

연구보고서 2019-12

김윤영 · 이민경 · 김동기 · 김용진 · 이정기 · 전지혜

【책임연구자】

이한나 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

2018년 지역자율형 사회서비스 투자사업 시도 성과평가
한국보건사회연구원, 2019(공저)

【공동연구진】

김윤영 한국보건사회연구원 부연구위원

이민경 한국보건사회연구원 부연구위원

김동기 목원대학교 사회복지학과 부교수

김용진 가톨릭대학교 사회복지학과 외래교수

이정기 서강대학교 사회복지학과 강사

전지혜 인천대학교 사회복지학과 부교수

연구보고서 2019-12

사회서비스 분야 개인예산제도에 관한 기초연구

발행일 2019년 11월

저자 이한나

발행인 조흥식

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 고려씨엔피

발간사 <<

사회서비스 급여의 운용에서 개인의 자율성을 극대화하는 개인예산제(personal budget)는 사회서비스 분야에서 이용자 중심의 전달체계를 실현하는 데 유리한 제도이다. 이는 이용자의 선택권과 자기주도성을 최우선에 둔다는 면에서 탈시설화와 커뮤니티 케어를 국가 정책으로 추진하고 있는 현시점에서 주의 깊게 검토할 만한 정책적 대안이기도 하다. 그러나 서비스 급여의 현금 지급이 가능하도록 한 개인예산제 방식은 최적화된 사회복지자원의 배분이라는 면에서 관련자들의 회의적인 태도를 초래하거나 급여의 오남용이나 서비스와 일자리의 질 저하와 같은 부작용에 대한 우려를 낳고 있다.

본 연구는 이와 같이 기대와 우려가 공존하는 개인예산제가 한국의 사회서비스 분야에 도입될 가능성과 타당성을 진단하고자 기획되었다. ‘개인예산제’라는 이름으로 분류되나 실제로는 다양한 국가에 다양한 층위와 방식으로 구현되는 개별 제도를 구체적으로 파악하고, 이에 근거하여 한국 사회의 적용 가능성을 타진해 보는 것은 개인예산제가 우리 사회에 가져올 효과를 한층 명확하게 해 주는 과업일 것이다. 본 연구가 개인예산제와 관련된 논의를 활성화함으로써 전달체계의 이용자 선택권과 자기주도성 강화에 기여할 수 있기를 기대한다.

본 보고서는 이한나 부연구위원의 책임 하에 김윤영 부연구위원, 이민경 부연구위원, 김동기 교수(목원대학교), 김용진 교수(가톨릭대학교), 이정기 교수(서강대학교), 전지혜 교수(인천대학교)가 참여하여 작성하였다.

연구의 기획과 착수에 결정적 역할을 해 주신 이동석 교수(대구대학교), 연구 과정에서 의미 있는 조언을 주신 김용득 교수(성공회대학교),

김은정 교수(부경대학교), 양난주 교수(대구대학교), 이승기 교수(성신여자대학교), 전용호 교수(인천대학교), 최영준 교수(연세대학교), 그리고
원내 오욱찬 부연구위원과 원내외 익명 검독위원의 수고가 없었으면 본
보고서는 발간되지 못했을 것이다. 행정을 지원해 준 이혜림 행정인턴에
게도 감사의 뜻을 전한다. 마지막으로 본 보고서의 내용은 한국보건사회
연구원의 공식적인 입장이 아님을 밝힌다.

2019년 11월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

Abstract	1
요약	3
 제1장 서론	 9
제1절 연구 배경 및 목적	11
제2절 연구 내용 및 방법	13
 제2장 개인예산제도의 배경과 국내 관련 제도	 17
제1절 사회서비스 분야 개인예산제도의 배경	19
제2절 개인예산제 관련 주요 개념	24
제3절 국내 관련 제도 현황과 선행연구	39
 제3장 국외 사회서비스 분야 개인예산제도 사례 분석	 53
제1절 미국의 개인예산제도	55
제2절 영국의 개인예산제도	79
제3절 독일의 개인예산제도	105
제4절 스웨덴의 장애인 활동보조서비스	127
제5절 네덜란드의 개인예산제	140
제6절 호주의 국가장애보험	178
 제4장 국외 사회서비스 분야 개인예산제도 유형화	 205
제1절 국가 비교와 퍼지셋 이상형 분석	207
제2절 퍼지셋 이상형 분석 절차	208

제3절 개인예산제도 유형과 사례	221
제5장 한국 사회서비스 분야 개인예산제 도입 타당성 및 가능성 ..	227
제1절 개인예산제도 도입 관련 쟁점 분석	229
제2절 개인예산제도 설계 관련 쟁점 분석	240
참고문헌	257

표 목차

〈표 2-1〉 영국의 직접지불제와 개인예산제의 비교	33
〈표 2-2〉 개별유연화와 관련된 용어 정리	36
〈표 2-3〉 사회서비스 현금지급제도의 유형과 사례	48
〈표 3-1〉 뉴저지주 활동지원제도(PAS)의 본인부담 비중표 요약(2011년 기준)	58
〈표 3-2〉 활동지원제도(PAS)의 현금 지급 영역	60
〈표 3-3〉 캘리포니아주 자기결정 프로그램의 원칙	64
〈표 3-4〉 미국 아칸소주 독립적 선택 프로그램 이용자의 권리	71
〈표 3-5〉 개인예산 용처 범위	85
〈표 3-6〉 돌봄 및 지원에 대한 법적 지침(2018. 10. 26. 수정)	91
〈표 3-7〉 적격성 심사 시 고려 요소	94
〈표 3-8〉 성인 돌봄 서비스 제공 현황(2015~2016년)	95
〈표 3-9〉 돌봄 비용 상한제	98
〈표 3-10〉 사회적 돌봄에 대한 개별화 원칙	99
〈표 3-11〉 단기 돌봄 서비스(intermediate care) 유형	100
〈표 3-12〉 장애인 보조금으로 이용 가능한 보조기구	102
〈표 3-13〉 독일 개인예산제하의 돌봄 정도	111
〈표 3-14〉 독일 개인예산제 돌봄급여 단계(2016년 기준)	113
〈표 3-15〉 개인예산제 형태의 재할과 참여 지출	124
〈표 3-16〉 LSS의 장애인을 위한 서비스	130
〈표 3-17〉 LSS 제공 서비스 이용자 수: 2011~2018년	131
〈표 3-18〉 네덜란드의 장기요양 관련 주요 법률	144
〈표 3-19〉 CIZ의 평가 모형(Funnel Model)의 단계별 내용	148
〈표 3-20〉 서비스 신청자 진단평가에 참여하는 전문가(특별의료비보장제도)	150
〈표 3-21〉 개인예산제 이용자 수(1996~2006년)	153
〈표 3-22〉 특별의료비보장제도 및 사회 지원법 이용자 수	154
〈표 3-23〉 장기요양보험 지원 서비스 유형	155
〈표 3-24〉 VV-ZZP 코드 예	158
〈표 3-25〉 VV-ZZP 코드에 대한 지원금 최대 금액(2011년 기준)	159

〈표 3-26〉 공공 돌봄 서비스 제공 규모	159
〈표 3-27〉 돌봄 서비스 유형과 시간에 따라 산정된 개인예산제 금액(2012년 기준)	161
〈표 3-28〉 장기요양보험 - 개인예산제 이용 현황(2009~2010년)	161
〈표 3-29〉 MEE 현황	168
〈표 3-30〉 돌봄 제공 인력 수와 돌봄 서비스 이용자 수	171
〈표 3-31〉 네덜란드 공공 돌봄 예산	173
〈표 3-32〉 의료보험 및 장기요양보험의 재정 구조(2015년)	174
〈표 3-33〉 주별 NDIS 이용 인원 현황(2019. 6. 30.)	185
〈표 3-34〉 NDIS의 지원 목적, 성과 영역과 지원 범위	190
〈표 3-35〉 NDIS 서비스 가격 예시(일상생활 지원 범주 중 일부)	192
〈표 3-36〉 NDIS 등록 제공자 집단	195
〈표 3-37〉 호주의 장애인 지원 예산 추세	199
〈표 4-1〉 퍼지셋 이상형 분석을 위한 지표	209
〈표 4-2〉 이용자 중심 설계와 서비스 질 중심 설계 실증점수	215
〈표 4-3〉 지표의 퍼지소속점수를 구하는 방법	216
〈표 4-4〉 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리 지표의 퍼지소속점수	217
〈표 4-5〉 사례별 유형 소속 점수 및 대표 유형	219
〈표 4-6〉 유형별 소속 사례, 소속 정도, 주요 특징	221
〈표 4-7〉 유형별 사례의 지표 퍼지소속점수의 특징	222
〈표 5-1〉 관련 법률에 명시된 사회서비스 정의	236

그림 목차

[그림 2-1] 이용자 중심 통합 바우처 생성의 예시	45
[그림 3-1] 돌봄 서비스 제공 과정	93
[그림 3-2] 돌봄 서비스 이용 경로	97
[그림 3-3] 포괄적 개인예산제 절차	116
[그림 3-4] 2015년 개혁과 장기요양 관련 법령 변화	142
[그림 3-5] CIZ의 평가 모형(Funnel Model)	148
[그림 3-6] 장기요양보험의 돌봄 욕구 사정과 관련 기관의 연계	165
[그림 3-7] 네덜란드 장기요양 이용 과정(2015년 기준)	169
[그림 3-8] 네덜란드 공공 돌봄 예산(BKZ) 총지출의 영역별 비율(2016년)	172
[그림 3-9] 장기요양보험(Wlz)의 재원 흐름	175
[그림 3-10] NDIS 확대 과정	180
[그림 3-11] 연령별 신규 이용자 현황	186
[그림 3-12] 연령별 누적 이용자 현황	187
[그림 3-13] 예산 관리 모형 변화 추이	189

Abstract <<

Personal budgets scheme in social service

Project Head: Lee, Hanna

The purpose of this study is to assess the validity of introduction of personal budget scheme to strengthen the choice and control of service users in social service area. To do this, three tasks were carried out in this study. First, the concept of personal budget was reviewed by exploring literature regarding the social situation in which the personal budget system was developed. Second, diverse personal budget schemes implemented in six countries (US, UK, Germany, Netherlands, Sweden, Australia) were compared using Gilbert and Terrell's (2002) framework for analyzing social welfare policies. A fuzzy-set ideal type analysis was performed to categorize each scheme as well. Third, based on this analysis, we assessed the feasibility and validity of introducing a personal budget scheme, considering the Korean policy background.

The result of this study showed that the characteristics of personal budget varied according to the social environment and the main group that drove the introduction of the scheme. Ten schemes of six countries compared in this study illustrated

diverse details according to the institutional background of each country, but there were common threads in findings. Direct payment was one approach to choice and control for service users. Service users did not necessarily use the direct payment. In most countries, the users could spend their budget on a wide range of services as long as they are related to their impairments. Based on this comparison, a fuzzy-set ideal type analysis was performed, with ‘user-centeredness’ and ‘service quality assurance’ as analysis indices. Here the countries observed were categorized into: bilateral benefit type (Sweden, Germany and Australia); user-centered type (UK); service quality assurance type (Netherlands); and vulnerable type (US).

Based on the findings, this study proposed that an appropriate personal budget scheme should be introduced that accords with existing social service programs and the policy environment of Korea.

*Key words: social service, personal budget, personalization, choice and control

1. 연구의 배경 및 목적

본 연구는 한국의 사회서비스 분야에 이용자의 선택권과 자기주도성을 강화할 수 있는 전달체계가 필요하다는 인식에서 비롯되었다. 사회서비스의 제도화와 전자바우처 시스템의 도입은 공급자에게 집중되어 있던 서비스 통제권의 일부를 이용자에게 이양하였으나, 급여 이용의 범위와 방식의 제한으로 이용자의 선택권이 실현되는 데 한계가 있었다. 개인예산제는 사회서비스 급여의 이용에서 이용자의 선택과 통제를 극대화하는 개별적 예산 운용을 원칙으로 하는 제도로, 이용자는 급여의 사용처와 사용량을 자기 필요에 따라 유연하게 설계하고 집행할 수 있으며, 이를 위한 방안으로 서비스 급여의 일부 또는 전부를 이용자에게 현금으로 직접 지급하기도 한다. 이러한 개인예산제는 근래의 탈시설화와 커뮤니티 케어, 장애등급제 폐지 등 사회서비스 분야의 정책 흐름에서 볼 수 있는, 이용자 중심으로 개별화된 서비스를 설계하는 데 의미 있는 정책 수단이 될 것으로 보인다.

이에 본 연구는 개인예산제를 도입, 운영하고 있는 국외 제도에 대한 비교 분석을 바탕으로, 이용자의 선택과 통제를 증진할 수 있는 제도로써 개인예산제가 한국 사회에 도입되는 것이 타당할지 타진하는 것을 목적으로 하였다. 개인예산제도의 취지, 관련 논의의 발달 배경, 국외 제도의 시행 현황, 수행된 기존 연구를 고려하여 개인예산제가 포괄하는 범위는 사회서비스 분야로 한정했으며, 정책 대상은 주로 장애인을 중심으로 논의하였다.

본 연구는 크게 세 가지 과업을 수행하였다. 첫째, 개인예산제도가 발

달하게 된 사회적 배경을 탐색하고 관련된 제 개념을 고찰함으로써 개인 예산제도의 개념을 정립하였다. 둘째, 현재 운영되고 있는 해외 6개 국가(미국, 영국, 독일, 네덜란드, 스웨덴, 호주)의 개인예산제도를 비교 분석하였다. 제도의 비교를 위한 분석틀로는 Gilbert와 Terrell(2002)의 사회복지정책 분석틀을 적용하여 할당, 급여, 전달체계, 재정 면에서의 제도 현황을 구체적으로 조사하였으며, 비교적 최근에 도입되어 국내에 알려진 바가 적은 호주의 국가장애보험제도(National Disability Insurance Scheme)를 조사하기 위해 현지 방문을 실시하였다. 또한 각 국가의 제도를 유형화하기 위해 기존 연구보다 확장된 지표를 적용한 퍼지셋 이상형 분석을 실시하였다.

셋째, 국외 사례의 비교 분석 결과를 토대로 한국 사회에서의 개인예산 제도 도입 가능성과 타당성을 진단하고, 대상과 할당, 급여와 전달체계 면에서 현재 한국의 제도 상황을 고려하여 장단기적으로 도입할 수 있는 개인예산제도의 형태를 제안하였다.

2. 주요 연구 결과

첫째, 문헌을 통해 개인예산제도의 도입 배경과 성격을 탐색한 결과, 개인예산제도는 제도가 도입된 시기적 환경과 도입을 주되게 견인한 주체에 따라 제도의 성격이 다르게 나타났다. 정책 입안자는 공공 서비스 효율화를 위해 시장원리를 제한적으로 도입함으로써 공급자들 간의 경쟁을 통해 정부의 자금 지원과 공급을 분리하고 서비스 질을 제고하여 소비자 기준으로 서비스 표준과 효율성을 향상시키고자 하였으며, 장애인을 비롯한 서비스 이용자는 서비스 공급량의 확대, 이용자의 자기주도성과 선택을 강화할 수 있는 기제로서 개인예산제 도입을 적극적으로 견인하

거나 호응하였다.

둘째, 해외 6개 국가(미국, 영국, 독일, 네덜란드, 스웨덴, 호주)의 개인 예산제도를 비교 분석하였다. 먼저, 대상과 관련하여 대부분의 국가에서는 장애 유형을 제한하지 않았는데, 특정 목적에 따라 설계된 제도는 서비스의 이용 목적(사회활동)이나 장애 유형(발달장애)을 제한하기도 하였다. 대개 제도 진입 시에는 상하한 연령을 두고 있었으나, 진입 이후에는 계속 이용할 수 있으며, 노인과 아동을 위한 별도의 돌봄 프로그램을 운영하기도 하였다.

급여의 유형은 이용자가 선택하는 서비스 관리 방식에 따라 이용자에게 현금을 직접 지급하거나, 이용자와 계약을 체결한 서비스 공급기관에 예산을 지급하여 현금 지급은 하나의 선택 가능한 대안으로 운영되고 있었다. 서비스의 목적에 따라 현금 지급이 불가한 영역을 정하기도 하였다. 대부분의 국가에서 급여의 이용 범위는 목적에 따라 제한을 두고 있어 이용자의 기능 손상과 관련이 없는 재화 및 서비스를 구입하는 데는 개인예산을 이용할 수 없으나, 역으로 기능 손상과 관련된 영역에서는 폭넓게 급여를 이용할 수 있어 보장구 구입이나 주택 개조에 개인예산을 집행하는 것도 허용되었다.

서비스의 전달체계는 국가마다 상이하나, 지방정부의 담당 부서는 이용자의 수급 자격과 급여량을 결정하고, 민간 서비스 제공기관은 이용자와의 계약을 통해 서비스를 제공하는 경우가 일반적이었다. 개인예산제의 핵심인 자기주도적 이용 계획 수립을 조력하는 방식은 국가마다 상이하였다. 서비스가 돌봄으로만 제한되지 않기 때문에 서비스 제공 인력의 유형도 다양한데, 이들 인력을 파악하고 관리하는 체계를 갖추고 있었다. 재정의 구성 방식은 국가마다 상이하였다.

이상의 조사 내용을 기반으로 연구진이 설계한 틀을 활용하여 퍼지셋

이상형 분석을 실시하였다. 분석지표는 수요 측면에서 ‘이용자 중심 설계’, 공급 측면에서의 ‘서비스 질 관리 중심 설계’를 놓고 지표의 하위 요소로 이용자 중심 설계 지표는 ‘현금 사용 수월성’, ‘용도 용처 다양성’, ‘대상자 포괄성’을, 서비스 질 관리 중심 설계 지표는 ‘일자리의 질’, ‘지원조직 또는 제공기관의 기능’, ‘정부의 책무성’을 설정하여 각 제도를 비교하였다. 미국 뉴저지주의 케어서비스는 정보가 부족하여 퍼지셋 분석에서는 제외하였다. 분석 결과 6개 국가의 9개 제도는 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리가 모두 평균 수준을 상회하는 ‘양자 이익 모델(스웨덴, 호주, 독일)’, 자기주도적 예산 활용을 극대화한 ‘이용자 중심 모델(영국)’, 서비스 질 관리에 중점을 두어 이용자 주도성은 상대적으로 취약한 ‘서비스 질 관리 중심 모델(네덜란드)’, 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리가 모두 평균 이하인 ‘양자 취약 모델(미국 뉴저지 활동지원서비스, 캘리포니아 자기결정 프로그램, 아칸소 독립적 선택 프로그램)’로 구분되었다.

셋째, 국내의 개인예산제 도입과 관련하여, 장단기적으로 고려할 수 있는 제도의 설계를 제안하였다. 먼저 제도의 대상은 전체 유형의 장애인과 노인을 대상으로 하고, 서비스를 필요로 하는 사람이면 소득 수준과 무관하게 신청할 수 있도록 한다. 급여 지급 방식은 이용자가 본인에게 가장 적합한 방식을 선택할 수 있도록 다양화하여 이용자 또는 이용자가 지정한 부모 또는 가족 등 제3자에게 현금을 지급하고 서비스 계획 및 정산 등의 행정 절차를 부과하는 ‘현금 지급 방식’, 시·군·구 또는 공공기관이 이용자의 예산을 관리하는 형태로 공공기관이 민간기관인 서비스 제공기관에 예산을 지급하는 ‘공공관리 방식’, 그리고 이 둘을 혼합 집행하는 방식으로 운영한다. 급여의 범위는 현재의 바우처 방식 서비스를 기본으로 점차 범위를 확대해 나가며, 그 과정에서 서비스 간 급여의 전환이 불가능한 ‘급여 간 칸막이’ 비율을 줄여 나가는 것이 바람직할 것이다. 서비스

의 품질 관리는 제도 공공성과 이용자 중심성을 구현하기 위해 필수적인 장치이나 민간시장의 적극적인 참여, 이용자의 선택권 보장, 지역 간 인프라 격차 해소를 위해 제도 초기에는 최소한의 수준에서 작동하도록 하는 것이 현실적이다. 마지막으로 재정과 관련하여 국외에서는 본인부담금을 두지 않는 것이 일반적이었으나, 대부분의 돌봄 서비스와 바우처 서비스에 가구소득을 기준으로 하는 본인부담금이 정해져 있는 한국의 상황에서 본인부담금의 일괄 폐지는 조세 부담을 고려했을 때 쉽지 않을 수 있다. 현실적인 여건을 고려하여 본인부담금을 부과하는 기준을 가구소득에서 개인소득으로 전환하는 것도 긍정적으로 검토할 수 있다.

3. 결론 및 시사점

현재 사회서비스 정책에 요구되는 가치인 이용자의 선택권과 통제의 강화, 서비스 만족도 제고 등을 고려할 때 개인예산제의 도입은 큰 의의가 있을 것이다. 이른바 ‘현금 살포성 복지’에 대한 우려가 적지 않은 상황이나, 개인예산제는 예산 설계의 유연화와 자기주도성을 강화하는 방향의 제도로, 단순한 현금 지급을 목적으로 하는 것이 아니기 때문에 제도의 취지에 부합하면서 부작용은 최소화하도록 제도를 설계하는 것이 핵심적인 과업이 된다. 현금을 직접 지급하는 방식이 줄어들거나 그다지 높지 않은 해외의 사례가 이를 뒷받침한다. 빈곤층의 소득보장 시스템이 견고하지 않은 상황에서 개인예산제도가 이용자 가구의 소득보장 수단으로 변질되고 이용자가 충분한 사회서비스를 이용하지 못하게 될 가능성, 가족 돌봄이 인정되어 돌봄 서비스의 질적 발전과 양질의 돌봄 일자리 정책, 국가의 공공 일자리 창출이 부정적인 영향을 받게 될 것이라는 우려 등 개인예산제의 또다른 부작용을 최소화하기 위해 개인예산제의 성과에

8 사회서비스 분야 개인예산제도에 관한 기초연구

대한 경험적 근거를 얻기 위한 무작위 통제 실험을 실시하는 것이 제도 도입을 현실화할 수 있는 효과적인 경로가 될 것으로 보인다.

*주요 용어: 사회서비스, 개인예산제, 개별유연화, 이용자 선택과 통제

제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구 배경 및 목적

한국의 사회서비스는 노인장기요양보험, 장애인 활동지원, 가사·간병 방문지원과 산모·신생아 건강관리지원사업 등이 제도화되고 전자바우처 시스템이 도입된 2007년 이후 10년이 넘는 기간 동안 규모와 영역 면에서 크게 성장해 왔다. 사회서비스의 제도화는 사적 영역에서 제공하던 돌봄 서비스를 국가가 설계하고 공공 재정으로 공급함으로써 ‘돌봄을 사회화’하여 국민의 돌봄 욕구에 부응하고 사회서비스 일자리를 창출한 의미 외에도, 전자바우처 시스템을 통해 공급자가 아닌 이용자를 지원하는 방식으로 이용자의 선택권과 서비스 통제력을 증진하는 데 유리한 전달체계 차원에서의 변화를 가져왔다. 그러나 전자바우처 시스템 또한 서비스 조정자가 설계한 평가 도구에 의해 급여량이 결정되고, 바우처의 용도와 용처가 극히 한정된 공급자와 서비스로 제한된다는 데서 이용자의 선택권을 실현하는 데 한계가 있다는 지적을 받고 있다.

현재 한국 사회는 자원 할당의 공공성을 높이면서 이용자의 선택권을 높일 수 있는 이용자 중심의 전달체제로 개편하기 위한 정책 설계가 요구되고 있다. 사회복지의 규모는 2000년대 이후 빠른 속도로 확대되어 왔으나, 사회서비스 정책의 결정과 집행에서의 일방성, 지방정부와 시설 운영자 등 공급자에게 재정을 전달하는 공급자 중심의 전달체계가 여전히 주류적 위치를 점하고 있으며, 이는 이용자의 만족도와 복지 체감도를 제고하는 데 저해 요인으로 작용해 왔다. 이런 상황에서 올해 6월에 첫발을

내디딘 커뮤니티 케어 선도사업과 7월부터 이행 중인 장애등급제 폐지와 같은 흐름은 서비스 이용자의 지역사회에서의 주체적 삶의 영위, 이용자의 욕구에 기초한 평가 및 맞춤형 서비스 제공이 강조되고 있으며, 이는 서구 선진 국가를 중심으로 1990년대부터 시행되고 있는 사회서비스 현금지급제(cash-for-care)의 정책 방향과 맥을 같이한다.

돌봄을 비롯한 사회서비스 예산을 현금 서비스나 바우처 대신 개인에게 현금으로 지급하여 서비스 이용자가 직접 서비스를 구매할 수 있도록 하는 서비스 현금지급제도는 이용자의 서비스 선택권과 통제를 극대화하는 제도이다. 서구 유럽을 비롯한 해외에서는 1990년대 중반 이후 영국의 직접지불제도(direct payment), 독일의 개인예산제(persönliches budget) 등 국가마다 다양한 형태의 프로그램으로 실행되고 있다. 개인예산제(personal budget)는 다양한 형태의 현금지급제 중에서도 특히 예산에서의 이용자 주도를 최우선시하는 제도로, 개인의 욕구 평가에 기반하여 개별적으로 예산을 설계, 배당, 집행하는 제도이다. 개인예산제 하에서는 자원 할당의 주체를 공공이 맡고, 공급자는 옹호와 중개 서비스를 제공하며, 이용자는 선택과 통제권을 갖고 서비스를 구매하는 소비자가 되고, 서비스는 표준화된 형태에서 벗어나 유연화된다. 즉 예산 계획의 수립 및 실제 사용상의 유연성이 제도의 가장 큰 특징으로 꼽힌다.

한국 사회의 개인예산제도에 대한 관심은 2010년 이후 장애계를 중심으로 드러나기 시작했다. 노인이나 아동 분야에서는 이에 대한 논의가 상대적으로 소극적인 편인데, 이는 개인예산제의 도입이 장애인의 자기결정(self-determination) 이념을 중시하는 당사자 중심의 장애 운동에 의해 견인된 결과인 것으로 보인다. 장애계에서의 개인예산제에 대한 논의는 독일과 영국의 제도에 대한 탐색으로 시작되어(원소연, 2010; 유동철, 2012) 유사한 제도를 실시하는 국가에서의 다양한 형태(이동석, 2015;

김용득, 이동석, 김용진, 박광옥, 2017)와 국내 도입에 대한 찬반 논의까지 확대되었다. 그러나 현재까지 제도에 대한 구체적인 정보가 부족한 상황에서 도입 여부가 논의됨으로써 이로 인한 정치적 갈등도 발생하고 있다. 개인예산제를 도입하자는 입장이나 유보하자는 입장 모두 이용자 중심의 사회서비스 설계와 이용자의 선택권 강화에 대해서는 지지하는 입장인바, 실제 한국에서 이와 같은 정책의 성과를 실현하기 위해서는 해당 제도를 운용하고 있는 외국의 상황을 면밀히 살펴볼 필요가 있다. 또한 제도의 형태뿐 아니라 개인예산제도 개발의 배경, 철학, 도입 과정의 쟁점, 도입을 위한 전제 조건, 시행 이후 도출된 문제점 등 다양한 측면을 검토하는 것이 요구된다.

이에 따라 본 연구는 해외 6개국(미국, 영국, 독일, 스웨덴, 네덜란드, 호주)의 개인예산제도를 면밀히 분석하고자 한다. 제도의 도입 과정, 제도 도입을 위한 관련 기존 제도의 성숙 정도, 시행 과정상의 쟁점, 시행 후의 문제점 등에 대한 상세한 분석을 실시하고, 한국에서의 제도 도입 타당성을 진단하고자 한다.

제2절 연구 내용 및 방법

본 연구의 핵심적인 과업은 현 시기 한국의 사회서비스 분야에서 개인 예산제를 도입하는 것이 타당한지를 탐색하는 것이다. 개인예산제의 실현 가능성에 대한 관심과 필요성에 대한 공감대는 형성되고 있으나, 이에 부합하는 학문적 논의는 성숙하지 못한 것이 현실이다. 따라서 개인예산제도의 도입 가능성을 다양한 각도에서 진단하기 위한 본 연구의 주된 연구 내용은 다음과 같다.

먼저 개인예산제도가 발달한 배경을 살펴보고, 개인예산제도의 개념을 이론적으로 정립한다. 개인예산제의 발달은 서구 사회에서의 장애 운동과 불가분의 관계에 있으며, 제도의 핵심적 지향과 중심 철학은 이의 영향을 받아 형성되었다. 그러나 한국 사회의 맥락에서는 장애인의 통제와 선택권 강화라는 이념적 지향에 대한 지지와 동시에 관리·감독자가 부재한 시장화로 인한 서비스의 질 저하와 이로 인한 이용자 복리의 훼손, 현금성 복지의 남발로 인한 역기능 등의 우려 또한 존재하고 있다. 본 연구에서는 개인예산제를 둘러싼 논쟁을 정리하고 국외 사례에서 핵심적으로 조사할 내용을 파악한다.

둘째, 개인예산제를 실시하고 있는 해외 6개 국가(미국, 영국, 독일, 스웨덴, 네덜란드, 호주)를 선정하여 각 국가의 제도를 조사하고 비교·분석한다. 비교를 위한 분석틀로는 Gilbert와 Terrell(2002)의 정책 분석틀(할당, 급여, 전달체계, 재정)을 활용한다. 제도의 형성과 설계, 집행 측면을 다각적으로 분석하고 지표를 통한 유형화를 시도한다.

셋째, 국외 사례에 대한 비교 분석을 바탕으로 한국 사회에서의 개인예산제의 도입 타당성을 진단한다. 제도 형성 측면(기존 제도의 성숙 정도, 사회적 인식, 관련 법률 및 제도 등)에서 개인예산제도의 수용 가능 정도, 필요한 준비 사항, 기존 체계에 미치는 파급 효과 등을 검토하고, 한국 사회에서 실행 가능한 제도의 형태를 할당과 급여, 전달체계와 재정 면에서 전망한다.

이를 위한 본 연구의 주된 수행 방법은 다음과 같다.

첫째, 문헌 고찰을 통해 개인예산제도의 발달 배경과 핵심적인 쟁점을 이해하고 국외의 개인예산제도를 파악한다.

둘째, 국가 비교 조사로, 국가 비교는 유사한 목적을 가진 제도가 각 국가에서 제도화된 형태를 다양한 측면에서 비교함으로써 각 국가의 상황

을 객관적으로 파악하고 이를 통해 연구자가 속한 국가에서의 적용 방안을 전망할 수 있는 유용한 방법이다. 해당 국가의 제도에는 ‘개인예산제’로 분류하기에는 다소 이질적인 형태의 현금지급제도도 포함되는바, 제도를 정확하게 이해하기 위해서는 체계적인 분석 기준을 마련하고, 이에 따라 각 국가의 상황과 조건을 고려하여 상세하게 조사한다.

셋째, 현지 사례 조사로, 호주의 개인예산제 National Disability Insurance Scheme(NDIS)에 대한 조사를 위해 해당 제도의 전달체계와 관련된 기관을 방문한다. 시드니 소재의 서비스 제공기관 연합체인 National Disability Services(NDS), Braddon ACT 소재의 직접 서비스 제공기관인 Community Connections와 장애인 옹호 단체인 Disability Advocacy를 방문, 인터뷰를 진행함으로써 국내에서의 접근이 제한적인 프로그램의 구체적 운영 형태와 제도 시행의 요건을 이해하고 국내 도입 가능성을 타진한다.

넷째, 퍼지셋 이상형 분석으로, 퍼지셋 이상형 분석(fuzzy set ideal type analysis)은 한정된 사례를 유형화하여 제도의 다양한 형태와 변화를 보고자 하는 경우에 적절한 분석 방법이다(이동석, 2015). 퍼지셋 이상형 분석은 국가 비교 연구에서 수차례 시도되어 왔고(이승윤 외, 2015; 장지현, 2013; 김태일, 박상현, 2012), 유사한 영역의 연구에서도 시도된 바 있어(이동석, 2015) 본 연구에서는 기존 연구보다 확장된 지표를 활용하여 퍼지셋 이상형 분석을 실시하고 유형화를 시도한다.

제 2 장

개인예산제도의 배경과 국내 관련 제도

제1절 사회서비스 분야 개인예산제도의 배경

제2절 개인예산제 관련 주요 개념

제3절 국내 관련 제도 현황과 선행연구

2

개인예산제도의 배경과 << 국내 관련 제도

제1절 사회서비스 분야 개인예산제도의 배경

1. 개인예산제도와 장애 운동¹⁾

개인예산제도를 비롯한 현금 급여 중심의 사회서비스 제도가 발달한 것은 대체로 이용자 선택권의 강화와 관련된 것으로 이해된다(김진우, 2018). 이와 같은 방향으로 사회서비스 제도가 진화한 국가들의 경우, 장애 운동이 이와 어떤 관계를 가지고 영향을 미쳤는지 살펴보는 것은 큰 함의가 있다. 이용자 선택권의 정도와 제도 형성 주도세력 간의 관계를 고찰할 때, 선택권의 보장 수준이 제도 형성 주도세력으로부터 영향을 받는 양상이 나타나기 때문이다. 이용자 선택권이 아주 강하거나 아주 약한 모형들은 대부분 정부 주도로 제도가 만들어졌다. 소득 보전 차원에서 사회서비스 현금 지급 모형을 선택한 오스트리아의 개인예산제도, 이탈리아의 동행수당, 독일의 장기요양보험제도 중 현금 급여는 정부 주도로 모형이 개발됐으며, 현물 급여 대체 차원으로 제도를 개발한 프랑스의 노인 장기요양수당, 독일의 사례 관리형 개인예산제도도 정부가 주도한 것이다. 선택권 정도가 중간 수준이나 실질적으로는 선택권이 가장 높은 스웨덴의 활동지원수당, 네덜란드의 개인예산제도, 영국의 직접지불제도와 개인예산제도, 미국의 후기 모형인 개인예산제도 등은 장애 운동의 결과

1) 이동석(2016), 사회서비스 현금지급제도와 장애운동, <함께걸음> 2016년 1월 5일자에 실린 내용을 <http://www.cowalknews.co.kr/news/articleView.html?idxno=14624>에서 2019. 7. 30. 인출하여 연구자가 축약함.

로 제도화된 것이다. 결국 이용자인 장애인들이 주도하는 경우 이용자의 실질적인 선택권을 높이고자 하는 방향으로 제도가 발전하고, 정부가 주도하는 경우 이용자의 실질적인 선택 가능성보다는 현물 서비스를 대체하거나 돌봄으로 인한 가구소득 감소의 빈곤 문제를 해결하고자 하는 등 다른 목적이 더 강했다는 것이다.

스웨덴, 네덜란드, 영국, 미국 등에서 서비스 현금지급제도가 도입된 과정은 장애 운동이 제도 형성에 미친 영향을 보여 준다. 스웨덴의 경우, 미국에서 직접지불제도를 경험한 라츠키(Ratzka)가 1982년 발표한 논문에서 활동지원이라는 용어를 소개하고 장애수당을 확장한 형태로 활동보조 서비스에 현금 지불을 도입할 것을 주장했다. 그는 1984년 ‘자립생활을 위한 스톡홀름 협동조합’을 창립하고 1987년 스톡홀름에서 시범 사업을 실시했다. 시범 사업 이후에는 시가 주체가 되어 욕구가 있는 모든 사람들에게 활동지원 서비스를 지속할 것을 주장했다. 스톡홀름 시가 1989년 직접지불제도를 시행하기 시작하자 다른 시에서도 이 모형을 따라 사업을 도입하게 되었다.

네덜란드의 노인과 장애 운동 세력은 전문가의 보호주의와 과도한 권력을 비판하면서, 더 많은 자유와 자기결정 권한, 개인의 책임을 주장했다. 이에 1995년 장기요양보험제도의 급여의 한 형태로 개인예산제도가 제도화됐다. 하지만 정부가 예산 상한을 정해 대기자 수가 증가하자 노인, 장애인 등 이용자 단체들은 소송을 제기했고, 법원은 자격이 있는 모든 사람에게 정부가 충분한 자금을 제공할 책임이 있음을 명확히 했다. 이에 따라 예산 제한 규정은 폐지됐고, 정부는 필요한 사람 모두에게 서비스를 제공하게 되었다.

영국의 직접지불제도는 광범위한 장애인 권리 운동, 특히 자립생활 운동의 결과였다. 이들은 국회의원에게 로비를 하고, 관련 회의와 연구 활

동 등을 조직하였다(김용득, 이동석, 2015, p.15). 영국장애인위원회(British Council of Disabled People, BCODP, 현 UK Council of Disabled People)는 사회서비스책임자연합(Association of Directors of Adult Social Services, ADASS), 왕립장애자문위원회(Disability Advisory Committee), 영국사회복지사협회(British Association of Social Workers, BASW), 광역자치시협의회(Metropolitan District Councils) 등과 같은 사회단체들과의 연대를 통해 제도화에 대한 지지를 받아 내기도 했다. 직접지불제도가 지체장애인 주도로 도입되어 초기에는 장애인만을 대상으로 했으나, 이후 노인을 제외하는 것은 차별이라는 지적에 따라 2000년에 노인까지 확대되었다. 이후의 개인예산제도는 지적 장애인에게 서비스를 제공하는 사람들과 최근의 장애 권리 운동의 한 부류인 통합 운동(inclusion movement) 주창자들이 만들어 냈다(김용득, 이동석, 2015, p.15). 이처럼 영국의 직접지불제도와 개인예산제도는 자립의 개념을 현금 지급을 통한 활동보조인 직접 고용으로 연결시키려는 장애 운동에 의해 도입되었다.

미국에서는 1960~1970년대 장애 권리 운동가들이 활동지원 서비스의 자립생활 모델을 발전시켰고, 1980년대 '세계 장애 연구소(World Institute on Disability)'는 이 모델을 확장해 재가 서비스에 대한 현금 지급을 요구했다. 이러한 장애 운동의 요구에 부응하여, Cash and Counseling 모형이 만들어지고 시범사업이 시행되었다. 이 사업에 재정을 지원했던 로버트 우드 존슨 재단(Robert Wood Johnson Foundation)과 대서양 자선재단(The Atlantic Philanthropies)은 2009년 '참여자 주도 서비스를 위한 전국자원센터(National Resource Center for Participant-Directed Services)'를 설립하고 이용자들을 지원하였다. 이러한 노력으로 현재 미국의 개인예산제도는 여러 주로 확

대되고 있다.

선행 국가들의 사례를 종합하면, 아직 실행 경험이 없기 때문에 자칫 혼란을 일으킬 수 있는 새로운 제도를 구상하고 제도화시켜 나갈 때, 또 실행 과정에서도 문제점을 개선하고 확장이 필요할 때 해당 제도를 강력하게 지지하는 단체, 특히 당사자 단체의 역할이 중요할 것으로 생각된다. 조직화된 역량을 기반으로 새로운 제도에 필요한 시스템을 지속적으로 개발하고 보완하여 서비스가 정착되도록 하는 과정에서 당사자들의 역할이 중요하다는 것이다. 우리나라의 경우 최근 몇 년간 장애계를 중심으로 자기주도적 현금 급여에 관한 논의가 활발했으나, 아직 제도 형성을 주도할 수준의 조직적 활동에 이르지 않는 것으로 보인다.

2. 사회적 상황과 시장화

1970년대와 1980년대에 성행한 신공공관리론(New Public Management)은 중앙 집중 형태로 제공되는 사회서비스에 비판적인 입장을 취하며, 공공 영역에 경쟁을 통한 효율성의 극대화를 추구하는 시장의 원리를 도입할 것을 주장하였다(Wilberforce et al., 2011). 1980년대 영미권에서는 신공공관리론의 ‘작은 정부(small government)’를 지향하는 보수적 성격의 정당이 집권하면서 공공 서비스에 시장 원리가 제한적으로 도입되었는데, 특히 영국의 1993년 커뮤니티 케어 개혁은 사회적 돌봄 영역에서 유사 시장(quasi-markets)이 창출되는 계기가 되었다(Department of Health, 1989). 당시 전후의 복지국가가 사업자의 이익에 점점 더 지배되어 개별 서비스 이용자의 상황과 열망에 반응하지 않는다는 광범위한 인식이 있었고(Hadley & Hatch, 1981), 이 비판에 대한 응답은 공공 부문의 유사 시장 도입이었기 때문이다(Le Grand &

Bartlett, 1993). 서비스 이용자에게 다양한 서비스 제공업체에 대한 선택권을 주는 중요한 변화가 처음에는 학교, 공공 주택, 보건 및 사회적 돌봄 영역에서 나타났는데(Le Grand, 1991), 이렇게 형성된 유사 시장은 중요한 수요 공급 기능을 가지게 된다. 수요는 소비자 역할을 하는 서비스 이용자에 의해 창출되며, 정부 재정은 이용자의 선택을 근거로 공급자에게 전달된다. 공급 측면에서 볼 때, 이러한 정책은 다수의 경쟁적이고 자율적인 공급자를 도입함으로써 정부의 자금 지원과 공급 행위를 분리하는 결과를 가져올 수 있다. 소비자로서의 서비스 이용자가 최상의 서비스를 선택함으로써, 그리고 만족스럽지 못한 품질에 불만을 표출하고 이를 이용하지 않음으로써 서비스 표준과 효율성을 소비자의 기준까지 향상시키는 데 상당한 힘을 실어 줄 수 있다는 것이다(Hirschman, 1970).

당시 영국의 사회적 돌봄 서비스는 주로 지방정부가 자금을 지원하는 전속 제공 기관(in-house providers)에 의해 직접 전달되었다. 그러나 1990년에 도입된 국민건강서비스 및 지역사회 보호법(National Health Service and Community Care Act 1990)은 서비스 사용자가 경쟁력 있고 효율적이며 다양한 범위의 전속, 민영 및 자원 부문(voluntary sector) 제공기관 중에서 선택할 수 있는 ‘혼합 경제’ 조항을 도입했다. 각 제공기관들은 경쟁을 통해 비효율적이고 융통성 없는 관리 방식에서 벗어나 서비스 이용자의 개별 욕구를 성공적으로 충족시키기 위해 지방자치단체(Local Authority)와 계약을 맺게 되었다(Wilberforce et al., 2011). 일단 영국의 1990년대 초 개혁은 공급자를 다수 늘리는 데 성공했는데, 1990년 법 시행 전에 재가 돌봄(home care)의 5%가 민영 및 자원 조직에 의해 제공되었지만, 이 비율은 2010년 81%로 늘어났다. 그럼에도 선택권은 여전히 제한적이어서, 어떤 서비스가 제공되는지, 언제, 누가 서비스를 제공하는지는 노인 및 장애인의 독립성 및 사회 통합에 매

우 중요할 수 있다(Means et al., 2003; Le Grand, 2007).

제2절 개인예산제 관련 주요 개념

1. 소비자주의

개인예산제도를 비롯한 자기주도적 선택권을 위한 바탕이 되는 패러다임의 맥락을 이해하기 위하여 가장 먼저 살펴볼 개념은 소비자주의(consumerism)이다. 소비자주의는 개인적 선택이 본질적 측면에서 그 자체로 선(good)이며, 따라서 공공 재원의 복지서비스 활동을 형성하는 지배적인 요소가 되어야 한다는 믿음을 강렬한 정책 담론으로 한다(Glending, 2008). 고령화된 전후 베이비 붐 세대는 자유주의, 개인주의, 소비주의에 따라 경험을 형성해 왔으며(Higgs et al., 2003), 이러한 문화적, 정치적 풍조는 사회적 돌봄이 필요하기 시작한 베이비 붐 세대가 공공 서비스와 복지 국가에 대해 갖는 기대에 영향을 미쳤다. 이 세대 인구 집단의 규모를 감안할 때 그 영향은 실제로 심각할 수 있다. 결과적으로 공공 서비스가 이러한 사회 문화적 변화에 직면하여 정치적 정당성을 계속 확보하기 위해서는 변화하는 대중의 기대에 부응해야 할 것이다.

2000년, 영국의 노동당 정부는 공공 서비스 개혁에 대한 새로운 투자에 착수하여 ‘선택’과 ‘소비자주의’를 기본 원칙으로 채택했다(Shaw, 2009). 영국에서 공공 부문의 개혁은 개인과 국가의 관계, 시민의 권리와 책임에 관한 광범위한 논의를 형성시켰는데, 한편으로 선택과 소비자주의의 담론은 정책의 개발과 전달체계에 사회자본의 개념을 적용하는 공동생산(co-production)의 개념까지 촉발했다(Leadbeater, 2004;

Needham, 2007). 이러한 접근은 시장 지향적인 소비자주의가 서비스 이용자와 공급자 간의 적대적인 관계에 기반한다는 가정에 도전한다. 또한 최종 이용자와 함께 서비스의 설계 및 제공에 대한 통제를 공유함으로써 공동 생산되는 서비스가 서비스의 품질과 대응력을 향상시킬 뿐만 아니라, 책임감 있고 지식이 풍부하며 권한이 부여된 소비자를 보다 많이 창출한다고 주장한다. 이것은 ‘선택자이자 소비자(consumer-as-chooser)’의 경제적인 관점을 넘어서 ‘시민이자 소비자(citizen-consumer)’를 포함하는 서비스를 형성하고, 그 안에서 소비자가 수행하는 다양한 역할에 초점을 맞추는 새로운 지점으로 나아간다(Gabriel & Lang, 2006; Clarke et al., 2007).

2. 선택과 통제

이와 같은 소비자주의적 패러다임의 존립 근거라고 할 수 있는 이용자의 선택과 통제(choice and control)는 권한 행사라는 행태적 측면뿐 아니라 이용 당사자의 ‘관점’을 드러낸다. 자유주의 경제체제에서 ‘선택’은 시장의 핵심이기 때문이다. 이것은 공급자 간의 경쟁을 촉진시켜서 품질과 효율성, 서비스의 대응력을 향상시킬 수 있다. 영국의 예에서 1993년 개혁에 따른 돌봄 제공 방식은 돌봄 관리자(Care Manager)가 노인과 장애인을 대신하여 서비스의 필요성을 평가하고 자격을 결정하며, 적절한 서비스 패키지(package of services)를 이용자 대신 구매하고 조정하는 것이었다. 이런 방식은 자원에 대한 통제권을 양도함으로써 사회적 돌봄의 유연성과 효율성을 향상시킬 수 있다는 연구 결과에 기반을 둔 것이었다(Challis, 2004).

그러나 현실은 이와 달라 많은 노인과 장애인이 서비스 제공 인력, 서

비스, 시간 등에 대해 실제로는 제한된 선택을 할 수밖에 없었으며 (Hardy et al., 1999), 이 결과는 장애인들의 ‘직접지불 운동’으로 이어졌다.

돌봄 관리자의 관리 방식이 서비스 이용자의 선택을 확장하는 데 한계가 있었던 것과 관련하여 중립적이고 깊이 있는 많은 논의들이 전개되었다. 일단 유사 시장에서 사회적 돌봄의 소비자 권리가 적용되는 데에는 몇 가지 가정이 존재한다. 선택권을 행사하는 소비자는 정보 장벽을 경험하게 되며, 시장 프로세스에 영향을 미치고 참여하는 권력이 일반적으로는 불평등하다고 보는 관점(Ware et. al., 2003; Hardy et al., 1999; Propper et al., 2006)이 있다. 일부 서비스 이용자, 특히 노약자는 접근 가능한 정보가 부족하고 이를 처리하는 데 어려움을 겪기 때문이다. 또한 선택은 종종 개인에 의해 직접적으로 행해지는 것이 아니라, 서비스 이용자의 선호가 희석되는 위험을 감수하면서 돌봄 관리자를 통해 간접적으로 행사된다(Hoyes & Means, 1993). 마지막으로, 사회적 돌봄 시장은 한 개인 또는 다른 사람들에 의한 서비스 선택이 다른 소비자의 남은 선택을 제한할 수 있다는 점이다(Wilberforce et al., 2011).

시장의 측면에서 보아도 정부와 관련해서는 두 가지 방식으로 제약을 받는다.

첫째, 대다수의 이용자는 제한된 제공 기관과 계약을 체결함으로써 일부 서비스를 이용할 수 없게 된다. 어떤 지역은 지방정부의 정책이나 목표에 잘 부합하는 공급자를 선호하는 관계자들과 함께 ‘최저가 우선 정책’ 또는 ‘전속(in-house) 우선 정책’을 작동시킨다(Ware et al., 2003).

둘째, 개별 서비스 이용자의 욕구에 대응하는 공급자의 능력은 장기 블록 계약(long-term block contracts)의 증가로 인해 저하된다. 블록 계약 하에서 서비스 제공자는 계약된 가격에 맞는 돌봄 패키지를 제공한다. 서비스를 패키지로 묶어 제공하는 블록 계약은 규모의 경제를 가정한, 보

다 낮은 비용 압박에 더 쉽게 노출될 수 있으며 개개인의 욕구에 맞게 서비스를 조정할 재정적 인센티브를 제공하지 않는다.

결과적으로 제공 기관은 비용이 저렴하면서 개별적 욕구에 유연하게 대응할 수 있는 능력이 제한되고 만다(Knapp et al., 2001).

참고로 이 문제에 대한 좌파 계열의 입장은 갈리는 편이다. 전통적인 시각은 개인주의적이고 소비자와 관련된 태도와 행동이 시민 의식의 전통적 개념과 집단행동에 해가 된다는 주장이다. 이 관점에서 소비자주의는 수동성을 장려하고, 공공 공간을 퇴색시키고, 책임성을 약화시키고, 시민권을 사유화하는 모델이다(Needham, 2003). 그러나 Leadbeater (2004)는 소비자주의가 오히려 시민권을 현대적으로 다시 만들 가능성이 있다고 주장한다. 이용자가 복지 상품 및 서비스를 생산하는 데 적극적으로 참여함으로써 소비자주의와 시민권의 두 개념을 연결할 수 있다는 것이다.

비판적 연구들이 있음에도 불구하고 사회적 돌봄과 관련하여 소비자주의가 선택에 관심을 갖는 논점들은 다음과 같다(Glending, 2008).

첫째, 선택은 시민권 취득, 인권, 사회 포용(social inclusion)을 위해 필수적이라는 주장이다. Morris(2006)는 통제력을 동반해야 하는 선택의 필요성은 자기결정권과 시민권을 획득하는 데 필수적이라고 주장한다. 개인은 자유로운 선택을 할 수 있는 능력을 가지고 있으며 완전한 시민권은 자발성의 행사, 즉 '자신의 삶의 조건을 결정하고 자신의 인생 계획을 추구하는 능력'을 포함한다(Lister 1997). 거꾸로 말하면 선택과 통제가 없으면 자치권이나 자기결정, 궁극적으로는 시민권을 얻을 수 없다는 것이다.

둘째, 선택과 통제를 행사할 수 있는 능력은 '자립(independence)' 개념의 핵심이다(Parry et al., 2004). 자립적이라는 것이 반드시 자신을 위한 업무 수행을 의미하지는 않는다. 장애인에게 자립이란 모든 것을 스스로 할 수 있는 신체적 능력보다는 선택과 통제를 수행할 수 있는 능력

과 명백히 연관된다. 자립은 자신의 삶을 통제하고 어떻게 이끌지 선택할 수 있는 것이며, 육체적 능력에 좌우되지 않는 사고의 과정이라고 본다(Barnes, 1991).

셋째, 선택은 돌봄을 주는 자와 받는 자 사이에 만연한 권력 불평등의 맥락에서 중요하다. 사회적 돌봄은 생산과 소비가 동시에 이루어지므로 생산자와 소비자의 구별이 흐려진다는 점에서 독특하다. 특히, 이용자의 활동과 반응은 생산의 품질과 관련된다. 사회적 돌봄의 성공에는 도움을 주는 이와 이용자 간의 협력이 중요하며(Baldock, 1997), 어떻게, 누구에게 그러한 지원이 제공될지 선택권을 갖는 것은 불평등한 권력 관계에 의해 생성된 취약성을 바로잡는 데 결정적인 영향을 미친다.

마지막으로, 선택과 통제는 사회보장 및 기타 개인 지원의 시기, 내용 및 제공과 관련하여 중요할 뿐 아니라, 사회적 돌봄의 바람직한 결과라는 것이다. 일상생활에서 선택과 통제를 할 수 있는 능력은 고령자나 젊은 장애인들 모두에게 공통적으로 요구되는 사회보장 결과이다(Vernon & Qureshi, 2000). 따라서 훌륭한 돌봄 및 기타 지원 서비스란 이용자가 다양한 일상 활동에 대한 선택과 통제를 수행하고 더 넓은 역할, 의무 및 그들이 선택한 생활방식을 수행할 수 있도록 하는 서비스를 말한다. 이러한 과정은 유급 고용 및 광범위한 사회 참여, 구체적인 업무 등에 있어서 다른 사람들에게 상당한 수준의 책임을 수반할 수 있다. 분명히 독립, 안녕감, 사회 포용의 경험에 영향을 주는 사회적 돌봄은 선택과 통제의 산물이다. 완전하고 평등한 시민으로서 장애인의 지위를 결정짓는 열쇠인 자기결정권은 필요한 지원 제공, 그 지원에 대한 선택과 통제 없이는 성취하지 못한다(Morris, 2006).

3. 서비스 현금 지급

돌봄 서비스와 관련된 정책 담론은 권한 부여(empowerment), 자기 결정, 선택과 같은 개념에 초점을 맞추게 되었고, 이를 구체화시키는 방법으로 1990년대 이후 사회서비스에 대한 현금지급제도(Cash-for-Care)가 도입되기 시작하였다(Ungerson, 2003). 여기서 Cash-for-Care의 한국어 번역에 대한 합의는 아직 없는 것으로 보인다. 돌봄 서비스를 포함한 사회서비스에 대해 이용자의 선택, 자기결정, 참여를 중시하면서 현금 급여를 사용하는 개념이기 때문에, 사회서비스 현금 지급제도로 번역(이동석, 2015)하는 것이 제안되었다.

서비스 이용자의 지위는 급여의 형태에 따라 달라질 수 있다. 보편적으로 시행되는 현물 급여는 서비스 공급자에게 재정을 지원하는 방식을 취하는데, 이 경우 서비스 이용자는 서비스의 이행 과정에서 수동적 지위를 가지게 된다. 이에 반해 현금 급여는 이용자가 국가로부터 직접 재정을 지원(수요자 지원 방식)받은 후, 관련 서비스를 제공하는 시장이나 일반적인 소비 시장에서 자신에게 필요하거나 더 적절한 서비스를 구입할 수 있도록 하는 지급 방식이다. 이 경우 이용자는 시장의 기능에 따라 불완전한 구매자(customer) 또는 완전한 소비자(consumer)의 위치에 이르게 된다(조남경, 김경임, 2014). 여기서 현금 급여를 구체적으로 살펴보면, 우선 이용자에 대한 지원 방식과 이용자의 가족인 보호자에 대한 지원 방식으로 구분할 수 있다. 이용자에 대한 지원 방식은 다시 세 가지로 세분할 수 있는데, 이용자 주도의 서비스(예: 돌봄) 제공자 고용 방식, 이용자가 원하는 방식으로 사용할 수 있는 수당 방식, 비공식적 돌봄 제공자에 대한 수입 지원 방식 등과 같이 구분할 수 있다(Lundsgaard, 2005).

이와 같이 사회서비스 현금지급제도는 단일한 형태를 갖지 않는다. 소

비자주의와 선택 권한의 강화, 비용 절감을 목표로 하고, 돌봄 서비스의 위치가 거주시설이 아니라 가정 및 지역사회 내로 옮겨 이루어지는 기제에 있어서 현금이 이용자 개인에게 직접 전달된다는 공통점이 있기는 하지만, 국가별로 현금지급제도의 형태와 운영 방법이 다르고, 실제로 제도를 추동시킨 요인들도 많은 차이를 나타내고 있다(이동석, 2015). 현금지급제도에서 사회서비스의 이용자와 공급자는 직접적인 교환 관계를 맺게 되는데, 이는 상업적인 형태가 될 수 있다. 이때 국가는 서비스 이용자와 공급자에 대한 제도의 설계 및 운영 규정을 통한 규제와 감독의 역할을 담당한다. 국가가 서비스 이용자와 제공자에게 각각 적용하는 규제의 내용과 방식에 따라 서비스 이용자와 공급자 간의 힘의 균형점이 달라지고, 현금지급제도의 모습도 매우 다양하게 나타나게 된다(Ungerson & Yeandle, 2007; Arksey & Kemp, 2008; Carr, 2011). 결과적으로 사회서비스 현금지급제도는 국가별로 고유성을 지닌 가운데 형성되고 발전하고 있는 것으로 보인다. 이런 면에서 사회서비스 현금 지급은 단일한 실체가 아니라 다양한 실체를 포괄하는 하나의 개념으로 보는 관점(이동석, 2015)이 필요할 수 있다.

4. 직접지불

이러한 배경에서, 돌봄 서비스를 이행하고 편당할 대체 수단에 대한 압박이 가중된다. 현물 서비스의 가부장적 제공에 대해 장애인들이 오랫동안 반대해 온 도덕적 측면은, 앞에서 언급한 유사 시장의 한계와 결합하여 영국 내(그리고 많은 국가)에서 사회적 돌봄을 스스로 디자인할 수 있는 자원의 직접 통제를 위해 장애인 권리 단체가 로비 활동을 지속하게 만들었다(Glasby et al., 2009). 한편, 서비스를 직접 위

임받은 서비스 이용자의 개념은 신공공관리 지지자들에게도 유리한 선택이었다. 그러한 기제를 통해 관료주의를 줄일 수 있기 때문이다 (Arksey & Kemp, 2008).

결과적으로 구체적 프로그램으로서 직접지불제도는 영국에서 1996년에 도입된 법률에 따라 제공되었는데, 지방정부로부터 인정된 서비스 대신에 그 서비스에 상응하는 현금을 받고, 이 현금을 지방정부가 지정한 서비스 제공 기관에서 다시 구매하는 방식으로 이루어져, 주로 활동보조인, 즉 직접지불 할당을 통해 서비스 이용자가 유급 돌봄 제공자를 직접 고용하는 데 사용되었다. 영국 정부는 새로운 서비스 이용자 집단에 대한 자격을 확대하고 모든 서비스 이용자에게 직접지불을 의무화하고자 하였다. 그러나 직접지불제도의 신청률은 당초의 기대보다 낮은 수준으로, 노인들의 신청이 특히 낮게 나타났다. 이는 현금으로 지불된 급여를 정산하고 감사를 받는 복잡한 과정과 급여 사용처의 제한으로 인한 것으로 추정되며, 이 같은 직접지불제도의 낮은 이용 수준은 사회적 돌봄 시장에 대한 제도의 영향력을 크게 제한했다(Wilberforce et al., 2011).

5. 개인예산

직접지불제도와 마찬가지로, 개인예산도 구체적인 프로그램의 명칭으로 사용되면서 보다 확장된 형태로 제도화되었다. 영국 보건부에 따르면 개인예산은 직접지불과 마찬가지로 활동보조인을 모집하는 데 사용될 수 있을 뿐만 아니라 청소나 원예와 같은 다른 형태의 서비스에도 사용될 수 있다. 개인예산은 또한 당일 여행 및 휴일과 같은 넓은 범위의 여가와 IT, 사진 장비, 체육관 회원권 등 사회 활동을 위해 사용될 수 있다. 중요한 것은 공급자가 기존 계약의 엄격한 경계 바깥에서 개인예산 구매자에게

서비스를 제공할 수 있으며, 서비스 이용자는 지방정부와 계약하지 않은 공급자를 선택할 수 있다는 점이다. 또 다른 발전은 서비스 이용자가 접근 가능한 정보를 제공하고 ‘도움 중개인(assistance brokers)’을 통해 자신들의 욕구를 명확하게 표현하도록 지원하는 것이다. 원칙적으로 서비스 이용자는 자신의 선호를 표현하고 서비스 제공자와 맞춤형 서비스를 협상할 수 있도록 지원받는다. 그리고 재무 관리 및 감사의 부담을 덜어줌으로써 이용을 장려하고 개인예산 보유자들이 신뢰를 갖도록 한다. 마지막으로 예산은 현금이 아닌 다양한 배치 옵션, 예를 들어 돌봄 전문가의 지원이나 그 밖의 다른 원하는 서비스 등을 통해 통제될 수 있다 (Department of Health, 2005; 2006).

개인예산의 촉진은, 제3자인 돌봄 관리자로부터 장애인과 노인 자신에게로 구매 권한을 옮기는 것이다(Glending, 2008). 개인예산제는 사회적 돌봄 시장의 구조를 개편할 잠재력이 있다. 말하자면 자신에게 돌봄을 제공할 수 있는 자원에 대해 통제권을 가진 사람들은 지방정부 구매 시스템과 비교할 때 시장의 공급 측면에서 대응을 요구하고 시장의 수요 측면에 본질적인 변화를 가져올 수 있다. 직접지불 이용자는 일반적으로 돌봄 제공기관(home care agency)을 통해 지원을 받기보다는 활동보조인을 직접 고용하는 쪽을 택하기 때문에, 개인예산 이용자가 증가하면 많은 서비스 제공기관이 영향을 받지 않을 수 없을 것이다(Wilberforce et al., 2011).

〈표 2-1〉 영국의 직접지불제와 개인예산제의 비교

	직접지불제	개인예산제
주요 특징	현물 서비스 대신 현금 지불	현금 형태로 서비스 이용자가 보유할 수 있는 자원 배분(돌봄 관리자나 서비스 제공기관과 같은 제3자)
	필요한 개인 돌봄 시간에 근거한 욕구 사정	욕구의 자기 사정에 근거한 할당
책임 및 사용 제한의 정도	지출은 지자체와 미리 합의. 일반적으로 모든 경비에 대한 영수증 제출	지출은 지원 계획을 통해 사전에 지자체와 합의. 영수증은 일반적으로 요구되지 않음
	일반적으로 국내 및 여가 활동에 대한 직접지불 사용 제한	소수의 제한 사항, 예산의 법적 사용 문제, 위험 및 안전, 합의된 이용자의 산출 및 우선순위와의 일관성 문제로 제한
활동보조인 고용의 제한점	동거하는 친척의 고용은 일반적으로 금지. 계약 및 기타 정식 고용 조건은 필요 없음	동거하는 친척의 고용은 일반적으로 금지. 계약 및 기타 정식 고용 조건은 필요 없음
	지불은 종종 재가 돌봄 지자체 단가보다 낮은 비율로 임금이 지급될 것으로 가정	일반적으로 임금에 대한 상한선은 없음. 지원 계획에 따라 예산 소지자가 결정한 업무

자료: Wilberforce et al., (2011), Implementing Consumer Choice in Long-term Care : The Impact of Individual Budgets on Social Care Providers in England. Social Policy & Administration, 45(5), 593-612. p.599의 표 발췌

직접지불제도나 개인예산제도의 역할에도 한계가 있다. Glendinning(2008)에 따르면, 개인 구매자는 정보 비대칭에 의해 시장 행동이 제한될 수 있다. 욕구가 특별하거나 공급이 부족하면 서비스가 종료된다. “돈을 더 많이 사용하면 선택의 폭이 넓어지며 선택을 실현할 수 있는 역량이 증가된다.”(Clarke et al., 2006) 선택의 폭을 넓히는 데 도움이 되는 다양한 자원을 가진 이용자는 사적인 재정 자원뿐 아니라 다른 관련 자원도 보유하는데, 예를 들면 서비스 구조 및 관행에 대한 지식, 전문가를 다루는 기술, 공공 서비스 분야 의사 결정자와의 개인적인 친분 같은 것들이 포함된다. 그리고 개인 구매자는 불평등한 결과를 초래하거나 초래할 수 있는 매우 불평등하게 산재된 경제적 사회적 자원을 활용할

수도 있다(Lent & Arendt, 2004). 이 문제로 인해 영국 정부는 지역 지원 서비스의 확대를 위해 직접지불 발전 기금(Direct Payment Development Fund)을 설립했다.

또한, 노인 및 장애인 구매자가 개별적으로 선택하는 것이 실제로 적절한 서비스의 공급을 통해 충족될 수 있는지 명확하지 않다. 개별 구매자는 대량 구매할 수 있는 사회서비스 부서와 같은 큰 조직보다 서비스 가격 결정 및 서비스 품질 확보 면에서 자본 이용과 협상력이 떨어진다. 개별 구매자에 대한 대응은 규모의 경제를 감소시키고 시간과 비용의 비효율성을 초래하며 추가 거래 비용을 발생시킬 수 있는데, 서비스 제공자는 이 비용을 소비자에게 전가하려 할 수 있다(6, 2003). 증가하는 빈곤의 위험을 감안할 때, 많은 노인과 장애인들은 추가 비용을 충족시키기 어려울 것이다.

또 다른 위험으로 구매 영향력을 개인에게 전가함으로써 공급자가 불평등을 증가시키는 방식으로 행동할 가능성이 있다. 예를 들어, 노인 및 장애인 개인의 구매에 더 중점을 두고 정부 통제를 줄이면 공급자 측에서 시장 행동이 더 많이 촉진될 수 있다(Lent & Arendt, 2004). 공급자는 가격 및 품질에 따라 차별화되는 서비스를 제공할 수 있으므로 구매자가 부족한 경우 품질이 떨어지는 서비스를 제공할 위험이 있다. 마찬가지로 서비스 제공기관은 더 어렵거나 문제가 있는 이용자가 서비스를 이용하지 못하게 하는 방법을 찾을 수 있다. 이러한 크리밍(creaming)의 위험은 수요가 공급을 초과하는 상황에서 증가하여, 서비스 제공량의 부족으로 사용자 선택이 제공자 선택으로 바뀔 수 있다(Lent & Arendt, 2004). 마지막으로, 현금 중심 복지로의 전환은 다양한 공급자 시장에 동등하게 접근할 수 있어야 한다는 점이 전제되는 것이다. 그러나 영국의 사회적 돌봄 유사 시장에 비추어 보면, 일부 지역이 다른 지역보다 훨씬 다양한 공급 범위를 가지고 있다(Pearson, 2000).

6. 개별유연화

용어가 등장한 지 적지 않은 시간이 흘렀음에도 불구하고 ‘개별유연화’의 개념은 전문가들 간 규범적 합의 없이 다소 편의적으로 사용되어 왔다. 이 용어의 합의된 정의는 존재하지 않으나, 대체적으로 개인이 강점과 선호를 갖고 있음을 인정하고, 돌봄과 지원의 중심에 그 개인, 정확하게는 서비스 이용자를 두는 것을 의미한다(Carr, 2010). 개인예산제는 개별유연화 운동의 일부로서 역사를 가진다고 볼 수 있으며(Williams & Dickinson, 2016), 개념적 접근 수준의 정책 담론인 동시에 이용자 중심주의의 작동 기제로 기능해 왔다.

장애인이 개개인의 필요를 충족시킬 수 있는 방법과 이들의 고용과 선택권에 대한 논의는 영국에서 최초로 시작되었다. 장애인 단체의 지속적인 요구로 직접지불제도가 실행되었고, 이어 많은 선진국에서 보다 큰 자기주도적 지원 제도들이 실험적으로 실시되기 시작하였다(Alakeson, 2007; Robbins, 2006). Glasby와 Littlechild(2009)는 장애인에 대한 개별유연화를 사회, 문화, 태도에 대한 참여 장벽을 둘러싼 장애의 재정의(redefinition)의 일부로서 파악한다. 이런 입장은 직접지불과 개별유연화를 지지한다는 것이 시민권과 관련될 수 있음을 보여 주는 것이다.

