

研究資料 2002-03

先進國의 長期療養서비스體系 資料集

李芝典 金在連 文成炫
金京河 嚴義鉉

國民健康保險公團
健康保險研究센터

머리말

우리나라는 2000년 노령화사회로 진입함과 동시에 급속한 노령사회를 진입할 예측에 따라 사회도 발맞추어 변화해 가야만 한다. 노인의료비용은 건강보험재정 위기의 주요 요인으로 파악되고 있으며, 다양한 사회적 환경이 변화하여 더 이상 노인의 건강을 가족의 책임이라고 미뤄둘 수만은 없게 되었다. 현재 제공되고 있는 다양한 영역의 노인보건의료서비스는 국가적 차원에서 검토된 노인보건의료체계라기보다는 공급자와 이용자의 필요에 의해 자생되었다고 판단되어진다. 그러나, 이제는 급증하는 노인 인구를 위한 국가적 대응이 필요한 시기이다. 노인 인구의 특성상 보건의료에 대한 준비는 보다 더 국가차원의 관심을 필요로 하고, 그 대응 방안의 중심에 장기요양서비스체계가 있다고 할 수 있다.

이에 『선진국의 장기요양서비스체계 자료집』은 『장기요양서비스체계 도입 방안 검토』 보고서를 준비를 위해 외국의 사례를 좀 더 구체적으로 살펴보기 위한 연구자료로서 만들어진 것이다. 이는 독일, 일본, 프랑스, 스웨덴, 영국 이렇게 5개 선진국들의 보건의료제도 전반, 노인인구 현황과 추이, 장기요양서비스체계의 발달과정과 현황을 중심으로 구성되어 있다.

끝으로 본 연구자료의 내용은 저자들의 개인적인 의견이며 공단의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2002年 12月
國民健康保險公團
理事長 李 相 龍
所 長 尹 炳 植

-목 차-

1. 독일의 장기요양보험제도
김재연
2. 일본의 장기요양보험제도
문성현
3. 프랑스의 장기요양서비스제도
김경하
4. 스웨덴의 노인 장기요양서비스
엄의현
5. 영국의 장기요양서비스제도
이지전

研究資料 2002-03

先進國의 長期療養서비스體系 資料集

2002年 12月 31日 印刷

2002年 12月 31日 發刊

發行人 李相龍

編輯人 尹炳植

발행처 國民健康保險公團

健康保險研究센터

공단홈페이지 : nhic.or.kr

서울特別市 麻浦區 鹽里洞 168-9

TEL : (대표)02-3270-9114/FAX : 02-3270-9401

<非賣品>

독일의 장기요양보험제도

김재연

목 차

I. 서론	1
II. 독일의 사회보장제도 개요	3
1. 독일의 사회보험제도	3
2. 독일의 노인복지제도	6
3. 독일의 사회부조(sozialhilfe)제도	7
III. 요양보험의 도입배경 및 과정	10
1. 도입배경	10
2. 도입경과	13
3. 도입당시의 주요쟁점사항	14
4. 질병보험과 요양보험의 비교	18
IV. 요양보험 현황	21
1. 가입자 현황	21
2. 급여수급자 현황	23
3. 요양청구 승인비율	25
4. 급여비 지출현황	27
5. 보험재정	28
6. 시설 및 종사자 수	30
7. 관리운영	32
8. 민영요양보험	33
V. 요양보험 급여서비스	34
1. 급여 수급자격 및 절차	34
2. 급여서비스의 종류 및 내역	40
3. 요양보험 제도의 특징	51
VI. 요양보험의 도입 효과 및 문제점	54
1. 요양보험 도입 효과	54
2. 요양보험의 문제점	56
3. 한국에의 시사점	60

VII. 결론	64
참고 문헌	65

표목차

<표 1> 사회보험기구표	5
<표 2> 사회보험 보험료율 현황	6
<표 3> 총인구 및 출산율	11
<표 4> 인구연령구조	11
<표 5> 기대여명	12
<표 6> 장기요양 위험율	12
<표 7> 법정 질병보험과 요양보험의 비교	18
<표 8> 가입대상자 비교	18
<표 9> 급여수급요건 비교	19
<표 10> 수급액 및 수급기간 비교	19
<표 11> 재정부담주체 비교	20
<표 12> 질병보험과 요양보험의 종류와 내용비교	20
<표 13> 장기요양보험 적용대상자 수	22
<표 14> 가입 형태별 가입자수	22
<표 15> 연령군별 법정 요양보험 급여수급자(연말기준)	23
<표 16> 요양등급별 법정 요양보험의 급여수급자(연말기준)	24
<표 17> 급여종류별 법정 요양보험 급여수급자(연평균) 1) 2)	25
<표 18> 처리결과별 요양 청구의 실현	26
<표 19> 등급별 요양 청구의 실현	26
<표 20> 연도별·급여종류별 급여비 지출 현황	27
<표 21> 지역별 장기요양보험료 부담	28
<표 22> 법정 요양보험의 재정현황1)	29
<표 23> 공인 장기요양시설 현황	31
<표 24> 법정 요양기관에서의 요양인 수	32
<표 25> 요양서비스 영역과 내용	35
<표 26> 급여서비스 비용	36
<표 27> 요양서비스 등급	38
<표 28> 서비스별·등급별 요양비 지급기준	41
<표 29> 요양인의 법정노령보험을 위한 요양금고의 연간 보험료지불액	45

그림목차

<그림 1> 독일 연방보건부의 요양보험관리 조직	4
<그림 2> 사회보험재정 구성도	5
<그림 3> 법정 요양보험 급여 지급과정	39

I. 서론

1880년대 비스마르크에 의하여 개시된 사회보장시스템은 오늘날 8,200만 인구의 92퍼센트를 보장한다. 이 시스템은 1883년에 도입된 질병보험, 산업재해보험(1884), 노령연금, 유족연금과 장애 연금(1889)의 제공, 그리고 실업자 보험 (1927)을 포함한다.

주로 인구통계학적인 발전에 의하여 장기요양의 필요성은 날로 증가하고 있다. 지난 수십년 동안 장기요양에 관한 문제는 인구통계적 및 사회 추세의 관점에서 볼 때, 60세 이상 인구가 증가하는데 비해 젊은 세대들의 수 감소, 가족구조 및 친족의 형태와 생활 양식의 변화와 맞물려 자연적으로 발생된다.

대부분의 국가들이 정부예산으로 필요한 장애인에게 서비스를 제공해 왔지만, 정부예산의 한계로 인하여 서비스의 수준이나 대상자 범위 등에 제한을 두게되어 선별적인 제도운영을 실시해 왔다. 모든 선진국들과 마찬가지로 독일도 노인인구증가에 따른 대책의 일환으로 장기요양보험제도에 관심을 집중하고 있었다.

그러나 1995년도까지 독일의 사회안전망은 영구적인 요양을 필요로 하는 사람들을 위한 충분한 원조를 제공하지 않았다. 그 결과 요양이 필요한 대부분의 사람들은 자산조사¹⁾ 복지 계획에 의한 사회 복지에 의존하게 되었다.

1994년 5월 독일 연방 의회는 장기요양이 필요한 사람들을 위한 장기요양보험법을 통과시켰다. 장기요양보험법은 1995년 1월에 보험료를 징수한 이래, 1995년 4월 재택서비스 급여 실시, 1996년 7월에 시설급여서비스 실시 등 세 단계로 발효되었다.

법정 장기요양보험은 모든 연령의 사람에게 적용된다. 하지만, 장기요양이 필요한 연령층은 대부분 노인들이다. 인구 노령화추세에 따라 만성질환 또는 각종사고로 인하여 제한된 일상적인 생활동작을 회복 또는 유지시키기 위한 장기요양서비스를 필요로 하는 장애노인이 급속히 증가할 것이다.

와상의 위험은 장기요양 평균연령에 좌우된다. 연령별로 보면, 60세 미만이 0.5 퍼센트, 60세~80세가 3.5 퍼센트, 80세 이상의 30 퍼센트가 와상의 위험에 노출되어 있다.

1) 자산조사(means test)란 사회복지 수급자를 선정하기 위하여 개인적인 차원에서 수급자의 자산상태를 조사하는 것이다. 사회복지에는 기여하지 않고 급여를 받기 때문에 신청자는 자신의 상황이 자신의 자산이나 능력으로는 자신의 욕구를 해결할 수 없다는 것을 입증하여야 한다. 그리고 시행기관은 신청자의 자산상태와 욕구 등을 파악하여 이들이 적절한 생활수준을 유지할 수 있도록 급여를 제공하여야 한다. 자산조사의 변수로는 자산조사의 대상이 되는 가구 및 부양자의 범위와 자산조사에서 고려되는 자산의 내용이 있다.

독일의 60세 이상 노인인구비율은 2000년대에는 23%, 2030년도에는 35%에 도달할 것으로 예측된다.²⁾

오늘날 양호시설에 입소하는 평균연령은 85세에 육박하고 있다. 그러나 양호시설 거주기간은 10년 전 5년 이상에서 오늘날은 2년 미만으로 꾸준히 감소하고 있다. 그러나 문제는 양호홈에서 돌보아지는 사람들의 약 70퍼센트가 약간의(아주 종종 심한)정신병으로 고통을 받고 있고, 점차 파킨슨씨병이 증가하고 있으며 재택 요양에서 그러한 사람들의 수는 약 50만명 정도에 이르고 있다는 점이다.

오늘날 독일 총인구의 2.3퍼센트(약195만명)가 장기요양을 필요로 한다. 이들 중 약 61만명이 요양시설에서 살고, 나머지 134만명은 친척, 이웃, 자원자 또는 전문요양인에 의해 자택에서 요양을 받고 있다.

최근 들어 재정부담이 늘면서 효율적인 비용조달과 서비스 제공을 위해 나라마다 기존 건강보험서비스체계에 대한 근본적인 개혁이 일고 있다. 우리 나라도 건강보험재정이 악화되고 고령사회문제가 대두하면서 장기요양보험 도입이 거론되고 있다.

이러한 측면을 고려하여 독일의 제도 특징을 분석하고, 이를 토대로 하여 우리 나라의 사회보험방식에 의한 장기요양서비스 제도 도입의 가능성과 그 시사점을 검토해 보고자 한다.

2) Bundesministerium für Gesundheit, 「Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung」, 2002.04

Ⅱ. 독일의 사회보장제도 개요

독일의 장기요양보험제도를 이해하기 위해서는 먼저 독일의 사회보험제도와 노인복지제도 그리고 사회부조제도를 이해할 필요가 있다. 왜냐하면 장기요양보험제도는 질병보험과 유기적인 연결관계를 맺고 있으며, 또한 노령연금, 사회부조, 실업급여 등에서 재정지원을 받고 있으며, 제도운영 또한 질병보험금고에서 위탁 관리되고 있기 때문이다.

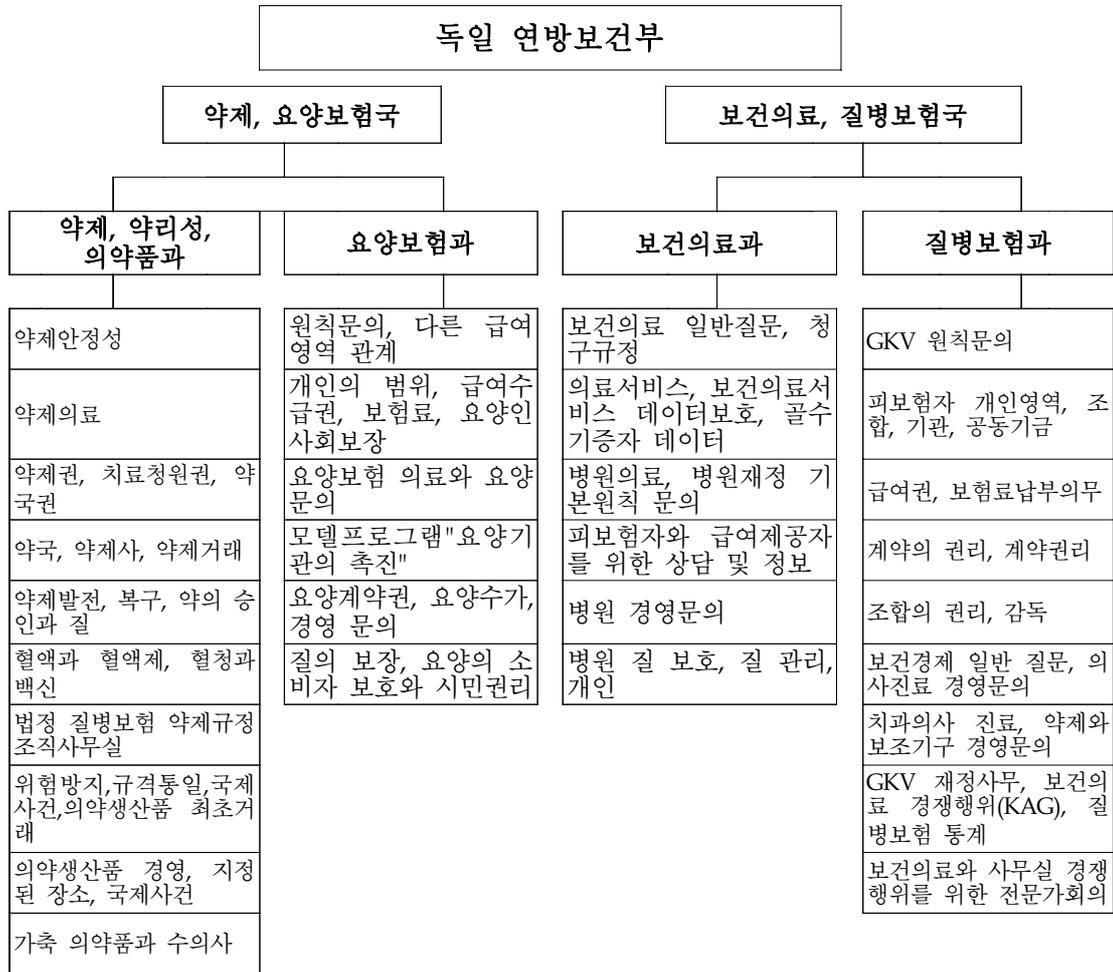
1. 독일의 사회보험제도

독일 사회보험제도는 1883년에 도입된 질병보험, 1884년의 산재보험, 1889년의 폐질 및 노령보험과 1927년의 실업보험, 1995년에 도입된 장기요양보험으로 구성된다.

독일 인구 약 8,200만명 중 81.5%가 노후보장을 위한 각종 공적연금에 가입하고 있고, 공적 질병보험(GKV) 가입자도 87.0%에 이른다. 따라서 일부를 제외한 모든 국민들이 사회보험제도에 가입하고 있다.

독일 사회보험제도의 주관 및 운영주체를 살펴보면, 독일 연방보건부는 질병보험 및 요양보험을 주관하고, 노동사회성은 실업·산재·연금보험을 주관하고 있다. 각 사회보험은 독립채산제로 운영된다.

<그림 1>에서 살펴보는 바와 같이 요양보험은 독일 연방보건부 약제·요양보험국에서 관리하고, 질병보험은 보건의료·질병보험국에서 관할하고 있다.



<그림 1> 독일 연방보건부의 요양보험관리 조직

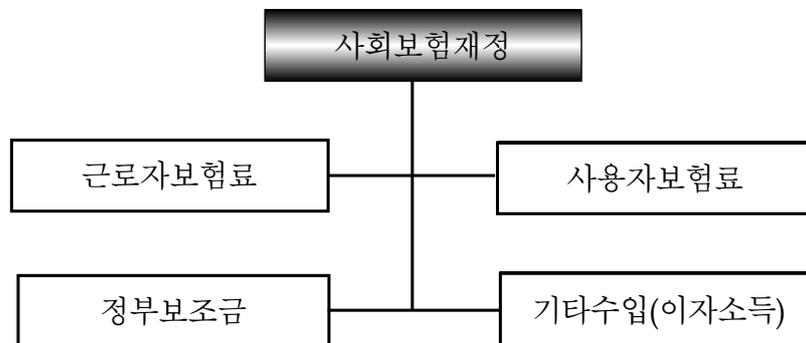
2002년도를 기준으로 한 질병보험금고 수는 다음 <표1>에서 보는바와 같이 362개로서 이들 중 지역질병보험금고 17개, 동업질병보험금고 25개, 기업질병보험금고 287개, 농업질병보험금고 19개, 사무직 및 생산직 보충질병금고12개, 선원질병보험금고 1개, 연방광산노동자질병보험금고 1개가 있다. 요양보험은 금고가 별도로 존재하지 않으며, 요양보험 사무의 대부분은 2001년 기준으로 362개 질병보험금고에 위탁되어 운영되고 있다.

<표 1> 사회보험기구표

사회보험				
질병보험(362개)	요양보험	연금보험	산재보험	고용보험
지역금고(17) 동업금고(25) 기업금고(287) 농업금고(19) 보충금고(12) 선원금고(1) 연방광산노동자금고(1)	질병금고에 업 무위탁	사무직근로자연방기구 지역기구 선원금고 연방철도금고 연방광산노동자기구	직원조합 공공산재기구 선원직원조합 농업직원조합	연방노동사무소 지역노동사무소 직업안내소

사회보험의 재원은 주로 다음<그림 2>와 같이 피용자 및 사용자에게 부과되는 보험료, 정부 보조금 및 기타 수입으로 구성되고, 사회보험 재정의 대부분은 보험료이고 사회보험기구의 자산투자로부터 얻어지는 이자수입은 작은 부분에 지나지 않는다.

<그림 2> 사회보험재정 구성도



독일의 사회보험제도는 “사회 연대”를 근본취지로 하여 사용자와 근로자간의 연대를 강조하고 있다. 여기에서 사용자와 근로자간 보험료의 반반 부담이라는 원칙이 도출된다. 독일에서는 질병보험, 장기요양보험, 연금보험, 고용보험의 보험료 총액을 「사회보장 보험료」(GSV)라고 하는데, 사용자는 해당 사업장내 강제적용대상인 모든 근로자의 보험료를 지불한다.

2002년도 기준 질병보험, 장기요양보험, 연금보험, 고용보험에 대해서 사회보험의 대상인 사용자와 근로자는 총 소득의 사회보험료를 40.8%의 절반인 20.65%만큼씩을 각각 부담해야 한다.

질병보험의 보험료율은 각 질병보험금고의 협약에 규정되어 있다. 보험료의 상한은 법 및

관련규정에 명시된 보험료율에 의거 계산된 총 사회보험 보험료로 정해진다. 2001년 기준 사회보장 보험료율 및 보험료 상한액은 다음 <표 2>와 같다.

<표 2> 사회보험 보험료율 현황

(단위:%,euro)

구 분	보험료율(%)		월 보험료 대상소득 상한액(Euro)		월 최고보험료 (Euro)	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
연금보험	19.10	19.10	4,448.24	4,500	849.61	859.50
질병보험	13.50	14.00	3,336.18	3,375	225.19	227.81
고용보험	6.50	6.50	4,448.24	4,500	289.14	292.50
장기요양보험	1.70	1.70	3,336.18	3,375	56.72	57.38
계	40.80	41.30	-	-	-	-

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Statistisches Taschenbuck Gesundheit, 2001

2. 독일의 노인복지제도

독일에서 노인복지가 본격적으로 활발히 이루어지는 시기는 연방사회원조법이 제정된 1960년대 이후이다. 이 법은 노인의 경제, 신체적, 정신적, 사회적 상황의 질적 향상을 목표로 하여, 노인의 경제적 능력의 향상뿐만 아니라 노인들이 인간다운 생활을 할 수 있도록 각종 서비스를 제공하기 위한 법이다.

독일은 3대 원칙에 의해 노인복지정책을 펴나가고 있다. 첫째, 자립과 사회참여 극대화이며, 둘째, 요양 또는 간병을 필요로 하는 노인이라도 독립적으로 자신을 돌볼 수 있는 사람은 가능한 한 원조하지 않는 것을 원칙으로 하되, 본인의 능력으로는 도저히 해결할 수 없는 부분에 한해 보충적으로 정부가 개입한다는 것이다. 세계 여러 나라와 마찬가지로 독일도 전통적으로 개인의 복지는 1차적으로 개인의 책임이고, 2차적으로 가족책임이며, 3차적으로 지역사회의 연대책임으로 정의하고 있다. 셋째, 동서독 노인들간의 생활 평준화이다. 독일의 노인복지제도는 다양하다. 독일의 노인복지제도는 특성과 욕구를 감안하여 각 단계별로 노인들에게 알맞은 서비스를 제공하고 있다.

독일은 노인이 자신이 소유하고 있는 재산을 특정자녀에게 양도해주고 그 대가로 해당 자녀로부터 여생을 보장받도록 하는 재산양도계약(Altenteilvertrag)이라는 제도가 존속해오고 있다. 이와 같은 계약은 자녀들 중 한사람과 체결하는 것이 일반적이지만, 친척이나 종교단체 또는 복지단체 등과 체결할 수도 있다. 계약내용은 주거와 식사제공, 그리고 요양과 간병 등을 어떻게 할 것인가, 건강이 양호한 시기에는 현금을 지불 받다가 와상상태에 놓이

게 되면 요양과 간병을 책임지되 그 방법은 어떻게 한다는 것이다. 계약 절차는 양도인과 피양도인간에 계약이 이루어지면 공증인과 두 명의 증인 앞에서 서명함과 동시에 해당지역 관계당국에 그 내용을 신고한다. 그리고 관계기관에서는 그들 쌍방간에 계약된 사항들이 차질 없이 이행되고 있는지 여부를 수시로 점검함과 동시에 계약위반사항에 대해서는 행정지도 조치를 취하고 있다.

또한 노인복지정책의 일환으로 독일은 지역단위의 민간 운영의 노인클럽하우스를 운영하고 있다. 시설종사자는 행정직의 극소수의 정규직원을 제외하고 대부분 65세 이상의 자원봉사자들로 구성된다. 시설 운영비는 지방자치단체의 보조금과 회원회비로 충당하는 것을 원칙이지만 경비의 일부는 운영주체가 부담하기도 한다. 식대는 일반 시중가격의 50% 수준 내외이다.

현재 독일에서 노인복지서비스 분야의 사업을 수행하고 있는 단체로는 카톨릭 계통의 카리타스재단, 독일적십자사, 개신교계통의 디아코니봉사단, 노동자복지재단, 순수민간단체인 피리테뉘쉬복지단, 그리고 유대인 중앙복지재단 등이 있는데, 이들 복지재단은 각기 전국적으로 방대한 조직을 가지고 있고 각 지역에 요양시설, 병원을 비롯해서 재가노인들을 대상으로 하는 방문요양사 파견사업, 노인의 가사지원 서비스 사업, 노인클럽하우스 운영사업 등 사회복지와 관련된 모든 사업을 수행하고 있다.

3. 독일의 사회복지(sozialhilfe)제도

독일의 사회복지제도는 사회적으로 긴급상황에 처해 있는 사람들에게 기여금 없이 무상으로 제공되는 원조를 말한다.

독일에서의 빈민구제는 종교개혁기인 1530년대까지 거슬러 올라갈 수 있으나, 19세기 중엽까지 빈민구제는 주로 교회나 기타 자선단체에 의하여 운영되어 왔다. 독일에서 빈민구제에 대한 국가적 관심을 갖게 된 시기는 산업혁명이 발생하기 직전까지 거슬러 올라갈 정도로 역사가 길지만, 급여수준은 가장 가난한 노동자의 생활수준을 넘지 못한다는 규정에 의해 제한적으로 제공되었다. 빈민구제에 대한 운영책임과 재정책임은 기초자치단체에게 주어졌으며, 이러한 운영책임 소재는 사회적 또는 정치적 배경에서라기보다는 기초자치단체의 재정이 가장 튼튼했기 때문이다. 이러한 빈민구제에 대한 규정을 최초로 입법화한 것은 1842년 빈민구제의무에 관한 법이었다.

바이마르공화국 시기(1919-1933)에는 연방정부의 기능이 강화되면서 사회보험과 실업자보호가 연방정부로 일원화된 이후 기존의 기초자치단체와 주정부 중심으로 운영되던 사회복지의 일부가 연방정부로 이전되었는데, 이는 빈곤계층에 대한 사회복지 역시 전국적인 기준의 마련 등을 위하여 일원화되었다. 1924년도에 기존의 부조관계 법령을 통합하여 사회복지의무에 관한 법령이 제정되었고, 같은 해 12월에는 공공부조의 조건, 종류 그리고 급여수준에 대한 기준이 제정되었다. 이에 따라 사회복지 담당기관은 지역구빈연합(Orts und

Landarmen Verbände)으로 바뀌게 되었고, 부조대상의 조건도 기존의 구빈판정지역 원칙에서 현거주지 원칙으로 전환되었다.

제 2차 세계대전으로 인하여 유가족과 전쟁부상자가 대량으로 발생하였는데, 독일은 긴급보호법으로 불리는 사회보호 긴급완화를 위한 법(Gesetz zur Milderung dringender sozialer Notatände: Soforthilfegesetz, 1949)을 도입하였다. 1961년에는 연방사회부조법(BSHG)이 제정되어 사회부조의 법적 권리에 의한 청구가 가능하게 되었다. 이로써 사회부조는 급여의 종류와 범위에 있어서 '인간의 존엄성'보호가 이루어 질 수 있는 근거가 마련되었고, 수급자가 스스로 부조대상에서 벗어날 수 있도록 도움을 줄 수 있는 체계로 정비되었다.

이처럼 사회부조는 체계적이고 통일적인 계획에 따라서 입법된 것이 아니고, 과거로부터 내려온 개별적인 법률들이 누적되었기 때문에 상당히 복잡한 체제로 되어 있다. 따라서 구체적인 내용에 있어서도 연방정부는 기본적인 방향을 제시하는 수준에 머물고 있다. 그 결과 빈민에 대한 사회부조는 대부분 지방정부에 의해 수행되고 있다.

독일 사회부조의 성격은 현금지급 뿐만 아니라, 현물급여 및 서비스 제공을 통한 종합적인 접근에 초점을 두고 있다. 현물급여 및 서비스는 사회·경제적 적응을 위한 지원이라는 것이 특징이며, 이를 통하여 수급자 스스로가 빈곤을 극복할 수 있는 능력을 배양토록 하고 있다.

사회부조를 담당하는 사회부조국은 신청자에 대하여 사회부조 수급여부를 판단하기 이전에 근로를 할 수 있도록 도움을 주는 일을 우선하며, 사회부조 신청자에게 맞는 직장을 우선적으로 알선하고 이에 필요한 경비는 사회부조국이 부담한다.

사회부조는 생계부조와 특별부조로 대별된다.

첫째, 사회부조는 생계부조로서의 성격을 가지고 있다. 생계부조는 생계에 필요한 비용을 본인 스스로의 능력이나 재산 등에 의한 소득에 의해 유지할 수 없는 자를 수급대상으로 하며, 일반적인 빈곤계층에 대한 사회적 최저생계를 보장하는 부조이다.

생계부조는 원칙적으로 재택부조의 방식으로 이루어지고, 부조의 장소에 따라 재택부조와 시설부조로 분류되며, 급여기간에 따라 일시급여와 계속급여로도 나뉜다. 재택부조의 급여 기준은 기준액에서 신청자 개인의 소득과의 차액을 지급하는 것을 원칙으로 한다. 시설부조는 사회부조수급자로서 시설에서 보호를 받는 경우에 지급된다. 일시급여는 자신의 능력만으로는 필요한 생계를 꾸려 나갈 수 없는 경우에 일시적으로 겨울철 난방비나 가구와 피복 등의 지급 등이 지급된다. 계속급여는 질병보험 급여와 장제비, 66세 이상의 노인과 임신 12주 이상된 임산부 그리고 65세 이하로서 연금보험 규정에 의하여 근로능력이 없는 자로 판정된 경우나 장애인이나 자녀가 있는 홀부모에 추가보조금을 지급한다.

둘째는 사회부조는 특별부조로서의 성격을 가지고 있다. 특별부조는 장애, 질병, 노령 등에 대한 부조로서 특별한 생활여건에 처해있는 대상에 대하여 보호 또는 지원을 하는 제도

로서, 자활부조를 비롯하여 의료부조, 장애인 부조 등 13가지 종류로 구분하고 있다. 특별부조의 대상은 일부계층과 개인이 특별한 상황에 처하여 공적인 도움이 필요하다고 인정되는 경우에 부조를 제공한다. 연방사회부조법(BSHG) 규정에선 일반적으로 대인서비스가 필요한 생활여건을 의미한다.

특별부조의 수급기준은 수급자가 자신의 생계유지를 할 수 있으나, 본인의 특수한 상황에 의하여 부가적으로 부조가 필요한 상황에 처한 경우에 급여대상이 된다. 수급자선정에 있어서 소득상한선은 급여종류에 따라 차이가 있으나, 일반소득기준, 특별소득기준, 특별고액소득기준의 세 가지 기준이 적용된다.

Ⅲ. 요양보험의 도입배경 및 과정

1. 도입배경

독일에서의 요양보험은 질병보험 및 사회부조, 지방정부 등과 밀접한 관련 속에서 시행되고 있다. 독일에서는 장기요양보험법이 제정되기 이전에도 비록 충분치는 않지만 요양과 관련된 급여가 각종 사회보험 방식을 통해 어느 정도 보장되어 왔다고 볼 수 있다. 보험료가 비싸고 고용자는 고용주로부터 아무런 보조를 받을 수 없다는 단점을 제외한다면 민간 요양대책으로서 민간질병보험과 민간생명보험 등도 있었다. 그럼에도 불구하고 독일 정부가 장기요양보험법을 제정하여 1995년부터 장기요양보험을 실시하게 된 것은 여러 가지 사회적·정치적 요인과 더불어 보험자와 국가 재정의 압박에서 비롯되었다.

가. 가족요양 기능의 약화

제 2차 세계대전 이후 사회 구조적 변화로 요양이 필요한 노인을 가족이 보살피던 기능은 현저히 약화되어 문제가 심각해졌다. 가족기능이 약화된 원인으로는 첫째, 출산율의 감소로 노인을 돌볼 수 있는 자녀의 수가 감소하였다. 둘째, 노인의 평균연령이 엄청나게 늘어났다. 셋째, 여성의 사회진출로 인한 맞벌이 부부의 증가로 종래 주부양자이던 며느리의 요양 및 간병이 어렵게 되었다. 넷째, 핵가족화로 요양을 제공할 수 있는 가족이나 친인척이 너무 멀리 떨어져 살아 요양필요자를 도와주기가 어렵게 되었다. 다섯째, 본래부터 독신이거나 배우자의 사망이나 이혼 등에 의하여 홀로 거주하게 된 고령의 독신자가 증가하였다. 마지막으로 재택요양을 제공하는 가족이나 친척은 정규직 신분으로 직장에 취업할 수 없었고 이로 인해 그들은 연금보험 등 사회보험제도에서 제외되는 불이익을 감수해야 했다.

나. 노인인구의 증가

의학의 발전으로 인한 노인인구의 증가는 세계적인 추세로서 독일도 그 예외는 아니다. 인구 통계학적측면에서 노인인구의 증가에 관한 여러 가지 특징적 변화가 있다.

첫째, 아래 <표 3>와 같이 출산율의 저하로 인해 연소인구의 숫자가 날이 갈수록 감소됨으로써 노인인구 비율이 점차 높아진다는 점이다. 독일의 가임여성(15세에서 45세 여성)의 1인당 출산율은 1960년에 2.37명이었으나 1999년에는 1.37명으로 감소추세에 있다. 조출생자수는 1965년도에 1,044명이었으나 1999년도에는 767명으로 감소하였다.

<표 3> 총인구 및 출산율

	단위	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999
총인구	천명	55,585	58,619	60,651	61,829	61,566	61,024	63,254	81,661	81,895	82,052	82,029	82,087
출산율 (15-49세 여자1인당)	%	2.37	2.50	2.03	1.48	1.56	1.37	1.45	1.25	1.32	1.37	1.36	1.37
조출생자수	수	969	1,044	811	601	621	586	727	765	796	812	785	767
부양비 (0-19세&65세 이상/20-64세 인구)	%	65.28	68.66	75.26	76.22	72.89	61.28	56.60	58.75	59.15	-	-	-

자료: 2002년도 OECD 및 통계청 통계자료

둘째, 65세 이상인 고령자의 증가추세를 들 수 있는데, 아래<표4>에서 보는 바와 같이 인구의 고령화 현상이 일찍 시작된 독일은 1932년에 이미 65세 이상의 고령자가 전체인구의 7%를 넘어서 고령화 사회(aging society)로 진입하였고, 1974년에는 14.1%로 고령사회(aged society)에 진입하였다. 고령화추세는 계속되어 장기요양보험이 도입된 1994년에는 15.8%가 되었고, 1999년에는 1,383만명(16.8%)로 증가하였다.

반면, 미래에 노인을 부양하여야 할 14세 미만의 연소인구는 1960년 전 인구의 21.3%, 1995년 16.0%, 1999년 15.4%로 감소하였다. 계속해서 연소층 인구가 감소되고 있어 앞으로 노인복지정책의 재조정 문제가 대두될 것으로 보인다.

<표 4> 인구연령구조

	인원수 (단위: 천명)											
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999
0-14세	11,859	13,241	14,058	13,286	11,186	9,251	9,318	13,025	12,989	12,866	12,736	12,608
15-64세	37,698	38,350	38,602	39,606	40,828	42,721	44,250	55,452	55,551	55,659	55,653	55,653
65세이상	6,029	7,028	7,991	8,937	9,551	9,052	9,686	13,184	13,355	13,527	13,640	13,826
80세이상	-	-	-	-	-	-	-	3,457	3,417	3,336	3,222	3,141
총인구	55,585	58,619	60,651	61,829	61,566	61,024	63,254	81,661	81,895	82,052	82,029	82,087
백분율												
0-14세	21.3%	22.6%	23.2%	21.5%	18.2%	15.2%	14.7%	16.0%	15.9%	15.7%	15.5%	15.4%
15-64세	67.8%	65.4%	63.6%	64.1%	66.3%	70.0%	70.0%	67.9%	67.8%	67.8%	67.8%	67.8%
65세이상	10.8%	12.0%	13.2%	14.5%	15.5%	14.8%	15.3%	16.1%	16.3%	16.5%	16.6%	16.8%
80세이상	-	-	-	-	-	-	-	4.2%	4.2%	4.1%	3.9%	3.8%
총인구	100.0%											

자료: 2002, OECD 및 통계청 통계자료 재구성

아래<표 5>와 같이 의학의 발달과 더불어 독일 노인의 평균수명도 급격히 연장되는 추세여서 1980년 남자 69.9세, 여자 76.6세이던 것이 1998년도에는 남자 74.5세, 여자 80.5세에 도달하고 있다. 따라서 평균수명의 연장으로 길어진 노인기 및 노후생활에서 노인의 욕구를 충족시킬 수 있는 경제적 문제, 노인인력의 활용문제, 노인의 여가생활 문제, 노인에 알맞은 시설물 및 주택구조의 개선문제, 독신노인에 대한 부양과 보호문제가 대두되고 있다.

<표 5> 기대여명

연도	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
출생시 여자					76.63	78.07	79.02	79.75	79.93	80.32	80.54
65세 여자	14.6	14.96	15	15.56	16.69	17.45	18.01	18.53	18.62	18.9	19.01
80세 여자	5.85	6.15	6.14	6.38	7.02	7.4	7.68	8.09	8.09	8.26	8.33
출생시 남자	66.86	67.55	67.21	68.05	69.88	71.51	72.67	73.26	73.59	74.05	74.46
65세 남자	12.36	12.24	11.96	12.18	13.01	13.62	14.29	14.74	14.9	15.18	15.34
80세 남자	5.24	5.38	5.42	5.39	5.84	6.01	6.19	6.54	6.58	6.75	6.83
출생시 남녀	68.55	70.59	70.52	71.52	73.45	75.02	76.03	76.65	76.9	77.32	77.64
65세 남녀	13.64	13.8	13.69	14.12	15.17	15.92	16.55	17	17.11	17.37	17.49
80세 남녀	5.57	5.84	5.87	6.05	6.64	6.94	7.21	7.61	7.63	7.8	7.88

자료: 2002, OECD와 통계청 통계자료 재구성

후기노인의 증가는 요양서비스를 필요로 하는 치매, 와상 등의 만성질환 노인의 증가를 동반하게 된다. 아래 <표 6>에서 보는바와 같이 60세 미만의 장기요양 위험율은 약 0.6%에 지나지 않는데 비하여 80세 이상노인의 요양위험율은 50배가 넘는 약 31.8%에 이르고 있다. 뿐만 아니라 사회가 복잡해짐에 따라 발생하는 다양한 위험요인으로 인해 장애인이 증가하고 있고, 이와 함께 변화하는 가족구조는 독일에 있어서 요양욕구의 급격한 증대를 불러왔다.

<표 6> 장기요양 위험율

연령별	위험율	비고
60세 미만	약 0.6 %	
60세-80세 까지	약 3.9 %	
80세 이상	약 31.8 %	

자료: Bundesministerium für Gesundheit, 「Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung」, 2002.04

다. 가족부담의 증가

일반적으로 장기요양비용은 매우 비싸다. 특히 시설요양비용은 매우 비싸다. 월간 요양비

용은 월평균 연금수령액보다 비싸다. 1995년 장기요양보험이 도입되기 전에는 시설요양의 높은 비용 때문에 연금수령액에 관계없이 일반적으로 노령자는 전체소득을 지불해야 했고, 많은 경우 양호시설의 노령자들은 자녀나 혹은 부모에게 개인적인 부의 손실과 생활수준의 손실을 야기했다.

결과적으로 양호시설 입소자들의 약 과반수가 그들의 월간 요양비용을 "사회적 원조"에 의존해야 했다. 양호시설의 거주자가 양호시설 비용을 지불할 수 없으면 지방정부의 자산조사를 거쳐서 지방정부가 비용을 대신 지불한다. 하지만 그렇게 되면 지방정부는 요양이 필요한 사람의 재산을 처분하여 지출 부분을 회수하려고 노력하게 된다. 심지어 재산관리자인 친척까지 방문하기도 한다. 결과적으로 노인의 장기요양은 그들의 가족들에게 재정적 위기에 처하도록 하였다.

라. 정치적인 요인

장기요양보험제도를 도입하게 된 정치적인 주 요인은 첫째, 지금까지의 정책들이 요양에 충분한 대책이 되지 못했다는 데 있다. 고령화 추세로 요양대상자의 수가 갈수록 증가하였고, 특히 시설에 거주하는 노인들의 경우 요양비용은 본인의 연금이나 자신의 재산만으로는 유지하기 어려웠다. 둘째, 선거전략과 재정의 고갈을 들 수 있다. 당시 집권 여당이었던 기민·기사련은 1990년 연방의회 선거를 앞두고 선거공약으로 장기요양보험법의 제정을 내걸었으므로 1994년 초에 장기요양보험을 실시해야만 했었다. 또한 고령화 추세에 따른 질병보험의 재정위기로 장기요양보험제도를 도입하려는 시도가 계속되었다. 마지막으로, 독일통일로 인한 충격을 사회보험으로 완화하려는 목적이 있었다.

2. 도입경과

독일에서 요양서비스를 필요로 하는 사회구성원들에게 사회보장을 실시해야만 한다는 주장이 1978년 52회 독일 법학자 학술대회에서 제기되었다. 이후 지속적으로 민간단체와 정당 등에서 사회장기요양보험의 도입의 필요성이 연구되었다. 1983년도 민간복지사업증진위원회와 1984년 공공 및 민간부조를 위한 독일연합의 제안이 있었다. 1984년도에는 녹색당이 최초로 사회장기요양보험에 관한 법안을 제출하였고, 이후에도 민간단체, 정당, 주정부, 연방정부 등에서 많은 법안들이 제출되었으나, 정치적인 합의를 이루지 못하여 입법화되지 못하였다.

결국 1988년에 장기요양보험제도 시작이라고 볼 수 있는 건강보호개혁법(Health Care Reform Act)이 제정되었다. 이 법은 노인들이 자택에서 장기요양보호서비스 받고 질병금으로부터 진료비를 지급 받을 수 있는 조항을 도입하였다. 그러나 장기요양보호의 적용범위는 중증 요양을 요하는 경우와 가정 요양으로 엄격히 한정하였다. 아울러, 요양을 청구할 수

있는 자는 15년 이상 질병금고 가입자여야 했다. 이 “모델”은 1994년도에 포괄적인 장기요양보험으로 발돋움하는 계기가 되었다.

1989년 의료개혁법안을 통하여 질병보험에서 장기요양보험에 대한 급여를 제공하기 시작하였다. 이전까지는 질병금고에 의한 급여제공이 장기요양보험에는 전혀 이루어지지 않았는데, 이유는 “질병”과 “요양보호”간에 엄격한 법적인 구별에 기인한다. 오늘날처럼 재활의료에 대한 요양이 필요하다는 인식을 하는데는 시간이 많이 소요되었다.

1990년에는 세제개혁을 통해 요양이 필요한 사람들과 요양인들에게 세금감면의 혜택을 주었다. 그리고 1992년에는 연금법 개정을 통해 연금보험 내에서 요양을 받을 수 있는 기간을 현실화하였다.

이와 같이 요양보호에 대한 사회적 개입의 필요성에 대한 사회 각계각층의 문제 제기는 독일 요양보호문제의 해결을 위한 정책적 접근의 필요성을 극대화시켰다. 결국 장기요양보험 도입에 대한 25년간의 논쟁 끝에 연방정부는 1993년 사회장기요양보험에 관한 법안을 제출하였고, 이 법안이 1994년 4월에 의회를 통과함으로써 독일의 장기요양보호정책은 기존 공적부조방식에서 사회보험방식으로 전환하게 되었다. 1994년 4월 입법화 이후 1995년 1월부터 장기요양보험료를 징수하였고, 1995년 4월부터 자택에서 생활하는 요양필요자에게 우선적으로 장기요양보험급여가 실시되었으며, 1996년 7월부터는 시설요양서비스가 실시되었다.

3. 도입당시의 주요쟁점사항

장기요양보험법이 제정되기 전까지 독일에서는 장기요양 문제를 어떤 방식으로 해결할 것인가에 대한 논의가 계속되었다. 많은 논쟁이 민간-공공영역의 역할과 정부 주도의 해결을 시도할 경우에 있어서의 대상과 형평성 문제에 집중되었다. 수 십년에 걸쳐 관련단체들에 의해 여러 가지 제안들이 제시되었다. 여러 가지 제안 중 가장 중요한 논쟁점은 시장지향 혹은 공공제공위주의 전략이나 여부, 조세방식이나 보험방식이나에 대한 논의 및 사회보험급여범위의 확대 등으로 요약된다.

가. 재원조달방식에 관한 논쟁

장기요양 재원조달정책에 관한 접근방법은 시장경제형 모델과 조세방식 모델, 그리고 사회보험의 형태로 구분할 수 있다.

시장경제형 모델을 통한 민간장기요양제도는 민간보험방식으로 귀결되는데, 민간보험방식은 요양의 위험을 개인적인 차원에서 다루는 것으로서 임의가입형태로 보험료를 각출하여

주로 현금으로 제공받는 구조다. 그러나 민간보험방식은 소비자 보호와 형평성 측면에서 문제가 제기되었다. 첫째, 민간장기요양보험은 공적인 보호보다는 가족에 의한 보호를 선호하고, 민영보험의 속성상 최대의 이윤추구를 위해 최소한의 급여 제공과 가능한 한 최대의 보험료 부과가 예상된다. 둘째, 민간장기요양제도에 가입하려고 할 경우에 급여항목에 대한 기준이 엄격하여 가입이 어렵다. 셋째, 민간장기요양보험은 요양 위험성이 높은 대상자를 거부하거나 아니면 높은 보험료를 부과하게 될 것이라는 점이다. 마지막으로, 질병과 요양은 상호 밀접히 연관되어 있으므로 질병보험과의 책임구분이 명확하지 않은 부분에 대한 급여제공에 있어서 민간장기요양보험자와 공적질병금고간에 갈등이 일어날 소지가 많아 요양 대상자에게 필요한 급여지급이 지연될 수 있다는 점이다.

전통적으로, 노인요양보호에 대한 재정지원은 조세방식으로 운영되어왔다. 독일은 지방자치단체인 주가 주세금을 부과하고 또한 연방으로부터 소득세 및 부가가치세의 수입으로부터 일정부분을 지원 받아 노인요양보호제도를 운영해왔다. 그러므로 독일 국민 중 대부분이 요양에 필요한 재원을 지원하는 형식이었다고 볼 수 있다. 더 구체적으로 말하면, 자산조사에 의한 사회부조의 성격을 가진 “요양을 위한 원조”로 제공되어 왔다. 이와 관련하여 요양제도의 조세정책 주창자들은 사회부조의 대상자 선정기준 완화와 빈곤선 이상의 소득을 제공하도록 함으로써 빈곤선 이상의 높은 수입을 가진 보호 수혜자들까지 사회부조 혜택을 받는 방안을 제시하였다. 또한 이들은 모든 요양대상자들에 대한 넓은 범위의 급여제공과 가족이나 친척 등 요양인에게도 약간의 급여를 제공하여 요양보호의 부담과 의무로부터 해방하도록 제안하고 있다. 그리고 현 요양보호체계를 강화시키거나 혹은 요양수급자와 제공자에게 새로운 급여를 제공하는 방식을 제시하기도 했다.

그러나 조세에 의한 재원조달방식은 지방정부의 재정부담 증가, 대상자에 대한 자산조사에 따른 사회적 위신 손상, 조세부담 증가에 따른 조세부담자의 조세 탈루현상을 야기할 우려가 있었다. 따라서 1993-94년의 선거 기간동안 조세 방식에 의한 장기요양보험은 정치적으로 채택하기 어려웠다.

그러므로 국가주도의 접근방법을 선호하는 사람들은 정책개발의 초기단계에서 사회보험 방식으로 장기요양보험을 도입하는 방안에 관해 논의하기 시작했다.

사회보험방식은 기존 사회보험 방식인 질병보험 조직을 최대한 이용함으로써 새로운 행정적인 체계를 마련하지 않고도 요양보호대상자와 가족에게 보상을 확대할 수 있는 가장 비용 효과적인 방법인 동시에, 지방정부의 재정적 부담을 줄여 지방정부의 재정안정을 보장하는 방법으로 떠올랐다. 그리하여 비용 효과적인 차원에서 장기요양보험을 설계하고 집행하였다.

독일의 장기요양보험의 정책적 논쟁을 장기요양보험 제도 도입으로 귀결시키는 데에는 무려 20년이 소요되었다. 정치적 의사결정을 되돌아 볼 때, 장기요양보험의 역동성과 결과들을 이해하는데는 일련의 개념들이 동원되었는데, 주로 공공선택이론, 신-제도주의

(new-institutionalism) 및 정치학적 접근방법이 그것이다. 중요한 문제 가운데 하나는 소득이나 연령계층에 관계없이 절대 다수의 유권자는 물론 요양 분야의 강력한 이익집단들이 찬성하였으므로 장기요양보험제도 도입에 있어서 국가 개입에 반대가 거의 없었다.

노인들과 은퇴를 앞두고 있는 유권자들은 장기요양보험의 대상자이다. 그들 중 대부분이 민간장기요양보험으로 요양을 받을 수 있는 기회를 놓쳤기 때문에 공적 장기요양보험으로 수혜 대상자가 되길 기대하였다. 더욱이, 장기요양보험은 독일의 의료 및 복지기관의 강력한 입장을 대변하였다. 복지기관 및 의료기관 두 주체는 개인원조서비스에 대한 수요를 증가시킬 것으로 예상되는 공적인 장기요양보험에 관심이 있었다.

나. 관리기구의 독립에 대한 논쟁

요양보험의 관리주체는 재원조달과 밀접한 관련이 있다. 전술한 바와 같이 독일은 사회보험방식으로서의 장기요양보험제도를 채택하였다. 독일의 전통적인 사회보험체계 아래에 장기요양보험제도를 도입하였다는 사실은 다음과 같이 3가지 특징을 지니고 있다. 첫 번째 특징은 질병금고에 대한 새로운 책임 강화이다. 두 번째 특징은 연금보험에 대한 책임 강화이다. 셋째, 현행 질병보험제도와 분리된 독립적인 요양보험체계 구축이다.

도입논의 초기에는 질병금고와 장기요양보험을 통합관리하는 방안을 제안하였으나, 중국에는 장기요양보험을 “요양금고”에서 독립적으로 분리·운영하는 체계로 결정하였다.

이 방안을 선택하게 된 주된 이유는 새로운 관리사무실을 설치할 필요가 없어 고용주의 질병보험료 부담증가에 관한 논쟁을 피할 수 있고, 장기요양보험 대상자의 선정을 위한 상담, 급여의 신청, 보험료를 결정하고 급여공급자와의 계약을 체결하는 업무가 질병보험의 대상자에 대한 서비스와 밀접한 관계를 갖고 있어 효율성을 높일 수 있기 때문이다. 또한 장기요양보험이 실행되기 전까지는 요양서비스를 질병보험에서 실행되었던 경험을 토대로 효과적인 요양서비스를 제공할 수 있다고 하는 장점을 갖고 있었고, 또한 질병기금과의 별도의 회계구분 및 별도의 지불체계 도입 등으로 비용억제 노력을 강화시키는데 기여할 수 있는 정책이라는 측면에서의 장점이 있었기 때문이었다.

그러나 이러한 구분은 많은 논란을 야기했는데, 우선 의학적 관점에서 볼 때 급성요양과 장기요양의 법적인 구별은 모호한 측면이 있다. 즉, 요양필요자가 장기요양을 하면서 여러 종류의 급성질환을 복합적으로 겪을 수도 있어 질병치료와 장기요양급여의 복합적 서비스의 필요성이 있다. 또한 급여제공 측면에서 급성질환과 장기요양서비스간의 제도적 분리는 서비스의 통합과 조정에 장애요인으로 작용할 수 있다. 질병보험의 재원조달과 서비스의 제공이 이미 고도로 분절화되어 있고, 또한 지역에 따라 다양한 현실에서 질병금고와 요양금고간의 제도적인 분리는 급여수급자에게는 제도의 복잡성을 초래하여 불편을 야기할 수도 있다.

다. 재정추가부담에 관한 논쟁

장기요양급여를 필요로 하는 사람의 입장에서는 요양보험의 도입에 대하여 전적으로 찬성하였지만, 요양보험의 시행으로 보험료를 부담하게 된 직장근로자들과 사업주는 요양보험의 필요성에는 공감하면서도 재정적으로 부담이 증가하는 것을 반대하였다. 결국 요양보험 도입반대를 주장한 사람들은 독일 연방재판소에 요양보험료 부과금지 가처분신청을 했고, 결국에는 사용자의 장기요양보험료 부담을 경감시키기 위해 근로자의 유급 휴일 1일³⁾을 줄이는 방향으로 결정되었다. 그러나 이러한 결정은 주(州)별로 노사의 합의하에 결정하도록 하였다. 이에 따라 유급휴일을 전혀 줄이지 않고 요양보험제도를 시행한 작센주의 경우에는 요양 보험료의 전액을 근로자가 납부하였고, 1996년 7월에는 총보험료율이 1%에서 0.7%인 상됨에 따라 0.7%중에서 근로자가 0.35%를 부담하고 사용자가 0.35%를 부담하여 근로자는 총1.35%의 보험료를 부담하게되었다.

라. 급여 수준 설정의 문제

독일 장기요양보험제도 도입 논쟁시 요양제공자와 요양필요자는 효과적으로 조직되어 있지 못했다. 개인서비스 기준을 설정함에 있어 의료 및 간호전문가들에 주로 의존하는 방법을 택했다. 그 결과, 수요자 측면의 혁신적인 정책들은 장기요양보험법에 반영되지 못했다. 또한 현금급여 및 현물급여를 실시하면서 기존의 요양기관을 그대로 활용하였고, 제공되는 급여의 질 기준에 관해서도 준 공공의료기관에 일임하였다.

급여의 적정 수준이 어느 정도이며, 급여 할당제는 충분한 급여에 해로운 것인가라는 논쟁이 지속되었었다. 요양재정의 한계에서 급여는 낮은 수준에서 할당되었고, 정치·재정상의 문제를 고려하여 보충적 정액급여제도의 도입이 결정되었다. 입법자들은 당초부터 요양 급여로부터 제공되는 급여는 장기요양보험에 대한 충분한 보상이 되지 않는다는 것을 알고 있었다. 따라서 급여비가 많이 소요되는 현물급여 수급자격을 보다 어렵게 설정함으로써, 비공식적인 가족요양을 통한 현금급여를 우선적으로 고려하였다. 동시에, 시설입원요양에 대한 급여를 시설요양의 추계 비용보다 적게 설정했다. 또한 시설요양, 양로시설 및 재활시설에서 요양시 식비 및 숙박비를 급여대상에서 제외하여 시설이용시 본인 부담이 높아지도록 설계하였다.⁴⁾

1996년 7월 시설입원요양으로까지 급여가 확대될 때, 시설요양기관에서 치료비용을 누가 부담하느냐라는 문제가 제기되었다. 질병금고가 부담할 수 없기 때문에 요양금고가 부담하

3) 종교적 휴일을 1일 삭감하여 교회가 거세게 반발하였음을 물론이다.

4) 이해영, 「독일과 일본의 간병요양보험체계」 시니어저널 65호, 2001.7월호에 따르면 독일요양보험의 실제 급여비율은 I 등급의 경우 69%, II 등급의 경우 30-40%, III 등급은 12-47%에 불과하다고 지적하고 있다.

는 것으로 되었지만, 이것은 요양급여의 수준이 불충분하게 만들어 급여의 수준을 떨어뜨리는 요인으로 작용하였다. 1999년에 다시 한번 이 문제가 대두되었지만 질병금고의 의료비 억제정책과 맞물려 기존의 방식이 고수되었다.

4. 질병보험과 요양보험의 비교

질병보험과 요양보험을 개괄적으로 비교하면 다음 <표 7>와 같다.

<표 7> 법정 질병보험과 요양보험의 비교

구분	법정 질병보험	법정 요양보험
가입대상자	일정소득이하의 경제활동자 및 연금생활자	질병보험가입자
급여대상자	환자 및 임산부	요양이 필요한 자
급여의 목적	질병예방, 치료, 임신과 출산	일상생활 유지를 위한 요양 및 보호
급여의 종류	현물 및 현금급여, 관련서비스	현물 및 현금급여, 관련서비스
급여 제공자	의료인	요양인, 요양기관
현금보상의 대상	의료인, 의료기관	요양인, 요양기관
급여제공 상한선	치료의 경우 상한선 없음	현물·현금급여 상한선 있음

가. 가입대상자

법정 질병보험의 가입대상은 전국민을 대상으로 2001년도를 기준으로 연간 총수입이 78,300DM⁵⁾ 미만인 모든 근로자와 기타 일정 기준 내에서 임의가입자이고, 공무원들은 질병보험과 마찬가지로 민간보험에 가입하여야 한다. 법정 요양보험 가입대상자는 법정 질병보험에 가입된 사람과 개인적으로 가입한 사람만 가입 할 수 있다.

<표 8> 가입대상자 비교

구분	가입대상
질병보험	- 연 총수입이 78,300 DM 미만인 모든 근로자 - 기타 일정 기준 내의 임의가입자
요양보험	- 법정 질병보험에 가입된 사람 - 개인적으로 가입한 사람

5) 이 금액을 넘어가는 사람들은 민영질병보험에 가입해야 한다

나. 급여수급요건

법정 질병보험에 있어서 보험급여는 질병예방, 치료, 임신과 출산 등의 경우에 받을 수 있으나, 법정 요양보험의 보험급여는 6개월 이상 장기간에 걸쳐 요양이 필요한 경우에 한하여 급여를 받을 수 있다.

<표 9> 급여수급요건 비교

구분	급여종류	수급요건
질병보험	예방급여, 현물급여, 현금급여	질병의 예방, 치료, 완화 및 악화 방지가 필요한 경우
요양보험	현물 및 현금급여, 시설급여	6개월 이상 장기간에 걸쳐 요양이 필요한 경우

다. 급여수금액 및 수급기간

질병보험의 의료행위 및 의료비보조는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지급한다. 또한 질병보험의 상병수당은 질병으로 노동불능이 된 최초 6주 동안 사업주로부터 임금의 80% (다만, 노동협약에 의거 100%까지 인상 가능)를 계속해서 지급 받도록 되어 있다.

이에 반해서 요양보험은 환자의 상태에 따라 3단계로 구분되는 요양급여를 받게되고, 상황에 따라 현금과 현물서비스가 지급된다.

<표 10> 수금액 및 수급기간 비교

내용구분	급여종류	수금액 및 수급기간
질병보험	예방급여 현물급여 현금급여	- 외래의 경우 지급기간의 제한이 없고 100% 급여가 됨 - 그러나 물리치료 15%, 치과보철 원칙 50% 본인부담 - 입원의 경우 연간 14일까지 무료이나 14일초과시 본인부담 있음 - 가정간호급여는 연간 4주까지, 출산보조는 분만후 6일까지, 상병수당은 78주간까지, 출산수당은 산전 6주간 산후 8주간 임금의 100%지급
요양보험	현물급여 현금급여 시설급여	- 환자의 상태에 따라 3단계로 구분된 요양급여를 받게됨 - 상태에 따라 현금과 현물서비스가 지급됨.

라. 보험료 부담

법정 질병보험의 보험료는 고용주와 근로자가 보험료의 절반씩 부담하고 2001년도 서독 지역의 보험료율은 보험대상소득의 13.6%(동독은 13.8%)를 부담한다.

법정 요양보험의 보험료는 법정 질병보험과 마찬가지로 고용주와 근로자가 각각 절반씩 부담하고 보험료율은 보험대상소득의 1.7%이다.

연금 수급자로서 질병보험과 요양보험의 적용을 받고 있는 경우에는 기본적으로 연금액에 보험료율을 곱한 보험료액을 본인과 연금보험자가 절반씩 부담하고, 본인부담분은 연금 급여 수급액중에서 원천 징수된다. 실업자의 보험료는 노동연합사무소가 전액 부담하며, 자영업자의 보험료는 본인이 전액 부담한다.

<표 11> 재정부담주체 비교

구 분	보험료부담주체
법정 질병보험	- 고용주와 근로자가 보험료의 1/2씩 부담 - 보험료는 보험대상소득의 약 13.6%(동독은 13.8%)
법정 요양보험	- 고용주와 근로자가 보험료의 1/2씩 부담 - 보험료는 보험대상소득의 1.7%

마. 급여의 종류

질병보험의 현물급여로는 질병예방, 치료, 출산, 경영, 가사부조 등이 있고, 현금급여로는 상병수당과 장제비, 출산수당 등이 있다. 반면 요양보험의 현물급여로는 재택요양, 단기요양 등이 있고 현금급여로는 재택요양수당 등이 있다.

<표 12> 질병보험과 요양보험의 종류와 내용비교

구분	급여 내용			비고
	예방급여	현물급여	현금급여	
질병보험	질병예방 건강진단	진료, 보장구, 입원요양비, 가정간호급여, 출산원조, 경영원조, 가사원조, 재활	상병수당, 장제비, 교통비, 출산수당, 출산일시금	
요양보험	-	재택요양, 대체요양, 단기요양, 부분시설요양, 완전시설요양, 장애인 원조기관에서의 완전 시설 요양	재택요양수당, 보충급여비	

IV. 요양보험 현황

1. 가입자 현황

가. 적용기준

요양보험은 국적에 상관없이 독일에서 고용된 모든 사람들을 포함한다. 그것은 “요양보험은 질병보험을 따른다.”에 기초한 의무적인 시스템이다. 다시 말하면, 가입자가 법정보험에 가입되었거나 또는 민영보험에 가입되었을 때, 요양보험도 그에 따른다는 것이다. 근로자, 고용촉진법상의 실업급여를 받는 실업자, 농민, 예술가, 청소년, 장애인, 학생, 실습생, 연금수혜자 등이 요양보험의 가입자가 된다.

질병보험의 임의가입자도 의무적으로 요양보험에 가입된다. 다만, 의료보험의 임의가입자로 된 후 3개월 안에 법정 요양보험에 가입할 것인지 민영요양보험에 가입할 것인지 결정할 수 있다.

법정 요양보험의 적용대상자는 월소득이 3,336.18Euro(2001년 기준)이하인 자로서 독일전체 인구의 약 92%인 모든 피고용인들과 그들의 가족원들에게 적용된다. 공무원들은 질병보험과 마찬가지로 민간보험에 가입하여야 한다. 법정 요양보험 가입대상자는 법정 질병보험에 가입된 사람과 개인적으로 가입한 사람만 가입할 수 있다. 따라서 월 3,336.18Euro(약 384만원⁶⁾)를 초과하는 고소득의 피용인은 민영보험에 가입하여야 하며 전체 인구의 약 7%에 달한다. 이 피보험자가 부양하는 가족구성원들은 질병보험과 마찬가지로 ‘가족보험’의 원칙에 따라 일정한 조건으로 추가 보험료를 낼 필요가 없는 요양보험의 급여제공대상자가 된다. 가족보험이 적용되기 위한 일정한 조건이란 독일에 거주하고 스스로 보험에 가입할 의사가 없으며 월 소득이 2000년도 기준으로 630(동독)~640DM(서독)에 도달하지 못하는 경우와 피보험자의 자녀가 18세를 넘지 않았을 경우⁷⁾이다.

보험가입의무를 발생시키는 법률요건(사회보장의무가 있는 고용계약 관계를 맺은)을 충족하는 외국인도 법정 요양보험 가입의무가 있다. "요양보험 또한 건강보험을 따른다"는 원칙이 적용된다. 이와 같이 사회보장제도의 조합원이 되는 것은 독일에서 어렵지 않다. 위험공

6) 1Euro당 1200원 기준

7) 생업에 종사하지 않으면 23세까지, 학생이면 25세까지

동체에 독일인과 외국인은 동등하게 가입한다. 또한 민영요양보험에서 민영질병보험에 가입한 외국인은 “그가 독일연방내의 일반 거주지를 가지고 있다면 장기요양보험계약을 체결해야한다” 는 원칙이 적용된다.

나. 적용자 수

2001년 기준 요양보험 적용자수는 아래<표 13>와 같이 2000년도 독일전체인구 8,214만명 중 96.4%인 7,925만명으로서 이들 중 법정 요양보험가입자가 89.4%인 약 7,089만명이고 민영장기요양보험 가입자는 10.5%인 836만명에 이른다.

<표 13> 장기요양보험 적용대상자 수

구 분	적용대상자 수	비 고
법정 요양보험	약 70.89백만명	기준: 2001. 01. 01
민영 요양보험	약 8.36백만명	기준: 2000. 12. 31
계	약 79.25백만명	

자료: Bundesministerium für Gesundheit, 「Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung」, 2002.04

연도별 법정 요양보험의 가입자수는 장기요양보험이 실시된 1995년도 7,190만명에서 2000년도에는 7,134만명으로 약간 감소하였으나, 출산율의 감소로 인한 인구증가율의 정체로 인하여 가입자수는 커다란 변동은 거의 없다.

<표 14>에서 보는바와 같이 2000년 7월을 기준으로 한 법정 요양보험가입자수 7,126만명을 피보험자와 가족피부양자로 구분하면 피보험자는 5,087만명이고, 가족피부양자는 2,039만명으로 이들 중 의무가입자는 4,296만명이고, 임의가입자는 1,165만명, 연금가입자는 1,665만명이다.

<표 14> 가입 형태별 가입자수

(단위: 만명)

구분	피보험자(A)				가족피부양자(B)				합계(A+B)			
	의무 가입자	임의 가입자	연금 가입자	소계	의무 가입자	임의 가입자	연금 가입자	소계	의무 가입자	임의 가입자	연금 가입자	총계
계	2,900	655	1,532	5,087	1,396	510	133	2,039	4,296	1,165	1,665	7,126

자료: 연방보건부 통계자료, 2002
기준: 2000. 7. 1

2. 급여수급자 현황

가. 연령군별 급여수급자수

아래 <표 15>과 같이 연령군별 법정 요양보험의 급여수급자 현황을 살펴보면, 1995년도에 요양급여 수급자는 독일 총인구 81,661만명의 0.13%에 불과한 106만명이었으나, 2001년도에는 독일 총인구의 8,220만명의 2.2%인 184만명으로 증가하였다. 60-65세, 75-80세, 90세 이상자를 제외하고는 대부분의 연령군에서 급여수급자 비율이 낮아져 가는 추세를 보이고 있으나, 20세미만의 연령군에서 급여수급자의 비율이 급격히 낮아져 1995년도에 6.9%(72,868명)이었던 것이 해마다 비율이 감소하여 2001년도에는 4.9%(962,130명)로 낮아졌다. 그러나 75-80세와 90세 이상군의 급여수급자 비율은 1995년도 각각 9.8%(104,481명), 11.0%(117,206명)이었으나, 2001년도에는 13.3%(244,189명), 15.7%(289,100명)로 대폭 증가하였다. 앞으로도 노령화율의 증가에 따라 이들 연령층에서의 급여율이 증가할 것으로 예상된다.

<표 15> 연령군별 법정 요양보험 급여수급자(연말기준)

(단위:명)

연도	20세 미만	20-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90세 이상	계
1995	72,868	115,845	35,268	46,911	67,876	99,910	104,481	199,787	201,266	117,206	1,061,418
1996	79,987	141,175	48,169	63,850	91,455	136,124	175,144	284,103	325,613	201,126	1,546,746
1997	85,701	167,781	51,874	71,303	96,432	141,983	207,142	266,874	348,777	222,843	1,660,710
1998	88,803	181,239	52,650	78,128	98,187	148,920	237,459	243,118	366,654	242,960	1,738,118
1999	93,544	189,994	51,675	82,922	104,551	157,874	256,598	238,865	383,315	267,024	1,826,362
2000	90,627	191,346	46,666	83,676	105,398	158,145	249,776	255,175	365,216	276,079	1,822,104
2001	90,358	194,202	43,254	83,844	108,619	159,134	244,189	290,281	336,621	289,100	1,839,602
백분율											
1995	6.9	10.9	3.3	4.4	6.4	9.4	9.8	18.8	19.0	11.0	100.0
1996	5.2	9.1	3.1	4.1	5.9	8.8	11.3	18.4	21.1	13.0	100.0
1997	5.2	10.1	3.1	4.3	5.8	8.5	12.5	16.1	21.0	13.4	100.0
1998	5.1	10.4	3.0	4.5	5.6	8.6	13.7	14.0	21.1	14.0	100.0
1999	5.1	10.4	2.8	4.5	5.7	8.6	14.0	13.1	21.0	14.6	100.0
2000	5.0	10.5	2.6	4.6	5.8	8.7	13.7	14.0	20.0	15.2	100.0
2001	4.9	10.6	2.4	4.6	5.9	8.7	13.3	15.8	18.3	15.7	100.0

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherung in Zahlen, 2002

나. 요양등급별 급여수급자 현황

아래<표 16>과 같이 요양등급별 급여수급자를 살펴보면, 요양등급I(중등증)의 수급자는 1995년도에 40.1% (620,318명)이었으나, 2001년도에는 49.8% (916,623명)로 증가하였다. 반면 요양등급II(중증)수급자는 1995년도에는 43.3% (670,147명)이었으나, 2001년도에는 36.9% (679,472명)으로 감소한 것으로 나타났다. 그리고 요양등급III(최중증)수급자는 1995년 43.3% (670,147명)이었으나, 2001년도에는 36.9% (679,472명)로 감소한 것으로 나타났다.

<표 16> 요양등급별 법정 요양보험의 급여수급자(연말기준)

(단위:명)

연도	재택				시설 1)				총계			
	요양 등급I	요양 등급II	요양 등급III	소계	요양 등급I	요양 등급II	요양 등급III	소계	요양 등급I	요양 등급II	요양 등급III	소계
1995	.	.	.	1,061,418	-	-	-	-	.	.	.	1,061,418
1996	508,462	507,329	146,393	1,162,184	111,856	162,818	109,888	384,562	620,318	670,147	256,281	1,546,746
1997	568,768	486,338	142,997	1,198,103	159,467	189,862	113,278	462,607	728,235	676,200	256,275	1,660,710
1998	616,506	471,906	138,303	1,226,715	187,850	210,525	113,028	511,403	804,356	682,431	251,331	1,738,118
1999	668,314	472,189	139,876	1,280,379	203,950	226,657	115,376	545,983	872,264	698,846	255,252	1,826,362
2000	681,568	448,406	130,696	1,260,760	210,883	234,836	115,625	561,344	892,541	683,242	246,321	1,822,104
2001	697,714	436,693	127,260	1,261,667	218,909	242,779	116,247	577,935	916,623	679,472	243,507	1,839,602
백분율												
1995	.	.	.	100.0	-	-	-	-	.	.	.	100.0
1996	43.8	43.7	12.6	100.0	29.1	42.3	28.6	100.0	40.1	43.3	16.6	100.0
1997	47.5	40.6	11.9	100.0	34.5	41.0	24.5	100.0	43.9	40.7	15.4	100.0
1998	50.3	38.5	11.3	100.0	36.7	41.2	22.1	100.0	46.3	39.3	14.5	100.0
1999	52.2	36.9	10.9	100.0	37.4	41.5	21.1	100.0	47.8	38.3	14.0	100.0
2000	54.1	35.6	10.4	100.0	37.6	41.8	20.6	100.0	49.0	37.5	13.5	100.0
2001	55.3	34.6	10.1	100.0	37.9	42.0	20.1	100.0	49.8	36.9	13.2	100.0

1) 1996년 7월1일 부터 시설급여 개시

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherung in Zahlen, 2002

다. 급여종류별 연평균 법정 요양보험 급여수급자

급여 종류별 법정 요양보험의 급여수급자를 아래 <표 17>에서와 같이 살펴보면, 1995년 재택요양 급여서비스 시작시에 현금급여 수급자는 83.0%(887,403명)이었으나 해마다 감소하여 2001년도에는 50.0%(962,130명)으로 감소하였다. 반면 혼합급여수급자는 1995년도에 7.7%(82,293명)에서 2001년도에는 10.5%(201,667명)로 증가하였다. 그리고 시설급여서비스 수

급자는 1996년 7월 1일 시설입소서비스를 개시한 이래, 완전시설요양 수급자는 1996년 22.7%(355,142명)에서 2001년 26.7%(513,377명)로 증가하였다. 마찬가지로 장애기관에서의 완전시설요양수급자는 1996년 0.4%(5,711명)에서 2001년 3.0%(58,446명)으로 증가하였다.

<표 17> 급여종류별 법정 요양보험 급여수급자(연평균 1) 2)

(단위: 명)

연도	현금급여	현물급여	혼합급여	휴가요양	주·야간 요양	단기요양	완전시설 요양	장애기관에 서의 완전 시설요양	계
1995	887,403	82,790	82,293	10,783	1,777	3,649	-	-	1,068,695
1996 ³⁾	943,878	105,879	135,305	6,805	3,639	5,731	355,142	5,711	1,562,088
1997	971,939	119,428	157,543	3,716	5,065	5,633	425,682	38,408	1,727,414
1998	962,669	133,895	171,764	4,070	6,774	6,199	452,750	56,543	1,794,664
1999	982,877	152,648	192,556	5,716	8,673	7,146	485,014	53,875	1,888,505
2000	954,684	159,693	193,018	6,313	10,287	7,696	494,793	55,641	1,882,125
2001	962,130	161,653	201,667	7,495	12,177	8,108	513,377	58,446	1,925,053
백분율									
1995	83.0	7.7	7.7	1.0	0.2	0.3	-	-	100.0
1996 ³⁾	60.4	6.8	8.7	0.4	0.2	0.4	22.7	0.4	100.0
1997	56.3	6.9	9.1	0.2	0.3	0.3	24.6	2.2	100.0
1998	53.6	7.5	9.6	0.2	0.4	0.3	25.2	3.2	100.0
1999	52.0	8.1	10.2	0.3	0.5	0.4	25.7	2.9	100.0
2000	50.7	8.5	10.3	0.3	0.5	0.4	26.3	3.0	100.0
2001	50.0	8.4	10.5	0.4	0.6	0.4	26.7	3.0	100.0

1) 개산(概算)으로 합계초과

2) 여러가지 급여 동시수급에 따른 중복계산 포함

3) 1996년 7월 1일 시설서비스 개시로 반년계산

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherung in Zahlen, 2002

3. 요양청구 승인비율

아래 <표 18>에서 보는바와 같이 1995년 제도시행 첫해 년도의 요양청구승인비율은 전체 청구 213만건 중 79%에 달하는 1,52만건이었으나, 2001년도에는 전체 청구건 83.5만건 중 73.1%인 58.9만건으로 약 5% 감소하였다.

<표 18> 처리결과별 요양 청구의 실현

(단위: 명,%)

연도	전년도 미결건	해당년도 청구건						승인비율 (B/A)
		총계	처리				미결	
			소계(A)	승인(B)	거부	다른 종류로 처리		
1995	-	2,132,330	1,924,589	1,519,845	383,074	21,670	207,741	79.0
1996	207,741	1,254,267	1,267,096	899,521	324,253	43,322	194,912	71.0
1997	194,912	924,591	968,327	685,298	245,497	37,532	151,176	70.8
1998	151,175	864,520	868,685	618,405	214,642	35,638	147,011	71.2
1999	147,011	898,182	877,641	637,912	209,608	30,121	167,552	72.7
2000	167,552	830,849	811,563	594,417	187,897	29,249	186,838	73.2
2001	186,838	835,395	805,681	588,563	186,053	31,065	216,552	73.1

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherung in Zahlen, 2002

<표 19>에서 보는바와 같이 요양청구가 승인된 건을 등급별로 구분하여 살펴보면 1995년도 승인된 1,520천 건 중 요양등급 I의 승인 건은 45,5천건(30.0%), 요양등급 II는 910천건(59.9%), 요양등급 III은 153천건(10.1%), 요양등급 III의 특별장애는 0.9천건(0.1%)이었으나, 2001년도에는 요양등급의 승인 건 589천건 중 요양등급 I의 승인 건은 325천건(55.2%), 요양등급 II은 192천건(32.6%), 요양등급 III은 68천건(11.6%), 요양등급 III의 특별장애는 1천건(0.2%), 장애원조기관의 완전시설요양은 2천건(0.4%)으로 나타났다. 이는 요양등급 심사기준이 강화되어 요양등급 II,III의 승인율이 하락하고, 요양등급 I의 승인율이 상승하였음을 알 수 있다.

<표 19> 등급별 요양 청구의 실현

(단위:건,%)

연도	승인된 청구							백분율					
	계	요양 등급 I	요양 등급 II	요양 등급 III	요양등급 III의 특별장애	장애원조기관의 완전시설요양	계	요양 등급 I	요양 등급 II	요양 등급 III	요양 등급 III의 특별장애	장애원조기관의 완전시설요양	
1995	1,519,845	455,380	910,189	153,327	949	-	100.0	30.0	59.9	10.1	0.1	-	
1996	899,521	383,546	335,893	178,370	1,712	-	100.0	42.6	37.3	19.8	0.2	-	
1997	685,298	331,962	241,282	96,685	1,347	14,022	100.0	48.4	35.2	14.1	0.2	2.0	
1998	618,405	319,987	215,973	77,853	1,060	3,532	100.0	51.7	34.9	12.6	0.2	0.6	
1999	637,912	339,143	218,185	76,999	1,080	2,505	100.0	53.2	34.2	12.1	0.2	0.4	
2000	594,417	319,356	201,920	70,008	1,075	2,058	100.0	53.7	34.0	11.8	0.2	0.3	
2001	588,563	324,806	192,034	68,490	1,106	2,127	100.0	55.2	32.6	11.6	0.2	0.4	

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherung in Zahlen, 2002

4. 급여비 지출현황

가. 급여비 지출현황

아래 <표 20>는 급여 종류별 법정 요양보험의 급여비 지출 현황을 보여주고 있다. 1995년도 현금급여 수급자 비율은 이미 <표 17>에서 살펴본 바와 같이 83.0%이었고, 현금급여비 비중도 65.1%에 달하였다. 가족이나 친지들에게 도움 받는 현금급여비 수급자비율이 이처럼 높았던 주 이유는 1995년 당시에 시설입소서비스가 미 실시 되어 시설입소비용이 비쌌기 때문이었다. 그러나 1996년 시설서비스 실시한 이래로, 현금급여 수급자 비율과 현금급여비 비중은 해마다 감소하여 2001년도에는 수급자 비율이 50.5%로 대폭 감소하였고, 급여비 비중도 25.6%수준으로 대폭 감소하였다.

완전시설요양부문에서의 보험급여비 비중은 1995년도 27.2%에서 2001년도 48.3%로 꾸준히 증가하였다.

한편 급여비 지출추이를 살펴보면, 재택급여서비스만을 실시한 1995년도의 요양보험 급여비는 92억DM(44억 유로)에 불과하였다. 그러나 시설입소서비스를 실시한 96년도 201억DM(103억 유로), 1997년도 280억DM(143억 유로)으로 증가하였고, 2001년도에는 314억DM(160억 유로)으로 증가하였다.

<표 20> 연도별 · 급여종류별 급여비 지출 현황

(단위: 백만DM,%)

연도	계	현금급여	현물급여	완전시설요양	기타급여
1995	9,227 (100.0)	6,011 (65.1)	1,631 (17.7)	-	1,585 (17.2)
1996	20,149 (100.0)	8,576 (42.6)	3,055 (15.2)	5,486 (27.2)	3,033 (15.1)
1997	28,030 (100.0)	8,475 (30.2)	3,538 (12.6)	12,718 (45.4)	3,299 (11.8)
1998	29,375 (100.0)	8,365 (28.5)	3,869 (13.2)	13,748 (46.8)	3,393 (11.6)
1999	30,411 (100.0)	8,295 (27.3)	4,171 (13.7)	14,423 (47.4)	3,522 (11.6)
2000	31,106 (100.0)	8,217 (26.4)	4,404 (14.2)	14,614 (47.0)	3,871 (12.4)
2001	31,354 (100.0)	8,042 (25.6)	4,479 (14.3)	15,156 (48.3)	3,677 (11.7)

자료: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Statistisches Taschenbuch,

2002

5. 보험재정

가. 보험료 산정

독일 법정요양보험의 재정은 법정 질병보험 재정과 마찬가지로 보험료 및 기타수입으로 충당된다. 보험기금운용방식은 단기적립방식이며, 보험료 징수는 사업장근로자의 경우 가입자의 임금에서 원천 공제한다.

보험료 산정은 보험료산정 상한선 한도 내에서 근로자의 총소득을 기준으로 보험료율을 곱하여 산정한다. 그러나 보험료는 “상한액의 실질소득”으로 평가하는 것이 아니라 출산수당, 학자금, 보조금 등을 제외한 "보험소득"으로 평가하고 있다. 2001년 현재 상한액은 연간 78,300DM(월간 6,525DM)이다. 그 금액을 초과하는 피용자는 민영보험에 가입하도록 하고 있다.

고용주와 피용자를 합산한 요양보험의 보험료율은 시행초기인 1995년부터 1996년 6월까지 1.0%이었으나, 1996년 7월부터 1.7%가 되었다.

보험료부담은 고용주와 피용인이 각각 절반씩 부담한다. 연금수급자의 보험료는 연금보험금고와 본인이 절반씩 부담하며 자영업자의 보험료는 본인이 전액을 부담한다. 그러나 실업자의 보험료는 노동연합사무소가 전액 부담한다. 보험료를 납부하지 않아도 되는 사람들은 피보험자의 가족, 연금을 신청한 연금 미수령자, 자녀의 출생으로 인한 출산수당수급자, 공무원연금법 등 다른 사회보장법에 의거한 급여를 받고 있는 사람들이다.

<표 21> 직역별 장기요양보험료 부담

직업 구분	부과소득	보험료율	부담 주체별 부담율	
			개인부담	3자 부담
피용자	총 임금	1.7%	50%	50%(고용주)
자영업자	총 소득	-	100%	-
실업자	실업급여/보조금	-	-	100%(연방노동사무소)
연금수급자	연금소득	-	50%	50%(연금보험)

나. 보험재정 현황

1995년 장기요양보험 실시 첫해에 67.2억 DM이 적립되었다. 이후 1998년까지 지출금보다 수입금이 많아 약 108.4억 DM의 수지흑자를 기록하였다. 이러한 수지흑자를 기록한 주 요

인은 첫째, 보험료 징수는 1995년 1월부터 실시하고 재택서비스는 1995년 4월에 실시하였기 때문이다. 둘째, 1996년 7월에 시설서비스를 실시함과 동시에 보험료율을 1.0%에서 1.7%로 인상하였기 때문이다.

그러나 1999년도에 0.6억 DM, 2000년도에 2.6억 DM의 단기 적자가 발생하였다. 앞으로도 계속해서 적자가 발생할 것으로 보여 향후 인구통계학적 요인을 고려한 단계적인 보험료율의 인상이 필요할 것이다.

<표 22> 법정 요양보험의 재정현황1)

(단위: 10억DM)

구분			1995	1996	1997	1998	1999	2000
수입	보험료 수입	소계	16.26	23.27	30.84	30.90	31.54	31.90
		1. 요양금에 대한 납부보험료	13.40	19.25	25.55	25.50	26.06	26.32
		2. 조정기금에 대한 납부보험료	2.85	4.02	5.30	5.39	5.48	5.59
		기타 수입	0.18	0.27	0.33	0.40	0.38	0.45
		계	16.44	23.55	31.18	31.30	31.92	32.36
지출	급여지출	소계	8.64	20.05	28.05	29.47	30.41	31.02
		1. 요양수당	5.94	8.68	8.45	8.39	8.29	8.18
		2. 요양현물급여	1.35	3.02	3.47	3.89	4.17	4.36
		3. 휴가요양	0.26	0.26	0.10	0.11	0.14	0.19
		4. 주간-/야간요양	0.02	0.05	0.07	0.09	0.10	0.12
		5. 단기요양	0.09	0.17	0.19	0.21	0.24	0.27
		6. 요양인의 사회보장	0.60	1.81	2.32	2.26	2.21	2.10
		7. 요양수당/기술지원 등	0.38	0.77	0.65	0.73	0.83	0.78
		8. 완전시설 요양	0.00	5.27	12.54	13.37	14.04	14.62
	9. 장애자기관의 완전시설 요양	0.00	0.01	0.26	0.43	0.39	0.41	
		의학서비스 비용의 절반	0.44	0.47	0.45	0.47	0.46	0.47
		사무관리비 지출 ²⁾	0.62	0.71	1.08	1.09	1.08	1.09
		기타 지출	0.01	0.01	0.02	0.03	0.02	0.03
	계	9.72	21.24	29.61	31.05	31.98	32.61	
수지흑자액			6.72	2.30	1.57	0.25		
수지적자액							0.06	0.26
연방투자대부금			1.10	-	-	-	-	-
자금보유고			5.62	7.92	9.50	9.75	9.68	9.43
금고의 예산안에 기초한 자산보유 개월수			3.93	2.96	3.77	3.68	3.61	3.37

1) 합계는 단수처리 관계로 약간의 오차가 발생함

2) 1995년도에 제도실시 관계로 비용지출액을 포함

자료: 연방보건부, Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, 2002

다. 재정지원

요양제공시설에 대한 투자비용은 주에서 조달한다. 재원조달의 유형 및 정도 등은 주(州) 법으로 정해진다. 주정부는 사회복지수혜에서 절약되는 기금으로 투자비용을 부담한다. 여기서 투자비용을 부담한다는 것은 새로운 시설을 위한 재원조달과 기존시설의 교체를 위한

재원조달만을 의미하는 것이 아니라 요양보험이 실시되기 이전 요양시설이 진 과거의 부채 원금까지도 탕감하는 것도 포함한다.

요양시설의 운영비용은 요양보험금고에서 부담한다. 요양보험금고는 요양시설의 운영자 측과 체결한 요양서비스 형태로 이를 보상하게 된다.

시설입소 노인들 중 상당수가 개인의 연금이나 자산으로 노인의 숙식비용을 충당하기 힘들기 때문에 그들에게 다른 부양책임자가 없는 경우에는 사회부조사무소에서 사회부조금을 지급한다. 그러나 실제적인 비용부담에 있어서 요양보험의 급여수가가 시설수용노인의 질병 간호 및 보호에 상응하는 제반비용을 협조하고 있다.

법정 요양보험 실시로 인한 고용주의 경제적 부담을 줄여주기 위해 공휴일 1일 폐지, 질병보험에서의 요양급여 삭제, 요양병상 감축, 작업불능에 대한 면밀한 판정 등으로 고용주의 부담을 경감하였다.

6. 시설 및 종사자 수

가. 시설 현황

2001년도 기준 공인 요양시설은 아래<표 26>와 같이 재택서비스시설은 12,950개소, 부분 요양시설 2,866개소, 단기요양시설 4,716개소, 완전요양시설 9,007개소이다.

독일 정부는 건강한 노인들을 위한 양로시설을 요양 및 간호시설로 전환시키고자 한다. 더불어 현재 사용중인 노인시설 중 많은 수가 1962년 이전에 지어진 것으로 현존하는 요양 시설을 개축 또는 신축하기 위해 노력을 다하고 있다.

<표 23> 공인 장기요양시설 현황

기준: 2001. 10. 1

지역	재택시설	부분요양시설	단기요양시설	완전요양시설
Baden-Württemberg	1,369	385	973	1,168
Bayern	1,841	412	554	1,379
Berlin	364	44	26	369
Brandenburg	540	80	172	231
Bremen	129	11	76	76
Hamburg	414	29	101	149
Hessen	927	295	472	617
Mecklenburg-Vorpommern	401	33	75	185
Niedersachsen	1,201	185	280	1,124
Nordrhein Westfalen	2,651	466	641	1,775
Rheinland-Pfalz	461	250	322	380
Saarland	170	73	105	118
Sachsen	1,001	266	161	463
Sachsen-Anhalt	531	128	324	266
Schleswig-Holstein	569	72	271	613
Thüringen	381	137	163	194
총계	12,950	2,866	4,716	9,007

자료: Bundesministerium für Gesundheit, 「Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung」, 2002. 4

나. 서비스 종사자 현황

1996년 이후 법정 요양시설에서의 요양보험 급여서비스 제공자의 수는 52만명에 달하고 있다. 이들 중 약 93~94%는 여성이다.

독일 정부는 노인시설 종사자를 계속 증가시킬 계획으로 있다. 그러나 노인시설 종사자의 확보에 많은 어려움이 발생하고 있는데, 이는 업무량이 많고 사회적 인지도가 낮아서 이직 및 전직률이 상당히 높기 때문이다. 이에 대해 독일 정부는 탄력적인 근무시간 조정, 시간제 근무자의 증원, 휴직중인 전문종사자의 재취업 등을 권장하고 있다. 한편 독일정부는 교육 및 재교육을 통해 종사자들의 질적 향상을 꾀하고 있을 뿐만 아니라 노인복지분야의 현실적 필요성과 중요성을 홍보함으로써 이 분야에 대한 관심과 긍정적인 인식을 확보하고자 하고 있다.

<표 24> 법정 요양기관에서의 요양인 수

년도	요양인 수(명)	여성비율	연금보험료 (억DM)	비 고
1995	약 394,000	94%	6.0	
1996	약 531,000	94%	18.1	
1997	약 575,000	94%	23.2	
1998	약 574,000	93%	22.6	
1999	약 574,000	93%	22.1	
2000	약 528,000		21.0	잠정집계

자료:

1. Bundesministerium für Gesundheit, 「Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung」, 2002.04
2. Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherung in Zahlen, 2002

7. 관리운영

법정 요양보험금고는 법정 질병보험과는 법적으로 별도의 독립된 법인으로서 법정 요양보험에 관한 독립된 권한과 의무 및 책임을 갖는다. 그러나 법적으로 독립된 법인체임에도 불구하고 요양보험의 업무는 사무소의 국가광역연결망(nation-wide network)을 통해 질병보험조합에 의해서 수행되고 있다.

재정은 서로 독립적으로 운영되는데, 법정 요양보험의 업무의 위탁수행으로 인하여 발생하는 사무관리비용은 해당 장기요양기금에서 질병금고에 지불된다. 법정 요양보험금고는 운영, 보험료, 급여 등에 관한 사항을 정관으로 정해야 한다.

요양보험금고의 가장 중요한 업무는 요양필요자에게 요양급여를 행하기 위하여 급여서비스대행기관과 계약을 체결하는 것이다. 그밖에 요양금고의 업무는 요양필요자 및 그 가족을 위한 상담과 계몽, 피보험자 확인, 급여조건 충족여부조사, 의료감독기관과의 협력, 요양시설과의 협력, 요양교육강좌의 실시 등이다.

질병보험금고에서는 질병보험업무와 요양보험업무 두 가지를 처리한다. 또한 요양금고는 질병금고의 도움을 받아 신청자를 조회하는 업무도 수행한다. 따라서, 요양기금은 서비스 사용료를 질병보험금고에 지급한다. 재화에 대한 책임도 질병금고가 맡고 있다.

요양보험금고는 서비스 제공기관을 인정하는 권한을 가지고 있다. 법정 요양보험법에 전문요양제공기관의 적정성에 대한 기준을 규정하고 있다. 일단 이러한 기준이 충족되면, 요양보험금고는 신청기관이 취급기관으로 인정받는 것을 요양금고는 거부하지 못한다.

8. 민영요양보험

민영요양보험은 민간질병보험회사에 의하여 운영되고 있다. 민간보험회사에 의한 요양보험급여는 법정요양보험 급여에 근거하고 있다. 피보험자를 보호하기 위해서 보험료상한선, 위험추가 부담, 가족구성원에 대한 보험적용, 가입전 질병의 적용제외 등 보험료 체계에 특별한 조건과 제약사항이 법에 의하여 규정되어 있다. 구체적으로 살펴보면 법정 요양보험과 마찬가지로 민영요양보험에서도 18세까지의 자녀는 자동적으로 부모의 피부양자로 적용되고 직업이 없는 배우자는 보험료의 반만 부담한다. 또한 민영요양보험 상한보험료는 법정요양보험의 상한보험료를 초과할 수 없다. 민영요양보험의 보험료 납부액은 수입이 아니라 연령을 기초로 하여 부과된다.

직장에 근무하는 피용자가 민영요양보험에 가입할 경우 사용자로부터 법정요양보험에 해당하는 보험료를 보조받게 된다. 특별보조금을 받는 공무원은 제한된 급여만을 받기 때문에 감액된 보험료를 납부한다. 일반공무원은 정부가 반부담하는 것이 아니라 감액된 보험료 전액을 납부하여야 한다.

