

연구보고서 2003-10

공공부조와 사회복지서비스의 체계분석 및 재편방안

이현주 강혜규 서문희

정경희 유동철 정재훈

이승경 노언정 현명이

한국보건사회연구원

머 리 말

우리나라의 사회복지는 공공부조와 사회보험, 그리고 사회복지서비스로 구성된다고 보는 것이 일반적이다. 우리나라의 경우 데모그란트의 도입이 미흡한 상황을 반영한 인식으로 이해된다. 이러한 상황에서 우리나라 사회복지의 성격을 규명하는 제 작업들은 사회보험을 중심으로 공공부조를 포함한 분석이 대부분이다. 반면, 공공부조와 사회복지서비스 체계에 대한 논의는 그간 사회복지 분야의 연구에서 활발하게 전개되어 오지 못하였다.

그러나 공공부조와 사회복지서비스는 한 사회의 사회복지 성격을 규명하는, 의미가 있는 차원이 아닐 수 없다. 공공부조와 사회복지서비스는 다른 사회복지 방식에 비하여 시장의 논리 반영이 약하고 국가의 책임을 보다 강하게 표현하는 것이다. 본 연구는 공공부조와 사회복지서비스 체계에 대한 분석을 본격적으로 시도하고 체계상 특성을 발현시킨 원리를 규명함으로써 우리나라 사회복지의 성격을 규명하는데 일 기여를 하고 있다고 판단된다.

본 연구는 공공부조와 사회복지서비스 체계의 재편방안을 모색하고 제안함으로써 향후 양 제도의 발전 및 사회복지의 전환에 대하여 기본 방향을 제시하고 있다. 공공부조와 사회복지서비스가 원론적으로 분담하여야 하는 사회적 기능을 보다 분명하게 하고, 사회복지서비스의 보편성을 확보하여 나가는 데 있어 기초적인 작업이 될 것으로 전망한다.

본 연구는 이현주 책임연구원의 책임 하에 원내의 강혜규 책임연구원, 서문희 부연구위원, 정경희 부연구위원, 이승경 주임연구원, 노언정 연구원, 원외의 정재훈 교수와 유동철 교수가 참여하였다.

본 보고서는 총 5장으로 구성되었으며, 구체적인 각 부분의 펼친은 다음과 같다.

제1장 서론(이현주)

제2장 공공부조와 사회복지서비스의 원리(이현주)

제3장 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계(노언정, 강혜규, 정재훈, 이승경)

제4장 우리나라 공공부조와 사회복지서비스 체계(이현주, 정경희, 유동철, 서문희)

제5장 공공부조와 사회복지서비스 체계의 비교 및 재편방안(이현주)

본 연구에 대한 검독을 통하여 연구에 소중한 조언을 하여주신 박세경 책임 연구원과 여유진 초빙연구연구원께도 깊이 감사드린다. 또한, 연구과정에서 자료의 정리를 도와준 현명이 연구조원에게도 감사의 말을 전하고 싶다.

본 연구가 우리나라 사회복지의 발전에 기여하기를 바라며, 공공부조와 사회복지서비스의 새로운 방향 모색에 유용한 기초자료를 제공하기를 바란다. 끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2003년 12월

한국보건사회연구원

원 장 박 순 일

목 차

요 약	1
제 1 장 서 론	49
제1절 연구의 배경과 연구문제	49
제2절 연구의 내용	56
제3절 연구의 방법	58
제 2 장 공공부조와 사회복지서비스의 원리	60
제1절 용어의 정의: 공공부조와 사회복지서비스	60
제2절 공공부조와 사회복지서비스의 변천	65
제3절 공공부조와 사회복지서비스의 원리	68
제4절 공공부조와 사회복지서비스 체계 분석의 차원	75
제 3 장 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계	83
제1절 미국	84
제2절 영국	116
제3절 독일	157
제4절 스웨덴	177
제 4 장 우리나라 공공부조와 사회복지서비스 체계	202
제1절 공공부조와 사회복지서비스의 역사 및 개요	202
제2절 분야별 공공부조와 사회복지서비스 체계	222
제3절 공공부조와 사회복지서비스 체계의 특성	304

제5장 공공부조와 사회복지서비스 체계의 비교 및 재편방안	314
제1절 우리나라와 외국의 체계 비교 및 시사점	314
제2절 공공부조와 사회복지서비스 체계의 재편방향	333
제3절 공공부조와 사회복지서비스 체계의 재편방안	340
참고문헌	346
부 록	359

표 목 차

〈표 II- 1〉	사회보장의 원리 비교	69
〈표 II- 2〉	공공부조와 사회복지서비스의 특성 비교	74
〈표 III- 1〉	미국의 공공부조제도	88
〈표 III- 2〉	SSI 수급자비율	89
〈표 III- 3〉	TANF 월별 수급대상자 및 수급대상가구	91
〈표 III- 4〉	미국 총인구 중 AFDC/TANF 수급자의 비율	91
〈표 III- 5〉	Food Stamps 수급자 비율	93
〈표 III- 6〉	Medicaid 수급자 수	95
〈표 III- 7〉	미국 공공부조제도의 대상자 기준 및 급여	97
〈표 III- 8〉	미국 공공부조제도의 재원 및 운영	99
〈표 III- 9〉	미국 주거급여(Housing Choice Voucher Program)의 유형	100
〈표 III-10〉	미국 입양 및 양육 서비스	105
〈표 III-11〉	미국 아동보육보조금 프로그램	106
〈표 III-12〉	미국 아동보호서비스: 아동방임 및 학대 방지	107
〈표 III-13〉	미국 유형별 수급자수	108
〈표 III-14〉	Community Options Program (COP)	109
〈표 III-15〉	미국 가족보호(Family Care)	110
〈표 III-16〉	미국의 senior care	111
〈표 III-17〉	영국의 주요 사회보장 급여유형	122
〈표 III-18〉	영국 공공부조 및 수당의 대상별 급여·서비스 재용	123
〈표 III-19〉	영국 사회보장급여 예산 현황(2001/2002)	131
〈표 III-20〉	영국 사회보장급여 유형별 예산현황(1991/92~2005/06)	132
〈표 III-21〉	영국의 사회복지서비스 대상별 내용	136

〈표 III-22〉	영국 대인복지서비스 예산 현황(England, 2001 ~ 2002)	150
〈표 III-23〉	사회복지서비스 공급방식별 대인복지서비스 예산(Gross)	151
〈표 III-24〉	영국의 공공부조·수당과 사회복지서비스 체계 비교	153
〈표 III-25〉	영국 사회복지공급의 공공·민간부문간 변화 현황	155
〈표 III-26〉	독일의 보험, 부양, 보호 원칙 비교	158
〈표 III-27〉	독일의 가구 구성원별 월 최저생계비(monatliche Regelsätze) ·	163
〈표 III-28〉	독일의 사회예산, 공공보호 비용 추이	165
〈표 III-29〉	독일 아동·청소년 원조 수혜자 현황	169
〈표 III-30〉	독일 보육수당 지출 현황	172
〈표 III-31〉	독일 사회부조 대상자 수	174
〈표 III-32〉	독일의 사회부조 비용	175
〈표 III-33〉	1999년 스웨덴 사회부조 기본급여액	184
〈표 III-34〉	스웨덴의 주택수당(Housing Allowance)의 급여체계 및 연간 급여수준(1997)	186
〈표 III-35〉	스웨덴의 가구유형 및 가구원수별 최대급여액 및 최대주거면적(2001)	187
〈표 III-36〉	스웨덴의 연령별 사회보장급여 수급자수(1998년 기준)	193
〈표 III-37〉	스웨덴 노인복지서비스 수급자수(1998년 기준)	193
〈표 III-38〉	스웨덴 장애인복지서비스 수급자수(1998년 기준)	194
〈표 III-39〉	스웨덴 장애인의 부조와 원조(Assistance and help)	195
〈표 III-40〉	스웨덴 노인의 부조와 원조(Assistance and help)(75~84세 노인 중 비율) ···	195
〈표 III-41〉	스웨덴 기초자치정부의 사회서비스 비용(1998년 기준)	196
〈표 III-42〉	스웨덴의 부문별 사회보장비지출 비율(1990, 1998)	198
〈표 III-43〉	스웨덴 사회서비스 영역별 인력수	199
〈표 IV- 1〉	국민기초생활보장수급자 보호현황	208
〈표 IV- 2〉	연도별 생계급여 수급자수 및 비율	208
〈표 IV- 3〉	2003년 가구별 최저생계비 및 현금급여기준	209
〈표 IV- 4〉	2003년도 최저주거비 및 주거급여액	210

〈표 IV- 5〉	자활사업프로그램별 참여자 현황	211
〈표 IV- 6〉	기초보장예산 현황: 1998~2003	212
〈표 IV- 7〉	주요정책의 연도별 도입 현황	224
〈표 IV- 8〉	연도별 노인복지관련 예산	226
〈표 IV- 9〉	지난 5년간 경로연금 지급대상 추이	228
〈표 IV-10〉	지난 5년간 경로연금 지급단가 추이	229
〈표 IV-11〉	노인장기입소시설현황 (2002.12월말 기준)	230
〈표 IV-12〉	재가노인복지시설현황 (2002.12월말 기준)	231
〈표 IV-13〉	노인여가복지시설 현황 (2002.12월말 기준)	232
〈표 IV-14〉	노인복지정책의 사회보장방식별 분류	233
〈표 IV-15〉	친족부양의 인정범위	235
〈표 IV-16〉	경로연금 지급대상자 및 지급액	237
〈표 IV-17〉	노인장기입소시설 및 재가노인복지시설의 도농간 분포	241
〈표 IV-18〉	노인여가복지시설의 도농간 분포	242
〈표 IV-19〉	사업별 국고보조 부담률	246
〈표 IV-20〉	장애관련 수당의 현황	257
〈표 IV-21〉	의료급여 적용 보장구	258
〈표 IV-22〉	2003년 현재 장애인 자녀교육비 지원 대상	259
〈표 IV-23〉	행정관서가 현금이나 현물을 제공하거나 알선하는 사업	262
〈표 IV-24〉	장애인 자동차 관련 경제부담 경감 시책	263
〈표 IV-25〉	대중교통수단 관련 할인 제도	264
〈표 IV-26〉	정보통신요금 관련 경제적 부담 경감조치	265
〈표 IV-27〉	자동차를 제외한 세금관련 경제적 부담 경감시책의 현황	266
〈표 IV-28〉	기타 경제적 부담 경감조치 현황	267
〈표 IV-29〉	지역사회재활시설 설치현황(2002년 12월말 기준)	269
〈표 IV-30〉	장애인지역사회재활시설별 운영비 국고보조 부담률	271
〈표 IV-31〉	생활시설 종류별 입소 대상 장애인	272
〈표 IV-32〉	장애로 인한 추가비용	274

〈표 IV-33〉	재가장애인의 장애로 인한 추가 소요비용	274
〈표 IV-34〉	아동복지서비스 연혁	283
〈표 IV-35〉	연도별 아동복지시설수 및 보호아동수 현황	287
〈표 IV-36〉	아동복지시설 유형별 현황(2002년)	287
〈표 IV-37〉	소년소녀가정 보호 및 가정위탁보호 아동 변화추이(1995~2002)	289
〈표 IV-38〉	모부자 가정 지원 사업 내역	291
〈표 IV-39〉	보육료 지원 아동(2002년 12월)	292
〈표 IV-40〉	보육비용의 국가와 보호자의 분담(2001~2003)	293
〈표 IV-41〉	보건복지부 결식아동 보호 현황(2003. 6)	294
〈표 IV-42〉	교육인적지원부 급식 지원 현황	294
〈표 IV-43〉	피해 학대아동의 조치결과(2002년)	295
〈표 IV-44〉	아동 보호방법별 아동 비율	297
〈표 IV-45〉	아동복지서비스 대상자 결연사업 실적	298
〈표 IV-46〉	아동복지서비스별 국고보조율	302
〈표 IV-47〉	공공부조 및 아동복지서비스 대상자 선정 기준	303
〈표 IV-48〉	수급자 중 노인, 장애인, 아동의 비율	309
〈표 IV-49〉	관련기관 담당자와의 접촉횟수	312
〈표 V - 1〉	미국의 사회보장제도별 지출 구성	320
〈표 V - 2〉	영국의 사회보장제도별 지출 구성	322
〈표 V - 3〉	독일의 사회보장제도별 지출 구성	323
〈표 V - 4〉	스웨덴의 사회보장제도별 지출 구성	324
〈표 V - 5〉	한국의 사회보장제도별 지출 구성	326
〈표 V - 6〉	국가행위와 시장, 가족간 관계	329
〈표 V - 7〉	시장의 영향 비교	330
〈표 V - 8〉	민간사회지출 비교(1997)	331
〈표 V - 9〉	사회복지이용시설 분포 현황	337
〈표 V -10〉	정부수준별 세입비중 비교(2000)	338

그림목차

[그림 II-1]	사회복지체계의 개요	71
[그림 III-1]	독일 공공부조와 사회복지서비스의 관계	177
[그림 III-2]	스웨덴 사회서비스의 구조	189
[그림 III-3]	스웨덴의 사회보장체계	200
[그림 IV-1]	장애인 보장구 의료급여 흐름도	258
[그림 V-1]	미국의 GDP대비 사회보장비 구성 변화	321
[그림 V-2]	영국의 GDP대비 사회보장비 구성 변화	322
[그림 V-3]	독일의 GDP대비 사회보장비 구성 변화	324
[그림 V-4]	스웨덴의 GDP대비 사회보장비 구성 변화	325
[그림 V-5]	한국의 GDP대비 사회보장비 구성 변화	326
[그림 V-6]	각국의 GDP대비 사회보장비 구성(1998년)	327
[그림 V-7]	공공부조와 사회복지서비스의 변화경향	339
[그림 V-8]	합리적 공공부조 모형	341

부표목차

<부표 1>	미국의 GDP 대비 사회보장비	359
<부표 2>	영국의 GDP 대비 사회보장비	360
<부표 3>	독일의 GDP 대비 사회보장비	361
<부표 4>	스웨덴의 GDP 대비 사회보장비	362
<부표 5>	한국의 GDP 대비 사회보장비	362

Abstract

Analysis of Public Assistance and Social Welfare Services: For a New Framework

This study aims to propose a new social welfare framework for Korea by analyzing the characteristics of the current public assistance and social welfare service and identifying the underlying causes of such characteristics.

Most existing studies conducted in this area in Korea have been devoted to explain the nature of social insurance and public assistance. However, the structures of public assistance and social welfare service, despite their historical interrelatedness and functional complementariness as well as their important role in understanding the nature of a social security system in a country, have been largely left out of the focus of previous studies.

This study examined Korea's system of public assistance and social welfare service in comparison with its counterpart in a number of advanced countries and in terms of how it has been applied to different age and social groups including the elderly, the disabled, and children.

One of the main findings of this study is that public assistance and social welfare service in Korea do not sufficiently reflect the demographic characteristics of beneficiaries. As a result, Korea's social welfare service has been confined to filling the shortfall in public assistance, applied only to public assistance beneficiaries and low-income groups.

Under the current circumstances, Korea's system of public assistance and social welfare service, which is in the middle way between the US's categorical public assistance and the UK's minimum income security, is likely to maintain its strong public assistance component for some time to come. However, more effort will have to be made to separate social welfare service from public assistance and increase its scope so that it can meet the increasing need of people.

요 약

1. 서론

가. 연구의 배경과 연구문제

□ 연구의 필요성 및 목적

- 우리나라 사회복지의 사회보험과 공공부조, 사회복지서비스로 구성되거나 사회복지서비스를 포함한 사회복지체계에 대한 논의는 적었음.
- 공공부조와 사회복지서비스의 합리적 체계화에 대한 논의를 통해 양제도의 순기능적인 관계형성이 도모되어야 함.
 - 공공부조와 사회복지서비스는 목적, 선정기준, 제공방식 등 상이한 원리에 기초하여 각기 기능을 수행하나 한 제도의 성격이 어떠한가에 따라 다른 한 제도의 성격이 규정되는 경향이 있음.
 - 역사적으로 공공부조와 사회복지서비스는 대상인구집단에서 상당한 유관성을 갖고 있었음.
 - 인간의 삶의 질 향상, 인간의 사회적 기능을 유지 또는 강화하는 데 있어 기초생활보장은 가장 근간이 되는 부분임. 또한 공공부조는 빈곤층의 소득보장을 위한 최후의 안전망으로 기능하나 빈곤층의 빈곤문제, 특히 자활 등 탈빈곤에 있어서는 사회복지서비스와의 제도적 연결, 지원이 있어야 함.
- 본 연구는 공공부조와 사회복지서비스 체계에 대한 본격적인 분석을 시도하여 향후 이 체계의 재편방향을 모색하고 합리적인 재편방안을 제안하고자 함.

□ 연구문제

- 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스의 관계는 어떠한 특성을 갖는가? 그 특성을 발현시킨 근원은 무엇인가?

- 사회복지서비스가 공공부조의 대상인 빈곤층의 욕구를 종합적으로 충족하기 위하여 적절하게 연계되고 있는가?
- 향후 공공부조와 사회복지서비스 체계는 어떠한 방향으로 재편되어야 하는가?

나. 연구의 내용

- ☐ 공공부조와 사회복지서비스의 원리에 대하여 검토
 - 공공부조와 사회복지서비스의 제 개념정의를 살피고 본 연구에서 사용하는 공공부조와 사회복지서비스라는 개념에 대하여 재정의
 - 공공부조와 사회복지서비스 성격분석, 그리고 사회복지체계분석을 시도한 기존 연구들을 검토하여 공공부조와 사회복지서비스를 이해하기 위한 분석의 차원을 정리
 - 공공부조와 사회복지서비스의 일반적 변천을 살펴봄으로써 관계의 역사적 변천을 정리
- ☐ 우리나라의 대표적인 공공부조제도인 국민기초생활보장제도와 사회복지서비스의 내용 및 체계를 정리
 - 국민기초생활보장제도의 목적과 대상, 급여내용, 급여수준, 전달체계 등을 사회복지서비스와의 관련성을 유지하며 분석.
 - 사회복지서비스의 목적과 대상, 주체, 예산, 그리고 공공부조적 성격의 사회복지서비스 실태에 대하여 분석.
- ☐ 외국의 공공부조와 사회복지서비스 내용 및 체계에 대한 분석
 - 각기 다른 성격의 복지국가들인 미국, 영국, 독일, 그리고 스웨덴의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 분석하고 한국적 시사점 제시
- ☐ 결론적으로 우리나라의 상황과 외국의 경험, 그리고 공공부조와 사회복지서비스의 이상적인 원리와 지향에 비추어 공공부조제도와 사회복지서비스 체계의 재편 방안을 모색

다. 연구의 방법

- 문헌연구를 통해 공공부조와 사회복지서비스의 개념, 역사 및 성격 등에 대하여 검토하고 공공부조와 사회복지서비스의 상이점과 기타의 원리에 기초하여 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 이해하는 틀을 도출
- 가장 주된 연구방법은 우리나라와 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계 비교분석임.
 - 우리나라 공공부조와 사회복지서비스의 체계상 특성을 밝히고 향후의 발전방향을 모색하기 위하여 외국 4개국을 중심으로 사례분석
 - 문헌연구를 통해 각 국가의 제도사, 제도의 내용 등에 대한 다양한 질적 정보를 수집하고, OECD의 SOCX자료를 이용하여 외국과 우리나라의 공공부조 및 사회복지서비스 지출규모와 비중 등을 분석

2. 공공부조와 사회복지서비스의 원리

가. 용어의 정의: 공공부조와 사회복지서비스

- 공공부조의 정의
 - 국외의 공공부조에 대한 정의들에서 나타난 공공부조의 특징은 도움을 받아 마땅한 상태의 사람을 자산조사로 선정한다는 점, 비용을 국가가 부담한다는 점, 최저생활수준이 기준이 된다는 점임.
 - 국내 연구에 있어서도 대체로 공공부조의 특성을 기초생활을 보장하는 것, 국가책임, 스스로 생활을 영위하기 어려운 자를 대상하는 하는 점 등으로 보고 있음.
 - 우리나라 사회보장기본법에 따르면 “공공부조란 사회보장제도의 하나로써 모든 국민이 인간다운 생활을 영위하도록 하기 위해 국가 및 지방자치단체의 책임 하에 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도”임.

- 여러 정의를 바탕으로 공공부조는 저소득층 또는 빈곤층에 대하여 자산조사로 대상을 선정하여 무기여의 원칙에 따라 급여를 지급하고, 정부의 책임 하에 일정수준(최소한의 인간적 생활)의 생활보장을 목적으로 하는 사회보장제도로 정의될 수 있음.

□ 사회복지서비스의 정의

- 사회복지서비스는 공공부조에 비하여 명확한 개념정의가 더 어려움.
- 외국의 다양한 개념정의 중 공통적인 지점은 사회복지서비스가 사회심리적인 욕구에 반응하는 것이라는 점, 다양하게 구성되지만 공공성을 갖는다는 점임.
- 사회복지서비스에 대한 국내의 정의는 더욱 다양하나 대체로 비물질적인 사회적 관계상의 욕구에 초점을 둔다는 점과 사회적 적응을 목적으로 한다는 점 등을 사회복지서비스의 특성으로 간주함.
—우리나라 사회보장기본법 제2조4항에 “사회복지서비스는 국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 상담·재활·직업소개 및 지도·사회복지시설 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 지원하는 제도”라고 정의되어 있음.
- 우리나라의 법적 정의와 기타 연구자들의 정의를 고려하여 볼 때, 사회복지서비스는 국가, 지방자치단체, 민간이 사회구성원의 정상적인 사회생활이 가능하도록 제공하는 개별적, 전문적 지원으로 정의할 수 있음.

나. 공공부조와 사회복지서비스의 변천

- 사회복지 발전 초기에는 사회적인 취약계층에 대한 경제적 보호가 공공부조였으며 사회복지서비스는 공공부조와 분화되지 못하였음.

- 전통적으로 노인이나 아동, 장애인 집단은 인종이나 성별 집단에 비하여 보호를 받을 더 많은 자격이 있다고 여겨져 이들에 대한 경제적 지원에 대한 사회적 합의도출이 용이하였으며, 일정 소득이하 특정 범주의 사회구성원을 대상으로 사회복지급여를 하는 범주적 공공부조제도로

가 초기의 출발 형태가 되었음.

- 사회복지의 역사가 발전하면서 선진 복지국가에서는 사회복지서비스가 공공부조로부터 분리되어 공공부조와 다른 대상, 다른 목적을 갖게 됨.
 - 공공부조로부터 사회복지서비스가 분리되면서 최근의 사회복지서비스는 보다 보편적이고 전문적인 측면이 강조되고 있음. 단 사회복지서비스가 분리된 국가 중 아직 그 발전이 저급한 국가의 경우에는 사회복지서비스가 저소득계층으로 한정되면서 공공부조를 보완하는 특징을 보이기도 함.
 - 사회발전이 안된 나라는 발생된 구호대상자를 원조하는 사후적 성격에 치중하지만, 발전된 사회에서는 예방적인 사회복지서비스가 보편화됨.
 - 공공부조와 사회복지서비스의 변천은 다음의 3단계 정도로 요약됨.
 - 첫 번째, 미분화단계로 이 시기는 범주적 공공부조체계를 기본으로, 사회복지서비스가 분리·별도의 발전을 보이지 못함.
 - 두 번째, 공공부조중심단계로 범주적 공공부조를 탈피하여 일반적 공공부조로 변화하면서 사회복지서비스의 분화가 일어나나 서비스가 저소득층, 요보호자로 제한되어 공공부조의 부족분을 보충하는 성격을 지님.
 - 세 번째, 서비스중심단계로 일반적 공공부조를 시행하고 사회복지서비스가 분화되고 확충되어 사회복지서비스가 전 소득계층으로 확대되고 서비스의 내용도 예방 등의 기능적 발달을 보임.
- 세 번째 단계의 가장 큰 특징은 기초생활보장 뿐 아니라 기타의 비경제적 욕구에 대해서도 사회적 책임을 인정하는 경향이 강하다는 점임.

다. 공공부조와 사회복지서비스의 원리

- 사회복지 범주별 특징
 - 사회보험
 - 사회보험은 개인들의 기여에 기초하여 사회구성원 간의 상호 위험을 분산, 대비하는 보장기제로, 시장에서의 위치를 반영하는 속성이 강하

고 취약계층은 대상자에서 벗어나는 특성이 있음.

—우리나라의 사회보험은 소득재분배의 기능도 약하고 배제되는 취약계층의 폭도 커서 사회보험의 계층화 문제가 더욱 심각함.

○ 데모그란트

—특정 인구집단을 대상으로 일차적인 안전망의 기능을 하는 비기여 현금급여로 개인책임을 부과하지 않는 강력한 국가책임의 표현임.

—수당이라고도 명명되나 우리나라의 경우 수당이라는 이름의 프로그램들은 데모그란트가 아닌 공공부조의 성격을 더욱 크게 갖고 있음.

○ 공공부조

—자산조사를 거쳐 경제적 무능을 증명한 구성원에게 최저생활을 보장하는 급여로 시장의 논리가 반영되는 정도가 매우 약함.

○ 사회복지서비스

—인구학적 이유 등으로 충족하여야 할 욕구가 있는 구성원에게 제공되는 것으로 기여여부와 전달방식 등은 매우 다양하며 기본적으로 시장의 원리가 반영되는 정도는 약함.

□ 공공부조와 사회복지서비스의 특성 비교

○ 공공부조와 사회복지서비스의 공통점

—첫째, 공공부조와 사회복지서비스는 사회적 책임의 인정을 전제

—둘째, 급여가 능력을 반영하기 보다 대상의 상태, 욕구를 반영

—셋째, 대상의 기여가 없으므로 권리성이 약함.

—넷째, 빈곤상태와 욕구가 인정되는 대상에게 급여나 서비스를 제공함으로써 표적효과성이 높음.

○ 공공부조와 사회복지서비스의 상이점

—첫째, 공공부조는 경제적 욕구에 대한 대응인 반면 사회복지서비스는 비경제적 욕구에 대한 대응임.

—둘째, 대상측면에서 공공부조는 자산조사를 통해 빈곤층을 대상으로 하는 반면 사회복지서비스는 인구학적 요건이 중요한 기준이 됨.

- 셋째, 급여형태상 사회복지서비스는 서비스 중심으로 현물을 함께 이용하기도 하는 반면 공공부조는 경제적 욕구에 대응하는 것으로 대부분 현금이 중심 급여형태임.
- 넷째, 공공부조는 정부재원으로 운영되나 사회복지서비스는 정부와 함께 민간재원, 그리고 이용자의 비용지불이 재원으로 활용됨.
- 다섯째, 공공부조는 정부가 전달주체가 되는 반면 사회복지서비스의 전달, 제공주체에서는 정부와 더불어 민간의 참여가 중요함.
- 끝으로 공공부조는 획일화된 급여제공인 반면 사회복지서비스는 대상자별 개별화된 서비스를 제공하는 경향이 강함.

라. 공공부조와 사회복지서비스의 체계분석의 차원

□ 관련 연구의 검토

○ 복지국가 유형화 작업에서 사용된 분석의 차원들

- Esping-Andersen은 복지체제를 탈상품화와 계층화, 국가와 시장의 상대적 비중을 기준으로 분류하였으며, Palme & Korpi는 소득보장제도의 가입규칙과 급여수준을 중심으로 복지국가 유형화를 시도하였음.
- 대체로 복지국가 유형화는 복지제도의 적용범위, 지원 수준, 복지의 구성 등의 구체적 지표들을 분석하면서 가장 중요한 기준은 국가와 시장의 원리 중 무엇이 강하게 작용하는가로 집약되는 경향이 있음.
- Gilbert & Specht는 복지의 주 이슈를 대상, 재원, 급여, 전달체계로 구분하였으며 이를 정책 분석틀로 사용되고 있음.

○ 공공부조 유형화 관련 연구들

- 공공부조 유형화는 공공부조의 대상을 기준으로 한 분류와 공공부조에서 정부간 관계, 즉 책임의 소재를 중심으로 한 분류가 대표적임.
- 대상을 기준으로 범주적 공공부조와 일반적 공공부조가 구분되며, 역사적으로 범주적 공공부조제도 중심에서 점차 일반적 공공부조제도 중심으로 변화해 왔음.

—이성기(1996)는 공공부조에서 나타난 정부간 관계를 분석하여 사회부조중심의 중앙형, 사회보험과 수당이 발전한 분담형, 사회보험과 데모그란트가 발전한 지방형으로 구분하였음.

—공공부조의 유형화에서 대상과 주체가 주요한 범주가 되었으며 대상과 주체가 공공부조의 특성을 이해하는데 기본이 될 수 있음.

○ 사회복지서비스 유형화 관련 연구들

—Kahn은 사회복지서비스를 기능에 따라 ‘인간의 사회화와 발달 촉진을 위한 사회복지서비스’, ‘치료, 원조, 재활을 위한 사회복지서비스’ ‘접근, 정보, 충고서비스’로 구분하였음.

—김현용은 역사적으로 발전해나간 사회복지서비스의 기능에 따라 ‘보호차원의 서비스’, ‘변화차원의 서비스’, ‘예방차원의 서비스’, ‘생활의 질 향상 차원의 서비스’로 구분하였음.

—백종만은 사회복지서비스에서 정부와 민간의 역할분담을 중심으로 정부운영모형, ‘비영리민간활용모형’, ‘비영리민간운영모형’, ‘영리민간운영모형’으로 구분하였음.

—남세진·조홍식(1996)은 사회복지서비스의 분석틀 제안하면서 사회정책에서 고려하여야 하는 주요 요소로 ‘개인중심인가 가족중심인가’, ‘대상이 보편주의에 입각하였는가 또는 선정주의에 입각하였는가’, ‘재가가족 중심인가, 아니면 가족외부의 가족대체 프로그램중심인가’, ‘예방을 강조하는가 또는 치료를 강조하는가’, ‘단기비용과 장기수익 중 무엇을 초점으로 하는가’를 언급하였음.

○ 기존연구들을 종합하여 볼 때, 공공부조와 사회복지서비스 체계에 대한 분석틀은 목적과 기능, 주체와 대상, 각 국가별 사회복지 구성, 사회적 배경 및 전달체제로 구성함.

□ 체계의 분석차원 구성

○ 우리나라와 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 비교분석하는 분석차원을 사회적 배경, 제도의 목적, 대상과 주체로 구성하였음.

