

〈발제 1〉

사회보험의 시장화 어떻게 볼 것인가?

- 연금 및 의료보험의 시장화를 중심으로 -

안종범(성균관대 경제학부 교수)

I. 서론 : 복지환경의 변화	2. 공적연금의 정치적·구조적 취약성
II. 사회보험의 위기와 다층적 복지체계	3. 공적연금의 다층화전략과 기대효과
1. 사회보험의 위기	IV. 의료보장체계의 다층화와 시장화
2. 세대 간 공·사적 이전의 변화	1. 의료보장체계의 현황
3. 새로운 복지패러다임	2. 의료보험기능의 취약성과 한계
4. 사회보험의 시장화와 다층적 복지체계	3. 의료보장의 다층화전략과 기대효과
III. 노후소득보장체계의 다층화와 시장화	V. 결론
1. 노후소득보장체계의 현황	

I. 서론 : 복지환경의 변화

20세기에 이어서 21세기에 도 복지환경은 끊임없이 변화하면서 새로운 복지패러다임에 대한 논의가 활발히 진행되고 있다. 20세기 초반, 세계대공황을 경험하면서 완성된 복지국가(welfare state)는 그 이후 지속적으로 발전과 한계를 경험하면서 새로운 형태의 복지국가에 대한 논의가 진행되는 것이다. 1960년대 이후 고속 경제성장의 지원 속에서는 복지제도는 늘 확장을 거듭하였다. 그러나 1970년대에 들어 두 차례의 석유파동을 고비로 저성장시대로 접어들면서 많은 비용을 수반하는 복지국가모델로는 한계가 있음을 인식하게 되었다. 특히 선진국들의 경우, 재정적자와 국가채무 증대로 인한 재정건전성 위기에 직면함으로써 사회복지규모를 축소 조정할 수밖에 없게 되었다. 다른 한편으로 인구구조의 고령화로 인하여 더 한층 커진 재정부담 때문에 새로운 복지국가모델 구축의 필요성이 더욱 커지게 되었다. 따라서 현재 각국은 복지재정의 절감과 함께 복지제도의 구조적 결함을 시정하여 비용효과성(cost-effectiveness)을 높이는 복지국가모델의 구축에 심혈을 기울이고 있는 것이다.

이와 같은 재정부담의 증대와 함께 제도운명을 위한 관료조직의 비대화와 경직화를 초래하게 되면서 선진 각국에서는 국가중심의 복지로부터 사회중심의 복지로 전환하는 추세를 보이고 있다. 아울러 사후적 복지에서 사전적 복지로 전환하고 있는 새로운 추세도 보이고 있다. 사전적인 것은 실업, 은퇴, 질병 등 위험이 발생하기 전에 사람을 보호하는 것으로서 주로 의무교육과 사회보험이 주된 역할을 한다. 한편, 사후적인 것은 빈곤, 질병 등의 위험이 발생하고 난 뒤 사람을 보호하는

것으로서 국민기초생활보장, 의료부조 등 공공부조와 복지서비스가 중심이 되고 있다.

한국 역시 그동안 유사한 복지환경의 변화를 경험하였다. 한국의 경우 가장 주목해야 할 것은 세계에서 유례를 찾아볼 수 없는 낮은 출산율과 빠른 속도의 고령화이다. 이러한 급속한 인구구조의 고령화는 노후생활보장을 위한 복지체제 구축의 필요성을 더욱 크게 할 뿐만 아니라, 생산인구 감소, 성장잠재력 약화, 저축감소 등 경제전반에 광범위하게 부정적인 영향을 미칠 것이다. 인구고령화로 인해 발생하게 될 가장 심각한 문제는 재정건전성의 약화나 국민연금, 건강보험을 비롯한 사회보장제도의 재정불안 등 제도적 요인들로 인해 고령화의 영향이 실제 생활의 각 영역으로 전파되고 확대된다는 점이다. 서구의 경우 고령화가 상대적으로 장기에 걸쳐 진행되었다는 점에서 사회적 부양부담을 점진적으로 조절할 수 있었다. 그러나 한국의 경우, 선진국에 비해 상당히 늦게 고령화가 시작되었지만 고령화 속도는 세계 최고수준이라는 점과 더불어 세계 최저 수준의 출산율을 기록하고 있다는 점에서 저출산·고령화를 대처할 충분한 시간적 여유가 없다는 점이 문제이다. 따라서 앞으로 출산율 제고를 위해 노력을 한다고 해도 인구고령화 현상은 피해갈 수 없으며, 이에 대한 우리의 준비 시간도 충분치 않은 실정이다.

따라서 지금 우리가 해야 할 일은 인구고령화가 초래하는 부정적인 영향을 최소화할 수 있는 제도적 정비를 서둘러야 한다. 하지만 이러한 과제들은 결코 쉬운 일이 아니다. 특히, 연금개혁이나 의료개혁 등은 많은 기득계층과 이해단체들의 저항에 부딪힐 수도 있으며, 정치적 인기영합주의가 개혁에 걸림돌이 될 수도 있다. 그러나 인구고령화로 인하여 앞으로 연금수급자는 급격히 증가하고 이에 따라 노인의료비가 증가하는 등 사회보장지출의 증가하기 때문에 이를 대비한 제도개혁을 늦출 경우 우리 후세대의 부담을 가중시키고 성장잠재력을 더욱 약화시키게 될 것이다. 따라서 고령사회로의 진입을 대비한 복지체제의 새로운 패러다임이 절실히 요구되어지고 있다.

세계적인 현상으로서의 고령화와 복지수요의 다양화는 20세기 후반부터 나타난 새로운 복지환경의 변화라고 할 수 있다. 이러한 변화는 국가중심에서 사회중심으로 복지기초변화를 야기하는 핵심 동력으로 작용했다고 평가된다. 아울러, 국가중심에서 사회중심으로의 이행은 보편적 복지에서 선택적 복지, 순간복지에서 평생복지로 나아가 일층복지에서 다층복지로 이행해 가는 과정으로 표현될 수도 있다. 다층복지는 중앙정부 뿐만 아니라 지방정부 그리고 정부뿐만 아니라 기업과 민간 그리고 개인을 모두 포함하는 형태의 복지공급주체의 다원화가 기초가 된다. 이러한 복지제도의 기본 틀을 기초로 국가가 담당하는 보편적 복지의 최소화 즉, 최저한 보호를 일층으로 하고 정부와 민간의 역할분담을 제도로 규정하는 이층 그리고 민간의 자발적 참여를 유도하는 삼층 등으로 이루어지는 다층 복지가 가능한 것이다. 노후소득보장체계의 경우, 현행 기초노령연금(0층), 국민연금(1층), 퇴직연금(2층), 개인연금(3층)의 구조에서 기초노령연금을 국민연금제도로 통합하여 기초연금과 소득비례연금으로 이원화한 뒤 기초연금을 0층, 소득비례부분을 1층, 퇴직연금을 2층, 그리고 개인연금을 3층으로 구성된다. 여기서 연금제도의 시장화는 1층으로서 소득비례연금을 적용제외(contract-out)하여 민간이 참여할 수 있도록 한다는 의미를 갖는다. 따라서 시장화는 다층화의 개념에 포함되는 개념으로 인식할 수 있다. 이러한 다층화와 시장화는 노후소득보장체계 뿐만 아니라 의료보장체계에도 적용되는 것이다.

이에 본 논문에서는 대내외 복지환경의 변화를 인식하고 한국의 복지현실을 분석함으로써 한국 복지에 있어서의 환경변화와 한계 극복을 위한 새로운 복지체제로서 다층적 복지체제의 구축의 필요성을 강조하고자 한다. 이러한 다층적 복지체제의 패러다임하에서 사회보험의 시장화에 대한 논의를 전개하고자 한다.

II. 사회보험의 위기와 다층적 복지체계

1. 사회보험의 위기

가. 넓은 사각지대

우리나라 사회보장제도는 크게 1차 사회안전망인 사회보험제도와 2차 사회안전망으로 공공부조 제도로 구분되고, 부가적으로 각종 사회복지프로그램과 사회복지시설서비스로 나누어 볼 수 있다. 한국의 사회안전망은 비록 늦게 시작이 되었지만 어느 선진국 못지않게 그 체계 자체는 잘 짜여 있다고 할 수 있다. 다만 단시간에 여러 제도를 도입함에 따른 실효성이 미진하다는 문제는 갖고 있다.

<표 1> 우리나라의 사회보장제도와 사회안전망

사회보장제도		사회안전망
		광의의 개념
사회보험	국민연금	1차 사회안전망
	건강보험	
	고용보험	
	산재보험	
공공부조	기초노령연금	2차 사회안전망
	국민기초소득보장제도	
각종 사회복지급여 프로그램	모·부자 복지급여	기타 사회안전망
	장애수당	
	가족급여	
	기타	
사회복지시설서비스(고아원, 양로원 등)		

우리의 사회안전망이 갖는 가장 큰 문제는 다양한 제도에도 불구하고 사각지대가 넓게 형성되어 있다는 것이다. 특히, 사회보험제도의 핵심인 국민연금제도의 사각지대 문제가 심각하다. 1999년 4월 도시지역 확대적용을 통하여 전국민연금화가 이루어졌지만, 기존의 노인들은 거의 적용에서 제외되었다. 2004년 현재 60세 이상 총인구 5,899천명 중 공적연금(국민연금+직역연금) 수급자는 1,058천명으로 18%에 불과하여, 공적연금의 사각지대의 비중은 4,842천명으로 82%에 달하고 있다. 여기에 경로연금 수급자 618천명을 포함하더라도 공적소득보장 미수급자수는 4,224천명으로 60세 이상 총인구의 71.5%에 달한다.

뿐만 아니라, 미래 연금수급세대인 현재 근로연령층의 공적연금 사각지대도 심각한 실정이다. 2007년 기준 20세~59세 총인구 29,090천명중에서 2007년말 기준 국민연금 총가입자 수는 18,266천명으로 전체인구의 63%수준이고 이 중에서 납부예외자 5,106천명을 제외하면 총인구 중에서 연금수급자격을 갖춘 대상자는 13,160천명에 불과하여 약 45%수준에 불과하다. 결국 이와 같은 상황 하에서 공적연금 수급이 본격적으로 이루어지게 되면 노후소득보장체계가 완성될 것으로 생각하는 것은 환상일 수 있으며, 미래 노령계층의 상당수가 공적연금의 사각지대에 놓일 것으로 예상되어

진다.

그리고 고용보험의 경우에도 1998년 10월 1일부터 고용보험의 적용범위가 모든 사업장과 임시·시간제 근로자에게로 확대되고, 1999년 12월 31일 기준기간과 피보험기간이 각각 18개월과 180일로 완화되었지만 실업급여의 수급자는 저조한 실정이다. 제도 시행 이후 실업급여 수급자수 대비 비중은 꾸준히 증가하고 있지만 2007년 현재 전체 실업자 수 783천 명 중에서 실업급여 수급을 받은 인원은 272천명으로 34.8%에 해당되며 65.2%에 해당하는 인원은 고용보험제도에 의한 실업급여의 혜택을 받지 못한다. 이는 자발적 실업의 경우를 제외하더라도 실업급여 수급인원이 크게 증가하지 않는 현실을 감안한다면 여러 선진국가와 비교하여 상당히 낮은 수준이라고 아니할 수 없다.

<표 II-2> 고용보험 적용률 추이

	취업자(A)	근로자(B)	상용·임시 근로자(C)	피보험자(D)	D/A	D/B	D/C
1995	19,825	12,899	11,097	4,204	21.2	32.6	37.9
1996	19,141	13,200	11,406	2,322	22.6	32.7	37.9
1997	19,381	13,404	11,518	4,280	22.1	31.9	37.2
1998	18,180	12,296	10,576	5,268	29.0	42.8	49.8
1999	18,426	12,663	10,390	6,054	32.9	47.8	58.3
2000	19,192	13,360	11,003	6,747	35.2	50.5	61.3
2001	19,502	13,659	11,440	6,909	35.4	50.6	60.4
2002	19,965	14,181	11,748	7,171	35.9	50.6	61.0
2003	19,997	14,402	12,273	7,203	36.0	50.0	58.7
2004	20,300	14,894	12,707	7,577	37.3	50.9	59.6
2005	20,475	15,185	12,973	8,064	39.4	53.1	62.2
2006	20,648	15,550	13,347	8,537	41.3	54.9	64.0
2007(6월말)	20,705	15,851	13,669	8,840	42.7	55.8	64.7

주) 60세 이하 기준

자료: 노동부(2005), 『고용보험 10년사』, 노동부(2006), 『고용보험백서』, 통계청(2007) 『경제활동인구조사연보』, 노동부(2007) 『노동백서』

또한 고용보험제도의 심각성은 전체 취업자 중에서 피보험자가 차지하는 비중을 보면 상당히 낮은 비중을 차지하고 있는 데서 찾을 수 있다. <표 II-2>에서 알 수 있듯이 2000년 이후 취업자에 대한 피보험자의 비중은 여전히 낮은 수준을 보이고 있어 절반도 미치지 못하는 것으로 나타났다. 피보험자의 비중은 2007년 상반기 현재까지 매년 평균 3.95% 소폭증가를 보이고 있으며 취업자 대비 고용보험 적용률추이는 2000년 이후 평균 37.5% 추이를 보이고 있다. 근로자의 경우는 2000년 이후 6년간 50%대에서 지속적으로 머물러 있는 상황이며 2000년 이후 평균 52%를 나타내고 있다. 최근 2005년 이후부터 상승추이를 보이고 있으나 다소 미약한 수준을 보이고 있다. 또한 상용·임시근로자 대비 고용보험 적용률은 2000년 이후 60% 수준을 보이고 있으며 최근 2007년 상반기 현재 64.7%를 나타내고 있다. 이러한 사실을 통해 고용보험적용률 추이가 다른 선진 국가에 비해 낮은 뿐만 아니라 매년 증가폭도 크지 않음을 알 수 있다.

나. 사회보험 재정위기

일반적으로 고령화로 인한 가장 확실하고 큰 충격은 노령연금에 가해진다. 한국의 경우 급속한 고령화와 함께 '저부담-고급여'라는 연금수급구조상 문제로 공적노령연금인 국민연금의 재정위기는 어느 국가보다 심각한 상태였다. 이러한 이유로 지난 수년간 국민연금의 개정 논란이 지속되었고, 2007년 7월에서야 국민연금법 개정안이 겨우 통과되었다. 개정 국민연금법은 보험료율은 현행 9%를 유지하되, 급여는 40년 가입자 기준으로 평균소득자의 경우 소득대체율 60%에서 2008년 50%, 이후 매년 0.5%p씩 낮아져 2028년 소득대체율이 40%로 낮추는 것을 골자로 하고 있다. 개정 이전 국민연금발전위원회(2003)는 연금재정이 2036년 당해 연도 재정수지가 발생하기 시작하고, 2047년 적립기금이 완전 소진될 것으로 전망하였는데, 금번 개정으로 국민연금기금 고갈시점을 2047년에서 2060년으로 13년 연장하는 정도에 그칠 것으로 전망되고 있다.

즉, 새로운 국민연금법 개정에도 불구하고, 급속한 고령화와 연금제도의 성숙에 따른 수급자의 급증으로 연금재정의 수지균형을 맞추기 위한 필요보험료율을 계속 인상하거나, 부과방식(Pay-As-You-Go)으로 전환하여야 할 것으로 전망되고 있다. 문형표(2005b)는 이러한 막대한 보험료 수준의 증가는 연금제도의 지속가능성을 위협하고, 미래세대에 막대한 보험료 부담을 지우게 되어 엄청난 세대 간 불형평성 문제를 초래하게 될 것으로 보고 있다.

이러한 공적연금제도의 장기적 불안정성은 군인연금제도를 비롯한 공무원 및 사립교직원연금 등 특수직역연금제도에서 보다 심각한 상황이다. 국회예산정책처(2005)에 따르면, 공무원연금의 적자는 2000~2004년 8,500억 원에서 2005~2009년에는 7조 3,000억 원으로 급증하고, 연도별 적자 액수도 2005년 7,300억 원에서 2010년 2조 8,000억 원, 2020년엔 13조 8,000억 원대로 기하급수적으로 늘어날 것으로 예상되고 있다. 군인연금의 적자액은 2005년부터 5년간 총 3조 원대로 여기에 국고보전금만 2조 8,000억 원대에 이를 전망이다. 그리고 사학연금 역시 2013년 적자가 된 뒤 2026년 고갈될 것으로 예상되고 있다. 이와 같은 직역연금의 재정위기는 근본적으로 보험료는 적게 내고 연금은 많이 타가는 적자발생 구조와 퇴직자들의 고령화에 따른 결과이다.

