

연구보고서 2005-22

기초보장제도 건강성 제고를 위한 급여체계 개선 방안

신 영 석
김 미 곤
이 태 진

한국보건사회연구원

머 리 말

1997년 경제위기 이후 소득격차가 확대되고 실업자가 증가하면서 저소득층에 대한 정부의 관심이 높아졌다. 그 결과 “생활보호”제도가 2000년 “국민기초생활보장법”으로 재탄생 되었다. 종래에는 국가가 보호 내지 시혜차원에서 저소득층을 구휼하던 방식이 최저생계비 이하의 소득자들이 당당하게 권리로써 국가의 지원을 주장할 수 있도록 법체계의 근간이 바뀌었다. 그러나 현재 운영되고 있는 제도가 법정신에 투철한지 여부는 별도의 검토가 필요하다. 최저생계비 이하의 계층이 실제적으로 최저생계비에 미달하는 소득만큼 정부의 지원을 받고 있는지, 주거가 불확실한 계층이 안정된 주거공간을 확보할 수 있도록 제도가 운영중인지, 의료욕구가 긴요한 계층이 최저생계를 유지하면서 치료를 받을 수 있는지 여부 등 법체계에 걸맞게 제도가 시행되고 있는지에 대한 제도 전반의 검토가 요청되고 있다. 특히 최근 경제의 양극화로 빈부의 격차가 심해지고 실업의 성격이 단순실업에서 구조적 장기실업으로 성격이 변화하면서 취업빈곤(Working Poor)이 발생하고 있다. 즉, 우리나라 저소득 취약계층에 대한 현실을 재검토해야 하는 시점이 도래한 것이다. 실직계층 및 빈곤계층의 변화된 실태와 욕구를 파악하고, 정책목표와 추진전략을 이 현실에 맞게 재구성해야 하는 것이다. 이를 위해 사회안전망에서 소외된 취약계층(사각지대 계층)을 파악하여 포괄적인 제도적 지원체계를 강구해야하고, 지원된 급여의 충분성을 검토해야 하고, IMF 경제위기이후 긴박한 정책수립과정에서 불가피했던 제도 간의 중복과 충돌의 문제를 해소하여야 한다.

따라서 본보고서는 위와 같은 인식하에 국민기초생활보장법의 급여체계에 초점을 맞추어 중장기적 대안을 모색하고 있다. 첫째, 현행 보충급여 방식이 자활 및 근로유인 관점에서 여러 가지 문제를 안고 있기 때문에 이를 빈곤탈피와 연계하여 건강성 회복 차원에서 제도 개편을 모색하고 있다. 특히 논란이 되고 있는 현행 통합급여체계와 개별급여체계를 비교하고 개선된 통합급여체계를 제

시하고 있다.

둘째, 생계급여에 포함되어 실질적인 주거개선의 역할을 하지 못하는 주거급여를 실질화하는 방안이 모색되고 있다. 지역별, 점유형태별 형평성까지 고려한 주거급여 개선모형이 제시되고 있다.

셋째, 의료급여 수급권자들의 비급여 본인부담 포함 의료비 부담 실태를 파악하여 의료급여 수급권자들의 의료안전망 강화방안을 도출하고 있다.

본보고서는 이처럼 저소득층 대상 정책 방향이나 제도개선을 위한 시사점을 제시하고 있기 때문에 국민기초생활보장법 관련 정책 및 기초자료로도 널리 활용될 수 있을 것으로 기대한다. 따라서 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 본원의 신영석 연구위원의 책임하에 김미곤 부연구위원, 이태진 책임연구원에 의해 완성됐다. 연구진은 수차에 걸친 토론회에서 도움을 주신 자문단의 각계 전문가에게도 고마움을 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 노대명 부연구위원, 이현주 책임연구원에게 감사하고 있다.

2005년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

목 차

요 약	11
I. 서 론	35
제1절 연구의 필요성 및 목적	35
제2절 연구내용 및 방법	39
제3절 연구결과에 대한 기대효과 및 활용방안	41
II. 기초보장제도 급여체계의 현황 및 문제점	42
제1절 급여체계 현황	42
제2절 급여체계의 문제점	59
제3절 급여체계에 대한 쟁점	74
III. 주요국의 급여체계 비교	77
제1절 OECD 주요국의 저소득층 지원 정책	77
제2절 OECD 주요국의 급여체계 구조 비교	108
IV. 급여체계 개선 방안	115
제1절 기본 방향	115
제2절 기초생활보장 급여체계 개선방안	117
제3절 주거급여 급여체계 개선방안	124
제4절 의료급여 급여체계 개선방안	132
참 고 문 헌	139

표 목 차

〈표 2- 1〉 일반수급가구 소득인정액(평균) 현황 - 가구원수별	42
〈표 2- 2〉 2005년도 최저생계비 및 현금급여기준	44
〈표 2- 3〉 긴급 생계급여액(2005년도기준)	45
〈표 2- 4〉 국민기초생활보장제도의 주거지원 시행규칙	47
〈표 2- 5〉 2005년도 최저주거비 보장 현황	48
〈표 2- 6〉 2004년 지역별 점유형태별 가구규모별 최저주거비	49
〈표 2- 7〉 의료급여 수급권자수('04.12월, 명): 154만명	52
〈표 2- 8〉 의료급여 수급자 종별 법정 본인부담금 현황	53
〈표 2- 9〉 자격별 본인부담 실태	55
〈표 2-10〉 자격별 본인부담 실태 (비급여 선택진료료 및 병실료 차액, 식대 제외)	56
〈표 2-11〉 자격별 본인부담 실태 (비급여 선택진료료, 병실료 차액, 식대, 중별가산율 소거)	57
〈표 2-12〉 의료급여 수가 기준 현황	58
〈표 2-13〉 소득세 및 이전소득의 소득불평등도 축소효과 국제비교	63
〈표 2-14〉 의료보장 형태별 급성기 입원 부적절률	73
〈표 2-15〉 의료급여 종별 급성기 입원 부적절 비율	73
〈표 2-16〉 의료공급자 특성별 1종 수급자의 입원 부적절률	74
〈표 3- 1〉 독일의 저소득층에 대한 사회보장제도	78
〈표 3- 2〉 독일의 아동을 가진 가족들에 대한 급여제도	79
〈표 3- 3〉 가구형태별 월 사회부조급여 구성(2001.1.1., EUR)	82
〈표 3- 4〉 주거급여 파라미터값	83
〈표 3- 5〉 독일의 공공부조제도	85

〈표 3- 6〉 일본의 저소득층에 대한 사회보장제도	86
〈표 3- 7〉 2003년도 세대유형별 최저생활비 월액의 사례	88
〈표 3- 8〉 일본의 최저생활비 산정 구조	90
〈표 3- 9〉 일본의 주거부조 기준액(2000년 기준, 엔/월)	91
〈표 3-10〉 일본의 공공부조제도	92
〈표 3-11〉 영국의 저소득층에 대한 사회보장제도	93
〈표 3-12〉 영국의 아동을 가진 가족들에 대한 지원	94
〈표 3-13〉 소득보조의 급여기준	97
〈표 3-14〉 보증크레딧의 최저소득기준(appropriate amount)	98
〈표 3-15〉 저축크레딧 급여액	98
〈표 3-16〉 영국의 공공부조제도	100
〈표 3-17〉 미국의 저소득층에 대한 사회보장제도	101
〈표 3-18〉 2003년도 미국 EITC의 급여산정기준	103
〈표 3-19〉 식품권의 최대급여액	105
〈표 3-20〉 미국의 공공부조제도	107
〈표 3-21〉 형태별 급여종류의 양상	109
〈표 3-22〉 인구집단별 급여종류의 양상	110
〈표 3-23〉 지급시기별 급여종류의 구분 양상	111
〈표 3-24〉 급여체계의 양상	114
〈표 4- 1〉 근로소득 공제율(2005년)	117
〈표 4- 2〉 개별급여와 통합급여	120
〈표 4- 3〉 월세 4인 가구의 All인 경우의 급여 및 가처분소득	123
〈표 4- 4〉 월세 4인가구로서 Only인 경우의 급여 및 가처분 소득	124
〈표 4- 5〉 모형별 비교	132
〈표 4- 6〉 2004년 최저생계비(중소도시 기준) 기준	133
〈표 4- 7〉 의료급여 수급권자의 비급여 본인부담 감소를 위한 정책 대안 ..	138

그림 목 차

[그림 2-1]	2000년 저소득가구의 구성(음영으로 처리된 부분이 차상위 계층) …	60
[그림 2-2]	의료급여 수급자의 본인부담금 구조 비교 ……………	70
[그림 3-1]	2000년도의 EITC 보조금 ……………	103

Abstract

A Study to Improve the Benefit Structure of the Basic Social Security

"National Basic Livelihood Security Act" has been enforced as of October 2000 in order to secure the basic livelihood for the low-income class earning less than the minimum cost of living. Social polarization recently caused a great increase in the poor and number of Livelihood Protection recipients. Poverty caused by the social polarization is a huge social problem. Therefore, the re-establishment of "National Basic Livelihood Security Act", specifically benefit structure, is necessary for coping with this problem.

The research performed try to find out

- 1) a plan to improve the structure of benefit system by increasing efficiency, equity, and social solidarity
- 2) an alternative to increment the self-reliance by providing additional incentive to work
- 3) a plan to expand the scope of benefit coverage for vulnerable classes who need medical services though they can not see a doctor due to financial limit
- 4) loosened criteria to include all vulnerable people
- 5) policy implications to execute "National Basic Livelihood Security Act" more efficiently

요 약

제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 배경 및 필요성

- 국민기초생활 보장법이 2000년 10월 실시된 이후 5년이 경과하여 기초보장 체계의 틀을 다시 점검할 필요가 있음.
 - 최저생계비 이하의 저소득 빈곤층이 권리로서 최소한의 생계를 국가에 요구할 수 있는 국민기초생활보장법의 취지에 맞추어 법 시행 이후 5년이 경과한 현 시점에서 국가가 기본생계에 대한 책임을 다하는 지에 대한 검토가 필요함.

- 현행 기초보장 체계는 소득인정액 기준 최저생계비 이하의 가구 중 부양의 무자 기준을 만족하는 가구에 대해 보충급여 방식을 통하여 최소한의 삶(생계, 주거, 의료, 자활, 장애, 교육 급여)을 보장하는 제도이나 여러 가지 측면에서 그렇지 못하다는 지적이 있음.
 - 최저생계비의 적정성 여부에 대한 논란이 있고 주거급여가 생계급여에 포함되어 보충급여 방식으로 지급되고 있어 주거보장에 대한 국가의 책임을 다하고 있지 못함.
 - 의료급여제도 또한 법정급여 범위내에서 본인부담을 최소화하고 있으나 법정급여의 범위가 협소하여 중질환이 발생하였을 경우 본인의 실질부담금은 생계를 위협하고 있음.
 - 근로능력이 있는 계층을 대상으로 차상위까지 확대하여 자활급여를 실시하고 있으나 그 실효성에 대한 의문이 제기되고 있는 실정임.

2. 연구목적

- 본 연구는 현행 국민기초생활 보장법하에서 제공되고 있는 6가지 급여 중 교육과 장제를 제외한 4가지 급여에 초점을 맞추어 급여체계의 합리성을 검토하고 개선할 수 있는 여지가 있는 지 판단하여 이러한 부분에 개선안을 도출함으로써 국민기초생활보장법의 목적 및 취지에 부합하는 공공부조 제도의 근간을 충실하게 하고자 함.
- 명실공이 주거보장, 의료보장, 생계보장을 이룰 수 있는 체계를 재정비하고 근로능력 배양을 통한 자활수급자들의 근로의지를 높여 본인의 의사와 희망에 의해 탈빈곤할 수 있다는 가능성을 보여줌으로써 제도의 건강성을 확보하고자 함.
 - 과중한 본인부담의 해소방안을 강구하여 경제적인 이유 때문에 진료를 포기하는 의료사각지대 해소
 - 주거급여를 생계급여로부터 독립시켜 실질적인 주거보장을 이룰 수 있는 체계 구축
- 국민기초생활보장제도의 개선을 위한 시사점 제공
 - 현행 급여의 종류, 범위에 관한 적정성을 분석하여 향후 제도개선을 위한 시사점 제공

제2절 연구내용 및 방법

1. 연구내용

1) 서론

- 연구의 필요성, 목적, 연구방법, 연구내용, 외국의 사례, 정책 효과 등에 관한 전반적 소개

2) 기초보장제도의 현황 및 문제점

가) 현황

대상자 선정체계:

- 소득인정액 및 부양의무자 기준에 대한 현황 검토

급여체계 (생계, 의료, 주거, 자활)

- 개별 급여별로 급여의 범위 및 적정성에 대한 검토

나) 문제점

보충급여방식의 문제점 검토

- 보충급여 방식은 탈빈곤을 불가능하게 한다는 지적 등 선행연구를 통하여 이에 대한 문제점 검토

급여의 형평성

- PL을 경계로 수급권자가 되면 급여 혜택을 받고, 그렇지 못하면 모든 급여에서 배제되는 현실을 차상위 계층의 생활실태와 견주어 비교하고자 함.

수급자 선정체계에 대한 문제점 검토

- 재산을 소득으로 환산하는 방법에서 환산율 및 기초공제액 등이 적절한지에 대한 문제점 검토
- 부양의무자 기준에 대한 적정성 검토

급여의 적정성 검토

- 현행 급여 정도가 법 취지 및 현실에 맞게 적절한지에 대한 검토

3) OECD 주요국의 급여체계 검토 및 시사점

- 수급자 선정기준
- 급여의 충분성
- 제도의 건강성 및 효율성
- 시사점
 - 현재 시행중인 제도 중심으로 우리나라에 적용가능성 검토

4) 급여체계 개선 방안

- 보장성 강화: 생계, 주거, 의료 등 수급권자에 대한 충분치 못한 급여체계를 최소한의 삶이 보장될 수 있는 방안 모색
- 제도의 건강성 확보 및 재정의 효율성 제고: 수급권자들이 자발적으로 빈곤으로부터 탈출할 수 있는 제도적 기반을 제공하고 동시에 중복과 누락을 방지하여 국가의 예산이 효율적으로 활용될 수 있는 방안 강구
- 형평성 제고: 수급권자와 비수급자 그리고 수급자내에서도 삶의 형편 정도에 따라 급여가 차등화 될 수 있는 형평성 제고 방안

2. 연구방법

- 1) 선진제국 답사를 통한 자료분석 및 문헌연구
- 2) 선행연구에 대한 검토
- 3) 최저생계비 계층자료, 건교부 주거실태 조사 자료, 국민건강보험공단 및 심

사평가원 자료를 통한 실태 분석

제3절 연구결과에 대한 기대효과 및 활용방안

- 본 연구는 국민기초생활보장법 시행이후 5년이 경과한 현 시점에서 그 동안의 급여체계 문제점에 대한 대안을 강구함으로써 제도의 건강성을 담보하고 제도 개선을 위한 시사점 제공
- 급여체계의 개편을 통해 형평성 제고, 재정안정, 보장성 강화 등 상충되는 목표의 조화 도모

제2장 기초보장제도 급여체계의 현황 및 문제점

제1절 급여체계 현황

1. 선정기준

- 2003년부터 수급자 선정기준은 소득인정액과 기준과 부양의무자 기준 두 가지로 나누어 부양의무자 유무와 부양능력을 고려하여 소득인정액이 당해년 최저생계비 보다 낮은 경우 수급자로 선정
 - 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액으로 구성되고 소득평가액은 실제소득에서 가구특성별 지출비용과 근로소득공제분을 제외함.
 - 재산의 소득환산액은 재산에서 가구규모별 기초공제액과 부채를 제외한 후 소득환산율을 곱하여 구함.
 - 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 경우는 부양의무자 기준을 만족하는 것으로 인정하고 부양의무자는^{주1)} 수급권자의 배우자, 1촌의 직계혈족, 1촌 직계혈족의 배

주1) 2005년 하반기부터 부양의무자 범위가 축소됨(시행령 4조2항).

우자, 수급권자와 생계를 같이하는 2촌이내의 혈족으로 정의되고 있음.

2. 수급 유형

- 일반수급자는 조건부수급자와 의료·교육·자활급여 특례자, 노숙자쉼터 등의 보장시설수급자를 제외한 모든 수급자를 의미함.
 - 조건부 수급자는 근로능력이 있는 수급자중 자활사업 참여를 조건으로 생계급여를 지급받는 자로, 조건으로 제시된 자활사업에 참여하지 않으면 생계급여가 중지됨.
 - 조건제시 유예자는 조건부수급자이나 지역·가구여건 등 사업시행여건이 개선될 때까지 자활사업 참여를 한시적으로 유예하는 자로 개별가구 또는 개인의 여건 등으로 자활사업에 참가하기가 곤란하거나, 근로 또는 사업에 종사하는 대가로 소득을 얻고 있는 자, 환경변화로 적응기간이 필요하다고 인정되는 자(단, 3개월에 한함), 기타 자활사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 지급하는 것이 곤란하다고 보건복지부장관이 정하는 자로 하고 있음.

3. 급여의 산정 방법 및 종류

- 급여는 생계, 주거, 의료, 교육, 해산, 장제, 자활급여로 구성되어 있고 급여 수준은 수급자의 소득인정액과 급여를 포함하여 최저생계비 이상이 되도록 하고 있음.
 - 급여액은 가구규모별 최저생계비에서 가구의 소득인정액과 타법지원액을 제외하면 산정됨.
 - 조건부수급자는 자활사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 받게되는데, 참가 후 3개월마다 조건이행여부를 확인하여 지급하며, 조건을 불이행시에는 생계급여가 중지됨.
 - 주거급여는 국민기초생활보장법에 따라 수급자에게 주거안정에 필요한 임차료, 유지수선비 등을 지급하고 있음.

- 주거급여는 보충급여의 원리(생계 및 주거급여=현금급여기준-개별가구의 소득인정액)에 의하여 최저주거비를 보장하고 있으나 실질적으로 최저주거비를 보장하고 있지 않으며, 가구규모에 따라 일정금액으로 지급되는 부분과 생계급여에 포함되어 지급되는 부분으로 분리되어 있음.
 - 자가가구^{주2)}의 경우 주거현금급여 가운데 70%를 현금급여로 지급하고, 30%는 현물급여를 실시함.

- 교육급여는 수급자^{주3)}에게 적절한 교육기회를 제공하기 위하여 중·고등학교에 입학 또는 재학하는 자 및 동등학력이 인정되는 각종학교, 평생교육법 제20조에 의한 평생교육시설의 학습에 참가하는 자에게 입학금, 수업료, 교과서대, 학용품비 등을 지원하고 있음.
 - 연도별·급지별로 학교장이 고지한 수업료 전액을 지급하며, 신규수급자의 입학금의 경우 급여신청일이 1분기에 속하는 경우에 한하여 전액지급하고 교과서대는 1인당 10만원을 연 1회, 부교재비는 중학생의 경우 1인당 29천원을 학년초에 연 1회, 학용품비는 중·고등학교 재학중인 전수급자에게 학기당 2만원씩 연 2회 지급하고 있음.

- 해산급여는 의료, 교육, 자활급여 특례^{주4)} 등을 포함한 모든 수급자가 분만전과 분만후의 필요한 조치와 보호를 위해 출산한 경우 지급함.

- 장제급여는 수급자가 사망한 경우 사체의 검안·운반·화장 또는 매장 기타 장제조치를 행하는데 필요한 금품을 지급하는 것으로 수급자는 의료, 교육,

주2) 자가가구에는 수급자 본인 소유 주택에 거주하는 자, 주택 무료 임차자(주택소유자로 타인 주택전체를 무료 임차한 자 포함), 미등기주택 소유거주자, 무허가주택 소유거주자(기존 무허가 관리대장에 등재된 경우), 기타 시장·군수·구청장이 자가 거주자로 인정하는 자 등이 해당됨.

주3) 의사상자예우에 관한 범류에 의한 의사상자의 자녀도 포함됨. 그러나 국가유공자 자녀 등 다른 법령에 의하여 학비감면을 받는 학생에 대해서는 지원을 하지 않음.

주4) 의료·교육급여 특례가구 중 특례수급자로 지정되지 아니한 나머지 가구원이 출산한 때에는 해산급여를 지급하지 아니함(자활급여 특례수급자가 포함된 가구의 가구원에 대해서는 지급)

자활급여 특례자 등을 포함한 모든 수급자를 포함하여 지급

- 자활급여는 자활사업을 통해 근로능력이 있는 저소득층이 스스로의 힘으로 자활할 수 있도록 안정된 일자리 제공 및 자활능력배양을 위해 실시되고 있음.
 - 근로능력이 있는 수급자는 먼저 노동을 통해 소득을 확보하도록 규제하고, 직업훈련 프로그램과 구직사무소를 확대 설치하여 능력개발을 돕는 한편, 일하는 사람에게는 임금이 낮을 경우 소득을 지원해줌으로써 노동 시장에 머물러 있게 하고 있음.

- 의료급여는 생활유지의 능력이 없거나 일정 수준이하의 저소득층을 대상으로 국가재정에 의하여 기본적인 의료혜택을 제공하는 제도로 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 과도한 의료비 지출로 인한 빈곤의 심화를 예방하는데 목적이 있음.
 - 국민기초생활보장제도의 수급자중 근로능력이 있는 자는 2종대상자로, 그리고 국민기초생활수급자 중 근로능력이 없는 자 만으로 구성된 세대 또는 보장 시설에서 급여를 받고 있는 자, 의료급여 특례 수급자로서 보건복지부 장관이 정하는 희귀난치성 질환자, 기타대상자는 의료급여 1종 수급자로 구분하고 있음.
 - 1종 수급자의 경우 급여범위내에서 입원, 외래 상관없이 본인 부담금이 전혀 없는 무상의료가 제공되고 있으나 2종 대상자의 경우는 외래의 경우 의원급 1,000원, 약국은 500원의 본인부담금이 설정되어 있으며 입원의 경우는 진료비의 15%를 부담하고, 외래의 2차, 3차기관을 이용할 경우도 진료비의 15%를 부담하도록 되어 있음.
 - 총진료비 중 입원의 경우 건강보험은 약 65.21%, 의료급여 1종은 84.47%, 의료급여 2종은 약 72.39%의 급여율을 보이는 것으로 추정됨.
 - 의료기관 중별 가산율은 의원급 11%, 병원급 15%, 종합병원 18%, 제3차 의료급여기관 22%임.

제2절 급여체계의 문제점

1. 기초보장제도의 문제점

□ 기초보장의 사각지대(no-care zone) 존재:

- 가장 최근의 전국 통계자료인 2000년 가계소비실태자료에 의하면, 전국 절대빈곤율은 7.97%이고 동년 기초보장수급자 비율은 약 3.2%이기 때문에 빈곤하지만 기초보장을 받지 못하는 비수급 빈곤층이 약 4.8%인 것으로 추정됨.
- 소득이 최저생계비의 100~120%에 속하는 잠재적 빈곤층은 약 4.2%로 나타나고 있어 차상위 계층(비수급빈곤층+잠재적 빈곤층) 중 일부는 기초보장의 사각지대에 놓여있는 것으로 추정됨.

□ 근로저하, 소득의 하향신고, 탈빈곤 미흡:

- 보충급여 방식은 수급자의 근로의욕을 저하시키고, 일하는 자와 일하지 않는 자간의 형평성 문제를 야기하고 있음.
- 근로유인을 위한 소득공제의 경우 공제율이 100%^{주5)}가 아닌 경우 소득 증가는 급여감소로 이어져 근로유인의 효과가 반감되고 있음.
- 보충급여방식은 소득과약을 어렵게 만들어 수급자간 및 수급자와 비수급자간의 형평성 문제를 야기시킴.
- 자활정책이 조건이행을 하면 생계급여를 지급한다는 수동적·소극적 이념 하에서 출발하였기 때문에 보충급여 원리는 효율적인 자활목표 달성을 어렵게 하고 있음.

□ 현행 기초보장제도의 선정기준이 절대빈곤선이기 때문에 절대빈곤선 이상

주5) 소득 공제제도란 근로유인을 위하여 실제소득(E)의 일정 비율(r)을 감한 금액을 소득평가액(E')으로 인정하는 제도임[E'=(1-r)×E]. 그러므로 소득공제율이 100%라는 것은 모든 수급자의 소득평가액이 0라는 것을 의미하므로 보충성의 원리를 제도에 적용하지 않겠다는 의미가 된다. 따라서 특수한 경우를 제외하고는 공제율을 100%로 할 수 없음.

상대빈곤선 이하의 계층에 대한 대책은 매우 빈약함.

- 우리나라의 경우 기초보장제도를 포함한 공공부조제도의 빈곤 및 분배 개선 효과가 매우 미흡함.
 - 2000년의 경우 기초보장제도의 급여가 포함된 공공부조성 급여는 절대빈곤율을 약 0.78%(=8.75%-7.97%) 감소시키고 있는 반면에 사적이전의 경우 절대빈곤율을 약 4.23%(=12.2%-7.79%) 감소시키고 있으며, 빈곤율 외 다른 빈곤지표에서도 공적이전보다는 사적이전의 개선효과가 훨씬 큰 것으로 나타나고 있음.

2. 주거급여의 문제점

- 주거보장의 사각지대
 - 주거급여의 수급대상자가 기초보장제도 수급자인 최저소득층에 국한되어 있어 주거급여의 사각지대 존재
 - 주거비 부담이 소득의 30%를 초과하는 가구가 전체 가구의 11.2%, 160만 3천 가구에 이르는 것으로 추정됨(김혜승, 2004).
- 주거급여 법령 규정과 운영 현황간의 괴리
 - 주거급여 관련 법령 규정 제1항에서 월세임차료의 상한액 및 하한액은 수급자 및 차상위계층의 주거실태, 최저생계비중 주거비의 비중과 기타 수급자의 주거안정 등을 고려하여 수급자가 매월 주택 임차의 대가로 지불하는 금액의 100분의 50으로 규정하고 있으나 실제로는 중소도시 전세기준의 정액급여로 운영되고 있음.
 - 임차의 대가는 임차한 금액의 기회비용(시장이자율)을 감안하여야하나 제2항에서 전세금(임차보증금)에 소득환산율(제4조제2항의 규정)을 곱한 금액으로 산정하도록 되어 있어 주거비 부담능력 제고라는 주거급여 목적에 부합하지 않음.

□ 주거급여의 종속성

- 주거급여가 독립된 급여로 존재하지 않고 있기 때문에, 주거급여의 존재 자체가 제대로 인식되지 못하고, 이에 따라 주거수준 향상 등 주거문제 해결의 목적으로 이용되기 보다는 생계비를 보완하는 용도로 사용되고 있음.
- 구체적으로 최저주거기준 이하에서 생활하는 가구들의 주거수준을 향상 시키거나 주거비 부담이 과도한 가구들의 부담을 줄여나가는 방식으로 운용되고 있지 못함.

□ 주거급여의 형평성 문제

- 현행 주거급여는 가구규모별 차이에 따른 차등급여를 시행하고 있지만, 그 외 가구특성이나 지역별 차이는 무시하고 있어 형평성의 문제를 안고 있음.

□ 선정기준의 한계

- 주거급여는 기초생활보장 수급자가 통합급여방법에 의해 자동적으로 주거급여 수급자가 되기 때문에 그리고 기초생활보장 수급자 선정기준은 소득인정액 기준을 따르고 있기 때문에 주거조건에 향상을 기대하기 어려움.
- 주거목적의 재산까지도 소득으로 환산되기 때문에 주거의 향상(재산의 증가)은 소득인정액의 증가로 생계급여의 감소를 초래하여 현행제도는 주거향상을 저해한다 볼 수 있음.

3. 의료급여의 문제점

가. 자격 관련 문제점

1) 국민기초생활보장법의 수급자격 기준

□ 국민기초생활보장법하의 수급자가 그대로 의료급여 수급자가 되기 때문에

현행 의료급여 수급 자격은 의료욕구가 전혀 반영되지 못하고 있음.

- 현행 소득평가액 산정시 특성별 지출을 공제하도록 되어있으나 의료비의 경우 6개월 이상 진료실적이 있어야 공제가 가능하기 때문에 현실적으로 여기에서 소외되는 사각지대 존재
- 2000년 10월 국민기초생활보장법 시행시 의료급여 수급자 2대 선정원칙으로 건강위험으로부터 최저생계 보호 그리고 수급자와 비수급자간 형평성 유지 기준 적용
 - 현행 기준은 두 가지 원칙을 모두 위배하고 있음
 - 첫째 건강위험 때문에 최저생계가 위협을 받고 있거나, 금전적인 문제로 진료를 받지 못하는 사각지대가 존재
 - 둘째, All or Nothing 급여 방식 때문에 두 계층간 심각한 소득 역진 문제가 발생하고 있어 형평성 유지가 위협받고 있음.

2) 의료급여 특례 수급자격 기준

- 의료급여특례는 서로간 수급자격의 중복을 가져오는 경우도 있고 급여의 방식도 일관성이 결여되어 있음.
 - 특례 1과 특례 2는 수급자격에 있어 중복되고 있음
 - 소득인정액 기준 최저생계비는 초과하지만 소득평가액 기준으로는 최저생계비 기준을 밑돌면서 만성 또는 희귀질환 등으로 6개월 이상 치료비를 공제하면 소득인정액 기준 최저생계비 이하로 떨어지는 계층은 두 가지 특례에 모두 해당됨.
 - 특례 1과 차상위 대상 의료급여 특례도 서로간 중복의 가능성이 있음.
 - 소득인정액 기준 최저생계비 이상의 계층 중 6개월 이상 지속적으로 의료비가 지출되어 이를 공제하면 수급 요건에 해당되는 경우와 소득평가액이 최저생계비의 100% 초과 120% 이하이면서 6개월 이상의 만성

질환 혹은 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 계층은 중복될 수 있음.

- 특례 제도간 급여내용에 있어서 일관성 부족
 - 만성과 희귀질환자의 경우 부양의무자 특례에서는 동일하게 2종 급여를 받고 있으나 다른 특례에서는 희귀질환자의 경우 1종, 만성질환자의 경우 2종 급여를 제공 받고 있음.
 - 특례 1 수급자의 경우 가구원 전체가 1종 또는 2종 급여를 받고 있으나, 타 특례는 개인 단위의 급여를 제공하고 있음.
 - 차상위 의료급여 특례는 다른 4종류의 특례와 달리 장제비 지원을 받지 못하고 있음.

나. 급여범위 및 수가체계의 문제점

- 의료급여제도의 급여범위 및 본인부담과 관련된 문제는 크게 두 가지 부분에서 제기됨.
 - 첫째는 급여일수의 제한 문제를 포함한 급여범위 문제와 비급여부문을 포함한 실질 본인부담금의 문제임.
 - 급여일수를 365일로 제한하는 경우 여러 가지 질병을 갖고 있어 여러 진료기관을 방문할 수밖에 없는 노인질환의 경우 불이익을 감수해야 하는 문제가 발생하고 동시에 장기입원환자 등에 대해 급여기간 제한제를 부활하자는 의견 존재
- 법정급여 범위내에서도 15%를 본인이 부담해야하는 2종 입원의 경우 20% 본인부담인 건강보험과 비교하여 과도하게 높음.
 - 반면 1종 수급자의 경우 법정 본인부담금이 없고, 식대도 급여에 포함되어 있어 의료남용을 불러일으키는 도덕적 해이 현상이 나타난다는 시각도 있음.

- 의료급여의 경우는 진료비의 80% 이상이 행위별수가제로 지출되기 때문에 의료공급자의 ‘유인수요’, 과도한 심사절차와 심사비용 등의 문제를 유발함으로써 중장기적으로 진료비 통제에 매우 취약함.
 - 사회복지 전담 공무원의 인식에 의존하면 상대적인 과잉진료 및 입원 유도, 부당청구, 고가약 처방 등의 도덕적 해이가 많은 것으로 인식되고 있는 데 특히 농어촌에 근무하는 전담공무원 일수록 과잉진료나 불필요한 입원을 지적하는 비율이 높았음.
 - 건강보험 환자와 의료급여 환자의 부적절 입원율을 비교한 결과 의료급여환자의 입원이 부적절한 경우가 유의하게 많은 것으로 나타났음.

제3절 급여체계에 대한 쟁점

- 최근 현행 기초보장제도의 급여체계가 통합급여이기 때문에 앞에서 언급한 각종 기초보장제도의 문제점을 해결하지 못한다는 문제의식에서 개별급여와 통합급여간 논쟁이 첨예하게 대립하고 있음.
 - 개별급여체계를 옹호하는 측의 주장
 - 통합급여체계에서는 차상위계층 중 의료, 주거 등의 욕구가 있는 가구들이 기초보장제도의 혜택을 받지 못하는 사각지대가 발생함.
 - 통합급여는 소위 ‘all or nothing’이기 때문에 탈빈곤(또는 탈수급)을 저해하는 빈곤함정 발생
 - 개별급여의 경우 차상위계층에 속하는 노인, 장애인 등의 취약계층에게 필요한 급여를 제공하는 것에 사회가 쉽게 동의하나 통합급여의 경우 쉽지 않음.
 - 개별급여의 경우 급여별 분리 독립된 예산체계를 유지하고 있으므로 통합급여인 기초보장제도의 과중한 하중을 분산하는 효과도 있음.
 - 통합급여론자들의 주장
 - 통합급여체계에서도 선정기준으로 지역별 가구규모별 가구유형별 최저생계비를 적용하면 잠재적 빈곤층에 있는 사각지대 문제가 해결될

- 수 있음.
- 비수급빈곤층에 있는 사각지대 문제는 개별급여와 마찬가지로 부양의 무자기준을 적용하지 않고 필요한 욕구에 해당되는 부분급여로 해결 가능
 - 개별급여도입론자들이 주장하는 소위 ‘all or nothing’의 문제는 엄밀한 의미에서 ‘all or nothing’이 아니고, 이로 인한 빈곤함정 문제도 선정 기준으로 지역별 가구규모별 가구유형별 최저생계비를 적용하면 빈곤함정 해결정도가 개별급여와 동일하고, 예산은 오히려 절약될 수 있음.
 - 차상위계층에 속하는 노인, 장애인 등의 취약계층에게 필요한 개별급여의 제공 문제는 개별급여도입론자들의 주장과 마찬가지로 부양의 무자기준을 적용하지 않고 필요한 욕구(예, 주거)에 해당되는 부분급여(예, 주거급여)로 해결 가능

제3장 주요국의 급여체계 비교

제1절 OECD 주요국의 저소득층 지원 정책

1. 독일의 저소득층 지원 정책

가. 사회보장체계

- 독일의 사회보장체계는 크게 세 가지로 구분되어 있음.
- 사회보험제도로써 공적연금제도, 의료보험제도, 실업보험제도, 산재보험제도, 그리고 장기요양보험제도 등이 있음.
 - 아동을 가진 가족들에 대한 지원 제도로써 아동급여, 영유아양육급여, 그리고 출산수당제도 등이 있음.
 - 공적부조급여제도로써 실업부조, 주거급여, 사회부조, 그리고 노인기초소

득보장제도 등이 있음.

