지역에 적은 인구가 산재. 도로, 교통 등 인프라가 취약. 신속한 서비스 제공 곤란) 상당한 곤란을 겪었다. 그래서 ① 국가개입을 확대하거나(쿠바, 도미니카), ② 대규모 사회보장 기금으로부터 재정을 지원 받거나(도농의 재정 통합)(멕시코, 콜롬비아, 에콰도르, 브라질), ③ 목적세를 신설하거나(브라질, 코스타리카, 우루과이), ④ 징수체계를 개선하거나(정액방식의 채택. 콜롬비아)(생산 농산물에 보험료 부과. 아르헨티나)(농산물 구매자를 보험료 징수 대행인으로 활용. 아르헨티나, 브라질, 멕시코 등)(농산물 구입자는 생산자보다 수가 훨씬 적어 활용도가 높다.) 하는 등의 다양한 조치를 강구했다.(Mallet, 1980 : 369-373)

한편, 자영업자의 이런 특수성 때문에 자영업자를 사회보장에 가입시키는 문제로 큰 홍역을 치른 나라가 바로 우리나라이다. 전술한 건강보험 통합논쟁이 그랬고, 1999년 4월의 국민연금 파동, 즉 국민연금을 도시지역으로 확대 적용시킬 때 도시지역 신규 가입자(대부분 도시 자영업자)의 평균 신고소득이 85만 원으로 기존 직장가입자 144만 원의 60%에 불과하자 피용자들과 시민단체들이 크게 반발한 사태에서도 도시 자영업자의 소득과약이 핵심적인 문제였던 것이다.

국민연금 파동은 자영업자와 근로자간의 보험료 및 조세 불공평 문제를 조속히 해결해야 한다는 여론은 불리일으켜 이 문제에 정부가 적극성을 보이게 만들었다. 사회보장심의회위원회(의장 국무총리)의 의결에 따라 국무조정실, 복지부, 재경부, 국세청, 기획예산위 등 관련 8개 중앙부처와 시민, 노동단체 대표들이 참여한 자영업자소득과약위원회가 출범했던 것이다. 그러나 안타깝게도 1999년 8월 당시 김종필 국무총리에게 건의문(2000년 소득 분부터 금융소득종합과세 실시, 간이과세제 2001년 폐지 등을 담고 있었으나

경제부처의 반대로 누락, 변질)을 보고한 뒤 사실상 개점 휴업상태에 들어간 이후 2001년 5월 활동을 중지하고 말았다. 이를 통해 자영업자의 실질소득을 정확히 파악해 내는 일이 얼마나 어려운지 다시 한번 확인되었다.

4. 자영업자 보험료 부과체계의 문제점

현행 지역주민(주로 자영업자) 보험료 부과방식은 상당히 복잡하다. 지역 보험료는 크게 볼 때, 소득과 재산 및 자동차에 부과된다. 소득비례부분은 평가소득(개별 주민의 소득을 자체적으로 평가한 소득) 보험료와 과세소득(국세청에 신고한 소득) 보험료로 구성된다. 평가소득 보험료는 모두 30등급, 과세소득 보험료는 모두 50등급으로 나뉜다. 재산 보험료의 등급도 50등급이다. 자동차 보험료는 배기량에 따라 7등급으로 차등화 되어 있다.(1999년 5월 개정된 지역 보험료 부과등급표의 자세한 내용은 표 1, 2, 3 참조)²⁾

2) 2000년 건강보험을 통합하면서 정부는 봉급생활자와의 형평을 고려하여 지역 주민에게도 소득만을 기준으로 하는 보험료 부과체계를 적용할 계획이었다. 다시 말해서, 봉급생활자는 소득에 대해서만 보험료가 부과되는데 반해, 대부분이 자영업자인 지역주민의 경우는 소득은 물론 재산에까지 보험료가 부과되는 불합리한 현실을 개선하고자 했던 것이다. 그러나 자영업자의 소득파악률이 워낙 저조하고, 당분간 개선될 가능성도 없는 것으로 판단되자 이를 철회하여 종전과 같이 소득과 재산 양자에 보험료를 부과하기로 입장을 바꾸었다.

