

# 공적 의료보장체계에서 사회적 배제와 사회적 포섭

이용갑\*

## 요약

우리나라의 공적 의료보장체계는 사회통합의 차원에서 보험료를 납부하기가 어려운 저소득취약계층에게 보건 의료 서비스를 이용할 수 있는 사회적 보호 기전을 실시하고 있다. 국민계층에게 무상으로 공적 의료보장을 제공하기 위하여 이들을 국민건강보험으로부터 제외시켜 별도의 공적 의료보장제도인 의료급여 대상자로 전환된다. 국민건강보험제도의 경우 저소득취약계층을 대상으로 보험료를 경감하거나, 또는 체납한 보험료를 결손 처분하여 그 이후부터는 보험료를 납부할 수 있게 한다. 하지만, 공적 의료보장차원에서의 이러한 세 가지 사회적 보호 기전은 사회적 배제를 예방하거나 해결하지 못하고 있다.

이에 본 연구는 1970년대 프랑스에서 사회보험제도의 보호를 받지 못하는 집단을 지칭하는 용어로 사용되기 시작한 ‘사회적 배제’ 개념에 기초하여 우리나라 공적 의료보장체계에서의 사회적 배제와 사회적 포섭 현상을 분석하고자 한다. 이를 위하여 본 연구는 먼저 사회보장차원에서 사회적 배제 개념을 검토하고, 프랑스가 공적 의료보장제도의 확립차원에서 사회적 배제를 극복하기 위하여 2000년대 초반에 실시한 ‘보편적 의료급여(CMU)’를 분석하고자 한다. 또한 본 연구는 사회통합차원에서 사회보험인 국민건강보험과 공공부조인

\* 연세대학교 사회발전연구소 전문연구원(lankwitzer@empal.com)

의료급여로 구축된 우리나라 공적 의료보장체계에서의 보험료 체납에 따른 보건의료 서비스 이용 제한과 의료급여 대상자를 국민건강보험 가입자로의 전환을 사회적 배제로, 차상위계층 국민건강보험 가입자를 의료급여 대상자로의 전환 및 국민건강보험 내에서 보험료 경감과 체납보험료 결손처분을 사회적 포섭으로 분석하고자 한다. 그리고 본 연구는 사회통합차원에서 공적 의료보장제도에서 사회적으로 배제당한 사람들을 위한 사회적 포섭 정책을 근로빈곤계층과 같은 도시지역 저소득취약계층에 대한 보험료 경감, 차상위계층의 의료급여 대상자로의 전환 지속 및 체납보험료 결손처분의 제도화 및 프랑스의 보편적 의료급여(CMU) 제도 도입과 같이 의료급여와 국민건강보험의 단계적 통합을 제시하고자 한다.

주제어: 공적 의료보장, 사회적 배제, 사회적 포섭, 사회통합

## 1. 머리말

1990년대 말의 IMF 외환위기 이후 사회계층간 소득양극화는 가속화되고 있다. 도시가구의 시장소득 기준 소득 5분위 배율은 2000년 4.58배에서 2008년 6.20배로 증가하면서, 같은 기간 동안 상대빈곤율은 10.8%에서 15.4%로, 지니계수는 0.286에서 0.325로 악화되었다(좌혜경, 2009a). 소득양극화의 지속적 심화는 저소득취약계층뿐만 아니라 중산층의 빈곤화를 초래하는 사회문제로 등장하였다. 그 결과 중위소득의 50-150% 기준 중산층 비중은 1997년 73.5%에서 2008년에 63.2%로 감소하였다(매일경제, 2010). 사회보장차원에서 소득양극화는 사회보험제도에서 보험료를 납부하지 못하는 사람들에게 대한 사회적 보호를 제도적으로 배제하는 문제를 발생시키고 있다. 사회보험방식으로 공적 의료보장을 제공하는 국민건강보험의 경우 2009년 7월 현재 지역가입자 세대의 19.4%인 157.5만 가구의 217.2만명이 6개월 이상 보험료 체납을 이유로 보건의료 서비스를 이용하지 못하고 있다(의료사각지대건강권보장연대, 2010).

우리나라의 공적 의료보장체계는 사회통합차원에서 보험료를 납부하기가 어려운 저소득취약계층에게 보건의료 서비스를 이용할 수 있는 사회적 보호 기전을 실시하고

있다.<sup>1)</sup> 국민계층에게 무상으로 공적 의료보장을 제공하기 위하여 이들을 국민건강보험으로부터 제외시켜 별도의 공적 의료보장제도인 의료급여 대상자로 전환한다. 국민기초생활보호법상의 기초생활 수급자나 의료급여법상의 차상위계층 일부가 그 대상자들이다. 국민건강보험제도 내에서는 저소득취약계층을 대상으로 보험료를 경감하거나, 또는 체납한 보험료를 결손 처분하여 그 이후부터는 보험료를 납부할 수 있게 하는 사회적 보호를 실시하고 있다.

하지만, 공적 의료보장차원에서의 이러한 세 가지 사회적 포섭 기전은 사회적 배제를 적극적으로 예방하거나 해결하지 못하고 있다. 보험료 경감은 지역가입자 중 특히 농·어촌지역 주민에게 일상화되어 있어 근로빈곤계층(working poor)과 같은 도시지역 거주 저소득취약계층에 대한 적용이 어려운 상황이다. 체납보험료 결손처분은 국민건강보험의 재정상태에 따라 그 적용대상 규모가 결정됨에 따라 일반화되어 있지 못하고 있다. 의료급여 대상자로의 전환은 예산규모에 따라 가변적이며, 특히 2009년부터는 차상위계층 중 일부가 의료급여 대상자에서 국민건강보험 대상자로 다시 전환되면서 그 규모가 감소하고 있다. 이에 따라 보험료를 경감 받지 못하는 도시지역 거주 저소득 취약계층, 보험료 체납자, 의료급여 대상자에서 국민건강보험 가입자로 재전환된 차상위계층들은 사회통합차원에서 구축된 전 국민 공적 의료보장제도에서 사회적으로 배제당하고 있는 상황이다. 그 결과 이들은 지난 1977년 국민건강보험과 의료급여 도입 이후 “몸이 아파도 병원에 가지 못했던 시대가 아프면 병원에 가서 치료를 받는 시대”(건강보장미래전략위원회, 2007: 13)로 전환된 공적 의료보장의 역사적 성과를 함께 향유하지 못하고 있다.

이에 본 연구는 1970년대 프랑스에서 사회보험제도의 보호를 받지 못하는 집단을 지칭하는 용어로 사용되기 시작한 ‘사회적 배제’ 개념에 기초하여 우리나라 공적 의료보장체계에서의 사회적 배제와 사회적 포섭 현상을 분석하고자 한다. 이를 위하여 본 연구는 먼저 프랑스, 유럽연합 및 영국에서 사회보장차원에서 논의된 사회적 배제 개념을 검토하고, 프랑스가 공적 의료보장제도의 확립차원에서 사회적 배제를 극복하기 위

<sup>1)</sup> 국민건강보험공단이 주도하는 지역사회차원에서의 사회복지공동모금회와 기업의 사회적 공헌 활동을 통해 저소득취약계층의 보험료 지원사업이나 기초지역자치단체가 조례에 근거하여 해당지역에 거주하는 저소득취약계층에 대한 보험료 지원은 지역차원에서의 자발성 원칙에 기초한 것이어서 전국 단위에서의 법적, 제도적 사회적 배제와 포섭을 논의하는 본 연구에서는 분석하지 않는다.

하여 2000년대 초반에 실시한 ‘보편적 의료급여(CMU)’를 분석하고자 한다. 또한 본 연구는 사회통합차원에서 사회보험인 국민건강보험과 공공부조인 의료급여로 구축된 우리나라 공적 의료보장체계에서의 보험료 체납에 따른 보건의료 서비스 이용 제한과 의료급여 대상자를 국민건강보험 가입자로의 전환을 사회적 배제로, 차상위계층 국민건강보험 가입자를 의료급여 대상자로의 전환 및 국민건강보험 내에서 보험료 경감과 체납보험료 결손처분을 사회적 포섭으로 분석하고자 한다. 그리고 본 연구는 사회통합차원에서 공적 의료보장제도에서 사회적으로 배제당한 사람들을 위한 사회적 포섭 정책을 도시지역 저소득취약계층에 대한 보험료 경감, 차상위계층의 의료급여 대상자로의 전환 지속 및 체납보험료 결손처분의 제도화 및 의료급여와 국민건강보험의 단계적 통합을 제시하고자 한다.

## 2. 사회적 배제와 사회보장

### 1) 사회적 배제에 관한 기존 논의

사회적 배제(social exclusion)는 막스 베버(Max Weber)가 ‘경제적 관계의 종속화과정에서 한 집단이 다른 집단의 희생으로 자신의 특권화된 지위를 보장하기 위한 사회적 폐쇄(social closure)의 한 형태’(Weber, 1968: 341-343)로 이해한 개념이다. 현실세계에서 사회적 배제는 여성, 백인이 아닌 유색인종, 노숙자, 에이즈환자, 장기 실업자, 슬럼지역 거주자, 외국으로부터의 이주자, 유대인과 같은 소수 인종 등 개인이나 특정 사회집단 전체가 인구사회학적 또는 경제적 이유로 사회제도로 부터 배제되는 경우 발생하는 사회현상이다. 사회보장과 관련하여 사회적 배제는 지난 19세기 말부터 시작된 근대 복지국가가 실현하고자 한 사회통합에 따라 상대적으로 경시된 사회문제였다. 하지만, 제2차 세계대전 이후 임금근로자를 대상으로 한 사회보험 중심으로 활성화되었던 복지국가 구축이 어느 정도 정제되기 시작한 1970년대 중반부터 프랑스에서 사회적 배제가 공론화되기 시작하였으며, 그 후 유럽연합이 회원국가들의 사회통합을 위한 구체적 지표의 개발과 정책지침의 실시로 발전하였으며, 1997년 영국의 신노동당이 집권하면서 사

회적 배제 극복이 사회보장정책의 최우선 과제로 등장하였다. 그 결과 사회적 배제는 유럽을 중심으로 이론적 논의와 함께 사회보장정책에서의 실제적 정책 실시로 확대되었다.