나. 공공부조제도

- 실업부조(Unemployment assistance, Arbeitslosengeld)는 실업보험 급여기간을 소진한 저소득 장기실업자에게 지급되는 소득보장제도이고 사회부조(Social assistance, Sozialhilfe)는 전국민에게 최저생활수준을 보장하기 위한 제도로 일반사회부조(Hilfe zum Lebensunterhalt)와 특수상황부조(Hilfe in besondern lebenslagen)의 두 가지로 구분되고 있음.
 - 일반사회부조제도(Hilfe zum Lebensunterhalt)의 수급자격은 자산조사에 기초하는데, 자산조사는 가족, 즉, 부모와 자녀의 소득을 포함하여 신청자의 경우 EUR 1,278, 배우자의 경우 EUR 614, 아동의 경우 1인당 EUR 256수준임.
 - 특수상황부조는 특수한 상황에 처했을 때 지원을 제공하는 것으로서 각 급여종류에 따라 소득기준에 차이가 있음.

2. 일본의 저소득층 지원 정책

가. 사회보장체계

- 일본의 사회보장체계는 사회보험과 아동수당에 의해 기본적인 보장을 제공하고, 공공부조는 근로능력이 없거나 미약한 가구에 최저생활을 보장하는 체계로 구성되어 있음.
 - 사회보험제도 중 국민연금제도는 기초연금제도로써 노인들에게 기초적인 소득을 제공하고 있고, 아동을 가진 가족들에 대한 지원제도로써 아동수당이 있음.
 - 공공부조로서 생활보호제도가 주된 보장을 제공하고, 그 외 아동부양수당, 특별아동부양수당, 특별장해자 수당 등이 제공되고 있음.

나. 공공부조

- 일본의 공공부조제도로는 생활보호제도, 아동부양수당, 특별아동부양수당, 특별장해수당이 있음.
 - 생활보호제도는 전국민에 대해 최저생활을 보장하고자 하는 사회부조제도로 수급자격은 소득기준, 재산기준, 부양의무자 기준으로 구성됨.
 - 생활부조액은 개인적 경비인 제 1유형 비용(식료품, 피복비 등), 세대공동경비인 제2유형 비용(수도 광열비, 가구집기비 등), 가구특성에 따른 가산액, 그리고 기타비용의 네 가지 요소로 구성됨.
 - 부양의무자 기준은 부부, 부모, 직계혈족상호, 형제자매상호, 그리고 기타 3촌 이내의 친족으로 설정됨.

3. 영국의 저소득층 지원 정책

가. 사회보장체계

- 영국의 사회보장제도는 크게 사회보험, 아동을 가진 가족들에 대한 지원, 공공부조의 세 가지 카테고리로 구분할 수 있음.
 - 사회보험제도로는 공적연금제도로서의 기초연금(Basic State Pension)과 국가제2연금(State Second Pension), 국가의료서비스제도(National Health Service), 실업보험제도(Contribution based Jobseeker's allowance), 산재보험제도(Industrial Injuries benefits) 등으로 구성
 - 아동을 가진 가족들에 대한 지원으로는 아동수당(Child Benefit), 아동급여세제(Child Tax Credit), 보호자수당(Guardian's allowance), 출산급여(Statutory maternity pay, Maternity allowance), 아동지원(Child support premium), 그리고 근로소득보전세제(Working Tax Credit)로 구성됨.
 - 공공부조는 실업부조(Income-based jobseeker's allowance), 주거급여(Housing Benefit, Council Tax Benefit), 소득보조(Income Support), 연금크레딧(Pension Credit), 사회기금(Social Fund Payments)등으로 구성됨.

나. 공공부조

- 영국의 공공부조제도는 대상별로 장기실업자에 대해서는 소득기반구직자급여(Income-based jobseeker's allowance)에 의하여, 노인에게는 연금크레딧(pension credit)에 의하여, 그리고 편부모나 장애인, 기타 근로무능력자 등에게는 소득보조(Income support)제도에 의하여 보호를 제공하고 주거급여(Housing Benefit), 그리고 사회기금(Social Fund)에 의하여 추가적인 보호를 제공하는 체계로 구성되어 있음.
 - 소득보조(Income support)제도는 실업자나 전일제 근로자, 그리고 노인들을 제외하고 빈곤층에 대해 기초보장 제공
 - 소득기반구직자수당(Income-based jobseeker's allowance)은 저소득 장기실업자에게 급여를 제공하는 실업부조제도로 수급자격기준(소득기준 및 재산기준)과 급여수준은 소득보조의 기준과 동일함.
 - 주거급여(Housing Benefit)는 집세를 내는 저소득가구들을 대상으로 최대 주거급여액(maximum level of Housing Benefit)은 실제 집세(지역표준 집세 이하의)에서 가구내 비의존 성인당 일정액을 제한함으로써 구성됨.
 - 사회기금(Social Fund)은 다양한 상황하에서의 예외적인 지출을 충당하기 위한 급여를 제공하는 제도로 동절기급여, 장례비 등은 법정 급여로서 제공되고, 그 외의 지역사회보호지원, 생활비대여금, 위기대여금 등은 임의급여로서 제공됨.

4. 미국의 저소득층 지원 정책

가. 사회보장체계

- 미국의 사회보장체계는 사회보험, 공공부조, 그리고 아동있는 가족들에 대한 지원제도의 세 가지 종류로 구분할 수 있음.
 - 사회보험제도로는 노령, 유족, 장애의 위험에 대한 OASDI 연금제도, 노인과 장애인들에 대한 의료보험제도로서의 Medicaid, 실업자들에 대한

- 실업보험, 그리고 산업재해에 대한 산재보험제도로 구성되어 있음.
- 아동을 가진 가족에 대한 지원제도로서는 근로소득보전세제(EITC)가 중산층 밑의 저소득 가족들에 대해 현금 지원
 - 공공부조는 TANF, SSI, 식품권, 주거급여, 의료보호 등 다양한 제도들로 구성

나. 공공부조

- 미국의 공공부조는 현금지원제도로서 TANF와 SSI가 있고, 현물지원제도로서 Food Stamp, Housing Assistance, Medicaid가 있음.
 - TANF 급여는 최대급여액에서 근로소득공제 후 소득과의 차액을 지급하는 보충급여 방식임.
 - SSI는 저소득 노인 및 장애인을 대상으로 현금급여를 제공하는 제도로 수급자격은 인구학적 측면에서 65세 이상 노인이거나 장애인임.
 - 소득은 개인의 경우 월소득 \$552 미만, 부부의 경우 월소득 \$829로 설정되어 있음.

제2절 OECD 주요국의 급여체계 구조 비교

1. 급여종류

- 현금, 현물, 증서 등의 형태별 급여종류에 있어서, 네 개의 국가들의 대부분의 제도들에서 현금지원이 주를 이루고 있음.
 - 현물급여는 주로 의료보호나 주거지원에 있어서 나타남.
 - 인구집단별로 급여종류의 구분 양상을 살펴보면, 노인들에 대한 기초보장에 있어서 독일의 경우 노인기초소득보장제도, 일본은 기초연금, 영국은 기초연금과 연금크레딧, 미국은 SSI제도의 노인들에게 기초소득보장을 제공하기 위한 별도의 제도를 가지고 있음.
 - 지급시기별로 급여종류의 구분 양상을 살펴보면, 대부분의 급여들은 정

기적 급여에 해당됨.

2. 급여체계

- 독일과 일본은 통합급여체계를 가지고 있는 반면, 영국과 미국은 의료보호와 주거급여를 별도 제도를 통해 제공하는 개별급여체계를 가지고 있음.
 - 독일과 일본의 경우에는 통합급여체제로 구축된 사회부조제도내에서 욕구의 다양성에 대응하기 위하여 다양한 추가급여들을 제공하여 부분급여방식이 활성화되어 있고 영국의 경우에도 소득부조의 경우 급여를 성인 및 아동 1인당 설정된 급여외에 장애인, 노인, 미망인 등의 추가적 욕구를 고려하여 추가급여를 지급하나 미국의 경우에는 SSI와 TANF로 제도자체가 분리되어 있어서, 각각의 제도내에서는 이러한 추가적 욕구 반영이 거의 없음.
 - 부가급여와 관련해서는 독일과 일본의 경우에는 장애인 및 모자가정 등의 취약계층에 지급하는 부가급여 존재
 - 4개 국가 모두에 있어서 일반 사회부조제도들과 주거급여는 보충급여의 형태를 가지고 있음.

제4장 급여체계 개선 방안

제1절 기본방향

- 최저생활 보장
 - 모든 사회적 위험에 대한 ‘포괄성’(comprehensiveness),
 - 사회 구성원 모두에게 적용되는 ‘보편성’(universalism)
 - ‘국민복지기본선’(national minimum)의 보장
- 근로유인을 제고

- 빈곤의 함정(poverty trap), 차상위 계층과의 소득역전현상(notch effect), 하향 소득신고의 문제 등을 해결하는 방향
- 빈곤에 대한 예방적 기능 수행
- 실현가능성(feasibility)

제2절 기초생활보장 급여체계 개선방안

- 기존의 통합급여가 개별가구의 욕구를 반영하지 못하는 단점을 해결하기 위하여 통합급여의 체계는 유지하되, 욕구를 반영하기 위하여 부분급여제도를 가미한 형태 도입
 - 선정 및 급여의 기준은 지역별 가구규모별 가구유형별 점유형태별 최저생계비가 되고 현행의 통합급여가 가구규모별 최저생계비를 바탕으로 설계되었지만, 개선된 통합급여란 지역별 가구규모별 가구유형별 최저생계비를 기준으로 설계
 - 개선된 통합급여에서 모든 급여를 받는 수급자(이하 All)는 소득인정액이 가구유형별 최저생계비(PL)이하인 가구로서 부양의무자 기준을 충족하는 가구이고 부분급여만 받는 수급자(이하 Only)는 소득인정액이 가구유형별 최저생계비(PL)이하인 가구
 - All의 경우 PL에서 소득인정액을 감한 금액이 급여수준이 되고 Only의 경우는 가구유형별 최저주거비에서 주거비 부담능력을 감한 금액만 급여

제3절 주거급여 급여체계 개선방안

- 모형 1안: 현행체계 + 지역별, 점유형태별 주거비 차이 공제
 - 지역별 및 점유형태별 주거비 차이를 추가주거비 형태로 소득평가액에서 공제
 - 급여 = 현금급여(생계급여+주거급여) + 현물급여

- 현금급여 = 현금급여기준선 - 소득인정액
- 현금급여기준선= 최저생계비 - 타법령 지원액(현물급여 포함)
- 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액
- 소득평가액 = 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제액 - 추가 주거비
- 재산의 소득환산액 = (재산가액- 기초공제액-부채)×재산의 종류별 환산액
- 추가주거비: 중소도시와 대도시간의 주거비 차액, 월세와 전세 간의 주거비 차액

□ 모형 2안: 현행체계 + 지역별, 점유형태별 주거비 차이 반영

- 지역별 및 점유형태별 주거비 차이를 기존의 현금급여에 추가하여 지급
 - 급여 = 현금급여(생계급여+주거급여) + 현물급여
 - 현금급여 = 현금급여기준선 - 소득인정액 + 부가급여
 - 현금급여기준선= 최저생계비 - 타법령 지원액(현물급여 포함)
 - 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액
 - 소득평가액 = 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제액
 - 재산의 소득환산액 = (재산가액- 기초공제액-부채)×재산의 종류별 환산액
 - 부가급여: 중소도시와 대도시간의 주거비 차액, 월세와 전세간의 주거비 차액

□ 모형 3안: 현행체계 + 지역별, 점유형태별 주거비 차이 반영+ 차상위 확대

- 최저생계비 이하의 가구에게는 모형 1안 또는 모형 2안을 적용하고 최저생계비 100%~120%가구까지는 지역별, 점유형태별, 가구규모별 차등이 반영된 최저주거비가 가구소득의 일정비율(20%)을 초과하는 가구에 게 지급

□ 모형 4안: 소득별 주거비 자부담 차등화

- 주거비를 제외한 최저생계비 이하의 소득자에게는 최저주거비 전액을, 그 이상의 소득자에게는 이상의 소득 중 일정비율(70%)을 주거목적의 자부담으로 하고 나머지(30%) 지원

- 선정:

- $Y \leq M + R/a$

R: 가구규모별, 지역별 최저 임대료(상수)

Y: 가구의 실질소득(변수)

M: 주거비를 제외한 최저생계비(상수)

a: 최저생계비 이상의 소득 중 주거비에 대한 자부담률(상수)
0.7적용

- 급여:

- $HB = R - a(Y - M)$ (HB: 최저주거급여액)
- $Y \leq M$ 인 경우(주로 수급자) 최저 임대료를 전액 지급함.
- HB = 0인 지점이 주거급여를 받을 수 있는 소득상한선이 됨: 따라서 위 공식은 선정기준인 동시에 급여액 결정공식임.

□ 모형 5안: 생계급여로부터 주거급여 독립

- 선정: 건교부 고시 최저주거 기준 미달가구 중 소득인정액이 주거비를 제외한 최저생계비의 150% 이하인 가구
- 생계급여 수급자는 소득인정액이 주거비를 제외한 최저생계비 이하의 가구 중 부양의무자 기준을 만족하는 가구

제4절 의료급여 급여체계 개선방안

□ 의료급여 건당 본인부담(법정 본인부담 및 비급여)이 10만원을 초과하는 건수의 비율이 약 28.01%에 이르고 있음.

- 의료급여 1종은 약 27.63%에 이르고, 의료급여 2종은 약 30.09%에 이룸.

- 본인부담 100만원을 기준으로 하면 의료급여 1종은 759건(약 2.7%), 의료급여 2종은 90건(약 1.67%)임.
- 의료급여 1종의 경우 골수 이식술 등 15개 상병이, 의료급여 2종은 뇌기저부 수술 등 9개 상병이 100만원을 이상의 비급여를 보이고 있음.

□ 의료급여 수급권자에 대한 보장성 강화 방안

- 의료급여 2종의 법정 본인 부담률 인하 및 본인부담 보상제 및 상한제의 현실화: 의료급여 2종의 법정 본인부담을 현행 15%에서 10%로 인하하고 30일 기준 본인부담 20만원 이상의 50%를 보상하는 현행 제도를 10만원 이상의 50%로, 180일 기준 120만원 상한을 50만원으로 조정
- 비급여 본인부담에 대한 본인부담 보상제 도입: 상급병실료 차액 및 선택진료료를 제외한 비급여 본인부담액 중 30일 기준 20만원 초과분에 대해 현행 법정 급여 범위내에서 실시되고 있는 본인부담 보상제와 같이 50%를 보상하되, 우선 공공의료기관에 한하여 시행한 후 점진적으로 확대
- 4대 중증질환군(암, 심혈관계, 뇌혈관계, 98개 희귀난치성 질환)에 대한 보장성 강화: 생명과 직결되어있으면서 고비용이 소요되는 중증질환군에 대해 비급여 포함 본인부담률이 10%가 될 수 있도록 보장성 강화
- 장기 방안: 비급여 본인부담이 10만원 이하의 경우는 현행처럼 본인부담을 하고 10만원 이상 100만원 이하의 건에 대해서는 10만원 이상 부분의 본인부담에 대해 20%의 정률을, 100만원 이상 건에 대해서는 100만원 미만 부분은 앞의 방법을, 100만원 초과한 부분은 10%의 정률로 본인이 부담하도록 하고 실질본인부담 상한을 50만원으로 함.

I. 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

국민기초생활 보장법이 2000년 10월 실시된 이후 5년이 경과하였다. 제도 시행이후 최소한 법적으로는 최저생계비 이하의 계층도 기초보장을 달성할 수 있게 되었다. 제도 시행 이후 5년이 경과한 현시점에서 국민기초생활보장법이 원래의 목적대로 최저생계비 이하의 빈곤계층에게 기초보장을 잘 하고 있는 지에 대한 점검이 필요하다. 즉, 최저생계비 이하의 저소득 빈곤층이 권리로서 최소한의 생계를 국가에 요구할 수 있는 국민기초생활보장법의 취지에 맞추어 법 시행 이후 5년이 경과한 현 시점에서 국가가 기본생계에 대한 책임을 다하는 지에 대한 검토가 필요하다. 현행 기초보장 체계는 소득인정액 기준 최저생계비 이하의 가구 중 부양의무자 기준을 만족하는 가구에게 보충급여 방식을 통하여 최소한의 삶(생계, 주거, 의료, 자활, 장제, 교육 급여)을 보장하는 제도이나 여러 가지 측면에서 그렇지 못하다는 지적이 있다. 최저생계비의 적정성 여부에 대한 논란이 있고 수급자 선정기준에 대한 엄격함에 많은 전문가들이 이의를 제기하고 있기도 하다. 부양의무자 기준이 너무 과도하여 현실을 반영하지 못하고 있다는 의견, 재산의 소득환산이 보충급여 방식에서 최저생계를 위협하고 있다는 의견 등 현재의 수급자 선정기준이 과도하게 엄격하여 사회안전망의 사각지대를 양산하고 있다는 지적이 있다. 국민기초생활보장법상의 수급자가 되면 생계, 주거, 의료, 자활, 장제, 교육 급여를 받게 되지만 바로 위 한 계층은 개별적인 급여가 필요함에도 수급하지 못하는 등 All or Nothing방식의 현행 급여체계가 형평성을 위협하고 있다는 주장도 있다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 최근에는 현행 방식인 통합급여와 급여별 수급자 선정기준과 급

여체계를 별도로 가져가야 한다는 개별급여에 대한 논란이 첨예하게 대립하고 있다.

개별 급여측면에서 살펴보면 주거급여는 생계급여에 포함되어 보충급여 방식으로 지급되고 있기 때문에 주거보장에 대한 국가의 책임을 다하고 있지 못하고 있다. 지역별, 점유형태별 고려없이 중소도시 전세를 기준으로 생계비에 포함하여 급여되고 있기 때문에 지역간, 점유형태간 형평성 문제를 낳고, 생계비 형태의 주거급여는 주거 개선에 사용하기 어려워 주거급여의 욕구가 줄어들지 않고 있다.

의료급여제도 또한 법정급여 범위내에서 본인부담을 최소화하고 있으나 법정급여의 범위가 협소하여 중질환이 발생하였을 경우 본인의 실질부담금은 생계를 위협하고 있다. 특히 의료급여 2종은 최저생계비 이하의 집단이지만 근로능력이 있다는 이유 때문에 본인부담정도가 건강보험과 거의 유사하여 중증질환 이환에 대한 근본적인 해결책이 되지 못하고 있다.

자활급여 역시 근로능력이 있는 계층을 대상으로 차상위까지 확대하여 수급자들의 자활 능력 제고를 위한 다양한 프로그램이 시행되고 있으나 보충급여의 현행 방식 때문에 그 실효성에 대한 의문이 제기되고 있는 실정이다.

따라서 국민기초생활보장제도 급여체계에 대한 연구는 다음과 같은 3가지 측면에서 필요하다. 첫째, 보충급여의 문제점을 해결할 수 있는 급여체계 개발이 필요하다. 둘째, 통합급여의 한계를 보완할 수 있는 주거·의료·교육 등 부분급여 도입방안이 모색되어야 하고, 기초보장 급여와 부가급여와의 연계방안이 개발되어야 한다. 셋째, 개별 급여별 보장성 강화, 제도의 효율성 제고를 위한 방안모색이 필요하다.

우리나라의 기초보장제도 뿐만 아니라 대부분의 복지선진국들의 공공부조제도는 보충성 원리에 따라 보충급여를 하고 있다. 보충급여는 제한된 예산으로 모든 수급자에게 기초보장을 달성시킬 수 있는 방법이나, 근로저하, 소득신고의 불성실, 탈빈곤 저해 등의 문제점을 야기하고 있다. 이러한 문제점들을 보완하기 위하여 근로소득공제제도, 모니터링제도, 자활제도 등을 기초보장제도에 두고 있으나, 근본적인 한계가 있다. 근로저하의 문제점을 해결하기 위한 방안으

로 도입된 소득공제제도의 경우 보충급여 하에서는 부분적인 근로유인만을 기대할 수 있다. 왜냐하면 근로소득의 일부분이 근로장려금으로 지급되나, 급여가 근로소득만큼 감소하기 때문이다. 미국, 영국 등은 소득의 하향 신고를 방지하기 위하여 무작위 표본추출에 의한 ‘수급자 모니터링 제도’를 운영하고 있으나, 동 제도가 우리나라에는 없고, 동 제도를 운영할지라도 보충급여방식은 인간의 이기심에 반하기 때문에 근본적인 해결책이 되지 못한다. 탈빈곤 및 제도의 건강성 확보 등의 목적으로 자활제도를 운영하고 있으나, 인센티브(incentive) 미약으로 자활참여율이 낮고, 수급자와 차상위 계층간의 소득역전(notch effect) 현상 등으로 탈빈곤 목적을 거의 달성하지 못하고 있는 실정이다.

현행 기초보장제도의 급여는 전부 아니면 전무(all or nothing)인 통합급여체계이다. 통합급여체계는 욕구에 따른 급여가 제공되지 않는 제도이기 때문에 월세 거주 가구, 의료비 지출이 많은 가구, 교육비 지출이 많은 가구 등은 기초보장의 사각지대에 놓이게 된다. 이 결과 일부 차상위계층의 경우 근로를 줄이거나 소득을 은닉하여 수급자로 편입하려고 하는 경향이 나타나고 있다. 이러한 문제에 대한 해결방안으로 선정 및 급여기준으로 가구유형별 최저생계비를 적용하자는 논의(부분급여 도입)와 개별급여를 도입하자는 논의들이 별개로 진행되고 있다. 따라서 부분급여와 개별급여간의 장단점 분석이 필요하고, 기초보장 급여와 부가급여와의 연계방안이 개발되어야 한다.

위에서 언급한 것처럼 각각의 개별적 급여들이 문제점을 안고 있다. 보충급여방식과 같은 급여체계 구조의 문제점도 있고 의료급여의 본인부담률처럼 급여체계 내에서 조정이 가능한 문제점도 있다. 국민기초생활보장법 시행 5주년에 즈음하여 전반적인 재조명이 필요한 시점이지만 급여체계를 제외한 다른 분야는 다음 번으로 미루고 본 보고서에서는 급여체계에 초점을 맞추어 개선방안을 모색해보고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 현행 국민기초생활 보장법하에서 제공되고 있는 6가지 급여 중 교육과 장제를 제외한 4가지 급여에 초점을 맞추어 급여체계의 합리성을 검토하고자 한다. 개선할 수 있는 여지가 있는지 판단하여 이러한 부분에 개선안을 도출함으로써 국민기초생활보장법의 목적 및 취지를 충실하게 하고자 한다.

생계급여의 급여체계를 자활에 초점을 두어 근로능력 배양을 통한 탈빈곤 방향으로 개선 방향을 도출하고자 한다. 한정된 예산으로 기존의 보충급여의 문제점을 해결하면서 기초보장제도의 목적 및 원리에 충실하고, 제도·시장간 연계성을 고려한 급여체계 방안을 도출하고자 한다. 즉, 명실공이 주거보장, 의료보장, 생계보장을 이룰 수 있는 체계를 재정비하고 근로능력 배양을 통한 자활수급자들의 근로의지를 높여 본인의 의사와 희망에 의해 탈빈곤할 수 있다는 가능성을 보여줌으로써 제도의 건강성을 확보하고자 한다.

의료급여제도 개선 관련 다음과 같은 몇 가지 목적에 기반을 두고 수행하였다. 우선 중장기적으로 저소득층의 의료사각지대를 해소하고자 하였다. 저소득층의 의료욕구 관련 문제점을 분석하고 이에 대한 대처방안을 마련함으로써 의료사각지대를 근본적으로 제거하고자 하였다. 한계계층의 건강보험 가입자와 의료급여 수급권자 사이의 형평성을 고려하면서 사각지대 해소방안을 강구하고자 한다.

의료급여 수급권자의 의료관련 비용 분석을 통한 급여체계 개선 방안을 도출하여 최소한의 의료보장체계를 구축하고자 한다. 급여범위의 확대, 본인부담의 축소 등의 근거를 도출하고 이에 기반한 중장기 의료급여제도의 지향점을 모색하였다. 또한 저소득 빈곤층에 대한 의료안전망으로써 국가의 기초의료보장 체계를 구축하고자 하였다. 비수급 빈곤층(최저생계비 이하이지만 소득인정액은 빈곤선을 넘거나 부양의무자가 있어도 실제로 부양을 받지 못하는 계층) 또는 잠재적 빈곤층(현재는 최저생계비 이상의 소득이 있으나 의료비 등의 지출로 가처분 소득은 최저생계비 이하의 계층)의 최소한 의료욕구를 국가가 제도로서 보장함으로써 의료사회안전망을 재정비 하고자 한다.

주거급여를 생계급여로부터 독립시켜 실질적인 주거보장을 이룰 수 있는 체계를 모색하였다. 선정부터 급여까지 현행 통합체계 포함 개선된 통합형과 완전 독립적인 개별형 주거급여까지 여러 가지 모형을 비교 검토하여 실질적인 주거보장이 강구될 수 있는 방안을 도출하고자 한다.

끝으로 일련의 급여별 분석과정을 통하여 현행 국민기초생활보장제도의 개선을 위한 시사점을 제공하고자 한다. 현행 급여의 종류, 범위에 관한 적정성을 분석하여 향후 제도개선을 위한 정책적 시사점을 도출하고자 한다.

제2절 연구내용 및 방법

1. 연구내용

연구의 도입부에 해당하는 서론에서는 연구의 필요성, 목적, 연구방법, 연구내용, 외국의 사례, 정책 효과 등에 관하여 일반적인 소개를 하고 있다.

제2장에서는 기초보장제도의 현황 및 문제점에 대해서 논의를 하고자 한다. 현황부분은 대상자 선정과정과 급여체제로 나누어 실태를 파악하고자 한다. 대상자 선정절차에서 소득인정액 및 부양의무자 적용기준을 살펴보고 급여체계에 대한 현황에서는 생계, 의료, 주거로 나누어 개별급여별로 급여의 범위 및 급여의 적정성에 대한 검토를 하고자 한다. 각각의 제도에 대해 현황을 소개한 후 문제점을 분석하여 제시하고자 한다. 선행연구 등을 통하여 보충급여방식이 왜 탈빈곤을 어렵게 하는지 등에 대해 검토하여 문제점을 부각시키고자 한다. 급여의 형평성 관련해서는 최저생계비를 경계로 수급권자가 되면 급여 혜택을 받고, 그렇지 못하면 모든 급여에서 배제되는 현실을 차상위 계층의 생활실태와 견주어 비교하고자 한다. 수급자 선정체계에 대한 문제점도 검토하게 되는 데 재산을 소득으로 환산하는 방법에서 환산율 및 기초공제액 등이 적절한 지에 대한 문제점을 집중 조명할 예정이다. 부양의무자 기준에 대한 적정성도 논하고자 한다. 현재의 부양의무자 기준이 적정한지, 현실에 부합하는지 등을 검토

하여 문제점을 도출하고자 한다. 끝으로 급여의 적정성여부도 분석하여 현행 급여 정도가 법 취지 및 현실에 맞게 적절한지, 그렇지 않다면 어떠한 대안이 필요한지 등에 대해 논하고자 한다. 급여의 적정성을 논하기 위해서는 현행 최저생계비가 타당하게 측정되었는지에 대한 평가가 필요하나 이는 너무 광범위한 논의를 필요로 하고 있어 본 연구에서는 현행 최저생계비가 적정하다는 차원에서 출발하고자 한다. 즉, 개별 급여별로 의료급여의 급여범위 및 본인부담 정도가 최저생계를 유지하는데 어려움이 없는지, 현행 주거급여가 주거보장을 담보하는지 등 개별적인 접근을 하고 생계급여는 자활급여와 연계하여 근로유인체계를 확보하는 데 초점을 두고자 한다.

제3장에서는 외국의 급여체계를 소개한다. 수급자 선정기준, 급여의 충분성, 제도의 건강성 및 효율성 등을 포함하여 영국, 미국, 일본, 독일을 중심으로 외국의 제도를 살펴봄으로써 현재 시행중인 제도를 중심으로 우리나라에 적용가능한 즉, 참고할 만한 시사점을 도출하고자 한다.

국민기초생활보장법의 현황 및 문제점 그리고 외국의 사례를 토대로 급여체계의 개선방안을 강구해야한다. 이처럼 본 보고서의 결론에 해당되는 부분이 제4장에서 다루어질 것이다. 보장성 강화, 제도의 건강성 확보 및 재정의 효율성 제고, 그리고 형평성 제고의 원칙에서 개선방안을 도출하고자 한다. 생계, 주거, 의료 등 수급권자에 대한 충분치 못한 급여체계를 최소한의 삶이 보장될 수 있는 보장성 강화방안을 모색할 예정이다. 수급권자들이 자발적으로 빈곤으로부터 탈출할 수 있는 제도적 기반을 제공하고 동시에 중복과 누락을 방지하여 국가의 예산이 효율적으로 활용될 수 있는 방안을 강구함으로써 제도의 건강성을 확보하고 재정의 효율성 제고를 도모하려 한다. 수급권자와 비수급자 그리고 수급자내에서도 삶의 형편 정도에 따라 급여가 차등화 될 수 있는 형평성 제고 방안도 포함될 것이다.

2. 연구방법

급여체계에 대한 선행연구의 검토 그리고 인터넷 사이트 등을 통한 선진제

국의 제도 탐색이 우선 실시된다. 그리고 최저생계비 계층자료, 건교부 주거실태 조사 자료, 국민건강보험공단 및 심사평가원 자료를 통해 현행 급여체계의 실태를 분석한다. 이러한 분석을 토대로 급여체계 개편방안을 모색한다. 개편방안 모색은 모형별 시뮬레이션을 통해 비교분석함으로써 정책개편을 위한 함의를 도출하고자 한다.

제3절 연구결과에 대한 기대효과 및 활용방안

본 연구는 국민기초생활보장법 시행이후 5년이 경과한 현 시점에서 그 동안의 급여체계 문제점에 대한 대안을 강구함으로써 제도의 건강성을 담보할 수 있을 것이다. 법 취지에 맞게 급여의 보장성을 강화하고, 재정의 효율성을 높일 수 있을 것으로 기대한다. 또한 제도의 현황 및 문제점을 파악하는 과정에서 향후 정책 개편을 위한 여러 가지 시사점을 제공하는 효과도 기대한다. 급여체계의 개편은 형평성 제고, 재정의 효율화, 보장성 강화 등 제도의 목적과 부분적으로 상치될 수도 있다. 보장성 강화와 재정효율화는 동전의 양면과 같고 지나친 형평성의 추구는 국가이념에 배치될 수도 있기 때문이다. 이러한 상충된 목표가 조화될 수 있는 제도 개선안 또는 시사점이 도출되기를 기대해본다.

Ⅱ . 기초보장제도 급여체계의 현황 및 문제점

제1절 급여체계 현황

1. 선정기준

2003년부터 수급자 선정기준은 소득인정액과 기준과 부양의무자 기준 두 가지로 나누었다. 부양의무자 유무와 부양능력을 고려하여 소득인정액이 당해년 최저생계비 보다 낮은 경우 수급자로 선정된다. 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액으로 구성되고 소득평가액은 실제소득에서 가구특성별 지출비용과 근로소득공제분을 제외한다. 재산의 소득환산액은 재산에서 가구규모별 기초공제액과 부채를 제외한 후 소득환산율을 곱하여 얻어진다.

〈표 2-1〉 일반수급가구 소득인정액(평균) 현황 - 가구원수별

(단위: 원)

시 도	계	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인 이상
2003	252,023	126,559	274,498	445,645	577,316	696,275	797,279	933,412
2004	250,788	124,864	273,797	445,388	577,935	694,760	785,890	895,103

자료: 보건복지부, 『2004년도 국민기초생활보장 수급자 현황』, 2005.

부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 경우는 부양의무자 기준을 만족하는 것으로 인정된다. 부양의무자는^{주6)} 수급권자의 배우자, 1촌의 직계혈족, 1촌 직계혈족의 배우자, 수급권자와 생계를 같이하는 2촌이내의 혈족으로 정의되고 있다.

주6) 2005년 하반기부터 부양의무자 범위가 축소됨(시행령 4조2항).

2. 수급 유형

일반수급자는 조건부수급자와 의료·교육·자활급여 특례자, 노숙자쉼터 등의 보장시설수급자를 제외한 모든 수급자를 의미한다. 조건부 수급자는 근로능력이 있는 수급자중 자활사업 참여를 조건으로 생계급여를 지급받는 자로, 조건으로 제시된 자활사업에 참여하지 않으면 생계급여가 중지된다. 조건제시 유예자는 조건부수급자이나 지역·가구여건 등 사업시행여건이 개선될 때까지 자활사업 참여를 한시적으로 유예하는 자로 개별가구 또는 개인의 여건 등으로 자활사업에 참가하기가 곤란하거나, 근로 또는 사업에 종사하는 대가로 소득을 얻고 있는 자, 환경변화로 적응기간이 필요하다고 인정되는 자 (단, 3개월에 한함), 기타 자활사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 지급하는 것이 곤란하다고 보건복지부장관이 정하는 자로 정하고 있다.

특례수급은 자활 등 여러 유형의 수급자가 존재한다. 자활급여특례자는 수급자가 자활근로, 자활공동체(이상 시·군·구 주관), 자활취업촉진사업(노동부 주관) 등 자활사업에 참가하여 발생한 소득으로 소득인정액이 선정기준을 초과한 자이고 의료급여특례자는 실제소득에서 6개월 이상 지속적으로 지출되는 의료비를 공제하면 수급자 선정요건에 해당하나, 수급자 선정 이후에는 공제 대상 지출이 발생하지 않아 소득인정액이 최저생계비를 초과하는 가구이다. 교육급여특례자는 실제소득에서 중고등학생 학비(입학금, 수업료)로 지출되는 비용을 공제하면 수급자 선정요건에 해당하나, 수급자 선정 이후에는 공제대상 지출이 발생하지 않아 소득인정액이 최저생계비를 초과하는 가구이다. 기타 북한이탈주민, 일군위안부, 인간면역결핍바이러스감염자(에이즈감염자), 영주귀국사할린 한인, 한센병정착촌 거주자 등이 특례 대상자이다.

3. 급여의 산정 방법 및 종류

급여는 생계, 주거, 의료, 교육, 해산, 장제, 자활급여로 구성되어 있고 급여수준은 수급자의 소득인정액과 급여를 포함하여 최저생계비 이상이 되도록 하고

있다. 급여액은 가구규모별 최저생계비에서 가구의 소득인정액과 타법지원액을 제외하면 산정된다. 생계급여는 수급자에게 의복·음식물 및 연료비, 기타 일상 생활에 기본적으로 필요한 금품을 지급(법 제8조)하도록 하고 있다. 생계급여액은 현금급여기준에서 가구의 소득인정액과 주거급여액을 차감하여 산정하고 급여 기준액은 현물급여형태로 지급되는 의료비·교육비 및 타법지원액(주민세, TV수신료등)을 차감한 금액이다. 이는 소득이 전혀 없는 가구가 받을 수 있는 최대의 현금급여액을 나타낸다. 급여는 현금으로 지급하는 것을 원칙으로 하나, 가구주의 알코올중독 등으로 가구구성원의 생계유지에 영향이 있는 경우 식품권, 식당이용권 등 물품으로 지급될 수 있다.