- 사회적 배경으로 그 사회의 역사와 문화를 포함하며 관련 복지제도의 구성, 공공부조와 사회복지서비스의 발전과정 등을 살펴볼 것임.
- 각 사회에서 양 제도의 목적을 파악하는 것은 체계화에서 가장 앞서 분석되어야 할 부분임.
- 대상에 대해서는 보편화 수준이 주 내용임.
- 주체공공부조와 사회복지서비스의 유형화에서 가장 중요한 분석내용으로 국가, 지방정부, 민간의 역할분담을 분석하기 이전에 국가, 시장, 개인 또는 가족 책임을 둘러싼 정책의 논리와 이에 따른 역할분담, 그리고 전달체계를 분석함.
- 분석의 범주 외에 급여의 내용과 수준 고찰도 보조적으로 활용하였음.

3. 외국의 공공부조제도와 사회복지서비스 체계

- ☐ 우리나라 공공부조와 사회복지서비스의 성격과 체계상 특성을 보다 정확히 이해하기 위해 주요 국가들의 공공부조와 사회복지서비스에 대한 비교사례 분석을 시도하였음.
- ☐ 일반적인 복지국가 유형론의 범주 구분에 따라 자유주의적 복지국가인 미국, 보수주의적 복지국가 독일, 사회민주적 복지국가 스웨덴, 그리고 미국과 독일의 중간 성격을 보이는 영국을 대상국가로 하였음.

가. 미국

- ☐ 공공부조 및 사회복지서비스의 역사 및 사회적 배경
 - 미국의 사회복지제도는 1935년 사회보장법을 기초로 시작하여 1960년대와 1970년대에 있어 획기적인 발전을 기하게 됨.
 - 존슨행정부가 1964년 ‘빈곤과의 전쟁(War on Poverty)’을 선포하고 이로써 현재 미국의 공공부조제도의 근간을 형성하는 여러 프로그램들이 실시됨.

- 닉슨행정부는 난립하던 기존의 복지체계의 혼란을 해결하기 위해 ‘모이니한’ 복지개혁안을 받아들여 복지체계를 재조직함.
 - 1974년 SSI를 마련, 1975년에는 사회보장법 Title XX를 제정
 - 공공부조제도의 기본적인 틀을 마련함과 동시에, 사회복지서비스의 기본체계를 마련하는 계기가 됨.
- 1980년대 공화당 정부는 신연방주의(New Federalism)를 표방하여 연방정부의 재정부담을 줄이고 주정부와 지방정부의 책임을 늘리고자 시도함.
 - 주정부의 부담은 점차 늘고 재정부담능력이 한계에 부딪치자 결국 전체 사회복지 프로그램에 지출되는 비용은 줄어들게 됨.
 - 이런 상황에서, 보수적인 레이건 행정부의 정책기조에 따라 기존의 사회복지프로그램은 축소하게 되고, 사회보장법 이래 1970년대까지 지속적으로 감소되어 오던 빈곤율은 다시 상승하게 됨.
- 1996년 개인책임과 근로기회조정법(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996: 이하 복지개혁법)이 제정.
 - 복지개혁법은 미국의 공적부조제도의 이념자체의 변화를 가져오게 됨.
 - 이 법으로, AFDC와 JOBS를 대체하는 TANF가 만들어짐.
- 사회복지서비스의 발달은 전반적인 사회보장 발달과 더불어 함께 제도화되고 체계화 됨.
 - 주정부에 의해 산발적으로 시행되던 사회복지서비스는 70년대의 전반적인 사회보장의 체계화 움직임 속에 사회보장법 Title XX(1975년) 안에서 대인적 사회서비스(personal social service)로 체계적으로 제도화
 - Title XX의 대인적인 사회서비스는 크게 지역사회중심의 지방분권적 서비스와 공공부조의 소득보장을 보충하는 지원적 서비스로 구분
 - Title XX의 제정에 따라 소득보장과 대인적 사회서비스가 분리되었고, 재원은 연방정부가, 운영은 주정부가 담당하는 체계로 정비
- 이후, 레이건 정부와 클린턴 정부의 복지개혁 및 사회보장을 축소하는 움직임 속에서 사회복지서비스 또한, 연방의 재정 보조가 점차 감소하게 되었으며, 공공부조와 연관된 기본서비스를 제외하곤, 서비스의 내

용과 수준 및 대상포괄성에 있어 주별로 격차가 나게 됨.

□ 공공부조제도 내용 및 체계

- 미국의 대표적인 공공부조제도에는 SSI(Supplemental Security Income; 빈곤 노인·장애인을 위한 보충적 소득보장), TANF(Temporary Assistance for Needy Families; 빈곤가정 일시부조), Food Stamps(식품권), Medicaid(의료부조), GA(General Assistance; 일반부조), 주거급여(Housing Benefits) 등이 있음.

□ 사회복지서비스제도 내용 및 체계

- 미국의 사회복지서비스의 개관
 - 미국 사회복지서비스의 분류 및 종류는 Title XX(1975)의 대인적 사회 서비스(personal social service)로 설명되나 종류와 범위가 매우 다양함.
 - 서비스의 대상은 서비스 종류와 성격에 따라 다르며, 서비스 재원은 공적재원으로 연방정부·주정부·지방정부가 보조금 형식으로 지원하거나 민간차원에서는 회비, 수수료, 보조금, 기여금 등이 투입됨. 서비스 제공은 각 주정부와 지방정부의 비교적 자율적인 운영으로 이루어짐.
- 위스콘신주(Wisconsin)의 사회복지서비스
 - 아동서비스
 - 지지적 서비스: 부모의 역할을 지원해주는 각종 가족서비스, 지역정신보건서비스, 아동학대와 방임에 관한 보호적 서비스(Protective Service), 기타 아동 및 청소년 프로그램
 - 보충적 서비스: TANF, Medicaid(의료보호), 아동보육보조금프로그램인 탁아 서비스
 - 대리적 서비스: 가정위탁, 입양, 시설보호 등
 - 서비스 제공주체는 사회복지기관이며, 아동복지기관(child welfare agency), 가정봉사기관(family service agency), 또는 아동·가정국과 같이 아동과 가정이 복합적으로 사용되는 기관들로 이루어져 있음. 기관구성은 공공기관, 민간기관, 관민협력기관 등 다양함.

—노인서비스

- 연방정부, 주정부, 지역정부의 연계를 통해 노인복지서비스를 제공하고 있으며, 공적부분과 민간부분이 조화를 이루어 다양한 서비스와 프로그램이 제공되고 있음.
- 다른 분야의 서비스들에 비해 본인 부담금이 다소 높음.
- 최근 노인복지서비스는 노인이 거주하는 지역사회에서 독립적으로 생활하도록 돕는 재가복지를 지향하고, 이를 위해 주택서비스 및 사회적 서비스 등의 적절한 배합 및 제공에 정책적 관심을 보이고 있음.
- 대표적인 프로그램으로 Community Options Program(COP), 가족보호(Family Care), Senior Care 등이 있음.

□ 공공부조와 사회복지서비스의 체계상 특징

○ 대상

- 공공부조프로그램이 일정수준 이하의 경제적 빈곤층을 포괄하고 있다면, 사회복지서비스의 경우 경제적 빈곤정도와 상관없이 문제여부 및 정도에 따라 대상을 포괄
- 그러나, 공공의 재원을 지원하는 공공 사회복지서비스가 포괄하는 대상은 그리 넓지 않아 실질적으로 서비스의 보편성은 높다고 볼 수 없음.
- 사회복지서비스 재정의 많은 부분을 차지하고 있는 주의 재정에 따라 서비스의 대상포괄층이 달라지게 됨.

○ 재원

- 공공부조의 경우 연방 및 주·지방정부의 조세로 충당되며, 공공의 사회복지서비스는 연방정부, 주정부, 지방정부의 보조금 형식으로 주로 충당되나, 서비스 요금도 다소 포함
- 공공부조프로그램들은 주정부 재원보다 연방정부의 재원이 훨씬 높은 편이어서, SSI와 GA를 제외한 모든 프로그램에서 연방정부가 60% 이상을 지원하고 있으나, 각 주마다 지원비율의 차이가 있음.

—사회복지서비스의 경우 현재까지는 연방의 보조금이 주요한 재원이거나, 점차 줄어들고 있으며, TANF의 통합적 보조금도 수급자에 대한 지원적 프로그램의 재원으로 사용되고 있음. 점차적으로 주재원이 늘어나고 있는 추세임.

○ 운영체계

—공공부조와 공적사회복지서비스 모두 주정부의 자율적인 권한이 강조되고 있음.

나. 영국

□ 공공부조 및 사회복지서비스의 역사 및 사회적 배경

○ 비버리지 보고서 이후 60여년간 다양한 사회보장 급여와 사회복지서비스의 제도화가 이루어짐.

—전후 30년간 복지국가 황금기에 사회보험과 국가부조의 체계화가 이루어짐.

—70년대 이후 경제위기 상황에서 사회복지서비스에 대한 국가책임의 강화가 이루어짐.

—80년대 이후 보수당의 집권을 거치면서 베버리지 이념의 약화와 신보수주의적 정책성향으로 사회복지체계의 재편이 이루어짐.

—90년대 이후 자조와 개인책임을 강조하는 자유주의적 복지원칙과 노동유인정책이 도입되고, 근로연계급여(welfare to work) 요소가 공공부조제도의 원리로 반영되었으며, 고용지원을 위한 사회보장제도의 확대가 이루어지고 있음.

• 지방분권화와 복지다원주의 이념 하에서 지역사회보호의 강화가 사회복지부분의 주요 축으로 등장

• 한편, 다양한 복지서비스에 대한 욕구 증가에 따른 서비스 수요층의 보편화는 이용자 비용부담을 통한 사회복지서비스 제공 즉, 복지혼합의 실제(welfare mix)의 모습을 보여주고 있음.

□ 공공부조제도 내용 및 체계

- 영국의 사회보장제도는 크게 기여형 급여(Contributory benefit)와 비기여형 급여(non-contributory benefit)로 나뉘고, 비기여적 급여는 다시 자산조사급여(means-tested benefit)와 비자산조사급여(non-means-tested benefit)로 구분됨.
- 공공부조의 경우 비기여형·자산조사형 급여, 수당은 비기여형·비자산조사형 보편급여를 의미함.
- 사회부조에는 소득지원(Income Support), 구직자 수당(Job-Seekers' Allowance), 가족소득공제(Family Credit/ Working Families Tax Credit), 주택급여(Housing Benefit) 등이 있음.
- 보편급여의 주요수당은 아동수당(Child Benefit), 장애생활수당(Disabled Living Allowance) 등이 있음.

□ 사회복지서비스제도 내용 및 체계

- 사회복지서비스(personal social service)는 지방자치단체와 민간, 비영리, 자원단체를 통해 제공되는 광범위한 지원과 보호서비스를 말함.
- 사회적 보호는 다양한 방식으로 제공되는데, 성인들에 대해서는 지역 사회에서의 재가보호 혹은 시설보호가 이루어지며, 아동과 가족에 대해서는 가정에서 보호받을 수 있도록 아동보호와 사회사업 등의 서비스, 입양, 시설보호서비스 등도 선택이 가능함.
 - 각 지방정부는 지역 주민의 욕구충족을 위하여 서비스를 마련하고, 이는 중앙정부가 마련한 의무, 책임, 국가기준에 의해 통제됨.
- 켄트(Kent) 및 더햄(Durham)의 사회복지서비스
 - 켄트(Kent)주
 - 주요 서비스 대상은 아동과 가족, 노인, 발달장애인, 지체장애인, 정신보건대상자 등의 다섯 가지 범주.
 - 아동서비스로 지방정부는 사회복지서비스를 통해 아동을 보호할 법적인 책임을 가지며 아동학대에 대한 조사, 가족과 함께 생활할 수 없는 아동과 청소년 보호, 입양 및 위탁보호의 연계, 개인에게 위탁

되는 아동에 대한 감독(supervision), 주간보호센터·보육 및 시설보호 서비스에 대한 허가 및 감독권을 가짐.

- 성인에 대한 서비스는 지역사회보호서비스(Community Care service)를 통해 이루어짐.
- 행정기관으로는 지방사회복지서비스국 산하 3개 권역별(서부, 중부, 동부) 지방사무소(Social Services Area Offices), 보다 작은 단위의 지역사무소(Local Offices) 16개소가 있음.

—더햄(Durham)

- 아동은 아동양육, 아동보호(Child Protection), 위탁보호(Fostering), 아동 시설(Children's Homes) 제공, 입양, 가족지원 등의 서비스로 구성
- 노인은 가정보호서비스(Home Care Services), 주간보호(Day Care), 시설 제공(Residential Accommodation), 특별 보호(Extra Care) 등의 서비스로 구성.
- 장애인은 가정봉사(Home Help), 일상생활 보조장비 지원, 주간보호, 자동차표지제도, 이동 지원 등의 서비스로 구성
- 수발자 지원(Carer Support)은 정보제공·조언, 수발 휴식을 위한 지원, 정서적지지, 수발·보호의 지원, 수급 가능한 급여에 대한 조언, 수발대상자에 대한 활동, 서비스이용을 위한 비용지불 도움 등이 있으며, 더햄주의 경우 수발자응급연락카드(Carers Emergency Contact Card)제도를 통해 보호가 불가능한 경우 이를 대체할 수 있도록 하는 제도와 수발자 등록제도를 통하여 이들에 대한 데이터베이스를 만드는 작업을 수행하고 있음.
- 기타로 알코올 및 약물 남용, 가정폭력, 정신보건 분야의 서비스가 제공됨.

□ 공공부조와 사회복지서비스 체계

○ 대상자

—공공부조 및 수당은 기초적인 소득보장과 노령, 가족(여성) 및 아동,

장애에 대한 부가적인 욕구, 산재 및 상병에 대하여 “현금”으로 주로 제공되고, 사회복지서비스는 “사람(carer)을 통한 직접적 도움”이나 주거·생활편의 및 활동을 위한 “시설·장비”지원이 이루어짐.

- 공공부조는 주로 빈곤, 특히 실업으로 인한 저소득과 구직 노력, 그리고 건강 및 장애라는 욕구와 연령계층별(노인, 아동) 욕구를 감안한 현금 제공
- 사회복지서비스는 소득보장·건강보장과 직접적으로 관련된 지원이 아닌 일상생활 유지, 재활, 자립을 위한 욕구에 따른 지원이 재가, 시설, 요양보호를 통해 이루어짐.

○ 재정

- 사회복지서비스의 비용부담은 소득계층에 따라 무료로 혹은 이용자 부담으로 이루어짐.
- 사회복지서비스 이용에 있어서 비용부과를 위한 소득·자산조사가 이루어지고 있으며, 직접비용지불제도(Direct Payment)가 시행되어 서비스의 선택과 구매를 가능하게 하는 서비스 제공방법의 변화가 나타나고 있음.

○ 전달체계

- 고용연금부를 통해 근로연령층, 고용주, 연금수급자, 가족, 아동, 장애인 등을 위한 서비스 제공이 이루어지고 있으며, 보건부(Department of Health)를 통해 노인, 아동 등을 위한 사회적 보호서비스(health and social care services)가 이루어지고 있음.

- 공공부조와 수당 성격의 급여는 고용연금부에서 관장
- 급여 가운데 서비스와 연관된 부분은 관련 부서와 연계하여 관리.

- 사회복지서비스의 경우 일선 사회복지서비스는 지방사회복지국에서 담당하지만 보건부에서 성인의 건강과 장애, 아동의 안전과 보호에 대한 서비스를 관장

○ 공공부조와 사회복지서비스 체계의 특성

- 공공부조의 비중이 높고, 빈곤, 실업 및 근로, 장애, 질병, 보호 및 양육이라는 주요 문제를 가진 대상자에 대한 접근이 이루어지고 있음.

- 공공부조에 비해 사회복지서비스의 경우 대상으로 하는 문제의 기본적인 범주는 유사하나, 대응하는 위험의 종류는 보다 세분화되어 있으며, 서비스 수급 기준과 자격이 중앙정부의 지침으로 제시되고 지방정부의 융통성있는 적용 가능성을 부여하고 있음.
- 사회보장에 대한 전반적인 공공, 민간부문간 역할 변화를 살펴보면, 국가가 여전히 많은 부분을 담당하고 있으나, 사회복지서비스 부분에서는 국가의 공급주체로서의 역할이 많이 축소되었음.
- 사회복지서비스에 대한 국가 지출은 기여형 급여를 포함하는 사회보장급여에 비해 약 1/7 수준이나 점차 확대되고 있으며, 지방정부의 책임이 강화되고 있음.
- 사회복지서비스는 보편주의를 지향하되, 재정여건의 사정(소득·자산조사)을 통해 비용부담의 차등화를 강화하고 있고, 서비스 비용에 대한 이용자의 부담이 증가하고 있음.
- 수발자(carer)를 위한 지원정책이 강조되고 있음. 비공식 보호, 가족보호를 강조하는 정책지향이 반영되고 있는 것임.
- 현금급여를 중심으로 한 공공부조, 수당, 사회보험 등의 사회보장급여의 제공에 있어서, 위험의 종류와 생애주기에 따른 대상별로 필요한 서비스와의 연계가 확대되고 있음.

다. 독일

- 독일 공공부조와 사회복지서비스는 공공보호 체계 내에서 유기적으로 연결되어 있음.
 - 독일의 ‘공공보호’(Öffentliche Fürsorge)는 사회부조 외에 사회복지서비스 관련 비용을 부담하는 체계임.
 - 공공보호는 보험, 부양과 더불어 독일 사회보장제도를 구성하는 보호 원칙에 토대를 둔 제도임.
 - 공공보호는 독일 복지국가를 형성하는 주요원칙으로 사회보험을 보충

하는 의미를 가짐.

□ 공공부조 및 사회복지서비스 체계의 기본원칙

○ 공공보호 발달에 기여한 원칙으로는 보충성, 자조, 개별화 등이 있음.

○ 보충성

—2차 대전 패전 후 독일연방공화국 건국과 발전의 기초를 다진 보수기독교 연립정부가 특히 중요시하는 원칙으로 독일 사회정책 발달의 전인차역할을 했음.

—빈곤문제를 먼저 가족이 감당하고 가족이 가진 능력이 빈곤문제를 감당하지 못할 정도가 되었을 때 국가 개입하게 됨.

○ 개별화

—개별화 원칙은 공공보호 범위에서 제공하는 현금 서비스가 소득수준에 따라 다양하게 제공되고 부양의무자의 참여의무가 제한되기 시작하는 1970년대 이후 자리잡기 시작함.

—개별화의 원칙은 빈곤가족이 아니더라도 가족구성원 중 누군가가 사회적 서비스에 대한 욕구가 생김으로써 발생하는 가족빈곤 위험을 경감시키는 역할을 함.

□ 공공부조 내용 및 체계

○ 독일의 사회적 안전망에서 가장 높은 비중을 차지하는 것은 사회보험이며, 자산조사에 근거한 사회부조는 독일 사회예산의 약 8% 정도를 차지함.

○ 사회부조는 1962년 도입 이후 사회보험으로 해결할 수 없는 빈곤상황문제를 해결하는 보충적, 일시적 사회안전망으로 기능

—신체적, 정신적 질병이나 장애, 비정상적인 성장과정으로 인하여 정기적 생계활동을 통한 생계보장이 불가능한 경우, 사회보험 등 사회보장을 청구할 수 없거나 사회보험수준으로 생계보장이 충분하지 않을 경우에 최후의 일시적 사회안전망 역할 수행

○ 제도의 목적

- 사회부조가 추구하는 목적은 상대적 빈곤을 극복하고 사회구성원이 인간다운 생활을 스스로 할 수 있는 상태를 만드는 것임.
- 보편성의 원칙에 따라 독일 내에 거주하는 모든 사회구성원이 사회부조의 대상자가 될 수 있음.
- 개별화의 원칙에 따라 개인의 구체적인 생활을 기준으로 하여 급여의 종류 및 형태, 수준을 결정함.
- 구체적 수요 충족의 원칙에 따라 현재의 구체적 수요를 충족시킬 수 있는 현금, 현물, 대인서비스를 제공함.
- 자선이 아닌 법적인 권리로 지급함.

○ 대상

- 위급한 형편을 나타내는 구체적인 수치로서 1인당 월 최저생활비 규정이 있음.
 - 1인당 월최저생계비는 가구구성원의 지원에 따라 다르게 책정되며, 지역별로도 차등을 두어 설정함.
- 2001년 현재 정기적인 가계보조를 받는 대상자는 약 271만 5천명이며, 돌발적인 개입에 의한 사회부조 대상자는 149만 8천명에 이름.

○ 급여

- 사회부조 급여는 현금, 현물, 대인서비스로 구분됨.
- 현금서비스는 정기적인 가계보조와 일회적 서비스, 돌발상황에 대한 개입이 있는데 가계보조는 개별적 욕구에서 순소득을 제외한 수준을 지급함.
- 일회적 서비스는 욕구 발생 시 그에 따른 물품 구입에 대해 사회국에 의뢰할 경우 급여를 지급하는 것으로 정기적인 가계보조를 받는 계층 뿐 아니라 차상위 계층에게도 지급함.
- 돌발상황에 대한 개입은 질병, 장애, 임신, 고령, 수발에 대한 욕구 등 돌발사건에 의해 발생한 상황에 처한 개인을 돕는 것으로 차상위계층에서 더 나아가 중산층까지도 돌발상황에 의해 빈곤선 이하로 생활수준이 내려가지 않도록 하기 위한 개입임.

○ 주체

- 사회부조의 전달체계는 지역전달체계와 초지역전달체계로 구분되며, 주와 시 등의 지방자치단체가 대부분의 비용을 조달함.

□ 사회복지서비스 제도 내용 및 체계

○ 제도의 목적

- 공공보호는 아동 및 청소년 원조, 가족부담보상을 포함하며, 이에 대한 사회복지서비스를 제공함.
- 사회부조대상은 아니나 가족, 아동, 청소년, 장애인 부양에 따른 비용 부담으로 빈곤선 이하 생활수준으로 떨어지는 것을 예방함.
- 문제를 겪고 있는 구성원이 사회생활에서 성공적으로 통합될 수 있도록 도움을 제공함.

○ 대상자 현황, 서비스 내용 및 재정

- 아동, 청소년 원조를 받는 수혜자는 2001년에 약 28만명이었으며, 지출액은 2001년의 경우 192억1천1백만 유로였음.
- 아동보육노동만을 통해서도 연금수급권을 인정함으로써 보육노동이 갖는 사회적 가치를 인정하는 상징적 계기가 된 보육수당제도(1986년)는 2000년에 70만 3천명을 대상으로 37억4천3백만 유로를 지급하였음.
- 심신장애가 있고 사회보험이나 노동청을 통해 통합 장애인 서비스를 받을 수 없는 경우, 통합을 위한 서비스를 제공하며, 장애예방과 장애로 인한 문제 감소 또는 해소를 위한 각종 서비스를 제공함.
 - 사회부조를 통해 장애인통합서비스를 받는 장애인은 2001년 기준으로 전체 장애인의 약 20% 정도이며 이에 대한 비용은 전체사회부조비용 중 약 40%를 차지함.

○ 주체

- 공공보호 체계에서 제공하는 사회복지서비스의 재정은 기본적으로 주 정부와 각 지방 기초자치단체에서 담당하며, 직접적인 사회복지서비스의 제공은 각 지역의 사회복지단체가 제공함.

- 재정은 정부가 부담하는 반면 서비스는 민간 사회복지서비스 기관이 정부의 간섭 없이 자율적으로 제공함.
- 클라이언트의 유치에서는 기관 간 경쟁에 의한 시장기제가 작용하고 재정은 공적으로 조달하는 독일식의 독특한 사회적 시장경제개념이 사회복지서비스 제공에서도 실현되고 있음.

□ 공공부조와 사회복지서비스 체계의 특성

- 사회복지부는 사회복지서비스와 함께 공공보호 체계를 이룸.
 - 공공보호는 소극적 의미에서 볼 때 사회복지서비스 비용을 부담함으로써 한 가족이 빈곤에 빠지는 위험을 예방하는 기능을 함.
 - 적극적인 의미에서 한 가족이나 개인이 더 나은 삶의 질을 추구할 수 있는 수단을 제공함.
- 아동수당, 주택수당 등은 차상위계층뿐만 아니라 일부 중상류층을 제외한 거의 모든 중산층을 대상으로 한다는 점에서 사회복지와 그 의미를 달리함.

라. 스웨덴

□ 사회복지부와 사회복지서비스의 역사 및 사회적 배경

- 공공부조제도는 1763년 구빈법의 제정 이후 1957년 사회복지법 입법, 1981년 사회복지서비스법의 제정을 통해 발전되어왔음.
 - 1763년 제정된 구빈법은 스웨덴 사회복지의 근원으로 구빈세 납부와 빈민의 구호에 대한 교구의 의무를 규정하였음.
 - 1957년 국가의 책임을 명확하기 위해 구빈법을 사회복지법으로 개정하였음.
 - 1981년 사회복지제도와 사회복지서비스를 하나의 법체계로 통합한 사회복지서비스법이 제정되어 사회복지법을 대체하였음.
- 사회복지서비스법은 지방자치정부가 지역주민의 최소한의 삶을 보장하고, 아동, 노인, 장애인 등에 관한 복지서비스를 운영해야할 책임이

있다고 규정

- 1982년 사회서비스법의 개정으로 사회보장급여 수준이 주민의 '합리적 삶의 기준(reasonable standard of living)'을 보장해야 함을 명시
- 1990년대 스웨덴은 경기침체로 복지욕구의 증가 및 복지재정의 악화를 초래하였음.
 - 실업률의 증가에 따른 사회보장급여에 대한 욕구가 증가하고 지속적으로 고령화가 진행되면서 노인의 간호와 보호에 대한 복지확대가 요구됨.
 - 정부재정의 삭감에 따라 복지인력이 축소되고 사회복지 서비스 분야 전반에 있어서 재정 및 수급자 규모는 감소하는 경향을 보임.
- 1990년대 후반부터 사회서비스 분야에 있어서 요보호대상집단의 정상화를 위한 재가보호의 확대, 복지서비스 제공에 있어서 민영화가 진행되고 있음
 - 전체 사회서비스 제공에 있어서 여전히 공공이 절대적인 비율을 차지하지만 민간부분(비영리 및 영리기관)에 의한 서비스 제공의 증가는 매우 빠르게 이루어지고 있음.
 - 정상화 개념의 도입과 지방정부의 재정감축을 위해 사회서비스에 있어서 시설보호보다는 재가보호가 강조되고 있음.
 - 재가복지서비스의 확대 및 장기환자나 노인, 또는 장애인인 가까운 친척을 돌보는 사람들에 대한 지원이 도입됨.

□ 사회부조 및 수당체계

○ 사회부조

- 사회보험과 보편적 수당을 중심으로 운영되는 스웨덴 사회보장체계에 서 사회부조는 보충적인 역할을 하고 있으며 빈곤상태에 대한 최종적인 사회안전망으로 기능하고 있음.
- 사회부조는 실업보험, 노령연금, 질병급여 등의 제도들의 보호를 받을 수 없는 사람들을 대상으로 하며, 사회부조의 가장 중요한 정책 목표는 모든 사회구성원에 대해 사회서비스법이 규정한 '합리적 삶

의 수준'(Reasonable Standard of Living)을 보장하는 것임.

—선정기준

- 법적으로 스웨덴에 거주하고 있어야 하며, 개인 또는 핵가족 단위로 수급할 수 있음.
- 신청자에 있어 우선적으로 사회보험급여 및 수당 수급여부가 확인되며, 모든 형태의 가구소득이 자산조사시 고려되어 저축이 있거나 다른 재산이 있으면 생계수단 외의 재산을 사용한 후에 수급자격을 받을 수 있음.
- 수급조건의 적용은 지방정부의 자율성에 따라 다르게 나타남.

—급여수준

- 사회부조의 급여는 기초보장의 추상적 개념인 'Reasonable Standard of Living'을 충족시켜야 하며, 이를 구체화한 보건복지부의 기본급여액(base amount)을 근거로 급여수준이 제시됨.
- 기본급여는 개인부분과 가구부분으로 구성되며, 개인부분에 대한 급여는 결혼여부 및 아동의 연령에 따라, 가구부분에 대한 급여는 가구규모에 따라 결정됨.
- 기본급여액을 바탕으로 지방정부는 지역적 특성에 따라 사회부조 급여 수준을 결정할 수 있음.
- 노동이 가능한 사람들에 대해서는 적극적 노동시장프로그램에 참여할 수 있도록 우선적으로 배려하고 있으며, 적극적 노동시장프로그램에 참여할 경우, 사회부조에 상응하는 금액 및 아동양육서비스를 제공함.

—관리운영체계

- 사회부조의 급여 및 서비스 제공주체는 21개 광역자치단체(county)와 289개 기초자치단체(municipality)이며, 지방정부의 재정으로 급여가 지급됨.
- 지방정부의 사회부조제도 운영에 대한 관리감독은 중앙정부의 보건복지부와 광역자치단체의 행정부가 공동으로 책임지고 있음.

○ 수당

—주거수당

- 스웨덴의 주거급여 체계는 일정 소득수준 이하를 대상으로 하는 주택수당을 근간으로 사회부조 수급자들과 노령연금 수급자들의 주거비용을 보충적으로 지원하는 급여들로 구성되어 있음.
- 주거급여는 임차인뿐만 아니라 자가소유자 모두를 대상으로 하여 임차인에게는 임차료를, 자가소유자에게는 연간 지불해야 하는 주택구입자금에 대한 이자를 지원함.
- 주택수당은 일정소득 수준 이하의 국민을 대상으로 하고 있으며, 가구원수, 결혼여부, 주거비용 등에 따라 최대 주거급여수준이 결정됨.
- 사회부조를 받는 수급가구는 지방자치단체에 주택부조를 요구할 수 있으며, 이를 통해 저소득층은 실제 주거비용과 주택수당으로 받은 급여 사이의 차액을 보충하게 됨.

—가족수당

- 1947년 도입된 가족수당은 16세 미만의 아동이 있는 가구를 대상으로 소득수준에 상관없이 아동 수에 따라 정액급여를 제공하는 보편적 수당임.
- 재원은 전액 국가가 부담하고, 보건복지부 산하 사회보험청에서 운영책임을 지고 있으며, 각 지역 사회보험사무소에서 실무를 담당
- 기본적으로 16세 미만의 아동에게 지급되며, 자녀가 학생일 경우 20세까지 수급이 가능하며, 정신장애로 인해 특수학교에 재학 중인 아동인 경우 23세까지, 그밖에 장애를 가진 아동에 대해서는 부가적인 급여가 제공되는데, 아동의 장애정도와 욕구에 따라 최대 기본급여액의 2.5배까지 수급할 수 있음.

