

의료보장을 위한 지방정부의 사회보험료 지원 자치법규에 관한 고찰

김 제 선*

- I. 서론
- II. 의료에 관한 사회보장 및 사회보험과 보험료
 - 1. 의료에 관한 사회보장
 - 2. 사회보험의 개념 및 건강보험과 장기요양보험
 - 3. 사회보험료의 속성 및 보험료의 부담과 납부
- III. 의료보장 사회보험료 지원 자치법규의 내용분석
- IV. 지방정부의 건강보험료 지원 자치법규에 관한 논쟁들
- V. 결론

I. 서론

우리나라 『헌법』 제34조에서는 “모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다”(제1항)고 명시되어 있으며, 이를 위해 국가는 여자, 노인, 청소년 등에 대한 복지향상 정책을(제3항 및 제4항), 그리고 신체장애자 및 질병·노령, 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민에 대해서는 보호를 할 의무가 있다(제5항). 즉, “국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다”(제2항).

질병이라는 위험은 사회적 위험들 중에서도 매우 불확실한 위험이며, 질병에 따른 사회적 손실은 그 개인이나 가족뿐 아니라 사회적으로도 막대한 수준

* 논문접수: 2019. 6. 11. * 심사개시: 2019. 6. 11. * 게재확정: 2019. 6. 26.

* 백석예술대학교 사회복지학부, 조교수.

이다. 이러한 위험과 손실에 대처하는 방법은 일차적으로 예방이 중요할 수 있다. 하지만 철저한 예방이라 하더라도 질병에 걸릴 수 있고, 질병으로 일할 수 없어 소득을 벌 수 없거나 소득이 없어 치료를 받을 수 없는 경우, 또한 일부분 소득이 있더라도 질병에 대한 치료비용이 많이 지출될 수 있는 경우에는 그 개인을 넘어 치료를 할 수 있는 사회적인 대비가 필요하다.¹⁾ 여기서의 사회적 대비가 바로 의료보장제도이다.

의료보장은 이처럼 인간다운 생활을 할 권리이며, 의료보장의 실현은 곧 건강하게 살 수 있는 권리의 실현이다. 때문에 국가는 국민을 위해 노력할 의무로서 사회보장의 체계 안에서 의료보장을 공적인 개입을 함으로써 실현하고 있다. 물론 의료보장을 실현하는 방법에는 여러 가지 있을 수 있는데, 우리나라의 공적 건강보장 체계는 『국민건강보험법』에 따른 국민건강보험제도, 『국민기초생활보장법』과 『의료급여법』에 따른 의료급여제도로 구성되어 있으며, 각각 사회보험과 공공부조의 방식²⁾으로 운영된다. 여기에다가, 장기요양보험료가 건강보험료에 부가되는³⁾ 사회보험방식으로 2008년 7월부터는 노인장기요양보험제도가 시행되고 있다. 이처럼 저소득층을 위한 의료급여를 제외할 경우 우리나라는 국민의 의료보장을 위해 국가가 개입하여 공적인 자금을 지원하고 관리운영의 책임도 지는 사회보험을 주 체계로 운용하고 있다.

사회보험은 사회보장의 대표적인 일환으로서 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험의 방식으로 대처함으로써 국민의 건강과 소득을 보장하는 제도이다. 특히, 국민건강보험제도는 1988년 전체 국민으로 확대됨에 따라 사회보험의 형태로 발달해 왔다는 평가를 받고 있다.

국민건강보험의 가입자는 직장가입자와 지역가입자로 구분되는데, 직장이

1) 이준영·김제선·박양숙, 『사회보장론: 이론과 실제(제3판)』, 학지사, 2017.

2) 사회보험은 민간이 운영하는 사(사적)보험의 보험원리에다가 위험분산의 원리와 수지상응의 원리를 기반으로 한다면, 공공부조는 부조의 원리를 기반으로 한다.

3) 도입 초에는 건강보험료율의 4.05%을 부가하였으나, 2010년부터 건강보험료율의 6.55%가 부가되고 있다(최성은·김우현, 『인구고령화와 노인의료보장 재정정책에 대한 연구』, 한국조세재정연구원, 2017, 112면).

입자의 경우는 보험료가 급여에서 원천 징수되기 때문에 보험료 체납의 문제가 거의 발생하지 않는다. 하지만 지역가입자의 경우는 사정이 다르다. 지역가입자의 보험료 납부의무는 세대구성원 전체가 연대하여 납부하도록 규정⁴⁾하고 있기 때문에 저소득층이나 사회취약계층의 경우 보험료 체납의 문제가 발생할 수 있다.

이처럼 기존의 의료보장제도에 대해서는 1997년 이후부터 줄곧 충분한 대응능력을 보여주지 못하였다는 비판이 있다.⁵⁾ 저소득층 또는 사회취약계층 중에서도 노인의 경우 의료 이용 시 취약하거나 배제 또는 의료보장 사각지대에 놓일 가능성이 큰 계층이다.⁶⁾ 경제적 이유 등으로 치료를 포기하는 노인은 전체 22.2%에 해당하며, 28.5%의 노인은 의료보장 사각지대에 놓여 있다.⁷⁾

심지어는 국민건강보험의 지역가입자인 노인세대의 보험료 체납은 전국민 건강보험 시대가 된 지 약 10여 년이 지난 1990년대 후반 급증하였고, 이로 인해 3개월 이상 체납한 노인세대의 피보험자는 병원의 의료서비스를 이용하는 데 있어 제한을 받게 되었다. 이러한 당시 경향은 국가적 차원에서뿐만 아니라, 해당 지역사회적 차원에서 사회문제로 인식되었다. 이에 지방정부들은 피보험자의 보험료 납입이라는 원칙에도 불구하고, 저소득층 노인 등에 한해 공적 보험료를 지방정부의 재정으로 지원 또는 대납해 주기 시작하였다. 『지방자치법』 제2조 제1항 제1호의 특별시, 광역시, 특별자치시, 도, 특별자치도와 제2호의 시, 군, 구는 이 정책에 필요한 사무에 관하여 동법 제22조의 조례와 제23조의 규칙을 각각 제정하면서 시행하고 있는 실정이다. 2019년 5월 현재 조례

4) 『국민건강보험법』 제76조 제3항

5) 감신, “의료사각지대의 해소”, 건강보험포럼(제6권 2호), 국민건강보험공단, 2007; 김종건, “건강보험과 의료급여 대상자의 노인의료비 증가 원인에 대한 비교연구”, 노인복지연구(제47권), 한국노인복지학회, 2010.

6) 차홍봉, “건강보장의 이념적 지향과 미래발전 전략”, 건강보험포럼(제6권 2호), 국민건강보험공단, 2007; 김제선, “노인의 의료보장 사각지대 진입 및 탈출 요인”, 사회보장연구(제27권 4호), 한국사회보장학회, 2011a.

7) 임미영·유호신, “전국 저소득층노인의 보건의료이용과 영향요인 분석”, 지역사회간호학회지(제12권 3호), 한국지역사회간호학회지, 2001.

는 201건, 조례 시행규칙은 37건이 제정된 상태이다. 즉, 의료보장을 위해 201개의 지방정부에서 국민건강보험제도 등 의료보장과 관련된 사회보험료를 지원하는 정책이 매월마다 시행되고 있다.

그러나 이들 조례가 왜 필요한지와 목적, 그리고 어떠한 내용인지에 대한 접근이 제한적으로 이루어졌던 측면이 있지만, 이러한 조례 등에서 규정되어 있는 자치법규의 내용과 특성, 그리고 전체 자치법규들의 차이점이나 각 지방정부의 자치법규에서 법률적으로 논쟁되거나 문제가 될 사안 등을 고찰한 선행 연구는 거의 없는 실정이다. 이러한 이유로 본 연구는 지방정부에서 노인세대 또는 저소득대가구 등의 국민건강보험료 등 공적 보험료를 지원하는 자치법규가 어떠한 체계와 내용으로 이루어져 있는가의 특성 등에 대해 고찰하는 데 목적이 있다. 본 연구의 수행을 위한 방법으로 국가법령정보센터의 웹사이트에 업로드된 자치법규에서 조례와 조례규칙을 ‘건강보험료’의 검색어를 통해 검색한 결과를 통해 이루어졌다.

II. 의료에 관한 사회보장 및 사회보험과 보험료

1. 의료에 관한 사회보장

의료보장의 용어가 학술적으로 처음 사용된 것은 아니다. 오히려, 정책적 또는 실천적인 측면에서 먼저 논의되면서 연구자들이 그 개념과 범위, 유형 등을 각자에 따라 다르게 사용한 성격이 강하다.⁸⁾ 의료보장의 개념과 혼용되는 것으로는 보건의료(health care)⁹⁾, 의료를 위한 사회보장(Social Security for

8) 김제선, 앞의 논문, 2011a.

9) 보건의료체계(Health Care System)는 “환자들을 위한 모든 보건서비스(health service)를 전달하는 시설, 자원 그리고 관리체계들과 관계된 보건의료시설(health care institution), 인적자원의 지지(supporting), 재정기구, 정보시스템, 조직체계들의 조합”(Lassey, M.L., Lassey, W.R. & Jinks, M.J.(1997). “Health care systems around the world: Characteristics, issues, reforms”, Prentice Hall, N.J.: Upper Saddle River. p.3)으로 정의된다. 그리고 OECD는 보건의료(health care)를 “한 국가 내에서 의료지식과 기술을 이용하여 건강의 증진

Medical Care)¹⁰⁾, 의료안전망(health care safety net)¹¹⁾, 건강안전망(health safety net)¹²⁾, 건강보장¹³⁾ 등의 개념이 있다.

이처럼 선행연구들에서 의료보장의 개념을 정의할 때 거론되는 공통적인 요소는 건강과 의료 및 보건의료, 그리고 안전망과 보장이 있다. 첫째, 건강(health)이란 육체적, 정신적, 사회적 차원에서 각자의 기능을 극대화할 수 있는 상태를 의미한다. 둘째, 의료(medical care)란 질병을 치료하는 행위로 자연과학적 접근에 의하여 개체를 대상으로 하는 협의의 개념이다. 셋째, 보건의료(health care)란 질병을 예방하고 치료하는 행위로 사회과학적 접근이 가미된 인간집단을 대상으로 하는 개념이다.¹⁴⁾ 넷째, 안전망(safety net)은 우리나라의 경우에 한해 사회보장 전체를 지향하는 보다 광의의 공적체계로서 거시적 개념으로 보는 경향이 있지만, OECD는 협의의 공적 사회보장체계의 미시적 개념에 해당한다.¹⁵⁾ 다섯째, 보장(security)은 미래의 위험에 대한 또는 심각한

및 질병 예방, 질병의 치료, 만성질환자 및 장애인에 대한 간호, 임종서비스, 공중보건의 제공 그리고 관련 행정 등을 목적으로 하는 개인과 기관의 활동”(이준영, “의료보장정책”, 강욱모 외, 『21세기 사회복지정책』, 청목출판사, 2010. 재인용)으로 정의하였다.

- 10) 의료를 위한 사회보장(Social Security for Medical Care)은 “사람들을 위해 보건서비스(health service)를 전달하는 자원, 조직, 재정과 관리경영의 총체”로 정의된다(Roemer, M.I.(1995). “The WHO was in favour of social security”, British Medical Journal(Vol 310), BMJ, p.596.; Matcha, D.A.(2003), Health care systems of the developed world: how the United States' system remains an outlier, Westport: An imprint of Greenwood Publishing Group. p.3. 재인용). 이는 사회보장 측면에서 의료(medical)를 강조한 개념이다.
- 11) 의료안전망(health care safety net)은 “사회안전망의 한 축으로서 자력으로 건강을 유지하기 어려운 사회 구성원들에게 최소한의 건강수준을 유지할 수 있도록 하는 보건의료공급체계상의 프로그램”(강은정, “의료안전망으로서의 공공의료와 의료공급체계의 개편”. 보건복지포럼(제12권), 국민건강보험공단, 2004; 신영전, “의료 안전망의 재구성과 정책과제”, 보건복지포럼(제15권), 국민건강보험공단, 2009.)으로 정의된다.
- 12) 건강안전망(health safety net)은 “삶의 주기에 따라 누구에게나 나타날 수 있는 다양한 건강 위험으로 인해 빈곤 상태로 떨어지지 않도록 사회적 차원에서 보장하는 각종 제도적 장치”(감신, 앞의 논문, 2007, 65-66면)로 정의된다.
- 13) 건강보장제도는 “기본적으로 최소한의 경제적 부담으로 보건의료에 대한 접근성을 보장하려는 사회적 기구 또는 제도(institution)”(김창엽, 건강보장의 이론, 한울아카데미, 2009, 83-87면)로 정의된다. 즉, 건강보장의 개념은 의료보장의 개념보다 더 넓은 것으로 설명하고 있다.
- 14) 김병환·윤병준·윤치근·이준협, 『건강보험의 이론과 실제(제3판)』, 계축문화사, 2006.
- 15) 정형선, “경제위기 하의 의료보장정책”, 한국사회보장학회·국회 시장경제와 사회안전망포럼 공동주최 정책세미나 자료집, 한국사회보장학회·국회 시장경제와 사회안전망포럼,

결핍을 초래하는 일정 수준 이하로 떨어질 가능성에 대한 취후의 보루(last resorts)로서의 보호(protection, care), 권리(rights), 지원(assistance)이다.¹⁶⁾

사회보장은 “모든 국민이 다양한 사회적 위험으로부터 벗어나 행복하고 인간다운 생활을 향유할 수 있도록 자립을 지원하며, 사회참여·자아실현에 필요한 제도와 여건을 조성하여 사회통합과 행복한 복지사회를 실현하는 것”¹⁷⁾을 기본 이념으로 하며, “국가와 지방자치단체가 사회보장제도를 운영할 때에는 이 제도를 필요로 하는 모든 국민에게 적용”¹⁸⁾하는 보편성의 원칙을 중시한다. 따라서 의료보장이 궁극적으로 보장하고자 하는 목표는 개인 또는 지역사회 주민들의 건강이며, 의료/건강보장제도는 보건의료가 아니라 건강 필요를 충족하는 것(meeting health needs)이다. 즉, 의료보장의 실현은 국민이 곧 건강하게 살 수 있는 권리의 실현을 의미하는 것이다.¹⁹⁾

그런데 사회·경제적 관점에서 볼 때 의료 또는 보건의료라는 재화는 일반의 재화·용역과는 구분되는 특징들을 갖고 있다. 그 중 하나가 개인의 의료수요는 예상할 수 없으며 실제 의료수요가 발생할 때 그 소요비용은 개인이 감당하기 어려운 경우가 많다는 점이다. 따라서 개인적으로 의료문제에 대처하는 것이

2009, 137-138면.