〈표 2-2〉 2005년도 최저생계비 및 현금급여기준

구 분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
최저생계비(A)	401,466	668,504	907,929	1,136,332	1,302,918	1,477,800
타 지원액(B)	57,968	96,526	131,096	164,076	188,129	213,381
현금급여기준 (C=A-B)	343,498	571,978	776,833	972,256	1,114,789	1,264,419
주거급여액(D)	33,000		42,000		55,000	
생계급여액 (E=C-D)	310,498	538,978	734,833	930,256	1,059,789	1,209,419

주: 1) 7인 이상 가구의 최저생계비: 1인 증가시마다 174,882원씩 증가(7인 가구: 1,652,682원)

2) 7인 이상 가구의 현금급여기준: 1인 증가시마다 149,630원씩 증가(7인 가구: 1,414,049원)

자료: 보건복지부, 2005, 『국민기초생활보장사업안내』.

조건부수급자는 자활사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 받는다. 참가 후 3개월마다 조건이행여부를 확인하여 지급하며, 조건을 불이행시에는 생계급여가 중지된다. 이때 생계급여 중지는 불이행자에 한하며, 조건 불이행자 본인

을 뺀 나머지 가구원만을 기준으로 동일 가구규모 소득인정액에 해당하는 생계급여액을 지급한다.

긴급 생계급여는 주소득원의 사망, 질병, 부상, 사고, 사업부도·파산 등으로 갑자기 생계유지가 어려운 경우나, 부모의 가출·행방불명 등으로 갑자기 생계가 어려운 경우, 거주지 외의 지역에서 거주하고 있으나 소득이 없어 생계유지가 어렵거나, 그 외 시장·군수·구청장이 긴급생계급여가 필요하다고 인정한 경우 긴급생계급여를 지급하고 있다. 급여액은 최저생계비중 식료품비(40.2%)에 해당하는 액수만큼을 지급하고 기간은 1개월에 한정하나 필요에 따라 1개월 연장할 수 있다.

〈표 2-3〉 긴급 생계급여액('05년도기준)

가구규모	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
지급액(원)	161,390	268,740	364,990	456,810	523,780	594,080

주: 7인 이상 가구는 가구원 1인 추가시 70,300원 추가지급
 자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장사업안내』, 2005년도 하반기.

주거급여는 국민기초생활보장법에 따라 수급자^{주7)}에게 주거안정에 필요한 임차료, 유지수선비 등을 지급하고 있다^{주8)}. 임차료 지원은 월세임차료를 지급하거나 전세자금(임차보증금을 포함)을 대여하는 것으로 규정되어있다. 월세임차료지원은 주택을 소유하지 않은 수급자로서 타인의 주택을 유료로 임차하여 거주하는 수급자(정세자금을 대여 받는 자는 제외)에게 지급되는 데, 이 때 월세임차료는 보건복지부장관이 매년 정하는 상한액 및 하한액의 범위 안에서 수

주7) 기초생활보장제도 수급자는 소득인정액(소득 및 자산 포함)기준 및 부양의무자 기준에 의해 선정되며, 주거급여가 불필요하거나, 타 법령 등에 의하여 주거를 제공받고 있는 경우로 의료·교육·자활급여 특례수급자, 보장시설에 거주하는 수급자, 국가 및 지방자치단체가 운영비를 지원하는 '노숙자 쉼터' 및 '법무부 산하 한국갱생보호공단시설'에 거주하는 수급자, 의료기관에 3개월 이상 입원한 1인 가구로서 무료임차자 및 주거가 없는 자는 주거급여대상에서 제외됨.

주8) 국민기초생활보장법 제11조 시행규칙 제8조~제11조 참조.

급자가 매월 주택 임차의 대가로 지불하는 금액의 100분의 50을 지급하도록 하고 있다. 이 경우 월세임차료의 상한액 및 하한액은 수급자 및 차상위계층의 주거실태, 최저생계비 중 주거비의 비중 및 기타 수급자의 주거안정 등을 고려하여 정하고 있다. 수급자가 매월 주택 임차의 대가로 지불하는 금액이란, 전세로 주택을 임차한 경우에는 전세금에 소득환산율⁹⁾을 곱한 금액, 보증부 월세로 주택을 임차한 경우에는 임차보증금에 소득환산율을 곱한 금액과 월세를 합한 금액, 그리고 월세로 주택을 임차한 경우에는 월세에 해당하는 금액을 의미한다. 한편 수급자는 월세임차료를 지원받는 대신 전세자금(임차보증금을 포함)을 신청할 수 있다¹⁰⁾. 전세자금의 대여를 받고자 하는 자는 관할 시장·군수·구청장에게 신청하여야 하며 이들은 신청에 따라 전세자금의 대여를 결정하고 이를 수급자에게 통지한다. 자가가구 주택을 소유하고 그 주택에서 거주하는 수급자와 타인 소유의 주택에 무료로 거주하는 수급자에게는 유지수선비를 지급하고 있다. 주택의 유지에 필요한 점검은 3개월에 한번 실시하되, 주택의 상태 등에 따라 점검주기를 달리 할 수 있으며, 수선은 점검결과에 따라 신청을 받고 있다.

주9) 소득환산율은 이자율, 물가상승률, 부동산 및 전세가격상승률 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시함(국민기초생활보장법 시행규칙 제4조제2항).

주10) 현행 주거급여제도는 임차가구인 수급자가 월세임차료지원과 전세자금지원 중 하나의 방식을 선택하도록 운영되지 않음. 즉, 기초보장제도 수급자로 선정되면 가구원수에 따라 정액의 주거급여를 현금으로 받고 있으며, 수급자이면서 대출조건이 되는 경우에는 저소득 영세민전세자금대출지원도 동시에 받을 수 있음.

<표 2-4> 국민기초생활보장제도의 주거지원 시행규칙

종 류	대상자	급 여	지급절차
임 차 료	월세 임차 료	<ul style="list-style-type: none"> -매월 주택 임차의 대가로 지불하는 금액의 100분의 50 지급 · 전세: 전세금×소득환산율 · 보증부월세:(임차보증금× 소득환산율)+월세 · 월세: 월세금액 	- 생계급여의 지급방법 준용
	전세 자금 대여	- 주택법 제60조의 규정에 의한 국민주택기금의 운용에 관한 계획	
유지 수선비	<ul style="list-style-type: none"> -주택소유자로서 그 주택 거주자 -타인의 주택 무료임차자 	<ul style="list-style-type: none"> -수급자가 거주하는 주택의 유지에 필요한 점검 또는 수선을 실시하는 것 -이것이 불가하거나 적당하지 않는 경우 점검 또는 수선에 필요한 금품지급 	<ul style="list-style-type: none"> -점검은 3월마다 실시하되, 주택상태에 따라 점검주기 변경가능, 점검결과에 따라 신청을 받아 실시 -수선의 범위 및 신청방법 등에 관하여 필요한 사항은 복지부장관이 정함 -점검 및 수선을 공공 또는 민간기관, 단체에 의뢰하여 실시할 수 있음(자활후견기관 또는 자활공동체에 우선적으로 의뢰)

주거급여는 보충급여의 원리(생계 및 주거급여=현금급여기준-개별가구의 소득인정액)에 의하여 최저주거비를 보장하고 있으나 실질적으로 최저주거비를 보장하고 있지 않으며, 가구규모에 따라 일정금액으로 지급되는 부분과 생계급여에 포함되어 지급되는 부분으로 분리되어 있다. 주거급여 기준선은 최저주거 기준의 기본적인 시설이 갖추어진 주거에서 살아가는 데 필요한 최소한의 비용을 의미하는 최저주거비가 된다. 최저주거기준은 ‘개인과 사회의 건강, 안전, 복리의 유지를 위해 모든 가구가 확보해야 할 수준’을 의미하며, 최저주거기준

의 기본적인 요소는 주거밀도, 주거시설, 주택구조적측면, 주거환경측면 등이 고려되고 있다. 최저주거비는 전물량 방식으로 계측되는데, 구성은 (전가)임대료, 관리비, 이사비, 복비, 수리비, 도배비 등이며, 최저주거비 산정에서는 규범적인 기준인 최저주거기준과 실태조사를 바탕으로 산출되고 국민기초생활보장제도 최저생계비에 포함된 최저주거비는 4인가구 최저주거기준의 중소도시 아파트 전세가격기준으로 산정된다.

〈표 2-5〉 2005년도 최저주거비 보장 현황

(단위: 원, 월)

가구규모	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
생계급여에 포함된 주거비	37,937	85,121	118,426	158,784	175,219	206,120
주거급여	33,000		42,000		55,000	
자가가구 등(현물급여)	23,100(9,900)		29,400(12,600)		38,500(16,500)	
계(최저주거비)	70,937	118,121	160,426	200,784	230,219	261,120

주: 최저주거비는 가구별 최저생계비의 17.7%임. 7인가구 이상의 경우, 6인가구의 1인당 급여액에 당해 가구원수를 곱하고 반올림하여 산출함.

자료: 2005년도 국민기초생활보장사업안내.

가구규모별 최저주거비는 가구규모별 최저주거면적에 해당되는 주거비의 비율을 적용하는 것이 가장 타당하나 이에 대한 자료가 없으므로 가구균등화 지수를 적용하거나 최저주거면적 비율을 적용하여 산출한다. 2004년 최저생계비 가구균등화지수를 적용한 최저주거비^{주11)}는 다음과 같다.

주11) 이는 가구규모별 최저주거기준에 해당되는 주거비용의 비율을 적용하지 않아, 1~2인 가구 경우에는 과소 추정될 가능성이 높음.

〈표 2-6〉 2004년 지역별 점유형태별 가구규모별 최저주거비

(단위: 원, 월)

지역	점유형태	1인	2인	3인	4인	5인	6인
대도시	자가	99,187	165,162	224,315	280,745	321,902	365,109
	전세	101,177	168,476	228,816	286,378	328,361	372,435
	월세	148,891	247,926	336,721	421,428	483,209	548,067
중소도시	자가	67,224	111,938	152,029	190,274	218,168	247,451
	전세	68,871	114,681	155,754	194,936	223,514	253,514
	월세	97,909	163,033	221,424	277,126	317,753	360,402
농어촌	자가	22,950	38,216	51,903	64,960	74,483	84,480
	전세	41,328	68,817	93,464	116,976	134,125	152,127
	월세	56,220	93,615	127,143	159,128	182,456	206,946

주거급여의 유형별 지급방식을 살펴보면 현금급여의 경우, 수급자의 계좌에 생계급여와 같은 방법으로 매월 20일에 입금하며 원칙적으로는 부동산 중개인의 서명·날인이 있는 표준임대차계약서에 의해서 지급대상자와 금액을 확인하되 임대차와 임차인간의 임대차계약을 제시하는 경우 그 내용의 사실여부를 확인하도록 되어있다. 특히, 자가가구¹²⁾의 경우 주거현금급여 가운데 70%를 현금급여로 지급하고, 30%는 현물급여를 실시한다. 즉, 자가가구 등은 주거현물급여를 위하여 주거현금급여액의 30%를 공제하고 지급받게 된다. 현물급여는 자가가구를 대상으로 하고 있으며, 현물주거급여의 예산 및 집행은 자가가구 등의 주거현금급여액 중 공제된 30%를 재원으로 한다. 3년 동안 지급될 현물급여를 근거로 유지수선 서비스를 받을 수 있는데, 가구원 수에 따른 공사상한액¹³⁾을 책정해 두고 있다.

교육급여는 수급자¹⁴⁾에게 적절한 교육기회를 제공하기 위하여 중·고등학교

주12) 자가가구에는 수급자 본인 소유 주택에 거주하는 자, 주택 무료 임차자(주택소유자로 타인 주택전체를 무료 임차한 자 포함), 미등기주택 소유거주자, 무허가주택 소유거주자(기존 무허가 관리대장에 등재된 경우), 기타 시장·군수·구청장이 자가 거주자로 인정하는 자 등이 해당됨.

주13) 집수리서비스의 상한액은 1~2인 가구 80만원, 3~4인 가구 100만원, 그리고 5인 이상 가구 120만원임.

주14) 의사상자예우에 관한 범류에 의한 의사상자의 자녀도 포함됨. 그러나 국가유공자 자녀 등

에 입학 또는 재학하는 자 및 동등학력이 인정되는 각종학교, 평생교육법 제20조에 의한 평생교육시설의 학습에 참가하는 자에게 입학금, 수업료, 교과서대, 학용품비 등을 지원하고 있다. 연도별·급지별로 학교장이 고지한 수업료 전액을 지급하며, 신규수급자의 입학금의 경우 급여신청일이 1분기에 속하는 경우에 한하여 전액지급하고 교과서대는 1인당 10만원을 연 1회, 부교재비는 중학생의 경우 1인당 29천원을 학년초에 연 1회, 학용품비는 중·고등학교 재학중인 전수급자에게 학기당 2만원씩 연 2회 지급하고 있다.

해산급여는 의료, 교육, 자활급여 특례(주15) 등을 포함한 모든 수급자가 분만전과 분만후의 필요한 조치와 보호를 위해 출산한 경우 지급한다. 출산여성에게 1인당 200천원을 현금으로 지급하고 추가 출생영아 1인당 10만원 추가 지급(쌍둥이 출산시 300천원 지급)하고 있다. 단 국민건강보험법 제44조(요양비)에 의하여 해산비를 지급받는 수급자는 해당 금액을 차감하여 지급한다.

장제급여는 수급자가 사망한 경우 사체의 검안·운반·화장 또는 매장 기타 장제조치를 행하는데 필요한 금품을 지급하는 것으로 수급자는 의료, 교육, 자활급여 특례자 등을 포함한 모든 수급자를 포함한다. 의사상자예우에관한법률 제12조(장제보호)에 의한 의사자를 포함하나, 의료·교육급여의 특례가구 중 특례수급자로 지정되지 아니한 나머지 가구원이 사망한 때에는 장제급여를 지급하지 아니한다. 근로능력이 없는 자로만 구성된 가구는 구당 50만원, 근로능력이 있는 가구원이 있는 경우는 구당 40만원을 현금으로 지급하되 장제를 실제 행하는 자에게 지급하는 것을 원칙으로 하며, 급여는 시장·군수·구청장이 지급대상자의 통장으로 지급하고 있다.

자활급여는 자활사업을 통해 근로능력이 있는 저소득층이 스스로의 힘으로 자활할 수 있도록 안정된 일자리 제공 및 자활능력배양을 위해 실시되고 있다. 근로능력이 있는 수급자는 먼저 노동을 통해 소득을 확보하도록 규제하고, 직업훈련 프로그램과 구직사무소를 확대 설치하여 능력개발을 돕는 한편, 일하는

다른 법령에 의하여 학비감면을 받는 학생에 대해서는 지원을 하지 않음.

주15) 의료·교육급여 특례가구 중 특례수급자로 지정되지 아니한 나머지 가구원이 출산한 때에는 해산급여를 지급하지 아니함(자활급여 특례수급자가 포함된 가구의 가구원에 대해서는 지급)

사람에게는 임금이 낮을 경우 소득을 지원해줌으로써 노동시장에 머물러 있게 하고 있다. 조건부수급자의 경우 자활사업 의무참여자이며, 그 외 참여자들은 희망참여자이다. 자활사업 참여우선순위는 조건부수급자, 자활급여특례자, 일반수급자, 차상위계층 순으로 조건부수급자는 근로능력이 있는 수급자중 자활사업 참여를 조건으로 생계급여를 지급받는 자를 이르고, 자활급여특례자는 수급자가 자활근로, 자활공동체, 자활취업촉진사업 등 자활사업에 참가하여 발생한 소득으로 소득인정액이 선정기준을 초과한 자를 나타낸다. 일반수급자는 조건부수급자가 아닌 수급자이고 차상위계층은 실제소득이 최저생계비의 120%미만인 자를 일컫는다.

자활급여의 종류는 시장진입형의 일당 29,000원, 사회적일자리형·인턴형의 일당 26,000원, 근로유지형의 일당 20,000원(6시간/일), 기타 자활에 필요한 금품의 지급 및 대여, 자활에 필요한 기능습득이 지원, 취업알선 등 정보의 제공, 공공근로 등 자활을 위한 근로기회의 제공, 자활에 필요한 시설 및 장비의 대여, 기타 자활조성을 위한 각종 지원 등으로 구성되어있다.

의료급여는 생활유지의 능력이 없거나 일정 수준 이하의 저소득층을 대상으로 국가재정에 의하여 기본적인 의료혜택을 제공하는 제도로 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 과도한 의료비 지출로 인한 빈곤의 심화를 예방하는데 목적이 있다. 의료급여 대상자는 국민기초생활보장제도의 수급자와 차상위 수급권자(희귀난치성질환자), 인간문화재, 재해구호법에 의한 이재민, 의사상자예우에 관한 법률에 의한 의사자 및 의사자 유족, 광주민주화운동 관련자, 북한이탈주민, 독립유공자에 관한 법률 및 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 요청한 자 중 보건복지부 장관이 인정한 자, 무형문화재, 북한이탈주민, 광주민주화보상자, 행려환자 등 기타 대상자로 이루어지고 국민기초생활보장제도의 수급자중 근로능력이 있는 자는 2종대상자로, 그리고 국민기초생활수급자중 근로능력이 없는 자만으로 구성된 세대 또는 보장 시설에서 급여를 받고 있는 자, 의료급여 특례 수급자로서 보건복지부 장관이 정하는 희귀난치성 질환자, 기타대상자는 의료급여 1종 수급자로 구분하고 있다.

〈표 2-7〉 의료급여 수급권자수('04.12월, 명): 154만명

총 계	1종수급권자										2종 수급권자
	계	기초	국가유공자	북한이탈자	인간문화재	광주	이재자	의상자	행려환자	차상위	
1,540,808 (100%)	931,146 (60.4%)	815,91	83,999	4,481	434	9,342	20	525	11,965	4,469	609,662 (39.6%)

자료: 보건복지부, 『의료급여사업 안내』, 2005.

의료급여의 급여 범위는 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’의 해당규정을 준용하게 되어 있으므로 부상, 질병, 출산시 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등이 의료급여에서 지급되는 급여이다. 다만 의료급여에서는 의료급여 수급자의 불필요한 입원, 주거목적의 장기입원 등의 방지와 장기요양기관의 부족 해소를 위해 ‘가정간호’를 급여로 인정하고 있다.

의료급여 급여범위에서 그 동안 문제시 되어왔던 연간 급여일수 제한은 2000년 7월 건강보험과 동시에 폐지되어 급여일수 제한이 없어졌으나 급여일수 제한 폐지 후 수급자의 과도한 의료급여 남용이 문제시되면서 연간 의료급여일수를 365일로 제한하고 특정 질병의 경우만 30일 연장이 가능하며 추가적인 연장이 필요할 경우는 시·군·구 의료급여심의위원회의 승인을 받도록 의료급여법이 개정되었다.

의료급여 급여범위에서 가장 논란이 되는 부분은 법정 본인부담금 문제이다. 현재 의료급여 수급자의 본인부담은 아래 표에서 보는 것처럼 1종 수급자의 경우 급여범위내에서 입원, 외래 상관없이 본인 부담금이 전혀 없는 무상의료가 제공되고 있다. 그러나 2종 대상자의 경우는 외래의 경우 의원급 1,000원, 약국은 500원의 본인부담금이 설정되어 있으며 입원의 경우는 진료비의 15%를 부담하고, 외래의 2차, 3차기관을 이용할 경우도 진료비의 15%를 부담하도록 되어 있다. 의료급여 2종 수급자의 외래, 입원 본인부담금 15% 유지 문제는 의료급여에서 매우 중요한 쟁점이다. 2001년 국회에서 의료급여법이 개정될 당시

보건복지상임위원회에서는 2종 대상자의 본인부담률을 2003년부터 20%에서 10%로 낮출 것을 부대 결의하였으며, 시민단체의 경우는 본인부담제도의 폐지를 주장하고 있다.

〈표 2-8〉 의료급여 수급자 종별 법정 본인부담금 현황

		종별 진료기관	1종 수급권자	2종 수급권자	
				일반인	장애인
1차 의료기관 (외래)	의원	의약분업 적용	무 료	1,000원	250원
		의약분업 예외		1,500원	750원
	보건 기관	의약분업 적용	무 료	무 료	무 료
		의약분업 예외			
	약국	처방조제	무 료	500원	좌 동
		직접조제		900원	
보건기관처방조제		무 료			
1차의료기관(입원), 2차, 3차 의료기관(외래, 입원)			무 료	총진료비의 15%	무 료 (장애인의료비에 서 부담)

자료: 보건복지부 『의료수가의 기준 및 일반 기준』, 2004.12.31.

현행 의료급여제도에서 법정본인부담보다 더 중요한 요소는 비급여 부분이다. 최근 신영석(2005)이 “의료급여환자 의료지출 실태 및 급여개선방안” 연구에서 비급여 본인부담 포함 본인부담 실태에 대하여 분석하였다. 아래에서는 그 내용중 일부를 발췌하고자 한다.

건강보험, 의료급여 1종, 의료급여 2종의 자격별 비급여 포함 본인부담 실태를 분석하기 위해 법정급여비와 법정본인부담 그리고 비급여를 합한 금액 즉, 진료에 소요된 모든 비용을 합하여 총진료비로 정의하였다. 총진료비를 다시 급여비와 본인부담(법정본인부담과 비급여의 합)으로 분리하여 급여율과 실질 본인부담률을 구하였다.

건강보험은 조사대상 진료건수 209,359의 평균을 구한 결과 총진료비는 약 2,226천원이고, 의료급여 1종은 29,430건의 평균이 약 2,190천원, 의료급여 2종

은 5,373건의 평균이 약 2,045천원으로 나타났다. 총진료비 중 건강보험은 약 65.21%, 의료급여 1종은 84.47%, 의료급여 2종은 약 72.39%의 급여율을 보이고 있다. 의료급여 1종은 법정급여 범위 내에서 식대 일부분을 제외하고는 본인부담이 없기 때문에 비급여 부분의 본인부담인 총진료비의 14.68%가 본인부담의 대부분을 차지하고 있다. 의료급여 2종은 법정급여의 20%(2004년 1월부터 15%로 인하)를 본인부담하도록 되어있어 건강보험과 거의 비슷하게 법정급여의 본인부담률은 13.43%에 이르고 있다. 총진료비 및 비급여 본인부담 규모에서 자격간 흥미로운 차이가 보여지고 있다. 총진료비는 의료급여 수급권자가 건강보험 적용대상자 보다 높으나 비급여에서는 건강보험 적용대상자가 가장 높게 나타났다. 이는 두 가지 측면에서 해석이 가능할 것으로 보인다. 첫 째, 질환의 중증도, 연령 분포, 상병의 종류 등이 두 집단간 같다면 비급여 진료 관점에서 의료급여 수급권자가 필요한 진료를 다 받지 못하는 과소진료 상태에 있다고 할 수 있다. 이는 수급권자의 경제능력을 의식한 공급자들의 진료행태일 수도 있고 수급권자가 본인의 경제능력의 한계로 자발적으로 진료의 양을 조절했을 수도 있다. 둘째, 건강보험 대상자들이 상대적으로 의료급여 수급권자에 비해 본인부담 능력이 있기 때문에 공급자들이 과잉진료를 했을 가능성으로도 해석할 수 있다. 그러나 현재의 자료를 중심으로 이러한 판단을 하는 것은 시기상조다. 집단별 노령인구 및 장애인 분포비율이 다르고 이환 상병의 종류 또한 차이가 있고, 동시에 중증도에도 집단간 차이가 있다면 모든 변수들을 고려하여 판단해야 할 것이다.

〈표 2-9〉 자격별 본인부담 실태

(단위: 건, 원, %)

유형	건수	총진료비	급여비	총 본인부담금		
				계	비급여	법정 본인부담금
건강보험	209,359 (85.75)	2,423,933	1,580,584	843,350	505,912 (117,027)	337,438
		100.00	65.21	34.79	20.87	13.92
의료급여(1종)	29,430 (12.05)	2,862,747	2,418,272 (137,364)	444,475	420,221	24,254 (22,921)
		100.00	84.47	15.53	14.68	0.85
의료급여(2종)	5,373 (2.20)	2,444,314	1,769,507 (103,393)	674,807	346,548	328,259 (25,848)
		100.00	72.39	27.61	14.18	13.43

주: 1) 비급여는 법정비급여와 임의비급여를 포함한 것임.

2) 본인부담은 법정본인부담금을 의미함.

비급여부문중 선택진료료와 병실료 차액 그리고 식대는 치료와 직접 상관이 없는 것으로 판단되어 비급여 중 이 들을 제외한 상태에서 분석한 결과가 아래 표에 보이고 있다. 이를 제외한 상태에서 집단간 총진료비는 의료급여 1종, 의료급여 2종, 건강보험 순으로 나타났고 그 차이는 선택진료료와 병실료 차액 그리고 식대를 제외하지 않은 상태보다 조금 더 큰 것으로 나타났다. 비급여 진료비 규모에서는 의료급여 2종과 건강보험이 거의 비슷하게 나타났고 의료급여 1종은 건당 약 7만원 정도 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 2-10〉 자격별 본인부담 실태 (비급여 선택진료료 및 병실료 차액, 식대 제외)

(단위: 건, 원, %)

유형	건수	총진료비	급여비	총 본인부담금		
				계	비급여	법정 본인부담금
건강보험	209,359 (85.75)	2,184,091	1,580,584	603,508	266,070 (117,027)	337,438
		100.00	72.37	27.63	12.18	15.45
의료급여(1종)	29,430 (12.05)	2,777,263	2,418,272 (137,364)	358,991	334,737	24,254 (22,921)
		100.00	87.07	12.93	12.05	0.87
의료급여(2종)	5,373 (2.20)	2,363,079	1,769,507 (103,393)	593,572	265,313	328,259 (25,848)
		100.00	74.88	25.12	11.23	13.89

집단간 비교를 보다 명확히 하기 위해 비급여 선택진료료 및 병실료 차액 그리고 식대를 제외한 후에 건강보험과 의료급여간 차이가 있는 요양기관 종별 가산율도 소거하였다. 종별가산율^{주16)}외에도 야간 가산, 소아가산 등 고려해야할 요소가 더 있으나 자료의 한계상 그리고 야간가산 및 소아가산 등은 분석에 크게 영향을 미칠 정도는 아닌 것으로 판단하여 종별가산율만 제외하는 것으로 하였다. 가산율까지 소거한 상태에서는 의료급여 1종은 건강보험에 비해 총진료비 규모에서 약 63만원, 의료급여 2종은 23만원 정도 더 높은 것으로 나타났다.

주16) 요양기관별 가산율은 진료비중 행위료에만 적용됨. 건강보험의 종별 가산율은 종합전문 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%가 적용되고, 의료급여는 종합전문 22%, 종합병원 18%, 병원 15%, 의원 11%가 적용되고 있음. 즉, 의료급여는 건강보험에 비해 평균 약 75%의 가산율을 적용하고 있음.

〈표 2-11〉 자격별 본인부담 실태 (비급여 선택진료료, 병실료 차액, 식대, 종별가산율 소거)

(단위: 건, 원, %)

유형	건수	총진료비	급여비	총 본인부담금		
				계	비급여	법정 본인부담금
건강보험	209,359 (85.75)	2,015,031	1,441,266	573,765	266,070 (117,027)	307,695
		100.00	71.53	28.47	13.20	15.27
의료급여(1종)	29,430 (12.05)	2,642,961	2,285,303 (137,364)	357,658	334,737	22,921 (22,921)
		100.00	86.47	13.53	12.67	0.87
의료급여(2종)	5,373 (2.20)	2,247,733	1,672,210 (103,393)	575,523	265,313	310,210 (25,848)
		100.00	74.40	25.60	11.80	13.80

1989년 이전에는 의료급여수가를 건강보험수가와 별도로 고시하여 건강보험수가의 70%~90% 정도에 불과했으며 이 때문에 의료기관에서 의료급여 환자를 차별하는 문제가 제기되었으나 1990년 이후에는 건강보험수가와 의료급여수가를 일치시켜 적어도 수가차이에 기인하는 의료급여 문제는 없어졌다. 의료급여의 수가는 행위별수가제를 일률적으로 적용하는 건강보험과는 달리 일반질환의 경우는 ‘행위별 수가제’를 적용하고, 정신질환은 ‘일당 진료비 정액제’를 적용하는 이원화된 수가체제를 갖고 있다. 건강보험의 비급여대상인 식대^{주17)}와 영안실 안치료는 의료급여에서 별도로 지급하고 있다. 2003년의 경우 총 의료급여 진료비 2조 2천억원 중 행위별수가제의 비중이 81.8%(1조 8천억원), 일당진료비 정액제가 18.2%(372억원) 차지하는 것으로 나타나고 있다.

행위별수가제는 ‘건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수’에 근거한 수가에 의료급여기관 종별 가산율을 적용하여 산정되는 구조인데 의료기관 종별 가산율은 의원급 11%, 병원급 15%, 종합병원 18%, 제3차 의료급여기관 22%이

주17) 2003년 이전에는 식대가 무료로 제공되었으나 필요없는 장기입원을 막기위해 식대의 20%를 본인부담으로 전환하여 시행중임.

다주¹⁸⁾(표 2-12 참조). 정신질환에 적용되는 진료비 정액제는 외래의 경우 내원 1일당 2,520원, 입원의 경우는 국공립과 사립병원 여부, 그리고 입원 일수에 따라 8,560원에서 30,800원의 정액제가 적용되고 있으며, 낮병동의 경우도 국공립과 사립병원 여부에 따라 5,570원에서 16,450원의 수가가 적용된다.

〈표 2-12〉 의료급여 수가 기준 현황

		수가기준
외래	일반	건강보험진료수가 기준에 의함(단, 의료기관별 가산율은 의료보호 3차 진료기관 22%, 종합병원 18%, 병원 15%, 의원급 11% 적용) 의료급여 별도 적용수가 · 혈액투석수가 1회당 136,000원 · 사회복지법인 개설 의료급여기관(의·치과의원, 한의원) 외래수가 : 내원1일당 8,380원
	정신 질환	내원 및 투약 1일당 정액수가 2,520원 예시) 1월3일 내원하여 15일분 투약받은 경우: 40,320원 {2,520원 x 1(내원일수)} + {2,520원 x 15(투약일수)}
입원	일반	건강보험진료수가 기준에 의함(단, 의료기관별 가산율은 의료보호 3차 진료기관 22%, 종합병원 18%, 병원 15%, 의원급 11% 적용) * 급식비 10,170원(1일3식 기준), 영안실 안치료 3,750원(3일만 산정)
	정신 질환	낮병동: 국공립 5,570원, 지방공사 사립정신요양병원 13,880원, 민간위탁 공립정신병원 15,800원, 사립진료기관 16,450원 외박수가: 국공립 1,460원, 지방공사 사립정신요양병원 4,200원, 민간위탁 공립정신병원 5,000원, 사립진료기관 5,270원 · 국·공립병원 8,560원 · 지방공사의료기관 및 사립정신요양병원 26,820원 ~ 25,080원 · 민간위탁 공립정신병원 29,800원 ~ 27,720원 · 사립정신병원 30,800원 ~ 28,610원

자료: 보건복지부, 『의료수가의 기준 및 일반 기준』, 2004.12.31.

주18) 건강보험의 의료기관 종별 가산율은 2004년 11월 현재 의원급 15%, 병원급 20%, 종합병원 25%, 제3차의료급여기관이 30%로 의료급여 보다 약간 높게 책정되어 있음

제2절 급여체계의 문제점

1. 기초보장제도의 문제점

현행 기초보장제도는 과거의 생활보호제도보다 많이 개선되었음에도 불구하고 아직도 다양한 문제점들이 지적되고 있다. 첫째, 기초보장제도가 최종적인 사회안전망 임에도 불구하고, 기초보장의 사각지대(no-care zone)가 존재하고 있다는 점이다. 기초보장 사각지대는 관점에 따라 대상 포괄성만을 고려하는 협의의 사각지대와 급여의 충분성까지를 고려하는 광의의 사각지대로 나누어진다. 즉, 기초보장수급자가 되어야 함에도 불구하고 선정되지 못하는 경우가 협의의 사각지대라면, 급여를 받고도 최저생활을 유지할 수 없는 경우는 광의의 사각지대에 포함된다. 하지만 여기서는 협의의 사각지대만을 개략적으로 살펴보고자 한다. 광의의 사각지대는 학문적인 관심은 매우 높지만 이에 관한 자료가 미흡하기 때문이다. 가장 최근의 전국 통계자료인 2000년 가계소비실태자료에 의하면, 전국 절대빈곤율은 7.97%(다음 그림 참조)이고 동년 기초보장수급자 비율은 약 3.2%이다. 그러므로 빈곤하지만 기초보장을 받지 못하는 비수급 빈곤층이 약 4.8%인 것으로 추정된다. 그리고 소득이 최저생계비의 100~120%에 속하는 잠재적 빈곤층은 약 4.2%로 나타나고 있다. 이러한 차상위 계층(비수급 빈곤층+잠재적 빈곤층) 중 일부는 기초보장의 사각지대에 놓여있는 것으로 추정된다.

[그림 2-1] 2000년 저소득가구의 구성(음영으로 처리된 부분이 차상위 계층)

소득			
최저생계비의 120%	잠재적 빈곤층 전 인구의 약 4.2%		
최저생계비	기초생활보장 수급자 전인구의 약 3.2%	기초보장 비수급 빈곤층 전인구의 약 4.8%	
			재산

자료: 통계청, 「가구소비실태조사」, 원자료, 2000년.

둘째, 근로저하, 소득의 하향신고, 탈빈곤 미흡 등의 문제점이 나타나고 있다는 점이다. 이러한 문제점의 근저에는 보충성 원리가 자리 잡고 있다. 보충성의 원리에 따른 보충급여방식은 최저생계보장에 있어서 개별 가구의 능력을 고려하여 차등지원을 하겠다는 법 정신을 담고 있으므로 이론적으로 매우 합리적인 방식이다. 하지만 동 방식은 인간의 이기심과 배치되기 때문에 현실에서는 몇 가지 심각한 문제점을 야기한다.

먼저 보충급여 방식은 수급자의 근로의욕을 저하시키고, 일하는 자와 일하지 않는 자간의 형평성 문제를 야기한다. 일하는 자는 근로소득의 증가로 수급자 선정에서 탈락하고 일하지 않는 자는 수급자로 선정될 수 있다. 또한 보충급여 방식은 수급자의 소득이 증가하는 경우 증가하는 만큼 급여가 적어지는 구조이므로 일을 하나 하지 않으나 생활수준이 최저생계비수준으로 같아진다. 이러한 문제점을 예방하기 위하여 기초보장법에는 소득공제제도를 두고 일부 시행하고 있으나^{주19)}, 부분적인 성과만을 기대할 수 있다. 근로유인을 위한 소득공제의 경우 공제율이 100%^{주20)}가 아닌 경우 소득증가는 급여감소로 이어져 근로유인의 효과가 반감되기 때문이다. 반면에 일정율의 근로소득공제를 수급자에게만

주19) 근로소득 공제율(2005년)

적용할 경우 수급자의 가처분소득이 많아져 빈곤의 함정(poverty trap)^{주21)}도 발생할 수 있다.