특정의 민영질병보험회사에 가입한 가입자가 동일한 보험회사의 민영요양보험에 가입하는 것이 일반적이지만 다른 민영요양보험회사에 가입하는 것도 법적으로 허용되고 있다. 그러나 이 선택권은 최초 6개월 내에 행사되어야 한다.

민영요양보험 뿐만 아니라 법정요양보험의 가입자도 요양보험에 의해서 보장되지 않는 비용을 지급 받기 위해 민간보충보험에 자유롭게 가입할 수 있는데 특히 시설요양시 발생하는 병실과 침대비용을 위해서 가입하게 된다.

V. 요양보험 급여서비스

요양보험에서는 노인들에게 필요한 요양비용을 체계적으로 지급하기 위해 노인들의 요양 등급을 의사의 진단과 요양에 필요한 시간에 따라 3단계로 분류하고 있으며 각 등급에 따른 기본비용에 각자의 개인적 경제능력 등을 고려해 급여액이 정해진다.

요양필요자는 요양의 등급에 따라 자신에게 지급된 요양비용을 자신의 선택에 따라 현물 또는 현금으로 지급 받을 수 있다.

현금급여의 경우 요양업무는 가족이나 친지가 책임을 지게된다. 독일 요양보험제도는 가족이나 친척·친지들이 요양필요자를 재택에서 요양을 하는 것을 권장하고 있으며 실제로 요양수급자의 약 90%가 가정 내에서 보호받고 있다. 또한 요양인에게 일정액의 현금급여를 지급하고 있다.

현물급여의 경우 노인들은 자신에게 주어진 금액 한도 내에서 요양기관 이용이나 요양인 이용, 요양용품의 구입 등을 할 수 있고, 만일 한달 내에 요양비용을 모두 사용하기 못했을 때 나머지 비용은 현금으로 환불받을 수 있다.

법정 요양보험과는 별도로 민영요양보험이 있는데 민영보험은 민영질병보험회사들에 의해 운영된다. 민영요양보험의 급여들은 법정요양보험에 의하여 제공된 급여들과 동등하도록 법에 의하여 규정되어 있다. 가족과 노인구성원에게도 민영요양보험은 적절한 급여기간과 급여비를 제공하도록 하고 있다.

1. 급여 수급자격 및 절차

가. 요양필요자의 개념

요양보험법 제14조 1항의 정의에 따르면, **요양필요자(Pflegebedürftige)**란 신체적, 정신적 또는 영적인 질병이나 장애 때문에 매일같이 습관적, 규칙적으로 반복되는 일상생활을 영위하기 위해서 타인의 도움을 영구히 또는 최소한 6개월 이상 필요로 하는 사람이다(법 제14조 1항).

여기서 말하는 “질병이나 장애”란 첫째, 불구, 중풍 및 이동 기관의 기능장애, 둘째, 신체 내부 기관 또는 감각기관의 기능장애, 셋째, 자극장애, 기억장애, 인지장애와 같은 중추신경계의 장애 뿐만 아니라, 히스테리, 노이로제 및 정신장애 등이다(법 제14조 2항).

또한 “습관적이고 규칙적으로 반복되는 일상생활”이란 개인위생, 영양섭취, 이동, 가사업

무 등 4개 분야를 말한다(법 제14조 4항).

따라서 원조는 항상 수급자들이 부분적으로 이러한 과제들을 수행하도록 하거나 수행할 능력을 회복하도록 돕는데 목적이 있다.

나. 급여서비스 영역과 내용

요양급여서비스는 일상생활을 건강하게 유지하기 위한 개인위생, 영양섭취, 이동, 가사업무영역으로 구분된다. 개인위생영역은 세수, 목욕 등 개인의 신체청결을 위주로 급여를 실시하고 있다. 영양섭취 영역은 필요한 영양분을 섭취하기 위한 식사준비 및 식사수발을 주요서비스로 하고 있다. 이동영역은 실내에서의 이동과 실외이동을 위한 서비스로 구성되어 있고, 가사업무영역은 쇼핑, 청소, 세탁, 난방 등 생활에 필요한 가사업무를 지원하는 서비스로 구성되어 있다.

<표 25> 요양서비스 영역과 내용

영역	내용
개인위생	세수, 목욕, 샤워, 칫솔질, 머리빗기, 면도, 용변보기 등
영양섭취	식사준비, 식사서비스(먹기, 먹여주기, 음식물 잘라주기)
이동	침대에서 이동, 외출복 갈아입기, 걷기, 서기, 계단오르기, 외출, 귀가
가사업무	식료품점 쇼핑, 요리, 청소, 접시닦기, 옷 갈아입기, 세탁, 집난방

다. 서비스 비용

요양금고 중앙연합회(Die Spitzenverbände der Pflegekassen)에서 재택요양급여 대상으로 복합급여시스템을 만들었다. 각 시스템의 서비스 비용은 서비스의 종류와 시간 및 서비스를 제공하는 인력(전문가/비전문가)에 의해서 책정되어진다.

<표 26> 급여성서비스 비용

서비스종류	세부내용	시간	요금 (비전문가)	
기본요양서비스	장시간의 신체관리	의복 갈아입기, 피부관리, 머리빗기, 입·치아·의치 손질, 이하선염, 얼굴면도, 침상으로 이동, 신체 청결	45분	38.25DM (26.25DM)
	간이화장	입·치아·의치 손질, 이하선염 치료, 침상으로 이동, 침상·세면대에서 돕기 등 신체청결	30분	25.5DM (17.5DM)
	전신목욕	의복 갈아입기, 목욕(세발), 침상으로 이동	45분	38.25DM (26.25DM)
	배설돕기	의복 갈아입기, 손가락을 이용한 배설, 배설용품을 이용한 배설, 방뇨·배설, 화장실 갈 때 돕기, 불결한 신체 청결, 구토 배설물 처리(위세척, 폐기물 처리)	20분	17DM (11.65DM)
	거동불능 요양	침상정리, 취침돕기, 침상이탈 예방	10분	8.5DM (5.85DM)
	운동	허약한 골절과 팔운동으로 관절경직 예방, 호흡방법 지도하여 폐염 예방	10분	8.5DM (5.85DM)
	음식물 섭취 간단히 돕기	침상에서 식탁으로 이동하기, 먹기 쉽게 음식물을 나누기, 음식물의 준비	10분	8.5DM (5.85DM)
	음식물 섭취 폭넓은 돕기	침상에서 식탁으로 이동하기, 먹기 쉽게 음식물을 나누기, 음식물 준비	35분	29.75DM (20.4DM)
	자택에서 외출·귀가 돕기	외출·귀가시 의복 갈아입히기, 계단 오르내리기, 관공서·병원 다니기, 쇼핑 등의 외출돕기	1시간	51DM (35DM)

서비스종류	세부내용	시간	요금 (비전문가)	
가사원조서비스	간단한 식사의 조리·준비	차가운 식사 준비·조리, 조리된 요리 데우기, 접시에 담기, 식탁정리, 설거지, 식기세척	25분	18.75DM (14.6DM)
	급식 및 식당에서의 점심	배식서비스의 경우 자택밖에서의 조립 및 배달과 자택으로의 반입, 시설 식당에서 식사하는 경우 조리과 배달비용과 메뉴구성 및 식기세척	제한시간 없음	4DM
	일상적인 따뜻한 식사의 조리·준비	요리, 식기세척 및 설거지, 식탁 청소	50분	37.5DM (29.15DM)
	요양수급자 비동반 대형물품 쇼핑	메뉴구성 계획, 구입한 물품 수납, 약국·우체국·병·의원 등의 일처리	1시간	45DM (36DM)
	요양수급자 비동반 소형물품 쇼핑	메뉴구성 계획, 식료품 및 기타 건강상·가정상 필요한 물품구입, 약국·우체국·병·의원 등의 일처리, 구입한 물품 수납	20시간	15DM (11.65DM)
	세탁	수선을 포함한 세탁물·의류에 관한 모든 일(다림질을 제외), 세탁할 물건 세탁기에 넣기, 화장실의 세탁 관련 모든 것 돕기	45분	33.75DM (26.25DM)
	다림질	세탁물 수납 포함	30분	22.5DM (5.85DM)
	기본적인 집안 대청소	커튼 교환·세탁, 창문 청소, 냉장·냉동고 청소와 서리제거, 애완동물 주변 청소	30분	135DM (105DM)
	일상적인 간단한 청소	쓰레기 분리·처리, 욕실·화장실·부엌 청소, 닦기, 먼지 털기, 계단 청소, 전기청소기로 청소, 습기찬 장소 청소	30분	22.5DM (17.5DM)
	난방	석탄·석유 등 연료 점화(연료 입수·처리 포함), 연료 운반·보충, 점화, 화로 청소	15분	11.25DM (8.75DM)

라. 요양등급

요양보험에서는 요양필요자에 대한 원조가능성을 진단하고 보험료지출을 체계화하기 위해 요양서비스의 형태를 3단계로 나누어 운영하고 있다.

독일의 요양보험법에 따른 장애⁸⁾의 수준은 ADL수행에 있어 2개 이상의 제한을 갖고, IADL 수행에 있어 도움을 필요로 하는 빈도에 따라 1~3등급으로 구분된다.

첫째, 요양등급 I은 요양이 상당히(Erheblich)⁹⁾ 필요한 사람에게 허용된다. 그들은 최소 1일 1회 개인위생, 영양 섭취, 또한 이동의 영역에서 최소 2개 분야에서 도움을 필요로 한다. 또한 1주일에 여러 번 가사원조가 필요하다. 기본요양(개인위생, 영양섭취, 거동)과 가사일 돕기에 최소한 1.5시간의 도움이 있어야 하며, 이 시간 중 기본요양은 45분 이상 할당되어야 한다.

둘째, 요양등급 II는 요양이 심히(Schwer)¹⁰⁾ 필요한 사람에게 주어진다. 그들은 개인위생, 영양 섭취, 또한 이동의 영역에서 1일 3회 도움을 필요로 한다. 게다가 1주일에 여러 번 가사원조를 필요로 한다. 기본요양(개인위생, 영양섭취, 거동)과 가사일 돕기에 최소한 5시간의 도움이 있어야 하며, 이 시간 중 기본요양은 최소 2시간 이상 할당되어야 한다.

셋째, 요양등급 III은 요양이 극히(Schwerst)¹¹⁾ 필요한 사람에게 주어진다. 개인위생, 영양 섭취, 또한 이동의 영역에서 매일 24시간 도움이 필요할 뿐만 아니라 1주일에 여러 번 가사원조를 필요로 한다. 기본요양(개인위생, 영양섭취, 거동)과 가사일 돕기에 최소한 5시간의 도움이 있어야 하며, 이 시간 중 기본요양은 최소 4시간 이상 할당되어야 한다.

만약 어린이가 요양이 필요하다면, 어린이의 요양등급은 같은 또래의 건강한 아이와의 비교해서 어린이가 요구하는 부가적인 도움이 얼마인지를 기초로 결정된다.

8) 여기서의 '장애'란 법정 요양보험이 지급되는 기준인 일상생활수행의 어려움의 상태를 의미

9) 이 등급을 중등증 또는 경증으로 정의하기도한다.

10) 대부분의 학자들은 '중증'이라고 정의한다

11) 국내 학자들은 이 단계를 최중증이라고 정의하고 있다.

<표 27> 요양서비스 등급

등급	ADL/IADL의 어려움 정도	ADL의 도움 빈도	IADL의 도움 빈도	소요시간
1등급	ADL의 두 개 이상의 제한과 IADL의 도움 필요	1일 최소 1회	1주일에 여러 번	- 기본요양과 가사일동 기: 최소 1.5시간 - 기본요양: 45분이상
2등급	"	1일 최소 3회 이상	"	- 기본요양과 가사일동 기: 최소 5시간 - 기본요양: 2시간이상
3등급	"	24시간 도움 필요	"	- 기본요양과 가사일동 기: 최소 5시간 - 기본요양: 4시간이상

마. 급여 지급절차

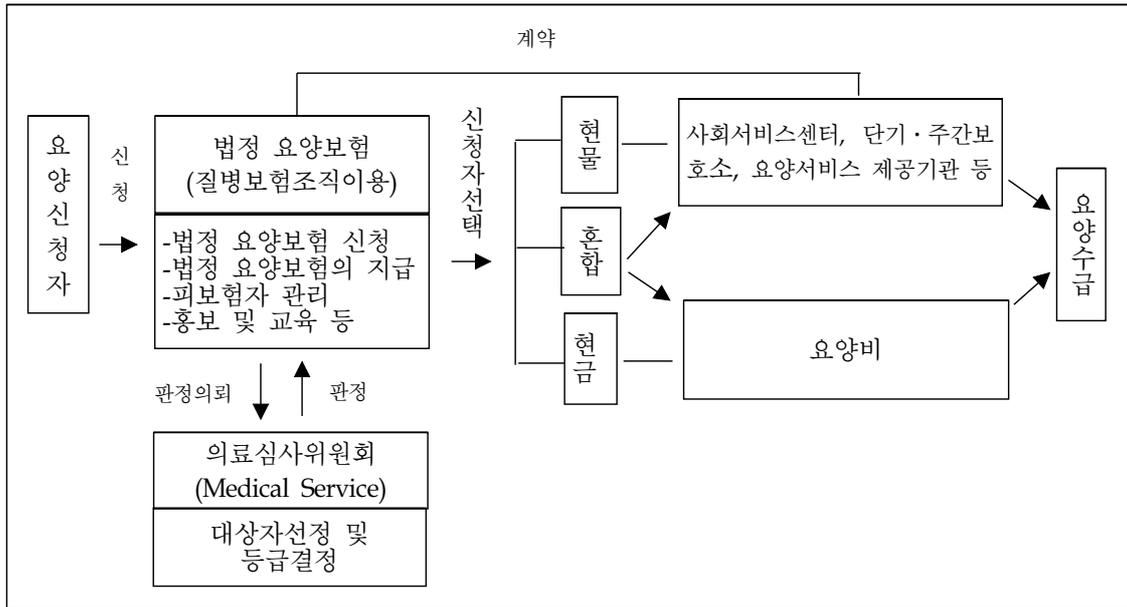
급여 지급과정을 살펴보면 아래<그림 3>와 같다. 급여를 원하는 요양신청자가 요양보험금고(실제 위탁업무 수행중인 질병금고의 지사)에 급여신청을 하면, 요양보험금고는 질병보험법에서 규정하고 있는 의료감독기관으로 하여금 피보험자가 요양급여를 받는데 필요한 전제조건을 갖추었는지, 요양급여의 어느 등급에 해당되는지 조사하게 한다. 그러면 질병보험금고의 의료급여부에 근무하는 자격이 있는 간호사 또는 의사가 가정을 방문하여 요양필요자에게 장기요양에 필요한 급여범위, 급여량, 적합한 급여서비스 장소를 조사한다.

이들이 조사한 자료와 질병치료 담당의사의 소견서 등을 바탕으로 질병보험금고내에 설치된 질병보험의 각종급여 및 진료 등의 심사기관인 의료심사위원회가 신청자의 선정과 요양서비스의 필요상태 및 등급을 결정한다. 의료심사위원회는 요양보험금고에 조사결과를 통보하고 요양 및 재활에 필요한 조치들을 추천한다.

의료심사위원회의 결정에 따라 급여수급자로 결정되면 요양신청자에게 현물급여나 현금급여 중에서 본인에게 적합한 급여형태를 선택하도록 한다. 현물급여는 요양금고와 요양서비스기관과의 계약을 통해서 요양서비스를 제공하며, 현금서비스의 경우는 요양수당을 지급한다.

재택요양지원기관으로는 사회서비스센터(social station)가 있다. 이는 사회사업가, 간호사, 전문간병인, 의사, 가정봉사원 등이 팀을 이루어 요양서비스를 제공하는 비영리 민영복지단체로서 요양보험금고와의 계약 또는 요양필요자와의 계약을 통해서 요양서비스를 제공한다. 요양보험금고의 업무는 피보험자와 가족을 위한 상담과 계몽, 요양보험의 가입자 관리, 요양보험 급여조건에 충족여부에 대한 조사, 의료서비스와의 협력, 양로원 등 요양시설과의 협력, 요양교육 강좌 등이다.

요양필요자의 의학적 진료를 위한 지침 개발은 요양기금을 관리하는 몇 개의 기관에 위임된다. 요양급여수급자들의 진찰은 질병금고와 계약을 맺은 의료기관에 의해 제공된다.



<그림 3> 법정 요양보험 급여 지급과정

바. 급여제공원칙

요양보험 급여제공에는 3가지 기본원칙이 있다.

첫째, 요양필요자의 자립성과 자기책임의 원칙이 있다. 일반적으로 독일의 요양보험제도는 요양에 필요한 비용을 요양보험금에서 모두 부담하지 않도록 설계되어 있다. 재택요양의 경우 가족원에 의한 요양을 지원하고 보충하며 촉진하는 것을 목표로 하고 있고, 시설요양의 경우에는 관련비의 일부에 대하여 부담을 덜어주는 것을 목표로 하고 있다.

둘째, 요양에 앞서는 예방과 재활 우선의 원칙이 있다. 요양 등급에 관계없이 예방과 재활은 요양보다 우선하여 주어진다. 재활은 장기요양기간동안 계속된다.

셋째, 시설입소에 우선하는 재택서비스 우선의 원칙이 있다. 일반적으로 재택요양은 시설요양보다 선호된다. 독일노인들의 90%이상이 시설이 아닌 가정에서 노부부끼리 또는 혼자서 독립세대를 이루며 경제적으로도 자녀들과는 분리되어 살고 있다. 자택에 거주하며 매일의 일상활동에 도움이 필요한 노인들은 보통 그들의 친척들에 의하여 보살핌을 받는다. 다른 나라와 마찬가지로 독일의 노인정책은 노인을 시설에 보내지 않고 가능한 한 오랫동안 가정과 사회 내에서 보호하는 것이다. 그러므로 요양보험 제도는 재택 요양을 위한 상태를 개선하고 요양인들의 부담을 경감하는 급여를 제공하는 데에 초점이 맞추어져 있다. 이는 늘어나는 노인의 사회적 부양비용을 감소시키고 그 부담을 가정과 함께 나눈다는 사회경제적 의미뿐만 아니라 가족간의 연대감을 확보하고자하는 노력의 일환으로 간주된다. 하지만, 아무도 자택에 머무르도록 강요하거나 강요당하지는 않는다. 만약 어떤 사람이 의학적, 사

회적 혹은 다른 이유 때문에 요양시설에서 요양을 하는 것이 필요하거나 혹은 선호한다면 권리로 인정된다.

넷째, 계몽과 상담의 원칙이 있다. 보험자는 가입자가 건강한 생활을 할 수 있도록 계몽 및 상담을 행하고, 이에 필요한 적절한 조치를 행하여야 한다. 이는 국민의 복지와 서비스 중심의 요양보험이 되어야 한다는 요구를 충족하는 것이기도 하다.

독일에서 이러한 원칙이 입안된 이유는 다른 나라와 마찬가지로 제한된 자원을 효율적으로 분배하기 위한 것으로 요양급여신청에 대한 과다수요를 사전에 억제하기 위한 것이다. 이러한 원칙은 수급요건, 요양단계 및 급여내용 등을 조정 통제할 다양한 기전이 내포되어 있다.

사. 서비스 계약

요양보험금고는 일반적으로 인정된 의학적, 과학적 지식에 따라 욕구에 기초하여 지속적인 급여를 보장해야 할 의무가 있다. 이를 위해 요양보험금고는 요양공급자들과 서비스계약 및 상환협정을 체결한다. 서비스계약을 체결할 때 특별 요구조건에 대한 평가는 행해지지 않고 민간, 자선단체 및 공공복지 제공자 사이에 완전한 경쟁원리가 적용된다. 그러나, 시설의 질에 대한 평가는 행해진다. 요양서비스의 전문가적 측면 및 사회적 측면의 질에 대한 확보는 요양보험금고가 추구하는 지속적인 과제이다.

요양서비스의 비용은 각 지역요양보험금고와 요양제공시설간에 체결된 상환협정에 명시된다. 자유로운 경쟁의 원리가 여기에서도 적용된다. 요양보험금고는 각 경쟁자에게 요양서비스의 구체적인 내용을 요구한다. 이에 대해서 요양시설은 청약을 행한다. 요양필요자는 여러 시설기관의 여러 요양서비스 급여를 상호 비교하여 선택을 할 수 있다.

요양필요자를 자택에서 요양하는 요양인은 요양금고와 계약을 하여야 하는데, 요양인의 자격조건은 요양인의 자격조건은 3촌 이내의 친인척이 아닐 것, 동일거주지에 거주하는 사람이 아닌 친인척이나 이웃일 경우만 해당된다.

요양보조용구공급계약은 요양금고연합회(Spitzenverbände)와 요양보조용구공급자 또는 공급자단체간의 계약을 통하여 이루어진다. 요양보조용구의 목록과 구입비용, 임대비용에 관한 사항이 연방공보를 통하여 공시된다.

2. 급여서비스의 종류 및 내역

독일 법정 요양보험의 급여는 서비스장소에 따라서 구분할 때 재택요양서비스와 시설요양서비스로 구분되고, 서비스지급형태로서 현물급여와 현금급여가 제공되고 있으며, 기타 요양인에 대한 급여혜택으로 구분된다. 가정에서 요양을 필요로 하는 사람들은 현물급여와 현금급여중 한가지를 선택할 수 있는데 현금급여를 받는 경우 요양업무는 가족구성원, 이

웃, 친척 등을 통해 해결해야 한다. 이 경우 요양비용은 실제로 요양업무를 수행하는 가족이나 친지가 수령할 수 있다. 급여수급자가 현금급여를 한달 내 모두 사용하지 않을 경우 나머지 금액을 현금급여로 지불 받을 수 있다.

그러나 시설거주자는 현물급여만을 수급하게 된다. 현물급여는 요양보험금고와 계약을 맺은 서비스 제공기관이 수급자의 등급에 따라 정해진 서비스를 제공한다. 현금급여에 비하여 현물급여는 요양서비스를 요양필요자에게 직접 제공함으로써 요양보험의 직접적인 목적을 달성하며 요양서비스의 질을 일정수준 유지하도록 한다. 시설서비스에서 급여는 요양행위별로 발생하는 비용의 일부를 부담하는 것을 원칙으로 한다. 서비스별·등급별 요양비 지급기준은 아래<표 28>과 같다.

<표 28> 서비스별·등급별 요양비 지급기준

(단위:€)

		요양등급 I 중등증(中等症)	요양등급 II 중증(重症)	요양등급 III 최중증(最重症) (특별 장애)
재택요양	월간 현물급여	384	921	1,432 (1,918)
	월간 요양수당	205	410	665
대리요양 - 가족 - 가족외의 자	연간 4주간까지 급여	205 ¹⁾ 1,432	410 ¹⁾ 1,432	665 ¹⁾ 1,432
단기요양	연 급여	1,432	1,432	1,432
부분시설요양 - 주간, 야간 요양	월 급여	384	921	1,432
보충급여 상당한 일반적 보호가 필요시	연간 급여	460	460	460
완전시설요양	월간 요양급여(정액)	1,023	1,279	1,432 (1,688)
장애자원조 요양	완전시설기관의 요양급여	기관비용의 10%, 월간 최대 256€		

1) 총1,432유로까지 명예 요양인에게 지급
 자료: Bundesministerium für Gesundheit, 「Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung」, 2002.04

가. 재택요양서비스

1) 재택요양

독일에는 대부분의 요양필요자들은 자신들의 주거지에서 독립적으로 살고 있다. 고령의 노인들은 자택방문서비스에 의해서만 원조가 가능하다. 이런 자택방문서비스 종사자가 노인

가정을 방문해 원조를 주게 되는데 이러한 독신 노인들은 양로원으로서의 이동이 고려된다. 방문종사자들은 우선 노인의 가정생활에서 가장 취약한 부분을 찾아내어 그 결손을 채우는데 우선 순위를 둔다. 그들은 노인을 도와 생활필수품이나 연료를 확보하는 일, 외출시 보조, 의사방문, 공공기관 방문을 위한 동행, 집안 청소나 정원관리, 노인과의 대화, 책 읽어주기까지 다양한 가사업무를 대행해준다. 가끔 그들의 업무가 지나치게 많으면 외출동반서비스나 이동서비스를 위탁시키기도 한다. 원조기관으로는 민영사회복지 단체들이 있다.

재택요양을 요구하는 사람들은 현금급여 혹은 현물급여를 선택할 수 있다. 현금급여(요양수당)는 요양필요자가 친척들, 친구들, 또한 이웃들을 통해 충분한 재택요양을 보장받을 수 있는 경우에만 인정된다.

요양필요자가 전문재택요양서비스(현물급여)를 선택하면, 전문 간호직원이 가정 방문서비스를 제공한다. 이 경우, 요양급여비는 서비스를 제공하는 재택요양기관에 직접 지불된다. 현물급여비는 요양서비스의 필요성이 가장 낮은 1등급의 경우 1개월 당 384유로¹²⁾의 한도 내에서 지급되며, 2등급은 921유로, 가장 높은 3등급의 경우 1,432유로, 3등급 이상의 특별장애일 경우 1,918유로까지 지급 받는다. 물론 재택요양급여비가 보험자 부담 금액 상한선을 초과할 때는 수급자가 초과분을 부담하여야 한다.

자택에서의 요양시 현금급여를 선택하였다면 재택요양수당액은 요양필요상태의 경중에 따라, 1등급에서는 1개월 당 205유로, 2등급에서는 410유로, 3등급에서 665유로까지 지급한다.

2) 대리 요양

재택요양을 제공하는 친척들, 친구들, 이웃들 혹은 다른 비공식적 요양인들이 휴가 또는 질병 등의 이유로 요양을 중단하게 되는 경우 요양필요자는 1년에 4주까지 대리요양을 신청할 수 있다. 요양신청자는 개인적 필요에 따라 두가지중 한가지 선택권을 갖게 되는데, 명예 요양인의 증명에 따라 대리요양비(현금급여)를 지급 받던가 아니면 전문요양인에 의한 재택요양(현물급여)을 신청할 수도 있다. 가족에 의한 대리요양서비스를 신청할 경우 요양등급 I 일 경우 205유로, 요양등급 II일 경우 410유로, 요양등급 III일 경우 665유로까지 요양금고가 지급하고, 전문요양인에 의한 현물급여 신청시 요양금고는 요양등급에 관계없이 1,432유로까지 지급한다.

3) 단기요양

단기요양이란 요양필요자를 돌보는 가족이나 주보호자가 휴가나 질병으로 인한 입원 등의 사유로 요양필요자를 직접 돌보지 못할 경우 요양필요자를 양로원이나 요양원 같은 요

12) 1 EURO = 1.97 German Marks 기준

양시설에 단기간동안 입소시켜 보호하는 서비스이다. 또한 단기요양서비스는 가정의 요양필요자가 양로원이나 요양원으로 옮겨가야 할 때 요양필요자들이 새로운 환경에 쉽게 적응할 수 있도록 일상생활의 변화에 대한 적응과정에도 활용된다. 다시 말하면 단기요양이란 재택요양서비스와 시설요양서비스의 중간형태의 서비스로서 두 가지 요양서비스의 장점을 취한 형태이다.

단기요양급여는 대리요양과 마찬가지로 1년에 4주까지 인정된다. 급여의 총량은 요양등급에 관계없이 연간1,432 Euro까지이다. 단기요양의 급여는 급여기간(연간 4주까지 급여)과 급여비(연간 최대 1432유로까지 지급)에 있어서 대리요양과 거의 흡사하나 대리요양이 자택에서 급여서비스를 제공받는데 반하여, 단기요양은 시설에서 급여서비스를 받는다는 점에서 차이가 있다.

4) 부분시설 요양 - 주·야간 요양

주·야간 요양서비스는 요양필요자를 돌보는 주요양인이 휴가, 질병, 생업에 종사하기 위해 직장을 다녀야 하는 경우 또는 가족들이 낮시간 또는 밤시간 동안 노인을 돌볼 수 없는 경우에 요양수급자를 주간 또는 야간에 시설에서 안전하게 보호하기 위한 서비스이다. 요양수급자는 가족들이 돌볼 수 있는 시간에는 다시 가정으로 돌아가 가족의 보호를 받게된다.

주·야간 서비스시설에서 요양수급자는 의사에 의한 의료적 처치, 재활치료도 받을 수 있으며, 요양금고는 요양수급자의 요양등급에 따라 주·야간서비스 비용을 지급한다.

주·야간 급여서비스 비용은 요양등급 I 이 월간 384Euro이고, 요양등급II은 월간 921Euro, 요양등급 III은 월간 1,432Euro까지다.

5) 전문적 원조들 - 요양서비스 용구, 기기 및 주택 개축에 대한 급여

대부분의 요양필요자들은 자신들의 오랫동안 살아온 정든 곳에서 떠나지 않고 같은 곳에서 계속 살고 싶은 욕구가 있다. 따라서 요양수급자의 주택은 자택 출입을 편리하게 하기 위해 계단은 가급적 설치하지 말아야 하고, 경사로, 에스컬레이터, 승강기를 설치하여야 한다. 그리고 기력과 운동력의 쇠퇴에 따른 요리, 목욕, 화장실 사용, 욕실이나 기타시설물 설치와 함께 잦은 질병이나 사고로 인한 외부의 도움을 필요로 하는 가능성을 고려하여야 한다. 또한 자택생활에 불편을 주지 않기 위해서 요양주택 가까이에 생활 편의시설(상점, 의사, 약국, 빨래방, 세탁소, 충분한 휴식공간, 대중교통이용시설)이 위치해야 한다.

이러한 요양을 용이하게 하기 위하여, 요양수급자는 특별침상과 같은 요양원조들을 받을 수 있다. 그리고 일반주택을 요양필요자의 자립적 활동이나 요양활동을 용이하게 하기 위해 화장실 변기나, 휠체어나, 기구의 통과를 위한 출입구 변경, 방문변경 등이 필요한 경우 보험급여서비스를 받을 수 있다. 집수리가 불가능하여 주택을 개축할 경우 요양금고는 건당

최고 2,500Euro(2000년도 기준)까지 지원한다. 또한 요양수급자의 가족과 부양자에게 요양서비스와 관련된 교육도 무료로 실시한다. 요양금고는 일회용 장갑, 소독약과 같은 일부 요양보조용품에 대해서는 매월 30EURO 까지를, 그리고 환자용 침대, 휠체어, 이동변기와 같은 요양필요자에게 필수적으로 필요한 용품에 대해(빌리는 경우에도 해당) 요양필요자 1인당 물품구입 비용의 10%, 또는 보조용품 한 개당 최고 25Euro까지 비용을 부담한다.

6) 비공식적 요양인을 위한 사회보장

재택요양에 있어서 요양인이란 직업적인 목적이 아닌 상태에서 요양필요자를 그의 가정과 인근에서 일주일에 14시간 이상 돌보아 주는 사람을 말한다. 재택요양은 요양인의 심한 부담을 대신하는 제도이다. 그러나 요양인이 이러한 요양을 제공하기 위하여 정규 직업을 포기하거나, 그들이 일하는 시간을 상당히 줄여야한다. 결과적으로, 정규직업이 없는 요양인은 종종 연금보험 수급자격을 상실하게 된다. 따라서 현재의 독일 법정요양보험은 정기적으로 비공식적, 비전문적 재택요양을 수행하는 친척, 친구 또는 이웃들이 직업이 없거나 정규적인 직업에 주당 30시간 이하로 일하면서 주당 최소한 14시간 동안 무보수 재택 요양을 제공하는 경우에 요양수급자에 대한 재택요양의 필요성을 강조하고, 요양수급자를 위해 자기자신의 직업의 일부 또는 전부 포기하여야 하는 요양인들의 봉사정신을 기리기 위해서 법정 노령연금에 해당되는 법정연금보험 보험료를 지급하고 있다.

아래<표 29>에서 살펴보면, 연금보험 지급액은 요양인이 요양수급자에 대해서 실시하는 서비스의 요양등급과 요양시간에 따라 지급액이 달라지게 된다. 요양인에 대한 법정연금보험에 대한 감면율은 요양활동시간과 요양등급에 따라 월간 법정연금 기본보험료의 26.7%~80%¹³⁾의 수준이다. 따라서 1등급의 14시간 요양인은 법정 연금보험 기본 보험료에 감면율을 승하여 결정된 금액만큼 연금보험료를 감면 받게 된다. 요양금고에서 노령연금보험에 지급하는 금액은 월간 119.44~358.32Euro(서독)와 99.83~299.49Euro(동독) 사이이다. 그리고 요양인이 1년간 장기요양 활동시에는 서독의 경우 월간 6.66~19.98Euro를 지급하고, 동독의 경우에는 5.81~17.44Euro를 지급한다.

13) III등급의 요양에서 최소 28시간 요양활동을 한 요양인에게 법정연금보험 실제 평균소득의 75%의 소득을 보장하는 것이 법적 목표였다. 그러나 실제 평균소득이 전년도의 연금가입자의 평균지출금 이므로 요양보험은 현재 평균지출금의 약 75%에 도달하도록 5% 추가하여 설계하였다.

<표 29> 요양인의 법정노령보험을 위한 요양금고의 연간 보험료지불액

요양등급	주당 요양 최저시간	연금보험 기본료에 적용 율을 감안한 보험료면제 3)		월 보험료(유로) ¹⁾		1년간 실시된 장기요 양 활동에 대한 1개월 당 연금 지급액(유로) 2)		
		서독	동독	서독	동독	서독	동독	
Ⅲ	28	80.0%	1,876.00	1,568.00	358.32	299.49	19.98	17.44
	21	60.0%	1,407.00	1,176.00	268.74	224.62	14.99	13.08
	14	40.0%	938.00	784.00	179.16	149.74	9.99	8.72
Ⅱ	21	53.3%	1,250.67	1,045.33	238.88	199.66	13.32	11.63
	14	35.6%	833.78	696.89	159.25	133.11	8.88	7.75
I	14	26.7%	625.33	522.67	119.44	99.83	6.66	5.81

1) 법정연금보험의 보험료율은 2002년도 19.1%에 달함

2) 기준: 2002. 1월

3) 2002년도 월 기본료는 2,345euro(서독)와 1,960euro(동독)의 법정연금보험료임

자료: Bundesministerium für Gesundheit, 「Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung」, 2002.04

이외에도 비공식 요양인들을 위한 급여가 있다. 첫째, 요양인은 무보수 재택요양을 제공하는 시간동안 발생한 사고에 대하여 사고보험으로 보장받는다. 여기에 해당하는 비용은 요양인이 요양수급자에 대한 요양업무를 직업적으로 행하지는 않는다는 전제하에서 각 지방자치단체가 부담한다. 둘째, 요양인이 요양서비스를 제공한 후 유급 직업으로 돌아가기를 원한다면 직업훈련을 받을 수 있다. 이는 요양부담에 시달리는 요양인에게 휴식과 자기관리에 필요한 시간을 확보해 주려는 것이다. 마지막으로 비공식 요양인을 지원하기 위한 조치로서 주·야간 요양, 단기요양, 대리요양 등에 대한 훈련과정이 있다.

나. 시설요양서비스

완전시설 요양은 만성적 질병에 시달리거나 노쇠로 인해 스스로를 돌볼 수 없는 요양필요자를 대상으로 하는 요양서비스이다. 다른 나라와 마찬가지로 독일도 시설서비스보다 재택요양서비스를 중시하는 탈시설화정책을 펴고 있다. 그럼에도 불구하고 불가피하게 재택요양을 할 수 없게된 요양필요자는 완전시설에 수용보호하고 있다.

독일에서는 여러 형태의 완전요양시설이 다양한 서비스를 제공하고 있으며 요양필요자들은 상담을 통하여 자신의 상태와 욕구에 가장 적합한 시설을 선택할 수 있다.

요양필요자를 위한 입소시설은 노인집합주택(Altenwohnheim), 노인홈(Altenheim), 그리고

노인요양홈(Altenpflegeheim)등이 있다. 노인홈과 노인요양홈은 각기 우리 나라의 양로원 또는 요양원에 해당한다. 최근에는 양로원, 요양원, 주간보호시설 등이 한 곳에 모여있는 노인 종합시설의 역할을 하는 노인공동체센터(Altenzentrum)이 많이 생기는 추세이다. 일반 수용 시설들은 거주자들이 시설에서 제공받는 요양 또는 보호의 종류와 그 심도에 따라 구분된다.

독일의 요양시설 입소자는 2000년 말 현재 약 61만명으로, 이들 중 법정요양보험 수급자는 57만 3천명(장애원조시설입소자는 약 6만명 포함)이고, 민영요양보험가입자는 3만 3천명이다. 노인입소시설의 입소자 평균연령은 85세이며 정신적 장애를 가진 노인의 수가 계속 증가하고 있는 형편이다. 노인요양원은 대부분 양로원내에 별도의 병동으로 분리되어 있는 경우가 많으며 노인들의 건강상태에 따라 두 시설에 교차 수용되기도 한다.

시설입소시설에서의 요양급여비는 상당히 비싼 편이다. 따라서 1996년 7월 시설입소서비스가 도입되기 이전에는 서독 시설요양자의 약 80퍼센트가, 동독에서는 사실상 100퍼센트가 사회부조에 의존하였다. 그러나 요양보험의 시설요양서비스가 실시된 이후 사회부조에 대한 의존은 30~40퍼센트로 급격히 줄어들었다. 심지어 어떤 지역에서는 30퍼센트 이하로 줄어들었다.

시설의 월간 요양비는 요양기관에 직접 지불된다. 월간 1인당 현물급여한도는 요양등급 I 일 경우 1,023Euro, 요양등급II는 1,279Euro, 요양등급III은 1,432Euro까지이다. 요양등급III의 특별 장애인 경우 1,688Euro까지 지급할 수 있다.

완전시설기관에서 청구한 가격이 요양보험금고에 의하여 지불된 금액보다 많으면, 급여수급자는 차액을 완전시설기관에 지불해야 한다. 완전시설입소자는 급여비 뿐만 아니라 생활비와 숙박비도 지불해야만 한다. 이때 급여수급자가 요양비나 생활비, 그리고 숙박비 중 차액을 지불할 수 없는 형편이라면, 사회부조사무소에 사회부조를 요청하고 사회부조사무소의 자산조사를 거쳐서 사회부조사무소가 그 차액을 대신 지불한다.

1) 노인집합주택(Altenwohnheim)

노인집합주택은 자립 가능한 노인을 대상으로 하는 곳이며, 독신 또는 노부부끼리 사는 노인들을 위해 임대방식에 의해서 운영되는 단독세대용 거쳐 또는 아파트의 형태로 되어 있다. 이곳에서는 사회적으로 제공되는 가사지원서비스 또는 방문요양서비스를 집중적으로 받을 수 있다.

이곳이 양로원과 다른 점은 자신의 취향에 따라 완전히 독립적인 생활을 할 수 있다는 점이다. 그들이 원한다면 그들이 평소에 쓰던 가구나 물건을 모두 가져올 수도 있고, 다른 입주자들과 함께 공동체를 형성하여 세탁장, 공동식사, 건강관리사, 상담원, 청소구역 등 공동의 시설물을 사용하거나 필요한 인력을 채용해 공동으로 활용하기도 한다.

일반적으로 양로원 거주자들은 의사를 선택할 수 있는 권리는 있으나 대부분의 경우에

담당의사가 규칙적으로 양로원을 방문해 노인들을 진료하거나 건강상담을 한다. 따라서 양로원내에는 진료실과 진료시설이 설치되어 있다.

양로원 거주자들의 요구사항이나 불만은 양로원심의회 또는 양로원담당변호사를 통해 개선될 수 있으나 이러한 양로원 노인들의 권리를 정당하게 보장받기 위해서는 양로원 입주 시 노인들은 각 양로원의 특성과 제공되는 서비스의 유형을 확인하고 조건을 계약서에 명시해야 한다.

2) 노인홈(altenheim)

독일의 노인홈은 자립이 불가능한 노인에게 생활주거지를 제공하고, 요양을 하는 곳이다. 이 시설은 꼭 요양이 필요한 노인이거나 비참한 상태의 노인들만이 대상은 아니다. 노인홈은 일반적으로 건강을 유지하고 있는 노인들을 위한 시설로서 일시적이나 지속적인 요양을 필요로 하는 병자노인들은 별도의 요양병동이나 요양시설에 분리되어 수용되고 있다. 노인홈은 각 주정부산하의 시나 각 단체, 사회복지 기관들에 의해 운영되어지고 있으며 민영단체에서 운영하는 곳도 있다. 독일의 노인홈들은 거의 수용인원이 차있어 대부분의 사람들이 오랜 대기시간을 예측하여 마음에 드는 노인홈을 결정하여 미리 신청해놓는 경우가 많다. 노인홈에서는 노인들에게 숙식과 의료적인 요양을 제공하는 것뿐만 아니라 그들을 돌보는 요양인이 항상 함께 있다. 노인홈은 대체로 아파트의 형태로 되어 있으며 거실과 침실, 그리고 필요한 경우 요양용 처치실이 제공된다. 예전의 노인홈들은 2인용, 3인용 방에서 노인들이 함께 지냈으나 최근의 노인홈은 시설도 상당히 보완되어 요양병동 외에는 화장실과 샤워나 목욕탕이 달린 독방에 기거한다. 대부분의 노인홈의 실내는 임의의 시설물이 설치되어 있으며 극히 일부의 노인홈에서만 개인가구의 반입이 허용되고 있다. 대부분의 노인홈에서는 작업실, 공동실, 체조실, 업무실이 제공되고 있으며 TV 시청실과 목공소가 있고, 찻집과 호프 그리고 기도실이나 예배실도 사용할 수 있도록 하고 있다. 의료적 처치를 위한 목욕시설과 치료실들을 갖추고 있는 노인홈도 있다.

일반적으로 노인홈 거주자들은 의사를 선택할 수 있는 권리가 있으나 대부분은 담당의사가 규칙적으로 노인홈을 방문해 대화나 오락, 교육, 스포츠를 위한 프로그램도 제공한다. 노인홈에서는 외부세계와의 관계도 단절되지 않도록 가족, 친척, 친구와의 개인적 유대관계는 유지, 강화되도록 배려한다. 노인집합주택 거주자와 마찬가지로 노인홈거주자 역시 요구사항 내지 불만사항은 노인홈심의회 또는 노인홈담당 변호사를 통해 개선될 수 있다.

3) 노인요양홈(Altenpflegeheim)

노인요양홈은 만성질환에 걸린 노인이나 요양을 필요로 하는 노인에게 대해 종합적인 보살핌을 행하는 곳이다. 노인병원과 같은 용도로 사용되는 이 시설은 완전시설요양, 주·야간

요양 등 부분시설요양 등을 실시하며, 장기간 또는 지속적인 보호와 요양을 필요로 하는 노인들을 위한 곳으로 숙식의 제공과 함께 부양, 보호, 요양의 업무가 동시에 이루어지는 시설이다. 따라서 이곳에서는 우선적으로 노인들의 건강상태를 다시 회복시켜 정상화시키는 것과 함께 노인들에게 남아있는 잔여능력을 유지 또는 강화시키는 것이 1차적 과제이다. 실제로 노인홈 입주노인의 약 37%가 특수요양을 요하는 노인들로서 일반적으로 노인의 수명이 연장될수록 요양의 욕구는 점점 높아진다고 볼 수 있다. 노인요양원은 대부분 노인홈 내에서 별도의 병동으로 분리되어 있는 경우가 많으며 노인들의 건강상태에 따라 두 시설에 교차수용 되기도 한다. 노인요양홈은 노인들의 간병에 좀 더 중점을 두는 시설이기는 하나 이곳 병실의 분위기는 일반병원의 병실과는 달리 좀 더 가정적이고 부드러우며 개인적인 형태로 되어 있다.

4) 노인종합시설(Altenzentrum)

노인종합시설은 비영리 사립 사회복지단체이다. 이 시설은 양로원, 노인주택시설, 요양원, 주간보호시설 등이 한 곳에 모여있는 노인종합시설의 역할을 하는 곳이다. 시설종사원은 의사, 일정자격을 갖춘 요양원, 의료보건관계요원, 사회학전공의 상담요원, 식당관리사, 요리사, 보조원, 청소요원, 기술직원 등이 있다. 이곳은 정식 작업치료원이 치료서비스를 하고 있다. 또한 상주 의사 외에 2명 이상의 전문의사가 정기적으로 시설을 방문한다. 요양비용은 주로 입주자의 연금으로 충당한다.

이들 시설의 약 60.0%는 6개 민영사회복지단체가 운영하고 있고, 약 15.0%는 지방자치단체가 직영하며, 나머지 약 25.0%는 민영영리단체가 운영하고 있다.

5) 양로보호거주(Betreutes Wohnen)

독일에서는 새로운 형태의 노인주거정책을 시행하고 있는데 이 제도는 자택거주와 시설요양의 중간형태이다. “미래형 거주” 또는 “서비스 거주”라고도 불리는 이 제도는 특히 타인의 도움 내지 요양이 필요한 사람들이 자신의 자택에 살면서 시설보호노인들에 행해지는 모든 종류의 서비스를 함께 받는 것이다. 이 제도는 요양수급자들의 욕구변화에 초점을 맞춘 것으로 요양수급자들은 필요에 따라 간단한 수작업으로부터 일체의 가사업무는 물론 기술적인 가정 문제까지도 서비스를 받는다.

양로보호거주의 경우 요양수급자들은 주거지계약과 함께 자신의 상태와 필요에 따라 별도의 보호거주 계약을 체결하게 되며 이에 대해 요양수급자들은 보호거주서비스의 기본비용은 물론 개인적 서비스의 선택에 따른 추가비용을 부담해야 한다.

만일 요양수급자가 심신의 쇠퇴로 인해 스스로 결정능력이 없는 상태에서 자기 거주지에서 계속 살기를 원할 때 그리고 요양수급자에게 친권을 행사할 수 있는 가족이 없는 경우

요양수급자는 후견인 재판소의 결정에 따라 법적 대리인을 선정할 수 있으며, 그들은 요양수급자를 보호하며 결정권을 행사할 수 있다. 양로보호거주란 단순한 가정관리업무의 수행만을 의미하는 것은 아니며, 보호자 역시 요양의 직접적 책임자나 가사담당의 개념은 아니다. 여기서 보호자란 요양수급자의 법적 대리인으로서 요양수급자가 삶을 영위해 가는데 아무런 불편이나 불이익이 없도록 모든 일을 처리해주는 역할을 한다. 후견인 재판소는 요양수급자의 상황과 처리되어야 할 문제에 따라 가장 적합한 보호자를 선택해준다. 최근에는 노인들의 거주보호를 전문적으로 맡는 단체나 조합들은 물론 공적기관의 전문담당관리도 생겨나고 있다.

다. 사회적 응급 부양 서비스

노인들의 양로시설수용과 가족보호의 중간단계로서 사회적 응급서비스의 주된 업무는 의학적으로 전문교육을 받은 양질의 전문 요양인들이 가정방문을 하여 노인의 상태를 관리한다. 가정요양사는 한가족 또는 한사람의 환자를 대신해 일정기간동안 요양학적, 가정경제적, 양호적인 측면에서 가사업무를 맡게 되는데 무엇보다도 가정관리가 우선적 과제이다. 구체적인 임무는 노인 당사자의 신체적, 정신적, 심리적 욕구와 그가 처한 상황에 따라 각각 다른 양상을 띄게 되며 재택노인이 활용할 수 있는 다른 일반 서비스들과 함께 보충적으로 활용할 수 있다.

이러한 단체들에 대한 정부나 지방자치단체의 보조금은 응급 사회부양서비스금액의 25%~30% 정도이며 비용의 10~15%가 성금과 기부금으로 충당된다. 그리고 나머지 약 60% 기금을 법적인 근거에 의해 질병보험이 부담하고 있기 때문에 실제로 노인들 자신이 부담해야 하는 비용은 거의 없다.

라. 요양을 위한 부조

요양에서의 부조는 보호가 필요한 사람이나 도움을 주어야 할 가족이 요양에 필요한 재정적 수단을 갖추고 있지 않을 경우에 주어진다. 응급요양의 경우 부조는 요양지원금으로서 혹은 다른 개별 조치들을 통해 이루어진다. 병동내 요양은 병원비를 인수하거나 개인적인 필요를 충족하기 위한 현금지급 보장을 통해 이루어진다.

공공부조에서 요양의 필요성은 요양보험과 마찬가지로 세 등급으로 정해진다. 지원금 지급은 요구에 따라 재택요양, 보조수단, 부분시설 요양, 단기 요양, 완전요양시설 요양으로 나뉜다.

독일 요양부조의 특징으로는 첫째, 요양을 위한 전액 부조는 요양보험가입자가 아닌 사람에게 주어진다. 둘째, 요양부조는 요양을 필요로 하는 사람에게 주어진다. 셋째, 사회시설에서 인정된 요양부조수준이 요양보험의 보상금액 보다 많을 경우나 요양보험의 응급보조를

넘어서 응급부조의 필요가 있을 경우 추가보충부조가 주어진다. 넷째, 요양보험은 일반적 요양을 위한 보상만을 취급하기 때문에 소위 수용시설 숙박비용은 원칙적으로 공적 부조가 부담한다. 다섯째, 새로운 요양보험법 실시 이전부터 요양부조를 받았던 사람들이 요양보험 실시이전보다 적은 금액을 지급 받게되거나 요양보험 수급의 전제조건이 미달하는 경우 요양부조의 추가지원이 이루어진다. 그렇지만 공공부조를 받기 위해서는 재정적 빈곤상태를 측정하는 자산조사를 거치도록 되어 있다.

장애인을 위한 부조규정들은 원칙적으로 요양보험이나 요양부조규정과 무관하다. 장애인 요양기관에서 요양을 하는 장애인들은 요양부조 전액을 지급 받는다.

독일에서는 공공부조와 민영 복지사업이 상호 협력하고 있다. 민영 복지사업은 민영 조직과 협회들이 속해 있고, 이들은 주간탁아소나 고아원, 노인홈, 농아학교, 병원, 상담소, 사회복지시설 등과 같은 많은 시설을 설립하였다. 공공부조기관들은 교회와 종교단체 및 자유복지사업의 협회들과 서로 협력한다. 협력작업은 도움을 필요로 하는 사람들의 복지를 위해 상호 보완하거나 공공부조기관이 복지단체들을 지원 또는 참여하도록 하고 업무를 위임할 수도 있다.

마. 식사배달서비스

식사배달서비스란 사회적 응급장치로서 요양필요자에게 장기적으로 따뜻한 식사를 배달해주는 서비스이다. 식사는 차량으로 각 가정이나 요양시설들로 배달되는데 제공자는 대부분 개인사업체들이다.

식사배달 서비스가 요양필요자들에게 주는 이점은 편리성만이 아닌 요양필요자들이 규칙적으로 영양학적으로 고려된 식사를 제공받는다라는 점이며 주문에 따라 당뇨식이나 유동식 같은 특별식도 배달한다. 또 한가지 유리한 점은 요양필요자들이 집에서 자기 스스로를 위해 요리를 할 경우 대부분 습관화된 간단한 음식만을 불규칙하게 만들게 되는 경향이 많은데 식사배달 서비스를 통해 다양한 음식을 맛볼 수 있다는 것이다.

그러나 이러한 요양필요자 식사배달 서비스는 이용요양필요자들이 혼자 부담하기에는 상당히 높은 비용이 요구되기 때문에 지방자치단체와 연방정부의 분담조정국에 의해 비용이 보조된다.

바. 긴급통화서비스

긴급통화 시스템은 가정 내에 혼자 사는 노인 환자, 골절환자, 그리고 장애인들을 위해 시작되었다. 이 시스템은 긴급통화 중앙본부와 이용자 고정장치, 그리고 이용자가 가지고 다닐 수 있는 무선막대로 구성되어 있으며 고정장치는 전화기에 연결되어 있어 이용자가 단추만 누르면 중앙본부에 곧장 연결되게 되어 있다. 무선막대는 이용자가 몸에 지니고 있

다가 긴급사태 발생시 가족이나 친척, 이웃 등에 도움을 청하거나 구급차 또는 의사를 요청할 수도 있다.

전화연결서비스는 위의 긴급통화 서비스와는 별개로 전화를 통해 혼자 사는 노인들의 상태를 점검하는 시스템이다. 이 서비스는 시민단체들이 주체가 되어 벌이는 활동으로 매일 상대방의 상태를 전화로 확인하는 방법이다.

사. 요양용품대여서비스

요양용품 대여서비스는 사회복지관이나 다른 사회단체들이 노인들에게 일정기간동안 요양용품을 대여해주는 서비스가 있다. 장기적으로 사용할 필요가 없는 값비싼 물건을 사지 않고 빌려쓸 수 있다는 점에서 노인과 환자가족에 경제적으로 절약이 가능하여 환영받고 있는 서비스로는 주로 환자용 침대, 노인용 변기, 휠체어, 보행보조기 같은 것들이 활용된다.

아. 기타서비스

그 외 재택노인들이 활용할 수 있는 사회적서비스로는 이동 세탁서비스, 잘 걸을 수 없는 노인들이 의사방문, 공공기관 방문, 또는 교회에 가야할 때 차량이나 휠체어를 이용해 노인들을 원하는 장소로 이동시켜주는 동행 서비스, 무거운 물건의 운반을 위한 시장동행 서비스, 노인에게 책 읽어주기 또는 대필서비스, 이동도서관 서비스 등이 있다.

3. 요양보험 제도의 특징

가. 부분보장제도 도입

요양보험은 요양비용의 전체를 급여하지 않는 1인당 정액급여제도이다. 요양보험은 요양을 요구하는 사람들의 모든 요구들을 보장할 만큼 완전히 포괄적인 제도는 아니다. 그것은 오히려 풍족한 급여를 제한하는 부분 보장 보험제도이다. 재택요양급여는 그의 가족, 친구들 혹은 다른 비공식 요양인에 의해 수급자에게 제공하는 요양을 보충하는 것을 목적으로 한다. 최중증의 특별장애자일 경우에도 가정요양 급여수준은 월간 1,918유로(2002년 기준)를 초과할 수 없다.

시설요양급여는 수급자가 요양과 관련한 지출을 가능한 한 경감하도록 하는 것을 목적으로 한다. 그러므로 양호시설 입소자들은 그들 자신의 생활비와 숙박비를 지불해야 한다. 이렇게 한 이유는 물론 한정된 자원을 많은 요양필요자들에게 효율적으로 분배하려는 의도도

있었겠지만, 요양급여의 범위에 생활비와 숙박비를 포함할 경우 친척들이 노인을 양호시설로 “밀어 넣고” 노인의 노령연금을 유지하도록 유혹할 수 있다는 점에 대하여 우려했기 때문이다.

현재 시설요양급여에 관한 대중의 반응은 분명치 않다. 특히 요양보험은 포괄적인 제도가 아니라 부분적인 보장만을 제공한다고 느끼고 있다. 요양보험 도입으로 자산조사에 의한 공부조방식의 복지에 대한 의존이 80%(서독 기준)에서 사실상 30~40%수준으로 줄어들었을 지라도, 적어도 부분적으로, 계속해서 사회원조에 의존하는 요양홈에 거주하는 소수의 사람들이 여전히 있다.

나. 요양기관 선택의 자유

요양급여수급자들은 자유롭게 독일의 8,600개의 양호홈과 12,000개의 재택요양기관들 중에서 자신에게 적합한 기관을 비교해서 선택할 수 있다. 이렇게 하기 위해 요양보험금고는 수급자들이 적절한 선택을 하도록 서비스가격(price-for-service)비교표를 수급자들에게 제공하고 조언해야 한다.

다. 현금대체제도의 도입

독일 요양보험의 또하나의 특징은 현금대체제도 도입이다. 현금대체제도는 이미 1994년 요양보험법 입법시에 강조 되었다. 독일 요양보험은 기본적으로 현금급여나 현물급여 중에서 선택할 수 있고, 현금과 현물을 혼합하는 방식도 가능하다. 요양을 받는 자가 현물급여를 다 사용하지 않은 경우 현금으로 돌려 받을 수 있다.

현금급여의 장점은 우선 소비자의 필요에 즉각적으로 반응하는 것으로 서비스 전달에서 비용-효율성을 제고시킬 수 있다는 점이다. 둘째, 소비자의 주권과 운영권자의 우월적 권한을 부여하기 때문에 요양제공기관을 상대로 가격 경쟁을 유도할 수 있는 장점을 가지고 있다. 요양을 받을 사람과 비공식적인 요양제공자가 개별요양대상자들의 특정한 요구에 최적인 서비스를 제공받을 수 있다. 마지막으로 현금급여는 집안에 간혀 요양을 받는 노인들과 장애자들이 도움을 제공하는 사람들에게 대해 고마움을 표시할 수 있는 방법이기도 하다.

1995년 4월 재택요양급여 서비스를 실시할 당시 경증 장애로 요양수급자의 80%와 중증 장애수급자의 거의 2/3가 현금급여를 신청했다. 그러나 2000년도에는 전체수급자의 67%만이 현금급여를 선택했다.

라. 연방정부와 지방정부의 협동

독일은 몇 개의 지방정부로 이루어진 연방정부의 형태를 취하고 있다. 1990년에는 동서독

이 통합되어 구동독 지역의 주민들도 서독의 사회보장법에 적용되게 되었으나 경제적 차이가 너무 커서 사회복지정책상의 보상액은 두 지역간에 약간의 차이가 있다.

독일의 연방정부와 지방정부는 국민들의 사회보장부분에서 협조체계를 가지고 있다. 각 사회보장 내지 사회적서비스의 비용은 원칙적으로 지방정부의 책임으로 연방정부는 이를 감독하는 역할을 맡고 있으나 지방정부가 담당할 수 없는 재정적 부담에 대해서는 연방정부의 개입이 있다.

마. 가정 요양의 증명

가정요양의 증명제란 이를 통해 가정요양의 질을 높이고 요양보험금의 부적당한 사용에 의한 재정적 결손을 미리 방지하기 위해 행해지는 제도적 장치이다. 요양보험으로부터 급여를 받는 모든 요양필요자들은 일정한 간격으로 요양금고와의 보호계약규정에 따라 소환되어 자기가 사용한 요양보험금의 내역에 대하여 알려야 할 의무가 있다. 또한 요양업무에 종사하는 전문인력은 만약 재택요양인이 요양필요자에게 건강상 불이익을 끼치는 행위를 한 것을 알게될 경우 그들에게 상담과 조언을 해주거나 또는 요양인 교육과정, 주간요양요령 등을 안내해주기도 하며 요양인의 자질향상에 노력해야 한다.

바. 급여의 질적 관리

요양보험법은 의료의 질을 강조하고 있다. 요양기관은 질의 평가에 참여해야 한다. 가정요양과 지역사회요양의 질을 보증하기 위한 명백한 질 기준과 지침을 구비해야 한다고 요양보험법에 명시하고 있다. 자율성과 고객위주의 의사결정, 요양 활성화, 환자의 존엄성 존중, 그리고 양로 요양에 앞서 가정요양이 선행되어야 한다는 원칙 등이 요양보험법에 명시되었다.

1994년 이후 계속해서 질의 강화를 위한 노력이 지속되고 있는데, 1996년에는 요양의 질 향상을 위한 구조, 절차, 산출 측면을 종합한 질의 보증 원칙 및 안내지침서를 발표한바 있다. 그리고 질을 감사하는 영역 등에 관해서는 주 단위의 요양금고협회와 요양제공자협회와의 협상에 의한다.

VI. 요양보험의 도입 효과 및 문제점

1. 요양보험 도입 효과

가. 새로운 사회보장의 축으로서의 입지 확립

1883년에 도입된 질병보험, 산업재해보험(1884), 노령연금, 유족연금과 장애 연금(1889), 실업자 보험(1927)에 이어 요양보험은 사회안전망의 하나로서 영구적인 요양을 필요로 하는 사람들을 위한 원조를 제공하기 위해 1995년에 도입되었다.

1995년 요양보험제도 시작 5년 후, 새로운 요양보험제도는 독일의 사회보장시스템의 주축이 되었다. 독일의 일부 조사기관의 조사에 의하면 조사들은 80 퍼센트를 훨씬 넘는 사람들이 특히 재택요양협정을 선호있다고 한다. 또한 샘플 응답자의 거의 65 퍼센트는 새 제도가 친척들과 친구들이 요양을 떠맡도록 유인하는 것으로 생각하는 것으로 나타났다고 한다. 그리고 이미 비공식적 요양을 수행하는 가족들과 이웃들, 그리고 친구들은 재택요양수당이 그들의 일로서 인식하도록 하는 징표로서 이해하도록 하고 있다고 한다.

나. 사회부조에서 사회연대로의 전환

요양보험의 도입은 요양은 「가정내의 문제」이라는 인식에서 벗어나 요양은 「사회전체의 연대에 의해 요양필요자의 요구에 부응하는 서비스」로 인식의 전환을 하게 되었다. 피보험자는 질병금고에 가입되어 있는 모든 국민으로서 고령자뿐만 아니라 소아 및 젊은이의 경우에도 요양의 필요가 생긴 경우에는 요양보험 제도의 대상자가 된다. 전국민 연대에 의한 사회적 제도로써 의미를 부여하여 고령자로 한정하고 있는 일본과 연령과 소득에서 제한이 있는 프랑스와는 차이가 있다.

요양보험제도의 도입에 의해 요양수급자를 둘러싼 환경이 개선되었다고 한다. 즉, 요양보험 도입 이전에는 요양필요자 및 그 가족 등은 요양에 대한 부담을 줄이는 사회적 시스템이 없었기 때문에, 요양에 수반하는 신체적·정신적 부담 및 요양비용 등의 경제적 부담을 스스로 부담해야만 하였다. 특히 노인요양함에 입소하는 경우에 고액의 요양비용을 노령연금에서 전부 조달하는데 무리가 있었고 결과적으로 「사회부조」에 의존할 수밖에 없는 상황이 전개되었었다. 요양보험이 도입되기 전 사회부조시설에 입소하고 있던 고령자는 구서독지역에서 약 80%, 구동독지역에서는 거의 100%까지 넘었으나 요양보험의 도입이후에는

30~40%수준까지 감소하였다.

다. 국가 재정부담 감소

요양보험 도입이전에 의료감독기관의 독립적이고 전문적인 판정으로 급여가 무조건 높게만 책정되어지던 경향이 요양보험제도 도입으로 어느 정도 방지할 수 있었다. 또한 요양보험이 도입되기 이전까지의 사회부조를 통해 저소득 고령자를 위해 지출된 국가의 재정부담이 수익자부담 원칙의 사회보험방식의 요양보험제도를 통하여 대폭 축소되었다.

라. 대기명부 소멸

요양보험 도입의 긍정적인 효과는 양호시설의 자리를 기다리는 대기 명부들이 대체로 사라졌다는 것이다. 이것은 주로 요양보험 제도 도입이 자동차 제공자들에게 개방적, 경쟁적인 시장을 창출한다는 사실과 결합된 재택요양에 대한 강화 때문이다. 지난 8년간 요양홈의 수는 약4,300(1992년에)개소에서 8,600개소로 2배가 증가되었고, 그리고 재택요양기관들의 수는 대략 4,000개(1992년)에서 약 13,000개로 3배 이상 증가했다.

마. 새로운 일자리 창출

요양보험 분야의 직업에 대한 충격은 매우 컸다. 재택요양영역에서 새로운 요양보험 제도는 8만개의 새로운 일자리들을 만들었다. 시설요양분야에서의 직업은 또한 아직 신뢰할 만한 데이터가 없을지라도 증가하고 있다.

바. 확고한 재정안정

마지막으로 요양보험 제도는 2000년 기준으로 약 5조 Euro의 누적 잉여금이 보여주듯이 확고한 재정안정이 이루어지고 있다. 그러나 1999년부터는 약간의 단기수지 적자가 발생하고 있다. 주로 인구통계학적 요인과 경제적인 요소들 때문에 2003년까지 요양 지출은 보험료로 조성된 수입을 초과할 것이다. 그러나 2004년부터 다시 수입이 지출을 초과할 것으로 예측된다.

2. 요양보험의 문제점

독일에서 공적부조방식의 지원이 개인과 가족이 더 이상 부담할 수 없는 경우에 지급되므로 개인의 부담이 가중될 수밖에 없었다. 요양을 요하는 환자가 빈곤층에서 많다는 사실은 정부로 하여금 요양보호에 개입하게 만드는 원인 중의 하나이다.

그러나 요양보험제도의 도입으로 복지비 지출이 증가하여 지방정부의 예산운영에 부담을 가중시킨다는 측면의 문제를 안고 있다.

가. 현금급여와 정액급여제의 문제

독일 요양보험은 수급자의 선택권리를 최대한 존중하여 현물과 현금 또는 혼합급여가 가능하도록 제도화하였다. 독일에서는 가족이나 친지를 통한 현금급여에 의한 요양이 일반적으로 선호되고 있다. 독일에서는 앞에서 살펴본 것과 같이 전체요양수급자의 67%가 현금서비스를 받고 있다.

현금지급의 장점으로는 시설요양보다 요양비가 저렴한 재택요양을 유인하여 보험재정이 절감되도록 하고 친척이나 친구에 의한 요양을 장려한다는 점이 있으나, 요양수급자에게 적절하고 효율적인 요양을 제공하려는 목표에 도달할 수 있는가에 대한 심도 있는 검토가 필요하다.

현금서비스 방식의 단점으로는 충분한 요양서비스 제공기관이 없는 지방에서는 불가피하게 현금서비스를 선택할 수 밖에 없다는 한계점을 갖고 있다. 또한 수급자 본인이 서비스를 선택할 능력을 상실한 경우는 오히려 현금지급이 질 낮은 서비스를 제공받게 될 수도 있다. 그리고 독일 요양보험법에 의하면 가족이나 친지에 의한 재택요양은 재택요양전문가 또는 의사들에 의한 감독이 있기는 하지만 가정에서 실시간으로 이루어지는 모든 요양서비스 행위를 감독할 수 없기 때문에 적절한 요양급여를 제공받지 못할 뿐만 아니라 오히려 요양인에 의해서 학대를 받을 수도 있다는 문제점도 있다.

요양보험제도 실시이전 80%(서독기준)에 해당하던 사회부조자가 요양보험제도가 실시로 사회부조자가 대폭 감소하였음에도 불구하고 현재 요양보험 수혜자의 30~40%는 여전히 사회부조의 혜택을 받고 있다. 이는 실제 요양비보다 요양보험의 급여수준이 낮게 책정되어 있어, 요양수급자의 본인부담이 높다는 사실을 입증하고 있는 것이라 할 수 있다.

독일의 요양보험제도는 요양필요자가 요양금고에서 심사 후 요양의 필요성이 인정되기만 하면, 요양보험 가입자의 소득액의 격차에 관계없이 정액급여가 제공되도록 설계되었다. 비록 이러한 급여정액제는 한계자원을 효율적으로 분배하여 요양보험의 재정적자를 예방하는 방법이기도 하지만, 저소득층의 요양에 대한 접근성을 제약하여 급여수급의 불형평성을 야기한다는 비판을 받고 있다.

나. 대상심사기준의 엄격성 문제

요양보험이 실시되기 이전에는 독일에서는 통일된 요양등급규정이 없었고 각 지역별 또는 의사의 결정으로 등급이 결정되었었다. 그러나 요양보험의 실시 이후 많은 요양인들의 등급이 하향조정 되었다. 즉, 요양보험제도의 실시로 요양등급의 판정기준이 더욱 엄격해졌다는 것이다. 요양보험 시행초기에는 상당한 혼란을 겪었는데, 시설운영자는 등급에 맞게 요양의 질을 낮추던가 아니면 요양수급자는 더 많은 비용을 부담해야하는 문제가 발생하게 되었다. 물론 독일정부는 이러한 문제를 감안하여 기존 요양시설에 입소했던 요양수급자에게는 새로운 요양등급규정에 관계없이 계속해서 요양급여를 받을 수 있도록 하였지만, 새로운 요양급여신청자는 이러한 등급규정이 적용되었다.

1995년 요양보험제도 실시 이래로 요양보험의 대상 선정기준을 적용하는 과정에서 2001년도 현재 신청자의 약 73.1%만이 요양보험의 급여혜택을 받고 있다. 이는 요양에 대한 욕구가 있음에도 불구하고 대상자 심사기준을 지나치게 엄격하게 적용함으로써 생기는 문제로 추정된다. 법정 요양보험의 대상자에서 배제된 나머지 약 26.9%의 신청자는 요양서비스가 필요하다고 신청하였음에도 불구하고 장애의 정도가 미비하다고 판정받아 요양보험의 급여혜택을 받지 못하게 됨으로써 사전에 건강의 악화를 막지 못하게 될 수 있다.

요양등급 이하의 요양급여 신청자는 요양보험에 의한 시설에 입소할 수 없으며, 입소를 하기 위해서는 전액 자부담으로 시설에 입소할 수 있다. 이 경우 원칙적으로 사회보조금은 주어지지 않는다.

시설입소서비스요금은 재택요양에 비하여 많은 시설운영비가 소요되므로 매우 비싸다. 이는 고소득층의 요양수급자에게는 별문제가 아니겠지만, 요양급여신청에서 제외된 일반 요양급여 신청자에게는 경제적으로 부담이 되고 있다. 이러한 상황은 요양보험재정에 있어서 장기적으로 더 많은 재정적 부담을 초래할 수도 있다.

다. 정신적, 심리적 요양의 비급여문제

요양보험법 실시 이전에는 정신적·심리적 요양에 대하여 요양인이나 사회부조에 의해서 보상되어 졌으나 새로운 법에서는 이에 대한 언급이 없다.

현재 실시중인 요양보험에서는 노인의 신체적 요양에 대해서 우선 순위를 두고 있다. 요양급여수급자를 씻기고 먹이고 옷 입히고 걷게 하고 것과 같은 노인의 신체활동에 중점을 두고 있으며 정신적·심리적 영역의 요양에 대하여 급여를 실시하지 않고 있다. 즉, 인간적인 보살핌, 사회심리적지지, 정서적 교류와 정신적 원조에 대한 요양을 실시하지 않고 있다.

라. 서비스 인력의 부족문제

입소시설의 특징은 중환자 내지 중복장애노인이 많다는 것으로 이중에 대다수가 노인성 치매환자들이다. 그들은 특별히 집중적인 처치와 요양을 요하는 노인환자들로서 그들을 관리하기 위해서는 많은 전문인력이 필요하게 된다. 요양시설노인들은 대부분 24시간 내내 시간에 따른 처치가 필요하고 또한 물리적인 힘을 필요로 하는 경우가 많기 때문에 요양인 중에는 남자요양인들도 많은 편이다. 그러나 요양종사자들은 24시간 교대근무로 업무시간이 일정치 못하고 업무량도 많고, 힘들며, 낮은 임금으로 인하여 이직율도 높아 전문적인 요양 서비스를 제공할 인력을 충분히 확보하지 못하고 있는 형편이다. 현재 독일에서는 요양서비스를 제공하는 기관들은 증가하고 있으나 여전히 요양서비스를 제공할 인력 확보에 어려움을 겪고 있어서 독일정부는 우선적으로 노인요양시설종사자들의 양성에 힘쓰고 있다.

대부분의 요양시설은 단기교육과정 수료자인 노인요양보조사를 채용하고 있어 노인들의 요양을 씻기고, 먹이고, 입히고 하는 등의 신변처리중심의 단순업무기능에만 중점을 두어 노인의 신체적, 심리적 욕구와 특성을 이해하지 못하는 종사자들이 많다.

마. 질병보험과의 서비스 영역의 충돌문제

요양보험의 기금과 질병보험의 기금이 별도로 구분되어 한계자원을 효율적으로 배분하도록 되어 있다는 점을 고려할 때, 요양보험제도에 의한 요양급여가 질병보험과의 관계에서 의료와 요양의 경계인 치료적 요양에 관계된 비용을 어느 쪽에서 부담해야 하는지가 중요하다. 왜냐하면 이것은 앞으로의 요양보장 뿐만 아니라 질병보험의 재정관련하여 보험재정의 건전화뿐만 아니라 의료공급의 문제에도 적지 않은 영향을 미칠 것이기 때문이다. 또한 사회부조와의 관계에서도 요양보험급여 우선 원칙에 의해서 각 지방자치단체는 요양부조 수급자를 요양보험 급여자로 전환하도록 노력을 하게된다. 이러한 제도간의 갈등은 계속해서 되풀이되고 있다.

이러한 재정부담의 전가현상은 이미 한국에 있어서도 산재보험의 환자의 건강보험에 의한 치료문제로 나타나고 있기도 하다. 따라서 요양보험 도입시 요양기금의 별도의 회계 구분 계리는 건강보험과의 치료적 영역에 있어서 새로운 갈등으로 나타날 개연성을 지니고 있다.

바. 노인인구 증가의 문제

노인인구의 증가는 독일 뿐만 아니라 세계의 모든 나라들에서 공통적으로 나타나고 있는 현상으로서 65세 이상 노인의 비율이 1999년도에 16.8%에 도달한 이래 인구고령화 추세에 따라 계속해서 노인인구 비율이 확대될 것이다. 60세 이상의 노인은 2000년에는 전 인구의

약26%, 그리고 2030년에는 약 35%가 될 것이다.¹⁴⁾ 특히 문제가 되는 것은 미래의 노인인구를 부양해야 할 연소인구의 감소에 있다. 연소인구는 노인들의 의료, 보건, 요양서비스에 대한 제반 복지비용을 부담하여야 한다. 그리고 노인부양의 책임을 져야 하는 세대이기도 하다.

경제적인 측면에서의 연소층의 과세부담은 이미 독일뿐만 아니라 일본에서도 요양보험제도 도입시 쟁점사항으로 대두된바 있다¹⁵⁾. 독신 및 핵가족을 선호하는 독일의 신세대 입장에서 볼 때 노인의 가족부양문제는 젊은 세대에게 얼마나 공감되는가에 달려 있다. 노인층에 대한 세대간의 갈등문제는 모든 나라들이 해결해 나가야 할 주요과제이기도 하다.

사. 저소득층 노인의 문제

독일노인들의 주 소득은 노령연금이라고 볼 수 있다. 퇴직전 직장의 수입에 따라 연금액이 달라진다. 독일에서는 노동자 연금과 사무직 연금 그리고 광부연금이 있으며 일반적으로 광부들의 연금액이 가장 높고 다음이 사무직 그리고 노동자의 순으로 높다. 독일의 연금수혜자의 대부분이 많은 연금을 받고 있지만 낮은 연금수급자들도 상당히 많다. 특히 외국노동자 출신의 노인이나 전업주부였던 여자노인의 연금액은 낮은 편이다. 이러한 연금액의 차이로 고소득층의 노인들은 여유롭고 풍족한 노후를 보내지만 저소득노인들의 대부분은 수입의 대부분을 의식주 비용으로 소비하게 되기 때문에 건강하지 못한 노인들은 요양을 위한 비용에 투자할 여력이 없다. 소득액이 최저생계비에 미달하는 저소득층의 노인들 중 대다수는 시설요양급여를 수급할 때에 사회부조금의 보조를 필요로 하고 있다.

독일의 외국인은 서기 2010년에는 1300만명, 그리고 2030년에는 2800만명이 될 전망이다¹⁶⁾. 그들은 대부분 신체노동자로서 독일의 노동자중에서도 최저임금으로 종사하게 된다. 그들은 불가피하게 독일의 사회부조에 의존하게 된다.

아. 법 개념상의 문제

독일 요양보험법에는 요양대상에 대한 법적 규정이 모호하다. 즉, 요양을 필요로 하는 경우, 입원을 필요로 하는 경우, 질병으로 인한 요양의 필요성, 노화에 따른 요양 등에 대한 명확한 구분이 없어 자의적이 되기 쉽다. 또한 요양에 관련된 직업에 관한 규정은 요양담당자들에게 집중되어 있는 반면 운영자, 사회사업가 및 치료자 등은 소홀히 다루어져 있다. 그리고 요양서비스 및 시설에 관한 규정에서 요양대상자의 개입권이 한정되어 있고 사회복지 활동을 주도하고 있는 지역사회 기관이나 복지단체들의 참여를 유도할 수 있는 법규가 포함되지 않았다.

14) Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, 2002.04

15) 김재연, 노인장기요양보험 도입방안, 2001

16) Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., 1996: 32

3. 한국에의 시사점

독일과 마찬가지로 우리 나라도 인구의 고령화 현상이 일어나고 있다. 그러나 우리 나라의 인구의 고령화 현상과 함께 노인부양에 대한 인식이 빠른 속도로 변화하고 있다. 요양대상인구는 증가하는 반면 가족구조의 변화와 해체 및 여성의 사회참여 증대 등으로 인한 가족내의 요양인력은 부족현상을 보이고 있다. 이와 같이 노인요양의 문제가 차츰 사회문제로 인식되고 있는 시점에서 독일의 법정 요양보험이 우리에게 주는 시사점을 살펴보는 것은 사회요양정책의 방향을 수립함에 있어서 의미 있는 작업이 될 것이다.

가. 노령인구의 증가와 부양인구의 감소문제

독일은 낮은 출생율로 인해 연소인구의 점유율이 노인인구의 점유율보다 훨씬 낮게되었다. 이는 요양보험료 납부자로서의 연소인구가 감소하는데 반하여 오히려 요양급여수급자는 늘어나는 현상을 초래한다고 전술한 바가 있다. 우리 나라 노인인구의 성장속도는 총인구, 성장율, 연소인구의 감소율 등에서 독일보다 훨씬 앞지르고 있다. 따라서 노인들에 대한 연소인구의 부양부담율은 독일보다 훨씬 빠르게 증대될 것이다. 우리 나라에서 인구의 노령화는 더 이상 외면할 수 없는 사회문제로 이에 대한 요양보험의 도입 및 노인 정책에 대한 진지한 논의가 요구되고 있다.

나. 국민적 합의의 도출방안 마련

독일의 요양보험이 성립하기까지는 20년간의 계속적인 논쟁이 진행되었다. 이러한 시기를 거치면서 장기요양보호에 대한 국민적 합의가 이루어 질 수 있었다. 이와 같이 하나의 사회정책이 성립되기 위한 기반을 마련하는 과정은 우리 나라의 복지제도에 시사하는 바가 매우 크다. 복지제도에 대한 짧은 역사를 갖고 있는 우리 나라의 경우 사회적으로 충분한 공감과 합의가 이루어지지 않은 상태에서 실행하게 되면 사회정책에 대한 국민적 불신을 낳게 된다. 특히 요양보험은 건강보험과 달리 수급자와 기여자가 일치하지 않는 제도이므로 수요자측면보다도 기여자의 동의가 중요하다. 따라서 앞으로 우리 나라에서 요양의 욕구를 해결하기 위한 사회정책은 국민의 충분한 동의와 합의하에 이루어질 수 있도록 준비해야 할 것이다.

다. 우리 환경에 적합한 요양보험관리체계의 선택

사회보험방식의 요양보험을 최초로 실시한 독일의 경우 인구의 고령화로 인한 개인적인

요양의 책임을 사회적 문제로 이슈화하고 이를 해결하기 위한 방법으로 기존의 사회보험 체계와 밀접한 연결관계를 가진 사회보험방식을 택하였다. 본래 요양은 조세방식에 의해서 풀어나가는 것이 전통적인 것이었다. 그러나 독일이 사회보험형태로서의 장기요양정책의 숙제를 풀어나간 것은 법정 요양보험에 대한 사회적 동의를 바탕으로 사회 전반적인 사회보험제도의 성숙과 사회보장제도의 오랜 역사적 과정 속에서 이를 뒷받침할 수 있는 사회적 제반조건들이 갖추어져 있기 때문이었다. 그렇다면 우리 나라에서도 새로운 요양보험제도의 도입시 현재 우리 나라가 운영하고 있는 사회보장제도의 틀과 부합한 형태의 요양제도를 도입하여야 하지 않을까? 그 형태는 사회보험 방식이 되어야 하지 않을까? 현행 사회보험제도의 방식이 아닌 기존의 사회복지서비스의 확대를 통해서 조세방식으로 장기요양문제를 해결하자는 일부의 학자들도 있다. 조세방식에 의할 때 재원마련문제는 어떻게 해결할 것인가?의 문제가 제기된다. 어떤 방식의 제도를 도입하는 것이 인가? 이에 대한 논의는 우리의 현실을 반영하여 사회적 합의를 이끌어낼 수 있는 제도를 진지하게 검토하여야 할 것이다.

라. 장기요양 대상, 국가개입의 정도, 급여수준에 대한 합의필요

독일 요양보험의 대상은 전국민이다. 일본은 40세 이상의 가입자에 대하여 요양보험의 가입자로 하고 있다. 전국민에 대하여 요양보험을 적용하는 것의 장점은 전 국민을 하나의 제도에 통합관리할 수 있고, 위험을 분산시키며, 가입자의 부담을 감소시킬 수 있다는 장점이 있다. 그러나 요양급여의 주급여자가 고령자 계층이므로 연소자의 경우 기여기간과 급여수급개시 기간간 간격이 너무 벌어지므로 연소자 층의 반발이 심하다는 문제점이 있다. 따라서 요양대상자가 다수 발생하기 시작하는 연령층부터 대상으로 하는 것이 좋을 것이라고 생각된다.

독일은 “국가 개입 최소”를 원칙으로 하고 있다. 따라서 국가의 개입은 요양시설에 입소한 요양급여수급자 중 저소득 자로서 요양비가 부족한 수급자에 대한 요양부조에 그치고 있다. 그러나 일본의 경우 요양급여자의 대다수가 소득능력이 없는 연령층이므로 국가가 요양급여비의 50%정도를 국고지원하고 있는 실정이다. 우리나라는 연금급여제도가 본격적으로 실시되고 있지 않고 연금급여 기여자들의 보험료 납부 하향조정요구로 연금수급자가 되더라도 연금보험료에 의한 요양보험료 각출이 독일과 일본에 비하여 상대적으로 어려운 실정이다. 따라서 요양보험 재정에 대한 국가의 적절한 지원이 필요하다.

요양급여자의 입장에서 본다면 요양급여서비스의 질과 양이 높으면 높을수록 좋겠지만 한정된 자원을 가지고 모든 요양급여자를 만족시킬만한 급여를 제공하기에는 현실적으로 어렵다. 따라서 요양보험 제도 도입 논의시 재정 조달 측면과 법적으로 제공되어야 할 수준이 균형을 이루는 수준에서 사회적 합의를 마련하여야 할 것이다.

마. 서비스 시설 및 인력 공급방안 마련

장기요양정책의 접근방식을 설정한 후에는 구체적인 요양서비스 제공과정에서의 구조를 성립시켜야 한다. 독일의 경우 1995년 요양보험 시작시에도 충분한 요양보험시설이 부족하여 많은 문제점이 발생한 바가 있었다. 우리 나라에서도 요양보험 제도를 실시하기 위해서는 엄청난 재정이 소요되므로 사전에 많은 요양서비스 기관 및 수용시설을 확보할 필요성이 있다. 이러한 시설을 신축하기에는 많은 재원이 소요된다. 그러므로 현재 재정적으로 많은 어려움을 겪고 있는 중소병원을 요양보험 시설을 전환하여 사용하는 방안을 적극적으로 추진하여 점진적으로 시설확보에 나서야 할 것이다.

또한 요양보험 업무에 종사하는 인력 확보에 대해서도 중점을 두어야 할 것으로 보인다. 독일의 경우 이 분야는 저임금과 낮은 사회적인지도, 높은 업무부담 등의 원인으로 이직률이 높아 요양서비스 제공 인력의 부족문제를 경험하고 있다. 치매노인 요양과 같은 분야는 여성인력을 활용하기 어려운 측면이 있다. 어떤 방식의 요양정책일지 하더라도 정책의 원활한 실행을 위해 시설과 인력을 사전에 확보하여야 한다.

바. 요양가족에 대한 지원

독일에서는 요양보험의 주요양인으로서 여자가 대부분이고 여자들 중에서도 딸이 가장 많고, 그 다음이 배우자, 친척이나 친지, 부모, 며느리의 순으로 나타나고 있다. 급속한 노령 사회로의 진입과 가족관계의 핵가족화 혹은 결혼후 소자녀 출생이 이미 일반화된 우리나라에서도 주요양인으로서 딸의 역할과 요양인에 대한 지원방안을 진지하게 고려해볼 필요가 있다. 노인의 요양은 요양가족, 특히 주부양자인 며느리나 배우자에게 커다란 심신의 부담이 되고 있다. 독일에서는 노인들이 그들의 배우자나 친족에 의해 요양 받는 경우에도 그들에게 수당을 지급하고 그들의 사회적 지위를 보장해주고 사고보험에 가입, 요양인에 대한 1년에 4주까지의 휴가 등을 허용하고 있다. 또한 요양인의 직장생활을 용이하게 하기 위해 노인을 주간보호나 야간보호에 의뢰할 수 있도록 하고 있다. 가족 요양인과 친지들에 대한 사회적 보상은 결국 요양을 받은 노인에게 그 서비스가 되돌아가는 것이기도 하기 때문에 노인과 가족 모두에게 유익하다.

사. 노인의 경제적 자립

독일 노인서비스는 노인들의 소득을 보장해주고 안정적인 노후를 보낼 수 있는 경제적 기반을 제공하고 있다. 노인들은 자신의 고유 수입이 있기 때문에 자녀들에 의존하지 않고 경제적으로 자립이 가능하고 노인자신의 욕구충족에 충실할 수 있다. 이러한 경제적 능력을

감안하여 독일은 부분적인 요양보험정책을 수립할 수 있었다. 그러나 우리 나라의 경우 2008년부터 노인들에게 국민연금 노령연금급여가 시작된다하지만 그 대상이 제한되어 있어 노령연금 급여수급자는 2020년 20.5%, 그리고 2050년 40.1%에 불과할 전망이다. 이러한 환경 하에서 독일식의 부분적(보충적)인 요양보험제도 도입은 재정적으로 한계에 부딪힐 가능성이 있다. 우리 나라 노인의 경제적 자립문제는 쉽게 해결되지 못할 과제로서 근로자의 정년연장, 산업현장예의 재고용 또는 부분고용, 저소득노인에의 공적부조의 확대, 노령수당의 증액 등은 고려해 볼 수 있는 방안이다. 최저수준이하의 생계보호대상노인, 가족의 보호에만 의존해야 하는 빈곤계층의 노인, 만성질환에 시달리는 독거노인들의 경우에는 정부 차원에서 특별한 지원체계가 필요하다.

VII. 결론

노인문제는 이제 어느 한 국가나 사회의 단독문제가 아닌 세계의 모든 나라들이 공통으로 해결해 나가야 할 주요과제의 하나가 되었다.

우리 나라에서 독일의 요양보험과 같은 제도적 장치의 도입은 아직 시기상조일지도 모른다. 다행히도 우리 나라는 아직도 전통적인 효사상이 뿌리깊은 전통으로 이어져 내려오고 있어 노인부양을 원칙적 의무로 인식하는 경향이 있으나 핵가족화의 진행과 서구문화의 영향으로 이것도 차츰 약화되어가고 있다.

우리 나라에서 현재와 같은 빠른 속도로 고령화가 진행된다면 우리 나라도 머지않아 현재와 같은 복지서비스 제도로는 해결할 수 없는 노인문제에 봉착하게 될 전망이다. 독일이 노인에 대한 요양제도 도입의 타당성에 대하여 논의를 시작한지 20년만에 요양보험제도 실시에 대한 사회적 합의에 도달한 것처럼 우리 나라에서도 65세 노인인구가 14%를 넘어서는 2019년을 기준으로 하여 지금부터라도 요양보험제도 도입에 대한 진지한 논의가 필요하다. 독일의 장기요양보험의 가입자는 노인뿐만 아니라 건강보험에 가입되어 있는 모든 사람을 포함하고 있으나 역시 주사용자는 노인들이다. 거의 대부분의 노인들은 자택에서 요양을 받기를 원한다. 그러나 자택에서 요양을 받을 수 없는 노인은 자신의 여건에 알맞은 요양시설에서 지내야만 한다. 요양시설은 전문인력에 의해 요양되어진다는 측면에서 꼭 필요한 시설이다. 이런 점에서 우리 나라도 노인을 위한 노인홈 내지 요양원시설의 신설과 확충이 필요하다.

앞서 독일의 제도에 대해서 살펴보았지만 독일노인들에게 제공된 서비스의 대부분은 우리 나라에서도 적용이 가능할 것으로 보인다. 이미 주간보호나 단기보호, 노인센터, 긴급통화서비스, 요양용품의 대여 같은 서비스는 전국의 여러 곳에서 제한적으로 실시하고 있다. 우리는 독일뿐만 아니라 일본, 프랑스, 스웨덴, 미국 등 다른 여러 나라의 노인복지서비스의 모형을 검토하고 분석하여 우리의 사회적, 경제적 현실에 가장 적합한 방안을 단계적으로 강구해 나가므로써 해당 가정의 경제적 부담을 완화하고 복지국가 내지 복지사회의 이상을 실현해 나가도록 하여야 할 것이다.

참고 문헌

- 김근홍, 고령화 사회의 체계적 노인수발 방안- 독일의 사례를 중심으로, 한국노년학 *Journal of the Korea Gerontological Society* 2000. Vol. 20, No. 3. 169~184.
- 김근홍, 한국과 독일의 가족구조에 대한 비교연구, 1998
- 김상호, 《獨逸의 雇傭保險制度》, 한국노동연구원 고용보험연구기획단: 1993
- 유공순, 독일 노인복지서비스 현황과 문제점, 1998
- 유공순, 독일재가노인서비스의 형태와 특성, 사회과학연구 권5호 1998
- 이윤경, 독일 사회요양보험 및 한국에서의 시사점, 보사연 보건복지포럼 1999. 8월호
- 의료보험관리공단, 《외국의 의료보장동향》, 의료보험관리공단: 1993
- 유공순(1998), “독일노인복지서비스의 현황과 문제점”, 「노인복지연구」 1998 겨울호, 한국노인복지학회.
- 시니어저널, 제44호(2001. 2. 26) 제45호(2001. 3. 5) 제46호(2001.7.23) 기획기사
- 이혜영, 독일과 일본의 간병요양(개호) 보험체계 시니어저널 65호, 2001.7월
- 사회복지신문, 1996. 10.14, 10.21, 11.25,
- 전창배, 독일의 노인장기요양보험- 운영의 틀, 집행, 그리고 평가, 건강보험동향 2001. 8월호
- 최병호외2, 「노인장기요양보험제도 도입방안 연구」 한국보건사회연구원 정책보고서 2001-31, 2001
- 홍미, 주요선진국의 노인보전제도-독일 노인보전정책의 현황과 과제, 노인문제연구소, 2001
- Ulrike Schneider, International Social Security Review, “Germany’s Social Long-term care insurance: Design, implementation and evaluation”
- Dr. Rudolf J. Vollmer, 「Long-Term Care Insurance in Germany」 Paper (Verbal Statement) given at the European Seminar on Dependency: A New Challenge for Social Protection Porto, 12 May 2000, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit, Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, 2002
- Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherung, 2002
- Bundesministerium für Gesundheit, Kurze Zusammenfassung zu wichtigen Punkten des Zweiten Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung, 2002
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1994, Vierter Bayerischer Landesplan für Alternhilfe. München.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1996, Ihre Rechte als Heimbewohner. 1996. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1997, Information für senioren., Bonn..

