

(논문)

사회보험수급권의 범위에 관한 재검토*

李 興 在**

요 약

사회보험수급권의 범위는 법령상 규정과는 달리 운용 면에서는 그 인적, 물적, 비용 및 접근 범위가 실질적으로 축소 내지 보장제외 되는 엄연한 현실로 존재함을 알 수 있다. 그 전형적 경우로는 비정규근로자의 낮은 보험가입률(40%)과 국민연금 지역가입자 납부예외자의 높은 비율(57%), 국민연금급여 소득대체율의 실질적 저하(40%), 건강보험급여 일부부담문제와 의료전달체계에서 종합병원의 대도시집중(45%)을 꼽을 수 있을 것이다. 이로 미루어보면 정규근로자와 비정규근로자, 사업장가입자와 지역가입자, 대도시와 농어촌 사이에 엄연한 불평등구조가 잠재되어 있음이 자명하게 드러난다.

첫째, 그 인적 적용범위는 단기간의 임시적 불안정근로자의 직장(사업장)가입자의 적용제외, 비정규근로자의 낮은 보험가입률, 국민연금의 납부예외와 보험료미납으로 인한 사실상의 비 가입상태, 국외여행자 등에 대한 국민건강보험정지, 보험료체납에 의한 수급자격 상실로 인하여 사실상 감축되고 있는 실정이다. 둘째, 그 물적 범위는 건강보험급여의 비 급여대상항목, 국민연금급여의 소득대체비율의 실질적 저하, 사회통합에 미흡한 실업급여의 종류 등으로 인하여 사회보험 본래 취지의 급여충족을 제대로 실현하지 못하고 있는 상황이다. 셋째, 그 비용 및 접근범위에서 건강보험급여 일부부담금과 본인부담상한선의 허구화가능성, 종합병원의 대도시 집중으로 인한 의료전달체계의 편중성, 고용보험 전달체계구축의 미비 등으로 인하여 계층과 지역 사이에 현저한 불공평성이 존재하고 있는 현실임을 부인할 수 없다.

사회보험제도의 실질적 정착화를 위하여 앞으로 꾸준한 제도개선이 필요하겠지만 그 기본방향은 각 보험제도의 원리적 조화측면에서 모색되어야 하리라고 본다. 건강보험은 건강보장의 공공성과 의료기관의 영리성, 연금보험은 사회적 부양성과 개인적 형평성, 산재보험은 재해근로자의 생활보장과 보험제정의 안정, 고용보험은 고용조정성과 실업급여의 사회통합성을 슬기롭게 조화하는 균형적 사회보험정책을 펼쳐야 될 것이다.

주제어: 사회보험수급권, 건강보험, 연금보험, 산재보험, 고용보험, 인적 범위, 물적 범위, 비용 및 접근범위, 비정규근로자, 불평등구조, 사회통합

* 이 논문은 서울대학교 법학발전재단 출연 법학연구소 기금의 2010학년도 학술연구비 지원을 받았음.

** 서울대학교 법과대학·법학대학원 교수.

I. 재검토의 필요성

우리의 사회보장제도는 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스 등 3대체계로 구성되어 있다(사회보장기본법 제3조). 따라서 사회보험수급권이라 함은 ‘모든 국민이 사회보험에 관한 관계법령이 정하는 바에 의하여 건강 및 소득의 사회보험급여를 받을 수 있는 권리’라고 정의 할 수 있다. 1995년 사회보장기본법 제정 및 고용보험법 시행으로 이른바 4대 사회보험법체계는 형식적으로는 완비되었다. 그러므로 법 규정상으로는 원칙적으로 건강보험 및 연금보험은 모든 국민이, 그리고 산업재해보상보험(이하 ‘산재보험’이라 한다) 및 고용보험은 모든 근로자가 법령소정의 보험급여를 향유할 수 있게 된 셈이다.

문제는 이러한 법 규정처럼 실제로 모든 국민 내지 근로자가 일정수준의 사회보험수급권을 제대로 누리고 있는가 하는 점이다. 법규범과 현실과는 늘 괴리가 따르기 마련이지만 이른바 ‘전 국민사회보험체제’를 표방하고 있는 제도의 운영에서 그 요구(needs)가 절실한 계층이 실제로 소외되거나 그럴 가능성이 있다면 이는 사회보장법의 이념과 모순될 우려가 크기 때문이다. 이러한 문제의식에서 필자는 사회보장기본법 및 고용보험법도 제정되기 전인 1990년 “사회보험수급권의 범위에 관한 소고 : ‘보장의 불평등’에 대한 비판적 검토”(서울대학교 법학 제31권 제3.4호, 1990. 12. 222-246면)를 연구하여 발표하였다. 그 논문에서는 공무원(및 교직원), 기업의 정규근로자, 비정규근로자와 단기간의 불안정근로자, 도시의 영세자영업자와 농어촌 주민 간에 ‘소득 역진적’인 사회보험수급권의 실질적 불평등 보장구조가 존재하고 있는 법 현실을 지적하였다. 그로부터 20년이 지난 이른바 ‘선진 한국사회’의 사회보험체제에서 사회보험수급권의 ‘실질적 보장정도’를 ‘재검토’하려는 것이 이 글의 기본목적이고 다음으로 종래의 소득 역진적 불평등구조가 어느 정도 개선되었는지 여부를 살펴보려는 것이 이 글의 부차적 목적이다. 검토의 방법론으로는 사회보험관계법령 및 시행규칙 등과 실제운영에 관련된 통계자료를 분석하는 방식을 취하려고 한다.¹⁾

이 글은 먼저 사회보험수급권자의 인적 범위, 다음으로 사회보험급여의 물적 범위, 마지막으로 사회보험의 비용(재원)과 접근(전달체계)범위를 국민건강보험 및 연금보험 그리고 산재보험 및 고용보험에 관하여 차례로 살피는 구성을 취하게 될 것이다.

1) 이 글에서 검토하는 사회보험관계법령은 2010. 5. 20.을 기준으로 한다. 검토의 대상이 되는 관계법령의 변천추적과 확인대조에는 차성안 판사의 도움을 받았다.

II. 인적 범위 : 수급권자

최근 일련의 사회보험 확장과정과 그 정도를 살펴보면 적어도 적용범위에 있어서는 규범상 괄목할만한 진전을 이룬 것으로 보인다. 현행 사회보험의 인적 적용범위는 거의 전 국민 내지 전 근로자에게 확대되어 법령상으로만 보면 그 인적 적용범위는 보편적 보장원리를 실현하고 있는 것 같다.

건강보험법 제5조(적용대상 등)와 제6조(가입자의 종류)에 의하면 원칙적으로 전 국민은 직장가입자 또는 지역가입자로서 건강보험가입이 강제되어 있다. 다만 의료급여법이나 독립유공자예우에 관한 법률, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 등을 통한 의료보장을 받는 자(제5조 제1항 제1호, 제2호)는 제외되나, 이들은 건강보험법이 아닌 다른 법을 통하여 의료보장을 받게 되므로 큰 문제가 되지 않는다. 국민연금의 경우에도 건강보험과 그 구조가 비슷하다. 사업장가입자의 범위에 대한 일정한 제한이 존재하나 사업장가입자에서 제외되는 자는 특수직 연금이나 기초생활 수급자가 아닌 한 다시 지역가입자로 강제가입 하게 된다. 따라서 역시 법령의 기준상 국민연금의 인적 적용범위의 사각지대는 거의 없다고 볼 수 있을 것이다. 산업재해와 고용보험은 근로자의 수와 관계없이 원칙적으로 모든 사업장에 적용된다. 그러나 실제의 경우 적용되지 않는 사례가 많은 실정이다.

이러한 실정에 따라 직장(사업장)가입자에서 제외되는 불안정근로자, 비정규근로자 보험가입률의 낮은 수준, 국민연금 납부예외자와 미납부자, 건강보험급여의 정지, 보험료체납에 의한 수급자격 상실 문제를 차례로 살펴보기로 한다.

