

안정성은 소유권의 절대성과 계약자유의 원리를 기반으로 하는 시민법의 기본 법리에 따라 소유자이거나 또는 정당한 임대차계약을 맺은 임차인에게만 인정되고 있을 뿐이다. 이러한 시민법에 따른 권리를 가지지 못한 자는 무자비한 강제철거의 대상이 되고 있다. 강제철거는 주로 불량주택재개발지구에서 흔하게 나타나는 현상으로서 철거용역반을 동원한 폭력적 방식이 근절되지 않고 있는 실정이다. 대표적인 사례로는 1980년대 중반이후 서울 상계동, 목동 등의 재개발사업을 통한 강제철거와 최근의 노원구 중계동 광석마을, 종로구 무학동, 관악구 봉천동, 하왕2-1지구, 금호 1-6지구 등으로 너무나 많아 일일이 열거할 수 없을 정도이다. 그리고 모든 세입자(임차가구)는 정당한 사유 없이 세입자의 의사에 반하여 강제퇴거 당하거나, 철거당하는 일이 있어서는 안 된다는 임차가구(세입자)보호의 원칙(자동갱신권 등)이 제도적으로 확실히 보장되어 있지 않은 상태이다.

둘째, 적절한 주택에 거주하는 데는 차별이 있어서는 안 된다. 모든 사람들, 즉 어린이, 여성, 인종, 종교, 문화, 소득수준, 연령, 시민권 취득 여부, 고용상태 등 어떤 것으로부터도 차별을 받아서는 안 된다는 비차별성의 원칙(차별성 배제의 원칙)이다. 우리의 현실에서는 미국 등의 다민족사회에서 볼 수 있는 인종과 종교 등의 주거차별이 거의 존재하지 않은 것 같다. 그러나 소득수준 및 고용상태에 따라 거주상의 차별이 존재한다고 생각된다.

셋째, 모든 사람들이 접근가능(accessibility)하고, 이용가능하고, 안전해야 하며, 그리고 평화롭게 살아갈 수 있는 집이(거처) 필요하다. 접근-이용가능성이란 내집마련이 용이한(affordable) 가격의 집(자가소유의

경우)과 임대료 지불이 가능한 집(적정 임대료)이 존재해야 한다는 것을 포함한다. 그러나 도시빈민의 경우 그들의 경제사정에 맞는 적정임대료의 정상주택이 시장에는 존재하지 않는다. 그들의 경제수준에 가장 적합한 주택은 달동네나 산동네 등의 불량주택이나 비닐하우스 등의 무허가 주택이다. 실제 사회 취약계층에게는 접근-이용 가능한 주택이 태부족일 뿐 아니라 기존의 불량무허가 주택도 재개발사업으로 철거되어 이들이 거주할 공간이 축소되어 주거불안정이 심화되는 문제점을 발견할 수 있다.

모든 사람들에게 적절한 주택은 부담 가능한 수준에서 제공되어야 한다. 우리나라의 주거비는 소득수준에 비해 매우 높다. 서울의 경우 주택가격은 1991년 현재 연소득의 9.3배(Price to Income Ratio: PIR)에 이르고 있는데, 이것은 선진국 도시들이 3-5배 정도인 것과 비교하면 대단히 높은 수준이다. 또 연소득에서 임대료가 차지하는 비중(Rent to Income Ratio: RIR)도 서울의 경우 29%로 세계 주요도시에 비해 월등히 높은 수준이다.

보다 구체적으로 계층별 주거비 부담의 변화를 보면, 1990년대에 와서 고소득층의 주거비 부담은 크게 완화된 것에 반해 저소득층의 주거비 부담은 비슷한 수준이거나 오히려 증가한 것을 알 수 있다.

넷째, 노숙자는 국가로부터 특별한 보호를 받으며 이들을 위해 국가는 임시거처를 마련하는 노력을 기울여야 한다. 이는 노숙자(homeless)우선의 원칙이다. 우리나라는 IMF 상황하에서 노숙자들이 증가하는 추세이다. 종전에도 노숙자들이 존재하였지만 1997년 말 이후 실업자의 증가 등과 연계되어 도시지역의 노숙자는 중요한 사회문제로 부각되고

있다. 노숙자들이 가장 심각한 주거권을 위협받는 자들이라는 인식이 필요하고 이에 대한 주거정책적 논의와 제도보완이 요청되고 있다.

다섯째, 모든 사람들은 물, 전기, 채광, 상하수도, 도로 등 공공서비스와 지역사회 편의시설을 이용할 권리를 가진다(availability of services, facilities and infrastructure). 적절한 주거란 이러한 주거서비스가 보장되어야 하는 것이다. 현재 우리 나라의 공공서비스와 지역사회 편의시설은 지역별, 주거지별로 큰 차이를 보이고 있다. 예를 들어 농촌의 많은 지역에는 상하수도, 도로 등이 불비하여 생활에 고통을 겪고 있는 등 지역사회 편의시설이 미흡한 곳이 한두군데가 아니다. 도시지역의 경우 고소득층 주거지역과 빈민지역은 그 서비스 수준 면에서 큰 차이와 차별을 발견할 수 있다.

여섯째, 적절한 주거란 주거공간이 너무 좁아서 안되며, 추위, 습기, 더위, 비, 바람 등을 막을 수 있는 수준이어야 한다(habitable). 저소득층의 문제로서 과밀의 상태를 지적할 수 있다. 서울시의 경우 단칸방, 쪽방, 비닐하우스 등에 거주하는 가구수가 증가하고 있다.,

일곱째, 인간다운 주생활을 영위하려면 문화적 특성이 보호되어야 한다(culturally adequate). 예를 들어 빈민들은 그들 나름대로의 주거문화와 지역공동체적 문화가 존재한다. 결코 가난한 사람들의 문화를 저급한 것으로 매도할 수는 없다. 오히려 도시지역 달동네와 산동네의 불량주거지가 이웃간의 유대와 상호부조문화가 더 발달되고 건전하다고 평가할 수 있다. 특히 재개발 사업의 철거로 인해 빈민들의 공동체문화가 사라지는 것은 사회적으로 많은 문제를 야기시키고 있다.

3. 주거권 보장을 위한 국제적 동향

UN의 보고에 따르면 오늘날 세계에는 1억 명의 홈리스가 있고 여기에는 여성과 어린이도 다수 포함되어 있으며, 6억 명이 주거빈곤 상태에 있다. 이들 홈리스와 주거빈곤자 중 다수는 개도국의 도시에 집중되어 있다. 2025년에 이르면 세계의 도시거주자가 50억 명에 이르게 될 것이고 그 중 80%가 개도국으로 전망되는데, 특별한 노력이 기울여지지 않으면 개도국 도시들은 극심한 홈리스, 실업, 빈곤의 문제를 겪게 될 것이라고 한다. 이러한 문제에 대한 공동의 해결 노력이 절실히 요구되며 이를 위해 국제사회의 주거권 실현을 위한 노력이 가속화되고 있다.

1) 세계인권선언

주거권에 대한 국제법적인 근거는 여러 곳에서 찾아볼 수 있다. 국제사회가 주거를 권리로 인정하고 있는 가장 대표적인 근거는 '세계인권선언'이라고도 불리는 '유엔의 보편적 인권에 관한 선언(1948)'이다. 이 선언에서는 "모든 사람, 모든 국가가 달성해야 할 공통의 기준"이라고 인권에 대한 보편적인 원칙을 제시했다. 이러한 원칙은 국제법상으로도 국내법에서 보편적인 원칙으로 여겨지고 있다. 이 선언에서 주거권과 관련해서는 Article 25.1에서 다음과 같이 정의하고 있다.

모든 사람은 자신과 그 가족의 건강과 행복을 위해 적절한 생활 수준에

대한 권리를 가지고 있다. 여기에는 의·식·주와 의료, 필수적인 사회 서비스가 포함된다. 또 모든 사람은 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 고령화, 기타 스스로 통제하기 어려운 환경에서 생계의 어려움 등으로부터 보호받을 권리가 있다.

2) 국제 조약에서의 주거권

조약이나 협정은 이를 비준하거나 동의한 나라들에게는 법적인 구속력을 갖는다. 어떤 나라가 주거권에 대한 조약이나 협정에 서명하게 되면 그 규정을 지켜야 할 법적인 의무가 생기고, 이를 비준하면 국내법과 같은 효력이 생긴다. 물론 우리 정부도 헌법 제6조에 “헌법에 의하여 체결·공포된 조약과 일반적으로 승인된 국제법규는 국내법과 같은 효력을 가진다.”라고 규정하여 우리 정부가 서명하고 국회의 비준을 거친 조약은 국제법과 마찬가지로 효력을 가지고 있으며 국제사회의 법규범을 준수함을 분명히 하고 있다.

1966년 유엔에서는 두 가지 인권에 관한 조약이 채택되었다. ‘시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(ICCPR)’과 ‘경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(ICESCR)’이 그것이다. 1976년부터 발효된 이 조약들은 기본적인 인권과 자유를 규정하고 있고, 이 협약을 채택하는 나라들에게 모든 적절한 수단을 이용하여 그 권리를 실현하도록 하는 의무를 부과했다.

우리 나라도 ‘시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(B규약)’과 ‘경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(A규약)’에 가입하였다.

1990년 3월 국회의 동의를 얻어 4월 가입서를 냈으며, 같은 해 7월 10일부터 국내에서도 효력을 발하게 되었다. 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약에는 주거권과 관련된 중요한 조항이 포함되어 있다. 1998년 5월 현재 137개 국가가 가입하였으며, 조약의 준수 여부는 ‘경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 유엔 위원회’에서 모니터 되고 있다. 이 조약의 Article 11.1은 다음과 같이 선언하고 있다.

본 조약에 가입한 국가는 모든 사람에게 자신과 그 가족을 위하여 적절한 의·식·주를 포함한 적절한 생활 수준과 생활 조건의 지속적인 향상에 대한 권리가 있다는 것을 인정한다. 국가는 이 권리를 실현하기 위해 적절한 조치를 취할 것이며, 이를 위해서는 자유로운 동의에 기반한 국제 협력이 매우 중요하다는 것을 인정한다.

이 밖에도 우리 나라에서 가입하였고 국회의 동의를 거친 주거권과 관련된 조약에는 ‘여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약(1979년 12월 18일 체결, 1985년 1월 26일 국내 발효)’과 ‘아동의 권리에 관한 협약(1989년 11월 20일 체결, 1991년 12월 20일 국내 발효)’가 있다. 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약(1979)은 1981년 효력을 발생했고, 1998년 5월 현재 161개국에 가입되었다. 이 조약의 준수 여부는 모든 형태의 ‘여성에 대한 차별철폐에 관한 유엔 위원회’에서 모니터 되고 있다.

3) 제1차 세계주거회의와 벤쿠버 선언

유엔이 1976년 개최한 제1차 세계주거회의(Habitat I)는 인간정주와 관련된 문제에 대한 세계적인 인식의 필요성에서 비롯되었다. 당시 세계주거회의에서 논의되고 합의된 내용을 보면, 저소득층에 대한 주거 지원과 보조가 필요하고, 정주환경의 개선을 위한 물리적·사회적 기반 시설이 갖추어져야 한다는 것이었다. 또 각 국 정부는 이를 이행할 책임이 있다는 것을 확인하고, 또 결의했다. 이 회의에서 채택된 '인간정주에 관한 벤쿠버 선언(1976)'에서 주거는 기본적인 인권임을 명시하고 있으며, 그 권리를 실현하는 것을 국가의 의무로 규정하고 있다. 또 주거권을 실현하기 위해 국가가 해야 할 일로는 개인과 지역사회의 자조적인 활동을 촉진하는 것, 주거권 실현의 장애 요소를 제거하는 것, 사회적 통합을 이루는 것 등을 언급하고 있다.

적절한 주택과 서비스는 기본적인 인권이고, 정부는 모든 사람이 이를 충족시킬 수 있도록 보장해야 할 의무가 있다. 이는 자조 활동이나 지역사회의 촉진 프로그램을 통한 가장 취약한 계층에 대한 직접적인 지원에서부터 시작된다. 정부는 이러한 목표를 달성하는 데 대한 모든 장애 요소를 제거하기 위해 노력해야 한다(Section III(8)).

제II장 '국가 실천에 대한 권고'의 A. 3에서는 국가의 의무를 이행할 수 있는 구체적인 수단으로 도시 및 주거정책에 대해 다루고 있다. 여기서 도시 및 주거정책은 인권의 실현과 관련된 것이고, 따라서 인권을 실현하기 위한 보편적인 원칙이 도시 및 주거정책에서 관철되어야 함을 명시하고 있다. 또한 도시 및 주거정책을 통해 부당한 권리의 침해가

일어나서는 안 된다는 것도 언급하고 있다.

국가의 이념은 정주정책에 반영된다. 이것은 변화를 위한 강력한 수단이 기 때문에, 사람들에게서 그들의 집과 토지를 빼앗거나 권한이나 이용을 위축시키는 것에 이용되어서는 안 된다. 정주정책은 '보편적 인권에 대한 선언'의 원칙과 일치해야 한다.

이밖에도 Section 2 '일반원칙'에서는 주거의 기본적인 권리로서의 속성, 주거 이전의 자유, 정주정책에 대한 참여, 부득이하게 철거해야 하는 경우 재정착을 우선해야 하는 것 등의 원칙들이 제시되어 있다. 한편 유엔에서는 1987년을 '세계 홈리스의 해(International Year of Shelter for Homeless)'로 정하고, '2000년 세계정주전략(UN Global Shelter Strategy to the Year 2000)'을 채택하였다. 여기서도 '적절한 주거'가 권리라고 천명하고 있으며, 정부의 주거에 대한 의무를 다음과 같이 기술하고 있다(para 13).