16) 김제선, 「노인 의료보장 사각지대 진입·탈출 요인 분석」, 박사학위논문, 서울시립대학교 대학원, 2011b.

17) 『사회보장기본법』 제2조.

18) 『사회보장기본법』 제25조 제1항.

19) 의료보장체계는 첫째, 의료서비스의 재원조달(financing)은 조세(taxation), 사회보험료(social insurance contributions) 또는 사적인 수단들로 이루어지거나 마련되거나 모든 개인들에게 기초적인 보험시스템을 제공하기 위해 근로소득세(payroll tax), 정부채원 그리고 잉여자산(additional appropriations)들을 통해 마련된다. 둘째, 보건의료의 공급은 국가에 의한 국영시설, 사회 중심의 시설, 또는 민간업자에 의한 이익을 위한 사적시설들에서 이루어진다. 셋째, 이러한 시설의 주체들은 재원조달과 공급의 다양한 측면에 의해 규제된다. 따라서 보건의료의 재원조달, 서비스 공급 그리고 규제는 다른 주체의 그룹들이 지닌 다수의 역할과 참여의 수준들을 나타낼 수 있는 중요한 차원들로 이루어지기 때문에 연구자는 물론, 국가별로 다양한 유형들로 나타나고 있다(Weil, M.(2005). The handbook of community practice, New York: Sage. p.175; Wendt, C., Frisina, L. & Rothgang, H.(2009). “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”, Social Policy & Administration, (Vol.43 No.1), Blackwell Publishing Ltd, p.78; 김제선, 앞의 논문, 2011. 295-325면).

어려운 데 반하여, 집단적으로는 통계적 기법에 의하여 어느 정도 비용의 예상이 가능하므로²⁰⁾ 개인이나 가족이 자율적으로 감당하기보다는 사회적, 특히 정부가 강제로 개입하여 시행하는 국가 제도의 대처방법이 효율적 또는 효과적일 수 있다.

사회보장의 한 부분으로서 국가가 국민을 질병의 위험에서 보호하기 위하여 의료서비스를 제공하는 제도가 의료보장이다. 국가가 의료보장제도를 시행하는 헌법적 근거는 『헌법』 제34조 및 제36조 제3항²¹⁾ 등이며, 이에 따라 국민이 인간으로서의 존엄성과 인간다운 생활을 확보·유지하도록 하기 위하여 국가에게 그 의무를 부과하고 있는 것이다. 다만, 의료보장제도는 재원조성의 방식에 따라 하나는 법률에 자격이 정해진 자가 보험료를 낼 것을 전제로 하여 보험급여를 하는 보험방식, 다른 하나는 일반조세를 재원으로 하여 국민 또는 거주자라는 요건만 갖추면 국가가 의료서비스를 보장하는 조세방식으로 구분되는데,²²⁾ 우리나라는 일반국민에게는 보험방식에 의한 사회보험을,²³⁾ 저

20) 『국민건강보험법』 제5조 제1항 등 위헌소원(2013. 7. 25. 2010헌바51)

“역사적으로도 사회보험 실시 이전단계에서는 각국에서 의료보험의 가입을 대상자의 자유의사에 맡기는 임의형 의료보험을 실시했는데, 저소득계층은 피보험대상에서 제외되게 되고, 질병위험이 큰 사람일수록 의료보험의 가입가능성이 커짐으로 인하여 보험의 적용인구가 질병위험이 큰 대상자로만 구성되며, 위험분산효과를 가져올 만큼의 충분한 적용인구의 뒷받침이 없어 보험재정에 어려움이 초래되는 등으로 결국 전국민의료보험을 달성하기가 거의 불가능하였던 점을 보여주고 있다.”(헌재 2003. 10. 30. 2000헌마801, 판례집 15-2하, 106 [기각]).

21) “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”

22) “국가가 의료보장제도를 시행함에 있어 사회보험방식과 조세방식 중 어떠한 방식을 선택할 것인가는 입법자의 재량권에 속하는 문제라 하겠으나, 국가가 사회보험방식을 선택하고 그 목적을 위하여 설립한 공법인인 건강보험공단에 가입하여 경제적 능력에 따라 부과되는 보험료를 납부할 의무를 국민에게 부과하려면, 이로 인한 국민의 기본권에 대한 제한이 정당화되어야 한다. 이러한 의무의 부과는 행복추구권으로부터 파생하는 일반적 행동의 자유의 하나인 공법상의 단체에 강제로 가입하지 아니할 자유와 정당한 사유 없는 금전의 납부를 강제당하지 않을 권리인 재산권에 대한 제한이 되는바, 이러한 기본권에 대한 제한이 과잉금지의 원칙에 위배되지 않고 합헌적이라고 인정되려면 국가가 건강보험공단을 통하여 이행하고자 하는 공적 과제가 헌법적으로 정당하고, 공단에의 강제가 입 및 경제적 능력에 따른 보험료의 부과가 공적 과제의 달성을 위하여 필요한 것이며, 이로 인한 기본권의 침해는 필요한 최소한도에 그쳐야 하고, 달성하는 공익이 침해되는 사익보다 커야 할 것이다.”(헌재 2003. 10. 30. 2000헌마801, 판례집 15-2하, 106 [기각]).

23) “의료보장을 시행하고 있는 국가 중에서 영국, 스웨덴 등과 같이 조세방식의 의료보장제

소득층 국민에 한해서는 조세방식에 의한 공공부조를 동시에 운영하고 있다. 전자의 경우 “국가가 국민을 강제로 건강보험에 가입시키고 경제적 능력에 따라 보험료를 납부하도록 하는 것은 행복추구권으로부터 파생하는 일반적 행동의 자유의 하나인 공법상의 단체에 강제로 가입하지 아니할 자유와 정당한 사유 없는 금전의 납부를 강제당하지 않을 재산권에 대한 제한이 되지만, 이러한 제한은 정당한 국가목적의 달성을 위하여 부득이한 것이고, 가입강제와 보험료의 차등부과로 인하여 달성되는 공익은 그로 인하여 침해되는 사익에 비하여 월등히 크다고 할 수 있으므로”²⁴⁾ 현재의 사회보험을 통한 의료보장의 실현은 헌법상의 행복추구권이나 재산권을 침해하지 않는다는 것이다.

모든 국민에게 경쟁적 시장이 제공할 수 없는 건강보험을 제공하고 보험가입자 간의 소득재분배효과를 얻기 위하여 우리나라 정부는 국민건강보험, (노인)장기요양보험 등이란 제도를 만들어 질병과 장기요양 등에 대처하게 된 것이다. 국민 중에서도 의료서비스가 무엇보다 필요한 노인계층을 대상으로 한 의료보장으로서 건강보험, 의료급여와 같은 의료서비스 지원 정책과 노인 장기요양보험 및 노인돌봄서비스와 같은 서비스 정책이 포함될 수 있다.²⁵⁾

2. 사회보험의 개념 및 건강보험과 장기요양보험

부조의 원리를 적용한 공공부조와는 달리, 사회보험은 위험분산의 원리를 적용하고 있다. 사회보험(social insurance)이란 개념에서 ‘사회’는 사회보험의 원칙을 규정하는 것이고, ‘보험’은 사회보험이라는 제도의 원리를 나타내 준다. 즉, 사회보험은 사회적 위험에 대하여 사보험(private insurance)의 보험원리에 기초하여 운영되며, 여기서의 보험은 위험분산의 원리와 수지상응

도를 취하고 있는 소수의 국가를 제외한다면, 대부분의 국가는 사회보험방식의 의료보장을 택하고 있다.”(헌재 2000. 6. 29. 99헌마289, 판례집 12-1, 913 [기각]).

24) 헌재 2003. 10. 30. 2000헌마801, 판례집 15-2하, 106 [기각].

25) 최성은·김우현, 인구고령화와 노인의료보장 재정정책에 대한 연구, 한국조세재정연구원, 2017.

의 원리가 핵심이다. 그리고 사보험과 달리, 사회보험은 소득재분배의 원칙, 사회적 연대의 원칙 그리고 강제가입의 원칙을 통해 공공성을 강조한다.

이처럼 사회보험은 사회보장 구성체계의 하나로서 보험기술을 이용하여 사회정책을 실현하려는 제도이다. 『사회보장기본법』 제3조에서는 사회보장을 “출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키는 데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 말한다.”(제1호)고 정의함에 따라 사회보험을 사회보장의 한 종류로 구성하고 있다. 여기서 사회보험은 “국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험의 방식으로 대처함으로써 국민의 건강과 소득을 보장하는 제도”(제2호)로 정의되었다. 즉, 국민의 생활상에 발생할 수 있는 사회적 위험 중 질병, 노령, 실업 등 활동능력을 상실케 하거나 소득의 중단이나 감소를 가져올 때를 대비 또는 대처해 보험방식으로 국민의 건강과 소득을 보장하는 제도를 사회보험제도라고 한다.²⁶⁾

일례로, 의료, 건강과 관련된 사회보험을 살펴볼 때 “건강보험의 문제를 시장경제의 원리에 따라 사보험에 맡기면 상대적으로 질병발생위험이 높거나 소득수준이 낮은 사람들은 보험에 가입하는 것이 매우 어렵거나 불가능하게 되어 국가가 소득수준이나 질병위험도에 관계없이 모든 국민에게 동질의 의료보장을 제공하고자 하는 목적을 달성할 수 없”²⁷⁾게 된다. 따라서 우리나라 『국민건강보험법』 제5조, 제31조 제1항·제2항, 제62조 제1항·제3항·제4항은 원칙적으로 전국민을 강제로 보험에 가입시키고 경제적 능력에 비례하여 보험료를 납부하도록 함으로써 의료보장과 동시에 소득재분배 효과를 얻고자 하고 있다.

한국의 사회보험은 1960년대 초부터 입법화되기 시작하였다. 업무상의 재해는 산업재해보상보험, 질병은 건강보험, 노령은 연금보험, 실업은 고용보험, 그리고 노화에 따른 간병 및 수발은 노인장기요양보험과 관련된 사회보험법

26) 이준영·김제선·박양숙, 앞의 책, 2017.

27) 헌재 2003. 10. 30. 2000헌마801, 판례집 15-2하, 106 [기각].

체계를 갖추고 국민에게 시행되고 있다. 이 중 가장 먼저 제정된 것이 1963년 『의료보험법』이다. 즉, 의료보험제도가 최초로 입법화되었다. 하지만 당시는 사회보험의 근간인 강제가입규정이 없어 사실상 시행되지 못하였다. 그러다가 1976년 동법이 개정됨²⁸⁾에 따라 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 1977년 7월 1일부터 의료보험제도가 실시되었다.²⁹⁾ 1979년 공무원 및 사립 학교교원에 의료보험이 확대 실시된 이후, 1988년 농어촌지역 의료보험이 실시되었으며, 1989년 도시자영업자에게까지 그 대상범위가 확대되었다. 1997년 12월 31일에는 『국민의료보험법』으로 제정되었으며, 그 다음 해인 1998년에는 통합주의 방식으로 변경되었고, 동법에서 『국민건강보험법』으로 제정되면서 2000년부터는 국민건강보험제도로 시행되어 오고 있다.³⁰⁾ 이처럼 우리나라는 전국민에 대한 의료보장이 실현되고 있다.³¹⁾

그리고 노인장기요양보험은 장기요양보험료가 건강보험료에 부가되는 사회보험방식으로 2008년도에 도입되었다. 그 이전까지는 『노인장기요양보험법』이 2005년 입법예고되면서 시범사업이 3차례에 걸쳐 실시되었고, 비로소 2007년 동법이 국회를 통과함으로써 노인장기요양보험이 2008년 7월부터 시행되었다.³²⁾

3. 사회보험료의 속성 및 보험료의 부담과 납부

건강보험과 노인장기요양보험의 재정은 사회보험료를 통해 충당되며, 적립

28) 이 법의 목적은 “질병·부상·출산·사망 등에 대해 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장의 증진을 도모”하는 것이었다.