최초 도입 시 사회복지제도에 매우 근본적인 변혁의 의미가 있는 것처럼 과장된 것과 달리, 직접지불제도는 실상은 공공 부문 서비스의 구매에는 사용할 수 없었고, ‘자격을 부여하는 형태의 권한 부여’로서 ‘선택적 추가 사항(optional extra)’에 지나지 않는다는 지적 또한 있었다. 영국에서 보다 최근에 개발된 개인예산 방식의 접근은 개인이 자신의 욕구를 충족하기 위해 얼마나 많은 현금이 필요한지 파악한 후, 현금이 소비되는 방식이나 현금을 통한 통제권을 보장하는 방식으로 개인에게 선택권을

부여한다. 결국 개별유연화의 역사는 개인에게 예산을 위임하거나 예산 할당에 대한 책임을 부여하는 재정적인 부분과 관련이 있다. 그러나 실제로 개별유연화는 넓은 의미에서 능동적인 소비자주의, 자신이 결정한 방식으로 생활할 수 있게 해 주는 서비스를 공동으로 생산하는 것으로 이해됨으로써 훨씬 광범위한 개념으로 받아들여진다(Williams & Dickinson, 2016). 아래의 표에서 Williams & Dickinson(2016)은 개별유연화가 건강 부문에도 적용되기 시작했음을 보여 준다.

〈표 2-2〉 개별유연화와 관련된 용어 정리

용어	정의	적용 시기와 영역
개별유연화	개인의 통제력을 향상시켜 자신의 욕구를 보다 잘 충족시킬 수 있는 돌봄 체계를 공동으로 생산할 수 있도록 하는 광범위한 접근 방식	1990년대 중반부터 사회적 돌봄에 적용, 후에 건강, 교육 및 기타 개인 서비스 분야로 확대
직접지불	자원을 할당하는 방법을 선택한 개인에게 서비스를 제공하는 대신 현금으로 지불	1997년 사회적 돌봄
개인예산	이 접근법은 개인이 자신의 욕구를 충족시키기 위해 얼마나 많은 현금을 갖고 있는지와 현금을 소비하는 방법 및 현금에 대한 통제력에 대해 개별적인 최대 선택권을 부여	2008년 사회적 돌봄
개인건강예산 (Personal Health Budgets)	건강 및 안녕 욕구를 지원하기 위해 제공되는 금액. 개인과 건강 전문가 사이에 설정된 계획에 따라 지출	2014년 후반 이후 제한된 집단, 2015년 더 광범위하게 적용될 것으로 예상

자료: Williams & Dickinson (2016) Going it alone or playing to the crowd? A critique of individual budgets and the personalisation of Health Care in the English National Health Service. *Australian Journal of Public Administration*, 75(2), 149-158, p.151의 그림 발췌

개별유연화가 심화될수록 이용자는 단순히 소비자가 아닌 서비스의 공동 설계 및 공동 생산자로서 관여하게 된다. 서비스 이용자가 보살핌을 넘어 국가의 역할 안에서 ‘자기 조직화 해법(self-organizing solutions)’으로 온정주의를 넘어선다는 것은, 사람들이 이러한 협력적 해결

책을 창안할 수 있게 하는 플랫폼과 환경 및 동료 지원 네트워크의 창달을 돕게 되는 것이다(Leadbeater, 2004). 이런 관점은 이용자 중심의 시민권 기반 접근 방식을 반영하는 것으로 보인다.

그러나 다른 측면에서 개별유연화를 통제의 관계를 변화시키는 전략으로 이해할 수도 있다. 비판적인 관점에서 볼 때, 개별유연화는 시장성을 높이고 개인이 자신의 복지 또는 결핍 상태에 대한 책임을 지는 과정으로 간주할 수 있고, 이는 공공 경영철학의 연장선에 있다. 사회복지와 사회적 돌봄의 시장화에 대한 비판적 수용, 빈곤과 불평등 문제의 방치, 이용자에 대한 결함의 인정, 복지 의존성에 대한 잠재적 낙인, 사회복지사업의 탈전문화 촉진 가능성 등에서 개별유연화의 철학은 사회복지사가 무비판적으로 받아들여야 하는 것이 아니라는 것이다(Ferguson, 2007).

이러한 관점에서 개별유연화는 공공 부문의 관료주의를 해소하고, 전문가의 권한을 약화시키며, 빈곤 및 불평등과 관련하여 국가 성과에 대한 비판을 중화시키고, 지원이 필요한 개인과 자원을 보유한 국가 사이의 수혜적 관계를 크게 바꾸지 않고도 목적을 성취하는 방법일 수 있다. 반면 개별유연화는 위험의 사유화를 통해 개인의 복지에 대한 국가 책임을 면제하는 방식으로 이해될 수도 있다. 개별유연화 논쟁의 성패는, 스스로 돌보고 제공할 수 있도록 개인의 책임감에 무게를 둔 시민의 복지를 확증하는 국가의 의무에 대한 질문에 달려 있다(Pykett, 2009). 따라서 개별유연화는 수사(rhetoric)에 불과할 수도 있다는 입장이 있다(Lymbery, 2010).

그럼에도 불구하고 개별유연화를 지지하는 입장은 분명하다. Needham(2011)은 개별유연화가 고정된 내용의 정책 프로그램이 아니지만 탄력적이고 다중 해석이 가능한 개념이며, 여러 상황과 요구 사항들을 충족시키는 데 사용될 수 있다고 본다. 이 개념을 선호하는 사람들이 주로 제시한 증거는 예를 들어 직접지불이 더 큰 만족, 돌봄의 연속성, 충

족되지 않은 욕구의 감소, 부족한 공공 자원을 보다 효과적으로 사용하는 일로 이어진다는 것을 보여 준다(Glasby & Littlechild, 2009). 그러나 선형 국가들에서도 직접지불 수급자는 서비스를 직접 제공받는 인원 대비 상대적으로 적다. 이는 제도에 대한 관심 부족으로 인한 것이 아니라, 개인에게 제공되는 방법과, 이를 지원하는 전문가의 능력에 기인한다. 개별유연화 정책 및 접근법은 이러한 유형의 서비스 체결에 중요한 역할을 하는 사회복지사 모두에게 환영받지는 못했다는 것이다(Williams & Dickinson, 2016).

유의할 점이 있다면 어떤 집단이 다른 집단보다 이러한 유형의 새 제도에 더 많은 관심을 갖고 더 잘 활용할 수 있다는 것이다. 일반적으로 신체 장애가 있는 사람은 이러한 제도를 더 잘 활용할 수 있는 반면, 지적 장애가 있는 사람은 강력한 지지나 중개 지원에 의지하지 않는 한 자신의 능력을 활용하지 못한다는 것이다. 비슷한 기제로 노인에게도 덜 매력적일 가능성이 있다. 영국에서는 노인을 대상으로 한 개인예산 시범사업에 대해 다소 중립적인 평가와 웰빙과 효율성 면에서 전반적인 개선이 이루어졌다는 평가가 동시에 존재한다. 이는 개인예산제와 같은 제도가 어떻게, 누구에게 효과적으로 이행될 수 있는지, 그 결과가 어떤 영향을 미칠지에 대한 질문에 확신 있게 답할 수 있을 만큼의 경험적 자료가 부족하다는 것으로 이해된다. 결국 돌봄 영역에서 개별유연화 방식을 제안할 때 중점적으로 고려할 가정들은 다음과 같이 나타낼 수 있다(Williams & Dickinson, 2016).

- 점점하지 않는다면, 공공기관은 수혜자의 최대 이익을 위해 행동하지 않을 것이다.
- 소비자 및 서비스 이용자에게 권한을 주는 것은 관료주의와 전문적 우위에 대한 해결책이다.

- 모든 개별 서비스 사용자는 사용할 공용 자원을 할당받는다.
- 서비스 이용자와 제공자 간의 거래 관계는 사회복지 체계의 특징이며, 따라서 서비스 제공의 개별유연화 정도에 따라 서비스 성과를 측정할 수 있다.

제3절 국내 관련 제도 현황과 선행연구

1. 장애인 활동지원 서비스

장애인 활동지원제도는 ‘장애인활동 지원에 관한 법률’에 따라 신체적, 정신적 장애로 인해 일상생활과 사회생활을 영위하기 어려운 모든 장애인에게 활동지원급여를 제공함으로써 자립생활 및 사회 참여를 지원하고 삶의 질을 증진시킨다는 목적 아래 사회서비스 바우처 사업 형태로 시행되고 있다. 먼저 2007년 장애인복지법에 의거, ‘장애인 활동보조서비스’로 시작하여 법률 개정과 시범사업을 거친 뒤 2011년 장애 1급을 대상으로 정식 시행하였고, 점점 적용 범위를 넓혀 왔다. 이전에는 장애 3급까지가 적용 대상이었으나, 2019년 장애등급제 개편에 따라 장애등급에 상관없이 모든 장애인(만 6세부터 65세까지)에게 신청 자격이 주어졌다. 65세가 되면 노인장기요양보험 대상이 되며, 여기서 탈락하면 장애인 활동지원제도를 계속 이용할 수 있다.

현재 시행 방식은 신청자에 대한 ‘서비스 지원 종합 조사’를 거쳐 종합 점수에 따라 15등급으로 구분한 뒤, 지원 시간(최대 월 480시간)과 급여를 차등 지급한다. 서비스의 내용은 신체활동 지원(목욕, 배설, 식사 지원 등), 가사활동 지원(청소, 세탁, 취사 지원 등), 사회활동 지원(등하교, 외

출 지원 등), 방문 목욕과 방문 간호 외에도 출산, 자립 준비, 보호자 일시 부재 등의 특별지원급여가 제공된다. 조직체계로는 보건복지부가 사업 계획과 전자바우처 시스템을 관리하고, 지자체에서 신청 접수와 선정을, 국민연금공단 장애인지원센터에서 활동지원기관 및 급여에 관한 전반적인 관리를 담당하고 있다. 이 제도의 일자리 창출 효과로는 직접 서비스 제공자인 ‘활동지원사’가 약 7만 5000명 정도 활동하는 것으로 추산된다. 미국은 장애인 활동지원 서비스(PAS)와 장애인 돌봄 서비스(PCA)로 구분하여 서비스를 제공하지만, 한국은 장애인에 대한 별도의 장기요양 제도가 없이 활동지원 서비스(PAS)에서 요양 관련 서비스도 포함하여 제공한다. 그래서 활동지원사는 요양에 필요한 처치도 병행하므로 더욱 전문성이 요구된다(이태성, 2019).

이 제도는 장애인의 선택과 자기결정이라는 권리 강화 및 급여 수준 향상이라는 제도 시행의 의의가 강조되었다는 점에서 현물 급여 방식의 한계를 벗어나 장애인 당사자의 선택권을 확보하고자 시도한 국내 최초의 대형 사업이라고 할 수 있다. 그러나 바우처 지원 방식임에도 단순한 시간 환산 급여 방식을 택함으로써 활동지원 범위가 제한된 점과 특수한 개별 욕구의 반영이 어려운 점은, 본 연구의 주제인 개인예산제의 적극적 기준에 비교하여 선택권의 작동이 상당히 제한적임을 알 수 있다.

이와 관련하여 다수의 질적 연구 결과가 발표되었다. 국윤경과 오세영(2014)의 연구에서 활동지원제도의 이용자들은 긍정적인 경험으로 자신에 대한 주체성을 찾게 되고 보통 사람들과 똑같은 생활을 영위하면서 삶의 의미를 되찾았다고 보고하였으며, 부정적인 측면에서 의학적 기준의 등급 심사, 높은 본인부담금, 낮은 급여 수준, 이용자의 욕구를 반영하지 못한 서비스 등의 문제와 활동지원사의 직업윤리의식 부족에 대해 지적하였다. 최용길과 김유정(2019)도 제도의 문제점으로 활동지원급여 신청

제한의 문제, 이용자들의 선택권 제한의 문제, 그리고 제도의 운영과 관련하여, 활동지원 인력의 열악한 처우 문제, 활동지원 인력의 성별·연령별 차이 문제, 부정수급의 문제 등을 지적하였다. 최복천과 김유리(2016) 또한 장애인 부모 초점집단 면접 분석을 통해 서비스 제공의 사각지대, 서비스 제공 인력에 대한 불만, 특화된 서비스에 대한 욕구 등의 주제를 도출하였다. 설진화(2017)가 성인 지체장애인을 대상으로 한 연구에서도 이용자는 활동지원 서비스의 시간이 부족하고 서비스의 유형이 다양하지 못하다는 점, 비용 부담과 가족 부양이 인정되지 않는다는 점, 활동지원 기관과 활동보조인의 만족스럽지 못한 전문성 등에 대한 불만 등을 경험하고 있는 것으로 나타났으며, 특히 사회활동 지원 서비스에 대한 욕구가 강하지만 활동보조인과 장애인 편의시설의 부족 등을 이유로 사회활동 지원 서비스를 충분히 이용하지 못한다는 불만을 경험하고 있다고 보고하였다. 이상과 같이 거의 모든 관련 연구에서 제도 자체의 한계성과 활동지원사에 대한 불만을 보고하였다.

2. 노인장기요양제도

일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인과 노인성 질환을 가진 환자에게 신체활동이나 가사활동 지원 등의 서비스를 제공함으로써 노후의 건강증진 및 생활 안정을 도모하고 가족의 부담을 덜기 위해 노인장기요양제도가 시행되고 있다. 우리나라 노인장기요양보험제도는 건강보험제도와는 별개의 제도로 도입·운영되고 있으나, 제도 운영의 효율성을 도모하기 위하여 보험자 및 관리운영 기관을 국민건강보험공단으로 일원화하고 있다. 또한 사회보험 방식을 기본으로 한 국고지원 부가 방식을 채택하였고, 수급 대상자에는 65세 미만의 장애인이 제외되어 노인을 중심으

로 운영한다는 특징이 있다. 최근 치매에 관한 사회적 관심이 늘면서 치매 특별 등급인 5등급을 신설하는 등 적용 대상을 완화하기도 하였다.

장기요양 인정 절차는 먼저 공단에 장기요양 인정 신청을 하면 공단 직원이 방문하여 인정조사와 등급판정위원회의 등급 판정을 거친다. 급여의 내용은 신체활동이나 가사활동 지원 외에 복지 용구와 특별현금급여(가족요양비) 등이 포함된다. 제공 기관은 노인요양시설과 같은 주거시설과 주야간보호나 방문 파견과 같은 재가 노인을 대상으로 하는 복지시설들로 구분되어 재가급여 및 시설급여로 나뉜다. 노인전문요양병원은 노인장기요양제도의 대상에서 제외되어 있다.

노인장기요양제도는 2002년 대선 당시 대통령 공약 사항에 포함되어 있었으며, 몇 년간의 시범사업을 거쳐 2008년 7월부터 본격 시행에 들어갔다. 수급자 및 부양가족의 '선택'에 의한 서비스 제공이라는 사회서비스 패러다임의 전환에 있어서 공급자의 민영화와 맞물림으로써 장기요양 서비스의 제공에서 영리적 참여를 전격 허용하는 분야가 되었다. 이에 따라 전달체계의 책임성, 통합성, 접근성 등이 중요한 이슈가 될 수 있다. 이기정, 이희선(2012)은 노인장기요양 서비스의 전달체계의 만족도에 대한 연구에서 서비스 공급자에 관한 만족도의 평균이 서비스 이용 결과에 대한 만족도의 평균보다 약간 높다고 보고한다. 응답자에 따라서는 노인 당사자보다 가족이나 친인척들이 만족도가 더 높았으며, 서울 지역에 거주하는 노인들의 만족도가 더 높았다는 결과에 주목한다. 고선채(2013)도 이용자 만족도에 관한 연구를 통해 주관적 건강 유지·증진이 매우 중요한 요소임을 보고하였고, 더불어 노인장기요양 서비스 이용자의 가족과 기관의 사회적 지지가 강화될 필요성을 제안하였다. 노인장기요양 서비스의 이용 의사 결정 과정에 관해서 박향미(2009)는 가족 부양자의 성, 연령, 월평균 소득, 동거 기간, 부양 동기, 피부양자와의 관계, 동거 가족

수, 부양 상황, 거주 지역, 요구사항 등이 이용 의사에 대하여 유의성을 보였다고 보고한다. 결론적으로 가족 부양자의 부양 상황을 고려한 서비스 정책이 필요하며, 지역사회를 중심으로 장기요양 서비스가 개발되어야 할 것으로 보았다.

한편, 장봉석(2015)은 ‘계약형 복지사회’라는 표현으로 노인장기요양 서비스의 선택 행태에 대한 관심을 법적 관점에서 다루고 있다. 사회복지 서비스 계약에서는 서비스 이용자가 계약 당사자와는 다른 위치에 있거나 합리적인 계약을 체결할 능력이 결여될 가능성이 높기 때문에 특별한 보호 조치나 규제가 필요하고, 이용자의 이용권 보장을 위해서는 본인의 욕구나 권리에 따라 충분한 서비스를 적절히 받을 수 있도록 하는 내용과 절차가 중요하며, 판단 능력이 저하된 이용자의 적절한 서비스 이용이나 고충 해결을 위해서는 법적 프로세스도 마련될 필요가 있다는 것이다. 따라서 계약에 의한 사회복지서비스의 제공이라 하더라도 이에 관한 전반적인 구조와 메커니즘에 대해 책임을 지고 있는 국가의 공적 규제와 책임은 오히려 강화될 필요가 있다고 주장한다. 국가가 조정하는 공적 메커니즘의 하나로 서비스의 수가 문제를 들 수 있다. 석재은(2008)에 따르면 수가는 서비스 공급자의 서비스 시장 참여 여부를 결정하게 될 뿐 아니라, 서비스 제공 행태를 결정하게 된다. 또한 이용자의 본인 부담 수준도 이에 따르므로, 서비스 이용자의 이용 결정 및 행태에도 영향을 미치게 된다. 개인예산제와 관련지어 생각할 때, 본인부담제로 인해 노인의료복지의 수가 체계는 이용자의 개인예산 설계를 다소 복잡하게 만들 수 있다. 평균적인 부담 비율이 장애인 활동지원 서비스에 비해 현저히 높을 뿐 아니라, 시설 이용과 재가 이용 사이에도 큰 격차가 존재하기 때문이다. 이용자의 부담으로 인해 발생할 수 있는 노인장기요양보험의 사각지대는 사회통합을 저해할 수 있으며, 제도에 대한 불신, 보험료 납부에 대

한 저항, 지방자치단체의 부담, 노인의 권리 침해 등으로 이어질 수 있는 중대한 사안이다(이근홍, 2008).

3. 통합 바우처 시범사업

사회서비스 바우처 사업은 서비스의 전달 과정에서 이용자의 소득 수준과 욕구를 파악하여 적절한 서비스를 결정하고 제공하는 체계로 운영되고 있다. 이러한 방식은 이용자의 선택권을 증진하고 제공기관 간의 경쟁을 촉진하여 서비스 질을 관리하는, ‘선택과 경쟁’의 원리가 작동하도록 하는 것이다(신창환, 2013; 양난주, 2015; 김윤영, 이정기, 2017 재인용). 그러나 현실적으로는 현금 급여와 개인예산제와 같이 이용자의 선택권을 강화하는 방식에 비해 영향력이 서비스의 공급자에게 상대적으로 집중되면서 이용자들의 선택권이 제대로 작동하지 않는다는 우려가 있다. 이에 이용자 중심 접근의 일환으로 현실 가능한 범위 내에서 통합 바우처 도입 가능성을 시도한 사례가 있다. 즉, 현재의 지역 자율형 사회서비스 투자사업 내에서 이용자 중심 통합 바우처를 도입하고자 한 것이다.

통합 바우처 시범사업은 2016년 8월부터 10월까지 보건복지부 주관으로 인천시와 부산시에서 처음 실시되었다. 시범사업에서는 범위를 (주로 장애) 아동의 서비스로 제한하였는데, 그 이유는 아동의 보호자가 상대적으로 다른 사회서비스 이용자 집단에 비해 적극적으로 선택권을 행사할 수 있을 것으로 판단했기 때문이다. 참여자들은 두 가지 이상의 아동 서비스를 이용하거나 이용할 자격이 부여된 대상자들에게 신청을 받아서 선정하였다(전용호, 조남경, 김윤영, 이민홍, 엄기옥, 김요은, 2016).

이 시범사업의 목적은 각 서비스별로 공급하던 바우처를 통합, 새로운 바우처를 생성하여 이용자가 서비스 이용 시간과 급여량을 자율적으로

조절하게 하려는 것이었다(김윤영, 이정기, 2017, p.360). 아래 그림은 통합 바우처를 예를 들어 도식화하고 있다..

[그림 2-1] 이용자 중심 통합 바우처 생성의 예시



자료: 김윤영, 이정기(2017), 사회서비스 통합바우처 제공경험에 관한 민간공급자 FGI분석. 보건사회연구, 37(2), 358-388. p.361.

위 그림에서 A와 B 서비스를 각기 이용하는 철수에게 서비스별 바우처를 지급하는 대신, A 서비스와 B 서비스 중 자유롭게 선택할 수 있는 통합 바우처를 지급하고, 월 한도 금액 내에서 서비스를 이용하는 것이 가능하도록 했다. 즉, 합쳐진 두 서비스의 월 예산 한도 내에서 이용자는 두 개의 서비스 중 기존의 개별 바우처의 한도를 넘어서서 더 선호하는 서비스를 더 많이 이용할 수 있으며, 서비스의 종류도 선호하는 대로 자유롭게 선택할 수 있고, 필요하다면 한 개의 서비스로 급여량을 전부 활용할 수도 있는 것이다(전용호 외, 2016).

사업 결과보고서(전용호 외, 2016)에 따르면, 통합 바우처 시범사업의 성과 목표는 서비스의 질(공감성, 전문성, 책임성, 선택 가능성, 편리성, 정보 제공성, 적극 지원성, 이용자 만족도 등) 향상과 통합 바우처 제공 과정 이해(통합 바우처 신청 동기 및 과정, 통합 바우처 불편 사항 및 개

선사항, 향후 통합 바우처 이용 여부, 친구 및 지인 이용 권유 여부 등)로 설정하였다. 그러나 시범사업 종료 후 진행한 조사에서 통합 바우처의 전반적인 활용이 저조하고 이용자와 서비스 공급자 양측에서 공히 다양한 문제점이 발견되는 등 서비스의 질 향상에 한계가 발생한 것으로 보고되었다. 그럼에도 보고서는 이용자들로 하여금 서비스의 질에 대한 인식 역량을 강화한 것으로 자체 평가하였다. 통합 바우처를 이용한 시범사업 참여자 중 75.5%는 향후에도 지속적으로 통합 바우처를 이용하기를 희망하였고, 통합 바우처 이용 시 불편을 느끼고 개선이 필요한 사항으로는 통합 바우처에 대한 정보 제공 부족과 결제 방식의 불편이 언급된 것으로 나타났다. 그러나 통합 바우처 시범사업은 성과가 미진함에 따라 본궤도에 진입하지 못하고, 관련 연구도 더 이상 수행되지 않은 것으로 보인다.

4. 국내 주요 선행연구

국내에서 사회서비스 개인예산제 또는 관련 제도를 핵심으로 다룬 선행연구들은 크게 두 부류로 나눌 수 있다. 첫째는 본 주제와 관련한 외국의 사례에 관심을 갖고 소개하거나 분석하는 연구 문헌들이다. 주로 독일과 영국의 사례가 소개되었는데, 독일의 개인예산제에 관해서는 김용진(2016)이 제도를 소개하였고, 원소연(2010)이 한국의 활동보조 지원사업과의 비교 연구를 수행한 바 있다. 김미혜, 이석미(2007)는 독일과 네덜란드의 장기요양보장제도를 현금 급여에 초점을 맞추어 보고하였다. 영국의 개인예산제 사례에 대해서는 이동석, 김용득(2013)이 영국 서비스 현금 지급과 개인예산제도의 쟁점 및 한국의 도입 가능성에 대해, 유동철(2012)이 장애인 서비스 현금지급제도의 정책적 효과성에 대해, 이승기, 이성규(2014)가 직접지불제도와 개인예산제도 도입에 관해 각각

연구논문을 발표하였다. 석재은(2006)은 장기요양 현금 급여 정책의 국가 간 비교 연구를 보고하였다.

두 번째 부류는 돌봄 노동에 관한 연구 문헌들로서, 이 중 다수는 여성주의 시각에서 접근한다. 이숙진(2011)과 장지연(2011)이 이러한 경우이고, 그 밖에 문순영(2008)이 돌봄 노동 일자리의 질(quality of job)에 대해, 박선영(2011)이 비공식 부문 돌봄 노동자의 노동권 보장 방안에 대해 발표하였다.

지금까지 열거한 대부분의 문헌들이 소논문 형태의 가벼운 분량으로 본 주제를 다루거나 일부 측면에 대해 접근하고 있는 것과 달리, 본격적인 정책 제안과 깊이 있는 분석 및 유용성이 높은 모형을 제시하고 있는 두 개의 문헌은 본 연구보고서의 직접적인 선행연구로서 갖는 중요성을 감안하여 아래에 별도로 소개하고자 한다.

가. 국제 비교 유형화 연구

이동석(2015)의 연구는 8개국 15개 사회서비스 현금지급제도 사례를 유형화하여 비교함으로써 유형별 차이점에 대해 상세히 보고하고 있다. 이는 사회서비스 현금지급제도 사례의 유형화를 통해 제도의 다양성과 변화를 볼 수 있다는 데서 유용하다. 특히 이 연구는 이용자 선택권뿐 아니라 돌봄 제공자 일자리의 질 보장을 위한 규제에도 관심을 갖는다. 이용자와 공급자, 국가의 규제에 따라 형성되는 유형을 퍼지셋 이상형 분석의 지표로 구성하여, 다변화된 국가 간의 현금지급제도를 비교 고찰할 수 있는 적합한 분석 방법의 사례를 제공하고 있다. 구체적인 분석 변수로는 이용자 선택권을 측정하기 위해서 현금 사용 방식의 유연성, 서비스 구매 영역의 다양성, 돌봄 제공자 선택의 허용 정도, 정보와 지원 시스템

의 기능 정도가 사용되었으며, 일자리의 질 보장을 위한 규제를 측정하기 위하여 적절한 임금 보장, 사회보장, 훈련 제공, 후생 관련 서비스 제공 등의 변수가 사용되었다.

이 연구의 분석 결과 15개 국가별 사례의 실제 형태는 다음과 같은 6개의 유형으로 도출되었다.

〈표 2-3〉 사회서비스 현금지급제도의 유형과 사례

유형	특징	사례
유사시장형	사회서비스 시장에서 돌봄 계약을 통해 이용자와 돌봄 제공자 모두의 권리를 보장하는 평등한 사회시장을 추구하지만, 실제적으로는 규제가 이용자 측면과 제공자 측면에 어느 정도 존재	영국 개인예산제도(2005-)
선택-노동 통합형	정부가 사회서비스 시장, 즉 유사시장에서 이용자와 돌봄 제공자가 합리적인 계약을 맺을 수 있도록 적절한 수준으로 규제하면서 이용자의 선택권과 돌봄 제공자의 노동권을 동시에 보장하려고 노력	네덜란드 ABWZ 중 개인예산(1995-2002), (2003-), 스웨덴 활동지원수당(1994-)
통제형	사회서비스 현금제급제도를 시행하고 있지만 정부의 강력한 개입을 통해 이용자 선택의 정도는 기존 현물 서비스를 대체하는 수준으로 제한하면서, 일자리의 질 저하를 막고자 전문화된 서비스를 강화	프랑스 장기요양특별급여(1997-2001), 프랑스 노인장기요양수당(2002-), 영국 직접지불제도(1997-2004)
가족 보충형	사회서비스 현금 지급이 가구의 수입으로 들어갈 수 있도록 함에 따라 기본적으로 돌봄을 가족 내에서 해결하도록 유도하지만, 공적 영역에서 돌봄이 이루어질 경우 돌봄 제공자의 노동권을 보장	독일 노인장기요양보험 중 현금 급여(1995-2003)
방임형	현금 급여가 가구의 수입으로 유입되는 등 지불된 현금에 대한 정부의 개입이 전혀 없고, 또한 돌봄 제공자 일자리의 질 보장을 위한 정부의 개입도 없음	오스트리아 장기요양수당(1993-2001), (2002-), 이탈리아 동행수당(1980/1988-), 이탈리아 지역돌봄수당(지역별)(1990년대 중반-), 미국 자기주도지원프로그램(2004-)

유형	특징	사례
회피형	장애인 등 이용자들의 선택 요구에 의해 제도를 마지못해 도입하여 현물 서비스를 대체하는 수준으로 이용자의 선택권은 제한되고, 돌봄 제공자의 노동권은 보장이 안 됨	미국 Cash and counseling(1차 시범사업)(1996-2003)

자료: 이동석(2015), 사회서비스 현금지급제도의 유형에 관한 국가비교 연구: 퍼지셋 이상형 분석의 적용, 성균관대학교 박사학위 논문, 서울. p.170 수정

여기서 보듯이, 개혁 이전과 이후의 변화를 살펴보기 위하여 초기 제도의 모습과 개혁 이후의 모습을 시차를 두고 분석하는 것도 특징인데, 한 국가의 경우에도 시점에 따라 사례의 변화가 있음을 알 수 있다. 예를 들어 독일 사례에서는 돌봄으로 인한 가구 손실을 보전하는 수단일 정도로 현금 사용의 유연성이 강했으나, 이후 현물 급여 대체의 성격이 강할 정도로 선택권이 제한됨에 따라 ‘가족 보충형’에서 ‘통제형’으로 유형이 바뀌었다. 영국의 경우 돌봄의 의무를 지녀야 할 가족의 범위를 축소하고, 현금 사용의 유연성을 확대하는 등 이용자의 선택권이 상당히 강화됨에 따라 ‘통제형’에서 ‘유사시장형’으로, 그리고 ‘회피형’이었던 미국은 가족 뿐만 아니라 모든 돌봄 제공자와의 공식적인 고용 관계를 통해 이용자의 선택을 넓히고자 함에 따라 ‘방임형’으로 바뀌었다는 것이다.

이 연구는 사회서비스 현금지급제도가 이처럼 몇 개의 경로로 발전하는 것은 국가의 상황에 따라 국가-시장-사회(가족)의 역할 비중이 다르기 때문이라고 진단한다. 이용자의 선택권을 강화하면서도 돌봄 제공자의 노동권을 보장하기 위해서는, 사회서비스 현금지급제도의 특성상 시장 기제를 사용하면서도 정부의 품질관리 규제와 같은 반시장적 기제를 활용함으로써 공공성을 훼손할 수 있는 시장의 속성을 경계하는 것이 바람직하다고 주장한다. 이와 같은 연구 결과는 추후 개인예산제와 같은 현금 지급제도의 적용 가능성을 검토하는 국가나 지방자치단체, 시민사회단체 또는 전문가의 입장에서 제안할 수 있는 유형의 범위를 넓히고, 또한 관

런 정책을 검토하고 시행을 준비하는 과정에서 어떤 요인에 관심을 가져야 하는지 참고할 수 있는 중요한 자료가 된다.

나. 서울시 개인예산제도 도입 타당성 연구

김용득 외(2017)의 서울시 개인예산제도 도입 타당성 연구는 공급자 위주의 사회서비스 전달체계를 장애인 수요자의 선택권을 보장하는 방식으로 개편하기 위한 목적으로 수행되었으며, 이를 위해 ‘자기주도지원(self-directed support)’이라는 개념을 채택하였다. 이를 통해 사회서비스 현금지급제도(Cash for Care)를 근간으로 하는 자기주도지원 예산제도의 모형을 개발하고, 서울시에서 시범사업을 진행하기 위한 기초 자료로 구성되어 있다.

이 보고서에서 자기주도지원은 개별유연화를 실행하는 틀(frame-work)로 정의되는데, 이 개념을 이해하기 위해 시민권과의 연계 및 특징적인 신념은 다음과 같이 소개된다. 우선 자기주도지원의 시민권 기반은 (1) 시민이 자신의 예산을 통제하며 자신의 계획을 개발하고 자신의 지원을 감독할 수 있는 과정, (2) 정부가 시민의 안전과 통제를 확인할 수 있도록 하는 조건부 계약의 틀, (3) 시민이 적절한 수준의 추가적인 지원을 받을 수 있도록 하는 일련의 지역사회 기반 지원을 포함하는 포괄적인 시스템을 말한다(Duffy, 2010). 또한 자기주도지원의 ‘신념’은 다음과 같이 정리된다(Carr, 2010). 첫째, 모든 성인은 의사결정에 도움이 필요할지라도 그들의 삶을 통제할 수 있어야 한다. 둘째, 모든 사람은 지역사회에서 스스로의 삶을 유지하기 위해, 자신의 상황에 맞는 지원이 필요하다. 셋째, 본인 또는 실제 보호자가 통제할 수 있다면 돈은 적절하게 사용될 것이다. 넷째, 가족과 친구들은 장애인에게 가장 중요한 동료이며 장애인

의 삶에 긍정적인 기여를 할 수 있다.

이에 따라 이 연구는 자기주도지원을 이용자 선택권 증대 및 시민권 확보, 시민이 자신의 지원에 대해 최대한 통제할 수 있도록 서비스를 구성하는 융통성 있는 시스템의 특성을 지녀야 한다고 보며, 이 과정에서 이용자가 단독으로 모든 사안을 이행한다기보다는 오히려 동료, 실천가와 같은 사람들과 함께 작업하는 연대성을 강조하는 것도 특징적이라 말할 수 있다. 이때 자원 할당의 주체는 공공 부문이 담당하고, 서비스의 공급자는 옹호와 중개 서비스를 제공하며, 서비스의 이용자(이 보고서의 경우 장애인을 상정함)는 선택과 통제의 권한을 가짐으로써 시민이 되고, 제공되는 서비스는 표준화된 방식이 아닌 유연성을 가짐으로써 새로운 서비스 체계를 구축할 수 있다는 것이다.

이 보고서는 이어서 장애인 당사자 및 직접 관련자들을 대상으로 초점 집단면접을 수행한 결과를 보고하였다. 면접의 전반적인 내용은 시범사업 모형 개발에 필요한 대상, 적격심사, 서비스 범위 및 내용, 용도와 용처, 서비스 단가, 집행 및 정산, 관리 및 지원 조직 등에 관한 것이었다. 면접 참여자들은 자기주도지원 예산제도 도입에 대한 취지와 자기주도지원의 필요성에 동의하였고, 예산상의 이유로 기존 제도로 편입하기보다는 새로운 제도와 사업으로 도입하는 방안, 개인의 욕구와 환경이 충실히 반영될 수 있는 자기주도적 자원할당체계 개발의 필요성, 다양한 서비스 내용과 용처, 자기주도지원 제도의 실효성을 담보하기 위해 제도의 도입 과정에서 이용자를 지원하고 옹호할 수 있는 인프라 구축의 필요성 등에 관한 의견을 정리하여 제시하였다.

이 보고서는 실행 단계에서 각 단계별 쟁점을 구체적으로 예시하였다는 점과, 전반적인 시행 과정을 포괄하는 쟁점으로 소득보장과의 관계, 재정 확보, 옹호 조직의 역할을 들어 분석한 점은 시범사업을 전제로 한

면밀한 제안서의 성격을 강하게 가지고 있는 것으로 보인다. 또한 이 보고서가 자기주도지원 예산제도의 모형을 일반형과 서울형으로 구분하여 구체적인 절차를 예시한 것도 주목할 만하다. 특히 서울형 모형에서는 기존 서비스를 이용하고 있지 않은 발달장애인 대상 자기주도지원 예산 모형과 서울시 추가 활동지원급여를 받고 있는 지체장애인 대상 모형으로 구분하여, 그 구체성에 있어 유용한 문헌으로 참고할 수 있다. 결론에서는 제도의 순행을 위한 몇 가지 요건으로서, 첫째로 복지 패러다임을 시민권에 기반한 변화를 통하여 문화적 개선을 요망, 둘째로는 실제 시행에 있어서 필요한 행정기관 및 예산 시스템의 구축, 마지막으로 유연성 강화를 통한 정부의 예산 및 법률의 변화를 요청하고 있다.

제 3 장

국외 사회서비스 분야 개인예산제도 사례 분석

제1절 미국의 개인예산제도

제2절 영국의 개인예산제도

제3절 독일의 개인예산제도

제4절 스웨덴의 장애인 활동보조서비스

제5절 네덜란드의 개인예산제도

제6절 호주의 국가장애보험

3

국외 사회서비스 분야 << 개인예산제도 사례 분석

본 절에서는 미국, 영국, 독일, 스웨덴, 네덜란드, 호주 6개 국가의 개인 예산제도를 Gilbert와 Terrell(2002)이 제시한 사회복지정책 분석의 틀에 따라 분석해 보고자 하였다. 개인예산제는 각 국가마다 구현되는 제도적 형태가 상이하어 ‘동일한 제도의 다른 형태’로 비교하는 것에는 상당한 무리가 따르기 때문에, 본 연구의 취지와 한국에서 개인예산제도가 주로 논의되는 맥락을 고려하여 주로 장애인을 대상으로 한 돌봄 서비스와 관련된 제도에서 시행되는 자기주도 예산 프로그램을 분석 대상으로 하였다. 제도에서 예산 설계의 자기주도성에 대한 지향을 충분히 명시하지 않은 경우에는, 사회서비스 예산을 현금 형태로 지원하는 장기 돌봄 프로그램을 분석 대상으로 하여 자기주도성의 구현 정도를 유추하고자 하였다.

제1절 미국의 개인예산제도

미국은 주(state)마다 각기 다른 형태의 개인예산제도를 운영하고 있다. 이 글에서는 예산 설계의 자기주도성에는 차이가 있으나 대표적 개인 예산제도라고 할 수 있는 뉴저지주의 활동지원 서비스(Personal Assistance Service)와 케어 서비스(Personal Care Assistance Service), 캘리포니아주의 자기결정 프로그램(Self-determination Program), 아칸소주의 독립적 선택 프로그램(Independent Choices) 등 네 개의 제도를 분석하였다.

1. 뉴저지주 - 활동지원 서비스(PAS), 케어 서비스(PCA)²⁾

가. 제도 개요

미국의 사회보장법(Social Security Act)이 1981년 개정되면서 메디케이드(Medicaid)에 가정·지역 기반 서비스(HCBS: Home and Community Based Service Program)가 추가되었다. HCBS는 장애인의 불필요한 시설 입소를 방지하고 장애인이 지역사회에서 실질적으로 자립하도록 지원하는 서비스를 의미한다. HCBS에는 장기보호 서비스, 사례 관리, 주간보호, 단기보호 등의 서비스가 포괄적으로 포함되어 있으며 그중 장애인 활동지원 서비스(PAS: Personal Assistance Program Service)와 장애인 케어 서비스(PCA: Personal Care Assistance Service)는 한국의 활동지원제도와 유사한 서비스이다. 또한 탈시설을 원하는 장애인의 원활한 지역사회 적응과 자립을 지원하기 위해 종합지원 서비스(MFP: Money follows the Person) 제도를 두어 PAS와 PCA를 보완하고 있다. 2014년 기준 PAS는 미국 26개 주에서 실시하고 있으며, PCA는 11개 주에서 실시하고 있다. 뉴저지주는 PAS와 PCA를 모두 실시하고 있을 뿐만 아니라 ‘무자격 방문간호사 파견 사업’ 등의 활동지원 관련 시범적 제도를 운영하여 제도의 발전을 지속적으로 도모하고 있다.

뉴저지주의 장애인 활동지원 서비스(PAS)는 당시 사회적 모델을 강조하는 장애 패러다임의 변화와 함께 1985년 입안되었다. PAS는 지역사회 안에서 장애인이 스스로 자신의 일상생활을 영위할 수 있도록 ‘활동’을 지원하는 자립생활 모델을 기반으로 개발되었다. 특히 장애인의 서비스

2) 서해정, 전지혜, 강민희, 원소연, 김재근, 서옥영, 이계승(2014), 중증장애인 활동지원 24시간 제공 필요성 및 적용방안 연구 최종보고회 자료집(pp.28-48)의 내용을 활용하여 작성함.

선택권과 자기결정권 보장을 위해 2005년 PAS의 현금 지급 모델(Cash Model)을 시범 실시하였으며, 2012년 4월 주 의회에서 PAS를 현금 지급 프로그램으로 변경하는 개정안이 채택되었다.

장애인 케어 서비스(PCA)는 시설보호로 인한 비용 부담을 줄이기 위해 지역 내 거주하는 저소득 중증장애인에게 비용급 재가보건 서비스를 제공하는 것으로 시작되었다.

탈시설 장애인 종합지원 서비스(MFP)는 2005년 의회에서 재정적자 감소법(Deficit Reduction Act)이 통과되면서 처음 도입되었으며, 2010년 환자보호적정의료법(Patient Protection and Affordable Care Act)의 통과로 확대되었다.

나. 대상

활동지원 서비스(PAS) 대상자 기준은 학업·보육·자원봉사·취업을 목적으로 훈련을 받거나 일하고 있는 18세 이상 70세 미만 장애인으로, 자신에게 어떤 서비스와 지원이 필요한지 스스로 조정·관리할 수 있는 인지능력이 대상자 선정의 주요 기준이 된다. 즉, PAS를 이용하기 위해서는 반드시 재직, 재학, 취업 준비 등 사회활동을 하고 있음을 증명해야 한다(취미 생활이나 사교 모임 제외). PAS에 대한 직접적 관리가 불가능하거나, 활동지원이 필요하지 않고, 1차 의료서비스가 필요한 장애인은 PAS 대상에서 제외된다. 서비스 이용을 신청한 장애인은 전문 간호사, 사회복지사 또는 재활전문가와 함께 구체적인 서비스 내용과 이용할 시간을 계획한다. 이때 장애인은 자신의 자기결정능력과 서비스 이용 계획의 적절성을 함께 평가받는다. PAS는 소득 기준을 정하지는 않지만 서비스 신청자가 연방정부가 정한 빈곤선(Federal Poverty Level)의 350% 이상의

소득을 가질 경우, 서비스에 대한 본인부담률이 적용된다. 연방정부의 빈곤선은 가구 규모에 따라 결정되며 뉴저지주의 자부담률 요약표를 제시하면 아래와 같다.

〈표 3-1〉 뉴저지주 활동지원제도(PAS)의 본인부담 비중표 요약(2011년 기준)

빈곤선 \$10,830 (가구원 수 = 1)		빈곤선 \$22,050 (가구원 수 = 4)		빈곤선 \$37,010 (가구원 수 = 8+)		본인부 담요율
\$0	\$37,905	\$0	\$77,175	\$0	\$129,535	0%
\$37,906	\$39,405	\$77,176	\$78,675	\$129,536	\$131,035	2%
\$39,406	\$40,905	\$78,676	\$80,175	\$131,036	\$132,535	4%
\$40,906	\$42,405	\$80,176	\$81,675	\$132,536	\$134,035	6%
-	-	-	-	-	-	-
\$106,906	\$108,405	\$146,176	\$147,675	\$198,536	\$200,035	94%
\$108,406	\$109,905	\$147,676	\$149,175	\$200,036	\$201,535	96%
\$109,906	\$111,405	\$149,176	\$150,675	\$201,536	\$203,035	98%
\$111,406	-	\$150,676	-	\$203,036	-	100%

자료: New Jersey Department of Human Services. (2011). "Rule Proposals".
<https://nj.gov/humanservices/dds/documents/PRNPASP.pdf>에서 2019. 10. 11. 인출하여 pp. CITE 43 N)J)R) 2562-2564 내용 요약

케어 서비스(PCA)와 종합지원 서비스(MFP)는 18세 이상 60세 미만 저소득 재가 장애인(메디케이드 수급자)을 대상으로 한다. 주로 지체장애인, 지적장애인, 정신장애인이 해당 서비스를 이용한다.

PCA를 이용하기 위해서는 의사의 소견서를 제출하여 개인보건 서비스가 필요함을 증명해야 한다. MFP를 신청하기 위해서는 일정 기간 이상의 시설 거주 경력이 있어야 하며, 이 기준은 주별로 상이하다. 뉴저지주의 경우 6개월 이상 시설에 거주한 사람이 MFP를 신청할 수 있다.

다. 급여

1) 급여 형태와 수준

활동지원 서비스(PAS)와 케어 서비스(PCA), 종합지원 서비스(MFP) 모두 서비스의 현금 지급 방식을 선택할 수 있다. PAS 급여 수준은 이용자가 이용하는 다른 프로그램의 서비스 시간을 포함하여 주간 40시간을 넘지 않도록 해야 한다. PAS 이용 실태 결과, PAS 프로그램 평균 이용 시간은 주당 20시간으로 나타났다. 즉 보장구 비용을 포함하여 장애인 1인당 월 약 2400달러의 급여가 지급되고 있었다.

만약 장애인 이용자가 주 40시간 이상의 서비스를 받드시 필요로 할 경우, 시설 입소를 통해 상시 보호를 받거나 자기 부담 비용을 지불하여 추가 서비스를 받을 수 있도록 권한다. 또는 주정부에 추가 서비스 지급에 대한 논의를 요청할 수 있다.

2) 급여 범위(용처 및 용도)

활동지원 서비스(PAS)를 이용하는 장애인은 본인의 현금 지급 계획에 따라 계좌에 입금된 현금으로 직접 서비스 및 물품을 구입한다.

PAS 급여는 활동지원사 임금, 홈케어 서비스 비용, 활동지원사의 업무 관련 보험료, 임대료, 기술훈련 비용, 일상생활 업무에 필요한 보조비, 안전시설 비용, 택시비 등으로 사용 가능하다. 단, 음식과 음료, 오락 장비, 약물 및 술, 휴가 시 비행기 및 숙박비, 의류, 침구류, 도색 관련 소모품, 영양제, 세제, 본인 보험료, 수선 유지비 등 활동지원 욕구와 직접적으로 관계되지 않은 비용으로는 사용할 수 없다.

〈표 3-2〉 활동지원제도(PAS)의 현금 지급 영역

현금 지급 가능 영역	현금 지급 불가능 영역
- 활동보조인의 임금 - 홈케어 제공자 등 여타 서비스 제공자로부터 서비스를 구매 - 활동보조인의 개인 신상정보 확인 비용 - 활동보조 이용자의 역할과 관련된 보험료나 렌탈 비용 증가분 - 홈케어 프로그램이나 직업 재활기관에서 교육받아야 하는 등의 난이도가 있는 활동보조 기술의 훈련 비용 - 외출 및 귀가 시 안전한 환경과 접근성 보장을 위해 지출되는 비용 - 세탁소 이용 비용 - 식사 준비 및 음식 배달 비용 - 여타 프로그램에서 충당되지 않는 교통비 - 쇼핑, 은행 업무 등 일상적인 생활 업무를 수행하는 데 필요한 보조 비용 - 손잡이, 안전바, 비상벨 설치 등 여타 프로그램에서 충당되지 않는 시설 설비 비용 - 여타 프로그램에서 충당되지 않는 독립생활 증진에 기여하는 보장구 및 소모품 비용 - 택시비 또는 이동 시 도움을 주는 이웃이나 친구의 자동차 가스비	- 음식과 음료 비용 - 비디오플레이어, 텔레비전, CD, 라디오 등 엔터테인먼트 장비 구입 - 약물과 알코올 - 휴가 시 비행기 및 숙박 비용 - 옷과 신발 구입비 - 이불 등 침구류 구입비 - 페인트 및 도색 관련 소모품 비용 - 가구 구입비 - 비타민 등 영양제 구입비 - 세탁 세제 및 청소 세제 구입비 - 본인의 자동차 가스비, 보험료, 수선 유지 비용 - 기타 활동보조 욕구와 직접적으로 관계되지 않은 비용

자료: New Jersey Department of Human Services. (2013). Personal Assistance Services Program (PASP) Request for proposal. <https://nj.gov/humanservices/providers/grants/nofa/NOFAfiles/PASPCashModelRFPCamden2013.pdf>에서 2019. 10. 11. 인출 pp. 4-5 재구성

PCA는 케어 도우미가 이용자에 대한 의료적 서비스를 포함한 일상생활 지원, 가사지원 서비스를 제공한다. PCA 서비스도 의료적 처치를 일부 포함한다는 내용 외에는 목욕, 옷 입히기 등 일상생활 지원을 한다는 점에서 PAS와 제공 서비스 내용상 차이가 없다. 활동보조를 포함하여 일상적인 가사 지원까지 포함한다. PAS와의 차이가 있다면, 메디케이드에 등록된 전문 간호사의 관리·감독하에 가정을 방문하는 케어 도우미에 의해 서비스가 제공된다는 점이다. 이들을 이르는 호칭도 다양한데, 무자격 보조인(licensed assistive personal)이라는 명칭이 가장 보편적으로

쓰이며, 간호 도우미(nursing assistant), 케어 도우미(care assistant), 가정간호 도우미(home health aide), 간호보조원(nurse aide), 케어 기술자(care technician) 등으로 호칭이 다양하며, 케어에 초점을 둔다는 점에서 케어 도우미로 번역하였다. 뉴저지주의 경우 케어 도우미가 무자격 방문간호사(Nurse Delegation Program)로 기능하도록 한다. 제공된 의료적 처치는 좌약이나 복약 관리, 기침가래 관리, 카테터 사용 및 관리, 관장, 인공항문 관리, 배뇨 관리, 창상 치료, 욕창 관리, 튜브식 식사 제공, 인슐린 주사, 혈당 관리, 콜레스테롤 관리 등 의료 행위에 준하는 활동보조인의 역할 밖의 서비스를 포함하는 것이 특징이다.

라. 전달 체계

1) 제도 이용 모형

PAS 제공의 전반적인 관리는 뉴저지주 장애인 서비스 부서(Department of disability services)가 담당하며 지역 에이전시에 대한 관리·감독을 수행한다. 그 밖에 현금지불중개기관(FISO: Fiscal intermediary service organization), 이용자조정위원회(PASP Consumer Advisory Council)가 PAS 제공 전달체계에 포함된다.

주에서 지정한 지역 에이전시는 PAS 제공기관에 해당한다. 에이전시는 서비스 신청자 및 이용자에 대한 평가, 서비스 지원 계획 컨설팅, PAS 비용지불, 직원채용 및 지역서비스 관리 업무를 수행한다. 지역 에이전시는 활동지원 서비스를 이용하는 장애인에게 서비스에 대한 전반적인 정보와 활동지원사 교육 및 활동지원 기술에 대한 자원 및 정보를 제공한다. 또한 현금지불중개기관, 훈련 제공기관 등 관련 기관 직원들과 상호 협력하여 서비스가 원활하게 제공될 수 있도록 해야 한다.

컨설턴트는 장애인 이용자가 주어진 서비스를 최대한 잘 이용할 수 있도록 충분한 서비스 정보를 제공하는 조력자의 역할과 서비스에 대한 모니터링, 서비스 효과성 평가 역할을 담당한다.

현금지불중개기관(FISO)은 PAS 이용자 계좌에 서비스 급여 총액을 지급하는 역할을 담당한다. 또한 이용자들에게 현금 지급 관련 정보 제공, 활동지원사 급여 지급, 세금 정산 등의 업무를 수행한다. 추가적으로, 장애인 이용자에게 계좌 유지관리 교육 또한 제공한다.

이용자조정위원회(PASP Consumer Advisory Council)는 PAS 프로그램을 사용하는 장애인 당사자 모임으로, 활동지원 서비스 개선을 위해 이용자의 의견을 조직·제시한다. 위원회 구성원의 75% 이상이 PAS를 이용하는 신체적 장애인이어야 하며, 격월로 위원회 모임을 진행한다. 위원회는 활동지원사 교육 관련 이슈를 다루는 교육분과(Training Subcommittee)와 서비스 예산 관련 이슈를 논의하는 예산분과(Budget Subcommittee)로 나뉜다.

PCA는 PAS와 같이 현금 지급 모델을 선택할 수 있으며, 모든 서비스는 메디케이드에 등록된 전문 간호사가 관리, 감독한다.

2) 제공 인력

PAS를 이용하는 장애인은 활동지원사를 고용할 권리를 가진다. 지역 에이전시는 하청업체나 활동지원사 개인을 에이전시 직원으로 고용하여 장애인 이용자와 연결시킨다. 이용자는 배우자를 포함한 가족, 친구, 이웃 등을 활동지원사로 지정할 수 있으며, 또는 에이전시를 통해 활동지원사를 면접하여 선택할 수 있다.

PAS 활동지원사는 의료적 서비스를 제외한 일상생활 전반에 대한 서비스를 제공할 수 있도록 관련 교육(훈련)을 받아야 한다.

PCA를 제공하는 케어 도우미는 지정된 코스를 통과해야 한다. 코스에는 케어 도우미(care assistant) 국가시험, 실습, 주의 유관부서 등록이 포함되어 있다. 그 외 추가적으로 높은 수준의 대인관계 기술을 갖추어야 한다.

마. 재정

활동지원 서비스(PAS)에 대한 재원은 주정부와 지방정부의 조세, 카지노 수익 기금과 장애인 이용자의 본인부담금으로 구성되며, 케어서비스(PCA)와 MFP의 예산은 메디케이드가 전적으로 부담한다.

2. 캘리포니아주 - 자기결정 프로그램(Self-Determination Program)³⁾

가. 제도 개요

캘리포니아주 전역에 적용되는 자기결정 프로그램(Self-Determination Program)은 2013년 10월 근거법(Senate Bill 468)의 의결과 도입되었다(Autism Society, 2016, p.1). 자기결정 프로그램은 발달장애인과 그의 가족이 원하는 서비스를 선택하고 이용할 수 있도록 지원하는 프로그램으로, 주(state)의 발달장애서비스국(DDS: Department of Developmental Services)이 담당한다.

발달장애서비스국은 자기결정 프로그램의 실천 원칙으로 자유(freedom), 권한(authority), 지원(support), 책임(responsibility), 확인

3) 김용득 외.(2017). 서울시 장애인예산평가 및 개인예산제 도입 타당성 연구, pp.47-51을 활용하여 작성함.

(confirmation)을 강조하고 있는데(Autism Society, 2016, p.1), 구체적인 원칙의 내용은 다음과 같다.

〈표 3-3〉 캘리포니아주 자기결정 프로그램의 원칙

원칙	개념
자유	모든 시민과 동일한 권리를 행사한다. 발달장애인이 어디에서 누구와 함께 살고 싶은지, 어떻게 시간을 보내고 싶은지, 누구의 지원을 받을 것인지에 대한 계획을 수립한다.
권한	발달장애인이 자신이 필요한 서비스와 지원을 선택하고 구매하기 위해 직접 일정 금액의 돈을 관리한다.
지원	발달장애인이 지역사회에서 살아가고 생활하는 데 필요한 자원과 인력을 배치한다.
책임	발달장애인이 스스로 결정을 내리고 지원금 사용에 대해 책임을 지며, 지역사회에서 가치 있는 역할을 할 수 있도록 노력한다.
확인	발달장애인이 직접 자신의 일상에 대한 결정을 내리고, 이용하게 될 지원 시스템을 설계하고 운영하는 데 자기결정 프로그램이 중요한 역할을 하고 있다는 타당성을 확인한다.

원자료: Autism Society of Los Angeles. (2016). California's New Self-Determination Law for Individuals with Development Disabilities. Taking control of your future by directing your region center service dollars (As of 2/4/14). p. 7에서 발췌. https://autism.org/1/wp-content/uploads/2015/09/Fact_Sheet_Consumers_and_Families.pdf에서 2019. 10. 11. 인출

자료: 김용득 외. (2017). 자기주도지원 예산제도도입 타당성 연구. 서울특별시.p.47 표 3-9

자기결정 프로그램은 2013년부터 3년간 연방정부의 메디케이드(Medicaid) 예산을 사용하여 발달장애인 2500명에게 시범 실시되었으며, 시범사업 이후 자기결정 프로그램 이용을 희망하는 모든 발달장애인에게 서비스를 제공하고 있다(김용득 외, 2017, p.47).

나. 대상

1) 대상자 선정 기준

자기결정 프로그램을 이용하기 위해서는 다음과 같은 요건을 갖추어야

한다(Autism Society Los Angeles, 2016, p.2).

- 발달장애가 있고, 현재 지역센터(regional center)를 이용하고 있거나 새로 이용하고자 하는 사람
- 3세 이상. 3세 미만인 경우에는 랜터만법(Lanterman Developmental Disabilities Services Act)⁴⁾에 근거하여 자격을 인정받아야 함.
- 지역사회에 위치한 본인의 집이나 그룹홈에 거주하는 사람. 장기요양 시설에 거주하는 경우에는 지역사회로의 전환 과정에 있는 사람을 제외하고는 프로그램을 이용할 수 없음.
- 프로그램 오리엔테이션에 참석하고 재무관리 서비스 이용에 동의한 사람

자기결정 프로그램에 참여하는 발달장애인과 가족은 발달장애인 지역 센터에서 진행되는 사전등록정보회의(pre-enrollment informational meeting)에 정기적으로 참석하여 이용하고자 하는 서비스를 선택하고, 해당 서비스에 대한 이용자의 권한과 책임을 교육받게 된다(김용득 외, 2017, p.48). 즉, 발달장애인과 가족은 사전등록정보회의를 통해 이용할 수 있는 서비스에 대한 정보를 충분히 제공받아 서비스를 선택할 때 자기 결정권을 최대한 발휘할 수 있도록 지원받는다.

자기결정 프로그램 시범사업 종료 이후에는 발달장애인 지역센터에서 프로그램 신청, 진단 및 평가, 개인별 지원 계획(IPP: Individual Program Plan) 수립의 단계를 거쳐 서비스를 이용한다(김용득 외, 2017, p.48).

4) 랜터만 발달장애법(AB 846)은 캘리포니아주 법으로, 1973년 프랭크 랜터만 하원 의원이 처음 제안하고 1977년에 통과되어 발달장애를 가진 사람들에게 서비스와 지원에 대한 권리를 부여하였다. 미국 내 주 단위에서는 최초이자 가장 종합적으로 발달장애인을 지원 하는 법률로서, 주정부의 기존 지역센터 서비스 네트워크를 확대하는 한편 서비스 및 지원 제공을 의무화하였다.

2) 이용자 규모

2013년부터 3년간의 자기결정 프로그램 시범사업 기간 동안에는 발달 장애인 지역센터에서 모집한 프로그램 신청자 명단을 주정부 발달장애 서비스국에 전달하여 그중 2500명을 무작위 선정(지역센터가 위치한 지역, 신청자의 인종, 연령, 성별, 장애 고려), 서비스를 제공했다. 이때 선정되지 못한 신청자는 프로그램 이용 대기 명단에 등록되었다(Autism Society Los Angeles, 2016, p.6).

다. 급여

1) 급여 형태와 수준

자기결정 프로그램 이용자는 발달장애인 지역센터에서 수립한 개인별 지원 계획에 따라 현금을 지급받고, 필요한 서비스와 물품을 구매할 수 있다.

자기결정 프로그램 이용자 개인에게 주어지는 개별예산(individual budget)은 최근 1년간 이용자가 발달장애인 지역센터에서 사용한 서비스 구매액과 이용자의 욕구, 상황 등을 고려하여 산정된다. 단, 지난 1년간 발달장애인 지역센터를 이용하지 않았을 경우, 개인별 지원 계획과 지역센터의 평균 지원 비용을 참고하여 개인별 예산액을 결정한다(김용득 외, 2017, p.49).

개별예산은 지원 계획에 따라 세부 항목으로 구분되며, 이용자가 세부 항목 간 예산 변경을 원할 때, 변경 금액이 전체 예산의 10% 이상일 경우 발달장애인 지역센터의 승인을 받아야만 한다(Autism Society Los Angeles, 2016, p.5).

2) 급여 범위

자기결정 프로그램을 통해 제공하는 서비스는 메디케이드의 HCBS와 메디케어·메디케이드 서비스센터(CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services)의 승인을 받은 서비스를 포함한다. 프로그램 이용자는 발달장애인 지역센터를 통해 일상생활 지원 및 문화여가활동 지원 등 다양한 서비스와 물품을 필요에 따라 구매할 수 있다(김용득 외, 2017, p.48).

자기결정 프로그램 이용자는 매월 서비스 이용에 대한 증빙 및 월별 보고서를 재무관리서비스(FMS: Financial Management Services)의 지원을 받아 발달장애인 지역센터에 제출해야 한다. 재무관리서비스를 제공하는 재무관리자(financial manager)는 이용자가 개인별지원계획(IPP)에 따라 연간 예산을 집행할 수 있도록 지원하는 역할을 한다(Autism Society Los Angeles, 2016, p.5). 월별 보고서에는 예산의 사용 목적, 예산 잔액, 서비스 이용의 실제적 결과에 대한 내용이 포함된다(김용득 외, 2017, p.50).

라. 전달 체계

1) 제도 이용 모형

자기결정 프로그램 운영을 위한 예산 교부 및 총괄은 캘리포니아 주 정부 소속 발달장애서비스국에서 담당한다. 프로그램 운영에는 주 정부의 발달장애서비스국 외에 발달장애인 지역센터, 자립촉진자(IF: Independent Facilitator), 재무관리서비스(FMS), 지역의 직접서비스 제공기관, 그리고 프로그램을 이용하는 발달장애인 당사자가 참여한다

(Autism Society Los Angeles, 2016, p.3).

발달장애인 지역센터는 자기결정 프로그램 지원기관으로서 주정부 발달장애서비스국의 재정으로 운영된다. 지역센터는 발달장애와 관련된 대부분의 프로그램을 지원하는데, 발달장애인 및 가족에 대한 평가, 진단, 상담, 개인별 지원 계획 수립, 서비스 통합 및 조정, 지역사회 연계 및 자원 개발, 권리 옹호, 서비스 배치 및 모니터링 등이 포함된다. 캘리포니아 주에는 2015년 기준 21개의 발달장애인 지역센터가 설치되어 있다 (Autism Society Los Angeles, 2016, p.7).

발달장애인 지역센터는 자기결정 프로그램의 진행을 총괄하는데, 프로그램 홍보 및 이용자 발굴부터 프로그램 이용자의 개인별 지원 계획 수립, 예산 지급 및 비용 정산, 서비스 조정 등의 업무를 수행한다. 추가적으로 지역센터는 프로그램을 이용하는 발달장애인과 가족에게 재무관리 서비스(FMS) 및 자립촉진자(IF)를 연계하는 업무도 담당한다.

자립촉진자(IF)는 이용자가 필요로 하는 서비스 및 지원에 대한 정보를 제공하고, 만약 이용자의 욕구를 충족시킬 수 있는 지원이 존재하지 않을 경우 해당 서비스가 개발될 수 있도록 지원하는 역할을 담당한다. 또한 프로그램 이용자가 개인별 지원 계획을 조정하고 싶을 때 자립촉진자가 서비스 제공자와 협상을 할 수도 있다(김용득 외, 2017, p.50).

재무관리서비스(FMS)는 프로그램 이용자가 개인별 지원 계획을 이행하는 과정에서 자신이 이용한 서비스 비용과 지원 인력의 급여를 지불하는 데 어려움이 없도록 지원하는 역할을 한다. 재무관리서비스는 이용자의 개별 예산에 대한 자금 분배를 지원할 뿐만 아니라 청구서 납부, 이용자의 서비스 및 지원 인력 고용 과정에 필요한 업무(재무회계, 세금 원천징수, 관련 주 및 연방 고용법 준수, 제공업체 자격 확인 등) 서비스도 지원한다.

프로그램을 이용하는 발달장애인 당사자는 원하는 서비스를 선택하고

그에 따라 예산을 운용할 수 있는 예산 권한(Budget Authority)과 서비스를 이용할 때 자신을 지원하는 지원 인력을 선택하고 관리할 수 있는 고용주 권한(Employer Authority)을 갖고 프로그램 운영에 참여한다.

예산 권한과 고용주 권한은 세부 서비스에 따라 달리 부여되는데, 대부분의 서비스에서 이용자는 예산 권한을 갖지만, 필요한 물품 구매나 전문 인력의 서비스 제공이 필요한 경우, 응급 대응이 필요한 서비스 등의 경우 이용자의 고용주 권한은 제한된다(김용득 외, 2017, pp.48-49).

2) 제공 인력

Autism Society Los Angeles(2016, p.4)는 자립촉진자(IF)에 대해 ‘지역사회에서 제공 가능한 서비스에 대한 폭넓은 경험을 보유하고 이용자가 개별지원계획의 목표를 수립할 수 있도록 조력하는 사람’으로 정의하고 있다. 자립촉진자는 이용자가 원할 때 선택적으로 고용할 수 있으며 발달장애인 지역센터의 서비스 코디네이터, 친구, 가족 등 자격 기준에 대한 큰 제한 없이 그 역할을 맡길 수 있다. 단, 사전에 자기결정 프로그램의 원칙, 사람 중심 계획 과정, 이용자의 개인별 지원 계획에 대한 서비스 조정 및 책임감 등에 대한 교육을 받아야 한다. 또한 직접 서비스 기관에 고용되어 있거나 이용자에게 직접 서비스를 제공해서는 안 된다(김용득 외, 2017, p.50).

재무관리서비스(FMS)는 자기결정 프로그램 이용자가 선택할 수 있는데, 본인의 친인척, 법적 후견인을 제외하고 필요 자격을 충족시킨 경우 지정 가능하다.

발달장애인 이용자가 자기결정 프로그램을 통해 직접 돌봄 서비스를 제공받을 때, 지원 인력으로 가족을 포함한 개인이나 서비스 기관에 고용된 인력을 직접 선택할 수 있다(김용득 외, 2017, p.51).

자기결정 프로그램은 이용자와 가족의 안전을 위해 돌봄 제공자를 비롯한 이용자를 직접 대면하는 서비스 제공자가 범죄경력증명(Criminal Background Checks)을 제출할 것을 의무화하고 있으며, 이 과정에서 소요되는 비용은 발달장애인 당사자 또는 서비스 제공기관에서 부담한다(Autism Society Los Angeles, 2016, p.6).

마. 재정

자기결정 프로그램 운영을 위한 재원은 연방정부의 메디케이드(Medicaid) 예산과 캘리포니아주 정부 예산으로 확보한다(김용득 외, 2017, p.50).

3. 아칸소주 - 독립적 선택 프로그램(Independent Choices)⁵⁾

가. 제도 개요

1998년 12월 시작된 미국 아칸소주의 독립적 선택 프로그램(Independent Choices)은 지체 장애인과 노인들이 지역사회 내에서 살면서 자기주도적이고 독립적인 생활을 할 수 있도록 직접적인 돌봄 서비스를 자신의 선택에 따라 제공하는 서비스이다(Office of Assistant secretary for Planning and Evaluation, 2019).

독립적 선택 프로그램은 이용자 스스로가 어떤 욕구를 갖고 있고, 이를 어떻게 충족해야 할지 잘 알고 있다는 전제 아래 이용자에게 서비스 이용

5) 김용득 외. (2017). 서울시 장애인예산평가 및 개인예산제 도입 타당성 연구, pp.51-54을 활용하여 작성함.

을 위한 현금 수당을 지원하고 서비스 선택권을 제공한다(김용득 외, 2017, p.51). 독립적 선택 프로그램에서 제시하고 있는 이용자의 권리는 다음과 같다.