□ 사회복지서비스 체계

- 사회복지서비스법이 규정하는 사회복지서비스는 사회부조와 사회복지서비스를 모두 포함함.

—사회복지서비스는 개인의 욕구에 대한 개별적이고 통합적인 시각을 바탕으로 하며, 개인이 자신 스스로의 자원을 활용하고 개발할 수 있도록 해야함.

—1981년 사회복지조와 사회복지서비스의 근거법인 사회복지서비스법의 개정으로 사회복지서비스에 대한 포괄적인 책임이 지방정부로 이양되었음.

○ 사회복지서비스의 영역

—스웨덴의 사회복지서비스는 두개의 중요한 영역, 즉, 개인과 가족보호 그리고 노인과 장애인의 간호 및 보호로 구성됨.

- 개인 및 가족보호에 있어서 사회복지서비스의 목적은 다양한 방법을 통해 사회에서 취약한 집단을 지원하고, 돕고, 그리고 보호하는 것으로 재정적 지원과 개별적이고 표적화된 서비스를 포괄함.

- 노인과 장애인의 간호 및 보호는 사회복지서비스법, 보건의료 서비스법, 그리고 기능장애자 지원 및 서비스 관련법에 따라 제공됨.

○ 사회복지서비스에 대한 비용지불

—지방정부가 제공하는 사회복지서비스에 있어서 사용자 비용지불은 미미함.

- 지방정부의 활동별 지출내역을 보면 장애인, 노인, 개인 및 가족복지에 있어서 요금의 비율은 3.63%에 지나지 않음.

—2002년 7월 1일부터 노인과 장애인보호에 대한 새로운 비용체계는 지방정부가 제공하는 서비스에 대해 고비용을 부담해야하는 개인을 보호하고, 모든 개인이 모든 비용이 지불되었을 때 최소한의 생계비(reserve sum)를 확보할 수 있도록 하고 있음.

□ 사회복지조와 사회복지서비스의 관계

—사회복지서비스법은 빈곤층에게 재정적인 보장을 제공하는 사회보장급여와 개인과 가족, 노인과 장애인에게 제공되는 서비스를 지방자치단체를 통해 통합하여 제공하도록 규정하고 있음.

○ 사회복지서비스 대상자수

—사회복지서비스 수급자 중 가장 많은 수급내용은 사회보장급여(social

security benefits)로 1998년 기준으로 전 인구의 7.7%가 사회보장급여를 수급하였음.

- 사회보장급여 수급자의 대부분은 청년층으로 사회부조는 청년층의 일시적인 빈곤 시 최저생활을 보장하는 최종적 안전망으로 기능하고 있음.
- 1998년 기준으로 노인 중 11만 8천명이 시설보호, 12만 5천명이 재가보호를 받고 있으며, 75세 이상 노인 중 33%가 사회서비스를 받고 있음.
- 1998년 기준으로 시설보호를 받는 장애인은 6천명 정도이고, 1만 4천명의 장애인 재가보호서비스를 받고 있으며, 재가장애인 중 14%가 사회서비스를 받고 있음.

—사회복지서비스는 지방자치단체를 통해 거의 무상으로 제공되고 있으며, 사회복지서비스의 대부분이 정부를 통해 제공되고 있음.

○ 사회서비스 지출

- 1998년 사회서비스에 대한 지방정부의 총지출은 1070억 크로네 었음.
 - 사회서비스 지출의 3/4 이상이 노인과 장애인에 대한 보호와 간호에 지출되며, 이 중 10% 미만이 대상자 부담에 의해 재원이 마련됨.
 - 개인 및 가족보호 지출에서 50%는 사회보장급여가 차지하고 있으며, 나머지는 아동 및 청소년 시설, 성인 중독자 시설, 아동과 청소년에 대한 재가보호, 성인 약물중독자에 대한 외래개입에 사용됨.
- OECD의 통계에 따르면 1998년 노인, 장애인, 아동 및 가족서비스에 대한 지방정부의 지출은 정부지출 중 6.97%, GDP 대비 4.03%를 차지하였으며, 사회부조 지출은 공공지출의 1.26%, GDP 대비 0.73%를 차지하였음.
 - 사회서비스 지출 중 노인과 장애인복지서비스와 사회부조에 대한 지출이 상당히 증가한 반면 가족서비스는 다소 감소하였음.

○ 전달체계; 인력

—지방정부에서 의료 및 사회복지서비스를 공공인력을 통해 직접 제공

하므로 지방정부 피고용인이 전체고용인구의 1/4에 달함.

- 지방정부에서 188,000명(1998년 기준)에 달하는 전일제 직원이 사회 서비스 업무를 수행하고 있으며, 90% 이상의 대다수가 노인과 장애인복지서비스 업무를 하고 있음.

—공공과 민간 모두에서 사회서비스 인력은 1995년에 비해 증가하였으며, 1998년 현재 대부분의 인력은 공공분야에 종사하고 있지만 민간 영역에서의 증가가 급속하게 나타나고 있음.

○ 사회부조와 사회복지서비스 체계의 특성

—사회서비스는 재정적인 원조와 개별화된 서비스를 포괄하며, 모든 사회서비스의 제공은 지방자치단체의 권한 하에 이루어지고 있음.

—경제적 보장과 비경제적 보장 또는 최저생활과 개별적 욕구로 구분하여 볼 때, 경제적인 보장은 수당과 사회보험급여를 통해 1차적으로 보장되며, 전국민의 10% 미만이 사회부조를 수급하고 있음.

—대상집단별 욕구에 대응하는 개별화된 서비스는 대부분 이용자의 비용지불 없이 전국민을 대상으로 공급되고 있음. 국가의 사회복지서비스 제공에 대한 책임의 수용 정도가 높음.

—사회복지서비스는 사회적으로나 재정적으로 취약한 집단의 개별적인 욕구를 충족시킴으로서 일반적인 재정지원체계에 대해 보완역할을 함.

4. 우리나라 공공부조제도와 사회복지서비스의 내용 및 체계

가. 우리나라 공공부조와 사회복지서비스의 역사 및 개요

□ 공공부조제도

○ 공공부조의 변천

—1961년에 제정된 생활보호법은 범주적 공공부조로 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없으며, 근로능력이 없을 뿐 아니라 소득과 재산이 모두 일정 수준 이하인 빈곤층을 대상으로 하였음.

- 1981년에 빈곤대책의 일환으로 생활보호대상자에 대해 직업훈련사업이 실시됨.
- 1982년 12월 생활보호법을 전면적으로 개정하여 교육보호와 자활보호를 추가하고 자활보호개념을 도입하여 수급자를 거택보호자, 시설보호자, 자활보호자로 구분하였음.
- 1998년 경제위기에 따른 대량실업과 빈곤율의 증가 및 불평등의 악화로 생활보호제도에 대한 제도적인 개혁이 요구됨에 따라 빈곤에 처한 모든 사람의 생존을 보장하는 일반적 공공부조인 국민기초생활보장제도가 2000년 도입됨.
- 국민기초생활보장제도는 최저생계비를 수급자 선정기준 및 급여 선정기준으로 활용하였으며, 주거급여를 신설하고, 근로능력 평가를 통해 근로능력자에 대해서는 자활지원서비스를 제공함으로써 적극적인 자활지원으로의 방향전환이 이루어졌음.
- 국민기초생활보장제도는 공공부조에 있어 획기적인 발전으로 평가되나 가구별 최저생계비 선정, 자활 및 복지서비스의 강화 등 지속적인 개선이 요구되고 있음.

○ 국민기초생활보장제도의 내용 및 현황

- 대상자 선정기준은 소득인정액과 부양의무자 기준으로 구성됨.
- 실제 보호인원 기준 전국민 대비 수급자 비율은 약 3% 정도로 수급자수의 큰 변동은 없으며 이전의 생활보호제도와 비교하여 생계급여 수급자가 약 100만 명이 추가되었음.
- 가구 소득과 최저생계비의 차액을 급여로 지급함으로써 기초생활을 보장하도록 하고 있으며, 생계급여, 주거급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여 등을 지급함.
- 근로능력이 있는 조건부 수급자에 대해 제공되는 자활프로그램은 자활욕구와 근로능력정도에 따라 취업대상자와 비취업대상자로 나뉘어 제공되며 2002년 12월 말 현재 약 3만명이 참여하고 있음.
- 국민기초생활보장제도 예산은 2003년 총 3조 5,046억원으로 이 중 의

료급여와 생계급여가 가장 많은 비율을 차지하고 있으며, 재정부담은 중앙정부와 지방정부가 분담하고 있음.

—사회복지전담공무원에 의해 운영되며, 단계적인 확충을 통하여 사회복지전담공무원 정원규모를 증가시켰으나 사회복지전담공무원이 담당하는 평균 가구 수는 아직 높은 수준임.

○ 국민기초생활보장제도의 특성 및 한계

—우리나라의 대표적 공공부조제도인 국민기초생활보장제도는 대상을 인구학적 범주로 구분하지 않는 일반적 공공부조제도로 형식상 대상의 포괄성과 형평성을 확보한 것으로 볼 수 있음.

—국민기초생활보장제도의 선정 및 급여기준인 최저생계비는 가구유형을 고려하고 있지 않은 반면 부가적 성격의 수당들이 사회복지서비스 재원에서 지급되고 있음.

—선정기준에서 엄격한 재산의 소득환산과 부양의무자 기준을 적용하여 개인책임 우선의 원칙이 적용되고 있으며, 조건부 수급 또한 개인책임의 원칙이 적용되고 있음.

—국민기초생활보장제도의 시행과 더불어 자활서비스와 가족에 대한 복지서비스 제공 및 연계가 더욱 필요해졌음.

□ 사회복지서비스

○ 사회복지서비스의 변천

—일제시대 근대적 의미의 사회복지서비스가 실시되기 시작한 이후 3공화국에 이르기까지 사회복지서비스는 응급보호 및 시설보호 중심으로 제공되었음

—제 4공화국 이후 경제개발이 중요한 사회적 목표로 설정되어 사회복지서비스와 여러 관련된 입법이 이루어졌으나 사회복지서비스에 대한 욕구 충족을 위한 국가의 적극적인 개입으로 이어지지는 못하였음.

—제 6공화국에 이르러서 사회복지서비스관련 법들이 대폭 개정되고 제 영역의 사회복지서비스가 크게 확대되었으나 여전히 빈곤층중심, 시설

중심, 민간중심으로 제공되었음.

- IMF체제는 경제위기, 대량실업, 빈곤의 문제에 직면하여 사회복지서비스에 대한 욕구를 크게 증가시킨 반면 경제위기로 인해 사회복지서비스 분야에서 지역사회 민간의 참여가 더욱 강조되고 있음.
- 이후 인구구조의 변화와 복지에 대한 기대상승으로 사회복지서비스에 대한 욕구는 계속 증가할 것이지만 사회복지서비스에 대한 국가의 대응은 소극적일 것으로 전망되며, 따라서 전반적인 사회복지서비스 체계에 대한 검토와 재편이 논의되어야 함.

○ 사회복지서비스의 개요 및 특성

- 사회복지서비스 대상은 전통적으로 노인, 장애인, 아동과 그 가족이었으나 최근에는 다양한 인구집단으로 확대되고 있음.
 - 우리나라 사회복지서비스는 공공부조 외에 사회복지사업법에 명시된 다양한 분야의 프로그램을 포괄하는 것으로 이해하는 것이 적절함.
- 사회복지서비스의 기능 및 목적은 사회구성원의 사회적 기능을 강화하는 것이나 우리나라 사회복지서비스는 빈곤층을 주 대상으로 한정하면서 사후적 서비스를 주로 제공하고 있음.
- 사회복지서비스에 대한 예산은 증가하고 있으나 예산규모 자체가 작고, 대상의 자연증가와 단가의 상승이 주요한 원인이며, 새로운 서비스의 신설, 또는 서비스 성격의 변화는 그리 크지 않음.
- 사회복지서비스 프로그램은 아직도 아동, 장애인, 노인, 여성 등 각각 개인 중심으로 이루어지고 있으며, 사회화와 발달촉진을 위한 서비스나 접근, 정보, 충고 서비스보다는 치료, 원조, 재활 위주의 서비스가 주류를 이루고 있음.
- 사회복지서비스는 공공과 민간을 통해 제공되는데 우리나라에서 국가는 사회복지서비스의 직접적 생산자, 제공자로서의 역할이 상대적으로 약하며 오히려 규제적인 역할, 조정자로서의 역할이 강함.
- 민간을 통한 서비스 제공을 위하여 정부의 재정적인 지원이 있으나 충분하지 않으며 부족분에 대해서는 민간의 저렴한 인건비나 공급의

제한을 통하여 이를 통제하는 경향이 있음.

나. 분야별 공공부조와 사회복지서비스 체계

□ 노인복지

○ 연혁

—1981년 제정된 노인복지법은 4차에 걸친 법개정을 통해 1989년 노령수당, 1993년 재가 및 유료노인복지사업, 1997년 경로연금제도 및 구상권제도 도입, 치매·중풍 등 중증 및 만성퇴행성 질환노인 관리체계를 구축하였고, 1999년에는 경로연금지급대상자 선정기준을 조정하였음.

—1981년 보건복지부내 가정복지과 노인복지계로 시작하여 현재 가정복지심의관실 하에 노인복지정책과와 노인보건과 2개 부서로 확대되었으며, 2001년에 국무조정실 산하에 노인보건복지 대책위원회, 2003년에는 대통령 직속 사회통합위원회에 인구·고령사회대책팀이 발족됨.

—생활안정기반 조성

- 1991년 생활보호대상자를 대상으로 한 노령수당제도가 도입되었고 1998년에는 이를 국민기초보장수급자와 저소득층으로 확대한 경로연금이 도입되었음.
- 고령자 고용촉진을 위해 1986년에 노인공동작업장, 2001년 지역사회시니어클럽사업을 시행하였으며 1991년에 고령자고용촉진법을 제정하였음.

—건강보장 및 사회적 보호

- 1983년부터 생활보호대상자에게 무료 노인건강진단제도를 실시하였고 1987년부터 재가노인복지사업이 실시되어 사회적 보호가 필요한 노인을 위한 재가 및 시설보호체계를 구축하였고, 시설보호의 경우 무료·실비·유료 양로시설, 무료·실비·유료 요양시설, 치매전문요양시설 등 시설의 설립 근거가 마련되었으며 재가보호서비스도 가정봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설 등으로 다양화되었음.

- 건강한 노인들의 노인여가활동 기반확충을 위해 1990년 노인여가 시설의 관리근거를 마련하고 1998년에는 노인지역봉사 지도원제도가 발족됨.
- 경로우대분위기 확산을 위해 1982년 경로헌장 제정, 1997년 노인의 날 제정 등 노년층에 대한 사회적 인식을 제고하고 노인승차권 및 노인교통비 지급, 철도·항공기·국공립미술관 이용료 할인 등을 추진하였음.
- 2002년 현재 중앙정부의 노인복지관련 예산은 정부예산의 0.37%에 불과하지만 노인복지서비스의 확대에 따라서 계속 증대되어 왔으며 특히 경로연금의 도입으로 노인복지예산이 크게 증가하였음.

○ 제도개요

- 생활안정기반조성을 위한 정책
 - 국민연금제도는 노후소득보장을 위한 기본정책이나 도입이 늦어 현재 세대 노인을 위한 노후소득보장의 역할을 하지 못하고 있음.
 - 경로연금제도는 생활보호대상자에게 지급하던 노령수당을 확대한 것으로 성격상 국민기초생활보장 수급노인에 대한 부가급여 지원과 연령상 국민연금에 가입할 수 없었던 저소득 노인에 대한 생계급여를 지원하는 무각출 노령연금적 성격을 동시에 갖고 있음.
 - 경로연금의 수급자격은 65세 이상의 국민기초생활보장제도 수급자 또는 차상위저소득 노령계층으로, 2002년의 경우 전체노인의 15.7%인 59만 4천명에게 월 3.5~5만원이 지급되었음.
 - 고령자 고용촉진을 위해 노인공동작업장 및 지역사회시니어클럽을 운영하고 있으며 고령자고용촉진법을 제정하여 고령자 기준고용률(3%)을 제시하고 고령자고용촉진장려금 지원 등 고령자 고용촉진의 법적 근거를 마련하였음.
- 건강보장 및 사회적 보호지원정책
 - 1983년부터 국민기초생활보장수급노인을 대상으로 무료건강검진을 실시하고 있으며 2003년의 경우 약 3만 명을 대상으로 실시(소요예산 4억 7천 만원)되었음.

- 노인복지법에 의한 검진수가는 국민건강보험 검진수가에 비해 낮아 의료기관에서 기피하는 현상이 초래되고 있음.
- 신체적·정신적 의존상태에 있는 노인을 보호하기 위해 가정봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설 등 재가보호시설이 설치되어 있음.
- 지역사회에서 보호가 불가능한 노인을 위한 장기노인입소시설이 있으나 수용가능 정원은 65세 이상 노인 0.56%에 불과함.

—문화여가활동 지원정책

- 건강한 노인의 여가활동 기반확충을 위한 노인복지회관과 노인교실 등은 도시지역에 편중되어 있는 문제가 있음.
- 평생교육을 위한 노인교육전담기관은 842개소, 등록된 노인교실은 468개소에 불과하며 효율적 관리체계 구축이 미흡하고 정부의 지원이 거의 없어 양질의 교육서비스가 제공되지 못하고 있음.
- 노인들의 자원봉사활동은 매우 저조한 실정임.

—노인보건복지정책은 아직 선별적인 서비스에 머물고 있으며 예방적인 접근이 부족함.

○ 공공부조에 나타난 노인복지

—노인의 8.8%가 국민기초생활보장 수급자로 노인의 기본적인 생계유지에 있어 국민기초생활보장제도가 큰 의미를 갖고 있으나 노인을 대상으로 한 최저생계비가 별도로 마련되어 있지 않고, 부양의무자 규정이 큰 문제를 발생시키고 있음.

○ 노인복지서비스의 특성

—생활안정과 관련된 서비스

- 경로연금은 연령과 수급자여부 및 저소득층 노인여부에 따라서 급여액에 차이가 있으나, 이러한 차등지급의 논리적 기반이 미약하며 수급노인 중 65세 이상부터 부가급여가 필요하다는 근거가 미약하여 부가급여로서의 성격에 의문이 제기될 수 있음.
- 무료로 시설보호를 받고 있는 노인에 대해 시설에 지급하는 경로연

금은 지급방법이 상이하고, 시설보호 외에 경로연금을 지급할 필요성에 대한 면밀한 검토가 요구됨.

- 노인의 과거의 사회적 기여에 대한 보상이라는 차원에서 신청 시 65세 이상에게 지급하는 교통비는 데모그란트적 성격을 갖고 있으나 재원이 지방비로 마련되고 있어 기초자치단체의 재정능력에 따른 지급액의 차이 및 대상범위의 임의조정이 이루어지고 있음.
- 취업알선서비스는 서비스 기반마련이 되어 있지 않아 저소득층 노인에 한정되고 있는 경향이 있으며, 비노인층을 대상으로 하는 근로유인 방안과 연계를 검토할 필요가 있음.

—건강보장과 관련된 서비스

- 질병의 조기발견 및 치료를 통한 건강의 유지·증진 도모 및 노인건강수준의 향상을 목적으로 65세 이상 국민기초생활보장수급자 중 희망자를 대상으로 하여 실시되는 건강진단은 예산 범위 내에서 서비스 대상자의 범위가 결정되고 있을 뿐만 아니라 건강진단의 내용 또한 제한적임.
- 저소득층 노인 등에 대한 정밀 안검진은 대상자의 범위가 예산의 범위 내에서 결정되고 있으며, 우선순위와 시급성에 따라 제공되는 것이라기보다는 재원확보의 용이성에 기초하고 있는 한계가 있음.

—사회적 보호지원 정책

- 노인장기입소시설과 재가보호시설에서 가장 큰 문제는 시설수가 부족할 뿐 아니라 지역별 편중이 심하다는 점으로 2002년 12월말 현재 노인장기입소시설의 72.2%와 재가노인복지시설의 91.3%가 도시에 위치해 있음.
- 노인장기입소시설의 경우, 서비스의 전문성과 적정성 문제가 발생하고 있으며 무료시설과 실비시설에 중 실비시설의 서비스 질이 오히려 떨어지는 문제가 발생하고 있으며, 대상자 설정에 있어서, 무료 및 실비시설과 유료시설간 보호대상의 연령규정에 차이가 있음.
- 동일한 시설보호임에도 장애인이나 아동 등의 보호시설과 인력에 대한 임금수준이나 보호액수 책정 등이 상이하여 전체적인 사회복지

지서비스의 틀에서 재검토가 요구됨.

- 거동이 불편한 노인을 보호한다고 하는 동일한 목표를 갖고 있음에도 불구하고 재가노인복지시설에 대한 국고 보조 부담률이 시설보호에 비하여 낮음.
- 재가노인을 위한 개별 서비스들이 연계가 이루어지지 않고 있으며, 현재는 서비스 대상자 선정이 개별 사업주체별로 이루어지고 있어 중복서비스 제공 및 사각지대가 발생하고 있음.

—여가생활과 관련된 서비스

- 노인복지회관의 경우 시설 건립 시 보조 외에는 운영비에 대한 국고보조가 없어 지방정부의 재정능력에 따라서 건립여부와 제공되는 서비스 수준이 결정되고 있으며, 노인교실 또한 국고보조가 전혀 없어 미등록 노인교육기관이 많음.
- 경로당은 월 4만 4천원의 운영비와 년 25만원의 난방비가 제공되고 있으나 전문인력이 배치되지 않아서 전문적인 서비스가 전혀 제공되지 못하고 있음.
- 생계유지나 건강보장 및 수발과 관련된 서비스보다는 정책적 우선순위가 낮고 서비스의 출발점부터 중앙정부의 책임보다는 지방정부에 책임을 두는 형태로 진행되어 재원이 부족하다는 문제점을 갖고 있음.
- 국공립미술관이나 국립공원 등의 무료이용은 문화생활에의 욕구를 갖고 있는 노인들에게만 그 혜택이 편중되는 한계가 있음.

○ 공공부조와 노인복지서비스의 체계상 특성 및 한계

- 공공부조는 공적 노후소득보장제도가 정립되지 않은 현실에서 노후의 기초생활을 보장해주는 중추적인 역할을 하고 있음에도 불구하고 노인이라는 특정 연령집단의 제 특성을 충분히 반영하지 못하고 있어 기초생활보장제도로서의 역할을 충분히 수행하지 못하고 있음.
- 공공부조 대상자에게 필요한 복지서비스가 포괄적으로 중복되지 않게 제공될 수 있는 연계시스템의 구축이 필요하며, 차상위계층에게 현물 서비스가 확대될 수 있는 방안의 모색이 요구됨.

- 국민기초보장 수급자로 선정되면 기본적인 생계비 확보뿐만 아니라 각종 서비스를 무료로 이용할 수 있으며 민간자원과의 연계도 활발하게 이루어지는 편이나 비수급 저소득 노인은 서비스 비용을 지불해야 하기 때문에 실제로 경험하는 경제적인 부담이 수급자에 비하여 더 커질 가능성이 존재함.
- 재가노인복지서비스 중 법적 근거를 갖고 있는 서비스 외에는 서비스 대상자 선정이 서비스 기관별로 이루어지고 있어, 국민기초생활보장 수급자의 경우 서비스를 중복하여 받게 되는 반면 차상위층 노인은 서비스 대상으로 포함되지 못하는 경우가 발생하고 있음.
- 많은 노인복지서비스가 공공부조대상 노인을 서비스 대상으로 설정하고 있으나, 실제 서비스 기반의 부족, 예산 부족 등의 이유로 인하여 일부 대상자만을 대상으로 하여 실시되고 있으며, 서비스 내용에 따라서 서비스의 보편성의 정도가 큰 편차를 보이고 있음.
- 서비스 제공 시설의 도시지역 편중으로 지역별 보편성 확보 문제가 발생하고 있으나 지방정부에 과도한 책임 부여로 인해 지역별 서비스 기반의 과도한 편차를 가져오고 있으며 이는 공공성 확보에 있어서도 문제점을 야기하고 있음.
- 서비스 항목별로 상이한 중앙정부 부담비율이 논리적 근거 없이 제시되고 있으며 상이한 국가보조 부담률로 인해 지방정부의 부담능력에 따라 서비스 제공기관의 규모가 결정되고 있음.
- 무료시설, 실비시설, 유료시설 등의 구분이 이루어지고 있어 노인의 비용지불능력에 따른 서비스 질의 차이가 발생하고 있으며, 무료이용자에 대한 낙인을 초래할 수 있음.
- 서비스의 내용에 공공부조적 성격의 비용지원이 포함되어 있어 공공부조와 서비스간 중첩이 발생하는 경우가 있음.

□ 장애인

○ 연혁

— 시설 수용 등 보호단계(1961~76): 생활보호법 제정 이후의 시기로 주

로 시설에 입소하여 보호함

- 훈련과 교육 등 재활단계(1977~88): 특수교육진흥법 및 심신장애자보호대책을 중심으로 재활훈련 및 교육에 중점
- 제한적인 경제적 지원단계(1989~97): 장애인복지법 개정 및 장애인고용촉진 등에 관한 법률 제정하여 장애수당(생계보조수당) 및 각종 경제적 부담 경감조치 시행
- 제한적인 사회적 지원단계(1998~현재): 장애인인권헌장 선포 및 장애인복지법과 장애인고용촉진법을 개정하고, 장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률을 시행하였으며 차별철폐 및 지역사회 생활권 강조

○ 제도개요

- 국민기초생활보장 수급자에게 지급되는 장애수당과 장애아동부양수당은 장애에 따른 추가생활비에 못 미치며 대상자를 기초보장수급자와 중증장애로 제한하는 한계가 있음.
- 공공부조인 국민기초생활보장제도에서는 장애인에 대한 배려가 없으며 보장구에 대한 의료급여만 적용되고 있고, 이 또한 품목이 제한적이고 비용부담이 과다함.
- 재가서비스는 행정관서가 직접 현금이나 현물을 지급하거나 알선하는 서비스, 할인이나 감면을 통한 경제적 부담 경감 서비스, 이용시설 서비스로 구분되는데 낙인 발생, 재정지원이 부족한 문제가 있음.
- 장애인이 재활에 필요한 서비스를 받아 사회복귀를 준비하거나 장기간 요양할 수 있도록 지원하는 생활시설서비스는 국민기초생활보장비수급자가 혜택을 받기 어렵고 시설의 격리성, 대규모성으로 인해 지역사회생활과 개인적 자유가 존중받기 어려움

○ 공공부조에 나타난 장애인복지

- 장애인의 추가생계비가 최저생계비에 반영되지 않으며, 장애인의 경우 의료비용이 많이 지출됨에도 불구하고 이에 대한 배려가 거의 없음.
- 기존의 생활보호법의 범주적 공공부조제도를 일반적 공공부조 제도로

국민기초생활보장제도로 전환하는 과정에서 인구학적 특성이 제대로 고려되지 못했음.

—장애에 따른 추가비용이 최저생계비에 반영되어야 하며 부가급여로 장애수당을 도입하는 것이 필요함.

○ 장애인복지서비스의 특성

—공공부조의 부실로 장애인복지서비스가 저소득층에 집중되어있음.

—종합적인 욕구 해결을 위한 수당, 감면제도, 시설서비스의 연계가 매우 부실함.

○ 공공부조와 장애인복지서비스의 체계상 특성 및 한계

—최저생계비 미충족분을 사회복지서비스에서 제 수당의 명목으로 충족하려 함

—사회복지서비스 급여 대상을 수급권자 또는 저소득자로 한정하여 최저생계비를 충족하려 함.

○ 개선방안

—공공부조는 장애인가구의 특성을 반영하여 최저생활을 충분히 보장하고, 장애관련 수당을 데모그란트로 전환해야 함.

—장애인복지서비스와 공공부조를 연계하는 반면 장애인복지서비스의 보편성이 확보될 수 있도록 해야 함

□ 아동

○ 아동복지의 변천

—1960년 이전에는 외국원조에 의한 시설보호와 해외입양이 주를 이룸.

—1960년대 초 생활보호법과 아동복지법의 제정으로 요보호아동에 대한 국가의 책임 원칙이 법제화됨.

—1980년대초 아동복지법으로 아동복지에 대한 국가의 책임이 증대되었고, 2002년 학대아동보호체계 구축 및 보육사업 활성화가 이루어짐.

○ 아동복지의 체계 및 내용

—공공부조에서 최저생계비 이하 가정의 아동 외에 위탁보호아동, 소년

소녀가정아동, 시설보호 아동을 수급대상으로 하고 있으며, 아동 대비 국민기초생활보장 아동 비율은 전체 약 3.0%임.

—아동복지시설에는 공공부조 외에 관리운영비를 지원하고 있으며, 2002년 현재 277개 시설에서 총 18,676명의 아동이 보호받고 있음.

—대리가정보호서비스는 소년소녀가정의 아동에 대하여 기초생활급여, 부가급여를 지원하는 제도로 대리양육가정 및 위탁가정에는 기초생활보장 수급 여부에 관계없이 아동 1인당 월 6만 5천원의 양육보조금을 지원하고 있음.

—18세 미만의 자녀가 있는 한부모가정 중 선정기준에 따라 학비 및 양육비를 지원하고 있으며, 저소득층에 대해서 정부가 보육료를 부담하고 있음.

—저소득층 결식아동의 중식비를 지원하고 있으며, 대상아동수는 2003년 6월 현재 13,792명으로 이는 학생수 대비 4%에 이르며, 이 중 62.8%인 8,659명이 수급권자임.

—2000년부터 긴급전화 및 아동보호전문기관 설치근거 등을 규정하였으며, 중앙 및 지방 아동학대예방센터를 설치하고 아동학대예방, 보호 및 치료 사업을 하고 있음.

—1986년부터 미아 발생 예방 및 찾아주기 서비스를 실시하고 있음.

—입양아동의 학비 및 장애아동 양육비와 의료비를 지원하고 있음.

○ 공공부조에 나타난 아동복지

—요보호아동보호는 2002년 기준으로 시설보호 59.5%, 소년소녀가정 22.1%, 가정위탁 17.8%로 다수의 요보호아동이 시설에서 보호되고 있음.

