

국민기초생활보장제도, 더 이상 나빠질수 있는가 !

.....
소득인정액 기준 의료급여법 후퇴의 문제점과 개선방안

■ 일시 : 2002년 11월 22일 (금) 오후 2:00 ~ 4:30

■ 장소 : 종로3가 성당

■ 주최 :

가난한 이들의 건강권 확보를 위한 연대회의(가건연),

국민기초생활보장제도 개악저지를 위한 공대위(기초법공대위)

*** 순 서 ***

발제 1. 소득인정액 시행의 문제점 [한국빈곤문제연구소 류정순]	3
발제 2. 의료급여제도의 문제점과 대책 [건강연대 조경애]	11
토론 1. 지역사회에서 만나는 빈곤층의 의료 및 복지의 문제들 [구로건강복지센터 김미영]	25
토론 2. 장애인수급자와 소득인정액제도 [장애인실업자종합지원센터 양영희]	35
토론 3. 국민기초생활보장법의 문제점 [순천향대 허선]	
별첨자료 의료급여제도 현황	42

소득인정액 제도의 문제점과 개선방안

류정순(한국빈곤문제연구소 소장)

I. 들어가며

국민기초생활보장법(기초법)은 빈민의 생존권을 사회적으로 보장하겠다고 약속한 법이다. 그러나 시행 2년이 된 기초법은 법의 기본정신이 훼손된 채 예산에 맞추어 선정기준이 늘어났다 줄어들었다 하는 파행적인 행태로 시행되어 왔으며, 기초법 시행 직전인 2000년 9월에 154만명이던 수급자의 수는 2001년 말에 149만명, 2002년 9월에 139만 명으로 지속적으로 줄어들었다.

이런 상황에서 소득인정액제도의 도입으로 실제 생활수준을 가늠하는 잣대를 소득인정액 한 가지로 통일하여 수급자를 선정하고 최저생계비와 소득인정액의 차이를 지급하는 보충급여제도가 드디어 가능해졌다. 기초법 제6조(소득인정액에 대한 적용특례)에 의거하여 2003년부터 새로 도입되는 소득인정액제도는 국민의 정부의 기초생활보장제도 개선의 마지막 기회로서 이 나라의 빈민들은 드디어 제대로 된 기초생활보장 제도가 수행되게 될 것인가 조마조마한 마음으로 기대하였다. 그러나 막상 지난 8월 28일 중앙생활보장위원회의 의결을 거쳤다고 발표된 소득인정액 제도의 핵심인 <재산의 소득환산제 시행방안>이 발표되자 이 나라의 빈민들은 경악을 금할 수가 없었으며 희망은 절망으로 바뀌게 되었다.

세부 사항은 아직 발표되지 않았으나 발표된 자료를 토대로 살펴보면, 재산의 소득환산율은 승용차 연 1,200%, 일반재산 50.04%, 금융재산 75.12%로서 이 지구상의 사회복지 역사상 유래 없이 높고, 기본재산 면제액 또한 일반재산 3천만원, 금융재산 3백만원으로서 형편없이 낮다. 뿐만 아니라, 가족 수에 상관없이 기본재산 면제액이 똑같아서 가족수가 많은 가구일수록 불리하게 설계되어 있다. 게다가 기존 수급자에게는 환산율을 1/3만 적용하고 신규 수급자에게는 환산율을 100% 적용하며, 자활사업 참가자에게는 30%의 소득공제율을 적용하겠다고 하는데, 이는 같은 빈민을 3종류로 분류하여 각기 다른 잣대를 적용하겠다는 뜻이다. 도대체 어떤 근거로 이러한 차별이 가능한 것인지 도저히 납득이 가지 않는다.

기초법 시행 초기에 정부는 당장에 최저생계비 이하의 빈민을 다 보장해줄 수는 없으나 차차 개선해 가겠다고 밝혔다. 그러나 수급자의 98%가 넘는 기존 수급자에게 적용되는 소득환산율을 향후 3년 동안 매년 1/3(일반재산 16.68%, 금융재산 25.04%)씩 높여 생존의 벼랑 끝에 선 수많은 빈민의 생계를 박탈하고 신규 수급자는 아예 2003년부터 승용차 연

1,200%, 일반재산 50.04%, 금융재산 75.12%의 환산율을 그대로 적용하겠다고 할 수가 있는가?

복지부는 내년에 5천가구(만명 정도)가 탈락되고 25천가구(5만명 정도)의 급여가 줄어들 것이라고 발표하였다. 그렇다면 소득환산율이 2/3으로 상향조정되는 2004년과 100%가 다 적용되는 2005년 이후에는 얼마나 많은 탈락가구와 급여삭감 가구들이 생기게 될 것인가? 새로 도입되는 소득인정액 제도는 많은 문제점이 있으나 여기서는 가장 핵심적인 몇 가지에 대해서만 집중적으로 논의한 후, 개선방안을 모색하고자 한다.

II. 문제점

1. 재산의 소득환산율이 너무 높다.

소득인정액제이란 일정부분의 재산은 생존을 위해 필요한 필수재(기본재산)으로 간주하고 초과분은 조금씩 팔아서 매달 생계비로 쓸 수 있다는 가정 하에 총재산에서 기본재산을 뺀 나머지 재산에 대해 일정한 이자율을 적용하여 소득으로 간주하는 제도이다. 기본재산에는 최소 주거기준을 충족시킬 수 있을 정도의 주거용 재산, 결혼비, 장례비, 의료비 혹은 예상되는 전셋값 이상에 대비한 저축 등이 포함될 수 있다.

기본재산 면제액은 일반재산이 대도시의 경우 3300만원, 중소도시는 3000만원 농어촌의 경우 2900만원이고 금융재산 면제액은 300만원이다. 따라서 수급권자 선정과 급여의 기준이 되는 재산의 월소득 환산액 적용율은 다음 식과 같다.

$$\begin{aligned} \text{재산의 소득환산액} &= (\text{주택, 토지 등 일반재산} - 3000\text{만원} - \text{부채}) * 4.17\%(\text{연 } 50.04\%) \\ &+ (\text{금융재산} - 300\text{만원}) * 6.26\%(\text{연 } 75.12\%) \\ &+ (10\text{년 미만의 승용차 가격}) * 100\%(\text{연 } 1200\%) \end{aligned}$$

만약 대도시에서 노부모를 모시고 사는 6인 가구(A)의 소득이 전혀 없는데 5천만원 전세방을 얻어서 살며 전세보증 상승에 대비하여 1천만원의 금융재산을 가지고 있다면 이 가구의 월 재산의 소득환산액은 최저생계비 127만원보다 높아 탈락하게 된다.

외국의 경우 재산의 소득환산율은 그 나라의 기준이 될 만한 금융상품의 이자율로서 주로 국고채의 이자율이 적용되므로 아무리 높아도 5%(월 0.004%)를 넘지 않는다. 그런데 우리나라의 소득환산율은 외국보다 승용차는 24,000배, 일반재산은 1,000배, 금융재산은 1,500배에 달한다. 이런 고율의 환산율 적용은 세계 사회복지사에 믿거나 말거나 한 사례도 남을 것이다.

또 한가지 심각한 문제로 이러한 정부의 가이드 라인을 충실히 따르면 빈민의 재산형성을 통한 빈곤탈출은 영영 불가능하게 된다는 점을 들 수 있다.

2. 고율의 환산율 적용은 위법이다.

기초법의 근본이념은 근로능력의 유무에 관계없이 누구나 인간의 존엄성을 유지하고 살 수 있을 정도의 생활수준을 사회적으로 보장받을 수 있는 사회권으로서의 생존권을 보장하겠다는 데 그 바탕을 두고 있다. 그리고 소득인정액 적용은 최저생계의 사회적 보장을 보충급여 방식으로 제공하기 위한 단일 기준을 적용하는 것이다. 그러나 2002년 1/4분기 도시가계조사 자료를 토대로 추정한 최저생계비 이하 빈민의 수는 최소한 800만명에 이르는 것으로 보고되고 있음에도 불구하고, 현 정부는 법의 근본취지에 관계없이 미리 정한 예산과 수급자 수(139만명)에 맞추어 역산하여 기본재산 공제액과 소득환산율을 정했을 뿐 최저생계비 이하 빈민의 수가 얼마인지는 상관하지 않은 채 소득인정액 제도를 설계하였다.

또한 재산의 소득환산율이 법정이자율 한도인 60%보다 더 높게 책정된 것은 기초법뿐만 아니라 이자율 상한법에 위배된다.

승용차를 가진 경우 수급자로 선정될 수 없도록 연간 1,200%의 높은 환산율을 적용한 것은 사실상 소득인정액 이외에 '승용차 기준' 한 가지를 더 적용하는 것과 마찬가지인데, 이는 수급자 선정 기준을 소득인정액 단일 기준으로 규정한 기초법 제 5조에 위배된다.

또한 수급권자의 실제 생활수준에 대한 고려 없이 제도가 자주 바뀜으로 인해 생활수준이 동일한 수급자라도 급여가 자주 변경되거나, 선정되었다가 탈락되었다가 하도록 제도를 운영하고 있는데, 이는 수급자에 대한 급여는 정당한 사유 없이 불리하게 변경할 수 없다고 명시된 기초법 제 34조에 위배된다. 복지부는 기존 수급권자들의 반발을 무마하기 위한 단기미봉책으로 기존의 수급자에게는 2003년에는 환산율을 1/3을 적용하고 2004년에는 2/3을 적용하며 2005년에는 3/3을 적용하겠다고 하는데, 이러한 처시는 기존의 수급자와 무너진 중산층이 주를 이루는 신규 수급자에 대한 적용 잣대를 3배나 차이를 두겠다는 것으로 크나큰 형평성의 문제를 유발시킨다. 또한 수급자의 생활수준이 급격하게 달라지지 않음에도 불구하고 어떤 근거로 환산율을 연간 1/3씩 다르게 적용할 수가 있는가?

위와 같은 위법 사항들에 대한 소송이 줄을 이을 것으로 예측된다.

3. 소득인정액의 가계경제능력 판별 신뢰도에 문제 있다.

같은 경제능력의 가구라면 소득인정액이 같도록 산정되어야 한다. 그러나 소득환산율이 터무니없이 높고, 재산총액이 같더라도 서민들의 주거형태인 월세나 임대아파트 거주자에

게 불리하게 환산율이 적용된다. 또한 빚을 얻어서 주거수준을 높일수록 급여수준이 높아지고 탈락을 면하도록 제도가 설계되어 있어서 마치 빈민에게 빚을 얻어 살도록 유도하는 것과 마찬가지로 효과가 나타날 것으로 예측된다. 특히 재산의 소득환산율이 3년에 걸쳐서 매년 일반재산 16.68%, 금융재산 25.04%씩 더 높게 적용이 되는 것이 미리 알려지면 매년 그 차액만큼씩 써버리거나 숨기면 수급권을 유지할 수 있다. 이는 바로 빈민들로 하여금 빈곤의 함정으로 내몰고 빈곤문화를 조장시키는 제도가 될 것이다. 더구나 자활사업, 교육보호, 의료보호, 영구임대 아파트 입주 자격이 모두 기초생활보장 제도와 연계되어 있는 제도적 맹점과 상승작용을 하여 수급권자들로 하여금 일하기보다는 KS 마크 붙은 빈민, 즉 수급권자로 남고 싶어하는 유인이 더욱 높은 것이 크나큰 문제점으로 대두될 것이다.

위에서 논의한 바와 같이 연도별, 기존수급자와 신규수급자별 차별이 큰 것은 적용 잣대의 신뢰도가 크게 문제가 있음을 나타내 준다. 또한 가구원수별 기본재산면제액이 동일하여 확대가족이나 자녀가 많은 가족에게 특히 불리하게 제도가 설계되어 제도의 변별력 문제가 심각하게 대두되고 있다.

일반재산과 금융재산에 대한 기본공제액은 지역별 차이를 약간 반영하고 있다. 그런데 농어촌의 경우 최저주거기준 전세가격보다 300만원이 높게 책정되었지만 대도시의 경우 2002년 최저주거면적 전세가격보다 800만원이나 낮다. 기본재산 공제금액이 낮게 책정되면 소득으로 환산되는 재산의 규모가 커져 실제 생활수준이 최저생계비 미만인 탈락가구를 양산하게 되는데, 지역별 형평성이 결여된 기본재산공제액으로 인하여 소득인정액의 지표로서의 변별력의 문제가 제기된다.

<지역별 최저주거면적과 기본재산 공제금액 비교>

	2002년 최저주거면적 전세가격	2003년 소득인정액 기본재산 공제금액
대도시	4100만원	3300만원
중소도시	3000만원	3000만원
농어촌	2600만원	2900만원

4. 소득인정액 제도는 가구인원이 많을수록 불리하게 설계되어 있다.

한국사회는 노령화 사회를 이미 거쳐 세계사에 그 유래가 없는 빠른 속도로 노령사회로 급행으로 치닫고 있으며, 출산을 저하가 큰 사회문제로 대두되고 있다. 따라서 사회정책 전반이 노령사회 대비 체제로 나아가야 하는 것이 현 시점이다. 이러한 시점에서 가족수

가 많으면 최소주거면적 또한 커야 하므로 소득인정액의 산정에 있어서 일반재산 면제액이 가구원수가 늘어남에 따라 높아야 마땅함에도 불구하고 가구원수별 차이가 기본재산 면제액에 전혀 고려되지 않고 똑 같게 소득인정액 제도가 설계되어 있다. 따라서 확대가족이나 자녀수가 많은 가구는 수급자로 선정되기가 더 불리해졌고 수급자가 되더라도 급여가 타 가구에 비하여 현저히 낮도록 제도가 설계되었다. 이는 바로 출산율의 저하, 핵가족화, 가족해체로 연결될 것이다. 오늘날 우리 사회가 처한 현실은 사회정책의 큰 틀을 노령사회 대비체제로 잡고, 그 테두리 안에서 설계되어야 할 때임에도 불구하고 이러한 시대에 역행하는 제도를 통하여 가족의 축소와 해체를 제도적으로 부추키는 것은 재고되어야 할 것이다.

5. 승용차에 대한 높은 환산율 적용은 행정비용을 아끼기 위하여 인권을 침해하는 것이다.

선진국에서는 출퇴근용 승용차 한 대는 공제대상이다. 그런데 한국의 소득인정액 제도의 승용차에 대한 소득환산율이 연 1,200%로서 비현실적으로 높다. 차량이 7-8년 된 차들은 폐차비용이 더 높아서 원하면 무상으로 가질 수도 있는 경우도 많은데, 승용차 보유는 수급자가 될 수 없을 정도로 높은 환산율을 적용하여 100만원짜리 승용차를 보유하면 월소득이 100만원인 것으로 간주된다. 이와 같이 승용차 보유 자체를 독립적 선정 기준이 되도록 제도를 설계한 것은 가구구성원의 기본적인 권리인 가계자원배분의 권리를 침해하는 처사이다. 기초법에서는 단지 소득이 최저생계비 이하이면 수급자격이 있는 것으로 규정하고 있다. 실령 일반인들이 판단하기에 전체 소득의 80% 이상을 승용차 유지에 쓰는 사람의 생활양식이 납득이 가지 않더라도 가계자원 배분은 가구 구성원의 자유라는 점을 무시할 수는 없다. 빈민이라고 승용차를 가지지 못하게 하는 것은 반인권적 규정이다.

정부는 차적 조회를 통하여 수급자 중에서 승용차 보유자를 가려낼 수 있고, 이들의 재산과 소득상태를 정밀 조사하여 만약 은닉소득이나 재산이 있다면 찾아낼 수 있다. 그럼에도 불구하고 행정비용을 아끼기 위하여 승용차 보유가구는 원천적으로 수급자가 될 수 없도록 고율의 환산율을 적용하는 것은 정부의 인권과 법치에 대한 기본 확신을 단적으로 나타내 주는 것이다.

6. 신규수급자와 기존수급자간에 형평성 문제가 심각하다.

2000년 기초법이 시행된 이후에 정부에서는 지속적으로 지침을 조정하여 수급자의 수를 줄여 왔다. 그럼에도 불구하고 내년부터는 더욱 더 신규 수급자에게 불리한 잣대를 적용

하겠다고 한다. 기존의 수급자 중에서 급여가 줄거나 탈락하는 가구에게는 재산의 소득환산액을 내년에는 2/3을 감면해주고, 2004년에는 1/3을 감면해주며, 탈락하는 경우에도 의료급여를 1년간 유지시켜 주기로 했으며 자활사업 참여자에게는 소득을 30% 공제해주기로 했다. 신규 수급자에게는 이런 혜택이 없기 때문에 무너진 중산층이 주를 이루는 신규 수급자의 경우 기존수급자보다 선정 기준이 무려 3배가 높다는 것을 뜻한다. 이는 형평성의 원칙에 어긋나는 처사이다. 소비의 하방경직성으로 인하여 무너진 중산층은 빈곤에 적용된 기존 수급자보다 빈곤을 더 견디기 어려워하는 특성이 있기 때문에 최소한 수급자 선정에 있어서의 형평성은 지켜져야 한다.

7. 정부는 소득인정액 시행에 앞서 신규수급자를 대상으로 한 적극적인 홍보를 시행하지 않고 있고, 간헐적으로는 왜곡된 선전을 하고 있다.

이제까지 재산의 유무나 많고 적음은 단지 탈락여부 판단을 위한 근거자료로 활용되었을 뿐, 전혀 소득평가액에 반영되지 않았다. 그러나 이제부터 재산의 소득환산액이 기존의 소득평가액에 더해진 액수가 기준이 됨에 따라 기본재산액보다 한 푼이라도 더 많은 재산을 가진 가구는 모조리 급여가 줄거나 탈락된다. 소득이 전혀 없는 재산이 일정수준(중소도시 4인 가구의 경우에 3,600만원 이상 5,400만원 미만)의 가구는 신규 수급자가 될 수 있다. 그러나 현재 전체 수급자 가구 중에서 재산이 3,500만원 이상인 가구는 전체 수급자 가구의 1.1%에 불과한 점을 고려할 때 혜택을 볼 가구는 극히 적을 것으로 예측된다.