<표 1> 지역주민의 소득비례 보험료 및 재산보험료

등급구간	소득비례 보험료				재산보험료	
	평가소득 보험료		과세소득 보험료		재산금액(만 원)	보험료(원)
	평가점수	보험료(원)	과세금액(천 원)	보험료(원)		
1등급	6.1 이하	5,000	501-600	33,000	101-300	1,900
2등급	6.2 -7.1	5,900	601-700	35,500	301-600	3,800
3등급	7.2-8.1	6,800	701-800	38,000	601-900	5,700
4등급	8.2-9.1	7,700	801-900	40,500	901-1200	7,600
5등급	9.2-10.1	8,500	901-1000	43,000	1201-1500	9,500
6등급	10.2-11.1	9,400	1001-1100	45,500	1501-1800	11,400
7등급	11.2-12.1	10,300	1101-1200	48,000	1801-2100	13,300
8등급	12.2-13.1	11,200	1201-1300	50,500	2101-2400	15,200
9등급	13.2-14.1	12,100	1301-1400	53,000	2401-2700	17,100
10등급	14.2-15.1	12,900	1401-1500	55,400	2701-3000	19,000
11등급	15.2-16.1	13,800	1501-1600	57,900	3001-3350	20,900
12등급	16.2-17.1	14,700	1601-1700	60,400	3351-3700	22,800
13등급	17.2-18.2	15,600	1701-1800	62,900	3701-4100	24,700
14등급	18.2-19.1	16,500	1801-1900	65,400	4101-4600	26,600
15등급	19.2-20.1	17,300	1901-2020	67,900	4601-5200	28,500
16등급	20.2-21.1	18,200	2021-2140	70,400	5201-5800	30,400
17등급	21.2-22.1	19,100	2141-2270	72,900	5801-6400	32,300
18등급	22.2-23.1	20,000	2271-2410	75,400	6401-7100	34,200
19등급	23.2-24.1	20,900	2411-2560	77,900	7101-7900	36,100
20등급	24.2-25.1	21,700	2561-2710	80,300	7901-8800	38,000
21등급	25.2-26.1	22,600	2711-2880	82,800	8801-9800	39,900
22등급	26.2-27.1	23,500	2881-3060	85,300	9801-11000	41,800
23등급	27.2-28.1	24,400	3061-3240	87,800	11001-12200	43,700
24등급	28.2-29.1	25,300	3241-3430	90,300	12201-13600	45,600
25등급	29.2-30.1	26,100	3431-3640	92,800	13601-15100	47,500
26등급	30.2-31.1	27,000	3641-3860	95,300	15101-16800	49,400
27등급	31.2-32.1	27,900	3861-4100	97,800	16801-18800	51,300
28등급	32.2-33.1	28,800	4101-4350	100,300	18801-20900	53,200
29등급	33.2-34.1	29,700	4351-4610	102,800	20901-23300	55,100
30등급	34.2 이상	30,500	4611-4890	105,200	23301-25900	57,000
31등급			4891-5190	107,800	25901-28800	59,000
32등급			5191-5500	110,500	28801-32100	61,100
33등급			5501-5840	113,300	32101-35800	63,300
34등급			5841-6190	116,200	35801-39800	65,600
35등급			6191-6560	119,200	39801-44300	68,000
36등급			6561-6960	122,300	44301-49400	70,500
37등급			6961-7380	125,500	49401-55000	73,100
38등급			7381-7840	128,800	55001-61200	75,800
39등급			7841-8320	132,200	61201-68200	78,600
40등급			8321-8820	135,600	68201-75900	81,500
41등급			8821-8360	139,200	75901-84600	84,500
42등급			8361-9300	142,900	84601-94200	87,600
43등급			9301-10600	146,700	94201-105000	90,800
44등급			10601-11200	150,600	105001-117000	94,100
45등급			11201-11900	154,600	117001-131000	97,500
46등급			11901-12600	158,700	131001-145000	101,000
47등급			12601-13400	162,900	145001-162000	104,600
48등급			13401-14200	167,200	162001-180000	108,300
49등급			14201-115000	171,600	180001-200000	112,100
50등급			15001 이상	176,000	200101 이상	116,000

<표 2> 지역주민 보험료 평가소득 점수 환산표

구 분	1구간(기본)	2구간	3구간	4구간	5구간	6구간	7구간
피보험자의 성 및 연령별	남성	19세 이하	60-64세	20-29세	30-49세	-	-
		65세 이상		50-59세			
	여성	19세 이하	60-64세	25-29세	20-24세	-	-
		65세 이상		50-59세	30-49세		
점수	1.4	4.8	5.7	6.6			
점수	1.4	3	4.3	5.2			
재산정도 (만 원)	0-300	301-600	601-1000	1001-2000	2001-5000	5001-10000	10001 이상
점수	1.8	3.6	5.4	7.2	9	10.9	12.7
자동차연간세액	6만 4천원 이하	10만원 이하	21만원 이하	40만원 이하	55만원 이하	66만원 이하	66만원 초과
점 수	2	3.9	5.9	7.9	9.9	11.8	13.8

<표 3> 지역주민 자동차부과 보험료 등급조건표

(단위 : 원)

구 분			기준 보험료	사용연수별 적용률 및 결정 보험료			
등급	차종	배기량 등		3년 미만	3년-6년 미만	6년-9년 미만	9년 이상
1등급	승용 자동차	800cc이하	1,500	100%	80%	60%	40%
	화물자동차	적재정량 4톤 이하					
	특수자동차	소형특수자동차					
2등급	승용 자동차	1000cc이하	2,400	2,400	2,000	1,500	1,000
	승합자동차	소형일반버스					
	화물자동차	적재정량 5톤 이하					
	기타 승용자동차	모든 차량					
3등급	승용자동차	1500cc이하	5,000	5,000	4,000	3,000	2,000
	승합자동차	대형 일반버스					
	화물자동차	적재정량5톤 초과					
	특수자동차	대형특수자동차					
4등급	승용자동차	2,000cc이하	9,500	9,500	7,600	5,700	3,800
5등급	승용자동차	2,500cc이하	12,900	12,900	10,400	7,800	5,200
6등급	승용자동차	3,000cc이하	15,500	15,500	12,400	9,300	6,200
7등급	승용자동차	3,500cc이하	18,000	18,000	14,400	10,800	7,200

이처럼 평가소득 보험료가 30등급, 과세소득 보험료가 50등급, 재산 보험료도 50등급으로 세분화되어 있고, 자동차 보험료도 7등급으로 차등화 되어 있는 것을 보면, 우리나라 자영업자 보험료 부과체계가 매우 합리적이고 과학적인 것 같은 생각이 들게 만든다. 그러나 실제로는 전혀 그렇지 않다. 이는 실질적으로 지역주민들에게 보험료를 부과하고 있는 실무자들의 노조인 사회보험노조의 다음과 같은 내부의견서의 내용에서 잘 확인할 수 있다.