—요보호 아동을 대상으로 하는 복지서비스는 보육료 면제, 건강검진 서비스 등 기본적인 서비스로, 결연 서비스가 있기는 하지만 한계가 있고, 아동의 삶의 질이나 아동의 참여 및 표현의 자유, 사생활의 보호 등 시민적 권리 등의 보장은 소홀히 하는 경향이 있음.

○ 아동복지서비스의 특징

—아동복지서비스는 그 주요 목적을 아동 보호에 두고 있음.

- 아동복지서비스 대부분이 공공부조 대상자 및 저소득계층을 대상으로 하고 있음.
- 복지서비스의 수준이 취약하여 위탁가정 양육비 지원은 65,000원에 머물고 있고, 모부자복지법에 의한 미취학 아동 양육비지원은 월 2만원에도 미치지 못함.
- 요보호 아동복지서비스의 재정은 대부분 국가가 담당하고 있고, 민간은 후원이나 결연의 형태로 참여하고 있으나 그 비중은 크지 않으며, 보육서비스에서 이용자 부담 비율이 약 70% 수준임.
- 아동복지서비스 중 공공부조 및 현금급여는 지방정부가 주관하지만 그 이외는 대부분 민간이 운영 주체임.
- 아동복지서비스와 공공부조 체계상의 특성과 한계
 - 아동복지영역에서 사회복지서비스로 분류된 각종 급여 등은 저소득층의 경제적 욕구 충족을 위한 부가급여 성격을 갖고 있음.
 - 아동복지영역의 많은 사회복지서비스들이 대상을 보호자가 없는 요보호아동 및 저소득층으로 제한하고 있음.
 - 공공부조와 복지서비스간, 그리고 복지서비스 간 대상자 선정 기준이나 원칙에 일관성이 결여되어 있음.

다. 공공부조와 사회복지서비스 체계의 특성

- 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스의 관계
 - 공공부조가 소극적이고, 공공부조의 부족분을 사회복지서비스를 통하여 보충하려는 경향이 있으며 이에 따라 사회복지서비스의 대상과 기능이 상당한 제한적이고, 공공부조 대상자들에게 그 욕구를 종합적으로 충족할 수 있도록 충분한 서비스를 제공하고 있지 못함.
 - 이러한 현상들은 빈곤 및 사회적 복지욕구에 대한 충족을 개인책임, 가족책임으로 제한하려는 정책적 의지와 관계됨.
- 공공부조의 소극적 보장: 보장의 불충분성과 책임의 전가
 - 국민기초생활보장제도는 대상을 범주별로 구분하지 않는 일반적 공공

부조제도로 평가되고 있으나 수급자 선정기준과 근로능력자에 대한 급여제공 조건의 부여, 그리고 노인, 장애인, 아동에 대한 급여 수준의 부족이 문제로 제기되고 있음.

—다른 사회보장제도의 취약으로 공공부조는 주요 사회안전망이 될 수 밖에 없으나 강화된 부양의무자 조항을 적용하고 있어 개인 및 가족 책임을 강조하는 기본적인 정책적 논리가 유지되고 있음.

—자활이 일할 권리의 보장보다는 일을 강제하는 자유주의 또는 시장의 논리가 더 강하게 표현된 것으로 지적되고 있음.

—노인과 장애인, 아동에 대한 지출이 최저생계비의 선정에서 고려되지 않아 사회복지서비스로 분류되고 있지만 내용상으로는 변형된 각종 데모그란트가 부가급여 성격을 갖고 국민기초생활보장제도 급여 수준을 보충하고 있으며 이는 사회복지서비스의 보편화에 어려움을 초래하고 있음.

□ 사회복지서비스의 한계: 사회적 책임의 부인

○ 사회복지서비스는 대부분 인구학적 기준과 소득기준을 동시에 적용하는 프로그램으로 구성되었을 뿐 아니라 사후적 서비스 제공이 중심임.

—사회복지서비스 중 공공부조의 성격을 지니는 급여가 적지 않으며 소득을 기준으로 하지 않고 욕구를 갖는 전체 집단을 대상으로 하는 서비스는 매우 적음.

· 사회복지서비스 대상의 한정은 저소득층 이상의 집단이 갖는 사회복지서비스 욕구에 대해서는 개인책임을 우선하는 정책원리를 반영하는 것임.

○ 사회복지서비스에 대하여 국가의 서비스 생산자, 제공자, 재정부담자로서의 역할은 미약하고 반면 규제자로서의 역할을 강화되어 있음.

—우리나라의 사회복지서비스에 대한 공공지출은 사회보장비 내에서도 적은 비중을 차지하고 있는 반면 GDP대비 법정 민간사회지출은 매우 높아 사회복지서비스 제공에서 국가는 재정부담을 포함하여 상당부분 책임을 민간에게 넘기고 있음.

○ 우리나라에서 욕구충족, 사회문제의 해결은 가족 및 개인에게 책임이

있다는 것이 기본 전제로 국가는 저소득층을 대상으로 최소한의 생존을 보장할 뿐이며, 사회복지의 전반적으로 계층 구분이 강하고, 사회복지 중 사회보험과 공공부조의 비중이 강함.

□ 사회복지서비스의 공공부조 지원: 타당성과 현실성 분석

- 국민기초생활보장제도의 시행과 더불어 서비스 제공 현장에서는 기초보장제도가 기타의 사회복지서비스와 긴밀한 연결이 필요하였음에도 불구하고 사회복지서비스와의 연결은 큰 발전을 보이고 있지 못함.
 - 국민기초생활보장제도 수급자 중 노인, 장애인, 아동의 비율은 높으나 인구학적 특성에 따른 욕구를 충족하는데 필요한 별도의 서비스가 부족함.
 - 자활을 위한 여건조성에 사회복지서비스 지원이 필요하나 사회복지서비스에 대한 연계는 활발하게 전개되지 못하였음.
 - 이는 연계를 위한 적절한 시간을 확보하기 어려운 사회복지전담공무원의 업무환경과 연계하려 하여도 연계를 할 서비스가 민간을 중심으로 형성되어 있지 못한 것에서 찾을 수 있음.

5. 공공부조와 공공복지서비스 체계의 재편방안

가. 우리나라와 외국의 체계 비교 및 시사점

□ 우리나라와 외국의 체계비교

- 미국은 전통적으로 자립, 개인책임의 전통이 강한 국가이며, 최근 신자유주의의 강세로 이러한 전통은 더 강하게 나타남.
 - 공공부조는 범주적 공공부조로서 그 커버리지도 좁고 급여수준도 낮으며 국가에서 제공하는 사회복지서비스도 일부의 빈곤층에 한정되어 있으며 대부분의 나머지 사회복지서비스는 민간에 의하여 제공됨.
- 영국은 유럽대륙국가들에 비하여 사회적 개입의 수준, 사회적 책임의 강조가 높지만 데모그란트나 사회복지서비스의 확대보다는 공공부조 중심의 사회복지구조를 갖고 있음

- 공공부조의 범위와 수준이 높지만 저소득층을 넘어서는 사회복지서비스의 발전은 그리 두드러지지 않음.
- 공공부조와 사회복지서비스 중 근로강화 서비스, 그리고 지역사회의 민간 자원을 연결하는 파트너십이 보다 구체화되었음.
- 독일의 경우는 사회보험에 대한 강조가 전통적으로 강하여 공공부조와 사회복지서비스의 발전이 모두 높은 수준으로 발전하지는 않았음.
 - 개인의 책임이 가능하지 않은 경우에 국가가 개입하는 원칙이 강하게 고수되고 있으나 일정한 소득 이하의 계층에 대한 욕구 중심의 지원이 유지되며, 그 재원은 다양하게 활용됨.
 - 사회복지서비스에 있어서는 민간의 역할이 강하여 국가가 직접 제공자인 경우는 그리 많지 않음.
- 스웨덴은 구성원의 빈곤과 욕구충족에 대한 사회적 책임이 강함.
 - 다른 국가보다는 데모그란트와 사회복지서비스를 통한 안전망의 구성이 견고하고 공공부조에 대한 강조는 약함.
 - 법적으로 사회복지서비스와 공공부조가 통합되어 있으며 욕구에 대한 개별화가 강하게 적용되고 있음.
 - 사회복지서비스에 있어 국가는 제공자로서 큰 역할을 수행하고 있으며 가능한 공공부조 대상으로 전략하기 전의 안전망을 강조함.
- 우리나라는 국민기초생활보장법으로 일반적 공공부조가 시작되었으나 아직 욕구의 개별적 인정이 이루어지지 않았으며, 사회복지서비스는 저소득층으로 대상을 한정하면서 공공부조를 보완하고 있음.
 - 사회복지서비스를 제공하는 적절한 시장도 형성되지 않은 상황에서 저소득층 외의 계층은 욕구충족이나 문제해결이 어려운 상황임.
- 국가 간 비교에 따라 공공부조와 사회복지서비스 체계는 세 가지로 구분 가능함.
 - 첫째, 범주적 공공부조를 유지하고 급여수준도 낮은 상태를 유지하며 사회복지서비스는 개인의 부담원칙이 고수되며 공공의 사회복지서비스가 보편화되지 않은 상태로 미국이 그 예임.

- 둘째, 공공부조가 일반적 공공부조이고 최저생활을 보장하나 사회복지서비스가 보편화되지 못한 상태로 영국이 대표적인 예임.
- 셋째, 일반적 공공부조에 사회복지서비스의 보편화를 지향하나 공공서비스가 저소득층을 주 대상으로 빈곤의 축소 및 예방을 목적으로 하는 상태로 독일이 그 예임.
- 넷째, 사회복지서비스가 공공부조를 통합하면서 욕구를 중심으로 서비스와 공공부조가 탄력적으로 지원되는 상태로 스웨덴이 대표적 예임.
- 우리나라는 영국과 미국의 중간 즈음의 특성을 갖고 있다고 판단됨.

□ 국가별 사회보장지출 분석

- 각 국가는 기본적인 복지제도의 지향과 구성, 그리고 수준이 상이함.
 - GDP대비 사회보장비의 비중을 보면 1998년 기준으로 미국은 14.3%, 영국은 25.1%, 독일은 27.3%, 스웨덴은 31.2%이며 한국은 5.9%임.
 - 사회보장방식별 지출비중
 - 미국은 데모그란트가 전혀 없고 사회복지서비스에 대한 지출이 사회복지보장 전체 지출 중 3.3%에 불과함.
 - 영국은 약간의 데모그란트가 있고 공공부조의 비중이 매우 높으며 사회복지서비스에 대한 지출도 비교적 높지만 국민보건서비스를 제외하면 사회복지서비스에 대한 지출은 약 6.4%임.
 - 독일은 다른 국가에 비하여 사회보험에 대한 공공지출의 비중이 매우 높고, 데모그란트와 사회복지서비스의 비중은 낮음.
 - 스웨덴은 다른 국가에 비하여 데모그란트와 사회복지서비스에 대한 지출비중이 높고 반면 공공부조에 대한 지출은 낮음.
 - 한국은 사회보험의 비중이 매우 높으며 데모그란트는 없고 공공부조와 사회복지서비스에 대한 지출의 비중은 다소 증가하고 있으나 여전히 낮은 수준임.

□ 공공부조와 사회복지서비스 체계의 설명원리

- 국가별 특성은 공공부조의 비중과 사회복지서비스의 보편성, 국가의 제

공자로서의 역할을 대변하는 비용지출을 통해 분석할 수 있음.

—사회복지서비스의 보편성은 그 사회의 사회적 책임의 수용 수준, 개인 책임에 대한 사회적 가치와 관련됨.

- 스웨덴은 구성원의 욕구에 대한 사회적 책임의 수용정도가 높고 개인책임, 시장의 원리보다는 사회적 연대가 강조되는 국가로 서비스의 사회화, 보편화가 강하고 따라서 데모그란트가 발달한 특징을 보임.
- 독일은 개인책임, 시장의 원리가 비교적 강하게 투영되는 사회보험 중심 국가로 사회복지서비스에 있어서도 사회보험에 의존하는 경향이 강하며 개인책임 후 국가의 개입을 원칙으로 함.
- 영국의 경우는 비교적 사회적 책임을 수용하되 데모그란트나 사회복지서비스 확충보다는 공공부조 중심으로 기초생활에 대한 국가책임의 원칙이 고수되는 경향을 갖고 있음.
- 미국은 강한 개인책임 중심의 국가로 욕구에 대한 사회적 책임을 가장 강하게 표현하는 데모그란트가 전혀 없고 사회복지서비스도 그 책임을 민간에 두고 있으며 이에 대한 국가의 비용부담도 낮음
- 우리나라의 경우는 수당으로 명명된 급여들이 공공부조 성격이 강하고 사회복지서비스도 빈곤층, 저소득계층으로 한정되어 있음. 데모그란트와 같은 강한 사회적 책임의 표현을 찾기 어려움.

—국가와 시장, 가족 간의 관계를 통해 국가개입수준에 따라 자유주의적 복지국가, 보수적 복지국가, 사회민주주의 복지국가로 구분할 때 우리나라는 자유주의 국가로 분류될 수 있음.

- 시장을 통한 개인책임을 강조를 비교하는 지표로 GDP에서 민간보험료가 차지하는 비중을 보면 시장의 영향이 가장 작은 나라가 스웨덴이고 다음이 독일과 미국, 영국, 우리나라 순임.
- 조세수준도 그 사회가 개인을 강조하는지 국가, 및 사회적 책임이나 연대를 강조하는지를 간접적으로 시사하는데 GDP대비 조세총액 비중을 보아도 1996년을 기준으로 스웨덴은 51.9%, 독일은 37.2%, 영국은 35.4%, 미국은 29.7%이며 한국은 21.4%에 머물고 있음.

- 사회복지서비스에서 민간사회지출비중을 통해 국가의 역할을 평가하면 우리나라는 사회복지서비스제공에서 재정부담을 포함한 상당부분 책임을 국가가 민간에게 넘기고 있음.
- 사회복지서비스 제공에 있어서 국가의 역할을 보기 위하여 사회보장비 대비 사회복지서비스 지출비율을 비교할 수 있음.
- 스웨덴의 경우, 국가가 사회복지서비스의 제공 및 생산자로서의 역할이 강한 반면 독일은 조정자, 규제자로서의 역할이 강함.
- 우리나라는 사회복지서비스 제공에 있어 국가의 역할이 매우 약하며, 이는 경제위기 시에도 민간을 통해 사회복지서비스를 제공하도록 하였고 사회복지서비스 확충에 대한 정부의 적극적인 노력을 찾기 어려움.

나. 공공부조와 사회복지서비스 체계의 재편방향

- 경제적 평등에서 삶의 질 평등으로, 경제적 보장에 대한 권리인정에서 인간적 삶에 대한 권리인정으로 복지지향의 전환이 필요함.
 - 가족에 대한 책임전가의 정책논리를 벗어나는 거대한 복지패러다임의 전환이 필요함.
 - 우리나라에 있어서 가족의 강조를 통해 사회복지서비스에 대한 국가의 책임 방기가 지속되었으나 핵가족화와 더불어 개인주의가 주요한 사회적 가치로 자리잡아왔음.
- 향후 공공부조와 사회복지서비스의 발전방향
 - 저소득층에 대한 다층적 안전망의 구성
 - 공공부조 단일제도만으로는 빈곤층과 저소득층에 대한 사회적 안전망으로 충분하지 못하므로 부가급여, 인구학적 기준을 적용하는 다양한 현물급여가 병행되어야 함.
 - 보편성의 측면에서 가장 이상적인 데모그란트의 소득계층별로 단계적 도입이 추진되어야함.
 - 공공부조와 함께 사회복지서비스의 확대는 시장의 영향력을 최소화하

는 것이 되어야 함.

—현재 우리나라에서 차상위계층 및 중산층이 활용할 수 있는 서비스공급은 공백상태임.

—국민에게 최저한의 사회복지서비스 제공을 보장하는 체계의 구축이 필요하며, 사회이용시설에 대한 확충은 국가의 책임으로 하고 이러한 시설에 대한 접근은 보편성을 확보하는 것으로 발전하여 나가야 함.

—중앙과 지방의 역할분담에 있어 다양한 방안이 가능하나 지방자치단체의 재정 등 역량에 비추어 볼 때, 중앙의 서비스 제공에 대한 책임은 당분간 이전되기 어려울 것이며, 재정적인 측면에서는 중앙 정부의 주도적 역할이 필요함.

○ 여러 가지 수당의 이름으로 서비스에 전가된 부분을 공공부조 부가급여로 제 위치를 잡도록 하고 공공부조를 당분간 강화하되 사회복지서비스의 확대를 도모하는 방향으로 변화를 시도하는 것이 바람직함.

—사회복지서비스의 확대에 있어 민간의 자생적 확대능력이 단기간 내 높아질 수 없으므로 공공의 기초적인 공급이 우선 이루어져야 함.

—우리나라는 공공부조와 사회복지서비스에 대하여 확대를 시도할 수 밖에 없는 단계에 있고 단기적으로는 공공부조를 통하여 최후의 안전망을 정비하면서 장기적으로는 사회복지서비스를 보다 중요한 복지의 방식으로 인정하고 확대하는 전략이 필요함.

○ 공공부조와 사회복지서비스 제공이 일선에서 유기적으로 연계되도록 지향함.

—이러한 연계는 기본적인 사회복지서비스의 확충을 전제로 공공부조와 사회복지서비스가 전달체계에서 유기적 결합이 가능하도록 구조화되어야 함.

—장기적으로 공공부조와 사회복지서비스의 일선 전달인력에 대한 기획이 필요하며 공공과 민간의 사회복지서비스가 공공부조 수급자의 욕구를 종합적으로 충족하는데 지지적이 되도록 연결망 구성 및 기반조정이 이루어져야 함.

—공공부조와 공공복지서비스 제공을 담당하는 일선의 인력인 사회복지

전담공무원의 업무량 감소와 업무환경 개선이 이루어 져야함.

다. 공공부조와 사회복지서비스 체계 재편 방안

- ☐ 현재 사회복지서비스로 분류된 공공부조적 급여들은 공공부조의 부가급여로 위치를 변동함.
 - 노인, 장애인, 아동과 그 가족에 대한 부가급여를 위하여 이들 집단의 추가적인 지출에 대한 계층과 기준마련이 선행되어야 함.
 - 부가급여의 시행과 함께 주거, 교육, 의료에 대해서 현물급여로 분리하여 공공부조를 다수의 제도로 변경하는 안의 검토가 필요함.
- ☐ 사회복지서비스 대상의 보편화를 도모함.
 - 사회복지서비스의 비용부담은 이용자의 경제능력을 반영하더라도 기본적인 서비스에 대한 전 계층의 접근성을 보장하는 것이 필요함.
 - 서비스 제공에 있어서 소득계층에 의하여 분리, 제공되는 것이 아닌 욕구충족을 초점으로 제공되는 것이 필요하며, 전 소득계층이 접근가능하도록 서비스 총량이 확보되어야 함.
 - 이를 위해 정부 주도의 서비스 시설의 확충, 이용시설의 편재로 인한 불균형 해소를 위한 노력이 필요함.
- ☐ 장기적으로 데모그란트의 도입이 추진되어야 함.
 - 데모그란트의 도입은 재정적 차원에서 부담스러운 선택이므로 전 소득계층으로 확대할 것을 전제로 한 소득계층별 단계적 도입이 가능함.
- ☐ 공공부조 수급자들의 욕구를 충족하기 위하여 관련 서비스와 강력한 연계구조를 갖도록 하여야 함.
 - 일선에서의 상호연계가 활발히 이루어질 수 있도록 서비스 연계를 위한 구조구축과 전담공무원 확충을 통한 일선 인력들의 업무부담 경감이 필요함.

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 배경과 연구문제

1. 연구의 필요성 및 목적

사회복지는 사회마다 그리고 시대마다 다양한 성격과 모습을 보인다. 사회복지의 다양성을 보여주는 가장 기본적인 것은 사회복지의 구성, 사회복지의 체계이다. 사회보장기본법을 보면 우리나라 사회복지의 사회보험과 공공부조, 그리고 사회복지서비스로 구성된다. 사회복지의 방식으로 사회보험과 공공부조, 그리고 사회복지서비스만 존재하는 것은 아니지만 이렇듯 사회복지를 분류하는 것은 우리나라 사회복지의 구성이 이 세 가지 방식으로 주로 이루어졌기 때문이라 해석된다.

사회복지가 사회보험과 공공부조, 사회복지서비스로 구성되었음에도 불구하고 공공부조와 사회복지서비스를 포함한 사회복지체계에 대한 논의는 별로 활발하게 전개되어 오지 않았다. 복지국가 유형화를 시도한 연구들을 포함하여 사회보장체계 또는 사회복지체계에 대한 분석들은 주로 사회보험과 공공부조의 특성과 관계 등에 초점을 두고 있다. 사회보험과 공공부조간 체계에 대한 분석은 베버리지(Beveridge)가 공공부조를 사회보험이라는 기본적인 사회안전망에서 다루지 못하는 욕구를 다루는 것이라 규정한 이후 그 관계를 검증하기 위한 시도로 이루어진 경우도 적지 않다.

공공부조와 사회복지서비스의 관계에 대한 체계적 분석이 미진하였던 이유는 사회복지서비스에 대한 논의가 주로 미시적 접근에 한정되면서 다른 사회복지방식과의 관계, 체계에 대한 접근이 빈약하였기 때문으로 해석된다. 사회복지정책에 대한 실질적인 기획이나 제언에서도 그리고 사회복지의 성격을 규명하고자 하는 연구에서도 사회복지서비스에 대해서는 초점을 두고 있지 않았다.

우리나라 사회안전망에 대한 논의에서도 사회안전망을 3차원으로 접근하면서 사회복지서비스에 대한 언급은 거의 이루어지지 않았다. 뿐 아니라 특정 정권의 복지에 대한 정치적 의지를 논하면서도 사회보험과 공공부조가 그 중심에 있었다. 새로운 정부가 들어설 때마다 제시하는 국정과제도 매년 사회보험 중심, 공공부조의 보완으로 구성되어있었으며, 1차 사회보장 5개년 계획에서도 사회복지서비스는 저소득층을 대상으로 기회를 제공하는 것을 중심으로 내용이 구성되어 있을 뿐이었다. 사회복지서비스에 대해서는 거시적인 계획이 없이 그저 개선을 약속하는 수준에서 머무르는 것이 대부분이다. 가장 단적인 예로 그 많은 기획단과 위원회가 구성되면서도 사회복지서비스와 관련된 구성은 찾아보기 어렵다. 언제나 사회복지서비스는 논의에서 주변으로, 그리고 후순으로 밀려나 있었으며 데모그란트(demogrant)와 같은 사회복지의 다른 방식은 거의 논의조차 되지 못하였다.

본 연구는 공공부조와 사회복지서비스, 양 제도의 체계에 대한 본격적인 분석을 시도하여 향후 양 제도의 발전방향을 모색하고 합리적인 관계설정 등을 제안하고자 한다. 공공부조와 사회보험, 사회복지서비스 각각의 성격을 이해하는 것, 그리고 한 사회의 사회복지 전체의 성격을 이해하는 데에는 사회복지방식들간의 관계를 분석하는 것이 매우 유용하다. 이 관계분석이 한 사회의 복지에 대한 선택을 보다 분명하게 설명하기 때문이다.

앞서 지적한 바와 같이 그간 사회복지의 방식 중 사회보험과 공공부조의 관계에 대한 논의는 얼마간 규명이 되어왔지만 공공부조와 사회복지서비스의 관계, 체계에 대한 분석은 거의 전례를 찾기 어렵다.

공공부조와 사회복지서비스에 대한 대부분의 연구들은 공공부조와 사회복지서비스 각각의 성격을 밝히는데, 또는 각각의 발전방향을 모색하거나 혹은 미시적인 정책적 개선을 제안하는 것으로 한정되어 있었다.

지난 10년간 사회복지학계에서 많은 연구자들 사이의 관심사가 되었던 한국 복지국가 유형에 대한 규명작업에서는 주로 사회보험과 공공부조가 분석대상이었고 서비스에 대한 논의는 거의 찾아보기 힘들다. 남찬섭교수가 우리나라 복지국가의 성격과 관련하여 자신의 입장을 밝히면서 복지국가의 성격을 이해하

는데 있어 사회복지서비스에 대한 분석이 필요하다는 점을 지적하였던 것은 이러한 연구풍토에 대한 반성을 촉구한 것이라 할 수 있다.

공공부조와 사회복지서비스에 대한 연구들의 대부분은 양자의 관계를 분석하기보다는 각 방식 내의 문제를 초점으로 하는 경향이 있었다. 공공부조제도에 대한 연구로는 공공부조를 유형화한 연구(이성기, 1996), 외국의 공공부조제도와 국내 공공부조제도를 비교 분석한 연구(박능후, 유정원, 최현수, 이승경, 2000 등), 소득보장 또는 기초보장체계에 대한 분석을 시도한 연구(박찬용 외, 2000 등), 그리고 국민기초생활보장제도의 제도 내적 문제와 그 해결방안을 모색하는 연구 등이 있다. 이 연구들이 공공부조와 사회복지서비스 관계를 다루지는 않았지만 기존 공공부조제도의 성격과 체계에 대한 이해를 돕고, 공공부조와 서비스의 체계를 분석하는데 필요한 분석틀의 구성에 시사점을 주어 간접적인 기여를 하기도 한다.

사회복지서비스에 대한 분석에서 공공부조와의 관계 및 체계를 이해하는데 도움이 되는 연구들을 찾는 것은 더욱 쉽지 않다. 사회복지서비스는 대개 분야별 서비스 실태 분석 및 문제점에 대한 대안모색이 주를 이루고 있기 때문이다. 단 사회복지서비스를 내용이나 주체 등을 기준으로 유형화한 연구들이 있으며 이러한 유형화 연구는 사회복지서비스의 체계를 다양한 방식으로 이해할 기초자료가 된다.

보다 직접적으로 공공부조와 사회복지서비스의 관계를 다룬 연구로는 공공부조와 사회복지서비스 전달체계를 분석한 연구와 공공부조와 저소득층을 대상으로 하는 부가급여 성격의 사회복지서비스 관계를 분석한 연구가 있다. 박경숙 등(1992년)은 ‘사회복지사무소 모형개발’에서 공공부조와 사회복지서비스가 동일 전달체계를 활용하고 있음을 기초로 양 제도의 변화와 그 경향, 그리고 전달체계의 개발을 제안하였다. 이 과정에서 영국의 공공부조와 사회복지서비스의 변천을 빈곤과 보호의 분화수준으로 구분하여 분석하고 있으며 공공부조와 사회복지서비스의 역사적 관계변화를 정리하고 이로써 양자의 관계를 이해할 수 있는 실마리를 제공하고 있다. 정원오 외(2001)의 ‘공공부조제도 체계화 방안’에서는 공공부조와 공공부조 성격의 사회복지서비스인 노령연금, 장애인

수당 등의 지급현황과 본질적인 성격, 그리고 이러한 분석에 기초한 급여의 재편을 제안한 바 있다. 이 밖에 공공부조제도, 특히 미국이나 영국의 공공부조가 근로를 강조하면서 나타난 사회복지서비스와의 관계변화 등에 관련된 연구들이 있으며 이 연구들은 구체적인 일선의 서비스간 관계를 이해하는데 기여하고 있다.

공공부조와 사회복지서비스도 사회보장의 주요 구성부문이고 또한 이 양 제도들은 역사적으로, 그리고 현재 제도 시행 상에서도 긴밀한 관계에 있음에도 불구하고 그 관계를 정립하고 합리적으로 체계화하는 방안에 대한 고민은 미흡하였다. 사회복지서비스의 대상은 대부분 취약한 인구집단을 표적으로 하며 이들은 빈곤의 빠질 가능성이 높다. 장애와 노령은 근로소득 획득에서 어려움을 초래하여 빈곤의 주요한 원인이 되며, 한 부모 등 아동이 있는 생활단위의 경우 아동양육으로 소득활동에 참여하기 어려워지거나 아동으로 인한 추가적인 지출의 증가로 빈곤하게 될 가능성이 높아진다. 이러한 배경에서 공공부조의 발전 초기에는 그 대상이 사회복지서비스의 대상과 상당히 일치하고 있었으며 공공부조가 시대의 변화에 따라 좀 더 넓은 일반 대상으로 확대하면서 그리고 사회복지서비스가 빈곤이라는 소득을 기준으로 그 대상을 한정하지 않으면서 양 제도의 대상에서 상이한 발전을 하게 되었다. 즉 역사적으로, 특히 공공부조와 사회복지서비스는 대상인구집단에서 상당한 유관성을 갖고 있었으며 이러한 대상에서의 변화는 양 제도의 발전방향과 수준을 시사하는 자료가 되기도 한다. 일반적인 양 제도의 발전경향을 보면 사회복지서비스의 경우 공공부조에서부터 이탈하여 상이한 대상과 방식을 보이게 되었음에도 불구하고 일부 사회에서는 사회복지서비스가 빈곤계층과 저소득계층으로 한정하여 제공됨으로써 사회복지서비스 발전에 장애를 겪고 있다. 사회복지서비스는 최근 저소득층에 대한 지원에서 전 사회구성원의 욕구에 대응하는 방향으로 변화하고 있으나 일부 사회에서는 저소득층에 대한 서비스 제공에 한정하여 차상위계층 및 중산층 구성원의 서비스 욕구가 충족되지 못하고 있다. 이는 사회구성원의 사회적 위협으로 인한 비복지, 복지욕구에 대한 방치라 비판받을 수 있다.

한편 공공부조는 빈곤층의 소득보장을 위한 최후의 안전망으로 기능하지만

빈곤층의 빈곤문제에 대응하는데 있어, 특히 자활 등 탈빈곤을 논함에 있어서는 사회복지서비스와의 제도적 연결, 지원이 있어야 한다. 사회복지서비스 대상 집단인 노인, 장애인, 아동 등은 공공부조를 통하여 기초적인 소득보장을 이루었다 하여도, 관련 서비스의 제공에 대한 접근성 결함 등은 이들의 욕구를 충분하게 충족되지 못한 상태로 남게 만든다. 또한 이러한 서비스에 대한 접근성 결함은 빈곤문제를 해소하는데 부정적인 영향을 주게 된다. 사회복지서비스는 빈곤화에 대하여 일부 예방적인 기여를 할 수도 있으며 탈빈곤을 위한 사회적 참여에도 관련된다.

