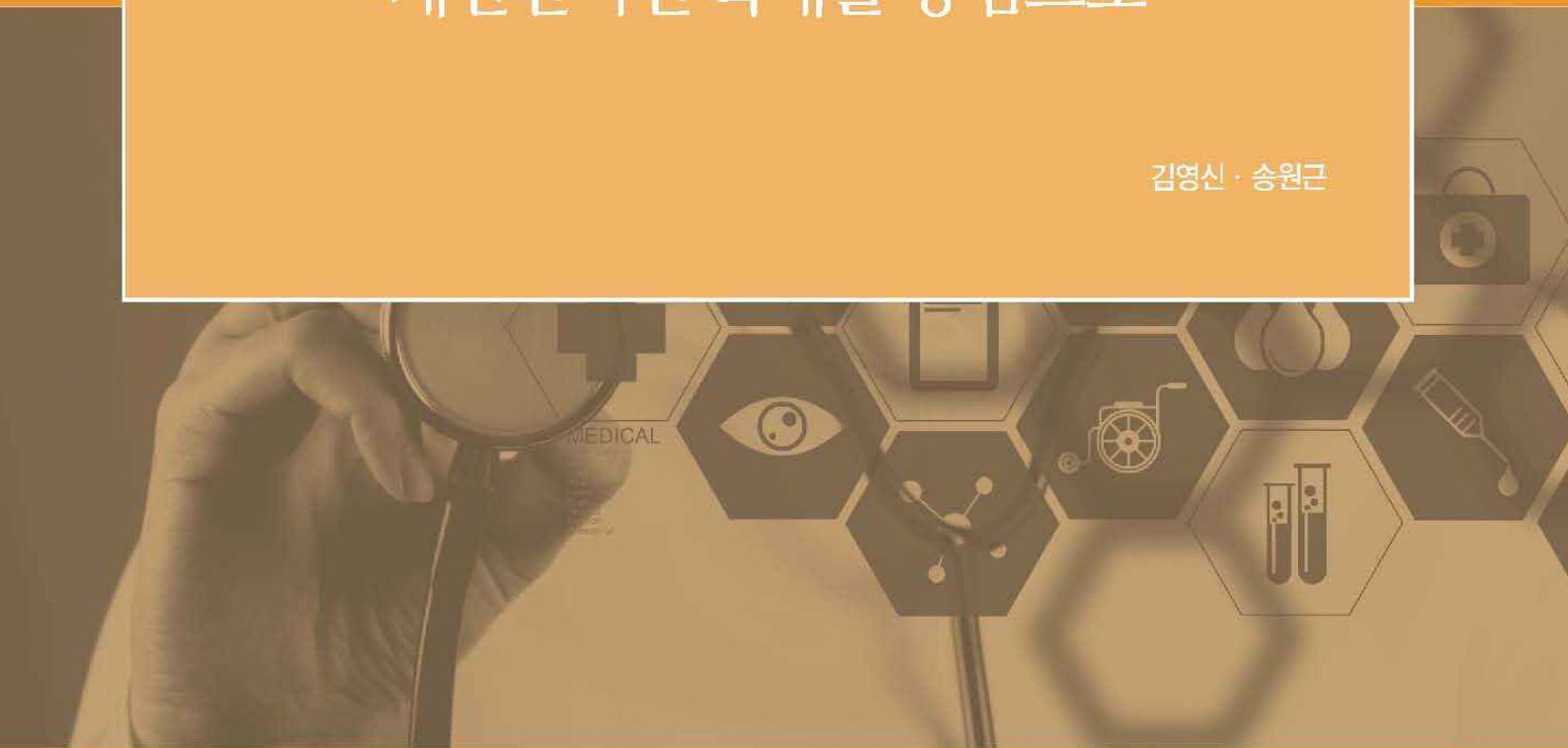


정책연구 2013-08

재정건전성 제고를 위한 국민연금 및 건강보험 개선방안: 개인선택권 확대를 중심으로

김영신 · 송원근



정책연구 13-08

2013. 10.

재정건전성 제고를 위한 국민연금 및 건강보험 개선방안: 개인선택권 확대를 중심으로

김영신·송원근

송원근 한국경제연구원 선임연구위원

미국 University of Illinois에서 경제학 박사학위를 취득하였다. 국회예산정책처 경제분석관을 거쳐 한국경제연구원 금융재정 연구실장 및 연구조정실장 역임 후 현재 공공정책연구소에서 선임연구위원으로 재직 중이다. 주요 연구 분야는 국제무역, 통상, 정치경제학 등이며, 주요 논문 및 저서로는 “Oligopsony Distortions and Welfare Implications of Trade”(Review of International Economics, 2006), “Intermediate Input, Oligopsony, and Patterns of Trade”(International Economic Journal, 2003), 「한국, 보수 개혁의 길」(공저, 2012), 「장하준이 말하지 않은 23가지」(공저, 2011), 「대중영합주의의 경제정책에 대한 영향 분석」(2010) 등이 있다.

김영신 한국경제연구원 부연구위원

미국 조지메이슨대학(George Mason University)에서 경제학 박사학위를 취득하였다. 국무총리실 정부업무평가위원회 민간 전문위원으로 활동하였다. 주요 연구 분야는 규제, 공공선택, 재정, 응용미시 등이다. 주요 저서 및 연구논문으로는 “기업 간 수익성 양극화와 정부규제”(공저/한국제도·경제학회, 2013), 「근로연계 복지제도의 구축」(공저, 2013), 「차기정부 정책 과제 4 - 공공개혁 | 기업·시장제도」(공저, 2012), 「공기업 부채 증가의 문제점 및 시사점 - 지속가능성의 관점에서」(2012), 「양극화 논쟁, 그 오해와 진실」(공저, 2012), 「동반성장지수 및 초과이익공유제의 개념적 오류와 문제점」(2011), 「대·중소기업 동반성장 정책의 문제점과 개선과제」(공저, 2010), “Managing Anti-Circumvention Technology for Digital Content” (Coauthor/Journal of Information Privacy and Security, 2008), 「부유할수록 깨끗하다: 21세기 환경문제의 해법」(공역, 2003) 등이 있다.

재정건전성 제고를 위한 국민연금 및 건강보험 개선방안: 개인선택권 확대를 중심으로

1판1쇄 인쇄 | 2013년 10월 28일

1판1쇄 발행 | 2013년 10월 31일

발행처 | 한국경제연구원

발행인 | 최병일

편집인 | 최병일

등록번호 | 제318-1982-000003호

(150-705) 서울특별시 영등포구 여의도동 27-3 하나대투증권빌딩

전화 02-3771-0001(대표), 02-3771-0048(직통) | 팩스 02-785-0270~3

www.keri.org

© 한국경제연구원, 2013

ISBN 978-89-8031-659-5

5,000원

CONTENTS

요 약	5
I. 서 론	13
II. 국민연금 및 건강보험의 재정현황	17
1. 국민연금 재정현황	17
2. 건강보험 재정 안정성	20
3. 국민연금 및 건강보험 장기재정 추계의 시사점	23
(1) 국민연금 장기 수지적자 및 고갈	23
(2) 저출산 고령화와 건강보험 재정 수지 악화	24
4. 국민연금 및 건강보험의 재정환상(fiscal illusion) 및 지출관리	26
(1) 국민연금 기금환상	26
(2) 건강보험 재정관리의 함정	27
(3) 보험수리적 재정안정화 문제점	30
III. 국민연금과 건강보험의 상보적 관계	32
1. 모형	32
2. 자료 및 실증분석	34
IV. 장기재정 건전성을 확보하기 위한 사회보험 개혁	38
1. 사회보험 재정건전성 제고를 위한 외국의 개혁 사례	38
(1) 외국 공적연금 제도 개혁 성공사례의 교훈	38
(2) 외국 건강보험 개인선택권 강화의 시사점	41
2. 확정기여방식을 통한 국민연금 부분시장화 방안	43
3. 건강보험 선택권 확대를 통한 재정안정화	45
V. 결론 및 시사점	49
참고문헌	52
[부 록]	55

표
목
차

[표 1] 국민연금 가입자 현황	18
[표 2] 국민연금 급여지급 현황	19
[표 3] 건강보험 재정 현황	21
[표 4] 건강보험 직역 가입자 현황	22
[표 5] 연평균 적용인구 1인당 보험료, 적용인구 1인당 보험급여비	23
[표 6] 연도별 약제비 증가율	29
[표 7] 소득수준별 수익비 분석	31
[표 8] 자료의 기초 통계적 특성(분석기간: 1993~2011)	36
[표 9] 건강보험 지출에 대한 중위투표자 모형(분석기간: 1993~2011)	37
[표 10] 칠레 공적연금제도의 구조	40
[표 11] 스웨덴 연금개혁	41
[표 12] 스웨덴 공적연금 체계	41
[표 13] 연도별 보장성 확대 항목별 소요재원	45
[부표 1] 단위근 검정(Unit Root test) 결과	55
[부표 2] 건강보험 수입 추계	55
[부표 3] 건강보험 지출 추계	56

그
림
목
차

[그림 1] 연령군별 인구 구성비율 추이(2015~2060)	24
[그림 2] 건강보험 재정 수지 적자 추계	26



1. 서론

- ▶ 국민연금은 2007년 국민연금법을 개정했음에도 불구하고 장기 재정건전성에 문제가 있어 제도의 지속가능성을 의심받고 있음.
 - 국민연금은 수차례 법 개정을 통해 저부담-고급여 문제를 개선해 왔지만 재정안정성 문제가 완전히 해결되지 못함.
 - 지난 수년간 빠르게 진행되고 있는 저출산-고령화와 경제성장 둔화로 인해 국민연금의 장기 재정안정성이 심각하게 위협받고 있는 상황
- ▶ 국민건강보험은 매년 건강보험 보험료가 인상되면서 가입자의 보험료부담이 지속적으로 증가하고 있음.
 - 근로소득에 부과하는 건강보험료 인상 외에도 부족한 재원마련을 위해 보험료 부과 기준을 확대하기 때문에 건강보험 가입자의 보험료부담은 증가하고 있는 상황
 - 현행과 같은 건강보험체계하에서는 건강보험재정문제는 더욱 악화될 가능성이 높음.
- ▶ 본 연구는 국민연금과 건강보험의 재정안정성을 구조적으로 점검하고 두 제도의 정치적 목적으로 인해 발생하는 사회보험 지출 증가에 대해 분석하고 대안을 제시하고자 함.
 - 국민연금과 건강보험의 장기지속성 관점에서 각 제도의 보험료 수준과 부과체계, 그리고 급여지출의 문제점을 지적함.
 - 국민연금과 건강보험의 보험료와 급여지출의 구조개선은 단지 기금적자문제를 연장하는 미봉책일 뿐, 국민연금과 건강보험에도 재정준칙을 도입해서 재정건전성을 확보할 수 있어야 함.
 - 국민연금과 건강보험의 개인선택권 확대를 통해 두 제도의 재정안정성 문제의 근본적 해결을 꾀할 수 있음.

- 국민연금 및 건강보험의 부분시장화제도로 전환하여 포퓰리즘적 복지지출 확대를 견제

II. 국민연금 및 건강보험의 재정현황

1. 국민연금 재정현황

- ▶ 국민연금 수급자는 2001년 약 95만 명에서 2013년 1월 현재 약 335만 명으로 급속하게 증가하고 있음.
 - 특히 가장 많은 비중을 차지하고 있는 노령연금 수급자는 같은 기간 60만 명에서 278만 명으로 더욱 빠르게 증가함.
- ▶ 국민연금 급여지출금액은 2001년 1조 5,693억 원에서 2013년 1월 현재 약 11조 5,508억 원으로 크게 증가함.
 - 같은 기간 노령연금 급여지출액은 9,736억 원에서 9조 3,271억 원으로 약 10배 가량 증가
 - 국민연금 급여지출 총액에서 노령연금 급여지출액이 차지하는 비중은 약 80.7%임.

2. 건강보험 재정 안정성

- ▶ 우리나라 건강보험 지출은 2002년 14.7조 원에서 2011년 37.4조 원으로 약 10년 만에 2.5배 이상 증가했음.
 - 의료인력 인건비 증가, 첨단의료장비 및 신약의 확대보급 등 의료 공급측면의 비용 상승
 - 노인인구의 비중이 높아짐에 따른 의료서비스 수요 증가
 - 정부의 의료수가 및 약가통제로 인해 비급여 진료 증가, 리베이트나 로비 등에 따른 사회적 비용 발생
- ▶ 매년 건강보험료를 인상함에도 불구하고 건강보험료 지출이 건강보험수입을 초과하는 당기수지 적자가 지난 10년 동안 빈번하게 발생한 것으로 볼 때 건강보험재정은 불안정적임.

- ▶ 연평균 적용인구 1인당 보험료와 보험급여비는 둘 다 지속적으로 증가하는데 1인당 보험급여비의 증가가 상대적으로 빠르게 진행되어 건강보험재정 건전성을 위협하고 있음.

3. 국민연금 및 건강보험 장기재정 추계의 시사점

- ▶ 2013년도 국민연금 3차 재정추계결과를 살펴보면, 현 제도 유지 시 2043년까지 적립금이 약 2,561조 원 증가하다가 이후 수지적자가 발생하여 2060년 이후에는 기금고갈이 나타날 것으로 전망
- ▶ 인구구조가 저출산-고령화되어감에 따라 건강보험 재정 수지는 지속적으로 악화될 것으로 전망
 - 직장가입자의 피부양률이 과거 피부양률 추이를 따라 감소하고 건강 고령화가 진행되는 낙관적인 상황을 가정하더라도 건강보험 재정 적자는 2030년 약 21조 원, 2060년 84조 원이 발생할 것으로 추정
 - 직장가입자의 피부양률이 2030년을 기준으로 증가하고 순수 고령화가 진행되는 비관적인 상황을 가정하면 건강보험 재정 적자는 2030년 약 33조 원, 2060년 146조 원이 발생할 것으로 추정

4. 국민연금 및 건강보험의 재정환상(fiscal illusion) 및 지출관리

- ▶ 2012년 말 기준 약 392조 원의 국민연금기금은 이후에도 지속적으로 축적되나 2043년 이후에는 급여지출이 보험료 수입을 초과하는 수지 적자가 발생할 것으로 예상
 - 국민연금 수지 적자가 발생하면 부족한 연금급여 지출을 충당하기 위해 보유 채권이 나 주식을 대량 매각해야 할 가능성 높음.
- ▶ 국민연금 부정수급이 지속적으로 증가하는 것으로 볼 때 국민연금기금이 허술하게 관리되는 부분이 있음.
 - 국민연금제도가 성숙해질수록 부정 수급 건당 평균 부정수급액도 점차 증가하기 때문에 부정수급에 대한 유인을 제한하고 철저한 관리가 필요

- ▶ 건강보험 지출이 증가하면 정부는 건강보험료를 인상해서 수지를 맞추는 손쉬운 방법을 선택할 수 있기 때문에 과다 또는 비효율적인 지출이 고착화될 수 있음.
 - 최근 지속적인 건강보험료 인상은 국민부담률을 지속적으로 상승시키기 때문에 일정수준에 달하면 국민들의 저항을 받을 수 있음.
- ▶ 건강보험 급여비 및 관리운영비의 효율적 지출 측면에서도 건강보험 재정 안정화 방안을 모색할 필요성 있음.
- ▶ 건강보험금 부당청구와 건강보험 자격의 불법 대여·도용으로 인한 건강보험재정의 누수는 지속적으로 증가
- ▶ 국민연금의 과도한 소득보장으로 국민연금 재정고갈은 불가피
 - 국민연금의 급여산식을 살펴보면 어떤 소득계층이라 하더라도 낸 보험료보다 많이 받을 수 있는 구조로 설계되어 있어 재정파탄이 예견됨.
- ▶ 국민연금기금 고갈문제에 대해 다른 해결방안이 없다고 한다면 현행 국민연금보험료(9%)는 지속적으로 상승할 가능성 높음.