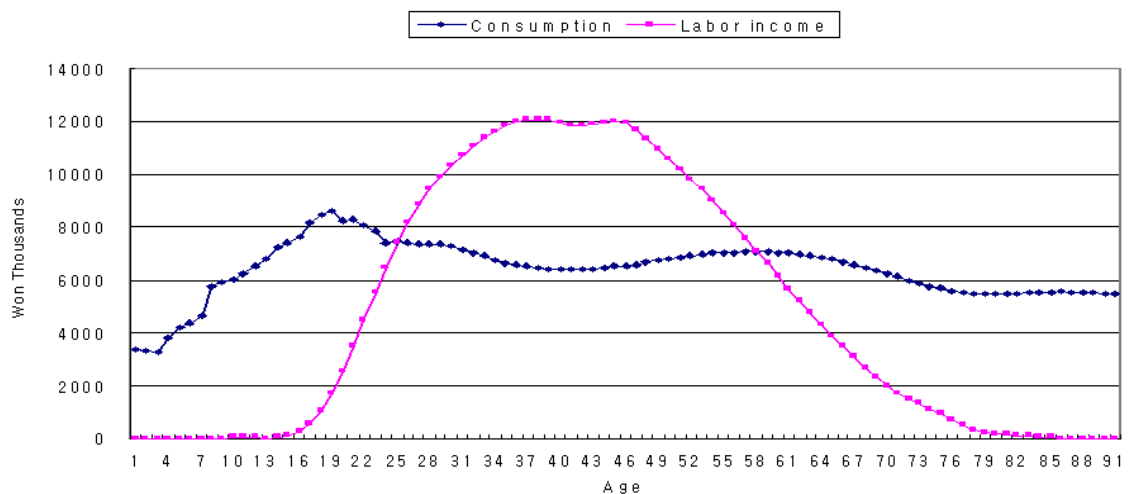
문형표(2003)는 우리나라 공무원연금제도의 지급률 수준은 30년 가입을 기준으로 최종보수 월액의 70%인데, 이는 미국(56%), 프랑스(60%), 독일(56%) 등 선진국 공무원연금에 비해 매우 높은 수준인 반면, 보험료수준은 1970년대 이후에 계속 낮게 유지되어 저부담·고급여의 구조적 불균형이 초래되었고, 이에 따라 연금재정도 취약해졌다고 진단하고 있다.

건강보험 역시 심각한 재정위기에 놓여있다. 2000년 의약분업과 건강보험재정통합 과정에서 발생한 건강보험 재정위기는 담배부담금을 재원으로 형성된 '국민건강증진기금'으로부터 재정지원을 받음으로써 단기적으로는 극복된 것으로 나타나지만, 여전히 재정위기의 불씨는 남아 있다고 할 수 있다. 지속적인 건강보험수요증가와 급여확충으로 보험재정의 악화요인은 여전히 잔존하고 있기 때문이다. 이러한 건강보험의 재정위기는 앞으로 진행될 고령화로 그 심각성이 더욱 커질 것이다. 고령자가 비고령자에 비해 의료비용이 3~4배에 달하는 점을 감안할 경우 지금과 같은 고령화 추세는 의료수요 증가와 건강보험 급여 확대로 이어질 것이며, 건강보험의 재원이 사회보험과 국고지원으로 조달되는 한 재정압박으로 연결될 수밖에 없다.(문형표 외, 2005a) 국민건강보험 진료비의 경우, 지난 2004년 약 22조 5,060억 원이었던 것이 2010년, 2020년, 2030, 2040년, 2050년에 각각 33조 원, 54조 원, 81조 원, 108조 원, 129조 원으로 확대될 것으로 전망되고 있다. 2050년의 진료비는 2004년의 무려 6배로 늘어날 것이라는 것이다.

2. 세대 간 공·사적 이전의 변화

인구고령화에 대한 높은 염려속에 정부 및 학계에서도 적합한 해답을 제공할 수 있는 방법을 찾는 연구가 활발히 진행되어 왔다. 그 중 최근에 개발되어 국가 간 비교연구가 진행되고 있는 국민이전계정(National Transfer Accounts)에 주목할 필요가 있다. 국민이전계정은 국민계정(National Account)을 연령별로 구분하여 세대 간 혹은 연령집단간 자원의 흐름을 파악하는 새로운 접근방법으로 저출산·고령화 시대에 중요한 정책시사점을 제시할 수 있다. 미국 국립고령화연구소(National Institute of Aging)와 UN의 지원 하에 23개국의 경제학자와 인구학자들로 구성된 연구팀이 지난 6년간 국민이전계정을 구축하기 위한 공동연구를 활발하게 진행하고 있다.

이러한 국민이전계정을 통해 한 개인의 전 생애를 통한 소득과 소비가 연령대별로 어떻게 변화하는가를 파악할 수 있다. 한국의 국민이전계정을 추정한 결과에 의하면, <그림 II-1>에서 보듯이, 소득으로 소비하고도 남는 부분인 생애주기 흑자(lifecycle surplus)는 25세에서부터 57세까지 32년간 이루어지는 것으로 나타난다. 즉, 25세에서 시작되는 근로연령대에서는 소비하는 것 이상으로 소득이 발생하는 것으로 나타난다. 반면, 유년층을 포함하는 24세 이하의 연령대와 노년층을 포함하는 58세 이상의 연령대에는 소비 수준을 자신의 노동소득에 의해 충당하지 못하는 생애주기 적자(lifecycle deficit)가 발생하는 시기인 것으로 나타난다. 생애주기 적자가 흑자가 되는 연령인 25세는 대체적으로 대학졸업 연령(병역 필 남성의 경우)인데 이때부터 비로소 자신의 소비를 자신의 노동소득으로 충당하게 된다. 반대로 생애주기 흑자에서 적자로 전환되는 58세는 한국의 평균 퇴직연령과 유사한 연령대이며, 이처럼 노동시장에서 퇴출하는 연령이 되면 자신의 소비를 자신의 노동소득으로 충당하지 못하게 되는 것으로 나타난다. 결론적으로 소비 이상의 생산을 할 수 있는 것은 노동시장의 참여와 매우 밀접하게 나타난다.



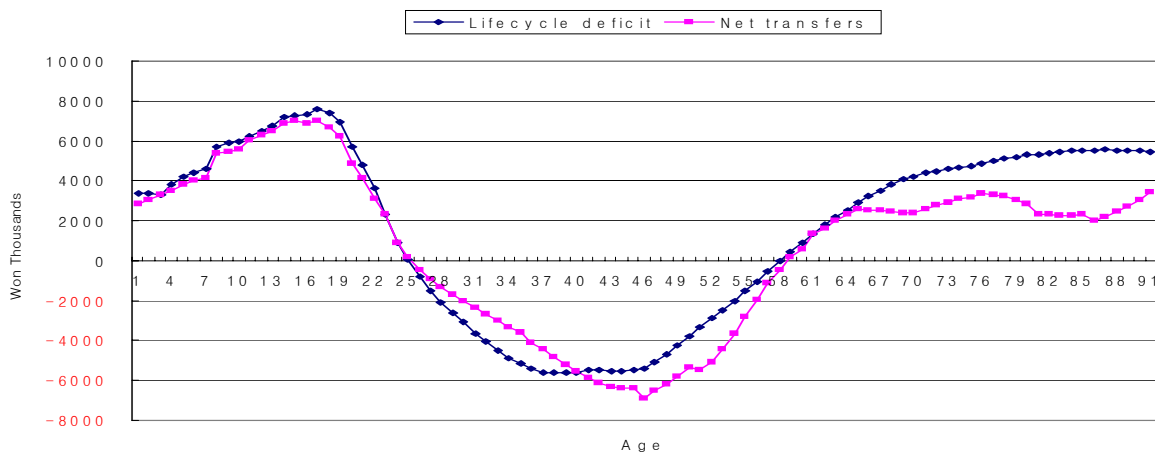
<그림 II-1> 한국인의 연령별 소비와 소득 (2000년 1인당)

한편, <그림 II-1>에서 연령별 소비패턴의 변화를 보면, 4세 이후 급속히 증가하여 10대 후반(19세)에 최고점에 이르며 이후 40대 초반까지 완만히 감소하다가 그 후 다시 다소 증가하다가 60세 이후에 다시 감소하는 것으로 나타난다. 소비가 4세부터 증가하기 시작하는 것은 대체로 유치원

교육이 시작되는 연령이기 때문이고, 10대 후반에 정점을 보이는 것은 고등학교 졸업 연령인 10대 후반까지 교육비 지출이 큰 비중을 차지하다가 감소하기 때문인 것으로 해석된다. 그리고 40대 초반 이후 소비가 다시 증가하는 것은 이 연령대부터 건강관련 소비의 증가속도가 빨라지기 때문이다. 60세 이후에 다시 소비가 감소하는 것은 노동시장에서의 퇴출에 따른 노동소득의 감소가 영향을 미치는 것으로 보인다.

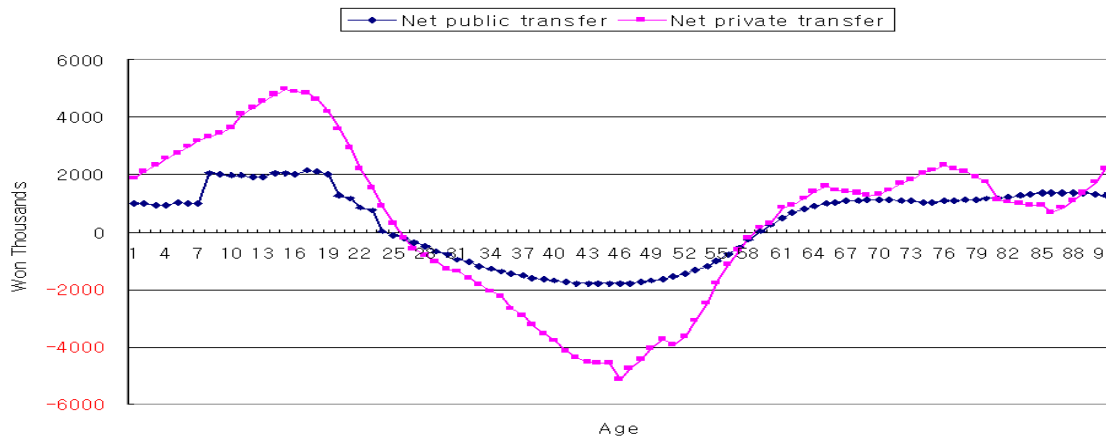
이처럼 일생동안 소비가 소득보다 많아서 생긴 생애주기 적자는 어떻게든 메워지게 되는데, 그 방법은 크게 두 가지로 구분된다. 그 하나는 자산의 재배분으로서 저축과 자산소득 그리고 신용이 중심이 된다. 다른 하나는 경제주체 간의 이전(transfer)인데, 가족이나 민간기구에 의해 이루어지는 사적 이전과 국가에 의해 이루어지는 공적 이전으로 나누어 측정된다.

한국의 경우, 소비와 소득의 차이는 주로 이전에 의해 메워지는 것으로 나타난다. <그림 II-2>에서 보듯이 생애주기 적자를 나타내는 그래프가 순 이전(net transfers) 그래프와 거의 일치하고 있다. 즉, 생애주기 적자는 주로 이전 소득에 의해 충당되고, 생애주기 흑자는 주로 이전 지출로 사용되는 것으로 나타난다. 이는 저축에 의한 자산소득과 같이 자신의 책임 하에서 이루는 적자 보충이 상대적으로 미미하다는 것을 의미한다. 물론 노년층의 경우에는 저축과 자산소득을 통한 적자 보충이 일정 정도 역할을 하고 있는 것으로 나타난다.



<그림 II-2> 한국인의 생애주기 적자와 순 이전(1인당)

그런데 이전의 구성을 보면, <그림 II-3>에서 나타나듯이, 거의 모든 연령대에서 사적 이전이 공적 이전보다 비중이 더 크게 나타나고 있다. 우리나라는 그동안 노부모와 함께 사는 성인자녀의 비율이 과거에 비해 지속적으로 감소했지만, 그래도 여전히 사적 부문에서의 이전 비중이 훨씬 큰 것으로 나타난다.

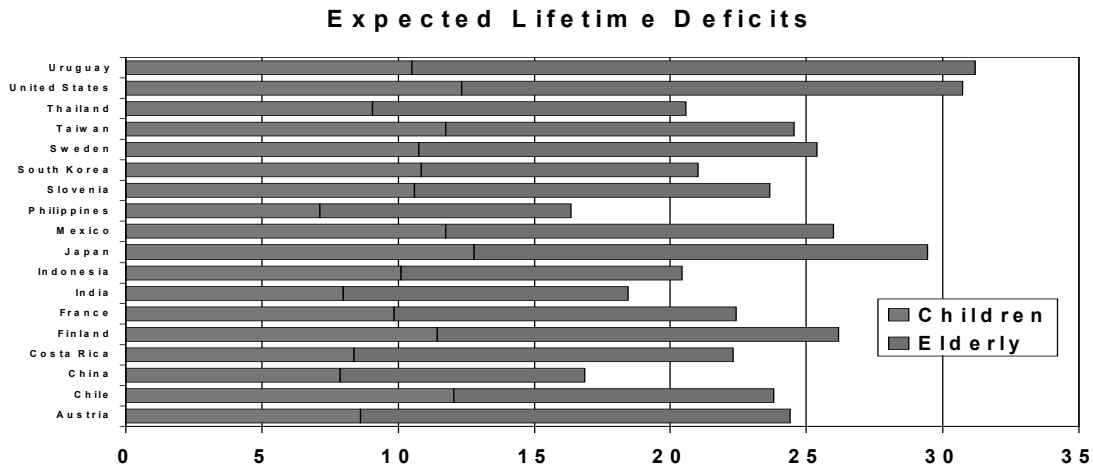


<그림 II-3> 한국인의 사적 이전과 공적 이전

이러한 결과는 동일한 문화권의 대만과 유사하지만 서양 문화권인 미국과는 크게 다르다. 미국의 경우에는 공적 이전의 역할이 상대적으로 더 큰 것으로 나타난다. 한편, 유년층에 대한 이전이 고령층에 대한 이전보다 상당히 크게 나타난다. 특히, 사적 이전의 경우에 그 차이가 더 크게 나타난다. 이는 선진국과는 달리 우리나라의 경우, 가구의 소비 우선순위가 교육에 두어지고 있다는 점과 정부 역시 정책의 우선순위를 노후 보장보다 교육에 두고 있다는 것을 보여준다.

국민이전계정 프로젝트 참가국 중 18개국의 생애주기 흑자와 생애주기 적자 유형을 살펴보면, 평균적인 생애주기 적자 및 흑자의 유형은 우리나라와 비슷한 모양을 보이고 있다. 그러나 국가별로 살펴보면 상당한 차이가 있음을 발견할 수 있다. 특히 유년기와 노년기의 생애주기 적자 규모는 나라별로 상당한 차이를 보이고 있다.<그림 II-4>.

공적연금이 성숙되어 있어 공적연금 급여지출액이 높거나 노인에 대한 공적건강보험과 장기요양 제도를 시행중인 나라들(미국, 우루과이, 스웨덴, 일본, 핀란드, 오스트리아 등)의 노년기 생애주기 적자 규모는 한국의 경우보다 상당히 큰 것으로 나타났다. 한국도 향후 국민연금의 성숙과 건강보험의 보장성 강화, 장기요양보험의 도입 등에 따라 노인층의 소비수준이 증가할 것으로 예상된다. 이 경우 한국의 노년기 생애주기 적자는 더욱 커질 것이다. 그러므로 향후 국민연금, 건강보험, 장기요양보험 등 노인에 대한 공적 이전이 자녀에 의한 사적 이전을 어느 정도 줄어든게 할 것인가 하는 문제가 발생한다. 따라서 이처럼 국민이전계정을 통해 선진국의 상황을 살펴보고 나아가 한국의 미래 상황을 예측함으로써 앞으로 공적 이전과 사적이전 간의 관계가 어떻게 변화할지 알 수 있고, 나아가 이로부터 향후 노인 복지정책에 대한 많은 정책적 시사점을 얻을 수 있을 것이다.



Note. Values normalized on average of labor income for 30-49 year olds.

<그림 II-4> 18개국의 생애주기적자 양상

한국은 1988년 이후 저축이 지속적으로 감소함에 따라 자산소득의 역할이 줄어들고 있고, 핵가족화에 따른 성인 자녀와 노년 부모와의 동거 비율이 감소함에 따라 사적 이전이 감소하고 있다. 이에 따라 공적 이전이 증가할 것으로 예상되고 있다. 그러나 공적 이전의 역할을 증대시키기 위해서는 그에 상응하는 재원이 조달되어야 하는데, 이러한 재원조달에는 한계가 존재한다. 따라서 이전 뿐 아니라 저축과 같은 자산을 통한 자원의 재배분 역할이 매우 중요할 것이다.