29) 김영범, “한국 사회보험의 기원과 제도적 특징: 의료보험과 국민연금을 중심으로”. 경제와 사회(통권 제55호), 2002, 8-34면.

30) 건강보험은 1977년 도입 당시와 1998년까지 의료보험이라는 용어로 사용되었으나, 치료 중심의 보험성격에서 예방중심의 건강권 차원까지의 개념 확대에 따라 2000년에 ‘건강보험’으로 바뀌었고, 동시에 의료보호는 현재의 ‘의료급여’로 바뀌었다(차홍봉, 앞의 글, 2007, 26면).

31) 현재 2000. 6. 29. 99헌마289, 판례집 12-1, 913 [기각].

32) 최성은·김우현, 앞의 책, 2017.

방식이 아닌 부과방식으로 보험재정을 운영한다. 이를 위해 1년 단위의 회계 연도를 기준으로 수입과 지출을 예정하여 보험료를 계산하며, 한 해의 수입은 그 해의 지출로 소비하고, 보험급여도 질병치료 시까지 이루어지는 단기보험의 성격을 갖는다.³³⁾ 여기서의 사회보험료란 피보험자 또는 그 사용자가 보험자의 보험급여를 위한 재정을 충당할 목적으로 법률에 근거하여 납부하는 공과금이다. 사회보험의 주된 재원이 곧 보험료이다. 물론, 세금에 의한 국가 지원도 있기는 하지만, 이것은 단지 보충적으로 사회보험재정의 보조적인 역할을 수행한다.

사회보험료의 특징은 다음과 같다. 첫째, 특정의 반대급부 없이 금전납부의무를 부담하는 세금과는 달리, 보험료는 반대급부인 보험급여를 전제로 하고 있다. 둘째, 특정 이익의 혜택이나 특정 시설의 사용가능성에 대한 금전적 급부인 수익자부담금과는 달리, 급여혜택을 받지 못하는 제3자인 사용자에게도 보험료 납부의무가 부과된다.³⁴⁾ 조세법률주의가 적용되지 아니하고, 법률의 명확성원칙이나 『헌법』 제75조의 포괄적 위임입법의 금지원칙과 같은 일반적인 헌법적 기준이 적용된다.³⁵⁾ 이러한 특징 때문에 기존의 공과금체계에 편입시키고 있지 않다.

사회보험료의 운영 원리로는 ‘보험의 원리’와 ‘사회연대의 원리’가 적용되고 있다. 먼저, 보험의 원리란 보험료와 보험급여 간의 등가를 이룬다. 물론, 사회보험에서는 사보험에서와 달리 각 피보험자에 대한 개별등가원칙이 적용되는 것은 아니지만, 사회보험 또한 보험료를 주된 재원으로 하는 보험의 성격을 가지고 있기 때문에 보험자의 전체적 재정과 관련하여 보험자의 수입이 보험급여를 포함한 전체 지출을 충당할 수 있도록 개인의 보험료를 산정한다.

다음으로, 사회연대의 원리는 국민들에게 최소한의 인간다운 생활을 보장

33) 헌재 2012. 11. 29. 2011헌마814, 판례집 24-2하, 240 [기각].

34) 헌재 2000. 6. 29. 99헌마289, 판례집 12-1, 913 [기각]; 헌재 2012. 11. 29. 2011헌마814, 판례집 24-2하, 240 [기각].

35) 헌재 2000. 6. 29. 99헌마289, 판례집 12-1, 913 [기각].

해야 할 국가의 의무를 부과하는 사회국가원리에서 나온다. 보험료의 형성에 있어서 이 원리가 갖는 의미는 첫째, 보험료와 보험급여 사이의 개별적 등가성의 원칙에 수정을 가하는 원리이며, 둘째, 사회보험체계 내에서의 소득의 재분배를 정당화하는 근거이며, 셋째, 보험의 급여수혜자가 아닌 제3자인 사용자의 보험료 납부의무(소위 ‘이질부담’)를 정당화하는 근거이며, 넷째, 사회보험에의 강제가입의무를 정당화하며, 다섯째, 재정구조가 취약한 보험자와 재정구조가 건전한 보험자 사이의 재정조정을 가능하게 한다.³⁶⁾

이러한 사회연대의 원리에 따른 사회보험에서는 소득에 비례하여 소득이 많은 자가 더 많은 보험료를 부담하도록 부과체계를 설계한다. 그리고 국가가 국민에게 세금을 비롯한 공과금을 부과하는 경우 그에 대한 헌법적 한계가 있는 것과 같이, 사회보험법상 보험료의 부과에 있어서도 국민의 기본권이나 헌법의 기본원리에 위배되어서는 아니 된다는 헌법적 제한을 받는다. 특히 헌법상의 평등원칙에서 파생하는 부담평등의 원칙은 조세뿐만 아니라, 보험료를 부과하는 경우에도 준수된다. 조세를 비롯한 공과금의 부과에서의 평등원칙은 공과금 납부의무자가 법률에 의하여 법적 및 사실적으로 평등하게 부담을 받을 것을 요청한다. 즉, 납부의무자의 균등부담의 원칙은 공과금 납부의무의 규범적 평등과 공과금의 징수를 통한 납부의무의 관철에 있어서의 평등이라는 두 가지 요소로 이루어진다.³⁷⁾

이러한 사회보험료는 건강보험에 대한 강제가입의 원칙에 따라 특정한 소수를 제외한 모든 국민을 대상으로 한다. 즉, 사회보험으로서의 건강보험은 그 본질상 강제적 요소가 수반된다. 보험가입자로서는 그가 지불하는 보험료가 예상의료비용을 초과하는 경우 가입을 하지 않으려 할 것이고, 보험자로서는 질병위험도가 높아 예상의료비용이 보험료를 초과하는 경우 피보험자의 가입

36) 헌재 2000. 6. 29. 99헌마289, 판례집 12-1, 913 [기각].

37) “이에 우리나라 법원에서는 납부의무를 부과하는 실체적 법률로서 ‘사실적 결과에 있어서도 부담의 평등’을 원칙적으로 보장할 수 있는 절차적 규범이나 제도적 조치와 결합되어서 납부의무자 간의 균등부담을 보장하도록 하고 있다.”(헌재 2016. 12. 29. 2015헌바199, 판례집 28-2하, 436 [합헌]).

을 거부하려 할 것이나, 이런 경우에도 강제로 가입하도록 하여 원칙적으로 전국민을 포괄적 적용대상으로 하여야만 소득수준이나 질병위험도에 관계없이 모든 국민에게 의료보장을 제공하고자 하는 그 본래의 기능을 다할 수 있기 때문이다. 또한 사회보험에서는 경제적인 약자에게도 기본적인 사회보험의 급여를 주고자 하는 것이 목적이기 때문에 가입의 강제 이외에 보험료의 산정에 있어서도 피보험자 개인이 지니는 위험발생의 정도나 개연성이 아닌 피보험자의 경제적 능력(소득)에 비례하여 보험료를 정함으로써 어느 정도 피보험자간의 소득재분배효과도 낳게 된다. 즉, 동일위험집단에 속한 구성원에게 법률로써 가입을 강제하고 소득재분배를 하기에 적합한 방식으로 보험료를 부과함으로써 달성될 수 있는 것이다.³⁸⁾

우리나라의 건강보험은 1998년부터 의무적 가입대상자를 직장가입자와 지역가입자로 나누어 각각의 월별 보험료액 산정방식을 달리하는 이원적 부과체계를 택하고 있는 특징이 있다. 직장가입자의 경우에는 기본적으로 ‘보수’와 대통령령으로 정하는 금액을 초과하는 보수외소득에 대해서만 보험료를 부과하는 반면,³⁹⁾ 지역가입자의 경우에는 각 세대원의 소득 외에 재산, 생활수준 및 경제활동참가율 등의 등급별 점수를 합산하여 계산한 보험료부과점수에 점수당 금액을 곱하여 얻은 금액으로 보험료를 산출한다.⁴⁰⁾ 이러한 이원적 부과체계는 건강보험의 재정이 통합되었다고 하더라도, 보험가입자 간의 소득과 악율의 차이는 보험료 부담의 평등 관점에서 헌법적으로 간과할 수 없는 본질적인 차이라는 것이 우리나라 법원의 판단이다.⁴¹⁾

『국민건강보험법』 제69조에서는 보험료에 관한 내용을 규정하고 있다. “공단은 건강보험사업에 드는 비용에 충당하기 위하여 제77조⁴²⁾에 따른 보험료

38) 현재 2003. 10. 30. 2000헌마801, 판례집 15-2하, 106 [기각].

39) 『국민건강보험법』 제69조 제4항, 제70조, 제71조.

40) 『국민건강보험법』 제69조 제5항, 제72조 제1항.

41) 현재 2016. 12. 29. 2015헌바199, 판례집 28-2하, 436 [합헌].

42) “제77조(보험료 납부의무) ① 직장가입자의 보험료는 다음 각 호의 구분에 따라 그 각 호에서 정한 자가 납부한다. 1. 보수월액보험료: 사용자. 이 경우 사업장의 사용자가 2명 이상인 때에는 그 사업장의 사용자는 해당 직장가입자의 보험료를 연대하여 납부한다.

의 납부의무자로부터 보험료를 징수”(제1항)하며, 이에 따른 “보험료는 가입자의 자격을 취득한 날이 속하는 달의 다음 달부터 가입자의 자격을 잃은 날의 전날이 속하는 달까지 징수한다. 다만, 가입자의 자격을 매월 1일에 취득한 경우에는 그 달부터 징수한다”(제2항). 이 때 “가입자의 자격이 변동된 경우에는 변동된 날이 속하는 달의 보험료는 변동되기 전의 자격을 기준으로 징수한다. 다만, 가입자의 자격이 매월 1일에 변동된 경우에는 변동된 자격을 기준으로 징수한다”(제3항).

직장가입자(제4항)와 더불어 “지역가입자의 월별 보험료액은 세대 단위로 산정하되, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액은 제72조⁴³⁾에 따라 산정한 보험료부과점수에 제73조제3항⁴⁴⁾에 따른 보험료부과점수당 금액을 곱한 금액으로 한다.(제5항)” 그러나 이러한 “월별 보험료액은 가입자의 보험료 평균액의 일정비율에 해당하는 금액을 고려하여 대통령령⁴⁵⁾으로 정하는 기준에 따라 상한 및 하한을 정한다”(제6항)고 규정되어 있다.

보험료 납부에 관한 규정에 이어서, 동법 제74조와 제75조에서는 보험료의

2. 소득월액보험료: 직장가입자. ② 지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부한다. 다만, 소득 및 재산이 없는 미성년자와 소득 및 재산 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 미성년자는 납부의무를 부담하지 아니한다. ③ 사용자는 보수월액보험료 중 직장가입자가 부담하여야 하는 그 달의 보험료액을 그 보수에서 공제하여 납부하여야 한다. 이 경우 직장가입자에게 공제액을 알려야 한다.”

43) “제72조(보험료부과점수) ① 제69조제5항에 따른 보험료부과점수는 지역가입자의 소득 및 재산을 기준으로 산정한다. ② 제1항에 따라 보험료부과점수의 산정방법과 산정기준을 정할 때 법령에 따라 재산권의 행사가 제한되는 재산에 대하여는 다른 재산과 달리 정할 수 있다. ③ 보험료부과점수의 산정방법·산정기준 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.”

44) “제73조(보험료율 등) ③ 지역가입자의 보험료부과점수당 금액은 심의위원회의 의결을 거쳐 대통령령으로 정한다.”

45) 『국민건강보험법 시행령』 제32조: 지역가입자의 월별 보험료액의 상한은 “보험료가 부과되는 연도의 전전년도 평균 보수월액보험료의 15배에 해당하는 금액을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액”이며, 하한은 보험료가 부과되는 연도의 전전년도 평균 보수월액보험료의 1천분의 60 이상 1천분의 65 미만의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액“이다. 이에 따라 2019년 1월 1일 기준으로 시행되는 『월별 건강보험료액의 상한과 하한에 관한 고시』에서는 지역가입자의 상한 월별 보험료액은 3,182,760원이며(제2조 제2호), 하한 월별 보험료액은 13,550원(제3조 제2호)이다.