공공부조와 사회복지서비스는 목적, 선정기준, 제공방식 등 상이한 원리에 기초하고 있으며 이에 따라 사회에서 양 제도에 요구하는 기능이 다르다. 그러면서도 양 제도는 각기 기능을 수행하면서 다른 제도로부터 영향을 받고 다른 제도에 영향을 주게 된다. 한 제도의 성격이 어떠한가에 따라 다른 한 제도의 성격이 규정된다. 따라서 공공부조와 사회복지서비스의 합리적 체계화에 대한 논의가 이루어져 양 제도의 이상적인 발전과 국민의 복지에서 양 제도의 순기능적인 관계형성이 도모되어야 한다.

우리나라의 대표적인 공공부조제도는 국민기초생활보장제도이다. 2000년 10월부터 국민기초생활보장제도가 수행되기 시작하였으며 국민기초생활보장제도는 과거의 생활보호제도와는 큰 내용적 차이를 갖고 있다. 그러나 이러한 공공부조의 변화에도 불구하고 공공부조와 밀접한 관련성이 있는 사회복지서비스와의 관계 분석, 합리적 체계화에 대한 논의는 이루어진 바 없다.

과거의 주된 공공부조제도였던 생활보호제도와 달리 국민기초생활보장제도가 사회복지서비스와 관계에서 좀 더 긴밀한 고려가 필요하게 된 변화는 몇 가지로 정리하여 볼 수 있다. 과거의 공공부조제도였던 생활보호는 대상의 선정에서 연령, 장애유무 등 인구학적 기준을 활용하고 있었으며 인구학적 기준과 빈곤이라는 소득기준을 동시에 만족시켜야 했다. 이러한 상황에서는 다른 인구집단과 달리 노인, 아동, 장애인을 대상으로 별도의 조치를 취하고 있는 것으로 해석되어 이들의 특정 욕구에 주목할 사회적 요구가 묻혀 있을 수 있었다.

국민기초생활보장제도는 근로능력자도 대상에 포함하고 있으며 이들에 대한

실질적인 자활 지원을 강조하고 있다. 자활에 대한 강조가 국민기초생활보장제도의 주요 변화였음에도 불구하고 자활을 현실화하기에 필요한 사회복지서비스의 지원에 대한 논의 및 제도적 변화는 거의 찾아보기 어렵다. 이는 우리나라에서 공공부조와 사회복지서비스의 관계 또는 체계에 대한 고민이 아직 저급한 상태에 있음을 보여주는 단적인 사례이다.

또한 국민기초생활보장제도 내 급여 및 서비스와 대부분의 공공 사회복지서비스는 사회복지전담공무원이 담당하고 있다. 동일 전달체계를 활용하면서도 이러한 체계의 타당성 또는 효과성에 대한 검토와 이상적인 변화에 대한 논의는 거의 없었다.

이 밖에도 우리나라에서 국민기초생활보장제도와 사회복지서비스의 관계 및 체계를 논할 필요성은 그밖에 여러 가지 사실에서 찾아볼 수 있다. 국민기초생활보장제도 수급자와 사회복지서비스의 대상은 상당 부분 중첩되고 있으며 특히 우리나라의 사회복지서비스의 대부분은 저소득층을 대상으로 하고 있으므로 이러한 경향은 더욱 강하다. 사회복지서비스의 발전을 고려할 때 이렇게 일정 소득계층으로 공공의 서비스 제공이 제한되는 현 상황을 반성적으로 고찰하고 새로운 방향을 모색하는 노력이 필요하다.

국민기초생활보장제도와 사회복지서비스가 모두 저소득층을 대상으로 하고 있다고 할 때, 대상자 선정 기준은 일정 부분 동일 기반을 갖고 있어야 하나 공공부조 수급자 선정 기준인 최저생계비의 고려가 다른 서비스에서 체계적으로, 그리고 충분한 논의에 근거하여 채택되고 있지 못하다. 국민기초생활보장제도의 기준인 최저생계비에 포함된 내용 중 일부는 다른 서비스 부분에서 무료로 제공되고 있어 급여의 내용과 수준에 있어서도 중복되는 측면도 있다. 또한 특정 급여 및 서비스의 경우에는 전체적인 공공부조 성격의 제도에서 누락되는 측면이 있는지 확인이 필요한 실정이다. 이런 저런 요소들이 공공부조와 사회복지서비스의 체계화가 미흡한 우리나라 현 구조에서 유발된 것으로 이해된다. 이러한 배경에서 공공부조와 사회복지서비스의 원리를 검토하고 바람직한 양제도의 체계를 모색하여 향후 제도 발전 방향을 구체화하는 것이 필요하다.

2. 연구문제

본 연구는 우리나라 공공부조와 사회복지서비스의 관계, 양자간 체계를 밝히고자 한다. 본 연구의 규명하고자 하는 연구문제를 다음의 몇 가지로 정리할 수 있다.

연구문제 1: 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스의 관계는 어떠한 특성을 갖는가? 그 특성을 발현시킨 근원은 무엇인가?

연구문제 2: 사회복지서비스가 공공부조의 대상인 빈곤층의 욕구를 종합적으로 충족하기 위하여 적절하게 연계되고 있는가?

연구문제 3: 향후 공공부조와 사회복지서비스 체계는 어떠한 방향으로 재편되어야하는가?

본 연구의 첫 번째 문제는 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스의 관계는 어떠한 특성을 갖는가? 그 특성을 발현시킨 근원은 무엇인가? 이다. 이 문제는 일종의 거시적 구성을 조망함으로써 해답을 얻을 수 있을 것이다. 앞서 언급하였듯이 우리나라 복지의 구성에서 사회복지서비스에 대한 논의는 매우 미흡하였다. 특정 사회의 사회복지가 어떠한 성격을 갖는지, 또는 향후 지향하는 방향은 무엇이어야 하는지에 대한 답을 찾는 것은 그 사회의 사회복지 체계를 살펴봄으로써 답을 얻을 수 있다. 기존의 우리나라 복지의 성격을 밝히는 데 있어 도외시되어왔던 사회복지서비스를 포함하여 그와 제도 특성상, 그리고 실제 제도 실시 과정상 관련이 깊은 공공부조와의 관계를 규명하는 것은 우리나라 사회복지의 성격을 밝히고, 그리고 공공부조와 사회복지서비스, 전체 사회복지의 발전을 도모하는데 중요한 기초자료를 제공하게 될 것이다.

그간 우리나라 사회복지서비스는 저소득계층을 대상으로 고정되어 있었다. 이런 이유로 사회복지서비스는 공공부조에 대한 부가급여 또는 보충적 급여를 제공하는 기능을 수행한다고 그 왜곡에 대한 비판이 없지 않았다. 본 연구는

공공부조와 사회복지서비스의 관계에 대해 밝히고 그 특성을 발현시킨 원인을 찾고자한다. 사회보험은 하향식발전을 보여왔던 반면 서비스는 정제되어 공공부조에 묶여있는 형상이라면 왜 이런 체계구성이 이루어졌는가에 대한 원인분석을 시도함으로써 한계의 극복을 위한 가장 기초적인 단서를 찾아보고자 한다. 본 연구는 체계분석과 이를 통한 방향모색, 그리고 재편전략을 마련하는데 초점을 두고 있다.

그리고 끝으로 사회복지서비스가 공공부조의 보조적인 역할을 수행하는데 멈추어있다면, 과연 서비스가 공공부조 수급자를 비롯한 저소득계층의 욕구를 종합적으로 충족시켜 줄 수 있도록 제공되고 있는가에 대하여 규명하고자 한다. 공공부조가 빈곤층의 경제적 욕구를 충족하는 것을 목적으로 한다는 일반적인 인식을 수용하고 사회복지서비스가 비경제적 욕구를 겨냥하는 것이라는 점을 수용할 때, 사회복지서비스가 빈곤층의 욕구를 충족하는데 적절한 것이었는가 하는 점도 공공부조와 사회복지서비스의 관계 및 체계를 밝히는데 필요한 부분이다. 이는 보다 미시적인 접근을 요구하는 문제이다. 사회복지서비스가 공공부조와 적절하게 수급자를 중심으로 연결되고 있는가에 대한 답을 찾는 것이다. 공공부조와 서비스의 전달체계상의 관계를 분석하고 양자의 연계 실태를 살펴볼 것이다.

공공부조와 사회복지서비스의 체계화에 대한 논의를 통하여 본 연구는 공공부조와 사회복지서비스 각각의 이상적인 발전방향을 탐색하고 그 실현방안을 구체화할 수 있을 것으로 본다. 한편 공공부조와 사회복지서비스의 유기적인 연결을 논함으로써 양 제도의 효과성과 효율성을 제고하는 제도화 방안을 도출하고 이로써 수급자의 욕구충족의 수준을 높이는 계기를 찾을 수 있을 것이다.

제 2 절 연구의 내용

본 연구의 내용을 간략하게 정리하면 다음과 같다. 우선 공공부조와 사회복지서비스의 관계 규명을 위한 사전 작업으로 공공부조와 사회복지서비스의 원

리에 대하여 검토하였다. 공공부조와 사회복지서비스의 제 개념정의를 살피고 본 연구에서 사용하는 공공부조와 사회복지서비스라는 개념에 대하여 재정의의 시도하였으며 공공부조와 사회복지서비스의 동질성과 이질성을 정리하였다. 공공부조와 사회복지서비스의 관계분석을 위하여 공공부조 성격 분석 및 사회복지서비스 성격분석, 그리고 사회복지체계분석을 시도한 기존 연구들을 검토하여 외국의 공공부조와 사회복지서비스의 체계를 비교하기 위한, 그리고 우리나라 공공부조와 사회복지서비스를 이해하기 위한 분석의 차원을 정리하였다. 한편 공공부조와 사회복지서비스의 일반적 변천을 살펴봄으로써 관계의 역사적 변천을 정리하고 우리나라에서 양 제도의 관계가 갖는 사적인 의미와 향후의 방향을 전망하는 토대로 활용하였다.

우리나라 공공부조제도와 사회복지서비스의 체계를 밝히기 위하여 대표적인 공공부조제도인 국민기초생활보장제도와 사회복지서비스의 내용 및 체계를 정리하였다. 국민기초생활보장제도의 목적과 대상자 선정, 급여내용, 급여수준, 전달체계 등을 사회복지서비스와의 관련성을 유지하며 분석하였고, 사회복지서비스에 목적과 대상의 특성, 주체, 예산, 그리고 공공부조적 성격의 사회복지서비스의 실태에 대하여 분석하였다. 사회복지서비스의 대상인 개별 인구집단별로 사회복지서비스의 특성과 공공부조와의 관계를 밝혀 구체적인 이해를 도모하였다. 양방적인 분석을 통하여 국민기초생활보장제도와 사회복지서비스간 체계상 한계를 분명하게 하고 제도의 의의와 이념의 부적절한 현실화, 기존 체계의 효과성, 그리고 효율성 상의 문제를 밝혔다.

공공부조와 사회복지서비스의 체계 일반에 대한 이해를 위하여, 그리고 우리나라의 특성을 보다 명확하게 하기 위하여 외국의 공공부조와 사회복지서비스 내용 및 체계에 대한 분석을 시도하였다. 분석대상 국가는 미국, 영국, 독일, 그리고 스웨덴으로 이는 일반적인 복지국가 유형별 대표국가를 선정한 것이다. 이 국가들은 각기 다른 성격의 복지국가로서 공공부조와 사회복지서비스의 관계에서도 대조되는 전형을 보여주고 있다. 앞서 도출된 분석의 차원에서 이 국가의 공공부조제도와 사회복지서비스를 분석하고 그 관계의 특성을 추렸으며, 한국적 시사점을 정리하였다.

결론적으로 우리나라의 상황과 외국의 경험, 그리고 공공부조와 사회복지서비스의 이상적인 원리와 지향에 비추어 공공부조제도와 사회복지서비스간의 합리적 체계화 방안을 모색하였다.

제 3 절 연구의 방법

본 연구에서 가장 주된 연구방법으로 활용된 것은 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 우리나라와 비교분석한 것이다. 특정 국가의 복지가 갖는 성격을 보다 명확하게 하기 위해서는 다른 국가의 사례를 이해하는 것이 필요하다. 본 연구는 우리나라 공공부조와 사회복지서비스의 체계상 특성을 밝히고 향후의 발전방향을 모색하기 위하여 외국 4개국을 중심으로 사례를 비교분석하고 있다.

사회현상에 대한 비교분석의 전략은 크게 보아 두 가지로 구분된다(Ragin, 1994, 홍경준, 2002:179~180에서 재인용). 사례중심전략(case-oriented strategy)과 변수중심전략(variable-oriented strategy)이 그 것이다. 사례중심전략은 비교, 혹은 대조가 가능한 독립적인 실체들이 존재한다고 가정한다. 일련의 사건과 구조들의 복합적인 전체로서 파악되는 사례는 설명해야 할 문제와 하나 혹은 그 이상의 가설과의 연관성 하에서 일치법(method of agreement), 혹은 차이법(method of difference)을 통해 추출된다. 반면 변수중심전략은 비교 가능한 독립적 실체의 존재를 가정하지 않는다. 대신 관찰 가능한 경험적 사실들은 숨겨져 있는 이론적 개념이나 원칙의 일부분이 뒤범벅되어 표현된 것이라고 가정한다. 경험적 사실들은 숨겨져 있는 속성을 표현하는 정도에 있어 변이를 가지며 연구자의 과제는 그 속성들이 지닌 공변성의 기본적 패턴을 찾아내는 것이다. 본 연구는 우리나라를 포함하여 5개국에 대한 비교분석을 시도하고 있다. 이는 사례중심 전략이라 볼 수 있다. 위의 Ragin의 분류에 따르면 본 연구는 사례분석을 통하여 개별 국가들의 상이점과 일치점을 밝히게 된다. 그러나 사례들에서 나타나는 상이점과 일치점의 규명은 그 자체로서 의미를 가지기보다는 상이점과 일치점의 원인을 밝히는 것으로 이어지며 이러한 과정에서 어떠한 사회에서도 의미

를 가질 여지가 있는 일반적인 경향을 찾게 될 때 의미를 갖게 된다.

어떠한 사회도 특이성만으로, 그리고 일반성만으로 성격을 단언할 수 없다. 모든 사회는 그 사회에 대한 이해를 독특한 특성과 일반적인 원리에서 이야기할 수밖에 없다. 동일한 조건에서도 국가들은 다른 정책적 선택을 하기도 하며 또한 정책적 선택을 이해하는 데에는 기본적인 인과성을 갖는 몇 가지의 요인들이 함께 작용한 것으로 해석이 가능하여 지기도 한다. 본 연구는 사례 분석으로 공공부조와 사회복지서비스 체계의 원리를 찾고, 다른 국가들과의 비교를 통하여 공공부조와 사회복지서비스 관계의 발전적인 성격변화를 모색하고 있다.

외국의 체계에 대한 정보는 문헌연구를 통하여 수집하였으며 비교를 위한 자료로 각 국가의 제도사, 제도의 내용 등에 대한 다양한 질적 정보를 수집하였고 질적인 분석의 지지 근거로 양적인 자료도 함께 활용하였다. 외국과 우리나라 공공부조와 사회복지 서비스의 성격과 관계에 대한 이해를 뒷받침할 수 있는 자료로 OECD의 SOCX(The OECD Database on Social Expenditure) 자료를 이용하여 외국과 우리나라 공공부조 및 사회복지서비스 관련 지출의 규모와 비중 등을 분석하였다.

외국의 경험에 대하여 비교분석하기 전에 우선 관련 문헌을 통하여 공공부조와 사회복지서비스의 개념, 역사 및 성격 등에 대하여 검토하고 공공부조와 사회복지서비스의 상이점과 기타의 원리에 기초하여 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 이해하는 분석의 차원을 도출하였다. 분석차원의 주요 내용은 공공부조 및 사회복지 서비스의 기능과 역할을 대상, 급여내용 및 수준, 예산 및 전달체계 상의 주체, 그리고 전달방식 등으로 구성되었다.

제 2 장 공공부조와 사회복지서비스의 원리

제 1 절 용어의 정의: 공공부조와 사회복지서비스

본 연구의 중심 개념인 공공부조와 사회복지서비스의 정의는 단순한 개념에 대한 이해뿐 아니라 본 연구의 연구범위를 설정하는 것과 관계된다. 공공부조와 사회복지서비스를 정의하는 것은 쉽지 않은 작업이다. 공공부조와 사회복지서비스는 사회마다, 그리고 시대마다 매우 상이하게 받아들여질 수 있다. 이 개념들은 선형적으로 정의되기보다는 사회에 현존하는 또는 실존하였던 제도들에 대한 분류 및 이해의 도구였기 때문에 매우 다양하게 정의될 개연성이 있다.

공공부조와 사회복지서비스에 대한 정의는 다양한 연구자에 의해 시도되었으나 이러한 연구자들의 정의를 통하여 단일한 정의를 도출하는 것은 매우 어렵다. 앞서 지적하였듯이 공공부조와 사회복지서비스는 역사성과 사회성을 담고 있는 개념이다. 따라서 본 연구에서는 공공부조와 사회복지서비스의 정의를 기존 연구자들의 정의를 참고로 하되, 우리나라의 제도적 범주구분을 기초로 정의하고자 한다. 이는 본 연구가 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스 체계화를 목적으로 하고 있으므로 우리나라의 제도 형태를 전제하고 이를 문제인식의 출발로 삼고자 하는 것이다.

1. 공공부조의 정의

공공부조¹⁾에 대한 정의는 국가 또는 학자나 기관에 따라 상이하게 정의되

1) 유럽 선진 복지국가를 중심으로 이차 세계대전 이후 공공부조라는 개념 대신 사회복지라는 개념이 사용되고 있다. 사회복지라는 용어는 종래의 자선적 느낌이 강한 공공부조라는 용어를 보다 근대적인 사회적 연대와 권리에 의거한 개념으로 발전시킨 것으로 해석되기도 한다(이성기, 1996:2). 한편 공공부조는 국가, 정부의 역할을 강조하는 개념인 반면, 사회복지조는 다른 주체들의 역할을 인정하는 경향이 있다. 우리나라도 국민기초생활보장제도의 시작으로 자활 등

고 있다. 대체로 공공부조제도의 정의는 성격이나 기능 등에서 무엇을 강조하느냐에 따라 다양해진다. 그럼에도 불구하고 다양한 정의들을 검토하여 보면 공공부조의 핵심 내용들을 확인할 수 있다.

Beveridge나 DiNitto & Dye, 그리고 OECD와 UN과 같은 국외의 공공부조에 대한 정의들에서 나타난 공공부조의 특징은 도움을 받아 마땅한 상태의 사람을 자산조사로 선정한다는 점, 비용을 국가가 부담한다는 점, 최저생활수준이 기준이 된다는 점이다.

우리나라에서는 공적부조라는 용어가 사용되다가 1995년 12월에 통과된 사회보장기본법에 공공부조라는 용어로 전환되었다. 이러한 이유로 공적부조와 공공부조라는 개념이 혼용되어 사용되고 있지만 공공부조의 의미가 무엇인가에 대한 국내 연구자들의 접근에서도 역시 공통적인 부분이 있다. 김기원(2000)의 정의처럼 우리나라 국민기초생활보장제도의 내용을 구체적으로 모아 정의를 시도한 경우도 있지만 대체로 공공부조의 특성을 기초생활을 보장하는 것, 국가책임, 스스로 생활을 영위하기 어려운 자를 대상하는 하는 점 등으로 보고 있다.

우리나라 사회보장기본법의 공공부조에 대한 정의는 국내 학자들의 공공부조에 대한 정의가 담고 있는 공통부분들이 잘 담겨져 있다. 사회보장기본법에 따르면 “공공부조란 사회보장제도의 하나로서 모든 국민이 인간다운 생활을 영위하도록 하기 위해 국가 및 지방자치단체의 책임 하에 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도”이다. 공공부조에 대한 여러 정의들을 종합해보면 공공부조는 저소득층 또는 빈곤층을 대상으로 하며, 자산조사에 기초하여 대상이 선정되고 이들에게 무기여의 원칙에 따라 급여가 지급되고, 정부의 책임 하에 일정수준(최소한의 인간적 생활)의 생활보장을 목적으로 하는 사회보장제도로 정의될 수 있다. 또한 공공부조제도의 급여는 현금급여, 즉 경제적 원조로 규정되는 경우가 많으나 실제 공공부조프로그램을 규정하는데 있어서는 현금급여 외에 의료급여와 같은 현물급여도 공공부조로 분류되고 있다.

의 사업에서 국가 또는 정부 외에 다른 주체의 참여가 더욱 넓어지고 있어, 이러한 배경의 변화와 개념변화의 취지를 고려할 때, 사회복지로 명칭 변경의 필요성도 논의가 가능하다.

· 국외 공공부조 정의	
Beveridge	사회보험에 의하여 포괄되지 않는 여러 가지 일들을 충족시키기 위한 것으로 부조가 필요하다는 증명과 자산조사를 조건으로 지급됨. 소득능력의 회복을 앞당기기 위한 조치를 취한다는 원리에서 지급되고 그 비용은 직접 국가가 부담함.
DiNitto & Dye(1987)	가난한 사람, 노인, 시각장애인, 다른 장애를 가진 사람같이 도움을 받아 마땅한 가난한 사람들(the deserving poor)과 아동을 양육하는 편모 또는 편부가정들이 각자의 현재 상황이 개선될 것 같지 않고, 그리고 다른 원조수단을 이용할 수 없을 때 이들에게 도움을 주기 위해 제공되는 공공 프로그램
Eardley et. al.(1996)	욕구를 가진 이들에게 자원(resources)에 대한 조사(test)를 하고 기초수준을 보증하기 위하여 제공하는 급여와 서비스
UN	(사회부조)란 일정한 최저기준선으로 볼 때 보호를 요함과 동시에 개인의 자력이 부족한 경우에 각출을 하지 않고 공비에서 지급하는 제도. 급여의 산정기준은 최저생활수준에 있으며, 자격심사를 위하여 자산조사가 실시됨.
· 국내 공공부조 정의	
장인협 (1992)	국가 책임하에 도움을 요하는 사람들에게 무기여급여(noncontributory benefit)를 제공하는 제도
신수식 (1992)	국민의 권리로서 최저생활을 보장받는 제도. 공적책임, 특히 국가의 직접책임 하에서 공비부담으로 생활곤궁자에 대하여 행하는 경제적 부조제도임.
장동일 (1995)	빈곤한 생활상태에 있으며 자신의 능력으로 독립적인 생활이 불가능한 요보호상태에 있는 자의 신청 또는 청구에 근거하여, 국가가 정한 자립생활을 하기에 부족한 생활수요에 대하여, 국가나 지방자치단체가 전액공비부담에 의해 실시하는 보충적 급부이며, 사후적으로 대응하는 내셔널 미니멈을 달성하기 위한 최종적인 공적구제제도
최일섭·이인제 (1996)	사회보험과 함께 국민의 건강하고 문화적인 최저생활에 대한 보장을 목적으로 하며, 더욱이 생활능력을 상실한 자들과 일정한 생활수준에 미달한 자들에 대하여 국가가 그들의 최저생활과 자립촉진을 목적으로 하여 수립한 가장 직접적이며, 최종적인 경제적 보호제도
이성기 (1996)	비기여 자산조사 방식의 사회보장, 즉 국가의 공적인 책임으로 도움을 필요로 하는 국민들에게 기여를 하지 않고 자산조사를 통하여 급여를 제공하는 사회보장
김기원 (2000)	국가가 규정한 일정한 수준 이하에서 경제적으로 빈곤한 생활을 하고 있으며, 자신의 능력으로 독립적인 생활이 불가능하거나, 부양의무자의 도움을 받을 수 없어 보호를 필요로 하는 상태에 있는 자를, 신청에 근거하여 또는 직권으로 자산조사와 상태조사를 실시한 후, 수급권자로 판명되면 이들에 대해 건강하고 문화적인 최저한도의 기초생활을 유지할 수 있도록 현금급여, 현물급여 또는 증서를 제공해주고, 자활능력이 있는 자에 대해서는 이들의 자립자활을 촉진하기 위한 필요한 조치를 취하거나 근로를 조건으로 원조를 제공(workfare)하는 근로연계를 실시하며, 수혜자의 비용부담 없이 국가나 지방자치단체가 일반조세수입을 기초로 한 공적인 재원을 활용하여 필요한 비용을 충당하는 무기여·보충적 원조이며, 자본주의 사회의 공적인 최후의 안전망(the last public safety net)

2. 사회복지서비스의 정의

사회복지서비스의 경우는 공공부조에 비하여 명확한 개념정의가 더욱 어렵다. 백종만은 사회복지서비스에 대한 정의가 쉽지 않은 이유에 대하여 다음과 같이 지적한 바 있다. “사회복지서비스는 비물질적이고 사회심리적인 사회서비스로 그 영역이 느슨하고 넓으며 또 변화되고 있고 일정한 경계를 가지고 있지 않아서 국가마다 상당한 차이가 있는 매우 정의하기 어려운 개념이다”(백종만, 1994: 9). 사회복지서비스는 공공부조에 비하여 사회나 시대에 따라 그 목적으로 하는 바와 구성 등이 상이하다. 이러한 이유로 사회복지서비스의 정의는 공공부조에 비하여 일반성을 찾기가 어렵다.

· 국외 사회복지서비스 정의	
Kahn (1973)	기술혁신이 현대 생활의 물질적 필요에 대한 반응인 것과 같이 사회복지서비스는 현대인의 상호관계 및 역할에 대한 욕구를 충족시키려는 사회적 고안(social inventions)으로서, 가족생활을 보호하거나 회복하게 하고, 개인이 그의 외적·내적 문제를 대처하도록 도우며, 개인의 성장발달을 돕고, 정보제공과 안내, 옹호, 구체적 도움을 통하여 사회자원에 접근을 촉진시키는 기능을 하는 것임.
Kahn & Kamerman (1976)	사회서비스는 개인과 단체의 복지증진을 위한 공동 서비스라고 할 수 있는데, 아동보호, 가사서비스, 상담, 아동보호서비스, 수송, 정보 및 조화 등의 공공서비스가 이에 해당됨.
Kahn & Kamerman (1980)	개별적이고 비물질적인 사회심리적인 서비스. 사회복지서비스를 대인사회서비스로 보고 구체적인 범주로 아동복지, 가족서비스와 상담, 노인을 위한 지역사회서비스, 노인을 위한 보호서비스, 가사보조 및 가사원조서비스, 지역사회센터, 주간보호, 아동노인, 장애인 정상가족을 위한 캠프, 정보제공 및 의뢰서비스, 집단급식과 차량식사제공, 장애인 또는 불이익집단의 자조 및 상호원조활동, 성인상담프로그램, 청소년을 위한 시설보호, 성인과 아동을 위한 특별한 시설보호 등을 예시.
Seebohm. Report (1968)	영국에서 대인사회복지서비스라는 용어는 정확한 개념의 규정 없이 사용되기 시작되었으며, ① 아동서비스, ② 교육서비스, ③ 주택서비스, ④ 복지서비스, ⑤ 지방자치단체 보건서비스, ⑥ 국민보건서비스, ⑦ 보호관찰 및 사후보호서비스, ⑧ 보충급서비스, ⑨ 사회보장부의 전쟁연금 수급자 복지서비스, ⑩ 노동국 관련 서비스 등 지방자치단체 사회서비스국의 소관업무를 포괄적으로 나타내는 용어로서 정착되어 왔음

외국의 다양한 사회복지서비스에 대한 개념정의에서 추릴 수 있는 공통적인 지적은 사회복지서비스가 사회심리적인 욕구에 반응하는 것이라는 점, 다양하게 구성되지만 공공성을 갖는다는 점이다.

· 국내 사회복지서비스 정의	
장인협 (1990)	사회복지서비스는 변화될 필요가 있는 어떤 상실의 고통 속에 있거나 개인적 기능과 적응상의 문제가 있는 가족과 개인에게 원조를 제공하는 등 사후적 성격에 초점을 둔.
이창호 (1991)	사회복지기관에서 제공되는 서비스를 통칭함.
남세진· 조흥식 (1996):	사회복지서비스는.... 전문적인 지식과 방법을 활용하여 이들의 제반 문제를 해결하여 정상적인 사회인으로 복귀시키기 위하여 그 필요성이 제기됨.
김정우 (1997)	노인인구를 위한 현행 사회복지서비스 및 프로그램은 크게 소득보장서비스, 보건의료서비스, 주거보장서비스, 재가복지서비스, 그리고 여가활동 및 자원봉사서비스 등으로 나누어볼 수 있다고 하여 사회복지서비스를 분야별 다양한 보호형태를 포함하는 개념으로 사용함.
박경일 (2000)	사회복지기관에서 제공되는 서비스를 통칭함.

사회복지서비스에 대한 국내의 정의는 더욱 넓은 스펙트럼에 퍼져있다. 김정우(1997)와 같이 대상 인구만을 중심으로 거의 모든 사회보장방식을 서비스로 보기도 하며, 이창호(1991)와 박경일(2000) 같이 사회복지기관에서 제공하는 서비스로 협의의 정의를 시도하기도 한다. 그러나 대체로 비물질적인 사회적 관계상의 욕구에 초점을 둔다는 점과 사회적 적응을 목적으로 한다는 점 등은 사회복지서비스의 특성으로 간주되는 경향이 있다.

우리나라 사회보장기본법 제2조4항에 “사회복지서비스는 국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 상담·재활·직업소개 및 지도·사회복지시설 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 지원하는 제도”라고 사회복지서비스에 대한 법적 정의가 되어 있다. 이러한 사회보장법 상의 사회복지서비스는 종래의 사회보장체계에서 일반적으로 사회사업으로

불리던 것들이 사회복지서비스로 변경된 것이다.

사회복지서비스에는 아동복지서비스, 노인복지서비스, 장애인복지서비스, 여성복지서비스, 모부자가정복지서비스 등이 있으며, 각 사업법에 근거하여 다양한 범주별 사회복지서비스의 형태로 존재하고 있다. 우리나라의 법적 정의와 기타 연구자들의 정의를 고려하여 볼 때, 사회복지서비스는 국가, 지방자치단체, 민간이 사회구성원의 정상적인 사회생활이 가능하도록 제공하는 개별적, 그리고 전문적인 지원으로 정의할 수 있다.

제 2 절 공공부조와 사회복지서비스의 변천

본 절에서는 공공부조와 사회복지서비스의 일반적인 변천을 간략하게 살펴보고자 한다. 변천을 개괄하는 것은 공공부조와 사회복지서비스의 성격과 관계를 이해하는 데 있어 피상적인 것이기는 하나 기초단서를 제공하는 작업이 된다. 국가마다 공공부조와 사회복지서비스의 변천에서 다소 다른 과정을 밟아왔고 다른 단계에 있지만 변화의 경향에서는 일반화가 가능한 부분들이 있다고 판단된다. 사회복지의 역사가 길고, 사회복지가 발달한 국가들의 변천을 중심으로 그 경향을 살피고 있지만 그렇지 않은 국가에도 이러한 변천이 주는 나름의 시사점이 있다.