이러한 연구결과를 바탕으로 2000년 이후 우리나라에서도 사회적 배제에 대한 연구가 활성화되었다. 사회적 배제에 관한 우리나라의 연구는 크게 세 가지로 구분된다. 첫 번째 논의는 1970년대 중반이후 프랑스에서 시작된 사회적 배제 논의에 대한 사회보장정책차원에서의 전반적 분석이다. 심창학(2001)은 프랑스에서 시작된 사회적 배제 논의의 용어, 의미와 이를 극복하기 위한 사회보장정책을 분석하고 있으며, 심창학(2004a)은 유럽연합차원에서 논의되고 실시되는 사회적 배제의 극복을 위한 유럽연합의 지침, 국가별 행동계획과 사회지표개발 등을 논의하였으며, 심창학(2004b)은 사회적 배제 개념의 유용성에 대한 검토를 기초로 우리나라의 사회적 배제의 실태에 대한 일반적 분석을 제시하고 있다. 윤진호 외(2004)는 유럽연합을 중심으로 빈부격차와 차별시정을 위한 국가별 행동계획에 관하여 분석하고 있으며, 강신욱 외(2005)는 유럽연합차원에서 개발된 사회적 배제 극복을 위한 국가별 행동계획의 기준이 되는 사회지표를 기초로 우리나라 상황에 적합한 사회적 지표를 개발하고자 하였다.

두 번째 논의는 사회적 배제 개념에 대한 이론적 분석이다. 박병헌·최선미(2001)은 우리나라의 빈곤정책차원에서 시사점을 찾고자 사회적 배제에 대한 개념을 분석하였다. 문진영(2004)은 1997년 노동당정부가 집권하면서 창설된 영국의 ‘사회적 배제 기획단(SEU)’을 중심으로 한 사회적 배제 개념을 분석하면서, 프랑스, 영국, 스웨덴에서의 사회적 배제의 극복을 위한 개념 정의, 국가정책 논의 등을 국제적으로 비교하였다.

세 번째 논의는 사회적 배제 개념을 적용하여 우리나라의 개별 사회보장 프로그램에 대한 구체적 분석이다. 김상호(2003)는 노인복지차원에서 빈곤노인의 문제를 사회적 배제로 분석하였으며, 김위정(2003)은 사회적 배제 개념을 적용하여 공공임대주택 거주자의 주거공간을 분석하였으며, 송다영(2003)은 대표적인 취약계층인 저소득 모자 가구에 대한 통합적 사회복지제공 문제를 사회적 배제의 극복차원에서 분석하였다. 또한 윤정향(2005)은 비정규직에 대한 사회보험 적용문제를 사회적 배제의 원인과 그 기전으로 분석하였으며, 성은미(2008)는 노동시장의 유연화가 가속화되는 상황에서 한국과 일본 비정규 노동자가 사회보험으로부터 배제되는 현상을 실증적으로 분석하였

다.

본 연구는 사회적 배제에 관한 세 번째 논의의 맥락에서 우리나라 공적 의료보장차원에서 법적, 제도적으로 이루어지는 사회적 배제 현상과 이를 사전에 예방하기 위한 사회통합적 기전 및 이를 극복하기 위한 사회적 포섭전략을 분석하고자 한다. 이를 위하여 본 연구는 먼저 사회적 배제 개념에 관한 논의를 검토 한 후 프랑스, 유럽연합 및 영국의 사회보장정책차원에서 사회적 배제 논의를 간략하게 검토하고자 한다.

## 2) 사회적 배제 개념

유럽 국가들의 사회정책과 함께 등장한 사회적 배제 개념은 개념 그 자체로는 다양하게 정의되고 있다. 버그만(Berghman)에 의하면 유럽공동체(EC)에서 사회적 배제 현상을 논의한 초기 연구자들은 사회적 배제를 시민통합의 증진과 관련된 민주적·법적 체계, 경제통합을 증진시키는 노동시장, 사회통합의 증진과 관련된 복지국가체계, 대안통합을 증진시키는 가족·공동체체계 등 네 가지 체계 중 하나 이상의 결여로 정의하였다(Berghman, 1995: 18-21). 쇼페(Choffé)는 사회적 배제와 관련된 프랑스의 공공기관인 ‘국립 빈곤과 사회적 배제 관측소’의 경우 사회적 배제를 실업·만성 또는 반복적인 재정수단의 불충분성·빈곤과 같은 경제적 영역으로부터의 배제, 사회권·공민권·정치권 이용의 불인정 또는 결여, 사회적 관계의 결여라는 세 가지 관점에서의 동태적이며 상황적 사회적 관계의 단절 메카니즘으로 이해한다고 논의하고 있다(Choffé, 2001: 207).

반면에 우리나라에서의 논의는 보다 포괄적이고 역동적이라고 할 수 있다. 영국에서의 논의를 중심으로 분석한 문진영은 상황적 맥락을 고려한 자발적 자기배제까지 사회적 배제의 한 유형으로 포함시키면서 “한 개인이 지리적으로 거주하고 있는 한 사회에서 시민으로서(상대성) 누려야 할 경제적, 문화적, 정서적인 활동(다차원성)에 지속적(역동성)으로 참여하지 못한다면, 그는 사회(기관)으로부터 배제되었다”라고 정의한다(문진영, 2004: 261). 프랑스의 사회적 배제 논의를 역사적으로 분석한 심창학은 사회적 배제를 “구성원이 사회에서 정상적인 삶을 영위하는데 필요한 제반 권리(정치적, 경제적, 사회적, 문화적 권리 등)가 박탈당하면서 사회의 주류(mainstream) 질서로부터 유리되는 역동적 과정”으로 정의한다(심창학, 2004: 19).

사회적 배제에 대한 이와 같은 다양한 개념정의는 몇 가지 공통점을 가지지만, 가장 중요한 공통점은 사회적 배제 개념은 빈곤문제뿐만 아니라 사회적 관계의 다양한 영역에서 자격발탁을 의미한다는 것이다. 즉, 사회적 배제 개념은 단순한 물질적 결핍 상태를 의미하는 빈곤 개념과 달리 '역동성, 다차원적 불이익, 가족과 지역사회로의 확대 및 사회적 관계' 차원에서의 동태적 과정으로 이해할 수 있다(Room, 1995: 233-242). 그 결과 저소득취약계층은 특정 조건하에서 사회의 지배적 제도에의 참여가 억제되거나 방지된다(Barry, 2002: 16). 피어슨(Pierson)은 사회적 배제과정이 주로 빈곤과 저소득에서 비롯되지만 다른 한편으로는 차별, 낮은 교육수준, 척박한 생활환경 등에서도 초래되기 때문에 사회적으로 배제된 개인이나 특정 사회집단은 일생의 상당한 기간을 사회의 다수가 향유하는 제도, 서비스, 사회적 네트워크, 개발의 기회를 누리지 못하게 된다고 지적한다(Pierson 2002). 사회제도로부터 보호를 받지 못하는 상태에서 시작하여 빈곤과의 연계성을 거쳐 사회적 맥락을 획득한 사회적 배제는 결국 "한 사회의 시민으로서 당연히 누려야 할 권리, 예컨대 사회보장권, 경제적 복지권, 인간으로서의 존엄을 가지고 살아갈 권리 등을 누리지 못하는 상태"(윤진호, 2004)를 초래하게 된다. 이러한 의미에서 부데(Bude)는 사회적 배제를 논의할 경우 '누가 위에 있고, 누가 아래에 있는가가 아니라 누가 안에 있고 누가 밖에 있는가'를 질의해야 한다고 지적한다(Bude, 2008).

사회적 배제 개념은 사회적 배제의 발생양상 및 사회통합을 위한 사회적 포섭에 관한 국제비교연구로도 발전하였다. 사회적 배제를 이론적으로 논의하는 기존의 국내 연구(심창학, 2001 및 2004b; 송다영, 2003; 문진영, 2004)에서 충분히 논의된 실버의 사회적 배제 유형론은 쿤의 패러다임이론(paradigm theory)에 기초하여 사회적 배제와 이를 극복하기 위한 사회적 포섭을 '연대', '분화', '독점' 패러다임으로 구분하고 있다(Silver, 1994).<sup>2)</sup> 사회질서는 개인, 집단 또는 계급의 이익이 시민의 권리와 의무로 구조화되어 있다는 프랑스의 공화주의 사상에 기초한 연대 패러다임(solidarity paradigm)에서 사회적 배제는 개인과 사회와의 사회적 유대, 즉 사회연대가 붕괴될 경우 발생한다(Silver, 1994). 즉, 개인과 사회와의 사회적 결속이 약화되어 사회적 연대가 붕괴되면 발생하는 사회적 배제는 국가, 인종, 지역, 문화에서 뿐만 아니라 빈곤이나 실업 등에서도 나타나

<sup>2)</sup> 이외에도 빈곤에 초점을 두고 실제 사회적 배제를 보다 구체적으로 구분하는 프랑스 학자 포강(Paugam)의 연구가 널리 알려져 있다(심창학, 2001 및 2004b).

는 포괄적 사회현상이다. 이에 따라 연대 패러다임은 사회적으로 배제된 자들을 기존의 사회보장체계의 개선에 의존하기 보다는 국가적 합의 또는 공동체 의식에 기초하여 새로운 법의 제정과 제도의 도입으로 구축되는 중간제도를 통해 사회와 다시 결합하는 사회통합으로 극복할 수 있다고 본다. 분화 패러다임(specialization paradigm)은 사회질서는 개별화된 개인들이 자발적으로 교환을 위해 구성된 네트워크에 기초한다는 영미 자유주의 사상에 기초하고 있다. 분화 패러다임은 사회적 배제를 각 영역에서 발생하는 사회적 분화과정에서 개별화된 개인이 제대로 적응하지 못하거나, 또는 분절화된 사회 영역간에 자유로운 이동이 방해받으면서 발생하는 현상으로 이해한다. 이에 따라 분화 패러다임은 사회집단간의 차별대우 폐지, 사회영역간의 자유로운 이동의 보장 등은 사회적 배제를 해결할 수 있는 방안으로 제시한다. 지난 1997년 집권한 영국의 신노동당은 노동시장 유연화를 통해 빈곤, 실업과 사회적 배제를 극복하고자 하였다(문진영, 2004). 사회질서는 서열화된 권력관계가 초래한 강제된 기전이라는 스웨덴식의 사회민주주의에 기초한 독점 패러다임(monopoly paradigm)에서 사회적 배제는 계급, 지위, 정치권력의 상호작용의 결과로 형성된 사회적 권력의 독점으로 인해 발생한다고 이해한다. 즉, 독점 패러다임에서 사회적 배제는 사회적 불평등과 경제적 착취를 야기하는 특정 집단의 사회적 권력 독점에 따라 내부자가 외부자를 사회적으로 배제하는 것이다(Silver, 1994). 이에 따라 독점 패러다임은 사회적 배제 그 자체보다는 사회보장체계의 전체적 개혁을 유도하는 시민권, 평등한 구성원의 권리 확대, 외부자에 대한 공동체 참여 등에 집중한다.