적절한 주거에 대한 권리는 세계 여러 국가들이 보편적으로 인식하고 있는 것이다. ... 모든 국가는 예외 없이 ... 정부는 모든 국가의 모든 시민들에 대해서 그들이 비록 가난하다고 하더라도 그들의 주거 수요에 관심을 가지고 근린을 파괴하거나 손상시키지 않고 보호하고 개선해야 하는 의무가 있다.

4) 제2차 세계주거회의와 하비타트 의제(Habitat II Agenda)

1996년에 제2차 세계정주회의(Habitat II)에서 채택된 의제는 주거권과 관련된 가장 포괄적이고 중요한 국제 문건이라고 할 수 있다. 그동안의 주거권과 관련된 국제적인 합의들을 종합하고, 또 주거권의 실현과 관련한 주거권의 구체적인 여러 측면들을 검토하고, 실천의 지침을 공동으로 작성한 것이다.

최종적으로 총회에서 채택된 하비타트 의제에는 적절한 주거에 대한 인권이 보편적인 인권의 실현이라는 내용이 포함되어 있다. 하비타트 의제의 여러 부분[para 11(서문), 24, 26(목표와 원칙), 39, 40(실천과제), 61(세계실천계획)]에서 적절한 주거에 대한 권리의 개념과 내용, 범위, 그리고 이러한 권리를 점진적으로 실현해 가기 위해서 밟아야 할 단계가 기술되고 있다. 먼저 para 11에서는 주거권의 근거를 적절한 수준의 생활을 하고 또 생활조건을 지속적으로 개선해갈 수 있는 권리에서 찾고 있다. 이는 '경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 협약'의 핵심적인 내용이기도 하며 국제적으로 인정된 인간다운 '적절한 수준의 생활'을 할 수 있는 사회적 권리이다.

과거 어느 때보다 많은 사람들이 절대빈곤 상태에서 적절한 주거를 보장 받지 못한 채 살아가고 있다. 집이 없거나 주거가 부적절한 것은 고통을 가중시키고, 건강과 안전은 물론이고 생명까지도 위협하고 있다. 모든 사람은 자신과 가족이 적절한 수준의 생활을 할 권리와 생활 조건을 지속적으로 개선시켜 나갈 권리를 가지고 있고, 여기에는 적절한 음식과 의복, 주택, 물, 하수처리 등은 기본적으로 포함되어야 한다.

주거권의 내용은 para 39와 para 40에서 보다 구체적으로 언급되고

있다. 그 내용은 모든 사람이 가지고 있는 권리이면서 국가가 실현해야 할 다양한 의무를 구체화하고, 이는 다양한 국가 정책의 계획과 실행을 통해서 달성되어야 할 목표라고 할 수 있다.

주거권 실현을 위한 실천 전략을 제시하고 있는 para 61은 특히 국가는 적어도 다음과 같은 정책은 반드시 실시해야 할 것으로 권고하고 있다. 그 내용에는 주거와 관련한 차별을 철폐하고, 점유권에 대한 법적인 보호를 실시하고, 적절한 주거 수준을 누릴 수 있도록 하기 위해서 거주할 만하고 부담가능하고 접근 가능한 주거를 제공하며, 적절한 주거 수준에 대한 권리는 모든 사람들이 가지고 있다는 인식 위에서 취약계층의 필요에 특별한 관심을 기울이는 것이 포함되어 있다.

- 적절한 주거를 누릴 수 없는 사람들을 포함하여, 주택을 거주가능하고, 경제적으로 부담 가능하면서 이용 가능하도록 하기 위해 다른 여러 가지 중에서 특히 다음과 같은 정책을 채택하여야 한다.
- (1) 적절한 규제장치와 시장경제에 기반한 유인책을 통해 경제적으로 부담할 수 있는 주택의 공급을 늘린다.
- (2) 가난한 사람에 대한 보조금과 임대료 및 다른 형태의 주택자금지원을 통해 부담능력을 향상시킨다.
- (3) 지역사회에 기반한 협동주택과 비영리 임대주택, 자가주택 사업을 지원한다.
- (4) 집 없는 사람들과 그 밖의 취약한 집단에 대한 지원을 확대한다.
- (5) 주택과 지역사회 개발을 위해 재정과 공공 및 민간부문의 다양한 자원들을 혁신적으로 활용한다.
- (6) 경제적으로 부담할 수 있는 임대주택과 자가주택에 대한 필요를 충

족시키기 위해 시장경제에 기반한 각종 유인책을 실시하여 민간부문을 활성화시킨다.

(7) 일자리, 재화와 서비스, 편의시설을 쉽게 구하고 이용할 수 있는 지속 가능한 공간개발 형태와 교통체계를 장려한다.

- 집 없는 사람과 부적절한 주택의 정도를 파악하는 것을 비롯하여 주거 조건에 대한 평가와 효과적인 감시를 하고, 취약한 인구집단에 대한 상담을 통해서 각종 문제들을 해결하기 위한 적절한 주택정책을 채택하고 공식화하며 효과적인 계획과 전략을 수행하여야 한다.

5) 유엔인권위원회

유엔인권위원회에서 강제 퇴거는 명백한 인권에 대한 침해로 규정하고 있다. 유엔인권위원회의 결의안 1993/77 '강제 퇴거'에서는 여성, 남성, 어린이 등 모든 사람은 평화롭고 존엄을 유지하면서 살 수 있는 안정된 거처에 대한 권리가 있음을 다시 한 번 확인하면서, 강제 퇴거가 사회적 갈등과 불공평과 연관되어 있고 사회적, 경제적, 환경적, 정치적으로 힘이 없고 피해를 입기 쉬운 극빈계층의 주거권을 침해하는 중요한 요소임을 인식하고 있다.

1. 강제 퇴거(철거)는 인권에 대한, 특히 적절한 주거 권리에 대한, 심각한 침해임을 선언한다.
2. 정부는 강제 퇴거(철거)를 없애기 위한 즉각적인 조치를 취해야 한다.
3. 정부는 현재 강제 퇴거(철거)의 위협에 직면한 모든 사람들의 점유 안정을 위한 협의를 하고, 관련된 사람이나 집단의 효과적인 참여와 자문, 협

상에 기초하여 강제 퇴거로부터 완벽하게 보호하기 위한 필요한 모든 수단을 취해야 한다.

4. 모든 정부는 강제 철거되는 사람이나 지역사회에 그들의 희망과 필요에 따라 적절한 보상과 충분한 대안적인 거처나 토지를 제공하도록 권고한다. 여기에는 영향을 받는 사람이나 집단과 상호 만족할만한 협상이 선행되어야 한다.

유엔인권위원회 결의안은 이어서 주거권에 대한 국가의 의무를 보다 상세히 규정하고 있다. 여기서는 국가의 의무를 인식, 존중, 보호, 실현의 과제로 구분하고 있다. 가장 먼저 인식해야 할 것은 주거권이 분명한 인권이고, 따라서 이를 위반하는 일체의 행위를 금지하고 국가가 직접 행하는 일은 없어야 하며 이와 아울러 주거권을 실현하기 위한 국가의 체계적인 대응이 있어야 한다는 것이다. 둘째, 존중의 의무는 스스로 주거권을 실현하려는 노력을 지원해야 하고 이를 억제하는 일은 없어야 한다는 것이다. 셋째, 보호의 의무는 강제 철거(퇴거), 부당한 임대료 인상 등을 비롯한 주거권을 침해하는 모든 행위로부터 국가가 적절한 보호를 해야 하고, 이를 위한 제도적 장치를 마련해야 한다는 것이다. 넷째, 실현의 의무는 국가는 적극적으로 주택금융이나 공공주택의 건설 등을 주거권 실현을 위해 계획하고 실행해야 한다는 것이다.

UN을 중심으로 한 세계적 차원의 주거권 실현을 위한 노력뿐만 아니라 지역별로 여러 국가들이 주거권 실현을 위한 공동의 노력을 기울이고 있다. 그 대표적인 것으로 유럽의 사회헌장이다. 유럽의회에서 채택한 1996년 유럽사회헌장 개정을 통해서 주거권에 대한 내용이 포함되게 되었다.

4. 한국 사회의 주거권 인식과 제도개선

1) 주거권에 대한 전문가 의견조사⁸⁾

스스로의 능력으로 적절한 주거를 확보할 수 없는 사람에게 국가가 기본적인 주거문제를 해결해 주어야 한다고 생각하는가의 질문에 대해서 96.5%가 '매우 그렇다' 혹은 '그렇다'와 같이 긍정적인 응답을 했다. 이 질문은 주택자원의 배분원칙과 관련하여 보면 욕구의 원칙에 대한 태도를 묻는 질문이다. 주거문제에 대한 국가의 개입이 정당하다는 것을 의미하고 동시 사회취약계층의 최저주거수준 확보를 위해 국가의 역할을 강조하는 것이다.

하지만 우리 나라의 주택정책은 저소득층이 주거문제를 해결할 수 있도록 운영되고 있는가 하는 질문에 대해서는 대부분이 부정적이다. 전체 응답자 중 83.7%가 부정적이라고 평가하고 있다. 많은 사람이 저소득층을 위한 주택정책이 존재하기는 하지만 실질적으로 충분한 효과가 나타나고 있지는 않다고 판단하는 것이라고 볼 수 있다.

저소득층 주택정책에 대한 부정적인 의견은 법률의 개선과 관련된 질

8) 한국도시연구소는 주거권관련 연구과정에서 주택정책관련 전문가들의 델파이 조사를 1998년 9월1일부터 9월 30일까지 실시하였다. 조사대상자는 전공 영역별로 토지주택, 도시 및 국토계획, 법학, 사회학, 행정학, 사회복지학 등으로 구분하고, 현재 학계, 법조계, 언론계, 행정기관, 시민단체 등에서 활동하고 있는 전문가 87명이다.

본 조사는 주택관련 전문가들이 주택정책 전반적인 사항과 주거기본법 등의 법체계 정비에 대한 의견을 확인, 수집하려는 의도에서 실시되었다. 본 설문에 응답한 전문가들은 실제 주택정책을 담당하는 공무원에서부터 주택관련 전공자인 교수에 이르기까지 우리 나라 관련분야 전문가들이 거의 참여함으로써 주거권에 관한 제도정비에 귀중한 자료와 정보의 종합이라 평가된다. 델파이조사 내용은 1)저소득 주거문제에 대한 국가개입에 관한 사항, 2)주거관련법 체계의 정비 방향에 대한 의견, 3)최저주거기준설정과 주거빈곤에 관한 사항 등으로 구성되어 있다.

문에서도 비슷한 양상으로 나타난다. 최저주거기준과 주거권 등을 내용으로 하는 별도의 법률을 만드는 것이 모든 국민이 적절한 주거를 확보하도록 하기 위해서 필요한가 하는 질문에 대해서 긍정적으로 대답한 사람이 81.9%로 다수를 차지하고 있다.

<표 1> 최저주거기준, 주거권 등을 명시한 별도 법률의 필요 여부

구 분	빈 도	비 중(%)
매우 그렇다	36	41.9
그렇다	35	40.7
그렇지 않다	11	12.8
절대 그렇지 않다	4	4.7
합 계	86	100.0

주 : 질문(모든 국민이 적절한 주거를 확보하도록 하기 위해서는 최저주거수준, 주거권 등을 명시한 별도의 법률이 있어야 한다고 생각하십니까?)

2) 주거관련법 체계의 정비 방향

현행 주거관련 법령에 대해서 대부분의 전문가들은 부정적인 의견을 보이고 있다. 현재의 법 체계에 대해서는 절대다수가 어떤 식으로든 정비가 필요하다고 느끼고 있다. 법체계의 개편의 대안으로 주거기본법이라는 모법을 만들고 그 정신에 따라 개별법을 정비하는 것과 현재의 주택건설촉진법을 주택법 혹은 주거법으로 주거와 관련된 전반적 사항을 다루는 종합적인 법으로 개편하는 대안을 제시하였는데, 전자를 선택한 경우가 69.0%였고 후자를 선택한 경우는 17.2%였다(표 2).

<표 2> 주거관련법령의 체계의 정비 방향

구 분	빈 도	비 중(%)
주거기본법 제정과 개별법 정비	60	69.0
주축법을 주택법으로 개편	15	17.2
현행 체계 유지하면서 보완	5	5.7
기 타	7	8.0
합 계	87	100.0

주 : 질문(주거관련법령의 체계를 정비할 필요가 있다는 의견이 적지 아니한데, 이에 대한 가장 적절한 대안은 무엇이라고 생각하십니까?)

기존의 주택건설촉진법의 폐지 혹은 정비는 매우 시급한 과제라는 의견과 주거기본법 제정이 필수적이라는 의견이 다수를 차지하였으며, 주택관련 개별법을 통합하자는 의견도 있었다. 특히 주택건설촉진법의 제정 배경이면서 그 핵심적인 내용을 이루고 있는 '주택공급촉진책'은 더 이상 시대 상황에 맞지 않다는 의견도 있었다. 또 근본적으로 주택공급의 '촉진'은 수단이고, 그 수단을 통해 달성하고자 하는 '목적'을 언급하는 법률이 필요하다는 의견이 제시되었다.

그러나 주거기본법의 제정에 대해 일부전문가들은 부정적인 의견이 있었다. 그 이유로 실행력이 있는 법이 아니라 선언에만 그치는 것에 대한 우려이다. 그리고 이와 반대로 주거기본법은 이념과 정신을 제시하는 것인 만큼 실질적인 집행력을 갖는 규정들은 개별법에서 다루는 것이 타당하다는 의견도 제시되었다. 이러한 의견은 먼저 주거기본법을 제정한 이후 관련 법률을 개정해 가는 후속적인 과제를 계속 추진해야 할 것이라는 주문과도 연결된다.

