

의료보험 재정에서의 국가 책임*

이 준 영

(서울시립대학교)

[요약]

본 논문은 보험료를 중심으로 하는 의료보험 재정방식의 문제점을 파악하고 그 대안으로서 조세를 통한 국고보조의 가능성을 검토하기 위해 작성되었다. 이 목적을 달성하기 위해 의료보험재정과 관련된 근로관계, 소득재분배효과, 기업의 부담, 위험분산 그리고 의료보험의 관리운영권이라는 5가지 관점에서 살펴보았다. 그 결과 보험료 재정방식은 여러 문제들이 있으며 그것들이 조세를 통한 국고보조로 해결될 수 있을 것으로 파악되었다. 이 결과를 기초로 보험료 중심의 의료보험재정을 조세방식으로 전면적으로 전환하자고 주장하는 것은 무리가 있다. 그러한 정책의 시행에 영향을 미치는 다른 변수들을 고려해야 하기 때문이다. 그러나 본 논문은 국가의 재정적 책임의 점진적 확대 또는 유지와 관련된 논의를 좀더 체계적으로 전개하는 데 기여할 수 있을 것이다.

주제어: 의료보험, 재정, 보험료, 국가, 책임, 국고보조

1. 서론

1) 연구의 배경 및 목적

독일에서 비스마르크가 세계 최초로 공적 의료보험을 도입할 당시, 그는 국가에 대한 충성심을 고양시키기 위해 의료보험의 재정에서 국가의 책임을 극대화하고 노동자의 기여를 없애려고 하였다 (Briggs, 2000: 23-24). 그러한 시도는 자유주의적 자본가들과 사회주의자들의 반대로 실패하였고, 의료보험의 재정은 노동자와 기업주가 부담하는 보험료를 통해 조달되는 방식으로 결정되었고, 그 후 많은 나라들에서 그 방식이 채택되어 유지되어 왔다.

그러나 우리나라에서는 1988년 농·어촌 의료보험이 도입될 당시 그와 같은 원칙이 지켜지지 못하

* 이 논문은 2004년도 서울시립대학교 학술연구조성비에 의하여 연구되었음.

였으며 지역조합에 대한 국가의 지원은 현재까지 계속되어 왔다. 의료보험이 통합됨에 따라 과거 지역조합에 대한 국고보조는 더 이상 명분이 없어져 2006년부터 건강보험재정건전화특별법에 의해 한시적으로 유지되어온 지역조합에 대한 국고보조는 중단되게 된다. 그러나 약 3조에 달하는 국고보조가 중단될 경우 국민건강보험의 재정은 심각한 위기를 맞게 된다. 이에 국고보조를 적어도 현재 수준으로라도 유지해야 한다는 의견이 제시되었으며(국민건강보험발전위원회, 2004: 24), 최근 보건복지부도 담배가격 인상에 따른 건강증진기금의 증액분을 건강보험재정에 투입하는 방안을 내놓기도 하였다.

최근 참여정부에서는 건강보험의 보장성 강화를 위해 점진적으로 보험료를 인상한다는 계획을 발표하였다(국민건강보험발전위원회, 2004: 24). 그러나 가입자인 근로자의 입장에서는 임금상승에 비해 보험료부담이 지나치게 높아질 경우 불만이 있을 수 있고 기업의 입장에서는 보험료가 제품의 원가에 영향을 미쳐 시장에서의 경쟁력이 약화되는 점을 우려할 것이다.

이러한 상황들을 고려할 때 건강보험의 보장성을 강화하기 위한 재원을 보험료로만 조달하는 것이 가능할 것인가 그리고 국가의 재정적 책임이 보다 확대되어야 하는가에 대한 논의가 필요하다. 이 논의는 수입의 대부분을 보험료에 의존해 온 의료보험의 전통적 재정방식에 대하여 비판적으로 검토한다는 것을 의미한다.

본 연구의 목적은 건강보험 재정에서 근로자와 사용자가 부담하는 보험료를 대신하여 국가가 재정적 책임을 져야 할 논리적 근거들을 파악하는 것이다. 그러한 목적을 위해 사회보험으로서 의료보험의 재정원리에 관한 이론적 논의를 기초로 우리나라 건강보험의 재정을 보험료만으로 조달하는 것이 가능할 것인지 그리고 더 나아가 보험료 재정방식의 문제점들이 국고보조를 통해 극복될 수 있을 것인지에 관해서도 살펴보고자 한다. 이와 관련하여 구체적으로는 다음의 5가지 문제를 중심으로 검토하고자 한다.

- 첫째, 의료보험 재정과 근로관계,
- 둘째, 의료보험 재정의 소득재분배 효과,
- 셋째, 보험료부담과 기업의 경쟁력,
- 넷째, 의료보험 재정방식과 위험분산,
- 다섯째, 의료보험의 재정과 관리운영권.

2) 선행연구 검토

건강보험재정과 관련된 지금까지의 연구들을 보면 재정안정을 위해 효율적인 재원의 동원방법에 대한 전략적 논의가 다수를 차지하였다. 한국개발원(2001)은 건강보험 재정확충을 위해 국고지원 체계의 개편, 목적세의 도입, 보험료의 인상 그리고 기타 수입 확충방안 등을 제시하였고(한국개발원, 2001), 신영석(2000)은 건강보험 재정안정화 방안을 단기방안과 중기방안으로 구분하여 제시하였다. 그 외에도 기존의 보험료부과체계나 국고보조방식의 효율성을 제고하기 위한 기술적인 방안에 관한 연구들도 이루어졌다. 홍석표·최병호·백화중·신현웅·신숙연(2002)은 다양한 국고보조 차등지원방

식을 구분하고 그 효과를 분석하였으며, 백운국·김진수(2002)는 보험료의 단일부과 모형을 제시하였다.

그러나 보험료를 중심으로 하는 재정방식의 문제점에 대한 비판적 검토는 그다지 이루어지지 않았다. 김진수(2001)는 세계화 및 노동시장의 유연화 등으로 근로자들의 소득구분이 불확실하고 자영자의 소득과약이 제대로 되지 않은 상황에서 의료보험 재정에 많은 문제가 있는 것은 분명하지만, 조세 방식으로 전환하는 것은 사회보험의 해체를 의미한다고 하였다. 그에 대한 대안으로 부가가치에 대한 부과나 소비관련 부담기준을 마련하는 것을 제안하였다. 김연명(2001)은 사회보험 재정과 관련된 비정규직의 문제를 해결하기 위해 자격관리·부과·징수 업무를 일원화하거나 그러한 기능의 국세청·이관 등 보험관리행정 능력을 향상시켜야 한다고 주장하였다. 김병익(2001)은 건강보험통합을 전후하여 재정이 상당히 악화되고 있으며 보장성을 강화하기 위해서는 막대한 재원이 필요하지만, 급격한 보험료의 인상은 용이하지 않으므로 국고보조를 늘리거나 건강에 유해한 행위에 대해 추가적인 건강보험료를 부과하자는 의견을 제시하였다. 그러나 동시에 국고보조가 이루어질 경우 건강보험에서 정부의 재정 역할이 지나치게 커짐으로써 부작용이 발생할 수 있다고 지적하였다.

2. 의료보험 재정의 이론적 기초

사회보험은 노동이라는 상품의 시장성과 노동의 소유자인 근로자의 삶의 비시장성 사이의 괴리를 축소시키는 사회통합의 도구로서 개인의 자조원칙과 사회적 연대의 원칙 그리고 국가책임의 원칙을 결합하는데 성공하였다. 이러한 사회보험의 원칙은 베버리지 보고서에 이르러 재정의 대부분을 조세로 충당하는 포괄적인 사회보험제도를 모든 국민에게 적용하는 보편주의 할당원칙과 결합하게 된다(이혜경, 2003: 14). 그러나 대다수 국가들의 경우 의료보험의 재정을 보험료로 조달하고 있다. 여기서는 보험료를 중심으로 하는 재정방식과 관련된 5가지 이론적 쟁점들을 중심으로 검토하고자 한다. 이 다섯 가지를 중점적으로 검토하게 된 배경은 우선, 소득재분배와 위험분산은 사회보장제도인 의료보험의 기본적 목표이고, 근로관계와 기업의 경쟁력은 보험재정의 안정성과 충분성에 영향을 미치는 가장 중요한 요소이며, 마지막으로 의료보험의 관리운영은 제도도입 초기부터 보험의 재정책임과 밀접한 관계 속에 발전해 왔기 때문이다.

1) 보험재정과 근로관계

의료보험을 비롯한 사회보험의 재정에서는 근로관계(work-related)가 가장 중요한 요소라고 할 수 있다. 근로자가 사용자와 고용관계를 맺게 됨에 따라 임금소득에 기초하여 보험료를 납부하게 되고, 현 사회보험의 재정 대부분이 보험료를 통해 충당되기 때문이다. 미국의 대표적 사회보험이라 할 수 있는 OASDI프로그램에서도 다섯 가지 기본원칙 중에 근로연계에 관하여 우선적으로 언급하였다(나

석권, 1997: 64). 결국 의료보험 재정의 수입의 안정성은 근로관계에 밀접한 영향을 받게 된다.