### 3) 사회적 배제와 사회보장

실제 사회보장정책차원에서의 사회적 배제에 관한 논의는 1974년 프랑스의 르노와르(Lenoir)가 장애인, 학대받는 아동, 약물중독자, 문제가정의 구성원 등 사회보험제도의 보호를 받지 못하는 집단을 지칭하면서 시작되었다. 르노와르는 사회적 배제가 개인의 문제가 아니라 급속한 도시화, 언론에 의한 폭력 조장, 교육체계에서의 부적응, 획일성, 소득불평등, 건강과 교육에의 접근 불평등 등이 발생시킨 사회현상으로 이해하였다(심창학, 2001: 190). 1980년대 중반이후 프랑스에서의 사회적 배제 논의는 근로빈곤계층과



장기 실업자를 둘러싼 새로운 빈곤 현상에 대한 논쟁으로 구체화되었다. 당시 집권 사회당정부는 빈곤과 실업보다는 이를 초래하는 사회계층의 이동과정을 중요시하게 되었고, 이에 따라 빈곤과 실업에 시달리는 사회계층의 성, 연령, 교육수준, 사회적 관계와 능력 등 기준에 고려하지 않았던 새로운 요인들을 주목하면서 이러한 사회집단을 사회적 배제라는 개념으로 표현하였다. 그 결과 장기 실업과 청년 실업, 인종문제, 이민문제 등도 사회적 배제의 범주에 포함되면서 사회적 배제 개념을 사회문제에 포괄적으로 적용시키기 시작하였다. 이러한 문제인식의 전환은 국가의 역할차원에서 사회적으로 배제된 집단을 사회에 다시 통합시키고자 하는 사회정책을 실시하게 되었다. 1988년 실시된 ‘최저소득 보장제도(RMI)’의 정식명칭이 ‘편입을 위한 최저소득보장제도’인 것으로도 알 수 있다(심창학, 2001: 191).

1980년대 이후 프랑스가 사회보장정책에서 사용한 사회적 배제 개념은 1990년대 유럽연합(EU)이 회원국가들에서의 빈곤, 실업, 불평등 문제가 유럽통합의 걸림돌이라는 인식에 따라 사회통합을 위한 사회적 배제의 극복을 핵심적인 사회정책개념으로 정립하면서 확산되었다(강신욱 외, 2005; 심창학 2004a; 윤진호 외, 2004). 유럽연합은 1989년 “유럽 사회헌장(The European Social Charter)”에서 사회적 배제 개념을 사용한 후 1997년 암스테르담조약에서는 유럽연합이 추구해야 할 정책목표에 사회적 배제의 극복을 명시하였다. 유럽연합이 개념화한 사회적 배제는 “인간이 현대사회의 정상적인 교환, 관행, 권리로 부터 배제되는 결과를 초래하는 복합적이고 변화하는 요인들을 말한다. 빈곤은 가장 명백한 요인의 하나이긴 하지만, 사회적 배제는 또한 주거, 교육, 건강 및 서비스에 대한 접근 등의 권리가 부적절하게 주어져 있는 상태를 의미”하는 개념이다(EC, 1992; 윤진호, 2004에서 재인용). 이에 따라 유럽연합은 사회적 배제를 빈곤을 포함한 광의의 개념으로 정의하면서, 동시에 사회적 배제의 가장 큰 원인을 빈곤으로 정의하였다. 2000년 리스본 정상회담에서 유럽연합은 사회적 배제의 극복을 유럽 사회모델(European Social Model)의 핵심으로 규정하였다.<sup>3)</sup> 리스본정상회담에서 유럽연합은 또한 2010년까지 유럽에서 빈곤을 철폐할 것을 선언하였다.<sup>4)</sup> 사회적 배제의 극복을 위

<sup>3)</sup> 유럽 사회모델에 관한 논의는 G. Esping-Andersen et. al., 2002를 참조하라.

<sup>4)</sup> 이 결정에 기초하여 유럽연합은 2010년을 “빈곤과 사회적 배제 극복의 해”로 선포하면서 네 가지 달성목표를 설정하였다. 2010년 빈곤과 사회적 배제 극복을 위한 유럽연합의 목표는 다음과 같다: ① 빈곤과 사회적 배제를 경험하고 있는 사람들의 기본권을 인정하여 자존감을 갖고 삶을 영위하고 적극적으로 사회에 참여할 수 있도록 한

하여 유럽연합은 사회정책분야에서 개별 회원국가들의 책임을 존중하면서도 공동의 협력을 증진하기 위하여 유럽연합 집행위원회가 제시하는 공동 프로그램에 참여와 협력을 요구하였다. 2000년 유럽연합 이사회의 니스회의는 회원국가들에게 ‘빈곤타파와 사회적 배제 극복을 위한 국가별 실행계획을 작성하고 실시할 것을 결정하였다. 이에 따라 각 회원국가들은 2년마다 자국의 실행계획을 수립하고, 이 계획의 실시결과에 대한보고서를 제출할 것을 의무화하고 있다.’<sup>5)</sup>

사회보험제도의 외곽에 놓여 있는 사회집단과 그들이 경험하는 문제를 해결하기 위하여 프랑스에서 재발견된 사회적 배제 개념은 유럽연합이 회원국가들에서 사회통합을 유도하고자 빈곤과 실업에 대한 다차원적 접근을 의미하는 실천개념으로 수용되었다. 사회적 배제 개념은 1997년 노동당정부가 집권하면서 창설된 영국의 ‘사회적 배제 기획단(SEU)’에 의해 사회적 맥락을 갖게 되었을 뿐만 아니라 보다 광범위한 학문적 논의를 유도하였다. ‘사회적 배제 기획단’은 사회적 배제를 “실업, 저숙련, 저소득, 열악한 주거, 나쁜 건강상태, 범죄율이 높은 환경, 가족의 붕괴 등의 문제가 결합되어 고통받는 개인이나 지역에게 나타나는 문제”(Social Exclusion Unit, 1997)로 정의하면서, 전국차원에서 사회적 배제가 발생할 수 있는 사회적 취약계층에 대한 조사하고 분석하였다. 영국 노동당정부는 ‘사회적 배제 기획단’의 분석을 기초로 사회적으로 배제된 ‘취약계층들을 고용에의 참여와 자원관리, 재화와 서비스에 대한 모든 사함의 접근성 제고’를 목표로 근로연계(workfare) 사회복지정책을 실시하였다(김성환, 2005).

프랑스에서 재등장하고, 유럽연합에 의해 회원국가들로 공유되었으며, 영국의 ‘사회적 배제 기획단(SEU)’에 의해 정교화된 사회적 배제 개념은 단순히 물질적 결핍 그 자체에 한정된 것이 아니라 이를 초래하는 원인과 과정 및 이를 극복하기 위한 사회적 포

다. ②빈곤과 사회적 배제를 극복하는데 있어서 집단과 개인의 책임을 공유하고 공공부문과 민간부문의 참여를 도모한다. ③빈곤퇴치의 혜택을 전체 사회가 공유하는 응집력 있는 사회를 만든다. ④빈곤과 사회적 배제 극복을 위한 유럽연합과 각 회원국의 공약을 거듭 강조하고 구체적인 조치를 취한다(박수향, 2010: 101).

<sup>5)</sup> 유럽연합은 2001년 벨기에 레이켄에서 개최된 유럽연합 이사회에서 개별 회원국가의 실행계획의 실행정도를 확인할 수 있는 사회적 배제에 관한 사회지표(social indicator)를 개발하였다. 1차 지표 10개와 2차 지표 8개로 구성된 18개의 공통지표는 모든 유럽연합 회원국가들에게 적용된다. 이외에 개별 회원국가들은 자국의 상황에 적합한 3차 지표를 설정할 수 있다. 18개 공통지표는 다음과 같다: 1차 지표: ①소득이전 후의 저소득 비율, ②소득 분배, ③저소득의 지속성, ④상대 중위 저소득 갭, ⑤지역적 유대, ⑥장기실업률, ⑦무직 가구의 인구수, ⑧교육이나 직업훈련에서 조기 중도포기자 수, ⑨출생시 기대 수명, ⑩소득수준별 주관적 건강상태; 2차 지표: ⑪저소득 경계선 부근의 분포, ⑫특정 시기의 저소득 비율, ⑬소득이전 전의 저소득 비율, ⑭지니(Gini) 계수, ⑮저소득의 지속성, ⑯장기실업비율, ⑰초장기 실업률, ⑱저학력 인구수(Social Protection Committee, 2001).

섭 전략까지 상정하는 사회보장정책에서의 실천개념으로 진화하였다([표 1]). 이에 따라, 사회적 배제 개념은 빈곤 그 자체보다는 빈곤화과정이라는 역동성에 초점을 맞추며, 빈곤을 소득에서의 궁핍함보다는 사회의 다차원에서의 불이익으로 확대하여 해석하며, 대상범위를 개인에서 가족과 지역사회로 확대하며, 사회통합을 위한 참여·권한·사회통합과 같은 사회적 포섭을 실천과제로 상정한다(Room, 1995: 223-242; Berghman, 1995: Table 2.1).