이 밖에도 주거권을 사회보장법에 포함시키는 방안을 검토해야 한다는 의견, 효율적인 재정 운영을 통해 실질적인 사회복지적 기능을 수행하기 위해서는 정치적 선전의 도구로 전락하는 것을 경계해야 할 것이라는 의견 등도 주목해야 할 것들이었다.

3) 주거빈곤대책

최저주거기준에 미달하는 것으로 파악되는 개인과 가구는 주거빈곤계층이라고 할 수 있다. 주거빈곤계층이 주거정책의 주요한 대상이라고 할 때 사회주택이나 임대료보조 등 정부의 직접적인 대책이 필요하다는 의견이 다수를 차지하고, 저렴한 주택의 공급을 통해 저소득층의 주거환경이 전반적으로 개선되어 가도록 하는 간접적인 정책이 적절하다는 의견이 25.3%로 나타났다.

<표 3> 주거빈곤계층에 대한 적절한 조치

구 분	빈 도	비 중(%)
심사후 사회주택, 임대료보조 등 조치	57	65.5
저렴주택 공급 확대 통해 해소	22	25.3
생활보호 이상 주거대책 불필요	1	1.1
주거빈곤계층이라는 개념 부적절함	2	2.3
기 타	5	5.7
합 계	87	100.0

주 : 질문(주거빈곤계층에 대한 적절한 조치는 무엇이라고 생각하십니까?)

5. 정책방향

근대 국가의 등장과 함께 국가 정당성의 원천을 국민의 권리를 보장하는 것에서 찾는 다. 하지만 정치적·시민적 권리와 함께 국가의 존재 이유이자 인간의 당연한 권리로 인정되어야 할 국민의 생활 수준 혹은 복지는 충분히 권리로 인정되지 않고 있었다. 1980년대 이후 유엔 등 국제기구와 선진 각 국은 주거권 신장을 위한 정책이 보다 구체화되고 있다.

1) 정책당국은 '적절한 주거'가 모든 사람이 누려야 할 권리라는 점을 인식하고, 주거권 실현을 위해 정책이 추구해야 할 원칙을 제도적으로 보장해야 한다.

2) 최저주거기준(housing minimum standard)은 한 사회가 책임지고 자 하는 기본적인 주거수준이다. 기본적인 삶의 조건으로 주거를 보장하는 것이 국가의 의무임을 명시하는 것이다. 최저주거기준은 설정 자체가 의미를 갖는 것이 아니고 이를 바탕으로 주거빈곤층을 위한 주거정책을 시행하는 것이 중요하다

3) 주택보급률을 기준으로 한 주택공급정책에서는 어떤 지역, 어느 계층, 어떤 점유형태(housing tenure)등의 주택소요(housing needs)에 대한 배려가 미흡하다. 한국의 주택관련계획은 주택보급률을 높여야 한다는 공급 지향적, 경제적 효율성 담보에만 급급하였다. 이제 주거권을 보장하는 정책을 지향하기 위해서는 사회적 형평성의 제고가 필수적이다. 이를 위해서 주택공급 및 배분에 있어 공공의 역할이 증대되어야 한다. 특히 도시빈민들이 밀집한 불량노후주거지역의 재개발사업 등은 공공기관(주택공사 등)의 역할이 증대되고 공공성에 기초한 주택공급

및 재개발이 추진되도록 제도적 보완이 요구되고 있다.

4) 주거권은 국제 기구를 비롯하여, 비정부기구, 시민단체, 지역사회 조직 등 다양한 차원의 노력을 바탕으로 형성되고 있다. 민간 부문에서 진행되고 있는 주거권과 관련된 캠페인과 주거권 침해를 시정하기 위한 노력에 대해 정부는 적극적인 지지와 협조를 보여야 한다. 아울러 국내의 주거권 관련 민간단체의 '하비타트 국제연대(Habitat International Coalition: HIC)' 등 국제적 비정부기관과의 연대, 정보교환 등의 활동에 지원을 해야 한다.

5) 결론적으로 주거권을 명시한 주거기본법이 제정되어야 한다. 앞에서 살펴본 바와 같이 주택정책관련 전문가들의 델파이 조사에서 절대다수의 응답자들이 주거기본법의 제정을 찬성하였다. 그리고 우리 나라의 법제에서 주거권이라는 명시적인 언급은 없지만, 헌법상 생존권이나 생활권적인 기본권이 분명히 보장되어 있다. 이는 주거권에 대한 국민의 권리가 인정되어야 한다는 충분한 논리적 근거가 된다. 현행 대기화 되고 중복되고 있는 주택관련법을 정비하고 동시 주거권리를 명시한 가칭 '주거기본법' 제정이 시급히 요망되고 있다.

의료권 보장의 문제점과 개선점

김용익 서울대학교 의과대학 교수

1. 서론

빈곤, 무지, 질병의 악순환은 이미 오래 전부터 인식되어 왔다. 사회보장 제도의 전 분야는 기본적으로는 이러한 인식 위에 구성되어 온 것이다. 한국의 의료보장제도는 빈민들에게는 의료급여, 그 이상의 소득 계층에 중산층 이상에 건강보험제도를 적용하고 있다.

그러나, 빈민들의 건강을 담보하기 위해서는 의료급여, 건강보험과 같은 치료적 서비스의 보장 뿐 아니라, 방문보건, 간병, 의치급여, 장기요양 등을 포괄적인 보건의료서비스의 보장이 필요하다. 또한, 건강증진과 질병예방을 위한 노력도 필요하다. 빈민들은 흔히, 아동과 노인, 장애인, 만성 신체질환자, 정신 질환자일 가능성이 높고, 보건의료서비스의 필요(needs)와 사회서비스의 필요가 복합되어 있는 일이 많다. 따라서, 보건의료와 사회복지 서비스의 총합적인 제공이 필요하다.

이 글에서는 주로 의료급여 제도를 중심으로 살펴보기로 한다.

2. 의료급여제도(옛 의료보호제도)의 현황과 문제점

의료급여는 생활보호대상자와 일정수준 이하의 저소득층에게 국가재정으로 의료보장을 실시하는 공적부조제도이다. 의료급여제도는 1961년 생활보호법의 제정, 공포로부터 비롯되었으나, 유명무실한 상태로 남아 있었다. 1977년 7월 의료보험제도 실시 직후, 생활보호법으로부터 분리, 독립된 의료보호법(법률 제3076호)을 새로이 제정, 공포하여 1978년부터 생활보호대상자들에 대한 본격적인 의료보호가 시작되었다.

의료보호사업 실시 첫해인 1977년에는 대상자가 2,095천명에 진료건수 1,168천건, 진료일수 4,632천일이었던 것이 1997년에는 대상자가 1,705천명으로 줄어든 반면, 진료건수 8,375천건, 진료일수 101,356천일로, 진료건수는 7.2배, 진료일수는 21.9배의 증가를 보여주고 있다. 또한 지정진료기관은 1988년도 총 8,826개소에 불과하던 것을 1997년 12월말 현재 33,304개소에 달하고 있다.

2.1. 수급권자의 한계

2001년 의료급여 수급권자는 총 1,756,439명이며, 그 중 빈민은 155만 명이다. 빈민 대상자는 2001년 총인구 4,551만 명의 3.4%이다. 문제는 이 규모가 적정한가이다. 더욱이 이 수는 155만 명을 책정하고, 이를 전국의 시도로 배정하는 방식을 취한다.

여기서 차상위계층의 의료보장은 건강보험에 따르게 되는데, 이 계층에서 건강보험료 체납 등으로 상당수가 자격정지 상태에 있다. 또한, 주민등록 소멸자,

노숙자들은 의료급여 수급권자에서 원천적으로 제외되고 있다.

표 20. 2001년 의료급여대상자 시·도별 배정인원

(단위 : 명)

시·도명	계	기초생활 수급자		국 가 유공자	중요무형 문 화 재	북 한 이탈주민	기 타 대상자
		일 반	보장시설				
합계	1,756,439	1,468,951	81,049	83,000	450	2,039	120,950
서울	215,053	173,494	12,506	13,750	63	1,027	14,213
부산	131,324	108,335	8,225	6,120	24	104	8,516
대구	84,217	65,960	6,580	6,350	-	34	5,293
인천	82,661	70,902	2,878	3,250	32	133	5,466
광주	62,455	47,533	3,152	2,820	12	15	8,923
대전	50,199	41,058	3,427	2,360	-	53	3,301
울산	18,063	15,417	548	910	-	8	1,180
경기	242,456	206,641	8,499	10,780	62	450	16,024
강원	75,538	62,511	2,124	6,080	28	66	4,729
충북	66,592	54,344	4,866	3,010	7	28	4,337
충남	107,798	92,644	4,386	3,660	19	34	7,055
전북	142,186	122,097	5,003	5,660	24	24	9,378
전남	177,342	151,142	6,648	6,600	61	5	12,886
경북	156,649	134,828	5,757	5,770	30	27	10,237
경남	121,917	103,670	5,140	5,040	70	29	7,968
제주	21,989	18,375	1,310	840	18	2	1,444

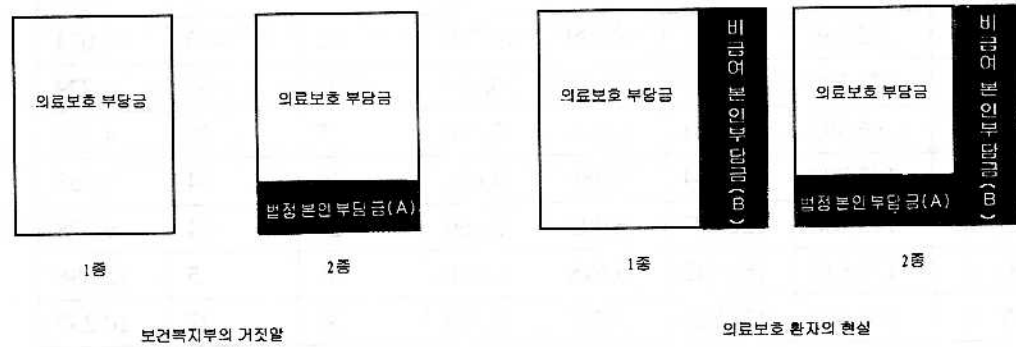
2.2. 과중한 본인부담

과거의 의료급여에서 1종 대상자는 본인부담이 없고, 2종의 대상자는 입원 시 20%, 외래이용시 방문당 1,500원의 본인이 부담하도록 되어 있었다. 종별구분을 폐지하자는 사회단체의 강력한 주장에도 불구하고, 종별구분은 개정된

의료급여법에서도 그대로 유지되게 되었다. 다만, 국회 부대 결의로 2종 대상의 입원진료비 본인부담율은 10%로 낮춘다는 결정이 있었으나, 이것이 그대로 추진될 지는 미정인 상태이다.

	외래이용 본인부담금	입원이용 본인부담율
1종	0원	0%
2종	1,000원(병의원), 500원(약국)	20%(→ 10%?)

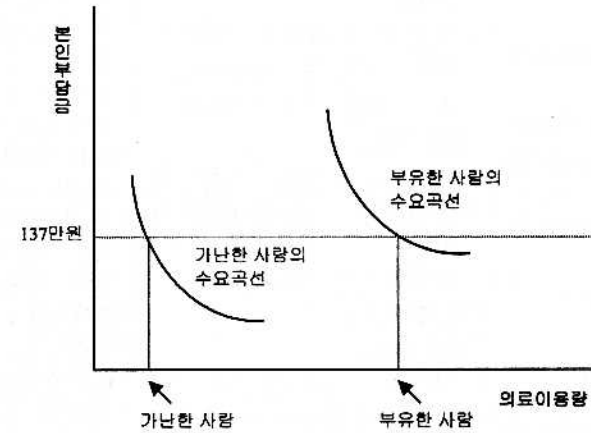
그러나, 이 본인부담금은 '법정' 본인부담금에 한하는 것이며, 의료급여 환자도 의료급여제도가 혜택을 주지 않는 비급여 진료비를 별도로 내야 한다.



각종 방사선 및 임상병리검사, 고가의 치료재료대, 특진비 등 갖가지 「비급여 항목」으로 인하여 MRI, 초음파와 같은 비급여 항목 등을 포함하면 1종의 경우 전체 진료비의 20~30%, 2종의 경우 40~50%를 본인이 직접 부담하고 있다. 외래의 경우 1, 2종 모두 수천~수십만원을 부담하는 일이 흔하며, 입원의 경우 수십만~수백만원을 부담하는 일이 흔하다.

이 때문에 의료급여 환자에서는 대규모의 미충족 필요(unmet needs)가 발

생한다. 미충족 필요(unmet needs)란 필요가 있는데도 불구하고, 갖가지 이유(주로, 경제적 이유)로 보건의료서비스를 제때에 이용하지 못하는 것임. 즉, 과소이용을 지칭하는 것이다. 본인부담금이 건강보험보다 낮음에도 의료급여 환자에게는 유난히 큰 장애요인이 되는 이유는 의료이용의 소득 탄력성(income elasticity) 때문에 같은 금액이라도 저소득 계층에게는 고소득 계층보다 큰 장애요인으로 작용하기 때문이다.



광범위한 미충족 필요의 존재는 즉, 조기발견, 조기치료가 불가능하다는 의미이다. 각종 질병의 위험요소(risk factor)를 많이 가지고 있는 의료급여환자가 조기치료를 받지 못할 때, 이들은 결국 중증환자/고액진료비를 양산하는 결과가 된다. 이는 치료서비스에 국한된 것이며, 가난한 사람들에게 게 꼭 필요한, 방문보건서비스, 간병서비스, 의치급여, 장기요양서비스 등을 제공하지 못하고 있다.