면제와 경감 등에 관한 내용이 각각 규정되어 있다. 우선, 동법 제74조에서는 직장가입자(제1항)와 더불어 “지역가입자가 제54조제2호부터 제4호까지⁴⁶⁾의 어느 하나에 해당하면 그 가입자가 속한 세대의 보험료를 산정할 때 그 가입자의 제72조에 따른 보험료부과점수를 제외한다.”(제2항)고 하는 지역가입자의 보험료 면제에 대해 규정하고 있다.⁴⁷⁾ 다음으로, 동법 제75조 제1항에서는 “섬·벽지(僻地)·농어촌 등 대통령령으로 정하는 지역에 거주하는 사람,⁴⁸⁾ 65세 이상인 사람, 『장애인복지법』에 따라 등록된 장애인, 『국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률』 제4조 제1항 제4호·제6호·제12호·제15호 및 제17호에 따른 국가유공자, 휴직자, 그 밖에 생활이 어렵거나 천재지변 등의 사유로 보험료를 경감할 필요가 있다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람⁴⁹⁾ 중 어느 하나에 해당하는 가입자 중 보건복지부령⁵⁰⁾으로 정하는 가입자에 대

-
- 46) “보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.”(제54조).
- 47) 이에 따라 동조 제3항에서는 “보험료의 산정에서 제외되는 보험료부과점수에 대하여는 제54조 제2호부터 제4호까지의 어느 하나에 해당하는 급여정지 사유가 생긴 날이 속하는 달의 다음 달부터 사유가 없어진 날이 속하는 달까지 적용한다. 다만, 급여정지 사유가 매월 1일에 없어진 경우에는 그 달의 보험료를 면제하지 아니하거나 보험료의 산정에서 보험료부과점수를 제외하지 아니한다.”고 하였다.
- 48) 섬·벽지(僻地)·농어촌 등 대통령령으로 정하는 지역이란 ① 요양기관까지의 거리가 멀거나 대중교통으로 이동하는 시간이 오래 걸리는 지역으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 섬·벽지 지역, ② 군 및 도농복합 형태 시의 읍·면 지역, 『지방자치법』 제2조제1항제2호에 따른 시와 군의 지역 중 동(洞) 지역으로서 『국토의 계획 및 이용에 관한 법률』 제36조 제1항 제1호에 따라 지정된 주거지역·상업지역 및 공업지역을 제외한 지역, 『농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법』 제33조에 해당하는 지역, ③ 요양기관의 이용이 제한되는 근무지의 특성을 고려하여 보건복지부장관이 인정하는 지역이다(『국민건강보험법 시행령』 제45조).
- 49) 2019년 1월 기준으로 『건강보험료 경감 대상자 고시』에서는 세월호 재난으로 피해를 입은 주민(제2조), 개성공업지구에서 근로할 수 없게 된 개성공업지구 근로자(제3조), 일자리 안정자금 지원 대상자(제4조) 등으로 규정하고 있다.
- 50) 『국민건강보험법 시행규칙』 제46조에서는 ‘보험료 경감 대상자’를 규정하고 있다. “법 제75조제1항 각 호 외의 부분에서 “보건복지부령으로 정하는 가입자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 1. 영 제45조제1호에 해당하는 지역에 거주하는 가입자. 2. 영 제45조제2호에 해당하는 지역에 거주하는 지역가입자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람. 다만, 영 제45조제2호나목 및 다목에 해당하는 지역의 경우 라목에 해당하는 사람은 제외한다. 가. 「농어업·농어촌 및 식품산업 기본법」 제3조제2호에 따른 농어업인. 나. 「수산업법」 제2조제12호에 따른 어업인. 다. 「광업법」 제3조제2호

하여는 그가입자 또는 그가입자가 속한 세대의 보험료의 일부를 경감할 수 있다”고 하고, 제3항에서 이에 따른 “보험료 경감의 방법·절차 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다”고 규정하고 있다.

또한, 동법 제76조와 제77조에서는 직장가입자와 지역가입자 각각에 대한 보험료의 부담과 납부의무를 규정하고 있다. 직장가입자와 달리, 지역가입자의 경우에는 보험료의 부담과 납부를 그가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 부담과 납부하도록 하고 있다. 동법 제76조 제3항에서는 “지역가입자의 보험료는 그가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 부담한다”고, 제77조 제2항에서는 “지역가입자의 보험료는 그가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부한다. 다만, 소득 및 재산이 없는 미성년자와 소득 및 재산 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 미성년자는 납부의무를 부담하지 아니한다”고 명시되어 있다. 이러한 두 조항에서 공통적으로 규정되어 있는 ‘연대’ 부담과 납부는 동법이 2017년 4월 18일 개정될 때 포함된 것이다.

2006년까지 시행된 舊『국민건강보험법』 제67조 제3항에서는 “국가는 대통령령이 정하는 바에 의하여 예산의 범위 안에서 지역가입자가 부담할 보험료의 일부를 부담할 수 있다”고 규정되었으나, 2006년 12월 30일 동법이 개정되면서 동항이 삭제되었다. 이와는 달리, 동법이 개정될 때 65세 이상인 자, 장애인, 휴직자 등에 대한 보험료의 일부를 경감하여 저소득층의 부담을 완화하는 보험료 경감 대상 확대, 급여제한에 따라 발생하는 의료 사각지대를 방지하기 위하여 보험료 체납자에 대한 분할 납부를 허용하는 체납자의 보험료 분할 납부, 건강보험 재정에 대하여 국고에서 당해 연도 보험료 예상수입액의 100분의 14를 지원하도록 하고, 『국민건강증진법』에서 정하는 바에 따라 건강증

에 따른 광업에 종사하는 사람. 라. 「소득세법」 제19조에 따른 사업소득이 연간 500만원 이하인 사람. 3. 영 제45조제3호에 해당하는 지역에 거주하는 직장가입자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람. 4. 법 제75조제1항제2호부터 제4호까지에 해당하는 지역가입자. 5. 법 제75조제1항제5호에 해당하는 직장가입자 중 휴직기간이 1개월 이상인 사람. 6. 법 제75조제1항제6호에 해당하는 가입자.”

진기금에서 지원받을 수 있는 근거를 마련하며, 국고에 의한 지원금은 가입자 및 피부양자에 대한 보험급여비용, 건강보험사업 운영비 및 취약계층 보험료 경감에 사용하도록 하고, 국민건강증진기금에 의한 지원금은 흡연으로 인한 질병에 대한 보험급여, 건강검진사업 및 65세 이상 노인의 보험급여에 사용하도록 하는 보험재정에 대한 정부지원 등이 포함되었다.

이처럼 『국민건강보험법』 제75조 및 보험료 경감고시는 특정 지역의 농어민, 65세 이상의 노령자, 장애인, 유공자, 휴직자 외에 소년·소녀가정세대이거나 화재·부도 등으로 사업장 운영에 막대한 지장이 있는 자영업자, 재산이 경매 중인 자, 만성질환자, 임의계속가입자 등에게 세대별 보험료액의 100분의 50의 범위 내에서 보험료를 경감할 수 있도록 규정하고 있다. 그러나 보험료 경감사유가 한정되어 있어서 단순히 퇴직이나 실직 등으로 소득이 없거나 소득이 영세하다는 점을 소명하는 것만으로는 보험료가 경감되지 아니하고, 보험료 경감범위도 100분의 50으로 제한되어 있어서 추정소득을 통한 보험료 산정·부과의 구조적 불형평성을 해소하기에는 부족하다. 또한 『국민건강보험법』 제84조 및 동법 시행령 제50조는 보험료 징수가 불가능할 때 예외적으로 결손처분이 가능하도록 규정하고 있으나, 보험가입자가 완전히 경제활동능력을 상실한 경우가 아니라면 인정되지 않기 때문에, 현재로서는 실제 부담능력에 비하여 과도한 보험료 납부의무를 부담하고 있는 지역가입자들을 위한 보험료 조정제도나 감액제도는 존재하지 않는다고 보아도 무방하다.⁵¹⁾

III. 의료보장 사회보험료 지원 자치법규의 내용분석

『지방자치법』 제2조 제1항에서는 지방자치의 종류를 “특별시, 광역시, 특별자치시, 도, 특별자치도”(제1호), 그리고 “시, 군, 구”(제2호)로 분류한다. 이

51) 현재 2016. 12. 29. 2015헌바199, 판례집 28-2하, 436 [합헌].

른바 전자를 광역지방자치단체로, 후자를 기초지방자치단체로 호칭할 수 있는데, 2017년 12월 31일 현재 각각 17개와 226개로 파악되고 있다.⁵²⁾

이 두 종류의 “지방자치단체는 법령의 범위 안에서 그 사무에 관하여 조례를”(동법 제22조)⁵³⁾, “지방자치단체의 장은 법령이나 조례가 위임한 범위에서 그 권한에 속하는 사무에 관하여 규칙을”(동법 제23조) 제정할 수 있다. 여기서의 사무는 동법 제9조 제1항 “지방자치단체는 관할 구역의 자치사무와 법령에 따라 지방자치단체에 속하는 사무”를 말하며, 이에 따른 지방자치단체의 사무를 동조 제2항과 동법 시행령 별표1에서 각각 예시하고 있다.

2019년 5월 현재 본 연구에서 연구대상이 되는 의료보장과 관련한 사회보험에 대한 보험료를 지원해 주는 조례는 201건, 조례 시행규칙은 37건이 제정되어 있는 것으로 검색되었다.⁵⁴⁾ 이 중 조례의 구성을 살펴보면, 목적, 조례 제정 시기, 사회보험료의 종류, 지원 대상, 지원 금액, 지원 방법과 과정, 지원 시기, 그리고 재원 등으로 구성되어 있다. 자치법규로서의 그 내용을 분석하면 다음과 같다.

첫째, 조례의 제정 목적에 관련해서는 거의 모든 자치법규에서 조례의 필요성과 함께 목적을 국민건강보험제도의 목적⁵⁵⁾과 같은 ‘주민 또는 시민의 건강증진과 복지 향상’을 목적으로 하고 있었다. 광명시 조례와 같은 일부 조례에서는 보다 정책적 개념으로서 “건강보험의 사각지대를 해소”⁵⁶⁾한다는 내용을

52) 행정안전부. 『지방자치단체 행정구역 및 인구 현황』. 행정안전부, 2018.

53) 다만, 동조에서는 “주민의 권리 제한 또는 의무 부과에 관한 사항이나 벌칙을 정할 때에는 법률의 위임이 있어야 한다”는 단서조항이 포함되어 있다.

54) 다만, 동 검색에서 “출산장려금 및 출생아건강보장보험료 지원에 관한 조례”, 또는 “출생아 및 입양아 건강보험료 지원 조례” 등과 같이 출생아 또는 입양아에 대한 건강보험료를 지원하는 조례나 조례 시행규칙이 이와는 별도로 22건 검색되었다. 이들 조례나 동시행규칙은 본 연구의 목적과는 부합하지 않는 측면이 있어 분석에서 제외하였다.

또한, 국민건강보험료 지원에 관한 37개의 조례 시행규칙은 전반적으로 목적, 관련자료 수집, 지원대상 확정, 급여자 확정통지 및 보험료 지급, 지원대상자 관리, 그리고 부칙 등으로 구성되어 있었는데, 이들 조항에서 조례와 비교해 특이한 내용은 지원대상자 관리 외에는 없어 본 연구에서 역시 제외하였다.

55) “건강보험제도는 국민의 건강 확보 및 증진을 목적으로 하고 있다”(헌재 2012. 11. 29. 2011헌마814, 판례집 24-2하, 240 [기각]).

56) 『광명시 차상위계층 등 국민건강보험료 지원 조례』 제2조 제1항.

포함시키고 있었다. 다만, 일부 조례의 경우 복지의 향상을 도모하는 대상을 주민 또는 시민이라기보다는 ‘지역사회’로 규정하고 있어 포괄적으로 접근하는 경우도 있었다. 또한, 이와 함께 본 조례의 제정 필요성으로서 “노령, 장애 등으로 인하여 생활에 어려움을 겪고 있는 저소득주민에게”, “노인세대 및 장애인세대 급증에 따른 근로능력 부족 등으로 인하여 생활에 어려움을 겪고 있는 저소득 취약계층 및 국가유공자세대에게”, “노령, 질병, 장애, 저소득 등으로 인하여 생활에 어려움을 겪고 있는 사람으로서 『국민기초생활보장법』 및 동법 시행령에서 정하는 수급자가 아닌 차상위계층 및 각종 부가급여서비스를 지원받는 세대에게”, “고령, 질병 등으로 인하여 생활의 어려움을 겪고 있으나 『국민기초생활 보장법』 상의 수급자가 아니어서 보호를 받지 못하는 저소득계층 노인세대”⁵⁷⁾에게 보험료를 지원한다는 것을 목적 앞에 밝히고 있었다. 즉, 조례를 제정하는데 있어 사회적 위험으로 노령, 장애, 질병, 저소득 등을, 그 사회적 위험에 주로 노출되는 취약계층으로서 저소득주민과 노인, 장애인, 또는 국가유공자세대 등을 명시하였다. 다만, 이러한 사회적 위험과 정책 대상의 계층은 기존의 공공부조에서 급여 제공이나 보호되지 않는 경우에 한해 지원한다는 내용을 포함한 지방자치단체는 일부에 한해 있었다.

둘째, 이들 조례의 제정일을 살펴볼 경우 2006년 거창군, 광양시 등에서 최초로 기초지방자치단체로서는 제정되었고, 광역지방자치단체로서는 2007년 경기도, 대구광역시, 대전광역시 등에서 제정된 것으로 나타났다. 이처럼 일부 기초지방자치단체에서 2006년에 조례가 제정된 이후부터 2007년부터 2009년까지 거의 모든 기초지방자치단체와 일부 광역지방자치단체에서 동 조례들을 제정한 것으로 나타났다. 이후 해당 지방자치단체에서 특정 계층의 주민들이 의료서비스 등을 받지 못할 경우 해당 조례를 개정함으로써 지원 대상이 차츰 많아지는 것을 확인할 수 있었다.

셋째, 사회보험료의 종류로서는 모든 조례에서는 국민건강보험제도의 국민

57) 『서울특별시 양천구 저소득계층 국민건강보험료 등 지원에 관한 조례』 제1조.

건강보험료가 해당되었는데, 일부를 제외한 대부분의 지방자치단체에서는 2010년 이후 노인장기요양보험제도의 장기요양보험료도 같이 포함하여⁵⁸⁾ 사회보험료를 지원하는 것으로 분석되었다.