[표 1] 사회적 배제 극복 전략

	사회적 배제의 발생 원인	사회적 배제 극복을 위한 사회적 포섭 전략
프랑스	기존 사회보험제도의 비보호	사회보험을 중심으로 한 사회보장제도로 편입
유럽연합	빈곤 및 주거, 교육, 건강 및 서비스에 대한 접근에 대한 권리의 부적절한 제공	사회적 배제 지표 작성 및 이 지표를 기준으로 국가별 실행계획 수립과 실시, 보고 주문
영국	실업, 저숙련, 저소득, 열악한 주거, 나쁜 건강상태, 범죄율이 높은 환경, 가족의 붕괴 등의 문제의 결합	근로연계 사회복지정책

### 3. 프랑스의 보편적 의료급여(CMU) - 공적 의료보장체계에서 사회적 포섭 기전

사회적 배제를 극복하기 위한 각국의 구체적 사회보장정책은 다양하지만, 공적 의료보장영역에서 실시된 정책의 대표적 사례는 연대 패러다임의 중심 국가인 프랑스가 도입한 '보편적 의료급여(CMU)'이다. 프랑스가 사회적 배제를 극복하기 위하여 실시한 대표적인 사회보장정책은 크게 두 가지 범주로 구분할 수 있다. 첫째, 1988년에 도입된 '최저생활보장 급여(RMI)'는 저소득취약계층에 대한 근로연계 소득보장제도라고 할 수 있다.<sup>6)</sup> 둘째, 1998년의 '배제극복을 위한 법'은 고용, 직업훈련, 주택, 건강, 교육, 문

<sup>6)</sup> 유럽연합 집행위원회(EU Commission) 산하의 Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities가 매년 발간하는 회원국가들의 사회보장 프로그램에 대한 비교분석 자료인 'Mutual information system on social protection - Social protection in the Member States of the European Union'에서 최저 생활보장을 위

화, 사회보호, 부채, 시민권, 체육, 교통 등 사회 각 분야에서 저소득취약계층을 위한 접근권을 보장하고자 하였다. 이러한 접근권 보장은 최저생활보장급여(RMI)로 대표되는 1988년 이후 실시된 사회적 배제를 극복하기 위한 정책을 평가한 후 보완된 것으로 보다 적극적이며 포괄적인 사회보장정책이라고 할 수 있다.<sup>7)</sup> '보편적 의료급여(CMU)'는 2000년 공적 의료보장차원에서 1998년의 '배제극복을 위한 법'에 기초한 사회보장정책의 하나라고 할 수 있다.

사회보험 중심 공적 의료보장제도가 구축되어 있는 프랑스에서 왜 '보편적 의료급여(CMU)'이 실시되었는가는 결국 기존 공적 의료보장제도가 저소득취약계층을 제대로 보호하고 있지 못하고 있는 상황, 즉 사회적 배제가 발생하는 상황을 극복을 위한 것이라고 할 수 있다. 직역과 직종을 기준으로 전 국민을 사회보험방식으로 공적 의료보장제도로 편입한 프랑스에서도 우리나라와 같이 보험료 납부가 불가능한 저소득취약계층, 특히 실업자를 대상으로 한 의료부조(AME)라는 사회적 안전망이 존재한다(최기춘 외, 2007). 또한, 저소득취약계층이 의료부조의 보호를 받을 수 있는가는 해당 저소득취약계층의 자산 규모 및 그들이 살고 있는 지방자치단체의 정책에 따라 차별적이었다. 하지만, 증가하는 실업자들은 공적 의료보험으로부터 배제될 뿐만 아니라, 의료부조의 보호도 받지 못하는 경우가 지속적으로 발생하였다.

1970년 중반이후 사회적 배제에 대한 논의가 시작되면서 프랑스는 공적 의료보험제도에 가입하지 못한 저소득취약계층에 대한 지원을 위하여 '개인보험(AP: assurance personnelle)'제도를 1978년에 도입하였다. 개인보험의 대상자는 공적 의료보험제도에 가입 자격이 없는 프랑스 거주자, 공적 의료보험에 가입하였으나 급여수급을 위한 가입기간, 보험료 납부 등의 조건을 충족시키지 못한 자, 이혼 후 공적 의료보험의 보호를 받지 못하는 자, 프랑스 거주 국경 노동자, 최저생활보장 급여(RMI) 대상자 및 기존의 의료부조(AME) 대상자 등이다(이용갑 외, 2005). 사회보험과 달리 가입자 개인이 보험료를 납부하는 개인보험 가입자의 대부분은 최저생활보장 급여(RMI) 수급자가 대부분이기 때

---

한 프로그램을 “Guarantee of Sufficient Resources”로 구분한 것도 프랑스의 영향이라고 할 수 있다(European Commission, 2007). EU의 사회적 배제 지표에 대한 상세한 논의는 심창학(2004) 및 강신욱 외(2005)를 참조하라.  
<sup>7)</sup> 사회적 포섭 정책의 차원에서 1988년의 '최저생활보장급여(RMI)'와 1998년의 '배제극복을 위한 법'에 근거한 프랑스의 저소득취약계층을 위한 사회 각 분야에서의 접근권리 보장에 대해서는 심창학(2001) 192-201쪽에 상세하게 논의되어 있다.

문에, 결국 보험료는 광역 지방자치단체가 대신 납부한다. 약 61만명의 가입자 중 실제 보험료를 납부하는 가입자는 5만명에 불과하였다(Sandier et. al. 2004). 이에 따라 개인 보험은 직역과 직종을 기준으로 구조화된 기존의 공적 의료보험으로부터 사회적으로 배제된 저소득취약계층을 위한 별도의 공적 의료보험제도로 고착화되었다.

실업자의 증가에 따라 공적 의료보장차원에서 의료부조(AME)와 개인보험(AP)이 제공하던 사회적 포섭은 제대로 작동되지 못하고 지방자치단체의 재정부담만 가속화시켰다. 이에 따라 공적 의료보장분야에서는 실업자 및 저소득취약계층에 대한 사회적 배제의 실질적 극복뿐만 아니라 지방자치단체의 재정부담 완화가 필요한 상황이었다. 사회 각 분야에서 저소득취약계층을 위한 접근권을 보장하기 위하여 1998년에 제정된 '배제극복을 위한 법'은 이러한 공적 의료보장차원에서의 사회적 필요성을 충족시킬 수 있는 제도를 도입하였다. 즉, 2000년 1월부터 실업자에 대한 공적 의료보장을 제공하기 위하여 기존의 개인보험과 의료부조를 대체하는 저소득취약계층을 위한 새로운 공적 의료보험제도인 '보편적 의료급여(CMU: couverture médicale universelle)'가 도입되었다. 이러한 의미에서 보편적 의료급여(CMU)는 보건의료 서비스에의 접근에서 소득 때문에 발생하는 불평등의 해소와 사회보험인 공적 의료보험의 보호에서 배제되었던 거주민에 대한 공적 의료보험 가입을 목적으로 한다(심창학, 2001: 201).

보편적 의료급여(CMU)는 기초보장인 '보편적 의료급여 기본보험(CMU de base)'과 보충보장인 '보편적 의료급여 보충보험(CMU complémentaire)'으로 구성된다(최기춘 외, 2007). '보편적 의료급여 기본보험(CMU de base)'는 프랑스에 3개월 이상 지속적이고 합법적으로 거주하는 약 160만명에게 고용상태나 보험료 부담여부와 관계없이 기초 의료보장을 제공하는 공적 의료보험제도이다. 2005년 10월 1일부터 2006년 9월 30일까지 과세소득이 가구당 연간 6,965 유로 이상이면, 이 금액을 초과한 금액에 대하여 연간 8%의 보험료 납부 의무가 부과된다. 하지만, 연간 과세소득이 6,965 유로 이하인 자, 최저생활보장급여(RMI), 보편적 의료급여 보충보험 대상자는 보험료 납부가 면제된다. '보편적 의료급여 기본보험'의 급여 종류와 수준은 일반적인 공적 의료보험과 동일하다.

'보편적 의료급여 보충보험(CMU complémentaire)'은 일정 소득이하의 저소득취약계층에게 본인부담금을 지급해주는 보충보험을 국가가 무료로 제공하는 공적 의료보

협제도이다. 프랑스의 경우 2000년대 초 상호부조조합, 비영리 공제조합이 환자가 의료기관과 약국에 지불해야 하는 본인부담금을 100%까지 지급해주는 보충보험에 전 국민의 약 86%가 가입되어 있을 만큼 일반화되어 있다. 이러한 상황에서 ‘보편적 의료급여 보충보험’은 중산층이상의 사회계층들이 보충보험으로 본인부담금을 실질적으로 면제받는 것을 저소득취약계층에게 까지 확대한 것이다. ‘보편적 의료급여 보충보험’의 보호대상자는 최저생활보장급여(RMI) 수급자, 임신 또는 시간제 근로자, 실업자 등으로, 2001년 12월 현재 프랑스 인구의 약 7.2%인 430만명이다.

공적 의료보장영역에서 사회적 배제를 극복하기 위한 프랑스의 ‘보편적 의료급여(CMU)’제도는 우리나라와 같이 사회보험을 중심으로 공적 의료보장체계를 구축한 국가들에게 몇 가지 시사점을 제공한다. 첫째, 보편적 의료급여(CMU) 제도는 보험료 납부가 어려운 저소득취약계층을 위하여 전체 공적 의료보장체계에 도입된 하나의 하위 제도이다. 이러한 의미에서 보편적 의료급여 제도는 사회보험을 중심으로 구축된 전체 공적 의료보장체계의 사각지대를 해소시켜주는 국가보험제도라고 할 수 있다. 둘째, 기초부분과 보충부분으로 구성된 보편적 의료급여(CMU) 제도는 공적 의료보장영역에서 저소득취약계층의 사회적 포섭을 단순하게 최저 수준이 아니라, 그 이상으로 실질적으로 보장하고자 한 것이다. 이러한 의미에서 보편적 의료급여 제도는 저소득취약계층에게 충분한 공적 의료보장을 제공한다고 할 수 있다. 셋째, 지역과 직종을 기준으로 한 사회보험제도로 구축된 공적 의료보장체계에서 보편적 의료급여(CMU) 제도는 저소득취약계층을 위한 국가보험이다. 이러한 의미에서 보편적 의료급여 제도는 공적 의료보장영역에서 국가의 역할을 강화한 것일 뿐만 아니라 재정지출을 확대한 것이라고 할 수 있다. 넷째, 보편적 의료급여(CMU) 제도는 지역에 따라 차별적이었던 의료급여제도를 대체하여 전국단위에서 저소득취약계층을 위한 공적 의료보장의 일원화를 추구하였다. 이러한 의미에서 보편적 의료급여 제도는 공적 의료보장영역에서 전국단위의 사회적 연대성을 강화한 것이라고 할 수 있다. 마지막으로 보편적 의료급여(CMU) 제도는 과세소득이 가구당 연간 6,965 유로 이상인 가구들에게도 적용됨으로써 차상위계층이라도 급여를 받을 수 있게 하였다. 이러한 의미에서 보편적 의료급여 제도는 공적 의료보장영역에서 극빈계층뿐만 아니라 근로빈곤계층(working poor)에 대한 사회적 포섭도 적극적인 것으로 이해할 수 있다.

