

일본사례를 통해 본 워킹푸어의 실태

2010. 5. 15

기초보장연구실 이태진, 전지현

목차

I 왜 일할수록 가난해지는가 :워킹푸어

II 글로벌 경제위기 이후 고용정책 변화

III 생활보호제도 현황

IV 한국복지정책 현황 및 방향

왜 일할수록 가난해지는가 워킹푸어



◆ 일본사회와 한국사회는 동조현상:

- 토목건축을 토대로 성장한 국가.. 신자유주의 물결의 흐름에 따른 워킹푸어의 상황

◆ 【왜 일할수록 가난해지는가 : 워킹푸어】

는 2006년에 방영된 NHK 스페셜 《워킹푸어》를 기반으로 쓰여진 책이며, 과거 가난의 원인을 게으름으로 판단해오던 냉혹한 시선과 오해를 벗어나 왜 이들이 가난에서 빠져올 수 없는지에 대한 실태를 고발

- 비정규직의 아픔과 실업의 고통 한가운데 있는 젊은이, 연금으로는 도저히 생활하기 힘들어 폐지를 쥌는 노인 그리고 일자리가 없어 공동화되는 지역과 지역민들 여러 사회 현상을 소개
 - 프로그램 기획의 지침: 「국가가 보장한다는 건강하고 문화적인 최저한의 생활,이를 위한 안전망 역할을 해야하는 생활보호」 헌법25조
- ☞ 『일』 과 『노동』 은 인간의 존엄과 ‘금지’ 이며 반드시 지켜져야 한다.. 안전망이 필요이상으로 강조되지 않는 사회, 인간이 인간답게 살 수 있고 금지를 가지고 일할 수 있는 사회, 노동에 대한 정당한 대가를 받을 수 있는 사회이다

- ◆ **【4천원 인생 :열심히 일해도 가난한 우리 시대의 노동일기는 <한겨레21>지면에 ‘노동OTL’ 시리즈로 연재된 일기로 한겨레 기자들이 ‘비정규노동’ 혹은 ‘불안노동’의 현장을 찾아가 “한달씩 직접 체험” 한 기록을 기반으로 쓰여진 책**
- 4천원은 저임금노동자의 평균 시급
- 경기안산의 난로공장(생산직 노동), 서울의 갈빗집과 인천의 감자탕집(여성노동), 경기마석의 가구공장(이주노동), 서울 강북의 대형마트(청년노동)의 현장이야기

왜 일할수록 가난해지는가: 워킹푸어

-‘감자탕 노동일기’ : ‘식당 아줌마’의 출과 화장실 청소부터 시작한 하루 12시간씩

의 노동. 한우 꽃등심 1인분의 값 3만5천원이 식당 아줌마의 시급으로 7시간52분의 노임에 해당, “숯불갈비야말로 감정 노동부터 불판 닦기까지 가장 많은 노동력을 요구하는 무서운 음식” 갈빗집과 감자탕집 등에서 일하는 여성 빈곤 노동자의 삶은 손님과 사장과 남편과 남자들에게 치이고 무시당하는 삶. 그런 여성 비정규직이 439만 명, 자녀를 공부시켜 가난을 벗어볼까 하지만 이들로선 사교육비를 감당할 만한 처지가 못 되고, 계층 간 장벽은 갈수록 더욱 공고해지는 게 우리 현실. ‘더러운 계급사회’를 체험

왜 일할수록 가난해지는가: 워킹푸어

- ‘히치하이커 노동일기’ : 대형마트의 양념육 매대에서 일하며 유리 진열장 5m 공간을 하루 종일 오가는 ‘땀 안 나는 노가다’ 를 경험. 30대 중반의 나이 때문에 매장 동료들에게 ‘형님’ 으로 불렸는데, 마트 노동자에겐 일한 시간만큼 존중받아야 할 기술이나 지식 따위가 없기 때문에 나이에 따른 호칭만 있음. 마트에 오는 손님들은 마트에서 일하는 노동자의 얼굴을 ‘아무도’ 쳐다보지 않음. 웬만해선 가난을 벗어날 수 없는 가난의 대물림을 체험

왜 일할수록 가난해지는가: 워킹푸어 유형

1.노숙자가 된 젊은 이들

2.꿈을 빼앗긴 여성

3.죽을때까지 일하는 노인들

4.가난을 대물림 받는 아이들

5.세계화의 파도에 쓰러지는 중소기업

6.붕괴직전의 농촌

1 무료급식소를 찾는 젊은 노숙자 증가

- 아르바이트를 하던 30대 초반 청년은 생활비는 겨우 해결하지만 월세는 감당하기 어려워 간이 숙박소(또는 만화방)를 이용하거나 노숙생활을 하면서 지냄. 비주택에서 거주하는 이러한 생활은 처음에는 만화도 보고 음료수도 무료여서 만화방에서 사는 것도 나쁘지 않았지만 시간이 지날수록 건강에 문제가 생기고 근로의욕도 저하되어 수입이 줄어들고 빈곤한 상태가 지속됨.

2 급속히 안정을 잃어가는 청년층의 고용

- 30세 남성은 구인란을 봐도 청소일이나 공장 등에서나 하는 일거리뿐이고 영업직은 성과보수제라서 얼마나 받을 수 있는지 모르는 상황임. 기숙사비를 제외한 실수입 월 7만엔으로는 생활하기에도 빠듯한 금액이라 저축할 여유가 없고, 단순작업을 반복하는 업무로 누구나 할 수 있는 일이기 때문에 언제 다른 사람으로 교체될지 몰라 항상 초조해함. 아무리 일해도 안정된 생활을 할 수 없고 미래가 보이지 않는다고 생각하며, 미래에 대한 계획을 세우려고 해도 세울 수가 없어 막막함.

3 가족과 사회와의 관계망 약화

- 35세 이와이씨는 어렸을 적 부모님과 누나와 함께 풍요롭게 살았지만, 아버지의 파산으로 생활은 불안정했고 결국 부모님은 이혼함. 고등학생이 되면서는 아르바이트에 쫓겨 수업을 따라가기도 힘들었으며, 졸업한 후에도 아르바이트를 계속하며 프리터가 되었으나 서른 살이 넘으면서는 좀처럼 일자리를 찾기 힘들. 결국 수입이 점점 줄어 현재는 노숙생활을 하고 있으며, 가족들이 어디에서 무엇을 하고 있는지 모르는 상황.

1

고용불안의 가장 큰 피해자 ‘여성’에게 결혼과 출산은 사치

- 30대 여성 파견사원은 어떠한 보증도 없이 계약이 3개월마다 갱신되어, 미래에 대한 두려움으로 현재 일에도 몰두가 어려운 상황이라 결혼/출산은 상상할 수도 없음.

2

일과 가정의 양립으로 인한 이중부담 : 여성가구주

- 23세 오카씨는 여동생과 둘이서 생계를 꾸리고 있으나 우울증을 겪고 있는 아버지 간병까지 고려했을 때 생계비가 매우 부족하며, 새로운 일을 찾으려고 해도 병에 걸린 아버지를 두고 도시로 나갈 수도 없는 상황임. 영양사 자격증을 취득하면 나은 대우를 받을 수 있다는 것을 알지만, 매일 일을 해야 하고 아버지 간병을 해야 하기 때문에 학교에 다닐 시간도 돈도 없음.
- 31세 소리마치씨는 생계를 위해 아이들을 맡길 곳을 찾아야만 했고, 공립보육원에 보내려고 시청을 찾아가지만 일을 하고 있지 않은 부모의 아이는 맡을 수 없다며 거절당함. 아이들을 맡길 곳이 없으면 회사는 면접도 보게 하지 않거나 면접에 통과해도 채용하지 않았고, 가까스로 찾은 아르바이트에서 버는 한 달 수입은 8만 엔 정도에 불과함. 결국 자녀 둘을 혼자 키우면서 저축은 바닥이 나고 시영주택의 월세와 광열비는 연체되었으며, 시청에서는 체납된 월세를 내지 못하면 퇴거하라는 통보해움.

3 일과 가정의 이중부담을 안고 있는 여성에 대한 사회적 지원 취약

- 31세 소리마치씨는 사회복지사를 목표로 공부를 하고 싶어도 생계를 위해 돈을 벌어야 하기 때문에 학교에 갈 수 없는 상황임. 그럼에도 불구하고 이러한 상황에 처한 사람들에게 ‘자립하려는 노력’이 부족하다고 매도하는 사회에 대해 불만을 표함.

4 ‘자립하려는 노력이 부족하다?’는 사회적 시각

- 23세 오카씨는 보다 나은 수입을 위해 찾아낸 마지막 선택은 일과 병행할 수 있는 조리사 자격증 취득으로, 독학하여 합격하였으나 그마저 수입에 크게 반영되지는 않았음. 열심히 노력을 해도 자격증을 가지고 있어도 일할 곳이 없는 데, 일할 곳을 찾지 못하면 ‘노력이 부족하다, 자립하려는 노력이 부족하다’는 얘기를 들음. 아무리 노력해도 현재의 상황에서 벗어나지 못하는 사람들을 ‘패배자’라고 보는 현실에 힘들어함.