표 22. 주요국가의 빈민 의료급여 관련 제공 서비스

미국의 메디케이드	일본의 생활부조, 의료부조 등	독일의 특수부조
<ul style="list-style-type: none"> · 입원서비스 · 간호시설서비스(Nursing Facility Services) · 의사진료, 임상검사, 방사선검사 · 병원의래서비스 · 중간치료시설(Intermediate Care Facility) · 정신보건관련시설서비스(Mental Health Facility Services) · 가정보건서비스(Home Health Services) · 약처방(Prescription Drugs) · 메이케어 지불 · HMO등 집단관리기구에 대한 진료비지급(HMO & Group Health Payments) · 기타 	<p>「의료부조」</p> <ul style="list-style-type: none"> · 입원, 진료, 투약, 주사, 수술 · 입퇴원, 전원시 교통비(이송비) · 치료의 일환으로 행하는 수술, 안경 등 치료재료 · 증상 심한 경우 간호료 <p>「출산부조」</p> <ul style="list-style-type: none"> · 분만료, 목욕료, 기타 위생재료비 등(자택분만안정) · 이상분만은 의료부조 <p>「장재부조」</p> <p>「생활부조」</p> <ul style="list-style-type: none"> · 임신부 가산(임산부 및 산후 6개월까지의 산부에 대한 영양보급) · 인공영양비(인공영양의존률이 20%이상인 0세유아에게 지급) · 병원이나 진료소에 입원한 피보호자의 일반생활비 	<p>「노령부조」</p> <p>「건강·예방을 위한 부조」(어린이, 청년, 노인 및 어머니들의 휴양 및 회복을 위한 조치와 질병의 조기발견에 소요되는 비용)</p> <p>「질병자부조」(응급 진료 및 병원 진료를 위한 의료 및 치료 진료, 의약품의 조제, 의치 등을 위한 소요되는 비용을 부조. 수급자는 의사를 임의로 선정 가능. 진료비는 질병보험에서 부담)</p> <p>「암신 출산부를 위한 부조」(어떤 사유에서든 질병보험에서 급여를 받지 못할 경우, 질병보험과 유사한 급여 청구 가능)</p> <p>「결핵부조」</p> <p>「맹인부조」</p> <p>「간호부조」(질병, 사고 등으로 환자가 된 경우 시설이나 자택에서 보살펴주는 보호인을 필요로 할 때, 소요되는 인건비를 부조)</p> <p>「인력부조」(가정주부의 질병시에 가계를 꾸려나갈 인력 채용에 소요되는 비용에 대한 부조)</p> <p>「장애자부조」(육체적, 정신적 장애자들이 완전히 치료, 또는 병의 악화를 막기 위한 비용과 앞으로 사회활동을 재개하는데 소요되는 비용을 부조)</p> <p>「특수한 사회적 약자에 대한 부조」</p>

<주> 한국보건산업진흥원, 의료보호재정안정화방안연구, 1999

2.3. 재정과 진료비 체불로 인한 진료 거부 및 차별대우

의료급여 진료비는 최근 급격히 증가하고 있다. 그러나, 매년 진료비에도 못 미치는 예산책정에 따라 2000년 말 현재 의료급여진료비 체불액이 3,443억 원에 달하고 있으며, 이로 인한 진료비 지불 지연은 의료기관이 의료급여환자의 진료를 거부하는 중요한 이유 중의 하나로 작용하고 있다. 특히, 의약분업 이후 약국에서의 조제 거부가 큰 문제로 부상하고 있다. 금년에도 전년도 체불발생액 3,223억 원과 금년도 체불예상액 2,446억 원, 총 5,669억 원의 추경안을 제출해 놓고 있다.

표 23 연도별(1993~2001) 예산지원 및 체불액

(단위 : 억원)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
의료급여 예산	2,210	2,637	2,924	3,417	4,776	6,043	8,098	10,321	11,396
의료급여 진료비체불액	549	542	868	1,201	1,323	1,390	2,353	3,443	2,446
합 계	2,759	3,179	3,792	4,618	6,099	7,433	10,552	13,764	13,842

3. 의료급여제도의 개선 방향

우리나라 의료급여제도가 궁극적으로 정책의 목표로 삼아야 할 것들은 다음과 같다.

첫째, 시혜적 성격에서 국가의 보장의무와 국민의 수혜권리적 성격으로 전환하여야 한다.

둘째, 실질적인 빈곤층 모두가 의료급여의 혜택을 받을 수 있어야 한다.

셋째, 의료급여환자의 접근도를 저해하는 요인들을 제거해야 한다.

넷째, 의료급여환자에 대한 차별적, 비합리적 상황을 제거해야 한다.

다섯째, 의료급여환자의 특성에 맞는 프로그램을 개발하여 확대 적용하여야 한다.

여섯째, 의료급여제도상의 낭비적인 요소들을 찾아 이를 개선해 나가야 한다.

일곱째, 효율적인 의료급여제도 관리운영방안을 개발하여 시행하여야 한다.

또한, 이상의 정책목표를 달성하기 위한 부문별 주요 정책과제는 다음과 같다.

○ 정책목표

- 가난한 이들의 건강보장을 위한 국가의 구체적인 목표수립

○ 대상자 선정

- 인간문화재 등 특수집단을 의료급여대상에서 분리 운영
- 차상위계층에 대한 의료부조의 재실시

○ 서비스 및 전달체계

- 의료급여대상자의 특성에 맞는 의료급여 급여 프로그램의 운영
- 의료급여대상자들을 대상으로 한 주치의제 실시
- 만성 장기요양기관의 확충

○ 지불보상제도 및 재정

- 인두제 등 새로운 지불보상제도의 모색
- 현행 2종 의료급여대상자에 대한 본인부담금의 폐지
- 차감수가제, 데이케어 프로그램 수가화 등과 함께 정신질환 입원환자의 탈원화 정책
- 인간문화재 등 특수집단에 대한 재정의 별도 조달 및 운영

○ 관리체계

- 의료급여대상자들의 후견인제도 도입 및 활성화
- 빈민 건강을 전담하는 공식적인 정부부처, 관계기관, 관련 연구소 등 설치 및 설립 운영
- 건강보험관련 업무의 통합관리 및 관리체계 일원화
- 관련 전문인력 충원 및 전산관리기능강화로 대상자관리의 전문성향상
- 의료급여심사체계의 개선 등을 통한 진료비의 효율적 관리운영
- 가난한 이들의 건강을 지지하는 사회체계의 구축

- 의료급 종별구분폐지를 통한 법정 본인부담금 폐지
- 의료급여환자에게 필수적인 의료서비스의 확대적용(의치, 방문간호 등)
- 의료급여관련 정책에 사용자 참여
- 의료급여제도의 효율적 운영을 위한 통합관리
- 지역의 지급능력에 따른 지역분담금의 차등화
- 진료비체불 방지를 위한 제도적 장치마련
- 의료기관의 부당진료방지의 제도화

빈곤 장애인의 기초생활보장 방안:

장애수당의 확대

권 선 진(평택대학교 사회복지학부 교수)

1. 서: 장애인과 기초생활보장

우리 사회에서 장애인은 대표적인 취약계층으로 소득감소와 함께 지출측면에서 추가비용을 발생시킴으로써 경제적 부담을 안고 있다. 소득감소는 장애를 이유로 고용에서의 불이익이나 저임금을 통해 이루어지며 다른 한편으로 장애인을 돌보기 위해 가족원이 취업을 포기한 경우에도 발생된다. 이런 이유로 장애인 가구의 소득이 낮은 수준임에도 불구하고 장애인 가구는 일반인 가구에 비해 더 많은 지출을 해야 하는 상황에 놓여 있다는 점에서 문제의 심각성이 있다. 장애 치료를 위한 비용, 간병비, 보장구 구입과 같이 장애와 직접적으로 관련있는 지출뿐만 아니라 교통비 등 간접적인 추가비용이 발생하게 된다.

그 동안 정부는 장애인복지 관련법의 개정을 통해 장애인의 생활안정과 고용촉진 대책 등을 수립해 왔다. 그렇지만 이러한 장애인복지 시책들이 과연 장애인들의 기초생활을 보장해 왔는가. 우리 사회가 장애인이 불편 없이 생활할 수 있는 통합의 여건을 마련해 왔는가. 국민기초생활보장법과 사회

보장 관련법에 따라 장애인을 비롯한 전 국민이 질병, 실업, 빈곤으로부터 자유롭게 되었다면 왜 생계를 비관하여 자살하거나 유서를 돌리는 일이 발생하는가.

장애인복지법 제4조 1항에 의하면 “장애인은 인간으로서의 존엄과 가치를 존중받으며, 이에 상응하는 처우를 받는다”로 장애인의 기본적 권리를 규정하고 있다. 이러한 법적 조항에도 불구하고 장애인들은 평균적으로 빈곤이하에서 생활하고 있는 경우가 대부분이다. 현재 장애인의 소득보장에 관련해서는 기초생활보장법상의 급여, 장애인복지법상의 수당제도, 감면 및 할인제도, 국민연금의 장애연금 등을 볼 수 있는데, 대상자의 제한, 조기장애인의 제도 적용 미비 등으로 사각지대가 존재하며, 공평한 복지지원이 이루어지지 못하고 있다. 특히 IMF 이후 많은 이들이 실업으로 인해 빈곤층으로 전락하였고, 특히 장애인들에 대한 소득보장의 틀이 구축되지 않은 현실에서 장애인들이 빈곤으로 빠질 가능성은 한층 높다고 하겠다. 이에 장애인의 생활실태와 제도적 문제점을 바탕으로 가장 적극적인 대안이 될 수 있는 장애수당의 확대 방안을 중심으로 논의하고자 한다.

2. 장애인 기초생활보장의 문제점

현재 장애관련 시책 가운데 기초생활보장과 밀접한 연관성을 갖는 제도는 장애수당제도이다. 장애수당은 일정한 자격을 갖추면 누구에게나 지급되는 데모그란트(demogrant)인 사회수당의 형태이다. 장애수당은 기본적으로 특별한 비용(추가비용)에 대한 보상의 성격과 소득능력 결핍에 대한 보상의 성격을 동시에 갖는다(유동철, 2001). 이러한 측면에서 현 장애수당은 수당

이라는 명칭이 붙어 있긴 하지만 공공부조라 할 수 있다.

장애인복지법 제44조의 “국가와 지방자치단체는 장애정도와 장애인의 경제적 생활수준을 고려하여 장애인의 소득보전을 위해 장애수당을 지급할 수 있다”는 조항에 근거하여 지급하고 있다. 또한 동법 시행령 제25조의 제1항에서는 “생활보호법에 의한 보호대상자로서 장애로 인한 추가적 비용보전이 필요한 자”로 장애수당의 지급대상자를 지정하고 있다. 그러나 시행령에서는 “예산의 범위 내에서 보건복지부 장관이 정한다”로 규정하여 장애수당을 예산에 따라 결정하도록 하고 있다.

이에 따라 현재 기초생활보장 생계급여 수급 장애인으로 1급 또는 2급(정신지체, 발달장애는 3급)인 총 9만1천명에 대해 월 4만5천 원을 지급하고 있다. 장애인복지법에서 정하는 바와 같이 장애수당은 장애로 인한 추가비용을 보전하기 위해 저소득층의 장애인들에게 지급하는 것이다. 즉, 장애인 가구의 추가비용을 산출하고 그에 기초하여 수당액을 결정하여야 한다는 것이다. 그러나 현행 제도는 장애유형이나 장애등급에 따른 욕구의 차이를 반영하지 못하고 있다.

〈표 1〉 장애유형별·장애등급별 추가비용 (단위: 천원)

구분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	평균
지체장애	212.3	171.3	88.0	62.8	51.2	45.0	105.1
뇌병변장애	349.2	243.4	168.7	160.3	140.5	92.4	192.4
시각장애	135.3	180.6	107.3	88.0	51.4	72.4	105.8
청각장애	-	58.5	75.6	90.4	58.6	35.0	63.6
언어장애	-	-	171.4	52.7	-	-	112.1
정신지체	164.4	238.2	277.0	-	-	-	226.5
발달장애	280.2	354.2	188.3	-	-	-	274.2
정신장애	229.5	111.5	81.1	-	-	-	140.7
신장장애	-	363.8	-	-	181.3	-	272.6
심장장애	163.6	134.0	164.1	-	-	-	153.9

즉, <표 1>과 같이 1999년도의 최저생계비 조사에 의하면 발달장애의 경우 월평균 추가비용이 27만4천 원인데 비해, 청각장애의 경우에는 6만4천 원에 불과하다. 그리고 지체장애 1급의 추가비용은 21만2천원인데 비해 같은 장애 6급은 4만5천원 밖에 되지 않는다. 이와 같이 동일한 장애유형 내에서도 장애등급에 따라 극심한 차이를 보이고 있다(이선우, 2001). 따라서 현재의 4만5천원은 모든 장애인에 있어 대단히 부족한 금액이다.

두 번째로는 대상자 선정에 관한 문제이다. 2000년도 4인 가구의 국민기초생활보장 대상자 선정 기준소득이 월 93만원이었다. 2000년도 장애인 실태조사 결과 장애인 가구의 월평균 소득은 108만원이었고, 장애로 인한 추가지출 비용이 15만8천원이었다(의료비 83천원, 교통비 29천원, 보장구 16천원, 간병비 10천원 등). 그렇다면 단순히 비교하더라도 평균적 소득이 있는 모든 장애인 가구는 최저생계 이하의 생활을 할 수밖에 없음을 알 수 있다. 현행 국민기초생활보장제도에서는 장애인의 추가지출 비용을 고려하지 않고 있기 때문에 기초생활보장 대상자 선정기준인 최저생계비보다 낮은 장애인 가구는 결국 모두 최저생계조차 꾸려가지 못하는 극빈한 생활에 직면하게 된다.