## 4. 공적 의료보장에서 사회적 포섭과 사회적 배제

### 1) 공적 의료보장에서 사회통합, 사회적 포섭과 사회적 배제

우리나라의 공적 의료보장체계는 사회통합 차원에서 전 국민을 보호하기 위하여 보험료 납부 능력 유무에 대한 행정적 인정을 기준으로 사회보험인 국민건강보험과 공공부조인 의료급여로 구축되어 있다. 일반적으로 국민건강보험은 전 국민의 대략 97% 수준, 의료급여는 나머지 약 3% 수준의 국민을 보호하고 있다고 할 수 있다([표 2]).

[표 2] 공적 의료보장체계의 보호대상자

(단위: 1,000명)

	1979	1989	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
공적 의료 보장	10,092	44,168	45,429	47,466	47,882	48,080	48,557	48,901	49,154	49,238	49,672	50,001	50,291
국민 건강 보험	7,957	39,922	44,016	45,896	46,379	46,659	47,103	47,372	47,392	47,410	47,820	48,160	48,614
의료 급여	2,134	4,246	1,413	1,570	1,503	1,421	1,454	1,529	1,762	1,828	1,853	1,841	1,677

자료: 보건사회부/국민건강보험공단, 2004; 국민건강보험공단/건강보험심사평가원, 2009; 국민건강보험공단, 2010. 3

공적 의료보장차원에서 사회통합이 전 국민을 보험료 납부 능력의 유무와 상관없이 보건의료 서비스의 공적 이용을 가능하게 하는 것이라면, 사회적 배제는 보건의료 서비스의 공적 이용을 제한하는 것이며, 사회적 포섭은 제한된 보건의료 서비스의 공적 이용을 다시 가능하게 하는 것이라고 할 수 있다([표 3]).

[표 3] 공적 의료보장체계에서 사회통합, 사회적 배제, 사회적 포섭

	기전	대상자	결과
사회 통합	국민건강보험	보험료 납부 능력이 있다고 행정적으로 인정된 전 국민	보험료 납부능력 유무와 상관없이 전체 공적 의료보장체계 내에서 보건의료 서비스 이용이 가능함
	의료급여	보험료 납부 능력이 없다고 행정적으로 인정된 국민계층	
사회적 배제	국민건강보험 보험료 체납자 보건의료 서비스 이용 제한	국민건강보험 가입자 중 보험료 6개월 이상 체납자와 가구원	체납된 보험료를 납부하지 않는 이상 국민건강보험에 의한 보건의료 서비스 이용이 제한됨
	의료급여 수급자 → 국민건강보험 가입자	차상위계층 중 18세 이하 아동·청소년, 만성질환자, 희귀난치성 질환자	국민건강보험에 의한 보건의료 서비스 이용을 위해서는 보험료의 사전 납부가 의무화됨
사회적 포섭	국민건강보험 보험료 경감	법률에 의한 보험료경감이 결정된 국민건강보험 가입자	부과되는 보험료의 일부를 납부하지 않으므로 국민건강보험에 의한 보건의료 서비스 이용에 보다 쉬워짐
	국민건강보험 체납보험료 결손처분	국민건강보험 가입자 중 보험료를 체납한 가입자와 가구원	체납된 보험료의 납부가 면제되고, 향후 보험료를 납부할 경우 국민건강보험에 의한 보건의료 서비스 이용이 가능하게 됨
	국민건강보험 가입자 → 의료급여 수급자	차상위계층 중 18세 이하 아동·청소년, 만성질환자, 희귀난치성 질환자	공적 제도에 의한 보건의료 서비스 이용이 가능함

공적 의료보장차원에서 사회적 배제의 기전은 6개월 이상 보험료 체납자에 대한 국민건강보험에 의한 보건의료 서비스 이용 제한 및 의료급여 수급자를 보험료 납부가 강제되는 국민건강보험 가입자로의 전환이다. 사회적 배제 기전은 결국 국민건강보험제도에서 보험료를 납부하지 않은 개인이나 가구에 공적 의료보장체계에서 보건의료 서비스 이용을 제한하는 것이다. 사회적 포섭의 기전은 국민건강보험의 보험료 경감,



체납보험료 결손 처분 및 차상위계층 중 18세 미만의 아동과 청소년·만성질환자·희귀난치성질환자를 국민건강보험 가입자에서 의료급여 대상자로의 전환이다. 사회적 포섭 기전은 국민건강보험 내에서는 보험료 납부능력이 부족한 사람들을 제도 내에서 보험료 납부를 가능하게 하거나 또는 공공부조 대상자로 전환하여 공적 의료보장체계 내에서 보건의료 서비스 이용을 가능하게 하는 것이다.

사회적 배제에 관한 이론적 논의에서 검토한 바와 같이 사회적 배제와 사회적으로 배제된 사람들을 사회에 통합시키고자 하는 사회적 포섭은 역동적으로 움직이는 사회정책적 과정이다. 이러한 동적인 과정에 대한 분석은 공적 의료보장제도에서 사회적으로 배제되거나 사회적으로 포섭되는 개인과 가구에 대한 미시적(micro) 수준 또는 집단에 대한 중범위 수준에서의 추적조사를 필요로 한다. 하지만, 우리나라의 경우 아직까지는 공적 의료보장체계를 둘러싼 사회적 배제와 사회적 포섭은 사각지대해소를 위한 현황분석차원에서 원인, 규모와 상태만이 조사되고 있는 상황이다. 그 결과 이들이 어떤 이유 때문에 어떤 과정을 거쳐 사회적으로 배제되고, 또한 어떤 이유 때문에 어떤 과정을 거쳐 사회적으로 포섭되는가에 대한 역동적인 연구는 아직까지는 충분하지 않은 것이 현실이다. 이에 따라 본 연구는 소득양극화에 따라 경제적 이유 때문에 국민건강보험제도에서의 보험료체납이나 보험료 납부능력 부재 등과 관련한 기존의 자료를 이용하여 공적 의료보장차원에서 사회적 배제와 사회적 포섭의 상태를 총체적으로 분석하고자 한다.

## 2) 공적 의료보장에서 사회적 포섭

### (1) 국민건강보험 가입자에서 의료급여 대상자로 전환

공적 의료보장체계에서 보건의료 서비스의 공적 이용이 제한되거나 어려운 개인과 가구를 위한 사회적 포섭의 기전은 국민건강보험 가입자에서 의료급여 대상자로 전환 및 국민건강보험 가입자에 대한 보험료 경감과 체납보험료 결손처분으로 구분된다. 국민건강보험 가입자에서 의료급여 대상자로 전환은 소득양극화와 빈곤문제가 심화되면서

저소득취약계층 중 차상위계층 일부를 대통령령으로 공공부조인 의료급여 대상자로 전환하는 사회적 포섭이었다.<sup>8)</sup> 이러한 사회적 포섭 기전은 차상위계층 중 희귀난치성 질환자는 1종 대상자로, 만성질환자와 12세/18 미만 아동은 2종 대상자로 전환하였다. 2004년에는 1.7만명, 2005년에는 14.6만명, 2006년에는 20.1만명, 2007년에는 20.8만명, 2008년에는 20.7만명이 의료급여 대상자로 전환하였다([표 4]).

[표 4] 국민건강보험 가입자에서 의료급여 대상자로 전환 규모

(단위: 명)

연도	전체	1종 대상자			2종 대상자	
		희귀난치성 질환자	만성질환자	12세/18세 미만 아동	만성질환자	12세/18세 미만 아동
2004	17,492	4,469	13,023	-	-	-
2005	147,582	13,258	47,378	86,946	-	-
2006	200,848	17,773	70,063	113,012	-	-
2007	208,037	17,989	73,182	116,866	-	-
2008	206,671	-	82,486	124,185	-	-

자료 : 보건복지부/국민건강보험공단, 의료급여 통계, 각 연도

하지만, 국민건강보험 가입자에서 의료급여 대상자로 전환하는 사회적 포섭전략은 대통령령에 의해 매년 새로 지정되어야 하기 때문에 2009년에 실시된 사회적 배제전략에서 보듯이 언제든지 바뀔 수 있는 매우 취약한 전략이라고 할 수 있다.

## (2) 국민건강보험 보험료 경감

공적 의료보장체계에서 보건의료 서비스의 공적 이용이 제한되거나 어려운 사람들을 위한 사회적 포섭 기전 중 사회보험인 국민건강보험제도 내부에서 보험료 납부를 가능하게 하는 기전은 보험료 경감제도이다. 사회보험에서 ‘보험료 경감(reduction)’은 다양한 경제활동에 종사하는 가입자들을 하나의 사회보험 프로그램에 편입시켜 동일한 보험료 부과체계에 따라 가입자에게 부과된 보험료의 일부에 대한 납부 면제를 허용하는 제도이다.<sup>9)</sup> 사회정책차원에서 보험료 경감제도는 실직, 자연재해, 파산 등으로 일시적

<sup>8)</sup> 의료급여법 제3조(수급권자) 제9항은 의료급여 대상자를 ‘그 밖에 생활유지의 능력이 없거나, 생활이 어려운 자로서 대통령령이 정하는 자’로 규정하고 있다.