최근, 한국의 성장을 설명하는 이론 중에는 인구구조의 역할을 중시하는 경우도 있다. 소위 '인구통계적 배당'(demographic dividend)으로 한국의 성장 과정에서 근로연령대(15~64세)의 인구가 지속적으로 증가한 것이 도움이 되었다는 것이다. 이와 더불어 '제2의 인구통계적 배당'(second demographic dividend)이라는 개념도 있다. 이는 고령화에 대비하기 위하여 저축이 증가하여 성장에 도움이 될 수 있다는 것이다. 이와 같이 저축의 증가는 개인적으로는 노후를 대비할 수 있도록 하고, 국가적으로는 성장을 가능하게 한다는 점에서 매우 중요하다. 그런데 한국의 경우, 저축의 증가에 장애가 되고 있는 것은 교육에 대한 지출이다. 특히, 사교육에 대한 지출이다. 따라서 고령화를 대비하는 핵심 대책으로 교육의 정상화도 포함될 수 있을 것이다. 이처럼 국민이전계정을 구축하여 생애주기별 소득, 소비, 저축, 그리고 공적 및 사적이전 등의 흐름을 파악함으로써 고령화 시대에 적극적으로 대처할 수 있는 다양한 정책시사점을 도출할 수 있는 것이다.

이처럼 그동안 우리의 경우 선진국에 비해서 사적이전의 비중이 공적이전의 비중보다 컸다는 특징이 국민연금제도의 성숙과 더불어 약화될 가능성이 있다. 즉, 공적이전의 비중이 커질 것이라는 전망이 가능하다. 특히, 급속히 진행되는 고령화로 인해 공적이전비중의 증대가 과도할 가능성도 있다. 따라서 선진국이 이미 경험한 공적이전비중이 커짐에 따른 비효율성과 재정위기문제를 사전에 차단하는 노력이 필요하다. 다시 말해서 급속히 진행되는 고령화의 추세하에서 공적이전의 비중이 커짐에 따라 발생하는 문제점과 비효율성을 극복하기 위해 공사간 역할분담이 필요하다. 이러한 점에서 공사간 역할분담을 새롭게 설정하는 새로운 복지패러다임의 구축이 요구된다.

3. 새로운 복지패러다임

성장과 분배는 더 이상 대립개념이 아니라 상당 부분 동시에 추구될 수 있는 목표이며, 동시에 추구하지 않고는 어느 하나도 달성할 수 없다는 것으로 이해되어야 한다. 즉, 소외된 계층의 아픔을 함께 나누는 더불어 사는 사회의 기반이 없이는 지속적이고 안정적인 성장이 불가능하며, 아울러 분배 악화 등 사회적 갈등이 심화될 경우 경제의 안정적 성장을 기대하기 어렵다는 사실도 인식해야 할 것이다. 이에 성장과 분배의 선순환구조의 확립과 성장을 견인하는 다층적 복지제도의 확립이 필요할 것이다. 결국 21세기의 복지패러다임은 사람이 중심이 되는 체제하에서 인적자원을 확충하는 성장의 과정이 인적자원을 보호하는 복지의 기초가 되고 성장원동력의 핵심인 사람을 복지를 통해 보호하는 것이어야 한다.

이와 같은 성장과 복지간의 조화를 도모하기 위해서는 지속가능한 복지(sustainable welfare)체계가 구축되어야 하며, 이는 복지재정 건전화를 기초로 한 복지실효성은 극대화될 수 있다. 지속가능한 복지는 소외계층들에게 대한 지원에만 초점을 맞춘 기존의 복지(welfare)에서 소외탈출의 기본 동력을 제공하는 일자리를 제공하는 일하는 복지(workfare)로 그리고 보다 나은 일자리, 오래가는 일자리를 보장해주는 학습복지(learnfare)로 발전되고 있다. 여기서, 일하는 복지와 학습복지는 「복지-노동-교육」의 삼자의 연계를 통해 가능하다. 즉, 복지정책, 노동정책 그리고 교육정책을 상호연계하에 개발하고 집행하는 것이 지속가능한 복지 나아가 복지기반성장 그리고 성장기반복지의 근거가 되고 있다. 하지만 우리나라의 경우는 복지기능을 담당하는 보건복지부와 노동부 그리고 교육부의 관련 정부 부처들 간에 연계성이나 사업 일관성의 결여 등으로 인하여 수혜적 복지에서 일하는 복지와 학습복지의 연계성이 부족한 상황이다. 이와 같은 사회복지 체계의 연계성 결여로 인하여 복지행정의 중복과 관리운영비가 과다 지출되고 있지만 수혜적 복지기능도 제대로 작동되지 않아 목표효율성(target efficiency)이 상당히 낮은 수준이다.

따라서 많은 복지 선진국들은 고령화 사회 도래에 따른 복지지출의 확대, 성장률의 저하 등으로 인하여 '성장'과 '발전'의 새로운 패러다임을 모색하고 있다. 이는 복지에 있어서 비용효과성(cost-effective)을 극대화해야 한다는 목표 하에서 위험이 발생한 이후 해결한다는 '사후적 복지'가 아니라, 위험발생이전에 위험을 예방하거나 발생가능성을 최소화하기 위해 미리 투자해야 한다는 개념에 주목하고 있다. 이를 위한 복지전략으로 그동안 국가가 일방적으로 보호하던 시스템에서, 국가가 근로를 유인하는 시스템을 마련하는데 초점을 맞추는 것으로 방향전환을 하고 있다. 예컨대 공적연금의 경우, 그동안 큰 비중을 차지하고 있던 재분배 기능을 줄이면서 점차 저축기능을 강조하는 방향으로 개혁하고 있다. 공적연금가입은 의무화하되 연금적립금의 운영주체는 '국가에서 민간으로' 다원화하는 방식의 연금체제를 구축하고자 적용제외(contract-out)의 범위를 점차 넓혀가고 있다. 고용보험 역시 그동안 실업급여의 지급을 중심으로 하던 것을 구직활동과 재훈련 등을 강화시키는 방향으로 나아가고 있다.

이와 같이 복지 선진국들은 복지체제를 국가중심에서 사회중심으로 대전환하는 추세이다. 이는 지속가능한 복지체계의 구축하기 위해서는 이념의 폭을 점차적으로 축소시켜 이념과 국가를 초월한 복지인프라 기능의 제고를 통해 가능하기 때문이다. 앞에서 논의한 일하는 복지와 학습복지는 복지-노동-교육의 연계를 통해 가능하고, 나아가 이는 사후적 복지에서 사전적 복지로의 전환을 필요로 하며, 이는 한 시점에서의 복지가 아닌 평생복지 개념에 기초가 되어야 가능하다.

또한 복지체제는 현행의 일원화된 복지가 아닌 다층적 복지체제로 전환되어야 하며,

이는 공공과 민간, 그리고 중앙과 지방간의 상호 복지역할 분담을 통해 가능하다. 특히, 지속가능한 복지를 위해서는 필요한 복지수요를 공공부문이 전담하는 것은 바람직하지 않고 사회보험-공공부조-복지서비스의 기능을 공공과 민간부문에서 적정하게 분담하는 방안이 모색되어야 할 것이다.

4. 사회보험의 시장화와 다층적 복지체계

사회·경제적 불안을 해소하기 위한 사회보장 제도의 경우, 기초보장은 국가가 담당하고 추가적인 보장은 민간참여를 유도하는 체제를 구축하며 행정의 경우는 취급기관 간 경쟁을 통한 효율성을 증대시켜 전달체계를 일원화해야 한다. 복지전략으로 그동안 국가가 일방적으로 보호하던 시스템에서, 국가가 근로를 유인하는 시스템을 마련하는데 초점을 맞추는 것으로 방향전환이 필요하다. 즉 사회복지체계는 국가의존형 복지체계에서 벗어나서 국가-기업-개인의 역할분담을 통한 효율적인 다층보장체계로 전환하는 것이 필요하다.

사회보험은 사회적으로 정형화된 사회적 사고에 대처하기 위하여 보험방식을 이용하여 미리 각출하고 이들이 사고를 당했을 때 급여를 해주는 제도로서 비영리적이며 강제성을 갖고 있다. 모든 국민이 사회보험에 참여할 수 있는 균등기회를 마련하고 불이익을 당하는 일이 없도록 해야 한다. 이러한 사회보험이 공공의 참여와 경제적 효율성을 추구하여 사회보험의 범위가 확대되어야 함에도 불구하고 재정적인 압박과 비효율적 운영 등 여러 가지 문제점이 발생함으로써 다각적인 보완 대책과 민간보험시장의 기술을 도입하지 않을 수 없게 되었다. (김병환외, 2008)

우리나라의 사회보험은 대표적으로 공적연금, 건강보험, 고용보험 그리고 산재보험의 4대 사회보험이 있는데, 이들 사회보험은 제도적으로는 중장기적으로 다층으로 운영하는 것이 바람직하고 할 수 있다. 먼저 국민연금의 경우, 노후 기초소득보장을 담당하는 1층으로서의 기초연금과 소득에 비례하여 연금을 지급하는 저축기능을 부각시키는 2층으로서의 소득비례연금으로 이원화할 필요가 있다. 이 중 2층에 해당하는 소득비례연금의 경우, 정부뿐만 아니라 민간에서도 취급할 수 있도록 하는 이른바 적용제외(contract-out)제도를 도입하여야 한다. 소득비례연금의 경우, 기존에 기업이 담당하고 있는 퇴직연금뿐 만아니라 개인이 선택하는 개인연금과 연계함으로써 노후소득보장체계의 다층화가 완성될 수 있다.

건강보험의 경우에는 먼저 의료보장 개혁을 통해 건강보험의 내실화가 필요하며 이를 바탕으로 민간의료보험시장의 개방과 더불어 공적의료보험으로서의 건강보험을 기초보장과 추가보장으로 이원화함으로써 보다 효율적인 체계를 확립할 수 있다. 그리고 보충적 민간보험의 활성화를 통하여 공보험의 발전을 저해하지 않으면서 공보험의 재정적 위험을 경감시킬 수 있다. 이와 같은 사보험이 공보험과 선순환 관계를 형성하면서 국민건강보장이 강화되기 위해서는 공보험의 보장성 강화가 전제되어야 한다.

산재보험 역시 몇몇 선진국들이 취급기관의 다양화를 통한 다층화에 성공하였으므로 이를 검토하여 현재 산재보험이 갖고 있는 산재발생방지 유인체계 미약의 문제를 해결하기 위해서 취급기관의 다양화가 필요하다.(이기영 외, 1999) 한국의 경우 보험료율이 사업장의 특성을 제대로 반영하여 결정되지 못함으로써 재해예방의 유인을 제공하지 못하고 있다. 현행 산재보험료를 체계는 업종별로 결정되므로 개별기업으로서는 산재예방을 위한 적극적인 투자를 할 이유가 없다. 즉, 업종별 요율책정은 산재보험예방을 위한 유인기능의 미약을 초래한다는 것이다. 각 기업체 별로 과거

의 실적에 따라 보험료율을 차등 적용하는 개별실적요율제도를 도입하여 보완하고 있지만 적용업체가 지극히 소수이고 개별보험료율 조정폭도 미약한 수준이다.

따라서 산재보험 취급기관의 다원화를 통해 경쟁체계를 도입하여 보험료율을 시장기능에 맡김으로써 재해발생방지를 위한 노력을 기업 스스로 하고자 하는 유인기능을 내재화하는 것이 중요하다. 즉, 재해발생율이 상대적으로 높은 중소기업의 경우 이러한 경쟁체계 도입으로 부담이 커진다는 점에서 산재보험의 경우 국가가 기초보장을 책임지고 기초보장의 추가적인 부분은 경쟁체계를 도입하여 취급기관을 다원화하는 이층구조를 구축하는 것이 바람직하다고 할 수 있다.

제도적 다층화와 함께 행정의 경우 민간의 참여를 통해 사회보험 관리운영체제를 획기적으로 효율화하는 것이 필요하다. 사회보험의 경우 부과-징수-급여라는 행정과정상 기능을 담당하는 기관을 일원화하고 나아가 급여업무 또한 단일화하는 것도 검토해야 한다. 즉, 급여기관의 단일화를 통한 one-stop service를 제공하는 것이 필요하다. 국세청을 중심으로 소득조사 및 징수 등 업무를 일원화하는 방안이 필요하며 영국 및 스웨덴의 경우 자영자의 보험료 징수를 국세청이 맡고 있는 것이 좋은 사례라 하겠다. 사회보험 행정업무(부과-징수-급여)를 통합하고 이를 담당할 사회보장청을 설립하거나 민간에게 위탁하는 방안을 모색해야 한다.

다층적 복지체계의 공급주체로는 가족과 국가에서 가족-이웃-지역사회-국가로 이어지는 복지공동체를 구성하고 공공 및 민간 참여로 복지 공급주체를 다원화할 필요가 있으며, 통일에 대비한 사회복지정책의 점진적·단계적·사전적 준비 작업이 필요하다. 새로운 패러다임으로서 제시한 지속가능복지는 다층복지체계가 그 핵심역할을 하게 된다. 현행의 비효율적인 국가의존형 복지체계에서 벗어나서 「국가-기업-개인」의 역할분담을 통한 효율적인 다층보장체계로 전환하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 제도는 다층적으로 구축하고 행정은 일원화하여야 하는 것이 바람직하다. 다시 말해서 제도의 경우 기초보장은 국가가 담당하고 추가적인 보장은 민간참여를 유도하는 체계를 구축하고 행정의 경우는 취급기관 간 경쟁을 통한 효율성을 증대시키고 전달체계를 일원화하는 것이 바람직하다.

III. 연금제도의 다층화와 시장화

1. 노후소득보장체계의 현황

우리나라의 노후소득보장체계는 1988년 국민연금제도, 1994년 개인연금제도, 2005년 퇴직연금제도의 도입으로 외형상으로는 선진국처럼 다층 노후소득보장체계를 갖추었다. 그러나 국민연금제도는 구조적인 재정불균형 문제가 발생하게 되고 개인연금제도는 개인연금 가입세대의 급감 등 본래의 기능을 수행하지 못하고 있으며 퇴직연금제도 역시 근로자 및 기업의 퇴직연금 인식부족, 퇴직연금전환대책 미흡 등 퇴직연금제도의 도입취지에 부흥하지 못하고 있다. 이와 더불어 2007년 4월 25일 '기초노령연금'이 생활이 어려운 노인에게 연금을 지급함으로써 노인의 생활안정을 지원하고 복지를 증진함과 동시에 국민연금 사각지대 해소를 목적으로 제정·공포되었다. 따라서 현재 우리나라의 노후소득보장체계의 큰 틀은 국민연금과 기초노령연금으로 형성되게 된다.

국민연금의 경우는 1988년 10인 이상 사업장 가입자를 대상으로 도입·실시되었고, 1992년 5인 이상 사업장 가입자, 1995년 농어촌지역가입자, 1999년 도시지역가입자를 당연적용대상으로 확대하였다. 급여는 평균소득자를 기준으로 20년 가입시 균등부분 평균소득월액의 20%, 40년 가입시

40%가 되도록 설정되었으며, 소득비례부분은 20년 가입시 개인 생애 평균소득월액의 15%, 40년 가입시 30%가 되도록 하였다. 2007년 7월 국민연금법의 개정을 통해 보험료율은 현행 9%로 유지하는 대신 급여 수준을 40년 가입, 평균소득자를 기준으로 현행 60%에서 2008년 50%로 낮추고 이후 매년 0.5%씩 인하하여 2028년 40%가 되도록 개정되었다.

기초노령연금의 경우는 전체 노인의 60%(300만 명) 소득이 대통령이 정하는 소득인정액 이하인 자를 대상으로 2008년 1월 70세이상 노인 179만 명, 65~69세의 기초소득보장대상자가 11만 명으로 총 190만 명에게 지급되었다. 또한 65~70세 약 100만 명에게 기초노령연금을 확대·지급하기 위하여 2008년 4월부터 신청·접수를 실시하고 2009년 1월 65세이상 노령자의 70%로 대상자를 확대할 예정이다.

<표 III-1>은 기초노령연금 수급자의 분포를 나타내고 있다. 기초노령연금 수급자의 분포를 살펴보면, 전체 인원은 190만 명이며, 성별 수급자 수는 각각 남자 54만 명, 여자 136만 명이며, 70세 이상 노인 중 수급자 비중은 전국 60.3%를 나타내고 있다.