사정이 이러함에도 불구하고 복지부는 9월 2일자 보도자료를 통하여 “기초생활보장의 재산보호 범위가 1.5배 확대되어 기초생활보장제도가 획기적으로 개선되었다”고 선전하였다. 이런 보도자료로서 마치 기초생활보장제도가 획기적으로 개선되는 것처럼 왜곡된 선전을 하는 것은 잘못된 처사이다. 대도시 거주 가구, 자녀가 많은 가구, 노인을 모시고 사는 가구, 장애인이나 장기질환자를 돌보는 가구, 처분이 어려운 집을 가진 노인들이 더 불이익을 당할 것이라는 것은 불을 보듯이 뻔하기 때문이다.

또한 25천가구가 신규로 수급자가 될 수 있을 것이라고 복지부에서 발표하였으나 신청위주로 제도가 운영되고 있어서 신규수급자가 될 대상자들은 이 사실을 모른 채 그냥 있을 가능성이 크다. 이제까지 복지부는 제대로 제도를 홍보하지 않았으며, 홍보를 하더라도 특례조항이나 개별보호에 대해서는 언급하지 않은 채 최소한의 기준에 대해서만 형식적으로 안내하여 왔는데, 내년도도 그렇게 홍보한다면 예산만 낭비할 뿐 신규 수급자들에게 바른 정보가 전해지지는 않을 것이다.

이렇듯 제도가 개악된 근본적인 이유는 실제로 기초생활보장이 필요한 사람의 수와 그들의 생활수준 및 최저생계수준과는 상관없이 현재의 예산과 수급자의 수를 기준으로 거꾸로 역산하여 환산율을 설정한 후에, 대거 탈락으로 자활사업체 차질이 예상되는 자활사업

참가자들에게는 30%의 소득공제율을 적용하고, 거세게 반발할 것이 예상되는 기존수급자들에게는 한시적으로 감면혜택을 주는 임시 응변식의 대응을 한데 그 원인이 있다.

8. 중앙생활보장위원회(중생보위)에 빈민의 대표가 없다.

빈민을 위한 정책은, 빈민의 생존권 보장을 위해 어떤 이념과 기본원칙에 입각하여 설계되어야 하는지가 담겨있어야 하며, 소득인정액의 경우도 가계 경제능력을 제대로 가늠할 수 있는 지표로서의 신뢰성을 가져야 한다.

그러기 위해서는 빈민당사자의 목소리가 중생보위 안에서 반영이 될 수 있어야 하는데, 현재의 중생보위는 정부, 학계, 시민단체 대표들로 구성되어 있을 뿐 빈민당사자들이나 당사자 단체에서 지명한 대표가 단 한 사람도 없다. 이에 대한 개선이 요구된다.

9. 소득인정액제도의 세부적인 내용은 보다 공개적인 절차를 통해 재논의되어야 한다.

소득인정액 제도의 도입은 기초생활보장 수급대상자 선정기준이 종전의 5가지에서 한 가지로 급격하게 바뀌는 중요한 사안으로서 복지부에서 안을 마련하면 공청회를 통하여 문제점을 점검하고 여론을 수렴하는 과정을 거쳐야 한다. 그러나 이번에는 어떤 일인지 복지부의 안을 널리 알리고 공청회를 개최하여 의견을 수렴하는 과정을 생략한 채 곧바로 중생보위에 회부하여 결정하였다. 따라서 이는 공개적인 절차를 통해 재논의되어야만 한다.

III. 개선 방안

마침 중생보위가 최저생계비의 결정을 위하여 곧 소집될 예정이다. 중생보위는 소득인정액 제도 결정과정의 절차상의 하자를 인정하고 지난 번 회의 때 결정된 사항들을 백지화시킨 후, 소득인정액 제도의 문제점과 그 문제점들이 불러올 파장을 다시 한 번 점검하고 문제점들을 보완시킨 개선된 제도를 제시하여야 할 것이다. 다음은 개선사항들이다.

첫째, 재산의 소득환산율은 어차피 2003년에 전체 수급자의 거의 99%에 이르는 기존수급자들에게 1/3이 적용되는데, 굳이 일반재산 50.04%, 금융재산 75.12%로 비현실적인 고통을 적용한 후에 2/3을 깎아줄 것이 아니라 환산율 자체를 1/3인 수준인 일반재산 16.68%, 금융재산 25.04%로 낮추어야 한다.

둘째, 승용차의 연 1,200% 소득환산을 적용조항은 없애고, 승용차 보유자에 한해서는 특별 관리 대상으로 정한 후에 차적 조회와 정밀 재산과 소득조사를 하는 것으로 대처하여야 할 것이다.

셋째, 일반재산의 기본재산 면제기준을 가구원수별로 차등 적용하여야 할 것이다.

넷째, 지역별 기본재산 면제기준은 2003년 예상 최저주거 면적 전세가격으로 재조정 하여야 한다.

다섯째, 적금 등의 저축은 환산대상에서 제외시키고, 결혼이 예상되는 젊은이가 있는 가정의 신규 가구구성을 위한 비용, 노인의 장례비, 수술비, 학비 등의 특수목적에 위해 적립한 돈은 광범위하게 면제해주어야 할 것이다. 또한 임대아파트와 월세입자들의 소액저축은 특별히 낮은 환산율을 적용하여 빈민의 재산형성을 통한 빈곤탈출을 도와줄 수 있는 인센티브제도가 도입되어야 한다.

여섯째, 가족해체 방지를 위하여 개별보호, 특례제도를 대폭 보완시켜야 할 것이다.

일곱째, 중생보위에 빈민의 대표를 참여시켜야 할 것이다.

의료급여제도의 문제점과 대책

조경애 (건강연대 사무국장)

1. 서론

국민기초생활보장제도를 정책 입안하고 입법운동을 전개하여 시민운동의 힘으로 이루어낸 국민기초생활보장법이 시행 2년을 경과하였다. 이 제도의 공과는 물론이고 2003년부터 시행예정인 소득인정액제도의 도입을 둘러싸고 국민기초생활보장제도의 정신과 취지를 살리기 위한 논란은 계속되고 있다. 국민기초생활보장제의 규정을 받고 있는 의료급여제도는 빈곤계층에게는 생계보장과 함께 가장 중요한 급여내용임에도 불구하고 우리나라 보건의료제도와 체계의 난맥상과 맞물려 후퇴에 후퇴를 거듭하고 있다.

대선 시기임에도 정치선거의 와중에서 빈곤층의 복지문제나 의료보장 문제는 쟁점으로 떠오르지 않고 있는 상황이다. 가난한 이들의 최소한의 삶의 질을 확보하기 위한 노력의 일환으로 그리고 2003년도 운동의 토대를 쌓기 위해서도 국민기초생활보장제도 및 의료급여제도의 문제점을 검토하고 그 개선방향을 논의하는 자리가 필요하다. 이 글에서는 최근 빈곤층 의료보장제도의 개선을 위한 활동과 제도변화 및 문제점을 검토해 보고 그 개선방향을 논하고자 한다.

2. 의료보호법 개정운동

2000년 10월부터 국민기초생활보장법이 시행됨에 따라 당시의 의료보호법 또한 개정될 계기를 맞았다. 당시 의료보호제도의 문제점이 계속 제기되어 정부에서도 의료보호제도의 개선방안을 연구, 검토중이었으며 시민사회단체들은 빈곤층에 대한 의료보장의 역할을 하지 못하고 있는 의료보호법을 전면 재.개정할 것을 요구하기 시작하였다.

의료보호법 개정운동은 국민기초생활보장법 제정에 따라 개정이 필요한 상황에서 정부에서 일방적으로 제출하였던 개정안을 변화시키자는 현실적 목표를 가지고 시작하였다. 그러나 궁극적으로는 국민기초생활보장법이라는 새로운 패러다임 아래서 국가가 책임져야 할 “의료급여”의 범위를 정하고 이를 확보하는 것을 목표로 하였다.¹⁾

1) 2000년 8월 시민사회단체, 빈민운동, 지역주민운동 조직, 실직노숙자 대책 조직 등 30개 단체들이 연대하여 ‘올바른 의료보호법 개정을 위한 공동대책위원회(이하 의료보호공대위)’를 구성하였으며, 의료보호법 개정운동을 주도하였다. 의료보호공대위는 발족식 및 기념 공청회를 갖고 의료보호법 개정안 의원입법 발의 추진, 국회 보건복지위원회 심의 국회활동, 여론 형성 활동(의료보호제도 문제 보도), 의약분업 이후 의료보호환자 조제거부 대책 요구, 쪽방지역 의료이용실태조사 및 대책 토론회 개최 등의 활동을 하였다.

(표 1) 의료보호법개정안에 대한 정부와 의료보호공대위의 주요 쟁점 비교

	정부의 입장	의료보호공대위안
법안명	○ 의료급여법	○ 기초건강보장법
대상자 선정	○ 최종안에서는 기존의 '의료보호대상자'를 '의료급여수급권자'로 최종 변경함	○ '기초건강보장수급권자'로 변경함 ○ 주거가 일정하지 아니한 수급권자에 일정한 지역에 거주하면서 해당 거주지에 주민등록 전입신고가 되지 아니한 자를 포함함(비닐하우스거주자) ○ 성폭력, 가정폭력 등에 의한 민간기관 수용자를 포함
본인 부담금	○ 기존의 1, 2종체계 유지, 단 2종은 국민기초생활보장법 상 근로능력과 그 가족(75만명)	○ 1, 2종 구분 전면 폐지
급여	○ 조건부수급자에 대해 현행 2종과 같이 20%의 본인부담금을 물릴 계획임 - 생계비의 50%추가 진료비분에 대해서 기금에서 지원할 계획 ○ 2종은 본인부담금 10만원이상 대불제도 시행 ○ 예방 및 재활급여를 최종포함 ○ 장애인에 대한 특례: 보장구 지급규정 명시 ○ 급여에 분만 제외(일반 급여) ○ 요양병원수가개발, 가정병상급여 등의 급여는 장기적으로 검토 중임 ○ 식대 1, 2종 모두 일당 1,000원 본인부담 계획(기존 1종 무료, 2종 20%)	○ 1, 2종의 구분폐지는 곧 기초생활보장수급권자에게 법정본인부담을 물리지 말아야 함을 의미함 - 본인부담철폐 ○ 비급여 등으로 발생한 본인부담금에 대한 대불제도시행 ○ 예방 및 재활급여 ○ 65세 이상 노인에게 대한 의치급여 ○ 장애인에 대한 보장구 급여 확대 ○ 간병수당 ○ 방문보건서비스 ○ 분만수당 ○ 장기요양급여 등의 포함 ○ 성폭력, 가정폭력 등에 의한 치료를 급여에 포함 ○ 식대 급여지속 유지
공급 체계	○ 식대 1, 2종 모두 일당 1,000원을 물릴 계획 (과거 1종 무료, 2종 20%) ○ 1차 기관(의원), 2차 기관(병원), 3차기관(특정병원) 규정명확화 ○ 유사기관에 요양비지급가능 명시	○ 식대 급여 지속유지 ○ 1, 2, 3차기관은 의료보험과 동일하게 규정하도록 함
관리 체계	-	○ 중앙에 기초건강보장위원회(가칭)를 설치하여 수가결정, 관련 정책변화시 사전 심의를 거치도록 함 ○ 급여비용을 예측할 수 있도록 함(사실상 공단예탁) ○ 진료기관 부담청구에 대한 처벌 강화 등 진료기관에 대한 관리를 대폭 강화함
재정 운영	○ 기존방식 고수 (서울의 경우 중앙 : 지방=50:50, 지방의 경우 중앙 : 지방=80:20 20% 중 시군구 부담은 지역자율) ○ 별도의 규정없음	○ 재정자립도가 낮은 지역에 대한 부담비율을 낮추는 조정명시필요 - 국민기초생활보장법 43조를 준용함 ○ 진료비체계를 막기 위한 근원적인 장치필요 - 진료비 예상액의 100%에 해당하는 기금 사전확보를 의무화함

1) 국회 의료보호법 개정 과정의 주요 쟁점

정부는 기존의 의료보호법에서 큰 변화가 없는 새로운 의료급여법을 국회에 제출하였고, 의료보호공대위는 이에 맞서 국민기초생활보장법의 정신을 살리는 의미의 새로운 저소득층을 위한 의료보장을 위한 법률인 "국민기초건강보장법"을 기안하였다. 최영희 의원으로 하여금 의원입법으로 발의하도록 하였으며, 이 법안의 국회 통과를 위해 실질적인 이론적 근거를 제공하며 보다 올바른 방향으로의 개정을 위한 운동을 전개하였다.

가. 종별구분과 본인부담금 폐지 요구

	정부안	시민단체(의원입법안)
도덕적 해이현상	발생할 것임	발생하지 않을 것임
추가예산 소요액	6,579억원	2,533억원
기타		기초생활보장법에 의하면 의료비는 공제되므로 본인부담금 발생시 일련된 전체 예산은 같아짐

▷ 정부입장: 매년 예산 부족으로 진료비 체불이 발생하는 상황에서 종별구분 폐지 및 본인부담제도의 폐지시 약 6,500억원의 추가 재정이 필요하므로 정부 재정상 어렵다고 함.

▷ 반박: 정부 재정 추계의 오류 지적

· 본인부담금을 폐지할 경우 1종환자와 2종환자의 의료이용이 같을 것으로 가정하였으며, 전체 예산액중 지방비 부담금(약 23.8%)을 제외하지 않은 수치임

· 새로운 추가소요예산의 가정은 본인부담금을 폐지하더라도 현재 1종환자와 2종환자는 근로 능력 유무에 따라 구분하였기 때문에 건강상태가 판이하여 의료이용량은 다름. 도덕적 해이 현상은 위의 이유로 발생하지 않을 것임. 전체 소요 예산액 중 국고부담금만을 놓고 비교하여야 함

· 전체 예산 불변 : 국민기초생활보장법에 의하면 의료비 본인부담금이 발생할 경우 이를 소득평가액에서 공제하고 최저생계비와의 차이에 대하여 생계비를 지급하여야 함. 따라서 금년 본인부담금이 발생할 경우 의료보호기금지출분은 절감할 수 있더라도 익년도 기초생활보장법에서 지급하여야 할 액수는 증가하여 전체 예산은 동일해 짐 (선불이나 후불이나의 문제로 귀착됨)

나. 의료급여 확대 요구

저소득층의 건강 상태와 의료이용양상 및 의료이용을 위한 자원은 중산층과는 달라서 이들이 필요로 하는 서비스는 현재 건강보험에서 책정하고 있는 급여 범위만으로는 부족함. 예를 들자면 간병이나 방문보건서비스, 각종 사회복지서비스 및 예방, 재활에 이르는 서비스는 중산층에 비하여 필요도가 훨씬 더 높으며, 대표적인 것이 의치임. 주로 저소득 독거노인이 많은 의료보호 수급권자들은 의치 등 노인에 필요한 보장구가 급여 범위로 되느냐 마느냐에 따라서 삶의 질에는 큰 차이가 나게 됨.

이에 대해 정부는 한정적인 재원이라는 이유를 들어 질병치료에 필수불가결하고 보편타당한 기술이나 약제의 투여 등이 우선되어야 한다며 반대함.

다. 중앙기초건강보장심의위원회

▷ 정부 주장 : 모든 의료기관에서 전국민의 4%에 해당하는 의료보호대상자 진료를 병행하고 있으므로 급여의 절차, 방법, 수가 결정 등에 관한 사항을 건강보험의 기준을 준용하는 것이 효율적임. 대상자 책정은 중앙기초생활보장심의위원회에서 결정하므로 불필요

▷ 반드시 설치해야 하는 이유 : 의료보호대상자는 국민건강보험법상의 대상자와는 건강상태와 가구 여건, 소득 등에서 근원적으로 다르므로 건강보험 대상자와 동일시하는 것은 기초생활보장법의 취지에 어긋남. 특히 정신질환 등 중요 영역에서 건강보험법과는 근원적으로 다른 의료공급체계와 수가체계를 유지하고 있음.

· 저소득층의 의료서비스는 급성기 서비스 뿐 아니라 사회복지서비스와 반드시 연계되어야 하며 건강보험과는 설계부터 달라야 함. (표 참조) 폭증하고 있는 의료보호진료비 증가와 의료보호 진료비 체불, 그리고 그로 인한 환자의 차별 대우 등에 대한 근원적인 대책 수립이 시급함.

· 중앙생활보장위원회의 기능과 업무범위에는 의료급여 관련된 사항은 없음.

라. 체불 방지를 위한 누적 적립금 마련

▷ 정부측 의견 : 진료비를 예측하지 못하기 때문에 사전에 기금을 미리 편성하기 어려우며, 세금 징수를 위한 국민적 합의가 이루어져야 하기 때문에 어려움.