<sup>9)</sup> 이러한 의미에서 보험료 경감제도는 민간보험이나 네덜란드와 같이 민간보험의 요소를 도입한 사회보험에서

인 보험료 납부 능력을 상실하거나 또는 미약하게 된 가입자가 보험료 미납으로 사회보험의 보호에서 제외되는 것을 예방하는 가입자 보호 기전이다.

국민건강보험의 현행 보험료 경감제도는 가입자의 유형에 따라 직장가입자에 대한 보험료 경감과 지역가입자에 대한 보험료 경감이 구분된다. 직장가입자에 대한 보험료 경감은 도서·벽지 거주자와 근무자에 대한 경감, 군인 등과 같이 요양기관 이용 제한지역에 거주하는 가입자에 대한 경감 및 실직자와 휴직자에 대한 경감 세 가지이다. 지역보험료의 경감은 지역경감, 세대경감 및 재해경감으로 구분된다. 의료의 접근성을 고려한 지역경감은 도서·벽지 경감과 농어촌지역 경감이 있다.<sup>10)</sup> 세대경감은 노령, 질병, 부도, 화재 등의 경제적 이유로 부담능력이 저하되는 경우 적용된다. 재해경감은 자연재해 등으로 물적·인적 피해가 발생한 지역 또는 세대에 적용되는 보험료 경감이다. 전체 보험료 경감액은 2001년 국민건강보험 보험료 수입의 0.19%인 169억원에서 2008년 0.30%인 740억원으로 증가하였다. 이 중 지역가입자에 대한 보험료 경감액은 2001년의 경우 전체 경감액의 94.7%인 160억원이었으며, 2008년에는 63.6%인 471억원이었다(이용갑 외, 2009). 보험료 경감대상 직장가입자는 2001년 31,048명에서 2008년 38,505명으로 증가하였다. 경감사유를 휴직자와 실직자를 제외할 경우 할 경우 해외근무자에 대한 보험료 경감이 72.2%, 도서·벽지지역 근무자에 대한 경감이 27.6%였다(이용갑 외, 2009).

건강보험료를 경감 받는 지역가입자 세대는 2001년 약 219.5만 세대에서 2008년

---

미리 제시된 조건에 따라 정액보험료(nominal contribution)의 일부를 낮게 부과하는 ‘보험료 할인(discount)’과는 다르다. 보험료 할인은 납부능력과 무관하게 사전에 보험사와 가입자간의 합의 또는 계약에 따라 통상적으로 부과되는 보험료 수준보다 낮은 수준의 보험료를 납부하고, 그 대신 일반 가입자와는 다른 조건에서 급여를 제공 받는 것이다. 사회보험에서는 보험료 경감에 따른 급여의 제한이나 급여제공 조건의 차이는 없다.

<sup>10)</sup> 보험료 경감대상의 절대 다수인 농어업인 경감은 1998년 12월부터 국민건강보험이 제공해야 하는 보건의료 서비스에 대한 접근성이 낮은 읍·면지역 거주자에게 보험료의 15% 경감이 실시되면서 시작되었다. 그 후 2000년 12월부터는 읍·면지역 거주자에게 22% 경감 실시되었고, 2004년 1월 ‘농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법’ 시행으로 농림부가 읍·면지역 거주 농어업인에게 추가 8%의 보험료 경감을 실시하였다. 2004년 7월부터는 ‘농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법’의 개정에 따라 읍·면 거주 농어업인에서 읍·면 및 시의 주거·상업·공업지역을 제외한 지역, 농업진흥지역 및 개발제한구역의 농어업인으로 확대하였다. 농어업인에 대한 적용범위 확대와 함께 경감을 확대 실시되었다. 2005년부터 농림부는 농어업인의 보험료를 8%에서 18%로 확대하여 지원하였으며, 보험료 지원 비율을 2006년부터는 28%로 확대하였다. 그 결과 읍·면 및 시의 주거·상업·공업지역을 제외한 지역, 농업진흥지역 및 개발제한구역의 농어업인은 부과된 보험료의 국민건강보험공단이 22%를 경감하고, 농어업담당 중앙정부 부처가 28%를 지원하여 실제로는 부과된 보험료의 50%만 납부하면 되는 상황이다(이용갑 외, 2009).

말 현재에는 330.6만세대로 증가하였다. 2004년 농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법'의 제정과 개정으로 보험료 경감을 받는 지역가입자는 2001년에서 2008년 약 50.6%가 증가한 것이다. 2001년부터 2008년까지 지역가입자에 대한 경감사유 중 농어촌 지역 거주자세대가 받은 보험료 경감이 전체 경감세대의 약 67.5%로 절대 다수였다. 반면에 도서·벽지지역에 거주하는 세대가 받은 보험료 경감은 전체 세대의 1.4%에 불과하였다. 노령, 질병 및 부도, 화재 등의 경제적 이유로 부담능력이 저하된 세대에 적용되는 세대경감 전체 경감세대의 31.0%였으며, 자연재해 등으로 물적, 인적피해를 입은 지역 및 세대에 적용되는 재해경감을 받은 세대는 0.15%에 불과하였다([표 5]).

[표 5] 지역가입자의 보험료 경감 사유

(단위: 세대)

	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년
전체	2,195,344	2,154,361	2,707,022	3,355,969	3,241,184	3,080,898	3,419,506	3,306,382
1. 지역경감	1,860,126	1,805,296	1,746,324	2,343,934	2,199,134	2,106,139	2,083,535	2,013,387
도서벽지거주	46,514	45,167	44,958	43,966	41,091	38,582	37,892	34,494
농어업인경감	11	11	23	612,423	560,831	520,807	508,104	478,100
농어촌경감	1,813,601	1,760,118	1,701,343	1,687,545	1,597,212	1,546,750	1,537,539	1,500,793
2. 세대경감	335,215	348,382	960,474	1,012,033	1,028,289	973,178	1,326,978	1,292,994
65세 이상 노인세대	168,925	181,863	650,648	692,981	693,652	647,568	820,161	794,444
등록 장애인	112,704	112,213	245,908	255,042	265,846	257,164	323,656	308,504
국가유공자(상이자)	1,728	1,910	3,161	3,168	3,126	4,438	6,263	6,238
소년소녀가장세대	621	436	366	264	201	139	186	158
모자가정	31,114	33,116	38,587	39,853	41,858	40,186	69,301	74,860
부자가정	3,278	4,136	5,576	6,460	7,671	7,844	16,510	19,055
조손가정	112	101	100	55	41	23	31	28
55세 이상 여성단독가구	7,957	8,954	9,562	5,194	5,800	5,875	6,601	6,505
사업장화재부도	500	154	196	212	216	42	28	86
재산경매압류	3,599	2,121	2,717	4,165	3,951	3,619	2,705	2,376
장기시설수용	97	73	58	64	52	32	27	33
행방불명	72	51	46	31	37	15	23	12
만성질환	4,508	3,704	3,549	4,544	5,838	6,233	71,486	80,695
3. 재해경감	3	90	224	1	13,761	1,581	18,993	1
인적, 물적 피해	3	90	224	1	13,761	1,581	18,993	1

자료: 이용갑 외, 2009의 [표 14]를 경감사유별로 단순화함

이에 따라 현행 국민건강보험의 지역가입자에 대한 보험료 경감은 보건의료 서비스 이용이 쉽지 않은 도서·벽지에 거주하는 세대, 경제적 이유로 보험료 부담능력이 저하된 세대, 재해에 따라 보험료 납부능력이 일시 저하된 세대에 대한 보험료 경감이라고 보다는 농·어촌지역 거주자 또는 농·어업인에게 일상화된 보험료 경감제도라고 할 수 있다. 더구나 비정규직 확산에 따라 근로빈곤계층이 증가하는 현실에서 이들과 고용주에 대한 보험료경감을 통한 공적 의료보장의 확립은 전혀 고려되지 못하고 있다.

### (3) 국민건강보험 체납보험료 결손처분

체납된 보험료를 납부할 능력이 없는 세대에 대해서는 보험료를 일정기간 면제해주는 결손처분제도는 국민건강보험의 보험자인 국민건강보험공단의 재정운영위원회가 의결하는 경우에 가능하다.<sup>11)</sup> 체납한 보험료에 대한 결손처분은 보험재정과 연계되어 있기 때문에 국민건강보험의 당기수지와 상관관계에 있다.

[표 6] 국민건강보험 보험료 장기 체납세대에 대한 결손처분

년도	구분	결손건수 (세대/사업장)	급여제한 중 (100만 세대)	급여제한 대비 결손처분 비율 (%)	국민건강보험 당기수지(억원)*
2005	전체	883,183	159.2만 세대	55.48	11,788
	직장	6,848			
	지역	876,335			
2006	전체	230,834	136.1만 세대	16.96	-747
	직장	9,786			
	지역	221,048			
2007	전체	148,244	208.7만 세대	7.10	-2,847
	직장	8,428			
	지역	139,816			
2008	전체	784,798	119.3만 세대	65.78	13,667
	직장	9,319			
	지역	775,479			
2009. 6	전체	26,232	110.5만 세대	2.37	-32
	직장	4,630			
	지역	21,602			

자료: 좌혜경, 2009b; \*국민건강보험공단, 2010a

<sup>11)</sup> 국민건강보험법 제72조 결손처분 및 국민건강보험법 시행령 제44조 결손처분에 근거한다.

국민건강보험의 당기수지가 약 1,178억원 흑자였던 2005년의 경우 3개월 이상 보험료 체납으로 급여제공이 제한된 체납 세대 또는 사업자 중 보험료 결손처분이 결정된 비율은 55.5%였다 또한, 약 1조 3,667억원의 당기수지를 기록한 2008년의 결손처분율은 65.8%까지 증가하였다. 하지만, 당기수지가 적자였던 해의 결손처분율은 상당히 낮은 수준이다. 당기수지가 약 747억원 적자였던 2006년의 결손처분율은 약 17.0%, 약 2,847억원의 당기수지 적자였던 2007년의 경우는 7.1%의 결손처분율, 약 32억원의 당기수지 적자였던 2009년의 경우 약 2.4%의 결손처분이 이루어졌다([표 6]).

