



■ 정책보고서 2014-

노인복지정책 추진체계 현황 분석과 향후 발전 방안

정홍원 · 심창학 · 한은희 · 황규성 · 류진아

【책임연구자】

정홍원 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

저서 1

발행처, 년도(공저여부)

저서 2

발행처, 년도(공저여부)

【공동연구진】

심창학 경상대학교 사회복지학과 교수

한은희 University of Wisconsin-Madison, Institute for Research
on Poverty, Researcher

황규성 한신대학교 연구교수

류진아 한국보건사회연구원 연구원

목 차

요약	3
제1장 서론	7
제1절 연구의 배경 및 목적	9
제2절 연구의 내용 및 방법	01
제2장 노인복지 정책추진체계 현황 분석	4 1
제1절 노인복지를 둘러싼 주요환경 변화	5 1
제2절 노인복지정책 및 주요 제도	2 2
제3절 현행 노인복지정책 추진체계	9 2
제3장 주요국의 노인복지 정책추진체계	8 4
제1절 미국의 노인복지 정책추진체계	9 4
제2절 호주의 노인복지 정책추진체계	6 7
제3절 프랑스 노인복지 정책추진체계	9 9
제4절 독일의 노인복지 정책추진체계	8 1
제5절 정책적 시사점	10
제4장 노인복지정책 추진체계의 발전 방안	06 1
제1절 향후 노인복지정책 추진체계 변화의 방향성	16 1
제2절 노인복지정책 추진체계 개편 방향성과 쟁점	7 7 1
제3절 노인복지정책 추진체계의 개편 대안	9 8 1

제5장 결론 및 정책적 제언 2

참고문헌 212

표 목차

〈표 2-1-1〉	주요 국가의 인구고령화 속도	6	1
〈표 2-1-2〉	출생 시 기대수명의 연도별 추이	6	1
〈표 2-1-3〉	자살에 의한 사망률	0	2
〈표 2-2-1〉	소득보장 영역의 주요 노인복지제도 현황	3	2
〈표 2-2-2〉	의료보장 영역의 주요 노인복지제도 현황	5	2
〈표 2-2-3〉	사회서비스 영역의 주요 노인복지제도 현황	7	2
〈표 2-3-1〉	주요 노인복지정책의 담당부처 및 집행기관 현황	9	2
〈표 3-2-1〉	호주의 사회계층별 사회보장지출 구조(2010~2011)	7	7
〈표 3-2-2〉	OECD 주요국 GDP 대비 노인부분 지출	7	7
〈표 3-2-3〉	노인복지 관련 주요 제도 연혁	0	8
〈표 3-2-4〉	센터링크가 제공하는 주요 급여 현황	5	8
〈표 3-2-5〉	호주의 노령연금과 법정퇴직연금의 개요	7	8
〈표 3-2-6〉	호주의 퇴직(노인) 인구의 소득원	8	8
〈표 3-2-7〉	노령 연금 급여 2014	9	8
〈표 3-2-8〉	퇴직연금의 유형별 기금 현황	1	9
〈표 3-2-9〉	노인요양서비스 현황	7	9
〈표 3-2-10〉	2013년 개혁 전후 노인요양서비스 변화	8	9
〈표 3-3-1〉	2003년 프랑스 연금 개혁의 주요 골자	1	0
〈표 3-3-2〉	보편적 의료보장제도의 수혜자 추이	3	0
〈표 3-3-3〉	프랑스의 인구 추이와 고령화 진전	6	0
〈표 3-3-4〉	프랑스 사회보호 지출 추이 및 현황	6	0
〈표 3-3-5〉	프랑스 정부의 기능별 예산(2013년 기준)	7	0
〈표 3-3-6〉	영역별 사회보호급여 지출(2011년)	8	0
〈표 3-3-7〉	프랑스의 노인복지 지출 추이 및 국제 비교	9	0
〈표 3-3-8〉	사회·보건성 소속 부서 및 조직적 특징	1	1
〈표 3-3-9〉	프랑스 사회·보건성 산하 노인복지정책 담당 부서	2	1
〈표 3-3-10〉	프랑스 노인복지정책의 영역별 집행기구	2	1
〈표 3-3-11〉	일반레짐 연금 수급자 규모 및 비중	3	1
〈표 3-3-12〉	레짐별 연금급여 지출	4	1
〈표 3-3-13〉	노인연대급여(ASPA) 제도의 급여 수준	8	1

〈표 3-3-14〉 노인연대급여의 추진체계	9·4·1
〈표 3-3-15〉 프랑스의 노인 의료보장제도	0·2·1
〈표 3-3-16〉 CMU-C와 ACS 제도의 노인수급자 수	0·2·1
〈표 3-3-17〉 CMU-C와 ACS의 재정 지원(사례)	1·2·1
〈표 3-3-18〉 CMU 기금의 재원	2·2·1
〈표 3-3-19〉 프랑스 노인 의료보장 추진체계	3·2·1
〈표 3-3-20〉 프랑스 APA 제도 수급자 추이	4·2·1
〈표 3-3-21〉 재가요양 이용자 부담금	5·2·1
〈표 3-3-22〉 시설요양의 이용자 부담금	5·2·1
〈표 3-3-23〉 프랑스 개별자율성급여(APA)의 추진체계	7·2·1
〈표 3-4-1〉 독일 노인복지정책의 구성	9·2·1
〈표 3-4-2〉 독일의 노인복지 재정지출	0·3·1
〈표 3-4-3〉 독일 공공서비스 인력의 소속 및 분야별 구성	3·3·1
〈표 3-4-4〉 독일 국민연금 가입자 현황	4·3·1
〈표 3-4-5〉 독일 국민연금 수급자 수 및 월평균 급여	5·3·1
〈표 3-4-6〉 독일 국민연금의 재정구조	5·3·1
〈표 3-4-7〉 독일 노동사회부의 조직구성	6·3·1
〈표 3-4-8〉 독일 노동사회부 제IV국의 구성 및 업무영역	7·3·1
〈표 3-4-9〉 노인 기초보장제도 수급자의 연도별 현황	8·3·1
〈표 3-4-10〉 독일 노동사회부 제V국 c부국의 업무	8·3·1
〈표 3-4-11〉 독일의 질병금고별 가입자 현황(2013년 7월)	0·4·1
〈표 3-4-12〉 독일 질병보험의 유형별, 연령별 가입자 현황	0·4·1
〈표 3-4-13〉 독일의 GDP대비 의료지출 현황	1·4·1
〈표 3-4-14〉 독일의 연령별 1인당 연평균 의료지출 현황(2010년)	1·4·1
〈표 3-4-15〉 독일 연방 보건부의 조직구성	2·4·1
〈표 3-4-16〉 독일 보건부 제2국 제22부국의 조직 및 업무	2·4·1
〈표 3-4-17〉 독일 장기요양보험 연령대별 수급자 현황	4·4·1
〈표 3-4-18〉 독일 장기요양보험 재정의 연도별 현황	4·4·1
〈표 3-4-19〉 독일 보건부 제4국 제41부국의 조직 및 업무	5·4·1
〈표 3-4-20〉 독일 노인의 사회참여 현황	7·4·1
〈표 3-4-21〉 독일의 연방 가족·노인·여성·청소년부의 조직구성	8·4·1
〈표 3-4-22〉 독일 가족·노인·여성·청소년부 제3국의 조직구성 및 업무	8·4·1
〈표 4-2-1〉 중앙행정기관의 유형 및 주요 내용	4·8·1

그림 목차

[그림 1-2-1]	노인인구 비율과 고령부문 사회지출의 국가별 비교(2009)	1	1
[그림 2-1-1]	상대적 빈곤율의 연도별 현황(가처분소득 기준)	9	1
[그림 2-1-2]	65세 이상 노인의 상대적 빈곤율의 국가별 비교	0	2
[그림 2-3-1]	한국의 노인복지정책 추진체계	0	3
[그림 2-3-2]	노인복지정책 관련 보건복지부의 조직도	2	3
[그림 2-3-3]	국민건강보험공단의 조직도	6	3
[그림 2-3-4]	국민연금공단의 조직도	9	3
[그림 2-3-5]	대도시 자치구 본청의 사회복지 부서 조직구조(2013년 12월)	1	4
[그림 2-3-6]	중소도시 지역 시 본청의 사회복지 부서 조직구조(2013년 12월)	2	4
[그림 2-3-7]	농어촌 지역의 군 본청 사회복지 담당조직 구조(2013년 12월)	4	4
[그림 2-3-8]	시·군·구 본청의 사회복지 담당부서의 구성원리	5	4
[그림 3-1-1]	미국의 전체인구 대비 노인인구 비율의 연도별 추이	9	4
[그림 3-1-2]	미국 노인복지정책 추진체계	3	5
[그림 3-1-3]	지역생활정책실과 노인복지실의 조직 구조	6	5
[그림 3-2-1]	호주의 인적서비스부 조직 구조	2	8
[그림 3-2-2]	2013년 9월 이전 호주의 노인복지정책 추진체계	3	8
[그림 3-2-3]	2013년 9월 이후 호주의 노인복지정책 추진체계	3	8
[그림 3-3-1]	프랑스 연금 추진체계(일반레짐 기본연금의 경우)	5	4
[그림 3-3-2]	프랑스 공공부조제도의 기본구조(2012년)	7	1
[그림 3-4-1]	독일의 65세 이상 노인인구의 비율	8	2
[그림 3-4-2]	독일의 현행 노인복지 정책 추진 체계	0	3
[그림 3-4-3]	독일 공공서비스 인력의 상대적 구성	2	3
[그림 3-4-4]	독일 장기요양보험제도의 체계도	5	4
[그림 4-1-1]	취업자 대비 공무원 및 보건복지 종사자의 비율	2	6
[그림 4-1-2]	취업자 대비 공무원 및 보건복지 종사자 비율의 국가간 비교	3	6
[그림 4-1-3]	우리나라 사회지출 및 고령부문 사회지출의 연도별 추이	6	6
[그림 4-1-4]	전체 사회지출 및 고령부문 사회지출의 국가간 비교(2011년)	7	6
[그림 4-1-5]	65세 이상 노인인구 비율과 고령부문 사회지출의 국가별 지교(2011년)	8	6
[그림 4-1-6]	한국의 급여형태별 사회지출 연도별 추이	0	7
[그림 4-1-7]	한국의 급여형태별 고령부문 사회지출 연도별 추이	1	7

[그림 4-1-8] 전체 사회지출과 급여형태별 지출의 국가 간 비교(2010년)	2	7	1
[그림 4-1-9] 고령부문 사회지출과 급여형태별 지출의 국가 간 비교(2010년)	3	7	1

[그림 4-1-10] 저출산·고령화의 진전과 사회보장정책 추진체계의 변화5.....7..... 1

[그림 4-3-11] 노인복지정책 추진체계 확충(안)에 따른 보건복지부 노인복지정책 담당부서
..... 190

Abstract <<

An analysis on the policy propulsion system of elderly welfare(, and a design for alternative system)

영문요약 내용

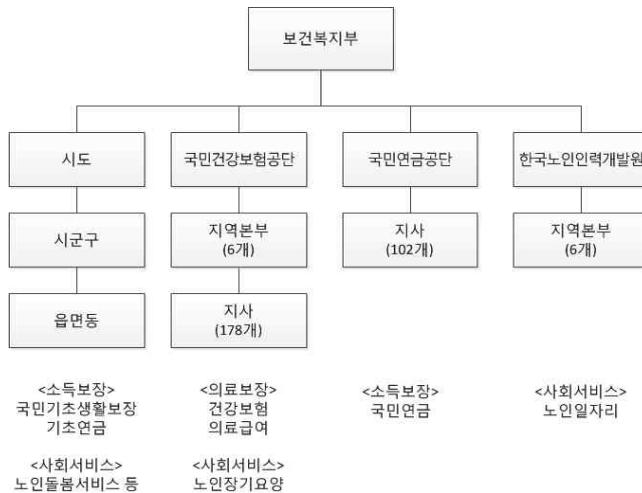


1. 연구의 배경 및 목적

- 급속한 인구고령화에 따른 사회보장정책의 근본적 변화는 불가피함.
- 본 연구의 목적은 인구고령화라는 정책 환경의 변화에 따라 향후 노인복지 정책 추진체계의 발전 방향과 대안을 모색하기 위한 것임.
- 연구 내용 및 방법
 - 우리나라 노인복지 정책추진체계 현황 분석
 - 주요 선진국의 노인복지 정책추진체계 현황 분석
 - 노인복지 정책추진체계 대안 모색

2. 주요 연구결과

- 우리나라 노인복지 정책추진체계 현황



□ 외국 사례 시사점

- 정책추진체계 구성의 대상자별 편제가 아닌 기능별 편제로의 지향성
- 노인복지정책추진체계의 구조는 사회보장정책 전반의 제도적 특성 및 개별 제도의 비중을 반영
- 분절적 구조에서 통합·연계적 구조로의 최근 변화 추이

□ 노인복지정책 추진체계 개편의 쟁점; ‘노인복지청’의 신설

- 노인복지와 노인문제를 담당하는 부처수준의 중앙행정기관 설치에 대한 타당성이 있으나 단기적으로 추진하기 어려운 과제임.
- 단기적으로 노인복지 관련 정책의 확대 및 내실화를 추진하면서 기존 정책 추진 체계를 보완하는 방식의 개편이 필요
- 중장기적으로는 노인을 포함하여 통합적 대상별 편제 또는 기능별 편제에 근거한 부처를 설치하고 대상자에 노인을 포함하는 방식이 적절

3. 결론 및 시사점

□ 노인복지정책 추진체계 개편의 방향성

- 환경 변화 및 복지수요 변화 대응
 - 노후소득보장을 중심으로 한 현금급여를 담당하는 조직의 지속적 확대, 노인의료, 장기요양 및 노인돌봄, 노인복지서비스 및 노인일자리 영역을 담당하는 조직의 급격한 확대 동반 필요
 - 생애주기 관점과 영역별 사회보장정책을 연계·통합하는 방식의 추진체계 개편 필요
- 사회보장정책의 연계 및 통합성 제고
 - 복지서비스 수요자의 인적 특성, 욕구 특성에 적합한 서비스를 조합하여 제공하는 통합사례관리 강조

- 집행조직의 강화
 - 지방자치단체의 정책 역량 제고, 역할과 기능의 강화, 정책집행의 자율성 확대 필요
- 정책대상자의 접근성 제고
 - 서비스 신청과 제공을 분리하고, 서비스 신청을 위한 민원창구를 하나의 기관에 집중하는 방식 고려
- 노인복지정책 추진체계의 개편 대안
 - 중앙행정기관의 개편 방안
 - 노인복지정책 담당조직 확충 : 단기적 개선 방안
 - 노인복지를 담당하는 중앙행정기관 신설 : 중장기적 개편 방안
 - 중앙행정기관 간의 정책조정 및 저출산·고령사회위원회
 - 노인복지정책과 고령사회 대응 정책의 총괄·조정 역할을 하는 저출산·고령사회위원회 활성화 필요
 - 지방자치단체의 정책추진체계 개편 방안
 - 중앙정부와 지방자치단체의 역할 변화
 - 지역단위 복지계획 수립과 지방자치단체의 역량 강화
 - 지방자치단체의 복지정책 추진체계 개편

*주요용어: 용어1, 용어2



제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 배경 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

우리나라의 인구고령화 진행 속도는 다른 국가에서 유례를 찾기 힘들 정도로 급속하게 진행되고 있다. 선진국의 경우 인구고령화는 평균수명 증가에 따른 노인인구 증가와 출산율 저하에 따른 유소년인구 감소 현상이 순차적으로 진행되었다. 반면에 우리의 경우에는 베이비붐 세대의 은퇴로 인한 노인인구 증가와 저출산 현상의 고착화로 인한 유소년인구의 감소가 동시에 진행되고 있다. 인구고령화는 경제활동인구의 감소로 인한 잠재성장률을 낮추는 방향으로 작용할 가능성이 높다. 또한 유효수요의 감소와 저축투자 위축으로 연계되어 전반적인 고용 수준이 둔화되는 결과를 초래할 가능성이 있다. 경제성장의 저하와 고용 감소는 국가 재정수입 감소를 의미하여, 동시에 개인이 부담하는 조세의 증가로 이어진다. 조세부담 증가는 가처분소득의 감소를 의미하며, 이는 가계저축과 투자 위축으로 연결되어 고용 시장과 전반적인 경기 침체로 나타나는 악순환과 저성장의 고착으로 귀결될 수 있다.

인구고령화의 진행은 가족규모 감소와 노인단독가구 증가 등 가족구조 변화, 소득격차의 심화 등의 변동에 따른 각종 사회문제 해결을 위한 사회보장정책의 수요를 급격하게 증가시킬 것이다. 질병, 사고, 사망, 노령 등의 사유로 소득의 중단 혹은 상실이라는 전통적인 사회적 위험이 지속되는 상황에서 가족 기능의 약화, 노인인구 증가, 빈부격차의 확대 및 장기 실업 등 인한 새로운 사회적 위험이 구조화되는 양상을 보이고 있다. 따라서 인구고령화로 인한 인구구조 변동은 노인복지를 포함한 사회보장정책에 근본적 변화를 요구하고 있다. 복지자원 확충과 재원 조달의 어려움에도 불구하고, 노후 소득보장, 장기요양보험, 노인복지서비스 등 관련 사회보장정책의 확대에 대한 사회적 압력이 지속되고 있는 상황에서 관련정책의 확대와 노령부문 사회보장지출의 지속적 증가는 불가피할 것으로 예측된다.

본 연구는 인구고령화의 영향과 파급 효과 중에서 노인복지정책과 정책을 담당하는 조직의 변화에 초점을 두고자 한다. 노인인구 증가와 노인복지정책의 확대는 노인복지정책을 담당하는 정책추진체계의 변화와 연계된다. 정책추진체계 변화는 정책결정, 정책집행, 그리고 급여·서비스 제공체계 등 전반에 걸쳐, 정책을 담당하는 조직의 양적 확대와 정책추진체계의 구조 재편 등을 포함한다. 특히 장기요양과 사회서비스의 증가는 현금급여 중심에서 현물급여와 현금급여를 연계하는 방식으로 급여·서비스 제공체계의 특성을 변화시킬 것이며, 관련 업무의 복잡성을 증가시킬 것이다. 이러한 맥락에서 본 연구의 목적은 인구고령화로 대표되는 정책 환경의 변화에 따라 향후 노인복지 정책추진체계의 발전 방향과 대안을 모색하는데 있다.

첫째로 노인복지정책의 현황을 파악하고, 노인복지정책을 담당하는 조직의 역할과 기능을 파악함으로써 현행 노인복지 정책추진체계를 분석할 것이다. 정책추진체계의 분석은 정책과 담당조직을 연계하여 정책결정, 정책집행 그리고 서비스 제공체계 등을 포괄한다.

둘째, 주요 선진국의 노인복지 정책추진체계를 분석하고, 이를 우리나라와 비교함으로써 정책적 시사점을 도출하고자 한다. 비교 대상 국가는 인구고령화 정도, 사회보장 제도의 성숙도 그리고 경제수준 등을 고려하여 선정한다.

셋째는 노인복지정책을 둘러싼 환경 변화, 주요 선진국의 정책추진체계 분석 결과 및 시사점, 노인복지정책의 변화 추세 등을 고려하여 향후 노인복지 정책추진체계의 재설계 방향을 설정하고, 대안을 모색한다. 정책추진체계 대안은 현재의 분절적·평면적 방식의 편제에서 탈피하여 연계·통합적 방식의 정책 추진과 조직설계를 기반으로 모색되어야 할 것이다.

제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구의 내용은 우리나라 노인복지 정책추진체계 현황 분석, 주요 선진국의 노인복지 정책추진체계 현황 분석, 그리고 노인복지 정책추진체계 대안 모색 등의 세 부분으로 구분한다.

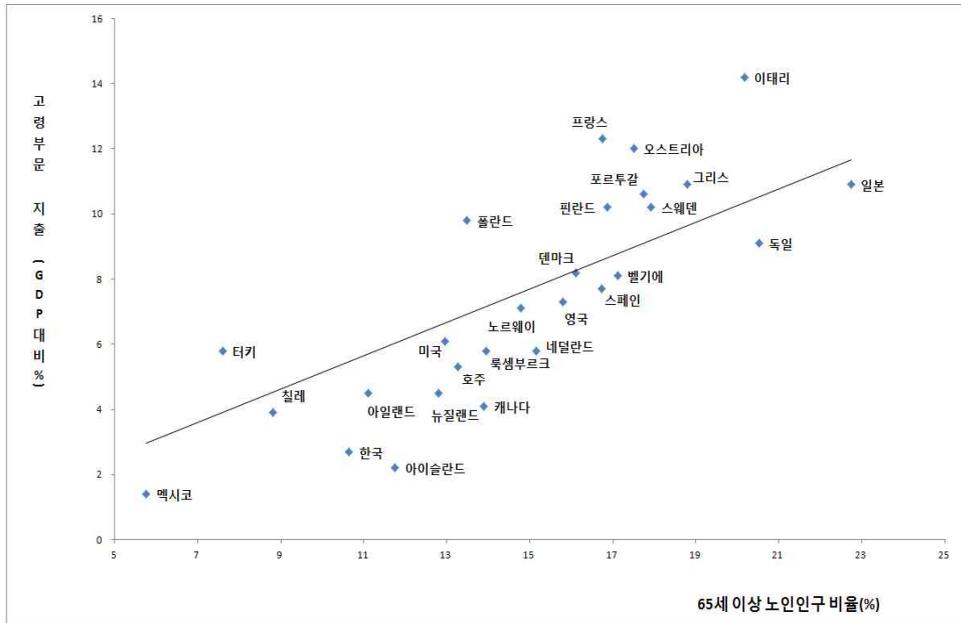
우리나라 노인복지 정책추진체계 현황 파악 및 문제점 분석은 노인복지정책과 정책

의 담당기관을 구분하여 파악한다. 현행 노인복지정책은 노후소득보장, 의료보장, 사회서비스 등의 3개 영역으로 구분하여 주요 제도를 정리한다. 영역별로 구분한 주요 복지제도의 정책 결정과 집행을 담당하는 기관의 현황과 개별기관의 기능을 분석한다. 개별기관 분석은 기관의 연혁, 담당업무(제도) 및 역할, 조직구성 원리 등을 중심으로 이루어지며, 노인복지정책을 담당하는 기관의 기능적 편제와 정책추진체계의 문제점을 도출할 것이다.

주요 선진국의 노인복지 정책추진체계 분석을 위하여 노인인구의 비율과 고령부문 사회지출 수준을 기준으로 비교 대상 국가를 선정한다.

<그림 1-2-1> 노인인구 비율과 고령부문 사회지출의 국가별 비교(2009년)

(단위 : %, GDP 대비 %)



자료: OECD, Social Expenditure Database(SOCX); OECD.stat Extracts.

노인복지 정책추진체계의 발전 방향을 모색한다는 점에서 비교 대상 국가는 우리에게 비해 노인인구의 비율과 노령부문 사회지출의 규모가 큰 국가를 선정하는 것이 적절하

다. <그림 1-2-1>에 의하면 노인인구 비율과 고령부문 사회지출이 중간 수준에 해당하는 국가로는 미국, 호주, 영국, 네덜란드, 캐나다 등이 있다. 또한 노인인구 비율과 고령부문 사회지출이 상대적으로 높은 국가로는 프랑스, 독일, 일본, 프랑스, 스웨덴, 이탈리아 등이 해당한다. 중간 그룹에 해당하는 국가 중에서 미국¹⁾과 호주²⁾는 비교적 최근에 노인복지 정책추진체계의 변화가 있었다는 점에서 주목할 필요가 있다. 또한 높은 수준의 그룹에 속하는 국가 중에서 중앙정부와 지방정부의 역할에 있어서 대조적인 양상을 보이는 프랑스³⁾와 독일⁴⁾을 선정하였다. 비교 대상 4개국에 대한 분석은 우리나라와 동일하게 노후소득보장, 의료보장, 사회서비스의 3개 영역으로 구분하여 주요 정책과 정책추진체계를 분석하였다. 개별국가 사례는 노인복지정책의 현황, 담당기관(조직)의 편제, 정책결정 및 집행 등 정책추진체계, 관련기관의 기능 및 역할분담 등을 중심으로 분석한다.

마지막으로 노인복지 정책추진체계의 개편 방안을 모색하고, 대안을 제시하고자 한다. 노인복지정책과 정책추진체계의 현황과 문제점, 주요국의 사례분석 결과를 바탕으로 노인복지 정책추진체계의 개편 방향성을 설정하는 것이 대안 모색의 출발점이다. 또한 노인복지정책과 관련 기관의 역할 분담, 정책의 기관별 집중·분산 정도를 고려함으로써 대안을 구체화 한다. 노인복지 정책추진체계와 관련하여 쟁점으로 부각된 노인복지청 신설의 타당성을 검토하고, 이를 토대로 단기적 개선 방안과 중장기적 개편 방안을 정리한다.

- 1) 미국은 2012년에 노인복지정책을 담당하는 연방조직을 재편하였다. 노인을 위한 복지서비스 및 노인요양 체계를 담당하는 노인복지정책실(AoA, The Administration of Aging)을 장애인복지정책실(The Office on Disability), 발달장애인지역정책실(The Administration on Developmental Disability) 등 3개 조직을 통합하여 지역공동체정책실(ACL, The Administration for Community Living)을 신설하였다.
- 2) 호주는 1998년, 2001년, 그리고 2013년에 노인복지서비스 및 장기요양을 담당하는 중앙부처 개편하였다. 1998년에 기존의 보건·가족서비스부(Department of Health and Family Service)를 보건·노인요양부(Department of Health and Aged Care)로 변경하고, 부처의 담당업무를 일부 조정하였다. 2001년에는 담당부처 명칭을 보건·노인부(Department of Health and Ageing)로 변경하였으며, 2013년에 노인복지서비스와 노인요양 업무를 사회서비스부(Department of Social Service)로 이관하고, 기존 부처는 보건부(Department of Health)로 명칭을 변경하였다.
- 3) 프랑스는 노인복지정책을 연금·소득보장, 의료보장, 사회서비스 등으로 구분하고 영역별로 별도의 정책추진체계와 서비스 제공체계를 구성하고 있으며, 지방정부에 비해 중앙정부의 역할이 상대적으로 크다.
- 4) 독일은 노인장기요양을 별도의 사회보험으로 설정하고 있다는 점에서 우리나라와 유사하다. 노후소득보장 제도는 직업군별 연금체계를 기반으로 하고 있다. 또한 노인복지를 포함한 사회복지정책의 추진과 서비스 제공에 있어서 중앙정부에 비해 지방정부의 역할이 상대적으로 큰 국가이다.



제2장 노인복지정책 추진체계 현황 분석

제1절 노인복지를 둘러싼 중요환경 변화

제2절 노인복지 영역의 주요 정책

제3절 현행 노인복지정책 추진체계

2

노인복지정책 추진체계 현황 < 분석 <

제1절 노인복지를 둘러싼 주요환경 변화

노인복지정책에 있어서 가장 중요한 환경 변화는 인구고령화(population ageing)이며, 고령화에 따른 노인인구 증가와 노인문제의 심각성이라고 할 수 있다. 인구고령화란 단순히 노인인구가 증가한다는 양적개념이 아니라 전체인구에서 노인인구가 차지하는 비중이 커진다는 비율개념으로 노인인구의 비중이 증가하고, 젊은 세대 비율이 줄어드는 것을 지칭한다(United Nations, 2005). 또한 베이비붐 세대가 노인인구로 편입됨에 따라 젊은 경제활동인구가 나이 든 경제활동인구로 혹은 퇴직한 노인계층으로 변화하는 것을 의미하기도 하며(OECD, 2000), 노인인구 비중이 증가함에 따라 직면하게 되는 사회·경제적 변화를 포함하는 개념이다.

2014년 현재 우리나라 추계인구는 5,042만 명으로 1970년 3,224만 명에 비해 1.6배 증가하였으며, 2030년 5,216만 명을 정점으로 이후에는 총인구가 감소할 것으로 예측된다. 노인인구는 1970년에 전체인구의 3.1%에 불과하였으나, 2000년에 7.2%로 증가하여 우리사회가 고령화사회(aging society)에 진입하였다. 2014년 노인인구는 639만 명으로 전체인구의 12.7%를 차지하고 있으며, 인구고령화 현상의 지속으로 2017년이면 노인인구의 비율이 14%로 고령사회(aged society)에 진입하고, 2026년에 노인인구 비율이 20.8%로 초(超)고령사회(super-aged society)에 진입할 것으로 예상된다(통계청, 2011). 이러한 인구고령화의 속도는 다른 국가에서 유례를 찾아보기 힘든 급속한 변화이다. 고령화사회에서 고령사회로의 진입은 프랑스 115년, 스웨덴 85년, 미국 73년, 이탈리아 61년, 영국 47년, 독일 40년이 소요된 반면에 우리는 19년에 불과하다. 초고령사회 진입은 고령사회 진입 이후 9년만인 2026년으로 영국(2027년)과 유사하며, 미국(2036년) 보다 빠르다. 우리의 인구고령화 속도가 빠른 것은 한국전쟁 이후 급격한 출산율 증가와 압축적인 경제성장의 산물이다. 선진국의 경우 인구고령화는 평균수명 증가에 따른 노인인구 증가와 출산율 하락에

따른 유소년인구의 감소가 순차적으로 진행되었다. 반면에 우리의 인구고령화는 노인인구 증가와 출산율 하락이 동시에 진행되고 있다는 점이 중요한 특징이다.

〈표 2-1-1〉 주요 국가의 인구고령화 속도

구 분	도달년도			소요년수	
	고령화사회 (7%)	고령사회 (14%)	초고령사회 (20%)	고령사회 도달 (7%→14%)	초고령사회 도달 (14%→20%)
독 일	1932	1972	2009	40년	37년
미 국	1942	2015	2036	73년	21년
스웨덴	1887	1972	2015	85년	43년
영 국	1929	1976	2027	47년	51년
이탈리아	1927	1988	2008	61년	20년
일 본	1970	1994	2006	24년	12년
프랑스	1864	1979	2018	115년	39년
한 국	2000	2017	2026	17년	9년

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 2011

United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, 2011

인구고령화의 직접적인 원인은 과거에 비해 사람들의 평균수명이 길어져 노인인구가 증가하고 있다는 것과 새로 태어나는 아이들이 급격하게 적어지고 있다는 것이다. 한국인의 기대수명은 1970년에 61.9세, 1980년에 65.8세, 2010년에 80.8세로 지속적으로 증가해 왔다. 기대수명의 상승은 소득 증가, 의학기술과 보건의료 서비스의 발달에 힘입은 바가 크다. 향후 기대수명의 상승은 지속될 것으로 예상되며, 2020년에 82.6세, 2030년에 84.3세, 2050년에 87.4세로 늘어날 것으로 예측된다.

〈표 2-1-2〉 출생시 기대수명의 연도별 추이

년도	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
평균(세)	61.9	65.7	71.3	76.0	80.8	82.6	84.3	86.0	87.4
남자(A)	58.7	61.8	67.3	72.3	77.2	79.3	81.4	83.4	85.1
여자(B)	65.6	70.0	75.5	79.6	84.1	85.7	87	88.2	89.3
차이(B-A)	6.9	8.3	8.2	7.3	6.9	6.4	5.5	4.8	4.2

자료: 통계청(2011), 「장래인구추계」

우리나라의 경우 출산율 저하와 기대수명 연장의 변화 정도가 매우 크며, 인구구조 특성상 '베이비 붐'세대의 은퇴로 인하여 인구고령화가 가속화된다는 특징을 갖는다. 인구고령화가 본격적으로 나타나는 것은 1955~1969년에 출생한 40~50대가 은퇴 연령에 도달하는 2025~2039년이다. 또한 1970년대 이후 지속적으로 전개된 산아제한 정책의 결과로 출산이 급격하게 감소하였고, 이는 중간층이 두터운 항아리 형태의 기형적인 인구구조를 낳게 하는 원인이 되었다. 인구구조 고령화는 노인부양 부담 증가와 경제활동인구의 비율을 감소시킬 뿐 아니라, 경제활동인구의 평균 연령을 높이는 효과를 낳는다. 경제활동인구의 감소 및 고령화는 경제 활력을 저하시킬 가능성이 크며, 환경변화에 대한 적응력과 노동생산성 저하로 잠재성장률은 낮추는 방향으로 작용할 것이다. 또한 인구구조 고령화는 재화서비스에 대한 수요 감소, 저축과 투자의 위축으로 연계되어, 사회전체의 전반적인 고용이 둔화되는 결과를 가져올 수 있다. 이러한 경제성장 저하와 고용 감소는 국가 재정수입의 감소를 의미하며 동시에 개인에게 부과되는 세금의 증가로 이어진다. 조세부담 증가는 가처분소득의 감소를 의미하며, 이는 가계저축과 투자 위축으로 연결되어 고용 시장과 전반적인 경기 침체로 나타나는 악순환과 저성장의 지속으로 귀결될 수 있다.

한국의 인구구조는 2020년대 중반까지는 고령화의 과급효과가 그리 크지 않을 것으로 예측된다(이삼식·정경희 외 2010). 경제활동인구의 감소로 산업에 따라 노동력 부족현상이 나타날 수도 있지만, 전체적으로 일정기간 안정화될 것으로 보인다. 그러나 2020년부터 2030년 사이에 노동력의 감소와 노인인구의 급증이 동시에 일어나면서 노인 부양에 대한 사회적 압력이 극적으로 높아지고, 심각한 노동력 부족 현상이 산업 전반으로 확대될 가능성이 매우 높은 것으로 예측되었다. 현재의 저출산고령화 추세가 지속된다면 인해 2020년경 노동생산성이 급격히 감소하는 것으로 전망되며(신관호·황윤재, 2005), 이는 잠재성장률 하락에 결정적 영향을 미칠 것으로 예측된다. 문형표·김동석(2004)은 저출산 추세가 지속되는 경우 GDP 잠재성장률이 2020년에 3.6%, 2030년에 2.3% 수준으로 낮아질 것으로 전망하고 있다. 김기호(2005)도 고령화가 급속히 진행되는 2030~50년의 성장률은 평균 2% 수준으로 전망되어 평균 5%대의 성장을 시현하고 있는 2000-2005년에 비해 3%p 가량 하락할 것으로 추정하였다. 따라서 인구고령화가 급속한 성장 둔화의 주요 요인으로 작용함을 알 수 있다.

인구구조 고령화는 연금, 의료 등 사회보장지출을 증가시켜, 관련 사회보험제도의 지속가능성에 부정적인 영향을 미친다. 국민연금의 경우 2008년에 실시한 국민연금 장기재정추계에 의하면 연금가입자는 2014년 1,877만 명을 정점으로 감소하는 반면, 연금수급자는 계속 증가하여 연금재정의 불안정성이 커질 것이다. 2044년부터 국민연금 당년도 수지적자 발생, 2060년 이후 적립기금소진이 예상된다. 건강보험의 경우도 유사하여 보건의료미래위원회(2011년)의 추계에 의하면, 고령화에 따른 노인의료비 증가로 건강보험 지출비중도 급격히 증가하여 2010년 35조원으로 GDP의 3.1% 규모에서 2030년에는 162조원으로 급증하여 GDP 대비 7.2% 규모가 될 것으로 예상되고 있다. 65세 이상 개인의료비는 1990년 0.6조로 전체의 8.2%에서 2009년 20.6조(31.6%)로, 75세 이상 개인의료비는 1090. 0.1조(전체의 1.9%)에서 2009년에 8.1조(12.4%)로 급증할 것으로 추계되고 있다.

고령화가 진전됨에 따라 재정수입 증가율은 둔화되는 반면 재정지출은 급격하게 증가되므로, 재정수지 악화와 국가부채가 누적될 가능성이 높다. OECD(2001)의 추정에 따르면, 우리나라 재정지출의 GDP 대비 비중이 2000~2050년 기간 중 8.4%p 증가할 것으로 전망하고 있다. 또한 한국개발연구원이 추계한 결과(문형표 편, 2006)에 따르면 우리나라 재정지출의 GDP 대비 비중은 2050년에 약 43%에 달할 것이며, 이는 기준년도에 비해 12~13%p 상승할 것으로 예측하고 있다. 따라서 현행 제도가 변하지 않는다고 가정하면, 2050년에는 GDP 대비 10% 내외의 재정수지 적자가 발생할 것으로 전망하고 있다.

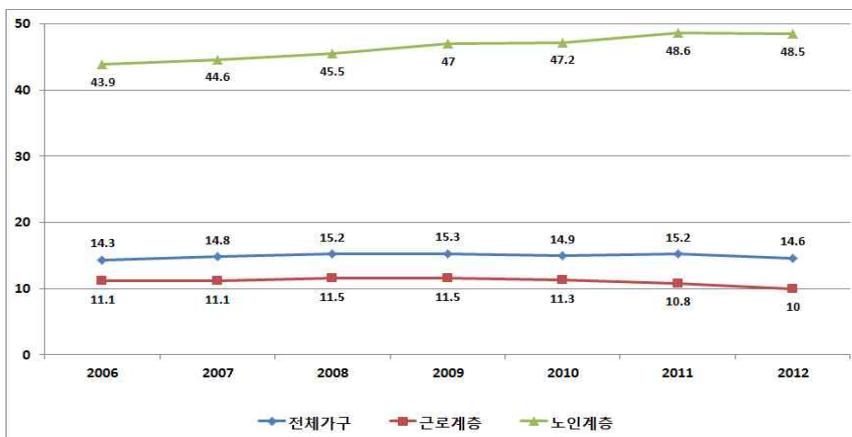
인구구조 고령화는 가족규모의 감소 및 노년기의 노인단독가구 증가⁵⁾ 등의 가족구조 변화, 소득격차의 심화 등의 변동에 따른 각종 사회적 문제 해결을 위한 복지정책의 수요를 급격하게 증가시킬 것이다. 질병, 사고, 사망, 노령 등의 사유로 소득의 중단 혹은 상실이라는 전통적인 사회적 위험이 지속되는 상황에서 가족 기능의 약화, 노인인구 증가, 빈부격차의 확대 및 장기실업 등 인한 새로운 사회적 위험이 구조화되는 양상을 보이고 있다. 따라서 인구고령화의 사회·경제적 파급효과에 따라 사회복지정책의 근본적인 재편이 요구된다.

5) 2011년 노인실태조사에 의하면, 전체 노인 중 노인독거는 19.6%, 노인부부 48.5%, 자녀동거 27.3%, 기타 4.6%의 분포를 보이고 있어 노인단독가구에서 생활하는 노인이 68.1%에 달하고 있다. 노인단독가구 비율은 1994년의 40.4%, 2004년의 55.0%에서 급증한 것이다.

노인인구의 증가는 개별 가구는 물론 사회적인 차원에서 노인부양 부담을 증가시키는 동시에 노인문제의 심각성을 가중시킬 것으로 예상된다. 노인문제 중 가장 심각한 것은 빈곤문제이다. 노인계층의 빈곤 실태는 매우 심각한 수준으로, 노인가구의 상대적 빈곤율은 2012년 말 현재 48.5%로 전체가구 14.6%의 3.3배에 달한다. 더구나 노인계층의 빈곤은 <그림 2-1-1>에서 보듯이 개선되기 보다는 매년 악화되고 있는 추세이다.

<그림 2-1-1> 상대적 빈곤율*의 연도별 현황(가처분소득 기준)

(단위 : %)



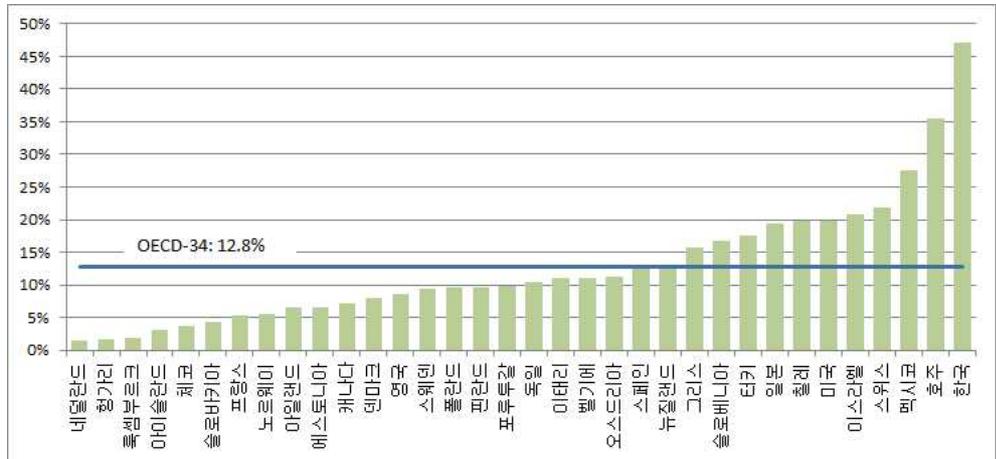
자료: 통계청(각년도), 가계동향조사 - 소득분배지표.

* 상대적 빈곤율이란 전체 가구 중에서 중위소득의 50% 미만인 가구의 비율을 의미한다.

노인빈곤율을 다른 국가와 비교한 결과 역시 우리나라 노인계층의 빈곤문제가 심각한 것을 알 수 있다. OECD의 최근 통계에 의하면 우리나라의 65세 이상 노인의 상대적 빈곤율은 47.2%로 OECD 34개국 중 가장 높으며, OECD 평균인 12.8%의 3.7배에 달한다. 이는 노인빈곤율이 전체인구 빈곤율과 거의 비슷한 OECD 국가들과 다른 양상을 보이는 것이다. 상대적 빈곤율이 노인계층의 빈곤실태를 파악하는데 문제가 있다는 지적이 있음에도 불구하고, 노인빈곤문제의 심각성은 노인계층의 절대빈곤율에서도 알 수 있다. 절대빈곤 상태에 있는 노인층의 비율에 대한 공식적인 자료는 없으나, 노인층의 약 26%(150만명)가 절대빈곤 상태에 있는 것으로 추정된다(OECD,

2014). 높은 수준의 노인빈곤율은 매우 시급한 사회문제로 노인에 대한 가족의 지원이 감소되었다는 점과 더불어 노인에 대한 공적제도의 지원이 취약함을 반영한다.

<그림 2-1-2> 65세 이상 노인의 상대적 빈곤율의 국가별 비교



출처 : OECD(2013), OECD Income Distribution Database, <http://www.oecd.org/social/income-distribution-database.htm> (Last update : 16-Oct.-2013).

노인빈곤과 더불어 노인문제의 심각성을 보여주는 것은 노인계층의 자살사망률이다. 자살사망률은 한 사회의 행복과 국민의 안녕(well-being)을 나타내는 핵심지표라 할 수 있다. 사회경제적 발전과 보건 및 복지정책의 확대에도 불구하고 우리나라의 자살사망률은 높은 수준으로 유지되고 있으며, 특히 노인계층의 자살사망률은 매우 높은 수준이다.

<표 2-1-3> 자살에 의한 사망률

(단위 : 인구 10만 명당 명)

년도	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
전체	23.7	24.7	21.8	24.8	26.0	31.0	31.2	31.7	28.1
15세 미만	0.5	0.4	0.4	0.6	0.6	1.0	0.8	0.7	0.6
15 - 64세	23.7	24.4	21.0	24.1	25.8	31.2	30.5	31.2	27.4
65세 이상	79.0	80.3	72.0	75.2	71.7	78.8	81.9	79.7	69.8

출처 : 통계청(각년도), 사망원인통계

65세 이상 노인의 인구 10만명 당 자살사망률은 2010년에 81.9명이었으며, 이는 전체 인구 자살사망률 31.2명에 비해 2.6배 많다. 노인의 자살사망률은 2010년을 기점으로 다소 낮아지고 있으나, 여전히 인구 10만명 당 약 70명 수준에 이른다. 자살사망률은 소득수준, 소득격차, 빈곤율 등과 정적인 관련성이 있는 것으로 보고되고 있다(이상영 외, 2012; 신동준, 2004; 은기수, 2005; 윤우석, 2011; 장지연·신동균, 2010). 노인계층의 자살사망률 역시 노인의 사회경제적 수준과 관련이 있음을 보여주고 있다. 우리나라의 높은 노인 자살사망률은 높은 수준의 노인빈곤율, 낮은 노인복지지출, 그리고 낮은 수준의 삶의 만족도가 결합적으로 작용한 결과이다(이소정, 2010). 노인계층의 경우에 노후에 대한 준비가 전반적으로 미흡한 상황에서 평균수명 증가에 따른 정신적, 물질적 자원 상실을 심각하게 경험하게 된다. 이처럼 노년기의 건강문제와 경제문제가 복합적으로 작용함으로써 노인 자살을 높이는 것으로 이해할 수 있다.

제2절 노인복지 영역의 주요 정책

노인복지정책은 소득보장과 의료보장이 핵심이며, 여기에 관련 사회서비스를 추가하여 3개의 영역으로 구분할 수 있다. 노인계층은 노동시장에서 은퇴하거나 또는 제한적인 소득활동을 하는 경우가 일반적이라는 점에서 소득보장 영역의 핵심정책은 공적연금이며, 추가적으로 공공부조, 기초연금 그리고 노인일자리 사업 등이 있다. 의료보장은 건강보험이 핵심이며, 빈곤층을 위한 의료급여, 그리고 특정 질환이나 대상에 대한 의료비 지원제도가 여기에 해당한다. 노인계층을 대상으로 하는 사회서비스는 주로 돌봄(care) 서비스를 핵심내용으로 하며, 의료보장제도와 밀접한 관련이 있다. 이러한 맥락에서 노인장기요양을 포함한 노인돌봄서비스가 중심이 된다.

1. 소득보장

소득보장제도는 크게 공적제도와 사적제도로 구분되며, 공적제도는 사회보험과 공공부조로 나눌 수 있다. 노후소득보장을 위한 사회보험제도로는 국민연금과 4개의 직역연금이 있으며, 공공부조는 국민기초생활보장제도와 긴급복지지원제도가 있다. 또한 사회보험의 성격과 공공부조의 성격을 동시에 갖는 기초연금제도가 있다. 노후소득보장을 위한 사적제도로는 퇴직(연)금이 대표적이며, 이외에도 개인연금, 주택연금, 농지연금이 있다. 이러한 사적제도 중에서 퇴직연금, 주택연금, 농지연금은 국가의 법률에 의해서 운영되고 있으며, 시장에 대한 국가의 개입이라는 점에서 순수한 의미의 사적제도가 아닌 공적제도의 성격을 갖는다.

공적연금제도는 전국민을 대상으로 하는 국민연금이 있으며, 특정한 직업을 가진 사람을 대상으로 하는 공무원연금, 사학연금, 군인연금, 별정우체국연금 등의 4개 직역연금이 있다. 국민연금제도는 1988년에 10인 이상 사업장에 근무하는 18세 이상 60세 미만의 근로자 및 사업주를 대상으로 도입되었다. 이후에 1992년에 5인 이상 사업장, 1995년에 농어촌 지역, 그리고 1999년 도시 지역으로 대상이 확대되면서, 제도 도입 10여년 만에 전국민을 대상으로 하는 제도로 확대되었다. 국민연금의 수급은 최소 10년 이상의 가입(보험료 납부)을 전제로 하며, 급여의 종류는 노령연금, 장애연금,

유족연금이 있다.

4개의 직역연금은 공무원, 직업군인, 사립학교 교직원, 별정우체국 직원 등을 대상으로 하는 제도로, 국민연금에 비해서 일찍 도입되었다. 공무원연금제도와 군인연금제도는 1960년에 시작되었으며, 군인연금은 1963년에 별도의 제도로 분리되었다. 사립학교교직원연금은 1975년에 시작되었으며, 시행 당시에 1969년 이후 재직기간에 대해서 소급을 허용하였다. 별정우체국연금은 공무원인 우체국 직원의 연금 규정을 준용하였으며, 1982년에 별정우체국법 전면개정에 따라 별도의 제도로 분리되었다.

<표 2-2-1> 소득보장 영역의 주요 노인복지제도 현황

구분	제도(사업)	비고
노후소득	공적연금(국민연금, 공무원연금, 사학연금, 군인연금, 별정우체국연금)	
	기초연금	
	퇴직(연)금	
	주택연금(주택담보노후연금보증)	
	농지연금(농지담보노후연금보증)	
생계지원	국민기초생활보장	노인 포함
	긴급복지지원제도	노인 포함

노후소득보장을 위한 사적제도로서 가장 대표적인 것이 퇴직연금제도이다. 퇴직연금제도는 2005년 12월부터 시행되었으며, 고용주가 회사 내에 적립하던 기존의 퇴직금제도를 대체하는 제도이다. 퇴직금에 해당하는 금액을 금융기관에 매년 적립하여 근로자가 퇴직할 때 연금 또는 일시금으로 지급함으로써 노후소득보장이 가능하도록 한 제도이다. 퇴직연금은 기존과 동일하게 퇴직금제도, 적립금의 운용을 사용자가 결정하는 확정급여방식, 적립금의 운용을 근로자 개인이 결정하는 확정기여방식 또는 개인퇴직계좌방식이 있다. 퇴직연금의 설정 방식은 근로자 대표의 동의를 얻어 선택할 수 있으며, 동일한 사업장내에서 2개 이상의 방식을 설정할 수 있다.

주택연금과 농지연금은 일정 수준 이상의 자산을 보유하고 있으나, 현금 소득이 없는 노인계층을 위한 노후소득 지원제도로 도입되었다. 주택연금은 시가 9억원 이하의

주택을 소유한 만 60세 이상인 사람이 신청할 수 있다. 소유하고 있는 주택을 담보로 하여 지급기간에 따라 중신방식과 확정기간방식에 의하여 일정 금액을 지급하는 국가 보증의 금융상품이다. 농지연금은 주택연금과 동일한 원리에 의해서 운용되는 제도이나, 농지를 보유하고 실제 영농경력이 있는 사람을 대상으로 한다. 농지연금은 총 3만 제곱미터 이하의 농지를 보유하고 5년 이상의 영농경력이 있는 65세 이상을 대상으로 한다. 가입자 및 배우자의 사망시까지 지급하는 중신형과 가입자가 선택한 일정기간 동안 지급하는 기간형이 있으며, 연금액은 월 3백만원을 상한으로 하여 가입 연령, 지급기간, 담보로 설정한 농지의 가치 등에 따라 산정한다.

사회보험방식에 의해서 운용되는 공적연금 등의 노후소득보장제도는 전국민을 대상으로 하며, 근로기간 동안 일정 수준 이상의 소득이 있는 사람을 대상으로 한다. 반면에 빈곤층 또는 취약계층에 해당하는 노인의 소득을 지원하는 제도에는 기초연금과 공공부조제도가 있다. 기초연금은 소득(인정액)을 기준으로 하위 70%에 해당하는 만 65세 이상의 노인에게 지급한다. 연금액은 지원 대상 중 약 90%에 해당하는 노인이게는 월 20만원을 그리고, 국민연금 등 소득이 있는 경우에는 월 10~20만원을 지급한다.

빈곤층의 소득보장을 위한 국민기초생활보장제도는 노인계층만을 대상으로 하는 제도는 아니지만, 빈곤 노인을 위한 소득보장제도로 핵심적 역할을 담당한다. 2013년을 기준으로 국민기초생활 수급자 중 29.9%가 65세 이상 노인이며, 전체 수급자 가구의 29.1%가 노인가구이다. 국민기초생활보장 수급자는 월 소득과 재산을 소득으로 환산한 금액을 합한 소득인정액이 기준 액수에 미치지 못하는 경우에 선정된다. 수급자에 대한 지원을 각 가구의 특성이나 처한 상황에 따라 생계급여, 주거급여, 교육급여, 의료급여 등을 지원하며, 추가적으로 각종 (공공)요금을 감면하는 혜택이 추가된다. 국민기초생활보장제도 이외에 갑작스러운 위기상황으로 생계유지가 어려운 경우 한시적으로 생계, 의료, 주거, 연료비 등을 지원하는 긴급복지지원제도가 있다.

2. 의료보장

의료보장제도는 노인계층을 포함한 전체 국민을 대상으로 하는 제도와 노인계층을 대상으로 하는 제도로 구분할 수 있다. 전자는 국민건강보험과 의료급여제도를 중심으로 과도한 의료비에 대한 지원, 특정 질환에 대한 지원제도 등이 있다. 후자의 경우는

일정 연령 이상을 대상으로 하거나 노인성 질환에 대한 지원제도가 해당한다.

<표 2-2-2> 의료보장 영역의 주요 노인복지제도 현황

구분	제도/사업명	비고
보건의료 서비스	치매 치료 관리비 지원	
	치매 검진 지원	
	노인실명 예방(노인 안검진, 노인 개안수술)	
	노인틀니 지원(75세 이상)	
	노인임플란트 지원(75세 이상)	
	심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 사업(시범사업)	
건강보험	건강보험제도	노인 포함
	건강보험 본인부담금 경감 : 차상위 본인부담 경감, 본인부담금 상한제, 재난적 의료비 지원	노인 포함
	4대 중증질환 보장성 강화	노인 포함
의료급여	의료급여	노인 포함
	의료급여 본인부담금 경감 : 본인부담금 보상제, 본인부담금 상한제, 본인부담 면제	노인 포함
보건의료 서비스	성인암환자 의료비 지원	노인 포함
	희귀난치성질환자 의료비 지원	노인 포함
	건강검진제도(일반건강검진, 국가암검진, 생애전환기건강검진)	노인 포함
	알코올상담센터(중독관리센터)	노인 포함
	정신건강증진센터	노인 포함
	재가암관리	노인 포함

의료보장의 핵심 제도는 국민건강보험이며, 건강보험제도는 일부 빈곤층을 제외한 전국민을 대상으로 하는 의료보장제도이다. 의료급여제도는 빈곤층을 위한 의료보장 제도로서 1종과 2종으로 구분된다. 1종 의료급여는 기초생활수급자 중에서 근로무능력가구, 희귀난치성질환 등록자, 중증질환 등록자, 기초생활보장 시설수급자 등의 빈곤층과 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 18세 미만의 입양아동, 국가유공자, 북한이

탈주민 등 일정 요건에 해당하는 사람을 대상으로 하는 제도이다. 2종 의료급여는 기초생활수급자 중 1종 대상이 아닌 사람들을 대상으로 한다. 건강보험과 의료급여는 모두 요양급여, 건강검진, 임신출산 진료비 등 급여는 동일한 구조로 이루어졌다. 차이가 있는 점은 의료기관 진료 시 본인이 부담해야 할 본인부담금의 비율 또는 금액이 상이하다는 점이다. 질환의 종류에 본인부담금의 차이가 크고, 환자의 경제 상태에 따라 본인부담금의 부담 정도가 편차가 있다. 따라서 건강보험과 의료급여에 있어서 과도한 본인부담금을 경감하는 보완적 장치를 두고 있다. 건강보험의 경우 본인부담금 상한제를 통해 가입자의 소득 수준에 따라 법정 본인부담금의 부담 한도를 정하고 있으며, 차상위 본인부담 경감은 빈곤 인접계층의 만성질환자, 희귀난치성 및 중증질환자, 18세 미만의 아동청소년의 경우 본인부담금을 의료급여 수급자 수준으로 낮추고 있다. 건강보험 가입자에 비해 의료급여 대상자는 의료비용의 부담 능력이 낮다는 점에서 본인부담금 경감을 위해 본인부담금 보상제, 본인부담금 상한제, 본인부담 면제 등의 다양한 방안을 강구하고 있다. 또한 치료가 어렵거나 지속적인 치료가 필요한 일부 질환의 경우에 의료비 부담을 완화하기 위한 제도가 있으며, 암환자 의료비지원, 희귀난치성질환자 의료비 지원, 입원명령 결핵환자 의료비 및 부양가족 생계비 지원 등이 있다.

건강보험, 의료급여, 그리고 각종 본인부담금 경감 제도는 노인계층을 포함한 전국민을 대상으로 하는 의료보장제도이다. 그런데 노인의 경우 신체적·정신적 기능의 저하와 더불어 유병률의 증가로 보건의료서비스의 수요가 많아지며, 노년기의 소득감소 등으로 추가적인 의료보장제도를 필요로 한다. 따라서 노인을 위한 추가적인 의료지원 제도는 저소득 또는 빈곤층 노인을 대상으로 노인성 질환의 치료를 지원하는 방식이 된다. 이러한 제도에는 치매 검진 및 치료관리비 지원, 노인 안검진 및 개안수술 지원, 노인틀니 지원, 노인 임플란트 지원 등이 있다.

3. 사회서비스

노인을 대상으로 하는 사회서비스는 돌봄(care) 서비스가 중심이 되며, 노인 돌봄서비스의 핵심제도는 노인장기요양보험이다. 노인장기요양보험은 65세 이상 또는 65세 미만으로 치매, 중풍 등의 노인성 질환을 앓고 있는 사람 중에서 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 사람을 대상으로 한다. 장기요양급여는 요양등급의 판정을 통해 필요한

서비스를 결정하며, 시설 입소나 재가 급여를 통해 요양서비스, 간호 서비스 등을 제공한다. 노인장기요양보험은 건강보험과 동일하게 차상위계층 이하의 노인의 경우 본인 부담금의 일부를 경감하고 있다. 장기요양보험의 요양등급(1~5등급)에 해당하지 않으나, 돌봄서비스를 필요로 하는 노인을 대상으로 노인돌봄종합서비스를 시행하고 있다. 노인돌봄종합서비스는 요양등급외 판정자로 전국가구 월평균소득의 150%이하인 65세 이상 노인을 대상으로 하여 신변·활동지원, 가사지원 등을 위한 방문서비스 그리고 주간보호서비스를 제공한다.

<표 2-2-3> 사회서비스 영역의 주요 노인복지제도 현황

구분	제도/사업명	비고
돌봄	노인장기요양보험	
	노인장기요양보험 본인부담금 경감	
	노인돌봄 종합 서비스	
	노인돌봄 기본 서비스	
	독거노인 응급안전 돌보미 서비스	
	노인보호전문기관 이용	
	지역사회서비스투자사업	노인 포함
주거지원	임대주택 공급	노인 포함
	주택자금/주택계량자금 융자 지원	노인 포함
	주거환경 개선	노인 포함
	저소득층 연탄보조	노인 포함
일자리	노인일자리 지원	
	정부지원 일자리 제공	노인 포함
사회·문화	독거노인 사회관계 활성화 지원(시범사업)	
	지방문화원 어르신 문화프로그램 운영	
	고령층(55세 이상) 정보화 교육	
	각종 요금감면(교통, 문화활동, 건강보험료, 도시가스, 전기, 상하수도)	
	사랑의 그린PC	노인 포함
	노후설계 서비스	노인 포함
	온라인 정보화교육	노인 포함

요양등급에 따른 요양서비스가 필요한 노인 이외에 추가적으로 돌봄서비스가 필요한 노인에 대한 제도들이 있다. 예를 들어 독거노인 중 정기적인 안전 확인 서비스가

필요하거나, 생활의 어려움으로 복지서비스가 필요한 경우를 위하여 노인돌봄기본서비스가 있다. 노인돌봄기본서비스는 건강상태 및 정기적인 안전 확인, 운동영양관리, 생활교육 등의 서비스를 제공한다. 또한 기초생활수급자 등과 같이 취약계층 독거노인 중 치매 등의 질환을 가진 경우에 독거노인 응급안전 돌봄 서비스 서비스를 제공하며, 학대 피해를 당한 노인을 위한 노인보호전문기관을 운영하는 등의 사업이 있다.

노인계층만을 대상으로 하는 별도의 주거지원은 없으나, 대부분의 주거지원제도에 서 노인의 우선순위를 높이는 방식으로 지원을 하고 있다. 임대주택 지원, 전세임대, 매입임대, 주거환경 개선 또는 집수리 등의 사업의 경우에는 기초생활수급자나 차상위 계층과 같은 빈곤취약계층에 대해서 우선적으로 지원한다. 반면에 주거약자 개량자금 지원사업과 저소득층 연탄보조 등의 사업은 고령자 가구나 독거노인의 우선순위가 높다. 따라서 빈곤층인 노인을 위한 주거 및 난방(에너지) 지원을 통해 주거문제 해결을 위한 제도를 시행하고 있다.

노인계층의 소득보장에 있어서 중요한 의미를 갖는 동시에 사회서비스에 있어서 핵심적인 제도는 노인 일자리 지원제도이다. 노인일자리지원은 만 65세 이상의 기초연금 수급자를 대상으로 하며, 1년 중 9개월의 기간에 월 36시간의 환경미화, 공공 및 복지시설 업무 지원, 취약계층 돌봄 등 지역사회를 위한 다양한 활동에 참여하도록 지원한다. 월 급여는 20만원으로 근로시간이나 급여 수준으로 보아 노동시장의 일자리라고 보기보다는 노인에 대한 사회적 지원의 의미가 강하다.

돌봄, 주거지원을 제외하고 노인에 대한 사회서비스제도는 노인의 사회참여, 문화활동에 대한 지원이 있다. 문화프로그램과 정보화 교육을 중심으로 교육, 지원 사업이 있고, 중앙정부의 사업 이외에 지자체가 시행하고 있는 사업들이 있다. 노인을 위한 사회 문화 활동의 지원으로는 노인복지관, 자원봉사센터 등과 같은 노인복지 관련 시설과 지역사회 단위에서 경로당을 중심으로 하는 문화프로그램들이 있다. 또한 노인의 사회 활동 참여를 지원하기 위해서 노인을 위한 각종 요금 감면제도가 있는데, 예를 들어 철도·항공 등의 교통비, 공연관람 등의 문화활동비, 노인가구에 대한 건강보험료 할인이 있으며, 노인복지시설의 도시가스, 전기요금, 상하수도 사용료 감면제도 등이 있다.

제3절 현행 노인복지정책 추진체계

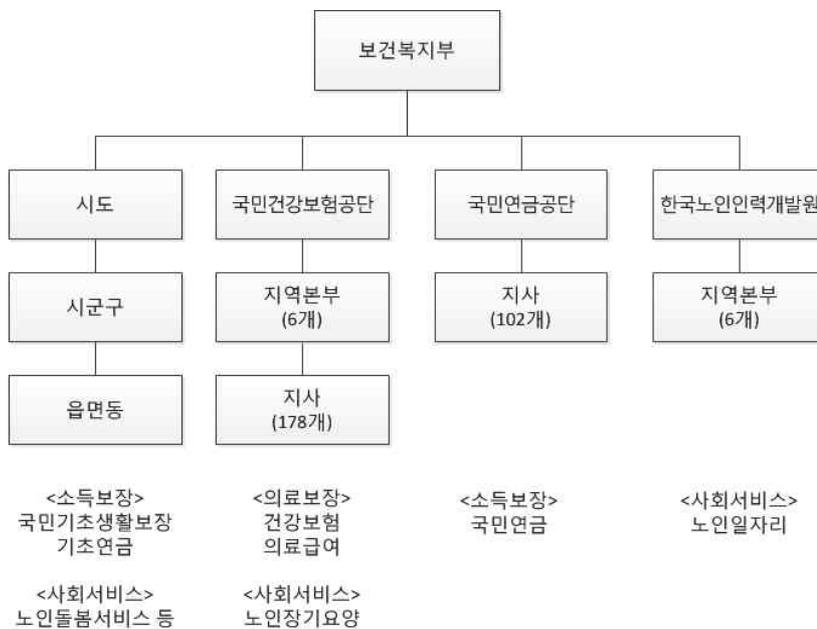
주요 노인복지정책을 담당하고 있는 기관과 집행을 맡고 있는 기관을 보면 <표 2-3-1>과 같다. 노인복지정책을 담당하는 중앙행정기관은 총 9개로 8개 부처(보건복지부, 안전행정부, 교육부, 국방부, 미래창조과학부, 고용노동부, 농림축산식품부, 국토교통부)와 금융위원회가 있다. 주요 노인복지정책의 집행을 맡고 있는 기관은 행정기관과 공공기관으로 구분할 수 있다. 행정기관이 집행을 담당하는 경우는 군인연금과 퇴직연금이며, 이는 담당부처가 직접 집행을 한다. 노인복지정책의 집행을 담당하는 공공기관은 4개 공단(국민연금, 건강보험, 공무원연금, 사학연금)과 3개 공사(주택금융공사, 농어촌공사, LH공사)가 있으며, 이외에도 금융감독원, 노인인력개발원, 별정우체국연금관리단 등이 있다.

<표 2-3-1> 주요 노인복지정책의 담당부처 및 집행기관 현황

영역	주요제도	담당부처	집행기관
소득보장	국민기초생활보장	보건복지부	지방자치단체
	기초연금	보건복지부	지방자치단체
	국민연금	보건복지부	국민연금공단
	공무원연금	안전행정부	공무원연금공단
	사립학교교직원연금	교육부	사립학교교직원연금공단
	군인연금	국방부	국방부
	별정우체국직원연금	미래창조과학부	별정우체국연금관리단
	퇴직(연)금	고용노동부, 금융위원회	고용노동부, 금융감독원
	주택연금	금융위원회	한국주택금융공사
의료보장	농지연금	농림축산식품부	한국농어촌공사
	의료급여	보건복지부	국민건강보험공단, 지방자치단체
사회서비스	국민건강보험	보건복지부	국민건강보험공단
	노인장기요양	보건복지부	국민건강보험공단
	노인돌봄 서비스	보건복지부	지방자치단체
	노인일자리	보건복지부	한국노인인력개발원
	주거 지원	국토교통부, 보건복지부	LH공사, 지방자치단체
사회문화활동 지원	보건복지부	지방자치단체	

노인복지를 위한 주요 정책과 정책의 담당부처 및 집행기관의 현황을 살펴보면, 현행 노인복지정책의 추진체계는 보건복지부를 중심으로 지방자치단체와 국민건강보험공단, 국민연금공단, 한국노인인력개발원 등의 복지부 산하의 공공기관으로 구성된다. 지방자치단체는 공공부조와 기초연금 등의 소득보장정책과 노인돌봄서비스 등의 사회서비스를 담당하고 있으며, 국민건강보험공단은 건강보험과 의료급여 등의 의료보장정책과 노인장기요양보험제도를 담당하고 있다. 또한 국민연금공단은 노후소득보장제도의 핵심인 국민연금제도를 담당하고 있으며, 한국노인인력개발원은 노인일자리사업의 집행을 책임지고 있다. 따라서 한국의 노인복지정책 추진체계는 보건복지부를 중심으로 지방자치단체와 3개의 공공기관에 초점을 맞추어 살펴보는 것이 타당할 것이다.