“자영자에 대한 보험료부과체계는 한 마디로 엉터리 그 자체다. 최근에 와서는 나이와 성별 그리고 자동차 유무와 차종에 의해 개인의 소득능력을 직권으로 평가하여 부과하는 지경에까지 이르렀다. 특히 재산이 없는 경우 전세보증금에 의하여 재산능력을 평가하는데 이것 역시 부동산시세 등을 통하여 직권부과를 하는 실정에 놓였다. … 문제의 핵심은 형편에 맞는 보험료를 내야 하는데 그렇지 못하기 때문이다. 소득분배구조가 왜곡되어있는 우리 사회의 한 단면이기도 하다. 현재 의료보험조합의 4인 가족기준 평균보험료는 2만5천원 내외이다. 1만원 정도의 보험료를 내야할 없는 사람도 2만5천원 10만원 정도를 내야하는 있는 사람도 2만5천 원 정도를 내고 있는 실정이다. … 자동차 역시 보험료부과의 대상이 되는데 남의 나라에서는 생활필수품으로 간주해 부과하는 나라가 없다. 자동차를 부과하려면 실사를 통해 생필품인가 여유(품)인가를 판단하는 장치가 있어야 할 것이다. 아니면 차라리 공직자재산신고사항에 들어가 있는 골프장회원권을 집어넣어야 할 것이다. 세무행정이 투명해지고 금융실명제가 내실화되기까지 보험료는 형평대로 내기 힘들 것이다. 다만 한 가지 방법이 있다면 의료보험에서 편의적으로 만든 직권부과체계에 의존할 것이 아니라 소득의 정기적인 실사작업을 통해 보험료의 형평성을 높이는 방법을 찾아야 할 것이다.”(1998년 6월 전국의료보험노동조합 정책실 제도분과 내부의견서)

이 문건은 자영업자 보험료 부과체계의 문제점을 매우 현실적으로 또 아주 정확하게 지적하고 있는데, ① 객관적이고 과학적인 자료에 근거하지 않고 실무자 직권으로 보험료가 부과되고 있으며(보험료 부과에 자의성), ② 생필품에 가까운 자동차에도 보험료가 부과되고 있는 것은 불합리하다는 것(부과기준의 불합리성)으로 요약할 수 있다.

보험료의 자의적 부과는 자영업자 과세자료의 열악성으로 인해 나타나는 불가피한 현상이다. 2001년 6월 국민건강보험공단이 발표한 자료에 의하면, 지역의 소득과악률은 고작 8%에 불과했다. 지역 가입자의 73%(600만 가구)는 아예 과세자료가 없고, 19%(154

만 가구)는 과세자료가 있더라도 연 소득을 5백만 원 이하로 신고하였다.(한겨레신문, 2001. 6. 21.)

자동차에 대한 보험료 부과는 이전부터 논란거리였는데, 이를 폐지해야 한다는 측에서는 ① 자동차를 재산가치로 간주할 수 없고, 또 재산으로 간주될 수 있다고 하더라도 부과되는 보험료가 지나치게 과중하며, ② 자동차로 인한 직접적인 소득의 발생이 없어 여기에 보험료를 부과하는 것은 불합리하다고 본다. 반면에 보험료를 적용해도 된다는 입장(건강보험공단의 입장)에서는 ① 자동차는 재산적 가치와 소득추정요소의 가치를 갖고 있으며, 다른 부과자료에 비하여 소유권이전이 용이하여 유동성이 양호하고, ② 보험료부과의 강제성 측면에서 세금과 같이 취급되나 부과·징수측면에서는 세금과 성격이 다르며(소득발생 결과가 아닌 능력측정의 기준에 부과가능: 보험료 부담능력에 부과), ③ 피보험자, 세대구성원의 부담능력 측면에서 소득(2년 전 소득자료), 재산(1년 전 자료)과 비교하여 현재의 부담능력을 반영한다, 즉 현재의 부담능력 측면에서 타 요소보다 합리적이라고 주장하고 있다.(국민의료보험관리공단 설립위원회, 1998)

사실 봉급생활자의 경우 임금에 대해서만 보험료를 부과하면서 자영업자에 대해서는 자동차는 물론 재산, 심지어 성과 연령까지 고려하여 보험료를 부과한다는 것은 형평에 크게 어긋난다. 그러나 대부분의 자영업자가 과세자료를 보유하고 있지 않고, 있다 하더라도 실질소득을 제대로 반영하고 있지 않는 현실에서는 자영업자들의 소득을 추정할 수밖에 없고, 또 소득을 추정하기 위해서는 자동차, 재산, 성, 연령 등 사회경제적 지위와 관련된 변수들을 고려할 수밖에 없다는 데 어려움이 있는 것이다.

현재 대부분의 건강보험 전문가들과 언론들은 자영업자의 소득과악률을 높여 봉급생활자들과의 형평성을 맞추어 줄 것을 바라고 있다. 그리고 보건복지부와 건강보험공단 그리고 정당들도 이를 원하고 있다. 이들은 자영업자의 소득을 봉급생활자와 대등할 정도로 투명하게 파악해야만 한다고 생각하고 있으며, 또 그것이 가능하다고 믿고 있다. 이들이 지향하는 자영업자 소득은 미국 사회보장연금의 보험료 부과대상이 되는 자영업자 소득을 연상시킨다.(주지하듯이 미국은 전 국민을 대상으로 하는 사회보험방식의 건강보험은 시행하지 않고 있다.) 미국 사회보장연금의 자영업자의 보험료 부과대상 소득은 “상품거래와 사업을 통해 취득한 자영순소득”(net earnings from self-employment derived from a trade and business), 즉 사업상의 총 매상액에서 필요경비를 공제한 순익이다.(SSA, 1995 : 273-274) 이를 그림으로 나타내면 그림 1과 같다.

<그림 1> 미국 사회보장연금의 자영업자 소득

$$\boxed{\text{매상총액}} - \boxed{\text{필요경비}} = \boxed{\text{순익(자영순소득)}}$$

여기서 필자는 다음과 같이 반문하고 싶다. 과연 우리나라 정부가 개별 자영업자를 상대로 미국식의 순익, 즉 자영순소득을 파악하려는 의지를 갖고 있는가? 그런 의지가 있다면 그것이 언제쯤 가능하겠는가?

이에 대한 필자의 생각은 매우 부정적이다. 다시 말해 자영업자의 소득을 완벽하게 파악하려는 의지는 별로 없어 보이고(자영업자를 상대로 카드사용을 강제하고, 소비자에게 카드사용을 권장하는 것을 보면, 그런 의지가 전혀 없는 것 같지는 않지만 봉급생활자에 비금갈 정도로 수입과 지출을 투명하게 파악하려는 의지는 없는 것 같다.), 따라서 선진국 수준의 자영업자 소득파악(선진국의 경우 자영업자의 매매 시 연간 매상총액과 필요경비 및 예상 순익이 공시될 정도로 투명하다.)이 가능하면 상당한 시일이 경과해야 할 것 같다는 것이다.