<표 III-1> 기초노령연금 수급자 분포 (단위: 명, %)

	2008.1.31일 기초노령연금 수급자			70세 이상 노인수(C)	70세 노인중 수급자비중 (B/C)	
	전체 수급자*(A)					70세 이상(B)
	계	남	여			
합계	1,896,794	540,596	1,356,198	1,785,752	2,963,103	60.3

주: (A): 전체 수급자수는 65~69세의 기초생활보장수급자 11만 명 포함(기초노령연금법 부칙 제3조에 의하여 2008년 상반기 당연적용 대상자)
 (C): 70세 이상 노인 수는 2007년 12월 31일 주민등록 기준
 자료: 기초노령연금(<http://bop.mohw.go.kr/>)

노후소득보장체제의 근간이라 할 수 있는 국민연금의 급여지급현황은 아래의 <표 III-2>와 같다. 노령연금 중 특례연금을 포함한 감액, 조기, 분할연금은 이미 지급이 개시되었고, 1988년 가입하여 가입기간 20년 이상, 기본연금액을 100% 보장하는 완전노령연금이 2008년 1월 지급·개시되었다. 수급자 현황을 살펴보면, 2005년 현재 통계청 총 조사인구에 의하면 60세-64세 인구는 189만 명, 65세 이상의 경우 437만 명으로 60세 이상 총인구는 626만 명 수준이다. 즉, 국민연금의 경우 60세 이후 노령연금수급자(장애, 유족연금 제외)의 수는 129만 명 수준으로 총인구와 단순 비교하더라도 제도 내에서 노령소득을 보장받는 수준이 20.6%에 불과한 실정이다. 또한 기초노령연금이 국민연금의 사각지대를 일부 보충한다는 성격을 감안하더라도, 현수급자(70세 이상 190만 명)와 2008년 7월 이후 지급될 60세 이상 노령자(100만 명)를 모두 포함하여 429만 명으로 69% 수준에 불과하다. 뿐만 아니라, 기초노령연금의 급여 수준이 1인 최고 84천 원, 부부 13.4천 원 수준으로 국민연금의 사각지대에 포함된 노령자의 생활안정 및 복지 증진을 위한 정책으로는 제 역할을 할 수 있는지의 의문이다.

<표 III-2> 국민연금 연도별 급여종별 급여지급현황

(단위: 건, 백만원)

급여종별		1993	2003	2004	2005	2006	2007	2008. 1월말		
								누계	당월	
계	수급자	1,745,829	8,848,623	9,349,378	9,704,810	10,055,677	10,466,816	10,503,072	2,114,668	
	금 액	709,190	18,318,593	21,232,607	24,817,508	29,177,747	34,360,358	34,829,680	469,323	
소계	수급자	35,620	1,108,415	1,500,194	1,749,633	1,973,767	2,250,948	2,275,632	2,103,096	
	금 액	60,070	7,222,136	9,791,103	13,001,147	16,900,516	21,649,503	22,086,833	437,331	
연 금	소 계	수급자	10,971	852,350	1,202,939	1,411,375	1,592,056	1,824,490	1,845,256	1,730,132
		금 액	6,447	5,123,910	7,111,359	9,642,896	12,746,056	16,603,765	16,961,999	358,234
	노 례	수급자	10,971	759,065	1,068,000	1,231,930	1,359,646	1,517,216	1,531,133	1,429,511
		금 액	6,447	4,514,574	6,170,638	8,199,948	10,501,214	13,145,721	13,381,498	235,777
	완 전	수급자	0	0	0	0	0	0	637	637
		금 액	0	0	0	0	0	0	411	411
	감 액	수급자	0	25,884	55,753	87,219	123,540	173,807	177,612	172,919
		금 액	0	34,303	154,877	395,201	850,372	1,601,661	1,678,640	76,979
	조 기	수급자	0	67,219	78,717	91,271	107,656	131,766	134,099	125,580
		금 액	0	574,819	785,212	1,046,032	1,391,558	1,851,560	1,896,413	44,853
	분 할	수급자		182	469	955	1,214	1,701	1,775	1,485
		금 액		214	632	1,715	2,912	4,823	5,037	214
	장 애	수급자	4,012	48,439	58,361	68,632	80,035	90,439	91,351	62,313
		금 액	9,787	536,787	700,416	894,347	1,119,955	1,365,832	1,387,744	21,913
유 족	수급자	20,637	207,626	238,894	269,626	301,676	336,019	339,025	310,651	
	금 액	43,836	1,561,439	1,979,328	2,463,904	3,034,505	3,679,906	3,737,090	57,184	
일 시 금	소 계	수급자	1,710,209	7,740,208	7,849,184	7,955,177	8,081,910	8,215,868	8,227,440	11,572
		금 액	649,120	11,096,457	11,441,504	11,816,361	12,277,231	12,710,855	12,742,847	31,992
	장 애	수급자	4,238	23,197	26,806	30,953	35,851	41,018	41,525	507
		금 액	7,463	114,645	143,942	179,655	223,895	272,221	277,138	4,917
	반 환	수급자	1,705,971	7,690,395	7,790,145	7,886,223	8,001,617	8,122,817	8,133,384	10,567
		금 액	641,657	10,940,140	11,243,333	11,568,218	11,968,891	12,337,265	12,362,975	25,710
	사 망	수급자	0	26,616	32,233	38,001	44,442	52,033	52,531	498
		금 액	0	41,672	54,229	68,488	84,445	101,369	102,734	1,365

주) 1. 1988.1.1~2008.1월말 누계기준,

2. 당월: 수급자이었던 자를 제외한 2008.1월 당월 순수급자 수 및 급여 지급액 임

3. 장애연금(1~3급)+장애일시금(4급)의 누계 지급실적은 132,876건, 1,664,882백만원 임

자료: 국민연금관리공단(<http://www.nps.or.kr/>)

2. 공적연금의 정치적·구조적 취약성

2007년 국민연금법 개정에 따른 문형표(편저, 2007)의 연금재정추계에 의하면 일정정도 연금재정의 불안정성이 개선되는 것으로 보고하고 있다. 국민연금의 재정적자 발생시점은 기존의 2025년경에서 2035년으로 약 10년 정도 늦춰질 전망이다, 기금의 고갈시점은 2045년에서 2060년으로 약 15년 정도 연기되는 것으로 추계하였다. 이와같은 급여수준의 인하를 통해 장기적으로 국민연금재정을 크게 개선할 뿐 아니라, 동시에 급여수준과 보험료부담의 구조적 불균형도 상당 정도 완화시킨 것으로 평가하고 있다. 그러나 급여 삭감의 결과 연금재정의 지속성의 측면에서 기금고갈의 문제에서 자유롭지 못할 뿐 아니라 적절한 노후소득보장제도로서의 역할과의 상충의 문제가 여전히 남아있다.

또한 문형표(편저, 2007)에 따르면 연금법 개정으로 형평성의 측면에서 세대 간(수익비 기준)

2008년 현재 55세(남성독신)인 평균소득자는 현재가치 기준으로 그동안 납부한 보험료의 1.98→1.90의 총 연금급여 혜택을 받게 되는 것으로 추산하고 있다. 이에 반해 2008년 현재 40세(남성독신)인 평균소득자의 경우 1.78→1.50, 현재 25세(남성독신)인 평균소득자는 1.64→1.16의 총 연금급여 혜택을 받을 것으로 추계하고 있다. 또한 연금법 개정 전·후 소득계층 간 형평성(수익비 기준) 2008년 현재 55세(남성독신)인 평균근로자의 1/3 소득수준인 경우 3.35→3.22, 1/2 소득수준인 경우 2.67→2.56, 그리고 평균근로자의 2배 소득 수준인 경우 1.89→1.82 수준으로 보고 있다. 이 뿐만 아니라, 연금법 개정을 통한 적정성 평가에서 2008년 현재 25세(남성독신) 평균소득자가 전 가입기간동안 근로할 경우 저소득층의 경우 45.13→32.06%의 소득대체율을 보이나, 평균소득 이상 가입자는 24.5%→17.46%에 그칠 것으로 추산되고 있다. 이 뿐만 아니라, 연금법 개정을 통한 적정성 평가에서 2008년 현재 25세(남성독신) 평균소득자가 전 가입기간동안 근로할 경우 45.13→32.06%의 소득대체율을 보이고, 평균소득의 1/3 수준의 소득자는 75.40%→53.57%, 평균소득 2배 이상 가입자는 24.5%→17.46%에 그칠 것으로 추산되고 있다.

이처럼 연금개혁이 재정의 지속성 및 형평성 측면의 개선을 일부 가져왔다고는 하지만, 여전히 연금기금 고갈의 문제와 더불어 그동안의 정책결정과정에서 발생하였던 다양한 문제점들이 향후 연금개혁에 걸림돌이 될 소지가 충분히 존재하고 있다. 되돌아보면, 1998년 제1차 연금법 개정과 2007년 제2차 연금법 개정 사이에 있었던 당사자 간의 갈등, 비전문적이고 근시안적 접근, 정보왜곡, 정치왜곡 등을 향후 국민연금개정의 타산지석으로 삼아야 할 것이다.¹⁾ 첫째, 국민연금개혁에 대한 논의를 둘러싼 정당과 정부, 노조와 사용자들은 당장의 이익을 위해 개혁을 반대하거나 소극적 자세를 취하고, 심지어 시민단체와 언론, 그리고 일부 학자들은 사실을 왜곡하고 허위를 유포하였다. 둘째, 국민연금개혁을 둘러싼 다양한 논의에도 불구하고 이익집단들간의 비전문성과 정치적입지 강화를 위한 반대를 하였다. 셋째, 연금개혁은 정치적 손익계산에 의해 회피하고, 득표율에 연연해 국민들을 기만하는 정책을 발표하여 불신과 갈등을 조장하였다. 마지막으로 연금개혁의 빈번한 실패원인은 개혁에 필요성과 개혁안에 대한 홍보노력 부족에 기인하였다. 연금의 저부담-고급여의 문제를 해결하는 것이 연금재정문제를 해결하는 가장 기본적인 대안이었지만, 이를 이슈화하지 못하고, 심지어 국민연금이 최대의 노테크 상품이라는 광고를 함으로써 자식세대가 부모세대를 위해 희생하는 세대 간 이전을 홍보하였다. 뿐만 아니라, 왜곡된 정보와 비전문가들의 안티연금운동 등으로 국민연금과 관련된 부정적 소문으로 불신과 불만을 낳았을 뿐 아니라, 연금개혁을 신뢰할 수 없게 하였다.

3. 주요국의 다층적 연금체계

<표 III-3>은 OECD 국가의 연금제도의 구조를 보여주고 있는데, 대부분의 회원국은 다층보장의 구조를 나타내고 있다. 즉, 1층 보장으로 사회부조²⁾, 선별적 연금제도³⁾, 기초연금⁴⁾, 최저연금⁵⁾ 등의 보편적 보장과 2층 보장으로 강제보험(사회보험)과 건강보험, 산재보험, 고용보험, 가족수당 등을 제도화하였다.

- 1) 본문에 기술한 정책결정과정에서 발생하는 문제점 및 분석은 안중범(2005)에서 발췌, 정리하였음
- 2) 사회부조(social assistance): 일반적인 사회부조급여는 전 국민이 대상자, 빈곤고령자도 수급자격을 갖게 됨.
- 3) 선별적인 연금제도(targeted pension): 선별적인 연금제도는 빈곤한 수급자에게 높은 급여를 지급하고, 급여는 연금 소득조사(pension-income tested)를 할 수 있음.
- 4) 기초연금(basic pension): 기초연금급여는 은퇴자들에게 동일한 금액(정액, 정률)으로 이루어짐
- 5) 최저연금(minimum pension): 최저연금은 선별적인 연금제도와 목적은 유사하지만, 이는 제2층 소득비례 연금 제도의 일부로 볼 수 있음.

<표 III-3> OECD 국가의 연금제도 구조

층, 기능	1층: 보편적 보장, 재분배(공공부조)				2층: 강제 보험(사회보험)
	공적연금				공적연금
유형	사회부조	선별적 연금제도	기초연금	최저연금	유형
호주		✓			-
오스트리아		✓			DB
벨기에		✓		✓	DB
캐나다		✓	✓		DB
체코	✓		✓	✓	DB
덴마크		✓	✓		DB/DC
핀란드		✓			DB
프랑스		✓		✓	DB+Point
독일	✓				Point
그리스		✓		✓	DB
헝가리				✓	DB
아이슬란드		✓	✓		-
아일랜드		✓			-
이탈리아	✓				Notional ac
일본			✓		DB
한국			✓		DB
룩셈부르크			✓		DB
멕시코		✓			-
네덜란드	✓		✓		-
뉴질랜드			✓		-
노르웨이		✓	✓		Point
폴란드				✓	Notional ac
포르투갈		✓		✓	DB
슬로바키아				✓	Point
스페인				✓	DB
스웨덴		✓			Notional ac
스위스		✓		✓	DB
터키		✓		✓	DB
영국		✓	✓	✓	DB
미국		✓			DB

주) DB: 확정급여형, DC: 확정기여형, Notional ac.: 명목확정기여
 자료: OECD, 『Pension at a glance』, 2005.

<표 III-4> OECD 주요국의 노령기초소득보장체계의 구성

	미국	영국	일본	캐나다	호주	한국
0층	SSI (보충보장급여)	기초연금+ 연금credit	생활보호	GIS (보충보충급여)	잔여적 공공부조	기초생활보장, 기초노령연금
1층	OASDI (사회보장연금)	(보장+저축)	국민연금	OAS (노령보장연금)	Age Pension (기초노령연금)	국민연금
2층	퇴직연금	개인연금/ 스택홀더 기업연금/ 국가이층연금	피용자연금	CPP (캐나다연금)	퇴직연금보충	퇴직연금
3층	개인연금	부가적기여	퇴직연금 개인연금	퇴직연금 개인연금	개인연금	개인연금

자료: 국민연금연구원(2007), “각국의 노령기초보장제도와 우리나라에 대한 시사점” 영국의 사례는 김원섭 외(2006)에서 발췌, 정리함

미국의 공적 노후소득보장체계는 사회보험과 공공부조의 이원형 구조로 구성되어 있으며, 사회보험 방식의 OASDI(Old-Age, Survivor;s and Disability Insurance)와 자산조사(means-test)를 통해 SSI(Supplemental Security Income)를 지급하는 구조이다. 1975년 이후 65세 이상 노령인구의 약 90~92%가 OASDI 급여를 받고, SSI까지 고려한다면 2004년 기준으로 약 95%의 노인인구가 공적부문에서 소득을 얻는 적용범위가 매우 포괄적인 제도를 운영하고 있다.

일본은 1961년 기존의 후생연금과 별도로 자영자, 노동자, 농민, 실직자를 포괄하는 국민연금제도를 시행하고, 1986년 후생연금이 기초연금인 국민연금(National Pension)⁶⁾과 소득비례인 피용자연금(Employees’ Pension)으로 이원화되었다. 이처럼 일본은 노후소득보장체계로써 1층은 전국민을 대상으로 하는 국민연금(기초연금)이며, 2층은 일반근로자가 대상인 후생연금, 공무원과 교직원 등이 대상인 공제연금, 그리고 자영자 등이 대상인 국민연금기금으로 구성되어 있다. 피용자 연금보험의 경우 기업연금(corporate plan)이 피용자연금과 동등하거나 높은 수준일 경우 적용제외를 허용하고 있다. 정부는 기초연금의 3분의 1과 운영비용의 전액을 부담하며, 65세 이상 고령자 중 98% 이상이 기초연금을 수급하고 있다.

캐나다의 노령기초소득보장제는 노령보장연금(Old Age Security; OAS)과 소득보충보장(Guaranteed Income Supplement; GIS)에서의 통한 수당(Allowances)으로 구성되어 있다. 노령보장 연금은 준보편적 수당의 성격을 갖으며, 소득보충보장은 수급자 및 수급자의 배우자를 대상으로 한 보충급여이다. 사적연금제도⁷⁾로서 등록제 연금제도(Registered Pension Plan)와 등록제 개인퇴직저축제도(Registered Retirement Saving Plans)가 있다. 노령보장연금의 수급자 비중은 95%, 보충보장급여는 33%, 캐나다연금(CPP)은 70%이다. 캐나다는 전체 노령소득에서 노령소득보장 급여의 비중을 축소하고, 캐나다연금(CPP)급여와 사적연금급여의 비중이 지속적으로 증가하고 있다. 노령보장연금과 소득보충보장의 최대급여액은 남성노동자 평균임금의 30% 정도로 노령빈곤에 대처가 가능하다. 캐나다는 캐나다연금 개혁으로 다층소득보장체계를 구축하여 제도의 지속가능성도 용의

6) 이때부터 피고용자 뿐 아니라, 배우자들의 경우 별도의 기여 없이 연금수급권을 부여 받아 1인 1연금제가 성립되었다.(배준호, 김상호, 2005) 가입대상자는 20세~60세 미만의 일본에 거주하는 국민이다.
7) 등록제 연금제도는 공공부문과 민간부문에서 사용주와 조합이 제공하며, 등록제 개인퇴직저축제도는 개인이 가입할 수 있으며, 연간 소득의 18%까지 소득공제가 가능하다.