〈표 3-4〉 미국 아칸소주 독립적 선택 프로그램 이용자의 권리

- 이용자는 자신이 원하는 만큼 충분히 독립적이고 적극적으로 생활할 수 있다.
- 이용자는 개인의 정보에 관해서는 비밀이 보장되어야 한다.
- 이용자는 서비스 이용 과정에서 예의, 존경, 존엄성으로 대우받아야 한다.
- 이용자는 신체적, 정신적 학대로부터 자유로워야 한다.
- 이용자는 원하는 경우 자신의 미래를 결정하고, 선택하고, 서비스를 거절하기 위해 스스로 자신의 가정과 생활방식을 변화시킬 수 있다.
- 이용자는 월별로 현금 수당을 어떻게 사용할 것인지를 결정하고 필요한 경우 현금 지출 계획을 보완할 수 있다.
- 이용자는 스스로 자신의 지속적인 자립생활에 필요한 장비, 지원 서비스를 결정할 수 있다.
- 이용자는 스스로 목표를 달성해 가고 문제를 해결해 나가는 과정에서 자신의 결정이 긍정적으로 영향을 미칠 수 있다는 확신을 가질 수 있다.
- 이용자는 사용할 수 있는 자원을 충분히 알고 자원을 관리하고 극대화할 수 있다.
- 이용자는 자유롭게 서비스 제공자를 변경할 수 있으며, 프로그램을 종료할 수 있다.
- 이용자는 이 프로그램과 관련한 사람들과의 상호작용으로 항상 신뢰할 수 있고 적절한 서비스가 제공될 수 있다는 것을 기대할 수 있다.
- 이용자는 독립적 선택 프로그램의 변경 사항이 있을 경우 그 내용을 바로 알 수 있다.

원자료: Independent Choices. (2012) Independent Choices Program Manual. <https://advancingstates.org/sites/nasuad/files/hcbs/files/166/8259/IC-programManual-061212-pg2-45.pdf>

자료: 김용득 외. (2017). 자기주도지원 예산제도 도입 타당성 연구. 서울특별시. pp.51-52 표 발췌

나. 대상

아래와 같은 요건을 충족하는 사람은 독립적 선택 프로그램을 이용할 수 있다(Independent Choices, 2012, p.6).

- 아칸소주 메디케이드 급여를 받는 사람
- 소비자 지향주의(consumer-direction)의 위험과 권리, 책임을 수용하는 사람

- 자기결정에 관심이 있거나 이를 조력할 수 있는 적절한 대리인 (representative)이 있는 사람
- 18세 이상인 사람
- 호스피스 서비스를 이용하지 않는 사람

자격을 갖춘 사람이 아칸소 주정부의 휴먼서비스부(Department of Human Services)의 노인 및 성인 서비스 부서(Division of Aging and Adult Services)에 프로그램 이용을 신청하면, 간호사가 신청자의 가정을 방문하여 사정(assessment)을 진행한다. 신청자의 의료적 욕구와 이용 가능한 지원 서비스가 주 평가 내용으로, 이에 기반하여 필요 서비스 시간과 급여 수준이 정해진다(Independent Choices, 2012, p.8). 일부 신청자의 경우에는 스스로 서비스를 통제할 수 있음을 입증하기 위해 간호사가 사정을 진행할 때 자기평가에 참여하도록 요청을 받기도 하며, 이 과정을 통해 신청자가 서비스 통제 역량을 확인받지 못하면, 법적 후견인이나 의사결정 대리인을 두어야 한다. 해당 요건을 충족하지 못할 경우에는 프로그램을 이용할 수 없다(Independent Choices, 2012, p.11).

프로그램을 이용하기 위해서는 동의와 관련한 계약서에 서명을 해야 하는데, 계약의 내용은 서비스 신청자가 활동지원 서비스에 대한 욕구가 있고, 이용자가 스스로 프로그램을 통해 자신의 돌봄을 관리할 수 있으며, 활동지원 인력을 고용하고 관리하는 데 부여되는 권리와 발생할 수 있는 위험, 이에 대한 책임을 이해하고 동의하는 것을 포함한다(김용득 외, 2017, p.52).

다. 급여

1) 급여 형태와 수준

독립적 선택 프로그램은 이용자에게 현금 수당을 지급하여 자신이 필요로 하는 서비스 및 자원을 스스로 선택하고 구매할 수 있도록 한다. 이용자가 받는 급여는 의료적 욕구에 따라 차이가 있으나, 활동지원서비스는 주당 평균 14시간이 제공되며, 사정 결과 활동지원 시간이 주당 14.75시간을 초과하면 별도의 심사 과정을 거쳐 사정 결과를 승인한다 (Independent Choices, 2012, p.24). 정해진 예산을 초과하지 않는 범위 내에서 다른 서비스를 이용하는 것도 허용된다 (Independent Choices, 2012, p.9).

담당의가 간호사가 진행한 사정 결과를 승인하면 이용자는 산정된 현금 급여액에 맞춰 상담자(counselor)와 함께 현금 지출 계획(Cash Expenditure Plan)을 수립하고, 서비스 이용 시작 시점을 결정한다 (Independent Choices, 2012, p.8).

2) 급여 범위

독립적 선택 프로그램을 통해 이용할 수 있는 주요 서비스는 활동지원 서비스이며, 이는 개인 돌봄과 노인을 대상으로 하는 성인 가정 간호인 서비스(Adult Companion Services) 두 가지로 구분된다(김용득 외, 2017, p.52).

개인 돌봄 서비스는 프로그램 이용자의 일상생활을 지원하는 서비스로 메디케이드의 서비스를 모두 포괄한다. 서비스 내용에는 가정에서 이뤄지는 목욕, 옷 입기, 화장실 이용, 식사, 이동 등의 서비스 제공한다 (Independent Choices, 2012, p.8).

노인을 대상으로 하는 성인 가정 간호인 서비스(home health aide)는 가정 간호인이 각 이용자가 필요로 하는 치료 서비스를 기본적으로 지원하며 이용자의 필요에 따라 식사 준비, 세탁, 청소, 목욕, 식사, 드레싱, 개인위생 등을 지원할 수 있다(김용득 외, 2017, p.52).

독립적 선택 프로그램 이용자는 지급된 현금 수당을 개인 돌봄 서비스나 성인 가정 간호인 서비스 같은 활동지원 서비스뿐 아니라 다음과 같은 용도로 이용할 수 있다(Independent Choices, 2012, p.19).

- 배달식, 회식, 식사 준비를 위한 장비를 포함하는 식사 구입
- 의사소통 장비, 재활보조기구, 서비스 동물(보청견, 안내견 등)
- 처방전 없이 구입할 수 있는 의약품과 의료보험으로 보장되지 않는 약품의 자기부담금
- 월세어 경사로, 핸드레일 설치 등 주거환경 개선 비용
- 의료서비스 이용을 위한 이동에 소요되는 비용(이동 지원인력 인건비 포함)
- 의류, 방역, 주거광열비 등을 포함하는 비상용 지출

이용자에게 지급되는 현금 수당은 계획에 따라 월 2회 입금된다. 서비스 비용의 90% 이상에 대해서는 반드시 증빙이 필요한데, 활동지원인력의 급여명세서, 영수증, 이동 비용 기록지 등과 같은 증빙서류를 첨부해야 한다. 서비스 비용 중 10% 미만의 금액은 이용자가 증빙 없이 자유롭게 사용할 수 있으며 개인적인 위생용품(비누, 샴푸, 세탁 세제 등) 구입비로 사용할 수 있다(Independent Choices, 2012, p.18, 김용득 외, 2017, p.53에서 재인용).

Palco는 이용자의 현금 지출 및 정산을 지원하는 회계기관으로(김용득 외, 2017, p.53), 독립적 선택 프로그램과 계약을 체결하고 이용자의 현금지출계획에 활동지원인에 대한 급여를 비롯한 각종 지출 업무를 수행

한다. 활동지원인의 급여는 월 2회, 각종 증빙을 비롯한 관련 문건 작성과 제출을 지원하고 인건비를 지급하며, 이 외에도 앞서 제시한 품목을 구매할 수 있는 프로그램 계좌를 개설하여 관리하기도 한다(Independent Choices, 2012, p.22).

라. 전달체계

1) 제도 이용 모형

독립적 선택 프로그램은 아칸소주 휴먼서비스부의 노인 및 성인 서비스 부서가 총괄하고 있다. 해당 부서는 프로그램 이용자가 활동지원 인력을 원활하게 이용·관리할 수 있도록 지원하는 운영지원팀(management support team)을 관리하는데, 운영지원팀에는 상담자(counselor), 회계담당자(bookkeeper), 의사소통관리자(communications manager) 등이 속해 있다(김용득 외, 2017, p.53).

Independent Choice의 상담자는 이용자가 프로그램을 신청 단계부터 원활하게 이용할 수 있도록 돕는데, 구체적으로 다음과 같은 역할을 수행한다(Independent Choices, 2012, p.16).

- 서비스 이용 신청을 위한 문건 작성 지원
- 프로그램 이용에 대한 문의 상담
- 현금지출계획 수립 지원
- 활동지원인의 근무기록을 작성할 수 있는 서식 발송
- 프로그램 이용과 관련한 주요한 변경 사항(자격의 상실이나 급여의 변동 등) 안내
- 프로그램에 대한 이의 제기 안내상담자는 프로그램 이용자의 참여를

모니터링하는 역할도 담당하는데, 서비스 이용 후 첫 6개월 동안 이용자와 매월·분기별 전화 연락을 취하고, 설문조사 및 직접 대면 방문도 실시한다. 이를 바탕으로 이용자의 전반적인 삶의 질 및 만족도, 환경의 변화를 파악하여 이용자에게 추가적으로 필요한 서비스 및 지원 여부를 파악한다(김용득 외, 2017, p.53).

회계담당자(bookkeeper)는 프로그램 이용자의 재정 관리를 무료로 지원한다. 아칸소주는 회계담당 기관으로 Palco와 계약을 맺어 Palco는 동부 아칸소주의 15개 군에 서비스를 제공하고 있다. 나머지 60개 군에는 주정부의 노인 및 성인 서비스 부서가 상담을 제공한다(김용득 외, 2017, p.53).

의사소통관리자(communications manager)는 이용자가 프로그램을 이용하는 과정에서 문제가 발생하거나 상담자 또는 회계담당자와 논의할 때 이용자를 대변하여 그의 의사소통을 지원한다. 의사소통관리자는 운영지원팀 소속 직원이 담당하거나, 이용자가 직접 친구, 가족 등을 지명하여 선정할 수 있다.

의사결정 대리인(representative decision maker)은 프로그램 이용자가 직접 서비스 이용을 관리하는 데 어려움이 있을 때 이용자를 대신해서 의사를 결정하는 역할을 맡는다. 의사결정 대리인은 가능한 경우 법정 후견인으로 지정하기도 하며, 가족이나 이웃, 친구가 담당하기도 한다. 의사결정 대리인은 이용자를 잘 아는, 이용자와 친숙한 사람이어야 하며, 급여를 받는 활동지원인은 의사결정 대리인 역할을 할 수 없다 (Independent Choices, 2012, p.9).

2) 제공 인력

일반적으로 활동지원인은 다음과 같은 요건을 갖추어야 한다

(Independent Choices, 2012, p.29).

- 미국 시민이거나 미국 내 근로를 승인받은 외국인
- 유효한 사회보장번호 소지
- 18세 이상
- 프로그램 이용자 또는 의사결정 대리인과 원활한 의사소통
- 요청이 있는 경우 근로와 관련된 개인 정보 또는 전문 역량에 대한 자료 제공
- 요청이 있는 경우 범죄 이력 조사 협조
- 요청이 있는 경우 건강검진결과 제출

프로그램 이용자는 위의 요건을 충족하는 경우 친구, 이웃, 친척 등 모든 사람을 자유롭게 활동지원 인력으로 고용할 수 있다. 단, 법적 후견인, 배우자, 의사결정파트너, 의사소통관리자 등의 지원 인력은 해당 관계에 있는 이용자의 활동지원인이 될 수 없으며, 약물·알코올 중독과 신체적·정신적 학대 이력이 있는 사람 또한 제외된다.(김용득 외, 2017, p.54). 활동지원 인력의 급여는 이용자와 활동지원 인력이 상호 논의하여 최저 임금 이상 적정선으로 결정하고(김용득 외, 2017, p.54), 근로시작 전 근로계약서를 체결해야 한다(Independent Choices, 2012, p.29).

마. 재정

독립적 선택 프로그램의 예산은 연방정부의 메디케이드 예산과 아칸소 주 정부의 예산으로 구성되며, 휴먼서비스국의 노인 및 성인 서비스 부서에서 프로그램 참여자의 욕구를 파악하고, 현금 수당을 직접 지급한다(김용득 외, 2017, p.53).

4. 쟁점

미국의 개인예산제도는 지역사회 내 돌봄 서비스에 대한 장애인 개인의 자율성과 선택권을 넓히는 데 기여하였다. 서비스 대상을 중증장애인으로 하는 뉴저지주, 발달장애인을 대상으로 하는 캘리포니아주, 노인과 장애인을 대상으로 하는 아칸소주 등 주별로 대상 및 급여의 내용, 전달 체계가 상이하였으나, 공통적으로 서비스 선택의 자율성을 높인 것이 특징이다. 또한 메디케이드 정책 내의 지역사회 기반 서비스로서 제공되는 것, 서비스 제공자가 별도 교육을 받아야 하나 가족이나 이웃 등 누구든지 서비스 공급자가 될 수 있도록 장애인의 고용 권한을 넓힌 것도 제도의 공통된 특징으로 꼽을 수 있다.

앞서 살펴본 제도와 관련된 쟁점은 다음 네 가지로 정리해 볼 수 있다.

첫째, 서비스 이용에 있어서 용처의 포괄성과 장애인 당사자의 결정 권한을 얼마나 인정해 주는가의 문제이다. 응급 대응이나 의료적 서비스는 장애인에게 예산 사용의 권한만을 주는 반면에 일상생활 지원에 관한 부분은 예산 사용 및 고용 권한까지 주고 있다. 즉, 서비스 내용이 무엇인가에 따라서 이용자의 권한도 제한된다는 것이다.

둘째, 예산 수립, 회계 관리, 정산 등에 있어서 이를 지원하는 기관을 만들고, 관리 평가해야 하는데, 이 과정에서 장애인의 자율권과 선택권이 존중될 수 있도록 시스템화해야 한다는 점이다. 자칫하면 지원 기관의 담당자가 장애인의 자율적 계획과 정산에 개입할 수 있다. 마찬가지로 발달 장애인은 의사소통에 대한 지원을 필요로 하며 당사자의 선택권과 자율성을 보장하는 방안을 마련해야 한다.

셋째, 서비스의 질 관리 문제이다. 미국은 개인예산에 따른 활동지원사의 고용이나 일상생활 지원을 위한 이웃 고용 등이 자유롭게 되어 있

며, 서비스 제공자가 일정 정도 교육을 이수해야 하지만 서비스의 질 관리가 별도로 체계화되어 있지 않다. 준의료적 처치나 건강관리와 관련하여 간호사가 제공 인력이 될 때에는 질 관리가 다소 강화되고 있으나 전반적으로 일상생활에 있어서의 개인예산제도 사용이기 때문에 서비스 제공자의 전문성과 질에 대한 부분은 평가하기 어려운 상황이다.

넷째, 장애인이 하고 싶은 일이나 즐기고 싶은 프로그램 위주의 개인예산이라기보다는 돌봄 중심의 개인예산제도에 가깝다. 즉 한국의 활동지원제도의 용치의 확장 정도로 이해할 수 있다. 따라서 시설 서비스를 개인예산으로 구입할 수는 없다. 지역사회 기반 서비스로 제공되는 것이기에 지역 내 돌봄과, 보조기구, 일상 활동을 위한 비용 정도로 국한된다. 돌봄 비용을 지원하는 방식과 관련하여 기관에 예산을 주지 않고, 개인에게 자유롭게 쓸 수 있도록 하면서 주 용치를 돌봄과 일상생활 중 장애와 관련된 것 위주로 정하고 있는 것이다. 즉 미국의 개인예산제도는 탈시설 정책의 맥락과 일치하며, 지역 기반 돌봄 서비스 구매로 이해할 수 있다.

제2절 영국의 개인예산제도

1. 제도 개요

현재 영국 전역에서는 개인이 필요로 하는 사회적 돌봄과 지원(social care and support)을 지방정부의 욕구사정하에 개인예산(personal budgets)으로 제공하고 있다. 영국의 개인예산제도는 전술한 개별유연화(personalization)라는 큰 이념적 틀을 구체화하기 위한 제도로, 이의 전달 과정 중 한 가지로 직접지불제도(direct payment)를 두고 있다.

서비스 예산을 현금으로 지급하는 영국의 직접지불제도는 1996년 커뮤니티 케어(직접지불)법(Community Care(Direct Payments) Act 1996)의 제정과 함께 시작되었다. 영국은 이미 1990년 커뮤니티 케어법(Community Care Act 1990)을 제정하여 욕구에 근거한 서비스 설계를 제도화하여 직접지불제도가 도입될 수 있는 기반을 마련한 바 있으며, 예산의 급격한 증가에 대한 우려와 관련 연구, 적용 대상에 대한 장애계와의 논의 과정을 거쳐⁶⁾ 1996년 65세 미만 전체 성인 장애인을 대상으로 직접지불제도를 실시하게 된다(김진우, 2018).

사회적 돌봄과 지원 영역에서 이용자의 선택과 통제를 극대화하는 직접지불제도가 가시적인 효과를 보였음에도 불구하고(Glendinning, 2000), 발달장애인의 특성에 적합하지 않은 설계로 인해 발달장애인 사이에서의 확대는 몹시 더딘 편이었다(Glasby & Littlechild, 2009). 이에 장애인운동 진영에 함께한 전문가들을 중심으로 발달장애인의 욕구에 기반하여 서비스를 설계하고 이들의 선택과 통제를 담보할 수 있는, 즉 발달장애인이 관련자들과 함께 상의하여 예산의 사용을 결정하기 위해 조력 시스템을 적극적으로 이용할 수 있는 개별예산제도(individual budget)의 도입을 검토하게 된다. 개별예산제도는 2003년부터 시범사업을 실시하며 효과성 평가(IBSEN: Individual Budgets Evaluation Network study)를 수행한 결과 사람들이 더 다양한 선택권과 통제권을 가질 수 있다는 점, 전통적 방식에 비해 비용이 덜 든다는 점 등이 확인되었다(Carr, 2010). 그러나 개별예산이 사회서비스 분야의 여타 지원체계, 즉 재활보조기구 서비스(Integrated community equipment

6) 정부는 중앙 및 지방정부, 장애인 단체가 모인 기술자문그룹(Technical Advisory Group)의 권고에 따라 현금예산을 사용할 의지와 능력을 갖춘 이에게만 직접지불제도를 적용하고자 하였으나, 장애계의 거센 반발로 발달장애인을 대상에 포함하게 되었다(김진우, 2018).

services), 주택 개조를 위한 보조금(Disabled facilities grants), 고용 촉진기금(Access to work), 자립생활기금(Independent living fund), 사회적 돌봄(local authority adult social care) 등을 모두 포괄하도록 서로 다른 부서의 자금을 합치는 데에 어려움이 있었고, 지방정부와 중앙 정부의 사업이 혼재되어 통합이 어렵다는 결론이 도출되면서 개별예산제도가 개인예산제도로 전환된다. 이 개인예산제도(PBs: personal budgets)는 개별예산제도 중 사회적 돌봄(social care)과 관련된 자금만을 포함하는 것으로 운영하게 되었다.

2. 대상

가. 대상자 선정 기준

‘커뮤니티 케어(직접지불)법(Community Care(Direct Payments) Act 1996)’이 1996년 제정되면서 지방정부 소속 사회서비스국은 18세에서 65세의 서비스 이용자들에게 서비스 제공 대신 현금을 직접지불할 수 있게 되었다. 이후 직접지불제도는 시행규칙과 다른 법의 개정을 통해 지속적으로 발전해 왔다. 2000년 2월 1일 개정으로 인해 나이 제한이 폐지되면서 65세 이상의 노인도 직접지불제도를 이용할 수 있게 되었다. 또한 2000년 제정된 ‘보호자 및 장애아동법(Carers and Disabled Children Act 2000)’에 따라 2001년부터 16세 이상의 보호자, 장애 아동의 양육자, 16~17세 청년 장애인에게까지 확대되었다. 이러한 직접지불제도의 이용 가능성은 2008년 ‘건강 및 사회 돌봄법(Health and Social Care Act 2008)’의 개정으로 인해 긍정적으로 발전하였다. 그중 정신능력법(Mental Capacity Act)에 따라 역량이 부족하여 서비스 현

금 지급을 받겠다고 동의를 할 수 없는 사람도, 서비스 현금 지급을 대신 할 수 있는 적절한 사람이 있다면 그 사람도 직접지불제도를 이용할 수 있으며, 또한 18세가 된 젊은 성인 장애인뿐만 아니라 뇌손상이나 치매환자도 직접지불제도를 이용할 수 있게 되었다.

나. 이용자 규모

1) 개인예산제도

개인예산제도는 2003년 6개 지역 60명을 대상으로 한 시범사업으로 시작되어 적용 범위가 2005년 말에는 60개 지방정부로, 2008년 말에는 108개 지방정부로 확대되었다. 2008년에는 모든 사회서비스를 필요로 하는 사람들로 대상이 확대되었으며(Age UK, 2013), 특히 19개 지역에서는 개인예산을 받는 서비스 이용자가 대폭 증가하면서 3년 만에 50% 이상으로 늘어났다(Glasby & Littlechild, 2009). 이러한 시범사업에 따라 시행된 개인예산제도는 2009-2010년 기준 6만 명 정도가 이용하였는데, 최근 자기주도지원이 대중화되면서 해당 서비스의 이용자가 계속 증가하고 있다. 서비스 내용별로 이용자 규모를 살펴보면, 자기주도지원은 2010-2011년 37만 7000명, 2011-2012년 52만 7000명, 2012-2013년에는 60만 9000명의 이용자를 기록하는 등 지속적인 증가 추세를 보이고 있다. 2012-2013년에 자기주도를 이용하지 않은 이용자들 중 48만 5000명은 가정방문 서비스를 이용하였고, 37만 4000명이 장비지원 서비스를, 19만 8000명이 전문적 지원(professional support)을 이용하였다. 또한 주간보호는 14만 2000명, 단기거주시설보호는 6만 5000명이 이용하였고, 식사배달 서비스는 4만 1000명이, 그 외 기타 서비스는 8만 명이 이용한 것으로 보고된다(Health and Social

Care Information Center, 2013). 이 외에도 2010년부터 장기요양이 필요한 사람들을 위한 개인보건예산제도(personal health budgets) 시범사업이 실시되고 있다(Glending, 2013).

2) 직접지불제도

잉글랜드의 서비스 현금 지급 이용률은 최근 급격히 증가하고 있다. 서비스 제공 초기인 2004-2005년의 경우 이용자 수가 2만 4000명에 불과했지만, 2009-2010년에는 10만 7000명, 2010-2011년에는 12만 5000명, 2011-2012년에는 13만 9000명으로 증가하였다.

3. 급여

가. 급여 형태

개인예산은 현금을 지급하는 직접지불(direct payments), 관리형 예산제(managed personal budgets), 개인서비스펀드(individual service funds) 등의 다양한 방식으로 운용될 수 있다(Carr, 2010).

개인에게 현금을 직접 지급하는 직접지불은 서비스 이용자가 직접 운용할 수도 있고, 서비스 이용자가 운영할 역량이 부족한 경우 적절한 사람(suitable person)을 지정하여 운용할 수도 있다. 직접지불제도를 선택한 이용자는 현금 활용 계획을 서류로 제출해야 하며, 현금으로 구매할 서비스나 물품이 사정된 욕구에 필요한 것임을 입증해야 한다. 직접지불제도를 통해 지급되는 현금의 상하한선은 없으며, 더불어 돌봄 인력을 직접 고용할 이용자는 고용인에게 필요한 법적 조건을 충족함을 입증해야 한다(유동철, 2012).

관리형 예산제와 개인서비스펀드는 이용자가 구매 권한만 가지며, 현금은 직접 수령하지 않는다. 이 경우에는 별도의 계좌와 예산 관리 주체를 지정하여 이용자가 구매한 서비스 비용을 지불하게 하는데, 지방정부의 해당 부서, 또는 별도의 제삼자가 예산을 관리하는 역할을 수행할 수 있다. 예산 관리 주체가 지방정부인 경우, 개인예산은 지방정부에서 관리하는 계좌에 입금되며, 해당 부서가 이용자의 주도에 따라 제공된 돌봄 서비스의 제공자에게 해당 계좌에서 비용을 지불하게 된다. 제삼자(공급자 포함)가 관리 주체인 경우는, 이용자가 이들과 계약을 맺고 예산의 관리 및 집행을 위탁하여 서비스 비용을 지불하게 되는데, 이 경우 별도로 설정하게 되는 관리 계좌를 개인서비스펀드(individual service funds)라고 부른다. 이와 같은 방식은 현금지급제를 선택하지 않은 사람이 직접적인 예산 관리 책임을 지지 않으면서 자신의 욕구에 적합한 계약을 만들 수 있는 수단으로 사용될 수 있다. 그리고 위 방식들의 다양한 혼합형도 가능하다(이동석, 김용득, 2013).

나. 급여 범위

예산의 집행은 이용자와 케어 매니저가 자기주도사정을 통해 함께 설계한 서비스 계획에 따른다. 이러한 요건을 충족하면 용처는 유연한 편이며, 현금 정산의 엄격성도 상당히 줄어들었다(Arksey & Kemp, 2008). 그러나 공통적으로는 돌봄 서비스를 비롯해서 돌봄 외 개인지원 서비스, 이동, 장애와 관련된 장비와 용품, 그리고 지역사회의 일반 서비스를 이용하는 데 사용될 수 있으며, 지방정부의 재량에 따라 세부적으로 차이가 있을 수 있다. 그러나 개인예산은 자기주도사정에 의해 설계된 계획에 따라 집행되어야 하기 때문에, 계획과 관계없는, 즉 지방정부가 필요를 인

정하지 않은(unassessed) 서비스나 물품을 구매하는 경우에는 비용을 환급해야 하며, 도박, 빗 또는 담배, 술과 같은 불법적인 것에는 사용할 수 없다. 아래 <표 3-5>은 개인예산으로 구매할 수 있는 서비스를 예시하고 있다.

<표 3-5> 개인예산 용처 범위

용처	내용
재가 돌봄 서비스 제공기관 (home care agencies)	- 쇼핑, 청소, 세탁, 다리미질, 음식 준비 - 씻기, 목욕하기, 옷 입기, 화장실 가기 등의 개인적 돌봄 서비스 - 약 복용하기 - 주사 맞기, 드레싱이나 밴드 교환 등과 같은 간호사의 간호가 필요한 보건 문제 대처 - 지역사회에의 외출 - 주간센터(day center) - 지원거주 제공기관(support living): 주간 서비스 제공 - 거주시설(home care): 거주 서비스 제공
활동보조인 기반 서비스	- 쇼핑, 청소, 세탁, 다리미질 - 씻기, 목욕하기, 옷 입기, 화장실 가기 등 개인적 돌봄 서비스 - 음식 준비 - 약 복용하기 - 주사, 드레싱, 밴드 교환 같은 간호사의 간호가 필요한 보건 문제 대처 - 지역사회에의 외출
이동 서비스	- 택시 요금, 버스 요금 등에 사용하고 정산
주간 활동 서비스	- 주간 활동 기회(day opportunity): 지역사회에서 제공하는 서비스 이용
장비와 용품	- 장애 관련 용품 또는 일상생활에 필요한 물품 비용 - 집 개조 비용 등
기타	- 개인이 일상생활을 잘 영위할 수 있도록 도움을 주는 서비스 - 불법적인 일은 배제한다는 전제 하에 제공

자료: 김용득 외. (2017). 자기주도지원 예산제도 도입 타당성 연구. 서울특별시. pp.45-46 내용을 정리함.

4. 전달체계

가. 제도 이용 모형

- 서비스 신청

서비스에 대한 신청은 누군가 일상생활 영위에 어려움이 있다고 판단 되었을 때, 이용자 본인 혹은 이웃이나 친척이 지방정부의 사회서비스국에 연락하여 신청할 수 있다. 지방정부 사회서비스국은 신청 후 28일 이내에 신청자에 대한 사정을 마치고 서비스가 과연 필요한지 결정한 다음 서비스 여부를 통보한다. 다만 잠재적 이용자가 법적 장애에 해당되지 않는 경우 사정 절차를 생략할 수 있다.

- 사정

사정은 이용자가 필요로 하는 지원이 무엇인지, 이용자에게 도움이 되는 서비스가 무엇인지를 결정하고, 이용자가 급여를 청구할 수 있는지 여부를 포함하여 그의 재정 상태를 파악하는 데에 목적을 두고 있다. 즉, 총체적인 사례 관리 차원에서 실시된다.

- 서비스 이용

두 번째 절차인 사정이 종결된 이후 잠재적 이용자에 대한 보호 계획이 세워지며, 이에 따라 서비스가 운용된다. 서비스는 지방정부가 일부 직접 제공할 수도 있고, 다른 조직들이 제공할 수도 있다. 보호자가 있는 경우

에는 보호자가 어떤 서비스를 제공할 것인지 동의한 내용이 계획에 포함된다. 이 외에도 보호계획서에는 이용자의 욕구가 반영된 서비스와, 이에 따라 받게 될 실질적인 서비스, 서비스의 요금 등이 기록된다.

• 이의 제기

서비스 이용자가 서비스 이용 과정상의 모든 결정에 참여할 권리와, 그 결정에 이의를 제기할 권리는 법적으로 규정되어 있다. 이의를 제기할 수 있는 사람은 이용자 이외에도 보호자, 이용자의 대표자가 포함되며, 서비스가 부족하거나 서비스를 거절당했을 경우, 또는 서비스의 제공이 지연되었을 때 이의 제기를 할 수 있다. 또한 담당 직원의 태도, 패널의 구성에 대한 의견 등에 관해서도 이의를 제기할 수 있다.

나. 제공 인력

1) 수급 방안

독립적인 이용자 단체들 중 개인예산제도 이용에 대해 적극적으로 안내해 주거나 이용자가 돌봄 제공자를 직접 고용하며 발생하는 세금 문제 등을 해결해 주는 단체들이 있다(최영준 외, 2012, p.420). 또한 서비스를 선정하고 비용을 지불하는 집행 과정에서 중개 서비스를 이용할 수도 있다(이동석, 2015, p.100). 특히 지방정부의 사회서비스국은 독립된 비영리기관을 이용자 지원기관으로 선정하여 이용자에게 돌봄 제공자 모집을 위한 광고, 고용계약서 작성, 기록 유지와 같은 문제에 대한 조언, 지원 및 정보를 제공하도록 보조금을 제공하고 있다(이동석, 2015, p.100). 이러한 기관은 모든 세금과 국가보험 책임을 충족할 수 있도록

임금 지급 서비스도 제공하고 있는데, 동등한 노동 관계를 촉진하기보다는 이용자를 보호하는 방법으로써 이와 같은 지불, 계약, 지원 시스템을 공식화하고 있다(이동석, 2015, p.100).

2) 급여 및 최저임금제

법적으로 최저임금을 준수해야 하지만, 준수되지 않는 경우가 많다. Office of National Statistics Annual Survey of Hours and Earnings(ASHE)에 따르면, 2011년의 경우 재가 돌봄 제공자 임금의 중위값은 시간당 7.93파운드였고, 평균값은 시간당 8.57파운드였다. 실제 임금액은 시간당 6.09파운드에서 12.03파운드 사이에 있었다. 결국 최저임금제도가 시행되고 있지만, 10% 정도는 최저임금 이하를 받고 있으며, 최저임금을 넘기는 경우도 최저임금 수준에서 크게 벗어나지 않았다(이동석, 2015).

3) 사회보험

현금 급여를 이용하여 직접 고용한 돌봄 제공자에게 급여를 지불할 경우, 세금이나 사회보험 기여금 등을 이용자가 직접 처리해야 한다(Glasby & Littlechild, 2009). 반드시 국세청에 임금과 사회보험에 대한 신고를 하여야 한다. 하지만 비용은 이용자가 본인의 수당을 사용하여야 하며, 이에 대한 국가의 보조는 없다. 이렇다 보니 이용자들이 돌봄 제공자에게 임금을 조금 더 주고, 대신 세금과 사회보험료 납부를 회피하는 조건으로 고용 계약이 형성되기도 한다(Baxter et al., 2011). 즉, 돌봄 제공자의 사회보장을 위한 체계는 갖추고 있으나, 실제적인 지원은 없는 상황이고, 이에 따라 불법적인 상황도 일부나마 나타나고 있는 실정이다(이동석, 2015).

4) 교육 훈련

서비스 제공기관에는 직원 훈련에 대한 규제가 적용되어 직원에 대해 일정 수준 이상의 교육·훈련을 실시해야 한다(이동석, 김용득, 2013). 또한 이전에 등록을 한 적이 없는 돌봄 제공자의 경우 고용 첫 여섯 달 동안 국가직업자격(NVQ: National Vocational Qualification)에 등록하여야 한다. 그러나 독립적인 돌봄 제공자를 고용하는 경우, 훈련이나 자격에 대한 규제가 없다. 또한 이용자들은 고용 이후 독립적인 돌봄 제공자에 대한 훈련을 거의 제공하고 있지 않다.

5) 후생복지

기관 소속 돌봄 제공자의 경우 질병휴가, 대체 근무 등이 가능하나, 독립적 돌봄 제공자의 경우 질병휴가, 대체 근무 등 지원을 위한 어떤 규제도 존재하지 않는다(Baxter et al., 2011). 직접지불 이용자들에게 가장 많은 서비스를 제공하는 독립적 돌봄 제공자들의 경우 어떤 후생 관련 서비스도 받지 못하게 되었다(이동석, 2015).

5. 재정

제도 초기 서비스 현금지급제도 실행의 주요 장애물은 적절한 지원 기반을 갖추는 데 필요한 재정의 부족이었다. 새로운 제도를 처음 구축할 때는 업무량과 비용이 많이 소요되기 때문에 이를 고려한 재정지원이 이루어져야 하나, 초기 투자비용을 부담스러워한 지방정부는 추가적인 재정 지원 없이 일반 지역사회 돌봄 예산 내에서 해결하고자 하였고, 이는 결국 서비스 현금지급제도가 더디게 확산되는 데 영향을 미쳤다

(Witcher et al., 2000; 이동석, 김용득, 2013, 재인용).

그럼에도 불구하고 개인예산제 규모는 점차 증가하는 추세이다. 잉글랜드 정부에서 현금 지급 이용에 지출된 비용을 보면 2012-2013년에 13억 파운드가 지출되었다. 이는 2011-2012년의 11억 파운드에 비해 2억 파운드 늘어난 것이며, 5년 전인 2007-2008년의 4억 5000만 파운드에 비해서는 크게 늘어난 것이다. 연도별로 서비스 현금 지급에 지출된 비율의 변화를 보면 2007-2008년에 전체 예산의 3%였던 것이, 2011-2012년에는 6%로 높아졌으며, 2012-2013년에는 7%로 높아졌다(Health and Social Care Information Center, 2013).

5. 최근 변화된 영국의 개인예산제도

가. 돌봄법의 제정과 이후의 변화

2014년에 제정된 돌봄법(Care Act 2014)은 성인을 대상으로 하는 돌봄 서비스의 법적 틀을 제공한다. 돌봄법 제정 이후 2015년 4월에 돌봄 및 지원에 대한 법적 지침(care and support statutory guidance)이 개발되어 제도의 운영과 이용 가능한 지원에 대한 상세한 가이드라인을 제시하고 있다. 지침은 1. 일반적인 책임 및 보편적 서비스, 2. 초기 면접과 욕구 탐색, 3. 재무평가, 4. 개별 중심 돌봄 및 지원 계획, 5. 보호, 6. 통합 및 파트너십, 7. 지역 간 문제(지역 간 권한 및 문제) 등으로 구성되어 있으며, 각 영역에 대한 목차는 다음과 같다.

〈표 3-6〉 돌봄 및 지원에 대한 법적 지침(2018. 10. 26. 수정)

1. 일반적인 책임과 보편적 서비스
 - 웰빙 증진(Care Act Section 1)
 - 욕구 예방, 감소 또는 지연(Care Act Section 2)
 - 정보 및 조언(Care Act Section 4)
 - 성인 돌봄 및 지원 서비스 수수료 및 시장 형성(Care Act Section 5)
 - 서비스 제공 실패 및 기타 서비스 제공 중단 관리(Care Act Section 19, 48-57; care and support regulations 2015)
2. 초기면 접과 욕구 탐색
 - 사정과 적격성(Care Act Sections 9-13; care and support regulations 2014, 2015)
 - 자립옹호(Care Act Section 67-68; care and support regulations 2014)
3. 이용료 청구와 재무 평가
 - 이용료 청구와 재무 평가(Care Act Section 14-17, 69-70; care and support regulations 2014)
 - 이용료 지급연기/제한 조항(Care Act Section 34-36; care and support regulations 2014, 2017)
4. 개별 중심 돌봄 및 지원 계획
 - 돌봄과 지원 계획(Care Act Section 24-25)
 - 개인예산제(Care Act Section 26; care and support regulations 2014)
 - 개인예산제의 요소
 - 개인예산제에서 제외되는 돌봄과 지원 요소
 - 개인예산 산출하기
 - 최종 예산에 동의
 - 개인예산제 사용
 - 간병인에 대한 개인예산제 사용
 - 욕구에 맞지 않은 서비스 제공에 대한 개인예산제 사용
 - 항소/분쟁
 - 직접지불(현금지급제) (Care Act Section 14-17, 69-70; care and support regulations 2014)
 - 직접지불을 가능하게 하기
 - 능력이 있거나 없는 성인을 위한 고려사항
 - 직접지불 관리, 모니터링 및 검토
 - 직접지불 사용하기

- 가족에게 지불하기
- 요양원 단기/장기 돌봄
- 고용주 되기
- 직접지불 및 병원 입원
- 지자체 서비스에 대한 직접지불
- 선불카드 형태로 직접지불 사용하기
- 직접지불과 다른 서비스 융합
- 직접지불의 종료
- 돌봄과 지원 계획 검토(Care Act Section 14-17, 69-70; care and support regulations 2014)

5. 보호(Care Act Section 42-46)

6. 통합 및 파트너십(Care Act Section 3,6,7,22,23,74, schedule 3; Care and support regulations 2014)

7. 돌봄과 지원 서비스 전환(아동에서 성인으로) (Care Act Section 58-66; Care and support regulations 2014)

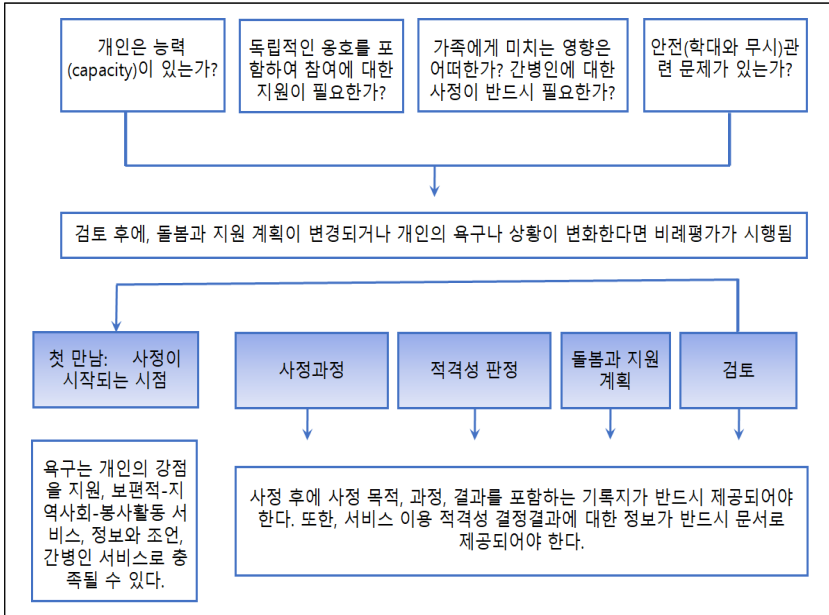
주: 괄호는 해당 영역에 대한 법률임.

자료: Department of Health and Social Care. (2019). Care and support statutory guidance. <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>에서 2019. 10. 11. 인출

돌봄법에서 나타나는 가장 큰 변화는 성인 돌봄 서비스를 정비하여 통합한 것과 함께 재정적인 부분을 대폭 개편한 것이다. 기존에는 가까이 사는 친척이나 가족이 돌봄 관련 서비스를 제공하지 못하였지만 이를 제한하지 않고 간병인으로서 돌봄 서비스를 제공할 수 있는 기회를 제공하는 등 돌봄 및 관련 지원이 필요한 누구에게나 서비스 이용에서의 제한을 줄이고 돌봄 서비스 제공을 위한 사정 절차를 구체화하는 등 서비스 이용 절차를 투명화하였다. 또한 기존에 제시한 이용자 중심의 서비스 계획 개발과 제공을 원칙으로 명시하였다.

돌봄 서비스의 전반적 이용 과정은 다음과 같다.

[그림 3-1] 돌봄 서비스 제공 과정



자료: Department of Health and Social Care. (2019). Care and support statutory guidance. <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>에서 2019. 10. 11. 인출

돌봄 서비스 이용 적격성은 서비스 이용 욕구의 발생 원인, 원인으로 인한 기능의 제약, 그리고 이로 인한 사회 활동의 제한을 함께 고려하여 심사하며, 이는 각각 ‘욕구’, ‘결과’, ‘웰빙’으로 표현된다.

〈표 3-7〉 적격성 심사 시 고려 요소

• 욕구: 대상자의 욕구가 신체적 또는 정신적 장애/질병으로 인해 발생하거나 이와 밀접하게 관련됨 • 결과 - 그 결과 대상자는 다음 중 2가지 이상의 기능을 수행할 수 없음. a) 영양 관리 및 유지하기 b) 개인위생 유지하기 c) 화장실 관련 욕구 해결하기 d) 옷을 입고 벗는 등 관리하기 e) 살 수 있는 가정환경 유지하기 f) 집에서 안전하게 생활할 수 있도록 꾸미기 g) 가족 또는 다른 사람들과 관계를 만들고 유지하기 h) 일, 훈련, 교육 또는 자원봉사에 대한 접근 및 참여하기 i) 대중교통 및 레크리에이션 시설 또는 서비스를 포함한 지역사회에서 필요한 시설 또는 서비스 이용하기 j) 아이를 돌보는 등 양육 수행하기 • 웰빙 - 다음을 포함하여 웰빙에 중대한 영향이 있거나 있을 수 있음 a) 개인의 존엄성(인간적인 대우 포함) b) 신체적, 정신적 건강 및 정서적 웰빙 c) 학대 및 방치로부터 보호 d) 일상생활에 대한 개인의 통제(제공된 돌봄과 지원 및 제공 방식 포함) e) 일, 교육, 훈련 또는 레크리에이션에 참여 f) 사회적, 경제적 웰빙 g) 지역, 가족 및 개인관계 h) 주거편의의 적합성 i) 개인의 사회공헌

자료: and Social Care. (2019). Care and support statutory guidance. <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>에서 2019. 10. 11. 인출

나. 돌봄 서비스 제공과 지원 현황

아래 표는 2015-2016년에 신규로 등록된 사람들에게 제공된 성인 돌봄 서비스의 이용 현황이다. 18~64세의 경우 34.2%가 ‘이동/여가/교육/거주/접근을 위한 정보와 도구 지원과 같은 낮은 수준의 지원’을 받고 있었고, 33.3%는 ‘서비스가 필요 없거나 지원을 받고 있지 않다’고 응답하여 18~64세 인구 중 32.6%⁷⁾만이 정부로부터 실질적인 지원을 받고 있는 것을 알 수 있다. 65세 이상의 경우도 ‘이동/레저/교육/거주/접근을 위한 정보와 도구 지원과 같은 낮은 수준의 지원’에서 27.0%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 ‘서비스가 필요 없거나 지원이 안 됨’이 26.6%로 나타났다. 즉, 65세 이상 인구 중 46.4%만이 정부로부터 실질적인 지원을 받고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 3-8〉 성인 돌봄 서비스 제공 현황(2015~2016년)

서비스 유형		18~64세		65세 이상	
		명	%	명	%
일상생활 자립을 위한 단기 돌봄 지원		23,220	4.6	197,805	15.1
장기 돌봄 지원	Nursing Care	550	0.1	10,110	0.8
	Residential Care	1,225	0.2	15,980	1.2
	Community / Prison	30,745	6.1	100,720	7.7
호스피스		1,275	0.3	8,415	0.6
지속적인 경미한 지원(보조기구 지원, 주택 개조)		82,030	16.4	216,320	16.5
단기 돌봄 지원(기타)		23,720	4.7	59,475	4.5

7) 전체 서비스 이용자(100%): 이동/레저/교육/거주/접근을 위한 정보와 도구 지원 혹은 사회서비스로부터 직접 지원 아님(34.2%) - 서비스 제공 안 됨(33.3%) = 실질적인 도움을 받고 있는 집단(32.6%)

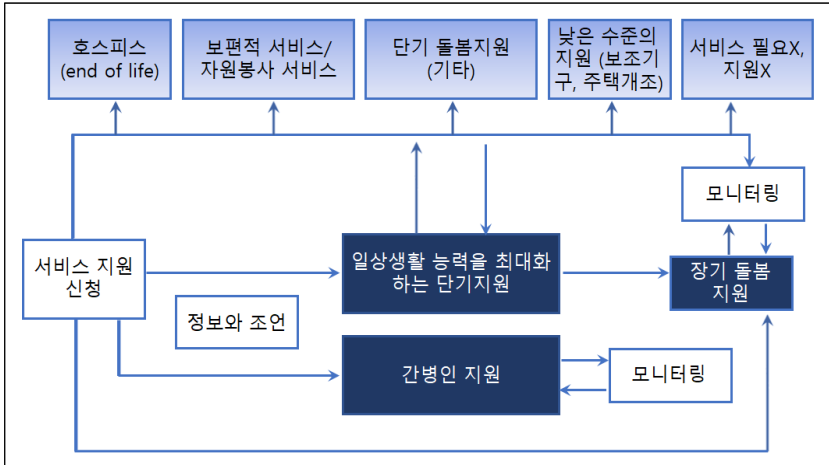
서비스 유형	18~64세		65세 이상	
	명	%	명	%
이동/레저/교육/거주/접근을 위한 정보와 도구 지원/주택개조와 같은 낮은 수준의 지원(사회서비스로부터 직접적인 지원 아님)	171,130	34.2	353,330	27.0
서비스가 필요 없거나 지원이 안 됨	166,785	33.3	347,915	26.6
합계	500,665	100.0	1,310,060	100.0

자료: NHS digital. (2016). Community Care Statistics, Social Services Activity, England-2015-16. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/community-care-statistics-social-services-activity/community-care-statistics-social-services-activity-england-2015-16>에서 2019. 10. 1. 인출

정부가 민간에서 제공하는 돌봄 서비스를 이용하는 경로를 보면 ①⁸⁾ 지원 신청을 시작으로 하여, ② 서비스 신청자의 정보와 필요한 도구들에 대한 사정이 이루어진다. 이후 ③ 일상생활과 관련된 자립 능력을 최대화 할 수 있는 단기 지원과, ③ 간병인 지원으로 나뉜다. 제공되는 지원은 ④ 삶의 마지막에 있는 사람들에게 제공되는 호스피스, ④ 교통, 여가, 교육, 주택, 정보 및 조언에 대한 접근과 같이 지역사회의 모든 사람이 이용할 수 있는 지역사회 시설 및 서비스를 포함하는 보편적 서비스와 지방정부에서 제공하는 서비스가 아닌 자원봉사 단체에서 제공하는 사인포스팅(새로운 서비스), ④ 일상생활과 같은 자립 능력 향상에 포함되지 않는 단기 서비스, ④ 낮은 수준의 지원, ④ 서비스를 필요로 하지 않거나 제공되지 않는 경우로 구분된다. 다양한 서비스들이 제공된 이후에 검토와 모니터링 과정을 통해 추가 서비스나 장기적인 서비스가 필요하다고 판단되면, 1년 이상 제공되는 장기 돌봄 지원으로 전환된다(NHS digital, 2016).

8) 동일한 번호는 동일한 서비스 유형임.

[그림 3-2] 돌봄 서비스 이용 경로



자료: NHS digital. (2016). Community Care Statistics, Social Services Activity, England-2015-16. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/community-care-statistics-social-services-activity/community-care-statistics-social-services-activity-england-2015-16>에서 2019. 10. 1. 인출

다. 돌봄 지원 서비스 내용

돌봄법이 시행되면서 나타나게 된 돌봄 비용 상한제는 돌봄 비용을 7만 2000유로로 명시하여 누적액이 상한선을 초과하는 경우 정부에서 지원하는 제도이다. 이를 위해 지방정부는 개인에게 돌봄 계정을 만들고 누적되는 돌봄 비용 금액을 개인에게 알려 주는 조항을 신설하였다. 그러나 모든 돌봄 비용을 계정에 추가하는 것이 아니라 적격성을 가지고 있다고 판단되는 기준(예: 생활비, 대여비 제외)만을 적용하며, 정부 지원을 받지 않는 경우 개인예산으로 산정된 돌봄 비용을 포함한다. 이를 통해 개인이 자신의 노후 생활을 계획할 수 있도록 도와주는 것이 목적이다(Haringey Council, 2019). 아래는 돌봄 비용 상한제에 대한 내용이다.

〈표 3-9〉 돌봄 비용 상한제

• 전 국민의 돌봄 비용 상한선을 제시하고 누적 돌봄 비용이 상한선을 초과하는 경우 정부가 돌봄 비용을 지원함 • 지방정부는 개인의 돌봄 계정을 만들어서 개인의 돌봄 비용 금액을 관리하고 최소 연 1회 고지를 함 - 개인 재산이 2만 3250유로 이상인 경우 돌봄을 위한 모든 비용을 스스로 부담함 - 개인 돌봄 비용 상한 금액은 7만 2000유로로 정함 - 일상생활 지원(reablement), 보조기구, 주택 개조 등은 무료 서비스로 자산 조사를 실시하지 않음 • 지방정부로부터 이용료 지원을 받는 경우, 개인예산제에 돌봄 비용이 구체적으로 명시됨 - 생활비는 포함되지 않으며, 돌봄 비용만 포함됨 - 시설 이용자의 경우 주당 230유로의 생활비를 제외하고 돌봄 비용을 산정함 - 적응지원과 같은 단기재활서비스는 개인예산제에 포함되지 않음 - 시설 이용자에게 제공되는 건강보험 기반 간호 서비스 비용 • 자산 기준 상향 조정과 함께 이용료 연기 제도가 확대 실시됨 • 지자체는 개인의 돌봄과 지원 계획을 서비스 이용자/제공자와 함께 수립해야 하는 책임을 지님 - 이 과정에서 지방정부 담당자, 서비스 이용자, 서비스 제공자(전문 인력, 가족)가 계획 수립에 함께 참여 • 지방정부는 개인예산 수준을 개인에게 고지함 - 개인예산 수준을 바탕으로 서비스 이용자는 지자체에 서비스 직접지불제 이용을 요청할 수 있음 - 개인이 필요로 하는 돌봄 정도가 보조기구 지원, 일상생활 지원 및 기능 향상(reablement) 등으로 제한된다고 판단되면 개인예산제가 적용되지 않음
--

자료: BBC. (2015). How the cap on care costs works. <https://www.bbc.com/news/health-30922484>.에서 2019. 9. 30. 인출하여 연구자가 정리함

지방정부는 보다 많은 사람들이 돌봄법의 적용을 받고, 서비스 제공자들 혹은 돌봄을 제공하는 사람들이 원활하게 서비스를 제공할 수 있도록 안내 지침서(Local Authority Circular)를 개발하여 배포하고 있다. 2018년에 개발된 개인예산제와 직접지불제도 지침에 따르면 돌봄법에서

중요시하고 있는 것은 사회적 돌봄의 개별화 지원이다. 개별화 원칙은 돌봄법의 중심이며, 이 법률에 따라 성인 사회복지와 돌봄 서비스가 제공된다. 개별화 원칙에서 중요시하는 요인은 4가지로 요약된다.

〈표 3-10〉 사회적 돌봄에 대한 개별화 원칙

- 웰빙: 지방정부는 개인의 웰빙을 극대화하기 위해 노력해야 한다. 돌봄법의 섹션 1은 가장 중요한 의미를 포함하고 있는데, '개인의 웰빙을 판단하기에 개인이 가장 적합하다'를 가정한다.
- 개인 중심 돌봄: 지방정부 직원은 전반적인 돌봄 체계 과정을 전체에서 보고 수행하는 방식을 적용해야 한다. 개인은 이러한 돌봄 프로세스의 중심에 있어야 하며 자신의 요구사항을 설명하고 관리 및 지원 패키지를 형성하는 데 적극적으로 참여해야 한다.
- 결과: 개인에게 제공된 서비스 과정이나 전반적인 평가를 진행할 때 당신이 원하는 결과가 나타났는지에 대하여 묻고 확인한다.
- 자기주도적(Self-Directed) 지원: 돌봄 및 지원 계획 과정과 밀접하게 관련된 것으로, 지방정부는 누구나 직접지불제를 잘 사용할 수 있도록 해야 한다. 만약 당사자가 다른 선택을 하게 된다면 이러한 선택과 통제에 대한 최대한의 지원을 해야 한다.

자료: Age UK. (2018). Personal budgets and direct payments in social care. https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs24_personal_budgets_and_direct_payments_in_social_care_fcs.pdf, p.3에서 2019. 10. 1. 인출하여 p.3 재구성

이러한 원칙에 따라 다양한 사회적 돌봄 서비스가 서비스 이용자에게 제공된다. 지방정부는 개인에게 제공되는 대부분의 서비스에 대해 요금을 청구할 수 있으나, 청구되지 않는 서비스나 요금이 설정되어 있다. 이는 개인예산제에 영향을 미치지 않지만 행정관리상 청구되지 않은 내용과 서비스로 개별 지원 계획에 명시된다. 예를 들어, 뇌졸중으로 인해 병원 치료를 받은 후 퇴원하여 집에서 요양하는 경우, 이에 따르는 돌봄이나 지원(일상생활 적응을 위한 적응 지원, 보조기구 지원, 주택 개조 지원 등)을 받는 동안 이에 대한 비용은 정부에서 부담하게 된다. 이러한 서비스는 손상의 악화 예방뿐 아니라 돌봄의 필요도를 낮추어 재정의 안정성

을 꾀하려는 노력으로 볼 수 있다.

돌봄과 회복을 위해 제공되는 단기 돌봄 서비스(intermediate care)는 최대 6주(보통 1~2주)로 설정되어 있으며, 병원 퇴원 이후에 독립생활을 위해 필요한 기간이나 장애나 질병으로 인해 집에서 생활하는 것이 불편한 경우에 사용할 수 있다. 이와 관련하여 일상생활 자립 수준 향상을 위한 적응 지원, 재택 기반 돌봄, 침대 기반 돌봄, 위기 대응 등의 서비스가 제공된다. 단기 돌봄 서비스 제공을 통해 개인의 자립생활 능력을 높인 후 돌봄 필요 조사 및 적격성을 판단하고, 서비스 계획, 지원의 양/수준 등을 결정한다.

〈표 3-11〉 단기 돌봄 서비스(intermediate care) 유형

유형	내용
적응 지원 (reablement)	가능한 한 독립적으로 살 수 있는 자신감과 능력을 향상시키기 위해 가정 내에서 지원을 제공한다. 이 서비스의 목표는 세탁 및 옷 입기, 음료, 간단한 음식 준비, 집 주위를 안전하게 이동하거나 사회활동에 참여할 수 있도록 하는 일상생활과 관련이 있다. 특별하게 훈련된 사회복지사가 가정을 매일 방문하여 이용자의 웰빙, 자신감, 기술을 높일 수 있도록 관찰하고 가이드하고 격려하는 데 목적이 있다.
재택 기반 돌봄	이용자의 가정 또는 거주하는 곳에 방문하여 직접적인 서비스를 제공한다. 여러 전문 분야의 팀(의료 전문가, 사회복지사 등)으로 구성되어 이용자와 팀이 설정한 목표와 그에 따른 지원을 제공한다. 간호사를 포함하는 건강 관련 전문가들이 주로 서비스를 제공한다. 물리치료사는 근육을 키워 이용자가 편하고 안전하게 움직일 수 있도록 도와주며, 작업치료사는 이용자가 쉽고 안전하게 일상생활을 하는 데 지속적으로 도움을 준다.
침대 기반 돌봄	재택 기반 돌봄을 포함하며, 지역사회 병원과 요양원 등 이용자가 서비스를 받고 싶은 곳에서 서비스를 제공받는다. 일반적으로 침대 기반 돌봄은 신청 후 최대한 빨리 제공되며 2일 이내에 제공되는 것이 보다 높은 성공률을 보이는 것으로 나타난다.
위기 대응	집 또는 응급실에 도착하자마자 신속한 평가를 실시한다. 평가는 이용자에게 단기 돌봄(일반적으로 48시간 미만)을 필요로 하는지 여부를 결정한다. 필요하다면 care home에서 이용자의 안전을 보장할 수 있도록 단기 체류 여부를 결정한다. 가능하면 불필요한 입원을 피하고 친숙한 환경에서 이용자의 회복을 최대화하거나 평가를 실시한다. 전문가에 의해 회복을 최대화할 수 있도록 보다 철저한 평가가 이루어질 수 있다.

자료: Age UK. (2019a). Intermediate care and reablement. https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs76_intermediate_care_and_reablement_fcs.pdf에서 2019. 10. 1. 인출하여 p.3 내용을 연구자가 정리함

돌봄 서비스는 자산/수입과 관계없이 한시적으로 그리고 단기 서비스를 제공하는 것이 목적이다. 단기 지원 서비스를 제공하는 전문가는 독립 생활 능력을 향상시키는 것을 최우선으로 한다. 간혹 단기 지원 서비스라는 이름만으로 오해하기도 한다. 이 서비스는 병원에 입원했다고 누구나 받을 수 있는 서비스가 아니며, 병원에 입원한 후에 받을 수 있는 무료 돌봄 서비스가 아니다. 물론 불필요한 병원 입원을 피하기 위해 제공되는 서비스가 맞지만, 기본적으로 질병이나 장애로 인해 일상생활에 어려움이 있는 경우 집에서 안전하게 생활할 수 있도록 도와주는 것이 목적이다.

개인이 서비스를 이용할 충분한 자격을 갖추고 있다고 판단되면 지방 정부는 돌봄법에 따라 1000유로 미만의 장애 관련 보조기구/장비 지원과 주택 개조 비용을 무료로 제공한다. 보조기구 지원이나 주택 개조 비용은 직접지불제도에서 사용되는데, 필요한 장비나 개조 비용 등에 대하여 작업치료사(OT)가 평가를 수행한다. 장비 지원이나 주택 개조가 이루어진 이후에는 사회복지부서 담당자가 이용자의 장비 소유 여부, 지속적인 관리 및 유지보수 등에 대하여 점검한다. 이러한 장비 지원이나 개조의 필요성 여부는 사회복지 관련 담당자의 확인 이후에 이루어진다. 필요성 여부가 확인된 이후 지방정부는 직접지불제도를 통하여 지원을 제공할 수 있는지 혹은 필요한 물품을 가지고 있는지 여부를 확인한다. 만약 필요로 하는 기구나 장비, 개조 비용이 1000유로 이상일 경우(예: 1개의 방에 거주하는 사람의 경우 방 안에서 샤워를 하기 위한 배수시설 및 공간 설치비용)에는 장애인 시설 보조금(Disabled Facilities Grants)을 이용한다. 이를 위해 지방정부와 주택도시 개발부가 협력한다. 영국 내에는 40개 이상의 장비 관련 센터(Equipment Demonstration Centres)가 있으며, 이러한 센터에서 평가를 통해 필요한 장비를 받거나 생활을 위한 주택 개조를 할 수 있다.

〈표 3-12〉 장애인 보조금으로 이용 가능한 보조기구

- 위생 관리: 레일용 손잡이, 욕조, 전기 욕조 리프트, 레버 장치, 바퀴 달린 샤워 의자/변압기
- 화장실: 양변기, 변기 틀, 레일용 손잡이
- 음식 준비: 주방 용품
- 침대: 높이 조절이 가능한 침대, 레일용 침대, 앉고 일어설 수 있도록 도와주는 기계, 자세를 움직일 수 있도록 만들어진 시트
- 의자: 리클라이너 의자 및 높낮이 조절 가능 의자
- 압력 관리: 다양한 압력/충격 완화 쿠션
- 이송: 이동을 위해 개발된 슬라이딩 도구(slide sheet)
- 이동: 바퀴가 있는 지팡이, 서거나 움직일 수 있는 보조 도구
- 접근성: 휴대용 휠체어 경사로

자료: Age UK. (2019b). Disability equipment and home adaptations. https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs42_disability_equipment_and_home_adaptations_fcs.pdf에서 2019. 9. 3. 인출하여 p.5 내용을 연구자가 정리함

일반적으로 이러한 서비스를 이용하기 위한 기준은 다음 4가지로 분류된다. ① 시력, 청력 또는 언어장애로 인해 실질적인 능력(capability)이 손상된 경우 ② 정신장애 또는 유사한 손상이 있는 경우 ③ 질병, 부상, 출생 이후의 장애 등으로 인해 실질적인 신체장애가 있는 경우 ④ 사회복지 부서에 등록되어 있거나 장애인으로 등록되어 있는 경우.

제시한 기준에 포함되어 있는 장애인 모두에게 보조기구나 주택 개조 서비스를 제공하는 것은 아니다. 서비스를 이용하기 위해 개인에 대한 자산 조사와 소득 평가를 실시한다. 이 평가는 성인을 대상으로 하며 재산을 평가하는 데 있어 수입, 저축, 배우자의 소득과 저축도 고려한다. 성인 자녀와 함께 살고 있는 장애인의 경우, 자녀의 수입이나 재산이 아닌 장애인 본인의 소득과 재산만을 평가한다.

7. 쟁점

현재 영국 정부는 2014년에 제정된 돌봄법에 기반하여 개인예산제와 직접 지불 방식을 이용하여 전 국민을 대상으로 하는 돌봄 서비스를 제공하고 있다. 처음에 법이 제정되었을 때 개별유연화 이념에 근거하여 개인의 선택과 선호를 기반으로 욕구에 맞는 서비스를 효율적으로 제공하고자 하였다. 이는 점차 고령화되어 가는 사회에서 국민들이 가지고 있는 돌봄에 대한 부담을 낮추는 욕구와 일치하였다. 하지만, 사회서비스에 대한 수요가 지속적으로 증가하고 있지만 정부가 지원할 수 있는 예산은 한계에 다다르고 있어 개별화된 서비스를 제공하는 것이 점차 어려워지고 있다.

영국 정부는 지속적인 자금 압박을 경험하고 있으며, 고령자 수의 증가와 장애인의 고령화에 따라 지속적으로 증가하고 있는 사회복지 자금 마련에 충력을 기울이고 있다. 2017년 봄, 정부가 20억 파운드(약 2조 9000억 원)를, 그리고 지방정부 재정에서 1억 5000만 파운드(약 2200억 원)를 돌봄법에 따른 서비스 금액으로 추가 지원하였다. 하지만, 고령 인구 증가와 경제 불황이 지속됨에 따라 돌봄법에 제시된 여러 가지 사항들을 모두 이행하는 것이 점차 힘들어지고 있다. 의회는 2025년까지 현재보다 높은 수준의 사회복지서비스를 필요로 하는 35만 명이 서비스 이용자로 추가될 것을 예상하고 있다. 비록 매년 원격 진료와 병원 입원 예방 계획과 같은 예방 서비스의 중요성이 높아지고 있지만, 이를 위해 실제로 투입된 예산은 2017-2018년 사회복지 예산의 6.3%(1억 8000만 파운드)이며, 2016-2017년 예산 7.1%와 비교하면 지원 비율이 점차 낮아지고 있다. 이 외에도 돌봄법과 관련하여 부족한 기금이 2020년까지 22억 파운드(3조 2000억 원)로 나타난다(UK Parliament, 2019).

처음 시행과 달리 예산 부족과 관련된 문제들이 지속적으로 나타나면

서 개별화 철학을 기반으로 서비스가 제공되지 않고, 개인예산을 탐색하고 이를 기반으로 예산 계획을 설계하고 서비스를 제공하도록 개발된 과정이 점차 사라지고 있다. 이는 서비스 선택과 욕구 탐색과 같은 개인의 선택과 권한이 개별예산제에서 점차 제한되고 있는 것을 의미한다. 지방 정부는 올바른 서비스 제공을 위한 모니터링과 평가보다 서비스 제공을 위한 재원 마련에만 신경 쓰고 있다. 그리고 제한된 자원을 효율적으로 사용해야 한다는 명목하에 개별 돌봄(personal care)에만 예산을 사용하도록 요구하고 있어 예산 사용에 대한 유연성이 줄어들고 있다. 예를 들어, 개인이 원하는 활동에 개인예산을 사용하지 못하게 되는데, 이 같은 활동들을 보면 교통, 사교 활동, 쇼핑, 가사, 세탁, 원예, 요리, 음식/음료, 여행/휴가, 대학 과정이 포함된다. 경우에 따라서 활동보조인과 함께 이동하거나 무언가를 할 때 개인예산제에서 활동보조인 식사 비용을 지불할 수 없게 되었다. 이로 인해 서비스 이용자가 식사 비용을 직접 지불하거나 활동보조인이 자신의 사비로 점심을 먹고 있는 것으로 나타난다(때로는 아예 따로 식사를 하는 경우도 나타난다). 그렇기 때문에 개인예산제에서 개인의 선택권을 존중하기 위하여 활동보조인에 대한 추가 비용이 마련되거나 활동지원 서비스 이용 시 직접지불 방식이 적용되어야 한다는 주장이 나타나기도 한다.

개인예산제를 사용함에 따라 제도의 영향과 결과를 판단하기 위해 영국 정부는 관련된 투입, 과정, 성과, 결과 등 자료들을 수집하고 지속적으로 추적 조사하고 있다. 하지만 최근에 이러한 추적 조사들이 정부의 감시라는 의미로 받아들여지고 있는데, 그 이유는 고용 결과에 초점을 두고 서비스 이용 목적을 연결하고 있기 때문이다. 즉, 고용 결과와 연계되지 않은 활동은 개인예산제를 적용받지 못함을 의미한다. 예를 들어, 종교 활동과 같은 공동체 활동 참여를 위한 이동지원이 개인예산제에서 배제

되고 있으며, 활동보조인이 서비스 이용자의 머리를 빗겨 주거나 이용자의 반려견을 돌봐 주는 등의 행동이 용납되지 않는다. 특히 교통 지원이나 사회활동에 대한 직접지불이 제한되고 있지만, 이러한 제한에 대한 항목은 정부 문서 어디에도 존재하지 않는다. 이러한 현상은 경험이 적은 신입 사회복지사나 담당자들에 의해 발생하고 있으며, 이들은 사회활동이나 교통 지원에 대한 직접지불을 막거나 금전적인 지원을 하지 않고 있다(Community care, 2017).