<그림 2-3-1> 한국의 노인복지정책 추진체계



1. 보건복지부 : 노인복지정책 총괄기관

보건복지부는 보건위생, 방역, 의정(醫政), 약정(藥政), 생활보호, 자활지원, 사회보장, 아동(영유아 보육 포함), 노인 및 장애인에 관한 사무를 관장하는 중앙행정기관으로(정부조직법 제38조), 노인복지에 관련하여 공공부조, 공적연금, 의료보장 및 노인복지서비스를 총괄하는 부처이다.

현재의 보건복지부는 정부 수립 당시(1948.7.17.)의 사회부에서 시작되었다. 당시 사회부는 노동, 보건, 후생과 부녀문제에 관한 사무를 관장하는 부처였으며, 현재의 보건복지부, 고용노동부, 여성가족부 및 보훈처의 모태가 되었다. 사회부는 1955년 2월 17일에 보건사회부로 확대 개편되었으며, 보건사회부는 6국 1과의 조직으로 구성되었다. 1955년에 노인복지 업무는 보건사회부 원호국 후생과에 담당하였으며, 후생과는 아동·노약자·불구·폐질자의 수용보호, 후생시설과 국민후생에 관한 업무를 담당하였다. 원호국 후생과는 1960년대에 사회국 구호과, 또는 사회국 사회과로 명칭이 변경되었으며, 담당 업무의 내용은 유지되었다.

1970년대 들어서 국민복지연금제도의 도입과 함께 노인복지에 관한 직제들이 확대되었다. 1970년 2월의 보건사회부 직제에 의하면 ‘노인복지에 관한 사항’을 사회국 사회과의 업무로 규정하고 있는데, 노인복지라는 용어가 처음으로 사용되었다. 1973년 3월에 사회보험과가 신설되면서 국민복지연금과 의료보험을 담당하였으며, 1974년 1월에 연금기획과, 연금관리과, 수리조사과 등의 3개 과로 구성된 복지연금국이 신설되었고, 의료보험업무는 연금기획과에서 담당하였다. 노인복지업무와 관련하여 1974년 보건사회부의 직제 및 업무분담체계는 1987년 12월에 의료보험제도를 담당하는 의료보험국의 신설을 제외하고는 1989년 까지 그대로 유지된다.

노인복지정책과 관련하여 보건사회부 직제의 의미 있는 변화는 1990년 11월에 이루어졌다. 노인복지업무를 전담하는 노인복지과가 신설되어 노인복지행정, 재가노인복지, 노인문제 상담 및 지도, 노인보건, 노인의 사회참여 촉진, 노인복지 관련단체 및 시설 업무를 담당하였다. 노인복지과의 신설로 노인복지정책을 담당하는 조직은 의료보험국과 연금보험국의 6개 과와 노인보건복지서비스를 전담하는 1개과 등 총 7개 과로 확대되었으며, 노인복지정책은 의료보장, 소득보장, 그리고 사회서비스 등의 3개 영역으로 정립되었다. 1994년에는 보건사회부

가 보건복지부로 명칭이 변경되었으며, 1999년 8월에는 노인보건과가 신설되면서 노인복지 담당조직이 노인복지과와 노인보건과의 2개 과로, 그리고 2003년 12월에 노인복지 담당조직은 노인복지정책과, 노인요양보장과, 노인지원과 등의 3개 과로 확대 개편되었다.

<그림 2-3-2> 노인복지정책 관련 보건복지부의 조직도



노인복지정책과 관련하여 보건복지부 조직의 가장 중요한 변화는 2005년 9월의 직제개편이다. 저출산고령사회기본법의 시행과 더불어 보건복지부에 저출산고령사회정책본부와 산하에 국장급의 노인정책관이 신설되었다. 노인정책관은 노인정책과, 노인지원과, 노인요양제도과, 노인요양운영과 등의 4개 과로 구성되었다. 이러한 조직 확대는 노인복지정책의 위상 변화를 의미하는 것으로, 노인 인구의 증가와 더불어 노인복지정책이 국가적 차원의 고령사회 대응전략의 핵심으로 확대된 것이다. 또한 평균수명 연장에 따른 노인인구 증가 뿐 아니라 저출산 현상의 심화로 인하여 인구고령화가 가속된다는 점에서 노인복지정책은 인구구조 변동의 대응 전략으로서 중요성을 갖게

되었다는 것이다. 2008년에 보건복지부는 보건복지가족부로 확대·개편 되었고, 기초노령연금 업무를 담당하는 기초노령연금과가 신설되었다. 2010년에 보건복지가족부는 다시 보건복지부로 변경되었으나, 2005년에 형성된 노인복지정책과 관련한 보건복지부의 조직체계는 현재까지 그대로 유지되고 있다.

2014년 7월 현재 노인복지정책의 추진체계로서 보건복지부 조직은 노인정책관, 건강보험정책국, 연금정책국의 3개 국과 기초생활보장과, 기초의료보장과의 2개 과로 구성된다. 노인복지정책의 영역별로 구분하여 살펴보면, 소득보장 영역은 복지정책관의 국민기초생활보장(공공부조)을 담당하는 기초생활보장과, 기초연금 업무를 담당하는 연금정책국의 기초연금과, 그리고 국민연금 업무를 담당하는 연금정책국의 국민연금정책과와 국민연금제정과 등 총 4개의 과로 구성된다. 의료보장 영역은 의료급여 업무를 담당하는 복지정책관의 기초의료보장과, 건강보험 업무를 담당하는 건강보험정책국의 보험정책과, 보험급여과, 보험약제과, 보험평가과 등의 5개 과로 구성된다. 그리고 사회서비스 영역은 노인복지서비스를 담당하는 노인정책관의 노인정책과와 노인지원과, 노인장기요양보험을 담당하는 노인정책관의 요양보험제도과와 요양보험운영과 등 총 4개의 과로 구성된다.

노인복지정책 추진체계의 핵심기관인 보건복지부의 조직체계의 변화는 정책의 수요 및 대상자의 변화와 밀접한 관련이 있다. 보건복지부의 노인복지정책 담당부서는 노인인구의 규모 및 비율에 따라 변화를 보이고 있다. 1960년에 65세 이상 노인인구는 73만 명으로 전체 인구의 2.9%를 차지하였다. 노인인구는 1970년에 100만, 1989년에 200만 명을 넘었으며, 1990년에 노인인구의 비율은 5.1%로 증가하였다. 노인인구 증가는 노인문제와 노인복지에 대한 정책적 개입의 필요성을 제기하였으며, 이러한 맥락에서 1990년에 노인복지업무를 전담하는 노인복지과의 신설로 연계되었다. 1998~2000년에는 노인인구가 300만 명으로 넘어섰으며, 노인인구의 비율이 7%에 도달하면서 고령화사회(aging society)에 진입하였다. 고령화사회의 진입과 더불어 노인복지정책을 담당하는 조직은 1999년에 노인보건과 신설로 2개 과 체제로 확대되었다. 2000년 이후 노인인구는 급격하게 증가하는 양상을 보이면서 2003년을 기점으로 노인인구는 400만 명에 도달하면서, 보건복지부의 노인복지정책 담당 조직은 3개 과 체제로 확대되었으며, 노인돌봄서비스(노인요양)에 대한 정책적 대응이 본격적으로

추진되었다. 또한 2005년에는 보건복지부의 노인복지정책 담당 조직이 과 수준에서 국 수준으로 격상되었다. 이러한 변화는 노인복지정책이 노인계층을 대상으로 하는 급여서비스 제공의 차원에서 고령사회 대응전략이라는 국가전략의 핵심정책으로 전환 확대되었음을 의미하는 것이다.

2. 국민건강보험공단 : 의료보장 전담기관 및 노인돌봄서비스 핵심운영기관

건강보험공단은 의료보험법의 제정에 따라 의료보험 업무를 집행하기 위하여 설립된 의료보험조합에서 연원한다. 1963년 12월 16일에 의료보험법(법률 1623호, 1964.3.17. 시행)이 제정되었으나, 의료보험이 본격적으로 시행된 것은 1977년에 500인 이상 사업장의 근로자에 대하여 당연적용피보험자로 하여 의료보험의 가입을 법률에 의해서 강제한 이후이다. 1978년 1월에는 공무원과 사립학교교직원에 대한 별도의 의료보험을 실시하고(공무원및사립학교교직원의료보험법 법률 제3081호), 제도의 시행을 위한 공무원및사립학교교직원의료보험관리공단(이하 공교공단)을 설립하였다. 1980년대에 들어서 의료보험의 적용 대상을 지속적으로 확대하였으며, 1981년 1월에 100인 이상 사업장, 1988년 1월에 농어촌 지역 주민, 그리고 1989년 10월에 도시 지역 주민이 의료보험의 가입 대상이 되었다. 의료보험 가입자의 지속적 확대를 통한 전국민 의료보험의 시행과 더불어 지역간 또는 의료보험조합간 격차로 인하여 의료보험 통합이 지속적으로 추진되었으며, 일차로 공무원 및 사립학교교직원 의료보험과 지역의료보험이 통합되었다. 그 결과 1999년 2월에 227개 지역의료보험 조합과 공교공단을 통합하여 국민의료보험관리공단이 출범하였다. 이후에도 의료보험제도의 통합은 지속적으로 추진되었으며, 2000년 7월에 국민의료보험관리공단과 139개 직장 의료보험을 통합하여 오늘날의 국민건강보험공단을 출범하였다.

사회보장정책에 있어서 건강보험공단의 역할은 ①국민건강보험제도의 관리운영, ②노인장기요양보험제도의 관리운영, ③사회보험료 통합 징수, ④의료급여제도의 급여관리 업무의 위탁 등 4가지로 정리할 수 있다. 따라서 건강보험공단은 사회보장 영역 중 의료보장제도의 집행을 책임지고 있으며, 사회서비스 영역 중 돌봄서비스의 핵심기관이라 할 수 있다. 의료보장과 돌봄서비스는 노인계층을 위한 사회보장정책에 있어서

중심적 기능을 담당한다는 점에서 건강보험공단은 노인복지정책의 핵심 추진체계라 할 수 있다.

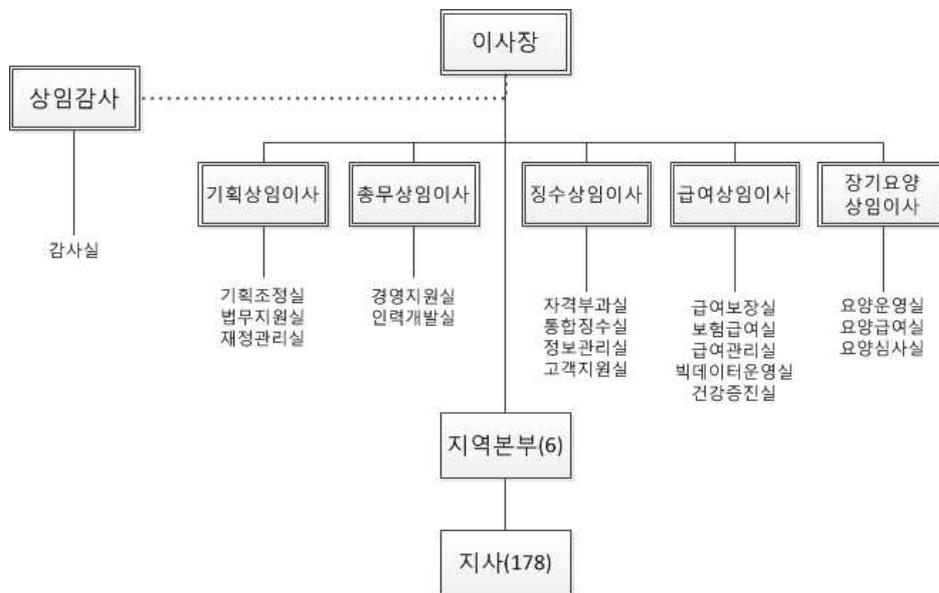
2000년에 출범한 건강보험공단은 전국민을 대상으로 하는 건강보험제도의 집행을 담당하고 있으며, 구체적으로 건강보험 가입자 및 피부양자 관리, 건강보험 급여 관리, 가입자 및 피부양자의 건강 유지와 증진을 위하여 필요한 예방사업, 보험급여 비용의 지급, 의료시설의 운영, 건강보험에 관한 교육·훈련·홍보·조사연구 등의 업무를 담당하고 있다(국민건강보험법 제14조). 또 2007년 10월에 노인장기요양보험의 실시와 더불어 국민건강보험공단은 장기요양사업의 관리운영기관이기도 하다(노인장기요양법 제48조). 장기요양사업의 관리운영을 위하여 공단은 장기요양보험 가입자 및 피부양자 자격관리, 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급 판정, 장기요양인정성의 작성 및 표준장기요양 이용계획서의 제공, 장기요양급여의 관리 및 평가, 수급자에 대한 정보제공안내 상담 등 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항, 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급과 특별현금급여의 지급, 장기요양급여 제공내용 확인, 장기요양사업에 관한 조사연구 및 홍보, 노인성질환 예방사업 등의 업무를 수행하고 있다. 2009~2010년에 사회보험 징수통합과 관련하여 국민건강보험법, 국민연금법, 고용보험법, 산업재해보상보험법, 고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료 징수 등에 관한 법률, 임근채권보장법 등 6개의 법률을 개정하여, 2011년부터 건강보험, 노인장기요양보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험(임근채권부담금, 석면피해구제 부담금 포함) 등 4개 사회보험의 보험료를 통합하여 징수하는 업무를 담당하고 있다. 마지막으로 의료급여사업과 관련하여 건강보험공단은 급여관리 업무를 위탁을 받아 대행하고 있다. 구체적으로 의료급여의 급여비용 심사결과 등에 따른 급여비용 지급, 수급권자의 자격 및 개인별 진료내역의 관리, 의료급여의 제한에 필요한 실태조사 및 자료수집 등의 업무를 담당하고 있다.

건강보험공단의 최고 의사결정기구인 이사회이며, 이사회는 이사장과 5명의 상임이사, 건강보험 및 보건의료 관련단체가 추천하는 6명과 공무원인 3명 등 9명의 비상임이사 등 총 15명으로 구성된다. 이사장은 공단을 대표하고 공단의 업무를 총괄하며, 5명의 상임이사는 각각 기획, 총무, 징수, 급여, 장기요양 등의 공단 업무 조직의 책임자의 역할을 담당한다. 공단의 조직구성은 공단이 담당하고 있는 역할에 의해서 설정되

며, 기획이사와 총무이사는 공단조직의 운영을 담당한다. 징수이사는 건강보험 가입장의 자격관리와 사회보험료 통합징수 업무를 담당하며, 급여이사는 건강보험과 의료급여의 급여비용 지급 등의 업무를 담당한다. 장기요양이사는 노인장기요양사업의 관리 운영 업무를 수행한다.

건강보험공단은 중앙 본부 이외에 일선기관인 지역단위 조직을 갖추고 있다. 서울, 부산, 대구, 광주, 대전, 경인 등의 6개의 지역본부를 두고 있다. 또한 최일선기관으로 전국에 178개의 지사를 설치하고 있으며, 임직원 수는 2014년 현재 약 12,500명 이다.

<그림 2-3-3> 국민건강보험공단의 조직도



3. 국민연금공단 : 노후소득보장정책의 핵심운영기관

국민연금공단은 노후소득보장의 핵심제도인 국민연금제도의 집행을 위하여 설립된

기관으로 국민연금제도와 도입과 함께 신설된 기관이다. 1986년 12월에 국민연금법이 제정·공포되었고, 이어서 1987년 9월에 국민연금관리공단이 설립되었다. 국민연금제도는 1988년 1월에 10인 이상 근로자가 있는 사업장을 대상으로 시작되었다. 이후에 1992년 1월 5인 이상 사업장, 1995년 7월 농어촌 지역 주민, 그리고 1999년 4월 도시 지역 주민으로 가입 대상이 확대되면서 국민연금제도가 도입된 지 10여년 만에 전국민을 대상으로 하는 제도로 급격하게 확대되었다. 또한 2003년부터 2006년까지 단계적으로 5인 미만 사업자의 근로자를 지역가입자에서 직장가입자로 전환함으로써 국민연금의 제도적 내실화를 추진하였다.

국민연금공단의 조직 변화와 관련해서 1999년 11월에 국민연금기금을 관리하기 위한 전담조직으로서 기금이사를 책임자로 하는 기금운용본부를 신설하였다. 또한 2007년에는 기존의 국민연금관리공단에서 국민연금공단으로 명칭을 변경하였다. 명칭의 변경은 공단의 역할 변화 및 확대를 내포하는 것으로 국민연금제도의 관리에 한정되었던 공단의 역할을 국민연금과 4개 직역연금과의 가입기간 연계제도, 공적연금 가입자 및 수급자에 대한 노후설계지원서비스 등으로 확대한 것이다. 이러한 변화는 국민연금이 다른 공적연금을 포함한 노후소득보장의 핵심제도로 자리 잡았으며, 따라서 국민연금공단도 국민연금제도를 넘어서 공적연금 전반의 핵심운영기관⁶⁾으로 전환을 모색하는 것으로 이해할 수 있다.

국민연금공단의 기능은 국민연금제도의 관리·운영이며, 구체적으로 국민연금 가입자에 대한 기록의 관리 및 유지(자격관리), 연금보험료의 부과, 급여의 결정 및 지급, 가입자 및 수급자를 위한 노후설계서비스 및 자금의 대여, 복지증진사업, 국민연금기금의 관리·운영 등의 업무를 담당하고 있다. 국민연금 업무 중에서 가입자의 자격관리와 보험료 부과는 국민연금공단에서 담당하고 있으나, 보험료 징수 업무는 2011년부터 건강보험공단에서 담당하고 있다. 국민연금 업무 이외에 국민연금공단이 담당하고 있는 업무는 장애인복지법에 의한 장애등급 심사, 장애인 활동지원 사업의 시행, 그리고 국민기초생활보장수급자의 근로능력평가 사업 등의 사회복지업무를 담당하고 있

6) 국민연금을 포함한 공적연금제도의 관리·운영기관을 보면 국민연금공단 이외에 공무원연금공단, 사립학교 교직원연금공단, 별정우체국관리단이 있으며, 군인연금은 국방부가 직접 관리·운영을 담당한다. 국민연금공단의 직원이 약 5,000명인데 비하여 공무원연금공단은 약 500명, 사학연금공단은 약 200명, 별정우체국연금관리단은 20명으로 직역연금의 관리·운영기관은 상대적으로 규모가 작다. 공적연금 전체의 관리·운영 인력은 국방부를 포함해도 약 5,800명으로 이중 86%가 국민연금공단의 직원이다.

다. 장애등급 심사나 장애인 활동지원 사업을 국민연금공단이 수행하고 있는 이유는 국민연금의 급여 중에서 장애연금이 있고 장애연금의 산정은 장애등급에 근거하고 있다. 따라서 국민연금제도의 장애등급과 장애인복지법의 장애등급을 일원화하고, 장애등급심사의 전문성을 확보하기 위한 조치의 일환이다. 장애인 활동지원 사업은 장애연금이라는 현금급여와 활동지원이라는 사회서비스를 통합적으로 연계하기 위한 이유에서 시작되었다. 또한 국민기초보장수급자의 근로능력 판정의 경우 경제활동인구의 근로능력의 유무가 장애보유 여부에 의해서 좌우되는 경우가 많기 때문에 이해할 수 있다. 그러나 장애등급 판정과 장애인 활동지원 사업을 국민연금공단이 담당하게 됨으로써 장애인에 대한 급여와 서비스 제공체계의 통합성을 저해한다는 비판이 제기되고 있는 것도 사실이다.

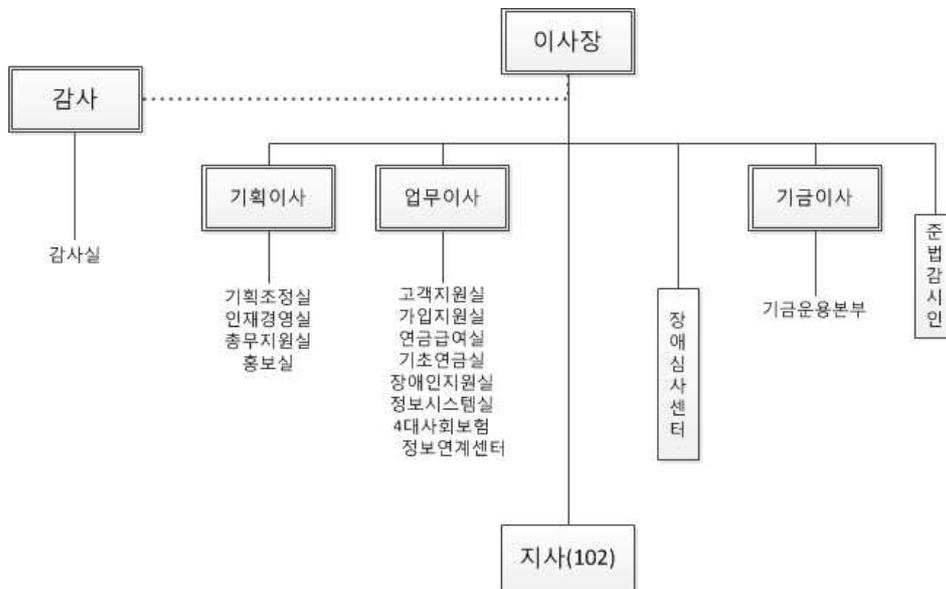
국민연금공단의 조직구조는 국민건강보험공단과 유사하다. 최고 의사결정기구는 이사회이며, 이사회는 이사장을 포함하여 4명의 상임이사와 사용자, 근로자 및 지역가입자 대표 각 2인, 그리고 공무원인 당연직 이사 등 7명의 비상임이사로 구성된다. 이사장은 국민연금공단을 대표하고 공단의 업무를 총괄한다. 기획이사, 업무이사, 그리고 기금이사 등의 3명의 상임이사는 공단 내부의 업무단위 조직의 책임자를 맡고 있다. 기획이사와 업무이사는 이사장의 제청으로 보건복지부 장관이 임명하는 반면에 기금이사는 별도의 추천위원회를 구성하여 공모·심사 방식에 의해서 선정하고, 보건복지부 장관의 승인에 따라 이사장과 기금이사 간의 계약을 체결하는 형태로 선임한다. 기금이사의 선정이 다른 이사와 다른 것은 국민연금기금의 규모와 사회적 중요성 때문이다. 국민연금은 2014년 8월 현재 총 561조원을 조성하여 연금급여 지급 등의 지출한 106조원을 제외한 456조원이 적립금을 보유하고 있다. 국민연금기금의 규모가 국가경제나 금융시장의 규모와 비교하여 매우 크며, 따라서 국민연금기금의 운용은 국가경제에 미치는 영향을 막대하다는 점에서 기금운용을 담당하는 기금이사의 선임은 다른 이상의 선임과 달리 별도의 절차를 두고 있다.

국민연금공단의 조직 구조를 보면 3명의 상임이사를 중심으로 업무 영역에 따라 부서를 구성하고 있다. 예외적으로 공단의 감사(감사실)와는 별도로 준법감시인을 설치하여 기금이사(기금운용본부)가 담당하는 기금투자에 대해서 견제 역할을 담당하고 있는 점이 특이하다. 공단은 사업의 집행을 위하여 전국에 102개소의 지사를 설치하고

있으며, 장애등급 심사를 위하여 장애심사센터를 설치하고 있다.

국민연금공단의 임직원은 약 5,000 명이며, 여기에는 기금운용본부의 160여 명과 연구원의 연구직 40명이 포함되어 있다. 공단의 직원은 2009년 말에 약 4,800명 수준이었으며, 2011년 국민연금 보험료 징수 업무를 국민건강보험공단으로 이관함에 따라 감소되었다. 2012년 말에는 직원 수가 4,570명 수준으로 감소하였으나, 이후에 다시 증가하여 2013년에 약 4,700명 그리고 2014년에 약 5,000명(정원은 5,144명)으로 증가되었다.

<그림 2-3-4> 국민연금공단의 조직도



4. 한국노인인력개발원 : 노인일자리 사업의 담당기관

노인일자리에 대한 사회적 관심과 정책은 비교적 최근의 일이며, 정부가 정책적으로 개입하여 제도화하는 것은 2000년대 중반이다. 노인일자리 사업에 대한 정부지원제도가 도입되면서 2005년 12월에 한국노인인력개발원이 설립되었다. 노인인력개발원은

노인복지법의 노인일자리전담기관 중 노인인력개발기관으로(노인복지법 제23조의2) 노인일자리 개발·보급, 조사사업, 교육·홍보 및 협력사업, 프로그램 인증·평가 사업을 담당하고 있다.

한국노인인력개발원의 조직은 중앙본부에 기획조정국과 사업운영국의 2개 국을 설치하고 있으며, 서울·강원, 부산·울산·경남, 대구·경북, 경인, 호남, 중부 등 6개의 지역 본부를 두고 있다. 임직원은 기관장을 포함하여 약 100명 정도의 작은 규모의 조직이다. 기관의 예산은 2011년에 215억원(정부지원 185억원)에서 매년 지속적으로 증가하여 2014년에는 305억(정부지원 271억) 수준이다. 중앙 노인일자리 사업에 103억, 자립형 노인일자리 사업에 159억 등 정부지원 예산 중 96%를 노인일자리 사업에 지출을 하고 있다.

5. 시·군·구 기초자치단체의 노인복지업무 담당 조직

기초자치단체의 사회복지업무를 담당하는 부서의 조직구조는 자치단체의 유형과 규모에 따라 상이하며, 자치단체장의 의지나 정책추진의 우선순위에 따라 편차를 보인다. 따라서 자치단체의 유형과 규모에 따라 대도시 지역의 자치구, 중소도시 지역의 시, 그리고 농어촌 지역의 군으로 구분하여 살펴보는 것이 적절할 것이다.

대도시의 자치구의 경우 복지업무를 담당하는 부서만으로 독립 개별국(局)으로 되어 있지 않은 것이 일반적이며, 보건(위생), 환경, 문화, 체육 등의 업무담당 부서와 합하여 국(局)을 형성하고 있다. 사회복지를 주 업무로 하는 국에 통상 2~3개 과를 설치하고 있으며, 예외적으로 인구규모가 크고 복지수요가 많은 자치구(서울시 노원구 등)의 경우에는 4~5개과를 설치한 경우⁷⁾도 있다. 자치구 중 상대적으로 인구 규모가 적은 부산광역시 연제구의 사회복지 부서는 주민복지국에 사회복지와 가정복지의 2개 과⁸⁾와 12개의 계(팀)로 구성되어 있으며, 담당직원은 총 56명이다. 노인복지는 가정복지과의 팀으로 구성되어 있으며 담당직원은 3명으로 다른 팀에 비해서 상대적으로 소규

7) 서울 노원구청의 경우 교육복지국 산하에 7개 과로 구성되어 있으며, 이중 교육지원과와 평생학습과를 제외한 복지정책과(32), 사회보장과(42), 여성가족과(37), 어르신복지과(18), 장애인지원과(13) 등 5개의 복지부서를 설치하고 있으며, 담당직원은 총 143명이다.

8) 연제구의 주민복지국은 사회복지과와 가정복지과 이외에 경제진흥과, 환경위생과, 청소행정과 등 총 5개 과로 구성되어 있다.

모이다. 자치구 중 중간규모에 해당하는 대구광역시 동구의 사회복지 부서는 복지생활국 산하에 복지정책과 복지서비스의 2개 과⁹⁾와 산하에 11개 계(팀)로 구성되어 있으며, 직원은 총 66명이다. 노인복지를 담당하는 부서는 복지서비스과의 노인복지계이며, 담당직원은 6명이다. 상대적으로 규모가 큰 인천광역시 서구의 사회복지 부서는 문화복지국 산하에 복지정책, 사회복지 그리고 가정복지의 3개 과¹⁰⁾와 산하에 12개의 계로 구성되어 있으며, 직원은 총 80명이다. 노인복지업무를 담당하는 부서는 가정복지과의 노인복지계로 담당직원은 6명이다.

<그림 2-3-5> 대도시 자치구 본청의 사회복지 부서 조직구조(2013년 12월)

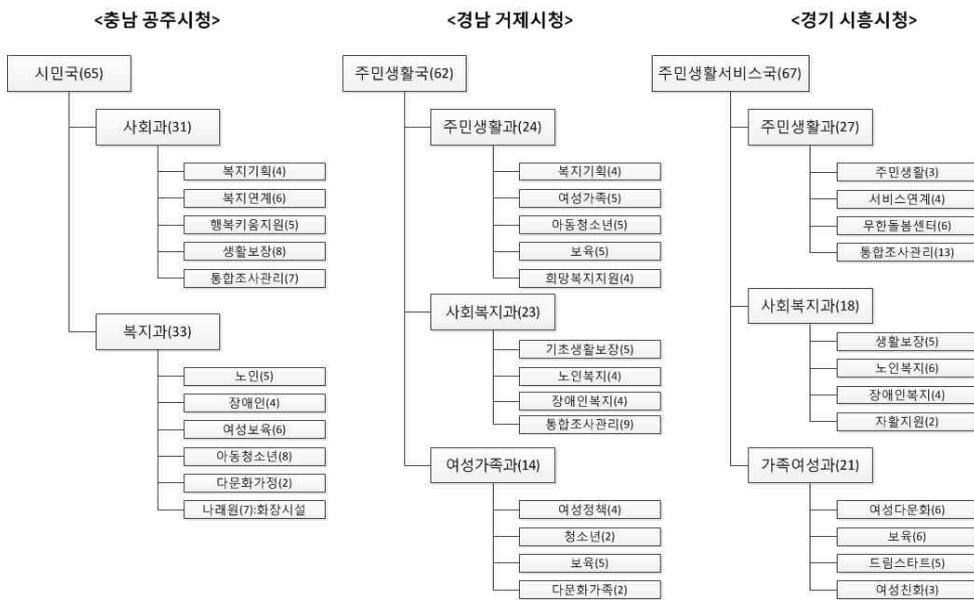


9) 대구광역시 동구의 복지생활국은 복지정책과와 복지서비스과 이외에 경제과, 위생과, 환경자원과 등 총 5개 과로 구성되어 있다.

10) 인천광역시 서구의 문화복지국은 복지정책과, 사회복지과, 가정복지과의 3개 이외에 문화관광체육과, 환경보건과, 위생과, 청소행정과 등 총 7개 과로 구성되어 있다.

중소도시 지역의 시청의 경우 사회복지업무를 담당하는 부서는 대도시 자치구와 동일하게 독립된 개별국(局)으로 되어 있지 않으며, 사회복지를 핵심 업무로 하는 국(局)을 설치하고 있는 것이 일반적이다. 또한 시청의 사회복지 부서는 복지업무를 담당하는 국 산하에 2~3개 과로 구성되어 있다.

<그림 2-3-6> 중소도시 지역 시 본청의 사회복지 부서 조직구조(2013년 12월)



중소도시 지역의 시 중에서 인구 규모가 상대적으로 적은 공주시청의 사회복지 업무를 담당하는 부서는 시민국 산하에 사회과와 복지과 등의 2개 과¹¹⁾, 10개의 계, 그리고 1개 부속시설로 구성되어 있다. 노인복지업무를 담당하는 부서는 복지과의 노인계(담당직원 5명)와 시청에서 직영하는 화장시설의 운영을 담당하는 나래원(7명)이 있다. 중소도시 중 인구 규모가 중간 정도에 해당하는 경남 거제시의 경우에 사회복지 담당부서는 주민생활국 산하에 주민생활과, 사회복지과, 여성가족과의 3개 과¹²⁾, 산하

11) 공주시청의 경우 사회과와 복지과 이외에 민원과, 회계과, 세무과, 문화체육과, 관광과, 문화재과, 토지과 등 총 9개 과가 시민국에 속하는 부서이다.

에 13개 계로 구성되어 있다. 거제시의 노인복지업무는 사회복지과의 노인복지계가 담당하고 있으며, 직원은 4명이다. 중소도시 중 상대적으로 인구규모가 큰 경기도 시흥시는 주민생활서비스국에 주민생활과, 사회복지과, 그리고 가족여성과 등의 3개 과¹²⁾와 산하에 14개의 계로 구성되어 있다. 노인복지업무는 사회복지과의 노인복지계에서 담당하고 있으며, 담당직원은 6명이다. 중소도시 지역의 시 본청의 경우 사회복지업무의 담당직원은 공주시청 65명, 거제시청 62명, 시흥시청 67명이며, 이중 노인복지업무를 담당하는 직원은 각각 5명, 4명, 6명이다. 따라서 시청의 사회복지 및 노인복지 담당부서의 규모는 자치단체의 규모나 복지서비스의 대상자 규모와 상관성이 낮은 것으로 보이며, 해당 복지사업의 종류와 자치단체의 정책 우선순위에 따른 선택의 결과로 해석할 수 있을 것이다.

농어촌 지역 군청의 사회복지 담당부서의 구조는 비교적 단순하며, 주민복지실(주민생활지원실)이라는 과 단위 조직에 5~6개의 계를 구성되어 있다. 군청의 복지업무 부서는 상대적으로 인구 규모가 적은 중평군청은 5개 계와 직원 32명, 인구 규모가 중간 정도인 전남 담양군청은 5개 계와 직원 29명, 그리고 상대적으로 인구가 많은 경남 거창군청은 6개 계와 33명의 담당직원으로 구성되어 있다. 또한 노인복지업무를 담당하는 직원은 각각 5명, 7명, 4명으로 자치구청이나 시청에 비해 노인복지업무를 담당하는 직원의 비율이 상대적으로 높다. 이는 농어촌 지역의 노인인구 비율이 상대적으로 높은 것과 관련이 있다고 판단된다.

12) 거제시의 주민생활국은 주민생활과, 사회복지과, 여성가족과 등 3개 과 이외에 교육체육과, 환경위생과 등 총 5개 과로 구성되어 있다.

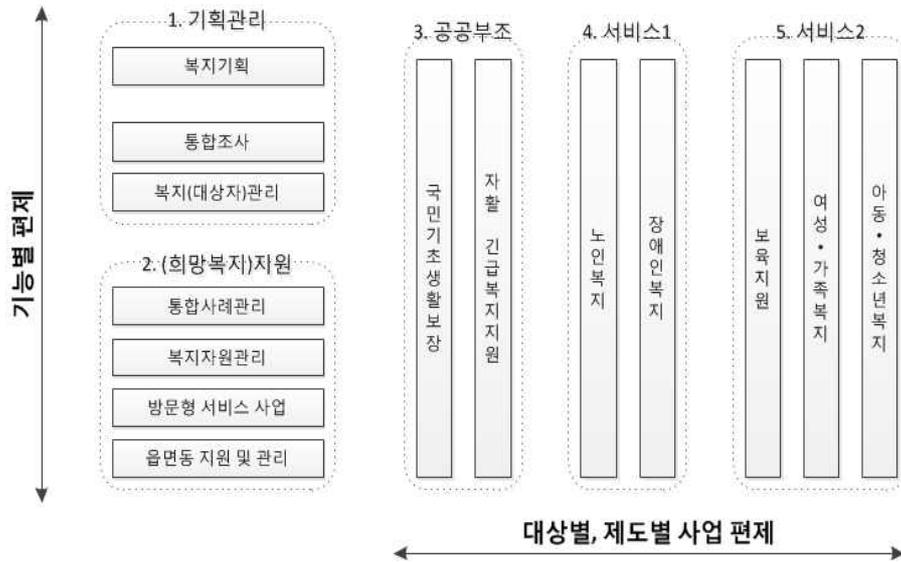
13) 시흥시의 주민생활서비스국은 주민생활과, 사회복지과, 가족여성과, 문화관광과, 체육진흥과, 위생과 등 총 6개 과로 구성되어 있다.

<그림 2-3-7> 농어촌 지역의 군 분청 사회복지 담당조직 구조(2013년 12월)



시군구 분청의 사회복지 업무담당 부서의 구조는 자치단체의 유형에 따라 다소의 편차가 있는 것을 사실이나 조직 구성의 원리와 기본구조는 동일한 양상을 보이고 있다. 특히 대도시 지역의 자치구와 중소도시 지역의 시는 담당직원의 숫자를 제외하고는 동일한 구조이며, 농어촌 지역의 군청은 비교적 단순한 형태로 구성되어 있다.

<그림 2-3-8> 시·군·구 본청의 사회복지 담당부서의 구성원리



시군구 본청의 사회복지 담당부서는 기능별 조직과 제도별·대상자별 조직으로 구분 가능하다. 기능별 조직으로는 기획·운영담당 부서로 복지기획, 통합조사관리, 희망복지지원 등 기능별 또는 업무별로 구성된다. 사업담당 부서는 기초생활보장, 자활, 노인복지, 장애인복지, 보육지원, 여성, 가족복지, 아동·청소년복지 등 복지 급여 및 서비스의 대상자에 따라 조직을 구성하고 있다.

대도시 지역의 자치구, 행정구가 있는 시의 경우 통상적으로 1국 3과 체제이며, 규모가 상대적으로 작은 자치단체의 경우에는 1국 2과 체제로 구성되어 있다. 3개 과 체제는 복지기획 및 관리·복지지원·공공부조(영역 1+2+3), 노인·장애인(영역 4), 보육·아동·여성(영역 5) 등의 영역별로 1개 과를 구성하는 방식이며, 공공부조(국민기초생활보장, 자활 등) 영역의 경우 독자적으로 혹은 관련 업무를 합하여 과 단위 조직을 구성하기도 한다. 2개 과 체제는 복지기획 및 관리·운영지원·공공부조(영역 1+2+3), 그리고 노인·장애인 및 보육·아동·여성(영역 4+5) 등의 영역별로 1개 과를 구성하는 것이 일반적이다. 자치구나 행정구가 있는 시에 비해 상대적으로 적은 행정구가 없는 일반시의 경우에는 1국 2과, 또는 국이 없는 2과 체제이다. 2개 과 체제의 내부구성은 자치단체에 따라 차이가 있으며, 복지기획 및 관리·운영지원·공공부조(영역 1+2+3)의 영역과

노인·장애인·보육·아동·여성(영역 4+5)의 영역으로 구분하는 방식, 또는 복지기획 및 관리·운영지원·보육·아동·여성(영역 1+2+5)의 영역과 공공부조·노인·장애인(영역 3+4)의 영역으로 구분하여 조직을 구성하는 경우가 많다. 반면에 농어촌 지역의 군청의 경우에 사회복지 부서는 2과 체제인 경우가 소수이며, 일반적으로 1개 과로 구성된다.

시군구 자치단체의 노인복지 담당부서는 과 단위로 구성된 사례는 없으며, 과의 하부조직인 계 또는 팀으로 구성되어 있다. 노인복지 업무는 장애인복지 업무 또는 공공부조 업무와 연결되어 조직을 구성하는 경우가 많으며, 이는 노인복지 업무의 특성상 장애인복지와 공공부조 업무와 관련성이 높기 때문이다. 노인과 장애인은 사회위험(social risk)의 특성상 고령과 장애가 회복할 수 없는 장기적 위험이라는 점에서 동일하다. 또한 국민기초생활보장의 대상자가 노인계층이 가장 많다는 점에서 공공부조 업무와 노인복지 업무의 대상자가 중첩되기 때문이다.



제3장 주요국의 노인복지정책 추진체계

제1절 미국의 노인복지정책 추진체계

제2절 호주의 노인복지정책 추진체계

제3절 프랑스 노인복지정책 추진체계

제4절 독일의 노인복지정책 추진체계

제5절 정책적 시사점

3

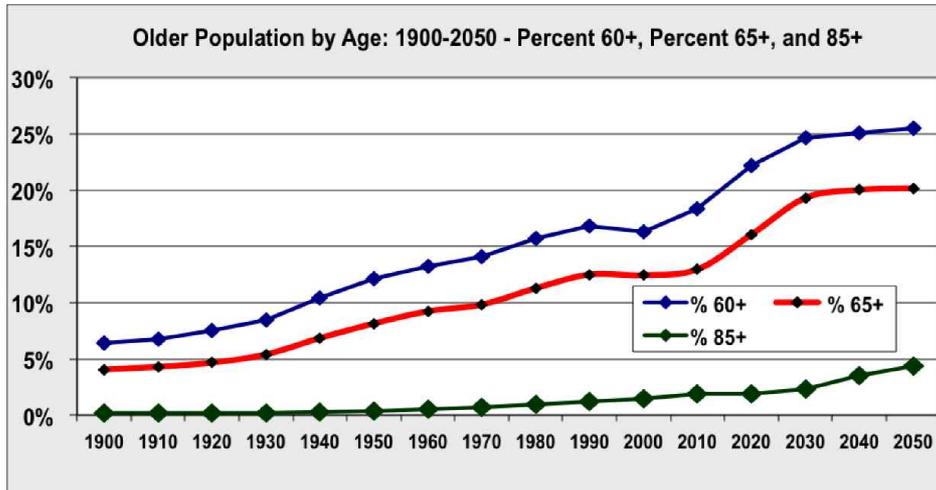
주요국의 노인복지정책 < 추진체계 <

제1절 미국의 노인복지정책 추진체계

1. 미국 노인복지정책의 변천과 추진체계 개요

미국의 노인복지법(Older American Act)제정과 노인의료보험(Medicare)이 도입된 1965년에 미국의 65세 이상의 노인 인구는 전체 인구의 약 9% 였다. 미국의 노인 인구 수와 비율은 지난 반세기 동안 급격히 증가하였으며, 노인 인구의 비율은 2000년에 전체 인구의 약 13%, 2010년에 약 18%에 도달하였다. 2030년까지 65세 이상 노인 인구가 미국 전체 인구의 약 4분의 1을 차지하게 될 것이라고 예측되고 있다.

<그림 3-1-1> 미국의 전체인구 대비 노인인구 비율의 연도별 추이



빠르게 증가하는 노인 인구의 규모와 비율은 노인을 대상으로 한 소득보장, 의료보

장, 그리고 장기요양서비스 프로그램에 대한 정부 지출에 막대한 영향을 미치고 있으며, 미국 연방정부 재정 적자의 중요한 요인으로 지목되고 있다. 특히 노령-유족-장애 연금(OASDI)과 노인 의료보장제도의 재정적자 문제와 증가하는 장기요양 및 복지 서비스 요구에 어떻게 대응 할 것인가는 가장 뜨거운 정책 이슈이다.

미국의 노인복지정책의 추진체계 및 실행체계에 대한 선행 연구와 문서들을 정리, 분석하고, 이를 통해 한국 노인복지정책 추진체계에 대한 시사점과 함의를 도출하고자 한다. 먼저 노인복지법 및 정책 발달에 대한 역사적 배경을 간단히 정리한 후 미국 노인복지정책 추진체계의 구조에 대해 간략히 서술할 것이다. 그리고 소득보장, 의료보장, 그리고 노인복지 서비스 각 분야의 주요 정책과 운영 체계에 대해 좀 더 자세히 정리 분석을 한 후, 마지막 장에서 한국 노인복지정책 추진체계에 대한 시사점을 제시하고자 한다.

가. 미국 노인복지제도의 흐름

미국의 노인복지제도는 1935년에 제정된 사회보장법(Social Security Act)에 의해 기초가 마련되었고, 1965년에 제정된 노인복지법(Older American Act)에 의해 본격화되었다. 미국 연방정부 차원의 노인복지제도는 1935년 사회보장법 (Social Security Act)의 제정과 더불어 시작되었다. 20세기 초부터 시작된 사회보장 운동으로 인해 1935년 사회보장법 제정 당시 이미 많은 주들이 노인이나 장애들을 위한 공공부조 프로그램을 실행하고 있었지만, 연방정부 차원의 사회보장 프로그램은 없었다. 30개 주가 노인 지원(Old Age Assistance) 프로그램을, 20여개 주가 시각장애인 지원(Aid to the Blind) 프로그램을, 그리고 몇 개 주는 장애인 지원(Aid to the Disabled) 프로그램을 실행하고 있었다.¹⁴⁾ 기업들은 노령으로 인해 퇴직하는 직원들을 위한 기업연금 프로그램을 실행하고 있었다. 하지만 1929년 주식시장의 몰락으로 시작된 대공황의 경제적·사회적 여파는 주정부와 민간 차원의 개입으로는 수습이 불가능하였다. 1930년대 대공황은 사회보험과 공공부조 프로그램들을 바탕으로 하는 연방정부 차원의 사회보장제도를 도입하는 계기가 되었다.

14) Day, Phylis and Scgiele, Jerome. 2103. "A New History of Social Welfare." New York: Pearson.

1935년에 제정된 사회보장법은 사회보험인 노령·유족·장애연금제도(Old-Age, Survivors and Disability Insurance, OASDI)¹⁵⁾, 실업보험, 그리고 저소득층을 위한 공공부조 프로그램들의 도입과 실행을 포함하고 있다. 또한 사회보장 프로그램을 운영하기 위한 연방 사회보장청(Social Security Administration, SSA)을 설립을 명시하고 있다. 사회보장법은 이후 여러 번 개정되었으며 몇 가지 중요한 노인복지 프로그램들을 신설하였다. 1965년 존슨행정부 시기에 개정된 사회보장법은 65세 이상 노인을 대상으로 하는 전국적인 의료보험인 메디케어(Medicare)와 저소득층을 대상으로 하는 의료보험 프로그램인 메디케이드(Medicaid)을 추가하였다. 그리고 1972년 닉슨행정부 시기에 개정된 사회보장법은 저소득층 노인과 장애인을 위한 보충소득보장(Supplemental Security Income, SSI) 프로그램을 신설하였다.

대부분의 미국의 노인복지서비스는 1965년에 제정된 노인복지법에 근거한다. 이 법이 제정되기 전에는 노인을 대상으로 하는 장기요양 및 사회서비스 프로그램의 재원 조달과 서비스 전달에서의 연방정부와 주정부의 역할이 미미하였기 때문이다. 노인복지법은 노인들이 자신의 주거지와 지역사회에서 최대한 독립적인 생활을 유지하는 것을 지원하고, 신체적으로 취약한 노인들에게 지속적인 보호와 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다. 1965년 처음 제정된 노인복지법은 노인복지 증진을 위한 지역사회 서비스, 연구, 개발, 그리고 교육 프로그램들을 설립하였으며 연방정부의 교부금 지원을 제도화했다. 이후 여러 번의 개정을 통해 노인 인구의 필요를 충족시키기 위한 새로운 프로그램들을 추가하였다. 예를 들어 2006년에 개정된 노인복지법은 저소득층 노인을 위한 사회적 일자리 프로그램, 시범 사업, 연구 및 정책 개발, 그리고 노인 인권 보호를 위한 프로그램들을 추가하였다.

15) 1935년 제정된 법은 노령연금만을 포함하고 있고, 1939년에 유족 연금, 그리고 1965년에 장애연금 부분이 추가되었다.

나. 미국의 노인복지정책 추진체계 개요

1965년 노인복지법에 의해 노인복지 프로그램들의 운영을 담당하는 연방기구인 노인복지실(Administration on Aging, AoA)¹⁶⁾ 연방 보건사회복지부(U.S. Department of Health and Human Service, DHHS)내에 설립되었고, 각 주별로 노인 복지 프로그램들에 대한 정책 결정과 운영을 위한 주정부 노인부서(State Unit on Aging, SUA)들이 설립되었다. 이후 1973년 개정을 통해 노인들의 권익을 대변하고 노인들에게 일련의 서비스 제공을 기획하고 조정하는 것을 담당하는 지역노인기관(Area Agencies on Aging, AAA)이 설립되었다.

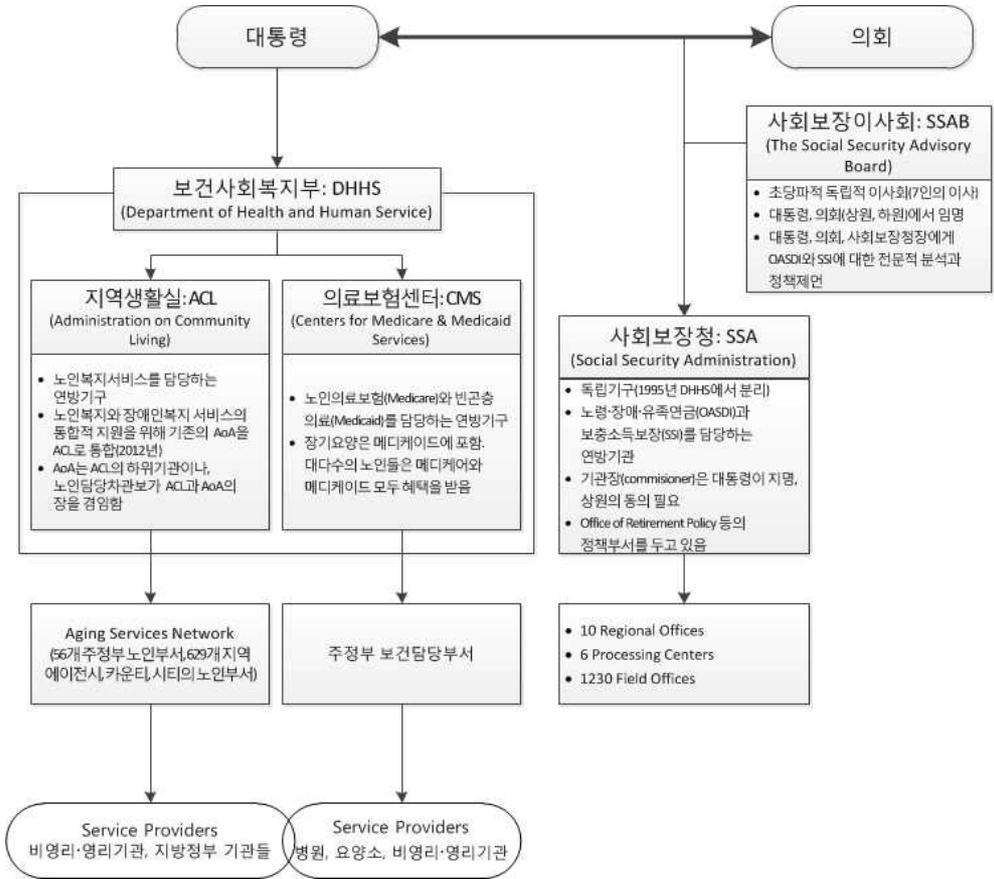
<그림 3-1-2>는 미국의 노인복지정책 추진체계를 정리하여 보여주고 있다. 미국의 노인복지정책 추진체계에서 중앙정부는 노인복지정책의 방향과 각 프로그램들의 목적을 제시하고 총괄적 예산 관리를 중점적으로 담당한다. 주정부나 그 이하의 지방정부는 지역 실정에 맞는 서비스 전달을 담당하는 역할을 한다. 또한 한편으로는 연방정부와 주정부가 노인복지정책의 계획 및 운영의 파트너로서 상호 유기적인 관계를 가지기도 한다. 연방정부의 사회보장청(SSA), 의료보험센터(CMS), 그리고 보건사회복지부 산하 지역생활국(ACL)/노인복지실(AoA)은 각각 노인복지정책 영역에서 소득보장, 의료보장, 그리고 사회서비스 분야의 정책 결정과 예산을 총괄하는 연방 행정 기관이다.

연방 사회보장청(Social Security Administration, SSA)은 독립 행정기관으로서 소득보장제도인 노인·유족·장애연금(Old-Age, Survivors, Disability Insurance, OASDI)과 보충소득보장(Supplemental Security Income, SSI)의 운영 및 정책결정을 담당하고 있다. 노인의료보험 프로그램(Medicare)도 사회보장 프로그램의 일부이기 때문에, 연방 사회보장청에서 수급 자격과 혜택에 대한 정책 결정을 한다. 사회보장청(SSA)은 1935년 사회보장법 제정 당시에 독립기구로 만들어졌다. 그러나 1939년에 연방 보건·교육·복지부 Department of Health, Education and Welfare (HEW)

16) AoA를 노인복지“청”으로 번역하는 경우도 있다. 그러나 AoA는 별도의 독립된 기관이 아니며, 연방 보건사회복지부(Department of Health and Human Service)의 사업담당부서(operational division)이며, AoA의 책임자는 보건사회복지부의 차관보(assistant secretary)가 맡고 있다는 점에서 노인복지“실”로 번역하는 것이 타당하다.

에 속한 행정부서로 변경되었으며, 1995년 클린턴 행정부 시기에 다시 독립기관으로 전환되었다. 사회보장청은 헌법상 행정부의 일부이나 독립기관으로 분류되는데, 그 이유는 대통령의 독립기관장과 이사의 해임권리가 제한되기 때문이다.

<그림 3-1-2> 미국 노인복지정책 추진체계



연방 사회보장청 본부(Central Office)는 메릴랜드주 볼티모어시에 위치하고 있으며, 청장(Commissioner)의 지휘·감독 하에 11개국 설치되어 있다. 사회보장청은 10개의 지역사무소(regional office)¹⁷⁾와 미국 전역에 1,230개의 지역사무소(field

office)소가 있다. 사회보장청장은 대통령이 지명한 후 상원의 동의를 거쳐 임명된다. 사회보장청 본부 내에 은퇴정책실(Office of Retirement Policy)을 두고 있으며 은퇴 노인 인구를 대상으로 하는 정책 개발 및 평가를 수행한다. 또한 최고 보험계리인(Office of Chief Actuary)을 통해 매년 사회보장이사회¹⁸⁾에 노령·장애·유족연금의 재정 보고를 하고 있다.

의료보험센터(Center for Medicare and Medicaid Services, CMS)는 연방 보건 사회복지부 안에 소속된 사업부서(operating division)로 메디케어, 메디케이드 그리고 건강보험 업무를 총괄하는 기관이다. 메디케어는 노인을 대상으로 의료보험 프로그램이며, 메디케이드는 빈곤층의 의료보험 제도, 그리고 건강보험(Health Insurance)은 이른바 오바마케어(Obamacare)로 불리우며 2010년 ‘환자보호 및 부담적정보험법(Patient Protection and Affordable Care Act)’의 제정에 따라 새롭게 출범한 미국의 의료보장제도이다. 1965년 메디케어와 메디케이드가 설립되었을 당시에는 연방 사회보장청이 메디케어와 메디케이드의 운영을 담당하였다. 1997년 연방 보건·교육·복지부에 Health Care Financing Administration(HCFA)을 설립하여 메디케어와 메디케이드의 운영을 담당하게 하였으며, 2001년에 현재와 같이 CMS로 명칭을 변경하였다. CMS는 연방 사회보장청과 동일하게 전국에 10개의 지역사무소(regional office)를 두고 있다. 메디케어는 사회보험제도로 가입 및 수급 자격 및 재정 구조에 대한 정책결정은 여전히 사회보장청에서 하고 있으며, 프로그램 운영은 CMS에서 하고 있다. CMS는 메디케어 파트 A(입원 보험), 파트 B(외래진료보험), 그리고 파트 D(처방약 보험)을 직접 제공하거나, 계약된 민간보험회사들을 통해 제공하기도 한다. 메디케이드는 연방정부와 주정부 간의 파트너십으로 제공되는 프로그램으로 운영은 주정부 보건담당 부서가 맡고 있다. 점차로 많은 주 정부들이 메디케이드 재정 부담을 줄이고자 CMS로부터 승인을 받은 민간 보험회사들과 계약을 통해 Managed Care¹⁹⁾ 방식

17) Boston, Philadelphia, Chicago, Kansas City, San Francisco, New York, Atlanta, Dallas, Denver, and Seattle에 위치하고 있다.

18) 사회보장이사회는 초당파적인 7인의 이사로 구성되며, 매년 사회보장(Social Security) 프로그램들의 제정에 관한 보고서 발행과 대통령, 의회, 사회보장청장에게 재정 및 정책에 대한 제언을 한다.

19) Managed Care는 의료공급자(의사, 병원 등)와 보험회사들의 계약을 통해 network를 구성하고 인당급여제(Capitation)등을 도입하여 의료 서비스 비용을 줄이고자 하는 일련의 테크닉을 포함하는 용어이다.

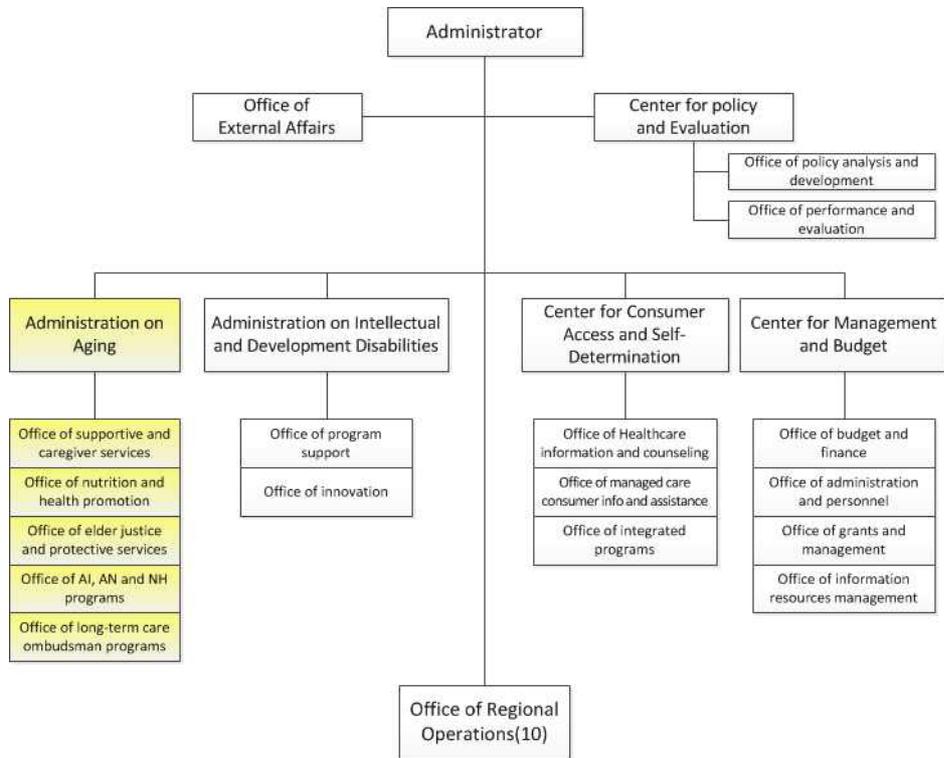
으로 메디케이드를 제공하고 있다.

연방 보건사회복지부의 노인복지실(Administration on Aging, AoA)은 노인과 간병인(caregiver)을 대상으로 하는 사회서비스 프로그램을 총괄하는 연방 행정기관이다. 노인복지실은 1965년에 노인법(Older Americans Act)의 제정과 함께 신설되었으며, 독립부서로 존속되어 왔다. 2012년에 노인복지실(AoA)과 장애인복지실(Office on Disability, OD), 그리고 발달장애복지국(Administration on Developmental Disabilities, ADD)를 통합하여 단일 조직인 지역생활정책실(Administration on Community Living, ACL)을 신설하였다.

노인과 장애인들에 대한 사회서비스 프로그램은 공통적인 특성을 갖는다는 점에서 주정부와 지방정부 차원에서 노인복지서비스와 장애인복지서비스 기관들의 연계와 협력은 오래 전부터 지속되어 왔다(Putnam, 2007). 이와 더불어 연방정부 차원에서 장기요양정책의 초점이 시설 중심의 요양서비스에서 재가 및 지역사회 중심의 서비스로 중심축이 이동되면서 연방 보건사회복지부내의 노인복지실과 장애인복지정책 담당부서들의 중복적인 업무를 없애고 부서 간 협력을 강화해야 할 필요성이 높아졌다. 이러한 맥락에서 2009년에 연방 보건사회부내에 노령화 담당 차관보 그리고 발달장애실(ADD)의 실장이 중심이 되어 조정위원회(Coordinating Council)가 설립되었고, 지역생활정책실(ACL)의 설립이 추진되었다. 지역생활정책실(ACL)은 단일 조직을 통해 노인과 장애들을 위한 통합적 정책과 서비스를 개발하고 노인과 장애인의 재가 및 지역사회 기반을 둔 장기요양서비스에 대한 접근권을 제고하고자 하였다.

현재 노인복지실(AoA)은 지역생활정책실(ACL)에 속한 조직으로 5개의 하위부서로 구성되어 있으며, 노인복지실과 지역생활정책실은 고령화 담당 차관보(Assistant Secretary for Aging)가 책임을 맡고 있다. 노인복지실(AoA)은 2014년 현재 56개의 주 정부 노인복지 담당부서, 629개 지역 기관들(Area Agencies on Aging, AAA), 246개의 원주민 대상 서비스 조직, 그리고 약 20,000개의 서비스 제공 기관을 포함한 전국적인 “National Aging Network”를 통해 일련의 노인복지 서비스를 제공하고 있다.

<그림 3-1-3> 지역생활정책실과 노인복지실의 조직구조



노인복지서비스 제공을 위한 체계는 1970년대 닉슨 행정부의 신연방주의(New Federalism)의 영향을 받은 것으로서, 정책 결정과 프로그램 운영의 지방분권화를 지향한다. 주정부와 지역노인기관(AAA)들은 무조건 연방정부의 지시를 따르는 것이 아니라, 아래로부터 각 지역의 특성에 맞게 노인계층의 욕구와 필요를 파악하고, 프로그램들을 기획하고 실행한다. 연방정부는 프로그램의 목적만을 결정하고, 주정부가 개별 주와 지역의 특성에 맞게 프로그램을 기획하고 운영하는 자율성이 주어진다.

노인복지실과 국가 고령화 네트워크(National Aging Network)는 노인복지법에 근거한 노인복지서비스 프로그램과 여타의 연방정부 프로그램 중 노인을 대상으로 하는 서비스의 전달을 담당하고 있다. 예를 들어 주정부와 지역노인기관(AAA)들은 메디케어 장기요양 프로그램, 사회서비스 포괄보조금(Social Service Block Grant) 프

로그램들, 주정부 의료보험 프로그램, 치매지원 서비스 등 노인을 대상으로 하는 의료 서비스 및 사회서비스의 전달과 프로그램 운영을 담당한다.

연방 보건사회복지부는 의료, 장애, 노인, 가족 및 아동, 사회서비스 전반을 포괄하는 복지정책의 추진과 정책조정을 위한 정책기획평가실(Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, ASPE)을 두고 있다. ASPE는 5개의 부서로 구성되어 있으며, 장애·노인·장기요양정책과(The Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy, DALTCP)는 장기요양이 필요한 어린이, 성인, 노인 그리고 장애인의 욕구와 독립적 생활 및 재활을 지원하기 위한 연방 보건사회부의 프로그램의 개발, 분석, 평가 및 조정을 담당하고 있다. DALTCP는 노인복지실(AoA), 발달장애복지국(ADD), 그리고 의료보험센터(CMS)와 긴밀한 협조관계를 맺고 있다.

2. 소득보장제도와 추진체계

노인을 대상으로 하는 소득보장제도는 사회보험인 공적연금제도(Old Age, Survivor Insurance)와 공공부조인 보충소득보장(Supplemental Security Income, SSI) 두 가지로 구분할 수 있다.

가. 공적연금제도(Old Age-Survivor Insurance)²⁰⁾

공적연금제도인 노령·유족연금은 미국 국내 거주자이면서 일정액 이상의 소득을 가질 경우 가입대상이 된다. 최소 10년간 사회보장세를 납입한 경우 완전퇴직연령(1954년 이전 출생자는 66세, 1960년 이후 출생자는 70세)에 도달하거나, 조기은퇴 신청을 한 경우 62세부터 노령연금을 수령할 수 있다. 연금 지급액은 기본적으로 본인의 연금 기여에 비례하지만, 저소득자의 경우 자신이 기여한 것보다는 많은 혜택을 받기도 한다. 2013년 12월 현재 평균 연금수령액은 \$1,225, 그리고 월평균 최고 수령액은

20) 사회보장제도 인 은퇴-유족-장애보험(OASDI)제도와 더불어 철도직원 퇴직제도, 구연방공무원 퇴직제도, 주 및 지방공무원 퇴직제도, 퇴역군인제도가 직종별로 운영되고 있다.

\$2,533이었다.²¹⁾

노령연금의 수급권자가 사망할 경우에 배우자, 이혼 배우자, 18세 미만 자녀, 62세 이상 부모 등이 유족연금을 수령할 수 있다. 유족연금의 수급요건은 연금 수급권자가 10년 이상 사회보장세를 납입하였거나 또는 21세 이후 매년 1분기 이상 (최소 6 분기) 사회보장세를 납입하고 사망한 경우이다. 유족연금의 수급액은 사망한 수급자의 기본 연금액의 일정 비율로 정해진다.