할 것으로 평가되고 있다.

호주 0층 보장은 기초노령연금(Age Pension)을 보완하는 다양한 공공부조방식의 공적소득보장관련 프로그램을 가지고 있다. 노령기초소득보장의 핵심제도인 1층 기초노령연금은 일반세를 재원으로 정액의 공공부조방식으로 운영되고 있으며, 소득 및 자산조사를 통해 지급된다. 현재 노령인구의 69%가 수급자이고, 급여수준은 남성 근로자 평균임금의 25%를 기본으로 자산수준에 따라 감액된다. 2층보장인 퇴직연금보증제도(Superannuation Guarantee)는 고용주가 피고용자의 임금의 일정 비율을 적립하며, 전체 근로자의 90% 이상이 적용받고 있다.

영국의 경우 대표적으로 노후소득보장의 공사 간 역할분담을 강조하고 있는 국가이다.⁸⁾ 이는 다른 서구국가들에 비해 노동자 계층을 포함하는 기업연금이 발전해 있었기 때문이라고 해석된다. 따라서 오랜기간 동안 일층체계는 공적연금이, 이층체계는 사적연금이 담당하는 역할 분담체계를 유지하였다. 특히, 기업연금과 국가소득비레이층연금(SERPS)를 실시하고, 후자의 경우 완전소득비레이연금제도로써 적용제외가 가능하였다. 이때, 기업연금은 SERPS 최저수준 이상을 제공해야만 했으며, 기초연금의 1층과 적용제외 가능한 2층체계로서의 연금제도를 구성한 것이다. SERPS의 경우 공적연금의 확대를 볼 수 있으나, 광범위한 적용제외를 허용하였다는 것은 이층체계에서 민간부분의 역할을 강조한 것이라 볼 수 있다. 1985년 개혁으로 인해 SERPS의 반 이상의 피고용인이 사적연금으로 적용제외되었고, 1995년경에는 기존의 이층연금 가입자의 약 17%만이 SERPS에 남게 되었다.

최근에는 저소득 근로계층 보호를 목표로 SERPS를 국가이층연금(State Second Pension)으로 대체하였다. 즉, 노동시장에서 지속적으로 근로한 저소득근로계층에게 빈곤선 이상의 연금급여를 제공하고, 2007년부터는 소득비례기여에서 정액제도로 전환되었다. 다시 말해서 국가이층연금의 역할을 저소득층에게 한정하고, 중·고소득층은 민간부분으로 적용제외하도록 유인하는 것이다. 이처럼 영국은 적용제외를 통해 공적노후소득보장체제의 일부를 민간부분과 분담하면서 사적연금제도에서 제기되는 취약점을 해소하기 위해 스택홀더연금(Stakeholder Pension)⁹⁾의 도입, 연금보호기금의 도입, 세제관련법의 정비를 통한 사적연금에 대한 세제혜택, 연금에 대한 교육과 정보의 확대를 동시에 추진하고 있다.

3. 공적연금의 다층화와 기대효과

노후소득 보장을 위한 선진복지 체계를 구축하기 위해서는 국가에 의한 국민연금만이 아니라 민간과 역할 분담을 통한 다층적 복지체계를 구축하여야 한다. 즉, 1층은 국가에 의해 기초보장이 이루어지고, 공공과 민간의 역할분담으로 2층 보장을, 그리고 민간의 자발적 참여를 통한 3층 보장하고, 이로써 국민연금-퇴직연금-개인연금 삼층 소득보장체제를 구축하는 역할분담체계를 확고히 하여 복지내실화를 달성할 수 있다.

다만, 현행 기초노령연금과 국민연금을 재정비하는 것이 필요하다. 현행 기초노령연금의 경우 국민연금체계밖에 존재함으로써 비용효과적이지 못하다고 할 수 있다. 따라서 이미 국민연금개선기획단, OECD 등으로부터 여러 차례 권고안으로 채택된 바 있듯이, 기존 국민연금제도를 기초부분과 소득비례부분으로 이원화하는 방안이 보다 효과적이라고 할 수 있다. 즉, 급여산식에서 균등부

8) 보다 구체적인 영국의 사례는 김원섭 외(2006)를 참고

9) 중소기업 종사자나 자영자를 포괄하는 새로운 관리형 개인연금이며, 민간부분 연금에서 증가하는 행정비용을 줄이고 개인의 실질연금급여를 증가시키고자 함.

문과 소득비례부문을 분리하여 균등부문을 기초(노령)연금화하여 18세 이상 전국민이 가입토록 하고(1인 1연금체제), 소득비례연금(완전적립방식)에는 별도의 소득이 있는 자만이 가입토록 하여 이원화해야 한다. 기초보장 및 소득재분배 기능을 담당하는 기초연금은 부과방식을 원칙으로 운영하도록 하고, 연금급여는 정액으로 지급하되 가입기간에 비례하도록 하거나, 사회보장세의 신설 등 조세형으로 부과하는 방안도 검토될 수 있다. 조세형의 장점은 보험료 부과를 위한 추가적 소득 파악이 불필요하므로 행정관리비용을 크게 절감할 수 있다는 것과 간접세 방식 등 소득 대신 지출을 주된 베이스로 할 경우 피용자·자영자간의 비형평성 문제를 해소할 수 있다는 것이다.

위와 같은 논의는 기초노령연금이 국민연금과 별도로 운영될 경우 추가적으로 발생하는 막대한 예산 소요, 예산편성의 부정확성 문제, 지방자치단체별 차등보조를 적용 및 지방비 부담문제 등에 근거하고 있다. 이미 살펴본 기초노령연금대상자에게 지급될 2008년도 기초노령연금지급 예산은 15,948억 원이다.¹⁰⁾ 2008년도 국비와 지방비를 포함한 기초노령연금 예산은 2조 2,002억 원이며 향후 재정부담은 급속도로 증가할 것으로 보여진다.

<표 III-5>는 2027년까지 국민연금 전체가입자 평균소득월액(A값)의 5%를 기준으로 재정소요를 전망한 것으로, 기초노령연금법에서 2028년도까지 국민연금 평균소득월액의 10% 수준까지 단계적으로 상향조정하도록 하고 있음을 고려한다면 재정부담 증가가 더욱 가파를 것으로 예상된다. 아래 제시된 2028년 재정 소요 전망의 경우 평균소득월액의 10% 수준을 적용한 것인데 해당 소요예산은 37조 783억원에 이르는 것으로 전망되고 있다.

<표 III-5> 2008년도 기초노령연금 장기재정계획 (단위: 억원, 경상가)

	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2028
총소요예산	22,002	34,133	34,880	59,726	94,235	146,620	370,783
국고	15,841	24,576	25,114	43,003	67,849	105,556	266,964
지방비	6,161	9,557	9,766	16,723	26,386	41,054	103,819

주) 1. 연금액 및 총 소요예산은 2027년까지는 국민연금 전체가입자 평균소득월액(A값)의 5%, 2028년은 A값의 10%로 가정함.

2. A값은 2008년의 경우 잠정추계, 2009~2012년은 중기재정추계, 2013~2028년은 장기재정추계 적용함.

3. 국고지원율은 평균 72% 가정하여 지방비를 추계함

자료: 김철회(2007), 『정책브리프- 기초노령연금제도의 도입에 따른 재정정책과제』, 국회예산정책처.

또한 김철회(2007)은 예산편성 시 보건복지부가 편성한 기초노령연금액 83,640원을 전액 지급받는 대상자가 전체의 94.4%로 설정되어있는데, 이는 소득인정액 산출에 문제가 있거나 통계에 다소 오류가 있는 것으로 보고하고 있다. 마지막으로 기초노령연금법 시행령에 따르면 기초지방자치단체의 노인인구 비율과 재정자립도를 기준으로, 국고를 40~90% 범위에서 차등보조 하는 것으로 설정되어 있다. 하지만, 기초자치단체가 국고보조사업을 위한 재정지출이 증가함에 따른 재량지출의 여지가 줄어들고 기초노령연금이 지역에 구분 없이 보편적인 성격을 갖는다는 점을 고려하면 국고 보조율 상한선에 대한 추가적인 논의가 필요하겠다.

10) 2008년도 보건복지부의 예산안은 기초노령연금(수급자 수 × 연금액)에 감액비율 및 국고보조율을 반영한 결과이다. 수급자 수는 2008년 1월~6월 70세 이상 노인 191만 9천명, 7월~12월에는 65세 이상 노인의 60% 수준인 301만 명이다. 또한 연금액은 국민연금가입자 평균소득월액의 5% 수준인 83,640원이고, 평균국고보조율은 수급자 추계치를 반영한 72%를 적용하였다. 마지막으로 감액대상자 비율은 2006 노인 소득·자산 실태조사를 근거로 5.6%, 부부 수급에 따른 감액을 적용은 독거 및 부부, 각각 55%와 45%를 적용하였다.

국민연금 이원화의 장점은 이외에도 향후 통일에 대비해 기초연금의 완충기구(buffer) 역할을 들 수 있다. 통일 후 북한 주민이 보험료 납부실적이 없더라도 기초연금 혜택을 받을 수 있기 때문이다. 또한 기초연금은 국민연금, 공무원연금, 사학연금, 군인연금의 4대 연금 문제 해결의 연결고리가 될 수 있다. 즉, 기초연금을 기반으로 국민연금과 공무원연금을 통합하고 소득비례 부분은 별도로 운영하면 지금 교착 상태에 빠져 있는 공무원연금 개혁의 실마리를 찾을 수 있을 것이다. 아울러 국민연금의 이원화는 자영자의 소득과약문제 해결에 도움을 줄 수 있다. 즉, 소득비례연금을 확정기여형으로 도입함으로써 소득과약의 문제를 해결할 수 있도록 하고 나아가 근로자가 상대적으로 불리한 현재의 연금체계에서의 불공평성 문제를 해소할 수 있게 된다. 마지막으로 공공과 민간의 다층체제 역할 분담은 영국의 예에서 살펴보았듯이, 노후소득보장의 노령자의 빈곤 감소, 사각지대 해소 및 연금재정의 지속성에 긍정적인 파급효과를 가져올 수 있을 것으로 기대된다.

이처럼 노후소득보장체제는 기초노령연금과 국민연금의 통합으로 기초연금과 소득비례연금, 퇴직연금, 그리고 개인연금 체제 구축으로 다층화시키고, 소득비례연금의 적용제외를 통해 공적연금의 시장화를 모색할 수 있다. 즉, 국민연금을 이원화함으로써 사각지대의 문제를 해결하고, 사적연금으로의 적용제외를 통해 제도의 효율성 증진과 장기적인 재정안정성을 해소할 수 있을 것이다. 또한 막대한 국민연금기금의 독점적 투자·운용으로 야기되는 금융시장의 왜곡을 방지할 수 있을 것이며, 민간에 분산되어 투자·운용되는 장기연금기금은 금융시장의 안정성과 건전성을 제고할 수 있을 것이다. 이는 영국의 공·사적 연금의 역할 분담 및 운용 예에서 살펴보았듯이, 노령자의 빈곤 감소, 사각지대 해소, 그리고 연금재정의 지속성에 긍정적인 파급효과를 예측할 수 있게 하는 것이다.

IV. 의료보장체제의 다층화와 시장화

1. 의료보장체제의 현황

의료복지체제는 의료보호와 의료보험으로 구분되고 있는데, 우리나라는 의료보험이 의료보호의 기능을 상당부분 수행하고 있다. 의료보호는 저소득층(생활보호대상자)를 대상으로 의료서비스를 국가예산으로 제공하는 사회복지제도 중에서 공적부조의 기능을 수행하고 있으며 의료보험은 사회보험으로서 의료서비스 수요자인 국민이 부담하는 의료보험료를 주요 재원으로 하여 의료서비스를 제공하는 것으로서 재분배기능을 포함하고 있다. 그러나 우리나라의 경우에는 전 국민이 의료보험의 적용을 받고 있으므로 저소득층의 의료서비스 수요를 의료보험이 일부 충족시키고 있다. 이는 낮은 보험료와 높은 보험급여를 야기하여 의료보험재정의 문제를 야기 할 가능성을 내포하고 있다.

가. 의료보호제도의 현황과 문제점

현재 의료보호대상자는 국민기초생활보장법 제5조 제2항의 규정에 의해 세대를 단위로 구분하되 1종 보호대상자 및 2종 보호대상자로 구분하고 있다. 현재 의료보호사업에 있어 문제점으로 지적되고 있는 것은 의료급여 재정지출이 급격히 늘고 있고 또한 체불진료비가 늘어나고 있다는 점이다. 수급권자 1인당 진료비는 2002년 137만원에서 2005년 192만으로, 1인당 진료일수는 174일에서 219일로 급격하게 증가하였고 건강보험가입자 대비 의료급여수급권자의 입·내원일수는 1.8배, 진료비는 2.5배 높게 나타나고 있다. 이처럼 의료급여의 재정지출이 급속하게 증가하게 된 이유는 1종의 경우 외래본인부담이 없어 남용가능성이 제도화 되어있다는 점과 기금부담이 없는 시군구의

경우 의료급여제도에 대한 관심이 거의 없다는 점에서 찾을 수 있다. OECD 국가 중 본인부담이 없는 국가는 찾아보기 어렵다.

현재, 건강생활유지비라는 명목 하에 의료급여수급자에게 일정액의 본인부담금을 지급하여 의료급여비 지출을 통제하려 하고 있다. 그러나 이로 인해 요양기관의 업무가 증가하는 문제가 지속적으로 제기될 가능성이 높다.

전담 관리 인력부족으로 적절한 관리가 이루어지지 못하는 점도 문제로 지적되고 있다. 관리운영 주체인 시·군·구는 전담 인력부족으로 진료기관의 부당청구 여부에 대한 감시 등 사후관리를 제대로 하지 못하고 있으며, 현재에는 건강보험 조사 시 부수적으로 조사하는데 그치고 있다. 따라서 진료기관의 과잉·부당청구 등 도덕적 해이 현상에 대해 효율적으로 대처하기 어려운 상황이다.

나. 건강보험제도의 현황과 문제점

우리나라의 건강보험제도는 1999년 국민건강보험법의 시행으로 직장의료보험, 공·교 의료보험, 지역의료보험이 완전히 통합된 이후 단일 보험자에 의하여 적용을 받기 시작하였다. 따라서 의료급여법, 국가유공자 예우 등에 관한 법률에 의거하여 의료급여를 받는 자를 제외하고는 모든 국민은 건강보험의 적용을 받게 된다. 1977년 500인 이상 사업장 근로자 약 314명을 대상으로 강제적용 건강보험이 실시된 이래 직장가입자는 꾸준한 향상을 보이고 있으며, 2006년 현재 직장가입자 및 피부양자가 전체인구의 58.9%를 차지하고 지역가입자는 전체인구의 39.3%에 해당한다.