Ⅲ. 국민연금과 건강보험의 상보적 관계

- ▶ 국민연금과 건강보험의 정치적 상보관계로 인해 일반적 재정추계보다 급여지출이 증가할 수 있음을 분석함.
- ▶ 국민연금의 주요 수급자는 노년층이고 건강보험 급여지출도 상당부분이 노년층에 집중되어 있으므로 고령화가 지속되는 인구구조 상황에서 국민연금과 건강보험의 지출은 정치적으로 더욱 확대될 수밖에 없음.
 - 정치인들은 장래의 복지재정 건전성을 염려하기보다는 단기적으로 선거에서 승리하는 것이 더 중요하기 때문에 공공 복지지출의 수준과 규모를 늘리려는 유인이 강함.
 - 의료 기술이 발전함에 따라 기대수명은 더욱 늘어나 건강보험에 대한 지출은 증가하고, 이로 인해 기대수명이 추가적으로 증가함에 따라 국민연금 급여지출도 더욱 증가할 것임.

- ▶ 중위투표자 모형을 이용한 실증분석결과는 건강보험 지출증가가 국민연금지출 증가와의 관련성이 있음을 보여주고 있음.

IV. 장기재정 건전성을 확보하기 위한 사회보험 개혁

1. 사회보험 재정건전성 제고를 위한 외국의 개혁 사례

- ▶ 오랫동안 공적연금제도를 유지하는 국가들은 공통적으로 연금재정 위기를 경험한 바 다양한 방식의 공적연금개혁을 추진해 왔음.
 - 세계은행은 민영화를 바탕으로 한 완전적립 확정기여형을 포함한 다층체계의 연금 개혁방향을 제시
 - 법정 소득비례 연금이 기여에 비해 급부가 지나치게 관대하게 설계되어 공적연금 재정위기를 경험하였던 스웨덴이나 칠레의 성공적인 연금개혁사례를 부분적으로 벤치마크할 필요성 있음.
- ▶ 칠레의 경우 부분적립방식 확정기여형 공적연금제도를 시행하였으나 기금고갈로 인해 부과방식으로 전환했다가 결국 적립방식의 확정기여형 연금제도를 도입
 - 칠레의 연금제도는 가입자가 소득재분배나 세대 간 소득이전 효과가 발생하지 않는 개인투자계정(Individual Capitalization Account: ICA)에 연금보험료를 적립하도록 강제함.
 - 연금가입자의 선택을 받기 위한 민간연금기금관리회사 간 경쟁은 공적연금서비스를 강화시킴.
 - 칠레 연금개혁의 성과는 연금기금의 고갈가능성이 사라져서 공적연금재정안정화를 통한 지속가능성을 담보할 수 있다는 것임.
- ▶ 스웨덴의 경우 공적 소득비례연금이 명목확정기여방식(Notional Defined Contribution: 이하 'NDC')으로 전환되면서 재정고갈을 초래할 원인을 사전적으로 차단하여 재정안정성을 꾀할 수 있게 됨.
 - 명목확정기여방식을 도입함에 따라 사전에 확정된 보험료를 개인계정에 적립하고 개인계정에 축적된 보험료와 수익으로 급여를 지급함으로써 기여이상의 과도한 급여지출이 발생하지 않음.

- ▶ 2006년 이전 네덜란드는 공적 의료보험과 민간 의료보험의 혼합제도를 운용해 왔다가 통폐합하여 모두 민영화함.
 - 민간 의료보험회사간의 경쟁으로 다양한 의료보험 상품과 서비스 제공
 - 네덜란드 의료보험 개혁은 성공적으로 평가받음.
- ▶ 의료저축기능을 포함하고 있는 싱가포르 공공의료제도는 우리나라 공적건강보험의 문제점을 개선하는 데 유용한 시사점을 제공
 - 싱가포르 공공 의료제도는 메디세이브(Medisave), 메디실드(MediShield)와 메디펀드(Medifund)의 이른바 '3M'과 최근에 도입된 엘더실드(ElderShield)로 구성되어 있음.
 - 싱가포르의 공공의료제도는 다른 고소득 국가들에 비해 의료지출은 GDP대비 가장 낮은 반면 비용대비 높은 수준의 의료서비스를 제공하고 있는 것으로 평가됨.
 - 개인 의료저축형식이므로 보험가입자들의 도덕적 해이로 인한 무분별한 의료수요가 자제될 수 있음. 동시에 개인의 건강관리 및 의료저축의 유인이 발생

2. 확정기여방식을 통한 국민연금 부분시장화 방안

- ▶ 국민연금의 재정 안정화를 도모하고 연금제도의 지속가능성을 제고하기 위해 시장기능의 관점에서 국민연금제도의 근본적인 개혁을 검토해 볼 필요가 있음.
 - 우리나라는 국민연금의 소득비례부분(B)이 확정급여형이고 노인인구비의 급격한 증가로 연금재정 부담이 가중될 우려가 있음.
 - 칠레나 스웨덴의 공적연금처럼 장기재정 건전성을 확보하고 국가 재정부담을 최소화하기 위해서는 국민연금의 소득재분배기능을 축소하고 개인계정의 활성화를 통해 노동 및 저축 유인을 강화시키는 방향이 바람직
 - 국민연금의 평균소득월액부분(A)을 단계적으로 축소하고, 소득비례부분(B)을 확정기여방식의 개인계정으로 전환할 필요성 있음.

3. 건강보험 선택권 확대를 통한 재정안정화

- ▶ 향후 국민건강보험의 재정건전성을 확보하기 위한 개혁방향은 건강보험 선택권 확대를 보험가입자에게 비용절감 유인을 제공하고 위험 분산이라는 보험의 기능을 제고할 수 있어야 함.

- 현재의 건강보험을 의료저축계좌와 의료보험계좌로 이원화하는 건강보험 개혁을 검토할 필요성 있음.
 - 개별 의료저축계좌를 도입하여 개인의 일상적인 치료비에 대하여 사용하게 함.
 - 공동 의료보험계좌는 다른 건강보험 가입자와의 공동기금을 조성하여 비용부담이 큰 상해나 질병에 대비할 수 있도록 함.
- 의료저축계좌는 개인에게 무분별한 의료서비스 이용에 대한 비용절감의 유인을 제공하고 의료보험계좌는 치명적 질병에 대해 순수한 보험기능을 함으로써 도덕적 해이와 위험의 분산기능을 수행
- 의료저축계좌의 도입과 동시에 현재 정부의 독점적 건강보험자로서의 역할을 다수 민간의료보험회사로 분산시킬 필요 있음.
 - 소비자들의 선택을 받기 위해 민간의료보험회사들은 경쟁을 통해 보다 나은 서비스를 제공하고 비용을 절약할 유인이 있음.
- 경증에 대한 건강보험 당연지정제를 완화하고 대체형 민간의료보험이 허용되어 의료소비자의 선택권이 확대되는 방안도 고려될 수 있어야 함.¹⁾
- 이러한 개혁방향은 개인의 합리적 선택을 보장할 뿐만 아니라 건강보험 보험료의 지속적 인상 및 재정건전성 문제를 완화할 수 있을 것임.

V. 결론 및 시사점

- ▶ 사회보험 간 정치적 상보성(political complements)은 사회보험의 장기재정 건전성을 더욱 취약하게 할 가능성 높음.
 - 저소득 젊은층과 노년층은 복지제도의 확대를 선호하는 경향이 있고 이를 정치권에서는 이용할 유인이 존재하기 때문에 사회보험지출 증가는 구조적으로 나타날 수밖에 없음.
 - 의료기술이 발전하는 가운데 건강보험 급여지출의 증가로 기대수명이 높아지게 되고, 이는 국민연금 급여 수급기간을 늘리게 됨으로써 건강보험지출의 추가적 증가로 이어져 결국 국민연금과 건강보험의 재정부담이 될 수 있음.

1) 보다 자세한 내용은 강성원(2011)을 참고.

- 국민연금과 건강보험의 정치적 이용가능성을 축소시키고 베이비부머세대의 은퇴가 본격화되기 전에 국민연금과 건강보험의 개혁에 대한 논의가 필요
- ▶ 국민연금과 건강보험의 개혁방향은 보험 가입자의 책임과 선택권을 강화하고 국민연금과 건강보험의 장기재전건전성을 확보할 수 있어야 함.
 - 현재 소득재분배 기능이 있는 확정급여형의 국민연금 급여산식에서 소득재분배기능을 단계적으로 축소하고 소득비례부분을 확정기여방식으로 전환한다면 기여한 보험료에 비해 과도한 연금 급여를 받는 구조가 개선됨으로써 재정안정성을 꾀할 수 있음.
 - 의료저축계좌 도입 등 기존 건강보험체계를 다원화하여 의료소비자의 선택권을 강화하고 민간의료보험사간 경쟁을 통해 다양한 의료상품과 서비스가 제공될 수 있게 규제완화를 함으로써 시장기능을 작동하게 하면 건강보험료 및 재정건전성 안정을 도모할 수 있을 것임.



I. 서론

- ▶ 정부가 강제하는 사회보험제도는 질병·장애·노령·실업·사망 등 각종 위험에 따라 운영되고 있는데 그 종류는 점차 다양해지고 규모도 지속적으로 증가하고 있음.¹⁾
 - 국민연금은 1988년 도입된 전 국민을 대상으로 하는 강제가입의 공적 연금제도로 2013년 1월 말 기준으로 연금가입자가 2,000만 명이 넘고, 총 수급자는 약 335만 명이고, 적립기금은 약 400조 원임.
 - 국민연금 가입자 수는 2015년 약 2,062만 명으로 최고점에 이른 후 점차 감소하는 반면 연금수급자는 2063년에 1,460만 명으로 정점을 이루다가 감소할 것으로 전망
 - 국민연금기금도 계속 증가하여 2043년에 2,561조 원까지 적립되다가 2060년 이후에는 기금이 고갈될 것으로 전망
 - 따라서 국민연금은 2003년부터 5년마다 재정을 추계해서 제도변화를 추구하고 있음.
 - 국민건강보험은 1977년 500인 이상 사업장을 중심으로 도입되어 수차례의 제도변화를 거친 끝에 2001년 국민건강보험으로 통합되어 운영되고 있음.
 - 건강보험 가입자 수와 적용대상자는 우리나라 인구증가 추이와 유사하게 변동하고 있음.
 - 1인당 건강보험 급여비가 증가추세에 있는 것으로 볼 때 2011년 기준 건강보험 지출액 37.4조 원은 2060년에 131조~155조 원까지 증가할 것으로 전망²⁾
 - 고용보험은 1995년부터 시행되어 1998년에 1인 이상 모든 사업장으로 확대되었고, 2004년에는 모든 일용근로자까지 의무화됨.
 - 고용보험은 실업급여뿐만 아니라 재취업 및 근로자의 직업능력개발지원 등 노동시장 정책의 연계와 통합을 위해 도입

1) 4대 사회보험 외에도 기초노령연금과 노인장기요양보험이 국민연금과 국민건강보험을 보조하고 있음.

2) 문선웅 외(2012).

- 2010년 3월 기준 고용보험 적용사업장 수는 약 133만 개 정도이고, 피보험자는 약 363만 명임.
- 2050년에 실업보험은 마이너스 0.19의 수치 차(GDP대비 총수입-GDP대비 총지출)를 나타낼 것으로 전망되고, 고용안정/직업능력개발사업은 마이너스 0.06의 수치 차이가 발생할 것으로 전망³⁾
- 고용보험은 실업급여 적립금이 연간 지출액의 2배가 넘거나 1.5배를 밑도는 경우 요율을 인하 또는 인상한다는 법조항이 있어 재정 안정성이 담보되어 있음.⁴⁾
- 산재보험은 1964년에 상시근로자 500인 이상 사업장을 대상으로 도입된 후 2000년부터는 근로자 1인 이상을 고용하는 사업장까지 확대됨.
- 산재보험은 최초의 사회보험으로 근로자의 업무상 재해를 보상하고 재해근로자의 재활 및 사회복귀를 촉진하는 목적으로 시행되고 있음.
- 2009년 기준 산재보험 급여지급액은 약 3.5조 원이고 수입대비 지출비율은 약 74%임.
- 2050년에 산재보험 지출기준으로는 GDP대비 약 0.42이고 수입기준으로는 0.53으로 산재보험의 재정은 당분간 안정적일 것으로 전망됨.
- ▶ 본 연구에서는 국민연금과 국민건강보험이 사회보험 지출의 대부분을 차지하므로 이 두 제도를 중점적으로 분석함.⁵⁾
- ▶ 국민연금은 2007년 국민연금법을 개정했음에도 불구하고 장기 재정건전성에 문제가 있어 제도의 지속가능성을 의심받고 있음.
 - 국민연금은 수차례 법 개정을 통해 저부담-고급여 문제를 개선해 왔지만 재정안정성 문제가 완전히 해결되지 못함.
 - 지난 수년간 빠르게 진행되고 있는 저출산-고령화와 경제성장 둔화로 인해 국민연금의 장기 재정안정성이 심각하게 위협받고 있는 상황
 - 기초노령연금과 같이 추가적으로 신설된 제도는 기초노령연금으로 확대될 예정으로, 이는 궁극적으로 기존의 국민연금재정에 부담을 줄 수도 있음.⁶⁾

3) 전병목·이은경(2010).

4) 고용보험법 제48조.

5) 정부의 복지지출 중 주택을 제외한 대부분이 공적연금 등 사회보험지출임.

6) 기초연금은 18대 대선후보들이 노년층의 정치적 지지를 받기 위한 중요한 공약 중 하나였음.

- ▶ 국민건강보험은 매년 건강보험 보험료가 인상되면서 가입자의 보험료부담이 지속적으로 증가하고 있음.
 - 근로소득에 부과하는 건강보험료 인상 외에도 부족한 재원마련을 위해 보험료 부과 기준을 확대하기 때문에 건강보험 가입자의 보험료부담은 증가하고 있는 상황
 - 정부는 지난 10년간 건강보험에 대한 법정지원율을 제대로 지키지 못해 미지급 정부 지원금이 누적적으로 증가하고 있음.
 - 현행과 같은 건강보험체계하에서는 건강보험재정문제가 더욱 악화될 가능성 높음.
 - 기존의 건강보험 외에 노인장기요양보험과 같이 추가적으로 도입된 제도의 확대는 현행 건강보험가입자의 건강보험료의 부담을 가중시킴.

- ▶ 국민연금의 주요 수급자는 노년층이고 건강보험 급여지출의 상당부분이 노년층에 집중되어 있으므로 고령화가 지속되는 인구구조상황에서 국민연금과 건강보험의 지출은 더욱 확대될 것임.
 - 고령화의 진전으로 인한 국민연금과 건강보험의 급여지출에 대해서 정치적 목적의 추가 혜택이 부여될 가능성이 높기 때문에 국민연금과 건강보험의 재정지출은 예상보다 빠르게 증가할 가능성이 높음.
 - 예를 들어, 4대 중증질환 보장 등 건강보험의 보장성 및 노인장기요양보험 등은 지속적으로 확대되고 있음.