최근에 들어 사회보험의 운영에 중요한 근로환경이 흔들리게 되는 여러 가지 변화가 나타나고 있다. 전 세계적인 차원에서 기존 사회보장체계의 재편 압력으로 작용하고 있는 강력한 요인 중 하나는 노동시장과 노동패턴의 변화이다. 실제로 서구에서는 1980년대부터 진행되어 온 만성적인 고실업과 비정규직 근로자의 급증, 임금노동 혹은 자영노동과 실업사이의 순환을 반복하는 ‘반복실업’ 등으로 상징되는 고용구조와 노동패턴의 변화가 나타나고 있다. 이는 보험료납부의 잠정적 중단으로 인한 사회보험 급여수급권의 제한과 비정규직의 낮은 소득으로 인한 연금과 의료보험 등의 배제를 야기하여 비정규직근로자에 대한 사회적 보호 기능을 현저히 떨어뜨리고 있다(김연명, 2001: 74).

일반적으로 비정규직 근로자는 비공식부문에 종사하는 비율이 높고, 고용상태 및 소득파악에 어려움이 있기 때문에 사회보험료 부담이 높을수록 기여를 회피할 가능성은 높으며, 고용주의 입장에서도 역시 보험료의 부담이 높을수록 노동비용을 줄이기 위한 기여회피의 가능성은 높아진다. 한 개인이 다양한 근로와 소득활동 유형을 전진하게 됨으로써 관리체계가 복잡해지고, 소득파악, 보험료 부과 그리고 징수 등에 어려움이 따르게 된다. 특히 국가경제에서 비공식부문의 크기가 크고, 조세행정의 수준이 미비하며, 사회보험의 관리능력이 취약한 경우 기여회피는 사회보험방식의 치명적 약점이 된다(김연명, 2001: 79).

대부분의 국가들에서 지속적인 경제발전과 함께 근로자의 수가 증가하던 시기에는 사회보험방식이 가져오는 자영자로 인한 문제가 크게 드러나지 않았다. 근로계층과 자영계층간의 구분이 안정적으로 유지되었기 때문에 소득에 보험료를 부과하는 방식은 나름대로 설득력을 갖고 합리성도 확보할 수 있었다. 그러나 사회보험방식은 근로 및 소득형태가 다양해짐에 따라 더 이상 설득력을 가질 수 없게 되었다(김진수, 2000: 46). 근로자의 경우 소득을 정확히 파악할 수 있지만 자영자의 경우 소득이 불안정하고 불확실하여 파악이 용이하지 않기 때문에 이들에 대한 보험료의 부과 및 징수에 많은 비용이 들게 된다.

정보화로 인한 IT산업, 지식정보산업의 증가로 산업 구조가 노동집약적 산업에서 자본집약적 산업 위주로 전환되어 가고 있는 상황에서 이른바 ‘고용 없는 성장(jobless growth)’의 문제(Caballero, 1997)도 의료보험을 비롯한 사회보험의 재정에 심각한 위협을 가져오게 될 것이다. 즉, 고용의 증가를 수반하지 않는 경제성장은 보험료의 수입 증가로 이어지지 않을 것이다. 보험료를 납부하는 근로자의 절대적인 수는 감소하게 되고, 소득과 부가 일부 고소득자에게 편중됨에 따라 보험료가 면제되는 산 정상한선 이상의 소득이 증가하게 될 것이기 때문이다. 결국 보험료수입이 의료보험의 지출을 감당하기에 충분하지 않게 된다.

2) 의료보험 재정의 소득재분배 효과

의료보험의 재정측면에서 본 소득재분배효과는 어떠한가? 사회보험의 경우, 위험의 크기에 따라 보험료가 결정되는 민간보험과는 달리, 가입자의 능력 즉, 근로소득에 기초하여 보험료를 납부한다. 사회보험인 의료보험은 그 특성으로 인해 보험료부담과 의료이용에 있어 수직적 및 수평적 재분배효과

를 가지게 된다. 먼저 소득에 비례하여 보험료를 부담하고 동일한 의료혜택에 대한 접근성을 보장함에 따라 고소득자로부터 저소득자에게로 소득이전효과가 발생하고 수직적 재분배효과를 가져온다. 또한 소득이 동일할 경우 동일한 보험료를 부담하지만 가족 수나 이환율에 따라 의료혜택을 받는 정도가 다르므로 수평적 재분배효과가 발생된다.

의료보험의 소득재분배 효과는 재원조달방식에 따라 다르다. 보험료를 재원으로 하는 경우 직접세를 재원으로 하는 경우보다 소득재분배 효과가 작는데, 이는 보험료는 일종의 비례세로서 소득이 증가하는 정도에 비례하지만 직접세는 대부분 누진세로서 소득의 증가에 비해 세액이 훨씬 많이 증가하는 구조로 되어있기 때문이다. 특히, 보험료를 납부해야 할 소득의 상한선이 설정되어 소득이 증가하여도 보험료가 더 이상 늘어나지 않게 된다면 의료보험의 보험료는 오히려 역진적 소득재분배 효과를 갖게 된다. 사회보험방식을 채택하고 있는 프랑스, 네덜란드, 스페인, 일본 등은 보험료에 의한 재원조달이 모두 역진적인 것으로 나타났다(문성현, 2004: 73).

본래 사회보험에서 보험료부과의 상한선을 정한 것은 연금보험에서 유래한 것이다. 이는 노후에 연금급여를 적절한 수준으로 유지하기 위해서 보험료 납입을 일정액으로 제한하기 위한 것이었다. 연금급여의 소득비례적 성격으로 인해 보험료를 많이 납부하는 경우, 노후에 지나치게 많은 연금소득을 보장하는 것은 형평성 차원에서 문제가 있다고 보았기 때문이었다. 의료보험은 단기적 급여를 부과방식으로 운영하는 제도라는 점에서 연금과 차이가 있지만 독일의 경우 보험료부과 상한선과 보험가입 상한선을 두고 있다. 이는 한편으로 질병 시 소득을 대체하는 질병수당(Krankengeld)이 소득비례적 성격을 갖기 때문이고, 다른 한편으로는 고소득자의 경우 스스로 의료보장에 대한 대비가 가능한 계층으로 보고 구태여 공적 의료보험에 가입을 강제하지 않고 선택권을 보장하도록 한 것이다. 미국의 경우도 사회보험인 OASDI를 위한 사회보장세 산정에서는 월 9만 달러(2005년)의 부과소득상한선을 두고 있으나, 의료보험제도인 Medicare의 경우에는 2003년 이후 상한선을 폐지하였다(미국 사회보장청).

환자의 본인부담제도는 본래 의료이용에서 나타날 수 있는 환자의 도덕적 해이를 방지하기 위한 심리적 제어장치로서 기능하도록 도입되었으나 의료보험료 수입을 대체하기 위한 방편으로 사용되는 경우도 있다. 의료보험의 보장성을 높이기 위해서는 환자의 본인부담은 최소한으로 낮추어야 할 것이다. 독일의 경우 본인부담으로 인한 지나친 재정적 부담을 주지 않도록 다양한 경감대책을 마련하고 있다.¹⁾ 대표적 예로 가족 수에 따라 연간 소득이 일정수준 이하인 가구의 구성원과²⁾ 18세 이하의 아동들에 대해 본인부담 자체를 면제하기도 한다. 또한 한 가구의 본인부담 총액을 해당 가계소득의 2%로 제한하고, 만성질환자의 경우 본인부담금 총액이 가계소득의 1%를 넘지 않도록 하고 있다.³⁾ 다만 의료보험의 개혁과 관련하여, 과부담 방지 조항들은 사실상 저소득층에 대한 지원으로 소득재분배적 목적을 수행하는 것으로서 이에 따른 비용을 의료보험의 체제 내에서만 부담하는 것은 적절하지

1) 외래 분기 당 10유로이고, 입원 매일 10유로씩 1년에 28일까지로 제한.

2) 사회조항(Sozialklausel) 2003년에 구서독 지역에서 4인 가구의 연간소득이 1,785유로 이하인 경우, SGB(독일사회법전), 제5권 제61조.

3) 과부담방지조항(Überfoderungsklausel, SGB 제5권 제62조).

않으며, 대신 조세를 통한 재원조달로 전체 국민들이 부담해야 한다는 주장이 최근 제기되었다 (SVRKAIG, 1997).