건강보험의 적용대상자는 국내에 거주하는 국민으로서 의료급여를 받는 수급권자 및 유공자 등 의료보호를 받는자를 제외한 국민은 건강보험의 가입자 및 피부양자가 될 수 있다. 이러한 건강보험의 가입자는 직장가입자와 지역가입자로 구분할 수 있다. 직장가입자는 모든 사업장의 근로자 및 사용자와 공무원 및 교직원은 직장가입자가 되며 다음과 같은 해당자는 제외한다. 즉, 1월 미만의 기간 동안 고용되는 일용근로자, 병역법의 규정에 의한 현역병(지원에 의하지 아니하고 임용된 하사를 포함한다), 전환 복무된 사람 및 무관후보생, 선거에 의하여 취임하는 공무원으로서 매월보수 또는 이에 준하는 급여를 받지 아니하는 자, 기타 사업장의 특성, 고용형태 및 사업의 종류 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 사업장의 근로자 및 사용자와 공무원 및 교직원. 또한 지역가입자는 가입자 중 직장가입자와 그 피부양자를 제외한자를 말한다.(국민건강보험법 제5조, 6조)

<표 IV-1> 건강(의료)보험 가입자 및 피부양자

구분	직장가입자		지역가입자
	일반근로자사업장	공·교사업장	
가입자	- 상시 1인 이상의 근로자를 사용하는 사업장에 고용된 근로자 와 그 사용자	- 공무원 및 교직원으로 임용 또는 채용된 자	- 직장가입자와 그 피부양자 및 의료급여대상자를 제외한 자
피부양자	- 다음 1에 해당하는 자 중 직장가입자에 의하여 주로 생계를 유지하는 자로서 보수 또는 소득이 없는 자 · 직장가입자의 배우자 · 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속 포함) · 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속 포함) 및 그 배우자 · 직장가입자의 형제·자매		

우리나라 의료보장 적용인구는 1989년 건강보험이 전 국민을 대상으로 확대된 이후 크게 증가하여 1990년 건강보험적용인구는 40,180천 명으로 거의 대부분의 국민들이 가입대상자가 되었다. 이후 꾸준히 상승하여 2006년 현재 건강보험 총 대상자는 47,410천 명으로 전체 국민의 98%에 해당한다. 따라서 직장과 공·교 보험을 포함한 직장가입자수는 1990년 20,758천 명으로 전체인구의 48.4%를 차지하였으나 2006년 현재 28,445천명으로 전 국민 건강보험 실시 초기보다 7,687천 명 증가하여 전체인구의 58.9%를 차지하고 있어 지속적으로 직장가입자의 수가 증가하고 있다. 또한 지역가입자의 경우는 1990년 19,421천명에서 2006년 현재 18,965천명으로 456천 명이 감소하여 전체인구의 39.3%를 차지하였으며 점점 감소하고 있다.

직장가입자의 월별 보험액은 직장가입자가 일정기간동안 지급받는 보수를 기준으로 하여 국민건강보험법이 정한 규정에 의하여 보수월액에 법이 규정한 보험료율을 곱하여 얻은 금액으로 하며, 지역가입자의 경우는 세대단위로 산정하되, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액은 법이 규정한 보험료부과징수에 따라 대통령령이 정하는 보험료 부과점수당 금액을 곱한 금액으로 정하고 있다 부과표준소득은 지역가입자의 소득·재산·생활수준·직업·경제활동참가율 등을 참작하여 정하고 보험료부과점수의 산정기준은 대통령령으로 정하고 있다(국민건강보험법 제64조)

<표 IV-2> 직장·지역 보험료 부과기준

구분	직장	지역
보험료 산정	보수월액×보험료율(5.08%)	적용 점수 × 점수 당 금액(148.9원)
부과기준(소득의 개념)	근로의 제공으로 받는 모든 근로소득(비과세근로소득 제외)	소득·재산·생활수준 등을 점수로 산정·합산
부담능력 평가	절대평가	상대평가
특징	단일부과요소에 의한 정률비례	복합부과요소에 의한 차등비례

건강보험의 급여는 그 형태에 따라 현물급여와 현금급여로 구분할 수 있는데, 현물급여는 보험자가 가입자 및 피부양자 등에게 질병 및 부상 등이 발생하였을 때 약제 치료재료의 지급 및 진찰·검사·처치·수술 등을 실시하도록 하는 것으로 요양 또는 의료서비스를 제공하는 것을 말하며 요양급여와 건강검진이 포함된다.(국민건강보험법 제39조, 제47조) 현금급여는 보험급여를 현금으로 지급하는 것으로 보험자인 공단이 가입자 및 피부양자에게 직접 지급하는 것으로 요양비, 본인부담액보상금 및 장애인보장구급여 등이 있다.(국민건강보험법 제44조~46조) 건강보험의 보험료 및 급여 관리는 다음 기준에 의하여 이루어진다.

<표 IV-3> 건강보험의 보험료 및 급여관리

		의료보험(통합전)	건강보험(통합후)
보험료 관리	보수월액 의 산정	매월의 보수월액을 기준으로 산정	일정기간 지급받은 보수를 기준으로 등급별 산정 (전년도 보수총액÷ 그 해당기간의 근무월수)
	보수의 범위	근로자가 근로의 대가로 받는 임금, 보수, 수당 등의 금품	근로의 제공으로 인하여 받는 봉급, 급료, 보수, 세비, 임금, 상여, 수당과 이와 유사한 성질의 금품 - 실비변상적인 금품을 제외한 총보수 기준
	보험료율 범정부위	- 80/1000범위 안에서 심의위원회의 의결을 거쳐 대통령령으로 정함	범정부위 - 80/1000 범위 안에서 심의위원회의 의결을 거쳐 대통령령으로 정함
급여관리	장제비지급액	<근로자> 조합별 정관에 정함. <공무원·교직원> 피보험자 30만원, 피부양자 20만원	삭제
	본인부담액 보상금	<근로자> 매 30일간에 50만원 초과분에 대하여 전액 <공무원·교직원> 매 30일간에 100만원 초과한 경우, 그 초과금액의 50%	현재는 본인부담액 보상제 사후환급 실시 (2004.7.1부터 6개월 200만원 기준)

의료보험에서 추구하는 세 가지 목표는 다음과 같다. 첫째, 의료서비스의 만족도 제고이며 둘째, 진료비의 과도한 상승을 억제하는 것이고 셋째, 보험료부담의 형평성을 달성하는 것이다. 지금까지 우리나라 의료보험제도인 단편적인 통제방식으로는 한 가지 목표를 위해 실시되었지만 다른 목표들과는 대체로 갈등관계에 놓여있다. 그 동안 과도한 진료비상승을 억제하기 위하여 실시된 수가 고시제도는 의료수요 억제효과를 갖지 못하고 진료비심사제도도 의사들의 진료행태를 통제하는데 효과적이지 못했다. 오히려 이 두 제도 모두가 의사들의 불만요인이 되고 있어 의료서비스의 질에 상당히 부정적인 영향을 미치고 있다.

진료비의 상승도 문제인데 그동안 행위별수가제도하에서 진료비 상승의 억제를 위해 실시된 수가 고시제도, 진료비심사제도 등이 효과를 발휘하지 못하고 있기 때문이다. 우리나라의 의료수가는 수요공급원리에 따라 결정되는 것이 아니라 정부가 일방적으로 결정. 그 과정에서 의료의 적정성과 경제성에 대한 고려는 제대로 이루어지지 않고 있으며, 특히 수가구조에 대한 관리가 이루어지지 않아 의료공급구조 왜곡의 원인이 되고 있다.

2. 의료보험기능의 취약성과 재정위기

건강보험이 갖고 있는 문제점은 중증과 경증환자 간에 본인부담차이가 없고 중증환자의 경우 진료비 부담으로 인한 가계 부담이 급증하고 있다는 것으로 요약된다. 건강보험 보장성이란 전체 의료비에서 국민건강보험공단이 부담하는 금액으로 보장성이 높을수록 개인이 내는 부담이 적어진다. 즉, 경증질환에 비해 중증질환의 보장성이 지나치게 낮다는 것이다.

한 예로 2005년도 건강보험대상자 47,392천 명 중 1년간 건강보험진료비가 500만원을 초과한 고액진료환자가 480,719명으로 전체대상자의 약 1%수준에 이르고 있다. 또한 이들이 사용한 총 진료

비는 약 99억 원으로 전체 총 진료비의 20.5%를 차지하고 있다. 2007년 3월 8일자 동아일보기사에서도 제시됐듯이 간암, 혈액암, 위암 등 10대 암의 하루 평균 총 진료비는 약 49만원수준이며 이중 환자가 직접 부담한 본인부담액이 약 19만원 수준으로 보도되고 있다. 또한 이들 암환자 관련 진료항목 중 건강보험에서 보장을 받지 못하는 항목이(비급여 항목)이 81.1%로 매우 높아 가계부담이 높을 수밖에 없는 구조적 취약성을 보여주고 있다. 외국의 경우를 살펴보면 대만의 경우, 31개 질병군 200여개 중대상병에 대해서는 본인부담을 면제하고 있으며 입원건당 본인부담이 1인당 국민소득의 6%를, 연간본인부담은 1인당 국민소득의 10%를 넘지 못하도록 하여 중대상병이나 고액진료환자에 대한 건강보험에서의 보장성강화가 확실하게 이루어지고 있다.

이와 같은 건강보험의 보장성문제는 재정문제로도 이어진다. 즉, 암, 심장, 뇌질환 등 중증질환 환자처럼 장기간 입원을 요하는 경우 제대로 된 보험급여의 혜택을 받기 어렵고, 경증질환 환자의 낮은 본인부담금으로 인하여 건강보험의 재정문제는 더욱 심각해진다는 것이다. 건강보험의 재정적인 위기는 이미 1990년대 중반부터 의료비 증가와 부담능력 증가로 인한 괴리 때문에 발생하는 구조적인 문제로 인하여 증가하고 있었으며 의약분업 관련 수가인상, 의료보험통합 및 외환위기 이후 경제적 어려움 등 악재가 겹치면서 나타난 결과라고 할 수 있다. 특히, 2000년도부터 실시된 의약분업으로 의료수가의 대폭적인 인상, 의·약간 담합, 과도한 의약품처방 및 조제행위 등 일부 의료행위의 도덕적 해이, 여기에 고령화로 인하여 노인의료비가 증가, 소득상승 및 의료욕구의 증가 등으로 인하여 재정위기를 가속화시키게 되었으며 이는 수입보다 지출규모가 확대되면서 발생하게 되었다. 또한 의료보험의 통합으로 인하여 그동안에 쌓아온 적립금을 소진하게 되었으며 징수노력에 대한 해이, 경기침체로 인한 소득감소 등으로 인하여 의료보험 수입은 더욱 감소하게 된다.

<표 IV-4>에서 알 수 있듯이 1997년 건강보험 재정수지는 3,820억 원의 적자를 보이면서 지속적으로 증가하여 2001년 건강보험 재정수지는 2조 1,775억 원의 적자를 기록하였다. 적자규모의 확대에 따라 적립금 규모는 1997년 3조 7,851억 원을 기록하고 있으나 2002년도에는 2조 5,716억 원까지 적자규모가 확대되었다. 이러한 건강보험재정위기에 직면한 정부는 2001년 5월 '건보재정안정 종합대책'을 발표하여 지역보험에 대한 정부지원 50%확대, 2002년부터 보험료 매년 8~9%인상하는 대책을 발표하여 건강보험 재정문제를 해결해보고자 하였으며 '국민건강증진기금'을 통해 부족한 재원을 보충하려 하였다. 이후부터는 대폭적인 정부지원금의 증대로 인하여 점점 적자규모가 감소하였지만, 2006년부터 다시 적자가 발생하기 시작하여 2007년에는 2,847억 원 적자를 기록하기에 이르렀다. 2007년 현재 정부지원금 총계는 3조 6,720억 원이며, 지역건강보험 재정은 2조 7,042억 원, 담배부담금은 약 9,676억 원을 각각 기록하였다. 이처럼 최근 건강보험 재정규모는 담배부담금을 재원으로 하는 '국민건강증진기금'을 통한 정부지원금의 확대에도 불구하고 건강보험 총지출이 총수입을 초과하고 적립금 규모는 매년 감소하기 시작하여 2007년 현재 8,951억 원을 기록하였는데 이는 전년대비 24.1%의 감소를 보인 것이다.

<표 IV-4> 연도별 건강보험 재정현황

(단위: 억원)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
수입	73,004	78,508	86,923	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697
-보험료수입	47,941	50,063	61,054	71,846	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530
-국고지원금	9,954	10,760	11,656	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042
-담배부담금	-	-	-	-	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676
-공동사업배분금	10,119	10,774	8,859	5,360	-	-	-	-	-	-	-
-기타수입	4,990	6,911	5,354	2,561	1,657	2,298	2,186	2,147	2,513	2,947	3,449
지출	76,823	87,157	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544
-보험급여비	58,131	68,070	78,406	90,321	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614
-관리운영비	6,638	6,971	6,814	7,503	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	8,966	9,734
-공동사업분담금	10,272	10,607	8,807	5,356	-	-	-	-	-	-	-
-기타지출	1,782	1,509	1,587	2,204	963	949	830	831	380	764	196
당기수지	△3,819	△8,649	△8,691	△10,090	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847
누적수지	37,851	30,359	22,425	9,189	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 2007

<표 IV-5>에서 확인할 수 있듯이 정부는 2004년 이후 4%대 인상률을 보였으나 2008년 1월 5.08%의 건강보험료율의 인상을 실시하였다. 정부는 만성적인 건강보험 재정문제를 결국 보험료 인상조치를 통하여 해결하고자 하고 있다. 그러나 이는 단기적인 해결방안으로 구조적인 건강보험의 문제를 해결하지 못한다. 현행 이원화(직장 및 지역가입)되어 있는 보험료체계는 보험료부과체계에서 단순히 보험료율을 같은 비율로 인상하고 있으며, 이는 보험료부담의 장기적인 왜곡과 형평성에 어긋날 수 있다. 정부는 2002년부터 매년 지속적으로 보험료를 인상하면서 상대적으로 직장가입자의 보험료부담을 가중시킴으로써 현재 건강보험재정 적자를 가속화시키게 되었다.(감사원, 2004)

<표 IV-5> 연도별 직장표준월급여액 및 보험료율 현황

(단위: 원, %)

	직장 계		근로자		공·교	
	연평균표준보수월액	평균보험료율	연평균표준보수월액	평균보험료율	연평균표준보수월액	평균보험료율
1990			489,308	3.19	506,593	4.60
1995			895,719	3.03	770,947	3.80
2000			1,522,175	2.80	1,604,835	3.40
2001	1,695,699	3.40	1,566,352	3.40	2,274,861	3.40
2002	1,936,921	3.63	1,802,213	3.63	2,589,057	3.63
2003	2,262,972	3.94	2,125,033	3.94	3,014,165	3.94
2004	2,359,857	4.21	2,198,925	4.21	3,208,075	4.21
2005	2,457,354	4.31	2,321,757	4.31	3,213,611	4.31
2006	2,548,768	4.48	2,401,260	4.48	3,405,784	4.48
2007	2,617,608	4.77	2,476,864	4.77	3,490,891	4.77
2008	-	5.08		5.08		5.08

주) 1. 공·교는 연평균표준급여액이며, 직장은 '91~2000은 연말평균 표준보수월액임

2. 2007년은 부과액기준 결산수치이며, 보험료율은 연도 말 기준임

자료: 국민건강보험공단

<표 IV-6> 연도별 1인당 월평균보험료 현황

(단위: 원, 명)

	건강보험적용 인구 1인당	직장 1인당						지역 1인당	
		직장소개		근로자		공·교		세대	적용인구
		가입자	적용인구	가입자	적용인구	가입자	적용인구		
1990	2,590	8,225	2,572	7,598	2,483	11,002	2,892	9,121	2,609
1997	6,413	16,243	5,393	16,253	5,591	16,205	4,706	22,449	7,401
1998	7,145	17,583	5,623	17,374	5,726	18,359	5,292	25,619	8,511
1999	8,410	22,496	7,038	19,893	6,392	32,307	9,198	28,624	9,642
2000	9,369	24,237	7,688	21,629	7,053	35,074	9,993	31,678	10,965
2001	11,274	28,830	9,542	26,631	9,097	38,673	11,237	36,253	12,982
2002	13,425	35,209	12,220	32,374	11,607	48,935	14,706	39,071	14,650
2003	16,248	44,581	15,727	41,863	15,249	58,271	17,738	43,390	16,807
2004	17,985	49,675	17,752	46,287	17,064	67,530	20,780	45,818	18,256
2005	19,104	52,956	18,999	50,034	18,440	69,250	21,648	46,871	19,237
2006	20,851	57,092	20,713	53,788	20,007	76,290	24,210	49,688	21,050
2007	23,690	62,430	23,449	59,073	22,789	83,258	26,877	55,054	24,065

주) 본인(개인)부담료 기준
자료: 국민건강보험공단

건강보험의 지출규모의 수입초과는 의료보험 통합이전인 1996년부터 확대되고 있었던 것으로 볼 때, 재정악화의 주요원인은 의료보험통합보다 의약분업에 의해서 더욱 확대된 것으로 보인다. 최근 보험료수입 및 급여비 지출은 <표 IV-7>을 통해 확인할 수 있다. 의료보험 재정악화는 지출요인에 의하여 더 큰 영향을 받고 있다는 것을 알 수 있는데, 2001년 기준으로 보험료 수입은 전년대비 23.2%의 증가율을 보인 반면, 급여비지출은 전년대비 46.6%의 증가율을 보일 정도로 급여비 지출의 증가폭이 컸다. 특히, 급여비 지출의 증가율은 지난 5년간 연평균 증가율인 18%에 비해 크게 증가하였음을 보여주고 있는 것이다.