현실이 이러한데, 건강보험공단이 자영업자에 대해 봉급생활자 임금에 준하는 보험료를 부과하려는 것은 현실을 도외시한 과욕이라 하지 않을 수 없다. 자영업자 소득파악을 제고하는 국세당국의 중장기과제로 넘기고, 보건복지부와 건강보험공단은 현존의 자료를 최대한 활용하여 현실에 맞고, 또 봉급생활자와 자영업자 모두 수용할 수 있는 합리적인 대안을 개발하는 데 총력을 다 하는 것이 현명한 자세가 아닌가 한다.

5. 대안의 모색

지금까지 자영업자 보험료 부과체계를 놓고 많은 논의가 이루어졌지만, 구체적인 대안이 제시된 적은 없었다. 그러던 차에 최근 들어 건강보험공단의 용역을 받아 한국보건사회연구원, 조세연구원, 농촌경제연구원 등 세 연구원이 공동으로 지역가입자 보험료 부과방안과 직장·지역간 재정통합 방안을 제시하여 주목을 받고 있다.

세 연구원 안의 핵심은 다음과 같다. ① 기존의 부과요소인 성, 연령, 소득, 재산, 자동차를 그대로 활용하면서 '표준부과소득'을 개발한다. ② 표준부과소득이란 화폐단위의 소득이 아니라 부담능력을 점수화한 소득점수를 말한다. ③ 부과요소별로 소득점수를 부여하고, 부과요소별 점수를 합산하여 표준부과소득을 정하되 부과를 가급적 단순화하

기 위해 하나의 부과등급표를 개발한다. ④ 부과요소별 부담의 배분을 기존의 배분비중에 준함으로써 보험료 수준의 변이를 최소화한다. ⑤ 소득점수 구간별 세대의 분포를 고려하여 세대간 부담의 변별력을 갖도록 하고 구간별 점수의 차이를 적절하게 유지한다. ⑥ 소득점수 단위당 보험료(점당 보험료, 점수의 보험료 환산지수)는 보험재정 소요 규모를 소득점수의 총합으로 나누어 산정한다. 가입자 개인의 보험료는 부과표준소득(점수) × 점당 보험료로 결정된다.

그리고 직장가입자와 지역가입자간의 부담의 형평성을 담보하기 위해 두 집단간의 '형평계수'를 계산하여 부담금을 배분한다. 부담금은 직장의 경우 보험료를, 지역의 경우 '보험료 + 국고지원금'으로 간주한다. 형평계수는 ㉠ 회귀분석을 이용한 부담능력비례계수(두 집단의 재산, 자동차, 성, 연령의 평균치의 차이를 고려, 가중평균의 차이), ㉡ 소득점수를 이용한 부담능력비례계수(지역가입자의 재산, 자동차, 성, 연령을 점수화한 수치), ㉢ 질병위험비례계수(두 집단의 급여 차이를 계수화한 수치) 등 세 가지 변수를 고려하여 산출한다.(보건사회연구원 외, 2001 : 79-103)

이 안의 새로운 점은 ① 소득수준을 '점수화'하자는 것과 ② 직장가입자와 지역가입자의 보험료부담의 형평성을 제고하기 위해 '형평계수'를 적용하자는 것이다. 그러나 소득수준을 점수화하는 방법이 상당히 복잡하고, 게다가 질병위험의 차이까지 반영한 형평계수를 적용하자면 더욱 복잡해질 게 확실하다.

필자는 자영업자 보험료 부과체계를 개선하기 위해서는 ① 형평성 제고와 ② 부과방식의 단순화를 지향해야 한다고 생각한다. 형평성 제고는 직장가입자들의 가장 큰 불만이 봉급생활자와 자영업자간의 소득과약을 격차에 있고 또 이런 불만이 재정통합의 가장 큰 걸림돌이 되어 있는 현실을 고려할 때 반드시 해결해야만 과제란 점에서 보험료 부과체계의 개선에서 우선시되어야만 하는 문제이다. 단순화란 부과체계를 단순화하자는 것인데, 전술한 대로 객관적인 부과근거자료가 절대적으로 부족하고 또 있는 자료도 부실한 데도 불구하고 대상자를 30내지 50등급으로 세분화하고, 소득, 재산, 성, 연령, 자동차 등 부과기준을 다변함으로써 부과업무를 복잡하게 만들고 나아가 민원의 소지를 한층 높이고 있는 현실적 문제점을 타파하기 위한 대안이다.

1) 보험료 부과체계의 단순화

주지하듯이 사회보험 보험료 부과방법 중 가장 단순한 게 정액제이다. 베버리지 보고서의 기본원칙 중 하나인 정액제는 가입자의 부담능력을 반영하지 않는다는 점에서 비

복지적이고 보수적이라 하여 진보주의자들로부터 외면당했고, 베버리지 제안의 가장 큰 취약점으로 비판받아 왔다.

그러나 이런 비판은 다소 지나친 면이 있다. 단기보험인 건강보험과 장기보험인 적립방식의 연금을 비교해 보면 이를 확인할 수 있다. 적립방식 연금과 같은 장기보험의 보험료는 정기적금의 부금과 흡사하다. 매월 내는 부금의 크기와 불입기간에 비례하여 결정되는 적금과 불입한 보험료의 크기와 가입기간에 비례하여 결정되는 연금이 아주 유사하다는 것이다. 이처럼 적립방식의 연금이 적금과 같이 더 많은 보험료를 내더라도 나중에 더 많은 연금을 받기 때문에 대부분의 봉급생활자들이 소득비례방식을 반대하지 않는다. 그리고 부담하는 만큼 되돌려 받는다는 점에서 정액제로 해도 큰 불만이 없다.