넷째, 사회보험료의 지원 대상을 분석하는데 있어 세부 분류로서 대상의 기준, 유형과 단위로 나누어 각각 살펴보고자 하였다. 첫 번째는 지원 대상의 기준과 관련해서는, 거의 대부분의 조례에서는 “저소득주민” 또는 “저소득시민”, “저소득층”으로 규정하고 있어, 본 조례의 필요성과 같이 건강보험료를 매월 납부할 수 없어 의료서비스를 이용받지 못하는 ‘저소득’계층으로 볼 수 있다. 여기서의 저소득(주민, 계층)이란 “『국민기초생활 보장법』 제7조에 따른 생계·의료급여 수급자에 해당되지 않는 사람으로서 실제소득이 기준 중위소득 60% 이하인 사람”⁵⁹⁾과 같이 저소득의 기준을 정하고 있거나, “생활여건이 어려움에도 『국민기초생활 보장법』 제7조제1항제3호에 따른 의료급여 혜택을 받지 못하고 있는 사람”⁶⁰⁾, 또는 “저소득주민이란 다음 각 목의 조건을 모두 만족하는 사람을 말한다. 가. 『의료급여법』 제3조의 수급권자가 아닐 것. 나. 납부하는 건강보험료가 『국민건강보험법』 제69조제6항 및 『국민 건강보험법 시행령』 제32조에 따라 보건복지부장관이 고시하는 지역 가입자의 월별 보험료액의 하한 이하인 세대의 구성원일 것”⁶¹⁾과 같이 저소득의 기준과 함께 보험료의 지원 대상을 정하고 있는 경우가 있었다. 물론, 일부 조례에서는 저소득 계층 중에서도 저소득 ‘노인’, 또는 저소득 ‘노인가구’, 저소득 ‘노인세대’만을 규정하고 있어 저소득계층 중에서도 노인 혼자 사는 단독(홀로)가구(세대) 또는 노인 부부만 사는 가구(세대), 아니면 노인세대 중 국민건강보험 지역가입자로서 노인이 월보험료를 납부하는 경우로 한정하고 있었다. 그러나 이러한

58) “보험료란 『국민건강보험법』에 따른 건강보험료와 『노인장기요양보험법』에 따른 장기요양보험료를 합한 금액을 말한다.”(『거창군 저소득주민 국민건강보험료 및 노인장기요양보험료 지원 조례』 제2조 제1호).

59) 『강릉시 저소득주민 국민건강보험료 등 지원 조례』 제2조.

60) 『서울특별시 양천구 저소득계층 국민건강보험료 등 지원에 관한 조례』 제2조 제1호.

61) 『거제시 저소득주민 국민건강보험료 및 장기요양보험료 지원 조례』 제2조.

저소득계층에는 “『국민기초생활보장법』, 『의료급여법』 등 다른 법률에서 지원을 받고 있는 세대는 제외한다”⁶²⁾는 규정처럼 『사회보장기본법』, 『국민기초생활보장법』 상의 국민기초생활수급자는 제외된다. 즉, 사회보험료의 지원 대상은 “『국민건강보험법』 제6조제3항에 의한 지역가입자 중 『국민건강보험법』 제69조제5항 규정에 의하여 산정된 건강보험료가 보건복지부가 정한 최저보험료 미만”⁶³⁾ 또는 “저소득주민 중 보험료 부과금액이 월 1만 원 미만인 가입자”⁶⁴⁾의 경우에 해당하는 것을 말한다. 따라서 일부 지방자치단체의 조례에서는 저소득이라는 용어보다는 『국민기초생활 보장법』에 따른 ‘차상위계층’이라는 용어를 사용함으로써 지원의 대상을 차상위계층으로 보다 정책적인 대상을 명확히 하는 조례들이 있었다.⁶⁵⁾ 이렇게 저소득계층이 아닌 차상위계층의 개념을 사용하는 경우 앞의 저소득계층의 월보험료 1만 원 미만보다 상대적으로 높은 월 2만 원 이하의 지역가입자⁶⁶⁾에 해당하여 차이가 있었다.

두 번째는 지원 대상의 유형과 관련해서는, 주로 4개의 지원 대상 유형으로 나타났다. 노인, 장애인, 한부모가족(또는 모부자), 그리고 소년소녀가장(또는 18세 이하)이 지원 대상이었다. 즉, 지원 대상은 앞의 저소득과 관련한 기준에 속하는 노인, 장애인, 한부모, 소년소녀가장 등의 취약계층이다. 노인의 경우 보험료 부과기준일 현재 주민등록표상 만 65세 이상 노인 세대⁶⁷⁾, 세대주가 보험료 부과기준일 현재 주민등록상 65세 이상인 세대⁶⁸⁾, 만 65세 이상 노인이 있는 세대⁶⁹⁾ 등으로 일반적인 주민등록상 65세 이상으로 하고 있었다.

62) 『강릉시 저소득주민 국민건강보험료 등 지원』 조례 제3조.

63) 『경기도 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양보험료 지원 조례』 제2조.

64) 『강화군 저소득 노인가구 등 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원 조례 제2조.

65) “차상위계층”이란 『국민기초생활 보장법』에 따른 차상위계층을 말한다(『광명시 차상위계층 등 국민건강보험료 지원 조례』 제2조 제1항).

66) “차상위계층 및 부가급여서비스를 지원받는 사람 중 보험료 지원대상은 국민건강보험공단 광명시 지역가입자이며, 고지된 금액 중 건강보험료 2만 원 이하인 세대로 한다”(『광명시 차상위계층 등 국민건강보험료 지원 조례』 제3조).

67) 『강릉시 저소득주민 국민건강보험료 등 지원 조례』 제3조.

68) 『거창군 저소득주민 국민건강보험료 및 노인장기요양보험료 지원 조례』 제3조.

69) 『경산시 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양 보험료 지원 조례』 제2조.

그러나 광명시의 “주민등록상 만 60세 이상의 자가 거주하는 세대”⁷⁰⁾처럼 일부 조례에서는 준고령자인 60세 이상부터 노인으로 포함하고 있었다. 장애인의 경우 『장애인복지법』 제32조에 따라 등록된 장애인이 있는 세대⁷¹⁾, 『장애인복지법』 제49조에 따른 차상위 장애수당 세대⁷²⁾ 등이다. 한부모가족의 경우 『한부모가족지원법』 제4조에 따른 한부모가족⁷³⁾, 한부모가정⁷⁴⁾, 『한부모가족지원법』 제5조에 따라 지방자치단체장이 보호대상으로 결정한 한부모가족⁷⁵⁾, 『한부모가족지원법』에 따른 모·부자가족 또는 조모·조부가족, 보험료 부과 기준일 현재 『한부모가족지원법』에 따라 세대주인 모 또는 부와 그에 의하여 양육되는 18세 미만의 자녀로 이루어진 가정⁷⁶⁾, 『한부모가족지원법』 제5조 및 동법 시행규칙 제3조에 따른 모·부자 세대⁷⁷⁾ 등이다. 이와는 별도로 18세 이하 가구⁷⁸⁾, 20세 이하의 소년·소녀 가정세대(단, 21세 이상 세대원이 있는 경우 그 세대원이 군복무 중이거나 대학원 이하의 학생, 재수생 및 직업훈련원생인 경우는 포함)⁷⁹⁾ 등이 있었다. 이러한 4가지 대상의 유형은 『국민건강보험법』 제75조에서 보험료의 경감 대상의 유형과 거의 같기도 하지만, 그 세부적인 기준을 보면 각 조례마다 편차가 심한 것을 알 수 있었다. 그러나 일부 조례들의 경우에는 조손세대⁸⁰⁾, 또는 차상위계층 가구⁸¹⁾, 『국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률』 제4조제1항제4호·제6호·제10호·제12호 또는 제14호 규정에 의한 국가유공자가 있는 세대, 만성질환자 및 희귀난치성질환자가 있는 세대⁸²⁾, 그 밖에 보험료 지원이 필요하다고 시장이 인정한 세대⁸³⁾ 등

70) 『계룡시 저소득주민 국민건강 보험료 및 장기요양보험료 지원 조례』 제3조 제1호.

71) 『강릉시 저소득주민 국민건강보험료 등 지원 조례』 제3조.

72) 『광명시 차상위계층 등 국민건강보험료 지원 조례』 제2조 제2항 제1호.

73) 『강릉시 저소득주민 국민건강보험료 등 지원 조례』 제3조.

74) 『강화군 저소득 노인가구 등 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원 조례』 제2조.

75) 『거창군 저소득주민 국민건강보험료 및 노인장기요양보험료 지원 조례』 제3조.

76) 『고성군 저소득주민 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원에 관한 조례』 제2조 제4호.

77) 『광명시 차상위계층 등 국민건강보험료 지원 조례』 제2조 제2항 제3호.

78) 『강화군 저소득 노인가구 등 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원 조례』 제2조.

79) 『경산시 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양 보험료 지원 조례』 제2조 제4호.

80) 『강릉시 저소득주민 국민건강보험료 등 지원 조례』 제3조.

81) 『강화군 저소득 노인가구 등 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원 조례』 제2조.

도 포함하고 있었다. 또한, 광명시의 경우에는 2008년 5월 3일 이전까지 “『영유아보육법』 제34조, 제35조에 따른 보육료 지원 2층 대상 세대”도 있었으나, 조례 개정에서 제외된 상태이다.

세 번째는 이러한 앞의 지원 대상의 기준과 유형 등을 통해 지급이 결정된 상태와 관련해서는, 일부 조례에서만 “지원대상자”, “또는 급여대상자”라는 용어와 함께 정의가 있는 조항이 있었다. 일례로, 지원대상자란 “저소득주민으로서 국민건강보험료 및 노인장기요양보험료를 지원하기로 결정된 세대”⁸⁴⁾, 급여대상자란 “차상위계층의 노인세대로서 보험료를 지원하기로 결정된 자”⁸⁵⁾ 등과 같이 정의되었다.

다섯째, 사회보험료 지원의 내용과 금액에 관련한 분석결과는 다음과 같다. 우선, 지원내용은 “저소득주민 중 제2조의 규정에 의한 대상자에게 월납부액 지원을 원칙”으로 하며, “(지원)대상자가 다른 법령 또는 다른 조례 등에 의하여 보험료의 일부 또는 전부를 지원받거나 경감하고 있는 경우에는 그 지원액 또는 경감된 금액을 차감하여 지원할 수 있다”⁸⁶⁾고 하였다. 다만, “대상자가 월별 납부하여야 할 건강보험료를 예산의 범위 안에서 지원한다”⁸⁷⁾고 하고 있었다. 물론, “지원금액은 매월 국민건강보험공단에서 통보된 국민건강보험료와 장기요양보험료의 합산액으로 한다”⁸⁸⁾고 하여 사회보험료의 종류에 따라 국민건강보험료만을, 아니면 국민건강보험료와 장기요양보험료를 합한 것으로 하고 있었다. 그런데, 실제 국민건강보험료의 금액을 놓고 그 액수를 살펴보면 몇 가지로 차이가 있음을 확인할 수 있었다. 가장 많은 보험료 지원 금액으로는 대다수의 조례들에서 1만 원 등으로 그 액수를 고정해 규정해 놓는 것이 가장 많았다. 그럼에도 불구하고, 고성군 등 다수의 조례에서는 1만 원 ‘미만’

82) 『경산시 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양 보험료 지원 조례』 제2조 제6호.

83) 『강릉시 저소득주민 국민건강보험료 등 지원 조례』 제3조.

84) 『강릉시 저소득주민 국민건강보험료 등 지원 조례』 제2조.

85) 『서울특별시양천구 저소득계층 국민건강보험료 지원 조례』 제2조 제3호.

86) 『경산시 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양 보험료 지원 조례』 제3조.

87) 『계룡시 저소득주민 국민건강 보험료 및 장기요양보험료 지원 조례』 제4조.

88) 『거제시 저소득주민 국민건강보험료 및 장기요양보험료 지원 조례』 제4조.

으로 규정하였으나, 곡성군 등의 일부 조례에서는 1만 원 ‘이하’로도 규정하여 차이가 있었다. 이외에도 거창군은 ‘1만4백 원 미만’으로, 고흥군은 ‘1만5천 원 미만’으로, 고성군은 건강보험료와 장기요양보험료가 합한 ‘통합 1만6천 원 이하’로, 그리고 광명시는 이들 지역보다도 최대 200%가 많은 ‘2만 원 이하’로 규정하고 있었다. 즉, 일부 지방자치단체에서는 1만 원 미만 또는 이하보다도 높은 금액까지 보험료를 지원하고 있음을 확인 할 수 있었다. 이러한 지원 금액을 절대 액수로 규정한 조례 외에도 “실제소득이 기준 중위소득 60% 이하”와 “월 별 보험료액의 하한 이하”처럼 국민기초생활보장법 또는 국민건강보험법 등의 관련 법률에서 정한 기준을 따라 지원 금액을 지원하려는 조례들이 있었다. 그러나 경기도, 광양시 등의 일부 조례에서는 “최저보험료”로 명시하고 있어 비교적 구체적인 지원 금액을 해당 조례에서는 규정하고 있지 않았는데, 이마저도 최저보험료 ‘미만’ 또는 ‘이하’로 차이를 보이고 있었다.