또한 보충급여방식은 소득과약을 어렵게 만들어 수급자간 및 수급자와 비수급자간의 형평성 문제를 야기한다. 기초보장 수급자에 대한 자산조사(means test)의 어려움은 세계 각 국 공통의 문제이다. 자산조사 중 특히 소득조사가 잘 되지 않는 이유는 수급자들의 대부분이 소득과약이 잘되지 않는 비공식부문(영세자영업, 일일노동 등)에 종사하고 있고, 기초보장제도가 채택하고 있는 보충급여방식이 소극적인 소득신고의 요인으로 작용하고 있기 때문이다. 즉, 보충급여로 인하여 소득이 과약(또는 신고)되는 만큼 급여가 줄어들기 때문에 자산신고의 성실성을 기대하기 어렵다. 자산조사의 부정확성은 여러 가지 문제점을 야기한다. 비빈곤층이 선정되어 기초보장 급여를 받을 경우 차상위 계층과의 소득역전 현상이 야기된다. 이 경우 비수급자들은 기초보장제도 자체를 불신하게 되고 이는 결국 사회연대감이 저해되는 결과를 낳을 수 있다.

마지막으로 보충성의 원리는 효율적인 자활목표 달성을 어렵게 한다. 현행 자활정책은 어려운 여건 속에서도 부분적인 성과를 보이고 있으나, 자활목표를 달성하기에는 본질적인 어려움이 있다. 이는 현행 자활정책이 조건이행을 하면 생계급여를 지급한다는 수동적·소극적 이념 하에서 출발하였고, 보충급여로 인하여 자활사업 참여대상자들이 자활사업 참여 자체를 꺼리거나^{주22)} 참여할지라

공 제 대 상 소 득	공 제 율
장애인이 직업재활사업에 참여해 얻은 소득	30%
자활공동체에 참가하여 얻은 소득	30%
학생이 얻은 근로소득 및 사업소득	30%
공공근로에 참가하여 얻은 소득	20만원을 초과하는 추가소득의 30%

주20) 소득 공제제도란 근로유인을 위하여 실제소득(E)의 일정 비율(t)을 감한 금액을 소득평가액(E')으로 인정하는 제도임[E' = (1-t)×E]. 그러므로 소득공제율이 100%라는 것은 모든 수급자의 소득평가액이 0라는 것을 의미하므로 보충성의 원리를 제도에 적용하지 않겠다는 의미가 됨. 따라서 특수한 경우를 제외하고는 공제율을 100%로 할 수 없음.

주21) 빈곤함정이 발생하는 가장 큰 이유는 차상위 계층과의 소득역전현상(notch effect) 때문임.

주22) 조건부수급자가 자활사업에 참여할 경우 소득이 전부 밝혀져 급여가 감소. 그러나 자활사업에 참여하지 않고 소득과약이 잘되지 않는 일(영세 자영업, 일용노동 등)을 할 경우 소

도 참여일수를 줄이기 때문이다.

셋째, 현행 기초보장제도의 선정기준이 절대빈곤선이기 때문에 절대빈곤선 이상 상대빈곤선 이하의 계층에 대한 대책은 매우 빈약한 실정이다. 하지만 최근 새롭게 등장하고 있는 근로빈곤층(working poor)의 문제, 소득불평등의 문제, 사회적 배제(social exclusion) 등을 감안하면 상대빈곤에 대한 대책이 강구되어야 함은 두말할 나위도 없다. 근로빈곤층에 대한 문제 해결을 위해서는 우리 사회의 시장 상태를 살펴볼 필요가 있다. 현재 우리 사회는 일을 하고 싶어도 일자리를 구할 수 없는 사람이 있는 반면에, 일을 하지만 근로소득으로는 절대빈곤 또는 상대빈곤을 벗어날 수 없는 사람들이 병존하고 상태이다.

넷째, 우리나라의 경우 기초보장제도를 포함한 공공부조제도의 빈곤 및 분배 개선효과가 매우 미흡한 것으로 나타나고 있다. 2000년의 경우 기초보장제도의 급여가 포함된 공공부조성 급여는 절대빈곤율을 약 0.78%(=8.75%-7.97%) 감소시키고 있다. 반면에 사적이전의 경우 절대빈곤율을 약 4.23%(=12.2%-7.97%) 감소시키고 있으며, 빈곤율 외 다른 빈곤지표에서도 공적이전보다는 사적이전의 개선효과가 훨씬 큰 것으로 나타나고 있다(김미곤 외, 2004). 한편 소득세 및 공적이전소득이 분배상태 개선에 미치는 효과를 국제적으로 비교하면 우리나라의 경우 외국보다 매우 낮은 수준인 것으로 나타나고 있다(표 참조).

득의 전부 또는 일부 은닉이 가능하므로 보다 많은 급여를 받을 수 있음. 그러므로 자활사업 참여를 꺼림.

〈표 2-13〉 소득세 및 이전소득의 소득불평등도 축소효과 국제비교

주요 OECD 국가	시장소득 Gini계수 (A)	가처분소득 Gini계수 (B)	A - B
스웨덴(1995)	0.439	0.230	0.209
영국(1995)	0.428	0.312	0.116
프랑스(1994)	0.417	0.278	0.139
미국(1995)	0.411	0.344	0.067
한국(2000)	0.403	0.386	0.017
독일(1994)	0.395	0.282	0.113
호주(1994)	0.391	0.305	0.086
캐나다(1995)	0.374	0.285	0.089

주: 1) 괄호안 수치는 조사 연도를 의미함.
 자료: 박찬용 외, 「소득분배와 빈곤동향 및 변화요인분석」, 연구02-12, 한국보건사회연구원, 2002
 OECD, "Income Distribution in OECD Countries", *Social Policy Studies No.18*, 1995, OECD, Paris
 Forster, Michael F., Trends and Driving Factors in Income Distribution and poverty in the OECD area. *Labour Market and Social Policy-Occasional Papers No.42* (DEELSA/ELSA/WD(2000)3).

2. 주거급여의 문제점

기초생활보장제도 상의 주거급여는 저소득층의 주거문제에 대해 사회보장의 차원에서 본격적으로 대응하는 최초의 제도라는 의미를 갖는다. 하지만, 주거복지정책의 구체적인 목표 - 즉, 주거불안의 해소, 주거수준의 향상, 주거비 부담의 적정화 등 - 을 달성하는 수단을 볼 때, 적지 않은 문제점을 내포하고 있다. 이러한 문제점은 사각지대의 문제, 주거급여 법령 규정과 운영 현황간의 괴리, 주거보장의 효과성 문제, 선정기준의 한계, 그리고 제도 내적인 형평성의 문제로 정리할 수 있다.

가. 주거보장의 사각지대

주거급여와 관련한 현안 중 가장 심각한 문제는 주거급여의 수급대상자가 기초보장제도 수급자인 최저소득층에 국한되어 있어 지나치게 협소하다는 점이다. 따라서 소득이 최저생계비에 미치지 못하면서도 기초보장수급자에서 제외되어 있는 비수급 빈곤층과 소득이 최저생계비를 조금 초과하는 차상위층은 생계급여는 물론이고 주거급여 등에서도 완전히 소외되어 있는 것이다. 빈곤에서 탈피한 가구들이 1년 내에 다시 빈곤에 빠질 확률이 60%에 이른다는 연구결과도 있을 만큼, 차상위층의 빈곤위험은 수급자들의 그것과 큰 차이가 없다고 말할 수 있다. 주거빈곤과 관련된 또 다른 지표로 주거비 부담이 소득의 30%를 초과하는 가구가 전체 가구의 11.2%, 160만 3천 가구에 이른다는 추정치(김혜승, 2004)도 차상위층의 광범위한 존재를 보여준다. 나아가 최저주거기준 이하에 거주하는 가구의 비율이 23.1%, 330만 6천 가구에 이른다는 추정치(주택공사주택도시연구원, 2002)는 보다 주거빈곤의 방대함과 주거보장의 협소함을 상징적으로 말해주는 것이다.

나. 주거급여 법령 규정과 운영 현황간의 괴리

주거급여 관련 법령 규정 제1항에서 월세임차료의 상한액 및 하한액은 수급자 및 차상위계층의 주거실태, 최저생계비중 주거비의 비중과 기타 수급자의 주거안정 등을 고려하여 수급자가 매월 주택 임차의 대가로 지불하는 금액의 100분의 50으로 규정하고 있으나 실제로는 중소도시 전세기준의 정액급여로 운영되고 있다. 또한 임차의 대가는 임차한 금액의 기회비용(시장이자율)을 감안하여야하나 제2항에서 전세금(임차보증금)에 소득환산율(제4조제2항의 규정)을 곱한 금액으로 산정하도록 되어 있어 주거비 부담능력 제고라는 주거급여 목적에 부합하지 않는다. 더욱이 제1항의 규정에 의한 월세임차료의 지급방법이 생계급여의 지급방법을 준용하도록 되어 있어 주거급여제도의 목적인 주거개선에 사용하기가 어렵다.

다. 주거급여의 증속성

주거급여는 생계급여와 분리되지 않아 주거보장의 효과가 미약하다. 즉, 주거급여가 형태상 독립된 급여로 존재하지 않고 있기 때문에, 주거급여의 존재 자체가 제대로 인식되지 못하고, 이에 따라 주거수준 향상 등 주거문제 해결의 목적으로 이용되기 보다는 생계비를 보완하는 용도로 사용되는 상황이다. 구체적으로 최저주거기준 이하에서 생활하는 가구들의 주거수준을 향상시키거나 주거비 부담이 과잉한 가구들의 부담을 줄여나가는 방식으로 운용되고 있지 못하다는 것이다. 특히 주거수준 향상을 목적으로 운영되고 있는 현물급여도 그 지원규모와 내용을 볼 때, 대상자가 자가가구로 한정되어 있고, 가능한 공사도 도배·장판이나 보일러 교체 등에 한정되어 있어 저소득층의 주거환경 개선 효과가 미미한 실정이다.

라. 주거급여의 형평성 문제

또한 주거급여와 관련해서 제도 내적 형평성의 문제를 지적할 수 있다. 현행 주거급여는 가구규모별 차이에 따른 차등급여를 시행하고 있지만, 그 외 가구 특성이나 지역별 차이는 무시하고 있어 형평성의 문제를 안고 있다. 예를 들면, 1999년에 계측된 최저주거비는 지역별로 상당한 정도(서울: 중소도시: 농촌=1.29 : 1 : 0.65)의 차이를 보였지만 현행 급여체계는 이를 무시하고 있어, 서울 등 대도시는 과소급여, 농촌지역은 과잉급여의 양상을 보인다. 또 다른 차원의 형평성 문제는 다음과 같이 지적할 수 있다. ① 점유형태별 형평성: 자가구구는 과잉급여, 전월세의 경우는 과소급여의 양상, ② 주거유형별 형평성: 아파트, 단독, 연립 등에 따른 차이, ③ 주거수준별 형평성: 주거수준을 고려하지 않아 1,000만원 전세가구와 3,000만원 전세가가 동일한 급여를 지급하는 점, ④ 세입자의 경우 공공임대주택 입주자는 이중의 혜택을 받는다는 점, ⑤ 가구유형별 형평성: 가구유형(노인가구, 장애인가구 등)에 따른 특수한 욕구가 반영되지 못하고 있으며, 나아가 개별가구의 욕구와 형편을 구체적으로 반영하는 시스템이 결여되어 있다는 점 등을 들 수 있다.

마. 선정기준의 한계

주거급여는 기초생활보장 수급자가 통합급여방법에 의해 자동적으로 주거급여 수급자가 되기 때문에 그리고 기초생활보장 수급자 선정기준은 소득인정액 기준을 따르고 있기 때문에 주거조건의 향상을 기대하기 어렵다. 즉, 주거목적의 재산까지도 소득으로 환산되기 때문에 주거의 향상(재산의 증가)은 소득인정액의 증가로 생계급여의 감소를 초래하여 현행제도는 주거향상을 저해한다 볼 수 있다. 예를 들어 현재 3천만원의 전세에 거주하는 수급자가 생계급여액 등을 저축하여 4천만원 전세로 옮겼을 경우 약 41만 6천원의 생계급여가 감소함으로 주거향상의 필요성을 느끼지 못한다. 또한 수급자 선정에 있어 비현실적 재산 및 부양의무자 기준이 적용되고 있다. 약 6천만원(기초공제액 포함) 이상의 재산보유자는 원칙적으로 수급자격이 없게 되어 소득이 없을 경우 재산을 감소시켜(주거수준을 낮추어) 생계를 유지해야한다. 즉, 주거향상은 일시에 많은 자금이 소요됨으로 현행 부양의무자 기준은 너무 광범위하고 부양의무자들의 소득과 재산기준 또한 너무 낮아 피부양인들의 주거향상을 도모할 수 없고 오히려 부양의무자까지 빈곤층으로 동반 전락시킬 우려가 있다.

3. 의료급여의 문제점

가. 자격 관련 문제점

1) 국민기초생활보장법의 수급자격 기준

국민기초생활보장법하의 수급자가 그대로 의료급여 수급자가 되기 때문에 현행 의료급여 수급 자격은 의료욕구가 전혀 반영되지 못하고 있다. 최저생계비 이하의 가구에 대해서 근로능력이 있으면 2종을, 없으면 1종을 급여하는 현행 제도는 근로능력 유무에 따라 급여의 범위에 차등을 두고 있지만 의료욕구는 전혀 반영되지 못하고 있는 실정이다.^{주23)} 현행 소득평가액 산정시 특성별 지

주23) 미국의 Medicaid에서도 소득, 자산 기준 외에 우선적으로 의료욕구를 반영하고 있음.

출을 공제하도록 되어있으나 의료비의 경우 6개월 이상 진료실적이 있어야 공제가 가능하기 때문에 현실적으로 여기에서 소외되는 계층이 많이 존재하게 된다. 또한 최저생계비 산정시 4인 가구 1달 의료비 지출항목으로 약 47천원(2002년 기준)이 계상되어 있지만 실질적으로는 약 50만원이 지출되고 있어 한계 계층에 심각한 소득 역진 현상이 발생하고 있다. 만성질환이나 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 가구는 빈번히 진료기관을 방문해야 하지만 수급자로 선정되지 못한 차상위 계층은 실질적으로 의료사각지대에 남을 수밖에 없는 문제점이 발생하고 있다. 2000년 10월 국민기초생활보장법 시행시 의료급여 수급자 2대 선정원칙으로 건강위험으로부터 최저생계 보호 그리고 수급자와 비수급자간 형평성 유지기준이 적용되었다. 그러나 현행 기준은 두 가지 원칙을 모두 위배하고 있다. 첫째 건강위험 때문에 최저생계가 위협을 받고 있거나, 금전적인 문제로 진료를 받지 못하는 사각지대가 광범위하게 존재한다. 둘째, 수급자와 비수급자간 형평성이 유지되고 있지 못하다. 위에서 언급했듯이 All or Nothing 급여 방식 때문에 두 계층간 심각한 소득 역진 문제가 발생하고 있어 형평성 유지가 위협받고 있다. 즉, 원래의 원칙에 충실할 수 있도록 수급자 선정기준을 보완 또는 개선해야할 필요성이 있다.

2) 의료급여 특례 수급자격 기준

현재 적용되고 있는 5가지의 의료급여특례는 서로간 수급자격의 중복을 가져오는 경우도 있고 급여의 방식도 일관성이 결여되어 있다. 위에서 언급된 특례 1과 특례 2는 수급자격에 있어 중복되고 있다. 예를 들어 소득인정액 기준 최저생계비는 초과하지만 소득평가액 기준으로는 최저생계비 기준을 밑돌면서 만성 또는 희귀질환 등으로 6개월 이상 치료비를 공제하면 소득인정액 기준 최저생계비 이하로 떨어지는 계층은 두 가지 특례에 모두 해당된다. 또한 특례 1과 차상위 대상 의료급여 특례도 서로간 중복의 가능성이 있다. 소득인정액 기준 최저생계비 이상의 계층 중 6개월 이상 지속적으로 의료비가 지출되어 이를 공제하면 수급 요건에 해당되는 경우와 소득평가액이 최저생계비의 100% 초

과 120% 이하이면서 6개월 이상의 만성질환 혹은 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 계층은 중복될 수 있다. 즉, 두 특례간 수급자격의 중복 가능성이 있다.

특례 제도간 급여내용에 있어서도 일관성이 부족하다. 만성과 희귀질환자의 경우 부양의무자 특례에서는 동일하게 2종 급여를 받고 있으나 다른 특례에서는 희귀질환자의 경우 1종, 만성질환자의 경우 2종 급여를 제공 받고 있다. 또 특례 1 수급자의 경우 가구원 전체가 1종 또는 2종 급여를 받고 있으나, 타 특례는 개인 단위의 급여를 제공하고 있다. 또한 앞에서 나열한 5가지 의료급여 특례중 의료급여법에 의한 차상위 의료급여 특례를 제외한 4가지 특례는 장제비를 지원하고 있으나 차상위 의료급여 특례는 장제비를 지원하지 않고 있다. 각 특례간 급여의 차이가 있어야 될 만큼 수급자격 기준에 현저한 차별성이 있지 못하기 때문에 이에 대한 검토가 필요하다. 즉, 이처럼 특례 제도내에서 서로간 중복 또는 급여의 일관성 결여 문제는 제도 전반의 방향성 관련 전면적 재검토가 필요하다 하겠다.

나. 급여범위 및 본인부담 관련 문제점

의료급여제도의 급여범위 및 본인부담과 관련된 문제는 크게 두 가지 부분에서 제기된다. 첫째는 급여일수의 제한 문제를 포함한 급여범위 문제와 비급여 부문을 포함한 실질 본인부담금의 문제이다.

의료급여의 진료일수 제한은 1995년 180일에서 매년 30일씩 연장되어 2000년부터 급여기간 제한이 폐지되었다. 물론 앞에서 언급한 것처럼 시행규칙이 개정되어 급여일수는 365일로 줄어들고 특수질병인 경우만 30일이 연장이 가능하며 그 이상의 연장은 승인을 받아야 한다. 급여일수를 원칙적으로 365일로 제한하는 경우 여러 가지 질병을 갖고 있어 여러 진료기관을 방문할 수밖에 없는 노인질환의 경우 상당한 불이익을 감수해야 하는 문제가 발생할 수 있다. 그러나 무제한적인 급여일수에서 파생되는 부작용도 만만치 않아 학계 일부와 정부에서 장기입원환자 등에 대해 급여기간 제한제를 부활하자는 의견이 존재한 것도 사실이다.

보건복지부의 보도자료에 따르면^{주24)} 급여일수 제한 폐지로 ‘외래 환자의 경우’ 도덕적 해이 현상이 발생하는 사례가 존재하고 있음을 확인할 수 있는데, 의료급여 수급자 중 365일 초과진료자가 전체 진료인원의 6%에 달하는 91,259 명이며, 연간 진료일수가 1,000일을 초과하는 경우도 1,222명에 달하고 있다. 하루 평균 6개 이상 진료기관 이상을 방문하고 1일 최대 19개 진료기관 방문하여 연간 내원일수 1,879일, 투약일수 3,000일에 이르는 극단적인 사례도 보고되고 있다. 또한 진료비 및 급식비 부담이 낮고, 마땅히 오갈 곳이 없는 일부 환자의 경우 한겨울과 한여름 병원에 입원하여 지내는 주거목적의 장기입원(사회적 입원, social admission) 현상이 존재하는 것도 보고되고 있다(사회적 입원의 경우 일부 의료공급자와 이해관계가 부합되어 나타나는 현상이기도 하다)

급여일수 제한보다 더 심각한 논란을 불러일으키는 경우가 의료급여제도의 급여범위 및 그와 관련한 본인부담금 문제이다. 현재 의료급여제도의 급여범위는 “건강보험 요양기준에 관한 규칙”의 해당 규정을 준용하도록 되어있다. 즉, 급여범위가 건강보험과 거의 같다. 의료급여제도가 최저생계비 이하의 극빈층에게 의료보장을 담보하는 공공부조의 일환으로 운영되고 있는 제도임을 고려할 때 급여범위를 건강보험과 연계하여 일치시키는 것은 저소득 취약계층의 건강을 크게 위협하는 일이다. 특히 법정급여 범위내에서도 15%를 본인이 부담해야하는 2종 입원의 경우 20% 본인부담인 건강보험과 비교하여 과도하게 높다는 지적이 있다. 반면 본인부담금의 존치 혹은 더 나아가 1종 수급자에게도 법정 본인부담금을 부과해야 한다고 주장하는 시각에서는 1종 수급자의 경우 법정 본인부담금이 없고, 식대^{주25)}도 급여에 포함되어 있어 의료남용을 불러일으키는 도덕적 해이 현상이 나타난다고 보고 있다.

건강보험 대비 의료급여 수급권자의 임의 비급여 포함 실질 본인부담액이 1종 입원의 경우 약 15.53%(신영석 외, 2005) 정도로 추정되고 이중 0.85%는 법정본인부담이고 나머지 14.6%는 비급여 본인부담이다. 천식, 당뇨, 전립선 비대 등의 만성질환으로 입원하는 경우 건당진료비가 100만원을 초과하고 있고 따라

주24) 보건복지부 보도자료, “의료보호 실태조사결과 및 실사강화계획” 2001.4.12.

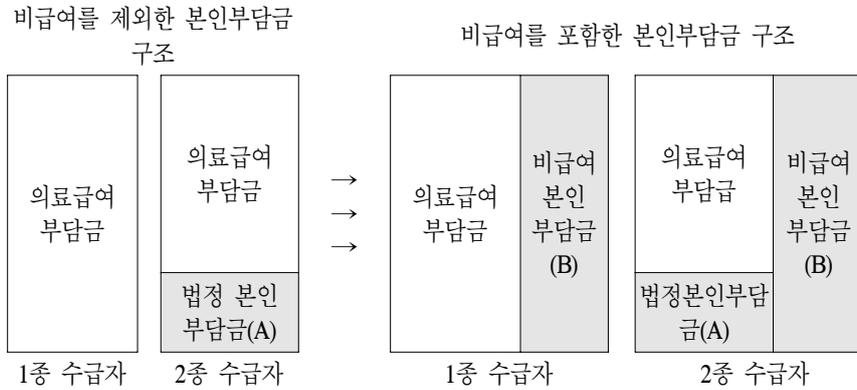
주25) 식대의 경우 20%의 본인부담

서 본인부담 또한 최소 15만원 이상으로 추정된다. 여기에서 건당진료비는 의료기관이 월 단위로 청구하기 때문에 본인부담 또한 한 달 단위에서 도출된 것이고 이는 최저생계비 이하의 저소득 빈곤층의 의료접근성을 제약하는 요인으로 해석될 수 있다.

2종 입원의 경우 비급여 포함 본인부담률이 27.61%로 나타났다. 최저생계비 이하의 소득자인 이들은 질환이 발생하면 생계가 심각하게 위협받게 된다.

즉, [그림 2-2]에서 보는 것처럼 법정 본인부담금만을 보면 2종 수급자에게 부과되는 법정본인부담금(A)만 해당되거나 비급여 본인부담금을 같이 보게 되면 1종 수급자도 본인부담금을 부과받는 것이며, 2종 수급자의 경우는 본인부담금의 크기가 더 커지게 된다(그림의 A+B 부분). 따라서 입원의 경우 실제 본인부담률을 따지게 되면 법정 본인부담금이 없어 1종 수급자에게서 의료급여 남용 현상이 발생한다는 설득력이 없으며 오히려 저소득층의 의료이용에 장벽으로 작용한다고 볼 수도 있다.

[그림 2-2] 의료급여 수급자의 본인부담금 구조 비교



비고: 검은 부분이 총 본인부담금임(법정본인부담금+비급여부담금)

의료급여 수가구조에 있어서 제기되는 쟁점은 의료공급자의 ‘유인수요’ induced demand로 인한 과잉진료의 여부와 이것이 진료비 증가에 미치는 영향,

그리고 진료비 증가 억제를 위한 수가구조의 개편 문제이다. 의료수가는 일반적으로 진료가 발생한 이후 진료비를 지급하는 ‘사후적 지급’방식(대표적인 방식이 행위별수가제)과 진료가 이루어지기 전에 진료액수가 정해져 있는 사전 지급방식(포괄수가제, 인두제, 총액예산제)으로 분류할 수 있다. 의료급여의 경우는 진료비의 80% 이상이 행위별수가제로 지출되기 때문에 의료공급자의 ‘유인수요’, 과도한 심사절차와 심사비용 등의 문제를 유발함으로써 중장기적으로 진료비 통제에 매우 취약한 구조라는 것은 잘 알려져 있다.

대표적인 사후적인 진료비 지불방식인 행위별수가제가 무료의료의 성격이 존재하는 의료급여와 결합되면서 진료비의 남용을 가져올 가능성은 충분하다. 의료공급자에 의한 유인수요 문제는 이론적으로 설득력이 있으나 이것을 과학적, 실증적으로 검증하는 문제는 아직도 논란의 여지가 있으며 충분한 설득력을 확보하지 못하고 있다(Phelps, 1997:245~250). 의료급여와 관련해서는 그 동안 건강보험보다 의료급여에서 공급자의 유도수요가 더욱 심할 것이며, 특히 의료급여 환자가 많은 지방의 중소병원과 정신병원이 논란의 초점이 되어 왔으나 행위별수가체제와 의료급여 진료비 증가의 상관관계와 메커니즘에 대한 정밀한 연구결과가 아직은 없는 상태에 있다.^{주26)} 복지부에서 발표한 의료공급자의 도덕적 해이와 관련된 사례는 “조혈모세포(골수)이식 환자에게 간·신장 이식한 사례, 폐쇄성 골절로 물리치료만을 위해 1,288일간 계속입원 유도한 사례, 그리고 버스를 동원한 환자 유치 행위” 등이 제시되고 있는 정도이다.^{주27)} 의료급여 진료비의 20%를 차지하고, 사전적인 진료비 지불방식에 해당되는 일당진료비정액방식은 정신질환자가 많은 의료급여의 특성과 그리고 입원진료의 적절성 등을 판별하는 구조의 미약 등으로 사전 진료비 지불체계임에도 불구하고 사실상 진료비 통제의 역할을 하지 못하는 것으로 추정된다.

사회복지 전담 공무원의 인식에 의존하면 의료공급자의 도덕적 해이의 정도가 매우 심한 것으로 나타났다. 상대적인 과잉진료 및 입원 유도, 부당청구, 고

주26) 의료급여 진료비 증가 문제를 연구한 보고서에서 몇 가지 시사적인 현상을 발견할 수 있음(이평수 외, 1999).

주27) 보건복지부 보도자료, “의료보호 실태조사결과 및 실사강화계획” 2001.4.12.

가약 처방 등의 도덕적 해이가 많은 것으로 인식되고 있는 데 특히 농어촌에 근무하는 전담공무원 일수록 과잉진료나 불필요한 입원을 지적하는 비율이 높았다.

이평수 등의 연구(1999)에서는 의료급여에서 수급자와 의료공급자의 도덕적 해이 현상의 일부를 알 수 있는 분석이 제시되어 있다.^{주28)} 이 연구는 90년대 이후 의료급여자 수가 감소하고 있는데도 대상자 당 입원건수, 그리고 일인당 입원건수가 증가 추이에 있다는 사실에 주목하면서 여기서 ‘부적절 입원’이 차지하는 비율이 높을 것이라는 사실을 추측하였다. 이들은 전국 13개병원에 입원해 있는 건강보험 환자와 의료급여 환자의 입원적절성(급성기 입원 적절성과 재원 적절성, 장기요양서비스 입원 적절성)을 표준화된 도구인 ‘적절성평가도구’(Appropriate Evaluation Protocol)를 이용하여 평가한 후 본인부담금이 없는 1종 환자의 도덕적 해이와 의료공급자의 유인수요가 부적절 입원에 미치는 영향을 간접적으로 추론하였는데 요지는 다음과 같다.

우선 건강보험 환자와 의료보호 환자의 부적절 입원율을 비교한 결과 <표 2-14>에서 보듯이 의료급여환자의 입원이 부적절한 경우가 유의하게 많은 것으로 나타났다. 의료급여 환자의 부적절 입원이 높은 것은 본인부담금이 없으므로 발생하는 환자의 도덕적 해이와 의료공급자측의 유도수요로 나누어 볼 수 있는데, 전자의 경우를 간접적으로 확인할 수 있는 자료로서 <표 2-15>에서 보는 것처럼 의료급여 1종 환자의 부적절입원이 2종 수급자보다 높으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보이고 있다. 즉, 본인부담금이 없는 1종 환자에게서 어느 정도의 도덕적 해이 현상이 나타나고 있음을 알 수 있다.

주28) 이 부분의 내용은 이평수 외(1999) pp.34~41 참조

<표 2-14> 의료보장 형태별 급성기 입원 부적절률

	조사 대상자 수	적절입원환자수 (적절입원율)	부적절입원환자수 (부적절 입원율)	P for Chi square
의료보호	424	333 (78.5)	91 (21.5)	<0.001
의료보험	313	279 (89.1)	34 (10.9)	

<표 2-15> 의료급여 종별 급성기 입원 부적절 비율

구분	조사 대상자 수	적절입원환자수 (적절입원율)	부적절입원환자수 (부적절 입원율)	P for Chi-square
1종 수급자	291	226 (77.6)	65 (22.4)	0.01
2종 수급자	133	107 (80.5)	26 (19.5)	

의료급여 환자의 부적절 입원이 병원측의 유인수요에 의해 발생할 수도 있기 때문에 이를 정확하게 평가하기 위하여 조사대상병원을 운영 주체, 병상수, 대학병원 여부, 소재지, 병상이용률, 그리고 보호환자의 비율에 따라 의료보호환자의 부적절 입원율을 비교한 결과 의료급여 2종 환자에게서는 병원측 요인이 부적절 입원에 영향을 미치는 않는 것으로 나타났으나, 1종 환자의 경우는 병원측 요인이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이를 구체적으로 보면 <표 2-16>에서 보는 것처럼 공공병원이 민간병원에 비해 1종 환자의 입원 부적절률이 높았으며, 허가 병상수가 작은 병원에서, 대학병원이 아닌 병원에서, 도시병원보다는 농촌병원에서, 병상이용률이 낮은 병원에서, 그리고 의료급여환자의 비율이 높은 병원에서 1종 수급자의 입원 부적절률이 높은 것으로 나타났다.

이러한 분석결과를 토대로 이 연구에서는 “의료기관측의 유인 동기가 의료급여 환자의 부적절입원에 영향을 미치는 것은 사실이지만 이는 의료급여 1종 환자에 국한되어 있기 때문에 의료기관측의 요인과 환자 측 요인이 동시에 작용하여 부적절한 입원에 영향을 미친 것으로 보인다”고 정리하고 있다(1999: 40).

〈표 2-16〉 의료공급자 특성별 1종 수급자의 입원 부적절률

구 분		조사 대상자수	입원 적절환자수 (입원 적절률)	입원 부적절환자수 (입원 부적절률)	P for Chi square
운영주체	공공	147	99 (67.4)	48 (32.6)	0.001
	민간	160	134 (83.7)	26 (16.3)	
허가 병상수	500병상 미만	111	68 (61.3)	43 (38.7)	0.001
	500병상 이상	196	165 (84.2)	31 (15.8)	
대학병원 여부	비대학병원	254	184 (72.4)	70 (27.6)	0.002
	대학병원	53	49 (92.5)	4 (7.5)	
소재지	농촌	61	41 (67.2)	20 (32.8)	0.07
	도시	246	192 (78.1)	54 (21.9)	
병상이용률	상(80% 이상)	122	95 (77.9)	27 (22.1)	0.01
	중(70~80%)	127	87 (68.5)	40 (31.5)	
	하(70% 이하)	58	51 (87.9)	7 (12.1)	
보호환자 비율	8% 미만	106	97 (91.5)	9 (8.5)	0.001
	8% 이상	201	136 (67.7)	65 (32.3)	

제3절 급여체계에 대한 쟁점

최근 현행 기초보장제도의 급여체계가 통합급여이기 때문에 앞에서 언급한 각종 기초보장제도의 문제점을 해결하지 못한다는 문제의식에서 개별급여와 통합급여간 논쟁이 첨예하다. 개별급여체계를 주장하는 측은 현행 기초보장 급여체계가 다음과 같은 문제점이 나타나기 때문에 통합급여가 개별급여보다 열등하다고 주장하고 있다.^{주29)}

통합급여를 채택하고 있으므로 차상위계층 중 의료, 주거 등의 욕구가 있는

주29) 노대명, 이현주 연구에서 밝히고 있는 개별급여의 목적은 다음과 같음.

- 각 개별급여는 저소득층 가구의 다양한 욕구 중 특정한 욕구를 충족시키는 것을 목적으로 함.
- 이는 개별 욕구의 충족을 통하여 생계의 위협상태, 즉, 절대빈곤화로의 악화진입을 예방하고,
- 저소득층 지원을 다변화하여 저소득층의 단계적인 상향이동, 자활을 수월하게 하며
- 사회 전반적인 안전망을 다층구조로 강화함으로써 저소득층의 전반적인 위협요소에 전면 대응할 수 있는 체계를 구축함.

가구들이 기초보장제도의 혜택을 받지 못하는 사각지대가 발생한다. 통합급여는 소위 'all or nothing'이기 때문에 탈빈곤(또는 탈수급)을 저해하는 빈곤함정이 발생할 수 있다. 예컨대, 개별급여체계일 경우 의료 또는 주거급여만 받으면 되는 가구가 통합급여이기 때문에 근로시간을 줄인 다는지, 소득을 하향신고하여 모든 급여를 받게 된다는 것이다. 이 경우 개별급여는 통합급여보다 예산을 절감시킬 수 있다. 개별급여의 경우 차상위계층에 속하는 노인, 장애인 등의 취약계층에게 필요한 급여를 제공하는 것에 사회가 쉽게 동의하나 통합급여의 경우 쉽지 않다. 개별급여의 경우 급여별 분리 독립된 예산체계를 유지하고 있으므로 통합급여인 기초보장제도의 과중한 하중을 분산하는 효과도 있다. 이러한 이유로 대부분의 선진국들이 개별급여체계를 유지하고 있다.