보험료는 근로자가 스스로 자신의 소득에서 부담하는 것이 원칙이나, 보험료를 납부할 수 없는 일부 취약계층에 대해 의료를 보장하는 방식은 국가별로 차이가 있다. 영국의 경우 국가의료시스템(NHS)에 의하여 균등하고 보편적으로 보장하고 있으며, 독일에서는 의료보험료를 스스로 납부할 수 없는 사람의 경우 제3자가 대납하도록 하고⁴⁾ 의료보험의 가입자로 인정하여 동등하게 대우한다. 또한 군복무나 공익근무 중인 사람 그리고 실업부조를 받는 사람 등은 연방정부가 보험료를 대납해 준다. 장애인의 경우는 서비스를 제공하는 기관에서 보험료를 대납해 준다. 주당 근로시간이 18시간미만 비정규직의 경우 사용자가 보험료를 단독으로 부담한다. 한편, 사회부조(Sozialhilfe)의 수급권자는 그가 선택한 질병금고에서 가입자의 대우를 받게 되며 그의 가족은 피부양자의 자격을 인정받는다.⁵⁾ 그들은 의료보험 가입자와 같이 진료를 받을 수 있으며 진료비용은 사회부조를 담당하는 지자체가 분기별로 질병금고에 지급한다. 독일의 경우는 저소득층을 위한 의료보장을 사실상 의료보험의 테두리 안에서 운영하고 있어 급여나 본인부담 등에서 차별적으로 대우하지 않기 때문에 국민들 간에 의료보장의 형평성에 대한 논란은 우리나라의 경우보다 많지 않다.

3) 보험료 부담과 기업의 경쟁력

의료보험의 보험료는 기업에 어떠한 영향을 미치는가? 의료보험을 실시하고 있는 대부분의 나라에서 의료비의 증가 등으로 인한 보험료 인상의 압박을 받고 있다. 그러한 보험료 인상은 근로자에게 재정적 부담을 줄뿐만 아니라, 근로자와 동일한 비율로 보험료를 부담하는 사용자의 임금비용이 증가하여 기업의 경쟁력을 잠식한다는 주장은 일반적으로 잘 알려져 있다.

독일이나 프랑스의 경우 의료비 총액에서 노사가 부담하는 보험료의 비중이 높고 국가의 지원이 상대적으로 낮다. 그런데 독일은 최근 보험료부담으로 인한 노동비용의 상승을 억제하기 위해 보험료율의 안정화 정책을 추진하고 있다(Seehofer, H, 2003: 448-449). 2003년 독일 의료보험개혁을 준비하기 위해 설립된 ‘튀럽-위원회’에서 사용자의 임금비용을 낮춰 경기를 활성화하고 고용을 창출하기 위해 사회보험의 보험료 부담을 줄이는 한편, 국가의 재정적 책임을 강화하기 위한 방안들이 모색되었다. 그 방안 중 하나가 근로자는 물론 공무원, 자영자, 고소득자 등 모든 계층을 통합하는 이른바 국민보험(Bürgerversicherung) 모형이다.⁶⁾ 이 모형의 특징은 이자, 임대소득 및 주식배당소득 등 모든 소득원천에 대해서 보험료를 부과하도록 하는 것이며, 보험료부과 상한소득을 현행 월 3,487유로에서 월 5,100유로로 인상함으로써 사실상 고소득자가 민간 보험에 가입할 수 있는 여지를 대폭 축소하는 것이다. 이와 관련하여 헤르츨-위원회에서는 현재의 부과방식의 보험료를 적립방식으로 전환하고 모든 종류의 소득에 대해 보험료를 부과하는 방안을 제시하였다.⁷⁾

4) SGB. 제5권 제251조 4항.

5) SGB. 제5권 제264조.

6) http://www.aok.bv.-de/lexikon/b/index_02502.html

위 모형과 반대되는 소위 인두세(Kopfprämien)모형은 소득에 상관없이 모든 가입자에게 일정한 보험료를 부과하는 방식이다. 여기서는 사용자가 부담하는 보험료를 근로자의 소득과 연계하지 않고 일정하게 부과하며(Greß, Wasem, and Rothgang, 2003: 18), 저소득층에게는 국고보조를 통해 지원하도록 하는데 이는 그 동안 의료보험에서 시행되었던 소득재분배를 보험료가 아닌 조세제도에 의해 달성하고자 하는 시도라고 볼 수 있다.

독일에서는 이러한 논의들을 통해 의료보험료에 대한 기업의 부담을 덜어주기 위한 국가의 재정적 역할을 강조하는 방식으로 전환을 모색하고 있으며, 이는 보험료를 중심으로 하는 사회보험의 전통적 재정원칙과 노·사 자치를 중심으로 하는 조합주의적 사회보험제도를 개혁하는 일종의 패러다임 전환이다. 이는 비스마르크가 국가의 개입을 통해 재정과 행정을 모두 책임지는 가부장적 사회보험제도를 구상한 것과 맥을 같이 하는 시도라고 볼 수 있다.

4) 의료보험 재정방식과 위험분산

(1) 수지상등의 원리와 조합주의

의료보험의 재정방식은 위험분산과 어떠한 관계에 있는가? 의료보험을 비롯한 사회보험은 수지상등원리(equivalent principle)와 사회적 연대(solidarity)의 원칙에 기초하고 있다. 수지상등의 원리는 보험자의 입장에서 수입(보험료총액)과 지출(보험금총액)이 균등해야 한다는 의미로서 의료보험의 ‘보험적’ 성격을 규정하게 된다. 이 원리에 의하면 질병위험이 높아 보험지출을 많이 초래하는 가입자는 더 많은 보험료를 부담하여야 한다는 의미가 된다. 사회적 연대 원칙은 소득재분배의 원칙과 유사한 것으로 의료보험의 ‘사회적’ 성격을 규정한다.

그러므로 보험료를 중심으로 하는 의료보험 재정방식은 개별 조합별로 수지상등의 원리를 적용하는 조합주의적 운영방식에 더 부합한다고 볼 수 있다. 즉, 보험료 재정방식이 제대로 작용하기 위해서는 조합구성원들의 근로행태 및 소득을 얻는 방법이 유사하여 연대의식이 강하고 조합의 규모가 비대하지 않아 일정 수준의 투명성이 보장되어야 하며 아울러 이러한 구조가 안정적으로 유지되어야 한다. 이때 직업이나 생활여건이 같아 동일한 질병의 위험에 처한 집단들은 구성원의 의료이용형태 또한 유사할 것이므로, 의료이용이 많은 집단은 높은 보험료를 부담하고 의료이용이 적은 집단은 낮은 보험료를 부담하게 될 것이다. 결국 위험분산의 범위는 특정 조합의 가입자들에게 편중된다. 이러한 전형적인 예는 조합주의 의료보험 국가인 독일에서 찾아볼 수 있으며, 8개의 종류의 조합이 존재하고 조합들 간 보험료율이 최고 14%에서 최저 8%로 상당한 차이를 보이고 있다.

(2) 외부효과의 편익과 비용의 균등화

의료보험에서 제공하는 예방사업이나 건강증진은 물론이고 각종 출산관련 급여들에서는 긍정적인 외부효과가 발생한다. 이러한 급여를 이용하는 당사자들에게 직접적인 혜택이 주어지는 것은 물론, 건

7) http://www.aok.bv.-de/lexikon/k/index_02224.html

강한 노동력의 재생산과 생산인구의 증가에 기여하여 궁극적으로 국민경제 전반에 혜택이 돌아간다고 볼 수 있기 때문이다.

보험료는 일정한 집단에서 구성원들 간의 위험을 상호분산하기 위해 부담하는 일종의 각출금 또는 부담금이기 때문에(Rejda, 1999: 19-21) 보험료제정방식은 의료보험에서의 위험분산의 범위를 제한하게 된다. 즉, 국민경제 전체에 이익이 돌아가는 의료혜택에 지불되는 비용이나, 인구의 노령화 또는 환경악화와 같은 전반적인 국민건강의 여건 변화로 인한 이환율의 증가에 따른 의료비 증가로 인한 부담 비용을 근로자와 사용자에게만 부담하도록 할 경우 위험분산 효과가 특정 집단에 불리하게 작용하게 된다. 따라서 국가 경제 전반에 영향을 주는 의료혜택의 비용을 근로자나 사용자에게만 부과되는 보험료를 통해 조달하는 것이 적절할 것인가에 대한 검토가 필요하다.

독일의 경우 2003년 의료보험 개혁에서는 의료보험의 재정적 부담을 덜기 위해 국가의 조세에 의한 지원을 강화하는 정책이 추진되었다. 그리하여 2003년에 제정된 『의료보험현대화법』에선 이른바 보험외적인(versicherungsfremde) 급여에 속하는 산모수당, 아동의 질병 시 질병수당 등의 급여가 국가 경제 전반에 긍정적인 영향을 준다고 보고 그 재원을 조세를 통해 조달하도록 변경하였다. 독일 연방정부는 이로 인한 비용을 분담하기 위해 연방사회보험청을 통해 2004년 10억 유로의 부담금을 의료보험에 지급하였다(SGB 제5조). 그 보조금의 재원은 담배세를 통해 조달되었다.

공공경제이론에 따르면 외부효과로 인한 비용과 편익을 수혜자와 부담자 간에 적절히 분배하기 위해서 국가의 개입이 요구된다. 의료서비스와 관련된 외부효과는 공공 의료기관의 병상 및 의료인력 확충에 대한 국가의 재정적 지원을 통해 시정될 수 있다. 예를 들면, 독일의 경우 의료부문에 대한 국가의 개입이 비교적 강하다고 할 수 있는데, 약 70%의 병원이 국가와 공공기관에 의해 운영되고 있으며 병원의 건립을 위한 비용은 주정부가 부담하고 있다.