- ▶ 건강보험의 현행 체제가 바뀌지 않는다면 건강보험 보험료는 지속적으로 증가할 것이기 때문에 궁극적인 대안을 마련할 필요성 있음.
 - 매년 인상되는 사회보험료는 근로자뿐만 아니라 고용주 및 기업의 경제적 부담을 증가시키기 때문에 보험료 부과나 급여체계에 관해 재정건전성관점에서 근본적인 대책을 마련할 필요

- ▶ 본 연구는 국민연금과 건강보험의 재정안정성을 구조적으로 점검하고 두 제도의 정치적 목적으로 인해 발생하는 사회보험 지출 증가에 대해 분석하고 대안을 제시하고자 함.
 - 국민연금과 건강보험의 장기지속성 관점에서 각 제도의 보험료 수준과 부과체계, 그리고 급여지출의 문제점을 지적

- 국민연금과 건강보험의 보험료와 급여지출의 구조개선은 단지 기금적자문제를 연장하는 미봉책일 뿐, 국민연금과 건강보험에도 재정준칙을 도입해서 재정건전성을 확보할 수 있어야 함.
- 국민연금과 건강보험의 개인선택권 확대를 통해 두 제도의 재정안정성 문제의 근본적 해결을 꾀할 수 있음.
- 국민연금 및 건강보험의 부분시장화제도로 전환하여 포퓰리즘적 복지지출 확대를 견제



II. 국민연금 및 건강보험의 재정현황

1. 국민연금 재정현황

- ▶ 국민연금기금은 1988년 도입된 첫해 약 5,282억 원이었는데 2012년 말 기준 약 392조 원으로 크게 증가)
 - 같은 기간 GDP대비 국민연금기금비중은 0.4%에서 30.8%으로 약 77배 증가
 - 같은 기간 정부예산 대비 국민연금기금 비율은 약 2.4%에서 126.8%로 증가
- ▶ 국민연금 가입자는 1988년 약 440만 명에서 2013년 1월 현재 2,020만 명으로 약 4.6배 증가
 - 사업장 가입자가 약 1,142만 명이고 농어촌을 포함한 지역가입자가 약 849만 명임.
 - 임의가입자와 임의계속가입자 전체 가입자에서 차지하는 비중은 작지만 매우 빠르게 증가하고 있음.⁸⁾
 - 1998년 말 임의가입자와 임의계속가입자는 각각 1,370명과 286명에 불과했는데 2012년 말 기준, 207,890명과 88,576명으로 크게 늘어남.
- ▶ 국민연금 가입자는 40대 비중이 29.3%로 가장 높고, 30대가 27.9%로 다음으로 높으며, 50대가 25%를 차지하고 있음.
 - 국민연금 가입자의 노령화가 예상됨에 따라 지금의 40대가 연금수급자가 될 시기에는 연금을 납부할 수 있는 인구의 비중이 적어질 것으로 예상됨.⁹⁾

7) 2013년 2월 말 기준으로는 약 400조 원.

8) 그러나 최근 정부의 기초연금안은 국민연금 가입자의 상대적 불이익의 문제를 안고 있어 임의가입자와 임의계속가입자 수의 증가세가 둔화됨.

9) 환연하면, 부양비가 높아질 것임.

[표 1] 국민연금 가입자 현황

(단위: 개소, 명)

구분 연도	총 가입자	사업장가입자		지역가입자			임의 가입자	임의계속 가입자
		사업장	가입자	계	농어촌	도시		
'88.12	4,432,695	58,583	4,431,039	-	-	-	1,370	286
'92.12	5,021,159	120,374	4,977,441	-	-	-	32,238	11,480
'95.12	7,496,623	152,463	5,541,966	1,890,187	1,890,187	-	48,710	15,760
'96.12	7,829,353	164,205	5,677,631	2,085,568	2,085,568	-	50,514	15,640
'99.12	16,261,889	186,106	5,238,149	10,822,302	2,083,150	8,739,152	32,868	168,570
'03.12	17,181,778	423,032	6,958,794	9,964,234	2,062,011	7,902,223	23,983	234,767
'04.12	17,070,217	573,727	7,580,649	9,412,566	2,009,142	7,403,424	21,752	55,250
'05.12	17,124,449	646,805	7,950,493	9,123,675	1,969,017	7,154,658	26,568	23,713
'06.12	17,739,939	773,862	8,604,823	9,086,368	1,972,784	7,113,584	26,991	21,757
'07.12	18,266,742	856,178	9,149,209	9,063,143	1,976,585	7,086,558	27,242	27,148
'08.12	18,335,409	921,597	9,493,444	8,781,483	1,940,510	6,840,973	27,614	32,868
'09.12	18,623,845	979,861	9,866,681	8,679,861	1,925,023	6,754,838	36,368	40,935
'10.12	19,228,875	1,031,358	10,414,780	8,674,492	1,951,867	6,722,625	90,222	49,381
'11.12	19,885,911	1,103,570	10,976,501	8,675,430	1,986,631	6,688,799	171,134	62,846
'12.12	20,329,060	1,196,427	11,464,198	8,568,396	1,956,215	6,612,181	207,890	88,576
'13.01	20,200,594	1,200,352	11,415,130	8,485,419	1,941,567	6,543,852	208,754	91,291

자료: 국민연금공단

- ▶ 국민연금 수급자는 2001년 약 95만 명에서 2013년 1월 현재 약 335만 명으로 급속하게 증가하고 있음.
 - 가장 많은 비중을 차지하고 있는 노령연금(retirement benefit) 수급자는 같은 기간 60만 명에서 278만 명으로 더욱 빠르게 증가함.
 - 2012년 말 기준 노령연금수급자는 전체 국민연금수급자의 78.5%를 차지
- ▶ 국민연금 급여지출금액은 2001년 1조 5,693억 원에서 2013년 1월 현재 약 11조 5,508억 원으로 크게 증가함.
 - 같은 기간 노령연금 급여지출액은 9,736억 원에서 9조 3,271억 원으로 약 10배 가량 증가
 - 국민연금 급여지출 총액에서 노령연금 급여지출액이 차지하는 비중은 약 80.7%임.

[표 2] 국민연금 급여지급 현황

(단위: 건, 백만 원)

구분	계	연금				일시금				
		소계	노령	장애	유족	소계	장애	반환	사망	
총계	수급자	12,759,110	3,707,563	3,041,906	128,733	536,924	9,051,547	59,758	8,888,348	103,441
	금 액	79,086,836	63,577,821	52,145,623	2,863,875	8,568,323	15,509,015	477,613	14,797,525	233,877
2013	수급자	3,352,260	3,330,985	2,777,357	69,620	484,008	21,275	213	20,067	995
	금 액	1,068,223	999,139	867,362	26,612	105,165	69,084	2,660	63,539	2,885
2012	수급자	3,499,522	3,310,211	2,748,455	75,934	485,822	189,311	2,862	175,716	10,733
	금 액	11,550,754	10,837,244	9,327,087	314,463	1,195,694	713,510	34,654	648,045	30,811
2011	수급자	3,166,983	3,015,244	2,489,614	75,895	449,735	151,739	3,480	136,628	11,631
	금 액	9,819,296	9,273,039	7,905,180	305,547	1,062,312	546,257	41,919	475,051	29,287
2010	수급자	2,975,336	2,820,649	2,330,128	76,280	414,241	154,687	3,447	141,347	9,893
	금 액	8,635,467	8,107,420	6,861,876	296,305	949,239	528,047	37,299	465,123	25,625
2009	수급자	2,770,344	2,602,630	2,149,168	74,535	378,927	167,714	3,836	154,119	9,759
	금 액	7,471,934	6,946,490	5,814,825	287,016	844,649	525,444	40,940	460,476	24,028
2008	수급자	2,517,579	2,366,626	1,949,867	72,166	344,593	150,953	4,902	137,654	8,397
	금 액	6,180,804	5,764,986	4,765,528	268,100	731,358	415,818	47,921	348,026	19,871
2007	수급자	2,244,477	2,110,519	1,731,560	67,091	311,868	133,958	5,167	121,200	7,591
	금 액	5,182,611	4,748,988	3,857,709	245,878	645,401	433,623	48,325	368,374	16,924
2006	수급자	1,985,502	1,858,769	1,517,649	61,762	279,358	126,733	4,898	115,394	6,441
	금 액	4,360,239	3,899,369	3,103,161	225,607	570,601	460,870	44,239	400,674	15,957
2005	수급자	1,757,674	1,651,681	1,349,626	54,467	247,588	105,993	4,147	96,078	5,768
	금 액	3,584,901	3,210,044	2,531,536	193,931	484,577	374,857	35,713	324,885	14,259
2004	수급자	1,533,059	1,424,083	1,156,098	47,260	220,725	108,976	3,609	99,750	5,617
	금 액	2,914,015	2,568,966	1,987,451	163,629	417,886	345,049	29,297	303,194	12,558
2003	수급자	1,169,441	1,052,414	819,800	39,727	192,887	117,027	2,853	108,740	5,434
	금 액	2,328,449	2,017,911	1,533,339	131,921	352,651	310,538	21,978	278,232	10,328
2002	수급자	1,052,327	916,630	717,488	32,876	166,266	135,697	2,194	129,239	4,264
	금 액	1,915,255	1,652,529	1,254,730	103,849	293,950	262,726	16,419	238,685	7,622
2001	수급자	948,164	770,568	602,197	27,456	140,915	177,596	2,469	170,542	4,585
	금 액	1,569,257	1,301,142	973,630	83,583	243,929	268,115	18,286	243,445	6,384
2000	수급자	927,545	618,232	482,042	21,914	114,276	309,313	2,170	304,127	3,016
	금 액	1,607,035	924,518	651,368	70,098	203,052	682,517	15,799	662,420	4,298
1999	수급자	1,249,257	282,407	175,572	16,906	89,929	966,850	1,944	962,578	2,328
	금 액	3,871,969	477,350	299,592	45,740	132,018	3,394,619	11,887	3,378,752	3,980
'88 ~'98	수급자	6,240,248	206,523	115,008	15,273	76,242	6,033,725	11,567	6,015,169	6,989
	금 액	7,026,628	848,686	411,251	101,596	335,839	6,177,942	30,276	6,138,606	9,060

자료: 국민연금공단

2. 건강보험 재정 안정성

- ▶ 우리나라 국민의료비 지출규모는 1980년 1.4조 원에서 2010년 82.9조 원으로 약 60배 증가함.
 - 같은 기간 인구는 3,741만 명에서 4,791만 명으로 약 30% 증가¹⁰⁾
 - 국민의료비 지출 증가의 주요 요인으로 의약분업제도, 수가인상, 건강보험 보장성 강화 등이 지적됨.¹¹⁾
- ▶ 우리나라 건강보험 지출은 2002년 14.7조 원에서 2011년 37.4조 원으로 약 10년 만에 2.5배 이상 증가했음.
 - 의료인력 인건비 증가, 첨단의료장비 및 신약의 보급확대 등 의료 공급측면의 비용 상승
 - 노인인구의 비중이 높아짐에 따른 의료서비스 수요 증가
 - 노인부양비가 1992년 7.7%에서 2011년 15.6%로 2배 이상 증가
 - 정부의 의료수가 및 약가통제로 인해 비급여 진료 증가¹²⁾
- ▶ 매년 건강보험료를 인상함에도 불구하고 건강보험료 지출이 건강보험수입을 초과하는 당기수지 적자가 지난 10년 동안 빈번하게 발생한 것으로 볼 때 건강보험재정은 불안정적임.
 - 현행법상 정부는 민간이 납부한 건강보험료 수입의 20%를 지원해야 하는데, 지난 10년 동안 미납액은 수조원에 달함.
 - 2011년의 경우 건강보험 수입은 약 38조 원인데 그 중 보험료수입은 33조 원이고, 정부지원금은 원칙적으로는 7.6조 원이어야 하는데 5조 원이었음.

10) 통계청.

11) 서남규 외(2012).

12) 이와 관련하여 리베이트나 로비 등에 따른 사회적 비용 발생

[표 3] 건강보험 재정 현황

(단위: 조 원, %)

연도	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
수입	13.9	16.8	18.6	20.3	22.4	25.3	28.9	31.2	33.6	38.0
- 보험료 등	10.9	13.4	15.1	16.6	18.6	21.6	24.8	26.5	28.7	33.0
- 정부지원	3	3.4	3.5	3.7	3.8	3.7	4.1	4.7	4.9	5.0
국고	2.6	2.8	2.9	2.8	2.9	2.7	3.1	3.7	3.8	4.1
국민증진기금	0.4	0.6	0.6	0.9	0.9	1	1	1	1.1	0.9
지출	14.7	15.7	17	19.2	22.5	25.6	27.5	31.2	34.9	37.4
- 보험급여비 등	14	15	16.2	18.3	21.6	24.6	26.5	30.2	33.8	36.2
- 관리운영비	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	1	1	1	1.1	1.2
당기수지	-0.8	-1.1	1.6	1.2	-0.1	-0.3	1.4	0	-1.3	0.6
누적수지	-2.6	-1.5	0.1	1.3	1.2	0.9	2.3	2.3	1	1.6
수지율 (지출/수입)	105.5	93.6	91.6	94.2	100.3	101.1	95.3	100	104	98.4

주: 현금수지기준

자료: 보건복지부(국민건강보험공단자료), 이은경(2012)에서 인용

- ▶ 건강보험의 가입자 수는 우리나라 인구증가 추세와 같이 변동해 왔음.
 - 최근 직장가입자와 지역가입자수는 2005년 4,729만 명에서 2011년 4,930만 명으로 증가
 - 지역가입자의 비중보다 직장가입자의 비중이 점차 증가
 - 국민연금과 달리 건강보험의 경우, 지역가입자는 소득 외에도 재산 등을 기준으로 보험료를 부과하기 때문에 직장가입으로 전환할 유인 있음.
- ▶ 직장가입자와 지역가입자 모두 가입자당 피부양자 비율(부양률)이 감소하고 있음.
 - 2005년 직장 및 지역가입자의 부양률은 각각 1.79 및 1.40이었는데 2011년에는 1.48 및 1.03으로 감소함.
 - 부양률의 감소는 건강보험재정 안정성에 긍정적으로 작용할 수 있음.

[표 4] 건강보험 직역 가입자 현황

(단위: 천 명, %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
계	4,589	4,637	4,665	4,710	4,737	4,739	4,741	4,782	4,816	4,861	4,890	4,929	
직장	소계 (비율)	2,240 (0.49)	2,316 (0.50)	2,375 (0.51)	2,483 (0.53)	2,597 (0.55)	2,723 (0.57)	2,844 (0.60)	2,942 (0.62)	3,041 (0.63)	3,141 (0.65)	3,238 (0.66)	3,325 (0.67)
	가입자	726	788	832	880	928	974	1,041	1,117	1,161	1,214	1,276	1,339
	피부양자	1,513	1,528	1,542	1,602	1,669	1,748	1,803	1,825	1,880	1,926	1,962	1,986
	부양율	2.08	1.94	1.85	1.82	1.80	1.79	1.73	1.63	1.62	1.59	1.54	1.48
지역	가입자 (비율)	2,349 (0.51)	2,321 (0.50)	2,290 (0.49)	2,226 (0.47)	2,139 (0.45)	2,015 (0.43)	1,896 (0.40)	1,839 (0.38)	1,774 (0.37)	1,720 (0.35)	1,652 (0.34)	1,604 (0.33)
	세대수	821	856	870	873	861	838	810	814	805	811	794	788
	부양율	1.86	1.71	1.63	1.55	1.48	1.40	1.36	1.26	1.20	1.12	1.08	1.03

자료: 각 연도 건강보험통계연보, 국민건강보험공단, 문선웅 외(2012) 수정 인용

▶ 연평균 적용인구 1인당 보험료와 보험급여비는 둘 다 지속적으로 증가하는데 1인당 보험급여비의 증가가 보험료 증가에 비해 상대적으로 빠르게 진행되어 건강보험재정 건전성을 위협하고 있음.