1. 직장(사업장)가입자에서 제외되는 불안정근로자

고용기간이 단기간이거나 비상근 근로자이거나, 단시간 근로자인 경우 등 비정규근로자 중에서도 특히 실질적으로 보험료 징수, 납부 추적이 어려운 근로자는 국민건강보험법과 국민연금법에서 직장가입자 내지 사업장가입자의 강제적인 가입 범위에서 제외되고 있다.

(1) 건강보험

국민건강보험법 제6조(직장가입자의 종류) 제2항 단서 및 동항 각 호에서 1월 미만의 기간 동안 고용되는 일용근로자(제1호), 비상근 근로자등 및 1월 근로시간 80시간 미만 근로자 등(동항 제4호, 동법 시행령 제10조 제1호, 제2호), 소재지가 일정하지 아니한 사업자의 근로자 및 사용자(동법 시행령 제10조 제3호), 근로자가

없거나 제1호의 근로자만을 고용하고 있는 사업장의 사업주(동법 시행령 제10조 제4호) 등을 직장가입자의 범위에서 제외하고 있다.

(2) 국민연금

국민연금법 제8조(사업장가입자) 제1항에 의하면, 1명 이상의 근로자를 사용하는 사업장에 근로하는 18세 이상 60세 미만인 근로자는 당연히 사업장가입자가 된다. 그렇지만, 동법 시행령 제2조(근로자에서 제외되는 자)에서는 일용근로자나 1개월 미만의 기한을 정하여 사용되는 근로자(제1호), 소재지가 일정하지 아니한 사업장에 종사하는 근로자(제2호), 1개월 동안의 근로시간이 80시간 미만인 시간제 근로자 등 사업장에서 상시 근로에 종사할 목적으로 사용되는 자가 아닌 자(제4호)는 국민연금법의 적용대상 근로자의 범위에서 제외하고 있다.

(3) 산재보험과 고용보험

산재보험법은 제6조(적용범위) 및 동법시행령 제2조(법의 적용 제외 사업)에서 일부 소규모 공사, 가사서비스업, 그리고 농업, 임업, 어업 또는 수렵업 중 법인이 아닌 자가 상시근로자 5명 미만을 사용하는 사업은 그 적용을 제외하고 있다.

고용보험법은 제10조(적용 제외 근로자) 동법시행령 제2조(적용범위)에서 산재보험 적용제외근로자, 소정근로시간이 60시간 미만인 자 등을 법의 적용대상 근로자에서 제외하고 있다.

2. 비정규근로자 보험가입률의 낮은 수준 : 40%(직장 내지 사업장 가입률)

사회보험에 있어서 인적 적용범위의 감축요인으로 가장 먼저 지적될 수 있는 부분은 비정규직의 매우 낮은 보험가입률이다. 다음 표에서 볼 수 있듯이 비정규 근로자의 2009년도 건강보험 및 국민연금과 고용보험 가입률은 평균하여 40% 수준에도 미치지 못하는 실정이다. 근로자뿐만 아니라 자영업자를 포함하는 전 국민을 대상으로 하는 사회보험의 비정규근로자 사회보험가입률은 정확히 말하면 직장가입자(건강보험법상 용어) 내지 사업장가입자(국민연금법상 용어)로 가입된 비정규근로자의 비율을 말한다. 비정규근로자가 직장가입자로서 건강보험 등에 가입되지 않은 원인은 크게 두 가지로 나누어질 수 있다. 법령상 비정규근로자가 직장의 강제가입범위에 포함되지 않아서 가입하지 못한 경우와 법령상으로는 강제가입대상이지만 사업주의 보험료 납부회피의무 등으로 실제로 가입되지 않은 경우로 구분할 수 있다. 앞의 문제는 국민건강보험법 내지 국민연금법상의 비정규

근로자를 제외한 규정 자체의 문제를 드러내는 것이지만 뒤의 문제는 비정규근로자에 대한 강제가입 의무규정의 실효성 문제와 직결된다고 하겠다. 법령상 비정규근로자 제외범위가 극히 제한적이라는 사실을 고려하면 대부분은 두 번째의 경우에 해당될 것이라고 추측된다. 이런 경우 사용자의 보험료 납부의무가 사실상 근로자에 대하여 전가되는 셈이다. 국민연금의 경우 보험료 연체 내지 납부예외자로의 편입 가능성이 증가하거나, 건강보험의 경우에는 보험료 연체자로서 급여 제한을 당할 위험에 처할 가능성이 높아진다.

(단위 : %, %p, 전년동월대비)

| | 2008. 3 | | | 2009. 3 | | | | | |
|-----------|--------------------------|------------------------|----------|--------------------------|-------|------------------------|-------|----------|-------|
| | 국민 연금 ¹⁾²⁾ | 건강 보험 ¹⁾ | 고용 보험 | 국민 연금 ¹⁾²⁾ | 증감 | 건강 보험 ¹⁾ | 증감 | 고용 보험 | 증감 |
| < 임금근로자 > | 63.4 | 64.8 | 55.6 | 64.9 | 1.5 | 66.6 | 1.8 | 57.9 | 2.3 |
| ○ 정 규 직 | 77.6 | 78.2 | 65.6 | 78.7 | 1.1 | 79.5 | 1.3 | 67.3 | 1.7 |
| ○ 비정규직 | 37.4 | 40.2 | 37.1 | 37.6 | 0.2 | 40.9 | 0.7 | 39.1 | 2.0 |
| - 한 시 적 | 54.8 | 58.4 | 53.9 | 55.7 | 0.9 | 60.4 | 2.0 | 57.2 | 3.3 |
| · 기 간 제 | 63.9 | 67.9 | 63.0 | 64.6 | 0.7 | 69.7 | 1.8 | 66.2 | 3.2 |
| · 비기간제 | 32.8 | 35.6 | 32.2 | 18.7 | -14.1 | 21.8 | -13.8 | 20.3 | -11.9 |
| - 시 간 제 | 6.4 | 7.8 | 6.0 | 6.7 | 0.3 | 6.9 | -0.9 | 7.3 | 1.3 |
| - 비 전 형 | 24.2 | 28.4 | 25.7 | 22.6 | -1.6 | 28.2 | -0.2 | 26.1 | 0.4 |

통계청 사회통계국 고용통계팀 2009. 5. 27. 배포 “2009년 3월 근로형태별 부가조사 결과”

1) 직장가입자만 집계한 수치임(지역가입자 및 수급권자는 제외)

2) 특수직 연금 포함

고용보험의 경우 강제가입대상임에도 불구하고 고용된 근로자의 피보험자격 취득신고(고용보험법 제15조)를 하지 않거나 고용보험료를 납부하지 않아 체납된 경우에 근로자가 구직급여 등의 급여를 받을 수 있는지에 관한 명시적인 규정은 보이지 않는다. 실무상으로는 신고 된 기간을 기준으로 급여자격을 판단하는 듯하다.

3. 국민연금 납부예외자와 미납부자 : 지역가입자 57%가 납부예외자

국민연금가입자의 범위에 포함되더라도 실질적으로 납부예외, 보험료 미납으로 사실상 가입되지 않은 것과 같은 상황이 발생할 수 있다. 왜냐하면 납부예외기간

이나 보험료 미납기간은 가입기간에 산입되지 않기 때문이다.

제91조(연금보험료 납부의 예외)

①납부 의무자는 사업장가입자 또는 지역가입자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 연금보험료를 낼 수 없으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사유가 계속되는 기간에는 연금보험료를 내지 아니할 수 있다. <개정 2007. 12. 21>

- 1. 사업 중단, 실직 또는 휴직 중인 경우
- 2-7. (생략)

②제1항에 따라 연금보험료를 내지 아니한 기간은 가입기간에 산입하지 아니한다.