즉, 영국의 개인예산제도는 초기의 포괄적인 용처와 장애인 개인의 자율성을 보장하고자 했던 모습에서, 상당히 축소된 형태의 개인예산제도로 이행되고 있으며, 서비스 제공자 교육 및 질 관리 등도 적절하게 이루어지고 있지 않다. 돌봄 서비스 위주의 개인예산제도로의 변화가 시사하는 바가 있다. 미국의 경우 활동지원(돌봄)에 덧붙여 용처의 다양성 수준을 넓히는 형태의 개인예산제도가 운용되고 있는데, 영국은 상대적으로 용처와 권한, 자율성 면에서 더욱 포괄적이었으나 점차 돌봄 서비스로 국한되어 미국과 차이가 크지 않은 듯하다.

제3절 독일의 개인예산제도

1. 제도 개요

독일의 개인예산제(Persönliches Budget)는 ‘현물 급여 대신 현금’이라는 기조로 2001년 6월에 도입된 이후 장애인 복지정책 내 중요한 역할을 담당하고 있다. 특히 장애인권리협약(CRPD)의 독일 자국 내 조인 이후 자기결정을 통한 장애인의 완전한 사회 참여와 통합을 이루기 위한 핵

심적 정책으로서 간주되고 있다. 이러한 개인예산제의 목적으로서 ‘자기 결정’은 사회법전 제9권 제29조 제1항에서 분명하게 밝히고 있다.

“사회 참여 급여는 급여권자의 신청으로 개인예산제 급여 형태로 집행할 수 있는데 그것을 통하여 급여권자가 고유한 책임을 가지고 자기결정적인 삶을 더욱 가능하게 한다.”

독일의 개인예산제는 현재 독일 전역에서 실시되고 있으며 장애인권리협약을 계기로 모든 장애인 복지서비스로 확대되어 장애인이 모든 서비스를 자신의 상황에 적절하게 현물 서비스 형태와 현금 형태 중 선택할 수 있는 기회를 가지고 있다. 그리고 급여 담당기관, 급여 수급자, 급여 제공기관이라는 삼각형의 전통적인 서비스 제공 체계를 해체하고 장애인이 예산권자로서 서비스 구입에 직접 책임을 지면서 자립적이고 자기결정적으로 서비스를 사용할 수 있다.

독일의 개인예산제는 현재 사회법전 제9권의 ‘참여급여(Teilhabeleistungen)’의 급여 형태로서 장애인 급여를 제공하는 담당기관이 모두 참여한다. 고용기관(SGB III), 건강보험 기관(SGB V), 연금보험 기관(SGB IV), 사회복지제공자(SGB XII), 돌봄보험 기관(SGB XI)등이 개인예산제를 이용권자에게 제공할 의무를 가진다.

독일의 개인예산제는 10년 이상의 역사를 가지고 있다. 역사적으로 바로 인접 국가인 네덜란드의 개인예산제(Personengebundene Budget: PGB)의 영향을 받아 라인란트-팔츠(Rheinland-Pfalz)주를 포함한 일부 주에서 프로젝트 모델로서 1998년에 처음 실시하였다. 그 당시 라인란트-팔츠주는 세계 처음으로 정서적/심리적 장애인을 위한 개인예산제를 실시하였다(Individuelle Hilfeplanung und

Persönliche Budget in Rheinland-Pfalz, 2005). 그 결과 장애인과 주정부 모두에게서 긍정적인 반응을 얻었고, 그 후 2001년에는 사회법전 제9권 제17조에 개인예산제 근거 조항이 삽입되어 전국 모델 가능성을 확인하였다. 2003년에는 ‘예산제 시행령 (Budgetverordnung)’이 제정되어 그 해 7월부터 2007년 12월까지 약 3년 6개월 동안 독일 전역에서 시범사업으로 실시되었다. 그리고 2008년 1월 1일부터 개인예산제는 법적 권리로서 인정받아 독일 전역에서 새로운 급여 형태로서 지금까지 실시되고 있다.

2. 대상

가. 대상자 선정 기준

참여급여(Teilhabeleistungen)를 청구할 권리가 있는 장애인은 모두 개인예산제를 신청할 수 있다. 이때 장애인은 사회법전 제9권 제2조 제2항의 정의를 따라 “신체적, 정서적, 지적 또는 감각 침해를 가지고 있으며, 그 침해와 관점과 환경에 근거한 장벽의 상호작용으로 높은 개연성으로 6개월 이상 사회에 동등한 권리를 가지고 참여하는 데 어려움을 가질 수 있는 사람”을 의미한다. 이러한 정의는 장애인권리협약을 이행하기 위한 장애인 개혁 과정의 일환으로 2018년 1월에 개정된 것으로, 장애를 개인의 손상으로 바라보는 것이 아니라 개인과 사회 참여를 어렵게 하는 물리적·환경적 장벽의 상호작용의 결과로서 장애가 발생한다고 정의하고 있다. 특히 사회적 구성물로서의 장애에는 개인의 침해를 바라보는 ‘사회적 관점’도 중요한 영향을 미치고 있음을 분명하게 강조하고 있다(조운화, 김용진, 2019, p.56). 그래서 법적 장애 개념에는 건강상의 침해를

가진 사람만이 해당되지 않으며 사회적으로 차별받을 수 있는 모든 사람들, 예를 들면 후천성면역결핍증, 복합부위통증증후군, 안면장애 등과 같은 다양한 건강 장애를 가진 사람들도 포함된다. 또한 장애를 가질 위험에 놓인 사람들, 예를 들면 진행성의 질병을 가지거나 오랜 시간 질병의 치료(다양한 암 질환 등)로 인해 일상생활에 어려움을 가질 수 있는 사람들도 개인예산제를 청구할 수 있다.

개인예산제의 기본적인 급여 자격 이외에는 장애 유형, 장애 정도, 연령에 제한을 두지 않는다. 그래서 발달장애인과 정신장애인도 스스로 개인예산제를 이용할 수 있으며 장애 아동이 있는 부모나 보호자도 개인예산제를 신청하여 그 아동의 돌봄에 사용할 수 있다. 그뿐 아니라 신청자의 주거 형태와 상관없이 재가 장애인뿐 아니라 돌봄 주거 또는 공동 주거(WG)나 거주시설에서 생활하는 장애인도 신청하여 그들의 필요한 욕구를 충족하는 데 개인예산제를 사용할 수 있다. 예를 들면 거주시설에서 생활하는 장애인의 경우 개인예산제 형태로 급여를 받아서 일부는 거주 시설 비용을 부담하고 나머지 금액은 시설의 내부와 외부에서 제공하는 다른 서비스들을 그들의 욕구에 따라서 이용할 수 있다 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019). 이처럼 독일의 개인예산제는 장애인의 삶의 자기결정에 기반을 둔 사회 참여라는 목적을 실현하기 위해 모든 장애인과 장애를 가질 위험에 있는 사람들이 상황과 욕구에 따라서 이용할 수 있도록 대상의 포괄성을 가진다.

나. 이용자 규모

개인예산제와 관련하여 장애를 가진 이용자 수치에 관한 자료는 우선 2012년에 노동사회청에서 발행한 보고서와 2014년 독일연방통계청 보고서를 들 수 있다. 그 보고서들에 따르면 개인예산제 이용자는 2010년

도에 1만 4193명이었고, 2013년도에는 2만 명을 상회했으며 매년 3000명에서 4000여 명의 신규 이용자가 증가하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 많은 개인예산제(약 70% 이상)는 사회부조 영역에 해당되고 있는데, 2014년을 기준으로 사회부조 영역에서 개인예산제 형식으로 이용하고 있는 장애인은 약 9119명이었다. 그중 개인예산제 이용 기간은 평균 33개월에 달하며 이용자의 평균 연령은 38.9세로 나타나고 있다. 개인예산제 중 포괄개인예산제로 사용하는 사례는 645건이고 예산제의 액수와 관련해서는 작게는 36유로⁹⁾부터 가장 많게는 1만 2683유로¹⁰⁾에 이른다. 그리고 예산제 액수의 다수는 매달 200유로와 800유로¹¹⁾ 사이를 차지하고 있다(Erganzende unabhängige Teilhabeberatung, 2019).

두 보고서의 통계를 근거로 현재인 2019년도에 개인예산제를 이용하는 전체 장애인의 수를 예상하면 약 3만 6000~4만 3000명에 달하는 것으로 추정할 수 있다. 그러나 다른 장애인 관련 담당기관(연방노동 에이전트, 의료보험, 연금보험 등)을 통하여 하나의 서비스만을 개인예산제로 신청하고 사용하는 장애인을 포함시킨다면 개인예산제를 이용하는 전체 수치는 실제적으로 훨씬 더 높을 것으로 예상할 수 있다.

3. 급여

가. 급여 형태

개인예산제를 통한 급여는 기본적으로 현금으로 제공된다. 그것을 통하여 장애인은 원하는 서비스를 스스로 서비스 제공자 또는 제공기관과

9) 1유로=1250원으로 계산하면 약 4만 6000원에 해당함.

10) 1유로=1250원으로 계산하면 약 1622만 4727원에 해당함.

11) 1유로=1250원으로 계산하면 약 25만 원에서 102만 3400원에 해당함.

의 계약을 통하여 이용한다.

현재 장애인 급여를 제공하는 모든 재활 담당기관은 현물 급여뿐 아니라 현금으로 제공할 의무가 있다. 그래서 새로운 급여가 아닌 기존에 받고 있는 현물 급여를 개인예산제 형태로 전환하고자 할 때에도 개인예산제 신청을 해야 한다(Steinke, 2009). 때로는 급여의 종류에 따라 개인예산제로 이용하기까지 오래 걸릴 수 있기에 먼저 현금 방식으로 신청하여 허가를 받은 후 개인예산제로 다시 신청하는 것도 가능하다. 그리고 신청의 취소는 급여 이용이 공식적으로 알려질 때까지 사유 진술 없이 바로 취소할 수 있으며 그때에는 다시 바로 현물 급여로 제공받는다(Steinke, 2009).

이와 함께 예외 규정으로 개인예산제를 현금 대신 상품권으로 제공하는 경우가 있는데, 우리나라의 활동지원과 유사한 돌봄 서비스가 이에 해당한다. 돌봄급여는 대인 지원의 가장 기본적이고 중요한 영역이기 때문에, 개인예산제의 오용을 방지하기 위해 현금 대신 돌봄 서비스만 이용 가능한 상품권으로 급여를 지급한다(김용진, 2017).

나. 급여 수준

개인예산제의 급여 수준은 원칙적으로 개별적으로 확정된 현물 급여 액수 범위를 초과해서 제공할 수 없다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales Referat Information, Publikation, Redaktion, 2014). 그래서 개인예산제의 개별 급여들의 수준은 일반적으로 현물 급여의 단가 수준에 동등하게 책정된다. 다만 돌봄급여에서의 현금 급여의 단가 수준은 현물 급여의 단가에 비해 낮은 수준으로 형성되어 있다(조운화, 이동석, 김용진, 김영미, 2016).

개인예산제 급여 수준과 관련하여 돌봄 서비스를 중심으로 분석해 본

다면 우선 독일의 돌봄 서비스는 기본적으로 ‘돌봄 정도’와 ‘돌봄 내용’ 체계로 구성되어 있다. 돌봄 정도는 일상생활에서의 자립 수준과 그에 따른 돌봄이 필요한 수준을 의미하는 것으로 다음과 같이 구분된다.

〈표 3-13〉 독일 개인예산제하의 돌봄 정도

구분	돌봄 정도
돌봄 정도 1	자립 능력의 경미한 침해
돌봄 정도 2	자립 능력의 현저한 침해
돌봄 정도 3	자립 능력의 중증의 침해
돌봄 정도 4	자립 능력의 최중증 침해
돌봄 정도 5	돌봄에 있어서 특별한 요구를 가진 자립 능력의 최중증 침해

자료: Pflege.de (2019). Themenwelt Pflegegrade. <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/>에서 2019. 10. 11. 인출하여 재구성

돌봄급여의 구체적인 내용으로는 ‘재가 돌봄’, ‘주간/야간 돌봄’, ‘단기 돌봄’의 총 네 가지 영역으로 구성되어 있으며 구체적으로 다음과 같이 살펴볼 수 있다(Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit, 2019).¹²⁾ 재가 돌봄은 장애인이 살고 있는 주거 공간에서 돌봄을 받는 것으로 가족 또는 가까운 친척을 통한 돌봄, 전문 외래 돌봄 기관에서 전문 돌봄인이 방문하여 제공하는 돌봄의 세 가지 유형으로 구성된다. 이 중 친척을 통한 돌봄은 돌봄인이 질병 또는 휴가로 인하여 장애인을 일시적으로 돌보지 못할 때 최대 6주까지 비용을 지원 받을 수 있는 급여이다. 이때 재가급여는 현금 급여 형태로 받을 경우 현물 급여의 절반에 해당하는 액수를 받게 된다. 그리고 피돌봄인을 가정에서 돌보는 경우 부담감을 완화시키기 위해 제공하는 ‘완화수당

12) 다음은 ‘Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit (2019) Ratgeber Pflege: Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten. Bundesministerium für Gesundheit Referat’을 참조하여 요약한 내용임.

(Entlastungsbetrag)'을 돌봄 정도에 관계없이 제공받는다(Angehörige Pflegen, 2019).¹³⁾

주/야간 돌봄은 재가 돌봄이 충분히 제공되지 못하거나 제공되기 어려운 상황에서 주/야간 돌봄을 제공하는 외래병동 또는 외래시설의 이용돌봄시설과 생활시설(요양병원이나 요양시설)에서 추가적인 돌봄을 제공할 수 있다. 이때 돌봄 비용뿐 아니라 치료 돌봄 비용까지 지원받을 수 있다(김용진, 2017a).

단기 돌봄은 재가 돌봄 시 이사, 주돌봄인의 이혼이나 질병 등 위기 상황이 발생하거나 수술 후 병원 입원과 관련하여 과도기적인 돌봄이 필요할 때 1년에 8주까지 입원 시설 또는 병동 시설에서 짧은 돌봄을 제공받는 것을 의미한다. 특히 2016년 이후부터 병원 입원 또는 중증질환으로 인해 긴급한 돌봄이 필요한 사람들을 위해 돌봄 정도를 받지 않은 사람들도 단기 돌봄을 이용할 수 있도록 모든 장애인에게 허용하였다(상동).

기본적인 돌봄 내용 이외에도 돌봄에 필요한 다양한 '돌봄 보조 도구 구입 급여', 외래 공동생활가정에 머물면서 돌봄 인력으로부터 지원받는 '외래 주거공동체 추가 급여', 돌봄을 위해 주거 공간을 개조할 경우의 '주거 공간 지원 급여'를 추가 급여로서 제공할 수 있다(조윤화 외, 2016, page).

이러한 돌봄급여의 바탕 위에서 단가는 차등적으로 구조화되어 있다. 특히 돌봄 급여는 돌봄의 강도나 정도가 높을수록 단가가 더 높게 책정돼야 한다는 기본원리에서 출발한다. 그래서 돌봄 정도가 올라갈수록 더 높은 단가를 적용하고 일반적인 장애와 지적·정서적 장애 또는 치매환자를 구분하여 정신적·정서적 장애를 가진 사람들에게 더

13) <https://www.angehoerige-pflegen.de/entlastungsbetrag-extra-geld-fuer-die-pflege-zu-hause/>

높은 돌봄 단가를 책정하고 있다(조운화 외, 2016).

돌봄급여 내용에 따른 개별적인 단가 수준은 다음과 같이 구성되어 있다(Sven Reetz, 2016).

〈표 3-14〉 독일 개인예산제 돌봄급여 단가(2016년 기준)

(단위: 유로)

급여 영역	돌봄 등급1	돌봄 등급2	돌봄 등급3	돌봄 등급4	돌봄 등급5
재가 돌봄 현물 급여	완화급여 요구	689	1,298	1,612	1,995
재가 돌봄 현금 급여**	-	316	545	728	901
가까운 친인척을 통한 돌봄 (1년에 6주까지 가능)	-	474	817.50	1,092	1,351.50
단기 돌봄(1년에 8주까지 가 능)***	완화급여 요구	1,612	1,612	1,612	1,612
이용 시설(부분병동 포함)에 서의 주간/야간 돌봄급여	완화급여 요구	689	1,298	1,612	1,995
완화급여	125	125	125	125	125
외래돌봄주거에서의 피돌봄 인을 위한 추가급여	214	214	214	214	214
생활시설(완전입원병원 포 함)에서의 돌봄급여	125	770	1,262	1,775	2,005
장애인 거주시설 돌봄급여	-	266	266	266	266
외래 공동생활가정에서의 추 가 급여	각 급여에 + 214 지원				
특정한 돌봄 보조 도구 소비(추가급여)	각 급여에 + 40 지원				
주거 공간 개조(추가급여/연)	4,000(복합적인 개조 필요 시 16,000 지원)				

자료: Sven Reetz. (2016) Pflegestarkungsgesetz II. Referatsleiter Pflege. Verband der Ersatzkassen e. V. Landesvertretung Schleswig-Holstein. https://vdek.com/LVen/SHS/Presse/reden-und-veroeffentlichungen/_jcr_content/par/download_34.files.res/Vortrag%20Peetz%20bei%20LAG%20Heimmitwirkung%20.pdf에서 2019. 10. 11. 인출하여 재구성

다. 급여 범위(용처 및 용도)

개인예산제의 용처는 기본적으로 제한이 없다. 개인예산제 계약 기간 동안 주 담당기관을 통하여 매달 장애인에게 현금으로 지급된다. 이 현금을 가지고 장애인은 개인예산을 두 가지 방식으로 사용할 수 있다. 먼저 지역 내의 서비스 제공기관과 계약을 맺어 서비스를 구입하는 방식이다. 이때 기관과의 계약서에는 서비스 영역과 범위, 보수, 영수증 처리, 시작 시기와 계약 기간, 해지 방법, 정보보호 및 비밀엄수 등이 기술되어야 한다(김용진, 2016). 또 하나의 운영 방법으로는 서비스를 제공하는 사람을 직접 구인·고용하는 방식이다. 이 방식에서는 장애인이 고용주로서 보조인에 대한 노동법상의 의무(예를 들면 법적 휴가 제공)와 세법상의 의무를 감당해야 한다(상동). 돌봄의 경우 해당 서비스 제공기관(사회서비스 포함)의 서비스 제공자를 이용하거나 개인 돌봄 제공자 또는 가족, 이웃 등의 돌봄 제공자를 폭넓게 사용할 수 있다.

용도에 있어서도 기본적으로 제한은 없지만 주 담당기관과의 목표 합의 때 맺은 계약에 근거하여 이용해야 한다. 그러나 계약 기간 후에 이용한 모든 서비스를 증빙할 필요가 없다. 이것은 개인예산제 목적에 크게 벗어나지 않는 한 용도 또한 제한하지 않음을 의미한다.

라. 본인부담금

돌봄급여를 이용하기 위한 본인부담금은 존재하지 않는다. 다만 독일의 돌봄급여는 돌봄 보험을 통해 이루어지기에 독일 국민들은 모두 돌봄 보험을 가입해야 한다. 보험료는 인구사회학적 변화와 현재 진행되고 있는 돌봄급여의 개혁 과정에 따라서 점차 상승하고 있다. 2019년 1월을

기준으로 2018년 대비 공적 돌봄 보험료는 2.55%에서 3.05%로 상승하였으며 자녀가 없는 23세 이상의 피보험자는 3.30%로 책정되어 있다. 이러한 수치는 돌봄 보험이 처음 도입된 1995년과 비교하면 2.05% 증가한 결과를 보이고 있다(Pflege durch Angehörige, 2019).

보험료는 일반적으로 고용주와 근로자가 절반씩 부담하고 있으며 소득에 따라서 차등적 보험료를 책정하고 있다. 하지만 2019년 기준으로 최대 보험료는 매달 4537유로¹⁴⁾로 정해져 있다. 자녀가 있는 근로자의 경우 돌봄급여를 위한 최대 보험료는 매달 138.39유로¹⁵⁾이며 그중에서 본인부담금은 69.20유로¹⁶⁾에 해당된다. 23세 이상의 자녀가 없는 경우는 최대 149.74유로를 내야 하며, 그중 본인부담금은 80.54유로이다(Krankenkassen-Zentrale, 2019).

4. 전달체계

가. 제도 이용 모형

개인예산제는 신청자의 서비스 요구의 포괄성과 참여하는 담당기관들에 따라서 단순개인예산제와 포괄개인예산제로 구분한다. 단순개인예산제는 신청하는 장애인이 하나의 급여만을 개인예산제로 이용하고자 할 때 급여 담당기관에 바로 신청하고 그 후 급여 적격성 심사를 거쳐 현금으로 제공받게 된다. 그러나 장애인이 다양한 참여 급여 중 두 가지 이상의 급여 이용 욕구를 가지는 경우 포괄개인예산제로 신청하게 된다. 이때 필요한 급여의 종류에 상응해서 다양한 담당기관이 참여하게 되며 다

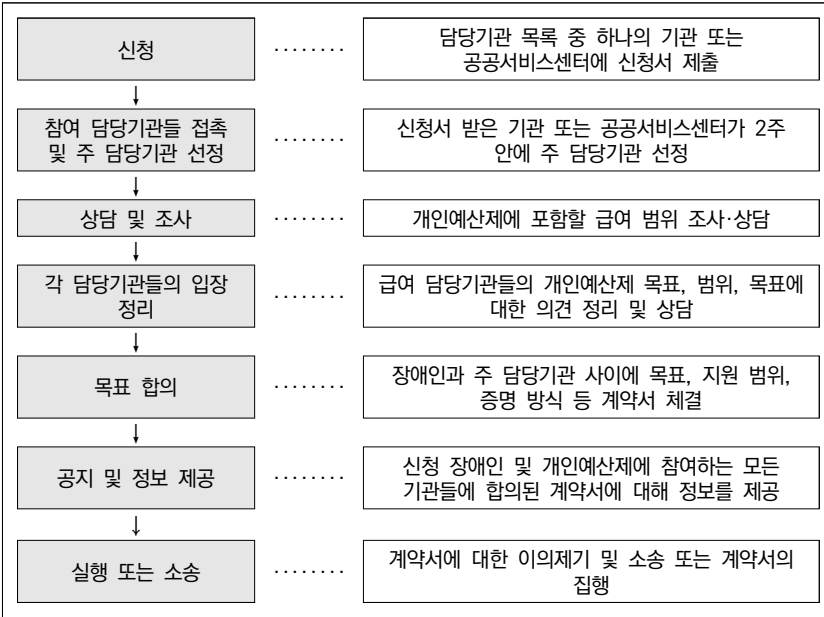
14) 1유로=1250원으로 계산한다면 약 580만 원에 해당함.

15) 1유로=1250원으로 계산한다면 약 17만 원에 해당함.

16) 1유로=1250원으로 계산한다면 약 8.8만 원에 해당함.

음과 같은 절차를 거치게 된다.

[그림 3-3] 포괄적 개인예산제 절차



자료: 조უნ화 외(2016) 맞춤형 서비스를 위한 장애인복지서비스 급여체계 개편방안 연구. 한국장애인개발원. p.84의 그림 발췌

1) 개인예산제 신청

먼저 첫 번째 단계는 ‘신청’으로 신청주의 원칙에서 장애인이 직접 신청하며 발달장애인이거나 정신장애인으로 스스로 신청할 수 있다. 그리고 장애 아동은 부모가 신청할 수 있다. 개인예산제 시행령에 따르면 일반적으로 단순 개인예산제인 경우에는 급여 담당기관에 직접 신청하고 포괄적 개인예산제인 경우에는 장애인 급여 담당기관 중 한 곳에 신청서를 제출하거나 또는 ‘상담소(Ansprechstelle)’에 신청서를 제출할 수 있다(조운

화 외, 2016). 또 기존에 받고 있는 현물 급여를 개인예산제 형태로 전환할 수 있으며 이때도 신청해야 한다(Steinke, 2009). 이 중 상담소(Ansprechstelle)는 장애인과 장애를 가질 위험에 처한 사람들의 자기결정과 동등한 참여를 위해서 장애인 서비스의 신청부터 이용까지 전 과정에 필요한 정보를 포괄적으로 제공하고, 급여 과정에서 필요한 지원을 제공하기 위해 설치된 기관이다(Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2010). 특히 상담소는 개인예산제를 사용하는 이용자에게 상담과 개별적인 지원을 제공해 주는 전문 기관으로서의 역할을 담당하고 있다.

신청서를 접수받은 상담소 또는 담당기관은 포괄적 급여에 해당되는 여러 담당기관들에 지체 없이 장애인의 신청 내역을 알리고 참여하는 담당기관 중 주 담당기관(또는 대리담당기관)을 결정한다. 이러한 과정은 신청 후 2주 이내에 이루어져야 한다.

2) 예산의 필요 확정 과정

두 번째 단계는 장애인의 ‘필요 확정 과정’으로 신청자의 지원 범위에 대한 조사와 예산제에 참여하는 각 기관들의 입장을 취합하는 과정을 거친다. 이것을 ‘예산제회의’로 명명하고 있으며 각 담당기관들은 2주 이내에 다음과 같은 사항들을 조사하여 확정하고 문서로 제시한다.

- 장애인의 욕구와 선택권을 고려한 예산제 형식으로 포함할 수 있는 서비스 범위
- 현금 급여 또는 쿠폰 형식의 가능한 개인예산제의 액수
- 목표 합의에 대한 내용
- 상담 및 지원 필요도에 관한 의견

이때 담당기관들의 필요 확정 과정에서 신청자의 일상생활에 관한 개인 기록지는 중요한 근거자료가 될 수 있다. 담당기관들은 필요 확정 과정을 거친 후 일주일 안에 신청에서 탈락되거나 누락된 서비스들이 있는지 확인하고 추가 확정한다.

3) 목표 합의 과정

세 번째 단계는 ‘목표 합의 과정’으로 장애인과 주 담당기관이 공식적인 ‘목표 합의 계약서’를 작성한다. 그리고 주 담당기관은 신청 장애인에게 포괄적인 필요 확정 과정의 판정 결과와 개인예산제 목표에 대해 합의와 상담을 제공한다. 목표 합의에는 최소한 다음과 같은 내용들이 포함되어야 한다.

- 개인별 지원 목표 및 급여 목표의 설정
- 개인예산제 구체적인 사용 목적
- 개인별 욕구의 충족을 위한 사후 증명
- 질적 보장에 대한 규정

목표 합의 과정의 또 다른 중요한 내용으로서 ‘지원의 필요성’이 포함된다. 왜냐하면 지적장애인과 자폐성 장애인과 같은 장애인들은 개인예산제의 운영과 관리에 있어서 다른 사람의 상담과 지원이 필요한 경우가 많다. 그 예로는 ‘예산보조인(Budgetassistent)’ 또는 ‘예산제 전문가’를 들 수 있다. 그래서 이러한 상담과 지원의 요구가 있다면 개인예산제를 신청할 때 명시해야 하며 그와 관련된 비용 부담과 추가적인 도구에 대한 규정을 목표 합의 때 포함시켜야 한다(Steinke, 2009). 그리고 목표 합의 과정에서 장애인은 친구, 장애인 단체의 대표, 특히 개인예산제를 앞서

이용한 장애인 등 자신이 신뢰하는 사람들을 동반하여 그들의 도움을 받을 수 있다.

목표 합의 과정 중 질적 보장이란 장애인 이용자와 담당 관청 모두를 포함한다. 장애인 측면에서의 질적 보장이란 서비스 제공자가 이용자의 욕구에 적합한 서비스를 제공하지 못한다면 장애인은 다른 서비스 제공 기관을 구할 수 있다는 의미를 가진다. 그래서 서비스 제공 기관은 장애인 이용자의 욕구와 요구에 적합하게 질적으로 높은 서비스를 제공할 의무가 있다. 담당 관청의 측면에서는 이용자의 만족도에 대한 검증과 “의도한 목표에 도달했는가?”와 같은 결과의 질적인 검증을 의미한다(김용진, 2016). 그래서 예산제의 증명 방식은 ‘비용에 대한 증명’이 아닌 ‘서비스에 관련한 증명’으로 이루어진다. 즉 개인예산제를 통한 서비스를 이용함으로써 자기결정과 자기책임이 강화되고 향상되었는지가 중요한 질적 증명의 기준이 된다. 이것을 위해 비용에 대한 사후 증명(영수증) 대신에 목적에 합당한 서비스 사용을 위한 책임을 목표 합의에 포함시키고 있다.

목표 합의 과정에서는 또한 변동하는 비용을 고려하고 있다. 즉 질병의 진행 과정에서 발생하는 비용과 새로운 보조인의 비용 등 비용이 지속적으로 증가하는 상황에서 예외적으로 목표 합의에서 이루어진 예산을 초과하는 비용을 인정한다. 예를 들면 예산제를 이용하는 장애인이 돌봄보조인을 고용한다면 매년 임금 상승분을 고려하여 이를 목표 합의에 포함시켜야 한다. 특히 24시간 돌봄 지원을 필요로 하는 장애인의 경우 장애인이 고용주로서 돌봄보조인의 질병이나 법적인 휴가를 보장해야 하며 그때 임시 보조인을 위한 보수의 지급 보장과 그 비용을 목표 합의에 고려해야 한다(Rummel, 2011, pp.2-3에서 재인용).

4) 확정과 공지

네 번째 단계는 ‘확정과 공지’로 신청 장애인과 예산제에 참여하는 담당 기관들 양쪽 모두가 목표 합의에 도달한 후 주 담당기관은 승인을 공지한다(김용득 외, 2017). 그리고 주 담당기관은 합의된 목표를 신청 장애인과 예산제에 참여하는 각 기관들에 제공하고 합의계약서를 체결한다. 합의계약서는 신청 장애인과 급여들에 상응해서 개별적이고 구체적으로 기술되어야 하며, 특히 서비스 형태(현금 또는 상품권), 전체 또는 부분 예산제의 범위, 지원 기간 등이 진술된다. 그러나 장애인이 합의된 목표나 합의계약서의 내용에 동의하지 못하는 경우 이의 제기나 행정소송을 주 담당기관에 신청할 수 있다. 만약 장애인과 담당기관 간에 의견 차이가 있는 경우에는 우선적으로 명백한 급여만 제공되며 논란의 여지가 있는 급여는 해당 담당기관과 다시 상의하는 과정을 거친다(Rummel, 2011). 그리고 각 담당기관들은 누락된 서비스가 있다면 주 담당기관에 즉시 공지하여 해당 장애인이 이용할 수 있도록 조치한다.

5) 운영 또는 실행

마지막 단계로는 장애인의 개인예산제 ‘운영’이다. 장애인과 주 담당기관의 계약 체결 이후 예산제 효력은 바로 발생하며 일반적으로 매달 시작하기 이전에 장애인에게 현금으로 지급된다(김용진, 2017). 운영 과정에서 장애인이 사용할 수 있는 서비스 방식으로는 서비스 제공기관의 서비스 구입 또는 서비스 제공인의 직접 고용 방식이 있다. 전자는 지역의 서비스 제공기관과 계약을 맺어 해당 서비스를 구입하는 방식으로, 이때 계약서에는 다양한 내용들—서비스 영역과 범위, 보수, 시작 시기와 계약 기간, 해지 방법, 영수증 처리, 정보보호 및 비밀 엄수 등—이 포함된다. 후자

는 직접 서비스를 제공하는 사람을 고용하는 방식으로 고용주 모델에 해당한다. 이때 장애인도 자신의 상황에 맞게 적절한 보조인을 스스로 선택, 고용할 수 있다는 장점을 가지는 반면에 고용주로서 노동법적 의무(예: 휴가 제공)와 같은 보조인에 대한 의무와 함께 세무법적인 책임을 가진다.

개인예산제의 기간은 신청한 장애인과 주 담당기관의 합의된 계약서에 따라 다르게 적용되며 일반적으로 6개월 이상의 기간으로 실시된다. 그리고 보통 2년을 주기로 재확정 과정을 거친다. 그러나 개인예산제 실시 과정에서 장애인이 개인예산제의 관리 및 운영을 더 이상 감당할 수 없거나 합의된 목표를 준수하지 않을 경우에는 중대한 사유를 들어 문서로 해지가 가능하다. 그때 서비스가 제공되지 않는 것이 아니라 현물 급여 또는 서비스 급여 형태로 계속 제공될 수 있다(Steinke, 2009).

개인예산제 형식으로 돌봄급여를 이용한다면 앞에서 서술한 과정 안에서 절차가 이루어진다. 먼저 신청자는 돌봄급여의 주 담당기관인 의료보험기관 또는 상담소를 통하여 형식 없이 신청하거나 전화 또는 개별적 방문을 통하여 신청할 수 있다. 그 후 의료보험기관의 MDK(Medizinische Dienst der Krankenversicherung) 소속 검사자(의사)가 신청자의 생활 공간 또는 주거 공간을 방문하여 일상생활의 6가지 영역—이동, 인지적 및 의사소통기능, 행동방식 및 심리적 문제, 자기관리, 질병 또는 치료로 인한 요구 수행, 일상생활 및 사회적 접촉—에서의 수행 능력 정도를 판정하는 과정을 거친다. 6가지 영역에서의 판정은 주로 ‘기능적 일상생활 활동(ADL)’과 ‘도구적 일상생활 활동(IADL)’에 근거한 표준화된 진단 도구를 통해 진행되며 이때 독립 수행 가능, 부분 수행 가능, 독립 수행 불가능의 세 가지 결과를 가지고 점수화하여 돌봄 정도가 확정된다.

돌봄 정도가 확정된 후 이용자는 개별적인 욕구와 상황에 따라서 현물 급여와 현금 급여 중 한 가지 유형을 선택하거나 두 가지 유형을 결합해

서 사용할 수 있다. 또한 이용자는 가족, 친척을 돌봄인으로 등록하여 돌봄급여를 사용할 수 있으며, 외래 돌봄 기관의 전문 돌봄인을 통해 돌봄을 받는 것도 가능하다. 만약 개인예산제 형식으로 돌봄급여를 사용하는 경우에는 이용자가 고용주로서 적절한 돌봄인을 고용하여 돌봄 서비스를 이용할 수 있다. 이렇게 개인예산제 형식의 돌봄급여는 이용자가 자신의 상황과 욕구에 맞게 돌봄 계획과 인적 자원을 설계하고 활용하여 자기결정적인 돌봄을 가능하게 한다. 특히 돌봄급여의 이용자 중심의 과정은 돌봄 정도의 확정에서도 드러난다. 즉 돌봄 정도는 표준화된 도구가 일차적으로 사용되지만 이용자의 다양한 자료들, 예를 들면 의료 진단서(소견서), 이용자의 돌봄 기록지 및 돌봄 기관의 보고서, 복용하는 약 리스트, 이용자의 사회서비스 담당기관의 공식 문서 등도 중요한 판정 자료로서 활용되고 있다. 그래서 이러한 자료들을 가지고 검사자와 이용자는 대화적인 판정 과정이 이루어진다.

돌봄급여는 기본적으로 담당기관인 돌봄 보험 기관에서 관리 감독을 한다. 만약 외래 돌봄 제공기관을 통해 돌봄인을 이용한다면 비용 증명은 돌봄 기관이 하며, 이용자가 돌봄인을 고용했다면 이용자가 스스로 돌봄인의 급여 비용 부담과 그에 따른 비용 처리 의무를 가지게 된다. 그리고 돌봄의 질에 대한 관리는 외래 돌봄 기관의 경우 지자체를 통해 이루어지고 있다. 그러나 만약 이용자가 가족이나 친척을 통해 돌봄을 받고 있다면 외래 돌봄 기관으로부터 정기적인 모니터링을 받아야만 한다.

5. 재정

개인예산제의 예산 규모와 관련한 통계는 '재활을 위한 연방노동공동체'의 재활과 참여를 위한 담당기관의 지출에서 파악할 수 있다

(Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2015). 대표적인 재활 담당기관은 의료보험기관, 연금보험기관, 노동사무소, 통합청의 4개 기관으로, 이들이 개인예산제 형식으로 지출한 총액은 2014년도 기준으로 약 2500만 유로¹⁷⁾에 달하고 있다. 그중 의료보험기관이 1500만 유로를 개인예산제 형태로 지출하였으며, 다음으로 노동사무소가 약 990만 유로, 연금보험기관이 50만 유로, 통합청이 30만 유로를 지출하였다.

개인예산제 형태의 지출은 2011년도부터 2014년도까지 통합청을 제외한 모든 담당기관에서 증가하고 있으며 특히 의료보험기관과 노동사무소의 증가율이 크게 나타나고 있다. 이것은 돌봄급여와 고용 서비스를 개인예산제 형태로 사용하는 이용자가 크게 증가하고 있음을 추론케 한다. 다만 통합청의 개인예산제 형식의 지출 총액은 2013년도의 50만 유로에서 2014년도에는 30만 유로로 감소하여 다른 담당기관과의 지출 증가율과 대조를 이루고 있다. 그럼에도 불구하고 재활 담당기관의 개인예산제 형식의 지출 총액과 비율은 매년 증가하고 있어 개인예산제의 역할은 더욱 중요해지고 있다.

17) 1유로=1250원으로 계산한다면 312억 5000만 원에 해당함.

〈표 3-15〉 개인예산제 형태의 재할과 참여 지출

(단위: 백만 유로, %)

담당기관에 따른 급여 항목	2011년	2012년	2013년	2014년	2013년 대비 2014년 증감 비율
의료보험	5.7	8.6	12	15	29.3
연금보험	0.1	0.3	0.5	0.5	5.8
노동사무소	5.8	6.7	8.0	9.9	24.0
통합청	0.3	0.1	0.5	0.3	-27.7
합계	11.9	15.7	21	25.7	31.4

자료: Ausgaben für Reha und Teilhabe.(2019a) <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info/reha-info-archiv/reha-info-2015/reha-info-012015/ausgaben-fuer-rehabilitation-und-teilhabe.html>에서 2019. 10. 11. 인출, Ausgaben für Reha und Teilhabe. (2019b). <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info/reha-info-archiv/reha-info-2016/reha-info-012016/ausgaben-fuer-reha-und-teilhabe.html>에서 2019. 10. 11. 인출하여 재구성

6. 개인예산제의 효과

2016년도에 연방정부에 의해 발간된 ‘참여보고서’에 의하면 2010년도부터 2014년도까지 사회부조 영역에서만 개인예산제를 이용하는 이용자의 수는 78%의 증가율(2010년 5331명에서 2014년엔 9473명)을 보이고 있다. 그리고 이용자의 90%는 개인예산제를 통하여 자신들의 자립심이 향상되었다고 느끼고 있는 것으로 보고하고 있다.

개인예산제의 평가는 2012년도에 발행된 연방노동사회청의 연구보고서에서도 확인할 수 있다(Heimer, Henkel, Maetzel, 2012). 동 연구에서는 1872명의 개인예산제 이용자¹⁸⁾를 대상으로 설문을 진행하였는데, 설문 참여자의 97%가 ‘개인예산제를 다시 이용하겠다’고 응답하였으며, 92%는 ‘현물 급여를 이용할 때보다 더 좋다’고 응답하였다. 특히 사회부

18) 설문 참여자의 장애 유형별 분류는 이동장애가 48%, 학습장애 34%, 만성질환 32%, 정서적 장애 31%, 감각장애 28%, 지적장애 27%였다.

조 영역에서 개인예산제를 이용하는 사람들의 긍정적인 평가가 두드러지게 나타났다. 이용자의 약 87%가 ‘개인예산제를 통하여 더욱 자립적이 되었다’고 응답하였으며, ‘개인예산제를 통해 누가 나를 언제 지원해야 할지에 대해 결정할 수 있었다’는 문항에는 81%가 동의하였다. 또한 응답한 이용자의 80%가 ‘개인예산제를 통하여 나에게 적합한 서비스와 기기를 구입할 수 있다’고 답변하였다.

해당 보고서에서는 신청 단계에서 확정된 개인의 예산 계획이 개별적인 지원 욕구를 충분히 충족시킬 수 있는지 확인하기 어렵다는 점, 지역사회 안에서 개인예산제를 통해 지원받을 수 있는 서비스 제공기관을 찾기 힘들다는 점 등을 현행 제도의 한계이자 개선 지점으로 들었으나, 그럼에도 불구하고 개인예산제는 장애인의 자기결정권의 신장에 긍정적 역할을 한 것으로 평가된다.

7. 쟁점

독일의 개인예산제는 현재 두 가지 중요한 흐름을 보이고 있다.

첫째, 개인예산제를 이용하는 장애인이 지속적으로 증가하고 있다. 이것은 개인예산제의 장점에 기인하는데, 개인예산제를 사용하는 장애인을 대상으로 설문조사한 결과에 따르면 응답자들이 개인예산제를 이용함으로써 더 많은 자기결정, 더 많은 개별성, 더 많은 자유 활동이 가능하게 되었다고 답하고 있다. 또한 개인예산제에서 장애인이 전문가로서 자신의 환경과 상황에 맞는 삶을 구성하는 것이 가능하고, 그에 적절하게 예산과 인적 자원을 스스로 조직하여 사용할 수 있다. 이러한 개인예산제의 긍정적인 효과는 장애인에게는 삶의 설계자로서 더 많은 자기결정의 기회를 제공하기에 더 많은 장애인이 개인예산제를 이용하게 만들고 있다.

둘째, 개인예산제 실시에 있어서 장애인들은 더 많은 지원과 자기결정 기회 제공을 요구하고 있다. 독일의 장애인들은 현재 개인예산제가 이용 과정이 복잡하거나 제약이 있어 이용하는 데 어려움이 있다고 주장한다. 그 예로는 현금을 장애인이 아닌 시설이나 서비스 제공기관에 직접 입금 하거나, 돌봄 제공기관에서는 현금 대신에 상품권으로만 사용하게 하는 규정이 해당된다. 그래서 이러한 규정과 방식이 개인예산제의 정신에 위배되는 것으로 더 많은 자기결정의 기회를 주어야 한다고 계속 요구하고 있다. 이와 더불어 장애인들, 특히 중증장애인 또는 발달장애인을 위한 체계적이고 더 많은 정보 및 상담, 그리고 지원에 대한 필요성을 제기하고 있다. 이를 위해서는 많은 지원 인력과 상담 인력의 구성, 그리고 체계적인 상담 시스템 구축이 이루어져야 한다고 장애인과 전문가들은 보고 있다.

이 외에도 개인예산제는 실제적인 측면에서 몇 가지 부작용을 낳는 경우가 있다. 예를 들면 장애인이 현금을 개인예산 담당기관과의 합의를 벗어나 다른 방식으로 사용하는 경우와 돌봄 보험에서 현물 대신 현금으로 비슷한 수준으로 집행하기 때문에 단지 법적으로 허용하는 수준에서 적은 돌봄 비용만을 제공하는 경우, 그리고 개인예산제의 비용을 담당기관이 소위 양도통지서를 통하여 영향력을 행사하려고 하는 경우를 들 수 있다.

제4절 스웨덴의 장애인 활동보조서비스

1. 제도 개요

스웨덴의 사회보장 정책은 평등의 원칙에 바탕을 두고 다음과 같은 특징을 가지고 실시하고 있다. 첫째, 사회적 돌봄 및 건강 서비스에 대한 공적 서비스는 평등하게 지원한다. 둘째, 돌봄에 대한 권리는 시민권으로서 소득 및 거주 지역에 관계없이 동등하게 제공한다(김용득 외, 2017). 그래서 장애인 정책도 모든 장애인이 생애주기에서 비장애인들과 동등한 가치와 권리를 가지고 차별 없이 동등한 생활을 영위하는 데 목적을 두고 있다(이현주 외, 2018).

스웨덴에서는 장애인의 기본적인 권리에 관한 내용은 ‘사회서비스법(Socialtjänstlagen)’ 안에 포함되어 있다. 그러나 1990년대 이후 모든 시민들을 위한 보편적 서비스 권리에서 사회에 통합되기 어려운 특정한 그룹들의 완전한 사회 참여를 지원하기 위해 더 많은 서비스를 제공하는 형태로 변화되기 시작하였다. 특히 1993년에 제정된 ‘기능 손상을 가진 사람들을 위한 지원 및 서비스 법(The Act Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments, 이하 ‘LSS’)'은 중요한 전환점을 이루었다. LSS 이후 활동보조 예산이 장애인에게 현금 지급 방식으로 제공되고 있으며, 장애인은 현금을 통하여 지자체 또는 사회보험기관의 활동보조서비스를 이용하고 있다(김용득 외, 2017).

스웨덴의 개인예산제도는 유럽의 다른 국가들, 예를 들면 영국이나 독일처럼 모든 영역에서 실시하지 않고 있다. 그 대신 장애인과 고령인을 구분하여 노인을 위한 돌봄 수당, 노인 돌봄 제공자에 대한 자치시의 직접 고용, 장애인 활동보조 예산(Personal Assistance Budget)과 같은

제한적인 범위 내에서 사용되고 있다(김용득 외, 2017). 이 글에서는 스웨덴의 개인예산제도를 1994년에 도입된 장애인 활동보조 예산을 중심으로 살펴보고자 한다(Glasby & Littlechild, 2009, p.69).

2. 대상

가. 대상자 선정 기준

LSS에서는 활동보조 제도를 포함하여 제공되는 여러 서비스를 받을 수 있는 대상자로 다음과 같은 장애 유형을 포함시키고 있다(Sveriges Riksdag, 2019).

- 지적장애인, 자폐성 장애인 또는 자폐성 장애와 유사한 장애인
- 사고나 외적 충격, 신체적 질환에 의해 뇌손상을 입은 후 심각하고 영구적인 지적 손상을 가진 사람
- 노화와 관계 없이 지속적인 신체적, 정신적 장애를 가지고 있어 일상 생활에 어려움을 겪고 있어 이에 대한 지원이 필요한 사람

LSS가 제정될 당시에는 앞의 두 그룹인 지적장애인과 자폐성 장애인, 그리고 뇌손상 장애인을 중심으로 대상자가 선정되었지만 이후 개정 과정을 거쳐 신체적, 정신적 장애로 일상생활에 지원이 필요한 사람들이 포함되었다. 또한 활동보조의 대상자로 선정되기 위해서는 일상생활 영역—개인위생, 식사, 착·탈의, 의사소통, 특정 장애로 인해 전문적 지식을 필요로 하는 어려움—에서 최소한 하나 이상의 어려움을 가지고 있어야 한다(김용득 외, 2017). 이것은 LSS 법에 제시된 서비스가 장애인 중 일

상생활에 제한이 있는 장애인으로 확대되고 있음을 알 수 있다.

수급 연령과 관련해서는 앞서 언급했듯이 수급 개시 연령에는 제한이 없으며 65세 미만부터 활동보조 예산을 사용한 장애인은 65세 이후에도 계속 유지할 수 있다. 그러나 만약 65세 이상의 고령 장애인이 LSS에 기반한 활동보조 예산제를 처음 이용할 때에는 제한이 있다. 그 대신 고령인을 위한 서비스(예: 재가 서비스)를 제공받게 된다.

활동보조는 이용자와 가족의 소득과 자산 수준에 관계없이 이용할 수 있으며, 본인이 부담하는 서비스 비용도 없다. 단, 생활시설에 거주하는 장애인은 활동보조 예산을 제공받을 수 없다.

활동보조 예산의 이용은 일반적으로 다음과 같은 절차를 통하여 이루어진다(forsakringskassan, 2019). 먼저 신청 단계로 장애인이 활동보조서비스를 주정부 또는 지방정부의 사회보장국에 신청한다. 신청서는 우편뿐 아니라 온라인으로도 제출할 수 있다. 그리고 신청 과정에서 자기사정 방식을 통하여 필요한 서비스 유형을 직접 선택하여 기입하게 된다. 또한 신청자는 신청 단계에서 의학적 소견서를 첨부하여 제출하는 것이 필요하다.

다음으로는 사정 및 판정 단계이다. 이 단계에서는 이용자와 케어 매니저 간의 만남을 통하여 장애인의 일상생활에서의 제한과 필요한 서비스를 제공받을 때 가능한 활동들에 대해서 구체적인 상담 과정이 이루어진다. 그 후 신청인과 케어 매니저 간의 합의 과정을 통해 주당 필요한 활동보조 지원 시간의 양을 결정한다(김용득 외, 2017). 이러한 과정은 케어 매니저의 표준화된 사정 도구에 기반한 것은 아니며 오로지 신청자의 지원 필요성에 대한 표명과 케어 매니저의 확인에 의해 이루어진다(이동석, 2015).

상담은 사회보험 사무소 또는 이용자의 주거지에서 이루어지며, 이때 이용자의 가족 또는 다른 사람이 같이 참석하여 이용자를 지원할 수 있

다. 활동보조 예산 수준을 산정하기 위한 표준화되고 단일화된 사정 도구는 없으며 각 지자체의 상황에 따라서 다른 사정 도구를 사용하고 있다 (이동석, 2015).

마지막으로 결정과 실시 단계에서는 이용자와 케어 매니저와의 상담 후 활동보조서비스 시간을 포함한 다른 서비스 수준에 대한 결정이 이루어진다. 결정에는 보통 5개월이 소요되며 신청자에 관한 문서가 충분하지 않은 경우 그 이상의 시간이 소요된다.

나. 이용자 규모

LSS에서는 장애인을 위한 서비스를 10가지로 구분하여 제공하고 있다. 이 중 개인 부조(개인 지원) 서비스는 지원인을 고용하거나 고용할 수 있도록 재정을 지원하는 활동보조서비스를 의미한다. LSS의 10가지 서비스는 다음과 같다.

〈표 3-16〉 LSS의 장애인을 위한 서비스

서비스	서비스 내용
상담 및 개인별 지원	특정 장애에 대한 지식과 전문성을 지닌 전문가들이 일상생활에 어려움을 가진 장애인들에게 제공하는 상담 및 지원 서비스
개인 부조 (개인 지원)	식사, 개인위생, 착탈의, 의사소통에 있어 어려움이 있는 신체장애인을 지원하는 서비스로, 지자체에서 직접 개별 지원인을 두어 도움을 제공하거나 지원인을 고용할 수 있도록 장애인에게 재정 지원 제공
동반자 지원	장애인 개인의 상황에 맞게 활발한 사회활동이 가능할 수 있도록 동반자를 지원하는 서비스(예: 시각장애인 안내견)
연락 담당자 서비스	장애인의 사회적 고립을 방지하기 위해 장애인의 개인정보와 지원 상황을 전달할 수 있는 담당자를 제공하는 서비스(예: 수화통역인)
돌봄 및 간호 지원	장애인의 집으로 직접 찾아가 제공하는 돌봄 및 간호 서비스(일상 및 위급한 상황 포함)
집 밖으로의 단기 체류 지원	장애인의 휴양과 기분 전환을 위해 단기 체류가 가능한 집이나 캠핑장과 같은 장소에서 보낼 수 있도록 돕는 서비스

서비스	서비스 내용
12세 이상 장애 아동 단기 돌봄	방과 전·후 혹은 방학 시기에 장애 아동에게 돌봄을 제공하는 서비스
장애 아동 및 청소년 가정 지원	장애 아동이 그 부모와 함께 거주하기 어려운 경우 다른 가족과 함께 거주하거나 돌봄 서비스를 제공하는 공간에서 거주를 제공하는 서비스
장애인 주택 지원	장애인들을 위한 거주시설을 제공하는 서비스
일상생활 지원	지적장애, 자폐성 장애, 사고로 인한 뇌손상이 있는 장애인들의 일상 활동을 지원하는 서비스

자료: Ornskoldsviks Kommun (2019) Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments. (LSS). <https://www.ornskoldsvik.se/download/18.44a4cd7915743e6a7e926737/1475832232342/Om%20LSS%20p%C3%A5%A5%20Engelska.pdf>에서 2019. 12. 31. 인출하여 pp.1-3 내용을 재구성

LSS에서 제공하는 서비스를 이용하는 총 장애인의 수는 지난 10년간 점진적으로 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 그중 88%가 발달장애, 즉 자폐성 장애와 지적장애를 가진 사람들로, 중증의 장애인이 주로 이용하고 있다.

〈표 3-17〉 LSS 제공 서비스 이용자 수: 2011~2018년

(단위: 명)

서비스	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
상담 및 개인별 지원	4,700	4,500	4,300	4,300	4,400	4,100	3,000	2,100
개인 보조 (개인 지원)	3,800	3,900	3,900	4,100	4,300	4,600	4,900	5,100
동반자 지원	9,200	8,700	8,500	8,400	8,300	8,000	7,700	7,500
연락 담당자 서비스	19,500	19,600	19,400	19,500	19,500	19,400	19,300	19,100
돌봄 및 간호 지원	3,400	3,400	3,500	3,600	3,800	3,800	3,900	4,000
집 밖으로의 단기 체류 지원	9,900	9,700	9,600	9,600	9,700	9,600	9,400	9,300
12세 이상 장애 아동 단기 돌봄	5,000	4,800	4,500	4,500	4,400	4,400	4,400	4,500
장애 아동, 청소년 가정 지원	1,300	1,200	1,100	1,000	1,000	1,000	1,000	900
장애인 주택 지원	23,900	24,400	25,000	25,800	26,500	27,100	27,800	28,200
일상생활 지원	31,100	32,000	32,400	33,800	35,300	36,600	37,500	37,800
합계	111,800	112,200	112,200	114,600	117,200	118,600	118,800	118,600

자료: Socialstyrelsen (2019). <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/personer-med-funktionsnedsattning/>에서 2019. 8. 21. 인출

서비스별로 본다면 장애인의 일상생활을 지원하는 서비스들(개인 부조, 돌봄 및 간호 지원, 일상생활 지원)에 있어서는 지속적인 증가세를 보이고 있다. 특히 활동보조서비스에 해당하는 개인 부조(개인 지원)는 2011년의 3800명에서 2018년엔 5100명으로 1300명 소폭 증가한 것으로 나타나고 있다. 이렇게 활동보조 이용자의 수치가 낮고 증가세도 점진적인 것은 65세 이상의 고령 장애인이 제외되었기 때문이라고 추론할 수 있다.

3. 급여

가. 급여 형태

LSS의 10가지 서비스 중 활동보조서비스에 해당하는 개인 부조 서비스만 보조금 형식으로 현금이 지원되고 다른 서비스는 정량적으로 현물 서비스가 제공된다. 그래서 여러 개의 서비스를 이용하는 경우 현물과 현금 서비스를 함께 이용할 수 있다.

활동보조 예산의 수준과 출처는 장애인이 필요로 하는 활동보조 시간에 따라 두 가지로 구분할 수 있다. 먼저 일주일에 20시간 이상의 활동보조가 필요한 장애인은 ‘보조 수당에 관한 법(The Assistance allowance Act, LASS)’에 따라서 사회보험청에서 예산을 지원받는다. 반면 일주일에 20시간 미만의 활동보조를 요구한다면 ‘기능 손상을 가진 사람들을 위한 지원 및 서비스에 관한 법(the Act Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments)’에 근거해서 주정부 또는 지자체에서 부담하고 있다(김용득 외, 2017). 또한 주정부 또는 지자체는 장애인의 욕구에 따라서 LSS의 다른 서비스를 함

께 지원할 수 있다.

활동보조 예산은 현금 형태로 지급되고 있으며, 이용자는 그 예산을 직접 받을 것인지 아니면 서비스 제공기관이 받도록 할 것인지 결정해서 미리 알려 주어야 한다.

나. 급여 수준

활동보조 예산의 표준액은 매년 정부에 의해서 조정된다. 2019년 현재 일반적인 활동보조 예산은 시간당 299.80크로나(약 3만 6980원)이며, 최고 335.77크로나(약 4만 1417원)까지 제공받을 수 있다(Forsakringskassan, 2019). 이때 최고 수준의 활동보조 예산은 특별한 사유, 예를 들면 전문적인 활동보조 인력을 필요로 하는 경우에 제공받을 수 있다(김용득 외, 2017).

활동보조 예산은 장애인의 상황이 변하지 않는 한 그대로 유지되며, 만약 건강상의 중대한 변화가 발생한 경우 사회보험사무소가 활동보조 시간과 예산액을 다시 검증한다(김용득 외, 2017).

다. 급여 범위(용처 및 용도)

활동보조 예산은 기본적으로 신청 과정에서 장애인 이용자와 케어 매니저가 함께 상의하고 합의한 이용 계획에 따라 집행해야 한다. 예산을 현금 형태로 받으면 활동보조 지원 인력을 고용하는 용도로만 이용해야 하며 그 외 다른 용도, 예를 들면 다른 서비스를 이용하거나 필요한 물품을 구입하는 데 사용할 수 없다. 또한 활동보조 예산을 시설 서비스에 지출할 수 없다(김용득 외, 2017). 다만 제한된 범위 내에서 다른 용도로 예

산을 지출하는 것은 가능하다. 예를 들면 (기차)여행과 같은 사회적 활동에 소요된 비용 성격으로는 사용할 수 있다. 그리고 필요한 경우 예산 중 2~3% 범위 내에서 이용자 교육과 활동보조 지원인 교육 및 훈련에 지출할 수 있다. 활동보조 예산으로 사용할 수 있는 또 다른 부분은 활동보조 서비스를 제공하는 민간 제공기관의 이용 관련 비용이 유료인 경우 그 비용을 활동보조 예산으로 충당할 수 있다. 그 비용에는 정보 제공, 중개 서비스, 정산 지원 서비스, 기타 수수료 등이 해당된다. 이러한 이용자의 사회적 활동들과 기관 이용 비용들은 나중에 정산 시 증명해야 한다 (Forsakringskassan, 2019).

정산 주기는 6개월이며 활동보조와 관련한 모든 영수증은 증빙되어야 한다. 만약 6개월 이내에 사용하지 못한 예산은 정산 때 사회보험청에 반환해야 한다. 정산은 시간당 비용과 총비용을 함께 기록해야 하며 다음과 같은 항목 비용들을 함께 보고해야 한다(이동석, 2015).

- 급여와 급여 보충 비용: 각 활동보조 지원인 급여, 사회보험비, 세금 의무급여 등
- 추가 급여: 정규 근로시간 이외의 지원인 급여와 그에 따른 사회적 비용
- 지원 비용: 주거지 밖에서 지원인과 함께 활동할 경우 지원인을 위한 비용, 예를 들면 여행 비용과 입장료 등이 포함된다.
- 교육비: 지원인의 전문적인 능력 향상을 위한 교육비가 해당된다.
- 근로환경 비용과 인건비: 지원인의 근로환경 개선 비용, 예를 들면 손장갑, 앞치마, 위생용품과 같은 단순한 보조 도구 비용을 들 수 있다.
- 행정비용(관리비용): 여기에는 관청 지원 비용, 설치, 여행 등이 해당하며 이 비용 처리를 위해 외부 전문기관에 맡길 수 있다.

4. 전달체계

가. 제도 이용 모형

장애인이 활동보조 예산을 이용할 때 사회보험청 소속의 케어 매니저 뿐 아니라 다양한 기관으로부터 정보와 필요한 지원을 받을 수 있다. 그 중 장애인 단체들은 중요한 지원기관에 속한다. 예를 들면 1993년에 비영리기관으로 설립된 스웨덴 ‘자립생활연구소(대표: Adolf Ratzka)’에서는 ‘Assistanskoll(당신의 활동지원을 통제하기)’ 활동을 통하여 지원자(지원기관)의 선택에 있어서 장애인 및 가족, 활동 보조 인력 등에게 정보 제공, 시장의 현황 및 통계 정보, 분석 및 조언, 관련 제도와 법률의 변화에 대한 소개 등을 제공하고 있다. 또한 직접지불제도와 관련하여 정보 제공 및 상담도 하고 있다(Independent Living Institute, 2019).

활동보조 예산 이용자들이 1993년에 설립한 Intressegruppen för Assistansberättigade(IfA)도 중요한 지원기관 중 하나이다. IfA는 활동보조 예산을 이용하고자 하는 장애인들에게 이용 과정에서의 여러 문제들에 대해 상담 및 조언을 제공하고 있으며 활동보조 제공 기관들의 협의체를 조직하여 상호 경험을 교환하고 있다. 특히 IfA는 활동보조 지원 인력들의 노동조합인 코뮤날(Kommunal)과 임금 협상을 실시하며, 정부와 지자체와의 협의를 통해 활동보조서비스를 개선해 나가는 활동을 진행하고 있다(IfA, 2019).

활동보조 예산을 이용하는 장애인들에게 도움을 제공하는 또 다른 기관으로는 이용자 협동조합이 있다. 대표적인 장애인 협동조합으로는 스톡홀름 협동조합(STIL), JAG 협동조합 등을 들 수 있다. 그 기관들은 활동지원 예산의 관리, 동료 상담 및 이용자 훈련을 제공하고 있다(이동석,

2015). 이와 함께 다양한 민간 서비스 제공기관도 활동지원예산의 이용 시 상담과 정보 제공, 그리고 행정적인 관리 등의 지원을 장애인들에게 제공하고 있다.

활동보조서비스를 관리·감독하는 기관으로는 건강과 돌봄 영역을 관리 감독하는 ‘돌봄 및 요양 감독관청(IVO: Inspektionen för vård och omsorg)’을 들 수 있다. 원래 사회서비스 법(Social Services Act)에 따르면 각 지방자치단체가 해당 지역의 사회서비스에 대한 책임이 있으며 개인에게 필요한 지원을 제공할 책임이 있다. 그러나 사회서비스 내에서 IVO는 무엇보다도 지방자치단체를 통한 공적 서비스와 개입의 실제적인 수행에 대해 감독하고 있다. 예를 들어 학대 및 중독 치료, 개인 및 가족 간호, 어린이, 청소년 및 성인을 위한 가정 간호 또는 주택(HVB), 그리고 LSS에 따른 활동보조서비스 및 특별 서비스가 제공되는 아동과 성인을 위한 주택에 대한 감독이 해당된다(IVO, 2019).

활동보조서비스의 경우 지원기관으로 활동하기 원하는 지방자치단체는 IVO에 보고해야 한다. 민간기관의 경우에는 ‘국가보건위원회’ 또는 IVO의 허가를 받아야 한다. IVO에는 허가받은 모든 지원 제공자의 등록 리스트가 있어 장애인은 지원 제공자에 대한 정보를 얻을 수 있다 (Forsakringskassan, 2019).

나. 제공 인력

장애인은 활동보조 예산을 가지고 세 가지 다른 형태로 활동보조를 이용할 수 있다(Forsakringskassan, 2019).

첫째, 주정부 또는 지자체에서 제공하는 활동보조서비스(personal assistance services)를 신청하여 직접 이용하는 형태

둘째, 활동보조 지원인을 직접 고용하거나 서비스 제공기관과 계약을

맺어 활동보조서비스를 구매하는 형태

셋째, 앞의 두 가지 형태(공공 서비스 이용과 지원인 직접 고용)를 결합하는 형태

주정부 또는 지자체에서 제공하는 활동보조서비스란 주정부 또는 지자체에 소속된 지원인이 제공하는 활동보조를 이용하는 것을 의미한다. 이것은 공공서비스 개념으로 스웨덴에서는 많은 공공 지원인이 활동하고 있다. 이때 주정부 또는 지자체가 활동보조를 직접 제공한다면 지자체는 IVO에 등록해서 관리 감독을 받아야 한다. 활동보조서비스를 제공하는 공공 지원인은 가활(habilitation)센터에서 정기적 교육을 받으며 그들이 제공하는 활동보조서비스의 질을 향상시키고 있다(최한별, 2017).

장애인 활동보조서비스 제공기관은 세무국(또는 세무사무소 Swedish Tax Agency)에 등록되어 있어야 하며 기관의 지원인에 대한 정보는 사회보험사무소에 알려야 한다. 그리고 제공기관은 활동보조와 관련하여 IVO의 도움을 받거나 관리·감독을 받는다(Forsakringskassan, 2019).

활동보조 지원인을 직접 고용하는 경우 장애인은 세무국에 고용주로 등록해야 하며 지원인은 IVO에 등록해야 한다. 그리고 지원인을 통한 장애인의 활동보조 시간 보고서를 제출해야 한다. 활동보조 예산은 일반적으로 6개월마다 비용을 정산하여 사회보험청에 보고해야 한다. 비용 정산을 위해 총비용과 사회보험청에서 요청하는 경우 교육비 영수증, 지원자의 급여 명세서 및 여행 영수증 등과 같은 문서들을 보관하거나 저장하는 것이 필요하다(Forsakringskassan, 2019).

이러한 다양한 제공 인력 구조는 장애인이 활동보조 예산을 통하여 공공 및 민간 기관의 활동보조서비스를 선택적으로 이용할 수 있기에 활동보조 서비스 제공기관들의 긍정적인 경쟁을 유발하고 장애인의 요구에 적절한

대응을 할 수 있는 서비스 품질 향상에 기여하고 있다(이동석, 2015).

활동보조 지원인으로는 배우자 또는 동반자, 그리고 친척도 가능하다. 그러나 가족이 활동보조 지원인으로 활동하기 위해서는 우선 지자체나 활동보조 제공기관, 또는 활동보조 협동조합 등에 등록되어 있어야 한다(이동석, 2015). 그리고 장애인이 지원인을 직접 고용하는 경우 스웨덴의 LAS(고용 보호법), 휴가법, 노동 환경법, 가사 노동법 등에서 진술한 고용인과 지원인의 관계를 준수해야 한다(Forsakringskassan, 2019).

5. 재정

활동보조 예산은 앞서 보았던 것처럼 20시간을 기준으로 재원 구성과 출처에서 다른 구조를 보이고 있다. 즉 1주일에 20시간 미만의 활동보조를 이용하는 장애인의 경우 ‘특정 기능 손상을 가진 사람들을 위한 지원 및 서비스에 관한 법(LSS)’에 따라서 주정부(또는 지자체)의 예산을 통하여 현금으로 제공된다. 그 반면 1주일에 20시간 이상의 활동보조를 요구하는 장애인에게는 ‘보조 수당에 관한 법(LASS)’에 근거하여 모든 서비스 비용은 사회보험료에서 충당하고 있다. 그리고 사회보험청(Försäkringskassa)에서 장애인에게 현금으로 지급한다(이동석, 2015). 이처럼 활동보조는 모든 사람들의 사회권으로서 사회보험료를 기반으로 하면서 활동보조 시간에 따라서 지자체 예산이 투입되는 구조를 가지고 있다.

활동보조 예산을 받은 장애인은 그 예산을 직접 수령할지 아니면 서비스 제공기관에 지급하도록 할지를 선택할 수 있다(이동석, 2015). 만약 예산을 직접 수령하여 활동보조 지원인을 고용한다면 장애인은 고용주로서의 역할을 담당해야 한다.

6. 쟁점

스웨덴의 개인예산제도는 다른 유럽의 국가들과는 다르게 활동지원 안에서 매우 제한적인 범위로 실시되고 있다. 그리고 활동지원 예산은 개인의 신체활동 및 일상생활 지원을 위한 목적으로 사용해야 하며 정산 과정에서 다소 엄격한 모습을 보인다. 이처럼 제한된 성격의 활동보조 예산임에도 장애인의 자기결정성을 확인할 수 있는 부분이 많이 존재한다.

첫째, 활동보조 예산의 결정 과정에서 자기사정 방식을 통하여 장애인의 욕구를 보장하고 있다는 점이다. 물론 신청 때 케어 매니저와의 사정 과정이 있지만 케어 매니저는 엄격한 판정 대신 장애인이 선택하고 표명한 욕구에 대해 확인하는 역할을 담당한다. 그래서 장애인의 지원 필요성에 대한 당사자의 욕구를 최대한 반영하고 있다.