현행 장애수당은 국민기초생활보장대상자인 중증장애인으로 한정하고 있다. 즉, 소득기준과 장애정도 기준을 함께 적용하고 있는 것이다. 이러한 점에서 현 장애수당제도의 소득기준은 장애인과 그 가족은 인간다운 최저생활을 누릴 자격조차 없음을 강요하는 기준임이라고 할 수밖에 없다. 현재 수급자 선정시 장애관련 공제제도가 마련되지 않아서 장애인 가구가 수급자로 선정되는데 상대적으로 더 불리하게 되어 있다. 따라서 부가급여로 결

정되는 금액만큼을 수급자 선정시 소득(소득인정액)에서 공제해 주어야 함에도 불구하고 그러하지 못하다.

이와 관련하여 차상위 소득계층에 대한 지원이 극히 미미하다는 점도 빼놓을 수 없다. 현재 차상위 소득계층의 장애인에 대해서는 자녀학자금 지원, 생업자금 용자가 이루어지고 있으나 대상자가 극히 한정되어 있으며, 기타 일반 장애인을 위한 30여종의 이용료, 세금 감면 등의 시책이 있으나 이 역시 저소득 장애인의 이용이 불가능한 경우가 많아 생계에는 별 도움이 못되고 있다. 이에 따라 기초생활보장제도에서 적용되는 차상위계층이 수급자로 선정되어야 하는데, 불합리한 부양능력 기준, 불합리한 재산기준, 저소득층에 대한 홍보미비 등의 원인으로 여기서도 누락되는 장애인이 많다는 문제점이 지적되고 있다(허선, 2001). 결국 수급자와 차상위 계층간의 소득역전 현상 등 형평성 문제가 제기되고 있어 장애인가구의 경우 차상위 계층가구로 선정되는데 있어 불리하지 않도록 하는 조치가 필요하다고 하겠다.

세번째는 <표 2>에서 보는 바와 같이 장애수당 외에 법적으로는 장애아동부양수당과 보호수당(제45조)을 지급할 수 있도록 하고 있는 바, 그 근거는 추가비용의 보전을 위해 지급하는 것으로 규정되어 있다. 그렇지만 이 수당은 현재 시행되지 않고 있다. 중증장애인을 둔 가족의 경우에는 장애인의 간병, 수발에 필요한 지원을 받지 못해 본인의 경제활동이나 사회활동을 포기하면서 장애인을 돌보아야 하는 부담을 떠안고 있는 실정이다. 이로 인해 생계를 위해 장애인을 돌보지 않거나 부양에 따른 스트레스로 인해 시설로 입소하거나 가족이 시설로 보내기를 희망하는 경우가 많은 실정이다.

〈표 2〉 장애관련 수당의 기본개념

구 분	기본 개념
장애수당	<ul style="list-style-type: none"> ○ 연령: 장애아동수당 종료연령~노령수당 수급연령 ○ 장애정도: 일정한 장애정도 이상(고정적인 수입이 있는 직업에 향 후 몇 년 이상 종사하기 어려운 상태)
장애아동수당	<ul style="list-style-type: none"> ○ 연령: 출생연령~고등학교 졸업연령 ○ 장애정도: 추가비용이 발생하는 보호가 필요한 수준 이상
보호수당	<ul style="list-style-type: none"> ○ 연령: 장애아동수당 종료 연령 이상 ○ 장애정도: 전일로 보호가 필요한 수준

자료: 김용득, 빈곤장애인의 소득지원 체계의 개편, 2000.

3. 장애인 기초생활보장을 위한 정책적 과제

첫째, 장애인의 최소한의 생계를 보장하기 위해 기본적으로 국민기초생활 보장제도에서 장애유형과 등급별, 연령별 추가지출 비용을 고려하여 최저생 계비 수준을 산정해야 한다. 이와 관련하여 장애인 가구가 기초보장 수급자 로 선정되는데 상대적으로 불리하게 되어 있는 규정을 합리적으로 개선하 여 최저생활을 하고 있지 못한 장애인가구를 합리적으로 개선하여 기초보 장 수급자로 선정될 수 있도록 하는 것이 가장 시급하다. 이를 위해서는 불 합리한 자격요건 완화, 장애로 인한 추가비용 공제제도 도입 등이 필요하 다.

둘째, 장애수당은 단계적으로 차상위계층의 모든 장애인에게 지급하되, 장애유형과 등급별, 연령별 추가지출 비용을 고려하여 차등적으로 지급해야 한다. 지급수준은 실제 추가비용만큼 보장되어야 한다. 장기적으로는 소득 에 상관없이 모든 장애인에게 지급하되, 일시에 확대하기 어려운 경우 소득

상한선(예: 근로자 평균소득의 일정 수준)을 두고 단계적으로 실시하도록 한다.

셋째, 현재 법규정에만 존재하는 장애아동 부양수당과 보호수당을 1, 2급 의 중증장애인을 대상으로 지급하되, 보호가 필요한 정도에 따라 차이를 두 고 시행하여야 한다. 예컨대 급여수준은 하루 종일 보호가 필요한 경우에는 간병인(개호자) 1명을 고용할 수 있는 정도로 하거나 간병인을 무료로 제공 할 수 있도록 한다.

넷째, 장애수당의 개선과 더불어 장기적으로 장애인종합보장제도(package care)의 도입이 필요하다. 장애인으로서 소득보장을 위한 지원대상자로 선 별된 후 한가지 종류의 지원에 그쳐 실질적인 소득보장이 이루어지기 어려 울 뿐만 아니라, 기본적으로 인간적인 생활을 유지하기에도 부족한 실정이다. 이를 위해 장애수당의 지급대상자로 선정되었을 경우 추가적으로 필요 한 서비스가 자동적으로 수급 가능하도록 하는 방안이다.

4. 결 : 빈곤에서 독립생활로

장애인이 독립적이고 질적인 삶을 영위하기 위해서는 최소한의 소득보장 을 위한 경제적 욕구가 충족될 수 있어야 한다. 기존의 장애인복지가 시설 복지, 구호나 시혜적 복지였다면 앞으로의 장애인 복지는 사회통합과 자립 생활이라 할 수 있다. 선진국에서는 탈시설화의 움직임과 함께 장애를 더 이상 구호의 대상으로 간주하지 않고 있으며, 사회구성원으로서 동등하게 살아 갈 수 있도록 지원하고 있다. 이에 따라 장애인이 일방적인 도움을 받

는 대상이 아니라 주체적으로 스스로 결정하고 필요한 지원을 받고 외출이나 교육 등 스스로의 자립생활을 영위해 갈 수 있는 사회적 여건을 조성하고 있다.

외국의 경우이기도 하지만 중증장애인이 집에서 혼자서 생활하면서 필요한 서비스 즉, 교통, 목욕, 교육 등의 서비스를 개호인을 통해 받는 사례를 볼 수 있다. 이러한 서비스는 장애수당과 같은 현금지원을 통해서 가능하며, 도움을 주는 사람이나 도움을 받는 사람 모두 수치감을 갖지 않으면서 자연스럽게 이루어진다. 따라서 장애인의 독립적인 생활을 위해서는 장애수당의 현실화가 가장 적극적인 대안이며, 현재와 같이 평균적인 추가비용에 도 못 미치는 수준의 장애수당으로 사회통합을 말한다는 것은 공허한 외침일 뿐이다.

한국 사회보장정책의 현황 및 향후과제

보건복지부 기초생활보장심의관 신흥권

I. 사회보장 정책의 기본방향

우리가 지향하는 선진복지국가는 시장경제원리와 사회적 형평성의 조화로 '건강한 국민, 더불어 사는 사회'를 구현하는데 초점을 두고 있다. 저소득 취약계층에 대한 기초생활과 사회참여를 적극적으로 보장하되, 빈곤의 늪에 빠지지 않고 오히려 근로의욕을 고취할 수 있는 사회, 그리고 모든 국민이 소득과 건강이 보장될 수 있도록 사회보장정책을 수립하고 시행하는데 목표를 두고 있다. 이러한 목표를 달성하기 위하여 저소득층에 대한 국민기초생활보장, 노인·장애인등 사회취약계층을 위한 복지서비스 강화 그리고 연금 및 의료보장제도의 내실화 등을 중점적으로 추진할 필요가 있다.

1. 국민기초생활보장 및 저소득층 자활지원 강화

저소득층에 대한 빈곤퇴치와 자활지원을 위하여 2000년 10월부터 국민기초생활보장제도가 시행되었다. 이는 해방이후 빈곤시책의 역사적 전환으로써 선진복지국가로 가는 기틀을 만드는 것이다. 이 제도의 시행으로 최저생계비이하의 저소득계층에게 생계·교육·의료 등 최저생활을 보장하게 된

다. 한편, 생산적 복지의 이념에 따라 근로능력이 있는 자는 일을 통해 자립할 수 있도록 근로의욕을 높이기 위한 제반 인센티브를 강화시켜 나가고 있다.

2. 노인·장애인·노숙자 등 사회취약계층 보호강화

노인복지에 대하여는 기본적으로 국민연금을 통해 안정적인 노후생활을 보장하는 한편, 국민연금대상자에게 제외된 저소득층 노인을 위한 경로연금의 대상과 수준을 확대시킬 필요가 있다. 또한 일할 수 있는 노인에게 일거리를 제공하기 위해 종합대책을 수립·시행하고, 자원봉사활동을 활성화하며 노인 일거리 마련 사업을 지속적으로 추진해 나간다. 만성질환 노인을 보호하기 위한 종합대책을 마련하고 노인요양시설과 치매요양시설을 확충해 나간다.

장애인복지에 대하여는 장애범주를 기존 지체장애 등 5종에서 만성 심장·심장 질환 등 10종으로 확대한 바 있다. 이와 같이 범주 확대에 따라 등록장애인이 '99년 약 70만명에서 2001년 현재 100만명 이상으로 늘어났다. 장애인의 생활안정을 지원하기 위하여 장애수당 지급대상과 장애인의료비 및 자녀교육비 지원대상도 지속적으로 확충한다. 장애인 재활사업을 내실화하고, 장애인의 사회참여 확대 여건을 조성하기 위하여 편의시설을 조속히 설치해 나가야 할 것이다.

노숙자와 쪽방거주자등 사회취약계층에 대한 보호대책도 강화해 나가야 할 것이다. 노숙자의 사회복지권을 강화하기 위하여 재활사업을 활성화하는 한편, 쪽방 거주자를 위한 상담소와 편의시설을 설치하고, 자활공동주택을

마련하여 무료사용하는 방안도 함께 추진한다.

3. 연금 및 의료보장제도의 내실화

소득보장의 근간이 되는 전국민 연금생활시대가 열렸다. 현재 5인 이상 사업장 근로자 및 자영업자등이 국민연금을 가입하도록 의무화하고 있고, 연금혜택을 받는 연금수급자는 2001년 68만명에 이르고 있다. 앞으로 국민연금의 내실화를 기하기 위하여 납부예외자, 미신고자 등 사각지대를 해소해 나가고, 지역가입자에 대한 합리적인 보험료 부과기준을 마련하며, 영세사업장 근로자를 직장가입자로 단계적으로 편입해 나갈 것이다. 국민연금기금은 2000년 58조원에서 2010년에는 218조원으로 늘어나게 된다. 따라서 연금재정은 공공성, 안전성, 수익성의 운용원칙아래 전문가로 구성된 기금운용본부의 역량을 강화하여 나가고, 기금운용성과에 대한 외부평가제를 실시하도록 한다.

2000년 7월부터 기존에 운영하던 공무원의료보험, 직장의료보험 및 지역 의료보험이 하나의 의료보험으로 통합되었다. 의료보험통합은 모든 국민이 보험료를 형평하게 부담하고 소득재분배 및 위험분산 기능을 극대화하고, 전국 어디서나 똑같은 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다.

의료보호제도도 근본적으로 개혁하고 있다. 2000년에 의료보호법을 전면 개정하여 보호대상자를 기초생활보장제도 시행에 맞추어 재조정하고, 의료보호 재정 안정대책을 마련하며, 의료보호 관리를 지방자치단체에서 전문기관에 위탁하는 방안을 추진하고 있다.

4. 우리나라 및 주요 선진국의 사회보장 예산 현황

○ 우리나라 복지예산 규모(억원)

구 분	'98	'99	2000	2001
GDP	4,495,088	4,838,000	5,243,000	5,520,879
정부일반회계예산	755,829	836,851	887,363	941,246
보건복지부 예산	31,127	41,611	53,100	62,727
-사회보장예산	27,936	38,419	49,838	48,530

○ 우리나라 복지예산의 일반회계대비 비율(%)

구 분	'97	'98	'99	2000	2001
사회개발비	8.87	9.14	11.04	11.88	13.05
사회보장비	6.23	6.05	7.30	9.09	10.11
보건복지부예산	4.22	4.12	4.97	5.98	6.66

- 사회개발비: 사회보장 + 문화·체육 + 보건·생활환경개선 + 주택및 지역사회개발

- 사회보장비: 의료보험 + 보훈 + 근로자 복지 + 기타사회복지 + 국민연금

○ OECD 선진국 GDP대비 사회보장비 비율(1995년 기준)

국 가	GDP 대비 %	국 가	GDP 대비 %
스웨덴	33.4	미국	16.3
덴마크	32.6	일본	14.1
프랑스	30.1	터키	6.8
독일	29.6	한국	6.8 (4.8)
영국	22.8	멕시코	3.7

- 한국은 1997년 기준이며 1995년 5.3%, ()은 퇴직금 제외시

II. 국민 기초생활의 보장

1. 국민기초생활보장제도 개요

국민기초생활보장제도는 가족의 도움이나 본인 스스로의 힘으로 생계를 유지할 능력이 없는 절대빈곤층 국민들에게 생계, 교육, 의료, 주거, 자활 등의 기본적 생활을 국가가 보장해 주는 제도이다. 기초생활보장제도는 저소득층에 대한 국가책임을 강화하여 국가의 보호를 필요로 하는 절대빈곤층의 기초생활을 보장해 줌으로써 우리나라에서 가난을 없애는 중요한 의미가 있는 제도이다. 이 제도는 수급자 선정기준에 해당하는 모든 가구에 대하여는 연령이나 근로능력 유무와 관계없이 생계보호, 주거보호, 교육보호, 의료보호 등의 기본적인 생활을 보장하되, 근로능력이 있는 수급자에 대하여는 조건부급여 및 근로소득공제제도 등 근로유인 장치를 두어 자립을 적극 유도하고, 취업알선·직업훈련·자활공동체사업 및 생업자금 융자 등 종합적인 자활지원서비스를 제공하는 생산적 복지제도이다.