1 늙어서도 생계를 위해 일해야 하는 노인

- 70세 남성은 연금을 못 받으니 일을 할 수밖에 없는 상황인데, 주 3회 공원 청소만으로는 안심할 수가 없어서 다른 날은 빌딩을 청소하는 회사에서 일을 함.

2 가족의 구조 및 기능 변화

- 75세 기타야마씨는 연금을 못 받고 자녀의 집에서 같이 살고 있으며 손자들의 학비 납부와 주택 대출금 반환 등으로 경제적 여유가 없기 때문에 자식에게 폐를 끼치는 게 미안해서 조금이나마 생활비를 내려고 일을 하고 있는 상황.

3

열악한 사회안전망

- 62세 남성은 젊은 시절 운송업과 택시운전을 했었지만 몸이 상해서 그만두게 되자, 수입이 전혀 없어서 월세도 내지 못하고 전기도 끊기게 됨.
23년 동안 <연금> 보험료를 납부해서 나머지 2년분만 납부하면 연금을 받을 수 있지만 그럴 여유가 없어서 그 마저도 받지 못하고 있음.
- 76세 가자마씨는 시영주택에 거주하며 매달 6만 엔의 국민연금을 받지만 <연금>만으로는 살아갈 수 없어서 주 3일 공원에서 일을 하며 월 8만 엔을 벌고 있음. 부인이 치매로 특별양호노인홈에 들어가 있는데 이 비용만 월 6만 엔이나 들어가며, 의지할 자녀도 없는 실정임

3

열악한 사회안전망

- <개호보험법>의 개정으로 식비와 병실비가 본인 부담이 됨. 국민연금 외에는 수입이 없는 가구의 경우 그렇지 않아도 여유가 없는 생활환경인데 더욱 생활이 어려워짐.
- 연금도 없고 가족에게도 의지할 수 없는 고령자는 <생활보호>를 받는 경우가 많지만, 이마저도 여의치 않는 경우가 있음. 한 노인의 경우 알루미늄 캔을 줍기 시작한 뒤에 저축이 바닥나서 생활보호를 받은 적이 있는데, 갑자기 이전에 빌려주었던 80만 원을 돌려받게 되어 생활보호가 끊기게 됨.
- 한 여성 노인의 경우에는 아이들은 독립하고, 남편도 없는 상황이라 생활보호 혜택이 절실함. 그러나 혜택을 받으려면 집을 팔아야 하는데, 추억이 담긴 집만은 팔고 싶지 않아 일을 할 수밖에 없는 상황임.

1

워킹푸어의 가장 작은 약자들

- 사회가 안고 있는 모순은 가장 약한 자들에게서 나타나며, 워킹푸어 문제 역시 사회적 약자인 아이들의 생활에도 곧바로 영향을 미침.

2

가난의 대물림

- 1999년 아내와 사별 후, 회사경영 악화로 해고까지 당한 야마다씨는 원살의 나이에 시작한 현재의 직장에서도 연200만엔을 넘지 못하는 수입으로 두 아이의 교육비와 생활비를 충당하고 있지만, 생활고로 저축까지 써버린 상황에서 아이들의 미래(대학진학)를 걱정하고 있으며, 아이들도 역시 자신들의 꿈을 포기해야 할지도 모른다고 이미 인식하고 있음.

3

열악한 복지시설: 아동양호시설

- 아동양호시설의 아이들이 독립을 위해 시설을 나와 부모의 지원 없이 주택을 빌리기는 매우 어려우며, 대학이나 전문대학에서 지식과 기술을 쌓지 않은 채 고졸출신의 초봉만으로 자립이 어려워 빈곤이 대물림되고 있음.

1 세계화에 따른 중소기업체의 연쇄파산

- 도요타 자동차의 영향으로 유효구인비율이 하락한 아이치현은 변화가만 조금 벗어나면 ‘폐업’과 ‘점포정리’ 등이라는 현수막을 내걸은 가게를 곳곳에서 발견할 수 있음.

2 해외제품과의 가격경쟁

- 기후시(섬유산업 유명지)의 경우 다양한 공정을 많은 중소영세업자가 분업하여 상호의존하는 형태로 지역경제를 뒷받침하였으나, 압도적으로 값싼 인건비로 만들어낸 중국제품이 대량으로 들어옴에 따라 대중을 상대로 한 저렴한 제품을 제작하는 기후시의 시장은 순식간에 침식되어 재고가 쌓이고 도산하는 도매상이 잇달음.

3

값싼 임금의 외국인 노동자 증가, 악순환의 연속

- 기술과 지식을 습득을 목적으로 찾아오는 외국인 <연수생 및 실습생>들이 일본에서 값싼 임금의 외국인 노동자로 변질되며 인건비를 낮추기 위한 수단으로 이용되고 있는 실정으로, 인건비 절약하기 위해 값싼 외국인 노동자 (특히 중국인)를 채용하는 업체가 많아짐에 따라 외국인노동자는 저임금과 과중한 노동시간 등 위법적인 대우를 받게 되고, 이에 따라 일본인의 임금도 급격히 저하되어 워킹푸어를 생성하는 악순환이 연속적으로 발생하고 있음.

1 도농간 격차심화

- 작년 말 니카타에서 일하던 직장인이 회사에서 쫓겨나 고향에서 노숙생활

2 농촌의 특성을 고려하지 못한 사회여건

- 토지에 대한 애착이 강해 토지를 차마 처분하지 못하여 <생활보호> 수급을 포기하거나, 혈연이 강한 지역사회에서 생활보호를 신청하거나 도움을 구하는 것에 대해 수치심이 들어 죽음까지 선택하는 경우가 발생하고 있음
- 또한, <농업비용의 합리화> 추진으로 규모를 확대하고 경영강화를 꾀하겠다는 방침에 따라 법인화하지 않는 농가에게는 보조금이 폐지되고, 쌀 가격 마저 내려가고 있는 상황에서 농민들은 생계를 유지하기 위해서는 ‘농사를 짓지 않는 편이 낫다’ 라는 말이 실감

3

농한기에도 쉬지 않는 농부들

- 농사수입만으로는 생활에 전혀 도움이 되지 않아, 농한기가 되면 누구나 외지로 돈을 벌러(부업) 나가는 상황임
- 열명의 대가족인 기이치로씨 경우 농번기에도 조금이나마 수입을 늘리기 위해 산으로 버섯을 따러갔다 곰을 만나 큰 부상을 입고, 농한기에 부업을 하지 못해 순식간 엄청난 적자를 보게 되어 결국 세금조차 내지 못하는 처지가 됨

4

논을 지키는 일에 대한 긍지와 근로 의지

- 더 이상 농사로는 생활을 유지할 수 없는 상황에 이르렀음에도 불구하고, 농사를 짓는 일에 대한 긍지와 희망으로 그만두지 못하고 언젠가는 좋은 날이 올 것이라고 믿으며 농사를 계속 짓는 농민들!

글로벌 경제위기 이후 고용정책 변화

- 글로벌 경제위기 이후 비정규직*의 고용안정 및 파견제도 전반에 대한 종합적 고용대책 수립을 위한 노사정 협의를 7년만에 개시
- 파견사원에 집중된 대량해고사태 발생을 계기로, 이전부터 노동계를 중심으로 제기되어오던 비정규직의 고용불안과 근로조건의 격차문제가 더욱 부각되면서 정부의 중요정책과제로 부각
- 이에 정부는 긴급고용대책(2009.10.23)에 근거, 2009년 11월 25일 총리주도하에 노동계, 산업계, 학계 간 의견교환 및 합의 형성을 위한 ‘고용전략대화’를 설치

*일본의 취업자는 정규직과 비정규직으로 구분되며, 정규직에는 파트·아르바이트, 파견사원, 계약촉탁 사원 등이 포함됨.

- 민주당 신정권은 이전 자민당 정권과는 차별화된 파견직 고용정책의 필요성을 강조해왔음. 이러한 목표에 근접한 「노동자 파견법」 개정안이 2010년 3월 19일 각의 결정, 3월 29일 국회에 제출되었음.
- 금번 개정안의 주요 내용은 제조업에서의 파견제도 금지와 일용직 파견제도 금지 등을 골자로 하며, 파견제도를 둘러싼 기본노선을 규제완화에서 규제강화로 획기적으로 전환하였음.
- 이로써 일용직 파견에 대한 원칙적 금지 등은 이르면 연내에 실시될 예정이며, 등록형 파견 및 제조업에서의 파견은 2013년에 금지될 전망이다.