5) 의료보험 재정방식과 관리운영권

보험료 재정방식은 사회보험의 관리운영 참여권한과 어떠한 관계가 있는가? 사회보험의 보험료를 부담하는 비율과 사회보험 운영참여권을 연계하는 대표적인 예가 독일인데, 사회보험의 관리 운영의 책임자를 선발할 때 사용자와 근로자가 자신들의 대표자를 추천할 수 있도록 하고 있다. 과거 비스마르크는 사회보험의 운영권을 장악하기 위해 사회보험의 보험료를 전액 국가가 기여하는 방식의 제도를 고안하였으나, 자유주의적 기업가와 사회주의 노동자들의 반대로 근로자와 사용자만이 부담하는 보험료를 중심으로 하는 재정방식으로 타협할 수밖에 없었다(한국사회복지학연구회, 1997: 163). 맑스주의적 관점에서는 당연히 노동자들은 기여하지 않아야 된다고 생각할 수 있지만, 사회보험 관리기구의 관리운영권이 기여에 기초한다는 사실에 대한 실질적인 이유 때문에 이러한 이론적 주장들을 무시하였다. 사회보험의 관리권은 노동자의 기본적 권리이며, 좀 더 낮은 기여금이라는 형태의 사소한 재정적 이익과 교환하여 포기되어서는 안 되는 것이었다. 결국 사회주의자들은 역설적으로 노동자의 높은 기여를 수호하는 입장에 서게 되었다(한국사회복지학연구회, 1997: 174).

그 결과 오늘날 독일에서는 의료보험을 비롯한 사회보험의 운영은 근로자와 사용자가 보험료를 부

담하는 비율에 따라 각각 절반 씩 자신들의 대표자를 선임하여 자치운영기구를 구성하여 실시하고 있다. 사회보험관리운영 책임자는 6년에 한 번 씩 실시되는 이른바 사회선거(Sozialwahlen)를 통해 명부식 비례투표제로 선임된다.

이와 같은 독일의 의료보험 역사에서 알 수 있듯이 의료보험의 관리운영권은 보험료부담과 불가분의 관계에 있다. 이것은 달리 말하면 만약 국가가 의료보험의 관리권을 가지려 한다면 그에 상응하는 보험재정을 부담하여야 한다는 것을 의미한다.

3. 보험료재정방식의 한계와 국가 책임

여기서는 우리나라 건강보험의 재정에서 국가의 재정적 책임을 확대해야 하는가를 판단하기 위해 건강보험의 재정이 보험료만을 중심으로 할 때 발생하는 문제점을 파악하고, 그러한 문제들이 조세를 재원으로 한 국고보조를 통해 극복될 수 있을 것인가를 검토하고자 한다.

1) 한국 의료보험의 재정 현황

(1) 재원의 구성

2004년 우리나라 건강보험의 재정수입은 총 약 18조5천7백억 원으로 그중 보험료수입은 약 15조9백억이고 정부지원은 약 3조4천8백억인데 그 중 국고보조가 약 2조8천억 그리고 나머지는 건강증진기금의 재원이다(<표 2 > 참조).

<표 1>에서 알 수 있듯이 우리나라의 사회보장기여금의 총 부담률은 GDP대비 1.9%로 10%를 상회하는 스웨덴, 독일, 프랑스와는 큰 차이를 보이고 있으나, 그에 비해 조세부담률은 일본보다 약간 높으며 미국, 독일과는 비슷한 수준이다(김연명, 2000: 14). 이와 같이 다른 나라들에 비해 보험료 위주의 사회보장 부담금이 현저하게 낮은 수준이지만, 일반조세에서 사회보험에 지원되는 재원의 양이 상대적으로 적기 때문에 우리나라는 사회보험에서 제공하는 급여의 수준이 낮다(<표 3> 참조).

<표 1> 조세부담 및 사회보장 기여금 부담의 GDP 대비율(1997)

(단위:%)

	스웨덴	프랑스	독일	영국	미국	일본	한국	멕시코	OECD평균
조세부담률	36.7	26.8	21.7	29.3	22.5	18.2	19.5	14.2	27.6
사회보장부담률	15.2	18.3	15.5	6.1	7.2	10.6	1.9	2.7	9.6
국민부담률	51.9	45.1	37.2	35.4	29.7	28.8	21.4	16.9	37.2

자료: OECD, Revenue Statistics 1965 ~ 1998, 1999에서 재구성

SSA(미국), Social Security Programs Throughout the World. 1999. 2000

김연명(2000: 14).

건강보험에 대한 국고보조는 지역조합의 가입자에 대한 보험료지원에서 시작되었는데, 이는 지역가입자의 보험료 부담을 덜어주어 의료보험을 조기에 정착시키기 위한 것이었다. 그 후 국고보조의 액수는 지속적으로 증가하여 <표 2>에서 알 수 있듯이 2004년에는 약 2조 8천6백억 원에 달하였다. 직장가입자는 보험료 절반을 사용자가 부담하기 때문에 지역가입자의 보험료 절반을 국가가 국고보조의 형태로 지원하는 것이 일견 타당하다고 볼 수 있다. 그러나 한편으로는 지역가입자들에 대한 포괄적인 지원은 고소득 가입자에게 더 많은 혜택을 주는 역진성 때문에 부담능력이 취약한 가입자들의 보험료를 지원해 주는 국고지원으로 전환해야 한다는 주장 또한 제기되었다(김병익, 2001: 47).

한편, 『국민건강보험재정건전화특별법』의 만료와 함께 지역가입자에 대한 포괄적 국고지원은 중단된다. 『국민건강보험재정건전화특별법』이 만료되어 기존의 지역조합에 지원되던 국고보조가 폐지될 경우 2007년부터 건강보험은 2조8천억원 이상의 수입이 줄어들게 될 것이다. 이 경우 열악하다고 비난을 받고 있는 기존의 보장성 수준을 유지하기 위한 재원조차도 부족하기 때문에 보험료의 대폭적인 인상은 불가피할 것이다(이규식, 2004: 72).

<표 2> 건강보험에 대한 정부 지원 현황

(단위: 억원, %)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
건강보험 총수입(A)	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722
지역총재정(B)	51,161	68,299	70,525	74,370	77,019
정부지원(C)	15,527	26,250	30,139	34,238	34,830
· 국고지원	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567
· 건강증진기금	-	-	4,392	6,446	6,263
지역가입자 재정 중 정부지원율(C/B)	30.3	38.4	42.7	46.0	45.2
총수입 중 정부지원율(C/A)	16.3	22.5	21.7	20.4	18.8

자료: 보건복지부, 『건강보험보장성 강화방안』 수립을 위한 공청회 자료, 2005.6.30. p. 32.

(2) 건강보험의 보장성 강화와 재정 수요

우리나라의 경우 비슷한 소득수준에 있는 다른 나라들에 비해 의료보험료의 부담이 낮은 편이기 때문에(정형선, 2005: 8), <표 3>에서 알 수 있듯이 우리나라의 건강보험의 보장 수준 또한 다른 OECD 회원 국가들에 비하면 매우 낮은 수준이다. 상당수의 진료항목들이 급여로 인정되지 않고 있으며, 급여가 인정되는 부분에서도 환자들의 본인부담금이 지나치게 높아 이들에게 심각한 재정적 부담이 되고 있다.

<표 3> OECD 주요국 보험요율 및 급여율 현황

(단위 : %)

구분	한국	일본	프랑스	독일	벨기에	네덜란드
보험요율	3.94	8.5	13.5	14	10.8	17.6
급여율	53	88	73	91	88	76

자료: 이규식, “의료에서의 사회적 안전망”, 한국사회복지학회 심포지움, 『한국사회안전망의 현황과 대책』, 2004. 6. 22. p. 63.

따라서 지금처럼 낮은 보험료수준을 그대로 유지하고 사회보험에서 충족되지 않은 욕구를 민간보험이나 가족, 혹은 기업을 통해 해결하도록 할 것인지 아니면 보험료수준을 높여서 사회보험제도에서 충족되는 욕구의 크기를 늘려나갈 것인가 하는 문제가 제기되었고(김연명, 2000: 14), 그와 관련하여 참여정부는 2008년까지 건강보험의 보장성을 70%까지 높인다는 의지를 표명하였다(보건의료발전기획단, 2003). 정부의 계획에 의하면 보장성강화를 위해 우선, 2005년부터 법정본인부담금을 경감하고 암 등 3개 질환군을 집중지원하기 위해 1조 3천억원을 투입하고, 2006년에는 4대 질환군에 대한 집중지원과 식대를 보험에서 지원하기 위해 약 1조원을 투입하게 된다. 그리고 2007년에는 현행 6인실로 되어 있는 기준병실을 확대하고 7~8개의 질환군을 집중지원하기 위해 7천억원을 투입하고, 마지막으로, 2008년에는 9~10개의 질환군에 대해 5천억원의 재원을 투입하여 참여정부가 계획한 70%의 보장성을 달성한다는 것이다(보건복지부, 2005: 33).

이와 같이 참여정부가 계획한 대로 현행 61.3%인 급여율을 70%이상 수준으로 향상시키는 것을 목표로 단계적으로 보장성 강화를 추진하게 된다면 2005년부터 2008년 사이에 연간 5천억~1조3천억 원의 재원이 추가적으로 소요될 것이고 그에 따른 보험료의 인상도 불가피하다(보건복지부, 2005: 33).