반면에 건강보험의 보험료는 상해보험의 보험료와 유사하다. 건강보험이나 상해보험의 경우 보험료를 아무리 많이 내어도 병에 걸리지 않거나 상해를 입지 않으면 불입한 보험료는 소멸된다. 다만 민간보험인 상해보험에서는 보험료를 많이 내면 상해를 당했을 경우 보다 많은 보상을 받지만, 사회보험인 건강보험에서는 보험료의 크기와 관계없이 동일한 수준의 급여를 받는다는 점에서 양자의 차이는 분명히 존재한다. 그런데, 바로 이런 차이가 건강보험 가입자들의 불만을 야기할 소지가 있다. 다시 말해서 질병에 걸리지 않으면, 불입한 보험료는 연기처럼 사라지는 상황에서 다른 사람보다 많이 부담하는데도 왜 받는 것은 같느냐고 불만을 제기할 수 있다는 것이다.

그럼에도 대다수 건강보험 가입자들은 건강보험을 복지제도의 하나로 간주하여 소득계층간 소득재분배와 소득비례 보험료를 인정하고 있다. 그리고 봉급생활자의 경우 보험료의 절반을 자신의 고용주가 부담하고 있어 적어도 자신이 낸 순 보험료보다도 적은 급여혜택을 볼 가능성은 거의 없기 때문에 소득비례제를 반대하지 않는 것이다.

그리고 가족수당이나 노령수당에서 보듯이 오히려 정액제가 더 진보적인 경우도 있다. 모든 부양아동을 가진 가정에게 지급되는 가족수당과 모든 노인에게 지급되는 노령수당(기초연금)은 대부분 정액제로 운영되고 있으며, 액수가 매우 적다. 그러나 적은 액수지만 저소득층 가정이나 노인에게는 상당히 도움이 된다. 반면에 고소득층에게는 별로 도움이 안 된다.

한편, 정액제와 관련하여 정액제와 관련하여 독일의 사회보장연금이 자영업자 보험료를 소득비례제에서 정액제로 바꾼 사실은 우리에게 많은 시사점을 준다. 독일 자영업자 연금은 원래 보험료 소득비례제(총수입에서 필요경비를 제외한 순수입을 부과대상)를 채택했으나 1992년 연금개혁과 함께 정액제로 전환했다. 자영업자 보험료 액수는 피용자 및 사무직 연금 가입자 소득의 평균치(기준보험료)로 정해지는데, 실제 소득이 이 기

준보험료보다 낮거나 높을 경우 공인회계사의 공증을 받아 실제 소득에 따라 보험료를 낼 수 있으며, 또 예외적으로 자영업을 개시한 후 3년 동안은 본인의 신청에 의해 기준 보험료의 절반만 납부해도 된다. 독립채산제로 운영되는 수공업자도 자영업자와 같이 1992년부터 정액제로 전환했다.

여기서 필자가 정액제를 거론하는 이유는 정액제를 무조건 백안시하는 것은 옳지 않다는 것을 말하고 싶기 때문이다. 필자는 상해보험과 유사한 성격을 지닌 건강보험에서 가입자들의 소득을 속속들이 파악하여 100% 부담능력에 맞는 보험료를 부과하는 일이 과연 합리적인가 하는 의문을 갖고 있다. 부담능력에 따라 ‘다소간의’ 보험료 차이를 두는 것은 바람직하지만 ‘철저하게’ 부담능력을 파악하여 ‘아주 세분화 된’ 보험료를 부과한다는 것은 불가능하고 또 사리에 맞지도 않는 것 같다는 게 필자의 생각이다.(적립방식 연금이라면 몰라도) 부담능력을 ‘철저하게’ 파악하기 위해서는 자영업자는 물론 봉급생활자들의 봉급 외 소득, 재산(부동산은 물론 주식 등 유가증권까지), 자동차까지 조사해야만 하는데, 이런 일이 과연 가능할지 그리고 가능하더라도 그렇게 하는 것이 과연 바람직한 일인지를 반문해 보면 필자의 생각을 이해할 수 있을 것이다.

여하튼 필자는 건강보험의 보험료에 정액제적 요소를 강화해야 하고, 이를 위해 자영업자 보험료의 등급을 대폭 축소해야 한다고 믿고 있다. 필자의 이런 생각과 관련하여 대만의 건강보험이 전체 대상자를 단지 6개 직업집단으로 분류하고 있고 자영업자의 경우 동일 직종 동일 보험료 원칙을 적용하고 있다는 사실이 많은 참고가 된다.(표 4 참조)

<표 4> 대만 건강보험의 가입자 유형

구 분	봉급생활자	자영업자
제1류	공무원 및 사립학교교직원, 공영 사업체 및 기관의 피용자, 민간기업 피용자, 기타 피용자, 고용주	자영사업주, 전문직 및 기술직 독립 자영업자
제2류		직업조합의 조합원(택시기사, 목수, 양복점 주인, 식당 주인 등),선원
제3류		농어민
제4류	직업군인	
제5류	* 빈민	
제6류	** 퇴역군인, 군인유가족 및 기타 주민	

* 제5류의 보험료는 전액 정부가 부담³⁾

** 제6류는 정액의 보험료를 부담.

3) 제5류는 우리나라의 의료급여 대상에 해당하겠는데, 이런 점에서 대만은 사회보험인 건강보험과 공적부조인 의료부조도 하나로 통합되어 있는 셈이다. 빈민의 낙인감을 제도적으로 없앴다는 점에서 매우 진보적이라 하지 않을 수 없으며, 우리나라에 시사하는 바가 매우 크다.

대만도 건강보험을 통합하면서 봉급생활자와 자영업자간의 부담 형평성 문제를 해결하기 위해 고심했는데, 29개 등급으로 나뉜 표준보수등급표에 의거하여 전 국민에게 동일한 기준을 적용한 다음 자영업자는 직종별로 동일 등급을 적용시킴으로써 이 문제를 해결했다. 동일 직종 동일 보험료란 예를 들면, 택시기사, 목수, 양복점 주인, 식당주인 등은 6등급, 농업 자영업자는 5등급, 의사, 변호사 등 전문직 자영업자는 최고 등급인 29등급을 적용한 방식을 말한다.