가 추진배경

□ 글로벌 경제위기로 파견제도의 부정적 측면이 사회문제로 부각

○ 일련의 규제완화조치와 일본 기업들의 인건비 감축 노력이 맞물린 결과, 파견사원 수는 1986년 14만 명에서 2008년 399만 명으로 크게 증가하였음.

- 일본 기업들은 버블붕괴 이후 고비용 구조를 해소하기 위해 정규직 보다는 고용조정이 용이하면서 저임금인 비정규직 채용을 선호하였음.
- 비정규직인 파견사원을 채용하는 과정에서도 상대적으로 소득이 보장되는 ‘특정 파견사원’ 보다는 임금수준이 낮은 일용직과 임시직이 포함된 ‘일반 파견사원’의 활용이 크게 증가함*.

*특정 파견사원은 파견회사 사원으로 채용되어 있어 파견대상기업이 없는 경우에도 월급을 받는 반면, 일용직과 임시직이 포함된 일반 파견사원은 파견회사에 등록만 해두고 있는 형태로 파견회사로부터 월급을 받지 않음.

가 추진배경

○ 파견제도의 규제완화는 고용형태의 다양화와 선택 폭의 확대라는 점에서 긍정적이었지만, 글로벌 경제위기를 계기로 고용불안 증대와 정규직과 비정규직 간의 격차 확대, 그리고 직업훈련 부족으로 인한 저임금 고착화 등 부정적 측면이 사회문제로 부각됨.

- 첫째, 파견제도의 규제완화는 고용보호와의 조화가 요구되지만, 일본에서는 기업의 비정규직 활용에 대한 책임강화 및 사회안전망 확충 등이 수반되지 않았기 때문에, 파견사원의 고용불안이 생활불안으로 직결되는 문제가 발생하였음.
- 둘째, 일본 정부는 비정규직 대상의 규제완화에만 치중해온 결과, 정규직과 비정규직간의 보호수준 및 임금격차가 확대되는 문제점이 발생하였음.
- 셋째, 일본 기업의 기업 내부 장기 업무훈련을 통한 인적자본축적 관행은 어디까지나 정규직에 한정된 것으로 비정규직은 그 대상에서 제외되어왔음.

나

글로벌 경제위기 이후 비정규직 보호 및 규제강화 정책

1) 비정규직 보호 및 지원강화 정책

□ 민주당 신정권은 비정규직에 대한 사회안전망 확충을 위해 고용보험제도를 개정함.

- 금번 개정에서는 고용보험의 수혜적용요건을 2010년 4월 1일부터 6개월 이상에서 31일 이상 고용자로 완화하고, 고용보험에 가입하지 않은 고용자에 대한 소급적용기간을 현행(2년)을 상회하여 적용하기로 결정하였음.

4

글로벌 경제위기 이후 비정규직 보호 및 규제강화 정책

1) 비정규직 보호 및 지원강화 정책

구분	고용대책 부문별 주요 내용
사회안전망 확충	- 고용보험 관련 비정규직 적용기준의 완화(1년 이상 → 6개월 이상 → 31일 이상) - One Stop Service 등의 지원기능 강화(77개소 서비스창구 2,404명 이용) - 실직과 동시에 주거를 잃게 되는 실업자에게 주택수당 지급, 생활자금 대부 등
직업훈련·재취업지원	- 이직자 훈련 규모 확충, 안정적 고용을 실현하기 위해 장기훈련 실시 - 훈련기간 중 ‘훈련·생활지원금부’ 월 10만~12만엔 시행 - ‘제2의 사회안전망’ 확립, 비정규직·장기실업자의 훈련기간 중 생활보장을 지원하는 제도 시행 검토 중

4 글로벌 경제위기 이후 비정규직 보호 및 규제강화 정책

1) 비정규직 보호 및 지원강화 정책

□ 일본 정부는 글로벌 경제위기 이후 재취업 지원을 위해 이직자를 대상으로 하는 공공직업훈련과 직업소개·생활상담지원 등의 대응을 강화해왔음.

- 글로벌 경제위기 이후 일본 정부는 다섯 차례의 경제대책과 긴급고용대책을 통하여 재취업 지원 및 직업훈련을 순차적으로 강화한 결과, 훈련·생활 지원금부제도, 간호·간병·IT 분야 자격취득을 위한 장기훈련(6개월, 2년)을 신설하였음.

- 그러나 OECD 통계 기준으로 일본 공공부문의 직업훈련에 대한 GDP 대비 지출비중은 2006년 기준으로 0.04% 수준임. 이는 독일(0.33%), 프랑스(0.29%), 스웨덴(0.33%)에 비하여 현저히 낮은 수준으로 지적됨.

나 글로벌 경제위기 이후 비정규직 보호 및 규제강화 정책

2) 파견제도 규제강화를 위한 개정법안 마련

□ 일본 정부는 기존의 파견제도를 둘러싼 기본노선을 규제완화에서 규제강화로 180도 전환한 「노동자 파견법」 개정안을 다음과 같이 마련함.

- 첫째, 등록형 파견사원은 고용이 불안정하기 때문에 비서, 통역 등 전문성이 높은 26개 업무와 고령자 파견직을 제외하여 금지하고, 제조업 파견사원의 경우에도 장기계약을 체결하는 상용형 파견 이외에는 금지하기로 결정함. 또한 일용직 파견의 경우에는 2개월 이내에 원칙적으로 금지함.
- 둘째, 파견대상기업이 파견사원에 대하여 대상업무 이외의 것을 시키거나 계약기간을 상회하여 고용을 지속하는 위법행위를 시행했을 경우, 해당 사원의 직접고용을 의무화 하는 ‘직접고용 간주제도’를 창설하였음.

나 글로벌 경제위기 이후 비정규직 보호 및 규제강화 정책

2) 파견제도 규제강화를 위한 개정법안 마련

- 셋째, 파견대상기업은 파견노동자의 임금을 결정하는 데 있어 동종 업무에 종사하는 노동자와의 균형을 고려하여 대우를 동일 시하는 규정을 마련함.
- 넷째, 파견회사는 파견요금과 파견노동자 임금의 차액에 해당 되는 파견요금에 대한 마진비율 등의 정보공개를 의무화하고, 고용 시 파견노동자에 대하여 파견요금액을 제시하도록 명시함.

나 글로벌 경제위기 이후 비정규직 보호 및 규제강화 정책

2) 파견제도 규제강화를 위한 개정법안 마련

□ 향후 파견제도의 규제강화 시행은 2010년 중에 일용직 파견 금지가 우선 시행되며, 2013년에 등록형 및 제조업 파견금지가 2단계로 시행될 예정임.

- 일용직 파견금지에 대하여 개정법 공포 이후 2개월 이내에 우선적으로 시행될 예정임.
- 후생노동성은 등록형 및 제조업 파견금지에 대하여 기업과 노동자에 대한 영향 및 혼란을 방지하기 위해 개정법 공포 이후 3년의 유예기간을 두고 시행하기로 결정함.

생활보호제도 현황

- 생활보호제도의 지원기준은 정부의 공식적인 최저생활비 계측결과에 근거를 두고 설정됨.
- 최저생활비는 일상생활 영위에 필요한 기준생활비와 가구원의 특성, 즉 노령, 장애, 질병, 임신 등에 따른 비용, 그리고 교육, 주거, 의료, 출산, 장제 등에 따른 비용을 합쳐서 산출됨.
- 지역의 물가차이·생활양식의 차이에 의한 소비수준의 차이를 전국 6개의 급지로 구분하고 있음.

- 후생노동성 대신이 발표하는 최저생활비와 가구의 소득평가액 차액을 지급함.
- 표준 세대(부부에게 아이 1명의 일반 거주 세대)의 경우, 보호 기준에 의한 최저 생활비의 월액은 생활 부조비 167,870엔과 주택부조비(주택비 실비.최고55,000엔)을 합계한 액임
 - 그 외, 초중학교의 아동이 있는 경우, 의료 기관에 걸리는 경우, 개호가 필요한 경우, 출산의 경우 등은 일정한 부조비가 급부됨.
- 생활보호제도의 수급가구는 세금 지불의 면제, 국민연금 보험료를 지불의 면제, NHK 수신료의 지불 면제, 보육원의 보육료 등 기타 면제 혜택이 주어짐.
- 수급 세대 구성원 중 장애인, 재택환자, 방사선 장애인, 개호를 필요로 하는 사람 등이 있는 경우 가산해 지급함

- 2009년 11월 현재 총 생활보호 대상자 4,399천 명 중 약 30%에 해당하는 1,312천명이 주택부조를 지원받고 있음(후생노동성, 2009). 이는 2007년 기준 생활부조 1,513,892명과 주택부조 1,233,105명에 비해 생활부조 수급자는 감소하고 주택부조 수급자는 증가함.