반면에 위에서 지적하는 문제점은 현행의 통합급여를 개선함으로써 해결이 가능하고, 비용효율적이라는 통합급여체계 개선론자들의 주장은 다음과 같다. 개별급여도입론자들이 주장하는 차상위계층(=잠재빈곤층+비수급빈곤층) 중 의료, 주거 등의 욕구가 있는 가구들이 기초보장제도의 혜택을 받지 못하는 사각지대 문제는 선정기준상의 문제라는 주장이다. 즉, 통합급여체계에서도 선정기준으로 지역별 가구규모별 가구유형별 최저생계비를 적용하면 잠재적 빈곤층에 있는 사각지대 문제가 해결될 수 있다. 또한 비수급빈곤층에 있는 사각지대 문제는 개별급여와 마찬가지로 부양의무자기준을 적용하지 않고 필요한 욕구에 해당되는 부분급여로 해결이 가능하다. 개별급여도입론자들이 주장하는 소위 'all or nothing'의 문제는 엄밀한 의미에서 'all or nothing'이 아니고, 이로 인한 빈곤함정 문제도 선정기준으로 지역별 가구규모별 가구유형별 최저생계비를 적용하면 빈곤함정 해결정도가 개별급여와 동일하고, 예산은 오히려 절약될 수 있다. 차상위계층에 속하는 노인, 장애인 등의 취약계층에게 필요한 개별급여의 제공 문제는 개별급여도입론자들의 주장과 마찬가지로 부양의무자기준을 적용하지 않고 필요한 욕구(예, 주거)에 해당되는 부분급여(예, 주거급여)로 해결이 가능하다. 통합급여개선론자들도 개별급여도입론자들이 주장하는 개별급여의 경우 급여별 분리 독립된 예산체계를 유지하고 있으므로 통합급여인 기초보장제도의 과중한 하중을 분산하는 효과가 있다는 점은 동의하고 있다. 그러나 서

구국가들은 개별급여체계를 유지하고 있지만, 일본의 경우 통합급여를 유지하면서 개별가구의 욕구를 반영하고 있고 통합급여개선론자와 개별급여론자들의 주장을 종합하면, 동일한 목적을 달성하는 방식의 차이이나, 내용적으로는 큰 차이를 보이지 않고 있다.

Ⅲ. 주요국의 급여체계 비교

본 장에서는 OECD 주요국의 저소득층 지원 정책을 살펴보고 다음으로 이들 국가들의 급여체계를 비교 검토해 본다. OECD 주요 국가들로 독일, 일본, 영국, 미국의 경우를 살펴본다. 독일은 유럽대륙의 저소득층 지원 정책을 대표하는 국가로, 그리고 미국은 유럽대륙과 다른 북미식의 저소득층 지원정책을 대표하는 국가로, 그리고 영국은 미국과 유럽대륙의 사이에서 양자의 혼합적 형태를 가진 국가로, 그리고 일본은 아시아의 우리와 가장 가깝고 직접적인 합의를 제공하는 국가라는 점에서 이들 4개국을 검토 대상으로 선정하였다.

제1절 OECD 주요국의 저소득층 지원 정책

1. 독일의 저소득층 지원 정책

가. 사회보장체계

독일의 사회보장체계는 크게 세 가지로 구분해 볼 수 있다. 먼저, 사회보험제도들로서 공적연금제도, 의료보험제도, 실업보험제도, 산재보험제도, 그리고 장기요양보험제도 등이 있다. 다음으로, 아동을 가진 가족들에 대한 지원 제도들이다. 이러한 제도로서 아동급여, 영유아양육급여, 그리고 출산수당제도 등이 있다. 마지막으로 공적부조급여제도가 있다. 공공부조 급여제도로는 실업부조, 주거급여, 사회부조, 그리고 노인기초소득보장제도 등이 있다.

이와 같은 독일 사회보장체계의 구성은 <표 3-1>에서 정리된 바와 같다. 본 연구에서는 이 세 가지 사회보장체계의 종류 중 사회보험제도를 제외하고, 아동을 가진 가족들에 대한 지원 제도와 공적부조 급여제도들에 대하여 보다 구

체적으로 검토해 본다.

〈표 3-1〉 독일의 저소득층에 대한 사회보장제도

대분류	구체적 제도
사회보험	<ul style="list-style-type: none"> - 공적연금제도 - 의료보험제도 - 실업보험제도 - 산재보험제도 - 장기요양보험제도(Long-term care insurance)
아동을 가진 가족들에 대한 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 아동급여(Child Benefit, Kindergeld) - 영유아양육급여 (National childrearing benefit, Bundeserziehungsgeld) - 출산수당(Maternity Allowance)
공공부조	<ul style="list-style-type: none"> - 실업부조(Unemployment assistance, Arbeitslosengeld) - 주거급여(Housing benefit, Wohngeld) - 사회부조(social assistance, Sozialhilfe) - 노인기초소득보장제도(means-tested minimum pension, Grundsicherung)

자료: Adema et al.(2003), 정연택(1999), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성.

나. 아동을 가진 가족에 대한 지원

독일에서 아동을 가진 가족들에 대한 주요 급여제도는 아동급여, 영유아양육 급여^{주30)}, 그리고 출산수당으로 구성된다. 아동급여(Child Benefit, Kindergeld)는 소득수준에 무관하게 모든 아동들에게 지급되는 보편적 프로그램이다. 수급자격으로서의 아동은 기본적으로 18세 미만으로 규정되며, 학생의 경우 27세 미만 그리고 미취업 또는 실업자인 경우 21세 미만으로 설정된다. 급여는 정액의 현금으로 지급되는데, 급여수준은 첫째부터 셋째 아동의 경우에는 월 154 유로,

주30) 영유아양육급여 수급자의 경우 아동급여에 더하여 영유아양육급여를 받게 됨. 영유아양육 급여와 출산수당은 중복수급될 수 없음.

그리고 넷째부터는 아동1인당 179유로이다. 급여는 조세체계(tax system)를 통하여 월단위로 지급된다. 그래서 일부에서는 아동급여를 가족소득공제제도(family tax credit)이라고 부르기도 한다(OECD, 2004).

〈표 3-2〉 독일의 아동을 가진 가족들에 대한 급여제도

프로그램	주요대상	자산조사	급여 형태	급여수준(2002)
Child Benefit (Kindergeld)	18세 미만 모든 아동 (학생은 27세까지; 실업자인 경우 21세까지)	없음	현금	셋째 아동까지 아동당 월 EUR 154, 넷째 부터는 아동1인당 EUR 179
National childrearing benefit(Bundeserziehungsgeld)	2세 미만의 아동가지고 주당 30시간 미만 근로하는 부모	0최대급여 수급가능 소득(이 수준 이상 시 급여수급 못함) - 6개월 미만 아동 가진 경우, 부부 연 EUR 51,130 미만 (편부모 연 EUR 38,350) - 7개월 이상 아동가진 경우, 부부 연 EUR 16,470(편부모 13498)	현금	최대 월 EUR 307 (아동 7개월 이후 급여액 감소) *Maternity allowance 수급 시 그 액수만큼 급여액 삭감
Maternity Allowance	출산 후 14주동안 근로 여성	없음	현금	주당 EUR 64 (한편, 고용주는 완전 임금수준까지 차이를 보충해 주도록 법으로 규정)

자료: Adema et al.(2003), 정연택(1999), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성.

영유아양육급여(National childrearing benefit, Bundeserziehungsgeld)는 2세 미만의 영유아를 가지고 주당 30시간 미만의 근로에 종사하는 부모들에 대해 지급된다. 영유아양육급여는 자산조사에 의해 일정소득 수준 이하의 사람들로 수급 자격이 제한된다. 아동의 연령에 따라 6개월 이하 아동가진 경우, 부부 연소득

EUR 51,130 미만, 그리고 편부모 연소득 EUR 38,350 미만인 경우 수급자격을 가진다. 아동의 연령이 7개월 이상 2년 미만인 경우, 부부 연소득 EUR 16,470 미만, 그리고 편부모 연소득 EUR 13,498 미만으로 수급자격이 제한된다. 급여는 조세체계에 의해 현금으로 지급되며, 아동의 연령이 6개월 이하인 경우 최대 월 EUR 307이 지급된다. 아동의 연령이 아동 7개월 이상인 경우에는 급여액이 감소된다. 한편 영유아양육급여는 출산수당(Maternity allowance)과 동시에 수급될 수 없다. 따라서 출산수당을 받는 경우, 그 액수만큼 영유아양육급여액이 삭감된다.

출산수당(Maternity Allowance)은 근로여성(working women)의 출산시 출산 후 14주 동안 지급되는 급여이다. 정부는 주당 EUR 64을 지불한다. 한편, 고용주는 정부의 출산수당에 더하여 해당 근로여성의 완전임금수준까지 차이를 보충해 주도록 법으로 규정하고 있다. 한편, 양육휴가(Parental leave, Elternzeit)가 3년까지 고용보장과 함께 제공될 수 있도록 규정되어 있다.

다. 공공부조제도

독일의 공공부조제도로는 실업부조, 사회부조, 주거급여, 그리고 노인기초소득보장제도가 있다. 실업부조(Unemployment assistance, Arbeitslosengeld)는 실업보험 급여기간을 소진한 저소득 장기실업자에게 지급되는 소득보장제도이다. 급여수급기간은 65세까지 무제한으로 설정된다. 실업부조의 수급을 위해서는 재산이 일정수준 미만이어야 한다. 재산기준(asset limit)은 연령에 따라 달라지는데, 가구구성원 1인당 연령×EUR520(예를 들어, 65세에 EUR 33,800=65×520)으로 설정된다. 이때 아동급여, 주거급여, 그리고 배우자가 실업부조 수급시 급여액에 해당되는 배우자 소득은 소득조사에서 공제된다. 그리고 자산조사 시에 주택은 합리적 기준 내에 있는 한 제외된다. 그리고 실업부조 수급자는 주당 15시간까지의 근로할 수 있으며 월 EUR 161까지의 근로소득을 가질 수 있다.

실업부조의 급여는 연방정부에 의해 현금으로 제공된다. 급여수준은 아동 없는 수급자의 경우 이전임금의 53% 그리고 아동있는 수급자의 경우 이전임금

의 57%에 해당된다. 급여의 최대지급액은 월 근로소득 EUR 4,500의 53%와 57%로 제한된다. 그리고 급여수준은 수급기간이 늘어남에 따라 매년 0.97 factor 만큼 감소되도록 설정되어 있다. 그 결과 실업부조 급여수준은 초기에는 사회부조 급여수준보다 높으나, 수급기간이 장기화될 경우 사회부조 급여수준보다 낮아지게 된다.

사회부조(Social assistance, Sozialhilfe)는 전국민에게 최저생활수준을 보장하기 위한 제도이다. 사회부조는 일반사회부조(Hilfe zum Lebensunterhalt)와 특수상황부조(Hilfe in besonderen Lebenslagen)의 두가지로 구분된다. 전자는 전국민에게 최저생활수준을 보장하기 위한 부조제도이고, 후자는 특수한 생활상태에 처했을 때 지원하는 제도이다.

일반사회부조제도(Hilfe zum Lebensunterhalt)의 수급자격은 자산조사에 기초하는데, 자산조사는 가족, 즉, 부모와 자녀의 소득을 포함한다. 자산기준(asset limits)은 신청자의 경우 EUR 1,278, 배우자의 경우 EUR 614, 아동의 경우 1인당 EUR 256이다. 자산조사에서 사회부조 기본급여액의 25%만큼은 공제되고 또한 EUR 143까지의 근로소득의 15%가 공제된다. 편모나 장애인 그리고 노인의 경우 기본급여액의 33% 공제가 적용되고 또한 EUR 143까지의 소득의 25%가 공제된다. 전체 수급자는 2000년 현재 1,457,000명인데, 이 중 16%가 실업보험이나 실업부조 급여에 대한 보충으로 일반사회부조급여를 수급하고 있다. 일반사회부조제도의 운영은 연방정부가 기본적인 자격기준을 설정하고 지방정부가 지역적 특성을 감안하여 해당 지역에 맞는 자격기준의 설정과 집행을 담당하고 있다. 그러나 지방정부간의 자격기준의 차이는 기본적으로 연방정부에서 설정한 자격기준을 중심으로 부분적인 조정으로 국한되므로 지방정부간의 차이는 제한된다. 사회부조의 재원은 지방정부에서 담당하는데, 주정부와 그 산하의 지방자치단체들이 부담하고 있다.

일반사회부조는 급여는 계속급여와 일회적 급여로 구성된다. 계속급여에 해당되는 일반생계보호는 다시 기본육구, 추가육구, 그리고 특별육구로 구분된다. 기본육구의 표준급여액은 가구주, 가구내 성인, 그리고 아동(연령대에 따라 차이)별로 규정된 가구구성원에 대한 기본급여액의 합으로 설정된다. 그다음 가

구내에 추가적 욕구를 가진 경우(노인, 임신, 자녀양육, 장애 등)에 기본급여액의 20~50%에 해당되는 추가적 급여액이 가산된다. 그리고 특별욕구로서 기본 욕구나 추가욕구로 정형화될 수 없는 생활상의 욕구를 보호하기 위하여 임대료와 난방비 등의 주거관련비용, 임의 간호보험료, 의료보험료, 연금보험료, 그리고 장제비 등이 지급된다. 또한 일회적 급여(one time benefit)가 필요한 경우 추가된다. 일회적 급여로는 의복, 가재도구, 연료, 이사 및 집수리 등이 필요한 경우나 세례, 성탄절, 생일 및 결혼 행사, 그리고 어린이 장난감, 아동교육기자재, 방문 등에 대한 경비가 보조된다. 일회적 경비는 계속급여의 대상자가 아닌 저소득국민에게도 지급된다(정연택, 1998). 그리고 아동양육급여(childrearing benefit)의 수급자격을 갖는 경우 추가적으로 이 급여를 수급할 수 있다. 2002년도 1월의 경우 몇 가지 가구형태별로 월평균 사회부조 급여액을 살펴보면 <표 3-3>과 같다. 이 표에서 표준급여와 영유아양육급여는 최대급여액으로서 소득수준에 따라 차등 지급된다. 추가욕구급여와 아동급여는 정액급여이다. 영유아양육급여는 최대급여액으로서 소득수준에 따라 차등지급된다. 그리고 주거지원, 난방비, 일회적 급여는 평균 지급액을 보여준다.

<표 3-3> 가구형태별 월 사회부조급여 구성(2001.1.1., EUR)

가구구성 아동연령	독신	자녀없는 부부	부부, 2자녀			편부모, 2자녀		
			1&4	4&6	13&15	1&4	4&6	13&15
표준급여	286	515	515	515	515	286	286	286
추가욕구급여	-	-	-	-	-	115	115	115
아동급여	-	-	306	306	464	334	334	464
영유아양육급여	-	-	307	-	-	307	-	-
평균주거지원	257	335	444	444	444	395	395	395
평균난방비	44	60	67	67	67	67	67	67
일회적급여(월평균)	46	85	159	159	159	121	121	121
총사회부조급여	633	995	1798	1491	1649	1625	1318	1448

자료: Adema et al.(2003)

특수상황부조는 특수한 상황에 처했을 때 지원을 제공하는 것으로서 각 급여

종류에 따라 소득기준에 차이가 있다. 특별상황부조의 종류로는 자활보호, 예방적 의료보호, 의료보호, 산모보호, 장애인재활보호, 맹인보호, 생활간호급여, 가사유지급여, 특수한 요보호자 보호, 노인보호, 비전형적 사회적 위험 보호 등이 있다. 이 중 장애인 재활보호는 일반사회부조와 다른 특별소득기준이 적용되고, 나머지 특별생활보호급여들에는 일반사회부조에서와 같은 소득기준이 적용된다.

주거급여(*general housing benefit, Wohngeld*)는 사회부조 급여가 주수입원이 아닌 저소득층에 대하여 주거비를 지원한다. 사회부조 급여가 주수입원인 경우에는 사회부조 급여의 부분으로 사회부조사무소(*Social Assistance Office*)에 의해 주거비가 지원된다. 독일에서 2000년도에 총 2.8million 명이 주거비 지원을 받았는데, 이중에서 1.5million명은 일반주거급여에서, 1.3million명은 사회부조에서 주거비 지원을 받았다. 주거급여의 급여액은 가구규모, 소득(일정수준 이하로 제한), 주거비용(일정수준 이하로 제한)의 세 가지 파라메타에 의해 결정된다. 주거급여 산정의 공식은 다음과 같다.

$$HA = M - (a + bM + cY)Y$$

여기에서 HA는 주거급여액, a, b, c는 조정계수이고, M은 월세 또는 주택대출상환금, Y는 월소득이다.

〈표 3-4〉 주거급여 파라메터값

(단위: EUR)

가구규모	공식에서의 파라메터들			최대주거 비용(M) ¹⁾	최대 소득(Y)
	a	b	c		
1	6.3/100	7.963/10000	9.102/100000	245	830
2	5.7/100	5.761/10000	6.431/100000	330	1140
3	5.5/100	5.176/10000	3.250/100000	390	1390
4	4.7/100	3.945/10000	2.325/100000	455	1830
5	4.2/100	3.483/10000	2.151/100000	520	2100
6	3.7/100	3.269/10000	1.519/100000	575	2370

주: 1) 중위렌트수준의 경우

자료: Adema et al.(2003)

주거급여의 재정은 주로 연방정부와 주정부에 의해 마련된다. 연방정부가 재정의 53.4%, 주정부가 44.4%, 그리고 지방자치단체가 2.2%를 부담한다. 그리고 주거급여제도의 집행은 지방자치단체가 담당한다.

노인기초소득보장제도(means-tested minimum pension, Grundsicherung)는 저소득 노인 및 장애인들에게 기초생활을 보장해 주고자 하는 제도이다. 이 역할은 기존에 사회부조제도에 의해 담당되었으나 자산조사 범위가 가족을 포괄하여 노인 및 장애인의 수급률이 낮은 점을 감안하여 2003년부터 사회부조로부터 분리하여 별도의 제도로 실시되게 되었다. 그래서 자산조사에 있어서 사회부조와 달리 부모와 자녀의 소득을 포함시키지 않고 노인이나 장애인 본인과 그 배우자의 소득만을 고려한다. 그 기준으로는 사회부조의 자산기준이 원용된다. 급여액은 사회부조의 표준급여를 기준으로 가구주 및 연령에 따라 차등적으로 설정되는 급여기준에 따라 보충급여방식으로 실시된다. 지금까지 살펴본 독일의 공공부조제도의 주요내용을 정리하면 <표 3-5>와 같다.

<표 3-5> 독일의 공공부조제도

프로그램	주요대상	자산조사	급여 형태	급여수준(2002)
Unemployment assistance, Arbeitslosengeld)	- 실업보험 급여기간 소진한 65세 미만 저소득 장기실업자 - 수급자수 (2000년 1,695,000)	- 자산기준: 가구구성원 1인당 연령 1세당 EUR520 (65세에 EUR 33,800) - 아동급여, 주거급여, 그리고 배우자가 실업부조 수급시 급여액에 해당되는 배우자 소득은 소득조사에서 공제됨	현금	- 아동없는 수급자: 이전임금의 53% (아동있는 수급자 57%) - 수급기간 장기화에 따라 0.97 factor 만큼 감소
Social assistance	- 빈곤층 - 수급자수 (2000년도 1,457,000명)	- 배우자, 자녀, 부모의 소득포함 - 재산기준: 신청자당 EUR 1,278, 배우자 EUR 614, 그리고 자녀 1인당 EUR 256 - 주택은 합리적 기준내에 있는한 제외됨.	현금 및 현물	- 가구규모, 가구구성, 주거비, 기타 욕구를 고려한 욕구기준에 따라 계산 - 일반사회부조와 특수상황부조
Housing Benefit	- 사회부조 급여가 주소득원이 아닌 저소득층 가구	- 수급자격은 세 가지 파라미터에 의해 결정: 가구규모, 소득, 주거비용(월세 또는 모기지상환액)	현금	- 급여수준은 가구규모와 집세 수준에 따라 결정.
노인기초소득 보장제도 (means-tested minimum pension, Grundsicherung)	- 저소득 노인 및 장애인 - 기존에 사회부조에 의해 담당 되었으나, 2003년부터 분리됨.	- 신청자 및 배우자의 소득과 재산(가족책임 없음) - 사회부조의 소득과 재산기준 원용	현금 - 보충 급여	- 사회부조의 표준급여(Regelsatz) 를 기준으로 가구의 여부 또는 연령기준에 따라 차등지급

자료: Adema et al.(2003), 정연택(1999), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성.

2. 일본의 저소득층 지원 정책

가. 사회보장체계

일본의 사회보장체계는 사회보험과 아동수당에 의해 기본적인 보장을 제공하

고, 공공부조는 근로능력이 없거나 미약한 가구에 최저생활을 보장하는 체계로 구성되어 있다. 사회보험제도 중 국민연금제도는 기초연금제도로써 노인들에게 기초적인 소득을 제공하고 있다. 2002년 현재 전체 노인의 96%가 기초연금을 수급하고 있다(NIPSSR, 2002). 다음으로 아동을 가진 가족들에 대한 지원제도로써 아동수당이 있다. 그리고 공공부조로서 생활보호제도가 주된 보장을 제공하고, 그 외 아동부양수당, 특별아동부양수당, 특별장애자 수당 등이 제공된다. 이와 같은 일본의 사회보장체계의 구성은 <표 3-6>에서 정리된 바와 같다. 아래에서는 아동을 가진 가족들에 대한 지원제도와 공적부조제도들에 대해 보다 자세하게 검토해 본다.

<표 3-6> 일본의 저소득층에 대한 사회보장제도

대분류	구체적 제도
사회보험	- 공적연금제도(국민연금+후생연금보험) - 의료보험제도 - 고용보험제도 - 노동자재해보상보험제도 - 개호보험제도
아동을 가진 가족들에 대한 지원	- 아동수당
공공부조	- 생활보호제도 - 아동부양수당 - 특별아동부양수당 - 특별장애자수당

자료: 엄기욱(2004), 스키무라 히로시(2005), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성.

나. 아동을 가진 가족들에 대한 지원

아동을 가진 가족들에 대한 지원으로서 아동수당이 제공된다. 아동수당 급여액은 정액으로 첫째와 둘째 아동의 경우에는 월 5,000엔, 셋째 이후 아동의 경우에는 아동 1인당 월 10,000엔이 지급된다. 그런데 일본의 아동수당제도는 서구에서의 보편적 프로그램으로서의 아동수당과는 상당한 차이가 있다. 첫째,

연령의 측면에서 18세미만이 아니라 6세 이하의 아동들을 대상으로 하고 있다. 그나마 1971년 아동수당법의 제정 이후 3세 미만의 아동만을 대상으로 하다가, 2000년부터 취학전 특례급여제도가 신설되어 3세 이상 6세 이하의 아동들로 급여 대상이 확대되었다. 둘째, 일정연령 이하의 모든 아동들을 대상으로 하는 것이 아니라, 소득조사에 의하여 일정소득수준 이하의 가구에 속한 아동들로 급여 대상이 제한된다. 수급자격기준이 되는 연간소득수준은 2002년 현재 3백만엔(피용자의 경우 4백6십만엔)이고 피부양자 1인당 38만엔이 추가된다(OECD, 2004). 1998년의 경우 3세 미만의 전체 아동 중 약 60%가 아동수당을 수급하였다.(정원오 외, 2001) 셋째, 비용부담에 있어 피용자의 경우 고용주가 재원의 70%를 부담하고 정부가 30%(중앙정부 20%, 지방정부 10%)를 부담한다. 비피용자의 경우 전액 정부 부담으로 중앙정부가 2/3을 그리고 지방정부가 1/3을 부담한다. 따라서 피용자의 경우 기업복지적 성격이 강하다.

다. 공공부조

일본의 공공부조제도로는 생활보호제도, 아동부양수당, 특별아동부양수당, 특별장해수당이 있다. 생활보호제도는 전국민에 대해 최저생활을 보장하고자 하는 사회부조제도이다. 생활보호제도의 수급자격은 소득기준, 재산기준, 부양 의무자 기준으로 구성된다. 먼저 소득기준은 최저생활비 수준으로 설정된다. 최저생활비 수준은 생활부조, 주택부조, 교육부조, 개호부조, 의료부조, 출산부조, 생업부조, 장제부조의 8개 부조 중 가구유형별로 실제 생활에 필요한 부조를 합산한 액수로서 결정된다. 이중 생활부조액은 개인적 경비인 제 1유형 비용(식료품, 피복비 등), 세대공통경비인 제2유형 비용(수도 광열비, 가구집기비 등), 가구특성에 따른 가산액, 그리고 기타비용의 네 가지 요소로 구성된다. 첫째, 개인적 경비인 제1유형 비용은 전국을 6개 지역과 12개 연령 등급으로 구분하여 각각 설정된다. 둘째, 세대공통경비인 제2유형 비용은 지역별 가구규모별로 설정되며, 동절기(11월~3월)에는 지역별 동절기가산액이 추가된다. 셋째, 가구특성에 따른 가산으로는 임신부가산, 노령가산, 모자가산, 장애인가산, 개호

시설입소자가산, 재가환자가산, 방사선장애인가산, 아동양육가산, 개호보험료가산의 9가지 가산이 지역별 기준에 따라 적용된다. 넷째, 기타비용으로는 입원환자일용품비, 개호시설입소자기본생활비, 수유가 불가능한 만1세 미만의 아동을 대상으로 하는 인공영양비, 연말연시 등에 지급되는 기말일시부조, 각종 피복비와 입학준비금, 주택설비비, 임신검사비 등이 지역별 기준에 따라 지급된다. 이러한 네가지 요소의 합으로 산정된 2003년도 최저생계비의 수준을 몇 가지 가구유형의 예를 들어 살펴보면 <표 3-7>과 같다.

<표 3-7> 2003년도 세대유형별 최저생활비 월액의 사례

(단위: 엔)

가구유형	표준3인세대	노인단독세대	노인2인세대	모자3인세대
가구구성	-33세 남(상병) -29세 여(근로) -4세 자녀	- 68세 여	- 68세 남 - 65세 여	- 30세 여 - 9세 자녀 - 4세자녀
지역구분				
1급지-1	180,490	93,980	135,180	204,260
1급지-2	173,190	90,330	129,680	197,120
2급지-1	165,870	86,680	124,170	188,200
2급지-2	158,550	83,040	118,700	181,050
3급지-1	146,240	74,400	108,190	167,170
3급지-2	138,940	70,760	102,690	160,020

자료: 엄기욱(2004)의 <표 8.14> 재구성.

다음으로 생활보호 수급자격 결정기준 중 재산기준은 거주용 주택과 부속토지, 해당지역의 일반세대와 균형을 상실하지 않는 범위내(일반적으로 해당 지역 일반세대 보급률 70%)의 동산 이외에는 재산을 매각하여 소득으로 사용하도록 하고 있다. 자동차도 보유를 인정하지 않는다. 현금은 최저생활비의 50% 한도내에서 보유를 인정하고 이를 초과하는 금액은 소득으로 인정하여 생활부조액에서 감액한다.

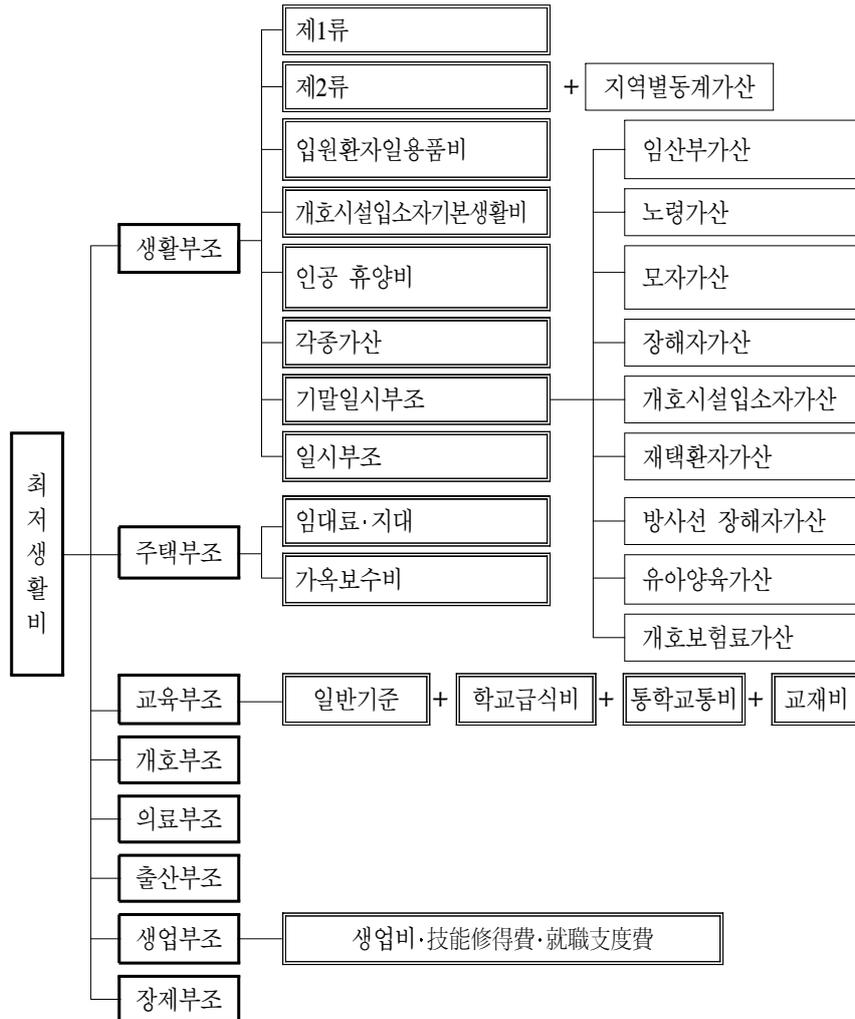
또한 부양의무자 기준의 경우, 민법상의 부양의무자가 생활보호에 우선하여

보호를 제공하도록 하고 있다. 민법상의 부양의무자 기준은 부부, 부모, 직계혈족상호, 형제자매상호, 그리고 기타 3촌 이내의 친족으로 설정된다. 이중 기타 3촌 이내의 친족은 가정재산판소의 심판에 의해 부양의무를 지게 되며, 나머지는 자동적으로 부양의무를 가진다(엄기욱, 2004).

그리고 의무교육 이상의 15~65세까지의 가동연령층의 경우에는 일을 할 수 없는 상병·장애, 보육을 위해 가동할 수 없는 경우 이외에는, 원칙적으로 가동수입을 얻고 있는 것으로 가정한다(스기무라 히로시, 2005).

생활보호제도의 급여내용은 <표 3-8>에서 보여진 바와 같이 생활부조, 주택부조, 교육부조, 의료부조, 개호부조, 출산부조, 생업부조, 장제부조의 8가지로 구성된다. 생활부조액은 최저생활비와 해당 가구의 소득간의 차이를 보충하는 보충급여로서 제공된다. 생활부조액에는 각 지역별로 설정되는 개인 및 가구규모별 표준급여액 뿐만 아니라 가구특성을 반영한 각종 가산액과 일시적 욕구들이 반영되어 있다. 주택부조는 일정한 한도내에서 월세의 경우 실제 지불된 집세를 자가의 경우 주택유지비를 지급한다. 그리고 교육부조, 출산부조, 생업부조, 장제부조 급여가 현금으로 지급된다. 또한 의료부조와 개호부조는 현물급여로서 제공된다.

〈표 3-8〉 일본의 최저생활비 산정 구조



자료: 한국보건사회연구원(2000).

<표 3-9> 일본의 주거부조 기준액(2000년 기준, 엔/월)

주거 부조		1급지	2급지	3급지
	실제 지불된 집세(월)	13,000 이내		8,000 이내
주택유지비(연)	121,000 이내			

자료: 한국보건사회연구원(2000).

생활보호제도 이외에 공공부조제도로써 아동부양수당, 특별아동부양수당, 특별장애자수당이 있다. 아동부양수당은 부와 생계를 같이 하지 않는 모자가정에 대하여 일정한 현금을 제공하는 제도이다. 수급자격은 인구학적 특성으로서 모자가정과 소득기준에 의해 결정된다. 모자가정으로는 이혼 또는 별거세대, 부모부터 유기당한 세대, 그리고 부가 장애를 가진 세대 등이 해당된다. 소득기준은 부양가족수에 따라 결정된다. 급여수준은 수급자격 세대의 소득에 따라 차등적으로 설정된다. 예를 들어 2003년 4월 현재 2인세대(수급자격자 1인, 아동 1인)인 경우 연수입이 130만엔 미만은 4만 2370엔, 수입이 130만엔 이상 365만엔 미만은 4만 2360엔부터 1만엔까지 10엔 단위로 설정되어 있다. 그리고 수급기간이 5년을 경과한 경우에는 수당의 일부를 삭감한다(엄기욱, 2004).

특별아동부양수당은 정신 및 신체장애가 있는 20세 미만의 장애아를 부양하는 부모에게 지급된다. 수급자격을 갖기 위해서는 소득이 일정기준이하이어야 하는데, 소득기준은 부양가족수에 따라 상이하다. 급여는 현금으로 지급되는데, 2003년 현재 1급 장애아동 1인당 월 51,100엔, 2급 장애아동 1인당 월 34,030엔이 지급된다.

특별장애자수당은 20세 이상으로 거택 중증장애인에 대해 일정한 현금을 지급하는 제도이다. 수급자격은 부양가족수에 따라 차등화된 소득기준에 의해 결정된다. 급여수준은 2003년 현재 월 26,620엔으로 설정되어 있다. 장애기초연금과의 병급이 가능하다.

<표 3-10>은 일본의 공공부조제도의 주요내용을 요약 정리한다.

〈표 3-10〉 일본의 공공부조제도

프로그램	주요대상	자산조사	급여형태	급여수준(2002)
생활보호제도	최저생활비 미만의 빈곤층	- 소득기준 (최저생활비) - 재산기준 - 부양의무자기준 - 능력기준	현금 및 현물	- 지역, 연령, 가구특성, 추가적 욕구 등을 고려한 최저생활비 - 급여종류: 생활부조, 주택부조, 교육부조, 개호부조, 의료부조, 출산부조, 생업부조, 장애부조
아동부양수당	일정소득 이하의 모자가정	- 모자가정 - 소득기준	현금	- 가구규모별, 소득별 차등지급 - 수급기간 5년 경과 후 급여 삭감
특별아동부양수당	장애아동을 부양하는 부모	- 소득기준은 부양가족수에 따라 차등	현금	2003년 현재 1급 장애아동 1인당 월 51,100엔, 2급 장애아동 1인당 월 34,030엔
특별장애인수당	20세 이상 중증장애인 대상	- 소득기준은 부양가족수에 따라 차등	현금	월 26,620엔(2003년)

자료: 엄기욱(2004), 스키무라 히로시(2005), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성.

3. 영국의 저소득층 지원 정책

가. 사회보장체계

영국의 사회보장제도를 크게 사회보험, 아동을 가진 가족들에 대한 지원, 공공부조의 세 가지 카테고리로 구분해 보면 다음 <표 3-11>과 같이 정리될 수 있다. 먼저, 사회보험제도로는 공적연금제도로서의 기초연금(Basic State Pension)과 국가제2연금(State Second Pension), 국가의료서비스제도(National Health Service), 실업보험제도(Contribution based Jobseeker's allowance), 산재보험제도(Industrial Injuries benefits) 등으로 구성된다. 이중 국가의료서비스제도(NHS)는 사회보험제도는 아니다. 그러나 아동을 가진 가족들에 대한 지원이나 공공부조 보다는 다른 국가들에서 의료보험의 역할을 대체하는 것으로서 전국민을 대상으로 하는 사회보험에 가까워 이 범주에 포함시켰다.