대부분의 사회에서 사회복지 발전 초기에는 공공부조와 사회복지서비스가 분리되지 않았다. 사회적인 취약계층에 대한 경제적 보호가 공공부조였으며 사회복지서비스는 공공부조와 분화되지 못하였다. 전통적으로 노인이나 아동, 장애인 집단은 인종이나 성별 집단에 비하여 보호를 받을 더 많은 자격이 있다고 여겨졌다. 이러한 의식은 사회복지역사 초기, 이들 집단에 대한 경제적 지원에 대한 사회적 합의도출을 용이하게 하였으며 따라서 일정한 소득이하 특정 범주의 사회구성원을 대상으로 사회복지급여를 하는 범주적 공공부조제도가 초기의 출발 형태가 되었다.

이러한 배경에서 복지선진국에서 다소 뒤쳐진 영국이나 미국을 비롯한 외국

여러 나라에서는 비물질적이고 개별적인 서비스에 대한 연구와 관심이 다른 사회복지제도에 비해 소홀히 취급되어 왔다(Kahn & Kammerman, 1980: 1). 영국에서도 사회복지서비스에 대한 욕구가 공적부조인 구빈법 체계와 분리된 것은 국민부조법이 시행된 이후였다(이혜경, 1993:385~414). 즉 영국의 경우 구빈법 시대에는 물질적 급여와 기능적 보호서비스가 분화되지 않았으며 경제적 의존의 해결에 정책적 우선순위를 부여하던 금세기 전반기를 거쳐 1970년대에 이르러 비로소 기능적, 정서적 의존을 보편적인 욕구로 인정하고 이에 따른 급여와 전달체계를 갖추게 되었다(박경숙 외 1992:239).

미국의 경우는 아직도 범주적 공공부조제도를 취하는 경향이 강하게 잔존하고 있다. 노인, 장애인, 아동과 그 가족을 대상으로 최소한의 경제적 지원을 하는 범주적 공공부조는 목표효율성이 높다는 장점을 갖고 있으며 사회적으로 공공부조에 대한 수용이 용이한 반면 포괄적인 사회복지정책을 방해한다는 우려도 있다. 미국의 경우 집단별 복지정책이 상대적으로 발전하여 전체적인 사회복지 발전에 장애가 되었다는 지적도 있는데(김태성, 1989; 송근원, 김태성 1998:218에서 재인용), 이러한 지적은 범주적 공공부조 일반에 해당하는 것이다.

사회복지의 역사가 발전하면서 선진 복지국가에서는 사회복지서비스가 공공부조로부터 분리되어 공공부조와 다른 대상, 다른 목적을 갖게 되었다. 사회복지서비스의 범위, 수준, 접근방법은 각 나라의 발전정도와 국민소득에 따라, 그리고 그 사회의 사회·문화적, 정치적인 요인에 따라 다르다. 사회발전이 안된 나라는 공공부조로부터 사회복지서비스의 대상이 분리되었지만 여전히 저소득층을 주 대상으로 하게 되고, 서비스 내용도 저소득층에 대한 공공부조의 보완과 사후적 성격에 치중한다. 발전된 사회에서는 사회복지서비스가 보편적으로 이용되고, 보다 일반적으로 채택됨으로써 특별한 도움이나 보호의 욕구에 있는 사람들을 위한 서비스에 한정되지 않고 그 기능과 범위가 더 넓어지면서 공적인 재정원조와의 분리가 일어나고 빈곤하거나 문제가 있는 개인이나 가족만이 아니고 모든 시민에 대한 서비스 적용으로 일반화되는 경향을 갖고 있다(Kahn, 1969:21, 남세진·조홍식, 1996:340에서 재인용). 우리나라 1980년대 대부분의 사회복지서비스 관련법들이 입법된 것을 사회복지서비스가 공공부조체계와 분화

되어 독립된 지위를 갖게 된 계기로 해석하기도 한다(백종만, 1994:3).

공공부조로부터 사회복지서비스가 분리되면서 사회복지서비스는 독자적인 특성과 원리를 갖게 되었는데 최근의 사회복지서비스는 보다 보편적이고 전문적인 측면이 강조되고 있다. 국민의 생존권 요구에 대응하고 빈곤에 대처하는 공공부조와 빈곤의 원인으로 예상되는 사고에 대하여 사전 대응하는 사회보험은 보편적, 평균적, 균등적인 특성을 갖는데 비해, 사회복지서비스는 특수적, 구체적, 개별적으로 개인이나 각 문제에 대응하는 기능적 특징을 갖고 있다.

사회복지서비스는 사회가 산업화, 도시화, 정보화 사회로 진전됨에 따라 사회문제가 가속화됨으로써 특히 사회적으로 불우하고 열세한 위치에 있는 아동, 노인, 여성 및 장애인 등을 우선 대상으로 이들의 제반 문제를 해결하여 정상적인 사회인으로 복귀시키는 데 목적을 두고 있기 때문에 사회보험이나 공적부조의 재정적인 부조와는 달리 사회복지전문가에 의한 전문서비스만이 소기의 성과를 기대할 수 있다(남세진·조홍식, 1996:340). 사회복지서비스는 점차 사회적 연대를 강조하면서 보편적이며 사회참여적인 지향을 갖고 있다. 이러한 경향은 유럽의 사회적 배제라는 개념 등장과 연관성을 갖는 것으로 이해된다. 빈곤과 아동, 노인, 장애인 등 사회적 취약계층의 원인과 문제가 모두 사회적 배제라는 개념 속에 녹여져 있기 때문이다.

대략 공공부조와 사회복지서비스의 변천은 다음의 3단계 정도로 요약할 수 있다. 첫 번째, 미분화단계로 이 시기는 범주적 공공부조체계가 기본으로, 사회복지서비스가 분리·별도의 발전을 보이지 못한다. 두 번째, 공공부조중심단계로 범주적 공공부조를 탈피하여 일반적 공공부조 시행으로 공공부조가 변화하면서 사회복지서비스의 분화가 일어난다. 그러나 서비스가 저소득층, 요보호자로 제한되어 공공부조의 부족분을 보충하는 성격을 지니며, 단 일반 계층의 경우 일부 서비스에 대하여 본인부담으로 활용이 가능하나 전체적으로는 욕구 해결에 대하여 여전히 계층적 접근이 유지된다. 세 번째, 서비스중심단계로 일반적 공공부조를 시행하고 사회복지서비스가 분화되고 확충되어 사회복지서비스가 전 소득계층으로 확대되고 서비스의 내용도 예방 등의 기능적 발달을 보인다. 서비스 제공에서 욕구가 주 초점이 되고 그 재원은 우선의 주제가 되지 못

한다. 예를 들어 저소득층의 서비스제공을 공공부조가 지원하고 그 이상의 계층에 대해서는 서비스 비용을 사회보험이 부담하기도 한다. 세 번째 단계의 가장 큰 특징은 기초생활보장뿐 아니라 기타의 비경제적 욕구에 대해서도 사회적 책임을 인정하는 경향이 강하다는 점이다.

공공부조와 사회복지서비스의 변천을 볼 때, 최근에 양자는 독립적이지만 유기적인 관계를 갖고 있어야 하는 측면이 남아있다. 사회복지서비스는 일반적으로 국민의 생활상 특수한 개별적 요구의 직접적인 충족을 도모하는 것이라고 볼 때 그러한 요구의 가장 근본적인 것은 최저생활의 유지라고 볼 수 있기 때문에 공공부조는 사회복지서비스 제도화의 출발점이라 볼 수 있다. 또한 공공부조가 빈곤문제에 대하여 주로 소득의 보전, 경제적인 지원을 초점으로 하는 제도로 빈곤층의 다양한 기타의 문제해결이나 욕구충족에는 한계가 있으며 빈곤층의 기초생활보장이라는 목적을 달성하기 위해서는 비경제적 욕구에 대응하는 사회복지서비스의 지지가 필요하다.

제 3 절 공공부조와 사회복지서비스의 원리

공공부조와 사회복지서비스의 개념정의, 그리고 역사적 변천을 기초로, 그리고 다양한 공공부조와 사회복지서비스에 대한 분석을 검토하여 공공부조와 사회복지서비스의 원리를 정리하고자 한다. 원리에 대한 이해는 본 연구에서 국가마다 다양하게 표현된 공공부조와 사회복지서비스를 분석하는 데 기초가 될 것이며 현재 우리나라 양 제도의 체계가 갖는 왜곡이나 한계 등을 보다 명확하게 할 것으로 본다.

공공부조와 사회복지서비스는 전체 사회복지에서 일부를 구성하는 방식이다. 따라서 사회복지전체를 구성하는 부분들에 대한 대조를 통하여 그 원리를 보다 쉽게 이해할 수 있다. 사회복지의 주 범주가 되고 있는 사회보험, 공공부조, 데모그란트(demogrant), 사회복지복지서비스를 그 대표적인 특징을 중심으로 비교하면 다음 〈표 II-1〉과 같다. 표에서 제시된 각 범주의 특징은 종합적으

로 고려되어야 하는 것으로 개별 항목의 특성이 범주의 구분을 가능하게 할 수는 없다.

〈표 II-1〉 사회보장의 원리 비교

범주	사회보험	공공부조	데모그란트	복지서비스
기여여부	기여	비기여	비기여	비기여, 기여
자격기준	비자산조사	자산조사	비자산조사	자산조사 또는 비자산조사
	비인구학적	비인구학적	인구학적	인구학적
급여형태	현금, 현물	현금, 현물	현금	주로 현물(서비스)
시장원리	시장에서의 위치 반영	비반영	비반영	공급에서 일부 반영 가능
관리주체	중앙정부	중앙, 지방정부	대체로 중앙정부	중앙·지방정부, 민간

사회보험은 사회적 위험을 개인들의 책임부담의 공유를 통하여 희석하고, 안정화하는 기제이다. 따라서 사회보험은 개인들의 기여에 기초하여 시장에서 활동이 가능한 자, 활동하는 자들간의 상호 위험의 분산, 대비하는 보장기제이다. 이러한 원리로 인하여 사회보험은 시장에서 차지하는 대상자의 위치를 반영하는 속성이 강하다. 즉 비교적 시장에서 온전하게 움직이는 구성원을 위한 제도적 안정장치이다. 사회보험은 개인책임의 논리와 일정 정도 맥을 같이하고 따라서 시장의 논리가 상당부분 유지되는 사회에서 더욱 선호되는 사회보장방식이 되고 있다. 그리고 이러한 사회에서는 사회보험이 더욱 제한된 대상에게 한정하여 소득을 강하게 반영하는 방식으로 운영된다.

각출은 소득을 반영하여 고소득일수록 더 많은 율의 각출을 하고, 급여는 소득이 적을수록 좀 더 높은 율의 급여를 받을 수 있도록 설계함으로써 사회보험에는 소득재분배 기능이 있지만 불안정 취업자를 포함하는 취약계층은 대체로 사회보험의 대상에서 벗어나게 되는데, 우리나라의 경우에는 소득재분배의 기

능도 약하고 배제되는 취약계층의 폭도 커서 사회보험의 계층화 문제는 더욱 심각한 것으로 지적되고 있다.

데모그란트는 특정 인구집단을 대상으로 일차적인 안전망의 기능을 하는 것으로 비기여 현금급여이다. 사회복지서비스와 일정 정도 대상의 일치가 있으나 인구집단의 공통적인 욕구 인정과 균등한 급여방식에서 상이하다. 경제적 무능력이나 욕구에 대한 증명을 요구하지 않으며 기여도 전제로 하지 않아 개인책임에 대한 질문을 하지 않는 가장 강력한 국가책임의 표현이라고 할 수 있다. 따라서 데모그란트에는 시장에서의 위치를 반영하거나 기타 시장의 원리를 반영할 여지가 거의 없다. 데모그란트는 수당이라고도 분류되고 명명되지만 우리나라의 경우 수당이라는 이름의 프로그램들은 데모그란트가 아닌 공공부조의 성격을 더욱 크게 갖고 있어 수당이라는 명칭보다는 제도의 원리를 보다 분명하게 하는 데모그란트로 명하고 접근하는 것이 더욱 원리와 실재를 구분, 비교하는데 유용하다.

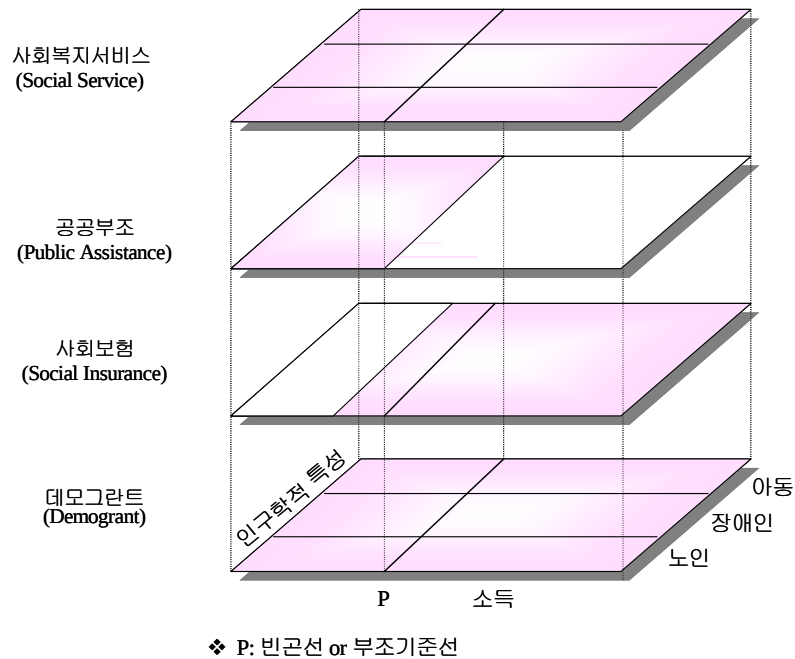
공공부조는 기여에 기초하지 않고 있으며 인구학적 기준을 사용하기도 하지만 자산조사를 거쳐 경제적 무능을 증명한 구성원에게 적용된다. 급여형태는 현금이나 현물, 서비스가 모두 가능하다. 공공부조는 시장에서 배제된, 또는 시장에서 생활유지를 위한 것을 얻기에 실패한 구성원을 대상으로 함으로 시장의 논리가 반영되는 정도가 매우 약하다. 급여수준에서 보면 공공부조는 최저생활을 보장하는 정도에 한정한다는 특징이 있다.

사회복지서비스는 인구학적 이유 등으로 충족하여야 할 욕구가 있는 구성원에게 제공되는 것으로 기여여부와 전달방식 등은 매우 다양하다. 최근 민간의 참여 강화, 공공의 사회복지서비스에서 효율성을 강화하면서 시장의 원리가 일부 반영되는 경향은 있으나 기본적으로 시장의 원리가 반영되는 정도는 아직 약하다. 사회복지서비스는 구성원의 욕구충족을 위한 서비스를 사회에서 제공하는 사회복지기제로 이해하는 것이 적절할 것이다.

원론적인 수준에서 사회보험과 공공부조, 그리고 사회복지서비스, 데모그란트가 사회보장에서 차지하는 위상을, 공공부조와 사회복지서비스에서 중요한 기준으로 활용되는 인구학적 특성과 소득기준을 축으로 하여 표현하면 [그림

Ⅱ-1] 과 같다.

[그림 Ⅱ-1] 사회복지체계의 개요



이상적으로 데모그란트는 소득과 무관하여 인구학적 기준으로 급여가 제공되며, 따라서 빈곤과 같은 사회적 위험으로부터 보호하는 일차적인 안전기제가 되고, 사회보험의 경우는 빈곤층을 대부분 그 대상에 포섭하지 못하면서 역시 사회적 안전망의 기초적인 부분으로 작용한다. 공공부조는 빈곤선 이하의 구성원에게 인구학적 기준을 적용하지 않고 일반적인 빈곤대책으로 운영되고, 사회복지서비스는 데모그란트, 사회보험, 공공부조로 해결할 수 없는 구성원의 다양한 욕구를 경제적 상태와 무관하게 충족하는 기제가 된다.

공공부조와 사회복지서비스에 대한 정의는 이미 앞장에서 하였으므로 공공부조와 사회복지서비스에 유사점과 상이점을 중심으로 양자의 원리를 좀 더 구

체적으로 살펴보았다. 공공부조와 사회복지서비스의 공통점 이해는 이들의 관계를 조망하는 또 하나의 단서가 된다.

공공부조와 사회복지서비스의 유사점으로, 첫째, 공공부조와 사회복지서비스는 사회적 책임의 인정을 전제로 한다. 사회보험과 같이 개인의 기여에 의해 작동하기보다는 정부예산 등 사회적 자원에 의하여 급여가 제공되고 빈곤이나 욕구발생의 원인이 사회적 귀속성을 갖는다는 점이 인정되어야 급여 또는 서비스가 제공된다. 공공부조의 경우 데모그란트나 사회보험과 같은 사회적 안전망이 어느 정도 작동하는가에 따라 그 비중이 달라지지만 사회복지서비스의 경우, 비경제적 욕구에 대응하는 것으로 전적으로 그 사회에서 구성원의 욕구충족이나 문제해결에 어느 정도 사회적 책임을 인정하는가에 따라 그 비중이 달라지게 된다.

둘째, 급여가 능력을 반영하기 보다 대상의 상태, 욕구를 반영한다. 공공부조의 경우 경제적 능력이 없고 그래서 생활을 유지하기 어려운 상태임에 반응하는 제도이고, 사회복지서비스는 사회적 기능을 수행하는데 해결이 필요한 문제가 있음에 반응한다. 이러한 상태나 욕구에 대한 반응은 그 대상의 해결능력에 의존하여 결정되는 것은 아니다.

셋째, 급여 또는 서비스를 제공받는 대상의 기여가 없으므로 권리성이 약하다. 대부분의 선진 복지국가들에서 공공부조와 사회복지서비스에 대한 권리인정이 법으로 규정되어 있으나 스스로 기여한 사회보험과는 그 권리에 대한 해석에서 취약성을 갖고 있다. 단, 유료 사회복지서비스에 대해서는 이러한 권리인정의 취약성이 존재하지 않게 된다.

넷째, 빈곤상태와 욕구가 인정되는 대상에게 급여나 서비스를 제공함으로써 표적효과성이 높다. 제한된 자원을 상정하여 볼 때, 사회복지에서 항상 표적효율성은 전체 제도 설계의 관건이 되어왔다. 공공부조와 사회복지서비스는 양자 모두 지원이 필요한 상황에 대하여 반응하게 되므로 이러한 효율성이 다른 사회보장방식에 비하여 높다.

공공부조와 사회복지서비스 사이에는 유사성이 있지만 그 방식의 차이에서 연유되는 기본적인 상이점들이 존재한다. 공공부조와 사회복지서비스의 상이점

은 각 사회에서 공공부조와 사회복지서비스가 어떻게 역할을 분담하고 수행하여야 하는지에 대하여 이해를 돕는다.

공공부조와 사회복지서비스는 각 제도가 목적하는 바, 그리고 이와 관련된 대상에 대한 접근이 근본적으로 대조된다. 그 밖의 대조되는 경향들은 제도 운영의 효율화와 관련된 것으로 제도의 목적을 달성하기 위하여 각 사회에서 선택된 방식들의 공통적인 부분일 뿐 제도의 본질적인 차이를 구성하는 것은 아니다.

공공부조와 사회복지서비스의 차이로 첫 번째는 공공부조는 경제적 욕구에 대한 대응인 반면 사회복지서비스는 비경제적 욕구에 대한 대응이라는 점이다. 육체적 생존에 가장 필수적인 부분에 대한 소득보장과 비물질적인 욕구에 대응하며 사회통합을 지향하는 서비스제공이라는 측면에서 양 사회보장방식이 대비된다. 제도의 의의, 목적과 관련된 이러한 상이점은 양제도를 구별하는 가장 근본적인 측면이 된다.

대상에서 보면 공공부조는 빈곤층을 대상으로 함으로 자산조사를 거쳐 선정하고, 반면 사회복지서비스는 인구학적 요건이 중요한 기준이 되어 선정에 인구학적 요건의 충족여부와 더불어 전문적 판단이 활용된다. 공공부조는 개인의 책임을 묻되 개인이 책임을 질 수 없는 무능의 상태임을 전제로 제공되는 사회보장 방식이다. 이러한 이유로 공공부조는 낙인부여(stigmatization)의 문제를 갖게 된다.

셋째, 급여형태상의 차이로 이는 양 제도의 기본 원리상 차이로 보기는 어렵지만 대체로 사회복지서비스는 서비스 중심으로 현물을 함께 이용하기도 하는 반면 공공부조는 경제적 욕구에 대응하는 것으로 과거 현물 중심에서 최근에는 대부분 현금이 중심 급여형태가 되고 있다.

복지분야에서 현금(in cash)과 현물(in kind)의 선택은 항상 기본적인 이슈가 되어왔다. 현금이 현물에 비하여 수급자의 선택권 보장, 낙인의 약화 등 긍정적인 측면을 갖고 있다는 이유로 바람직한 선택인 것으로 받아들여져 왔다. 그런데 최근에는 다시 현물에 대한 강조가 나타나고 있다. 현물에 대한 강조는 정부의 복지지출 절감의 노력과 맥을 같이하고 있기도 하므로 이에 대해서는 해

석의 주의를 요한다.

넷째, 공공부조는 거의 모든 사회에서 정부재원으로 운영된다. 단 국가에 따라 중앙정부와 지방정부의 부담 비중은 달라진다. 반면 사회복지서비스는 정부와 함께 민간재원, 그리고 이용자의 비용지불이 재원으로 활용된다. 국가에 따라서 사회복지서비스 운영의 재원을 어느 정도 정부에 의존하는가가 다르며 이에 대해서는 그 사회의 욕구에 대한 사회책임의 인정 수위와 관계된다.

〈표 II-2〉 공공부조와 사회복지서비스의 특성 비교

범주	공공부조	사회복지서비스
기본 원리		
목적	사회적으로 인정되는 최저생활보장 지출이 인정되는 부분의 소득보전 포함	사회적 기능이 저하된 인구집단의 사회적 기능의 보완 및 강화 지원
자격요건	경제적 빈곤(소득 및 자산조사)	인구학적 특성 (전문적 판단, 욕구에 대한 인정)
급여형태	현금	현물 서비스
제도 운영상의 경향		
예산	정부 예산	정부(지방정부 중심)와 민간, 서비스 수요자
관리주체	중앙정부, 지방정부	정부와 민간
전달체계	일정 단위지역 내 획일화된 급여지급	지역사회 단위 대상자 별 개별화된 서비스 제공

다섯째, 재정부담과 달리 구체적인 전달 주체에서 양 제도간 차이가 있다. 공공부조는 중앙이던, 지방이던 정부가 전달주체가 된다. 물론 구체적인 전달체계 구조를 어떻게 짜고 있는가는 국가마다 차이가 있지만 정부가 전달주체임에는 분명하다. 반면 사회복지서비스의 전달, 제공주체는 정부가 되기도 하고 민간이 되기도 하는데 정부가 재정을 부담하지만 민간을 통하여 서비스를 제공하는 경향이 최근에 지배적이다. 이런 구도에서는 정부는 서비스 제공자이기보다 서비스에 대한 기본 관리, 수준 제시, 그리고 조정자로서의 역할을 수행하게 된

다. 지방으로, 민간으로 서비스의 전달을 이전하는 이면에는 지방에서 서비스 전달을 좀 더 가족중심으로 구조화하고 전체적인 사회적 지출의 절감을 기하는 것과 관련되어 있으며 민간의 참여도 이러한 연유에서 강조되어 왔다.

끝으로 공공부조는 획일화된 급여제공인 반면 사회복지서비스는 대상자별 개별화된 서비스를 제공하는 경향이 강하다. 공공부조의 효과성과 효율성 제고와 관련하여 전문성에 대해 아직도 논란의 여지가 있으나 대체로 공공부조에 비하여 사회복지서비스가 더 개별화, 전문화를 필요로 한다.

공공부조와 사회복지서비스의 기능은 기본원리의 차이를 충분히 반영하는 방식으로 구조화되어야 할 것이며, 이러한 구조화가 앞서 설정한 각 사회보장 방식의 이상적인 구성을 이루는 조각이 될 것이다. 즉 공공부조는 최저생활을 보장하기 위한 소득보전으로 자산조사를 기본으로 하여 현금과 현물을 중심으로 지원하는 것으로, 그리고 사회복지서비스는 사회적 기능을 보완하거나 강화하기 위하여 인구학적 특성을 기준으로 전문적 서비스를 제공하는 것으로 제 위상을 바르게 설정하고 발전시켜나가야 할 것이다.

제 4 절 공공부조와 사회복지서비스 체계 분석의 차원

본 연구는 주요 외국과 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스의 체계를 분석하여 그 특성과 원리를 발견하는데 초점을 두고 있다. 본 절에서는 국내외 공공부조와 사회복지서비스의 체계를 무엇을 중심으로 분석할 것인가에 대하여 논하고자 한다.

공공부조와 사회복지서비스의 체계를 분석할 수 있는 적절한 분석차원을 발견하고 이를 원용하는 것이 쉽지 않다. 앞서 지적한 바와 같이 양자의 관계를 초점으로 분석한 연구들은 그 전례를 찾기 어렵기 때문이다. 따라서 기존의 사회복지정책분석 및 복지국가 유형화 작업에서 활용된 분석차원과 공공부조 유형화, 사회복지서비스 유형화 관련 연구들에 대한 검토를 통하여 분석차원을 도출하였다.

1. 관련 연구의 검토

한 국가의 사회복지체계를 주제로 하는 대표적인 연구로는 복지국가 유형화 작업이 있다. 복지국가 유형화작업에서 사용된 분석의 차원들은 공공부조와 사회복지서비스의 체계를 분석하는 데에도 유용한 준거가 된다. 최근 우리나라 복지국가 유형에 대한 논쟁에서 가장 많이 인용되고 있는 복지국가 유형화 연구는 Esping-Andersen(1990)의 연구이다. Esping-Andersen의 사례국가 선정이나 사례국가의 유형분류에 대해서는 그 타당성을 둘러싸고 다양한 의견이 존재하지만 그럼에도 불구하고 우리나라 복지의 성격을 규명하는데 있어 Esping-Andersen의 유형분류 기준은 비교적 빈번하게 활용되고 있다.

Esping-Andersen은 복지체계를 탈상품화와 계층화, 그리고 국가와 시장의 상대적 비중을 기준으로 분류하고 있다. 탈상품화는 연금과 상병수당, 실업과 관련하여 분석되었는데 급여의 소득대체율, 재정에 대한 개인의 기여도 등이 변수화되었고 계층화는 지역별 연금, 정부부문 피용자에 대한 연금지출, 총사회지출 대비 민간부문 지출, 적용인구 중 경제활동인구의 비율 등이 변수화되었다. 국가와 시장의 상대적 비중에 대해서는 GDP 대비 민간기업연금의 비율, 노인의 소득원천의 구성비 등이 변수화되었다(김연명 편, 2002:593~595에서 재인용). 결국 국가와 시장의 영향력 비교, 복지에 대한 권리인정의 수준이 주 기준이 되었다. Esping-Andersen의 구체적 분석변수들은 주로 사회보험을 중심으로 구성될 수 있으므로 공공부조와 사회복지서비스에 대하여 동일하게 적용하기에는 한계가 있다. 단 국가와 시장의 영향력, 권리인정의 수준 등 보다 기본적인 접근이 공공부조와 사회복지서비스의 성격을 이해하는 데에도 의미를 주는 것이 된다.

Palme & Korpi(1997, 김영범, 2002:212에서 재인용)는 소득보장제도를 중심으로 가입규칙과 급여수준을 중심으로 복지국가 유형화를 시도하기도 하였는데 대체로 복지국가 유형화는 복지제도의 적용범위, 지원 수준, 복지의 구성 등의 구체적 지표들을 분석하면서 가장 중요한 기준은 국가와 시장의 원리 중 무엇이 강하게 작용하는가로 집약되는 경향이 있다.

사회복지정책을 분석하는데 고려할 분석의 차원에 시사점을 주는 또 다른 연구로는 복지정책의 이슈를 정리한 Gilbert & Specht(1993)의 연구가 있다. Gilbert & Specht는 복지의 주 이슈를 대상, 자원, 급여, 전달체제로 구분하여 정리하였는데 이는 범주별로 정책적 선택의 가능성과 그 영향을 이해하도록 할 뿐 아니라 정책을 분석하는 차원으로 인용될 수 있는 틀이 된다.

공공부조의 유형화를 시도한 연구들도 공공부조와 사회복지서비스 체계분석을 위한 분석차원의 구성에 시사점을 준다. 공공부조를 유형화는 공공부조의 대상을 기준으로 한 분류와 공공부조에서 정부간 관계, 즉 책임의 소재를 중심으로 한 분류가 대표적이다.

공공부조의 대상을 기준으로 범주적 공공부조와 일반적 공공부조로 구분되는데 일반적 공공부조는 일정소득수준 이하의 모든 사람에게 급여하는 공공부조이고, 반면 범주적 공공부조는 일정소득수준 이하이면서 특정한 인구학적 집단(노인, 아동, 장애인 등)에 속하는 사람들에게만 급여하는 공공부조이다. 사회보장과 공공부조제도가 발달해온 역사를 살펴보면, 범주적 공공부조제도 중심에서 점차 일반적 공공부조제도 중심으로 변화해 왔지만 오늘날 많은 나라에서 여전히 범주적 공공부조제도는 중요한 역할을 하고 있다(정원오 외, 126).

범주적 공공부조 제도는 그것이 지니는 몇 가지 문제점에도 불구하고 전통적으로 공공부조 프로그램들이 자격이 있는 빈자를 정하여 급여를 제공해왔고 이러한 측면에서 정치적인 합의의 도출에 유리한 장점을 지니고 있다. 자격이 있는 빈자란 근로능력이 없는 노인, 장애인, 아동 등으로서 꼭 필요한 사람들에게만 급여를 제공함으로써 경제적 효율성을 높일 수 있다는 논리에서 공공부조의 대표적인 표적이 되어 왔다.