대만의 동일 직종 동일 보험료 원칙은 부과체계를 단순화하고 자영업자들의 낮은 소득과약률의 한계를 극복하는 데 유력한 대안이 될 수 있다. 우리나라와 같이 타 직업에 대한 피해의식이 크고 동일 직종끼리의 연대의식이 큰 경우 직종별로는 등급 차를 엄격히 적용하되 같은 직종은 동일한 등급을 부여하는 것은 상당한 의미가 있다. 세탁업주를 예로 들면, 실제로는 서울의 변화가 세탁소와 읍 소재지 세탁소간의 수입 격차가 적지 않을 테지만, 동일 직종에 종사한다는 동류의식을 가지고 있기 때문에 동일한 보험료가 부과되어도 감수할 수 있는 것이다. 물론 이에 대해 동일 직종 동일 보험료가 가입자의 부담능력의 차이를 반영하지 않고 있다고 하여 비판할 수 있다. 그러나 자영업자 소득에 대한 객관적인 자료가 극히 부족하고, 건강보험의 보험료가 상해보험의 보험료와 유사하다는 사실을 감안하면 같은 업종에 종사하는 사람들에게 동일한 액수의 보험료를 부담시키는 것이 상쾌를 벗어난 것 같지는 않으며, 따라서 이들이 이에 대해 크게 반발할 것으로 생각되지는 않는다.

그리고 같은 자영업자라 하더라도 의사, 변호사, 회계사와 같은 고소득 자영업자들에게는 고액의 보험료가 부과되므로 불만이 없게 된다. 봉급생활자가 자영업자에 대해 피해의식을 갖는 가장 큰 이유가 고소득 자영업자의 소득이 제대로 파악되지 않고 있다는 데 있음은 주지의 사실인데, 이처럼 고소득 자영업자에게 최고등급을 부과하게 되면 봉급생활자들의 피해의식도 원천적으로 해소할 수 있다.⁴⁾

이상과 같은 필자의 주장을 정리하면, 무엇보다도 기존의 자영업자 보험료 부과체계를 단순화해야 하며, 이를 위해서는 정액제적 요소를 강화하여 자영업자 보험료 등급을 대폭 축소해야 하는 동시에 동일 직종 동일 보험료 원칙을 적용할 필요가 있다는 것이

4) 고소득 자영업자를 특별 취급하는 것은 독일 건강보험에서 그 예를 찾을 수 있다. 독일의 경우 의사, 치과 의사, 수의사, 약사, 건축사, 변호사, 공증인, 세무사 등 자유전문직은 주별로 별도의 공제조합을 설립·운영하고 있다. 보험료는 소득비례제(총수입에서 필요경비를 제외한 순수입의 일정률)이다. 이들 중 봉급생활자는 일반 피용자와 같이 임금의 일정률을 보험료로 부담하고, 그 절반을 고용주가 부담한다. 보험료율은 일반 피용자 연금의 보험료율을 준용한다.

다. 축소된 등급을 굳이 예시하자면, 사회계층론에서 말하는 9분법(상의 상, 상의 중, 상의 하, 중의 상, 중의 중, 중의 하, 하의 상, 하의 중, 하의 하)을 준용하여 9개 등급 정도로 하는 것이 어떨까 하는 생각인데, 이에 대해서는 좀더 깊은 연구가 필요하다.

2) 봉급생활자와 자영업자간의 형평성 제고

건강보험 재정통합 반대운동과 국민연금 자영업자 확대과동에서 보았듯이 봉급생활자들이 자영업자와의 사회보험 재정통합을 반대하는 가장 큰 이유는 고소득 자영업자의 낮은 소득과악률에 있다. 쉽게 말해서 자영 의사, 변호사, 회계사 등 고소득 자영업자들의 실제 소득은 대다수 봉급생활자보다 훨씬 많은 데도 불구하고 이들에게 부과되거나 이들이 신고하는 소득은 기대이하로 적다는 사실 때문이었다.

“한국 사람은 가난은 참아도 차별 받는 것은 못 참는다”는 말이 있다. 이 말은 개개 자영업자의 소득 절대 액을 파악하는 것보다는 봉급생활자와 자영업자, 자영업자 내부에서 고소득 자영업자 집단과 저소득 자영업자 집단 등 직종별·직능별 소득의 차이를 반영하는 게 중요하다는 사실을 시사한다. 예를 들어 개업 의사의 월 순 수입을 5백만 원 정도(개별 개업 의사별로 차이가 나는 건 분명하다.)로 책정하여 보험료를 부과했을 때, 이를 봉급생활자와 여타 자영업자 집단이 수긍하는가, 즉 사회공동체가 ‘납득할 만한’ 보험료 등급인가의 여부가 관건이 된다는 것이다.

‘납득할 만한’ 보험료 등급을 정하기 위해서는 무엇보다도 과학적이고 객관적인 직종별 소득 자료가 필요한데, 이를 위해 직종별로 표본을 뽑아 세무조사 수준의 엄밀한 조사를 하여 해당 직종의 평균소득을 파악해 내는 것도 한 방법이 될 수 있다. 이때 표본의 객관성이 중요한 것은 두말할 필요가 없다.

여하튼 관건은 봉급생활자와 자영업자 두 집단간의 부담의 형평성을 기하는 일이다. 개인 또는 집단간의 형평성을 담보하는 가장 확실한 방법은 똑 같게 하는 것이다. 건강보험도 마찬가지이다. 건강보험에서 두 집단간의 부담의 형평성을 기하는 가장 확실한 방법은 두 집단이 부담하는 보험료의 평균치를 동일하게 만드는 것이다. 말하자면 봉급생활자가 부담하는 보험료의 평균치가 자영업자 부담 보험료 평균치와 동일하다면 봉급생활자가 자영업자에 대해 시비할 이유가 없어진다는 것이다.