제17조(국민연금 가입기간의 계산)

②가입기간을 계산할 때 연금보험료를 내지 아니한 기간은 가입기간에 산입하지 아니한다. 다만, 사용자가 근로자의 임금에서 기여금을 공제하고 연금보험료를 내지 아니한 경우에는 그 내지 아니한 기간의 2분의 1에 해당하는 기간을 근로자의 가입기간으로 산입한다. 이 경우 1개월 미만의 기간은 1개월로 한다.

③국민연금공단이 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 근로자에게 그 사업장의 체납 사실을 통지한 경우에는 제2항 단서에도 불구하고 통지된 체납 월의 다음 달부터 체납 기간은 가입기간에 산입하지 아니한다. 이 경우 그 근로자는 제90조 제1항에도 불구하고 대통령령으로 정하는 바에 따라 기여금을 국민연금공단에 낼 수 있다. <개정 2008. 2. 29, 2010. 1. 18>

④제77조에 따라 지급받은 반환일시금이 제57조제1항에 따른 부당이득에 해당하는 경우 이를 반납하지 아니하는 때에는 그에 상응하는 기간을 가입기간에 산입하지 아니한다.

따라서 노령연금의 산정시에 노령연금의 급여수준을 매우 떨어뜨리는 문제를 발생시킨다. 더 큰 문제는 가입기간이 20년 미만인 경우에는 노령연금 수급자격이, 10년 미만인 경우에는 감액노령연금 수급자격이 인정되지 않게 된다.

제61조(노령연금 수급권자)

①가입기간이 20년 이상인 가입자 또는 가입자였던 자에 대하여는 60세(특수직종근로자는 55세)가 된 때부터 그가 생존하는 동안 노령연금을 지급한다.

②가입기간이 10년 이상 20년 미만인 가입자 또는 가입자였던 자에 대하여는 60세(특수직종근로자는 55세)가 된 때부터 그가 생존하는 동안 제1항에 따른 노령연금액에서 일정한 금액을 뺀 연금(이하 “감액노령연금”이라 한다)을 지급한다.

- ③-⑤ (생략)

가입기간이 10년 미만일 경우 반환일시금만 반환받게 된다. 이런 상황은 국민연금의 가장 핵심이라고 할 수 있는 노후소득보장기능이 제대로 발휘되지 못하는 것으로서 가입자 수로 산정되는 국민연금 적용범위의 실질적인 사각지대 중 하나라고 할 수 있다. 또한 장애연금이나 유족연금의 수급자격이 부정되는 원인으로 작용할 수도 있다. 장애연금의 경우에는 당해 질병 또는 부상의 초진일 당시, 유족연금의 경우에는 사망일 당시에 연금보험료를 낸 사실이 없거나, 혹은 ‘보험료를 낸 기간’이 ‘연금 보험료를 낸 기간과 연금보험료를 내지 아니한 기간’의 2/3보다 짧은 경우 장애연금이나 유족연금을 받을 수 없게 된다.

제85조(연금보험료의 미납에 따른 지급 제한) 장애연금의 경우에는 당해 질병 또는 부상의 초진일 당시, 유족연금의 경우에는 사망일 당시 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 연금을 지급하지 아니한다.

1. 연금보험료를 낸 사실이 없는 경우
2. 연금보험료를 낸 기간(제17조제3항에 따라 기여금을 낸 기간을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)이 그 연금보험료를 낸 기간과 연금보험료를 내지 아니한 기간(제89조제1항에 따른 납부 기한으로부터 1개월이 지나지 아니한 기간과 제91조제1항에 따라 연금보험료를 내지 아니한 기간은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)을 합산한 기간의 3분의 2보다 짧은 경우. 다만, 연금보험료를 내지 아니한 기간이 6개월 미만인 경우는 제외한다.

특히 소득과약과 보험료 징수가 어려운 지역가입자의 경우 납부예외자의 비율이 사업장 가입자에 비하여 현저히 높고 또 징수율도 상당히 낮은 것으로 나타났다. 국민연금관리공단의 자료²⁾를 보면 지역가입자는 전체 가입자의 약 48%인 878만여 명에 달하고 있지만 이들 중 약 57%인 502만여 명이 납부예외자에 해당됨을 알 수 있다.

4. 건강보험급여가 정지되는 수급자

형식적으로는 적용범위에 해당하지만 실질적으로 건강보험급여가 전적으로 이뤄지지 않는 예외적 경우를 규정한 것이 국민건강보험법 제49조의 급여의 정지사유이다.

2) 국민연금연구원, 2008년 국민연금통계연보 제21호 “국민연금 가입자 및 납부예외자 현황” 및 “연도별 징수현황.”

제49조(급여의 정지) 보험급여를 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 1에 해당하게 된 때에는 그 기간 중 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우 제54조의2의 규정에 의한 요양급여를 실시한다. <개정 2004. 1. 29, 2005. 7. 13>

1. 국외에 여행 중인 때
2. 국외에서 업무에 종사하고 있는 때
3. 제6조제2항 제2호에 해당하게 된 때
4. 교도소 기타 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 때

제6조(가입자의 종류)

② 모든 사업장의 근로자 및 사용자와 공무원 및 교직원(이하 "직장가입자"라 한다)은 직장이입자가 된다. 다만, 다음 각 호의 1에 해당하는 자를 제외한다. <개정 2000. 12. 29, 2004. 1. 29, 2006. 10. 4>

2. 「병역법」의 규정에 의한 현역병(지원에 의하지 아니하고 임용된 하사를 포함한다), 전환 복무된 사람 및 무관후보생

국외에 여행 중인 때나 국외에서 업무에 종사하고 있는 기간의 경우 요양급여를 정지하는 것은 국민건강보험법상 급여가 원칙적으로 요양기관을 지정하여 현물 급여(제40조 제1항)로 지급되는 성격에서 비롯된다. 그러나 요양비(제44조) 규정에 의거하여 외국 의료기관에서 치료를 받고 난 후 요양비를 일정한 기준에 따라서 지급하는 것이 불가능한 것도 아닌데 외국 여행 중이라고 하여 급여를 일률적으로 정지하는 것은 의문이다.

제49조 제3호와 제4호가 쟁점으로 된 것은 과거에는 군인이나 교도소에 수용되어 있는 자의 경우 건강보험급여가 전적으로 정지되어 문제가 발생하였다. 건강보험급여를 받을 수 있는 자가 교도소에 수용된 때 국민건강보험급여를 정지하도록 한 국민건강보험법 제49조 제4호는 수용자의 건강권, 인간의 존엄성, 행복추구권, 인간다운 생활을 할 권리, 평등권을 침해한다는 것 등을 이유로 헌법소원³⁾이 제기된 바 있다. 헌법재판소는 이에 대하여 위 규정이 수용자에게 불이익을 주기 위한 것이 아니라, 국가의 보호, 감독을 받는 수용자의 질병치료를 국

3) 사건개요는 다음과 같다.

청구인 이○한은 광주교도소에 수용중 좌측전완부 심부열상 등으로, 청구인 황 ○은 대구구치소 재감 중 지병인 당뇨병의 합병증인 신생혈관죽상내장 등으로 각 외부병원에서 자기치료를 받았다. 국민건강보험법 제49조 제4호는 보험급여를 받을 수 있는 자가 교도소에 수용된 때에는 보험급여를 정지하고 있다. 청구인들은 위 법률규정이 청구인들의 헌법상 보장된 건강권, 재산권, 평등권 등을 침해하고 특히 청구인 황 ○은 위 치료 당시 확정판결을 받기 전의 미결수용자였으므로 무죄가 추정되는데도 보험급여를 받지 못했다면서 위 법률규정의 위헌확인을 구하는 이 사건 헌법소원심판을 청구하였다.