여섯째, 사회보험료 지원의 방법 및 과정에 대해 분석한 결과는 다음과 같다. 우선, 지원 방법과 관련해서는 “대상자에게 월납부액을 지원”하는 방법과 “국민건강보험공단의 청구에 따라 당해 계좌로 월납부액을 지급”하는 방법으로 구분되었다. 전자의 방법은 우리나라 공공부조의 신청주의방식과 같이 저소득으로 건강보험료 등을 부담 및 납부하지 못하는 저소득 노인, 장애인 등의 세대가 있을 경우 해당 노인 등 지원 또는 급여대상자가 되는 세대원이 해당 지방자치단체에 월 건강보험료 등을 지원해달라고 신청하는 경우 또는 국민건강보험공단에서 건강보험료 등을 연체하고 있는 지원 또는 급여대상자가 되는 세대를 대신해 신청하는 경우에 지방자치단체가 지원 또는 급여대상자로 선정 또는 결정하여 해당 세대에 월보험료를 지원하여 직접 납부하게 하는 방식이다. 후자의 방법은 건강보험료 지원 또는 급여대상자의 직접 신청이 아닌, 건강보험료 등을 납부하지 못하고 있거나 그러할 가능성이 높은 저소득 노인, 장애인 등의 계층 세대를 대신하여 국민건강보험공단에서 직접 거주지 지방자치단체의 장에게 보험료를 납부할 수 있게 지원해 달라고 청구하면 해당 지방자치단체에서 공단의 계좌로 해당 대상자의 월보험료를 매달 납부해 주는 방식이다.

다음으로, 이러한 지원 방법에 따라 월보험료를 지원하는 과정에서도 일부 차이가 있었다. 가장 먼저, 신청의 단계가 있었는데, 저소득층의 지원 또는 급여대상자가 직접 지방자치단체에 신청하는 경우와 공단에서 대상자를 대신해 지방자치단체에 신청하는 경우⁸⁹⁾를 규정하고 있는 조례들이 대부분 이었다. 그러나 일부 조례에서는 이러한 신청 단계에 대한 규정이 없이, 지방자치단체가 해당 국민건강보험공단의 사무소에 관련 대상자에 대한 보험료 체납 및 월보험료액 등을 요청하고, 국세청의 소득자료 등을 활용해 자산조사를 하여 바로 지원대상자로 결정 또는 선정하는 경우도 있었다.

다음의 단계로서는 조사의 실시와 관련한 조항과 규정이 있었는데, 모든 조례에서 포함되어 있었다. 이때 조사의 내용과 방법에 대해 규정해 놓고 있었는데, “지원 대상 세대의 소득, 재산상황 등에 대하여 조사”한다거나 “지원대상자의 자산상황, 주거상태 등을 조사”한다는 내용을 담고 있었다. 그리고 그 방법 으로서는 “제4조의 지원대상자 선정을 위해 공단으로부터 제공 받은 자료는 보험료 지원 자료로만 활용하여야 하며, 필요한 경우 관계공무원으로 하여금 지원대상세대의 소득, 재산 등을 조사하게 할 수 있다.”⁹⁰⁾고 함으로서 공단으로부터의 월보험료액과 체납 등에 관한 자료, 그리고 소득과 재산 등의 국세청의 자료를 확인하는 자산조사를 실시하고 있음을 확인할 수 있었다. 이러한 조사를 실시한 결과에 따라 건강보험료 등의 지원 대상자로 선정 또는 결정되든지, 아니면 “보험료를 스스로 납부할 능력이 있다고 판단되는 경우에는 지원 대상에서 제외”하거나 지원 대상자에서 제외, 또는 지원을 중단⁹¹⁾하는 결과를

89) “제6조(보험료 신청) 공단에서는 제3조에 따른 대상자를 매월 보험료 납기일 15일전까지 별지 제1호서식 또는 전산자료에 따라 군수에게 신청하여야 하며, 대상자 변동 시 지체 없이 군수에게 통보하여야 한다.”(『고성군 저소득주민 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원에 관한 조례』 제6조).

90) 『고성군 저소득주민 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원에 관한 조례』 제5조.

91) 이 밖에도 해당 지방자치단체에서 전출하거나 사망한 때, 그리고 대상자가 보험료 지원을 거부하는 경우도 제외되고 있다.

“제6조(지원중단) 도지사는 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 보험료 지원을 중단할 수 있다. 1. 최저보험료 이상 보험료 부과 세대. 2. 대상자가 보험료 지원을 거부하는 경우”(『경기도 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양보험료 지원 조례』 제6

가져오게 된다.

세 번째의 단계로서는 조사된 결과에 따라 지원 또는 급여대상자로 선정 및 결정된 경우에 월보험료를 지원하는 것인데, 이는 앞의 지원 방법들과 더불어 지원 시기와의 관련 있는 내용이 포함되어 있다. 비록 지원의 방식이 대상자에게 월보험료를 직접 지원하든, 아니면 공단에 대상자를 대신해 지방자치단체에서 공단의 계좌로 월보험료를 대납하든 간에 앞의 지원 대상에서 제외되는 경우 또는 중단되는 경우를 제외하곤 월보험료 지원을 연중으로 함을 규정하고 있었다. 다만, 월별 보험료산정에 따라 매월 납부 마감일 전에 지원하는 것으로 하고 있었다. 이에 따라 선정된 지원대상자의 보험료는 공단의 청구에 따라 당해 계좌로 일괄 지급하는 등을 하되, 지급 후 대상자의 자격상실 등의 사유로 지급액에 변동이 있는 경우 지방자치단체장은 해당 지역의 국민건강보험공단 지사와 그 차액을 정산한다.⁹²⁾

마지막의 단계로서는 지급 후 대상자의 자격상실 등의 사유에 해당하거나 거짓 또는 부정한 방법으로 보험료를 지원받은 대상자⁹³⁾에 대해 그 부정 수급

조). “제6조(지원중단) 시장은 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 보험료 지원을 중단할 수 있다. 1. 제4조의 규정에 의하여 조사한 결과 제2조에서 정한 대상자 범위에 포함되지 않을 때. 2. 대상자가 보험료 지원을 거부한 때”(『경산시 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양 보험료 지원 조례』 제6조). 제8조 (지원중단 등) 지원대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 건강보험료 지원을 중단할 수 있다. 1. 전출, 사망. 2. 지원대상자가 보험료 지원을 거부할 때”(『계룡시 저소득주민 국민건강보험료 및 장기요양보험료 지원 조례』 제8조).

92) “제3조 ① 이 조례에 의한 보험료 지원은 연중 실시하되, 월별 보험료산정에 따라 매월 납부 마감일 전에 지원한다. ② 선정된 지원대상자의 보험료는 국민건강보험공단 서인천 지사장(이하 “지사장”이라 한다.)의 청구에 따라 당해 계좌로 일괄 지급한다.”(『강화군 저소득 노인가구 등 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원 조례』). 제5조 ① 이 조례에 의한 지원은 연중으로 하되, 월별지역건강보험료 산정에 따라 국민건강보험료 및 장기요양보험료 납부마감일 전에 국민건강보험공단 거제지사에 지급한다. ② 제1항에 따른 지급 후 대상자의 자격상실 등의 사유로 지급액에 변동이 있는 경우 시장은 국민건강보험공단 거제지사와 그 차액을 정산한다.”(『거제시 저소득주민 국민건강보험료 및 장기요양보험료 지원 조례』)

93) “제7조(환수) 도지사는 거짓 또는 기타 부정한 방법으로 보험료를 지원받은 대상자에 대하여 부정 수급한 금액을 환수할 수 있다.”(경기도 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양보험료 지원 조례). “제7조(환수) 시장은 거짓 또는 기타 부정한 방법으로 보험료를 지원받은 대상자에 대하여 부정 수급한 금액을 환수할 수 있다.”(『경산시 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양 보험료 지원 조례』).

한 금액을 환수하는 단계이다. 그러나 상당수의 조례들에서는 이러한 환수에 대한 규정을 담고 있지 않아, 만약에 지급 후 대상자의 자격상실 등의 사유에 해당하거나 거짓 또는 부정한 방법으로 보험료를 지원받은 대상자가 있을 경우에 사실상 환수를 하지 못할 가능성이 있었다.

일곱째, 사회보험료의 재원에 관한 규정을 분석해 보면 다음과 같다. 기초지방자치단체의 조례의 경우 대부분 해당 지방자치단체의 “일반회계 예산으로 확보”⁹⁴⁾한다고 하고 있었다. 물론, 거창군 조례처럼 재원의 근거가 되는 조문이 없는 경우도 있었다. 광역지방자치단체의 경우 기초와 같이 해당 광역지방자치단체의 일반회계 예산으로 전액 확보하는 경우도 있었지만, 시도의 보조와 시군구의 부담 간의 비율에 따라 분담⁹⁵⁾하는 내용을 담고 있는 조례도 있었다. 후자의 경우 광역지방자치단체장은 “건강보험료 등 지원대상자의 결정 및 지원, 지원중단, 자료의 요청, 지원금의 환수에 관한 업무” 등을 해당 기초지방자치단체장에게 위임할 수 있다는 위임 권한을 포함한 조례들도 있었다.

이상의 내용들을 정리하면 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1> 의료보장 사회보험료 지원 조례의 내용적 특징

구분(조례 조항)	조례의 주요 내용	비 고
조례의 목적 및 필요성	• 노령, 장애, 질병, 저소득 등의 사회적 위험 및 노인, 장애인 등의 취약계층에 대한 건강 증진과 복지향상	• 사회보험 가입자이나 기여를 못하며 공공부조로 보호되지 못하는 경우 • 건강보험의 사각지대 해소
조례 제정일	• 기초는 2006년부터 제정 • 광역은 2007년부터 제정	• 전통적 사회적 위험을 포함하여 개정 시 신사회적 위험의 대상으로 확대되는 경향
사회보험료 종류	• 국민건강보험료	• 2010년 이후 기존의

94) 『강화군 저소득 노인가구 등 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원 조례』 제6조.

95) “제4조 ① 도지사는 건강보험료 등 지원에 관한 도비보조 비율과 시·군비 부담비율 등을 「경기도 지방보조금 관리 조례」 제21조에 따른 보조금의 대상사업·기준보조율을 준용하여 결정한다. ② 도지사는 제2조 규정에 의한 지원대상자에게 법령 또는 다른 조례 등에서 건강보험료 등의 일부 또는 전부를 지원하거나 경감하고 있는 경우에는 그 지원액 또는 경감된 금액을 차감하여 지원한다.”(『경기도 저소득 주민 건강보험료 및 노인장기요양보험료 지원 조례』).

구분(조례 조항)		조례의 주요 내용	비 고
		<ul style="list-style-type: none"> • 국민건강보험료와 장기요양보험료 	국민건강보험료에 장기보험료를 합한 금액으로 확대
지원 대상	기준	<ul style="list-style-type: none"> • 저소득 • 차상위 	<ul style="list-style-type: none"> • 기준 중위소득이 60% 이하면서 생계·의료급여수급자에 해당하지 않는 경우
	유형	<ul style="list-style-type: none"> • 주 대상은 노인, 장애인, 한부모가정, 소년소녀가장 • 일부 대상은 조손세대, 국가유공자, 만성질환자 및 희귀난치성질환자, 기타 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 노인과 한부모가정 및 소년소녀가장은 나이와 가구 특성에 따라, 장애인은 등록 장애여부와 장애수당여부에 따라 각 조례마다 상이함
	용어	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상자 • 급여대상자 	<ul style="list-style-type: none"> • 월보험료를 지원하기로 결정된 세대
지원 내용 및 금액	내용	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료의 전부 • 보험료의 일부(경감 등) 	<ul style="list-style-type: none"> • 단, 예산의 범위 안에서 지원
	금액	<ul style="list-style-type: none"> • 명시적 금액: 1만 원 미만부터 2만원 이하까지 • 최저선 금액: 최저보험료 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 미만 vs. 이하 • 기준 중위소득 60% 이하 또는 월보험료액의 하한 이하
지원 선정방법 및 과정	방법	<ul style="list-style-type: none"> • 대상자에게 지원 • 공단 계좌로 지급 	
	과정	<ul style="list-style-type: none"> • 신청 • (자산)조사 • 급여대상자 선정 및 보험료 지원 • 환수 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격상실, 거짓 또는 부정한 방법
재원		<ul style="list-style-type: none"> • 일반회계 예산 	<ul style="list-style-type: none"> • 기초단체의 일반회계 • 광역단체의 보조와 기초단체의 분담

IV. 지방정부의 건강보험료 지원 자치법규에 관한 논쟁들

본 절에서는 위의 자치법규에 대한 내용적 특징들을 바탕으로 법적, 정책적, 실천적인 측면에서 발생 가능한 논쟁들을 사안에 따라 서술해 보고자 한다.