일본의 장기요양보험제도

문성현

목 차

I 일본보건의료체계 전반	66
1. 일본의 보건의료체계	66
2. 의료보험제도	66
3. 노인보건제도	68
4. 개호보험제도	68
II 노인인구의 현황과 장래예측	69
1. 고령화의 추이	69
2. 고령화의 향후전망	69
III 장기요양서비스체계의 발달 과정	71
1. 노인보건복지의 태동기	71
2. 골드플랜의 실시(본격적인 노인보건복지의 정비)	72
1) 골드플랜의 주요항목	72
2) 골드플랜의 현안과제	73
3) 골드플랜중 노인개호대책의 현황	74
3. 신골드플랜	76
1) 신골드플랜 실시의 배경	76
2) 신골드플랜의 내용	77
3) 노인방문간호스테이션	77
4. 골드플랜21	78
IV 개호보험제도의 개요	80
1. 장기요양보험의 목적과 기본이념	80
1) 개호보험제도의 목적과 기본이념	80
2) 개호보험제도의 의의	81
2. 개호보험제도의 참여자	82
3. 재정과 비용부담	84
4. 보험료산정방법과 징수방법	88
5. 개호서비스의 이용의 구조	92
6. 보험급여의 내용	103
7. 서비스의 제공사업자	109
8. 개호보수체계	114

9. 다른 사회보험 및 공적부조와의 관계	118
10. 장기요양서비스의 발전 방향	120
참고 문헌	122
부록: 개호필요인정 조사표	123

표 목차

<표 1> 일본의 의료보험제도의 개요	68
<표 2> 시설복지서비스의 추이	75
<표 3> 재택복지서비스의 추이	75
<표 4> 고령자 개호에 관한 이전 제도의 문제점	80
<표 5> 개호보험제도에 있어서 피보험자·수급권자에 대해서	83
<표 6> 비용의 부담비율(전국)	85
<표 7> 조정교부금의 예 관한 개념도	86
<표 8> 소득단계별 보험료의 설정방법	89
<표 9> 개호필요상태 및 지원필요 상태	93
<표 10> 이용자 부담액	102
<표 11> 본인부담의 한도액	102
<표 12> 개호필요도에 따른 구분지급한도액	108
<표 13> 개호보험에 있어서 서비스제공사업자	110
<표 14> 개호보수의 설정방법	115
<표 15> 지역차의 예-한 단위의 단가	116

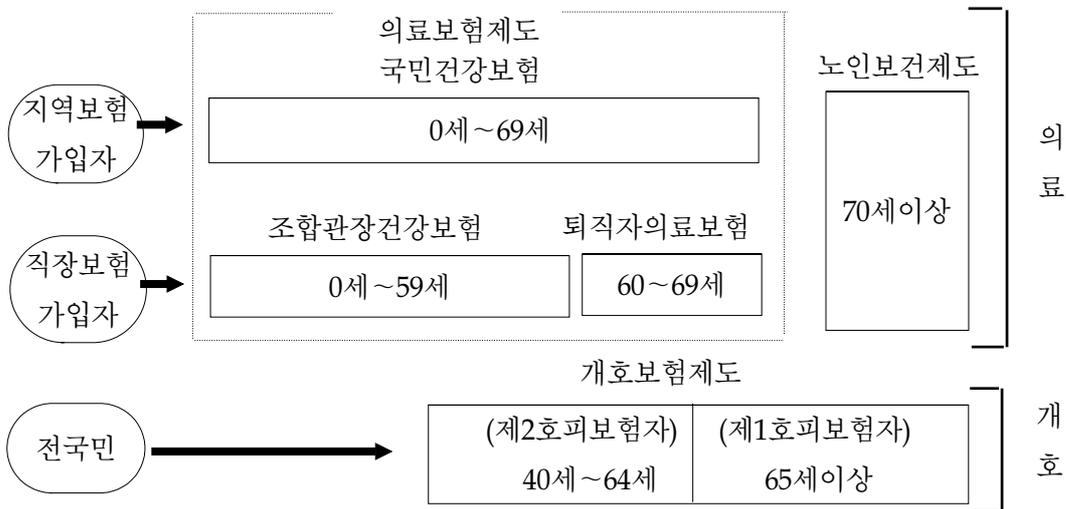
그림 목차

<그림 1> 일본의 보건의료체계	66
<그림 2> 일본의 고령자의 추이와 장래추계(1950~2050년)	70
<그림 3 > 종래의 노인복지제도·노인보건제도의 재편성	81
<그림 4> 보험료율산정의 흐름	88
<그림 5> 개호필요·지원필요의 신청에서 인정까지	96
<그림 6> 저소득자에 대한 조치	103
<그림 7> 받을 수 있는 서비스의 내용	107
<그림 7> 개호보수지불의 흐름	115

I 일본보건의료체계 전반

1. 일본의 보건의료체계

일본의 보건의료체계는 크게 나누어서 의료보험제도, 노인보건제도, 개호보험제도로 나눌 수 있다. 의료부문은 의료보험제도와 노인보건제도가 담당하고 개호부문은 개호보험제도가 담당하고 있다. 각각의 보건의료제도는 직역과 지역으로 연령별로 가입하는 제도가 상이하고 담당하는 급여의 내용과 본인부담 등에도 차이가 있다



<그림 1> 일본의 보건의료체계

2. 의료보험제도

일본의 의료보험제도는 사회보험방식을 채택하고 있다. 사회보험방식의 의료보험제도는 첫째로 모든 국민이 의료보험에 가입하는 것이 의무화된 강제가입의 보험이다. 둘째 사회보험의 보험료는 민간의 보험과는 다르게 개인이 질병에 걸릴 리스크와는 무관하게 주로 소득에 의해서 결정되는 특징을 가지고 있다. 일본에서는 이러한 사회보험방식의 의료보험제도가 1961년에 전국민을 대상으로 실시됨으로써 사회보험으로서의 역할을 수행해 왔다.

일본의 의료보험제도는 직장보험과 지역보험으로 나뉘어져 있으며, 직장보험은 건강보험(조합관장건강보험과 정부관장건강보험)과 공제조합이 있고 지역보험은 국민건강보험이 있다. 직장보험은 보험자가 기업인 조합관장건강보험과 국가가 보험자인 정부관장건강보험 및 국가공무원, 지방공무원, 사립학교의 교직원을 피보험자로 하고 있는 공제조합으로 구성되

어 있다. 지역보험은 보험자가 시정촌인 국민건강보험이 있다. 그리고 국민건강보험을 제도적으로 보완하기 위하여 퇴직자의료보험제도가 있다.

조합관장건강보험은 건강보험조합으로써 피보험자수가 일정수준을 넘는 대기업이 단독으로 설립한 단일조합과 중소기업의 집단이 설립한 종합조합이 있고, 조합총수는 2000년 기준으로 1,794개가 있다. 보험료는 사업자와 피보험자가 반반씩 부담하고 있으나 보험료율은 그 사업내용, 재정상황 등을 고려하여 3%에서 9.5%의 범위 내에서 자율적으로 결정할 수 있게 되어있다. 1999년을 기준으로 전 조합의 보험료율의 평균은 8.51%이고 그 중에 사용자 부담은 4.79%, 피보험자의 부담은 3.73%이다. 각각의 부담비율은 56.44이다. 보험료에는 일반보험료이외에 조정보험료(0.12%)가 있지만, 이 조정보험료라고 하는 것은 건강보험조합 상호간의 재정안정화를 목적으로 발족한 공동사업(고액의료비공동부담사업과 재정압박조합 조성사업)의 재원으로 징수하는 각출금이다.

정부관장건강보험은 중소기업의 피용자를 대상으로 국가가 보험자가 되어서 실시하고 있다. 보험료는 피용자의 소득에 비례하고 있고 보험료율은 정율로 사업자와 피용자가 절반씩 부담하고 있다. 정부관장건강보험은 중소기업의 피용자를 대상으로 하고 있기 때문에 재정기반이 약하고 경제의 변동에 많이 좌우되는 구조로 되어 있다. 이 때문에 국가는 보험급여비의 13%와 노인보건각출금의 16.4%를 정율 부담하고 있다.

지역보험으로는 개개의 시정촌이 주민을 대상으로 보험집단을 구성하고 있는 국민건강보험이 있고, 의사 등의 특정직종의 자영업자가 전국 또는 도도부현별로 조직하고 있는 국민건강보험조합이 있다. 국민건강보험은 피용자보험의 대상에서 제외된 자영업자나 농민 등을 대상으로 해서 시정촌단위로 실시되고 있는 지역의료보험을 말한다. 보험자간에는 큰 규모의 격차가 존재한다. 일반피보험자수가 100명 정도의 촌에서부터 50만명이상의 시까지 존재하고 있다. 또 국민건강보험의 재정은 피용자보험과는 달라서 보험료의 사업자부담이 없기 때문에 보험료수입이외에는 국가나 지방정부에서의 공적부담금과 보조금에 의하여 재정을 충당하고 있다. 보험자총수는 2000년을 기준으로 3,249개이고 국민건강보험조합은 166개이다. 보험료부과방식은 소득, 자산, 피보험자당 균등, 세대당 균등의 4가지 방식을 채택하고 있는 보험자가 압도적으로 많아 시정촌의 92%에 달하고 있다.

퇴직자의료보험제도는 피용자보험의 퇴직자로 연금수급권을 가지고 있는 고령자(60세에서 69세)를 대상으로 1984년 10월부터 실시된 제도이다. 이 제도는 퇴직자의 의료비의 잔액을 피용자보험에 부담시키고자 하는 제도이다. 즉, 고령퇴직자는 퇴직 후 국민건강보험에 가입하게 되기 때문에 의료의 필요성이 높아졌을 때 급여수준이 낮아지는 문제¹⁾와 의료비의 부담이 주로 국고보조금과 국민건강보험가입자에게 의존하고 있다는 문제를 해결하기 위한 제도이다. 그 재원은 퇴직자피보험자의 보험료 및 피용자보험의 보험자의 각출금으로 조달

1) 조합관장건강보험의 피보험자의 자기부담은 20%(피부양자에 대해서는 외래30%, 입원20%)이지만, 국민건강보험의 피보험자의 자기부담은 30%이기 때문에 퇴직 후에 국민건강보험에 가입하게 되면 자기부담금이 인상된다.

되는 요양급여비 교부금으로 한다.

<표 1> 일본의 의료보험제도의 개요

제도명		대상피보험자	보험자	가입자수	
피 용 자 보 험	건	정부관장건강보험	주로 중소기업의 노동자	국가	3,756만명
	강	조합관장건강보험	주로 대기업의 노동자	건강보험조합 1,794	3,258만명
	보	69조의7에 해당하는 피보험자	일일고용자	국가	6만명
	험	선원보험	선원	국가	26만명
		공제조합	국가공무원 지방공무원 사학교직원	24조합 54조합 1조합	1,014만명
국민건강보험		농업종사자 자영업자	시정촌 3,249 국보조합 166	시정촌 4,102만명 국보조합 443만명	
퇴직자의료보험		피용자보험퇴직자	시정촌 3,249		
노인보건제도		70세이상인 자 65세이상으로 외상노인과 장애자	시정촌	피용자보험351만 국민건강보험1,041만	

자료: 厚生白書 2000년도판 후생성편

3. 노인보건제도

노인보건제도는 국민의 노후에 있어서 건강을 유지하고 적절한 의료를 확보하기 위해서 질병의 예방, 치료, 기능훈련 등의 보건사업을 종합적으로 실시해서 더욱 국민보건을 향상시키고 노인복지의 증진을 도모하기 위한 목적으로 시행되었다. 70세 이상의 노인과 65세 이상의 외상노인 등을 대상으로 1983년 2월부터 시행되었던 제도이다. 노인보건제도의 비용부담은 노인이 부담하는 일부부담금을 제외한 부분에 대하여 국가가 20%, 지방공공단체가 10%를 부담하고 의료보험제도의 각 보험자가 70%를 각출하여서 부담한다.

4. 개호보험제도

현재 급속하게 고령화가 진행되고 있는 가운데 외상노인과 치매노인이 급속하게 증가하고 있고 핵가족화의 진전으로 가족에 의한 개호기능의 변화가 일어나고 있다. 따라서 고령자개호문제는 노후의 최대의 불안요인이 되고 있다. 고령자의 개호에 대해서 종래에는 노인복지제도와 노인보건제도에서 담당하였지만, 이용의 절차와 이용자부담의 면에서 불균형이 있고, 종합적인 서비스이용이라고 하는 측면에서는 문제가 있었다. 따라서 개호보험제도는 이러한 제도적 불균형을 재편성해서 급여와 부담의 관계가 명확한 사회보험방식으로 사회

전체가 개호를 지원하는 구조이고, 이용자의 선택에 의해서 보건·의료·복지에 걸친 개호 서비스를 종합적으로 이용할 수 있게 하는 제도이다.

II 노인인구의 현황과 장래예측

1. 고령화의 추이

1950년부터 2000년까지 일본은 급격한 고령화가 이루어졌다. 일본의 고령화의 동향을 살펴보면 1950년에는 65세이상의 인구가 416만명, 고령화율은 4.9%이었다. 그 후 지속적으로 고령화가 진행되어서 1970년에는 65세이상의 인구가 739만명, 고령화율은 7.1%가 되었다. 이것이 2000년에는 65세이상의 인구가 2187만명이고 고령화율은 17.2%가 되었다. 특별히 1970년부터 2000년까지의 30년간은 더욱 급속한 고령화가 진행되었다. 고령화가 진행되고 있는 가운데 소자녀화도 진행되어서 2000년에 있어서 0세~14세의 연소자인구수는 1860만 명이어서 65세이상의 인구가 14세이하의 인구수를 상회하고 있다.

고령화의 상황을 후생노동성의 「국민생활기초조사」²⁾의 결과를 사용해서 세대면을 살펴 보면 1998년에는 65세이상의 노인이 있는 세대는 1,483만 2천세대로 전세대의 3분의 1을 차지하고 있다. 그러나 이것에 비해 18세미만의 미혼인 사람이 있는 세대는 1,345만 3천세대로 전체세대의 30.2%를 차지하고 있다. 1975년부터의 추이를 살펴보면 65세이상의 사람이 있는 세대는 계속해서 증가하여서 1997년부터 18세미만의 미혼인 사람이 있는 세대수를 상회하고 있다.

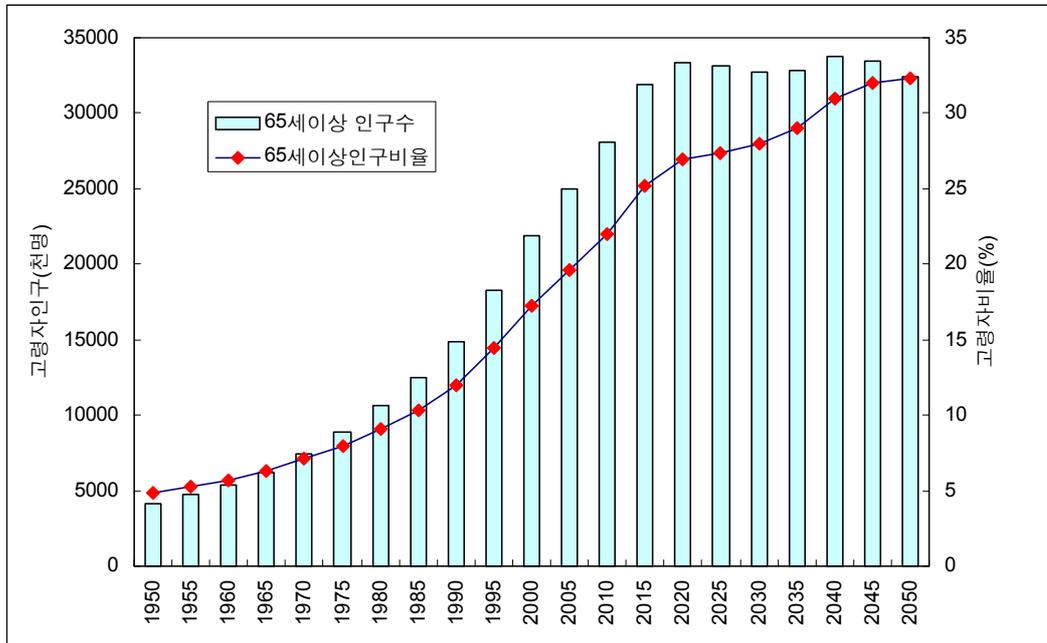
2. 고령화의 향후전망

21세기에 들어서도 고령화는 계속될 것으로 예상되고 있다. 국립사회보장·인구문제연구소가 1997년에 한 장래추계에 의하면 2007년부터 인구가 감소하는 한편 65세이상의 인구와 당분간 계속해서 증가할 것으로 예상하고 있다. 예를 들어 2015년에는 65세이상의 인구가 3,188만명, 고령화율은 25.2%가 되어서 인구의 4분의 1이 고령자가 될 것으로 예상하고 있다. 2020년에는 3,334만명으로 65세이상의 인구가 가장 많게 되고 고령화율도 26.9%가 될 것이다. 고령화율은 2020년의 26.9%에서 완만하게 증가하여서 2050년에는 32.3%로 현재의 고령화율보다 2배 정도 증가할 것으로 예상하고 있다.

국제적으로 보아도 지금부터 2025년까지 일본의 고령화율은 세계최고의 수준에 도달할 것으로 예상되고 있다. 이것은 태어난 아이의 절반이 남성은 80.24세, 여성은 86.85세이상의

2) 「국민생활기초조사」는 보건, 의료, 복지, 연금, 소득 등 국민생활의 기초적 사항을 조사하여, 후생 행정의 기획 및 운영에 필요한 기초자료를 얻을 목적으로 한 조사이다. 1986년에 처음으로 실시하였고 3년마다 대규모의 조사를 실시하여 세대 및 세대원의 상황을 종합적으로 조사하고 있다.

장수를 누릴 수 있는 사회가 된다는 것을 의미한다.



자료: 1995년까지는 総務庁統計局「国勢調査」, 2000년이후는 국립사회보장·인구문제연구소「日本の将来推計人口」(1998년1월추계)

<그림 2> 일본의 고령자의 추이와 장래추계(1950~2050년)

Ⅲ 장기요양서비스체계의 발달 과정

1. 노인보건복지의 태동기

2차 세계대전 이후, 일본에서는 평균수명의 증가에 따른 고령자의 증가, 산업구조의 변화로 인해 고령자의 취업이 줄어들고, 인구의 도시집중에 따른 핵가족화가 진행되어서 고령자를 둘러싼 환경이 변화하기 시작했다. 이러한 상황 가운데 고령자의 복지를 폭넓게 추진하고 발전시키기 위해서 「노인복지법」이 1963년에 제정되었다. 노인복지법의 제정은 그 때까지 저소득의 고령자에 한정되었던 정책(생활보호법)이 소득의 많고 적음을 떠나 사회적 지원이 필요한 고령자를 대상으로 하는 정책으로 전환되었다는 점에서 의미를 가지고 있다.

노인복지법의 구체적인 시책으로는 노인복지시설의 설치, 건강진단의 실시, 사회참가의 장려 등을 포함하고 있다. 그 중에 노인복지시설에 대해서는 생활보호법에 위치했던 양로시설이 요양노인홈이라고 하는 유형으로 이어진 것과 새롭게 특별요양노인홈과 경비(經費)노인홈이라고 하는 유형이 포함되었다.³⁾

또한 1973년 노인의료비지급제도가 실시되어 70세 이상의 고령자에 대해서 의료보험의 본인부담분을 국가와 지방정부단체의 조세로 지급하도록 하여 노인은 본인부담 없이 의료서비스를 이용할 수 있게 되었다. 이 제도로 인해서 경제적인 이유로 진료를 받지 못하는 경우는 없어졌지만, 건강에 대한 자각이 약해지고, 과잉 진료를 초래했다.⁴⁾ 그리고 이 제도의 도입 이후로 노인의료비는 급등하게 되어 각 의료보험의 재정을 압박했다.

이러한 문제점 때문에 고령자의 의료비부담의 공평성과 장년기부터의 종합적인 보건대책에 의한 고령자의 건강의 확보를 목적으로 노인보건법이 1982년에 제정되었다. 노인보건법에서는 70세 이상의 고령자가 진료를 받을 때 일정액을 본인이 부담하도록 하는 정액부담을 새롭게 도입하고 건강유지의 자조노력을 촉진시키기 위해서 과도한 진료를 막고 세대간의 부담의 형평성을 도모하는 것을 목적으로 하고 있다. 또한 40세 이상의 주민을 대상으로 건강상담과 기능훈련 등 각종의 보건사업을 실시하고 예방에서 치료, 재활, 재택요양⁵⁾에 이르기까지 일괄된 보건의료서비스를 제공하는 것을 포함하고 있다.

고령자복지 분야에서는 1970년대 중반까지는 시설설비에 중심을 두었지만, 1970년대 중반 이후에는 생활을 지원한다는 관점에서 재택복지가 중요하다는 인식이 높아졌다. 현재 재택

3) 요양노인홈은 경제적으로 궁핍한 고령자를 대상으로 하고 있는 반면, 특별요양노인홈은 소득에 상관없이 심신의 장애가 심해서 개호를 필요로 하고 있지만 자택에서 요양을 받기 곤란한 고령자를 대상으로 하고 있다.

4) 의료기관은 고령자로 붐비게 되었고 「3시간대기 3분진료」의 문제가 대두되기 시작했다.

5) 재택(在宅)이라고 하는 의미는 “집에서”라는 의미이고 시설복지와 반대되는 의미로 재택복지라고 쓰여진다.

개호서비스의 중심이 되는 3가지 시책인 주간보호(通所介護)(데이서비스: day service), 단기 입소생활개호(숏스테이: short stay), 방문개호(홈헬퍼서비스: home helper service)가 제도화된 것도 이 시기였다. 또한 증상이 거의 안정되고 병원에서의 입원치료보다는 간호 개호 기능훈련에 중점을 둔 케어를 필요로 하는 고령자에게 필요한 의료케어와 일상생활 서비스를 제공하기 위한 시설로 1986년에 노인보건시설이 창설되었다.

2. 골드플랜의 실시(본격적인 노인보건복지의 정비)

1) 골드플랜의 주요항목

후생성은 1990년에 21세기의 초고령화 사회를 준비하기 위해서 향후 10년간 정비해야할 목표수준을 구체적으로 제시한 「고령자 보건복지추진 10개년 전략」(골드플랜)을 책정하고 실시했다.

노인의 장기요양에 관한 주요 항목들을 살펴보면 첫째로 「재택복지추진 10개년 사업」이 있다. 여기에서는 1999년의 목표수치로써 ①홈헬퍼(Home Helper)10만 명 ②숏스테이(Short Stay)(특별요양노인홈 등에 병설하는 단기노인위탁사업)5만병상 ③데이서비스(day service)(당일로 노인에게 개호서비스를 공급하는 사업) 10만 명 ④재택개호지원센터(가까운 곳에 가벼운 마음으로 전문가에 의한 상담·지도를 받을 수 있는 창구, 간호사, 개호복지사 등을 배치)의 창설 및 확충을 들 수 있다.

두 번째는 「와상노인제로작전의 전개」이다. 일본에 있어서는 와상노인이 아니라 눕혀져 있는 노인⁶⁾이기 때문에 새롭게 와상노인이 발생하는 것을 막을 수 있고 이 목표를 달성하기 위해서 ①뇌졸중 후유증이 있는 고령자 등이 일상생활기능을 확보하기 위해서 기능훈련을 받기 쉽게 하는 체제의 정비 ②뇌졸중 등으로 입원한 고령자의 퇴원후의 적절한 서비스가 원활하게 제공되어지기 위해서 뇌졸중정보시스템의 정비 ③와상은 예방할 수 있다라고 하는 계몽, 보급활동을 전개하기 위한 건강교육 등이 실시된다.

세 번째는 「시설대책추진 10개년 사업」으로 ①입소대기자를 신속하게 해결하고 필요가 있는 고령자는 언제라도 이용 가능하도록 특별요양노인홈에 24만 병상을 신설하고 ②입원 치료를 필요로 하지 않는 개호필요노인의 가정복귀를 목표로 해서 노인보건시설을 28만 병상 확충하고 ③혼자 사는 노인이나 노부부만의 고령자생활의 필요를 확보하기 위해서 새로운 타입의 경비(經費)노인홈으로써 케어하우스(Care House) 10만 명분을 정비하며 ④과소지역의 고령자에 대해서 개호지원기능, 거주기능 및 지역에 있어서 교류기능을 종합적으로 소

6) 와상노인의 본래의 의미는 신체기능의 저하로 거동하지 못하는 노인을 말한다. 눕혀져 있는 노인이라고 하는 의미는 신체기능이 약화되어 있는 노인의 요양은 신체기능회복이라고 하는 측면보다는 수발을 편하게 하기 위해서 병상에 눕혀놓은 상태로 요양을 함으로 인해 더욱 신체기능의 약화로 이어져 결국은 와상노인으로 되어지는 것을 의미한다.

규모의 복합시설로써 과소지역고령자생활복지센터를 400개 정비하는 등이 그 주요내용이다. 그 외 ⑤장수사회복지기금의 설치나 ⑥고령자의 삶의 보람대책의 추진 ⑦장수과학연구추진 10개년 사업 등의 내용이 있으며 10개년간의 총사업비는 6조 엔의 대형프로젝트였다.

2) 골드플랜의 현안과제

(1) 재택복지체계

프로젝트 발족 당시 각종 시책목표를 실현하는데 있어서 다음과 같은 과제가 현안으로 대두되었다. 재택복지체계확충 중에서 첫째로 홈헬퍼, 간호사 등의 인력 확보이다. 질이 높은 인력을 확보하기 위해서는 근무조건 개선, 연수의 확충, 인재의 적극적 등용, 시설간의 인사교류 등, 의욕과 능력이 평가되어지는 매력 있는 직장 만들기가 전제되어야 하고 더욱이 헬퍼지망자의 사회적 평가향상이나 이미지 향상을 도모하기 위해서 적극적인 PR 등을 실시하는 것도 필요하다. 인재 확보의 대상으로서는 육아가 끝난 여성이나 인생의 경험이 많은 중년, 중심적인 존재로는 개호복지사 등의 자격이 있는 사람이 기대되고 있었다. 특별히 개호복지사는 개호에 대한 전문적 지식과 기술을 습득한 국가자격이고 개호서비스의 질과 생산성의 향상, 가족개호자에의 원조 조언 등에 중요한 역할을 할 것으로 기대되었다.

두 번째로 홈헬퍼 요원의 수준설정이 유럽제국보다도 낮은 것도 지적되었지만 자녀와의 동거율이 낮고 외부서비스에 의존하기 쉬운 유럽의 고령자와 비교해서 일본의 고령자는 가족과의 동거율도 높고 그 생활양식이나 가족부양양식의 차이를 고려하면 가족에 의한 개호를 지원하기 위해서는 헬퍼 뿐만 아니라 데이서비스, 숏스테이를 종합적으로 조합하는 것이 바람직한 시책으로 생각되어진다.

(2) 시설복지의 정비

골드플랜을 달성하기 위한 시설의 정비에 대해서는 첫째로 땅값이 높은 도시부에 있어서 용지취득이 문제가 된다. 개호를 필요로 하는 생활을 측면에서 지원하기 위해서는 서비스기능을 가진 시설의 적절한 배치가 기본이 되기 때문에 지방자치단체가 공용지의 우선적인 활용, 다른 복지, 의료시설 등과의 복합화를 적극적으로 추진할 필요가 있다. 여기서는 보건, 의료, 복지의 각 요소에 의해서 구성된 시스템이 유기적으로 기능하는 고령자가 살기 편한 마을 만들기가 요구되어지고 있다.

둘째로 앞으로 재택개호에 있어서 가족은 물론 헬퍼(helper) 등 전문가의 개호기능을 최대한 활용하기 위해서는 그것에 맞는 주거장소의 확보가 대전제가 된다. 따라서 개조 가능한 자택에서 사는 고령자에게는 개축상당제도나 낮은 이자의 융자제도의 확충에 의해서 개호기기도 활용할 수 있는 주택개조의 보급이 필요하다. 심신의 허약화가 진행된다 하더라도 주택의 개조는 노인이 자립한 생활유지를 위해서는 상당한 역할을 할 것으로 기대된다. 따라서 다음에 검토하는 개호서비스공급시스템의 정비도 중요과제이지만 개호를 필요로 하는 사람의 일상생활을 자연스럽게 지원하기 위해서 문턱의 제거, 손잡이의 설치 등의 작은 주

택개조도 긴급한 과제이다. 또 주택확보가 어려운 노인이나 보다 안심할 수 있는 주택을 원하는 노인에게는 케어하우스(care house)의 대폭적인 정비나 공공주택과 복지서비스를 하나로 한 실버하우징(silver housing)의 적극적인 추진을 도모하는 것이 필요하다.

3) 골드플랜중 노인개호대책의 현황

(1) 시설복지대책

공적인 시설로는 ①요양노인홈, ②특별요양노인홈, ③경비노인홈, ④노인복지센터라고 하는 4가지의 종류가 노인복지법 제14조에 규정되어 있고 각각은 다음과 같은 상황에 있는 사람을 입소대상으로 하고 있다. 또한 이런 시설의 개설, 관리, 운영 등에 대해서는 노인보건법이 적용되고 있다.

①**요양노인홈**: 원칙적으로 연령 65세이상, 저소득자로 신체, 정신, 환경 등의 이유로 집에서 생활하기가 곤란한 상황에 있는 사람을 대상으로 하고 있다.

②**특별요양노인홈**: 원칙적으로 연령 65세이상, 신체상 또는 정신상의 현저한 장애 때문에 통상적인 개호를 필요로 하는 사람으로 집에서 적절한 개호를 받는 것이 곤란한 사람을 대상으로 하고 있다. 이러한 시설의 설치주체는 지방공공단체 또는 사회복지법인이고, 입소는 지방공공단체에 의한 조치(措置)⁷⁾의 결정에 기초해서 시행되고 있다. 또 시설의 운영사업은 입소자 또는 그 부양의무자의 책임능력에 상응하는 비용의 징수와 공비로 충당한다.

③**경비(經費)노인홈**: 60세이상, 일정소득 이하의 사람으로 가정환경, 주택사정 등의 이유로 집에서 생활하기가 곤란한 사람이 대상이 된다. 이 시설은 주택에 가까운 성격을 가지고 현재 A형, B형, 케어하우스(care house)의 세 종류가 있다. 또한 케어하우스는 케어에 중점을 두면서 노인의 자립생활을 목적으로 해서 1989년에 창설한 신형시설이다. 이러한 시설에의 입소는 본인과 시설과의 계약에 기초해서 입소자가 기본적으로는 시설운영비용의 전액을 부담한다.

④**노인복지센터**: 무료 또는 낮은 요금으로 노인으로부터 각종의 상담에 응해서 건강의 증진, 교양의 향상, 레크레이션 등을 종합적으로 제공하는 것을 목적으로 하는 시설이다. 각각의 입소현황은 <표 2>와 같다.

7) 조치제도라고 하는 것은 사회복지법에 근거하여 서비스를 받는 대상자 및 그 내용을 시정촌이 결정하는 제도. 이용자인 고령자의 선택권은 없고 행정에 의한 구제·보호라는 성격을 가진다.

<표 2> 시설복지서비스의 추이

	홈헬퍼(인)	쫄스데이(병상수)	데이서비스(개소)	재택개호지원센터(개소)
1975	11,620	-	20	-
1980	13,220	-	40	-
1985	21,613	-	96	-
1990	35,905	8,674	1,780	300
1991	40,905	11,675	2,630	700
1992	46,405	15,674	3,480	1,200
1993	52,405	19,674	4,330	1,800
1994	59,005	25,827	5,273	2,472
1995	92,482	30,627	8,643	3,472
1996	122,482	36,727	10,322	4,672
1997	151,908	44,834	12,084	6,172
1998	167,908	56,772	15,006	8,564

자료: 厚生労働省, 厚生白書, 각 연도.

(2) 재택복지대책

재택복지대책사업으로는 ①홈헬퍼 파견사업, ②데이서비스 사업, ③쫄스데이 사업, ④재택개호지원센터사업 등이 있다. 법적으로는 노인복지법의 「노인홈에의 단기간입소 등」 이나 「노인가정봉사원에 의한 도움」 등에 근거를 두고 있다.

<표 3> 재택복지서비스의 추이

	특별요양노인홈(인)	노인보건시설(인)	경비노인홈(인)	노인복지센터(개소)
1994	216,199	139,811	23,700	200개
1995	231,509	165,811	30,700	240개
1996	247,109	191,811	38,200	280개
1997	262,709	220,811	51,350	320개
1998	289,155	249,811	73,400	570개

자료: 厚生統計協會, 国民の福祉の動向, 第40卷, 第12号.

厚生労働省, 厚生白書, 각 연도.

① 홈헬퍼파견 사업: 시정촌이 직접 또는 사회복지협회 등에 위탁해서 신체상 또는 정신상의 장애에 의해서 일상생활에 지장을 초래하는 개호필요노인이 있는 가정에 홈헬퍼를 파견하는 것으로 신체의 개호서비스, 가사원조서비스 및 이것과 관련된 일상생활을 지원하는 사업이다. 당초 저소득가정에는 무료로 파견했지만, 1982년의 개정에 의해서 소득세과세세대에 대해서는 유료로 파견하게 되었다. 또 홈헬퍼와 간호사, 사회사업가의 연계에 의해서 1991년에 창설된 팀방식 추진사업은 질이 확보된 홈헬퍼서비스를 제공하는 것으로 앞으로

활동이 기대되고 동시에 일정 이상의 자질이 있는 헬퍼를 양성하기 위해서 단계적 연수제도로 그 성과가 주목되는 부분이다.

② 데이서비스 사업: 재택의 허약한 노인 등을 대상으로 하고 생활지도, 일상동작훈련, 요양, 가족개호자 교실, 건강체크, 이송 등의 기본사업, 데이서비스센터에 다니게 해서 목욕, 급식서비스 등을 하는 사업, 외상노인, 중도신체장애자 등을 방문해서 목욕, 급식, 세탁 등의 서비스를 하는 방문사업 등이 있다. 이용대상자의 신체상황 등에 따라 A형(중개호형(重介護型)), B형(현행형), C형(경개호형(輕介護型)), 이용인원이 적은 D형(소규모형), 치매성노인을 대상으로 한 E형 등 사업내용의 특색도 가지고 있다.

③ 숏스тей 사업: 자택에 거하는 외상노인 등 또는 허약노인의 개호자가 병이나 출산 등의 사회적 이유는 물론이고 개호에 지쳤다면, 여행 등 사적인 이유로도 노인을 일시적으로(7일 이내를 원칙) 특별요양노인홈이나 빈 병상이 있는 요양노인홈 등 시정촌이 정하는 시설에서 보호하는 제도로 개호자의 부담경감에 의한 복지의 향상을 목적으로 1978년부터 사업이 시작되었다. 이용료는 이용사유에 관계없이 음식비에 상당하는 액수로 되어 있다. 그 외로 개호를 필요로 하는 노인과 그 가족을 단기간 홈에 체재시켜서 개호기술 등 습득하도록 하기 위한 홈케어촉진사업이나 야간의 개호가 곤란한 치매성노인 등을 일시적으로 야간에만 특별요양노인홈에 입소시키는 나이트케어(night care)사업도 행하고 있다.

④ 재택개호지원센터운영 사업: 사회사업가, 간호사 등의 전문가가 개호필요노인이 있는 가족에 대해서 재택개호에 대한 종합적인 상담에 응하는 것과 동시에 개호필요노인 및 개호를 하는 사람의 필요에 신속하게 대응하는 공적보건복지서비스 수급의 원활화를 도모하기 위해서 시정촌의 연락 정비를 하는 사업이다.

3. 신골드플랜

1) 신골드플랜 실시의 배경

골드플랜이 발족된 후 일본의 고령화진전은 사회적 입원이나 노인병원의 실태, 가정에 있어서 전기 노령자가 후기 노령자를 돌보는 상황들이 대중매체에서 다루어지면서 재택에서 개호필요노인을 사회적으로 돌보아야 할 필요성이 높아졌다. 플랜은 꾸준히 실적을 세워왔지만 높아지는 각종 서비스수요에 대해서 공급이 부족한 상태였다. 시설중심의 사회적 개호는 상당히 충실했지만 그래도 특별요양노인홈의 입소대기자는 많았다. 재택개호에 있어서 사회적 지원의 중심이 되는 방문간호스테이션도 실질적으로는 첫발을 디디는 수준이었다. 이러한 개호지원의 상태에서 후생성의 고령사회복지비전 간담회가 정리한 「21세기 복지비전-소자녀(小子女), 고령사회를 향하여」가 공표되었다. 그 중에는 개호지원체제를 한층

강화하기 위해 신골드플랜이 제언되고 현행 골드플랜에 대해서는 거의 그 전환기에 다다랐고 지역의 필요에 따라서 자치단체의 노인보건복지계획도 거의 준비되었고 골드플랜의 책정 후, 방문간호나 복지용구의 보급 확충 등 새로운 사업이 전개되어지고 있기 때문에 재검토의 필요성이 강조되고 신골드플랜은 서비스공급상황에 대한 문제제기를 표명하고 있다.

더욱이 신골드플랜의 책정에 있어서는 앞으로 고령자 개호필요의 증대 다양화에 대응하기 위해 시설서비스와 재택서비스를 통해서 목표수준을 한 단계 높이는 종합플랜으로서의 필요성을 강조하고 있다.

2) 신골드플랜의 내용

국민은 누구나 필요한 개호서비스를 받을 수 있는 시스템으로써 ①개호에 필요한 종합적인 서비스를 공급하는 시스템 ②고령자 본인의 의지와 전문가의 조언에 기초한 최적서비스의 선택이 가능한 시스템 ③다양하고 건전한 경쟁에 기초한 질 높은 서비스를 제공하는 시스템 ④개호비용을 국민전체가 공평하게 부담하는 시스템 ⑤시설 재택을 통한 공평한 비용 부담을 도모하는 시스템의 다섯 가지를 들고 더욱이 장애자의 개호를 병행하여 검토할 필요성을 이야기하고 있다. 특별히 종합서비스와 관련해서 골드플랜의 요지인 「보건·복지서비스」 정비가 신골드플랜에서는 「보건·의료·복지서비스」로 해서 의료면을 내세워서 재택에서의 가정의를 염두해 두었다는 것에 주목할 만하다. 또 앞에서 이야기했듯이 인력의 확보는 물론이고 자원봉사자에 의한 지역주민의 적극적인 참가촉진이나 일과 개호가 양립될 수 있는 고용시스템의 구축도 중요한 과제로 되어 있다. 신골드플랜의 책정에 있어서 개호서비스를 구체적으로 검토할 때의 기본적인 시점은 각 시정촌의 보건복지계획에 포함된 고령자의 필요에 대한 분석·평가를 한 후에 개호서비스 제공량을 늘려 서비스메뉴의 다양화, 서비스질의 향상에 기초한 개호서비스를 확충하고 재택개호 지원시책을 종합적으로 실시하는 것이 중점과제였다.

3) 노인방문간호스테이션

노인방문간호사업의 개요는 ①지역의 종합적 케어체제를 정비하기 위해서 의사의 판단에 기초해서 방문간호스테이션에서 간호서비스를 받은 재택노인에 대해서 노인방문간호요양비의 지급이라고 하는 재정적 뒷받침을 한 것 ②노인방문간호사업자는 후생대신이 정하는 인원 운영기준에 따라서 적정하게 노인방문간호를 제공할 수 있는 사람으로 지방정부(도도부현)의 지사가 지정한 사람이라는 것 ③노인방문간호요양비의 액수는 방문간호에 필요한 평균적 비용 등을 기초로 하고 중앙사회보험의료협회의 의견을 참고로 하여 기준을 산정하고, 이용자는 노인방문간호사업자에게 이용료를 지불한다고 규정되어 있다.

지금까지 의사의 왕진에 한정되어 있던 재택의료의 의사의 판단과 지시에 기초한 간호사 등에 의한 재택요양을 가능하게 하는 서비스제공시스템으로써 기대되어진다. 그러나 노인보건심의회나 사회보장제도심의회 제언에서도 강하게 지적되고 있듯이 ①의사의 지시 지도

하에 사업이 행해진다고 하는 것에 대한 확신의 필요성 ②현재 의료기관에서조차도 부족한 간호요원의 확보 가능성 ③스테이션의 관리자, 책임자의 명확성 ④주치의나 시정촌 등과의 연계, 연락체제의 명확성 등 해결해야 할 문제가 많이 남아있다.

4. 골드플랜21

(1) 골드플랜21의 실시배경

골드플랜21의 실시배경을 살펴보면 개호서비스 공급체계의 정비 등에 대해서는 지금까지 신골드플랜에 의해서 추진되어져 왔지만, 그 계획기간이 1999년도로 끝났기 때문에 2000년도 이후 개호보험의 도입이라고 하는 새로운 상황에 어떻게 대처해야 하는가가 커다란 과제가 되었다. 이러한 상황에서 정부는 신골드플랜 이후의 새로운 플랜을 책정하는 방침이 결정되었다. 그리고 1999년 말에는 전국의 도도부현의 보고에 기초하여 개호보험사업계획 작성의 중간과정에서 파악한 65세 이상 고령자인구 등의 예상과 재택서비스, 시설서비스의 양의 예상에 대해서 전국적인 집계치가 공개되었다. 이러한 과정을 거쳐서 최종적으로는 1999년 12월에 향후 5개년의 「고령자보건복지시책의 방향」(골드플랜21)이 책정되어 2000년부터 개시하게 되었다.

(2) 골드플랜21의 기본방향

골드플랜21의 기본적인 생각은 신골드플랜의 종료와 개호보험제도의 도입이라고 하는 새로운 상황을 맞이하여 주민에게 가장 밀접한 지역에 있어서 개호서비스 기반의 정비와 함께 개호예방, 생활지원 등을 양측으로 하여 추진함으로써 고령자의 존엄 확보 및 자립지원을 도모하고 가능한 한 많은 고령자가 건강하게 삶의 보람을 가지고 사회활동을 할 수 있는 사회를 만드는 것이다. 이러한 골드플랜21의 기본방향은 우선 네가지의 기본적인 목적을 들고 그 실현을 위한 시책을 전개하는 것으로 하고 있다. ①가능한 한 많은 고령자가 건강하게 삶의 보람을 가지고 사회참가를 할 수 있도록 활력 있는 고령자 상을 구축한다.(활력 있는 고령자 상의 구축) ②지원이 필요한 고령자가 자립된 생활을 존엄을 가지고 생활할 수 있도록 또한 개호가족자의 지원이 가능하도록 개호서비스의 질과 양을 확보하는 것이다.(고령자의 존엄확보 및 자립지원) ③지역에 이러한 고령자에 대한 지원체제가 정비되도록 주민들이 서로 협조하는 지역사회를 만드는 것이다.(서로 공조하는 지역사회건설) ④계약에 의한 서비스제공이라고 하는 새로운 구조가 이용자중심으로 정착할 수 있도록 개호서비스의 신뢰성 확보를 도모하는 것이다.(이용자로부터 신뢰받는 개호서비스 확립)

골드플랜21의 기본방향을 시행하기 위한 구체적인 시책에 대해서는 개호서비스 기반의 정비와 함께 건강, 삶의 보람, 개호예방, 생활지원대책을 양측으로 하면서 진행하는 것이 중요하다는 관점에서 6개의 중심역할을 국가, 도도부현, 시정촌이 6개의 중심역할을 적절하게 시책을 전개해야 한다고 명시하고 있다.

- ① 「개호서비스기반의 정비」이며, 이는 지원이 필요한 고령자에 대한 개호서비스를 질적으로 양적으로 확보하기 위한 시책이다.
- ② 「치매성 고령자 지원대책의 추진」이며 향후 일본에서 급속하게 증가할 것으로 예상되는 치매성 고령자에 대한 대책은 앞으로 중점과제의 하나이다.
- ③ 「건강한 고령자 육성대책의 추진」이다.
- ④ 「지역생활지원체제의 정비」 건강한 고령자도 지원이 필요한 고령자도 함께 지역에 있어서 생활을 지원하는 체제 만들기를 하는 것으로 배식이나 외출지원 등의 생활지원서비스와 거주환경의 정비도 추진하는 것으로 되어 있다.
- ⑤ 「이용자보호와 신뢰할 수 있는 개호서비스의 육성」이며 「조치제도」에서 계약으로 크게 구조가 변화했기 때문에 개호서비스의 신뢰성 확보를 도모하는 것이 앞으로 중대한 과제가 된다.
- ⑥ 「고령자의 보건복지를 지탱하는 사회적 기초의 확보」이며 장수과학, 복지교육, 마을 만들기, 국제교류 등 고령자의 보건복지의 기초를 지탱하는 토대강화에 노력하는 것이다. 이와 같이 골드플랜²¹은 시설이나 재택의 공급체계의 확충이라는 면보다는 기존의 서비스의 내실화에 중점을 두었다고 할 수 있다.

IV 개호보험제도의 개요

1. 장기요양보험의 목적과 기본이념

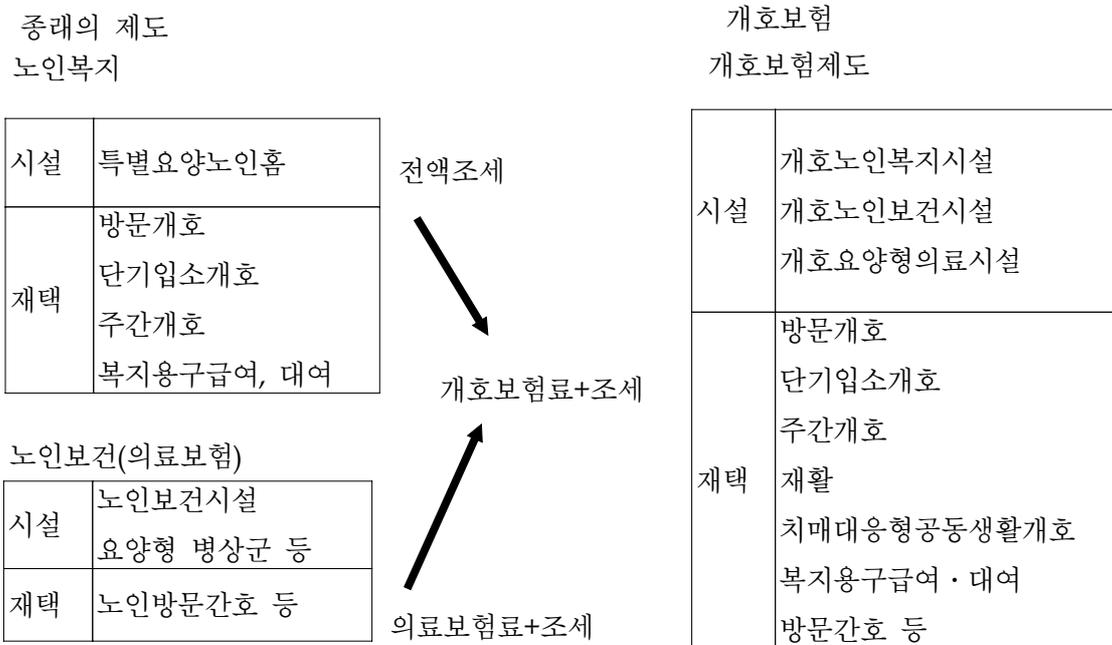
1) 개호보험제도의 목적과 기본이념

급속한 고령화의 진전, 외상노인과 치매고령자의 급증, 가족의 개호기능의 변화 등의 영향으로 고령자의 개호문제는 노후 최대의 불안요인이 되었다. 그러나 지금까지 고령자개호 서비스는 노인복지와 노인보건이라고 하는 두 가지의 다른 제도하에서 제공되어 왔다. 이러한 이유로 인해 이용절차나 이용자부담의 면에서 불균형이 있었고 종합적이고 효율적인 서비스의 이용이 불가능했다. 또 노인복지제도에서는 행정이 서비스의 종류, 제공기관을 일률적으로 정하기 때문에 이용자가 서비스를 자유롭게 선택할 수 없다. 노인보건제도에서는 개호의 주된 목적인 일반병원에서 장기입원이 발생하는 등 의료서비스가 비효율적으로 제공되는 문제를 가지고 있다.

<표 4> 고령자 개호에 관한 이전 제도의 문제점

노인복지	노인의료
<ul style="list-style-type: none"> ○ 대상이 되는 서비스 <ul style="list-style-type: none"> · 특별요양노인홈 등 · 방문개호(홈헬프서비스), 주간개호(데이서비스) 등 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 대상이 되는 서비스 <ul style="list-style-type: none"> · 노인보건시설, 요양형 병상군, 일반병원 · 방문간호, 주간재활센터(데이케어) 등
<p>(문제점)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 시정촌이 서비스의 종류, 제공기관을 결정하기 때문에 이용자가 서비스를 선택할 수 없다. ○ 소득조사가 필요하기 때문에 이용할 때에는 심리적인 저항감이 있다. ○ 시정촌이 직접 또는 위탁에 의해서 제공하는 서비스가 기본에 되기 때문에 경쟁원리가 작용하지 않고 서비스내용이 획일적으로 되기 쉽다. ○ 본인과 부양의무자의 수입에 따라서 이용자 부담이 되기 때문에 중고소득자에게는 부담이 크다. 	<p>(문제점)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 복지서비스의 기반정비는 충분하지 못한 것과 함께 중고소득자에게는 입원의 경우가 이용자 부담이 낮기 때문에 개호를 이유로 해서 일반 병원에 장기입원하는 문제가 발생한다. ○ 치료를 목적으로 하는 병원에서는 직원배치나 생활환경의 면에서 개호를 필요로 하는 사람에게 장기에 걸쳐 요양하는 장소로써는 체제가 불충분하다.

개호보험제도는 이러한 양 제도를 재편성해서 국민의 공동연대의 이념에 기초해서 급여와 부담의 관계가 명확한 사회보험방식으로 사회전체가 개호를 담당하는 새로운 구조를 만들어서 이용자는 선택에 의해서 보건·의료·복지에 걸친 개호서비스가 종합적으로 이용될 수 있도록 하는 것이 그 목적이다. 구체적으로 살펴보면, 개호를 필요로 하는 상태가 되어도 자립한 생활을 할 수 있도록 고령자의 개호를 전국민이 지지하는 구조를 만드는 것이다. 둘째는 개호서비스계획작성사업자에게 상담함으로써 지금까지는 복지와 의료로 나뉘어져서 창구도 일원화되지 않아서 이용하기 어려웠던 개호서비스를 종합적으로 받을 수 있도록 하는 구조를 만드는 것이다. 셋째로 사회보험제도를 채택함으로써 행정기관이 이용자의 필요나 소득 등을 심사해서 행정처분으로써 서비스의 이용이나 내용, 제공기관을 결정하였던 이전의 조치제도와는 다르게 이용자에 의한 서비스의 선택이 가능하도록 하는 구조를 만드는 것이다.



<그림 3> 종래의 노인복지제도·노인보건제도의 재편성

2) 개호보험제도의 의의

개호보험제도의 창설은 행정과 재정의 개혁, 민간부분의 활성화와 규제완화, 지방분권이 라고 하는 사회경제의 구조개혁이 진행되고 있는 가운데 모든 부분에 있어서 커다란 의의를 가진다. 그 주요한 의의를 살펴보면 다음과 같다.

첫째로 앞으로 증가할 것으로 예상되는 개호비용을 장래에 걸쳐서 안정적으로 확보하기 위해서 보험료부담과 급여 서비스와의 대응관계를 명확하고 국민의 연대 상호부조에 기초한 사회보험방식으로 대응하게 되었다는 점이다.

둘째로 개호서비스를 이용하는 고령자의 시점에서의 제도라는 점이다. 개호보험제도에 있어서는 고령자 자신이 서비스의 종류 내용이나 제공사업자 등의 선택을 할 수 있게 되어서 개호서비스의 이용자본위의 제도가 되었다. 개호보험제도의 창설을 계기로 해서 그러한 생각과 같은 방향으로 1997년도에 보육원의 입소조치제도가 이용자의 선택에 의한 이용제도로 변경되었고 2003년부터는 장애인복지에 대해서도 지원비제도에 의해 이용자본인의 의사가 존중되는 구조로 개혁되게 되었다.

셋째로 고령자가 개호서비스를 적절하게 받을 수 있도록 전문직의 연계협력에 의한 개호지원서비스의 구조가 도입되는 것과 함께 이용절차 이용요금체계 재원부담의 구조가 통일되었다는 점이다. 개호지원서비스는 개개의 이용자의 개별성을 존중해서 그 생활 전반의 상황을 종합적으로 파악해서 고령자의 입장에서 서비스이용의 조정을 하는 것에 의해서 가장 적합한 서비스를 계속해서 확보해 가는 기능을 하게 된다.

넷째로 시장기능 시민활력의 활용 규제완화를 크게 진행시키게 된 점이다. 현재 시정촌장에 의한 조치제도를 폐지하고 이용자와 서비스제공사업자와의 계약관계에 개선하는 것과 함께 민간사업자나 비영리조직의 다양한 공급주체의 참여를 인정하는 것으로 인해 서비스 제공량의 확대를 촉진하는 것과 함께 이용자에 의한 서비스선택의 폭을 넓혔다. 또 의료보험제도에서는 원칙적으로 인정되지 않았던 보험급여의 대상서비스와 그 외에 서비스와의 조합이 탄력적으로 인정되었다.

다섯째로 고령자본인을 피보험자본인으로 위치 지어졌다. 개호보험에서는 처음으로 고령자도 현역 세대와 같이 피보험자로 위치 지어졌다.

여섯째로 개호보험제도의 실시운영에 있어서 보험자는 시정촌이 되었다는 점이다. 개호서비스는 고령자가 거주하는 지역을 기반으로 전개되는 것이 바람직하다는 점에서 개호의 보험자는 원활하고 적절한 운영을 할 수 있도록 재정적 실무적인 다양한 지원조치를 해야 한다는 것을 전제로 시정촌이 되었지만, 지방분권이라는 커다란 흐름에도 부합되는 것으로 평가받고 있다.

2. 개호보험제도의 참여자

1) 피보험자

피보험자는 보험제도의 목적인 보험사고가 발생하였을 경우에 보험의 적용을 받는 주체로서 손해 등의 보상을 받는 사람을 가리킨다. 개호보험제도에서 피보험자는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자로 분류하고 있다. 제1호 피보험자는 시정촌의 구역 내에 주소를 두고 있는 65세이상의 사람이다. 보험자에 의한 피보험자과약을 확실하게 하기 위해서 제 1호 피보험자에게는 주소이동 등에 대해서 신고할 의무가 있다. 제2호 피보험자는 시정촌의 구역 내에 주소를 두고 있는 40세이상 65세 미만의 의료보험가입자이다.

개호보험은 보험사고의 리스크를 분산시키는 것과 함께 건강한 사람이 가입을 회피하여

서 높은 리스크를 가진 사람만 보험에 가입하게 되는 역선택을 방지하기 위해서 사회보험의 구조로 채택하고 있다. 피보험자에게는 피보험자증이 교부된다. 개호필요인정을 받을 때 급여대상의 서비스를 받을 경우에는 피보험자증을 제시하지 않으면 안 된다. 단, 신체장애자 요양시설의 입소자, 그 외의 후생노동성령으로 규정되어 특별한 이유가 있는 사람에 대해서는 개호보험의 피보험자에서 제외된다.

<표 5> 개호보험제도에 있어서 피보험자·수급권자에 대해서

	제1호 피보험자	제2호 피보험자
대상자	65세 이상인 사람	40세이상 65세미만의 의료보험가입자
수급권자	○개호가 필요한 사람(와상, 치매) ○지원이 필요한 사람(허약)	왼쪽의 경우중 초기노인성치매, 뇌혈관장애등의 노화에 의한 질병
보험료부담	시정촌이 징수	의료보험자가 의료보험료로 징수해서 급여금으로 일괄해서 납부
부과·징수의 방법	○소득단계별 정액보험료 (저소득자의 부담경감) ○일정액 이상의 연금수급자는 연금의 원천징수	○지역보험: 건강보험표준보수×개호보험료율 (사업주부담있음) ○국민건강보험소득비례와 균등비례로 부과 (국고부담있음)

자료: 厚生統計協會, 『保險と年金の動向』, 1999년.

2) 보험자(관리운영자)

개호보험의 운영주체인 보험자는 주민에게 가장 근접한 행정단위인 시정촌으로 되어 있다. 보험자를 시정촌으로 결정한 이유는 첫째, 개호서비스의 지역성, 시정촌의 노인복지나 노인보건사업의 실적을 감안한다면 급여주체로써는 시정촌이 적절하다는 것이고, 둘째는 보험료의 설정, 징수, 관리는 지역마다의 서비스수준의 반영과 와상예방 등의 시정촌에 의한 노력이 반영되기 쉬운 것을 고려하면 급여주체가 함께 담당하는 것이 바람직하고 재정주체도 시정촌이 적당하다. 셋째 지방분권의 흐름을 생각할 때 시정촌이 적정하다.

보험자인 시정촌은 보험의 실시운영주체이다. 일정한 요건에 해당하는 사람을 피보험자로 강제 가입시켜서 보험료의 징수 등 피보험자관리를 하는 것과 동시에 보험료수입과 정부로부터의 부담금 등을 재원으로 보험재정의 적정한 운영을 도모하면서 청구심사지불의 처리, 개호서비스의 기반정비와 함께 보험사고가 발생하였을 경우에는 보험급여를 지급한다. 또 그 위에 국가, 도도부현, 의료보험자, 연금보험자가 시정촌을 지원하는 것으로 되어 있다. 그 역할을 살펴보면 각각 다음과 같다.

국가는 ①제도전체의 구조의 설정, ②개호필요인정, 보험급여, 사업자 시설 등의 기준 설정 ③보험자, 사업자 시설 등의 적정한 사업운영을 위한 지도 등, ④시정촌의 안정적인 재정운영을 위한 각종 기원, ⑤비용의 부담(개호급여비전체의 4분의 1의 국고보조와 재정안정

기금을 부담)을 담당한다.

도도부현은 ①보험자, 사업자 시설 등의 적정한 사업운영을 위한 지도, ②재정안정화기금의 설치, 시정촌으로부터의 개호필요인정에 관한 심사관정사무를 수탁하는 등의 보험자지원, ③개호서비스의 기반정비, ④불복심사청구의 처리, ⑤비용의 부담(개호급여비 전체의 8분의 1과 재정안정기금을 부담)을 담당한다.

한편 각 의료보험자는 각각에 소속되어 있는 40세이상 65세미만의 제 2종 피보험자의 부담을 의료보험료로써 징수하고 사회보험진료보수지불기금에 납부한다. 또한 연금보험자는 연금을 지불할 때 65세 이상의 제1호 피보험자의 보험료를 원천징수해서 납부한다.

3. 재정과 비용부담

1) 사회보험 재정의 기본

사회보험의 재정은 일반회계와는 달리 재원·수입이 없다고 해서 피보험자에 지불되는 보험급여비를 억제하는 것은 불가능하고 변동하는 지출에 대해서 수지가 균형이 이루어지도록 보험료율을 설정하던지 아니면 일정한 공비를 확보하는 등의 조치가 이루어지지 않으면 안 된다. 또 재정관리의 적정성을 도모하기 위해서 특별회계가 설정되어 있다.

사회보험에는 의료보험과 같이 당해 연도나 수년 도에 있어서 수지의 균형을 맞추어야 하는 단기 보험과 공적연금과 같이 재정을 적립시켜 장기간에 걸쳐서 수지의 균형을 맞추는 장기보험이 있다. 개호보험은 단기보험이고 필요한 재정은 당해 연도에 조달하지 않으면 안 된다. 사회보험의 비용은 보험급여에 필요한 비용, 급여에 관련한 보건사업 등의 부대사업 등의 경비, 사업의 관리운영을 위한 사무적인 경비로 크게 나눌 수 있다. 각각의 경비의 내용·성격에 따라서 피보험자의 보험료, 서비스를 이용할 때의 이용자의 부담, 국가·지방 공공단체의 공비, 사업주의 부담 등의 비용의 분담방법이 법률로 정해져 있다.

2) 개호보험의 재원구성

개호비용에서 이용자부담을 제외한 금액을 급여비라고 한다. 급여비의 절반을 공비(세금을 재원으로 해서 국가·지방공공단체의 부담금)로 조달하고 나머지 절반은 보험료재원으로 조달한다.

<표 6> 비용의 부담비율(전국)

보험료 (50%)	제1호 보험료 17%	제1호 피보험자와 제2호 피보험자의 인구비율에 기초한 비율이다
	제2호 보험료 33%	
공비(50%)	시정촌 12.5%	
	도도부현 12.5%	
	국비 25%	(이 중 5%는 시정촌의 후기고령자비율(75세이상)과 소득 수준 등에 따라 재정조정조치로 교부된다.)

3) 공비부담

보험자인 시정촌의 급여비의 절반은 공비가 부담한다. 그 중에서 개호필요자에의 개호급여 및 지원필요자에게 예방급여의 비용의 합계액의 20%를 정율로 국가가 12.5%를 시정촌 및 도도부현이 정율로 각각 부담한다. 이것은 급여비의 실적에 따라서 의무적으로 교부되는 것이기 때문에 급여비의 실적이 확정되었을 때에 정산되고 부족분에 대해서는 조정된다. 또한 국가는 전 시정촌의 총급여비의 5%에 해당하는 금액을 조정교부금으로 교부한다. 이것은 시정촌간의 재정력격차를 조정하기 위하여 사용되기 때문에 개개의 시정촌의 입장에서 보면 5%미만의 시정촌도 있고 5%이상을 교부 받는 곳도 있다.

다음과 같은 보험자로서는 어쩔 수 없는 이유로 인하여 보험료수준에 커다란 격차가 생기지 않도록 조정교부금제도가 있다. 개호필요상태의 발생확률이 높은 후기고령자의 비율은 시정촌간 격차가 크다. 제1호피보험자의 소득의 격차도 크다. 소득이 낮은 사람의 비율이 높은 시정촌에서는 보험료율의 수준이 높게 된다. 재해시에는 보험료의 징수에는 한계가 있고 보험료의 감면하면 수입이 격감한다.

<표 7> 조정교부금의 에 관한 개념도

후기고령자비율이 낮고, 소득수준이 높은 시정촌의 경우	후기고령자비율 및 소득수준이 평균인 시정촌의 경우	후기고령자비율이 높고, 소득수준이 낮은 시정촌의 경우
제2호 보험료 (33%)	제2호 보험료 (33%)	제2호 보험료 (33%)
제1호 보험료 (20%)	제1호 보험료 (17%)	제1호 보험료 (12%)
↓ ↓		↑ ↑
조정교부금(2%)	조정교부금(5%)	조정교부금(10%)
국가의 정률부담 20%	국가의 정률부담 20%	국가의 정률부담 20%
도도부현 (12.5%)	도도부현 (12.5%)	도도부현 (12.5%)
시정촌 (12.5%)	시정촌 (12.5%)	시정촌 (12.5%)

4) 보험료

급여비의 절반은 보험료재원에서 조달한다. 보험료는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자의 평균적인 일인당의 보험료가 거의 같은 부담수준이 되도록 각각의 부담비율이 정해진다. 즉 공비 분을 제외한 급여비를 제1호 피보험자와 제2호 피보험자의 총인원수 비율로 나누는 것을 기본으로 하고 있다.

따라서 보험료 총액 중에서 제2호 피보험자 전체가 부담해야 할 비율은 전국의 피보험자 총수(2000년, 약 6,500만명)에서 차지하는 제2호 피보험자총수(약 4,300만명)의 비율이다. 고령화의 진전으로 제1호 피보험자의 수가 증가하면 제2호 피보험자 그룹의 부담총액의 비율은 낮아지게 된다. 2003년도부터 2005년도의 사업운영기간에 있어서 이 비율은 32%로 예상된다.

보험자인 시정촌의 개호보험특별회계에 대하여 해당 시정촌의 급여비에 이 제2호 피보험자의 부담비율을 곱해서 얻어진 금액이 사회보험진료보수지출기금에서 정률로 교부된다. 따라서 시정촌이 제1호 피보험자에게 징수해야 할 보험료는 급여비에서 국가 등의 부담금 및 지출기금에서 교부되는 금액을 제외한 금액이 된다. 또한 법정급여비이외에 재정안정화기금에의 각출금 및 상환금, 시정촌 독자의 보험급여의 추가분, 보건복지사업에 해당하는 비용은 제1호 보험료에 의해서 조달된다.

5) 사무비

개호보험사업에 드는 사무비용은 시정촌의 일반재원에서 조달하게 되어 있다. 단지 개호 필요인정 등의 사무는 개호보험제도에 있어서 새로운 사무인 것을 감안해서 국가는 시정촌에 대해서 개호필요인정 등에 필요한 비용의 2분의 1에 해당하는 금액을 사무비교부금으로 교부하고 있다.

6) 재정안정화기금 등

① 재정안정화기금

기금의 설치목적은 예상이상의 보험료 징수율이 저하하거나 급여비가 증대하는 이유로 인해서 개호보험재정이 악화되거나 적자를 해소하기 위해서 시정촌이 일반재정에서 이월할 수밖에 없는 상황이 발생하지 않도록 하기 위한 것이다. 2000년도에 있어서 기금의 규모는 전국적으로 약 660억엔에 이른다.

구체적인 사업은 자금교부와 자금대부로 나눌 수 있고 자금교부사업은 보험자가 통상적인 노력에도 불구하고 보험료 징수율이 악화되어 보험료징수에 부족이 발생하였을 경우에 기금은 보험자에 대해서 해당 부족액의 2분의 1을 교부하는 것이다.

자금대부사업은 예산을 초과하는 급여비의 증대 등으로 인해서 개호보험재정이 부족한 경우에는 필요한 자금을 대부하는 것이다. 시정촌은 차입금을 받은 연도를 포함하는 중기재정운영기간의 다음 중기재정운영기간에 있어서 상환을 할 수 있도록 제 1호 보험료의 설정에 있어서 해당 차입금의 상환비용을 포함시켜서 기금에 대해서 3년간 분할상환한다. 재원 조달은 국가, 도도부현, 시정촌이 각각 3분의 1씩 부담하고 있다. 시정촌의 각출금은 제 1호 보험료를 재원으로 한다.

② 시정촌상호재정안정화 사업

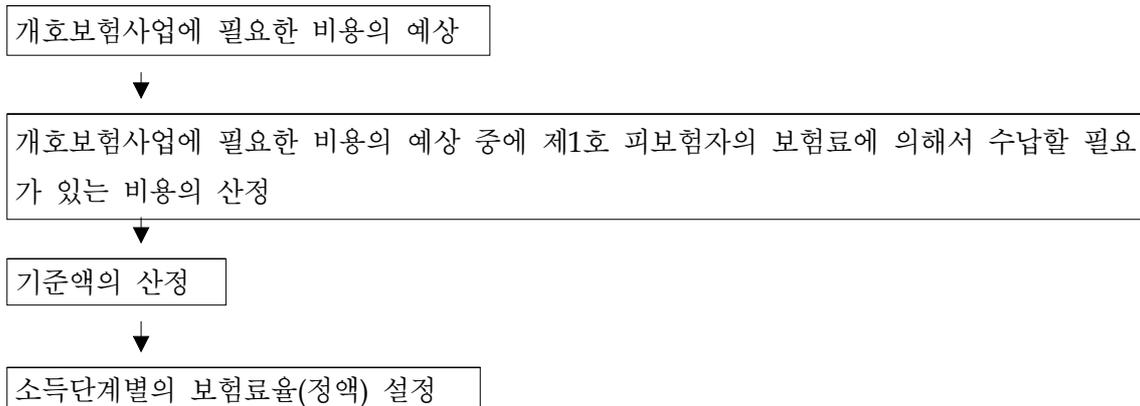
소규모의 시정촌이 개호보험사업을 행하는 경우는 재정이 불안정하게 된다. 또한 근접한 시정촌의 주민간에는 보험료수준격차에 대한 불만이 생기는 것도 예상된다. 그 때문에 개호보험법에서는 시정촌상호재정안정화사업을 창설하고 복수의 시정촌간에서 각각의 개호급여비의 총액과 수입총액이 균형을 이루도록 조정보험료율을 설정할 수 있다. 이 조정보험료율에 기초해서 광역적인 보험재정의 조정이 이루어지게 된다. 도도부현은 시정촌의 요구에 대응해서 조정보험료의 기준의 제시 등의 지원을 한다.

4. 보험료산정방법과 징수방법

1) 제1호 보험료

① 보험료의 산정

제1호 피보험자의 보험료의 보험료율은 산정기준에 따라 보험자인 시정촌이 조례로 3년에 한번 설정한다. 보험료의 산정기준은 소득단계별의 정액보험료의 구조로 되어 있다. 시정촌의 보험료설정에 있어서는 우선 보험급여대상이 되는 개호서비스의 예상수요량에 기초하여서 급여비를 예상한다. 다음에 그 금액에 재정안정화기금에의 각출금 및 상환금액, 시정촌특별급여의 금액, 보건복지사업의 금액, 사무비 등을 포함해서 개호보험사업특별회계의 지출액을 산출한다. 한편 정율의 국고보조금, 조정교부금, 도도부현부담금, 지출기금에서의 개호급여비교부금, 국가에서의 사무비교부금, 시정촌일반회계에서의 이월금, 그 외 특별회계에서 예상되는 수입액을 산출한다. 이와 같이 해서 산출된 지출액과 수입액과의 차액을 제1호 보험료에 의해서 조달한다.



<그림 4> 보험료율산정의 흐름

해당 시정촌의 보험료 기준액은 다음과 같은 산정방법을 계산된다.

$$\text{기준액} = \text{보험료수납 필요액} \div \text{평균예정보험료수납율} \div \text{보정 제1호 피보험자수}$$

여기서 보험료수납필요액은 개호보험사업에 필요한 비용의 예상액⁸⁾(A)에서 개호보험사업을 위한 수입의 예상액⁹⁾(B)를 뺀 금액이다.

8) 개호보험사업에 필요한 비용의 예상액 = 개호급여비 예방급여비+ 시정촌 특별급여비+ 재정안정화기금각출금+ 재정안정화기금상환금+ 보건복지사업비+ 그 외의 개호보험사업에 필요한 비용

9) 개호보험사업을 위한 수입의 예상액 = 국가의 개호급여비부담금(20%)+ 재정조정교부금(5%)+ 도도부현 부담금(12.5%)+ 그 외에 국가 또는 도도부현의 보조+ 개호급여비교부금+ 그 외에 개호보험사업

평균예정수납율은 중기재정안정운영기간 중에 제1호 피보험자보험료에 있어서 보편징수와 특별징수를 합친 예상보험료 수납율을 말한다. 보정 제1호 피보험자수는 제1호 피보험자의 수를 소득단계구분(부담능력)에 따라서 보정한 후의 수를 말한다.

제1호 보험료는 부담능력에 따라 부담을 하는 관점에서 그 소득상황에 따라서 5단계로 구분해서 각각에 대해서 기준액에 표준비율을 곱하여 얻어진 정액보험료를 설정하고 저소득자의 부담을 경감하는 한편 고소득자는 소득에 따라서 부담하게 된다.

<표 8> 소득단계별 보험료의 설정방법

단계	대상자	보험료율의 설정방법 (기준액×표준비율)
제1단계	생활보호수급자 등 시정촌민세 세대비과세 또는 고령복지연금수급자	기준액 × 0.5
제2단계	시정촌민세 세대비과세* 등	기준액 × 0.75
제3단계	시정촌민세 본인비과세 등	기준액 × 1
제4단계	시정촌민세 본인과세 등 (피보험자본인의 합계소득 금액이 기준소득금액**미만)	기준액 × 1.25
제5단계	시정촌민세 본인과세 (피보험자본인의 합계소득금액이 기준소득금액이상)	기준액 × 1.5

* 시정촌민세 세대비과세는 제1호 피보험자가 속하는 세대의 전원에 대해서 시정촌민세가 비과세

** 2000년부터 2002까지의 기준소득금액은 시행규칙에서 250만엔으로 정해져있다.

② 보험료의 부과

시정촌은 매년 각 제 1호 피보험자에 대해서 각각의 소득을 파악하고 해당 시정촌의 보험료율의 기준에 맞추어서 개별적인 보험료를 산정하고 부과한다. 통상적으로 6월경에 1년분의 보험료부과가 이루어진다. 연도 도중에 제 1호피보험자가 되던지 주소가 이전된 경우에는 달로 나누어서 부과된다.

③ 특별징수

제1호 보험료는 원칙적으로 연금보험자가 제 1호 피보험자에게 공적연금을 지불할 때에 징수되고(원천징수), 시정촌에 납입하는 방법(특별징수)에 의해서 징수하게 되어 있다. 이러한 구조는 개호보험의 제1호 피보험자는 노령연금의 수급자와 통상적으로 일치하기 때문에 피보험자의 보험료지불의 수고를 경감하는 것과 함께 보험료의 확실한 징수, 시정촌의 사무부담의 경감을 도모하기 위하여 취해진 것이고 모든 제1호 피보험자의 80%이상의 사람이 대상이 될 것이다. 매달 만 오천엔 이상의 노령퇴직연금을 수급하는 사람의 일람표를 연금

에 필요한 비용을 위한 수입액(사무비관계비용을 제외)

보험자로부터 송부받은 시정촌은 개개의 피보험자의 보험료액을 산정하고 연금보험자에게 통지하고 징수를 의뢰한다. 연금보험자는 정기지불월마다 해당 금액을 연금액에서 징수한다.

④ 보통징수

연금으로부터의 특별징수가 불가능한 저연금자 등에 대해서는 시정촌은 직접 징수통지서를 보내고 납입을 요구하게 된다. 이 경우 피보험자의 편리, 징수의 정확성 등의 이유로 계좌이체가 이루어지고 있다. 보험료의 납기는 시정촌의 조례에 의해 정해진다. 보통징수의 경우 생계의 동일성으로부터 제1호 피보험자의 배우자 및 세대주에 대해서 보험료의 연대부과의 의무가 있다.

⑤ 보험료체납자에 대한 조치

보험료의 확실한 납부·징수는 제도의 안정운영, 피보험자간의 공평의 확보 등에 필수불가결의 요건이다. 첫째는 독촉으로 보험료의 체납이 발생하면 일정한 기간을 설정해 놓고 독촉한다. 그 때에 개호보험제도나 보험료납부의 취지를 충분히 설명하고 납부방법에 대한 상담을 받는 등 가능한 한 자주적인 납부를 유도하는 것이 필요하다. 둘째는 체납처분으로 자주적인 납부를 기대할 수 없을 경우 체납처분으로 강제적으로 보험료를 징수하는 권한이 시정촌에 주어졌다. 그 외의 조치로는 그 외 개호필요인정을 받아 보험급여를 받고 있는 사람에 대해서는 현물급여를 상환지불로 변경하거나, 보험급여를 일시적으로 정지하거나 정지된 보험급여에서 체납보험료를 공제하는 등의 조치가 단계적으로 취해진다. 또 개호필요상태가 아닌 시기에 제1호 보험료를 체납한 사람은 나중에 개호필요상태가 되어서 보험급여를 받을 때에 소멸한 징수채권의 기간에 따라서 보험급여율을 90%에서 70%로 낮추거나, 고액 서비스비의 급여적용을 하지 않는 조치를 취한다. 국민건강보험가입의 제2호 피보험자에 대해서 의료보험료의 체납이 있는 경우 시정촌은 개호보험제도상, 급여정지를 할 수 있다.

2) 제2호 보험료

제2호 피보험자에 드는 보험료는 각 의료보험자가 각각 의료보험 각 법의 규정에 기초하여 부과·징수한다. 우선 건강보험(직장건강보험)의 경우는 제2호 피보험자인 건강보험피보험자에 대하여 개호보험료가 부과된다. 의료보험자는 지불기금에서 매년 부과된 개호납부금 총액을 해당 제2호 피보험자의 표준보수총액으로 나누어서 얻어진 비율을 기준으로 개호보험료율을 산출한다. 이 비율에 표준보수월액을 곱하여서 얻어진 개호보험료액으로 징수하게 된다. 개호보험료분에 대해서도 일반의 의료보험료과 같이 사업자부담이 있다.(원칙적으로 노사절반) 예외적으로는 건강보험조합은 그 규약에서 정해지면 제2호 피보험자인 피부양자가 있는 40세 미만의 피보험자에 대해서도 개호보험료를 부과하는 등의 특례가 인정된다.

둘째 국민건강보험(지역건강보험)의 경우는 지불기금에서 매 년도에 부과되는 개호납부금 총액에서 국고부담금 등을 공제한 금액을 소득에 따른 보험료와 세대에 속해있는 피보험자의 수에 따른 보험료 등으로 나누어서 각각의 보험료율을 산정하고 개개의 제2호 피보험자가 부담하는 개호납부금상당분의 보험료율이 산정된다. 세대주에 국민건강보험료를 부과하는 경우, 그 개호보험의 보험료액과 의료보험의 보험료액을 합산한 금액을 부과하게 되어 있다.

3) 개호보험제도의 원활한 실시를 위한 보험료특별대책

제1호 피보험자의 보험료 및 제2호 피보험자의 보험료에 대해서 개호보험제도를 원활하게 실시하기 위해서 다음과 같은 특별대책이 실행되었다.

① 제1호 피보험자의 보험료

개호보험법의 시행후 반년간은 제1호 보험료를 징수하지 않고, 그 후 1년간은 경과적으로 2분의 1수준으로 보험료를 경감시켜주도록 국가에서 시정촌에 대해서 임시특별교부금이 교부되었다. 이를 위해서 1999년도 보정예산에 7,850억엔의 재원이 추가되었다. 각 시정촌은 국가에서 교부금을 받는 기금을 설치하고 있다. 이 개호보험원활도입기금은 2002년도 말에는 폐지되는 것으로 되어 있다.

구체적으로는 2000년 4월부터 9월까지의 보험료가 징수되지 않고, 10월부터 3월까지와 2001년 4월부터 9월까지의 보험료가 2분의 1수준까지 경감된다. 그 결과 2000년에는 기준보험료의 4분의 1, 2001년에는 기준보험료의 4분의 3, 2002년에는 기준보험료로 설정되었다. 또 인구규모가 작은 시정촌, 도서지역의 시정촌, 요양형 병상군이 집중되어있는 시정촌에 대해서도 보험료 경감을 위한 교부금이 가산되어서 배분된다.

② 제2호 피보험자의 보험료

의료보험자 전체로써의 부담증가에 대해서 재정운영이 매우 곤란한 건강보험조합 및 국민건강보험의 보험료 납부에 미치는 영향을 고려해서 재정지원조치가 취해졌다. 구체적으로는 국비로 건강보험조합연합회에 약 600억엔, 국민건강보험중앙회에 약 660억엔의 기금이 설치되어 각 보험자에게 재정지원을 하게 된다.

4) 개호급여비 납부금

제2호 보험료는 의료보험자가 의료보험료의 일부로 징수해서 그것을 지불기금에 개호급여비 납부금으로 납부한다. 젊은 세대인 제2호 피보험자의 보험료는 전국적으로 일단 집합되어져서 시정촌의 급여비에 따라서 배분하는 재정조정구조로 되어있기 때문에 개호필요자 등의 발생률이 높은 시정촌에 유리하다. 지불기금이 각 의료보험자에 대해서 매년 부과하는 납부금은 매 년도에 정해지는 전국일률의 제2호 피보험자 한사람당의 부담액에 그

의료보험자에 가입하고 있는 제2호 피보험자수를 곱해서 나온 금액이 된다.

5) 개호급여비교부금

지불기금은 전국의 의료보험자로부터 거둔 납부금을 재원으로 해서 각 시정촌의 개호보험특별회계에 대해서 그 급여비에 대한 정률(제2호 피보험자부담비율, 2000년도 예상 33%)로 개호교부금으로써 교부한다.

5. 개호서비스의 이용의 구조

1) 개호서비스이용의 구조

개호서비스를 이용하기 위해서는 2가지의 단계를 거치게 된다.

(1) 지원필요, 개호필요의 인정

개호보험에서는 건강보험과는 상이하게 곧바로 누구든지 개호서비스(보험급여)를 받을 수 있는 것은 아니다. 보험급여를 받기 위한 전제조건으로써 먼저 개호필요인정 또는 지원필요인정을 받을 필요가 있다. 우선 피보험자가 보험급여를 받을 조건을 충족시키고 있는지를 확인하기 위해서 전국 공통의 객관적인 기준으로 시정촌(보험자)이 개호필요, 지원필요를 인정한다. 따라서 인정을 받는 것이 서비스이용의 전제가 된다. 개호급여를 받으려고 하는 피보험자는 개호필요자(개호필요상태에 있는 피보험자)에 해당하는가, 그리고 해당하는 경우에는 자신이 해당하는 개호필요상태의 정도(개호필요상태의 구분, 개호필요1단계부터 5단계까지 구분)에 대해서도 시정촌의 인정(개호필요인정)을 받아야 한다.(법제19조 1항) 그래서 개호필요상태에 따라서 거택의 경우의 개호급여의 한도액, 시설의 경우의 개호급여액이 설정된다(법제43조, 제48조 2항) 또 예방급여를 받으려고 하는 피보험자는 지원필요자(개호필요상태로 될 가능성이 있는 피보험자)에 해당하는가에 대해서 시정촌의 인정을 받지 않으면 안 된다.(법제19조 2항) 피보험자의 심신의 상황에 관한 조사결과 및 주치의의 의견을 기초로 해서 시정촌에 설치된 개호인정심의회에서 심사 및 판정을 하게되고 그 결과에 따라서 시정촌이 개호필요 또는 지원필요를 인정하게 된다.

(2) 서비스계획의 작성

개호필요, 지원필요의 인정을 받으면 보험급여를 받을 수 있게 되어서 이용자는 자신의 의사에 따라 이용하는 서비스를 선택하고 결정하게 된다. 단지 개호보험법에 있어서는 그러한 이용자의 결정을 지원하기 위해서 개호지원전문원을 중심으로 하는 전문가가 서비스계획을 작성하는 구조로 되어 있다. 이 서비스계획은 서비스이용자의 의뢰를 받아서 희망사항과 상태를 파악해서 전문가에 의한 협의를 거쳐서 작성하게 된다.

<표 9> 개호필요상태 및 지원필요 상태

개호필요도	상태의 예
지원 필요	보행 및 기립동작에 불안정을 보이며, 손발톱 자르기, 목욕시 욕조출입 및 목욕 등에 일부 도움이 필요한 상태로 남은 능력을 유지 회복시키기 위한 지원이 필요
개호필요 1	신체면: 기립동작 및 보행 등이 불안정하며, 배설·목욕·옷갈아입기·약 복용 등에 일부 도움이 필요한 상태 치매면: 기억하지 못하는 일이 가끔 나타나는 상태
개호필요 2	신체면: 기립동작 및 보행 등이 거의 자력으로 불가능하고 배설·목욕·옷갈아입기에 도움이 필요한 상태 치매면: 물건을 잃어버리거나 일과를 이해하지 못하는 상태
개호필요 3	신체면: 기립동작 및 보행이 자력으로 불가능하며, 배설·목욕·옷갈아입기에 전면적인 도움이 필요한 상태 치매면: 물건을 잃어버리는 일 및 주변에서 일어나는 일에 무관심하게 되는 상태이고 개호에 대한 저항도 보이는 등 중도의 개호가 필요한 상태
개호필요 4	신체면: 일상생활능력이 매우 저하되어서, 배설·목욕·옷갈아입기에 전면적인 도움이 필요하고 식사시에 일부 도움이 필요한 상태 치매면: 주야 생활의 반대 및 개호에 대한 저항도 보이고 배회도 보이는 상태
개호필요 5	신체면: 일상생활동작의 전반에 걸쳐 과중한 도움이 필요한 상태 치매면: 의사전달이 거의 불가능한 상태

여기서 제시한 상태는 개호필요도에 따른 평균적인 상태를 나타내는 것이다. 따라서 여기서 제시한 상태와 완전히 일치하지 않는 경우도 있을 수 있다는 것에 유의할 필요가 있다

2) 개호필요인정

(1) 개호필요자의 정의

개호보험법에서는 우선 개호필요상태를 신체상 또는 정신상의 장애가 있기 때문에 목욕, 배설, 식사 등의 일상생활에 있어서 기본적인 동작의 전부 또는 일부에 대해서 후생성령이 정하는 기간에 걸쳐서 지속되고 있고 항상 개호를 필요로 한다고 예상되는 상태로 그 개호의 필요정도에 따라서 후생성령에서 정하는 구간에 해당하는 것으로 정의하고 있다.(법제7조 1항) 즉 일정한 기간은 지속되고 있고 항상 개호를 필요로 하는 상태에 있는 사람이고, 개호필요상태의 어느 것에 해당하면 개호보험법상의 개호필요상태가 된다. 일정기간은 후생노동성령에서 원칙적으로 6개월 정도로 규정하고 있다. 또한 개호필요상태는 5단계로 구분하고 있다. 이상과 같이 개호필요상태를 정의한 다음에 개호보험법은 개호필요자를 개호필요상태에 있는 65세이상인 사람과 개호필요상태에 있는 40세이상 65세미만의 사람이고. 그

개호필요상태의 원인인 신체상 또는 정신상의 장애가 나이가 들어감에 따라 생기는 심신의 변화에 기인하는 질병이고 법률로 정해진 것(특정질병)에 의해서 생긴 것으로 각각 규정하고 있다.(법제7조 3항)

피보험자가 65세이상이면 개호필요상태가 된 원인을 막론하고 급여대상이 되지만 40세이상 65세미만은 그 원인에 따라서 급여대상이 되는지가 결정되기 때문에 주의할 필요가 있다. 특정질병에 대해서는 노인기초기의 치매, 뇌혈관질환(뇌출혈, 뇌경색 등), 일부 난병 등 15질병이 지정되어 있다.

(2) 인정의 절차(법제27조)

① 절차전체의 흐름

개호필요인정의 절차는 법제27조에 규정되어 있고 피보험자가 시정촌에 개호필요인정을 신청하고 시정촌은 조사 및 주치의의 의견을 개호인정심사회에 제출하고 개호인정심사회의 결정을 시정촌이 피보험자에게 통지하는 흐름으로 되어 있다.

② 개호필요인정의 신청

개호필요인정을 받으려고 하는 피보험자는 신청서에 피보험자증을 첨부해서 시정촌에 신청한다. 이 경우 해당 피보험자는 지정거택개호지원사업자(케어플랜 작성기관) 또는 개호보험시설에 신청절차를 대행시킬 수 있다. 또한 실제로 피보험자의 가족에 의한 신청도 많을 것으로 예상하고 있다.

③ 시정촌에 의한 조사 및 주치의의 의견

신청을 받은 시정촌은 신청을 한 피보험자와 직원이 면접하고 그 심신의 상황, 처해진 환경, 후생노동성령으로 정해진 사항에 대해서 조사하게 된다. 구체적으로는 85개의 항목에 대한 조사를 하게 된다. 시정촌의 직원인 복지사무소의 케이스워커나 시정촌보건센터의 보건부 등이 전국 공통의 조사표를 이용하여 방문조사를 한다. 또 시정촌은 해당 조사를 지정거택개호지원사업자 또는 개호보험시설에 위탁할 수 있다. 위탁을 받은 경우, 지정거택개호지원사업자 또는 개호보험시설은 개호지원전문가에게 조사를 맡긴다. 이 경우 지정거택개호지원사업자 또는 개호보험시설의 임원 및 실제로 조사를 한 개호지원전문원 등에게는 비밀준수의무의 책임이 주어지고 형법 그 외의 벌칙의 적용에 대해서는 공무원으로 간주된다. 비밀준수의무는 그 직업을 그만둔 후에도 계속된다. 또 신청을 받은 시정촌은 신청을 한 피보험자의 주치의에 대해서 그 피보험자의 신체상 또는 정신상의 장애의 원인인 질병 부상의 상황 등에 대해 의견을 구하지 않으면 안 된다. 단지 주치의가 없는 경우나 그 외에 주치의의 의견을 구하기 어려운 경우에는 시정촌은 신청을 한 피보험자에 대해서 시정촌이 지정하는 의사나 시정촌직원인 의사에 의한 진단을 받도록 할 수 있다. 시정촌이 지정하는 의사는 지역의 의사회와의 협의를 거쳐서 미리 정해진 담당의사를 말하고, 시정촌직원이 의

사는 시정촌의 의료기관, 보건소, 보건센터 등의 의사를 말한다.

④ 개호인정심사회에 의한 심사 및 판정

시정촌은 피보험자의 조사결과와 주치의의 의견, 그 외 후생노동성령으로 정해진 사항을 개호인정심사회에 통지하고 신청을 한 피보험자의 구분에 따라서 제1호 피보험자(65세이상)에 대해서는 개호필요상태에 해당하는가와 피보험자가 해당하는 개호필요 상태구분을 심사 판정하고, 제2호 피보험자(40세이상 65세미만)에 대해서는 개호필요상태에 해당하는가와 피보험자가 해당하는 개호필요상태구분과 개호필요상태의 원인인 신체상 또는 정신상의 장애가 특정질병에 의해서 생긴 것인가를 심사 판정한다.