가가 부담하는 것을 전제로 수용자에 대한 의료보장제도를 합리적으로 운영하기 위한 것으로 헌법에 위반되지 않는다고 판단⁴⁾하였다. 그러나 현실적으로 교도소와 군대 내의 열악한 의료현실에 대한 문제제기가 이어져서 국가의 부담 하에 일정한 요양급여를 군인, 수용자 등에게 제공하도록 규정한 국민건강보험법 제54조의2가 신설(2004. 1. 29)되었다. 다만, 국민건강보험법 제54조의2에서는 대통령령이 정하는 치료로 한정되고 있는데, 시행령 제27조2 제1항에서는 그 범위를 “국민건강보험법 제39조 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호의 규정에 의한 요양급여(“1. 진찰·검사, 2. 약제·치료재료의 지급, 3. 처치·수술 기타의 치료, 5. 입원”)로 정하고 있다. 따라서 군인, 수용자 등에게는 국민건강보험법상의 요양급여 중에서 “4. 예방·재활, 6. 간호”가 제외되고 있다.

5. 보험료체납에 의한 수급자격 상실

(1) 건강보험

국민건강보험법은 제48조(급여의 제한) 제3항에서 세대단위의 보험료를 1월 이상 체납한 지역가입자는 보험료를 완납할 때까지 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다고 규정하고 있다. 동법 시행령 제27조(보험료 체납기간)에서 다만 보험료의 체납기간에 관계없이 월별 보험료의 총 체납횟수(체납횟수 산정시 이미 납부된 체납보험료의 횟수를 제외)가 6회 미만인 경우에는 급여를 제한하지 않는다고 규정하고 있다. 직장가입자의 경우 사용자가 가입자의 보험료를 원천징수하여 납부하기 때문에 보험료를 체납한 데에 가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 급여지급을 하지 않는 조치를 취할 수 있다고 정하고 있다(동법 제48조 제2항).

(2) 연금보험

국민연금의 경우 법 제85조(연금보험료의 미납에 따른 지급 제한)에 따라 연금보험료를 낸 사실이 없는 경우 뿐만 아니라, 연금보험료를 낸 기간이 그 연금보험료를 낸 기간과 연금보험료를 내지 아니한 기간을 합산한 기간의 3분의 2보다 짧은 경우에도 급여를 지급하지 않는다(제1호 및 제2호). 다만 보험료를 납부하지 않은 기간이 6개월 미만인 경우에는 지급에 영향을 미치지 않는다. 이 때 보험료를 납부하지 않은 기간에서 법률상 보험료납부가 요구되지 않는 기간은 포함되지 않는다(제2호 단서 및 제91조 제2항).

4) 헌법재판소 2005. 2. 24. 2003헌마31, 2004헌마695(병합) 전원재판부.

(3) 산재보험 및 고용보험은 체납경우에도 보험급여 지급

산재보험 및 고용보험 의무가입 사업장의 경우, 사업주가 보험료납부의무를 이행하지 않은 경우일지라도 당해 사업장에서 산업재해를 입은 근로자에게는 보험급여가 지급된다.⁵⁾ 고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 제25조(연체금의 징수)는 사업주가 납부기한까지 보험료, 이 법에 의한 그 밖의 징수금을 납부하지 아니한 때에는 그 연체기간에 대하여 36월을 초과하지 아니하는 범위 안에서 은행의 연체이자율 등을 고려하여 대통령령이 정하는 바에 따라 월 단위로 연체금을 징수한다고 정하여 보험료 납부에 대한 사업주의 책무를 더욱 강조하고 있다.

III. 물적 범위 : 보험급여

사회보험급여 중에서 실제로 문제가 되는 건강보험의 비 급여대상항목의 확대 가능성, 연금보험의 연금소득대체율의 실질적 저하, 산재보험의 재요양승인 엄격성, 고용보험의 실업급여 사회통합기능 미흡 실정을 차례로 검토하기로 한다.

1. 비 급여대상항목의 확대가능성 : 건강보험급여

건강보험의 경우 실질적인 보장수준을 확인하기 위해서는 비 급여대상항목과 본인부담제도를 심도 있게 검토할 필요가 있다. 이곳에서는 비 급여대상항목을 중점적으로 살펴보기로 한다.

국민건강보험법 제39조 제1항에서는 동법에 따라 실시하는 요양급여의 종류만을 정한 다음 그 요양급여에 관한 구체적인 내용을 제2항에서 보건복지가족부령에 위임하고 있다. 그리고 요양급여에서 일부 질환 등을 제외할 수 있는 비 급여대상항목의 설정의 근거규정으로서 제39조 제3항을 두고 있다.

제39조(요양급여)

②제1항의 규정에 의한 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 방법·절차·범위·상한 등 요양급여의 기준은 보건복지가족부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29>

③보건복지가족부장관은 제2항의 규정에 의하여 요양급여의 기준을 정함에 있어

5) 대법원 1999. 4. 9. 선고 99두189 판결.

업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지가족부령이 정하는 사항은
요양급여의 대상에서 제외할 수 있다. <개정 2008. 2. 29>

위의 조문에서는 비 급여대상항목으로 설정할 수 있는 질환을 범위를 “업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지가족부령이 정하는 사항”이라고 규정하고 있다. 언뜻 보면 앞부분의 ‘업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환’이라는 표현으로 인하여 비 급여대상항목의 범위가 매우 제한적으로 규정되어 건강 보장수준에 별 영향을 미치지 않을 것처럼 보인다. 그러나 뒤의 ‘기타 보건복지가족부령이 정하는 사항’으로 인하여 하위입법에 의하여 비 급여대상항목이 제한 없이 확대될 가능성이 존재한다.

실제로 비 급여대상항목의 범위를 구체화한 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[보건복지부령 제9호, 2010. 4. 30, 일부개정] 제9조 및 이에 따른 별표2를 보면 비 급여대상항목이 매우 폭넓게 규정되어 있고 그것이 반드시 ‘업무 또는 일상생활에 지장이 없는’ 경우에 한정되지 않는다는 것을 확인할 수 있다.

제9조(비급여대상) ①법 제39조제3항의 규정에 의하여 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다.

별표 2의 제1호 내지 제3호를 제외하면 제4호 내지 제7호는 반드시 업무 또는 일상생활에 지장이 없어서 설정한 것이 아니라 건강보험 재정안정화를 위하여 설정한 비급여대상인 경우가 많다.

1-3. 생략

4. 보험급여 시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
5. 삭제 <2006. 12. 29>6)

6) 원래 제5호는 “한시적 비급여 대상”을 정하고 있었다. “가. 보험재정에 상당한 부담을 초래하는 경우”[예를 들어 초음파영상, 자기공명영상(MRI), 양전자단층촬영(PET)], “나. 대체가능하고 비용효과적인 측면에서 상대적으로 고가(L價)인 경우”[예를 들어 중성자선 치료, 인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료) 등], “다. 대체 가능하고 보편적이지 아니한 검사·처치 및 수술” 등 고가의 치료비가 소요되어 오히려 건강보험의 적용이 필요한 경우가 비급여대상 항목으로 설정되어 있었다. 그러나 제 5호는 2006. 12. 29. 삭제되었다.

6. 영 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 질 병군에 대한 입원 진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 사목, 제4 호 거목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

특히 제4호가 ‘보험급여 시책상’이라는 애매모호한 기준으로 광범위하게 비 급여 대상을 정하고 있다. 제4호에서 특히 문제가 될 만한 규정들을 몇 개 예로 들면 다음과 같다.

- 가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 “상급병상”이라 한다)을 이용 함에 따라 영 제24조 제2항 및 제8조 제4항의 규정에 의하여 고시한 상대가 치점수로 산정한 입원료(이하 “기본입원료”라 한다) 외에 추가로 부담하는 입 원실 이용비용

병원에서 병실수입을 늘리기 위하여 의도적으로 상급병상의 숫자를 불필요하게 높은 비중으로 설치하여 운영하는 경우 5인 이하 병실의 부족으로 울며 겨자 먹기 식으로 상급병실에서 요양하는 경우가 종종 발생한다.

- 바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등 포함)

치과치료는 국민 대다수가 평생에 걸쳐 자주 흔하게 받는 치료이며 일상생활을 영위하는데 불가결한 중요한 치료임에도 불구하고 치과의 보철은 건강보험급여 에서 제외되어 있다.