<표 3-11> 영국의 저소득층에 대한 사회보장제도

대분류	구체적 제도
사회보험	- 공적연금제도(Basic State Pension, State Second Pension) - 국가의료서비스제도(National Health Service) - 실업보험제도(Contribution based Jobseeker's allowance) - 산재보험제도(Industrial Injuries benefits)
아동을 가진 가족들에 대한 지원	- 아동수당(Child Benefit) - 아동급여세제(Child Tax Credit) - 보호자수당(Guardian's allowance) - 출산급여(Statutory maternity pay, Maternity allowance) - 근로소득보전세제(Working Tax Credit)
공공부조	- 실업부조(Income-based jobseeker's allowance) - 주거급여(Housing Benefit, Council Tax Benefit) - 소득보조(Income Support) - 연금크레딧(Pension Credit) - 사회기금(Social Fund Payments)

자료: Crawford and Shaw(2004), 정원오(2004), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성.

다음으로 아동을 가진 가족들에 대한 지원으로는 아동수당(Child Benefit), 아동급여세제(Child Tax Credit), 보호자수당(Guardian's allowance), 출산급여(Statutory maternity pay, Maternity allowance), 아동지원(Child support premium), 그리고 근로소득보전세제(Working Tax Credit)로 구성된다. 근로소득보전세제의 경우 이것을 아동을 가진 가족들에 대한 지원으로 보아야 할지 공공부조로 보아야 할지 그 구분에 모호한 점이 있다. 그러나 공공부조가 보다 빈곤층에 집중하는 반면, 근로소득보전세제(WTC)는 그 대상층이 중산층가까이까지 근접하고 아동이 있는 가구를 주대상으로 한다는 점에서 공공부조보다는 아동을 가진 가족들에 대한 지원 제도로 분류하였다.

마지막으로 공공부조는 실업부조(Income-based jobseeker's allowance), 주거급여(Housing Benefit, Council Tax Benefit), 소득보조(Income Support), 연금크레딧(Pension Credit), 사회기금(Social Fund Payments)등으로 구성된다.

아래에서는 사회보험제도를 제외하고, 아동을 가진 가족들에 대한 지원과 공공부조제도에 대하여 보다 자세하게 검토해 본다.

나. 아동을 가진 가족들에 대한 급여

아동수당(Child Allowance)은 16세 이하의 전체 아동들에 대하여 정책의 현금 급여를 제공하는 비기여 비자산조사의 보편적 프로그램이다. 급여수준은 2004년도 현재 첫째아동의 경우 월 £16.5 그리고 둘째아동부터는 월 £11.05이다.

아동급여세제(Child Tax Credit)는 16세 미만의 아동을 가진 가구 중 소득수준이 가장 높은 일부를 제외한 대부분의 아동 있는 가구를 대상으로 현금을 지급하는 제도이다. 2004년 현재 아동 있는 가구의 약 90%가 아동급여세제 급여를 수급하였다. 급여는 가족요소와 아동요소로 구분된다. 가구소득을 4구간으로 구분하여 소득이 가장 낮은 구간에 있어서는 가족요소와 아동요소의 급여가 모두 제공되고, 그 다음 소득구간에서는 아동요소가 37% 감소율에 따라 감소되며, 그 다음 구간에서는 가족요소만 지급된다. 그리고 마지막 소득구간에서는 가족요소도 1/15의 감소율에 따라 감소된다.

〈표 3-12〉 영국의 아동을 가진 가족들에 대한 지원

프로그램	주요대상	자산조사	급여 형태	급여수준(2004)
아동수당(Child Benefit)	16세 이하 전체 아동	없음	현금	첫째아동 £16.5 둘째아동부터 £11.05
아동급여세제(Child Tax Credit)	최고소득가구를 제외한 아동 있는 가구의 약 90% 대상	소득수준에 따라 급여여부 및 수준 결정	현금	- 급여는 가족요소와 아동요소로 구성 - 4개의 소득구간에 따라 평탄, 점감, 평탄, 점감구간으로 구성
보호자수당(Guardian's allowance)	부모가 사망한 아동들을 양육하는 가족에 아동수당에 더하여 추가로 지급하는 급여	없음	현금	아동1인당 £11.85
법정출산급여(Statutory maternity pay)	출산휴가 중인 모	없음	현금	- 첫6주간은 주당 평균근로소득의 90% - 7주부터는 이 액수와 £102.80 중 작은 액수
출산수당(Maternity allowance)	임신중인 근로여성	없음	현금	- 주당 평균근로소득의 90%와 £102.80 중 작은 것
근로소득보전세제(Working Tax Credit)	- 아동있는 가구: 주당 16시간 이상 근로 - 아동없는 가구: 주당 30시간 이상 근로	소득조사 있음	현금	- 소득이 가장 낮은 평탄구간에서 는 최대급여액 지급 - 다음 소득구간에서는 37% 감소율에 따라 급여감소 - 30시간 이상 근로시 추가급여

자료: Crawford and Shaw(2004), 정원오(2004), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성.

보호자수당(Guardian's allowance)은 부모가 사망한 아동들을 양육하는 가족에 아동수당에 더하여 추가로 현금급여를 제공하는 제도이다. 자산조사나 기여조건 없는 보편적 프로그램이다. 급여수준은 아동1인당 £11.85이다.

출산급여로는 법정출산급여(Statutory Maternity Pay)와 출산수당(Maternity Allowance) 등이 있다. 법정출산급여는 출산휴가 중에 고용주가 지급해야 하는 법정 최저액이다. 법정최저액에 대해서는 정부로부터 환급받을 수 있다. 하지만 법정최저액을 넘는 출산급여 지급액에 대해서는 정부로부터의 환급이 없다. 법정출산급여는 26주간 지급될 수 있으며, 첫 6주간에는 수급자의 주당 평균근로소득의 90%, 그리고 7주부터는 주당 평균근로소득의 90%나 £102.80 중 작은 액수가 지급된다. 출산수당(Maternity allowance)은 임신 중인 근로여성에게 지급되는 것으로 급여수준은 주당 평균근로소득의 90%나 £102.80 중 작은 액수가 지급된다.

근로소득보전세제(Working Tax Credit)는 주당 16시간 이상 근로하는 저소득 근로자 가구를 주대상으로 조세체계를 통하여 현금을 제공하는 제도이다. 신청을 위해서는 아동있는 가구의 경우 16세 이하의 아동을 양육하며 주당 16시간 이상 근로하고 있어야 하고, 아동없는 가구의 경우 25세 이상으로서 30시간 이상 근로하고 있어야 한다. 급여는 소득구간에 따라 평탄구간과 점감구간으로 구분되는데, 평탄구간에서는 최대급여액이 지급되고 점감구간에서는 37% 감소율에 따라 급여가 감소된다. 그리고 부부가 모두 일할 경우나 편부모인 경우 또한 30시간 이상 근로시 추가급여가 주어진다.

다. 공공부조

영국의 공공부조제도는 대상별로 장기실업자에 대해서는 소득기반구직자급여(Income-based jobseeker's allowance)에 의하여, 노인에게는 연금크레딧(pension credit)에 의하여, 그리고 편부모나 장애인, 기타 근로무능력자 등에 대해서는 소득보조(Income support)제도에 의하여 보호를 제공하고 있다. 그리고 주거급여(Housing Benefit), 그리고 사회기금(Social Fund)에 의하여 추가적인 보

호를 제공하는 체계로 구성되어 있다.

소득보조(Income support)제도는 실업자나 전일제 근로자, 그리고 노인들을 제외하고 빈곤층에 대해 기초보장을 제공한다. 그래서 소득보조제도의 주대상은 편부모, 장애인, 기타 근로무능력자들로 구성된다. 수급자격으로서의 소득기준(applicable amount)은 개인기본수당들과 추가급여, 그리고 주거비용의 합으로 설정된다. 2004년 현재 개인기본수당들과 추가급여들은 <표 3-13>과 같이 설정된다. 그리고 주거비용의 경우 집세는 주거급여(housing benefit)에서 포함되므로 여기서는 고려되지 않고 모기지상환액을 위한 수당(allowance for mortgage repayments)이 포함된다. 수급자격기준으로서의 재산은 £8,000미만이어야 한다. 급여는 소득기준(applicable amount)과 가구소득간의 차액을 지급하는 보충급여이다. 급여계산시 재산의 소득환산제를 적용하여 £3,000의 기초공제 이후 £3,000에서 £8,000까지의 재산에 대해서는 재산 £250당 £1의 소득으로 환산하여 급여에서 삭감한다.

소득기반구직자수당(Income-based jobseeker's allowance)은 저소득 장기실업자에게 급여를 제공하는 실업부조제도이다. 소득기반구직자수당의 수급자격기준(소득기준 및 재산기준)과 급여수준은 소득보조의 기준과 동일하다. 즉, 영국에서의 소득기반구직자수당은 정액급여가 아니라 소득보조와 동일한 수준의 보충급여이다.

〈표 3-13〉 소득보조의 급여기준

(단위: £/주당)

구성요소		급여수준
개인수당 -독신	18세 미만	33.5 또는 44.05
	18~24세	44.05
	25세 이상	55.65
개인수당 -부부	18세 미만	- 한 명 18세 미만: 33.5, 44.05, 66.5 - 두 명 모두 18세 미만: 44.05, 55.65, 85.75
	18세 이상	87.30
피부양 아동수당	아동1명당	42.27
추가급여	가족	15.95
	장애아동1인당	42.29
	부양자	25.55
	장애인 독신	23.7
	장애인 부부	33.85
	경증장애 (enhanced disability)	- 아동1인당: 17.08 - 독신: 11.60 - 부부: 16.75
	중증장애	44.15
	연금수급자추가급여(부부)	73.65
미망인 추가급여	23.95	

자료: Crawford and Shaw(2004).

연금크레딧(pension credit)은 2003년부터 노인들에 대한 소득보조(income support)를 대체하여 60세 이상의 저소득노인들에 대해 기초생활을 보장하는 제도이다. 수급자격은 별도의 재산기준은 없고, 소득기준은 연금크레딧 급여가 지급되는 소득수준까지이다. 연금크레딧 급여는 보증크레딧(guaranteed credit)과 저축크레딧(savings credit)으로 구성된다. 보증크레딧은 기초연금 등의 급여수준이 낮아서 소득보조에 의존하는 노인들의 생활수준을 일정 수준으로 보증하는 기능을 담당한다. 저축크레딧은 연금 등의 특정 소득원이 일정기준을 넘는 연금수급자들 중 보다 높은 연금가입(소득비례, 개인연금 등)을 장려하기 위해 일

정정도 인센티브를 부여하고자 하는 급여이다(정원오, 2004). 그래서 보증크레딧은 최저소득기준(appropriate amount)까지 보충급여를 제공한다. 최저소득기준은 <표 3-14>와 같다. 저축크레딧은 저축크레딧출발소득과 최저소득기준사이의 소득을 가진 경우 그 차이의 60%로 설정된다. 그리고 저축크레딧은 최저소득기준을 넘어선 소득의 경우에는 40%감소율에 따라 감소된다.

<표 3-14> 보증크레딧의 최저소득기준(appropriate amount)

(단위: £/주당)

구성요소		급여수준
표준급여 (standard amount)	독신	105.45
	부부	160.95
추가급여 (additional amount)	중증장애	44.15
	보호자	25.55
	주거비용	소득보조와 거의 유사
	과도적(이전 소득부조제도로부터의 전환에 따라 불이익 받는 사람)	과거 소득부조나 실업부조와 연금크레딧과의 차액

자료: Crawford and Shaw(2004).

<표 3-15> 저축크레딧 급여액

(단위: £/주당)

구성요소		급여수준
저축크레딧출발점	독신	79.6
	부부	127.25
최대저축크레딧	독신	15.51
	부부	20.22
감소율		40%

자료: Crawford and Shaw(2004).

주거급여(Housing Benefit)는 집세를 내는 저소득가구들을 대상으로 한다. 소득보조, 소득기반구직자수당, 연금크레딧의 보증크레딧 수급자들은 자동적으로 최대주거급여에 대한 수급권을 가진다. 그 이 소득기준(applicable amount)은 소득보조에서의 기준과 거의 동일한다. 이 이상의 소득을 가진 사람들의 경우 주거급여액은 최대주거급여액에서 소득기준 초과소득의 65%만큼을 뺀 액수이다. 최대주거급여액(maximum level of Housing Benefit)은 실제 집세(지역표준 집세 이하의)에서 가구내 비의존 성인당 일정액을 제한값이다. 그래서 소득기준은 65% 감소율 적용시 주거급여가 0이 되는 소득수준이다. 한편 재산기준의 경우 £16,000를 초과하는 가구는 주거급여 수급대상에서 제외된다. 그리고 재산에서 기초공제 £3,000를 제외한 재산에 대해서는 재산 £250당 £1의 소득으로 환산한다.

사회기금(Social Fund)은 다양한 상황하에서의 예외적인 지출을 충당하기 위한 급여를 제공하는 제도이다. 급여는 동절기급여, 장례비 등은 법정 급여로서 제고오디고, 그 외의 지역사회보호지원, 생활비대여금, 위기대여금 등은 임의급여로서 제공된다.

영국의 공공부조제도들의 내용을 정리하면 <표 3-16>과 같다.

〈표 3-16〉 영국의 공공부조제도

프로그램	주요대상	자산조사	급여 형태	급여수준
소득보조 (Income Support)	편부모, 장애인, 기타 근로무능력 빈곤층	- 소득기준: applicable amount 미만 - 재산기준: £ 8,000미만	현금	applicable amount와 가구소득 과의 차액
실업부조 (Income-based jobseeker's allowance)	저소득 장기실업자	- 소득기준과 재산기 준은 Income support 와 동일	현금	Income support와 동일하게 applicable amount와 가구소득 과의 차액
연금크레딧 (Pension Credit)	60세 이상의 저소득노인	- 소득기준: 40% 저축크레딧 감소율 적용 후 저축크레딧이 0이 되는 소득수준 - 재산기준: 없음	현금	- 보증크레딧(guaranteed credit) - 저축크레딧(savings credit)
주거급여 (Housing Benefit)	집세를 내는 저소득 가구	- 소득기준: 65% 주거급여 감소율 적용후 주거급여가 0이 되는 소득수준 - 재산기준: £ 16,000	현금	- appropriate amount 이하 소 득자의 경우 최대주거급여 - appropriate amount 초과 소 득의 65%만큼 최대주거급 여 감소
사회기금 (Social Fund Payments)	예외적 지출에 대한 급여		현금 또는 대여 금	- 법정급여: 동절기급여, 장례 비 등 - 임의급여: 지역사회보호지 원, 생활비대여금, 위기대 여금 등

자료: Crawford and Shaw(2004), 정원오(2004), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성.

4. 미국의 저소득층 지원 정책

가. 사회보장체계

미국의 사회보장체계는 사회보험, 공공부조, 그리고 아동있는 가족들에 대한 지원제도의 세 가지 종류로 구분해 볼 수 있다.

〈표 3-17〉 미국의 저소득층에 대한 사회보장제도

대분류	구체적 제도
사회보험	<ul style="list-style-type: none"> - 공적연금제도(Old Age, Survivors, and Disability Insurance) - 의료보험제도(Medicare) - 실업보험제도(Unemployment Insurance) - 산재보험제도(Worker's Compension)
아동있는 가족지원제도	<ul style="list-style-type: none"> - 근로소득보전세제(Earned Income Tax Credit)
공공부조	<ul style="list-style-type: none"> - TANF(Temporary Assistance to Needy Families) - SSI(Supplementary Security Income) - 식품권(Food Stamp) - 주거급여(Hosing Assistance) - 의료보호(Medicaid)

자료: 이봉주(2004), 노대명 외(2004), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성

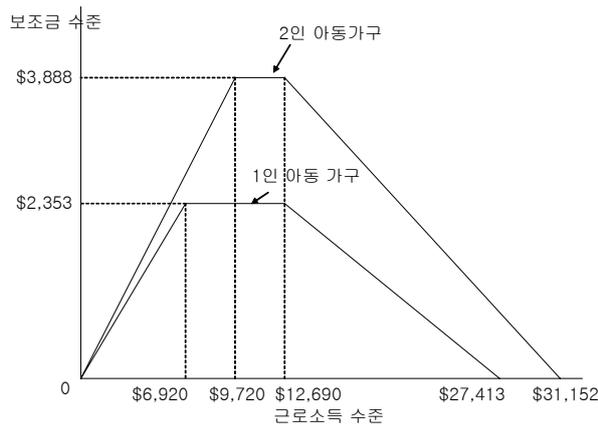
사회보험제도로는 노령, 유족, 장애의 위험에 대한 OASDI 연금제도, 노인과 장애인들에 대한 의료보험제도로서의 Medicaid, 실업자들에 대한 실업보험, 그리고 산업재해에 대한 산재보험제도로 구성되어 있다. 아동을 가진 가족에 대한 지원제도로서는 근로소득보전세제(EITC)가 중산층 밑의 저소득 가족들에 대해 현금을 지원한다. 공공부조는 TANF, SSI, 식품권, 주거급여, 의료보호 등 다양한 제도들로 구성되어 있다. 아래에서는 아동을 가진 가족들에 대한 지원제도와 공공부조제도에 대하여 보다 자세하게 살펴보도록 한다.

나. 아동을 가진 가족에 대한 지원

미국은 유럽국가들과 달리 아동을 가진 가족들에 대한 지원제도로써 아동수당제도나 아동급여제도, 그리고 출산수당제도 등을 가지고 있지 않다. 대신 미국은 아동을 가진 저소득가구들을 지원하기 위하여 근로소득보전세제(EITC)를 가지고 있다. EITC제도는 아동을 가진 저소득 근로가구를 주 대상으로 한다. 수급자격은 우선 취업을 통하여 근로소득을 가진 가구이어야 한다. 비취업자에 대해서는 급여를 제공하지 않고 취업을 통하여 근로소득을 가지고 있는 가구에 대해 근로소득수준에 따라 급여를 제공한다. 이때 소득조사에 의하여 근로소득이 일정수준 이하이어야 한다. 이 소득기준은 2003년도의 경우 아동이 1명인 가구의 경우 \$29,669, 아동이 2명인 가구의 경우 \$33,692 미만, 그리고 아동이 없는 가구의 경우에는 \$11,230이었다. 그리고 아동을 부양하는 가구이어야 한다. 아동이 없는 가구의 경우에도 급여를 받을 수 있으나 그 급여수준이 낮다. 마지막으로 재산소득이 일정수준(2003년의 경우 연간 \$2,600 미만) 이하이어야 한다.

EITC의 급여는 소득구간과 아동수에 따라 다르게 설정된다. 소득구간에 따라 EITC급여는 점증구간, 평탄구간, 그리고 점감구간으로 설정된다. 점증구간에서는 급여가 증가되고 평탄구간에서는 최대급여액 수준으로 고정되며, 그리고 점감구간에서는 급여가 급여감소율에 따라 감소된다. 이때 급여증가율과 최대급여액, 그리고 급여감소율은 아동수에 따라 달라진다. [그림 3-1]은 2000년도의 1인 아동가구와 2인 아동가구에 있어서의 근로소득수준에 따른 EITC 보조금의 지급수준을 보여준다. <표 3-18>은 2003년도에 있어서의 EITC 급여산정 기준을 제시한다.

[그림 3-1] 2000년도의 EITC 보조금



자료: Blank(2002).

<표 3-18> 2003년도 미국 EITC의 급여산정기준

(단위: \$, %)

	아동수	점증구간 급여증가율	최대 급여액	평탄구간	급여 감소율	점감구간 끝
single ¹⁾	0	7.65	382	4990~6240	7.65	11230
	1	34.00	2547	7490~13730	15.98	29666
	2+	40.00	4204	10510~13730	21.06	33692
joint ¹⁾	0	7.65	382	4990~7240	7.65	12230
	1	34.00	2547	7490~14730	15.98	30666
	2+	40.00	4204	10510~14730	21.06	34692

주: 1) single은 독신 또는 근로소득자 1인 가구; joint는 맞벌이 가구
 자료: 박능후, 최현수(2005)로부터 재구성.

다. 공공부조

미국의 공공부조는 현금지원제도로서 TANF와 SSI가 있고, 현물지원제도로서 Food Stamp, Housing Assistance, Medicaid가 있다. TANF제도는 빈곤한 편모가구를 주대상으로 현금급여를 제공한다. TANF제도는 연방정부가 주정부에게 정액의 Block grant를 지급하고 주정부가 독자적으로 프로그램을 기획 운영하는 체계로 구축되어 있다. 그래서 수급자격은 기본적으로 주별로 설정하는데, 가구형태의 측면에서 주로 18세 미만의 아동을 가진 편모가구를 주대상으로 한다. 하지만 상당수의 주에서 양부모가구도 수급대상으로 포괄하고 있다. 소득기준은 주정부에 의해 설정되어 주마다 상당한 차이가 있다. 재산기준도 주정부에 의해 설정되는데 대략 \$2,000내외이다. 그리고 부양의무자 기준은 없이 가구단위로 자산조사가 이루어진다. TANF 급여는 최대급여액에서 근로소득공제 후 소득과의 차액을 지급하는 보충급여이다.

TANF 제도에서는 연방의 TANF Block Grant에 의한 지원은 개인당 평생 최대한 5년으로 제한하도록 하고 있다. 이때 수급자의 20% 범위내에서 면제(exemption)와 기간연장(extension)을 허용하도록 하고 있다. 한편 주정부들은 5년보다 짧은 기간제한을 설정하거나 기간제한을 설정하지 않을 수 있었다. TANF제도가 도입된 후 약 5년이 지난 시점인 2001년 12월까지 약 231,000가구가 기간제한에 도달했다. 그 중 93,000가구는 기간연장(extension)이나 TANF 대체 급여(safety net benefits)없이 종결되었고, 다른 38,000가구는 급여가 감소되었다. 그리고 29,000가구는 TANF는 종결되었으나 주정부나 지방정부가 제공하는 다른 대체급여를 받고 있었다. 나머지 71,000가구는 기간제한에 도달했으나 그 다음달에 계속 급여를 받고 있었다(Bloom et al., 2002).

SSI는 저소득 노인 및 장애인을 대상으로 현금급여를 제공하는 제도이다. 수급자격은 인구학적 측면에서 65세 이상 노인이거나 장애인이어야 한다. 소득은 개인의 경우 월소득 \$552 미만, 부부의 경우 월소득 \$829로 설정되어 있다. 이때 소득공제로 비근로소득의 경우 \$20, 근로소득의 경우 첫 \$65과 그 이상 금액의 50%가 소득계산시 제외된다. 재산기준은 개인 \$2,000, 부부 \$3,000 이하로

설정되어 있다. 재산기준 산정시 주택, 가재도구, 자동차(장애치료시 이용하는 경우 100% 공제, 그렇지 않은 경우 \$4,500 공제) 등은 제외된다. 급여는 최대급여액에서 소득을 제한 금액을 보충급여한다. 2002년 현재 실제 평균 급여액은 약 \$407이었다.

식품권(Food Stamp)은 저소득계층에 대한 식료품 비용을 증서(voucher)로 제공하는 프로그램이다. 식품권의 수급자격은 소득기준과 재산기준으로 구성된다. 소득기준은 연방 빈곤선의 130%로 설정된다. 소득계산시 기초소득공제로서 1-4인가구의 경우 \$134, 5인가구의 경우 \$149, 6인 이상 가구의 경우 \$171의 공제가 설정되고 기초공제 수준 이상의 근로소득에 대해서는 20%가 공제된다. 재산기준은 부동산의 경우 비노인가구 \$2,000, 노인가구 \$3,000 미만이어야 하고, 동산의 경우 \$4,650 미만이어야 한다. 재산의 계산시 거주주택이나 가재도구 등은 제외된다. 급여수준은 월 최대급여액에서 월소득의 30%를 제한 금액으로 설정된다(식품권 급여=최대급여액-순소득×0.3). 소득이 0인 경우 가구규모 별로 다음 <표 3-19>와 같은 최대급여액을 수급할 수 있다.

<표 3-19> 식품권의 최대급여액

가구규모	최대급여액
1인	\$141
2인	259
3인	371
4인	471
5인	560
6인	672
7인	743
8인	849
그 외 1인 추가시	+106

자료: 이봉주(2004).

주거급여(Housing assistance)는 저소득층들에 대해 주거를 지원하는 제도이다. 연방정부의 주거지원은 크게 세 가지 체계로 이루어진다. 첫째, 공공주택청

(Public Housing Assistance)에 의해 공급되는 낮은 집세의 공공주택이다. 둘째, PHA에 의해 운영되는 민간시장 임대를 보조하는 주거선택증서(Housing choice vouchers)이다. 셋째, 민간주택건설자(owners of certain private projects)와의 직접 계약이다. 주거급여의 수급자격은 연간 총소득이 지역중위소득(area median income)의 80%로 설정된다.^{주31)} 그러나 주거급여를 위해 신청하고 대기중인 사람이 많이 있고, 연방정부의 주거지원정책은 소득이 아주 낮은 계층에 집중하도록 하고 있다. 예를 들어 주거선택증서 프로그램의 경우 신규수급자의 75%는 지역중위소득의 30%미만이 되도록 한다. 주거급여의 급여수준은 공공주택의 경우 연방정부보조금이 집세수입을 제외한 모든 직접적 비용을 제공한다. 주거선택증서와 민간주택건설업자와의 직접계약의 경우 표준집세 한도내에서 집세와 임차인의 기여(소득의 약 30%로 설정)간의 차액을 지급한다.

의료보호(Medicaid)는 의료보험의 혜택을 받지 못하는 저소득 노인, 장애인, 편부모, 아동들에게 의료서비스를 제공하는 제도이다. 의료보호의 수급자격요건은 SSI 수급자, TANF 수급자, 65세 이상 노인으로서 소득이 빈곤선 이하인자, 장애인으로서 소득이 빈곤선 이하인자, 유방암 여성환자 등으로 구성된다. 또한 임산부와 아동들에 대해서는 그 수급범위를 확장하고 있다. 임산부와 6세 미만 아동의 경우 빈곤선의 133%, 5세 이상 19세미만 아동들의 경우 빈곤선의 100%, 임산부와 1세 미만 아동의 경우 빈곤선의 185% 미만의 소득을 가진 경우 수급자격을 가지게 된다. 또한 1997년부터 실시된 SCHIP(State Children's Health Insurance Program)에 의하여 아동의 경우 빈곤선의 200%까지 수급이 가능하다(이봉주, 2004). 급여내용은 연방정부에서 규정한 필수급여와 주정부가 선택할 수 있는 선택급여로 구성된다.

주31) 2002년도에 지역중위소득은 디트로이트의 경우 \$69,900, 그랜드래피즈의 경우 \$61,300였음.

〈표 3-20〉 미국의 공공부조제도

프로그램	주요대상	자산조사	전달 체계	급여 형태	급여수준(2002)
TANF	빈곤 편모가구	- 소득기준: 주별 설정 - 재산기준: 주별 설정	지방 정부	현금	- 주마다 차이 - 보충급여
SSI	저소득 노인 및 장애인	- 소득기준: 개인 \$552, 부부 \$829 미만 - 근로소득공제(첫\$65, 그 초과 소득의 50%) - 재산기준: 개인\$2,000, 부부 \$3,000 이하	연방	현금	- 소득기준에 대 한 보충급여 - 2002년 평균급 여액은 \$407
Food Stamp	저소득 가구	- 소득기준: 연방빈곤선 130% 미만 - 재산기준: 부동산(비노인가구 \$2,000, 노인가구 \$3,000미만), 동산 \$4,650 미만.	연방 농림 부	증서	- 가구규모별로 최대급여액: 4인가구 경우 \$471
Housing Assistance	저소득 가구	- 지역중위소득의 80%미만 - 그러나 대기자가 많고, 연방 정부지원은 주로 아주 빈곤한 계층으로 집중됨.	연방 의 공공 주택 청	현금, 현물	- 표준집세와 임차 인의 기여(소득 의 약 30%)간의 차액 지급
Medicaid	저소득 가구	- SSI, TANF, 빈곤선 미만의 노인과 장애인 - 임신부와 6세 미만 아동: 빈 곤선의 133% - 5세 이상 19세 미만 아동: 빈 곤선의 100% - 임신부와 1세 미만 아동: 빈 곤선의 185% 미만	연방 과 지방 정부	현물	- 연방정부에 의 해 규정된 필 수급여 - 주정부에 의해 선택가능한 선 택급여

자료: 이봉주(2004), 노대명 외(2004), OECD(2004) 등을 참조하여 저자 구성

제2절 OECD 주요국의 급여체계 구조 비교

제1절에서는 독일, 일본, 영국, 미국의 네 개 국가의 사회보장제도들을 아동 을 가진 가구에 대한 지원제도와 공공부조제도를 중심으로 국가별로 살펴보았다. 제2절에서는 급여종류와 급여체계의 측면에서 이 네 개 국가의 제도들이 어떤 양상으로 나타나고 있는지를 종합적으로 정리해 보고자 한다.

1. 급여종류

형태별, 대상별, 지급시기별 급여종류라는 측면에서 네 개 국가들에서의 아동 을 가진 가구에 대한 지원과 공공부조제도가 어떠한 양상으로 나타나고 있는지를 비교 검토해 보자.

현금, 현물, 증서 등의 형태별 급여종류에 있어서, 네 개의 국가들의 대부분의 제도들에서 현금지원이 주를 이루고 있다. 현물급여는 주로 의료보호나 주거지원에 있어서 나타난다. 독일의 경우 사회부조 중 특수상황부조 중 의료보호 등이 현물로 지급된다. 일본의 경우 생활보호제도 중에서 의료부조와 개호부조가 현물급여로서 제공된다. 영국의 경우 NHS에 의하여 의료보호가 현물로 제공된다. 미국의 경우에도 의료보호(Medicaid)가 현물로 제공된다. 그리고 주거지원의 경우 정부가 공공임대주택을 건설하여 임대하거나 임대인에게 직접 보조금을 지급하는 경우 수급자에게는 현물급여로서 주택급여가 제공된다. 증서의 형태는 미국에서만 식품권과 주거급여에서 나타났다.

<표 3-21> 형태별 급여종류의 양상

	형태별		
	현금	현물	증서
독일	아동급여, 영유아양육급여, 출산수당, 실업부조, 사회부조, 노인기초소득보장, 주거급여	- 사회부조의 특수 상황부조 중 의료보호	없음
일본	아동수당, 생활보호(생활부조, 주택부조, 교육부조, 출산부조, 생업부조, 장제부조), 아동부양수당, 특별아동부양수당, 특별장애자수당	- 생활보호 중 의료부조와 개호부조	없음
영국	아동수당, CTC, 보호자수당, 출산급여, WTC, 소득보조, 실업부조, 연금크레딧, 주거급여, 사회기금	- 공공주택건설 - 의료서비스(NHS)	없음
미국	EITC, TANF, SSI	- Housing Assistance (공공주택, 민간주택 건설업자와의 직접계약) - Medicaid	- 식품권 - 주거지원 중 주거선택증서

인구집단별로 급여종류의 구분 양상을 살펴보면, 이들 국가들에서 인구집단별 특성을 반영하는 다양한 제도들을 가지고 있다는 것을 알 수 있다. 노인들에 대한 기초보장에 있어서 독일의 경우 노인기초소득보장제도, 일본은 기초연금, 영국은 기초연금과 연금크레딧, 미국은 SSI제도의 노인들에게 기초소득보장을 제공하기 위한 별도의 제도를 가지고 있다. 아동들에 대해서도 독일의 경우 아동급여, 영유아양육급여, 출산수당을, 일본의 경우 아동수당, 영국의 경우 아동수당, 아동급여(CTC), 보호자수당, 출산급여, WTC를, 그리고 미국의 경우 EITC제도를 가지고 있다. 저소득장기실업자에 대해서는 독일과 영국이 각각 실업부조와 소득기반구직자수당제도를 가지고 있는 반면, 일본과 미국은 별도의 제도를 가지고 있지 않았다. 편부모가구에 대해 일본은 아동부양수당 그리고 미국은 TANF제도를 가지고 있고, 영국은 편부모와 장애인들을 주대상으로 하

는 소득보조제도를 가지고 있는 반면, 독일은 별도의 제도를 가지고 있지는 않았다. 빈곤가구에 대해서는 독일과 일본이 전국민을 대상으로 하는 사회부조제도를 가지고 있는 반면, 영국과 미국은 전국민에 대한 단일의 사회부조제도를 가지고 있지 않았다. 한편, 주거급여, 의료보호, 그리고 식품권 등은 전체 빈곤가구들에게 제공되었다. 그러나 미국의 경우 의료보호는 저소득 노인, 장애인, 편부모가구, 그리고 아동들을 주 대상으로 하고 있다.

<표 3-22> 인구집단별 급여종류의 양상

국가	인구집단별 급여종류
독일	- 노인: 노인기초소득보장제도 - 아동: 아동급여, 영유아 양육급여, 출산수당 - 저소득장기실업자: 실업부조 - 빈곤가구: 사회부조, 주거급여
일본	- 노인: 기초연금 - 아동: 아동수당 - 모자가정: 아동부양수당 - 장애인: 특별아동부양수당, 특별장애자수당 - 빈곤가구: 생활보호
영국	- 노인: 기초연금, 노인크레딧 - 아동: 아동수당, 아동급여(CTC), 보호자수당, 출산급여, WTC - 편부모 및 장애인: 소득보조 - 저소득장기실업자: 소득기반구직수당 - 빈곤가구: 주거급여, 사회기금
미국	- 노인 및 장애인: SSI - 편부모가구: TANF - 저소득아동가진 가구: EITC - 빈곤가구: 식품권, 주거급여, 의료보호

지급시기별로 급여종류의 구분 양상을 살펴보면, <표 3-23>에 정리된 바와 같이 대부분의 급여들은 정기적 급여에 해당된다. 욕구발생시 급여로는 동절기 난방비나 질병발생시 의료보호, 주택수리비, 출산부조 등이 해당된다. 일회성

급여로는 장애비나 기말 일시부조 등이 해당된다. 이러한 양상들은 네 개 국가들간에 유사하게 나타나는 것으로 보여진다.