둘째, 다양한 활동보조 지원 인력의 선택 가능성이다. 장애인은 활동보조 예산을 통하여 공공의 활동보조서비스를 직접 이용하거나 활동보조서비스를 제공하는 민간 기관, 협동조합 등에서 활동보조서비스를 구매할 수 있다. 또한 장애인이 직접 활동보조서비스 지원자를 고용할 수도 있다. 이처럼 다양한 지원 인력 구조는 장애인의 상황에 따라서 지원 인력을 탄력적으로 선택할 수 있다는 점에서 활동지원예산의 유연성을 보여 준다.

셋째, 활동보조 예산을 이용하는 장애인을 위한 다양한 지원기관이 있다. 여기에는 장애인 단체, 활동보조 예산 이용자들이 설립한 기관과 협동조합, 그리고 민간 서비스 제공기관 등이 포함되며, 이들은 장애인 이용자들에게 상담 및 조언, 교육과 훈련뿐 아니라 활동보조 지원인을 위한 다양한 프로그램도 진행하고 있다. 특히 활동보조 예산 이용자들이 설립한 기관은 활동보조 지원 인력 노동조합과의 임금협상 과정에 참여하여 장애인 이용자들의 입장을 대변하고 있다.

결론적으로 스웨덴은 제한된 개인예산제도 형태를 보이고 있지만 장애인들의 선택권과 자기결정권에 기반하고 있음을 알 수 있다. 이것은 활동 보조 예산의 신청 과정에서의 장애인들의 욕구 보장과 유연성 있는 판정 과정, 그리고 지원 인력의 선택 가능성에서 확인할 수 있다. 그리고 활동 보조서비스를 민간 시장에서만 제공하는 것이 아니라 공공 영역에서도 제공하여 국가가 활동지원 서비스를 담당하고 있다는 점은 의미 있는 시사점이라 할 수 있다.

제5절 네덜란드의 개인예산제

1. 제도 개요

가. 제도 개요

네덜란드는 비교적 높은 수준과 넓은 범위를 포괄하는 복지급여를 제공하는 국가로 평가받으며(Houten & Bellemakers, 2002, p.176), 1968년 일찌감치 도입한 장기요양보험제도(특별의료비보장제도, Public Exceptional Medical Expenditure Act: AWBZ)는 포괄 범위가 넓고¹⁹⁾ 급여 수준이 관대하며 공공 재원 성격이 강하게 드러나는 등²⁰⁾

19) 장기요양제도는 신체 및 정신장애인, 만성 정신질환자, 신체 질환이나 치매로 돌봄이 필요한 노인 등 돌봄이 필요한 거의 모든 사람에 대한 폭넓은 돌봄 서비스를 제공한다(Maarse & Jeurissen, 2016, p.241).

AWBZ 급여는 초기에 요양호와 정신적 장애인을 위한 거주시설이었으며 점차 재가 돌봄 서비스(1980), 외래정신과진료(1982), 노쇠와 치매 등 정신적 문제가 있거나 산후조리를 위한 돌봄 지원(1989), 노인에 대한 거주 돌봄 서비스(1997)로 포괄 범위를 확대하였다(Alders & Schut, 2019, p.313).

20) AWBZ은 2012년 총지출액 중 이용자 부담금(소득 비례) 비율이 약 8%에 불과해 공공

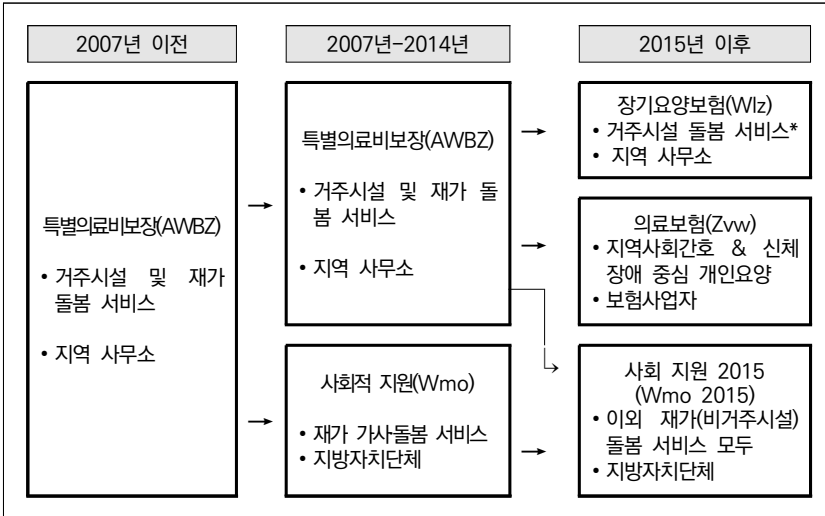
노르딕 국가의 특성을 보이는 것으로 인정받고 있다(Alders & Schut, 2019, p.313). 그러나 한편으로는 2007년 지자체가 운영하는 돌봄 지원 서비스인 ‘사회지원 법(The Social Support Act: Wmo)’의 도입이나, 2015년 실시된 장기요양 체제의 개혁은 공적 돌봄 제도의 재정적 지속가능성에 대한 우려를 배경으로 이루어졌다. 이는 포괄적인 장기요양 자격 범위, 거주시설 서비스의 높은 비중,²¹⁾ 제도의 효율적 운영에 대한 인센티브 부재 등에 따라 장기요양 재정에 대한 사회적 우려가 논의된바 이에 따른 개선의 노력으로 나타난 결과물인 것이다(Alders & Schut, 2019, p.313).

장기요양 재정의 지속가능성을 위하여 돌봄의 규범 전환을 지향하는 변화를 꾀하고 있는데, 이는 개인과 지역사회의 책임을 높이고 공공이 책임지는 돌봄의 범위와의 건강한 균형점(지속가능성을 고려한)을 찾고자 하는 노력이다. 장기요양 개혁의 주 내용은 공공 돌봄에서 거주시설의 축소(경증의 환자장애인만을 위한 요양원의 폐쇄 조치 등), 비거주시설을 중심으로 하는 지역화(장기요양보험에서 지자체로의 책임 이전), 전체적인 장기요양 예산의 삭감 등이며, 이와 함께 지역 단위의 이웃 간 돌봄 네트워크(co-operative networks)의 형성을 유도하여 비공식 돌봄을 지원하고 장려하는 정책 방향성이 있다. 이러한 비공식 돌봄 제공에 대해서는 개인예산제를 통해 재정적 지원이 이루어지는 순환 체계를 설정하고 있다(Maarse & Jeurissen, 2016, p. 242).

재정 지원 성격이 강하다(Maarse & Jeurissen, 2016, p.242).

21) 2014. 1월 기준, 장기요양 이용자의 거주시설 서비스와 비거주시설 서비스 이용 비중은 약 45:55이다(Maarse & Jeurissen, 2016, p.241).

[그림 3-4] 2015년 개혁과 장기요양 관련 법령 변화



주: 1) *집중 지원이 필요한 재가(비거주시설) 돌봄 서비스 포함.

2) 2015년까지 특별의료비보장제도(AWBZ)는 장기요양 지출의 95%, 사회적 지원(Wmo)은 5% 비중(동일 출처, p.242).

자료: Maarse & Jeurissen. (2016). The policy and politics of the 2015 long-termcare for min the Netherlands. Health Policy, 120(3), 241-245. p.243 그림 발췌

구체적으로 2007년 사회 지원법(Wmo)을 도입하면서 특별의료비보장 제도에서 지원하던 재가 가사돌봄 지원 서비스 등을 지자체 운영의 사회 지원법 체제로 이전하였다. 2015년 장기요양 개혁에서는 특별의료비보장제도(AWBZ)의 급여를 장기요양보험(Wlz), 사회 지원법(Wmo), 의료 보험(Zvw)으로 분산 이전하여 서비스 제공 체계를 구조조정하였다. 우선 장기요양보험으로의 변화를 보면, 특별의료비보장제도(AWBZ)와 장기요양보험(Wlz)은 운영 구조를 유사하게 하되, 특별의료비보장제도가 광범위한 서비스(급여), 엄격하지 않은 자격 기준 등으로 돌봄 서비스를 포괄적으로 제공했다면, 장기요양보험은 돌봄 필요가 가장 높은 집단에 대한 지원으로 거주시설 서비스, 집중적인 재가 서비스가 필요한 경우로 대상

집단을 좁혔다(Alders & Schut, 2019, p. 314). 그리고 돌봄 욕구의 정도가 낮다고 평가된 집단, 일반적인 재가 서비스(비거주시설 서비스)를 필요로 하는 경우는 지자체가 운영하는 사회 지원법(Wmo)으로 이전하였으며, 만 18세 미만 청소년에 대한 지원도 지자체 운영으로 이전하였다. 또한 지역사회 간호 서비스를 의료보험의 기본 패키지에 포함시키고(Alders & Schut, 2019, p. 313), 신체장애인에 대한 개인 요양 급여를 의료보험으로 이전하는 등 서비스 제공 체계를 조정하였다.

이러한 장기요양제도의 변화로 제기된 문제들을 살펴보면, 우선 돌봄 서비스의 지역화 추진이 일면 지역적 특성에 따른 맞춤형, 지역 내 유사 사회서비스(주거 지원, 교통 지원, 복지 프로그램 등)와의 통합된 서비스 제공으로 효율적인 지원이 가능할 것이라는 기대가 있었지만(Maarse & Jeurissen, 2016, p. 243), 사회 지원법의 돌봄 지원은 서비스 제공에서 지역별 편차가 있었고, 나아가 사회 지원법 예산 삭감에 따른 이용료 삭감과 관련 서비스 제공자들의 불만 증가, 다른 영역 서비스 연계 등을 통한 이용자 중심 서비스 제공의 한계, 이용자 돌봄 시간 감소에 따른 이의 신청 증가와 이에 따른 행정 비용 증가 등의 문제가 나타나면서 지역화에 대해 지나치게 낙관적인 태도로 접근했다는 비판이 제기되었다(Maarse & Jeurissen, 2016, p. 244). 아울러 전체적인 예산 삭감의 기초 아래 장기요양보험법, 사회 지원법, 의료보험법 체계 간의 비용(이용자) 전가의 문제, 각 제도의 조화로운 연계를 위한 제도 내 조정의 필요와 이를 위한 ICT 기반 인프라 구축의 미흡 등의 문제가 제기되었다(Maarse & Jeurissen, 2016, pp. 243-244).

〈표 3-18〉 네덜란드의 장기요양 관련 주요 법률

법 령	내 용
장기요양보험법 (Wlz)	- 특별의료비보장제도(AWBZ)에서 지원하는 장기요양 지원 체계로 네덜란드 거주자나 네덜란드에서 근로하는 경우에 자동적으로 보험 가입됨 - 집중적인 간호를 동반한 장기요양의 필요가 있는 경우, 24시간 동안 지원과 지켜봄이 필요한 경우, 노인과 중증장애를 가진 경우 등 모든 돌봄 지원 서비스를 포괄함 - 시설 돌봄 서비스와 재가 서비스가 있으며, 급여 내용은 현물 급여, 현금 급여(개인예산제), 두 형태의 혼용이 모두 가능함 - 돌봄은 돌봄에 대한 독립 사정기관(CIZ)이 사정하며, 사정 결과에 따른 돌봄 욕구에 대해서는 권리로서의 서비스 이용이 가능함 - Wlz은 권리에 기반한 프로그램임
사회 지원법 (Wmo 2015)	- Wmo는 네덜란드 정부가 장기요양의 지방 이양(지방분권)을 염두에 두고 도입한, 조세 기반의 지자체가 책임을 지는 돌봄 서비스임. - 주목적은 개인이 가능한 한 자신의 거주지에서 사회에 참여하며 자립적으로 생활할 수 있도록 지원하는 것임 - 지원 서비스는 ‘사회에 대한 참여 지원’, ‘자립생활 지원’, ‘가사, 청소 지원’, ‘작업인 돌봄 제공자 지원’ 서비스 등임 - 지자체가 제공 서비스, 서비스 이용 자격 기준 등에 자율적 재량권을 가지고 운영할 수 있으며, 개인의 돌봄 욕구를 사정할 경우 환경을 포함한 포괄적인 사정을 해야 함(개인의 사회관계망 수준, 현재 환경 등을 고려할 때 독립적으로 생활할 수 있는 정도인가를 자체적으로 결정할 수 있고 이에 따라 서비스 이용 자격을 부여할 수 있음) - 이용자(신청자)의 이의신청에 대응해야 함
아동법 (Jeugdwet 2015)	- 특별의료비보장제도(AWBZ)에서 지원하던 장애 아동, 장애 청소년에 대한 지원 내용이 아동법(Jeugdwet) 2015로 이전된 것임 - 18세 미만의 정신적 장애로 인한 지원-정신건강 지원, 부모 지원, 장애 아동에 대한 사회적 지원 등을 포함함 - 다른 법-제도에서 지원하는 서비스와 중복되지 않는다면 23세까지 서비스 이용이 가능함 - 아동 및 청소년에 대한 의료보험(Zvw)에서의 지원, 사회 지원법(Wmo)에 따른 지자체 지원의 사회적 지원, 돌봄 지원이 본 법으로 이전됨 - 그럼에도 불구하고, 아동-청소년의 돌봄 필요 수준이 높아 장기요양보험과 의료보험의 지원이 가능한 경우는 아동법 지원에서 제외되고 장기요양보험, 의료보험 지원 서비스를 이용함 - 지자체가 아동법을 실행하는 기본 원리는 아동은 건강하고 안전한 방식으로 자립적인 가족의 생활, 사회 참여를 할 수 있는 환경에서 성장해야 한다는 것임
의료보험법 (Zvw)	- 특별의료비보장제도(AWBZ)의 일반적인 돌봄 서비스 중 일부 현물 급여(서비스)가 의료보험체제로 이전됨 - 이전된 내용은 다음과 같음 · 감각장애와 관련된 돌봄 서비스

법령	내용
	· 방문 간호 서비스(방문 간호 서비스에 대한 개인예산제) · 2~3년차의 치료 중심의 병원 이용 정신건강 서비스 - 방문 간호 서비스는 의료보험체제로 중앙화 및 일원화가 되었는데 이는 노인 등 개인이 거주지에서 가능한 한 계속 생활할 수 있도록 하는 지원 서비스이기 때문임

자료: Pike, O’Nolan, & Farragher. (2016). Individualised budgeting for social careservices for people with disability : International approaches and evidence on financial sustainability. Health Research Board, Dublin. pp. 114-115 내용을 연구자가 정리함.

나. 도입 배경 및 연혁

돌봄의 이용자 중심, 자유로운 선택이 가능한 시스템으로의 전환인 개인예산제는 1988년 장애인 단체(the Dutch Council for Handicapped People)가 보고서²²⁾ 중 제안한 ‘이용자 예산(client budget)’이 도입 논의의 시작점이라 할 수 있다(Kremer, 2006, p. 386). 이후 1995-1996년에 특별의료비보장제도(AWBZ)의 비거주시설 돌봄 서비스와 정보 제공 및 상담 지원에서 개인예산제를 도입하였는데, 제도 도입의 강력한 추동 요인은 장기요양보험 체계, 보건의료서비스 영역에의 시장 기제 도입이라고 할 수 있다. 1990년대 네덜란드 정부는 냉전 이후 신자유주의 영향으로 에너지, 대중교통, 통신 영역 등 공공 영역에 시장 기제를 도입하여 민영화를 추진하는데 보건의료 영역도 시장 기제를 중심으로 재설계가 필요한 것으로 판단하였다. 이는 장기요양 체계에 시장 기제를 도입할 필요가 있고, 이를 통해 서비스 제공의 효율성 증진, 이용자 중심의 서비스 제공 등 서비스의 질 향상을 도모할 수 있다는

22) 장애인 단체가 보고서에서 제시한 장기요양 시스템의 문제는 1) 제도의 투명성 문제 2) 돌봄 근로자의 잦은 교체 3) 돌봄 제공 시간의 비유연성 4) 돌봄 제공의 무개별화 5) 돌봄 시간의 부족이다(Kremer, 2006, pp. 386-387).

기대감 때문이었다.²³⁾ 장기요양에서 개인예산제 도입은 보험자가 아닌 돌봄 서비스 이용자가 돌봄 서비스 선택의 권한을 가짐을 의미하며 서비스 제공 기관이 돌봄 서비스 이용자의 욕구에 대응하는 서비스를 제공할 것이라는 기대, 기존 시장(기관)에서 제공하지 않는 개별 욕구에 맞는 맞춤형 서비스 이용이 가능할 것이라는 기대에 따른 것이다. 또한 보험 사업자를 통하지 않음에 따른 간접비용 절감이라는 경제적 효율도 장점으로 부각되었다.

한편 개인예산제는 도입 초기에 요구 증가에 따른 연 예산 비용이 초과되는데²⁴⁾ 개인예산의 적절하지 않은 사용에 대한 정치적 담론이 형성되면서 개인의 적절한 비용 지출을 위한 통제의 필요성이 제기되었다. 이에 따라 개인예산제 이용자에게 지속적인 행정 자료를 요구하는 방향으로 개인예산제에 대한 통제를 높이고, 그럼으로써 개인예산제가 지속적으로 운영되도록 하였다.²⁵⁾ 이러한 개인예산제에 대한 통제의 노력은 장기요양 재정의 지속가능성 논의와 함께 이루어지고 있다. 또한 개인예산제는 1997년부터 가족, 친인척 등 가족(비공식) 돌봄 제공자에게 예산을 사용하는 것이 허용되었다(Kremer, 2006, p. 389).

개인예산제는 장기요양보험(Wlz), 사회적 지원 서비스(Wmo), 의료보험(Zvw) 제도 내에서 각각 운영되어 이용자가 선택할 수 있으며 제도의

23) 당시 정부는 보건의료 영역의 문제가 욕구(수요)와 공급 간 효율적 연계가 이루어지지 않는다는 점이라고 보았는데 이러한 이용자 선택의 제한, 정부 정책의 영향력 한계, 수요와 공급의 빈약한 연계가 시장 기제의 부족에 기인한다고 보았다.

24) 도입 초기 개인예산제 예산의 증가는 현물 급여 감소를 동반하지 않았다는 점에서 사회적 관심을 받았고, 정부는 이에 대해 급여의 현금 지급 방식이 수요 증가에 기여할 수 있음, 특별의료비 보장제도의 이용 자격 기준의 모호함, 예산제의 부적절한 사용 가능성을 그 이유로 보았다(Mot, 2010, p. 40).

25) 이에 대해서 개인예산제가 자유시장 기제 강화를 위해 도입되었으나 결국 정부 관료제적 관리가 필요함에 따라 행정적 통제에 주안점을 두게 되었다는 비판이 있다. 개인예산제 이용자는 보험사업자(Wlz), 지자체(Wmo)에 2년마다 재사정, 1년마다 신청서 제출, 6개월마다 개인예산을 책임있게 사용하고 있다는 확인서를 제출하는 등 정기적인 행정적 복잡성이 있다(Est & Bähre, 2013, p. 111).

중복 이용이 가능하다. 이런 이유로 돌봄 서비스 제도별 이용자 선택권을 강화한 이용 트랙의 성격으로 이해할 수 있다. 후술되는 내용은 영역별로 장기요양 제도의 개괄적인 소개를 하고 개인예산제에 대한 내용을 이어서 기술하는 방식으로 하였다.

2. 대상(할당)

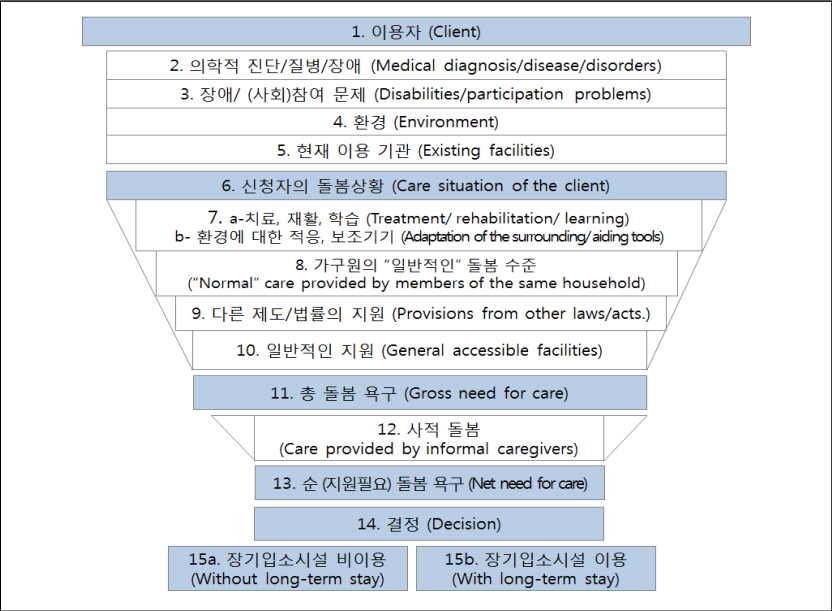
가. 대상자 선정 기준

1) 장기요양보험

장기요양법은 돌봄이 필요한 경우 권리에 기반한 서비스 지원이 이루어진다. 2015년 1월 네덜란드의 장기요양제도의 개혁 이후부터 장기요양보험(Wlz)의 지원 대상은 전신인 특별의료비보장제도보다 협소해져서 가장 돌봄 욕구가 높은 집단(중증 치매 노인, 중증 신체 및 정신적 장애인, 만성 정신질환자 등) 가운데 지속적인 돌봄이 필요하여 거주시설 서비스 혹은 집중적인 재가 서비스를 지원하는 경우로 한정되었다 (Ministry of health, welfare and sport, 2018, p. 13).

장기요양보험(Wlz)의 서비스 이용 자격은 독립 판정 기관(CIZ)에서 신청자의 이용 자격에 대해 공식적으로 판정한 결과에 따른다. CIZ는 신청자의 신청 내용을 근거로 평가를 하며 CIZ가 돌봄 욕구를 사정하여 결정하는 과정은 다음의 단계를 거친다.

[그림 3-5] CIZ의 평가 모형(Funnel Model)



자료: Rolden & Waal. (2012). Coordination of health care services in the Netherlands. Leyden Academy on Vitality and Ageing. <https://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출 p. 38의 그림 발췌

〈표 3-19〉 CIZ의 평가 모형(Funnel Model)의 단계별 내용

	CIZ 평가 모형의 단계별 내용
1. 이용자	돌봄 필요자(노인, 장애인 등)가 서비스 신청 (돌봄 필요자의 요청에 의해 대리인(보건의로 전문가 등)도 신청 가능)
2. 의학적 진단 /질병/장애	○ CIZ는 AWBZ가 지원할 타당한 근거가 있는지 조사 — 2개의 주요 근거와 하위 6개 영역이 있음 — 2개의 주요 근거 ① 신체질환, 노인성 치매, 정신질환 등의 질환이 있는 경우 ② 정신적, 신체적, 감각적 장애가 있는 경우 — 기능 장애는 0-3의 척도로 평가 0. 문제 없음 / 주위 사람의 도움을 필요로 하지 않음 1. 문제 있음 / 도움, 조언 혹은 지도가 가끔 필요함 2. 문제 있음 / 도움, 조언 혹은 지도가 자주 필요함 3. 문제 있음 / 도움, 조언 혹은 지도가 언제나 필요함

	CIZ 평가 모형의 단계별 내용
3. 장애 / (사회)참여 문제	○ 장애와 이로 인한 (사회)참여의 문제가 있는지는 0-3의 척도로 평가 0. 혼자 활동을 할 수 있음 / 주위 사람의 도움이 필요하지 않음 1. 혼자 활동을 할 수 있음 / 주위 사람의 조언, 시연이 필요함 2. 이러한 활동을 거의 하지 못함 / 주위 사람의 도움이 필요함 3. 혼자서는 이러한 활동을 하지 못함 / 주위 사람의 인계가 필요함
4. 환경	○ 환경에 대한 평가는 주요 3개 요인에 대해서 이루어짐 — 다른 돌봄 기관과 사적 돌봄 제공자가 지원하는 돌봄 활동의 성격과 규모(사적 돌봄 제공자: 가족원, 이웃, 친구 등 포함) — 다른 돌봄 기관과 사적 돌봄 제공자의 건강, 현재 돌봄 부담, 돌봄 가능성 — 개인의 현재 생활 환경 / 돌봄 필요자의 가정, 주위 환경, 생활 행동에 대해 가능한 문제, 이동에 대한 가능한 욕구
5. 현재 이용 기관	○ 신청자가 생활, 공공보건, 보건의료, 고용과 교육 등 영역의 법률, 제도에서 지원받는 내용
6. 신청자의 돌봄 상황	CIZ는 돌봄 필요자 상태와 환경을 고려하여 돌봄 필요자와 돌봄 환경을 명확하게 함
7. a-치료, 재활, 학습 b-환경에 대한 적응,보조기기	— CIZ는 치료·재활·학습 등을 이용하여 돌봄 문제에 적절한 해법을 제시할 수 있는지에 무게를 둠 — 치료는 수술 등과 같이 위험 요인이 있는 경우 강제할 수 없음 — 이 외에 돌봄 필요자의 상황을 개선할 수 있는 다른 대안이 있다면, AWBZ가 제공하는 돌봄 지원보다 우선시됨
8. 가구원의 '일반적인' 돌봄 수준	— '일반적인 돌봄'은 배우자, 부모, 자녀 등 동거인이 서로 지원하는 게 일반적인 것(normal)으로 여겨지는 범위의 돌봄임 — 가족(동거인)의 과도한 돌봄 부담의 가능성도 같이 고려함
9. 다른 제도/법률의 지원	— 돌봄이 필요한 상황에서, AWBZ는 타 제도에서 지원하지 않는 내용에 대해서만 지원함(타 제도의 지원 내용이 AWBZ 지원보다 우선시됨) — 예로, ZVX(건강보험)에서 신청자에게 필요한 보건의료, 복지서비스 등을 제공한다면 이 서비스는 AWBZ 서비스보다 우선적으로 제공됨
10. 일반적인 지원	— 일반적 지원은 법으로 규정되어 있지 않으나, 돌봄 필요자가 필요로 하는 부분에 대한 해결을 위한 것임(쇼핑 지원 서비스, 자녀양육지원 시설 이용 등)
11. 총 돌봄 욕구	숙박(의식주)을 제외한, 돌봄 필요의 성격(특성), 규모, 기간, 지원 방식에 대한 평가
12. 사적 돌봄	— 사적 돌봄 제공자의 자발적 지원으로 이루어지는 부분에 대한 평가 — 아울러, 사적 돌봄 제공자의 현재 의도하는, 미래에도 할 수 있는 돌봄 지원을 평가
13. 순(지원 필요) 돌봄 욕구	- 총 돌봄 욕구에서 사적 돌봄 제공자에 의한 돌봄을 제외한 부분임 — 신청서 접수 후 6주 안에 결정이 신청자에게 전달 — 원칙적으로 결정 내용은 15년까지 유효하나, 일반적으로는 더 자주 평가를 함 • 비진행성 장애가 있는 청년의 경우, 이 돌봄 욕구 결정 내용은 15년

	CIZ 평가 모형의 단계별 내용
	까지 유효할 수 있음 • 장기요양을 필요로 하는 질환자의 경우 고비용의 서비스를 필요로 할 수 있으므로 더 짧은 주기로 평가 실시(노인 등)
14. 결정	결정 내용에 예방 혹은 치료적인 생활환경 지원, 지속적인 지원(permanent supervision)의 필요가 포함된 경우, 장기요양시설 입소 가능
15. a-장기입소시설 비용 b-장기입소시설 이용	

자료: Rolden & Waal. (2012). Coordination of health care services in the Netherlands. Leyden academy on Vitality and Ageing. <https://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출 pp. 39-41. 재구성.

〈표 3-20〉 서비스 신청자 진단평가에 참여하는 전문가(특별의료비보장제도)

	일반의 (General Practitioner)	관련 전문가 (specialist)	GZ-(진단 전문)심리사	의료 교육자
신체질환자 / 제약자	○	○		
노인성 치매 등 정신질환	○	○	○	
정신질환자	○	○	○	
신체장애인	○	○		
지적장애인	○	○	○	○
감각장애인	○	○		

주: GZ-(진단전문)심리사는 건강돌봄 심리사로, 진단에 대해 전문성을 가지는 심리사임.
자료: Rolden & Waal. (2012). Coordination of health care services in the Netherlands. Leyden academy on Vitality and Ageing. <https://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출 p. 42의 표 발췌

CIZ에서 돌봄 욕구 사정을 통해 제시된 평가 결과는 전국 31개소로 나눠 운영되고 있는 요양 사무소(the healthcare administration office)에 고지되며, 지역 요양 사무소는 돌봄 신청자로부터 필요한 돌봄 서비스, 선호하는 서비스 제공자 등을 파악하여 서비스 제공자와의 계약을 통해 돌봄 신청자가 서비스를 이용하도록 지원한다(Ministry of health,

welfare and sport, 2018, p. 15).

장기요양보험에서 개인예산제를 이용하고자 하는 경우 신청자는 예산 활용 계획(a budget plan)을 세워서 지역 요양 사무소에 제출하는데, 계획에는 어떤 돌봄 서비스를 이용할지, 어떤 기관(사람)에서 돌봄 서비스를 이용할지 등을 작성해야 한다(Government of the Netherlands, 2019a). 지역 요양 사무소에서는 이용 가능한 서비스 제공자 정보를 돌봄 신청자에게 제공하며, 신청자는 직접 돌봄제공자(기관)를 선택하여 계약을 맺고 서비스를 이용할 수 있다. 돌봄 서비스 제공자는 지역 요양 사무소가 동의한 예산 활용 계획을 바탕으로 신청자와의 계약에 근거하여 서비스를 제공한다(Ministry of health, welfare and sport, 2018, p. 16).

2) 사회 지원법(Wmo, The Social Support Act)

사회 지원법(Wmo)은 시민이라면 자기 자신을 스스로 돌볼 수 있다는 이상적인 가정을 근간으로 한다. 이는 비공식 돌봄을 이용하든지 사적 시장에서 비용을 지불하고 서비스를 구매하든지 관계없이 모든 방법을 포함한다. 이러한 방식이 충분하지 않다면 지자체에 돌봄 서비스를 신청할 수 있으며 지자체는 이 신청을 바탕으로 사정·평가를 하고 서비스를 제공하여 대응해야 한다(Mot, 2010, p. 17). 사회 지원법은 장기요양법과 달리 권리 기반의 서비스는 아니며(Pike, O'Nolan, & Farragher, 2016, p. 34), 사회 지원법 제4조에 따라 지역의 장애인, 만성질환자 등이 자립적인 가정생활을 하고 집 안팎에서 '보통의 활동'에 참여할 수 있도록 지원해야 하는 의무를 가진다.

지자체는 대상자 선정 기준, 서비스 제공 내용과 양, 제공 방식 등에서 재량권을 가지고 지원할 수 있다. 사회 지원법 서비스를 이용하고자 하는 경우 지자체의 'Wmo Help Desk'에 신청하며, 신청자의 돌봄 욕구 평가

는 지역 의회(local council)가 한다. 일반적으로 지자체는 신청자의 돌봄 욕구 사정을 위해 CIZ 및 다른 욕구 사정 기관과 계약을 맺는데,²⁶⁾ 돌봄 욕구의 사정 과정에서 지자체는 신청자를 지자체와 독립적인 관계인 기관이 지원하도록 해야 하며,²⁷⁾ 돌봄 욕구의 사정과 결과 통보는 6주 안에 이루어지도록 해야 한다. 사회 지원법에 따른 지자체의 의무 사항은 다음과 같다.

- 서비스 이용자 기준을 정하고, 이용자의 이용료 책정 (지자체 자율에 따름)
- 돌봄 욕구 사정 기준과 실시 / CIZ의 기준을 준용하거나 다른 유사한 돌봄 욕구 사정 기관의 기준을 사용할 수 있음. 지자체가 자체적인 돌봄 욕구 사정 기준을 정할 경우 ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health) 기준에 준용할 것을 권장
- 서비스 제공 (개인예산제 / 지자체의 재가 지원 서비스 제공), 혹은 영리 서비스 제공자와 계약을 통한 서비스 제공 가능
- 민원과 돌봄 욕구 사정에 대한 대응 의무
- 예산 수준 결정: 중앙정부가 관리하여 결정하는 지자체 조세와 지자체 기금을 통해 재원으로 이용

사회 지원법에서 개인예산제를 이용하고자 하는 경우 개인예산제를 이용해야 하는 사유를 지자체에 제출해야 하며 지자체는 그 내용의 적절성을 평가하여 이용 승인을 한다(Government of the Netherlands, 2019a).

26) 지자체의 52%는 CIZ, 다른 욕구사정 기관에 같이 업무를 맡기고, 28%는 지자체가 돌봄 욕구 사정 업무를 수행하며, 21%는 CIZ(혹은 다른 욕구사정 기관)에 전적으로 욕구사정 업무를 위탁하는 것으로 나타났다(Mot, 2010, p. 21).

27) 돌봄 욕구 사정 과정에서의 지원 서비스는 무료로 이용할 수 있음.

나. 이용자 규모

2014년 기준 장기요양 서비스 이용자 규모는 네덜란드 인구의 약 5%이고, 이용자 중 65세 이상 노인이 56%로 절반 이상을 차지하며, 또한 노인 인구 중 15%가 장기요양 서비스를 이용하고 있다(Maarse & Jeurissen, 2016, pp. 241-242).

개인예산제는 도입 초기부터 지속적인 증가세를 보이는데, 도입 시기인 1996년에 5400명에 불과하던 이용자 수는 2002년에 4만 8000명으로 거의 10배 가까이 증가하였고, 2006년에는 8만 7000명으로 증가하였다. 2014년 기준 약 12만 명이 개인예산제를 이용하는 것으로 볼 수 있다.²⁸⁾

〈표 3-21〉 개인예산제 이용자 수(1996~2006년)

(단위: 명)

	1996년	1998년	2000년	2002년	2004년*	2006년*
PGB 이용자 수	5,401	10,410	22,618	48,039	64,818	87,642
VV/노인 돌봄	4,000	7,118	16,282	34,544	-	-
VG/지적장애	1,400	3,101	6,195	11,197	-	-
GG/심리(정신)적 장애	1	125	141	2,203	-	-
LG/신체장애	0	0	0	95	-	-

주: 2004년, 2006년 자료 출처는 Mot(2010, p. 39)임.

원자료: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003). Persoonsgebonden Budgetten, Tweede Kamer, vergaderjaar 2002 2003 25657(2).

자료: 1) Kremer.(2006). Consumers in charge of care: The Dutch personal budget and its impact on the market, professionals and the family. European Societies, 8(3), 385-401. p. 389.

2) Mot. (2010). The Dutch system of long-term care. CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. p. 39.

28) 모두 장기요양보험(AWBZ)의 개인예산제 이용자 수입.

〈표 3-22〉 특별의료비보장제도 및 사회 지원법 이용자 수

(단위: 천 명)

		2010	2011	2012	2013	2014
특별 의료비보 장 제도 (AWBZ)	(욕구 판정)					
	— CIZ에서 돌봄 욕구가 있다 고 판정받은 사람	734	768	793	793	801
	• 거주시설 이용 가능	325	342	354	334	326
	• 거주시설 비이용	408	426	439	458	478
	(서비스 이용)					
	— PGB 이용자 수	121	139	129	122	119
	— 연령 기준 만 18세 이상의 이용자 수	463	562	574	574	580
사회 지원법 (Wmo)	• 거주시설 이용	254	260	261	249	246
	• 비거주시설 서비스 이용 ¹⁾	212	309	319	329	338
	재가 서비스 이용자 수 ²⁾ (가정간호 포함)	431.3	444.5	443.2	414.1	378.6

주: 1) 2010년부터 지도(guidance) 서비스가 장기요양에 포함되었고 2011년부터 자료에 포함됨

2) (장기요양법 등에 의해) 가정간호를 이용하는 수치는 포함되지 않음

자료: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Rijksbegroting 2016-XVI Volksgezondheid Welzijn en sport. <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport> 에서 2019.10.1. 인출 pp. 151-152. 〈표 7〉 중 일부 발췌

개인예산제 이용자 특성에 대해 Ramakers, Schellingerhout, van den Wijngaart, & Miedema(2008)가 CIZ 데이터 분석을 통해 제시한 자료를 보면, 개인예산제 이용에 연령별 선호 정도가 있으며 정신적 장애 아동의 이용 증가 추세를 확인할 수 있다. 75~84세 중 8.6%가 개인예산제를 더 선호한 반면 18~49세의 경우는 31.8%가 개인예산제를 더 선호하였고(Mot, 2010, p. 38에서 재인용), 장기요양보험(AWBZ)의 개인예산제는 장애인 또는 만성 정신질환자의 이용이 약 3분의 2를 차지하는 등 비중이 높았다(Maarse & Jeurissen, 2016, p. 242). 또한 2004~2007년의 개인예산제 이용자 분석에 따르면 18세 미만 정신적 장애 아동의 개인예산제 이용이 증가하였는데, 개인예산제 내 점유율이 2004년의 24%

에서 2007년에는 29%로 증가한 것이다. 물론 성인 신체장애인의 점유 비율이 35%로 가장 많은 비중을 차지한다(Mot, 2010, p. 40).

3. 급여

가. 급여 형태

1) 장기요양보험법

장기요양보험은 주로 돌봄 욕구가 높은 집단에 대한 지원을 하며 대상으로 선정된 경우 폭넓은 범위에서 돌봄 지원 서비스를 이용할 수 있다. 대체로 서비스 제공자와 함께 계약 형태를 통해 필요한 서비스를 구조화하여 이용할 수 있다. 장기요양보험에서 지원하는 서비스 유형은 다음과 같다.

〈표 3-23〉 장기요양보험 지원 서비스 유형

유형	서비스 내용
거주시설 서비스	장기 거주시설, 요양원, 정신적 장애인을 위해 설계된 거주시설 이용
신변 지원 서비스	씻기, 옷 입기, 화장실 이용, 식사, 식음 지원
자기주도적 돌봄 지원	하루 활동 계획하기 지원, 이용자가 생활에서 주도적일 수 있도록 지원, 가사일 수행 학습 지원
간호 지원(nursing care)	의료적 지원(예: 상처 치료, 주사 처방 관리 등)
장기요양법에 따른 치료	구체적인 상황에서 개선과 회복을 돕는 의료, 준의료 혹은 행동치료 지원
주간 활동센터, 주간 치료센터 이용 시 이동 서비스	이용자의 의료적인 상태로 인하여 센터 이동을 자립적으로 할 수 없는 경우 이용

자료: Ministry of health, welfare and sport (2018). Ministry of Health, Welfare and Sport. (2018). Healthcare in the Netherlands. p. 15 재구성.

돌봄 욕구 판정에 따라 3일 이상 거주시설 입소가 필요한 중증 돌봄 필요자에게는 ‘돌봄 수준에 따른 패키지(care weight package, ZZP)’ 서비스를 지원한다. 이용하는 돌봄 서비스의 유형에 따라 ZZP 코드를 달리 하는데, 노인(신체 노화, 심리정서적 노화) VV, 정신적 장애 VG, 경미한 정신적 장애 LVG, 중증 문제 행동을 동반한 경미한 정신적 장애 SGLVG, 신체적 장애 LG, 감각장애(시각·청각) ZG, 정신 질환 GGZ와 같다(Rolden & Waal, 2012, p. 44). 이용자의 돌봄 욕구 수준이 ‘3일 이상 거주시설 입소’ 기준에 미치지 않는 경우는 이용자의 기능 수준에 따라 서비스가 지원된다(Rolden & Waal, 2012, p. 43).

현금 형태로 지급되는 개인예산제는 소득으로 간주되지 않으며, 장기요양보험에서 개인예산제를 이용하더라도 사회 지원법, 의료보험에서의 개인예산제를 신청할 수 있다(Pike et al., 2016). 개인예산제 급여액은 장기요양보험과 사회적 지원법의 현물 급여 대비 66%의 비율로 환산한 수준인데(Pike et al., 2016, p. 33),²⁹⁾ 현금 급여로 변화되면서 금액이 낮아지는 이유는 서비스 구매에서 효율적일 것이라는 가정에 근거한다. 2012년부터 재가 서비스로 판정받은 경우에 한하여 개인예산제를 사용할 수 있으며 거주시설 서비스를 이용하는 경우 개인예산제를 신청할 수 없다. 다만 2012년 이전부터 개인예산제를 이용해 온 경우는 2014년까지 이용할 수 있다(Rolden & Waal, 2012, p. 31).

장기요양보험의 개인예산제에서 사용하지 못하는 영역은 대안 성격의 치료와 의료적 성격의 치료 대부분, 물리치료 등의 건강관리와 관련된 전문가의 치료 서비스이다(Ginneken et al., 2012, p. 4). 의료적 치료 지원은 건강보험법에 의해 지원되고, 건강 관련 전문가 치료 서비스는 추가

29) 현물 급여에 대한 개인예산제 환산 비율은 변화하는데, Mot(2010, p. 38)에 따르면 25% 낮은 금액으로 현금 지원을 받는다.

적인 개인 보험으로 이용한다.

2) 사회 지원법

2007년 이후 특별의료비보장제도에서 재가 지원 서비스가 사회 지원법으로 이전되었고, 2015년 장기요양 개혁 이후 사회활동지원(Support services), 주간보호 및 낮 활동지원 서비스 등이 사회 지원법으로 이전되었다. 지자체가 운영하는 사회 지원법의 지원 내용은 다음과 같다 (Ministry of health, welfare and sport, 2018, p. 17).

- 일상생활 지원 및 주간 활동 및 프로그램 지원
- 가사 지원
- 비공식 돌봄자, 자원봉사자를 활용한 지원
- 만성 심리·정신 장애가 있는 경우에 대한 보호시설
- 가정폭력 피해자, 아동에 대한 지원
- 노숙인 등을 위한 사회적 활동 지원
- 휠체어 등 (의료)보조기기 지원
- 여가활동을 위한 이동 지원

나. 급여 수준

거주시설 이용자의 경우 중앙관리사무소(CAK)는 ZZP 수준에 따라 이용자에 대한 비용 지원을 하는데, 예를 들면 거주시설(요양원, a nursing home)이 장기요양보험 이용자를 받게 되면 이용자에게 배정된 코드의 단계에 따라 책정된 지원금을 받게 된다(Rolden & Waal, 2012, pp.43-44).

예를 들어 VV 코드의 경우 돌봄은 7개 요인에 따라 분류되는데, VV9

와 VV10은 특별 단기 이용자를 대상으로 하는 코드로 VV9는 (단기)재활 필요 대상자, VV10은 집에 거주할 수 없는 불치 환자(임종을 앞둔)를 대상으로 하는 서비스이다(Rolden & Waal, 2012, pp.43-44). 가장 높은 수준의 돌봄 패키지 VV8에는 194.20유로를 지원하고 가장 낮은 단계라 볼 수 있는 VV1에는 58.55유로를 지원하는 등 장기요양기금에서 서비스 제공자에게 지원하는 지원금이 VV코드 단계에 따라 차이가 있다(Rolden & Waal, 2012, pp.43-44).

〈표 3-24〉 VV-ZZP 코드 예

ZZP	상담 지원		돌봄 지원			지역 사회 간호	문제 행동
	사회 자립 수준	심리사회적 기능	개인 신변	이동	운동 기능		
VV1	+	0	+	+	0	0	0
VV2	+++	+	++	+	+	+	0
VV3	++++	++	++++	+++	++	+	0
VV4	++++	+++	++	+	+	+	+
VV5	+++++	++++	++++	++++	++	+	+
VV6	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0
VV7	++++++	+++++	++++	+++	++	++	+++
VV8	+++++	+++	++++++	++++++	++++++	++++	+
VV9	+++	++	+++	+++	++	++	0
VV10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+

주: 1) 0 = 해당 안 됨 / ++ = 지도, 자극 필요 / ++++ = 도움 필요 / ++++++ = 완전 도움 필요
2) 2011년 기준.

자료: Rolden & Waal. (2012). Coordination of health care services in the Netherlands. Leyden academy on Vitality and Ageing. <https://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출 pp. 43-44. 내용 재구성.

〈표 3-25〉 VV-ZZP 코드에 대한 지원금 최대 금액(2011년 기준)

돌봄 욕구 패키지	장기요양기금 지원금 (치료 지원 비포함의 경우)	장기요양기금 지원금 (치료 지원 포함의 경우)
VV1	58.55	-
VV2	74.77	-
VV3	90.49	113.18
VV4	103.27	125.96
VV5	141.51	165.38
VV6	141.55	165.42
VV7	166.62	197.39
VV8	194.20	224.97
VV9	137.76	196.15
VV10	212.42	243.20

주: NZa 제공.

자료: Rolden & Waal. (2012). Coordination of health care services in the Netherlands. Leyden academy on Vitality and Ageing. <https://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출 p. 45의 표 발췌

공적 돌봄 지원 규모를 보면, 거주시설 이용자의 경우 ZZP 코드별로 돌봄 제공 일수에 차이를 보였으며, 비거주시설의 경우 개인 간호 시간, 안내 시간, 비정기적인 일일 활동 수의 제공이 많았다. 사회 지원법에 의한 가사 지원 시간은 2014년 기준 연간 약 4700만 시간에 달함을 알 수 있다.

〈표 3-26〉 공공 돌봄 서비스 제공 규모

(단위: 백만)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
<u>특별의료비보장제도(AWBZ)</u>					
— 거주시설					
· ZZP 정신건강 관리 일수(B)	3	3	2.9	2.8	2.7
· ZZP 정신건강 관리 일수(C)	6.2	6.8	7.3	7.2	7
· ZZP 지적장애 지원 일수	21.7	22.5	23.2	23.3	23.2
· ZZP (강한 행동장애 동반) 경미정신장애 관리 일수	1.3	1.5	1.5	1.5	1.5
· ZZP 신체적 장애 관리 일수	3.1	3.4	3.4	3.2	3.1
· ZZP 감각 장애 관리 일수	0.8	0.8	0.8	0.8	0.9

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
· ZZP 간호 일수 ¹⁾	57.7	57.3	57.5	53.5	51.3
— 비거주시설 서비스 지원					
· 개인 간호 시간 ²⁾	39.7	42.7	45.7	43.3	47.2
· 간호 시간 ²⁾	6.9	7.1	7.2	6.2	7
· 안내 시간	17.1	17.4	17.5	17.3	18.1
· 치료 시간	2.0	2.1	2.3	2.4	2.4
· 비정기적인 일일 활동 수	16.5	16.3	16	15.7	16.1
— 재가 서비스 패키지					
· 정신건강 관리 일수	0	0.1	0.1	0.2	0.3
· 장애 치료 일수	0.1	0.2	0.3	0.5	0.9
· 간호 일수	0.2	0.5	0.8	1.2	1.6
사회 지원법					
· 가사 지원 시간 ³⁾	56.5	58.9	58.1	51.2	47.6

주: 1) 2013년 기준, 노인재활치료(ZZP VV9a)는 의료보험으로 이전됨.

2) 2013년과 2014년에는 ERAI를 통해 제공된 간호는 포함되지 않음.

3) 이용자 부담금이 부과되는 가정 간호 서비스가 포함된 수치임.

자료: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Rijksbegroting 2016-XVI Volksgezondheid Welzijn en sport. <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>에서 2019. 10. 1. 인출. pp. 151-152. <표 7> 중 일부임.

장기요양보험에서 거주시설을 이용하지 않는 경우 개인예산제를 사용할 수 있는데 돌봄 서비스 유형에 따라 산정되는 단가가 다르며 돌봄 필요 수준에 따라 연 제공되는 개인예산의 수준도 차이가 있다. 2012년 기준으로 일상생활 지원의 경우 가장 많은 시간인 주당 20~24.9시간을 지원하면 연 3만 3366유로의 예산을 배정받으며, 간호 서비스의 경우 가장 많은 시간인 주당 16~19.9시간을 이용하면 연 4만 5798유로를 배정받게 된다. 상담의 경우 가장 많은 시간을 지원하면 4만 4276유로를 배정받고, 교통 지원을 동반하는 주간 활동 프로그램에 참여하면 최고 2만 3350유로를 배정받는다. 단기거주시설을 이용할 경우 1일(24시간)당 101유로를 지원받는다.

〈표 3-27〉 돌봄 서비스 유형과 시간에 따라 산정된 개인예산제 금액(2012년 기준)

단계	일상생활 지원 (Personal care)		간호 서비스 (Nursing care)		상담				단기 거주 지원
	주당 시간	연 PGB (유로)	주당 시간	연 PGB (유로)	Hours		Day-parts		
					주당 시간	연 PGB (유로)	PGB (교통지원 제외)	PGB (교통지원 포함)	
0			0-0.9	1,279					매 24 시간당 101 유로
1	0-1.9	1,483	1-1.9	3,819	0-1.9	1,967	2,432	2,724	
2	2-3.9	4,450	2-3.9	7,633	2-3.9	5,903	4,865	5,447	
3	4-6.9	8,155	4-6.9	13,992	4-6.9	10,823	7,297	8,172	
4	7-9.9	12,606	7-9.9	21,628	7-9.9	16,726	9,731	10,893	
5	10-12.9	17,054	10-12.9	29,258	10-12.9	22,630	12,163	13,620	
6	13-15.9	21,504	13-15.9	36,892	13-15.9	28,534	14,595	16,051	
7	16-19.9	26,693	16-19.9	45,798	16-19.9	35,420	17,028	18,485	
8	20-24.9	33,366			20-24.9	44,276	19,460	20,917	
9							21,893	23,350	

자료: Rolden & Waal. (2012). Coordination of health care services in the Netherlands. Leyden academy on Vitality and Ageing. <https://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출 p. 30의 표 발췌

개인예산제 이용자의 급여 수준을 보면 2009년에는 연평균 1만 6232 유로로 하루 평균 44유로를, 2010년에는 연평균 1만 7550유로로 하루 평균 48유로의 급여를 이용하였다.

〈표 3-28〉 장기요양보험 - 개인예산제 이용 현황(2009~2010년)

	2009년	2010년
개인예산제 이용자 수	118,284명	120,572명
개인예산제에 배정된 예산	21억 7,500만 유로	23억 9,700만 유로
배정된 개인예산제 중 지출 비율	88.3%	90.4%
개인예산제 이용자가 사용한 개인예산제 규모	19억 2,000만 유로	21억 1,600만 유로
이용자 1인당 사용한 개인예산제 규모	16,232유로 (일평균 44유로)	17,550유로 (일평균 48유로)
SVB 개인예산제 지원센터 이용자 수	24,128명	26,610명

원자료: Boer A. (2011). A letter from CVZ to Ministry of Public Health, Welfare and Sports.

자료: Rolden & Waal. (2012). Coordination of health care services in the Netherlands. Leyden academy on Vitality and Ageing. <https://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출 p. 29의 표 발췌

다. 급여 범위

개인예산제의 경우 시설 서비스를 이용하는 경우 신청할 수 없으며 (2012년부터) 돌봄과 관련하여 예산을 지출했다는 증빙을 전 예산에 대해 해야 한다. 장기요양보험, 의료보험, 사회 지원법 내 개인예산제를 중복하여 신청·이용할 수 있으며 제도 내 가능한 영역에서 서비스를 이용한다. 지역 요양 사무소 및 지자체에 제출한 예산 활용 계획(a budget plan)에 따라 이용자가 선택하여 계약을 맺은 서비스 제공자(기관)에게 비용을 지출한다.

라. 본인부담금

장기요양보험의 경우 돌봄 서비스 이용자가 성인인 경우 소득 비례의 이용자 부담금을 납부한다. 이용자 부담금은 돌봄 서비스 이용자의 거주 시설 이용 여부, 연령이 65세 이상인지 여부, 결혼 상태(미혼, 기혼, 유배우 등)에 따라 차이를 두어 산정된다(Ministry of health, welfare and sport, 2018, p. 16). 중앙관리사무소(CAK)는 돌봄 욕구 판정 기관인 CIZ와 국세청으로부터 자료를 확보하여 이용자 부담금을 산정한다.

사회 지원법의 경우 지자체는 이용자 부담금을 부과할 수 있는 재량권이 있으며 성인인 경우 지자체가 지자체 공무원 혹은 중앙관리사무소(CAK)에 위탁하여 산정한 개인부담금을 납부해야 한다. 개인 부담금은 소득, 자산, 연령, 가족 상황에 따라 다를 수 있으며 이용자가 만 18세 미만인 경우 미성년 이용자의 기준만을 고려한다. 개인부담금을 부과하는 서비스는 가사지원·돌봄 서비스, 보조기기 지원, 주택 개조 지원, 개인예산제 등이 있다(Pike et al., 2016). 사회 지원법의 경우 돌봄 서비스 이

용자의 부담금 산정을 위한 자산 조사는 하지 않는다.

의료보험에서 제공하는 지역사회 간호 서비스, 신체장애인에 대한 개인 요양급여는 별도의 개인 부담금을 내지 않는다(Government of the Netherlands, 2019b).

중앙관리사무소(CAK)는 가구별 장기요양 서비스 개인 부담금 최고 금액을 산정하여 가구 구성원이 여러 제도의 돌봄 서비스를 이용하는 경우 가구 최대 부담금을 넘지 않도록 하고 있다(Government of the Netherlands, 2019b). 공공 돌봄 예산(BKZ)에서 2016년 기준 장기요양 예산은 729억 유로인데 이용자 부담금은 50억 유로 수준이다(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016, p. 138).

4. 전달체계

가. 제도 이용 모형

1) 주요 기관

네덜란드 장기요양 및 돌봄 체계는 의료보험과 포괄적으로 관리되는 부분이 있으며,³⁰⁾ 돌봄 과정에서 욕구 사정, 서비스 계약, 서비스 제공,

30) 의료보험(Zvw)과 특별의료비보장제도(AWBZ)는 전 국민 의무 가입으로 가입하지 않은 경우 벌금이 부과된다. 네덜란드는 다보험 사업자 형태로 운영되며 국가는 보험자의 위험 분산의 역할을 하여 전 국민이 보험 가입에서 소외되지 않도록 환경을 조성하는 역할을 한다. 매년 전 국민은 보험에 가입하는데 공시된 평균 보험료(보험자가 위험 부담을 하지 않는 평균 수준의 보험료) 수준에서 보험에 가입하게 되며, 이때 비용 지출이 더 많을 것으로 예상되는 질환자, 장애인 등 위험 집단에 대해서는 국가가 기금에서 비용을 지원하는 위험 분산 기능을 통해 보험자의 가입 거부나 더 많은 보험료 지불 없이 보험 가입이 가능하도록 한다. 보험 사업자는 보험 내용(상품)과 관련해서 서비스 제공 기관과 가격 협상이 가능하며, 정부는 국민이 서비스 가격(의약품 가격, 서비스 가격

서비스 시장 내 가격 관리, 서비스 질 관리, 중앙행정 사무 등 여러 기관이 전문적인 역할을 분산하여 수행하며, 그럼으로써 전체적인 견제와 균형을 이룬다.

- 지역 사무소(Regional care offices, the healthcare administration office)

네덜란드 전국에 31개소가 설치되어 있으며 장기요양보험법의 지역 사무소로 각 지역(대표적인 의료보험) 보험 사업자의 자회사인 경우가 많다. 사무소 운영을 위한 행정 비용을 제외하고는 자본이 없는 경우가 많은데 지역 사무소는 서비스 비용 지불의 책임이 없기 때문이다. 즉 서비스 계약자(지역 사무소)와 비용 지불자(장기요양기금)가 다르다. 지역 사무소는 서비스 구매에 재정적 위험을 감수하지 않으므로 비용 효율성을 추구하지 않을 가능성이 크다. 다만 지역 장기요양예산으로 배정된 금액 내에서 비용이 지출될 수 있도록 노력해야 하며 이용자에게 제공되는 서비스의 질이 계약 내용에 준하는지 등 서비스 질의 모니터링과 서비스 제공을 확인하는 모니터링 역할을 수행한다(EU, 2016, p. 408). 장기요양보험의 운영 및 비용 효율성을 높이기 위해 지역 사무소에 효율적 운영(적절한 비용의 서비스 구매 등)에 대한 인센티브가 필요하다는 의견이 제시되고 있다.

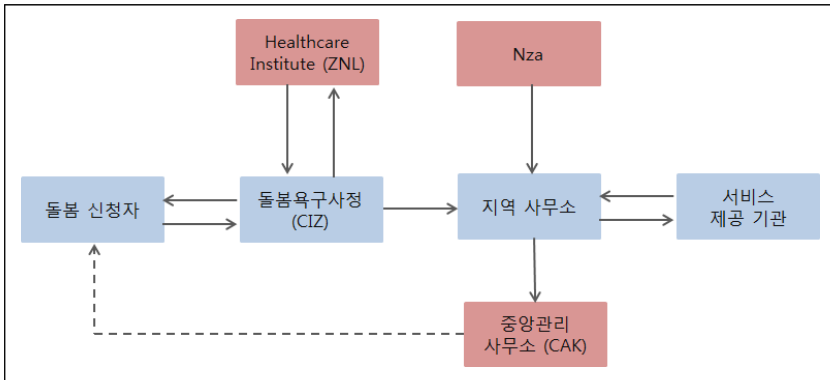
- 돌봄 욕구 사정 기관(CIZ)

장기요양보험에서 자원 할당을 위한 돌봄 욕구 사정 권한을 가지는 유일한 기관으로 독립적으로 운영된다. 객관적 지표와 가정방문 조사 등을 통해 돌봄 욕구를 사정한다. 2005년에 설립되었으며 종사자 규모가 약

등)에 대해 잘 알 수 있도록 서비스 가격 정보를 홈페이지 등을 통해 공개한다.

900명(CIZ, 2019b)으로 한 해 17만 5070건(2018년 기준)의 돌봄 신청서를 처리한다(CIZ, 2019a). 장기요양보험의 돌봄 욕구 사정을 독점적으로 실시하는 만큼 돌봄 자원 할당에 대한 데이터를 관련 기관(복지부, 지자체, 보험 사업자 등)에 제공하여 실증적 자료에 기반한 공공 돌봄 정책이 이루어지도록 한다(CIZ, 2019b).

[그림 3-6] 장기요양보험의 돌봄 욕구 사정과 관련 기관의 연계



자료: CIZ (2019b) <https://www.ciz.nl/over-ciz/samenwerkingspartners-in-de-wlz>에서 2019. 10. 15. 인출

• 중앙관리사무소(CAK: Central Administration Office)³¹⁾

중앙관리사무소(CAK)는 정부의 정책 수행을 지원하는 공공서비스 제공 기관으로 다음의 역할을 수행한다(CAK, 2019). 장기요양보험(Wlz) 이용자에게 서비스 이용에 따른 개인 부담금을 산정·청구하여 징수한다. 지자체 사회 지원법(Wmo) 서비스 이용에 따른 개인 부담금을 산정·청구하여 징수한다. 장기요양보험 기반 서비스 제공자에게 비용을 지급한다. 이외 해외(여행자) 등에 대한 약 처방, 의료보험 소외자에 대한 지원 등을 한다.

31) <https://www.hetcak.nl/over/over-ons/>(다운로드일 2019. 10. 22.)

- 건강관리기관(ZNL: Netherlands Healthcare Institute)

복지부 산하 기관으로 의료보험과 장기요양보험에 대한 서비스의 질, 접근성, 재정적 이용 가능성을 유지할 수 있도록 하는 역할을 한다 (INAHTA, 2019). 구체적으로는 의료보험 기본 패키지를 정하고(국가보장 기본 수준으로 재정적 요인, 사회적 상황을 모두 고려, 보험 가입자와 보험 사업자 간의 이견 조율 등), 의료 및 돌봄 서비스의 질 제고를 위한 노력, 의료·건강 전문가에 대한 역량 강화 노력, 보험 비가입자 집단에 대한 지원 등의 역할을 한다. 특히 장기요양보험 가입자의 보험료를 재원으로 하는 장기요양기금(FLZ)을 관리하며 개인예산제로 할당된 예산을 사회보험은행(SVB)에 보내어 개인에게 배정되도록 한다.

- 건강관리공단(NZa: Dutch Healthcare Authority)

NZa는 2006년 「의료돌봄시장 관리법(the Healthcare Market Regulation Act)」에 근거하여 설립된 복지부 산하 기관이다 (Nederandse Zorgautoriteit, 2019). NZa는 복수의 의료보험업자와 장기요양보험업자가 경쟁하는 네덜란드의 의료서비스 시장에서 이용자가 공급자를 선택하는 데 이용할 수 있는 정보를 제공하며, 의료 행위(performance)에 대한 독립적인 규제 권한을 가진다 (Zorgverzekering Informatie Centrum, 2019). 의료시장에서 경쟁 관계가 와해된 상황에도 개입하는 등 의료보험법(Zvw)과 장기요양보험법(Wlz)의 실행에 대한 관리·감독을 주관한다.

- 보건의료 및 돌봄 서비스 관리 기관(IGJ: the health Care and Youth Inspectorate)

보건의료 및 돌봄 서비스 관리 기관(IGJ)은 보건복지부 산하 기관으로 2018년에 보건의료서비스 관리 기관(IGZ)과 아동·청소년 돌봄 서비스 관리 기관(IJZ)이 통합되었다(IGJ, 2019a). 의료와 돌봄 서비스의 제공 서비스가 전문적이며 기준을 준수하는 수준으로 제공되고 있는가 등 서비스 질에 대한 관리, 부정 행위 감찰 등을 수행한다. 돌봄 관련 기관의 위조, 사기, 거짓 재무제표 작성, 과잉 지출을 보여 줄 수 있는 지표를 관리하고 치료나 돌봄 서비스의 거짓 신고, 부정적인 금전적 이득, 신고 의무 위반 또는 의도적인 오류 등에 대해서 관리한다(IGJ, 2019b).

- 장애 참여 지원 기관(MEE: Make participation possible)³²⁾

MEE는 민간 장애 전문 기관으로 장기요양보험법 및 사회 지원법에 명시되어 있는 이용자 지원(client support) 역할을 수행하여, 장기요양보험이나 사회 지원법의 돌봄 서비스 이용을 원하는 장애인에게 무료 상담과 정보를 제공한다(MEE.NL, 2019). MEE는 장기요양보험법에 따라 2015년 전에는 법적인 지원 대상을 (경미한) 정신적 장애, 신체장애, 자폐성 장애, 후천적 뇌손상이 있는 경우로 명시하였으나 현재는 지원 장애 유형의 제한을 두지 않는다. 대부분의 지자체는 MEE 서비스를 구매하여 사회 지원법의 돌봄 서비스를 이용하고자 하는 장애인이 무료로 이용할 수 있도록 지원한다. 또한 개인예산제 이용자의 서비스 이용을 지원한다.

MEE는 장애인(돌봄 서비스 이용) 지원, 사회 참여 지원 프로젝트 운영, 장애 관련 전문 경험과 지식의 공유 등의 3가지 모드로 운영되고 있다. 2016년 기준 전국 20개소가 운영되고 있으며 이용 장애인은 연 약

32) <http://www.mee.nl/> (다운로드일 2019. 10. 15.)

10만 명 수준이다.

〈표 3-29〉 MEE 현황

(단위: 명, 개)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
MEE 기관 이용자 수	101,457	98,458	101,674	97,002	-
MEE 기관 수	22	22	22	22	22

자료: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Rijksbegroting 2016-XVI Volksgezondheid Welzijn en sport. <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport> 에서 2019.10.1. 인출. p. 151.
〈표 7〉 중 일부임.

2) 서비스 이용 과정

돌봄 서비스의 이용은 장기요양보험으로 이용할 경우 지역 사무소가 서비스 제공자에게 구매한 서비스 중 필요한 서비스에 대해서 계약을 하여 이용하는 방식이고, 개인예산제를 선택한 경우에는 이용자가 직접 필요한 돌봄 서비스를 구매하고 돌봄 제공자를 선택하는 등 직접 관리하게 된다. 지역 사무소와 계약 방식으로 이용하는 경우 이용자와 지역 사무소는 함께 돌봄 계획(a healthcare plan)을 작성하고, 개인예산제를 이용하는 경우 이용자는 예산 활용 계획(a budget plan)을 작성하며, 이러한 계획에 따라 서비스 제공자가 서비스를 제공한다(Ministry of health, welfare and sport, 2018, p. 16). 장기요양보험 개인예산제 이용자는 모든 돌봄 제공자와 각각의 계약서를 작성해야 하고 계약서에는 돌봄 제공자별로 제공하는 서비스를 명시해야 한다. 돌봄 제공자의 임금 수준은 개인예산제 이용자와 돌봄 제공자 간에 자율적으로 정할 수 있다(Est & Bähre, 2013, p. 105).

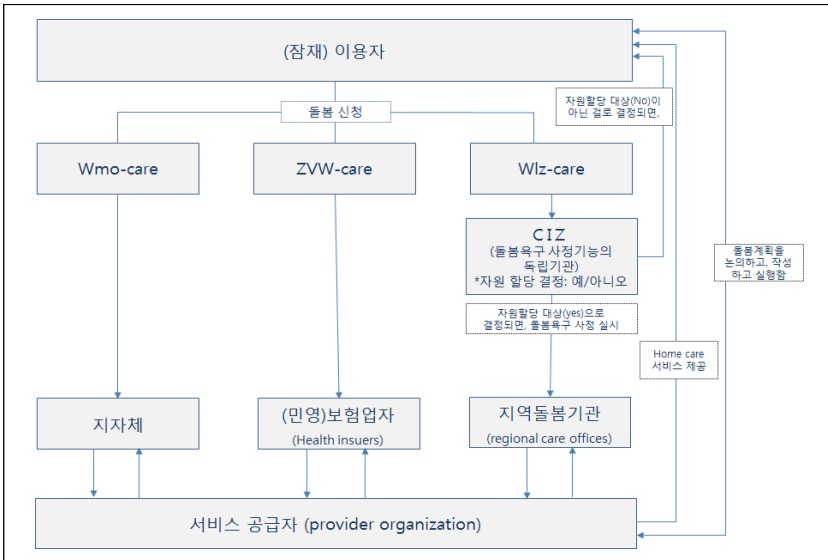
개인예산제 이용자는 매월 비용 지출 내용, 돌봄 제공자에 대한 급여 근거 자료를 비롯한 행정 자료를 제출해야 하는데 이러한 지불 정산 등

행정 처리 업무를 민간 전문 중개기관(professional agency)에 맡겨 대행시킬 수 있고 이 경우 이용료를 지불한다.

사회 지원법의 돌봄 지원을 이용하는 경우 지방정부의 고객 지원 담당자(client support worker)가 개인예산제 신청을 지원하는데 이 과정에서 정보 제공, 상담은 무료로 이용한다.

한편 개인예산제 이용자에 대해서 장기요양 보험회사, 지방정부는 정기적인 행정 서류 제출로 모니터를 하는데, 2년마다 재사정, 1년마다 신청서 제출, 6개월마다 PGB에 대한 책임 있는 사용을 하고 있다는 확인서를 제출해야 한다(Est & Bähre, 2013, p. 111).

[그림 3-7] 네덜란드 장기요양 이용 과정(2015년 기준)



원자료: Peeters. (2015). Redesigning home care. From a bureaucratic to a socio-technical type of provider organisation. p.27

자료: Pike et al.(2016). Individualised budgeting for social careservices for people with disability: International approaches and evidence on financial sustainability. Health Research Board, Dublin. p. 116에서 그림 발췌

나. 제공 인력

장기요양보험, 의료보험을 통해 서비스를 제공하기 위해서는 의료 및 돌봄 서비스 전문가, 제공자 관련 법령에 따라 등록 과정을 거쳐야 한다. 의사, 치과의사, 간호사, 물리 및 작업치료사, 건강 관련 심리상담사, 조산사 등 비교적 전문직에 해당하는 경우 BIG(Individual Healthcare Professions Act) 법령에 따른 등록을 해야 한다(CIBG Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019a). 일반적인 돌봄 서비스를 제공하는 경우 WTZi(the Healthcare Institution Admission Act) 법령에 따라 등록을 해야 하며, 기관 내 돌봄 서비스를 제공하는 자가 2인 이상인 경우에만 서비스 제공자로 등록이 된다(CIBG Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019b). BIG과 WTZi는 모두 등록된 전문가 및 서비스 제공자를 홈페이지를 통해 이용자가 확인할 수 있으며 WTZi의 경우 일정 기준을 충족하는 기관에 대한 ‘기관 인증제’를 운영하여 공표하고 있다.