그러나 범주적 공공부조는 여러 가지 단점을 갖고 있다. 우선 낙인, 사회적 분리조장의 우려가 크고, 범주에서 누락된 빈민의 기초생활을 보장하기 어렵다. 우리나라에서 국민기초생활보장제도 이전 생활보호제도에서는 인구학적 기준이 대상 선정의 주요 기준이 되어 범주적 공공부조로 분류되기도 한다. 국민기초생활보장제도에서는 대상 선정이 소득을 포함한 포괄적인 경제적 능력에 따라 결정되므로 일반적 공공부조로 분류되지만, 동제도와 함께 병행 실시되고 있는

장애수당, 경로연금 등은 명목상 사회복지서비스로 분류되지만 범주적 공공부조로 분류되기도 한다. 대상을 기준으로 하는 이러한 분류는 공공부조의 성격 및 수준을 보다 분명하게 표현하는 것이기도 하다.

이성기(1996)는 사회복지의 정부간 관계를 행정책임과 재정책임의 두 가지 변수로 구분하고 유형화를 시도하였다. 이는 주체에 대한 분석으로 유형화를 시도한 것이라 할 수 있다. 공공부조에서 나타난 정부간 관계를 중심으로 중앙형(영국, 아일랜드, 뉴질랜드, 프랑스, 등), 분담형(미국, 캐나다, 일본, 덴마크 등), 지방형(독일, 이태리, 스페인, 스웨덴 등)으로 국가의 유형을 구분하였다. 중앙형은 대체로 사회복지 중심국가들이고, 분담형은 사회보험과 수당(본 연구의 구분에 따르면 데모그란트로 이후는 데로그란트로 명명)이 발전한 국가들이었다. 지방형은 사회보험과 데모그란트가 발전한 국가들로 공공부조에 대한 비중이 낮아 이에 대한 중요도도 낮다. 예를 들어 스웨덴은 데모그란트 중심이고 부조는 보완적이며 이러한 특성이 공공부조의 지방화를 초래하였고, 반면 독일은 지방재정이 튼튼하여 지방형이 가능한 것으로 해석되었다.

각 유형의 특징을 대상과 급여의 특성이라는 측면에서 비교하면 자산기준과 보호율에서 중앙형이 보편적인 성격이 강하고 급여수준도 중앙형이 높은 반면 급여형태에서 중앙형은 현금급여 중심이고 지방형은 현금과 현물급여를 혼합하여 제공하는 것으로 나타났다. 지방형이 서비스와 연결이 긴밀하여질 가능성이 높은 것으로 추정되며 이러한 배경에서 현물급여를 활용할 가능성이 커지는 것으로 판단된다. 사회보험의 대상 포괄성이 낮고 데모그란트가 없는 우리나라의 실정에 비추어보면 공공부조의 중앙형이 적절할 수 있다.

공공부조의 유형화 작업들을 보면 공공부조의 유형화에서 대상과 주체가 주요한 범주가 되었으며 대상과 주체가 공공부조의 특성을 이해하는데 기본이 될 수 있음을 시사하고 있다.

지금까지 사회복지서비스의 성격을 연구의 초점으로 한 경우는 드물다. 그만큼 사회복지서비스에 대한 거시적인 접근은 빈약하였다. 사회복지서비스의 유형화 시도도 다른 어떠한 사회보장제도의 영역보다 미진하고 따라서 사회복지서비스의 유형화에 대해서는 간접적인 사회복지서비스의 기능에 대한 논의

등이 함께 검토되어야 할 형편에 있다.

Kahn은 사회복지서비스를 기능에 따라 분류하였다(1973:27~31, 남세진·조홍식, 1996:340~343에서 재인용). 사회복지서비스를 그 기능에 따라 ‘인간의 사회화와 발달 촉진을 위한 사회복지서비스’, ‘치료, 원조, 재활을 위한 사회복지서비스’, ‘접근, 정보, 충고서비스’로 구분하였는데 이는 기능 뿐 아니라 사회복지서비스의 목적을 무엇으로 분류할 수 있는가도 담고 있다.

김현용(1993:274~281)은 사회발전에 따라 사회적 욕구가 변화하고 이에 따라 사회복지서비스가 확대되어 간 것을 설명하면서 사회복지서비스를 유형화하였다. 그는 사회복지서비스를 역시 기능을 중심으로 ‘보호차원의 서비스’, ‘변화차원의 서비스’, ‘예방차원의 서비스’, ‘생활의 질 향상 차원의 서비스’로 구분하고, 사회복지서비스가 보호차원에서 생활의 질 향상 차원의 서비스로 발전한다고 보고 우리나라의 사회복지서비스는 보호차원에서 변화차원의 서비스로 발전하는 과정에 있다고 보았다.

위의 두 가지 유형화 모두 서비스 기능을 중심으로 한 것인 반면 백종만은 사회복지서비스에서 정부와 민간의 역할분담을 중심으로 유형화를 시도하였다(백종만, 1994). 서비스전달주체인 정부/ 비영리민간/ 영리민간부문 사이에서 역할분담이 어떻게 이루어지고 있는가, 구체적으로 각 주체에 의해서 충족되는 서비스 욕구의 상대적 규모, 서비스의 재정부담, 서비스의 지배적 공급유형을 지표로 ‘정부운영모형’, ‘비영리민간활용모형’, ‘비영리민간운영모형’, ‘영리민간운영모형’으로 구분하였다. 백종만의 유형화는 사회복지서비스의 성격을 규명함에 있어 주체가 누구인가가 주요한 범주임을 시사한다.

남세진·조홍식(1996)은 사회복지서비스의 분석틀 제안하면서 사회정책에서 고려하여야 하는 주요 요소를 중심으로 ‘개인중심인가 가족중심인가’, ‘대상이 보편주의에 입각하였는가 또는 선정주의에 입각하였는가’, ‘재가가족 중심인가, 아니면 가족외부의 가족대체 프로그램중심인가’, ‘예방을 강조하는가 또는 치료를 강조하는가’, ‘단기비용과 장기수익 중 무엇을 초점으로 하는가’를 언급한 바 있다.

복지국가 유형화 작업, 사회복지정책의 분석차원에 대한 정리, 공공부조 유

형화, 사회복지서비스 유형화와 관련된 연구들을 종합하여 볼 때, 공공부조와 사회복지서비스 체계에 대한 분석차원의 구성은 목적과 기능, 주체와 대상을 포함하는 것이 되어야 할 것이다. 이와 더불어 본 연구는 국내외 서로 상이한 국가들에 대한 비교분석을 시도하고 있으므로 각 국가의 사회복지전체의 구성 및 지향을 포함하는 사회적 배경을 검토하는 것이 상이점과 동질성을 해석하는데 기본적으로 필요할 것이며, 주체를 재정적인 분담과 행정적인 역할을 모두 고려할 때, 전달체계에 대한 논의도 함께 이루어져야 할 것으로 본다.

앞서 언급되었던 사회복지정책의 분석차원을 제안한 Gilbert & Specht의 차원구분과 매우 유사한 분석차원이 되지만 중요한 것은 분석차원을 도구로 하되, 이러한 분석차원별 분석은 핵심적인 내용으로 국가의 책임과 권리인정의 수준 등이 포함되는 것이어야 할 것이다. 한편 전달체계와 주체에 대한 분석은 본 연구의 목적 중 하나인 공공부조 수급자에 대한 서비스의 적절한 연계를 파악하기 위한 차원으로 주목하여 볼 필요가 있다.

2. 체계 분석틀의 구성

우리나라 및 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 비교·분석하는 분석차원을 사회적 배경, 제도의 목적 또는 기능, 대상과 주체에 대한 내용으로 구성하였다. 제도의 목적 또는 기능과 대상, 주체는 공공부조 및 서비스의 급여 내용과 수준 등에 대한 고찰을 통하여 분석하였다.

사회적 배경은 그 사회의 일반 역사와 문화를 포함하며 관련 복지제도의 구성, 공공부조와 사회복지서비스의 발전과정 등을 중심으로 살펴볼 것이며 이는 각 사회의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 이해하는 기본적인 근거가 된다.

분석의 두 번째 범주는 제도의 목적 또는 이다. 공공부조와 사회복지서비스의 목적은 명시적일 수 있으나 또는 암시적일 수도 있다. 따라서 이에 대한 파악이 언제나 분명한 것은 아니지만 각 사회에서 양 제도의 목적을 무엇으로 하는가는 체계화에서 가장 앞서 분석되어야 할 부분이다.

공공부조는 경제적 의미에서 기초생활을 보장하는 것을 목적으로 하지만 사

회복지서비스와 함께 점차 사회적 연대를 강화하는 것으로 목적이 변화하고 있다. 이는 Furniss & Tilton(1977)의 분류 중 가장 발전한 형태인 사회복지국가로의 변화로 해석되며 일부 유럽국가들에서 핵심적인 사회정책 아젠다가 되고 있는 사회적 배제의 극복과도 무관하지 않다. 사회복지가 경제적인 한계에서 점차 비경제적인 것, 사회적 참여 및 기능의 제고 등으로 확대되고 있으며 이러한 변화의 수준은 제도의 목적을 고찰함으로써 보다 분명하여질 수 있다.

세 번째, 분석범주는 대상으로 대상의 보편성이 주 내용이 된다. 공공부조는 자산조사를 거쳐 빈곤층을 그 대상으로 선정한다. 역사적으로는 과거 아동, 노인, 장애인 등 특정 범주의 인구집단을 대상으로 한정하였으나 선진 복지국가 일수록 일반 빈민으로 대상을 확대하고 있다. 사회복지서비스는 특정의 사회적 기능상의 욕구를 가지고 있음을 전문가의 판단을 통하여 인정한 경우, 그를 대상으로 하게 된다. 사회복지서비스의 대상은 과거 경제적인 문제를 중점적으로 갖고 있던 대상에서 이제 그 경제적 어려움이라는 전제를 벗어나 인구학적 특성에서 비롯된 욕구로 대응범위를 변화시키면서 대상은 전소득계층으로 확대되고 있다.

네 번째, 분석범주는 주체이다. 주체는 공공부조와 사회복지서비스의 유형화에서 가장 중요한 분석내용이었다. 주체에 대한 이해는 그 사회의 공공부조와 사회복지서비스의 성격을 이해하는 주 고리가 되는데 공공부조와 사회복지서비스에 대한 한 사회의 태도를 시사하며 기타 제도 운영 방식의 결정에 영향을 주게되기 때문이다. 중앙정부, 지방정부, 민간의 역할분담을 분석하기 이전에 국가, 시장, 개인 또는 가족 책임을 둘러싼 정책적 논리가 공공부조와 사회복지서비스의 주체를 이해하는 데 근간이 된다. 주체로서의 역할은 규제자와 재정 부담자로 구분하여 볼 수 있는데, 규제자로서 기능하는가, 또는 재정부담자로서 기능하는가가 주체를 이해하는데 중요하다. 한편 재정부담자로서의 역할과 행정적인 전달의 역할로도 주체의 역할을 구분하여 볼 수 있는데 행정적인 전달상의 역할은 규제자로서의 역할로 표현될 수도 있으나 규제자로서 보다는 보다 중립적인 단순 기능분담의 차원에서 역할 구분을 한 것으로 이해할 수 있다. 주체에 대한 분석은 재정부담자와 행정적인 전달, 또는 규제자로서의 역할유형

을 포함하는 그러나 양자의 차이는 유념하는 것이어야 한다.

가족과 시장에 욕구충족을 의존하고 국가가 서비스 규제자로서 존재하게 될 경우, 국가를 해당 사회복지제도의 주체로 인정하기는 쉽지 않다. 따라서 재정적인 부담의 실태 분석은 중요하다. 지역사회로의 주체이전은 재정부담의 변화를 동반하면서 국가가 책임을 지역사회 내 민간과 가족에게 옮기는 기제로서 또 다른 의미를 갖게 된다.

주체에 대한 이해는 전달체계를 간접적으로 파악하도록 하는 것이기도 하다. 주체는 사회적 여건에 따라 다양할 수 있다. 지방정부의 재정여건이 견실한 사회에서는 공공부조에서도 지방정부의 비중이 높을 수 있다. 사회복지서비스와의 관계에서 보면 지방정부가 공공부조에서 참여비중이 높을수록 공공부조에서 수급자의 개별적 특성을 고려하게 되고, 서비스와 연결된 개별화 전략이 용이할 가능성이 높아지게 된다. 지방으로의 주체이양이 앞서 지적한 바와 같이 다른 기저에서 출발하는 것이 최근의 경향이고 따라서 이에 대한 해석에 주의가 필요하며 특히 지방의 여건이 충분하게 성숙하지 못한 경우 지방의 역할 비중이 높다는 것은 수급자에 대한 책임의 방기로 이어질 우려가 있다는 점에 유의하여야 하지만 중앙의 재정부담 책임을 인정하면서 효율적인 전달을 위한 전달상의 역할분담은 또 다른 의미를 지니는 대안으로 재고할 필요도 있다.

앞서 언급한 분석의 범주 외에 급여의 내용과 수준도 양 제도간 관계 및 체계화를 도모하는데 중요한 측면일 수 있다. 그러나 각 사회마다 급여수준은 국민의 생활수준 등에 따라 다양할 수 있으며 급여내용도 사회의 문화적 특성이 크게 반영되는 부분이어서 이를 통한 비교 및 시사점의 도출은 다소 어려울 것으로 판단된다. 따라서 앞의 내용들에 대한 이해를 풍부하게 하는 데 사용되는 기초자료로서 한정하고자 한다. 제도적 연계 외에 제도 수행 일선의 연계도 각 사회의 체계를 구체화하는 방식을 이해하고 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 합리화하는데 단서를 제공할 수 있으므로 이에 대한 고찰도 보조적으로 활용하고자 한다.

제 3 장 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계

국가사례비교분석은 가능한 공공정책의 대안들과 전략, 한계 등에 더 많은 정보를 제공할 수 있다. 본 연구는 우리나라 공공부조와 사회복지서비스의 성격과 체계상 특성을 보다 정확하게 이해하기 위하여 외국 주요 국가들의 공공부조와 사회복지서비스에 대한 비교사례분석을 시도하였다.

비교분석의 대상 국가를 선정하는 것은 쉽지 않은 일이다. 공공부조와 사회복지서비스의 차이를 밝히기 전에는 어떠한 국가를 비교할 것인지 선택할 근거를 찾기 어렵고, 그렇다고 선택의 전에 많은 수의 국가를 정교하게 비교분석을 시도하기도 어렵기 때문이다. 사회복지전체의 구성에서 일정한 특성을 갖고 있는 국가는 그로부터 공공부조와 사회복지서비스의 형질이 영향을 받을 것이므로 일반적인 복지국가 유형론의 범주 구분에 따라 비교 분석 대상국가를 선정하였다. 자유주의적 복지국가로서 미국, 보수주의적 복지국가로서 독일, 사회민주적 복지국가로서 스웨덴, 그리고 미국과 독일의 중간 성격을 보이는 영국을 대상국가로 하였다. 국가별로 앞에서 도출한 분석차원인 사회적 배경과 양 제도의 목적 또는 기능, 대상, 주체, 그리고 공공부조와 사회복지서비스의 연결이 일선에서 어떠한 방식으로 이루어지고 있는지를 중심으로 분석하였다.

개별국가들의 분석을 통하여 공공부조와 사회복지서비스, 관계의 특성, 그리고 특성을 발현시킨 근원에 대하여 밝히고자 하였다. 이는 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스의 체계를 규명하고 향후 재편 방향에 대하여 가능한 선택지를 찾는데 기반이 될 것이다.

제 1 절 미국

1. 공공부조 및 사회복지서비스의 역사 및 사회적 배경

미국은 1935년 사회보장법을 제정하며, 세계에서 가장 처음 ‘사회보장’이란 용어를 사용한 국가이다. 그러나, 사회보장제도나 전반적인 사회복지의 발전은 유럽의 국가들에 비해 다소 늦은 편이며, 여전히 ‘사회보장의 미완성국’이란 이름으로 남아있다.

개인적 구호의 전통이 강한 미국에서 사회복지제도는 자유주의 사상의 탈피가 시작된 1930년대에 이르러 시작되었으며, 그 구체적 시작은 1935년 사회보장법의 제정에서부터 살펴볼 수 있다. 당시 사회보장법은 노령연금과 실업보험 등의 사회보험프로그램과 부양아동부조(ADC: Aid to Dependent Children) 등의 공공부조 프로그램으로 구성되었는데, 사회보장청(Social Security Administration)에 의한 이러한 이중적인 구조의 설계는 미국의 사회복지제도가 향후 사회보장과 복지라는 이중체제로 형성되는데 결정적인 영향을 미치게 되었다. 동시에 사회보장법의 제정은 국민들의 사회복지에 대한 책임을 연방정부가 맡게 된 계기가 됨으로써 현대 미국의 복지체계의 근간을 마련하게 된다.

이러한 미국의 사회복지제도는 1960년대와 1970년대에 있어 획기적인 발전을 기하게 된다. 우선, 1964년 존슨 행정부가 ‘빈곤과의 전쟁’(War on Poverty)을 선포하면서 도시빈민층 자녀들을 위한 Head Start, Neighborhood Youth Corps, 지역사회운동프로그램(Community Action Program)등 다양한 프로그램을 시도하였고, 이어 저소득층을 위한 식품부조 프로그램인 Food Stamp Act(1964), 의료보험 및 의료부조 법(Medicare Act 및 Medicaid Act: 1965)제정, ADC의 부양아동가정부조(AFDC: Aid to Families with Dependent Children)로의 프로그램 전환과 서비스 확대 등 현 미국의 공적부조제도의 근간을 형성하는 여러 프로그램들이 실시되게 되었다.

존슨 행정부에 이어 닉슨 행정부는 다소 난립하던 기본의 복지체계의 혼란을 해결하기 위해 모이니한(Moynihan)의 복지개혁안을 받아들여 복지체계를 재조

직하기에 이르렀는데, 이런 재조직 작업은 미국의 공공부조제도의 기본적인 틀을 마련함과 동시에, 미국의 사회복지서비스의 기본체계를 마련하는 계기가 되었다. 닉슨 행정부는 1974년 노인, 맹인, 질병이 있는 사람들의 최저수준의 생계를 보장하는 SSI(Supplemental Security Income for the Aged, Blind, and Disabled)를 마련했으며, 1975년에는 사회보장법 Title XX를 제정하여 빈곤층에 대한 개인적 사회복지서비스를 자극, 산발적으로 제공되던 서비스들의 운영 및 재정을 체계화시켰다. 이로 인해 미국의 사회보장제도는 ① 보험 및 공적부조 형태의 현금급여 ② 의료보험의 현물급여 ③ Title XX에 의해서 제공되는 개인적 서비스의 3가지 분리된 형태의 프로그램을 구성하게 된다.

1980년대에 들어 공화당 행정부는 1970년대를 거쳐 제정된 여러 사회복지프로그램들의 비용에 대한 연방정부의 부담이 점차로 커지자 신연방주의(New Federalism)를 표방하여 연방정부의 재정부담을 줄이고 대신 주정부와 지방정부의 책임을 늘리고자하는 시도를 하게 된다. 우선, 공화당 행정부는 연방정부가 관리해오던 개별적 부조(categorical grants)를 몇 개의 통합적 부조(block grants)로 묶어, 연방정부의 복지비용 지출을 줄이고자 하였으나, 결과적으로 주정부의 부담은 점차 늘어, 재정부담능력이 한계에 부딪치자 사회복지 프로그램에 지출되는 비용은 줄어들게 된다. 이런 상황에서, 보수적인 레이건 행정부의 정책기조에 따라 기존의 사회복지프로그램은 축소하게 되고, 사회보장법 이래 1970년대까지 지속적으로 감소되어 오던 빈곤율은 다시 상승하게 된다. 이 시기를 통해 미국의 사회복지제도는 1935년 이전으로 퇴보하게 되는 최악의 결과를 맞게 된다.

이후 미국의 사회복지제도는 재정을 줄이려는 노력과 ‘복지국가의 위기’에 대응하는 노력들을 지속적으로 전개하는 가운데 진행되었으며, 1996년에 들어와 개인책임과 근로기회조정법(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996: 이하 복지개혁법)을 제정하게 된다.

복지개혁법은 1935년이래 운영되어 오던 공공부조제도를 근본적으로 바꾸었으며, 이는 단순히 제도의 변경을 넘어서 공공부조제도의 기본 이념에 있어 큰 변화를 가져오게 된다. 이 법으로 이전에는 수혜자격을 가진 자녀부양가구에

대한 복지혜택을 보장하던 부양아동가정부조(AFDC), 교육·직업훈련 프로그램인 직업기회·기본기술 프로그램(JOBS)은 없어지고 이를 대신해 빈곤가정일시부조(TANF: Temporary Assistance to Needy Families) 프로그램이 만들어지게 되었으며, 미국의 공공부조제도는 'workfare'의 움직임에 들어서게 되었다.

한편, 이러한 전반적인 사회복지제도의 발달 속에 사회복지서비스에 대한 부분을 살펴보면 다음과 같다. 미국의 사회복지서비스의 발달은 전반적인 미국 내 사회보장 발달과 더불어 함께 제도화되고 체계화되었다.

주지하다시피 미국의 사회복지서비스는 서구의 선진 자본주의 국가와는 매우 다른 접근방식을 보이고 있다. 연방국인 미국의 사회복지서비스들은 강한 지방분권적 성격을 가지고 있었으며, 동시에 제도의 수혜자에 대한 자조(self-support)의 원칙이 강조되는 경향을 보이고 있다.

주정부에 의해 산발적으로 시행되던 미국의 사회복지서비스는 70년대의 전반적인 사회보장의 체계화 움직임 속에, 사회보장법 Title XX(1975년)안에서 대인사회서비스(personal social service)로 체계화된다. 의회는 저소득층들이 빈곤을 극복할 수 있도록 도와주고 미래 세대의 안정성을 유지해줄 수 있는 사회서비스의 중요성을 점점 더 크게 인식하기 시작했으며, Title XX는 주정부에 의한 연방정부재원의 낭비를 방지하기 위하여 대인 사회서비스에 대해 연방정부 보조금의 한도를 설정하고 각종 서비스의 목적을 명확히 함으로, 운영 및 재정의 통합화를 시도하였다.

지침에 따르면 Title XX는 ① 의존상태를 예방하고 감소·제거시키기 위하여 자조를 성취시키고 유지시킨다. ② 자활(self-sufficiency)을 성취시키고 유지한다. ③ 아동이나 보호가 필요한 어른에 대한 유기, 학대, 착취를 예방하고 가족을 강화시킨다. ④ 지역사회에 근거를 둔 보호와 비경제적인 보호를 제공함으로써 불필요하고 부적절한 시설수용을 방지한다. ⑤ 필요한 경우는 시설에의 수용과 의뢰를 용이하게 하며 시설수용자에게 서비스를 제공한다 등의 목표를 가지고 있으며, 이는 크게 지역사회중심의 지방분권적 서비스와 공공부조의 소득보장을 보충하는 지원적 서비스의 성격으로 구분해볼 수 있다.²⁾

Title XX의 제정에 따라 미국의 사회보장체계엔 두 가지 커다란 변화가 오게

되는데, 하나는 소득보장과 대인 사회서비스가 분리되었다는 점이고, 다른 하나는 대인 사회서비스에 대한 재원은 연방정부가 보조금을 지급하고 운영은 주정부에 맡기게 된 점이다. 즉, 공공부조의 맥락 안에서 대인적 사회서비스가 제도화 된 것이다(권오구, 2000).

그러나, 레이건 정부와 클린턴 정부의 복지개혁 및 사회보장 축소 움직임 속에서 사회복지서비스 또한, 연방의 재정 보조가 점차 감소하게 되었으며, 공공부조와 연관된 기본서비스를 제외하곤, 서비스의 내용과 수준 및 대상포괄성에 있어 주별로 격차가 나게 되었다.

2. 공공부조제도 내용 및 체계

미국의 대표적인 공공부조제도로는 SSI(Supplemental Security Income: 빈곤 노인·장애인을 위한 보충적 소득보장), TANF(Temporary Assistance for Needy Families: 빈곤가정일시부조), Food Stamps(식품권), Medicaid(의료부조), GA (General Assistance: 일반부조) 등이 있다.

일반적으로 공공부조제도는 근로능력이 있는 자와 근로능력이 없는 자를 엄격히 구분하여 보장의 제공을 달리하고 있는데, 현재, 미국에서 소득지원 욕구를 지닌 저소득층은 크게 두 집단으로 나누어 관리되고 있다. 하나는 SSI 체계를 따르는 노동시장 참여에 장애가 있는 저소득층의 고령자와 장애인이며, 다른 하나는 TANF의 지원을 받는 빈곤가정과 그에 속한 아동집단이다. 이 두 집단은 그들 삶의 현재조건과 미래전망, 그리고 그 인과성에서 차이가 나게 되고 이런 차별성은 지원 프로그램의 내용과 수준뿐 아니라 급여의 한시성과 자격조건의 차별성으로 연결된다(고경환 외, 2003).

분명한 것은 미국의 공공부조가 이렇듯 노인, 장애인, 아동과 그 가족 등을 주 표적으로 하는 범주적 공공부조제도의 틀을 유지하고 최근에는 오히려 강화하고 있다는 것이다. 미국의 주거급여제도도 공공부조의 영역 안에 포함되나,

2) 1975년 Title XX에 의한 대인적 서비스의 경우 여성들이 근로를 할 수 있도록 보육서비스에 투자하는 것에 목적을 두고 만들어졌다(Michel, 1988)

기존의 프로그램들과 다른 행정체계와 전달체계를 지니고 있다. 각 제도별 내용을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-1〉 미국의 공공부조제도

공공부조	SSI	빈곤한 노인과 장애인에게 제공되는 연방정부의 현금급여
	TANF	부양아동이 있는 한부모가정에 대한 현금급여
	Food Stamp	빈곤가구에 대한 식료품 지원을 목적으로 식품권 지급
	Medicaid	아동이 있는 저소득 가구, 저소득 노인, 장애인에 대한 의료서비스
	GA	TANF나 SSI의 수급자격이 없는 빈곤가구 혹은 개인에게 주정부가 제공하는 현금 또는 현물급여

출처 : 외국의 공공부조제도(2000), 김미곤 외, 한국보건사회연구원

가. SSI(Supplemental Security Income: 빈곤 노인·장애인을 위한 보충적 소득보장)

SSI는 사회보장청에 의해 운영되는 빈곤한 65세 이상 노인과 장애인에게 제공되는 연방정부의 현금급여로, 사회보장으로 받는 급여가 매우 낮은 수준이거나 다른 재산이나 다른 수입이 정해진 기준에 미달한 경우 수급자로 선정이 된다. SSI 수급자 집단은 그들의 조건들이 거의 영구적(장애인)이거나, 현재의 상태가 점차 불리하게 진행되는 집단(고령자)으로서 현 상황이 개선되기 어려운 미래전망을 갖는 집단이다(고경환 외, 2003).

연방규정에 따라 모든 주에서 동일한 자격기준과 급여기준이 적용되며, 자세한 자격기준을 살펴보면 다음과 같다. 우선, 자산기준은 2002년을 기준으로 개인은 \$2,000, 부부는 \$3,000 이며, 현재 거주중인 주택과 사망 후 안장을 위한 공간은 제외된다. 장례비용과 생명보험에 적립된 자산은 각각 \$1,500 까지 공제된다. 자동차에 대해서는 의료적 목적, 장애인, 지역적 제한이 있는 경우 100% 공제되고, 이외의 경우 시장가치 중 \$4,500까지 공제된다. 소득기준은 소득인정액이 SSI급여액 이하여야 된다. 대상자들에 대한 조건부 근로기준은 적용되지 않고 있다.

최근의 수혜율을 살펴보면, 2002년을 기준으로 미국의 SSI 수급자수는 680만 여명에 이르고 있으며, 이를 미국 전체 인구대비 수급자 비율로 보면 약 2.2% 이다. 미 연방정부는 수급자의 수가 완만히 늘어날 것으로 예측하고 있다.

〈표 III-2〉 SSI 수급자비율

(단위: 백만명)

년도	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
수급자	5.9	6.2	6.5	6.6	6.6	6.6	6.6	6.7	6.8

출처: SSA Annual Performance and Accountability Report (2002)

급여는 매월 현금으로 지급되고 있으며, 2002년 기준 급여액은 다른 수입이 없는 경우 개인이 \$545, 부부가 \$816 이다. 소득이 있으면 급여는 감소하게 되나, 근로동기를 유발하기 위해 근로소득에 대해서는 몇 가지 예외를 인정해, 월 \$56까지의 근로소득은 소득액의 절반만큼만 급여액을 감소시킨다. 급여액은 물가상승에 따라 조절된다. 앞에서 살펴보듯이 SSI의 급여는 모든 주에서 동일한 급여기준이 유지되나 각 주에서는 자체적으로 SSI의 급여액을 보충하기 위한 급여를 별도로 제공하고 있다.

재원은 원칙적으로 사회보장세가 아닌 연방정부의 일반재정에 의해 조달되고 단 각 주정부에서 보충급여를 실시하고 있음으로, 지방정부의 재정부담은 크지

않으며, 대부분 중앙정부의 재정부담으로 급여가 제공된다. 관리운영주체는 사회보장청(SSA: Social Security Administration)이며, 각 지방사무소를 통해 자격 및 급여에 대한 전반적인 사항이 관리되고 있다.

나. TANF(Temporary Assistance for Needy Families: 빈곤가족일시부조)

TANF는 부양아동이 있는 한부모가족에 대한 현금급여 제공프로그램으로, 현재 미국의 대표적인 공공부조제도이다. 이 제도는 근로활동의 참여를 강조하고 수급조건을 제한하는 규정이 있는 노동우선의 복지체계(work-based welfare system)를 표방하고 있다.

SSI 수급권 집단에 비해, TANF 수급권 집단은 수급 아동의 성장과 교육에 따라 아동의 상태와 보호자의 근로조건, 가족 전반의 근로조건이 보다 개선될 수 있는 여지가 확실시될 뿐만 아니라, 이 집단에 대한 지원과 투자는 국가사회에 대한 인적 자원으로 보상될 수 있는 전망을 제공하는 집단이란 점에서 SSI 수급권자와 차별성을 갖는다(고경환 외, 2003).