〈표 3-23〉 지급시기별 급여종류의 구분 양상

국가	정기적 급여	욕구발생시	일회성
독일	- 아동급여, 영유아양육 급여, 출산수당, 실업 부조, 주거급여, 사회 부조(일반사회부조), 노인기초소득보장	- 사회부조의 일반사회부 조 중 특별욕구에 대한 급여 - 사회부조의 특별상황부조 중 의료보호, 산모보호, 비전형적 사회적 위험	- 일반사회부조의 특 별욕구급여 중 장 제비 - 일반사회부조 중 일회적 급여
일본	- 아동수당, 생활보호급여, 아동부양수당, 특별아동부양수당, 특별 장애자수당	- 생활보호 급여의 일부로 서 지급: 생활부조 중 인공휴양비, 주택부조 중 가옥보수비, 개호부 조, 의료부조, 출산부조, 생업부조	- 생활보호의 생활 부조 중 기말일 시부조 및 일시 부조 - 생활보호 중 장애 부조
영국	아동수당, 아동급여(CTC), 보호자수당, 근로소득보 전세제(WTC), 실업부조, 주거급여, 소득보조, 연금 크레딧	- 출산급여 - 사회기금 - 의료서비스(NHS)	- 사회기금 중 장애 비 등
미국	EITC, SSI, TANF, 식품 권, 주거급여, 의료보호	- 의료보호(Medicaid) - 긴급식료품지원 - 저소득층 에너지지원 (Low-income home energy assistance program)	

2. 급여체계

독일, 일본, 영국, 미국의 4개국의 급여체계의 구조를 통합급여 대 개별급여, 부분급여 대 부가급여, 그리고 보충급여 대 정액급여의 측면에서 검토해 본다. 먼저 통합급여 대 개별급여의 측면에서, 독일과 일본은 통합급여체계를 가지고 있는 반면, 영국과 미국은 의료보호와 주거급여를 별도 제도를 통해 제공하는 개별급여체계를 가지고 있다. 독일의 경우 일반주거급여제도가 존재하기는 하지만, 이는 사회부조 비수급자들을 대상으로 하는 것으로서, 사회부조 수급자의 경우에는 사회부조 급여 속에 주거비용에 대한 보조가 통합되어 있다.

부분급여와 관련해서는 독일과 일본의 경우에는 통합급여체제로 구축된 사회부조제도내에서 욕구의 다양성에 대응하기 위하여 다양한 추가급여들을 제공하여 부분급여방식이 활성화되어 있다. 영국의 경우에도 소득부조의 경우 급여를 성인 및 아동 1인당 설정된 급여외에 장애인, 노인, 미망인 등의 추가적 욕구를 고려하여 추가급여를 지급한다. 그러나 미국의 경우에는 SSI와 TANF로 제도자체가 분리되어 있어서, 각각의 제도내에서는 이러한 추가적 욕구 반영이 거의 없다.

부가급여와 관련해서는 독일과 일본의 경우에는 장애인 및 모자가정 등의 취약계층에 지급하는 부가급여들이 존재한다. 독일의 경우 영유아양육급여, 일본의 경우 모자가정에 대한 아동부양수당, 장애인에 대한 특별아동부양수당과 특별장애자수당 등이 존재한다. 그러나 영국과 미국의 경우에는 취약계층들에게 지급하는 부가급여들이 그다지 존재하지 않는 것으로 보인다. 이는 독일과 일본의 경우에는 각각 사회부조와 생활보호제도에 의한 통합급여체계인 반면, 영국과 미국의 경우에는 인구집단별로 욕구별로 분산된 급여체계를 가지고 있는 것과 관련되어 있을 것으로 생각된다.

마지막으로 보충급여 대 정액급여의 측면에 있어서는 4개 국가 모두에 있어서 일반 사회부조제도들과 주거급여는 보충급여의 형태를 가지고 있다. 독일의 경우 사회부조와 일반주거급여, 일본의 경우 생활보호제도, 영국의 소득보조, 주거급여, 연금크레딧, 미국의 식품권, TANF, SSI, 주거급여는 보충급여방식을

채택하고 있다. 반면 정액급여는 아동수당과 실업부조제도에서 주로 나타나는 급여체계이다. 독일의 아동수당, 일본의 아동수당, 특별아동부양수당, 특별장애자수당, 영국의 아동수당과 소득기반구직자급여가 여기에 해당된다. 미국의 경우에는 뚜렷한 정액급여체계는 나타나지 않는다. 그런데 독일의 실업부조제도는 정액급여가 아니라 이전 임금의 53%(또는 57%) 수준으로 소득비례급여체계를 가지고 있다. 또한 일본의 아동부양수당, 영국의 CTC와 WTC, 미국의 EITC는 소득구간에 따라 급여가 달라지는 체계로 구축되어있다.

종합적으로 평가해 보면, 독일과 일본의 경우에는 전국민에 대해 최저생활수준보장에 있어서 전국민에 대한 사회부조제도를 통한 통합급여체계를 중심으로 사회부조제도내에서 욕구의 다양성에 대응하는 부분급여와 사회부조제도밖에서 부가급여를 보충하는 체계를 가지고 있는 것으로 보인다. 한편, 미국과 영국은 욕구별로 구분된 별도의 현물급여제도를 개별급여체계로 구축하고 있고, 이를 기반으로 생계급여에 해당되는 사회부조제도는 인구집단별로 별도의 체계로 구축되는 이른바 인구집단별 욕구별 개별급여체계를 가지고 있는 것으로 보인다.

<표 3-24> 급여체계의 양상

	통합급여	부분급여	부가급여	개별급여	보충급여 대 정책급여
독일	사회부조 (주거비용 및 의료보호제공)	-사회부조의 일반 사회부조 중 노령, 임신, 자녀양육, 장애 등에 따른 추가육구급여 -사회부조의 특수 상황부조	영유아양육급여(사회부조 비수급자에 대한 주거급여제도) 추가로 지급)	일반주거급여(사회부조 비수급자에 대한 주거급여제도)	-사회부조, 일반주거급여: 보충급여 -아동수당: 정책급여 -실업부조: 소득비례급여
일본	생활보호	생활보호제도내의 생활부조에서 각종 가산과 일시부조, 주택부조, 의료부조, 개호부조, 출산부조, 생업부조, 장제부조	-아동부양수당 -특별아동부양수당 -특별장애자수당		-생활보호: 보충급여 -아동수당, 특별아동부양수당, 특별장애자수당: 정책급여 -아동부양수당: 소득등급별 차등
영국	개별급여체계: 소득보조는 주거, 의료, 특수 상황에 대한 사회기금 외의 나머지 생계급여	소득보조 급여산정시 장애인, 노인, 미망인 등에 대한 추가급여		-주거급여 -의료서비스(NHS) -사회기금	-소득보조, 주거급여, 연금크레딧: 보충급여 -실업부조, 아동수당: 정책급여 -CTC, WTC: 소득구간별 차등
미국	개별급여체계: TANF와 SSI는 식품, 의료, 주거 이외의 나머지 욕구만 포괄			-식품권 -의료보호 -주거급여	-TANF, SSI, 식품권, 주거급여: 보충급여 -EITC: 소득구간별 차이

IV. 급여체계 개선 방안

제1절 기본방향

본 절에서는 기본원칙들을 사회보장제도내에서의 공공부조의 역할, 국민기초생활보장법의 목적, 분배정의 등의 측면에서 살펴본다.

첫째, 기초보장제도와 관련된 새로운 제도 도입이나 개선에 있어서 수급자에 대한 최저생활 보장은 반드시 실현되어야 한다. 왜냐하면 빈곤층을 대상으로 하는 공공부조제도는 빈곤에 대한 최종적인 사회안전망(last social safety-nets)이며, 우리나라의 경우 빈곤에 대한 핵심적인 제도가 기초보장제도이기 때문이다. 사회안전망이 지녀야 할 원칙 즉, 모든 사회적 위험에 대한 ‘포괄성’(comprehensiveness), 사회 구성원 모두에게 적용되는 ‘보편성’(universalism) 그리고 최소한의 생계를 유지할 수 있는 ‘국민복지기본선’(national minimum)의 보장 중 기초보장관련 제도의 경우 적어도 ‘국민복지기본선’(national minimum)은 반드시 보장되어야 한다. 이는 공공부조제도의 역할과 관련되기 때문이다. 이러한 이유로 국민기초생활보장법은 제1조에서 “이 법은 생활이 어려운 자에게 필요한 급여를 행하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 조성하는 것을 목적으로 한다”라고 규정하고 있다. 즉, 동 법은 자활과 함께 기초보장을 목적으로 하고 있음을 분명히 천명하고 있다. 이러한 빈곤층에 대한 최저생활보장은 분배정의라는 차원에서도 받아들여질 수 있는 논리이며, 복지국가의 최소한의 의무이기도 하다. 또한 빈곤층에 대한 최저생활보장이라는 명제는 제도가 기초보장의 사각지대를 줄이는 방향으로 설계되어야 함을 의미한다. 사각지대를 줄인다는 것은 선정에서 요보장대상자가 누락되지 않고, 수급자에게는 적정급여가 제공되어야 함을 의미한다.

둘째, 제도도입 또는 개선에 있어서는 근로유인을 제고하는 방향이어야 한다.

노동은 국민의 권리이자 의무이다. 이는 기초보장관련 제도의 건강성이라는 측면에 있어서도 바람직하며, 기초보장관련 제도의 급여예산은 곧, 국민의 세금이라는 점에서도 받아들일 수 있는 원칙이다. 그러나 최저생활보장과 근로유인간의 관계는 일반적으로 역(trade-off)의 관계이다. 그러므로 한정된 예산으로 기초보장과 근로유인을 동시에 완벽하게 달성할 수 없다. 따라서 이에 대해서는 정책의 우선순위가 검토되어야 함을 의미한다.

셋째, 새로운 제도의 도입 또는 개선은 공공부조제도의 역기능, 즉, 빈곤의 함정(poverty trap), 차상위 계층과의 소득역전현상(notch effect), 하향 소득신고의 문제 등을 해결하는 방향이어야 한다. 이러한 문제들은 급여수준과 급여방식과 관련되는 문제들로서 우리나라를 포함한 모든 공공부조제도에서 풀어야 할 숙제 중의 하나이다. 이 중 차상위 계층과의 소득역전현상(notch effect)은 계층간의 형평성 제고와도 관련된다.

넷째, 빈곤에 대한 예방적 기능을 수행하는 방향이어야 한다. 어떠한 제도가 빈곤에 대한 예방적인 기능을 수행한다는 것은 빈곤의 특성상 사후적인 대책보다는 효율적이기 때문이다.

다섯째, 실현가능성(feasibility)이 있는 제도이어야 한다. 아무리 좋은 제도일지라도 우리가 감당할 수 없는 수준의 예산이 소요된다면 학문적으로는 논의될 수 있을지라도 제도로써 정착하는 데는 한계가 있기 때문이다.

여섯째, 제도는 단순하면 단순할수록 좋다. 이는 제도가 복잡하면 효율적이지 못하기 때문이다.

그러나 이와 같은 기본원칙들을 모두 갖춘 제도는 불가능할지도 모른다. 따라서 새로운 제도 도입 또는 개선에 있어서는 기본원칙들 간에 우선순위를 정하여 접근할 필요가 있다. 빈곤층을 대상으로 하는 제도에 있어서는 가장 중요한 원칙은 최저생활보장의 원칙이라고 생각된다. 따라서 이 원칙을 훼손시키지 않는 범위 내에서 근로유인 등의 기타 원칙들이 반영된 모형들이 모색되어야 한다. 아래에서는 생계급여를 중심으로 한 기초생활보장제도의 급여체계와, 주거급여관련 급여체계, 의료급여 관련 급여체계로 나누어 개선방안을 살펴보고자 한다.

제2절 기초생활보장 급여체계 개선방안

근로유인을 위한 제도로 우선 근로장려금제를 들 수 있다. 이 제도는 기초생활보장 수급자에게만 해당되고 비수급자에게는 적용되지 않고 있다. 장애인이 직업재활사업에 참여해 얻은 소득, 자활공동체에 참가하여 얻은 소득, 학생이 얻은 근로소득 및 사업소득 등에 대해 30%의 공제율이 적용되고 있고 공공근로에 참가하여 얻은 소득 중 20만원을 초과하는 추가소득에 대해서도 30%의 공제율이 적용되고 있다. 반면 수급자의 저소득층에 대한 근로유인 정책은 없고 다만 근로소득보전세제(EITC)가 검토중이다.

〈표 4-1〉 근로소득 공제율(2005년)

공 제 대 상 소 득	공 제 율
장애인이 직업재활사업에 참여해 얻은 소득	30%
자활공동체에 참가하여 얻은 소득	30%
학생이 얻은 근로소득 및 사업소득 ¹⁾	30%
공공근로에 참가하여 얻은 소득	20만원을 초과하는 추가소득의 30%

주: 1) 다만, 휴학생의 경우 1년간 근로소득공제 적용

근로유인 유형은 크게 제재형(sanction type), 관리형(management type), 인센티브형(incentive type), 자발적 근로유인형(invisible hand type)으로 나뉜다. 제재형은 근로능력자가 일을 하지 않을 경우 각종 급여자격을 제한하여 근로를 유인하는 형태로 공공부조 수급자격 제한형, 수급기간 제한형, 현금급여 자격 제한형, 현금급여 수준 제한형 등이 있다. 공공부조 수급자격 제한형은 근로능력자에게 공공부조 수급 전 자활사업에 먼저 참여토록하는 형태(work first. 선 조건 후 보장)로 이는 현행 국민기초보장제도의 security first(선 보장 후 조건)와 대립된다 할 수 있다. 수급기간 제한형은 수급자 특히 근로능력자에게 수급기간을 제한하는 형태인데 미국의 TANF가 이에 해당한다. 현금급여 자격 제한형은 근로능력자에게는 현금급여를 하지 않는 것으로 과거의 생활보호제도가

이에 해당되고, 현금급여 수준 제한형은 현금급여 상한액을 현금급여기준선 이하에 설정하는 형태로 NIT(밀튼 프리드만(안)), 기초보장제도의 조건부 수급제, 자활 T/F의 제한적 보충급여 형태가 이에 해당된다.

관리형(management type)은 근로능력자를 선별하여 자활사업 등에 참여토록 관리하는 형태로 현행 조건부 수급제가 이에 해당된다. 인센티브 형(incentive type)은 근로소득에 대하여 재정적인 인센티브 제공하는 형태로서 근로소득공제율이 100%미만인 경우 예컨대, 현행 근로장려금제도, 미국의 공공부조 프로그램에서의 근로소득공제제, EITC 등이 이에 해당된다. 자발적 근로유인 형(invisible hand type)은 근로소득에 대하여 재정적인 인센티브 제공하는 형태로서 근로소득공제율이 100% 이상인 경우를 말한다.

제재형은 강한 근로유인의 장점이 있으나 공공부조제도가 있는 경우 가능하고 가장 저급한 정책수단으로서 수급자의 경우 기초보장이 되지 못하는 단점이 있다. 관리형은 강제에 의한 근로참여가 가능하다는 장점이 있으나 보충급여제 하에서는 근로유인이라는 소기의 목적을 달성하기 어렵다. 또한 관리비용의 증가도 예상된다. 인센티브형은 공공부조 수급자가 아닌 경우 근로유인의 효과가 증대되나 수급자의 경우 부분적인 성과만을 기대할 수 있다. 왜냐하면 소득공제의 경우 공제율이 100% 미만인 경우 소득증가는 급여감소로 이어져 근로유인의 효과가 반감되기 때문이다. 그러나 이러한 제도는 수급자의 근로유인 정책으로서는 예산 투입대비 효과가 미흡하다. 자발형은 자발적인 근로유인이 가능하고 아울러 소득신고의 정확성도 제고될 수 있다. 그러나 차상위 계층에게는 적용 불가능하고 차상위 계층과의 소득역전 현상이 상대적으로 크게 나타날 수 있다.

위와 같은 제도별 장단점을 비교해 볼 때 다음의 관점에서 자발형 근로유인 체계가 가장 바람직할 것으로 보인다.

- 기초보장 가능성
- 근로유인 정도
- 형평성(시장별 형평성, 소득계층별 형평성, 가구규모별 형평성)

- 소득신고의 정확성
- 빈곤함정 및 자활함정 가능성
- EITC 제도와의 연계 가능성
- 소요예산

보다 구체적인 급여체계의 개편 방안을 모색하기 위하여 현재 혼돈속에 사용되고 있는 용어에 대한 정의가 먼저 필요할 것 같다. 우리나라의 경우 급여체계(특히, 개별, 통합, 부분, 부가, 부조 등)에 대한 개념의 혼선으로 동일 사안에 대하여 학자들 마다 다른 개념을 적용하기도 하고, 오용하는 사례도 있다. 길버트와 스펙트(N. Gilbert and H. Specht)는 제도를 할당(allocation), 급여(provision), 전달체계(delivery system), 재정(finance)으로 나누어 분석하고 있다. 급여에는 급여수준, 급여체계(=급여방식), 급여종류 등으로 구분해 볼 수 있고 급여체계에는 통합급여 vs 개별급여, 보충급여 vs 정액급여, 부분급여 vs 부가급여, 근로능력 유무에 따른 급여, 욕구별 급여 vs 대상별 급여 등의 대립된 급여체계가 존재한다.

이현주·노대명의 연구^{주32)}에 따르면 예산과 법령이 독립적인지, 선정 및 급여를 욕구에 따라 개별적으로 수행하는지 통합적으로 수행하는지에 따라 개별급여와 통합급여를 구분하고 있다. 즉, 개별급여는 독립된 제도(법)와 예산을 토대로 독자적인 선정기준을 갖는 급여를 지칭하는 것으로 정의하고, 통합급여는 제반 급여를 총괄적으로 규정하는 제도(법)와 예산을 전제로 예외적인 선정기준을 갖는 급여를 지칭하는 것으로 정의하고 있다.^{주33)} 동 논리를 따른다면 현행의 기초보장제도는 통합급여라 할 수 있다. 개별급여와 통합급여를 구분하

주32) 동 연구에서는 통합급여 대신 부분급여라는 용어를 사용하고 있으나, 본 자료에서는 통합급여로 통일함.

주33) 노대명, 이현주의 연구에 의하면 통합급여체계란 최저생계비 비목별 급여가 빈곤층의 욕구에 따라 제공되는 것이 아니라 수급자 선정여부에 따라 ‘일괄적으로’ 제공되는 체계를 의미하고 있음. 기초보장제도의 경우 교육급여 등 일부 급여는 수급자의 욕구 여하에 따라 지급되고 있지만, 주거급여 등은 빈곤층의 비목별 욕구와 무관하게 제공되고 있기 때문에 현 기초보장제도는 ‘본질적으로’ 통합급여체제로 운영되고 있다고 규정하고 있음.

는 기준 중 핵심은 독립된 체계 즉, 급여별로 독자적인 선정기준과 급여기준을 두고 있는지 아니면 통합적인 기준으로 선정 및 급여를 하는지가 관건이라고 판단된다. 그러나 통합적인 기준이라고 해서 획일적인 기준을 둔다는 의미는 아니다. 예컨대, 통합급여체계를 유지하고 있는 우리나라와 일본의 경우 우리나라와 같이 가구규모별 최저생계비를 선정 및 급여기준으로 둘 수도 있고, 일본처럼 지역별, 가구규모별, 가구유형별 최저생계비를 선정 및 급여기준으로 둘 수도 있다.

〈표 4-2〉 개별급여와 통합급여

구 분	개별급여	통합급여
법적 근거	주거급여법, 자활지원법 등	기초생활보장법
예산	독립된 예산	기초생활보장예산
선정 기준	독자적인 선정기준	통일적 선정기준+예외적 선정기준

자료: 노대명·이현주, 『공공부조 내실화를 위한 개별급여 활성화 방안』, 『공공부조 개선을 통한 사회안전망 구축방안』, 서울대학교 사회복지연구소, 2005.6에서 수정 발취.

욕구별 급여란 주거, 교육, 의료 등의 욕구가 있는 경우 이를 충족시키기 위하여 비목별로 지급하는 급여로 개별가구의 욕구의 차이를 감안하는 것이 원칙이나, 현행 기초보장제도는 가구유형별 최저생계비를 적용하지 않고, 가구규모별 최저생계비를 기준으로 급여하기 때문에 욕구의 차이가 감안되지 못하고 있다. 대상별 급여는 노인, 장애인, 학생, 한부모, 아동 등 인구 대상별로 차등지급하는 급여로 대상별 급여의 논거는 이들 취약계층의 경우 일반인과 동일한 삶을 유지하는데 있어서 일반인보다 더 많은 자원이 필요하기 때문이다.

부분급여는 최저생계비 포함된 모든 비용을 받지 않고 필요한 비목(예, 주거, 의료 등)에 해당되는 금액을 받는 급여이고 부가급여는 수급자에게 수당 등의 형태로 지급하는 급여(예, 경로연금, 장애 수당 등)와 개별가구의 욕구가 획일적인 기준(예, 가구규모별 최저생계비)보다 클 경우 차이를 지급하는 급여

로 월세 가구의 경우 전세기준 주거비와 월세기준 주거비의 차액을 지원하는 경우^{주34)}가 이에 해당된다 볼 수 있다.

여기에서는 현행 통합급여 체계의 문제점을 개선한 모형을 제시하고 개별급여와 장단점을 비교해보기로 하겠다. 개선된 통합급여란 기존의 통합급여가 개별가구의 욕구를 반영하지 못하는 단점을 해결하기 위하여 통합급여의 체계는 유지하되, 욕구를 반영하기 위하여 부분급여제도를 가미한 형태를 의미한다. 개선된 통합급여에서의 선정 및 급여의 기준은 지역별 가구규모별 가구유형별 점유형태별 최저생계비가 되고 현행의 통합급여가 가구규모별 최저생계비를 바탕으로 설계되었지만, 개선된 통합급여란 지역별 가구규모별 가구유형별 최저생계비를 기준으로 설계된 급여를 의미한다. 따라서 최저생계비는 가구규모, 가구특성, 지역, 주거점유형태 등에 따라 최저생계비가 달라지게 된다. 여기서는 논의의 단순화를 위하여 점유형태만 고려하되, 편의상 지역별 가구규모별 가구특성별 점유형태별 최저생계비에 대한 표현을 가구유형별 최저생계비(이하 PL)라 칭하고자 한다.

개선된 통합급여에서의 수급자는 모든 급여를 받을 수 있는 가구와 개별욕구만을 받는 가구로 나누어진다. 모든 급여를 받는 수급자(이하 All)는 소득인정액이 가구유형별 최저생계비(PL)이하인 가구로서 부양의무자 기준을 충족하는 가구이고 부분급여만 받는 수급자(이하 Only)는 소득인정액이 가구유형별 최저생계비(PL)이하인 가구로서 All에 해당되지 않는 경우 즉, 부양의무자 기준을 적용하지 않는 경우에 해당된다 할 수 있다. (아래에서는 주거급여를 기준으로 논의를 전개하고자 한다.) All의 경우 PL에서 소득인정액을 감한 금액이 급여수준이 되고 Only의 경우는 가구유형별 최저주거비에서 주거비 부담능력을 감한 금액만 급여되는 것이다.

주34) 차액을 지급할 수도 있지만, 소득평가액 산정시 차액만큼 공제해 줄 수도 있음.

주거비부담능력 = 거주하는 주택을 제외한 소득인정액^{주35)} - 주거비 제외 최저생계비^{주36)} + 주거평가액^{주37)}

주거평가액; 월세 0, 전세 및 자가는 재산의 소득환산액 개념 준용
영구임대 Apt의 주거평가액은 임대료 차액(동일한 규모의 민간 Apt와의 차액)

4인^{주38)}가구로서 최저주거비가 월세인 경우 30만원, 전세인 경우 20만원, 자가인 경우 10만원이고, 최저주거비 제외 최저생계비가 80만원(타법지원액(현물급여 포함)이 10만원, 기타 70만원)이라고 가정하면(이하 모든 예시는 동 금액을 기준으로 제시함), 선정기준은 가구유형별 최저생계비(PL)이므로 월세가구의 경우 110만원, 전세가구의 경우 100만원, 자가가구의 경우 90만원이 되고, 현금급여기준선(주거급여 포함)은 월세 100만원, 전세 90만원, 자가 80만원이 된다. 위의 가정을 바탕으로 월세가구로서 모든 급여를 받을 수 있는 ALL의 경우 소득인정액 수준별 선정여부와 급여 및 가처분 소득을 산정하면 다음과 같다. 소득인정액이 105만원인 월세 가구의 경우 기존의 체계 즉, 가구규모별 최저생계비(전세기준)를 기준으로 하면 탈락하였으나, 동 가구는 선정되고 주거급여 5만원을 받게 된다. 소득인정액이 90만원인 월세 가구의 경우 기존의 체계에서는 선정될지라도 4인가구 현금급여기준선이 90만원이기 때문에 주거급여를 받을 수 없었다. 그러나 선정기준으로 가구유형별 최저생계비가 적용되므로 주거급여 10만원과 타법지원액 10만원을 받게 된다. 이러한 논리는 자가가구와 전세가구에도 적용 가능하다.

주35) 거주하는 주택외의 재산이 많은 경우 주거급여를 지급하는 것이 바람직하지 않다는 차원에서 소득인정액 개념을 적용

주36) 주거비를 제외한 최저생계비를 소득인정액에서 감(-)하는 이유는 주거비를 제외한 최저생계비 금액은 다른 비목의 최저생계비로 지출되어야 하기 때문임.

주37) 전세액(또는 자가금액)의 차이가 있을 경우 형평성을 고려하기 위한 요소. 예컨대, 전세 5,000만원에 거주하는 사람과 전세 500만원에 거주하는 사람간의 형평성 고려하기 위한 요소

주38) 이하의 모든 예시는 4인가구 기준으로 설명함.

〈표 4-3〉 월세 4인 가구의 AI 인 경우의 급여 및 가처분소득

소득인정액	선정 여부	급여	가처분 소득인정액
111만원 이상	탈락	없음	111만원 이상
105만원	선정	PL-소득인정액(105)= 주거급여 5만원	110만원
90만원	선정	타법지원 ¹⁾ (10) + 주거급여 10만원	110만원
80만원	선정	타법지원(10) + 주거급여 20만원	110만원
70만원 이하	선정	타법지원(10) + 주거급여 30만원 + 생계급여 n만원	110만원

주 1) 타법지원은 전세기준 가구규모별 최저생계비(100만원)까지만 지급

위의 가정을 바탕으로 월세가구로서 주거급여만 급여만 받는 Only의 경우 소득인정액 수준별 선정여부와 급여 및 가처분 소득을 산정하면 다음과 같다. 소득인정액이 105만원인 월세 가구의 경우 기존의 체계 즉, 가구규모별 최저생계비(전세기준)를 기준으로 하면 탈락하였으나, 동 가구는 선정되고 주거급여는 월세가구 최저주거비 30만원에서 주거비 부담능력 25만원(=110만원 - 85만원)을 제한 5만원을 받게 되고 동 가구는 Only이므로 다른 급여는 받지 못한다. 소득인정액이 90만원인 월세 가구의 경우 기존의 체계에서는 선정될지라도 4인 가구 현금급여기준선이 90만원이기 때문에 주거급여를 받을 수 없었다. 그러나 선정기준으로 가구유형별 최저생계비가 적용되고, 주거급여는 최저주거비 30만원에서 주거비 부담능력 10만원(=90만원 - 80만원)을 공제한 20만원을 받게 된다. 결국 동일 소득인정액일 경우 AI에서 받는 급여액 20만원과 동일해진다.

〈표 4-4〉 월세 4인가구로서 Only인 경우의 급여 및 가처분 소득

소득인정액	선정 여부	급여
111만원 이상	탈락	없음
105만원	선정	최저주거비(30)-주거비 부담능력25(105-80)= 주거급여 5만원
90만원	선정	최저주거비(30)-주거비 부담능력10(90-80)=주거급여 20 만원
80만원 이하	선정	최저주거비(30)-주거비 부담능력0 = 주거급여 30만원

제3절 주거급여 급여체계 개선방안

본 절에서는 주거급여 관련 쟁점들을 살펴보고 쟁점에 대한 해결방안이 있는 지 검토한 후 몇 가지 모형들을 제시하여 향후 주거급여 개선방안을 모색해 보고자 한다.

1. 주거급여 관련 쟁점 및 대한 모색

수급자와 차상위 계층간 형평성에 문제가 있다는 지적이 그 동안 여러 차례 제기 되었다. 대부분의 수급자는 생계급여, 주거급여, 의료급여를 포함한 기초보장급여를 모두 받을 수 있으며, 장애인과 노인 등의 경우 장애수당, 경로연금을 비롯한 추가수당도 받을 수 있다. 그러나 생활형편이 비슷하거나(부양의무자기준으로 인한 비수급) 약간 더 나은(재산의 소득환산액으로 인한 비수급) 차상위계층의 경우 이러한 혜택으로부터 거의 완전히 배제되어 있다. 또한 지역별·점유형태별에서도 비형평성이 존재한다. 최저생계비 중 주거비는 지역별·점유형태별로 상당히 큰 차이를 보이지만 이를 중소도시·전세기준으로 단일화함으로써 상대적으로 대도시·월세에 거주하는 수급·비수급 빈곤계층은 급여의 수준이 낮거나 수급대상에서 제외되는 문제가 발생한다.

이에 대한 대안으로 주거급여 방식에서 부가급여와 개별급여방식이 검토될 수 있다. 부가급여방식이란 현재와 같이 주거급여가 국민기초생활보장제도의

들 내에 존재하되, 주거욕구가 있는 차상위 계층에게 부가적으로 주거급여를 제공하는 방안이다. 이와 같은 제도의 장점은 첫째 주거빈곤에 놓여있는 차상위 계층을 포괄함으로써 주거사각지대를 완화할 수 있고 둘째, 제도의 안정성이라는 측면에서 현 급여체계의 급격한 변화 없이 점진적으로 주거급여의 문제점을 해결할 수 있다. 반면 단점으로는 수급자 선정기준이 기초보장체계 내에 통합되어 있을 경우 주거빈곤보다는 부양의무자기준이나 재산의 소득환산 등 현행기준을 그대로 적용해야하기 때문에 수급자와 차상위 계층간 비형평성의 문제를 해결하는데 취약하다.

개별급여방식이란 주거급여를 국민기초생활보장제도에서 완전 분리하여 별도의 선정과 급여체계를 가진 제도로 구축하는 방안이다. 이는 수급자와 차상위계층 간 비형평성 문제를 해결하는데 유리하다. 즉, 주거빈곤자, 최저주거기준 미달자, 일시적 주거문제 보유자 등 주거욕구가 긴요한 저소득층에 선정기준의 초점을 맞춤으로써 실질적인 주거보장의 역할을 담당할 수 있다. 단, 별도의 선정기준 설정 시 기초보장 선정기준과의 통합성이 고려되어야한다. 즉, 수급자의 생계비와 주거급여 간 충돌이 발생하지 않도록 자연스러운 슬라이딩 방식을 도출해야 하고 이를 위해서는 기초보장의 선정 및 급여 산정방식과 주거급여의 선정 및 급여 산정방식을 함께 고려할 필요가 있다. 반면 국민기초생활보장제도와와의 정합성·안정성이 다소 떨어질 수 있고, 제도의 설계에 따라 다를 수 있지만, 차상위계층의 일부를 포괄할 경우 소요예산이 다소 증가할 수 있다.

최저생계비 중 주거비는 지역별 편차가 가장 심한 비목이다. 따라서 대도시·중소도시·농어촌 간의 주거비를 차등 계측하여 적용할 필요가 있다. 지역별 최저주거비의 차등은 급여방식과 상관없이 모두 적용가능 하다. 또한, 자가·전세·월세 등 점유형태별로도 주거비를 차등 계측하여 적용할 필요가 있다. 점유형태별 최저주거비의 차등도 급여방식과 상관없이 모두 적용가능한 데 다음과 같은 점들을 고려하여야 한다. 자가의 경우, 유지·수선비 중심으로 현물급여를 원칙으로 하되 관리비는 생계비로 처리토록 하고 전세의 경우, 대출금액에 대한 월이자액을 기준으로 산정한다. 월세의 경우, 월세액을 기준으로 하고 전세와

월세의 경우, 임차인과 임대인 간의 담합가능성 등을 고려하여 적정성을 평가할 필요가 있다.

재정 및 전달체계의 효율성 관련 지역특성별 다양한 욕구에 대한 대응이 미흡하다. 지역특성별로 주택공급 상황, 주거환경, 주택에 대한 수요와 욕구 등이 다양하게 나타날 수 있으나 현 주거급여는 통합적이고 중앙집권적인 체계이므로, 지역별로 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 유연하고 융통성 있는 급여와 서비스를 제공하지 못하고 있다. 미국, 영국 등 선진국은 이러한 점을 감안하여 주거급여를 주·지역에서 관리·운영하게 하고 있다. 또한, 주거급여가 현금급여와 수급자 중심으로 운영되고 있어 사실상 ‘주거빈곤’에 대한 적절한 대응기재로서의 역할을 수행하고 있지 못하다. 따라서 이를 해결하기 위하여 통합관리 방식과 별도관리 방식을 비교하여 고찰할 필요가 있다.

통합관리방식이란 기초보장의 틀 내에서 통합운영하는 방안으로 현 제도의 틀을 크게 벗어나지 않으므로 안정성·지속성 면에서 유리하고, 지역별·점유형태별 최저주거비까지만 확대한다면 행정적 비용절감효과를 기대할 수 있다. 또한 재정적 부담은 대상자 확대만큼 커지지만 전달체계는 기존의 기초보장 체계를 활용할 수 있다. 반면 주거급여를 차상위계층까지 확대하기 위해서는 기초보장법의 특례조항 신설 등의 방법을 통해 부분급여를 신설하여야 한다. 이 방법은 대상자를 어느 정도까지 확대하는 데에는 유리하나, 큰 폭으로 확대하는 데에는 용이하지 않으며, 주거보장 목적을 달성하는 데에 한계가 있다. 별도관리방식이란 주거급여를 기초보장과 분리하여 개별급여로 관리운영하는 방안이다. 주거급여를 차상위계층까지 확대하기에 용이하고 제도의 선정·급여대상이 명확하게 구분될 경우 제도 간 업무분담이 명확해질 수 있다. 반면 생계급여와 주거급여의 관계설정 등 사전조정작업이 필요하며, 별도의 행정인프라 구축의 검토가 필요하다.

전달체계 관련하여 중앙집권적 운용방법과 지방분권적 운용 방법을 비교 검토하고자 한다. 재정과 관리운영 모두를 중앙정부가 담당하는 방안은 선정과 급여의 일관성·행정적 통일성·형평성 등에서 유리하나 중앙정부의 행정적 과부하 및 지역에 따른 욕구의 다양성을 반영하기 어렵다. 따라서 중앙과 지방이

업무를 나누는 부분적 지방 분권 방법을 모색하고자 한다. 통합적 주거급여의 제정과 관리운영은 중앙정부가 담당하고 지자체는 자체적 주거프로그램을 개발·운영하며, 이에 대한 재정은 중앙과 지방이 차등적으로 부담하는 방안이다. 전국적으로 통일적인 프로그램과 지역특성을 반영한 프로그램을 동시에 운영함으로써 형평성과 유연성을 동시에 제고할 수 있다. 반면 프로그램이 다양화됨에 따라 선정 및 급여의 중복·누락이 발생할 수 있고 행정적 복잡성이 가중될 우려가 있으며 추가재정이 소요될 수도 있다.

2. 주거급여 현실화를 위한 대안 모형

아래에서는 이상과 같은 현행 주거급여의 쟁점들을 고려하면서 주거급여 현실화 방안 관련 5 가지의 모형들을 구체적으로 검토하여 비교분석하고자 한다.