- 카. 의료법 제37조의2의 규정에 의한 선택 진료를 받는 경우에 선택 진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용

선택 진료는 같은 진료과목에 대하여 다수의 의사가 존재하는 경우 환자의 진 정한 선택에 의하여 이루어져야 함에도 불구하고, 종합병원 등에서는 환자의 의 사를 묻지 않고 선택 진료를 자동으로 끼워 넣고 있는 경우가 많은 것이 현실이 다. 보건복지가족부도 병원 등의 이러한 편법적인 선택 진료를 통한 수익증대 관 행을 알고 있음에도 사실상 이를 방치하고 있는 상황이다. 선택 진료비는 한두

번 진료를 받을 때면 큰 부담이 되지 않을 수 있지만 진료를 반복해서 받아야 하는 장기치료환자의 경우에는 꽤 큰 부담이 될 수 있다.

다. 장기이식등에관한법률에 의한 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

국내 장기 공급이 많지 않아 외국에서 공수하는 경우가 많은데, 이로 인하여 수술비에 못지않은 혹은 그 이상의 운반비가 소요되어 상당한 부담이 됨에도 불구하고 이를 요양급여의 대상에서 제외하고 있다.

2. 연금소득대체율의 실질적 저하 : 국민연금급여

(1) 연금액 계산방법에 따른 연금액의 축소가능성

국민연금법 제51조에 따라 연금지급의 기준이 되는 기본연금액(1년 단위) 계산 방법을 매우 단순화시키면 다음과 같다.

$$(A+B) \times (1500 \sim 1200^7) / 1000 \times \{1 + 0.05(n-20)\}$$

(A = 전체 가입자 3년간 평균소득월액, B = 가입자 본인 기준소득월액, n = 가입기간)

이러한 연금계산방식에 의할 경우 연금액이 축소될 수 있는 가능성은 여러 가지로 상정할 수 있다. 예를 들어 A나 B값이 자영업자의 소득 축소신고 내지는 미신고로 축소되어 기본연금액이 줄어들 수 있다. 그리고 또 하나 중요한 것으로 가입기간 n이 축소되는 경우에 연금액이 크게 줄어들게 된다.

(2) 예정된 소득대체율과 실질적 소득대체율의 차이

소득축소신고 내지 미신고는 통계상으로 접근하기 어렵다는 현실적 측면에서 가입기간 n을 중심으로 살펴보기 한다. 예정된 소득대체율을 계산하기 위하여 편의상 일단 A값과 B값을 위의 계산식에서 같다고 가정하여 즉, 국민연금가입자 중 평균적인 임금수준을 가진 자를 기준으로 하여 소득대체율을 계산한다. 연금

7) 2008년에 지급되는 기본연금액은 위 값으로 1500/1000을 적용하나, 2028년까지 매년 조금씩 감소하여 2028년에는 1200/1000이 적용되게 된다. 국민연금 재정보고갈 논란으로 소득대체율을 감소시킨 것이다. 부칙 [2007. 7. 23. 제8541호] 제20조(기본연금액 산정에 대한 적용례) 참조. 종전에는 1800을 적용한 때도 있었다.

가입기간은 보통 20세 초중반에 취업하여 60대 초중반에 퇴직하는 것으로 보아 통상 40년 정도 잡는 것이 보통이다. 그리고 기본연금액은 1년 단위이므로 계산된 금액을 12개월로 나누어야 한다. 그리고 평균소득액을 1로 계산한 다음 기본연금액을 산출하여 비교하면 50% 내지 40%의 예정된 소득대체율이 나온다.

국민연금의 경우 짧은 보험료 납부 기간, 소득 수준의 축소신고 경향 등으로 실제 급여가 매우 낮은 수준에 지나지 않을 것이라는 전망이 가능하다. 즉 2008년 기준으로 국민연금법에서는 40년 가입자의 경우 50%의 소득을 보장하며, 점차 소득대체율이 감소하여 2028년에는 40%가 된다. 그런데 평균가입기간이 현재 약 21년 정도에 지나지 않으므로, 실제의 평균 소득대체율은 ‘25%(2008년 기준)~20%(2028년 기준)’이 될 것이다. 예를 들면 월 평균소득이 300만원인 경우 “75만원~60만원”을 국민연금으로 받게 된다. 이러한 연금소득대체율의 실질적 저하는 특히 저임금 근로자나 비정규근로자인 직장가입자 그리고 인정되는 가입기간이 매우 짧은 지역가입자 등의 경우에 더욱 심화되어 나타날 것이다.

3. 재요양승인의 엄격성 : 산재보험급여

산재보험 환자에게 보장되는 요양급여의 실질적인 수준을 결정짓는 중요한 것 중의 하나는 치료가 필요한 기간 동안 계속해서 치료를 보장받는 문제이다. 이와 관련하여 가장 문제가 되었던 것이 종래 강제치료종결 제도이다. 산재보험법 자체에는 치료종결을 위한 명문의 근거규정을 두고 있지 않았고, 동법 시행규칙 제16조(치료종결)에서 관련 규정을 두고 있었다. 동조에 의하면 요양 중인 근로자의 상병이 계속 치료를 하더라도 의학적인 효과를 기대할 수 없게 되고, 그 증상이 고정된 상태에 이른 경우 공단으로 하여금 치료를 종결시키도록 하였다. 이 경우 주치의사와 자문의사의 의학적 소견을 듣도록 되어 있고 양자가 다른 경우 자문의사협의회의 심의를 거치도록 하였다. 이러한 치료종결제도는 산재보험의 재정을 안정시키기 위한 목적에서 악용되고 있다는 비판을 받아 왔고, 2008. 7. 1. 노동부령 제304호로 전부 개정되면서 문제의 조항은 삭제되었다.

강제치료종결과 유사하게 요양기간의 적절성에 대한 평가를 하는 제도로는 재요양제도가 있다. 재요양제도도 부당하게 재요양신청이 거부당하는 경우 강제 치료종결과 유사한 문제점을 발생시킬 수 있다.⁸⁾ 그러나 동법시행령 제48조 제1항에

8) 예를 들어, 복합부위통증증후군 같은 질병은 치료 후에 외견상으로는 아무런 상처도 없음에도 극심한 통증을 불러일으킨다. 이러한 경우 요양이 끝난 경우라면 재요양을 신청해야 하는데 그 인정이 쉽지 않다고 한다. 이에 대해선 다음의 기사 참조. “CRPS

의하면 재요양의 요건이 너무 엄격하여 재요양신청이 거부당할 가능성이 높은 실정이다.

산업재해보상보험법 제51조(재요양) ①제40조에 따른 요양급여를 받은 자가 치유 후 요양의 대상이 되었던 업무상의 부상 또는 질병이 재발하거나 치유 당시보다 상태가 악화되어 이를 치유하기 위한 적극적인 치료가 필요하다는 의학적 소견이 있으면 다시 제40조에 따른 요양급여(이하 “재요양”이라 한다)를 받을 수 있다.

②재요양의 요건과 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

시행령 제48조(재요양의 요건 및 절차) ①법 제51조에 따른 재요양(이하 “재요양”이라 한다)은 업무상 부상 또는 질병에 대하여 요양급여(요양급여를 받지 아니하고 장해급여를 받는 부상 또는 질병의 경우에는 장해급여)를 받은 경우로서 다음 각 호의 요건 모두에 해당하는 경우에 인정한다.

1. 치유된 업무상 부상 또는 질병과 재요양의 대상이 되는 부상 또는 질병 사이에 상당인과관계가 있을 것
2. 재요양의 대상이 되는 부상 또는 질병의 상태가 치유 당시보다 악화된 경우로서 나이나 그 밖에 업무 외의 사유로 악화된 경우가 아닐 것
3. 재요양의 대상이 되는 부상 또는 질병 상태의 호전을 위하여 수술(신체 내 고정물의 제거 수술 또는 의지 장착을 위한 절단 부위의 재수술을 포함한다) 등 적극적인 치료가 필요하다고 인정될 것
4. 재요양의 대상이 되는 부상 또는 질병의 상태가 재요양으로 치료효과를 기대할 수 있다고 인정될 것

②재요양을 받으려는 사람은 노동부령으로 정하는 바에 따라 공단에 재요양을 신청하여야 한다.