2) 근로관계의 변화로 인한 보험료수입의 불안정성

(1) 근로관계의 불안정성과 기여 회피

우리나라의 경우 비정규직 근로자의 비중이 상당히 높은 편이며 그 비율도 점차 증가하고 있는데, 통계청의 『경제활동인구연보』에 의하면 비정규직 근로자로 볼 수 있는 임시직과 일용직 근로자가 2000년 기준 약 685만 명으로 전체 임금근로자 1천 3백여만 명의 52.6%를 차지하고 있다. 이 수치는 1995년 42.2%에서 5년 사이에 10%이상 증가한 것이다(김연명, 2001: 80).

또한 『사업체 기초통계 조사 보고서』에 의하면 1998년 말 기준으로 5인 미만의 사업장 수는 약 244만개, 종사자 수는 427만 6천명으로 파악되고 있다. 한편, 상용근로자가 5인 미만인 영세사업장 근로자를 178만 5,417명으로 추정한 연구도 있다(원종욱·양시현, 2000: 20-21).

<표 4> 새로운 근로형태별 규모 및 구성

연도	임금 근로자	파견근로 구성비		용역근로 구성비		특수형태근로 ⁸⁾ 구성비		가정내 근로 구성비		일용근로 구성비	
01.8	13,216	130	1.0	319	2.4	788	6.0	258	2.0	-	
02.3	13,498	133	1.0	374	2.8	970	7.2	283	2.1		
02.8	13,631	88	0.6	346	2.5	746	5.5	239	1.8	423	3.1

결국 우리나라의 경우 비공식부문의 크기가 크고, 조세행정이 낮은 수준에 머무르고 있으며 사회보험의 관리능력이 취약하기 때문에 비정규직의 기여회피가 사회보험방식의 치명적 약점이 될 수 있는데(김연명, 2001: 79) 특히 의료보험 재정에 있어 보험료 수입의 불안정성과 불충분성이라는 문제를 가져올 수 있다.

(2) 고용감소로 인한 보험료 수입의 감소

현재 우리나라는 근로자의 수가 지속적으로 감소하는 추세에 있으며, 통계청의 조사에 따르면 1인 가구 중 근로가구수가 1996년의 57.8%에서 2000년에는 46.1%로 11.7% 감소하였다. 2인 이상의 가구에서도 같은 기간 동안 1996년 62.5%에서 2000년 57.0%로 5.5% 감소하였다(통계청, 2000). 또한 <표 5>는 노동부에서 제시한 자료로서 여기에 따르면 취업계수⁹⁾는 1980년 10.57에서 지속적으로 낮아져 2020년에는 1980년의 1/5수준인 1.90으로 감소할 것으로 전망된다(노동부 2005). 이는 향후에는 경제성장이 일정수준으로 유지된다 하더라도 고용은 오히려 감소한다는 것을 의미한다.

<표 5> 산업 3부문별 취업계수

(단위: 명/억)

	1980년	1990년	2000년	2005년	2010년	2015년	2020년
전 산업	10.57	6.18	4.12	3.55	2.90	2.35	1.90
광공업	11.93	6.68	2.81	2.10	1.16	1.25	0.94
서비스업	6.75	4.96	4.35	4.05	3.41	2.86	2.41
농림어업	30.04	15.40	8.96	7.52	6.54	5.85	5.19

자료: 노동부, 『생산 및 취업계수 증장기 전망』, 2005.

근로자수의 감소와 함께 임금소득의 변화도 문제가 될 수 있는데, 근로자의 소득은 단순히 근로소득 뿐 아니라 재산소득 및 사업소득 등으로 다양하게 구성되어 있다. <표 6>을 중심으로 소득의 종류

8) 특수형태근로라 함은 독자적인 사무실, 점포 또는 작업장을 보유하지 않으면서 비독립적인 형태로 업무를 수행. 즉 근로제공 방법, 근로시간 등은 독자적으로 결정하면서 개인적으로는 모집, 판매, 배달, 운송 등의 업무를 통해 고객을 찾거나 맞이하여 상품이나 서비스를 제공하고 그 만큼 소득을 얻는 근무형태를 말함.

9) 취업계수는 실질 GDP 1억원 당 취업자수임.

별 변화를 살펴보면 1996년에서 2000년 사이에 1인가구의 이전소득은 44.9% 증가하였으나, 근로소득은 9.3%나 감소하였다. 2인 이상 가구의 경우는 같은 기간 동안 근로소득은 7.1%밖에 증가하지 않아서 이전소득은 47.0%, 재산소득은 30.2%나 증가한 것에 비하면 지극히 낮은 수준이었다.

<표 6> 연간소득 추이(1996~2000)

(단위: 만원, %)

가구	연도		연간소득	경상소득	근로소득	사업소득	재산소득	이전소득	비경상소득
1인	1996	금액	-	1,141.6	732.4	178.4	79.7	151.1	-
		구성비		100	64.2	15.6	7.0	13.2	-
	2000	금액	1,123.9	1,082.0	664.3	146.3	52.5	218.9	41.9
		구성비	-	100	64.4	13.5	4.9	20.2	-
		차이			△2.8	△2.1	△2.1	7.0	-
		증감률	-	△5.2	△9.1	△18.0	△34.1	44.9	-
2인 이상	1996	금액	-	2,576.9	1,531.9	803.2	127.4	114.4	-
		구성비		100	59.4	31.2	4.9	4.4	-
	2000	금액	3,035.9	2,896.2	1,640.2	921.9	165.9	168.2	139.7
		구성비		100.0	56.6	31.8	5.7	5.8	1.4
		차이	-	-	△2.8	0.6	0.8	1.4	-
		증감률	-	12.4	7.1	14.8	30.2	47.0	-

자료: 통계청, 『2000 가구소비실태조사보고서』에서 재구성.

결국 현재와 같은 추세가 지속되고 향후에도 근로소득에 기초하여 보험료를 부과·징수하게 된다면, ‘고용 없는 성장’으로 인해 보험료를 납부할 임금근로자의 비율이 줄어들고 근로자의 소득에서 근로소득이 차지하는 비중이 점차 감소하여 장기적으로 충분하고 안정적인 보험료 수입을 확보하기 어려운 상황이 도래하게 될 것이다.

(3) 국고보조를 통한 보험재정 확충

비정규직의 기여회피 등으로 인한 보험료 수입의 불안정 문제를 완화하기 위해 자격관리·부과·징수 업무를 일원화하거나 그 기능들을 국제청으로 이관하는 등 보험관리행정 능력을 향상시켜야 한다는 주장도 제기되고 있지만(김연명, 2001: 93-96), 보다 근본적인 해결을 위해서는 의료보험 재정에서 보험료의 비중을 낮추고 조세 등 다른 재원조달 방안을 모색할 필요가 있다.

한편, 지역가입자를 사업장(직장)가입자로 전환하게 되면 소득과액의 문제를 상당부분 해소할 수 있다. 그러나 5인 미만 사업장 사용자는 보험료의 절반을 부담해야 하고 자격관리 및 보험료 징수에

추가적인 비용이 소요되기 때문에 직장가입자 편입을 기피할 수 있다. 5인 미만 사업장 종사자들의 직장가입자로서의 편입을 유도하기 위해서는 재정력이 취약한 영세사업자들의 보험료부담을 국고지원으로 덜어주는 방안(이규식, 1994: 21-50) 적극적으로 검토해야 할 것이다. 이는 사용자의 관리업무 부담을 덜어주고 기업의 경쟁력 강화를 지원하는 또 다른 효과를 거둘 수 있다.

근로소득이 감소하는 경향으로 발생하는 문제에 대해서도 다른 세원을 근거로 종합소득에 대하여 보험료를 부과하는 방식으로 전환하거나, 부분적으로 자영업자 등 일부 계층에게는 종합소득세에 기초한 의료보험세를 부과하여 이를 국고보조로 지원하는 방안도 가능할 것이다. 미국의 경우 의료보험(Medicare)을 비롯한 사회보험의 재원을 조달하기 위해 근로자(7.65%) 및 사용자(7.65%) 그리고 자영업자(15%)에게 사회보장세(Social Security Tax)를 부과하고 있다.¹⁰⁾

3) 보험료 재정방식의 역진성

(1) 보험료 재정의 역진적 소득재분배효과

보험료의 소득재분배효과가 조세에 비해 적게 나타나는 이유는 크게 두 가지라고 할 수 있다. 우선, 구조적으로 보면 보험료는 비례세이기 때문에 누진적인 소득세 보다 소득재분배 효과가 적다는 것은 이미 명확하다. 또 다른 이유는 보험료부과에서 상한선은 정해져 있는 반면, 하한선은 정해져 있지 않다는 점이다. 또한 지역가입자의 경우 가족 수에 따라 보험료가 증가되는 것은 소득재분배에 있어 역진적 효과를 갖게 하고, 자동차나 부동산에 부과하는 것은 직장가입자와 비교할 때 형평성 문제가 있다.