개호인정심사회는 후생노동대신이 정하는 인정기준에 따라 앞에 기술한 사항에 대해서 심사 및 판정을 하고 그 결과를 시정촌에 통지한다. 그 때 개호인정심사회는 필요가 있다고 판정될 때 해당 피보험자의 개호필요상태의 경감 또는 악화의 방지를 위해서 필요한 의료에 관한 사항(이하 요양에 관한 사항이라고 한다)과 지정거택서비스나 지정시설서비스 등의 적절하고 유효한 이용 등에 대해서 해당 피보험자가 유의해야 할 사항(이하 피보험자가 유의해야 할 사항이라고 한다)에 대해서 시정촌에 의견을 제시할 수 있다.

요양에 관한 사항에 대한 의견으로써 예를 들면 의학적 관리의 필요성이 높다고 하는 것이나 특별히 재활에 중점을 두어야 한다고 하는 것이다. 개호인정심사회는 심사 또는 판정을 할 때 필요하다고 생각될 경우 신청을 한 피보험자나 그 가족, 주치의, 그 외의 관계자의 의견을 들을 수 있다.

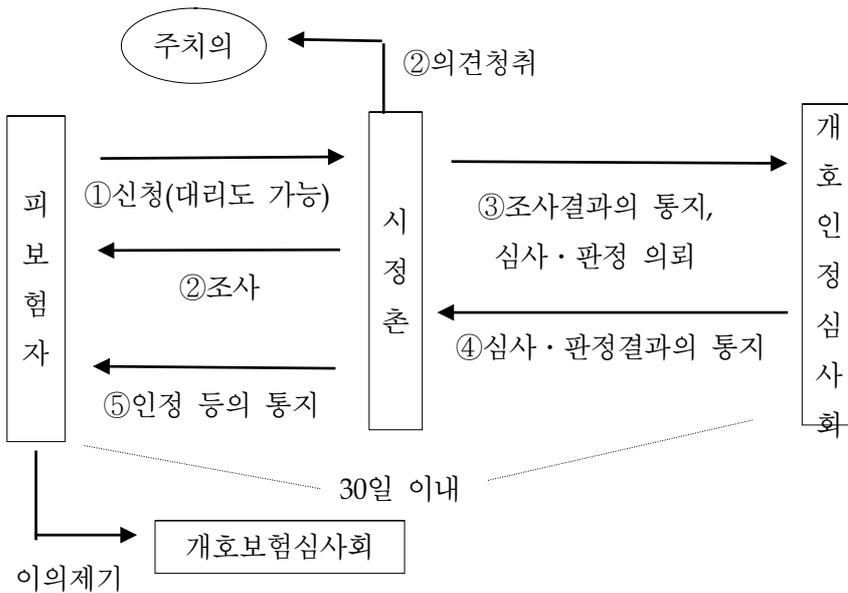
⑤ 시정촌에 의한 결정 및 통지

시정촌은 개호인정심사회의 심사 및 판정의 결과에 기초하여 개호필요의 인정 또는 불인정을 결정하고 그 결과를 신청한 피보험자에게 통지한다. 개호필요인정을 한 경우에 시정촌은 해당하는 개호필요상태의 구분과 피보험자가 유의해야 할 사항에 관한 개호인정심사회의 의견과 같은 사항을 신청을 한 피보험자의 피보험자증에 기재하고, 피보험자증을 되돌려 준다. 따라서 신청에서 인정까지의 기간동안에 개호서비스를 이용한 경우에는 그 비용 중 보험에서 급여되는 부분을 사후적으로 보험자로부터 되돌려 받게 된다. 피보험자가 유의해야 할 사항에 관한 개호인정심사회의 의견은 구속력을 가지는 것이 아니지만 개호지원전문원이나 서비스제공사업자는 그 의견에 배려한 서비스를 제공하도록 노력해야 한다(법제73조, 제80조, 제87조)

개호인정심사회가 요양에 관한 사항에 관한 의견을 기재했을 경우에 시정촌은 그 의견에 기초하여 그 피보험자가 받을 수 있는 거택서비스나 시설서비스의 종류를 지정할 수 있다(법제37조) 이 경우에 시정촌은 그 피보험자의 피보험자증에서 지정한 서비스의 종류를 기재한다. 그러나 그것은 피보험자의 서비스 선택권을 제약하는 것이 되기 때문에 예외적인 것으로 한정하는 것이 바람직하다. 개호필요자가 아니라는 불인정을 결정한 때에는 시정촌

은 이유와 내용을 신청을 한 피보험자에게 통지하는 것과 함께 피보험자증을 되돌려준다. 또 시정촌은 신청을 한 피보험자가 정당한 이유 없이 시정촌에 의한 조사에 응하지 않거나 시정촌의 진단명령에 따르지 않을 경우에는 신청을 기각할 수 있다.

위와 같은 신청에 대한 처분은 그 신청이 있던 날부터 30일 이내에 이루어지지 않으면 안 된다. 단지 피보험자의 심신의 상황의 조사에 시간이 걸리는 특별한 이유가 있는 경우에는 그 신청이 있던 날부터 30일 이내에 해당 피보험자에 대해서 신청에 대한 처분을 하기 위해 필요한 기간 및 그 이유를 통지하고 처분을 연기할 수 있다.



<그림 5> 개호필요·지원필요의 신청에서 인정까지

(3) 인정의 갱신, 취소 등

① 인정의 갱신(법제28조)

개호필요인정에는 개호필요상태구분에 따라서 후생노동성령에서 정한 기간(유효기간)이 정해져 있고 인정은 유효기간에 한정해서 그 효력이 있다. 유효기간은 6개월을 기본으로 하고 상태에 따라서 3개월에서 1년 이내에서 인정심사회의 결정하는 기간이 된다.

개호필요인정을 받은 피보험자는 유효기간이 만료된 후에도 개호필요상태에 해당할 것이라고 예상되는 경우에는 시정촌에 대해서 개호필요인정의 갱신의 신청을 할 수 있다. 실제적으로는 자신이 유효기간 후에도 개호필요상태에 있을 것으로 생각하는 피보험자가 갱신의 신청을 할 것으로 생각된다. 원칙적으로 유효기간의 만료일 60일 이전부터 만료일까지 갱신신청을 하는 것이 원칙이다. 그러나 재해 그 외 어쩔 수 없는 이유에 의해서 갱신신청이 불가능했을 경우에는 해당 피보험자는 가능하게 된 날부터 1개월 이내로 한정해서 갱신신청을 할 수 있다. 갱신의 절차는 기본적으로 인정절차와 같고 피보험자에 의한 시정촌에 의한 개호필요인정의 갱신신청을 하고 시정촌에 의한 조사, 그리고 개호인정심사회에 의한 심

사 및 판정, 그리고 시정촌에 의한 결정 및 통지의 흐름으로 이루어진다. 갱신된 인정의 효력은 갱신된 인정의 유효기간의 만료일의 다음날까지 소급하여서 발생한다. 또 갱신된 인정도 유효기간이 결정되어 있다.

② 개호필요상태구분의 변경의 인정(법제29조, 제30조)

개호필요인정을 받은 피보험자는 그 개호필요의 정도가 지금 받고 있는 개호필요인정에서의 개호필요상태구분이외의 개호필요상태구분에 해당한다고 생각되는 경우에는(즉 유효기간만료일전에도 개호필요상태의 정도가 크게 변화한 경우에는) 시정촌에 대해서 개호필요상태구분변경 신청을 할 수 있다. 이 경우의 절차는 기본적으로 개호필요인정절차와 같고 피보험자에 의한 시정촌에의 개호필요상태구분의 변경인정신청을 하고 시정촌에 의한 조사를 하고 개호인정심사회에 의한 심사 및 판정이 있고 시정촌에 의한 결정 및 통지의 흐름으로 이루어진다. 또 시정촌은 개호필요인정을 받은 피보험자에 대해서 그 개호의 필요정도가 저하된 것으로 인해서 현재 받고 있는 개호필요인정에 관계된 개호필요상태구분이외의 개호필요상태구분에 해당된다고 인정된 경우에는 유효기간 만료 전에도 직원에 의해서 개호필요상태구분의 변경을 인정할 수 있다. 이 경우 시정촌은 해당 피보험자에 대해서 그 피보험자증의 제출을 요구하고 ①변경후의 새로운 개호필요상태구분, ②피보험자가 유의해야 할 사항에 대해서 개호인정심사회의 새로운 의견이 있으면 그것을 피보험자증에 기재하고 되돌려준다. 직권에 의한 변경의 경우는 피보험자로부터의 신청이 없기 때문에 그 절차는 시정촌에 의한 조사를 하고 개호인정심사회에 의한 심사 및 판정이 있고 다음에 시정촌에 의한 결정 및 통지의 흐름으로 이루어진다.

③ 인정의 취소(법제31조)

시정촌은 개호필요인정을 받은 피보험자가 개호필요자에 해당되지 않게 되었다고 인정된 때, 또는 정당한 이유 없이 인정의 취소 또는 직권에 의한 개호필요상태구분의 변경인정을 하기 위해서 시정촌에 의한 조사에 응하지 않은 때, 또는 시정촌의 진단명령에 따르지 않을 때와 같은 경우에는 유효기간 만료 전에도 그 사람의 개호필요인정을 취소할 수 있다. 이 경우 시정촌은 해당 피보험자에 대해서 피보험자증의 제출을 요구하고 개호필요인정에 관련된 피보험자증의 기재를 말소하고 되돌려준다. 인정취소의 절차는 시정촌에 의한 조사, 개호인정심사회에 의한 심사 및 판정, 시정촌에 의한 결정 및 통지의 흐름으로 이루어진다.

3) 지원필요인정

(1) 지원필요의 정의

지원필요자에 대해서도 개호필요자와 같이 개호보험법은 우선 「개호필요상태로 될 우려가 있는 상태」를 신체상 또는 정신상의 장애가 있기 때문에 후생성령에서 정하는 기간에 걸쳐서 계속되어지고 있고 일상생활을 보내는 데에 지장이 있다고 예상되는 상태이고 개호

필요상태이외의 상태(법제7조 2항)로 정의한 후에 지원필요자를 개호필요상태로 될 우려가 있는 상태에 있는 65세이상인 사람과 개호필요상태로 될 우려가 있는 상태에 있는 40세이상 65세미만의 사람이고 그 개호필요상태로 될 우려가 있는 상태의 원인인 신체상 또는 정신상의 장애가 특정질병에 의해서 발생한 것에 해당하는 사람으로 한다.(법제7조 4항)

개호필요상태가 항상 개호가 필요하다고 예상되는 상태인 것에 비해 개호필요상태로 될 우려가 있는 상태는 일상생활을 보내는 데에 지장이 있다고 예상되는 상태라는 것에 주의할 필요가 있다.

(2) 인정절차(법제32조)

① 절차전체의 흐름

지원필요인정의 절차는 개호보험법 제32조에 규정되어있고 그 흐름은 기본적으로 개호필요인정의 절차의 경우와 동일하다. 즉 피보험자에 의한 시정촌에의 지원필요인정신청을 하고 시정촌에 의한 조사를 한 후에 개호인정심사회에 의한 심사 및 판정을 하고 시정촌에 의한 결정 및 통지의 흐름으로 이루어진다. 이하에서는 개호필요인정절차와의 상이점을 중심으로 논의한다.

② 지원필요인정의 신청

지원필요인정을 받으려고 하는 피보험자는 개호필요인정신청의 경우와 마찬가지로 신청서에 피보험자증을 첨부해서 시정촌에 신청한다. 이 경우 해당 피보험자는 지정거택개호지원사업자 또는 개호보험시설에 신청절차를 대행시킬 수 있는 것도 개호필요인정의 경우와 동일하다.

③ 시정촌에 의한 조사 및 주치의의 의견

신청을 받은 시정촌이 조사를 하고 주치의의 의견을 구하는 점은 개호필요인정의 절차와 동일하다.

④ 개호인정심사회에 의한 심사 및 판정

시정촌은 조사결과와 주치의의 의견과 그 외 후생노동성령으로 정해진 사항을 개호인정심사회에 통지하고 신청을 한 피보험자의 구분에 따라서 제1호 피보험자(65세이상)에 대해서는 개호필요상태로 될 우려가 있는 상태에 해당하는가를 제2호 피보험자(40세이상 65세미만)에 대해서는 개호필요상태로 될 우려가 있는 상태에 해당하는가, 개호필요상태로 될 우려가 있는 상태로 된 원인인 신체상 또는 정신상의 장애가 특정질병에 의해서 생긴 것인가에 대해서 심사 및 판정을 요구한다.

개호필요상태로 될 우려가 있는 상태에는 개호필요상태구분과 같이 복잡한 구분이 없기

때문에 그러한 구분에 대한 심사 및 판정은 하지 않는다. 개호인정심사회는 후생노동대신이 정하는 인정기준에 따라 위의 사항에 대해서 심사 및 판정을 하고 그 결과를 시정촌에 통지한다. 그 때 개호인정심사회는 필요하다고 인정할 경우, 해당 피보험자가 개호필요상태로 될 우려가 있다는 것을 예방하기 위해서 필요한 요양 및 가사에 관한 원조에 대한 사항(이하 요양 및 가사에 관한 원조라고 한다)과 지정거택서비스의 적절하고 유효한 이용 등에 관해서 해당 피보험자가 유의해야 할 사항(이하 피보험자가 유의해야 할 사항이라고 한다)에 대해서 시정촌에 의견을 제시할 수 있다.

개호인정심사회는 심사 및 판정을 하는데 있어서 필요하다고 인정된 경우에 신청을 한 피보험자나 그 가족, 주치의, 그 외 다른 관계자의 의견을 들을 수 있다는 점은 개호필요인정의 절차의 경우와 동일하다.

⑤ 시정촌에 의한 결정 및 통지

시정촌은 개호인정심사회의 심사 및 판정의 결과를 기초로 해서 지원필요의 인정 또는 불인정을 결정하고 그 결과를 신청한 피보험자에게 통지한다.

지원필요인정을 한 경우에 시정촌은 지원필요자에 해당한다는 사실과 피보험자가 유의해야 할 사항에 관한 개호인정심사회의 의견을 신청을 한 피보험자의 피보험자증에 기재하고 되 돌려준다.

또 개호인정심사회가 요양 및 가사에 관한 원조에 대한 사항에 관하여 의견을 첨부했을 경우에는 시정촌은 그 의견에 기초하여 그 피보험자가 받을 수 있는 재택서비스의 종류를 지정할 수 있다(법제37조) 이 경우에 시정촌은 그 피보험자의 피보험자증에 지정한 서비스의 종류를 기재한다. 그 외 지원필요인정의 효력이 발생한 날, 불인정의 경우의 취급, 신청의 기각, 처리기간 등에 대해서는 개호필요인정의 절차의 경우와 동일하다.

(3) 인정의 갱신, 취소

① 인정의 갱신(법제33조)

지원필요인정의 갱신에 대한 취급은 기본적으로 개호필요인정의 갱신에 대한 취급과 동일하다.

② 인정의 취소(법제34조)

시정촌은 지원필요인정을 받은 피보험자가 지원필요자에 해당되지 않은 것으로 인정된 경우와 정당한 이유 없이 인정의 취소를 하기 위한 시정촌의 조사에 응하지 않을 때, 또는 시정촌의 진단명령에 따르지 않을 때에는 그 사람의 지원필요인정을 취소할 수 있다. 그 경우의 절차는 기본적으로 개호필요인정 취소의 절차와 동일하다.

(4) 그 외

여기에서는 개호필요인정과 지원필요인정에 관계되는 다음의 사항에 대해서 설명한다.

① 개호필요인정 등의 절차에 대한 특례(법제35조)

개호필요인정의 신청을 한 피보험자가 개호인정심사회에서 개호필요자에 해당하지는 않지만 지원필요자에는 해당한다고 인정한 경우에 시정촌은 그 피보험자에 대해서 지원필요인정의 신청이 있었고 그것에 의해서 절차가 진행된 것으로 간주하고 지원필요인정을 할 수 있다. 시정촌이 개호필요인정의 취소를 하려고 한 피보험자에 대해서 개호인정심사회에서 개호필요자에는 해당하지 않지만 지원필요자에는 해당한다고 인정한 경우도 마찬가지이다. 또 역으로 지원필요인정의 신청을 한 피보험자가 개호인정심사회에 있어서 개호필요자에 해당한다고 인정한 경우에 시정촌은 그 피보험자에 대해서 개호필요인정의 신청이 있는 것이고 그것에 기초하여 절차가 진행되는 것으로 간주하고 개호필요인정을 할 수 있다.

② 주소이전의 경우의 인정의 특례(법제36조)

시정촌은 다른 시정촌에 있어서 개호필요인정 또는 지원필요인정을 받은 사람이 해당 시정촌에 전입해서 피보험자가 된 경우에는 피보험자자격을 취득한 날부터 14일 이내에 피보험자가 인정신청을 하면 새롭게 조사나 개호인정심사회의 심사 및 판정의 절차를 거치지 않고 종전의 심사 및 판정결과에 기초하여 인정을 할 수 있다. 보험자가 바뀌었기 때문에 원래는 이전의 보험자가 한 인정은 효력이 상실되는 것이 타당하지만 전입을 할 때마다 처음부터 인정의 절차를 새롭게 한다는 것은 피보험자의 이익보호 또는 행정의 사무효율의 면에서 적합하지 않기 때문에 이러한 특례를 설치하게 되었다.

4) 개호인정심사회

시정촌이 개호필요인정과 지원필요인정에 관한 다양한 심사 및 판정업무를 공정하고 객관적으로 하기 위해서 각 시정촌에 전문적인 제3자 기관으로 개호인정심사회가 설치되었다(법제14조) 이 개호인정심사회의 위원의 정수는 정부법령으로 정한 기준에 따라 시정촌의 조례로 결정된다(법제15조) 실제로는 그 시정촌의 피보험자수 등을 고려해서 결정되게 된다. 또 위원은 개호필요자 등의 보건 의료 복지에 대한 학식경험자 중에서 시정촌장이 임명한다.(법제15조) 개호인정심사회에는 복수의 팀으로 구성되고 하나의 팀은 5명 정도의 위원으로 구성된다. 하나의 시정촌에 설치되는 개호인정심사회의 팀수는 피보험자 등에 따라 상이하다. 위원에게는 직무상 알게 된 비밀에 대해서는 비밀보호의 의무가 주어진다. 개호인정심사회는 각 시정촌마다 설치 운영하는 것을 원칙으로 하고 있지만, 소규모의 시정촌 등에서는 다음과 같은 방식도 인정하고 있다. 하나는 예를 들면 광역 시정촌권 등을 단위로 복수의 시정촌이 개호인정심사회를 공동으로 설치하는 방식이다. 이 경우 도도부현은 공동 설치를 하려고 하는 시정촌의 요구에 대응하여 시정촌간의 필요한 조정을 할 수 있는 것과

공동설치를 한 시정촌에 대하여 그 원활한 운영이 확보되도록 필요한 기술적인 조언과 그 외의 원조를 할 수 있다.(법제16조) 다른 하나의 방식은 시정촌이 도도부현에 심사 및 판정 업무를 위탁하는 것이다. 위탁을 받은 도도부현은 도도부현 개호인정심사회를 설치한다.(법제38조) 도도부현의 개호인정심사회에 대해서 위원의 임명은 도도부현지사가 정하고, 그 수는 도도부현의 조례에서 정하는 것으로 되어 있다. 단지 이 경우에도 피보험자의 조사나 개호필요인정 등의 결정은 시정촌이 하게 된다. 따라서 심사 및 판정의무에 대해서 ①시정촌에 의한 단독실시, ②복수의 시정촌에 의한 공동실시, ③도도부현에 위탁하는 세 가지 방식이 있다.

5) 이용자부담 및 저소득자에의 배려

(1) 원칙정률 10%부담

이용자부담에 대해서는 서비스를 이용하는 사람과 이용하지 않는 사람과의 부담의 공평성을 도모하고 서비스의 이용에 대한 비용의식을 환기시킨다는 관점에서 거택서비스, 시설서비스에 대해서 정률 10%의 이용자부담을 설정하고 있다. 구체적으로는 서비스를 이용한 피보험자는 현물급여화 된 서비스에 대해서 서비스를 받은 때에 서비스제공사업자에 대해서 서비스에 필요한 비용의 10%를 이용자부담으로 지불하는 것으로 되어 있다.

단지 거택개호서비스계획 등 거택개호지원(케어플랜의 작성을 중심으로 하는 케어매니지먼트)에 필요한 비용에 대해서는 예외적으로 100%급여로 하고 있어서 이용자부담은 없다. 이것은 케어매니지먼트의 중요성에 비추어 고령자가 케어매니지먼트서비스를 적극적으로 이용할 수 있도록 배려한 것이다.

(2) 식비에 대한 문제

식비에 대해서는 거택서비스의 경우 급여의 대상이 되지 않는 일상생활비로써 일용품비나 교양오락비와 함께 보험급여의 대상이 되지 않는다. 이것에 대해서 시설입소자의 식비는 일상생활비로써 전액보험급여대상외가 되는 것이 아니고 그 부담에 대해서는 재택에서 생활하고 있는 개호필요자와의 부담의 공평성을 고려하기 위해서 의료보험에 있어서 입원시의 식사부담과 같이 표준부담액(평균적인 가정에서 부담하는 식비의 상황을 고려해서 후생노동대신이 정한 금액)을 설정하고 그것을 이용자의 부담으로 하고 있다. 즉 시설서비스에 있어서 식비에 필요한 비용의 일부는 개호보수으로써 보험에서 급여되고 있다는 것에 유의해야 한다. 또 개호보험시설에서 이용하는 기저귀비용은 보험급여의 대상이 된다.

<표 10> 이용자 부담액

일반의 경우	1일 780엔
세대전원이 시정촌민세 비과세의 경우	1일 500엔
노령복지연금수급자로 세대전원이 시정촌민세 비과세의 경우	1일 300엔

(3) 고액개호서비스비 등

정률 10%의 이용자부담이 현격하게 고액이 되고 일정액을 초과하는 경우에는 그 초과하는 부분에 대해서 시정촌이 고액개호서비스비 또는 고액거택지원서비스비를 지급하게 되어 있다.(법제51조 제61조) 이용자의 부담이 과중하게 되지 않도록 부담의 상한을 설정하고 있지만 이것은 기본적으로 의료보험의 고액요양비제도와 동일하다.

개호보험의 경우는 의료보험의 경우와 다르게 정액지불을 기본으로 하고 있기 때문에 원칙적으로 현격한 고액의 이용자부담은 발생하지 않지만, 저소득자의 경우 등에 대해서는 고액개호서비스비에 의한 배려가 필요하다.

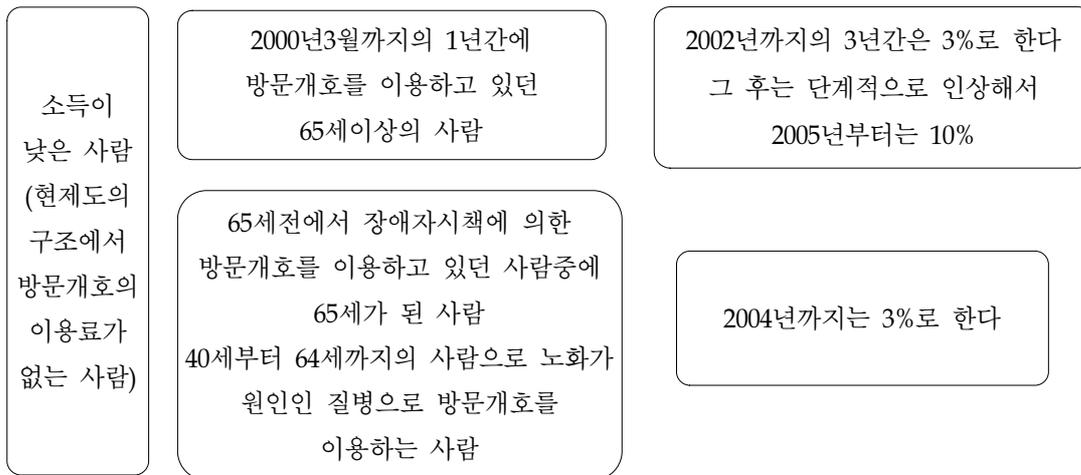
구체적으로는 다음과 같이 구분으로 기준액이 설정되어 있다. 또 고액개호서비스비는 1세대에 둘 이상의 개호서비스이용자가 있는 경우에 세대로 합산하여 적용하고 있지만 그 경우도 기준액은 같은 금액이 된다. 즉 세대합산되면 보험에서 되돌아오는 보상액이 많게 되어서 가계의 부담이 경감된다.

<표 11> 본인부담의 한도액

	기준액(월액)
일반의 세대	37,200엔
세대전원이 시정촌민세 비과세의 경우	24,600엔
노령복지연금수급자로 세대전원이 시정촌민세 비과세의 경우	15,000엔

(4) 저소득자에 대한 배려

홈ヘルパー의 방문(방문개호)에 대해서는 소득이 낮은 사람의 부담이 갑자기 증가하지 않도록 다음과 같은 경감조치가 취해진다. 그 외에 특별히 생활이 곤란한 사람에 대해서는 사회복지법인이 제공하는 방문개호, 주간개호, 단기입소, 특별요양노인홈의 서비스에 대해서 이용료가 경감되는 경우가 있다. 개호보험제도를 시행할 때 이미 특별요양노인홈에 입소하고 있는 사람에 대해서는 경과조치에 의한 이용부담의 경감이 있다.



<그림 6> 저소득자에 대한 조치

(5) 재해 등에 의한 감면

예외적인 경우이지만 재해, 그 외 후생노동성령으로 정하는 특별한 사정에 의해 정률 10%의 이용자부담을 지불하기 곤란한 피보험자에 대해서 시정촌은 그 사람의 이용자부담을 감면시킬 수 있다.(법제50조, 제60조)

(6) 영수증

서비스 제공사업자는 피보험자로부터 이용자부담 등의 비용을 받았을 경우에는 피보험자에게 영수증을 교부하지 않으면 안 된다.(법제41조 8항)

(7) 생활보호와의 관계

다양한 수단을 활용해서도 이용자의 부담이 불가능한 경우에는 생활보호법의 개정에 의해 이번에 새로 설치된 개호부조제도의 적용을 받게 되어서 이용료를 부담하지 않고 개호서비스를 이용할 수 있다.

6. 보험급여의 내용

개호보험의 보험급여대상 서비스는 크게 나누어서 재택서비스와 시설서비스가 있다. 개호필요인정을 받은 피보험자는 두 가지 서비스의 한쪽을 자유롭게 선택할 수 있다. 단지 지원필요인정을 받은 피보험자는 개호필요상태의 발생을 예방한다라고 하는 관점에서 재택서비스만이 급여대상이 되고 있다.

개호보험에서는 재택서비스에 대해서는 개호필요도에 따라서 보험급여의 상한액이 설정되어 있다. 또 시설가입자에 대해서 개호필요도에 따라 급여액이 설정되어 있다.

1) 재택서비스

개호보험제도의 보험급여는 크게 나누어서 재택급여와 시설급여의 두 가지로 구분할 수 있다. 재택급여에서는 재택개호서비스를 대상으로 하는 것 외에 서비스이용 등에 관한 계획을 작성하는 것과 함께 서비스전체의 이용조정을 하는 서비스로서 개호지원서비스가 보험급여로 인정되고 있다. 또 복지용구의 구입비나 주택개조비도 보험급여의 대상이다.

개호보험제도의 보험급여의 취급에서 재택의 경우는 유료노인홈·케어하우스에서 거주하는 것도 대상으로 하고 있다. 개호필요인정을 받은 사람은 재택서비스, 시설서비스의 어느 것도 선택할 수 있다. 지원필요인정의 경우는 치매성 노인그룹홈을 제외한 재택급여만을 이용할 수 있다. 또한 개호보험제도에서는 현금급여를 하지 않는다. 가족개호에 대해서는 단기입소생활개호 및 단기입소요양개호의 이용의 확대를 통하여 지원하는 것으로 하고 있다.

(1) 재택서비스

방문개호(홈헬프서비스)

방문개호원(홈헬퍼)가 가정을 방문해서 목욕, 배설, 식사 등의 개호 등 일상생활상의 수발을 하는 서비스

방문목욕개호

가정을 방문해서 욕조를 제공해서 목욕을 시키는 서비스

방문간호

간호사가 가정을 방문해서 요양상의 수발 또는 필요한 진료의 보조를 하는 서비스

방문재활

이학요법사나 작업요법사 등이 가정을 방문해서 이학요법, 작업요법, 그 외의 필요한 재활 훈련을 하는 서비스

재택요양관리지도

의사, 치과 의사, 약제사가 가정을 방문해서 요양상의 관리나 지도를 하는 서비스

주간보호(데이서비스)

주간보호시설 등에 다니게 해서 해당 시설에 있어서 목욕, 식사의 제공 등의 일상생활상의 수발, 기능훈련을 하는 서비스

주간재활(재활센터)

개호노인보건시설, 병원 등에 다니게 해서 해당 시설에 있어서 이학요법, 작업요법, 그 외의 필요한 재활훈련을 하는 서비스

단기입소생활개호(숏스테이)

단기입소시설 등에 단기입소 시켜서 해당 시설에 있어서 목욕, 배설, 식사 등의 개호의 일상생활이상의 수발, 기능훈련을 하는 서비스

단기입소요양개호

개호노인보건시설, 요양형 병상군 등에 단기입소 시켜서 해당 시설에 있어서 간호, 의학적 관리하에 있는 개호, 기능훈련 그 외의 필요한 의료 및 일상생활상의 수발을 하는 서비스

치매대응형 공동생활개호

치매의 상태에 있는 개호필요자에 대해서, 공동생활을 해야 하는 주거에 있어서 목욕, 배설, 식사 등의 개호 등의 일상생활상의 수발 및 기능훈련을 하는 서비스

특정시설입소생활개호

유료 노인홈, 개호이용형 경비 노인홈에 입소하고 있는 개호필요자에 대해서 개호서비스계획에 기초한 목욕, 배설, 식사 등의 개호 그 외의 일상생활상의 수발, 기능훈련 및 요양상의 수발을 하는 서비스

복지용구대여

휠체어나 특수 침대 등 후생대신이 정하는 복지용구의 대여를 하는 서비스

(2) 복지용구구입비의 대상이 되는 특정복지용구

목욕 또는 배설을 돕는 일부 복지용구가 구입비의 대상이 된다.

(3) 주택개조비의 대상이 되는 주택개조

손잡이의 설치나 문턱을 제거하는 등 소규모의 주택개조가 대상이 된다. 주택개조비의 대상이 되는 구체적인 주택개조의 범위는 손잡이의 설치, 문턱제거, 미끄럼방지 및 이동을 원활하게 하기 위한 마루재료변경, 미닫이문의 변경, 양식변기예의 변경, 그 외 이런 것에 부대로 필요한 주택개조이다.

(4) 개호지원서비스

개호필요자의 재택서비스의 적절한 이용 등이 가능하도록 개호필요자의 심신의 상황, 처해진 환경, 의향 등을 감안해서 거택서비스계획을 작성하는 것과 함께 해당 계획에 기초한 재택서비스의 제공이 확보되도록 사업자 등과의 연락조정해서 그 외의 서비스를 제공하고 개호필요자가 개호보험시설에 입소할 경우에 개호보험시설의 소개와 그 외의 서비스를 제공하는 서비스이다.

2) 시설서비스

① 개호노인복지시설(특별요양노인홈)에의 입소

개호보험법에 규정한 특별요양노인홈을 일컫는 것으로 개호복지시설서비스를 제공한다. 개호복지시설서비스는 특별요양노인홈의 입소자에게 시설서비스계획에 기초하여 개호 등의 일상생활상의 수발, 기능훈련, 건강관리 및 요양상의 관리를 제공하는 서비스이다.

② 개호노인보건시설에의 입소

개호보험법에 규정한 보건시설을 가리키는 것으로 개호보건시설서비스를 제공한다. 개호

보건시설서비스는 개호노인보건시설의 입소자에게 시설서비스계획에 기초하여 간호, 의학적인 관리에서의 개호 등의 수발 및 기능훈련, 그 외에 필요한 의료를 제공하는 서비스이다.

③ 요양형 병상군 등예의 입소

요양형 병상군 등예의 입소자에게 시설서비스계획에 기초하여 요양상의 관리, 간호, 의학적인 관리에서의 개호 등의 수발 및 기능훈련, 그 외에 필요한 의료를 제공하는 서비스이다. 요양형 병상군에는 요양형 병상군 외에 노인성치매질환병상요양병동 및 개호력강화병원을 포함한다. 단지 개호력강화병원에 대해서는 제도 시행 후 3년 이내에 한시적으로 인정되는 것이다. 따라서 계속해서 개호시설이 되기 위해서는 요양형 병상군 등으로의 전환이 필요하다.

재택서비스

지원필요
상태



개호필요
상태



- 가정을 방문하는 서비스
 - 홈헬퍼의 방문(방문개호)
 - 간호사 등의 방문(방문간호)
 - 재활전문가의 방문(방문재활)
 - 목욕팀의 방문(방문목욕개호)
 - 의사, 치과 의사, 약제사, 영양사, 치과위생사에 의한 지도
- 통원하는 서비스
 - 주간개호시설 등에 통원(기능훈련, 식사나 목욕등)
 - 노인보건시설 등에 통원(통원재활(데이케어))
- 시설에의 단기입소 서비스
 - 특별요양노인홈이나 노인보건시설 등에의 단기 입소(단기입소)
- 복지용구의 대여·구입이나 주택의 개조
 - 복지용구(휠체어, 특수 침대 등)의 대여
 - 복지용구(좌변기, 목욕용 의자 등)의 구입비의 지급
 - 주택개조비(손잡이의 설치나 문턱의 제거)의 지급
- 그 외
 - 치매의 고령자를 위한 그룹홈
 - 유료노인홈 등에서의 개호
- 개호서비스계획의 작성

시설서비스

- 특별요양노인홈(개호노인복지시설)
- 노인보건시설(개호노인보건시설)
- 개호직원이 배치된 병원 등(개호요양형 의료시설)
 - 요양병상
 - 노인성치매질환요양병동
 - 개호력강화병원(2002년말까지)

<그림 7> 받을 수 있는 서비스의 내용

3) 개호서비스의 상한

개호보험의 재택서비스의 이용에 있어서 보험급여의 상한액은 정해져 있다(지급한도액 기준액) 구체적으로는 거택서비스(방문과 주간서비스, 단기입소서비스), 복지용구구입, 주택개조에 대해서 국가가 지급한도액을 다음과 같이 설정하고 있다.

(1) 재택서비스

재택서비스에 있어서는 다양한 서비스를 ①방문과 주간서비스구분, ②단기입소서비스구분으로 나누어서 그 구분마다 개호필요도에 따라 구분지급한도 기준액을 설정하고 있다. 또한 거택요양관리지도, 치매대응형 공동생활개호, 특정시설입소자 생활개호에 대해서는 지급한도액이 정해져 있지 않다. 또 시정촌은 독자적인 판단으로 방문과 주간서비스의 개개의 서비스종류마다 1개월간의 지급한도액을 정할 수 있다.

<표 12> 개호필요도에 따른 구분지급한도액

구분 (포함하는 거택서비스)	방문과 주간서비스 (방문개호/방문목욕개호/방문간호 /방문재활/주간개호/주간재활/복 지용구대여)	단기입소서비스 (단기입소생활개호/단기입소요양개호) 각 필요도별 단위/월별최대이용
지원필요	6,150단위/월	954단위/6일
개호필요 1	16,580단위/월	984단위/16일
개호필요 2	19,480단위/월	1,032단위/18일
개호필요 3	26,750단위/월	1,079단위/24일
개호필요 4	30,600단위/월	1,126단위/27일
개호필요 5	35,830단위/월	1,173단위/30일

(2) 복지용구구입

복지용구 구입비의 지급은 매년 4월부터 1년간(지급한도액관리기간)에 있어서 같은 종류에 대해 한번으로 제한한다. 단지 같은 종류라고 하더라도 용도 및 기능이 다른 경우, 파손된 경우, 개호의 정도가 현격하게 높아진 경우에는 다시 구입하는 것이 가능하다. 또 복지용구 구입비의 지급한도 기준액은 매년 4월부터 1년간 10만엔으로 되어 있다. 따라서 실제로 보험급여액은 10만엔의 90%에 해당하는 9만엔이 한도가 된다. 시정촌은 독자적으로 10만엔을 초과하는 금액을 지급한도 기준액으로 할 수 있다.

(3) 주택개조

주택개조비의 지급은 손잡이의 설치 등 후생노동대신이 정하는 주택개조를 실제로 주거하고 있는 주택에 설치하고 시정촌이 개호필요자의 심신의 상황이나 주택의 상황을 고려해서 필요하다고 인정한 경우에 한해서 지급한다. 주택개조비의 지급한도 기준액은 같은 주택에 대해서 20만엔으로 되어 있다. 따라서 실제로 보험급여액은 20만엔의 90%인 18만엔이 한도가 된다. 시정촌은 독자적으로 20만엔을 초과하는 금액을 지급한도 기준액으로 할 수 있다.

7. 서비스의 제공사업자

개호보험제도상의 서비스제공사업자로서는 지정거택서비스사업자, 지정거택개호지원사업자, 개호보험시설의 세 종류가 있다. 또한 지정개호요양형 의료시설에는 요양병상(경과적인 조치로 구 요양형 병상군), 노인성 치매질환 요양병동, 개호력 강화병원(시행 후 3년에 한정)의 세 종류가 있다.

1996년 4월 22일의 노인보건복지심의회의 최종보고에 있어서는 개호서비스제공기관의 사업주체에 대해서 시설서비스에 있어서는 현행의 사업주체로 하는 것을 기본으로 하면서도 이용자본위의 효율적인 서비스제공이라고 하는 관점에서 서비스내용의 성격 등에 따라 가능한 한 다양한 주체의 참가를 촉진시키는 것이 중요하다고 하고 특별히 거택서비스의 분야에 있어서는 영리법인이나 법인격이 없는 주민참가형의 비영리조직도 포함해서 가능한 한 다양한 주체가 참가할 수 있는 방향으로 추진하였다는 것을 알 수 있다. 이것에 비해 시설서비스의 분야에 대해서는 개호보험의 대상이 되는 각 시설이 현재 상태에서는 다른 법규제를 받고 있다는 점을 감안하여 장래에는 시설체계의 일원화를 목표로 하면서도 당분간은 의료적 색채가 강한 서비스분야에 영리법인의 시장참여를 제한하는 등 현재의 사업주체를 유지하는 것으로 결정되었다.

이 문제는 사업주체에 대해서 어떤 규제를 하면 개호서비스이용자의 입장에서 보았을 때 서비스의 다양성, 효율성, 공정성이라고 하는 상호 모순되는 것도 있는 요청을 가장 잘 조화시킬 수 있을까 라고 하는 어려운 문제이고 앞으로도 논의가 계속될 것으로 생각된다.

<표 13> 개호보험에 있어서 서비스제공사업자

		관계법과 지정 등	주요한 운영주체
지정거택서비스사업자		개호보험법에 기초하여 도도부현의 장이 지정	사회복지법인 의료법인 영리법인(주식회사) 지방공공단체 등
지정거택개호지원사업자 (케어 매니지먼트관계)		개호보험법에 기초하여 도도부현의 장이 지정	위와 같다
개호보험시설			
지정개호노인복지시설 (특별요양노인홈)	노인복지법에 기초하여 도도부현의 장이 인가에서 개호보험법에 기초하여 도도부현의 장이 지정으로 변경	사회복지법인 지방공공단체	
개호노인보건시설 (노인보건시설)	개호보험법에 기초하여 도도부현의 장이 허가	의료법인 사회복지법인 지방공공법인 등	
지정개호요양형 의료시설 (요양형 병상군 등)	의료법에 기초하여 도도부현의 장이 허가에서 개호보험법에 기초하여 도도부현의 장이 지정으로 변경	의료법인 개인(의사 등) 지방공공단체 등	

(1) 지정거택서비스사업자(법제 70조에서 78조)

① 지정거택서비스사업자

거택서비스사업을 하는 사람으로써 도도부현의 장에게 신청을 해서 그 지정을 받은 사람이고 지정거택서비스를 제공한다.

② 지정

도도부현의 장의 지정은 거택서비스의 종류마다 거택서비스사업을 하는 개개의 사업소마다 행해진다. 동일한 사업자가 둘 이상의 사업소를 개설하고 있는 경우에도 각 사업소마다의 지정거택서비스사업자로써의 지정을 받아야 한다. 도도부현의 장은 다음의 경우에 해당할 때에는 지정을 해서는 안 된다.

- 가. 신청자가 법인이 아닌 경우(단 개인의 개설이 인정되고 있는 병원, 진료소, 약국이 거택요양관리지도 등 의료보험에서와 유사한 거택서비스를 제공하는 경우는 제외)
- 나. 종업원의 지식·기능·인원이 후생노동성의 법으로 정해진 기준·인원수를 충족시키지 못한 경우
- 다. 신청자가 후생노동대신이 정하는 설비·운영기준에 따라 적절한 사업운영을 할수 없을 것이라고 인정된 경우

또한 지정에는 다음과 같은 특례가 있다.

- 병원, 진료소, 약국에 대해서는 건강보험법의 보험의료기관·보험약국의 지정을 받은 경

우에는 거택요양관리지도 등 의료보험에서와 유사한 거택서비스에 한해서 그 지정을 받을 때에 지정거택서비스사업자로서의 지정도 있었다고 간주한다.

- 개호노인보건의료시설, 개호요양형 의료기관에 대해서는 각각 개호보험시설로써의 허가 또는 지정을 받은 경우는 단기입소요양개호 등 이러한 시설이 당연히 제공할 수 있는 거택서비스에 대해서는 그 때에 지정거택서비스사업자로서의 지정이 있었다고 간주한다.

③ 사업자의 책임과 의무

지정거택서비스사업자는 인원기준 및 설비 운영기준을 충족시킨 사업운동을 하는 것과 함께 이용자의 심신의 상태 등에 따라 적절한 서비스를 제공하고 스스로 서비스질의 평가를 하는 등 항상 이용자의 입장에 서서 서비스제공에 노력하지 않으면 안 된다. 또 피보험자증에 기재된 개호인정심사회의 의견에 배려해서 서비스를 제공하도록 노력하지 않으면 안 된다.

④ 도도부현의 장애 의한 지도 감독

도도부현의 장애가 있다고 인정된 경우는 사업자 종업원 등에 대해서 보고 장부서류의 제출 출두 등을 요구할 수 있고 또는 도도부현의 직원에게 관계자에의 질문이나 사업소의 검사를 시킬 수 있다.

⑤ 지정의 취소

도도부현의 장애는 인원기준이나 설비 운영기준에 대한 위반, 비용의 부정청구, 도도부현의 장애 의한 지도 감독 등에 대한 방해 등 일정한 이유가 있으면 지정거택서비스사업자의 지정을 취소할 수 있다.

(2) 지정거택개호지원사업자(법제79조에서 85조)

① 지정거택개호지원사업자

지정거택개호지원사업자는 거택개호지원사업(케어매니지먼트 사업)을 하는 사람으로 도도부현의 장애에 신청을 해서 그 지정을 받은 사람을 말한다.

② 지정 등

도도부현의 장애 의한 지정은 사업소마다 받아야 한다. 도도부현의 장애는 신청자가 법인이 아닌 경우, 개호지원전문가의 수가 후생노동성의 법령으로 정해진 정원을 채우지 못한 경우, 신청자가 후생노동대신이 정하는 운영기준에 따라 적정한 사업운동을 할 수 없을 것이 인정된 경우에는 지정을 해서는 안 된다.

지정거택개호지원사업자에게는 일정한 수의 개호지원전문원(이용자 50명당 1명)을 배치해야 할 필요가 있다. 그 외 사업자의 책임과 의무, 도도부현의 장애 의한 지도 감독, 지정의

취소에 대해서는 기본적으로 지정거택서비스사업자의 경우와 동일하다. 단지 지정취소의 이유에는 개호필요인정, 지원필요인정에 관한 조사의 위탁을 시정촌에서 받았을 경우에 허위의 결과보고를 했을 경우도 포함된다는 점에 유의할 필요가 있다.

(3) 개호보험시설(법제86조에서 115조)

개호보험시설에는 지정개호노인복지시설(특별요양노인홈), 개호노인보건시설(노인보건시설), 지정개호요양형 의료시설(요양형 병상군 등)의 세 종류가 있지만, 지금까지 서로 다른 법률(각각 노인복지법, 노인보건법, 의료법)에 의해서 규정되어 왔던 경위도 있어서 지정(개호노인보건시설에 대해서는 허가)의 성격이나 운영주체 등이 각각 상이하다. 또 개호보험시설에 있어서도 시설의 책임과 의무, 도도부현의 장에 의한 지도 감독, 지정(허가)의 취소에 대해서는 대략적으로 (1)의 지정거택서비스사업자나 (2)의 지정거택개호지원서비스의 경우와 같다. 또 개호보험시설에 있어서는 지정거택개호지원사업자와 같아서 개호지원전문원이 반드시 배치되어야 할 필요가 있다. 단지 개호지원전문원의 확보를 재택서비스에서 우선해서 진행시킬 필요가 있어서 시행 후 3년안에 한해서 간호개호계획 등의 작성에 관한 경험이 있는 간호사, 상담지도원을 배치해도 되는 경과조치가 설치되어 있다.

① 지정개호노인복지시설(법제86조에서 93조)의 지정

지정개호노인복지시설은 개호복지시설서비스(법제7조 21항)를 제공하는 시설로써 도도부현의 장에게 신청해서 그 지정을 받은 특별요양노인홈(즉 노인복지법상의 특별요양노인홈의 인가를 별도로 받는 것을 전제로 한다)이다.

도도부현의 장은 후생노동성의 법령이 정하는 인원의 개호지원전문가나 그 외의 서비스제공에 필요한 종업원을 고용하고 있지 않을 때나 후생노동대신이 정하는 설비 운영기준에 따라서 적정한 시설운영을 할 수 없다고 인정된 경우에는 지정을 해서는 안 된다.

② 개호노인보건시설(법제94조에서 106조)의 개설허가

개호노인보건시설은 개호보건시설서비스를 제공하는 시설로써 도도부현의 장에게 신청하고 그 허가를 받은 시설을 말한다.(법제7조 22항)

지정이 아니라 허가로 되어 있는 것은 전신인 노인보건법의 규정을 따른 것이지만, 다른 두 가지의 개호보험시설과는 달리 허가에는 시설 그 자체의 개설허가와 개호보험법에 기초한 서비스를 제공하는 기관으로써의 지정(보험지정)이라고 하는 두 가지의 성격을 함께 가지고 있기 때문에 다른 개호보험시설은 각각 노인복지법과 의료법에 의한 규제를 전제로 하고 있고 개호보험법에 있어서 필요한 규제도 하고 있는 것에 비해 개호노인보건시설에 대해서는 개호보험법이 모든 규제를 하고 있기 때문에 이러한 차이가 생기게 되었다.

도도부현의 장은 다음에 해당하는 경우에는 허가를 해서는 안 된다.

가. 시설을 개설하고자하는 사람이 지방공공단체, 의료법인, 사회복지법인, 그 외 후생노동

대신이 정하는 사람이 아닌 경우

나. 요양실, 진료실, 기능훈련실, 담화실, 그 외 후생노동성의 법령으로 정해진 시설이 없을 경우

다. 후생노동성의 법률로 정해진 인원의 의사, 간호사, 개호지원전문원, 그 외 서비스제공에 필요한 종업원이 없는 경우

라. 후생노동대신이 정하는 설비 운영기준에 따라서 적정한 시설운명을 할 수 없을 것이라 인정된 경우

또 도도부현의 장은 영리를 목적으로 개호노인보건시설을 개설하고자하는 사람에 대해서는 허가를 내주지 않을 수 있다. 이와 같은 규정은 지정개호요양형 의료시설에 대해서도 규정되어 있고 지정개호노인복지시설에 대해서는 노인복지법에 같은 규정이 있다.

③ 지정개호요양형 의료시설(법제107조에서 115조)의 지정

지정개호요양형 의료시설은 개호요양시설서비스(법제7조 23항)를 제공하는 시설로써 도도부현의 장에게 신청하여 그 지정을 받은 요양형 병상군 등을 가진 병원 또는 진료소(즉 의료법상의 허가를 별도로 받을 것을 전제로 한다)이다. 요양형 병상군 등에는 ①요양형 병상군, ②노인성치매질환요양병동, ③개호력강화병원(이것은 경과적으로 인정하고 있다)이 포함되어 있다. 지정의 신청은 지정을 받으려고 하는 요양형 병상군 등의 입소정원 및 병동부분을 명확하게 하지 않으면 안 된다. 즉 다른 두 개의 개호보험시설과는 달리 반드시 시설(병원 또는 진료소)전체가 지정을 받을 것을 예상하고 있지 않다.

도도부현의 장은 후생노동성의 법령으로 정해진 인원의 개호지원전문원, 그 외의 서비스제공에 필요한 종업원이 없는 경우나 후생노동대신이 정하는 설비 운영기준에 따라서 적정한 시설운명을 할 수 없다고 인정될 때에는 지정을 해서는 안 된다.

(4) 기준해당서비스 등

재택서비스를 제공하는 사업자는 앞에서 기술한 (1), (2)와 같이 법인격을 가지고 있고 일정한 인원기준과 설비 운영기준을 만족시킬 필요가 있지만, 이러한 것을 완전하게는 만족시키지는 못하지만, 시정촌이 그 서비스가 일정의 기준을 만족시키고 있다고 인정한 경우에는 기준해당서비스로써 피보험자에 대해 특례재택개호서비스비 등이 지불되는 경우가 있다. 이 한정에서는 지정을 받지 않은 재택서비스제공사업자이라고 하더라도 개호보험법에 있어서 서비스의 제공주체가 될 수 있다는 것에 주의할 필요가 있다. 이것은 앞서서도 이야기했듯이 이용자의 서비스 선택의 폭을 넓게 하는 것과 함께 지역의 실정을 고려한 적절한 서비스제공을 가능하게 한다는 관점에서 지역에 가장 가까운 시정촌이 개별적으로 유연한 판단을 할 수 있는 여지를 법률상 인정한 것이다. 또한 예외적으로 도서, 벽지와 같이 지정을 받은 사업자에 의한 서비스도 기준해당서비스도 확보하기 곤란한 지역에 있어서는 그 이외의 사업자에 의한 서비스제공도 시정촌의 개별적인 판단에 의해 개호보험의 보험적용대상

으로 하는 것을 인정하고 있다.

8. 개호보수체계

1) 개호보수의 기본적인 구조

개호보험에 있어서 재택개호서비스비의 지급, 시설개호서비스비의 지급, 재택지원서비스비의 지급 등 각 종의 보험급여가 이루어지지만, 이러한 보험급여의 금액은 기본적으로 각각의 서비스의 종류대로 서비스의 내용, 개호필요상태의 구분, 재택서비스사업소 또는 개호보험시설이 소재하는 지역 등을 고려해서 산정된 서비스의 평균적인 비용을 감안해서 후생노동대신이 정하는 기준에 따라 산정된다.

이 보험급여가 대리수령에 의해 현물급여화 되는 경우에는 의료보험에 있어서의 진료보수와 동일하게 후생노동대신이 정하는 산정기준으로 즉 개호보수로서의 기능을 하게 된다. 재택개호서비스비, 재택개호서비스 계획비, 시설개호서비스비, 재택지원서비스비, 거택지원서비스계획비등의 서비스가 현물급여화되는 경우에는 서비스제공사업자에 대해서 이 산정기준에 기초한 개호보수가 지불되게 된다.

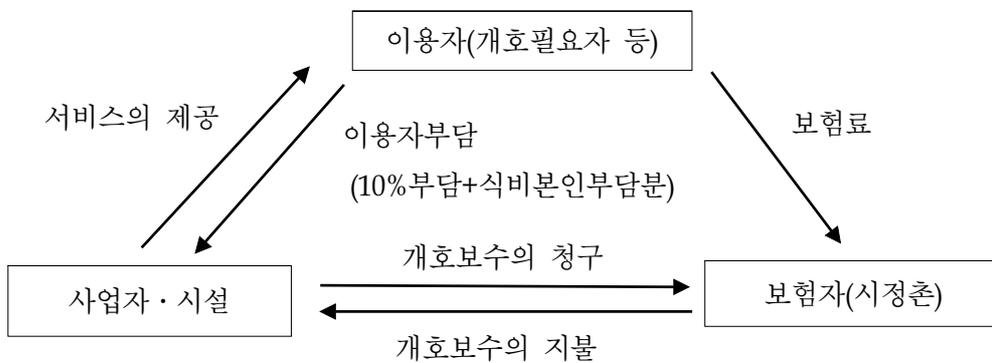
이 외에 보상지불로 보험급여가 이루어지는 경우 예를 들면 특례 재택개호서비스비의 지급이나 특례 재택지원서비스비의 지급에 대해서는 후생노동대신이 정하는 산정기준은 보험자가 피보험자에게 서비스비용의 환부를 할 경우에 상환액을 정하기 위한 기준으로 기능을 하게 된다. 단 대리수령, 상환지불의 어떤 경우에도 실제로 들었던 서비스비용이 후생노동대신이 정하는 산정기준에 의해 산정된 금액보다도 낮은 경우에는 실제로 든 금액을 기준으로 지불이 이루어지는 형태가 된다. 또한 실제의 서비스비용의 지불에 있어서는 지불한도액이 설정되어 있는 서비스(재택개호서비스, 재택지원서비스 등)에 대해서 지급한도액을 넘지 않도록 유의해야 할 필요가 있다. 많은 개호필요자 등은 케어플랜을 작성하고 그것에 따라 서비스를 받게 되는 것으로 생각할 수 있기 때문에 현실적으로는 그다지 발생하지 않는 것으로 생각할 수 있으나, 예를 들면 상환지불에서 서비스를 받은 결과 받은 서비스 금액의 합계액이 지불한도액을 넘어버리는 경우에는 보험자에서 피보험자에의 상환액은 지불한도액까지 감액되게 된다. 또 현물급여화된 재택서비스에 대해서는 지불한도액이 그 피보험자에 대해서 이루어진 서비스에 대해서 지불된 개호보수총액의 상한으로 가능하게 된다.

<표 14> 개호보수의 설정방법

구분	서비스의 종류	개호보수의 설정방법
재택서비스	방문개호, 방문목욕개호, 방문간호, 방문재활, 재택요양관리지도, 주간개호, 주간재활, 복지용구대여	서비스의 종류마다 서비스의 내용, 사무소의 소재지역을 감안한 평균비용을 고려해서 설정한다
	단기입소생활개호, 단기입소요양개호, 치매대응형 공동생활개호, 특정시설입소자생활개호	서비스의 종류마다 개호필요도, 사무소의 소재지역을 감안한 평균비용을 고려해서 설정한다
재택개호지원	재택개호지원	사무소의 소재지역을 감안한 평균적인 비용을 고려해서 설정한다
시설서비스	개호복지시설 개호노인보건시설 개호요양형의료시설	서비스의 종류마다 개호필요도, 사무소의 소재지역을 감안한 평균비용으로 설정한다.

2) 개호보수의 심사·지불

보험급여가 현물급여화 된 경우에는 그 서비스에 대한 개호보수는 시정촌에서 서비스제공사업자에게 지불되게 된다. 그러나 시정촌은 이 개호보수의 심사 및 지불에 관한 사무를 각 도도부현 단위로 설립되어 있는 국민건강보험단체연합회에 위탁할 수 있기 때문에 실제로는 서비스제공사업자는 국민건강보험단체연합회에 비용청구를 하게된다. 국민건강보험단체연합회는 후생노동대신이 정하는 서비스비용의 산정기준 및 서비스제공사업자의 설비·운영기준 등에 비추어서 그 청구를 심사한 후에 개호보수를 사업자에게 지불하게된다. 이러한 청구의 심사를 하기 위해서 국민건강보험단체연합회에는 개호급여비심사위원회가 설치되어 있다.



<그림 7> 개호보수지불의 흐름

3) 구체적인 개호보수의 개요

개호보수는 보험급여의 내용에서 살펴본 재택서비스 12종류와 시설서비스 3종류 재택개호지원의 16종류의 서비스에 대해서 정해져 있다. 또 직접, 개호필요자의 수발을 드는 직원의 인건비에는 지역에 따라 차이가 있기 때문에 그것을 개호보수에 반영하기 위해서 개호보수를 단위로 표시한 후에 지역구분마다 한 단위당의 단가를 설정하고 있다.

<표 15> 지역차의 예-한 단위의 단가

서비스의 종류		특별구	대도시	중도시	소도시	기타
재택서비스	방문개호/방문목욕개호/주간개호/치매대응형공동생활개호/특정시설입소자생활개호	10.72엔	10.60엔	10.36엔	10.18엔	10.00엔
	방문간호/방문재활/주간재활/단기입소생활개호/단기입소요양개호	10.48엔	10.40엔	10.24엔	10.12엔	10.00엔
	재택요양관리지도/복지용구대여	10.00엔				
시설서비스		10.48엔	10.40엔	10.24엔	10.12엔	10.00엔
재택개호지원		10.00엔				

(1) 재택서비스의 주요한 개호보수

① 방문개호				
	~30분	30분~60분	60분~90분	
신체개호중심	210단위	402단위	584단위	
절충형	-	278단위	403단위	
가사원조중심	-	153단위	222단위	
② 방문간호				
방문간호스테이션	425단위	830단위	1,198단위	
③ 방문목욕개호				
1회당	1,250단위			
④ 주간개호(데이서비스), 주간재활(데이케어)				
주간개호				
	2-3시간	3-4시간	4-6시간	6-8시간
지원필요	196단위	280단위	400단위	560단위
개호필요 1, 2	232단위	331단위	473단위	662단위
개호필요 3, 4, 5	323단위	462단위	660단위	924단위
주간재활				
지원필요	227단위	324단위	463단위	648단위
개호필요 1, 2	265단위	379단위	542단위	758단위
개호필요 3, 4, 5	365단위	521단위	744단위	1014단위
⑤ 단기입소(숏스테이)(1일당)				
	특별요양노인홈의 단기입소생활개호	노인보건시설의 단기입소요양개호	요양형병상군의 단기입소요양개호	
지원필요	914단위	994단위	1,188단위	
개호필요 1	942단위	1026단위	1,214단위	
개호필요 2	987단위	1076단위	1,254단위	
개호필요 3	1,031단위	1126단위	1,294단위	
개호필요 4	1,076단위	1176단위	1,344단위	
개호필요 5	1,120단위	1226단위	1,375단위	

※방문개호에 대해서 새벽, 야간, 심야 등에 가산이 있고, 방문간호에 대해서는 새벽, 야간, 심야, 긴급방문간호 등에 가산이 있다. 주간개호에 대해서는 식사, 버스운행, 기능훈련체제 등에 가산이 있다.

	⑥ 치매대응형 공동생활개호 (치매성 고령자의 그룹홈)	⑦ 특정시설입소생활개호
개호필요 1	809단위	238단위
개호필요 2	825단위	549단위
개호필요 3	841단위	616단위
개호필요 4	857단위	683단위
개호필요 5	874단위	750단위
⑧ 복지용구대여		
	실제 들어간 비용 (청구는 실비를 1단위의 단가로 나눈 단위수로 한다)	

(2) 재택개호지원(케어매니지먼트)

지원필요	1개월당 650단위
개호필요 1, 2	1개월당 720단위
개호필요 3, 4, 5	1개월당 840단위

(3) 시설서비스의 주요한 개호보수

①개호노인복지시설(특별요양노인홈)						
	개호필요이외	개호필요 1	개호필요 2	개호필요 3	개호필요 4	개호필요 5
신규입소자	-	796	841	885	930	974
기존조치제도 입소자	796		866		950	
②개호노인보건시설(노인보건시설)						
		880	930	980	1,030	1,080
③개호요양형 의료시설(요양형 병상군 등)						
		1,048	1,088	1,128	1,168	1,209
식비	기본식사서비스비로써 2,120엔/일을 설정					

4) 개호보수의 재평가

2003년 4월부터 제2기 사업계획기간을 향한 개호보수의 재평가에 대해서는 후생노동성에 2002년 10월 「사회보장심의회·개호급여비분과회」가 설치되어 개호보수의 각각의 논점에 대해서 심의가 이루어진다. 개호보수의 재평가를 할 경우에는 서비스의 실시상황 등을 고려하고 현행 서비스의 적절한 평가, 재택의 중시, 보험재정에의 영향을 고려한 효율성과 적정성, 개호보험서비스상호간의 정비 개호보험과 의료보험과의 정비 등 다각적인 시점에서 논의하고 폭넓은 검토가 이루어질 전망이다. 앞으로 구체적인 심의계획에 대해서는 2002년 7월을 목표로 개정이 이루어질 전망이다. 또 보수율격의 설정 후 2002년도 중에 심사지불시스템의 설계변경이 준비될 예정이다.

9. 다른 사회보험 및 공적부조와의 관계

1) 의료보험 각 법 및 노인보건법과의 관계

(1) 기본적인 방향

종래 의료보험제도(노인보건제도를 포함)에서 급여가 이루어졌던 것 중에 무조건 개호필요자를 입원시키는 요양형 병상군 등인 지정개호요양형 의료시설의 병상에서의 서비스, 노인보건시설에서의 서비스, 방문간호 등의 재택의료서비스의 일부로 개호필요자 등에 대해서

행해진 것은 기본적으로 개호보험제도의 급여로 이행되었다.

개호필요자 등은 개호보험의 피보험자인 것과 동시에 의료보험의 적용을 받은 사람이기 때문에 질병의 치료 등을 위해서 의료보험급여를 받을 수 있다. 단지 개호보험과 의료보험에서 급여가 중복되는 것(예를 들면 방문간호나 거택요양관리지도)에 대해서 개호필요자가 급여를 받으려고 할 경우는 개호보험의 급여가 우선되고 개호보험에서 제공되는 급여에 상당하는 부분에 대해서는 의료보험에서 급여하지 않는다.

노인보건제도와와의 관계에 있어서도 개호필요자가 받는 급여에 대해서 양 제도의 급여가 중복되는 경우에는 원칙적으로 개호보험법에 의한 급여가 우선된다. 무조건 개호필요자를 입원시키는 요양형 병상군 등의 지정개호요양형 의료시설에 입소하고 있는 사람에 대해서는 원칙적으로 의료보험에서의 급여는 이루어지지 않는다. 따라서 그곳에서의 서비스에 관한 비용은 개호보험에서 급여된다. 단지 해당 입소자의 치아치료 등 개호보험시설에서는 제공하기 곤란한 치료 등 후생노동대신이 정하는 일정한 것에 대해서는 의료보험에서 급여가 이루어진다. 지정개호요양형 의료시설에 입소하고 있는 사람이 수술 등의 급성치료가 필요하게 되었을 경우에는 원칙적으로 급성병동으로 옮겨서 의료보험에서 급여를 받게 된다. 개호노인보건시설에 대한 급여는 노인보건법에서 노인보건시설요양비에 관한 규정이 삭제된 결과, 경과조치적인 것을 제외하고 모든 개호보험제도에서 급여가 이루어진다. 노인방문간호에 대해서도 원칙적으로 개호보험법에 의한 급여가 이루어진다.

(2) 2002년도 의료개혁에 있어서 노인의 장기입원의 취급

2002년도의 건강보험법 등의 개정에 의해 입원의료의 필요성은 낮지만, 환자측의 사정으로 6개월 이상 장기입원하고 있는 환자에 대해서 보험급여의 범위가 개정되어 난병 등의 환자를 제외하고 진료보수의 입원기본료 등의 기본점수는 85%감액하는 것과 함께, 특정요양비제도의 대상이 되었다. 이것에 의해서 의료보험 노인보건의 급여에서 개호보험의 이용으로 환자의 필요가 변화할 것으로 추측된다.

2) 노인복지법과의 관계

노인복지법과의 관계에 있어서 지금까지 노인복지법에 규정되어 있던 홈헬프서비스, 데이서비스, 특별요양노인홈 등의 서비스의 대부분이 개호보험법에 의한 급여로 이행되었다. 노인복지법에서는 어쩔 수 없는 이유에 의해서 개호보험제도에 의한 서비스를 받을 수 없는 것이 명확하게 곤란하다고 인정된 경우(구체적으로는 가족에 의한 개호포기나 학대 등의 상황에 놓여있는 고령자 등을 규정)에 조치제도가 남아 있지만 이러한 조치제도를 하였을 경우에 서비스의 비용은 원칙적으로 공비로 재원을 조달한다. 단지 개호보험에서 보험급여를 받을 수 있는 경우에는 개호보험법에 의한 급여가 우선되고, 나머지를 노인복지법에 기초해서 공비로 부담하게 된다. 또한 요양노인홈에서의 서비스에 대해서는 종래대로 노인복지법에 기초한 입소조치로써 행해진다.

3) 신체장애자복지법관의 관계

신체장애자복지법에 기초한 홈헬프 서비스에 대해서도 보험 우선의 원칙에 따라 개호보험법에 의한 급여가 우선된다. 또한 보청기, 의수, 의족의 지급과 수화통역 등 개호보험법에 의한 급여대상이 되지 않는 서비스에 대해서는 신체장애자 복지법에 기초하여 지급이 이루어진다.

4) 생활보호법과의 관계

65세이상의 생활보호의 피보호자이고 개호보험의 피보험자인 사람에 대해서는 우선 개호보험을 우선적으로 적용하고, 이용자부담에 해당하는 부분에 대해서 생활보호제도에 신설된 개호부조를 적용하게 된다. 개호보험의 제1호 보험료에 대해서는 생활부조에 의해 급여가 이루어진다. 의료보험에 가입하지 않은 40세에서 64세까지의 피보호자에 대해서는 제2호 피보험자의 요건이 의료보험 각 법의 피보험자로 되어있기 때문에 개호보험의 피보험자는 되지 못한다. 이 경우 필요한 급여는 모두 개호부조로 이루어진다.

5) 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률에 의한 공비부담의료와의 관계

개호보험의 급여는 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률, 신체장애자 복지법, 원자폭탄피폭자에 대한 원호에 관한 법률(일반질병의료비의 지급만) 등의 공비부담의료의 급여에 우선하고 공비부담의료의 급여는 개호보험에 있어서 이용자부담의 부분에 대해서 행해진다.

6) 재해보상관계 각 법의 요양보상 등과의 조정

노동자재해보상보험법의 규정에 의한 요양보상급여나 요양급여 등 보상적인 성격이 있는 급여로 개호보험에 의한 급여에 상당하는 것을 받을 수 있을 때는 개호보험에서의 급여는 이루어지지 않는다. 해당 급여 중 예를 들면 다른 법에 의한 개호수당이 그 일부는 개호필요자의 지출한 개호비용에 따라서 급여되고 일부는 개호비용의 지출에 상관없이 일정한 상태를 요건으로 급여되는 것인 경우에는 지출한 개호비용에 따라서 급여되는 부분에 대해서 급여의 조정을 하게 되고 해당 금액의 한도에 따라 개호보험에서의 보험급여는 이루어지지 않는다.

10. 장기요양서비스의 발전 방향

1) 사회보장의 새로운 방향을 제시하는 개호보험

개호보험의 도입은 사회보장의 역사에 있어서 반세기반의 대사업이고, 전후의 고령자 복

지의 발전 속에서 정착해왔던 지금까지의 제도의 구조를 크게 변화시켰다. 새로운 개호보험 제도는 고령자를 동등하게 사회의 구성원으로써 바라보고, 노후 최대의 불안요소인 개호를 국민 전체가 담당해서 고령자의 자립을 지원하는 것을 목적으로 하고 있다. 이러한 개호보험의 이념과 그것을 구체화한 구조는 앞으로의 사회보장의 새로운 방향성을 제시하는 것이다. 2000년 4월 개호보험제도가 실시된 이후 2년간 시정촌, 도도부현, 서비스제공자가 개호보험제도의 정착을 위해서 노력해 왔고, 이러한 노력은 21세기 고령사회에 있어서도 국민이 안심하고 생활을 할 수 있도록 하는 새로운 사회보장의 구조를 사회전체가 담당해 가는 노력이기도 했다.

2) 보다 좋은 제도가 되기 위한 노력

개호보험제도는 많은 국민과 관계가 있는 새로운 제도이기 때문에 2000년에 시행되었지만 많은 문제가 남아 있다. 개호를 국민 전체가 담당하는 제도로써 창설된 개호보험제도의 보급과 정착을 도모할 뿐만 아니라 보다 좋은 제도로 만들기 위해서 국민 모두가 노력해야 할 필요가 있다. 개호보험법에서는 법률 시행 후 5년을 기준으로 제도전반에 관한 검토와 필요한 개정 등의 조치를 취할 수 있도록 되어 있다. 다양한 방면으로 국민 각 계층에서 논의되어서 보다 좋은 개호보험제도로 국민전체가 노력하는 것이 절실하다.

참고 문헌

- 박광준, 「일본의 개호보험도입 논의」 『사회정책논총』 한국사회정책연구원, 제9집, 1997.
- 변재관, 「일본 공적개호보험제도의 검토 및 한국에서의 시사점」 『월간 보건복지포럼』 한국보건사회연구원, 통권13호, 1997. 10.
- 변재관, 「일본 노인보건복지정책의 검토-재택복지의 중시와 보건 의료 복지의 연대-」 『월간 보건복지포럼』 한국보건사회연구원, 1997. 9.
- 조영훈, 「일본 공적 개호보험 도입의 문제점」 『경제와 사회』 제34권, 1997.
- 심재호, 「노인요양보험제도 도입에 대한 비판적 검토」 『사회복지정책』 한국사회복지정책학회 논문집, 제12집, 2001.
- 문현상, 「일본의 신골드플랜과 그 시사점」 『월간 보건복지포럼』 한국보건사회연구원, 1997. 7.
- 김재연, 『노인장기요양보험 도입방안』 국민건강보험공단 사회보장연구센터, 2001.
- 황경성·김용택, 『일본의 고령자 보건복지』 학지사, 2001.
- 厚生省, 『厚生白書』 各年度.
- 厚生統計協会, 『国民の福祉の動向』 第40巻, 第2号.
- 伊藤周平, 『介護保険と社会福祉』 ミネルヴァ書房, 2000.
- 二木 立, 『介護保険と医療保険改革』 勁草書房, 2000.
- 福祉自治体ユニット, 『介護保険法 早わかり』 法研, 2000.
- ぎょうせい, 『平成14年度、介護保険の手引』 2002.
- 月刊介護保険編集部編, 『介護保険ハンドブック』 法研, 2001.
- 早川浩士, 『介護保険データブック』 ぎょうせい, 2001.
- 介護保険研究会監修, 『わかりやすい介護保険制度Q&A』 2001.

부록: 개호필요인정 조사표

보험자 번호 _____ 피보험자 번호 _____

인정조사표

I 조사실시자(기입자)

실시일시	년 월 일	실시장소	주택내·입소(입원)시설내·그 외	
기입자 성명			소속기관	

II 조사대상자

과거의 인정	처음·2회이상 (전화인정 년 월 일)	전화인정결과	비해당·지원필요·개호필요도()	
대상자성명		성별	남	녀
생년월일	년 월 일	전화		
현주소		전화		
가족등 연락처		전화		

III 현재 받고 있는 서비스의 상황에 대한 체크 및 빈도를 기입하세요

재택이용 (과거3개월간의 평균횟수를 기입, 복지용구대여는 조사일, 복지용구구입은 과거6개월의 품목수 기재)	
<input type="checkbox"/> 방문개호(홈케어서비스) 월 회	<input type="checkbox"/> 복지용구대여 품목
<input type="checkbox"/> 방문목욕개호 월 회	<input type="checkbox"/> 단기입소생활개호(특양) 월 회
<input type="checkbox"/> 방문간호 월 회	<input type="checkbox"/> 단기입소요양개호(노건·진료소) 월 회
<input type="checkbox"/> 방문재활 월 회	<input type="checkbox"/> 치매대응형공동생활개호 월 회
<input type="checkbox"/> 거택요양관리지도 월 회	<input type="checkbox"/> 특정시설입소자생활개호 월 회
<input type="checkbox"/> 주간개호 월 회	<input type="checkbox"/> 복지용구구입 품목
<input type="checkbox"/> 주간재활 월 회	<input type="checkbox"/> 주택개조 있음·없음
<input type="checkbox"/> 시정촌의 특별급여	
<input type="checkbox"/> 개호보험급여외의 재택서비스	

시설이용 <input type="checkbox"/> 개호노인복지시설 <input type="checkbox"/> 개호노인보건시설 <input type="checkbox"/> 개호요양형 의료시설 <input type="checkbox"/> 개호보험시설이외의 시설		시설연락처 시설명() 〒 - 전화
--	--	--------------------------

IV 조사대상자의 가족상황, 주거환경, 학대의 유무 등에 대해서 기재해야 할 사항을 기입

조사일 년 월 일 보험자번호 피보험자번호

인정조사표 (기본조사)

1-1 마비 등의 유무에 대해 해당하는 번호는 모두 ○표시를 하세요(복수대답가능)

① 없다 ② 왼쪽 상체 ③ 오른쪽 상체 ④ 왼쪽 하체 ⑤ 오른쪽 하체 ⑥ 그 외

1-2 관절이 움직이는 범위의 제한에 대해 해당하는 번호는 모두 ○표시를 하세요(복수대답가능)

① 없다 ② 어깨 관절 ③ 팔꿈치 관절 ④ 다리 관절 ⑤ 무릎 관절 ⑥ 발목 관절 ⑦ 그 외

2-1 몸 뒤집기에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하나만 하세요

① 아무 것도 잡지 않고 할 수 있다 ② 무언가 잡으면 할 수 있다 ③ 할 수 없다

2-2 일어서는 것에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하나만 하세요

① 아무 것도 잡지 않고 할 수 있다 ② 무언가 잡으면 할 수 있다 ③ 할 수 없다

2-3 양다리가 바닥에 닿은 상태로 앉아있기에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

① 할 수 있다 ② 자기손으로 지탱하면 할 수 있다 ③ 지탱해주면 할 수 있다. ④ 할 수 없다

2-4 양다리가 바닥에 닿지 않은 상태로 앉아있기에 대해 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

① 할 수 있다 ② 자기손으로 지탱하면 할 수 있다 ③ 지탱해주면 할 수 있다. ④ 할 수 없다

2-5 양다리로 서있기에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

① 지탱해주는 것 없이 가능하다 ② 무언가 지탱할 것이 있으면 가능하다 ③ 할 수 없다.

2-6 보행에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

① 잡지 않고 가능하다 ② 무언가 잡으면 가능하다 ③ 할 수 없다

2-7 옮겨 타는 것에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

① 자립 ② 지켜봄(개호자의 지시를 포함) ③ 일부 도움 ④ 전부 도움

3-1 일어서기에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

① 잡지않고 가능하다 ② 무언가 잡으면 가능하다 ③ 할 수 없다

3-2 한쪽 다리로 서있기에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

① 지탱해주는 것 없이 가능하다 ② 무언가 지탱할 것이 있으면 가능하다 ③ 할 수 없다.

3-3 일반가정용 욕조에 들어가기에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

① 자립 ② 일부 도움 ③ 전적인 도움 ④ 하지 않았다

3-4 몸뚱이에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 자립 ② 일부 도움 ③ 전적인 도움 ④ 하지않았다.

4-1 욕창에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

1) 욕창이 있습니까	① 있다 ② 없다
2) 욕창이외의 치료가 필요한 피부질환이 있습니까	① 있다 ② 없다

4-2 한쪽 손을 가슴까지 올릴 수 있는가에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 할 수 있다 ② 도움이 있으면 할 수 있다 ③ 할 수 없다

4-3 삼켜넘김에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 할 수 있다 ② 도움이 있으면 할 수 있다 ③ 할 수 없다

4-4 뇨의 변의를 의식하고 있는가에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

1) 뇨의	① 있다 ② 가끔 있다 ③ 없다
2) 변의	① 있다 ② 가끔 있다 ③ 없다

4-5 배뇨 후의 뒷처리에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 자립 ② 간접적인 도움필요 ③ 직접적인 도움필요 ④ 전적인 도움필요

4-6 배변 후의 뒷처리에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 자립 ② 간접적인 도움필요 ③ 직접적인 도움필요 ④ 전적인 도움필요

4-7 식사섭취에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 자립 ② 지켜봄(개호측의 지시를 포함) ③ 일부 도움필요 ④ 전적인 도움필요

5-1 청결에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

1) 구강 청결(양치질 등)	① 자립 ② 일부 도움필요 ③ 전적인 도움필요
2) 세수하기	① 자립 ② 일부 도움필요 ③ 전적인 도움필요
3) 머리 감기	① 자립 ② 일부 도움필요 ③ 전적인 도움필요
4) 손톱깎기	① 자립 ② 일부 도움필요 ③ 전적인 도움필요

5-2 옷갈아입기에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

1) 단추끼우고 풀기	①자립 ②지켜봄(개호측 지시 포함) ③일부 도움필요 ④전적인 도움
2) 상의 갈아입기	①자립 ②지켜봄(개호측 지시 포함) ③일부 도움필요 ④전적인 도움
3) 바지,팬티갈아입기	①자립 ②지켜봄(개호측 지시 포함) ③일부 도움필요 ④전적인 도움
4) 양말 갈아입기	①자립 ②지켜봄(개호측 지시 포함) ③일부 도움필요 ④전적인 도움

5-3 거실의 청소에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 자립 ② 일부 도움필요 ③ 전적인 도움필요

5-4 약의 복용에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 자립 ② 일부 도움필요 ③ 전적인 도움필요

5-5 금전의 관리에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 자립 ② 일부 도움필요 ③ 전적인 도움필요

5-6 심각한 전망중에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 없다 ② 가끔씩 있다 ③ 있다

5-7 주변에의 관심에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 없다 ② 가끔씩 있다 ③ 있다

6-1 시력에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 보통(일상생활에 지장없음)
② 약 1m 떨어진 시력확인표의 그림이 보인다
③ 눈앞에 놓여진 시력확인표의 그림이 보인다
④ 거의 보이지 않는다
⑤ 보이는지 어떤지 판단 불능

6-2 청력에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 보통
② 보통의 소리를 겨우 들을 수 있다. 잘 안들리기 때문에 잘못알아들을 때가 있다.
③ 상당히 큰 소리면 겨우 알아 들음
④ 거의 들리지 않는다
⑤ 들리는지 어떤지 판단불능

6-3 의사전달에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 조사대상자가 의사를 다른 사람에게 전달할 수 있음
② 가끔 전달할 수 있음
③ 거의 전달할 수 없음
④ 할 수 없음

6-4 개호측의 지시에 대한 반응에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

- ① 개호측의 지시가 통합 ② 개호측의 지시가 가끔씩 통합 ③ 개호측의 지시가 통하지 않음

6-5 이해에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

1) 매일의 일과를 이해하는가	① 할 수 있다 ② 할 수 없다
2) 생년월일과 연령을 대답할 수 있는가	① 할 수 있다 ② 할 수 없다
3) 면접조사의 직전에 무엇을 하고 있었는가 생각나는가	① 할 수 있다 ② 할 수 없다
4) 자신의 이름을 말할 수 있는가	① 할 수 있다 ② 할 수 없다
5) 현재의 계절을 이해할 수 있는가	① 할 수 있다 ② 할 수 없다
6) 자신이 있는 장소를 이야기할 수 있는가	① 할 수 있다 ② 할 수 없다

7 행동에 대해서 해당하는 번호에 ○표시를 하세요

1) 물건을 잃어버렸다 등의 피해망상적으로 될 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
2) 말을 만들어서 주위에 말할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
3) 실제 없는 것이 보인다던가 들린다던가 할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
4) 울다가 웃었다가 하는 등 감정이 불안정할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
5) 야간불면 또는 밤낮의 뒤바뀐이	①있다 ②가끔있다 ③없다
6) 폭언 폭행이	①있다 ②가끔있다 ③없다
7) 지겹게 같은 이야기를 반복하거나 불쾌한 소리를 낼 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
8) 큰소리 지를 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
9) 조언과 개화에 저항할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
10) 목적도 없이 반항할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
11) 집에 간다 라는 등 짐작하지 못할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
12) 외출하면 병원, 시설, 집등에 혼자 돌아오지 못할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
13) 혼자 바깥으로 나갈려고 해서 지켜봐야 할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
14) 이것 저것을 모으거나 무단으로 물건을 가져올 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
15) 화기의 시말과 관리를 못할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
16) 물건이나 의류를 망가뜨리거나 찢을 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
17) 불결한 행동을 할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
18) 먹지 못하는 것을 먹을 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다
19) 주위에 폐해를 끼치는 성적행동을 할 때가	①있다 ②가끔있다 ③없다

8 과거 14일간 받은 의료에 대해서 해당하는 번호 모두에 ○표시를 하세요

처치내용	1.링겔의 관리 2.중심정맥영양 3.투석 4.인공항문의 처치 5.산소요법 6. 인공호흡기 7.기관절개처치 8.동통의 간호 9.경관영양
특별한 대응	10. 모니터측정(혈압,맥박,산소포화도등) 11.욕창의 처치
시금에의 대응	12. 카테테르

9 일상생활자립도에 대해서 각각 해당하는 것에 ○표시를 하세요

장애노인의 일상생활자립도(와상도)	정상 · J1 · J2 · A1 · A2 · B1 · B2 · C1 · C2
치매성노인의 일상생활자립도	정상 · I · IIa · IIb · IIIa · IIIb · IV · M

조사일 년 월 일 보험자 번호 피보험자번호

인정조사표(특기사항)

1. 마비·구축(拘縮)에 관련된 항목에 대한 특기사항

1-1 마취등의 유무 1-2 관절이 움직이는 범위제한의 유무

- () _____
- () _____
- () _____

2. 이동 등에 관련된 항목에 대한 특기사항

2-1 몸 뒤집기 2-2 일어서는 것 2-3 양다리 바닥에 닿은 상태로 앉아있기 2-4 양다리가 바닥에 닿지 않고 앉아있기 2-5 양다리고 서있기 2-6 보행 2-7 옮겨타기

- () _____
- () _____
- () _____

3. 복잡한 동작 등에 관련된 항목에 대한 특기사항

3-1 일어서기 3-2 한쪽 다리고 서있기 3-3 일반가정용 욕조에 들어가기 3-4 몸뚱기

- () _____
- () _____
- () _____

4. 특별한 개호 등에 관련된 항목에 대한 특기사항

4-1 욕창의 유무 4-2 한쪽 손을 가슴까지 올릴 수 있는가 4-3 삼켜넘김 4-4 뇨의 변의 4-5 배뇨후의 뒷처리 4-6 배변 후의 뒷처리 4-7 식사섭취

- () _____
- () _____
- () _____

5. 신변의 수발 등에 관련된 항목에 대한 특기사항

5-1 청결 5-2 옷갈아입기 5-3 거실의 청소 5-4 약의 복용 5-5 금전의 관리 5-6 심각한 건망증 5-7 주변에의 무관심

- () _____
- () _____
- () _____

6. 커뮤니케이션 등에 관련된 항목에 대한 특기사항

6-1 시력 6-2 청력 6-3 의사전달 6-4 개호측의 지시에 대한 반응 6-5 이해

- () _____
- () _____
- () _____

7. 문제행동에 관련된 항목에 대한 특기사항

7 행동

() _____

() _____

() _____

8. 특별한 의료에 대한 특기사항

8 과거 14일간에 받았던 의료

() _____

() _____

() _____

프랑스의 장기요양서비스제도

김경하

목 차

I. 보건의료제도 전반	130
1. 적용대상	130
2. 자원	131
3. 관리운영주체	133
4. 보건의료 지출내용	134
II. 노인인구의 현황과 추이	135
III. 노인보건복지제도의 발달과정	138
IV. 장기요양서비스 체계	140
1. 장기요양서비스 체계의 개요	140
1) 기본방향	140
2) 관리운영주체의 역할분담	141
2. 장기요양서비스 체계의 현황	142
1) 도입경과 및 개요	142
2) 적용대상	143
3) APA 신청절차	146
4) APA의 부여절차	149
5) 기구의 조정	151
6) 자원	152
7) 장기요양서비스의 종류	154
8) 다른 급여와의 관계	173
9) 기타 APA의 장점	176
10) APA의 통제	177
11) APA의 평가	179
V. 맺음말	180
참고문헌	181
부록 : APA 법과 요금에 대한 개혁	182

표 목차

<표 1> 프랑스에서 사회건강보험 보험료	132
<표 2> 본인부담 보충형 민영보험을 제공하는 3가지 유형 보험자의 시장참여도	133
<표 3> 보건의료 자금조달의 주요 출처	134
<표 4> 서비스 유형에 따른 보건의료 지출	135
<표 5> 평균여명의 추이	136
<표 6> 노인보건복지제도의 발달과정	139
<표 7> 재택에서 APA의 부여 절차과정	161
<표 8> 수급권자의 소득에 따른 본인부담	162
<표 9> 요간병 등급에 따른 APA 수급권자의 비율	171
<표 10> 요간병 등급에 따른 APA의 매월 금액	173

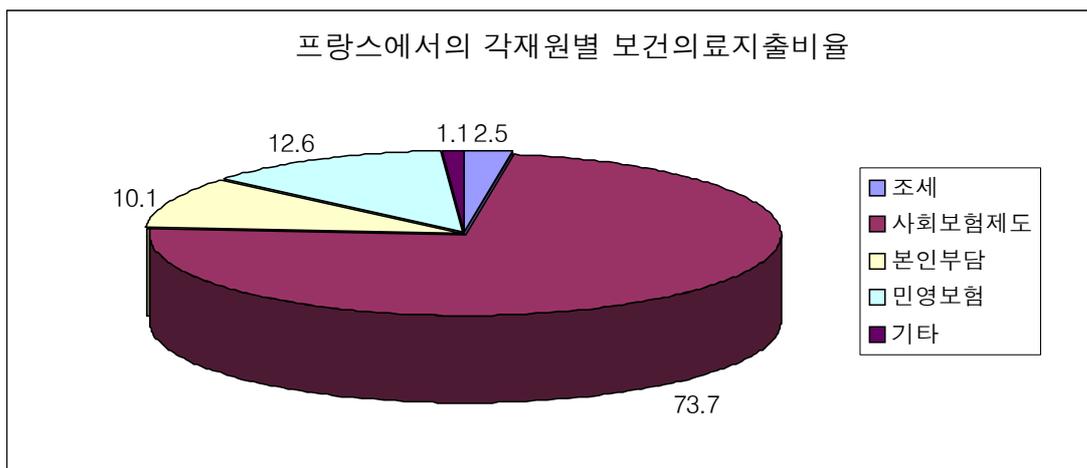
그림 목차

[그림 1] 프랑스에서의 각 재원별 보건의료비 지출비율	130
[그림 2] 프랑스의 65세 이상 노인인구 비율의 추이	136
[그림 3] 1999년까지의 프랑스 노인인구 비율 추이	136
[그림 4] 성별과 나이별로 본 APA 수급권자의 비율	172

I. 보건의료제도 전반1)

프랑스 보건의료제도는 주로 조세와 노사 사회건강보험료를 통하여 자금이 조달된다. 보건의료 소비는 건강보험제도와 정부가, 공급은 개원의, 공공병원, 민간영리병원과 민간비영리병원이 담당하게 된다. 외래진료 부문에서 대부분의 일반의와 전문의는 동의된 수가계약에 따라 행위별수가제(fee-for-service)로 지불된다. 반면, 공공병원에서 일하는 직원은 봉급제이다. 프랑스의 환자들은 의사와 병원에 대한 선택이 자유롭다.

1999년 현재 프랑스의 GDP 대비 보건의료비 비율은 9.4%이고 이 중 조세가 차지하는 비중은 2.5%, 사회보험제도 73.7%, 본인부담 10.1%, 민영보험 12.6%, 기타 1.1%이다([그림 1] 참조).



자료: OECD Health Data, 2001.

[그림 1] 프랑스에서의 각 재원별 보건의료비 지출비율

1. 적용대상

프랑스의 모든 법적 거주자는 공적 건강보험에 의해 급여된다. 최근까지 기본적 자격요건은 고용상태였다. 보편적 질병급여(CMU, couverture maladie universelle)가 2000년 1월에 시행되었기 때문에, 공적 건강보험이 없던 일부 국민²⁾이 프랑스에 법적인 거주를 기본으로

1) 이 부분은 Health Care Systems in eight countries: trend and challenges, European Observatory on Health Care System(2002)에서 프랑스 부분의 내용을 참조하였다.

2) 일부는 지역사회에 의해서 제공된 사회부조를 통하여 급여되었고, 0.5% 이하의 국민은 보험의 혜택을 받지 못했다.

현재 공적 급여를 받을 자격이 있다.

일반제도, 농업자영자제도, 상공업자영자제도 등 3개의 주요한 건강보험제도는 국민의 96%를 포함한다. 여기서 일반제도인 전국질병보험금고(CNAMTS)는 국민의 약 84%를 포함한다. 프랑스 국민은 보험자에 대한 선택권은 없이 그들의 직업상태와 거주지를 근거로 건강보험제도에 자동적으로 가입된다.

2000년에 국민의 86%는 본인부담에 대한 보충보험(complementary voluntary health insurance)³⁾의 급여혜택을 받았고, 저소득 국민을 위해 무상으로 본인부담에 대한 보충보험을 제공하는 CMU의 도입 이후 적용대상이 7.2%p가 더 추가되어, 본인부담에 대한 보충보험의 급여를 받는 국민의 비율은 90%이상이 되었다.

2. 재원

재원은 4가지로 나누어 살펴볼 수 있다.

첫째, 조세가 있다. 1998년 이래로 총소득을 기반으로 징수하는 일반사회각출금(CSG, general social contribution)은 1997년에 보건의료의 6.2%, 1998년에 30.1% 자금을 조달하고 현재 건강보험 기금 수입의 1/3을 담당함으로써, 근로자 사회건강보험 보험료 요소의 대부분을 대체하고 있다. 이외에도 제약회사가 지불하는 세금과 담배, 알코올에 대한 특정 세금⁴⁾이 있다. 이러한 특정 세금은 국민의 84%를 급여하는 일반제도에 할당되어 수입의 3.4%를 담당하게 된다.

둘째, 사회건강보험 보험료가 있다. 이는 자영업자와 농민들에게는 역누진적이지만, 근로자들에게는 누진적⁵⁾이다. 사회건강보험 보험료율은 매년 사회보장재정법(Financing of Social Security Act)을 통하여 의회에서 정해진다.