국민기초생활보장제도는 다음과 같은 특성을 가지고 있다. 첫째, 종전의 생활보호제도에서는 근로능력이 있는 자가 최저생계비수준 이하의 생활을 영위하더라도 의료보호, 자녀학비와 동절기 6개월의 생계비 일부만을 지원 하였으나, 새 제도에서는 근로능력이 있다하더라도 생활이 어려운 경우에는 의료보호와 자녀학비는 물론 생계비를 지급하게 된다. 둘째, 이 제도는 모든 대상자에게 최저생계비에서 자신의 소득을 뺀 나머지를 지원하는 보충급여를 실시함으로써 최저생계비 이상의 생활수준을 보장하게 된다. 또한 주거급여와 긴급급여를 신설하여 저소득층의 주거안정과 긴급 시 생계급여

를 실시할 수 있도록 하였다. 셋째, 생산적 복지를 구현하기 위하여 수급자에 대한 가구별 자활지원계획 수립, 근로유인장치 등을 마련하고 있다. 근로능력자의 자립·자활을 체계적으로 지원하기 위하여 수급자의 근로능력, 자활욕구, 가구여건 등을 토대로 가구별 자활지원계획을 수립하여 자립능력에 맞게 자활후견사업, 고용 서비스 등 자활사업에 참여하게 된다.

2. 수급자 선정

국민기초생활보장 수급자는 수급자 및 부양의무자에 대한 엄밀한 자산조사(Means Test)를 거쳐 선정하게 된다. 국민기초생활보장법에 의하면 수급권자는 '부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서 최저생계비를 감안하여 보건복지부장관이 개별 가구의 소득평가액과 재산을 기준으로 매년 정하는 수급권자 선정기준에 해당하는 자가 될 수 있다. 즉, 소득평가액과 재산기준, 부양의무자 기준 등 세 가지가 선정기준이다.

소득평가액 기준은 중앙생활보호위원회의 심의를 거쳐 공표한 최저생계비를 토대로 결정되고, 재산기준은 최저생계비 계측결과 순재산의 시가를 기준으로 결정된다. 아울러, 재산기준의 한계를 극복하기 위하여 주택 및 토지의 면적기준과 승용차 기준을 도입하였다. 부양의무자 기준은 소득과 재산으로 부양의무자의 부양능력을 판정하여 부양능력이 없을 경우 신청자가 수급자로 될 수 있으나, 부양의무자가 부양을 할 수 없는 상황에 있거나 부양을 거부·기피하는 등의 사유로 사실상 부양을 받지 못하는 경우에도 수급자로 선정될 수 있다. 다만, 부양능력이 있음에도 부양을 거부하거나

나 기피하여 급여를 실시한 경우에는 보장비용을 징수하게 된다.

2001년도 수급자 선정기준

<소득 및 재산기준 금액기준> : 소득평가액과 재산가액이 다음 기준 이하인 자

가구 규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인
소득평가액(월)	33만원	55만원	76만원	96만원	109만원	123만원	1인증가시마다 13만원씩 증가
재산	3,100만원		3,400만원		3,800만원		

<주택, 토지, 자동차등 식용기준> : 다음의 기준에 해당하는 가구는 수급자 선정에서 제외

구분	기준
주택	○ 전용면적 20평(66㎡)초과하는 주택 임차(전세, 월세)가구 ○ 전용면적 15평(50㎡) 초과하는 주택 소유가구
토지	○ 농업종사가구중 시·도별 농가구당 평균경지면적을 초과하는 경지(논,밭)를 소유한 가구
자동차	○ 장애인·생업용 외 승용목적의 차량 소유가구

이러한 수급자 선정기준에 의하여 2001년도에 국민기초생활보장의 수급자로 적용받고 있는 자는 약 71만 가구 151만 명이다. 수급자는 작년 10월 149만 명보다 2만 명이 늘어난 상태다. 이제도가 도입된 작년도의 경우 수급자 선정을 위하여 급여신청 접수를 받아 기존 생활보호자와 신규 신청자 86만 가구 194만여 명에 대하여 우선 부동산·국세·연금·금융자산에 대한 전산조회를 실시한 후 가정방문·상담을 통하여 추가 확인조사를 실시

하고, 동시에 주거상황·생활실태조사 등 소속·자산조사를 실시하였다. 또한 수급대상자를 확정하기 전에 조사결과를 미리 통보하고 소명기회를 충분히 주어 소명내용을 확인하는 등 수급자 선정과정의 적정성을 기하도록 하였다. 이와 같은 과정을 거쳐 최종적으로 69만 가구 149만 명을 국민기초생활보장 수급자로 선정하여 2000년 10월부터 급여를 실시하였다.

3. 기초생활보장 급여

국민기초생활보장제도의 급여는 먹고, 입고, 교육받고, 치료받는 등의 기본생활을 보장해주는 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여와 자립·자활을 지원해주는 자활급여가 있다. 다만, 급여를 받는 자(수급자)로 결정되기 전에 긴급히 보호를 받아야 될 필요가 있는 경우에는 긴급급여를 받을 수 있다.

수급자로 선정되면 가족 수와 가구의 소득 등을 고려하여 생계비를 지급 받게 된다. 현금으로 지급받는 총생계급여액은 최저생계비에서 가구소득액과 타법에 의한 감면액(주민세, 전화요금, TV수신료 등)을 제외한 금액이다. 즉, 최저생계비에서 가구전체의 소득액을 뺀 나머지를 지원하는 보충급여를 실시하여 최저 생계비 이상의 생활수준을 보장한다. 금년의 경우 4인 가구를 기준으로 기초생활보장급여는 최저생계비인 96만원을 보장한다.

4. 조건부수급자 및 자활지원

국민기초생활보장제도의 시행으로 최저생계비 이하의 모든 저소득층이 국가로부터 기초생활을 보장받게 됨에 따라, 수급자의 근로의욕 저하와 복

지의존성에 대한 우려가 제기된다. 이에 따라 근로능력이 있는 수급자에 대하여는 자활사업에 참가할 것을 조건(조건부수급자)으로 생계급여를 지급하도록 함과 동시에, 근로를 하는 경우 근로장려금을 추가로 지급하는 소득공제제도를 두는 등 수급자의 근로의욕 저하를 방지하는 제도적 장치를 마련하였다.

구체적으로 살펴보면, 근로능력이 있는 수급자에 대하여는 근로능력, 가구여건, 자활욕구 등을 고려하여 가구별로 자활지원계획을 수립, 적합한 자활사업을 제공함으로써 체계적으로 자활을 지원하도록 하였다. 이 경우 정당한 사유 없이 자활사업 참가를 거부·해태하는 때에는 일정기간 수급자 본인의 생계급여를 중지하여 근로의욕 감퇴를 방지하도록 하였다. 또한 수급자의 근로활동을 유도하기 위해 소득산정시 그 소득의 일부를 공제하는 소득공제제도를 둬으로써 조건부 생계급여와 균형을 이루도록 하였다.

조건부수급자에 대한 체계적이고 전문적인 자활지원서비스를 제공하기 위해 취업대상자에 대하여는 취업을 촉진하기 위해 노동부 직업 안정기관을 통해 직업훈련, 취업알선 등 고용서비스를 제공하고, 비취업대상자에 대하여는 자활후견기관 등에 의뢰하여 자활공동체 창업, 자활공공근로사업, 자원봉사 등에 참여할 수 있도록 한다. 근로능력이 부족한 수급자의 자활후견서비스와 지역사회 자활사업을 활성화하기 위해 자활후견기관을 '99년 20개소에서 2000년 70개소로 2001년에는 170여개소로 확대 지정하였다.

5. 복지행정인프라 구축

국민기초생활보장법은 제정당시 이를 시행할 수 있는 인력 및 조직 등 행정인

프라이프라이프가 매우 부족한 상태였으나, 그럼에도 불구하고 경제위기로 인하여 생활고를 겪는 국민들을 조기에 보호하기 위하여 1년 만에 시행토록 결정되었다. 따라서 생산적 복지정책의 성공적인 정착을 위한 전제조건인 전문인력, 전산화, 자활사업의 시행기반 등 행정인프라가 조속히 구축할 필요가 있다. 정확한 수급자 선정, 가구별 자활지원계획의 수립 등 전문적 서비스 전달을 위하여 금년도에 사회복지전담공무원 500명을 추가로 배치하고 앞으로 7200명까지 확충해 나갈 계획이다.

<사회복지전담공무원 확충계획>

'99년	2000년	2001년	2002
3,000명	4,800명	5,500명	7200명

기초생활보장 수급자 선정·관리 등 업무효율화를 위해 읍·면·동에 LAN을 구축하고 시·군·구 행정정보화사업을 조기에 완료해 나갈 것이다. 또한 소득·재산조사의 실효성을 확보하기 위해 지방행정전산망과 토지·건물·국세·Work-Net 등 관련 전산망을 연계하여 복지행정 정보화 환경을 구축하는 등 복지행정의 효율성을 획기적으로 제고할 계획이다.

아울러, 중앙 및 지자체의 자활지원 전담조직 설치, 자활관련기관간 상시 연계체계 구축, 표준자활지원 모형 개발, 자활후견기관 확대 및 전문인력 육성 배치등을 추진할 예정이다.

Ⅲ. 노인, 장애인, 노숙자 등 취약계층 보호

1. 노인복지서비스

1-1. 고령화 사회의 도래

우리 나라는 평균수명의 연장 등으로 인구의 노령화가 급속히 진행되고 있다. 1960년에 52세에 불과하던 전 국민의 평균수명이 1980년에는 66세, 1995년에는 74세로 늘어났다. 평균수명은 2000년의 약 75세를 거쳐 2020년에는 약 78세까지 늘어날 전망이다.

2000년부터 우리 나라 65세 이상의 노인인구는 전체인구의 7.1%인 337만 명으로 전체인구의 7%를 넘어 고령화사회(aging society)로 진입하였고, 2022년에는 14%인 750만 명을 넘어서 바야흐로 고령사회(aged society)가 될 것으로 전망되고 있다.

1-2. 경로연금의 지급

현재 65세 이상 노인의 과반수가 열악한 생활을 유지하고 있는 것으로 알려져 있고 노후 준비가 되어있지 않은 노인의 비율이 47%에 이르는 등 대부분 노인이 스스로의 노후대책이 없어 자녀에게 생활을 의존하고 있는 것으로 파악되어 있다. 저소득 노인의 소득보장의 일환으로 1991년부터 70세이상 생활보호대상 노인에게 노령수당을 지급하기 시작하였다. 1997년 8월 노인복지법을 개정하여 무각출 경로연금제도를 도입하여 1998년 7월부터 생활보호노인 및 저소득노인에게 매월 경로연금을 지급하고 있으며,

2001년의 경우 715천 명을 대상으로 월 3~5만원을 지급하여 경제적으로 어려움을 겪고 있는 노인들에게 노후생활의 안정을 도모하고 있다.

앞으로 경로연금이 생활보호노인 및 저소득노인에게 실질적인 소득보장이 될 수 있도록 지급액을 연차적으로 인상하는 한편, 지급대상자 확대를 위하여 국민연금제도 정착이후에도 연금수급을 할 수 없는 노인계층도 대상자에 포함될 수 있는 방안도 검토하여 경로연금의 내실화를 도모할 계획이다.

1-3. 치매·중증질환노인 보호

현재 65세 이상 노인 인구의 약 8.3%인 28만 명 정도가 치매노인으로 추정되고 있고, 인구 증가에 따라 계속적으로 늘어날 것으로 예상되고 있다. 그리고 치매의 특성상 가족의 정신적, 육체적, 경제적 부담이 매우 심각한 것으로 인식되고 있다. 그러나 아직까지 치매노인을 위한 치매전문요양시설이 12개소, 치매요양병원도 11개소가 설치 중에 있으나 아직까지 4개소 밖에 운영중에 있지 않는 등 중증질환노인을 위한 전문진료기관이 부족하며, 또한 전문인력 양성체계 및 종합적인 연구기능도 미흡한 상태이다.

이에 따라 치매노인문제에 대한 종합대책을 마련·추진하고 있다. 전국 보건소에 치매상담신고센터를 설치하고 치매상담전문요원을 배치하여 치매 환자의 등록, 상담·간병지도, 치료에 대한 각종 정보를 제공함으로써 치매 발생의 예방과 함께 환자의 조기발견을 통한 치료 효과를 도모하고 있다. 또한 노인전문요양시설을 확충하여 1999년 12월 현재 총 21개소 시설에 2,238명의 기초생활보장 수급자 및 저소득층의 치매 등 중증 질환노인들이

보호를 받고 있다. 2003년까지 60개소로 확충함으로써 가정 또는 일반요양원에서 보호하기 어려운 중증 치매노인을 보호해 나갈 계획이다.

1-4. 재가노인에 대한 보건복지서비스 확대

핵가족화 및 여성의 사회참여 확대로 부양가족이 없는 노인이 증가하고 있으며, 특히 전체 노인의 약 34%가 제3자의 도움이 없이는 일상생활이 곤란하다는 연구보고가 있는 등 재가노인복지사업의 수요는 급증하고 있다. 이에 따라 정부에서는 노인세대 중 정신적·신체적 장애가 있는 노인들을 대상으로 그들이 가정과 지역사회에서 가족 및 친지와 더불어 생활을 할 수 있도록 각종 서비스를 제공하는 재가노인복지사업을 실시하고 있다.