▷ 필요이유와 가능성 : 진료비 추가 소요액을 예측하지 못한다는 사실이 바로 적립금을 사전에 설치하여야 하는 이유이며, 세금 징수를 위한 국민적 합의는 국회의 역할임. 체불을 모두 해결하고 나면 1조 5천억원중 중 일부를 수년에 걸쳐 적립하는 것이 불가능하지 않음 (1년에 1천억씩만 적립하면 4년이면 2000년 기준으로 최소 3개월 분의 누적 적립금을 조성할 수 있음)

(표2) 건강보험과 의료급여제도의 비교

구분	건강보험	의료급여
적용인구	4,620만명	175만명
자격증명	건강보험증	의료급여증(의료급여증명서)
재원조달	보험료(일부 국고)	조세 (국고 + 지방비)
급여비용(수가) 산정	건강보험공단과 의료계 대표와 계약제	건강보험 준용(정신과, 혈액투석 등 제외)
급여비용청구.심사.지급	요양기관->심사평가원->공단	동일
비용의 본인부담	- 입원(20%) - 외래(병원급이하) 15,000원이상 정률(30-35%) 15,000원이하정액(1,500-4,600원) - 외래 (종합병원이상) 45-50% - 약국 (1만원 초과시 30%, 1만원 이하 1,200-1,500원)	- 입원(1종 무료, 2종 20%) - 외래 1종 무료 - 외래 2종 1차 의료급여기관 1,000원 2.3차 의료급여기관 20% -약국 처방전당 500원
급여수준	진찰,검사,약제,치료,입원 등	급식비, 영안실 안치료 추가
급여절차	2단계 (의원,병원->대학병원)	3단계 (의원->병원->대학병원)
수가기준	행위별 수가	정신질환자, 사회복지법인 의료기관은 일당 정액제
의료기관 종별가산율	의료기관 종별에 따라 기본수가에 15-30% 가산	건강보험 수가의 3/4 수준

2001년, 보건복지부 의료급여법 시행 안내중

2) 의료보호법 개정운동의 성과와 한계

가. 국회 법 개정 결과

- 2000년 정기국회에서 정부안과 병합심의를 진행하였으며, 법안 심의 주요 쟁점은 의료보호 2종 환자의 법정본인부담 20%의 폐지, 진료비 체불을 방지하기 위한 적립금 마련, 기초건강심의위원회 구성 문제였다. 국회 보건복지 상임위원회 소속 의원들은 여야를 막론하고 동의하였으며, 복지부를 상대로 협상하였으나, 복지부는 심의조정위원회 구성만을 수용하고 나머지는 모두 예산상의 이유로 개정 불가 입장을 보였다.

- 2001년 2월 임시국회 개최시, 재심의를 하여 최종적으로 아래사항으로 통과되었다.

▷ 법안명: 의료급여법

▷ 법에 명시 사항

0 의료급여비 관리의 건강보험공단 위탁 일괄 운영

0 의료급여 진료비의 중앙교부금 우선 집행

0 의료급여심의위원회 설치

▷ 부대결의 사항

0 의료보호 2종 환자의 본인 부담금 10%로 경감하며, 2003.1.1부터 시행한다.

0 적극적인 의료보호 재정 건전화 방안을 수립하여 6개월내에 국회에 보고한다.

나. 의료보호법 개정운동의 성과²⁾

국회 의료보호법개정안 심의과정에서 빈곤층을 위한 의료보호제도 개선 방향에 대한 도덕적 논리적 정당성을 확보하였으며, 의료보호제도의 문제점과 의료 사각지대 계층에 대한 사회적 관심과 대책의 필요성을 여론화하는데 기여하였다.

3) 정부의 의료보호제도 개선사항 (1998-2000년도)

1998. 6월에는 의료급여기관 종별가산율을 의료보험의 1/2수준으로 확대(의원급 5%, 병원급 7%, 종합병원급 11%, 3차진료기관 15%) 하였으며, 7월에는 입원기간 연장승인제도를 폐지하였으며, 장애인보장구(지팡이, 목발, 휠체어) 급여절차를 간소화했다.

1999. 1월에는 급여기간을 연간 300일에서 330일로 연장하였으며 7월에는 의료급여진료기관을 폐지하였으며, 의료급여진료기관의 지정절차를 폐지하여 개설 등과 동시에 별도의 지정절차없이 의료급여 진료기관으로 당연지정토록 하였으며, 행정처분 중 의료급여진료기관 지정취소처분을 업무정지처분으로 완화하였다. 또한 11월에는 정신질환자에 대한 장기입원을 억제하기 위하여 차등수가제를 도입하는 등 의료보호 정신과수가제도를 개선한

2) 운동적 성과로는 첫째, 빈민조직과 지역주민조직이 참여하는 연대 활동의 성과를 가져옴. 의료보장 문제에서 시작하였으나 전반적인 사회보장 문제로 확대하여 문제를 제기함에 있어서 일정 정도의 역할을 하였음. 기초법연대 해체 이후 유일하게 빈민과 시민사회단체가 연계되어서 빈민 사회보장 문제를 제기해 왔음.

둘째, 빈민조직에서 중심적 역할을 하였으며, 현장을 강조하였으나, 지역주민과 의료보호 대상자의 구체적 현실에 기초한 활동에는 한계가 있었음. 의료보호 환자의 부담한 경험 사례 수집, 의료보호 환자 본인부담금 사례 수집을 지속적으로 추진하여 여론화하는데는 한계가 있었음.(의료보호공동체 활동 평가회 자료)

였다.

2000. 7월에는 연간 330일이던 급여기간제한을 완전 폐지하였으며, 10월에는 국민기초생활보장제도의 시행으로 1종 보호대상자의 범위를 확대하였으며, 11월에는 건강보험의 50%수준이던 의료기관 종별가산율을 75%수준으로 상향조정하였다.

2001. 5월에는 의료보호법을 의료급여법으로 개정하고 의료급여 진료비도 시·군·구에서 지급하던 것을 전문기관인 국민건강보험공단에 위탁하여 신속한 지급이 될 수 있도록 지급절차를 개선하여 10. 1부터 시행하고 있다.

의료급여증 발급업무를 건강보험공단에서 시·군·구로 환원하여 발급기간을 대폭 단축한 바 있으며, 공급자의 부당·과잉진료행위 및 수급자의 불필요한 의료남용을 방지하기 위하여 의료급여기관이 의료급여증에 진료사항을 반드시 기록하고 수급자는 이를 확인하도록 하였으며, 진료개시일기준 분기별 입원 및 내원일수가 30일 이상이며 진료일수가 90일 이상인 의료급여과다이용자 42천명을 대상으로 특별관리를 실시하고 있다.

의료급여기관 현지조사 거부시 업무정지처분기간을 현행 90일에서 1년으로 과징금부과기준을 총 부당금액의 4배 내지 5배로 하는 등 행정처분기준을 강화 및 신설하였다.

(이상 2001 보건복지백서, 2002년 2월 발행)

3. 의료급여 제도의 문제점

1) 가난한 이들은 더 많이 아프다

의료급여 재정 지출이 급증하고 있는 것은 사실이다. 매년 30% 가량의 증가를 보이고 있으며, 건강보험 진료비 지출 증가율을 앞지르고 있다. 2001년 보건복지부 자료에 의하면, 의료보호 진료건수 및 총진료비는 각각 보험 대비 4.09%, 11.84%를 차지하고, 의료급여 건당 진료비는 보험에 비해 2.89배, 진료일수(투약일수 포함)가 2.09배인 반면 일당 진료비(입원)는 보험에 비해 낮게 나타나는 것을 볼 수 있다. 전체 국민의 3.5%에 해당하는 의료급여 환자가 전체 의료비의 10~15%를 사용하고 있다. 이를 두고 보건복지부는 의료급여 환자의 도덕적 해이 때문이라고 진단하고 비용의식을 갖게 함으로써 의료남용을 줄인다는 것을 기본방향으로 하고 있다.

이러한 입장은 빈곤층의 의료이용이 많다는 것을 실제로는 인정하지 않는 발상이다. 의료급여 환자 일인당 진료비가 건강보험 환자보다 높은 것은 받아들여야 할 당연한 현실이

다. 의료이용이 높은 노인인구가 건강보험에는 6.3%인 데 비해 의료보호 대상자 중에는 19.1%를 차지하고 있다. 의료급여 1종 환자의 진료비가 근로능력이 있는 2종 환자보다 높은 것은 그만큼 1종 환자의 질환이 중증임을 말하는 것이다. 고액 진료비가 발생하는 건강보험 환자(만성신부전증, 혈우병, 백혈병 등 만성, 중증 및 희귀질환자)들이 의료급여로 편입되거나 근로능력이 있는 2종 대상자가 질병에 걸려 1종으로 전환됨으로써 의료급여 재정지출은 늘어날 수밖에 없다.

저소득층 환자가 입원을 한 후 마땅히 갈 곳이 없어 할 수 없이 병원에 입원해 있는 경우가 있다. 일반적으로 질병이 발생하면 급성기에 병원에 입원한 후 회복기에는 퇴원하여 집에서 가족의 돌봄을 받으며 회복을 하게 되지만, 독거 노인이나 가족이 없는 저소득층의 경우 거주할 곳이 없거나 돌보아 줄 가족이 없어서 퇴원하지 못하는 경우가 많다. 이러한 의료급여 환자를 대책없이 병원 밖으로 내모는 것은 무책임한 정책이다.

2) 의료급여 환자들의 본인부담이 너무 높다

보건 의료서비스 이용에 있어 도덕적 해이(moral hazard)는 필요(need)가 없는데도 불구하고 불필요하게 이용하는 것을 말한다. 즉 남용과 과다이용을 지칭하는 것이다.

국민기초생활보장법의 취지대로 의료급여법에서도 1, 2종 구분을 폐지하여야 한다는 시민 단체의 주장에 대해서 보건복지부는 의료급여 1, 2종 구분을 폐지하여 본인부담금을 없애면 도덕적 해이가 더 심해질 것이라고 반대하였다. 이런 주장은 의료급여 환자들의 본인부담금이 1종은 외래와 입원 모두 무료, 2종은 외래 이용시 병의원에 1,000원 약국에 500원, 입원시 20%라는 데서 출발한 것이며, 이 때문에 1, 2종 구분을 없애면 환자의 본인부담금이 무료이므로 의료를 과다이용하게 된다는 우려이다. 그러나 이는 사실이 아니다. 위의 본인부담금은 법정 본인부담금을 말하며, 의료급여 환자들도 혜택을 주지 않는 비급여 서비스는 전액 본인부담을 하고 있다.

한 종합병원 입원환자를 조사한 결과 각종 비급여 서비스로 인해 의료급여 1종 환자는 34%, 의료급여 2종 환자는 46%를 부담한 것으로 나타났다. 외래의 경우 1, 2종 모두 수천원~수십만원, 입원의 경우는 수십만원~수백만원을 부담하고 있다. 따라서 1, 2종 구분을 폐지하더라도 의료급여 환자들만 무료 병원을 이용할 수 있는 것이 아니라 본인부담금 46%를 내던 것이 34%로 경감된다는 의미이다.

의료급여 환자의 진짜 문제는 미충족 필요이다. 미충족 필요(unmet needs)란 필요가 있는데도 불구하고 여러 가지 이유로 특히 경제적인 이유로 보건 의료서비스를 제때에 이용하지 못하는 것이다. 실제로 노인들 중에서 백내장을 앓고 있는 사람들이 많은데, 의료보호 1종 환자라도 30 ~ 60만원의 돈이 있어야 수술이 가능하다. 또한 200 ~ 300만원이 없어서 고관절 수술을 하지 못해서 거동을 거동불능의 사람들이 있다. 이들을 방치하여 장애인

되게 하면 정부에서 생계비와 장애수당을 평생 지급하여야 한다는 점에서 의료이용의 경제적 장벽을 낮추는 것이 장기적으로는 예산을 절약하는 방안이 될 것이다.

3) 너무 흔하게 벌어지고 있는 의료급여 환자 차별

의료급여 환자들은 스스로도 차별인지 모르게 각종 차별과 규제를 받고 있다. 의료급여 환자가 병원에 입원을 하려고 할 때 의료급여 병실이 없다는 이유로 미루거나, 혹은 의료급여 적용이 안 되는 병원이라며 입원을 거부하는 사례가 많다. 입원시에 입원보증금을 내야한다는 조건을 붙이기도 한다.³⁾ 입원시 중간 수납을 하지 않으면 투약을 중단하는 경우도 있고, 의료급여 환자에게 진료비를 더 많이 받는 사례도 발생하고 있다. 장기 입원의 경우 퇴원을 종용하는 행위가 많았다. 특히 거동이 불편하고 돌보아줄 가족이 없는 경우에는 구청이나 군청을 통해 대책을 수립하도록 되어 있음에도 이러한 조치를 취하지 않고 퇴원을 종용하는 사례가 많다. 의약분업 실시 직후 의료급여 환자들은 처방전을 받고서도 약국에서 약을 지어주지 않아 거리를 헤매고 다닌 경우가 많았다.

의료기관이 의료급여 환자를 차별하는 이유는 무엇일까?

“경기도에 있는 종합병원입니다. 의료급여 환자 진료비 8억원을 6개월째 국가로부터 지급받지 못하고 있습니다. 병원에선 보험 환자와 차별리 없다면 박대할 이유가 없겠지요? 미수금이 많으니 경영에 허덕이는 병원에선 당연히 부담이 되는 것입니다. 적은 돈도 아니고 언제 줄지 모르는데 즐거운 마음으로 치료를 할 수 있겠습니까? 진정한 차별의 근원은 의료 기관일까요? 정부일까요?”

이 글은 2000년 10월 경 건강연대 홈페이지 게시판에 올라온 글이다.

위의 글에서도 알 수 있듯이 의료급여 환자에 대한 차별의 근원은 진료비 체불에 있음을 알 수 있다. 의료급여 재정은 중앙정부가 80% 지방정부가 20%를 부담한다. (서울시의 경우는 50%, 50%) 그런데 정부는 매년 예산 수립시에 익년의 의료급여 재정 규모를 예상할 수 있음에도 불구하고 항상 적자 예산을 편성하고 있어 만성적인 체불사태가 지속되고 있다.

의료기관이 청구하는 건강보험 진료비는 한 달 만에 지급되는데, 의료급여 진료비는 수개월 동안 체불되고 있는 이유는 바로 정부예산의 적자 편성으로 인한 진료비 체불때문이다. 결국 정부가 의료기관에 의료급여 진료비를 빚지고 있는 것이며, 이는 고스란히 환자에게 불이익과 차별로 돌아가고 있는 것이다.

3) 대형 종합병원일수록 이러한 현상이 두드러지는데 서울경기지역의 모 대학병원 두 곳에서는 의료보호환자에 대하여 10만원과 50만원의 보증금을 요구하고 있다.

4) 의료공급체계의 문제를 해결해야 한다

의료급여 재정 지출 증가의 요인은 환자의 도덕적 해이보다는 의료공급자측의 도덕적 해이와 의료제공체계의 문제점이 더 큰 요소라고 본다. 입원 자체는 의사가 결정을 하는 것이지만 환자가 결정하는 것이 아니다. 의료급여 환자에서 부적절 입원(입원이 필요하지 않은 환자를 의료제공자가 입원시키는 현상을 말함)이 많은 것은 병상이 과잉공급된 일부 병원들이 악화된 경영상태를 보전하기 위해서 의료급여 환자를 입원시키는데 원인이 있다. 특히 정신병원의 경우 일당진료비 정액제로 수가체계가 되어있어 병원 측에서 입원일수를 장기화시키고자 하는 동기가 작용하여 부적절 입원이 더욱 심각하다.

의원 외래의 경우도 예외가 아니다. 최근 의약분업이후 병원의 진료비 분석 자료에 따르면⁴⁾, 의료보호 부문에서 의원 외래수입이 분업이후 7.5% 증가하였고 재정대책이후 다시 32.5% 증가하였다. 약국의 경우는 재정대책이후 46.5%가 증가함으로써 건강보험의 수입증가율 4.9%를 훨씬 앞지르고 있다. 의료보호 환자에 대한 과도한 외래이용 증가 및 과도한 처방이 나타나고 있다는 것을 암시하는 것이다.

보건복지부가 의료급여 진료비 지출을 줄이고자 한다면, 의료기관의 입원 적정성을 평가하고 의료기관이 부적절 입원시키고자 하는 동기 자체를 소멸시키는 방향으로의 의료체계 및 수가제도의 변화를 이루어야 할 것이다.

4. 의료급여 제도의 후퇴

2001년 건강보험 재정이 적자가 나기 시작하자 정부의 보험혜택 축소, 보험료 인상, 약값 인상 조치 등으로 국민들의 의료비 부담이 커졌다. 이러한 정부 조치는 일반 환자에게는 물론 가난한 사람들이나 장애인들에게는 더욱 큰 부담이 되고 있다. 재정절감이라는 미명하에 급여혜택을 축소하고 본인부담을 확대하여 경제적인 장벽을 높일 뿐 아니라 사회심리적인 장벽을 더욱 높여 의료이용에 제한을 가하고 있다.

1) 환자를 병원에서 내모는 의료급여 재정절감책

건강보험 재정 지출의 증가는 이미 사회적인 문제가 되었으며, 의료급여비용의 증가는 건

4) 최병호, 의약분업이후 병원의 진료비 분석, 2002.3.28 한국보건사회연구원 주최 정책토론회 '의약분업이후 병원 경영 무엇이 문제인가? 제 2주제발표

강보험 재정의 증가를 앞지르고 있다. 이에 따라 정부가 추진하는 건강보험재정안정화 대책은 의료급여제도에도 동일하게 적용될 뿐 아니라 의료급여 혜택을 더 축소하는 방향으로 나타나고 있다.

보건복지부는 의료급여 재정절감 대책으로 2002년 2월부터 의료급여 1종 환자에게 식대일부(1일 1,920원, 한달이면 약 6만원)를 본인부담하게 하였다. 보건복지부는 이에 따른 재정절감액을 식대 감소액 226억원과 입원억제 등 간접효과까지 포함하여 2002년 한해동안 약 800억원이 절감될 것으로 예상하고 있다.

1인 가구 수급자가 1개월이상 입원하면 생계비에서 8만1천원을 삭감하고 있다. 1인 가구 최고 현금급여액이 30만원인데, 8만1천원을 삭감하면 생계유지가 불가능하다고 환자들은 호소하고 있다.

다음으로 2002년 올해부터는 365일로 보험혜택 진료일수를 제한하는 조치를 취했다. 보건복지부가 건강보험 재정절감책으로 보험급여일수를 365일로 제한하면서 고혈압성 질환이나 당뇨병 등 11개 만성질환에 해당하는 경우는 예외로 하였다. 그런데 의료급여 환자에 대해서는 11개 만성질환에 대해서 30일을 연장하여 보험급여일수를 395일로 하였을 뿐, 만성질환 진료일수도 모두 급여일수로 산정하게 하였다. 올해 1/4분기가 지나자마자 진료일수가 90일 이상인 환자에게 모두 안내문을 보내 진료일수 연장(1회에 60일씩 연장 승인을 해줌) 신청서를 내도록 홍보하면서 연장신청서를 내지 않으면 365일이 초과되어 전액 본인부담해야 한다는 안내를 하자 일부 노인환자들은 아예 병원에 가지 못하고 약국에서 약만 사먹겠다고 하는 사례가 나타났다.