4. 사회통합에 미흡한 실업급여 : 고용보험급여

고용보험의 구직급여의 수급요건으로 실업이전 18개월간을 고용보험가입사업장에서 근무할 것이 요구된다. 2009년 비정규근로자의 평균근속기간은 2년 미만(21.2개월)으로 정규근로자의 평균근속기간 6년 이상(78.6개월)의 3분의 1도 채 되지 않는 단기간이고, 그 중에서도 시간제근로자(12.0개월), 일일(호출)근로자(1.7개월), 가정 내(재택, 가내)근로자(12.2개월)는 구직급여 수급요건인 기준기간 18개월을 충족 못하고 있는 실정이다.⁹⁾ 이처럼 비정규근로자가 실직하는 경우 구

의 고통을 아시나요>, 한겨레 21 2007. 6. 7. 제663호.

9) 통계청 2009. 12. 2. 발표된 “경제활동인구 부가조사 결과” 중 정규직/비정규직 평균근속기간 비교.

직급여의 수급요건을 충족하기가 어려운 현실이며, 그리고 가입기간에 따라 구직급여 수급기간도 다르게 됨으로 비정규근로자는 구직급여 수급기간 면에서도 정규근로자와 사실상 차별을 받게 된다.

실업급여는 구직급여와 취업촉진수당 등으로 단순화되어 있다. 따라서 수급자의 질병·부상이나 가족간병 등 보험사고에 대응한 적절한 특별급여나 저소득가족을 위한 보충급여제도가 결여되어 있으므로 실업급여가 그 핵심적 기능인 사회통합 실현에 제대로 기여를 하지 못하고 있는 실정이다.

IV. 비용 및 접근 범위 : 재원 및 전달체계

1. 재원 : 보험료

재원(비용)의 경우는 직장(사업장)가입자와 지역가입자의 개인부담률, 건강보험의 일부부담금의 실제문제를 고찰하기로 한다.

(1) 직장(사업장)가입자, 지역가입자의 개인부담률

1) 건강보험

건강보험의 경우 국민건강보험법 제62조(보험료)에 따라 직장가입자는 월별 지급받는 보수를 기준으로 하여 산정된 보수월액에 법정 보험료율 곱하여 얻은 금액을(제4항), 지역가입자는 법정 보험료부과점수에 보험료부과점수당 금액을 곱한 금액으로, 세대별로 산정된 보험료(제5항)를 매월 납부하게 된다. 2000년 이후 지역가입자의 세대당 건강보험료가 직장가입자보다 높은 추세를 보였으나, 2003년 재정통합 이후 직장가입자의 부담이 증가 추세를 보이고 있다. 직장가입자 부담의 증가 추세는 직장가입자가 지역가입자에 비해 소득과약율이 높고, 보험료율을 동일하게 인상하여도 임금 인상률이 지역가입자의 소득·재산 등의 인상률보다 높기 때문에 이러한 결과가 빚어지는 것으로 조사되었다.

[통계표명 : 세대당 건강보험료 부담액]

(단위 : 원)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 계(세대당 부담액) | 50,080 | 53,773 | 59,278 | 66,217 | 66,916 |
| 지역가입자 | 46,871 | 49,688 | 55,054 | 61,982 | 64,803 |
| 직장가입자 | 52,956 | 57,097 | 62,430 | 69,169 | 70,251 |

보건복지가족부 보험정책과 건강보험정책관 2010. 4. 6. 발표된 “건강보험주요지표” 중 세대당 건강보험료 부담액

2) 연금보험

국민연금의 경우 국민연금법 제88조(연금보험료의 부과·징수 등)에서 사업장 가입자의 연금보험료 중 기여금은 사업장가입자 본인이, 부담금은 사용자가 각각 부담하되, 그 금액은 각각 기준소득월액의 1천분의 45에 해당하는 금액으로(제3항), 지역가입자, 임의가입자 및 임의계속가입자의 연금보험료는 지역가입자, 임의가입자 또는 임의계속가입자 본인이 부담하되, 그 금액은 기준소득월액의 1천분의 90으로(제4항) 할 것을 정하고 있다. 따라서 지역가입자(단독부담)는 사업장가입자(노사절반부담)에 비하여 개인부담율이 배나 높은 셈이다.

(2) 건강보험의 일부부담금

1) 본인부담의 의의

국민건강보험법 제41조는 요양급여를 받는 경우에 그 요양비용의 일부를 본인이 부담하도록 할 수 있는 근거규정이다. 이러한 본인부담금 제도를 설정하는 이유는 진료비 부담 경감과 제3자 지불제로 인한 도덕적 해이 방지 그리고 지나친 의료 남용을 적절히 관리하기 위한 것이기 때문이다.¹⁰⁾

제41조(비용의 일부부담) 제39조제1항의 규정에 의한 요양급여를 받는 자는 대통령령이 정하는 바에 의하여 그 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다.

이에 따라 정해진 국민건강보험법 시행령 제22조에서는 별표 2에서 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액을 정하고 있다.

¹⁰⁾ 김경희 외 2인, **본인부담액상한제 소요재정 추계 및 개선방안 연구**, 국민건강보험공단, 2005, 43쪽.

제22조(비용의 본인부담) ①법 제41조에 따른 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다. 이 경우 본인이 연간 부담한 비용의 총액(별표 2 제4호에 따른 금액은 제외한다)이 별표 3에서 정하는 금액을 넘는 경우에는 그 초과금액을 공단이 부담한다. <개정 2009. 4. 6>

②제1항의 규정에 의한 본인부담액은 요양기관의 청구에 의하여 가입자 또는 피부양자가 요양기관에 지불한다. 이 경우 법 제39조제2항 및 제3항의 규정에 의하여 보건복지부령이 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항외의 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구하여서는 아니 된다. <개정 2008. 2. 29, 2010. 3. 15>

③공단은 가입자 또는 피부양자가 제1항 후단의 규정에 따라 공단이 부담하여야 하는 금액을 요양기관에 지불한 경우에는 그 초과한 금액을 가입자 또는 피부양자에게 지급하여야 한다. <신설 2004. 6. 29>

이에 따라 정해진 별표 2에서는 ‘입원진료 20/100(1호 가목), 외래진료 30/100(1호 나목), 약국 또는 한국희귀약품센터 30/100(1호 다목)’ + ‘입원기간 중 식대의 50/100(3호 나목)’ 등과 같이 본인부담율¹¹⁾을 정하고 있다. 그리고 자연분만(4호 가목), 신생아 및 영유아 입원진료(4호 나목), 일정 소득 이하의 희귀난치성질환자 등의 경우에 본인부담을 감면¹²⁾해 주고 있다.

국민건강보험법상 본인일부부담율은 선진국에 비해 높은 편이고 또한 보험이 적용되지 않는 비 급여대상항목이 많아 고액·중증질환 환자의 경우는 본인부담이 과다하여 경제적인 어려움에 봉착하고 있다.¹³⁾

주의할 점은 여기에서 제시한 통계에 비 급여대상항목에 해당하여 국민이 부담하는 의료비용은 포함되어 있지 않다는 것이다. 즉 실질적인 본인부담율은 이보다 훨씬 높을 것이라고 보인다. 다만 비 급여대상항목의 의료비에 대해서는 별다른 통계자료가 작성되고 있지 않고 있어 그 규모를 파악하기가 어렵다.

11) 물론 의료기관의 종류, 진료내용 등에 따라 세부적으로 본인부담율이 달라지는 경우가 있다.