장기요양보험 등 서비스 제공 기관은 WTZi에 등록해야만 제공자로 인정되어 활동할 수 있는데 돌봄 제공자가 개인예산제만을 통해 급여를 받는 경우, 하도급의 역할로만 돌봄 서비스를 제공하는 경우, 사회 지원법에 따른 돌봄 서비스를 제공하는 경우에는 WTZi법을 적용받지 않는다(CIBG Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019b).

〈표 3-30〉 돌봄 제공 인력 수와 돌봄 서비스 이용자 수

(단위: 천 명)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
[돌봄 제공자]											
공적 돌봄 제공자	293	311	301	300	300	296	303	297	289	-	-
[돌봄 욕구]											
시설 서비스 이용자	-	-	-	-	123	196	268	340	346	353	383
재가 서비스 이용자	-	-	-	-	499	539	580	621	632	645	544
인구 대비 공적 돌봄 서비스 이용자 비율 (현물 급여, %)	-	-	-	-	3.8	4.5	5.1	5.8	5.9	6.0	5.5

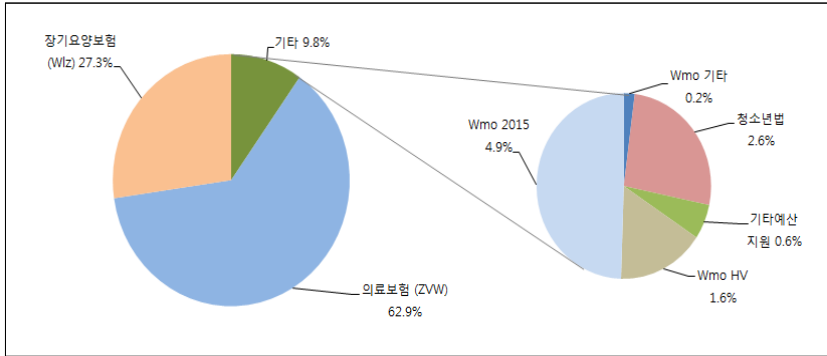
자료: European Commission. (2016). The Netherlands : Health Care & Long-term care systems (the joint report on Healthcare and long-term care systems & Fiscal Sustainability). Economic and Financial Affairs, Economic Policy Committee. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_nl_en_2.pdf에서 2019. 9. 30. 인출 p. 412.

5. 재정

가. 재정 규모

개인예산제가 장기요양보험 예산에서 차지하는 비율은 2016년 기준 장기요양보험 지출 예산 199억 유로 중 13억 유로로 약 6.5% 수준이다 (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016, p. 138). 또한 의료보험, 사회 지원법을 포함한 전체 장기요양 지출의 약 9%를 차지하는 규모로 파악된다(Maarse & Jeurissen, 2016, p. 242). 이와 관련하여 2019년 개인예산제 가용 예산 규모를 보건복지부 장관은 24억 유로로 설정했고, 이는 2018년 예산에 비해 2억 유로 증가한 수준이다 (Zorgverzekeraars Nederland, 2019).

[그림 3-8] 네덜란드 공공 돌봄 예산(BKZ) 총지출의 영역별 비율(2016년)



주: 1) 기타 하위 항목인 '기타예산 지원 (0.6%)'에는 의료전문가 치료를 위한 통합 요율로 전환하기 위한 보조금, 간호훈련, 낙태 클리닉 보조금 제도 등 포함.

2) 2016년 보건복지부 예산 기준임.

자료: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Rijksbegroting 2016-XVI Volksgezondheid Welzijn en sport. <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>에서 2019. 10. 1. 인출. . p. 133.

개인예산제 지출액이 2014년 24억 유로에서 2015년 12억 유로로 감소한 것은 특별의료비보장제도(AWBZ)가 2015년부터 장기요양보험(Wlz)으로 전환되면서 장기요양보험의 지원 대상이 돌봄 욕구가 높고 취약한 집단만을[기존 대상자의 약 35% 수준으로 지원 집단의 축소(Alders & Schut, 2019, p.313)] 대상으로 함에 따른 Wlz 대상자 범위의 축소 때문인 것으로 이해해야 한다. 의료보험이나 사회 지원법에서의 개인예산제 자료는 포함되지 않았다.

〈표 3-31〉 네덜란드 공공 돌봄 예산

(단위: 10억 유로)

	2014년	2015년	2016년
공공 돌봄(BKZ) 지출 총예산	70.2	70.6	72.9
건강보험법 (Zvw)	40.0	43.4	45.9
• 1차 진료 ²⁾	4.9	5.3	5.3
• 2차 진료	22.9	22.2	23.1
• 의료용 GGZ	4.1	3.6	3.8
• 약, 보조기기	5.8	6.0	6.3
• 지역사회 간호	0.0	3.2	3.3
• 환자 이송	0.6	0.7	0.7
• 기타 ³⁾	1.7	2.0	2.1
• 공칭 및 미분	0.0	0.4	1.3
장기요양법 (Wlz)	27.8	19.9	19.9
— 서비스 계약 관련			
• 노인 간호	8.7	8.9	9.0
• 장애인 돌봄	5.5	5.9	6.1
• 만성 정신건강 관리	1.6	0.5	0.4
• 방문, 기타 치료	4.5	0.7	0.5
• 재가 서비스 토틸 패키지	0.0	0.3	0.3
• 기타	1.4	0.1	0.1
— 개인예산	2.4	1.2	1.3
— 자본금 및 관리 등			
• 자본금(사후 관리)	2.2	1.4	0.8
• 관리 비용	0.2	0.1	0.1
• 기타 ⁴⁾	1.5	0.6	0.6
• 공칭 및 미분	-0.1	0.0	0.5
예산으로 자금 조달 공공 돌봄	2.3	7.4	7.1
• 사회 지원법(Wmo) 및 청소년법(Youth Act)	1.7	7.0	6.7
• 기타 지원 ⁵⁾	0.6	0.4	0.4

주: 1) 반올림으로 인해 항목의 합과 총계가 다를 수 있음

2) 2014년부터 건강보험-1차 진료에 종합 치료가 포함됨

3) 건강보험법(Zvw)의 기타는 국경 간 의료를 위한 e-섹터, 건강보험 관련 기관 관리비 등 포함

4) 장기요양법(Wlz)의 자본금 및 관리 등에는 예산 상황 등 포함

5) 예산으로 자금 조달 공공 돌봄(BKZ)은 간호훈련, 낙태 진료소 보조금 및 가격 조정을 위한 통합 요율 이전을 위한 보조금 제도 포함

자료: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). Rijksbegroting 2016-XVI Volksgezondheid Welzijn en sport. <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>에서 2019. 10. 1. 인출. p. 138.
 〈표 2〉 중 일부임.

나. 재원의 구성

네덜란드에서 소득세를 내는 사람은 모두 장기요양보험에 가입해야 하며 소득세에 기반하여 산정된 보험료를 납부한다. 2016년 기준 장기요양보험에 대한 보험료 부과율은 9.65%로 최대 3만 3589유로를 넘지 못한다(Ministry of health, welfare and sport, 2018, p. 16).

장기요양보험의 재원 구성을 보면 보험료 및 민간 보험사 프리미엄의 비중이 73.4%, 정부 지원금 17.6%, 이용자 부담금 9.0%의 비중이다. 의료보험이 보험료 및 민간 보험사 프리미엄 83.5%, 정부 지원금 9.6%, 이용자 부담금 7.1%인 것에 비해 장기요양보험은 보험료 비중이 다소 낮고 정부 지원금 비중이 높음을 알 수 있다.

〈표 3-32〉 의료보험 및 장기요양보험의 재정 구조(2015년)

	의료보험	장기요양보험
소득 비례 보험료 및 민간 보험사 프리미엄	83.5%	73.4%
정부 보조금	9.6%	17.6%
부담금 (이용자)	7.1%	9.0%

원자료: Bakx, P., O'Donnell, O., & van Doorslaer, E.(2016). Bakx, P., O'Donnell, O., & Van Doorslaer, E. (2016). Spending on healthcare in the Netherlands : not going so Dutch. Fiscal Studies, 37(3-4), 593-625.

자료: 강신욱 외. (2018). 네덜란드의 사회보장제도:주요국의 사회보장제도. 세종: 한국보건사회연구원: 나남. p. 329.

다. 재정 이전 방식

1) 장기요양보험

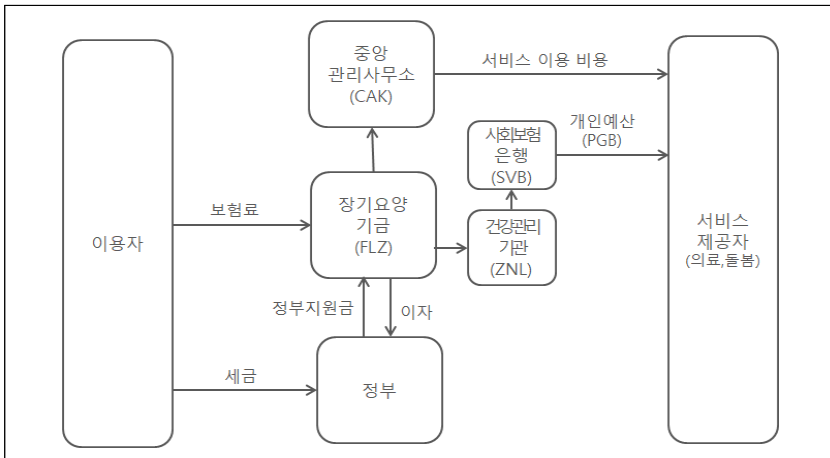
장기요양보험에서 이용자 보험료는 네덜란드 건강관리기관(ZNL)이 관리하는 장기요양기금(FLZ)에 모두 예치된다. 정부는 장기요양기금의 자

본 수준이 낮아질 경우 조세에 의한 정부 지원금으로 보충한다(Ministry of health, welfare and sport, 2018, p. 16).

현물 급여 이용자는 지역 사무소를 통해 서비스를 이용하는데 이 경우 중앙관리사무소(CAK)가 지역 사무소가 제출한 계약 내용과 정산 자료를 근거로 돌봄 서비스 제공자에게 비용을 지불한다(Ministry of health, welfare and sport, 2018, p. 16).

개인예산제 이용자는 돌봄 서비스 급여액이 사회보험은행(SVB)으로 이전되며 사회보험은행은 개인예산제 이용자의 예산 이용(정산 절차 등)을 관리·지원한다. 개인예산제 이용자에게 돌봄 서비스를 제공한 자는 이용자와의 계약 내용과 제공한 서비스를 근거로 송장을 사회보험은행에 제출하며 사회보험은행은 제출 자료에 근거하여 비용을 서비스 제공자에게 지불한다(Ministry of health, welfare and sport, 2018, p. 16).

[그림 3-9] 장기요양보험(Wlz)의 자원 흐름



자료: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Rijksbegroting 2016-XVI Volksgezondheid Welzijn en sport. <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>에서 2019. 10. 1. 인출. p. 165
그림 발췌

2) 사회 지원법

중앙정부는 지방자치단체에 사회 지원법에 의한 돌봄 서비스 제공 예산을 포괄보조금(용도를 정하지 않은 보조금)으로 지원하며 지방자치단체는 예산 사용에 재량권을 가진다. 사회 지원법 예산은 비목적세인 조세 지원으로 돌봄 서비스 지출 예산 비중을 줄이면 지자체가 다른 목적으로 전용이 가능하다는 점에서 지자체의 효율적(혹은 인색한) 집행을 유도할 수 있다고 본다.³³⁾

6. 쟁점

네덜란드의 장기요양 서비스는 역사가 오래된 만큼 지원 대상이 포괄적이고 급여 내용과 범위가 다양하고 폭넓으며 현물 급여가 발달해 있다. 또한 장기요양서비스 제공의 주된 주체인 의료보험 및 장기요양보험이 다보험 사업자를 통해 운영되고, 서비스 제공자와의 가격 협상이 가능한 의료 및 돌봄 서비스의 시장 형성이 이루어져 있는 환경이라고 할 수 있다.

개인예산제는 장애인 단체 및 환자 연합 단체의 주장과 1990년대 공공 서비스 영역의 민영화 등 시장 기제 도입 기조를 배경으로 도입되었으며 의료 및 돌봄 서비스 제공에서의 관료적 성격을 견제하고 이용자가 선택하고 이용자가 권한을 가지는, 그럼으로써 이용자의 욕구에 대응한 의료 및 돌봄 서비스 지원이 이루어질 것이라는 기대로 도입되었다. 일면 기존 의료 및 돌봄 서비스에서 필요한 서비스 개발이 잘 되지 않는 발달장애를

33) 예를 들면, 지자체는 일정 소득 수준 이상 가구에 대해 공적 재가 지원 서비스 이용을 제한할 수 있다. 그러나 지자체가 사회적 지원법 운용을 엄격하게 한다면 지역 내 투표권자의 지지를 잃을 수 있으므로 이러한 민주적인 기제를 바탕으로 하는 지자체의 사회 지원법은 결국 이용자의 욕구에 대응하는 방식으로 운영될 수 있다고 보는 것이다(Mot, 2010, p. 21).

포함한 정신적 장애 등에 대한 서비스는 이루어질 수 있었으나(관련 개인 예산제 이용자 비율 증가), 개인예산제의 이용자 만족을 높이는 주된 요인은 가족 등 비공식 돌봄자를 개인예산제를 통해 돌봄 제공자로 고용하여 급여를 제공할 수 있게 된 부분이라고 할 수 있다. 이는 노인, 장애 아동 등 돌봄이 필요한 사람이 자신을 가장 잘 알고 편하게 대할 수 있는 돌봄 제공자를 고용함으로써 돌봄 서비스에 대한 만족을 높일 수 있었기 때문이다. 반면 개인예산제를 통한 가족 등 비공식 돌봄 제공자의 고용은 몇 가지 지점에서 비판을 받는데, 첫째 개인예산제를 통해 가족 돌봄은 ‘재화’가 되었으며 이는 돌봄 제공을 하던 가족원의 돌봄 부담을 더 높이고 근로자로서의 정당한 권리를 주장하기는 더 어려워지는 등 가족 간의 관계에 악영향을 끼칠 수 있다는 점이다. 이는 다시 두 가지 문제를 양산하는데, 가족 돌봄 제공자를 고용하는 경우 급여 수준이 낮아지면서 일면 돌봄 서비스의 질 자체가 낮아진다는 점이다. 그리고 일반 노동시장으로 유입될 수 있는 인적 자원을 감소시킬 수 있다는 점이다. 둘째 가족원 등 비공식 돌봄 제공자에게 급여를 지불하는 것이 ‘돈을 받지 않아도 돌봄을 제공했을 사람에게 비용을 지불하는’ 이른바 경제적으로 ‘자중 손실(dead weight loss)’의 결과를 가져온다는 비판이다. 이러한 배경으로 개인예산제에서 가족 등 비공식 돌봄 제공자를 고용하는 부분은 찬반 논쟁이 이루어졌다(Kremer, 2006, p. 398).

네덜란드의 장기요양보험 및 의료보험 운영 방식은 다보험 사업자를 통해 서비스 제공자와의 가격 협상이 이루어지는 환경으로 서비스의 패키지 등 현물 급여를 다양한 조합으로 이용할 수 있다. 이를테면 식사 지원, 가정 내 서비스 지원, 외출 지원 등을 통합하여 지원하는 통합 재가 서비스 패키지(Full home package; VPT), 다양한 (영역) 서비스 제공자를 구성하여 서비스를 이용할 수 있는 다양한 조립 서비스 패키지

(Modular home package; MPT)가 있으며 이는 장기요양보험을 통해 이용할 수 있다(Pike et al., 2016, p. 119). 반면 개인예산제를 이용하는 경우 이용자가 서비스 제공자를 선택하여 계약을 맺어야 하는데 일상적인 돌봄 서비스의 경우는 이러한 과정이 용이하지만 치료, 재활서비스 등 전문적인 서비스는 지역 요양 사무소 등 기관 간의 정보력 편차나 정보 제한 등으로 이용이 어렵다는 점이다. 즉 개인예산제 도입을 통해 기대했던 소비자주의를 통한 권한 증대, 이용자 욕구에 따른 서비스 개발이 이루어지는 시장 형성 등에 한계가 있다는 점이다.

아울러 개인예산제의 이용자 자율성은 행정적 통제를 동반하는데, 이는 돌봄에서의 선택과 자율의 한계를 가져오는 결과가 되었다. 특히 포괄적인 지원 체계를 요하는 장애인의 자립생활을 위한 개인예산제를 상정한다면 네덜란드의 개인예산제는 상당히 제한적인 제도라고 할 수 있다.

제6절 호주의 국가장애보험

1. 제도 개요

가. 제도 개요

호주의 국가장애보험 NDIS(National Disability Insurance Scheme)는 장애인을 위한 사회서비스 분야의 개인예산 프로그램으로, 2013년 7월 도입과 함께 시범사업을 시작하여 2016년 본 사업으로 전환하였다. 2019년 현재 웨스턴 오스트레일리아(Western Australia)주를 제외한 호주 전역에서 시행되고 있으며, 2020년 7월에 전국 확대가 완료

될 계획이다(NDIA, 2019a). NDIS는 일상생활을 위한 돌봄뿐 아니라 기능 향상, 여가 및 지역사회 참여와 관계된 광범위한 지원을 망라한다. 2019년 6월 30일 기준 전국적으로 약 30만 명이 NDIS를 이용하는 것으로 추산되고 있으며, 전국 확대가 완료되는 2020년에는 46만 명이 서비스를 이용할 것으로 전망된다. 이는 대략 430만 명으로 추정되는 호주 장애인의 10.7%에 해당하는 규모이다(Department of Human Services, 2019).

2013년 3월에 제정된 NDIS법(National Disability Insurance Scheme Act 2013)은 NDIS와 이를 관리 운영하는 독립 기구 NDIA(National Disability Insurance Agency)의 법적 근거를 제공하고 있다. NDIS 법은 1장 2절(목적과 원칙)에서 장애인의 자립과 사회경제적 참여, 비장애인과의 동등한 시민으로서의 권리에 대한 지향을 분명히 드러내고 있으며 특히 서비스를 계획하고 전달하는 데 있어 이용자의 자기결정권과 선택과 통제의 원리를 명시하여 NDIS의 수요자 주도, 또는 자기주도 성격을 잘 보여 주고 있다. 법률 하위의 NDIS 규칙(NDIS Rules)은 NDIS의 상세 운영에 관한 내용을 규정한다. 아래 [그림 3-10]은 NDIS의 도입부터 전국적 확대 과정이 호주의 8개 주(State/Territory)³⁴⁾에서 어떻게 전개되었는지를 보여 준다.

34) 주(state)는 New South Wales(NSW), Queensland(QLD), South Australia(SA), Tasmania(TAS), Victoria(VIC), Western Australia(WA)가, 준주(territory)는 Northern Territory(NT), Australian Capital Territory(ACT)가 해당된다.

[그림 3-10] NDIS 확대 과정

	시범사업기간			본사업 전환기			본사업
	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20
ACT (Australian Capital Territory)	준주 (territory) 전체 시범사업			본사업			
NSW (New South Wales)	Hunter 시범사업		조기 본사업 전환 Nepean, Blue Mountains, 0-17세	지역별 본사업 전환		본사업	
NT (Northern Territory)	Barkly 시범사업			지역별 본사업 전환		본사업	
QLD (Queensland)				2016년 7월 본사업 전환/ Townsville, Charters Towers, Palm Island은 2016년 1월 조기전환			본사업
SA (South Australia)	주 전체 시범사업 0-14세		연령 및 지역별 본사업 전환			본사업	
TAS (Tasmania)	주 전체 시범사업 15 ~ 24세			연령 및 우선순위별 본사업 전환			본사업
VIC (Victoria)	Barwon 시범사업			지역별 본사업 전환			본사업
WA	Perth Hills 시범 사업			지역별 본사업 전환			
	WA NDIS						

자료: National Disability Service. (2017). State of the disability sector report 2018. p. 29.
연구자 재구성

나. 도입 배경 및 연혁

NDIS는 장애인 돌봄 비용의 급증으로 인해 재정위기가 초래될 수 있다는 문제의식에서 비롯되었다. NDIS 도입 이전 호주의 사회서비스 분야 장애인 지원 제도는 각 주 정부에서 별개로 실시할 뿐 호주 전역을 포괄하는 통일된 형태의 제도는 존재하지 않았는데, 이러한 문제의식은 연방정부 차원에서 예측된 위기에 대처할 새로운 제도를 마련할 것을 요구하고 있었다. Buckmaster & Clark(2018)은 새로운 장애인 지원의 필

요라는 의제 형성에서부터 제도 도입을 거쳐 전국에 확대되는 현재에 이르기까지의 주요 사건을 연대기표로 정리하였는데, 이 중 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

호주의 장애인 지원제도는 오랜 기간 ‘연방-주정부 장애협약(CSTDA: Commonwealth State/Territory Disability Agreement)’에 기반을 두고 연방정부와 주정부의 책임을 규정해 왔는데, 주정부는 주거지원, 일시보호, 재가보호 등 지역사회에서 제공되는 장애인 정책의 기획, 설계, 관리·운영을 책임지고, 연방정부는 특별고용지원을 담당하는 것이 일반적인 분담이었다(Department of social services, 2019). 그러나 CSTDA는 취지의 모호함, 내용 변경에 대한 혼란, 주간(inter-state/territory) 또는 주내(within state/territory) 협약 적용에서의 일관성이 결여된 점, 예산과 지원의 이동이 자유롭지 못한 점(다른 주로 이주하는 경우 이전 거주지에서의 지원을 이용할 수 없음) 등 다양한 비판에 직면한 데다 급격한 고령화로 인해 고령 장애 인구가 급증하며 장애인-노인 지원체제 간 연속성과 정합성도 쟁점으로 떠오르게 된다(Senate Standing Committee on Community Affairs, 2007, p. 2).

이러한 상황에서 2007년부터 2011년까지 NDIS의 필요성과 핵심 요소를 시사하는 정부 보고서가 다수 출간되었다. 2007년 상원의회의 지역사무 상임위원회(Standing Committee on Community Affairs)는 장애인의 복합적인 욕구와 삶의 전 영역을 아우르는 새로운 국가 장애 전략(National Disability Strategy)의 개발을 건의한다. 당시 호주는 자유당(Liberal party)이 다수당을 점하고 보수연합정부(Coalition)를 구성하고 있었는데, 2007년 12월에 치러진 총선에서 야당이었던 노동당(Labor party)이 새로운 국가 장애 전략에 대해 주정부와 적극적으로 협의해 나갈 것을 공약하였고(McLucas, 2007), 마침내 다수당을 차지하여

정권 교체에 성공하게 된다.

2008년 4월, 새로이 수립된 Kevin Rudd 총리의 행정부하에서 국가 비전을 논의하기 위해 개최된 호주국민정상회의(Australia 2020 summit)에서 NDIS의 기초적인 개념이 제안된다. 장애 운동 활동가 Bonyhady와 Sykes(2008, p.2)는 장애인 돌봄 비용의 비약적 상승이 호주의 재정위기를 불러올 것임을 경고하며, 당시의 “위기가 견인하는 복지 체제(crisis-driven welfare system)”를 “전액이 지원되는 계획된 국가 장애보험체계(planned and fully-funded National Disability Insurance Scheme)”로 전환할 것을 제안하였다.

당시 NDIS의 제안은 장애인과 이들의 가족, 친구나 친지 등의 무급 돌봄 제공자 같은 이해당사자뿐 아니라 의사와 의대생 단체인 AMA(Australian Medical Association), 노동조합연합회(ACTU: Australian Council of Trade Union), 언론 등 외부의 세력들로부터도 강력한 지지를 받았다(Duff, 2019a), 이러한 환경은 호주 정부로 하여금 정부의 미시경제, 규제, 사회 환경 등에 관한 자문기구인 생산성위원회(Productivity Commission)에 국가 장애 전략 수립의 일환으로 NDIS의 시행 가능성 검토를 의뢰하도록 했다. 생산성 위원회는 2011년 7월 최종 제출된 ‘Disability care and support’ 보고서를 통해 당시 지원체계의 분절성과 비효율성, 비형평성을 지적하며 새로운 제도인 NDIS의 기본적인 다섯 가지 원칙, 즉 ① 동일한 사정 절차(assessment process)에 기반한 개별 맞춤형 지원, ② 욕구에 기반한 개인예산의 확보, ③ 서비스 제공 방식에 대한 선택의 보장, ④ 지역 코디네이션과 장애인 단체의 풀뿌리 지원 제공, ⑤ 비용 효과적인 조기 개입의 장려를 제시하였다.

시민사회에서는 NDIS의 전격적인 도입을 위해 호주장애인단체연합(AFDO: Australian Federation of Disability Organisations), 가족

과 친지 등 무급 돌봄 제공자 연합체인 Carers Australia, 장애인 서비스 제공기관의 연합체인 National Disability Services(NDS)가 주축이 된 ‘Every Australian counts’ 캠페인이 시작되었다(Every Australian counts, 2019). 호주 전역에서 전개된 캠페인은 정부의 신속한 NDIS를 촉구하고 새로운 장애인 지원제도의 필요성에 대한 국민적 동의를 끌어 내고자 하였다.

당시 총리인 Julia Gillard는 생산성위원회의 보고서 제출 시기에 맞추어 호주정부협의회(Council of Australian Government)와 NDIS의 설계를 신속하게 시작할 것을 공언하였다. 정부가 NDIS 도입을 본격적으로 검토하게 된 주된 원인은 전술한 장애인 돌봄 비용의 상승으로 인한 재정위기의 우려였다. NDIS의 기본적인 발상은 “조기 개입으로 전 생애에 걸친 지원 비용의 꺾적을 변화시키는 것”에 착안하고 있었다. 즉, 기존 지원제도가 장애가 상당한 수준까지 악화된 이후에 서비스를 제공하는 것이었다면, 이를 보험의 원리를 적용하여 장애가 심화되기 전에 서비스를 제공함으로써 이용자의 기능 악화를 예방하여 노년기의 비약적인 돌봄 비용 상승을 예방하는 제도로 변화시키는 것이었다(Duff, 2019b, p. 3). 이러한 발상은 상당히 이례적으로 초당적(cross-party) 합의를 이루어 좌우를 아우르는 원내 정당이 NDIS의 도입을 지지하였다(Duff, 2019b, p. 2; Herd, 2019, p. 6; Mallette, 2019, p. 5). 당시 야당이었던 보수당이 NDIS의 도입에 찬성한 이유에는 서비스 시장의 비약적인 확대에 대한 기대도 있었을 것이라고 추정된다(Mallette, 2019, p. 5).

2013년 3월 21일, 호주 의회는 NDIS 법을 의결하고 같은 해 7월 NDIA의 설립과 함께 시범사업을 시작함으로써 NDIS의 도입을 알리게 된다. 2016년 7월부터는 대부분의 주가 시범사업을 본 사업으로 전환함에 따라 제도가 본격화된다. 제도가 전국적으로 실시되는 것을 계기로,

연방의회에 설치된 NDIS에 관한 공동상임위원회(Joint standing Committee on the NDIS)는 NDIS의 시행 실태를 전국적으로 조사하여 이에 관한 보고서를 2017년, 2019년 두 차례에 걸쳐 발간하게 된다. 보고서는 NDIS 시행과 관련된 실태와 이의 성과, 그리고 각 관련 기관에 대한 시정 권고를 담고 있다. 2017년 12월에는 보고서의 권고에 따라 서비스의 질과 안전성을 관리·감독하고 서비스 제공자에게 전국적으로 일관된 규제를 적용하기 위한 NDIS 품질 및 보호위원회(NDIS Quality and Safeguard Commission)가 설립되었다. 2019년 3월에 발간된 가장 최근의 보고서는 특히 심리사회적 장애인에 대한 지원 확대를 위해 자원을 투입할 것을 권고하고 있다.

2. 대상

가. 대상자 선정 기준

NDIS를 신청하기 위해서는 연령과 거주지, 장애 조건을 충족해야 한다. 연령은 65세 미만을 대상으로 한다. 즉 NDIS 신청자는 신청일을 기준으로 65세 생일이 지나지 않아야 한다. 65세 이상 고령자는 별도의 프로그램인 고령자 돌봄(Aged Care) 제도를 이용할 수 있으나, 65세 이전에 NDIS에 진입한 사람은 65세 이후에도 계속 서비스를 이용할 수 있도록 하고 있다. 연령 하한선은 없으며, 7세 미만 아동은 NDIS의 하위 프로그램인 유아기 조기 개입(ECEI: Early Childhood Early Intervention) 프로그램을 이용한다(NDIA, 2019b).

거주지 조건을 충족하기 위해서는 호주 시민권, 영주권 또는 이에 준하는 비자³⁵⁾를 보유해야 한다. 장애 조건은 신청자의 장애가 영구적이고 중

대한 장애(permanent and significant disability)여야 하는데, 이는 신청자가 자기 돌봄, 이동, 의사소통 또는 자기관리의 기능이 심각하게 제한되어 상당한 수준의 지속적인 지원을 필요로 함을 의미한다. 장애 유형에는 제한이 없어 지적장애와 상시적인 지원이 필요한 일부 정신질환도 포함한다. 신청자의 소득 수준에는 제한을 두지 않는다.

대상자의 진단 판정과 관련된 사무는 NDIA(National Disability Insurance Agency)에서 신청자가 자격 기준을 충족하는지를 검토하고, 필요한 추가 자료 제공(관련 전문가로부터 의료적, 정신과적, 심리적 또는 기타 검사)을 요구한 뒤 판정 회의를 거쳐 최종 결정한다(Pike et al., 2016, p. 74). 대상자 진단 판정을 위한 도구는 외부에 공개하지 않는다.

나. 이용자 규모

2019년 현재 NDIS 이용자는 약 30만 명인 것으로 알려져 있다. 분기마다 발행하는 NDIS 현황보고서는 2019년 6월 30일 기준 각 주별 NDIS 이용 인원을 아래 표와 같이 보고하고 있다.

〈표 3-33〉 주별 NDIS 이용 인원 현황(2019. 6. 30.)

(단위: 명)

주	이용 인원	주	이용 인원
ACT	7,786	SA	29,034
NSW	104,854	TAS	6,831
NT	2,453	VIC	79,089
QLD	52,249	WA	16,520
		계	298,816

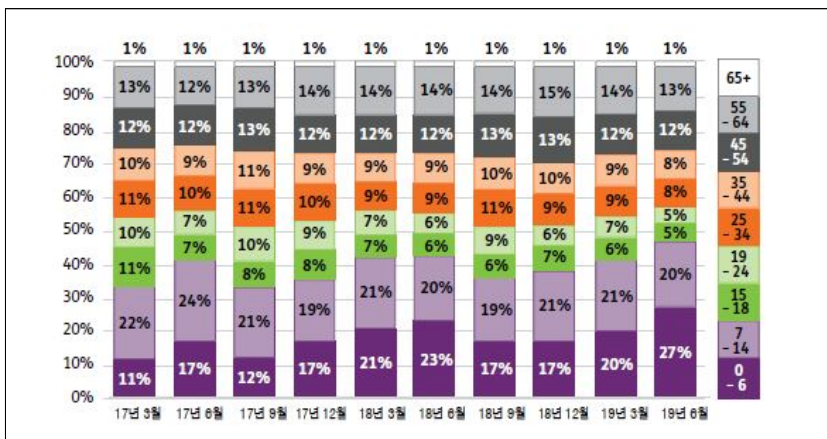
자료: NDIA. (2019d). The NDIS Overview and Update. crn.org.au/uploads/ckeditor_images/10-23-2019-09-42-37.pdf에서 2019. 9. 30. 인출. p. 5 표로 정리

35) 호주에 거주하는 뉴질랜드 시민을 위한 Special Category Visa (SCV) 중 2001년 2월 이전 입국자를 위한 protected SCV.

전체 이용자 중 5312명은 유아기 조기 프로그램인 ECEI를 이용하고 있으며, 전체 이용자의 3분의 1가량에 해당하는 10만 명가량이 NDIS로 사회서비스 지원프로그램을 처음으로 이용한 것으로 나타났다.

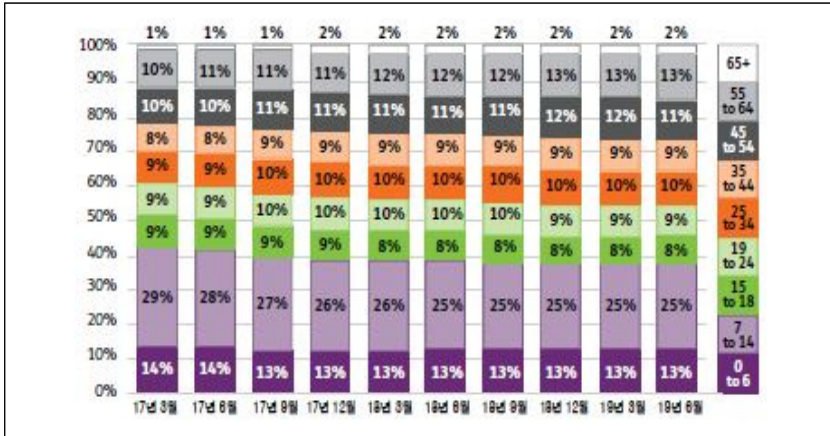
연령별로 구분한 신규 및 누적 이용자 현황은 아래 [그림 3-11]과 [그림 3-12]와 같다. 신규 이용자는 15세 미만 아동이 전체의 47%에 이르며, 특히 최근에는 7세 미만 아동의 신규 이용이 급격히 상승하는 추세이다. 누적 인원 또한 7~14세 이용자가 전체 이용자의 4분의 1을 차지하여, NDIS에서 강조하는 조기 개입 기조를 확인할 수 있다.

[그림 3-11] 연령별 신규 이용자 현황



자료: NDIA. (2019c). .COAG Disability Reform Council. Quarterly Report. 30 June 2019. <https://ndis.gov.au/about-us/publications/quarterly-reports> 에서 2019. 9. 30. 인출 p. 21 그림 발췌

[그림 3-12] 연령별 누적 이용자 현황



자료: NDIA. (2019c). COAG Disability Reform Council. Quarterly Report. 30 June 2019. <https://ndis.gov.au/about-us/publications/quarterly-reports>에서 2019. 9. 30. 인출. p. 21 그림 발췌

호주의 휴먼서비스부는 웨스턴 오스트레일리아주가 포함되는 등 전국 확대가 완료되는 2020년에 이르면 이용자가 46만 명에 이를 것으로 추산하고 있다(NDIA, 2019a).

3. 급여

가. 급여 형태

이용자의 NDIS 예산 관리 방식은 크게 4가지로 구분된다(Duff, 2019a).

- 기관 관리 모형(Agency-Managed): NDIA가 이용자의 예산을 관리하는 형태. NDIA에서 서비스 제공자³⁶⁾에게 예산을 지급한다.
- 플랜 매니저 관리 모형(Registered Plan Manager): 이용자가 플랜

매니저에게 예산 관리를 위탁하는 형태. 플랜 매니저는 이용자를 대신하여 서비스 제공자가 청구한 서류를 검토하고 처리하여 예산을 집행한다.

- 자기관리 모형(Self Managed): 이용자 또는 이용자가 지명한 사람(nominee)³⁷⁾이 직접 예산을 관리하는 형태. 서비스 제공과 관련된 비용 정산과 행정 절차를 이용자가 직접 수행해야 한다.
- 혼합 모형(Combination): 위 3가지 모형을 이용자의 욕구에 따라 혼합하여 이용한다.

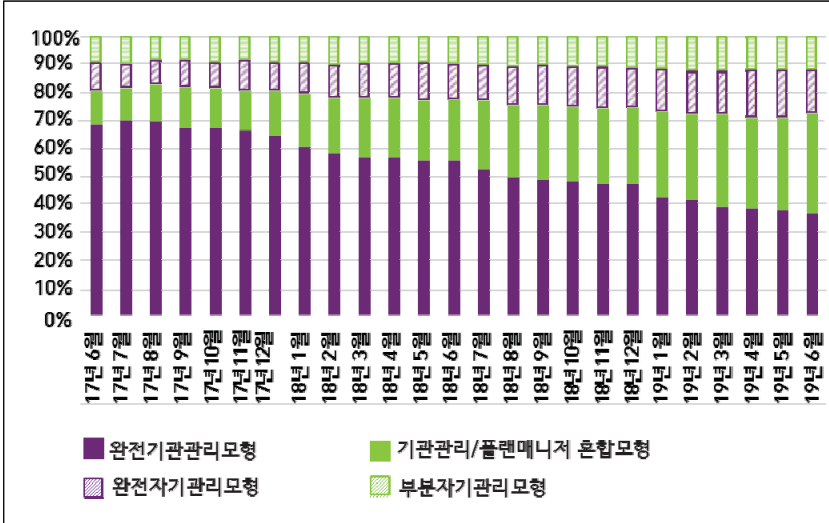
기관 관리 모형으로 예산을 관리하는 경우, 이용자에게는 예산이 지급되는 절차가 없기 때문에 급여의 형태는 실체가 아닌 가상예산(virtual budget)이 된다. 플랜 매니저 관리 모형은 플랜 매니저가 NDIA에 예산을 청구하여 집행한다. 자기관리 모형으로 예산을 집행하는 경우에는 이용자에게 직접 현금이 지급된다. 자기관리 모형은 가장 유연하게 집행할 수 있는 예산 관리 방식으로 승인된 개별 지원 계획에 따라 현금이 지급되나, 이용할 수 있는 서비스 제공자나 가격에는 제한이 없다.

아래 [그림 3-13]은 최근의 NDIS 이용자의 예산 관리 모형 선택 추이를 보여 주고 있다. 최근에 이룰수록 완전 기관 관리 모형이 줄어들고 기관 관리와 플랜 매니저의 혼합 관리 모형이 증가하며, 부분적인 자기관리 모형이 점진적인 증가 추세에 있음을 확인할 수 있다.

36) 서비스 제공자는 크게 NDIA 등록 서비스 제공자와 미등록 제공자로 나뉜다. 상세한 내용은 후술한다.

37) 지명자(nominee)는 이용자를 대신하여 결정을 내리도록 이용자 또는 NDIA가 지목한 사람을 의미한다(NDIA, 2019h). NDIS 법에서는 지명자가 이용자의 의사를 확인하고 이용자의 개인·사회적 안녕을 증진하는 방식으로 행동할 의무가 있음을 명시하고 있다.

[그림 3-13] 예산 관리 모형 변화 추이



자료: NDIA. (2019c). .COAG Disability Reform Council. Quarterly Report. 30 June 2019.
<https://ndis.gov.au/about-us/publications/quarterly-reports>에서 2019. 9. 30. 인출
 p. 23. 그림 발췌

나. 급여 범위(용처 및 용도)

NDIS 예산 용처는 ‘합리적이고 필수적인 지원(reasonable and necessary supports)’에 해당하는 재화 및 서비스에 한정된다. 합리적이고 필수적인 지원은 이용자의 장애와 관련이 있어야 하며, 가격에 합당한 가치가 있고, 이용자가 세운 목표를 달성하는 데 효과적이어야 한다는 조건을 충족해야 한다. 이는 목적에 따라 ① 일상생활을 지원하는 핵심(core) 지원, ② 보조공학기와 장비의 구입 및 유지, 주택 및 차량 개조 또는 장애인 전문 특별주택(SDA: Specialist Disability Accommodation,) 비용 등의 자산(capital) 지원, 그리고 ③ 이용자의 자립 역량과 기술을 제고하는 역량 강화(capacity building) 지원의 세 가지 유형으로 구분된다.

NDIS 예산은 NDIS의 성과체계(NDIS Outcome Framework)에서 정한 영역에 따라 할당된다. 성과체계는 이용자의 목표를 달성하고 NDIS의 전반적인 성과를 평가하도록 개발되었는데, ① 일상생활, ② 주택, ③ 건강, ④ 평생학습, ⑤ 일, ⑥ 사회 참여, ⑦ 관계, ⑧ 선택과 통제의 8개 성과평가 영역을 제시한다. 지원 목적과 성과 영역, 그리고 예산의 용처인 지원 범위의 연관을 예를 들면 아래 표와 같다.

〈표 3-34〉 NDIS의 지원 목적, 성과 영역과 지원 범위

지원 목적	성과 영역	지원 범위
핵심 지원	일상생활 일상생활 일상생활 사회 참여	일상생활 지원 이동 소모품 사회 참여 지원
자산 지원	일상생활 주택	보조공학 주택 개조 및 장애인 전문 특별주택
역량 강화 지원	선택과 통제 주택 사회 참여 일 관계 건강 평생학습 선택과 통제 일상생활	지원조정(support coordination) 동거 형태 등 주거 상황 개선 사회 참여 증진 구직 및 직업 유지 지원 관계 증진 건강 증진 학습 증진 삶에서의 선택 기회 증진 일상생활 기술 증진

자료: NDIA. (2019f). NDIS Support Catalogue 2019-20. <https://ndis.gov.au/providers/pricing-guides-and-pricing>에서 2019. 9. 30. 인출 p. 10. 내용 재구성

NDIS 예산을 집행할 수 있는 범주는 상당히 유연한 편이지만, 이용자의 장애와 직접적인 관련이 없는 예산, 예를 들어 식품이나 의복을 사는 비용은 집행할 수 없다. 타 제도가 우선적으로 적용되는 서비스도 제외된다. 예를 들어 호주의 의료제도인 메디케어(Medicare)가 보장하는 서비스, 주에서 제공하는 타 지역서비스는 NDIS로 구매할 수 없다(NDIA, 2019f). 이용자 본인과 타인에게 잠재적 위험이 될 수 있는 서비스도 구

매할 수 없다. NDIS 규칙은 사회서비스 영역에서 NDIS로 지원 가능한 항목과 타 제도로 지원되는 항목을 상세하게 구분하여 제시하고 있다.

다. 급여 수준

NDIS는 개인에 대한 지원 계획(개별 지원 계획)을 승인하면 이에 포함된 재화와 서비스의 가격으로 급여 수준이 결정된다. 유사시장(quasi-market)에서 제공되는 NDIS 특성상 정부에서 정한 서비스 가격은 없으며, 장기적으로는 가격에 대한 규제를 완화하고자 하나, 도입 초기에 서비스제공자가 급속히 증가하는 상황을 고려하여 시장 성격에 따라 차별화된 가격정책을 실시하고 있다(NDIA, 2019e, p. 50).

- 비규제(No regulation): 고도로 경쟁적인 시장에 적용됨. 예: 교통
- 가격 상한제(Price limits): 현재 성장 중인 대부분의 시장에 적용됨. 이용자가 지불 가능한 재화 및 서비스 가격의 상한선을 설정. 예: 돌봄
- 견적가 지원(Quotable supports): 이용자가 공급자로부터 견적을 받아 NDIA에 제출하고, NDIA는 가격의 적정성을 검증. 시장기제가 작동하기 어려운 고도로 특화된 영역에 적용. 예: 주택 개조, 보조공학

NDIA는 상한제를 실시하는 영역에 대해 가격 카탈로그를 제작하고 있으며, 매해 시장의 동향을 반영하여 회계연도에 맞추어 최신화하고 있다. 가격 카탈로그에서는 NDIS로 지원 가능한 재화 및 서비스를 지원 목적과 범주에 따라 목록화하고, 이를 일련의 코드로 부호화하여 가격 상한선을 설정한다. 일반적으로 서비스 가격은 전국적으로 단일한 기준을 적용하나, 일부 서비스는 인구 수준에 따라 지역을 구분하여 가격을 차별화하기

도 한다.

2019년 7월 1일자로 발표된 가격 카탈로그에서는 703개 지원 항목 중 355개 항목의 가격 상한선을 제시하고 있다. 이 중 일상생활 지원 범주 (Assistance with daily life)에 해당하는 지원의 가격 일부를 예로 들면 다음과 같다.

〈표 3-35〉 NDIS 서비스 가격 예시(일상생활 지원 범주 중 일부)

(단위: 호주달러)

항목 명칭	항목 내용	가격 규제 여부	견적 필요 여부	근거리* 가격	원거리* 가격	최장 원거리* 가격
전환 지원	NDIS 재정으로 전환: 렌트 및 공공요금. 개별 지원 계획에 따른 단기 지원	N	Y			
철야 셀프 케어 지원 (단위: 시간)	활동지원인이 취침시간 없이 야간 일상생활 지원함	Y	N	59.40	83.16	89.10
철야 셀프 케어 지원 - TTP (단위: 시간)	'신뢰할 수 있는 제3자(TTP)'인 활동지원인이 취침시간 없이 야간 일상생활 지원함	Y	N	63.85	89.39	95.78
개인의 집안 활동 지원 (단위: 시간)	이용자가 주택을 자가 소유하거나 유지 보수에 대한 책임이 있는 경우 집 환경을 유지하기 위한 활동을 지원. 기본적인 주택 및 정원 일을 포함함.	Y	N	50.03	70.04	75.05
야간 셀프 케어 지원 (단위: EA)	활동지원인이 야간 일상생활 지원함. 이용자의 별도의 요구가 없는 경우 취침할 수 있음.	Y	N	214.03	299.64	321.05

주: * 호주 정부는 호주 전역을 인구 규모와 위치에 따라 도시/전원, 근거리/원거리 등으로 구분하여 Modified Monash Model(MMM) 등급으로 표시함. MMM은 7개 등급으로 구분되며, 근거리는 MMM 1-5, 원거리는 MMM 6, 최장 원거리는 MMM 7이 해당됨.

자료: NDIA. (2019e). NDIS Price Guide 2019-20. <https://ndis.gov.au/providers/price-guides-and-pricing>에서 2019. 9. 30. 인출 p. 2. 표 일부 수정

기관 관리 모형 이용자는 NDIA에 등록된 제공자의 서비스만 이용할 수 있는데, 이러한 서비스는 가격 카탈로그에 제시된 상한선을 초과할 수 없고, 제공자는 이용자에게 서비스 가격을 이용 전에 고지해야 한다. 플랜 매니저가 서비스의 구입을 대행하는 플랜 매니저 관리 모형 이용자는 등록 제공자, 미등록 제공자를 모두 이용할 수 있으나, 플랜 매니저 당사자가 NDIA에 등록된 제공자에 해당되기 때문에, 가격 가이드를 준수해야 한다. 반면, 이용할 수 있는 서비스 제공자에 제한이 없는 자기 관리 모형 이용자는 가격 준수 의무가 없다(NDIA, 2019e, p. 8).

라. 본인부담금

NDIS는 소득 수준과 관계없이 이용할 수 있으며, 이용자의 본인부담금을 부과하지 않는다.

4. 전달체계

가. 제도 이용 모형

NDIS 이용 절차는 수급권 확인→신청→계획 수립 및 심의→승인→집행으로 이루어진다. 이용 절차와 관련된 핵심적 조직은 다음과 같이 살펴볼 수 있다.

- NDIA 및 LAC

연방정부의 독립 기구인 NDIA는 NDIS의 관리운영을 총괄하는 조직이다. NDIA는 NDIS 재정을 관리하며, 신청자의 수급권을 판정하여 이

용 여부를 결정하고 지원 계획을 승인하는 권한을 가진다. NDIA는 민간 영역에서의 ECEI 파트너(7세 미만 이용)와 지역 코디네이터(LAC: Local Area Coordinator)(7세 이상 이용)를 지정하는데, 이들은 지역에서 NDIS에 접근하는 창구 역할을 담당하여 NDIS의 신청과 이용 과정을 지원하고 있다. NDIA와 협력기관에서 종사하는 인력은 2019년 6월 기준 1만 1061명으로 조사된다(NDIA, 2019c).

계획의 심의 및 승인을 위해 NDIS 신청자를 면담하는 역할은 NDIS 플래너가 담당하는데, 신청자는 면담 전 본인의 욕구 및 목표를 사전에 파악하여 문건(participant statement)으로 작성할 것을 권고받는다(Australian Government, 2014, p.2). 플래너는 면담을 통해 신청자의 일반적 상황(주거 상황, 사회활동, 고용 등)과 현재 이용 서비스, 달성하고자 하는 목표와 희망 사항(aspiration) 등을 파악하고, 지원 계획을 통해 수립할 목표를 설정하며, 설정된 목표를 달성하기 위한 전략과 이의 평가 방법을 마련한다(Australian Government, 2014, p. 11). 플래너와의 면담은 1회로 완료될 수 있고, 필요한 경우 추가 면담을 거쳐 지원 계획이 확정될 수 있다(Australian Government, 2014, p. 10).

플래너와의 면담 이후 계획이 승인되면, LAC는 개별 연락을 통해 이용자를 대면 또는 유선으로 면담하여 이용자가 개별 지원 계획을 보다 잘 이해하고 적절한 서비스 제공자를 선택하도록 조력하고 연계해 주는 역할을 한다.

• 제공자(제공기관)

제공자는 크게 등록 기관과 미등록 기관으로 나뉜다. NDIS에 서비스 제공자로 등록하기 위해서는 NDIS에서 제시한 사업 요건과 지침을 준수해야 한다. NDIA에서 제작한 제공자 등록 가이드(Provider

Registration Guide for Suitability)에서는 제공자를 제공하는 서비스의 성격에 따라 일반 등록, 전문 등록, 주택 및 차량 개조 등록, 보조공학 및 장비 등록 등으로 구분하고 있으며, 각 집단이 제공할 수 있는 서비스의 내용과 관련된 직종, 추가 지침이 상세하게 목록화된다. 일부 사례를 살펴보면 다음과 같다.

〈표 3-36〉 NDIS 등록 제공자 집단

집단	내용(일부 예시)	관련 직종(일부 예시)
일반 등록	개인 일상 활동	활동지원인(disability support worker) 복지지원인(welfare worker) 원주민 보건지원인(aboriginal health worker)
	가사	청소부(cleaner), 정원사(gardener), 기타
전문 등록	지역 간호	간호사(Registered Nurse)
	통번역	통번역가
	치료 서비스	미술치료사, 음악치료사, 작업치료사, 청능사(audiologist), 심리학자, 언어치료사, 사회복지사
주택 및 차량 개조	주택 개조 설계 및 건축	건축가, 건축업자, 건축조사관, 목수, 배관공, 작업치료사, 재활기술자 등
보조공학 및 장비	여가 보조기기	기타

자료: NDIA. (2019g). Provider Registration Guide to Suitability. <https://www.ndis.gov.au/providers/becoming-ndis-providers/am-i-ready-requirements-and-eligibility>
에서 2019. 9. 30. 인출 p. 7, p. 11, p. 16, p. 20. 내용 재구성

2019년 6월 30일 기준 호주 전역에는 총 2만 1510 단위의 제공자가 NDIA에 등록되어 있으며, 이 중 57%에 해당하는 1만 2361 단위가 현재 활동 중인 것으로 나타난다(NDIA, 2019, p. 49). 제공기관의 46%는 개인 사업자에 해당하며, 54%는 단체 조직, 또는 기업체로 분류된다. 제공자는 NDIS하에서 제공되는 서비스의 품질과 안전을 감독할 독립 기구인 NDIS 품질 및 보호위원회(NDIS Quality and Safeguard commission)의 규제를 받는다.

나. 제공 인력

NDIS 관련 인력은 크게 직접서비스를 제공하는 인력과 지원 연계 및 조정 인력으로 구분할 수 있다. 직접서비스 제공 인력은 <표 3-37>에서 보듯 일상생활을 지원하는 돌봄 인력(disability support worker) 외에도 치료사, 간호사, 건축가 등 다양한 직종의 인력이 연관된다. 이들은 개별 지원 계획에 따라 서비스를 제공한다.

1) 지원 연계 및 조정 인력

서비스의 계획(planning)과 조정(coordination), 또는 그 외 회계와 정산 같은 행정을 담당하는 인력이 해당된다. 서비스 제공의 주요한 요소 중 하나인 조정은 이용자에게 필요한 지원을 설계하고 적절한 서비스제공자를 찾아서 조달하는 역할을 의미하는데, 서비스 계획에 관여하는 정도에 따라 크게 세 수준의 조정이 가능하다.

- 연계(support connection): 이용자가 적합한 서비스에 접근할 수 있도록 지원
- 조정(support coordination): 이용자가 개별 지원 계획을 이해하고 이행할 수 있도록 지원. 코디네이터는 이용자가 관계 유지 및 서비스 관리 역량이 증진되고 보다 자립적이고 사회에 통합될 수 있도록 조력함.
- 전문 조정(specialist support coordination): 조정의 전문화된 형태. 이용자가 가진 문제가 심각하고 욕구가 복합적일 때 적합. 전문성이 높은 코디네이터가 이용자의 환경적인 어려움에 개입하고, 일관성 있는 서비스가 제공될 수 있도록 조력함.

NDIS의 가장 기초적인 서비스 조정은 전술한 LAC가 담당한다. LAC는 ‘연계’ 수준에서 활동하며, NDIS를 이용하기 위한 기본 절차이기 때문에 NDIS 구매 항목에는 해당되지 않는다. LAC의 서비스 조정이 충분하지 않은 경우, NDIS 예산으로 ‘조정’을 별도로 이용(구매)하여 지원 코디네이터(support coordinator)로부터 개별 지원 계획상의 다양한 서비스를 연계 및 조정하는 서비스를 받을 수 있다. 이때 지원 코디네이터의 직무는 LAC와 유사하지만, ‘조정’과 ‘전문 조정’같이 난도가 높은 경우가 대부분이며, 필요한 경우 사례 관리를 지원한다. 지원 코디네이터로 일하기 위한 필수 자격 조건은 없으나, 장애, 아동, 사회복지와 관련한 자격을 가진 경우가 대부분이다(Herd, 2019, p. 7).

NDIS의 핵심 인력 중 하나인 플랜 매니저는 플랜 매니저 관리 모형 하에서 이용자를 대신하여 서비스 제공자에게 예산을 지급하는 역할을 수행하며, 서비스 코디네이터와 같이 직접 서비스를 연계하는 역할은 하지 않는다. 플랜매니저는 NDIS에 등록된 제공자로서 제공자 지침을 준수해야 한다.

2) 직접 서비스 제공 인력

NDIS 등록 가이드는 수십 종에 이르는 다양한 직종이 NDIS 예산으로 구입할 수 있는 서비스를 제공할 수 있음을 보여 주고 있다. 한국의 활동지원사에 해당하는, 일상생활을 지원하는 인력은 대부분 활동지원인(disability support worker)이며, 이 외에도 복지지원인(welfare worker), 원주민 건강지원인(aboriginal health worker) 등이 관여된다. 활동지원인이 되기 위해 필수적으로 취득해야 하는 자격은 없으나, 많은 경우 이들을 고용하는 서비스 제공기관 또는 이용자는 활동지원인이 장애에 관한 기초적 교육과정과 식사 보조 등 개인 신변 지원에 대한

교육과정을 이수할 것을 요구한다(SEEK, 2019).³⁸⁾ 교육기관에서 제공하는 과정에 따라 온라인 이수도 가능하며, 일부 서비스 기관에서는 NDIS의 개요, 장애인의 권리, 활동지원인으로서의 태도, UN 장애인권리 협약 등에 관한 추가적인 교육을 자체적으로 실시하기도 한다(Duff, 2019b, p. 11).

일반적으로 활동지원인은 최저임금제³⁹⁾의 보호를 받으며, 근로 형태(정규/비정규)에 따라 적용되는 복리후생 정도가 다르다. 시간제로 일하는 비정규직 활동지원인은 수당을 추가로 받으나, 연가나 장기휴가와 같은 휴가제도나 기타 복리후생제도를 이용할 수 없다. 이용자가 자기관리 모형으로 서비스를 이용하는 경우, 이용자와 직접 협의하여 수당을 정하기도 하고, 이 경우 일부 주에서는 최저임금제의 적용을 받지 않는다(Duff, 2019b). 이민자를 포함하여 이용자의 친지도 활동지원인이 되어 서비스를 제공할 수 있으나, 동거 가족은 급여를 받는 활동지원인이 될 수 없다. 호주 최대의 구직 구인 사이트인 SEEK에서는 활동지원인의 평균 연봉을 5만 호주달러(약 4094만 원)로 제시하고 있다(SEEK, 2019).

38) 정부에서는 성인을 위해 직업기술훈련을 제공하는 교육훈련프로그램(Technical and Further Education, TAFE)을 운영하고 있으며, TAFE 내에 해당 교육과정을 개설 운영하고 있다.

39) 2019년 5월 30일부터 적용되는 호주의 시간당 최저임금은 19.49 호주달러(약 1만 5960 원)이다(Employsure, 2019, <https://employsure.com.au/guides/wage-and-pay/minimum-wage-australia/> 에서 2019. 9. 30. 인출).

5. 재정

가. 재정 규모

호주 연방정부에서는 전국 확대가 완료되는 2020-2021년⁴⁰⁾에는 NDIS 예산이 220억 호주달러에 이를 것으로 추산하고 있다.

〈표 3-37〉 호주의 장애인 지원 예산 추세

(단위: 백만 호주달러)

	추정(estimates)			전망(projections)	
	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
장애인 소득지원 (Income support for people with disability)	16,699	17,057	17,044	17,618	17,889
NDIS	12,989	17,524	22,253	23,523	24,806
Income support for carers	8,770	9,207	9,493	10,038	10,552
Assistance to the States for Disability Services	958	173	0	0	0
Disability and Cares	1,012	1,084	1,085	1095	1112
NDIS 전환 프로그램	500	219	38	32	37
National Partnership Payments Assistance to People with disability	3,151	1,742	1,295	1,336	1,104
합계	44,079	47,005	51,209	53,641	55,499

자료: Commonwealth of Australia. (2019). Budget Strategy and Outlook Budget Paper No. 1 2019-20. <https://budget.gov.au/2019-20/content/bp1/download/bp1.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출. pp. 5-24.

40) 호주의 회계연도는 전년 7월 1일에 시작하여 당년 6월 30일에 종료된다. 즉, 2019-2020년은 2019년 7월 1일부터 2020년 6월 30일까지의 예산을 의미한다.

장애인 지원 예산의 실질증가율은 2019-2020년에 전년 대비 4.5%, 2022-2023년에 3년 전 대비 10%일 것으로 전망된다. 이러한 예산 증가의 주된 요인은 NDIS의 확대로, 각 주에서 시범사업이 본 사업으로 전환되며 큰 폭으로 증가한 이용자가 예산 상승을 견인해 왔다. 제도가 전국으로 확대된 이후 안정기에 들어서면 증가폭은 둔화될 것으로 예측된다. 2019-2020년에서 2022-2023년에 이르는 총 예산인 881억 호주달러 중 연방정부는 51.8%에 해당하는 457억 호주달러를 분담하며, 나머지는 주정부가 분담한다(Commonwealth of Australia, 2019, pp. 5-23).

그러나 NDIS 예산이 예측한 규모대로 집행되어 온 것은 아니다. 2018-2019년에는 NDIS에 166억 9000만 호주달러가 소요될 것으로 예측하였으나(Commonwealth of Australia, 2019, pp. 1-26), 실제로는 129억 호주달러가 집행되어(Commonwealth of Australia, 2019, pp. 5-24), 예산의 불용은 NDIS의 한계이자 쟁점 중 하나로 남게 된다.

나. 재원의 구성

NDIS 재원은 기존 연방정부와 주정부의 장애인 지원 예산 외 특별기금과 일반조세로 운영되며, 연방정부와 주정부가 공동으로 조성한다. 이 중 가장 큰 비중을 차지하는 재원은 기존의 장애인 지원 예산이다. 시범사업 기간이었던 2014-2015년에 장애인 지원에 집행된 예산은 총 8억 호주달러였으며, 이 중 29.7%를 연방정부가 분담한 것으로 보고되었다(Buckmaster, 2019).

특별기금은 호주 의료보장제도인 메디케어 부과금(Medicare levy)의 추가 세입(2014년 7월 과세소득의 1.5%에서 2%로 인상)으로 조성된 'Disability Care Australia Fund(DCAF)'를 의미한다. DCAF는 2018

년 12월 31일 기준 144억 호주달러에 달하는 것으로 알려졌다 (Commonwealth of Australia, 2019, pp. 6-18). 기존의 장애인 지원 예산과 DCAF로 상쇄되지 않는 재정은 일반조세로 운영되거나 차입금에 의존한다.

6. 쟁점

NDIS와 관련된 쟁점은 다음과 같이 정리해 볼 수 있다.

첫째, 긴 대기 시간이다. 호주에서 장애인이 NDIS를 처음 신청한 시점에서 절차를 거쳐 실제 서비스를 이용하기까지 수개월을 기다리는 일은 흔한 일로 인식되고 있다. NDIS 플랜이 확정되기까지의 평균 대기 시간은 100일 이상으로 알려져 있으나(Henriques-Gomes, 2019), 실제 서비스를 이용하기까지 수개월을 더 기다리는 일은 빈번하다. 연구진이 호주 현지에서 면담한 서비스 제공기관의 대표는 장애인 당사자로 NDIS 신청 이후 플랜 승인을 대기하고 있었는데, NDIA에 신청서를 제출한 지 5개월 반 만에 이용 승인 통지를 받고, 2개월 반 후에 첫 플랜 회의를 가졌다고 하며, 신청서 제출에서부터 플래너와 첫 인터뷰를 하기까지 8개월이 걸린 상황에서 플랜이 최종 승인되기까지 한 달이 추가적으로 소요될 것으로 예측하였다. 이같이 대기 시간이 오래 걸리는 가장 큰 원인은 계획의 심의와 승인을 담당하는 NDIS 플래너의 양적 부족인 것으로 보인다(Herd, 2019). NDIS는 Gillard 총리가 이끄는 노동당 정부에서 제도의 도입을 결정하고 초기 설계를 했으나, 이후 2013년 9월, 본격적인 도입 시기에 보수적 성향의 자유당으로 정권이 교체되었는데, 이때 NDIA의 규모를 초기 설계보다 축소하여 플래너의 수가 대폭 줄어들게 되었다. 제도 도입 초기에 3만 명 정도였던 NDIS 이용자 수가 2019년 7월 현재 10배

가까이 증가하였으나, 이 증가폭을 감당할 만큼 직원 수가 충원되지 않으면서 긴 대기 시간은 NDIS의 만성적인 문제점이 되었다. 이의 개선을 위해 2019년 6월, 6세 이하의 장애 아동이 이용하는 ECEI에 한해 대기 기간 동안 1만 호주달러의 잠정적 플랜을 이용할 수 있는 대책이 발표된 바 있으나(Henriques-Gomes, 2019), 효과는 아직 미지수인 상황이다.

둘째, 서비스의 수요와 공급의 불균형 문제이다. 호주는 인구의 대부분이 동남쪽 해안에 자리 잡은 몇 개의 대도시에 집중되어 있기 때문에 인구가 희박한 소도시, 특히 내륙 지역에는 서비스 제공자가 충분하지 않아 이용할 수 있는 서비스를 찾기가 쉽지 않다. 특히 작업치료, 물리치료, 언어치료와 같은 치료적 서비스의 경우 수급 불균형이 심각하여 “이론적으로 선택권이 있으나 실제로는 보장되지 않는다(Mallett, 2019)” 상황이 나타난다. 실제 대도시에서 거주하는 서비스 제공 인력이 항공편을 이용하여 서비스 제공자가 부족한 지역에 이동, 그곳에 수일을 머무르며 치료적 서비스를 제공하고 다시 항공편으로 원지역에 복귀하는 일도 나타나고 있으며(Duff, 2019b), 이 경우 NDIS가 지역에 따라 서비스 가격을 달리 책정하고는 있으나, 항공편으로 이동하는 교통비를 부담하지 않는다는 것이 서비스 이용에서의 장벽이 되기도 한다(Mallett, 2019).

NDIS는 원칙적으로 예산에 상한선이 없기 때문에 가용 자원과 관계없이 이용자의 욕구에 따라 예산 사용 계획을 수립할 수 있으나, 이런 상황으로 인해 대도시 이외의 지역에서는 서비스의 부재로 예산이 소진되지 않을 수 있다. 이는 장애 아동이나 수가 많지 않은 유형의 장애인의 경우에 특히 그렇다(Herd, 2019).

셋째, 돌봄 제공 인력의 불안정화 문제이다. NDIS가 도입되고 서비스 이용자의 선택권이 강화되면서 돌봄 제공자를 직접 고용하는 이용자, 또는 서비스 제공기관이 수요 변화에 유연하게 대응하기 위해 고정 계약이

아닌 시간제로 근로하는 임시 계약을 선호하게 되면서 돌봄 노동력의 임시직화(casualization) 경향이 나타났다. 시간제로 계약한 돌봄 제공자는 해고가 용이하며, 근속 휴가나 연가, 기타 복리후생제도를 이용할 수 없으며, 이는 돌봄 제공자의 일자리의 질을 저해하는 원인이 될 수 있다(Duff, 2019b).

마지막으로 연방 제도인 NDIS와 주에서 시행 중인 장애인 지원제도 간의 혼선도 문제로 지적된다. NDIS 이용자가 주 단위에서 시행하는 보건, 정신보건 서비스를 이용하거나 학교에서 장애와 관련된 추가적인 서비스를 이용하는 경우, 그리고 형사나 교정 시설에 수용되게 될 경우 관련된 재정을 NDIS에서 부담할 것인지, 주정부 서비스가 부담할 것인지, 곧 장애인 지원체계의 비용 부담과 책임에 대한 논쟁은 아직까지 계속되고 있다(Duff, 2019a; Mallett, 2019).

제 4 장

국외 사회서비스 분야 개인예산제도 유형화

제1절 국가 비교와 퍼지셋 이상형 분석

제2절 퍼지셋 이상형 분석 절차

제3절 개인예산제도 유형과 사례

4

국외 사회서비스 분야 << 개인예산제도 유형화

제1절 국가 비교와 퍼지셋 이상형 분석

지금까지 사회서비스 현금지급제, 또는 개인예산제도에 관한 연구는 소수의 국가에 집중하여 질적 사례연구를 수행해 왔다(Ungerson & Yeandle, 2007; Arksey & Kemp, 2008; Glasby & Littlechild, 2009). 이는 비단 해당 제도에 관한 연구뿐 아니라 분석 단위가 국가가 되는 연구에서 빈번히 관찰되는 경향으로, 한 국가에 대한 사례연구나 2~3개 국가 비교연구는 찾아보기 쉬운 반면, 15~20개국 수준의 중간 규모의 사례를 다루는 학술 연구는 상대적으로 희소한 편이다. 이와 같은 경향의 원인으로 적합한 방법론의 부재가 지적되기도 하는데, 중간 규모의 사례연구는 사례 중심 방법(case-oriented methods)으로 분석하기에는 숫자가 많고, 변수 중심 방법(variable-oriented methods)으로 접근하기에는 사례 수가 충분하지 않기 때문이다(최영준, 2009). 이처럼 비교적 많지 않은 사례에 대해 유형화를 구축하고 다양성과 변화를 살필 때는 퍼지셋 이상형분석(Fuzzy set Ideal Type Analysis)이 대안이 될 수 있다. 명확하고 배타적인 속성을 기준으로 유형을 구분하는 기존 방법론에 비해 모호한 집합을 활용할 수 있는 퍼지셋 원리를 사용하는 것이다(이동석, 2015).