*일본 부조 유형별 수급자 현황(2009년 11월 기준)

(단위: 월평균, 천명)

합계	생활	주택	교육	개호	의료	기타
4,399	1,436	1,312	136	197	1,280	38

주: 기타는 출산부조, 생업부조, 상제부조의 합계

자료: 후생노동성, 2009

- 후생노동성은 2010년에 생활보호 기준이 정하는 최저 생활비 이하의 세대는 705만 세대이나, 그 중 실제로 생활보호를 수급하고 있는 세대는 108만 세대(15.3%)에 불과한 것으로 추정하고 있음.
- 현행의 생활보호는 수급 조건이 엄격하여 소득이 최저생활비 이하여도, 저축이 최저생활비의 1개월분 미만이면 수급 받지 못함. 그러나 이 조건을 충족하는 337만 세대 중 수급을 받고 있는 세대는 32.1%에 불과함.
- 또한 총 세대에서 소득이 생활보호기준 미만의 세대(수급 세대를 포함)의 비율은 14.7%. 모자 세대의 비율은 74.3%에 달함.

일본 생활보호제도 수급자 현황

- 일본의 생활보호제도 예산은 총 2조 6,225억엔이며 그중 주택부조의 경우 14.1%에 해당하는 3,700엔을 국고에서 보조하고 있음.
- 이는 2004년의 총 생활보호예산 대비 주택부조 예산 12.1%에 비해 약 2%p 증가한 것임.

*일본의 생활보호제도 예산(중앙정부 예산, 2008)

(단위: 억엔)

생활부조	주거부조	의료부조	의료부조	기타부조
8,577 (32.6%)	3,700 (14.1%)	13,063 (49.8%)	624 (2.4%)	281 (1.1%)
총 26,225				

자료: Iwanaga, 2009

- 또한 후생노동성은 2008년도 생활보호의 부정수급이 1만 8623건 (전년도 대비 17% 증가)으로, 총액 106억 1798만 2천엔(동 16% 증가)이 되었다고 발표함.
- 수급자의 증가와 함께 부정도 해마다 증가하고 있어 이는 2004년도에 비해 금액이 약 1.7배의 규모에 달함.
- 부정수급의 유형은 일하고 수입이 있는데 신고하지 않고 수급한 경우가 56.3%로 가장 많고, 연금에 대해 신고하지 않은 경우가 14.3%임.

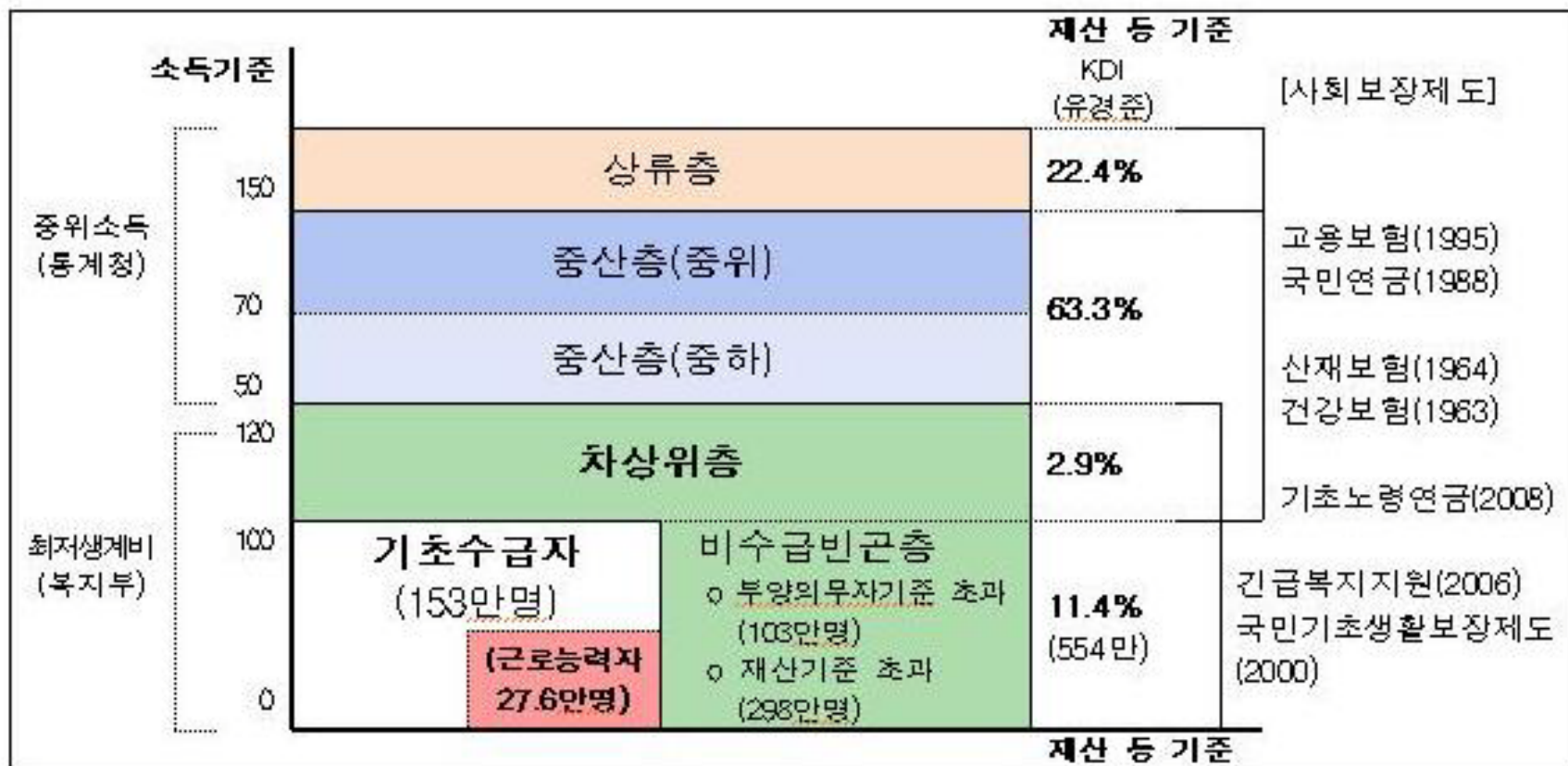


한국복지정책 현황 및 방향

한국 복지정책 현황 및 방향

- 절대빈곤층은 국민기초생활보장제도, 중산층이상은 국민연금, 고용보험 등의 사회보험을 통해 사회복지 서비스 제공
- ※ 비수급빈곤층에 대해서는 긴급복지지원제도가 있으나 일시적·제한적 지원

〈소득계층에 따른 사회복지정책 추진 현황〉



〈 향후 소득계층별 사회복지정책 추진 방향 〉

	중산층 이상 (전체국민대비) 80%	차상위계층(근로빈곤층) 16~17%	절대빈곤층 3~4%
복지정책	사회보험 강화: 기초노령연금, 장애인연금, 가족수당 또는 보육료 지원대상 및 급여수준 강화 (일정소득이 있는 국민을 노령·질병 등 사회적 위험에서 보호 강화)	근로 연계 복지 통합: 기초적·필수적 복지영역에 대한 욕구별 급여체계 도입 및 근로복지 강화 (근로빈곤층에 대한 통합적 지원 강화)	국민기초생활보장제도 개선 (부양의무자 기준, 재산의 소득환산율 완화로 비수급 노인, 장애인 등 근로능력 취약계층은 수급자로 편입)

감사합니다



의료안전망 개선 방안

2010. 5. 15

신 영석

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

목 차

I. 의료안전망 개념 및 관련 이론	1
II. 외국의 제도 및 보장성 현황	3
III. 의료안전망 관련 현황, 실태 그리고 문제점	8
IV. 의료안전망 기금 도입을 통한 의료안전망 구축방안	18

I. 의료안전망 개념 및 관련 이론

1. 안전망의 개념(Definition of safety net)

□ 사회안전망(Social Safety Net): 빈곤층이나 취약계층(vulnerable groups)을 주 대상으로 소득 또는 지출의 감소 혹은 중단이 발생하는 사회경제적 재앙, 비상사태 등이 발생하는 경우 그 들이 어려움을 극복할 수 있도록 개인 또는 가구단위에게 사회적 도움을 주는 모든 제도 통칭

- 사회보장(Social Protection): 사회보험, 사회 서비스, 사회부조, 사회안전망 포괄
- 사회보험(Social Insurance): 기여를 통하여 질병, 실업, 산업재해, 노령기의 소득 등 보장
- 사회부조(Social Assistance): 기여와 상관없이 빈곤층, 취약계층, 사회적 약자 등 보호
- 사회서비스(Social Services): 교육, 보건, 사회복지 분야 등에서 공공부분이 제공하는 서비스
- 사회안전망(Social Safety Net): 노령, 질병, 실업, 산재, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 구성원들을 보호하는 사회적 안전장치로써 사회부조, 사회보험제도, 사회복지서비스 및 한시적으로 도입된 보완적 프로그램을 모두 포함

□ 의료안전망: 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도 포괄

- 정책의 타깃 대상을 기준으로 구분하면 광의의 개념에서는 전 국민이 해당되지만 협의의 개념에서는 저소득 빈곤층에게 초점이 모아질 수 있음.
- 본보고서에서는 의료안전망을 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도를 포괄하되 주요대상은 빈곤층 포함 차상위¹⁾ 계층까지로 한정하고 제도의 포괄성까지만 검토하는 것으로 조작적인 정의를 하고자 함.