가. 모형 1안: 현행체계 + 지역별, 점유형태별 주거비 차이 공제

지역별 및 점유형태별 주거비 차이를 추가주거비 형태로 소득평가액에서 공제한다. 대도시 및 중소도시 월세 가구는 현행 기준(중소도시, 전세, 4인 가구)과의 차액을 추가주거비의 형태로 소득평가액 산정 시 공제하고 주거비가 과잉 지급되고 있는 농어촌 및 중소도시 자가는 현행을 유지하되 차액이 소멸될 때까지 동결한다. 추가주거비 공제 후 조정된 소득인정액이 최저생계비 이하인 가구를 수급자로 선정하되 급여는 조정된 소득인정액 기준으로 현행 체계를 유지한다. 이와 같은 모형은 과잉급여의 문제가 계속 존재하고 주거급여가 생계급여에 포함되어 있어 주거 개선에 한계가 있다.

- 급여 = 현금급여(생계급여+주거급여) + 현물급여
- 현금급여 = 현금급여기준선 - 소득인정액
- 현금급여기준선 = 최저생계비 - 타법령 지원액(현물급여 포함)
- 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액
- 소득평가액 = 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제액 -

추가 주거비

- 재산의 소득환산액 = (재산가액- 기초공제액-부채)×재산의 종류별 환산액
- 추가주거비: 중소도시와 대도시간의 주거비 차액, 월세와 전세 간의 주거비 차액

나. 모형 2안: 현행체계 + 지역별, 점유형태별 주거비 차이 반영

지역별 및 점유형태별 주거비 차이를 기존의 현금급여에 추가하여 지급하는 방식이다. 대도시 및 중소도시 월세 가구는 현행 기준(중소도시, 전세, 4인 가구)과의 차액을 기존의 현금급여에 추가하여 지급한다. 주거비가 과잉 지급되고 있는 농어촌 및 중소도시 자가는 소멸될 때까지 현행상태를 유지한다. 현행 수급자를 그대로 주거급여 수급자로 선정하고 기존의 현금급여에 추가주거비(부가급여)만 지급하면 된다. 소득평가액 산정 시 추가주거비를 계산하지 않고, 추가 주거비를 부가급여로 지급하는 방법이다. 현행과 동일한 선정 방식이므로 주거급여가 지니고 있는 선정상의 문제점은 그대로 남게되고 과잉 급여의 문제점 또한 잔존하게 된다.

- 급여 = 현금급여(생계급여+주거급여) + 현물급여
- 현금급여 = 현금급여기준선 - 소득인정액 + 부가급여
- 현금급여기준선 = 최저생계비 - 타법령 지원액(현물급여 포함)
- 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액
- 소득평가액 = 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제액
- 재산의 소득환산액 = (재산가액- 기초공제액-부채)×재산의 종류별 환산액
- 부가급여: 중소도시와 대도시간의 주거비 차액, 월세와 전세간의 주거비 차액

다. 모형 3안: 현행체계 + 지역별, 점유형태별 주거비 차이 반영+ 차상위 확대

최저생계비 이하의 가구에게는 모형 1안 또는 모형 2안을 적용하고 최저생계비 100%~120%가구까지는 지역별, 점유형태별, 가구규모별 차등이 반영된 최저주거비가 가구소득의 일정비율(20%)을 초과하는 가구에게 지급한다. 최저생계비 이하 소득계층과 생활 양태가 비슷한 최저생계비 120% 이하 소득계층 중 소득이 최저생계비 이하인 가구 그리고 최저생계비 100% 이상 최저생계비 120% 이하 가구 중 최저주거비가 가구소득의 일정비율(20%)을 초과하는 최저주거비 부담 과다가구를 수급자로 선정한다. 소득이 최저생계비 이하인 가구에게는 모형1안 또는 모형2안을 적용하고 소득이 최저생계비 100% 이상 120% 이하인 가구에게는 지역별, 점유형태별, 가구규모별 차등화가 반영된 최저주거비를 급여하는 방안이다. 현행과 동일한 선정방식이므로 주거급여가 지니고 있는 선정상의 문제점은 그대로이고, 과잉급여의 문제점은 여전히 상존하며, 차상위 가구까지 확대하게 됨에 따라 행정비용도 추가로 소요될 수 있다.

라. 모형 4안: 소득별 주거비 자부담 차등화

주거비를 제외한 최저생계비 이하의 소득자에게는 최저주거비 전액을, 그 이상의 소득자에게는 이상의 소득 중 일정비율(70%)을 주거목적의 자부담으로 하고 나머지(30%)를 지원하는 방식으로 영국에서 행해지고 있다. 주거급여 취지와 목적에 부합할 수 있도록 주거 빈곤 가구에게 주거보장을 실현하는 방안이다. 이 방안은 주거비보조의 성격과 소득보조의 성격이 혼재되어 있다. 또한 a의 값이 자의적이어서 주거비를 제외한 최저생계비 이상의 소득 중 주거목적의 자부담 비율이 결정되어야 주거급여의 수급 대상이 결정될 수 있다.

□ 선정

— 다음의 조건을 만족하는 가구

- $Y \leq M + R/a$

R: 가구규모별, 지역별 최저 임대료(상수)

Y: 가구의 실질소득(변수)

M: 주거비를 제외한 최저생계비(상수)

a: 최저생계비 이상의 소득 중 주거비에 대한 자부담률(상수)
0.7적용

□ 급여

- $HB = R - a(Y - M)$ (HB: 최저주거급여액)

- $Y \leq M$ 인 경우(주로 수급자) 최저 임대료를 전액 지급함.

- HB = 0인 지점이 주거급여를 받을 수 있는 소득상한선이 됨: 따라서 위 공식은 선정기준인 동시에 급여액 결정공식임.

마. 모형 5안: 생계급여로부터 주거급여 독립

현행 국민기초생활보장법의 수급자가 되면 자동적으로 받게 되어있는 주거급여를 선정부터 급여에 이르기까지 별도로 독립시켜 개별급여화하는 방안이다. 생계급여를 보충하는 형태의 현행 주거급여를 완전 주거목적으로 사용할 수 있도록 생계급여에서 독립하여 중장기적으로 주거 빈곤 가구가 주거보장을 달성할 수 있는 형태로 개편하는 방법이다. 즉, 소비적 주거급여에서 생산적 주거급여로 전환하는 형태가 될 수 있다. 이 방안은 주거급여가 별도로 독립하기 때문에 현행보다 더 많은 행정인력이 필요할 수 있다. 건교부 고시 최저주거기준 미달가구 중 소득인정액이 주거비를 제외한 최저생계비의 150% 이하인 가구를 주거급여 선정대상으로 하되 우선 전제되어야 할 사항이 생계급여 수급자 선정기준이다. 생계급여 수급자는 소득인정액이 주거비를 제외한 최저생계

비 이하의 가구 중 부양의무자 기준을 만족하는 가구로 한정한다. 현행 최저주거비 계측에 포함된 항목 중 귀속임대료만 주거비로 정의하고 유지수선비, 복비, 이사비, 관리비, 도배비 등은 생계비로 포괄하고 재산을 소득으로 환산할 때 거주목적의 최저 주거 금액까지 기초 공제한다. 현행 최저생계비 계측시 재산의 소득환산율(4.17%)은 소유하고 있는 재산을 2년내에 소진하여 생계비로 충당하라는 의미를 담고 있어 이와 같은 재산의 소득환산은 궁극적으로 주거여건을 더욱 불안하게 할 수 있기 때문이다. 즉, 거주 목적의 일정 규모(또는 일정액) 이하 주택은 소득인정액 산정시 제외하여 주거빈곤으로부터 탈피할 수 있는 여건을 마련할 필요가 있다. 단 최저주거비를 급여 기준 최저주거비와 선정기준 최저주거비로 이원화하되 선정기준 최저주거비까지 주거재산을 기초공제한다. 예를 들어 급여기준 최저주거비를 약 5천9백만원(저소득 4인가구 중소도시 아파트 가격)한다면, 선정기준 최저주거비를 약 8천6백만원(저소득 4인가구 자가 소유 전국 평균)으로 할 수 있을 것이다.

급여의 방식은 아래와 같은 기준으로 적용할 수 있다. 최저주거 기준에 미달하나 자가에 거주하는 가구는 주거 개선을 위하여 급여기준 최저주거비의 약 20%(1천2백만원)를 5년동안(한 달 평균 약 20만원) 적립할 수 있도록 하고, 전세 거주자는 주거 개선을 위하여 급여기준 최저주거비의 약 40%(2천4백만원)를 10년동안(한 달 평균 약 20만원) 적립할 수 있도록 하고 월세 거주자에게는 최대 최저주거기준에 부합하는 월세(약 286천원: 중소도시 아파트 월세 시장 가격)만큼 주거급여를 제공한다. 자가 및 전세에 거주하는 가구에게 지급되는 주거개선을 위한 주거급여는 가구단위의 은행계좌에 적립하되 주거 개선을 위한 용도에 한정하여 인출을 허용하고(단, 5(10)년 후에는 자가가구(전세가구)에게 주거급여를 지급하지 않음) 자가 및 전세 획득을 위하여 차입한 금액은 차입가구의 상환능력이 있다고 판단하여 주거급여 대상에서 제외한다. 월세에 거주하는 가구에게 지급되는 주거급여는 지자체가 월세 임차인에게 직접 지급하되 최대 주거급여액에 미달하는 월세의 경우 차액만큼 월세 거주 가구의 은행계좌에 주거개선 용도로 적립하고 향후 주거 개선 용도에 한정하여 인출을 허용하고 지역별 주거비의 차등을 반영하되 차액은 지방자치단체에서 부담하도록 한다.

〈표 4-5〉 모형별 비교

모형	대상선정	급여수준
모형1	최저생계비 \geq 조정된 소득인정액	현급기준선-조정된 소득인정액
모형2	최저생계비 \geq 소득인정액	현급기준선- 소득인정액 +부가급여
모형3	최저생계비 \geq 소득인정액	최저주거비 - 소득의 20%
	최저생계비 100%이하 비수급가구 중 최저주거비가 가구소득의 20%초과하는 가구	
	최저생계비 100-120% 가구 중 최저주거비가 가구소득의 20%초과하는 가구	
모형4	$Y \leq M + R/a$	최저주거비-0.7(소득 - 주거비를 뺀 최저생계비)
모형5	최저주거 기준 미달 가구 중 소득인정액이 주거비를 제외한 최저생계비의150% 이하인 가구	자가 가구: 20만원(월)-5년 전세 가구: 20만원(월)-10년 월세 가구: 286천원

제4절 의료급여 급여체계 개선방안

의료급여 수급권자의 총진료비를 분석한 신영석의 결과를 보면^{주39)} 건강보험에 비해 과잉진료나 의료 남용의 가능성을 발견하기는 어려웠다. 열악한 경제능력 때문에 비급여 진료가 다소 작았으나 법정급여 범위 내에서는 건강보험 적용대상자와 유사한 진료형태를 보였다. 다만 동일 상병, 동일 중증도에서 장기입원 경향이 있었고 입원일수와 관련있는 투약료 및 주사료가 건강보험에 비해 높았다.

아래 표에서 보는 것처럼 의료급여 표본 전체건수(34,803건) 중에서 건당 본인부담(법정 본인부담 및 비급여)이 10만원을 초과하는 건수가 9,749건으로 약 28.01%에 이른다. 의료급여 1종은 총 29,430건 중에서 8,132건으로 약 27.63%에 이르고, 의료급여 2종은 총 5,373건 중에서 1,617건으로 약 30.09%에 이른다. 본인부담 100만원을 기준으로 하면 의료급여 1종은 759건(약 2.7%), 의료급여 2종

주39) 신영석 외, 『의료급여환자 의료지출 실태 및 급여개선방안』, 한국보건사회연구원, 2005.

은 90건(약 1.67%)이 넘는다. 2004년 기준 4인 가구 1달 최저생계비가 약 1,055천원이므로 의료급여 입원환자 가구의 약 2.3%가 1달 생계비 이상을 의료비로 지출하여야 하는 현실이다. 특히 상병에 따라서는 건당 본인부담이 5백만원에 육박하는 경우도 발생하고 있다. 의료급여 1종의 경우 골수 이식술 등 15개 상병이, 의료급여 2종은 뇌기저부 수술 등 9개 상병이 100만원 이상의 비급여를 감당해야 한다. 현행 최저생계비는 의료위험 발생시 의료급여제도가 완전히 위험을 해소해줄 수 있다는 가정 하에 산출되고 보충급여 방식의 생계비가 지급되고 있기 때문에 의료위험이 발생하여 조금이라도 본인부담이 발생하면 최저생계가 위협받을 수밖에 없다. 즉, 우리나라 의료급여 제도는 최저생계비 이하 계층을 대상으로 의료보장을 담보하는 제도이지만 실질적으로는 상당한 정도의 의료사각지대를 태생적으로 안고 있다.

〈표 4-6〉 2004년 최저생계비(중소도시 기준) 기준

(단위: 원, 월)

구 분	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
최저생계비	368,226	609,842	838,796	1,055,090	1,199,637	1,353,680

주: 7인 이상 가구: 1인 증가시 마다 154,043원씩 증가
 자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장사업 안내』, 2004.

급여의 측면에서 의료사각지대의 완화내지 해소하기 위한 방안은 다음과 같은 기본 방향에서 출발하였으면 한다. 첫째, 빈곤층에 대하여 의료보장을 강화해야 하겠다. 위에서 지적한 데로 현재의 의료급여 수급권자는 의료위험으로부터 자유로울 수 없다. 최소한 의료비 때문에 일시적 압박은 있더라도 이환에 따른 치료가 종결되면 짧은 기간내에 가계가 정상적으로 돌아올 수 있어야 할 것이다.

둘째, 집단간 형평성이 유지되어야 한다. 건강보험 적용대상자와 의료급여 1종, 2종간 형평성이 유지되어야 한다. 현실적으로 의료급여의 법정급여 범위가 건강보험과 연계되어 있어 현재의 급여 체계는 어느 정도 형평성이 유지되고 있다 할 수 있다. 그러나 현재의 의료보장 정도는 특히 저소득층의 생계를 심

각하게 위협하는 수준이기 때문에 보장성을 강화할 수밖에 없고 의료급여제도 만 보장성이 강화된다면 한계선상에 있는 건강보험적용자들은 상대적인 박탈감에 젖을 수밖에 없다. 따라서 우리나라 의료보장 체계 전체적으로 보장성을 강화하는 가운데 저소득층을 대상으로 하는 의료급여제도에 좀 더 주안점을 두는 방향으로 접근했으면 한다.

셋째, 예산 활용의 효율성을 제고해야 한다. 의료급여 제도는 전액 국가의 예산으로 충당하기 때문에 예산 활용에 낭비요소가 없어야 한다. 특히 본인부담이 없거나 상대적으로 적어서 제도 자체가 도덕적 해이 가능성을 잉태한다면 전 국민의 저항에 부딪힐 수 있다. 따라서 의료급여의 의료이용 행태가 필요 이상의 장기입원을 하거나 건강보험에 비해 고액의 진료비가 지출된다면 이에 대한 관리방안이 반드시 강구되어야 한다.

위와 같은 기본 방향위에 저소득층 대상 의료보장 강화 방안을 모색해보고자 한다. 최근 의료사각지대 해소를 위하여 긴급구호제도의 일환으로 긴급의료제도가 모색되고 있다. 또한 사회안전망 강화차원에서 건강보험에 의료기금을 설치하여 본인부담이 과다하거나 일시적으로 보험료를 체납하는 계층에 대여해주는 역할을 하는 것에 대한 논의가 진행중이다. 이러한 논의는 저소득 취약계층에 대한 사회의 책임을 강화한다는 차원의 출발로 인식된다. 의료급여제도의 보장성 강화도 이러한 사회적 합의의 토대위에 설계될 수 있으리라 판단된다. 의료급여 수급권자의 의료보장을 강화하기 위해서는 수급권자들의 최저생계가 심각하게 위협받지 않아야 한다. 이를 위해 이들이 부담하는 실질 본인부담액을 감소시켜주어야 한다. 우선 법정 본인부담률에 대해 검토하고 비급여 포함 전체적인 본인부담 수준을 고려하고자 한다. 의료급여 1종은 현재 법정급여 범위 내에서 본인부담이 없는 반면 의료급여 2종은 진료비의 15%를 본인이 부담하도록 하고 있다. 현재 1종과 2종의 구분 기준은 근로능력 여부로 판단하고 있지만 근로능력 여부를 판단하는 것 자체도 어렵고 근로능력이 있는 것으로 판명된다 하더라도 모두 최저생계비 이하의 계층인 만큼 국민기초생활보장법이 수급자의 권리로써 보장하고 있는 최저생계보장 차원에서 장기적으로는 의료급여 2종 수급권자를 현행 근로무능력자인 의료급여 1종 수급권자와 동일하게 법

정급여 내에서 본인부담을 없애는 것이 옳다. 그러나 현실적으로 정부의 예산 부담까지를 고려한다면 단계적인 절차에 따라 우선 현행 15%를 10%로 인하하고 점진적으로 없애는 것이 옳을 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 과도기에는 본인부담이 과도하여 의료 접근성이 현저히 떨어질 수 있는 계층이 있다. 이를 부분적으로 보완하기 위하여 현재 실시되고 있는 본인부담 보상제 및 상한제를 현실화할 것을 제안하고자 한다. 현재 30일 기준 본인부담 20만 원 이상의 50%를 보상하는 본인부담 보상제를 10만 원 이상으로 현실화하고 180일 기준 120만 원을 상한으로 설정하고 있는 본인부담 상한제를 60만원 상한제로 할 것을 제안하고자 한다. 4인 기준 한 달 최저생계비가 약 105만원(2004년 기준)이기 때문에 생존을 위한 최저생존비는 약 83만원 정도로 추정된다. 이환에 따른 본인 책임을 일정부분 강조하더라도 20만 원 이상의 예상치 않은 의료비 지출은 생계 자체를 위협하게 됨으로 현행 기준 본인부담이 30만원이면 25만 원을 본인이 부담해야 하나 제안된 보상제에서는 20만원을 부담하게 된다. 물론 뇌경색, 백혈병 등 비급여 본인부담이 과도한 질환이 발생하면 새로이 제안된 제도에서도 생계를 위협받을 수밖에 없지만 과도기 동안은 일정부분 감내할 수밖에 없을 것으로 판단된다. 상한제를 최대 6개월간 60만원으로 하는 것은 기본적인 생계를 질환의 위협으로부터 현실적인 범위 내에서 최대한 보장하고자 하는 것이다.

비급여 포함 전체적인 본인부담 수준을 고려하고자 할 때 비용 규모별 접근 방식과 질환별 접근 방식이 있을 수 있다. 우선 질환별 접근 방식은 질환별 빈도를 같이 고려하여야 한다. 고액이면서 상대적으로 빈도가 높은 질환을 우선 보장하고 빈도는 적으면서 고액이 소요되는 질환은 비용규모별 접근방식에서 해법을 강구할 수 있을 것이다. 앞에서 질환별 분석에서 보았듯이 의료급여 수급권자들의 이환 빈도가 잦으면서 고액이 소요되는 질환군은 암, 심혈관계, 뇌혈관계, 희귀난치성 질환 등으로 나타났다. 이 들 질환군은 생명과 직결되어 있으면서 고액이 소요되기 때문에 방치할 수 없는 최우선 고려대상이 될 수 밖에 없다. 최저생계비 이하의 수급권자들이 이러한 질병에 이환되면 생계유지가 불가능하고 빈곤으로부터 탈출할 수 있는 길이 요원해진다. 또한 경제적 이유

때문에 치료를 방기하면 생명에 직접적인 영향을 미치게 된다. 따라서 우선 이들 4개 질환 군에 대해 보장성을 강화해야 하겠다. 본인부담액이 평균 2백만원 이상으로 나타난 이들 질환에 대해 생계를 유지할 수 있을 정도의 보장성이 확보되려면 1달 평균 본인부담의 상한선이 최저생계비의 20%(문화 생활비를 제외한 생존을 위한 비용이 약 최저생계비의 약 80%로 추정됨)를 넘지 않아야 하나 이러한 대안 역시 현실적인 한계에 봉착하게 된다. 건강보험적용대상자들과의 형평성, 예산의 한계 등을 종합적으로 고려하면 우선 비급여 포함 총진료비의 10% 이하에서 본인부담이 설정될 수 있어야 하겠다. 비급여 포함 총진료비의 10%는 질환에 따라 중증도에 따라 편차가 크지만 평균적으로 이러한 질환에 이환되었을 때 약 50만원 정도를 본인이 부담하는 것으로 나타난다. 간병비, 교통비 등 치료와 관련 있는 간접비용까지를 고려한다면 이 정도의 수준도 심각하게 생계를 위협할 수 있으나 일단 출발이 중요할 것으로 보인다.

위에서는 고액이 소요되면서 빈도도 상대적으로 높은 질환에 대하여 보장성 강화방안을 제시하였다. 이는 고액이 소요되지만 상대적으로 빈도가 낮은 질환에 이환된 계층이 원천적으로 배제될 우려가 있다. 따라서 비용규모별 접근 방식도 병행되어야 한다. 아래에서는 비용크기에 따른 보장성 강화방안으로 비급여 본인부담 보상제 도입을 제안하고자 한다.

앞에서 뇌경색, 백혈병 등의 경우 비급여 본인부담이 과도하여 최저생계비 이하의 극빈층이 이러한 질환에 이환됐을 때 생계의 위협이 현저함을 분석하였다. 근본적인 의료보장이 미흡한 현실을 단적으로 보여주고 있다. 이를 해결하기 위하여 현실적인 측면에서 비급여 본인부담 보상제 도입을 권고하고자 한다. 상급 병실료 차액 및 선택 진료료를 제외한 비급여 본인부담액 중 30일 기준 20만원 초과분에 대해 현행 법정 급여 범위 내에서 실시되고 있는 본인부담 보상제와 같이 50%를 보상하되 우선 공공의료기관에 한하여 시행한 후 점진적으로 확대할 것을 제안하고자 한다. 4대 질환 군에 포함되지 못하면서 고액이 소요되는 경우도 기본적인 보장 구조를 갖추어야 한다. 20만원 이상의 경우로 한정하는 것은 앞에서 언급했듯이 기본적인 생계유지 차원에서 접근하는 것이고 공공의료기관에 우선 적용하는 것은 현실적으로 비급여 부분이 요양기관과

다 천차만별이기 때문이다. 우선 공공의료기관부터 적용한 후 비급여 항목별 기준 상대가치가 결정되면 민간부분도 적용 가능할 것으로 판단된다. 비급여 부분에도 본인부담 상한제를 도입하는 것이 보장성 강화를 위해 반드시 필요하나 상한제가 도입되면 도덕적 해이 현상이 심각할 것으로 우려되어 이는 향후 추이를 보고 검토할 과제이다. 즉, 상한제 한계부분에 이르게 되면 필요이상의 처치, 필요이상의 장기입원 등 공급자 및 수급자 양쪽 모두 도덕적 해이가 만연할 우려가 있다. 위에서 제기한 보장성 강화 방안은 형평성과 재정상태를 감안한 과도기적 제안이고 건강보험의 급여범위가 확대되어 선진국처럼 급여율이 70% 이상에 이르고 재정상태도 양호해지면 장기적으로 저소득층 대상 실질적 보장성 확보가 필요하게 된다. 이를 위하여 상병별 건당 비급여 및 법정본인부담 포함 실질본인부담 정도에 따라 급여를 달리하여 모든 질환자들이 기본적인 최저생계가 유지될 수 있는 방향으로 모색하고자 한다. 장기적으로 1종과 2종의 구별 없이 법정 본인부담이 0이라는 전제하에 질환별 건당 본인부담 상한선 및 비율을 아래 표와 같이 적용할 것을 대안으로 제시하고자 한다. 비급여 본인부담 합계액이 10만 원 이하의 경우는 다소 최저생계 유지에 어려움이 있지만 치료가 종료되면 바로 회복될 수 있을 것으로 판단하여 현행처럼 본인이 부담을 하고 10만원 이상 100만 원 이하의 건에 대해서는 10만원 이상 부분의 본인부담에 대해 20%의 정률을 적용하여 본인이 부담하도록 하고, 100만원 이상 건에 대해서는 100만원 미만 부분은 앞의 방법을, 100만원 초과한 부분은 10%의 정률로 본인이 부담하도록 하되 실질본인부담의 상한을 건당 50만원으로 한정한다. 단 비급여 본인부담 구성 중 선택 진료료 및 상급 병실료 차액을 나타내는 입원료는 제외하는 것으로 하였다. 이와 같은 비용 크기별 단계적 구성은 형평성, 예산의 효율적 활용 그리고 보다 근본적으로 보장성 확보를 목표로 하였다. 현행 제도로부터 본인부담의 상한을 50만원으로 함으로써 최저생계가 심각하게 위협받는 상황을 다소 완화하였고 동시에 비용규모별 단계적 접근으로 질환자들간 형평성을 확보하고자 하였다. 동시에 이는 도덕적 해이 가능성을 없애는 방향에서 최소한의 본인부담을 유지하는 것으로 하였다.

위에서 제시한 보장성 강화 방안은 법정 비급여를 포함한 비급여 전체 비용

규모를 기준으로 설계되었다. 이와 같은 제도는 2종의 현행 법정 본인부담률의 폐지를 전제로 하고 있다. 현재 1종과 2종의 구분 기준은 근로능력 여부로 판단하고 있다. 근로능력 여부를 판단하는 자체도 어렵지만 근로능력이 있는 것으로 판명된다 하더라도 모두 최저생계비 이하의 계층인 만큼 국민기초생활보장법이 수급자의 권리로써 보장하고 있는 최저생계보장 차원에서 의료급여 2종 수급권자를 현행 근로무능력자인 의료급여 1종 수급권자와 동일하게 법정급여 내에서 본인부담을 없애는 것이 옳다.

제시된 대안이 집단간 형평성의 관점에서 타당한지에 대한 검토가 필요하다. 건강보험적용대상자들에 대한 의료보장 방안은 없고 의료급여 수급권자에 대한 의료보장만 아래 표와 같이 강화한다면 한계선상에 있는 많은 사람들과 형평성에 문제가 있다. 현재 논의되고 있는 긴급의료제도나 건강보험권에서 논의되고 있는 의료기금제도 등이 확정되고 궁극적으로 비급여 포함 본인부담률이 30% 이하로 떨어진다면 의료급여 제도도 제시된 안을 적용시킬 수 있을 것으로 판단된다. 만약 현재 위에서 제기된 안들이 현실과 다소 상이하다면 제시된 안을 단계적으로 적용하여야 할 것이다. 본인부담 크기를 제시된 안보다 좀 더 높게 재구성 할 수 있다. 본인부담 상환을 지방자치단체에서 일정부분 지자체 예산으로(예: 20%) 실시하게 한다면 지금보다 훨씬 많은 관심과 관리가 될 수 있을 것이다.

〈표 4-7〉 의료급여 수급권자의 비급여 본인부담 감소를 위한 정책 대안

본인부담 크기(건당)	본인부담 대안	비고
10만원 이하	현행처럼 본인 부담	1) 비급여 중 진찰료와 입원료 제외 2) 실질본인부담 상한 50만원
10만원 이상 100만원 이하	10만원 + (A-10만원)×0.2	
100만원 이상	10만원 + (100-10만원)×0.2 + (A-100만원)×0.1	

주: A는 본인부담 크기

참 고 문 헌

- 강병구, 「공적 이전소득의 분배 및 노동공급 효과」, 『사회보장연구』 제20권 2호, 한국사회보장학회, 2004.
- 건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.
- 구인회, 「국민기초생활보장제도의 근로유인효과 개선방안」, 『사회보장연구』, 제21권 제1호, 2005.
- 고철·천현숙·박능후·이태진·최현수·노연정, 『주거정책과 복지정책의 연계방안 연구』, 국토연구원·한국보건사회연구원, 2002.
- 김미곤 외, 『우리나라의 빈곤현황 및 정책과제』, 2004년도 한국사회보장학회 춘계학술대회, 2004.
- 김미곤 외, 『2004년 최저생계비 추정 및 계층방식에 관한 연구』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2004.
- 김미곤 외, 『국민기초생활보장법 시행방안에 관한 연구 I』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2000.
- 김미곤 외, 『최저생계비 결정방식 및 2002년 최저생계비 연구』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 김미곤, 2003, 『EITC제도와 국민기초생활보장제도』, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원.
- 김혜승, 「주거비지불능력 개념에 기초한 주거비보조에 관한 연구」, 경희대학교 박사학위논문, 2004.
- 노대명, 신영석, 이태진, 최승아. 저소득층 현물급여 확대방안 연구. 한국보건사회연구원. 2004.
- 노대명·이태진·강병구·강석훈·홍경준·이우재·송민아·김선미, 『2002년 저소득층 자활사업 실태조사』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2003.

- 박능후, 「공공부조 급여구조가 수급자의 근로동기에 미치는 효과」, 『한국사회복지학』 통권 제46호, 한국사회복지학회, 2001.
- 박능후, 최현수, 「미국의 근로소득보전세제」, 『외국의 근로소득보전세제 운영사례 기초연구』, 대통령자문 빈부격차·차별시정위원회, 2005.
- 박능후, 『빈곤을 추정의 쟁점과 대안』 비판과 대안을 위한 사회복지학회 춘계 학술대회, 2004.
- 보건복지부, 『2005년도 국민기초생활보장사업 안내』, 2005.
- _____, 『2004년 국민기초생활보장 수급자 현황』, 2005.
- _____, 『2005년도 자활사업안내』, 2005.
- _____, 『의료급여 사업안내』, 2005.
- 서종균, 「주거급여 도입의 의미와 향후과제」, 『도시와 빈곤』, 통권44호, 2002.
- 손경환 외, 『주택종합계획(2003-2012)수립연구』, 건설교통부, 2003.
- _____, 『2005년 주택종합계획』, 건설교통부, 2005.
- 신영석, 『의료급여 대상자 선정기준 및 관리운영체계 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.
- _____, 『의료급여제도 재정안정화 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2001.
- _____, 『의료급여제도 시행평가 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- _____, 『차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』, 한국보건사회연구원, 2004.
- _____, 『의료급여환자 의료지출 실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원, 2005.
- 여유진, 『부양의무자 기준 개선 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 여유진, 김미곤, 김계연, 임완섭, 고연분, 『국민기초생활보장제도 선정 및 급여평가』, 한국보건사회연구원. 2004.
- 유경준 외, 『취약계층 보호정책의 방향과 과제』, 한국개발연구원, 2004.

- 유태균, 『미국 소득세액공제제도의 효과 및 도입 가능성에 관한 연구』, 『생산적 복지를 위한 노동정책 연구』, 한국노동연구원, 2000.
- 윤홍식, 『근로소득환급제도(EITC)의 딜레마: EITC 최선의 대안인가?』, 『복지동향』, 2005.
- 이봉주, 『미국의 빈곤정책. 외국의 빈곤정책: 동향 및 비교분석』, 보건복지부·서울대 사회복지연구소. 2004.
- 이상은, 『국민기초생활보장제도의 노동공급 효과』, 『한국사회복지학』, 제56권 제2호, 2004.
- 이상은, 『빈곤제도의 국제비교』, 『사회복지연구』, 24. 2004.
- 이태진 외, 『저소득층 주거복지 향상을 위한 주거급여 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원·보건복지부. 2004.
- 이평수 외, 『의료보호 재정안정화 방안 연구』, 한국보건산업진흥원, 1999.
- 최병호 외, 『의료보장강화를 위한 의료보험 재정지출 재편성 방안』, 한국보건사회연구원, 2000. 4.
- 통계청, 『지역통계연보』, 1999.
- _____, 『한국의 사회지표』, 1999.
- 홍경준, 『공적이전과 사적이전의 빈곤감소효과분석: 기초생활보장제도 도입 이후를 중심으로』, 『한국사회복지학』, 통권 제50호, 2002.
- 홍인욱, 『현물주거급여의 현황과 개선방안』, 『도시와빈곤』, 제64호, 2003년 9/10월호, 한국도시연구소, 2003.
- 황덕순, 『국민기초생활보장제도 도입에 따른 사회안전망의 정비방안』, 『분기별 노동동향분석 1/4』, 한국노동연구원, 2001.
- Adema, Willem, Donald Gray and Sigrun Kahl, "Social Assistance in Germany", *Labor Market and Social Policy Occasional Papers*. No.58. Organization for Economic Co-operation and Development. 2003.

- Blank, Rebecca, *Evaluating welfare reform in the United States*, (NBER Working Paper 8982). National Bureau of Economic Research. 2002.
- Bloom, Dan, Mary Farrell, Barbara Fink, *Welfare Time Limits*, Department of Health and Human Services. 2002.
- Crawford, Claire and Jonathan Shaw, "A Survey of the UK Benefit System", *Briefing Note No.13*. The Institute for Fiscal Studies. 2004.
- Dercon, Stefan, *Assessing Vulnerability to Poverty*, Jesus College and CSAE, Department of Economics, Oxford University, August, 2001.
- Epstein P. D., "Get Ready: the Time for Performance Measurement is Finally Coming", *Public Administration Review* Vol.52, No.5, 1992.
- Gilbert, Neil and Harry Specht, *Dimensions of Social Welfare Policy*, Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1974.
- Health Care Financial Review*, 1998.
- HUD(the Department of Housing and Urban Development), *Housing Choice Voucher Program Guidebook*, 2002.
- Kemp, Peter A., *A Comparative Study of Housing Allowance*, London: The Stationary Office, 1997.
- Klevens, R. Monina, Elizabeth T. Luman, "U.S. Children Living in and Near Poverty-Risk of Vaccine-Preventable Diseases", *American Journal of Preventive Medicine*, Vol.20, No.4S 2001.
- Marlene Kim, "Are the working poor lazy?", *Challenge* Vol.41, Iss.3, 1998.
- OECD, *Benefits and wages*, 2004.
- Phelps, C. E., *Health Economics*, 2nd edition, Addison Wesley, 1997.
- Rowntree, B. S., *Poverty-A Study of Town Life*, 1901.
- Schiller, B. R., *The Economics of Poverty and Discrimination*, 4th ed. 1984.
- Thomas, A. D., *Housing and Urban Renewal*, George Allen & Unwin, 1986.

Townsend, Peter, "The Meaning of Poverty", *The British Journal of Sociology* Vol.13 No.3, 1962.

United states General Accounting Office, "Federal Housing Assistance", Report to Congression Committees, 2002.

Zagorsky, Jay, "Health and the Working Poor", *Eastern Economic Journal*, Vol.25, Iss.2, Bloomsburg: Spring 1999.

http://blss.mohw.go.kr/history_02.htm

<http://www.cdc.gov/nchs>

<http://www.dhfs.state.wi.us/Medicaid/index.htm>

<http://www.cms.hhs.gov/medicaid/stateplans/default.asp>

연구보고서 2005-22

기초보장제도 건강성 제고를 위한 급여체계 개선방안
A Study to Improve the Benefit Structure of the Basic Social Security

발행일	2005년 12월 일	값 5,000원
저 자	신 영 석 외	
발행인	김 용 문	
발행처	한국보건사회연구원	
	서울특별시 은평구 불광동 산42-14 (우: 122-705)	
	대표전화: 02) 380-8000	
	http://www.kihasa.re.kr	
등 록	1994년 7월 1일 (제8-142호)	
인 쇄	예원기획	

© 한국보건사회연구원 2005

ISBN 89-8187-365-8 93330