의료급여 환자들은 진료일수가 초과되더라도 본인부담금을 받아낼 수 있는 경제적인 상황이 아니므로 보건복지부는 의료급여 환자들의 병원 이용을 사전에 억제하려는 정책을 시행한 것이다. 의료급여 환자들의 불필요한 과다 의료이용은 억제할 필요가 있지만, 정작 필요한 의료이용조차 못하도록 억압하는 것은 올바른 방향이 아니다. 건강보험에 비해서도 불형평한 조치이며 의료보호 환자에 대한 제도적 차별이다.

2) 의료급여법시행령시행규칙의 개악 추진

보건복지부는 또다시 지난 8월 의료급여법시행령시행규칙개정안을 입법예고하였다. 내용은 의료급여비용의 절감을 위한 조치로써, 의료급여 대상자를 1종에서 2종으로 대폭 조정하고 의료급여환자의 의료이용을 관리 규제하는 내용으로 채워졌다.

첫째, 의료급여 1종 대상자를 2종으로 대폭 전환하는 내용이다. 기존에는 근로능력이 없는 수급자만으로 구성된 세대의 구성원은 포괄적으로 의료급여 1종에 해당하였으나, 개정안에는 구체적으로 대상자를 명시함으로써 대상을 제한하고 있다.

즉 61세 이상을 65세 이상으로 상향시키고 '질병 또는 부상으로 2개월 이상 입원'할 경우를 3개월이상 입원한 자로 변경하여 대상자를 축소하고, '보건복지부장관이 인정하는 자'라고 명시함으로써 의료급여 비용에 따라 대상자 수를 조정할 수 있는 여지를 남겨두려하고 있다. 의료급여 대상자에는 고령인구의 비율이 높고 저소득층 노인들은 더욱 잦은 질병과 만성질환에 시달리고 있는 현실에서 이러한 조치는 저소득층 노인의 의료이용에 상당한 제한을 가져와 노인 건강권을 침해할 우려가 명백하다.

또한 기초생활보장법의 특례 규정에 해당하는 자를 '만성회귀질환 등으로 급여가 필요하다고 장관이 인정하는 자'로 개정하면 만성회귀질환 이외의 실제 생활이 어려운 경우에 대해서는 의료특례 범위를 축소하는 결과가 될 것이다.

둘째, 개정안에는 입원에 대한 의료급여 상한일수를 두는 조항을 신설하였다. 입원상한일수를 60일(정신질환자는 180일)로 제한하고 연장이 필요할 경우 시·군·구청장의 승인은 얻어야 한다. 이는 건강보험에는 없는 대표적인 차별조항이며, 수급자들의 진료받을 기본적인 권리를 침해하는 것이다. 의료기관이 유도하는 장기입원을 줄이려는 취지로 보이나, 의사의 소견서에 의한 시·군·구청장의 승인제도가 실효성이 있을지도 의문이다. 의료급여 환자들이 불필요한 입원을 하게 되는 경우는 퇴원할 거주지가 없거나 돌보아줄 가족이 없는 경우로써, 이는 요양시설의 확보 혹은 최소한의 지역사회복지체계의 연계를 통한 보살핌이 가능하도록 하는 조치가 우선되어야 할 것이다.

셋째, 개정안에는 기초단체장이 의무적으로 년 1회 이상 정기적인 조사를 통해 필요시 정기검진을 받게 하며 수급권자의 자료 제출을 의무화한다는 조항을 포함하고 있다. 이미 수급권자에 대한 정기조사가 이루어지고 있는 상황에서 이러한 조치는 비용낭비이자, 수급권자에 대한 불편과 인권 침해를 낳을 것으로 보인다.

넷째, 2종 수급권자의 입원진료비가 매 30일간 보건복지부장관이 정한 금액(30만원)을 초과한 경우 초과액의 50%를 지급한다는 조항은 2종 수급권자의 의료비 부담을 경감시키는 조치로써 개정안 내용중 유일하게 환영할 만한 내용이다. 그러나 보건복지부가 2종 수급권자의 의료비를 경감시키고자 한다면, 이미 국회와 보건복지부기 합의한대로 2종 법정 본인부담율을 현행 20%에서 10%로 경감하는 방안을 시행에 옮겨야 할 것이다.

5. 빈곤층 의료보장 대책 방안

1) 의료급여 수급자를 확대해야 한다

현재 기초생활보장의 수급자 요건이 안되는 차상위계층은 진정한 의미의 차상위계층이 아니라 긴급 요보호자가 대부분이다. 이들 차상위계층은 건강보험대상자로서 제도적으로는 건강보험의 틀 안에 포함되어 있으나, 상당수가 사실상 건강보험에서 배제되어 있다. 건강보험 가입자가 3개월 이상 보험료를 체납하면 보험급여가 제한되어 보험혜택을 받을 수 없기 때문이다⁵⁾. 상당수의 차상위계층은 의료급여에서도 건강보험에서도 배제된 채 열악한 상황에 처해 있는 것이다. 따라서 의료급여 대상자를 더욱 확대하여 실제 의료급여가 필요한 적용 대상을 일치시켜야 한다. 이를 위해 국민기초생활보장제도의 의료급여를 개별급여화함으로써 그 대상자를 최대 6-8%로 확대하는 방안을 추진하여야 할 것이다. 의료급여를 개별급여하게 되면 수급자의 입장에서 빈곤의 악순환에 들어가는 것을 피할 수 있게 되는 의미가 있는 한편 제도운영의 측면에서는 차상위계층이 기초생활보장 수급권자가 되는 것을 막아 예산을 절감할 수 있게 되는 것이다. 기존의 수급권자 중 상당수가 의료급여 때문에 수급권자가 되기 위해 노력하고 있는 것이 사실이므로 개별급여로써 의료급여의 확대가 기초생활보장제도의 효율성을 높일 수 있을 것이다.

2) 보험료 경감 및 건강보험 혜택 확대해야 한다

건강보험에 속하는 빈곤층의 경우에 경제적 부담능력에 맞는 보험료를 부담할 수 있도록 개선되어야 한다. 저소득층에 대한 보험료를 경감해주어 경제적 여건 때문에 보험료를 체납하고 이로 인해 보험 제외대상이 되지 않도록 하여야 한다. 또한 현재 높은 본인부담금으로 인해 높아진 병원문턱을 낮추기 위해서는 보험혜택 확대 방향을 정책으로 하고 이를 위한 재원 조달방안을 마련하여야 할 것이다. 일정금액 이상의 고액 진료비에 대해서는 본인부담상한액을 두고 그 이상은 건강보험에서 부담함으로써 의료비로 인한 가계의 파탄과 영구 빈곤화되는 것을 막아야 할 것이다.

3) 공공보건의료사업을 확대해야 한다

건강보험이든 의료급여비용이든 의료비 급증은 앞으로도 지속될 것으로 보인다. 의료비

5) 건강보험공단에 따르면, 2001년 말 836만 9천 가구의 19.9%인 167만 3천 가구가 3개월 이상 보험료를 체납하여 보험혜택이 중단된 상태이다. 건강보험공단은 소득 재산 자료가 없는 빈곤층 81만여 가구에 대해 평가소득만으로 보험료를 부과하고 체납된 지 3년이 지나서야 결손처리해 주고 있다. 부담능력이 거의 없는 빈곤층에게 보험료를 부과하고서 이를 납부하지 않는다고 보험혜택을 중단하고, 결국 체납 보험료를 결손처분하는 방식은 제도적 배제라고 볼 수 있으며 건강보험의 기본 취지와는 거리가 멀다.

증가 요인으로는 노인인구의 증가, 만성퇴행성 질환의 증가 등의 변화 등과 질병예방과 건강증진사업등이 지나치게 취약하여 중증 고액진료비 환자와 전염병 환자가 다수 발생하고 있기 때문이다. 정부 예산중 사회복지와 의료보장 예산은 증가하고 있는 반면 보건의료 분야의 예산은 감소되어 왔다. 즉 현재의 보건의료체계는 치료서비스 제공에 대부분의 재원을 소모하고 있다. 조기에 투자하는 것이 향후 수십년 동안 생산성을 증가시키며, 아울러 의료비용 증가를 지연시키고 보건의료비용 발생자채를 줄일 수 있다. 건강보험, 의료급여비용 확보는 정부의 역할의 일부에 지나지 않는다. 기본적인 건강권을 보장하고 취약 계층에 대한 기본적인 보건의료서비스를 제공하기 위해 공공보건의료의 확대가 요구된다.

우리나라 의료기본법은 모든 국민은 법률이 정하는 바에 의해 자신과 가족의 건강에 관해 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별, 연령, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 않는다고 규정하고 있다. 돈이 없어서 의료이용을 못하는 빈곤층이 있는 한 우리나라는 전국민 의료보장국가라 자부할 수 없을 것이다. 건강보험재정, 의료보호재정의 위기도 결국은 전국민의 의료보장을 위해 해결하고자 하는 것이다. 더 이상 빈곤층 의료보장의 후퇴를 막고 최소한의 삶의 질을 확보하기 위한 더욱 힘찬 활동이 필요한 때이다.

지역사회에서 만나는 빈곤층의 의료 및 복지의 문제들

김미영 (구로건강복지센터 사무국장)

구로건강복지센터는 지역주민과 보건의료인, 복지인력이 연대하여 지역의 보건·복지환경 개선활동을 통해 지역공동체를 실현하고자 지난 2002년 2월 26일 창립하였다. 2년동안 구로지역 저소득주민 및 요보호아동, 노인, 장애인 등 우리사회 소외계층에게 복지서비스 - 지역자원 네트워크를 통한 서비스 - 를 제공하는 한편, 지역의 복지·보건의료정책 개발을 통해 제도의 변화를 모색하는 활동을 진행해오고 있다.

구로건강복지센터는 보건, 복지 전문인들이 지역주민과 연대하여 지역사회의 당면한 건강과 복지의 문제를 해결해 나가는 과정 속에서 지역주민들에게 신뢰를 받는 대안세력으로 자리매김함으로써 지역운동의 하나의 힘으로 작용하리라고 보고있다.

2년간의 역사는 짧지만 지난 10여년간 구로공단지역에서 보건의료활동을 진행해온 건강의 집, 우리네약국, 남부지역보건의료인 모임 등이 그 뿌리로 자리잡고 있다고 할 수 있다. 그래서 구로건강복지센터가 있기까지의 과정을 잠깐 설명을 하는 것이 좋을 것 같다.

건강의 집, 우리네약국에서 구로건강복지센터로....

구로지역에는 87년 이후 노동자건강권 문제를 주제로 활동하는 지역의원들(푸른치과, 구로의원, 구로한의원 등)이 3-4곳이 있었고 연대와 참여를 통해 다양한 활동을 함께 하는 지역보건의료인 모임(남부지역보건의료인모임, 구로지역보건의료인모임 등으로 활동)이 존재하였다. 모임을 통해 산업재해, 직업병 상담과 교육용 책자 발간, 진료 의뢰 체계 확보 등 노동자들의 어려움 중 건강과 관련된 문제를 함께 해결하고자 하였다. 그러나 90년 후반부터는 각각의 어려움으로 인해 의원들이 하나 둘씩 활동을 정리하게 되었고 점점 활동이 줄어들면서 보건의료인 모임도 없어지게되어 동네를 근거로 한 우리네약국과 구로한의원만이 남게 되었다.

우리네약국의 전신이라 할 수 있는 '건강의 집'은 1988년 4월부터 구로의 작은 교회에서 주말진료를 해오다가 주말진료소가 갖는 한계를 극복하기 위한 대안으로 약국설립을 고민하게 되었고, 드디어 1991년 5월 구로3동에 우리네약국이 만들어지게 되었다.

이렇게 설립된 우리네약국은 당시의 생활보호대상자와 저소득층 주민을 위한 '주민건강수첩'을 발행하여 조제로 감면혜택을 주거나 지역주민들을 위한 '우리네 건강교실'을 시작으로 '유소아 질환의 관리, 고혈압, 당뇨병 교실, 임산부 교실, 수지침 교실, 갱년기 여성질

환교실'등 올바른 건강교실활동을 꾸준히 벌여왔다. 또한 구로지역 단체들과 함께 결손·결식아동을 위한 무료공부방에 운영위원으로 참여하면서 병, 의원 진료비, 조제료 감면활동, 유소아질환 예방교육 등을 진행해 왔다. 이러한 활동의 과정 속에서 약국차원의 지역보건활동의 한계성을 극복하고 지역주민, 보건의료인, 복지인력이 함께 참여하는 지역활동체의 필요성을 느끼게 되었고 10년간 모은 수익금을 기반으로 '구로건강복지센터'를 창립하게 되었다.

현재까지도 약사들은 우리네약국을 공동으로 운영하며 급여이외의 수익금을 적립하여 지역사회에 환원한다는 원칙을 지켜가고 있다.

이제 2년여동안 회원들이 구로건강복지센터에서 활동하면서 만난 사례들을 통해 우리 사회 빈곤의 반복을 야기하는 제도의 문제를 다시 한번 짚어보고 많은 사람들의 공감대를 통해 우리사회 저소득층을 비롯한 빈곤층의 건강권 확보에 조금이나마 기여하였으면 하는 바램이다.

< 사례1 : 쌍둥이 형제네 >

2000년 요보호아동건강검진 시 알게 된 M아동을 통해 가정에 대해 자세히 알게 되었다. M아동은 어려서부터 심장이 안 좋고(심장으로 연결된 동맥혈관이 점점 좁아지는 병이라고 함) 혈우병을 갖고있는 아들이었다. 어머니는 쌍둥이형제가 갓 돌이 지날 무렵인 95년에 아빠를 잃은 이후 출근 파출부 등 혼자 힘으로 두 아들을 보육해 왔다. 당시 M아동 가정은 의료보호 2종으로 생계비를 지원받고 있었으나 월세가 14만원이어서 생계비의 대부분은 주거비로 충당되고 있는 실정이었다. 더욱 큰일은 어머니도 심장병으로 당장 수술을 받아야 한다는 것이었다. 다행히 어머니는 라디오에 사연이 소개되어 병원비 550만원을 전액 지원받아 심장병 수술을 받았고 우리 단체의 노력으로 의료급여 1종이 되었으며 근로능력이 없음을 인정받아 생계비가 상향 조정되었다. 그래도 매년 M아동 초음파촬영을 통해 병의 진행상태를 체크해야하는데 20만원이나 되는 돈은 이 가정의 부담이 되어 본단체가 운영하고있는 '요보호아동건강기금' - 지역사회 주민, 보건의료인의 후원으로 만들어 집 - 에서 지원을 해주고 있다.

여기서 우리는 기초생활보장제도가 실현되었어도 몇가지 문제를 느낄 수 있었다.

첫째, 어머니가 갖고있는 질환으로 충분히 의료급여1종(앞에서 의료급여제도에 대해 자세한 설명이 있었을 것이라고 본다.)을 받을 수 있었는데 심장병에 대한 진단서 - 어머니의 심장병은 발작이 일어나지 않으면 1차기관에서는 제대로 진단하기가 어려운 상태, 그

렇다고 종합병원을 이용하려면 비용부담이 너무나 크다 - 가 제출되지않아 그때까지 2종을 지정받을 수 밖에 없었다. 2종과 1종은 진료 및 입원시 본인이 부담하는 비용이 매우 차이가 난다. 그래서 2종 의료급여증을 갖고있는 빈곤층은 도저히 입원치료를 생각할 수 없다. 다행히 수술전 어머니가 우리 단체와 연결된 의원을 방문했을 때 발작이 일어나 병명을 알 수 있었고 진단서가 동사무소에 제출되어 곧 의료급여 1종으로 지정받을 수 있었다.

빈곤층은 진단서를 발급받는데도 비용부담을 느낄 수 밖에 없다는 것이다.

둘째, 아동도 해마다 20만원 정도의 초음파비용을 지출해야 하는데 이에 대한 보전이 없어 생계비로 살아가는 이 가족은 빈곤상태를 벗어나기가 너무나 어렵다는 것이다.

< 사례2 : H 아버지 >

H씨는 60세의 나이로 일용직 노동자로 일을 하면서 월 20-30만원의 소득으로 딸 M양을 부양하며 어렵게 생계를 꾸려나가고 있으며, 우리가 처음 H씨를 대면했을 땐 걷기도 힘들 정도로 몸에 큰 이상이 있어 보였다.

H씨 가족은 서울 홍제동에서 살다가 생활고가 더욱 심해져 1990년도에 구로3동으로 이사왔으나 이사오자마자 M양 어머니가 뺑소니 교통사고로 사망하여 홀지에 부자가정이 되었다. M양이 4살 되던 해에서 H씨가 지금껏 혼자 힘으로 딸을 키워오고 있다. 현재 M양은 무료공부방에서 학습지도를 받으며 성적이 중상위에 속할 정도로 공부도 열심히 하며 꿈 많고 발랄한 10대 소녀로 잘 자라고 있다.

힘겨운 가정상황으로 인하여 50만원 보증금에 월8만원의 공동 화장실을 써야하는 월세 단칸방에서 어렵게 생활하고 있으며, 3년간 의료보험료가 체납되어 2년 전부터 혈뇨가 나왔음에도 불구하고 병원비가 부담되어 병원에도 가지 못했다. 그러다가 최근에 본센터에 상담을 의뢰하여 진료를 받게되었고 방광암 판정으로 수술을 받은 후 건강이 좋아져 지금은 퇴원하여 생계급여로 생활을 유지하고 있다.

H씨의 경우 빈곤층이 이용할 수 있는 모든 방법을 통해 지원한 사례이므로 지원현황을 일자별로 기술하였보았다.