- 2005년 직장 및 지역가입자의 1인당 보험료는 각각 22.7만 원 및 23만 원에서 2011년에는 39.6만 원 및 42만 원으로 증가
- 연평균 적용인구 1인당 보험급여비는 직장 및 지역 모두 1인당 보험료보다 높은 수준을 유지
- 2005년 직장 가입자의 경우, 연평균 적용인구 1인당 보험료와 급여비의 차는 17.5만 원이었는데 지속적으로 증가하여 2011년에 32.6만 원임.
- 같은 기간 지역가입자의 경우, 적용인구 1인당 보험료와 급여비의 차는 13.9만 원에서 32.2만 원으로 증가

[표 5] 연평균 적용인구 1인당 보험료, 적용인구 1인당 보험급여비

(단위: 천 원)

구분		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
직장	연평균 적용인구 1인당 보험료	227	248	281	315	324	343	396
	연평균 적용인구 1인당보험급여비	402	469	527	562	624	691	722
지역	연평균 적용인구 1인당 보험료	230	252	278	332	343	382	420
	연평균 적용인구 1인당보험급여비	369	435	495	543	613	694	742
계	연평균 적용인구 1인당 보험료	229	250	284	322	331	357	404
	연평균 적용인구 1인당보험급여비	388	455	515	555	620	692	729

자료: 건강보험공단, 「2011년 건강보험 주요통계」

3. 국민연금 및 건강보험 장기재정 추계의 시사점

(1) 국민연금 장기 수지적자 및 기금고갈

- ▶ 2013년도 국민연금 3차 재정추계결과를 살펴보면, 현 제도 유지 시 2043년까지 적립금이 약 2,561조 원 증가하다가 이후 수지적자가 발생하여 2060년 이후에는 기금고갈이 나타날 것으로 전망¹³⁾
 - 국민연금재정추계위원회는 추계기간을 향후 70년(2013~2083년)으로 설정하여 분석
 - GDP대비 적립금 규모는 2035년에 약 50%까지 증가한 후 감소할 것으로 전망
 - 국민연금 재정계산은 재정수지의 계산 및 전망뿐만 아니라 제도개선이나 기금운용 등 전반적 계획수립을 점검하는 계기
- ▶ 국민연금 재정추계는 국민연금 가입부터 사망까지의 과정에서 가입자의 보험료수입과 급여지출 등을 고려한 연금수리적 모형(actuarial model)을 이용

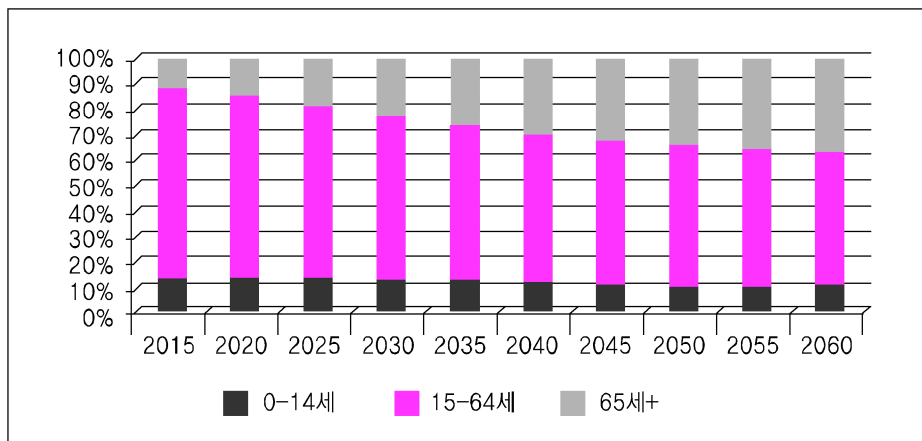
13) 국민연금법 제4조제2항 및 시행령 제11조에 의거하여 매 5년마다 재정계산을 실시함. 2003년에 제 1차 재정계산, 2008년도에 제2차 재정계산을 한 바 있음.

- 재정추계 모형은 거시경제변수 및 제도관련 변수를 설정하고 경제활동 참가율, 연금 가입률 등 인구전망을 통해 가입자 및 수급자 규모를 추정
- 이를 바탕으로 연금보험료수입, 연금급여지출, 투자수익을 계산해서 최종적인 적립금 규모를 추산함.
- 따라서 국민연금의 제도적 요인은 변하지 않는다 하더라도 거시경제변수나 인구전망이 달라질 경우 재정추계결과는 달라질 수 있음.

(2) 저출산 고령화와 건강보험 재정 수지 악화¹⁴⁾

- ▶ 문선웅 외(2012)에 따르면, 건강보험 적용인구는 점차 증가하다가 2025년 이후에는 감소할 것으로 전망됨.
 - 65세 이상 노인인구 비중은 더욱 증가할 것으로 전망됨.
 - 생산가능 인구(15~64세)는 지속적으로 하락할 것으로 전망됨.

[그림 1] 연령군별 인구 구성비율 추이(2015~2060)



자료: 통계청, 문선웅 외(2012) 재인용

- ▶ 건강보험 직장과 지역가입자에 따라 건강보험료 부과기준이 다르기 때문에 직역간의 구성 비율에 따라 건강보험 장기재정이 달라질 수 있음.
 - 2015년 기준 건강보험 직장가입자는 약 3,424만 명으로 전체 가입자의 약 68.4%를 차지하고 있고, 지역가입자는 1,582만 명으로 31.6%를 차지하고 있음.

14) 건강보험 장기 재정추계는 문선웅 외(2012)의 내용을 중심으로 정리함.

- 직장가입자와 지역가입자 간에 건강보험료 부과기준 차이가 있어 지역가입자의 직장가입자로의 전환유인이 높아 2060년까지 건강보험 지역가입자는 전체에서 약 20% 수준까지 감소(직장가입자 비율은 80%로 증가)할 것으로 추계됨.¹⁵⁾¹⁶⁾

▶ 건강보험 수입은 보험료 인상 등을 통해 지속적으로 증가할 것으로 전망

- 건강보험료 수입추계는 직장가입자의 피부양률에 대한 시나리오에 따라 달라질 수 있음(부표 1 참고).
 - 시나리오 1은 건강보험 직장가입자의 피부양률이 지난 10년간(2002~2011)의 추이를 따른다고 가정할 경우 2060년에 약 155.6조 원으로 추계됨.
 - 시나리오 2는 피부양률이 2030년까지는 과거 추세를 따르고 이후에는 인구가 감소하는 추세로 접어들기 때문에 피부양률이 증가하는 추세를 따른다고 가정할 경우 2060년에 약 131.3조 원으로 예상됨.

▶ 건강보험 지출은 2060년까지 지속적으로 증가하는 것으로 추계됨.

- 요양급여비는 순수한 고령화와 건강한 고령화로 구분하여 추계됨.
- 건강보험 지출 총액은 순수 고령화를 가정하면 2060년에 274조 원, 건강고령화 가정하면 240조 원으로 예상됨(부표 2 참고).

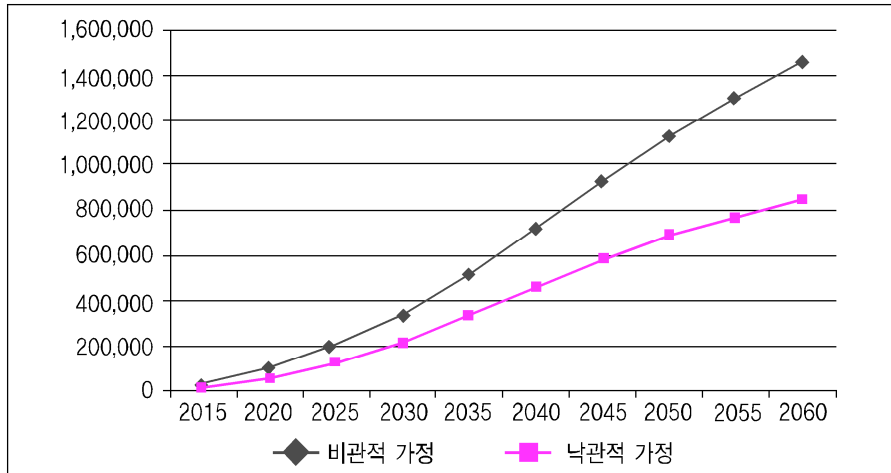
▶ 인구구조가 저출산-고령화되어감에 따라 건강보험 재정 수지는 지속적으로 악화될 것으로 전망됨.

- 직장가입자의 피부양률이 과거 피부양률 추이를 따라 감소하고 건강 고령화가 진행되는 낙관적인 상황을 가정하더라도 건강보험 재정 적자는 2030년 약 21조 원, 2060년 84조 원이 발생할 것으로 추정됨.
- 직장가입자의 피부양률이 2030년 기준으로 증가하고 순수 고령화가 진행되는 비관적인 상황을 가정하면 건강보험 재정 적자는 2030년 약 33조 원, 2060년 146조 원이 발생할 것으로 추정됨.

15) 이 같은 추계결과는 현행 건강보험제도가 유지될 것으로 가정한 것임.

16) 문선웅 외(2012)는 지역 가입자의 소득과약률이 높아지고 1인 사업장까지 직장가입자 편입으로 확대된 추세를 반영함.

[그림 2] 건강보험 재정 수지 적자 추계



주: 문선웅 외(2012)의 자료를 이용하여 비관적 상황과 낙관적 상황을 가정한 시나리오에 따른 건강보험 재정 적자 추계임.

4. 국민연금 및 건강보험의 재정환상(fiscal illusion)¹⁷⁾ 및 지출관리

(1) 국민연금 기금환상

- ▶ 2012년 말 기준 약 392조 원의 국민연금기금은 이후에도 지속적으로 축적되나 2043년 이후에는 급여지출이 보험료 수입을 초과하는 수지 적자가 발생할 것으로 예상함.

- 국민연금 수지 적자가 발생하면 부족한 연금급여 지출을 충당하기 위해 보유 채권이 나 주식을 대량 매각해야 할 가능성 높음.¹⁸⁾

- ▶ 국내 주식 및 채권시장에서 큰 비중을 차지하고 있는 국민연금기금은 2035년 이후 금융시장 충격으로 작용할 수 있음.¹⁹⁾

- 국민연금기금의 국내채권 보유는 약 234.4조 원으로 국내채권시장에서 차지하는 비중이 약 18%임.²⁰⁾

17) 원래 재정환상은 재정지출 및 조세부담의 실제와 일반시민들이 느끼는 주관적 또는 비실제적인 인식 간의 차이로 정의(이상봉 2010)되나, 본고에서는 사회보험이 원천징수 되기 때문에 납부자들이 느끼는 비용에 대한 민감도가 떨어지기 때문에 나타날 수 있다고 봄(Buchanan 1977).

18) 이를 '국민연금 퇴장 리스크'라고 함.

19) 2035년에 국민연금기금이 가장 많이 적립되는 것으로 예측되기 때문임.

20) 2011년 기준임. 특히 국채시장에서 국민연금의 비중은 약 25%로 국채시장금리에 큰 영향을 미치고 있음.

- 국민연금기금의 국내주식 보유는 약 73.3조 원으로 국내주식시장에서 차지하는 비중은 5.53%가 넘을 뿐만 아니라 KOSPI 주요기업의 높은 지분율을 차지하고 있음.²¹⁾
- 국민연금기금이 증가하는 2035년까지 국민연금 보유 국내채권 및 국내주식 비중은 지속적으로 늘어날 것으로 예상
 - 향후 주식시장 KOSPI대비 국민연금비중은 최대 16.3%, 채권시장 발행잔액 대비 국민연금기금 비중은 최대 25.9%까지 증가할 수 있는 것으로 예상²²⁾
- ▶ 한편 국민연금 부정수급이 지속적으로 증가하는 것으로 볼 때 국민연금기금이 허술하게 관리되는 부분이 있음.
 - 국민연금 부정 수급규모는 2007년 2만 1,500건(108.3억 원)에서 2009년 2만 7,257건(307억 원)으로 크게 증가²³⁾
 - 노령연금뿐만 아니라 장애연금, 유족연금 등 다양한 연금에서 오랫동안 지속적으로 부정수급이 발생
 - 부정수급자 중에서 갚을 능력이 없거나 공소시효가 지나서 환급이 어려운 경우가 적지 않음.²⁴⁾
 - 국민연금제도가 성숙해질수록 부정 수급 건당 평균 부정수금액도 점차 증가하기 때문에 부정수급에 대한 유인을 제한하고 철저한 관리가 필요

(2) 건강보험 재정관리의 함정

- ▶ 건강보험 지출이 증가하면 정부는 건강보험료를 인상해서 수지를 맞추는 손쉬운 방법을 선택할 수 있기 때문에 과다 또는 비효율적인 지출이 고착화될 수 있음.²⁵⁾
 - 최근 지속적인 건강보험료 인상은 국민부담률을 지속적으로 상승시키기 때문에 일정수준에 달하면 국민들의 저항을 받을 수 있음.²⁶⁾

21) 2012년 6월 말 기준 국민연금기금 보유지분 5% 이상 기업 수는 약 182개임(이병기 2012).

22) 국민연금기금의 주식시장 및 채권시장에 대한 시뮬레이션 분석 시나리오에 근거함(남재우, 2013).

23) “사망하고도 복지수급은 그대로 받는, ‘복지유령’과의 전쟁”, 헤럴드경제 2013.02.18.

24) 2003년부터 2010년 2월까지 부친의 사망사실을 신고하지 않고 부정수급했던 사례의 경우 공소시효가 지난 2003년부터 2007년 11월까지의 부정수급 연금에 대해서는 책임을 안집(“법원, 사회봉사명령 80시간 선고 2년여에 걸쳐 1000만 원 상당 편취”, 뉴스1코리아 2013.03.14).

25) Turnbull(1998).

- 2001년 건강보험 보험료율은 3.40%에서 2011년 5.64%로 지속적으로 증가되어 지난 10년 동안 약 66% 인상됨.²⁷⁾
 - 2000년 국민건강보험제도가 도입되기 전 이전 의료보험제도하에서 직장의료보험의 재정은 건전하였으나 정치적 이유로 통합된 후 재정상태가 불안정해짐.²⁸⁾
 - 정부의 건강보험 국고지원(건강보험료 수입의 20% 부담원칙)이 제대로 지켜지지 않는 상황에서 정부지원 확대는 기대하기 어려움.
- ▶ 건강보험 재정건전성을 확보하기 위한 방안으로 건강보험수입을 강화하려는 움직임에 비해 건강보험 지출효율화에 대한 논의는 상대적으로 부족함.
- 정부는 건강보험료의 부가가치세 산입, 건강보험료 부과대상 소득범위 확대 등 건강보험료 수입을 늘리기 위한 다양한 방안을 고려하고 있음.
 - 최근 직장가입자의 경우 근로소득기준에만 부과되던 보험료가 비근로소득(이자, 배당, 연금소득 등)까지 포함됨.²⁹⁾
 - 건강보험수입 강화 방안이 어떤 식으로 전개되든지 간에 결국은 국민 부담의 증가로 귀결됨.
- ▶ 또한 건강보험 급여비 및 관리운영비의 효율적 지출 측면에서도 건강보험 재정 안정화 방안을 모색할 필요성 있음.
- 정부가 의사들의 의료서비스 공급가격을 통제하고 행위별 수가제를 허용함으로써 과잉진료의 인센티브를 제공함.³⁰⁾
 - 약제비의 경우 건강보험에서 차지하는 비중이 높을 뿐만 아니라 증가세를 보이고 있어 건강보험 재정에 주는 부담이 증대되고 있음.
 - 2000년 7월 의약분업 이후 5년간 약제비는 연평균 12% 증가했으며 총 진료비에서 약제비가 차지하는 비중도 증가함.

26) 건강보험료도 일종의 준조세로 볼 수 있으므로 세율이 일정수준을 넘으면 오히려 세수가 감소하는 래퍼곡선의 함의를 적용할 수 있음.

27) 같은 기간 건강보험 보장률은 상대적으로 훨씬 낮게 증가함.

28) 당시 보험료 인상 없이 급여개선이 가능하다는 주장을 통해 통합에 대한 정치적 지지를 뒷받침함(이규식, 2013).

29) 금융소득 4,000만 원이 넘는 사람은 직장의료보험 피부양자 자격을 상실하고 지역의료보험료를 별도로 내는데, 앞으로는 금융소득기준이 2,000만 원으로 하향조정 적용될 것임.

30) 전병목·이은경(2010) pp.132-133.