<표 IV-7> 보험료 및 급여비 전년대비 증가율

	보험료수입(억원)	증가율(%)	보험급여비지출(억원)	증가율(%)
1996년	41,303	15.98	50,756	26.23
1997년	47,941	16.07	58,131	14.53
1998년	50,063	4.43	68,070	17.10
1999년	61,054	21.95	78,406	15.18
2000년	71,846	17.68	90,321	15.20
2001년	88,516	23.20	132,447	46.64
2002년	106,466	20.28	138,993	4.94
2003년	131,807	23.80	149,522	7.58
2004년	148,745	12.85	161,311	7.88
2005년	163,864	10.16	182,622	13.21
2006년	182,567	11.41	214,893	17.67
2007년	212,530	16.41	245,614	14.30

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 2007

그러나 의약분업으로 인하여 의료보험 재정이 악화되었다고 해서 의약분업 자체를 부정하는 것은 위험한 발상이다. 의약분업은 의약품의 오남용 방지, 의료비 절감, 환자의 알 권리 증진 등을 위해 필요한 제도이지만 문제는 의약분업의 추진과정에서 발생한 왜곡과 오류가 급속한 재정악화 요인으로 작용하였다는데 있다. 의료계, 약계의 반발을 무마하는 과정에서 총 의료수가는 누적기준 49% 인상되었으며 의료수가 인상으로 인해 총 소요재정이 3조 983억 원이나 증가해 건강보험 재정고갈의 주된 요인으로 작용하였다. 또한 의료수가 인상은 원외처방료, 조제료 등 일부 항목의 과잉진료를 유발이 과잉진료를 유발하게 되는 계기가 되었다.

<표 IV-8> 건강보험 수가 및 소비자 물가 증가율(의약분업 이후)

시행일	건강보험 수가		소비자 물가	
	증가율(%)	누적지수	증가율(%)	누적지수
2000.7.1(의약분업 실시)	9.20	649.41	-	513.92
2000.9	6.50	691.62	2.30	525.74
2001.1	7.08	740.59	4.30	548.34
2002.4	△2.90(인하)	719.12	2.70	561.53
2003.1	2.97	740.48	3.60	582.30
2004.1	2.65	760.11	3.60	603.26
2005.1	2.99	782.83	2.80	620.15
2006.1	3.50	810.23	2.09	633.11
2007.1	2.30	828.86	1.95	645.46
2008.1	1.94	844.94	3.89	670.57

자료 : 국민건강보험공단

또한 진료비 억제에 핵심인 지불보상체계의 개혁을 포기한 것도 진료비 급증의 결정적인 요인으로 작용하였다. 과잉진료를 유발하는 근원적인 원인은 의료 공급자가 진료 횟수 및 양에 따라 보상받는 행위별 수가제에 있으므로, 질병의 유형과 정도에 따라 미리 정해진 일정금액을 보상받는 형태로 지불보상체계를 개혁하는 것이 필요하다. 하지만, 정부는 의약분업 강행에 따른 의료계 반발을 무마하기 위해 2000년 7월 1일 동시 실시가 예정되어 있던 지불보상체계의 개혁을 무기한 연기하였다. 이외에도 오래전부터 의료보험 재정악화를 가져왔던 요인으로 보험저항, 진료비심사 부진, 소비자 비용의식 약화, 급여범위의 확대, 고령화 등을 들 수 있다.

결국 건강보험 재정과탄은 의약분업의 무리한 실시가 직접적인 원인으로 작용하였지만 그보다는 우리의 의료보험제도가 가격기능을 철저히 무시한 채 오랜 기간 시행되어 왔다는데 그 원인을 찾을 수 있을 것이다. 사회보험이라 할지라도 보험기능을 최소한 확보하여야 함에도 불구하고 의료서비스의 수급구조를 결정짓는 가격기능인 보험료와 수가가 제 기능을 발휘하지 못함에 따라 수요자 공급자 모두가 심각한 도덕적 해이에 빠지게 되었다. 수요자인 국민은 과도한 의료서비스 수요의 증대로 의료서비스의 질적 하락을 초래하였고 공급자인 의사와 약사의 경우 낮은 수가를 보상받기 위한 각종 비정상적인 진료 및 조제행위를 해온 것이다. 따라서 건강보험제도 자체의 근본적인 개혁이 전제되지 않고서는 현재의 재정위기를 해결할 수 없을 뿐만 아니라 의료복지체계 자체의 존립기반마저도 흔들리게 할 우려가 발생한다.

3. 의료보장의 다층화와 기대효과

미국의 경우 예외적으로 민영의료보험 중심국가로 의료보장의 취약성이 늘 문제가 되고 있다. 최근 개봉된 마이클 무어 감독의 신작 '식코'(Sicko)에서 이러한 미국의 민영의료보험중심 의료보장이 갖는 문제를 실랄하게 비판하면서 우리와 같은 전 국민 건강보험제도의 도입이 필요하다는 점을 역설하고 있다. 그러나 우리의 경우 이러한 미국과는 정반대 지점에 서서 문제해결을 위해 노력을 해야 한다. 지나치게 공적의료보험에 의존하고 있는 우리의 경우, 경증질환 위주의 전 국민 건강보험이 갖는 낮은 의료서비스수준과 재정위기의 문제를 안고 있다는 점에서 공·사적 의료보험의 역할분담이 필요하다고 할 수 있다. 우리는 건강보험을 통해 의료보호의 기능도 담당하도록 하고 있다는 점에서 지나치게 보편적 의료보험체계가 갖는 문제를 안고 있다. 따라서 민영건강보험의 도입을 통한 의료보장의 다층화 전략이 필요하다고 할 수 있다.

이러한 의료보장 다층화 전략을 수행함과 동시에 건강보험의 기금화를 통한 책임성의 강화가 절실히 요구된다. 4대사회보험 중 국민건강보험만이 유일하게 국회의 통제를 받지 않고 보건복지부장관의 승인 하에 운용됨으로써 회계의 투명성이 확보되지 못하고 있다. 외국에서도 통합방식으로 건강보험을 운영하는 미국, 영국, 대만 등은 정부가 보험자로서 직접 사업수행자이므로 국회의 심의를 받고 있다. 국민연금 등 다른 사회보험재정은 "기금관리기본법"에 따라 기금 운용계획안 및 결산에 관하여 국회의 심의를 받고 있다. 따라서 건강보험재정도 넓은 의미에서 정부의 재정활동이며 국민부담이므로 기금으로 운용하는 것이 타당하며 강제적인 국민부담이란 측면에서 일반예산에 대한 통제와 같지는 않더라도 국민의 통제를 받는 시스템으로 전환해야 할 것이다.

가. 민영건강보험 도입의 타당성과 도입의 기본방향

현행 의료복지체계는 지속가능성(sustainability)면에서 지극히 취약한 구조를 갖고 있다는 점에서 조속한 시일 내에 새로운 체계를 구축하지 않는 한 재정위기와 함께 의료복지체계의 붕괴가 불가피할 것으로 판단된다. 의료보호는 저소득층을 위한 현재 의료보호제도는 의료보험에서 상당 부분 그 수요를 충족시키고 있다는 점에서 제 기능을 하고 있다고 보기 힘들다. 다시 말해서 일반회계의 복지예산에서 차지하는 의료보호예산의 비중이 상당히 낮게 나타나고 있으며 건강보험은 전 국민 의료보험 적용이라는 제도적용 폭은 확대했음에도 불구하고, 국민의 의료서비스 수요를 충족시키기에는 현행 의료복지체계로서는 한계가 있다. 현재 심각하게 대두되고 있는 건강보험 재정과 탄문제를 해결하고자 여러 단편적이고 단기적인 해결방안이 제시되고 있고 논의되고 있지만, 이는 근본적인 의료복지제도의 개선방안이 되기에는 부족함이 있다. 이러한 단기적인 해결책으로 건강보험재정위기가 극복된다 하더라도 수년 내 다시 재정위기가 발생할 가능성이 지극히 높다.

가격기능이 의료보험제도가 도입된 이래 아직 제 기능을 한 적이 없을 정도이며 이러한 가격기능이 현재 제시되고 있는 대안으로 회복되기를 기대하기는 어렵다. 따라서 단편적이고 단기적으로 제시되는 대안으로 의료서비스의 수급 당사자가 이를 이해하고 호응하기를 기대해서는 안된다. 모든 집단이 현재의 대안을 수용하기는 불가능하고 거부하고자 하는 집단의 경우 대안이 시행된 후 도덕적 해이적 행위를 할 가능성이 상당히 크다고 할 수 있다. 결국 현재 상황에서는 보다 근본적이고도 중장기적인 의료복지체계로서 삼층 의료복지체계의 구축이 필요하다.

또한 장기적으로 공적건강보험인 국민건강보험의 취급기관을 민간건강보험회사에게로 확대하는 방안도 검토될 수 있다. 즉, 사회보험인 국민건강보험의 보험료를 민영건강보험회사에 납부할 수 있도록 하는 적용제외(contract-out)제도를 운영하되 국민건강보험료에 해당하는 부분은 사회보험제

원으로 전환할 경우 중산층 이상의 가입자의 후생은 한층 더 높아 질 수 있다. 이와 같이, 공적건강보험의 취급기관을 다원화하면 공적건강보험관리 운영주체와 민영보험사 간에 경쟁체제를 도입하게 되고 이는 공적건강보험의 질적 향상을 가져올 수 있게 된다.

특히, 건강보험을 중증질환 중심의 보험으로 개편하고 경증질환(Minor risk) 및 비보험영역(신기술이나 non-medical 서비스 등)에 대한 보충적인 보장은 민간보험과 건강보험간의 경쟁을 유도하는 것이 바람직하다. 이는 현재의 건강보험이 갖고 있는 중증질환의 미약한 보장성의 문제를 해결할 수 있는 계기로 작용할 수 있을 것이다.

이러한 삼층보장체계는 그동안 국민건강보험이 일부 담당하였던 의료보호기능은 정부의 예산사업으로 수행하도록 하고 국민건강보험은 사회보험의 본연의 기능을 하도록 함과 동시에 사회보험 제도로 충족되지 못하는 의료수요를 민영보험으로 충족시키는 체계라고 할 수 있다. 이를 통해 사회보험으로서의 국민건강보험의 가격기능을 회복함에 따라 건강보험재정문제를 해결하고 나아가 이를 기초로 의약분업의 근본취지를 살릴 수 있는 길이 열리게 되는 것이다. 나아가 그동안 의료공급자가 가졌던 가격체계에 대한 불만을 근본적으로 해소할 수 있게 된다.

아울러 국가 간 경제장벽이 낮아지고 시장개방이 가속화됨에 따라 건강보험분야에 대한 개방요구도 가속화 되고 있다. 이에 따라 보건의료시장에서도 개방에 대한 압력이 높아질 것은 자명하다. 따라서 민간보험에 대한 수요가 생기는 것은 당연하며 건강보험과 민간보험의 균형 있는 발전은 의료서비스 공급자들의 역량을 강화시키고 소비자의 위험보장을 강화할 수 있는 기회가 될 것이다.

- 1층: 의료보호
 - 의료보호는 원래의 기능을 살려서 저소득층을 대상으로 국가재정으로 지원하는 국가차원의 의료서비스 제공
- 2층: 국민건강보험
 - 사회보험으로서 재분배기능이 포함된 가입자인 국민의 보험료와 부분적인 국고지원을 재원으로 한 의료서비스의 제공.
 - 보험료와 수가가 의료서비스의 수급을 결정할 수 있는 체제를 구축함으로써 안정적인 재정여건 하에서 질적으로 향상된 의료서비스 안정적인 보장
- 3층: 민영건강보험
 - 중산층이상을 대상으로 국민건강보험으로 충족되지 못하는 의료서비스의 수요를 민영보험에서 제공하는 의료서비스로 충족
 - 철저히 시장기능에 의존하는 보험형태로서 위험을 반영한 보험료율과 위험 발생 시 최대한의 의료서비스의 제공을 기본으로 함.

나. 민영건강보험 도입의 예상파급효과

1) 의료서비스의 질적 향상

현재의 국민건강보험제도 하에서 의료서비스의 질은 OECD국가 중에서 하위권이라 할 수 있다. 즉 의사 일인당 일일 진료 환자 수는 세계 최다수준이고 환자 일인당 진료시간은 세계 최단수준으로 보험가입자의 이에 대한 불만은 날로 증폭되고 있는 실정이다.

이러한 저하된 의료서비스에 대한 질을 높이기 위해서는 건강보험제도에 자체에 대한 개혁이 요구된다. 즉, 정부주도형의 의료서비스가 보험자, 공급자, 환자주도형으로 탈바꿈할 필요가 있다. 이는 최근 신건강보험제도를 통해 기존 건강보험제도를 개혁한 네델란드가 좋은 본보기가 될 것이다. 네델란드의 신건강보험제도는 제도적으로 주로 제2영역의 질병기금제도와 민간건강보험제도가 통합되어 이루어진다.

<표 IV-9> 네델란드 신건강보험제도 체계

구분	개혁전		개혁후
제1영역	고액진료비 지출에 대비한 국민건강보험 (전국민 강제가입)		고액진료비 지출에 대비한 국민건강보험 (전국민 강제가입)
제2영역	질병기금 (일정소득미만 강제가입)	민간건강보험 (대부분 임의가입)	사회건강보험(Social Health Insurance) (전국민 강제가입)
제3영역	보충형 건강보험(임의가입)		보충형 건강보험(임의가입)

네델란드의 신건강보험제도는 미국제도와 유사점과 차이점을 갖고 있다. 유사점은 민간보험사에 의한 관리경쟁체계라는 점과 네델란드의 보험자와 공급자관계가 미국의 HMO 관계와 유사하다는 점이다. 한편, 차이점은 네델란드가 사회연대의 이념에 입각한 국가에 의한 관리경쟁체계와 전국민 의무가입제도를 시행하고 있는 데 반하여, 미국은 자유로운 경쟁체계이고 임의가입제도라는 것이다. 제1영역의 경우, 장기요양 등 모든 국민이 가입해야 하는 제1영역의 특별의료비법에 의한 급여는 종전대로 정부가 제공한다. 제2영역의 기본건강보험에는 건강에 필수적인 모든 것이 거의 포함되어 있다. 종전 공적건강보험과 민간건강보험을 통합함으로써 우리나라 자동차보험체계(책임보험 : 대인 I 과 종합보험 : 대인 II)와 유사하다. 제3영역은 제2영역의 기본건강보험과 제1영역의 특별의료비지출법이 보장하지 않는 부분은 제3영역의 임의가입 보충형보험에 의해 해결한다. 보충보험은 위험선택의 적용을 받으며, 물리치료 · 성인의 치아교정 · 보완대체 의학요법 · 고가약 등이 있다.(국민건강보험공단, 2008)

따라서 삼층보장체계가 구축될 경우, 우선적으로 의료서비스의 질적 향상이 이루어 질 수 있으며 민영건강보험이 제공하는 각종 상품을 가입자의 수요에 맞게 선택할 수 있음에 따라 보험가입과 동시에 어느 정도의 의료서비스에 대한 수요는 충족되는 셈이다. 이는 사회보험으로서의 국민건강보험의 수요를 줄여주는 역할을 함에 따라 민영건강보험에 가입하지 않는 중 · 저소득층에게 제공되는 공적의료보험으로서의 국민건강보험의 의료서비스의 질도 함께 향상되는 결과를 가져올 수 있다. 또한, 민영건강보험의 활성화를 통한 의료공급자의 자체적 역량 강화는 제약산업이나 의료기기 및 장비산업, 생명공학의 발전을 촉진시킴으로써 궁극적으로 국민의 삶의 질을 향상시키고 보건의료산업을 국가성장동력산업으로 발전시키는데 기여할 것으로 보여진다.

2) 이해집단별 후생증진

의료시장에서 보험자와 공급자에 대한 자율성을 높임으로써 정부는 의료의 질과 접근성에 대한 책임을 지며 건강보험의 급여항목을 결정하고, 민간보험자는 기본보험상품의

보험료의 차이를 이용하여 가입자를 확보하여 보다 다양한 건강보험 보장상품을 판매하도록 할 수 있다.¹¹⁾ 아울러 정부주도 하에서 제한된 경쟁체제의 도입¹²⁾을 통해 기존에 발생하는 문제(소득계층별 보장성강화 문제, 형평성 문제, 비효율성 등)의 해결방안을 제시할 수 있을 것이다.