우리나라는 사회보험료에 의한 재원조달이 사회보험방식을 채택하고 있는 다른 나라들보다 역진성이 큰 것으로 나타났는데(문성현, 2004: 73), 건강보험을 통해 조달되는 재원이 비례적인 수준에도 못미쳐 다른 OECD국가의 경우와 많은 차이를 보이고 있는 이유에 대해 다음과 같은 가능성을 생각해 볼 수 있다. 직장의료보험료는 소득에 비례적으로 설계되어 있음에도 불구하고 실제 보험료적용에서는 적용 상한선(월 4천9백8십만원)을 설정하고 있으며, 따라서 고소득자일수록 보험료를 납부하지 않는 소득부분이 커지기 때문에 역진적 효과가 발생한다. 예를 들면 월 4천9백8십만원 이상의 소득자는 5천8십만원에 대한 4.31%의 절반인 1,094,740만원만 납부하면 된다. 그 이상은 아무리 소득이 증가하여도 최대로 납부해야 하는 보험료가 일정하여 실제로 정액제 보험료와 같다. 그러나 하한에서는 면제점을 두지 않았기 때문에 저소득에 대해서도 보험료를 납부해야 한다. 예를 들면, 월 30만원 미만의 소득에(1등급) 대해서는 표준보수월액인 28만원의 4.31%인 6,030원을 납부해야 한다. 결국 고소득층에 대한 면제혜택은 크지만 저소득층에 대해서는 혜택이 전혀 없이 때문에 재원조달의 형평성이 역진성으로 나타나는 것이다(양봉민 외, 2003: 8).

독일의 경우는 보험료부과 상한선과 보험가입 상한선을 두는 이유는 고소득자에게 질병수당으로 받을 수 있는 급여를 제한하고, 공적 의료보험과 민간보험 간에 선택할 수 있는 권리를 제공하기 위

10) 미국 사회보장청 홈페이지 참조 <http://www.ssa.gov/>

한 것이다. 그러나 우리나라의 경우, 질병 시 소득을 대체하는 질병수당이 인정되지 않고 전체 국민이 건강보험에 강제적으로 가입하고 있기 때문에 구태여 보험료부과상한선을 두어야 할 명분이 없다. 그리하여 최근 보험료부과소득 등급을 폐지하고 보험료부과상한소득을 인상하는 의견이 제시되었다(국민건강보험발전위원회, 2004b: 45-49). 그러나 그것이 시행된다 하더라도 누진적 구조로 된 소득세가 큰 비중을 차지하는 조세제도에 비해서는 소득재분배효과는 미흡할 것이다.

(2) 국고보조의 소득재분배효과

의료보험의 재원은 능력에 따라 부담하여야 하는 것이 원칙이다. 물론 재산이나 소비 등을 재원부담의 기준으로 하자는 견해도 있을 수 있지만 소득을 재정부담의 능력으로 보는 것이 적절하다는 견해가 일반적이다. 소득세의 경우 기본적으로 누진적 구조를 가지고 있어 소득이 증가하는 비율보다 조세의 증가비율이 높고 조세부과의 상한선이 없다. 특히 우리나라의 소득세제에는 비과세, 근로소득공제, 인적공제, 특별공제 및 조세특례제한법상 소득공제 그리고 세액공제 등의 감면조치들이 들어 있다. 그러므로 보험료 재정방식에 비해 상대적으로 고소득층에게 더 많이 부담하게 하고 저소득층의 부담을 덜어 줄 수 있어 소득재분배효과가 제대로 발휘될 것이다. 따라서 종합소득세를 중심으로 재원을 마련하여 국고보조의 형태로 건강보험의 재정의 일부를 국가가 책임지게 된다면 능력에 따른 부담의 원칙을 좀더 충실하게 반영할 수 있게 된다. 한편, 건강보험 재정을 위한 목적세를 소비에 부과되는 간접세의 형태로 부과하게 되면 소득재분배효과는 소득세에 비해 크지 않을 것이다.

4) 기업의 경쟁력과 보험료 인상의 한계

(1) 보험료 인상과 기업의 부담

참여정부는 현행 61.3%인 급여율을 70%이상 수준으로 향상시키는 것을 목표로 단계적으로 보장성 강화를 추진하고 이에 소요되는 재원마련을 위해 적정 보험료 인상이 불가피함을 국민에게 설득하고 사회적 합의를 유도하고자 한다(보건복지부, 2005: 33).

<표 7> 보험료 인상 계획(2005년~2008년)

	2005년	2006년	2007년	2008년
보험료 인상률	2.38%	3.5% 이상	6% 이상	3.5% 이상
보장성 강화 투입재원	1조3천억 원	1조 원	7천억 원	5천억 원

자료: 보건복지부, 『건강보험보장성 강화방안』, 수립을 위한 공청회 자료, 2005.6.30. p. 33.

그러나 정부의 계획대로 의료보험 급여 확대에 필요한 추가적 비용을 보험료 인상을 통해 조달하려 한다면 사용자의 부담이 증가하게 된다. 국·내외 모두에서 치열한 경쟁이 일어나는 상황에서는 보험료의 인상이 사용자의 임금비용 부담을 증가시켜 해당기업의 경쟁력을 약화시키게 되고 자칫 국

가경제의 성장에 부정적인 영향을 줄 수 있다(문형표, 2005). 보험료의 인상폭이 크면 클수록 근로자와 사용자의 부담은 커지고 그에 대한 반발도 증가할 것이다. 이미 <표 8>에서 알 수 있듯이 2002년부터 2005년 사이에 직장가입자의 보험료는 평균 6.8%나 인상되었다. 정부의 보장성 강화 방안에 대한 공청회에서 사용자의 대표라고 할 수 있는 경총 관계자는 보험료 인상으로 인한 기업과 근로자의 부담에 대하여 경고하였다. 또한 민주노총의 대표자도 보장성 강화를 위한 재원을 보험료로만 조달하는 것에 대한 문제를 제기하였다(보건복지부, 2005: 45-51).

<표 8> 보험료를 인상 추이

구분	2002년	2003년	2004년	2005년
보험료율 인상률	6.70%	8.50%	6.75%	2.38%
보험료(직장)	3.63%	3.94%	4.21%	4.31%

자료: 보건복지부, 『건강보험보장성 강화방안』, 수립을 위한 공청회 자료, 2005.6.30. p. 32.

(2) 국고보조를 통한 보험료 대체

이미 앞서서도 확인하였듯이 현재 우리나라의 보험료 수준이 지나치게 낮기 때문에 독일의 경우와 같이 보험료율의 안정 정책까지 시도하는 것은 불가능하다. 만일 건강보험의 보장성 제고를 위해 투입되어야 할 비용을 보험료로만 부담하려 한다면 보험료의 대폭적인 인상이 불가피하다. 그러나 모든 국민에게 혜택이 돌아가는 건강보험의 보장성 강화를 위한 추가적 비용을 근로자와 사용자에게만 부담하도록 하는 것은 우리나라 기업들의 수익성과 국제경쟁력에 부정적 영향을 미칠 수 있다. 따라서 보험료율의 인상으로 인해 기업활동의 동기와 제품의 경쟁력을 해치지 않도록 조세를 통한 국고지원으로 보충해야 할 것이다. 조세는 더 보편적이고 포괄적으로 부과되기 때문에 보험료보다 기업에게 주는 부담이 상대적으로 적어 기업의 경쟁력이나 고용에 미치는 부정적 영향도 적으며 궁극적으로는 보험료를 납입할 수 있는 근로자의 증가를 가져 올 수 있다.

5) 제한된 위험분산의 범위

(1) 공공제 비용 부담의 편중

의료보험의 급여는 외부효과를 갖게 된다. 예방사업 그리고 건강증진을 통한 노동력의 재생산으로 인한 외부효과는 일반적으로 인식되고 있다. 그리고 최근 우리나라에서도 급격한 인구 노령화가 진행되고 있어 출산율을 높여 생산 인구를 증가시켜 국민경제 성장이 지속될 수 있도록 하는 것이 모든 국민들이 공동으로 해결해야 할 과제가 되었다. 이를 위해 임신, 출산 그리고 양육에 관련된 일체의 진료(산전진찰, 초음파 등 각종 검사, 분만 및 입원 등)를 건강보험의 급여로 확대할 필요성이 제기된다. 그러나 현재는 외부효과를 갖는 일종의 공공재인 의료서비스에 소요되는 비용을 근로자, 사용자

그리고 일부 자영자 등이 부담하는 보험료만으로 부담하는 현재의 방식에서는 비용과 편익이 균등화하지 못하고 있다. 보험료의 경우 위험분산의 범위가 제한되는 것은 부과기준이 원칙적으로 근로소득에 한정될 뿐 아니라 근로소득도 부과상한선규정으로 인해 부분적으로만 부담되기 때문에 조세에 비하여 비용을 부담하는 범위가 제한적이기 때문이다.