- 의료부분 지원현황

2001년 7월 4일 구로건강복지센터 방문

상담 후 김성목내과에서 혈액검사, 소변검사를 무료 검진받음

7월 6일 진찰 결과 우측 요관폐쇄의 원인에 대한 자세한 검사가 필요

빈혈이 심함에 따라 수혈필요. 자원봉사자와 보라매병원 응급실로 이송

- 7월7일 빈혈로 인하여 수혈 3대를 맞음. 혈뇨가 여전하여 응급실에서 비뇨기와 병동으로 입원. 의사소견으로는 방광암 의증
- 7월 9일 필요한 서류를 준비하여 국민기초생활보장 수급자 신청
- 7월 20일 의료보호 1종 수급자 판정
- 7월 23일 병원비 해결을 위해 원무과를 경유하여 의료사회사업실 방문. 후원요청서에 주민등록등본, 월세계약서, 수급자증명서를 첨부하여 병원비 지원 요청
- 7월 26일 병원비로 8 씨 20만원, 구로동교회 10만원 확보.
- 7월 27일 보라매병원 의료사회사업실에서 병원비 100만원 지원약속.
방광암에 따른 방광절단과 인공방광을 만들기 위한 수술일자(8월 1일) 지정
복지간병인사업단에 수술에 따른 24시간 복지간병인 의뢰.
- 7월 30일 간병인 파견을 위한 환자의뢰서 발송
- 7월 31일 보라매병원 의료사회사업실에서 12시간 복지간병인 지정해증
- 8월 1일 성공적으로 수술이 끝남.
- 8월 13일 퇴원
- 8월 24일 동사무소에서 재해구호비 30만원 지원

8 씨가 의료서비스를 받은 내용을 일자별로 기술했으며 여러 경로를 통하여 지원서비스를 받은 것이 나타났다. 특히 이 과정에서 병원비 해결이 큰 관건이었는데 이의 해결방법을 살펴보면, 7월 6일~7월 19일까지 의료보호를 받지 못하여 일반으로 입원한 진료비 총액은 1,758,108원이었고, 7월 20일~8월 13일까지 의료보호 혜택을 받아 진료비에 따른 본인부담금이 508,215원 나와 결과적으로 총 본인부담금이 2,266,323원이 나왔다. 이중 8 씨 200,000원과 구로동교회에서 100,000원, 동사무소 300,000원, 보라매병원 의료사회사업실에서 1,000,000원이 지원되고, 나머지 666,323원이 본센터 건강기금에서 지원되어 병원비 납부가 해결되었다.

후원금으로 단체를 운영하며 상담과 지원활동을 하는 우리와 같은 단체에게 이 비용은 지출하기 힘든 액수였지만 아저씨의 생명이 위험해 빨리 해결하는 것이 중요했다. 하지만 그 이후로는 상담진행시 지원문제를 먼저 고민하게되는 습관이 생기기도 하였다.

이 사례에서 볼 수 있는 문제는

첫째, 아저씨는 3년간 의료보험이 체납된 상태에서 우리센터를 방문하셨는데 왜 이때까지 동사무소의 도움을 요청하지 않았는가를 물었을 때, 첫 상담에서 자존심이 상했으며 - 이유는 정확하지 않다 - 병이 남아 일을 하면되지 하는 막연한 희망으로 사셨다고 한다.

지금의 기초생활보장제도를 빈곤층이 좀 더 적극적으로 활용할 수 있도록 홍보 및 교

육이 되어야한다는 것이다.

둘째, 아저씨같은 경우에는 신청시 바로 기초생활보장제도의 수혜를 받을 수 있었다면 본인부담금인 220여만원의 해결은 훨씬 쉬었을 것이다. 당장 입원하여 수술을 하여야하는데도 신청서를 접수하고도 2주나 지나 수급권자로 인정된다는 것은 이 법의 취지에 어긋난다고 할 수밖에 없다.

긴급한 상황에서 빨리 수급자로 인정받을 수 있는 대책이 절실하다고 할 수 있다.

< 사례3 : Z 아저씨 >

우리 단체에서 처음 할머니의 부탁을 받고 Z 씨 집을 방문했을 때 아저씨의 상태는 심각했다. 온몸이 온통 부어 있었고 얼굴은 까맣다. 말씀을 나누기조차 힘들어 하셨다. IMF당시 일이 잘 안되어 형편이 어려워졌고 부인은 집을 나갔으며 그 이후로 아저씨는 알콜중독환자가 되었고 우리가 방문했을 때 이미 간경화가 진행된 상태에서 면역성이 떨어져 결핵에 걸려 피를 토하고 있었다. 삶의 의지가 없었던 아저씨는 그대로 죽고싶었던 것 같다. 아니면 병원비가 부담되어 그렇게 계셨는지도.....

우리가 방문했을 때 사회에 아저씨에게 관심을 보이는 사람들이 있다는 것이 좋으셨는지 입원을 동의하셨고 상태가 심각하여 의료급여가 가능한지 여부와 상관없이 바로 Z 씨를 입원할 수 있게 해드렸다.

Z 씨는 2000년 당시 만 40세로 두딸과 함께 살았으며 주변에 부모님이 계셔 식사와 육아는 어머님의 도움으로 해결한다. 주변에 도움을 줄만한 분은 중풍이신 아버님과 심한 관절염을 앓고 계신 어머님 뿐이었다.

우리단체에서는 의료보호 1종이 되도록 동사무소 사회복지전문공무원이 Z 씨를 방문하도록 하여 12월20일부로 의료보호 1종이 되었고 천주교 빈첸시오 모임의 후원20만원을 합쳐 총 45만원의 의료비를 지원하였다. 그러나 아저씨는 퇴원후 잘 지내시다가 다시 술을 입에 대시기 시작하시더니 입. 퇴원을 반복하다가 어어쁜 두 딸을 두고 2001년 겨울에 돌아가시고 말았다. 우리가 아저씨를 만난지 만 1년만에 일어난 일이었다.

여기서 우리는 희망을 잃은 빈곤층에 대한 지원 또한 중요함을 느끼게 된다. 기초생활보장제도, 의료급여법 모두 눈에 보이는 경제적인 문제, 질병의 문제는 접근하고 있지만 아저씨와 같이 희망을 잃은 빈곤층은 정신적인 지지와 생활의 지원이 함께 보장되어야 할 것이다.

< 사례4 : 의료급여법과 관련된 부당사례 >

3가지 상담사례를 차례로 적는 것으로 충분히 문제점을 살펴볼 수 있으리라 본다.

① 자활후견기관 40대 스아주머니

본 센터에 접수된 의료기관에서 부당대우를 받은 아주머니는 자활후견기관에서 산후도우미 공동체를 구성하여 일을 하고 계시며, 1월 자활근로가 없어 그동안 미뤄오던 치질 수술을 받기로 결심하고 그 방면에서 이름이 나있는 구로공단역 근처에 있는 항외과를 찾았다. 예상대로 수술을 받아야 할 상태였으므로 암치질 2개, 수치질 1개를 제거하는 수술을 받고 1월 14일~1월16일까지 입원해 있게 되었다.

첫방문시 본인이 의료급여 2종이라고 밝히자 병원측에서는 의료급여증으로 혜택을 받을 수 없다고 하여 본인은 이상하다고 생각하였으나 병원측의 설명을 듣고 이것저것 물을 수 없어 알았다고 답하였다. 또한 일반보험은 후불이나 의료급여 환자는 선불이라고 하며 수술비 521,000원을 선불로 내라고 하여 수술전에 전액을 지불하였다. 퇴원시 영수증을 달라고 하니 항목별 계산서는 없어서 발급할 수 없다며 간이계산서 영수증에 '수술 및 마취'라는 품목으로 500,000원을 영수해 주며 21,000원은 깎아준다고 하였다. 입원해 있는 동안 옆병실의 일반보험환자의 수술 진료비를 물으니 350,000원이라고 하여 아주머니는 더욱 이상하게 여기게 되었다.

이후 너무나 궁급하고 억울하여 동사무소 사회복지전문공무원과의 면담후에 본 센터를 방문하여 상담을 받게 되었다.

* 경과

- 2002년 1월 28일 사례접수
- 1월 29일 건강보험 심사평가원에 진료비 민원신청
- 2월 4일 건강보험 심사평가원 서울지원에 민원 접수
- 2월 5일 치료비 환불
- 2월 22일 ㅎ 외과 본 센터에 경위서 제출
- 2월 23일 G외과에 의료급여 환자 상담건에 대한 질의요청
- 2월 25일 건강보험심사평가원에 민원 취하신청

* 문제점

- 1) 치질 수술은 의료급여로 청구할 수 있는 항목인데도 병원에서는 의료급여가 아닌 일반으로 수술한 점
- 2) 요즘 의원에서 영수증 받기 캠페인이 펼쳐지고 있는 와중에 영수증을 요구하는 환자에게 항목별 계산서가 아닌 간이계산서로 영수증을 대체한 점
- 3) 의료급여 환자에 대한 보증금 요구나 선불요구는 불법인데도 의료급여환자에 대한 보증금을 요구한 점

② 인공뼈 수술하신 82세 이씨 할아버지

이씨 할아버지는 지난 3월 10일 인공뼈 수술을 위해 대림성모병원에 입원을 하였습니다. 당시 급여증 미지참으로 진료비는 일반처리되어 417,220원이 나왔으며, 병원측에서는 일주일 이내 급여증을 가져오면 급여처리를 해 환불을 해주기로 하였다고 합니다. 이를 후 환자보호자가 급여증을 지참하였으나 다시 퇴원할 때 환불을 해준다고 하였다.

또한 3월 18일 수술을 앞둔 상태에서 병원에서는 수술 보증금 200,000만원을 요구하였다. 수술후 입원해 있는 상황에서 환자는 병원을 옮기기로 결정하고, 병원측에 보증금과 일반처리된 진료비에 대해 환불을 요구하였으나 병원에서는 그동안의 특진비로 모두 소비되어 환불을 해줄 수 없다고 번복했으며, 이제까지의 진료비는 총 827,220원이 나왔다.

위 사례에서의 문제점은 다음과 같다.

- 1) 의료급여 환자에게 보증금을 요구한 점
(수술보증금 200,000원 3월 16일자로 영수증처리됨)
- 2) 환자 보호자에게 특진에 대한 선택정보를 전달하지 않은 채 진료비를 부과한 점
- 3) 의료급여 환자인데 확인을 하지 않고 - 요즘은 전산시스템이 잘 되어있어 주민등록번호만 알면 의료급여 여부를 알 수 있다 - 일반으로 처리하여 진료비를 과다하게 책정한 점

그래서 본 단체는 환자보호자의 동의하에 '건강보험심사평가원'에 민원을 신청하였다. 이후 심사평가원의 답변은 첫째, 의료급여환자의 입원보증금 요구와 관련된 사안은 의료급여법 제7조제2항 및 제3항의 규정에 의하여 의료급여기관은 의료급여사항 또는 비급여사항외의 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구할 수 없으므로 해당 의료급여기관에 차후 이와 유사한 사례가 발생하는 일이 없도록 주의 촉구하였다는 내용과 둘째, 의료급여비용정산내역서, 선택진료신청서 등을 받아볼 수 있었다. 전체 지불한 93만여원의 비용중 78만원에 해당하는 비용이 선택진료비로 계산되어 있었다. 일반으로 진료를 받았다면 의료급여1종 환자이므로 대부분 지불하지 않아도되는 비용이다. 요즘 거의 특진의사가 많고 일반의사는 찾아보기가 어려운 형편인 상황에서 환자나 보호자에게 선택진료를 받음으로써 진료비가 얼마나 추가되는지 등에 대한 정확한 정보를 제공했어야 된다고 생각한다.

③ 급여일수 연간상한제의 문제

- 본 단체에서는 저소득 독거노인을 대상으로 방문진료 사업을 진행하고 있는데 어느 날 중풍과 알콜중독에 빠진 아들과 살고있는 70세 할머니 댁을 방문하였다. 할머니 또한 중풍에 혈압, 당뇨, 관절 등의 질환을 가지고있어 두분 다 병원을 자주 이용하는 편인데 요즘 병원에도 못가신다는 것이다. 왜 그러냐니까 보험공단에서 사용일수가

넘었다는 통보를 받았다는 것이다. 자세히 들어보니 상반기 의료급여 사용일수로 보면 얼마인가 365일이 다 차니 주의 및 조치를 요하는 통보였던 것 같다.

‘급여일수 연간상한제’란?

급여일수 연간 365일 제한이라는 것은 말 그대로 의료기관을 입원일수, 투약일수가 365일까지만 보험, 의료급여가 되고 넘을 경우 초과된 급여일수의 의료비는 혜택을 받을 수 없으므로 보험공단에 환급해야한다는 것이다. 만약 의료비를 환급하지 못할 경우 가압류 처분을 당할 수도 있는 이 제도는 2001년 12월 시행되었다.

예외조항이 있어 의료급여대상자의 경우 365일이 지나도 보장을 받을 수 있는 경우도 있지만 그때마다 동사무소 사회복지사를 통해 구청에 연장신청을 미리해야만 가능하여 이를 모르고 이용하다가 결국 혜택을 받지 못하는 경우가 하반기에는 많이 발생할 것으로 보여진다. 앞의 할머니처럼 당장 약을 먹어야하는데 그냥 병원을 안가버리는 것처럼.....

법이 바뀔 때마다 충분한 홍보와 교육이 이뤄져야 하는데 그러지못해 이 법의 당사자들은 그 권리를 제대로 사용하고있지 못하다.

< 요보호아동건강지원사업사례 중 정신건강 지원 사례 >

빈곤과 가족해체로 인하여 보호자로부터 충분한 부양을 받지 못하는 요보호아동들이 건강하게 자랄 수 있도록, 무료공부방을 포함한 요보호아동시설 담당교사와 지역의 보건 의료인들이 함께 ‘구로어린이 건강지원단’을 형성하여 정기건강검진을 년 2회 실시하였다. 건강검진 후에는 시설별로 가까운 내과, 소아과, 치과, 안과, 신경정신과 의원들을 주치의 기관으로 맺어주어 치료비지원과 아동의 지속적인 건강관리가 이루어질 수 있도록 하고 있다.

사업초기에는 지역의 요보호시설들을 방문하여 사업내용에 대한 설명을 한 후 참여시설을 선정하였으며, 지역 보건 의료기관에 사업설명 및 참여요청서를 발송하여 아동건강지원사업을 함께 준비하고자 하였다. 건강검진은 2000년 10월, 2001년 9월에 각각 128명, 195명의 아동을 대상으로 소변검사, 기초체력검사, 혈액검사, 의사의 진찰, 치과검진, 청력검사, X-ray 촬영의 내용으로 진행하였다. 검진결과, 경제적 곤란으로 부모가 자녀에 대한 충분한 부양과 관심을 갖지 못하여 나타나는 질환들이 높은 수준으로 나타났다. 즉 간염항체가 없는 아동이 다수였고, 충치치료를 비롯한 치과진료가 필요한 아동, 시력 저하가 관찰됨에도 시력교정을 위한 조치가 취해지지 않은 아동이 많았으며, 주위 환경의 오염도가 높은 경우 많이 발생하는 알레르기성 질환의 비율이 타 지역보다 매우 높은 편이었다.

또한 아동이 건강하게 자랄 수 있도록 하는데 빼놓을 수 없는 것이 바로 정신건강이다. 건강지원사업에 참여했던 대부분의 아동들은 결핍된 환경의 영향으로 또래의 일반아동에 비해 심리적으로 불안하거나, 주의가 산만하고, 대인관계 기술이 부족한 특성을 나타냈다. 이후 정신건강지원이 필요한 아동 13명을 선별하여 심리검사를 비롯한 집단상담과 개별상

담 그리고 아동에 따라 약물치료가 이루어졌다. 특히 방학동안에는 45명의 아동을 대상으로 자신감증진, 비행예방 및 사회성증진, 대인관계 훈련을 위한 프로그램에 참여시킴으로써 정신건강의 향상을 꾀하였다.

그 중에서 올해 진행하고 있는 정신건강지원사업중 만난 사례를 통해 저소득층에게 정신적 건강을 지지, 지원해줄 센터의 필요성을 이야기하고싶다.

*상담사례

엄마는 45세로 알콜중독 환자이다. 고혈압 약을 먹고 있고 무릎관절 약도 드신다. 작년에는 정신과에서 우울증 치료를 받은 경험이 있다. 엄마는 술을 끊기 위해 정신과에서 치료를 받았는데 체중도 10kg 넘게 빠지고 좋아졌는데 다시 술을 마시고 사람들 앞에서 칼을 들고 죽고 싶다며 난동을 부리며 약을 쓰기도 했다. 엄마는 술만 먹으면 아기가 되고 엉엉 운다.

아빠에게 다른 여자가 있다고 말씀하시고 아이들 걱정을 많이 하신다. 처음에 공부방에서 말씀을 잘 들어주고 그랬더니 술만 드시면 공부방으로 와서 울고 선생님들께 모든 문제를 해결해 달라는 어린 아기의 모습을 보이신다. 그래서 관계에 선을 긋고 대했더니 이제는 술 드셔도 시끄럽게 하지 않으시고 그냥 지나가신다.

엄마는 주위 이웃에게 신뢰가 없고 특히 돈 문제와 관련해서 문제가 많은 것 같다. 아빠가 120~180만원 정도 벌어들인데 엄마가 이 돈을 엉뚱한 데에 써버리는 것 같다. 술값이나, 빌린 돈 이자 갚는 일, 카드 빚.... 그래서 아빠랑 싸우시는데 이혼을 한다한다 하면 서도 아이들 때문에 못하고 있다고 아버님이 그러신다.

현재 엄마는 교회에 열심히 다니신다. 교회에서 여러 가지 도움을 많이 받는 것 같다. 아이들은 엄마 때문에 억지로 교회를 나간다. 교회에서는 엄마에게 이상한 약도 팔고 있다고 한다. 그 약을 먹으면 모든 병이 낫는다는....

엄마는 자주 구로시장에 열리는 약장수에게 잘 간다. 그런 곳을 잘 기웃거리고 다니시며 돈을 빌려서라도 약을 사온다고 한다.