### 3) 공적 의료보장에서 사회적 배제

#### (1) 국민건강보험 보험료 체납에 의한 보건의료 서비스 이용 제한

공적 의료보장체계에서 사회적 배제는 구체적으로는 국민건강보험 보험료 체납자에 대한 보건의료 서비스 이용 제한과 의료급여 대상자였던 차상위계층 일부가 국민건강보험 가입자로 전환될 경우 발생한다. 국민건강보험 지역가입자 중 보험료 체납가구는 2005년부터 2009년 6월 현재까지 전체 가입자가구의 약 1/4수준이 지속되고 있다([표 7]).

[표 7] 국민건강보험 지역가입자 보험료 체납 세대 현황

(단위: 1,000세대: %)

년도	전체 가입세대*	보험료 체납세대		체납기간별 세대 규모			
		규모	비율	3-5개월	6-12개월	13-24개월	25개월 이상
2005	8,384	1,968	23.5	458	793	309	408
2006	8,107	2,093	25.8	493	483	660	457
2007	8,141	2,055	25.2	424	455	443	733
2008	8,058	2,006	24.9	432	766	284	524
2009. 6	8,111	1,993	24.6	418	463	589	523

자료: 좌혜경, 2009b를 지역가입자 기준으로 수정; \*국민건강보험공단, 2009

보험료를 체납하는 원인은 경제적 이유 때문으로 분석된다. 한국복지패널 조사결과를 분석하면 국민건강보험 체납자의 80.8%가 ‘건강보험료를 납부할 돈이 없어서’(구

인회 외, 2008: 190), 국민건강보험공단의 체납자 관리 실태조사에서는 78.5%가 ‘경제적으로 어려워서’(김진수 외, 2009: 70) 보험료를 체납하고 있다고 대답하였다.<sup>12)</sup>

보다 심각한 문제는 국민건강보험의 급여가 제한되는 보험료를 6개월 이상 장기 체납한 지역가입자의 규모가 감소하지 않고 있다는 것이다. 사회보험인 국민건강보험은 기여적 정의(contributory justice)에 따라 급여가 제공된다. 그 결과 보험료 납부와 급여 제공의 시간차이가 없는 국민건강보험에서는 보험료를 체납하는 경우 보건의료 서비스를 이용하지 못하는 의료보장 사각지대에 빠지게 된다. 더구나 국민건강보험은 개인 보험이 아니라 가족보험이기 때문에 보험료가 체납되는 경우 가족구성원 전체가 급여를 제공받지 못하게 된다. 2009년 4월 현재 전체 가입세대의 5.8%인 약 110.5만 세대, 인구규모로는 전체의 4.5%인 217.2만명이 국민건강보험 급여수급이 제한되는 세대이다([표 8]).

**[표 8] 국민건강보험 급여 제한 세대의 규모, 인원, 비율**  
(단위: 1,000세대; 1,000명; %)

	구분	급여 제한 세대	비율
2005	세대	1,592	9.1
	인원	2,921	6.2
2006	세대	1,361	7.6
	인원	2,673	5.6
2007	세대	2,087	11.3
	인원	3,901	8.2
2008	세대	1,193	6.3
	인원	2,314	4.8
2009. 4	세대	1,105	5.8
	인원	2,172	4.5

자료 : 좌혜경, 2009b

보유재산의 많고 적음과 상관없이 보험료 체납자들은 압류와 공매 등과 같은 체납 처분으로 인한 스트레스에 시달리고 있다. 특히, 예금에 대한 압류는 체납자의 생계비 지출까지 막을 뿐만 아니라 취업 중인 가족 구성원의 고용불안정도 야기하고 있다.<sup>13)</sup>

<sup>12)</sup> 지역가입자 체납세대 중 연간소득 500만원 이하인 세대는 전체 체납자의 89%인 178만세대이다(국회의원 강명순의원실, 2009).

국민건강보험 보험료 체납자에 대한 실태조사 결과 체납자의 48.2%는 체납처분에 대한 스트레스, 18.6%는 질병에 대한 걱정, 11.7%는 실제로 의료기관을 이용하지 못한 것을 보험료 체납시 불편한 점으로 지적하였다(김진수 외, 2009: 73).

## (2) 차상위계층 의료급여 대상자의 국민건강보험 가입자로 전환

의료급여 대상자는 의료기관과 약국 이용시 지불해야 하는 본인부담금 유무로 구분된다. 본인부담금이 없는 1종 의료급여 수급권자는 국민기초생활보장제도 수급권자, 사회복지시설 수급권자, 국가유공자, 북한이탈주민, 인간문화재, 광주민주화운동관련자, 이재민, 의상자 및 의사자유족, 국내 입양아동, 군입대자, 희귀난치성 질병을 앓고 있는 차상위계층이다. 반면에 본인부담금이 있는 2종 의료급여 수급권자는 국민기초생활보장제도 수급권자, 만성질환을 앓고 있는 차상위계층, 18세 미만의 차상위계층 및 군입대자이다. 국민기초생활보호 대상자와 차상위계층이 전체 의료급여 수급자의 절대 다수로 2008년의 경우 약 88.9%이다.

하지만, 2008년부터 저소득취약계층에 대한 공적 의료보장제도로의 사회적 포섭은 2003년 2조 1,655.4조원에서 2008년 4조 3,578.3억원으로 증가한 중앙정부와 지방자치단체의 진료비 부담을 줄이기 위하여 사회적 배제로 전환되었다. 먼저, 2008년 4월부터 의료급여 1종 대상자인 차상위계층 희귀난치성 질환자 20,359명을, 그리고 2009년 4월에는 2종 만성질환자 92,740명과 18세 미만 아동 139,447명을 국민건강보험으로 전환했다. 이들이 가입자로 전환되면서 국민건강보험은 2009년 5,200억원, 2010년 8,000억원의 급여비에 대한 추가부담이 발생하였다.<sup>14)</sup>

<sup>13)</sup> “지역가입자의 경우 보험료 납부가 세대원 전체의 연대의무이기 때문에 가족 중 한 명이 취업을 하면 직장급여 압류에 들어간다. 경제적으로 매우 힘든 상황에서 어렵게 취업을 했는데, 직장으로 예금 압류가 들어오니까, 뭔가 문제가 있는 사람으로 낙인이 찍혀 직장을 잃기도 하고, 아이들의 급식비가 건강보험료 예금 압류로 나가는 경우도 있다.”(국회의원 강명순의원실, 2009)

<sup>14)</sup> 차상위계층이 국민건강보험 가입자로 전환하면서 발생한 급여비의 추가부담 중 국가는 국고지원금으로 2009년 1,479억원, 2010년에는 약 1,000억원을 지급한다.



## 5. 결론

소득양극화가 가속화되는 상황에서 국민건강보험에 대한 보험료 체납자의 증가와 차상위계층 의료급여 대상자의 국민건강보험 가입자 전환은 공적 의료보장체계에서 보건의료 서비스 이용에 대한 사회적 배제를 제도화하고 있다. 이러한 상황에서 공적 의료보장을 위한 사회적 포섭 기전인 국민건강보험제도 내부에서의 보험료 경감과 체납 보험료 결손처분 및 국민건강보험제도 외부에서의 의료급여 대상자로의 전환은 사회적으로 배제된 개인과 가구를 사회에 제대로 통합시키지도 못하고 있을 뿐만 아니라 사회적 배제를 적극적으로 예방하지도 못하고 있다. 국민건강보험 보험료 경감제도는 농어촌지역주민에게 집중됨으로써 도시지역 저소득취약계층이나 고용창출과 유지를 위한 근로빈곤계층과 고용주에 대한 적용이 없는 상황이다. 국민건강보험 체납보험료 결손처분은 국민건강보험의 당기수지와 연동되면서 경제적으로 어려운 시기에 저소득취약계층에 대한 보호역할을 제대로 수행하지 못하고 있다. 또한 차상위계층의 의료급여 대상자 전환은 규모가 확대되지 않는 것이 아니라 오히려 의료급여의 효율적 운영이라는 경제적 목적에 따라 이미 인정되었던 차상위계층도 다시 국민건강보험 가입자로 복귀를 실시하였다.

소득양극화에 따라 보험료를 납부하지 못하는 개인과 가구에 대한 보건의료 서비스 이용의 제한은 저소득취약계층과 근로빈곤계층을 ‘실업 또는 불안정한 고용 - 무소득 또는 저소득 - 비건강’이라는 악순환에 빠지게 하는 출발점이라고 할 수 있다. 이에 본 연구는 프랑스의 ‘보편적 의료급여(CMU)’ 제도로부터의 시사점을 활용하여 사회정책차원에서 공적 의료보장체계에서 사회적 배제를 극복할 수 있는 사회적 포섭 정책을 국민건강보험과 의료급여의 독자적 유지 및 통합이라는 두 가지 차원에서 제시하고자 한다.<sup>15)</sup> 먼저, 국민건강보험과 의료급여가 각각 독자적인 공적 의료보장제도로 존재하는 경우 국민건강보험 내부적으로는 보험료 경감제도를 획기적으로 개선할 필요가 있다. 현재 농어촌지역 일반 주민 중심의 보험료 경감제도를 중장기적으로 저소득 농어민에 대한 보험료 경감제도로 전환하는 것이다. 다만, 농어촌지역의 거주민의 절대 다수

<sup>15)</sup> 이 두 가지 차원에서의 사회적 포섭은 서로 통합될 수도 있고 병립될 수도 있다.

가 고령자인 상황과 현재 귀농지원이나 지역균형발전의 차원에서 현재 22%의 경감을 이 적용되는 지역거주자에 대한 경감은 당분간은 유지할 필요는 있다. 그 다음으로 도시지역에 거주하는 저소득취약계층과 근로빈곤계층에 대한 보험료는 가능한 한 최대한 경감하는 방안이 필요하다. 차상위계층은 의료급여 대상자로 전환하고, 근로빈곤계층의 경우 상징적인 최저금액을 보험료를 부과하며, 통계청이 발표하는 상대빈곤율에 포함되는 가구의 보험료는 경감될 필요가 있다. 둘째, 국민건강보험과 의료급여가 각각 존재하는 경우 국민건강보험에서 체납보험료에 대한 결손처분 기준을 명확한 기준에 따라 완화할 필요가 있다. 즉, 체납보험료 결손처분에 대한 소득·자산 기준과 결손처분 비율을 법제화하여 저소득취약계층의 보험료 체납에 따른 보건의료 서비스 이용 제한을 완화하는 것이다. 셋째, 국민건강보험과 의료급여가 각각 존재하는 경우 차상위계층의 의료급여 대상자로의 전환을 지속할 필요가 있다. 기존의 희귀난치성 질환자, 만성 질환자 및 18세 미만 아동·청소년 이외에 실제 극빈계층인 차상위계층 전체를 의료급여 대상자로 전환하는 것이다.