3) 본인부담에 대한 보충보험(Complementary voluntary health insurance)은 고급화된 서비스나 사설병상(private rooms) 등을 이용할 경우 본인부담을 담당하는 것이며, 비급여 서비스에 대한 보충보험(Supplementary voluntary health insurance)은 공적건강보험의 급여범위에서 제외된 서비스에 대하여 급여를 해 주는 것을 의미한다(OECD, 2002).

4) 2001년까지는 자동차세도 포함한다.

5) 하지만 근로자들에게는 단지 근로소득(earned income)에만 적용되기 때문에 역누진적이라고 생각될 수 있다. 근로소득은 부유한 사람들보다는 가난한 사람들의 총소득(total income)에 더 많은 부분을 차지하기 때문이다.

<표 1> 프랑스에서 사회건강보험 보험료

구 분	보 험 료		
	총보험료 총소득의 13.55% (상한 없음)	사용자 보험료 12.8% (상한 없음)	근로자 보험료 0.75% (상한 없음)
일반상공업근로자			
상공업자영자	연간 Euro 28,000의 상한까지 순소득의 6.50% Euro 28,000과 Euro 141,000 사이에서 순소득의 5.90% 최소보험료는 Euro 11,000의 6.50%		
농업자영자	소득 Euro 164,000의 상한까지 8.13%		

자료: <http://vosdroits.service-public.fr/ARBO/17011201-NXSAN115.html>.

셋째, 민영건강보험 보험료가 있다. 이의 보험료율은 상업적인 보험자, 비영리 상호부조조합, 비영리 공제기관⁶⁾ 등 보험자의 유형과 단체보험이나 개인보험과 같은 보험유형에 따라 달라진다. CMU는 저소득의 사람들에게 무상으로 본인부담에 대한 보충보험을 제공한다.

넷째, 본인부담이 있다. 공적 건강보험의 상환목록에 포함되지 않는 본인부담의 유형은 다음과 같이 나뉘어진다. 외래진료와 의약의 경우 본인부담은 일반의와 전문의 방문시 30%, 약제에 대해서는 항상 35%이다. 이때 일부 약제에 대해선 0% 그리고 치료효과에 대한 논쟁 여부가 있는 약제에 대해선 65%지만, 전체적으로 볼 때 매우 적은 비율을 차지한다. 또한 실험검사는 당뇨, 암 등 31가지 질병의 중증질환 환자의 경우를 제외하고 보통 40% 본인부담이 있게 된다.

출산과 관련이 없는 병원진료의 경우 본인부담은 Euro 200의 상한까지 처음 31일 동안 비용의 20%이고, 병원 입원에 대해선 일당 Euro 10.67의 본인부담이 있게 된다. 제 2섹터⁷⁾의 경우 전문의는 38%, 일반의는 15%를 추가로 본인부담한다. 또한 특히 의치와 안경 등에 대해서는 차액 본인부담이 있고, 환자의 안락을 위한 1인실 등의 병원 서비스는 본인부담이 있게 된다. 혈액검사 등 상환목록에 포함되지 않거나 처방 없이 구입하여 사용하는 의료재화나 서비스 경우도 본인부담해야 한다.

프랑스는 본인부담에 대한 상한선이나 세제감면 등의 혜택은 없으나 과도한 본인부담을 피하기 위해 중증질환을 가진 자와 Euro 200이상 부과되는 입원진료에 대해서는 본인부담 면제가 있고 저소득층에게는 본인부담에 대한 보충보험을 정부가 무상으로 제공한다.

6) 상호적인 급여활동은 임의적 요소를 기반으로 건강보험제도에 선구자였다. 이것은 19세기 동안에 급속하게 전개되었고 아직까지도 프랑스의 정치활동에 중요한 힘을 가지고 있다.

7) 협약에 의한 요금을 적용 받지 않고 자유요금을 선택할 수 있는 의사들을 말한다.

3. 관리운영주체

관리운영주체도 각 재원에 따라 달라진다.

첫째, 보건의료에 자금을 조달하는 조세는 전국적으로 징수된다. 지역조세의 의한 보건의료의 자금조달은 없다. 그러나 지역당국은 노인과 장애인을 위한 비의료(non-medical) 서비스에 대한 재정을 책임진다. 조세율은 매년 사회보장재정법을 통하여 의회가 정하게 된다.

둘째, 사회건강보험 보험료 관리운영주체를 보면, 상공업 근로자와 부양가족과 CMU의 수혜자들을 포함하는 일반제도(국민의 84%), 농업자영자제도(7%), 상공업자영자제도(5%) 등 3가지 주요한 건강보험제도가 전국민의 96%를 포함한다. 이외에도 광부, 선원 등 일정 범주의 소규모 제도가 있다.

보험료 징수는 상공업자영자제도와 농업자영자제도의 경우는 직접 보험료를 징수하고 그들의 지역사무소의 연결망을 통하여 가입자에게 상환하는 반면, 일반제도에서의 보험료는 그들 자신의 지역사무소를 가진 특정 조직 즉, 사회보장조직 중앙재무관리기구(Agence centrale des organismes de sécurité sociale; ACOSS)에 의해서 징수된다.

여기서 두 가지의 위험공동관리제도(risk-pooling)가 존재하는데, 인구통계학적 구조와 가입자의 소득에서의 차이를 보상하는 일반제도와 소규모 제도 사이에서의 위험공동관리제도와 가입자의 인구통계학적 차이를 보상하는 3가지 주요한 제도 사이에서의 총괄적인 위험공동관리제도가 있다. 이는 일반제도와 상공업자영자제도보다는 고령의 농업자영자제도를 보상하기 위한 것이다

셋째, 본인부담에 대한 보충보험은 상업적인 보험자와 비영리 상호부조조합과 공제기관에 의해 제공된다(<표 2> 참조). 일부 상호부조조합은 안과 혹은 치과센터, 외래진료센터, 소규모 병원 등 그들 자신의 보건의료시설을 가지지만, 피보험자는 이 연결망을 사용할 의무는 없다.

<표 2> 본인부담에 대한 보충보험을 제공하는 3가지 유형 보험자의 시장참여도(CMU 제외)

구 분	피보험자의 %	총소비의 %	보험자 수
상호부조조합	61%	7.5	1300 ¹⁾
상업적인 보험자	22%	2.8	51 ²⁾
공제기관	17%	2.1	75

주: 1) 대규모 상호부조조합 일부와 소규모 상호부조조합 대다수.

2) 51개의 상업적인 보험자는 전체 상업적인 보험자 시장참여도의 95%를 차지한다.

자료: Household Survey Santé et Protection Sociale. CREDES 2001 and National Health Accounts.

4. 보건의료 지출내용

1996년 Juppe Plan 이후로, 건강보험제도 지출에서의 최대증가율이 매년 정해졌다. 이를 ONDAM(the Objectif national des dépenses d'assurance maladie)라 하는데, 이는 공공병원, 민간영리병원, 외래부문, 노인과 장애자를 위한 의료복지서비스 등 4개 부문 지출목표로 구성되어 있다. 그러나 실제 지출은 정해진 목표보다 높아서 ONDAM이 지정된 첫 해인 1997년을 제외하고 매년 과잉소비가 발생해 왔다.

2000년에 프랑스에서의 보건의료 총지출은 Euro 14조 60억으로 GDP의 10%이었고, 이중 공공지출은 GDP의 7.7%이었으며 민간지출은 2.3%이었다.

<표 3> 보건의료 자금조달의 주요 출처(2000)

구 분	전국적 경상비		보건의료소비	
	금액 (Euro 100만)	합계의 %	금액 (Euro 100만)	합계의 %
사회보험제도	102,428	72.8%	92,290	75.5%
조세	6,110	4.3%	1,285	1.1%
민간	32,083	22.8%	28,623	23.4%
- 공제조합	11,004	7.8%	9,110	7.5%
- 공제기관	2,569	1.8%	2,569	2.1%
- 상업적인 보험자	3,372	2.4%	3,372	2.8%
- 가정	13,610	9.7%	13,571	11.1%
- 기타	1,528	1.1%	0	0
합 계	140,628	100%	122,197	100%

자료: DRESS. National Health Accounts. Paris: DRESS; 2001.

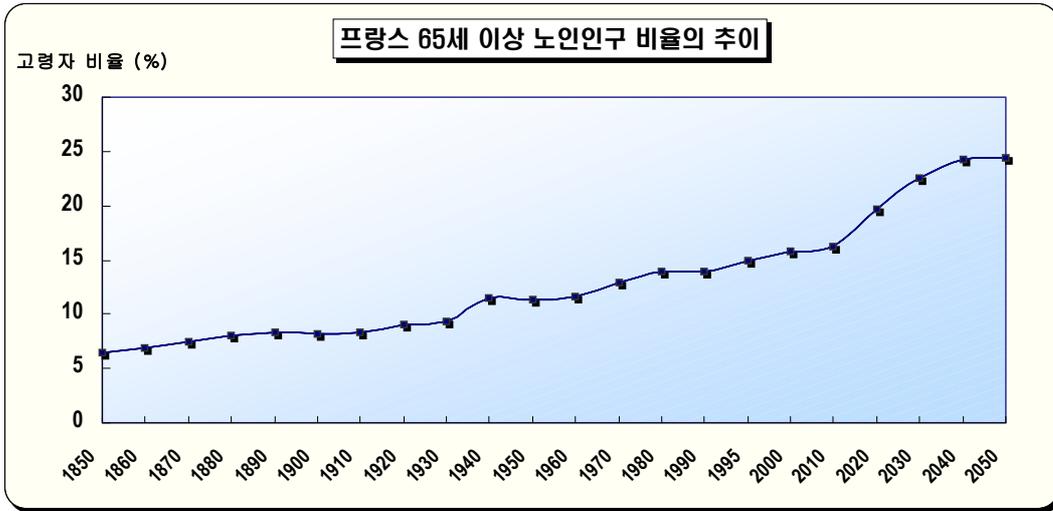
<표 4> 서비스 유형에 따른 보건의료 지출(2000)

구 분	Euro 100만	합계의 %
병원진료	56,821	40.4%
외래진료	31,861	22.7%
- 의사	15,324	10.9%
- 간호사, 물리요법가 등	6,465	4.6%
- 치과 의사	6,430	4.6%
- 의료검사	2,789	2.0%
- 온천	853	0.6%
교통비	1,873	1.3%
의료재화	31,642	22.5%
- 약제	25,070	17.8%
보건의료 총소비	122,197	86.8%
질병수당	8,109	5.8%
보건의료제도의 보조금	1,507	1.1%
예방적 진료	3,355	2.4%
연구와 훈련	3,042	2.2%
관리운영비	2,418	1.7%
전국적 총경상비	140,628	100%

자료: DRESS. National Health Accounts. Paris: DRESS; 2001.

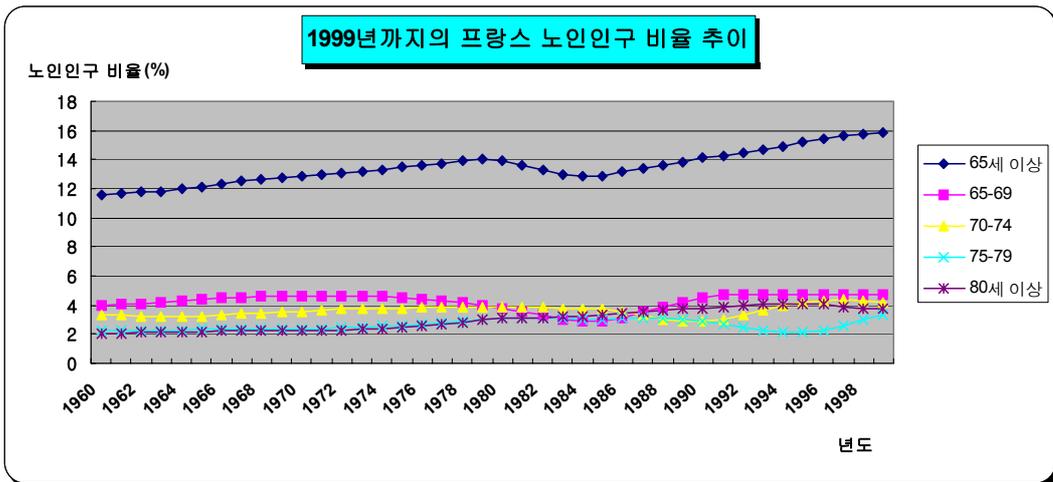
II. 노인인구의 현황과 추이

프랑스의 인구고령화 속도는 1865년에 7%, 1995년에 14%로, 고령화 사회에서 고령사회로 넘어가는 소요 년수가 130년(법연, 1995)이었으며, 20세기 초에 65세 이상의 노인인구 비율이 독일이나 영국은 4.0% 수준에 불과하였지만, 프랑스는 8.5%를 차지하였다(박재간, 2001). 그리고 제2차 세계대전 후인 1946년에는 11.6%, 1990년에는 14.7%, 2000년 현재 810만명으로 16.0%이지만, 2020년에는 20.0%선에 도달할 것으로 전망된다([그림 2] 참조). 출생시점에서의 평균수명은 1997년에 남성의 경우 74.6세, 여성의 경우 82.2세로 나타났다(<표 5> 참조). 지난 20년 동안 평균수명은 1년에 3달씩 증가하였다. 이처럼 평균수명이 늘어남에 따른 노인인구 비율의 증가는 노년의 삶의 질에 중점을 두게 되었다.



자료: 『인구통계자료집 1996』, 후생성 인구문제연구소

[그림 2] 프랑스의 65세 이상 노인인구 비율의 추이



자료: OECD HEALTH DATA, 2001.

[그림 3] 1999년까지의 프랑스 노인인구 비율 추이

<표 5> 평균여명의 추이

(단위: 세)

구 분		1970	1980	1997
여성	출생시(평균수명)	75.9	78.4	82.2
	65세 시점	16.8	18.2	20.8
남성	출생시(평균수명)	68.4	70.2	74.6
	65세 시점	13.0	13.9	16.3

자료: INSEE, Annuaire 2000.

또한, 노인인구 추이의 최근 특징을 보면 다음과 같다(박재간, 2001, [그림 3] 참조). 첫째, 75세 이상 노인의 증가이다. 1982년 현재 프랑스 인구의 연령 구성은 20세 미만이 30.0%, 20세에서 64세가 56.6%, 65세 이상이 13.4%이지만 65세 이상의 노인 중 75세 이상이 6.0%이다. 2002년에는 65세 이상의 노인이 15.9%, 75세 이상 노인이 7.4%로 증가하고 2022년에는 65세 이상이 19.7%, 75세 이상 노인이 8.6%로 증가될 전망이다. 프랑스 총인구 증가 예측률은 4.1%임에 반하여 65세 이상은 16.1%, 75세 이상은 21.5%, 85세 이상은 18.3%이다. 75세 이상 노인의 증가와 더불어 「의존노인」 내지 「요간병보호노인」(les personnes âgées dépendants)의 문제가 심각하다. 1995년 현재 침대 또는 의자에서 일어날 수 없는 상태의 와상노인이 150,000명 내지 225,000명이나 존재하며, 190,000명에서 260,000명까지의 노인이 용변 시에 제 3자의 수발을 필요로 하고, 833,000명에서 975,000명까지의 노인이 혼자서 외출할 수 없는 상태에 있다.

둘째, 노인 중 여성의 비율이 높아지고 있다. 1982년 현재 65세 이상의 인구 7,255,000명 중 여성의 수는 4,460,000명(61.3%)인데 반해, 75세 이상은 총수 3,243,000명 중 여성이 2,151,000명(66.32%), 85세 이상은 총수 617,000명 중 여성이 469,000명(76.01%)이 되어 연령이 높을수록 여성의 비율이 높아지고 있다. 프랑스 여성의 평균수명은 1997년 현재 82세이고, 남성의 경우는 75세이다. 이와 같은 이유 때문에 이 나라는 여성이 차지하는 비율이 상당히 높다. 65세에서 79세의 노인 중 여성노인이 차지하는 비율은 60.0%내외이지만 80세에서 89세 사이에서는 74.0%, 그리고 90세 이상에서는 79.0%가 여성이다. 60세라는 관점에서 볼 때 평균여명은 남성이 14.3년에 비하여 여성이 23.7년이다. 그러나 「건강한 삶을 누릴 수 있는 평균여명(l'espérance de vie sans incapacité)」은 남성은 9.1년이고 여성이 9.9년으로 남녀간의 큰 차이가 없다. 이러한 사실은 여성의 경우 요간병보호자로서 생활하는 기간이 남성의 경우보다 길다는 것을 의미한다.

셋째, 독신노인의 증가이다. 최근의 수치로 보면 프랑스의 65세 이상 노인 중 94.0%는 일반주민들과 더불어 지역사회에서 살고 있고, 나머지 6.0%는 공공기관 또는 민간단체가 운영하는 노인주거시설에서 생활하고 있다. 그리고 일반주택에서 생활하고 있는 노인 중 32.0% 내외는 독신가구이고 53.0%는 노부부 세대이며, 나머지 10.0% 내외는 자녀 또는 친지들과 동거한다.

넷째, 전체 인구 중 노인이 차지하는 비율은 지역에 따라 매우 다르다. 특히 프랑스의 북서부 지역인 농촌지역은 노인의 비율이 높다. 이러한 사태는 한편으로는 지역실정에 맞는 융통성 있는 노인 시책이 요청되고 또 한편으로는 노인인구 비율이 높은 지역은 일반적으로 재정력이 빈약한 지역이므로 국가적 차원에서 각종 노인 대책을 위한 지원체제의 정비를 필요로 함을 의미한다.

III. 노인보건복지제도의 발달과정

노인인구의 증가와 노인 생활형태의 변화에 따라 출현한 노인에 대한 사회정책은 기본적으로 다른 두 가지의 체계를 가지고 있다. 첫째, 고령기에 당연히 예측되는 생계상, 건강상의 위험에 대비하여 국민 스스로가 임의 또는 강제적으로 각출함에 따라 형성되는 사회보험(연금, 건강보험)제도이다. 여기서 보장수준은 노인의 각출액에 따라 결정된다. 둘째, 제도는 노인 보호의 사회적 책임으로부터 발생하는 것이고 무각출제노령수당금 및 사회복지서비스를 포함한 사회복지제도로서 노인의 욕구에 따르도록 한 것이다.

이론적으로는 여러 가지 모순을 포함하면서도 현실적으로 노인 문제가 증대함에 따라 프랑스에서도 그 해결책으로서 쌍방의 입장에서 구체적으로 수많은 대응이 있어 왔다. <표 6>은 일련의 노인보건복지제도의 발달과정을 정리한 것이다.

여기서 프랑스가 노인복지와 관련된 정책을 본격적으로 개발하기 시작한 것은 1960년대 중반부터의 일이다. 당시에 고령화, 핵가족화 경향의 심화로 인하여 노인문제가 심각한 사회문제로 대두됨에 따라 각 매스컴에서는 연일 사설이나 특집 기사를 통해서 노인문제의 해결을 위한 범국민적인 대응책의 수립이 필요함을 강조하였다.

따라서 이에 대한 대책으로 고령자정책을 최초로 제시한 것은 1962년 라룩보고(Politique de la vieillesse, la Documentation française, 1962)이다. 여기서 일부의 경제적 빈곤자로서의 고령자를 대상으로 한 그때까지의 정책에서 모든 노인들은 국가와 사회로부터 보호를 받아야 한다는 보편성 원리에 입각한 정책으로의 전환을 이룩하고 재택보호(maintien à domicile) 정책에 대한 선구적인 역할을 하게 되었다.

1976년부터 시작되는 제7차 경제개발계획에서부터는 노인은 가급적 지역사회에서 보호해야 한다는 원칙(community care)하에 가정보호서비스(home care service)망의 구축, 지역 단위로 노인클럽(third age clubs)의 조직과 노인주간보호센터(day centers)를 설치하는 사업, 그리고 독거노인들에게는 가정으로 식사를 배달해 주는 사업 등을 수행함으로써 노인들로 하여금 가급적이면 젊었을 때부터 살아왔던 지역사회에 계속 그대로 머물러 있도록 하는 정책을 펴나갔다.

1981년 미테랑이 주도하는 사회당 정권이 출범하면서부터 노인복지 정책은 비약적으로 활성화하기 시작하였다. 미테랑은 대통령으로 취임함과 동시에 정부조직법을 개정하여 노인 문제를 전담하는 노인복지부를 신설하였고, 1982년에는 정부관계자, 노인단체지도자, 그리고 사회복지전문가들로 구성되는 노인복지대책국가위원회를 발족시킴과 동시에 중앙정부 각 부처에는 노인전담위원회를 설치하고 각 부처로 하여금 각자 노인을 위해서 해야 할 역할을 수행하도록 하였다. 프랑스는 전통적으로 중앙집권적 성격이 농후한 정치시스템을 유지해 왔는데 미테랑 정권은 1983년 지방자치법을 제정함으로써 종전까지 중앙정부 소관이었

던 많은 권한을 지방자치단체 책임 하에 수행하게 되었다.

<표 6> 노인보건복지제도의 발달과정

연 도	내 용
1850	퇴직자의 전국금고 제도(Institution de la caisse nationale des Retraites)
1890	철도관계퇴직자를 위한 諸제도의 조정법(I)
1894	탄광노동퇴직자를 위한 의무제도
1905	노령, 불구, 폐질자의 부조법
1909	철도관계퇴직자를 위한 諸제도의 조정법(II)
1910	노동자, 농민의 퇴직자법
1911	철도퇴직자를 위한 諸제도의 조정법(III)
1930	구퇴직군인법
1946	사회보험의 일반화
1947. 1. 1	노령보험의 의무화
1947	관리직을 위한 노령부조제도의 창설
1948	비급여소득자를 위한 4가지 독립노령제도창설
1952	농업경영자의 노령제도실시
1953	공장감독 및 공장장을 위한 노령부조제도창설
1956	국민연대기금의 창설
1957	비관리직을 위한 노령부조제도창설
1971	Boulin법: 일반제도의 노령연금은 37.5년의 각출을 한 65세 이상의 자에 대해 최고대금액 10년간 평균의 50%가 지불
1972	상공업자의 노령연금의 각출과 지불의 일반제도와의 조정화
1975	직업활동을 하고 있는 자의 노령연금제도강제가입
1982	60세 정년제
1983	노인부조의 지방분권화
1996	장기요양특별급여제도(PSD)
2002. 1	자율권 수당제도(APA)

자료: 의료보험관리공단(1991. 12)

최근의 세계적인 평균수명의 신장 경향과 함께 프랑스에서도 노인인구의 수가 증가하는 경향을 보이고 있으며 이에 따라 독립하여 일상생활을 하는데 방해가 되는 행동의 제약이나 신체적인 장애 때문에 고민하는 노인의 수도 증가되고 있다. 이에 1990년대 초부터 약 70만명의 장기요양을 필요로 하는 노인을 위한 제도적 대응의 필요성이 높아지기 시작하여 공적 장기요양보장정책이 현실적으로 구체화되기 시작하였다. 1995년 11월 7일에 상원에서 심의되기 시작하였던 프랑스의 장기요양특별급여법안은 그 「제안사유」에서도 “생활상의

자율성을 상실한 모든 노인이 국민적 연대에 의하여 장기요양급여를 받을 수 있는 권리를 보장하는 것을 원칙으로 한다”고 밝힌 바와 같이 장기요양급여를 일반화하는데 목적이 있었고 이에 1997년 1월 24일 장기요양특별급여(PSD, prestation spécifique de dépendance)를 실시하게 된다.

그러나 장기요양특별급여(PSD)는 2002년 1월 ‘자율권 수당(APA, allocation personnalisée d'autonomie)’이라는 노인 대상 보조금으로 대체되면서 정부의 노인정책에 획기적인 진전이 이루어졌다. 이 조치는 주무부서인 고용과 연대부장관 엘리자베스 기구의 표현대로 ‘노인인구와 그 가족들에게 일종의 역사적 진보’로 간주되며, 1997년 출범한 현 사회당 정부가 그 간 입법하고 실행해 온 청년실업 해결을 위한 새로운 직종의 일자리 창출, 주 35시간 노동, 저소득 계층의 건강보험 무료화 등에 이은 네 번째 주요 사회법안으로 평가된다(민유기, 2002).

노인수당이 신설된 것은 프랑스 전체 인구에서 노년인구가 차지하는 비중이 갈수록 커지고 있기 때문이며, 게다가 그 동안 시행되어 온 장기요양특별급여, 즉 가족이나 요양기관 등 타인에 의존해 살아가는 노인들에게만 지급되던 특별수당이 일부 노인들에게는 지급되지 않아 형평성에 문제를 드러내고 있었기 때문이기도 하다(의료보험관리공단, 1996).

IV. 장기요양서비스 체계

1. 장기요양서비스 체계의 개요

1) 기본방향

프랑스는 OECD 국가 중에서도 노인을 위한 지역사회보호서비스가 가장 활성화되어 있는 나라에 속한다. 프랑스가 노인복지에 있어서 지역사회보호서비스 프로그램에 중점을 두게 된 것은 제7차 경제개발계획이 시작된 1976년도부터이다. 이는 노인들로 하여금 재택에서 생활할 수 있는 환경을 조성해줌으로써 시설수용을 극소화시켜 보자는 취지에서이다. 노인들에게 재택생활을 가능케 하기 위해서는 첫째로 생계를 위한 수입이 있어야 하고, 둘째는 거처할 수 있는 주택이 있어야 하고, 셋째 몸이 불편했을 때에는 누군가 시중을 들어줄 사람이 있어야 한다. 지역사회보호서비스는 이러한 문제를 해결하기 위한 다양한 프로그램의 운영을 필요로 하므로, 프랑스는 이때부터 재택노인들을 대상으로 주택수당제도의 실시와 주택개량사업, 가사지원사업, 간병간호사업을 본격적으로 추진하기 시작한다.

재택보호시책의 다양화는 가족간 연대강화의 지원, 시설에 있어서의 삶의 질(qualité de vie)의 개선, 장기요양을 필요로 하는 노인에 대한 비용부담의 개선을 조장하고, 중앙정부, 데빠르뜨망, 꼬뮌 등 일반행정기구 이외에 질병보험기금이나 연금기금이라고 하는 사회보장의 실시주체가 등장하여 장기요양서비스 등에 필요한 비용부담뿐만 아니라 서비스 제공까지 이끌게 된다.

장기요양서비스는 질병 또는 요간병 보호 노인을 위하여 일상적으로 필요한 수발을 하고 때에 따라서는 의료보조자의 권한에 속한 그 밖의 보호, 수발, 간병을 하는 것이라고 정의할 수 있다. 이의 목적은 노인의 입원을 될 수 있으면 예방하고 노인이 입원한 경우에는 그 후의 퇴원과 자가복귀를 용이하게 하며 또 노인의 상태가 악화됨에 따라 필요하게 되는 장기입원시설 입소 또는 사회의료시설 부문에의 입소를 예방하거나 될 수 있으면 지연케 하는 것이다.

2) 관리운영주체의 역할분담

중앙정부는 지방분권을 침해하지 않는 범위 내에서 일반적 정책을 결정하여 추진하고 법률이나 규칙에 의하여 최소한의 급여를 정하고 전국민에게 평등한 취급을 보장하며 사회보장조직을 감독하고 재정투자에 관하여 고유의 권한을 갖는다.

레지옹(Région)은 1983년에 제정된 지방자치법에 의하여 노인의 사회부조 분야에 관하여 광범위한 권한을 가지게 되었고, 또한 노인 관련시설의 개설허가권과 사회부조대상자의 시설이용료를 결정하는 권한이 있다. 노인에 대한 복지사업은 데빠르뜨망(département)이 책임을 지는데, 여기엔 데빠르뜨망 노인위원회(comité départemental des personnes âgées)가 설치되어 있어 노인복지에 관한 업무를 관장한다. 꼬뮌(commune)에서는 노인을 대상으로 임의적 자발적으로 수행하는 프로그램이 매우 조직적으로 운영되고 있다.

사회보장조직체의 기금으로서 노령연금금고는 가사지원서비스의 재정을 부담하고 시설의 건설도 맡는다. 또한 질병보험금고는 시설이나 치료급여

2. 장기요양서비스 체계의 현황⁸⁾

- 자율권 수당제도(APA, allocation personnalisée d'autonomie) -

1) 도입경과 및 개요

2002년 1월 1일 시행된 자율권 수당제도(APA, allocation personnalisée d'autonomie)는 일상생활의 행동을 수행하는데 필요한 도움을 주어 자율성 상실의 사람들에 대한 책임을 강화하기 위한 것으로 1997년에 설립된 장기요양특별급여제도(PSD, prestation spécifique de dépendance)를 대체한 것이다. 장기요양특별급여제도(PSD)는 본인 또는 배우자의 소득이 월 13,000 F 이상인 경우 적용을 제한하는 「소득제한」이 있었는데, 이는 “장기요양을 위한 급여의 일반화”라는 법안 취지에 역행하고 소득제한에 대한 소득액 설정방법에 따라 제도의 적용폭이 축소될 수도 있어 노인에 대한 사적 부담을 남긴 채 장기요양의 사회화가 미흡하다는 비판의 대상이 되었다(의료보험관리공단, 1996).

APA 제도는 2001년 7월 20일 법에서 제시한 5개의 주요 목표가 있다.

첫째, 객관적이고 보편적인 권리이다. APA는 공공단체의 지원을 필요로 하는 자율성 상실의 노인에게 부여된다. 전국적 요금표와 계산표의 획일성은 APA의 평등성과 투명성을 보장한다. 전국적 요금은 수급권자의 자율성 상실의 등급에 따른 재택 서비스 계획의 최대 금액을 결정하고, 전국적 계산은 이용자의 자산에 따른 본인부담을 동등하게 부여한다.

둘째, 수급권자의 범위를 넓힌다. APA는 소득제한이 없다. 나이와 거주요건 등 일정자격을 갖춘 이상, 자율성 상실 상태에 있는 모든 사람에게 부여된다. 장기요양특별급여(PSD)는 요간병이 심한 등급인 GIR 1에서 3까지 해당된 사람들에게만 적용되지만, APA는 요간병이 보통 등급인 GIR 4의 사람들에게도 적용된다.

셋째, 급여가 다양하게 이루어진다. APA는 개인화된 현물급여이므로 이는 급여마다 특별한 요구에 적용된 지출에 정확하게 충당된다. 또한 APA는 가사지원, 주간보호, 일시적 보호, 사회보장에서 급여되지 않는 부분인 기술적 지원 혹은 주택개조와 물질적 환경의 개조와 같은 모든 서비스에의 지출로 쓰여진다. 최종적으로 제안된 서비스와 지원에 있어 일부분만을 사용할 것인지 혹은 전체를 사용할 것인지를 선택하는 것은 이용자 자신이어서 수급권자는 선택된 서비스 계획에 대해 일부 본인부담이 있게 된다. APA의 재정조달의 기금으로 지출되는 재택지원 현대화기금(Fonds de modernisation de l'aide à domicile)의 창설은 재택에서의 참여자 양성활동과 전문화, 서비스 질의 개선과 혁신을 지원하도록 한다.

넷째, 관리가 엄격하고 투명하며 밀접하게 이루어진다. APA는 데빠르뜨망에 의해 관리된

8) 이 부분은 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Le Guide de L'Allocation Personnalisée d'Autonomie(2001. 12. 1)를 중심으로 재구성하고 필요에 따라 내용을 첨가하였다.

다. 이 급여의 이행은 데빠르뜨망 의회 의장의 책임 하에 모든 관련 참여자들과 함께 이루어진다. 참여자들은 APA의 부여를 위해 사회보장 조직과 데빠르뜨망의 대표자들로 구성된 위원회를 설립하고 여기서 데빠르뜨망 의회 의장은 APA 부여 결정을 하게 된다. 또한 이용자 권리를 효과적으로 보장하도록 행정적 처리의 과정과 급여의 결산은 정확하게 이루어진다. 예를 들어 권리 개시의 날짜와 같은 경우를 이른다.

다섯째, 사회 연대의식을 동원한다. APA는 다양하고 많은 국민에게 혜택을 주면서 현존하는 재정을 강화하는 것이 목적이다. 그러므로 APA의 재정기금은 일반사회각출금(CSG)의 일부 즉, 현재까지 노령연대기금에 충당된 CSG의 0.10 포인트와 노령보험의 의무적 조직들 참여로 만들어진다.

이외에도 APA는 PSD에 비하여 많은 진전이 이루어진다. 즉 APA는 전국적인 계산표와 요금표의 원칙 위에 놓여지고, 자산에 따른 적용제한이 없으며, 보통의 요간병인을 포함하는 GIR 4에 속하는 노인들에게도 똑같이 적용된다. 또한 APA로서 유입된 금액은 수급권자의 계승과 기증에 대한 보충적 대상이 아니고, 재택에서의 간병인의 보수 이외에도 다양한 지출이 이루어지며, 이에 대한 급여는 서류를 등록한 날부터 받게 된다.

2) 적용대상

APA는 나이와 거주요건을 갖추면, 이전의 장기요양특별급여제도(PSD)가 GIR 1에서 GIR 3까지만 급여의 지급대상이 되었던 것을 범위를 넓혀 GIR 4로 평가된 사람들에게도 급여되고 퇴직 후 받는 노령연금 액수에 따라서도 달라진다. 또 가족과 함께 살든 양로원·요양원이나 병원과 같은 사회적 기관에 거주하든 상관없이 모든 노인에게 지급된다. GIR 5와 6으로 분류된 사람들은 APA 급여를 받지 못하지만 연금제도(régime de retraite) 혹은 데빠르뜨망의 사회지원(l'aide sociale départementale)에 의하여 가사지원 서비스 혜택을 받을 수 있다.

(1) 거주요건

APA 혜택을 받기 위하여, 신청자는 프랑스에서 일정하게 안정된 거주를 입증해야 한다. 법률과 '사회활동과 가족에 관한 법(code de l'action social et des familles)'에 견주어, 프랑스에서 거주하면서 프랑스 국적을 가진 자와 유효기간 동안의 체류 자격을 갖춘 외국인 이렇게 두 범주의 사람들은 APA 혜택을 받을 수 있다.

일정하게 안정된 거주요건을 갖추지 않더라도, 신청자는 급여의 혜택을 받을 수 있는데, 이는 데빠르뜨망 내에 정부 대표자와 데빠르뜨망 의회 의장에 의한 동의로 공적사회 혹은 의료사회 조직에서 거주하는 경우로서, 꼬뮌 혹은 꼬뮌간 사회활동센터(CCAS 혹은 CIAS),

지방정보조정센터(CLIC), 공제조합법에 의해 관리되는 조직, 허가를 받은 재택지원서비스가 있다.

(2) 연령

APA는 60세 이상인 자 중 인간으로서의 자율적 삶을 유지하기 어려운 모든 이에게 지급되어 소득에 따른 제한을 받지 않는다. 그러므로 60세 생일부터 신청서류를 제출할 수 있다. 그러나 60세 이전에 제 3자를 위한 보상수당(ACTP, allocation compensatrice pour tierce personne)의 혜택을 받은 자는 60세 생일 두 달 전에 APA 신청을 할 수 있다.

(3) 수급권자

APA 수급권자는 일상적인 생활활동을 할 수 있도록 도움 받기를 원하거나 규칙적인 감시를 필요로 하는 사람들이다. 전국적인 AGGIR(Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)는 신청자의 자율성 상실의 등급을 평가하는 것이다. 재택에서 이러한 자율성 상실에 대한 평가는 의료사회반(l'équipe médico-social)의 구성원 중 한 명이 하고, 시설의 경우는 조정의(médecin coordonnateur) 혹은 협약의(tout médecin conventionné)가 하게 된다.

① 평가기준

평가는 육체적이고 정신적인 자율성 상실과 관련된 10가지 변수를 근거로 이루어진다. <discriminantes>라고 불리는 이 10가지 변수만이 GIR의 계산을 위하여 이용된다.

- . 응집성 : 분별 있게 이야기하거나 행동하기
- . 방향성 : 시간, 장소 등 방향 정하기
- . 화장하기 : 혼자 세수하기
- . 옷입기 : 옷입기, 옷벗기, 남에게 내보이기
- . 영양섭취하기 : 준비된 음식 먹기
- . 배설하기
- . 거동하기 : 일어나기, 눕기, 앉기
- . 집이나 시설의 내부에서 이동하기 : 자발적으로 이동하기, 기구로 이동하기
- . 실외에서 이동하기 : 운송수단 없이 출입문 이후에서부터 이동하기
- . 원거리에서의 의사교환 : 교환수단, 전화, 초인종, 알람 사용하기

이른바 《illustratives》인 7가지 변수는 GIR 계산에 관여되지는 않지만, 지원서비스 계획의 작성에 유용한 정보를 제시한다.

- . 관리 : 적절한 업무, 예산, 재산을 관리하기
- . 요리 : 식사를 준비하고 대접하기 위해 알맞게 조절하기
- . 가사일 : 전체적인 가사 일하기
- . 이동 : 운송수단을 타거나 작동하기
- . 물건구매 : 서신을 통해서 혹은 직접 사기
- . 치료 : 의사의 지시에 순응하기
- . 여가활동 : 여가 혹은 기분전환의 운동, 문화, 사회 활동하기

위의 17가지 방법은 A, B, C로 평가된다.

- . A는 혼자서 자발적으로, 전체적으로 그리고 정확하게 수행하는 행동에 상응한다
- . B는 부분적으로 실행된 행동에 상응한다
- . C는 현실적으로 하지 못하는 행동에 상응한다

② 자율성 상실의 등급

AGGIR에 의해 예측되는 6가지 그룹은 다음의 특징을 가지고 있다.

- . GIR 1 : 침대에서 생활하는 거동불능 상태의 노인. 이들은 정신적 기능 상태가 심한 장애가 있어 계속해서 간병을 해야 한다. 이 그룹에서의 사람들은 삶의 종말 상태에 있는 경우이다
- . GIR 2 : 2종류의 그룹으로 다시 나뉜다
 - 침대나 안락 의자에서 주로 생활하는 거동불능 상태의 노인. 이들은 완전한 정신 상태에 있지 않아 일상적 삶의 활동 대부분에 대한 간병이 필요하다
 - 정신적 활동은 장애가 있지만 거동 능력은 지니고 있는 사람들
- . GIR 3 : 정신적인 자율성과 부분적으로 이동의 자율성을 지니고 있지만 날마다 그리고 하루에 여러 번 신체적인 자율성을 위하여 도움을 필요로 하는 사람들. 그들 중 대다수는 혼자서 배설하지 못한다
- . GIR 4 : 2종류 그룹의 노인을 포함한다
 - 혼자서 이동하지는 못하지만, 실내에서의 이동은 가능하다. 가끔 화장하고 옷입기 위하여 도움을 받아야 한다. 그들 중 대다수는 혼자서 식사한다
 - 이동의 문제는 없지만 신체적인 활동과 식사를 위하여 도움을 받아야 하는 사람들
- . GIR 5 : 실내에서 이동하기, 식사하기와 옷입기는 혼자 할 수 있다. 화장하기, 식사 준비와 먹기를 위해서는 정기적인 도움을 필요로 하는 사람들
- . GIR 6 : 일상적인 삶의 구별 활동을 위한 자율성을 상실하지 않은 사람들

※ 필요성: 평가기구를 진전시키기

자율성 상실의 보상요구를 잘 계산하도록, 2001년 7월 20일 법 17조항은 자율성 상실 평가기구를 위해 과학위원회(comité scientifique)를 만들었다.

노인담당 장관의 포고(arrêté du ministre en charge des personnes âgées)에 의해 3년 동안 15명으로 구성되며, 역할은 다음과 같은 3가지이고, 이들의 결론은 2003년 1월 31일 이내에 의회에 제출될 것이다.

- . AGGIR 등급 이용에 대한 평가를 한다
- . 특히 정신적 장애, 육체적 장애 혹은 감각기관의 결함을 보여주는 사람들에게 필요한 기술적인 도움과 수행을 위하여, 이 등급의 적용을 제안한다
- . 60세 이상의 노인들과 장애자들을 위하여 자율성 상실의 평가방식을 조화시킨다

3) APA 신청절차

(1) 신청 서류

① 신청자

APA의 급여를 받기 위해선, 신청을 해야 한다. 이해당사자 혹은 주위사람이 신청서류를 다음과 같은 장소에서 구할 수 있다.

- . 데빠르뜨망 서비스(les services du département; 데빠르뜨망 의회의 중심과 사회활동 구역)
- . 꼬뮌 혹은 꼬뮌간 사회활동센터(CCAS 혹은 CIAS)와 시·구청
- . 지방정보조정센터(CLIC)
- . 허가를 받은 재택지원서비스
- . 공제조합법에 의해 관리되는 조직
- . 경우에 따라선, 수용된 시설

신청서류가 완벽하기 위해서는 다음의 서류를 첨부해야 한다.

- . 가족수첩, 신분증명서, 유럽공동체의 여권, 출생증명서의 사본 중 하나
- . 신청자가 EU국가의 국민이 아닐 경우, 거주증명서나 체류자격증명서의 사본 중 하나
- . 일할 능력이 있는 사람의 소득세(IRPP, l'impôt sur le revenue des personnes physiques)에 대하여 과세 혹은 비과세 최종통지서 사본
- . 경우에 따라선, 토지에 대한 지세의 증거사본
- . 은행 혹은 우편의 신분증명서(RIB 혹은 RIP). 이 증명서는 부모의 것이 아닌 미래의 수급권자의 것이어야 한다

또한 신청용지 난에 특히 재산과 관련된 진술요소는 명확하게 제공되어야 한다. APA 신

청은 데빠르뜨망 의회 의장에게 신청자가 직접 해야 한다.

② 서비스

데빠르뜨망 서비스(les services du département)는 신청서류가 완벽한지 미비한지를 10일 내에 신청자에게 통지하고 완벽한 서류의 수령일을 알려야 한다. 이 날짜는 서류 지시(instruction)를 위한 최대 두 달이라는 기간의 시작임과 동시에 수급권자의 권리가 열리는 출발시점이 된다.

완벽한 서류란 다 채워진 신청용지와 예정된 3종류의 증거서류 즉, 공무원증, 자산증거와 은행 혹은 우편 신분증명서(RIB 혹은 RIP)를 포함하는 것을 의미한다. 서류의 등록에서부터 데빠르뜨망 서비스는 두 달의 기간 내에 수급권자에게 APA 부여 결정을 통지해야 한다. 명백한 결정 통지까지 APA는 정액을 기본으로 주게 된다. 의료나 사회의 긴급지시의 경우 또한 마찬가지이다.

재택의 경우, 이 정액은 GIR 1에 상응하는 전국 요금액의 50%인 Euro 533.47(3,499.34 F)와 같다. 시설의 경우, GIR 1과 2로 분류된 거주민에게 적용된 요간병 요금표의 50%에 이른다. 이 합계는 장차 유입되는 APA 금액에서 공제된다.

(2) 서류의 지시(instruction du dossier)

이는 2가지 부분을 포함한다.

- . AGGIR 등급을 기본으로 실행되는 자율성 상실의 평가부분
- . 행정적 지시

① 자율성 상실의 평가

이 절차의 구체적인 방식은 신청자가 재택 혹은 시설 중 어디에 거주하는지에 따라 달라진다.

. 재택의 경우

신청자의 요간병 등급의 평가는 신청서류 등록일로부터 1달의 기간 내에 이루어진다. 우선 데빠르뜨망 서비스가 이해당사자에게 방문일을 알리고 의료사회반 구성원 중 적어도 한 명이 재택에 방문하게 된다. 배우자나 측근자는 신청자의 명백한 동의가 있으면 참여할 수 있다. 원한다면 주치의도 참여할 수 있다.

자율성 상실의 등급은 의사 혹은 의료사회반의 사회복지사에 의해 전국적인 AGGIR 등급을 근거로 평가된다. 서비스 계획을 작성하기 위하여 노인의 물질적, 사회적, 가족적인 여러 가지 환경요소 등 생활 상황이 함께 연구되어야 한다.

- 측근자 : 혼자인지 아닌지, 배우자 혹은 자녀의 유무, 직원 혹은 전문직과의 연결망
- 주거 : 숙소의 성격, 접근성, 가구, 난방, 보건상태
- 기술적인 도움 : 산책도구, 회전의자, 지팡이, 환자를 일으키기 위한 장비
- 지리적 상황 : 상업지구의 근접성, 운송수단의 존재
- 의료망의 존재 : 의사, 약사
- 재택지원 서비스 혹은 식사배달 서비스의 존재
- 기타

평가는 신청자, 가족, 의료사회반이 모여 대화의 분위기 속에서 이루어진다. 이는 서비스 계획의 개요를 언급하고 이해당사자와 가족에게 자문을 주게 된다.

. 시설의 경우

자율성 상실의 평가와 신청자의 요구는 AGGIR의 등급을 근거로, 조정의 혹은 협약의의 책임 하에서 실행되어 이해당사자는 6개 등급 중 하나로 분류된다. 이 분류는 그에게 적용된 요금에서 자산에 따른 참여의 공제 후에 유입되어지는 수당금액을 결정하게 된다. 평가는 데빠르뜨망의 의사에게 그리고 질병금고의 개원의 의회에게 유효성을 위하여 전달된다. 이것은 의료 비밀로 은폐된다. 의견불일치의 경우에, 도의 의료조정위원회는 이해당사자의 최종적인 분류를 결정한다.

② 서류의 행정적 지시

행정적 지시는 재택에서 APA를 위한 서비스 계획의 결정절차와 함께 이루어진다.

- . 신청자가 GIR 1과 4에 속한다면, 의료사회반은 신청자 자신이나 대리인에게 인정되는 서비스 계획의 제안을 전달한다.
- . 신청자가 GIR 5와 6으로 올라간다면, 그의 자율성 상실 등급은 서비스 계획을 받지 못한다. 따라서 그는 다른 지원 가능성을 검토하도록 노령금고로 전향된다.

이러한 틀 내에서, 관련 서비스는 공공행정, 토지단체, 사회보장조직과 보충적인 연금조직에 적용된 모든 정보를 요구하면서 이해당사자의 진술을 확인할 수 있다. 전달된 정보는 지시와 서류검토에 필요한 것이어야 하고 비밀을 지킨다는 조건으로 주어진다.

4) APA의 부여절차

(1) APA 위원회

APA의 부여 결정은 위원회의 제안을 바탕으로 데빠르뜨망 의회(conseil général)의 의장에 의해 이루어진다. 특히 이 위원회는 급여가 제 위치에 놓일 수 있도록 각 데빠르뜨망에 설립되고 7명으로 구성된다.

- . 위원회를 주재하는 데빠르뜨망 의회 의장 혹은 그의 대리인
- . 데빠르뜨망의 대표자 3명. 이들은 데빠르뜨망 의회 의장에 의해 지명된다
- . 데빠르뜨망과 협약을 맺은 사회보장제도(organismes de Sécurité sociale)의 대표자 2명. 이들은 데빠르뜨망 의회 의장에 의해 지명된다
- . APA 이행 범위에서 데빠르뜨망과 협약을 맺은 공공복지와 의료복지 제도나 기관에서 지명된 구성원 혹은 데빠르뜨망 장 회의의 제안으로 지명된 장일 수 있다

(2) 위원회의 역할

의료사회반에 의한 신청 지시를 기본으로, APA 위원회는 다수결로 결정하여 데빠르뜨망 의회 의장에게 그들의 재원을 고려하여 신청자의 요구에 상응하는 수당금액을 제안한다. 의견이 나뉘어지는 경우에는 의장이 재결권을 행사한다. 위원회의 제안에 대해 데빠르뜨망 의회 의장이 동의하지 않을 경우 위원회는 새로운 제안을 형성하여 다음 회의 시 이를 제안할 의무가 있다.

(3) 결정의 통지

APA 부여 결정은 데빠르뜨망 의회 의장의 우편물로 신청자에게 통지된다. 이는 데빠르뜨망에 의해 유입되는 수당의 월총액, 수급권자의 본인부담, 첫 번째 납입금액과 정기적인 재검토 기간을 명확하게 나타낸다. 부여 거절의 경우에 정당한 이유가 제시되어야 하고 당사자에게 다른 수단의 가능성을 언급해야 한다. 이 결정에 신청자가 반박하기를 원한다면, APA 위원회에 직접 제소할 수 있다.

(4) 긴급한 경우의 절차

신청자의 상황이 의료 혹은 사회적 지시에 있어 긴급한 성격을 가진다면, 데빠르뜨망 의회 의장은 임시적 명목으로 APA를 부여한다. 이 경우에, 의료의 긴급 상황은 성격상 즉각적인 도움이 어려운 특히 재택보호의 경우에 해당한다. 이 때, APA 금액은 일시불이며

2001년 10월 1일 현재 매월 Euro 533.47 (3499.34 F)이다. 이 결정은 신청 등록일에 효력을 발생하고 신청지시를 위해 예정된 2달의 만료 기간까지 해당한다.

(5) 타협의 수단

신청자는 APA와 관련된 소송 혹은 데빠르뜨망 의회 의장에 의한 결정에 대해서 다음과 같은 이의가 있을 때, APA 위원회에 직접 제소할 수 있다.

- . 처음 신청 시 수당의 부여 거부
- . 지연
- . 금액의 재검토
- . 자율성 상실 등급의 평가
- . 수당 금액과 전국적 계산표 사이에서의 명백한 격차

APA 관련 소송을 연구하기 위해서, 위원회의 구성원은 늘어난다. 즉 데빠르뜨망 의회 의장에 의해 지명된 5명의 이용자 대표⁹⁾는 위원회 회의에 추가 참석하게 된다. 또한 자율성 상실의 평가와 관련된 소송에서 위원회는 처음의 평가와는 다른 의사의 소견서를 첨부해야 한다.

위원회의 새로운 제안 관점에서, 의장은 처음의 결정을 파기하거나 확고히 하는 결정을 내려야 한다. 그리고 나서 이는 당사자에게 통지된다.

(6) 데빠르뜨망 사회지원위원회(la commission départementale d'aide sociale)의 역할

데빠르뜨망 의회 의장에 의한 결정은 반박될 수 있다. 이때 수급권자는 데빠르뜨망 사회지원위원회에 소송을 할 수 있다. 신청은 수혜자 자신 혹은 대리인과 거주하고 있는 꼬뮌의 장 혹은 데빠르뜨망 내의 정부 대리인이 하게 된다. 신청자는 데빠르뜨망 의회 의장의 결정 통지에서부터 또는 위원회의 제안에서부터 2달 안에 제소해야 한다.

자율성 등급의 상실에 대한 반박일 때, 데빠르뜨망 위원회는 데빠르뜨망 의사지시위원회(le conseil départemental de l'ordre des des médecins)가 작성한 리스트 상에 있는 노인병학에서 학위를 취득하거나 노인병학에 자격을 갖춘 의사의 소견서를 첨부한다.

9) 그 중 2명은 데빠르뜨망 노인위원회(comité départemental des retraités et des personnes âgées, CODERPA)의 제안으로 지명된 인물이다.

(7) 중앙사회지원위원회(la commission centrale d'aide sociale)의 역할

데빠르뜨망 사회지원위원회의 결정에 대해 불만이 있을 경우는 통지에서부터 2달의 기간 내에 중앙사회지원위원회에 소송할 수 있다. 이 결정에도 합의하지 않는다면, 법은 마지막으로 최고행정재판소(Conseil État)에 제소할 수 있는 가능성을 열어둔다.

5) 기구의 조정

(1) 협약 기구

APA의 다양한 참여자들간의 원활한 조정을 위하여, 법은 일정 수의 협약기구를 정의한다. 이는 데빠르뜨망과 사회보장조직들 사이에서 기관협동을 만들고, 협약의 조인에 의해 구체화된다. 협약의 조항들은 장관의 포고에 의해 결정된 요강을 존중해야 한다.

또한 데빠르뜨망은 그들이 선택한 사회와 의료사회조직에 APA 이행, 특히 서비스 계획에 대한 것의 전부 또는 일부를 위탁하는 권한을 지닌다. 협약기구들은 다음과 같다.

- . 꼬뮌 혹은 꼬뮌간 사회활동센터(centres communaux ou intercommunaux d'action sociale)
- . 지방정보조정센터(CLIC, centres locaux d'information et de coordination)
- . 공제조합법에 의해 관리되는 조직
- . 허가받은 재택지원서비스

(2) 노인의 병리학적 활동의 조정

데빠르뜨망은 노인의 병리학적 활동의 조정을 보장하는 임무를 가지고 있다. 이는 데빠르뜨망 의회 의장과 데빠르뜨망 지사와의 합의로 결정된 구조의 틀 내에서 이행되어야 한다.

이 구조는 3가지 목적을 추구한다.

- . 밀접한 노인의 병리학적 활동 조종의 영역을 정의한다
- . 공공의 정보를 제공한다
- . 지방활동가의 조정으로 중심적 활동을 해야 하는, 특히 CLIC의 기반 위에 두는 급여 조정형식을 작성한다

이러한 구조의 이행, 검토, 작성의 경우에, 데빠르뜨망은 다음을 특히 고려해야 한다.

- . 재택보호의 전개 위에 APA를 적정 위치에 놓는 것을 유도하는 노력
- . 이러한 급여의 이행을 위하여 노인의 병리학적 조정 강화의 필요성
- . 개혁적 활동을 장려하고 서비스 전문영역을 강화하며 질을 개선하도록 하기 위한 재택

지원 현대화기금의 설립으로 인해 열려진 가능성

6) 자원 - 기금을 중심으로 -

APA 재원은 지방세로서 데빠르뜨망이 부담하는 부분과 기금이 있는데, 여기선 기금을 중심으로 알아보기로 한다. 기금은 행정적인 성격을 가진 공공사업이다. 이는 다음의 책임을 가진 장관의 감독 하에 놓여진다.

- . 사회보장(la sécurité sociale)
- . 노인(les personnes âgées)
- . 영토단체(les collectivités territoriales)
- . 예산(le budget)

이사회(Le conseil d'administration)와 평의회(Le conseil de surveillance)는 원활한 기능을 감시하는 책임을 가진다. 기금은 정부의 재정적인 통제하에 놓여진다.

(1) 이사회(Le conseil d'administration)

7명의 구성원으로 이루어진다.

- . 법령(décret)에 의해 지명된 의장
- . 노인담당 장관의 대표자 2명
- . 사회보장담당 장관의 대표자 1명
- . 영토단체담당 장관의 대표자 1명
- . 예산담당 장관의 대표자 1명

위임기간은 3년이며, 이사회는 모든 구성원은 무보수로 역할을 행사한다. 이는 의장의 소집 하에 적어도 1년에 2번 소집한다. 소집은 기금감독의 장관들 중 한 명이 요청할 때 소집하게 된다. 이사회는 결정을 참석한 구성원들의 다수결로 채택된다. 의견이 분열될 경우에, 의장은 재결권이 있다.

이사회는 역할은 다음과 같다.

- . 기금 예산 채택
- . 재정적인 보고와 연간활동보고서를 승인
- . 늦어도 10월 15일에 의회와 정부에 현 년도와 다음 년도에 대한 예측보고서를 작성하여 제출
- . 감독관에게 유입방식을 결정하기 위해 기금의 재정조직들과 협약을 할 권리 부여

- . 기부금과 유산을 인정

(2) 평의회(Le conseil de surveillance)

위임기간은 3년이며, 15명의 구성원으로 이루어진다.

- . 의장에 의해 지명된 국민의회(Assemblée Nationale)의 구성원 2명
- . 의장에 의해 지명된 상원 2명
- . 의장에 의해 지명된 프랑스 데빠르뜨망 의회의 대표자 4명
- . 노령보험을 기반으로 한 의무적 제도의 대표자 2명(CNAVTS에 속한 1명, CCMSA에 속한 1명)
- . 노인을 대표하는 조직에 속하는 사람 4명(관련 장관에 의해 지명된 2명과 전국노인협 의회의 대표자 2명)
- . 노인담당 장관에 의해 지명된 기금의 권한을 가진 자

기금의 감독을 가진 장관들 중 4명의 대표자는 발언권을 가지고 평의회의 소집에 참여하고, 평의회 의장은 국회의원 중 법령(décret)에 의해 지명된다. 이는 1년에 적어도 1번 소집되지만, 이는 기금 감독의 장관들 중 한 명이 요청할 때 이루어진다. 평의회는 매년 APA의 이행 보고서를 작성한다. 이것은 10월 15일 전에 의회와 정부에 전달되어야 한다.

(3) 2가지 종류의 기금

중요도의 순서로, 첫 번째는 일반사회각출금(CSG) 산물의 일부분으로 구성된다. 따라서 노령연대기금(FSV, fonds de solidarité vieillesse)으로 충당되는 CSG 산물의 0.1포인트가 APA 재정기금으로 들어간다. 2002년에 이 각출금은 약 Euro 762,000,000 (50억 F)이었다. 이 금액은 사회보장조직중앙재무관리기구(ACOSS)에 의해 징수된다. 이 기구는 협약에 의해 결정된 방식에 따라 기금을 재유입한다.

두 번째는 노령연금을 기반으로 하는 다양한 의무적인 조직들에서 나온다. APA 혜택을 받는 사람들을 위한 재택가사지원 지출의 재정조달을 위하여, 법에서 제시된 그들의 참여부분은 각각의 조직들에게 들어온 금액의 50%이어야 한다. 이 금액은 약 Euro 76,000,000 (500 MF)에 이르렀다. 이 각출금의 유입과 관련된 실제적인 방식은 노령보험금고와 기금 사이에서 이루어진 협약의 대상이 된다.

(4) 기금의 지출

관리비용을 공제하고, 2가지의 지출로 나뉜다. 이 지출은 우선 노인을 위한 재택지원서비스의 현대화 활동의 재정조달로 배당되고, 차감액은 데빠르뜨망으로 유입되어 APA의 비용이 된다.

※ 현대화 기금(le fonds de modernisation)

요간병 노인들을 위한 《재택지원 현대화기금(fonds de modernisation de l'aide à domicile)》은 APA의 재정조달 기금의 지출 중 하나이다. 이는 사회보장 담당과 노인담당 장관이 합의한 포고(arrêtée)로 결정되고, APA 재정조달 기금에 배당된 CSG 산물의 3%와 10% 사이에서 이루어진다. 이 금액은 특히 재택지원협회(associations d'aide à domicile)와 꼬뮌 혹은 꼬뮌간 사회활동센터에 혜택을 받는다. 방향지도위원회(comité d'orientation)는 재정을 조달하는데 우선적인 방향이나 활동을 제안하는 책임을 지닌다. 이는 사회활동 담당 장관의 포고(arrêté)로 지명된 12명으로 구성되고, 이들은 전문성의 형성·실행과 관련된 권위자 그리고 재택보호 구조의 전문가로 뽑힌다. 실상, 지출은 개혁활동의 증진, 직원의 전문성 강화와 서비스 질의 개선으로 쓰여지고, 재정조달을 위한 모든 활동은 사전에 사회보장 담당 장관의 동의를 받아야 한다.

7) 장기요양서비스의 종류

(1) 재택서비스

재택서비스에는 크게 생활지원서비스와 간병보호 및 의료서비스로 분류된다. 생활지원서비스는 의료서비스 이외의 일상적인 서비스의 제공으로써 가사지원(l'aide ménagère)이 전형적인 것이다. 이외에도 급식서비스로 데빠르뜨망이 직접 설치하거나 혹은 자선단체 또는 복지단체와 협력해서 설치한 식당에서 식사를 공급하는 방법과 고령자 주택에 식사를 배달하는 방법이 있다. 간병보호 및 의료서비스는 의사의 진단에 따라서 서비스가 제공된다.

① 서비스 계획과 APA의 결정

서비스 계획은 재택에서 APA의 중요한 부분이다. 의료사회반의 구성원 중 적어도 한 명이 수급권자의 집에 머물러 서비스 계획을 작성하며, 이 계획은 신청자의 요구와 재택보호에 필요한 현물서비스를 정확하게 조사하고, 상황에 맞추어 사회적·가족적인 환경을 고려한다. 그리고 나서, 계획에 수급권자의 재택보호에 필요한 모든 서비스의 목록을 작성한다. 이 경우에, APA는 서비스 계획에서 나타난 지출을 위해서 쓰인다.

가. 서비스 계획의 내용

APA는 한번 시행되면 계속해서 APA 수급권자에게 서비스 계획에 나타난 재택에서의 서비스와 기술적 지원의 수당 등 모든 지출을 자금조달 하는데 쓰인다.

. 재택에서의 서비스 : 제 3자에 의해 실행되는 가사지원이나 재택보호, 시설에서의 일시적 수용에 대한 경비, 식사배달 서비스, 긴급전화통보제도, 숙소의 개조, 세탁서비스, 거동서비스, 응급수리 등 여러 가지 잔업

. 기술적인 지원 : 회전의자, 지팡이, 산책도구, 의료화된 침대, 환자를 일으키기 위한 기구, 대소변의 실금에 대하여만 사용되는 장비 등 질병보험에서 급여되지 않는 것

신청자의 요구에 의하여 서비스 계획은 기술적인 지원만을 포함할 수 있다. 또한 가정수용시설(famille d'accueil)에 거주하는 사람의 경우, 의료사회반에 의해 작성된 서비스 계획은 지출을 예상할 수 있게 한다. 이 목록이 완벽하지 않을 경우, 수급권자의 상황과 환경에 맞는 다른 지원이나 서비스가 제안될 수 있다.

※ 재택의 개념

재택보호의 범위에서 APA는 그의 집에서 혹은 가족의 보호 속에서 거주하는 수급권자의 상황에 대응한다. 그러나 법은 다음과 같은 곳에서 거주하는 자를 그들의 재택에서 거주하는 자와 동일시한다.

- . 데빠르뜨망 의회 의장에 의해 미리 허가를 받은 가정수용시설(accueil familial)의 재택에서 유상으로 거주하는 자
- . 25 공간보다 적은 요간병 노인을 위한 수용시설에 거주하는 자. 그러나 이 경우 서비스 계획의 내용은 특별한 규칙을 따른다

나. 계획의 작성

재택에서의 방문과 신청자와의 교역이 이루어지면, 의료사회반은 신청자에게 서비스 계획의 제안을 작성하고 전달한다. 이 절차는 다음과 같은 규칙에 따른다.

- . 신청자가 1등급에서 4등급에 속한다면, 의료사회반은 서류 등록일로부터 30일 내에 서비스 계획을 제안한다. 당사자는 제안을 받아들인 날로부터 10일 내에 찬성 혹은 반대 결정을 문서로 알리고, 서비스 계획의 거절 시 최종제안이 10일 내에 이해당사자에게 전달된다. 이 때 10일 내에 이해당사자의 명백한 거절 혹은 응답부재는 신청이 폐기된 것으로 간주된다
- . 신청자가 GIR 5와 6에 속한다면, APA를 받지 못하므로 서비스 계획의 작성을 정당화하지 못하게 된다. 따라서 이 경우는 그의 소득과 관련하여 가사지원급여를 받도록 노력금고나 데빠르뜨망 의회가 담당하게 된다.

다. 전국적 계산표

부여될 수 있는 서비스 계획의 최대 금액(A)은 전국적 수준으로 결정된 계산표에 의해 결정된다. 각각의 GIR은 사회보장의 제 3자를 위한 과대평가(S)를 이용하여 아래와 같이 계산된다.

- . GIR 1 : $A = S \times 1.19$
- . GIR 2 : $A = S \times 1.02$
- . GIR 3 : $A = S \times 0.765$
- . GIR 4 : $A = S \times 0.51$

2001년 10월 1일 현재 제 3자를 위한 과대평가는 매달 Euro 896.59 (5,881.24 F)이며, 따라서 서비스 계획은 다음과 같이 상한선이 정해진다.

- . GIR 1 : $A = \text{Euro } 1,066.94 \text{ (6,998.68 F)}$
- . GIR 2 : $A = \text{Euro } 914.52 \text{ (5,998.86 F)}$
- . GIR 3 : $A = \text{Euro } 685.89 \text{ (4,499.15 F)}$
- . GIR 4 : $A = \text{Euro } 457.26 \text{ (2,999.43 F)}$

서비스 계획의 상한선 계산표의 근거를 제공하는 제 3자를 위한 과대평가는 매년 사회보장재정법(PLFSS)의 계획의 범위에서 재평가된다. 그러나 보장조항에서 APA 계산표의 재평가는 소비가격지수(담배는 제외)의 변화보다 낮아질 수 있다는 것을 제시한다.

라. APA 금액

이는 자산에 따라 계산된 본인부담을 제외한 수급권자에 의해 효과적으로 이용되는 서비스 계획의 금액과 같다.

※ 긴급상황의 절차

긴급상황에서 APA가 부여될 때, 수혜자에게 부여되는 금액은 2001년 10월 1일 현재, 매월 Euro 533.47 (3,499.44 F)로 GIR 1로 예정된 서비스 계획 금액의 절반과 동일한 일시불 금액이다. 이러한 선불은 기금이 결정될 때까지 유입된다. 일단 조정이 되면 장차 유입될 APA의 금액에서 제외된다.

마. 수급권자의 참여

본인부담금은 그의 소득에 따라 달라지며, 계산 방법은 다음과 같이 다양하다.

- . 매월 소득이 제 3자에 대한 과대평가(MTP, le montant de la majoration pour tierce personne; 2001년 10월 1일 현재 Euro 914.52) 금액에 1.02배보다 낮은 경우, 참여는 요구되지 않는다.

- . 매월 소득이 MTP 금액에 1.02와 3.40배 사이에 있을 때(즉, 2001년 10월 1일 현재 Euro 914.52와 Euro 3,048.40 사이), 참여는 서비스 계획 금액의 0%에서 80%까지 다양하다.

$$P = A \times \frac{[R - (S \times 1.02)]}{S \times 2.38} \times 80\%$$

A : 제안된 서비스 계획 금액

R : 매월 수급권자의 소득

S : 제 3자를 위한 최대금액

이 공식에서 사용된 2.38의 계수는 3.40과 1.02의 차이로 나타난 것이다.

- . 소득이 MTP 금액의 3.40배(2001년 10월 1일 현재 Euro 3,048.40)보다 높은 경우, 수급권자의 참여는 제안된 서비스 계획의 금액의 80%와 같다.

$$P = A \times 80\%$$

바. 수당의 계산

이 경우에, 수급권자에게 유입되는 수당(APA)은 서비스 계획의 금액(A)에서 수급권자의 참여(P)를 뺀 것과 같다.

$$APA = A - P$$

- . 소득이 MTP 금액의 1.02배보다 낮거나 같을 경우,

$$APA = A$$

- . 소득이 MTP 금액의 1.02배와 3.40배 사이에 포함될 경우,

$$APA = A - A \times \frac{[R - (S \times 1.02)]}{S \times 2.38} \times 80\%$$

- . 소득이 MTP 금액의 3.04배보다 높을 경우,

$$APA = A \times 20\%$$

사. 계산에 고려되는 자산

앞에서도 설명하듯이, APA에서 본인부담은 다음의 자산에 따라 계산된다.

- . APA 신청시 전달된 최종 부과통지서에 나타난 소득
 - . 조세에 대한 일반법전의 125A 조항에 적용된 채무 변제 공제에 따르는 소득
- 배우자의 자산과 내연관계의 자 혹은 신청자와 함께 시민연대협정(PACS)을 체결한 자와의 자산은 똑같이 계산된다.

아. 계산에 고려되지 않는 자산

신고하지 않거나 채무 변제 공제에 따르지 않는 다양한 자산은 APA 수급권자의 참여를 결정하는 데 도움이 되는 소득의 계산에서 고려되지 않는다.

이는 다음과 같다.

- . 전쟁 연금과 명예 훈장 연금
- . 양육비, 자손에 의해서 유입된 재정적 경합
- . 자율성 상실 위험에 대비하기 위하여 그 자신이나 배우자 또는 자손들에 의해 만들어진 종신연금
- . 질병, 출산, 장애, 산재보험에 의한 현물급여 혹은 보편적 질병급여(CMU)에 의한 현물급여
- . 주택개조를 위한 지원 수당과 이사 특별수당
- . 산재로 부여된 자본에 대한 수당
- . 재교육 특별수당과 대역장학금
- . 장례비의 부과
- . 사회보장제도에 의해 유입된 사망자본

자. 병합되지 않는 규칙

APA는 비슷한 목적을 가진 여러 급여와 병합되지 않는다.

- . 이해당사자가 65세 이전에 일상적인 생활활동을 수행하기 위하여 제 3자의 도움이 필요할 경우, 노동불능에 부여되거나 또는 장애연금을 대체하는 사회보장의 일반제도에 의해 유입되는 제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액
- . 장애자에게 부여되는 제 3자를 위한 보상수당(ACTP)
- . 가사서비스의 대표적 수당
- . 사회지원을 위해 데빠르뜨망 의회에 의해 유입되어 가사지원 수당의 형태로 인정되는 현물지원

APA 결정에 대한 상반된 토론의 부재 시, 사회보장 조직, 데빠르뜨망 의회, 꼬뮈의 임의 지원(aides facultatives)과는 병합될 수 있다.

※ 재택에서의 APA 예 1

83세인 마리. 그녀는 홀로 재택에서 살고 매달 Euro 1,900 (12,500 F)의 소득이 있다. 자율성 상실 등급은 GIR 1이다. 의료사회반에 의해 제안된 서비스 계획의 금액은 매달 Euro 900 (5,900 F)에 이른다.

그녀의 참여는 다음과 같다.

$$900 \times \frac{[1,900 - (896.59 \times 1.02)]}{896.59 \times 2.38} \times 80\% = \text{Euro } 332.51$$

이 경우에, 매달 수당은 다음과 같다.

$$900 - 332.51 = \text{Euro } 567.49$$

※ 재택에서의 APA 예 2

루이즈는 74세의 과부이다. 그녀는 홀로 재택에서 살고 매달 Euro 900 (5,900 F)의 소득이 있다. 수당을 신청할 시, 의료사회반은 자율성 상실의 등급을 GIR 4로 평가했다. 그에게 제안된 서비스 계획은 Euro 350 (2,300 F)에 이른다. 소득을 고려한 본인부담은 없게 된다. 이 경우에, 매달 수당 금액은 서비스 계획의 금액과 같은 Euro 350이다.

※ 재택에서의 APA 예 3

알퐁스와 마드렌느는 부부이고 각각 78세와 72세이다. 이들은 매달 Euro 2,400(15,743 F)의 소득이 있다. 알퐁스는 GIR 2이고 서비스 계획 금액은 Euro 760 (4,985.27 F)으로 평가된다. 마드렌느는 GIR 4로 분류되고 서비스 계획은 Euro 320 (2,099.06 F)이다. 그들의 참여금액을 결정하기 위하여, 우선 그들 각각의 자산을 계산해야 한다. 이는 부부의 소득을 1.7로 나누는 것과 같다.

$$2,400 / 1.7 = \text{Euro } 1,411.76$$

이 경우에, 알퐁스의 부담으로 놓여진 참여는 다음과 같다.

$$760 \times \frac{[1,411.76 - (896.59 \times 1.02)]}{896.59 \times 2.38} \times 80\% = \text{Euro } 141.68$$

그러므로 매달 수당은 760 - 141.68 = Euro 618.32이다.

마드렌느의 본인부담은

$$320 \times \frac{[1,411.76 - (896.59 \times 1.02)]}{896.59 \times 2.38} \times 80\% = \text{Euro } 59.65 \text{이다.}$$

그러므로 매달 수당은 320 - 59.65 = Euro 260.35이다.

차. APA의 유입

APA는 수급권자에게 매달 유입된다. 이는 서비스를 받기 위하여 아무리 늦어도 그 달의 10일에 지불되어야 한다. 그렇지만 금액의 일부는 다양한 주기성에 따라 유입될 수 있다. 신청자 상황의 평가가 끝난 후 의료사회반의 제안에 따라 데빠르뜨망 의회는 매월 지불금을 지급하나, 필요한 경우 한 번에 4개월치까지 지급할 수 있다. 이는 기술지원 혹은 주택 개조 업무의 경우에 해당된다.

② APA 적용 방법

가. 전문적인 조직(organismes spécialisés)에 대한 호소

APA의 수급권자는 전문적인 조직을 통해 서비스 계획에서 제안된 재택서비스의 도움을 받을 수 있다. 이 경우에, 자유로이 사용할 수 있는 서비스를 제공하는 꼬뮌 사회활동센터 (centre communal d'action sociale)와 가족 또는 기업의 직무 자격을 갖춘 국가의 동의를 얻은 협회(une association agréée par l'État au titre des emplois familiaux ou une

entreprise)가 있다. 그 후에 이 조직들은 고용된 가사보조원의 재택 참여를 제안하고, APA의 수급권자는 이들 조직에 사례금을 주게 된다.

- 급여 협회(associations prestataires)

이들은 재택에 참여할 간병인을 APA 수급권자들의 마음대로 사용하게 할 수 있다. 이들은 APA가 지불되는 계산서의 원인인 서비스 급여를 제공한다. 재택에 참여하는 간병인들은 모든 의무와 책임을 지는 고용주인 협회에 의해 보수를 받는다. 이들은 또한 서비스의 계속성을 위하여 휴가, 질병의 경우 재택지원을 대체할 수 있게 한다.

이러한 협회들은 다음의 상황에 대비한다.

- . 육체적 혹은 정신적인 상태의 악화 또는 가족 측근자들의 부족으로 인한 규칙적인 보호를 필요로 하는 사람들
- . GIR 1과 2로 분류된 사람들

- 허가

특히 재택에서의 서비스를 제안하는 위탁 협회와 급여 협회들은 먼저 정부의 허가를 받아야 한다. 노약자, 특히 70세 이상의 노인들을 전담하는데 참여하는 협회의 경우, 질에 대한 허가는 의무적이다. 협회가 요구상황을 채우지 않는다면, 데빠르뜨망 지사에 의한 결정이 취소되거나 중지될 수 있다.

나. 간병인의 고용

APA가 부여될 때 수급권자는 재택에 참여하는 간병인을 고용하고 보상하는 것을 선택할 수 있다. 이 경우에, 수급권자 또는 위탁 협회는 그 자신이 고용주가 된다. 수급권자는, 노동권리에 있는 규정을 따르고 고용주의 전국근로자단체협약(convention collective nationale des salariés du particulier employeur)과 관련된 근로자에게 적용되는 규칙을 따라야 한다.

- 모집

재택에서 일하는 간병인은 사회보장직원의 번호를 의무적으로 소유해야 한다. EU이외에 속하는 사람들은 유효기간 동안에 체류증서 혹은 거주카드를 소유할 자격을 가져야 한다. 또한 시험기간이 끝났을 때 고용주는 의료적인 자격을 보장하기 위하여 노동의사센터(centre de médecine du travail)에서 전임으로 일하도록 근로자를 등록시켜야 한다. 이러한 교섭은 파트타임으로 고용된 근로자의 경우에는 임의적이다.

다. 위탁 협회(associations mandataires)

위탁 협회를 선택하면, APA의 수급권자는 재택에서 일하는 간병인의 고용주가 된다. 하지만 협회는 수급권자에게 모든 행정적인 절차(모집, 일의 계약, 봉급표의 작성, URSSAF에

신고)에 대한 수고를 덜어준다. 중간 협회(association intermédiaire)는 수급권자에게 똑같이 서비스의 계속에 책임을 진다.

라. 재택에서 APA의 부여 절차과정

앞10)에서 설명한 APA 부여 절차과정을 정리하면 <표 7>과 같다.

<표 7> 재택에서 APA의 부여 절차과정

단 계	신청자	의료사회반	데빠르뜨망 의회 의장
APA의 요구	○		
신청서류 작성과 데빠르뜨망 의회에 서류의 발송	○		
10일 내에 서류의 수령 통지. 서류가 불완전하면 부족한 부분을 언급하여 반송			○
부족한 부분 발송	○		
10일 이내에 완전한 서류의 수령 통지			○
재택에 평가를 위해 방문	○	○	
완전한 서류의 수령이후 한 달 내에 서비스 계획의 제안 발송		○	
신청자가 찬성결정 혹은 반대결정에 대해 10일 이내에 응답	○		
서비스 계획의 거절 시, 최종제안이 10일 내에 이해당사자에게 통지서로 전달		○	
10일 내에 이해당사자의 응답 부재 시 신청이 폐기된 것으로 간주			○
부여결정을 이해당사자에게 통지			○
2달의 기간 내에 APA 위원회에 타협수단의 가능성	○		
2달의 기간 내에 데빠르뜨망의 사회지원위원회에 소송 수단의 가능성	○		

10) 3)APA 신청절차, 4) APA 부여절차

(2) 시설서비스

시설에서 APA 계산 방식은 다음과 같다.

① 시설에서 APA의 기본적인 규칙

시설에서 APA는 수용시설의 《요간병 요금표》를 지불하면서 수급권자를 지원한다. 이 요금표는 시설에서의 3가지 요금표 중 하나이다.

- . 소득이 충분하지 못한 경우, 데빠르뜨망 사회지원(l'aide sociale départementale)에 의해 재정조달되는 숙소 요금표(tarif d'hébergement)
- . 질병보험에 의해 재정조달되는 치료 요금표(tarif soins)
- . 자율성을 상실하여 지원을 받는 사람에게 APA가 적용되는 요간병 요금표(tarif dépendance)

이처럼 명확하고 일반적 범위에서, APA는 수급권자의 GIR에 대응하는 시설의 요간병 요금표에서 본인부담을 제외한 매월 지불되는 수당이다. APA는 수급권자의 신청 혹은 동의로 수급권자 자신이나 관련된 시설에 직접 유입될 수 있다.

APA의 계산은 3가지 요소의 결합에 근거를 둔다.

- . 수급권자의 GIR(groupe iso-ressources), 즉 자율성의 등급
- . 다양한 GIR에 대한 시설의 요간병 요금표
- . 참여의 수준을 결정할 수급권자의 자산상황, 즉 본인부담에 의한 요간병 요금의 일부

<표 8> 수급권자의 소득에 따른 본인부담(2001년 10월 1일 기준)

수급권자의 소득	매월 본인부담의 계산
MTP의 2.21배보다 적은 소득 (약 Euro 1,981 혹은 13,000 F 보다 적음)	매월 고정된 GIR 5와 6에 대한 시설의 요간병 요금표 금액
MTP의 2.21배와 3.40배 사이의 소득 (Euro 1,981과 Euro 3,049 사이 혹은 13,000 F과 20,000 F 사이)	GIR 5와 6에 대한 요간병 요금표 금액에 소득수준에 따라 수급권자의 GIR에 대한 시설의 요간병 요금표의 20%에서부터 80%까지를 추가한 금액
MTP의 3.40배보다 높은 소득 (EUR 3,049 혹은 20,000 F 보다 높음)	GIR 5와 6에 대한 요간병 요금표 금액에 수급권자의 GIR에 대한 시설의 요간병 요금표의 80%이상을 추가한 금액

각각의 시설에서, GIR 1과 2, GIR 3과 4, APA의 적용을 받지 않는 GIR 5와 6에 상응하

는 3가지 요건별 요금표가 존재한다. 수급권자의 참여는 그의 소득에 따라 다양한 방법으로 계산된다. 요약하면 <표 8>과 같다.

② 시설서비스를 위한 기술적인 요소

시설에서 APA에의 접근의 일반적인 상황은 재택에서의 APA와 같으나 특별한 상황이 추가된다.

가. 관련시설

나이, 거주 그리고 자율성 상실 요건과 더불어, 신청자를 수용하는 시설의 성격과 관련된 특정 상황이 추가된다. APA 혜택을 요구하기 위하여, 신청자는 노인들을 수용하는 시설의 사회시설 혹은 의료사회 시설에 거주해야 한다. 또한 균형 잡힌 평균 GIR(GMP, GIR moyen pondéré)이 300보다 높은 시설들은, 노인을 수용할 수 있기 위하여, 데빠르뜨망 의회의 의장과 데빠르뜨망 내의 정부 대표자와 수년에 걸친 협약에 조인해야만 한다. 이 협약은 아무리 늦어도 2003년 12월 31일 전에 조인되어야 한다.

나. 시설에서 APA의 신청 작성

재택에서의 APA를 위해 이용되는 서류 지급 장소 이외에, 시설의 경우 APA의 신청 서류는 수용시설 장에 의해 제출될 수 있다. 신청 작성은 이 급여에 적용될 수 있는 일반적인 규칙에 따른다. 이는 재택에서 APA의 경우와 비슷한 특히 AGGIR 등급의 사용에 따른 다양한 GIR 등급 위에 기반을 둔다. 그러나 시설에서 APA의 신청 작성은 일부 특별한 특징이 있다.

- . 시설 거주자의 자율성 상실 등급 평가인 GIR의 등급은 데빠르뜨망 의회의 의료사회반이 아니라 시설의 조정의(médecin coordonnateur)나 협약의(médecin conventionné)의 책임 하에서 이루어진다.
- . 이 평가는 통제와 유효성을 위하여 데빠르뜨망 의회 의사(médecin du conseil général)와 초급질병보험금고의 개업의 의회(praticien conseil de la caisse primaire d'assurance maladie)에 전달된다. 의견불일치의 경우 타협의 가능성이 있게 된다.
 - 시설에서의 GIR 평가의 유효성을 책임지는 이 두 의사들 사이에 의견 불일치가 나타나는 경우, 시설에서의 전체적인 GIR을 결정하는 데빠르뜨망의 의료조정위원회(commission départementale de coordination médicale)에 서류가 전달된다.
 - 조정의와 통제와 유효성에 책임을 지는 의사들 사이에서 의견 불일치가 나타날 경우에, 후자가 시설의 GIR을 결정한다. 그러나 시설의 장은 데빠르뜨망의 의료조정위원회(commission départementale de coordination médicale)에 이 결정을 반박할 수 있다.
 - 시설의 거주자가 GIR 등급에 대해 불만이 있을 경우에, 데빠르뜨망 의회 의장에

본부를 둔 소송타협규정위원회(commission de règlement amiable des litiges)에
제소할 수 있다. 이는 또한 데빠르뜨망의 사회지원위원회(commission
départementale d'aide sociale)에 제소할 수 있다.

- . APA 수급권자마다 자율성 상실의 수준은 정기적인 재평가의 대상이 된다. 이의 빈도
는 시설사이에서 조인된 수년에 걸친 협약, 데빠르뜨망 의회 의장과 데빠르뜨망 내에
있는 정부의 대표자에 의해 결정된다.
- . 시설에서 APA의 서류작성은 서비스 계획의 작성을 이룬다. 시설에서 APA는 수급권자
에게 요간병 요금표를 지불하도록 한다. 또한 요간병 요금표는 그 자체로 자율성 상실
의 노인들의 책임을 강화하고 개선하는 것을 궁극적인 목적으로 한다.

다. 수급권자의 참여

재택에서 APA의 경우에서처럼, APA의 수급권자의 본인부담이 있게 된다. 이 금액은 소
득과 GIR에 따라 계산된다. 소득은 3등급으로 나뉘어진다.

- . 월소득이 사회보장(사회보장 법전의 L. 355-1 조항)에 의해 제공되는 제 3자의 꾸준한
지원을 위한 과대평가(MTP, majoration pour aide constante d'une tierce personne)
금액의 2.21배보다 적은 경우,
 - 이는 2001년 10월 1일 현재, Euro 896.59(5 881.24 F) × 2.21 = Euro 1,981.46
(12,997.54 F)보다 적은 소득에 해당한다
- . 월소득이 제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액의 2.21배와 3.40배 사이에
있는 경우,
 - 이는 2001년 10월 1일 현재 Euro 1,981.46 (12,997.54 F)와 Euro 3,048.40 (19,996.21
F) 사이에 포함되는 소득에 해당한다
- . 월소득이 제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액의 3.40보다 높은 경우,
 - 이는 2001년 10월 1일 현재, Euro 3,048.40 (19,996.21 F)보다 높은 소득에 해당한
다

각각의 소득의 3가지 그룹은 APA 수급권자의 본인부담을 결정한다.

제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액의 2.21배보다 적은 월소득에 대해서,
수급권자의 책임에 놓여진 참여는 GIR 5와 6과 관련된 시설의 요간병 요금표 금액과 같다.

$P = TD \ 5/6$

P : 본인부담

TD 5/6 : GIR 5와 6으로 등급이 나뉜 거주자에게 적용되는 시설의 매월 요간병 요금표

GIR 5와 6의 요간병 요금의 기준 적용은 항상 같다. 그러므로 이는 GIR 1에서 4로 분류
되는 APA의 수급권자의 본인부담에도 적용된다.

제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액의 2.21배와 3.40배 사이에서의 월소득에 대해서, 다음의 참여계산방식이 적용된다.

$$P = TD\ 5/6 + \frac{[(A - TD\ 5/6) \times [R - (S \times 2.21)] \times 80\%]}{S \times 1.19}$$

P : 본인부담

TD 5/6 : GIR 5와 6으로 등급이 나뉜 거주자에게 적용되는 시설의 매월 요간병 요금표

A : 수급권자의 GIR에 해당하는 시설에서의 요간병 요금

R : 이해당사자의 월소득

S : 제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액

그러므로 수급권자의 참여는 GIR 5와 6에 적용될 수 있는 시설의 요간병 요금표 금액과 이해당사자의 GIR에 적용될 수 있는 요간병 요금표(점진적으로 소득과 함께 올라가는)를 더한 것과 결합된다.

제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액의 3.40보다 높은 월소득의 경우, 수급권자의 책임에 놓여진 본인부담은 다음의 공식에 따라 결정된다.

$$P = TD\ 5/6 + [(A - TD\ 5/6) \times 80\%]$$

P : 본인부담

TD 5/6 : GIR 5와 6으로 등급이 나뉜 거주자에게 적용되는 시설의 매월 요간병 요금

A : 수급권자의 GIR에 해당하는 시설에서의 요간병 요금

신청자가 부부와 함께 살 경우, 자산은 전체 자산에 상응하는 참여로 계산된다.

$$RC = R/2$$

RC : 부부가 함께 사는 신청자의 경우에, 본인부담으로 계산되는 소득

R : 부부의 전체 소득

부부 중 한 명이 계속해서 재택에서 사는 경우라면, 미리 법에 의해 보장되는 자산의 최소 금액을 공제해야 한다. 이 경우에 계산은 다음과 같다

$$RC = (R - MG) / 2$$

MG : 재택에 남아있는 부부, 첩, PACS에 의해 결합된 사람들에게 보장되는 최소 금액

라. 시설에서 APA의 계산

시설에서 APA의 금액은, 요간병 시설의 요금표에서의 자율성 상실의 등급에 상응하는 지출 금액에서 APA 수급권자의 본인부담을 뺀 것과 같다(가족과 사회활동법전 L. 232-8-I 조항).

그러므로 GIR 1과 2로 분류된 수급권자의 APA 금액은 다음과 같다.

$$APA = TD 1/2 - P$$

그리고 GIR 3과 4로 분류되어진 수급권자의 경우,

$$APA = TD 3/4 - P$$

TD 1/2 : GIR 1과 2로 분류된 거주민에 적용되는 시설에서의 매월 요간병 요금

TD 3/4 : GIR 3과 4로 분류된 거주민에 적용되는 시설에서의 매월 요간병 요금

P : 전술한 바와 같이 소득 수준에 따라 계산되는 매월 본인부담

가장 자율적인 GIR 5와 6으로 분류된 사람들은 상응하는 요간병 요금표를 지불하지만, APA의 혜택을 요구할 수는 없다.

※ 시설에서의 APA 예 1

노인홈 메상주의 요간병 요금표는 다음과 같다.

- . GIR 1과 2 (2,853.41 F)는 일당 Euro 14.5 (매월 Euro 435)
- . GIR 3과 4 (1,672.69 F)는 일당 Euro 8.5 (매월 Euro 255)
- . GIR 5와 6 (452.61 F)은 일당 Euro 2.3 (매월 Euro 69)

이 시설에 거주하는 루시는 GIR 2이다. 그녀의 매월 자산은 Euro 2,250 (14,759.03 F)이다. 루시의 소득은 제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액의 2.21과 3.40배 사이에 속한다. 그녀의 소득을 고려하여 루시는 다음과 같은 본인부담이 있다.

$$\begin{aligned} & 69 + [(435 - 69) \times \frac{[2,250 - (896.59 \times 2.21)]}{896.59 \times 1.19} \times 80\%] \\ &= 69 + [366 \times \frac{(2,250 - 1,981.46)}{1,066.94} \times 80\%] \\ &= 69 + 73.20 = \text{Euro } 142.20 \text{ (932.77 F)} \end{aligned}$$

따라서 루시에게 매달 유입되는 APA 금액은 다음과 같다.

$$435 - 142.20 = \text{Euro } 292.80 \text{ (1,920.64 F)}$$

NB : 이 예에서 제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액은 2001년 10월 1일에 유효한 것이다.

※ 시설에서의 APA 예 2

로베르도 노인홈 메상주에 산다. 그의 자율성 상실은 GIR 1이다. 재택에서 거주하는 그의 아내 엘렌느와 함께 이들은 매월 Euro 2,000 (13,119.14 F) 소득을 가진다. 이 경우에, 이 소득의 절반만이 APA의 계산을 위하여 고려된다.

$$2,000 - 557.12 / 2 = \text{매달 Euro } 721.44 \text{ (4,732.34 F)}$$

전체 소득에서 Euro 557.12는 재택에 남아있는 사람에게 보장되는 최소금액에 해당한다. 그러므로 이처럼 고정된 소득은 2001년 10월 1일에 제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액의 2.21배보다 적다.

$$896.59 \times 2.21 = \text{Euro } 1,981.46 \text{ (12,997.53 F)}$$

로베르의 본인부담은 GIR 5와 6에 적용되는 메상주의 요간병 금액으로 제한된다.

$$2.3 \times 30 = \text{매달 Euro } 69 \text{ (452.61 F)}$$

로베르의 APA는 GIR 1과 2에 대해 시설에서 적용되는 요간병 금액과 그의 본인부담과의 차이에 해당한다.

$$435 - 69 = \text{매달 Euro } 366 \text{ (2,400.80 F)}$$

※ 시설에서의 APA 예 3

메상주의 다른 거주자인 홀아비 조르주는 GIR 3이고 매월 소득이 Euro 3,200 (20,990.62 F)이다. 이는 2001년 10월 1일에 제 3자의 꾸준한 지원을 위한 과대평가(MTP) 금액의 3.40 배보다 많다.

$$896.59 \times 3.40 = \text{Euro } 3,048.40 \text{ (19,996.19 F)}$$

메상주의 요간병 요금액을 고려하여, 조르주의 본인부담은 다음과 같다.

$$69 + [(255 - 69) \times 80\%] \\ = 69 + 148.8 = \text{매월 Euro } 217.80 \text{ (19,996.19 F)}$$

조르주의 APA 금액은 다음과 같다.

$$255 - 217.80 = \text{매월 Euro } 37.2 \text{ (244.02 F)}$$

마. 수급권자와 배우자에게 놓여진 최소 금액

법은 최소금액에 대해 자유로운 규정을 보장하는 2가지 메카니즘을 보여준다.