현재 사회과학에서의 퍼지셋 분석 방법은 비교연구에서의 유형화 및 군집분석에서 널리 활용된다. 부분적인 소속(membership)을 나타낼 수 있다는 퍼지셋의 장점을 이용하면, 비교 대상의 유형(kind)과 동시에 유

형에 속한 정도(degree)의 차이까지 평가할 수 있기 때문에, 퍼지셋 분석 방법은 유형 분류를 위한 방법론으로 널리 활용되고 있다(최영준, 2009, p.310).

제2절 퍼지셋 이상형 분석 절차

본 연구는 전 장(章)에서 조사한 6개 국가의 9개 개인예산제도(미국의 활동보조 프로그램(PSA), 케어 프로그램(PCA), 자기결정 프로그램(SDP), 독립적 선택 프로그램(IC), 영국의 2015년 4월 이전 개인예산제(UK T1), 2015년 4월 이후 개인예산제(UK T2), 독일의 개인예산제, 스웨덴의 개인예산제, 네덜란드의 개인예산제, 호주의 NDIS) 사례에 대해 퍼지셋 이상형 분석 방법으로 유형화를 시도하고 비교사회정책적 관점에서 제도를 조망한다. 이를 통하여 한 사례가 어느 이상형에 근접하고, 어느 정도의 속성을 공유하며, 동시에 다른 이상형의 속성은 어떤 수준인지 가늠할 수 있음에 따라 사례에 대한 상대적인 이해도를 높이하고자 한다(Ragin, 2000; 이동석, 2015).

1. 퍼지셋 이상형 분석을 위한 지표 설정

퍼지셋 이상형 분석 방법으로 유형화를 시도하기 위해서는 개별 제도들의 특성을 파악할 수 있는 지표의 실증점수를 산정한 후, 이를 퍼지소속점수로 측정하여야 한다. .

이 측정을 위하여, 개인예산제도와 관련된 선행연구를 검토한 후 그 내용을 바탕으로 퍼지셋 이상형 분석을 위한 지표를 설정하였다. 구체적인

로 이동석(2015)의 8개국 15개 사회서비스 현금지급제도를 퍼지셋 이상형 분석을 통해 유형화한 연구를 참고하여 해당 연구의 분석틀을 연구진 회의와 자문을 거쳐 수정·보완하여 설정하였다. 설정된 지표는 수요 측면에서의 ‘이용자 중심 설계’와 공급 측면에서의 ‘서비스 질 관리 중심 설계’로 구성되어 있으며, 퍼지셋 점수 부여를 위한 하위 요소는 다음과 같다.

〈표 4-1〉 퍼지셋 이상형 분석을 위한 지표

지표	하위 요소	측정 시 고려 요소
이용자 중심 설계 (수요 측면)	현금 사용 수월성	- 케어 매니저 등의 관리 통제(서비스 계획 수립 여부 및 수립 시 이용자 통제 정도) - 현금 정산의 엄격성(정산 여부, 정산 기간, 정산 방식, 불용예산의 처리 등) - 임금 계약의 자율성(이용자와 활동지원인 간의 고용 계약에서 계약 기간, 임금 수준 등의 자율성)
	용도 용처 다양성	- 구매 형태의 제한(돌봄 외 타 사회서비스, 재화 구입 가능 여부) - 지출 가능 지원 서비스 영역의 포괄성(신체적, 사회적 활동지원 여부) - 시설 서비스 구매 가능 여부 - 돌봄 제공 인력 범위 제한 수준(이민자, 비동거 친족, 동거 친족 돌봄 제공 가능 여부)
	대상자 (이용자) 포괄성	- 자격 기준 엄격성(연령, 소득 수준, 장애 정도, 장애 유형, 발달장애 등에 대한 기준의 엄격성) - 진단 판정 권한 당사자 부여 여부(자기사정 수용 정도)
서비스 질 관리 중심 설계 (공급 측면)	일자리 질	- 최저임금 적용 여부 및 적용 돌봄 제공 인력 범위 - 사회보험 적용 여부 및 적용 돌봄 제공 인력 범위 - 기타 교육훈련 기회 및 후생복지
	지원 조직 또는 제공기관의 기능	- 조직의 성격과 다양성(지원 조직 성격 및 다양성) - 지원에 대한 접근 편리성(이용자의 비용 부담) - 지원 내용의 다양성(정보 제공, 제공 인력 중개, 행정 지원 등)
	정부의 책무성	- 관련 상위 계획 수립 여부(지역 및 중앙 단위의 개인예산제와 관련한 중장기/단기 계획) - 서비스 제공 인력 자격제도 여부 - 관리·감독 및 평가 실시 여부(제공기관 진입 용이성) - 재원의 출처(조세, 보험료 여부)

자료: 이동석(2015) 사회서비스 현금지급제도의 유형에 관한 국가비교 연구: 퍼지셋 이상형 분석의 적용. 성공회대학교 박사학위 논문. 서울, p.54, p.59를 참고하여 연구진 회의와 자문을 토대로 구성

가. 이용자 중심 설계(수요 측면)

1) 현금 사용 수월성

이용자 중심 설계의 하위 요소인 현금 사용의 수월성에 대해서는 서비스 계획 수립 여부 및 수립 시 이용자 통제 정도, 현금 정산의 엄격성(정산 여부, 정산 기간, 정산 방식, 불용예산의 처리 등), 임금 계약의 자율성(이용자와 활동지원인 간의 고용 계약에서 계약 기간, 임금 수준 등의 자율성)을 측정 시 고려하였다.

호주, 영국과 미국의 주별 다수 프로그램, 독일과 네덜란드의 경우 관리 통제 측면을 분석할 때, 서비스 계획의 수립 여부 및 계획 수립 시 이용자의 참여 여부, 케어 매니저의 관리통제가 이루어지고 있음을 알 수 있다. 그러나 현금 정산의 엄격성을 측정하기 위한 정산 여부, 정산 기간의 제한, 불용예산 처리의 재량권 등은 독일과 스웨덴의 경우 제도화가 되어 있으나 다른 국가들의 경우 규정 여부가 명확히 파악되지 못하는 점이 있다. 마지막으로 임금 계약의 자율성에 관해서는 영국, 스웨덴, 네덜란드의 경우 완전 자율로 이루어지며, 독일과 호주 프로그램의 경우 국가에서 정한 기준 내에서 자율로 이루어지고 있다. 이러한 분석 결과들을 종합할 때, 모든 국가의 분석 점수는 5점에서 6점으로 대동소이하게 측정되었다.

2) 용도 용처 다양성

이용자 중심 설계의 하위 요소인 용도 용처의 다양성에 대해서는 구매 형태의 제한(돌봄 외 타 사회서비스, 재화 구입 가능 여부), 지출 가능 지원 서비스 영역의 포괄성(신체적, 사회적 활동 지원 여부), 시설 서비스 구매 가능 여부, 돌봄 제공 인력의 범위 제한 수준(이민자, 비동거 친족,

동거 친족 돌봄 제공 가능 여부)을 고려하였다.

8점으로 측정된 호주의 경우, 위의 측정 요소에서 고려되는 모든 항목들이 가능한 것으로 조사되었으며, 돌봄 인력 제공에서 동거 친족만 제외되고 있다. 독일의 경우에도 불법 이민자를 통한 인력 제공을 제외한 모든 항목이 가능한 것으로 조사되었다. 반면 스웨덴은 구매 형태의 제한에서 고용 관계 이외 구매, 돌봄 외 서비스 구입, 돌봄 외 재화 구입 등이 모두 불가능한 것으로 나타났다. 미국의 경우 프로그램별로 다른 특성을 나타냈는데, 구매 형태에는 대부분 제한이 없었으나 신체적 지원 외 일상생활 활동지원에 관해서는 아칸소주의 독립적 선택 프로그램에서는 직장생활에 관한 지원 중심으로, 캘리포니아의 자기결정 프로그램에서는 메디케어와 메디케이드의 서비스센터 승인을 받은 프로그램에 한하여, 뉴저지주의 PCA 프로그램에서는 케어 도우미가 이용자에 대한 의료적 서비스를 포함한 일상생활 지원과 가사지원 서비스를 제공하는 형태에 한하여 가능한 것으로 조사되었다.

4점으로 비교적 낮게 측정된 네덜란드의 프로그램은 불법 이민자 외에 다른 돌봄 제공 인력의 제한은 없었으나 돌봄 외 서비스의 구입이나 시설 서비스의 이용이 가능하지 않은 것으로 나타났다. 영국의 경우 2014년의 돌봄법 제정 이전에는 용도 용처의 다양성에 관한 모든 측정 고려 항목에서 제한이 없었으나, 이후 고용 관계에서만 서비스를 제공하고 돌봄 제공자 고용에서 동거하는 친족을 제외시키는 등 제한된 돌봄 서비스 위주로 재편되어 미국의 프로그램들과 큰 차이가 없는 것으로 보여 3점을 부여하였다.

3) 대상자(이용자) 포괄성

이용자 중심 설계의 하위 요소인 프로그램의 대상자, 즉 이용자의 포괄성에 대해서는 자격 기준 엄격성(연령, 소득 수준, 장애 정도, 장애 유형,

발달장애 등에 대한 기준의 엄격성)과 진단 판정 권한 당사자 부여 여부(자기사정 수용 정도)를 고려하였다. 이 요소에 대해서는 프로그램별 점수에 큰 편차가 존재한다.

진단 판정 도구 외 다른 진입 조건(연령, 소득 수준, 장애 유형 등)이 없으며, 서비스 이용 당사자에 의한 사정을 수용할 수 있는 형태는 독일의 프로그램이다. 네덜란드와 영국의 프로그램도 진단 판정 도구 외 다른 진입 조건(연령, 소득 수준, 장애 유형 등)은 없으나, 서비스 이용 당사자에 의한 사정만 인정하지 않는 수준으로 포괄성이 높은 편이었다. 7점을 부여한 스웨덴과 호주의 경우, 스웨덴의 프로그램은 소득 기준은 적용하지 않으나 연령과 장애 유형 기준이 있으며 호주의 프로그램은 소득과 장애 유형은 따지지 않으나 연령과 기타 기준이 적용되고 있다. 미국은 전반적으로 낮은 점수를 받았는데, 기본적으로 이용 당사자에 의한 사정을 인정하지 않으며, 캘리포니아의 자기결정 프로그램에서 장애 유형에 제한이 없는 것을 제외하면 다른 주의 프로그램들은 낮은 포괄성을 보인다는 데에서 차이가 있다.

나. 서비스 질 관리 중심 설계(공급 측면)

1) 일자리 질

공급 측면에서 서비스 질 관리 중심 설계의 하위 요소인 일자리의 질에 대해서는 최저임금 적용 여부 및 이를 적용하는 돌봄 제공 인력 범위, 사회보험 적용 여부 및 이를 적용하는 돌봄 제공 인력 범위, 기타 교육훈련 기회 및 후생복리를 고려하였다.

우선 10점을 부여받은 스웨덴과 독일의 프로그램은 모든 돌봄 제공 인력에 최저임금이 적용되고, 사회보험 가입이 의무화되어 있다. 임금 수준

은 꽤 많은 편이며 제도로 정한 교육훈련 기회와 지원 조직, 후생복지 요건이 있고, 문서화된 근로계약을 체결한다. 네덜란드의 경우 임금 수준과 교육훈련 규정 및 계약서 작성 여부에서 높은 점수를 받았다. 미국의 경우 명확히 파악되지 않는 내용들이 있으나 최저임금 준수와 교육훈련 규정 등의 내용이 있는 것으로 파악되었다.

타 국가의 프로그램에 비해 상대적으로 낮은 점수를 받은 영국의 경우, 돌봄 제공자들의 사회보험 가입을 위한 체계는 마련되어 있으나 실질적으로 이용자들이 돌봄 제공자에게 임금을 조금 더 주는 대신 세금과 사회보험료 납부를 회피하는 조건으로 고용 계약이 형성되기도 하는 것으로 조사되었다. 최저임금 적용도 사실상 지켜지지 않는 경우가 많다고 하며, 교육훈련 규정과 휴가 규정의 경우 돌봄 제공자가 제공기관 소속인 경우 휴가 규정이 있으나, 독립적 개인 자격인 경우에 해당하는 규정은 없는 것으로 나타났다. 호주도 마찬가지로 최저임금은 적용되고 있으나 활동지원인의 교육 훈련이 필수는 아니나 대체적으로 요구되는 것으로 조사되었다.

2) 지원 조직 또는 제공 기관의 기능

서비스 질 관리 중심 설계의 하위 요소인 지원 조직 또는 제공기관의 기능에 관해서는 조직의 성격과 다양성(지원 조직 성격 및 다양성), 지원에 대한 접근 편리성(이용자의 비용 부담), 지원 내용의 다양성(정보 제공, 제공 인력 중개, 행정 지원 등)을 고려하였다. 이 요소에 대해서는 거의 모든 프로그램들이 높은 점수에 해당하였다.

스웨덴, 호주, 독일 및 미국 캘리포니아의 자기결정 프로그램이 모두 지원 조직에서 정보 제공, 중개 서비스, 지불정산 서비스와 같은 서비스를 제공하는 것으로 조사되었다. 지원 조직에는 지역 당국, 당국에 근무하는 사례 관리자와 관련된 조직 등 내부 조직뿐 아니라 이용자(장애인)

단체, 서비스 중개기관 등의 외부 조직도 포함하는 것으로 파악되었다. 또한 서비스 이용자는 소득 수준과 관계없이 지원 서비스에 대한 이용료 부담이 없다. 영국의 경우 거의 모든 사항에서 동일한 수준이나, 비용에 있어서 서비스 이용은 무료지만 국세청 신고 등 부대 비용은 이용자가 부담하는 것으로 조사되었다. 미국 뉴저지주의 PAS 프로그램은 이용자 비용 부담에 있어서 연방정부가 정한 빈곤선의 350% 이상의 소득, 서비스에 대한 본인부담률이 적용되고 있다. 상대적으로 낮은 점수를 부여한 네덜란드의 경우 지원 조직 없이 완전한 자율 이용이 가능하고 지불 정산 서비스도 존재하지만, 지원 조직이 사례 관리 기능을 가지지는 않는 것으로 파악되며, 민간 기관을 통해 지불정산 등 행정 처리를 대행할 경우 이용료를 지불해야 하는 것으로 조사되었다.

3) 정부의 책무성

서비스 질 관리 중심 설계의 하위 요소인 정부의 책무성에 관해서는 관련 상위 계획 수립 여부(지역 및 중앙 단위의 개인예산제와 관련한 중장기/단기 계획), 서비스 제공 인력 자격제도 여부, 관리·감독 및 평가 실시 여부(제공기관 진입 용이성), 재원의 출처(조세, 보험료 여부)를 고려하였다. 이 요소에 대해서는 프로그램별 점수에 큰 편차가 존재한다.

우선 독일의 경우 관련된 정부의 상위 계획에 개인예산제와 관련한 계획을 포함하고 있으며, 서비스 제공 인력 자격제도를 운영하고 있고, 제공기관에 대한 정기적인 관리·감독 또는 평가를 실시하므로 10점을 부여하였다. 8점이 부여된 네덜란드는 연계된 상위 계획 수립, 서비스 제공 인력 자격제도, 당국의 정기/비정기적 관리·감독, 조세/보험료/별도 기금 등 다양한 재원의 출처를 가지고 있으나 정기적 평가에 관한 자료는 확인되지 않는다.

스웨덴은 개인예산제와 관련된 상위 계획은 없으나 서비스 제공 인력 자격제도를 운영하고 있으며, 제공기관에 대해 관리·감독과 평가를 실시하고 있다. 같은 점수를 받은 호주의 경우 국가 장애전략, 국가 장애협약 등과 관련한 상위 계획이 있다고 볼 수 있으나 서비스 제공 자격과 관련하여 국가에서 정한 자격은 없고 제공기관에서 요구하는 자격제도가 있다. 이와 관련하여 영국도 제공기관 소속인 경우 규정이 있으나, 독립적 개인 자격인 경우 규정이 없다. 전반적으로 낮은 점수가 부여된 미국의 경우 주로 재원에서 차이를 보이는데, 캘리포니아주의 자기결정 프로그램과 아칸소주의 독립적 선택 프로그램은 주정부 조세와 메디케이드 예산으로 충당되며, 뉴저지주의 PCA 프로그램은 메디케이드에서 전적으로 부담하고, PAS 프로그램은 조세와 카지노 수익기금, 이용자 부담금 등 복합적 구성으로 부담하는 것이 특징이다. 미국에서는 유일하게 뉴저지주의 PCA 프로그램에서 서비스 제공 인력의 자격제도가 확인되었다.

〈표 4-2〉 이용자 중심 설계와 서비스 질 중심 설계 실증점수

분석 사례		이용자 중심 설계 (수요 측면)			서비스 질 관리 중심 설계 (공급 측면)		
		현금 사용 수월성	용도 용처 다양성	대상자 (이용자) 포괄성	일자리질	지원 조직 또는 제공기관의 기능	정부의 책무성
스웨덴		6	6	7	10	10	6
네덜란드		5	4	9	9	7	8
호주		6	8	7	6	10	6
독일		6	8	10	10	10	10
미국	뉴저지 PAS	5	6	2	7	8	2
	캘리포니아 자기결정 프로그램	5	4	5	7	10	2
	아칸소 독립적 선택 프로그램	6	5	2	7	8	2
영국	2015. 4. 이전	6	7	9	6	9	5
	2015. 4. 이후	6	3	9	6	9	5

자료: 연구 결과를 토대로 연구자가 직접 작성

2. 퍼지소속점수 산출

위와 같이 수요 측면에서의 이용자 중심 설계를 주요 축으로 삼아 하위 지표라 할 수 있는 현금 사용 수월성, 용도 용처 다양성, 대상자(이용자) 포괄성의 각 실증점수를 놓고 평균을 산출하였다. 같은 방법으로 공급 측면에서의 서비스 질 관리 중심 설계를 중심으로 이 요소의 하위 변수인 일자리의 질, 지원 조직 혹은 제공기관의 기능, 정부의 책무성의 점수에 평균을 구한 뒤 이를 다시 퍼지소속점수로 변환하였다. 퍼지소속 점수의 변환에는 세심한 주의가 필요한데, 이동석(2015, p. 136)은 이 과정에서 발생할 수 있는 두 가지 문제점을 다음과 같이 설명하였다. 첫 번째 문제는 지표를 구성하는 하위 변수의 지표에 대한 영향이 고르지 않아 특정 하위 변수가 나머지 하위 변수보다 영향력이 클 수 있다는 것이다(이동석, 2015, p.136). 두 번째 문제는 각 하위 변수들의 측정값 분포 차이로 측정값의 분산이 큰 변수가 그렇지 않은 변수에 비해 상대적으로 큰 영향력을 가지게 되는 것이다(이동석, 2015, p.136). 이 같은 문제점을 고려한 하위 변수들의 실증값 분포에 따른 퍼지소속점수 변환 방식은 다음과 같이 제시할 수 있다(이동석, 2015, p.137).

〈표 4-3〉 지표의 퍼지소속점수를 구하는 방법

가능한 경우	변환 방법
하위 요소가 지표에 미치는 영향이 동일하고 하위 요소의 측정값이 모두 고르게 퍼져 있는 경우	4개 하위 요소 측정값의 합을 구함 → 지표의 실증점수로 함 → 지표의 퍼지소속점수로 변환
하위 요소가 지표에 미치는 영향은 동일하지만, 하위 요소별로 측정값이 고르게 분포하지 않은 경우	하위 요소 측정값을 퍼지소속점수로 변환 평균을 구함 → 지표의 퍼지소속점수로 변환
지표를 구성하는 하위 요소들이 지표에 미치는 영향이 다른 경우	각 하위 요소들이 지표에 미치는 영향의 정도를 구분하고, 하위 요소 값들을 비교하면서 다시 질적으로 지표의 실증점수를 측정 → 지표의 퍼지소속점수로 변환

자료: 이동석. (2015). 사회서비스 현금지급제도의 유형에 관한 국가비교 연구: 퍼지셋 이상형 분석의 적용. 성공회대학교 박사학위 논문. 서울 p. 137 재구성

가. 실증점수와 퍼지점수

이렇게 측정된 각 변수들의 실증값을 엑셀 프로그램을 사용하여 퍼지 소속점수로 측정하였다. Fs/QCA 2.0에 내재된 퍼지셋 함수를 엑셀 프로그램에 적용하여 값을 산출하였다. 실증값의 평균값을 중심으로 분기점을 설정하였고, 실증값의 최솟값은 완전한 비소속 점수로 산정하였다. 0.95를 완전한 소속 정도로, 0.05를 비소속의 정도로 선정하였다. 이러한 결과는 아래 표와 같이 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리 지표의 퍼지소속점수로 나타났다. 이는 앞서 밝혔듯이 각 상위 지표를 구성하는 하위 변수들의 평균값을 먼저 구하고 이를 퍼지소속점수로 변환한 것이다.

〈표 4-4〉 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리 지표의 퍼지소속점수

		실증점수 (이용자 중심 설계)	퍼지점수	실증점수 (서비스 질 관리 중심 설계)	퍼지점수
Swe		6.33	0.62	8.66	0.83
Ne		6	0.5	8	0.7
Aus		7	0.82	7.33	0.53
Ger		8	0.95	10	0.95
USA	PAS	4.33	0.05	5.66	0.05
	SDP	4.66	0.08	6.33	0.15
	IC	4.33	0.05	5.66	0.05
UK	T1	7.33	0.88	6.66	0.25
	T2	6	0.5	6.66	0.25

자료: 연구 결과를 토대로 연구자가 직접 작성

이용자 중심 설계에서 각 하위 변수들의 평균값이 가장 높은 사례는 7점인 독일이다. 영국 T1이 7.33점, 호주가 7점, 스웨덴이 6.33점으로 그 뒤를 잇고 있다. 이를 퍼지소속점수로 변환했을 때는 각각 0.95, 0.88,

0.82, 0.62의 값을 나타낸다. 마찬가지로, 서비스 질 관리 중심 설계에서 각 하위 변수들의 평균값이 가장 높은 사례는 10점을 받은 독일이며, 그 뒤를 8.66점인 스웨덴, 8점인 네덜란드, 7.33점인 오스트리아, 6.66점을 기록한 영국 T1, T2, 6.33점인 미국의 SDP제도가 잇고 있음을 볼 수 있다. 이를 퍼지소속점수로 변환했을 때 각각 0.95, 0.83, 0.7, 0.53, 0.25, 0.15로 나타나 실증값에 비해 편차가 큼을 보여 주고 있다.

나. 대표 유형 결정

각 사례들이 두 개의 상위 지표와 이를 구성하는 3개의 하위 변수들에 의해 만들어진 4개의 이상형에서 퍼지소속점수를 측정하였다. 각 사례들의 앞선 퍼지소속점수를 중심으로 퍼지 교집합 기능과 부정의 원리를 적용하여 각 사례에 어떤 유형에 포함되는지 퍼지소속점수를 측정한 것이다. 여기서 가장 큰 값을 갖는 유형이 사례의 실재를 잘 드러내는 대표적인 유형이며, 가장 큰 값의 퍼지소속점수는 그 유형에 포함되는 수준을 나타낸다. 이를 바탕으로 각 사례별 대표 유형과 수준을 알 수 있다. 6개국 9개 사례에 유형화 도출을 시도한 결과, 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리가 비교적 함께 잘 진행된다고 볼 수 있는 AB 유형에는 스웨덴(0.62), 호주(0.53), 독일(0.95)이 포함되었고, 이용자 중심 설계에 초점이 있는 Ab 유형에는 영국 T1(0.75), T2(0.5), 서비스 질 관리에 중심이 있는 aB 유형에는 네덜란드(0.49), 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리 둘 다 부족하다고 생각되는 ab 유형에는 미국 PAS(0.95), SDP(0.85), IC(0.95)가 속했다.

〈표 4-5〉 사례별 유형 소속 점수 및 대표 유형

		AB	Ab	aB	ab	Type
Swe		0.62	0.17	0.38	0.17	AB
Ne		0.49	0.30	0.50	0.30	aB
Aus		0.53	0.47	0.18	0.18	AB
Ger		0.95	0.05	0.05	0.05	AB
USA	PAS	0.05	0.05	0.05	0.95	ab
	SDP	0.08	0.08	0.15	0.85	ab
	IC	0.05	0.05	0.05	0.95	ab
UK	T1	0.25	0.75	0.12	0.12	Ab
	T2	0.25	0.50083	0.25	0.49917	Ab(ab)

자료: 연구 결과를 토대로 연구자가 직접 작성

다. 유형별 사례의 분포와 특징

이용자 중심 설계 지표와 서비스 질 관리 중심 설계 지표에 따라 4가지의 특성 유형이 구성되었으며 6개국 9개 사례에 대해 분석을 한 결과, 4가지 이상형으로 각 사례들이 분류되었다.

이용자 중심 설계의 수준, 즉 현금 사용 수월성, 용도 용처 다양성, 대상자(이용자) 포괄성 등 각 실증점수의 평균이 높고, 동시에 공급에서의 서비스 질 관리 중심 설계의 하위 변수인 일자리의 질, 지원 조직 혹은 제공기관의 기능, 정부 책무성까지 포함하여 그 평균값이 비교적 높다고 여겨지는 스웨덴, 호주, 독일 사례가 여기에 포함되었다. 이용자 중심 설계는 높으나, 서비스 질 관리가 비교적 낮다고 여겨지는 Ab 유형에는 영국의 두 T1 시점, T2 시점 사례가 포함되었다. 영국은 오히려 T2 시점에서 신자유주의 기조에 서비스 질 관리가 후퇴하는 모습을 보여 주었다. 반면, 이용자 중심 설계는 상대적으로 약하지만 서비스 질 관리 수준이 비교적 높은 aB형에는 네덜란드 사례가 속하였다. 마지막으로 이용자 선택

권도 강하지 않고, 서비스 질 관리 수준도 약한 미국의 PAS, SDP, IC 세 가지 사례가 여기에 속하였다.

이러한 유형에 포함되는 퍼지소속점수를 중심으로 이 소속 수준은 질적인 개념으로 추론이 가능하다. Ragin(2000)에 따르면, 퍼지소속점수를 아래 9단계로 분류하여 해석할 수 있다.

- ① 1점 = 완전히 소속되어 있다(fully in).
- ② 0.83~0.99점 = 거의 완전히 소속되어 있다(almost fully in).
- ③ 0.67~0.82점 = 상당히 소속되어 있다(fairly in).
- ④ 0.51~0.66점 = 어느 정도 소속되어 있다(more or less in).
- ⑤ 0.5점 = 분기점으로 연구자의 판단이 중요함.
- ⑥ 0.33~0.49점 = 어느 정도 소속되어 있지 않다(more or less).
- ⑦ 0.17~0.32점 = 상당히 소속되어 있지 않다(fairly out).
- ⑧ 0.01~0.16점 = 거의 완전히 소속되어 있지 않다(almost fully out).
- ⑨ 0점 = 완전히 소속되어 있지 않다(fully out).

이와 같은 유형에 포함되는 사례, 소속 정도와 그 해석은 다음 표와 같이 기술된다.

〈표 4-6〉 유형별 소속 사례, 소속 정도, 주요 특징

유형	소속 사례	소속 정도	소속 정도에 대한 해석
AB 유형	스웨덴	0.62	AB 유형에 어느 정도 소속되어 있다.
	호주	0.53	AB 유형에 어느 정도 소속되어 있다.
	독일	0.95	AB 유형에 거의 완전히 소속되어 있다.
Ab 유형	영국 T1	0.75	Ab 유형에 상당히 소속되어 있다.
	영국 T2	0.5	Ab 유형에 어느 정도 소속되어 있다.
aB 유형	네덜란드	0.49	aB 유형에 어느 정도 소속되어 있다.
ab 유형	미국 -PAS	0.95	ab 유형에 거의 완전히 소속되어 있다.
	미국 -SDP	0.85	ab 유형에 상당히 소속되어 있다.
	미국 -IC	0.95	ab 유형에 거의 완전히 소속되어 있다.

주: 유형 구분: 이용자 선택권 강함(A), 선택권 약함(a), 일자리의 질 보장을 위한 규제 강함(B), 규제 약함(b)

자료: 연구 결과를 토대로 연구자가 직접 작성

제3절 개인예산제도 유형과 사례

1. 유형별 사례 분석

각 사례의 유형화를 도출하기 위하여 산출하였던 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리의 두 지표별로 사례의 특징을 살펴볼 수 있다. 이는 유형에 대한 세밀한 이해를 가능하게 한다. 유형에 속하는 각 사례의 퍼지소속점수에 대한 설명은 아래 표와 같다.

〈표 4-7〉 유형별 사례의 지표 퍼지소속점수의 특징

유형	소속 사례	지표 퍼지소속점수의 특징
AB 유형	스웨덴	이용자 선택권(6.33): 다소 높은 수준 서비스의 질 관리(8.66): 매우 높은 수준
	호주	이용자 선택권(0.82): 매우 높은 수준 서비스의 질 관리(0.53): 다소 높은 수준
	독일	이용자 선택권(0.95): 상당히 높은 수준 서비스의 질 관리(0.95): 상당히 높은 수준
Ab 유형	영국 T1	이용자 선택권(0.88): 매우 높은 수준 서비스의 질 관리(0.25): 다소 낮은 수준
	영국 T2	이용자 선택권(0.5): 다소 높은 수준 서비스의 질 관리(0.25): 다소 낮은 수준
aB 유형	네덜란드	이용자 선택권(0.49): 다소 높지 않은 수준 서비스의 질 관리(0.7): 다소 높은 수준
ab 유형	미국 -PAS	이용자 선택권(0.05): 상당히 낮은 수준 서비스의 질 관리(0.05): 상당히 낮은 수준
	미국 -SDP	이용자 선택권(0.08): 상당히 낮은 수준 서비스의 질 관리(0.15): 상당히 낮은 수준
	미국 -IC	이용자 선택권(0.05): 상당히 낮은 수준 서비스의 질 관리(0.05): 상당히 낮은 수준

주: 1) 유형 구분: 이용자 선택권 강함(A), 선택권 약함(a), 일자리의 질 보장을 위한 규제 강함(B), 규제 약함(b)
 2) 수준의 정도는 퍼지소속점수 해석 방법을 참조하여 다음과 같이 정리함. 0.16 이하: 매우 낮은 수준, 0.17-0.32: 상당히 낮은 수준, 0.33- 0.49: 다소 낮은 수준, 0.5: 분기점, 0.51-0.66: 다소 높은 수준, 0.67-0.82: 상당히 높은 수준, 0.83 이상: 매우 높은 수준
 자료: 연구 결과를 토대로 연구자가 직접 작성

2. 유형별 해석

가. AB 유형: 양자이익 모델

스웨덴, 호주, 독일 사례가 포함되어 있는 AB 유형은 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리가 모두 평균 수준을 상회하는 유형이다. 우선 이들 사례는 공통적으로 계획 수립 시 이용자 관여가 활발하며, 이용자와 활동지원인 간의 고용 계약에서 계약 기간, 임금 수준 등의 자율성이 높다. 또

한, 지원 서비스 영역의 포괄성(신체적, 사회적 활동 지원 여부)도 높은 편이며 지원 조직 없이 완전한 자율 이용이 가능한 편이다. 또한, 이용자의 비용 부담이 거의 없어 지원에 대한 접근 편리성이 높다.

다만 호주에서는 서비스 질 관리가 다른 두 국가에 비해 엄격하지 않고, 일자리 질 또한 이 높지 않은 편이다. 즉, 최저임금 적용 여부 및 적용 돌봄 제공 인력 범위나 사회보험 적용 여부 및 적용 돌봄 제공 인력 범위가 넓지 않은 것으로 보인다. 서비스 제공 인력 관리 역시, 활동지원인의 경우 국가에서 정한 자격은 없으나 제공기관에서 요구하는 자격제도는 존재한다.

나. Ab 유형: 이용자 중심 모델

영국의 현재 개인예산제 모델은 3세대로 분류된다(김용득, 2015). 3세대 모델은 자기주도적 지원(self-directed support)이라는 개념으로 자기주도적 계획(self-directed plan)을 세우게 되어 있다. 따라서 현금 등의 지급 방식보다는 서비스 계획 수립 이용자가 적극적으로 참여를 하게 되어 있다.

이 연구에서는 2015년 4월 기점으로 영국의 전후 제도를 나누었다. 대체적으로 이전 제도가 그대로 유지되었으나 개인예산제의 용도 용처 포괄성은 이어진 보수정권하에서 후퇴하였다. 따라서 2015년 이후의 영국은 미국과 함께 ab 유형에 가깝다고도 볼 수 있다. 또한, 서비스 질 관리 측면에서 공공의 역할이 여전히 미흡한 편이다. 즉, 연계된 상위 계획 수립 여부, 당국의 정기, 비정기적 관리·감독이 부족한 편이며 민간 서비스 제공기관들이 많은 편이라 서비스 제공 인력 자격제도 역시 잘 마련되어 있지 않다.

다. aB 유형: 서비스 질 관리 중심 모델

네덜란드 사례는 여러 개인예산제의 범주가 있다. 즉, 정부에서 운영하는 사회보험은행의 PGB 서비스센터에서 여러 측면에서 행정을 지원하고 있다. 따라서 이에 대한 규제가 강력한 편이며 장기요양제도, 사회 지원법, 의료보험법 범주에서 개인예산제가 운용되고 있다. 따라서 호주나 독일에 비해 개인의 재량성이 크다고 볼 수 없고 이용자 중심 설계 부문은 낮다고 여겨진다. 하지만 같은 맥락으로 공공의 개입으로 서비스 질 관리적 측면은 비교적 잘 운영되는 편이다. 매년 보건복지부 장관이 개인예산제의 예산 규모 편성에 관여하고 있으며, 관련된 정부의 상위 계획에 개인예산제에 관한 계획을 포함하고 있다. 또한, 서비스 제공 인력 자격제도를 운영하고 있으며 제공기관에 대한 정기적인 관리·감독이 건강보험 관련 제공자와 같이 정기적인 모니터링을 실시하는 방식으로 이뤄지고 있다.

라. ab 유형: 양자취약 모델

미국의 3개 주에서 실시하는 개인예산제 모델이 양자 취약모델로 분류되었다. 먼저, 미국 PAS 제도는 본인부담금이 적용되고, 대상자(이용자) 포괄성에 있어 인지 능력이 대상자 선정의 주요 기준이 되며, 재직, 재학, 취업 준비 등 사회활동을 하고 있음을 증명해야 하기 때문에 포괄성이 낮은 편이다. 지원 조직 또는 제공기관의 기능에서도 연방정부가 정한 빈곤선의 350% 이상의 소득, 서비스에 대한 본인부담률이 적용되고 있다.

미국 SDP 제도는 지출 가능 지원 서비스 영역의 포괄성(신체적, 사회적 활동 지원 여부)에 있어, 메디케이드 가정·지역 기반 서비스(HCBS, Home and Community Based Service Program)와 메디케어

(Medicare) 및 메디케이드(Medicaid) 서비스센터(CMC)의 승인을 받은 서비스에 한정하고 있다. 또한 대상자 기준에서도 3세 이상으로 규정하고 있으나, 발달장애 진단 시기와 3세 미만의 영유아 돌봄 상황을 고려할 때 없는 셈이나 마찬가지라 판단된다.

미국 IC 사례에서는 활동지원에 관련된 물품 구매가 가능하며 의사소통 도구, 안전용품, 일반의약품, 비처방약, 휠체어 경사로, 핸드레일 외 주택 개조, 활동지원사 이동에 필요한 비용 등을 포함하고 있어 용도 용처의 다양성이 일정 부분 있다. 또한, 지원 조직 또는 제공기관의 기능에서도 Palco에서 이용자와 계약을 체결하여 활동지원 인력의 인건비 지급, 정산 대행 등의 업무 수행하고 있다. 하지만 역시 대상자(이용자) 포괄성 점수가 낮은 것으로 보인다.

제 5 장

한국 사회서비스 분야 개인예산제 도입 타당성 및 가능성

제1절 개인예산제도 도입 관련 쟁점 분석

제2절 개인예산제도 설계 관련 쟁점 분석

5

한국 사회서비스 분야 << 개인예산제도 도입 타당성 및 가능성

제1절 개인예산제도 도입 관련 쟁점 분석

1. 개인예산제도의 도입 배경은 무엇인가?

국가별로 개인예산제도를 도입한 배경은 상이한데, 국외 사례 분석을 통해서 알 수 있듯이 호주는 장애인 돌봄 비용의 상승으로 인한 재정위기의 우려 때문이었다. 즉, 호주의 기존 지원제도가 장애가 상당한 수준까지 악화된 이후에 서비스를 제공하는 것이었다면, 이를 보험의 원리를 적용하여 장애가 심화되기 전에 서비스를 제공함으로써 이용자의 기능 악화를 예방하여 노년기의 비약적인 돌봄 비용 상승을 예방하기 위해서 도입한 것이다(Duff, 2019b, p. 3). 반면, 영국의 직접지불제도는 광범위한 장애인 권리운동, 특히 자립생활 운동의 결과였다. 장애인 권리운동가들은 의회 로비 활동을 전개하고, 연구와 회의를 조직하였으며, 이후에는 지적 장애인에 대한 서비스 제공자와 통합 운동(inclusion movement) 주도자들이 개인예산제를 적극적으로 견인하였다(김용득, 이동석, 2015, p.15). 이처럼 영국의 직접지불제도와 개인예산제도는 자립의 개념을 현금 지급을 통한 활동보조인 직접 고용으로 연결시키려는 장애 운동에 의해 도입되었다.

그렇다면 우리나라의 경우 개인예산제도 도입 배경은 무엇인가? 우리나라는 영국의 상황과 매우 유사한데, 1990년대 말 자립생활이념이 미국

과 일본을 통해 우리나라에 도입된 이후, 우리나라 장애인 복지정책은 공급자 중심에서 소비자 중심으로 전환하기 시작하였고, 활동보조서비스와 같은 재정 지원 방식의 변화를 담은 사회서비스가 도입 및 시행되었다. 이는 장애인의 선택과 결정, 그리고 통제권을 회복시키려는 움직임이 정책에 반영된 결과로서, 최근 2016년에는 ‘서울지역장애인소비자연대’가 출범하여 공식적으로 장애인 단체에서 개인예산제도 도입을 주장하게 되었다. 이처럼 우리나라에서도 영국과 유사한 맥락에서 장애인 단체 및 장애인 당사자에 의한 개인예산제도의 도입이 지속적으로 요구되어 왔음을 알 수 있다. 그러나 개인예산제도 도입에 대해 모든 장애인 단체가 환영하는 입장은 아니고, 개인예산제도를 도입하기 전에 개별 장애인 복지서비스 총량을 실제로 확대할 것을 주장하며 개인예산제도의 도입을 반대하는 장애인 단체도 공존하고 있다.

한편, 본 연구에서 개인예산제도 도입의 타당성 및 가능성을 진단해야 할 필요성은 무엇인가? 현재 우리나라의 사회복지정책 변화에 보다 능동적으로 대응할 필요가 있기 때문이다. 현 정부의 100대 국정과제에 거주 공간의 다양화(탈시설화)가 포함되어 있고(국정기획자문위원회, 2017, p. 74), 보건복지부는 사회서비스 전반에 걸쳐 ‘커뮤니티 케어 정책’을 강력히 펼쳐나갈 예정이기 때문에(보건복지부, 2018), 개인예산제도에 대한 다각적인 연구 필요성이 증대되었다. 즉, ‘커뮤니티 케어 정책’은 탈시설에 따른 지역사회 내 보호뿐만 아니라 지역사회 내에서 서비스 이용자들의 주체적인 삶 영위를 위한 제도적 뒷받침을 포괄하고 있고, 개인예산제도가 그 핵심 중 하나로, 정부가 커뮤니티 케어 정책을 위한 세부적인 과제를 고민하다 보면 개인예산제도의 도입 가능성에 대해 보다 구체적인 심층적인 접근이 이루어지지 않을 수 없기 때문이다. 특히 장애등급제가 올해 7월 1일부로 폐지되면서 개별 장애인의 욕구에 기초한 평가 및

맞춤형 서비스 제공 패러다임으로 전환하게 되었는데, 이는 장애인 당사자가 삶의 주인공으로서 주체적인 삶을 살아가는 여건을 제공하고자 하는 개인예산제도의 철학과 그 맥을 같이하기 때문이다(김진우, 2018).

뿐만 아니라, 자원 할당의 공공성을 높이면서 이용자의 선택권을 높일 수 있는 이용자 중심의 전달체제로 개편하기 위한 정책 설계가 필요하다. 사회복지 예산 및 사회서비스 공급기관이 확대되고 있지만, 우리나라 사회서비스 정책은 정책의 결정과 집행에서 일방통행이 주류를 이루고 있으며, 전달체계는 지방정부, 시설 운영자 등 공급자에게 재정을 전달하는 공급자 중심으로 이루어지고 있다(이동석, 김용득, 2013, p.48). 사회서비스 바우처 제도의 도입 등으로 수요자 재정 지원 방식이 도입되고, 이용자의 선택권이 일부 확장되었다고는 하지만, 장애인 거주시설과 장애인복지관 등 공급자 지원 방식에 기초한 기존의 제도화된 서비스 외에 장애인 활동지원 서비스 등 각종 바우처 방식의 사업들이 ‘대체되기보다는 혼재되고 있는 특성’(김영중, 2012, p. 69)을 지니고 있다. 결국 아직까지 우리나라 사회서비스 정책의 결정과 집행에서 일방통행이 주류를 이루고 있으며, 이는 장애인, 노인 등 이용자의 선택권 및 자기결정권과 삶의 주체성을 제한하고 있어(이동석, 김용득, 2013), 결과적으로 체감 만족도는 투자에 비해 떨어지고 있는 실정이다. 이와 같은 이용자들의 불만을 개선하기 위해 국외 사례에서 볼 수 있듯이 1990년대부터 개인예산제도를 시행하고 있는 것이며, 본 연구 또한 이와 같은 목적과 필요성을 배경으로 하고 있다.

2. 개인예산제이란 무엇인가?

본 연구에서 제안하고 있는 개인예산제도는 무엇을 의미하는가? 국외

사례 분석에서 살펴보았듯이 국가별로 유사하면서도 다른 개인 예산제도를 운영하고 있다. 이는 본 연구에서 제안한 국가별 퍼지셋 분석 틀을 통해서도 확인할 수 있는데, 본 연구에서는 크게 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리 중심 설계 두 가지 축으로 6개 국가를 유형화했다. 즉, 이용자가 현금 사용이 수월하고 용도 용처의 제한이 없으며 다양한 대상자 집단이 포함될수록 이용자 중심 설계에 기반한 개인예산제도에 가까우며, 한편 제공 인력에게 양질의 일자리가 보장되고 제공 기관의 조정자 역할이 강화되며 중앙 및 지방정부가 책무성을 다할수록 서비스 질 관리 중심 설계에 기반한 개인예산제도에 가깝다. 이처럼 ‘개인예산제도가 무엇인가?’란 질문에 획일적으로 대답하기는 매우 어렵다. 그뿐만 아니라 개인 예산제도를 사용하는 대상자의 특성에 따라 적용되는 개인예산제도의 내용도 달라질 수밖에 없다. 예를 들면, 선택과 결정에 필요한 인지적 능력에 제약이 없는 신체적 장애인의 경우에는 서비스 질 관리 중심 설계보다는 이용자 중심 설계에 기반한 개인예산제도를 선호할 것이며, 반면 인지적 능력에 제약이 있는 발달장애인은 오히려 서비스 질 관리 중심 설계에 기반한 개인예산제도를 선호할 것이다.

한편, 영국 사례를 통해 알 수 있듯이, 개인예산제도는 개별유연화(personalization)와 직접지불제도와 연관된다. 현재 영국은 개별유연화라는 큰 이념적 틀을 구체화하기 위한 제도로 개인예산제도를 시행하고 있으며, 개인예산제도의 전달 과정 중 한 가지를 직접지불제도로 채택하였다. Carr(2010)에 의하면, 개별유연화는 개인이 강점과 선호를 갖고 있음을 인정하고, 돌봄과 지원의 중심에 서비스 이용자를 두는 것이다. 이와 같은 개별유연화에 기반한 개인예산제도는 개인은 자신의 욕구를 인식하고 그 욕구를 충족하기 위해 언제 어떻게 지원받을 것인지를 선택할 수 있는 존재이며, 소비자가 교통, 여가, 주거, 보건과 같은 보편적인

서비스에 접근할 수 있도록 모든 시스템, 과정, 직원, 서비스 중심에 이용자를 두어야 한다는 것이다. 그리고 Duffy(2010)는 개인예산제도보다 더 큰 범위로 자기주도지원(self-directed support)을 제시했는데, 이는 첫째, 이용자가 자신의 예산을 통제하고 자신의 계획을 개발하며 동시에 자신의 지원을 감독할 수 있는 과정이며, 둘째, 정부가 시민의 안전과 통제를 확인할 수 있도록 돕는 조건부 계약의 틀이자, 셋째, 소비자가 적절한 추가적 지원을 받을 수 있도록 일련의 지역사회 기반 지원을 포함하는 포괄적인 시스템이라고 했다. 이처럼 개인예산제도는 기본적으로 유연화와 자기주도성이 핵심임을 알 수 있으며, 이는 위에서 논의한 퍼지셋 분석틀에서 이용자 중심 설계와 서비스 질 관리 중심 설계와 같은 맥락임을 알 수 있다.

따라서 본 연구에서 논의하고자 하는 개인예산제도는 유연화와 자기주도성을 강화시킬 수 있는 방향으로의 개인예산제도로서, 단순히 현금 지급을 목적으로 하는 개인예산제도는 아니다. 즉, 이용자의 자기주도성을 높이는 수단으로서 현금을 지급하는 것에 방점을 둔 개인예산제도가 아니라, 이용자의 서비스 욕구를 충족시키고 그로 인해 이용자의 삶의 긍정적인 변화라는 목적을 달성할 수 있는 방향으로의 개인예산제도를 검토하고자 한다. 이와 같은 접근은 영국 개인예산제도와도 일맥상통한다. 국외의 사례 분석에서도 알 수 있듯이, 영국의 초창기 개인예산제도는 수단 중심으로 현금 지급에 방점을 두었다면 후반기 개인예산제도는 목적 중심으로 현금 지급을 하는 것 자체가 중요한 것이 아니라 이용자의 삶의 긍정적 변화라는 목적을 달성할 수 있도록 개인예산제도에서 현금 지급의 비중을 줄이는 방향으로 선회하였다.

이와 같이 개념화된 개인예산제도는 도입 이전에 몇 가지 선행 여건을 갖추어야 한다. 개별유연화와 선택과 통제, 서비스의 자기주도가 제도 시

행을 통해 궁극적으로 이를 가치라고 한다면, 우선적으로 사회서비스의 제공 인프라가 구축되어 있어야 한다. 호주의 경우, 소도시의 극심한 서비스 제공자의 희소성은 이용자의 서비스 선택권이 실제로 작동하지 않는 기제로 만들었다. 현재 한국의 사회서비스 시장은 사회서비스가 급격히 확대되면서 소규모의 영세한 민간기관들이 대거 유입되어 과도한 경쟁 구도가 형성된 상황이다. 영세한 서비스 제공기관은 기관의 안정적 운영을 위한 규모를 확보하기 어려워 지역에 따라 신설과 폐업이 반복되며, 시장화를 목표로 한 바우처 사업의 생존에 대한 전면적인 회의가 제기되는 등(김보영, 2019) 이용자의 선택권을 전면적으로 보장할 수 있는 서비스 제공 인프라가 두텁게 구축되었다고 보기는 어렵다. 그러나 이러한 상황을 개인예산제의 도입을 보류해야 할 결정적인 여건으로 보기보다는, 최근에 제기되는 사회서비스 공공성 강조 기조에 발맞추어(이태수, 남기철, 김형용, 2019), 시장화와 산업화의 약점을 극복할 수 있는 대안 모색의 기회로 여겨, 기존 사회서비스 영역의 문제를 해소하는 것이 바람직할 것이다.

발달장애인과 같은 인지 기능에 손상이 있는 이용자가 자기주도적으로 제도를 이용할 수 있도록 지원하기 위한 법·제도적 기반 또한 개인예산제가 적용되기 위한 선행 여건이다. 발달장애인의 지원과 관련한 한국의 대표적 법체계로는 2014년에 제정된 발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률(발달장애인지원법)을 들 수 있다. 동법은 “발달장애인의 의사를 최대한 존중하는 것”을 법의 목적에 명시하고(제1조 ‘목적’), 발달장애인이 주거지, 의료행위의 동의와 거부, 타인과의 교류, 복지서비스의 이용 여부와 서비스 종류를 스스로 선택할 수 있도록 자기결정권을 보장하고 있으며(제8조 ‘자기결정권의 보장’) 자기결정권의 행사가 어려운 발달장애인을 위해 민법의 성년후견제를 이용할 수 있도록 규정하고 있다(제9조

‘성년후견제 이용지원’). 발달장애인지원법이 발달장애인이 개인예산제를 이용할 수 있는 법적 근간을 제공하고 있다고 볼 수 있으나, 성년 후견제의 피성년후견인이 직업선택의 자유를 비롯한 각종 권리를 제약받는 것은(이현정, 2019) 발달장애인이 자기주도적으로 예산 계획을 수립하고 서비스 이용 계약을 체결하는 데 장벽이 될 수도 있어 법적 검토가 필요한 사안으로 보인다.

3. 사회서비스 범위는 어디까지인가?

한국의 사회서비스 분야에 개인예산제도를 도입 및 적용함에 있어 본 제도가 적용 가능한, 또는 적용하는 것이 타당한 범위는 어디까지인가? 이 질문에 답하기 위해선 일차적으로 사회서비스의 개념을 먼저 정립하는 것이 필요할 것이다. 그런데 사회서비스의 개념적 정의를 위한 시도들이 많이 있었지만, 연구에 따라서 국가가 공적으로 제공하는 포괄적 서비스의 의미로, 또는 사회복지서비스의 의미로, 때로는 사회서비스 바우처의 의미로 혼용하고 있는 실정이다. 이처럼 사회서비스에 대한 개념 합의가 어려운 이유는 관련 법률마다 그 내용을 상이하게 규정해 놓고 있기 때문이다(김용득, 2017; 남찬섭, 2012). 우리나라의 관련 법률을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 5-1〉 관련 법률에 명시된 사회서비스 정의

법명	사회서비스 정의
사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 (사회서비스이용권법) 제2조 제1호	「사회복지사업법」 제2조제 4호 ⁴¹⁾ 에 따른 사회복지서비스, 「보건 의료기본법」 제3조 제2호 ⁴²⁾ 에 따른 보건의료서비스, 그 밖에 이 에 준하는 서비스로서 대통령령으로 정하는 서비스를 말한다.
사회보장기본법 제3조 제4호	“사회서비스”란 국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하고 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제 공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회 참여 지원 등을 통하여 국 민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도를 말한다.
사회적기업 육성법 제2조 제3호	“사회서비스”란 교육, 보건, 사회복지, 환경 및 문화 분야의 서비 스, 그 밖에 이에 준하는 서비스로서 대통령령 ⁴³⁾ 으로 정하는 분야 의 서비스를 말한다.

자료: 법 내용을 토대로 연구자가 작성

〈표 5-1〉에서 알 수 있듯이, 사회서비스이용권법에서는 사회복지서비스와 보건의료서비스로 사회서비스의 범위를 다소 제한적으로 정의해 놓은 반면, 사회보장기본법과 사회적기업 육성법은 복지, 보건의료를 포함한 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등 매우 포괄적으로 사회서비스의 범위를 정의하고 있다.

본 연구에서는 향후 우리나라에서 개인예산제도를 도입 및 적용함에

41) “사회복지서비스”란 국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 「사회보장기본법」 제3조제4호에 따른 사회서비스 중 사회복지사업을 통한 서비스를 제공하여 삶의 질이 향상되도록 제도적으로 지원하는 것을 말한다.

42) “보건의료서비스”란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다.

43) 법 제2조제3호에서 “대통령령으로 정하는 분야의 서비스”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 서비스를 말한다.

1. 보육 서비스
2. 예술·관광 및 운동 서비스
3. 산림 보전 및 관리 서비스
4. 간병 및 가사 지원 서비스
5. 문화재 보존 또는 활용 관련 서비스
6. 청소 등 사업시설 관리 서비스
7. 「직업안정법」 제2조의2제9호에 따른 고용서비스
8. 그 밖에 고용노동부장관이 정책심의회 심의를 거쳐 인정하는 서비스

있어서 사회서비스의 범위를 일차적으로 ‘돌봄’ 서비스를 중심으로 접근하고자 한다. 왜냐하면 현재 우리나라 사회복지정책의 여건상 개인예산제도 도입이 상대적으로 가능한 또는 타당한 분야가 급여가 바우처 형태로 제공되고 있는 사회서비스 분야이기 때문이다. 그뿐만 아니라, 국외 사례 분석을 통해서도 알 수 있듯이 영국, 네덜란드, 미국 등 대부분의 국가가 개인예산제도를 도입함에 있어서 기본적으로 돌봄 영역을 중심으로 시작한 것도 우리나라에 주는 함의가 크다.

4. 개인예산제도 도입이 미치는 부정적인 영향은 없는가?

돌봄 서비스를 중심으로 유연화와 자기주도성을 강조하는 개인예산제도를 도입했을 때, 우리나라 사회서비스 정책 전반에 미치는 부정적인 영향은 없는가? 일차적으로 양질의 돌봄 일자리 정책과 역행할 소지가 있다. 본 이슈는 우선 가족에 의한 돌봄의 인정과 관련되는데, 국외 사례 분석에서도 살펴보았듯이 개인예산제도는 전반적으로 가족에 의한 돌봄을 인정해 주는 추세이다. 네덜란드, 미국, 영국의 경우 동거 및 비동거 가족 상관없이 가족이 제공 인력으로서 이용자에게 서비스를 제공할 수 있으며, 호주의 경우 이용자의 친척도 제공 인력으로 서비스를 제공할 수 있으나 동거 가족은 급여를 받는 제공 인력이 될 수 없다. 이처럼 개인예산제도를 운영하고 있는 대부분의 국가에서는 이용자의 선택과 통제의 범위 안에 제공 인력도 포함시켜 이용자가 원한다면 동거 가족도 제공 인력이 될 수 있으며, 이는 기존의 전문성이 결여된 무급의 가족 돌봄 인력이 유급의 가족 돌봄 인력으로 전환되는 것을 의미한다. 이러한 전환은 무급 가족 돌봄의 노동 가치를 인정하는 변화로 볼 수 있으나, 한편으로는 가족에 의한 돌봄을 공고히 함으로써 가족 내 돌봄의 주요 제공자였던 여성

의 역할을 돌봄 제공자로 굳히는, 즉 ‘돌봄의 여성화’가 더욱 견고해지고 강화되는 부작용도 발생할 수 있다. 또한, 이와 같은 전환은 돌봄 서비스의 질적 발전에 저해 요인이 될 수 있다. 왜냐하면 향후 돌봄 서비스가 고도화되기 위해서는 서비스 내용별, 기능별로 보다 세분화되고, 그 세분화된 서비스를 지금 우리나라 활동지원제도처럼 1명의 제공 인력이 전적으로 커버하는 것이 아니라 각각 세분화된 서비스에 맞는 자격 요건을 갖춘 제공 인력이 담당하는 방향으로 나아가야 하기 때문이다. 하지만 개인예산제도의 도입으로 향후 가족에 의한 돌봄이 전반적으로 허용 및 확대된다면, 비록 이용자의 선택과 결정을 존중해 주는 개인예산제도의 철학과는 부합할 수 있지만, 돌봄 서비스의 질적 발전을 위한 돌봄 인력의 전문성 강화 및 양질의 돌봄 일자리 정책 구축은 요원해질 수 있다. 또한, 개인예산제도의 도입은 이미 연장선상에서 국가의 양질의 일자리 창출 정책에 역행할 소지도 있다. 특히 우리나라의 경우 지난 활동지원제도와 노인장기요양보험제도 등과 같은 돌봄 서비스를 바우처 방식으로 도입하면서 내세운 목표가 돌봄의 사회화와 공공의 일자리 창출이다. 즉, 그동안 가족에 의해서 행해지던 취약계층의 돌봄을 국가가 책임지는 방식으로 돌봄의 사회화를 추구할 뿐만 아니라, 활동지원사, 요양보호사 등과 같은 새로운 일자리를 창출시킴으로써 특히 경력단절 여성들의 원활한 사회 참여를 도모하고자 했다. 그러나 이처럼 가족에 의한 돌봄을 허용하게 된다면, 공식화된 일자리 정책이 아닌 기존의 비공식적인 자원으로서의 돌봄 역할을 유지하는 것이기 때문에 국가의 양질의 일자리 창출 정책과 부합하지 않을 수 있다. 그리고 더 나아가 이와 같은 비공식적 돌봄 인력의 노후 빈곤의 문제도 심각해질 소지가 있다. 즉, 가족에 의한 돌봄으로 전환된다면 국민연금과 같은 노후 소득보장제도 가입에서 단절될 확률이 높기 때문에 이는 자연스럽게 노후 빈곤의 문제로 연결될 수 있다.

그뿐만 아니라 개인예산제도의 도입이 원래 목적과 취지인 이용자의 개별유연화와 자기주도성에 입각한 서비스 이용과는 별개로 이용자 가구의 소득보장 수단으로 변질될 가능성도 배제할 수 없다. 현재 우리나라 활동지원 제도의 경우 가족에 의한 돌봄을 원칙적으로 제한하고 있는데,⁴⁴⁾ 이는 같은 맥락에서다. 개인예산제도처럼 재정 지원 방식이 공급자 지원이 아닌 소비자 지원인 제도는 기본적으로 신뢰관계 위에 구축되어야 한다. 즉, 이용자와 제공 인력 간에, 이용자와 국가 간에, 제공 인력과 제공기관 간에 상호 신뢰관계가 형성된 바탕 위에 본 제도가 운영되어야 제도의 본래 목적과 취지를 살릴 수 있는데, 이와 같은 신뢰관계가 무너지기 쉬운 구조가 바로 가족에 의한 돌봄 제공이다. 따라서 가족에 의한 돌봄 제공 구조 안에서도 신뢰관계를 형성할 수 있는 일종의 모니터링 시스템이 구축되지 않는다면, 향후 가족에 의한 돌봄을 포함한 개인예산제도의 도입은 쉽지 않을 것으로 판단된다. 특히 장애인을 대상으로 하는 개인예산제도 도입에 있어서, 현재 우리나라의 경우 장애인에 대한 소득보장 시스템이 견고하지 않기 때문에 더욱 그러할 가능성이 높다.

양질의 돌봄 일자리 정책과의 상충은 가족 돌봄뿐 아니라 일자리의 불안정화에 의해서도 야기된다. 개인예산제도는 이용 모형에 따라 차이가 있으나, 예산을 유연하게 편성할 수 있어 (특히 자기관리 모형으로 이용하는 경우) 돌봄 서비스 이용량에 변동이 많아지면 돌봄 제공자의 노동자로서의 지위가 불안정해질 우려가 있다. 전술하였듯, 호주에서는 NDIS 이용자가 돌봄 제공자와의 시간제 계약을 선호하게 되면서 돌봄 제공자

44) 현재 우리나라 활동지원제도에서 가족에 의한 돌봄이 가능한 경우는 첫째, 수급자가 섬, 벽지 등 활동지원기관이 부족한 지역에 거주하는 경우, 둘째, 섬·벽지 외 활동지원기관(인력)이 부족한 농어촌 지역에 거주하여 급여 이용에 어려움이 있어 특별자치시·특별자치도·시·군·구에서 예외적으로 가족에 의한 급여 제공을 허용한 경우, 셋째, 수급자가 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 환자로서 감염 위험이 있는 경우, 넷째, 천재지변 또는 이에 준하는 사유가 있는 경우에 한정되어 있음.

의 복리후생이 후퇴하거나 경우에 따라 최저임금제가 적용되지 않는 문제가 나타나기도 했다. 현 정부의 사회서비스 정책의 핵심 추진 사항 중 하나인 사회서비스원의 설립이 열악한 사회서비스 종사자 근로 조건의 개선을 위한 정책으로 인식될 만큼 사회서비스 일자리의 질 문제가 중요한 이슈가 되고 있는 현재 한국 사회에서는 개인예산제가 가져올 수 있는 돌봄 일자리의 불안정화는 논란을 초래할 수 있다.

제2절 개인예산제도 설계 관련 쟁점 분석

1. 대상(할당): 개인예산제도 적용 대상은 누구인가?

우리나라에 개인예산제도를 도입할 때 적용 대상은 누가 될 것인가? 즉, 어떤 대상에게 개인예산제도를 신청할 수 있는 자격을 부여할 것인가? 먼저 국외 사례 분석에서 나타난 몇몇 국가의 사례를 살펴보면, 호주는 65세 미만을 대상으로 하며, 65세 이전에 NDIS에 진입한 사람은 65세 이후에도 계속 서비스를 이용할 수 있도록 하고 있다. 연령에 대한 제한선은 없으며 7세 미만 아동은 NDIS의 하위 프로그램인 ECEI를 이용한다. 그리고 신청자의 장애가 영구적이고 중대하여 상당한 수준의 지속적인 지원을 필요로 해야 하며, 장애 유형에는 제한이 없다. 한편, 영국은 ‘커뮤니티 케어법(Community Care Act)’이 1996년 제정되면서 18세에서 65세의 서비스 이용자들에게 직접지불제도를 신청할 수 있는 자격을 부여했고, 그 이후에 나이 제한이 폐지되면서 65세 이상의 노인도 신청할 수 있게 하였다. 또한, 2000년에 제정된 ‘보호자 및 장애아동법(Carers and Disabled Children Act)’에 따라 16세 이상의 보호자, 장

애 아동의 양육자, 16~17세 청년 장애인에까지 확대되었다. 그리고 미국 아칸소주의 독립적 선택 프로그램의 경우, 메디케이드 대상자로서 18세 이상의 지체장애인과 노인이 신청할 수 있으며, 현재 호스피스 서비스 이용자는 대상에서 제외된다. 한편, 독일은 모든 장애인과 장애를 가질 위험에 있는 사람들도 개인예산제도 신청이 가능하며, 장애 유형, 장애 정도, 연령 및 주거 형태에 제한을 두지 않기 때문에 발달장애인과 정신 장애인, 더 나아가 공동 주거나 거주시설 장애인도 신청 가능하다.

위에서 알 수 있듯이 전반적으로 개인예산제도는 장애인을 주 대상으로 하되 노인을 배제하지 않으며, 아동의 경우에는 장애 아동으로 한정하여 적용된다. 이는 개인예산제도의 철학인 자기주도성이 아동과는 부합하지 않기 때문이다. 개인예산제도를 도입하는 것은 이용자의 자기주도성을 높이기 위함인데 비장애 아동의 경우 대부분의 서비스가 보육 서비스와 관련되어 있기 때문에 이론적으로 보육 서비스에서 아동의 자기주도성을 높이는 주장은 타당하지 않은 것이다. 다만, 장애 아동의 경우에는 개인예산제도의 적용 대상이 되는 것이 타당해 보인다. 왜냐하면 장애 아동에게 있어서 자기주도성이란 부모를 포함한 가족이 장애 아동의 전 인격적 발달과 성장을 도모하기 위해 활동지원 서비스, 발달재활 서비스, 방과 후 돌봄 서비스 등 여러 가지 서비스를 주도적으로 계획하고 이용하는 것을 의미하기 때문이다.

한편, 개인예산제도 신청 자격을 부여함에 있어서 장애 유형은 크게 문제가 되지 않는 것으로 보인다. 국외 사례 분석에서도 나타났듯이 대부분의 국가가 발달장애인뿐만 아니라 정신장애인에게도 개인예산제도의 신청 자격을 부여하고 있다. 개인예산제도의 철학이 자기주도성임을 감안했을 때, 자기주도성은 선택과 결정을 스스로 행사할 수 있는 인지 능력이 매우 중요한 요소인데 이와 같은 인지 능력이 발달장애인과 정신장애

인에게는 제한적일 수 있다. 하지만 위에서도 언급하였듯이 개인예산제도의 형태가 다양하듯이 이용자의 장애 특성에 맞는 개인예산제도를 설계하고 제공한다면 장애 유형은 우리나라의 경우에도 도입에 있어서 큰 논쟁의 여지는 없어 보인다. 즉, 신체장애인은 본 연구에서 제안한 퍼지셋 분석틀을 기준으로 제안한다면 이용자 중심 설계에 기반한 개인예산제도를, 발달장애인과 정신장애인은 서비스 질 관리 중심 설계에 기반한 개인예산제도를 매칭시키면 될 것이다. 실례로 우리나라 활동지원제도도 만 6세 이상부터 만 65세 미만의 장애인복지법상 등록 장애인은 누구나 신청할 수 있도록 열어 두었기 때문에, 바우처 방식으로 진행 중인 현재 제도에서도 장애 유형은 신청 자격 조건으로 제한을 두지 않고 있다. 다만, 장애 유형과 관련된 쟁점은 이용자의 유형을 선별(screening)하는 절차 또는 과정을 어떻게 구축할 것인지의 문제이다. 실례로 영국의 직접지불제도는 이용하려는 잠재적 이용자에게 왜 직접지불 방식이 본인에게 최선인지를 설명하도록 요구하는 이용자 선별 과정을 실행하고 있다. 인지 능력에 손상이 있거나 정보 수집이나 해독력이 낮은 이용자는 기본적으로 직접지불 방식을 통해 스스로의 복지를 증진시키기 어렵다는 점을 고려하여 다른 관련 지원들을 보강하는 차별적 접근을 취해야 한다고 보기 때문이다(김은정, 2009). 따라서 우리나라의 경우도 향후 개인예산제도를 도입함에 있어서 어떤 유형의 설계가 이용자에게 최상의 이익을 보장하는지, 즉 이용자 중심 설계인지 아니면 서비스 질 관리 중심 설계인지를 설명하도록 요구하는 이용자 선별 과정을 마련해야 할 것이다.

마지막으로, 개인예산제도를 도입함에 있어서 소득 수준을 신청자격으로 둘 것인지의 문제가 대두되는데, 국외 사례 분석에서도 살펴보았듯이 소득 수준은 신청 자격으로 작동하는 것이 아니라 본인부담금 산정에 작동하는 기준이기 때문에, 우리나라의 경우에도 개인예산제도를 도입함에

있어서 소득 수준이 하나의 신청 자격으로 작동하는 것은 타당하지 않다. 실례로 우리나라 활동지원제도와 노인장기요양제도 역시 소득 수준과 무관하게 신청 가능하도록 설계되어 있다. 다만, 우리나라에서 현재 제공 중인 사회서비스 바우처 사업들 중 일부가 소득 수준을 선정 기준으로 명시해 놓고 있어서⁴⁵⁾ 향후 이에 대한 통합적 논의가 필요하다.

2. 급여: 개인예산제도의 급여 지급 방식과 급여 범위는 어떠한가?