넷째, 공적 의료보장제도의 정비차원에서 공공부조인 의료급여를 사회보험인 국민건강보험에 통합하는 것이 필요하다. 국민건강보험과 의료급여의 통합은 의료급여 대상자에 대한 사회적 낙인효과도 사라지게 하면서, 사회통합차원에서 전 국민의 사회적 연대성도 제고할 수 있다. 보험료도 납부하지 않고 상대적으로 건강 고위험군인 의료급여 대상자들에 대한 보건의료 서비스 제공은 국민건강보험의 재정안정화를 저해한다고 주장할 수 있다. 하지만, 현재 급여비로 지급되는 의료급여 재정 전체를 프랑스의 보편적 의료급여(CMU) 사례에서와 같이 국민건강보험 재정으로 통합하면서 매년 그 금액을 증가시킬 경우 국민건강보험의 재정안정화는 저해되지 않을 것이다. 다만, 그 금액을 국민건강보험 보험료 인상율이나 또는 의료급여 급여비 지출증가율 또는 다른 기준에 따라 지불할 것인가는 사회적으로 논의할 필요가 있다. 국민건강보험과 의료급여의 통합이 한 번에 실시될 경우 발생할 수 있는 다양한 문제를 해결하기 위하여 프랑스의 보편적 의료급여(CMU) 제도 도입과 같이 단계적으로 저소득취약계층이나 근로빈곤계층을 위한 국가보험을 먼저 도입한 후 그 다음 단계로 이 국가보험을 사회보험인 국민건강보험과 통합하는 과정을 상정할 수 있을 것이다.

## ■ 참고문헌 □

- 강신욱 · 김안나 · 박능후 · 김은희 · 유진영 (2005), 사회적 배제의 지표개발 및 적용방안 연구, 한국보건사회연구원, 2005
- 건강보장미래전략위원회 (2007), 건강보장 미래전략
- 국민건강보험공단 (2010a), 2009. 1-12월 건강보험 재정현황(요약), 2010. 1. 21
- \_\_\_\_\_ (2010b), 2009년 건강보험 주요통계, 2010. 3. 15
- 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 (2009), 2008년 건강보험 통계연보
- 국민건강보험법
- 구인회 · 백학연 (2008), 사회보장의 사각지대: 실태와 영향요인, 사회보장연구, 24(1), 175-204
- 국회의원 강명순의원실 (2009), 급여제한 보도자료 - 국민건강보험 생계형 체납자 많아 의료사각지대 양상 심각!, 2009. 10. 15
- 김상호 (2003), 한국 빈곤정책과 빈곤노인의 사회적 배제에 관한 일 연구, 고려대학교 박사학위논문
- 김성환 (2005), 사회통합을 위한 국가실천계획, 빈부격차차별시정위원회
- 김위정 (2003), 공공임대주택 주민들에 대한 사회적 배제 연구 - 주거지 격리를 통한 사회적 배제를 중심으로, 서울대학교 환경대학원 석사학위논문
- 김진수·김경하 · 최인덕 · 이희연 (2009), 건강보험 체납자 관리 개선을 위한 실태조사 연구, 국민건강보험공단
- 매일경제 (2010), “중산층 111만가구 줄었다 - 외환위기 이후 대부분 빈곤층 전략”, 2010.6.8
- 문진영 (2004), 사회적 배제의 국가간 비교연구 - 프랑스, 영국, 스웨덴을 중심으로, 한국사회복지학 56(3), 253-277
- 박병헌 · 최선미 (2001) 사회적 배제 및 하층계급의 개념 고찰과 이들 개념의 한국 빈곤정책에의 함의, 한국사회복지학 56(3), 185-219
- 박수향 (2010), 2010년 유럽 빈곤과 사회적 배제 극복의 해, 국제노동브리프, 2010년 1·2월호 100-113, 한국노동연구원
- 보건복지부 · 국민건강보험공단, 의료급여 통계, 2003-2008년 각 연도
- 성은미 (2008), 노동시장 유연화와 사회보험의 대응전략 - 한국과 일본 비교, 중앙대학교 박사학위논문
- 송다영 (2003), 사회적 배제 집단으로서의 저소득 모자가구와 통합적 복지 대책 수립을 위한 연구, 한국사회복지학, 54, 295-319.
- 심창학 (2001), 사회적 배제 개념의 의미와 정책적 함의, 한국사회복지학 40(3), 178-208
- \_\_\_\_\_ (2004a), 유럽연합(EU)의 사회적 배제 극복 정책 - 변천과정을 중심으로, 행정논집, 30, 127-157

- \_\_\_\_\_ (2004b), 사회적 배제와 사회복지 정책적 접근, *상황과 복지*, 19, 13-54
- 유정준 (2009), 우리나라 빈곤변화 추이와 요인분석, *KDI 정책포럼*, 215, 2009. 8
- 윤정향 (2005), 비정규직 노동자의 사회보험 배제원인과 배제기전 연구, 중앙대학교 박사학위 논문
- 윤진호 외(편역) (2004), 선진국의 빈부격차와 차별시정을 위한 국가행동계획 사례 연구, 국회환경노동위원회
- 의료급여법
- 의료사각지대건강권보장연대 (2010), 건강보험료 체납 결손처분을 위한 집단민원신청!!, 의료사각지대 건강권 보장을 위한 기자회견, 2010. 1. 26
- 이용갑 · 김경하 · 박지연 · 엄의현 · 전창배 · 허순임 · 구미경 (2005), 외국의 건강보험제도 조사, 국민건강보험공단
- 이용갑 · 김경하 · 한준태 (2009), 건강보험 보험료 경감제도 개선방안 연구, 국민건강보험공단, 2009
- 좌혜경 (2009a), 빈곤과 복지시장화에 대응하는 대안적 사회서비스체계 모색, 비판사회학회 2009 춘계 학술대회, 2009. 4. 24
- \_\_\_\_\_ (2009b), “건강보험 급여 제한 가구 및 장기체납자 현황 자료”, 2009. 8. 13
- 최기춘 · 김경하 (2007), 건강보험 운영체계 연구 – 프랑스, 국민건강보험공단
- 통계청 (2010), 2009년 4/4분기 및 연간 가계동향, 2010. 2. 27
- Berghman, J. (1995), *Social Exclusion in Europe: Policy context and Analytical Framework*, in: Room, G. (ed.) (1995)
- Bude H. (2008), *Die Ausgeschlossenen - Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft*, München
- Choffé, Th. (2001), *Social Exclusion : Definition, Public Debate and Empirical Evidence in France*, in: Mayer, D.G. (ed.), *Social Exclusion and European Policy*, 2001
- EC Commission (1992), *Toward a Europe of Solidarity: Intensifying the Fight Against Social Exclusion: Fostering Integration*.
- Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A. & Myles, J. (2002), *Why We Need a New Welfare State*, New York: Oxford University Press, 2002
- European Commission (2007), *MISSOC : Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland*, Situation on 1 January 2007, Köln
- Hills, J., Le Grand, J., Piachaud, D. (ed.) (2001), *Understanding Social Exclusion*, Oxford, 2001
- Levitas, R. (1999), *Defining and Measuring Social Exclusion: A Critical Overview of Current Proposals*, *Radical Statistics*, No.71

- Pierson, J. (2002), *Tackling social exclusion*, Routledge
- Room, G. (ed.) (1995), *Beyond the Threshold The Measurement and Analysis of Social Exclusion*, Bristol Policy Press
- Sandier S. et. al. (2004), *Health Care in Transition - France*, Copenhagen
- Silver, H. (1994), Social Exclusion and Social Solidarity : Three Paradigms, *International Labour Review* 133(5-6), 531~578
- Social Exclusion Unit (1997), *Social Exclusion Unit : Purpose, Work Priorities and Working Methods*, London
- Social Protection Committee (2001), *Report on indicators in the field of poverty and social exclusion*, EC Commission
- Weber, M. (1968), *Economy and Society*, Vol. 1, Bedminister, New York

## Social Exclusion and Social Inclusion in the Public Health Security System

Lee, YongGab\*

The public health security system in Korea has some institutional grantees for social integration that provides the low income-vulnerable health care services: first, the Medical Aid Program as one of the Public Assistance Programs; second, the reduction of contribution in the National Health Insurance; third, the deficits disposal of defaulted contribution in the National Health Insurance. But, these security instruments can not prevent or solve the problems of social exclusion in the public health security system. The low income-vulnerable in urban areas can not benefit from the reduction of the contribution, the Medical Aid Program disqualifies some low income-vulnerable from providing public health services, and deficits disposal of defaulted contribution has no regulation for the generalization.

This Study has explored the situations and problems of social exclusion and social inclusion in the Korean public health security system with the concept of the 'social exclusion' that is discussed in the context of the groups of not-protected from social insurance systems. After a review of the discuss about the social exclusion in France, EU and England, this study has made an analysis of the Universal Medical Benefits Insurance(CMU) in France that is the social programs against the social exclusion in public health security system. For the more perfect social inclusion in the public health security system, this paper has proposed some social security arrangements: the reduction of National Health Insurance contribution for the low income-vulnerable in urban areas, the sustainable guarantee for the low income-vulnerable as the Medical Aid Program beneficiaries, the institutionalization of the deficits disposal of

---

\* Research Fellow, Institute for Social Development, Yonsei University (lankwitzer@empal.com)

defaulted contribution in the National Health Insurance, and the integration of the Medical Aid Program into the National Health Insurance.

**Key words:** public health security, social exclusion, social inclusion, social integration

◆ 2010.7.6. 접수 / 2010.7.29. 1차수정 / 2010.8.2. 게재확정