노령·유족연금의 재원은 FICA(Federal Insurance Contributions Act) 세금 또는 SECA(Self Employed Contributions Act) 세금으로 불리는 사회보장세이다. 사회보장세는 소득의 15.3%이며, 이중 노령·유족장애연금(OASDI)이 12.4%, 노인의료보험인 메디케어가 2.9%이다. 임금소득자의 경우에 사회보장세는 고용주와 가입자 본인이 동일한 비율을 부담한다. 사회보장세를 산정하기 위한 소득은 노령·유족장애연금의 경우 연간 \$117,000을 상한선으로 설정하고 있으며, 반면에 메디케어는 소득의 상한선을 설정하지 않고 있다. 사회보장세는 재무부(Department of Treasury)의 국세청(Internal Revenue Service)에서 징수하고, 사회보장 신탁기금(Social Security Trust Fund)에²²⁾ 적립된다.

미국의 공적연금제도는 적립방식이 아닌 기여방식(Pay As You Go)으로 현재의 경제활동인구가 현재의 노인에게 지급되는 연금을 부담하는 체계이다. 베이비붐 세대가 은퇴 연령에 도달하고, 낮은 출생률로 인해 경제활동인구가 상대적으로 감소하는 2030년까지 사회보장 지출의 증가율이 국민총생산의 증가율을 앞지를 것으로 예상되고 있다. 사회보장세 세입이 세출보다 많았던 시기에는 사회보장세를 다른 정부 프로그램들의 재원으로 사용하였다. 그러나 고령화 시대에 접어들면서, 세출이 세입보다 많아지기 시작하였다. 세출이 세입을 초과하는 재정적자 규모는 2010년에 490억 달러, 2011년에 450억 달러, 2012년에 550억 달러였다. 그리고 2013~2018년에는 매년 평균 750억 달러의 적자가 예상되고 있다(SSA, 2014). 2013년 사회보장 프로그램(노령연금과 메디케어)은 전체 연방정부 예산의 40%를 차지하고 있으며, 사회보장이

21) http://www.ssa.gov/policy/docs/quickfacts/stat_snapshot/2013-12.html

22) 사회보장 신탁기금이란 고령·유족연금신탁기금(Federal Old-Age and Survivors Insurance Trust Fund), 장애연금신탁기금(Federal Disability Insurance Trust Fund), 병원의료보험신탁기금(Federal Hospital Insurance Trust Fund), 그리고 추가의료보험신탁기금(Federal Supplementary Medical Insurance Trust Fund)을 통합하여 지칭한다.

사회는 현재의 사회보장제도를 유지하기 위해서는 재정적자가 계속해서 증가하는 것을 감수해야만 할 것으로 예측하고 있다.

미국의 고령·유족연금제도는 연방 사회보장청(Social Security Administration)에서 계획되고 운영된다. 사회보장청은 앞에서 소개한 대로 독립행정기관으로서 청장(Commissioner)의 지휘·감독 하에 11개국 설치되어 있다. 또한 10개의 연방 사회보장청 지역사무소(regional office)²³⁾와 미국 전역에 1,230개의 현장사무소(field office)소가 사회보장 프로그램을 운영하고 있으며, 온라인 서비스(www.ssa.gov)를 통하여 사회보장 프로그램의 신청 및 보험료 납입 등의 서비스를 제공하고 있다.

나. 공공부조: 보충소득보장(Supplemental Security Income, SSI)

보충소득보장(Social Security Supplemental Income, SSI)은 저소득자와 재산이 없는 사람들에게 매월 지급되는 생활보조금으로, 수급자는 65세 이상 또는 장애인인 미국 시민권자이거나 합법적으로 거주하는 영주권자이어야 한다. 장애는 최소 12개월 이상 의학적으로 판명된 신체적·정신적 장애가 지속되는 경우를 지칭한다. 18세 미만 아동의 경우에 성인에게 적용되는 장애 기준을 충족할 경우 SSI 수급자가 될 수 있다. SSI 수급을 장애판정 기준은 장애인연금(Disability Insurance, DI)과 같은 기준을 적용한다. 그러나 DI는 일정기간 이상의 사회보장세를 납부한 성인에게 수급자격이 부여되며, 수급자이 소득이나 재산을 고려하지 않는다. 반면에 SSI는 일반조세를 재원으로 하며, 소득과 재산의 정도를 고려하고 있다. SSI의 수급을 위한 소득 조건은 근로소득, 자영소득, 연금 등 사회보장 급여, 이자소득 등의 합계가 SSI의 최고 수혜 금액보다 적어야 한다. 또한 현금자산의 보유액이 독신인 경우 \$2,000 이하, 부부일 경우 \$3,000 이하인 경우이다. 다만 현재 자신이 살고 있는 집과 자동차는 소유 재산에 포함시키지 않는다.

SSI는 매월 수표 또는 은행 자동이체로 지급된다. 2014년 현재 다른 소득이 전혀 없는 수급자 단독 가구의 경우 연방 SSI 프로그램으로부터 월 \$721, 부부가 수급자일 경

23) 연방 사회보장청의 지역사무소는 CMS, ACL/AoA의 지역사무소와 동일하게 Boston, Philadelphia, Chicago, Kansas City, San Francisco, New York, Atlanta, Dallas, Denver, 그리고 Seattle에 위치하고 있다.

우 월 \$1,082를 받는다. 소득이 있으면 그만큼 급여액이 감소하게 되는데, 수급자의 근로유인을 위하여 몇 가지 근로소득에 대해서는 특별한 예외를 인정하고 있다. 먼저 월 \$20까지의 소득은 소득원에 관계없이, 그리고 \$65까지의 근로소득은 급여액 산출에서 고려되지 않는다. 또한 \$65 이상의 근로소득에 대해서는 소득액의 증가분만큼 급여액이 감소되는 것이 아니라, 소득액의 절반만큼만 급여액이 감소한다. 그리고 소득액에서 관련 비용을 공제하고 있다.

2014년 7월 현재 SSI 급여를 받은 총 인구는 약 840만 명이며, 그 중에 65세 노인 인구는 213만 명으로 전체 SSI 수급자의 25.4%를 차지한다. 노인의 SSI 평균 수급액은 일반적으로 아동, 장애인의 SSI 평균 수급액보다 낮으며, 이는 대부분의 노인이 노령·유족연금을 수령하고 있기 때문이다. 2014년 7월에 노인들의 SSI 평균 수급액은 \$430, 장애인은 \$552, 그리고 아동은 \$637이었다.

SSI는 연방 사회보장청에서 운영되지만, 재원은 사회보장 신탁기금이 아닌 일반조세에 의해서 조달된다. SSI는 연방정부의 사회보장청(SSA)에서 기본금을 부담하고, 각 주별로 일정 액수를 추가하여 지급한다. 주정부 추가로 지급하는 SSI 급여는 각 주마다 다르다. 기본적으로 연방 SSI 프로그램의 수급자는 주정부에서 제공하는 추가 SSI의 수급자격이 주어진다. 그리고 적은 수이긴 하지만 주정부 SSI만을 받을 수도 있다. 만약 수급대상자의 소득이 연방정부의 최대 SSI 수급액보다는 높고, 연방정부와 주정부의 SSI 혜택을 합친 것보다 적을 경우 연방정부 SSI는 받을 수 없지만 주정부 추가 SSI의 수급자격이 주어지는 것이다. 연방 사회보장청은 SSI 신청자들의 수급 자격을 심사하고 SSI 급여를 지급한다. 각 주정부는 추가 SSI를 자체적으로 지급할 수도 있고, 연방 사회보장청이 지급하도록 위임할 수도 있다. 현재 아리조나 등 5개 주는²⁴⁾ 추가 SSI 프로그램이 없으며, 캘리포니아를 비롯한 12개의 주는 연방 사회보장청에서 주정부의 추가 SSI 프로그램을 운영하고 있다.²⁵⁾

SSI는 다른 연방 프로그램들과 밀접한 연관성을 갖는다. 예를 들어 약 25%의 장애인 SSI 수급자들은 장애연금(DI) 수급자이며, 약 55%의 노인 SSI 수급자는 노령·유족연금의 수급자이다²⁶⁾. DI 수급자들이 SSI를 신청하는 이유는, 장애인 판정을 받은 후

24) 아리조나, 노스다코타, 미시시피, 웨스트 버지니아는 주정부 SSI를 제공하지 않는다.

25) Supplemental Security <http://www.socialsecurity.gov/ssi/text-benefits-ussi.htm>

SSI 혜택과 메디케이드 수급 자격이 바로 주어지는 반면, DI는 장애인 판정 5개월 이후부터, 그리고 메디케어는 DI 수급자격이 주어지고 24개월 이후부터 혜택을 받을 수 있기 때문이다. SSI 수급자는 또한 자동적으로 다른 연방 정부가 제공하는 Food Stamp²⁷⁾ 와 메디케이드 등의 프로그램의 수급자격이 주어진다.

3. 의료보장제도와 추진체계

미국의 노인대상의 의료보장제도는 크게 두 가지로 구성되어 있는데 하나는 국민연금의 수급권을 갖는 퇴직자나 장애인을 대상으로 하는 의료보험제도인 메디케어, 다른 하나는 저소득층 의료보험제도인 메디케이드이다.

가. 노인 의료보험(Medicare)

메디케어는 65세 노인을 대상으로 하는 연방정부 차원의 의료보험 프로그램이다. 또한 65세 미만의 경우에도 장애, 영구적인 신장 부전 또는 근위축성 측방 경화증(루게릭병)을 갖고 있거나, 장애연금(Disability Insurance, DI)의 수급자는 메디케어에 가입할 수 있다. 메디케어는 4 가지 파트로 이루어져 있다. 메디케어를 처음 도입한 1964년 사회보장법 제정 당시에는 파트 A와 파트 B만을 포함하고 있다. 파트 C는 1980년대 초에 시범사업을 거쳐, 1997년에 추가되었다. 처방약 보험인 파트 D는 2006년에 도입되었다.

파트 A는 병원 입원 보험으로, 병원 입원 치료, 전문적인 양로원, 호스피스 및 가정진료를 커버한다. 파트 A 는 소득 보장세에서 재원이 충당되기 때문에, 본인 또는 배우자가 사회보장세를 납부하였다면 보험료를 따로 낼 필요가 없고 65세가 되면 자동으로 혜택을 받을 수 있다. 만약 사회보장세를 내지 않았다면 파트 A에 따로 가입을 하고 보험료를 납부하여야 한다. 파트 B는 외래진료 혹은 통원치료에 대한 의료보험으로, 의사 및 다른 의료 전문인들의 서비스와 외래 진료를 커버한다. 파트 D는 처방약/조제

26) Congressional Budget Office (CBO). 2012. Supplemental Security Income: An Overview. <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/43759-SupplementalSecurity.pdf>

27) 2008년에 Supplemental Nutrition Assistance Program(SNAP)으로 명칭이 변경되었다.

약 보험이다. 파트 B는 개인이 자발적으로 일정 시기에 가입을 하고 보험료를 내야만 혜택을 받을 수 있다. 마지막으로 파트 C는 메디케어 어드밴티지 플랜이라고도 불리는데, 메디케어에 의해 승인된 민간 보험회사에서 운영하는 보험 옵션이다. 파트 A와 파트 B가 모든 의료 진료에 대한 보험을 제공하는 것이 아니기 때문에, 메디케어 수급자들은 “메디 갭(Medi Gap)”이라고 불리는 민간보험을 구입한다. 파트 C는 메디 갭과 같은 공공보험의 옵션이다.

메디케어는 연방 재무부에서 관리하는 2개의 신탁기금에서 재원이 충당된다. 하나는 입원보험신탁기금(Hospital Insurance Trust Fund)이고 다른 하나는 보충의료보험신탁기금(Supplementary Medical Insurance Trust Fund)이다. 입원보험신탁기금은 사회보장세, 노령-유족연금에 부과되는 소득세, 그리고 파트 A에 따로 가입한 사람들이 납부한 보험료를 수입원으로 하고 있다. 입원보험신탁기금의 지출은 병원입원비, 방문의료서비스, 그리고 호스피스 케어 등의 파트 A의 급여와 메디케어 운영에 사용된다. 보충건강보험신탁기금은 파트 B와 파트 D의 보험료, 의회에서 승인된 기금, 그리고 신탁기금의 이자 수익 등을 수입원으로 하며, 파트 B와 파트 D의 급여, 그리고 메디케어 운영비에 지출을 한다.

메디케어 프로그램의 관리와 운영은 연방 보건사회복지부에 속해 있는 의료보험센터(Center for Medicare and Medicaid Services, CMS)가 담당한다. 메디케어는 사회보험으로서 재원의 대부분이 사회보장세에서 충당되며, 이러한 맥락에서 연방 사회보장청(SSA)은 메디케어의 수급 자격과 파트 D와 관련된 저소득층 지원 수급자격 그리고 메디케어 보험료 및 재정 구조에 대한 정책을 결정한다.

메디케어 수급자들은 정부가 운영하는 전통적인 방식뿐만 아니라 HMO(Health Maintenance Organizations)들과 같은 민간보험회사들을 통해 급여를 받을 수 있다. 이러한 Medicare Managed Care를 “Medicare Advantage”라고 부르며, 전체 수급자의 약 3분의 1이 메디케어 어드밴티지 플랜을 통해 메디케어 혜택을 받고 있다.²⁸⁾ CMS는 파트 A와 파트 B에 대한 개인당 일정액(copaid amount)을 메디케어 어드밴티지 플랜에 지급하고, 파트 D에 해당하는 처방약 보험에 대해서는 따로 지불을 한다.

28) <http://kff.org/medicare/fact-sheet/medicare-advantage-fact-sheet/>

노인인구의 증가와, 평균수명의 연장에 따른 의료 서비스 이용 증가, 그리고 신기술의 발전과 전반적인 의료 서비스의 비용의 증가로 인하여 메디케어의 지출 또한 급속히 증가하고 있다. 사회보장청의 보험계리부서(Office of the Chief Actuary)는 매년 프로그램의 회계정보와 추정비용에 대한 정보를 메디케어 이사회에 보고하고 있다. 메디케어 이사회는 프로그램의 재정 상태를 평가하여, 메디케어 신탁기금의 재정 상황에 대한 연간 보고서를 발행한다. 2013년에 발간된 보고서에 의하면, 메디케어의 재정구조의 변화가 없을 경우, 총 메디케어 지출은 전체 미국 경제의 3.5퍼센트에서 2040년엔 5.8퍼센트, 그리고 2087년엔 6.9퍼센트로 증가할 것으로 예측되고 있다.²⁹⁾ 이러한 예측은 지속적인 메디케어 지출의 감축노력을 반영한 것으로서 이전의 예측보다 개선된 것으로 평가되고 있다.

나. 저소득층 의료보장(Medicaid)

메디케이드는 1965년에 개정 사회보장법에 의하여 도입되었고, 미국의 저소득층을 대상으로 하는 가장 큰 규모의 연방정부와 주정부의 공동 의료보장 프로그램이다. 수급 대상자는 저소득층 가족과 장애인, 노인, 그리고 임신부 등이다. 일반적으로 메디케이드 수급자가 되기 위해서는 소득과 자산에 대한 여러 요건에 반드시 부합해야 하고 시민권자이거나 5년 이상 미국에 합법적으로 거주해야 한다. 메디케이드는 연방정부와 주정부가 파트너십을 통해 제공하는 프로그램으로 수혜자격에 필요한 소득과 자산 한도액은 주마다 다르다³⁰⁾. 연방 의료보험센터(CMS)에서 전반적인 운영에 관한 지침을 제공하고, 각 주별로 프로그램을 운영하기 때문에 주 별로 수급자격과 혜택의 범위가 크게 차이가 난다. 메디케이드는 크게 2 가지로 나누어 질 수 있는데, 하나는 지역 사회 메디케이드(Community Medicaid)로서 의료보험이 없는 사람들에게 제공되는

29) Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurances and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds. (May 31. 2013). *2013 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurances and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds* (<http://downloads.cms.gov/files/TR2013.pdf>)

30) 2014년부터 시행되는 오바마케어(The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010)는 연방 빈곤선 138% 미만의 소득을 가진 모든 사람들에게 메디케이드 수급자격을 부여한다. 그러나 대법원의 판결에 따라 각 주들은 오바마케어의 시행 여부를 자율적으로 결정할 수 있기 때문에, 메디케이드의 수급자격에 대한 주별의 차이는 여전히 유지되고 있다.

공공보험이고, 다른 하나는 요양시설보험(Nursing Home Coverage)이다.

2012년 한 해 동안 약 67만 명의 저소득층이 메디케이드의 혜택을 받았고, 이중 32만 명이 아동, 19만 명이 성인, 그리고 6만 명이 노인, 그리고 11만 명이 장애인이었다. 아동은 전체 수급자의 50%, 그리고 노인은 전체 수급자의 10% 미만을 차지하지만, 아동과 노인 각 그룹이 20%의 메디케이드 지출을 가져갔다.³¹⁾ 주별로 차이가 있는 하지만 전국적으로 메디케이드 지출의 약 30%는 장기요양서비스에 사용되고 있다.³²⁾

메디케어와 메디케이드는 목적, 자원, 담당 운영기관 등이 다른 프로그램이지만, 두 프로그램의 수급자들 중 일부는 공동수급자이다. 예를 들어 65세 이상 노인이나 장애인 등의 메디케어 수급자 중 약 4분의 1이 메디케어 수급자이며, 메디케이드 수급자 중 대략 5분의 1이 메디케어 수급자이다.³³⁾ 이렇게 두 프로그램의 동시 수급자들을 dual-eligible 이라고 부르는데, 일정 소득 이하의 사람들에 대한 파트 A(입원 보험)³⁴⁾, 파트 B(외래진료보험), 파트 D(처방약 보험)의 보험료 및 본인 부담을 주정부에서 운영하는 메디케이드에서 커버하기 때문이다. Dual-Eligible 수급자 중 약 60%가 65세 이상 노인이고, 메디케이드 지출 중 Dual-Eligible 수혜자에게 사용된 지출액의 65%는 장기요양서비스에 사용되었다.³⁵⁾ 메디케이드가 메디케어 파트 A와 파트 B의 보험료의 일부 혹은 전체 비용을 커버하고 있기 때문에 두 프로그램간의 비용 전가를 없애기 위해, 메디케어의 재설계 및 통합적 서비스개발 등의 논의가 계속 되고 있다.

메디케이드의 자원은 연방정부와 주정부의 일반 회계에서 공동으로 충당된다. 연방 정부는 각주의 평균 소득을 고려하여 주정부 지출액에 매칭 펀드를 제공한다. 예를 들어 2012년 평균 소득이 가장 높은 주는 50%의 매칭이 적용되고, 평균 소득이 낮은 주

31) Center for Budget and Policy Priorities. 2013. Policy Basics: Introduction to Medicaid. <http://www.cbpp.org/cms/index.cfm?fa=view&id=2223>

32) Kaiser Family Foundation. Distribution of Medicaid Spending by Service: FY2012. <http://kff.org/medicaid/state-indicator/distribution-of-medicare-spending-by-service/>

33) Kaiser Family Foundation. Dual-Eligible. <http://kff.org/tag/dual-eligible/>

34) 파트 A는 사회보장세를 10년 이상 낸 사람은 자동 가입되고, 따로 보험료를 낼 필요가 없지만, 충분한 근로 경험이 없거나 사회보장세를 내지 않았다면 파트 A에 가입을 하고 보험료를 지불해야만 한다.

35) Katherine Young, Rachel Garfield, Mary Beth Musumeci, Lisa Clemans-Cope, and Emily Lawton. 2013. Medicaid Roles for Dual Eligible Beneficiaries. <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/08/7846-04-medicare-roles-for-dual-eligible-beneficiaries.pdf>

의 경우는 75%까지 매칭 펀드를 받았다. 2012년 총 메디케이드 지출액은 4,152억 달러였고³⁶⁾, 이 가운데 57%는 연방정부가 나머지는 주정부가 부담하였다³⁷⁾. 메디케이드에 대한 연방정부의 지출 규모는 다른 모든 공공부조 프로그램에 대한 지출을 모두 합한 것과 비슷하다는 점에서 가장 규모가 큰 지출항목이다³⁸⁾.

메디케이드는 주정부가 운영하는 프로그램이다. 연방정부의 의료보험센터(CMS)는 각 주정부의 메디케이드 프로그램 운영을 모니터하고, 서비스 전달체계, 서비스 품질, 재정구조, 그리고 수급 자격에 등에 대한 가이드라인을 제시하는 역할을 담당한다.

메디케이드는 의료서비스를 제공하는 프로그램이다. 따라서 수급자에게 현금급여를 지급하는 것이 아니라 의료서비스를 제공하는 의료기관에 진료비가 지급된다. 전통적인 서비스 운영 방식은 행위별 수가체계(fee-for-service delivery system)이며, 메디케이드 수급자는 의사에게 가서 진료를 받고, 의사는 치료나 서비스를 제공할 때 마다 주 정부에 비용을 청구하는 방식이다. 그러나 1990년대를 거치면서 점차적으로 많은 주들이 Managed Care를 통해 메디케이드 서비스를 제공하고 있다. 2011년 전체 메디케이드 수급자의 70% 이상이 Managed Care를 통해 메디케이드 혜택을 받고 있으며 알래스카 등 몇 개의 주를 제외한 모든 주들이 Managed Care를 통해 주 전체 혹은 일부 수급자들에게 메디케이드를 제공하고 있다.³⁹⁾ 주 정부는 Managed Care Organization(MCO)들과 계약을 맺고 매달 고정된 비용(flat monthly fee)를 지불하고 MCO는 메디케이드 수급자들에게 모든 일반 진료, 예방 진료, 입원 진료 및 안과 진료를 받을 수 있는 메디케이드 보험 플랜을 제공 한다. 주정부는 수급자들이 Managed Care 가입을 선택할 수 있도록, 하나 이상의 플랜을 제공하고 있다.

대부분의 MCO들 전통적인 Health Maintenance Organizations (HMO) 형태이거나 Primary Care Case Management (PCCM) 형태이다. HMO는 보험회사와 병

36) Kaiser Family Foundation. Total Medicaid Spending: FY2012.

<http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicaid-spending/>

37) Kaiser Family Foundation. Federal and State Share of Medicaid Spending: FY2012.

<http://kff.org/medicaid/state-indicator/federalstate-share-of-spending/>

38) Congressional Budget Office (CBO). 2013. Growth in Means-Tested Programs and Tax Credits for Low-Income Households. Report, February.

<http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/43934-Means-TestedPrograms.pdf>

39) Medicaid Managed Care Enrollment Report

<http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Data-and-Systems/Downloads/2011-Medicaid-MC-Enrollment-Report.pdf>

원 또는 개별 의사들이 계약을 맺고 네트워크를 형성하여서 의료서비스를 제공하며, PCCM은 개인 또는 그룹의 primary care provider들이 주정부로부터 월정액을 받고 메디케이드 수급자들에게 진료서비스 또는 다른 병원으로 의뢰/추천하는 서비스를 제공하며, 그 외의 개별 의료서비스에 대해서는 주 정부에 비용(fee-for-service)을 청구한다.

오바마케어(The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010)로 불리는 전국민 의료보험제도의 도입은 메디케이드 프로그램에도 영향을 미치고 있다. 메디케이드의 수급 자격을 21세 이상 65세 미만 비장애인 그리고 세전 소득이 연방 빈곤선의 138% 이하로 단일화하여 수급자들이 메디케이드 수급 신청 및 그리고 재수급 신청을 쉽게 할 수 있도록 하고 있다. 일부 주의 경우에는 오바마케어를 실행하지 않기로 결정함으로써 여전히 주별 차이는 존재한다. 그리고 주정부들로 하여금, 메디케이드 수급자격 심사(소득 및 다른 프로그램 수급 현황 파악)가 빠르고 정확하게 이루어지게 하기 위하여, 주 정부와 연방 정부에 산발적으로 존재하는 복지 관련 전산시스템과 메디케이드운영 전산시스템을 통합시켜서 단일적인 수급 신청 및 자격심사시스템을 구축하게 하고 있다. 오바마케어는 노인인구를 대상으로 하는 것은 아니지만, 많은 주정부들은 노인을 포함한 모든 메디케이드 수급대상자들의 수급심사를 처리하기 위한 단일 시스템 구축을 시도하고 있다. 예를 들어, 뉴욕 주정부는 주정부와 연방 보건사회복지부, 민간재단(New York State Health Foundation) 그리고 민간기관들이(Medicare Right Center)의 협력 하에 2015년까지 모든 메디케이드 수급대상자들의 수급 신청 및 재신청, 그리고 수급 자격 심사를 위한 통합 전산망과 시스템을 개발할 예정이다.⁴⁰⁾

앞에서 언급한 바와 같이 노인과 장애인은 메디케어와 메디케이드 두 프로그램의 동시 수급자(“dual eligible”)이다. 두 프로그램 운영의 효율성을 높이고, 수급자들의 의료 혜택 접근권을 증진시키고자 메디케이드와 메디케어 통합시스템 개발 또한 실행되고 있다.⁴¹⁾ 예를 들어, 뉴욕시는 연방정부 의료보험센터(CMS)와 파트너십으로 뉴욕시

40) Doug Goggin-Callahan. 2012. Lessons from New York: Building a Better Medicaid Eligibility and Enrollment Systems for Duals. <http://nyshealthfoundation.org/uploads/resources/lessons-from-new-york-building-a-better-medicare-eligibility-and-enrollment-system-for-duals.pdf>.

41) Center for Medicare & Medicaid Service, Medicare-Medicaid Coordination Office. <http://www>

에 거주민을 대상으로 2014~2017년까지 시범사업인 “Fully Integrated Duals Advantage Demonstration”을 진행하고 있다.⁴²⁾ 보건행정 전문가들과 의료서비스 제공자들, 그리고 서비스 이용자들로 이루어진 전문가 집단이 메디케어와 메디케이드로부터 지원되는 모든 의료서비스 및 사회서비스를 통합한 의료보험 플랜을 개발하고 뉴욕 시민들에게 시범적으로 실행하는 것이다. 메디케어-메디케이드 통합시스템 개발은 메디케어와 메디케이드 사이의 비효율적인 비용 전가(cost-shifting)를 제거하고, 각 개인들의 요구와 재정 상황에 맞는 의료 플랜을 제공하여 양질의 의료 및 장기요양 서비스에 쉽게 접근하도록 돕는 것을 목적으로 하고 있다.

4. 사회서비스 프로그램과 추진체계

가. 노인복지법(Older Americans Act, OAA)에 의한 노인복지서비스

미국의 노인복지법(OAA)은 노인복지서비스 정책 및 프로그램의 근간이 된다. 노인복지법의 제3조(title III), 제5조(title V), 그리고 제7조(title VII)는 노인복지법이 지원하는 서비스들과 재원을 명시하고 있다.

(1) Title III. Grants for State and Community Programs on Aging

노인복지법 Title III에 명시된 지역사회 서비스는 60세 이상의 모든 노인들이 수급 대상이며, 특별히 사회경제적 취약 계층을 대상으로 한다. 하지만 소득 또는 자산조사 등의 자격심사는 금지되어 있다.

Title III에 따른 서비스의 경우에 주 정부들은 일부 서비스들에 대해 수급자들이 비용을 일부 부담하도록(cost-sharing) 할 수 있지만, 만약 수급자가 서비스 비용을 자발적으로 지불하지 않더라도 서비스 제공이 거부되지는 않는다. 예산 부족으로 인해,

www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/index.html

42) Federal-State Partnership to Test a Capitated Financial Alignment Model for Medicare-Medicaid Enrollees. <http://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/Downloads/NYMOU.pdf>

수급자격이 있는 전체 노인 인구 중 오직 일부만이 노인복지법 Title III에 명시된 프로그램의 혜택을 받고 있다. 이는 서비스의 수혜가 법적인 기준에 의하여 권리로서 획득 되는 것이 아니라, 공급자의 능력에 따라 임의로 선택되어진다는 것을 의미한다. 2012년 회계연도에 60세 이상 노인 중 5.1 퍼센트만이 가정배달 식사, 홈 케어, 대인 서비스, 또는 케이스 매니지먼트 서비스를 받은 것으로 보고되고 있다.

□ 지원서비스(Supportive Service)

지원서비스는 노인들이 자신의 집이나 지역사회에서 독립적으로 살아갈 수 있도록 지원하는 다양한 형태의 사회서비스이다. 구체적으로 교통, 정보 제공, 홈 케어, 법률 지원 서비스, 사례관리(case management), 노인 주간돌봄 센터 및 노인 센터 운영 등을 포함한다. 2012년에 노인복지실(AoA) 재정의 19%가 지원서비스에 지출되었다.

□ 영양지원서비스(Nutrition Service)

영양지원서비스는 노인들의 굶주림이나 급식에 대한 불안을 감소시키고, 노인들의 사회성과 건강을 증진시키려는 목적을 가진다. 영양지원 프로그램은 크게 두 가지 형태가 있는데 노인센터, 종교기관, 지역사회 센터 등에서 노인에게 식사를 제공하는 프로그램, 그리고 수발이 필요한 노인에게 집으로 음식을 배달하는 Home Delivery 서비스가 있다. 2012년에 노인복지실(AoA) 재정의 약 43%가 영양지원서비스 프로그램에 할당되었다.

□ 가족 간병인 지원 서비스(Family Care Giving Service)

노인에 대한 돌봄서비스를 제공하는 가족 간병인을 지원하기 위한 정보 제공, 개인 상담, 지지 그룹, 간병인 교육훈련 프로그램, 그리고 간병인들의 부담을 한시적으로 덜어 주기 위한 프로그램이나 홈 케어 등이 포함된다. 2012년 노인복지실 전체 지출의 약 8%가 가족 간병인 지원 프로그램에 쓰였다.

□ 질병예방 및 건강증진(Disease prevention and health promotion)

노인들의 건강을 증진시키고 만성 질환의 예방을 위한 집단 혹은 개인 상담, 교육, 운동 프로그램들을 포함한다. Title III의 서비스 중 가장 적은 재정이 할당되는데, 노인복지법은 시드 머니만을 제공하고, 주정부와 지역 기관들이 다른 재원을 마련하여

프로그램을 운영하도록 하고 있다.

(2) Title V: Community Service Senior Opportunities Act

Title V는 지역사회 노인고용서비스(Senior Community Service Employment Program, SCSEP)라 불리며, 55세 이상의 직업이 없는 저소득층 노인들에게 제공되는 일자리 사업을 포함한다. 연방 노동부가 주정부 및 18개의 전국적 규모의 기관들과 계약을 맺고, 저소득층 노인들에게 지역사회 서비스 직업을 제공한다. 근로 프로그램의 참여자들은 연방 정부의 최저임금, 또는 주정부 및 지방정부의 최저 임금, 혹은 같은 사용자 혹은 같은 직군에 제공하는 최저임금 이상을 받는다. 이 프로그램의 참여 대상은 55세 이상, 연방정부가 제시하는 빈곤선의 125% 이하의 소득을 가진 사람들이다. 2011년에 46,000개의 일자리를 제공하였고, 2012년 노인복지실 재정의 23%를 차지하였다.

(3) Title VII: Vulnerable Elder Rights Protection Activities

타이틀 VII은 장기요양서비스의 옴부즈맨 프로그램, 노인에 대한 학대, 방치, 착취 등을 예방하기 위한 프로그램들을 지원한다. 이 프로그램들을 2012년 노인복지법 전체 재정의 1%가 쓰였다.

대부분의 노인복지법이 명시한 노인복지서비스 프로그램들은 연방 노인복지실(AoA)에 의해서 조율되고 예산이 배분된다. 다만 지역사회 노인고용서비스(Title V, community service senior opportunities program)는 노동부(Department of Labor, DoL)에서 운영한다. 노인복지실은 56개의 각 주정부의 노인복지 담당기구(State Units on Aging, SUA), 629개의 지역노인 기관(Area Agencies on Aging), 그리고 246개 미 원주민 조직에 재원을 배분함으로써 영양지원, 재가서비스 등을 실행하도록 지원한다. 노인복지법의 서비스 프로그램들 대한 연방정부의 교부금 지원은 각 주의 60세 이상의 노인 인구수를 그리고 가족 간병인지원 프로그램은 70세 이상의 노인 인구수를 기준으로 분배된다.

Area Agencies on Aging(AAA)은 공공기관 또는 비영리 민간기관으로 노인복지법의 프로그램들을 지역사회 차원에서 실행하기 위해 주 정부에 의해 선정된다. AAA들은 각 지역에서 노인계층에게 영양, 보건, 그리고 사회서비스를 제공하는 책임이 주어진다. AAA들은 전국적으로 20,000개 이상의 영리 또는 비영리 서비스 기관들에게 노인복지서비스 교부금을 제공하고 서비스를 조율하는 역할을 한다. 또한 AAA들은 노인복지서비스 프로그램들의 실행 뿐 아니라, 노인들의 권익을 대변하고 정책 및 서비스 개발을 지지하는 활동을 하는 것 또한 목적으로 한다.

나. 장기요양 (Long-term Care) 서비스

장기요양서비스는 만성질환이나 장애로 인하여 장기간 동안 자신의 신체를 스스로 보호하지 못하는 노인, 장애인, 그리고 만성질환 환자들에게 필요한 의료서비스, 사회서비스, 대인서비스(personal care)를 포함한 일련의 지원을 가리킨다. 장기요양서비스는 서비스 장소에 따라 시설요양서비스와 재가요양서비스로 크게 나눌 수 있다.

장기요양 시설서비스의 종류로는 nursing homes, skilled nursing facilities, 그리고 assisted living facilities 등이 있다. 이러한 시설들에서는 독립적 생활이 힘든 만성 질환이나 장애인들에게 다양한 의료 서비스와 대인서비스를 같이 제공한다. 매해 3백만 명 이상의 미국인들이 nursing homes 또는 skilled nursing facilities에 살고 있으며, 약 100만 명 정도가 assisted living facilities에 살고 있다.⁴³⁾

정부가 지원하는 재가요양서비스는 지역사회서비스, 재가서비스, 재가지원서비스, 주간보호서비스 등이 있다⁴⁴⁾. 지역사회서비스(Community Service)는 교통수단, 법률 및 자산관리 정보, 식사제고, 간호 및 재활 치료, 노인센터 등 노인들과 장애인들의 재가 요양을 지원하는 다양한 지역사회차원의 서비스를 포함한다. 재가서비스(Home Care)는 목욕, 청소, 취사, 생필품 구매 등 일상생활 유지에 필요한 대인보호서비스(personal care)를 제공한다. 재가의료서비스(Home Health Care)는 의료진 혹은 간호사가 방문하여 보조적 의료, 재활 서비스를 제공한다. 일정 수급자격을 만족하면 메디케어에서 단기간 방문 서비스 비용을 부담한다. 재가의료지원서비스(Home Health

43) <http://www.cdc.gov/longtermcare/>

44) <http://www.medicare.gov/what-medicare-covers/part-a/other-long-term-care-choices.html>

Aids)는 수급대상자의 일상생활이나 신체활동 지원에 필요한 휠체어, 전동·수동침대, 욕조용 리프트 등의 기구들을 제공한다. 성인 주간보호서비스(Adult Day Care)는 하루 중 일정시간 동안 대상자를 요양기관에서 보호하는 서비스 제공을 지칭한다. PACE(Program of All-inclusive Care for the Elderly)는 메디케어와 메디케이드가 함께 지원하는 프로그램으로서 nursing home이나 요양시설에 가지 않고 지역사회에서 필요한 의료 진료 및 보호를 받도록 지원하는 것이다. PACE는 성인의 주간보호, 치과, 응급치료, 홈 케어, 엑스레이 및 임상 검사, 식사, 특정 의료 진료, 물리 치료, 작업 치료, 영양 상담, 처방 약, 파트-D 처방약, 예방 치료, 사회서비스, 간병인 훈련, 사회복지사 상담 및 의료기관 방문시 필요한 교통제공 등을 통합적으로 제공한다.

미국의 경우에 장기요양을 위한 별도의 독립적인 제도를 운영하지 않지만, 의료보장 제도인 메디케어와 메디케이드에서 장기요양보호서비스를 지원하고 있다. 2008년도에 메디케이드와 메디케어는 미국 전체의 장기요양서비스 비용의 71%를 지불하였다. 개인의 자부담이 18%, 그리고 민간 장기요양 보험에서 7%, 그리고 나머지는 다른 민간 조직이나 기관들에서 지불하였다⁴⁵⁾. 현재는 메디케어가 미국의 장기요양서비스의 가장 중요한 재원이다. 예를 들어, 모든 nursing home 이용자의 67%가 메디케이드를 통해 비용을 지불하였으며, 43%의 메디케이드 지출이 장기요양서비스에 사용되었다⁴⁶⁾. 메디케이드는 장기요양 대상자들의 의료비, nursing home 비용 뿐 아니라, 지역사회 서비스나, 홈 케어도 지원하고 있다.

메디케이드는 주정부를 통해서 운영되기 때문에 수급자격이나 혜택은 주마다 다르지만, 기본적으로 메디케이드가 공공 부조이기 때문에 소득과 자산 조사 등을 통해 저소득 노인에 한정하여 지원한다. 장기요양서비스가 필요한 노인 및 장애인들이 메디케이드 혜택을 받기 위해서는 SSI 수급 기준과 같거나 소득자산조사를 통과해야만 한다. 대부분의 주들에서는 높은 의료비 및 장기요양비용을 지불해야 하는 의료빈곤(medically needy) 그룹들을 위해 소득에서 의료비를 제외하고 소득 심사를 한다.

45) 미국에서 민간 장기요양보험은 1980년대에 도입되었지만 65세 이상 노인 중에서 민간장기요양보험 가입자의 비율은 2008년도에 약 10% 정도이다. <http://www.urban.org/uploadedpdf/412324-Long-Term-Care-Insurance.pdf>

46) Medicaid and Long-Term Care Services and Supports. <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/2186-09.pdf>

“medically needy” 프로그램이 없는 주들에서는 SSI 수급 기준의 300퍼센트 룰(예를 들어, 2014년엔 월 개인소득 \$2,163)을 적용하여 메디케이드 자격 심사를 한다⁴⁷⁾. 재가 또는 지역사회 중심의 서비스들에 대해서도 소득 및 자산 심사를 통과 하여야만 메디케이드를 통해 혜택을 받을 수 있는데, 주에 따라서 시설요양서비스 수급 기준보다 높거나 낮을 수 있다.

노인인구 전체와 장애인을 대상으로 하는 공공보험제도인 메디케어에서는 장기요양 서비스를 지원하지 않는다. 단 의료적으로 전문적인 치료를 제공하는 요양기관이나 재가 의료치료에 대해서는 의사의 처방이 있는 경우, 그리고 재활 목적인 경우에 한해서 메디케어에서 비용을 지원한다. 예를 들어 메디케어는 최대 100일간 Nursing Home 케어를 지원한다. 반면에 메디케이드는 Nursing Home과 같은 요양시설 서비스의 주요 재원일 뿐만 아니라, 재가 및 지역 사회 장기요양서비스를 지원한다. 1970년대와 1980년대를 거치면서 연방정부는 다양한 시범 사업을 통해 장기요양 시설을 대체할 프로그램들의 개발에 중점을 두었다. 주 정부들은 nursing home에 대한 메디케이드 지출이 점차 늘어나자, 메디케이드 지출을 줄이거나 적어도 제한을 둘 수 있는 정책 개발에 관심을 가졌다. 주 정부들은 시설 요양을 대체하거나 요양 시설의 입소시기를 늦출 수 있는 재가 또는 지역사회 서비스의 개발에 관심을 가지게 되었다. 이러한 배경 하에, 1981년에 의회는 Medicaid section 1915(c) “재가 및 지역-기반 웨이버 프로그램 (home and community-based waiver program)”을 통과 시켰다. 이 웨이버 프로그램은 연방정부 승인 하에 일부 주에서 메디케이드 재원을 이용하여 재가 또는 지역사회 기반 장기요양서비스를 제공하도록 하고 있다. 이 웨이버 프로그램이 생기기 전에는 저소득층 노인들이 수급 가능한 장기요양서비스는 메디케이드에서 커버되는 nursing home 또는 시설 요양시설 뿐이었기 때문에, 메디케이드 웨이버 프로그램은 재가 및 지역사회 바탕의 장기요양서비스의 개발과 확대의 터닝 포인트로 여겨진다.

연방정부 차원에서 보건사회복지부의 지역생활정책실(ACL)과 의료보험센터(CMS)가 장기요양프로그램들의 정책 결정 및 운영을 책임지고 있다. 주 정부의 보건 및 사회 서비스 담당 부서, 그리고 Aging Service Network는 서비스 실행을 조율한다.

47) Guide to Long Term Care Planning: About Medicaid Long Term Care. http://www.longtermcarelink.net/eldercare/medicaid_long_term_care.htm

□ Managed Long Terms Services and Supports(MLTSS)

2014년 현재 26개주가 장기요양 및 장애 관련된 의료 보장을 메디케이드 Managed Care를 통해 제공하고 있다. 점점 더 많은 주들이 재가 및 지역사회 서비스를 확대하고, 서비스의 질과 효율성을 제고하기 위하여 Managed Care를 통해 장기요양서비스를 제공하고자 한다. 연방 의료보험센터(CMS)는 MLSTSS를 실행하고자 하는 주 정부들에 가이드라인과 기술적 지원을 제공하고 있다. 주 정부들은 메디케이드 웨이버 프로그램들을 통해서 연방 의료보험센터로부터 승인을 받은 후, 자유재량으로 Medicaid MLTSS 프로그램을 운영할 수 있다.

□ Single points of entry/no wrong door (SPEs)/NWD

노인 혹은 장애인 가족 등 수급자의 입장에서 복잡하게 얽혀 있는 일련의 서비스들과 각 서비스별 수급 자격 등을 정확히 알기가 쉽지 않다. 이러한 이유 때문에, 지난 10년간 많은 주 정부들은 장기요양서비스 프로그램들에 single points of entry/no wrong door(SPEs/NWD) 시스템 도입을 추진하여 왔다. SPEs/NWD시스템은 서비스 이용자들이 단일 서비스 기관 혹은 단일 시스템을 통해 다양한 장기요양서비스에 대한 정보를 얻고, 자신에게 가장 적합하고 합리적인 비용의 서비스를 선택하도록 지원하는 것을 목적으로 한다.

2006년에 노인복지법 개정을 통해 지역생활정책실(ACL)은 ‘노인, 장애인 리소스센터(Aging and Disability Resource Centers, ADRCs)를 제도화 했으며, 연방 노인복지실(AoA)과 의료보험센터(CMS)는 자유재량 교부금을 주정부에 제공함으로써 ADRC 건립을 유도하고 있다. ADRC들은 노인 및 장애인 및 가족들이 알맞은 장기요양서비스를 선택할 수 있도록 개별적인 상담을 제공하고, 장기요양서비스에 접근할 수 있는 단일 시스템서비스를 제공하며, 공공 및 민간 차원의 모든 장기요양서비스에 대한 single points of entry 역할을 한다.

다. 기타 서비스 및 현물지원 프로그램

(1) 주거 지원

연방정부 주택도시개발부 (Department of Housing and Urban Development, HUD)는 임대지원, 자가주택 지원, 그리고 관련 서비스를 통해 노인과 장애인들에게 저렴한 주택을 공급하고 있다. HUD는 이러한 프로그램들을 통해 현재 전국적으로 90만 명 노인들에게 주거 지원을 하고 있다.

임대지원 프로그램은 크게 세 가지가 있는데, 지역 공공주택 에이전시가 운영하는 Public Housing의 경우에 자신의 소득의 30%를 임대료로 내는 것이다. 둘째는 다가족 지원주택(HUD)의 지원을 받는 개인소유 주택으로, 세입자들에게 저렴한 월세를 제공한다. 그리고 주택 바우처 프로그램이 있다. 이러한 지원은 예산의 한계로 인하여 대부분 아주 긴 대기자가 있으며, 대도시의 경우 2-3년 정도를 기다려야 하는 것이 보통이다.

주거지원은 소득 심사를 통하여 지역 소득 중위수의 80% 미만인 저소득층 또는 지역 소득 중위수의 30% 미만인 빈곤층 노인들에게 주어진다. 노인 주거지원의 수급 신청 및 심사는 로컬 HUD기관을 통해 가능하며, HUD에서 지원하는 주거 상담기관들은 주거지원 프로그램들과 수급 자격에 대한 정보 및 상담을 제공한다.⁴⁸⁾

(2) Supplemental Nutrition Assistance Program(SNAP, Food Stamp)

SANP은 연방 농업부(Department of Agriculture)가 재정을 제공하고 각 주정부의 사회서비스 담당부서 또는 아동 및 가족서비스 담당부서가 운영하는 전국적으로 가장 큰 규모의 영양지원 서비스이다. 매년 약 400만 명이 SNAP의 혜택을 받으며, 이중 약 10%가 60세 이상의 노인이다.⁴⁹⁾ SNAP은 연방정부에서 재원을 지원하고 주 정부에서 운영하는 프로그램이라는 점에서 구체적인 수급 자격은 주마다 다르지만, 대체로 가계소득이 연방 빈곤선의 130% 이하일 경우 수급자격이 주어진다. 매달 EAD 카드라

48) http://portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/topics/information_for_senior_citizens

49) <http://www.fns.usda.gov/sites/default/files/2012CharacteristicsSummary.pdf>

고 불리는 은행카드에 소득과 가구 수에 따라 일정 금액이 충전되는데, 이 카드는 식료품을 구입할 때만 사용할 수 있다. SNAP 수급 신청 및 수급 심사는 주 정부 및 지방 정부의 사회복지서비스 부서에서 담당하고 있다.

(3) 난방 보조(Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)

LIHEAP은 저소득층 가구에서 난방비를 낼 수 없거나 연체 되어서 난방 서비스가 끊길 위험에 처하는 경우 지원되는 현물서비스로, 난방비의 일부를 지원한다. 수급자격은 개인 소득이 연방 빈곤선의 150% 미만이어야 하고, 특별히 노인 및 장애인, 그리고 어린이가 있는 가구를 대상으로 한다.

LIHEAP은 연방 보건사회복지부(Department of Health and Human Services)에서 재원을 분배하며, 주 또는 지방정부, 사기업, 비영리 기구들이 재원을 제공할 경우 연방정부에서 매칭 펀드를 제공한다. 각 주정부의 사회복지서비스 담당 부서나 지역의 aging service network을 통해서 수급 신청이 가능하다. 수급자에게 현금을 지불하는 것이 아니라 주 정부에서 지역 전기 또는 가스 공급 업체에 난방비를 지불한다.

제2절 호주의 노인복지정책 추진체계

1. 호주의 노인복지정책 추진체계의 변천

호주는 지속적인 인구고령화가 진행되어 왔으며, 최근 65세 이상 노인인구가 전체 인구 대비 14%를 넘어섰다. 다른 서구사회와 마찬가지로 노인부양비 증가, 연금 재정의 지속성 문제, 노인 요양서비스의 증가 등 고령화에 따른 사회적 문제의 심각성이 제기되고 있다. 이러한 상황에서 최근 6년 만의 정권교체로 보수연합이 집권하게 되었고, 더불어 노인관련 사회보장제도 및 정책의 추진체계에 상당한 변화를 겪고 있다. 여기에서는 호주 노인복지정책을 노후소득보장, 의료보장, 사회서비스로 구분하여 살펴보고, 특히 정책추진체계를 구체적으로 다룸으로써 한국 노인복지정책의 추진체계와 관련하여 정책적 시사점을 도출하고자 한다.

가. 호주 노인인구의 추이와 현황

호주통계청(Australian Bureau of Statistics, ABS)에 따르면 2013년 4월 기준 호주의 총 인구 2,300만 명 가운데 65세 이상 노인인구는 약 320만 명으로 전체인구 대비 14%를 차지하고 있다. 1972년에서 2012년의 기간 동안 65세 이상 노인인구는 약 3배(110만 명 → 320만 명) 증가했으며, 85세 이상 초고령 인구는 69,800명에서 423,700명으로 무려 6배 증가하였다(AIHW, 2013). 호주의 노인인구 규모와 노인인구 비중의 증가는 두드러지기는 하지만, 낮지 않은 출산율과 이민 인구의 유입으로 다른 서구 국가들과 비교할 때 비교적 점진적인 인구 고령화를 경험하고 있다. 인구 고령화와 더불어 노인부양비(15-64세 인구 대비 65세 이상 인구 비율)은 1962년에 14%에서 2012년 21%로 7% 포인트 증가하였으며, 향후 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 이는 생산가능인구 100명 당 21명의 노인을 부양해야한다는 의미로, 아동부양비가 동기간 49%에서 28%로 하락한 것과 대조적이다(AIHW, 2013).

<표 3-2-1>의 사회계층별 사회보장지출 구조를 보면 노인분야 지출이 38.3%로 전체 사회보장 지출 중 가장 많다.

<표 3-2-1> 호주의 사회계층별 사회보장지출 구조(2010~2011)

(단위 : 백만 달러, %)

계층	노인	퇴역군인/ 가족	장애인	부양아동 가정	실업	원주민	기타복지 프로그램	일반 행정	합계
금액	44,018	6,982	20,265	30,436	7,029	1,457	1,316	2,458	114,961
비율	38.3	6.1	17.6	26.5	6.1	1.3	1.1	3.0	100.0

자료 : 여유진·정용문(2011)

그러나 GDP 대비 노인분야 지출은 4.9%(2013년)로 OECD 평균인 7.1%에 미치지 못한다. 또, 노인분야 지출의 가장 큰 비중을 차지하는 GDP 대비 연금 지출은 2009년 3.5%인데 이것은 정부 총 지출의 9.4% 수준이며, OECD 회원국 가운데 네 번째로 낮은 수치이다(OECD, 2013).

<표 3-2-2> OECD 주요국 GDP 대비 노인부분 지출

(단위 : %)

국가	노인부분 지출				사회보장 지출 (2009년)
	1980	1990	2000	2009	
프랑스	7.6	9.2	10.5	12.3	32.1
일본	2.9	4.0	6.8	10.4	22.2
스웨덴	7.7	8.6	9.1	10.2	29.8
독일	9.7	9.4	8.6	9.1	27.8
영국	4.2	4.8	5.5	6.7	24.1
미국	5.2	5.2	5.1	6.1	19.2
네덜란드	6.1	6.3	5.3	5.8	23.2
호주	3.1	3.3	4.7	4.9	17.8
캐나다	2.8	3.8	3.9	4.1	19.2
한국	-	0.6	1.2	2.0	9.6
OECD 평균	5.1	6	6.4	7.3	22.1

자료 : OECD(2014), SOCX data

나. 호주 사회보장의 특징과 최근 동향

호주 사회보장정책의 특징은 포괄적인 공공부조 중심의 접근, 현금급여 중심, 통합적 서비스 전달체계로 요약할 수 있으며, 이러한 특징은 노인복지정책의 경우에도 동

일한 특성을 보이고 있다.

자산조사에 기반한 공공부조 중심의 접근은 전국민을 대상으로 하는 적절한 소득 보장보다는 빈곤층을 대상으로 하는 빈곤 방지를 보다 중시하는 것이다. 대표적으로 호주 노령연금은 빈곤한 사람을 선별하기보다 부유한 사람을 배제하도록 설계되어 있어 적정 수준에서의 소득보장 기능은 떨어진다(여유진, 2011). 그 결과 생산활동인구 대비 65세 이상 노인인구의 소득 대체율은 65.4%로 회원국 가운데 한국을 제외하고 가장 낮은 수준이다(OECD, 2013).

또한 현금급여는 2010-2011년 총 839억 호주달러로 총 복지지출의 70%를 차지했는데 국토가 광활하여 직접적인 서비스를 정부가 직접 제공하기 보다는 현금급여로 사회보장 기능을 대체했던 역사를 반영하고 있는 것이다.

마지막으로 센터링크(Centrelink)를 중심으로 한 통합적 서비스 전달체계의 존재 역시 호주 사회보장제도의 주요한 특징으로 볼 수 있다. 센터링크의 존재는 공공서비스의 보다 효율적인 제공, 서비스 수준의 향상의 측면 뿐 아니라 계약에 의한 정부서비스의 민간화를 더욱 확대시키고 발전시켰다(강혜규 외, 2011). 민간 영역의 역할 증진은 소비자 선택권 강화와 깊은 관련이 있으며 최근 사회보장 정책의 흐름과 그 맥을 같이 하고 있다.

최근 호주 사회보장정책의 방향성은 1990년대 중반 이후의 ‘복지축소’, ‘노동을 통한 복지(workfare)’를 강조하고 있다. 1980년대 이후 실업률의 급격한 상승과 사회보장지출 증가를 경험함에 따라 사회복지에 대한 의존도를 낮추고 사회보장 급여를 받기 위한 ‘의무’가 부각되었다. 2007년 노동당의 케빈 러드(Kevin Rudd)가 집권하면서 정권 초기에 일시적으로 진보적 사회보장 개혁을 추진했지만, 지난 30년간 추진되어 온 신자유주의적 복지노선을 근본적으로 변화시키지는 못했다(여유진 외, 2011). 이러한 흐름은 노인복지 영역에서도 노령연금 수급 연령의 지속적 상향 조정, 연금 수급 연령을 지연시키기 위한 근로유인 정책, 노인요양(Aged care)의 본인부담금 인상과 같은 정책으로 실현되었다.

2005년 고령근로자에게 세제 혜택을 부여하는 제도의 도입을 통하여 55세 이상의 근로자에게 연간 58,000 호주달러까지의 소득에 대한 고령근로자 세금 차감제도(Mature Age Worker Tax Offset)를 도입하였으며, 노령연금 급여를 받을 수 있는 최소연령을 상향조정하였고, 연금 수급연령 이후에도 일을 하는 고령자를 위한 인센티

브(Pension bonus Scheme)⁵⁰)를 도입하였다(여유진 외, 2012). 그 결과 2012년 기준 65세 이상 인구의 노동시장 참여율이 2002년 6%에서 2012년 12%로 증가하였다(AIHW, 2013).

최근 노동당에서 보수연합으로의 정권 교체는 이러한 신자유주의적인 기조와 정책을 더욱 강화할 것으로 전망되고 있다. 2013년 정권교체로 총리가 된 보수연합의 토니 애벗(Tony Abbott)은 2017년부터 평균소득을 기준으로 상승하던 노령연금을 물가연동 방식으로 전환하는 방안을 발표했는데, 이는 실질적인 연금액의 하락을 의미한다. 또한 재정 상황과 인구 고령화 추이를 고려하여 2035년까지 노령연금 수급 연령을 점진적으로 70세까지 상향 조정하는 방안을 추진 중이다. 이와 더불어 연방정부 노인 건강보호카드(commonwealth seniors health care card)를 소지하고 있던 노령연금 비수급자들에게 보충급여로 주어지던 연간 800 호주달러 정도의 급여를 폐지하겠다고 밝혔다⁵¹).

한편, 호주 정부는 지난 10여년 동안 서비스 전달체계 개혁(service delivery reform)에 상당한 노력을 기울여 왔다. 가장 주목할 만한 변화는 대대적인 정부부처 개편이며, 이는 서비스 전달의 통합성과 효율성에 중점을 둔 것으로 해석할 수 있다.

다. 호주의 노인복지정책 및 추진체계 개요

(1) 주요 노인복지정책의 현황

호주의 노인복지정책은 크게 노후소득보장, 의료보장, 사회서비스로 구분할 수 있다. 노후소득보장은 노령연금(age pension)과 법정퇴직연금(Superannuation)이 대표적이며, 이외에 공과금 수당(utilities allowance), 약제수당(pharmaceutical allowance) 등의 부가 급여가 있다. 의료보장제도로는 전국민을 대상으로 하는 메디케어(Medicare)가 있으며, 노인이 의료 취약계층이며 동시에 비소득인구임을 감안하여

50) 2009년 이전 대상자에게는 Pension bonus Scheme가 적용되며 2009년 이후에는 이를 개정하여 근로 보너스(Work Bonus)로 대체 시행하고 있다.

51) <http://www.theguardian.com/world/2014/jun/18/tony-abbott-message-likely-to-be-in-centrel-ink-publication-for-seniors>

민간 의료보험 가입 시 노인에게 더 많은 인센티브를 주는 제도를 시행하고 있다. 그리고 노인을 대상으로 하는 사회서비스의 핵심제도로 노인요양보호(Aged care)가 있다.

<표 3-2-3> 노인복지 관련 주요 제도 연혁

년도	주요 정책 및 조직 개편 내용
1909	노령연금(age pension) 도입
1976	Medibank 도입
1984	Medicare 도입
1985	요양보호서비스(Aged care) 도입
1992	법정퇴직연금(Superannuation) 도입
1997	Centrelink 설치
1998	보건·노인보호부(Department of Health and Aged care) 신설
2001	보건·노인부(Department of Health and Ageing)으로 개편
2007	법정퇴직연금 세제 개혁
2009	서비스 전달체계 개편(Service Delivery Reform)
2011	연금수령자 근로보너스(Pension Work Bonus) 도입, 센터링크와 메디케어 통합
2012	법정퇴직연금 세제 개혁
2013	보건·노인부 → 보건부로 개편, 노인복지정책 업무는 사회서비스부로 이관
2014	Aged care 개혁 시행

노인복지정책 및 관련 기구의 변화는 <표 3-2-3>과 같다. 자산조사를 기반으로 하는 노령연금은 20세기 초반에 시행되었으며, 전국민 의료보장제도인 메디케어와 법정 퇴직연금은 비교적 늦은 시기에 도입되었다.

주목할 점은 인구고령화에 대응하기 위한 노인 전담부서의 설립과 개편이다. 1985년 요양보호서비스를 도입하면서, 노인복지정책을 전담하며 요양보호서비스의 주무부처로 기능할 수 있는 보건·노인보호부(Department of Health and Aged care)를 설립하였다. 이후에 2001년 보건·노인부(Department of Health and Ageing)로 명칭을 변경하면서, 노인요양서비스를 제외한 노인복지정책을 사회서비스부로 이관하였다. 2013년에는 대대적인 정부부처 재편을 통해 노인·보건부를 보건부로 변경하면서 보건의료로 전담하는 부처로 전환하였다. 이 과정에서 ‘노인(Ageing)’이라는 특정 대상을 전담하는 부처는 폐지하였으며, 노인복지정책은 사회서비스부로 이관되었다.

(2) 노인복지정책의 추진체계

호주 사회보장정책의 추진체계를 살펴보면, 연방정부는 노령연금과 노령연금보충급여 등 대부분의 현금급여와 공공 기관·시설 운영을 위한 재정적 지원을 담당한다. 주정부는 연방정부로부터 교부금 형태로 충당된 재원을 바탕으로 병원, 공공건강센터 등의 프로그램 및 시설을 제공·운영한다. 주정부는 연방정부의 프로그램을 관할하지 않으며, 연방정부 사무소인 센터링크 등에 연결하여 연방정부 차원의 프로그램이 제공될 수 있도록 전달하는 역할을 한다. 지방정부는 노령자 지원, 재가요양과 같이 주정부와 연방정부가 재정을 지원하는 프로그램을 운영하고 있다(여유진 외 2012, 강혜규 외 2011).

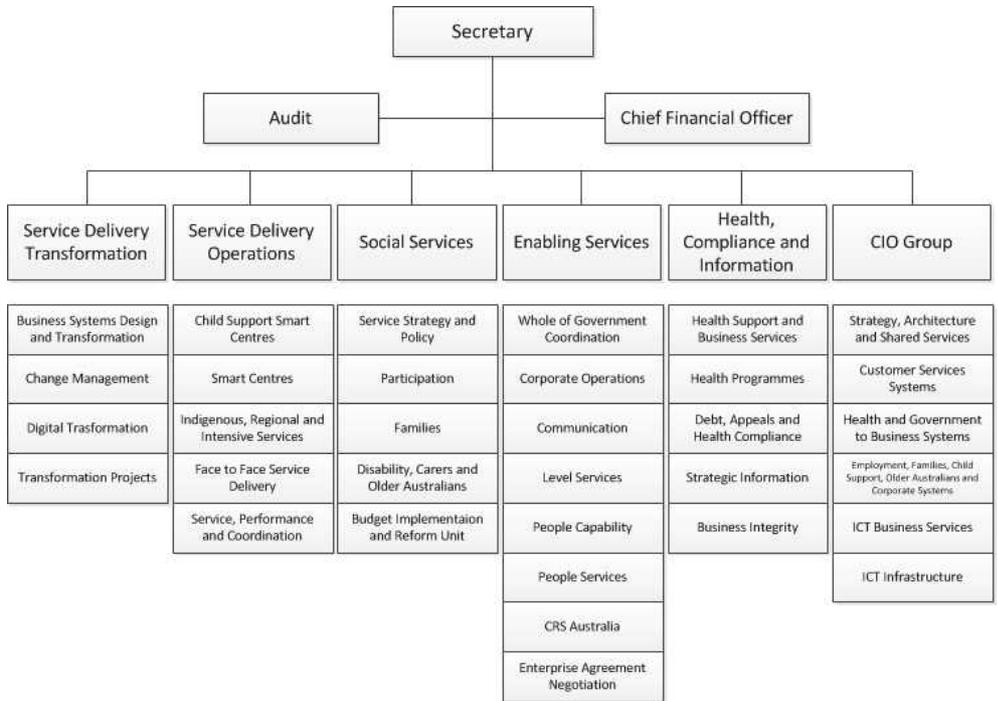
연방 정부의 노인복지정책 담당 부처는 사회서비스부(Department of Social Services)와 인적서비스부(Department of Human Services)이다. 2013년 이전에는 사회보장 관련 대부분의 업무를 주관하던 가족주거·지역사회서비스부(Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs)가 노령연금, 노인을 대상으로 하는 각종수당과 노인요양보호(Aged care)의 주부처였다. 보수연합인 토니 애벗 정부의 집권 이후 대대적인 정부부처 개편으로 가족주거·지역사회서비스부는 폐지되었고 대부분의 업무는 신설된 사회서비스부(Social Services)로, 노령연금은 인적서비스부로 이관되었다. 또한 보건·노인부(Department of Health and Ageing)는 보건부(Department of Health)로 축소되었으며, 기존의 노인복지 관련 업무는 인적서비스부(Department of Human Services)와 사회서비스부(Department of Social Services)가 담당하게 되었다.

2013년의 부처 개편으로 인적서비스부는 호주의 사회보장 관련 가장 큰 부처가 되었고, 특히 노인과 관련한 거의 모든 서비스(노령연금, 메디케어, 요양보호)를 전달하는 노인복지정책의 핵심 부처가 되었다. 인적서비스부는 2004년 당시 복지 및 보건서비스를 효율적이고 적절하게 전달하기 위해 설립되었으며, 몇 차례의 개편을 거쳐 현재 연방정부 예산의 3분의 1에 달하는 연간 44억 달러 이상을 운용하며, 통합적 서비스 전달체계인 센터링크(Centrelink)의 운영을 담당하고 있다.

인적서비스부의 가장 중요한 프로그램은 메디케어, 센터링크, 아동지원(child support), 직업재활(CRS Australian), Australian Hearing 등의 다섯 가지이다. 이 중

센터링크와 메디케어는 2011년부터 통합 운영되고 있다. 조직의 편제는 특정 대상 중심이 아닌 기능 중심으로 되어 있어 노인복지정책 관련 ‘과’가 독립적으로 존재하지 않고 서비스의 종류에 따라 ‘과’보다 하위 단위로 존재한다.

<그림 3-2-1> 호주의 인적서비스부 조직 구조

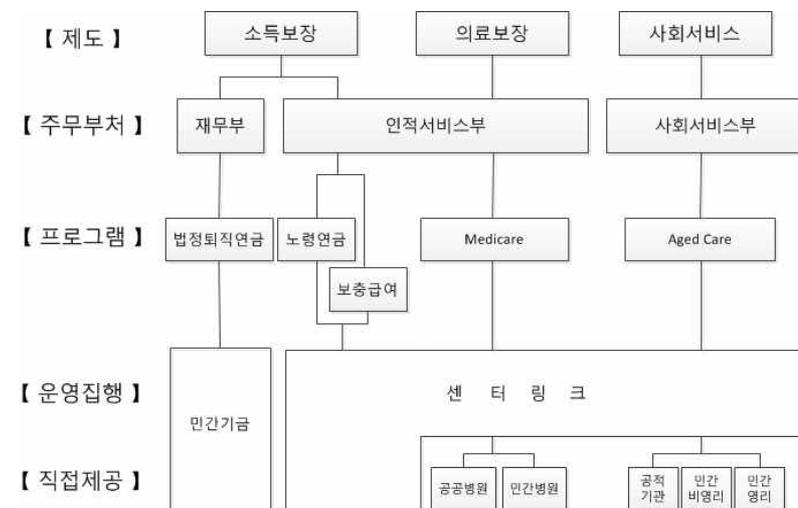


자료 : www.humanservices.gov.au

<그림 3-2-2> 2013년 9월 이전 호주의 노인복지정책 추진체계



<그림 3-2-3> 2013년 9월 이후 호주의 노인복지정책 추진체계



(3) 센터링크

센터링크는 법정퇴직연금을 제외하고 노인복지정책의 핵심제도인 노령연금, 메디케어, aged care의 관리와 운영을 담당하고 있으며, 1997년 연방정부의 서비스전달기관법(Commonwealth Service Delivery Agency Act, 1997)에 기반하여 ‘한 곳을 찾아가 모든 문제를 해결할 수 있는’ 원스톱기관(One-Stop Shop)의 실현을 목표로 설립되었다. 호주 정부는 각 기관에서 공급자 중심으로 설계되었던 서비스 전달체계를 과감히 개편하여 이용자가 보다 쉽게 접근하고, 이용자에게 보다 높은 수준의 서비스를 제공할 수 있는 서비스 전달기관인 센터링크를 설치함으로써 기존 전달체계의 한계를 극복하고자 했다(강혜규 외, 2011). 센터링크는 이용자들의 생애주기에서 발생할 수 있는 사건들을 중심으로 서비스 전달체계를 구상한, 이용자 중심의 모델이다(Halligan, 2008, 강혜규 외, 2011에서 재인용). 센터링크의 고객서비스 담당자는 이용자의 생애주기에 발생할 수 있는 여러 가지 상황들을 유기적으로 연결하여 다양한 기관에서 제공하는 서비스들을 통합적으로 전달하며, 이를 통해 이용자들의 욕구를 충족시키고자 하는 목적을 갖는다(Vardon, 2002, 강혜규, 2011에서 재인용).