엄마는 요즘 다시 술을 드시는 횟수가 늘었다. 자주 술에 취해 돌아다니신다. 요 며칠 전에는 옛날 치료받은 정신과를 데려가 달라고 찾아오셨다. 밤에 불면증으로 시달리고 있다고 했다. 병원에서는 응급으로 입원치료를 받아야 한다고 했는데 아버님은 치료를 거의 포기하고 계신다. 병원비도 감당하기 어렵고 병의 위중함을 아직 모르는 것 같다. 가족치료의 중요성이 필요하다.

아빠는 48세로 구로공단에 있는 회사에서 10년 넘게 주야 교대로 일을 하고 계신다. 착실하고 부지런하다고 주위 사람들이 말한다. 술도 못하고 별로 말씀도 없으신 편이다.

아들 조○○(13세)는 학습능력이 많이 떨어지고 또래 아이들과 함께 어울리지 못한다. 그래서 남에게 관심을 받기 위해 오히려 남을 괴롭히고 성적 표현을 거침없이 하며 아이들

관심을 끌려고 한다. 오빠는 상스런 욕을 잘하고 흥분을 하면 이성을 잃을 정도로 감정상태를 조절을 못하고 욕을 쏟아낸다. 또래 아이들에게 항상 뒤 처지고 무시를 당한다.

조폭이나, 짱이 되는 것을 자랑스러워하고 스스로 그 세계를 동경하는 것 같다.

딸 조○○(10세)는 거칠고 상스런 욕을 많이 하는데 선생님 앞에서는 얌전한 모습을 보인다. 아이들이랑 놀 때 모습은 항상 관심을 받는 주인공만 하려고 한다. 그래서 아이들과 다툼이 일어나는데 편을 갈라 아이들을 싸움 속으로 몰고 가기도 한다. 주위집중을 잘 하지 못하고 표현도 거의 하지 않는데 대답은 크고 씩씩하게 잘한다.

속으로 생각이 많아 보이고 자기 마음을 잘 드러내지 않는 편이다. 엄마가 아프고 술을 드시는걸 제일 싫어한다. 엄마가 죽는 것에 대한 두려움을 가끔 말하곤 한다.

결국 어머니는 본 센터에의 정신보건사회복지사와 상담하여 월 60만원(그래도 저렴한 병원을 찾은 것임)의 병원비를 지불해야하는 정신병원에 입원을 하였고 아이들 2명은 본센터에서 진행하는 알콜중독자 자녀를 위한 프로그램인 '우리들의 모임'을 통해 위로와 지지를 받으며 알콜중독 또한 병으로 이해할 수 있는 기회를 줄 수 있었다.

본 센터에서 '사회복지법인 아이들과 미래'에 프로젝트를 신청하여 '요보호아동과 가족을 위한 정신건강지원사업'을 진행하던 중에 이 가족을 만나게 되어 적절한 시기에 도움을 줄 수 있어서 정말 다행이었다.

빈곤층 성인들에게서 나타날 수 있는 알콜중독, 우울증 등과 아동들에서 볼 수 있는 정서불안, 주의력결핍, 과잉행동장애 등의 많은 정신적인 문제를 해결해줄 수 있는 것이 지역 사회에는 거의 없다. 있다고 해도 고비용을 감수해야하는 정신과 치료이므로 이용하기란 너무도 먼 일이다.

그러다보면 치료할 수 없는 상태로 넘어가버려 만성적 정신장애인이 될 수 밖에 없다. 지역별 '정신건강센터'를 활성화하여 저소득층이 비용의 부담없이 정신건강프로그램 및 치료프로그램을 이용할 수 있어야한다.

지금까지 빈곤층이 기초생활보장제도, 의료급여법의 적용을 받으면서 나타나는 몇가지 부당한 사례들을 살펴보았다.

빈곤층은 누구나 두 세가지 이상의 질병을 앓고 있다. 그러므로 건강에 대한 확실한 지원이 보장되지 않는다면 이들은 빈곤의 상태를 절대로 벗어날 수가 없을 것이다. 빈곤의 상태를 벗어날 수 없는 복지제도라면 그것은 완전한 법이라고 볼 수 없다.

작은 지역사회에서 우리가 하는 일들이 제도의 변화를 이루기에는 역부족이겠지만 그래도 그 희망의 씨앗으로나마 자라기를 바라며 이 글을 정리하고자 한다.

장애인수급자와 소득인정액제도

양 영 희 (장애인실업자종합지원센터)

1. 장애인수급자의 현실

보건복지부에서 발표한 "2000년 장애인실태조사"에 따르면 장애인가구는 보장구·의료비·간병비·특수교육비 등의 추가 지출로 인하여, 장애유형·등급별로 다양하나 평균적으로 월 157,900원의 추가 생계비를 지출하는 것으로 나타나고 있다. 그러나 현행 최저생계비용은 장애 유·무와 관계없이 일률적으로 정해져 있어 상대적으로 비장애인가구와 비교하여 장애인가구는 수급자 선정과 생계급여액에서 상당한 차별을 받고 있다.

【장애인의 장애로 인한 추가지출비용】

구분	지체장애	뇌병변장애	시각장애	청각장애	언어장애	정신지체	발달(자폐)	정신장애	신장장애	심장장애	계
총 추가비용	132.6	199.0	86.1	124.9	132.4	217.5	338.0	147.0	383.9	192.7	157.9
교통비	35.5	25.2	17.1	12.5	24.4	44.0	54.1	27.3	64.7	24.1	29.1
의료비	67.9	130.1	39.7	24.7	85.1	67.6	30.6	109.7	287.5	153.7	83.3
교육비	2.0	1.6	0.9	6.8	10.1	91.5	191.9	0.0	0.0	0.0	7.5
보호·간병인	5.8	27.4	4.0	1.3	11.0	0.7	17.8	1.0	26.5	6.5	9.6
보장구 구입·유지비	15.3	7.8	12.2	64.7	1.2	0.7	0.8	0.0	4.8	1.2	15.6
기타	1.6	6.1	1.5	5.8	0.0	11.6	25.5	12.3	0.4	7.3	4.2

단위 : 천원

소득평가액의 기준이 되는 최저생계비에 장애가구의 추가비용이 포함되어 있지 않으므로 소득평가액에서도 장애가구의 추가 생계비 지출 비용이 공제되지 않고 있는 현실이다. 현행 산정방식은 장애로 인한 추가생계비 지출이 최저생계비에도, 소득평가액에도 반영되지 않기 때문에 장애인가구는 상대적으로 수급권 선정에 있어 불리한 위치에 놓여 있다. 부가급여로 지급되는 장애수당은 월 5만원이다. 이는 장애로 인한 평균 지출비용의 1/3 수준이며 이 또한 1,2급 중증 장애인에게만 지급된다. 즉, 차상위 계층 장애인 가구의 경우, 장애로 인한 추가생계비로 인하여 실질소득이 오히려 국민기초생활보장제도 수급자보다 낮음에도 불구하고 수급자로 선정되지 못하고 있는 실정이다.

이렇듯 장애로 인한 추가생계비 부담이 장애인 개인 혹은 가족에게 모두 전가되고 있을뿐

아니라 수급권선정에서조차 제외되고 있다. 국민기초생활보장제도의 기본 취지인 저소득 빈곤계층의 최저생계 보장은 저소득 장애가구에겐 그림의 떡일 뿐이다.

2. 소득인정액제도가 장애인수급자에게 미치는 영향

■ 사례를 통해서 본 소득인정액제도의 문제점

장애인 수급자의 소득과 관련된 문제점

사 례 1)	김모씨는 월계동 영구임대아파트에서 2급 지체 장애인 부인과 두 아들 키우며 살고 있는 1급 지체 장애인이다. 김씨는 현재 조그만 전자부품 조립회사에 다니고 있으며, 월 70여만원 정도의 봉급을 받고 있다. 현재는 10여만원 정도의 수급액과 의료급여, 교육급여에 혜택뿐 아니라 부인이 장애인이지만, 혼자 아이들을 키우고 있기 때문에 가정 도우미 서비스도 받고 있다. 이 부부는 단란한 가정에서 두 아들을 잘 키우는 것이 가장 큰 희망이다. 어려운 형편속에서도 절약하여 아이들의 미래를 위하여 교육보험과 적금을 부어 나가고 있다.
사 례 2)	이모씨는 부인과 본인 모두 뇌성마비 1급 장애인이다. 두 분 모두 전동 휠체어를 사용하기 때문에 비좁은 영구임대아파트에서는 생활 할 수가 없어서 전세 4,000만원의 일반 아파트에서 생활하고 있다. 그런데 소득조사 시 부인의 어머니가 소득이 있어 간주부양비가 20만원정도 책정되어 수급액이 30여만원 정도이다. 그러나 부인이 어릴 적 어머니가 재가를 해서서 다른 가정을 이루고 사시기 때문에 부양비를 받을 수 없는 형편이다.

사례 1의 경우 교육보험과 적금이 소득환산률의 적용을 받는다면 수급액이 줄어들 뿐만 아니라 수급권이 탈락 될 수도 있다. 이렇게 된다면 교육과 의료에 드는 비용이 늘어나게 되고, 저축할 수 있는 금액은 줄어들게 되어 빈곤에서 탈피하여 안정된 가정을 유지할 수 없게 된다. 더구나 아이들의 미래를 보장할 수 없고, 특히 가정도우미 서비스를 받을 수 없게 된다면 그 비용이 전부 가계의 부담으로 가중될 수밖에 없다.

사례 2의 경우 생활 공간의 확보를 위하여 부담할 수밖에 없는 비용에 대하여 소득 환산률이 적용된다면 그나마 적은 수급액으로 살아가는 장애인 가정의 유일한 소득이 줄어들게 되어 더욱 생활이 힘들어 질 수밖에 없다.

사 례 3)	최모씨는 몇 년 전 교통사고로 경추 4, 5번을 다쳐 전신마비 장애인이 되었다. 남의 도움 없이는 전혀 일상생활을 할 수 없는 최씨는 어머니와 여동생 부부와 조카가 함께 생활하고 있다. 여동생 부부의 소득과 어머니가 근로능력 : 이 있으셔서 최씨의 경우 최저 생계비의 상한선에 있지만, 최씨가 잦은 욕창의 치료와 보통 사람보다 체력이 약하기 때문에 의료 서비스를 받아야 하는 경우가 많기 때문에 수급액은 얼마 안되지만 수급권을 신청하여 생활하고 있다.
사 례 4)	이씨 할머니는 오래 전에 남편이 죽고 출가한 딸을 둔 단독 가구이다. 이씨 할머니는 위암으로 투병 생활을 하고 있다. 약간의 연금과 딸이 보내주는 얼마간의 부양비가 최저생계비의 상한선이기 때문에 생계급여라는 의료급여를 받기 위하여 수급권을 유지하고 있다. 그런데 살던 집이 매각되어 이사를 했다. 지금 사시는 집이 재산기준을 초과하여 의료특례를 받고 있다.

장애인수급권이 탈락되었을 때 의료 혜택의 문제점.

사례 3, 4번의 경우 현행 기초생활보장제도의 의료특례 선정기준에 의하면 '6개월이상의 지속적인 의료비의 지출로 최저생계비로 떨어지는 만성·희귀질환자'로 규정되어 있어 사례 3번의 최씨와 같은 장애인의 경우 의료특례의 적용대상자가 되지 못하지만 의료혜택이 꼭 필요한 장애인들이 수급권이 탈락되었을 때 지출되는 의료비용을 감당하기 힘들 것이다. 그러므로 자신을 돌봐 주는 여동생 가족은 분가할 수밖에 없고 늙으신 어머니께 의지할 수 밖에 없는 상황이 벌어질 것이다. 또한 사례 4번처럼 의료특례자의 의료비가 만약 소득환산률을 적용하여 소득인정액이 의료비를 넘어섰을 경우 의료특례자에서 탈락될 수 있다. 일반재산에서 실질적인 소득을 얻을 수 없기 때문에 이씨할머니는 진료를 중단할 수밖에 없다.

위의 사례와 같이 대부분의 장애인 가정은 소득뿐만 아니라 여러 가지 다른 문제들도 가지고 있다.

이러한 상황 속에서 단순히 소득인정액 범위를 벗어난다고 해서 수급액이 줄어들거나, 수급권이 탈락된다면 장애인 가정은 평생 빈곤에서 헤어날 수 없다.

사회 취약계층의 의료보장은 생존과 직결되는 문제이므로 이들의 보장정책 없이 소득인정액제도가 시행된다면 제2, 제3의 최옥란씨 나올 수 있다.

3. 소득인정액제도에 있어서의 장애인 적용의 우려점

현행 기초법제도에서 장애인수급자에게 제공되는 제도로는 자활사업과 직업재활에 참여하는 장애인에게 소득공제액을 30% 적용하고, 소득이 없는 장애인에게 재산특례제도를 현행 재산기준의 150%를 적용하고 있는 정도이다. 승용차에 대한 2000cc미만의 장애인차량은 재산에서 제외된다. 이와 같이 현행 제도에서도 장애인수급자에게 주어지는 특례는 극히 미약한 수준이어서 장애인의 특성에 맞는 최저생계의 보장과는 거리가 멀다. 현실적으로 빈곤 장애인이 빈곤에서 벗어나 누구 나가 누릴 수 있는 기본적인 생활권을 확보 할 수 있는 정책들이 시급한 상황이다.

그러나 새로이 시행 예정된 소득인정액 제도 중 일부는 장애인수급자의 생계보장에 오히려 역행하는 내용을 담고 있다. 몇몇 조항들이 일부 장애인 수급자의 생존을 위협하는 요소들이 내재되어 있는 것이다.

소득인정액 제도의 잘못된 도입은 더 많은 문제들을 야기할 수 있는 것이다.

1) 소득과 재산의 상한선으로 탈락되는 장애인 수급자

▷ 대부분 소득과 재산이 상한선에 있는 장애인수급자는 다른 혜택 즉, 의료·교육급여 및 각종 자활 도우미 서비스를 제공 받기 위해 수급권을 유지하는 경우가 많다. 그런데 수급권이 탈락된다면 의료비, 교육비 외에 생활에 필요한 비용들을 가구가 부담해야 하기 때문에 더욱 빈곤해질 수 밖에 없다.

따라서 이러한 빈곤장애인에 대한 대책이 필요하다.

2) 소득인정액제도로 인하여 줄어드는 생계급여

▷ 위의 통계에서와 같이 장애인가구는 비장애인가구에 비해 월 평균 157,900원의 추가 생계비가 든다.

하지만 국민기초생활보장제도의 소득평가액이나 최저생계비에서는 이에 대한 공제액도 없고, 장애수당도 이에 훨씬 못 미치는 1/3수준이다. 또한 장애인수급자의 소득에 문제점인 간주부양비 측정, 추정소득 산정 등으로 더욱 빈곤해질 수 밖에 없는 상황이다.

그러므로 장애인수급자에게는 가구유형별 최저생계비제도가 도입되어 소득평가액에서 장애인의 추가생계비 만큼의 최저생계비를 인상하여야만 한다.

3) 소득이 전혀 없는 장애인가구에 대한 특례제도

▷ 2003년도부터 시행되는 소득인정액제도에는 소년소녀가정 등 재산에 처분이 곤란하거나 근로능력이 없는 가구원으로만 구성된 가구 등은 재산을 소득으로 환산하지 않음으로

써 최대한 보호 조치를 취할 예정임이라고 규정되어 있다. 하지만 이 부분에 대한 정확한 정책이 언급되어 있지 않고 있다.

현행제도에서 재산특례제도로 인해 장애인수급자 중 소득이 전혀 없는 장애인가구는 소득인정액제도 보다 높은 재산기준에 의하여 보호조치 되고 있다.

말하자면 4인가구를 기준으로 기존 제도의 재산 기준에 의하면 3,600만원이나 여기에 재산특례제도에 의하면 재산기준의 150%이므로 5,400만원이다. 만약 이가구가 농촌에 거주한다면 소득인정액제도에 의하면 최고5,300만원이 되므로 수급자에서 탈락되게 된다.

재산특례제도 중 재산이 주택에 한정되어 있고 소득평가액이 최저생계비의 30%미만이면 재산기준의 120%를 적용받고 있다.

이러한 특례제도와 같이 저소득, 저임금의 장애인수급자에 대한 특례제도가 있어야만 저소득장애인의 생계가 보장될 수 있다. 소득인정액제도가 도입되었을 때 현행제도 보다는 낮은 기준에 의해 탈락되는 사례가 발생해서는 안될 것이다.

4) 의료급여에서 탈락 되는 장애인수급자

▷ 장애인수급자 중 많은 장애인들이 의료급여의 혜택을 받기 위하여 수급권을 유지하려고 한다. 하지만, 현행 제도에서 6개월이상의 만성 질환자 및 장기 치료를 요하는 사람에 한하여 의료비의 지출이 최저생계비 이하로 떨어졌을 때 의료특례를 받을 수 있게 규정되어 있다.

그러나, 장애인은 만성질환이나 지속적인 의료비 지출이 유지되지는 않지만 비장애인보다 많은 의료비가 지출되고 의료혜택에 대한 의존도가 높기 때문에 의료특례를 받을 수 없을 때 일반 수급권을 통하여 의료보장을 받을 수 밖에 없다.

소득인정액제도 시행안에 보면 탈락되는 수급자에게는 1년 동안의 의료급여를 실시한다고 되어 있지만 평생동안 장애를 가지고 살아 가야하는 장애인수급자는 1년 후에는 의료보호를 받을 수 없게 되는 문제점을 안고 있다.

5) 승용차에 대한 장애인수급자의 적용제외 범위

▷ 현행제도에서 장애인의 경우 2000cc미만의 장애인 차량에 대해서 적용제외 대상으로 재산기준에 포함시키지 않고 있다. 보건복지부 소득인정액제도 보도자료에 의하면 10년 미만의 승용차에 한해서는 월 100% 적용한다고만 되어 있어 장애인 차량에 대한 적용제외 부분이 빠져 있다. 현재 장애인복지법에 의하면 2000cc미만의 차량을 장애인 차량으로 규정하고 있지만 이 부분 또한 현실과 맞지 않는 부분이 있다.