12) 그 외에 감면내용으로는 보건복지부장관이 고시한 질병군(제2호) 20/100, 암환자 등(5호 가목) 10/100, 6세 미만의 자 입원진료(5호 나목) 10/100 등. 특정 질환의 경우 본인일부부담금 감면에 대한 보다 자세한 내용은 ‘본인일부부담금산정특례에관한기준’에 관한 보건복지가족부장관의 고시를 참조.

13) 2009년 통계를 기준으로 볼 때 전체의료급여비용 4,473,459,992,000원 중 본인부담금은 120,633,746,000원에 해당하는 것으로 나타났다. 자세한 사항은 2008년 건강보험통계연보, 국민건강보험공단 건강보험심사평가원, 2009.10. 614쪽 연도별 의료급여 실적 참조.

2) 본인부담 상한선의 허구화 가능성

본인부담금 제도와 관련하여 주목할 만한 제도로는 본인부담금 상한제도가 있다. 국민건강보험법 시행령 제22조 제1항 단서에서는 ‘본인이 부담한 비용의 총액(별표 2 제3호 가목에 따른 금액을 제외한다)이 6월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단이 부담한다.’라고 규정하여 지나친 본인부담금 부담으로 인한 경제적 어려움을 감소시키려고 하고 있다.

다만 별표 2 제3호 가목에 따른 금액은 제외됨으로써 본인부담상한제도의 허구화 가능성이 존재하는 것이다. 가목 중 국민건강보험법상 건강보험료 체납으로 인한 급여제한사유(법 제48조 제3항)나 급여가 정지되는 경우(법 제49조 제3호 및 제4호), 학교폭력 중 학생간 상호폭행에 기인한 경우(학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률 제2조 제1호) 등도 문제지만, 더 큰 문제는 ‘보험재정에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지가족부령으로 정하는 경우’이다. 이러한 포괄적인 사유로 본인부담금 상한 제도를 허구화시킬 수 있는 가능성이 존재하는 것이다.

3. 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액

가. 법 제48조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우, 법 제49조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우, 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조 제1호에 따른 학교폭력 중 학생간 상호폭행에 기인한 경우, 보험재정에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지가족부령으로 정하는 경우에는 보건복지가족부령으로 정하는 항목의 요양급여비용의 100분의 100의 범위 안에서 보건복지부령으로 정하는 금액

국민건강보험법 시행규칙 제10조(요양급여비용의 본인부담)에 따른 시행규칙 별표 5(개정 2009. 2. 6)에서 이를 보다 구체적으로 규정하고 있다.

2. 전달체계

전달체계의 경우는 건강보험의 병원 도시집중, 산재보험의 종합전문요양기관 이용제한, 고용보험의 전달체계 미비의 실제문제를 살펴보기로 한다.

(1) 건강보험의 병원 도시집중

2008년 기준 전국적으로 종합병원은 총 269개로 조사되었다. 이 중 서울(41개), 경기(48개), 부산(23개)에 약 45%가 집중된 것으로 나타났다. 일반병원도 전국적으로 총 1,883개가 있는데 그 중 서울(218개), 경기(357개), 부산(179개)에 상대적으로

몰려있다는 점이 확인되었다.¹⁴⁾ 한국보건사회연구원이 2010. 2. 24. 발표한 ‘보건 의료자원 배분의 효율성 증대를 위한 모니터링 시스템 구축 및 운영’보고서에 따르면, 병의원과 약국 등으로 구성된 전체 보건의료기관(8만161개소) 중 25.6%, 19.8%가 각각 서울과 경기도에 있는 것으로, 전체 의사 8만1,324명 중 30.3%(2만 4,681명)가 서울에, 17.9%(1만4,586명)가 경기지역에 쏠려 있는 것으로 드러났다.¹⁵⁾

(2) 산재보험의 종합전문요양기관 이용제한

산재보험에서는 근로복지공단이 지정한 산재보험 의료기관에서 요양급여를 받도록 하고 있다.

산업재해보상보험법 제40조(요양급여)

②제1항에 따른 요양급여는 제43조 제1항에 따른 산재보험 의료기관에서 요양을 하게 한다. 다만 부득이한 경우에는 요양을 갈음하여 요양비를 지급할 수 있다.

⑥업무상의 재해를 입은 근로자가 요양할 산재보험 의료기관이 제43조 제1항 제2호에 따른 상급종합병원인 경우에는 「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에 따른 응급환자이거나 그 밖에 부득이한 사유가 있는 경우를 제외하고는 그 근로자가 상급종합병원에서 요양할 필요가 있다는 의학적 소견이 있어야 한다. <개정 2010. 5. 20>

지정실태를 보면 종래 근로복지공단이 강제로 지정하는 것이 아니라 당해 의료기관의 신청 내지 동의를 얻어 지정하는 형태였다. 특히 대형 종합병원 등은 대부분 산재보험 의료기관으로 지정되어 있지 않은 문제점이 있었다. 즉 일부 종합전문요양기관이 산재근로자의 요양을 담당하는 산재보험 의료기관으로 지정되는 것을 기피하고 있어 산재근로자가 인력과 시설이 우수한 의료기관에 접근하기 어려운 문제가 있었다. 이러한 문제점을 인식하여 2007. 12. 14. 법률 제8694호 개정 시에 국민건강보험법상의 종합전문요양기관 당연지정제를 도입하였다(동법 제43조 제1항 제2호). 그러나 종합전문요양기관을 이용하는 경우 당해 산재근로자가 원하는 바에 따라 마음대로 이를 이용하는 것을 제한하고 있는 실정이다. 즉 응급환자이거나 부득이한 사유를 제외하고는 근로자가 종합전문요양기관에서 요양할 필요가 있다는 의학적 소견이 있어야만 종합전문요양기관에서의 요양이 가능하도록 규정한 것이다(동법 제40조 제6항).

14) 국민건강보험공단 건강보험심사평가원, 2008년 건강보험통계연보, 2009.10., 38쪽 요양기관 현황 참조.

15) 한국보건사회연구원, 보건의료자원 배분의 효율성 증대를 위한 모니터링 시스템 구축 및 운영, 2009.12., 141-142쪽.

(3) 고용보험의 전달체계 미비

고용보험급여인 실업급여와 고용안정, 직업능력개발사업의 효율적 실시를 위하여서는 그 전제조건이 되는 고용보험의 전달체계인 직업안정기관과 직업훈련기관이 전국적으로 설치되어 있어야 한다. 이러한 전달체계 기관은 대도시 등 특정 지역에 편재됨이 없이 지역적으로 균형 있게 분포되어야 하고 또한 수급자가 이에 쉽게 접근하여 이용할 수 있어야 함은 물론이다. 그러나 이러한 고용보험의 전달체계를 올바르게 확립하기 위한 국가책임의 원리를 아직까지 제대로 이행하지 않고 있기 때문에 직업안정기관이 담당해야 할 기능을 지금은 지방노동사무소에서 그 실무를 맡고 있는 실정이다. 그렇기에 현행 운영체제에서도 사업주에 대한 직업능력개발사업 지원은 기업규모와 근로자의 고용형태의 차이에 따라 상당한 격차가 있을 수밖에 없다. 따라서 비정규근로자 등 취약계층근로자는 직업능력개발 기회의 부족으로 더욱 더 열악한 상황으로 몰린다는 비판이 제기되고 있다.¹⁶⁾

V. 결 어

이상에서 살펴 본 것처럼 사회보험수급권의 범위는 법령상 규정과는 달리 운용면에서는 그 인적, 물적, 비용 및 접근 범위가 실질적으로 축소 내지 보장제외되는 엄연한 현실로 존재함을 알 수 있다. 그 전형적 경우로는 비정규근로자의 낮은 보험가입률(40%)과 국민연금 지역가입자 납부예외자의 높은 비율(57%), 국민연금급여 소득대체율의 실질적 저하(40%), 건강보험급여 일부부담금문제와 의료전달체계에서 종합병원의 대도시집중(45%)을 꼽을 수 있을 것이다. 이로 미루어 보면 정규근로자와 비정규근로자, 사업장가입자와 지역가입자, 대도시와 농어촌 사이에 엄연한 불평등구조가 잠재되어 있음이 자명하게 드러난다. 사회보험수급권의 범위와 보험영역별로 나누어 따로 평가를 해 보기로 한다.