. 첫째는 요간병 요금과 숙소요금 부담에 대한 급여의 지불 후에, 시설에서 거주하는 수급권자의 이른바 용돈이라 할 수 있는 최소금액이 있다. 매달 이 최소금액은 최소 노령급여의 연간 1/100보다 적을 수 없다. 2001년 10월 1일에, 이는 다음과 같다

$$(557.12 \times 12) / 100 = \text{매달 Euro } 66.85 \text{ (438.51 F)}$$

. 보장된 두 번째 최소 금액은 부부와 관련된다. 이 경우에, 재택에 남아 있는 배우자, 내연관계의 자, 신청자와 함께 시민연대협정(PACS)을 체결한 자는 부부 자산의 최소 금액을 소유해야 한다. 이는 노인 근로자 봉급에 대한 수당금액(allocation aux vieux travailleurs salariés)¹¹⁾과 혼자 사는 사람을 위한 보충 수당(allocation supplémentaire pour une personne seule)¹²⁾보다 적을 수 없다. 2001년 10월 1일에 이 금액은 다음과

11) 사회보장 법전 L. 811-1 조항.

같다. $228.94 + 328.18 =$ 매달 Euro 557.12 (3,654.47 F)

바. 시설에서 APA의 부여

시설에서 APA의 부여 통지는 매월 급여 금액과 수급권자의 참여 금액을 언급해야 한다. 이는 또한 첫 번째 유입 금액을 언급한다. 수급권자는 APA 위원회에서의 타협적인 수단 혹은 데빠르뜨망 사회지원위원회에서의 소송수단을 이용할 수 있다.

시설에서 APA는 세 가지 방식에 따라 유입될 수 있다.

- . 수급권자에게 유입될 수 있다. 이 경우에는 아무리 늦어도 유입되는 자격을 갖춘 그 달 10일에 관련 데빠르뜨망에서 지불되어야 한다
- . 수급권자의 동의로 직접 시설에 유입될 수 있다
- . 실험적인 자격으로 그리고 자발적인 기초 위에, 시설의 요금을 책임지는 데빠르뜨망 의회의 의장이 결정한 총액예산의 형태로 시설에 유입될 수 있다. 이 경우에 예산은 거주민의 본인부담과 다른 데빠르뜨망과 관련된 연금수급자의 APA¹³⁾는 포함하지 않는다. 이 실험적인 유입방식은 시설, 데빠르뜨망 의회 의장과 데빠르뜨망 내에서 정부의 대표자에 의해 조인된 수년에 걸친 협약의 틀 내에서 등록되어야 한다. 이 실험 결과는 APA 장치의 평가 틀 내에서 조사되고 정부는 이를 의회에 2003년 6월 30일 전에 제시할 것이다.

사. 잠정적인 APA

시설에서 APA 장치는 각각의 시설, 데빠르뜨망 의회의 의장과 데빠르뜨망 내에 정부 대표자 사이에서 체결된 수년에 걸친 협약과 밀접하게 관련이 있다. 이는 아무리 늦어도 2003년 12월 31일에 체결되어야 한다. 그러나 언급한 제한 날짜까지 잠정적인 APA는 3가지 유형의 수입을 징수하는 협약을 아직 체결하지 않은 시설에 허락된다.

- . 2001년 실험 자격을 갖춘 데빠르뜨망 내에서의 정부 대표자가 시설에 부여한 최고 총 금액에 결정된 치료에 대한 일괄적 정액(forfait global)
- . 데빠르뜨망 의회 의장이 결정한 간병에 상응하는 일상 요금
- . 데빠르뜨망 의회 의장이 결정하고 위에서의 두 가지 수입의 절감 후에 계산되는 숙소의 일상 요금. 숙소의 일상요금은 이 잠정적인 체계에서 시설에 승인된 예산과 요간병과 치료정액을 합한 수입과의 차이와 동일하다.

이러한 틀 내에서 잠정적인 APA는 데빠르뜨망 의회의 의장이 결정한 요간병 요금과 수급권자의 참여의 차이에 상응한다.

12) L. 815-2 조항.

13) 이는 계속해서 직접 관련 데빠르뜨망 의회에 의해 규제된다.

③ 시설서비스의 종류

의료서비스 이외의 일상적인 생활지원서비스를 제공하는 시설과 병원이 주체가 되는 의료서비스를 제공하는 시설로 나뉜다. 시설의 수용가능한 인원수는 1995년에 572만명, 75세 이상의 고령자 1,000명당 140명이 수용이 가능하다. 시설 종류별로 고령자주택 142,500명, 노인홈 352,700명(공립 211,650명, 사립 141,050명), 장기입원시설 69,000명, 기타 8,000명이 수용가능한 인원수이다. 1995년 65세 이상의 노인 중 6.5%가 상기 시설 중 어느 한 곳에 입소하고 있고, 이 비율은 연령에 따라 현저하게 달라지는데, 70~74세는 1.0%정도이지만 80세 이상이 되면 12.0%에 달하고 대부분 여성이다(박재간, 1998).

가. 고령자주택(logements-foyers)

고령자주택이란 기본적으로는 고령자용 독립주택 또는 독립거실이지만 주택과 함께 배치된 각종의 집단적 서비스가 제공되는 것이 특징이다. 그 목적을 위하여 공용실이 설치되는 데에 특징이 있다. 고령자주택은 재택과 노인요양시설의 중간적 형태로서 친근하게 살아온 곳에서 생활의 터전을 확보한다는 이념에 따른 시설이다. 그 설립 및 운영은 요양시설과 마찬가지로 1975년 6월 30일자 「사회시설 및 사회의료시설에 관한 법 제535호」에 의하여 설치 운영된다. 집합주택의 형태로 제공될 경우에는 1개 동의 건물 속에 포함되는 주택수가 60~80가구 정도로 제한되고 가구 수가 너무 많지 않도록 배려되고 있으며, 각 주택에는 간이주방(mini kitchen), 독립된 화장실과 욕실을 포함한 각종 생활설비가 설치되어 있다. 제공되는 집단서비스로는 식당에서의 식사제공, 여가활동, 세탁서비스 등이다. 이들 서비스는 별도로 유료 제공되며, 이용여부는 입소자의 판단에 맡겨진다. 시설설치 주체별로는 공립과 사립의 두 가지가 있고 1995년 현재 양자를 합한 수용능력은 142,500명이다.

나. 노인홈(maison de retraite)

노인홈은 병원 이외의 시설로서 노인을 수용하여 오락, 식사제공, 세탁 등 집단적 서비스를 제공하는 시설이다. 이러한 시설은 설립주체에 따라 공립과 사립이 있으며, 그 설립과 운영은 고령자 주택과 마찬가지로 1975년 6월 30일에 제정된 「사회시설 및 사회의료시설에 관한 법률 제535호」에 의거하여 운영된다. 운영주체는 레지옹, 데парта망뿐만 아니라 비영리단체 또는 민간기업도 경영할 수 있다.

다. 그 밖의 입주시설

지금까지 살펴 본 고령자주택이나 노인홈은 원칙적으로 건강한 노인을 대상으로 하는 시설이다. 그러나 최근 장애가 있는 요간병 보호 노인의 증가라는 현실문제에 대처하기 위한 방안의 일환으로 의료서비스를 겸한 시설을 설치하거나 입주요건을 완화하는 방향으로 정책이 전환되고 있다. 근래에 와서 앞에서 제시한 유형의 시설과는 별도로 오로지 요간병 보호 노인의 입주만을 상정한 시설도 설치하게 되었는데 이것이 요간병보호노인 수용시설

(MAPAD, la maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes)이다. 요간병보호노인 수용시설(MAPAD)은 원칙적으로는 「노인홈」과 같은 법적 취급을 받는 시설이지만 요간병 보호 노인만의 수용을 예상하여 거실의 면적이나 건축방식을 결정하고 있다는 점에서 「노인홈」과 다르다. 또 입주노인 수는 80명을 상한으로 하고 시설입지는 도심지 등에서 구하며 이러한 요건을 충족하여야만 비로소 요간병보호노인 수용시설(MAPAD)의 명칭을 쓸 수 있다.

노인 농촌수용시설(MARPA, la maison d'accueil rurale pour personnes âgées)은 농업사회공제조합(Mutualité Sociale Agricole)에 의하여 설립된 새로운 형태의 노인입주시설이다. 요간병보호노인 수용시설(MAPAD)과 마찬가지로 요간병 보호 노인만이 입주하는 시설이지만 이곳에서는 농촌지역의 요간병 보호 노인만을 대상으로 한다는 점에서 요간병보호노인 수용시설(MAPAD)과는 다르다. 대규모 시설을 의식적으로 피하고 20명 정도의 입주자를 예상하며, 간병인이 중심이 되어 노인의 일상업무를 보조함으로써 자립성 유지를 기한다.

라. 장기입원시설(le service hospitalier de long séjour)

프랑스에서 노인이 병원에 입원할 경우 「단기입원(court séjour)」과 「중기입원(moyen séjour)」 그리고 「장기입원(long séjour)」의 세 가지 형태가 있다. 어느 노인환자가 입원하는 경우 최초의 일정기간은 「단기입원」이고 입원기간이 길어짐에 따라서 「중기입원」은 계속적인 간병보호를 필요로 하는 기능회복을 목적으로 하고 「장기입원」은 독립 생활이 불가능하기 때문에 항상 의료적 관찰과 간병보호가 필요한 노인의 입원이다. 물론 병원에 입원하는 것은 노인 뿐만은 아니지만 위의 정의로 보아 분명하듯이 「장기입원」의 경우에 해당 당사자는 오직 요간병 보호 노인뿐이다. 간병보호문제의 중요성이 증대함에 따라 「장기입원」을 위한 시설이 대폭 증가하고 있다. 1995년 요간병 보호 노인 수용가능 수는 69,000명이었는데 이 수는 1985년에 비해 50.0%가 증가한 수이다.

(3) 적용현황

새로 도입된 APA의 수혜 대상자는 약 800,000명 정도로 예상된다. 이는 기존의 PSD의 수혜자인 148,000명의 거의 6배에 달하는 수치다.

구체적으로 2002년 이사분기 동안의 적용 현황을 3가지로 나누어 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 요간병 등급에 따른 APA 수급권자의 비율의 경우 13%는 가장 높은 요간병 등급인 GIR 1, 31%는 GIR 2, 21%는 GIR 3, 35%는 GIR 4로 분류된다. 전체적으로 시설에서 거주하는 자는 재택에서 거주하는 사람들보다 더 요간병 수준이 높다. 재택에서는 거주하는 사람들 중 GIR 1에 해당하는 사람은 7%인 반면, 노인홈에 거주하는 사람은 5명 중 1명(22%)이었다. 이와는 반대로 GIR 4에 해당하는 사람은 재택에서는 43%인 반면, 시설에서는 24%이었다(<표 9> 참조).

<표 9> 요간병 등급에 따른 APA 수급권자의 비율(2002년 6월 30일 현재)

(단위: %)

구 분	재 택	시 설 ¹⁾	합 계
GIR 1	7	22	13
GIR 2	25	38	31
GIR 3	25	16	21
GIR 4	43	24	35
합 계	100	100	100

주: 1) 시설부분은 총액예산의 실험에 참여하지 않는 노인수용시설만을 의미한다.

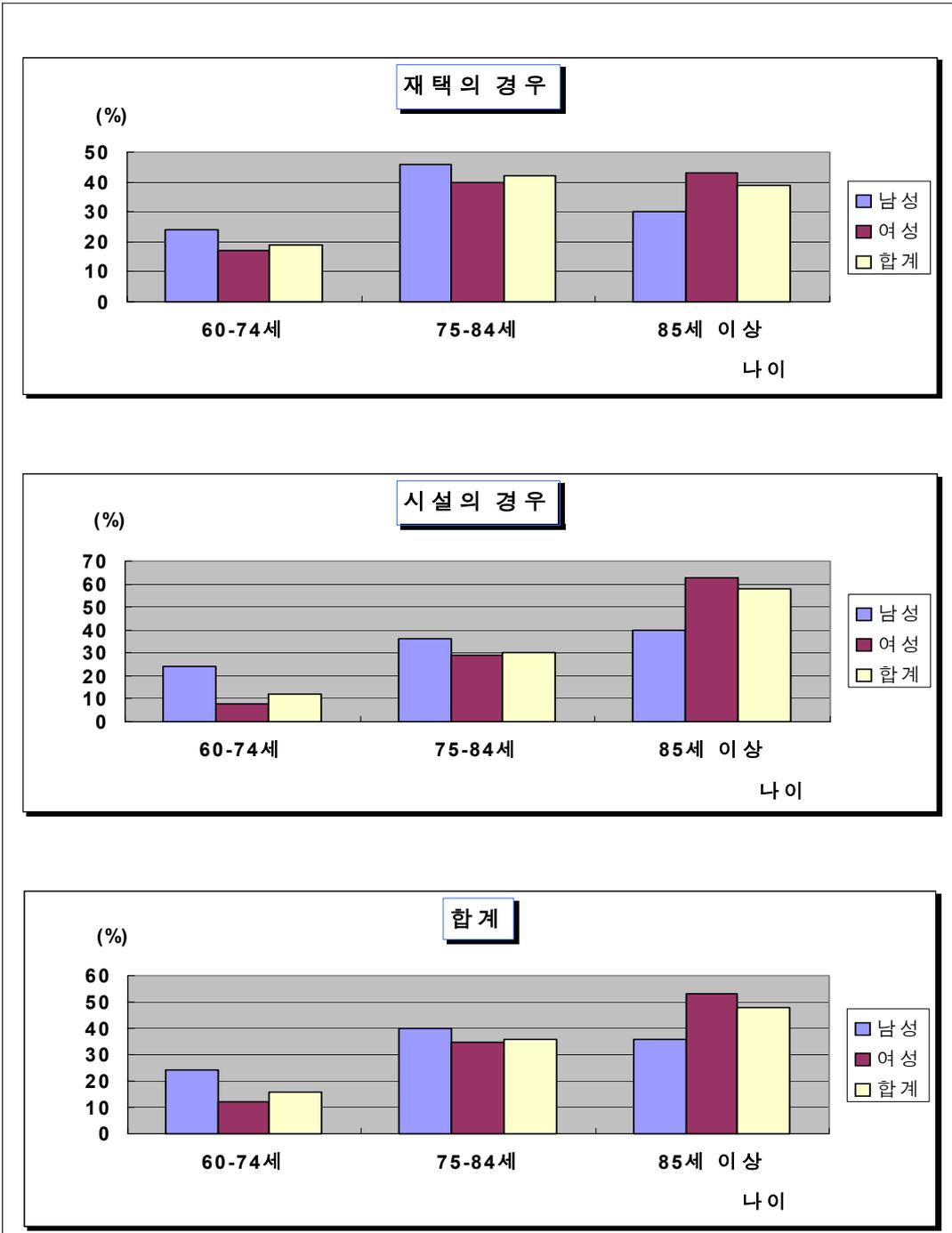
범위: 프랑스 전역

자료: enquête trimestrielle de la DRESS auprès des conseil généraux.

둘째, 성별과 나이별로 본 APA 수급권자의 비율은 일반적으로 여성과 75세 이상 노인이 높다. 그들 중 84%가 75세 이상이다. 시설에서 거주하는 사람들이 재택에서 거주하는 사람들보다 연령이 높다. 75세 이상인 자가 재택에서는 81%인 반면, 시설에서는 89%이고, 85세 이상인 경우 재택에서는 40%인 반면, 시설에서는 59%이었다([그림 4] 참조).

셋째, 요간병 등급에 따른 APA의 매월 금액을 보면 다음과 같다. 우선 재택의 경우, 서비스 계획의 매월 평균 금액은 Euro 515이다. 이 금액은 자율성 상실의 등급에 따라 다양하다. GIR 1인 수급권자는 평균 약 Euro 826, GIR 2인 경우는 약 Euro 706, GIR 3인 경우는 Euro 515, GIR 4인 경우는 약 Euro 360의 서비스 계획을 제안해 왔다. 데빠르뜨망 의회에 의해 유입된 APA는 자산에 따른 본인부담을 줄이면서, 수급권자가 효과적으로 사용하기 위해 의료사회반이 작성한 서비스 계획의 금액에 해당한다. 서비스 계획에 대해 95%는 데빠르뜨망이, 5%는 본인부담으로 이루어졌고, APA 노인 수급권자 중 약 70%는 Euro 936보다 낮은 소득으로 인해 본인부담이 면제되었다. 또한 긴급전화통보제도, 식사배달서비스, 회전일자, 산책도구, 환자를 일으키기 위한 도구, 혹은 숙소의 개조에 대한 잔업의 현실화, 일시적 보호, 주간보호서비스 등 직원의 지출 이외의 것을 지불하기 위하여 PSD의 틀 내에서 고정되어진 10%의 상한선은 APA에서 더 높게 나타나기도 한다.

시설의 경우, 요간병 요금의 매월 평균 금액은 약 Euro 332로, GIR 1 또는 2는 Euro 392이고 GIR 3 또는 4는 Euro 245이다. 데빠르뜨망 의회에 의해 유입되는 APA는 노인의 본인부담을 줄이면서, 수급권자의 GIR에 상응하는 요간병 요금에 해당한다. 따라서 유입된 APA 금액은 전체적으로는 노인홈에서 적용된 요간병 요금의 약 70%를 지불하도록 하며, GIR 1 또는 2에서는 약 73%, GIR 3 또는 4에서는 60%에 해당한다(<표 10> 참조).



주: 1) 시설부분은 총액예산의 실험에 참여하지 않는 노인수용시설만을 의미한다.

범위: 프랑스 전역

자료: enquête trimestrielle de la DRESS auprès des conseil généraux.

[그림 4] 성별과 나이별로 본 APA 수급권자의 비율(2002년 6월 30일 현재)

<표 10> 요간병 등급에 따른 APA의 매월 금액(2002년 6월 30일 현재)

(단위: Euro)

A - 재택에서의 매월 금액			
구 분	테빠르뜨망 의회	수급권자	합 계
GIR 1	777	49	826
GIR 2	669	37	706
GIR 3	493	22	515
GIR 4	347	13	360
평 균	492	23	515
B - 시설 ¹⁾ 에서의 매월 금액			
구 분	테빠르뜨망 의회	수급권자 ²⁾	합 계
GIR 1과 2	284	108	392
GIR 3과 4	146	99	245
평 균	228	104	332

주: 1) 시설부분은 총액예산의 실험에 참여하지 않는 노인수용시설만을 의미한다.

2) 여기에는 GIR 5와 6에 적용될 수 있는 시설의 요간병 요금을 포함한다.

범위: 프랑스 전역

자료: enquête trimestrielle de la DRESS auprès des conseil généraux.

8) 다른 급여와의 관계

2002년 1월 1일부터 APA는 PSD와 PED를 대체한다.

그리고 2002년 7월 20일 법은 기득권 유지의 원칙을 제시한다. 즉 APA의 수급권자는 다음과 같은 이전의 권리가 축소되거나 제거되었다고 볼 수 없다.

- . 장기요양특별급여(PSD, prestation spécifique dépendance)
- . 실험적인 장기요양급여(PED, prestation expérimentale dépendance)
- . 제 3자를 위한 보상수당(ACTP, allocation compensatrice pour tierce personne)
- . 재택에서의 가사지원 지출 요구에 대해 노령금고에 의해 제공되는 급여

대부분의 경우에 APA는 이 급여들보다 더 유리하다. 이는 또한 대다수 노인들의 자율성 상실을 보상하기 위하여 더 효과적인 방법을 제시한다. 이는 접근 상황의 확장, GIR 4에 대해 책임지기, 서비스 계획의 유연성, 요간병 노인들을 위한 시설의 가격결정의 개혁과의 긴밀한 연관성 등에 대하여 가치가 있다.

(1) PSD에서부터 APA

2001년 7월 20일 법이 적용되는 최초 날짜인 2002년 1월 1일 전에 PSD의 자격을 갖춘 사람은 APA의 혜택을 신청할 수 있다.

이 경우에, 신청은 공유권리의 절차에 따라 처리된다. 특히, 이는 의료사회반의 개입과 함께 신청의 처리 절차, 인증된 자율성 상실 등급에 상응하는 GIR 등급 분류, 재택에서 서비스 계획의 결정을 포함한다. 공유권리는 APA의 유입과 부여 형식에도 똑같이 적용된다.

이 처리기간 동안, 신청자는 데빠르뜨망 의회 의장의 결정 통지일까지 계속해서 PSD를 받는다. APA의 유입은 결정 통지일부터 효력을 발생하고 따라서 부과 of 계속성에선 어떠한 단절도 없다.

APA의 계산이 신청자에 의해 받았던 PSD보다 적은 금액이라면, 차별적 수당이 차액을 급여한다. 이처럼 유입된 APA는 적절하게 합의된 APA와 차별적 수당의 결합으로 이전의 급여 수준까지 감당하므로써 2001년 7월 20일 법에 제시된 기득권유지를 보장한다.

또한 법은 2004년 1월 1일 전까지 데빠르뜨망 의회 의장에게 APA 신청을 하지 않았던 PSD 수급권자의 상황에 대한 검토를 의무적으로 시행하도록 하고 있다.

(2) PED에서 APA까지

실험적인 장기요양 급여(PED)는 사회보장과 관련하여 1994년 7월 25일의 법의 38조항의 요구에 대해 12개의 데빠르뜨망에서 자발적으로 이행되었다. 이는 협약의 수단으로 정의되어 여러 데빠르뜨망을 걸쳐 다양할 수 있는 PSD이전에 실험적인 장치가 필요했던 것이다.

PED의 수급권자는 급여 유지와 APA의 이행 사이에서 선택할 수 있다. 급여의 계속성을 유지하기 위하여, PED의 수급권자는 유입 만기일 2달 전에 APA를 신청할 수 있다.

데빠르뜨망 의회 의장은 30일 내에 급여받을 수 있는 APA의 금액, 본인부담을 신청자에게 알린다. 그러면 이해당사자는 8일 내에 그의 선택을 알려야 한다. 이 기한 내에 응답 부재시, PED의 유지를 선택한다는 것을 의미하게 된다.

APA 계산이 신청자가 받았던 PED보다 적은 금액이라면, 차별적 수당이 차액을 급여한다. 이처럼 유입된 APA는 적절하게 합의된 APA와 차별적 수당의 결합으로 이전의 급여 수준까지 감당하게 된다.

(3) ACTP에서 APA까지

2002년 1월 1일부터 더 이상 인정되지 않는 급여인 PSD나 PED와는 달리, ACTP는 APA의 설립과 관계없다.

하지만 60세 이전에 ACTP를 얻었던 모든 사람은 APA에 적절한 부여 상황을 채우는 이

상, APA의 급여혜택을 신청할 수 있다.

결국 부과에서 모든 단절을 피하도록, APA를 다음의 기간 내에 신청하면 60세에 도달하기 전과 같은 급여를 받는다.

- . 60세 생일 두 달전
- . 만기일 두 달전. 유입은 부여결정 또는 정기적인 최종 수정으로 이루어진다

서류 등록 후에, 데빠르뜨망 의회 의장은 30일 내에 급여될 수 있는 APA 금액과 본인부담을 신청자에게 알려야 한다. 이해당사자는 8일 내에 그의 선택을 알린다. 이 기한 내에 응답 부재시, ACTP의 유지를 선택한다는 것을 의미하게 된다.

APA 요구에 대한 급여가 ACTP보다 적은 금액이라면, 이해당사자는 급여 수준의 유지를 보장하는 차별적 수당의 혜택을 받는다.

(4) 차별적 수당(AD, allocation différentielle)

APA 이전 급여의 기득권 유지 원칙을 구체화하기 위하여, 법은 차별적 수당을 만든다. 차별적 수당(AD)은 APA의 수급권자에게 가능한 차별을 모두 보상하기 위한 것이다. 이러한 차별적 수당은 다음의 자격을 갖춘 자를 위하여 적용된다.

- . 장기요양특별급여(PSD)
- . 실험적인 장기요양 급여(PED)
- . 제 3자를 위한 보상수당(ACTP)
- . 재택에서 가사지원의 소비 요구에 대해 노령금고에 의해 제공되는 급여

차별적 수당(AD)은 APA 부여를 결정하는 데빠르뜨망에 의해 유입된다. 이의 합계는 다음과 같은 방식으로 계산된다.

$$AD = PA - APA$$

AD : 차별적 수당

PA : APA에 대한 권리 개시시, 이전 급여의 금액

APA : 본인부담을 제외한 신청자에게 부여된 APA의 금액

차별적 수당(AD)은 매년 평가의 대상이 된다. 평가는 두 사건 사이의 시간에 참여하는 APA 금액을 계산하고 이 평가와 관련하여 차별적 수당(AD)을 줄이거나 제거하기 위한 것이다. 이 평가는 고려된 해의 1월 1일에 효력을 발생한다. 그리고 APA 수급권자가 차별적 수당(AD)을 너무 많이 받는 것처럼 보인다면, 이해당사자가 받았던 잔여 금액은 다시 받을 수 없다.

APA의 이전 급여 금액(PA)은 평가마다 차별적 수당(AD)의 처음 계산에 이용된다. APA

의 가격인상에 따라서 차별적 수당(AD)은 점차 줄어들게 된다.

9) 기타 APA의 장점

APA는 두 가지 장점을 가진다.

- . 사회보장의 각출금에서 고용주 면제로서의 사회적 장점
- . 수급권자가 받는 소득세 공제의 가능성으로의 APA에 포함되지 않는 지출의 50%인 재정상의 장점

(1) 사회적인 면제

APA의 수급권자가 일상적 생활의 거동에 도움을 받기 위하여 한 명 혹은 여러 명의 간병인을 재택에서 직접 고용하고 보수를 줄 때, 이는 모두 사회보장 각출금의 고용주 부분의 유입이 면제된다. 하지만 다음의 각출금을 위해선 고용주 부담 금액을 정확하게 받게 된다.

- . 질병, 출산, 폐질과 사망 보험
- . 노령보험
- . 평상시에 고용주를 배제하는 부담에 속하는 가정급여
- . 산재

면제는 간병인이 APA의 수급권자에 효과적으로 고용되어 있는 것을 조건으로 하여 적용된다. 이는 간병인의 직접적인 고용만을 목표로 삼고 간병인이 허가받은 조직 혹은 협회에 의해 APA 자격을 마음대로 사용될 수 있는 경우와는 관련이 없다.

그러나 허가받은 조직 혹은 협회는 2001년 7월 20일 법의 18조항에 의해 예정된 새로운 수단으로 혜택을 받는다. 이 결정된 기간에 대한 계약(CDD)은 결석한 간병인을 대체하거나 고용계약이 정지될 경우, 이들은 차후 결정된 기간에 대한 계약(CDD) 하에서 그들의 간병인을 위하여 사회보장 각출금의 고용주 부분이 면제된다. 이 새로운 면제는 노인에 대해 지원을 하는 협회, 꼬뮌과 꼬뮌간 사회활동센터, 사회지원 요구에 대해 자격을 주는 혹은 사회보장 조직과의 협약에 통과된 조직에 적용된다.

(2) 재정상의 절감

재택 지원에 보수를 주는 행위는 수급권자가 받는 육체적 노동자의 소득세(IRPP) 감소에 대한 권리를 연다. 사회보장 각출금의 고용주 부분의 면제와는 달리, 이 절감은 동시에 적용된다.

- . 서비스 계획에 대해 허가를 받은 조직 혹은 협회의 지원

. 재택에 간병인의 직접적인 고용

APA 수급권자는 최대 45,000 F (Euro 6,860.21)의 한도에서, APA의 급여를 받지 않는 지출의 50% 소득세 금액을 공제받을 수 있다. 이는 특히 서비스 계획에 대한 본인부담 절반을 공제하도록 한다. 직접적인 고용의 경우에, 이러한 공제를 받기 위하여 간병인은 URSSAF에 신고되어야 한다. 이는 이해 당사자가 간병인 혹은 허가받은 많은 조직 또는 협회의 서비스에 호소하기 위하여 효과적으로 사용될 수 있다. 또한 APA는 육체적 노동자의 소득세에 포함되지 않는다.

※ 공제의 예

삐에르와 떼레세는 매년 소득세로 Euro 4,900 (32,141.89 F)를 지불한다. 자율성 상실로 삐에르는 APA의 혜택을 받고 GIR 2이다. 한 해동안 매달 Euro 910 (5,969.21 F)에 이르는 급여는 매달 최고 Euro 580 (3,804.55 F)가 APA에 의해 허가를 받은 협회의 서비스에 충당된다. 이들은 또한 서비스 계획을 제외하고 매달 Euro 490 (3,214.19 F)가 가사지원의 간병인의 지원에 충당된다.

그러므로 삐에르와 떼레세는 그들의 소득세를 다음과 같이 공제 받을 수 있을 것이다.

- . APA로 급여되는 부분 이외의 지출,
 $[(910 - 580) + 490] \times 12 = \text{Euro } 9,840 (64,546.17 \text{ F})$
- . Euro 6,860.21* (45,000 F) 한도
- . 50% 계산하여 : Euro 3,430.10 (22,500 F)

삐에르와 떼레세의 소득세는 다음과 같다.

- . $4,900 - 3,430 = \text{Euro } 1,470 (9,642.57 \text{ F})$

* 2001년에 현재 최대 45,000 F을 Euro로 전환.

10) APA의 통제

(1) 지원의 효과성 통제

APA는 자율성 상실을 극복하도록 노인들을 지원할 의무를 지닌다. 또한 이러한 급여의 올바른 사용을 감시하기 위하여 각 데빠르뜨망마다 서비스 계획의 이행에 대한 통제를 하게 된다.

부여통지 이후에, 수급권자는 데빠르뜨망 의회의 장에게 APA의 범위에서 사용하는 서비스와 고용하는 간병인을 알려야 한다. 간병인 고용을 입증하기 위하여 보수표를 보관해야

한다. 만약 가족 중 한 명 혹은 여러 명을 고용하게 되면 신고할 때 알려야 한다. 서비스 계획의 범위에 들어가는 모든 지출의 영수증을 간직해야 한다. 그리고 간병인 또는 서비스의 모든 변화는 알려야 한다. 그들의 곁에서, 의료사회반은 지원의 질과 일관성을 책임진다.

(2) 지원의 정지

여러 상황은 APA 유입 정지를 초래할 수 있다.

- . 수급권자가 부여 통지 이후에 데빠르뜨망을 통해 고용한 간병인, 이용한 서비스를 알리지 않는다
- . 수급권자가 서비스 계획의 범위에 들어가는 정확한 지출에 대한 본인부담을 지불하지 않는다
- . 의료사회반이 서비스 계획을 준수하지 않아 수급권자에게 받은 서비스가 보건과 안전 그리고 육체적 또는 도덕적 안락에 대한 위험을 초래한다

이 3가지 경우에, 데빠르뜨망 의회 의장은 확인된 문제를 입증할 수령 인정서를 가지고 수급권자 혹은 법적 대리인을 방문한다.

- . 데빠르뜨망 의회 의장이 수급권자에게 통보없이 수당을 정지할 수 있다. 정지날짜와 동기는 수령 인정서와 함께 이해당사자에게 공지된다.
- . 수급권자의 과실을 회복하거나 더 효과적인 지원을 위하여 간병인 혹은 조직을 바꾼다면, 수당은 증명된 달의 첫 날부터 유입된다.

(3) 타협수단의 가능성

APA 금액의 정지 혹은 재검토의 경우에, 데빠르뜨망 의회 의장의 결정은 반박될 수 있다. 결정 통지이후 2달 내에, APA 위원회에서 타협이 가능하다. 위원회는 소송 규칙 허가 제안을 위하여 한 달을 소요한다. 데빠르뜨망 의회 의장은 이 제안에 대해 초기의 결정을 파기하거나 확정할 것이다.

APA 위원회에 다음의 자가 제소할 수 있다.

- . APA 수급권자 혹은 그의 대리인
- . 거주하고 있는 꼬핀의 장
- . 데빠르뜨망 내에서 정부 대표자

뒤따른 소송을 해결하기 위하여, 이는 그의 본래의 구성원 이외에 데빠르뜨망 의회 의장에 의해 지명된 사용자의 대표자 5명, 그 중 두 명은 데빠르뜨망 노인위원회의 제안으로 지명된 사람이다.

11) APA의 평가

(1) 통계와 재정의 일관성

APA의 적절한 기능에 대한 총괄적 시각을 갖도록 다음의 두 가지가 필요하다.

- . APA 순지출과 수급권자의 수를 계산. 이는 APA 재정 기금에 데빠르뜨망을 통해 직접 전달된다
- . 전달 목록과 주기성이 장관의 포고로 결정되는 부분과 법에 의해 설정된 정보체계를 제공하는 통계적인 부분. 이는 특히 다음과 관련된다
 - 신청자와 수급권자의 특징
 - 매달 APA 평균 금액
 - 의료사회반의 활동
 - 데빠르뜨망과 참여자 사이의 협약의 일관성

이러한 주어진 통계는 APA 재정기금을 전달하는 데빠르뜨망을 통해 고용사회연대부 (ministère de l'emploi et de la solidarité)에게 전달된다. 정부와 기금 사이에서 협약은 수집상황, 수집된 정보의 개발, 데빠르뜨망과의 교환방식을 정확하게 한다.

(2) APA 발전에 대한 평가

PSD와 관련된 1997년 1월 24일의 법에 의해 설립된 전국노인병학조정위원회(comité nationale de la coordination gérontologique)는 APA의 장치의 질과 양의 전개를 평가하는 임무를 가지고 있다. 여기서는 APA를 만드는 법에 의해 설립된 과학위원회(comité scientifique)가 맡는 전국적인 AGGIR 등급의 평가는 포함하지 않는다.

노인담당 장관 혹은 그의 대리인에 의해 주재된 채, 이 위원회는 노인담당 장관의 포고에 의해 갱신할 수 있는 3년의 기간동안 36명의 구성원으로 이루어진다. 이 위원회가 역할을 적절하게 수행하기 위하여, 수급권자, 의료사회반의 활동, 협약의 일관성과 관련된 주어진 통계의 합계는 전달되어야 할 것이다.

(3) 의회의 평가

APA와 관련된 통계와 재정의 일관성에 대한 질과 양의 평가를 의회가 하게 된다. 따라서 정부는 행정위원회와 APA 재정기금감독위원회에 의한 보고와 법에 의해 새롭게 설정된 과학위원회의 업무를 의회에게 제시하게 된다.

V. 맺음말

프랑스는 고령화 사회에서 고령사회로 넘어가는 소요 년수가 130년으로 인구 고령화 속도가 서서히 진행되어 노인복지에 대한 정책도 시간적 여유를 가지고 서서히 이루어졌다. 즉 프랑스의 장기요양서비스 체계는 1976년 지역사회를 중심으로 재택 노인들을 대상으로 하는 주택개량사업, 가사지원사업, 간병보호사업 등을 추진하기 시작하면서 단계적으로 발전하여 왔으며, 2002년에 프랑스 정부가 신설한 자율권 수당제도는 노인들의 인간적인 삶에 필요한 경제적 기반을 개인이나 가족보다는 사회나 국가가 책임지겠다는 의미를 갖는다.

이에 비하여, 우리 나라의 경우는 노인의료정책이 주로 생활보호대상 노인에 한정되어 실시되어 오는 등 국가 또는 사회차원의 현실적 사회보장이 충분히 자리를 잡지 못하고 있다. 2000년 우리 나라의 노인인구 비율이 7.2%로 고령화 사회에 접어들었고 2001년도 「장래인구추계」(통계청)에 따르면 2019년에 고령사회에 도달할 것이 전망되고 있음을 볼 때, 노인 문제를 계속해서 가족이나 민간단체에 그대로 맡겨둘 수는 없을 것이고, 또한 노인의료비 절감을 위해서도 조속한 시일 내에 장기요양보험 도입이나 그에 준하는 장기요양서비스제도가 필요할 것이다. 하지만 제도 도입에 앞서 노인인구의 보건의료비용 분석과 그에 따른 시설·재택서비스 공급의 확충 등 사전준비 작업이 면밀하게 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

- 국민건강보험공단. 외국의 건강보험제도 비교조사. 2000.12.
- 의료보험관리공단. 주요국의 노인복지제도. 1991. 12.
- _____. 주요국의 고령자 의료보장제도. 1996.12.
- 박재간, 유성호. 프랑스의 노후보장정책과 노인복지 프로그램.
유럽의 노인복지. 1995; 307-344.
- 박재간. 프랑스의 노인간병보호정책. 노인복지정책연구 12 . 1998.12; 135-174.
한국노인문제연구소.
- _____. 프랑스와 중국의 노인복지현황. 노인복지정책연구 22. 2001.12; 223-240.
한국노인문제연구소.
- 임진. 프랑스의 고령자주택 정책. 노인복지정책연구 6. 1997; 169-189.
한국노인문제연구소.
- 일본 (주)법연. 사회보장통계연보. 1995.
- 민유기. 부럽네! 노인들의 천국 프랑스. 주간동아 324. 2002.3.7; 54-55.
- 후생성 인구문제연구소. 인구통계자료집. 1996.
- European Observatory on Health Care System. Health Care Systems in eight countries:
trend and challenges. 2002.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Le Guide de L'Allocation
Personnalisée d'Autonomie. 2001. 12. 1.
- OECD. Health Data 2001, 2002.
- _____. Review of the Korean Health Care System. 2002; 106-107.
- Pascale Breuil-Genier. Caring for the Dependent Elderly: More Informal than
Formal. INSEE studies, no.39. 1999. 9.
- <http://www.sante.gouv.fr>
- <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er191.pdf>.

부록 : APA 법과 요금에 대한 개혁

1. 개혁의 개요

1) 개혁의 기원

요간병 노인이 거주하는 시설(EHPAD) 요금의 개혁은 실제 재정방식이 불충분하게 대충 분할되었다는 점에서 그의 기원을 찾는다. 대다수 시설에서 수입은 다음의 2가지 재원 위에 놓여 있다.

- . 질병보험에 의해 재정조달이 되는 장기간 치료서비스에 대한 정액 혹은 노인홈에서 의료적인 치료 부분에서의 정액. 이 두 가지 장치는 의료 성격에 대한 지출을 급여하면서 거주자 혹은 치료하는 장소로의 일당 정액의 수입이 된다
- . 고령자주택에서의 사용료와 급식비용과 같은 임의 서비스의 지불. 적은 자산을 가진 거주자의 숙박비는 데빠르뜨망의 사회지원으로 부과될 수 있다

이러한 재정장치는 지난 10년 동안에 숙소의 제공을 양적으로 뿐만 아니라 질적으로도 매우 신장시켜 노인수용이 많아졌다.

그러나 이는 일정 한계에 도달했다.

- . 질병금고를 통한 재정적 지출에 있어 수당이 동일하지 않았다.
 - 정액의 각출금 원칙은 의료지출 비용의 분석을 하지 않았다. 같은 국민에게 질병금고의 의료 지출 재정은 객관적인 정당성 없이 1에서 5로 다양하였지만, 이 격차는 불평등한 상황을 만들었다. 일부에서는 거주민들이 질병금고의 상환 없이 그들 자신이 의료경비의 일부분을 담당해야 했던 반면, 또 다른 일부 기관들은 초과된 재원을 급여할 수 있었다
 - 또한 절반 이하의 노인홈(7,800개 중 3,500 시설)이 의료치료의 부분을 맡았고 소위 의료화된 노인홈의 의료치료에서 135,000 장소는 전체 수용의 47%만을 나타내었다. 다른 시설에서의 거주민들은 단체 금액이 높은 상황(약 Euro 15억 또는 100억 F)에서 의료와 준의료 보건직업인에게 직접 호소하였다
- . 거주민에게 주는 불평등한 서비스 질에 대하여 매일의 가격조정을 평등하게 하지 못하였다
 - 같은 시설에서 거주민들 간의 확실적인 가격은 사람들의 자율성 등급에 따라 부과되는 현실적 비용을 고려하지 않고,
 - 시설 사이에서, 각각 주민의 측면에서 불평등성은 일당 비용에서 매우 부분적으로만 반영된다
- . 결국 자율성 상실을 책임지지 못한다.
 - 부여의 상황을 고려하여, 장기요양특별급여(PSD)는 오늘날 노인의 10%만을 시설에 수용하게 된다. 이 수치는 요간병 현실과 비교하여 매우 낮다
 - 제 3자를 위한 보상수당(ACTP)은 PSD보다 더 유리한 상황을 제공했지만, 여전히 매우 요간병의 사람들에게는 격리되어 있었다

2) 요금표 개혁의 원칙

규모가 큰 타협이 끝나자, 이러한 요금 개혁의 토대와 메카니즘은 1994년 4월 26일 N°99-316과 99-317 법령(décrets)과 1999년 4월 26일의 포고(arrêté) 그리고 2001년 3월 4일의 법령(décret)에서 결정된다. 또한 APA는 PSD를 대체하게 된다. 요금개혁은 5개 원칙의 기반 위에 놓인다.

- . 비용의 투명성 : 부과에 대한 전체 비용의 다양한 구성성분을 정확하게 결정하고 각각의 재정가에게 확실한 비용을 책임지게 한다
- . 재정의 강화 : 훨씬 덜 보조금이 지급되는 시설의 거주민에게 질병보험의 재정에서 의료비용을 부과하게 된다
- . 요간병 노인에 대한 연대 : APA는 시설의 요간병 요금을 지불하도록 한다
- . 질 : 거주민에게 제안된 급여의 질 개선과 연관된 개혁 요금과 관리적 측면을 이룬다
- . 참여자 : 시설, 데빠르뜨망 의회, 데빠르뜨망 내의 정부 대표자 사이의 삼자 협약의 조인에 의해 구체화된다

이들 원칙의 이행은 각각의 시설에서 세 가지 요금으로 나타나게 된다.

- . 숙소 요금
- . 치료 요금
- . 요간병 요금

이는 1999년 4월 26일과 2001년 3월 4일의 법령(décrets)의 대상이 되었다.

3) 숙소 요금

숙소요금은 다음과 연관된 급여를 포함한다.

- . 일반적인 행정
- . 수용
- . 개조
- . 생활비
- . 사회적 생활의 활기

이러한 다양한 급여는 관련된 거주민의 자율성 상실과는 직접적인 연관을 가지지는 않는다. 그러므로 숙소요금은 같은 수준의 안락 혜택을 주는 같은 시설의 주민들에 대해서는 동일하다. 그러나 등급이 더 높던가 혹은 개인실의 경우에는 요금이 높아질 수 있다. 이들의 평균요금은 일당 Euro 6.9 (45 F)이다.

4) 치료예산

치료예산은 두 가지를 포함한다.

- . 기본적인 치료 : 위생, 안락, 생활유지와 연관된 준의료적인 급여를 포함한다
- . 기술적인 치료 : 거주민의 육체적 병에 대한 책임에 필요한 의료적 그리고 준의료적인 총급여를 포함한다

기본적인 치료만이 자율성 등급과 직접적 연관이 있다. 그들의 실제적 상황에 따라, 시설들은 총괄적인 치료요금과 부분적인 치료요금(시설에 참여하는 일반의와 조정의와 자유로운 간호사 이외에, 자유로운 의료보조인에게 유입되는 보수, 생물학적 검사, 방사선 검사, 약제는 포함하지 않는다)을 선택할 수 있다.

5) 요간병 요금

이는 일상적 활동 수행에 대하여 자율성의 전부 혹은 부분적인 상실을 지닌 노인에게 해당한다. 각 시설은 거주민의 자율성 상실 등급에 따라 3가지 요금의 수준을 설정하게 된다.

- . GIR 1과 2 : 매우 요간병인 거주민
- . GIR 3과 4 : 요간병 거주민
- . GIR 5와 6 : 약간 요간병 혹은 건강한 거주민

거주민의 GIR 평가는 시설의 협약의에 의해 이루어진다. GIR 1에서 4 내에 분류된 거주민만이 APA 혜택을 받을 수 있다.

데빠르뜨망과 CRAM의 의사에 의한 협약의 제안에 대한 통제와 수정 후에 시설이 거주민의 GIR 분류에 반박한다면, 레지옹간 보건사회요금위원회(commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale)에서 도움을 받을 수 있다.

요간병 요금의 계산은 다음과 같다.

- . 각 GIR마다 요간병 포인트의 수가 부여된다.
 - GIR 1과 2에 대하여 1,040 포인트
 - GIR 3과 4에 대하여 760 포인트
 - GIR 5와 6에 대하여 280 포인트
- . 시설의 전체적인 요간병 포인트의 수에 요간병 부담과 관련된 전체적인 순부담액을 나누므로써, 요간병 포인트 값을 얻는다

각 GIR에 대해 적용될 수 있는 시설의 요금은 GIR에 영향을 미치는 포인트 수와 요간병 포인트 값을 곱하므로써 나오게 된다.

6) 요금의 결정과 지불

시설의 다양한 요금의 결정과 지불은 다음의 규칙을 따른다.

- . 숙소요금
 - 시설이 사회지원 자격을 받는다면 데빠르뜨망 의회의 장이 결정한다.
 - 거주민에 의해 지불되지만 경우에 따라서는 수급권자의 참여와 함께 데빠르뜨망의 사회지원으로 부담될 수 있다.
- . 치료요금
 - 지사(DDASS) 혹은 병원서비스를 위한 레지옹병원협회(Agence régionale de l'hospitalisation)의 장에 의해 결정된다.
 - 제도 사이에서 그리고 금고 사이에서의 배분을 맡으면서, 시설설치와 관련하여 적임의 CPAM

에 의해 유입된 총액예산 하에 질병금고에 의해 지불된다.

- . 요간병요금
 - 데빠르뜨망 의회의 장에 의해 결정된다.
 - GIR 1에서 4에 분류되면 거주민의 본인부담과 APA로 급여된다.

7) 계산과 관리의 원칙

원칙은 다음과 같다.

- . 예산충당의 간소화. 행정직원과 예산 전문가에게 보조되어지는 EHPAD는 너무 분석된 충당에 대응하는 것을 피하기 위하여, 요금개혁은 3개의 규칙을 가짐으로써, 이 영역에서 간소화된 해결책을 제시한다
 - 직원과 다른 개발부담 지출의 대부분은 요금부분에서만 관련된다
 - 어떠한 개발부담도 2부분 이상에서 제외되지 않는다
 - 직원소비를 제외한 어떤 개발부담도 한 번에 요간병 요금과 치료요금에서 제외되지 않는다직원지출과 관련된 예외는 다음과 같다.
 - 정신의료 도움(AMP)과 정성들인 지원과 관련된 것은 요간병 요금 부분에 대해 최고 30%와 치료요금에 대해 최고 70%로 배분된다
 - 서비스 기관과 연관된 것은 요간병 요금 부분에 대해 최고 30%와 숙소요금의 최고 70%로 배분된다
- . 요금부분의 누수방지. 이 원칙은 마지막에 철저히 각 부분마다의 결과에 영향을 미치고 부분 사이에서 모든 보상을 막는다. 이의 초과량은 특히 개발부담의 축소 혹은 투자의 재정에 영향을 미칠 수 있을 것이다
- . 정규화된 계기관의 설치. 의료, 사회, 경제의 16개 지표를 구성하여, 계기관은 공동의 그리고 객관적인 기반 위의 시설상황을 비교할 수 있어야 한다. 이 지표 가운데 특히 요간병 포인트의 값과 시설의 평균적 GIR(GMP)이 있다.
- . 시설 일정표의 수정. 이는 N-1 행사의 10월 15일 이전에 각 시설마다 예산 제안의 예치 그리고 N+1 해의 4월 30일 전 행정적 계산을 고려한 것에 기반을 둔다. 시설예산의 제안이 일치하지 않을 경우, 요금담당 당국은 60일 내에 결정한다. 기간의 연장은 여러 의견서를 모으기 위한 것이다
- . 선택적인 통제의 경감. 통제의 경감과 선택적인 승인은 특히 총지출과 수입의 결정에 의해 나타난다. 이는 계산에 의한 실제적인 승인절차를 대체한다

8) 급여의 질

수용과 급여 질의 개선은 EPHAD 요금의 개혁의 전부분을 구성한다.

이는 각 시설의 내부에 1999년 4월 26일의 법령(arrêté)으로 전국적 수준에서 결정되고 제도의 일상적인 모든 면을 포함한다.

- . 거주민과 가족의 수용과 정보
- . 거주민 권리의 준수

- . 숙소의 안락
- . 활기
- . 식사의 질과 구성
- . 일상 생활에 지원
- . 치료의 질
- . 삶의 종말의 호위
- . 환경과 연관(노인병과 관련된 그물망) 등

이러한 다양한 부분들에 대한 계약은 '생활계획'과 '치료계획'을 포함하는 '시설계획'에서 구체화된다. '치료계획'은 반의 활기와 노인의 병리학적 측면에서 형성되는 '협약의'에 의해 각 시설의 내부에 만들어진다. 또한 협약의는 거주민의 자율성 등급을 평가한다. 생산과 질에 대한 서류와 의무의 준수는 평균예산의 부여를 조절한다. 준수하는 시설을 지원하기 위하여, 부(le ministère)는 'ANGELIQUE'라고 명명하는 질의 자율적 평가 도구를 사용한다.

9) 삼자 협약

각각의 시설에 대하여, 5년 동안의 EHPAD의 요금 개혁의 이행은 데빠르뜨망 의회 의장과 치료요금을 결정하기 위하여 자격을 부여받은 당국(데빠르뜨망 지사 혹은 레지옹병원협회의 장) 사이에서 위한 삼자 협약의 작성과 조인으로 이루어진다.

5년 동안 발효되기 위하여 조인되고 전국적 범위로부터 작성된 서류는 시설 기능의 상황을 정의한다.

- . 예산의 계획에 대해
- . 노인을 책임지는 시설에 대해(이 점에 대해, 협약은 위에서 언급된 질 범위에서 기관과 약속을 하게 된다)

시설개발의 대상, 평가의 방식과 존재하거나 만들어진 노인의 병리학적 측면의 그물망에 등록된 방식을 협약은 똑같이 이행한다. 결국, 이는 질병보험(치료요금)에 의해 가져온 보충수입의 발전적인 조정방식을 예상한다. 매년 조정으로 인한 수평유지는 5년까지의 활동 기간에 대해 상세히 논해질 수 있다. 관련 시설의 수를 고려하면, 5,000 협약은 2002년 6월 전에, 약 8,000 협약은 2003년 12월 31일 전에 조인되어야 한다.

2. 2001년 7월 20일의 법과 요금의 개혁

2001년 7월 20일의 법과 이의 적용조문은 EHPAD의 요금이행과 관련된 많은 조치를 포함한다. 이들 사이의 원칙은 다음과 같다

1) '요간병' 총액예산제의 실험

실험의 요구에 대해 법은 총액예산의 형태 하에 주어진 시설과 관련된 APA를 유입하는 데빠르뜨망 의회의 장에게 가능성을 준다. 관련 체계는 실험에 참여하기 위하여 자발적이어야 한다.

실험 계획을 결정하는 데빠르뜨망 의회 의장은 노인담당 장관에게 알려야 한다. 실험 결과는 2003

년 6월 30일 전에 의회에 제출되는 APA 평가 범위에서 평가 대상이 될 것이다.

총액예산은 다음의 특징을 지닌다.

- . 이는 데빠르뜨망 의회 의장이 시설 요금을 책임지는 데빠르뜨망으로 유입된다
- . 이는 이해당사자가 속한 시설에 직접적으로 회수된 채, 거주민의 본인부담을 포함하지 않는다
- . 요금의 능력이 있는 다른 데빠르뜨망과 관련된 거주민의 APA는 직접적으로 혹은 총액예산이라는 간접적 수단으로 유입된다

총액예산의 유입은 매년 총액의 1/12과 상응하는 매월 분할 지불금의 형태로 이루어진다.

이러한 총액예산 실험의 가능성은 노인에게 데빠르뜨망 사회지원을 통해 자금조달이 되는 숙소 요금의 유입을 위해서도 똑같이 열려진다는 것을 주목하게 한다.

2) 잠정적인 요금

2003년 12월 31일 전에 참여해야 하는 총 협약의 조인을 기다리는 동안에, 법은 다음에 근거를 두는 잠정적인 요금 장치를 제시한다.

- . 2001년 정부의 자격을 갖춘 당국에 의해 결정된 총괄적 치료 정액
- . 데빠르뜨망 의회 의장에 의해 결정된 일상적인 요간병 요금
- . 치료 정액에서 나온 수입과 요간병 요금의 절감 후에 계산된 숙소 요금

이 경우에, APA 금액은 GIR을 위한 시설의 요간병 요금과 수급권자의 본인부담과의 차이이다.

3) 다양한 요금 결정의 규범적 절차

삼자 협약이 조인된 이후에, 법은 다양한 요금 결정의 최종적인 방식을 제시한다. 이는 아래와 같이 조합된다.

요 금	요금결정 당국	의 견
치 료	정 부	데빠르뜨망 의회 의장, CRAM ¹⁾
요 간 병	데빠르뜨망 의회 의장	정부, CRAM ¹⁾
숙 소	데빠르뜨망 의회 의장 (사회원조에 대한 협약이 있다면)	

주: 1) CRAM은 CPAM과 다른 관련조직 금고의 의견을 모으는 책임이 있다.

시설에 대한 요금의 통지는 치료요금의 재정과 관련된 지역보조금의 통지에서부터 최대 60일 이내에 이루어진다. 그러나 이러한 기간의 적용은 시설이 시설요금에 필요한 총서류를 이 날짜에 전달했다는 것을 가정한다.

4) 요간병 요금의 수정

시설의 출입과 거주민의 자율성 등급의 평가의 변화는 자연스럽게 수용 구조의 균형을 이루는 GIR 방법(GMP)의 계산에 영향을 준다. 그러므로 거주민마다 분류의 규칙적인 재조사를 시행해야 한다.

5) 중심적 금고의 설치

재정원의 다양성을 피하기 위하여, 법은 시설에 놓여진 수단, 중심적 금고의 역할에 초급질병보험 금고(CPAM)에 위임한다. 그러나 조직들 사이에 협약은 다른 조직금고의 소속한 자가 일반제도와 관련된 사람보다 시설에서 훨씬 많이 있을 때, 이에 대한 역할을 위임하는 가능성도 있다. 일단 고안된, 중심적인 금고는 질병보험의 의무적 제도의 합계를 위하여 치료요금에 상응하는 수입을 유입한다. 매달 상응하는 총액의 유입은 이 날짜 이전의 마지막 달 혹은 그 달의 20일에 이루어진다. 총액 예산 하의 보건시설을 위하여, 유입 날짜는 총액예산의 것과 같은 것이다. 그 다음에 중심적 금고는 전국적 합의를 바탕으로 다양한 제도 사이에서 소비를 배분하는 책임을 진다. 합의 대신에 사회보장 담당 장관은 포고(arrêté)에 의해 이 배분을 결정하기도 한다.

스웨덴의 노인 장기요양서비스

엄의현

목 차

I. 서론	189
II. 스웨덴 국가발전의 특색	190
1. 스웨덴의 일반현황	190
2. 스웨덴 국가발전의 특징	192
3. 스웨덴 사회복지의 특수성	194
III. 사회보험체계 및 관리운영기구	194
1. 개관	194
2. 관리운영기구	196
3. 보험료 징수	196
4. 각 보험의 적용과 급여 내용	198
IV. 스웨덴의 인구특성과 노인복지	199
1. 사회인구학적 특성	199
2. 노인복지 전달체계	200
3. 노인복지 관련 정책의 역사적 개관	201
V. 노인장기요양서비스 관련법	207
1. 사회서비스법(The Social Service Act)	207
2. 에텔개혁법	210
3. 보건의료서비스법(Health and Medical Service Act)	211
VI. 노인장기요양서비스 현황	213
1. 재가복지서비스	213
2. 시설복지서비스	218
3. 노인요양서비스의 문제점	221
VII. 결론	222

표 목차

<표 1> 스웨덴의 일반현황	191
<표 2> 스웨덴의 사회보험구조	195
<표 3> 스웨덴 사회보험 관리운영 조직	197
<표 4-1> 스웨덴의 인구관련 자료 및 기대여명	200
<표 4-2> 스웨덴의 노인인구의 추이 및 추이	200
<표 5> 노인복지 프로그램의 공공부문 전달체계	201
<표 6> 1990년대 스웨덴의 사회복지 정책 변화	205
<표 7> 92-94년 우파연합 정권과 95-98년 사민당 재집권 당시의 복지정책의 변화	206
<표 8> 재가·시설서비스의 전달체계	215
<표 9> 비용그룹에 따른 상한 비용과 가계수입	215
<표 10> 복지시설 내의 서비스 비용	219

I. 서론

산업화, 도시화, 핵가족화로 특정 지워지는 현대사회에서 노인문제는 필연적으로 제기되는 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 인구구조의 급속한 고령화에 따른 사회구조적 변화와 관련하여, 노인의 생활자체는 물론 노인을 둘러싼 사회적 환경도 제2차 세계대전 이후 큰 변화를 초래하였다(이혜원, 1999). 의료기술의 발달은 인류에게 많은 혜택을 가져다주었다. 동시에 인류사회에 매우 급속하게 고령화사회로 진입케 하고 있다. 나라마다 고령화 사회의 진행속도¹⁾는 다르지만 프랑스와 스웨덴은 이미 19세기에 65세 이상의 노년인구 비율이 7%에 이르는 고령화 사회에 진입했다(여성한국사회연구회, 1999).

2000년도 통계청의 통계연감에 의하면 우리 나라도 2000년 현재, 65세 이상 노인인구는 전체인구의 7.1%인 337만 명으로 UN이 정한 고령화 사회에 진입했고, 2010년에는 9.9%, 2022년에는 전체 인구의 14%에 이르러 고령사회로 진입할 것으로 예상하고 있다²⁾. 고령화 사회가 진행되면 각종 만성 질병과 장애 때문에 장기요양보호 욕구를 가진 노령인구가 증대됨에 따라 이들 욕구에 적절히 대처할 새로운 노인복지 구조가 필요하다. 새로운 복지구조로서의 장기요양대책은 가족 장기요양보호의 보완이 아니고 사회적 서비스로 확립되어야 한다(신복기, 2000).

스웨덴은 유럽의 다른 나라와 비교 할 때 모델이라고 여겨질 만큼 전반적으로 사회복지를 잘 수행하고 있으며, 노인복지제도는 매우 우수한 것으로 평가되고 있다. 특정 집단의 욕구는 각 법안에서 법의 목적을 달성하기 위해 특정 집단에서 요구되는 필요조항들을 포함하는 형식으로 해결되고 있다. 노인이라는 특정집단의 욕구는 미국, 일본, 우리나라와 같이 노인복지법이라는 특정 대상 복지법을 제정하여 해결하기보다는 국민보험법(National

1) 주요OECD국가의 인구 노령화 속도

노인증*증가속도	일본	독일	영국	프랑스	미국	스웨덴	한국
7%	1970	1932	1929	1864	1942	1887	2000
14%	1994	1972	1976	1979	2013	1972	2022
소요년수**	24	40	47	115	71	85	22

* 총 인구 대비 65세 이상 인구 수

** 2000년 이후의 수치는 OECD 임시작업반의 “노령화의 재정적 영향 연구” 인용
자료: OECD한국경제보고서(2001)

2) 2001년 11월 통계청의 장래인구 추계에 따르면 65세 이상 노령인구는 2000년 현재 7.2%이며 2019년 14%, 2026년 20.0%를 상회할 전망이다.

Insurance Act), 보건의료서비스법(Health and Medical Service Act), 사회서비스법(Social Service Act) 등에서 노인을 주요대상으로 하는 조항들을 삽입하여 해결하고 있다. 통합 복지국가답게 노인이 특정대상으로 지목되기보다는 국민의 한 사람으로서 복지를 누릴 당당한 권리가 주어지고, 권리의 실현을 위해서 다양한 법이 유기적으로 연결되고 보완되어 있다(김미혜, 1996).

스웨덴의 노인복지서비스의 행정은 일차적으로 중앙정부가 책임을 맡고 있지만, 지방자치단체와 주(州)의회 등 지방정부는 서비스 수행상 중앙정부로부터 상당한 자율성을 확보하고 있다. 지방자치단체와 주의회는 자체적으로 노인복지 서비스를 계획하고 이의 운영을 위해 조세를 징수한다. 따라서 스웨덴의 노인복지 서비스는 지역에 따라 융통성 있게 조직되고 운영된다. 이는 스웨덴의 지방자치가 여타 서구 선진제국과 구별되는 특징이 있기 때문이다. 중앙정부와 지방정부간의 권력분점이 균형을 이루고 있는 상태에서도 지방정부의 행정 자율성이 충실하게 보장되어 있다는 점이다. 중앙정부와 지방정부의 역할과 권능이 매우 구체적으로 입법화되어 있어 정부간 분쟁의 소지가 적은데다 지방정부에 정책주도권을 부여하는 개혁조치들이 진척되고 있기 때문이다(변광수 외 1995).

스웨덴의 노인들은 의료기술의 발달과 생활수준의 향상으로 대부분의 노인들이 자신이 젊었을 때 거주하던 집에서 일상생활을 영위한다. 이러한 배경 뒤에는 스웨덴 정부의 사회 복지정책이 뒷받침되고 있다. 본 고에서는 스웨덴 노인 장기요양서비스와 관련하여 국가발전의 특색, 사회보험체계 및 관리운영기구, 노인복지 전달체계, 인구의 특성과 노인복지, 노인장기요양서비스 관련법, 노인장기요양서비스 현황과 문제점에 대해 고찰 하고자 한다.

II. 스웨덴 국가발전의 특색

1. 스웨덴의 일반현황

스칸디나비아 반도의 동쪽에 위치하고 있는 스웨덴은 한반도의 두 배가되는 면적(남한의 4.5배)으로 북구제국 가운데 가장 크다. 지리적으로 크게 구분하면 북부의 노르란드(Norrland), 스톡홀름(Stockholm)과 그 북쪽 주변을 둘러싼 중부의 스베아란드(Svealand), 그리고 고틀란드와 월란드 등 발트해 섬들을 포함한 남부의 예타란드(Gotaland) 등 3개의 주요지역으로 구분된다. 스웨덴은 알래스카 남부 그린란드와 동일한 위도에 위치하고 있지만, 이들 지역보다는 기후가 훨씬 따뜻한 편이다.

스웨덴은 다른 유럽국가들에 비해 뒤늦게 산업화되었기 때문에 19 세기말까지만 해도 유

럽에서 가난한 나라에 속했다. 인구의 급격한 증가로 토지를 소유하지 못한 영세농이 날로 늘어남에 따라 1865년에서 1930년 사이에 140여만 명이 미국으로 이주해 갔다. 이들 중 대략 1/4 정도가 귀국하여 살고 있다(변광수 외, 1993).

19세기말부터 산업화가 본격화되면서 노사분규가 빈번하게 발생하기 시작했다. 1930년대 중반까지 스웨덴은 격렬한 노사갈등을 겪었다. 1932년 스웨덴 사회민주노동당(SAP: Swedish Social Democratic Party)의 집권은 스웨덴 노사관계의 지형을 근본적으로 변화시켰다. 사민당은 두 차례의 보수 연립정권 기간(1976~82, 1991~94)을 제외하면 육체노동자를 대표하는 스웨덴 노총(LO: Swedish Federation of Trade Unions)을 정치적 기반으로 해서 현재까지 줄곧 집권해 왔고, 이러한 사민당의 장기 집권 속에서 스웨덴의 복지국가 모형이 확립되었다. 스웨덴 경제는 1950~60년대에 완전고용과 안정적 경제성장, 그리고 균등한 소득분배를 달성했기 때문에 많은 사람들은 스웨덴모형을 자본주의 경제체제의 모범이라고 평가했다(조영철, 1997).

1970년대에 들어서 오일쇼크 등으로 세계 경제가 위기에 처하자 스웨덴 모형도 여러 가지 문제점들을 노정하기 시작했다. 1970년대 이후 스웨덴도 탈 산업사회로 나아가면서 사민당의 정치적 기반이었던 노동계급의 비중이 감소하는 대신 화이트칼라 계층의 비중이 노동운동의 통일성도 약화되었다. 스웨덴은 전형적인 수출 의존적 소국개방경제였기 때문에 국제경쟁력을 확보하는 것이 무엇보다 중요한 나라였다. 스웨덴의 복지국가는 국제경쟁력을 확보한 전제 위에서만 성립할 수 있었다.

자유주의자들은 스웨덴 모형의 쇠퇴를 노조의 지나친 비대화, 복지국가의 비능률, 그리고 사민주의적 정부개입의 한계 때문이라고 주장하지만 이러한 단순한 주장은 왜 1950-60년대에는 좋은 성과를 냈던 스웨덴 모형이 1970년대부터 한계점을 노정 했는지를 제대로 설명하지 못한다. 스웨덴의 일반적인 현황은 <표 1>과 같다.

<표 1> 스웨덴의 일반현황

면적	449,964 Km ²	독립	1523년(덴마크)	원수	구수타프 국왕
인구	8,873,000名 (2000년)	헌법	1809. 6 제정/ 1975 개정	수상	페르손/ 96. 3 취임
수도	스톡홀름	정치체제	입헌군주제	실권자	페르손 수상
공용어	스웨덴어	정부형태	의원내각제	정부성향	중도좌파
화폐 단위	크로나 (Krona)	대의기구	단원제 (정원349名/4년)	1인당 GDP	22,200불/ 2000년

* 화폐단위: 1 krona 125원(2002. 5 현재)

2. 스웨덴 국가발전의 특징

어느 세력이 주체가 되어 산업화를 어떻게 이룩했느냐가 국가발전 경로에 지대한 영향을 미친다. 서구 자본주의의 경우 결정적인 것은 자본의 구성과 독점화의 정도 및 세계 경제체제와의 관계라 할 수 있다. 예컨대 스웨덴처럼 농업자본과 산업자본이 밀접히 결합되면서 기본적으로 기계공업을 중심으로 하여 내부확충적 수출발전을 추진해 나가느냐, 아니면 미국처럼 농업자본과 산업자본이 양분된 가운데 내수 지향적 발전을 이룩하느냐의 문제가 제기된다는 것이다. 영국은 산업화의 선두주자로서 세계를 향한 자유무역주의를 주창하면서 금융자본과 산업자본의 이해가 분리되어 제조업보다는 상업, 무역에 많은 투자가 이루어진 나라라면, 독일은 금융자본과 산업자본의 통합 위에서 보호무역에 입각한 내수 지향적 발전을 이룩한 대표적인 나라로 볼 수 있다(신운창, 1998). 결론적으로 말해 산업화를 추진해가는 자본의 내적 구성과 권력자원의 배분이 국가의 발전경로를 규정짓는 중요한 요인이 된다.

산업화는 어디서나 자본의 힘을 강화시키는 경향이 있지만 이에 대항하여 노동자 세력 등 민중부문이 어느 정도 조직화되느냐가 또한 중요하다. 여성노동자나 이민노동자의 이익 대변이 없는 영국보다는 스웨덴의 노동조합이 노동자의 조직화률이 단연 높기 때문에³⁾ 강

3) 스웨덴의 노조 조직률이 세계적으로 높은 이유는 여러 가지로 설명할 수 있다(조영철 1997). 첫째, 가장 흔한 설명으로 실업보험제도를 들 수 있다. 스웨덴의 실업보상제도는 실업보험과 실업보험을 받을 수 없는 사람을 위한 국가 지원의 실업부조제도로 구분된다. 실업보험은 노동조합의 자치적 공제조직으로 출발하였으나 1934년 실업보험법에 의해서 산업단위로 설치된 실업보험협회가 실업보험을 운영하고 노동시장위원회의 감독을 받게 되었다. 그러나 실질적으로는 실업보험기금은 노조의 관장 하에 있으며 현재 스웨덴 노동자의 80~85% 정도가 가입해 있다. 그리고 노동시장위원회는 실업자를 위한 일자리 제공, 직업훈련, 지역별 산업정책, 직업전환, 이주 보조금, 장애인 취업알선 등의 핵심적 기능을 노조의 통제하에 두도록 했다. 따라서 노동자들은 실업에 대비하기 위해 노조에 가입하였고, 이것은 스웨덴 노조의 조직률을 높이는 주요한 요인이었다. 둘째, 스웨덴은 소국개방경제이기 때문에 소수의 산업에 특화되고 대기업의 경제력집중이 매우 높다. 따라서 근로자들이 여러 산업에 분산되어 고용되어 있지 않고 몇몇 산업, 특히 대규모 사업장에 집중적으로 고용되어 있었기 때문에 노조 조직화가 용이했다. 셋째, 일반적으로 산업노동자와 공공부문 종사자의 비율이 높을수록 노조 조직률이 높다. 스웨덴의 생산직 비중은 24.5%(1994)로 영국 22.6%(1993), 독일 31.9%(1991), 미국 25.4%(1994)에 비해 높은 편은 아니지만, 공공부문의 비중이 매우 높기 때문에 노조 조직화가 용이했다. 넷째, 스웨덴 노총(LO)은 노조 조직률을 확대시키기 위해서 노조 조직화가 취약한 저임금 부문의 임금 상승을 우선하는 연대임금정책을 추구했다. 따라서 LO는 교섭력의 취약성 때문에 노조의 유지·확대가 어려운 취약 노조를 중앙교섭에서 우대함으로써 노조 조직률을 전국적으로 확대시켜 나갔다. 다섯째, 탈산업화로 화이트칼라 계층의 비중이 증가하면 다른 나라들의 경우 대개 노조와 사민당의 지지기반이 약화되는 경향이 발생했다. 그러나 스웨덴의 경우 화이트칼라의 상당수를 차지하고 있는 여성과 공공부문 종사자들이 사민주의 정책의 가장 큰 수혜자들이었기 때문에 이들은 적극적으로 노조와 사민당을 지지했다. 따라서 탈산업화 이후에도 높은 노조 조직률을 유지할 수 있었다.

한 권력을 행사 할 수 있다.

한 국가의 구체적 발전경로는 자본, 노동, 국가, 문화의 영향을 받는다. 서구 자본주의의 경우 중심 축은 자본과 노동의 관계라고 할 수 있으며 이들의 역학구조에 따라 국가 위상에 차이가 나고, 여기에 문화적 전통이 가미된다. 그러나 자본주의 구조적 모순이 약화됨에 따라 서구사회의 전통적인 노사갈등은 현저히 약화되었으나, 산업화, 정보화가 진전됨으로 지식인 노동자가 크게 증가하여 이들이 체제변혁을 선도하게 된 것이다.

스웨덴의 국가발전은 다음과 같은 점에서 매우 희귀하고, 다른 나라들이 모방하기 어려운 점이 있다(신운창, 1998). 첫째는 조직화된 노동자 세력⁴⁾을 기반으로 삼은 사회민주당이 1932년이래(1976-82, 1991-94 년제외) 줄곧 정권을 장악하고 있다. 둘째는 생산수단을 국유화하거나 사회화하는 극적 조치 없이 시장경제체제를 활성화시키면서도 좌파정당의 힘이 상대적으로 강한 어느 서구 사회에서도 추진되지 못했던 체제 개혁이 오늘날 실천에 옮겨지고 있다. 셋째는 스웨덴은 계급타협⁵⁾을 통해 자본주의와 복지제도를 잘 조화시킨 사례이다. 그러나 오늘날은 복지제도가 경제성장에 부담을 주고 있는 측면이 있다. 넷째는 스웨덴 사민당은 레닌주의 같은 혁명정당과는 크게 다른 개혁정당 이지만 사회주의 이념을 포기한 영국 노동당, 서독 사민당과는 달리 개량주의를 넘어서 진화적 사회주의 노선을 추구하는 탄력성을 보인다. 즉 혁명주의도 아니지만 그렇다고 개량주의도 아닌 진화론적 변혁 노선을 견지하고 있다. 다섯째는 스웨덴은 시장경제, 사유재산제도, 의회 민주주의 제도를 지키면서, 또 자본주의 경제발전을 촉진시키면서 복지제도와 경제민주화를 통해 사회주의적 질서를 도입하는데 가장 앞서가고 있다.

이러한 발전의 비결은 많은 요인들이 작용했다. 자연조건, 인구, 기술발전, 지정학적 위치, 정치문화, 국민경제의 특성 등 여러 요인이 영향을 미쳤다. 그러나 가장 핵심적인 요인은 민주주의가 가장 일찍부터 정착됨으로써 사회세력의 균형을 가져와 안정적인 계급타협을 성사시킨 데 있다고 할 수 있으며, 여기에 성공적인 경제정책이 가미되어 성장과 분배가 유기적으로 접합된 균형발전을 이룩할 수 있었던 것이다.

-
- 4) 사회세력의 조직화는 크게 세 갈래로 진행되어 왔다. 첫째, 스웨덴 노동조합총연맹(LO: Swedish Federation of Trade Unions). 둘째, 사용자 조직 총연맹(SAF: Swedish Employers Confederation). 셋째, 화이트칼라 총연맹(TCO: Central Organisation of Salaried Employees) 이다.
 - 5) 1차 계급타협은 1918년 보통선거의 도입으로 구체화 되었다. 1차 대전(1914-1918)의 부산물로 경제가 침체되고 사회불안이 가중된 상태에서 러시아는 볼셰비키 혁명을 수출하고 있었고, 이런 상황에서 노사분규는 늘고 정치투쟁도 가열되었다. 이런 변혁 국면의 의미를 보수세력이 재빨리 간파하고 보통선거권으로 민중의 욕구를 달래는 제도개혁을 단행했다. 2차 계급타협은 1936년 '살트조바텐 협약'으로 이루어지는데, 그 핵심은 사민당의 정치권력과 자본가의 경제권력을 분할시켜 성장과 분배를 유기적으로 조화시킨 것이다.

3. 스웨덴 사회복지의 특수성

스웨덴의 지리적 위치 때문에 농노제가 성립할 수 없을 만큼 극심한 자연조건 밑에서 대부분의 농민 생활은 소규모 토지를 소유하는 빈궁한 자작농으로 광장을 중심으로 촌락공동체를 만들고 있었다. 경작지는 태양을 평등하게 소유할 수 있도록 분할되어 있었으며, 광장을 중심으로 각 가정의 대표자가 서로 모여 의논하고 일조시간이 짧은 이 나라에서 함께 살아가기 위해 평등한 일조시간을 얻을 수 있도록 토지를 분할 한다고 하는 제도인 광장촌 태양분할제를 시행하였다. 이런 특수성은 서로 상담하고 평등한 생존 조건 밑에서 함께 살아간다고 하는 생활계획의 존재 방식 이였고 스웨덴의 역사적 전통이다 (<http://cyberwelfare.or.kr>).

스웨덴의 경우 사회보장이라는 것은 민주적인 방법론을 실무화한 정치권력의 분산화이며, 스웨덴의 높은 세금 부담⁶⁾에 대해서도 생각해 보면 언젠가는 자신에게 돌아올 수 있는 사회체계가 된다면 그렇게 크게 문제시 될 필요가 없다고 생각하는 것이다. 그러나 1970년대 들어서 오일쇼크 등으로 세계 경제가 위기에 처하자 높은 조세부담에 대한 비판이 있다.

Ⅲ. 사회보험체계 및 관리운영기구

1. 개관

스웨덴의 사회보험은 기본아동수당법(Basic Child Allowance Act; 1947), 국민보험법(National Insurance Act; 1962), 아동양육수당법(The Maintenance Advance Act; 1964), 실업보험법(Unemployment Insurance Act; 1973), 산업재해보험법(Work Injury Insurance Act; 1976), 부분연금보험법(Part Time/Partial Retirement Pension Insurance; 1979), 급여보증보험법(Wage Guarantee Insurance Act; 1992) 등 7개 법을 기초로 하고 있다(김미혜, 1996). 스웨덴의 사회보험은 <표 2>에서 보는 바와 같이 국민건강보험(질병 및 부모보험), 연금보험, 산업재해보험, 수당 등 4개 부문과 단독급여 내용을 가진 여러가지를 묶어 기타부문으로 구성되어 있다.

실업보험부문은 법정 사회보험이 아니며, 노동조합에 의해 자체적으로 운영된다. 질병과

6) 스웨덴의 조세수입(1994년)은 GDP의 53.3%로 독일 39.2%, 영국 34.1%, 미국 29.7%에 비해 훨씬 높다.

부모보험 부문은 의료보장으로 국민보험법에 근거를 두고 있으며, 연금보험부문은 국민보험과 부분연금법에 기초하고 있다. 산업재해보험 부문은 산업재해보험법에 근거하고 있고 수당부문은 아동수당법과 아동양육수당법에 기초한다. 기타부문에는 실업보험법에 의한 실업보험, 급료보증보험법에 의한 급료보증보험, 장애인을 위한 자동차수당이 있다

스웨덴의 사회보험의 관리행정체계를 보면 사회보험 중 국민연금, 산재보험, 국민건강보험은 정부기관인 사회보험위원회(National Social Insurance Board)가 관장하고 있으며, 지역과 지방 차원에서는 사회보험사무소가 각 사회보험의 현금급여를 관리한다. 사회보험사무소는 25개 지방본부와 지방본부 산하의 360개의 지역사무소로 이루어져 있으며, 지역사무소는 대부분의 행정적인 업무를 수행하고 사회보험 급여의 지급 외에 가족수당 주택수당 등을 지급한다.

<표 2> 스웨덴의 사회보험구조

질병보험과 부모보험	현금급여	질병수당·임신수당·부모수당 임시아동수당·친인척부양급여 자원질병수당		· 노인의료보장 · 국민보험법에 근거
	현물급여	의료보호·의료치료·가족계획 의약품·치과치료·통원수당		
	재활급여	재활현금수당		
연금보험*	기본연금	주요급여	노령연금·장애연금 유족연금·아내보조 보호수당·장애수당	· 노인소득보장 · 국민보험법, 부분연금법에 근거
		보조급여	연금보조·아동보호 기초자치단체주택보조 장애수당·특별연금수당	
	추가연금			
	부분연금			
산업재해보험	질병수당			· 산업재해보호법 에 근거
	현물			
수당	아동수당			· 아동수당법, 아동양육수당법에 근거
	아동양육수당			
기타 (단독급여내용)	실업보험·급료보증보험·자동차수당			· 실업보험법, 급료보증보험법에 근거

* 1999년 연금제도 개혁이전의 구제도에 의한 내용으로 1937년 이전 출생자 및 1938-53년 출생자도 일부 적용됨.

자료: 김미해(1996)를 기초로 재구성

강제보험이 아닌 실업보험은 노조별로 40개의 실업보험금고가 적용 및 징수, 기금의 관리를 하고 있으며, 급여 및 취업서비스는 지역고용사무소에 의해 시행되고 있다. 실업보험은 사회보험 관리운영체계와는 별도로 노·사·정이 참여하는 노동시장위원회(Labour Market Board)에 의해 관리·감독되고 있다. 실업보험료는 다른 보험과 함께 국세청에서 징수한다(방하남 외, 1999).

2. 관리운영기구

법정 사회보험을 관리·운영하는 사회보험위원회(National Social Insurance Board : RFV)는 <표 3>에서 보는 바와 같이 급여의 지급과 지급과정, 질병의 예방과 치료, 사회보장의 분석과 질 향상을 목표로 한다. 국회와 정부는 사회보험위원회의 관련법과 규정을 승인하고, 사회보험사무소 활동에 대한 재정적 틀을 결정한다.

사회보험위원회의 업무는 중앙 지도와 사회보험 사업을 감독하고, 개별사회보험사무소 활동감독, 사회보험 통계와 평가를 담당하고 있다. 지역과 지방 수준에 있어서는 지역(country)마다 하나씩 있는 사회보험사무소(25개)와 사회보험사무소 지부(약360개)가 있다. 사회보험사무소와 사회보험사무소 지부는 지역과 지방 수준에서 개별 사회보험 사례를 담당한다(방하남 외, 1999).

3. 보험료 징수

스웨덴의 사회보험은 주로 고용주와 자영업자의 사회보장 부담금(Social Insurance Charge)과 정부보조(조세)로 운영되며, 부담금은 국세청에서 조세와 함께 징수한다. 근로자 부담분은 소득세와 함께 고용주에 의해 원천징수 되어 월별로 국세청으로 전달되고, 고용주의 부담분은 전월 임금총액의 일정비율로 부과되어 매달 고지서가 발송된다. 자영업자는 소득에 대한 일정비율을 부담하며 연말에 세금과 함께 정산한다.

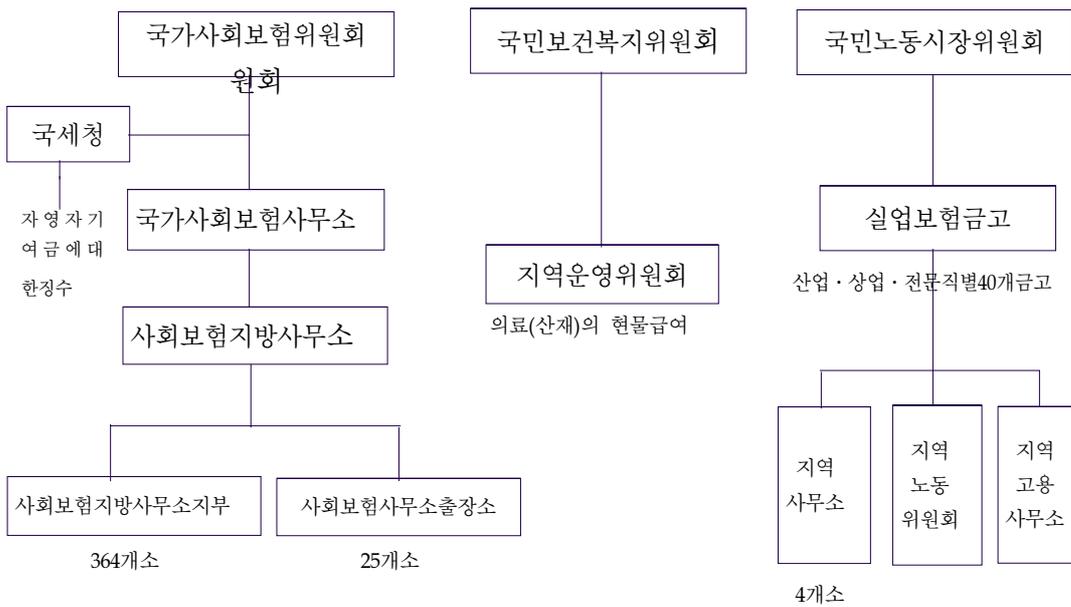
사회보험료의 징수업무는 1975년부터 국가사회보험위원회에서 국세청으로 이관되었으며 1985년부터는 보험 부담금 징수에 대한 감독 업무도 사회보험위원회에서 국세청으로 이관되어 현재는 국세청이 사회보험 부담금의 징수를 담당하고 있다. 이러한 국세청으로의 징수업무 이관은 거대한 사회보험의 운영에 있어 지방차원에서의 분권화(사회보험위원회로의 집중화가 아닌 역할분담)를 통해 효율성과 안정성을 높이고자 이루어졌다.

국세청은 24개 세무서와 131개 지방세무소를 통해 사회보험 부담금 징수 업무(분담금 산정과 고지서 발송)를 한다. 지방세무소에서 하는 중요한 일은 주민등록과 연소득을 결정하는 것으로 이에 따라 부담금을 산정하고 고지서를 발송한다. 피보험자는 은행과 우체국에서

사회보험 부담금을 납부한다.

징수된 사회보험 부담금은 매일 사회보험위원회로 송금되며, 보험료는 국세청을 통해 통합 징수되거나 보험기금은 보험별로 운영된다. 국세청이 보험료를 징수하여 사회보험위원회에 입금하면 전액이 전국기금, 부분연금기금, 산업재해기금 등으로 이전된다(방하남 외, 1999).

<표 3> 스웨덴 사회보험 관리운영 조직



연금 (노령/장애 /유족)	의료	산재	실업	비고
*국민사회보험위원회: 중앙행정과 감독 *지역사회보험기구: 프로그램 행정 *자영자기여금은 세금과 함께 징수, 사용자는 사용자의 소득세와 함께 조세기관에서 징수 *소득비례연금은 공무원, 대기업피용자, 자영자의 4대노사정위원회에서 관리	* 현금급여 -국민사회보험위원회: 중앙행정, 감독 -지역사회보험사무소: 프로그램 행정 -피용자, 자영자기여금은 소득세와 통합징수 * 현물급여 -국민보건복지위원회: 중앙감독 -지역운영위원회: 프로그램 행정, 재정	*국민사회보험위원회: 중앙행정과 감독 *지역사회보험사무소: 프로그램 행정	*국민노동시장위원회: 중앙행정과 감독 *실업보험금고: 산업, 상업, 전문직별 40개 금고에 의해 프로그램 행정 *노동시장현금급여 프로그램: 4개 지역 사무소, 노동위원회, 지역고용사무소에서 행정	*연금, 의료, 산재 현금급여는 통합운영(징수, 급여) *실업은 별도운영 *아동수당 보편시여

자료: 방하남 외(1999)에 의거 재구성

4. 각 보험의 적용과 급여 내용

국민건강보험은 국적에 관계없이 스웨덴 거주자를 대상으로 하며 사회보험사무소에 피보험자로 등록하면 의료서비스를 받을 수 있다. 국민건강보험을 통해 무료로 치료 및 입원 등의 의료서비스를 제공하고, 질병으로 인해 상실된 소득의 65~90%(병가일수의 첫 3일간은 65%, 4-90일간은 80%, 그 이후에는 90%)를 보상하며, 출산 전후로 450일간의 휴가와 월 급여의 90%에 해당하는 부모수당을 360일 동안(360일이후에는 최저 지급액)지급한다.

스웨덴 연금제도는 최근 큰 폭의 변화를 겪고 있다. 스웨덴은 1991년부터 연금개혁에 대한 구체적인 구상을 시작하여 1998년 6월에 새로운 연금법안을 국회에서 통과시킨 것이다(<http://www.npc.or.kr/center/index>). 지금까지 경험하지 못한 높은 실업률의 장기화와 경제성장을 하락, 인구구조의 고령화 현상 등으로 스웨덴도 여느 서구 복지국가와 다를 바 없이 연금제도 성숙에 따라 적립기금이 고갈되어 가는 등, 연금제도의 지속 여부가 문제로 대두되었던 것이다. 스웨덴은 과거의 기초연금과 소득비례연금으로 이원화되어 있던 연금체계를 NDC(notional defined contribution) 방식의 새로운 연금제도로 개편하기로 1998년 6월에 합의하였다. NDC 방식은 개인의 공적연금 기여기록이 퇴직시까지 그 개인의 가상 저축액으로 남는 방식으로서, 실질적으로는 부과방식으로 운영되는 공적연금에 절묘하게 확정기여 연금의 요소를 도입한 것이다. 스웨덴 연금제도는 1913년 적립방식의 전국민연금제도 도입, 1935년 부과방식으로 전환, 소득수준에 따른 보험료 차등부과, 1946년 기초연금 자산조사 폐지 및 적용 보편화, 1960년 소득비례연금(ATP)도입, 1976년 부분연금제 도입, 1998년 6월 NDC 방식의 연금 도입이 스웨덴 연금제도의 대표적인 정책변화이다.

1998년 연금제도 개혁이전 스웨덴의 공적연금제도는 전국민을 대상으로 하는 단일제도로 국민의 최저생활을 보장하는 기초정액급여(A basic flat-rate)의 기초연금제도(Allmänna Försäkrings Pension : AFP)와 경제활동기간의 소득에 상응하는 소득비례의 부가연금제도(Allmänna Tilläggs Pension : ATP)의 이층구조로 되어있고 급여수준은 종전소득의 60% 정도였다. 기초연금제도의 이외에도 기업연금제도로써 기업을 횡단하는 전국적인 협약연금이 발달하고 있었다. 협약연금은 사무직 근로자를 대상으로 한 직원퇴직연금(Industrins Tilläggs Pension : ITP)과 생산직 근로자를 대상으로 한 노동자퇴직연금(Svenska Tilläggs Pension : STP)으로 구분되어있다. 실질적으로 거의 모든 노동자가 강제가입되어 있어 공적연금제도를 보완하는 제도로 자리매김하고 있다.

새로운 연금제도는 크게 세 가지 부분으로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 공적연금제도의 가장 큰 비중을 차지하는 부분인 NDC(Notional Defined Contribution)방식으로 운영되는 개인계정이다. 두 번째는 초과연금보험료 적립금제도(The premium reserve scheme)이다. 이는 가입자가 부담하는 연금보험료 18.5% 가운데 NDC제도로 가는 16%외에 나머지 2.5%는

보험료납부자 개인의 초과연금보험료계정에 따로 적립되는 것이다. 연금가입자는 이 기금으로 주식이나 채권에 투자하는 등 본인이 원하는대로 운용을 할 수 있다. 세번째는 조세방식으로 운영되는 보장성연금제도(Guaranteed pension system)이다. 저소득 또는 소득이 없는 모든 거주자들을 위한 제도로서 고용되지 않거나 낮은 임금을 받는 사람들에게 지급되는 것으로서 사회적 안전망 기능을 하기 위한 것이라고 할 수 있다

산재보험은 모든 근로자가 가입되며 업무와 관련하여 재해가 일어난 경우 신체손상에 대한 의료비, 소득을 보상하는 질병수당, 질환으로 장애가 계속되는 경우 종신연금, 사망시 사망급여 등을 지급한다.

실업보험은 강제보험이 아니지만 노동조합에서 관할하고 있기 때문에 모든 노동조합 조합원은 자동적으로 실업보험에 가입된다. 실업급여는 지난 12개월 동안 연속된 4개월 내에 75일 이상 보험에 가입되어 있어야 지급되며, 주당 5일씩 총 300일간, 55-64세인 경우에는 450일까지 받을 수 있다. 실업보험에 가입되지 않은 근로자는 지난 12개월 동안 5개월 이상 스웨덴 내에서 근로하였고 국영 직업소개소에 구직희망자로 등록되어 있는 경우 국가로부터 주당 5일씩 150일까지 실업부조를 받을 수 있다(방하남 외, 1999).