[표 6] 연도별 약제비 증가율

(단위: 천억 원, %)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
총진료비	178	191	205	224	248	286	323	350	394	436	461
총약제비	42	48	56	64	72	84	95	103	117	128	163
약제비 비중	23.5	25.2	27.2	28.4	29.2	29.4	29.5	29.4	29.6	29.3	35.3

자료: 전병목 외(2010) 및 건강보험공단

- 정부의 약제비 통제로 약품구매자와 공급자가 약품소비를 감소시킬 유인이 약함.
 - 처방률, 처방건당 의약품수, 고가약 처방비중 등 약품 사용을 줄일 유인이 적기 때문에 약제비는 감소되기 어려운 구조³¹⁾
- ▶ 건강보험금 부당청구와 건강보험 자격의 불법 대여·도용으로 인한 건강보험재정의 누수는 지속적으로 증가함.
 - 의료 공급자가 국민건강보험공단에 보험금을 부풀리거나 허위사실을 이용하여 부당 청구하는 사례가 빈번함.
 - 의료수요자가 타인의 건강보험증을 불법 대여하거나 도용하여 건강보험 급여를 부정 지급하는 건수는 해마다 크게 증가
 - 건강보험증 양도대여 및 자격상실자 부정수급액은 2008년 약 3.8억 원이었으나 2012년 8월 기준 85.3억 원으로 크게 증가함.
 - 건강보험금을 부당청구하거나 부정수급하려는 유인이 있는 한 건강보험재정의 누수는 쉽사리 통제되기 어려움.
 - 건강보험금 부당청구에 대한 예상편익이 예상비용보다 높은 의료공급자의 경우에는 부정행위가 지속될 수 있음.³²⁾
 - 건강보험증 대여인과 환자만이 불법 사용의 처벌대상이지만 의료공급자는 처벌대상자도 아니고 오히려 의료공급에 대한 수입을 올릴 수 있으므로 건강보험증 본인 확인의 유인이 약함.³³⁾

31) 전병목·이은경(2010), p.136.

32) 보험금을 부풀려 청구해도 적발될 확률이 낮거나 처벌이 약하면 부당청구가 만연될 수 있음.

33) 특히 환자수를 걱정하는 동네 병원의 경우 알고도 묵인한다고 함(“의료급여 부정수급… 관리권 등 지자체에 이양해야”, 중도일보 2013.04.30).

(3) 보험수리적 재정안정화 문제점

▶ 국민연금의 과도한 소득보장으로 국민연금 재정고갈은 불가피함.

- 국민연금의 급여산식을 살펴보면 어떤 소득계층이라 하더라도 낸 보험료보다 많이 받을 수 있는 구조로 설계되어 있어 재정파탄이 예견됨.

- 국민연금 재정고갈문제 해결을 위해 수차례 법개정을 통해 소득대체율을 낮추어 2028년에 소득대체율이 40%가 되도록 조정하였으나, 여전히 모든 소득계층에서 수익비가 1보다 크므로 구조적 문제가 완전히 해결되지 않고 있음.³⁴⁾
- 1998년 제1차 제도개혁을 통해 가입기간 평균소득대비 급여수준을 기존 70%에서 60%로 하향조정하고 수급연령을 60세에서 65세로 상향조정하였음.
- 그럼에도 불구하고 여전히 국민연금기금 소진이 예측됨에 따라 2007년 2차 국민연금 제도개혁 시에 급여율을 60%에서 40%로 단계적으로 인하하는 조치 취함.
- 아래 산식은 이러한 두 차례의 국민연금 제도개혁을 반영한 예상연금 수급액임.

$$\begin{aligned} \text{예상연금수급액} &= [2.4(A+0.75B) \times (\frac{P_1}{P}) + 1.8(A+B) \times (\frac{P_2}{P}) \\ &+ 1.5(A+B) \times (\frac{P_3}{P}) + 1.485(A+B) \times (\frac{P_4}{P}) + 1.475(A+B) \times (\frac{P_5}{P}) + \dots] \\ &+ [1 + (\frac{0.05^n}{12})] \end{aligned}$$

A : 연금수급 전 3년간 평균소득월액의 평균액

B : 가입자 개인의 가입기간 동안의 기준소득월액의 평균

P : 총 가입월수 (P_1 : 1988~1998년, P_2 : 1999~2007년, P_3 : 2008년,

P_4 : 2009년, P_5 : 2010년)

n : 20년 초과 가입월수

- 국민연금 가입자가 40년 가입하고 20년 수급한다고 가정할 경우, 생애보험료와 생애연금액을 산출해 보면 평균소득자의 수익비는 약 2.2배가 되는 것으로 나타남.³⁵⁾
- 이는 현행 보험료 수준을 올리거나 급여수준을 낮추거나, 아니면 동시에 두 가지를 다 고려해야 국민연금재정문제를 해결할 수 있음을 보여줌.

34) 특히 저소득층으로 내려갈수록 수익비는 높아짐.

35) 강성호(2013).

[표 7] 소득수준별 수익비 분석

소득수준 수익비		B=0.5A(r=0.5)	B=A(r=1)	B=1.5A(r=1.5)	B=2A(r=2)
40년 가입 20년 수급	생애보험료	21.6A	43.2A	64.8A	86.4A
	생애연금액	72.0A	96.0A	120.0A	144.0A
	수익비	3.3	2.2	1.9	1.7
20년 가입 20년 수급	생애보험료	10.8A	21.6A	32.4A	43.2A
	생애연금액	36.0A	48.0A	60.0A	72.0A
	수익비	3.3	2.2	1.9	1.7
10년 가입 20년 수급	생애보험료	5.4A	10.8A	16.2A	21.6A
	생애연금액	18.0A	24.0A	30.0A	36.0A
	수익비	3.3	2.2	1.9	1.7

주: 가입자의 생애평균 기준소득월액(B)과 평균소득월액(A)과의 일정비율(r)을 표시
 자료: 강성호(2013)

- 과도한 수익비 구조에 따른 부족분을 국민연금 기금운용수익으로 별충하지 못하면 국민연금기금 재정안정화를 기대하기 어려움.
- ▶ 국민연금기금 고갈문제에 대해 다른 해결방안이 없다고 한다면 현행 국민연금보험료(9%)는 지속적으로 상승할 가능성 높음.
 - 2008년 제2차 국민연금제도 개선으로 국민연금 소득대체율이 2028년까지 단계적으로 40%로 낮춰지기로 되어 있기 때문에 앞으로는 보험료율이 인상될 가능성이 높음.³⁶⁾
 - 보험료 인상 외의 방법으로는 군인연금이나 공무원연금처럼 조세를 통한 재원조달을 하는 방안이 있으나, 이는 사회보험의 수익자 부담의 원칙에 어긋남.

36) 국민연금 재정안정화 조건을 달성하기 위해서는 보험료율이 약 20% 수준까지 인상되어야 할 것을 전망함 (강성호, 2013).

Ⅲ. 국민연금과 건강보험의 상보적 관계

1. 모형

- ▶ 국민연금과 건강보험의 정치적 상보관계로 인해 일반적 재정추계보다 급여지출이 증가할 수 있다는 것을 Bethencourt and Galasso(2008)에서 아이디어를 얻어 분석³⁷⁾
 - 개인의 기대수명은 개인의 소득 및 의료지출 수준에 따라 달라진다고 볼 수 있음.
 - 개인은 젊은시기(1기)에는 일을 해서 소득이 있다고 가정하고 노년시기(2기)에는 은퇴한다고 가정함.
 - 개인의 기대수명은 개인의 소득 및 의료지출 수준에 따라 달라진다고 볼 수 있음.
 - 노년세대는 공적 건강보험을 통해 의료 및 건강관리 서비스를 받을 수 있을 뿐만 아니라 개인 소득으로 민간 의료 및 건강관리 서비스를 추가적으로 받을 수 있기 때문에 평균적으로 고소득층의 기대수명이 높다고 볼 수 있음.
- ▶ 현행 복지제도(entitlement program)하에서 청장년세대는 건강보험 및 국민연금 보험료를 납부하고 노년이 되면 국민연금 급여 소득으로 의료 및 건강관리를 위해 지출함으로써 삶의 질을 일정하게 유지하면서 오래 살고자 함.
 - 일하는 청장년세대는 높은 수준의 복지혜택을 받기 위해서는 사회보험료의 부담도 많아야 하기 때문에 일생효용(lifetime utility)을 일정하게 유지하는 수준에서의 복지제도를 원할 것이라고 볼 수 있음.
 - 노년세대가 되어서는 사회보험료에 대한 부담이 거의 없기 때문에 가능하다면 높은 수준의 복지를 원한다고 볼 수 있음.

37) Bethencourt and Galasso(2008)는 비이타적인(non-altruistic) 2기간 세대교차모형(Overlapping Generation Model)을 상정하여 일반적 경제주체가 자신의 일생효용을 극대화하기 위해 젊어서는 일을 하면서 소비 외에 공공복지지출을 위한 세금을 부담하고 은퇴 후 노년에는 공공 헬스케어와 공적연금을 통해 소비와 민간 헬스케어를 위해 지출을 한다고 가정함(보다 자세한 내용은 부록을 참고).

- ▶ 실제 다수결투표의 정치제도하에서 복지지출의 규모와 구성은 투표자(경제주체)에 의해 크게 영향 받는다고 볼 수 있음.
 - 청장년 세대와 노년세대 간 복지에 대한 선호가 다른 것처럼, 소득수준에 따라서도 복지 수준에 대한 수요가 다르다고 볼 수 있음.
 - 같은 청장년세대라 하더라도 소득수준이 낮은 계층은 소득수준이 높은 계층에 비해 기대수명이 낮기 때문에 가급적 높은 수준의 공공 헬스케어를 선호할 것임.
 - 보다 높은 수준의 복지제도는 저소득층의 기대수명을 높여 고소득층과의 기대수명 차이를 줄일 수 있음.
 - 투표자들의 복지수준에 대한 선호도 차이 외에도 공공 헬스케어와 공적연금에 대한 상대적인 선호도도 다를 것임.³⁸⁾
 - 소득과 재산이 많은 계층은 공공 헬스케어보다는 상대적으로 공적연금을 선호할 것이라고 볼 수 있음.
 - 소득수준이 낮은 계층은 오히려 공공 헬스케어에 대한 선호가 강할 것임.
 - 한편, 중간소득계층은 공공 헬스케어와 공적연금의 상보성을 이용할 수 있기 때문에 두 프로그램의 적절한 결합을 선호한다고 볼 수 있음.
 - 그러므로 투표자들이 선호하는 복지지출 규모와 구성은 투표자의 나이와 소득수준에 의해 크게 영향 받을 것임.
 - 결국 다수결투표제도하 복지지출규모와 구성에 대한 정치적 결정과정에서는 중위투표자의 선호가 크게 반영된다고 볼 수 있음.³⁹⁾
 - 중위투표자의 생애효용을 극대화하는 예산제약식의 변화가 나타나거나 중위투표자 선호의 변화에 의해 사회보험료와 공공 헬스케어 및 공적연금의 상대적 비중이 달라질 수 있을 것임.
- ▶ 국민연금의 주요 수급자는 노년층이고 건강보험 급여지출도 상당부분이 노년층에 집중되어 있으므로 고령화가 지속되는 인구구조 상황에서 국민연금과 건강보험의 지출은 정치적으로 더욱 확대될 수밖에 없음.⁴⁰⁾

38) 우리나라의 경우에는 건강보험 및 국민연금 모두 소득재분배 기능이 내재되어 있지만 상대적으로 국민연금 보험료에 대한 최고한도액이 상대적으로 낮기 때문에 소득재분배 효과가 낮다고 볼 수 있음.

39) 공공선택이론에서는 투표행위를 개인의 선호가 정책결정자에게 전달되는 수단으로 가정하는데 다수결투표 제도하에서는 최종적인 투표결과가 중위투표자의 선호에 의하여 결정될 수 있다고 봄.

- 정치인들은 장래의 복지재정 건전성을 염려하기보다는 단기적으로 선거에서 승리하는 것이 더 중요하기 때문에 공공 복지지출의 수준과 규모를 늘리려는 유인이 강함.
- 기존의 국민연금과 건강보험과 같은 복지프로그램뿐만 아니라 이들 프로그램을 보조하는 기초노령연금이나 노인장기요양보험을 확대하는 것도 추진됨.
 - 18대 대통령 선거 당시 월 최대 9만 4,600원⁴¹⁾의 기초노령연금제도를 65세 이상 모든 노인에게, 중증장애인에게는 월 20만 원의 연금을 지급하는 기초연금제도로 전환할 것이라는 공약이 있었음.⁴²⁾
- 의료 기술이 발전함에 따라 기대수명은 더욱 늘어나 건강보험에 대한 지출은 증가하고, 이로 인해 기대수명이 추가적으로 증가함에 따라 국민연금 급여지출도 더욱 증가할 것임.

2. 자료 및 실증분석

- ▶ 일반적으로 중위소득을 가진 중위투표자는 일정수준의 공적연금급여와 건강보험급여의 조합을 선호함으로 공적연금 및 건강보험지출규모는 중위투표자의 선호에 의해 구조적으로 유도될 수 있음.⁴³⁾
 - 공적연금의 경우 은퇴한 사람들은 보험료를 납부하지 않을 것이므로 연금급여수준이 높은 것만 선호할 것이고 건강보험의 경우 건강보험료를 납부할 수 있으므로 반드시 높은 수준만을 선호하지는 않을 것임.
 - 공적연금 및 건강보험지출 수준을 결정하는 세대교차모형의 실증분석을 위한 추정식은 아래와 같이 표시될 수 있음.

$$PH_i = \beta_0 + \beta_1 MVI_i + \beta_2 MVA_i + \beta_3 MVR_i + \beta_4 MVL_i + \beta_5 R_i + \beta_6 TB_i + X_i' \alpha + \varepsilon_i$$
 - 종속변수는 GDP대비 건강보험지출 비율(PH)이고, 독립변수는 중위투표자 소득(MVI), 금융자산(MVA), 잔여기대수명(MVR), 잔여근로연수(MVL), 실질이자율(R), 수급자 1인당 조세기반(TBR)을 이용함.⁴⁴⁾

40) Bethencourt and Galasso(2008)에서는 이를 정치적 균형(Political equilibrium)으로 설명하고 있음.

41) 부부는 월 최대 15만 1,400원.

42) 제18대 대통령선거 새누리당 정책공약집.

43) 이는 모형에서 부분완전균형(structure induced equilibrium of voting game)으로 나타남.

44) 미국의 사회보장급여의 증가를 OLG를 이용한 중위투표자 모형으로 분석한 Congleton and Shughart(1990)

- 위 변수들에 대해 독립변수로서 GDP대비 국민연금지출 비율(PP)을 추가함으로써 건강보험지출과의 상보성을 점검할 수 있음.

$$PH_i = \beta_0 + \beta_1 MVI_i + \beta_2 MVA_i + \beta_3 MVR_i + \beta_4 MVL_i + \beta_5 R_i + \beta_6 GR_i + \beta_7 TB_i + \beta_8 PP_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

가설: 지난 1993년부터 2010년까지 건강보험지출 증가는 국민연금지출증가와 관련이 있다.

- 이와 더불어 통제변수로서 건강보험지출을 증가시킬 수 있는 의료기술발전의 대리변수로 인구 100만 명당 MRI 수(LN), 그리고 소득격차를 대리하는 평균소득 대비 중위소득 비율(ID) 변수를 추가해서 분석

$$PH_i = \beta_0 + \beta_1 MVI_i + \beta_2 MVA_i + \beta_3 MVR_i + \beta_4 MVL_i + \beta_5 R_i + \beta_6 GR_i + \beta_7 TB_i + \beta_8 LN_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

$$PH_i = \beta_0 + \beta_1 MVI_i + \beta_2 MVA_i + \beta_3 MVR_i + \beta_4 MVL_i + \beta_5 R_i + \beta_6 GR_i + \beta_7 TB_i + \beta_8 ID_i + \varepsilon_i \quad (3)$$

▶ 실증분석에 이용가능한 시계열자료(time series data)는 1993년부터 2011년까지 임.⁴⁵⁾

- 우리나라 국민연금지출 및 건강보험지출 관련 시계열자료⁴⁶⁾
- 1인당 국민소득(GDI per capita), 이자율, 소비자물가지수 등 주요 거시경제 변수 시계열자료⁴⁷⁾
- 중위투표자의 나이, 소득분포 등 선거 및 인구통계 시계열자료⁴⁸⁾
 - 중위투표자의 나이는 분석기간에 있었던 선거에서 연령별 투표율과 해당연령의 투표자수 자료를 이용하여 추정⁴⁹⁾

의 독립변수를 활용함.

45) 자료의 축적기간이 비교적 짧아 실증분석 결과를 해석하는 데 한계가 존재할 수밖에 없지만 이용가능한 자료를 최대한 이용했다는 점에서 엄밀한 분석을 시도함.