2009년 12월에 인적서비스부는 이용자가 보다 편리하고 효과적으로 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위해 서비스전달체계 개혁(Service Delivery Reform)에 착수하였으며, 2011년 7월부터 변화된 서비스전달체계를 적용하고 있다. 전달체계의 가장 대표적인 변화는 ‘이용자 중심(user centered) 서비스 지향’이라고 할 수 있다. 우선 이용자들이 편리하게 접근할 수 있는 원스톱(one-stop) 센터 설치의 열망이 강하게 나타나고 있는데, 기존에 ‘한 지붕(one-roof)’에서 이루어졌던 센터링크와 메디케어를 통합하여 진정한 원스톱 서비스로의 전환을 시도한 것이다. 센터링크와 메디케어의 통합운영으로 복지서비스 뿐 아니라 보건의료와 관련한 다양한 급여 및 서비스를 한 곳에서 지원받을 수 있게 되었다. 또한 이용자들이 급여 지급에 필요한 소득 및 자산조사를 더욱 용이하게 할 수 있도록 센터링크와 국세청(Australian Taxation Office)이 결합하여 기관을 운영하는 등 서비스에 대한 접근성을 높이기 위한 시도들이 계속되고 있다(Centrelink, 2011, 강혜규 외, 2011에서 재인용).

센터링크는 연방정부 및 정부 관련 부처를 대신하여 다양한 서비스를 제공하는 역할을 수행한다. 이는 기존에 여러 부처에서 수행하고 있던 서비스 제공을 센터링크에 집

중시된 것이다. 이로 인해 해당부처들의 정책기능은 강화되고, 하나의 일원화된 통로에서 효율적인 서비스가 제공될 수 있다. 센터링크는 정부 주요부서의 서비스 전달업무를 수행하기 때문에 양자 간의 협약(Business Partnership Agreements)에 의한 계약관계가 핵심이다. 정부 부처는 센터링크로부터 서비스를 구매하고(purchaser), 센터링크는 서비스를 국민에게 전달한다(provider). 이러한 계약 관계에 따라서 센터링크의 주 수입원은 서비스를 의뢰한 정부의 재정지원이며, 대부분의 재원이 이를 통해 확보되고 소량의 정부충당금이 추가된다. 각 정부부처는 센터링크에서 제공하는 서비스의 종류에 따라 가격을 책정하고 이를 협상한다. 양자 간의 협정으로 서비스의 자세한 내용을 결정하여 자금을 배정하며, 활동평가와 이에 관련된 보고체제를 결정한다(여유진 외, 2012).

<표 3-2-4> 센터링크가 제공하는 주요 급여 현황

급여 종류	처리 건수 (2011-12)	처리 건수 (2012-13)
가족세제혜택(Family Tax Benefit)	637,000	643,000
육아 휴직 수당(Parental Leave Pay)	204,000	218,000
출산 수당(Baby Bonus)	198,000	197,000
아동 양육 수당(Child Care Benefit)	321,000	300,000
아버지/파트너 육아 수당(Dad and Partner Pay)	-	39,400
부모 수당(Parenting Payment)	154,000	146,000
구직수당(newstart)	639,000	637,000
돌봄 수당(Carer Payment and Allowance)	245,000	232,000
장애연금(Disability Support Pension)	136,000	126,000
노령연금(Age Pension)	144,000	149,000
학업수당>Youth Allowance)	246,000	233,000

자료 : Department of Human Services, Annual Report 2012-2013

센터링크는 고객센터(고객서비스센터(Customer Service Center), 콜센터(Call Center), 센터링크 대행기관(Agents and Access Point) 등으로 구성된다. 콜센터는 약 25개소가 운영 중이며, 전화를 통해 정부의 서비스, 급여 등에 대한 안내 및 지원을 해주고 있다. 센터링크 대행기관(Agents and Access Point)은 센터링크를 대신하여 다양한 서비스를 제공하기로 계약한 각 지방의 579개의 사무소와 지역창구를 지칭한다. 이밖에 호주 전역을 15개 영역으로 구분하여 각각의 지역 센터링크 고객센터를 관리 및 지원을 하는 지역지원사무소(Area Support Offices), 전체적인 센터링크 업무를 담당 및 지원하는 중앙지원사무소(National Support Office)가 있다(강혜규 외, 2011).

센터링크 조직구조를 살펴보면 서비스 전달(Customer Service Delivery), 서비스 여건 구축(Enabling Services), 그리고 메디케어·자활·수급자 관리(Medicare, Rehabilitation and Compliance) 영역으로 나누어볼 수 있다. 서비스 전달과 관련한 부서에서는 각 지역별 서비스 지원 및 네트워크, 원주민이나 원거리 서비스제공, 계층별(가족, 노인, 학생 등) 지원 등을 담당하고 있다. 서비스 여건을 구축하는 부서에서는 예산과 회계, 기관과의 협력 및 네트워크 등을 담당한다. 한편 메디케어·자활·수급자 관리 부서에서는 메디케어와 다문화, 공공서비스지원, 자활지원, 부정수급자 관리 등의 업무를 맡고 있다. 또한 센터링크는 집행위원회(Centrelink Executive Committee), 전략관리위원회(Strategic Management Committee), 감사위원회(Audit Committee)를 운영하고 있다(강혜규 외, 2011).

2. 노후소득보장제도와 추진체계

호주의 노후소득보장체계는 일반조세를 재원으로 자산조사를 기반으로 하는 노령연금(1층), 고용주의 기여금에 의해서 운영되는 법정퇴직연금(2층), 자발적 개인연금과 저축(3층)의 3층 체계로 구성되어 있다.

<표 3-2-5> 호주의 노령연금과 법정퇴직연금의 개요

	노령연금	법정퇴직연금
도입 시기	1908	1992
수급조건	거주요건(10년), 자산조사	고용주가 기여금을 납부하는 근로자
수급연령	남성은 65세, 여성은 64.5세	55세부터 수령가능
재원	정부 일반 조세	고용주의 기여
연금액 산정	정액급여 (소득·자산조사)	소득비례
급여방식	연금방식	일시불 및 연금 선택 가능
담당부처	인적서비스부	재무부/국세청
운영	센터링크	민간기금

자료 : Batesman, 2007, Department of Treasury, 2009, 여유진 2012에서 재인용 및 수정

또한 노령연금 수급자에게 주어지는 공과금수당, 전화수당 등을 포함하는 연금보충수당(Pension Supplement), 연금 수급연령이 지난 후에도 소득활동을 하는 노인들에게 지급하는 근로보너스(Work Bonus)와 같은 부가급여가 있다. 노후소득보장에 있어서 노령연금과 법정퇴직연금이 절대적인 비중을 차지하고 있다.

<표 3-2-6> 호주의 퇴직(노인) 인구의 소득원

	남성		여성	
	숫자(명)	%	숫자(명)	%
노령 연금 및 수당	932,800	65.2	1,155,400	66.0
법정퇴직연금 및 보험	329,900	23.0	224,800	12.8
기타	161,300	11.3	336,300	21.0
계	1,424,000	100	1,716,500	100

자료 : ABS, Older Australians at a glance, 2012

가. 노령연금

1909년에 도입하여 시행되고 있는 노령연금은 정부의 일반 조세수입을 재원으로 하는 보편적 급여로서, 대상자의 소득수준에 따라 수급 자격이 있다. 2012년 6월 기준 65세 이상 노인의 70%인 230만 명이 센터링크를 통하여 노령연금을 받고 있으며⁵²⁾. 이 중 59%는 완전연금(full-rate)을 수급하고 있다(AIHW, 2013). 인구 고령화의 진전에 따라 수급자는 계속 증가할 것이며, 2021년에 3백만 명을 넘을 것으로 예상되고 있다(Tesfaghiorghis & Sermeno 2004, 여유진 외, 2012에서 재인용).

노령연금의 수급은 10년 이상 거주한 시민권자 혹은 영주권자로 소득 및 자산조사에 의하여 결정된다. 2014년 현재 수급연령은 남자 65세, 여자 64.5세이며 향후 제도의 지속성을 위하여 2017년에는 65.5세로, 그 이후 2년마다 6개월씩 수급연령이 상승하여 2023년에는 67세까지 상향조정할 계획이다. 2014년 현재 노령연금의 급여액은 1인 가구는 경우 2주당 소득 160\$까지, 2인 가구는 284\$까지 각각 최대지급액인 766달러와 1,154달러(full-payment)이며, 160\$가 넘을 경우 1달러 당 50센트를 감하도록 되어있다(DHS, 2014).

52) 보훈처에서 지급하는 보훈연금까지 합산하면 총 76%, 250만명.

<표 3-2-7> 노령 연금 급여 2014

연금액(2주당)	1인 가구	2인 가구
노령연금 최대 지급액	\$766.00	\$1,154.80
보충급여 최대 지급액	\$62.90	\$94.80
Energy Supplement	\$13.90	\$21.00
계	\$842.80	\$1,270.60

자료 : Department of Human Service, 2014. 8.18

호주의 노령연금은 다른 OECD 국가들에 비해 급여의 적절성 측면에서 개선의 여지가 많은 것으로 평가된다. 호주의 노인(상대)빈곤율은 27%로, OECD 국가 중 한국의 제외하고는 가장 높은 수준이다. 노인계층의 높은 빈곤율은 노령연금 급여가 적다는 점이 원인으로 지적되고 있으며, 호주의 노령연금 지출은 GDP 대비 3.5%로 OECD 평균인 7.2%의 절반에도 미치지 못하는 수준이다.

2013년 이전에 노령연금과 보충급여를 전담하는 부처는 가족주거지역사회서비스부(Department of Families, Housing, Community services and indigenous affairs, FHCsI)이었으나, 현재는 노령연금을 포함한 대부분의 보충급여는 인적서비스부가 담당하고 있으며, 급여의 제공은 센터링크를 통해 이루어지고 있다.

나. 법정퇴직연금(Superannuation Guarantee)

노후소득보장체계의 2층 제도인 법정퇴직연금은 고용주가 민간기금에 납부하는 보험료로 재원이 조성된다. 노령연금은 적용범위(coverage)의 포괄성은 있으나, 소득대체율이 낮아 노후소득보장에 미흡하다. 이러한 이유로 1992년에 노후소득보장을 강화하기 위하여 법률로 강제하는 법정퇴직연금을 도입하여 시행하고 있다. 법정퇴직연금의 도입이 오래되지 않았고, 역사적으로 여성의 경제활동참가율이 낮아서 현재의 노인 인구 중 법정퇴직연금의 가입자가 매우 적고, 수급자의 경우에도 기여 기간이 짧아서 수급액이 낮다는 문제를 안고 있다. 2007년 현재 15세 이상 인구의 71%가 법정퇴직연금에 가입되어 있다. 반면에 65~69세 여성의 64%, 남성의 43%, 70세 이상 여성의

87%, 남성의 69%는 법정퇴직연금에 가입되어 있지 않았다. 따라서 현재 법정퇴직연금의 자산과 평균 급여 모두 매년 증가하고 있지만, 여전히 대다수의 노인 인구는 노령 연금에 의존하고 있다(AIHW, 2013).

퇴직연금은 18세 이상 70세 미만의 월 450달러 이상의 소득이 있는 근로자가 가입 대상이며, 고용주는 보험료를 사립펀드에 적립해야 한다. 연간 1500달러 이하의 저소득 근로자의 경우 정부가 1\$의 기여분마다 1.5달러까지 매칭방식으로 지원하고 있다. 현재 보험료는 급여의 9.5% 이상이며, 최소한 세 달에 한번은 납입하도록 되어 있다. 보험료율은 2013년부터 점진적으로 상향되며, 2020년에 12%를 예정하고 있다.

퇴직연금의 수급 연령은 55세이며, 20205년까지 60세로 상향 조정 예정이다. 급여는 일시불과 연금형 중 선택할 수 있으며, 2012-2013년에 일시불은 366억 달러, 연금형은 379억 달러로 두 가지 유형이 거의 비슷한 규모이다(APRA, 2013). 퇴직연금의 급여방식은 확정기여형과 확정급여형으로 구분할 수 있다. 확정기여형은 급여 수준에 대한 투자위험이 존재하는 반면에 확정급여형은 가입자의 퇴직 전 임금의 일정 비율로 정해진 급여를 지급한다. 2013년에 확정기여형은 14,927명, 확정급여형은 70,042명, 그리고 혼합방식은 596,818명으로 혼합방식이 압도적인 비중을 차지하고 있다(APRA, 2013).

적립된 고용주 기여금은 개별 근로자의 계좌에 적립되며 민간 기금(Super Funds)에 신탁되어 운영된다(여유진 외, 2012). 수탁자인 기금은 가입자를 대신하여 투자 자산을 관리, 운용한다. 2013년 현재 총 50만 개의 기금이 있으며, 가입자가 선택할 수 있는 기금의 종류는 기업형, 산업형, 공공형, 소매형, 소형 등 5 가지⁵³⁾가 있다. 소형기금 중에 ‘자기관리기금(self-managed super funds)’이 있다. 자기관리기금은 본인 스스로 기금 수탁인이 되어 기금을 관리하는 방식으로 전체 계좌의 99%로 절대 다수를 차지하고 있으며, 자금 규모는 1.6조 달러이다(APRA, 2013).

53) 기업형기금(corporate fund)은 19세기 중반부터 존재한 호주 퇴직연금 기금의 원형으로, 종업원을 위해서 회사가 자체적으로 설립한 기금이다. 산업형기금(Industry fund)은 특정산업에 속한 근로자의 퇴직자산 관리를 위해 설립되었으며, 현재는 다른 산업의 근로자들도 가입자로 받아들이는 public-offer fund로 변화되고 있다. 공적형기금(Public Sector fund)은 공공부문 근로자만 가입할 수 있으며, 가입자가 공공부문을 떠난 이후에도 계속 기여금을 납입하도록 허용하고 있다. 소매형기금(Retail fund)은 은행, 증권, 보험사, 자산운용사 등의 금융회사들이 영리를 목적으로 운영하는 기금으로, 소규모기업, 자영업자, 일반인 등이 많이 활용한다. 소형기금(small fund)은 가입자가 4명 이하인 기금을 말하며, 가입자들이 스스로 수탁자가 되어 기금의 설립 및 운영과 관련한 모든 책임을 갖는다.

<표 3-2-8> 퇴직연금의 유형별 기금 현황

2013년 기준	기업형	산업형	공공형	소매형	소형
기금수(개)	108	52	38	127	512,375
계좌수(개)	512,000	11,524,000	3,337,000	14,395,000	968,000
총자산 (10억달러)	61.3	324.7	256.9	422.8	508
계좌당 평균자산 (1000달러)	119.7	28.2	77.0	29.4	524.9

자료 : Annual Superannuation Bulletin, APRA, 2013

호주의 퇴직연금은 기여금 납부가 법적으로 강제되어 있지만, 민간 기금에 의해 운용되는 구조를 지닌다. 따라서 금융사기나 부적절한 투자 전략 등으로 기금이 손실될 위험성을 내포하고 있으며, 따라서 정부가 법률과 규제기구를 두어 통제하고 있다. 퇴직연금의 규제 법률은 퇴직연금감독법(Superannuation Industry Supervision Act 1993), 재무서비스개혁법(Financial Services Reform Act 2002)과 퇴직연금 보험료법(Superannuation Guarantee Act 1992)이 있다. 퇴직연금에 대한 규제는 금융감독원(The Australian Prudential Regulation Authority, APRA), 국세청(Australian Taxation Office, ATO)와 호주투자위원회(Australian Securities and Investments Commission, ASIC)이 담당하고 있다(Australian Taxation Office, 2014.8). APRA는 퇴직연금 기금의 안정성과 건전성을 규제하고 있으며, 공공형과 소형기금 중 자기관리기금을 제외한 모든 기금의 수탁자들은 인가를 받아야 한다. ASIC는 퇴직연금의 수탁자가 제공하는 금융서비스 및 금융상품에 대한 감독과 가입자 보호를 담당하는 기관이다. ATO는 소형기금 중 자기관리기금에 대한 규제 및 전체 퇴직연금의 기여금 및 급여 관련 규정준수 여부를 감독한다. 또한 퇴직연금조정위원회(Superannuation Complaint Tribunal, SCT)는 가입자와 기금수탁자 사이의 분쟁을 조정하고 있다.

호주의 연금제도는 기여, 운용, 급여 등 3단계 모두에 과세를 하는 조세체계를 지향해왔다. 그러나 1992년 퇴직연금을 본격적으로 도입하면서, 제도의 활성화를 위해 2007년 및 2012년 두 차례의 세제개혁을 통해 과감한 세제 혜택을 부여하고 있다. 세

제 개혁은 퇴직연금 가입을 적극 유도하여 근로자의 노후소득보장을 강화하되, 저소득 계층, 고령층 근로자들에게 더 많은 세제혜택을 부여하는 방향으로 이루어졌다. 2007년 연금세제 개혁은 일시금에 대한 세제혜택을 과감히 축소하면서 연금에 대한 세제혜택은 대폭 확대하였다. 2012년 세제 개혁은 저소득계층 등 취약계층에 더 많은 연금세제 혜택이 제공되도록 연금세제 차별화를 기할 수 있게 시행되었다(류건식, 2013). 현재는 퇴직연금의 기여, 운용, 급여 등의 모든 단계에서 세제 혜택을 주고 있다. 고용주의 기여분 외에 근로자의 자율적 추가 적립은 고용주 의무적립금을 포함하여 연간 총 25,000 호주달러까지 소득세 15%(최저세율) 만을 부과하고 있다. 운용 수익에 대해서 연간 15만 호주달러까지 15% 세율을 적용하며, 60세 이후 연금으로 수령하는 경우 비과세 혜택을 주고 있다.

퇴직연금 가입율이 높아지고 제도의 성숙에 따라 퇴직연금 수령자는 더욱 증가할 것으로 예상되며, 향후 노후소득보장에서 퇴직연금이 노령연금을 점점 대체하는 경향을 띠 것으로 보인다. 그러나 57%의 노인들이 퇴직연금 급여를 받지 못할뿐더러 제도의 미성숙으로 적립금액이 충분히 않은 가입자가 많다. 또한 대부분(78%)의 노인들이 연금형태 대신에 일시불로 퇴직연금을 수령했으며, 평균 수령 금액이 60,000달러에도 달하지 못하여 노후소득보장 기능을 제대로 수행하지 못하고 있다(Australian Bureau of Statistics, 2009). 또한 법정퇴직연금의 물가지수 비연동은 일시불 수령을 촉진하고, 이는 다시 ‘이중수령(double dipping)’의 문제를 유발시킨다는 우려도 제기되고 있다. 즉, 퇴직연금을 소득보장이 아닌 낭비적인 용도로 이용한다거나, 주택 대출 상환 등 노령연금의 소득 및 자산조사를 피할 수 있는 분야에 투자함으로써 퇴직연금 수령에도 불구하고 노령연금 자격조건을 그대로 유지할 수 있다는 것이다(Capretta, 2007, 여유진 외, 2012에서 재인용). 이처럼 호주의 노후소득보장체계는 이질적인 제도 간의 유기적 연계라는 과제를 안고 있다(여유진 외, 2012).

3. 의료보장제도와 추진체계

호주는 민간기금에 의한 건강보험에 의존하다가, 1984년 공공 의료보장제도인 메디케어(Medicare)를 도입하였다. 메디케어는 전 국민 건강보험으로 공공병원(Public hospital)에서의 무상치료를 근간으로 하며, 메디케어세(Medicare Levy)를 재원으로

운영되는 제도이다(Medicare Australia Annual Report, 2011). 메디케어세는 과세 대상 소득의 1.5%가 부과되며, 소득수준에 따라 세율이 차이가 있다(강혜규 외, 2011).

메디케어(Medicare)가 도입되면서 보편적인 공적 보건의료서비스가 정착되었으나, 보건의료서비스의 공급은 절대적으로 민간에 의존하고 있으며, 메디케어와 민간 의료보험의 중복 적용을 공식적으로 허용하고 있다. 민간 의료보험에 가입한 사람은 보험료의 30%(노인의 경우 35%~40%)를 지원 받을 수 있도록 함으로써, 공적제도와 민간 의료보험이 병존하고 있다(여유진 외, 2011).

메디케어는 호주나 뉴질랜드 시민권자와 영구비자 소지자를 대상으로 한다(AIHW, 2014). 2012~2013년에 23.4백만 명이 메디케어에 등록되어있으며, 3억 건 이상의 서비스가 제공되었다. 이중 무료서비스(bulk bill services)는 전체 서비스의 76%에 해당된다(Department of Human Services 2012-2013 Annual Report). 메디케어는 ‘메디케어 급여계획(Medicare Benefits Schedule)’이라는 고유의 수가제도에 따라 급여가 지불된다. 호주는 75%의 병원이 주정부에 소속된 공공병원이며, 공공병원에서 공공환자(public patient)의 자격으로 치료를 받을 시 전액 지원된다. 이때 공공환자는 의사 선택권이 없으며, 대기시간이 발생할 수 있다. 그러나 공공병원에서 민간환자(private patient)의 자격으로 치료를 받게 되면, 메디케어는 수가의 75%만을 지급하며 차액은 환자가 부담한다. 민간환자로서 진료를 받게 되면 의사 선택권과 예약 등이 유리하다. 한편 민간병원의 치료는 환자 본인부담이다(Medicare Australia, 2011, 강혜규 외, 2011에서 재인용). 또한, 메디케어 수급권자에게 병원 밖에서 발생하는 의료서비스 비용을 보조해 주는 메디케어 안전망(medicare safety net)이라는 제도가 있다. 2013년 현재 메디케어 수가와 실제 급여의 차액을 최대한도 421.7\$까지 지원하거나, 의사의 수가와 급여 간의 차액을 할인카드 소지자에 한해 610.7\$까지 보조하는 메디케어 안전망이 있다(DHS, 2013).

보건의료서비스는 정부의 연방시스템을 통해 관리되며, 다수의 공공 및 민간 제공자에 의해 수행된다. 연방정부는 보건의료서비스에 대한 재원을 제공하며, 또한 약제비와 노인의 요양서비스를 지원한다. 주정부는 연방정부와 함께 재정을 보조하고 공공병원과 정신건강 서비스 및 지역사회 보건 서비스를 관리한다. 민간 의료제공자는 대부분 지역사회 중심의 의료 및 치과 치료를 제공하고, 대규모 민간 영역에는 보험기금,

병원과 진단관련 산업 등이 포함된다. 의료보장체계는 다양한 공공 및 민간 이해관계자의 참여와 함께 연방 및 주정부 간의 지속적인 협상을 통해 이루어진다. 연방정부는 보건의료서비스의 재정을 위해 1942년 이래 소득에 부과하는 세금을 주된 재원으로 활용하고 있으며, 이와 더불어 메디케어 위해 과세대상 소득의 1.5%를 목적세로 부과하여 사용하고 있다. 한편 주정부는 연방정부의 보조금 외에 지방세의 약 1/3을 추가로 지출하고 있으며, 지방정부는 연방정부와 주정부의 재정지원에 의존하고 있다(여유진 외, 2012).

의료보장제도의 담당부처는 연방정부 보건부(Department of Health)로 2013년 이전의 보건·노인부(Department of Health and Ageing)가 기능 축소와 명칭이 변경된 것이다. 다른 주요 사회서비스와 마찬가지로 서비스 전달은 인적서비스부의 센터링크가 담당하고 있다. 보건의료서비스를 이용하고 발생한 비용에 대한 처리는 병원 등에서 환자에게 별도의 비용을 청구하지 않고, 청구서를 기간별로 정부에 청구하는 방식으로 이루어진다. 환자가 직접 지불을 할 경우 센터링크를 통하여 급여를 환급받을 수 있다.

4. 사회서비스 프로그램과 추진체계

노인을 대상으로 하는 사회서비스의 핵심인 노인요양(Aged Care)은 Aged Care Act에 의해 1985년부터 시작되었다. 노인요양제도에 필요한 재원은 조세로 충당하고 있다. 노인요양의 담당부처는 사회서비스부(Department of Social Services)이며, 2013년 이전에 보건·노인부(Department of Health and Ageing)가 담당하였으나, 보건부로 개편되면서 사회서비스로 이관되었다. 서비스 제공은 인적서비스부 산하의 센터링크(Centrelink)가 담당한다.

노인요양서비스의 대상자 및 급여는 전문인력으로 구성된 노인요양사정단(Aged Care Assessment Teams)의 판단에 의해서 결정된다. 노인요양 중 지역사회서비스는 70세 이상이라는 연령 제한이 있었으나, 2014년부터 최소연령 기준이 폐지되었다. 또한 노령연금과 달리 단기 방문서비스를 제외하고 시민권자 여부나 거주 제한규정이 없다. 급여는 크게 시설보호와 지역사회 서비스로 구분할 수 있다(Aging and Aged

Care in Australia, 2008, 강혜규 외, 2011에서 재인용). 시설보호 서비스는 지역사회에서 충족시킬 수 없는 신체·의료·심리적 욕구를 지닌 노인을 대상으로 한다. 지역사회 서비스는 시설 입소 노인 중에 의존도가 낮은 경증 노인을 위한 대안으로 도입되었으며, 가정에서 서비스를 받고자 하는 노인에게 서비스를 제공한다.

시설보호 서비스(Residential Aged Care)는 가정에서 독립적인 생활이 어려운 노인을 대상으로 숙소와 간호, 활동보조 서비스뿐만 아니라 빨래, 식사, 청소 등의 관련 서비스를 제공하며 지속보호와 임시보호 서비스로 구분된다. 지속보호 서비스가 98%로 거의 대부분이었고 평균 입소기간은 14.6주이다. 2012년 2,725개의 시설에서 18만 개의 병상을 제공하였다. 시설보호 서비스는 비영리기관이 59%를, 민간영리기관이 30%, 공공기관이 11%를 담당하고 있다. 임시보호 서비스는 보호자가 간병으로부터 잠시 휴식을 취하거나 단기간 추가적인 보호가 필요한 경우 일시적으로 제공되는 서비스이다(AIHW, 2013).

지역사회 서비스는 5가지 유형으로 구분할 수 있다. 첫째는 가정 및 지역사회 지원 서비스(Home and Community Care : HACC)로 1985년 Home and Community Care Act에 의하여 시작되었다. 일상생활에 어려움이 있는 노약자나 장애인이 가정에서 머무르면서 독립적인 생활을 영위하도록 다양한 서비스를 제공하는 프로그램이다. 가사도우미, 집 수리 및 개조, 간병인 휴식 지원, 정원관리 및 잔디깎기, 지역사회 차량 지원, 음식 배달 및 제공, 방문간호, 일신상의 수발, 사회생활 지원, 자원봉사자 방문, 관련 보건서비스 등을 제공한다. HACC 대상자가 되기 위하여 ACAT의 사정을 꼭 받아야 하는 것은 아니다. 둘째는 보훈 프로그램으로 군인과 참전용사 배우자는 보훈부(Department of Veteran's Affairs, DVA)가 지원하는 지역사회 프로그램(Veteran's Home Care, VHC)을 이용할 수 있다. VHC는 HACC 다음으로 대상자가 많으며 가사지원, 개인수발, 집과 정원손질 서비스, 임시휴식 서비스 등을 제공한다. 또한 Community Nursing이 포함되어 있다. 셋째는 지역사회 노인요양 패키지(Community Aged Care Packages, CACP)로 1992년에 시작되었으며, 일상생활을 하는데 더 많은 도움을 필요로 하는 연로하고 거동이 불편한 노인이 자신의 주거환경에서 계속적으로 생활할 수 있도록 지원하는 서비스이다. 복합적인 간호 또는 개인의 필요에 따라 융통성 있게 들어진 패키지로 개인수발(목욕 및 옷 갈아입기, 식사 보조), 식사준비, 가사 보조(집안일, 빨래, 장보기), 정원손질, 대중 교통이용 보조, 사회생활

지원 등의 서비스를 제공한다. 넷째는 재가노인요양 확대 패키지(Extended Aged Care at Home Package: EACH)로 시설보호 서비스의 대안으로 2002년 시작되었다. 지역사회 노인복지 패키지가 제공하는 것 이상의 서비스를 필요로 하는 노인에게 제공되는 서비스로 개인의 필요에 맞추어 간호 및 건강관련 서비스, 개인수발(목욕 및 옷 갈아입기, 식사 보조), 가사 보조(집안일, 빨래, 장보기), 대중 교통이용보조, 사회적 지원 등이 제공된다. 다섯째는 치매노인 재가요양 패키지(Extended Aged Care at Home Package Dementia, EACHD)는 치매노인을 위하여 개인의 필요에 맞추어 훈련된 간호사가 서비스를 제공하는 서비스로 2006년 도입되었다. 간호사 방문서비스, 개인 간병, 보건서비스, 진료 시 교통편 제공, 사회활동 지원, 산소 호흡 및 식사 보조, 가사도움, 배변조절 보조 등이 주요 내용이다(여유진 외, 2012).

시설보호 서비스의 경우 정부가 대부분의 비용을 지불했으나, 2014년부터 소득 및 자산조사에 의하여 서비스에 지불 능력이 있는 대상은 능력에 따라 서비스 비용을 지불해야 한다. 기존에 서비스 본인부담금을 산정하기 위해 소득조사만 하던 것을 소득과 자산조사로 강화하였다. 노령연금 수급자의 경우 연금수령액의 85%인 하루 46.5달러를 서비스료로 지불해야 하며, 상한선은 연간 25,000달러이다(DSS, 2014).

2014년 이후 재가보호패키지(Home Care Package)의 경우 1인 노령연금 수급액의 17.5%인 133.98\$(2주당) 서비스 이용료로 지불해야 하며, 소득조사에 의하여 소득이 24,731달러가 넘으면 추가 금액이 부과된다. 부분연금 수급권자(part pensioners)는 연간 5,000달러가 추가금액 상한선이며, 비수급자의 경우 10,000달러가 상한선이다(DSS, 2014). 현재 100만 명 이상이 노인요양 서비스를 받고 있으며 이 중 50만 명은 재가서비스를 받고 있다. 또한 350,000이 노인요양 서비스의 제공 인력은 약 35만 명이며, 약 2,100개의 제공기관이 있다(DSS, 2014).

<표 3-2-9> 노인요양서비스의 현황

서비스 종류	2012-2013 신청 건수
시설보호 서비스	32,647
지역사회 서비스	14,867
Flexible care	11,704
총 계(건)	59,218
총 계(금액, \$)	105억

자료 : DHS, Annual Report 2012-13

노인요양은 보건·노인부(Department Health and Aging)가 담당하였으나, 2013년 정부부처 개편 이후에 사회서비스부로 이관되었다. 노인요양의 재원은 일반조세로 충당하며, 비용의 70%를 연방정부가, 그리고 주정부는 가정 및 지역 요양(Home and Community Care) 재정의 약 40%를, 지방정부는 약간의 시설보호비용을 부담하고 있다(강혜규 외, 2011). 노인요양 서비스의 제공은 인적서비스부 산하의 센터링크가 자산 및 소득 조사를 실시하며, 별도 기구인 노인요양사정단(Aged Care Assessment Teams)의 판단에 의해 서비스 대상 및 급여가 결정된다. 직접 서비스를 제공하는 것은 외부의 공공 및 민간 기관이다. 인적서비스부는 센터링크를 통하여 요양보호 제공 기관에게 보조금 혹은 보충급여를 전달한다(Department of Human Services 2012-2013 Annual Report). 서비스 제공기관의 대부분이 민간기관이라는 점에서 책임 기관(Aged Care Standards and Accreditation Agency)을 두어 제공기관 방문 점검, 입소자와 그 가족들로부터도 의견을 듣고 표준 수칙이 지켜지고 있는가를 지속적으로 점검한다(여유진 외, 2012).

최근 노인요양제도의 지속성 제고를 위한 대대적인 개혁이 진행 중이다. 이른바 The Living Longer Living Better aged care라고 불리는 노인요양서비스 개혁은 2012년에 시작하여 2014년 8월부터 적용된다. 급속한 고령화로 현재의 요양보호 시스템으로는 향후의 수요를 충족할 수 없다는 판단 하에 소득과 자산조사를 강화할 예정이다. 또한 서비스 본인부담금을 다양한 형태로 높이는 한편 재가서비스 유도를 강

화하여 재정 악화를 개선하는 것이 개혁의 핵심이다. 더불어 소비자 선택권 강화 및 접근성 향상, 서비스 제공인력 강화하는 방안도 함께 추진하고 있다(AIHW, 2013; DSS, 2014).

<표 3-2-10> 2013년 개혁 전후 노인요양서비스 변화

	개혁 전(2013년 8월 이전)	개혁 후(2014년 8월 이후)
프로그램	community packaged care program (CACP, EACH, EACHD)	Home Care Packages Program
Package levels	1단계 : CACP 2단계 : EACH 3단계 : EACHD	1단계 : 기본적인 보호 서비스 2단계 : 낮은 수준의 보호 서비스, 기존의 CACP 대체 3단계 : 중급 보호 서비스 4단계 : 높은 수준의 보호 서비스, 기존의 EACH 대체 EACHD는 폐지하고, 각 단계에서 부가 서비스로 제공
수급 연령	70세 이상의 취약한 노인	최소연령 기준 폐지(취약한 노인 타겟)
본인 부담금	기본연금 지급액의 17.5%까지, 기본연금 지급액 이상 소득의 50% 부가	새로운 소득조사에 의하여 재정적 도움을 요청할 수 있음.

자료 : Department of Health and Ageing, 2013. Home Care Packages Program guidelines, 2013,

제3절 프랑스의 노인복지 정책추진체계

18.4%, 14.1%, 3.3……. 이상 세 가지 수치는 프랑스 인구 고령화 현상을 대변하고 있다. 18.4%는 전체인구 대비 65세 이상 노인인구가 차지하는 비율이다(2015년 예상). 1990년에 고령사회를 지나 초고령사회로의 진입을 눈앞에 두고 있다. 14.1%, 이는 GDP 대비 노인복지지출의 비율이다(2009년 기준). 유럽의 인근국가와 마찬가지로 프랑스 역시 사회보장 지출에서 노인복지 지출(연금 포함)이 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 보건의료 지출 또한 GDP 대비 11.6%로 OECD 회원국 중에서 세 번째로 높은 국가임을 고려한다면(2012년 기준), 실질적인 노인복지 지출은 14.1%를 훨씬 상회할 것이다. 마지막으로 3.3은 노인부양지수(old-age support ration)를 의미한다(2010년 기준). 이 수치가 높을수록 해당 국가의 인구구조는 이상적인 모형인 항아리 모형을 보여줌과 동시에 지속가능한 경제력을 지니고 있다고 할 수 있다. 비교 관점에서 프랑스의 노인부양지수는 OECD 회원국 중 8번째로 낮을 뿐만 아니라, OECD 회원국 평균인 4.2에 비해 낮은 수치이다.

프랑스는 유럽의 여느 국가보다도 더 심각한 고령화 문제에 직면하고 있음을 알 수 있다. 이에 프랑스의 노인복지정책은 길게는 1945년부터, 짧게는 1960년대부터 본격적으로 실시되었다. 1990년대 이후의 프랑스 노인복지정책의 특징은 개관하면 다음과 같다. 첫째, 주된 정책의 영역이 시기별로 차이가 드러난다. 구체적으로 1990년대는 연금 개혁의 시대였다. 이는 현재 진행형이기도 하지만 본격적인 연금개혁이 시작된 것은 1990년대 중반이었다. 반면 2000년대에 접어들면 노인복지에 대한 프랑스 정부의 관심은 연금분야에서 보건의료 및 사회서비스로 확장된다. 우리나라의 장기요양보험제도와 유사한 제도인 APA(개별자율성급여)가 도입되는 때가 바로 2001년이다.

둘째, 현행 프랑스 노인복지정책은 사회·보건성 주관 하에 영역별로 3원체제로 구성되어 있다. 3원체제의 핵심에 있는 기구가 바로 CNAV(노령보험 중앙기금/연금), Fonds CMU (CMU 기금/의료보장), CNSA(노인·장애인 중앙기금/장기요양서비스⁵⁴⁾)이다⁵⁵⁾. 이들 기구는 공법인임과 동시에 행정적 성격을 띤 공공단체로서 자율성, 관련 행정부처와의 연계성, 특수성 등의 3가지 성격을 지니고 있다.

54) 원어 그대로 번역하면 '자율성을 위한 중앙연대기금'임.

55) 한편, 대부분의 사회서비스는 지자체가 관장하고 있다.

셋째, 프랑스에 이른바 ‘노인복지청’과 같은 노인복지를 주관하는 독립기구가 있는가에 대한 것이다. 이에 대해서는 국내학계에서 견해가 엇갈리는 문제이기도 한다. 예컨대 임도빈(2002, p.144; 2008, p.134)은 프랑스 행정기구를 언급하면서 ‘가족 및 노인청’, ‘연대청’이 있는 것으로 보고 있다. 이는 아마도 1980년대 이후 나타난 노인문제 위임장관 혹은 담당장관의 신설을 반영한 것으로 보인다. 이 문제는 ‘청’에 대한 정확한 개념 규정이 전제되어야 하는 사안이다. 하지만 분명한 것은 프랑스의 위임장관 혹은 담당장관은 장관직 유형의 하나에 지나지 않는다는 점이다. 달리 말하면 노인문제 전담 장관직의 신설이 노인문제 전담 독립기구의 설립을 의미하는 것은 아님에 유의할 필요가 있다.

이러한 점을 고려하면서 본 글은 프랑스 노인복지정책의 추진체계를 살펴보고자 한다. 먼저 프랑스 노인복지정책 추진체계의 전개 과정 및 그 배경을 살펴본다. 이를 바탕으로 소득보장, 의료보장 그리고 사회서비스의 3가지 영역에서 나타나는 노인복지정책 추진체계의 구체적 내용을 살펴볼 것이다. 마지막으로 프랑스 사례가 한국에 줄 수 있는 시사점을 정리하고자 한다.

1. 1990년대 이후 프랑스 노인복지정책 및 정책환경의 변화

가. 소득보장 : 연금제도 개혁

1990년대 이후 프랑스 노인복지정책은 두 개의 시기로 구분할 수 있다. 첫 번째 시기는 1990년대로서 연금개혁이 노인복지정책의 핵심에 자리 잡고 있다. 프랑스 사회보장 개혁의 뜨거운 감자 중의 하나가 연금 개혁이다. 이는 연금 개혁의 필요성에 대해서는 공감하지만 연금 개혁의 방식에 대해서는 이해관계가 첨예하게 대립하고 있기 때문이다. 프랑스 역시 연금 재정상의 수지 불균형 문제, 인구학적인 문제 등 유럽의 여타 국가와 공통된 문제를 안고 있다. 한편, 유럽 국가보다 연금 개혁이 더 절실한 이유는 고령근로자의 낮은 경제활동 참여이다. 55세 이상 65세 미만 프랑스 고령 근로자의 경제 활동 참가율은 37%로서 유럽 평균 50%보다 현저히 낮다. 게다가 실질 은퇴 연령이 58.7세인 점 또한 연금 제도의 균형적 운영을 저해하는 요인으로 작용하고 있다.

이에 프랑스 정부는 이미 1990년대 몇 차례 연금 개혁을 시도했다. 1993년에 이루

어진 연금 개혁은 일반 레짐⁵⁶⁾을 대상으로 한 것으로 그 핵심 내용은 완전노령연금 수급을 위한 최소 가입기간의 확대(기존의 37.5년에서 40년으로 혹은 150분기에서 160분기로), 연금 산정 기준 경제활동기간이 기존의 10년에서 25년으로 변경, 연금 급여 재산정 기준의 변화(임금 변화에서 물가 변동으로) 등이다 (D. Argoud 2008, p.139).

프랑스 연금개혁 역사에서 분수령이 된 것은 2003년의 연금개혁이다. 당시 프랑스 우파 정부는 이전과는 달리 이해관계 집단 간의 사전 조율 및 환경 변화와 관련하여 프랑스 국민에게 연금 개혁의 필요성을 지지하는 여론에 힘입어 개혁 작업을 수행할 수 있게 되었으며, 그 결과 2003년 8월 21일 연금 개혁법안이 통과되었다. 아래 <표 3-3-1>은 2003년 연금개혁의 주요 내용이다.

<표 3-3-1> 2003년 프랑스 연금 개혁의 주요 골자

기준	민간 영역(일반레짐)	공공영역(공무원,군인)	비고
완전노령연금수급 가입기간	40년 (160분기) *151분기(1994년)	37.5년에서 40년으로 점진적 연장(2008년 완료)	41.5년 (2010년 개혁)
연금산정기준기간	25년최고임금평균 (소득대체율 50%) *1993년이전: 10년 최고임금평균	퇴직 직전 6개월 평균 임금의 75%	67%로 하락 (공무원연금, 2020년)
법정퇴직연령	60세(기본연금); 조기퇴직도가능	60세 (경우에 따라 55세이상 가능)	62세 (2010년 개혁)
연금감액율 (조기퇴직)	분기당 1.25% (연 기준 기존 10%에서 5%)	신설: 분기당 1.25%; 이후 2.5%(2010년), 5%(2015년)예정	
퇴직연장 가산율	분기당 0.75%	신설: 분기당 0.75%	법정퇴직 연령 이상, 최소 가입기간 초과
연금재산정	물가인상반영 (담배물가변동 제외)	물가인상반영 (담배물가변동 제외)	
연금크레딧	자녀 1명당 년 기준 한 분기 인정(최대 8분기; 여성근로자 적용)	2004년부터 적용	
퇴직-근로 연계	퇴직 직전 임금으로 6개월간 가능(퇴직 사업장에 한함)	민간 사업장 재취업 허용 공공영역 취업은 연금액의 3분의 1까지만 가능	

출처: A. Argoud 2008, p. 140의 표.

56) 성격상 한국의 국민연금과 유사.

2003년 연금 개혁은 1층 체계 중 일반 레짐과 특수 레짐의 하나인 공공 기능 레짐(공무원 및 군인)을 대상으로 하고 있다. 주요 내용을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 공무원 및 군인 연금(공공 기능 레짐)에서의 수급을 위한 기여기간의 연장을 들 수 있다. 즉 현재의 37.5년에서 2008년도부터는 일반 레짐과 마찬가지로 40년이 될 것이다. 그리고 이는 2012년이 되면 양 레짐 공히 41년이 최고 수준의 연금 수급을 위한 가입기간이 되는 것이다. 이를 통해 적어도 기여기간은 동일한 기준 적용을 통해 연금제도간 형평성을 이루고자 하는 의지를 보이고 있는 것이다. 이는 2010년에 실시된 여타 특수직역 연금개혁에서 그대로 반영되고 있다.

둘째, 공무원 연금 임금 대체율의 점진적 하락을 들 수 있다. 구체적으로 2003년 개혁법은 퇴직 직전 6개월 평균 임금의 75%까지 하락되며, 이는 2020년이 되면 67%까지 하락될 것으로 명시하고 있다. 일반 레짐에 비해서는 여전히 높은 임금 대체율을 보이고 있음에도 불구하고 기존에 비하면 많이 하락된 것이다.

세 번째는 사회 정의 실현 차원에서 몇 가지 특별 조치를 명시하고 있다. 우선, 임금 생활자 중 14세에서 16세 사이 근로활동을 시작한 자에 대해서는 가입기간에 따라서 60세 이전의 퇴직(즉 56세에서 59세)을 허용하고 있다. 그리고 장기(40년) 최저임금 생활자에 대해서는 현행보다 높은 연금 수준의 산정을 명시하고 있다. 즉 2000년 기준, 임금의 81%에서 2008년에는 85%로 상향 조정될 것이다. 뿐만 아니라 공무원 연금 부문에서 다자녀 가정의 연금 수급자에 대해서 특혜 조치가 계속 유지된다. 연금 크레딧 제도의 확대를 통해 자녀 양육 특혜 대상에 남성도 포함시키는 조치, 8세 미만의 자녀 양육의 목적으로 야기된 근로 경력 중단 기간 혹은 시간제 근로 기간을 가입기간으로 인정하는 점, 세 자녀 이상 연금 수급자에 대한 추가적 연금 지급, 세 자녀 이상 근로 여성의 조기 퇴직 허용 등이 바로 그것이다.

마지막으로 2003년 연금 개혁은 일반 레짐, 공무원 연금 공히 가입자의 조기 퇴직 뿐만 아니라 퇴직 후 경제활동 연장에 대한 선택권 보장을 들 수 있다. 먼저 연금 수급 삭감을 전제로 가입자가 조기퇴직을 선택할 수 있다. 이 경우 연금 수급 삭감율은 분기별 1.25%이다(연 5%). 반면, 연금 수급에 필요한 가입기간을 이미 초과한 60세 이상의 고령 근로자가 계속 일하는 경우, 분기당 0.75%에 해당하는 가산금이 추가된다. 이와 같이 프랑스 연금 개혁은 수급 요건의 강화 및 급여 수준의 하락을 통해서 재정 적자 문제에 대한 해결을 시도하고 있음을 알 수 있다. 반면 사회적 취약 집단의 수급권

은 오히려 강화되는 조치가 동시에 나타나고 있음에 유의할 필요가 있을 것이다. 고령 근로자의 경제활동 연장 허용 및 보상, 저소득층 연금 수급자의 최저 급여 수준 상승, 연금 크레딧 제도 확대를 통한 여성 근로자의 수급권 보장이 바로 그것이다. 한편 2010년에 실시된 연금개혁은 법정퇴직연령의 상향 조정, 연금수급을 위한 가입기간의 연장, 공공영역의 연금 보험료를 상향 조정 등 2003년 연금개혁 방향을 그대로 답습하고 있다.

나. 의료보장: 보편적 의료보장제도(CMU)와 보충의료지원제도(ACS) 도입

연금 수급권의 엄격성 강화와는 달리 의료보장 및 사회서비스 분야에서의 공공성은 강화되는 양상을 보여주고 있으며, 시기적으로 2000년대 이후에 본격적으로 추진되는 양상을 보여주고 있다. 대표적으로 2001년 1월 1일부터 실시된 보편적 의료보장제도(CMU)를 들 수 있다(심창학 2012, pp. 91-93). 이 제도는 두 개의 하위제도로 구성되며, 첫째, 프랑스에 3개월 이상 거주하고 있는 사람 중에서 건강보험 의료서비스 혜택의 사각지대에 있는 사람이 기본제도(CMU-B)의 적용대상자이다. 이들은 사회보장과 동일한 수준의 의료서비스 혜택을 받고 이에 대한 비용은 본인이 먼저 지불하고 나중에 환급받는 형식을 취하고 있다. 둘째는 보충제도(CMU-C)의 실시를 통해서 가구 소득이 일정 수준이하인 자에 대해서는 추가적으로 무상 보충의료서비스를 제공한다. CMU 제도는 노인만을 위한 제도는 아니다. 그러나 <표 3-3-2>에서 보듯이 수혜자가 지속적으로 증가하고 있고, 60세 이상 노인이 차지하는 비중이 약 5%에 달한다는 점에서 중요한 노인의료보장제도임에 분명하다.

<표 3-3-2> 보편적 의료보장제도의 수혜자 추이

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CMU-B	1,407,823	1,461,592	1,856,915	2,195,253	2,191,858	2,221,931
CMU-C	4,473,269	4,275,039	4,220,539	4,265,000	4,385,262	4,484,442

출처 : <http://www.cmu.fr/> (2014년 8월 7일 검색)

2004년은 프랑스 건강보험의 중요한 개혁이 시도된 해이다. 건강보험 관리기구의 재조직화, 의료비 지출 통제를 위한 새로운 의료 서비스 조직화, 건강보험 재정개혁 등이 개혁의 주요 골격을 형성하고 있다. 또한 노인의 의료보장 강화와 직결되는 새로운 제도인 보충의료지원제도(une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, ACS)가 새로 도입되었다. 공제조합 등 보충의료의 혜택을 받지 못하는 저소득층에게 이에 대한 접근을 보장하기 위해 도입된 제도로서 수혜자격과 관련된 소득상한선은 CMU보다 높게 설정되어 있다.

이처럼 CMU-C와 ACS는 프랑스 정부 공식 홈페이지에서 강조하듯이, 연금급여액의 수준이 낮은 프랑스 노인을 위한 대표적인 의료보장제도이다⁵⁷⁾.

다. 사회서비스 : PSD 그리고 APA 제도의 도입(장기요양급여제도)

1983년에 도입된 분권화로 인해 대부분의 사회서비스는 지방정부에 그 권한이 이양되어 오늘에 이르렀다. 한편 지방정부 관할 하의 사업임에도 불구하고 이 시기에 도입된 중요한 노인복지제도로는 개별자율성급여(APA) 제도이다. 1990년대 프랑스 사회는 노인집단의 특성을 논하면서 '의존' 개념에 많은 관심을 나타냈다. 질병과는 차원이 다른 개념이면서도 노인의 건강상태를 언급할 때 사용되는 개념이 '의존' 개념이다. 이는 '자율'의 반대 개념으로서 자율이 스스로의 행동 규칙, 행위 방향, 그리고 극복 가능한 위험을 개선할 수 있는 구성원의 능력과 권리와 관련된 것으로 제삼자의 도움 없이도 신체적, 정신적, 사회적 혹은 경제적 일상생활을 수행하거나 환경에 적응할 수 있는 가능성을 의미한다. 따라서 '의존'은 해부학적 결여나 신체적 고통으로 인해 제삼자의 도움이나 기구 혹은 처방에의 원조 없이는 일상생활에 필요한 본질적 행동을 수행할 수 없는 사람의 상태를 말하는 것이다(Thévenet 1989, pp, 39-40). 이러한 의존 개념에 대한 국가적 대응이 개별자율성급여 제도이다.

개별자율성급여는 기존의 특별의존급여(PSD) 제도를 혁신한 것이다. 특별의존급여는 1997년 1월에 실시되었으며, 일정 자산 이하의 60세 이상 무의탁 노인을 적용 대상으로 하고 있다(Viossat, 2001 : 111-112). 이 급여의 특징은 순수 소득보전 급여

57) http://www.cmu.fr/vous_etes_a_la_retraite.php?&mode_print=true

가 아니라 개호보험적 성격으로서 집이나 공공주택·시설에서 노인의 일상생활을 도와주는 자(배우자가 아닌 경우 가족 구성원도 고용 가능)에 대한 임금의 성격을 지니고 있다는 점에서 혁신적인 제도로 평가되었다. 그럼에도 불구하고 13만 5천 명에 불과한 수급자 수는 당시 자율적 생활이 불가능한 노인의 규모가 100만 명 정도 되는 것을 고려할 때 매우 적은 수치였다. 이는 자산조사에 바탕을 둔 수급 요건의 엄격성에 기인한 것이었다. 이의 대안 프로그램으로 등장한 것이 바로 개별자율화급여(APA)제도이다. 이 제도는 2001년 7월부터 실시된 제도로서 수급을 위한 자산조사 없이 60세 이상의 노인 중에서 자율성의 상실 때문에 일상생활 영위에 도움이 필요한 모든 사람을 대상으로 하고 있다. 이는 전통적인 프랑스 3대 사회부조 원칙 즉 보조성 원칙(자산조사), 부양의무 원칙, 불법수급의 경우 상환 원칙과는 근본적으로 다르다는 것을 시사한다(Viossat 2001, p.113).

1990년대 이후 최근까지 프랑스 노인복지정책 기조는 재정균형을 위한 연금 수급 요건의 강화 및 제도 간 형평성 제고, 의료보장의 공공성 강화, 사회적 위험으로서의 의존 극복을 위한 요양서비스의 강화 등을 그 특징으로 하고 있다.

라. 프랑스 인구구조 추이와 현황

프랑스의 노인복지정책 및 관련제도의 변화를 초래하는 배경적 요인은 인구구조 변화를 들 수 있다. 프랑스의 고령화사회(aging society) 진입 시기는 1865년으로 유럽의 어느 국가보다 빠르다. 반면에 고령사회(aged society)로 진입한 연도는 1980년으로, 고령화 사회에서 고령사회로의 진입하는 데 약 115년이 소요되었다. 그러나 프랑스가 제1차 그리고 제2차 세계대전의 격전지였음을 고려한다면, 소요기간에 특별한 의미를 둘 필요는 없다. 주목해야 할 점은 고령사회에서 초고령사회로의 진입에 소요되는 기간이다. <표 3-3-3>에서 보듯이 프랑스가 초고령 사회로 진입하는 연도는 2020년으로 예측되며, 이는 고령사회로 진입한 이후 초고령사회로 진입하는 소요기간은 40년이다. 이와 같은 특정 단계에서 다음 단계로의 진입은 정책적으로 중요한 의미를 지니고 있다. 예컨대 프랑스의 보건 및 복지 관련 부처에서 노인문제를 전담하는 위임장관 혹은 담당장관이 등장한 시점이 바로 고령사회로 진입한 1980년 이후임에 주목할 필요가 있다. 그리고 연금 등 노인복지와 관련된 각종 정책 및 제도의 개혁이 필

요함을 알리는 징후이기도 했다.

<표 3-3-3> 프랑스의 인구 추이와 고령화 진전

년도		1970	1980	1990	2000	2010	2020 (예측)
인구 수 (천명)	전체	51,016	54,029	56,893	59,267	63,089	64,984
	20세 미만	16,748	16,419	15,632	15,068	15,463	15,401
	65세 이상	6,174	7,541	8,036	9,561	10,662	13,061
비율 (%)	20세 미만	32.8	30.4	27.5	25.4	24.5	23.7
	65세 이상	12.1	14.0	14.1	16.1	16.9	20.1

출처: I. Robert-Bobée 2006, p.2의 관련표와 G. Pison 2013, p.3의 관련표를 재정리

인구 고령화와 더불어 프랑스 사회에 위기 경보를 울리는 부분이 바로 20세 미만 인구 집단의 비중 감소 현상이다. 달리 말하면 인구 고령화 현상은 저 출산율과 맞물릴 때 파급효과가 극대화되는 것이다. 이런 관점에서 볼 때 <표 3-3-3>처럼 프랑스 사회의 인구학적 견고성은 1970년대 초를 기점으로 갈수록 약화되는 모습을 보이고 있다.

마. 노인복지 예산

프랑스의 사회보호 재정 지출의 추이 및 현황은 <표 3-3-4>와 같다.

<표 3-3-4> 프랑스 사회보호 지출 추이 및 현황

구분		예산 증가율				2011 예산 (백만유로)	
		2007/08	2008/09	2009/10	2010/11		
사회보호 급여	합계	3.7	4.8	3.2	3.0	638,837	
	사회 급여	소계	3.7	5.2	3.3	3.0	550,167
		현금급여	3.6	5.5	3.3	3.1	406,176
		현물급여	4.0	4.6	3.2	2.5	143,563
	사회서비스급여	3.5	2.4	2.6	2.8	88,670	
기타(관리운영비 등)		2.1	4.7	2.5	1.9	34,101	
전체		3.6	4.8	3.2	3.0	672,939	

출처: M. Mikou, J. Solard 2013, p. 4의 표에서 발췌.

2011년 프랑스의 사회보호 재정의 지출 규모는 6,729억 유로이며, 이는 2013년 프랑스 정부예산 3,954억 유로의 1.7배에 달한다 (표 3-3-5 참조).

<표 3-3-5> 프랑스 정부의 기능별 예산 (2013년 기준)

구분	예산 (100만 유로)	비중 (%)
국가의 대외활동	2,923	
국가의 일반행정 및 지방행정	2,555	
농업, 수산업, 식품, 산림 및 농촌사업	3,358	
발전공적지원	3,120	
재향군인, 국가추모 및 지원	3,068	
국가 권고 및 통제	627	
문화	2,638	
국방*	38,124	9.6
정부활동지휘	1,209	
생태, 개발 및 지속적 개선	8,355	
경제	1,801	
지역균형, 주거 및 도시	7,998	
국가 재정 개입*	56,149	14.2
학교 교육*	64,002	16.2
공공재정관리 및 인적자원*	11,625	2.9
이민, 난민, 통합	671	
정의(justice)	7,693	
미디어, 책, 문화산업	1,216	
해외영토	2,039	
국토개발정책 (영토정책)	321	
공공권력	991	
공여	34	
연구 및 고등교육*	25,935	6.6
특별레짐 및 퇴직**	6,543	1.7
지자체와 관계유지	2,738	
보상 및 구호*	96,164	24.3
건강(보건의료)**	1,288	0.3
치안*	17,620	4.5
시민안전	440	
연대, 포용, 기회균등*	13,403	3.4
스포츠, 청년 및 시민사회	470	
노동 및 고용*	10,316	2.6
전체	395,484	100

* 100억 유로 이상 (전체 대비 2.5%이상)

** 사회보건성 소관 예산

출처 : Direction du budget, 2013: 3의 표.

사회보호 재정 지출의 재원을 살펴보면, 약 55%는 사회보험 기여금이 차지하고 있다. 다음으로는 사회보호 목적세(24.5%)와 약 670억 유로에 달하는 국가 및 지자체 공적 기여금 즉 정부 예산(10.1%)의 순으로 구성되어 있다. 이러한 사회보호 지출액은 전체 GDP 대비 32.8%를 차지하면서 OECD 회원국 중 가장 높은 수치를 보여주고 있다 (2012년 기준).

<표 3-3-6> 영역별 사회보호급여 지출(2011년)

(단위: 백만 유로, %)

영역	질병	장애	산재·직업병	노령	유족	전체
지출액	174,022	32,644	11,486	252,002	38,062	638,837
비중	27.2	5.1	1.8	39.5	5.9	100
영역	가족	출산	고용	주거	빈곤	-
지출액	48,495	7,724	42,126	16,777	15,498	
비중	7.6	1.2	6.6	2.6	2.5	

출처 : M. Mikou, J. Solard, 2013: 4의 표에서 발췌.

사회보호 재정 지출을 대상자 또는 영역별로 구분하면 <표 3-3-6>과 같다. 2011년 기준으로 노인복지 지출액은 2,520억 유로, 비중은 39.5%로 10개 영역 중 가장 높으며, 실질적으로 이보다 훨씬 더 많을 것으로 판단된다. 노인복지 영역은 주로 연금 등 사회보험분야만을 지칭하고 있으며, 따라서 보편적 의료보장제도(CMU) 지출이 포함되어 있는 질병과 유족 그리고 빈곤(사회적 배제 포함) 영역 지출 중 빈곤노인 관련 지출까지 포함한다면 실질적인 노인복지지출은 훨씬 더 많을 것이다.

GDP 대비 프랑스의 노령 분야 지출 비율은 12.3%, 유족 분야를 포함하면 14.1%에 달한다. 프랑스의 노령 및 유족 분야 지출의 GDP 대비 비율은 우리나라(2.4%)의 6배, OECD 회원국 평균(7.4%)의 1.9배에 달할 정도로 매우 높다. 또한 프랑스의 노령 및 유족 분야에서 현금급여는 각각 GDP 대비 11.9%와 1.8%로서 다른 국가에 높은 수준이며, 이는 노인복지지출의 대부분이 연금 등에 집중되어 있음을 의미한다.

노인의 의료보장과 직결되는 프랑스의 보건의료 분야의 지출 역시 매우 높게 나타난다. OECD에 따르면 GDP 대비 보건의료지출 비중은 11.6%로⁵⁸⁾ 집계되는데, 이는 OECD 회원국 평균 수치인 9.3%보다 높을 뿐만 아니라 OECD 회원국 중 미국

(16.9%), 네덜란드(11.8%)에 이어 세 번째로 높은 수치이다.

<표 3-3-7> 프랑스의 노인복지 지출 추이 및 국제 비교

(단위 : GDP 대비 %)

국가	영역	1980	1985	1990	1995	2000	2007	2008	2009
프랑스	노령	7.6	8.6	9.2	10.6	10.5	11.1	11.5	12.3
	유족	1.9	2	1.6	1.6	1.5	1.8	1.7	1.8
한국	노령	-	-	0.61	1.07	1.26	1.65	1.94	2.08
	유족	-	-	0.16	0.16	0.17	0.25	0.26	0.28
OECD	노령	5.1	5.6	6	6.4	6.4	6.4	6.6	7.3
	유족	1	1	0.8	0.9	0.9	1	1	1

출처: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG (2014년 9월 검색)

2. 노인복지정책 추진체계 개괄

가. 사회·보건성 : 노인복지정책의 총괄부처

프랑스의 16개 행정부처 중 노인복지정책을 주관하고 있는 부처는 사회·보건성(Ministère des affaires sociales et de la Santé)이다. 2012년말 현재 사회·보건성 소속 중앙 공무원은 총 11,157명이며, 이들 중 약 78%는 지역사무소 또는 공공행정단체(EPA) 파견 공무원이며, 약 22%의 공무원이 정부청사에서 근무하고 있다⁵⁹⁾.

사회·보건성의 조직을 개관하면 다음과 같다. 첫째, 장관직에서 1명의 장관과 2명의 담당장관(Secrétaire d'Etat)이 있다⁶⁰⁾. 현행 사회·보건성에는 두 명의 담당장관이 각

58) 2011년 기준으로 프랑스의 GDP 대비 보건의료 분야 지출은 공공지출이 8.9%, 민간지출이 2.7%이다.

59) 프랑스의 경우 공무원이란 '공공기능종사자(agent de la fonction publique)'를 지칭한다. 세부적으로 국가공공기능종사자(FPE, 중앙공무원), 지방공공기능종사자(FPT, 지방공무원), 의료공공기능종사자(FPH)로 구분되며, 국가공공기능종사자는 근무기관에 따라 다시 행정부처 공무원, EPA(공공행정단체/고용지원센터, 프랑스은행 등)파견 공무원, 국회 직원 등으로 구성된다. 2012년 기준으로 프랑스의 공공기능종사자 수는 약 537만 명이며, 이중 FPE가 237만명으로 가장 많고, 다음으로 FPT 186만명, 그리고 FPH 113만명의 순이다(E. Sénigout 2014:1).

60) Secrétaire d'Etat를 국내문헌에서는 '청장'으로 번역하는 경우도 있으나(임도빈 2002:152), 본 글에서는 담당장관으로 표현하고자 한다. '청장'이란 별도의 독립적 기관의 책임자라는 의미로 해석될 가능성이 크다. 그러나 사회·보건성의 경우에 Secrétaire d'Etat는 별도 기관에 아닌 특정 문제를 전담하고 있다

각 가족·노인·자율성 분야와 장애인·배제극복 분야를 담당하고 있다⁶¹⁾. 그럼에도 불구하고 이들 담당장관이 독립적 기구의 책임자는 아니며, 또한 해당 분야를 전담하는 별도의 부서가 없다는 점에 유의할 필요가 있다.

둘째, 1명의 장관과 2명의 담당 장관의 관할 하에 사회·보건성은 3개의 총국, 2개의 국, 1개의 사무처와 1개의 사회문제감사실로 직제가 구성되어 있다. 총국(Direction générale)은 우리나라 행정부처 조직의 실에 해당하는 것으로, 국(Direction)보다 더 큰 조직으로 하위조직으로 Service, 부국(sous-direction) 등을 두고 있다⁶²⁾. 현재 사회·보건성에는 보건정책 총국(DGS), 돌봄제공 총국(DGOS), 사회적 결속 총국(DGCS) 등 3개의 총국이 있다. 국(Direction)은 총국보다는 적으나 모든 부처에 공통적으로 존재하는 단위이다. 프랑스 부처 조직에서 국이 중요한 이유는 정부 조직 개편에도 불구하고 비교적 안정적인 모습을 보여주는 단위이기 때문이다. 뿐만 아니라 차관보, 차관이이라는 직책이 존재하지 않기 때문에 국의 책임자 즉 국장은 장관 직속 최고 공무원으로서 특정분야 업무의 실질적 책임자라 할 수 있다(임도빈, 2002: 168). 국의 하위조직으로는 일반적으로 부국(sous-direction)이 있다. 한편, 사회·보건성에는 사회보장국(DSS), 조사연구-통계국(Drees) 등 2개 국이 있다. 이외에도 사회문제 관련부처협력사무처(SGMAS)와 사회정책에 대한 업무감사와 평가기능을 담당하는 사회문제감사실(IGAS) 등이 있다.

셋째, 하위 조직 중에는 사회·보건성의 ‘직속 부서’가 있는 반면, 여타 부처와의 협력을 통해서 업무 수행이 이루어지는 ‘협력부서’가 많다는 점에 주목할 필요가 있다. 이는 프랑스 행정조직 전반에 나타나는 특징으로서 이른바 ‘부처 간 칸막이’현상을 약화시키는 데 기여하고 있다. 사회·보건성의 하위 부서만 하더라도 <표 3-3-8>의 내용과 같이 직속부서는 2개에 지나지 않는다. 나머지 부서는 경제부 등 유관부처 장관과의

는 점에서 담당장관으로 번역하는 것이 적절하다.