1) 이현주 와“차상위 실태분석 및 정책제안”에 의하면 소득((경상소득-생계급여-정부지원금)이 최저생계비 기준 120% 이하(차상위 계층)는 전국민의 약 20.3%로 나타나고 있음.

2. 저소득 취약계층에 대한 의료비 관련 이론

- 소득수준 대비 의료비 부담정도를 측정하는 지표로 과부담 의료비(Catastrophic Health Expenditure)가 정의되고 있음.
 - Wyszewinaski(1986a)는 고액의 치료비용이 가계에 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우 뿐만 아니라 고액의 치료비용은 아니지만 재정적으로 심대한 부담을 주는 경우로 과부담 의료비 정의
 - Berki(1986)와 Stiglitz(1998)는 ‘과부담의료비 지출’을 한 가계의 의료비 지출로 인하여 현재 혹은 미래의 표준적인 생활수준(standard of living) 혹은 일상적 생활수준(customary standard of living)이 위협 받을 때라고 정의
 - 세계보건기구(WHO, 2000)는 총 보건의료지출 비용을 그 가계의 지불능력으로 나눈 지표가 40%를 초과할 경우 ‘과부담상태(catastrophic status)’로 제안한 바 있으나, 각국의 보건의료상황에 따라 그 기준점은 더 높거나 낮을 수 있다고 하였음.
 - Wagstaff et al, 1999는 가계의 직접적인 의료비 지출을 kakwani 지수²⁾를 사용하여 소득계층간 형평성 측정
 - Feldstein(1971)은 위중한 질환에 대한 사회보험 설계시 한 가구의 연소득 중 의료비 지출(치료비용과 건강보험료)이 10%를 초과하는 가계를 재정적으로 보호해야 한다고 주장하였음.
 - 1997년 미국 국회예산처(Congress Budget Office, 1997)는 가구의 연소득중 의료비(치료비용과 건강보험료)가 15%이상 지출하는 가구를 보호해야 한다고 보고
 - Waters · Anderson · Mays(2004)는 일년간 소득대비 의료비 지출(치료비용과 건강보험료) 비중이 10%를 초과하는 경우를 과부담상태로(catastrophic status) 규정하고 소득계층간 발생분포 조사

2) 소득수준별로 보건의료에 지출된 금액의 누적분포지수(concentration index of payment)와 지니계수로(Gini coefficient)로 정의되는 보건의료비 지출 이전 소득의 누적분포지수간의 차이로서, 보건의료부문의 지불능력에 있어 누진적으로 재원이 조달되었는지를 측정한다.

- Devadasan 외(2005)는 가계소득의 10%가 넘는 의료비 지출을 과부담 의료비로 정의
- Xu(2003)는 빈곤가구는 의료보장 체계의 본인부담비가 축소되면 의료비 지출 과부담과 재정적 위험에서 벗어날 수 있다고 하였음.
- 한 가구의 의료비 지출이 가계재정에 부담을 미치는 가장 중요한 변수는 가구의 소득(Berki, 1986; Wyszewianski, 1986b; Kawabata, Xu, and Carrin, 2002; 이수연, 1997), 가구 구성원들의 연령구조와 가구주의 취업 상태(세계보건기구의 Kawabata · Xu · Carrin(2002)), 노인이나 만성질환자, 그리고 장애인이 있는 가구들의 유무로 파악되고 있음.

II. 외국의 제도 및 보장성 현황

1. OECD 국가에 있어서 보편적 의료보장의 확보

- OECD 국가 대부분은 보편적인 의료보장을 기본으로 함. 즉, 세금이나 보험료로서 보편적 의료보장이라는 상품을 사고 있다고 볼 수 있음.
 - 베버리지형 국가들은 주로 높은 세금을 재원으로 하며 비스마르크형 국가들은 높은 보험료를 재원으로 한다는 점에서 차이가 있지만 공공 재원을 주재원으로 하고 있는 점에서는 같음.
 - 국민의료비 중에서 세금이나 사회보험료를 재원으로 하는 부분을 공공의료비(public health expenditure: PHE)라고 부르고 있는 것도 같은 맥락임.
- OECD의 30개 회원 국가 중에서 전국민을 대상으로 한 보편적 의료보장(universal population coverage)을 취하지 않고 있는 국가는 독일, 네덜란드, 미국, 멕시코, 터키의 5개 국가 뿐임.
 - 독일과 네덜란드는 상대적으로 자비부담이 가능한 부유층을 중심으로 10-30%의 국민을 공적인 의료보장에서 제외시키거나 자발적으로 벗어나게(opt out) 하며, 이들 계층 대부분은 민영보험 등에 의해 커버되기 때문에 이들 국가에서는

이미 보편적 의료보장이 이루어져 있다고 볼 수 있음.

- 멕시코의 경우는 최근까지 피용자에게만 사회보장제도를 통한 의료보장이 이루어지고 있지만, 2004년부터 보건분야의 사회보호제도를 통해 나머지 주민에게도 공보험을 제공하기 시작하고 있으며, 터키 또한 세 가지 사회보장제도를 통해 3분의 2의 국민이 의료보장 하에 있고 나머지 국민에게도 확대하는 과정에 있음
- 결국 25%의 국민만을 공적 의료보장 하에 놓고 있는 미국만이 OECD 국가 중에서 보편적 의료보장을 확보하지 못하고 있는 것임.

□ 인구집단 면에서의 의료보장(population coverage)과 급여수준(benefit coverage)을 포괄하여 동시에 보여주는 PHE(공공의료비)의 비중 면에서는 미국, 멕시코, 한국, 그리스, 스위스가 낮은 편에 속함.

- 미국에서는 대다수 국민이 민영보험을 중심으로 한 사적 의료보장에 의존하고 취약계층에 대해서만 공적 의료보장이 이루어지기 때문에 민간재원의 비중이 높고, 스위스에서는 전 국민이 공보험에 의해 기본의료서비스를 제공받으나 80%의 국민이 보충적 민영보험을 가입하고 있기 때문에 민간재원의 비중이 높음
- 한국은 인구집단 면에서의 보편적 의료보장(universal population coverage)에도 불구하고, 비급여항목이 많고 급여항목의 경우에도 이용 단계에서의 본인부담(cost-sharing)이 높아서 민간재원의 비중이 높게 나타나고 있음. 또한 민영보험의 미발달로 민간재원의 대부분을 직접적인 가계부담에 의존하고 있는 것도 특징임.

2. OECD 국가에 있어서 취약계층 의료보장의 유형

□ OECD 국가를 중심으로 한 선진국은 베버리지형 국가나 비스마르크형 국가나 막론하고 필수적인 의료에 대해서는 공적 의료보장의 대상으로 함. 즉, 핵심서비스(core service) 내지 기본패키지(GHCP: Guaranteed Health Care Package)로서 지불능력과 관계없이 제공하는 것을 원칙으로 하고 있음.

- 최근 모럴해저드의 방지와 공공재정부담의 완화 차원에서 이용자 부담을 설정 내지 확대하는 경향이 있는 것은 사실이나 출발점은 우리나라의 반대편에 있었던 것임.

- 취약계층에 대한 배려는 저소득층에만 한정되지 않고 임산부, 아동, 장애인 등 개별 주민의 특성 내지 의료적 필요성도 강하게 반영하게 됨.

□ 영국, 스웨덴 등 베버리지형 국가들은 국가보건서비스의 틀에서 통합적으로 전 국민에게 보건의료를 제공함. 필수의료의 경우에는 이용 단계에서 거의 무상으로 이용이 가능하도록 하면서 의약품, 치과 등의 선택적 의료의 경우에 환자의 이용자 부담을 두게 됨.

- 일부 취약계층에게는 이용자 부담을 면제하든지 이용자 부담에 상한을 설정함으로써 지불능력의 차이에 따라 접근성이 제약받지 않도록 하는 구조 하에 있음.

□ 독일, 프랑스 등 비스마르크형 국가들은 지불능력이 결여되거나 지불부담으로 인해 의료의 이용이 제약받게 될 계층에 대해서는 이를 면제한다든지 대납하든지 하는 특별한 배려를 하는 형식을 취하고 있음.