물론 이에 대해 우리나라 자영업자의 대부분을 영세한 자영업자들과 농어민이 차지하고 있어 자영업자의 평균 부담능력, 즉 소득과 재산의 평균치가 봉급생활자에 비해 적다하여 이를 반대하는 사람도 있을 것이다. 그러나 봉급생활자 중에도 저임금 근로자가

상당한 비중을 차지하고 있다는 점에서 이런 주장이 다 옳은 것은 아니다.

이에 대한 객관적인 근거를 마련하자면 두 집단간 부담능력의 차이를 반영하는 과학적인 지수가 있어야 한다. 이를 ‘형평지수’라 부를 수 있겠는데, 계산하기 간단하면서도 가입자들을 쉽게 설득할 수 있는 게 좋다. 우선 생각해 볼 수 있는 것이 재산세이다. 재산세는 봉급생활자는 물론 자영업자들도 내고 있다는 점에서 공평하고 또 보험료 부담능력을 상당히 반영하고 있다. 따라서 두 집단간의 재산세 납부실적을 비교하여 ‘형평지수’를 산출할 수 있는데, 일례로 재산세 납부실적 대장에서 일정한 수의 표본을 추출하여 봉급생활자와 자영업자로 구분한 다음 이 두 집단의 평균치를 계산해 내어 이를 형평지수로 활용할 수 있다고 본다.

이런 식으로 두 집단의 형평지수를 산출할 수 있다면, 형평지수를 자영업자 전체 보험료에 적용하여 자영업자가 부담해야 하는 평균보험료를 계산할 수 있다. 예컨대, 봉급생활자 대 자영업자의 형평지수가 100 대 98이고, 봉급생활자의 평균보험료가 연간 30만 원이라고 하면, 자영업자 1인당 부담해야 하는 보험료는 29만4천 원(30만 원 × 0.98)이 된다. 그리고 자영업자 총수가 5백만 명이라고 하면, 전체 자영업자들이 부담해야 하는 연간 보험료 총액은 1조4천7백억 원이 된다. 전체 자영업자들이 매년 이 정도의 금액을 보험료로 납부한다면, 봉급생활자들이 자영업자와의 재정통합을 반대할 이유가 없다.

그렇다면, 남은 문제는 가상금액 1조4천7백억 원을 어떻게 자영업자들에게 배분시킬 것인가 하는 것이다. 여기서는 안분제(安分制)가 참고가 된다. 안분제란 사회보험 재정에 소요되는 비용을 먼저 산출한 다음 일정한 기준에 따라 가입자들에게 그 비용을 적정하게 배분하는 방식을 말하는데, 일본 건강보험의 경우 자영업자의 보험료는 매년 초 당해연도에 소요될 것으로 예상되는 비용을 추계하여 표준과세 총액을 산정한 다음 각 세대에 보험세가 부과한다. 보험세는 소득할(所得割) 40%, 자산할(資産割) 10%, 피보험자균등할 35%, 세대별평균할 15%로 안분(安分) 부과된다. 그리고 일본 개호보험 제1호 피보험자(65세 이상 노인)의 보험료도 이와 유사한데, ① 시정촌별로 보험료 총액이 부과된 다음(시정촌의 요양서비스 수준에 따라 변동, 3년마다 변경.), ② 시정촌이 피보험자 개인별로 부과한다. 피보험자 개인별로 부담하는 보험료는 전술한 대로 소득수준을 고려하여 고소득자일수록 약간 더 부담하도록 5개의 단계를 두고 있다.

이러한 안분제를 응용하면 자영업자 보험료 배분은 간단해진다. 즉 앞서 제안한 대로 자영업자를 9개 등급으로 분류하고, 직종별 동일 보험료 원칙을 최대한 적용하여 각 등급별로 자영업자들이 할당되었다고 칠 때, “ \sum 등급별 보험료 × 등급별 가입자 수 = 자영업자 목표 보험료 총액”이 되도록 등급별 보험료를 조정하면 된다. 이는 시뮬레이션을 하면 간단히 계산된다.

6. 결론

앞서 살펴본 바와 같이 비록 제한적이지만 건강보험을 통합한 이후 보험료 부담능력의 형평성이 상당히 제고되었고, 관리운영도 상당히 효율화되었다. 이런 성과는 지역과 직장 가입자간의 재정통합이라는 건강보험 통합에서의 최종과제의 당위성을 확인시켜 주기에 충분하다.

한편, 직장과 지역 가입자의 재정통합에 있어서 가장 큰 걸림돌은 자영업자 소득과약의 한계에 있는데, 이 문제가 원천적으로 해결되기 위해서는 자영업자 소득과약을 봉급생활자에 버금갈 정도로 개선해야 가능하다. 그러나 현재의 세무행정수준을 볼 때 그 정도로 개선되기 위해서는 적어도 십수 년 또는 그 이상은 걸릴 것으로 사료된다. 따라서 실현 불가능한 목표를 좇을 게 아니라 현재의 자료에 근거하여 직장과 지역 가입자들이 '납득할 수 있는 수준'에서 자영업자들에게 보험료를 부과하는 것이 현명하다.

그리고 현재의 자영업자 보험료 부과체계에도 문제가 많다. 자영업자 소득 자료가 불충분하여 소득과 재산 관련 자료를 보험료 책정에 반영하고 있으나 상당 부분 공단 직원의 자의적인 판단에 따라 부과되고 있으며, 가입자의 보험료 부담능력을 반영하고 있다 해서 자동차에까지 보험료를 부과하고 있으나 봉급생활자와의 형평성이라는 측면에서 근본적인 문제점을 안고 있다. 사회계층이론에서 보듯이 사회구성원의 사회적 지위를 나타내는 계층변수는 직업, 소득, 재산, 주거지역, 가문 등이 있지만 가장 객관적이고 확실한 것은 '직업'이다. 이 말은 가입자의 직업이 그의 부담능력을 잘 반영한다는 것을 의미한다. 그럼에도 자영업자의 직업은 고려하지 않으면서 아무런 소득도 발생시키지 않는 자동차를 보험료 부과대상에 포함시키는 것은 매우 불합리하다. 또한 소득, 재산, 성, 연령 등 다양한 변수를 점수화하여 30내지 50개 등급으로 세분화하는 것은 부과방법을 매우 복잡하게 만들고 있다.