첫째, 그 인적 적용범위는 단기간의 임시적 불안정근로자의 직장(사업장)가입자의 적용제외, 비정규근로자의 낮은 보험가입률, 국민연금의 납부예외와 보험료 미납으로 인한 사실상의 비 가입상태, 국외여행자 등에 대한 국민건강보험정지, 보험료체납에 의한 수급자격 상실로 인하여 사실상 감축되고 있는 실정이다. 둘째, 그 물적 범위는 건강보험급여의 비 급여대상항목의 확대가능성, 국민연금급여의

16) 노동부, 2009년 고용보험백서, 2010, 42-49쪽 참조.

소득대체비율의 실질적 저하, 사회통합에 미흡한 실업급여의 종류 등으로 인하여 사회보험 본래 취지의 급여충족을 제대로 실현하지 못하고 있는 상황이다. 셋째, 그 비용 및 접근범위에서 건강보험급여 일부부담금과 본인부담상한선의 허구화 가능성, 종합병원의 대도시 집중으로 인한 의료전달체계의 편중성, 고용보험 전달체계구축의 미비 등으로 인하여 계층과 지역사이에 현저한 불공평성이 존재하고 있는 현실임을 부인할 수 없다.

건강보험에서는 비 급여대상항목의 확대가능성 및 본인부담금상한선의 허구화 가능성과 종합병원 등 의료전달체계의 대도시집중 그리고 지역가입자의 보험료 체납에 따른 수급자격 상실로 인하여 저소득층 및 지역영세민과 소도시, 농어촌 주민은 한계적 보장을 받을 수밖에 없는 여건이다. 연금보험에서는 지역가입자 절반이상이 납부예외자인 점과 실제 연금소득대체율의 낮은 수준으로 인하여 정규근로자 이외의 경우에는 그 본래의 소득보장기능조차 미흡한 수준으로도 이행할 수 없는 상황이다. 산재보험에서는 재요양의 엄격성 및 종합전문요양기관 이용제한으로 산재근로자가 충분한 요양급여를 향유할 수 없고, 고용보험에서는 실업급여의 단순성 및 고용안정, 직업능력개발사업 전달체계의 미비로 인하여 그 실질적 보장은 형식화될 우려가 짙은 상황이다.

건강 및 소득보장이 절실한 계층인 비정규근로자 내지 도시영세민과 농어촌 주민 등이 공무원 및 교직원이나 기업의 정규근로자 등 안정근로자에 비하여 사회보험수급권 보장범위에서 오히려 사실상 축소 내지 제외되는 경우가 많은 것을 볼 수 있다. 이러한 ‘소득 역진적 불평등구조’의 경향은 20년 전에 비하여 외형적으로는 많이 개선되었지만 실제로는 크게 달라진 것이 없다고 해도 과언이 아니다. 사회보험제도의 실질적 정착화를 위하여 앞으로 꾸준한 제도개선이 필요하겠지만 그 기본방향은 각 보험제도의 원리적 조화측면에서 모색되어야 하리라고 본다. 건강보험은 건강보장의 공익성과 의료기관의 영리성, 연금보험은 사회적 부양성과 개인적 형평성, 산재보험은 재해근로자의 생활보장과 보험제정의 안정, 고용보험은 고용조정성과 실업급여의 사회통합성을 슬기롭게 조화하는 균형적 사회보험정책을 펼쳐야 될 것이다.

참고문헌

- 국민건강보험공단 건강보험심사평가원, **2008년 건강보험통계연보**, 2009. 10.
- 국민연금연구원, 2008년 국민연금통계연보 제21호 “국민연금 가입자 및 납부예외자 현황” 및 “연도별 징수현황”.
- 김정희 외 2인, **본인부담액상한제 소요재정 추계 및 개선방안 연구**, 국민건강보험공단, 2005.
- 노동부, **2009년 고용보험백서**, 2010.
- 보건복지가족부 보험정책과 건강보험정책관 2010. 4. 6. 발표 “건강보험주요지표” 중 세대당 건강보험료 부담액.
- 통계청 2009. 12. 2. 발표 “경제활동인구 부가조사 결과” 중 정규직/비정규직 평균 근속기간 비교.
- 통계청 사회통계국 고용통계팀 2009. 5. 27. 배포 “2009년 3월 근로형태별 부가조사 결과.”
- 한겨레신문사, “CRPS의 고통을 아시나요”, **한겨레 21**, 2007. 6. 7. 제663호.
- 한국보건사회연구원, **보건의료자원 배분의 효율성 증대를 위한 모니터링 시스템 구축 및 운영**, 2009. 12.

<Abstract>

A Review on the Range of Entitlement to Social Insurance Benefits

Lee, Heung Jae*

This Article attempts to reexamine the gap between the legal provisions of Korean Social Insurance System (KSIS) and the actual operation of it, since the first study on that in 1990. Nowadays, with respect to the range of entitlement to social insurance benefits, it might be found out that, unlike the statutory regulations, the actual social insurance coverage of beneficiary or benefits and access are reduced and even limited in some categories in reality.

Typical examples includes these : 1) the low rate of atypical workers in the policyholder of KSIS (40%); 2) a high percentage of the local area-based insured person exempted from the national pension program (57%); 3) a substantial decrease of the earning-replacement rate of the national pension benefits; 4) the problem of individual co-payment of beneficiaries in the health care insurance; and 5) the gravitation of the general hospitals to big cities in the health care delivery system (45%). These current circumstances clearly reveal the stark inequalities between regular employees and atypical workers or workplace-based insured person and local area-based insured person, and metropolitan and rural areas.

More specifically, firstly, the coverage of beneficiary in KSIS is decreased in reality because of these : 1) short-term temporary workers are excluded from the workplace-based insured person; 2) the participant rate of atypical workers in the policyholder of KSIS is very low; 3) the national pension benefits will be unavailable in effect, if the future recipient is exempted from pension contributions due to the statutory regulations, or does not pay the contributions on time; 4) a recipient travelling or working abroad is unable to receive the health care insurance benefits for the duration of being abroad; and 5) the arrears of contributions result

* Professor, College of Law/School of Law, Seoul National University.

in disqualification of the entitlement to the health care and the national pension benefits.

Secondly, the range of benefits in KSIS is unlikely to realize the core spirit of the social insurance due to these : 1) the numerous non-covered items in the health care insurance scheme; 2) the substantial decrease of the earnings-replacement rate of the national pension benefits; and 3) the shortcomings of unemployment benefits to achieve social integration.

Thirdly, with respect to the scope of cost and access in KSIS, the existence of a remarkable unfairness between classes and regional disparity can not be denied. It is as a consequence of these : 1) individual co-payment of beneficiaries and the possibility of its false upper limit in the health care insurance scheme; 2) inequality in the health care delivery system due to the gravitation of the general hospitals to big cities; and 3) lack of infrastructure of the employment insurance delivery system.

In conclusion, in order to develop KSIS, it is essential to strike the balance between conflicting principles in each social insurance regime as well as reform the system continuously. Therefore the equitable social insurance policy should be wisely carried out to ensure the balance between these : 1) the characteristics of the health care coverage as a public interest and that of medical institution as a profit-making enterprise in the health care insurance; 2) individual equity and social adequacy in the national pension insurance; 3) guarantee of living safety of injured workers and financial stability of insurance fund in the industrial injury compensation insurance; and 4) adequate unemployment benefits for social integration and the employment adjustment in the employment insurance.

Key words: entitlement to social insurance benefits, health care insurance, pension insurance, industrial injury compensation insurance, employment insurance, coverage of beneficiary, range of benefits, scope of cost and access, atypical workers, structure of inequality, social integration