46) 국민연금 통계연보와 국민건강보험 통계연보에서 관련 자료를 구함.

47) 한국은행 경제통계시스템에서 관련 자료 취득

48) 통계청에서 인구관련 자료 구함.

49) 자료의 분석기간에는 대통령 선거, 국회의원 선거, 지방선거를 포함하고 있는데, 대선과 국선이 겹치는 해에는 대선에서 나타났던 선거자료(중앙선거관리위원회 선거통계시스템)를 이용함. 선거가 없었던 해는 인접하는 선거가 있었던 해의 자료를 이용하여 MA(3) 방법을 이용하여 추정함.

- 실증분석에 사용되는 시계열자료가 단위근(unit root)의 속성여부를 판단하기 위해 Augmented Dickey Fuller(ADF)의 방법을 통해 검증함(부표 1 참고).
- 단위근이 존재하는 시계열변수는 자연로그를 취한 값을 차분한 변수를 실증분석에 사용

[표 8] 자료의 기초 통계적 특성 (분석기간: 1993~2011)

변수	최댓값	최소값	평균	표준편차
GDP대비 건강보험지출 비율	.195384	-.0529175	.0540502	.0613574
GDP대비 국민연금지출 비율	.5066118	-.9735737	.1194579	.2953135
중위투표자 소득	2.05e+07	1.10e+07	1.63e+07	2924697
중위투표자 금융자산	2.06e+07	15,765,368	35,435	4,515,786
중위투표자 (잔여)기대수명	37.8	33.2	33.2	1,260
중위투표자 (잔여)근무기간	24	13	17,575	3,453
실질 이자율	14.85	1.98	7,122	4,617
수급자 1인당 조세기반	2.53e+07	200,680	3,557,453	6,312,033
의료기술발전 (인구 100만명당 MRI 수)	6.967909	4.110874	5,843345	.8286601
소득격차(평균소득 대비 중위소득 비율)	1.562	.922	1,201	.176

자료: 국민연금 통계연보, 국민건강보험 통계연보, 통계청, 한국은행 경제통계시스템, 중앙선거관리위원회 선거통계시스템

- ▶ 중위투표자 모형을 이용한 실증분석결과는 건강보험 지출증가가 국민연금지출 증가와의 관련성이 있음을 보여주고 있음.
 - [표 9]의 실증분석 결과를 보면, GDP대비 국민연금지출변수는 양의 부호를 나타내고 있을 뿐만 아니라 통계적으로 유의한 것으로 나타남.
 - 이와 같은 결과로 볼 때 1993년부터 2011년까지 건강보험지출 증가는 국민연금지출 증가와 관련이 있다는 가설에 대해 기각할 수 없다고 판단됨.
 - 중위투표자의 선호체계와 관련이 있는 변수들도 대체로 예상된 부호를 보임.
 - 중위투표자의 소득이 음의 부호로 나타난 것은 개인소득이 증가하면 국민건강보험 보다는 민간의료 및 건강관리 서비스에 대한 지출이 증가할 수 있음을 나타냄.⁵⁰⁾

50) 강성원(2011)은 소득증가에 따라 의료서비스 수요가 기존 진료 중심에서 소비자의 개인적이거나 비의료적인 요구까지 소화되는 상업적 서비스에 대한 수요가 증가할 것이라고 함.

- 중위투표자 기대수명의 증가는 공공의료인 건강보험에 대한 지출증가요인으로 나타남(다만 중위투표자가 일하는 시기 즉, 사회보험료를 납부하는 기간동안에는 건강보험지출 증가에 대해서 부정적 선호를 가지고 있는 것으로 판단할 수 있음).
 - 흥미로운 결과는 1인당 조세기반이 음의 부호로 나타난 것으로 볼 때, 사회보험료 수입증가율에 비해 사회보험지출증가율이 더욱 빠르게 증가한다는 것임.
- 건강보험지출과 관련하여 인구 100만 명당 MRI 수는 양의 부호이나 통계적으로 유의하지 않는 것으로 나타남.
- 소득격차 변수는 건강보험 보장성 확대와 같은 공공의료 지출을 높일 수 있는 변수로 예상된 대로 음의 부호를 띠었으나 통계적으로는 유의하지 않은 것으로 나타남.

[표 9] 건강보험 지출에 대한 중위투표자 모형(분석기간: 1993~2011)

추정모형	(1)	(2)	(3)
상수	.0321053 (0.65)	.0271059 (0.59)	.0458323 (0.72)
중위투표자 소득	-2.095301 (-3.70) ^{***}	-2.247656 (-2.88) ^{**}	-1.972616 (-3.66) ^{***}
중위투표자 금융자산	.1289062 (1.55)	.1349738 (1.56)	.154631 (1.59)
중위투표자 잔여 기대수명	4.432411 (2.67) ^{**}	4.319148 (2.35) ^{**}	2.201471 (0.54)
중위투표자 잔여 근로연수	-1.157481 (-1.47)	-1.130325 (-1.32)	-.3076501 (-0.18)
실질 이자율	.0534497 (2.10) [*]	.0343984 (0.60)	.0050619 (0.06)
수급자 1인당 조세기반	-.1812386 (-3.30) ^{***}	-.1624257 (-2.36) ^{**}	-.1272261 (-1.23)
GDP대비 국민연금지출 비율	.0997355 (3.32) ^{***}	.074616 (1.10)	.0788014 (1.60)
의료기술혁신 (인구100만 명당 MRI 수)		.1095646 (0.45)	
소득격차(평균소득 대비 중위소득 비율)			-.5664273 (-0.70)
R^2	0.5471	0.5647	0.5767
F-statistic	13.64	10.23	17.23

주: 통계적 유의수준 *10%, **5%, ***1%



IV. 장기재정 건전성을 확보하기 위한 사회보험 개혁

1. 사회보험 재정건전성 제고를 위한 외국의 개혁 사례

(1) 외국 공적연금 제도 개혁 성공사례의 교훈

- ▶ 오랫동안 공적연금제도를 유지하는 국가들은 공통적으로 연금재정 위기를 경험한 바 다양한 방식의 공적연금개혁을 추진해 왔음.
 - 세계은행은 민영화를 바탕으로 한 완전적립 확정기여형을 포함한 다층체계의 연금 개혁방향을 제시함.⁵¹⁾
 - 기초연금의 역할을 수행하는 조세방식의 1층, 완전적립 확정기여형(Defined Contribution Plan)의 2층, 임의가입방식 사적연금의 3층으로 구성됨.
 - 그런데 확정급여형(Defined Benefit Plan)의 경우는 확정된 급여수준을 보장하기 위해 연금보험료를 인상하는 경우가 빈번하게 이루어짐.
 - 공적연금기금에 대해 공공기관이 독점적으로 보험료 징수, 지급, 급여 및 자산운용을 모두 담당하기보다는 민간기관과의 경쟁을 통해 효율적 운용을 기대할 수 있음.
 - 공적연금기금이 거대하게 적립되어 있을 경우, 독점적 공공기관은 기금운영과 관련하여 다양한 이해집단의 로비 대상이 될 수 있음.
 - 따라서 법정 소득비례 연금이 기여에 비해 급부가 지나치게 관대하게 설계되어 공적연금 재정위기를 경험하였던 스웨덴이나 칠레의 성공적인 연금개혁사례를 부분적으로 벤치마크할 필요성 있음.⁵²⁾

51) 세계은행은 공적연금개혁에 대한 종합적인 연구를 통해 1994년에 Averting the Old Age Crisis를 발표함으로써 공적연금의 재정 불안정 문제를 안고 있는 국가의 연금개혁방향을 제시함(이재희, 2007).

52) 칠레와 스웨덴 외에도 공적연금제도에 개인계정제도를 도입한 국가들로는 많은 중남미 국가들, 스위스, 영국, 네덜란드 등의 일부 서유럽 국가들, 아시아 일부 국가들(호주, 싱가포르, 홍콩 등), 그리고 과거 사회주의 경제로부터 현재 자본주의로 전환 중인 일부 동유럽 및 중앙아시아 국가들(헝가리, 카자흐스탄, 라트비아, 폴란드 등)이 있음(Holzmann & Palacios(2001), 이재희(2007)에서 재인용.

▶ 칠레의 경우 우리나라의 국민연금과 같은 부분적립방식 확정급여형 공적연금제도를 시행하였으나 기금고갈로 인해 부과방식으로 전환했다가 결국 적립방식의 확정급여형 연금제도를 도입함.⁵³⁾

- 칠레의 연금제도는 가입자가 소득재분배나 세대 간 소득이전 효과가 발생하지 않는 개인투자계정(Individual Capitalization Account: ICA)에 연금보험료를 적립하도록 강제함.
- 가입자는 연금 최초 가입 시 민간연금기금관리회사(Administradoras de Fondos de Pensiones: AFP)를 선택하고 3개월마다 추가비용 없이 다른 민간연금기금관리회사를 선택할 수 있음.
- 연금가입자의 선택을 받기 위한 민간연금기금관리회사 간 경쟁은 공적연금서비스를 강화시킴.
- 연금기금감독위원회(Superintendency of Pension Funds Administration: SAFP)는 민간 연금기금관리회사의 신규진입, 부실회사의 퇴출, 연기금포트폴리오 관련 감독을 함.⁵⁴⁾
- 민간연금기금관리회사의 매우 낮은 연금기금 운용수익에 대한 사회안전망으로서 최저보증연금(minimum guarantee pension)이 있음.
 - 최저보증연금은 연금소득과 다른 소득을 포함한 총 월소득이 최저연금월액 이하가 되었을 때 정부가 일반재정으로 그 차액을 보전해 주는 것임.
 - 최저연금월액은 최저 임금의 약 75%로 빈곤선을 초과하는 수준이고 근로소득과 연동되어 있어 매년 인상이 가능함.
- 최저보증연금조차 받지 못하는 계층을 위해 사회부조연금제도(social assistance pension)를 운영하는데 연금액은 최저연금의 약 1/3 수준⁵⁵⁾
 - 사회부조연금제도의 지급대상은 최저연금액의 50% 미만 소득의 65세 이상 노령인구 중 자산조사(means-test)를 거쳐 선정됨.
- 칠레 연금개혁의 성과는 연금기금의 고갈가능성이 사라져서 공적연금재정안정화를 통한 지속가능성을 담보할 수 있다는 것임.
 - 이외에도 개인의 선택에 따라 은퇴시기 및 저축수준을 조절할 수 있다는 점과 민간 기금관리회사의 경쟁에 따라 금융시장이 발전했다고 평가받고 있음.⁵⁶⁾

53) 이재희(2007) pp.65-78의 내용을 바탕으로 하고 있음.

54) 연금기금감독위원회는 노동사회복지부 산하 정부기관임.

55) 김희식(2007)을 이재희(2007)에서 재인용

[표 10] 칠레 공적연금제도의 구조

구분	기본 연금		최저보증연금
재정	<ul style="list-style-type: none"> • 사용자(열악한 환경에서 일하는 근로자에 대해서 2% 부담) • 근로자: 10% + 2.6%(장애연금, 유족연금) • 자영자: 10% • 재정관리: AFP 		<ul style="list-style-type: none"> • 일반조세 부담(정부 전액 부담)
수급 자격 및 급여 수준	노령연금 (retirement pension)	<ul style="list-style-type: none"> • 자격요건: 65세(남)/60세(여) • 급여수준: 축적된 기금에 따라 달라짐 • 급여형태: 종신연금/변동 연금 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격요건: 65세(남)/60세(여) + 20년 기여, 최저연금월액에 미달하는 자
	조기노령 연금 (early retirement pension)	<ul style="list-style-type: none"> • 자격요건: 55세, 연금액이 과거 10년 평균 임금의 50% 이상, 최저연금의 110% 이상일 경우 • 급여형태: 종신연금/변동 연금 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격요건: 20년 기여, 최저연금월액에 미달하는 자
	장애연금 (disability pension)	<ul style="list-style-type: none"> • 자격요건: 연금 수급연령 미만인 자로서 여타의 연금을 수급하고 있지 않은 자 • 급여수준: 장애등급에 따라 기본임금의 50~70%(완전장애), 35~50%(부분장애) 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격요건: 10년 기여 또는 직전 5년 이내에 2년 이상 기여 (사고에 의한 장애는 사고 직전까지 계속 기여) • 급여수준: 최근 12개월간 평균임금의 70%
	유족연금 (survivorship pension)	<ul style="list-style-type: none"> • 자격요건: 사망자가 가입자이거나 연금수급권자일 경우 배우자, 자녀, 부모 • 급여수준: 노령임금의 60%(배우자), 50%(유자녀) 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격요건: 장애연금과 동일 • 급여수준: 가입자 연금액의 60%(배우자, 단, 자녀에게도 지급할 경우 50%), 15%(유자녀)

자료: 국민연금연구원, 이재희(2007)에서 재인용

▶ 스웨덴의 경우 공적 소득비례연금이 명목확정기여방식(Notional Defined Contribution: 이하 'NDC')으로 전환되면서 재정고갈을 초래할 원인을 사전적으로 차단하여 재정안정성을 꾀할 수 있게 됨.

- 1913년 시작한 스웨덴의 공적연금제도는 기초연금(AFP)과 소득비례연금(ATP)으로 운영되다가 인구구조의 고령화로 인해 완전노령수급계층의 급증과 소득분배의 일환으로 제공된 비기여 급여 등으로 연금재정위기를 겪었음.

- 법정 소득비례연금이 기여에 비해 급부가 지나치게 관대하게 설계되어 재정적 유지가 어려웠음.
- 보험료납부 소득상한을 초과하는 근로자 규모가 점점 많아져 정액연금화가 됨.

56) 연금수익성 제고 및 소득재분배효과 축소에 따른 고용증가 및 노동시장의 유연성 증가에 대해서는 논란이 있음(이재희, 2007).

[표 11] 스웨덴 연금개혁

구분		개혁 이전	개혁 이후
사적 연금	개인연금	개인저축, 개인연금	
	퇴직연금	DB형 중심의 퇴직연금	DC형 중심의 퇴직연금
공적연금		법정소득비례연금, 기초연금제도	명목확정기여방식의 소득연금, 수익연금, 최저보증연금

자료: 류건식(2013)

- 명목확정기여방식을 도입함에 따라 사전에 확정된 보험료를 개인계정에 적립하고 개인계정에 축적된 보험료와 수익으로 급여를 지급함으로써 기여이상의 과다한 급여지출이 발생하지 않음.
- 납입된 보험료(총 보험료 18.5% 중 16%)는 실제 투자를 하는 것이 아니라 개인계정의 장부에 기록되고 투자수익은 실제 투자수익이 아닌 사전에 결정된 이자율로 계산됨.
- NDC에 적립하고 남은 보험료(총 보험료 18.5% 중 2.5%)를 수익연금에 투자하여 개인이 운용함.

[표 12] 스웨덴 공적연금 체계

구분	유형	세부 내용
공적 부문	보증연금	• 연금수령액이 일정수준 이하인 국민을 대상 • 최저보장수준과 실제 연금액의 차이에 해당하는 부분을 지급
	소득연금 (명목확정기여방식)	• 소득비례연금으로 공적연금 총 보험료 18.5% 중 16%를 NDC에 적립 • NDC 급여수준은 GDP 성장률에 따라 조정되며 퇴직 시 경제적 인구요인에 의해 변동
	수익연금	• 1998년 연금개혁 시 등장한 공적연금 중 사적연금시장을 활용한 연금제도 • NDC에 적립하고 남은 2.5%를 적립하여 개인이 본인 책임하에 투자

자료: 류건식(2013)

(2) 외국 건강보험 개인선택권 강화의 시사점

- ▶ 최근 공적 건강의료보험을 민영화한 네덜란드 의료보험 개혁은 건강보험 재정문제를 겪고 있는 우리나라에게 매우 시의적절한 시사점을 제공함.
- 2006년 이전 네덜란드는 공적 의료보험과 민간 의료보험의 혼합제도를 운용해 왔다가 통폐합하여 모두 민영화함.