- 독일의 경우에는 평상시의 보험료 납부에 있어서 저소득 피용자의 경우는 사용자만이 부담하고, 일정 소득 이하의 가족피보험자는 보험료를 면제하며, 실직자 및 사회부조 수급자 기타 군복무자의 경우는 국가 등이 대납하고 있음

- 이용 단계에서의 부담은 장기만성질환자에 대한 본인부담을 소득의 1% 이내로 하며, ‘사회조향’에 따른 저소득계층 내지 18세 이하에 대해 본인부담을 면제함.

- 프랑스에서는 공적부조 차원에서 소득이 일정수준 미만으로 공적 질병보험제도에 가입되지 않은 사람에게 단기 또는 장기진료를 요하는 질병의 치료와 휴양에 소요되는 비용, 기타 출산 등에 대한 급여를 실시함.

- 즉, 수혜자격 요건은 ① 신청자가 특정한 니드를 가지고 있어야 하고 ② 경제적 능력을 가지지 못하거나 부족한 상태이어야 함

- 일본은 국민의 1% 정도에 해당하는 생활보호 대상자에게 예외적이고 잔여적 형태의 의료부조를 실시하는 것으로 국민개보험을 통해 필요서비스를 충족시키는 것을 원칙으로 함

- 일본 의료부조의 경우는 생활보호 수급자도 극히 예외적인 상황에 놓인 소수의 국민을 대상으로 하고 있고 이러한 생활보호 대상자 중에서 의료적 필요가 있는 경우 사전에 실시기관에서 의료권을 발급받아 의료부조를 받는 것이기 때문에 비교적 제한적인 제도임. - 이 면에서는 프랑스도 이와 유사한 형태로 분류 가

능함.

- 미국은 선진국으로서는 예외적으로 전국민을 대상으로 한 공적의료보장제도가 없으며, 그 대신 저소득자를 대상으로 한 메디케이드(Medicaid)와 노인과 장애인등 한정된 계층을 대상으로 한 메디케어(Medicare)가 국민의 28%를 대상으로 의료보장 기능을 담당하고 있음.

3. 외국의 보장성 현황

〈표 1〉 OECD 국가의 진료비 대비 본인부담율

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

Note: "n.a." means not available

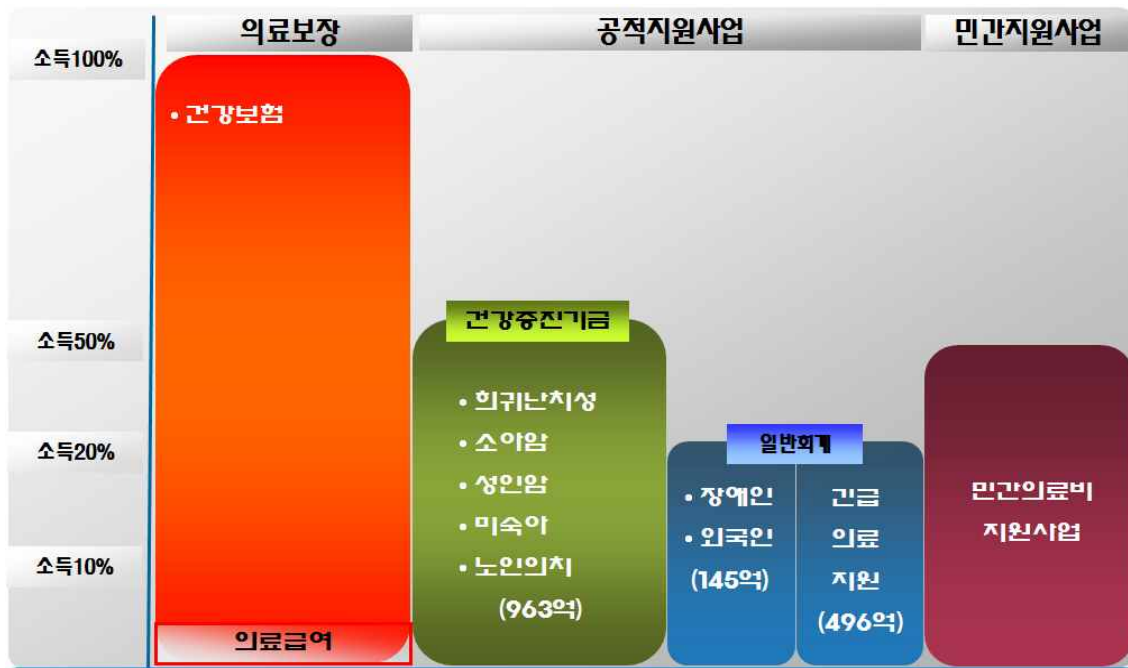
Source: Source OECD HEALTH DATA 2009.

〈표 2〉 의료안전망의 개요

구분	대상		주요사업	지원규모
1차	전 국민		건강보험제도	25조5819억원
2차	의료급여수급자		의료급여제도	4조3578억원
3차	긴급 자격에 해당하는 자		(진료비 중심 지원) 긴급의료비 지원	476억원
기타	공적지원	건강증진기금	(질환 중심 지원) - 희귀난치성 질환 - 소아 및 아동 암 환자 - 성인 암환자 - 미숙아 및 선천성 이상아 - 노인요치 - 노인 개안 및 망막증 수술지원	963억원
		일반회계	(특정 계층 중심 지원) 장애인 의료비지원 외국인 의료비지원 차상위 대상자 본인부담 지원	1283억원
	민간 의료비지원사업		- 희귀난치성, 소아암, 백혈병, 혈우병 - 어린이, 장애인, 노인	약600-800억원

주: 건강보험과 의료급여, 민간의료비지원은 2008년 기준이며, 공적지원제도는 2010년 예산 기준임.

[그림 2] 현행 의료안전망의 개요도



가. 건강보험

- 목적: 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상 및 사회보장 증진에 기여
- 보험급여의 범위: 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대한 보험급여의 내용은 국민건강보험법 내용을 적용하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송으로 규정되어 있음.
 - 요양기관에서 받은 서비스 중 건강보험이 적용되지 않는 비급여 항목인 상급병실료 차액, 지정진료료, 기타 비급여항목은 본인이 100%로 부담
 - 요양기관 종별에 따라 본인 일부 부담의 차등 적용

나. 의료급여

- 목적: 생활유지능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 생존과 삶의 질 유지에 절대적으로 필요한 의료서비스에 대한 접근을 가장 직접적이고 최종적으로 보장해 주는 데 의의가 있음.
- 급여범위: 건강보험과 유사하게 의료급여 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료 급여제도의 급여 범위는 의료급여법 내용을 적용하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치로 규정되어 있음.
- 수급자 선정기준
 - 소득 및 재산 기준: 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자
 - 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액의 합
 - 소득평가액은 실제소득에서 가구별 특성비용과 근로소득을 공제한 것이고 재산의 소득환산액은 재산에서 기초공제와 부채를 제외한 후 소득환산율을 곱하면 구해짐.
 - 재산의 기초공제는 지역별 전세가격(최저주거면적 전세가격) 등의 차이를 감안하되, 가구규모와 관계없이 대도시는 3,800만원, 중소도시는 3,100만원, 농어촌은 2,900만원 적용
 - 재산의 종류별 소득환산율은 일반재산의 경우 4.17%, 금융재산은 6.26%, 승용차는 월 100% 적용
 - 부양의무자 기준: 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분
 - 부양의무자 범위는 수급권자의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 1촌 이내의 혈족

다. 기타 의료비 지원 사업

- 희귀난치성, 소아 및 성인 암, 미숙아, 노인의치, 노인개안 등 건강증진기금사업은 특정 질환을 중심으로 의료비지원을 수행하고 있는 반면, 일반회계로 수행되고 있는 장애인지원, 외국인 지원 등은 사회복지 차원에서 특성별 대상자 중심의 지원이 이루어지고 있음.
 - 단, 긴급의료지원제도는 최후의 의료안전망으로써 역할을 하고 있음.
 - 그 외 응급의료기금을 활용한 응급의료비 대불사업이 시행되고 있음.