이처럼 현행 자영업자 보험료 부과방식이 너무 복잡하고 또 직업이라는 중요한 사회적 지위 변수를 고려하고 있지 않다는 점을 고려하면, 필자가 제안한 등급의 축소(9개 등급 정도로)와 동일 직종 동일 보험료 원칙은 유력한 대안이 될 수 있다. 그리고 단기 보험인 건강보험의 보험료가 상해보험의 보험료와 성격이 유사하다는 사실도 자영업자 보험료의 격차를 축소하고, 동일 직종 동일 보험료 원칙을 적용하는 데 있어서 하나의 논거가 될 수 있다.

직장과 지역의 재정통합에는 최소한 5년의 시간이 있다. 통합론자들은 이를 통합이 연기된 것이라고 해서 부정적으로만 볼 게 아니라 합리적인 부과체계를 개발하기 위한

시간을 5년간이나 벌었다고 긍정적으로 사고해야 한다. 주어진 시간을 최대한 활용하여 과학적이고 객관적이며 단순하면서도 소득차이를 잘 반영할 수 있는 보험료 부과기준을 만드는 것이 건강보험 관련 정책담당자와 전문가가 해야 할 가장 큰 책무라고 보며, 필자의 제안한 정책제적 요소의 강화, 등급의 축소, 동일 직종 동일 보험료, 안분제 등은 이런 논의를 생산적으로 만드는 데 참고가 되었으면 한다.

■ 참고문헌

- 국민의료보험관리공단 설립위원회. 1998. 5 『지역 통합보험료 부과체계 개발검토(안)』.
- 국민의료보험관리공단. 1998. 9. 『의료보험통합과 정책과제』.
- 국민의료보험관리공단. 1999. 12 『의료보험통합자료집』.
- 국민의료보험관리공단. 1999. 2. 『의료보험 진료비 증가요인분석 자료집』.
- 국민의료보험관리공단. 1999. 2. 『의료보험통합자료모음집』.
- 김상균. 2001. 6. 「국민건강보험제도의 전망과 과제」, 『국민건강보험의 성과와 발전방향』, 국민건강보험공단 창립 제1주년기념세미나자료집.
- 김영모 편. 2001. 『현대사회보장론』, 한국복지정책연구소출판부.
- 심창학. 1999. 12. 「프랑스 도시 자영업자 사회보장제도 : 제도적 특징과 형성과정을 중심으로」, 『사회복지정책』, 제9집.
- 양봉민. 1996. 12. 「의료전달체계와 의료제도의 성과」, 『사회복지정책』, 제3집.
- 양봉민. 1998. 11. 의료보험 통합이 보험재정에 미치는 효과. 한국사회복지정책학회 · 한국보건경제학회. 『의료보험 통합의 과제 학술세미나 자료집』.
- 양봉민. 1999. 『보건경제학』, 나남.
- 양봉민. 1999. 7. 「국민의료비 억제와 보험재정 안정화」, 『최근 의보동향』, 국민의료보험관리공단.
- 양봉민. 2001. 6. 「건강보험제도 1년의 성과」, 『국민건강보험의 성과와 발전방향』, 국민건강보험공단 창립 제1주년기념세미나자료집.
- 원석조. 2002. 『사회보장론』, 양서원.
- 의료보험통합추진기획단. 1998. 5. 「대만의 의료보험 통합운영현황과 평가」.
- 이평수. 2001. 6. 「국민건강보험공단 1년의 평가」, 『국민건강보험의 성과와 발전방향』, 국민건강보험공단 창립 제1주년기념세미나자료집.
- 이혜훈. 2001. 6. 「국민건강보험공단의 과제와 발전방향」, 『국민건강보험의 성과와 발전방향』, 국민건강보험공단 창립 제1주년기념세미나자료집.
- 이혜훈. 2001. 6. 「국민건강보험공단의 과제와 발전방향」, 『국민건강보험의 성과와 발전방향』, 국민건강보험공단 창립 제1주년기념세미나자료집.

- 전국의료보험노동조합. 1999. 『사회보험 개혁과 전국의료보험노동조합의 과제』.
- 정명채. 1998. 11. 의료보험의 통합과 보험료의 형평부과방안. 한국사회복지정책학회 · 한국보건경제학회. 『의료보험 통합의 과제 학술세미나 자료집』.
- 최병호. 2000. 2. 「국민건강보험의 발전방향」. 『최근 의보동향』. 국민의료보험관리공단.
- 한국보건사회연구원 · 조세연구원 · 농촌경제연구원. 2001. 6. 국민건강보험의 지역가입자 보험료 부과 방안과 직장 · 지역간 재정통합 방안. 『건강보험동향』. 통권 제25호.
- Mallet, A. 1980. "Social Protection of the Rural Population." in *International Social Security Review*. Year XXXIII. No. 3/4.
- Pavard, F. 1979. "Social Security Financing through the Contribution Method." *International Social Security Review*. Year XXXII. No. 4.
- Rejda, G. E. 1999. *Social Insurance and Economic Security*. 6th ed. N. J. : Prentice-Hall.
- Social Security Administration(SSA). 1995. *Social Security Handbook*. 12th ed.
- Social Security Administration(SSA). 1999. *Social Security Programs Throughout the World-1999*.
- Thompson, K. 1988. "Introduction of Social Security Schemes for Self-employed Persons." A Report of 8th ISSA Regional Conference for Asia and the Pacific. Seoul. 18-22 April.
- Weider, J. 1984. "Old-age Security for Farmers in the Federal Republic of Germany." *International Social Security Review*. 84/3.
- Whiteman, V. L. 2001. *Social Security : What Every Human Services Professional Should Know*. Boston : Allyn & Bacon.