외부효과가 있는 의료의 비용을 균등할 수 있는 방법 중 하나는 공공의료기관을 통해 모든 국민에게 골고루 혜택을 제공하고 그 비용을 국가가 지원함으로써 전체 국민에게 분담하도록 하는 것이다. 그러나 2000년 우리나라의 공공의료의 비중은 병상 수 기준으로 볼 때 9.7%인데, 경제협력개발기구(OECD) 회원국 가운데 최하위 수준으로 영국(96%), 프랑스(65%), 미국(33.2%) 그리고 일본(37.2%)에 비해 상당히 낮다(보건복지부, 2004: 33). 이는 반대로 민간병원의 비율이 그 만큼 높다는 것을 의미하며 그로 인한 문제의 심각성을 짐작하게 한다. 실제로는 대학병원 등의 공공병원에서조차도 수입을 늘리기 위해 여러 가지 시도를 하고 있다. 예를 들면, 건강보험이 적용되는 병실(6인기준)을 줄여 비급여인 상급병실의 이용을 유도하거나 고가의 의료장비를 활용하는 진료를 늘려서 환자의 본인부담이 증가하도록 하는 사례들이 보고되고 있다. 이와 같은 결과로 인해 건강보험의 보장성이 낮아지고 환자들의 본인부담이 늘어나 이들에게 공공재의 비용을 더 많이 부담하게 하는 결과가 되고 있다.

그러므로 보장성을 강화하기 위해서는 공공병원의 수를 더욱 늘려야 할 뿐 아니라 기존의 공공병원에서도 공공성을 유지하기 위한 지원이 필요하다. 예를 들면, 공공병원의 시설투자비용을 독일의 경우처럼 국가가 지원함으로써 진료수가 인상 압박을 줄여 주거나 또는 의료인력의 양성 및 확충을 위해 의과대학의 학생들에게 장학금을 지급하거나 학비를 면제해 주고 국공립병원에 의무적으로 일정기간 근무하도록 할 수 있다. 이 경우 정부가 조세를 통해 재원을 조달하게 되면 그 비용과 편익이 전체 국민에게로 분산되는 효과가 있다. 따라서 지역가입자에 대한 기존의 국고보조의 일부를 병원의 공공성 확보를 위한 투자로 전환하는 것도 생각해 볼 수 있다.

(2) 소득과악 미흡 및 보험료 단일 부과체계의 미개발

우리나라에서는 자영자의 소득이 제대로 파악되지 못해 가족 수에 따라 보험료를 부과하고 있으며 재산에 대해서도 보험료를 부과하고 있다. 따라서 자영자는 근로자에 비해 상대적으로 여러 가지 불이익을 받고 있다고 생각할 수 있다. 자영자는 근로자의 경우처럼 보험료를 분담해 주는 사용자가 없어 단독으로 부담해야 할 뿐만 아니라 가족 수와 재산에 따라 추가적인 보험료를 부담해야 하는 것에 대한 불만이 있을 수 있다.

보험료부과의 기준이 되는 '능력'을 소득뿐만 아니라 재산까지도 포함시켜 확대 적용하는 것은 또 다른 문제를 발생시킨다. 자영자의 보험료 부과기준을 모든 경제활동에 의한 소득으로 할 경우, 근로자에게 있어서도 이에 대한 형평성 시비가 있을 수 있으며, 나이가 근로자와 자영자간의 구분조차도 어려워지는 상황이 발생할 수 있다(김진수, 2000: 46). 직장가입자의 경우는 이미 100% 노출되는 소득에 비례하여 보험료를 부담하고 있는데 추가적으로 재산에까지 부과하게 되면 이중 부담이 되기 때문에 이로 인한 형평성 논란이 있을 수 있다. 이 경우 사용자 부담분의 처리도 문제이다.

균등한 의료를 보장하고 보험료 부담의 형평성을 제고하기 위해 추진된 의료보험 통합의 가장 중요한 과제는 자영자 중심의 지역가입자와 근로자 중심의 직장가입자간에 공통으로 적용될 수 있는 단일 보험료 부과체계를 개발하는 일이었다(조흥준, 1998: 56). 그러나 아직 이렇다 할 모형이 개발되지 못하고 있어 진정한 의미의 통합이 완성되었다고 보기 어렵다. 자영자와 근로자처럼 소득의 형태가 서로 다른 경우, 조합주의 보험방식으로 위험분산 범위를 신분계층별로 제한하고 보험료를 차등하는 것이 재정원리에 부합할 수 있다. 그러나 우리나라에서는 통합을 통해 위험분산 구조의 단일화를 추구하는 상황에서 굳이 보험료 재정방식을 고집하기보다는 조세방식으로 전환하는 것이 적절하다.

(3) 위험분산의 확대를 위한 국고보조

보험료를 위주로 하는 재정방식은 다수의 조합을 중심으로 하는 분산된 보험가입자 관리방식에 적합하다고 할 수 있다. 즉, 직업적 또는 지역적으로 제한된 조합의 구성원들 간에 위험분산을 통해 조합별로 수직상등의 원리를 적용하여 상이한 보험료율로 부담하는 것이다. 우리나라의 경우 이미 의료보험의 통합이 이루어져 전 국민이 단일한 건강보험으로부터 법에 의해 동일한 의료이용권을 인정받고 있는 상황에서 구태여 보험료라는 재정방식을 고집할 이유가 없다. 의료보험의 재정을 종합소득세와 같은 조세를 통한 국고보조로 전환한다면, 질병의 위험에 따른 비용을 전체 국민들에게 분산시킬 수 있고 소득과약으로 인한 보험료부과의 문제를 부분적으로 완화할 수 있을 것이다.

보험료를 부담할 수 없는 취약계층은 건강보험의 혜택에서 배제되고 대신 국가가 의료급여 수급권자로 선정하여 의료보장의 혜택을 제공하고 있다. 그러나 의료급여 수급권자의 경우는 여러 가지 차별적인 대우를 받고 그로 인한 낙인효과도 크다. 건강보험의 국고지원을 의료급여로 전환하자는 주장도 있으나(이규식, 2004: 73), 현재 지역조합에 대한 포괄적 지원을 저소득층에 대한 국고보조로 전환하거나 저소득층에 대한 보험료 대납제도 그리고 본인부담 경감제도를 도입한다면 구태여 의료급여 수급자를 건강보험에서 분리하여 차별적으로 관리할 명분이 없어진다. 의료급여제도를 건강보험에 통합하여, 이미 의료보험의 통합을 통해 이루어진 위험분산의 확대와 형평성 제고의 효과를 전체 국민에게 보편적으로 확산하여야 할 것이다.

6) 건강보험에 대한 운영개입과 재정 책임의 불일치

역사적으로 볼 때 독일에서 세계 최초로 공적 의료보험을 도입할 당시에 의료보험의 관리운영권은 보험의 재정적 책임과 밀접한 관계 속에서 관찰되었다. 그 후 전통적으로 의료보험의 재정은 사용자와 근로자만이 부담하는 보험료로 조달해 왔기 때문에 국가는 의료보험 관리운영에 대해 직접적으로 관여하지 않았던 것이 관례가 되었다. 그리하여 국가는 의료보험에 관한 기본적 정책방향을 제시하거나 당사간의 이해관계가 첨예하게 대립하는 경우에 중재 또는 조정의 역할을 담당할 뿐이다.

이에 비해 우리나라에서는 정부가 건강보험의 관리운영에 상당히 깊숙이 개입하고 있다. 보건복지부를 비롯한 정부의 대표가 건강보험 관리운영의 책임을 맡고 있는 공단 이사장의 임명이나 진료수가 등 건강보험의 운영과 관련된 중요한 의사결정을 위해 설치된 각 위원회에도 일정한 비율로 참여하여

상당한 결정권을 행사하고 있다.

따라서 이와 같이 정부가 적극적으로 개입하고 있기 때문에 그에 상응하는 재정적 책임도 지는 것이 마땅하다. 만약 그렇지 않고 의료보험 도입 초기 독일의 경우처럼 국가가 건강보험의 재정적 책임을 제한적으로 유지하려 한다면 공단이사장을 비롯한 건강보험의 관리운영을 위한 책임자들을 가입자와 사용자의 투표를 통해 선임하는 방식을 허용해야 할 것이다. 논리적으로는 현재 건강보험의 관리운영에 가입자의 참여가 극히 제한적으로 이루어지고 있는 사실을 감안한다면, 보험료 부담은 그에 상응하여 감소되어야 한다는 주장이 설득력을 얻을 수 있다.

4. 결 론

지금까지의 검토결과 보험료재정방식이 지니는 몇 가지 문제점들을 확인할 수 있었다. 보험료 재정 방식은 근로관계가 변화함에 따라 안정적 수입을 확보하는데 어려움이 예상되며, 구조적으로도 제한된 소득재분배효과를 가지며 근로자와 사용자에게 부담을 주어 기업활동과 경제성장에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 그리고 위험분산의 범위도 제한적이고 조합주의 운영방식에 보다 적합하기 때문에 하나로 통합되어 운영되는 우리나라에서는 적합하지 않다고 볼 수 있다. 우리나라에서는 정부가 건강보험의 관리운영에 깊이 개입하고 있기 때문에 국가가 재정적 책임을 회피하고 보험료만을 중심으로 재원을 조달하려는 것은 원리에 어긋난다.