가. 급여 지급 방식

우리나라에 개인예산제도를 도입할 때 급여는 어떤 방식으로 지급할 것인가? 먼저 국외 사례 분석에서 나타난 몇몇 국가의 사례를 살펴보면, 호주는 이용자의 NDIS 예산 관리 방식이 크게 4가지로 구분되는데, 첫째, NDIA가 이용자의 예산을 관리하는 형태인 기관관리 모형으로서, NDIA에서 서비스 제공자에게 예산을 지급한다. 둘째, 이용자가 플랜매니저에게 예산 관리를 위탁하는 형태인 플랜 매니저 관리 모형으로서, 플랜 매니저는 이용자를 대신하여 서비스 제공자가 청구한 서류를 검토하고 처리하여 예산을 집행한다. 셋째, 이용자 또는 이용자가 지명한 사람이 직접 예산을 관리하는 형태인 자기관리 모형으로서, 서비스 제공과 관련된 비용 정산과 행정 절차를 이용자가 직접 수행한다. 넷째, 혼합모형으로서, 위 3가지 모형을 이용자의 욕구에 따라 혼합하여 이용한다. 이와 유사하게, 영국의 개인예산제도는 현금 지급, 관리형 예산제와 개인 서비스펀드 등 다양한 방식으로 운영되고 있다(Carr, 2010). 첫째, 현금 지급

45) 예를 들면, 노인돌봄종합서비스는 중위소득 160% 이하인 자, 발달재활서비스는 기준중위소득 180% 이하인 자임.

은 이용자에게 현금을 직접 지급하여 사용하는 방식으로, 이 경우에도 이용자가 직접 운용할 수도 있고 서비스 이용자가 운용하는 데 역량이 부족한 경우 적절한 사람을 지정하여 운용할 수도 있다(유동철, 2012). 둘째, 관리형 예산제로서, 관리 주체가 지방정부일 수도 있고 서비스 공급자를 포함한 제3자일 수도 있으나 일반적으로 지방정부가 예산을 관리하는 형태를 말하며, 서비스 공급자를 비롯한 제3자가 이용자의 위탁을 받아 이용자 욕구에 적합한 계약을 만들도록 지원하는 방식은 ‘개인 서비스 펀드’로 구분된다. 그리고 호주처럼 영국도 위 방식들의 다양한 혼합형도 가능하다(이동석, 김용득, 2013).

위에서 알 수 있듯이, 우리나라의 경우도 개인예산제도를 도입할 때 적용 가능한 급여 지급 방식은 크게 세 가지로 나눌 수 있을 것이다. 첫째는 현금 지급 방식으로, 이용자 본인 또는 이용자가 지정한 부모나 가족 등 제3자에게 현금을 지급하고 서비스 계획 및 정산 등의 행정 절차를 부과하는 방식이다. 다만 현금 지급 이용자의 장애 정도 및 유형을 고려하여 제공 인력 채용, 교육, 급여 정산 등과 관련된 행정 절차를 지원해 주는 별도의 조직이 동시에 구축되어야 할 것이다. 영국의 경우, 이에 해당하는 조직으로 ‘In Control’이 있다. 영국은 ‘In Control’이란 조직을 만들어서 발달장애인이 현금 지급 방식을 선택한 경우 발생하는 문제들을 해결해 주는 지원 서비스를 개발하였는데, 이를 중개조력 서비스(Brokerage service)라 했고, 이를 담당하는 사람을 조력인(broker)이라고 명명했다(김용득, 2015). 둘째, 공공관리 방식으로, 시군구 또는 사회보장정보원과 같은 공공기관이 이용자의 예산을 관리하면서 서비스 제공기관에 예산을 지급하는 방식이다. 공공관리 방식에서는 현금 지급 방식처럼 별도의 지원 조직이 필요하지 않고 행정 지원은 제공기관에서 담당하면 될 것이다. 왜냐하면 현금 지급 방식은 이용자 또는 지원 조직이

제공 인력을 채용하고 급여를 지급하는 것이기 때문에 제공기관은 행정 지원을 할 필요가 없다. 하지만 공공관리 방식에서는 이용자가 제공 인력을 채용하는 것이 아니라 이용자가 제공기관에 고용된 인력에게 서비스를 제공받는 방식이기 때문에, 제공 인력 채용과 교육, 급여 정산 등의 행정 지원은 자연스럽게 제공기관에서 담당하게 된다.⁴⁶⁾ 셋째, 위의 2가지를 서비스 대상자의 특성과 서비스 욕구 등을 고려하여 혼합해서 집행하는 방식, 이상 3가지 형태의 지급 방식이 검토될 수 있을 것으로 판단된다. 예를 들면, 전체 개인예산제도 급여량의 20%는 현금 지급 방식에 의해서, 나머지 80%는 공공관리 방식에 의해서 급여가 지급되는 것이 이용자에게 최상의 이익이 보장되는 접근방식이라 한다면 급여 지급은 이처럼 혼합해서 작동해야 할 것이다. 이렇게 작동하게끔 제도를 설계하는 것이 위에서도 언급했던 것처럼 현금 지급이라는 수단 중심으로 개인예산제도가 작동하는 것이 아니라 서비스가 달성하고자 하는 목적 중심으로 개인예산제도가 작동하도록 유도하는 것이다.

한편, 돌봄 서비스가 제공 인력에 의해 전달될 때 현재 우리나라 활동지원제도와처럼 1 대 1의 관계를 전제로 하여 시간당 호출근로 형태로 서비스를 제공하는 방식보다는 다(多) 대 다(多)의 관계에서 서비스를 제공하는 방식으로 전환하는 것도 긍정적으로 검토할 필요가 있다. 즉, 현재의 활동지원제도는 1명의 활동지원사가 1명의 이용자를 1 대 1의 관계에서 시간 단위로 서비스를 지급하고 있는데, 이런 방식에서 여러 명의 활동지원사가 여러 명의 이용자를 케어하는 방식으로 전환하는 것을 고려해 볼 필요가 있다. 왜냐하면 돌봄 서비스에서 1 대 1 관계를 전제로 시간당 기준으로 경제적 이해관계를 형성시켜 놓으면, 공급자와 이용자 간에 압묵

46) 현재 활동지원제도는 공공관리 방식에 가깝운데, 시군구가 사업비를 사회보장정보원에 위탁하면 사회보장정보원이 제공기관에 예산을 지급하는 방식으로, 제공 인력 채용 및 교육 등과 관련된 행정 절차도 모두 제공기관이 담당하고 있다.

적인 종속 관계가 형성될 수 있으며 이로 인해 이용자에게 정말 필요한 서비스가 제공되고 있는 지가 중요한 것이 아니라 단순히 시간을 채웠는 지가 중요하게 되어 버려 서비스의 질이 하락할 수 있기 때문이다. 그뿐만 아니라 다(多) 대 다(多)의 관계를 전제로 돌봄 서비스를 제공하면 이용자의 삶을 책임져 주는 다양한 접점 또는 경로를 만들어 줄 수 있으며, 이용자가 직면할 수 있는 다양한 위험 요소들을 분산시키는 효과도 발휘할 수 있다. 실제로 네덜란드의 경우, 다(多) 대 다(多)의 관계에서 재가 돌봄 서비스가 제공되고 있는데, 팀 단위로 서비스가 작동하기 때문에 한 명의 제공 인력에게 무슨 일이 발생하면 다른 제공 인력이 그 자리를 채울 수 있어 서비스의 연속성을 담보할 수 있을 뿐만 아니라 공급자와 이용자 간의 종속 관계도 많은 부분 해소될 수 있다. 그리고 궁극적으로 이와 같은 팀 접근이 개인예산제도를 수단 중심에서 목적 중심으로 운용하게 되는 전략적 방법이 될 수도 있다.

나. 급여 범위(용처 및 용도)

우리나라에 개인예산제도를 도입할 때 급여 범위, 즉 용처와 용도의 제한 정도는 어떠해야 할까? 먼저 국외 사례 분석에서 나타난 몇몇 국가의 사례를 살펴보면, 네덜란드 AWBZ 개인예산제도에서 사용할 수 있는 영역은 일상생활 지원, 간호요양, 활동지원,⁴⁷⁾ 단기보호와 보호자 쉼 서비스 등이다. 반면 호주 NDIS에서 사용할 수 있는 영역은 일상생활을 지원하는 핵심 지원, 보조공학기기와 장비의 구입 및 유지, 주택 및 차량 개조, 또는 장애인 전문 특별주택 비용 등의 자산 지원, 이용자의 자립 역량

47) 활기 있는 생활을 위한 다양한 지원, 주간보호 혹은 낮 활동 지원, 장애에 대처하는 것에 대한 학습 지원

과 기술을 제공하는 역량 강화 지원,⁴⁸⁾ 이상 3가지 지원이 가능하다. 한편, 영국의 개인예산제도는 재가 돌봄 서비스 제공기관,⁴⁹⁾ 활동보조인 기반 서비스, 이동 서비스,⁵⁰⁾ 주간 활동 서비스, 장비와 용품,⁵¹⁾ 기타 등에 지출이 가능하다. 따라서 용처 및 용도제한의 엄격성이 네덜란드가 상대적으로 높고, 호주와 영국이 다소 낮음을 알 수 있다.

본 연구는 우리나라 사회서비스 중 돌봄 서비스를 중심으로 개인예산제 도입의 타당성 및 가능성을 진단하는 것이기 때문에 기본적으로 활동 지원, 주간 활동, 이동지원 및 보조기기 구입 등은 타당하다고 판단된다. 이동지원과 보조기기 구입의 경우 돌봄의 개념을 적극적으로 해석하면 돌봄의 개념 안에 포함시키는 것은 큰 무리가 없어 보인다. 다만, 주택 개조, 특별주택 비용 등과 같이 주거와 관련된 서비스는 개인예산제도의 급여 범위 안에 넣는 것에 무리가 있어 보인다.

그렇다면, 현실적으로 적용 가능한 급여 범위는 어떠할까? 위에서 살펴본 것이 이론적인 차원의 급여 범위였다면, 우리나라 정책 여건 및 환경, 정서를 고려했을 때 실제로 적용 가능한 급여 범위는 어느 정도 일까? 이에 대해선 단기적 접근과 중장기적 접근으로 구분해서 살펴볼 필요가 있다. 우선 단기적 접근에서는 현재 작동하고 있는 돌봄 서비스 중 일차적으로 현물이 아닌 바우처 방식으로 작동하고 있는 돌봄 서비스를 중심으로 개인예산제도가 적용될 것으로 판단된다. 왜냐하면 바우처 방식과 개인예산제도 모두 공통적으로 공급자 지원 방식이 아닌 소비자 지원 방식에 기반한 서비스이기 때문에, 두 제도 간의 전환이 상대적으로

48) 사회 참여 증진, 구직 및 직업 유지 지원, 관계 증진, 건강 증진, 학습 증진, 삶에서의 선택기회 증진, 일상생활 기술 증진 등

49) 거주시설의 거주 서비스 제공, 지원 거주 제공기관의 주간 서비스 제공, 주간센터 등

50) 택시 요금, 버스 요금 등에 사용하고 정산

51) 장애 관련 용품 또는 일상생활에 필요한 물품 비용, 집 개조 비용 등

용이하다. 그리고 개인예산제도 적용 대상으로 본 연구에서 장애인과 노인을 제안했는데, 실제로 장애인은 조세 방식으로, 노인은 보험 방식과 조세 방식이 혼합된 방식으로 돌봄 서비스가 제공되고 있다. 즉, 노인의 경우 대부분 보험 방식인 노인장기요양보험제도에 의해 돌봄 서비스를 지원받고 있으며, 노인장기요양등급에서 탈락한 노인을 대상으로 조세 방식에 의한 노인돌봄종합서비스를 제공하고 있다. 따라서 노인의 경우 개인예산제도를 도입한다는 것은 보험 방식과 조세 방식을 통합한다는 것을 전제로 하기 때문에 현실적으로 도입하기가 쉽지 않다. 그뿐만 아니라 노인장기요양보험제도의 경우 현재도 급여 간 전환이 용이하다. 즉, 방문요양과 주·야간 보호 서비스를 동시에 이용할 수도 있고, 다음 달에는 시설급여로 완전 전환할 수도 있다. 따라서 노인의 경우에는 상대적으로 개별유연화와 자기주도성 구현이 용이하기 때문에 개인예산제도 도입에 대한 욕구가 상대적으로 적을 수 있다. 따라서 현실적으로 단기적 접근의 경우, 개인예산제도를 도입함에 있어서 주된 대상자는 장애인일 확률이 높고, 노인을 대상으로 한 개인예산제도가 도입되는 것은 차후의 일이 될 것으로 보인다. 현재 장애인에게 제공되고 있는 활동지원 서비스, 주간 활동 서비스 및 방과 후 돌봄 서비스를 중심으로 개인예산제도가 도입되고, 그 범위를 돌봄에서 건강까지로 확대시키면 발달재활서비스도 포함시킬 수 있을 것으로 보인다. 따라서 향후 우리나라에 개인예산제도를 도입하게 되면 활동지원 서비스, 주간 활동 서비스, 방과 후 돌봄 서비스 및 발달재활서비스를 중심으로 급여 간 칸막이를 없애는 방식으로 도입될 것으로 판단되며, 단, 이처럼 급여 간 칸막이를 없애는 방식으로 도입될 때의 쟁점은 칸막이를 100% 없앨 것인지 아니면 부분적으로 없앨 것인지이다. 100% 없앤다는 것은 활동지원 서비스 급여 전부를 주간 활동 서비스로 전환하는 것을 허용함을 의미하며, 부분적으로 없앤다는 것

은 기존 서비스의 몇 %를 상한으로 제한을 걸어서 전환시키는 것을 의미한다. 예를 들면 기존 서비스의 50% 범위 내에서 전환을 허용한다면, 활동지원 서비스 급여 중 50%는 반드시 활동지원으로 이용해야 하고, 나머지를 발달재활서비스 또는 주간 활동 서비스에 이용하는 것이다. 개인예산제도의 철학을 고려하면 이와 같은 칸막이는 응당 해소해야 하겠지만, 제도 도입 초기 안정적인 정착을 위해서 단계적으로 칸막이 비율을 줄여 나가는 것도 일견 타당한 접근이라고 판단된다. 하지만 이처럼 급여 간 칸막이를 없애는 것은 결코 쉽지 않다. 일차적으로 급여 간 칸막이를 없애기 위해선 국가재정법을 개정하여 전용이 쉽게 하도록 하여야 하나, 이는 국가예산 전체에 해당되는 사항이기 때문에 쉽지 않다. 따라서 현실적으로 각각의 예산 항목을 하나로 묶어 가칭 ‘개인예산제도’라는 새로운 항목을 새로 만들든가, 아니면 호주처럼 기금 방식을 고려해야 할 것이다. 즉, 개인예산제도라는 새로운 항목을 신설하는 경우 위에서 언급한 바우처 예산을 모두 개인예산제도 항목으로 합치면 된다. 이와 달리 기금 방식으로 접근하게 되면, 현재의 바우처 항목을 유지하되, 이 예산들이 새로운 기금으로 이전되고 이 기금 예산을 사용하면 될 것이다.

두 번째, 중장기적으로는 보다 넓은 의미에서의 돌봄 서비스에 적용하는 것을 검토할 필요가 있다. 즉, 체험홈, 주·단기시설 등과 같은 거주 서비스도 적용 대상이 될 수 있을 것으로 판단된다. 왜냐하면 개인예산제도의 본래 취지가 대상자가 서비스 급여량을 가지고 스스로 자신의 욕구에 기반하여 제도적으로 펼쳐진 다양한 서비스를 융통성 있게 이용할 수 있게 허용하는 것이기 때문이다. 다만, 이와 같은 다양한 거주 서비스에 개인예산제도를 적용하는 것은 또 다른 어려움이 있다. 즉, 기존에 공급자 지원방식으로 제공되던 현물 급여와 소비자 중심으로 제공되는 바우처 간의 칸막이를 없애는 것이기 때문에 더욱 쉽지 않다. 예를 들면, 장애인

주간 보호에 지원되는 조세를 개인예산제도 급여 범위 안에 포함시켜서, 향후 개인예산제도 급여 총량 안에 주간보호 이용료를 포함시킬 수 있을까? 독일의 경우, 공동 주거나 거주시설에서 생활하는 장애인도 개인예산제도 신청이 가능하다. 이처럼 이론적으로는 가능할 수 있겠지만 우리나라의 경우, 현실적으로는 다양한 이익 집단들의 이해관계가 견고히 형성되어 있기 때문에 결코 쉽지 않다. 특히 이처럼 기존 공급자 지원 방식에 개인예산제도를 적용하는 것은 기존 사회복지사를 비롯한 다양한 종사자들의 신분 및 지위 보장에 부정적인 영향을 미칠 수 있기 때문에 더욱 그러하다. 따라서 중장기적으로 개인예산제도를 다양한 거주 서비스에 적용하는 것은 좀 더 다각적인 측면에서의 검토가 요구된다.

3. 전달체계: 개인예산제도에서 서비스의 질 관리는 어떻게 이루어지는가?

가. 제공 인력

우리나라에 개인예산제도를 도입할 때 제공 인력의 자격 요건은 어떠한가? 이 질문의 핵심은 위에서도 언급한 것처럼 가족에 의한 돌봄을 허용할 것인가이다. 국외 사례 분석에서도 나타났듯이 개인예산제도를 운영하고 있는 국가들은 가족에 의한 돌봄을 허용하고 있다. 물론 이와 같은 접근이 개인예산제도의 철학과 부합하기 때문에 이론적으로는 크게 무리가 없어 보인다. 하지만 현실적으로 우리나라의 경우 가족에 의한 돌봄을 허용했을 때 개인예산제도의 철학인 개별유연화와 자기주도성이 충족될 수 있을까? 즉, 가족에 의한 돌봄을 허용하게 되면 서비스를 제공받는 과정에서의 선택권이 제대로 보장받을 수 있을까? 돌봄 제공자에 대한

선택권은 보장받을 수 있지만, 그 이후 서비스를 제공받는 과정에서의 선택권과 자기주도성을 제대로 보장받을 수 있을까? 이는 매우 민감한 사안으로, 활동지원제도에서도 이와 같은 논쟁이 끊임없이 발생하고 있다. 현재 활동지원제도에서는 거주 지역의 활동지원사의 부재 또는 부족으로 활동지원급여를 받기 어려운 경우, 천재지변 또는 이에 준하는 사유, 수급자가 감염병 환자로 감염 위험이 있는 경우 등 예외적인 경우에 한해서만 가족에 의한 활동지원을 인정하고 있는데(보건복지부, 2019, p. 21), 장애인 단체의 의견 또한 분분하여 가족에 의한 장애인 활동지원을 허용하자는 단체가 있는 반면, 제도의 본질적 왜곡이기 때문에 이를 반대한다는 단체가 공존하고 있다. 노인장기요양보험의 경우에도 활동지원제도와 유사한 사유(도서, 벽지 거주, 천재지변, 감염병 환자, 정신적, 신체적 장애로 대인 접촉을 기피하는 경우)에 한해 월 15만 원의 가족요양비를 이용할 수 있다(정부24, 2019).

가족에 의한 돌봄을 허용하는 것이 위에서도 언급한 것처럼 돌봄 서비스의 고도화 및 질적 제고에 부정적인 영향을 줄 수 있을 뿐만 아니라 국가의 공공 일자리 양성 정책에도 역행할 소지가 있기 때문에, 단계적인 접근이 요구된다. 예를 들면, 일차적으로 가족에 의한 돌봄이 다른 제공 인력에 의한 돌봄보다 서비스 질이 우수하다는 것을 이용자 또는 가족에 의해 입증할 수 있는 절차 또는 시스템을 구축하여 제한적으로 이에 해당되는 이용자에 한해 가족에 의한 돌봄을 단계적으로 허용하는 것이 타당해 보인다. 한 예로, 대상자의 장애 정도 또는 서비스 강도 등으로 인해 돌봄 제공자들이 기피하는 경우, 제한적으로 가족에 의한 돌봄을 허용할 수도 있을 것이다. 이는 현행 활동지원제도하에서 가족에 의한 급여를 이용할 수 있는 요건에 해당하지 않으나, 도전적 행동(challenging behavior) 등으로 활동지원급여를 이용하기 어려워 충분한 활동지원급여

를 인정받고도 이용하지 못하던 장애인과 가족에게는 실효성 있는 해법이 될 수 있을 것으로 보인다. 이와 같은 제한적인 가족에 의한 돌봄이 안정화가 되면, 향후 점차적으로 그 허용 범위를 넓혀 나가는 것이 서비스의 질 관리 측면에서 타당하다.

나. 품질관리 시스템

우리나라에 개인예산제도를 도입할 때 서비스의 품질관리는 어떻게 이루어져야 하는가? 전통적인 관점에서 의미하는 서비스 품질관리는 공급자 및 제공기관에서 제공하는 서비스 질에 대한 관리이지만, 개인예산제도에서 의미하는 품질관리는 이론적으로는 공급자가 아닌 이용자에게 초점이 맞춰져 있다. 즉, 개인예산제도를 주도하고 있는 이용자가 얼마큼 만족하는지를 점검하는 것으로서, 개인별 지원 계획을 수립할 때 담당 공무원이 이 계획이 실제로 이용자를 행복하게 할 수 있는 계획인지를 검증하는 것이다. 실제로 서비스 제공기관에 진입하는 전달체계도 지정제를 거친 것이 아니라 이미 지역사회에 구축되어 있는 순수한 민간 전달체계들이기 때문에 관리·감독이 불가능하다.

하지만, 개인예산제도에서 이용자가 정보력과 인지 능력에서 선택권을 행사할 수 있는 경우라도 돌봄 서비스 이용자-공급자 간 정보 비대칭의 문제는 항시적으로 존재하기 때문에 최소한의 품질을 관리할 수 있는 장치가 필요하다. 즉, 공공성 확보와 이용자 중심성을 구현하기 위해서는 적어도 서비스 제공자나 제공기관에 대해서는 품질관리시스템을 확보해야 한다(Newman et al., 2008; 김은정, 2009, 재인용). 그러나 이와 같은 품질관리는 최소한의 수준에서 진행되어야 할 것이다. 왜냐하면, 개인예산제도가 성공적으로 정착되기 위해선 이용자의 개별유연화와 자기주

도성이 구현되어야 하는데, 이를 위해선 이용자가 다양한 서비스 제공기관들을 선택할 수 있는 환경이 구축되어야 하며, 이는 민간 시장의 적극적인 참여가 전제되어야 가능하기 때문이다. 즉, 다양한 서비스 제공기관이 시장에 진입함에 있어서 품질관리 시스템이 걸림돌로 작용하지 않도록 해야 한다. 이는 시도별로 인프라 격차가 심하기 때문에 더욱 그러하다. 즉, 특별시 및 광역시와 같은 대도시에 비해 중소도시 및 농어촌의 경우 상대적으로 이용자가 선택할 수 있는 민간 시장의 규모가 작기 때문에, 엄격한 품질관리 시스템이 작동될 경우 문턱을 넘지 못하는 서비스 제공기관이 많아질 수 있고, 이는 지역 간 인프라 격차를 더욱 벌리는 결과를 낳게 되기 때문이다. 실제로, 영국은 사회서비스에 대한 총괄관리기구로 CQC(Care Quality Commission)를 두고 시설 서비스와 재가 서비스 모두에 대해 최소 품질을 보증하고 품질 수준별로 등급을 부여하며 지속적 품질 향상을 위한 체계적인 노력을 기울이고 있다(김은정, 2009).

따라서 향후 우리나라에 개인예산제도가 도입됨에 있어서 최소한의 품질관리 시스템 구축은 선결과제이다. 다만, 여기서 의미하는 ‘최소한’의 의미는 서비스 품질을 ‘최대한 낮춘다’는 의미가 아니라 ‘적어도 이 수준만큼은 반드시 지켜져야 한다’는 의미에서의 ‘최소한’이다. 즉, 자유로운 시장 진입을 방해하지 않는 선에서 수요와 공급의 균형을 맞출 수 있는 ‘최소한의’ 품질관리 시스템이 도입되어 일정 수준 이상의 서비스 질이 담보되어야 할 것이다. 현 정권에서 시도별로 사회서비스원을 구축할 계획을 세우고 있는데, 이와 같은 사회서비스원이 개인예산제도에 진입하는 민간 전달체계에 대한 최소한의 품질관리를 담당하는 것도 한 방법이 될 수 있다. 그리고 새로 진입하는 민간 전달체계에 대해서는 자유로운 시장 진입을 보장함과 동시에 최소한의 품질관리가 등록제에 의한 방식으로 이루어지는 것이 타당하다. 일정한 시설, 자격, 인력 기준을 갖추고

사회서비스원에 등록만 하면 누구나 사회서비스 제공기관이 될 수 있도록 유도함으로써, 이용자 입장에서 보다 많은 서비스 제공기관을 선택할 수 있는 환경을 구축함과 동시에 최소한의 품질관리가 이루어질 수 있도록 하는 것이다.

4. 재정: 개인예산제도에서도 본인부담금은 여전히 유효한가?

우리나라에 개인예산제도를 도입할 때 서비스 이용자에게 본인부담금을 적용할 것인가? 국외 사례 분석에서 나타났듯이 대부분의 국가에서는 개인예산제도를 운영함에 있어서 이용자 본인부담금을 설정하지 않고 있다. 네덜란드와 미국 뉴저지주에서만 일부 본인부담금을 부과하고 있는 실정이다. 네덜란드 WMO의 경우 각 지자체별로 이용자에게 개인부담금을 부과할 것인지를 결정하는데, 만약 부과한다면 지자체 공무원 혹은 중앙관리사무소(CAK)에 위탁을 주어 산정하게 한다. 개인부담금을 부과하는 서비스는 가사 서비스, 돌봄 서비스, 보조기기 지원, 주택 개조 지원 등이 있다(Pike et al., 2016). 그리고 미국 뉴저지주의 경우도 PAS만 본인부담금이 있고 PCA와 MFP에는 본인부담금 없이 전적으로 메디케이드 예산으로 운영하고 있다.

현재 우리나라 대부분의 돌봄 서비스와 바우처 서비스의 경우 본인부담금이 정해져 있으며, 대상자 여부를 가구소득을 기준으로 판정하도록 하고 있다. 돌봄 서비스와 바우처 서비스 중 본인부담금이 설정되어 있지 않는 서비스는 발달장애인 주간 활동 서비스와 청소년 발달장애학생 방과 후 활동 서비스 정도이다. 이처럼 우리나라는 소득 수준에 따른 본인부담금 부과가 매우 견고하게 자리 잡고 있음을 알 수 있다. 하지만 개인예산제도의 철학을 고려한다면 이론적으로는 본인부담금이 없는 것이 타

당하다. 본인부담금이 부과되면 이용자 입장에서는 주도적으로 계획을 수립하고 서비스를 이용함에 있어서 일정 부분 제약을 받을 수밖에 없기 때문이다. 하지만 현실적으로 향후 우리나라에서 개인예산제도를 도입한다고 했을 때 위에서도 언급한 것처럼 기존에 바우처로 제공되던 돌봄 서비스를 중심으로 칸막이를 없애는 방식으로 작동할 것이기 때문에, 기존에 작동했던 본인부담금을 갑자기 없애는 것은 자세 부담의 규모를 고려했을 때도 쉽지 않아 보인다. 따라서 개인예산제도의 철학은 최대한 반영하되 현실적인 여건도 동시에 고려하여 본인부담금을 부과하는 기준을 가구소득에서 개인소득으로 전환하는 것도 긍정적으로 검토할 필요가 있다. 현재 모든 돌봄 서비스에 대한 본인부담금 산정 기준이 이용자의 개인소득이 아닌 이용자의 가구소득이며, 대부분 건강보험료 납부액을 토대로 본인부담금을 산정하고 있다. 이와 같이 가구소득을 기준으로 본인부담금을 산정하기 때문에 장애인 및 노인처럼 소득 수준이 상대적으로 열악한 대상자의 경우 대부분 가족들이 그 본인부담금을 대신 부담하고 있는데, 이로 인해 이용자의 입장에서는 보다 자기주도적으로 서비스를 이용하는 데 있어서 심리적으로 제약을 받기가 쉽다. 현실에서도 활동지원제도를 이용하고 있는 장애인의 경우 본인부담금 문제로 인해 생성된 바우처를 모두 사용하지 못하고 있는 사례로 종종 발생하고 있다. 따라서 향후 개인예산제도를 도입함에 있어서 이용자의 가구소득이 아닌 개인소득을 기준으로 본인부담금을 부과하는 것을 검토할 필요가 있으며, 이를 위해 개인소득을 측정하는 기준과 방식, 시스템 구축이 선행되어야 할 것이다.

- 강신욱, 강희정, 고숙자, 김동헌, 김원섭, 남원석, . . . 최효진. (2018). 네덜란드
의 사회보장제도: 주요국의 사회보장제도. 세종: 한국보건사회연구원: 나
남.
- 국윤경, 오세영. (2014). 장애인활동지원서비스 이용자의 자립생활 경험에 관한
현상학적 연구. 인문사회과학연구, 15, 361-388.
- 국정기획자문위원회(2017). 문재인정부 국정운영 5개년 계획과 100대 국정과제.
- 김미혜, 이석미. (2007). 독일과 네덜란드의 장기요양제도에 관한 연구-현금급
여와 가족수발자를 중심으로. 사회복지정책, 31, 369-396.
- 김보영. (2019). 구호뿐인 공공성? 문재인 정부의 사회서비스 정책 평가와 대안
모색. 비판사회정책, 64, 7-52.
- 김용득.(2015)쉽게 풀어보는 영국 서비스 현금지급과 개인예산제도, 함께걸음.
<http://www.cowalknews.co.kr/news/articleView.html?idxno=145>
75에서 2019. 7. 30. 인출
- 김용득. (2017). 사회서비스 개념의 긴장과 대응. 사회서비스연구,7(1),1-21.
- 김용득, 이동석, 김용진, 박광욱. (2017). 자기주도지원 예산제도도입 타당성 연
구. 서울특별시.
- 김용득, 이동석. (2015). 장애인복지서비스, 현금지급방식 타당한가?, 장애인복
지서비스 현금지급방식 도입가능성 모색에 대한 토론회 자료집, p. 15
- 김용진. (2016). 독일의 장애인정책- 개인예산제. Voice. 99, DPI KOREA.
- 김용진. (2017).독일 개인예산제(PersönlicheBudget)의 현재와 미래. DPI
KOREA.
- 김윤영, 이정기. (2017). 사회서비스 통합바우처 제공경험에 관한 민간공급자 FGI분
석. 보건사회연구, 37(2), 358-388.
- 김은정. (2009). 사회서비스 이용자 재정지원 방식과 정책적 쟁점, 사회과학연구,

25(1), 119-144.

김진우. (2018). 발달장애인지원에 있어서 영국개인예산제도의 함의와 쟁점. 한
국장애인복지학, 41, 111-136.

남찬섭. (2012). 개정 사회보장기본법의 사회서비스의 의미와 개념 긴장. 한국사
회복지학, 64(3), 79-100.

문순영. (2008). 돌봄노동일자리의 일자리 질(qualityofjob)에 대한 탐색적 연
구. 사회복지정책, 33, 207-237.

박선영. (2011). 비공식부문 돌봄 노동자의 노동권 보장방안: 간병노동자를 중심
으로. 한국사회정책학회 주최.

박향미. (2009). 노인장기요양보호서비스 이용 의사결정과정에 관한 연구.(석사학
위논문, 삼육대학교, 서울).

발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 제1조.

발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 제 8조 제1항.

발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 제9조.

보건복지부(2018). 지역사회 중심 복지구현을 위한 커뮤니티케어 추진방향. 커
뮤니티케어 추진단.

보건복지부. (2019). 2019 장애인활동지원사업안내. 보건복지부.

사단법인 한국 장애인 인권 포럼. (2017). 서울시 장애인 예산평가 및 개인예산제
도입 타당성 연구. 서울특별시.

사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 제2조 제1호.

사회보장기본법 제3조 제4호.

사회적기업 육성법 제2조 제3호.

고선채. (2013). 한국의 노인장기요양서비스 이용자 만족도 영향요인 연구. (박사
학위논문, 원광대학교, 익산).

석재은. (2006). 장기요양 현금급여정책의 국가간 비교 연구. 한국사회복지학,
58(2), 273-302.

석재은. (2008). 노인장기요양보험제도 수가결정의 의미와 한계. 월간복지동향,
(112), 48-52.

- 설진화. (2017). 중소도시의 성인지제장애인이 경험한 활동지원서비스이용에 따른 불만에 관한 연구. 한국장애인복지학, 27-52.
- 신창환. (2013). 경쟁은 서비스 질을 향상시키는가?: 사회서비스 전자바우처 사업의 공급자 인터뷰를 중심으로. 보건사회연구, 33(4), 312-340.
- 양난주. (2015). 사회서비스 바우처 정책평가. 한국사회정책, 22(4), 189-223.
- 원소연. (2010). 장애인의 자기결정권실현을 위한 정책 연구: 독일의 개인예산제도와 한국의 활동보조지원사업을 중심으로. 사회복지정책, 37(2), 267-289.
- 유동철. (2012). 영국 장애인직접지불제도의 정책적 효과성에대한 탐색적 연구: 사회적 배제의 관점에서. 비판사회정책, (34), 129-162.
- 이근홍. (2008). 노인장기요양보험과 지역노인의 권리옹호. 한국지역사회복지학회 학술대회, 135-148.
- 이기정, 이희선. (2012). 노인장기요양보호서비스 전달체계에 관한 이용자 만족도 연구. 사회복지연구, 43(3), 211-238.
- 이동석, 김용득. (2013). 영국 서비스현금지급과 개인예산제도의 쟁점 및 한국의 도입가능성. 한국장애인복지학, 22, 47-66.
- 이동석. (2015). 사회서비스 현금지급제도의 유형에 관한 국가비교 연구: 퍼지셋 이상형 분석의 적용. 성공회대학교 박사학위 논문. 서울.
- 이동석. (2016). 사회서비스 현금지급제도와 장애인동. 함께걸음.
<http://www.cowalknews.co.kr/news/articleView.html?idxno=14624>에서 2019. 7.30. 인출.
- 이숙진. (2011). 돌봄노동의 제도화와 여성들의 차이. 페미니즘연구, 11(2), 49-83.
- 이승기, 이성규. (2014). 직접지불제도와 개인예산제도 도입을 위한 탐색적 연구-영국사례를 중심으로. 한국장애인복지학, 235-249.
- 이태성. (2019). 양성과정의 학습경험이 장애인활동지원사의 서비스참여 결정에 미치는 영향. (박사학위논문, 대구대학교, 대구).
- 이태수, 남기철, 김형용. (2019). 문재인 정부 사회서비스 전달체계 개편의 쟁점

- 과 과제-공공성 강화와 분권화를 중심으로. 사회복지정책. 46(3), 63-92.
- 이현정. (2019). 성년후견받는 순간 인권 사회적 차별법 300개... 용어만 바꾼 탓. 서울신문. 2019.4.2.
- 이현주, 김근혜, 송지원, 신정완, 주은선, 최연혁, Edlund, Jonas. (2018). 스웨덴의 사회보장제도: 주요국의 사회보장제도. 세종: 한국보건사회연구원: 나남.
- 장봉석. (2015). 사회복지서비스계약의 법적쟁점과 과제: 노인장기요양보험제도를 중심으로. 사회복지법학, 4(1), 95-169.
- 장지연. (2011). 돌봄노동의 사회화 유형과 여성노동권. 페미니즘연구, 11(2), 1-47.
- 전용호, 조남경, 김윤영, 이민홍, 엄기옥, 김요은. (2016). 지역사회서비스 효율성 제고방안 연구: 통합바우처의 시범사업을 중심으로. 인천: 보건복지부, 인천대학교 산학협력단.
- 정부24. (2019). 특별현금급여(가족요양비) <http://www.gov.kr/portal/service/serviceInfo/SD0000003923>에서 인출 (2019.7.1.)
- 조남경, 김경임. (2014). 성인돌봄서비스 재정지원방식과 그 변화의 이해: 스웨덴, 영국, 미국, 싱가포르, 일본, 한국의 6개국 비교연구. 한국사회복지행정학, 16(2), 271-303.
- 조უნ화, 이동석, 김용진, 김영미. (2016). 맞춤형 서비스를 위한 장애인복지서비스 급여체계 개편방안 연구. 한국장애인개발원
- 조უნ화, 김정희, 이동석, ... 차선휘. (2015). 장애인 감면·할인 서비스 지원기준 현황과 개선방안 연구. 한국장애인개발원
- 조უნ화, 김용진, 이윤희, 이혜수. (2019) 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지 욕구에 관한 연구. 한국장애인개발원.
- 최복천, 김유리. (2016). 장애아동부모가 인식하는 활동지원서비스의 문제점 및 개선방안에 관한 질적연구. 지체 중복지장장애연구(구중복·지체부자유아교육), 59(3), 208-227.
- 최영준. (2009). 사회과학에서 퍼지셋 활용의 모색 : 퍼지셋 이상형 분석과 결합

- 요인 분석을 중심으로. 정부학연구, 15(3): 307-336.
- 최영준, 손병덕, 이삼식, 최효진, 임완섭, 김보영, ..., 정기혜. (2012) 주요국의 사회보장제도: 영국. 서울: 한국보건사회연구원.
- 최용길, 김유정. (2019). 우리나라 장애인활동지원제도의 개선방안에 관한 연구. 법과정책, 25(2), 173-193.
- 최한별. (2017.11.24.). 스웨덴 장애인복지, 신청서에 원하는 서비스 범주 체크만 하면 끝. BeMior. <http://bemior.com/detail.php?number=11611&thread=04r03>.에서 인출.
- 서해정, 전지혜, 강민희, 원소연, 김재근, 서옥영, 이계승. (2014). 중증장애인 활동지원 24시간 제공 필요성 및 적용방안 연구. 최종보고회 자료집. 28-48.
- 호주의회(https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/BriefingBook45p/NDIS.2019.10.11.)

〈 외국 문헌 〉

- 6, P. (2003). Giving consumers of British public services more choice: what can be learned from recent history? *Journal of Social Policy*, 32(2), 239-7.
- Age UK. (2013). *Fact Sheet 24: self-directed support: direct payments and personal budgets*. <https://www.ageuk.org.uk/london/>에서 2019. 9. 1. 인출
- Age UK. (2018). *Personal budgets and direct payments in social care*. https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs24_personal_budgets_and_direct_payments_in_social_care_fcs.pdf, pp.3. 에서 2019. 10. 1. 인출
- Age UK. (2019a). *Intermediate care and reablement*. https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs24_intermediate_care_and_reablement.pdf

- heets/fs76_intermediate_care_and_reablement_fcs.pdf, 에서
2019. 10. 1. 인출
- Age UK. (2019b). *Disability equipment and home adaptations*.
https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs42_disability_equipment_and_home_adaptations-fcs.pdf
.에서 2019. 9. 3. 인출
- Alakeson, V. (2007). *Putting Patients in Control : The case for extending self-direction into the NHS*. Social Market Foundation.
- Alders, P., & Schut, F.T. (2019). The 2015 long-term care reform in the Netherlands : Getting the financial incentives right?. *Health Policy*, 123(3), 312-316.
- Angehorige Pflegen, (2019). Entlastungsbetrag: Extra-Geld fue die Pflege zu Hause. <https://www.angehoerige-pflegen.de/entlastungsbetrag-extra-geld-fuer-die-pflege-zu-hause/>에서 2019. 10. 11. 인출
- Arkansas Department of Human Services. (2008a). My Independent Choices handbook.
- Arkansas Department of Human Services. (2008b). Independent Choices Final Report December 1998-March 2008.
- Arksey, H., & Kemp, P.A. (2006). *Carers and employment in a work-focused welfare state*. Cash and Care : Policy Challenges in the Welfare State, 111.
- Arksey, H., & Kemp, P.A. (2008). Dimensions of Choice: A Narrative of Cash-for-Care Schemes. *Social Policy Research Unit*, The University of York.
- Arksey, H., & Kemp, P.A. (2009). *Dimensions of Choice : A narrative review of cash-for-care schemes*. Social Policy Research Unit.

- Ausgaben für Reha und Teilhabe. (2019a) <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info/reha-info-archiv/reha-info-2015/reha-info-012015/ausgaben-fuer-rehabilitation-und-teilhabe.html> 에서 2019. 10. 11. 인출
- Ausgaben für Reha und Teilhabe. (2019b). <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info/reha-info-archiv/reha-info-2016/reha-info-012016/ausgaben-fuer-reha-und-teilhabe.html> 에서 2019. 10. 11. 인출
- Australian Government. (2014). NDIS Planning Workbook.
- Autism Society of Los Angeles. (2016). *California's New Self-Determination Law for Individuals with Development Disabilities. Taking control of your future by directing your region center service dollars (As of 2/4/14)* https://autism.org/1/wp-content/uploads/2015/09/Fact_Sheet_Consumers_and_Families.pdf 2019. 10. 11. 인출
- Bakx, P., O'Donnell, O., & Van Doorslaer, E. (2016). Spending on healthcare in the Netherlands : not going so Dutch. *Fiscal Studies*, 37(3-4), 593-625.
- Baldock, J. (1997). Social care in old age : more than a funding problem. *Social policy & administration*, 31(1), 73-89.
- Barnes, C. (1991). *Disabled People in Britain: A Case for Anti-discrimination Legislation for Disabled People*, London: British Council of Organizations of Disabled People.
- Baxter, K., Wilberforce, M., & Glendinning, C. (2011). Personal budgets and the work force implications for social care providers : expectations and early experiences. *Social Policy and Society*, 10(1), 55-65.
- BBC. (2015) How the cap on care costs works. *BBC News*. 2015. 7. 22.

- <https://www.bbc.com/news/health-30922484>.에서 2019. 9. 30. 인출
- Besten, D.M., Kiziltekin, T., & Lee, V.M. (2019). ZorgCijfersMonitor : ZVW,WLZ-2019년 1분기. Zorginstituut Nederland
- Boer A. (2011). A letter from CVZ to Ministry of Public Health, Welfare and Sports.Bonyhady, B. P., & Sykes, H. (2008). *Disability reform: from crisis welfare to a planned insurance model*. article submitted to the Australia, 2020.
- Department of Health. (1989). *Caring for people : Communitycare in the next decadeand beyond*. London, HMSO, ISBN : 0,10,1084927.
- Buckmaster, L. (2019) Paying for the National Disability Insurance Scheme. [https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/BriefingBook45p/N](https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/BriefingBook45p/NDIS) DIS에서 2019. 9. 30. 인출
- Buckmaster, L., & Clark, S. (2018). *The National Disability Insurance Scheme: A chronology*. Department of Parliamentary Services, Parliamentary Library.
- Bundesministerium fur Arbeit und Soziales. (2019). http://www.budget.bmas.de/MarktplatzPB/DE/StdS/FAQ/faq_node.html#doc726966bodyText15 에서 2019. 10. 11. 인출
- Bundesarbeitsgemeinschaft fur Rehabilitation (BAR) e.V. (2010). Rahmenvereinbarung gemeinsame Servicestellen in der Fassung vom 1. Juli 2010.: Author
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2015). Ausgaben_für_Rehabilitation_und_Teilhabe.
- Bundesministerium fur Arbeit und Soziales Referat Information, Publikation, Redaktion. (2014). *Das (trägerübergreifende)*

Persönliche Budget.

- Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit (2019)
Ratgeber Pflege: Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten.
Bundesministerium für Gesundheit Referat
- Carr, S. (2010). *Personalisation : a rough guide(revised edition)*. London
: Social Care Institute for Excellence.
- Carr, S. (2011). Personal budgets and international contexts : Lessons
from home and abroad. *Journal of Care Services
Management*, 5(1), 9-22.
- CAK. (2019). <https://www.hetcak.nl/over/over-ons/>에서 2019.10.22. 인
출
- Challis, D. (2004). Care management in the long-term care of older
people. In M. Knapp, D. Challis, J.-L. Fernandez, and A. Netten
(eds), Long-term Care: Matching Resources and Needs. A
Festschrift for Bledwyn Davies, Aldershot: Ashgate.
- CIBG Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019) Over
het BIG-register. <https://biregister.nl/over-het-big-register>에서
2019. 10. 15. 인출
- CIBG Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019)
Wijziging bij logeeropvang aan Pgb-houders.
[https://wtzi.nl/actueel/2017/11/16/wijziging-bij-logeeropvang-
aan-pgb-houders](https://wtzi.nl/actueel/2017/11/16/wijziging-bij-logeeropvang-aan-pgb-houders) 에서 2019. 10. 15. 인출
- CIZ. (2019a)(<https://www.ciz.nl/jaaroverzicht-2018/>에서 2019. 10.15.
인출CIZ. (2019b) [https://www.ciz.nl/over-ciz/samenwerkingspartners
-in-de-wlz](https://www.ciz.nl/over-ciz/samenwerkingspartners-in-de-wlz)에서 2019. 10. 15. 인출
- Clarke, J., Newman, J., & Westmarland, L. (2007). Creating
citizen-consumers? Public service reform and (un)willing selves.
In *On Willing Selves* (pp.125-145). Palgrave Macmillan, London.

- Clarke, J., Smith, N., & Vidler, E. (2006). The indeterminacy of choice : political, policy and organisational implications. *Social Policy and Society*, 5(3), 327-336.
- Commonwealth of Australia. (2011). National disability strategy 2010-2020.
- Commonwealth of Australia.(2019). Budget Strategy and Outlook Budget Paper No. 1 2019-20. <https://budget.gov.au/2019-20/content/bp1/download/bp1.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출
- Community care (2017) [https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance](https://www.communitycare.co.uk/Department of Health, & Great Britain. Dept. of Health. (2006). Our health, our care, our say: A new direction for community services (Vol. 6737). The Stationery Office. London: Department of Health.Department of Health and Social Care. (2019). Care and support statutory guidance. <a href=)에서 2019. 10. 11. 인출
- Department of Human Services. (2019) National Disability Insurance Scheme Agency. <https://www.ndis.gov.au>에서 2019. 10. 30. 인출
- Department of Social Services. (2019) Disability and Carers. Commonwealth, State and Territory Disability Agreements. <https://www.dss.gov.au/our-responsibilities>. 에서 2019. 10. 1. 인출
- DH. (2003). *Social services performance assessment framework indicators 2002-2003*. London: DH.
- Duff, G. (2019a). Australian Disability Reform: the story so far and key challenges with implementation of the National Disability Insurance Scheme(NDIS).

- Duff, G. (2019b). A Transcription of interview on NDIS. (2019.8.26.)
- Duffy, S. (2005). Keys to citizenship: A guide to getting good support for people with learning disabilities. Birkenhead: Paradigm.
- Duffy, S. (2010a). The citizenship theory of social justice : exploring the meaning of personalisation for social workers. *Journal of Social Work Practice*, 24(3), 253-267.
- Duffy, S. (2010b). The Citizenship Theory of social justice exploring the meaning of personalisation for social workers. *Journal of Social Work Practice* 24(3) 253-267
- Employsure. (2019) <https://employsure.com.au/guides/wage-and-pay/minimum-wage-australia/> 에서 2019. 9. 30. 인출
- Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, (2019). <https://www.teilhabeberatung.de/artikel/zehn-jahre-persoennliches-budget-eine-erfolgsgeschicht> 에서 2019. 10. 11. 인출
- European Commission. (2016). *The Netherlands : HealthCare & Long-term care systems (the joint report on Healthcare and long-term care systems & Fiscal Sustainability)*. Economic and Financial Affairs, Economic Policy Committee. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_nl_en_2.pdf에서 2019. 9. 30. 인출
- Every Australian Counts. (2019) Every Australian Counts. <https://www.everyaustraliancounts.com.au> 에서 2019. 9. 30. 인출
- Ferguson, I. (2007). Increasing user choice or privatizing risk? The antinomies of personalization. *British journal of social work*, 37(3), 387-403.
- Forsakringskassan. (2019). <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/funktionsnedsattning/assistansersattning>. 에서 2019. 10. 11. 인출
- Gabriel, Y. & Lang, T. (2006). *The Unmanageable Consumer (2nd edn)*.

- London: Sage.
- Gardner, A. (2011). *Personalisation in social work*. Exeter: Learning Matters Ltd.
- Gilbert, N. & Terrell, P. (2002). Dimensions of Social Welfare Policy. Allyn & Bacon.
- Glasby, J., & Littlechild, R. (2009). Direct payments and personal budgets : putting personalisation into practice. Policy Press.
- Glasby, J., Le Grand, J. & Duffy, S. (2009), A healthy choice? direct payments and healthcare in the English NHS, *Policy and Politics*, 37(4), 481-497.
- Glendinning, C. (2000). Buying independence: Using direct payments to integrate health and social services. Policy Pr. Carr, 2009 . <https://pdfs.semanticscholar.org/aa9d/88d5b40a9abaa8b1f1981619f9efa1595aa1.pdf>.에서 2019. 9. 29. 인출
- Glendinning, C. (2008). Increasing choice and control for older and disabled people : a critical review of new development in England. *social Policy & Administration*, 42(5), 451-469.
- Glendinning, C. (2013). *Personalised social care and personal budgets in England : the individual budget pilot programme*. 삼육대학교 국제세미나, Reforming Social Care across the Borders.
- Glendinning, C., & Kemp, P. A. (Eds.). (2006). *Cash and Care: Policy challenges in the welfare state*. Policy Press. , 111-124.
- GOV.UK. (2018). Statutory guidance-Care and support statutory guidance. <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>. 에서 2019. 10. 1. 인출
- Government of the Netherlands. (2019a). Where can I apply for a personal budget? <https://www.government.nl/topics/care-and-sup>

- ort-at-home/question-and-answer/where-can-i-apply-for-a-personal-budget. 에서 2019. 9. 25. 인출
- Government of the Netherlands. (2019b). Do I have to pay towards the cost of social support under the WMO? <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/question-and-answer/do-i-have-to-pay-towards-the-cost-of-social-support-under-the-wmo>. 에서 2019. 9. 25. 인출
- Great Britain. Department of Health. (2005). *Independence, Well-being, and Choice* London: Department of Health.
- Hadley, R. & Hatch, S. (1981). *Social Welfare and the Failure of the State: Centralised Social Services and Participatory Alternatives*. London: Allen and Unwin.
- Hardy, B., Young, R., & Wistow, G. (1999). Dimensions of choice in the assessment and caremanagement process : the views of older people, carers and caremanagers. *Health & socialcare in the community*, 7(6), 483-491.
- Health and Social Care Information Center. (2013) Community Care Statistics, Social Services Activity - England. 2011-12. Final release. Leeds: HSCIC.
- Heimer, A., Henkel, M., Maetzel, J. (2012). *Umsetzung und Akzeptanz des Persönlichen Budgets-Endbericht*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Henrique-Gomes, L. 2019. NDIS plan to reduce delays only a stopgap, disability advocates say. the Guardian. (2019.6.26.) <https://theguardian.com/australia-news/2019/jun/26/ndis-plan-to-reduce-delays-only-a-stopgap-disability-advocates-say>. 에서 2019. 9. 30. 인출
- Herd, D. (2019). *A Transcription of interview on NDIS*. (2019.8.27.)

- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., & Blane, D. (2003). Researching quality of life In early old age : the importance of the sociological dimension. *Social Policy & Administration*, 37(3),239-252.
- Hirschman, A.O. (1970). Exit, voice, and loyalty : Responses to decline in firms, organizations, and states (Vol.25). Harvard university press.
- Houten, D. V., & Bellemakers, C. (2002). Equal citizenship for all. Disability policies in the Netherlands : empowerment of marginals. *Disability & Society*, 17(2), 171-185.
- Hoyes, L. & Means, R. (1993). Quasi-markets and the reform of community care. In J. Le Grand and W. Bartlett (eds), *Quasi-Markets and Social Policy*, London: Macmillan.
- Haringey Council. (2019). Changes to Adult Social Care. haringey.gov.uk/social-care-and-health/social-care-policy-and-practice/care-act-2014/changes-adult-social-care 에서 2019. 9. 30 인출
- IfA (Intressegruppen för Assistansberättigade). (2019). <https://www.intressegruppen.info/om-oss/vad-ar-ifa/> 에서 2019. 10. 10. 인출
- IG J (Health and youth Care Inspectorate Ministry of Health, welfare and sport). (2019a) (<http://english.igj.nl/about-us>)에서 2019. 10. 22. 인출
- IGJ (Health and youth Care Inspectorate Ministry of Health, welfare and sport). (2019b). (<https://english.igj.nl/about-us/documents/publication/2017/12/12/>) 에서 2019. 10. 1. 인출
- Independent Choices. (2012) Independent Choices Program Manual. advancingstates.org/sites/nasuad/files/hcbs/files/166/8259/IC-ProgramManual-061212-pg2-45.pdf 에서 2019. 10. 11. 인출
- Individuelle Hilfeplanung und Persönliche Budget in Rheinland-Pfalz.

- (2019). <http://www.bpe-online.de/infopool/trialog/pb/wagner-budget-2005.pdf> 에서 2019. 6. 6. 인출
- IVO (Inspektionen för vård och omsorg). <https://www.ivo.se/tillsyn/til-lsynsomraden/>에서 2019. 10. 20. 인출
- INAHTA(International Network of Agencies for Health Technology Assessment). (2019). <http://www.inahta.org/members/zin/> 에서 2019. 10. 22. 인출
- Independent Living Institute. (2019). <https://www.independentliving.org/about.html>.에서 2019. 10. 22. 인출
- Kang MH. (1994). Nutritional status of Korean elderly people. *Korean J of Nutr*, 24(6), 616-636.
- Knapp, M.,Hardy, B. & Forder, J. (2001). Commissioning for quality : ten years of social care markets in England. *Journal of Social Policy*, 30(2),283-306.
- Krankenkassen-Zentrale, (2019). Beitragsaasta 2019 für die pflegepflichtversicherung. <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/pflegepflichtversicherung> 에서 2019. 10. 22. 인출
- Kremer, M. (2006). Consumers in charge of care: The Dutch personal budget and its impact on the market, professionals and the family. *European Societies*, 8(3), 385-401.
- Le Grand, J. (1991). Quasi-markets and social policy. *The economic journal*, 101(408), 1256-1267.
- Le Grand, J. (2007). *The Other Invisible Hand*. Princeton, Nj: Princeton University Press.
- Le Grand, J., & Bartlett, W. (1993). Quasi-markets and social policy : the way forward?. *In Quasi-markets and social policy* (pp.202-220). Palgrave Macmillan, London.
- Leadbeater, C. (2004). *Personalisation through Participation: A New*

- Script for Public Services*. London: Demos.
- Lent, A., & Arend, N. (2004). *Making choices : How can choice improve local public services*. London : New Local Government Network.
- Lister, R. (1997). *Citizenship: Feminist Perspectives*. Basingstoke: Macmillan.
- Lundsgaard, J. (2005). *Consumer direction and choice in long-termcare for older persons, including payments for informalcare : How can it help improve care outcomes,employment and fiscal sustainability?. OECD Health Working Papers No.20*. Paris : OECD Publishing.
- Lymbery, M. (2010). A New Vision for Adult Social Care? Continuities and Change in the Care of Older People. *Critical Social Policy* 30(5), 5-26.
- Maarse, J.H., & Jeurissen, P.P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-termcarere for min the Netherlands. *Health Policy*,120(3),241-245.
- Mallett, M. (2019). *A Transcription of interview on NDIS*. (2019. 8. 28.)
- McLucas, J. (2007). Disability and carers, Australian Labor party policy document, Election 2007.
- Means, R., Richards, S. & Smith, R. (2003). *Community Care Policy and Practice* (3rd edn), Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- MEE.NL (2019). <https://www.mee.nl>. 에서 2019. 10. 15. 인출
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. (2011). Persönliches Budget in Nordrhein-Westfalen, Antworten auf häufig gestellte Fragen
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Rijksbegroting 2016-XVI Volksgezondheid Welzijn en sport.

- <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgesondheid-welzijn-en-sport> 에서 2019. 10. 1. 인출
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003). Persoonsgebonden Budgetten, Tweede Kamer, vergaderjaar 2002 2003 25657(2). Ministry of Health, Welfare and Sport. (2018). *Healthcare in the Netherlands*.
- Morris, J. (2006). Independent living : the role of the disability movement in the development of government policy. In C. Glendinning and P.A.Kemp (eds), *Cash and Care : Policy Challenges in the Welfare State. Bristol: Policy Press, 235-48*.
- Mot, E. (2010). *The Dutch system of long-term care. CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis*.
- National Disability Insurance Agency.(2019a). What is the NDIS? <https://www.ndis.gov.au/understanding/what-ndis>에서 2019. 9. 30. 인출
- National Disability Insurance Agency.(2019b). Who's rolling out the NDIS <https://www.ndis.gov.au/understanding/what-ndis/whos-rolling-out-ndis> 에서 2019. 9. 30. 인출
- National Disability Insurance Agency.(2019c).COAG Disability Reform Council. Quarterly Report. 30 June 2019. <https://ndis.gov.au/about-us/publications/quarterly-reports> 에서 2019. 9. 30. 인출
- National Disability Insurance Agency. (2019d). The NDIS Overview and Update. https://crn.org.au/uploads/ckeditor_images/10-23-2019-09-42-37.pdf에서 2019. 9. 30. 인출
- National Disability Insurance Agency.(2019e). NDIS Price Guide 2019-20. <https://ndis.gov.au/providers/price-guides-and-pricing> 에서 2019. 9. 30. 인출
- National Disability Insurance Agency.(2019f). NDIS Support Catalogue

- 2019-20. <https://ndis.gov.au/providers/price-guides-and-pricing>에서 2019. 9. 30. 인출
- National Disability Insurance Agency.(2019g). Provider Registration Guide to Suitability. <https://www.ndis.gov.au/providers/becoming-ndis-providers/am-i-ready-requirements-and-eligibility>에서 2019. 9. 30. 인출
- National Disability Insurance Agency. (2019h) Nominees Operational Guideline-Overview. <https://www.ndis.gov.au/about-us/operational-guidelines/nominees-operational-guideline/nominees-operational-guideline-overview#4> 에서 2019. 9. 30. 인출
- National Disability Services.(2017). State of the disability sector report 2018.
- Nederandse Zorgautoriteit (2019). Overview of the Dutch Healthcare Authority. <https://nza.nl/english>에서 2019. 9. 30. 인출
- Needham, C. (2003). *Citizen-consumers: New Labour's Marketplace Democracy*. London: Catalyst.t.
- Needham, C. (2007). *The Reform of Public Services under New Labour: Narratives of Consumerism*. Basing stoke: Palgrave Macmillan.
- Needham, C. (2011). 'Personalization: From Storyline to Practice'. *Social Policy and Administration*. 45(1), 54-68.
- New Jersey Department of Human Services (2013). "Personal Assistance Services Program(PASP) Request for proposal". <https://nj.gov/humanservices/providers/grants/nofa/NOFAfiles/PASPCashModelRFPCamden2013.pdf>에서 2019. 10. 11. 인출
- New Jersey Department of Human Services (2011). "PAS Rule Proposal". <https://nj.gov/humanservices/dds/documents/PRNPASP.pdf>에서 2019. 10. 11. 인출

- Newman, J., Glennding, C., & Hughes, M. (2008). Beyond Modernisation? Social Care and the Transformation of Welfare Governance, *Journal of Social Policy*, 37(4), 531-557.
- NHS digital. (2016) Community Care Statistics, Social Services Activity, England-2015-16. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/community-care-statistics-social-services-activity/communit-ty-care-statistics-social-services-activity-england-2015-16> 에서 2019. 10. 1. 인출
- Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. (2019). Independent choices: a national symposium on consumer-direction and self-determination for the elderly and persons with disabilities. Independent choices. aspe.hhs.gov/report/independent-choices-national-symposium-consumer-direction-and-self-determination-elderly-and-persons-disabilities/independent-choices es. 에서 2019. 10. 11. 인출
- Ornskoldsvik Kommun(2019) Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments. (LSS). <https://www.ornskoldsvik.se/download/18.44a4cd7915743e6a7e926737/1475832232342/Om%20LSS%20p%C3%A5%20Engelska.pdf> 에서 2019. 12. 31. 인출
- Parry, J., Vegeris, S., Hudson, M., Barnes, H. & Taylor, R. (2004). Independent Living in Later Life: Research Review Carried out on Behalf of the Department of Work and Pensions.
- Pearson, C. (2000). Moneytalks? Competing discourses in the implementation of direct payments. *Critical Social Policy*, 20(4), 459-77.
- Pflege durch Angehörige. (2019). <https://www.pflege-durch-angehoerige.de/pflegegrade-pflegeleistungen/neues-pflegestaerkungsgesetz/>

- #Pflegeversicherungsbeitrag_erhoeht_sich 에서 2019. 9. 30. 인출
- Pike, B., O’Nolan, G., & Farragher, L. (2016). Individualised budgeting for social careservices for people with disability : International approaches and evidenceon financial sustainability. *Health Research Board, Dublin*.
- Propper, C., Wilson, D. & Burgess, S. (2006). Extending choice in English health care : the implications of the economic evidence. *Journal of Social Policy, 35*(4), 537-57.
- Pykett, J. (2009). Personalization and De-schooling : Uncommon Trajectoriesin Contemporary Education Policy. *Critical Social Policy 29*(3): 374-397.
- Ragin, C. C.(2000). *Fuzzy- set Social Science. Chicago*: The University of ChicagoPress.
- Ramakers, C., Schekkingenhout, R., van den Wijngaart, M., Miedema, F. (2008). Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007, Vervolgonderzoek, ITS, Nijmegen.
- Robbins, D. (2006). *Choice, Control and Individual Budgets: Emerging Themes. London*: Social Care Institute for Excellence.
- Rolden, H. & Waal, M. (2012). *Coordination of health care services in the Netherlands. Leyden Academy on Vitality and Ageing*. <https://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>에서 2019. 10. 1. 인출
- Rummel, K. (2011). Zur Kostenüberschreitung nach § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX beim Persönlichen Budget, Diskussionsbeitrag: Rehabilitations- und Teilhaberecht, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.
- Schut, E., Sorbe, S., & Høj, J. (2013). *Health care reformand long-term care in the Netherlands*. OECD.

- SEEK (2019). <https://www.seek.com.au/career-guide/role/disability-support-worker> 에서 2019. 9. 30. 인출
- Senate Standing Committee on Community Affairs. (2007). Funding and operation of the Commonwealth State/Territory Disability Agreement, The Senate, Canberra.
- Shaw, E. (2009). *The consumer and New Labour: the consumer as king?* In R. Simmons, M. Powell and I. Greener (eds), *The Consumer in Public Services: Choice, Values and Difference*, Bristol: Policy Press.
- Socialstyrelsen (2019). <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/personer-med-funktionsnedsattning>. 에서 2019. 8. 21. 인출
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234) (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX) § 29 Personliches Budget Sozialgesetzbuch (SGB III) Drittes Buch Arbeitsförderung. § 1. SGB III Ziele der Arbeitsförderung.
- Sozialgesetzbuch (SGB IV) Viertes Buch Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung. § 1. SGB IV Sachlicher Geltungsbereich.
- Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung. § 1. SGB V Solidarität und Eigenverantwortung.
- Sozialgesetzbuch (SGB IX) ENeuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. § 17. SGB IX Begutachtung.
- Sozialgesetzbuch (SGB XI) Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung. § 1. SGB XI Soziale Pflegeversicherung.

- Sozialgesetzbuch (SGB XII) Zwölftes Buch Sozialhilfe. § 1. SGB XII Aufgabe der Sozialhilfe.
- Standing Committee on Community Affairs.(2007). *Funding and Operation of the Commonwealth State/Territory Disability Agreement*. p.2
- Steinke, M. (2009) Das Persönliche Budget für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf/Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband -. Gesamtverband e. V.
- Sven Reetz. (2016) Pflegestärkungsgesetz II. Referatsleiter Pflege. Verband der Ersatzkassen e. V. Landesvertretung Schleswig-Holstein. https://vdek.com/LVen/SHS/Presse/reden-und-veroeffentlichungen/_jcr_content/par/download_34.files.res/Vorrag%20Peetz%20bei%20LAG%20Heimmitwirkung%20.pdf에서 2019. 10. 11. 인출
- Sveriges Riksdag (2019) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387 에서 2019.08.20. 인출
- Peeters, T. (2015) Redesigning home care. From a bureaucratic to a socio-technical type of provider organisation. Universiteit Maastricht. <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/file?uuid=f9ba7d17-964f4947-8ac1-ffe0e7999fef&owner=25a82cdb-d165-490a-a5db-8df8199ff19d>
- Pflege.de (2019) Themenwelt Pflegegrade. <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/> 에서 2019. 10. 11. 인출
- UK Parliament. (2019). *Research briefings*. <https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7903>
- Ungerson, C. & Yeandle, S. (2007a). Conceptualizing cash -for-care: the ongsms of contemporary debates. in C. Ungerson and S.

- Yeandle (eds) *Cash-for-Care in Developed Welfare States*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 1- 12.
- Ungerson, C. & Yeandle, S. (2007b). Conclusion: dilemmas, contradictions and change. in C. Ungerson and S. Yeandle (eds). *Cash-for-Care in Developed Welfare States*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 187- 206.
- Ungerson, C. (2003). Commodified care work in European labour markets. *European Societies*, 5(4) : 377-396.
- Ungerson, C., Yeandle, S. eds.l. (2007). *Cash for Care in Developed Welfare States*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- van Est, D., & Bähre, E. (2013). Cash for Care in The Netherlands : Markets, Bureaucracies, and Personal Relations in Post-Cold War Healthcare Reform. *Ethn Forum*, 25(2), 99-118.
- van Ginneken, E., Groenewegen, P.P., & McKee, M. (2012). *Personal healthcare budgets : what can England learn from the Netherlands?*. *BMJ*, 344, e1383.
- Vernon, A. & Qureshi, H. (2000). Community care and independence : self-sufficiency or empowerment?. *Critical Social Policy*, 20(2), 255-76.
- Ware, T., Matosevic, T., Hardy, B., Knapp, M., Kendall, J. & Forder, J. (2003). Commissioning care services for older people in England : the view from care managers, users and carers. *Ageing & Society*, 23, 411-28.
- Wilberforce, M., Glendinning, C., Challis, D., Fernandez, J., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A. & Stevens, M. (2011). Implementing Consumer Choice in Long-term Care : The Impact of Individual Budgets on Social Care Providers in England. *Social Policy & Administration*, 45(5), 593-612.

- Williams, I., & Dickinson, H. (2016). Going it alone or playing to the crowd? A critique of individual budgets and the personalisation of Health Care in the English National Health Service. *Australian Journal of Public Administration*, 75(2), 149-158.
- Witcher, S., Stalk, K., Roadburg, M. and Jones, C. (2000) *Direct payments: The impact on choice and control for disabled people*, Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit.
- Zorgverzekering Informatie Centrum (2019). Dutch Healthcare Authority. <https://zorgverzekering.org/eng/general-information/dutch-healthcare-authority/>에서 2019. 9. 25. 인출
- Zorgverzekeraars Nederland. (2019) <https://www.zn.nl/1483931648/> English.에서 2019. 8. 30. 인출

간행물 회원제 안내

회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 판매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

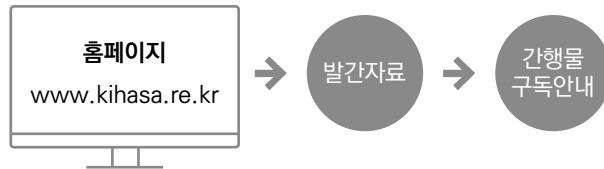
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지
사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>