61) 프랑스 행정조직 특징 중의 하나는 여러 유형의 장관직이 있다는 점이다. 장관 외에 위임장관, 담당장관이 대표적이다. 이 중 담당장관은 수상 및 장관과 함께 혹은 독립적으로 위치하면서 수상 혹은 장관 소관 업무 중 특정 업무를 주관한다. 중요한 점은 수상 혹은 장관과 담당장관 간의 관계가 위계적이지 않다는 것이다. 다만, 담당장관은 소관 업무가 논의될 때에만 국무회의에 참석한다는 점은 장관 혹은 위임장관과의 차이점이라 할 수 있다. 이상 내용은 <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/fonctionnement/premier-ministre/gouvernement/existe-t-il-hierarchie-au-sein-du-gouvernement.html> 참조.

62) 조직의 기초 단위는 과(bureau)로서 사회보건성 소속의 과장보(혹은 감독관) 이상 간부직 공무원 수는 본 연구자의 임의 조사 결과, 450명 정도 되는 것으로 집계된다.

공조 하에서 사회·보건성 장관의 권한 행사가 가능한 성격을 띠고 있다.

<표 3-3-8> 사회·보건성 소속 부서 및 조직적 특징

성격	부서명	간부직 공무원 (과장보급 이상)	협력부처
직속 부서	보건정책 총국(DGS)	42	-
	돌봄제공 총국(DGOS)	76	-
협력 부서	사회적 결속 총국(DGCS)	44	경제성, 여성권리·도시·청년·체육성
	사회보장국(DSS)	68	재정·공공회계성
	조사연구·통계국(Drees)	45	재정·공공회계성, 노동·고용·사회적대화성
	사회문제관련부처협력사무처(SGMAS)	22	노동·고용·사회적대화성, 여성권리·도시·청년·체육성
	사회문제감사실(IGAS)	128	노동·고용·사회적대화성
	위험예방실(DGPR) ¹⁾	-	환경·지속발전·에너지성

1) 위험예방실은 현재 설치되어 있지 않음

출처: 사회·보건성 장관 권한에 관한 명령(2014. 4. 16 발효), <http://www.social-sante.gouv.fr/>

나. 노인복지정책 주관 부서와 집행 기구

프랑스 노인복지정책은 사회·보건성 산하의 하위 조직 중 노인복지정책은 1명의 담당장관, 1개 총국, 1개 국, 4개의 부국에서 맡고 있다. 먼저 가족·노인·자율성 담당장관은 노인복지정책을 총괄하고 있으며, 현 담당장관인 Laurence Rossignol은 10명으로 구성된 비서실(cabinet)을 운영하고 있다⁶³⁾. 한편, 정책의 실질적 업무는 부국 혹은 서비스(service)와 하위 단위인 과(bureau)에서 이루어지고 있는데, 노인복지정책은 아래 <표 3-3-9>처럼 영역별로 4개 부국이 맡고 있다.

63) 프랑스 장관 비서실의 성격 및 중요성에 대해서는 임도빈 2002, pp.159-167을 참조.

<표 3-3-9> 프랑스 사회·보건성 산하 노인복지정책 담당 부서

부국명칭	상위조직	하위조직	영역
장애인 및 노인자율 부국	사회적 결속 총국(DGCS) 산하 사회의료정책서비스	노인자율성 및 일상생활 상실 예방과 장애인 통합, 시민권 일상생활과 보상 권리 및 원조과	사회서비스
돌봄 접근, 가족 급여 및 산재 부국	사회보장국(DSS)	보편의료 및 건강급여과 가족급여 및 주거지원과 산재 및 직업병담당과	의료보장
연금 및 보충 사회보호제도 부국	사회보장국(DSS)	기본연금레짐과 특수레짐과 (공무원, 군인연금.등) 퇴직연금 및 보충적 사회보호제도과	소득보장 (연금)
사회적 포용, 편입 및 빈곤극복 부국	사회적 결속 총국(DGCS) 산하 사회의료정책서비스	긴급구호 및 생활시설과 권리인정, 사회편입, 사회연대 경제 담당과 기본소득 및 사회부조과	소득보장 (공공부조)

출처 : 프랑스 사회·보건성 홈페이지 조직도 (<http://www.social-sante.gouv.fr/>) .

둘째, 여타 분야의 정책과 마찬가지로 프랑스의 노인복지정책 역시 실질적 집행은 기금(caisse)을 통해서 이루어지고 있다. 프랑스의 기금(caisse)은 매우 중요한 의미를 지니고 있는 기구이다. 기금은 노동자 계급의 투쟁의 산물이라는 역사적 의의 뿐 아니라 국가의 관리·감독 하에 있음에도 불구하고, 사회보호 재정 및 운영에 있어서 자율성 보장의 상징물이기 때문이다⁶⁴⁾. 노인복지정책의 집행과 관련하여 아래 <표 3-3-10> 처럼 영역별로 3개 기금이 설립되어 있다.

<표 3-3-10> 프랑스 노인복지정책의 영역별 집행기구

장관	영역	행정부서(국)	집행(혹은 재정지원) 기구
가족·노인·자율성 담당장관 (사회·보건성)	소득보장(연금)	사회보장국(DSS)	CNAV(노령보험중앙기금)
	소득보장(공공부조)	사회적 결속 총국(DGCS)	레짐별 기구/SASPA
	의료보장	사회보장국(DSS)	CNAV/CPAM/Fonds CMU
	사회서비스(장기요양)	사회적 결속 총국(DGCS)	CNSA(노인·장애인 중앙기금)

64) 기금(Caisse)은 법적으로 공법인임과 동시에 행정적 성격을 띤 공공단체로서 자율성, 관련 행정부처와의 연계성, 특수성 등의 3가지 성격을 지니고 있다.

3. 소득보장제도와 추진체계

가. 연금

프랑스 사회보호 지출 중 가장 많이 차지하는 분야가 노인복지이며, 노인복지 지출의 대부분이 연금이다. 2012년 2월 현재 프랑스에는 약 600여개의 기본연금(1층 체계)과 6,000여개에 달하는 보충연금(2층 체계)이 있는 것으로 알려져 있다(노대명 2012:203). 따라서 프랑스 근로자들은 적어도 각각 1개 이상의 기본연금과 보충연금에 가입되어 있으며, 이는 퇴직 후 소득보장의 토대가 되고 있다⁶⁵⁾. 한편, 본 글은 가장 많은 가입자 및 수급자를 보유하고 있는 일반레짐의 기본연금에 초점을 맞추고자 한다⁶⁶⁾.

<표 3-3-11> 일반레짐 연금 수급자 규모 및 비중

구분		남성		여성		전체	
		만명	%	만명	%	만명	%
일반레짐 임금근로자	단수연금수급자	3,220	44.1	4,550	56.9	7,760	50.8
	복수연금수급자	1,300	17.8	940	11.8	2,250	14.7
	합계	4,520	61.9	5,490	68.7	10,010	65.5
전체	단수연금수급자	4,370	59.9	5,960	74.5	10,330	67.6
	복수연금수급자	2,820	38.6	1,990	24.9	4,810	31.5
	기타	110	1.5	40	0.6	150	1.0
	합계	7,300	100	7,990	100	15,290	100

출처 : Drees 2014, p.43의 관련표에서 발췌.

일반레짐 기본연금의 적용 대상자는 상업과 산업부문의 임금근로자이다. <표 3-3-11>처럼 현재 전체 연금수급자 중 일반레짐 수급자가 차지하는 비중은 65%를 상회할 정도로 매우 높다. 수급자 현황과 관련한 특징을 정리하면 첫째, 성별을 기준으로 여성 수급자가 남성 보다 많은 점에 주목할 필요가 있을 것이다. 이는 프랑스 복지모델

65) 프랑스 연금 수급자 1인당 연금 수는 2.39개이다.

66) 1천550만명의 프랑스 연금 수급자 중 일반레짐의 기본연금 수급자 수는 1천240명이며 이들 대부분은 1천40만명에 달하는 보충연금(ARRCO)의 수급자이기도 하다 (2012년 12월 기준). Drees 2014, p. 39.

이 기존의 남성생계부양자 모델에서 벗어나고 있음을 보여주고 있는 것이다. 그럼에도 불구하고 2개 이상의 연금 수급자 비율은 여성보다 남성이 여전히 많은 것 또한 사실이다. 이는 여성에 비해 남성 노인의 소득보장 장치가 더 견고하다는 것을 의미한다. 둘째, 전체 연금 수급자에 비해 일반레짐 연금 수급자들의 소득보장 장치는 상대적으로 열악함을 알 수 있다. 이는 전체 연금 수급자의 3분의 1이상은 2개 이상의 연금 수혜자임에 비해 일반레짐의 경우 수급자의 5분의 1정도만이 이에 해당된다는 사실에서도 여실히 드러난다. 일반레짐 기본연금의 소득대체율은 50%이다⁶⁷⁾. 급여수준에 영향을 미치는 요인은 두 가지로서 기준소득과 보험료 납부 기간이다. 여기서 기준소득은 경제활동 기간 중 가장 소득이 높은 25년간의 연평균소득을 말한다. 한편 분기가 기본단위인 보험료 납부 기간은 최근의 개혁과정을 거쳐 점점 늘어나는 추세에 있다⁶⁸⁾. 2012년 현재, 일반레짐 연금 수급자의 평균연금은 월 580유로로 레짐 전체 평균연금인 1,288유로의 45%에 불과하다(Drees 2014:64). 2011년 기준, 프랑스의 상대적 빈곤선(중위소득의 50%)이 814유로임을 고려한다면 수급자의 상당수는 빈곤상태 하에서 추가적인 공공부조의 대상자임을 알 수 있다⁶⁹⁾.

<표 3-3-12> 레짐별 연금급여 지출 (2011년, 백만 유로)

구분	일반레짐	여타 기본레짐	보충 레짐	고용주 레짐	법정의 급여	공제 조합	공공 개입	전체	
노령	연금	87,486	38,381	65,245	44,609	0	2,424	755	238,901
	자율성장실	0	0	0	0	0	0	7,842	7,842
	최소노령연금	2,516	279	0	0	0	0	0	2,796
	기타급여	345	558	224	70	57	546	662	2,463
	소계	90,347	39,219	65,469	44,679	57	2,971	9,260	252,002
유족	연금	9,801	6,638	11,245	578	0	1,889	683	30,832
	최소노령연금	214	53	0	1	0	0	0	268
	기타급여	226	226	90	4,833	0	1,585	1	6,962
	소계	10,241	6,916	11,336	5,412	0	3,474	684	38,062
합계	100,588	46,135	76,804	50,091	57	6,445	9,943	290,064	

출처 : Drees 2014, p. 19.

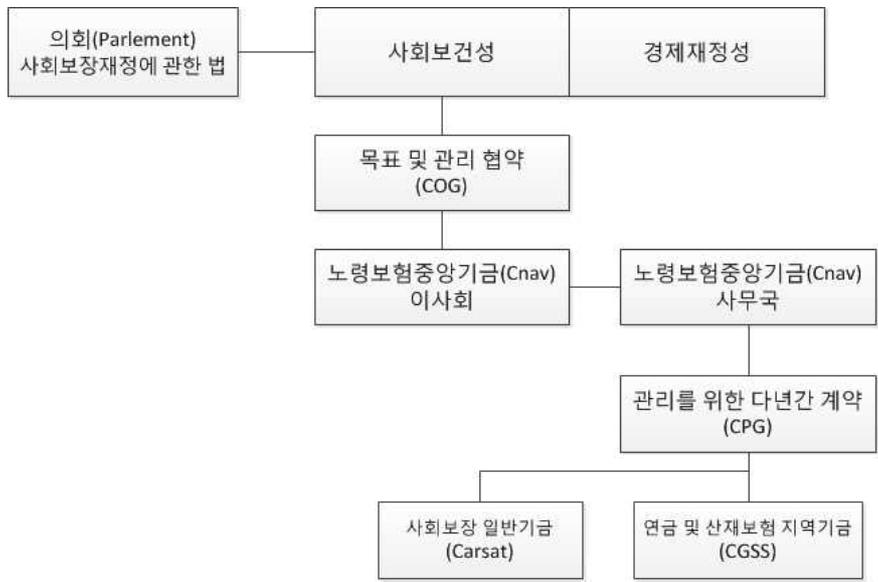
67) 일반레짐의 연금급여 산정은 다음과 같다. 연금급여 = 기준소득(revenu de référence) × 소득대체율 50% × 최대급여로 환산된 연금급여 수급가능 분기수(분기별 기여금 납부기간)

68) 기존 160분기에서 현재는 출생연도별로 161분기(1949년출생)에서 166분기(1955년~56년 출생)이다.

69) 연금 수급자간의 격차는 프랑스 역시 매우 심각하다. 프랑스 전체 연금 수급자 중 하위 10%는 월 960유로 이하를 받는 반면에 상위 10%는 3,080유로 이상을 받고 있다. 또한 연금 수급자의 10.2%는 빈곤선 이하의 생활을 하고 있다.(<http://www.rtl.fr/actu/economie/retraites-en-chiffres-7762340610>)

2011년에 노령연금과 유족연금의 지출은 2,900억 유로이며, 이중 일반레짐 기본연금의 지출은 874억 유로로서 전체 대비 약 30%를 차지하고 있다. 한편 일반레짐은 연금 뿐 아니라 ‘최소노령연금’에도 일정 부분 재정적 기여를 하고 있다. 연금 지출에 필요한 재정의 60% 이상은 기여금(보험료)을 통해 충당되고 있다. 2013년 기준 고용주와 근로자의 노령보험 기여율은 각각 10%와 6.85%로서 총 16.85%에 달한다. 이외 공공이전(25.7%)과 조세(10.6%) 등도 일반레짐 기본연금의 주요 재원이다.

<그림 3-3-1>프랑스 연금 추진체계(일반레짐 기본연금의 경우)



일반레짐 기본연금의 추진체계는 <그림 3-3-1>과 같이 4개의 축으로 구성된다. 첫째, 프랑스 의회 및 사회보장재정에 관한 법이다. 프랑스 의회는 매년 사회보장재정에 관한 법을 제정하고 있다. 동 법의 주요골자는 사회보장 전체 레짐에서 시행 중인 법에 대한 필요한 적용 조치, 큰 틀의 방향 정립, 사회보장의 전반적인 흐름 등을 포함하고 있다. 동 법은 재정적인 제한을 규정하고 있지는 않음에도 불구하고, 연금을 포함하여 해당 연도 프랑스 사회보장 운용의 틀을 제시하고 있다는 점에서 매우 중요하다. 둘째, 목표 및 관리 협약(Convention d'objectifs et de gestion, COG)이다. 3년 주기로 체결되는 본 협약의 체결당사자는 국가와 노령보험중앙기금(Cnav)이다. 동 협

약의 주요 내용은 노령보험 운영의 두 주체인 국가와 노령보험 중앙기금의 역할이 명시되어 있다. 예컨대 국가는 법의 테두리 내에서 필요한 규정의 마련, 레짐 간 재정 균형 유지 및 급여의 단순화 등을 제안할 수 있다. 한편 노령보험중앙기금은 다년간 계획 계약(CPG)의 주체인 지역기금에 대한 목표의 구체적 제시, 주관 행정부서의 통제 및 실행 임무 촉진, 평가에 필요한 정보 제공 등의 의무를 지고 있다.

셋째, 노령보험의 실질적 운영 기구의 정점에 노령보험중앙기금(Cnva)에 주목할 필요가 있다. 사회보장성 사회보장국(DSS)의 관리 감독 하에 Cnva는 연금과 사회서비스 분야의 방향 정립 및 집행을 정의하는 임무를 수행하고 있다. 또한 연금 전문기관으로 연금제도의 재정 상황에 대한 예측 및 연금체계 평가의 업무도 맡고 있다. 고령화 연구에 대한 기여 역시 중앙기금 임무 중의 하나이다, 이의 중요 사항은 각각 13인의 가입자 대표와 사용자 대표 등 총 30명으로 구성되어 있는 이사회(conseil d'administration)에 의해 결정된다. 또한 이사회는 매년 제정되는 사회보장재정에 관한 법에 대한 의견 제시의 권한을 지니고 있으며, COG와 CPG의 체결 권한 역시 이사회의 회장 권한 중의 하나이다. 한편 실무 담당부서로서 사무국(Direction de la Cnav)이 있으며, 사무국장은 중앙 및 지역 기금에서 활동하고 있는 3,700여명에 달하는 직원들을 총괄하고 있다⁷⁰⁾.

넷째, Cnav가 노령보험 운영기구의 정점에 있다면, 지역별로는 프랑스 본토에 총 16개의 연금 및 산재 지역기금(Carsat)과 해외영토에 4개의 사회보장 일반기금(CGSS)가 설치되어 있다. Carsat는 공법인인 중앙기금과는 달리 민법상 조직으로서 지역의 관련행정부서의 감독 하에 있다. Carsat의 이사회는 중앙기금과의 체결된 CPG에 바탕을 둔 지역의 활동 프로그램의 결정 및 예산 승인의 역할을 수행하고 있다. 한편, 이용자의 접근성 보장을 위해 2013년 현재 전국적으로 총 420개의 사무소가 설치 운영 중에 있다⁷¹⁾.

70) <https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite/PUBQSN/Qui-Sommes-Nous/Missions-Organisation?packedargs=null>.

71) <https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite/PUBQSN/Qui-Sommes-Nous/Missions-Organisation/Notre-Reseau?packedargs=null>.

나. 공공부조

한국과 달리 프랑스의 공공부조는 적용 대상자에 따라 상이한 급여제도가 독립적으로 운영되고 있는 범주별 공공부조의 성격이 강하다.

<그림 3-3-2> 프랑스 공공부조제도의 기본구조 (2012년)

공공부조제도(Minima Sociaux)				
구분	근로연령집단	노인	장애인	미망인/외국인
근로유인	PPE/EI			
소득보장	RSA/ASS/ATA	ASPA	AAH/ASI	AV/RSQ
주거보장	ALF/ALS/APL			
의료보장	CMU-C/ACS/AME(: 비정주 외국인)			
+				
보편적 사회보장제도 (가족수당 + 사회서비스)				

출처 : 노대명, 2012, p. 296의 [그림 2-5-1]을 수정·보완함.

저소득층 노인층을 대상으로 하는 별도의 공공부조로 노인연대급여(Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, ASPA)제도가 있으며, ASPA제도는 2007년 도입되었다. 2007년 이전에 ‘최소노령급여’로 통칭되는 노인대상 공공부조 급여는 10개에 달할 정도로 다양했는데 이를 하나의 급여로 대체한 것이 노인연대급여이다⁷²⁾. 노인연대급여의 적용대상자는 프랑스에 정기적으로 거주하는 65세 이상이면서 소유 자산이 일정 수준 이하인 사람이다(이상 기본 요건). 외국인이라 하더라도 10년 이상의 노동 허가증 소지자 그리고 난민 혹은 프랑스 유공자 그리고 유럽연합 회원국 혹은 스위스 국민 등 3가지 요건 중 하나만 충족되면 수혜자가 될 수 있다. 수급 요건으로서 자산의 상한액은 독신은 791.99유로, 부부인 경우에는 1229.61유로이다(2014년 기준). 수혜자 규모는 2007년 이후, 큰 변화 없이 약 57만 명으로 65세 이상 노인의 4.3%를 차지하고 있다⁷³⁾. 성별로는 여성이 56%, 남성이 44%로 여성 비율이 상대적으로 높다. 이들의 대부분은 연금에 가입되었음에도 불구하고 연금 수준의 열악성으로 인해 수급자격을 획득한 사람들이며 (전체 대비 87.6%), 그 외는 연금 비수급자들이다

72) 기득권 보호의 차원에서 기존의 급여를 받고자 하는 사람에게는 변함없이 그대로 지급되고 있음.

73) <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16871.xhtml>.

(약 7만명). 레짐별로는 일반레짐 연금 수급자가 41만명으로 전체 대비 74.2%를 차지하고 있다(Drees 2014, p. 117). 이는 앞에서 언급한 바와 같이 일반레짐 기본연금의 급여수준의 열악성을 보여주는 반증이라 할 수 있다.

<표 3-3-13> 노인연대급여(ASPA) 제도의 급여 수준 (2014년)

(단위 : 유로)

가구구성	자산(연 기준)	급여수준	
		1년	1월
독신	없음	9,503.89	791.99
	9,503.89미만	9,503.89과 자산액 차이/차이의 12분의 1	
동거 혹은 부부 (1인 수급)	5,251.43미만	9,503.89	791.99
	5,251.43~14,755.32	14,755.32와 합산소득의 차이/차이의 12분의 1	
동거 혹은 부부 (2인 수급)	없음	14,755.32	1,229.61
	14,755.32미만	14,755.32와 합산소득의 차이/차이의 12분의 1	

출처: 전자공공행정서비스 홈페이지(<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16871.xhtml>).

노인연대급여 수준은 수급자의 자산 수준 및 가구 구성에 따라 다르며 보충급여의 성격을 띠고 있다. 여기서 주목되는 부분은 최대급여액과 빈곤선간의 관계이다. 독신 가구의 경우 최대급여액은 791유로로서 이는 상대적 빈곤선인 814유로(2011년 기준)에 거의 근접한 수준인 것이다. 노인집단 소득보장의 마지막 사회안전망으로 노인연대급여가 차지하고 있는 위상을 보여주는 대목이다⁷⁴⁾.

APSA를 포함하여 최소노령연금 지출액은 약 23억 1,600만 유로이며, 노인복지 총 지출 대비 1%를 차지하고 있다. 재원은 크게 세 가지로 구성되어 있다. 가장 많이 차지하는 재원은 수급자가 가입되어 있는 연금이다. 비중을 살펴보면 일반레짐(74.2%), 자영농레짐(6.8%), 농업분야 봉급생활자레짐(3.1%)의 순이다. 그 외 재원으로는 국가가 제공하는 비급여급여와 노인연대중앙기금(FSV)을 들 수 있다⁷⁵⁾. 특히 노인연대중앙기금은 1993년 만들어진 것으로 개별자율성급여(APA) 등 사회서비스에도 재정적 기여를 하고 있다. 한편 노인연대중앙기금은 CSG 등 사회보장 목적세를 통해서 재정 확보

74) 노인연대급여 수급자의 평균 급여액은 401유로이며 수급자의 5분의 1은 독신 가구 최대 급여액에 상응하는 수준의 급여를 받은 것으로 나타남 (plfss 2013, p. 57).

75) <http://retraite.comprendrechoisir.com/comprendre/minimum-retraite>.

가 이루어진다.

노인연대급여의 추진체계는 수급자의 연금 수혜 여부 및 가입되어 있는 연금에 따라 세분화되어 있다. 예컨대 일반레짐 기본연금의 연금 수급자는 앞에서 살펴본 노령연금 중앙기금 그리고 연금 및 산재 지역기금과의 접촉해야 한다. 한편, 약 7만명에 달하는 연금 비수급자의 노령연대급여 수급을 위해서는 별도의 추진체계가 구성되어 있는데 이의 핵심에 있는 기구가 바로 노령연금급여 서비스(SASPA)이다. 노인연대중앙기금이 주 재원인 SASPA는 전국적으로 3군데 설치되어 있다(Paris, Bordeaux, Angers) (I. Bridenne et L. Jaumont 2013, p. 2)⁷⁶⁾. 한편, 수급자 접근성 보장의 차원에서 급여 신청 업무는 수급자 거주지의 사회서비스 콤플렉스(CCAS)에서 맡고 있다.

<표 3-3-14> 노인연대급여의 추진체계

수급자 유형	연금 종류	주관행정부서	운영기구(중앙)	운영기구(지역)
연금수급자 (예시)	일반레짐 기본연금	사회보장국(DSS)	CNAV	Carsat/CGSS
	자영농레짐		CCMSA*	MSA**
	도시자영업레짐		RSI ***	CR ****
연금비수급자		사회적결속총국(DGCS)	SASPA/CCAS	

* 농촌공제조합중앙기금 **농촌공제조합기금 ***자영인사회레짐중앙기금 ****지역기금
출처 : DSS, 2012, p.42-43.

3. 의료보장제도와 추진체계

프랑스의 노인 의료보장제도에 있어서 가장 두드러지는 특징은 연금 수급권과 의료보장을 연계하고 있다는 점이다. 프랑스 연금 수급자는 수급 자격 그 자체만으로 의료와 관련된 제 권리를 가질 수 있다. 구체적으로 퇴직과 동시에 노령보험 중앙기금은 건강보험기금에 이 사실을 통지함으로써 퇴직자는 그 권리를 인정받게 되는 것이다⁷⁷⁾. 이렇게 볼 때 대부분의 프랑스 노인은 연금 수급에 바탕을 둔 의료보장과 직결되어 있

76) https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=384

77) <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-etes-retraite.php>

다고 할 수 있다.

<표 3-3-15> 프랑스의 노인 의료보장제도

구분	의료보장 제도	집행기구
연금 수급자	연금과 연계	노령보험기금/건강보험기금
연금 비수급자, 저소득층 노인	보편적 의료보장/보충의료지원제도	Fonds CMU/건강보험기금

연금 비수급 노인 혹은 저소득 노인에 대해서는 별도의 추가적인 의료보장제도가 시행 중이다. 이는 연령대를 초월한 제도로서 노인에게 국한된 제도는 아님에 유의할 필요가 있다. 보편적 의료보장(CMU-C) 그리고 보충의료지원제도(ACS)가 바로 그것이다. 본 글에서는 상호 연계의 성격을 지니고 있는 CMU-C와 ACS의 공통점과 차이점을 살펴보기로 한다.

첫째, 제도의 기본취지에서 두 제도는 공통점을 지니고 있다. 즉 두 제도 모두 의료지출 중 사회보장 부담금을 제외한 본인 부담금 중 일정부분에 대한 재정적 지원을 통해 저소득층의 의료보장을 공고히 하고자 하는 측면에서 공통점을 지니고 있다.

<표 3-3-16> CMU-C와 ACS 제도의 노인수급자 수

(단위: 천명, %)

수급자 수(천명)	CMU-C		ACS	
		4,283		535
연령대별 비율(%)	19세 이하	44.3	16세미만	26.7
	20-39세	29.0	16-49세	40.2
	40-59세	22.0	50-59세	13.4
	60세 이상	4.6	60세 이상	19.7
60세 이상 수급자(추정)(천명)	197		105	

출처: CCSS 2011, p. 145를 바탕으로 자체 계산.

둘째, 적용 대상과 관련하여 두 제도는 상호 연계의 성격을 지니고 있다. 조건부 급여로서 양 제도는 수급요건으로서 자산 상한액이 명시되어 있다. 여기서 중요한 점은 ACS의 자산 상한액이 CMU-C에 바탕을 두고 있다는 점이다. 구체적으로 ACS 수급을 위한 자산 상한액은 CMU-C의 자산상한액 보다 35% 높게 책정되어 있다⁷⁸⁾. 그리고 두 제도의 중복 수혜는 불가능하기 때문에 자산액에 따라 CMU-C → ACS의 순으로 수급자격 여부가 결정된다. 2010년 기준, CMU-C와 ACS의 전체 수급자 수는 각각 428.3만 명과 53.5만 명에 달한다. 이 중 노인 수급자를 추정하면 <표 3-3-16>과 같이 총 30만 명에 달한다.

셋째, CMU-C와 ACS의 급여 종류 및 수준을 살펴보면, 두 제도 모두 <표 3-3-17> 처럼 의료지출에 대한 재정 지원의 성격을 띠고 있다. 아래 <표 3-3-17>은 이의 구체적인 사례를 제시한 것이다.

<표 3-3-17> CMU-C와 ACS의 재정 지원 (사례)

CMU-C		ACS	
구분	금액	구분	금액
진료비 총액	23유로	진료비 총액	23유로
사회보장 부담액	15.10유로	사회보장 부담액	15.10유로
CMU-C의 재정지원	6.90유로	ACS에 의한 재정지원	6.90유로
본인부담액	1유로	본인부담액	1유로

출처 : http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php?&mode_print=true

한편, 양 제도 간 일정한 차이도 발견된다. 우선 재정지원의 형태에 있어서 무상의료서비스의 형태로 이루어지는 CMU-C와는 달리 ACS는 환불 형태이다. 그리고 ACS에 비해 CMU-C 수급자는 치과, 안과 진료 등 재정 지원의 폭이 보다 광범위한 것 또한 사실이다. 가장 결정적인 차이는 재정지원 상한선의 존재 유무이다. CMU-C은 진료 및 치료 그리고 입원비용에 대한 재정지원에 대한 상한선이 없다. 반면에 ACS는 재정 지원 상한선 규정을 지니고 있다. 구체적으로 연 기준 100유로(16세 미만)부터 550유로(60세 이상)까지 연령대별로 달리 정해져 있는 것이다.

78) 2014년 기준 1인 가구의 경우 CMU-C 자산 상한액은 연 8,645유로(720.42유로/월)인데 비해 ACS의 자산상한액은 연 11,670유로 (972.51유로/월)이다.

보편적 의료보장과 보충의료지원제도의 재정은 Fonds CMU (CMU 기금)를 통해 확보된다. Fonds CMU는 1999년에 제정된 관련법에 의해서 만들어진 기금임과 동시에 행정 성격의 중앙 공공단체를 지칭한다. 한편, 가입자의 기여금이 주된 재원인 사회보험과 달리 Fonds CMU는 <표 3-3-18>과 같이 다양한 형태의 조세로 충당된다.

<표 3-3-18> CMU 기금의 재원

(단위 : 백만유로)

구분		2000	2005	2010	2011	2012	2013
수입	국가예산분담금	800	695	0	0	0	0
	주류세		386	0	0	0	0
	담배세			0	0	42	352
	ACS기여		13	0	0	0	0
	보충조직기여금(CMU세금)	247	302	1,856	1,930	2,031	2,066
	법정보험분담금		22	93	10	11	16
	합계	1,047	1,530	1,949	1,940	2,084	2,434
지출	기본레짐지출	908	1,270	1,444	1,369	1,403	1,581
	보충조직지출	10	78	464	431	458	498
	법정보험기부	94	25	12	11	17	17
	행정관리비	0.5	1	1	1	1	1
	합계	1,013	1,374	1,851	1,814	1,879	2,097

출처 : 프랑스 CMU 홈페이지 http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2013_COMPTE%20DU%20FONDS.pdf

2013년 기준 CMU 기금의 수입은 총 24억 34백만 유로인데 비해 총지출은 20억 97만 유로이다. 수입에서 가장 많은 재정 비중을 차지하는 것이 사회보험 보충조직 기여금이다. 사회보험 보충조직이란 공제조합, 민간보험회사 등을 의미하는 것으로, 이들은 보험료 혹은 기여금의 6.75%에 해당하는 세금("CMU 세금")을 부담해야 한다. 한편 지출은 수혜자가 임의로 선택한 집행기구에 대한 재정 지출이 대부분을 차지한다. 가장 많은 지출은 기본레짐에 대한 지출로서 여기에는 일반레짐을 비롯하여 레짐별 운영기구에 대한 재정지출이 포함된다.

프랑스 노인의 의료보장 추진체계를 보면, 앞서 언급한 바와 같이 노인 대부분은 연금 수급자로서 이들에 대한 의료보장은 노령보험 중앙기금을 통해 관리되고 있으며 실질적 업무는 지역의 건강보험 기금이 실질적 업무를 맡고 있다. 특히 전국적으로 101개가 있는 건강보험 기초기금(CPAM)은 급여 제공과 관련된 실질적 업무를 담당하고 있다.

보편적 의료보장과 보충의료지원제도는 CMU 기금(Fonds CMU)에 의해 관리된다. 행정 성격의 공공단체이기도 한 CMU 기금의 최고의결기구인 이사회로서 총 7명으로 구성되어있다. 그리고 사회문제 및 재정 관련 장관이 임명하는 사무총장 이하 10명으로 구성된 사무국이 일반 업무를 담당하고 있다. 한편, 수급 신청 및 급여 제공의 실질적 업무는 건강보험 기초기금 혹은 사회보험 보충조직을 통해서 이루어지고 있다.

<표 3-3-19> 프랑스 노인 의료보장 추진체계

적용대상	관련 제도	주관행정부서	운영기구(중앙)	운영기구(지역)
연금 수급자(예시)	일반레짐 기본연금	사회보장국(DSS)	노령보험 중앙기금	건강보험 기초기금
연금 비 수급자 혹은 저소득층 노인	CMU-C/ACS	사회보장국(DSS)	Fonds CMU (CMU 기금)	건강보험 기초기금 사회보험 보충조직

4. 사회서비스제도와 추진체계 : 개별자율성급여제도(APA)를 중심으로

프랑스에서는 ‘사회활동(action sociale)’로 통칭되는 대부분의 사회서비스의 권한은 1983년에 제정된 사무배분 기본법을 시작으로 점점 지방정부 특히 중간자치단체인 도(department)로 이양되는 경향을 보이고 있다(안영훈, 2008:262). 노인대상 사회서비스만 하더라도 단순재가급여만 중앙정부에 남아있을 뿐, 가사원조서비스를 비롯한 여타 서비스는 오래전에 도로 이양되어(심창학, 2005:210), 현재에 이르고 있다. 또한 여기서의 권한 배분은 단순한 운영상의 권한뿐만 아니라 재정부담 주체의 변화가

지 포함하는 매우 포괄적인 성격을 지니고 있음에 유의할 필요가 있다. 따라서 사회서비스를 담당하는 중앙행정부서의 역할은 그 폭이 매우 좁다고 할 수 있다. 이러한 점을 고려하면서 여기에서는 노인 대상 사회서비스의 대표적 사례로서 개별자율성급여(APA)에 초점을 두고자 한다. 그 이유는 첫째, 기본적으로는 지방자치단체의 권한임에도 불구하고 중앙기금의 재정지원을 통한 국가사무의 성격도 일정 정도 나타나기 때문이다. 둘째는 APA는 성격상 장기요양보험제도를 실시하고 있는 한국에 줄 수 있는 시사점도 있을 것으로 예상되기 때문이다.

프랑스에서 개별자율성급여제도가 도입된 것은 2001년 7월로서 기존의 특별의존제도(PSD)를 대체한 것이다. APA는 자산조사 없이 자율성 상실 때문에 일상생활 영위에 도움이 필요한 것으로 판단되는 60세 이상의 노인을 주 적용대상으로 하고 있다. 여기서 고려가 필요한 부분은 흔히 'Gir'로 약칭되는 자율성 상실 기준으로 그 정도가 가장 심한 Gir 1등급부터 Gir 4등급에 속하는 노인이 개별자율성급여제도의 적용대상에 포함된다. 적용대상자 규모 추이를 살펴보면 <표 3-3-20>처럼 도입 당시 60만 여명에 불과했던 것이 2012년에 120만여 명으로 10년 사이에 2배로 급증했다⁷⁹⁾. 이는 1,400만명에 달하는 60세 이상 노인의 8~9%를 차지하는 수치이다.

<표 3-3-20> 프랑스 APA 제도 수급자 추이

년도	2002	2004	2006	2008	2009	2012
수급자(천명)	605	965	1,008	1,100	1,136	1,200

출처 :Drees, 2011:5와 Insee Analyse, 2013: 1의 내용을 바탕으로 재정리.

개별자율성급여제도의 급여 수준은 Gir 등급과 자산 그리고 요양유형(재가요양 혹은 시설요양)에 따라 다르다. 가장 먼저 고려되는 것이 Gir 등급이다. 2014년 기준으로 1등급부터 4등급까지의 한도액은 각각 1,312.65유로, 1,125.44유로, 843.96유로, 562.57유로이다. 다음으로 고려되는 것은 자산과 요양 유형으로 이는 이용자 부담금을 산정하기 위한 것이다. <표 3-3-21>은 재가요양에서의 이용자 부담금을 정리한 것이다. 수혜자의 자산(소득)이 739유로 미만인 경우에는 Gir 등급에 따른 최대급여가

79) 2060년에 최소 180만명, 최대 270만명이 될 것으로 예측하고 있다 (Lécroart, 2011:28).

지급된다. 그리고 739 ~ 2,945유로 사이인 경우에는 자산에 따라 최대급여의 0%초과에서 90%, 수혜자의 자산이 2945.23유로 초과 시에는 일률적으로 최대급여의 90%를 이용자가 부담한다. 2012년을 기준으로 재가요양수급자는 722,000명인 것으로 파악되었다 (Insee Analyse, 2013: 1).

<표 3-3-21> 재가요양 이용자 부담금

수혜자 자산	부담금
739.66 유로 미만	없음
739.66 ~ 2945.23 유로	$A \times [(R - 739.66) / 2206.16] \times 90\%$
2945.23 유로 초과	A의 90%

A : 지원계획 (한도액), R : 수혜자 소득
출처: 프랑스 전자 공공행정서비스 (<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10009.xhtml>)

한편, 적용대상자가 478,000여명인 시설요양의 경우에는 재가요양과 동일하게 3개의 소득구간에 따라 부담금의 차이를 두고 있다. 그러나 시설요양의 소득구간은 재가요양에 비해 높으며, 이용자의 부담금이 적은 구간의 소득이 상대적으로 높은 반면 아무리 소득이 적다하더라도 이용자 부담금이 있다는 점이다.

<표 3-3-22> 시설요양의 이용자 부담금

수혜자 소득	부담금
2437.81 유로 미만	요양등급 5와 6에 해당하는 금액
2437.81 ~ 3750.48 유로이하	요양등급 5와 6에 해당하는 금액과 아래 산정방식의 합산 $A * [(R - 2437.81) / 1312.67] * 80\%$
3750.48 유로 초과	요양등급 5와 6에 해당하는 금액과 요양인정등급별 시설급여의 80% 이상

A : 지원계획 (한도액), R : 수혜자 소득.
출처 : 프랑스 전자 공공행정서비스(<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10009.xhtml>).

APA의 재정 부담 주체는 본토에 95개, 해외영토까지 합치면 100개에 달하는 도(département)이기 때문에 APA의 전국적인 재정을 정확하게 파악하는 것은 어렵다. 한 언론기관은 2008년 기준 40억 유로가 APA에 지출되었으며 이는 1인당 평균 약 4,395유로에 달하는 것으로 파악하고 있으나 이 역시 추정치에 불과하다⁸⁰⁾. 하지만 분명한 것은 프랑스 APA 재원은 기여금이 아닌 조세에 바탕을 두고 있다는 점이다. 그리고 도가 재정부담의 주체임에도 불구하고 CNSA 등 다양한 경로를 통해 도에 대한 재정 지원이 이루어지고 있는 점 역시 주목할 필요가 있다.

APA 제도는 도 관할 사무임에도 불구하고, 사회·보건성 산하의 사회적 결속 총국(DGCS)의 소관업무 중의 하나이다. 구체적으로 노인자율성 및 일상생활 예방과가 이를 담당하고 있다. APA가 국가사무의 특징을 지니고 있는 또 하나의 이유는 CNSA(노인·장애인 중앙기금)와 밀접한 관련성이 있기 때문이다. CNSA는 부양이 필요한 노인과 장애인들에 대한 효과적인 서비스 제공 목적으로 2004년 6월에 설립되었다. 사회·보건성과 재정·공공회계성의 관리 감독 하에 CNSA는 노인과 장애인 집단이 경험하고 있는 자율성 상실에 대한 연구 지원 및 혁신적 경험 개발, 노인 및 장애인 국가 계획에의 기여, 자율성 상실과 관련되는 돌봄 급여 재정 지원의 임무를 맡고 있다⁸¹⁾. 특히 CNSA가 중점을 두고 있는 분야는 노인 및 장애인 집단의 자율성 상실 급여(각각 APA와 PCH)에 대한 재정 지원이다.

APA에 대한 재정 지원은 두 가지로 구분된다. 첫째, 시설요양수혜자가 생활하고 있는 지역의 의료-사회시설에 대한 재정 지원이다. 이는 지역보건청(ARS)을 통해서 이루어지는데 CNSA의 전체 예산(약 210억 유로)의 42%(93억 유로)를 차지하고 있다(2014년 기준). 둘째, 재가요양수혜자에 대한 재정지원으로, 이는 도를 통해 이루어진다. 2014년 재정 계획에 따르면 17억 5천만 유로가 제공될 것이다. 이와 같이 법적으로는 지방정부(도)가 APA의 재정부담의 주체임에도 불구하고 중앙 기금인 CNSA가 소요재원의 상당부분을 지원하고 있는 것이다⁸²⁾. 한편 이를 위해 CNSA는 산하에 시

80) JDN (Journal du Net), 2010년 4월 15일 자.

81) http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id_rubrique=14.

82) 2008년을 기준으로 CNSA는 지방정부 재정의 33%에 달하는 재정지원을 하였다(CNSA, 2014). 한편 프랑스 분권화 특징 중의 하나는 지방자치단체의 증가된 지출부담 보전 원칙을 헌법과 관련법으로 규정하고 있다는 점이다. 이에 따라 분권으로 인한 증대된 지출 부담은 우선 국세 이전과 세수보전기금으로 충당하고 여타 부족분에 대해서는 분권일반교부금으로 충당된다(전주열·김지영, 2013:66-68).

설 및 의료 사회서비스국 등 총 7개의 국 혹은 agency (불어로는 agence)로 조직되어 있으며, 100여명에 달하는 인력이 종사하고 있다. 한편 APA를 신청하고자 하는 사람은 도청의 관련 부서 (예: 자율성 행동 서비스) 혹은 사회서비스 콤플렉스(CCAS) 등 지방행정기구를 이용하면 된다. 신청 서류는 도로 이관되어 의료-사회 서비스 전문가의 심의를 거치게 되며 최종 결정은 도지사의 권한이다. 이렇듯 APA의 실질적 운영은 지방정부 차원에서 이루어지고 있다.

<표 3-3-23> 프랑스 개별자율성급여(APA)의 추진체계

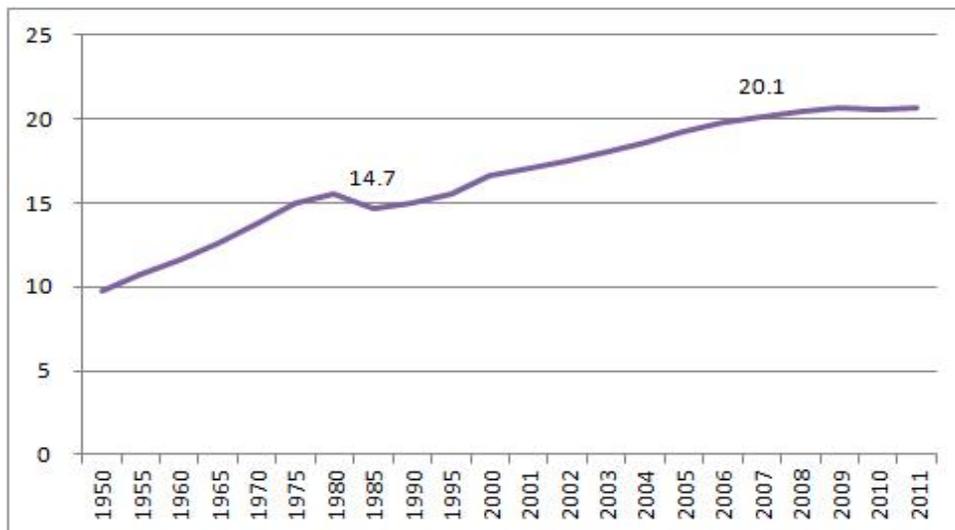
주관행정부서	재정지원기구 (중앙)	운영 및 재정부담 주체 (지역)	집행기구 (지역)
사회적 결속총국 (DGCS)	노령 및 장애인 중앙기금 (CNSA)	도	<ul style="list-style-type: none"> - 자율성 행동 도 서비스 - 사회서비스 콤플렉스(CCAS, CIAS) - 정보제공 및 조정 지역센터(Clic)

제4절 독일의 노인복지정책 추진체계

1. 노인복지정책 및 추진체계 개요

독일은 여러 선진국과 마찬가지로 출산율 저하와 평균수명 연장 등으로 인구고령화가 진행 중이다. <그림 3-4-1>에서 보는 바와 같이 전체인구 중에서 65세 이상 고령자가 차지하는 비중은 1980년대에 이미 14%를 넘어 고령사회에 들어섰고⁸³⁾ 2007년에는 20.1%에 달해 초고령사회에 진입했다.

<그림 3-4-1> 독일의 65세 이상 노인인구의 비율(%)



자료: Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch(2006, 2011, 2013).

인구고령화에 직면한 독일 사회정책은 기존 사회복지제도를 적응시키거나 새로운 제도를 만드는 방식으로 대처해 왔다. 대표적인 노후소득보장 정책으로서 연금보험, 의료보장 영역의 건강보험, 공공부조 등 전통적인 복지제도는 1980년대 이후 적응과

83) 1970년대에 고령사회에 진입했으나 1985년까지 고령화 비중이 하락하면서 정부 및 연구논문에서는 1985년을 고령사회의 시작 시점으로 본다(현대경제연구원 2014, p. 2).

정을 거치고 있는 한편, 1995년에 도입된 요양보험은 인구고령화에 대처하여 새롭게 만들어낸 제도에 해당한다.

제도의 신설과 수정을 거쳐 현재 작동하고 있는 독일의 노인복지 정책은 <표 3-4-1>에서 보는 바와 같이 크게 소득보장, 의료보장, 사회서비스로 구성되어 있다. 소득보장은 연금보험과 공공부조로, 의료보장은 건강보험, 사회서비스는 요양보험⁸⁴⁾, 주거 및 에너지 지원, 사회활동 지원 등으로 이루어진다. 연금보험과 요양보험은 성격상 노인을 주된 정책대상으로 삼고 있는 반면 공공부조, 건강보험, 주거 및 에너지, 사회활동 지원 등은 일반적인 복지제도에 노인이 적용된다는 점에서 구별할 수 있다.

<표 3-4-1> 독일 노인복지정책의 구성

정책영역	제도/프로그램	관련법규
소득보장	연금보험	사회법전 VI권
	공공부조	사회법전 XIII권
의료보장	건강보험	사회법전 V권
사회서비스	요양보험	사회법전 XI권
	주거/에너지	사회법전 XIII권 및 기타
	사회활동	여러 법률

독일은 사회보험국가(Sozialversicherungsstaat)라는 별칭이 있듯이, 복지제도 중에서 사회보험이 차지하는 비중이 매우 높다. 노인복지의 핵심적 제도인 연금보험, 건강보험, 1995년에 도입된 요양보험 등이 사회보험 제도다. 최근 들어 사회서비스에 대한 관심이 높아지면서 노인복지 서비스가 확충되고 있으나, 사회보험을 기본으로 하고 공공부조나 사회서비스가 이를 뒷받침하는 골격은 유지되고 있다. 이런 제도적 편제를 갖춘 독일의 노인복지에 대한 재정지출은 <표 3-4-2>에서 보는 바와 같이 2000년대 들어 GDP 대비 약 9% 정도를 유지하고 있다.

84) 요양보험은 사회보험 영역의 의료보장과 사회서비스가 중첩되는 제도이나, 이 보고서에서는 사회서비스 영역으로 구분하기로 한다.

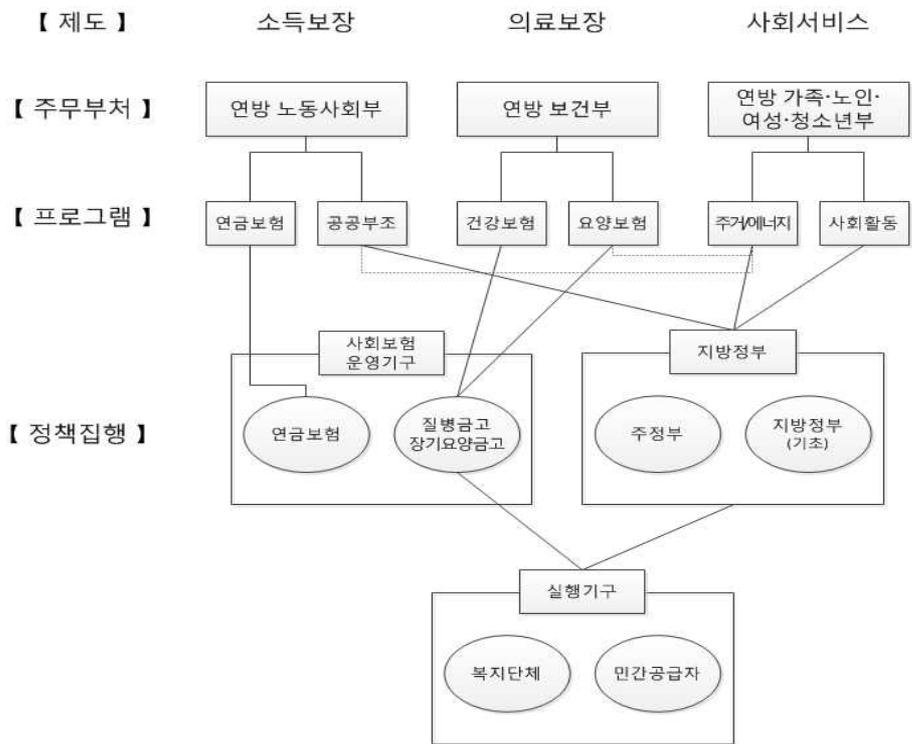
<표 3-4-2> 독일의 노인복지 재정지출(GDP 대비 %)

연도	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
지출	9.0	9.2	9.1	9.1	8.8	8.5	8.5	9.1

자료: OECD, SOCX 데이터

독일의 노인복지정책 추진체계는 정책영역과 프로그램에 따라 <그림 3-4-2>과 같은 형태를 갖추고 있다.

<그림 3-4-2> 독일의 현행 노인복지 정책 추진 체계



주: 점선은 프로그램이 부분적으로 중첩됨을 의미함

소득보장 영역에서는 중앙정부 차원에서 연방노동사회부(Bundesministerium für Arbeit und Soziales)가 연금보험과 공공부조를 담당하고 있다. 정책의 집행은 연금보험의 경우 연금보험 운영기구, 공공부조는 지방정부가 담당하고 있다. 의료보장의 경우는 연방보건부(Bundesministerium für Gesundheit)가 건강보험과 요양보험을 관장하고, 질병금고 및 장기요양금고가 집행하는 체계를 갖추고 있다. 사회서비스는 연방 가족·노인·여성·청소년부(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)가 주무부처라고 할 수 있다.

노인복지 정책을 포함하여 독일 사회정책 추진체계에서 나타나는 중요한 특징은 중앙정부의 역할은 상당히 제한적이라는 점이다. 연방제를 채택하고 있는 독일에서 대부분의 입법권이 연방에게 부여되어 있지만, 주정부의 역할도 매우 크다. 연방의 입법권은 외교, 국방 등 연방에게 입법권이 독점되어 있는 독점입법권, 연방과 주가 입법할 수 있는 경쟁입법권, 가이드라인을 제시하는 지침입법권으로 구별된다. 노동 및 사회보장에 관한 사항은 연방과 주가 입법권을 행사할 수 있는 경쟁입법권 사항이다(기본법 73~75조). 주정부는 입법 뿐 아니라 집행에서도 중요한 행위자다. 기본법 83조는 “기본법에서 달리 정하거나 위임하지 않는 한 주는 연방법을 집행한다”고 규정하고 있다. 대부분의 입법권이 연방정부에 부여되어 있는 것과 달리 행정권은 주정부에게 부여되어 있다(양현모 2006, p. 86). 특히 공공부조나 사회서비스 영역에서는 주정부가 중앙정부와 입법권을 공유할 뿐 아니라 정책을 집행한다. 사회보험 분야 역시 자치행정(Selbstverwaltung) 원리에 입각하여 노동과 자본과 같은 사회적 행위자들이 중요한 역할을 수행한다. 다만 사회보험 수행기구는 국가의 감독을 받는다(사회법전 IV권 87조1항).

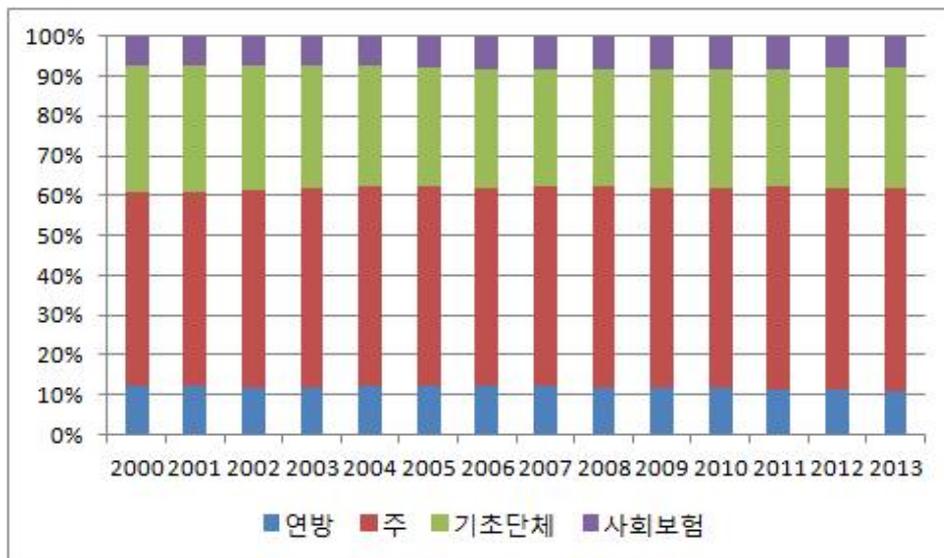
감독 기능은 중앙정부에서 행사하고 있지만 중앙정부의 외청 형식으로 노동사회부 산하에 사회보험청(Bundesversicherungsamt)을 두어 질병보험, 요양보험, 연금보험, 산재보험을 감독하도록 하고 있다. 사회보험청 업무의 감독은 제도별로 상이한데, 연금 및 산재보험은 노동사회부, 질병보험 및 요양보험의 경우는 연방보건부의 감독을 받도록 하고 있다(사회법전 IV권 94조). 즉 중앙정부는 사회보험청이라는 감독기구의 감독을 담당하는 셈이다.⁸⁵⁾

85) 사회보험청은 2014년 6월 현재 Maximilian Gaßner가 청장을 맡고 있고 8개의 국으로 구성되어 있다. 국별 업무영역 다음과 같다. 1국(사회보험 일반), 2국(질병 및 요양보험), 3국(질병 및 요양보험 재정), 4

“半주권국가”(semi-sovereign state)라는 개념은 상대적으로 약한 중앙정부와 상대적으로 강한 지방정부 및 시민사회의 권력배분 상태를 두고 이르는 말이다 (Katzenstein 1987). 정책결정은 연방정부의 고유한 권한이 아니라 주정부 및 기초단체의 협조에 의해서 이루어지도록 다양한 장치가 마련되어 있다. 연방차원의 법률제정에 있어서도 주정부를 대변하는 연방상원(Bundesrat)의 동의를 얻어야 하는 경우가 많다. 법률의 제·개정에서 연방의회나 연방정부 뿐 아니라 주정부나 사회적 행위자가 깊이 개입하여 이들 사이의 조정이 필요한 현상을 정책연계(Politikverflechtung)라고 한다.

공공서비스 인력의 구성에서도 겸손한 중앙정부의 모습이 드러난다. <그림 3-4-3>에서 2000년부터 2013년까지 공공서비스 인력의 상대적 구성을 살펴보면 대략 연방정부가 10%, 주정부가 50%, 기초단체가 30%, 사회보험이 10% 정도를 차지하고 있으며 정책과 제도의 변화가 있었음에도 불구하고 그 비율은 일정하게 유지되고 있다.

<그림 3-4-3> 독일 공공서비스 인력의 상대적 구성



자료: Statistisches Bundesamt

국(연금 및 산재보험, 국제 사회보험법), 5국(사회보험 수행기관 재정 및 자산), 6국(질병 및 요양보험 심사), 7국(정보, 통계), 8국(일반 행정).

2013년 6월 30일 현재 공공서비스 인력의 구성을 조직 수준별, 분야별로 살펴보면 <표 3-4-3>과 같다. 이 가운데 보건복지 분야는 연방정부 소속에 비해 주정부나 지방정부 소속 종사자가 훨씬 많으며, 사회보험기구에 소속된 종사자도 상당함을 알 수 있다. 노인복지 분야의 종사자를 분야별, 소속기관별로 분류해 내기에는 자료의 접근에 한계가 있다. 그러나 사회정책의 일반적인 흐름과 인력 구성을 미루어 짐작하자면, 노인복지정책 역시 중앙정부에서 기본적인 정책기조를 설계하되, 정책집행은 물론 부분적으로 정책수립의 영역에 까지 지방정부 및 사회보험 기구의 역할이 매우 중요하다고 평가된다.

<표 3-4-3> 독일 공공서비스 인력의 소속 및 분야별 구성(천명)

분야	연방	주	기초단체	사회보험	계
일반행정	398.0	732.7	435.3	0.1	1,566.1
교육, 학술, 연구, 문화	17.3	1415.8	203.0	0.1	1,636.2
사회보장, 가족, 청소년, 노동시장정책	3.9	41.5	387.8	378.4	811.6
보건, 환경, 스포츠, 휴양	8.0	85.2	508.5	22.4	624.1
주택, 도시건설, 공간, 지자체 서비스	0.0	23.0	227.5	-	250.5
농업, 임업, 영양	1.6	36.7	9.6	-	47.9
에너지, 수도, 기업지원, 서비스	102.4	63.2	278.1	2.1	445.8
교통, 통신	158.9	99.6	115.2	-	373.7
재정	8.4	3.8	5.8	0.1	18.0
계	698.4	2,501.5	2,170.9	403.1	5,773.8

자료: Statistisches Bundesamt

2. 소득보장제도와 추진체계

가. 연금

공적 연금보험은 노후 소득보장제도의 근간⁸⁶⁾이며, 공적 연금보험도 국민연금, 공무원연금, 농민연금 등으로 구성된다. 이 중 2005년에 사무직노동자, 생산직노동자,

광산업종사자 연금을 통합한 국민연금(gesetzliche Rentenversicherung)이 독일 연금제도의 주축을 이룬다.

독일 국민연금의 가입대상은 적극적 가입자와 소극적 가입자로 구별된다. 적극적 가입자는 다시 당연가입자, 임의가입자, 저임금가입자, 의제가입자로 구분할 수 있다. 또한 소극적 가입자는 경과적 가입자와 잠재적 가입자로 나뉜다.⁸⁷⁾ 유형별 가입자의 규모 현황은 <표 3-4-4>와 같다.

<표 3-4-4> 독일 국민연금 가입자 현황

(단위: 천명)

연도	적극적 가입자				소극적 가입자		합계
	당연 가입자	임의 가입자	저임금	의제 가입자	잠재적 가입자	경과적 가입자	
2009	31,789	343	5,181	205	14,337	2,742	52,205
2010	32,113	323	5,213	186	14,124	2,729	52,223
2011	29,373	303	5,333	2,628	14,111	2,766	52,423

자료: BMAS (2013), p. 73

국민연금의 급여는 ‘개인별 소득점수’, ‘연금종별 요인’, 그리고 ‘실질연금가치’ 등 3가지 기준에 따라 산정된다. 개인별 소득점수는 수급자가 연금제도에 가입한 기간과 가입기간 동안의 소득수준에 의해서 산출된다. 연금종별 요인이란 급여의 종류에 따라 연금액에 부여되는 가중치와 같은 개념으로, 노령연금의 경우 1로 하되 장애연금, 유족연금 등 종류별로 점수가 상이하게 설계되어 있다. 실질연금가치는 가입자 전체의 소득수준을 반영하여 연금액을 조정하도록 도입된 변수다. 국민연금의 수급자와 월평균 급여 현황은 <표 3-4-5>에 정리하였다. 연금 수급자 현황과 월평균 급여액을 보면, 수급자의 경우에 남성보다 여성이 많음을 알 수 있다. 이는 독일 연금제도의 수급권은

86) 노후소득보장은 3개의 축으로 이루어진다. 제1축은 공적연금제도, 제2축은 기업연금제도, 제3축은 사적 연금이다. 그러나 이 보고서는 제1축인 공적연금제도 중에서 국민연금을 중심으로 서술한다.

87) 경과적 가입자는 조사년도에 적극적 가입자 요건을 갖추었으나 조사시점에서 제외되어 있는 경우이며, 잠재적 가입자는 과거 가입기록이 있으나 조사시점에서 가입요건을 충족하지 못하는 경우다(이정우 2012a, pp. 263-264).

성별 격차가 없는 즉 남성부양자 모델에서 탈피하고 있음을 의미하며, 또한 여성의 평균수명이 높다는 점에서 노인계층에서 남성보다 여성의 비율이 높다는 점을 반영하고 있다. 반면에 월평균 연금액의 경우에는 남성이 여성보다 상대적으로 높음을 알 수 있다. 결론적으로 연금수급권의 성별 격차는 없으나, 경제활동에 따른 소득은 성별격차에 있음을 의미하는 것이다.

<표 3-4-5> 독일 국민연금 수급자 수 및 월평균 급여

(단위 : 명, 유로)

연도	수급자 수			월평균 급여		
	남성	여성	계	남성	여성	평균
2010	8,582,550	10,555,772	19,138,322	976.8	543.8	738.0
2011	8,596,420	10,606,323	19,202,743	976.9	549.3	740.7
2012	8,640,226	10,660,664	19,300,890	992.1	563.2	755.2

자료: BMAS(2013), p. 17.

국민연금의 재원(수입)은 보험료 수입과 연방보조금으로 이루어진다. 보험료는 2010년과 2011년에 19.9%에 이르렀으나, 2013년과 2014년은 18.9%로 낮아졌다(Deutsche Rentenversicherung 2014, p. 14). 연방의 보조금은 전체수입의 25% 정도의 비율을 차지하고 있다.

<표 3-4-6> 독일 국민연금의 재정구조

(단위 : 백만 유로)

연도	수입		지출	
	보험료	연방보조금	총액	연금지급
2000	162,165	42,419	205,764	177,751
2005	167,980	54,812	228,111	198,812
2010	184,404	58,980	242,635	211,042
2013	193,576	59,852	252,784	219,084

자료: Deutsche Rentenversicherung(2014, p. 22)

독일의 공적연금제도는 연방정부의 노동사회부에서 담당하고 있다. 독일의 중앙부처는 약간의 예외를 제외하고 공통적인 조직구조를 갖는데, 대체로 장·차관 밑에 국

(Abteilung), 부국(Unterabteilung), 과(Referat)로 구성된다. 연금정책을 관장하는 노동사회부는 2014년 9월 현재 Andreas Nahles가 장관을 맡고 있으며, 4명의 차관을 두고 있다. 이 중 2명은 정무차관이며 2명은 행정차관이다. 국은 7개로, 각 국별로 2~3개의 부국이 있으며, 부국은 총 16개로 구성되어 있다(2014년 6월 현재).

<표 3-4-7> 독일 노동사회부의 조직구성

국	부국	담당업무
Z국 (인사, 예산, 조직)	a부국	인사, 내부 지원, 법률
	b부국	예산, 조직, IT, 내부정보보호
I국 (사회국가, 사회적 시장경제)	a부국	일반사회정책(Gesellschaftspolitik), 노동세계의 미래
	b부국	사회보험 제정 및 통계
II국 (노동시장정책, 외국인고용, 실업보험, 구직자 기초보장)	a부국	노동시장정책, 실업보험
	b부국	적극적 고용촉진
	c부국	구직자 기초생계 보장
III국 (노동법, 노동자 보호)	a부국	노동법
	b부국	노동자 보호
IV국 (사회보험, 노인보장)	a부국	사회보험
	b부국	연금보험, 보충적 노인부양
V국 (참여, 장애인, 사회적 보상, 공공부조)	a부국	예방, 재활, 장애인 정책
	b부국	사회적 보상, 의료급부, 참여지원정책
	c부국	공공부조
VI국 (유럽 및 국제 고용정책 및 사회정책)	a부국	유럽 고용정책 및 사회정책
	b부국	국제 고용정책 및 사회정책

자료: BMAS

<표 3-4-7>에서 알 수 있듯이, 독일의 노동사회부는 우리나라의 고용노동부와 보건복지부의 일부 기능이 합쳐진 역할을 수행하고 있다. 이 중에서 제IV국이 사회보험과 공적연금업무를 담당하고 있다. 제IV국은 사회보험과 연금보험 및 보충노후소득보장을 담당하는 2개의 부국으로 나뉘고, 부국은 각각 5개의 과로 구성되어 있다.

<표 3-4-8> 독일 노동사회부 제IV국의 구성 및 업무영역

부국	과	담당업무
IV국 a부국 (사회보험)	1과	사회법, 사회법원
	2과	사회보험 기본문제
	3과	사회보험 국제공조, 예술가 사회보험
	4과	산재보험
	5과	사회보험 보험료 및 신고
IV국 b부국 (연금보험, 보충적 노인부양)	1과	기본문제, 급여, 광산종사자
	2과	노후소득보장 기본문제, 연금재정
	3과	인별 피보험자, 가족관련 연금급여, 농민 노후보장
	4과	보충적 노후소득보장, 기업별 부양제도
	5과	재활

자료: BMAS

연금제도를 포함한 사회보험 업무를 관장하는 것은 연방정부의 노동사회부이나, 실질적인 관리·감독은 노동사회부 외청인 사회보험청에서 담당하고 있다. 사회보험청의 업무 중에서 연금과 산재보험은 노동사회부가, 질병보험과 요양보험은 보건부가 최종적인 감독을 하고 있다. 따라서 연방정부의 부처는 사회보험청의 감독 업무를 감독하는 역할을 담당하고, 사회보험청은 사회보험제도의 집행을 감독하는 2중적 구조를 형성하고 있다. 연금제도에 대한 관리·감독 업무는 사회보험청의 제4국이 담당하고 있다.