〈표 3〉 의료비 지원사업 현황 세부내용

(단위: 백만원)

사업명	예산	'09	'10	비용분담	시행주체	대상 선정기준	지원내용
	총계	150,055	158,762				
긴급지원 (의료지원)	기초생활 보장과	44,248	47,599	지자체 보조* (국비77%)	시군구	소득재산조사(소득 최저생계비150%이하, 금융재산 300만원 미만 등)	300만원 이내 (2회까지)
장애인 의료비지원	장애인 자립 기반과	10,662	11,071	지자체 보조* (국비77%)	시군구	장애 + 소득재산기준 (의료급여2종 장애인)	법정본인 부담 일부
외국인등 의료비지원	공공 의료과	3,360	3,360	지자체 보조 (국비70%)	의료기관, 심평원	신원확인 (노숙인, 외국인근로자 및 자녀, 결혼이민자 및 자녀)	500만원 까지
일반회계	소계	58,230	62,030				
미숙아 및 선천성이상아	가족 건강과	7,303	6,611	지자체 보조 (국비40%)	보건소	건강보험료 (도시근로자가구 평균 소득 130% 이하)	1000만원 이내 (출생 체중별 차등)
암환자 : 소아 아동 및 성인	암정책과	25,800	25,523	지자체 보조 (국비 50%)	보건소	소아 아동: 소득재산 조사 (최저생계비 300%) / 성인: 건강보험료 등	질환 등에 따라 차등
희귀난치성 질환자	질병 정책과	43,216	39,013	지자체 보조 (국비 50%)	보건소	질환 + 소득재산조사 (부양의무자까지)	법정본인 부담, 일부 비급여
노인 개안 및 망막증 수술	노인 정책과	1,063	1,283	지자체 보조 (국비 50%)	한국실명 예방재단	60세 이상 기초생활 수급자, 질환 중증도	수술비용
노인의치	구강생활 건강과	13,553	23,852	지자체 보조 (국비 50%)	보건소	65세 이상 기초생활수급자, 차상위	의치비용
건강증진기금	소계	90,935	96,282				
응급의료비 대불사업	응급 의료과	890	450	국비 100%	심평원	응급환자	응급의료비 (대불)
응급의료기금	소계	890	450				

* 지자체보조(국비 77%): 서울 50%, 그 외 80%

2. 의료안전망 실태

- 의료보장의 사각지대란 의료서비스에 대한 욕구는 있으나 지불능력의 한계 등으로 필요한 서비스를 받지 못하는 상태를 의미함.
 - 의료보장 사각지대는 자격과 급여측면으로 구분하여 접근할 수 있음.

[그림 3] 의료보장 사각지대



- 자격 측면의 사각지대
 - 보험료 체납가구(6개월 이상 : 약 160만 가구) : 6개월 이상 체납하는 경우 급여가 정지되어 의료 사각지대에 놓이게 됨.
 - 건강보험공단의 실태조사 결과를 현재의 체납세대 수에 그대로 적용하면 160만 세대의 체납세대 중 46.7%인 약 74.7만 세대가 생계형 체납이고 나머지 85.3만 세대는 자발적 체납세대로 분류할 수 있음.
 - 약 3만명으로 추정되는 주민등록 말소자, 행방불명자 또한 자격이 불비하여 사각지대에 방치되어 있음.

□ 급여(보장성) 측면의 사각지대

- 2008년 기준 보장율이 약 62.4%(OECD 선진국의 경우 약 80%)에 머물러 고액이 소요되는 중증질환에 이환될 경우 과도한 본인부담(법정 및 비급여 본인부담)으로 빈곤층으로 추락하거나 의료욕구를 해결하지 못하는 사각지대에 놓이게 됨.
- 부양의무자 조건, 재산의 소득환산액 적용 등 국민기초생활보장 수급 기준의 엄격함으로 의료급여수급자가 되지 못한 비수급 빈곤층, 차상위 계층은 건강보험의 보장율이 미흡함에 따라 의료이용에 한계를 경험하고 있음.

□ 최근 연구결과에 의하면 경제적인 요인 때문에 의료욕구를 충족하지 못하는 우리나라 성인 인구의 비율이 약 3-10%에 달하는 것으로 나타났으며 빈곤층의 경우 약 8~15%에 이르는 것으로 추정되고 있음.

〈표 4〉 미충족 의료욕구 실태

연구	대상	자료	미충족 의료
허순임 등(2007)	19세이상 성인 25,215명	국민건강영양조사 (2005)	미충족 의료 경험 = 17.1% 이중 49.5%가 경제적 이유 $17.1 \times 0.495 = 8.46\%$
신현웅 등(2008)	전국 대표 22,912가구	차상위계층실태 분석 (2006)	의료치료포기 경험률 = 12.07% 이중 경제적 이유 = 84.38% $12.07 \times 0.8438 = 10.2\%$
신영전 등(2009)	전체 국민 6,511가구	복지패널자료 (2005, 2006)	경제적 원인 : 5.54%(2005) 비빈곤층=2.28, 절대빈곤층=13.19 2.99%(2006) 비빈곤층=1.02%, 절대빈곤층=7.79%

- 이러한 조사가 전국민을 대표한다고 가정할 경우 우리나라 성인의 약 108만명~360만명이 경제적인 이유로 의료 치료를 포기한 경험이 있는 것으로 판단됨.

□ 차상위 실태조사 결과에 의하면 비수급 빈곤층(최저생계비 이하의 소득자이나 부양의무자 조건 또는 소득인정액 개념 때문에 수급자로 편성되지 못한 계층)이 다른 계층에 비해 의료 박탈 상태에 있음.

- 수급 빈곤층의 경우 의료급여 수급자이기 때문에 본인부담 수준이 건강보험적용자인 비수급 빈곤층에 비해 상대적으로 적어 박탈비율이 비수급 빈곤층에 비해 적음.
- 만성질환 및 희귀질환 보유 가구의 경우 전 국민의 약 10%가 1년 평균 200만원 이상의 직접의료비 부담
- 1년 의료비가 100만원이 넘는 가구의 비율이 수급가구는 15%, 소득인정액 기준 최저생계비 120% 미만의 계층은 30.7%, 경상 소득 최저생계비 기준 150% 이상 계층은 34.5%로 나타났음.
- 과부담의료비에 대한 정의를 의료지출액(보험료+의료비)이 소득의 10%를 넘는 계층으로 하면 수급자의 48.6%와 차상위 계층의 67.2%가 의료비 과부담(의료비가 소득의 10% 이상 초과) 상태에 있음.

3. 의료안전망 관련 문제점

□ 건강보험(1차 의료안전망)

- 1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 건강보험이 도입된 이래 대상자는 전국민(의료급여 수급자 제외) 확대되었고 보장율도 62.4%(2008년 기준)에 이르는 등 짧은 시간에 괄목할 만한 성과를 이루었음.
- 그러나 보장율이 아직 OECD 선진국(약 80%)에 비해 낮아 급여(보장성)측면에서 의료사각지대에 놓여 있는 계층이 많음. :비급여의 과도함으로 의료비 지출 때문에 생계에 지장을 받는 의료비 과부담 가구(의료비 지출이 소득의 10%를 넘는 가구)가 약 전 국민의 15.9%에 이르고 있음.
- 자격측면에서는 약 74.7만 가구(약 233만 명)의 건강보험 비자발적 체납자와 약 3만 명으로 추산되는 주민등록 말소자가 의료소외 계층임

□ 의료급여(2차 의료안전망)

- 1977년 생활보호제도 중 하나로 의료급여제도가 시행된 이래 전 국민의 약 3.7%에 해당하는 저소득 취약계층을 의료급여 수급권자로 편성하여 빈곤층 대상 의료보장의 기틀을 세움.

- 그러나 고액 중증질환에 이환될 경우 비급여 본인부담 등이 과도하여 안전망으로써 역할이 미흡함.
- 특히 대상자 선정기준의 엄격함으로 소득은 최저생계비 이하이나 부양의무자 기준, 재산의 소득환산제 등 때문에 수급자가 되지 못하여 의료사각지대에 방치되어 있는 계층도 상당수에 이름.

□ 긴급 의료지원제도(3차 의료안전망)

- 2005년부터 최후의 의료안전망으로써 긴급의료지원제도가 시행되어 명실공히 외형적으로 제도적 틀을 갖추.
- 그러나 예산 때문에 지원금액 및 대상에 한계가 있어 마지막 안전망으로써 역할이 미흡함.

□ 기타 의료지원제도

- 기존의 의료안전망이 충분한 급여를 보장하지 못해 부분적으로 의료욕구가 긴요한 환자나 특성별 계층에게 10개의 의료비 지원사업을 통하여 의료비를 지원하고 있음.
- 10개의 사업별 대상자 선정기준 및 지원 내용이 상이하여 대상자간 중복과 누락이 발생하고 개별사업별 관리운영으로 사업운영의 비효율이 내재되어 있음.
- 기존의 의료안전망이 불비하여 개별적으로 지원사업이 시행되었으나 현재는 의료안전망이 제 역할을 찾아가는 즈음이기 때문에 개별사업을 통합·운영하여 제도의 효율성을 제고함은 물론 의료안전망 내에서 위상을 재정립할 필요가 있음.