가정봉사원 파견사업 정신적·신체적 이유로 혼자서 일상생활을 하기가 곤란한 노인을 위하여 식사시중, 목욕·용변수발, 병원안내 등 각종 생활편의를 제공하는 「가정봉사원 파견시설」이 현재 78개소 운영중이다. 재가노인 복지사업기관의 가정봉사원에 대한 필요한 지식과 기술의 함양을 위해 실시하는 교육훈련에 필요한 비용도 지원하고 있다.

주간보호(Day-Care) 및 단기보호(Short-Stay)사업 부양가족의 질병, 출장 등 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 노인을 낮 동안 또는 수일간(2-3일간 또는 10-40일간) 입소시켜 급식·목욕, 여가생활서비스 등을 각종 서비스를 제공하는 주간 및 단기보호시설은 2000년 현재 각각 42개소, 21개소가 운영 중에 있다. 2000년 현재 총 141개소인 재가노인복지시설(가정봉사원파견시설, 주·단기보호시설 포함)을 2003년까지 시·군·구 당 1

개소 이상씩 확충할 계획이며, 종사자 자질 향상 및 서비스 프로그램 개발 지원을 추진하고 있으며, 획일적인 운영비 지원 방식에서 탈피하기 위해 이용노인수 및 제공 서비스 등 운영실태에 따라 운영비를 차등적으로 지원하고 있다.

1-5. 경로식당 지원 및 혼자 사는 노인보호

가정형편이 어렵거나 기타 부득이한 사정으로 식사를 거르는 결식노인에 대하여는 무료 경로식당을 계속 확대·설치하고 있다. 1998년도에 181개소의 경로식당사업을 시작하였고, 1999년도 673개 경로식당에서 84만 명에게 급식을 하였으며, 2001년에는 약 77억 원을 지원할 계획이다. 또한 치매·중풍 등 노인성 질환으로 거동이 불편하여 무료경로식당조차 이용하지 못하는 노인들에게 2000년 4월부터 무료 식사배달 사업을 실시하고 있으며, 2001년의 경우 약 50억 원을 지원하여 84명에게 무료급식을 실시할 계획이다.

혼자 사는 노인에 대한 보호대책으로서 전화 달아드리기 운동과 결연 확대 및 말벗 맺어주기 운동을 전개하여 노인복지회관, 지역사회 자원봉사자들을 통하여 정기적인 안부 전화와 방문 등을 제공하고 있으며, 위급상황시 인근 사회복지관 및 소방서에 응급구조를 요청할 수 있는 응급 자동신고 시스템을 구축하고 있다.

2. 장애인복지서비스

2-1. 장애인복지의 기본방향

장애인복지의 기본목표는 장애인의 완전한 사회참여와 평등을 보장하는 것이다. 이러한 목표를 달성하기 위한 장애인복지정책의 중점 추진 방향은 다음과 같다. 첫째, 장애인복지정책의 장기 전략을 수립하여 장애인의 복지 수요를 예측하고 사회의 급변에 따른 복지수요에 적절하게 대처하며, 장애인의 사회통합을 위한 복지서비스의 제공, 정부 및 민간단체의 상호협력관계를 조성해 나가며 둘째, 장애인의 사회참여활동을 강화하기 위하여 일반인이 장애인에 대하여 가질 수 있는 부정적 편견을 바로 잡기 위해 적극적인 홍보활동을 전개해 나가며, 장애인의 사회활동 촉진을 위해 각종 편의시설을 확충하고 셋째, 장애인복지시책의 내실화를 위해 중증·중복장애인의 완전한 보호를 위한 복지시설의 확충과 보호수준의 향상, 장애수당의 지급 등 장애인의 각종 사회적·경제적 지원을 확대하며, 재가장애인이 일반인과 동등하게 사회생활을 할 수 있도록 자립능력 향상을 위한 재활서비스 제공에 중점을 두고 있다.

2-2. 장애발생 예방

선천적 장애의 발생을 예방하기 위하여 1997년부터 모든 신생아에게 국고부담으로 무료로 선천성대사이상 검사를 실시하고 있으며, 저소득층의 선천성대사이상 환자에게는 특수조제분유 무료지급 등 사후관리를 하고 있다. 또한 임산부·영유아에 대한 무료 건강검진 및 예방접종, 임신·육아지침서의 발간과 보급 등 모자보건사업을 내실화하고 있으며, 유전성 질병 관련 장애발생 방지대책을 강화하고 있다.

장애의 88% 이상이 질병, 교통사고 등 후천적 원인으로 발생하는 것을 감안하여 후천적 장애발생 예방을 위해 퇴행성 근골격 장애, 뇌졸중 등에 의한 지체예방을 강화하는 등 성인병과 노인성 질환의 관리 철저를 기하고 있다. 또한 관계부처 및 단체의 협조를 얻어 2040년까지 산업재해율을 0.61%이하로 낮추기 위하여 제1차 산업재해예방 5개년(2000-2004)계획을 수립·추진하고 있으며 교통사고의 예방을 위한 시설물의 배치, 교통안전 문화 정착을 위한 교통안전 종합대책을 수립하여 실시하고 있는 등 후천적 장애 발생을 최소화하고 있다.

2-3. 장애인 소득보장

장애인들이 일상생활을 영위함에 있어서 필요한 소득을 보충시켜 주거나 금전적 지출을 감면해 줌으로써 장애인의 생활안정을 도모하기 위하여 자녀학비 지원, 의료비 지원, 자립자금 대여, 장애수당 지급 등 장애인의 소득보장을 위한 생업지원을 제도화하였다.

장애인 수당 다른 사람의 도움이 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 국민기초생활보장 수급자로서 중증·중복장애인의 생계안정을 위하여 1990년도부터 월 2만원씩 지급하던 장애수당을 2001년에는 92천명에게 월 4만5천원씩 지급하고 있으며 연차적으로 그 지급대상을 확대하고 월 지급액도 상향조정할 계획이다.

자녀교육비 국민기초생활보장 수급자는 아니나 생활이 어려운 저소득장애인 가구의 자녀에 대한 교육비를 1992년부터 지원하여 빈곤의 세습 방지와 균

등한 교육기회를 보장하여 장애인 가구의 생활안정을 도모하고 있다. 특히 1994년까지는 중학생, 1995년에는 실업고교까지 1996년도에는 인문고교생 중 성적상위 30% 학생까지, 1997년부터는 인문고교생 전원에게까지 확대하여 입학금 및 수업료 전액을 지원하고 있다.

장애인 의료비 국민기초생활보장법에 의한 수급자중 자활보호대상자인 장애인에 대하여 외래시 본인부담금의 75%, 입원의 경우 본인부담금 전액을 지원하여 장애인의 의료비 부담을 덜어주고 있다. 1980년부터 저소득장애인의 생활능력 향상을 위해 의지·보조기, 휠체어등을 지원해오던 보장구교부사업도 1997년부터 일부 품목에 대해 의료보험(보호) 급여가 실시된 이후 매년 급여품목이 확대됨에 따라 1999년 10월부터는 일상생활의 편의증진도모를 위하여 청각장애인용 TV자막수신기와 시각장애인용 음성손목시계를 교부하고 있다.

2-4. 직업재활서비스 확충

장애인복지의 궁극적인 목표는 장애인이 자기능력을 최대한 개발하여 적성에 맞는 직업을 가지고 사회적·경제적 활동에 참여하여 재할·자립을 도모하는 것이라 할 수 있다. 장애인 고용촉진을 위해서는 장애유형과 장애 정도에 적절한 직업훈련의 실시와 취업직종의 개발이 선행되어야 할 것이다. 이를 위하여 근로시설과 보호작업장을 증설하여 근로기회를 확대하여 취업에 필요한 기능을 습득하도록 직업훈련을 실시하는 한편, 취업알선과 의무고용제를 강화해 나감으로써 장애인의 직업재활을 도모하고 있다.

2-5. 장애인 편의시설 확충

편의시설이란 장애인, 노인, 임산부, 아동 등 이동에 불편을 겪는 사람들이 안전하고 편리하게 공공시설을 이용하고 정보에 접근할 수 있도록 하기 위한 시설을 말하며, 장애인전용 주차구역, 경사로, 장애인용 화장실, 점자 블록 등을 예로 들 수 있다. 이러한 편의시설은 장애인 등의 사회활동 참여를 촉진하는 기반시설임에도 불구하고, 그 동안 공공시설에 대한 편의시설 설치율이 낮아 이들이 사회참여를 더욱 어렵게 했던 것이 사실이다. 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률」이 제정된 것도 이러한 문제점을 개선하여 편의시설을 조속히 확충하고자 하는 노력의 일환이라고 할 수 있으며, 앞으로 이러한 장애인 편의시설을 조속히 설치해 나갈 수 국가와 민간이 다함께 노력해 나가야 할 것이다.

3. 노숙자 보호

3-1. 필요성

경기불황과 구조조정에 따른 실직자가 증가하면서 대도시 역사주변, 지하 보도, 공원, 재개발지역 등을 중심으로 노숙자가 생겨나고 있다. 특히 IMF 시기였던 1999년 말에는 노숙자가 6,500여명에 이른적이 있으며, 노숙자에 대한 상담을 통하여 노숙자쉼터로 안내하여 숙식, 의료서비스 등 기본적 생활편의를 지원하고 재활프로그램, 자활사업, 취업알선 등을 통해 건전한 사회인으로 복귀할 수 있도록 지원대책을 지속적으로 전개해 나갈 필요가 있

다.

3-2. 노숙자 쉼터

노숙자에 대한 주거보장을 위하여 종교·사회단체·사회복지관의 교육관 및 부속건물 등에 155개소의 무료숙소인 노숙자쉼터를 설치하여 잠자리, 무료급식, 상담 등 종합서비스를 제공하고 있다. 또한 이들의 조속한 사회복귀를 위하여 성직자·사회복지사 등 전문상담요원과 자원봉사자를 중심으로 노숙자쉼터 등에서 노숙자에 대한 귀향권유, 일자리 알선, 사회복지시설 안내 등을 실시하고 있다.

3-3. 노숙자 자활지원

노숙자의 사회적응 실패를 예방하고 조기 사회복귀를 지원하기 위해 알콜중독예방, 심리치료, 직업교육, 사회성훈련 등 재활프로그램과 근로의욕이 강한 노숙자를 중심으로 소규모 창업을 지원하는 자활공동체 사업 등 노숙자 자활사업을 지원하고 있다. 노숙자 자활사업의 효과를 극대화하기 위하여 사회복지학계, 종교시민단체, 의학계, 공무원 등으로 노숙자자활사업평가위원회를 구성하고 전국 노숙자쉼터에서 제출한 자활사업계획서를 심사하여 우수프로그램을 선정한 후 그 시행과정을 평가하고 평가결과보고서를 발간하여 프로그램 수행과정에서 축적된 사업방법론을 전국 150여 개 노숙자쉼터가 서로 공유할 수 있도록 하고 있다. 또한 노숙자쉼터 자활사업 담당자를 대상으로 연간 2회 이상 자활사업 관련 전문교육을 실시하고 있다. 노숙자 자활사업은 1999년 53개 프로그램이 시범사업으로 선정되어 실시된

후 2000년에 102개로 확대되었다.

IV. 국민건강의 보장

1. 국민건강보험

1-1. 제도의 개요

1989. 7. 1일부터 전국민의료보험이 실시되어 모든 국민이 건강보험과 의료보호에 의하여 의료보장을 받고 있다. 국민건강보험제도는 생활상의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시하여 국민보건을 향상시키는 제도이다. 우리나라 건강보험 적용체계는 최근까지는 보험료 부담과 급여의 형평을 기하기 위하여 소득의 형태·소득과액·의료이용 정도 등이 유사한 집단별로 보험자(조합, 공단)를 구성하고 각 보험자별 독립채산방식에 의하여 자치운영토록 하고 있었으나, 관리운영의 효율화와 보험료부담의 형평을 제고하기 위하여 1998. 10월에 지역의료보험과 공무원·교직원의료보험을 통합하였고, 2000. 7월 여기에 직장의료보험을 통합함으로써 의료보험은 단일조직으로 통합됨과 동시에 국민건강보험으로 출범하게 되었다.

1-2. 재원조달

국민건강보험에 있어 가장 중요한 과제는 보험사업에 소요되는 재원을

어떻게 하면 가장 효율적으로 확보하느냐 하는 문제이다. 건강보험은 사회보험방식에 의하여 재원을 조달함을 원칙으로 하고 있다. 보험료 부과체계에 있어 임금근로자를 대상으로 하는 공·교가입자와 직장가입자의 경우에는 소득비례정률제가 적용되고 있으며, 농·어민과 도시 자영자의 경우에는 소득의 형태가 다양하고 정확한 소득과액에 어려움이 있어 소득, 재산 및 자동차등에 차등하여 보험료를 부과하고 있다. 보험료를 부담함에 있어 임금근로자의 경우에는 직장근로자나 공무원 모두 보수총액에 대하여 3.4%의 보험료를 적용하되 본인과 정부(사용자)가 각각 50%씩 부담하며, 자영업자 등 지역주민에 대하여는 소득, 재산 및 자동차등을 기준으로 등급별(7~50 등급) 기준금액을 적용하되, 보험료의 일부와 조합운영에 소요되는 관리운영비를 국고에서 부담하고 있다.

1-3. 보험급여

건강보험의 급여형태는 의료비 상환제도인 현금급여와 의료를 보장하는 현물급여 두 가지 형태가 있으며, 우리나라는 현물급여를 원칙으로 하고 있다. 보험급여의 종류는 가입자 및 피부양자의 질병, 부상 등의 보험사고에 대하여 급여하는 요양급여, 요양비, 분만급여, 분만비, 장제비, 본인부담액보상금, 장애인보장구구입비보상금 등이 있다. 2000년 7월부터 달라진 건강보험 급여제도의 주요내용을 살펴보면 다음과 같다.