- 통합 전 약 60%의 국민들이 의무 사회보험인 공적 건강보험에 가입, 나머지 국민들은 자발적인 민영 의료보험을 갖고 있었고, 약 1.5%의 국민들이 의료보험의 사각지대에 있었음.
 - 통합 후 모든 국민들은 민간 의료보험에 의무적으로 가입⁵⁷⁾해야 했고, 보험회사들은 보험가입자의 건강상태와 관계없이 보험가입을 거절할 수 없도록 함.
 - 민간 의료보험회사 간의 경쟁으로 다양한 의료보험 상품과 서비스 제공
 - 정부는 민간 의료보험 회사들의 담합방지와 보험료 상한선을 제시하는 등 감독 역할에 국한됨.
 - 의료 소비자는 나이별, 지역별, 직업별로 다양한 상품을 선택할 수 있게 되고, 민간 의료보험사 간의 경쟁으로 보험료를 인하 효과가 나타남.
 - 공적 의료보험개혁 전에 비해 의료서비스 만족도 증가
 - 네덜란드 의료보험 개혁은 성공적으로 평가받음.
 - 독일도 네덜란드 사례를 이용하여 의료보험자간 경쟁을 촉진하는 제도를 도입함.⁵⁸⁾
- ▶ 의료저축기능을 포함하고 있는 싱가포르 공공의료제도는 우리나라 공적건강보험의 문제점을 개선하는 데 유용한 시사점을 제공
- 싱가포르 공공 의료제도는 메디세이브(Medisave), 메디실드(MediShield)와 메디펀드(Medifund)의 이른 바 ‘3M’과 최근에 도입된 엘더실드(ElderShield)로 구성되어 있음.
 - 메디세이브(Medisave)는 가입자가 자신의 의료서비스를 위해 저축을 하는 국민 의료보험제도임.
 - 구체적인 적용범위는 입원비용, 특정 외래환자 치료, 가족치료, 메디실드(MediShield) 보험료, 민간의료보험(Private Medical Insurance Scheme: PMIS)의 보험료를 지불할 수 있음.⁵⁹⁾
 - 메디실드는 메디세이브의 보조수단(complementary plan)으로써 가입자들의 장기 입원과 중증에 대한 특정 외래환자치료 비용의 일부를 지원할 수 있도록 고안된 재해(catastrophic) 의료보험⁶⁰⁾

57) 보험료 지불 능력이 없는 저소득층에게는 정부가 보험료를 지원해 줌(청년의사, “‘세계가 주목하는’ 네덜란드 의료보험 개혁의 실제”, <http://www.docdocdoc.co.kr>).

58) 독일 건강보험은 우리나라처럼 건강보험의 ‘의무가입’을 원칙으로 하지만, 가입자에게 보험선택권을 부여하고 있음. 공적의료보험조합 제도권 내에서 다수의 보험자가 있어 보험가입자의 보험자 선택이 보장되어 있고, 보험자 간 경쟁을 하는 구조임(권혁철·임금자, 2013).

59) 인출 limit에 따라 외래비용을 대기 위해 사용될 수 있음.

- 메디펀드(Medifund)는 메디세이브와 메디실드 제도를 통해 의료비용을 지불하기 어려운 국민들을 돕기 위해 싱가포르 정부에 의해 세워진 기초기금(endowment fund)임.⁶¹⁾
- 엘더실드(ElderShield)는 지불가능한 중증장애보험으로 장기치료가 필요한 사람들, 특히 노인들에게 기본적인 재정지원을 제공
- 싱가포르 공공의료제도는 개인 의료저축형식이므로 보험가입자들의 도덕적 해이로 인한 무분별한 의료수요가 자제될 수 있음.
- 싱가포르의 공공의료제도는 다른 고소득 국가들에 비해 의료지출은 GDP대비 가장 낮은 반면 비용대비 높은 수준의 의료서비스를 제공하고 있는 것으로 평가됨.⁶²⁾

2. 확정기여방식을 통한 국민연금 부분시장화 방안

- ▶ 국민연금 3차 재정추계 결과, 2060년 이후에는 기금이 고갈될 것으로 예상
 - 국민연금법에 의거하여 5년마다 재정추계를 통해 장기 재정건전성을 점검하지만 국민연금기금의 고갈을 막을 수 있는 근본적 방안을 마련하지 못하고 있음.
 - 소득대체율은 더 이상 낮추기 어려운 상황이므로 국민연금 보험료율을 인상하거나 아니면 수급연령을 더 늦춰야 하는데 일반국민들의 반대로 쉽지 않은 상황⁶³⁾
 - 설령 보험료율 인상을 허용하더라도 현재의 저출산-고령화와 장기 저성장의 추세가 획기적으로 달라지지 않는 한 연금고갈 시기만을 늦출 뿐 궁극적인 대안이 되기 어려움.⁶⁴⁾
- ▶ 실증분석을 통해 확인하였듯이 건강보험의 보장성 강화로 기대수명이 증가하여 국민연금의 수급기간도 늘어날 것으로 예상됨에 따라 국민연금 급여지출이 증가할 것으로 전망됨.

60) Medishield는 85세 이상의 사람들에게는 coverage를 제공하지 않음.

61) 이 자금은 예산흑자가 가능할 때 더해짐.

62) Haseltine(2013) 참고.

63) “국민연금 수급연령 67세, 보험료율 12.9%로 인상해야”, 포커스, 2013.4.24.

64) 최근 금융연구원은 국민연금 고갈을 막기 위해 보험료율을 13%까지 인상하고 수급 연령을 67세까지 늦춰야 할 필요성이 있다고 발표함(“국민연금 지나치게 낙관적...요율 올리고 수급 늦춰야”, 머니투데이 방송 2014.4.24).

- 건강보험 보장성 강화는 특히 저소득층의 기대수명을 높여 국민연금의 소득재분배 기능을 더욱 강화하는 효과가 있을 것임.⁶⁵⁾
 - 평균소득월액 이하의 가입자들은 국민연금 소득재분배기능으로 인해 기여한 것에 비해 받는 급여가 상대적으로 더 큼.
- 저소득층의 경우 건강보험 보장성 강화를 정치적으로 더욱 지지할 유인으로 작용함.
- ▶ 건강보험과 국민연금의 정치적 상보성으로 인해 건강보험이나 국민연금 지출은 재정추계위원회의 전망보다 더욱 빠르게 증가할 수 있음.
 - 중위소득⁶⁶⁾이 낮아지는 추세로 볼 때 국민연금이나 건강보험의 급여혜택을 확대 요구할 가능성이 높아짐.
 - 건강보험과 국민연금의 정치적 상보성의 효과는 국민연금재정추계에 반영되어 있지 않음.
- ▶ 국민연금의 재정 안정화를 도모하고 연금제도의 지속가능성을 제고하기 위해 시장기능의 관점에서 국민연금제도의 근본적인 개혁을 검토해 볼 필요가 있음.
 - 우리나라는 국민연금의 소득비례부분(B)이 확정급여형이고 노인인구비중의 급격한 증가로 연금재정 부담이 가중될 우려가 있음.
 - 65세 이상 노인인구 비중이 2060년에 37.3%까지 증가할 것으로 전망되는 가운데 만약 국민연금기금이 고갈된다면 국민연금 급여지출의 자원마련은 심각한 문제가 될 것임.⁶⁷⁾
 - 따라서 국민연금 장기재정 건전성을 확보하고 국가 재정부담을 최소화하기 위해서는 칠레나 스웨덴의 공적연금처럼 국민연금의 소득재분배기능을 축소하고 개인계정의 활성화를 통해 노동 및 저축 유인을 강화시키는 개혁방향이 바람직함.
 - 이를 위해서는 국민연금 개인계정의 소유권을 자산화할 필요성 있음.

65) 국민건강보험의 보장성확대를 통해 고소득층의 기대수명을 증가시키는 효과는 상대적으로 미미할 것임.

66) 이를 중위투표자 소득으로 봄.

67) 2060년에 생산가능인구(15~64세)는 52.2%이지만 실제 풀타임으로 고용되어 국민연금 보험료를 납부할 수 있는 비율은 절반수준에 불과할 것임.

3. 건강보험 선택권 확대를 통한 재정안정화

- ▶ 최근 제18대 대통령선거를 지나면서 국민건강보험 보장성 확대에 대한 정치적 경쟁이 가열되어 건강보험 재정건전성에 대한 우려가 증폭됨.⁶⁸⁾
 - 18대 대선에서 새누리당 박근혜 후보가 당선됨에 따라 공약으로 내걸었던 4대 중증 질환(암·심장·뇌혈관·희귀난치성 질환)에 대한 전액 국가 부담 및 등 간병비 및 상급병실료 급여화 등으로 건강보험급여지출의 큰 증가가 예상된다.
 - 건강보험 보장률을 약 80%로 올리기 위해서는 5년간 약 36.6조 원이 필요할 것으로 추정되지만 재원마련은 쉽지 않을 것으로 전망([표 13] 참고)
 - 건강보험 재정 합리화 등 복지행정 개혁을 통해 10조 6,000억 원을 확보할 수 있다고 했으나 구체적인 내용이 미흡⁶⁹⁾

[표 13] 연도별 보장성 확대 항목별 소요재원

항 목	보장률 증가분	연도별 재정소요 (억 원)					
		2013	2014	2015	2016	2017	
차상위 저소득계층 의료보장(a)	0.7	3,884	3,884	3,884	3,884	3,884	
재난적 의료비 부담해소(b)	2.5	13,965	13,658	13,766	13,616	13,210	
필수의료	병실+선택+간병+기타	12.6	15,867	33,806	54,958	76,111	97,265
중심	병실차액	1.5	7,778	7,778	7,778	7,778	7,778
단계적	선택진료	3.1	8,089	16,178	16,178	16,178	16,178
보장성	간병서비스	1.3			11,302	22,604	33,906
강화(c)	기타 비급여	7.6		9,850	19,700	29,551	39,403
연도별 추가투입 재정			33,716	17,939	21,152	21,153	21,154
연도별 투입 재정(a)+(b)+(c)			33,716	51,348	72,608	93,611	114,359
누적 투입 재정			33,716	85,064	157,672	251,283	365,642
예측 보장률(%)		15.8	69.0	72.5	74.8	77.1	78.5

주: (2012 현재 보장률) 62.7% + (확대 시) 15.8% = 78.5%(약 80%)
 자료: 이기효·정현진(2013)에서 수정 인용

68) 민주통합당 문재인 후보도 전국민 본인부담 100만원 상한제, 비급여 진료의 급여화 등 건강보험 보장성 확대를 위한 공약을 내세움.

69) 정형선 한국보건경제정책학회 회장 인터뷰, (Kormedi, “보건의료 공약 분석(상)-무상의료 가능한가”).

- ▶ 건강보험 보장성확대는 급여범위의 포괄성이라는 측면에서는 필요하지만 건강보험 재정건전성 측면에서는 문제가 심각해질 수 있음.⁷⁰⁾
 - 건강보험자가 독점이고 보험수가를 정부가 통제하는 상황에서 실제 병원에서 행위별 수가로 인한 법정 비급여 증가 등 혼합진료가 조장되는 여건임.
 - 병원입장에서 혼합진료를 이용하면 급여진료로 인한 손실을 비급여진료에서 충당할 수 있지만 환자 입장에서는 의료비용 지출이 증가하게 됨.
 - 건강보험 보장성 확대를 위해서 건강보험료 인상과 같은 구체적인 자원조달 방안이 제시되지 않아 건강보험 재정적자에 대한 우려가 높아짐.
 - 4대 중증질환 치료비를 무료로 하려면 2012년 말 기준에서 볼 때 건강보험료가 약 15% 정도 인상되어야 가능할 것임.⁷¹⁾
 - 건강보험제도는 가입자의 건강보험료 납부가 많고 적음에 관계없이 받는 수혜는 동일하기 때문에 도덕적 해이의 유인이 존재함.
- ▶ 건강보험료와 의료수가 등 건강보험 재원에 대해 정부규제가 집중되어 있고, 의료서비스 시장의 가격기능은 작동하지 않고 있음.
 - 우리나라는 선진국들과 달리 의료서비스 재원은 정부가 관리하고 있는데 의료서비스 공급은 거의 민간에서 이루어지고 있음.⁷²⁾
 - 개인이 얼마나 건강보험 서비스를 이용할지에 대해서는 질병의 발생확률, 치료방법 및 성과에 따라 달라지기 때문에 구체적으로 건강보험 및 의료서비스 비용을 예측하기가 어려움.⁷³⁾
 - 의료공급자의 조직적 영향력으로 인해 의료공급 가격이 탄력적으로 조정되기 어려움.
 - 특정 질병이나 응급의료 서비스와 같은 것에 대해서는 소비자가 매우 비탄력적임.
 - 의료서비스 시장에서 공보험자가 소비자로부터 재원을 조달하여 의료공급자에게 지불하는 구조는 가격기능을 작동하기 어렵게 하고 있음.⁷⁴⁾

70) 포괄성 원칙은 치료에 효험이 있고 안전성이 있는 서비스나 치료재료를 보험에서 급여로 제공하는 것을 말함(이규식, 2013).

71) 이기효·정현진(2013).

72) 노영훈 외(2013).

73) 민간보험이 의료서비스 수요에 대한 정보를 제공하는 역할을 하지만, 의료서비스 비용부담위험에 대해서 초점이 맞춰져 있어 다각적인 불확실성을 해소하기는 어려움.

74) 노영훈 외(2013)는 대부분의 다른 나라는 인두제, 포괄수가제, 일당제(per diem) 등 통합 지불제도(bundled

- ▶ **현행 건강보험제도는 보험료를 많이 납부하는 계층보다 그렇지 않은 계층이 건강보험의 이용가능성이 높기 때문에 사회보험의 형평성 측면에서 문제가 발생할 수 있음.**
 - 생애평균으로 보면 일하는 청장년시절에 건강보험료를 많이 내지만 상대적으로 건강보험 이용가능성은 낮은 반면, 은퇴 후 노년시절에는 건강보험 이용가능성이 높음.
 - 청장년시절에 아무리 많은 건강보험료를 납부했다 하더라도 노년시절에 보험료를 낼 수 없거나 피부양자로 등록되지 못하면 건강보험 급여혜택을 받지 못함.
 - 보험료 부과체계에 대해서 직장가입자와 지역가입자 간의 보험료에 대한 공정성과 형평성에 대한 논란도 끊이지 않고 있음.
- ▶ **따라서 향후 국민건강보험의 재정건전성을 확보하기 위한 개혁방향은 건강보험 선택권 확대를 보험가입자에게 비용절감 유인을 제공하고 위험 분산이라는 보험의 기능을 제고할 수 있어야 함.**
 - 현재의 건강보험을 의료저축계좌와 의료보험계좌로 이원화하는 건강보험 개혁을 검토할 필요성 있음.
 - 개별 의료저축계좌를 도입하여 개인의 일상적인 치료비에 대하여 사용하게 함.⁷⁵⁾
 - 공동 의료보험계좌는 다른 건강보험 가입자와의 공동기금을 조성하여 비용부담이 큰 상해나 질병에 대비할 수 있도록 함.
 - 의료저축계좌는 개인에게 무분별한 의료서비스 이용에 대한 비용절감의 유인을 제공하고 의료보험계좌는 치명적 질병에 대해 순수한 보험기능을 함으로써 도덕적 해이와 위험의 분산기능을 수행함.
 - 의료저축계좌의 도입과 동시에 현재 정부의 독점적 건강보험자로서의 역할을 다수 민간의료보험회사로 분산시킬 필요 있음.
 - 소비자들의 선택을 받기 위해 민간의료보험회사들은 경쟁을 통해 보다 나은 서비스를 제공하고 비용을 절약할 유인이 있음.
 - 경증에 대한 건강보험 당연지정제를 완화하고 대체형 민간의료보험이 허용되어 의료소비자의 선택권이 확대될 수 있어야 함.⁷⁶⁾

payment)를 통해 개인 건강에 대한 기간적 성과를 고려하는 데 비해 우리나라는 입원과 외래서비스 모두 행위별 수가제를 채택하고 있음.

75) 의료저축계좌의 도입으로 건강취약층의 건강보험이용 기회가 제약되지 않는 방안을 함께 마련해야 할 것임.