중증장애인의 경우 일반 휠체어보다는 전동휠체어를 사용하는 장애인이 많아지는 상황에서 넓은 공간을 확보 할수 있는 벤과 같은 차량에 대한 혜택도 필요로 하고 있는 상황에서 기존에 있었던 승용차에 대한 기준이 없어진다면 이것 또한 장애인에 대한 차별인 것

이다.

4. 장애인 생활권을 보장할 수 있는 제도로의 소득인정액

이제까지 살펴 본 바와 같이 소득인정액제도의 도입으로 발생할 수 있는 여러 가지 장애인수급자에 대한 불리한 규정 등에 대한 보완정책이 절실히 필요하다. 장애인수급자에게 일반 빈곤수급자와 같은 제도를 적용한다면 빈곤장애인들은 일반 저소득층보다 훨씬 낮은 생활로 인하여 생존에 위협마저 느끼게 될 수밖에 없다.

그렇다면, 장애가구의 특성에 맞는 정책들은 어떤 것이 있을까. 몇가지 예시를 통해 보다 구체적인 방안을 모색할 수 있을 것이다.

1안) 기본 재산의 특례제도 적용

소득인정액제도에서 기본재산으로 대도시 3,300만원, 중소도시 3,000만원, 농촌 2,900만원으로 잡힌 기본 재산은 장애인 가구의 특성을 전혀 고려하지 않은 것이다.

장애인은 집을 구할 때 생활공간이 넓어야 한다. 장애인에게 활동할 수 있는 최소한 공간이 확보 되지 않으면 생활 자체에 제약이 따르기 때문이다. 그리고 장애인 주택에는 장애인에 대한 편의 시설이 갖추어져야 한다. 휠체어를 탄 장애인이 주방일을 할 때 또는 화장실에 들어갈 때 등 최소한의 시설이 장애인에게 편리하게 갖추어져야 한다.

그러나 지금의 소득 인정액 제도의 기초 재산액 가지고는 적당한 집을 고르기 힘들기 때문이다.

지금 중소도시에 전세가격도 최소 3,000은 넘는다. 그러므로 장애인수급자에게는 특례제도로 기본재산을 현행제도와 같은 수준으로 올려야만 한다.

2안) 소득인정액제도에 소득 공제를 적용

장애인수급자의 최저생계를 보장하기 위하여 일정 부분의 소득 공제를 소득인정액제도에 도입하여 장애로 인한 추가 생계비만큼의 소득이 보장 되어야만 한다. 즉 장애로 인하여 지출되는 의료비나 대중교통을 이용할 수 없어 지출되는 교통비 또는 간병·활동보조 등의 서비스를 제공받기 위해 드는 비용,보장구를 구입·수리하는데 드는 비용등 비장애인보다 많은 지출을 하고 있다. 그러므로 이에 대한 공제액 제도가 있어야만 장애인가구와 비장애인가구의 격차를 해소할 수 있다. 장애인에 대한 소득공제는 반드시 필요하다.

3안) 장애인수급자에 대한 소득환산율의 인하

현실과 맞지 않은 생계급여로 인하여 장애인수급자들이 그나마 받고 있는 급여가 줄어

들어서는 안될 것이다. 현재 지급되는 생계급여도 최저 생계비에서 간주부양비, 추정소득, 무료임차료 등 급여에서 줄어 드는 부분이 많아서 문제가 되고 있는데 유동화할 수 없는 재산으로 인하여 생계급여가 더 이상 줄어드는 것을 방지해야 한다. 이를 위해 비장애인과는 차등을 둔 이원화 된 소득환산율을 적용할 수 있을 것이다.

4안) 소득평가액을 기준으로 의료특례 적용

의료특례 제도의 선정시 소득인정액 제도를 도입으로 의료혜택을 받을 수 없는 장애인수급자가 발생할 수 있으므로 소득인정액제도가 아닌 실질소득인 소득평가액을 기준으로 의료특례를 주어야만 한다. 의료비의 지출은 그사람이 생존과 관계된 비용으로 즉시 지불이 가능한 소득만을 기준으로 삼아야 한다.

5안) 승용차 기준의 적용제외제도의 유지

현행 제도의 장애인 복지법에 따른 장애인 차량에 대한 적용 제외 규정을 유지하여 장애인에 이동권을 보장하여야 한다.

그러나 위에 제시한 방법들은 소득인정액제도와 관련된 일부 보완적인 대안일 뿐 장애인의 생활을 보장할 수는 없다. 따라서 국민기초생활보장제도의 국민이면 누구나 최저 생활을 보장 받을 권리가 있고, 국가는 최저 생계를 보장해야 하므로 장애인수급권자의 생활보장을 위해서는 먼저 우선 과제로 가구유형별 최저생계비가 도입되어야만 한다.

<별첨자료>

의료급여제도 현황 * 6)

의료급여는 국민기초생활보장법에 의한 수급자 등 일정수준 이하의 저소득층을 대상으로 그들이 자력으로 의료문제를 해결할 수 없는 경우 국가재정으로 의료혜택을 주는 공공부조제도로서 건강보험과 더불어 국민의 의료보장책의 중요한 수단이 되는 사회보장제도이다.

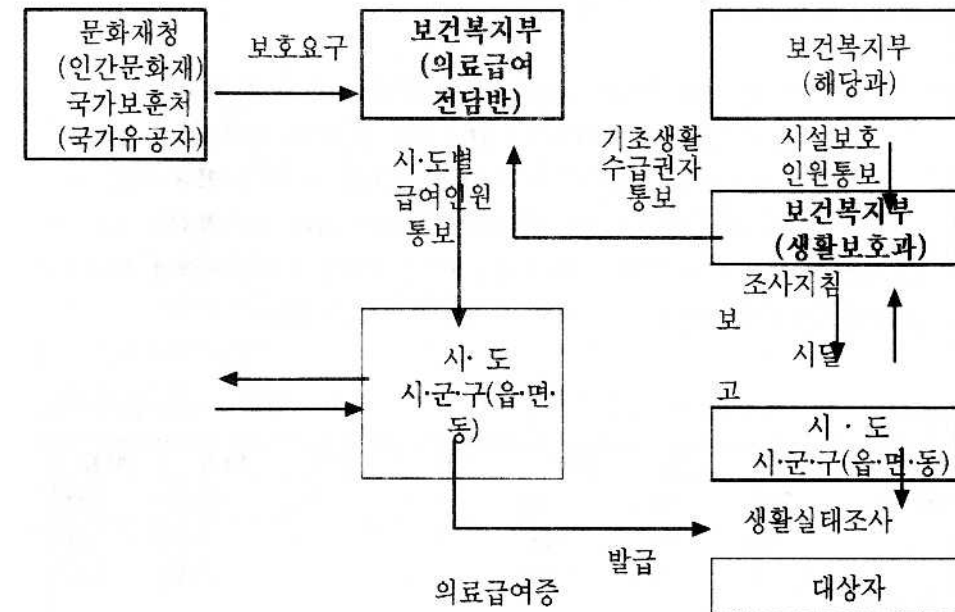
I. 급여수급권자

1. 개 요

의료급여수급권자 중 국민기초생활보장법에 의한 수급자는 1종 및 2종 수급권자로 구분하는 바 1종 수급권자는 ① 근로능력이 없는 수급자(18세미만 61세이상) ② 미취학 자녀 또는 질병·부상 또는 장애 등으로 거동이 곤란한 가구원이나 치매 등으로 특히 보호가 필요한 가구원을 양육·간병 또는 보호하는 수급자 ③ 장애인 생활시설, 노인의료복지시설, 아동복지시설 등의 보장시설에서 급여를 받고 있는 자로, 2종 대상자는 근로능력이 있는 수급자(18세이상 60세이하)로 구분하여 매년 책정한다.

의료수급권자 중 국가유공자는 국가보훈처장의, 중요무형문화재는 문화재청장의 요청에 따라 시장·군수·구청장이 소득 등을 조사하여 보건복지부장관이 정한 기준에 적합한 자에 대하여는 1종수급권자로 매년 책정한다.

<그림2-5-3> 의료수급권자 선정절차



<표 2-5-13> 2001년도 의료보호 대상자 종별 현황 및 책정기준

구분	수급권자	인원 (천명)	책 정 기 준	
			소득(인/월)	재산(세대당)
계		1,756		
1종	○ 국민기초생활보장법에 의한 수급자중 근로능력이 없는 자 ○ 국가유공자, 인간문화재, 이재민 ○ 의상자 및 의사자 유족 ○ 북한이탈주민	913	32만원이하 별도로 기준책정 " "	2,900만원이하 별도로 기준책정 " "
2종	○ 국민기초생활보장법에 의한 수급자중 근로능력이 있는 자	843	32만원이하	2,900만원이하

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
소득/월	32만원	54만원	74만원	93만원	106만원	120만원
재산/가구	2,900만원		3,200만원		3,600만원	

2. 의료급여수급권자 진료 및 이용실적

의료보호사업 실시 첫해인 1977년에는 대상자가 2,095천명에 진료건수 1,168천건, 진료일수 4,632천일이었던 것이 2000년에는 대상자 1,906천명에 진료건수 16,035천건, 진료일수 185,318천일로 진료건수는 13.7배, 진료일수는 40.0배의 증가를 보여주고 있다. 또한, 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 지급하던 의료보호 진료비도 2001. 10. 1부터는 전문기관인 국민건강보험공단에서 위탁 수행하도록 의료보호법을 개정함에 따라 지역별, 의료기관종별에 관계없이 진료비를 지급하고 지급기간 또한 단축되게 되었다.

<표 2-5-14> 연도별 의료보호 대상자 진료실적 (단위 : 천명, 천건, 천일)

연 도	1977	1995	1996	1997	1998	1999	2000
보호대상자	2,095	1,990	1,740	1,642	1,705	2,128	1,906
- 1 종	642	620	606	602	752	828	793
- 2 종	1,726	1,370	1,134	1,040	953	1,300	1,113
- 의료부조	-	-	-	-	-	-	-
진 료 건 수	1,168	7,222	7,282	8,030	8,375	11,520	16,035
- 외 래	1,135	7,056	7,103	7,636	7,902	10,872	12,817
- 입 원	33	166	179	394	473	648	798
- 약 국	-	-	-	-	-	-	2,420
진 료 일 수 (투약일수 포함)	4,632	72,149	77,259	90,768	101,356	140,810	185,318
- 외 래	4,350	68,517	73,230	80,612	89,396	124,645	135,766
- 입 원	282	3,632	4,029	10,156	11,960	16,165	19,586
- 약 국	-	-	-	-	-	-	29,966

<표 2-5-15> 연도별 의료급여수진율 진료일수

연 도	1977	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
수진율								
외래	0.542	4.192	4.684	5.187	6.417	6.757	7.031	6.724
입원	0.011	0.159	0.205	0.240	0.331	0.415	0.429	0.419
건당진료 일수								
외래	3.8	8.85	9.27	9.86	10.56	11.31	11.46	10.59
입원	8.5	25.11	25.52	25.93	25.77	25.29	24.93	24.54

주 : 수진율 = 진료건수/대상자수

건당진료일수 = 총진료일수/진료건수

1990년 이전 통계방식

· 외래 : 1차진료기관 진료건수

· 입원 : 2차진료기관 진료건수(2차 진료기관 외래건수를 입원통계에 포함)

II. 의료급여의 범위 및 방법

1. 의료급여의 범위

의료급여수급권자는 모든 질병이나 부상에 대하여 진찰, 처치, 수술, 분만, 기타의 치료, 약제 또는 치료재료의 지급, 의료시설에의 수용, 간호, 이송 기타 의료목적 달성을 위한 조치 등의 의료보호를 받도록 하고 있다. 다만, 다음의 경우는 보호의 범위에서 제외한다. 첫째, 다른 법령에 의하여 국가로부터 보호를 받고 있는 경우, 즉 결핵예방법, 전염병예방법, 산업재해보상보험법 및 국가유공자예우등에관한법률에 의한 진료와 기생충질환예방법에 의한 기생충 구제 및 모자보건법에 의한 가족계획 시술의 경우

둘째, 선택진료, 치과의 보철, 기타 의료급여법 제7조제3항 및 동법시행규칙 제9조에서 정하는 진료

셋째, 가해자가 있어 진료비 보상이 가능한 경우

2. 의료급여진료비의 부담방법

진료비부담은 1종수급권자와 2종수급권자에 차이를 두고 있다. 1종수급권자는 외래·입원 진료 구분없이 전액을 의료급여기금(국고+지방비로 조성)에서 부담하며, 2종수급권자는 제1차진료기관 외래진료시 진료일당 1,500원(의원 : 1,000원, 약국 500원)을 본인이 부담하고 나머지는 의료급여기금에서 부담하며 입원진료비의 경우는 의료급여기금과 본인이 80%와 20%씩 각각 부담하되 생계유지가 곤란한 생활보호대상자인 점을 고려하여 본인부담금이 10만원이상인 경우 10만원 초과분은 의료급여기금에서 대불하여 준 후 무이자로 1년에서 3년에 걸쳐 분할상환하도록 함으로써 국가에 대한 의타심 배제 및 자활의지를 고취시키고 있다.

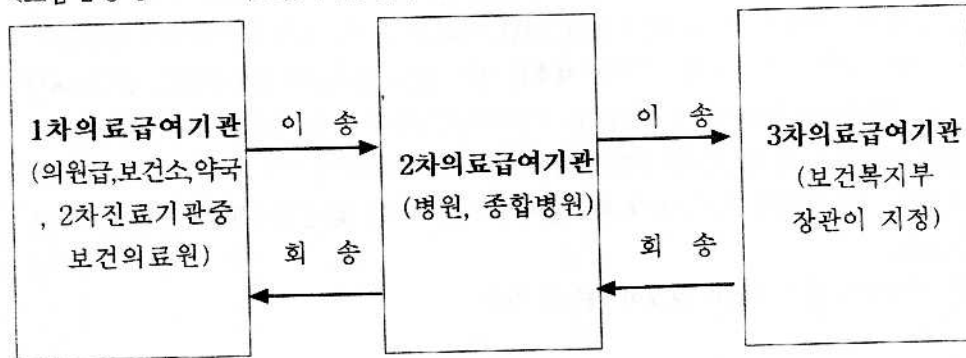
<표 2-5-16> 2000년 의료급여진료비 부담방법

구분	외 래	입 원	비 고
1 종	전액무료(기금부담)	전액무료(기금부담)	의 료 급 여 의 진 료 범 위 및 수 준 은 건 강 보 험 과 동 일
2 종	1차진료기관 외래진료시진 료당 1,500원 본인부담 · 의원 : 1000원(원외처방시 , 1,500원(원내조제시) 본인 부담 · 약국 : 500원 본인부담	본인일부부담 : 20% (10만원 초과시 대불가능)	

3. 진료체계

의료급여환자는 의료급여법시행규칙 제3조의 규정에 의한 제1차의료급여기관→제2차의료급여기관→제3차의료급여기관에서 단계적으로 진료를 받을 수 있다.

<그림 2-5-4> 의료급여수급권자 진료절차 체계도



III. 의료급여수가

의료급여사업은 국가재정으로 시행하는 사업이므로, 현행 의료급여수가기준은 건강보험수가와는 별도로 고시하여 적용하고 있다. 1990년부터는 의료급여수가를 건강보험의 행위별 수가체계와 동일하게 운영하고 있으나, 정신질환자에 대한 진료수가는 정액수가로 별도 운영하고, 건강보험의 비급여 대상인 식대와 영안실 안치료를 별도로 지급하고 있다.

<표 2-5-17> 연도별 의료급여수가 인상내역
(단위 : 원, 일)

연 도	1977	1981	1987	1988	1989	1990~현재
○ 외래 - 의원	원/일 400	1~4일 900 5일후 450	1~3일 1,900 4일후 900	1~3일 2,200 4일후 1,100	1~3일 2,770 4일후 1,390	의료보험 수가와 동일
○ 입원	보험수가의 70%	보험수가의 70%	보험수가의 85%	보험수가의 88%	보험수가의 94%	

<표 2-5-18> 2001년 의료급여수가 기준

구 분		수 가 기 준
외 래	일반	건강보험진료수가 기준에 의함(단, 의료기관별 가산율은 의료보호 3차진료 기관 22%, 종합병원급 18%, 병원급 15%, 의원급 11% 적용)
	정신	내원 및 투약1일당 각각 2,280원 산정
입 원	일반	건강보험진료수가 기준에 의함(단, 의료기관별 가산율은 의료보호 3차진료 기관 22%, 종합병원급 18%, 병원급 15%, 의원급 11% 적용) * 식대 9,660원, 영안실 안치료 3,750원 별도 인정
	정신	▷국·공립병원 7,230원 ▷지방공사 및 사립정신요양병원 21,130원 ▷민간위탁공립정신병원 24,690원 ▷사립진료기관 25,990원

IV. 한방의료보호

1. 실시배경

의료급여수급권자도 한방 의료보호 혜택을 받을 수 있도록 1993. 1. 1부터 한의원 및 한방 병원을 의료급여기관으로 지정함으로써 건강보험대상자와의 차등급여 해소 및 저소득 국민의 의료비 부담을 경감하도록 하였다.

2. 실시범위

한방의료급여의 급여기준은 한방건강보험 급여기준 및 약가기준을 그대로 적용하며 급여 내용은 진찰, 입원, 투약, 시술에 한하며 약제는 68종 단미엑스산제, 56개 기준처방으로 시술은 침·구·부항에 한정하고 있다.