따라서 조세를 재원으로 한 건강보험에 대한 국고보조는 소득재분배효과를 높여주고 의료비의 부담을 전국민에게 골고루 분담하도록 할 수 있다. 또한 안정적 보험재정의 확보로 건강보험의 보장성을 강화하는 데 효과적이며 그와 동시에 보험료로 인한 기업의 부담을 덜어주고 기업활동을 촉진하여 좀 더 많은 고용창출을 기대하게 한다.

그러나 이러한 결과는 단지 이론적인 추론에 불과할 뿐이며 사회보험인 의료보험의 재정을 보험료 방식으로부터 국가가 책임을 지는 조세재정방식으로 완전히 전환하자는 주장과 곧바로 연결될 수는 없다. 의료보험이 최초로 독일에서 시작된 이래 보험료재정방식이 많은 나라에서 전통으로 구조화되고 있어 새로운 방식으로의 전환은 많은 비용이 소요될 것이며, 우리나라 현행 조세체제의 미비점으로 인한 문제들도 적지 않아서 그에 반대 의견도 있을 것이기 때문이다.

그럼에도 불구하고, 본 논문은 국가의 재정적 책임이 좀더 강화되거나, 적어도 최근 우리나라의 상황과 관련하여 볼 때, 건강보험에 대한 국고보조를 유지하는 것이 필요하다는 논의들에 관해 좀 더 체계적으로 검토하는 데 기여할 수 있을 것이다. 한편, 본 논문에서는 국가가 건강보험에 보조하여야 할 재정적 규모를 파악하지는 못하였다. 이를 위해서는, 국가의 재정적 책임의 범위에 대한 사회적 정책적 합의가 이루어진 후, 실제로 필요로 하는 재정규모를 추정하는 별도의 연구가 있어야 할 것이다. 아울러 국고보조를 하는 경우 재원을 어떤 형태의 조세로 확보할 것인지에 대한 추가적 논의도 필요할 것이다.

참고문헌

- 국가재정운용계획 사회복지분야작업반. 2005. 『2005~2009년 국가재정운용계획-사회복지분야』. 공개토론회 자료. 2005.3.14.
- 국민건강보험발전위원회 2004a. 『국민건강보험을 발전을 위한 정책제안』.
- _____. 2004b. 『국민건강보험의 발전을 위한 논의과제 I』.
- 김병익. 2001. “건강보험재정 어떻게 확충할 것인가?”. 『사회보장연구』 23: 35-54.
- 김연명. 2000. “변혁기 한국 사회보험의 현황과 과제”. 『사회복지(계간)』 146: 7-22.
- _____. 2001. “비정규근로자에 대한 사회보험 확대: 쟁점과 정책”. 『한국사회복지학』 45: 72-100.
- 김진수. 2000. “21세기 사회보험의 발전방안”. 한국사회보장학회 2000 춘계학술발표회. pp. 43-64.
- _____. 2001. “장기적 관점에서 본 사회변화와 사회보험의 과제”. 『한국사회복지학』 46: 37-60.
- 나석권. 1997. “미 사회보장프로그램의 기본원리에 관한 연구”. 『사회복지정책』 4: 59-84.
- 노동부. 2005. 『생산 및 취업계수 증가기 전망』.
- 문성현. 2004. “한국 보건의료의 부담과 수혜의 공평성”. 『사회보장연구』 29: 59-83.
- 문형표. 2005. 『복지정책의 투자우선순위 및 정책개선 과제』. KDI 연구보고서.
- 백운국·김진수. 2002. 『보험료부과체계 개선방안』. 국민건강보험공단 건강보험연구센터. 연구보고서 2002-15.
- 보건복지부. 2004. 『공공병원 확충방안 개발에 관한 연구』. 2004.2.
- _____. 2005. 『건강보험보장성 강화방안』 수립을 위한 공청회 자료.
- 보건의료발전기획단. 2003. 『참여정부 보건의료발전계획(안)』. 2003.11.27. 공청회자료
- 신영석. 2000. 『국민건강보험의 재정안정화 방안 연구』. 한국보건사회연구원. 2000-04.
- 양봉민·권순만·이태진·오주환·이수형. 2003. “보건의료재원조달의 형평성”. 『보건경제연구』 9(2): 1-12.
- 원종욱·양시현. 2000 『5인 미만사업장 근로자 및 임시직·일용직 근로자의 사업장 가입자 편입방안』. 한국보건사회연구원.
- 이규식. 1994. “한국의 의료개혁과 향후 과제”. 『사회보장연구』 10(2): 21-50.
- _____. 2004. “의료에서의 사회적 안전망”. 한국사회복지학회 심포지움. 『한국사회안전망의 현황과 대책』. pp. 46-76.
- 이혜경. 2003. “한국사회보험제도의 딜레마: 역사의 유산과 참여정부의 선택”. 한국사회복지학회. 2003년 춘계학술대회. pp. 11-28.
- 정형선. 2005a. “건강보험기금화 주장의 허실과 기금화의 전제조건”. 『사회보장전달체계의 평가와 발전 방안』. 한국사회보장학회 2005 춘계학술대회. pp. 3-18.
- _____. 2005b. “진료비지불보상제도 개편의 필요성과 방향”. 국민건강보험공단 창립 제5주년 기념 학술 세미나. pp. 5-45.
- 조홍준. 1998. “의료보험 통합위원회의 정책과제”. 한국사회복지정책학회/한국보건경제학회 학술세미나. 『의료보험통합의 과제』. pp. 53-58.
- 최병호·신현웅. 2001. 『국민건강보험의 재정위기 평가와 재정관리방안』. 한국보건사회연구원.
- 최병호·신윤정·오영호·신현웅. 2002. 『국민건강보험 재정건실화 방안』. 한국보건사회연구원. 연구보고서 2002-09.

- 통계청. 2000. 『가구소비실태조사보고서』.
- 한국개발원. 2001. 『건강보험 재정확충 방안에 관한 연구』.
- 한국사회복지학연구회 역, 1997. 사회복지의 사상과 역사. Gaston V. Rimlinger. 1997. *Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia*. 서울: 한울.
- 홍석표·최병호·백화중·신현웅·신속연. 2002. 『국민건강보험 지역가입자 국고차등지원 방안』. 한국보건사회연구원. 정책보고서 2002-22.
- Briggs, Asa. 2000. "The Welfare State in Historical Perspective." *The Welfare State-A Reader*. Pierson, Christopher and Francis Castles, G. Blackwell Publisher Ltd. pp. 18-31.
- Caballero, Ricardo J., and Mohamad Hammour. 1997. "Jobless Growth: Appropriability, Factor, Substitution, and Unemployment." *NBER Working Paper* 6221.
- Erskine, Augus, and Jochen Clasen. 1997. "Social Insurance in Europe-adapting to change." in *Social Insurance in Europe*, edited by Jochen Clasen. The Policy Press.
- Greß, Stefan, Jürgen Wasem, and Heinz Rothgang. 2003. "Kopfprämien in der GKV -keine Perspektive für die Zukunft." in *Gesundheits- und Sozialpolitik* 9-10: 18-25.
- OECD. 1998. *Revenue Statistics 1965~1998*.
- _____. 2003. *World Health Report*.
- Rejda, George. E. 1999. *Social Insurance and Economic Security*. Prentice Hall.
- Seehofer, Horst. 2003. "Das Kopfprämienmodell als gesundheitspolitischer Irrweg." *die Ersatzkasse* 12: 448-449.
- SSA(미국). 2000. *Social Security Programs Throughout the World*. 1999. 2000.
- SVRKAiG(Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) 1997. *Gesundheitswesen in Deutschland Kostenfaktor und Zukunftszweige. Sondergutachten. Band II*
- 인터넷 사이트
- 미국사회보장청 홈페이지 <http://www.ssa.gov/>
- 독일 지역질병금고연합회홈페이지 http://www.aok.bv.-de/lexikon/b/index_02502.html

The Responsibility of the State for Financing of the National Health Insurance

Lee, Jun-Young
(University of Seoul)

The finance of the National Health Insurance(NHI) in nearly every Nation in the world has been traditionally based on premiums of the workers and employers. But in Korea, the government has been guaranteeing financial supports to regional health corporations. After the unification of the different corporations in the NHIC, the government will not have to give financial support to the NHIC. Then this will be a serious financial challenge to NHIC, which has usually had financial deficit.

The purpose of this paper is to review the problems of the premium based financing of the NHI and to exam whether such problems will be solved through the financial support from the state to the NHI. The analysis in this paper focused on five viewpoints; 1) work relatedness 2) redistribution effect 3) financial burden of business firms through the premium 4) risk pooling 5) management hegemony of the NHI.

As a result, it was found that there are many problems in every five aspects and these problems could be solve through the financial aid from the state. But, it does not without any restriction mean to suggest that the financing mode of the korean NHI should be wholly transformed to a tax based financing mode. Because there are many things to be considered in oder to alter the financing mode of the NHI. Nevertheless, this paper would give a logical background to enlarge the financial aid form the state to NHI, or at least, to maintain it at a present level.

Key words: national health insurance(NHI), premium, responsibility of the state, financial aid from the state.

[접수일 2005. 8. 11. 게재확정일 8. 31.]