연금보험의 관리와 집행을 담당하는 기구는 직역 또는 산업별로 구성되며, 2005년에 대대적인 개혁을 거쳐 현재는 16개로 정리하였다. 연금보험의 관리·운영기구는 노동사회부와 사회보험청의 감독을 받으며, 가장 대표적인 관리·운영기구는 독일연금보험연합(Deutsche Rentenversicherung Bund; DRB)이다.

2. 공공부조

독일 공공부조제도는 사회법전 XIII권에 명시되어 있다. 급여의 종류는 생계급여, 기초소득보장, 의료급여, 장애인 재활지원, 장애인 요양부조, 긴급급여 및 기타급여, 시설급여 등으로 구성된다. 생계급여가 공공부조제도의 중심에 있으나, 2005년 제도의

개편으로 공공부조제도와 기초소득보장제도가 통합되어 65세 이상 노인의 기초소득 보장에 대해서는 사회법전 XIII권 4장 41조~46조에 규정하고 있다. 노인의 기초소득보장에 관한 규정은 생계급여보다 우선하도록 규정된다(19조 2항).

수급요건은 빈곤은 개인이 스스로의 소득(연금이나 기타 사회보장 포함)이나 자산으로 자신의 일상적인 생계를 정상적으로 유지할 수 있는 능력이 부족한 경우로 규정된다(이정우 2012b, p. 431). 수급자 수는 2012년 현재 46.5만 명에 이른다.

<표 3-4-9> 노인 기초보장제도 수급자의 연도별 현황

(단위 : 명)

연도	남성	여성	계
2003	74,748	182,986	257,734
2004	88,810	204,327	293,137
2005	110,166	232,689	342,855
2006	119,821	244,714	364,535
2007	129,695	262,673	392,368
2008	138,651	271,307	409,958
2009	140,324	259,513	399,837
2010	147,076	265,005	412,081
2011	158,437	277,773	436,210
2012	171,029	293,807	464,836

자료 : Statistisches Bundesamt

연방정부 차원에서 공공부조정책은 노동사회부 제V국 c부국이 담당하고 있으며, c부국은 3개의 과로 구성되어 있다.

<표 3-4-10> 독일 노동사회부 제V국 c부국의 업무

부국	과	담당업무
V국 c부국 (공공부조)	1과	공공부조 기본문제, 생계급여
	2과	소득 및 자산 기준
	3과	특별 생활상황 부조

자료: BMAS

노동사회부에서 공공부조, 특히 노인 공공부조를 담당하는 부서의 규모가 작은 것은 실질적인 정책결정과 집행을 주정부 및 지방정부가 담당하고 있기 때문이다. 노인 공공부조의 시행에 관한 사항은 주의 법률로 정하도록 규정하고 있다(사회법전 XIII권 46b조). 이에 따라 공공부조의 운영 방식이나 운영기구에 대한 선택권은 개별 주정부에게 권한을 부여하고 있으며, 보통 개별 지방정부의 사회국(Sozialamt)에서 맡고 있다(이정우 2012b, p. 447). 다만 노인 및 장애인 공공부조 지출에 대해서 연방정부가 2013년부터 75%, 2014년부터 100% 부담하도록 규정하고 있어, 재정적 측면에서 중앙정부의 책임성을 강화하고 있다(사회법전 XIII권 46a조).

3. 의료보장제도와 추진체계

가. 의료보장제도 개요

사회법전 V권은 독일 의료보장제도의 핵심인 질병보험에 관한 사항을 규정하고 있다. 의무가입대상은 법 5조에 명시되어 있으며, 법 6조에서 일정소득(2014년은 세전 연간 소득 53,550 유로) 이상인 자, 공무원 등 특수직역의 경우 의무 가입대상에서 제외하고 있다. 이들은 법정 질병보험이나 민간보험에 가입하거나, 별도의 특수직역 의료보장제도가 적용되고 있다. 2007년 의료보험 개혁으로 공적 의료보험이든 민간보험이든 모든 독일 국민이 보험가입 대상이 되었다. 피부양가족의 경우 배우자와 아동은 별도의 보험료 부담 없이 보험에 가입하도록 하고 있다(법 10조). 질병보험 가입자는 질병금고(Krankenkasse)에 가입하는데, 질병금고의 종류는 일반지역 질병금고(AOK), 직장 질병금고(BKK), 수공업자 질병금고(IKK), 농민 질병금고(LKK), 광산·철도·선원 질병금고(KBS), 노동자 질병금고(Ersatzkassen)로 명시되어 있다(법4조). 질병금고별 가입자 현황은 <표 3-4-11>에 보듯 노동자 질병금고, 지역 질병금고, 직장 질병금고 순으로 많은 가입자를 보유하고 있다.

<표 3-4-11> 독일의 질병금고별 가입자 현황(2013년 7월)

질병금고 유형	금고 수	가입자 수
AOK(일반지역)	11	18,211,668
BKK(직장)	107	8,415,180
IKK(수공업자)	6	3,999,115
LKK(농민)	1	540,071
KBS(광산, 철도, 선원)	1	1,423,548
VdEK(근로자)	6	19,714,235
계	132	52,303,817

자료: BMG

질병보험의 가입자 현황을 보면, 2013년 7월 1일 현재 가입자는 총 6,985만 명이 며, 이중 65세 이상의 노인은 1,535만 명으로 22%를 차지하고 있다.

<표 3-4-12> 독일 질병보험의 유형별, 연령별 가입자 현황(2013. 7.1)

(단위 : 명)

연령	가입자				가족가입	합계
	의무가입	임의가입	연금수급자	소계		
15세 이하	2,596	42,570	82,311	127,477	8,703,426	8,830,903
15-20세	534,149	19,949	80,201	634,299	2,912,489	3,546,788
20-25세	2,572,086	39,411	52,714	2,664,211	1,404,197	4,068,408
25-30세	3,841,115	191,114	33,353	4,065,582	326,472	4,392,054
30-35세	3,524,420	412,603	21,903	3,958,926	378,574	4,337,500
35-40세	3,034,014	451,693	39,631	3,525,338	441,053	3,966,391
40-45세	3,395,643	593,034	82,163	4,070,840	529,404	4,600,244
45-50세	4,167,178	871,506	168,640	5,207,324	630,515	5,837,839
50-55세	3,946,271	859,776	289,785	5,095,832	640,320	5,736,152
55-60세	3,091,217	705,666	430,532	4,227,415	615,770	4,843,185
60-65세	1,948,091	469,819	1,377,212	3,795,122	547,492	4,342,614
65-70세	183,568	206,462	2,874,291	3,264,321	119,149	3,383,470
70-75세	51,445	183,716	3,817,184	4,052,345	112,089	4,164,434
75-80세	20,306	153,764	3,321,316	3,495,386	109,591	3,604,977
80-85세	5,635	69,976	2,048,897	2,124,508	61,724	2,186,232
85-90세	1,936	33,551	1,305,002	1,340,489	15,958	1,356,447
90세 이상	693	17,766	635,943	654,402	2,882	657,284
계	30,320,363	5,322,376	16,661,078	52,303,817	17,551,105	69,854,922

자료: BMG

독일의 의료지출 현황을 살펴보면 GDP 대비 의료비 지출은 2013년 현재 11.3%, 의료비 가운데 공공지출이 차지하는 비중은 77.1%에 이르고 있다.

<표 3-4-13> 독일의 GDP대비 의료지출 현황

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
GDP 대비 의료비	10.6	10.5	10.7	11.8	11.6	11.2	11.3	11.3
의료비 중 공공지출의 비중	76.4	76.4	76.4	76.8	76.7	76.5	76.7	77.1

자료: OECD, SOCX data.

1인당 연평균 의료비 지출은 2010년 기준으로 2,421 유로이며, 65세 이상 노인의 경우에는 평균을 크게 상회하는 의료비 지출을 보인다. 특히 86세 이상 후기노인의 경우에는 평균의 2.5배를 지출하는 것으로 나타난다.

<표 3-4-14> 독일의 연령별 1인당 연평균 의료지출 현황(2010년)

연령구분	지출액(유로)*	연령구분	지출액(유로)*
0	2,579 (106%)	46-50	2,027 (84%)
1-5	1,000 (41%)	51-55	2,418 (100%)
6-10	995 (41%)	56-60	2,871 (119%)
11-15	1,124 (46%)	61-65	3,209 (133%)
16-20	1,036 (43%)	66-70	3,559 (147%)
21-25	1,032 (43%)	71-75	4,203 (174%)
26-30	1,354 (56%)	76-80	5,090 (210%)
31-35	1,609 (66%)	81-85	5,666 (234%)
36-40	1,709 (71%)	86-90	6,002 (248%)
41-45	1,781 (74%)	90세 이상	5,998 (248%)

* 지출액의 백분비는 전체평균 2,421 유로를 100%로 기준으로 산정한 수치임
자료 : Repschläger(2012,37)

나. 의료보장제도의 추진체계

보건의료정책을 관장하는 보건부는 2014년 9월 현재 Hermann Gröhe가 장관을 맡고 있으며, 3명의 차관을 두고 있다. 이 중 2명은 정부차관이며 1명은 행정차관이다. 보건부는 6개의 국과 국 산하에 11개의 부국으로 구성되어 있다(2014. 9. 현재).

<표 3-4-15> 독일 연방 보건부의 조직구성

국	부국	담당업무
Z국(행정, 유럽 및 국제 보건정책)	1부국	행정
	2부국	유럽 및 국제 보건정책
G국(보건정책 기본문제)	1부국	보건정책 기본문제
1국(약제, 의료물품, 바이오 기술)	1부국	약제, 바이오 기술
	2부국	의료물품, 의약품
2국(보건의료제도, 질병보험)	1부국	보건의료제도, 병원
	2부국	질병보험
3국(질병관리, 전염병, 건강증진)	1부국	질병관리, 일반 건강부양, 바이오의료
	2부국	전염병, 건강보호
4국(사회보험, 노인보장)	1부국	요양보험
	2부국	예방

자료: BMG

보건부 조직 중에서 의료보장제도인 질병보험을 담당하는 부서는 2국의 22부국이다. 22부국은 8개의 과로 이루어져 있으며, 담당업무는 <표 3-4-16>과 같다.

<표 3-4-16> 독일 보건부 제2국 제22부국의 조직 및 업무

부국	과	담당업무
2국 22부국 (질병보험)	221과	질병보험 기본문제
	222과	가입자 범위, 구성원, 조직, 위험구조
	223과	급여, 보험료
	224과	계약의사, 계약
	225과	단체, 감독
	226과	의약품
	227과	보상
	228과	경제문제 및 재정

자료: BMG

연방정부 보건부는 질병제도 및 관련 법률의 제·개정, 질병금고 및 의료서비스 공급자 등 행위자들 사이에 조정 역할을 맡고 있다. 또한 질병금고 연합회, 보험계약 의사협회, 병원협회 등 각 공급자에 대한 관리감독 역할을 수행하고 있다.

16개의 주정부는 연방정부가 제정한 법률들에 근거하여 주 차원의 구체적인 법령들을 제·개정하는 등 보건의료 서비스 제공에 대한 실질적인 책임을 가진다. 이를 위하여 주 정부는 공적 질병금고, 지역 보험계약의사협회, 개별 병원, 주 병원협회를 실제로 감독하며 지원한다. 또한 주 정부는 공공병원을 운영하며, 매년 작성하는 주의 병원 계획에 따라 지역 주민에 대한 병원입원과 외래 진료를 보장하고 있다(이준영, 2012: 503).

4. 사회서비스제도와 추진체계

가. 요양보험

1995년에 새롭게 도입·시행하고 있는 요양보험은 사회법전 XI권에서 규정하고 있다. 요양보험의 의무 가입자는 질병보험의 경우와 동일하다(법 20조). 질병금고에 설치된 장기요양금고(Pflegekassen)가 장기요양보험의 보험자에 해당된다. 장기요양의 급여를 받기 위해서는 ‘요양필요성’이 있다고 인정되어야 한다. 요양필요성은 신체적, 정신적, 심리적 질병이나 장애로 일상생활에서 평범하고 규칙적인 일을 하는 데 지장이 있으며, 최소 6개월 이상 장기간 중대한 또는 높은 수준의 지원(돌봄)이 필요한 자로 규정하고 있다(법 14조). 요양필요성의 정도는 요양등급으로 판정하며, 경중에 따라 경중(1등급), 중등중(2등급), 최종중(3등급) 중 어느 하나를 인정받아야 한다(법 15조). 요양보험의 급여는 형태별로 현물급여, 현금급여, 혼합급여가 있으며, 급여의 종류별로 재가요양과 시설요양이 있다(법 28조). 2013년 12월 31일 기준으로 연령대별 수급자를 살펴보면 총 수급자 248만 명 가운데 65세 이상 고령자가 198만 명으로 전체 수급자의 약 80%를 차지하고 있다.

<표 3-4-17> 독일 장기요양보험 연령대별 수급자 현황(2013.12.31)

연령대	재가요양	시설요양	합계	수급자 대비 비율
15세 이하	70,843	1,661	72,504	2.9
15-20세	25,053	1,946	26,999	1.1
20-25세	22,636	3,626	26,262	1.1
25-30세	21,271	4,680	25,951	1.0
30-35세	18,660	4,864	23,524	0.9
35-40세	17,460	5,379	22,839	0.9
40-45세	22,475	8,174	30,649	1.2
45-50세	33,454	13,420	46,874	1.9
50-55세	44,008	17,976	61,984	2.5
55-60세	51,855	19,609	71,464	2.9
60-65세	70,778	23,577	94,355	3.8
65-70세	85,107	25,658	110,765	4.5
70-75세	163,882	50,917	214,799	8.7
75-80세	260,789	88,634	349,423	14.1
80-85세	314,528	126,421	440,949	17.8
85-90세	312,854	172,767	485,621	19.6
90세 이상	203,684	170,944	374,628	15.1
계	1,739,337	740,253	2,479,590	100.0

자료: BMG

장기요양보험의 재정은 질병보험이나 다른 사회보장제도와는 달리 연방정부와 주정부 등의 재정지원이 없으며, 재원을 가입자의 보험료로 전액 충당된다. 장기요양보험의 재정은 대체로 수지 균형을 맞추고 있는 상황이며, 2013년에 수입은 250억 유로, 지출은 243억 유로이다.

<표 3-4-18> 독일 장기요양보험 재정의 연도별 현황

(단위 : 억 유로)

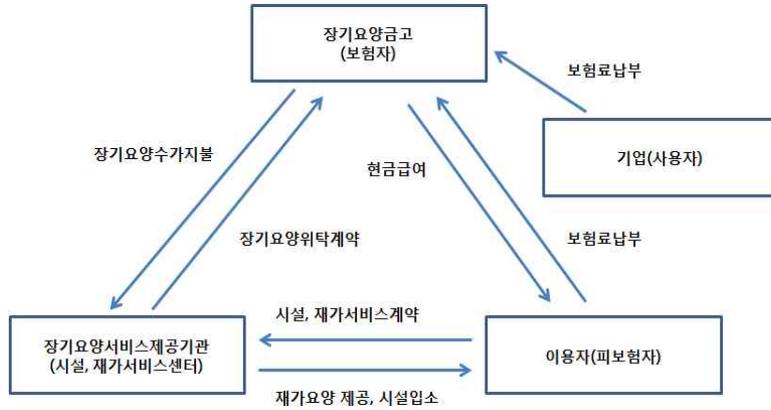
년도	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
수입	169	175	185	180	198	213	218	222	230	250
지출	177	179	180	183	191	203	215	219	229	243

자료: BMG

독일의 요양보험은 피보험자(이용자)와 고용주(기업)이 보험자인 요양금고에 보험료를 납부하고, 요양금고는 서비스 제공기관과 계약을 체결하고 수가를 지급한다. 서비스 제공기관은 이용자와 시설 및 재가 서비스 계약 하에 재가 및 시설 요양을 제공하는

체계로 이루어져 있다.

<그림 3-4-4> 독일 장기요양보험체계의 체계도



자료: 선우덕 외(2012)

요양보험과 관련하여 연방정부와 지방정부의 역할은 거시적 차원의 제도 감독과 운영에 관한 지도가 주를 이루며, 서비스 제공 및 운영에 관해서는 전적으로 보험자인 요양금고가 책임을 진다. 연방정부 차원에서 요양보험을 관장하는 보건부는 법 제정과 정책결정 및 제도를 총괄적으로 관리하는 역할을 한다(임성근, 2012:114). 보건부의 4국 41부국에서 요양보험을 관장하고 있다. 질병보험 담당 부서가 8개 과로 구성되어 있는데 반해, 요양보험은 5개 과로 이루어져 있다.

<표 3-4-19> 독일 보건부 제4국 제41부국의 조직 및 업무

부국	과	담당업무
4국 41부국 (요양보험)	411과	요양보험 기본문제
	412과	가입자 범위, 급여, 보험료
	413과	요양필요성 개념, 질보장, 요양의 일반문제
	414과	요양계약, 보상
	415과	제정

요양보험제도의 집행과 관리는 주정부 및 지방정부, 보험자인 요양금고의 몫이다. 주정부는 지역의 요양금고에 대한 감독, 인프라 확충을 맡고 있으며, 지방정부는 요양기관의 인·허가, 시설과 요양인력의 기준을 마련하고 심사한다. 독립된 공법인 형태로 국가의 감독을 받는 요양금고는 요양보험의 관리주체이며 운영자로서 서비스 제공기관과의 계약 체결, 서비스 제공에 따른 급여 지급, 서비스 수가에 대한 개별 협상 등의 역할을 수행한다. 따라서 요양서비스의 제공은 요양기관이 맡고 있다.

나. 주거 및 에너지 지원

노인의 주거복지 관련 법제는 다양하다. 사회법전 I 권 7조 1항은 적당한 주거를 위해 충분한 수단을 갖지 못한 사람은 적합한 주거를 위한 보조금을 받을 수 있다고 규정하고 있으며, 개별내용은 주택수당법(WoGG)에서 규정하고 있다. 주택수당법과 사회법전 XIII권(공공부조)은 주거복지에 대한 일반적 법률이라면, 요양보험법, 양로 및 요양시설법(Heimgesetz), 주거 및 돌봄계약법(Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz) 등은 노인의 주거복지에 초점이 맞추어진 법이라고 할 수 있다.

주택수당은 임대차의 경우에는 임대료에, 자가 소유 주택의 경우에는 자가 소유에 따른 부채에 대해 지원금을 지급하는 제도다(법1조). 주택수당은 가구원 수, 임대료(또는 부채), 소득을 반영하여 산정함으로써 주로 저소득 가구를 지원하고 있다. 2012년 12월 31일 기준으로 주택수당은 총 69만 120가구가 수급하고 있는데, 이 중 연금수급자가 322,615 가구로서 절반 가까운 46.7%를 차지하고 있으며, 1인(독거) 노인가구는 288,281 가구에 이른다(Statistisches Bundesamt). 주택수당은 은퇴한 고령의 저소득 1인 가구에게 중요한 주거복지 수단으로 기능하고 있다.

요양보험법 상의 재가 및 시설요양도 주거복지의 일환으로 볼 수 있다. 양로 및 요양시설법은 노인 또는 요양이 필요하거나 장애가 있는 사람들이 입소하여 이들에게 주거공간을 제공하고 돌봄 서비스를 제공하는 시설을 규정하고 있다. 주거 및 돌봄계약법은 노인 또는 요양이 필요하거나 장애가 있는 사람들이 거주지에서 시설로 옮길 경우 계약의 내용을 규율하고 있다.

공공부조의 생계급여(Hilfe zum Lebensunterhalt) 항목에는 난방급여가 포함되어 있다. 난방급여의 수준은 주거면적, 난방시설의 종류와 상태, 가구규모, 수급자의

건강이나 연령을 감안한 난방수요 등을 종합적으로 결정한다(이정우, 2012b:418).

주택수당제도는 연방정부의 교통·디지털·인프라부가 담당하며, 2013년 12월에 연방 교통·건설·도시개발부에서 현재의 이름으로 변경되었다. 공공부조를 담당하는 노동사회부는 공공부조의 생계급여에 포함되어 있는 주거 및 난방지원 제도를 관장한다. 이들 중앙부처는 관련 법률의 제·개정 및 전반적인 감독의 책임을 맡는다. 실제 주거 및 에너지 지원정책은 주정부 및 지방정부가 수행한다.

다. 사회참여 지원

독일의 노인이 사회활동에 참여하는 형태는 노동시장 참여, 여가문화 활동 참여, 자원봉사활동, 평생교육 등으로 구별할 수 있다. 최근 들어 노인의 노동시장 참여가 증가하고 있다고 하지만, 고령자는 노동시장정책의 핵심은 아니다. 노인의 사회참여는 비경제활동 인구로서 여가를 어떻게 활용하느냐가 핵심적인 문제인데, <표 3-4-20>에서 보는 바와 같이, 사회참여의 주된 형태는 자원봉사와 교육이다. 자원봉사는 복지단체를 중심으로 무보수 명예직으로 활동하는 것이 일반적이며, 노인층 대상 교육은 주나 시에서 운영하는 시민대학, 노인대학, 대학의 특별강좌, 시민강좌 등의 형태로 이루어지고 있다(정경희 외, 2011:112-118). 참여형태별로 보면, 2008년 현재 55~69세 노인의 55%, 70~85세 노인의 32%가 사회활동에 참여하고 있다.

<표 3-4-20> 독일 노인의 사회참여 현황

(단위 : %)

	55-69세			70-85세		
	자원봉사	교육	병행	자원봉사	교육	병행
1996	32	4	8	19	3	3
2002	31	5	11	17	3	4
2008	34	5	16	20	5	7

자료: German Ageing Survey.

가족·노인·여성·청소년부가 노인의 사회참여 지원정책을 총괄하는 부처다. 2014년 9월 현재 Manuela Schwesig가 장관을 맡고 있으며, 3명의 차관을 두고 있다. 이 중

2명은 정부차관이며 1명은 행정차관이다. 각 국은 5개로, 부국은 총 11개로 구성되어 있다(2014년 9월).

<표 3-4-21> 독일의 연방 가족·노인·여성·청소년부의 조직구성

국	부국	업무영역
1국(행정, 참여정책)	1부국	인사, 예산, 교육, 유럽 사회기금
	2부국	법률, 조직, 행정
	3부국	참여
2국(가족정책)	1부국	기본문제, 가족정책 인프라
	2부국	가족관련 수당, 모성보호, 입양
3국(노인)	1부국	기본문제
	2부국	사회활동 지원
4국(여성)	1부국	기본문제, 양성평등 정책
	2부국	법률, 성적학대
5국(청소년)	1부국	기회균등, 통합, 사회적 일자리, 청소년 보호
	2부국	법률, 돌봄

자료: BMFSFJ

노인을 대상으로 하는 사회서비스제도 중 노인의 사회참여 지원을 총괄하고 있는 제 3국의 두 개의 부국으로 구성되어 있으며, 과별 담당 업무는 <표 3-4-22>와 같다. 이 중 제2부국의 311과, 312과, 313과가 노인의 사회활동 참여, 교육, 복지단체 및 사회적 일자리 등을 지원하는 업무를 맡고 있다.

<표 3-4-22> 독일 가족·노인·여성·청소년부 제3국의 조직구성 및 업무

부국	과	담당업무
1부국	301과	기본문제, 노인연구, 노인 양성평등
	302과	가족돌봄
	303과	노인건강, 치매, 참여
	304과	노인지원 일반법률, 사회보장
	305과	노인돌봄법, 주거 및 돌봄계약법
2부국	311과	노인 사회활동 기본문제
	312과	노인 교육
	313과	복지단체, 사회적 일자리
	314과	주거
	315과	다세대 가정
	316과	인구변화, 국제 노인정책

자료: BMFSFJ

부처의 명칭에 ‘노인’이 포함되어 있음에도 불구하고 연방 가족·노인·여성·청소년부는 노인복지정책에서 주도적인 역할을 하고 있다고 보기는 어렵다. 소득보장 정책의 경우 연금보험 및 공공부조는 노동사회부가, 질병보험 및 요양보험은 보건부의 소관사항에 해당되기 때문이다. 가족·노인·여성·청소년부는 노동사회부 및 보건부 관할 사항 이외 노인의 사회참여 지원에 해당하는 잔여적 범주의 업무를 맡고 있다고 보아도 무방할 것이다.

제5절 정책적 시사점

1. 미국의 노인복지정책 추진체계의 시사점

미국의 노인복지정책은 1935년 사회보장법이 생겨나면서 그 기초가 마련되었고, 1965년 노인복지법이 제정되면서 본격화 되었다. 1965년에 65세 이상의 노인 인구는 전체 인구의 약 10분의 일이 채 안 되었을 때 노인 의료보장과 사회서비스의 근간이 되는 법 체계가 마련되었으며, 그 이후로 점차 늘어 가는 노인인구의 요구와 인구 고령화로 인해 변해 가는 서비스 요구에 맞추어 장기요양 및 복지서비스 정책들을 개발, 확대하여 왔다.

미국의 노인복지정책의 소득보장, 의료보장, 그리고 장기요양 및 사회서비스를 담당하는 연방 행정기관은 사회보장청(소득보장), 연방 보건사회복지부내 의료보험센터(의료보장), 그리고 연방 보건사회복지부내 지역생활정책실 및 노인복지실(장기요양 및 사회서비스)으로 나누어져 있다. 각 조직들은 다른 행정 조직들과 긴밀히 연결되어 있으며 협조 하에 정책 추진 및 운영을 해 오고 있다. 예를 들어 대부분의 장기요양서비스는 노인복지법과 메디케이드의 재정으로 운영되기 때문에 보건사회복지부 내의 의료보험센터와(CMS)와 노인복지실(AoA)의 협조는 불가피하다. 노인, 장애인, 가족과 아동 등 다양한 그룹을 포괄하는 사회복지정책의 개발 및 부서간 협력을 위하여 연방 보건사회복지부는 정책개발평가차관보(ASPE)을 두고 있다. 차관보 산하에 장애·노인·장기요양과(The Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy, DALTCP)는 연방 보건사회복지부 내의 노인복지실, 장애인복지국, 그리고 의료보험센터와 긴밀한 협조관계를 맺으며 노인과 장애인을 포괄하는 장기요양정책에 대한 계획 및 평가를 책임지고 있다.

역사적, 사회적, 인구학적, 그리고 정치적 차이로 인하여 미국의 노인복지정책의 추진 및 운영 체계는 한국의 노인복지체계와 많은 차이점이 있으므로 미국의 사례는 한국의 노인복지정책 추진체계에 직접적으로 적용될 수 없을 것이다. 다만 이 사례연구를 통해 몇 가지 정책적 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 미국의 연방정부와 주정부는 이미 주어진 프로그램 실행 및 서비스 전달 인프

라스트리크처를 이용하여서, 노인인구 증가에 따른 사회적 요구를 충족시키기 위한 새로운 의료 및 사회복지 프로그램들을 실행하고자 한다. 주정부 노인복지국과 Area Agencies on Aging 은 노인복지법이 명시한 노인복지서비스를 실행하기 위해 설립되었다. 하지만 오랜 시간동안 많은 주의 노인복지 담당기관들과 지역의 노인복지 기관들(Area Agencies on Aging)은 노인복지법이 제공하는 노인복지서비스 뿐 아니라 메디케이드에서 재정 지원되는 재가 또는 지역사회 중심의 장기요양서비스의 운영을 하고 있다. 그리고 많은 Aging Service Network 기관들이 사회서비스 포괄보조금(Social Service Bloc Grant)에서 지원하는 노인 확대 방지프로그램, 주정부 의료보험 프로그램(State Health Insurance Program, SHIP), 그리고 보건법(Public Health Service Act)이 지원하는 프로그램들, 그리고 주 정부의 일반 예산에서 지원하는 노인 및 장애인을 위한 수 많은 서비스들의 운영을 하고 있다. 의료보장 시스템 또한 Aging Service Network에 크게 의존하고 있다. 예를 들어, 2006년 메디케어 파트 D 처방약 보험을 처음 도입 실행할 때, 연방 의료보험센터는 Aging Service Network 에이전시들의 아웃리치 및 어시스턴스 역량을 이용하였다. 또한 의료시스템은 환자들이 병원 입원치료에서 회복단계 시설로, 그리고 nursing home 같은 장기요양시설에서 지역사회와 재가로 이어지는 “continuum of care”를 실현하기 위해 Aging Service Network의 자원에 의존하고 있다.

둘째, 사회서비스 개발과 전달의 효율을 높이고, 행정 부서간의 중복되는 업무를 줄이고, 예산 집행의 효율성을 높이기 연방 보건사회복지부의 노인복지실와 장애인복지부서 간 협력과 통합이 이루어지고 있다. 노년과 장애인에 대한 서비스는 겹치는 부분이 많기 때문에 주 정부 및 지역 노인복지기관 차원에서 협력과 연합은 과거 오래 동안 지속되어 왔었다. 최근 연방 정부 차원에서는 노인복지실(AoA)와 장애인국, 발달장애인국을 통합하여서 지역생활정책실(ACL)이라는 단일 기관을 설립하여서 부서간에 중복되는 업무를 줄이고, 통합적인 정책 개발과 실행을 추구하고 있다. 지역생활정책실(ACL)의 설립 이전에는 노인복지실과 장애복지 부서 사이의 협력과 정책 추진 및 조율을 위한 협력위원회가 존재했었다. 지역생활정책실(ACL)의 설립은 주 정부 및 Aging Service Network로 대표되는 노인복지정책 체계의 밑으로 부터의 요구와, 증가하는 의료 및 장기요양서비스의 정부 지출을 조정하고, 재가 및 지역중심의 서비스를 확대하기 연방 정부의 정책적 의도가 함께 반영된 것이다.

셋째, 미국의 연방 보건사회복지부 및 지역생활정책실/노인복지실은 정책 수립 및 결정에서의 효율성뿐만 아니라 서비스 전달의 효율성을 높이고자 Single points of entry/no wrong door (SPEs)/NWD 정책을 추진하고 있다. 2006년 개정된 노인복지법은 노인·장애인 리소스센터(Aging and Disability Resource Centers, ADRCs) 설립을 제도화하여, 주 정부들이 ADRC를 설립하도록 교부금 지원을 하고 있다. ADRC는 노인 및 장애인에게 필요한 모든 (공공 또는 민간) 장기요양서비스에 대한 정보를 제공하고, 개인의 요구에 가장 적합하고 효율적 서비스 공급을 지원하는 Single Points of Entry 개념의 서비스 기관이다. 또한 2014년부터 오바마케어로 불리는 전국민 의료보험의 실시를 저소득층 공공의료보험인 Medicaid의 확대를 가져왔을 뿐 아니라, 프로그램 운영의 효율성을 높이고자 Medicaid 수급 신청 및 수급심사 시스템의 전산망 통합을 추진하고 있다. 오바마케어로 인한 이러한 정책 변화는 원래 노인의 의료장시스템을 대상으로 하는 것은 아니나, 주 정부들과 노인 권익보호단체들은 노인들의 의료 및 장기요양서비스에 대한 접근권을 높이기 위해 노인을 포함한 모든 메디케어 수급자들의 수급심사를 위한 단일 시스템 개발을 위한 정책을 추진 중이다. 또한 연방정부의 주도하에 몇몇 주정부 및 지방정부들은 메디케어와 메디케이드로 양분된 시스템을 통합한 의료보험 플랜 개발을 추진하고 있다. 이것은 장기요양서비스 및 의료서비스 전달의 행정적 복잡성 및 비효율성을 줄이고, 수급자들에게는 다양한 서비스들을 한곳에서 접근할 수 있도록 하기 위한 Single points of entry/no wrong door (SPEs)/NWD 정책의 일환이기도 하다.

2. 호주 노인복지정책 추진체계의 시사점

호주는 이민자에 의해서 세워진 다민족 국가이면서, 소득 수준이나 사회의 발전 정도가 비슷한 다른 서구의 국가와 이웃하지 않는다는 역사적, 지리적 맥락 하에 독특한 특성의 사회보장제도를 발전시켜 왔다. 사회보장제도의 기본적 틀은 이민 모국이 속한 서구의 제도와 유사하지만, 이와 구별되는 독자적인 발전의 양상도 상당 부분 가지고 있다. 한국 역시 노인복지제도를 비롯한 사회보장제도의 대부분을 서구의 제도에서 차용함과 동시에 한국의 사회문화적 특징을 반영하고 있다는 점에서 호주의 사례에서 얻는 정책적 시사점과 함의가 적지 않을 것이다.

첫째는 호주 사회보장체계의 가장 두드러진 특징은 노인복지정책의 가장 핵심이 되는 노후소득보장의 공적연금제도가 '사회보험'방식의 보편적 제도가 아닌 '공공부조'방식의 선별적 제도라는 점이다. 따라서 공적연금의 포괄범위(coverage)와 급여의 적절성에 구조적 제약이 있고, 이로 인하여 필연적으로 기업연금 또는 퇴직연금과 같은 사적연금제도의 의존도가 높다. 호주의 경우 기업연금에 해당하는 법정퇴직연금은 국가가 제도적 기틀을 마련하고 강제성을 확보하였지만, 제도의 집행과 기금 운용은 민간이 하며 개인이 기금을 선택하는 방식이다. 다른 서구의 복지국가와 비교했을 때 공적 연금의 소득 대체율이 낮고 퇴직연금과 개인저축을 강조하는 경향성이 강하다. 이러한 정책적 지향성은 생애 소득 기간 동안 안정적인 소득(임금)을 유지할 수 있는 상황 하에서 가능하다. 그럼에도 불구하고 호주의 노인빈곤율이 한국을 제외하고 OECD 최하위 수준이라는 것은 공공부조 방식의 소득보장 체계가 갖는 근본적인 문제와 더불어 퇴직연금의 제도적 미성숙으로 인한 제도 간 보완성이 불충분하다고 해석할 수 있다. 이는 다층소득보장체제가 논의되고 있지만 소득 기간 동안 적절한 수준의 노후자금을 축적하기 어렵고, 공적연금(국민연금)이 노후 소득보장에 충분하지 않으며, 퇴직연금 역시 제도적 정착이 미흡한 우리의 현실에 시사하는 바가 크다. 즉 노후소득보장은 사회보험방식의 보편적 제도가 핵심이 되어야 하며, 퇴직연금과 같은 사적제도의 역할 확대를 통해서 공적제도와 사적제도간의 역할분담과 조화가 필수적이라는 것이다.

두 번째는 사회복지정책의 추진체계의 구성이 대상별 편제가 아닌 기능별 편제로의 뚜렷한 지향성을 가지고 있다는 점이다. 호주의 노인복지정책의 추진체계에 있어서 보건·노인부라는 대상 특화된 부처가 존재했다. 그러나 현재는 소득보장, 의료보장, 사회서비스 등의 영역으로 구분하여 기능 중심의 부처 개편을 통하여 '노인' 전담 부서는 사라졌다. 사회복지정책의 내용과 기능은 그대로 유지하면서 정책결정과 집행의 실효성을 제고하는 동시에 급여·서비스 제공체계의 통합성을 극대화하기 위한 방안으로 추진체계의 기능별 편제를 강화한 것이다. 2013년에 시행된 호주의 정부부처 개편은 정책체계와 집행체계 사이의 복잡함을 간소화하고, 서비스 제공체계의 집중도를 높인 것으로 평가할 수 있다. 이전에는 노후소득보장, 의료보장, 사회서비스를 별도의 부처에서 담당하고 센터링크가 전달하는 구조였으나, 개편 이후 노후소득보장과 의료보장은 센터링크를 직접 관할하는 인적서비스부로 통합되면

서 정책체계와 집행체계 간의 효율성 역시 높아졌다고 할 수 있다.

셋째로 다른 국가와 비교하여 호주 사회복지정책 추진체계에서 가장 눈에 띄는 특징은 ‘센터링크’의 존재이다. 센터링크는 1997년 설립되어 해를 거듭할수록 기능 확대와 집중화가 지속적으로 추진되어왔다. 이용자 중심의 접근, 서비스 전달의 효율성 측면에서 센터링크의 역할은 비교적 성공적인 것으로 평가되고 있다. 특히 노인복지정책에서 센터링크가 가지는 의미는 더욱 크다. 노인들은 서비스 접근성이 특히 떨어지는 편으로 주요 서비스 분야인 의료, 사회서비스, 소득보장의 체계가 분리되어 있을 때 정책 장벽은 더욱 높게 인지된다. 이처럼 노인 분야에서 전달체계의 간소화와 접근성 제고는 정책의 실효성을 결정할 정도로 중요한 문제라는 점에서 호주의 센터링크와 전달체계 개편을 세심히 살펴볼 가치가 있다. 또한 센터링크를 인적서비스부 산하기관으로 편입하여, 관리·감독업무를 일원화함으로써 집행체계의 일관성을 제고하였다.

호주의 사례를 통해 사회복지정책 추진체계의 대상별 혹은 기능별 편제가 가지는 각각의 장단점을 논외로 하더라도, 정책집행에 있어서 행정력의 낭비를 최소화하면서 서비스를 적절하게 전달하기 위한 체계를 구축하는 것이 중요하다는 점을 인식해야 한다. 이용자 중심의 접근, 급여와 서비스 전달의 통합성, 정책체계와 집행체계의 일관성과 구심력 유지를 위한 정책적 기초의 마련이 핵심일 것이다.

3. 프랑스 노인복지정책 추진체계의 시사점

프랑스의 노인복지정책 추진체계의 특징을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 중앙행정부처 중 현행 노인복지정책 주관 부처는 사회·보건성이다. 2012년 기준 해당 부처의 중앙 공무원 수는 총 11,157명으로서 전체 대비 0.8%를 차지하고 있다. 사회·보건성 소속 중앙공무원의 대부분은 지자체나 공공행정단체에 파견 근무 공무원이며 22%정도가 정부청사에 근무 중이다.

둘째, 사회·보건성 현행 직제는 3명의 장관직(1명의 장관과 2명의 담당장관), 3개의 총국, 2개의 국, 1개의 사무처 그리고 1개의 사회문제감사실로 구성되어 있다. 담당장관직은 프랑스 특유의 행정부처 직제로서 해당 부서 업무 중 특정 업무를 주관하는 임무를 띠고 있다. 노인복지정책 분야는 가족·노인·자율성 담당 장관이 맡고 있다. 한편

노인복지 정책의 실질적 주관은 중국 혹은 국에서 담당하고 있는데 분야별로 구분되어 있다. 예컨대 연금을 통한 소득보장은 사회보장국(DSS) 산하 연금 및 보충 사회보호제도 담당부국에서 담당하고 있으며 노인대상 공공부조는 사회적 결속 총국(DGCS) 산하 사회적 포용, 편입 및 빈곤극복 부국이 관련 업무를 수행하고 있다. 이외에도 사회보장국 산하의 돌봄 접근, 가족 급여 및 산재 부국(의료보장), 장애인 및 노인 자활 부국(사회서비스) 등이 노인복지정책 주관부서이다.

셋째, 프랑스 사회보호지출에서 노인복지지출이 차지하는 높은 비중은 프랑스 정부 통계치와 OECD SOCX를 통해 여실히 증명된다. 우선 프랑스 정부 통계에 의하면 전체 사회보호 지출에서 차지하는 노인복지지출의 비중은 39.5%로 10개 영역 중 가장 높다. 여타 영역에서 노인이 수급대상인 지출까지 포함한다면 실질적 지출은 이보다 훨씬 더 많을 것이다. 한편 국가 비교 관점에서 국가별 GDP 대비 사회보호 지출 비율에 관한 OECD SOCX에 의하면 프랑스 노인복지지출 비율은 13.7%(노령과 유족)로서 2.3%에 불과한 한국은 물론 OECD 회원국 평균(8.4%)보다 훨씬 높게 나타난다. 프랑스 사회보호 지출은 노인복지 지배형이라 할 수 있다.

넷째, 프랑스 노인복지정책의 추진체계는 이원구조로 이루어져 있다. 주관 부처로서 사회·보건성 산하 조직이 분야별 업무를 담당하고 있다. 또한 중앙행정부서 산하 조직의 관리감독 하에 있음에도 불구하고 프랑스 사회보호 역사의 상징물임과 동시에 실질적 집행기구가 별도로 존재하고 있는 데, 기금(Caisse)이 바로 그것이다. 자율성, 관련 부처와의 연계성, 영역별 특수성 등 3가지 성격을 공유하고 있는 기금이 영역별로 설치되어 있다. 프랑스 사회보장 초기부터 설립된 노령보험기금(CNAV)을 비롯하여 2004년에 설립된 CNSA 등의 중앙기금만 하더라도 총 4개의 기금이 노인복지정책의 집행 기구 혹은 재정지원 기구로 자리 잡고 있다. 그리고 중앙기금을 정점으로 영역에 따라 지역 기금 혹은 지방자치단체의 행정부서, 일선 센터가 신청 및 급여 제공 등의 실질적 업무를 맡고 있는 것이다.

노인복지정책의 추진체계에 대한 프랑스의 사례분석 결과에 따른 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 최근 논란이 되고 있는 노인복지청(가칭)의 설립과 관련해서 보면 프랑스는 ‘청’의 설립과는 무관한 국가 중의 하나인 것으로 판단된다. 국내 문헌에서 가끔 청장

으로 이해되고 있는 담당장관의 경우 산하 독립적인 조직구성 여부는 사안에 따라 다르다. 사회·보건성의 노인 분야 담당 장관은 독립적인 조직은 없는 상태에서 해당 분야 업무를 주관하고 있을 뿐이다.

둘째, 프랑스 행정부처 조직에서 나타나는 가장 중요한 특징으로 부처간 협력 부서가 많다는 점에 주목할 필요가 있다. 사회·보건성의 경우, 총 8개의 하위 부서(총국, 국 등) 중 직속 부서는 2개인데 반해, 협력 부서는 6개로서 협력부서가 압도적으로 많다. 이들 부서의 정책 결정은 사회·보건성 장관이 법령에 명시되어 있는 관계 장관의 협의를 통해서 도출된다. 행정조직의 병폐 중의 하나로서 부처간 칸막이 현상이 많이 지적되고 있는 우리나라의 현실을 고려할 때 이상의 프랑스 사례에 대한 깊은 관심 및 연구가 필요할 것으로 사료된다.

셋째, 조직 보다 중요한 것은 노인복지에 대한 깊은 관심과 정책적 의지임을 프랑스 사례는 보여주고 있다. 앞에서 언급한 바와 같이 프랑스는 ‘칭’이 운영되는 국가 사례가 아니다. 그럼에도 불구하고 대표적인 노인복지지출 지배형 국가가 프랑스이기도 하다. 이러한 노인복지에 대한 프랑스의 관심이 여실히 드러나는 부분으로 노인연대급여 제도의 급여 수준을 들 수 있다. 우리나라의 기초연금과 유사한 이 제도의 1인 가구 기준 최대 급여액은 791유로로서 상대적 빈곤선과 유사한 수준임이 중요한 대목이다. 왜냐하면 이는 사회구성원의 최소한 생활보장에 대한 사회 및 국가의 책임 이행을 그대로 보여주고 있기 때문이다. 제도의 중요성에 대해서는 부인할 의도는 추호도 없다. 하지만 이 보다 더 중요한 것은 제도 속의 인간이며 이를 통해 국가와 사회구성원 간의 상호 신뢰가 형성될 수 있는 단초가 마련될 것이다.

4. 독일 노인복지정책 추진체계의 시사점

연방정부 차원에서 독일의 노인복지정책 추진체계는 노인에 특화된 부처 또는 칭이 아니라 소득보장, 의료보장, 사회서비스 등 기능에 따라 소관 부처가 나뉜다. 물론 가족·노인·여성·청소년부가 있지만 사회보험, 공공부조, 사회서비스 등 굵직한 정책영역을 제외하고 노인의 여가생활, 일자리 참여, 자원봉사, 그리고 교육 등의 활동을 지원하는 역할을 맡고 있다.

중앙부처에서 인적 대상이 아닌 기능별 추진체계를 갖춘 것은 독일만의 현상은 아니

지만, 독일의 경우 기존의 복지제도 안에서 복지수요를 충족할만한 만큼 제도의 성숙도가 높다는 역사적 맥락이 자리하고 있다. 특히 다른 복지제도보다도 사회보험이 차지하는 역할이 매우 큰 복지국가의 제도적 배열로 인해 소득보장, 의료보장, 사회서비스 역시 주로 사회보험 방식으로 대처하고 있다. 노인에 대한 복지수요는 이러한 기존의 제도 안에서 소화하는 형태로 추진체계를 적응시키는 과정이라고 할 수 있다.

중앙부처의 외청 차원에서 주목되는 것이 사회보험청이다. 사회보험청은 노동사회부의 연금보험 및 산재보험, 보건부의 질병보험과 요양보험 감독 업무를 묶어 별도의 청을 두고 감독 기능을 수행하고 있다. 중앙정부 차원 기능별 업무 배분, 사회보험청의 존재 등을 고려할 때 독일은 사회보험 중심의 복지제도를 반영하는 추진체계를 갖추고 있는 셈이다. 이런 점은 복지제도의 성숙도와 제도적 연관을 반영하여 추진체계를 갖출 필요가 있음을 시사한다. 즉, 중앙부처 차원에서 부처 및 청의 존재는 인적집단별 정책대상의 존재 보다는 복지제도 자체와 관련이 높다.

독일의 경우 노인복지정책 추진체계에서 연방정부의 역할은 관련 법률의 제·개정과 제도의 감독에 초점을 두고 있다는 공통점을 발견할 수 있다. 실제 정책집행은 사회보험 기구(연금보험의 경우 독일연금보험조직, 질병보험 및 요양보험의 경우 질병금고 및 요양금고)와 주정부 및 지방정부에게 상당한 권한이 부여되고 있다. 사회보험 기구와 지방정부는 정책의 집행만을 담당하는 것이 아니라, 법률의 위임 사항을 정하거나 정책결정 과정에 참여함으로써 정책결정에도 영향력을 행사한다. 이러한 맥락에서 연방정부의 역할인 관련 법률의 제·개정 및 제도의 감독 역시 연방정부가 독점적으로 행사하는 권한이 아니라는 것을 보여준다.

그러나 최근에는 중앙정부의 역할을 강화하는 움직임도 포착된다. 예를 들어 노인 기초생활보장에서 국가의 책임을 강화하거나 질병보험의 경우 국가 보조금 청 질병금고 간의 재원분배까지 역할이 확대되기도 하였다(이준영, 2012:503). 2006년에 연방주의 개혁으로 상원의 동의를 필요로 하는 법안이 축소되는 등 중앙정부의 역할을 강화하는 조치가 취해지기도 했다. 그럼에도 불구하고 주정부의 자율성이 강화된 동시에 연방정부의 권한이 유지 또는 강화된 이중적이고 복합적인 성격을 보여준다(유진숙 2008). 노인복지정책 추진체계에서 중앙정부의 역할은 강화와 약화, 중앙 집중화와 분권화 사이에 정답이 주어진 것이 아니라 정치·경제·사회적 맥락을 반영하여 가장 효과

적인 방향을 찾아 나가는 과정에서 모색해야 할 것이다.



제4장 노인복지정책 추진체계의 발전 방안

제1절 향후 노인복지정책 추진체계 변화의 방향성

제2절 노인복지정책 추진체계 개편 방향성과 쟁점

제3절 노인복지정책 추진체계의 개편 대안

4

노인복지정책 추진체계의 < 발전 방안 <

제1절 향후 노인복지정책 추진체계 변화의 방향성

1. 사회보장정책 추진체계와 담당인력 변화

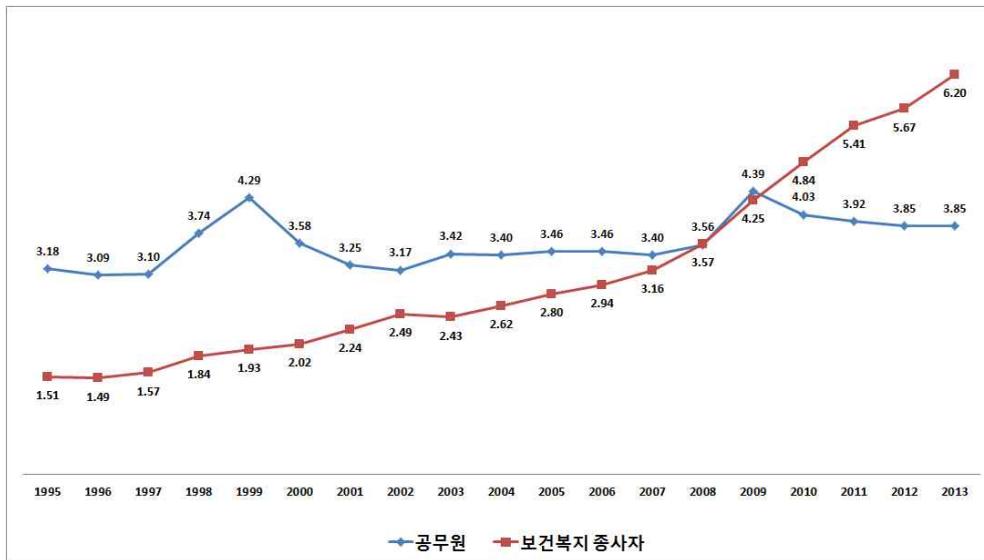
사회보장정책의 추진체계란 국가적 차원의 의사결정을 통한 공공정책을 결정하는 정책형성체계와 사회보장 급여·서비스의 제공하기 위한 복지전달체계를 통합한 개념이다. 정책형성체계는 노인복지정책을 포함한 사회보장정책 전반에 걸쳐 자원의 배분과 재분배를 결정하는 의사결정체계로서, 행정부를 중심으로 하는 공공영역을 중심으로 이루어진다. 복지전달체계란 사회보장 급여 및 서비스 공급자들 간, 그리고 공급자와 소비자들 간에 존재하는 조직체계를 의미하며, 급여·서비스 전달에 있어서 ‘어떻게’와 관련된 선택이다. 복지전달체계는 공공영역에 한정되지 않고 민간영역을 포괄하는 범위에서 전달체계의 기본 구조, 개별 조직의 연결 방식 및 기관의 지리적 분포, 인력 규모 및 인력의 자질·역량 등에 관한 선택을 포함한다. 따라서 정책 추진체계란 의사결정 및 급여·서비스 제공과 관련된 조직, 조직간의 연결, 그리고 조직을 구성하는 인력의 집합체라고 요약할 수 있다.

정책 추진체계를 구성하는 최소 기본단위는 업무를 수행하는 인력이며, 따라서 추진 체계에 대한 논의의 출발점은 체계를 구성하는 인력의 규모라 할 수 있다. 사회보장정책의 추진체계를 구성하는 인력은 중앙 및 지방의 행정기관에 종사하는 공무원과 민간 영역의 보건·복지 영역의 종사자로 구분할 수 있다. 공공부문과 민간부문의 정책 추진 체계의 인력 규모는 여러 기준에서 논의될 수 있으며, 인력의 절대 규모보다는 상대 규모를 보는 것이 보다 적절하다. <그림 4-1-1>은 우리나라의 전체 취업자 대비 공무원과 보건복지 종사자 비율의 연도별 추이를 나타내고 있다. 취업자 대비 공무원 비율은 1990년대 중반에 3% 초반이었으며, 2000년대 중반에는 3% 중반으로 증가하였다. 또한 2009년에 4.39%로 급격하게 증가하였으나, 2010년 이후에 감소하여 2012년과 2013년에 3.85%를 보이고 있다. 취업자 대비 공무원의 비율은 등락을 보이면서 소폭

의 증가 양상을 보이는 반면에 보건복지 종사자는 1990년대 중반 이후 지속적으로 증가하는 양상을 보이고 있다. 1995년에 취업자 대비 보건복지 종사자는 1.51%이었으며, 2000년에 2.02%, 2005년에 2.8% 이었다. 2007년에 3.17%로 3%를 넘어서면서 급격하게 증가하였으며, 2010년 4.84%, 2011년 5.41%, 2012년 5.67%, 그리고 2013년에 6.2%를 보이고 있다. 이러한 추세를 감안하면, 향후에 전체 취업자 대비 공무원의 비율은 별다른 변화 없이 소폭의 증가를 그리고 취업자 대비 보건복지 종사자의 비율은 상당한 정도의 증가를 보일 것으로 예상된다.

<그림 4-1-1> 취업자 대비 공무원 및 보건복지 종사자의 비율

(단위 : %)

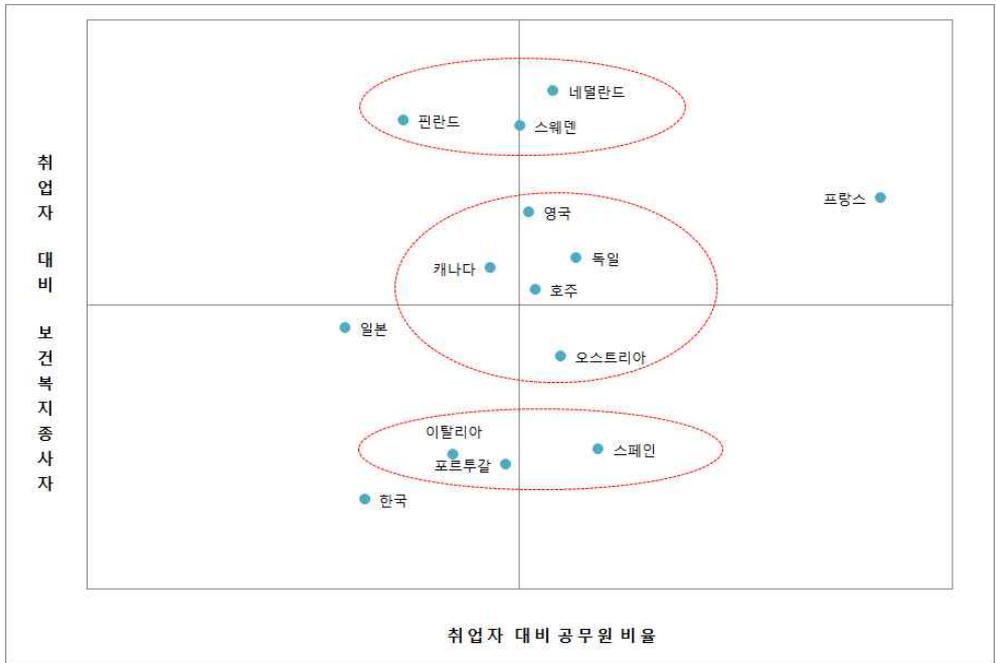


자료 : 통계청(각년도), 경제활동인구조사.

전체 취업자 대비 공무원 비율은 큰 폭의 변화를 보이지 않은 반면에, 전체 취업자 대비 보건복지 종사자 비율은 지속적으로 증가하였다는 점은 사회보장 정책추진체계를 구성하는 인력이 민간영역을 중심으로 확대되어 왔음을 보여준다. 특히 2007년 이후 보건복지 종사자의 급격한 증가는 사회서비스 제도의 도입과 본격적인 확대와 시기적으로 일치하고 있다. 이는 현금급여 중심의 사회보장제도 보다 현물급여와 서비스

중심의 사회보장제도가 보다 많은 수의 담당인력을 필요로 한다는 점을 보여주고 있으며, 우리의 경우 공공영역의 공무원보다는 민간영역의 종사자를 확대하는 방식으로 정책 추진체계의 구성이 변화되어 왔음을 알 수 있다.

<그림 4-1-2> 취업자 대비 공무원 및 보건복지 종사자 비율의 국가간 비교(2010년)¹⁾



1) 한국은 2013년 현황이며, 나머지 국가는 2010년 기준임
 자료 : OECD, Annual Labour Force Statistics(ALFS) Database

취업자 대비 공무원과 보건복지 종사자의 비율을 주요 국가별로 비교한 결과는 <그림 4-1-2>와 같다. 취업자 대비 공무원 비율은 최저 3.6%(일본), 최고 11.0%(프랑스)이며 평균은 6%이다. 취업자 대비 보건복지 종사자 비율은 최저 6.2%(한국), 최고 16.2%(네덜란드)이며, 평균은 11.3%이다. 공무원 비율과 보건복지 종사자 비율을 각각 X축과 Y축으로 하고, 각각의 평균값을 기준으로 구분하면 총 4개 유형의 국가로 나눌 수 있다. 가장 먼저 공무원과 보건복지 종사자 비율이 모두 높은 국가로 네덜란드, 스웨덴, 영국, 프랑스, 독일, 호주 등 6개국이 여기에 속한다. 두 번째 유형은 취업자

대비 공무원의 비율은 높은 반면에 취업자 대비 민간영역의 보건복지 종사자의 비율은 상대적으로 낮은 유형으로 오스트리아, 스페인 등이 여기에 속한다. 세 번째 유형은 두 번째 유형과 대조적인 국가들로 취업자 대비 공무원의 비율은 상대적으로 낮은 반면에 취업자 대비 민간영역의 보건복지 종사자의 비율이 상대적으로 높은 유형으로 핀란드, 캐나다가 여기에 속한다. 마지막으로 취업자 대비 공무원 비율과 민간영역의 보건복지 종사자의 비율 모두가 낮은 유형으로 일본, 이탈리아, 포르투갈 그리고 우리나라가 여기에 속한다.

취업자 대비 공무원 및 민간영역의 보건복지 종사자 비율의 국가별 차이는 상대적인 개념이고, 따라서 비교 대상국가들의 평균값을 기준으로 유형으로 구분하기 보다는 두 변수를 종합하여 그래프 상의 위치를 기준으로 비슷한 특성의 국가별로 구분하면, <그림 4-1-2>에 표시된 3개의 타원과 같다. 첫째는 핀란드, 스웨덴, 네덜란드와 같이 사회보장정책 추진체계를 구성하는 인력의 규모가 상대적으로 큰 국가들이다. 이러한 국가들은 사회복지제도가 잘 발달되어 있으며, 특히 현금급여와 인적서비스를 중시하고 있다는 점에서 복지담당 인력의 비중이 크고, 사회복지와 관련된 일자리가 많은 것이 특징이다.

두 번째 유형은 영국, 독일, 호주, 오스트리아, 캐나다 등과 같이 중부유럽과 영미계통의 국가들이 여기에 해당한다. 이들 국가의 사회보장제도는 비교적 잘 발달되어 있으며, 특히 사회보험과 공공부조 등 현금급여 중심의 복지체제 국가들이다. 따라서 복지서비스에 비해서 사회보장정책 추진체계를 구성하는 담당인력의 규모가 상대적으로 작은 것은 사실이나, 전체적으로 상당한 비율의 인력이 해당업무에 종사한다. 인력의 구성에 있어서 공공부문과 민간부문의 비중의 차이는 있으며, 예외적인 형태의 국가로는 공무원의 비율이 매우 높은 프랑스와 반대로 공무원의 비율이 매우 낮은 일본도 넓은 의미에서 두 번째 유형에 속한다고 할 수 있다.

세 번째 유형은 남부 유럽의 이탈리아, 포르투갈, 스페인 그리고 우리나라가 여기에 해당하며, 사회보장정책 추진체계를 구성하는 담당인력의 비율이 상대적으로 낮은 국가들이다. 취업자 대비 민간영역 보건복지 종사자 비율의 경우 남부 유럽의 3개국은 비슷한 수준이며, 공무원의 비율은 스페인이 상대적으로 크고 이탈리아가 상대적으로 작다.

우리나라의 경우 취업자 대비 공무원 비율은 일본 다음으로 낮은 수준이며, 민간영

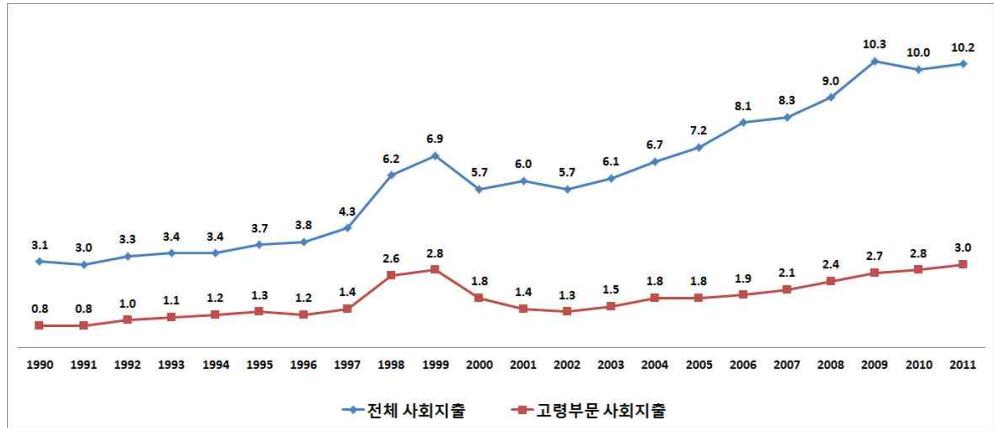
역 보건복지 종사자 비율 모두 가장 낮은 수준이다. 우리나라 사회보장정책 추진체계를 구성하는 인력의 향후 추이를 예상하면, 취업자 대비 공무원의 비율은 소폭 상승, 민간영역의 보건복지 종사자의 비율은 상당한 정도의 증가가 예상된다. 이러한 맥락에서 일본과 이탈리아의 중간 위치 방향으로 변화될 것으로 예상할 수 있다. 또한 저출산 고령화의 급속한 진전은 사회보장제도의 급격한 확대를 동반될 것이며, 특히 사회서비스를 강조하는 경우 현물급여와 인적서비스의 확대는 복지전달체계의 담당인력의 증가를 필요로 한다는 점에서 장기적으로 두 번째 유형의 국가들과 유사한 형태를 보일 것으로 예상된다.

2. 노령부문 사회지출의 변화와 노인복지정책 추진체계

노인복지정책의 추진체계는 노인복지정책의 목표를 달성하기 위한 정책수단이며, 관련제도에서 규정하고 있는 급여와 서비스를 제공하기 위한 조직적 편제이다. 따라서 노인복지정책 추진체계의 규모와 특성은 노인복지정책의 규모와 제공되는 급여 형태와 연계된다고 하겠다. 노인복지제도의 규모, 영역별·대상별 복지 급여·서비스의 형태는 노인복지정책 추진체계의 구성 방식을 결정하는 요인이다. 노인복지제도의 규모는 개별제도의 대상 집단(target group)의 크기와 급여(액) 수준으로 측정이 가능하다. 그런데 노령부문의 사회보장지출의 규모는 노인복지제도의 적용률(대상 집단 규모)과 급여율(급여 및 서비스의 총량)의 함수로 적용률과 급여율을 대체할 수 있으며, 노인복지제도의 규모를 측정하는 지표이다.

한국의 사회지출은 1990년에 GDP 대비 3.1%에서 2011년에 GDP 대비 10.2%로 20여 년의 기간 동안 약 3배 이상 증가하였다. 1990년대 후반까지 3%대를 유지하면서 소폭의 상승 추세였으며, 1990년대 후반 외환위기로 인한 경기침체에 급격하게 증가하였다. 2000년대 들어서 사회복지제도의 확대로 지출의 증가 폭이 커졌으며, 2000년대 후반에는 증가 폭이 더욱 확대되고 있는 추세이다. 따라서 2000년대 후반에 사회복지제도 및 사회지출의 급격한 확대에 의하여 기존의 사회보장정책 추진체계로는 감당하기 어려운 상황을 직면하면서, 전달체계를 포함한 정책 추진체계의 개편과 제도 개혁에 대한 논의가 본격화되기 시작하였다. 그 결과 2010년 이후에 사회지출의 규모는 정체 양상을 보이고 있다.