첫째, 조례의 제정 목적과 사회적 개입 필요성이 명확하지 않아 지방정부에서 지역의 사회적 취약계층에 대한 의료보장을 위한 건강보험료 등을 지원하는 자치법규의 내용들이 포퓰리즘 정책으로 오해될 수 있는 있다는 점이다. 조

례에서는 제정 필요성과 목적을 제1조에서 규정하고 있다. 주민 등의 건강증진과 복지향상이라는 추상적 목적과 더불어, 건강보험의 사각지대 해소라는 구체적 정책 목적이 일부분에서 보인다. 그러나 지역 주민을 위한 의료보장을 위한 필요성 즉, 저소득 등의 불가피한 사유로 공적 건강보험료를 납부하지 못하는 경우에 한해 지역사회차원에서 개인의 기여에 지방정부가 개입하게 됨에도 불구하고, 정작 이것이 사회적 위험이나 사회문제에 관해 중앙정부가 공공부조 등의 사회보장제도를 통해 개입하는 목적과 어떠한 측면에서 정당성을 갖는지의 규정은 거의 내포되어 있지 않고 있다. 왜 지방정부에서 지역가입자와 그 세대원이 부담 및 납부해야 하는 월별 건강보험료 등의 사회보험료를 지원하는지와 관련된 사회적 개입 필요성이 명확히 규정되어 있지 않은 것이다. 공공부조와 달리 사회보험은 보험의 원리를 적용하며, 강제가입의 원칙과 더불어 납부의무자의 균등부담 원칙을 중요하게 여기고 있다. 현재의 의료보장 건강보험료 지원 자치법규들에서는 이러한 원리와 원칙에 관한 기초나 광역 지방자치단체들의 자치사무나 그에 관한 사회개입의 정책적 근거를 명확히 포함시키고 있지 못하는 한계가 있을 수 있다. 더구나 지원대상이 되는 저소득 또는 차상위계층이나 노인, 장애인, 한부모, 소년소녀가장 등의 취약계층 또는 국가유공자 등은 기존의 공공부조, 사회(복지)서비스, 보훈정책 등의 주 대상임에도 불구하고, 지방정부에서 또 다시 복지급여를 제공할 필요성이 있는가 하는 점이 사회적 합의를 이루지 못한 상황이 있고, 서울시 등처럼 최저생계비를 중앙정부와 달리 정하고 있는 상황 속에서 의료보장 건강보험료를 지원하는 기준이나 대상 역시 그 지역사회적 특성에 따라 이루어질 필요가 있음에도 불구하고 그러지 못하는 한계가 있다는 점이다. 이것은 최근 우리나라가 사회복지나 사회보장이 확대되는 경향에서 복지국가는 포퓰리즘적 정책이라는 일부 비판적인 인식과 연관될 소지를 줄 수 있다. 때문에 지방자치단체에서 조례 등의 자치법규를 통해 정책적 목적을 정당성 있게 시행하기 위해서는 각 조례 제정 시 목적 조항에 좀 더 명확하게 규정할 필요가 있을 것으로 보인다.

둘째, 조례의 제정 및 시행 주체에 관한 논쟁이 될 수 있다는 점이다. 광역지방

자치단체는 전체 17개 시도 중에서 8개의 시도에서만 제정되어 있는 상태이며, 기초지방자치단체는 전체 226개 중에서 193개의 시군구에서 제정되어 있었다. 기초에서 2006년부터 먼저 조례가 제정되었고, 광역에서는 이보다 조금 뒤인 2007년부터 제정되게 되었다. 그러나 8개의 시도 조례를 살펴보면 기초의 조례와 비교하여 구성이나 내용에 있어 거의 유사한 측면이 나타나고 있다. 즉, 이미 기초지방자치단체장에 의해 지원의 대상이 결정되고 건강보험료 등이 지원되는 상태에서 해당 광역지방자치단체장도 지원 대상을 결정하고 건강보험료를 지원하는 등의 중복 사무가 나타날 수 있다. 반면, 대전광역시처럼 이러한 사무 중 보험료 지원, 보험료의 지원 중단, 그리고 보험료 환수에 대해서는 산하 기초지방자치단체장에게 위임을 한다는 내용이 규정되어 있다.⁹⁶⁾ 한편, 경기도 수원시의 경우에는 관련 조례가 제정되어 있지 않은 상태인데, 경기도의 제정된 조례의 규정을 통해 수원시가 보험료 지원 대상자를 선정해 경기도에 의뢰하면 경기도에서 보험료를 지원하는 과정을 거치고 있다. 이처럼 지역의 저소득계층에 대한 의료보장을 위한 공적 건강보험료를 지원하는 조례에서 기초와 광역의 지방자치단체가 각각 어떠한 사무를 하며, 그 사무에서 협력할 부분은 무엇인지 또는 각각의 특징에 따라 차이를 두고 해야 할 사무는 무엇인지 등에 대한 기준이나 내용 등의 규정이 없는 상태라 하겠다. 따라서 거의 모든 지방자치단체에서 동 자치법규가 제정되어 있으며 지방정부에서 보건의료정책 및 지역사회보장 등으로서 지역주민에게 시행되고 있는 본 사무를 중앙정부, 광역정부, 기초정부 등에 따른 역할 및 기능을 조례에서 포함해야 할 것이다.

셋째, 자치법규의 제정 경향에 따른 중앙정부의 관련 정책의 영향은 무엇이며, 동 조례 등에 의한 효과가 사회적으로 나타나고 있는가 하는 점이다. 조례가 제정되던 2006년부터 2008년까지는 월 국민건강보험료를 체납하게 될 경

96) “제6조(권한 위임) 시장은 다음 각 호의 권한을 대상자의 주소지를 관할하는 구청장에게 위임한다. 1. 제3조에 따른 보험료 지원, 2. 제4조에 따른 보험료의 지원 중단, 3. 제5조에 따른 보험료 환수”(『대전광역시 저소득주민 국민건강보험료 및 장기요양보험료 지원 조례』).

우 3개월 동안 장기체납하게 되면 그 세대에 대해서는 건강보험급여가 제한되었다. 이러한 급여 제한에 따라 우리 사회는 당시 의료보장 사각지대라는 사회 문제가 이슈화되었고, 정부는 2008년 7월부터 기존 3개월에서 6개월로 완화하는 법적, 정책적 변화를 시도하였다. 그 결과, 가입세대 기준 2007년 11.3%에서 2008년 6.3%로 건강보험급여가 제한되는 비율이 대폭 감소하였다. 그런데 이 당시 연령별에 따른 급여가 제한된 연령은 35세부터 49세대까지의 연령이 지역과 직장가입자를 합쳐 가장 많았는데, 조례의 월 건강보험료 지원 대상은 노인 등의 지역가입자로 한정되는 경향을 보였다. 그에 따라 완화된지 약 8년 후인 2016년에는 6개월 동안 건강보험료 장기 체납자가 2012년 대비 25% 증가하는 경향을 보였다. 즉, 2016년 건강보험료를 체납한 지역가입자 416만 가구 중 60%가 월 5만 원 이하의 보험료를 체납하게 되는데, 이를 소위 ‘생계형 체납자’로 분류하면서 다시 사회문제로 거론되고 있다. 이처럼 공적 건강보험료를 지방자치단체가 지원하는 법 및 정책이 왜 지역가입자로만 국한되거나 그 중에서도 노인 등의 특정 계층에게만 국한됨으로써 자치법규가 제정되고 시행된 지 10여년 이후에 그 성과나 사회적 기대효과가 있는지를 비판하는 의견도 있다는 것이다. 때문에 학술적인, 정책적인 관점에서 동 조례에 따른 성과나 효과를 실증하는 연구들이 향후 이루어질 필요가 있다고 사료된다.

넷째, 보험료를 지원하는 사회보험 종류의 차이에 따른 대상자의 모호성과 관련한 논쟁이 있을 수 있다는 점이다. 국민건강보험은 舊『국민건강보험법』 제5조 제1항의 의료보호대상자 등을 제외하고는 연령이나 직업에 관계없이 모든 국민을 강제가입의 대상으로 하고 있다. 따라서 『의료급여법』 제2조 제1호의 수급권자,⁹⁷⁾ 동법 제3조 제1항 각호⁹⁸⁾의 의료수급자 등을 제외하면, 소

97) “이 법에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말한다.”

98) “1. 「국민기초생활 보장법」에 따른 의료급여 수급자, 2. 「재해구호법」에 따른 이재민으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람, 3. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람, 4. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동, 5. 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급

득이 있는 국민이라면 비록 직장가입자와 지역가입자로 구분되지만, 의무적 가입자가 된다. 그러나 장기요양보험은 ‘노인’에 한정되어 있다. 노인장기요양 보험과 국민건강보험 사이의 직장가입자가 다른 속에서 저소득 또는 차상위계층에 속하는 노인 외에 다른 계층까지 사회보험료를 지원했을 때 두 법률 간에 서 생길 수 있는 문제점은 없는지, 또는 노인의 기준은 명문화하지 않은 속에서 현재의 노인복지 관련 정책도 해당 법령에 따라 기준연령이 상이한 속에서 생길 수 있는 문제점은 없는지에 대해 논쟁이 생길 수 있다. 이는 『주민등록법』 제7조의 주민등록표 상에 따른 노인의 역연령을 정하려는 현재의 국가적 관심사와도 연결될 수 있고, 노인의 역연령의 기준이나 정년 나이를 상향하려는 것 과도 연결되어 사회적인 논란이 될 수 있다. 따라서 지원대상자 유형에 대한 동 조례가 관련 법률들과 법적 불합치성을 갖는 면은 없는지 세밀한 고찰이 필요 하다 하겠다.

다섯째, 지원 대상의 기준이나 유형 등이 명확하지 않아 생길 수 있는 논쟁이 있을 수 있다는 점이다. 첫 번째는 저소득과 차상위하는 기준의 차이로 인한 것이다. 대상 기준을 차상위계층으로 하는 경우에도 강화군처럼 노인, 장애인, 한부모가족, 소년소녀가장과는 별도로 차상위계층을 분류하고 있어 그 대상 이 보다 넓게 되어 상태이다. 이는 우리나라의 현재 시행되고 있는 『사회보장 기본법』, 『국민기초생활보장법』, 『의료급여법』, 『사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률』, 『사회보험법』과 관련 하위 법률 등에 따른 공 공부조와 사회보험 등의 사회보장제도(여기서도 공공부조와 사회보험제도

여가 필요하다고 인정한 사람, 6. 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 따라 지정된 국가기무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다)와 그 가족으로서 문화재청장이 의료 급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람, 7. 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람, 8. 「5·18민주화 운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람, 9. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람, 10. 그 밖에 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람.”

간의 대상자 차이), 그리고 사회수당제도, 더불어 『사회복지사업법』과 동법 제2조 제1항 각호의 관련 법률 등에 따른 사회복지정책 등으로 인한 대상자 간의 차이가 생길 수 있고, 이에 따라 급여의 중복, 반대로 누락 또는 사각지대 발생 등이 생길 수 있다. 즉, 각 조례마다 지원대상의 기준이 명확하지 않은 것으로 인해 정책적 시행결과에 대한 긍정적 효과 가능성을 예측할 수 없게 할 수 있다. 따라서 자치법규에서 보다 지원 대상의 기준을 명확히 함으로써 중복되거나 누락되는 대상이 없도록 해야 할 것이다. 두 번째는 타법과 중복 급여 지원의 원칙을 준용해야 하는가이다. 국가유공자의 경우에도 『국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률』 제4조 제1항에 따른 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 대상이 될 수 있는데, 이는 일부 조례⁹⁹⁾에서 밝히고 있는 타 법률과의 중복 급여 지원의 원칙에 어긋날 수 있다. 이를 위해 지방자치단체에서 조례를 제정하려 할 때 중앙정부와 유기적인 협의를 거쳐 이러한 경우에 대한 합리적인 시행 방안을 마련해야 할 것이다. 세 번째는 지원 대상을 사람, 세대, 또는 가구 등으로 혼용하는 경우이다. 일례로, 곡성군의 “저소득주민이라 함은 『국민건강보험법』 제62조의 규정에 의한 국민건강보험료가 월 10,000원 이하인 자를 말한다.”와 “65세 이상 노인세대라 함은 세대주가 국민건강보험료 부과 기준일 현재 주민등록상 65세 이상인 세대를 말한다.”고 하는 내용이 한 조항에서, 공주시의 “저소득취약계층이라 함은 『국민기초생활보장법』 제5조 및 『의료급여법』 제3조에서 규정하고 있는 수급자가 아닌 자로서 건강보험료 월 부과금액이 10,000원 미만인 세대를 말한다.”와 “65세 이상 노인세대라 함은 세대주가 건강보험료 부과기준일 현재 관내에 주민등록을 두고 거주하는 사람으로 만 65세 이상 세대를 말한다.”고 하는 내용이 한 조항에서 각각 규정되어 있다. 사실상 이러한 두 조문 사이에서 지급 대상이 사람인 개인과 함께 세대로 다르게

99) “다만, 『국민기초생활보장법』, 『의료급여법』 등 다른 법률에서 지원을 받고 있는 세대는 제외한다”(강릉시 저소득주민 국민건강보험료 등 지원 조례 제3조). “다만, 다른 법률에 의하여 지원받는 가구는 제외한다”(강화군 저소득 노인가구 등 국민건강보험료 및 노인장기요양보험 지원 조례 제2조).

규정되어 있는 실정이다. 여기에다가 고흥군의 경우는 가구라는 단위로 명시하고 있었다. 이처럼 지원의 대상의 단위를 개인, 세대, 가구 등으로 사용할 때 생길 수 있는 문제점은 없는지 살펴보아야 할 것이다. 『국민건강보험법』 제62조 제5항에서는 “지역가입자의 월별 보험료액은 세대단위로 산정하”도록 하고 있기 때문에 보다 명확한 기준으로 할 필요가 있다. 즉, 국민건강보험 지역가입자의 경우 세대원이 모두 연대납부를 해야 하는 의무가 있는데, 최근 저소득 1인 세대나 노인 단독 또는 부부가구 등의 세대 특성에 따라 개인과 가구 또는 세대라는 기준 중 어떠한 것을 적용할 때 합리적인지 고려할 필요가 있다.