365일 보험급여 2000년 7월부터 국민건강보험법이 시행됨에 따라 연중 제한 없이 의료보험 급여를 받을 수 있게 되었다. 의료보험 급여기간은 의료보험이 도입된 이후 '94년까지는 연간180일로 제한되었었는데 '95년부터 매

년 30일씩 급여 기간을 연장하여 '99년에는 연간 330일까지 보험급여 기간을 확대하였고, 그간 법률에 규정하여 보험급여 기간을 제한하던 것을 국민건강보험법에서는 제한규정을 철폐하여 2000년부터는 연중제한 없이 의료보험 급여를 받을 수 있도록 하게 되었다.

산전 진찰 보험급여 종전의 의료보험법에서는 「질병, 부상, 사망」에 대해서만 보험급여를 실시하고, 산전진찰 등 예방진료에 대해서는 보험급여가 불가능하였다. 국민건강보험법에서는 「질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진」에 대하여 보험급여가 가능하도록 확대하였다. 앞으로 보험재정이 허락하는 한 국민건강보험법의 입법 취지에 부합하기 위해서 MRI 검사, 초음파 검사, 각종 예방 진료에 대한 보험급여를 지속적으로 확충해 나갈 예정이다.

장애인 보장구 급여 확대 종전 뇌병변장애인의 경우 보험급여 범위가 다른 장애인에 비해서 제한됨에 따라 국민건강보험법 시행과 함께 뇌병변장애인에 대한 장애인 보장구 보험급여 범위를 지체장애인과 동일한 수준으로 확대하여 급여의 형평성을 도모하였다.

신의료기술 보험급여 절차 개선 국민건강보험법에서는 신의료기술과 의약품의 보험급여 인정 절차를 개선하여 신속한 보험급여가 가능하도록 하여 신의료기술, 의약품, 치료재료는 최초로 시술하거나 식품의약품안전청장의 제조(수입) 허가를 받은 날부터 30일 이내에 보건복지부장관에게 보험급여 또는 비급여 결정 신청을 반드시 하도록 하고, 장관은 정당한 사유가 없는 한 90일 이내에 보험급여 또는 비급여에 대한 결정을 하도록 하였으며, 이러한

결정은 최초로 시술하거나 제조(수입) 허가를 받은 날부터 소급하여 적용하도록 하였다.

1-3. 향후 과제

건강보험 실시이후 국민의료비 지출이 의약분업에 따른 수가인상 등으로 당초 예상보다 급격히 증가하고 있다. 이에 따라 국민건강보험의 재정을 어떻게 안정시켜 나갈 것인지가 주요한 사회적 문제가 되고 있다.

2. 의료보호

2-1. 제도의 개요

의료보호는 국민기초생활보장 수급자 등 일정수준 이하의 저소득층을 대상으로 그들이 자력으로 의료문제를 해결할 수 없는 경우 국가재정으로 의료혜택을 주는 공적부조제도로서 국민건강보험과 더불어 국민의 의료보장 정책의 중요한 수단이 되는 사회보장제도이다.

의료보호는 1종과 2종으로 구분하여 적용하고 있다. 1종은 국민기초생활보장 수급자중 근로능력이 없는 자, 국가유공자 및 인간문화재 등을 대상으로 하고, 국민기초생활보장수급자중 근로능력이 있는 자는 2종으로 적용받고 있다. 2001년도의 경우 전체 의료보호 대상자는 157만 명이 적용받고 있으며 1종은 81만 명, 2종은 76만 명이다. 의료보호 진료기관은 그간 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 지정하던 지정제도를 1999. 7. 1일부터 의료기관이 개설과 동시에 의료보호진료기관으로 당연 지정되도록 하여 의료보

호대상자의 진료편의를 도모하고 있다.

2-2. 의료보호의 급여

의료보호대상자는 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. 또한 1993. 1. 1. 부터 한의원 및 한방병원을 의료보호진료기관으로 지정함으로써 의료보험대상자와 똑같이 의료보호 대상자도 한방의료보호 혜택을 받을 수 있도록 하였다. 한방의료보호의 보호기준은 한방의료보험 급여기준 및 약가 기준을 그대로 적용하며 보호내용은 진찰, 입원, 투약, 시술에 한하며 약제는 68종 단미역스산제, 56개 기준처방으로 시술은 침·구·부항에 한정하고 있다.

2-3. 진료비의 본인부담

진료비부담은 1종보호대상자와 2종보호대상자에 차이를 두고 있다. 1종보호대상자는 외래·입원진료 구분 없이 전액을 의료보호기금(국고+지방비로 조성)에서 부담한다. 2종보호대상자는 1차 진료기관 외래진료시 진료일당 1,500원을 본인이 부담하고, 입원진료비의 경우는 본인이 20%를 부담한다. 다만, 생계유지가 곤란한 점을 고려하여 본인부담금이 10만원이상인 경우 10만원 초과분은 의료보호기금에서 대불하여 주고, 무이자로 1년에서 3년에 걸쳐 분할상환하도록 하고 있다.

의료보호사업은 국가 재정으로 시행하는 사업이므로, 현행 의료보호수가기준은 의료보험수가와는 별도로 고시하여 적용하고 있다. 1990년부터는 의료보

호수가를 의료보험의 수가체계와 동일하게 운영하고 있으나, 정신질환자에 대한 진료수가는 정액수가로 별도 운영하고, 의료보험의 비급여 대상인 식대와 영안실 안치료를 별도로 지급하고 있다.

<2001년 의료보호 진료비 부담방법>

구분	외 래	입 원	비 고
1 종	전액무료(기금부담)	전액무료(기금부담)	의료보호의 진료범위 및 수준은 의료보험과 동일
2 종	1차진료기관 외래진료시 진료당 1,500원 본인부담	본인일부부담 : 20% (10만원 초과시 대불가능)	

2-4. 향후 과제

의료보호 진료비의 정확한 예측분석을 통한 진료비 체불 방지, 의료보호수가를 의료보험수가와 동일한 수준으로의 확대, 의료보호진료비 지불제도의 개선 및 사후관리 강화 등을 통한 내실화를 도모할 필요가 있다.

V. 국민연금

1. 제도 개요

우리 나라는 급속하게 노령화 사회로 진입하고 있으나 제2의 인생인 노

후에 대한 노인들의 준비는 아직도 미흡한 상태이다. 현재에도 우리 나라의 노인들이 겪고 있는 가장 큰 어려움은 「경제적인 문제」이다. 따라서 전 국민이 가입하는 연금제도는 현 세대와 미래 세대가 함께 노후를 준비하고 공동으로 노인을 부양하여 노후의 빈곤이나 갑작스런 장애 등 소득 상실에 대비하는 사회안전망(Social Safety Net) 으로서 큰 의의가 있다. 국민연금제도는 1988년 1월1일부터 상시 근로자 10인 이상 사업장의 근로자와 사용자를 대상으로 시행된 후 5인 이상 사업장 근로자와 사용자, 농어촌 주민에게까지 확대 적용해 오다가 1999년 4월1일부터 도시지역 주민에게 확대되어 전국민연금시대를 열게 되었다.

국민연금제도는 가입자의 입장에서 볼 때 짧게는 10년에서 길게는 40년 이상 가입해야 하는 장기소득보장제도이므로 전 생애의 관점에서 적절한 수준의 급여가 보장되도록 하고, 나아가 동 제도의 성숙을 통한 노후 빈곤의 추방이라는 국가 백년대계의 관점에서 현 세대와 미래 세대 모두의 제도로 발전시켜 나가야 한다.

2. 적용대상

국민연금의 가입대상자는 국내에 거주하는 18세 이상 60세 미만의 국민으로 하되, 다만 특수직역 종사자인 공무원, 군인, 사립학교교직원 등은 국민연금과는 다른 연금을 적용하고 있다. 국민연금 가입자는 사업장가입자와 지역가입자 그리고 임의가입자 및 임의계속가입자로 구분된다. 사업장가입자는 현재 5인 이상 근로자를 상시 고용하는 사업장의 근로자 및 사용자를 당연적용 대상으로 하고 있다. 지역가입자란 사업장가입자가 아닌 18세 이상 60

세 미만의 당연적용가입자로서 1995. 7월부터 군지역 거주자 및 농어민에게 적용되었고, 1999. 4월부터는 도시지역 주민에게까지 확대 적용하고 있다. 임의가입자는 당연적용 사업장가입자와 지역가입자가 아닌 주부·협업종사배우자·타 공적연금 수급자 등이 연금 혜택을 받고자 본인 희망에 따라 임의로 가입하여 자격을 취득·유지하는 것이다. 임의계속가입자는 제도시행 당시 이미 나이가 들었거나 가입이 늦어 60세까지 가입하더라도 노령연금을 타기 위해 필요한 10~20년 이상의 가입기간 요건을 충족시키기 어려운 사람들을 위하여 본인이 원할 경우 65세까지 연장하여 가입할 수 있도록 한 것이다.

3. 급여의 내용

3-1. 급여 종류

국민연금 급여는 지급방법에 따라 매월 정기적으로 지급하는 연금급여와 일시금 급여로 구성된다. 연금급여에는 노령연금, 장애연금 및 유족연금이 있고, 일시금급여에는 반환일시금, 사망일시금이 있으며, 장애등급 4급에 해당하는 자에게도 일시보상금을 지급한다.

노령연금은 20년 이상 가입하고 60세에 달한 때부터 받게되는 완전노령연금이 주된 것이나, 가입기간, 소득유무 및 수급 연령에 따라 감액, 재직자, 조기 및 특례노령연금으로 구분된다. 완전노령연금은 제도시행 후 20년이 경과되는 2008년부터 연금이 지급될 것이나, 특례노령연금은 최초시행(1988.1.1), 농어촌지역 확대(1995.7.1) 및 도시지역 확대(1999.4.1) 당시 45세

이상 60세미만인 자도 5년 이상 가입하고 60세가 된 경우에는 노령연금을 지급받을 수 있도록 마련된 것으로서 최초시행 당시 가입자의 경우는 1993년부터 연금이 지급되고 있다. 가입 중에 발생한 질병 또는 부상으로 인하여 장애를 입은 경우에는 장애등급(1~4급)에 따라 장애연금을 지급하고, 노령연금 수급권자, 10년 이상 가입자이었던 자 및 장애등급 2급 이상인 장애연금 수급권자가 사망한 때에는 최우선순위 유족에게 유족연금이 지급된다.

반환일시금은 가입기간이 10년 미만인 자가 60세 도달, 사망, 국적상실 또는 국외이주한 때, 타 공적연금법의 적용을 받는 직원이 된 때 납부한 연금보험료에 일정한 이자를 가산하여 본인 또는 유족에게 지급하는 일종의 청산적 성격의 급여라는 점에서 장기적인 소득보장제도인 국민연금제도에서는 예외적으로 인정되는 급여라 할 수 있다.

사망일시금은 가입자 또는 가입자이었던 자가 사망하였으나, 유족연금 또는 반환일시금을 지급받을 유족이 없는 경우에 그 자에 의해 생계를 유지하고 있던 배우자, 자녀, 부모, 손자녀, 조부모, 형제자매 또는 4촌 이내의 방계혈족에게 지급하는 장제부조금 성격의 급여로서 반환일시금에 상당하는 금액을 지급한다.

3-2. 급여수준

연금액의 지급수준은 가입자의 종전소득수준에 비례하여 지급하여야 한다는 주장과 빈곤퇴치가 주된 목적이므로 소득수준과 상관없이 모든 국민에게 동일한 수준으로 지급하여야 한다는 주장이 대립하고 있으나 우리나라의 연금제도

는 두 입장을 모두 충족하는 내용으로 설계되어 있다.

기본연금액의 산정공식은 가입자본인의 소득수준과는 관계없이 전체 가입자의 평균소득월액을 반영하는 균등부분과 가입기간중 본인의 표준소득월액의 평균액을 반영하는 소득비례부분으로 구성되어 있어 임금대체율은 소득이 낮을수록 높고, 소득이 높을수록 낮아지는 소득재분배적 기능을 포함하고 있으며, 가입기간 20년 초과 매 1년마다 기본연금액의 5%씩 가산되도록 되어 있다. 이 산식에 의한 급여수준은 중간등급소득자가 40년을 가입했을 경우 본인 종전소득의 60%정도를 매월 연금으로 받을 수 있는 수준이다.

3-3. 실질가치 보장

국민연금 급여제도는 연금액의 실질가치를 유지시켜 연금수급자의 안정된 생활을 보장하기 위하여 두가지 장치를 두고 있다. 첫째, 연금을 처음 지급받을 때에는 가입자 개인의 가입기간 중 표준소득월액 평균액을 계산함에 있어 매년의 표준소득월액 평균액을 그대로 적용하는 것이 아니고 연도별 평균소득월액의 변동율인 재평가율에 따라 연금수급개시 전년도현재 가치로 환산한 금액을 기준으로 기본연금액을 계산하고 있다. 둘째, 연금을 지급받기 시작한 후에는 통계청이 매년 고시하는 전년도와 대비한 전국 소비자물가 변동율에 따라 지급액을 매년 조정하고 있다.

4. 향후 과제

전국민연금제도의 실시와 공공자금관리법의 개정으로 2001년 공공자금관

리기금에의 의무예탁이 폐지됨에 따라 기금운용규모가 급증하고 향후 3~4년 내에 적립기금 규모가 100조원이상 될 것으로 전망하고 있다. 따라서, 급증하는 기금을 효율적으로 관리·운용하고 기금운용본부의 출범을 계기로 기금운용의 전문성이 확보됨에 따라 다양한 금융상품에 분산 투자하여 안정성 및 수익성을 제고를 도모하는 것이 필요한 실정이다.