<그림 4-1-3> 우리나라 사회지출 및 고령부문 사회지출의 연도별 추이(공공 및 법정민간지출)
(단위: GDP 대비 %)



자료: OECD, Social Expenditure Database(SOCX)

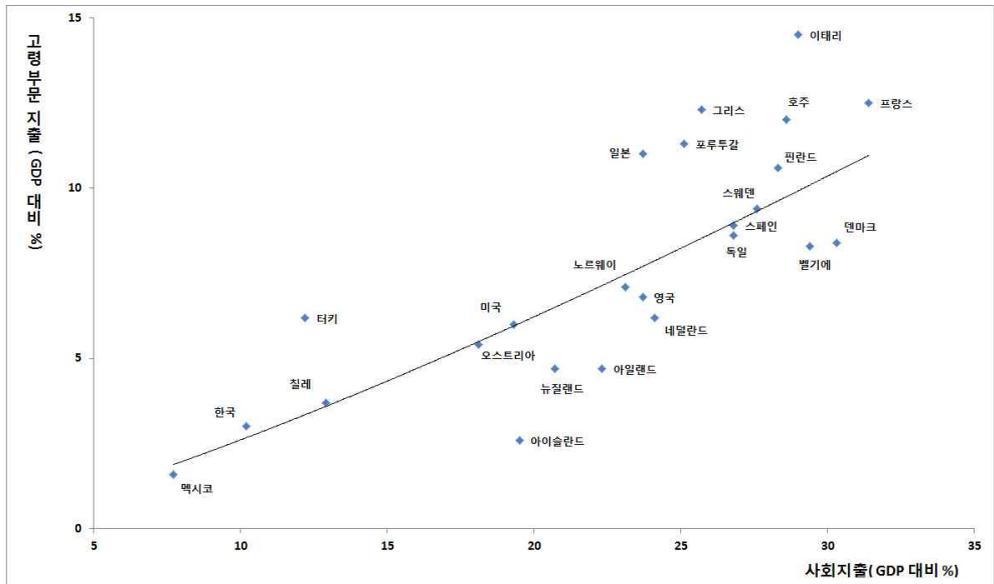
사회지출의 증가와 더불어 고령부문 사회지출도 지속적으로 커지고 있으며, 고령부문 사회지출은 전체 사회지출의 연도별 추이와 비슷한 양상을 보이고 있다. 고령부문 사회지출은 1990년에 GDP 대비 0.8%에서 2011년에 GDP 대비 3.0%로 20여 년의 기간 동안 3배 이상 증가하였다. 1990년대 후반까지 1% 중반 대를 유지하면서 소폭의 상승 추세였으며, 1990년대 후반 외환위기로 인한 경기침체에 급격하게 증가하였다. 고령부문 사회지출이 1990년 후반에 급격하게 증가한 것은 대규모 실업에 따른 법정퇴직금의 지출 증가와 국민연금 특례노령연금의 지급이 원인으로 판단된다. 2000년대 중반까지 고령부문 사회지출은 큰 변화 없이 지속되었으나, 2007년 이후 급격한 증가 추세를 보이고 있다. 2000년대 후반에 고령부문의 지출의 증가는 노인장기요양제도와 기초노령연금제도의 도입에 따른 것으로 판단된다.

전체 사회지출에서 고령부문 사회지출이 차지하는 비중을 분석하기 위하여 GDP 대비 사회지출의 비율과 GDP 대비 고령부문지출의 비율을 국가별로 비교한 결과는 <그림 4-1-4>와 같다. 그림에서 추세선 위쪽에 위치한 국가들은 고령부문 사회지출의 비중이 상대적으로 크고, 반면에 추세선 아래쪽에 위치하는 국가들은 고령부문 사회지출의 비중이 상대적으로 낮다. 분석결과, 전체 사회지출에서 고령부문 사회지출이 차지하는 비중이 큰 국가는 이태리, 일본, 그리스, 호주, 터키, 포르투갈, 프랑스, 핀란드

등이다. 반면에 고령부문 사회지출의 비중이 상대적으로 낮은 국가는 네덜란드, 뉴질랜드, 아일랜드, 벨기에, 덴마크, 영국, 아이슬란드 등이다. 또한 추세선에 근접한 스웨덴, 스페인, 독일, 미국, 칠레, 오스트리아, 영국, 노르웨이 등은 전체 사회지출에서 고령부문 사회지출의 비중이 중간 정도에 해당하는 국가들이다. 우리나라는 2011년 현재 전체 사회지출 대비 고령부문 사회지출의 비율이 29.4%로 OECD 국가들의 평균 33.2%에 비해 다소 낮은 수준이며, 전체적으로 고령부문 사회지출의 비중은 중간 수준의 국가에 해당한다.

<그림 4-1-4> 전체 사회지출 및 고령부문 사회지출의 국가간 비교(2011년)

(단위 : GDP 대비 %)



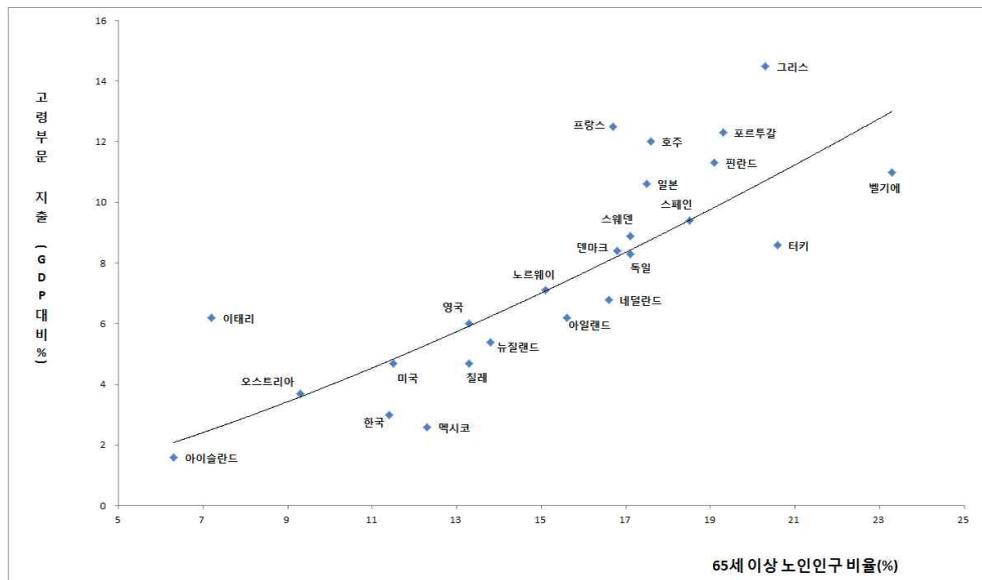
자료: OECD, Social Expenditure Database(SOCX)

고령부문 사회지출은 노인계층을 대상으로 하는 사회보장제도의 규모를 표현하는 지표이며, 따라서 고령부문 사회지출은 65세 이상의 노인인구 비율과 밀접한 연관성을 갖는다. 따라서 고령부문 사회지출 규모의 국가간 비교는 고령부문 사회지출과 65세 이상의 노인인구 비율을 동시에 고려하는 것이 적절하며, 그 결과는 <그림 4-1-5>에 표시되어 있다. 노인인구 비율 대비 고령부문 사회지출의 규모를 국가별로 비교하여 3개의 집단으로 구분한 결과, 고령부문 사회지출 규모가 상대적으로 큰 국가에는

터키, 프랑스, 이태리, 호주, 그리스, 핀란드, 포르투갈 등이 해당한다. 노인인구 대비 고령부문 사회지출 규모가 중간 정도인 국가에는 스페인, 스웨덴, 덴마크, 벨기에, 일본, 노르웨이, 미국, 독일, 영국, 아일랜드 등이 해당한다. 또한 노인인구 비율 대비 고령부문 사회지출 규모가 상대적으로 작은 나라는 칠레, 네덜란드, 오스트리아, 뉴질랜드, 한국, 멕시코, 아이슬란드 등이 있다. 한국은 GDP 대비 고령부문 사회지출 비율을 65세 이상 노인인구의 비율로 나눈 값이 0.263으로 OECD 국가 평균인 0.49 보다 상당히 낮은 수준으로, 노인인구 비율 대비 고령부문 사회지출 규모가 상대적으로 작은 국가에 속한다.

<그림 4-1-5> 65세 이상 노인인구 비율과 고령부문 사회지출의 국가별 비교(2011년)

(단위 : %, GDP 대비 %)



자료: OECD, Social Expenditure Database(SOCX); OECD.stat Extracts.

전체 사회지출에서 고령부문 사회지출이 차지하는 비중과 노인인구 대비 고령부문 사회지출 규모를 연결하여 국가별로 비교하면, 대부분의 국가들이 두 개의 지표에서 동일한 결과를 보이고 있다. 터키, 프랑스, 호주, 그리스, 핀란드, 포르투갈, 스페인 등은 전체 사회지출 대비 고령부문 사회지출의 비중과 노인인구 대비 고령부문 사회지출

규모가 모두 높은 국가들이며, 스웨덴, 덴마크, 벨기에, 일본, 노르웨이, 미국, 독일 등은 중간 수준, 그리고 영국, 아일랜드, 칠레, 네덜란드, 한국, 멕시코, 아이슬란드 등은 낮은 수준에 속한다. 그런데 핀란드, 스웨덴, 일본, 그리고 한국은 두 개 지표에서 각각 다른 결과를 보이고 있다. 핀란드와 스웨덴은 노인인구 대비 고령부문 사회지출은 상대적으로 높은 수준이며, 반면에 전체 사회지출 대비 고령부문 사회지출의 비율은 중간 수준에 속한다. 이들 두 개 국가는 공적연금을 포함한 노인계층에 대한 사회보장제도가 잘 발달되어 있어 노인인구 비율에 비해서 고령부문지출 규모가 상대적으로 크지만, 동시에 전체 사회지출의 수준이 높아서 고령부문 사회지출의 비중이 중간 수준에 해당한다. 일본의 경우 전체 사회지출에서 고령부문 사회지출이 차지하는 비중은 매우 높은 국가에 속하지만, 65세 이상 노인인구 비율이 23.3%로 가장 높은 수준이어서 노인인구 비율을 감안한 고령부문 사회지출의 규모는 중간 수준에 속한다. 한국은 65세 이상 노인인구 비율에 비하면 고령부문 사회지출의 규모가 상대적으로 낮은 국가에 속하지만, 전체 사회지출이 다른 국가들에 비해서 상대적으로 낮고 따라서 전체 사회지출 대비 고령부문 사회지출의 중간 수준에 해당한다.

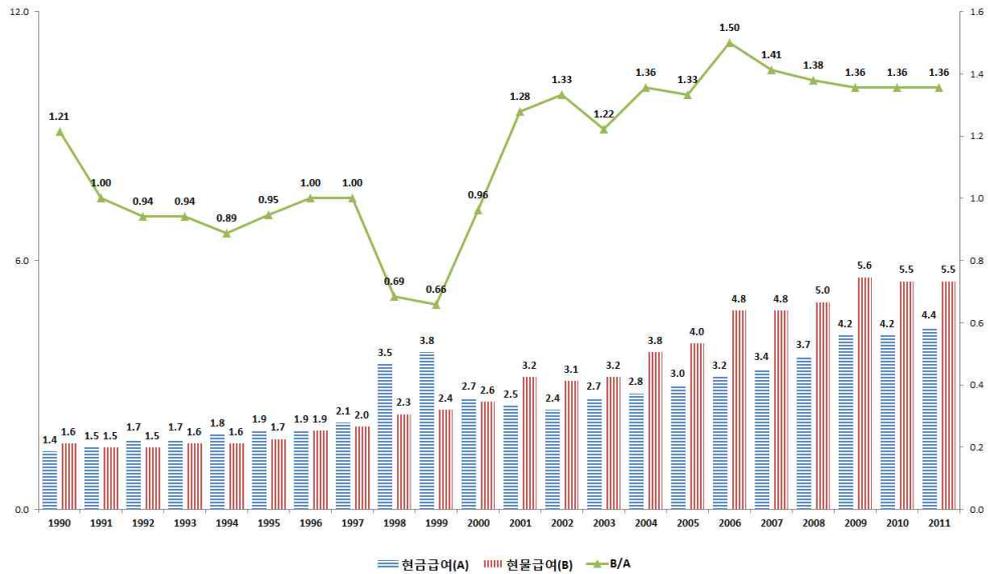
사회보장정책 추진체계와 사회보장재정의 관계에 있어서 급여·서비스 제공을 위한 재원조달의 마지막 단계와 급여·서비스 제공의 시작 단계를 구분해서 고려해야 한다. 급여 및 서비스 제공 전략의 선택은 재원조달에 관한 선택과 재정이 재원에서부터 서비스 제공기관에 이르는 방식에 관한 선택으로 이루어진다. 따라서 급여·서비스 전달 전략에 관한 선택은 제공기관이 수급자에게 현금 또는 현물로 급여를 제공하는데 있어서 전달체계의 조직적 구조를 어떻게 할 것인가에 관련된 선택을 의미한다. 따라서 사회보장정책 추진체계의 구조적 특징은 사회보장 급여형태에 의해서 영향을 받으며, 일반적으로 현금급여에 비해서 현물급여의 제공이 보다 많은 인력을 필요로 한다.

전체 사회지출을 현금급여와 현물급여의 급여형태별로 구분하여 연도별 추이를 보면 <그림 4-1-6>과 같다. 1990년대에는 현금급여와 현물급여의 비중이 비슷하면서도 현금급여가 다소 많았다. 1990년대 후반에 이른바 외환위기 직후에 현금급여가 일시적으로 많아지면서, 현금급여 대비 현물급여의 비율이 급격하게 낮아졌다. 반면에 2001년을 기점으로 현물급여가 확대되면서 현금급여를 초과하였으며, 현금급여 대비 현물급여의 비율은 2006년에 1.5까지 높아졌다가 2009년 이후에 1.36 수준을 유지

하고 있다.

<그림 4-1-6> 한국의 급여형태별 사회지출 연도별 추이

(단위 : GDP 대비 %)



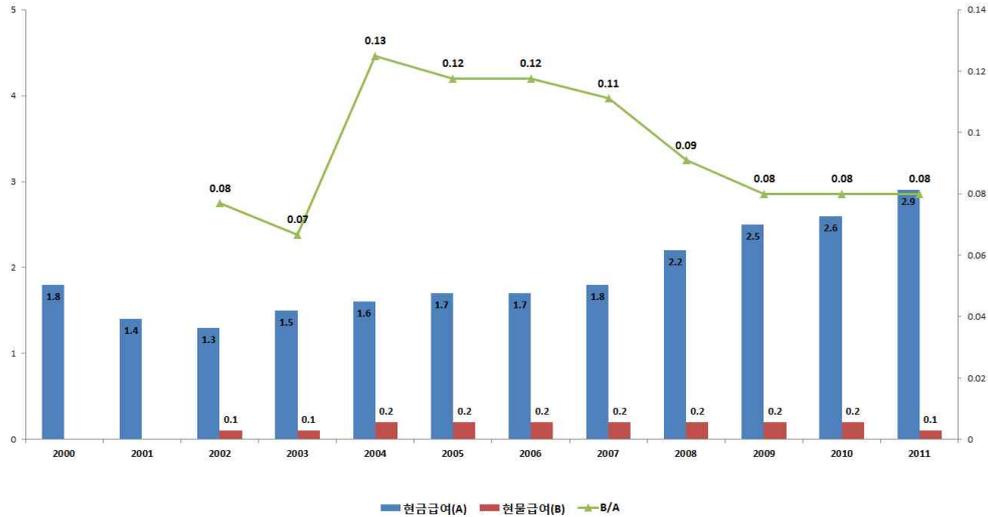
자료: OECD, Social Expenditure Database(SOCX); OECD.stat Extracts.

급여형태와 관련하여 고령부문 사회지출은 전체 사회지출과 대조적인 양상을 보이고 있다. 고령부문 사회지출은 2002년 이전까지 현물급여 없이 현금급여로 이루어졌으며, 2002년에 현물급여 지출은 GDP 대비 0.1%로 시작되었다. 2002년 이후 GDP 대비 현물급여 지출은 0.1~0.2%로 거의 변화가 없었다. 반면에 고령부문의 현금급여 지출은 1990년에 GDP 대비 0.8%에서 2000년 1.8%, 2011년에 GDP 대비 2.9%로 지속적으로 증가하였다.

우리나라의 급여형태별 사회지출의 양상은 전체 사회지출의 경우 현물급여가 현금급여에 비해서 다소 많으며, 반면에 고령부문 사회지출의 경우에는 현물급여가 거의 없이 대부분 현금급여를 중심으로 이루어지고 있다.

<그림 4-1-7> 한국의 급여형태별 고령부문 사회지출 연도별 추이

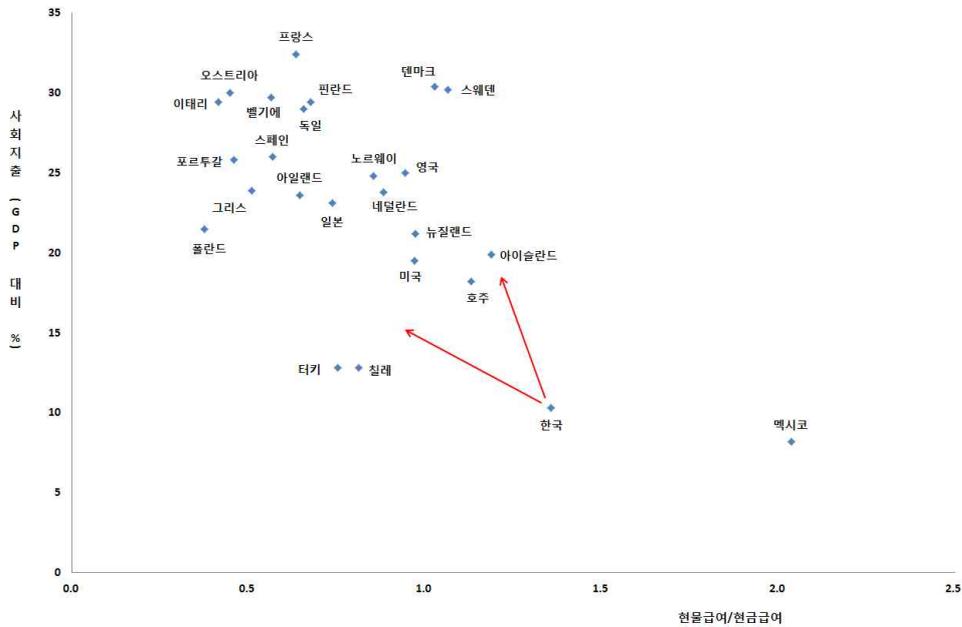
(단위 : GDP 대비 %)



자료: OECD, Social Expenditure Database(SOCX); OECD.stat Extracts.

전체 사회지출을 급여형태별로 구분하고, 사회지출수준을 고려하여 국가간 비교한 결과는 <그림 4-1-8>과 같다. 대부분의 국가들은 전체 사회지출에서 현물급여에 비해서 현금급여가 많으며, 비교 대상국가들 중에서 덴마크, 스웨덴, 아이슬란드, 호주, 멕시코 그리고 한국 등 6개 국가가 현물급여가 현금급여보다 많은 것으로 나타났다. 현물급여의 비중이 가장 높은 국가는 멕시코이며, 한국은 두 번째로 높은 국가이다. 현금급여와 현물급여가 비슷한 비중을 보이는 것은 덴마크, 스웨덴, 아이슬란드 등의 북유럽 국가와 영국, 미국, 뉴질랜드, 호주 등 영미 국가이다. 우리나라는 현재 GDP 대비 사회지출의 규모가 급격하게 증가하고 있는 추세이며, 사회지출은 주로 현금급여에서 증가가 지속될 것으로 예상되고 있다. 따라서 향후 우리나라의 사회지출 증가 추세는 <그림 4-1-8>에 표시되어 있는 바와 같이 두 개의 화살표로 표시한 영역으로 변화될 것으로 예상할 수 있다.

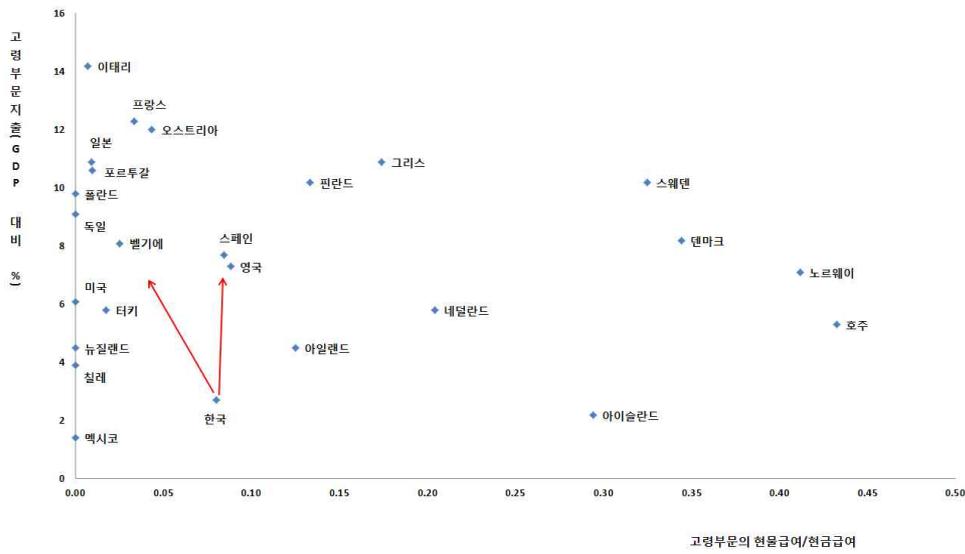
<그림 4-1-8> 전체 사회지출과 급여형태별 지출의 국가 간 비교(2010년)



자료: OECD, Social Expenditure Database(SOCX); OECD.stat Extracts.

고령부문 사회지출에 있어서 급여형태별 지출 양상은 전체 사회지출과는 대조적인 특징을 보인다. 고령부문의 현물-현금급여의 비율과 고령부문 사회지출을 국가간 비교한 결과는 <그림 4-1-9>와 같다. 고령부문 사회지출은 현물급여에 비해서 현금급여의 비중이 압도적으로 높으며, 대부분의 국가들이 여기에 해당한다. 고령부문의 현물급여 지출 비중이 상대적으로 높은 국가는 스웨덴, 노르웨이, 덴마크, 아이슬란드, 네덜란드 등의 북유럽 국가들과 호주이다. 한국의 경우 고령부문 사회지출에서 현물급여의 비중은 OECD국가들의 평균보다 다소 높으며, 향후 공적연금을 중심으로 현금급여 지출이 급격하게 증가할 것으로 예상된다. 노인계층을 대상으로 하는 현물급여 및 서비스에 대해서 적극적으로 현재 비중의 유지할 것인가 혹은 소극적으로 현물급여의 비중을 다소 낮출 것인가 하는 것은 사회적 선택의 결과일 것이다. 따라서 향후 고령부문의 급여형태별 지출 양상은 <그림 4-1-9>에 표시된 바와 같이 두 개의 화살표 영역내에서 변화될 것으로 예상된다.

<그림 4-1-9> 고령부문 사회지출과 급여형태별 지출의 국가 간 비교(2010년)



자료: OECD, Social Expenditure Database(SOCX); OECD.stat Extracts.

3. 저출산·고령화에 따른 사회보장정책 추진체계의 변화

저출산·고령화의 진전은 유소년 및 경제활동인구의 감소, 노인인구 증가 등의 인구 구조의 급격한 변동을 초래할 것이다. 또한 1인 가구, 노인세대 가구의 증가로 표현되는 가족구조의 변화, 장기실업의 구조화, 그리고 소득격차의 심화 등의 경제·사회적 환경 변화로 인하여 사회보장정책의 확대와 복지 수요의 급격한 증가로 연계될 것이다. 빈곤, 실업, 장애, 고령 등으로 인한 소득 상실이라는 전통적인 사회적 위험(social risk)이 지속되는 상황에서 출산·양육부담, 아동·청소년의 교육부담, 장기실업의 증가, 가족의 돌봄기능 약화, 양성평등 문제 등 새로운 사회적 위험(new social risk)이 구조화되는 양상을 보이고 있다. 또한 사회적 위험은 개별적으로 발생하기 보다는 상호 밀접한 인과관계를 통해 연계되어 있는 특징을 갖는다.

저출산·고령화와 진전과 이에 따른 사회·경제적 파급효과로 인하여 현재의 사회보장 정책은 근본적인 변화를 요구받고 있는 상황이다. 노인인구 증가는 개별 가구는 물론

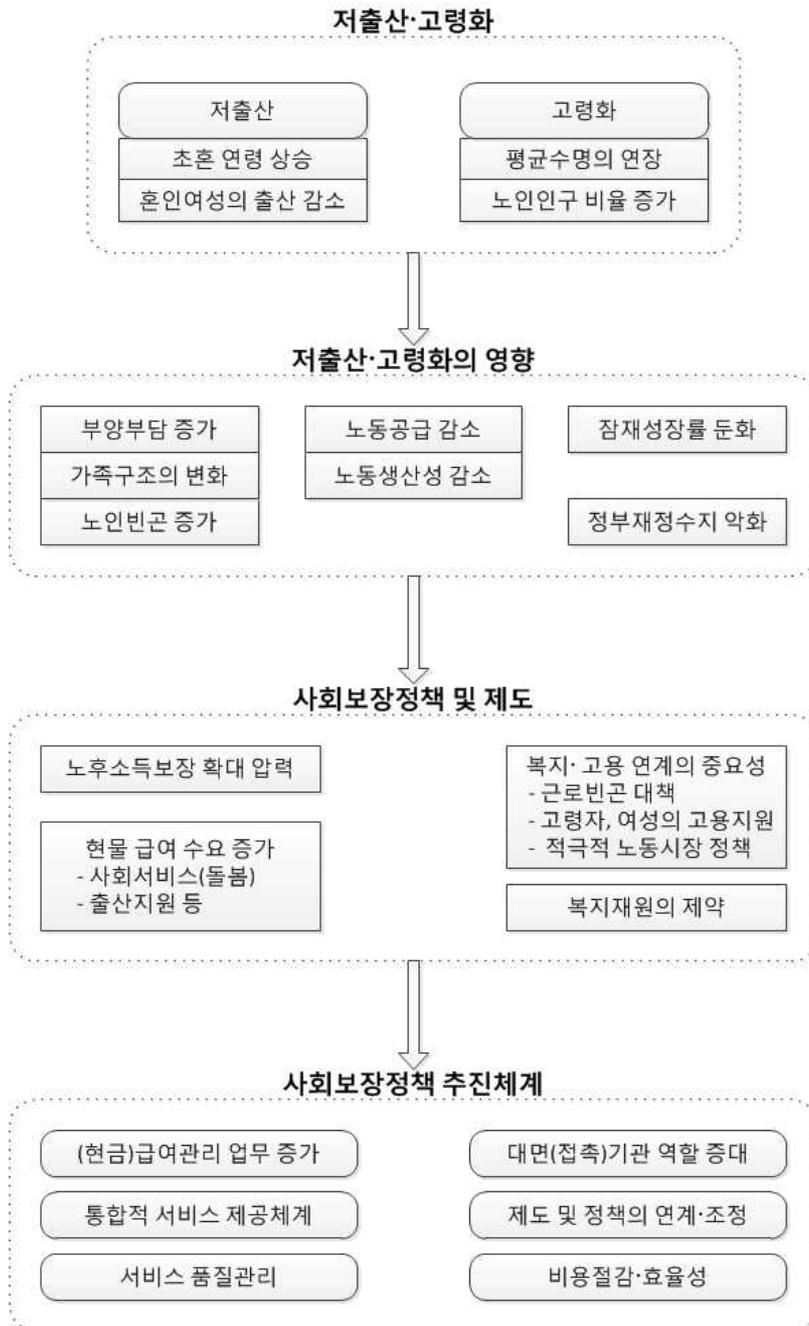
사회적인 차원에서 노인부양 부담 증가와 노인계층의 빈곤문제가 심화되고 있다. 핵가족의 해체로 대표되는 가족구조의 변화는 노후소득보장제도의 확대와 노인계층의 돌봄서비스를 포함한 사회서비스의 수요를 증가시키고 있다. 노동공급의 감소와 경제활동 인구의 고령화로 인한 노동생산성 저하는 은퇴연령의 상향과 여성의 경제활동 참여를 촉진하고, 이를 위한 사회적 지원의 필요성과 연계된다. 장기실업자의 증가와 국가경제의 고용창출 능력 저하는 탈빈곤을 목표로 하는 복지-고용 연계제도의 중요성을 증대시키고 있다. 사회복지 수요 증가와 사회보장정책 확대의 필요성이 커지는 것은 사실이나, 다른 한편 정부재정 상태의 악화와 재원조달의 어려움으로 인하여 사회보장정책에 투입할 수 있는 재원의 제약성이 커지는 문제를 고려해야 한다.

저출산고령화의 진전은 사회복지제도의 근본적 개편을 요구하는 동시에 사회보장정책의 집행과 급여서비스를 제공하는 사회보장정책 추진체계의 근본적인 개혁을 요구하고 있다. 향후 우리의 사회보장제도와 사회지출의 급격한 증가는 불가피하고, 노인계층을 대상으로 하는 고령부문의 사회지출은 현금급여를 중심으로 빠르게 증가할 것으로 예상된다. 따라서 현금급여를 중심으로 하는 복지급여의 관리 업무가 급격하게 팽창할 것이다. 동시에 노인 돌봄서비스, 보육지원, 그리고 복지-고용 연계서비스를 중심으로 현물급여의 종류와 복잡성이 증가할 것이다.

사회보장정책 및 복지 급여서비스의 복잡성이 증가하는 것은 제도 간 연계를 통한 통합적 서비스 제공체계의 중요성이 높아질 것이며, 복지 급여서비스 수급자와 전달체계간의 대면접촉점(contact point)의 역할을 담당하는 일선기관의 역할이 확대될 것이다. 또한 제공되는 복지 급여와 서비스의 품질관리가 중요한 문제로 부각될 가능성이 높다고 하겠다.

국가 재정지출의 증가에 비해서 재원확보의 어려움이 증가하고, 이로 인하여 사회보장재원의 제약성이 높아질 것이다. 사회보장재원의 제약성은 사회보장정책 추진체계의 효율성 제고에 대한 압력으로 작용할 것이다. 정책 추진체계의 효율성·효과성을 높여야 한다는 사회적 압력은 사회보장 급여서비스 관리 업무를 강화시킬 것이며, 급여의 충분성이 아닌 적절성을 기준으로 급여수준이 결정되는 제도적 변화가 이루어질 가능성이 크다. 동시에 정책 추진체계의 효율성 제고는 정책의 집행관리 역량 강화를 통하여 복지급여·서비스의 통합적 제공체계 구축과 밀접한 관련성을 갖는다.

<그림 4-1-10> 저출산·고령화의 진전과 사회보장정책 추진체계의 변화



통합적 서비스 제공체계는 개인의 다양한 욕구 충족을 위하여 생애주기 전반을 포괄하는 연속적 관점의 정책수립·추진, 전달체계 개편을 의미한다. 따라서 영·유아, 아동, 청소년, 경제활동, 결혼·출산, 중·고령자, 노인 등 각 부문별로 분절적·평면적으로 추진된 정책기능을 생애주기(life cycle) 관점에서 통합적 방식의 재설계 필요로 한다. 또한 고용, 주거, 건강, 여성(양성평등), 가족(돌봄) 등 영역별로 분절화 되어 있는 사회정책을 연계·통합하는 방식으로 전달체계 재편을 요구할 것이다. 그러나 사회보장정책의 개혁이 전제되지 않은 정책 추진체계 개편은 매우 제한적인 효과를 보인다는 점을 유의할 필요가 있다. 정책 추진체계는 사회보장정책과 제도의 목표 달성을 위한 수단의 의미를 갖으며, 동시에 사회문제 해결을 위한 독립변수가 아닌 종속변수이다. 사회보장정책 및 관련 제도가 분절적이고, 분산성이 높은 상황에서 정책 추진체계 개편을 통한 통합적 서비스 제공체계의 구축은 사실상 불가능하다. 또한 정책 추진체계 개편을 기구 통·폐합과 같은 조직개편과 동일하게 간주하는 것 역시 적절한 접근방식은 아니다. 조직의 통폐합, 기구개편 등으로 접근하는 방식에서 현행 사회보장정책 또는 제도의 기능적 편제를 분석하고, 이를 기반으로 정책 추진체계를 재구조화 하는 방식의 개편 방안을 모색하는 것이 적절한 선택일 것이다.

제2절 노인복지정책 추진체계 개편의 방향성과 쟁점

1. 노인복지정책 추진체계 개편의 방향성

노인복지정책 추진체계 개편은 노인복지정책을 다른 영역의 사회보장정책과 분리하여 고립적으로 고려하는 것은 적절하지 않다. 오히려 사회보장정책의 연계 및 통합성을 제고하는 방향으로 모색하는 것이 필요한 시점이다. 또한 중앙정부의 수준의 정책 결정기구를 중심에서 탈피하여 집행기구를 포괄하는 관점으로 확대·전환이 필수적이다. 이러한 맥락에서 향후 노인복지정책 추진체계의 개편은 ①사회보장정책의 환경 변화와 복지수요의 변화에 대응, ②사회보장정책의 연계 및 통합성 제고, ③집행조직의 강화, 그리고 ④정책대상자 또는 수혜자의 접근성 제고 등의 방향성을 전제하여 방안을 모색해야 할 것이다.

가. 환경 변화 및 복지수요 변화 대응

서비스 전달체계를 포함한 정책 추진체계 개편의 기본 취지는 사회·경제적 환경 변화에 대응하는 것이다. 특히 저출산·인구고령화의 진전에 따라 복지 수요의 변화에 민감하게 대응하는 것이 필수적이다.

노인인구의 증가는 노후소득보장과 노인의료에 대한 복지수요 증가와 관련정책의 증가로 연계되며, 고령부문 사회지출은 공적연금, 기초연금, 그리고 노인 빈곤문제의 대응을 위한 국민기초생활보장 등의 현금급여를 중심으로 급격하게 증가될 것이며, 현금급여를 중심으로 하는 복지 급여관리 업무가 급격하게 팽창할 것이다. 동시에 노인 계층의 의료보장, 노인장기요양 및 돌봄서비스를 중심으로 현물급여의 종류와 복잡성이 증가할 것이다. 따라서 향후 노인복지정책 추진체계에 있어서 공적연금, 기초연금, 노인의료를 담당하는 기구의 지속적 확대가 불가피하다. 특히 노인장기요양 및 관련된 노인돌봄서비스, 노인을 위한 복지서비스, 노인일자리 등의 현물급여서비스의 증가는 현금급여와 비교할 수 없을 정도로 관련 정책 추진체계의 대폭적 확대가 필요하다.

사회보장제도 및 급여의 복잡성이 증가하는 것은 제도 간 연계를 통한 통합적 서비스 제공체계의 중요성이 높아질 것이며, 수급자와 제공기관의 대면접촉점(contact

point)의 역할을 담당하는 일선기관의 역할이 확대될 것이다. 또한 제공되는 급여 관리와 서비스의 품질 관리가 중요한 문제로 부각될 것이며, 관련 추진체계의 확충이 동반되어야 한다.

사회보장 재정지출 증가와 재원 확보의 어려움은 정책 추진체계의 효율성 제고에 대한 사회적 압력으로 작용할 것이다. 정책 추진체계의 효율성 제고는 유사·중복제도의 조정과 제도의 단순화, 그리고 제도의 집행관리 역량 강화를 통하여 복지급여·서비스의 통합적 추진체계 구축과 밀접한 관련성을 갖는다. 통합적 추진체계는 개인의 다양한 욕구 충족을 위하여 생애주기 전반을 포괄하는 연속적 관점의 정책결정·집행, 그리고 서비스 제공체계의 개편을 의미한다. 따라서 영·유아, 아동, 청소년, 경제활동, 결혼·출산, 고령 등 각 부문별로 분절적·평면적으로 추진된 정책기능을 생애주기(life cycle) 관점에서 통합적 방식의 재설계 필요로 한다. 또한 고용, 주거, 건강, 여성(양성평등), 가족(돌봄) 등 영역별로 분절화 되어 있는 사회보장정책을 연계·통합하는 방식의 추진체계 재편을 요구할 것이다.

요약하면 향후 노인복지정책 추진체계 개편은 노후소득보장을 중심으로 한 현금급여를 담당하는 조직의 지속적 확대, 노인의료, 장기요양 및 노인돌봄, 노인복지서비스 및 노인일자리 영역을 담당하는 조직의 급격한 확대가 동반되어야 한다. 또한 생애주기 관점과 영역별 사회보장정책을 연계·통합하는 방식의 추진체계 개편이 필요하다.

나. 사회보장정책의 연계 및 통합성 제고

인구고령화에 따른 인구구조 변동은 노인가구와 단독가구 증가하는 등 가족구조가 변화, 여성 경제활동참여의 증가, 장기실업자와 근로취약계층 증가, 노인 빈곤문제의 심화 등의 문제를 야기한다. 이러한 변화는 연계·통합적 사회서비스에 대한 수요를 증가시키며, 향후 건강-예방-공공보건의료-장기요양돌봄-고용-주거 등 사회정책 영역의 제도와 관련 서비스가 유기적으로 연계·통합되어야 할 필요성이 증대하고 있다. 또한 대다수 국민들이 보건과 복지서비스의 동시적 수혜 대상이며, 노인가구, 저소득취약가구의 경우 일자리, 소득보장 문제와 더불어 건강 문제가 복합적으로 결부된 경우가 많다는 점에서 통합사례관리의 중요성이 증가하고 있다. 또한 인구고령화의 급속한 진전은 중장기적으로 경제활동인구의 감소를 초래할 것이며, 이러한 문제에 대처하는

유리한 대안은 여성의 경제활동 참여를 높이는 것이다. 따라서 여성의 돌봄 부담을 경감할 수 있는 보육 및 아동복지서비스, 노인돌봄지원서비스의 중요성이 커지는 것이다. 사회서비스의 수요 증가에 따른 공급 확대는 사회적 일자리 창출에 기여하며, 동시에 가족구조 변동에 따른 새로운 사회적 위험을 보호하는 중요한 정책수단이다.

복합적인 서비스에 대한 욕구가 높아지고 있는 상황에서 노인계층을 포함한 지역주민은 복잡한 사회복지제도를 이해하고 필요한 급여서비스를 이용하는 데 어려움을 겪게 된다. 제도와 관련 정보의 복잡성 증대로 인하여 급여 및 서비스 이용의 편의성이 저하된다. 이러한 문제 해결을 위한 가장 효과적인 방안은 일선기관 또는 제공기관이 개개인의 욕구에 적합한 통합적 서비스를 설계하여 제공하는 것이다. 현재 지방자치단체가 담당하고 있는 복지서비스는 물론 보다 확장된 영역에서 서비스간의 연계, 제공되는 서비스의 통합성을 제고할 수 있는 방향으로 정책 추진체계 개편이 필요하다. 따라서 기존의 공공부조 중심의 급여서비스 제공체계에서 탈피하여 돌봄 및 지원서비스와 보건서비스를 포괄하는 연계서비스 제공할 수 있도록 해야 한다. 따라서 복지서비스 수요자의 인적 그리고 욕구 특성에 적합한 서비스를 조합하여 제공하는 통합사례관리가 강조되어야 하며, 통합사례관리에 적합하도록 업무절차가 개선되고 기능이 재분배 되어야 하며, 담당공무원의 재량권을 확대하기 위해 의사결정권한을 재배치가 필요하다. 특히 통합사례관리가 표준화규격화를 지향하는 기존의 사업집행 기능과 조화, 또는 최소한 공존이 가능하도록 해야 한다. 즉 통합사례관리 업무와 밀접한 관련성을 갖는 통합조사와 판정, 수급자관리, 복지자원관리 등의 기능에 대한 조직적 배열과 조직간 역할 분담에 대한 깊이 있는 고민이 필요하다.

다. 집행조직의 강화

노인복지정책을 포함한 사회보장정책의 추진체계는 중앙정부는 정책결정, 지방자치단체는 정책집행을 담당하는 방식으로 역할을 분담하고 있다. 이와 같은 구조에서 정책추진체계가 효율적으로 작동하기 위해서는 지방자치단체의 정책집행 기능을 강화하는 것이 핵심이다. 중앙정부-지방자치단체의 현행 구조를 변화시키지 않고 정책추진체계의 분산성을 완화하는 방안은 지방자치단체 수준에서 사회보장정책을 집행·조정하고, 제도 간 연계·통합을 제고하는 것이다. 이를 위해서는 지방자치단체의 정책 역량

제고, 역할과 기능 강화, 그리고 정책집행의 자율성 확대가 필요하다. 이를 통해 지방자치단체가 명실상부하게 사회보장정책 집행의 핵심기관이며, 동시에 허브기관의 위상을 확보할 수 있어야 한다.

지방자치단체 복지 업무는 국민기초생활보장제도를 중심으로 확대되어 왔으며, 최근에는 노인인구 증가에 따른 노인복지 업무와 보육 업무가 급격하게 확대되고 있는 추세이다. 지방자치단체 복지업무 증가는 담당인력의 증원을 필요로 한다. 그러나 사회복지직을 중심으로 복지담당 공무원의 규모가 지속적으로 증가되어왔던 것은 사실이나, 사회보장제도 확대에 따른 업무량과 업무의 복잡성 증가에 상응하는 인력의 증원이 이루어졌는가에 대해서는 의문의 여지가 있다. 2014년까지 사회복지직 공무원의 증원이 진행되었음에도 불구하고, 향후 지방자치단체 복지업무의 증가를 감당할 수 있는지 여부에 대한 추가적인 검토가 필요하다. 복지담당 공무원의 증원, 전문성 제고 및 인력의 구성 방식에 대한 변화를 동반하지 않은 정책 추진체계 개편은 자칫 공허한 논의에 그칠 가능성이 크다. 특히 농어촌 지역을 중심으로 노인인구 비율이 높은 지역은 담당인력의 규모와 더불어 지방자치단체의 사회보장정책 추진체계를 노인복지를 중심으로 재편하는 구조적 변화를 고려해야 할 것이다.

라. 정책대상자의 접근성 제고

사회보장정책 추진체계는 사회보장정책을 관장하는 중앙행정기관, 정책집행 기관 및 서비스 제공기관의 다양성과 분산성이 높아 서비스 이용자들의 불편함이 크고 접근성이 제약된다. 이와 같은 어려움을 해소하고 사회보장 급여서비스의 통합적 제공, 대민(對民) 접촉창구의 단일화를 위해 서비스 제공기관을 재편하거나, 업무기능을 재조정하여 단일한 집행기관을 설정하는 것이 필요하다. 그러나 이를 위해서는 정책 추진체계의 근본적인 구조 변동을 필요로 하며, 단기간에 달성하는 것이 용이하지 않다. 또한 복지서비스 수요자의 특성과 욕구에 따라 필요로 하는 서비스가 다양하다는 점에서 서비스 제공기관의 통합은 오히려 바람직하지 않은 결과를 초래할 가능성도 내포하고 있다. 이러한 맥락에서 조직 통합과 같은 구조적인 변화 없이 단기간에 복지서비스 이용자들의 불편함을 최소화할 수 있는 방안으로 서비스 신청과 서비스 제공을 분리하고, 서비스 신청을 위한 민원창구를 하나의 기관에 집중시키는 방식을 고려할 수 있다.

서비스 신청은 읍면동과 같은 지방자치단체의 일선기관으로 일원화하여 지방자치단체의 복지기능을 강화하는 계기로 활용하며, 접수창구에서는 깊이 있는 상담과 체계적인 정보제공의 기능을 담당한다. 이와 같은 변화를 통해 지방자치단체는 서비스 신청 접수만이 아니라 개인별로 필요한 그리고 적합한 서비스를 선정하는 통합사례관리를 실시하여 복지 서비스의 연계와 조정업무를 병행함으로써 명실상부하게 복지의 허브 기능을 수행할 수 있을 것이다.

2. 노인복지정책 추진체계 개편의 쟁점

노인복지정책을 포함한 사회보장정책의 변화 추세, 인구 고령화로 대표되는 정책 환경의 변화, 주요 국가의 노인복지정책 추진체계에 대한 분석 결과 등을 종합하면, 향후 우리나라 노인복지정책과 정책 추진체계는 지속적인 확대가 불가피하다. 이러한 상황에서 논의의 초점은 정책 추진체계 개편의 방향성, 개편의 시행 시기 및 그 방법이다. 현 상황에서 노인복지정책 추진체계 확대와 관련해서 논란이 되고 있는 쟁점은 이른바 ‘노인복지청’의 신설이다. 노인복지청과 관련한 논의는 노인복지를 포함한 노인문제를 전담하는 중앙행정기관이 필요하며, 현실적 여건을 감안하여 부(部), 처(處)가 아닌 청(廳) 수준의 기관 설립이 가능하다는 것이다. 따라서 노인복지청 신설과 관련된 쟁점을 정리하는 것이 노인복지정책 추진체계 개편 논의의 출발점이 될 수 있다.

노인복지를 중심으로 한 노인문제를 전담하는 중앙행정기관을 설치하기 위해서는 ① 노인이 직면하고 있는 문제의 심각성과 보편성으로 인하여 국가 차원의 정책적 대응이 필요한가, ② 정책 대상자 또는 수혜자로서 노인은 다른 정책 대상집단(target group)과 구분할 수 있으며, 또한 노인복지와 노인문제를 해결하기 위한 국가정책이 다른 영역의 정책과 구분할 수 있는가, ③ 별도로 구분되는 집단으로 대상으로 하는 정책의 결정과 효과적 집행을 위해서 별도의 기관을 설립할 필요가 있는가 등의 물음을 해결해야 한다. 또한 기관을 신설할 경우에 어떻게 할 것인가의 방법에 대한 논의가 필요하다.

우리사회는 급속한 인구고령화로 인하여 노인인구의 규모는 물론 노인인구의 비중이 급격하게 증가하고 있다. 2014년 현재 노인인구는 639만 명으로 전체인구의 12.7%이며, 2017년에 노인인구의 비율이 14%로 고령사회(aged society)에 진입하

고, 2025년에 노인인구 천만 명, 2026년에 노인인구 비율이 20.8%로 초(超)고령사회(super-aged society)에 진입할 것으로 예상된다. 이러한 예측 결과는 불과 10년 후에는 국민 다섯 명 중 한 명이 노인인구가 된다는 것이다. 또한 노인계층의 빈곤, 의료문제의 심각성, 독거노인 증가와 전통적 가족부양체제의 급속한 붕괴 등이 진행되고 있다. 이러한 맥락에서 노인계층이 직면하고 있는 또는 향후에 직면할 것으로 예상되는 문제의 보편성과 심각성이 있으며, 노인문제를 해결하기 위한 국가적 차원의 정책적 대응이 필요하다. 실제로 우리사회는 2000년대 중반 이후 노인문제에 대한 대응방식이 노인복지에서 고령화 대응으로 확대되는 패러다임의 전환이 있었다.

두 번째는 정책 대상집단으로서 노인은 다른 대상집단과 구분이 가능하며, 구분의 실익이 있는가의 문제이다. 노인은 일반적으로 65세 이상을 의미하며, 따라서 대상집단을 구분하는 기준은 연령이다. 연령은 객관적으로 측정할 수 있는 척도이며, 동시에 노인과 비노인을 구분하는 배타적 기준이라는 점에서 노인이라는 대상집단을 구분하는데 별다른 어려움이 없다. 노인을 정책 대상집단으로 구분하는 이유는 집단별로 대상자의 욕구와 문제가 상이하고, 따라서 서로 다른 정책이 필요하기 때문이다. 그러나 연령이란 연속적인 시간의 흐름에 따라서 축적되는 특성으로, 인접한 연령에서 개인의 특성이나 욕구가 상이하다고 보기 어렵다. 예를 들어 64세의 비노인과 65세의 노인 간의 복지욕구의 차이가 있다고 할 수 없다. 오히려 동일한 연령에서 소득 수준, 건강상태, 가족구성 등의 차이가 복지욕구와 직면한 문제의 차이로 연계될 가능성이 높다는 점이다. 또한 65세 이상을 노인으로 하는 경우에 노인계층은 매우 이질적인 집단으로 구성된다는 점을 유의해야 한다. 35세와 65세는 세대를 달리하는 계층으로 복지욕구와 직면할 수 있는 사회적 위험의 차이가 있다고 할 수 있다. 반면에 65세와 95세 역시 세대를 달리하는 계층임에도 불구하고, 모두 노인이라는 동일한 집단으로 구분된다. 결론적으로 노인이라는 정책 대상집단을 구분하는 것은 어려운 것은 아니나, 노인을 구분하는 기준 연령과 인접 연령 집단을 별도의 정책 대상집단으로 구분하는 것은 실익이 크지 않다. 또한 정책 대상집단으로서 노인은 동질적이기보다는 이질적 집단이며, 연령 이외에 소득, 건강 등의 다른 요인에 의해서 복지욕구가 상이하게 나타나는 집단이라 할 수 있다.

세 번째는 노인복지를 포함한 노인문제를 해결하기 위한 국가정책이 다른 영역의 정책과 구분될 수 있는가의 문제이다. 2장에서 논의한 바와 같이 현재 노인복지정책은

소득보장, 의료보장, 사회서비스 등의 3개 영역으로 구분할 수 있으며, 소득보장은 공적연금, 기초(노령)연금, 공공부조 등이 있다. 의료보장은 건강보험과 의료급여를 중심으로 각종 의료비 지원제도가 있다. 사회서비스는 노인장기요양보험제도, 노인돌봄(지원)서비스 등 노인계층의 돌봄서비스가 중심이며, 이외에도 노인복지서비스, 사회참여 지원, 노인일자리사업 등이 있다. 이러한 정책 중에서 정책대상이 노인계층에 한정되는 정책은 기초(노령)연금, 노인돌봄(지원)서비스, 노인복지서비스, 노인일자리사업이 있으며, 노인장기요양보험제도는 대상자가 노인계층에 집중되는 제도이다. 노인복지정책의 핵심이 되는 기초연금을 제외한 소득보장, 그리고 의료보장은 전체 국민을 대상으로 하는 정책으로 노인계층을 위한 정책으로 구분하기 어렵다.

노인계층을 대상으로 별도의 영역으로 구분할 수 있는 정책은 기초연금, 노인장기요양, 돌봄서비스 및 일부 사회서비스 등이 해당한다. 이러한 구분은 고정적인 것은 아니며, 향후에 제도의 대상과 내용이 변화됨에 따라 구분을 새롭게 할 수 있을 것이다. 그러나 현재 상황에서 노인복지정책을 전담하는 중앙행정기관을 설립한다면, 신설 기관이 담당할 정책은 기초연금, 노인장기요양, 돌봄서비스, 복지서비스, 그리고 노인일자리 등이다. 이들 5개 종류의 정책은 현재 보건복지부 내의 1개 국(노인정책관)과 1개 과(기초연금과)가, 그리고 정책 집행은 지방자치단체, 건강보험공단, 노인인력개발원이 담당하고 있다. 현행 정책의 내용이나 규모가 크게 변화되지 않는다면 정책 추진체계의 확대는 쉽지 않을 것이다. 그러나 인구 고령화와 노인인구 증가에 따라 정책이 확대될 것이며, 특히 노인장기요양과 돌봄서비스에 대한 수요가 급격하게 증가할 것으로 예상된다. 노인복지서비스와 노인일자리 등 지속적인 수요 증가를 예상할 수 있으며, 향후 정부의 의지에 따라 정책의 규모가 가변적이다. 노후소득보장(공적연금, 기초연금)과 노인계층을 위한 사회서비스(노인일자리, 노인복지서비스)는 상호 대체관계에 있으며, 따라서 공적연금제도가 노후소득보장과 노인빈곤 문제에 얼마나 효과적으로 대응할 수 있는가의 여부에 따라 노인일자리사업, 그리고 노인복지서비스와 관련된 정책의 역할과 규모가 결정될 수 있다.

노인복지정책의 중요한 영역으로 고령화 대응 정책이 있다. 고령화 대응 정책은 인구고령화에 따른 인구구조 변화를 포함한 경제·사회적 파급효과와 문제를 해결하기 위한 국가전략을 의미한다. 고령화 대응 정책은 노인복지정책을 포함하는 사회보장정책, 인구정책, 조세·재정·금융·산업 등의 경제정책, 노동시장 및 고용정책, 교육정책, 문화

정책 등 매우 광범위한 영역을 포괄한다. 또한 고령화 대응 정책은 정책집행에 관심을 가져야 하겠으나, 정책기획·설계·결정 및 정책조정에 중점을 두는 영역이다.

넓은 의미에서 노인복지정책에 포함할 수 있으나, 정책 대상집단이 노인계층으로 한정되지 않은 정책으로는 공적연금을 중심으로 하는 소득보장제도와 건강보험을 중심으로 하는 의료보장제도가 있다. 이들 정책은 노인문제를 전담하는 중앙행정기관에서 담당하기 보다는 현재 담당하고 있는 중앙행정기관을 중심으로 정책 추진체계를 내실화하는 것이 보다 적절한 방안이다.

노인복지와 노인문제를 전담하는 중앙행정기관을 신설한다면, 신설 기관의 유형은 부, 처, 청의 3가지를 고려할 수 있다. 부는 대통령의 통할⁸⁸⁾(統轄, supervision)하에서 설치되는 중앙행정기관으로 국무위원인 장관이 책임을 맡는다. 부는 현재 기획재정부 등 17개가 있으며, 소관사무를 관장하고, 국무회의에 참석하고 법률안 발의를 포함한 의안을 제출할 수 있으며, 행정명령(부령)을 제정하며, 소관사무에 대하여 지방행정의 장을 지휘·감독하는 권한을 갖는다. 따라서 정책의 기획과 결정, 정책조정 및 정책집행 등 담당하는 정책의 전체과정에서 독립적 권한과 역할을 담당할 수 있다.

<표 4-2-1> 중앙행정기관의 유형 및 주요 내용

유형	소속	책임자	해당조직	역할권한
부	대통령의 통할	장관(국무위원)	기획재정부 등 17개 부	소관사무를 관장 국무회의 참석 및 의안 제출권 법안 발의, 행정명령(부령) 제정 소관사무 지방행정의 장을 지휘·감독
처	국무총리	장관(국무위원)	국민안전처	소관사무를 관장 국무회의 참석 및 의안 제출권 소관사무 지방행정의 장을 지휘·감독
		처장(정무직)	인사혁신처, 법제처 등	소관사무를 관장 소관사무 의안 제출 건의(국무총리)
청	행정 각부	청장(정무직)	국세청, 관세청 등	소관사무를 관장

88) 통할이란 상급 행정기관 또는 상급자가 하급행정기관 또는 하급자의 행위를 지휘·조정하는 것을 말한다. 행정 각부는 대통령의 통할하에 있으며, 국무총리는 행정에 관해 대통령의 명을 받아 행정 각부를 통할한다. 따라서 행정 각부는 대통령 또는 국무총리의 소속기관이 아닌 독립적인 행정기관이며, 대통령이라는 상급기관에 대해서 하급기관이 된다.

처는 국무총리 소속하에 설치되는 중앙행정기관으로 두 가지 유형으로 구분할 수 있다. 국민안전처의 경우 국무위원인 장관이 책임자가 되며, 소관사무를 관장하고, 국무회의에 참석하여 의안을 제출할 수 있으며, 소관사무에 대하여 지방행정의 장을 지휘·감독하는 권한을 갖는다. 따라서 국민안전처는 소속을 제외하고는 행정각부와 동일한 위상과 권한을 행사하는 중앙행정기관이다. 반면에 국민안전처를 제외하는 인사혁신처, 법제처, 국가보훈처, 식품의약품안전처 등의 책임자는 국무위원이 아니며, 정무직 공무원인 처장이 책임을 맡고 있다. 이러한 처는 소관사무를 관장하며, 소관사무에 대하여 의안 제출을 국무총리에게 건의할 수 있다. 따라서 중앙행정기관으로서 처는 국무총리의 지휘·감독 하에서 행정 각부와 구별되는 독립적인 업무를 담당하고 있으며, 정책기획과 결정, 그리고 정책집행을 수행한다. 그러나 소관사무와 관련하여 지방행정의 장을 지휘·감독하는 권한이 없다는 점에서 특별지방행정기관과 같은 별도의 집행조직을 필요로 한다.

청은 행정 각부의 소속으로 설치되는 기관으로 정무직 공무원인 청장이 책임을 맡고 있다. 청의 업무는 행정 각부의 업무 중에서 별도로 구별되는 소관사무를 관장하며, 법률안 발의, 국무회의 의안 제출, 행정명령 제정 등의 권한이 없다. 이러한 권한은 소속된 행정 각부의 장관에게 귀속된다는 점에서 청은 주로 정책집행 업무를 담당하는 것으로 이해할 수 있다⁸⁹⁾.

노인복지와 노인문제를 전담하는 중앙행정기관을 신설한다면, 해당 정책의 내용과 정책적 기능을 고려하여 기관의 유형을 결정할 수 있을 것이다. 정책의 내용에 따라 고령화 대응 정책, 노인장기요양 및 돌봄서비스, 노인복지 및 지원서비스, 노인일자리, 노후소득보장(공적연금, 기초연금, 국민기초생활보장), 의료보장(건강보험, 의료급여, 의료비 지원제도) 등으로 구분할 수 있다. 관련 정책 중에서 노인계층만을 대상으로 하는 정책 또는 대상이 노인계층이 중심이 되는 정책은 노인복지를 전담하는 중앙행정기관으로 이관할 수 있을 것이다. 이관을 검토할 수 있는 정책은 노인장기요양 및 돌봄서비스, 노인복지 및 지원서비스, 노인일자리, 기초연금 등이다.

89) 행정 각부 소속하에 청 단위 중앙행정기관을 설치하는 기관은 행정 각부 내에 1개 내지 2개국으로는 관련정책의 수립 및 집행이 곤란하거나, 업무의 성격상 정책적 기능보다 집행적 기능과 연구기능이 많은 경우에 한정하고 있다.

노인장기요양제도의 집행은 국민건강보험에서 담당하고 있으며, 관련 돌봄서비스의 집행은 지방자치단체를 중심으로 이루어지고 있다. 또한 노인복지 및 관련 지원서비스의 집행은 지방자치단체가 중심적 역할을 담당하며, 실제 서비스의 제공은 사회복지시설이 담당한다. 노인일자리사업의 집행은 노인인력개발원이 중심이 되며, 일부 집행업무는 지방자치단체와 연계를 통해서 진행된다. 이러한 상황에서 청 단위의 조직을 신설하기 위해서는 정책기획 및 결정은 부 단위 조직에서 수행하고, 신설 조직은 정책 집행 업무를 담당하는 전면적인 개편이 선행되어야 한다. 특히 청 단위 조직은 소관사무를 관장할 수 있으나, 소관사무에 대해서 지방행정의 장을 지휘·감독할 권한이 없다는 점에서 지역단위 집행기구의 신설을 필요로 한다. 즉 지역단위 집행기구는 현재 건강보험공단이 집행을 맡고 있는 노인장기요양제도를 포함하여 돌봄서비스, 노인복지서비스, 노인지원서비스, 노인일자리사업, 기초연금 등의 업무를 담당한다. 또한 대상자들의 접근성과 서비스 제공의 편의성을 고려하면 최소한 시군구 단위의 집행조직이 필요하다. 지역단위 집행조직을 신설하는 것이 현실적으로 어렵고, 기존의 집행기구를 그대로 활용하는 것도 고려할 수 있다. 그러나 이러한 방식으로 청 단위 중앙행정기관을 설치하는 것은 정책기획 및 결정은 노인복지청이 소속된 부에서, 집행 총괄은 노인복지청이, 실제 집행업무는 지방자치단체와 산하 공공기관이 담당하게 되는 결과를 초래한다. 결론적으로 현행 노인복지정책의 구조적 개혁과 집행기구 신설에 대한 구체적 대안이 없이 노인복지청을 신설하는 것은 현재의 정책 추진체계를 유지하면서 내실화하는 방안 보다 바람직하지 않은 결과를 낳을 수 있다.

현재와 동일하게 지방자치단체와 산하 공공기관을 중심으로 정책을 집행하고, 정책 결정과 정책집행의 일관성과 통합성을 확보하기 위해서는 청 단위 기관이 아닌 부 단위 또는 국민안전처와 같은 유형의 처 단위 기관을 신설하는 것이 오히려 바람직하다. 그러나 부 또는 처 단위 기관의 신설에는 몇 가지 어려움이 있다. 첫째는 부처 수준의 기관을 신설할 정도로 대상자가 많고, 관련 정책의 규모가 충분한가의 문제이다. 현재 65세 이상의 노인인구가 약 640만 명으로 전체인구의 1/7이라는 점에서 대상자의 규모는 충분히 크다고 할 수 있다. 반면에 노인인구에 비해서 노인을 대상으로 하는 정책의 규모는 아직 미흡하다는 점에서 부처 수준의 기관 신설의 여건은 성숙되지 않았다고 할 수 있다. 그러나 노인인구가 14%를 넘는 고령사회로의 진입이 불과 3~4년 후의 일이고, 10년 남짓한 기간에 전체 인구의 1/5이 노인인구가 된다는 점을 감안할 필

요가 있다. 노인복지 및 노인문제를 위한 정책의 확대가 불가피하고, 현재의 추세가 그대로 유지된다면 향후 5년 정도의 기간에 노인정책을 전담하는 부처 수준의 중앙행정기관의 신설을 진지하게 검토할 수 있다.

부처 수준의 중앙행정기관을 신설하는 것의 두 번째 문제점은 앞 장에서 살펴본 바와 같이 정책 추진체계는 대상별 편제가 아닌 기능별 편제 방식을 중심으로 구성된다. 노인복지청 또는 노인부(처)는 기능적 편제방식이 아닌 대상별 편제방식의 기구이다. 노인인구가 천만 명이 넘어설 것으로 예상되는 상황에서 노인을 대상으로 하는 정책은 소수의 특정 대상자가 아닌 대다수의 국민을 대상으로 하는 보편적 정책으로 전환되는 것이며, 이 경우 별도의 정책 추진체계 구성이 필요하고 관련 업무를 통합적으로 수행할 수 있는 전담기구의 설치가 필요하다는 의견은 타당성을 갖는다. 또한 중앙행정기관이 모두 기능별 편제방식으로 구성되는 것이 아니며, 대상자별 편제방식으로 설치된 기관이 있다. 예를 들어 국가보훈처는 국가유공자 및 제대군인과 그 유족을 대상으로 하는 중앙행정기관이며, 보건복지부는 아동, 노인 및 장애인에 관한 사무를 관장한다는 점에서 보건·복지와 같은 기능별 편제와 대상별 편제의 원칙이 병존하고 있다. 또한 여성가족부는 여성, 청소년 및 가족에 관한 사무를 관장하는 중앙행정기관으로 대상별 편제에 의한 조직에 해당한다.

노인이라는 대상별 편제방식에 의한 중앙행정기관의 설치가 타당성이 있는 것은 사실이나, 노인복지와 노인문제를 전담하는 부처 수준의 중앙행정기관을 신설하는 것은 매우 신중한 판단이 필요하다. 다른 국가 사례에서 보듯이 노인복지와 노인문제만을 전담하는 중앙정부의 조직이 없다는 사실을 유의할 필요가 있다. 예를 들어 노인인구 비율이 가장 높은 일본(24.1%, 2012년)의 경우에 노인복지 및 노인문제를 전담하는 중앙행정기관이 없으며 사회복지, 보건, 노동 문제를 하나의 기관(후생노동성)으로 통합하였다. 미국은 2012년에 노인복지를 전담하던 노인복지실(AoA)을 장애인복지실과 발달장애복지국을 통합하여 지역생활정책실(ACL)을 신설함으로써 노인과 장애인 복지업무를 하나의 기관으로 통합하였다. 프랑스는 노인문제를 담당하는 담당장관(Secrétaire d'Etat)이 있으나, 노인문제만이 아니라 가족, 노인, 자율성 분야를 담당하고 있다. 호주의 경우에도 연방정부의 부처 명칭에 노인이라는 용어가 있었으나, 당시에 보건업무와 노인요양업무를 담당하는 부처이었으며, 2013년에는 보건노인부를 보건부로 재편하였다. 부처 수준의 중앙행정기관의 명칭에 노인이라는 용어가 사용

되는 것은 시대적 상황이나 당시 정부의 정책적 우선순위에 따른 선택의 문제이다. 또한 노인복지와 노인문제만을 전담하는 중앙행정기관은 없으며, 오히려 가족, 장애인, 여성, 아동 등 다른 대상자들과 통합적으로 고려하여 업무를 배치하고, 조직을 구성하는 것이 일반적이다. 이러한 맥락에서 노인복지와 노인문제를 담당하는 부처 수준의 중앙행정기관은 노인을 포함한 대상자를 통합하여 기관을 구성하거나, 또는 기능별 편제방식의 원리에 의해서 조직을 구성하고 정책의 대상자에 노인을 포함하는 방식으로 추진체계를 구성한다고 해석하는 것이 타당하다.

노인복지정책 추진체계 개편에서 쟁점으로 부각된 노인복지청 신설은 적절한 대안은 아니다. 오히려 청 수준의 조직이 아닌 부처 수준의 중앙행정기관의 설치를 모색하는 것이 타당하다. 그러나 노인복지와 노인문제를 담당하는 부처 수준의 중앙행정기관을 설치하는 것은 타당성이 있음에도 불구하고 단기적으로 추진하기 어려운 과제이다. 노인복지정책의 지속적인 확대를 전제로 중장기적인 과제로 추진해야 할 것이다. 단기적으로는 노인계층의 복지수요 증가에 대응하고 관련 정책의 확대와 내실화를 추진하면서, 기존의 정책 추진체계를 보완하는 방식으로 진행할 필요가 있다. 중장기적으로 노인을 포함하여 통합적 대상별 편제 또는 기능별 편제에 근거한 부처를 설치하고 대상자에 노인을 포함하는 방식으로 추진하는 것이 적절하다.

제3절 노인복지정책 추진체계의 개편 대안

노인복지정책 추진체계의 개편 방안은 정책기획·조정 및 정책결정을 담당하는 중앙정부 차원과 정책집행을 담당하는 지방자치단체 차원을 구분해서 논의하기로 한다. 노인복지정책의 집행을 담당하는 중앙정부 산하의 공공기관에 대한 논의는 중앙정부 개편 방안에 포함하여 논의하고자 한다.

1. 중앙행정기관의 개편 방안

노인복지정책을 담당하는 중앙행정기관의 개편 방안은 앞 절에서 논의한 바와 같이 단기적으로 기존 추진체계의 확충을 추진하고, 장기적으로 노인복지와 노인문제를 담당하는 중앙행정기관을 신설하는 방안으로 구분할 수 있다.