여섯째, 사회보험료 지원의 방법 및 과정에 대해 조례들에 따른 차이로 인해 생길 수 있는 논란이 있다는 점이다. 공공부조의 경우 일부 경우를 제외하고는 신청주의원칙과 조세방식을 오랜 동안 유지해오고 있으나, 사회보험은 강제가입과 더불어 보험의 가입자 보험료 부담과 납부, 이에 따른 보험료액 연체 등에 따른 급여제한 등의 원칙이 적용되고 있는 상황에서 지방정부의 건강보험료 지원 등이 공공부조와 사회보험 간의 원칙을 어떻게 조화롭고 실효성 있게 적용할 수 있는지를 검토할 필요성이 크다. 더구나 조례에서도 규정되어 있듯이 지방자치단체와 국민건강보험공단 사이의 직접적인 업무협력 과정이나, 월보험료액을 지급한 후 자격상실, 거짓 또는 부정한 방법 등으로 보험료를 지원받은 대상자에 대해 그 부정 수급 또는 지급된 금액을 환수하는 과정에서 생길 수 있는 문제가 없는지와 일부 조례에서는 이러한 방법 등도 규정하고 있지 않아 사실상 잘못 지급된 경우에 대한 후속 조치를 할 수 없는 상황에 대해 법적 근거를 명확히 마련할 필요가 있다.

V. 결론

세대원 중 노인이나 장애인 등 취약계층 성인가구원이 동거하는 가구일 경우 의료보장에 있어 건강보험제도의 보장률을 결정하는 주요한 요인이 된다. 더구

나 고령화현상 등에 따른 노인인구의 증가는 빈곤가구율을 증가시킴은 물론, 의료서비스의 이용 제한 또는 의료 미이용, 심지어 의료 사각지대 등이 급증함에 따라 경제적과 더불어 건강적인 문제를 사회문제로 확대시킬 가능성이 크다. 그에 따른 정책적, 또는 제도적인 개입은 비단 중앙정부 차원의 국가정책과 제로 한정되지 않는다. 영국, 호주, 그리고 뉴질랜드와 같은 외국의 경우에는 노인에 대한 의료서비스를 효율적으로 제공한다는 측면에서 지방자치단체의 일차적 개입을 무엇보다 중요하게 인식하고 있다.¹⁰⁰⁾ 우리나라도 고령화사회를 넘어 고령사회, 심지어 초고령사회에 진입한 많은 지방자치단체에서 이미 노인복지는 중요한 과제이다. 대다수의 지방자치단체에서 노인과 관련한 문제들이 지역사회에서 가장 중요한 사회문제가 되면서 다른 어떠한 사회복지 영역보다 노인복지가 중요한 영역으로 인식되고 있다. 그러나 문제는 중앙정부와 차별 없는 정책들을 시행하면서 서비스의 중복과 누락이 발생한다는 점이다. 물론, 이러한 측면에서 검증될 수 있는 실증적 연구가 필요한 시점이다.

본 연구의 결과를 통해 중앙정부는 지금과 같은 공적 의료보장제도를 강화하여 모든 가구에서 노인들이 질병 등에 대한 의료적 접근과 이용을 높일 수 있도록 할 필요가 있다는 것이다. 이 때 건강보험료 부담이 상대적으로 높은 저소득 취약계층 가구에 대한 공적 의료보장제도 개선과 함께 사회보험료 연체, 미납 등으로 인한 의료서비스의 제한 또는 미이용 등과 관련한 개선 방안으로서 지방자치단체에서 해당 사무를 처리할 수 있는 자치법규를 제정해 합리적이면서도 실효적으로 시행할 수 있는 법적 근거가 필요하다. 더구나, 『양구군 복지 사각지대 저소득층 맞춤형 지원조례』 등의 경우와 같이 지방분권 활성화와 맞물려 지방자치단체들마다 중앙정부와 별개로 지역사회복지 또는 지역사회보장 정책을 실시하고 있는 속에서, 향후 사회복지나 사회보장에 관한 자치법규에 대한 학술적 연구들이 지속적으로 이루어질 필요가 있다.

100) Seddon, M.E., Marshall, M.N., Campbell, S.M. & Roland, M.O. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. Quality in Health Care(Vol.10). 2001.

지방 정부는 국민 건강관리에 있어 커져가는 역할이 크며 해당 제도에 대한 개혁을 실행하기 위한 계획이 자치법규에 포함되어야 한다. 중앙정부는 전반적인 정책과 기준을 정할 수 있지만 취약한 인구를 대상으로 하는 의료 서비스에 관한 지원을 위해서는 지방 정부의 역할과 기능이 필요하다.¹⁰¹⁾ 이를 위해 지방자치단체의 새로운 책임 중에는 영국의 건강 및 복지위원회¹⁰²⁾와 같은 관련 위회를 설립하는 법적 의무가 포함되어야 한다. 이것은 국민건강보험공단 등을 포함한 관련 보건기관 관계자 등 다양한 이해 관계자가 참여하는 지방 정부의 공식위원회의 성격을 가져야 한다. 이 위원회에서는 보건과 의료와 더불어 사회복지 간의 통합된 업무가 수행되도록 하는 의무 및 해당 정책 사업에 대한 지역의 공동 전략적 요구 평가(JSNA)가 주기적으로 수행되어야 한다. 이를 통해 책임을 다하기 위해 지방자치단체로서 관련 예산과 운영 계획을 기초와 광역 간 조정할 필요성이 있다. 이에 대해서는 의료체계가 다른 나라의 사례를 우리나라에 도입했을 때 어떠한 효과가 있을지에 대한 후속적 학술연구가 이루어져야 할 것이다.

101) U.S. Advisory Commission on Intergovernmental Relations.(1994). Local Government Responsibilities In Health Care. M-192. Available at: <https://library.unt.edu/gpo/acir/Reports/information/m-192.pdf>.

102) Riches, N., Coleman, A., Gadsby, E. & Peckham, S.(2012). The Role of Local Authorities in Health Issues: A Policy Document Analysis. PRUComm. Available at: <https://www.kent.ac.uk/chss/docs/CLG-report.pdf>.

[참 고 문 헌]

- 『국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률』(개정 2019.4.30, 법률 제16426호)
『국민건강보험법』(개정 2019.4.23, 법률 제16366호)
『국민기초생활 보장법』(개정 2018.12.11, 법률 제15875호)
『사회보장기본법』(개정 2018.12.11, 법률 제15885호)
『의료급여법』(개정 2019.1.15, 법률 제16253호)
『의료급여법』(개정 2019.1.15, 법률 제16253호)
『주민등록법』(개정 2016.12.2, 법률 제14286호)
『지방자치법』(개정 2017.7.26, 법률 제14839호)
감 신, “의료사각지대의 해소”, 『건강보험포럼』 제6권 2호, 국민건강보험공단, 2007.
강은정, “의료안전망으로서의 공공의료와 의료공급체계의 개편”, 『보건복지포럼』 제12권, 국민건강보험공단, 2004.
국가법령정보센터 웹사이트(<http://www.law.go.kr/>)
김병환·윤병준·윤치근·이준협, 『건강보험의 이론과 실제』 제3판, 계축문화사, 2006.
김영범, “한국 사회보험의 기원과 제도적 특징: 의료보험과 국민연금을 중심으로”, 『경제와 사회』 통권 제55호, 2002.
김제선, “노인의 의료보장 사각지대 진입 및 탈출 요인”, 『사회보장연구』 제27권 4호, 한국사회보장학회, 2011a.
_____, 「노인 의료보장 사각지대 진입·탈출 요인 분석」, 박사학위논문, 서울시립대학교 대학원, 2011b.
김종건, “건강보험과 의료급여 대상자의 노인의료비 증가 원인에 대한 비교연구”, 『노인복지연구』 제47권, 한국노인복지학회, 2010.
김창엽, 『건강보장의 이론』, 한울아카데미, 2009.
신영전, “의료 안전망의 재구성과 정책과제”, 『보건복지포럼』 제15권, 국민건강보험공단, 2009.
이준영, “의료보장정책”, 강욱모 외, 『21세기 사회복지정책』, 청목출판사, 2010.
이준영·김제선·박양숙, 『사회보장론: 이론과 실제』 제3판, 학지사, 2017.

- 임미영·유호신, “전국 저소득층노인의 보건의료이용과 영향요인 분석”, 『지역사회간호학회지』 제12권 3호, 한국지역사회간호학회지, 2001.
- 정형선, “경제위기 하의 의료보장정책”, 『한국사회보장학회·국회 시장경제와 사회안전망포럼 공동주최 정책세미나 자료집』, 한국사회보장학회·국회 시장경제와사회안전망포럼, 2009.
- 차홍봉, “건강보장의 이념적 지향과 미래발전 전략”, 『건강보험포럼』 제6권 2호, 국민건강보험공단, 2007.
- 최성은·김우현, 『인구고령화와 노인의료보장 재정정책에 대한 연구』, 한국조세재정연구원, 2017.
- 행정안전부, 『지방자치단체 행정구역 및 인구 현황』, 행정안전부, 2018.
- Lassey, M.L., Lassey, W.R. & Jinks, M.J.(1997). “Health care systems around the world: Characteristics, issues, reforms”, Prentice Hall, N.J.: Upper Saddle River.
- Matcha, D.A.(2003), Health care systems of the developed world: how the United States' system remains an outlier, Westport: An imprint of Greenwood Publishing Group.
- Riches, N., Coleman, A., Gadsby, E. & Peckham, S.(2012). The Role of Local Authorities in Health Issues: A Policy Document Analysis. PRUComm. Available at: <https://www.kent.ac.uk/chss/docs/CLG-report.pdf>.
- Roemer, M.I.(1995). “The WHO was in favour of social security”, British Medical Journal(Vol 310). BMJ, pp.590-615.
- Seddon, M.E., Marshall, M.N., Campbell, S.M. & Roland. M.O.(2001). Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. Quality in Health Care(Vol.10). pp.152-158.
- U.S. Advisory Commission on Intergovernmental Relations.(1994). Local Government Responsibilities In Health Care. M-192. Available at: <https://library.unt.edu/gpo/acir/ Reports/information/m-192.pdf>.
- Weil, M.(2005). The handbook of community practice, New York: Sage.
- Wendt, C., Frisina, L. & Rothgang, H.(2009). “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”, Social Policy & Administration, (Vol.43 No.1), Blackwell Publishing Ltd, pp.70-90.

[국문초록]

의료보장을 위한 지방정부의 사회보험료 지원 자치법규에 관한 고찰

김제선(백석예술대학교, 조교수)

지방자치단체는 의료보장을 위해 2006년부터 국민건강보험제도 등 의료보장과 관련한 사회보험료를 지원하는 정책이 매월마다 시행되고 있다. 본 연구는 지방정부에서 노인세대 또는 저소득대가구 등의 국민건강보험료 등 공적 보험료를 지원하는 자치법규가 어떠한 내용으로 법규화되어 있는가의 특성 등에 대해 고찰하는 데 목적이 있다. 본 연구의 수행을 위한 방법으로 국가법령정보센터의 웹사이트에 공표된 자치법규에서 조례와 조례규칙을 ‘건강보험료’의 검색어를 통해 검색한 결과를 통해 이루어졌다. 2019년 5월 현재 제정된 조례는 201건이었는데, 광역지방자치단체는 17개 중에서 8개의 시도에서, 기초지방자치단체는 226개 중에서 193개의 시군구에서 제정되어 있으며, 조례시행규칙은 전체 37건이 제정된 것으로 조사되었다. 이 중 조례의 경우 목적, 조례 제정 시기, 사회보험료의 종류, 사회보험료의 지원 대상, 사회보험료 지원의 금액, 사회보험료 지원의 방법과 과정, 사회보험료 지원의 시기, 사회보험료의 재원 등으로 구성되어 있고, 이러한 조문 내용에 대해 분석하였다. 그리고 이러한 내용을 통해 정책적, 법적인 측면에서 논쟁이 될 수 있는 사안은 무엇인지에 대한 논의와 함께 개선 방향을 제시하였다.

주제어: 의료보장, 국민건강보험, 장기요양보험, 사회보험료, 조례, 자치법규, 지방자치단체

A Study on the Local Governments' Autonomous Laws Regulating Social Insurance Premium for Medical Security

Jesun Kim

Baekseok Arts University, Assistant Professor

=ABSTRACT=

Since 2006, local governments in Korea have been providing premiums for social insurance, such as the National Health Insurance System, for the health care of local residents. The purpose of this study is to analyze the content of self-governing legislation that defines these policies. The method of conducting the research was based on the articles of the ordinance related to the 'public health insurance premium' of the self-governing statutes published on the website of the National Law Information Center. As of May 2019, 201 municipalities have enacted ordinances to support public health insurance premiums. In the case of state local governments, 8 out of 17 were found, and in the case of basic local governments, 193 out of 226. The constitution of the ordinance consisted of purpose, time of enactment, type of social insurance premium, object of social insurance premium, amount of social insurance premium support, method and process of social insurance premium support, time of social insurance premium support. This study analyzed contents of these articles. Finally, this study presented issues that could be controversial from the policy and legal viewpoints and suggestions for improvement.

Keyword : Medical security, National health insurance, Long-term care insurance, Social insurance premiums, Ordinances, Self-governing laws, Local governments