즉, 제한경쟁은 가입자의 보험자선택권과 보험자의 가입자 확대노력 등으로 보험자와 의료공급자가 비용-효과적(저부담-고급여)으로 운영토록 한다. 의료시장에서 보험자, 소비자, 공급자는 법적인 규제를 받으면서 한편으로는 상호보완하면서 서로를 감시하여, 정부는 잠재적인 시장실패를 통제하고, 질, 접근성, 비용에 대한 지침을 작성한다. 가입자는 보험자를 선택하거나 서비스 질을 감시하면서 의료선호도를 보험자에게 알린다. 그리고 자신의 권리를 보호하고 자신의 건강을 책임진다. 의료공급자는 양질의 의료와 효율적 의료서비스를 제공한다. 즉, 보험자는 최상의 의료서비스를 제공하는 의료공급자를 선택함으로써 이해집단별로 법적인 규제 하에서 후생증진을 도모할 수 있다.¹³⁾

가) 소비자로서의 국민의 후생증진

공적 및 민영 건강보험에서 제공하는 의료서비스의 질적 향상은 소득계층에 상관없이 국민 전체의 후생을 증진시키기에 충분하고 할 수 있다. 2층 보장에만 의존하는 중산층이하의 소득계층도 국민건강보험의 의료서비스의 질적, 양적 확대로 후생증진이 가능하다. 또한 3층보장인 민영보험에 가입하는 중산층 이상의 소득계층역시 2층보장체계에서 충족하지 못하였던 의료수요를 3층체계에서 질적으로 충족시킬 수 있게 된다.

여기서 중산층이하의 소득계층은 2층 보장에서 국민건강보험의 필수적인 요소를 모두 포함하고 중산층 이상은 3층 보장을 통해 위험선택의 적용을 받는 임의가입 보충형보험으로 최상의 의료공급을 선택할 수 있도록 한다. 보험자 및 가입자가 효율적으로 질병을 예방하는 동기를 부여할 수 있도록 함으로써 의료서비스의 질과 함께 국민의 후생을 증진시킬 수 있을 것이다. 즉, 보험가입의 개방으로 인하여 환자의 선택권이 강화되고 의료의 질과 서비스가 개선될 수 있다.

그동안 의료보험 급여에 포함되지 않는 진료항목이 많아, 환자가 직접 부담하는 비용이 진료비의 약 40% 이상일 정도로 우리나라의 본인부담률은 다른 나라들에 비해 상당히 높았다. 민영건강보험의 도입은 개인의 위험을 반영하는 보험료부과가 기초가 됨에 따라 위험이 낮은 가입자가 추가적으로 부담하는 불공평성은 근본적으로 해소될 수 있을 것이다. 또한 현재의 국민건강보험과는 달리 연령별 성별 직업별로 보험료를 다르게 책정함에 따라 가입자의 위험을 최대한 반영하게 하여 보험료부담에 대한 상대적 불만을 해소할 수 있다.

11) 네덜란드 신건강보험제도에서는 현물급여방식인 자연상품(natura polis),선지불후상환방식인 상환상품(restitution polis), 두 개를 혼합한 상품 등 다양한 보장성 상품으로 구성되어 있으며 총32개 민간보험회사(2007년 기준)에서 총 55개 건강보험상품을 판매하고 있음.

12) 네덜란드 정부가 최근 개혁한 신건강보험제도에서의 제한경쟁모델은 “민영사회건강보험(private social health insurance)”으로 불린다. 민영(private)은 의료시장에서 공급자와 보험자에 대한 자율성(시장진입과 서비스생산에서)을 의미한다. 사회(social)는 공급자와 보험자가 활동하는 법적 테두리 안에서 결정된다는 의미를 갖게 된다. 그러나 EU 법에 의해 보험자의 경쟁을 제한하는 네덜란드 정부의 권한은 제한된다.(유럽연합은 네덜란드의 개혁에 대해 정부가 필요 이상으로 간섭하지 않는다는 조건하에서 사회보험을 대체하는 보험에 대해서는 예외로 하기로 함.)

13) 국민건강보험공단(2008), “네덜란드의 신건강보험제도”를 보충설명한 것임

나) 의료 공급자로서의 의사와 약사의 편익증진

현행 의료보험 제도에 대한 의료인들의 불만 또한 심각한데 정부에 의한 일방적 의료수가 고시제 그리고 의료보험 환자 진료 지정제도, 진료비 청구 심사제도 및 지불 지연 등이 그 주요 원인이었다. 그러나 민영건강보험의 도입으로 이러한 정부주도의 의료가격체계로부터 벗어날 수 있는 계기가 형성되고, 이는 의료인의 불만을 근본적으로 해소할 수 있게 된다. 강제가입에 기초한 국민건강보험공단과 같은 보험자가 거대한 조직인데 비하여, 의료인들의 단체는 임의단체이기 때문에 의료인들은 개별적으로 대응하여야 하므로 보험자단체에 비하여 불리한 위치에 있었는데 민영건강보험의 도입으로 의료인들의 대응력이 높아질 수 있다.

다) 중개자로서의 보험사의 영역확대

공적으로 관리·운영되는 국민건강보험공단의 비효율성을 민영보험제도의 도입으로 해소할 수 있는 계기가 될 수 있다. 직장의료보험과 지역의료보험이 통합에도 불구하고 여전히 관리운영비의 절감효과는 나타나지 않고 있는데, 이는 민영건강보험제도의 도입과 적용제외의 도입으로 공적인 건강보험 관리운영주체의 효율성이 높아지게 될 것이다.

민영건강보험의 도입으로 우리나라의 보험시장은 획기적인 양적, 질적 확대를 도모할 수 있는 계기가 될 것이며 기존 생명보험상품이나 손해보험상품과 연계하여 건강보험계약을 추가할 수도 있을 뿐만 아니라 새로운 건강보험상품 자체의 개발도 가능하다는 점에서 보험시장의 확대는 엄청날 것으로 예상된다. 또한 보험가입자의 증가에 따라 보험구매력과 의료공급자에 대한 보험회사들의 지위가 높아짐으로써, 보험회사들은 최상의 서비스제공자를 선택하고 계약, 협상하게 될 것이며 필요한 요구사항을 설정할 것이다. 즉, 민간보험회사들에 대한 위상이 높아짐으로써 자연스럽게 의료공급의 질적이 서비스개선이 이루어지고 보험가입자는 선택권이 강화되고 영향력이 강화될 수 있을 것이다. 다만 건강보험시장이 대외적으로 개방되어 선진 보험사가 참여하게 될 경우 국내 보험사가 갖게 되는 경쟁력의 상실을 최소화될 수 있으므로 사전에 이에 대한 대비책을 마련하여야 할 것이다.

3) 국가재정부담의 감소

삼층보장체제의 확립은 적어도 사회보험으로서 국민건강보험이 갖는 재정위기는 근본적으로 극복할 수 있는 계기가 될 수 있을 것이다. 민간운영보험의 확대에 따라 비교적 많은 자녀가 있는 가족과 만성적인 중증질환자, 노인 등에 대한 의료서비스에 대한 수준 높은 질적 향상에도 불구하고 철저한 가격기능에 의한 의료수급을 조절에 기초를 둠으로써 국가의 재정부담이 완화될 수 있을 것이다. 민간보험회사들과 의료공급자가 의료수가, 진료항목 및 진료기관 등에 대해 계약을 체결하여 결정할 수 있으므로 정부는 공정거래의 감시와 지원기구로서 역할을 철저히 수행해야 할 것이다. 다만 기존의 의료보호예산은 지나치게 낮다는 점이 학계에서 오랜 기간 지적되어오고 있었던 점을 감안할 때, 의료보호에 대한 재정부담은 현재보다는 늘어날 것이므로 이에 대한 정부 재정 확충계획은 별도로 마련해야 할 것이다.

4) 금융시장의 확대

민간건강보험 시장의 활성화로 인하여 다양한 건강상품 판매와 보험회사, 공급자 간의 경제협력

과 영향력 증가는 결국 금융시장의 확대로 이어 질 것이며, 이는 기존의 취약한 금융시장과 자본시장의 구조를 가지고 있는 한국경제의 문제점을 해결하는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

V. 결론

인구고령화에 대비하고 국가의 장기적인 균형발전을 위해서는 성장과 복지가 조화를 이루고 인적 자본개발을 통해 국민 삶의 질을 제고하면서 성장잠재력을 키워나가는 다층적 복지체계를 통한 국가 아젠다(national agenda)를 확립하여야 한다. 이와 같은 지속가능한 복지를 추구하기 위해서는 다음과 같은 과제가 해결되어야 한다.

첫째, 복지재정이 안정되어야 한다. 지금처럼 실효성 없이 돈 만 붓는 식의 복지는 중단되어야 한다. 특히 이미 재정위기가 예상되고 있는 4대 공적 연금과 건강보험을 그대로 둔 채 복지예산을 늘이는데만 관심을 기울려서는 복지도 성장도 다 놓쳐버릴 수밖에 없을 것이다.

둘째, 보장성의 강화가 필요하다. 전 국민 연금 시대를 무색케 하는 60%의 납부예외자 및 체납자는 연금제도의 사각지대가 광범위하게 존재함을 의미하며, 이는 결국 국민연금의 노후소득보장 기능이 극히 취약함을 시사한다. 건강보험의 경우 본인부담이 절반 이상을 차지하고 있어, 고액질환의 경우 가계파탄의 가능성이 높다. 결국 각종 제도의 우산에서 벗어나 있는 소외계층을 제도 내에서 보호하는 장치가 필요하다.

셋째, 형평성의 제고이다. 소득포착율의 격차로 인한 자영자와 근로자간의 불평등, 성실신고자와 불성실신고자간의 불평등, 수급부담구조의 격차로 인한 특수직역 종사자와 일반 국민 간의 불평등 등은 사회보장이 추구하는 형평성을 심각하게 저해하고 있다. 여기서 발상의 전환이 필요하다. 소득과악이라는 어렵고도 중차대한 과제를 가장 잘 수행할 수 있는 기관은 국세청이라는 점에 주목하여 국민연금부과징수를 국세청에 맡겨야 한다.

넷째, 운영 효율성의 제고이다. 복지전달체계 및 인프라의 미비, 분산 관리되고 있는 개별 사회보장제도간의 연계성 미흡 등으로 인해 재정이 낭비되고, 업무는 중복되는 반면 복지혜택은 단절되는 폐단이 발생하고 있는 실정이다. 아무리 많은 돈을 복지에 쏟아 부어도 필요한 국민에게 제대로 전달이 안 되면 소용없는 일이다. 어떤 복지제도라도 이를 시행했을 때 제대로 전달될 수 있을 만큼 인프라 혹은 전달체계가 잘 구축이 되어 있는지를 사전에 살펴보지 않으면 돈만 낭비하게 되는 것이다. 우선 부처 간 업무중복과 이에 따른 행정처리 절차의 복잡화로 정책집행과정에 있어서 낭비요인이 커지고 있으므로 이를 단순화할 필요가 있다. 예를 들어 동일한 근로자를 대상으로 국민연금, 고용보험, 산재보험, 건강보험의 보험료를 징수하는데 각기 다른 기관이 맡고 있다는 것은 비효율과 낭비의 전형이라 할 수 있다. 따라서 사회보험의 부과-징수-급여 업무를 단일화하는 것이 필요하다. 이와 함께 목표효율성의 개념을 도입하여 정책목표인구를 정확히 조준하는 타겟팅(targeting)노력의 강화와 취약근로계층을 위한 「복지-노동-교육」의 연계체계 구축 역시 운영의 효율성을 제고하기 위해 중요한 과제이다.

다섯째, 공공과 민간의 역할분담이다. 최근에는 복지제공을 공공부문이 전담하는 '복지국가'에서 참여주체가 다양화되는 '복지사회'로 전환되는 것이 범세계적 추세이다. 필요한 복지수요를 공공부문이 전적으로 전담하는 것은 바람직하지 않으며, 공공부문은 필수적인 기초 서비스를 담당하고 그 이상의 부가적 서비스는 민간부문이 담당하거나 개인의 선택에 일임하는 방향으로 전환시켜 나가야 할 것이다.

복지란, 단지 돈을 모아 주면 된다는 안이함에서 벗어나는 것이 중요하다. 복지를 바로 보는 새로운 시각은 누가 왜 어려움을 겪고 있는지를 파악하여, 이를 극복하는데 가장 적절한 수단을 찾아내서, 이를 제때 제대로 전달하고자 고민할 때 완성되는 것이다. 그래야 지속가능 복지가 만들어지는 것이다.

참고문헌

- 감사원(2004), 『국민건강보험 운영실태-감사결과보고』 .
국민건강보험공단(2008), 『네델란드의 신건강보험제도』 .
국민연금관리공단(<http://www.nps.or.kr/>)
국민연금발전위원회(2003), 『2003 국민연금 재정계산 및 제도개선방안』 .
국민연금연구원(2007), 『각국의 노령기초보장제도와 우리나라에 대한 시사점』, 정책협의회 자료.
국회 예산정책처(2005), 『2004년 기금결산분석』 .권순원(2003), 『의료보험제도의 개혁방안-재정안정대책을 중심으로』, 집문당
기획예산처(2006), 『2006~2010년 국가재정운용계획- 사회복지·보건분야』 .
김병환외(2008), 『건강보험의 이론과 실제』, 계축문화사
김수완, 김순옥, 안상훈(2005), 『다층노후소득보장체계 구축 연구』, 국민연금연구원.
김용하(2004), 『인구구조 고령화의 경제적 영향과 대응과제 (II)』, 한국개발연구원.
김원섭, 김수완, 주은선, 최영준(2006), 『주요복지국가의 다층노후소득보장체계의 변화와 우리나라의 공·사연금제도 발전방안』, 국민연금연구원.
김정희 외(2006), “2005년도 건강보험환자의 본인부담진료비실태조사”, 건강보험연구원
노대명(2007), “유기적이고 동태적인 기초생활보장체계의 구축”, 보건복지포럼, 12월(통권 제134호).
노동부(2005), 『고용보험 10년사』 .
문형표(2003), “공적연금 재정, 무엇이 문제인가”, 『나라경제』, 2003년 3월호.
문형표·고영선(2005), 『2005년 국가예산과 정책목표』, 한국개발연구원.
문형표 외(2005a), 『인구구조 고령화의 경제·사회적 파급효과와 대응과제』, 한국개발연구원.
문형표 외(2005b), 『인구고령화와 노후소득보장』, 한국개발연구원.
문형표(편)(2007), 『우리나라 노후소득보장체계 구축에 관한 종합연구』, 한국개발연구원.
박기백 외(2002), 『예산사업의 사업평가 연구』, 한국조세연구원.
배준호, 김상호(2005), 『연금, 이렇게 바꾸자』, 한국경제연구원.
법제처(<http://www.moleg.go.kr/>)
보건복지부(2005), 『2005년도 자활지원사업 안내』
보건복지가족부(<http://www.mohw.go.kr/>)
신영석외(2006), “의료급여 재정효율화를 위한 모니터링”, 한국보건사회연구원
안중범 외(2005), 『인적자원 확충과 보호』, 나남출판사.
안중범(2005), “국민연금제도 개혁의 정치경제학”, 『응용경제』, 응용경제학회, 제7권 제2호.
안중범·김을식(2004), “복지지출수준의 국제비교”, 『재정논집』, 제19권 1호.
안중범(2007), 한국형 사회복지시스템: 다층적 복지체계 확립, 선진화포럼.
유경준, 김대일(2002), 『외환위기 이후 소득분배 구조변화와 재분배정책 효과분석』, 한국개발연구원

- 이기영, 김기홍, 안종범, 유일호(1998), 『산재보험제도 운용주체의 다원화 방안에 관한 연구』, 한국조세연구원, 1998.3.
- 이준영(2002), “의료급여제도의 문제점과 개선방안”, 한국사회복지정책학회, 사회복지정책, 제14집 2002
- 정영동(2006), 『국민건강보험의 이해』, 문영사.
- 정경희, 최현수, 방효정(2007), 『기초노령연금 시행방안에 관한 연구』, 한국보건사회연구원-보건복지부.
- 최병호(2002), “국민건강보험의 재정위기관리분석과 평가”, 사회보장연구 제18권 1호
- 최병호외(2006), “국민건강보험 국고지원 개선방안”, 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원
- 최광호외(2002), 『재정사업 사후평가시스템 확립에 관한 연구』, 기획예산처.
- 한국보건사회연구원(<http://www.kihasa.re.kr/>)
- 허순임 외(2007), “건강보험 적정 보장성 확보방안”, 보건사회연구원
- Chong-Bum An and Kwang Choi, “Welfare Policy in Korea: Issues and Strategy,” *Korea's New Economic Strategy in the Globalization Era*, Edward Elgar, 2003.12, pp. 192-212.
- Lee, R. (2003), "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change," *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 17, No. 4 (Fall), 167-190.