- 민간의료보험회사들은 의료기관의 불필요한 의료행위에 대한 견제를 할 수 있을 것임.
- 이러한 개혁방향은 개인의 합리적 선택을 보장할 뿐만 아니라 건강보험 보험료의 지속적 인상 및 재정건전성 문제를 완화할 수 있을 것임.
- 무리한 건강보험 보험료 부과에 대한 부작용을 최소화시키고 건강보험 재정을 안정화시킬 수 있을 것임.

76) 자세한 내용은 강성원(2011)을 참고.



V. 결론 및 시사점

- ▶ 우리나라의 출산율은 매우 낮은 수준인 데 비해 기대수명은 매우 빠르게 증가하여 사회보험의 장기 재정건전성에 대한 우려가 높아지고 있음.⁷⁷⁾
 - 최근 베이비부머세대의 은퇴가 시작됨에 따라 공적연금 수급자는 증가하는 반면 저성장이 지속됨에 따라 보험료 수입 증가율은 둔화되고 있음.
 - 건강보험지출의 60% 이상을 노년세대의 급여지출로 발생한다고 볼 때 60세 이상 고령자의 증가는 건강보험 지출을 더욱 가속화할 것으로 예상됨.
- ▶ 사회보험지출이 지속적으로 증가하는 가운데 보험가입자의 의사가 반영되지 않은 상태에서 사회보험료의 지속적 인상에는 한계가 있을 것임.
 - 2000년대 초반 국민건강보험제도의 출범 이후 건강보험료는 지속적으로 인상되어 2013년 현재 건강보험료율은 5.89%로 증가했는데, 이러한 추세가 지속된다면 2050년경에는 건강보험료율이 최소 16%에 이를 것으로 전망됨.⁷⁸⁾
 - 국민연금의 경우에도 제도 도입 이후 두 차례의 보험료 인상과 소득대체율 인하 및 수급시기를 늦추는 조정이 있었지만, 최근 3차 재정추계이후에도 보험료 인상에 대한 논의가 끊이지 않고 있음.
 - 2011년 기준 우리나라 사회보험 부담률은 GDP대비 6.1%로 GDP대비 조세부담률 19.8%의 약 30% 수준에 달함.
 - 소득과약률이 매우 낮은 상태에서 소득기준에 기초한 사회보험료 인상은 직역 간 형평성 문제를 더욱 악화시킬 소지 있음.
 - 건강보험공단 발표에 따르면 건강보험 지역가입자 790만 가구 중 소득이 없다고 신고한 가구 수가 450만 가구로 전체 지역가입자의 56%를 차지함.

77) 합계출산율은 2020년까지는 1.35, 2030년까지는 1.41, 이후에는 1.42로 저출산 기조가 크게 달라지지 않을 것으로 전망되나, 기대수명은 2020년까지 남자 79.31와 여자 85.67로 추정하고 이후에도 지속적으로 증가하는 것으로 전망됨.

78) 노영훈 외(2013).

- 불요불급하지 않은 과도한 의료수요의 도덕적 해이 등 사회보험에 대한 수혜자 부담의 원칙이 제대로 지켜지지 않는다면, 지속적인 사회보험료 인상에 대한 국민의 저항이 발생할 수 있을 것임.

▶ 사회보험 간 정치적 상보성(political complements)은 사회보험의 장기재정 건전성을 더욱 취약하게 만들 가능성 높음.

- 저소득 젊은층과 노년층은 복지제도의 확대를 선호하는 경향이 있고 이를 정치권에서 이용할 유인이 존재하기 때문에 사회보험지출 증가는 구조적으로 나타날 수밖에 없음.

• 최근에는 국민연금과 건강보험을 보조하는 기초노령연금과 장기요양보험이 선거에서 정치적으로 이용됨에 따라 그 규모와 지출이 확대되고 있음.

- 의료기술이 발전하는 가운데 건강보험 급여지출의 증가로 기대수명이 높아지게 되고, 이는 국민연금 급여 수급기간을 늘리게 됨으로써 건강보험지출의 추가적 증가로 이어져 결국 국민연금과 건강보험의 재정부담이 가중될 수 있음.

▶ 우리나라의 사회보험은 정부가 단일보험자로서의 공단 운영 및 관리를 독점하기 때문에 민간에 비해 비용절약의 유인이 약하며 시장의 경쟁을 통해 나타날 수 있는 다양한 보험상품과 서비스를 제공하지 못하고 있음.

- 사회보험을 제공하는 보험자가 독점인 관계로 보험가입자의 자유로운 계약이 용이하지 않을 뿐만 아니라 보험상품에 대한 선택권도 매우 제한적임.

- 민간과 달리 사회보험 공단 운영에 대한 비용절약의 유인이 약해 관리 제비용도 지속적으로 증가하고 있음.

- 그러므로 국민연금과 건강보험의 정치적 이용가능성을 축소시키고 베이비부머세대의 은퇴가 본격화되기 전에 국민연금과 건강보험의 개혁에 대한 논의가 필요

▶ 국민연금과 건강보험의 개혁방향은 보험 가입자의 책임과 선택권을 강화하고 국민연금과 건강보험의 장기재정건전성을 확보할 수 있어야 함.

- 소득재분배 기능이 있는 확정급여형의 국민연금은 소득재분배기능을 단계적으로 축소하고 소득비례부분을 명목확정기여방식으로 전환한다면 기여한 보험료에 비해 과도한 연금 급여를 받는 구조가 개선됨으로써 재정안정성을 꾀할 수 있음.

- 의료저축계좌 도입 등 기존 건강보험체계를 다원화하여 의료소비자의 선택권을 강화하고 민간의료보험사 간 경쟁을 통해 다양한 의료상품과 서비스가 제공될 수 있게 규제를 완화함으로써 시장기능이 회복되면 건강보험료 및 재정건전성 안정을 도모할 수 있을 것임.

참 고 문 헌

[국내문헌]

- 강성원(2011), 「의료서비스 산업 개방효과 분석 , 한국경제연구원.
- 강성호(2013), “국민연금 소득보장과 재정안정화와의 관계: 상호보완인가 영원한 상충인가?”, 한국경제연구원 사회통합센터 Working Paper 13-04.
- 강성호·전승훈·임병인(2008), “국민연금법 개정의 소득분배 및 노동공급 효과 분석,” 경제학연구 56집 3호 p.75-106.
- 국민연금재정추계위원회(2008), 「국민연금 장기재정추계 및 운영개선방향 , 국민연금재정추계위원회.
- 국민연금재정추계위원회(2013), 「제3차 국민연금 재정계산 장기재정전망 결과 설명자료, 보건복지부.
- 김대철·심혜정(2012), 「국민연금 장기 지속가능성 확보방안 , 국회예산정책처.
- 김병덕(2009), 「연금개혁의 성과와 전망. , 한국금융연구원.
- 김용하(2013), “복지정책과 재정건전성”, 국회법제실한국재정학회 공동학술대회.
- 김원섭(2013), “한국 공적 연금제도의 과제와 새정부의 추진방향”, 신정부 복지정책 추진방향 정책토론회, 한국보건사회연구원.
- 김현수·홍성우(2011), “국민연금 급여산식 개선방안 연구”, 정책보고서 2011-06, NPS 국민연금연구원.
- 남재우(2013), “연금시장 동향 및 전망: 국민연금”, 「자본시장 및 금융산업 동향과 전망 , 자본시장연구원.
- 노영훈·윤희숙·전영준·정우진(2013), 「건강보험과 재정 , 월간 재정포럼 3월호 지상좌담회, Vol. 201, 한국조세연구원.
- 류건식(2013), “복지국가 스웨덴의 연금개혁과 시사점”, KiRi Weekly 2012.7.9 보험연구원.
- 문선웅·윤영덕·김경아·나영균(2012), 「인구구조 변화에 따른 건강보험 수입지출 구조변화와 대응방안 , 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- 문형표·이지혜(2012), “국민연금의 구조적 은퇴유인에 대한 평가”, 2012 한국연금학회 추계학술대회.
- 박기백(2013), “복지재원 조달방안에 대한 검토”, 국회법제실한국재정학회 공동학술대회.
- 박상원(2012), “확률적 투표 모형을 이용한 소득재분배 및 가격정책의 정치적 수용성 연구”, 재정학연구 제5권 3호 pp.159-179.
- 서남규·황연희·강태욱·안수지·백승천·이동현(2012), 「국민의료비 증장기 전망. , 연구보고서

2012-10, 국민건강보험 건강보험정책연구원.

석재은·김용하(2002), “국민연금의 소득보장에 대한 Simulation 분석”, 사회보장연구 제18권 제1호, pp.67-104.

송은철·신영전(2010), “과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤지속에 미치는 영향”, Journal of Preventive Medicine and Public Health, 43(5), pp.423-435.

양재진(2011), “스웨덴 연금제도의 이해와 쟁점 분석”, 사회과학논집 제42집 1호 pp.105-129.

윤석명·Hiroshi Yamabana·신화연(2008), “공적연금의 지속가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로”, 한국보건사회연구원.

윤석명·신화연(2012), “국민연금 재정안정화방안: 재정추계 및 시사점 도출 중심으로”, 한국보건사회연구원.

이규식(2013), “건강보험 급여구조 개혁의 시급성”, Issue Paper NO.6, 건강복지정책연구원.

이기효·정현진(2013), “지속가능한 건강보험 보장성 강화방안”, 신정부 복지정책 추진방향 정책토론회, 한국보건사회연구원.

이만우·김진영·김대철(2008), “국민연금기대자산 추정 및 노동공급에 미치는 효과·남성가구주 임금근로자의 노동시간을 중심으로”, 재정학 연구 제1권 제1호 pp.143-186.

이병기(2012), “국민연금기금의 주주권행사 의무화 및 지배구조의 문제점과 과제”, 정책연구 2012-11, 한국경제연구원.

이상봉(2010), “우리나라 예산규모의 결정과 재정환상”, 고려대학교 행정학과 박사학위논문.

이은경(2013), “건강보험 보험료 부과체계 및 재원조달방식 개선 방안”, 재정포럼 12월호, 한국조세연구원.

이재희(2007), 「국민연금의 부분민영화방안 연구 연구 07-03, 한국경제연구원.

이호용·임진섭·조정완(2012), 「주요국 장기요양제도 비교 연구, 연구보고서 2012-21, 국민

임승지·백수진·김승희(2012), 「본인부담상한제와 산정특례제의 효율적 통합방안 연구보고서 2012-07, 국민건강보험 건강보험정책연구원.

전병목·이은경(2010), 「사회보험 재정전망과 정책과제, 한국조세연구원.

국민건강보험공단 <http://www.nhic.or.kr/portal/site/main>.

국민연금공단 http://www.nps.or.kr/jsppage/intro/nps/current/current_08.jsp.

국회 <http://www.assembly.go.kr/main.acl>.

바른생각 바른언론 청년의사 <http://www.docdocdoc.co.kr>.

- Bethencourt, C. & Galasso, V.(2008). “Political complement in the welfare state: Health care and social security”, *Journal of Public Economics* 92, pp.609-632.
- Borsch-Supan, A. & Wilke, C.B.(1998). “The German Public Pension system: How It Was How It Will Be”, National Bureau of Economic Research Working Paper 10525.
- Buchanan, J. M.(1977), Why Does Government Grow? In Albert C. Hyde(ed), *Government Budgeting: Theory, Process, Politics*, 231-239 Second Edition: Brooks/Cole 1992.
- Diamond, P. & Gruber, J.(1999). *Social Security Programs and Retirement Around the World: Micro-Estimation*. The University of Chicago Press.
- Gruber, J. & Wise, D. A.(2004). “Social Security and Retirement in the United States”, In *Social Security Programs and Retirement Around the World* ed. J. Gruber and D. Wise, 437-73. Chicago: The University of Chicago Press.
- Haseltine, P. W.(2013). *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*. Brookings Institution Press, Washington D.C.
- Okma, Kieke G.H. Marmor, T. R. and Oberlander, J.(2011). “Managed Competition for Medicare? Sobering Lessons from the Netherlands”, *the New England Journal of Medicine*, 1056/NEJMp1106090.
- Turnbull, G. K.(1998). “The Overspending and Flypaper Effects of Fiscal Illusion: Theory and Empirical Evidence”, *Journal of Urban Economics*, 44, 1-26.
- OECD Social Expenditure(<http://stats.oecd.org>).

부 록

[부표 1] 단위근 검정(Unit Root test) 결과⁷⁹⁾

Series	Augmented Dickey-Fuller test
GDP대비 건강보험 급여지출 비율(PH)	-3.328*
중위투표자 소득(MVI)	-2.694
중위투표자 금융자산(MVA)	-2.366
중위투표자 잔여기대수명(MVR)	-2.957
중위투표자 잔여근무기간(MVL)	-3.240
실질 이자율(ʃ)	-2.335
실질 GDP성장률(G)	-5.004***
수급자 1인당 조세기반(GR)	-18.216***
GDP대비 국민연금지출 비율(PH)	-2.178
인구100만 명당 MRI 수(LN)	-3.300**
소득격차(평균소득 대비 중위소득 비율: ID)	-3.830**

주: 통계적 유의수준 *10%, **5%, ***1%

[부표 2] 건강보험 수입 추계

(단위: 십억 원)

구분	시나리오 1					시나리오 2				
	직장 보험료	지역 보험료	정부 지원금	기타 수입	소계	직장 보험료	지역 보험료	정부 지원금	기타 수입	소계
2015	32,308	8,376	6,998	610	48,293	32,308	8,376	6,998	610	48,293
2020	42,711	10,354	9,127	796	62,988	45,711	10,354	9,127	796	62,988
2025	53,605	12,140	11,308	986	78,039	53,605	12,140	11,308	986	78,039
2030	64,588	13,644	13,456	1,173	92,860	64,588	13,644	13,456	1,173	92,860
2035	75,266	14,802	15,492	1,351	106,911	73,508	14,802	15,189	1,325	104,824
2040	85,230	15,567	17,337	1,512	119,646	81,183	15,567	16,641	1,451	114,842
2045	94,375	15,961	18,978	1,655	130,969	87,379	15,961	17,775	1,550	122,665
2050	102,614	16,014	20,404	1,779	140,812	92,228	16,014	18,618	1,624	128,484
2055	109,759	15,742	21,586	1,883	148,969	94,663	15,742	18,990	1,656	131,051
2060	115,902	15,202	22,550	1,967	155,620	95,389	15,202	19,022	1,659	131,272

주: 시나리오 1: 직장가입자의 피부양률이 과거 피부양률 추이를 따라 감소하는 경우
 시나리오 2: 직장가입자의 피부양률이 2030년을 기준으로 피부양률이 증가하는 경우
 자료: 문선웅 외(2012)

79) DF-GLS와 Phillips-perron의 검정결과도 ADF 결과와 거의 다르지 않음.

[부표 3] 건강보험 지출 추계

(단위: 억 원)

구분	요양급여비		건강 검진비	현금 급여비	관리 운영비	기타 지출	소계	
	순수 고령화	건강 고령화					순수 고령화	건강 고령화
2015	490,028	468,823	10,135	6,972	12,620	956	520,711	499,506
2020	692,833	649,914	12,037	8,280	14,916	1,130	729,196	686,277
2025	934,954	860,576	14,297	9,834	17,630	1,335	978,050	903,672
2030	1,208,184	1,090,472	16,980	11,680	20,838	1,578	1,259,260	1,141,548
2035	1,498,330	1,339,596	20,167	13,872	24,630	1,865	1,558,864	1,400,130
2040	1,794,055	1,586,634	23,952	16,475	29,112	2,204	1,865,798	1,658,377
2045	2,071,161	1,811,072	28,447	19,568	34,409	2,606	2,156,191	1,896,102
2050	2,306,633	2,001,200	33,786	23,240	40,670	3,080	2,407,409	2,101,976
2055	2,490,279	2,149,017	40,127	27,602	48,070	3,640	2,609,718	2,268,456
2060	2,632,682	2,260,002	47,659	32,783	56,817	4,302	2,774,243	2,401,563

자료: 문선웅 외(2012)