가. 노인복지정책 담당조직 확충 : 단기적 개선 방안

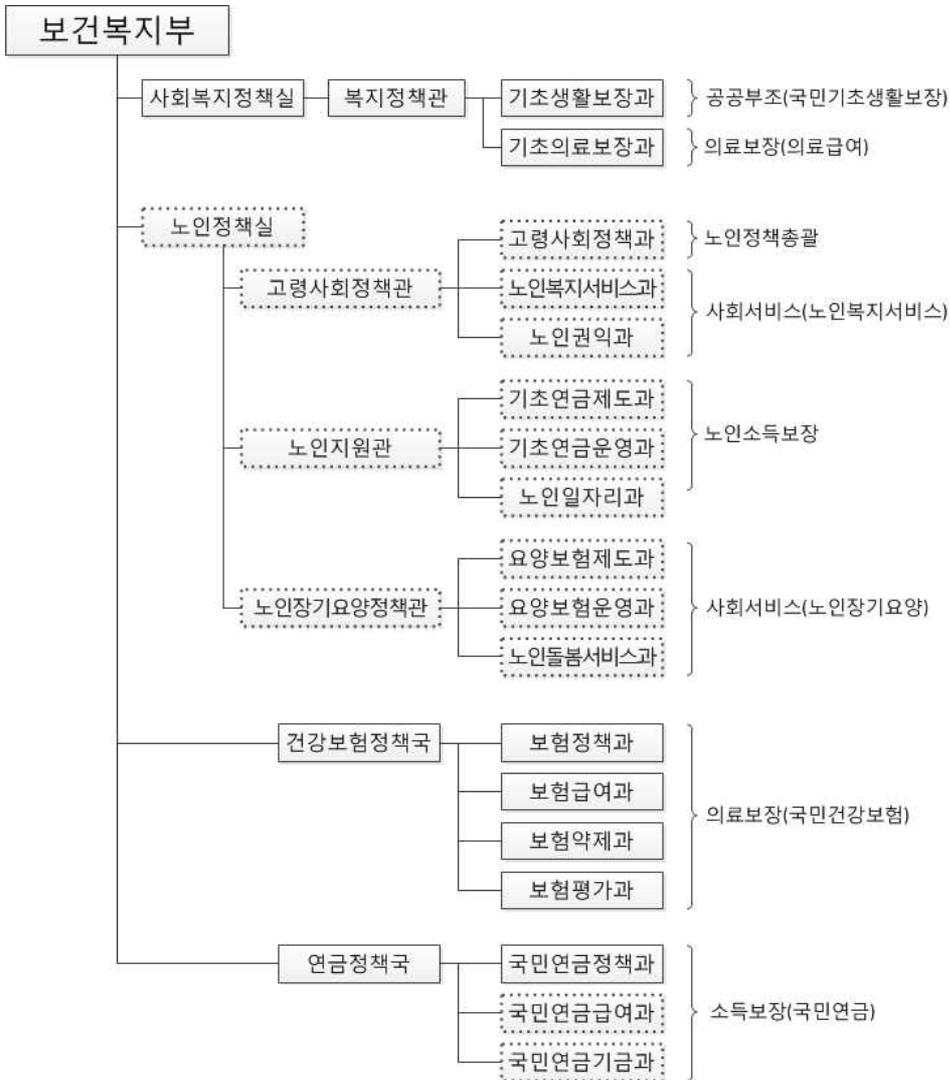
인구고령화의 진전과 노인인구 증가 등의 정책환경 변화, 주요 선진국의 노인복지정책 추진체계 사례 분석, 현행 노인복지정책 및 정책 추진체계에 대한 분석 등을 기반으로 향후 노인복지정책 추진체계의 개편 방안을 도출하였다. 분석 결과 노인복지청과 같은 노인복지 및 노인문제를 전담하는 청 단위 중앙행정기관을 신설하는 것은 타당성이 낮으며, 단기적으로 현행 정책 추진체계를 강화·확충하는 것이 적절한 방안이다.

현행 노인복지정책 담당기구 확충은 향후 복지수요의 변화에 대응하는 방식으로 추진해야 한다. 우선 국민연금과 기초연금은 노인인구 및 수급자 증가로 정책의 규모 증가와 추진체계 확충이 필요하다. 국민연금은 기금관리 및 투자에 대한 정책결정 기능과 집행 기능 모두 추진체계 확충이, 그리고 연금급여 관리의 집행 기능을 담당하는 조직의 확대가 필요할 것이다. 국민연금정책은 현재 연금정책국의 2개 과가 담당하고 있는데, 향후에 기금관리와 급여관리를 담당하는 1~2개 과를 추가해야 할 것이다.

기초연금제도는 현재 연금정책국의 1개 과가 담당하고 있으며, 수급자 증가에 따른 제도의 확대로 기초연금제도운영을 담당하는 1개 과의 추가를 예상할 수 있다. 그러나 제도의 운영과 집행 업무를 지방자치단체가 계속 수행한다면, 국 수준의 조직으로 확

대될 수 있을지는 다소 미지수이다. 넓은 의미에서 노후소득보장제도인 노인 고용 지원과 일자리사업 업무를 통합하여 노인지원국과 같은 국 단위 조직으로 확대개편이 가능할 것으로 예상된다.

<그림 4-3-1> 노인복지정책 추진체계 확충(안)에 따른 보건복지부 노인복지정책 담당부서



현재의 노인정책관은 노인을 대상으로 하는 복지서비스와 노인장기요양의 업무를 담당하고 있다. 향후에 노인장기요양에 대한 수요 증가와 제도의 확대가 예상되며, 노인을 위한 복지서비스 역시 확대가 불가피하다. 따라서 현재의 노인정책관은 고령사회 정책관(국)과 노인장기요양정책관(국)의 2개 국으로 확대개편이 필요하다. 노인장기요양정책관(국)은 기존의 장기요양제도와 노인 돌봄(care) 서비스를 통합한 업무를 담당하도록 한다.

노인정책과가 담당하고 있는 노인복지 총괄 및 조정업무, 고령사회 대응 정책 등의 업무는 보건복지부 차원을 넘어서 범정부적 차원의 정책기획·조정 및 정책결정 업무로 확장되어야 하며, 따라서 고령사회정책관(국)으로 조직을 확대해야 한다. 고령사회정책관(국)은 고령사회 기본계획을 포함한 인구고령화 대응 전략 수립, 노인(복지)정책 총괄 조정, 노인의 사회참여 지원 및 평생교육, 노인 보호 및 권익 증진 등 영역에서 국가적 차원 정책 기획업무를 담당한다.

소득보장과 의료보장을 제외하고 노인복지정책을 담당하는 조직이 고령사회정책관(국), 노인지원국(관), 노인장기요양정책관(국) 등 3개의 국으로 확대개편 된다면, 노인정책실의 신설이 가능할 것이다. 노인인구 증가와 노인복지정책의 확대는 저출산·인구정책·보육지원과 노인정책의 분리를 필요로 하며, 노인복지정책은 현재의 노인복지서비스 중심에서 고령사회 대응 정책으로 전환이 필요하다. 이러한 맥락에서 노인복지정책과 고령사회 대응 정책을 총괄하는 실 단위 조직의 신설을 고려할 수 있다.

노인정책실 신설과 노인복지정책을 담당하는 국 단위 조직을 확대개편한 내용을 요약하면 <그림 4-3-1>과 같다. 현재 보건복지부의 국(관) 단위 조직은 18개이며, 노인복지정책을 담당하는 조직을 확대한다면 국이 20개를 상회하게 된다.

나. 노인복지를 담당하는 중앙행정기관 신설 : 중·장기적 개편 방안

노인복지정책 추진체계 개편에서 쟁점으로 부각된 노인복지청 신설은 적절한 대안은 아니다. 청 수준의 조직이 아닌 부처 수준의 중앙행정기관의 설치를 고려해야 할 것이다. 그러나 노인복지와 노인문제를 전담하는 조직이 아니라 노인복지와 노인문제를 담당하는 중앙행정기관의 설치를 모색해야 한다. 또한 단기적으로 추진하기 곤란하며, 장기적이 과제로 추진하되 기능별 편제에 근거한 부처 수준의 중앙행정기관을 신설하

고 대상자에 노인을 포함하는 방식으로 추진하는 것이 적절하다.

이러한 방식의 노인복지정책 추진체계 개편 방안은 현재의 보건복지부와 여성가족부를 통합·재편하여 보건·사회보장과 사회서비스 기능으로 구분하여 행정 각부를 구분하는 것이다. 보건과 사회보장 업무를 관장하는 보건·사회보장부는 ‘사회정책총괄 + 보건 + 공공부조 + 사회보험(건강보험, 국민연금)’ 업무를, 사회서비스 업무를 관장하는 가족노인서비스부는 ‘가족 + 보육 + 아동 + 청소년 + 노인 + 여성 + 장애인’을 대상으로 하는 사회서비스 업무를 담당한다. 즉 보건·사회보장부는 전국적 차원에서 동일한 기준과 현금급여 중심의 사회보장정책을 담당하는 것이며, 가족노인서비스부는 현물급여와 인적 서비스를 중심으로 하는 사회서비스 업무를 통합하여 담당하도록 한다는 것이다.

이러한 2개 부처 편제의 장점은 의료보장, 소득보장(공공부조, 사회보험), 사회서비스 등 영역별로 기능적 분화가 분명하다는 점이다. 또한 영유아 보육, 아동, 청소년, 출산, 노인, 장애인 등 모든 영역의 사회서비스를 포괄할 수 있다는 것이다. 이는 사회서비스를 대상별 분산적 방식에서 생애주기적 통합적 관점으로 전환이라는 논리적 흐름을 명확히 드러낼 수 있다. 반면에 보건(의료보장)과 사회서비스, 소득보장과 사회서비스의 연계 및 통합이 약화될 가능성이 있다는 단점을 갖는다.

이러한 단점을 보완하기 위해서는 현재의 보건복지부, 고용노동부, 여성가족부 등의 3개 부처를 통합·재편하는 방안을 고려할 수 있을 것이다. 예를 들어 ‘고용노동부, 사회보장부(공공부조 + 사회보험), 보건·사회서비스부’, ‘보건부, 고용사회보장부(고용 + 공공부조 + 사회보험), 사회서비스부’, ‘보건부, 고용노동부, 사회복지부(공공부조 + 사회보험 + 사회서비스)’ 등의 개편 방안을 고려할 수 있다. 그러나 이러한 개편 방안은 노인복지정책 추진체계 개편을 넘어서서 국가적 차원의 사회정책 전반의 추진체계를 개편하는 방안이라는 점에서 별도의 분석과 검토가 필요한 일이다.

2. 중앙행정기관 간의 정책조정 및 저출산·고령사회위원회

사회보장정책은 16개 중앙행정기관이 담당하고 있고, 이로 인하여 업무의 분산성이 높다는 점에서 사회보장정책의 총괄·조정 기능 강화가 필요하다. 총괄·조정 기능 강화란 정책기능의 통합성을 지향하는 것을 의미하는 것으로, 기능 통합이란 여러 기관에

분산되어 수행되는 유사한 정책 기능을 통합하여 하나의 기관에 집중시키는 방식으로 정부의 문제해결 능력을 제고하는 산출 측면(output side)의 개선이다. 사회가 복잡해지면서 부처 조직의 기능 분화가 진행되며, 일정 시점이 지나면서 정책 연계조정的重要性이 커지고, 이에 따라 기능 통합의 중요성이 증가한다. 그런데 기능 통합의 논의는 신중한 접근이 필요하다. 복잡한 사회문제 해결을 위해서는 복수의 부처가 유사 기능을 중복 수행하는 것은 불가피하며, 정책간의 연관성은 매우 가변적이어서 조직구조 변화로 이를 효과적으로 대응하기 어렵기 때문이다. 거대부처(기관)의 출현에 따른 부작용을 고려한다면, 기능 통합과 조직 통합을 동일한 개념으로 이해하는 것은 다소 위험하며, 각 부처에서 담당하고 있는 유사한 기능들을 유기적으로 연계시키는 방안이 기능 통합의 핵심 내용이라 할 수 있다.

부처 수준의 중앙행정기관 사이의 정책총괄·조정체계의 개편은 수직적 정책조정, 수평적 정책조정 그리고 정책조정을 조정하는 전담기관의 3가지 관점에서 논의할 수 있다. 먼저 수직적 정책조정의 개편은 대통령실과 국무총리실의 이중적 정책조정방식을 통합하는 수직적 정책조정의 일원화가 핵심이다. 수직적 정책총괄·조정체계의 일원화는 대통령(대통령실)과 국무총리(국무총리실)의 역할 명확화가 핵심이다. 대통령은 국가의 원수이며(헌법 66조), 정부의 수반으로서 법령에 따라 모든 중앙행정기관의 장을 지휘·감독(정부조직법 11조)한다. 국무총리는 대통령을 보좌하며, 행정에 관하여 대통령의 명을 받아 행정각부를 통할하며(헌법 86조), 대통령의 명을 받아 각 중앙행정기관의 장을 지휘·감독(정부조직법 16조)하는 역할을 담당한다. 따라서 헌법과 법률 규정에 의하면, 대통령은 국무총리를 통하여 중앙행정기관을 지휘·감독하는 방식이 적절하며, 수직적 정책조정체계의 단일화는 대통령실과 국무총리실의 역할 분담 재조정과 국무총리실의 역할을 확대하는 방향으로 추진하는 것이 적절할 것이다. 따라서 국무총리실이 행정부처에 대한 일상적 정책조정의 책임을 맡도록 하고, 대통령실은 부처에 대한 일상적 정책조정보다는 국가를 대표하는 기능과 국가의 미래발전에 관련된 국가의 핵심 프로젝트의 수행에 집중하도록 정리하는 것이 효율적인 방안이 될 것이다.

수직적 정책조정체계의 일원화에 따라 국무총리가 정책조정자로서 확고한 위상을 갖고 정부업무를 총괄함으로써 대통령에게 과도하게 집중되는 업무 부담과 정치적 책임이 경감될 수 있다. 또한 국정운영의 책임자로서 대통령의 국정통할권은 유지되며,

수직적 정책조정체계는 일관성을 확보된다. 국무총리는 헌법과 법률에 의해서 대통령을 보좌하게 되어 있으며, 대통령이 국무총리의 인사권을 보유한다는 점에서 대통령의 통제권은 유지된다. 국무총리실의 권한을 강화하는 것이 정책조정 일관성을 확보할 수 있다는 점에서 원칙적으로 타당하다. 또한 행정부처에 대한 수직적 통제부하가 경감되는 것은 장관 중심의 전문부처주의 강화와 부처 간 수평적 정책조정의 활성화에 긍정적인 효과를 미칠 것으로 기대된다.

수평적 정책조정의 개편은 장관 중심의 자율적 부처 행정과 전문 부처주의의 정착이 논의의 출발이다. 조직 통합이 아닌 기능의 유기적 연계를 위해서는 유관부처 간 수평적 정책협의 및 조정체계를 마련이 필수적이다. 행정부처간의 정책조정을 담당하는 대표적인 기구는 국무회의이다. 그런데 국무회의는 국무위원과 배석자 등 참석자가 25명 이상이고, 참석한 국무위원의 소관 업무 혹은 관련된 업무가 아닌 경우 안전에 대한 관심이 낮다. 또한 제한된 시간에 논의할 안건이 많다는 점에서 밀도 있는 토론과 정책조정을 기대하기 어렵다. 국무회의의 한계를 극복하고, 부처 이기주의와 미시적 의사결정의 문제점을 완화하기 위해서는 행정부처간 수평적 의사소통의 활성화와 긴밀한 정책협의를 촉진할 필요가 있다. 이를 위해서는 정책을 영역별로 세분화하여 수평적 정책조정체계를 구축해야 하는데, 국정 전반을 정책분야별로 구분하여 관계장관회의⁹⁰⁾를 신설하는 것이 효과적 방안일 것이다. 구체적으로, 외교안보, 일반 행정, 경제, 사회, 교육·인적자원개발 등 5개 영역으로 구분하고, 분야별 선임장관 혹은 부총리로 하여금 정책조정을 담당하도록 한다. 예를 들어 사회 영역의 장관회의인 사회관계장관회의(가칭)는 보건복지, 고용노동, 여성가족, 문화체육관광 등의 업무를 담당하는 국무위원을 구성원으로 하고, 보건복지부 장관이 선임장관의 역할을 수행하도록 한다. 관계장관회의에서 이루어지는 부처간 정책조정의 실효성을 제고하기 위한 방안으로 예산편성권의 분권화가 필요하다. 예산이란 정책의 숫자적 표현이라는 점에서 예산은 정책

90) 관계장관회의는 소수의 관련부처 장관들이 모여 부처간 합의를 이끌어내는 정책조정기구이다. 관계장관회의는 국무회의가 많은 참석자 인하여 정책조정의 실효성을 담보할 수 없다는 점에서 관련부처 장관만을 모아 정책조정의 효율성을 제고하려는 목적을 갖는다. 1960년대 초에 설치된 경제장관회의와 국가안전보장회의는 관계장관회의의 효시이며, 정부정책이 복수의 부처에 관련이 있고 부처간 정책조정의 필요가 있을 때 광범위하게 활용되어 왔다(이승호, 2007; 전영한, 2009). 관계장관회의는 다른 정책조정방식에 비해서 전문성이 뒷받침되며, 효율성이 높다는 장점을 갖는다. 또한 정책조정의 적시성이 유지되면서 집권적 정책조정의 제어와 비교적 공정한 부처간 정책경쟁을 기대할 수 있다(이승호, 2008)

결정의 종속변수라고 할 수 있다. 그런데 현실은 예산담당부처가 예산편성권을 매개로 정책을 조정해왔던 것이 관행이었고, 이러한 점에서 정책결정이 예산의 종속변수로 간주되어왔다. 이러한 관행을 탈피하고 행정부처간 수평적 그리고 자발적인 정책협의를 촉진하기 위해서는 관계장관회의에서 논의하여 조정된 정책이 예산에 반영되어야 한다. 따라서 예산담당부처는 예산의 총 규모와 영역별 배분을 담당하고, 분야별 관계장관회의의 협의를 거쳐 해당분야 선임장관은 예산의 영역 내 배분을 담당하는 방안을 검토해야 할 것이다. 부처 수준의 수평적 정책조정체계가 확립되면, 상위 정책조정기계의 수직적 정책조정업무의 부담이 경감되고, 전문 부처주의에 입각한 상향적 정책조정체계의 구축에 긍정적인 효과를 기대할 수 있다.

정책조정의 전담기구에 대한 논의는 정책조정을 담당하는 위원회 조직을 활성화하는 방안이다. 정책의 총괄·조정을 담당하는 위원회 조직의 활성화는 외형적으로 위원회내에서 정책에 관한 논의와 토론, 관련주체들간의 의사소통이 활발하게 이루어지는 것을 의미한다. 또한 위원회 조직의 활성화의 실질적 개념은 위원회의 산출물에 대한 사회적 가치에 대한 측정과 관련된 것으로 위원회가 사회정책 영역에 있어서 핵심적 역할을 수행하고, 정책의 총괄·심의·조정에 있어서 실질적인 권한을 행사한다는 것이다. 위원회 활성화에는 정책담당 기관은 물론 민간기관, 정책수요자인 국민의 의견이 반영되는 것이 필요하며, 위원회는 사회적 합의를 위한 기구라는 점에서 위원회에서 이루어지는 심의·조정은 행정부 내부과정이지 아닌 사회적 논의라는 점을 유의할 필요가 있다.

노인복지정책과 고령사회 대응 정책의 총괄·조정과 관련하여 저출산·고령사회위원회의 활성화가 핵심이다. 저출산·고령화위원회는 저출산·고령사회기본법의 개정(2012. 5. 23 개정, 2012. 11. 24 시행)을 통해 위원회가 보건복지부 장관 소속에서 대통령 소속으로 변경되고, 위원장을 대통령이 그리고 위원은 중앙행정기관의 차관급에서 장관급으로 격상되는 등의 변화가 있었다. 위원회는 본위원회, 운영위원회, 분야별 분과위원회의 3층 구조로 구성되는데, 본 위원회는 정책결정, 운영위원회는 정책조정, 분야별 분과위원회는 정책분석을 담당하도록 역할을 분담하는 것이 적절하며, 사무국의 역할을 담당하는 운영지원단을 복지부에 두도록 시행령에 규정되어 있다.

위원회의 역할 강화와 활성화를 위한 전제조건으로는 첫째, 다양한 이해집단과 정책

수요자의 참여가 필수적이며, 위원회를 구성원의 대표성을 확보하여야 한다. 둘째, 위원회 조직구조가 정책협의·조정에서 긍정적인 역할을 할 수 있도록 위원회 내부의 조직단위 혹은 수준별로 체계적으로 역할을 분담해야 한다. 셋째, 위원회의 핵심역량은 의제 설정(agenda setting), 정책안의 검토와 조정이며, 역량 강화를 위하여 전문성 확보가 핵심 추진과제이다. 넷째, 위원회 운영에 있어서 개방성과 민주성의 확보, 합의를 존중하는 관행의 정착이 필요하다.

저출산, 고령사회 대응을 위한 공공정책은 개별부처를 넘어서서 국가차원에서 이루어지는 것이 핵심이며, 따라서 개별부처가 담당하는 정책을 총괄·조정하는 실질적인 권한과 역할을 수행할 수 있어야 한다. 그런데, 본위원회의 간사위원과 운영위원장을 보건복지부 장관과 대통령이 임명하는 민간위원이 공동으로 수행하도록 되어 있어, 이는 위원회의 역할과 운영에 혼선을 초래할 가능성이 있다. 따라서 운영위원회 위원장 겸 본위원회 간사위원은 2인 아닌 1인으로 변경할 필요가 있다.

저출산고령사회위원회가 관련 정책의 총괄·조정 역할을 제대로 수행하기 위해서는 운영지원단의 역할이 가장 중요하다. 운영지원단 규모를 확대할 필요가 있으며, 지원단의 인력은 관련 부처의 파견인력과 민간의 전문가로 구성하도록 한다.

수직적 정책조정, 수평적 정책조정 그리고 정책조정을 전담하는 위원회 조직의 활성화에 추가하여 개별 부처 차원에서 전문부처주의 확립과 장관의 책임 강화가 필요하다. 정부정책은 개별 행정부처가 분야별 전문성에 기초하여 장관 책임하에 수행하는 전문부처주의 확립이 바람직하다. 개별 부처 업무는 장관의 통솔범위를 고려하여 부처단위의 책임행정이 이루어지도록 소관기능을 범위를 적정화해야 한다. 사회복지정책과 관련된 중앙부처를 개편하지 않는 경우에도 전문부처주의 확립과 소관기능의 적정화를 위해서는 현재 개별부처가 담당하고 있는 업무를 조정하는 것이 필요하다. 또한 전문부처주의 확립과 관련하여 보건복지부의 복수차관 도입을 긍정적으로 검토할 필요가 있다. 보건복지부는 현재 보건의료, 공공부조, 사회보험, 사회서비스, 저출산·고령화 정책 등의 업무를 전담하고 있으며, 향후 이러한 업무들이 급격하게 증가할 가능성이 높다. 보건복지부 장관은 사회정책 전반의 정책총괄·조정이라는 선임장관의 역할을 수행해야 할 필요성이 제기되고 있으며, 복지부는 저출산 현상과 인구고령화 등 미래사회를 대비하기 위한 국가 프로젝트를 주도하는 부서로 성장할 것으로 예상된다.

향후 보건복지부는 업무영역의 확장으로 인하여 장관의 통솔범위가 확대될 것이며, 따라서 현재의 1명인 차관을 2명으로 확대하여 통솔범위의 적정화가 필요하다.

3. 지방자치단체의 정책추진체계 개편 방안

지방자치단체의 사회보장업무는 공공부조(국민기초생활보장)와 대상자별 사회서비스를 중심으로 구성되어 있으며, 노인복지정책은 기초연금과 노인복지서비스 영역에 한정된다. 따라서 지방자치단체의 정책 추진체계 개편은 노인복지정책에 한정하지 않고, 사회보장정책 전반의 추진체계 개편을 모색하는 것이 타당하다.

가. 중앙정부와 지방자치단체의 역할 변화

사회보장정책의 최종 산출은 복지급여와 서비스를 필요로 하는 사람에게 전달되어 욕구를 충족하는 것이다. 정책과 수급자가 직접 대면하는 지역사회에서 정책 결과가 산출되며, 사회보장정책이 추구하는 목표달성의 핵심은 지방자치단체의 역할과 정책 역량에 있다. 중앙정부의 사업 지침과 판단만으로 효과적인 정책집행은 한계가 있으며, 지방자치단체의 판단과 정책집행의 자율성 제고가 시급한 과제로 부각되고 있다. 따라서 중앙정부는 정책결정, 광역자치단체는 정책기획과 조정, 기초자치단체는 정책집행을 책임지는 단위라는 점을 전제로 체계적인 역할 분담의 모색이 필요하다.

중앙정부는 국가적 차원에서 사회보장 급여의 기준과 종류, 대상자 선정 원칙, 재원 분담 등 기본 틀을 결정하는 역할에 집중한다. 또한 중앙정부는 복잡하고 지나치게 세분화되어 있는 복지서비스 관련 제도를 통합하여 보다 단순한 형태의 제도로 변화시키는 것과 더불어 정책집행 권한을 지방자치단체에 위임하는 등의 적극적인 노력을 할 필요가 있다. 또한 중장기적으로 사회복지서비스 영역의 업무를 국가위임사무에서 지방자치단체의 자치사무로 변경하는 것을 검토해야 할 것이다.

지방자치단체는 중앙정부의 대행기관 혹은 하부 집행기관이 아니라 지역사회의 복지업무에 대한 실질적인 책임주체라는 인식 전환이 가장 중요하다. 지역주민들의 복지 욕구에 대응하여 지역사회 문제를 스스로 해결하는 핵심기관으로서 위상을 정립해야 할 것이다. 이를 위해서 지방자치단체는 중앙정부의 업무지침에 따른 기계적 집행이라

는 기존의 관행에서 벗어날 필요가 있으며, 특히 광역자치단체는 중앙정부와 기초자치단체간의 중계기관이라는 소극적 역할에서 탈피하는 것이 선결과제이다. 현실적으로 중앙정부가 230여개의 기초자치단체의 복지정책 집행을 관리·감독하는 것을 기대하기 어렵다. 따라서 광역자치단체는 지역단위 사회보장사업의 기획, 기초자치단체가 수행하는 업무에 대한 모니터링과 조정, 복지예산 및 복지자원의 배분 등에 관련된 실질적인 역할을 담당할 필요가 있다. 또한 지역단위 보건복지관련 계획 수립, 기초자치단체에 대한 관리·감독 및 평가 업무, 지역에 적합한 사회서비스 제도의 설계 및 자원배분, 집행의 총괄 등에 대한 실질적 권한을 광역자치단체가 보유하는 것이 적절할 것이다. 이러한 맥락에서 광역자치단체에 사회복지 정책기획, 사업관리와 평가, 품질관리 등의 업무를 담당할 조직을 신설하거나 확충할 필요가 있다.

기초자치단체는 지역단위의 복지수요 파악, 지역사회에 적합한 복지사업의 구상과 집행을 위한 역량을 강화해야 한다. 이를 위해서 시·군·구 본청에 ‘복지기획·조정’과 ‘통합운영·관리’ 영역의 조직을 확충할 필요가 있다. 일선기관이 읍·면·동의 기능 강화 역시 중요한 과제로서 통합사례관리와 복지상담 업무 강화, 대상자의 개별 상황에 적합한 통합적 서비스 제공, 지역주민 밀착형 서비스 제공 등에 관심과 역량을 집중해야 할 것이다.

나. 지역단위 복지계획 수립과 지방자치단체의 역량 강화

지역주민들의 높아진 복지욕구에 대응하는 동시에 복지서비스의 체감만족도를 높이기 위해서는 통합적 서비스 제공과 종합적 사회보장 전략 수립이 필수적이다. 현행 법률에 의하여 지방자치단체는 ‘사회보장에 관한 지역계획’(사회보장기본법 19조), ‘지역사회복지계획’(사회복지사업법 15의3), ‘지역보건계획’(지역보건법 3조1항) 등 지역단위 종합계획과 분야별·제도별 계획을 의무적으로 수립하여야 한다.

지역단위 사회보장계획은 지방자치단체 스스로의 노력과 역량에 의해서 수립하는 것이 바람직하다. 그러나 계획 수립, 집행 및 평가를 위한 지방자치단체의 전문성과 역량이 미흡한 것이 현실이며, 중앙정부가 지방자치단체 계획의 수립에 관여하는 것도 사실상 불가능한 일이다. 또한 지방자치단체가 단기간에 지역단위 계획 수립을 위한 전문성과 능력을 갖추는 것은 쉽지 않다는 점에서 지역단위 복지전략 수립과 역량 제

고를 위한 체계적인 지원방안을 모색하는 것이 필요하다. 따라서 중앙정부와 지방자치단체의 계획 수립을 지원하고, 중앙정부의 정책결정과 지방자치단체의 정책집행을 유기적으로 연계할 수 있는 상시적인 전문기관의 구성하는 것이 유력한 방안이다. 전문기관을 신설하는 방안과 기존 기관의 역할변화를 통한 방안을 고려할 수 있으며, 단기간에 가능한 대안은 후자의 방식이다. 지역단위 복지계획 수립을 지원하는 전문기관으로는 중앙정부와 광역자치단체의 연구기관을 고려할 수 있을 것이다. 또한 단일기관이 수행하는 것 보다는 중앙과 지방의 연구기관이 네트워크를 형성하고, 이들 기관의 협업을 통해 전문기관의 역할을 담당하는 것이 적절한 대안일 것이다. 전문기관은 사회복지분야의 정책정보 및 관련 자료의 제공, 지역복지 및 지역단위계획을 위한 기초연구, 지역단위 복지수요 진단 및 정책환경 분석, 지역단위 복지관련 계획 수립을 위한 정책컨설팅 서비스 등을 역할을 수행한다. 또한 지역단위 복지계획의 목표와 정책수단의 적절성, 실현가능성을 평가하고, 계획의 집행에 대한 주기적인 모니터링을 통해 지속적으로 계획 수립을 지원하도록 한다. 지방자치단체가 지역단위 복지관련 계획 수립의 핵심은 담당인력의 역량이며, 따라서 전문기관은 계획수립을 담당하는 인력의 전문성과 역량을 제고를 위한 직무교육을 실시하도록 한다.

다. 지방자치단체의 복지정책 추진체계 개편

단기적으로 지방자치단체의 복지정책 추진체계 개편은 현행 지방행정 및 지방자치단체의 기본 구조를 유지하면서 인력과 기능을 보완하는 방향으로 설정해야 할 것이다. 현재 상황에서 희망복지지원단(팀) 및 동 주민센터 복지허브화 사업의 정착과 활성화가 중요하다. 희망복지지원단은 취약계층(빈곤층)을 중심으로 노인, 장애인, 가족 등을 대상으로 하는 복지서비스를 실질적으로 연계·조정하는 역할을 담당한다. 드림스타트 담당조직을 희망복지지원단에 통합하고, 수급자 관리 및 통합조사 업무를 희망복지지원단의 기능에 편입한다. 또한 고용 및 보건서비스, 사회보험기관의 직원의 파견을 통하여 기관 간 협력·의뢰체계를 공식화한다. 통합사례관리 업무를 읍·면·동으로 이관하고, 읍·면·동 업무 지원체제를 강화한다. 희망복지지원단은 읍·면·동이 수행할 통합사례관리 업무를 활성화하고, 이에 대한 지원체제를 강화하며, 읍·면·동에서 수립한 사례계획의 판정과 승인, 지역단위 사례관리의 기획, 지역 내 복지자원관리 및 서비스 연

계, 읍·면·동 주민센터 업무지원·관리의 업무를 강화한다.

대민서비스 접점기관인 읍면사무소 및 동주민센터의 복지기능 강화와 복지관련 민원창구를 단일화하는 것은 지방자치단체 복지전달체계 개편의 핵심 과제이다. 복지민원 창구를 읍·면·동으로 단일화하는 것은 궁극적으로 대민서비스 접점기관인 읍면동의 복지기능을 강화하는 것이다. 읍면동의 복지기능 강화의 핵심은 종합 복지상담 서비스와 관련 정보의 제공이라 할 수 있다. 급여·서비스의 수급자 관리, 모니터링 기능을 내실화하고, 방문상담 등과 같은 찾아가는 서비스가 실질적으로 가능하도록 인력과 조직을 개편하는 것을 포함하는 것이 필요하다. 또한 통합사례관리 업무를 시군구에서 읍면동으로 단계적 이관하는 것이 필요하다. 공공기관의 사례관리란 복지자원에 대한 체계적인 관리를 토대로 복합적이고 다양한 욕구를 가진 대상자에게 필요한 서비스의 통합적 연계·제공과 지속적인 상담·모니터링 실시하는 것이므로, 대상자의 접촉과 상담, 욕구사정 그리고 지속적인 모니터링이 가장 유리한 단위에서 시행하는 것이 적절하다는 점에서 중장기적으로 읍·면·동에서 담당하는 것이 타당할 것으로 보인다. 따라서 읍·면·동은 초기상담과 욕구사정을 통하여 사례계획을 수립과 집행, 사후관리, 모니터링 등의 업무를 담당하고, 시·군·구에서는 사례계획의 수립과 서비스 연계 업무를 수행하는 것으로 역할을 분담한다. 또한 복잡한 문제해결을 위한 복지자원의 관리와 연계가 읍·면·동 단위에서 해결하지 용이하지 않다는 점에서 시·군·구와 읍·면·동 사이에 적절한 역할분담과 통합사례관리 업무의 단계적 이관이 필요할 것이다.

지방자치단체 복지전달체계 개편에 있어서 간과할 수 없는 것은 복지담당 인력의 적정수준 확보와 인력구성의 적절성을 제고하는 것이다. 복지상담, 욕구사정, 방문 서비스, 통합적 수급자 관리 및 통합사례관리 업무 등은 인적서비스라는 점에서 적정 수준의 인력 충원이 필요하다. 또한 인력의 양적 증가와 더불어 담당인력의 전문성을 높이는 노력이 동반되어야 한다.



제5장 결론 및 정책적 제언

5

결론 및 정책적 제언 <

정책이란 정부 또는 공공기관이 공익을 달성하기 위하여 마련한 행동지침으로 ‘마땅히 있어야 할 것’, ‘당연히 바람직한 것’을 구현하려는 것이다. 또한 정책은 당면한 현재의 문제 해결 뿐 아니라 미래의 바람직한 상태를 실현하기 위한 의도적 행동이다. 이러한 정책을 실현하기 위한 조직적, 제도적, 재정적 노력을 체계화한 결과물이 정책추진체계이다. 따라서 정책추진체계는 정책의 특성과 내용에 따라 구성되며, 정책이라는 목표를 실현하는 수단의 의미를 갖는다. 정책추진체계는 의제설정에서 정책결정의 단계를 거쳐 결정된 정책이 집행되고, 평가되는 일련의 과정에 걸쳐 해당 정책을 담당하는 조직의 기능과 조직간 역할 분담체계이다.

정책추진체계의 변경 또는 재편하는 것은 해당 정책의 변화가 전제되는 것이 일반적이다. 노인복지정책의 추진체계를 논의하는 것은 향후 노인복지정책이 어떻게 변화될 것인가에 대한 검토가 필요하다는 것이다. 현 단계에서 노인복지정책의 향후 변화와 관련하여 상반되는 견해가 공존한다. 인구 고령화와 노인인구 증가로 노인복지정책의 수요가 증가할 것이고, 빈곤 등 노인계층이 직면하고 있는 문제가 심각하다는 점에서 향후 노인복지정책은 지속적으로 그리고 큰 폭의 확대가 필요하다는 것이다. 반면에 인구고령화는 노동생산성과 잠재성장률의 저하로 연계될 가능성이 크고, 저성장의 지속은 국가재정의 어려움을 가중시킨다는 점에서 노인복지정책의 확대에 신중해야 한다는 입장이다. 또한 현재 우리의 사회보장체계는 사회보험제도와 현금급여 중심으로 구성되어 있으며, 공적연금과 의료보장 등 노인계층을 대상으로 하는 복지정책의 비중이 절대적이라는 점에서 향후 노인복지정책은 재정안정성을 제고하면서 노인인구 증가에 따른 자연증가를 제외하고 추가적인 확대는 바람직하지 않다는 것이다. 노인복지정책에 대한 상반된 견해에도 불구하고, 향후 노인인구 증가에 따른 노인복지정책의 지속적 확대는 불가피하다. 동시에 국가재정의 어려움과 노인복지정책의 재정안정성을 제고하려는 노력을 병행해야 한다는 이중적 과제를 안고 있다

노인복지정책의 추진체계를 개편하는 것 역시 노인복지정책과 동일하게 이중적인 과제를 안고 있다. 노인복지정책의 확대에 따라 추진체계의 양적 확대는 피할 수 없는 선택이다. 동시에 노인복지정책과 관련 제도의 운영에 있어서 효율성을 높이고, 제도 간 연계를 통한 급여 내실화, 재정 절약적 정책 기획·설계, 급여·서비스에 대한 국민의 접근성 제고 등을 위한 추진체계의 내실화와 질적 발전을 추진해야 한다. 이러한 맥락에서 노인복지 정책추진체계 재편과 관련하여 주요 선진국의 사례분석 결과는 매우 유용한 시사점을 주고 있다.

첫 번째는 노인복지를 포함한 사회복지 정책추진체계 구성이 대상자별 편제가 아닌 기능별 편제라는 뚜렷한 지향성을 가지고 있다는 점이다. 미국의 노인복지 정책추진체계는 소득보장은 사회보장청, 의료보장은 연방 보건사회복지부의 의료보험센터, 그리고 장기요양 및 사회서비스는 연방 보건사회복지부의 지역생활정책실이 담당하는 방식으로 기능별로 구분되어 있다.

호주의 경우 2013년 정부조직 개편 이후 노인복지 정책추진체계는 대상자가 아닌 기능별로 재구조화 되었다. 또한 정책결정체계와 정책집행체계 사이의 복잡함을 간소화하고, 서비스 제공체계의 집중도를 높인 것으로 평가할 수 있다. 2013년 이전에 노후소득보장, 의료보장, 사회서비스를 별도의 부처에서 담당하고 센터링크가 서비스를 제공하는 구조였으나, 개편 이후 노후소득보장과 의료보장은 센터링크를 직접 관할하는 인적서비스부로 통합되면서 정책체계와 집행체계 간의 효율성 역시 높아졌다고 할 수 있다.

프랑스의 경우에 노인복지정책은 사회·보건성에 집중되어 있으며, 제도와 담당기구가 기능별로 구분되어 있다. 소득보장은 사회보장국 산하 ‘연금·보충사회보호제도 담당부국’이, 노인대상 공공부조는 사회통합총국 산하 ‘사회적 포용, 편입 및 빈곤극복 부국’이 담당하고 있다. 의료보장은 사회보장국 산하 ‘돌봄 접근, 가족 급여 및 산재 부국’이 그리고 노인돌봄과 사회서비스는 사회보장국 산하 ‘장애인 및 노인 자율 부국’이 주관부서이다. 또한 프랑스 특유의 행정부처 직제로서 중앙부처 업무 중 특정 업무를 주관하는 담당 장관이 있다. 담당 장관은 수직적 계선 조직의 단점을 보완하여 통합적 관점에서 정책을 접근하는 방식으로 노인복지정책 분야는 가족·노인·자율성 담당 장관이 맡고 있다.

독일의 노인복지정책 추진체계는 노인에 특화된 부처 또는 청이 아니라 소득보장, 의료보장, 사회서비스 등 기능에 따라 소관 부처가 구분된다. ‘가족·노인·여성·청소년부’는 사회보험, 공공부조, 사회서비스 등 핵심 정책을 제외하고 노인 여가활동, 일자리 참여, 자원봉사, 그리고 교육 등의 활동을 지원하는 역할을 맡고 있다. 중앙부처에서 인적 대상이 아닌 기능별 추진체계를 갖춘 것은 독일만의 현상은 아니지만, 독일의 경우 기존의 복지제도 안에서 복지수요를 충당할만한 만큼 제도의 성숙도가 높다는 역사적 맥락이 자리하고 있다.

둘째는 노인복지 정책추진체계의 구조는 노인복지를 포함한 사회보장정책 전반의 제도적 특성과 개별 제도의 비중을 반영하고 있다는 점이다.

호주의 경우 노후소득보장제도가 사회보험 방식의 연금이 아닌 공공부조 방식의 선별적 제도로 되어 있으며, 기업연금 또는 퇴직연금과 같은 사적제도의 의존도가 높다. 따라서 정책추진체계는 공공 영역과 민간 영역의 역할 분담을 전제로 정책추진체계가 구성되어 있다. 공공 영역의 역할은 민간 영역에 대한 제도적 틀을 마련하고, 민간 영역에 대한 규제와 관리·감독 기능을 중심으로 역할이 설정되어 있다.

미국은 노후소득보장의 핵심인 공적연금이 사회보험방식인 반면에 의료보장은 민간보험이 담당하고 있으며, 노인을 대상으로 하는 사회서비스는 주정부를 중심으로 추진체계가 구성되어 있으며, 민간 영역의 의존도가 높다. 주정부 노인복지국과 지역의 노인복지기관(AAA, Area Agencies on Aging)은 노인복지법이 명시한 노인복지서비스를 실행하기 위해 설립되었다. 노인복지기관(AAA)은 노인복지서비스 뿐 아니라 메디케어의 재가지역사회 중심의 장기요양서비스를 담당하고 있다. 또한 노인복지서비스네트워크(ASN, Aging Service Network)에 포함되는 기관들이 사회서비스 포괄 보조금에서 지원하는 노인 학대 방지프로그램, 주정부 의료보험 프로그램, 그리고 주정부의 일반 예산에서 지원하는 노인 및 장애인을 위한 많은 서비스를 담당하고 있다. 의료보장 시스템 또한 ASN에 크게 의존하고 있다. 2006년에 메디케어 파트D(처방약보험)을 도입하였을 때, 연방 의료보험센터는 ASN 기관들 활용하였다. 또한 의료시스템은 환자들이 병원 입원치료에서 회복단계 시설로, 그리고 장기요양시설에서 지역사회와 재가로 이어지는 연속적 돌봄(continuum of care)를 실현하기 위해 ASN의 자원에 의존하고 있다.

프랑스 노인복지 정책추진체계는 이원구조로 이루어져 있다. 사회보장제도의 핵심 담당부처는 사회·보건성이며, 중앙행정기관과 산하 조직이 추진체계의 한 축을 담당하고 있다. 추진체계의 또 다른 한 축은 노인복지정책의 실질적인 집행기구인 기금(Caisse)이다. 기금은 프랑스 사회보장에 있어서 역사적 산물로서 자율성, 관련부처와의 연계성, 영역별 특수성 등 3가지 성격을 가지며, 직업군별 또는 영역별로 설치되어 있다. 프랑스 사회보장 초기부터 설립된 노령보험기금(CNAV)을 비롯하여 2004년에 설립된 CNSA 등 4개의 중앙기금이 노인복지정책의 집행 기구 혹은 재정지원 기구로 자리 잡고 있다. 중앙기금을 정점으로 영역에 따라 지역 기금 혹은 지방자치단체의 행정부서, 일선 센터가 신청 및 급여 제공 등의 실질적 업무를 맡고 있다.

독일은 노후소득보장, 의료보장, 사회서비스 등 노인복지정책의 전 영역에 걸쳐 사회보험제도가 지배적인 위상을 가지고 있다. 노인복지 정책추진체계에 있어서 실제 정책집행은 사회보험 기구(연금보험의 경우 독일연금보험조직, 질병보험 및 요양보험의 경우 질병금고 및 요양금고)와 주정부 및 지방정부에게 상당한 권한이 부여되고 있다. 연방정부의 역할은 관련 법률의 제·개정과 제도의 감독에 초점을 두고 있다. 사회보험 기구와 지방정부는 정책의 집행만을 담당하는 것이 아니라, 법률의 위임 사항을 정하거나 정책결정 과정에 참여함으로써 정책결정에도 영향력을 행사한다.

셋째는 정책추진체계의 최근 변화는 분절적 구조에서 통합·연계적 구조로 변화되고 있다는 점이다. 통합·연계적 구조의 추진체계는 제도 간 연계 운용, 담당부서 또는 조직 간 협력, 관련 조직의 통합, 연계·협력 전담부서 설치 등의 방안이 있다.

관련 조직의 통합은 미국의 지역생활정책실의 신설이 대표적이다. 사회서비스 개발과 전달의 효율을 높이고, 부서간 업무 중복을 줄이고, 예산 집행의 효율성을 높이기 연방 보건사회복지부의 노인복지실(AoA)과 장애인복지부서를 통합하여 지역생활정책실(ACL)이라는 단일 기관을 설립하였다. 노인과 장애인에 대한 서비스는 겹치는 부분이 많기 때문에 주정부 및 지역 노인복지기관 차원에서 협력과 연합은 과거 오래 동안 지속되어 왔었다. 지역생활정책실(ACL)의 설립 이전에는 노인복지실과 장애복지 부서 사이의 협력과 정책 추진 및 조율을 위한 협력위원회가 존재했었다. 지역생활정책실(ACL)의 설립은 주 정부 및 Aging Service Network로 대표되는 노인복지정책 체계의 밑으로 부터의 요구와, 증가하는 의료 및 장기요양서비스의 정부 지출을 조정하고,

제가 및 지역중심 서비스 확대를 위한 연방정부의 정책적 의도가 함께 반영된 것이다.

제도 간, 담당조직 간 연계협력 사례로는 호주의 센터링크, 미국의 SPEs가 있다. 호주의 센터링크는 1997년 설립되어 해를 거듭할수록 기능 확대와 집중화가 지속적으로 추진되었다. 이용자 중심의 접근, 서비스 전달의 효율성 측면에서 센터링크의 역할은 비교적 성공적인 것으로 평가되고 있으며, 노인복지에 있어서 센터링크가 가지는 의미는 더욱 크다. 가장 최근의 제도 개편에서 센터링크를 인적서비스부 산하기관으로 편입하여, 관리·감독업무를 일원화함으로써 집행체계의 일관성을 제고하였다.

미국의 노인복지정책 수립 및 집행, 서비스 전달의 효율성 제고를 위해 SPE(Single points of entry) 정책을 추진하고 있다. 2006년 개정된 노인복지법은 노인·장애인 리소스센터(Aging and Disability Resource Centers, ADRC) 설립을 제도화하여, 주 정부들이 교부금 지원한다. ADRC는 노인·장애인에게 필요한 장기요양서비스에 대한 정보를 제공하고, 개인의 요구에 가장 적합하고 효율적 서비스 공급을 지원하는 SPE 개념의 서비스 기관이다. 또한 일부 주정부를 중심으로 Medicare와 Medicaid로 양분된 의료보장제도를 통합한 의료보험제도의 개발을 추진하고 있다. 이러한 조직간 또는 제도간 연계는 서비스 전달의 복잡성 및 비효율성을 줄이고, 수급자들에게는 다양한 서비스들을 한 곳에서 접근할 수 있도록 하는 SPE 정책의 일환이다.

연계협력 전담부서의 대표적인 사례는 프랑스 중앙정부의 조직구조이다. 프랑스 행정부처 조직에서 나타나는 가장 중요한 특징으로 부처간 협력부서가 많다는 점에 주목할 필요가 있다. 사회보장성은 총 8개의 하위 부서(총국, 국 등)가 있으며, 이 중에서 직속부서는 2개인데 반해, 협력부서는 6개 이다. 협력부서가 담당하는 정책은 사회보장성 장관이 단독으로 결정하지 않고, 법령에 명시되어 있는 관계부처 장관과의 협의 통해서 이루어진다. 협력부서는 관료조직의 역기능인 부처간 칸막이 현상을 극복하고, 조직간 연계를 통한 통합적 정책결정을 위한 시도라는 점에서 의의가 있다.

향후 우리나라 노인복지정책 추진체계 개편은 다른 영역의 사회보장정책과 구분하여 별도로 고려하는 것은 적절하지 않다. 오히려 사회보장정책의 연계 및 통합성을 제고하는 방향으로 모색하는 것이 필요하다. 또한 중앙정부의 수준의 정책결정기구를 중심으로 탈피하여 집행기구를 포괄하는 관점으로 전환하는 것이 적절할 것이다. 이러한 맥락에서 향후 노인복지정책 추진체계의 개편은 ①사회보장정책의 환경 변화와 복지

수요 변화에 대응, ②사회보장정책의 연계 및 통합성 제고, ③집행조직의 강화, 그리고 ④정책대상자 또는 수혜자의 접근성 제고 등의 방향성을 전제하여 대안을 모색해야 할 것이다.

향후 우리나라 노인복지정책과 정책추진체계는 지속적인 확대가 불가피하다. 이러한 상황에서 논의의 초점은 정책추진체계 개편의 방향성, 개편의 시행 시기 및 그 방법이다. 현 상황에서 노인복지정책 추진체계 확대와 관련해서 논란이 되고 있는 쟁점은 이른바 ‘노인복지청’의 신설이다. 노인복지청과 관련한 논의는 노인복지를 포함한 노인문제를 전담하는 중앙행정기관이 필요하다는 것이다. 노인복지청 신설과 관련된 쟁점을 정리하는 것이 노인복지정책 추진체계 개편 논의의 출발점이라 할 수 있다.

그러나 쟁점으로 부각된 노인복지청 신설은 적절한 대안은 아니다. 오히려 청 수준의 조직이 아닌 부처 수준의 중앙행정기관의 설치를 모색하는 것이 타당하다. 노인복지와 노인문제를 담당하는 부처 수준의 중앙행정기관을 설치하는 것은 타당성이 있음에도 불구하고 단기적으로 추진하기 어려운 과제이다. 노인복지정책의 지속적인 확대를 전제로 중장기적 과제로 추진할 수 있을 것이다. 단기적으로는 노인계층의 복지수요 증가에 대응과 노인복지정책의 확대와 내실화를 추진하면서, 기존의 정책추진체계를 보완하는 방안이 적절하다. 중장기적으로 노인을 포함하여 통합적 대상별 편제 또는 기능별 편제에 근거한 부처를 설치하고 대상자에 노인을 포함하는 방식으로 추진하도록 한다.

노인복지정책 추진체계 개편 방안은 단기적으로 중앙정부와 지방자치단체 수준에서 현재의 조직체계를 확대개편하는 것이 필요하다. 중앙정부 담당부처 조직은 현재 3개국에서 5개 국으로 확대할 필요가 있다. 노인인구 증가와 노인복지정책의 확대는 저출산·인구정책·보육지원과 노인정책의 분리를 필요로 하며, 노인복지정책은 현재의 노인복지서비스 중심에서 고령사회 대응 정책으로 전환이 필요하다. 또한 노인장기요양과 노인복지서비스의 수요 증가에 따른 관련제도 확대와 담당조직의 확충이 필요할 것으로 판단된다. 이러한 맥락에서 노인복지정책과 고령사회 대응 정책을 총괄하는 실 단위 조직의 신설을 고려할 수 있다.

중앙정부 차원에서 중장기 대안으로는 현재의 보건복지부와 여성가족부를 보건·사회보장부와 사회서비스부로 재편하는 방안이다. 보건과 사회보장 업무를 관장하는 보

건사회보장부는 ‘사회정책 총괄 + 보건 + 공공부조 + 사회보험(건강보험, 국민연금)’ 업무를, 사회서비스부는 ‘가족 + 보육 + 아동 + 청소년 + 노인 + 여성 + 장애인’을 대상으로 하는 사회서비스 업무를 담당하는 것이다. 이러한 2개 부처 편제의 장점은 의료보장, 소득보장(공공부조, 사회보험), 사회서비스 등 영역별로 기능적 분화가 분명하다는 점이다. 또한 영유아 보육, 아동, 청소년, 출산, 노인, 장애인 등 모든 영역의 사회서비스를 포괄할 수 있다는 것이다. 이는 사회서비스를 대상별 분산적 방식에서 생애주기적 통합적 관점으로 전환이라는 논리적 흐름을 명확히 드러낼 수 있다.

노인복지정책 추진체계의 개편에서 간과할 수 없는 점은 중앙정부의 정책 총괄조정기능의 강화가 필요하다는 것이다. 노인복지정책과 고령사회 대응 정책의 총괄조정과 관련하여 저출산·고령사회위원회의 활성화가 핵심이다. 위원회의 역할 강화와 활성화를 위한 전제조건으로는 첫째, 다양한 이해집단과 정책 수요자의 참여가 필수적이며, 위원회를 구성원의 대표성을 확보하여야 한다. 둘째, 위원회 조직구조가 정책협의·조정에서 긍정적인 역할을 할 수 있도록 위원회 내부의 조직단위 혹은 수준별로 체계적으로 역할을 분담해야 한다. 셋째, 위원회의 핵심역량은 의제설정(agenda setting), 정책안의 검토와 조정이며, 역량 강화를 위하여 전문성 확보가 핵심 추진과제이다. 넷째, 위원회 운영에 있어서 개방성과 민주성의 확보, 합의를 존중하는 관행의 정착이 필요하다.

지방자치단체의 사회보장업무는 공공부조(국민기초생활보장)와 대상자별 사회서비스를 중심으로 구성되어 있으며, 노인복지정책은 기초연금과 노인복지서비스 영역에 한정된다. 따라서 지방자치단체 차원의 노인복지정책 추진체계 개편은 노인복지정책에 한정하지 않고, 사회보장정책 전반의 추진체계 개편을 모색하는 것이 타당하다. 또한 지방자치단체 추진체계 개편의 핵심은 대민서비스 접점기관인 읍면사무소 및 동주민센터의 복지기능 강화와 복지관련 민원창구를 단일화하는 것이다. 복지민원 창구를 읍면동으로 단일화하는 것은 궁극적으로 대민서비스 접점기관인 읍면동의 복지기능을 강화하는 것이다.

참고문헌 <<

- 100세 시대 대비 저출산고령사회포럼·보건복지부·한국보건사회연구원(2011). 인생 백세 시대 대응 전략.
- 강혜규, 박세경, 김보영, 이정은, 장은진(2011), 사회복지제도 운영체계 국제비교 연구:호주·뉴질랜드·캐나다·영국을 중심으로, 한국보건사회연구원.
- 노대명 (2012). 연금제도. 한국보건사회연구원 (편). 주요국의 사회보장제도. 서울: 한국보건사회연구원, pp. 193-226.
- 대한민국정부(2012). 제2차 저출산고령사회 기본계획.
- 류근식, 이상우(2013), 호주의 퇴직연금 세계개혁과 시사점, KIRI Weekly 220호, 보험연구원.
- 박영란·홍백의(2011). 베이비부머 은퇴 후 생활지원을 위한 신복지모형 개발 연구, 보건복지부.
- 보건복지부(2011). 2011년 노인복지시설 현황.
- 보건복지부(2012). 2012 노인보건복지사업안내.
- 보건의료미래위원회·보건복지부·한국보건사회연구원(2011), 2020 한국 의료의 비전과 정책방향.
- 보건복지부(2010). 2009 국민건강통계.
- 선우덕·정순돌·양찬미(2012). 노인장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 심창학(2005). 프랑스의 노인복지정책. 임춘식 (외). 세계의 노인복지정책. 서울: 학현사, 197-242.
- 심창학(2012). 프랑스 사회복지정책의 전개과정과 특징 : 국가역할의 변화와 신 사회위험에 대한 대응을 중심으로. 민족연구, 통권 51호, pp. 76-102.
- 안영훈(2008). 프랑스의 정부간 관계와 지방행정. 오시영(편저). 프랑스의 행정과 공공정책. 서울: 법문사, pp.245-276.
- 양현모(2006). 독일정부론, 대영문화사.
- 여유진, 정용문(2011), 호주 사회보장체계 연구, 한국보건사회연구원.
- 여유진, 황규진, 이삼식, 최효진, 이용하, 김태홍, 정용문, 김미숙, 최정수, 신의철, 박성희,

- 정경희, 김효진 (2012), 주요국의 사회보장제도:호주, 한국보건사회연구원.
- 유진숙(2008). “연방주의 부활과 내적 동력”. 한국정치학회보. 42(2), pp. 301-321.
- 이연희(2008), 호주의 노인보호서비스, 국제사회보장동향 2008.9, 한국보건사회연구원.
- 이정우(2012a). “연금제도”. 보건사회연구원, 주요국의 사회보장제도-독일. 한국보건사회연구원.
- 이정우(2012b). “공공부조”. 보건사회연구원, 주요국의 사회보장제도-독일. 한국보건사회연구원.
- 이준영(2012). “의료보장”. 보건사회연구원, 주요국의 사회보장제도-독일. 한국보건사회연구원.
- 임도빈(2002). 프랑스의 정치행정체계. 서울: 법문사.
- 임도빈(2008). 프랑스의 행정조직 및 행정문화. 오시영(편저). 프랑스의 행정과 공공정책. 서울: 법문사, pp.123-170.
- 임성근(2012). 효율적인 복지서비스 전달체계를 위한 개선방안: 노인장기요양서비스를 중심으로. 한국행정연구원.
- 정경희·이소정·이윤경·이수연(2011). 선진국의 고령화 대응정책 동향. 한국보건사회연구원.
- 현대경제연구원(2014). 초고령사회, 독일의 경쟁력 유지 비결. 경제주평. 14-20호.

Australian Bureau of Statistics(2013), *Annual Report 2012-2013*

Australian Institute of Health and Welfare, 2014, *Australia's health 2014*

Australian Bureau of Statistics, 2011, *Australian Social Trends*

Australian Institute of Health and Welfare, 2013, *Australia's welfare 2013*

Australian Prudential Regulation Authority(APRA), 2014, *Statistics Quarterly Superannuation Performance(interim edition)*

Australian Prudential Regulation Authority(APRA), 2013, *Annual Superannuation Bulletin*

Australian Bureau of Statistic(ABS), 2012, *Older Australians at a glance*

Australia's AIHW. 2013. Australian Institute of Health and Welfare

APRA. 2013. Annual Superannuation Bulletin.

Argoud, D., (2008). Les retraites In Montalembert, Marc de(dir.), La protection sociale en France, Paris: puf., pp. 133-143.

Bridenne, I. et Jaumont, L.(2013). Les bénéficiaires du SASPA :spécialités, profils et

- évolutions, Questions Retraite & Solidarité, juillet 2013-4, pp. 1-12.
- Commonwealth of Australia, (2011) *Centrelink Annual Report 2010-2011*
- Congressional Budget Office. (2004) "Financing Long-Term Care for the Elderly."
Washington DC: Government Printing Office.
- Congressional Budget Office. (2012) "Supplemental Security Income: An Overview."
Washington DC: Government Printing Office.
- Cox, Carole B. (2005) "Community Care for an Aging Society: Issues, Policies, and Services." New York: Spring Publishing Company, Inc.
- CNSA. (2014). *L'essentiel*, La Caisse nationale de solidarité pour l'autonome, CNSA.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Day, Phylis and Scgiele, Jerome. (2103) "A New History of Social Welfare." New York: Pearson.
- Department of Human Services, (2013) Annual Report 2012-2013
- DSS, 2013, *Home Care Packages Program guidelines*
- Direction du budget (2013). *Le Budget de l'Etat voté pour 2013 en quelque chiffres* (Loi de finances initiale). Paris: Ministère de l'Economie et Des Finances.
- Drees. (2014). *les Retraités et les retraites*. Paris: Ministère des finances et des comptes publics & Ministère des affaires sociales et de la Santé & Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social.
- Deutsche Rentenversicherung(2014). *Rentenversicherung in Zahlen 2014*.
- DSS(Direction de la Sécurité sociale) (2012). *Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2012*. Ministère des finances et des comptes publics & Ministère des affaires sociales et de la Santé.
- Feldman, P. H., P. Nadash, and M. D. Gursen. 2002. "Long-Term Care." In A. R. Kovner and J.R. Knickman (eds.) *Health Care Delivery in the United States*(pp.241-242). New York: Springer Publishing Company.
- Fried. P. F., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., and Mcburnie. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(3).
- Goggin-Callahan, Doug . 2012. "Lessons from New York: Building a Better Medicaid

- Eligibility and Enrollment System for Duals.” New York: Medicare Rights Center
- Harris-Kojetin L, Sengupta M, Park-Lee E, Valverde R. 2013. “Long-Term Care Services in the United States: 2013 Overview.” Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Jun BH, Lee HG (2000). An investigation of the intake of the health food among the salarymen in Seoul. *Kor J Soc Food Sci* 16(1), pp.9~16.
- Kang MH (1994). Nutritional status of Korean elderly people. *Korean J of Nutr*, 24(6), pp.616~636.
- Klees, Barbara S. and Christian J. Wolfe. 2013. “Brief Summaries of Medicare & Medicaid: Title XVIII and Title XIX of The Social Security Act ” Centers for Medicare & Medicaid Services.
- Katzenstein, Peter (1987). *Policy and Politics in West Germany. The Growth of a Semisovereign State*. Philadelphia: Temple University Press.
- Lewin Group. 2010. “Individuals living in the community with chronic conditions and functional limitations: A closer look.” Report prepared under contract #HHS-100-95-0046 for the U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- Lécroart, A. (2011). Projection du nombre de bénéficiaires de l’APA en France à l’horizon 2040-2060 -Sources, méthode et résultats, Document de travail, 23, pp. 1-42.
- Medicare Australia, 2012, *Medicare Australia Annual Report 2011-2012*
- Mikou, M, Solard, J. (2013). Les comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2011. *Etudes & Résultats*, 856, pp. 1-6.
- National Health Policy Forum. 2010. “Aging and Disability Resource Centers (ADRCs): Federal and State Efforts to Guide Consumers Through the Long-Term Services and Support Maze” Background Paper No. 81.
- OECD, 2013, *Pensions at a Glance 2013*
- O’Shaughnessy, Carol V. 2011. “The Aging Service Network: Serving a Vulnerable and Growing Elderly Population in Tough Economic Times.” Background Paper No. 83. National Health Policy Forum.

- O'Shaughnessy, Carol V. 2012. "The Basic: Older Americans Act of 1965: Programs and Funding." National Health Policy Forum.
- Putnam, Michelle (ed.). 2007. *Aging and Disability: Crossing Network Lines*. New York: Spring Publishing Company.
- Pison, G.(2013). France 2012: fécondité stable, mortalité infantile en baisse. *Population & Sociétés*, 498, pp. 1-4.
- PLFSS(Projet de la loi de financement de la Sécurité sociale) (2013). 2013 Sécurité sociale, Annexe 1. Programme de qualité et d'efficacité. Paris: Ministère des finances et des comptes publics & Ministère des affaires sociales et de la Santé
- Robert-Bobée, I (2006). Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. *INSEE PREMIERE*, 1089, pp. 1-4.
- Repschläger, Uwe(2012), Der Einfluss der demographischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland. *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell* 2012.
- Social Security Administration. 2014. *The 2014 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-Age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds*. Social Security Administration Office of Chief Actuary(<http://www.ssa.gov/oact/tr/2014/tr2014.pdf>)
- Sénigout, E. (2014). L'emploi dans la fonction publique en 2012. *INSEE PREMIERE*, 1496, pp. 1-4.
- The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. 2006. "Private Long-Term Care Insurance: A Viable Option for Low and Middle-Income Seniors?" Issue Brief. Kaiser Family Foundation.
- Thévenet, A.(1989). *Le quatrième âge*. Paris : Puf.
- Viossat, L.-Ch.(2001). protection et institutions sociales. In CNFPT, *La protection sociale en France*, Paris : La documentation française, pp. 61-67.
- Young, Katherine, Rachel Garfield, Mary Beth Musumeci, Lisa Clemans-Cope, and Emily Lawton. 2013. *Medicaid Roles for Dual Eligible Beneficiaries*. Kaiser Family Foundation.

- 인터넷 사이트 -

<미국>

미국 연방 사회연방청(SSA) <http://www.ssa.gov/>
 미국 사회보장이사회(SSAB) <http://www.ssab.gov/>
 미국 연방 보건사회복지부(DHHS) <http://www.hhs.gov/>
 미국 연방 의료보험센터(CMS) <http://cms.hhs.gov/>
 미국 연방 지역생활실(ACL) <http://www.acl.gov/>
 미국 연방 노인복지국(AoA) <http://www.aoa.gov/>
 미국 연방장애노령장기요양정책차관보(DALTCP)
http://aspe.hhs.gov/office_specific/daltcp.cfm

<프랑스>

보편적 의료보장 홈페이지 <http://www.cmu.fr/>
 SASPA <https://www.cdc.retraites.fr/portail/>
 노인 및 장애인 연금 기금 <http://www.cnsa.fr/>
 프랑스 연금 <https://www.lassuranceretraite.fr/>
 프랑스 사회보건성 <http://www.social-sante.gouv.fr/>
 OECD SOCX http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG
 프랑스 전자행정공공서비스 <http://www.vie-publique.fr/>
 프랑스 공공권리정보서비스 <http://vosdroits.service-public.fr>

<호주>

DHS www.humanservices.gov.au
 Australian Taxation Office www.ato.gov.au/
 Australian Bureau of Statistics www.abs.gov.au/
 Department of Social Services www.dss.gov.au/
<https://www.ato.gov.au/Business/Employers-super/In-detail/FAQs/Super-reform-questions-and-answers-for-employers/?page=3>
<https://www.ato.gov.au/Business/Employers-super/In-detail/FAQs/Super-reform-questions-and-answers-for-employers/?page=3>
www.oecd-ilibrary.org/