V. 의료급여기금 운용

의료급여사업 재원을 충당하기 위하여 각 시·도에 의료급여기금을 설치운용하고 있으며,

기초보장제도 개악저지를 위한 공청회

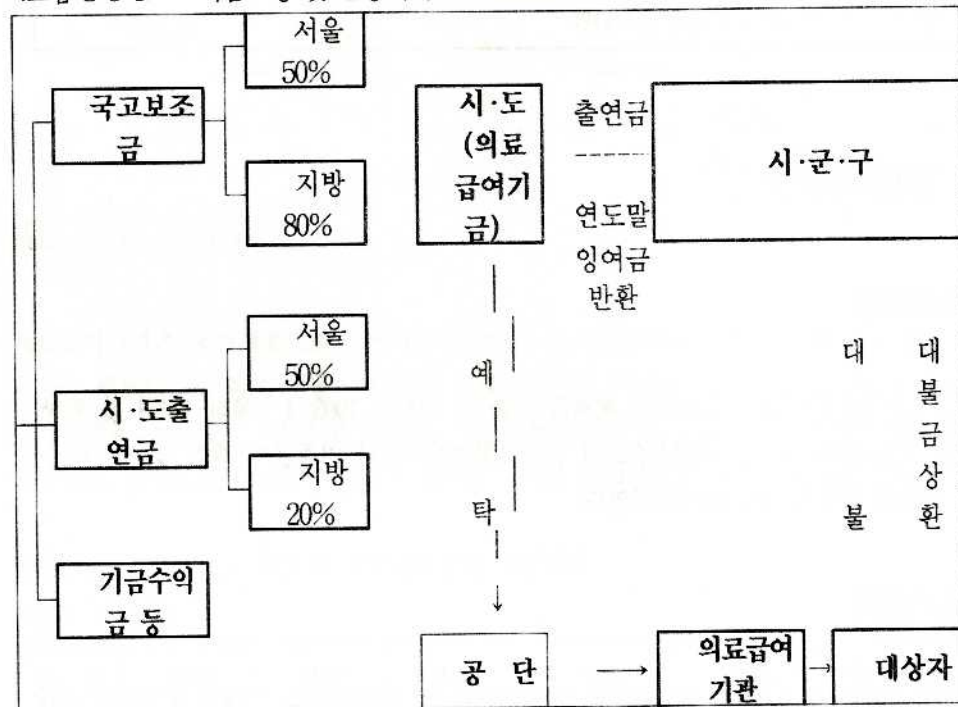
이 기금은 국고보조금(서울 50%, 기타 80%), 지방비출연금(서울 50%, 기타 20%), 결산상 잉여금, 기금운용으로 생기는 수익 및 기타수입으로 조성하도록 하고 있다. 3

〈표 2-5-19〉 연도별 의료급여기금 예산 현황

(단위 : 백만원)

연 도	1977	1995	1996	1997	1998	1999	2000
계	4,884	378,077	445,879	634,343	792,116	1,066,612	2,094,720
국 고	4,189	292,388	341,864	477,628	604,303	809,800	1,589,309
지방비	695	85,689	104,015	156,715	187,813	256,812	505,411

〈그림 2-5-5〉 기금조성 및 운용체계



공공부조체제와 국민기초생활보장제도

허 선

□ 기초보장제도에 대한 평가

- 방치된(배제된) 수급권자가 많이 존재한다.
- 탈락사유가 부양의무자기준 45.3%, 소득기준 17.1%, 재산 13.2% 순으로 나타났고, 특히 부양의무자로 인한 탈락 사유에 대해 73.8%가 부당하다고 응답하였음.
- 의도된 방치이다.(예산에 맞춘 수급자 규모, 선정기준....)
- 기준상의 문제도 운용상의 문제도 아닌.... 정부의 의지가 부족하다
- 미국보다 더 진보적인 것처럼 보이지만(미국의 TANF의 경우 근로능력자는 수급기간 제한 규정이 있음), 실제 내용은 미국보다 훨씬 보수적인 제도이다. 미국의 경우 medicaid의 수급자 규모가 전체인구의 15%에 이르며, 우리나라의 경우는 수급자격이 미국보다 훨씬 까다롭게 되어 있다(가구개념, 부양의무자 기준, 재산기준 등).

□ 기초보장을 위한 새로운 설계: 무엇을 어떻게 바꾸어야 하는가?

○ 나아 가야할 방향

- 데모그란트 방식, 보험료 방식의 사회보장 프로그램이 없거나 늦게 시작된 상태에서는 공공부조의 비중이 확대되는 것은 불가피하다.
- 경로연금, 장애수당, 보육료 지원 등 자산조사 방식의 프로그램별로 대상층을 넓혀 가거나 아동수당, 노인수당과 같은 데모그란트 방식의 새로운 프로그램의 도입이 필요하다. 데모그란트 방식의 사회보장 프로그램을 도입하여 수급자 규모와 급여수준을 확대해 가거나 시간이 지나 사회보험의 수급자가 늘어나게 되면 기초보장수급자의 규모가 당연히 줄어들게 된다.
- 그러나 기초보장제도 수급자 자격요건을 완화하여 부당 탈락자를 수급자로 선정될 수 있도록 대상자 층을 넓히는 것이 급선무이다. 왜냐하면 전 계층에 대한 복지보다는 최저생활을 하고 있지 못한 계층에 대한 지원이 우선시 되는 것이 더 정의롭기 때문이다.
- 또한 배제된 수급권자와 차상위빈곤계층에 대한 부분급여를 조속히 실시하여야 한다.

○ 세부방안

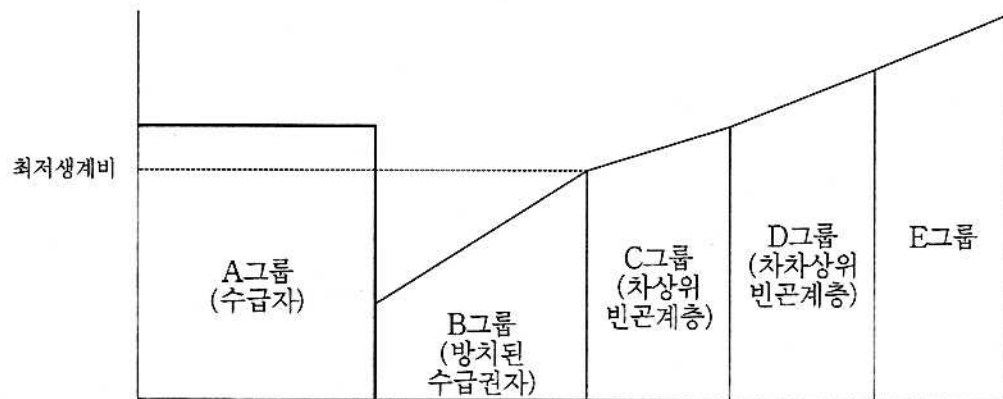
- 우선 보호가 필요함에도 불구하고 보호받고 있지 못한 사람들을 시급히 수급자로 선정될 수 있도록 하는 조치가 필요하다.
- 그러면서도 되도록 부정수급자를 예방하고 수급자들을 빈곤함정에 빠지지 않도록 하는 조치가 필요하다.
- 방치된 수급권자들을 하루 빨리 수급자로 선정하고 최소한의 급여를 지급해야 할 것이다.
- 수급자들이 빈곤함정에서 벗어나게 한다는 측면과 사회적 형평성 측면에서 볼 때 차상위계층에 대한 지원이 시급한 실정이다. 실제로 현재 보육료 지원사업, 경로연금, 장애인가구 학비지원 등은 차상위계층을 그 대상으로 하여 급여를 실시하고 있다. 그런데 그러한 자산조사방식의 프로그램들이 체계적으로 설계되어 있지 못한 채 실시되고 있다는 것이 문제다. 따라서 기초생활보장제도의 시행과 더불어 이러한 부분의 정비가 필요하다.
- 소득이 아닌 여타 기준으로 인해 수급자로 선정되지 못한 가구(즉, 분명히 소득상태로 보아 최저생활을 영위하지 못하고 있는 가구)에 대한 부분급여제도의 도입이 시급하다. 즉, 우리나라 공공부조제도를 대상자의 소득수준, 혹은 생활수준에 따라 3단계로 구분하여 실시하는 것을 제안한다.
- 제1단계는 기초보장제도이고, 제2단계는 부당탈락자, 혹은 방치된 수급권자들을 보호하기 위한 조치로 기초보장수급자 자격요건 중 소득기준을 제외한 여타 기준을 대폭 완화하여 수급자로 선정하되 그 들에게는 생계급여를 제외한 나머지 필요한 부분급여를 행하고, 제3단계는 빈곤함정의 예방을 위한 장치로 진정한 의미의 차상위계층이 수급자로 전락할 필요가 없도록, 혹은 수급자로 하여금 빈곤에서 탈피할 수 있는 기회를 제공하기 위해 필요하다. 즉, 제3단계에 속해 있는 사람들에게는 기초보장수급자나 2단계의 수급자에 비해 그 급여 수준을 더 낮게 하면 된다. 예를 들어 기초보장수급자에게 의료비 본인부담금을 완전 면제한다고 하면 이들 계층에게는 10%만 부담(일반 건강보험 가입자는 20%) 하면 되도록 하는 제도를 말한다.

□ 누구에게 무엇을 어떻게 지원할 것인가?

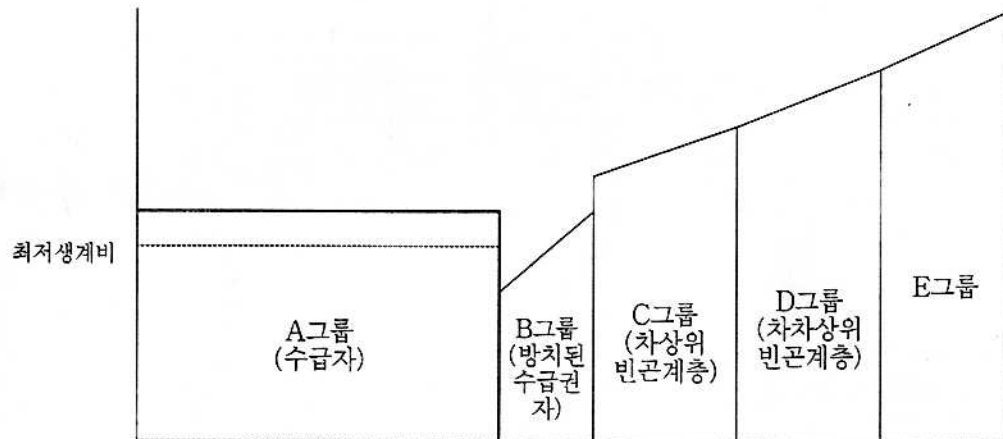
- 소득기준이외의 기준으로 인해 수급자에서 탈락된 수급권자를 B그룹으로 하고, 차상위빈곤계층을 C그룹으로 한다면 그 선정기준을 달리 가져갈 필요가 있다. B그룹은 소득이 최저생계비 이하인 가구로 하고, 부양의무자, 재산 현물기준을 삭제하거나 대폭 완화하고, C그룹은 소득기준이 최저생계비의 100%를 넘어서고 120%미만인 가구로 선정하면 된다.
- B그룹의 경우 이들 계층이 주로 부양의무자가 있는 가구이면서 재산은 수급자에 비해 좀 더 많은 가구라는 점과 계단식 급여체계를 가져가야 한다는 점을 감안하여 수급자 보다 좀 더 적은 수준이면서 현물 위주의 급여를 제공하면 될 것이다. 즉, B그룹에게는 기초보장수급자의 급여액의 60~70%, C그룹에게는 30~40%정도를 지급하면 될 것이다.
- B그룹에게는 그 집단의 특수성으로 인해 수급자가 받는 모든 현물 급여를 다 지급 받도록 하되, C그룹의 경우는 몇 가지(예 ; 의료, 교육)로 한정할 수 있을 것이다. 또한 기초보장수급(장

애인)가구와 차상위계층의 장애인가구간의 형평성을 위하여 일정비율(50%)의 장애부가급여를 지급하는 방안이 도입되어야 하고, 현행 경로연금의 경우는 차상위계층(노인)가구에게 이미 노인부가급여를 행하고 있는데 그것을 현실화하여야 할 것이다. 물론 제2그룹을 정책대상으로 할 경우 각 급여별로 선정기준의 수준은 달라도 무방할 것이다. 즉, 의료부조의 대상은 미국처럼 전체인구 10% 이상으로 가져갈 수 있고, 주거부조의 대상은 7~8%선으로 가져갈 수도 있다는 것이다(그림-5 참조)

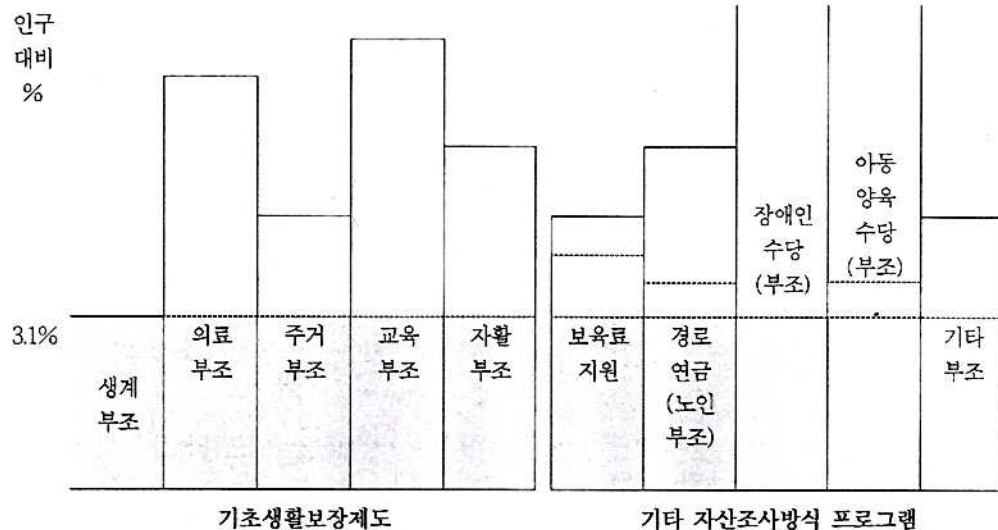
<그림-3> 공공부조의 체계화방안에서의 각 프로그램별 수급자 규모(안)



<그림-4> 현행 기초보장제도에 의한 급여 후 계층별 생활수준의 비교



<그림-5> 공공부조제도 체계화 방안에 의한 급여 후 계층별 생활수준의 비교



(참고) ☐ : 수급자에 대한 현행 급여 ☐ : 차상위계층에 대한 현행급여 ☐ : 추가되어야할 급여

<그림-3> 공공부조의 체계화방안에서의 각 프로그램별 수급자 규모(안)

급 여		기초보장 수급 가구 (A그룹)	방치된 수급권자 (B그룹)	차상위 빈곤계층 (C그룹)
기초 보장 제도 급여	생 계 급 여	○	×	×
	자 활 급 여	○	◇	+△
	교 육 급 여	○	+◇	+△
	의료급여·의료비용자	○	+◇	+△
	주거급여	○	+◇	+△
	해산·장제급여	○	+◇	×
기타 공공 부조 제도 급여	보 육 료 지 원	○	◇	+△
	장 애 인 수 당	○	+◇	+△
	영구임대주택, 주거용자	○	◇	+△
	경 로 연 금	○	◇	+△
	아 동 양 육 비	○	+◇	+△

참고 : ○, ◇ ; 현재 시행하고 있지만 내실화해야 하는 급여.

+◇, +△ ; 새롭게 추가되어야할 급여.

× ; 하고 있지 않거나 하지 않아도 되는 급여.

<그림-2> 우리나라 공공부조 프로그램의 체계화방안

<참고표1> 2002년 월별 수급자 현황(1~9월)

(단위 : 가구, 명)

구분 연월	계		일반 수급자*		시설수급자	전월대비	
	가 구	인 원	가 구	인 원	인 원	증가	감소
'01.12	698,075	1,421,076	698,075	1,346,607	74,469	-	-
'02. 1	708,942	1,440,327	708,942	1,365,858	74,469	21,482	2,231
'02. 2	701,048	1,419,677	701,048	1,345,208	74,469	11,284	31,934
'02. 3	700,765	1,412,620	700,765	1,338,151	74,469	16,296	23,353
'02. 4	700,112	1,405,505	700,112	1,331,036	74,469	16,296	23,411
'02. 5	698,882	1,400,793	698,882	1,323,147	77,646	19,473	24,185
'02. 6	697,180	1,393,275	697,180	1,315,629	77,646	11,370	18,888
'02. 7	691,120	1,382,562	691,120	1,304,916	77,646	12,756	23,469
'02. 8	692,396	1,373,585	692,396	1,295,939	77,646	11,460	20,437
'02. 9	691,235	1,364,890	691,235	1,289,715	75,175	10,049	18,744
연평균 ('02년)	697,964	1,399,248	697,964	1,323,289	75,959	14,496	20,739

* 일반수급자에 「기초생활보장번호 부여자」 포함

(자료) 복지부, 내부자료, 2002

<참고표2> 가구규모별 수급자가구 현황(2002.9)

(단위:가구수)

가구원수구분	계	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인이상
합계	691,235	367,161	145,147	99,503	55,501	17,393	4,775	1,755
비율	100.0%	53.1%	21.0%	14.4%	8.0%	2.5%	0.7%	0.3%
서울	80,598	42,647	16,015	12,863	6,860	1,774	348	91
부산	53,326	28,289	10,961	8,353	4,399	1,027	240	57
대구	32,691	15,338	6,932	6,213	3,188	823	167	30
인천	28,797	14,130	6,262	5,127	2,437	628	168	45
광주	20,396	8,583	4,248	4,088	2,454	782	188	53
대전	17,070	7,766	3,526	3,256	1,819	515	152	36
울산	8,085	4,323	1,574	1,282	651	189	52	14
경기	95,125	50,706	19,235	14,085	8,075	2,258	567	199
강원	30,982	17,632	6,591	3,771	2,018	697	177	96
충북	26,430	14,040	5,640	3,579	2,090	744	235	102
충남	42,122	22,217	9,668	5,288	3,176	1,194	395	184
전북	55,315	28,192	12,004	7,692	4,668	1,883	592	284
전남	73,058	39,924	16,713	8,398	4,974	2,063	687	299
경북	64,898	36,793	13,664	7,833	4,479	1,499	468	162
경남	52,450	30,962	10,284	6,435	3,396	1,045	254	74
제주	9,892	5,619	1,830	1,240	817	272	85	29

(자료) 복지부, 내부자료, 2002