IV. 스웨덴의 인구특성과 노인복지

1. 사회인구학적 특성

스웨덴은 20세기 이전에 이미 고령화사회에 들어섰다. <표 4-1, 4-2>를 보면 1975년에 65세 이상 노인인구는 123만7천 여명으로 총인구의 15.1%에 달하고 있으며, 2020년에는 65세 이상 노인인구가 189만4천 여명에 달할 것이며 이는 총인구의 20.7%에 이르게 되고 인구 5명당 1명이 노인이 될 전망이다. 노인인구의 증가도 지속되고 있지만 80세 이상의 고령 노인인구의 절대수가 증가하고, 노인인구 중에서 차지하는 비율도 1975년 2.6%에서 2020년 5.0%로 증가 할 것으로 예측된다. 또한 65세 이상 노인의 기대여명이 계속 늘어나고 있으므로 앞으로도 장기요양보호의 욕구가 증가할 것이다.

스웨덴은 노인인구의 구조의 변화와 더불어 늘어나는 노인들의 복지욕구 충족을 위해서 초기의 시설중심의 노인복지정책에서 80년대부터 재택중심의 노인복지정책으로 전환해가고 있으며, 특히 고령노인들의 장기요양보호를 위해 사회복지제도와 전달체계를 재정비하고 법적 기반을 마련하고 있다.

<표 4-1> 스웨덴의 인구관련 자료 및 기대여명

구분		년도											
		1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999
인구 현황	총인구	7,480	7,734	8,043	8,192	8,311	8,350	8,559	8,827	8,841	8,846	8,851	8,858
	남자인구	3,731	3,862	4,017	4,074	4,118	4,124	4,228	4,361	4,368	4,371	4,374	4,378
	여자인구	3,749	3,872	4,026	4,118	4,193	4,227	4,331	4,466	4,473	4,475	4,477	4,481
연령 구조	65세이상	879	980	1,099	1,237	1,354	1,439	1,523	1,542	1,543	1,543	1,540	1,574
	80세이상	140.4	160.1	186.8	221.0	265.1	320.4	364.5	411.5	419.6	427.0	433.2	450.5
기대 여명	출생시남자	71.2	71.7	72.2	72.1	72.8	73.8	74.8	75.9	76.5	76.7	76.9	77.0
	출생시여자					78.8	79.7	80.4	81.3	81.5	81.8	81.9	81.9
	65세남자			14.2	14.0	14.3	14.7	15.3	16.0	16.1	16.2	16.3	16.5
	65세여자			16.8	17.3	17.9	18.5	19.0	19.7	19.7	19.9	20.0	19.9

* 단위: 천명(인구현황/연령구조), Years(기대여명)
 자료: <http://www.nso.go.kr/cgi-bin/>에 근거 재구성

<표 4-2> 스웨덴의 노인인구의 추이 및 추이

년	65세이상 인구		80세이상 인구	
	명수	전체인구에서 차지하는 비율(%)	명수	전체인구에서 차지하는 비율(%)
1975	1,237,000	15.1	221,000	2.6
1980	1,354,000	16.4	265,000	3.2
1992	1,535,000	17.7	390,000	4.5
2000	1,514,000	17.2	448,000	5.1
2020	1,894,000	20.7	454,000	5.0

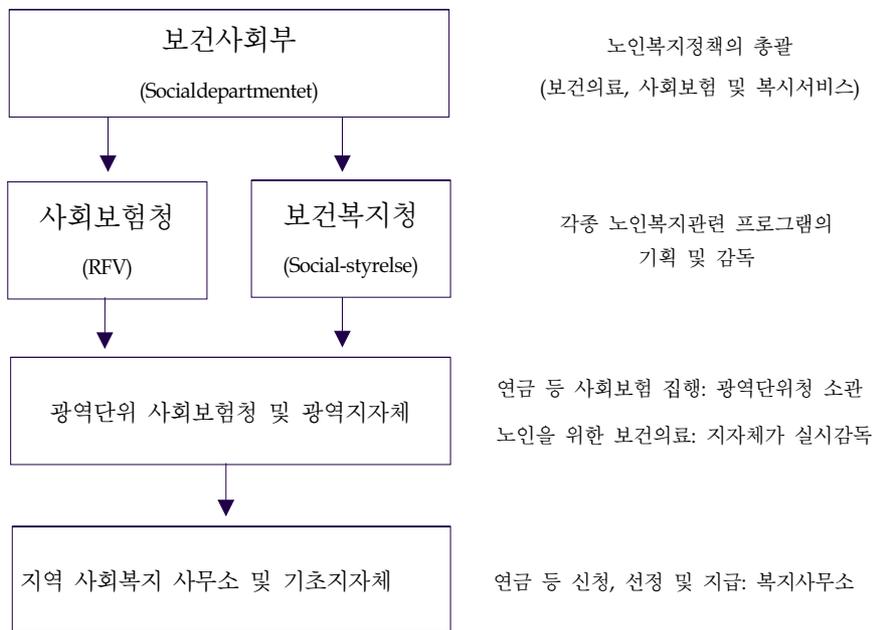
자료: The care of the elderly in Sweden, 1994

2. 노인복지 전달체계

스웨덴 노인을 위한 사회보장과 보건 및 복지관련 서비스가 집행되는 과정의 전달체계는 <표 5>에서 보는 바와 같다. 보건사회부(Socialdepartmetet)는 노인복지의 정책기획을 총괄하는 책임진다. 스웨덴의 국가복지 체계는 노동부가 관장하는 실업보험을 제외한 모두가 보건사회부의 관할이다. 먼저, 사회보험은 질병보험, 부모보험, 연금보험, 산업재해보험 등으로 구성되는데, 16세 이상의 거주민은 국적에 관계없이 이들 사회보험에 강제적으로 가입된다. 보건사회부가 정책기획을 담당하는 정치부서라면, 사회보험청(Riksforsakringsverket)이 사회

보험관련 업무를 실제로 관장하는 중앙행정부서이다. 사회보험청의 감독아래 25개의 광역보험청과 320개의 지역보험사무소가 사회보험과 관련된 지방수준에서의 행정을 담당한다. 보건, 의료와 공공부조를 포함한 다양한 복지서비스를 총괄하는 중앙 행정부서는 보건복지청(Socialstyrelsen)이지만, 보건의료는 광역지방자치단체가 책임을 지는 분야이다. 각 광역지방자치단체는 이와 관련하여 독자적인 과세권을 가지고 있다. 아동, 가족, 노인, 장애인을 위한 사회적 보호서비스와 공공부조(social bidrag)의 실무행정은 기초지방자치단체가 자체적으로 조세징수를 통해 담당하고 있다(안상훈, 2001).

<표 5> 노인복지 프로그램의 공공부문 전달체계



자료: Socialstyrelsen(2000)를 기초로 재구성

3. 노인복지 관련 정책의 역사적 개관

1) 초기의 사회적 서비스 정책

스웨덴은 지리적인 여건상 유럽의 다른 나라보다 산업화가 늦게 이루어 졌으며, 20세기 초반까지도 농경사회의 영역을 벗어나지 못했다. 재산이 없는 노인들의 경우에는 민간단체와 교회가 개입하여 구제하는 역할을 수행했다. 인간애와 박애정신에 근거를 둔 빈민구제는 당시의 노인문제를 해결하는 유일한 방법이었다. 그러나 점점 증가하는 실업자 및 빈곤자

구제에 대한 대책으로써 각각의 마을마다 민빈구제위원회가 형성되어 연대적 차원에서 빈민구제에 대한 집단적인 책임성이 부여되었다(Oden, 1985). 배회하는 자들·일가친척이 없는 병약자들, 그리고 극빈 노인들에 대한 위원회의 조치는 크게 2가지의 유형으로 분류할 수 있다.

첫째는 기초자치단체에서 운영하는 수용시설에 입소시키는 것이며, 둘째는 마을의 빈곤가정에 일정액의 보상금을 지불하는 조건으로 문제노인을 위탁·보호케 하는 형태였다. 그러나 수용시설은 빈곤자, 병약자, 배회자 등을 함께 수용하는 데에 있어서 문제가 발생할 수 있고, 위탁형태는 빈곤가정이 노인들을 보호하는 차원이기에 때문에 서비스의 질적 상태는 최소한의 음식과 잠자리가 제공되는 수준에 머물렀다. 이러한 문제가 점차적으로 제기되어 중앙정부 차원에서 20세기 초 빈민보호법 제정의 발단이 되었다. 빈민문제를 위한 조사위원회가 1907년 조직되었고, 수년간의 조사 끝에 1915년 보고서가 의회에 제출되어 1918년에 스웨덴의 빈민구제법이 제정되게 되었다(Edebalk, 1996).

1918년의 빈민구제법은 2가지 측면에서 정책적으로 긍정적인 평가를 할 수 있는데 하나는 위탁제의 폐기와 다른 하나는 대규모의 수용시설 대신에 가정과 같은 적은 형태의 노인 홈의 신축을 통해 빈곤한 노인에게 인간적인 처우개선에 주력했다는 것이다.

2) 20세기의 새로운 사고(재가복지로의 전환)

(1) 20세기 전반기

노인보호정책의 일환으로서의 노인 홈은 1946년 국민연금법의 시행과 더불어 향상됨으로써 종전까지 구빈 정책의 일환으로 운영되던 시설로서의 특성은 사라졌으나 국가재정의 악화는 비록 정책적으로 노인 홈에 대한 재정보조의 법적 근거가 마련하였다고는 하나 입소한 노인들의 생활수준을 크게 개선하지는 못한 상태에서 많은 문제점을 내포하고 있었다. 예컨대 정신질환자, 알콜중독자, 빈곤자 등의 혼합된 입소대상자와 법에 근거하지 않은 강제입소, 인권유린 등이다. 이러한 문제들은 노인 홈의 역할에 대한 문제점으로 대두되었으며 새로운 방향을 모색하게 하였다.

1952년 스웨덴의 수상인 Gunnar Strang은 노인보호를 위한 특별위원회를 구성하여 새로운 형태의 원조방식에 관해 연구, 개발에 박차를 가하도록 하여 급기야 가정 내에서의 재가복지서비스가 오늘날까지도 공식적인 노인보호 정책의 주류가 되는 새로운 패러다임을 가져오게 하였다. 특별위원회의 보고서는 다각적인 원조의 필요성을 강조하였는데, 구체적으로 가사지원서비스, 가정방문의료, 일반주택 및 연금자 홈과 노인 홈의 질적 향상 등이었다.

특히 가정에서의 재가서비스(home help service)는 급속도로 양적인 면에서 확산되어 기초자치단체에서도 서서히 재가복지서비스사업을 시작하여 1954년에는 기초자치단체의 43.0%가 재가복지서비스를 제공하였으며, 1957년에는 64.0%의 기초자치단체에서 자체의 프

로그래를 개발하여 해당지역 노인들을 대상으로 서비스를 제공하게 되었다(Edebalk, 1990).

1960년대와 1970년대 중반은 스웨덴 노인복지정책 전반에 있어서 크게 확장된 시기라고 할 수 있다. 수용시설이나 노인을 위한 주택건설 등이 증가했다. 이처럼 노인복지서비스의 질적·양적 확장은 노인계층의 서비스에 대한 욕구의 수요가 증가 했기보다는 제2차 세계 대전 후의 경제부흥기를 맞아 정부가 사회복지예산을 증액시킬 수 있는 여유가 있었기 때문으로 해석된다. 1980년대 이르러 이러한 노인복지정책은 경제상황의 악화와 더불어 복지 서비스 수혜자의 수적 감소를 초래하였으나 이역시 노인의 재가복지서비스에 대한 욕구의 감소가 아니라 전체적인 사회복지재정의 긴축에서 비롯되었다고 볼 수 있다.

(2) 20세기 후반기

1990년 후반부터 스웨덴은 세계경제의 불황에 영향을 받아 경기 후퇴와 실업률의 급격한 증가가, 국내경제가 마이너스 성장을 연속으로 기록하면서 경제적인 어려움에 직면하게 되었다.⁸⁾ 1980년에 제정되어 1982년에 시행되기 시작한 사회서비스법(Social Service Act) 제6 조에는 국가의 도움이 필요한 사람은 도움을 받을 권리가 명시되고 강조되었음에도 불구하고 기초자치단체의 서비스 수혜자는 엄격한 자산조사(means test)에 의해 결정되고, 심지어는 배우자나 자녀와 함께 동거하는 노인은 서비스 수혜 대상에서 제외되는 등 정부의 재정 부담을 줄이려는 방향이 모색된 시기이다. 당시 사민당 정부는 한계 세율인하, 공공 지출 억제, 병가 수당 삭감을 포함한 복지 급여 및 서비스 삭감 등 축소 조치를 시작하였다. 그러나 사민당 정부는 1991년 총선에서 집권에 실패하였으며⁹⁾, 그후 3년간 집권한 중도 우파 연립정부는 이러한 경제적 위기에 대응하여 대대적인 복지 지출 삼각 및 복지 프로그램 개혁을 시도한다(Gould, 1996).

1990년대 초 경제 위기 후의 스웨덴 복지정책은 세 가지의 커다란 방향으로 구분하여 진행되었다. 첫째는 전통적으로 사회서비스를 제공하는 담당자인 지방자치단체에게 사회서비스에 대한 의사 결정권을 부여하였다. 둘째는 의사결정권을 부여받은 지방자치단체가 책임을 통감하고 사회서비스 제공의 효율성을 증진시키고자 하였다. 셋째는 사회서비스의 생산에 경쟁력을 높이기 위해 민영화를 시행하였다(한국경제연구센터, 1999). 1994년까지 스웨덴

7) 91~93년 마이너스 성장을 했다. 실업률은 1980년대 3%, 1996년 8.4%로 상승하였다. 높은 실업률과 과도한 사회보장 지출은 2,000억 크로나의 재정적자를 발생시키고 이는 국내 총생산의 11%에 해당한다. 이를 해결하기 위해서 크로나를 25%가량 평가절하 했다.

1997년 이후 회복국면으로 1.8%의 경제성장을 기록했다. 97년 물가상승률은 0.6%, 1998년은 2.3%로 비교적 안정세를 유지했다. 1997년 실업인구는 41만 명으로 8.0%의 높은 수준이었으나 98년 실업률은 6.0%대로 하락했다.

8) 1990-1993년에 연속 5.0%의 마이너스 성장률을 기록했다.

9) 선거직전 여론조사에서 사민당에 대한 지지도는 1928년이래 최저인 28%에 불과했다. 선거결과 사민당은 1988년보다 5.2%가 줄어든 138석(39.5%)의 의석을 획득하여 패배를 선언하였다.

에서 진행된 사회복지의 변화를 정리한 <표 6>에 의하면 대부분의 사회서비스는 지방정부가 제공하고 있고, 중앙정부의 역할은 사회서비스의 지출에 근거하여 보조적인 역할을 담당하였으며 이를 통해 기초적인 자원배분에 영향을 미치는 정도였다. 개혁을 하는 과정에서 지방정부의 독립성은 강화되어서 지방자치단체에 대해 상당한 재량권을 부여해 주었으며 이에 따라 지방자치단체가 자율적으로 사회서비스를 선택할 수 있게 되었다. 1993년부터 중앙정부의 지방자치단체에 대한 보조금의 지급은 총액기준으로 바뀌었으며 지방자치단체가 원하는 방향으로 수령한 보조금을 사용할 수 있도록 권한을 부여해 주었다. 결과적으로 의료보험이나 교육을 비롯한 여러 종류의 공공서비스가 지방자치단체별로 커다란 차이를 보이고 있는 실정이다.

의료·보건서비스의 시스템에도 개혁이 일어났다. 일반적으로 의료보건서비스는 주정부가 담당하는데, 주정부는 주민들에게 소득세를 부과함으로써 얻게된 세입을 의료장비나 의료서비스의 재원으로 사용하게 되었다. 의료·보건서비스의 효율성 제고를 위한 첫번째 단계를 실시한 것이 노인들에 대한 서비스를 지방자치단체로 이양하는 것이었다. 지방자치단체가 노인들에게 상대적으로 비용이 적게드는 주택을 제공하지 못하면 이들은 상대적으로 비용이 많이 드는 주정부 병원에 입원하게 될 것이다. 그런데 법이 바뀜으로서 지방자치단체가 이러한 노인들의 입원비를 부담하게 됨으로써 지방자치단체는 비용이 저렴한 주택 공급을 증가시켜 노인들의 입원비를 줄이고자 하였다. 이러한 비용이 저렴한 가격의 주택 공급으로 말미암아 노인들의 병원 입원율은 하락하였으며, 병원마다 병실이 남게 되었다.

사회보장 부문에서는 1992년부터 병가 급여에 무급대기일 도입 및 급여수준 삭감(병가 신청시 첫째일은 보상혜택을 받지 못하며 둘째일 이후부터 받는 보상혜택률도 종전의 100%에서 85%로 낮게 책정), 1991년부터 노령 및 장애 연금의 기본급여를 1989년 대비 3%를 삭감하고, 1992년에는 추가로 3%를 삭감하는 등의 조치가 도입되었다. 그리고 보건의료 부문에서는 검진을 위한 의사방문, 처방, 입원 등의 의료서비스 수수료를 대폭 상향조정하여 비용을 절감하고 의료시스템의 과용 또는 남용을 방지하고자 하고 있다. 1994년 총선에서 복귀한 사민당 정부는 지속적 경제 및 재정문제 때문에 점차적으로 기존의 복지국가 방어 정책을 포기하는 방향으로 나아가고 있고, 이러한 축소정책은 1994년 사민당 칼손 총리 정부에 이어 1996년 등장한 페르손 총리의 사민당 정부에서도 승계되고 있다(Gould, 1996). <표7>은 92-94년의 우파연합정권 집권과정과 95-98년의 사민당 재집권 과정에서의 복지정책 변화를 요약한 것이다. 스웨덴의 높은 사회보장 수준이 상대적으로 근로의욕 감소, 중복된 사회보장 혜택, 사회보장 행정의 효율성 결여, 사회보장 혜택자들의 사회보장 남용 등 문제점들이 지적되고 있기 때문에 이를 시정하기 위해서 제도적 보완을 시도했다.

<표 6> 1990년대 스웨덴의 사회복지 정책 변화

분류 및 년도	정책변화
이전지출혜택	
1991~1993	<ul style="list-style-type: none"> · 질병 발생시 사회보장 수준 감축(하루 병가 인정) · 실업급여의 감축 (실업 전 임금의 90%에서 80%로 감축) · 산재의 경우 실업급여와 동일하게 임금의 90%에서 80%로 감축
효율성 제고	
1990	<ul style="list-style-type: none"> · 다수의 중앙정부 기관 폐쇄 · 지방자치단체나 주정부 소유 공공기관의 경쟁력 도입*
1991	<ul style="list-style-type: none"> · 교육시스템 분권화 : 주정부가 고용하던 교육자를 지방자치단체로 이관 · 노인에 대한 서비스를 지방자치단체로 위임
1992	<ul style="list-style-type: none"> · 서비스에 따라 지급하던 사회서비스 예산을 지방자치단체에 정액 지급하여 지방자치단체의 자율성 제고
민영화	
1991	<ul style="list-style-type: none"> · 지방자치단체의 공공서비스를 민간으로 이양**
1992	<ul style="list-style-type: none"> · 사립학교 학생들에 들어가는 비용의 85%를 정부가 지급하는 교육기관의 Voucher시스템 도입
1993	<ul style="list-style-type: none"> · 일반개업의사들에게 공공서비스와 경쟁 허락

주) * 스톡홀름 주정부는 DRG 시스템에 의거하여 병원비를 주정부가 부담함.

**육아보육서비스센터, 노인서비스센터를 비롯한 민간이 담당하는 사회서비스센터가 증가함.

자료: OECD(1994). Economic Surveys: Sweden. Paris.

한편 지난 2002년 9월 15에 실시된 총선¹⁰⁾에서 시민당의 승리에 따라 유로 채택을 비롯한 페르손 총리의 친 유럽연합(EU) 정책은 탄력을 얻게될 것으로 보이며 총선 과정에서 보수당이 감세와 복지축소 정책을 내세운 반면, 시민당은 현행 복지제도를 내에서 개혁을 역설했기 때문에 스웨덴의 노인복지부문도 큰 변화는 없을 것으로 예상되고 있다 (<http://kr.dailynews.yahoo.com>).

10) 시민당은 지난 98년 총선에서 얻은 36.4%를 크게 넘어선 40.2%의 지지를 얻었다. 시민당과 좌파연합을 구성하고 있는 좌익당과 녹색당은 각각 8.4%, 4.6%의 지지를 얻었다. 이로써 좌파연합은 53.2%의 지지로 총 의석 349석중 과반인 191석을 확보했다. 반면 보수당(지지율 14.9%), 자유당(13.2%), 기민당(9.2%), 중도당(6.3%) 등 중도 우파 정당들이 얻은 지지는 43.6%에 그쳤다.

<표 7> 92-94년 우파연합 정권과 95-98년 사민당 재집권 당시의 복지정책의 변화

	92-94년 (우파연합 정권)	95-98년(사민당 재집권)
연금	①연금수급개시연령상향조정(94년66세,97년67세) ②사회보장세 0.4%인상 ③연금개혁위원회구성	①개정연금제도 실시 -보충연금제도개혁 -기본연금제도개혁
보건의료 및 건강보험	①대기일 신설(1일) ②가입자의 사회보험료 신설 ③급여수준 하향조정 ④국가의 재정지원 폐지	①고용주가 지급하는 기간을 28일로 연장
실업보험	①본인 부담금 신설 (임금의 1%) ②소득 대체율 인하 (90→80→75%) ③강제적 실업보험제도 도입시도(대기일 신설-5일) ④적극적 소극적 프로그램 순환기간 제한 시도 (최대 2년)	①적극적 소극적 프로그램 순환기간 제한 폐지 ②보험급여의 소득대체율 인상(80%) ③의무고용기간의 강화 (5개월에서 6개월로) ④실업보험과 실업부조의 통합

자료: UNI-KLC(2000)

V. 노인장기요양서비스 관련법

1. 사회서비스법(The Social Service Act)

1) 사회서비스법의 제정배경

사회서비스법이 1980년에 제정되어 1982년부터 시행되었다. 사회서비스법이 제정되기 이전에는 사회보호법에 의하여 클라이언트는 각 각의 보호분야에 따라 보호되었다. 사회보호법은 20세기 초반에 제정된 빈민구제법(1918년), 금주법(1913년), 그리고 아동보호법(1924년)은 그 후 수 차례에 걸쳐 현실에 부합되도록 개정되기는 하였으나, 이 3개의 독립된 법률들은 여전히 예전의 규범에 준거하여 개정되었기에 문제의 소지가 남아있고, 또한 기초자치단체 조직 사이에서의 분리 운영과 법 조항의 강제성 여부가 클라이언트에게 자활의 기능을 억제하는 한계점이 부각되었다.

사회발전의 흐름에 맞추어 보호·치료를 위한 보다 나은 방법, 그리고 기초자치단체 자원의 효과적인 통합의 필요성에 대한 의견이 대두되었으며 이를 위한 가능성을 조사하기 위하여 1967년 정부의 요청에 의하여 사회조사위원회가 조직되어 기초자치단체의 사회보호운영체제에 관한 조사에 들어가 1969년에 중간보고서를 제출하였다.

이 보고서에 따르면 기초자치단체의 사회보호위원회, 아동보호위원회, 금주위원회는 하나의 단일화된 사회중앙위원회로 통합되어야 한다는 것이다. 1970년대에 들어와 기초자치단체는 사회조사위원회가 제안한 단일화된 사회보호체제를 갖추기 시작하였다. 또한 1977년 사회조사위원회는 최종보고서에서 사회원조법의 대부분을 사회보험법으로 이전할 것을 제안하였다. 스웨덴 의회는 1980년 개별적인 사회보호법을 통합한 사회서비스법(Social Service Act)을 제정하였으며 효력은 1982년 1월 1일부터 발생하게 되었다(Elmer, A, E; Blomberg, S; Harrysson, L; Petersson, J, 1998). 서비스의 제공주체는 283개 기초자치단체로 되어 있고, 보건의료 서비스를 담당하는 23개의 광역자치단체와 연계를 가지고 있다¹¹⁾.

11) 스웨덴 지방자치는 서구 선진제국과 구별되는 여러 가지 특징적 양상을 지니고 있다(변광수 外 1995). 첫째, 중앙정부와 지방정부간의 권력분점이 균형을 이루고 있는 상태에서도 지방정부의 행정자율성이 충실하게 보장되어 있다는 점이다. 중앙정부와 지방정부의 역할과 권능이 매우 구체적으로 입법화되어 있어 정부간 분쟁의 소지가 적은데다, 최근 새로운 자치이념의 도입과 함께 지방정부에 정책 주도권을 부여하는 개혁 조치들이 진

2) 구조

사회서비스법은 서문을 포함하여 76조로 18개의 주제에 의해 나뉘어진 간결함과 통합적인 법이다.

①사회서비스법의 목적(1조) ②각 도시의 책임(2~4조) ③각 도시의 사회복지위원회의 기본 임무(5조) ④각 도시의 원호수혜자격(6조) ⑤사회복지위원회의 제반 활동지침(7~10조)⑥약물남용 및 알콜 중독자에 대한 조치(11조) ⑦아동 및 청소년의 보호(12~18조) ⑧노인 및 장애인 보호(19~21조) ⑨가정보호 및 가정간호, 입주 가정보호(22~24조) ⑩미성년자 보호를 위한 특별 규정과 그 혜택 대상자 보호를 위한 포괄적 규정(25~32조) ⑪비용(33~37조) ⑫각 도시사회복지위원회에 대한 구체적 사항(38~40조) ⑬각 지역사회복지위원회(41~46조) ⑭대리, 사무처리(47~58조) ⑮등록(59~70조) 16)잡칙, 미성년자 학대 신고(71조) 17)사무이관, 향소(72~74조) 18)벌금(75~76조)

3) 특성과 법에 나타난 원칙

사회보호법은 일반과는 달리 큰 테두리만을 규정한 개요법(outline law)이다. 사회서비스법의 의의는 모든 사람들에게 충분한 수준의 사회적 보호를 보장하고 확보할 수 있도록 국가기관에 대하여 의무를 부과하고 있는 것이다. 사회적 보호는 국가적 책임을 강조하기 때문에 행정적·제도적 조치가 필요하다. 따라서 이 법에서도 기초자치단체와 광역자치단체에서 사회복지위원회의 책임(제2-4조, 제38-46조)을 명시하고 있다. 그와 동시에 사회서비스법 제1조의 법의 목표에는, ① 공공서비스는 경제·사회적 보장, 생활조건의 형평, 지역사회생활에 적극적으로 참여를 증진시키려는 목적을 가지고 민주주의와 단결의 원칙아래서 확립

척되고 있기 때문이다. 둘째, 사회주의 방식으로 재화와 용역을 주민에게 전달하는데 지방정부가 주요한 역할을 수행하므로써 지역간의 경제수준이나 개인의 복지수혜상의 격차가 여타 서구 사회에 비해 상당히 해소되어 있다는 점이다. 적극적인 노동시장 관여와 더불어 사회보장 정책을 성실히 수행해 나가는 데 있어 중앙정부와 지방정부간의 협조체제가 그 만큼 공고한 결과라고도 할 것이다. 셋째, 지방정부의 운용에 있어 의사결정과 그 집행과정에 다자간 참여가 보장되어 있다는 것이다. 지방정부의 의사결정의 장애는 주 의회 및 군 자치의회를 비롯하여 중앙행정기관 및 정부의 각종 위원회대표, 지역 정당그룹, 하위자치위원회의 대표와 각종 자발조직의 견해가 횡단적으로 표출되고 있다. 여기에 지역단위의 노사대표는 물론 전국노동조합, 전국주정부연합 및 전국군자치협회의 견해나 영향력이 미치는 등 명실공히 조합식 민주참여의 제도화가 이루어져 있다는 것이다. 넷째, 공명선거제도가 정착되어 있고 선거에 있어 정당 및 주민의 역할이 지대하다는 것이다. 인물중심이 아니라 정당신임투표의 성격을 띠는 선거에서 정당스스로 흑색선전이나 금권 내지 동원 행각에 나설 수 없다. 90%에 달하는 투표율은 곧 유권자와 정당이 중심이 된 선거를 통해서 그간의 정치·행정적 업적을 전국적으로 점검하는 기회가 되는 셈이다.

되어야 한다. ② 자신의 사회적 상황에 대한 책임과 타인에 대한 책임이 당연히 고려되어야 하므로, 사회서비스는 개인과 집단의 내적 자원들을 활용하고 개발하는 것을 목표로 해야 한다. ③ 사회서비스활동은 자기결정과 개인의 사생활을 존중하는데 기초를 두고 있다고 명시되어 있어, 국가의 책임과 더불어 개인의 자기보전 노력과 책임성을 강조하며, 개인의 자결권도 강조되고 있다.

사회서비스법을 관통하고 있는 원칙들로는 목표에서 나타난 자기 결정권, 보전권, 자주권과 더불어 지속의 원칙, 정상화의 원칙, 유연성의 원칙, 접근성의 원칙, 개인의 영향력 등이 있다고 하겠다. 이런 원칙들이 노인복지가 수혜자중심의 복지로 운영될 수 있도록 하고 있다(김미혜, 1996).

4) 노인보호와 관련된 조항

노인보호와 관련된 조항은 사회서비스 내용 중 다음과 같은 주제 아래서 “사회복지위원회의 사업지침(10조)”, “노인보호(19조, 20조)”, “가정간호와 입주가정보호(22조, 23조, 24조)”의 6가지 조항으로 나타나고 있다.

- 제10조 1항: “사회복지위원회는 재가서비스, 교통편의 제공 혹은 다른 서비스와 주간활동 원조 등의 제공을 통하여 개개인이 자신의 집에서 살 수 있고 타인과의 만남도 유지 할 수 있도록 해야 한다.” 이 조항은 사회서비스법 제정에 있어서 근간이 되는 ‘정상화의 원칙’을 강조한 것이라 할 수 있다. 위의 조항 아래서 사회복지위원회는 노인의 사회적 고립을 예방하도록 다각적인 면에서 방도를 강구하도록 제시하고 있으며 구체적 방안으로서 주간보호소나 여가활동 장소를 마련하여 노인에게 서비스뿐만 아니라 만남의 장소를 제공할 수 있게 노력해야 함을 강조하고 있다.
- 제19조: “사회복지위원회는 노인들이 가능한 한 독립적으로 살 수 있고 타인과 더불어 적극적으로 의미 있는 삶을 영위하도록 힘써야 한다”라고 명시하고 있다.
- 제20조: “사회복지위원회는 노인들이 좋은 주거시설을 획득하도록 보장하는데 노력해야 하며 가정에서 지원하거나 원조해야 한다. 특별한 도움을 필요로 하는 노인들에게 기초자치단체는 서비스와 보호체계가 겸비된 주거시설을 제공해야 한다고 규정하고 있다. 또한 직업생활로부터의 전환은 정보와 기타 지원 수단을 통해 용이하게 해야 한다.”고 명시하고 있다.
- 제22조: “사회복지위원회는 자신의 집 이외의 다른 주거 장소에서 보호나 생활이

필요한 사람들을 위하여 가정 및 주거시설을 확보해야 한다. 또한 친·인척간의 유대감을 존속시키고 가정과 같은 환경을 조성토록 보호체제가 이루어져야 한다.”

- 제23조: “노인의 간호를 위한 요양소나 주거시설은 광역자치단체나 기초자치단체에 의해서 제공되어야 한다.”
- 제24조: “가정이나 요양소 또는 기타 주거시설에서의 노인들의 보호나 간호는 사회복지위원회와의 협의 하에서 이루어져야 한다”고 규정하고 있다.

이는 일반노인들의 삶은 독립적이며 타인과 관계 속에 있다는 점과 이를 어떻게 보장할 것인가를 구체적으로 규정하고 있고, 주거시설과 주거시설에서의 보호나 간호에 대한 책임 소재를 분명히 하고 있다.

2. 에텔개혁법

1) 주요내용

스웨덴은 1992년 에텔개혁법을 제정하였다, 이 법을 제정한 목적은 사회복지서비스 전달 체계를 통합하여 일관된 재정의 운영체계를 구축함으로써 의회에서 결정된 노인보호의 목표를 보다 효율적으로 달성한다는 것이며, 또한 사회복지서비스의 중립성과 형평성을 고려하여 비용체계의 재정립을 확립하자는 데 있다.

(1) 권한과 책임의 분리

에텔개혁법의 의미는 포괄적인 책임성과 권한이 광역자치단체에서 기초자치단체로 이전이 되었다는 것이다. 즉, 에텔법이 통과되기 전까지는 광역자치단체의 소관이었던 노인의 장기요양, 가정간호 및 재정의 책임성을 기초자치단체에서 운영·관리하게 된 것이다. 구체적인 책임성의 이전에 관한 주요 내용은 다음과 같다.

- ① 기초자치단체는 장기요양 보호시설의 31,000개의 병상과 광역자치단체에서 지속적으로 운영 관리했던 3,300개의 노인보호 병상 및 그에 따르는 비용에 관한 책임을 맡는다.
- ② 건강상 단기보호시설에 입소하였거나 노인병의 치료를 위해 노인병 치료 전문보호시설에 입소한 대상자 중에 의학적으로 치료가 완료된 베드블럭커스(*bed-blockers*)환자를 인수하지 못하면 환자의 입원비에 대한 책임을 맡는다.

- ③ 노인을 위한 특별 주택(special housing for the elderly)¹²⁾ 내에서의 의료보건사업을 수행할 수 있다.
- ④ 기초자치단체는 노인의 보조용 도구에 대한 책임을 진다.
- ⑤ 기초자치단체는 선임 간호사를 두어야 한다.
- ⑥ 기초자치단체의 보건·의료사업은 사회복지위원회나 그에 준하는 기관이 관장 해야한다.
- ⑦ 광역자치단체와 기초자치단체의 합의하에 기초자치단체는 노인의 특별주택이 아닌 일반주택의 노인에게 가정간호를 제공할 수 있다(Socialstyrelsen, 1996).

(2) 사회서비스 비용체계의 단일화

현행 사회서비스의 비용은 법 조항에 명확히 세분화되어 있거나 지침이 없고, 각 기초자치단체 사이의 비용 설정은 기폭이 심해 형평성의 원리가 문제가 되 비용 체계의 단일화가 요구되었다. 하지만 각 기초자치단체의 비용 체계에 있어서 비용의 상한선만이 확정되었을 뿐 정부차원에서의 단일화 된 체계가 수립되지 못하였다. 이에 대한 문제 해결을 위하여 구체적인 비용 체계가 설정되어 전국적인 단일화가 이루어지게 되었다.

3. 보건의료서비스법(Health and Medical Service Act)

1) 구조

보건의료서비스법의 구조는 6개 주제아래 29조로 구성되어 있으며, 목적 달성을 위해 광역의회와 기초자치단체에서 실시해야 할 구체적 내용이 제시되고, 광역과 기초자치단체에 공통으로 적용되는 비용, 감독, 미래와 전쟁시의 보건의료서비스에 대해서 규정하고 있다.

- ① 전문(1조) ② 목적(2조) ③ 보건의료서비스가 충족해야할 사항들(2조 a,b,c) ④ 광역의회 보건의료서비스(3~16조) ⑤ 기초자치단체 보건의료서비스(17~25조) ⑥ 광역의회와 기초자치단체 보건의료서비스에 관한 일반 조항(26~29조)

12) 사회서비스 개정 이전의 노인을 위한 주택은 개별적인 명칭이 사용되었으나, 즉 노인 홈(old people home), 서비스 하우스(service house), 그룹 홈(group dwellings), 노인요양원(nursing home), 장기요양소(long-term care places), 1992년의 에델개혁과 더불어 특별주택(special housing for the elderly)이라고 명칭이 통합되었다.

2) 의의와 법에 나타난 원칙

보건의료서비스는 전체 국민에게 동일한 조건하에서 건강과 보호를 제공하는데 있다고 규정하고 있다. 건강과 의료적 서비스가 광역자치단체(제3-16조)와 기초자치단체(제17-25조)에서 제공되어야 할 것과 두 자치단체간의 관계를 명문화하고 있다(제28조). 특히 이 법은 의료서비스가 병원이외 가정에서 제공되는 가정간호(재택서비스)와 이를 제공하는 사람들을 가정봉사자로 규정하는 법적 근거(제18조)를 제공하고 있다. 보건의료서비스법은 전문에 “보건의료서비스” 용어를 질병과 상처의 의료적 예방, 연구, 치료를 위한 수단방법으로 정의한다. 또한 건강의료서비스는 구급서비스와 환자 보호를 포함한다고 정의하고 있다. 보건의료서비스는 건강 유지를 위한 의료적 및 보호적 예방, 치료, 연구가 포함되어 급성 질병에서 만성병에 이르기까지 필요한 서비스를 제공하는 것이다.

이 법의 목적은 제2조에 “보건의료서비스는 전체 국민에게 동일한 조건하에서 건강과 보호를 제공하는데 있다”라고 규정하고 있다. 보건의료서비스를 관통하는 기본원칙으로는 간호와 처우에 있어서의 안정성, 접근성, 환자의 자기결정권 및 보전에 대한 존중, 환자와 직원간의 좋은 관계 등이 있다. 보건의료서비스가 전달될 때 적용되어야 할 이런 원칙들은 다시 제24조에서 보건의료서비스 전달의 마지막 단계인 기초자치단체의 부양보호 책무 속에 나타나고 있다.

특히, 제2조a “건강악화의 방지를 위해 보건의료서비스가 제공되어야 한다”와 제2조b “사람이 사망하면 보건의료서비스의 업무는 사망자를 존중하면서 실시되어야 한다. 생존자들에게 신중함과 사려 깊음이 보여져야 한다”는 보건의료서비스가 살아있는 자에게만 제공되는 것이 아니라 죽은 자에게도 제공되어야 함을 명시하고 있어 모든 국민에 대한 보편성의 진면목을 보여주고 있다.

3) 노인보호와 관련된 조항

보건의료서비스법 제18조에는 모든 기초자치단체는 좋은 건강, 의료서비스들을 주택형태에 사는 사람들 또는 사회서비스법 제20조 및 제21조(장애인보호)에 언급된 가정에 사는 사람들에게 제공해야 한다. 모든 기초자치단체는 사회서비스법 제10조에 언급된 주간활동과 연관해서 그 곳에 참석한 사람들에게 건강, 의료서비스를 제공해야 한다라고 명문화되어 있다. 노인의 보건의료서비스가 기초자치단체 수준에서 사회서비스법과 연계하여 제공되어야 함을 명시함으로써 노인복지의 이념들이 실천되도록 주택, 사회서비스, 의료서비스를 통합적으로 제공할 수 있도록 법적 기반을 제공하고 있다.

광역자치단체의 보건·의료적 책임을 기초자치단체와의 합의아래 기초단체에게 위임하고 있으며, 위임된 사항은 주로 가정에서 실시될 수 있는 간호서비스들에 한하고 있다. 이로써 의사의 진료보다는 간호가 필요한 노인들의 의료적 욕구에 부응할 수 있게 되었고, 권한위

입은 노인들이 살고 있는 기초자치단체 안에서 주택, 사회, 의료서비스를 동시에 한 조직 내에서 효과적으로 받을 수 있는 법적 근거를 갖게 되었다.

VI. 노인장기요양서비스 현황

1. 재가복지서비스

1) 대상인구 및 전달체계

재가복지 대상자 및 전달체계는 사회서비스법 제6조 “개인의 생계와 생활의 다른 측면에 대한 욕구를 다른 어떤 방법으로도 해결하지 못할 경우 시 사회복지위원회로부터 원조를 받을 권리가 있다.”는 내용에 근거하여 전문사회복지사에 의해 결정된다.

<표 8>에서 보는 바와 같이 재가복지서비스는 본인 자신이나 혹은 대리자를 통해 신청할 수 있으며 전문사회복지사는 신청자의 가정이나 또는 구 행정위원회 사무소에서 인터뷰를 통해 서비스의 유형, 양, 제공방식에 대해 신청자와 합의하여 결정한다. 청각이나 언어장애가 있는 신청자는 통역 원조를 통해 서비스 계획을 세우며, 신청에 대한 결과 통보는 항상 문서로 작성하여 신청자와 구 행정위원회에서 운영하는 서비스 제공기관에 전달된다. 서비스 제공의 결정이 거부되었을 때는 신청자에게 사유를 통보할 의무가 있다. 서비스 제공기관은 대상자에 대한 보호 계획을 수립함과 동시에 팀을 구성(8-12명)하여 신청자에게 배정하며(SOU, 1987), 팀은 아침마다 자체 간담회를 가져 그 날의 일과를 결정하고 서비스를 제공한다.

또한 저녁 및 야간 순찰원과도 연계되어 지속적인 체크와 관리까지도 수행한다. 의료적인 욕구나 전문적인 판단이 필요시에는 광역자치단체의 의사, 간호사 그리고 전문사회복지사가 함께 사례판정회의를 가지며 그 결과에 따라 신청인은 재가복지서비스나 혹은 시설에 입소할 수 있다. 이 모든 재가복지서비스 제공 전달체계는 사례관리에 의해 수행되어지고 있다.

2) 재정 및 인력

스웨덴 노인보호에 대한 재정은 조세방식을 취하고 있다. 노인보호에 있어 주 역할을 하는 광역자치단체와 기초자치단체는 지방세를 부과할 권한이 주어졌기 때문에 지방세를 비

롯한 정부 보조금과 사용자 부담금으로 재정을 충당하고 있다. 특히 사용자 부담금은 에텔 개혁 이후 기초자치단체의 일률적인 비용적용을 위해, <표 9>에서와 같이 7개의 그룹으로 세분화하여 적용하고 있다. 비용설정은 최대 상한선이 규정되어 있으며, 또한 제공받는 서비스 양과 수입에 비례하여 달라진다.

재가복지서비스에 투입되는 인력은 광역자치단체에서 기초자치단체로 이전된 간호보조사와 유급가정봉사원을 포함하여 1994년 약 169,000명으로 집계되었다(Socialstyrelsen, 1996). 그 중에서 전일제로 근무하는 종사자는 20.0%, 시간제 종사자는 22.0%, 나머지 58.0%는 파트타임으로 근무하고 있다. 전일제 근무자는 기초자치단체에 따라 변화가 심하나, 종사자에 대한 전체적인 흐름은 전일제에서 시간제 근무자로 변해가는 추세이다.

3) 노인재가복지서비스 주요내용

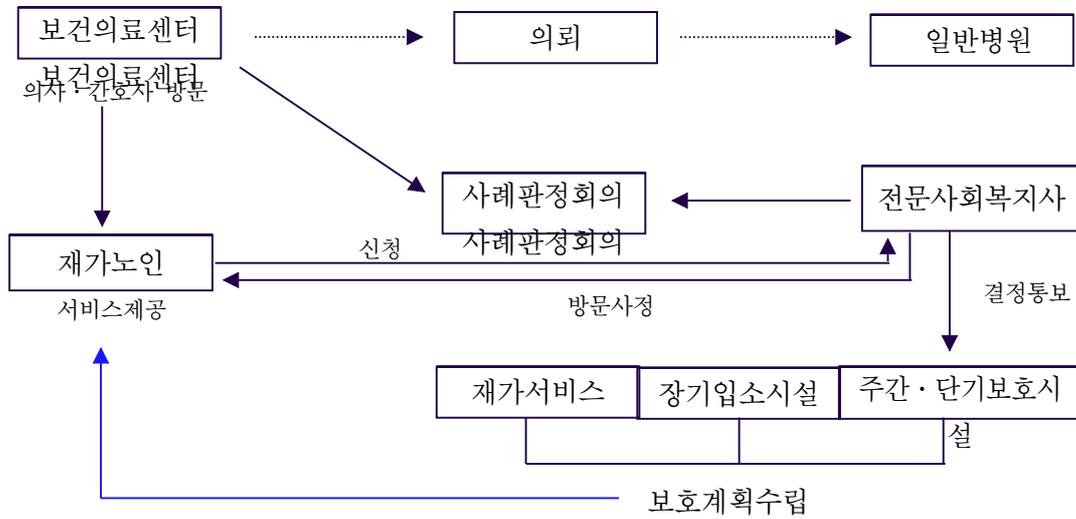
(1) 가정봉사과견서비스

신체적 기능장애로 인하여 일상생활 활동을 원활히 할 수 없는 노인에게 또는 노인가정에게 일상생활에 필요한 각종 서비스를 제공하는 것으로서 기초자치단체의 유급가정봉사원에 의해 제공되어지고 있다. 제공되는 서비스는 구 행정위원회 소속 전문사회복지사와 대상자간의 협의안에 국한되지만 가정봉사원에 의해서 제공되는 기본적인 유형은 다음과 같다.

간단한 취사나 도시락 배달, 청소, 시장보기, 샤워, 세탁, 위생 유지활동, 우체국·은행·약국업무 대행 등이다. 서비스는 유형에 따라 매일 혹은 주당, 월 당 1회 단위로 주어지며, 대상자 노인은 제공받고 있는 서비스에 관한 자신의 의견을 표현함으로써 서비스 수행 과정에 참여할 수 있다.

통계에 따르면(Socialstyrelsen, 2001) 2000년 현재 스웨덴 65세 이상의 노인 중 약 125,000명이 사회서비스법에 의해 가정봉사원 파견 서비스를 받았으며 이는 전체 노인의 8.0%에 해당된다. 스톡홀름시의 가정봉사과견 서비스의 수혜자는 약 24,000명에 달한다.

<표 8> 재가·시설서비스의 전달체계



<표 9> 비용그룹에 따른 상한 비용과 가계수입

비용그룹	상한비용(월)	가계수입(월)
1. 주당 1-2회 재가서비스 혹은 주당 1일 주간보호활동	630kr	10,120kr
2. 평일 낮 동안 서비스 혹은 주당 2일 이상 주간보호활동	835kr	11,077kr
3-4. 매일 서비스 혹은 저녁 및 공휴일	1,145kr	12,110kr
5. 매일 서비스와 야간의 보호	1,685kr	13,615kr
6. 24시간 규칙적인 서비스 혹은 단기보호	2,650kr	16,027kr
7. 지속적인 서비스 혹은 24시간 보호	4,080kr	19,603kr

주) 스웨덴의 1kr는 한화 약 125원에 해당 (2002. 05)

(2) 식사지원서비스

서비스 하우스 또는 입소 시설내의 레스토랑에 만들어진 음식을 가정봉사원에 의해서 배달되는 서비스로서 이용자는 시설내의 입소자 뿐 만 아니라 근처의 일반 노인에게까지도 주문에 의하여 저렴한 가격으로 제공되어진다. 1992년 약 8,000명의 노인이 식사지원서비스를 받았다(Socialstyrelsen, 1966).

(3) 교통편의 제공 서비스

신체적 기능장애로 인해 여행할 수 없는 노인이나 장애인을 위한 대중 교통의 보조기능으로서 제공되어지는 서비스이다. 서비스 이용은 직장 출퇴근이나 혹은 친지 방문시, 생활용품구입시, 극장이나 연극을 보러갈 때 저렴하게 이용할 수 있다. 보통 택시가 이용되거나 휠체어에 적합한 특별한 차가 제공되기도 한다.

1970년대에 제공되기 시작한 교통편의 제공서비스는 매년 증가추세에 있으며 통계에 따르면 1995년 65세 이상의 노인 430,000명이 이용했고, 평균적으로 1명의 노인이 연간 39회를 이용한 것으로 나타났다(Socialstyrelsen, 1996). 교통편의 제공서비스 운영 및 책임은 광역자치단체와 기초자치단체에 나누어져 있으며 서비스 종류는 두 가지로 구분된다. 서비스 신청은 광역자치단체와 기초자치단체의 구행정위원회에 할 수 있다.

- ① 광역자치단체 구역내의 교통편의 제공: 광역자치 구역 내에서만 이용이 허용되며 광역자치단체가 주관한다.
- ② 광역자치단체 구역 외의 교통편의 제공: 서비스의 운영 및 책임 소재는 1994년 이후 기초자치단체에 있으며 전국 어느 곳이나 저렴한 가격으로 이용할 수 있다. 1995년 스웨덴의 65세 이상 전체 노인 중 약 14,400명이 이용하였으며, 이는 평균적으로 연간 1명의 노인이 4회를 이용한 것이다(Socialstyrelsen, 1999).

(4) 부축동행 서비스

신체적 기능장애로 인해 여가나 문화적인 활동을 하기 어려운 노인에게 기초자치단체는 유급가정봉사원을 파견하여 부축·동행해 주는 서비스로 가족내의 구성원이 노인을 수발하고 있는 경우 부축 동행서비스는 무료로 제공되고 있다.

(5) 시력·청력장애 노인을 위한 서비스

기초자치단체는 시력 및 청력장애 노인을 위한 다양한 서비스를 제공하고 있다. 카세트 신문 및 문자전화는 대표적인 서비스라 할 수 있다. 카세트 신문은 당일의 신문내용을 요약하여 카세트 테이프에 녹음하여 제공되고 있으며, 문자전화는 일반인과 통화가 가능할 수 있게 체제를 갖추어 놓고 있다. 문자전화 방식은 중재센터에 연결되어 전송된 문자가 중재자에 의해 일반전화 수신자에게 구두로 전달되는 방식이다. 문자 전화 서비스는 24시간 개방되어 있다.

(6) 책 읽어주기 서비스

유급가정봉사원 활동의 일부분으로써 책을 읽는데 어려움이 있는 노인에게 제공되는 서비스이다. 기초자치단체는 자원봉사센터와 유기적인 협력관계를 맺어 센터에 소속된 자원봉사자들에 의해서 산책이나 책 읽어주기 서비스가 제공되기도 하며, 기초자치단체가 운영하는 도서관에는 책 읽어주기 부서가 따로 마련되어 있어 노인들은 서비스를 제공받을 수 있다.

(7) 주간보호활동 서비스

주간보호활동 서비스는 신체적 혹은 정신적 기능장애로 인해 낮 동안 보호를 필요로 하는 노인과 노인 부양 가족들의 부양 부담을 덜어주기 위한 서비스로서 입소시설 서비스와 재가복지 서비스 영역의 중간보호 형태의 서비스라 할 수 있다. 주간보호활동 서비스는 급식 및 사회적 교류 증진을 위한 여가활동 그리고 기능회복 활동 등 다양한 형태로 서비스가 제공되며, 특히 치매 환자나 병원에서 퇴원한 노인을 위한 기능훈련과 일상생활 활동훈련(ADL)에 초점이 맞추어지고 있다.

주간보호는 노인의 특별주택에 부설되어 있는 경우가 대부분이며 구 행정위원회의 전문 사회복지사의 욕구판정 결과에 따라 주당 참여할 수 있는 일수가 결정된다.

(8) 가정간호 서비스

광역자치단체에 소속된 의료보건센터의 의사나 간호사가 갑작스런 질병의 유발이나 가정에서의 의료적인 진료와 치료가 필요하다고 판단시 방문하여 제공하는 서비스 제도이다. 이 제도는 1992년 에텔개혁 이후 광역자치단체에서 기초자치단체로 책임이 이전되었다.

가정간호 서비스의 신청 결정은 의사, 간호사 및 전문사회복지사의 요구판정에 의해 이루어지며 의약품 제공, 주사, 상처치료 등이 포함되며 서비스 비용은 무료이다. 의료적 서비스가 재가복지 서비스와 더불어 일원화 체계가 확립되어 노인들은 자신이 거주하는 가정에서 정상적인 생활을 유지할 수 있는 기반이 성립되었다.

(9) 통역서비스

구 행정위원회는 청각이나 언어장애 혹은 스웨덴어를 구사 할 줄 모르는 노인(스페인 거주 외국인)에게 통역이 필요할 시 통역서비스를 제공하고 있다. 통역서비스에 드는 제반 비용은 구 행정위원회에서 지불하며 통역서비스는 노인들의 권리로서 규정하고 있다.

(10) 저녁과 야간순찰 서비스

욕구관정에서 서비스가 필요한 재가노인 대상자에게 낮 동안에는 가정봉사원이 파견되고 평일과 공휴일 저녁, 야간에는 2-3명으로 구성된 팀이 지역순찰을 돌며 노인의 안전을 체크한다.

2. 시설복지서비스

1) 대상인구 및 전달체계

입소시설의 자격은 신체적 혹은 정신적 장애로 인하여 지속적인 보호와 포괄적인 서비스를 요하는 65세 이상의 노인이며 보건의료센터의 의사, 간호사와 더불어 전문사회복지사의 사례회의에 의해서 신청자의 입소여부가 결정된다. 전문사회복지사는 구행정위원회에서 운영하는 시설에 신청자의 입소여부를 통보하여 시설에서 신청자와 합의하여 개별적인 보호 계획이 수립되어 서비스가 제공된다. 또한 매년 입소자는 시설기관과의 서비스 욕구에 대한 재사정 절차에 의하여 서비스의 유형이나 양의 증가나 감소를 요구할 수 있다.

2) 재정 및 인력

재가복지 서비스와 마찬가지로 지방세, 정부보조금 및 사용자 부담금으로 복지시설에 대한 재정을 충당하고 있다. 특히 1992년 이후 기초자치단체로 이전 된 특별주택에 대한 재정의 책임이 기초자치단체로 이전이 되어 재정의 일원화로 인한 행정적인 비용 절감의 효과를 창출하고 있다.

사용자 비용부담과 관련해서는 기초자치단체는 시설 입소자에 대한 서비스 비용을 입소자의 수입에 따라 세분화함과 동시에 상한선을 규정하고 있다. <표 10>은 시설입소자들의 서비스 비용의 상한선을 나타내고 있다.

<표 10> 복지시설 내의 서비스 비용¹³⁾

월 가계수입	월당 서비스 비용 상한선
7,000kr	252kr
10,000kr	606kr
11,000kr	806kr
13,000kr	1,439kr
15,000kr	2,239kr
17,000kr	3,039kr
19,603kr	4,080kr

자료: 스톡홀름 시청(Stockholms stadshus), leaflet, 1998/1kr=125원(2002. 05)

3) 복지시설 및 서비스 내용

스웨덴 노인을 위한 복지시설은 5가지 유형으로 분류할 수 있다. 양로원(old people's home), 서비스 하우스(service house), 그룹 홈(group dwellings), 요양원(nursing home), 장기요양소(long-term places) 등이다. 하지만 이러한 복지시설은 1992년 이후 노인을 위한 특별주택이라는 집합적인 명칭으로 통합되어 개별적인 입소시설내의 입주자에 대한 통계적 수치가 가능하지 않게 되었다.

2000년 약 131,000명의 65세 이상 노인이 영구적 혹은 일시적으로 특별주택에 거주하고 있으며 이는 전체 65세 이상 노인의 약 8.7%에 해당하는 수치이다. 스톡홀름시의 특별주택에 거주하는 노인은 약 22,000명으로 집계되고 있다(Socialstyrelsen, 2001).

4) 시설복지 서비스의 주요내용

(1) 양로원

스웨덴에서 가장 오래된 노인 복지시설의 유형으로서 24시간의 보호와 서비스가 제공되는 양로원이다. 양로원은 서비스 하우스와는 달리 입소자들에게 서비스의 선택권이 주어지지 않고 시설에서 짜여진 프로그램에 의해서 제공된다. 입소자들은 목욕탕을 겸비한 독방에서 거주하며, 취사나 식당 그리고 사교와 같은 공간을 공유한다.

13) 24시간 서비스에 대한 비용은 복지시설의 유형에 관계없이 수입에 비례하여 위와 같이 책정되며 상한선은 매월 4,080kr이다. 하지만 식사비용은 별도로 지불되며 매월 2,285kr이다. 에델개혁과 더불어 시설에 근무하는 55,000명의 직원 또한 기초자치단체에 소속이 되어 시설내에서 입소대상자들에게 의료 및 재가서비스를 제공하고 있어 사회서비스의 기본 원칙인 지속성의 원칙이 이루어지고 있다.

(2) 서비스하우스

서비스 하우스는 노인과 장애인의 조건에 맞추어 설계되었으며 일반적으로 20-100세대가 주거할 수 있는 규모로 지어진 아파트 형태의 주거시설이다. 안전 경보장치나 일상생활에 필요한 도구가 구비되어 있으며 계약에 의해 입주자들에게 임대하고 있다.

서비스 하우스 내에는 24시간 직원이 상주하고 있어 위급상황시 즉시로 대처할 수 있으며 간호사, 작업치료사 및 물리치료사가 건강회복 및 보건에 대한 책임을 맡고 있다. 또한 레스토랑, 미용실, 발 관리센터, 도서실, 여가시설 등의 부대시설이 갖추어져 있어 입주자들은 언제든지 저렴한 요금으로 이러한 시설을 이용할 수 있으며, 또한 입주자들은 기초자치단체에서 제공하는 재가복지 서비스를 받을 수 있다.

(3) 그룹 홈

1987년에 운영되기 시작한 그룹 홈은 지속적인 보호와 원조를 필요로 하는 치매 환자를 위해 세워졌으며, 5-10명을 함께 수용할 수 있는 소규모 주택이다. 입소자들은 각각의 방을 가지고 있으며 방 이외의 공간은 공유한다. 24시간 상근직원에게 의해 입소자들은 보호를 받고 있다.

(4) 요양원

포괄적이고 장기적인 요양을 위한 복지시설로서 위의 3가지 복지시설과는 다소 구별된다. 요양원은 노인병원에 부속되어 있는 시설과 일차진료 부양 체계인 지역요양원으로 구분된다. 일부 요양원은 말기 환자를 위한 보호에 초점을 맞추고 있으며, 다른 일부 요양원에서는 단기보호, 치매 환자 보호 및 단기 회복 기능에 초점을 맞추고 있기도 한다.

(5) 노인병원

노인병원은 요양원과 특성이 비슷한 시설로서 이곳에서 여러 명의 입소자들은 방을 함께 공유하며 위의 어떠한 시설입소보다도 더한 포괄적인 의료적 보호를 받는 곳이다.

(6) 주간보호·단기보호시설

이 외의 주간보호나 단기보호는 특별주택에 병설되어 있어 입소자들은 간호사, 작업치료사 및 물리치료사 등의 팀에 의하여 기능회복을 위한 프로그램에 참여하며, 교육과 여가선

용 등의 집단활동을 통하여 인근 일반 아파트에 거주하는 노인들과의 사회적인 교류도 이루어지고 있다.

통계에(Socialstyrelsen, 1999)따르면 1998년 현재 스웨덴 65세 이상의 노인 중 52,000명이 사회서비스법 및 보건의료법에 의해 주간보호 서비스를 받았으며 이는 전체노인의 3.0%에 해당된다. 반면 단기보호는 3.0%인 약 44,000명에 이르고 있다.

3. 노인요양서비스의 문제점

스웨덴의 노인보호에 있어서의 문제점은 크게 2가지 측면에서 나타나고 있다. 첫째는 사회복지 서비스 제공자 사이에 책임성의 분리와 그에 따른 비효율적인 운영상의 문제이다. 둘째는 형평성의 원리에 어긋나는 사회복지 서비스 비용의 문제로 요약할 수 있다.

스웨덴의 사회복지서비스는 일반적으로 의료적인 보호는 23개의 광역자치단체의 책임 아래 있고 사회복지서비스는 283개의 기초자치단체의 소관이다. 각 각의 서비스 제공자는 자체 프로그램과 자원을 확보하여 서비스를 제공하고 있기 때문에 이러한 책임의 분리는 노인의 보호와 관련하여 종종 책임성과 관련해 혼선을 초래하기도 한다.

예컨데 의료적인 치료와 사회적 보호의 경계선은 어디서 구분하며, 치매 환자의 보호 및 치료는 사회적인가 혹은 의료적인가 하는 문제가 제기되는 등 이러한 불명확한 책임성에 의한 혼선은 서비스 제공자 사이의 협력관계를 어렵게 할 뿐 아니라 사회복지서비스의 원칙을 적용하는 데 있어 어려움을 가중시키고 있다.

즉, 책임성의 소재가 모호한 사례의 경우이다. 의료적으로 치료가 끝난 소위 베드블럭커스(bed-blockers)의 경우는 병원에서의 치료는 끝났지만 자신의 집으로 되돌아가 일상생활을 영위할 수 없는 상태이므로 이들에 대한 책임소재는 어디에 있는가 하는 문제는 서비스 제공자로 하여금 협력의 어려움을 야기 시키며, 노인보호 서비스의 효율성에 의문을 제기시키고 있다.

또 다른 하나의 문제는 현행 사회복지서비스 이용에 대한 비용이다. 비용에 대한 기준이 사회복지서비스법에 정확히 명시되어 있지 않고 단지 “기초자치단체의 결정에 근거하여 적절한 수준의 비용”만을 적용하도록 법 제35조에 규정하고 있다. 이러한 모호한 규정으로 인해 각 기초자치단체의 같은 내용의 사회복지서비스가 제공될지라도 비용 수준의 차이가 심해 형평성에 대한 문제가 제기되기도 한다. 사회복지서비스 법에서 제기된 노인보호와 관련된 이러한 문제점들을 해결하고 보다 효율적으로 노인복지서비스를 제공하기 위해 1992년 에텔개혁법을 제정하였다.

에텔개혁법의 제정 목적은 사회복지 서비스의 전달 체계를 통합하여 일괄된 재정의 운영체계를 구축함으로써 의회에서 결정된 노인보호의 목표를 보다 효율적으로 달성한다는

것이며, 또한 사회서비스 비용의 중립성과 형평성을 고려하여 비용체계의 재정립을 확립하는 데 있다. 그러나 개혁의 효과성에는 의문이 제기되는데 그 이유는 예텔개혁의 시행후 사회서비스의 비용이 상승하여 일부 노인들은 도움이 필요하면서도 신청할 수 없는 사례들이 속출하게 되었음을 들 수 있다.

기초자치단체의 사회서비스 재정에 있어서 소비자 비용의 증가는 실질적으로 1992년 5.5%에서 1994년 8.5%로 증가되었다(Socialstyrelsen, 1996). 이처럼 기초자치단체의 재정적인 어려움과 초고령 노인들의 욕구의 증가는 재가복지서비스 제공에 있어서 문제점이 제기되고 있다.

VII. 결론

스웨덴은 민주적 분권화와 평등한 복지수혜라는 이중적 목표를 달성하기 위해 지방자율과 중앙통제를 병존시키는 방안을 강구해오고 있다. 중앙정부는 행정위원회, 국가보조금, 회계감사 그리고 사법읍부즈만을 통해 주정부와 군의회를 선도하고 있다. 지방정부의 경우는 전적으로 직선에 의한 의결기구를 구성, 과세권을 가지며 분담된 기능은 특별입법의 보호아래 자율적으로 시행되는 독자적 행정구도를 형성하고 있다. 중앙정부와 지방정부의 관계가 계층적인 사무분담이라기보다 기능적인 분화방식으로 그 권능을 분장하고 있다. 예컨대 주정부의 의료보건, 군정부의 교육 및 사회복지의 시행에 중앙정부가 재정보조를 하는 것은 통제방편이라기보다 지분부담의 성격을 더 강하게 띠고 있다.

스웨덴은 노인복지정책을 위한 모법(母法)기능을 할 수 있는 노인복지법이 있는 것은 아니지만 사회보험법이 노인생활의 필수적 요소인 소득과 의료 및 주택을 보장하고 있으며, 일상생활의 보호와 의료적 치료와 관련된 서비스들은 사회서비스법과 보건의료서비스법에서 지원되고 있다.

스웨덴의 노인복지 정책의 주요 초점은 노인들이 가능한 한 평생 거주하던 주택에서 일상생활을 영위할 수 있도록 제반 복지서비스 및 법적 근거를 마련하는 것으로 요약할 수 있다. 이러한 정책의 실현을 위해 중앙정부는 개별적인 사회보호법을 단일화하여 사회서비스법 마련하였으며, 이 법의 테두리 안에서 노인은 일생 생활에 필요한 각종 원조서비스를 받고 있다.

이로서 스웨덴의 노인복지의 주택이라는 물리적 공간의 확보와 그 속에서 독립적 삶을 영위할 수 있도록 돕는 가정봉사서비스, 가정간호서비스, 사회서비스 등이 채워지도록 하고 있다. 그리고 이를 위해서 사회보험이라는 제도와 개인의 기여 및 지역사회의 내적 자원의

동원이 조직되고 있다. 책임소재가 중앙정부나 광역자치단체에서 기초자치단체로 이전되고 있어서, 지역사회의 가정 내에서 사회서비스와 의료서비스의 통합이 이루어지고 있다.

나라마다 장기요양보호정책의 내용은 다르지만 정책의 방향은 공통적으로 시설중심의 보호에서 지역과 가족중심의 보호로 넘어가고 있다. 장기요양보호에서 시설보호가 우선적으로 발전하는 것은 노인보호가 구빈적 성격에서 시작하기 때문이고, 그후 사회보장제도의 발전을 통해서 노인보호가 단순한 수용보호차원이 아닌 삶의 질을 보장해 주는 차원으로 넘어감으로서 노인의 필요와 욕구에 부응하는 장기요양보호제도가 정착해 나가는 것이다.

고령화시대의 우리나라의 장기요양과 관련된 노인보건·의료보장을 위한 정책은 질환노인 보호는 가정과 지역사회에서의 보호에 중점을 두어 추진할 필요가 있다. 가정에서의 노인장기요양(Long Term Care)에 대한 정책적 지원이 필요하고 주간보호(Day Care), 단기보호, 가정봉사(Home Helper) 등의 사업을 위한 인프라 확충과 시설보호가 불가피한 노인을 위한 생활시설도 적정한 수요를 충족할 수 있도록 지속적으로 확충되어야 한다. 또한 병원·요양시설·사회복지시설 및 가정에서의 노인 보건의료 및 복지서비스의 연계와 관리체계 마련이 필요하다. 노인의 신체적·정신적 조건을 개별적으로 사정하여 각각에 필요한 서비스와 종류와 서비스제공을 결정하는 시스템을 발전시켜 자원의 낭비를 막고 서비스의 질 향상 도모 필요하다.

마지막으로 노인장기요양보호제도와 관련해서는 노인보건 수요의 증가, 시설 및 인력 인프라의 확충, 재정여건 및 사회적 합의 등을 충분히 고려하여 신중하게 검토하되 지속적으로 연구할 필요가 있다.

참고문헌

- 김미혜(1996), "스웨덴의 노인복지 관련법", 「노인복지정책연구 3」.
- 방하남외(1999), 「사회보험통합방안연구」, 한국노동연구원.
- 변광수외(1993), 「복지의 나라 스웨덴」, 한국외국어대학교출판부.
- 변광수외(1995), "복지국가 스웨덴의 지방자치", 「지역연구 4(1)」.
- 신윤창(1998), "스웨덴의 국가발전에 있어 이념적 스펙트럼의 변화", 「관동대사회과학논총3」.
- 신복기(2000), "한국노인 장기요양보호의 문제점과 대책", 「사회복지개발연구6(1)」.
- 안상훈(2001), "스웨덴의 노인주택정책과 관련법", 「주요선진국의 노인주택정책21」.
- 여성한국사회연구회(1999), 「노인과 한국사회」, 사회문화연구소출판부.
- 이혜원(1999), 「노인복지론-이론과 실제-」, 서울, 유평출판사.
- 재정경제부(2001), OECD한국경제보고서.
- 한국경제연구원(1999), 「국가위기 극복사 례와 시사점」, 대한상공회의소.
- UNI-KLC(2000), "스웨덴 사회복지 연수보고 세미나"
- Edebalk, P-G(1990), Hemmaboendeidelogins genombrott-aldringsvard och socialpolitik 1945. Lund universitet: Lund.
- Edebalk, P-G(1996), Valfardsstaten trader fram, Svenska socialforsakring 1884-1995, Arkiv: Ystad
- Elmer, A, E; Blomberg, S; Harrysson, L; Petersson, J(1998), Sven socialpolitik, Studentlitteratur: Lund.
- Gould Arthur(1996), "Sweden: The Last Bastion of Social Democracy", in Vic George & Peter Taylor Goodboy(eds.), European Welfare Policy: Squaring the Welfare Circle, London: Macmillan.
- Oden, B(1985), En historiker ser pa varden av aldre I gangen tid I De aldie I samhallet-forr. Arbetsrapport 22: Lund.
- Socialstyrelsen(1996), Social service, vard och omsorg I Sverige
- Socialstyrelsen(2000), Social Styrelsen Idag . Stockholm : Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen(2001), Vard och omsorg om aldre 2000. statistik - Socialtjanst.
- SOU(1987), Aldreomsorg I utveckling. Betankande av aldreberedningen.
- <http://www.nso.go.kr/cgi-bin/>
- <http://cyberwelfare.or.kr/ind03/>
- <http://kr.dailynews.yahoo.com/>

영국의 장기요양서비스제도

이지전

목 차

I. 서론	225
II. 영국복지체계변화와 노인	226
III. 영국의 보건의료제도	230
1. 보건의료제도 개요	230
2. 국가보건서비스 체계	231
1) 조직	231
2) 자원 및 지출 내역	232
3. 국가보건서비스 급여 내용	234
1) 의료서비스 전달 체계와 그 내용	234
2) 보수 지불 체계	235
3) 국가보건서비스의 주요 지표	236
IV. 영국의 노인보건복지	238
1. 노령 인구의 인구사회학적 특성	238
2. 노령 인구의 의료이용 수준	240
3. 노인 장기요양체계	244
1) 장기요양서비스의 내용	245
2) 장기요양서비스의 비용	252
3) 장기요양서비스의 미래	254
4) 호스피스서비스	255
V. 맺음말	256
참고문헌	258
부 록	259

표 목차

<표 1> 영국복지체계의 변화 속의 노인보건복지	228
<표 2> 국가보건서비스 주요 지표	237
<표 3> 영국 노인 인구 변화	238
<표 4> 각 국의 기대여명 비교(1997년)	240
<표 5> 노인 인구 연령별 1인당 보건의료비 추정(잉글랜드)	241
<표 6> 노인 인구의 의료이용 관련 지표	241
<표 7> 노인의 의료이용 수준	242
<표 8> 시설 보호 노인 현황	248
<표 9> 시설 형태 및 재원형태별 노인 수용 현황	249
<표 10> 보건 및 사회서비스 이용 수준	250
<표 11> 비공식 보호를 받는 사람들의 특성	251
<표 12> 비공식 보호의 의존과 수혜: 영국 1994	251
<표 13> 서비스와 자금의 유형에 따른 장기요양 수혜자	252
<표 14> 장기요양서비스에 대한 비용	253
<표 15> 노인장기요양서비스 비용 추계	254

그림 목차

<그림 1> 국가보건서비스 자원 2000~2001 회계연도	233
<그림 2> 병원과 지역사회보건 부문별 지출 내역, 1997~98	233
<그림 3> 병원과 지역사회보건에 대한 연령별 지출 내역, 1997~98	234
<그림 4> 영국 노인인구 변화 추계	239

I. 서론

영국의 보건복지정책에서의 노인보건정책은 노인을 독립된 정책 대상으로 생각하는 우리나라의 것과는 다른 모습이다.

영국은 2001년 현재 전체 인구 중 65세 이상이 15.6%로 7명 중 1명이 노인인 노령사회이다. 경제성장률이 둔화되면서 저성장기에 급속한 노령화를 겪게 되어 과중한 사회적 부담을 짊어지게 되는 우리나라의 상황과는 달리 영국을 포함한 서구 선진국들은 세계적인 경제적으로 성장기에 노령화가 점진적으로 진행되어 이에 따른 부담 증가를 서서히 사회 내로 흡수해 나갈 수 있었다(선우 덕, 1999).

지난 150년 간 사회적 상황에 적응하면서 변화되어온 영국의 복지 정책은 1960~70년대의 복지 확대 시기를 거쳐 최근 20년 간 복지 축소를 위해 노력하고 있다. 그러나, 지난 2000년 7월 발표된 국가보건서비스 개혁안은 복지 축소를 위해 애쓰는 영국 정부의 노력과는 다른 형태의 보건 복지 정책 방향을 제시하고 있다.

1948년 “국가의 재원으로 국민의 나쁜 건강(ill-health)을 줄이고, 좋은 건강(good-health)을 증진시키기 위하여” 시작된 국가보건서비스(NHS: National Health Service)는 영국국민이 질병으로 의료서비스가 필요할 때 비용에 대한 공포를 가지지 않게 하는 성과가 있었다. 그럼에도 불구하고 오늘날 국가보건서비스체계는 사회의 변화에 발맞추어 발전하는데는 실패하였다는 평가를 듣고 있다. 환자들이 의료서비스를 받기 위해서 너무 자주, 그리고 너무 오래 기다려야 한다는 것이다.

영국은 국가보건서비스정책을 실시한 이후 연평균 3.0%의 예산 증가를 유지해 왔으나, 국가보건서비스가 향후 4년 간 평균 증가율 6.8%로, 더 많은 돈이 보건서비스에 투자되기로 되었다. 국가보건서비스의 개혁은 환자들의 보다 빠르고 보다 편리한 보건의료서비스 이용과 장기요양체계에 대한 새로운 가치 부여, 그리고 사회보장과 보건서비스의 공조체계 구축 등 서비스와 체계 전반에 대한 변화로 새로운 국가보건서비스의 지평을 열 것으로 기대되고 있다.

스스로 ‘현대화(modernization)’라 부르는 국가보건서비스 개혁으로 노인보건복지를 포함한 보건서비스체계 전반에 대한 변화를 준비하고 있는 영국을 살펴봄으로써 급격하게 노령사회로 발전하고 있는 우리 사회가 대비해야 할 변화를 예측해 보는데 도움이 될 수 있을 것이다.

이를 위해, 복지 역사의 변화 속에서 노인의 위치를 알아보고, 노인을 위한 보건의료서비

스 정책을 파악하기 위해서 국가보건서비스 전반에 대한 이해를 갖고자 한다. 그리고 마지막으로 노인의료이용과 장기요양서비스에 관하여 알아보고자 한다.

II. 영국복지체계변화와 노인

영국의 사회복지발달 과정을 살펴다 보면 사회 전반의 현상에 대해 이해하려고 노력한 인물들을 만나는 즐거움을 갖게 된다. 끊임없이 영국사회의 현실을 파악하려는 노력과 이를 수행한 선도자들의 출현으로 영국의 복지제도는 도입 이전에 먼저 사회상황을 국민들에게 제시하는 연구가 수행되었고, 이는 영국 복지발전에 많은 기여를 하였다. 이와 같은 전통은 오늘날에도 이어져 정부가 정책을 입안하기 전에 왕립위원회 등을 구성하여 전문가들이 사실을 조사 분석하고, 대안을 건의하고, 이를 받아들여 필요한 경우 토론용 녹색(green paper)를 제시하여 관련 의견을 수렴하고 입법할 내용을 확정된 후 백서(white paper)로 정책을 발표한다. 그 후 입법 과정을 거치면서 국회에서 최종수정을 거친다. 그리고 중요한 정책은 반드시 백서로 기록이 남는다.

오늘날의 영국이 시대 상황에 맞추어 발전하는 복지제도를 가질 수 있는 것은 수많은 연구소와 이를 뒷받침해 주는 기금들이 현재의 당면한 상황들을 분석하여 사실을 규명하는 작업을 하고 있기 때문에 가능한 일이다(이영찬, 1998). 또한, 복지를 집행하는 과정에서 '돈 가치에 합당한(value for money)' 능률성을 찾는 데 중점을 두고 있다. 정부가 집행을 독점하는 것이 아니라 최고의 능률성이 나올 수 있는 주체로 하여금 복지의 집행을 담당토록 하는 원칙이 확고하다.

이러한 과정과 원칙 속에서 변화해온 영국의 복지체계에서, 특히 보건과 관련된 노인의 위치는 어떠하였는지 개괄적으로 살펴보고자 한다(<표 1>).

많은 연구가들은 영국의 복지 역사에 대한 서술을 1601년 엘리자베스 구빈법에서부터 시작하고 있다. 낙인 없이 건강한 사람이 근로하는 데 주안을 둔 구빈법에서 노인은 환자와 함께 근로 능력이 없는 구제 대상자에 해당되었으며, '시설구제(indoor relief)' 형태로 구빈원에 입소해야 구빈 혜택을 받을 수 있었다.

1782년, 길버트법은 구빈감독관이 작업장 입소를 거부하는 빈민은 구제대상자에서 제거하는 권한을 부여했던 구빈법을 역전시켰으며, 작업장 중심의 공공부조체계부터의 최초의 일탈이었다는 점에서 그 의의가 크다(남찬섭, 2001). 이로써 자신의 집에서 요청한 도움을 받

을 수 있는 '시설구제(outdoor relief)'가 가능하게 되었다. 그러나, 길버트법과 스펀햄랜드법에 의한 부작용-세금부담 증가, 대책 없는 비용 증가, 근로의욕 감소-들은 1834년 구빈법개혁법에서 다시 원내구제로 돌아오는 이유가 되었다. 이 법으로 아동, 장애인, 노인 및 정신 질환자 등 구분 없이 뒤섞여 구호하는 기존의 구빈원을 대상별로 분류하여 구호하며 노인 부부마저도 별도 수용하여 만나지 못하게 하는 등 비인간성과 잔인성으로 유명하였으나, 40%의 비용 절감에 성공한 것으로 평가되었다.

1911년 사회보험법을 통해 영국은 사회보장의 첫걸음을 내디뎠다. 과거의 구제제도처럼 욕구에 기초한 것이 아니라 미리 정해진 위험이 발생하였는가에 따라 급여의 제공여부와 그 양이 결정되었다. 1942년 베버리지보고서는 여러 급여제도를 새로운 원칙하에 통합, 실업·질병·은퇴 등 소득상실에 대비한 포괄적 사회보장제도를 도입하는 계기가 마련되었다. 이 보고서에는 소득감소가 발생하는 원인 그 자체를 제거하는 조치를 강구해야 할 것을 제안하고 있었다. 그 중 질병에 따른 노동불능상태를 회복하는 조치로서 질병의 예방·치료 및 노동능력의 회복을 목적으로 사회구성원 전원에 대한 포괄적인 보건서비스 및 재활훈련 서비스 제공을 주장하였는바, 그후 이것이 국가보건서비스제도로 결실을 맺었다.

영국에서 노인을 위한 근대적인 복지서비스의 제공은 1945년 이후부터 본격화되었다. 「국가보건서비스법(National Health Service Act, 1946)」에 의하여 전 국민에게 무료로 의료서비스가 제공되었고, 1948년 입법화된 「국가보조법(National Assistance Act)」은 건강하지 못한 노인에게 보호시설을 제공하도록 규정하였다. 1940년대 후반에는 노인병의학(geriatric medicine)이 발달하기 시작하였다.

지역사회보호라는 용어가 공식적으로 등장했던 것은 1957년 왕립위원회의 「정신장애인 보고서(Royal Commission on the Law Relating to the Mental Illness and Mental Deficiency)」였다. 노인의 치매를 포함한 정신장애인은 병원 입원보다 지역사회보호로 전환하여 가족의 보호를 받는 것을 권고한 이 보고서가 발표된 이후 1959년 「정신보건법(Mental Health Act)」이 제정되었고, 지역사회보호서비스가 실시되었다.

1968년, 「시범보고서」에 의해 사회사업국과 국가보건서비스는 두 개의 다른 조직으로 별도로 관리하는 구조로 구성되었다. 이후 1974년 사회사업과 보건서비스 중간 영역인 정신병자, 노인, 그리고 장애인을 위한 보호 업무를 담당하는 협의기구가 설치 관리되었으나 성과는 없었다.

1980년대에 들어오면서 1974년 조직 재편성시 생긴 계획 및 자문체계가 축소되고 보건부는 보건청에 세부적인 지침 하달보다는 우선순위에 대한 설명을 하였다. 우선순위는 「실행되는 보호(Care in Action)」라는 백서를 통해 노인, 장애인, 정신 및 지체 장애인에 대한 서비스가 강조되었다.

<표 1> 영국복지체계의 변화 속의 노인보건복지

왕조 · 정당	주요 정책 및 법	주요 노인복지 · 보건제도
1327-1377 에드워드 3세	1349 노동자 조례 1351 2차 노동자 조례	임금 억제, 노동력 억제에 주력
1558-1603 엘리자베스여왕	1588 구빈법 1597 구빈법 1601 엘리자베스 구빈법	구빈세징수, 원내구제(indoor relief) 낙인없이 건강한 사람 일하게 하는데 주안, 환자나 노인 구빈원 수용보호
1837-1901 빅토리아여왕	1782 길버트법 1795 스피햄랜드법 1832 왕립위원회 1834 신구빈법 1844 원외구제금지령 1847 구빈청 설치, 공장법 1852 원외구제규제령	원외 구제(outdoor relief) 기준에 따른 수당 지급 구빈법 개혁위원회; '1834년 원칙' 건의 낙인효과-빈민구호 억제에 주안 원내 구제 부활
1868-74 자유당 1874-80 보수당	1869 런던자선조직협회 1866-1903 부스의 사회조사 1901 라운트리 사회조사	빈곤에 대한 조직적 통계적 조사 동부 런던지역 대상 요크 지역 빈곤조사: 빈곤순환 연구 노령연금과 아동수당필요성 주장
1905-22 자유당	1905 구빈법왕립위원회 1909 다수파 · 소수파 보고서 1909 노령연금법 1911 국민보험법 1912 실업보험, 보건보험 도입	다수파: 기초적 최저수준만 지원 지원가치있는자에게 더 지원 소수파: 빈곤은 자본주의 산물 구빈법 폐기 주장 70세 이상 노인 무기여연금 자산 및 도덕성 조사 후 최초로 사회보험 입법화 가장에게만 보건보험 적용
1935-45 보수당	1929 과부 · 고아 · 노령 기여연금법 1930 구빈법 1939 응급의료서비스 제도 1942 베버리지 보고서	가입자와 배우자 65세 노령연금수급 구빈서비스(원) 공적부조시설로 개칭 노인제외상당인구 무료국가보건서비스 여러 급여제도 새로운 원칙하에 통합, 실업 · 질병 · 은퇴 등 소득상실 대비한 포괄적 사회보장제도 도입계기 마련 여자 60세, 남자 65세 노령연금

	1944 국가보건서비스 백서(철회됨)	포괄적 보건서비스무료이용, 세금충당
	1946 국가보건서비스법	전국민 무료의료서비스 제공
	1948 국가보조법	비건강 노인 노인보호시설제공
	1948 국가보건서비스 시행	주치의 등록제, 인두제 실시
	1950 국가보건서비스	안경, 보철 등 일부 수수료 부과
1951-64 보수당	1957 왕립위원회 장애인보고서	'care in community'
	1959 정신보건법	치매노인·정신장애인 지역사회보호
1964-79 노동당	1968 시봄(Seebohm) 보고서	'care by community'
	1970 지방자치단체사회복지서비스법	비공식부문 원조활동, 재가서비스강조
	1970 만성환자 및 장애인법	
	1974 보건조직 개편	국가보건서비스/사회사업국
1979-97 보수당	1981 실행되는 보호 백서	정신병자·노인·장애인 보호협의기구
	1983 정신보건법	노인·장애인 등 서비스 강조
	1990 보건서비스및지역사회보호법	정신병자·정신지체인 강제 입원 가능
	1992 전국민을 위한 보건 백서	
1997- 노동당	1997 왕립위원회장기요양보고서	
	1998 복지를 위한 새로운 계약 녹서	
	1998 새로운 국가보건서비스 백서	
	2000 NHS Reform	요양시설 요양비용 무료, 중간요양서비스, 노인의료표준화지침

자료원: England's Road to Social Security(영국사회복지발달사) by Karl de Schweinitz(1943), 남찬섭 옮김(2001); 『영국의 복지정책』, 이영찬(1998).

1990년 국가보건서비스와 사회보장서비스에 대한 관리운영방식 및 재원 조달 방식이 포함된 광범위한 개혁을 시도하기 위해 「국가보건서비스 및 지역사회보건법」이 제정되었다. 의료서비스 제공자였던 보건당국은 의료서비스 구입자의 기능과 제공자로서의 기능이 분리되었고, 방문간호 및 보건원의 방문보건사업 등 광범위한 보건의료서비스를 제공받을 수 있게 되었다.

노인인구의 증가와 요양시설 및 서비스의 이용 증가에 따른 「장기요양체계에 관한 왕립위원회의 보고서(1997년)」는 자산조사를 통한 장기요양비용부담을 무료화 할 것을 주장하는 등 21세기를 위한 새로운 제안을 하고 있다. 또한, 국가보건서비스에 대한 누적되어온 불만들을 수술하기 위해 다양한 백서와 녹서의 결과물로 2000년 7월 영국은 국가보건서비스에 대한 파격적인 개혁안을 선보였으며 그 실행을 앞두고 있다.

III. 영국의 보건의료제도

1. 보건의료제도 개요

영국의 보건의료제도는 1946년에 제정된 「국가보건서비스법(National Health Services Act 1946)」에 근거하고 있으며, 1948년 7월 5일부터 시행되었다. 국가보건서비스제도는 1942년의 실업, 질병, 재해, 퇴직에 따른 소득감소를 보충할 목적이거나 출생, 사망, 결혼에 따른 특별지출을 조달하기 위한 제도의 창설을 제창한 베버리지보고서의 기본사상을 담고 있다. 이 보고서의 내용에는 소득감소가 발생한 원인 그 자체를 제거하는 조치를 강구해야 할 것도 제안하고 있다. 이 중 질병에 따른 노동불능상태를 회복하는 조치로서 질병의 예방·치료 및 노동능력의 회복을 목적으로 한 포괄적인 보건서비스 및 재활훈련서비스가 사회구성원 전원에 대한 제공을 들 수 있고 이것이 국가보건서비스제도로써 결실을 맺었다. 국가보건서비스는 첫째, 보건의료서비스 공급이 국영이며, 경비의 대부분은 국고에서 조달되고, 둘째, 전국민을 대상으로 하며 원칙적으로 무료서비스를 제공하며, 셋째, 예방, 치료, 재활훈련 등을 포함한 포괄적 의료보장제도이며, 넷째, 국가가 의료를 계획적이고 평등하게 급여하기 위해 의료공급측면에 큰 제약을 가하는 것을 그 주요 내용으로 하고 있다.

모든 영국인 및 거기에 준하는 사람들(Permanent U.K. Residents)은 일반개원의 중에서도 각자 자신의 주치의를 갖는다. 일반개원의(GP; General Practitioner)는 자신의 관할 지역에서 환자를 일차적으로 치료하고 책임지는 담당의사로, 다른 의료 기관 및 의료인들(방문보건원, 간호사, 조산사)과 협력 관계에 있어서 필요한 경우엔 병원에서 치료받도록 해준다.

영국 국민들은 복지제도를 왕관에 비유한다면 이러한 국가보건서비스 제도를 왕관의 보석에 해당하는 것으로 비유하고 있다(이영찬, 1998). 국가보건서비스는 지난 1948년 실시 이후 국민들의 전폭적 지지를 받아 왔고, 외국으로부터 찬사와 비난을 받으면서 끊임없는 개혁의 시도가 모색되어 왔다. 그러나, 국가보건서비스 체계가 성립된 이후 연 평균 3.0%의 성장률로 사회 변화를 따라 잡지 못한 채 발전해 왔다고보다는 그저 근근히 유지되어져 왔다는 평가를 받고 있다(DH Report, 2000). 근본적인 변화 없이 치료대기자의 증가, 대기시간의 장기화, 열악한 보호 수준, 그리고 의료 인력의 부족 등으로 보도매체의 비판대상으로서 또는 대중의 지대한 관심의 대상으로 정치적 핵심 과제가 되어 온 국가보건서비스는 지난

2000년 새로운 개혁의 첫걸음을 내딛었다.

21세기 영국 보건의료 발전을 위한 시스템 전반에 대한 새로운 비전 제시와 자원 배분의 증가 등을 통하여 새로운 국가보건서비스를 위한 국가계획(National Plan)이 2000년 7월 발표되었다. 향후 4년 동안 평균 국가보건서비스 비용이 6.3%로 성장할 것이며, 이는 98-99 회계연도에 가구당 1,850파운드였던 보건서비스 비용이 2003-2004년에는 2,800파운드가 되는 것을 의미한다.

개혁안에는 다양한 발전과 변화를 제시하고 있는데, 노인보건과 관련되어 두드러진 변화로는 그간 자산조사를 통하여 비용 부담의 수준이 결정되었던 장기요양서비스가 무료서비스로 전환되는 점과 중간요양서비스(Intermediate Care Service)에 대한 투자 계획 등이 있다.

2. 국가보건서비스 체계

1) 조직

국가보건서비스 조직은 중앙의 보건부(Department of Health)와 해당 지방의 국가보건서비스의 감시 및 평가 기능을 가지는 지방보건청(NHS Agency), 그리고 지역주민을 위해 현장에서 업무를 담당하는 지역보건당국(District Health Authority)으로 구성된다.

보건부는 보건서비스의 전 분야에 걸쳐 책임을 지며, 첫째 지역에서 공급해야 할 의료서비스의 종류, 규모, 균형 등을 결정하고, 둘째 지방사무국에 대한 통제 및 지도를 하고 셋째, 의료자원 확보와 그 질 향상 그리고 마지막으로, 국가적 차원에서 국가보건서비스와 관련한 정보 수집, 보관 등 모든 보건의료정책을 지시한다.

보건부는 국가보건서비스를 지속적으로 향상시킬 책임을 지고 있는 보건부장관(Secretary of State)과 예방, 보건의료, 지역 보호 그리고 부처의 대변인 역할을 각각 담당하고 있는 4명의 부장관급(Minister of State)으로 구성된다. 정책 수립과 관리를 분리하기 위해 정책실과 집행국이 설치되었으며, 정책실은 정책목표를 설정하는 기능을 담당하고, 집행국은 정책실이 설정한 전략적 목표를 실행하는 기능을 한다.

보건부는 보건서비스를 직접 전달하는 것이 아니라 국가보건서비스체도를 통하여 전달하고 있다. 관리책임은 지역단위의 보건청에 이양되어 있으나, 병원신축, 임금협상, 의료기기 및 약품 구입, 관리서비스 및 일부 자문기능은 보건부가 직접 행사하고 있으며, 임금협상의 경우는 그 권한이 병원신탁(NHS Trust)에 이양되어 있어 병원신탁으로 하여금 자체적으로 협상을 담당하도록 하고 있다.

보건청은 보건부와 지역보건당국의 중간에 위치하여 쌍방의 중간적인 역할을 하고 있다. 현재 각 보건청은 인구 200만~500만명 규모의 지역을 관할하고 있으며, 해당지방 국가보건

서비스기관의 서비스 감시와 평가 등을 담당하고 있다.