Ⅳ. 의료안전망 기금 도입을 통한 의료안전망 구축방안

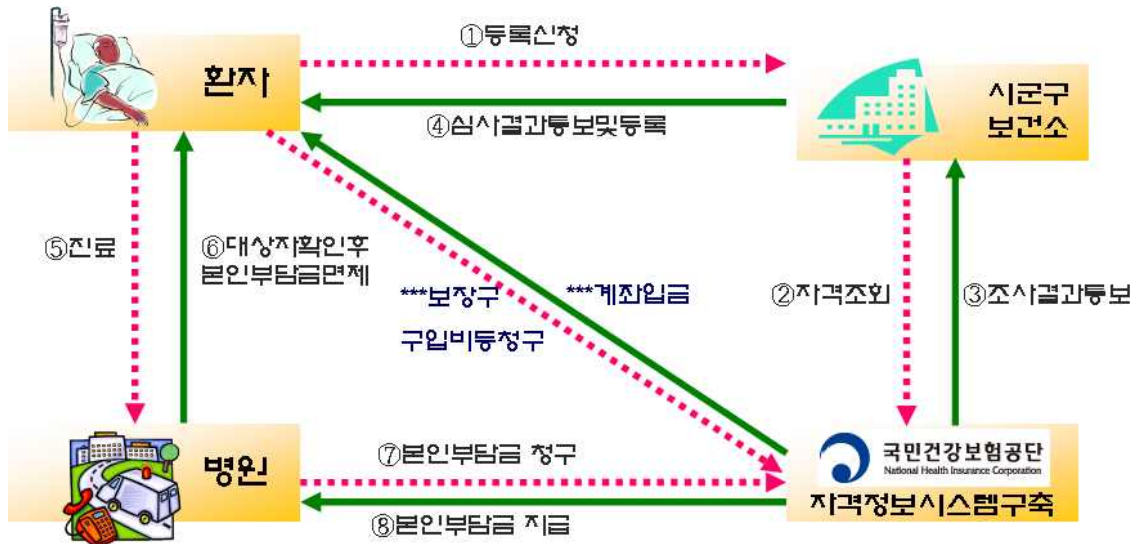
1. 기본 원칙

- ☐ 의료보장의 충분성
- ☐ 재원의 효율적 활용
- ☐ 대상자간 형평성 유지
- ☐ 관리의 용이성

2. 의료안전망 기금의 운영

- ☐ 지원 대상 : 실업, 파산, 재난 등 긴급한 상황에 처한 가구, 소득 기준 일정 수준 이하의 가구로 보험료를 체납하고 있거나, 본인부담(비급여 포함) 의료비가 일정 기준 초과한 가구(예: 의료비가 소득의 10%를 초과한 과부담 의료비 가구)
- ☐ 지원 방법 : 대불하되 분할 납부할 수 있도록하고 일정기간(예: 3년)후 상환 능력이 없는 것으로 판단되는 가구는 결손 처분
- ☐ 관리운영
 - 건강보험공단에서 관리 운영
 - 건보공단에 자격정보 시스템 구축
 - 지방자치단체, 보건소, 건보공단 지방사무소를 통하여 신청하고 공단의 적격여부 심사를 통하여 수급 결정

[그림 4] 관리운영 흐름도



3. 의료안전망 기금 확보 방안

□ 건강보험 본인부담 조정을 통한 기금 확보 : 현행 국고지원 방식은 통합 지원으로 쓰여지는 곳에 대한 구분이 불명확함.

- 따라서 향후 국고지원 방식 개선 시 국고지원액의 일부를 의료안전망기금으로 확보하는 방안임. : 현행 건강보험 국고지원액 중 약 7천억원을 기금으로 지정
- 이때 의료안전망기금 확보로 인해 부족한 국고지원액은 건강보험 병원급이상 본인부담 구조조정을 통해 충원하도록 함.

※ 위 방안은 2011년도에 만료되는 국고지원에 관한 재정건전화 특별법을 수정하여 정리

□ 본인부담 조정 방안

- 최근 5년간 외래 진료비 평균증가율이 종합전문병원은 13.22%, 종합병원은 12.82%, 병원은 14.11% 그리고 의원 5.96%로 병원급 이상 증가율이 과도함 : 따라서 외래 본인부담 조정은 외래 내원일수 증가나 진료비 증가가 지속적으로 증가하고 있는 병원급 이상을 대상으로 함.
- 선행연구 결과들과 내원일당 진료비 분포, 종합전문병원의 본인부담 구조 그리고 관리의 효

유효 운영 등을 종합적으로 고려해 볼 때 Deductible의 규모를 진찰료 수준으로 하는 것이 적당할 것으로 판단됨.

〈표 5〉 병원, 종합병원의 본인부담 구조조정방안

	현행	변경
병원	총진료비 40%	진찰료 +(총진료비-진찰료)*40%
종합병원	총진료비 50%	진찰료 +(총진료비-진찰료)*50%
종합전문병원	진찰료 +(총진료비-진찰료)*60%	진찰료 +(총진료비-진찰료)*(70%~80%)

〈표 6〉 본인부담 조정에 의한 재정절감규모 추정(2010년 기준)

1안		진찰료	내원일당 절감액	내원일수	총 절감액(억원)
병원	초진	13,450원	8,070원	10,175,249	821
	재진	9,730원	5,838원	38,406,624	2,214
	합계				3,063
종합병원	초진	14,940원	7,470원	10,138,183	757
	재진	11,240원	5,640원	37,780,673	2,123
	합계				2,880
종합전문병원	10%인상 당 절감규모		1,554억원	70%로 인상	1,554
				80%로 인상	3,108

주: 1) 2010년 내원일수는 2008년까지 5개년 평균증가율을 적용하여 산정하였음.

2) 본인부담증가에 따른 내원일수 감소분도 추계에 포함하지 않았음.

- 병원급 이상 외래 본인부담 조정의 필요성 및 개선효과
 - 의료전달체계 상 가벼운 질환은 병원급 이상보다 의원급으로 유도할 수 있어 의료전달체계 상으로나 의료비 절감차원에서 필요함.
 - 본인부담 조정으로 절감되는 금액을 의료안전망 기금으로 활용할 수 있음.

4. 재정소요액 추정

□ 자격과 급여 측면에서 사각지대에 놓여있는 계층에 대한 지원

□ 자격:

- 지원대상: 6개월 이상 보험료 체납계층 중 생계체납형(160만 가구 중 42.6%)

→ 160만 가구 × 0.426 = 약 68.16만 가구

- 하위 68.16만 가구의 평균보험료 : 8,399원(2010년 기준)

⇒ 소요액: 68.16만 가구 × 8,399원 × 12개월 × 50% = 343억원(약

50%의 가구가 상환을 전제로 대불하는 경우 가정)

□ 급여:

< 건강보험 대상자 >

- 지원대상 : 중위 소득 이하의 계층 중 비급여 포함(선택진료비와 상급병실료 차액 제외) 본인부담 의료비가 소득의 10% 이상인 즉 과부담 의료비 가구

- 2009년 급여비 30조원(급여율 64%를 가정하면 본인부담율은 36%) 중 본인부담 의료비는 16.87조원에 이릅니다

- 중위 소득 이하 계층 중 의료비 과부담 가구 비율 : 23.01%(지역), 19.11%(직장), 20.51(건강보험 전체)

= 16.87조원 × 0.5 × 74.07%³⁾ × (1 - 0.412/2)⁴⁾ × 20.51% = 1.24조원

• 가정 : 하위 50% 계층의 상급병실료 차액 및 선택진료료 비중이 전체 평균의 약 50%에 이를 것으로 가정

⇒ 이 중 약 대상자의 50%가 대불제도를 이용한 경우 약 6,203억원 소요

3) 평균진료비 대비 하위 50%의 평균진료비 비율

4) 비급여 중 상급병실료 차액과 선택진료료의 비중: 15.2% + 26.0% = 41.2%

< 의료급여 수급자 >

- 지원대상 : 의료급여 수급자 중 비급여 포함(선택진료비와 상급병실료 차액 제외) 본인부담 의료비가 소득의 10% 이상인 즉 과부담 의료비 가구 (소득은 소득인정액 기준 최저생계비로 가정)
- 2008년 급여비 4.36조원(1종: 3.487조원, 2종 : 0.871조원)과 보장율 91.5%(1종: 91.8%, 2종: 86.2%)를 감안하면 본인부담 의료비는 약 0.406조원에 이릅니다
- 의료급여 수급권자 중 의료비 과부담 가구 비율 : 13.03%(1종: 16.05%, 2종 : 7.45%)

$$= 0.406\text{조원} \times (1 - 0.412/5) \times 20.51\% = \text{약 } 764\text{억원}$$

- 가정 : 의료급여 수급권자의 상급병실료 차액 및 선택진료료 비중이 건강보험 전체 평균의 약 20%에 이를 것으로 가정

⇒ 의료급여 수급권자의 경우 대상자 전체가 대불제도를 이용한다고 가정할 경우 약 764억원 소요

□ 총 소요액 : 7310억원 = 343억원 + 6,203억원 + 764억원

※ 건강보험은 2009년 기준, 의료급여는 2008년 기준

※ 보장율 및 상급병실료 차액과 선택진료료 비중은 건강보험공단의 “2008년도 건강보험환자 진료비 실태조사 연구” 인용

※ 과부담 의료비 가구의 비율은 보건사회연구원의 2006년 12월에 발간된 신영석 외의 “의료안전망 구축과 정책과제” 인용