지역보건당국은 일선기관으로서 국가보건서비스의 실제활동을 수행하는 조직이다. 1991년의 개혁에 의해 각 보건당국은 서비스의 직접 공급자로부터 주민을 위해 필요한 서비스를 구입하는 구입 대행자로서의 성격을 갖게 되었다. 이로써, 지역보건당국은 국가보건서비스를 실시하는 중핵적인 존재이고 지역의 보건서비스가 그 지역에 최적이 되도록 지역의 수요를 파악하고, 계획을 수립·실행하여 보건서비스를 공급하고 있다.

보건부에서 수행하는 노인관련 업무로는 노인에게 제공되는 모든 서비스의 입법에 관한 책임 뿐 만 아니라 국가보건서비스의 재정지원과 보건청의 보조금 지급의 권한도 수행한다. 이 외에도 사회보장의 행정관리와 재정에 대해서도 책임권한을 행사한다. 보건부는 민간단체에서 운영하는 노인보호시설과 요양원의 사회보장 지원금의 사회보장지급 범위를 결정하고 개인주택 거주 노인을 위한 지역 정부 지원금의 범위를 통제해 왔다.

2) 자원 및 지출 내역

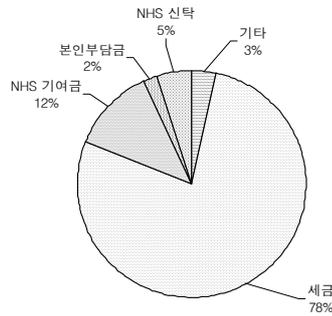
국가보건서비스는 순수하게 국민의 세금으로 운영되며 국회의 예산 및 결산의 과정을 거쳐서 이루어 진다. 2000~2001년 회계연도의 경우 국가보건서비스 재원의 78.0%가 세금으로부터, 국민보험기금 기여금 12.0%, 본인부담금 2.0%, 병원신탁(NHS Trust)으로부터 5.0%가 충당된다(<그림 1>). 이 중 국민보험기금의 기여금이란 피용자나 자영업자가 가입한 국민보험의 보험료 수입으로부터 충당된 것을 말한다.

국민보험이란 상병수당이나 실업급여, 노령·장애·유족 연금 급여 등 모든 현금급여를 국민에게 지급하는 종합적이고 전국적으로 통일된 사회보험제도이다. 따라서 연금수급 연령에 기준한 노인의 경우 국민보험에 대한 각출의무가 없어 소득세나 부가가치세 등을 통해 국가보건서비스의 자원조달에 기여하기는 하지만 그 외의 직접적인 비용을 부담하지는 않는다.

세금 외의 자원으로는 수수료나 부담금이 있는데 이것은 국가보건서비스의 처방전 수수료나 개인사회서비스에서 복지시설 입소자 중 일정소득 이상인 자를 대상으로 받는 부담금이다. 또한 자선적 기부금이나 개인의 비공식적 지출이 재원의 일부를 형성하는데, 자원단체에 시간 및 기술을 제공하고 자선금이나 현물을 제공하는 것을 모두 의미한다. 자원단체의 활동은 영국의 오래된 전통으로 오늘날에도 활발하게 진행되고 있으며 정부도 국가가 복지를 모두 부담할 수 없다는 것을 인식하여 이를 적극 육성 지원하고 있다.

국가보건서비스에 대한 공공지출이 지난 20년 간 계속 상승하였지만, 그 증가폭은 평균 3.0%로 다른 나라에 비해 그리 크지 않다.

<그림 1> 국가보건서비스 재원 2000~2001 회계연도

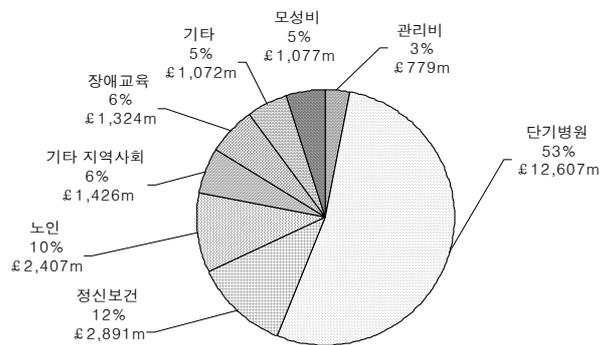


자료원 : Department of Health Report 2000
<http://www.doh.gov.uk/dohreport/report2000>

병원과 지역사회보건에 대한 비용 지출 내역을 살펴보면 총액 2백3십5억8천4백만 파운드 중 53.0%가 병원비용으로, 노인 10.0%, 치매관리 등이 포함되는 정신보건에 12.0%가 사용된다(<그림 2>). 이를 연령별로 분석해보면, 병원과 지역사회보건 예산 중 39.0%가 18.0%의 노인인구로 인해 발생하는 비용임을 알 수 있다(<그림 3>). 이 중 전체 인구의 1.8%를 차지하는 85세 이상 노인이 차지하는 비용은 9.0%임을 볼 때 영국의 보건의료비용 중 노령인구가 차지하는 비중을 알 수 있다.

<그림 2> 병원과 지역사회보건 부문별 지출 내역, 1997~98

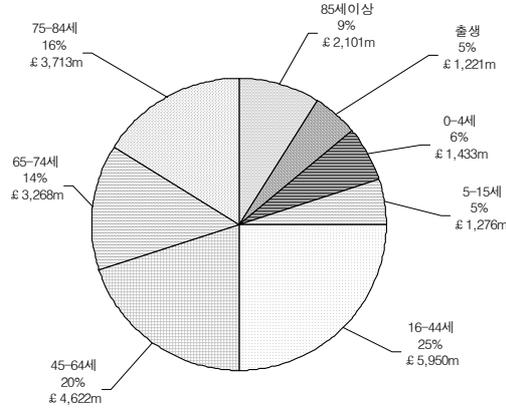
(단위: 백만파운드)



자료원 : Department of Health Report 2000
<http://www.doh.gov.uk/dohreport/report2000>

<그림 3> 병원과 지역사회보건에 대한 연령별 지출 내역, 1997~98

(단위: 백만파운드)



자료원 : Department of Health Report 2000
<http://www.doh.gov.uk/dohreport/report2000>

3. 국가보건서비스 급여 내용

1) 의료서비스 전달 체계와 그 내용

영국의 국가보건서비스는 최저수준의 보장을 목적으로 하는 다른 사회보장제도와는 달리 최적 수준(optimum standard)의 국민의료서비스를 제공하는 목적을 가지고 있는 제도이다. 다른 나라들처럼 보험 형태를 취하지 않고 보건서비스 형태를 취하고 있기 때문에 의료비의 대부분은 국고에서 부담하고 총예산의 12.0%정도를 국민보험기금에서 충당한다(<그림 1>). 따라서 영국 국민은 필요시에 언제나 병원에서 치료를 받을 수 있고, 극히 제한된 액수만을 부담한다. 납세자, 고용자, 종업원은 이 서비스를 위해 세금을 내고 있다.

영국 국민들을 위한 대부분의 의료서비스는 자기가 거주하는 지역에서 받게 된다. 즉 의료서비스는 국가보건서비스와 계약한 의사, 약사와 공공병원에서 필요한 의료급여를 받는다. 따라서 노인들은 지역병원에 등록되어 의료서비스가 필요할 때 언제나 의료서비스 받게 된다.

국가보건서비스에서 제공하는 서비스 내용을 살펴보면, 우선 국가에서 운영하고, 사회화된 체계 내에서, 보건의료서비스를 전달하는 경우는 무료이다. 예외적인 경우에는 교통사고 치료비용, 국가보건서비스 병원 내에 있을 지라도 사설 병상에서 제공받는 서비스, 의료 외적인 사유로 넓은 병실 이용, 외국인 방문객의 비응급서비스, 치과 보철 및 치료, 안경 등은 비용을 본인이 지불해야 한다.

일차의료담당자들은 국가보건서비스와 계약한 일반개원의로서 진료소에서 보건의료서비스를 제공하며, 이 밖에 지역보건서비스가 있다.

병이 발생하면 먼저 자신의 주치의(일반개원의)와 예약해야 한다. 주치의가 부재시에는 동료 일반의가 대신하며, 진료 후 처방전을 가지고 약국에 가서 약을 조제 받는데, 60세 이상 여자와 65세 이상 남자는 무료이다. 그 외에 임신부, 출산 후 1년 미만인 여자와 16세 이하 어린이를 제외하고는 전액 지불해야 한다.

한편 집에서 진료를 받고 싶을 때는 오전 10시 이전에 예약 전화를 하도록 한다. 영국의 일반개원의는 처방전을 잘 주지 않으며, 처방전이 없으면 간단한 약을 제외하고는 약국에서 약을 살 수 없다. 약국은 예약할 필요가 없으므로 간단한 질병인 경우에 약국에 가서 상의해도 된다. 긴급한 상황일 경우는 비상구급전화를 이용하여 앰블런스를 요청한다.

이차의료기관으로서의 병원은 인구 15만명에서 30만명 지구마다 있는 종합병원을 의미한다. 국가보건서비스 체계 하에서 병원은 전문의에 의한 의료서비스를 제공하는 곳으로 응급환자를 제외하고 직접 의료를 받을 수 없고, 반드시 일반개원의의 소개를 받아야 한다.

이러한 명확한 역할 분담이 있는 전달체계는 일차의료를 담당하는 자들의 수입 보장과 함께 보건의료비용을 절감할 수 있는 효과가 있다.

2) 보수 지불 체계

국가보건서비스 제도하의 각 기관들의 운영에 대해 살펴보면, 정부는 국가보건서비스 체계 전체에 개입하고 있지만, 각 지역별로 서비스의 기능은 상당히 다양하며 분권화 되어 있고, 독립적이다. 국가보건서비스 및 지역사회보호법에 의해 보건당국은 예산으로 관할지역의 주민을 위하여 필요한 의료서비스를 공사 불문하고 여러 공급주체로부터 구입하는 기능을 독립시키고 있다. 즉, 보건당국은 병원 등의 의료서비스를 제공하는 부문과 서비스를 구입하는 부문으로 분리되었다. 또한 대부분의 병원이 기금을 설립하여 보건당국의 관리로부터 독립하게 되었다. 이에 따라 공립병원도 직원의 채용 및 조사연구, 교육훈련시설의 운영, 그리고 자비환자의 수용 및 의료 이외의 사업실시 등을 스스로 결정할 수 있는 독립채산제로 운영하게 되었다.

병원의 독립채산제와 함께 일반개원의에 대해서도 대기환자의 의료서비스 예산을 총액으로 책정하는 예산유지제도가 도입되었다. 이 예산에는 병원의 외래, 검사, 입원의료비(응급의료 등 제외), 약제비, 진료소 운영비의 일부, 방문간호 및 보건부의 방문지도 등 광범위한 보건의료비가 포함되고 일반개원의는 대기환자를 위하여 가장 적정하다고 생각되는 서비스를 다양한 공급주체로부터 자유롭게 구입할 수 있게 되었다.

보수지불체계를 살펴보면, 병원은 보건당국과 서비스 공급 계약을 하고 보건의료전문인들은 봉급제이며, 서비스 공급 계약을 체결하기 위해서 전문의들에게 인센티브를 제공한다. 병원은 일반적으로 일정 작업량(비용과 양 계약)의 총액에 대해 계약하며 이를 근거로 지불 받는다. 병원은 의뢰 받은 환자에 대해서 계약 수준까지 차별 없이 서비스를 공급하며, 환자 진료비용에 영향을 미치는 경중도나 다른 요소 등으로 차별되지 않는다.

병원은 대부분 국가에서 운영하고 의사의 보수를 국가에서 지급(봉급제)하고 있지만, 지역보건당국과는 계약관계가 되었다. 국가보건서비스 체계 하의 병원 이외의 민간병원과도 계약을 체결하여 병원서비스를 공급할 수 있게 되었다.

일반개원의의 의료 서비스에 대한 수가 지불 체계는 인두제와 수당제 그리고 약간의 행위별 수가제의 혼합형으로 지불하고 있으며, 특정 업무수행목표를 달성하면 보너스를 받을 수도 있다. 진료보수는 1965년에 공표된 「가정의 서비스 현장」에 따라 보건부 장관과 일반개원의 대표간에 교섭이 계속 유지되었다. 주요 수가 및 수당의 수준은 의사 및 치과의사 진료보수재심사위원회의 권고에 근거하고 있다. 그리고 이 권고는 영국 수상에게 국가보건서비스의 근무의사 및 치과의사 보수에 대해 조언할 목적으로 구성된 왕립위원회의 의견을 따르고 있다.

3) 국가보건서비스의 주요 지표

국가보건서비스가 제공하는 서비스의 관련 주요 지표를 살펴보면, 다음의 표 2와 같다. 97년도 영국의 일반개원의는 32,950명으로 의사당 환자수가 평균 1,714명이었다. 이는 지역 보건서비스를 제공하는 2,873명의 의사가 포함되지 않은 수이다. 다른 통계치를 살펴보면 매주 약 140만명의 환자가 가정에서 의료서비스를 받고 있으며, 약 85만명의 환자가 NHS 병원 외래에서 치료를 받는다.

또 70만명 이상의 치과 치료, 70만건 이상의 지역사회 간호사 가정방문서비스를 이용하며, 1만명 이상의 NHS 병원의 분만, 5만회 이상의 앰블런스 호출, 1,200회 이상의 고관절 수술, 2,000회 이상의 심장수술(심혈관계 시술 포함), 1,100회 이상의 신장 수술 등이 일주일 치의 통계이다(이필구, 2001).

그러나, 이러한 수치들은 2000년부터 시행한 국가보건서비스 개혁으로 차츰 향상될 것으로 생각되는데, 개혁의 여러 쟁점 중 의료접근성을 높이는 변화는 기존의 어떠한 변화보다 구체적이고 파격적인 방안을 마련하고 있기 때문이다.

<표 2> 국가보건서비스 주요 지표

구 분	단 위	내 용
• 일차의료 서비스		
① 일반개원의 서비스		
일반개원의 규모	명	32,950
의사당 환자수*	명	1,714
의약품 조제처방건수	백만건	539.7
처방전당 평균비용	파운드	9.04
② 치과 서비스		
치과 의사수	명	19,317
치료건수**	1,000건	23,902
③ 안과서비스		
안과의사 수**	명	8,197
시력검사수	건수	7,766
안경 등 안과 기기 제공	1,000건	4,697
④ 지역보건서비스		
의료직 의사수	명	2,873
치과 의사수	명	1,383
• 병원 서비스		
병상수(입원)	1,000병상/일(日)	271.7
치료건수(외래)	건수/1,000건	49,027.6
의사수	명	57,299
치과의사수	명	1,687

* 잉글랜드, 웨일즈, 스코틀랜드 및 북아일랜드 각 평균의 평균임.

** 북아일랜드 제외.

자료: Annual Abstract of Statistics, 1997, 1998.

이영찬, 영국의 복지 정책, 1998, p. 315 재인용.

2000년 3월 공표된 예산에 의하면 국가보건서비스 기관들 중 병원과 중간요양시설(Intermediate Care)의 병상수가 7,000병상, 2010년까지 새병원이 100개 이상, 일차의료센터가 500개, 3,000개의 일반개원의 진료센터의 현대화, 스캐너 250개, 깨끗한 병실, 보다 나은 환자식이, 모든 병원과 일반개원의 진찰실에 IT 시스템을 추가 지원할 예정이라고 한다. 또한 상담사 7,500명, 일반의 2,000명, 간호사 20,000명, 치료사 6,500명, 의학교육시설 추가 확보, 그리고 간호사 100명 당 보육 시설 보조 등 다양한 인적 자원 투자 계획을 밝히고 있다. 이로써 국가보건서비스의 가장 큰 불만요인으로 자리하는 자주 그리고 오랜 대기시간 등 의료의 접근성에 대한 불만을 해소하기 위한 노력을 하고 있다.

IV. 영국의 노인보건복지

1. 노령 인구의 인구사회학적 특성

우리나라에서는 정부에서 제공하는 각종 노령혜택의 수급 자격을 65세로 기준하고 있으며, 이에 준하여 일반적으로 65세 이상을 노인이라고 정의한다. 반면에 영국에서는 은퇴연령을 기준으로 노인을 정의하고 있으며, 현재 남성은 65세, 여성은 60세가 은퇴 연령이다. 그러나, 이러한 여성 은퇴 연령은 2010년에서 2020년까지 단계적으로 65세로 조정될 예정이다.

영국의 노인들은 가장 가난한 계층은 아니나, 직업연금과 은퇴연금 및 저축으로 노후를 부유하게 지내는 노인과 은퇴연금 또는 소득보조에만 의존하는 노인으로 양극화되어 가고 있다(이영찬, 1998). 반면에 노령인구의 증가 등으로 이들을 부양해야하는 생산인구의 부담이 점차 증가하여 1953년 4.6명의 근로자들이 1명의 연금수급자를 부양했었으나 오늘날은 3.4명, 2040년에는 2.4명으로 감소할 것으로 추정되고 있다.

영국은 노인 인구는 2001년 현재 약 15.6%로 다른 선진국들이 평균 13.0%인 것에 비하여 높은 비중을 차지하고 있으나, 일찍부터 노령화가 진행되어 다른 선진국가들에 비하여 사회적 부담이 크지 않다고 판단하고 있다. 실제로 영국에서는 여성은 은퇴연령이 60세를 그리고 남성은 은퇴 연령 65세를 기준으로 노인으로 정의하고 있으나, 여기서는 65세 이상 인구를 살펴보기로 한다(<표 3>).

<표 3> 영국 노인 인구 변화*

(단위: 백만명)

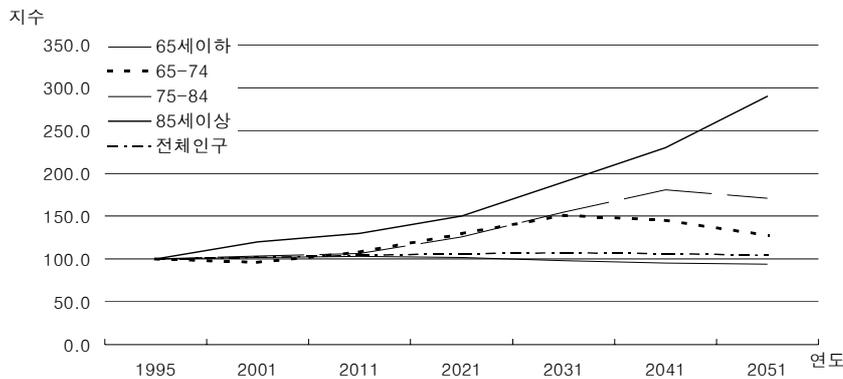
연도	65미만	65~74	75~84	85+	65+	total	전체인구 중 65+
1995	49.4	5.1	3.1	1.0	9.2	58.6	15.7%
2001	50.3	4.9	3.2	1.2	9.3	59.6	15.6%
2011	50.9	5.5	3.3	1.3	10.1	61.0	16.5%
2021	50.3	6.6	3.9	1.5	12.0	62.2	19.2%
2031	48.4	7.7	4.8	1.9	14.4	62.8	22.9%
2041	47.0	7.4	5.6	2.3	15.3	62.3	24.6%
2051	46.3	6.5	5.3	2.9	14.7	61.0	24.1%

자료원: Government Actuary/ Department.

* 1995년 실제 인구수, 2001년 이후는 1996년 자료를 근거로 한 예측치임.

2001년 이후 전체 인구는 아주 조금씩 증가할 것으로 예측된다. 그러나 연령별 인구 변화를 살펴보면 65세 미만 인구는 감소 추세를 보이고 있으며, 상대적으로 65세 이상 노인 인구에서 숫적인 증가를 볼 수 있다. 또한 이러한 숫적인 증가 뿐 만이 아니라 전체 인구 중 노인 인구 비중이 매우 높아지는 것을 볼 수 있는데, 2021년에는 19.2%, 2041년에는 24.6%로 인구 4명 당 1명이 65세 이상일 것으로 예측되고 있다. 노인인구 변화예측치를 살펴보면 (<그림 4>), 65세에서 74세까지는 2030년까지 증가하나, 그 이후 감소 국면으로 들어서고, 75세에서 84세 2040년까지 증가하다가 감소 추세로 들어선다. 반면에 85세 이상 노인층은 가장 급증하는 모습으로, 95년에 비하여 2030년대에 2배 그리고 2050년에 가면 3배에 이르며 그 이후에도 지속적인 증가추세에 있는 것을 볼 수 있다.

<그림 4> 영국 노인인구 변화 추계



자료원 : Government Actuary's Department

주) 1995년 자료는 실제 인구수이며 2001년부터는 추계치임
1995년 인구수를 기준(100)으로 계산한 값임

영국 남성의 1996년 평균 수명은 74.6세이며, 여성은 79.7세(Annual Abstract of Statistics, 1998)이다. 1997년 시점에서 영국 65세 이상 여성의 기대여명은 18.5년으로 이는 미국이나 스웨덴 그리고 일본에 비하여 낮은 편이다. 같은 연령의 남자의 경우 15.0년으로 여성에 비하여 낮으며, 다른 국가의 기대여명에 비하여 낮은 수치를 보여주었다(표 4).

<표 4> 각 국의 기대여명 비교(1997년)

(단위: 년)

구 분	영국	미국	스웨덴	한국	일본
출생시 여자	79.7	79.4	81.8	78.1	83.8
40세 여자	40.8	40.9	42.7	39.8	44.8
60세 여자	22.6	23.1	24.2	21.5	26.1
65세 여자	18.5	19.2	19.9	17.3	21.8
80세 여자	8.5	9.1	8.9	7.1	10.1
출생시 남자	74.6	73.6	76.7	70.6	77.2
40세 남자	36.4	36.2	38.1	33.2	38.6
60세 남자	18.8	19.4	20.1	17.0	20.9
65세 남자	15.0	15.9	16.2	13.6	17.0
80세 남자	6.7	7.5	7.0	6.0	7.6

자료원: 통계청 <http://www.nso.go.kr/kosisdb/cgi-bin>.

2. 노령 인구의 의료이용 수준

개인이 노령화로 인해 겪게 되는 여러 가지 변화 중 가장 뚜렷한 보건학적 특징으로는 신체적 노화와 심리적 취약성을 꼽을 수 있다. 이 중 신체적 노화란 고령화에 따른 신체 각 장기의 기능적 저하와 장기간 조절 기능의 퇴화를 의미한다.

이러한 신체적 특성의 변화는 상대적으로 질병에 이환될 가능성을 높이고 회복력도 약화시키기 때문에 장기적인 치료를 요하는 경우가 많게 된다. 노령화에 접어든 각국의 보건 정책에서 노인의료비와 시설에 관한 문제가 중요성을 띠는 이유도 이에 연유하고 있으며, 영국도 예외는 아니다.

영국 국가보건서비스의 병원과 지역사회서비스 비용을 연령별로 살펴보면, 65세 이상이 차지하는 비율이 39.0%에 이른다(<그림 3>). 잉글랜드 지역의 경우 65세 이상 노인인구는 94년 현재 16.0%인데 반하여 노인을 위한 보건비용은 병원 및 지역서비스 부분에서 42.0%, 일반의의 1차보건보호에서 28.0%를 차지하고 있다. <표 5>에서도 볼 수 있듯이 노인 인구의 보건의료비는 다른 인구에 비하여 상대적으로 매우 높으며, 연령이 높을수록 더 많은 보건의료비용이 발생한다. 이러한 까닭에 노인 인구 비율의 증가는 국가보건서비스 비용의 증가에 상당한 영향을 미치고 있다.

<표 5> 노인 인구 연령별 1인당 보건의료비 추정(잉글랜드)

연령	전체 비용 (파운드)	병원 및 지역보건서비스	일반의 서비스	5~15세 비용에 대한 비율
전체인구평균	610	75%	25%	194
65 ~ 74	1,050	78%	22%	333
75 ~ 84	1,825	82%	18%	579
85 이상	2,530	87%	13%	803

자료: 이영찬, 영국의 복지정책, 1998, p. 334 재인용.

노인 질환은 그 원인이 분명하지 않으며 복합질환을 가지고 있는 특징이 있다. 그러므로, 의료이용수준은 결국 질병의 유병률에 영향을 받는데, 영국 노인들의 경우 주관적으로 판단하여 급성 질병으로 인한 활동제한일수가 1년 중 65세에서 74세는 51일, 75세 이상은 66일이다(<표 6>).

이를 성별로 살펴보면, 65세에서 74세의 여자는 남자보다 8일 정도 더 급성 질병으로 활동 제한을 받고 있으며, 75세 이상에서는 그 차이가 줄어드는 것을 볼 수 있다. 노인들은 만성질환 유병률이 매우 높는데 65세에서 74세는 59.0%가, 75세 이상은 66.0%가 만성질환을 가지고 있다고 자가 판단을 하였으며, 이는 전체 인구의 유병률 35.0%와 비교할 때 매우 높은 것으로 나타났다. 이러한 만성질환으로 인하여 활동에 제한을 느끼는 비율은 65세에서 74세는 41.0%, 75세 이상은 52.0%으로 매우 높았다.

<표 6> 노인 인구의 의료이용 관련 지표

	45세~64세	65세~74세	75세 이상	전체인구평균
급성질환 활동제한일수				
전체	47일	51일	66일	33일
남성	44일	47일	64일	30일
여성	50일	55일	67일	35일
만성질환				
유병률	47%	59%	66%	35%
활동제한비율	32%	41%	52%	22%

자료: Living in Britain, Results from the 1996 General Household Survey, 1998.

이렇듯 노인들이 급·만성 질환을 많이 가지고 있는 것은 결국 의료이용수준으로 다시 나타날 수 있다. 영국의 노인들은 의료전달체계상 일반개원의와 지역간호사와 보건방문가 등의 지역사회보건서비스를 일차적으로 이용한다.

1980년대 이후 노인들이 가급적 가정에서 생활할 수 있도록 재활과 치료에 대한 적극적 접근을 시도하고 있고, '전국민을 위한 보건(Health of the Nation)' 계획에서 좋은 건강과

질병예방을 위하여 국가적 목표를 정하고 예방을 추진함으로써 노인보건 향상에 크게 기여하고 있다. 1990년대에는 일반개원의의 건강검진 계획이 도입되고, 75세 이상 노인에게는 방문검진 제도를 시행하는 등 예방과 1차 보건의 강조되고 있다. 1994년 현재, 일반개원의의 서비스는 5세 이하 아동을 제외하고 노인들이 가장 많이 이용하고 있으며, 65~74세는 13.0%, 75세 이상의 31.0%가 왕진서비스를 이용하고 있다. 65세 이상 인구가 병원환자의 2/3가 넘고, 응급실입원의 40.0%를 차지한다. 노인들이 단지 갈 데가 없다는 이유로 부적절하게 급성기 병원의 병상을 점유하는 일은 매우 자주 볼 수 있는 일이다.

1996년 시행된 일반가구조사에 따르면(<표 7>), 우선 조사전 2주간 일반의와 상담을 한 경우가 전체 평균 16.0%에 비하여 연령이 높을수록 더 많이 높아지는 것을 볼 수 있다. 연간 상담일수의 평균은 65~74세가 6일, 75세 이상이 7일이었다. 이러한 일반개반의와의 상담은 거의 국가보건서비스를 이용하는 것이며, 남성의 3.0%와 여성의 2.0%만이 민간의료보험을 이용하고 있다.

1996년 현재 병원서비스이용률은 외래 이용의 경우 전체 인구 15%에 비하여 65세~74세는 21.0%, 75세 이상은 24.0%이며, 입원률과 입원 일수도 9.0%와 12일에 비하여 12.0%와 15일, 17.0%와 25일로 나이가 많을수록 병원이용을 많이 하고 있다.

<표 7> 노인의 의료이용 수준

	45세~64세	45세~64세	65세~74세	75세 이상	전체인구평균
◦ 일반의와 상담 [†]					
조사전 14일간		17%	20%	22%	16%
연간 상담일수		5일	6일	7일	5일
◦ 병원서비스이용률 [‡]					
외래 및 사고로 병원방문 ¹⁾	-	-	21%	24%	15%
당일 환자 치료 ²⁾	-	-	7%	6%	6%
입원률 ²⁾	-	-	12%	17%	9%
입원일수 ²⁾	-	-	15일	25일	12일
◦ 보건전문인 이용률 [‡]					
일반의/보건센터 간호사 ¹⁾	-	-	16%	18%	17%*
지역간호사/보건방문가 ³⁾	-	-	3%	11%	6%*
발치료사(Chiropracist) ¹⁾	-	-	16%	35%	24%*

1) 지난 3개월 간, 2) 지난 1년 간, 3) 1개월간

† 자료원 : Living in Britain, Results from the 1996 General Household Survey, 1998

‡ 자료원 : General Household Survey 1994, 1996

* 65세 이상 평균

내과·외과·정형외과·비뇨기과의 경우 65세 이상 노인이 차지하는 업무량의 비율이 60.0%이다. 노인 인구 천명당 입원환자 비율은 95~96년에 539명으로 그 지출비용은 96억 파운드로 80~90년대와 비교하여 지속적인 증가세를 보이고 있다. 노인들의 병원입원은 연간 4%씩 증가하고 있다. 노인들이 병원을 방문할 경우 노인병원, 정신병원 혹은 일반 병원의 내과, 노인과(geriatrician), 그리고 정형외과로 갈 수 있다. 영국의 정부정책은 노인병원과 정신병원을 급성병원으로 통합하여 수준을 균등하게 유지하려 하고 있다. 노인에 대한 병원보호는 지속적으로 향상되었으나, 퇴원 후 지속적으로 보호해 줄 방안이 완벽하지 못하여 노인들이 병상의 반을 점거하고 있어 병상점거자(bed-blocker)로 낙인찍히는 실정이다. 이러한 이유로 노인의 의료비용은 정부의 부담으로 작용하였으며, 노인장기요양에 대한 정부정책은 장기입원병원과 병상보다는 지역사회보호정책으로 전환되었다. 이는 비용부담 뿐만 아니라 노인들이 지속적으로 의료보호가 필요하지 않는 경우나, 제한적인 시설 환경보다 지역사회 거주를 선호하는 점 등도 일부 이유로 작용하였다.

따라서 장기보호시설 중 국가보건서비스 및 지방 정부의 시설은 감소한 반면, 자원단체 및 영리기관의 시설은 크게 증가하였다. 그러나, 병원에서 퇴원할 경우 지속적 보호를 위한 평가가 실시되어 적절한 보호방안이 마련된 후 퇴원하여야 하나 이와 같은 장치 없이 퇴원하는 경우도 많고, 평가하는 경우에도 대기기간이 길어지는 경향이다.

퇴원 후를 대비한 보호가정(very sheltered)이나 요양시설이 부족한 실정이며, 가정으로 퇴원할 때도 필요한 경우 경사로나 욕탕 등 물리적 시설의 개조 또는 가정 내 지원이 필요하나 이에 대한 준비도 부족한 실정이다.

조기에 병원에서 퇴원할 경우 간호자에게 더 많은 부담을 가져오며, 요양시설이나 수용시설 입원률을 더 높이는 작용을 한다. 시설의 경우 92에서 96년 사이에 수용보호자가 120.0% 증가하였다. 뿐만 아니라 노인의 재입원률이 증가하고 있다. 96년의 경우 퇴원 후 4주 이내에 응급실을 통해 재입원 하는 노인이 10만 명에 이르렀다.

반면에 94년의 보건전문기관 이용률을 살펴보면 일반의 진료소 및 보건센터의 간호사, 지역간호사 및 보건방문가, 발치료사 모두 65세~74세의 이용률과 75세 이상 노인의 이용률에 큰 차이가 있었다.

영국에서는 1836년부터 출생 및 사망 등록법에 의하여 사망 원인과 상황에 대한 자료를 기록·분석하고 있으며, 사망원인은 현재 ICD(International Classification of Disease) -10로 분류된다. 주요 사망원인은 심장병, 암, 호흡기 질환 및 뇌혈관 질환(뇌졸중)으로, 이는 노인 사망원인의 71.0%를 차지한다. 연령이 많을수록 호흡기 질환이나 뇌혈관질환 사망률이 증가하는 반면에 심장질환 및 암으로 인한 사망률은 감소한다.

1995년 현재 노인 인구의 연령별 사망률은 남성의 경우 65~74세가 노인 인구 천명 당 38.4명, 75세~84세가 91.3명, 그리고 85세 이상이 188.0명이다. 여성의 경우는 각각 22.6명, 59.8명, 150.4명이다.

노인인구의 변화가 사회에 미치는 영향은 다양한데 특히 보건의료에 있어서 의료이용수준이 높은 노인의료비용은 어느 나라를 막론하고 매우 중요한 비중을 차지하고 있다. 영국의 노인 인구의 증가(<표 3> <그림 4>)와 노인인구의 보건의료비(<표 5>)를 통하여 국가 차원의 장기적인 계획 하에 노인의료비 증가에 대비하지 않으면 이는 사회문제로까지 확산될 수 있다.

3. 노인 장기요양체계

다음은 영국왕립위원회의 장기 요양 보고서에 서술되어 있는 노인에 대한 사회의 가치 기준과 이에 준하여 설정한 장기요양서비스체계에 대한 기본 이념들이다.

- 노인들은 사회에서 소중한 부분이고, 그런 만큼 소중해져야 한다.
- 노인인구의 비중이 증가할 것이고, 이는 자연스러운 삶의 한 현상이며, 사회적 부담이 아니다.
- 노년기는 청장년기에 생산 활동을 위해 유보되었던 지적 충족감과 야망을 달성하기 위한 기회다. 어떤 업무에 종사하더라도 노인들이 교육, 레저, 일상생활 등을 즐기기 위해 필요한 것이 충족되어야만 한다.
- 노인을 차별하는 것과 문제점으로 표현하는 것은 도덕적으로나 실질적으로 합당하지 못하다.
- 보다 긍정적이고 포괄적인 환경을 만들고 발달시켜, 노인들에 대한 기회를 보다 많이 확보해야 한다.
- 장기요양보호에 대한 전반적인 접근은 노인들의 기능 저하를 관리하는 관점이 아닌, 경제적으로나 지적으로나 노인들이 스스로 원하는 삶을 충족하고 사회에 기여할 수 있는 긍정적인 관점에서 이루어져야 한다.
- 장기요양보호를 위한 자금체계는 노인들이 가정에 머물거나 시설에 머물거나 간에 그들이 원하는 삶을 누릴 수 있도록 노인들이 원하는 가장 포괄적인 기회를 제공할 수 있어야 한다.
- 노년기에 대한 인식을 향상시키기 위해서, 자금체계는 반드시 세대간의 연결 고리를 강화시키고 재정적인 책임의 범위를 넓혀야 한다.

개인 혹은 사회가 가지는 노인에 대한 인식과 관점은 그 중요성을 아무리 강조해도 부족함이 없을 것이다. 이 보고서에 서술되고 있는 “노인”은 생산성의 관점에서 노인을 부담으로 여기거나, 단순히 수혜를 베풀어야 하는 연민의 대상이 아니다. “노령기”는 누구나 거치게 되는 삶의 한 부분인 것으로 홀로서기가 가능하고, 자긍심을 가질 수 있는 혹은 가지게끔 해야 하는 그리고 사회적 연대감의 연결고리에 함께 해야한다는 시각을 잘 보여 주고 있다.

1) 장기요양서비스의 내용

노인에게 제공되는 공공서비스는 국가보건서비스와 사회보장서비스가 있다. 노인의 보호에 있어서 국가보건서비스의 주요 역할은 일반개원의, 지역사회 의료서비스, 병원의료서비스 및 재활의료서비스를 통한 기본적인 의료서비스의 제공에 있다.

의료서비스의 형태는 영국을 구성하는 4개 지역인 잉글랜드, 웨일즈, 스코틀랜드, 북아일랜드에 따라 차이가 있지만, 모두가 거의 무료로 의료서비스를 받을 수 있다. 틀니와 치과 서비스, 그리고 안경을 맞추는 경우 생활보호대상자를 제외하고는 약간의 본인부담금이 있다. 주로 노인에게 서비스를 제공하는 병원의 경우 노인병의학, 외상수술, 정형수술과 일반외과, 4개의 전문서비스를 제공한다.

의료서비스를 제외한 보호서비스(예;재가보호서비스)는 사회서비스기관(Social Service Departments: SSDs)에서 제공하고 있다. 노인보호에 소요되는 자금은 중앙정부와 지역정부에서 지원하고 있다.

개인사회서비스(personal social service)는 중앙정부와 지역정부가 공동으로 각 정부에서 거둔 세입에 의해 재정지원되고 있다. 지역정부는 노인을 위한 주택과 개인사회서비스의 관리 책임을 지고 있다. 노인을 위한 개인사회서비스는 시설보호와 가사 지원으로 나눌 수 있다.

노인들이 이용 가능한 보건의료 및 시설 서비스는 공적, 사적, 자선적 부문으로 나눌 수 있다. 각 부분의 시설 형태와 서비스 형태는 다양성 크고 새로운 접근이 발전함에 따라 겹치는 부분이 많다.

이를 시설 형태와 서비스 수준에 따라 7단계로 분류하여 정의하면 다음과 같다. 첫째, 노인들이 집에서 제공되는 개별 간호와 실질적인 도움을 제공받는 가정간호(care at home)가 있으며, 두번째로 간호자의 집에서 간호자와 함께 생활하는 노인홈(Adult placement)이 있다. 세번째, 주간보호로는 국가보건서비스나 지방보건당국의 낮병원이 있다. 네번째로 노인보호주택(Sheltered Housing)은 시설 안에서 노인들은 개별적인 주거 공간을 이용하고, 간호자가 간호 정도의 관찰, 보호, 지원을 제공한다.

이 경우 주거공간을 소유하거나 임대할 수 있다. 다섯 번째로 노인특별보호주택(very sheltered housing 또는 housing with extra care)이라는 노인들이 모여 사는 지역사회나 마을 개념의 공동체가 있다. 노인들이 이용할 수 있는 또 다른 시설로는 여섯 번째 간호서비스를 제공하는 노인홈이나 요양원의 두 가지 종류가 있다.

그리고 마지막으로 국가보건서비스체계 하의 지속적 보건의료로는 국가보건서비스와 연계적인 보건의료서비스와 요양원, 그리고 호스피스 등이 있으며, 단기 서비스로는 국가보건서비스 체계 하의 병원이 있다. 민간단체가 주로 시설보호서비스를 제공하고 있으며 공공기관 및 자선단체도 시설보호서비스를 부분적으로 담당하고 있다.

지역요양시설, 재가보호서비스, 식사배달, 주간센터와 정신요양의 모든 서비스는 공공비영

리단체에 의하여 제공되고 있다. 그러나, 영리를 목적으로 가정보호서비스를 제공하는 민간 단체가 등장하고 있다. 식사배달 서비스는 자선단체에 의해서도 제공되고 있다. 영국은 최근 20년 동안 민간단체가 운영하는 노인보호시설이 급증하고 있는데, 특히 1979년 중앙정부가 민간이 운영하는 노인보호시설에 사회보장기금을 지급한 후부터 본격화되었다. 노인보호 주택은 정부, 민간, 자선단체에 의하여 제공되고 있고 요양시설은 주로 민간단체에 의하여 운영되고 있다.

영국 노인들의 보호를 위한 재정 및 정부구조에 있어서 최근에 큰 변화가 일고 있다. 1989년 정부에서 출간한 영국 하원의원의 백서인 'Caring for People'에서는 앞으로 발생할 주요 변화에 관하여 언급하고 있다. 또한 왕립 위원회 장기요양에 관한 보고서에서는 사회 조사를 통한 장기요양서비스의 필요성과 비용 및 구체적인 장기요양서비스 체계 구축을 제안하고 있다.

(1) 노인 보호시설

영국노인보건복지 정책의 기본방향은 노인으로 하여금 가능한 한 그들이 살고 있는 주택에 머무를 수 있도록 하는 것이다. 그러나 노인보호시설과 요양시설운영비에 대한 정부의 지속적인 보조금의 증가는 노인복지정책의 기본방향인 '탈시설화'정책에 역행하고 있다. 따라서 1993년 4월 이러한 체제가 일부 수정되었다.

노인을 보호하는 노인보호시설로 전달되던 사회보장금이 직접 지방정부로 이전되어 지방정부로 하여금 그 지역 노인이 처한 상태에 가장 알맞은 보호를 제공하는데 쓰일 수 있도록 재량권이 부여되었다. 미래 보호체제의 주요 목표는 사례관리의 개발에 있다. 사례관리란 노인이 필요로 하는 서비스만을 제공하도록 하는 것으로 노인이 처한 상태에 따라서 제공되는 서비스가 변화되고 있다.

① 노인보호시설의 종류

영국에는 다음과 같은 네 가지 종류의 노인보호시설이 있다. 그 첫번째로 노인홈이 있는데, 이는 보호를 요하는 노인을 위해 설치된 노인홈(residential care homes)에 대하여 지방정부, 자선단체 및 민간단체가 서비스를 제공하고 있다.

지역정부에서 제공되는 노인홈은 감소하였으나, 민간단체에서 운영하는 노인홈은 급속히 증가하였다. 두 번째로 노인보호주택(sheltered housing)은 1950년대에 처음 개발되었으며, 1960년대에 들어오면서 지역정부 및 주택관련연합회로부터 주요 노인보호시설로 각광 받기 시작했다. 1980년대에는 관리자의 감독이 매우 철저한 노인특별보호주택(Very Sheltered Housing)이 개발되기도 하였으나, 아직 광범위하게 보급되지는 않고 있다.

노인보호주택의 소유자는 전문직종에 근무한 경험이 있는 젊은 노년층이거나 퇴직 전 전

문직종에 근무한 60대의 노인이 주로 운영하고 있다. 세번째로 요양시설(nursing homes)은 건강상태가 나빠서 일상생활을 영위하는 과정에서 남의 의존도가 높은 노인에게 서비스를 제공하는 시설로 주로 자선단체와 민간단체에 의하여 운영되고 있다. 요양시설은 빠른 속도로 증가하고 있다. 마지막으로 노인전문병원과 정신병원이 있는데 이곳은 정신적으로 문제가 있는 노인에게 지속적인 보호와 재활서비스를 제공한다. 영국에서는 노인들의 시설보호 서비스에 있어서 민간단체의 역할이 점진적으로 중요해지고 있다.

그러나 아직도 노인보호시설과 요양시설의 운영에 관한 많은 부분은 정부가 책임지고 있다. 노인에게 제공되는 보호시설과 요양시설서비스를 위한 비용은 기본적으로 노인의 자산 조사를 통하여 소득이 높은 노인에게는 많은 입주비용을, 그리고 소득이 낮은 노인들은 무료로 이르기까지 그 기준에 따라 비용을 결정하고 있다.

이로써 노인시설을 장기이용하는 경우 노인들이 집을 팔아 그 비용을 마련하는 등 문제점이 많이 드러나, 왕립위원회의 장기요양보고서에서는 자산 조사를 시설에 입소한 최초 3개월간은 하지 않는 것으로 권고하고 있다. 영국정부는 이 권고안을 받아들였으며, 장기적으로 장기요양서비스에 대한 무료화 할 계획을 국가보건서비스 개혁안에 포함시키고 있다. 현재 평균적으로 정부에서 70.0%, 입주자가 나머지 30.0%를 분담하고 있는 것으로 추정하고 있다.

② 시설 보호 현황

영국 노인들의 90.0%는 주택에서, 5.0%는 경비원(warden)이 있는 보호주택(sheltered house)에 살며, 나머지가 수용보호시설이나 병원 등에 거주하고 있다. 시설보호의 경우, 80세 이상 노인 중 약 15.0%가 수용보호시설, 요양시설 및 병원에 보호되어 있고, 90세 이상은 36.0%가 된다. 노인 인구 중 시설에 보호된 인구는 여자가 남자의 5배나 된다.

장기요양보호가 필요한 노인에 대한 정부정책은 지역사회보호를 강조하고 있지만, 시설 보호의 필요성과 수요는 감소하지 않았다. 가정에서 이용가능한 개인 또는 사회서비스가 노인들에 의해 이용되고 있지만, 실제로 지역보호정책은 노인을 돌보는 가족들의 부담을 증가시키고 있다. 지방정부의 민간부문 서비스에 대한 지출규모는 80년대 후반부터 10년간 65.0%가 증가하였다.

노인들은 세 유형의 시설-정신질환 노인을 위한 정신병상과 요양시설, 그리고 일반병원 병상 및 요양시설, 그리고 노인 및 장애인을 위한 시설에 거주한다. 노인시설은 지속적으로 증가하고 있는데, 이는 공공부문의 시설 증기이기보다는 민간시설의 증가에 의하여 이루어지고 있다. 지방정부의 예산 중 노인 시설보호의 예산 비중은 크게 변화하지 않았으며, 증가부분은 주로 중앙정부의 부담과 민간단체가 영리를 목적으로 운영하는 시설에 수용되는 노인들의 부담이 증가하고 있다. 또한, 영리시설에서 생활하는 노인들의 60.0%는 자신이나 친척들이 비용의 일부를 부담하고 있다(HMSO, 1995).

노인을 위한 수용보호시설은 지방정부, 자선단체, 그리고 영리기관에 의해 제공되고 모두 시설 등록법에 의해 등록해야 하며, 요양시설의 경우 보건청에 등록한다. 그밖에 노인들을 위한 시설로는 보호주택(sheltered home)이 있는데, 이는 주민이나 관리인(warden)의 지원을 받아 독립적으로 생활할 수 있도록 하는 시설이고, 가정배치제도(home placement scheme)는 보호를 제공하는 가정에서 영구 또는 단기적으로 생활할 수 있도록 하는 제도이다.

<표 8>은 각 시설별 노인 수용 상태를 추정한 것이다. 보건부의 추정에 의하면 480,000명이상이 시설에 머무르고 있으며, 국가보건서비스 병상 중 34,100병상이 장기 요양을 필요로 하는 노인들로 점유되어 있다. 85세 이상에서 50.0% 이상이 시설 보호를 받고 있으나 65세 이상 노인 전체에서의 시설보호 비중은 5.3%에 불과하다. 또한, 수용보호시설의 경우 3/4이 여성이다(Netten et al., 1998). 전체 수용자의 60.1%가 노인홈(residential care home)에, 32.8%가 요양원에, 그리고 나머지 7.1%인 3만 여명의 노인이 병원에 기거하고 있다.

연령이 높을수록 타인 의존적인 삶이 되어 노인홈과 요양원의 경우 시설을 불가피하게 선택하게 되어 수용율이 현저하게 높아진다. 수용시설을 선택할 수밖에 없는 상황은 여러 가지로 설명될 수 있다. 실제로 잉글랜드의 경우 95년 조사에 의하면 시설 보호의 90.0%가 75세 이상이었으며, 대부분이 여성과 중증장애를 가진 노인들로 성별이나 연령이 중요한 요인이 될 수 있다. 또한, 신체적 정신적 문제점으로 인하여 지원이 필요한 경우이고, 가족이나 간호자가 없는 경우, 가사 지원 부족, 그리고 노인 보호자들의 압력 등이 주요 요인이 된다. 그 밖에 자산 정도와 주택 소유 여부는 자산이 있거나 자택이 있는 경우 유료시설이나 다른 방법으로 도움을 받을 수 있으나, 그렇지 못한 노인들은 시설에 입주하려는 경향이 높다. 그러나, 최근 지방 정부가 집을 가진 노인들에게 입소 부담금을 부과하고 있어 노인들의 불만이 증가하고 이에 대한 대안을 제시하고 있어, 시설입소 형태의 변화가 주목된다.

<표 8> 시설 보호 노인 현황 (단위: 명(%))

기관 구분	65세~74세	75세~84세	85세 이상	합계
수용보호시설	30,300	99,600	158,850	288,750
(%)	(10.5)	(34.5)	(55.0)	(100.0)
요양원	22,050	59,850	75,600	157,500
(%)	(14.0)	(38.0)	(48.0)	(100.0)
병원	12,300	15,350	6,450	34,100
(%)	(36.0)	(45.0)	(19.0)	(100.0)
수용자 합계	64,650	174,800	240,900	480,350
(%)	(13.5)	(36.5)	(50.0)	(100.0)
전체노인 중 비율 (%)	1.3	5.7	53.6	5.3

자료원: Wittenberg et al., 1998와 왕립위원회를 위한 PSSRU 분석.

<표 9> 시설 형태 및 재원형태별 노인 수용 현황 (단위: 명)

수용보호시설		요양시설		국가보건서비스시설	
지방정부소유	80,800	영리+자원		장기노인병	33,200
영리시설	167,500	영리시설	191,000	장기노인정신병	18,500
자원단체	52,800	자원단체	17,000	장기지체장애인	1,900
계	301,100	계	208,000	계	53,600

자료원: Laing and Buisson, Care of Elderly People Market Survey, 1996.

반면에 병원의 경우 연령이 증가함에 따라 병원에 입원한 노인의 수는 증가하다가 85세 이상에서 현저한 저하를 볼 수 있다. 이는 노인의료이용수준에서 공통적으로 보이는 것으로 나이가 많을수록 의료접근성이 떨어지고 서비스 공급자나 이용자 모두 의료집약적인 서비스를 포기하는 것이 주된 이유일 것이다.

(2) 지역사회보호서비스

유럽 공동체의 모든 다른 국가와 마찬가지로 영국에서는 노인·장애인·정신지체 및 정신질환자의 치료는 병원의 장기입원보다는 가정이나 시설에서 독립적으로 생활할 수 있도록 지원하는데 정책의 주안점을 두고 있다.

영국에서 지역사회보호라는 용어가 공식적으로 등장했던 것은 1957년 왕립위원회의 정신장애인보고서(Royal Commission on the Law Relating to the Mental Illness and Mental Deficiency)이었다. 노인의 치매를 포함한 정신장애인은 병원 입원보다 지역사회보호로 전환하여 가족의 보호를 받는 것을 권고한 이 보고서 이후 59년 정신보건법(Mental Health Act)이 제정되었고, 지역사회보호서비스가 실시되었다.

이 서비스는 보건서비스 외에 사회서비스가 필요하므로 사회 보호를 담당하는 지방정부와 긴밀한 협조체계를 구축하여 왔으며, 1990년의 국가보건서비스 및 지역보호법에서 이를 체계화하였다. 특히, 2000년 국가보건서비스 개혁안에서 자원공유를 위한 단일 조직 구성을 제시하고 있다.

노인을 위해 제공되는 지역사회보호서비스로는 지역요양(community nursing), 가정원조 서비스(home help services), 식사배달(meal distribution), 주간보호(day care), 지역사회 정신요양(community psychiatric nursing), 의료방문(health visiting), 사회사업(social work)서비스와 주택개선서비스를 들 수 있다.

지역정신요양서비스는 정신의료보호와 상담서비스를 노인과 그 가족에게 제공한다. 서비스 제공자는 정신과 간호사, 정신과 의사, 심리학자와 사회사업가 등이다. 의료방문서비스는 노인과 가족이나 노인을 돌보는 이들에게 의료와 요양에 관한 상담을 해준다. 사회사업서비스는 노인과 가족이나 노인을 돌보는 이들에게 각 종 서비스 자격과 제공되는 서비스의 이

용 등에 관한 상담을 해준다. 이러한 서비스는 주로 사회사업가가 자문해 준다.

노인들의 보건서비스 및 사회 서비스 이용 수준에 관한 94년 조사에 의하면(<표 10>), 노인들의 연령이 높을수록, 배우자와 동거하는 경우보다 혼자 거주하는 노인들이, 그리고 여성이 남성보다 이용률이 높은 것을 볼 수 있다.

<표 10> 보건 및 사회서비스 이용 수준 (단위: %, 달)

서비스 종류	65-74	75 +	전체 (65 +)	배우자와 동거		독 거	
				여성	남성	여성	남성
방문간호/보건	3	11	6	4	3	10	7
가정 도우미 (local Authority)	3	15	8	4	3	15	11
가정 도우미 (private)	4	11	7	5	5	10	9
급식 서비스	1	5	3	1	1	5	7
주간보호센터	2	5	3	1	2	6	5

자료원: General Household Survey 1994, ONS.

(3) 비공식 보호

영국에서 노인을 위하여 제공되는 비공식 보호의 역할은 매우 중요하다. 전통적으로 노인들은 자녀의 집이나 노인이 살고 있는 집에서 자녀로부터 도움을 받고 있다. 1994년 발표된 지역보건의료계획에서는 비공식 보호를 담당하는 간병인에 대한 지원 계획을 제시하고 있는데, 이는 그만큼 비공식 보호 역할이 중요해지고 또한 정책적으로 비공식 보호를 장려하는 분위기를 조성하기 위한 의미도 포함되어 있다. 집에서 노인을 간병하고 있는 간호인 가운데 50.0% 이상은 일주일에 적어도 50시간 이상을 노인 간호에 소비하고 있다(Evandrou, 1992).

<표 11> 비공식 보호를 받는 사람들의 특성, GB 1995

	전체 간호자의 %
간호자 :	
남성	40
여성	60
연령 :	
16-24	32
45-64	48
65+	20
간호를 하는 사람과의 관계 :	
배우자	19
부모/시부모	43
어린이(다른 연령)	9
기타 친척이나 친구	28
합 계	100

자료: 일반가구조사(1995)에 기초한 ONS(1998).

1985년과 1990년 일반가구조사(general household survey) 분석에 의하면 간병을 하고 있는 그룹은 그렇지 않는 그룹과 비교하면 노동시장 참여율이 낮고 소득이 적은 것으로 나타났다(Evandrou, 1993). 또한, 94년 일반가구조사 결과를 보면, 비공식 간병인은 주로 여성이었으나 남성의 비율도 40.0%나 되었다. 또한, 45세에서 64세가 주된 보호자 역할을 하고 있었으며, 16~24세도 32.0%나 되었으며, 65세 이상의 노인이 고령후기 노인을 보호하는 비중도 20.0%나 되었다. 그리고 간병을 하는 사람과의 관계가 부모나 시부모인 것으로 미루어 자녀나 자녀의 배우자가 49.0%로 주된 비공식 보호를 제공하는 것으로 나타났다(<표 11>). 자신의 집에 거주하며 비공식 보호를 받고 있는 노인들이 이에 의존하는 정도를 살펴보면, 비공식 보호에 대하여 의존적이지 않은 노인들이 46.0%이며, 비공식 보호를 받는 노인들의 85.0%가 집안일 수행이 불가능하며, 83.0%는 혼자서 자신을 돌보는 행위를 둘 이상 수행할 수 없는 노인들이었다.

<표 12> 비공식 보호의 의존과 수혜: 영국 1994

의존도	비공식 보호수혜자(% (집안일 돌봄))
의존하지 않음	46
하나 또는 집안일 수행불가능	85
자신을 돌보는 행위 수행 어려움	76
둘이상 자신을 돌보는 행위 수행 어려움	83

자료: 일반가구조사의 PSSRU 분석 영국 1994/1995년 자료.

2) 장기요양서비스의 비용

노인들을 시설보호에서 지역사회보호로 전환시키기 위해서는 노인들의 인식과 생활의 불편을 느끼지 않을 정도의 충분한 지역사회 서비스 그리고 비용을 충당하기 위한 예산들이 뒷받침되어야 한다.

<표 13> 서비스와 자금의 유형에 따른 장기요양 수혜자

지역사회보호	수혜자 수	시설보호		합계	482,250
가정 간호	610,000	보호시설	공적자금	205,000	소계
지역사회간호	530,000		사적자금	83,750	288,750
주간 보호	260,000	요양시설	공적자금	115,000	소계
개별 간호	670,000		사적자금	42,500	157,500
식사	240,000	병원		34,000	34,000

자료: PSSRU 추계.

<표 13>에서는 장기요양서비스를 지역사회보호와 시설보호의 형태별로 분류하여 수혜자 수를 살펴보았다. 97년 현재 65세 이상 인구 중 60만명 이상 노인이 지방정부가 제공하는 재가보호서비스를 이용하고 있다. 지역사회에서 제공되는 서비스로는 가정간호, 지역사회간호, 주간간호, 개별간호, 식사보조 등이 있다. 한 개인에게 두 가지 이상의 서비스가 제공될 수 있으므로 수혜자 수는 각 서비스별로 살펴보고 있다. 지역사회 서비스 중 가장 많은 이용은 개별 간호로 67만명의 노인이 이용하고 있으며, 가정간호가 그 다음으로 61만명에 이른다. 그밖에 지역사회간호가 53만명, 주간간호가 26만명, 식사 보조서비스를 이용하는 노인이 24만명에 이른다. 또한, 전체 노인인구의 5.0%에 해당하는 48만명 이상의 노인들이 시설 보호를 이용하고 있다. 이를 시설형태와 재원별로 나눠서 보면 수용시설보호인 경우 29만명 중 20만명 가량이, 요양원의 경우 1십5만7천명 중 1십1만5천명이 공적자금에 의한 시설 이용을 하고 있다. 병원에 있는 노인환자들은 국가보건서비스로부터 이용혜택을 받을 수 있는 반면에 이러한 수용시설이나 요양원의 경우 노인들의 자산 정도에 따른 차등 혜택을 받고 있다.

<표 14> 장기요양서비스에 대한 비용

지출의 유형	NHS	PPS net ¹	민간		합계
			수혜 ²	본인부담 ³	
가정 간호		970	75		1,045
지역사회 간호	675				675
주간 간호	125	235	20		380
개별 간호				210	210
식사		95	70	35	200
물리치료	145			70	215
수용보호시설		1,910	1,030	1,200	4,140
요양원	195	1,300	530	750	2,775
장기요양병원	1,425				1,425
합 계	2,565	4,510	1,725	2,265	11,065

자료 : PSSRU 추계, 5백만 파운드에서 반올림 됨

- 주) 1. PSS = 노인들에게 지방정부에서 제공하는 개별사회서비스(personal social services)지출, 급여 총액. 대상자는 1993년 4월 1일 이전에 시설보호와 요양원에 있는 사람과 지방정부의 지원이 있다면 높은 수준의 소득지원을 받을 권리가 있는 사람이다.
2. 급여는 지방정부가 일반적으로 개개인에게 사회적인 서비스에 대해 보조금으로 지불하는 것이다.
- 3 본인부담금은 개인이 민간서비스제공자에게 직접적으로 지불하는 것이다.

<표 14>는 현재 장기요양서비스의 비용을 분석하고 있다. 재원별로 살펴보면, 장기요양 서비스 총비용 111억 파운드 중 64.0%에 해당하는 71억 파운드는 공공부문이 지불해주는 서비스이며, 나머지 36.0%인 40억 파운드는 이용자가 민간서비스 공급자에게 직접 지불해야 하는 비용이다. 보호 형태별로는 시설보호가 총액의 3/4에 해당하는 83억 파운드를 사용하며 나머지는 재가서비스에서 이용된다. 그러므로, 여기서 국가보건서비스가 지불하는 약 26억 파운드의 비용은 병원장기입원자 34,000명, 요양원 115,000명, 보호시설 205,000명에 대해 지불되고 그리고 물리치료, 지역사회간호서비스, 주간보호 등에 쓰이고 있다.

<표 15> 노인장기요양서비스 비용 추계* (단위: £ billions)

	1995	2010	2021	2031	2051
NHS 의료서비스 ¹	2.6	3.5	4.9	7.0	10.9
개별사회서비스 ²	4.5	5.5	7.2	10.1	16.1
민간부문 비용 ³	4.0	5.7	7.8	10.9	18.3
합계 ⁴	11.1	14.7	19.9	28.0	45.3
GDP 대비 %	1.6	1.5	1.6	1.8	1.9

* 1995/96 물가기준.

- 주: 1. 국가보건서비스 비용 중 급성질환서비스와 장기요양서비스 비용으로 나누는 것은 어려운 일이었다. 여기서 사용된 기준은 잉글랜드 NHS에서 지불하는 잉글랜드에 있는 29,000병상 중 노인이 55일 이상 입원한 병상과 9,000개 요양원 병상이 사용되었다(영국 전역에 34,000병원 병상과 11,000 요양원 병상이 있음).
2. 개별사회서비스(PSS:Personal Social Service)는 지방보건당국에서 제공되는 비용으로 시설보호와 요양원, 가정 도우미, 식사보조, 주간보호서비스 등이 포함되고 있다.
3. 장기요양서비스에 대한 민간부문 비용을 포괄적으로 파악하지는 못했다. 여기서는 시설 보호와 요양원, 민간에서 서비스를 제공하는 가정 도우미, 손발치료, 식사보조를 포함하고 있다.
4. 111억 파운드는 정부가 위원회에 제공한 수치이며, 위원회 연구시 민간부문에서 드러나지 않거나 사회보장에서 지불한 비용 등으로 합계에 맞춰 조정했다.
5. GDP는 영국의 장기적인 경제성장률에 따라 연간 2.25% 성장할 것으로 가정함.

<표 15>는 왕립위원회가 추계한 장기요양서비스 비용이다. 이 비용추계에 이용된 가정들은 첫째, 정부통계청에서 추계한 인구변화(표 3)에 의존적이며 둘째, 노인의 의존정도가 향후 50년 간 유지된다는 가정 하에 셋째, 비공식보호 정도에는 변화가 없을 것이며 넷째, 의존성에 따른 보살핌서비스를 이용하는 수준과 경향성이 현재와 비슷할 것이며, 그리고 마지막으로, 기존 연구 결과에 의해서 요양서비스의 단위별 비용이 물가보다 빠르게 상승하리라는 것이다.

이러한 가정하에 미래의 장기요양서비스 비용을 살펴보면, GDP의 1.5%, 1.6%, 1.8%, 그리고 1.9%로 연간 2.5%의 증가율을 예측할 수 있다. 이 연구에서 공공부문과 민간 부문의 지출 할당의 95년의 수준을 기준으로 하였다. 미래의 민간 부문의 비용 상승분은 노인들의 부동산 자산에 의해 충당될 것으로 예측된다. 노인장기요양서비스에 대한 급여체계의 변화가 있다면, 총액의 변화보다는 공공과 민간이 차지하고 있는 비율의 변화가 있게 될 것이다.

3) 장기요양서비스의 미래

노인보건서비스와 관련되어 영국 정부가 밝히고 있는 미래의 방향은 특히 장기요양서비스의 확대를 찾을 수 있다. 개혁안에는 장기요양서비스와 시설이용비용의 무료화, 보건서비스와 사회서비스의 연계, 중간요양서비스의 개발, 그리고 각종 보건의료서비스의 확대 등이 포함되어 있다.

국가보건서비스에 대한 불만 중에는 적극적으로 추진 중인 사회적 입원을 줄이려는 노력과 관계된 것도 있다. 이는 실제로 국가보건서비스 병원에 입원한 환자들이 퇴원을 재촉 받는 예가 많은데, 이는 노인의 입장에서 보면 비용부담이 없는 국가보건서비스에서 제외되어 유료 또는 공적부조에 의한 노인시설이나 재가 서비스로 쫓겨가는 셈이 된다.

결국 오랜 세월 동안 세금 등으로 보험료를 부담해 왔으면서, 고령이 되어 필요한 경우에 충분한 이용을 할 수 없게 되는 것이다. 요양원의 경우 노인홈이나 노인보호주택 등 통상적인 노인주거시설보다 많은 비용을 필요로 하기 때문에 저축은 곧 바닥이 나고, 결국은 공적부조에 의존하거나 자신의 집을 처분하는 등 자산을 활용할 상황에 놓이게 된다.

이렇게 오랜 세월 가족과 함께 살아온 집을 처분하는 등 문제가 크게 부각되자, 정부는 중산계층의 노인들에게도 고령자 간병문제에 대한 정책적 배려의 단계를 넓히고 있으며, 국가보건서비스 개혁안에 요양서비스를 무료화 할 것을 밝히고 있다.

또한, 국가보건서비스 개혁에서 사회서비스(social service)와 국가보건서비스가 처음으로 자원을 통합하는 협약이 이루어졌다. 새로운 보호신탁(Care Trust)으로 보건과 사회서비스가 함께 서비스를 제공하는 하나의 조직체가 될 것이다. 이는 환자들 특히 노인 환자들이 두 서비스의 틈새에서 누락되거나 집에서 보호받을 수 있는데도 불필요하게 병상을 점유하게 되는 일을 예방해 줄 것이다.

국가보건서비스를 가장 많이 이용하는 노인층에 대한 개혁안의 배려를 살펴보면, 노인보건의료에 대한 표준화를 실시하여 노인차별을 허용하지 않도록 하며, 기존의 50~64세까지의 무료 유방암 검진이 70세까지 확대 실시되며, 노인과 노인 간호자들에 대한 개별보호계획안을 세우고, 요양원의 요양비용이 무료로, 그리고 2004년까지 9억파운드 예산으로 중간요양서비스를 제공하여 노인들이 보다 독립적인 생활을 할 수 있게 된다.

마지막으로 이번 개혁안에서는 중간요양서비스(Intermediate Care)에 대한 추가공급을 약속하고 있다. 중간요양서비스란 병원과 집의 중간 다리 역할을 하여 환자들이 보다 빨리 회복하고 독립적인 생활이 가능하도록 한다.

이로써 환자들이 병원을 보다 빨리 떠날 수 있고, 집으로 퇴원하는 것을 강요당하지 않아도 되게 된다. 중간요양서비스는 심혈관 질환 치료 후 병원에서 집중적인 재활서비스를 이용하거나, 요양원에서 요양서비스를, 혹은 집에서 사회서비스와 의료서비스를 필요로 하는 경우도 해당되며 이는 무료로 제공된다.

4) 호스피스서비스

호스피스란 말기 환자에게 증상 관리를 통해 무리하게 생을 연장 또는 지연시키기보다는 최대한 신체적인 증상이 완화될 수 있도록 도와주고 정서적·영적인 지지를 통해 남은 시간을 보다 편안하고 소중하게 인간의 존엄성을 유지하며 생을 마감할 수 있도록 도와준다. 영국에서 지난 20년 동안 병원에서 사망하는 비율이 점차적으로 증가하는 추세를 나타내고

있는 현상은 인구사회학적 요인과 보건의료요인이 상호 관련된 결과로서, 가정에서 사망하는 비율을 감소시켰고 시설에서의 사망률을 증가시켰다. 1983년 영국에서 발생한 총 사망자의 60.0%는 병원이나 혹은 이와 비슷한 시설에서 발생하였다(한국노인문제연구소, 1995).

지난 10년간 말기환자를 위한 호스피스서비스가 크게 활성화되었으며, 호스피스서비스는 많은 기관이나 단체에서 제공하고 있는데 임종 말기의 환자에게 단기적인 보호 서비스를 제공하는 입원보호서비스와 집에서 의사의 감독하에 간호사와 사회사업가가 서비스를 제공하는 재가보호서비스, 그리고 병원에 설치되어 담당 의사와 간호사에게 자문과 전문지식을 제공하는 보호조정팀 등의 형태가 있다. 호스피스에서 제공하는 다른 중요한 서비스로는 주간진료소, 야간요양, 휴식보호서비스, 유족 자문, 의사와 간호인을 위한 교육 등이 있다.

1997년 현재 영국에는 약 3,253개의 호스피스가 있으며, 이 중 국가보건서비스에서 운영하는 병상은 595개이고, 나머지는 지방단위의 소규모 독립자선단체와 대규모 국가자선단체 등 자원단체 등에서 운영하고 있는 비 해당 운영비는 국가보건서비스에서 지원한다. 영국에서는 대부분 병원에서 사망이 발생하고 약 10%를 호스피스가 담당하고 있다. 이용자 가운데 사망자는 암환자가 가장 많다.

V. 맺음말

영국의 보건의료제도는 사회복지제도의 일부이며, 노인들을 위한 보건복지정책을 이해하기 위해 전반적인 국가보건서비스의 형태와 노인을 위한 보건정책들을 함께 살펴보았다. 영국의 국가보건서비스 체계에 대해 이상적으로 생각하고 이 땅에 실현하고자 하는 사람이 있는 반면에 많은 문제점이 있음을 이야기하는 사람들 의견 또한 분분하다. 모든 정책이 그러하듯이 본받을 많은 정책들과 함께 해결해야 할 많은 문제점들이 존재하는 곳이 영국의 국가보건서비스체계 일 것이다.

다음은 영국의회에서 사회서비스위원장직을 맡은 바 있는 프랭크 필드의 주장이다(의료보험관리공단, 1996). 영국인구의 절반이 자산 조사에 따른 급여를 받고 있는 현재의 상태를 타파해야만 되며 가난한 사람에게 초점을 맞추는 현재의 사회보장제도를 전면적으로 개편해야 한다고 주장하였다.

또한 국민에게 이타심을 요구하는 사회보장으로부터 국민의 이기심에 입각한 사회보장으로 전환한 후 그 속에서 이타심이 실현될 수 있도록 해야 한다고 주장하였다. 그리고 그 제

도의 틀 안에서 새롭게 노인홈과 노인요양원에서의 장기요양급여를 받아들일 것을 제안하고 있다. 또한 사회보험방식의 보편적인 고령자 간병정책을 실현함으로써 간병이 필요한 노인의 대부분이 공적부조에 의존하는 현 상태를 바꾸지 않으면 안된다고 하였다.

영국은 지난 2000년 여름 산재해 있는 많은 보건의료 문제점들을 해결하고, 낡은 형태의 체계들을 근대화하기 위해 보건의료개혁안을 제시했다. 이제 우리는 이 개혁의 수행 정도와 그 효과를 지켜보게 될 것이다. 오랜 대기시간과 장기 요양체계 내에서의 공백 현상 등 주요 현안에 대해 제시된 해결책들이 이루게 될 성과들을 말이다.

영국의 보건정책을 살펴보면 정책 그 자체의 긍정 혹은 부정적인 관점보다 먼저 관심을 끄는 것이 있다. 그것은 바로 정책에 담겨있는 정책 결정과정에 참여한 자들의 눈부신 철학과 정책이 결정되기까지의 과정이다. 앞서 왕립위원회의 장기요양서비스에 관한 보고서에서 인용한 노인에 대한 사회 가치의 정의가 그러하고, 프랭크필드의 사회서비스 정책 전반에 대한 주장에서도 볼 수 있는 사회철학이 눈부시다. 또한, 정책이 형성되기까지의 다양한 사회 연구와 지속적인 관심 그리고 정책에 대한 철학이 그리고 이를 정책으로 받아들이는 정부의 태도와 과정이 매우 인상적이었다.

이러한 이유로 부록에서 왕립위원회의 장기요양보고서의 권고 내용에 대한 영국 정부의 답변을 첨부한다. 정책입안을 위한 보고서가 얼마나 포괄적이며 구체적인지 또한, 그 보고서에 대한 정부의 성찰이 얼마나 진지한지를 느낄 수 있다. 마지막으로, 국가보건서비스 개혁안의 주요 내용을 살펴보았다.

참고문헌

- 선우 덕, 노인의료비 적정화를 위한 정책 방안, 보건복지포럼, 1999. 5.
- 한국사회과학연구소, 세계의 사회복지, 인간과 복지, 2001.
- 한국노인문제연구소, 외국의 노인복지정책, 동인, 1996.
- 최순남, 현대 노인복지론, 한신대학교 출판부, 1999.
- 한국노인문제연구소, 유럽의 노인복지:1990년대를 전후한 각 국의 동향, 홍익제, 1995.
- 남찬섭 역, 영국사회복지발달사, 인간과 복지, 2001.
- 문옥륜 외, 의료보장론, 신광출판사, 2000.
- 의료보험관리공단, 주요국의 고령자 의료보장제도, 의료보험관리공단, 1996. 12.
- 이필구(2001, 09, 10), 기획시리즈 영국의료, 그 환상을 켜다①, 청년의사.
- 이필구(2001, 09, 17), 기획시리즈 영국의료, 그 환상을 켜다②, 청년의사.
- 이필구(2001, 09, 24), 기획시리즈 영국의료, 그 환상을 켜다③, 청년의사.
- Annual Abstract of Statistics, 1998.
- Department of Health Report 2000 ; Government's Expenditure Plan 2000-2001.
- Netten A, Bebbington A, Darton R, et al., Survey of Care Homes for Elderly People, Final Report 1998 PSSRU, University of Kent at Canterbury.
- Netten A, Darton R. Unit Cost of Community Care 1996 PSSRU, University of Kent at Canterbury
- Wittenberg R, Pickare L, Comas-Herrera A, et al., 'Demand for long-term care;projections of long-term care finance for elderly people' PSSRU LSE, Canterbury.
- House of Common Health Committee, Long Term Care: NHS responsibilities for meeting community health care needs, Vol. 1, HSMO, 1995.

부 록

1. The NHS Plan

A plan for investment/A plan for reform

Executive summary

이는 지속적인 재원의 증가를 통한 국가보건서비스의 투자 계획이며, 국가보건서비스의 변화를 위한 개혁 계획이다. NHS플랜의 목적과 비전은 영국국민에게 21세기에 적합한 보건의료서비스를 제공하는 것이다. NHS는 보건의료에 있어서 주요한 향상을 가져왔으나, 환자들의 기대치와 공급인력이 제공하고자 하는 바를 충족시키지 못하였다. 조사에 따르면 새로운 개혁을 위한 국민들의 요구 사항은 다음과 같았다.

- 보다 더 그리고 나은 급여를 받고 새로운 방법을 적용해 주는 공급자
- 대기시간 감소와 환자 중심의 질적인 보건의료서비스
- 지역 병원과 의원의 수준 향상

NHS는 최근 몇 년간 재정 부족으로 부분적으로 의료서비스 전달에 실패하고 있었다. 특히 의료서비스 전달에 필요한 의사, 간호사 그리고 기타 주요 인력의 부족이 계속되었다. 또한, 다른 문제점들도 존재해왔다. NHS는 1940년대의 시스템으로 21세기에 운영됨으로써,

- 국가적인 표준화지침(national standards)의 부족과,
- 서비스간의 공급자와 비공급자간의 낙후된 구분,
- 공급수준 향상을 위한 명확한 인센티브와 방편 부족,
- 지나친 중앙집권화와 환자의 권한 부족

NHS가 시작된 1948년부터 존재한 이러한 체계적인 문제점들이 이제 NHS플랜으로 정면 승부를 하게 되었다. 보건의료자원 조달의 다른 형태가 연구되었고, 다른 국가의 방법들이 보다 나은 보건의료를 제공하지는 않았다. NHS의 원칙은 고수되고 단지 적용에 있어 변화가 필요했다.

2000년 3월 예산 편성의 결과를 살펴보면, 5년 내에 현금가치로 50%, 실제 가치로 1/3의 성장을 의미한다. 이는 결국 국가보건서비스 기관에 대한 투자가 있을 것이라는 의미가 된다.

- (종합)병원과 중간요양기관 7,000병상 추가 공급
- 2010년까지 100개 이상 새 병원과 500개의 원스톱 일차의료센터 건립
- 3,000개 이상 일반의 현대화 및 250개 스캐너 도입
- 깨끗한 병동, 보다 나은 병원 식이

- 모든 병원과 일차의료에 현대식 IT 체계 도입과 인력 투자
- 컨설턴트 7,500명, 일반의 2,000명 증원
- 간호사 20,000명, 치료사 6,500명 증원
- 의과교육 시설 추가 확보
- NHS 인력을 위한 직장 내 탁아소 100개 설치

개혁에는 투자가 필수적이며, 환자들의 요구에 근접하게 NHS를 재구성해야한다. 영국 정부는 지방병원들을 운영하지 않을 것이다. 일차의료인력이 환자들을 방문하는데 필요한 기금 관리를 위한 보건부와 NHS와의 새로운 관계를 형성 될 것이다. 보조금관련 원칙이 적용될 것이며, 새로운 체계의 자율성으로 지방 병원들이 중앙으로부터 이양 받은 권한을 키워나갈 것이다.

보건부는 보건의료에 대한 국가지침서를 작성하고, 보건의료향상위원회는 지역 보건 기관들이 이를 잘 수행하는지에 대해 정기적으로 조사 할 것이다. 보다 능률적인 기관을 위하여 Permanent Secretary와 Chief Executive의 두 직책이 하나의 직책이 될 것이며 이 보직에 대한 지명이 이번 가을에 있을 것이다.

National Institute for Clinical Excellence는 암치료약 같은 비용효과적인 약에 대해서는 거주지역에 관계없이 구매할 수 있게 할 것이다. 최상의 진료행위를 위해 Modernization Agency가 설립 될 것이다.

관할 지역의 환자들에 대하여 보다 나은 서비스를 제공하는 지방 NHS 조직들은 보다 자치적인 사업 수행을 위한 자율권을 갖게 될 것이다. 또한, 500백만 파운드 수행기금이 조성될 것이다. 반면에 관할 지역 환자들에 대한 서비스에 실패한 지방 NHS에 대해서는 보다 빨리 개입할 것이다.

자원 공유를 위한 새로운 합의하에 사회보장서비스와 국가보건서비스가 처음으로 서비스를 함께 제공할 것이다. 하난의 조직으로 보건의료와 사회 보호를 위한 사명을 수행하기 위한 새로운 보호신탁(Care Trust)이 생길 것이다. 이로써 환자들-특히 노인 환자들-이 자신의 집에서 안전하게 지낼 수 있을 때 두 서비스 사이에 끼이거나 병원에 남겨지는 일을 예방하는데 도움이 될 것이다.

일반 개원의와 병원 전문의 모두를 위한 현대식 계약 체계가 처음으로 있을 것이다. 국가보건서비스는 국가보건서비스를 위해 열심히 일한다. 그러나, 현재의 계약방식은 낡은 방식이다. 일반개원의를 위해서 특별히 혼자 진료를 보는 개원의를 위한 보다 확장된 질 중심의 진료를 가능케 하는 계약이 있을 것이다. 추가적인 임의 지불을 받는 고문의사로 지명되는 의사들이 1/2 내지 2/3 증가할 것이며, 이들은 NHS를 위해 일하는 동안 생산성 향상을 위해 노력해야 할 것이다. 새로이 상담의사로 인정받은 의사들은 7년 동안 개인적인 진료행위를 할 수 없게 된다.

처음으로 특정 지역이 아닌 모든 지역의 간호사와 의료인력들의 업무영역이 확대된다. 2004년까지 반 이상이 약처방이 가능해진다. 앞으로 3년간 의료인력의 기술 향상을 위해 280만 파운드가 확보되었다. 모든 보조적인 의료인력들이 매년 150파운드 가치의 개별 학습 기회(Individual Learning Account)를 가지게 될 것이다. 고문간호사가 천명으로 늘 것이며, 새로운 역할의 고문 치료사가 소개될 것이다. 관리 능력과 임상적인 지도자-병동에 대한 기본적인 권한을 가진 현대적인 수간호사를 포함한-의 새로운 세대를 개척하기 위해 새로운 지도자 양성소(Leadership Centre)가 생길 것이다.

처음으로 NHS 환자들이 목소리를 낼 수 있는 진정한 권리를 가질 것이다. NHS에 대한 새로운

파워와 영향력을 가질 것이다.

- 일반개원의 선택에 필요한 정보를 보다 많이 가질 것이다.
- 병원마다 환자를 위한 변호사와 상담자가 있게 될 것이다.
- 예약된 날 수술이 취소된 경우 적절한 배상이 있게 될 것이다.
- 보다 환자 중심의 서비스를 위해 환자 조사와 포름이 있을 것이다.

처음으로 민간병원-비용에 적절한 가치를 제공하고 환자 케어의 기준을 유지하는-의 시설들을 보다 유용하게 쓰기 위한 민간과 NHS 사이에 협약이 있을 것이다. NHS에서 제공하는 의료는 누가 제공하던 간에 무료일 것이다.

서비스에 대한 이러한 광범위한 개혁들은 환자를 위한 직접적인 향상의 결과를 낳을 것이다. 환자 대기시간은 추가적인 의료인력을 통해 짧아질 것이다.

- 2004년까지 환자들은 일반개원의와의 예약이 48시간 내에 이루어 질 것이고 일반개원의로부터 후송된 환자를 받을 개원 전문의(specialist GPs) 수를 천명까지 늘릴 것이다.
- 사고와 응급실 이용의 장시간 대기가 없어질 것이다.
- 2005년말까지 외래 환자 예약 대기 시간이 최대 3개월 그리고 입원환자는 6개월이 될 것이다.

목숨의 위험이 있거나 대부분의 사람들에게 영향을 미치는 암환자치료, 심장질환, 그리고 정신보건서비스는 다음과 같이 향상될 것이다.

- 암검진 프로그램의 대폭적인 확대
- 암치료약에 대한 처방전의 지역 제한 삭제
- 2003년까지 전역에 대한 가슴 통증 클리닉에 대한 빠른 접근성 확보
- 심장 수술 대기 시간 단축
- 335 정신보건팀이 위기에 대응하여 즉각적인 반응 제공

노인들은 NHS를 가장 많이 이용하는 군이다. 이번 개혁은 노인들을 위하여 보다 나은 보다 새로운 서비스를 제공할 것이다.

- 연령 차별을 허용하지 않는 노인들을 위한 국가적인 보살핌 지침 제정
- 65세 이상 모든 여성 노인을 위한 유방암 검진 실시
- 노인들과 노인들의 수발자를 위한 개별보호계획 수립
- 요양시설의 요양비용 무료화
- 2004년까지 900백만 파운드의 중간보호서비스로 노인들이 보다 독립적인 생활이 가능해짐

NHS계획은 처음으로 국가적인 불평등을 없애고 환자들을 위한 폭넓은 보건의료 향상을 가져올

것이다. 이를 달성하기 위해 정부는

- 빈곤층에 대한 일차적인 의료 증가 및 향상
- 여성과 아동을 위한 검진 프로그램 도입
- 금연서비스 제공
- 4~6세 아동이 학교에서 무료 과일 섭취를 통해 아동들의 영양향상

이러한 NHS 개혁은 돈이 필요하고 이를 달성하기 위해 개혁이 필요하다. 그러나, 변화를 지원할 재원은 확보되었고, NHS에서 이를 달성할 조직도 구성되었다 개혁된 환자중심의 NHS를 위한 새로운 국가적인 연합이 생겨났다. 1948년 NHS가 생겨난 이후 가장 근본적이고 광범위한 개혁이 될 것이다.

2. 영국 왕립위원회의 장기요양체계 계획서 및 영국 정부의 보고서 답변

○ Royal Commission 요청에 대한 정부의 대응 요약

1. 개인보호서비스는 평가 후 필요에 따라 세금으로 지불되어야 한다.
→ 정부는 향후 3년간 보다 즉각적이고 보다 풍부한 노인보건서비스 향상을 위해 새로운 투자를 계획하고 있다. 정부는 왕립위원회가 권고하는 비용에 대하여 예산 편성을 할 것이다. 그러나 정부는 개인보호서비스를 보편적 무료서비스로 전환하는 것이 새로운 투자분에 대한 최선책이라고 확신하지는 않는다.
2. 정부는 국가보건위원회(National Care Commission)를 설립해야 한다.
→ 1999년 10월 단일국가보건표준화위원회(National Care Standard Commission)의 선언과 함께 폭넓게 수용함. 현재 Care Standard Act 2000에 남아 있다.
3. 정부는 시설보호 노인과 재가 노인들에게 얼마를 지원할지 명확히 해야 한다.
→ 급성의료서비스와 장기요양서비스에 대한 비용 구분이 논란 중이다. 정부가 확신하는 것은 노인들의 독립성을 향상시키고 보다 재가가 가능하게끔 서비스를 제공하도록 적절한 동기를 부여하는 것이 중요하다고 믿는다. 이 내용이 국가보건서비스개혁안 중 중간요양서비스와 관련 서비스가 목적하는 바이다.
4. 시설보호 후 최초 3개월 동안은 부동산의 자산가치는 고려하지 않아야 되며, 재활서비스는 모든 보건서비스평가에서 통합적이고 시작이어야 한다.
→ 수용됨. 2001년 4월부터 부동산의 자산 가치 평가는 시설 입소 후 3개월까지는 고려되지 않을 것이고, 연간 약 30,000명이 혜택을 받을 것이다.
5. 체계의 효율 증대와 질 향상을 위해 측정이 있어야 한다.
→ 수용됨. 보건의료서비스와 사회보호서비스의 연계를 위해 국가 보건서비스 개혁안에 포함될 사회보호서비스의 질향상 전략은 다음 달에 출판된 예정이다.
6. 자산조사의 한계를 바꾸거나 요양서비스를 무료화 같은 현 체계의 변화가 필요하다.
→ 폭넓게 수용됨. 2001년 10월부터 국가보건서비스 요양서비스가 무료화되어 약 35,000명이 혜택을 받게 되었다. 자산의 한계를 상향조정하여 2001년 4월부터 1996년의 가치로 재적립되고, 약 20,000명이 혜택을 받게 된다.
7. 소득지원에서 Residential Allowance를 보강할 수 있는 자원이 지방보건당국으로 이전되어야 한다.
→ 수용됨: 2002년 4월부터 실행될 것이다.
8. 정부는 사회보장에서 “보장받을 권리”의 지불이 지역사회간호 기금의 1993년 후기 안에 가져올 수 있는 것인가를 고려해야 한다.
→ 수용됨. 2002년 4월부터 실행될 것이고 약 65,000명 수혜 예정
9. 공동출자 된 예산에 대한 정부의 계획은 나중에 이루어져야 하고, 이 공동출자 된 예산은 국가적으로 집행되어야 한다.
→ 보건과 사회보장(social care)간의 협조가 보다 강화되는 제안으로 NHS Plan 안에서 폭넓게 수용된다.
10. 보조와 적응(adaptation)에 대한 제정은 공동출자된 단일예산과 지방기관에서 접근가능성이 포함,

- 보조에 대한 대출과 개인이 소유한 자산에 대한 적용이 가능하도록 하게 해야 한다.
 → 보조와 부분적인 적용에 대한 부분에서 원칙적으로 수용됨. 공동출자된 자원의 이용에 대한 가능성은 유동적으로 Health Act 1999가 적용된다.
11. 직접지불에 대한 시스템은 65세 이상으로 확대되어야 한다.
 → 수용됨. 2000년 2월부터 실행됨
12. 재활의 비용효율적인 부분에 대한 추가적인 연구와 재활에 대한 국가적인 전략의 발전
 → 원칙적으로 수용됨. 재활의 비용효율적인 부분에 대한 연구를 착수하고, National Beds Inquiry와 중간요양서비스에 대한 국가 보건서비스 개혁안에서 재활을 국가적인 틀 안에서 발전시키도록 제공하도록 한다.
13. 23번과 함께 추후의 장기적인 연구가 예방적인 개입의 과정과 결과의 추적이 요구된다.
 → 원칙적으로 수용됨. 노령화에 대한 장기적인 연구를 국가통계청(Office for National Statistics)과 하고 있다.
14. 정부는 서비스에 대한 문화적인 인식을 향상시켜 흑인과 소수민족 노인들에게 제공하는 것에 우선순위를 두어야 한다.
 → 국가보건서비스 개혁안에서 중요하게 수용되고, 노인인구에 대한 국가서비스 틀 차원에서 접근됨. 사회보장의 강화는 개별위원회와 정밀보고 사업으로 이루어짐.
15. 변호사의 역할이 중앙정부에서부터 지방에서 발전되어야 한다.
 → 중요하게 수용. 환자 변호사서비스계획이 국가보건서비스개혁안 10장에 있다.
16. 보조와 적용이 폭넓게 자문되어야 하고, 이것은 무료가 되면서 charge에 포함되어야 한다.
 → 폭넓게 수용됨. Care Standards Act 2000의 새로운 힘은 집에서 제공받는 서비스에 대해 보다 공정한 요금 청구를 가능하게 할 것이다.
17. 현재 간호사의 도움을 받는 사람들에게 보다 나은 서비스가 제공되어야 한다.
 → 원칙적으로 수용됨. 간호사의 서비스에 대한 추가적인 자원 제공된다.
18. 정부는 국가 차원에서 간호제공자 육성책을 고려해야 한다.
 → 수용됨. 정부의 National Carers' Strategy를 통해서 이루어짐.
19. 국가보건위원회는 장기요양서비스의 전반적인 비용에 대하여 추계하고 이를 공개해야 한다.
 → 중요한 사안이라는 것에 동의하나, 중앙정부 소관 아님. 보건부위원회인 LSE에 있는 Personal Social Services Research Unit 담당
20. 정부는 국가차원 조사 수행으로 신뢰성 있는 자료를 제공해서 보건분야의 추세를 예측할 수 있어야 한다.
 → 정부는 국가의 장기적인 자료가 추세를 측정할 수 있어야 한다는 점에 동의한다. 이점에 대해서 고려하고 승인하려 함(?)
21. 정부는 1980년대 초 이후 다양한 부문간의 자원 전이(shift)에 대한 조사에 착수해야 한다.
 → 정부는 합동위원회가 심도있게 발전해 새로운 협조관계(공동재정출자를 포함)가 보건의료법(Health Act 1999) 안에서 이루어지고, 자원할당을 변화시키며, 그러한 조사의 필요성을 없앨 것이라고 보고 있다.
22. 교부금과 지출에 대한 보다 명확한 할당시스템이 구축되어야 한다.
 → 수용됨. 2000년 9월 녹서로 지방정부 자원 할당 방법 향상 예견. 23. 정부는 수요에 따른 보호서비스의 공급이 어떻게 젊은 장애인구의 필요한 개별보호와 독립생활기금(Independent Living Fund)과 관련되는지 알아야 한다.

→ 요청 1과 관련이 있음.

모든 제도가 그렇듯이 영국의 국가보건서비스도 시행의 과정에서 많은 어려움이 있었으며, 지금도 운영자, 납세자, 수혜자 간의 보이지 않는 갈등이 존재하고 있다. 정부는 삼자간의 갈등을 조정하여 보다 발전적인 방향으로 나아갈 수 있도록 중재자 역할을 수행하고 있다.

NHS의 운영은 정부와 협력하는 민간에 의해 이루어지며, 각각의 하부조직은 독립채산제 방식으로 운영하여 그 효율성의 증대를 도모하고 있다. 하부 조직 아래에는 대학병원을 비롯한 모든 병원 조직이 분포하며, 사보험에 의한 개인병원들 또한 기능적으로 조직화되어 NHS의 일부로 운영되고 있다.

전국을 57개 권역으로 구분하고, 일반개원의를 포함하여 모든 병원을 지역별로 나누어 환자의 관리, 재정의 관리, 의사의 선발 등 제반 의료서비스에 관한 권한을 이양했다. 아울러 독립채산제 방식을 도입하여 각 지역의 자발적인 재정 절감과 효율적인 관리를 유도하는 방향으로 정책이 전환되어 오늘에 이르고 있다.