전국적으로 동일한 기준을 지니고 있는 SSI와 달리, TANF는 주정부가 자산 기준 및 급여수준, 자격요건 등 제도운영에 대한 자율권을 지니며, 자세한 자격 기준은 다음과 같다. TANF의 수급권자로는 부모의 사망, 가출, 정신적 또는 신체적 무능력, 실업 등에 의하며 부모로부터 부양받을 수 없는 18세 미만의 아동이 있는 가구 중 소득과 자산기준에 부합되는 가구가 선정된다. 우선, 위의 조건에 해당되는 가구 중 법정공제액을 제외한 소득이 각 주에서 설정한 Need Standard(최저생계비)의 185%이하의 가구가 1차적인 대상으로 선정되며, 현재 거주하고 있는 주택과 자동차 1대, 장례비용 등을 제외한 재산액이 2002년을 기준으로 \$1,500이하의 자산기준을 만족하면 수급권자로 인정된다.

최근의 수혜율을 살펴보면, 2001년 기준으로 월 평균 수급대상자는 547만 명, 수급대상가구수는 212만가구이며, 미국 총인구 대비 수급자율은 2.1%이다. 이를 TANF 개혁 이전의 AFDC 수급자 비율과 비교해보면, 1994년 이래 총인구 대비 수급자율은 극명하게 감소하고 있다.

〈표 III-3〉 TANF 월별 수급대상자 및 수급대상가구

(단위: 명, 가구)

월	2000. 10월	11월	12월	2001. 1월	2월	3월
대상자수	5,663,755	5,606,270	5,602,418	5,563,832	5,512,888	5,478,858
가구수	2,173,989	2,160,409	2,158,252	2,144,540	2,125,892	2,127,203
4월	5월	6월	7월	8월	9월	2001년 평균
5,421,365	5,407,105	5,388,604	5,300,677	5,371,866	5,344,721	5,471,863
2,109,039	2,102,333	2,086,766	2,083,699	2,104,829	2,107,719	2,123,306

출처: ACF Fourth Annual Report to Congress, 2002, 고경환 외(2003)에서 수정

〈표 III-4〉 미국 총인구 중 AFDC/TANF 수급자의 비율

(단위: 명, %)

연도	수급자	총인구	수급비율
1994	14,225,591	260,372,000	5.5%
1995	13,652,232	263,034,000	5.2%
1996	12,648,859	265,284,000	4.8%
1997	10,936,298	267,636,000	4.1%
1998	8,770,376	270,029,000	3.2%
1999	7,202,639	272,690,000	2.6%
2000	5,780,543	275,130,000	2.1%

출처: ACF Fourth Annual Report to Congress, 2002, 고경환 외 (2003)에서 수정

급여는 매월 현금으로 지원되며, 급여수준은 수급가정의 욕구평가 즉 소득·자산 및 가족규모에 따라 달라지는 보충급여방식을 취하고 있으며, 주정부가 자율적으로 결정한다. 따라서, 급여수준은 주별로 다르나, 많은 주정부가 소득에 따른 급여의 감소를 결정함에 있어 정액공제와 정률공제를 함께 적용하는 혼합모형과 적용기간별 차등공제모형을 주로 채택하고 있다(최현수, 2001). 단, TANF는 AFDC의 복지 의존(Welfare Dependency) 증가, 근로윤리손상, 가족구조손상 등의 단점을 보완하기 위해 개선된 노동우선의 복지체계인 만큼, 일반적으

로 수급 후 2년이 지나면 노동시장에 참여해야 하며, 누적해서 60개월 이상 급여를 받을 수 없다. 이는 미국의 최근 복지, 공공부조가 전통적인 기회제공, 인적자원개발, 그리고 자기 책임의 원칙을 보다 강하게 적용하는 변화와 맥을 같이하는 것으로 해석된다.

한편, 프로그램의 재원은 연방정부와 주정부의 재원으로 운영되는데, 연방정부가 통합적 보조금(block grant)방식으로 지원하며, 주 정부는 자산기준 및 급여수준, 자격요건 등 제도운영에 대한 자율권을 가지고 있다. 단, 연방정부의 완전보조금(full grant)을 받기 위해서는 연방의 운영지침을 따라야 한다. 연방정부는 기본적인 정책교부금 이외에 빈곤율 및 인구증가율이 일정수준 이상인 주, 일정한 기간 내에 사생아의 수를 감소시키거나, 성공적으로 TANF 프로그램을 운영한 주, 그리고 가장 최근 분기동안 실업률이 6.5% 이상이거나 실업률이 이전 2년 동안의 동일 분기 실업률보다 10%가 높은 주에 대해서 추가보조금(Supplemental Grants)을 지원한다. 한편 연방정부가 요구하는 규정을 준수하지 않는 주에 대해서는 지원되는 재원을 감액할 수 있도록 되어 있다(김미곤 외, 2000). 연방정부와 주정부의 TANF 프로그램에 대한 전체 재원 비율은 각 주마다 틀리며, 총액대비로 살펴보면, 2002년을 기준으로 전체 주정부의 TANF 프로그램 지출비용 대 연방정부의 지출비용 비율은 약 3.5 : 6.5정도였다.³⁾

프로그램 운영에 대한 관리는 연방정부의 보건 및 인간서비스부(DHHS: Department of Health and Human Services)산하 아동및가족청(ACF: Administration for Children and Families)에서 담당하며, 각 주정부의 가족부조사무소(OFA: Office of Family assistance)에서 실질적인 운영을 담당해, 공공부문에서 재원과 운영을 담당하고 있다.

다. Food Stamp(식품권 제도)

저소득 가구로 하여금 적절한 영양수준을 유지할 수 있도록 식품권을 지원하

3) 2002년 기준 TANF에 대한 전체 연방정부의 지출은 \$17,004,190,260이고, 전체 주정부의 지출은 \$9,153,913,315임.

기 프로그램으로 1964년부터 연방정부에 의해 시행된 프로그램이다. 수급권자가 되기 위해서는 노인이 없는 가구는 2002년을 기준으로 자산이 \$2,000, 노인이 있는 가구는 \$3,000이하여야 하며, 소득기준은 월총소득이 연방정부가 발표하는 각 가구원수별 빈곤기준선(Poverty Guideline)의 130% 이하여야 한다. 단, 노인과 장애인이 있는 가구의 경우 월순소득이 연방정부가 발표하는 각 가구원수별 빈곤기준선 이하여야 한다. 또한, 수급자격을 지속적으로 유지하기 위해, 노동능력이 있는 가구원의 경우 구직등록 및 정해진 일을 하거나 교육·훈련을 받아야 한다. 18세 이상 50세 미만의 근로능력이 있는 성인이 구직등록을 하지 않거나 직장탐색 이외의 고용 및 취업 프로그램에 참여하지 않으면, 36개월 중 3개월만 식품권 혜택을 받을 수 있다. 식품권은 가족수와 소득수준에 따라 결정되며, 수혜대상이 되는 세대가 받는 급여의 금액은 각 세대의 월 순소득에 0.3배를 곱한 금액을 세대원 수에 따라 정해진 최대수당에서 뺀 금액이다(김기원, 2000).

최근의 수혜율을 살펴보면, 2002년 기준으로 19,093,798명으로 1998년 이후 줄어들었던 수혜자수가 2001년부터 증가하고 있다.

〈표 III-5〉 Food Stamps 수급자 비율

(단위: 명)

연도	1998	1999	2000	2001	2002
수급자수	19,788,115	18,182,595	17,139,225	17,313,403	19,093,798

출처: <http://www.fns.usda.gov>

재정은 연방정부의 일반회계에서 지출되며, 관리운영의 주체는 농림청(DA: Department of agriculture)의 식품및영양서비스부(FNS: Food and Nutrition Service)이다. 단, 사회보장청, 국세청, 이민국, 농산성 감사관, 노동성 등 여러 유관부처가 업무를 분담하고 있다. 지방정부에선 식품권 사무소가 직접 식품권 수혜자로부터 필요한 서류를 접수하고, 상담하는 업무를 맡고 있다.

라. Medicaid(의료부조)

Medicaid는 아동이 있는 저소득 가구, 저소득 노인, 장애인들을 위해 현물로 의료서비스를 제공하는 프로그램⁴⁾으로, 주정부와 연방정부가 공동으로 운영하는 프로그램이며, 연방정부의 공공부조 프로그램 중 가장 예산규모가 큰 프로그램이다.

Medicaid의 수급대상자는 연방정부의 지침에 의해 ‘범주적 요보호 집단’(the categorically needy groups)과 ‘의료적 요보호 집단’(the medically needy groups)으로 구분되며, 주정부는 이러한 구분에 따라 특정집단에 대해서는 의무적으로 의료서비스를 제공해야 하지만, 일부 집단에 대해서는 선정기준을 자율적으로 결정하여 선택적으로 서비스를 제공할 수 있다. 즉, 연방정부의 지침 내에서 각 주정부는 자율적으로 자격조건, 서비스의 형태, 양, 기간, 범위 및 행정체계를 결정하여 운영할 수 있어, 주정부별로 제도의 자격조건과 서비스의 수준 및 범위 등은 다양하게 나타난다. 단, SSI, TANF 수급자, 소득이 공식 빈곤선의 133% 미만인 임신부 및 18세 이하의 아동에게는 반드시 지급되어야 된다.

범주적 요보호집단은 TANF 수급권자, SSI 수급권자, 빈곤선의 133% 이하의 소득을 가진 가구의 임신부와 6세 미만의 아동, 빈곤선 이하의 소득을 가진 가구의 19세 미만의 아동, 양육서비스(foster care) 및 입양부조(adoption assistance) 수급자, 일부 의료보호(Medicare) 수급권자⁵⁾로 구성되고, 의료적 요보호집단은 주정부에 따라 완화된 소득 및 자산기준에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단(poverty-related group; 빈곤선의 185% 이하의 소득을 가진 가구의 임신부 및 1세 미만의 아동, ‘spending down’에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단)의 의료비 지출분에 대해 소득공제를 함으로써 소득기준을 충족, SSI는 받지 못하지만, 주정부의 SSI 보충급여를 받는 노인 및 장애인, SSI 급여수준의 300% 미만의 소득을 가지면서 의료시설에 입원하고 있거나, 지역사회로부터 장기요양보

4) 의료부조 환자들이 의사나 다른 의료제공자로부터 서비스를 받으며, 이들 의료서비스 제공자는 정부로부터 치료비를 상환받는 형태이다.

5) QMB(Qualified Medicare Beneficiary): 빈곤선 이하의 소득과 SSI 기준의 2배 이하의 자산(개인 \$4,000, 부부 \$6,000)을 가진 노인 또는 장애인

SLMB(Specified Low-Income Medicare Beneficiary): 빈곤선 100~135%의 소득과 QMB와 동일한 기준의 자산을 가진 노인 및 장애인

호 서비스를 받고 있는 노인, 근로활동에 종사하고 있는 장애인 등으로 구성된다(김미곤 외, 2000에서 재구성).

최근 수혜율을 살펴보면, 1990년대 이후 Medicaid 수급자는 지속적으로 증가하고 있으며, 인구학적 구분으로 보면, 아동이 가장 많은 수혜자 집단이다. 또한, 미국 내 공공부조프로그램 중 가장 많은 수혜자 집단을 지닌 프로그램이다.

〈표 III-6〉 Medicaid 수급자 수

(단위: 백만명)

연도구분	1990	1995	1999	2000	2001	2002
전체(Total)	22.9	33.4	32.8	34.0	36.9	40.4
노인(Aged)	3.1	3.7	3.8	3.9	4.1	4.3
시각/ 일반 장애인 (Blind/Disabled)	3.8	5.8	6.6	6.8	7.2	7.7
아동(Children)	10.7	16.5	16.3	16.7	18.0	19.6
성인(Adults)	4.9	6.7	6.2	6.7	7.7	8.8
기타(Other)	0.5	0.5	-	-	-	-

출처 : www.cms.hhs.gov

Medicaid의 재원은 각 주의 1인당 평균 소득수준과 미국 전체 1인당 평균소득수준에 따라 전체 재정의 50~83%를 연방정부가 지원할 수 있는 matching fund 방식으로 지원이 이루어진다. 원칙적으로 연방정부의 지원은 83% 이상을 초과할 수 없고, 특별한 경우에 있어 90% 정도까지 가능하나 매우 예외적인 경우이다. 그러나 연간보조금액은 TANF, SSI, Food Stamps 등 다른 모든 공공부조 프로그램의 비용을 합한 것보다 많은 금액이다.

관리운영주체는 연방정부의 보건 및 인간서비스부(DHHS)의 의료보험 및 의료부조 센터(CMS: Center for Medicare and Medicaid Service)에서 관리하고 있으며, 각 주의 지방의료부조사무소(local Medicaid office)에서 신청 및 수급과 관련

된 업무를 진행하고 있다.

마. GA(General Assistance: 일반부조)⁶⁾

GA는 TANF나 SSI의 수급자격이 없는 빈곤가구나 개인에 대해 현물 또는 현금급여를 제공하는 주정부 또는 지방정부의 공공부조제도로, 연방정부의 다양한 공공부조제도의 자격기준을 충족시키지 못하거나, 긴급한 원조를 필요로 하는 경우 등 사각지대에 있는 대상자들을 위한 보완적 성격의 프로그램이다.

GA는 현금급여, 식료품을 살수 있는 바우처(voucher) 및 긴급상황 시 이용할 수 있는 거주공간(shelter) 등으로 구성된다. 재원은 연방정부와 관계없이 주정부나 지방정부의 일반재정에서 조달되며, 주정부나 지방정부가 자율적으로 프로그램을 관리·운영된다. 따라서 GA의 수급대상자 선정기준 및 급여수준과 서비스 형태 및 양은 각 주에 따라 다르며, 동일한 주에서도 지방(county)마다 다르게 나타난다.

캘리포니아 주의 경우 1996년도 1인당 평균급여는 \$225이며, 이 금액은 5년 전의 \$307보다 현격히 줄어든 수준이다. 일반부조의 급여수준은 계속 감소해 가는 추세이며, 대부분의 지방(county)에서 근로가 가능한 수급자가 일반부조를 받기 위해서는 최저임금을 제공하는 공공근로를 하도록 요구하고 있다(김기원, 2000).

전체적으로 미국의 공공부조제도의 대상자 선정기준과 급여는 〈표 III-7〉과 같이, 그리고 재원과 행정은 〈표 III-8〉과 같이 정리하여 볼 수 있다. 대체로 미국의 공공부조는 범주적 공공부조의 성격이 강하고 급여도 제한적인 수준에 있으며 근로가능자에 대한 자립의 강조가 강하다. 이로 말미암아 미국의 공공부조는 빈곤율을 감소시키는 정도가 약하다.

6) county welfare, county aid, general relief 등으로 불리기도 한다.

〈표 III-7〉 미국 공공부조제도의 대상자 기준 및 급여

SSI	○ 65세 이상 노인과 시각장애인, 또는 \$500 이상의 소득을 올릴 수 있는 생산적 활동이 불가능한 장애인 ○ 자산기준 (2002년 기준) - 개인: \$2,000, 부부: \$3,000 - 현재 거주중인 주택 제외 - 사망 후 안장을 위한 공간 제외 - 장례비용은 \$1,500까지 공제 - 생명보험에 적립된 자산은 \$1,500까지 공제 - 자동차에 대해서는 의료적 목적, 장애인, 지역적 제한이 있는 경우 100% 공제하고 이외의 경우 시장가치 중 \$4,500 공제 ○ 소득기준: 소득인정액이 SSI 급여액 이하 ○ 급여는 매월 현금으로 지급(2002년 기준) - 수급자 단독가구 \$545, 부부 \$816 (다른 수입이 없는 경우) - 소득이 있으면 급여는 감소 - 단, 노동동기를 유발하기 위해 노동소득에 대해서는 몇 가지 예외 인정 (월 \$20까지 소득 및 월 \$65까지 노동소득은 소득액의 절반만큼 급여액 감소)
TANF	○ 부모의 사망, 가출, 정신적 또는 신체적 무능력, 실업 등에 의하여 부모로부터 부양받을 수 없는 18세 미만의 아동이 있는 가구 중 소득과 자산기준에 따라 선정 ○ 위의 조건에 해당하는 가구 중 법정공제액을 제외한 소득이 주정부는 각 주에서 설정한 Need Standard(최저생계비)의 185%이하의 가구를 1차적인 대상으로 선정 ○ 자산기준 (2002년 기준) - 재산액이 \$1,500이하 - 현재 거주하고 있는 주택과 자동차 1대, 장례비용 등은 제외 ○ 소득기준 (2002년 기준) - 소득인정액이 해당 주의 Need Standard 이하 ○ 일반적으로 수급 후 2년이 지나면 노동시장에 참여해야 하며, 누적해서 60개월 이상 급여를 받을 수 없음. ○ 급여는 매월 현금으로 지원 - 급여수준은 수급가정의 욕구평가, 즉 소득·자산 및 가족규모에 따라 달라지며, 주정부가 자율적으로 결정

〈표 III-7〉 계속

Food Stamp	○ 노동능력이 있는 특정 가구원의 경우 구직등록 및 정해진 일을 하여야 하고 교육, 훈련을 받아야 함 ○ 자산기준 (2002년 기준): 노인이 없는 가구는 \$2,000, 노인이 있는 가구는 \$3,000 ○ 소득기준 (2002년 기준) - 노인과 장애인이 없는 가구의 경우 : 소득인정액(가구 월 총소득)이 연방정부가 발표하는 각 가구원수별 빈곤지침선(Poverty Guideline)의 130% 이하 - 노인과 장애인이 있는 가구의 경우 : 소득인정액(가구 월 순소득)이 연방정부가 발표하는 각 가구원수별 빈곤지침선(Poverty Guideline) 이하
Medicaid	○ 범주적 요보호 집단 - AFDC/TANF 수급가구: TANF의 수급자격을 갖춘 가구 - SSI 수급자: 일반적으로 SSI 수급자들은 Medicaid의 수급대상이 되지만, Minnesota 등 12개 주에서는 보다 엄격한 자격기준을 적용 - 빈곤선의 133% 이하의 소득을 가진 가구의 임신부와 6세 미만의 아동 - 빈곤선 이하의 소득을 가진 가구의 19세 미만의 아동 - foster care(양육서비스) 및 adoption assistance(입양부조) 수급자 - 일부 Medicare(의료부조) 수급권자 · QMB(Qualified Medicare Beneficiary): 빈곤선 이하의 소득과 SSI 기준의 2배 이하의 자산(개인 \$4,000, 부부 \$6,000)을 가진 노인 또는 장애인 · SLMB(Specified Low-Income Medicare Beneficiary): 빈곤선 100~135%의 소득과 QMB와 동일한 기준의 자산을 가진 노인 및 장애인 ○ 의료적 요보호 집단 - 주정부에 따라 완화된 소득 및 자산기준에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단 (poverty-related group) : 빈곤선의 185% 이하의 소득을 가진 가구의 임신부 및 1세 미만의 아동 - 'spending down'에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단 : 의료비 지출분에 대해 소득공제를 함으로써 소득기준을 충족 - SSI는 받지 못하지만, 주정부의 SSI 보충급여를 받는 노인 및 장애인 - SSI 급여수준의 300% 미만의 소득을 가지면서 의료시설에 입원하고 있거나, 지역사회로부터 장기요양보호 서비스를 받고 있는 노인 - 근로활동에 종사하고 있는 장애인

출처 : 외국의 공공부조제도(2000) 김미곤 외, 한국보건사회연구원 에서 수정 및 보충

〈표 III-8〉 미국 공공부조제도의 재원 및 운영

SSI	○ 재원은 연방정부 및 주정부의 일반재정에 의해 조달됨 ○ 제도의 운영은 SSA(Social Security Administration)에서 담당 각 지역사무소에서 실제 업무 담당
TANF	○ 연방정부와 주정부의 재원으로 운영됨 ○ 연방정부가 Block Grant 방식으로 지원하며, 이를 연방 DHHS(Department of Health and Human Services)에서 관리 ○ 연방정부는 기본적인 Block Grant 이외에 ① 빈곤율 및 인구증가율이 일정수준 이상인 주, ② 일정기한 내에 사생아의 수를 감소시키거나, ③ 성공적으로 TANF 프로그램을 운영한 주, 그리고 ④ 가장 최근 분기 동안 실업률이 6.5% 이상이거나 실업률이 이전 2년 동안의 동일 분기 실업률보다 10%가 높은 주에 대해서 추가 보조금(supplemental grants)을 지원 ○ 반면 연방정부가 요구하는 규정을 준수하지 않는 주에 대해서는 지원되는 재원을 감액할 수 있음 ○ 프로그램 운영에 대한 관리는 연방 DHHS 산하 ACF(Administration for Children and Families)에서 담당하며, 각 주정부의 OFA(Office of Family Assistance)에서 실질적인 운영을 담당
Food Stamp	○ food stamp는 DA(department of agriculture)의 FNS(Food and Nutrition Service)에서 관리하며, 각 주정부에서 주로 운영 - 기타 유관부서에서 업무를 분담함. ○ 연방정부의 일반회계에서 재원지출
Medicaid	○ Medicaid의 재원은 각 주의 1인당 평균 소득수준에 따라 전체 재정의 50-83%를 연방정부가 지원할 수 있음 ○ 연방정부의 지침내에서 각 주정부는 자율적으로 자격조건, 서비스의 형태, 양, 기간, 범위 및 행정체계를 결정하여 운영할 수 있음 ○ 지역 의료기관에서 수급자들에 대한 의료서비스를 제공하고 주정부가 진료비를 상환하는 방식으로 운영됨
GA	○ 연방정부와 관계없이 주정부나 지방정부의 일반재정에서 재원이 조달되며, 자율적으로 프로그램을 관리운영 ○ GA의 수급대상자 선정기준 및 급여수준과 서비스 형태는 각 주에 따라 다르며, 동일한 주에서도 지방(county)마다 다르게 나타남

출처: 외국의 공공부조제도(2000) 김미곤 외, 한국보건사회연구원에서 수정 및 보충

바. 주거급여 (Housing Benefits)

한편, 미국의 경우 기존의 공공부조체계와 별도로 주거급여로 임대료보조제도를 운영하고 있다. 임대료보조제도는 소득에 비해 임대료 부담이 과한 저소득층 임차인에게 보조금을 지급하는 제도로, 일종의 임대료 할인권제도라고 할 수 있다.

미국의 경우 주택정책의 자가촉진위주의 정책으로 저소득층에 대한 지원제도는 상대적으로 미약한 실정이며, 임대료 보조제도(Housing Choice Voucher Program)가 저소득층을 위한 주요한 주거 지원제도로 자리 잡고 있다. 대상은 저소득층에 한정되므로, 데모그란트의 성격보다는 공공부조의 성격이 강하다.

〈표 III-9〉 미국 주거급여(Housing Choice Voucher Program)의 유형

구분	내 용
Tenant based voucher	저소득층에 대한 임대료 보조
Project based voucher	저소득층에 대한 임대를 전제로 한 주택의 건축 및 개보수 비용 지원
Conversion voucher	재개발, 재건축 등으로 인하여 불가피하게 주거를 이동해야 하는 경우 임대료 보조
Family unification voucher	주거문제로 인하여 가족이 분리되어 있는 저소득층에 대한 지원
Home ownership voucher	일정한 소득기준과 고용조건을 충족시킬 경우, 생애 첫 주택구입자를 대상으로 기준에 적합한 주택 구입에 바우처를 제공.
Voucher for people with disabilities	장애인에 대한 포괄적인 임대료 보조
Welfare-to-work voucher	저소득층의 근로활동 참여와 자활을 위해 일자리를 얻거나 유지하기 위해 필요한 임대료 보조

출처: HUD(the Department of Housing and Urban Development), 박능후 외 (2002), 국토개발원 에서 재인용

주택및지방개발부(HUD: Department of Housing and Urban Development)의 주

택수준 기준에 부합하고 주택보조지불(HAP: Housing Assistance Payment) 계약을 체결한 지주가 소유한 주택에 거주하는 세입자들에 한해서 지불기준(Payment Standard) 또는 총임대료에서 세입자 소득의 30%를 공제한 액수를 지급한다. 자격조건은 소득이 지역중위소득치(AMI: Area Median Income)의 80% 이하인 임차인이되 새로운 수급자 중 75%는 지역중위소득치의 30% 이하여야 한다.

임대료 보조를 받고 있는 가구는 1999년 기준 140만 가구로 전체 임대가구의 4.1%이며, 소득이 지역중위소득치의 30% 이하인 가구가 700만 가구 이상이라는 것을 고려할 때 매우 적은 부분의 사람들이 임대료 보조의 혜택을 받고 있다고 할 수 있다. 운영은 연방차원에서는 주택및지방개발부가, 지방차원에서는 공공주택사무소(PHAs : Public Housing Agency)가 담당하고 있다. 공공주택사무소는 먼저 주택및지방개발부가 설정한 NOFAs(Notice of Funding availability)를 기준으로 재정지원을 신청하고, 이의 승인여부에 따라 주택및지방개발부로부터 일정수준의 재정을 지원 받아서 다양한 프로그램들을 운영하고 있다. 재정은 연방정부의 일반회계에서 지출된다.

3. 사회복지서비스제도 내용 및 체계

가. 미국의 사회복지서비스의 개관

미국의 사회복지서비스는 민간의 자생적인 서비스 공급 성장을 근간으로 하고 있다. 이는 정부의 서비스 제공에 대한 부정적인 인식이 컸던 미국의 사회적 가치와 관련되어 있다. 최근의 미국 사회복지서비스의 분류 및 종류는 Title XX(1975)의 대인 사회서비스(personal social service)에 의해 설명된다. 그러나 서비스의 종류는 너무 넓어서 정의를 내리기 어려우며, 일반적으로 아동보호 및 아동복지, 가족상담 및 정신건강, 노인·장애인에 대한 서비스, 건강관련 서비스, 일반적인 정보제공과 의뢰서비스를 포함할 수 있다.⁷⁾

7) Title XX(1975)의 서비스 분류 : adoption services, case management services, congregate meals,

Title XX는 ① 의존상태를 예방하고 감소·제거시키기 위하여 자조를 성취시키고 유지시킨다. ② 자활(self-sufficiency)을 성취시키고 유지한다. ③ 아동이나 보호가 필요한 어른에 대한 유기, 학대, 착취를 예방하고 가족을 강화시킨다. ④ 지역사회에 근거를 둔 보호와 비경제적인 보호를 제공함으로써 불필요하고 부적절한 시설수용을 방지한다. ⑤ 필요한 경우는 시설에의 수용과 의뢰를 용이하게 하며 시설수용자에게 서비스를 제공한다 등의 목표를 가지고 제정되었다. 즉 미국의 대인 사회서비스는 자조, 자활에 대한 강조를 유지하고, 아동의 보호, 시설보호의 방지 및 감소 등을 주요한 가치로 하고 있음을 알 수 있다.

1975년의 Title XX 제정을 통해 미국 내 산발해있던 사회복지서비스들의 통합 및 체계화가 이루어 졌다. 또한, 1975년의 입법을 통해, 사회복지서비스의 지역사회중심의 지방분권적 서비스와 공공부조의 소득보장을 보충하는 지원적 서비스의 성격이 좀 더 분명해졌다고 볼 수 있다. 그러나, 주지하다시피 연방국인 미국의 사회복지서비스들은 강한 지방분권적 성격을 가지고 있었으며, 제도의 수혜자에 대한 자조의 원칙이 매우 강조되며, 민간부분 참여의 활성화 등의 경향을 보이고 있어, 서비스들의 공통된 모습을 찾아내기가 쉽지 않다.

따라서, 미국의 사회복지서비스에 대한 부분은 개략적인 부분을 훑어보고, 대표적인 주에 대한 사례연구 형식으로 살펴보려고 한다. 미국 내 공적사회복지서비스에 대한 개략적인 모습을 살펴보면 다음과 같다.

아동보호 및 아동복지, 가족상담 및 정신건강, 노인·장애인에 대한 서비스, 건강관련서비스, 일반적인 정보제공과 의뢰서비스 등 다양한 분야로 구성된 사회복지서비스의 경우, 대상은 서비스의 종류와 성격에 따라 다르게 공급된다. 이중 어떤 서비스는 소득에 상관없이 자산조사를 거치지 않고 인구학적 구분이

counseling services, adult day care services, child day care services, employment, education, and training services, family planning services, foster care services for adults, foster care services for children, health-related and home health services, home-based services, home-delivered meals, housing services, information and referral services, legal services, pregnancy and parenting services for young parents, prevention and intervention services, protective services for adults, protective services for children, recreational services, residential treatment services, special services for the developmentally disabled the blind, and the physical disabled, special services for juvenile delinquents, transportation services

나 혹은 대상에 상관없이 욕구에 따라 제공되나, 또 다른 서비스는 소득의 상한성을 정해서 자격에 제한을 두고 있으며, 일정소득 이상의 사람들에게는 서비스에 대한 사용료를 받기도 한다. 다만, 보통 사회복지서비스에서 제한하는 소득의 상한성은 공적부조제도에서 정하는 소득의 상한선보다 다소 높게 책정되는 경향을 보인다.

재원 또한 여러 가지 방법으로 마련이 되는데, 공적재원에서는 연방정부·주정부·지방정부가 보조금 형식으로, 민간차원에서는 회비, 수수료, 보조금, 기여금 등에 의해서 재원이 마련된다. Title XX에 의한 연방보조금은 점차 줄어들고 있는 추세이긴 하나, 여전히 미국 내 사회복지서비스의 주요한 재원으로 활용되고 있다. 최근에는 TANF의 통합적 보조금(block grants)이 일부 서비스에 대한 재원으로 사용되기도 한다.

한편, 1975년의 입법으로 인해, 미국 내 사회복지서비스는 ‘재원은 연방정부에서, 운영은 주정부에서’라는 원칙이 확립되었고, 이에 따라 각 주정부와 지방정부가 비교적 자율적으로 서비스를 운영하고 있는 편이다. 서비스의 종류나 성격에 따라 연방정부·주정부·지방정부가 연합하여 제도를 운영하고 있으며, 전반적으로 민간사회복지단체에서 서비스를 구매하는 경향이 점차 높아지는 것이 최근의 추세이다. 그러나 일반을 대상으로 하는 서비스의 상당부분은 민간의 공급에 의존하는 경향이 있고 이들 서비스의 비용은 시장의 원리에 따라 충당됨으로 전체적인 정부의 서비스 제공을 위한 비용의 지출비중은 높지 않다.

나. 위스콘신주(Wisconsin)의 사회복지서비스(아동, 노인을 중심으로)

1) 서비스의 개관

미국의 사회복지서비스는 주별로 또는 지방별로 다르므로 사회복지가 비교적 발달한 것으로 평가되는 위스콘신주의 사례를 중심으로 사회복지서비스를 살펴보고자 한다. 특히 사회복지서비스의 중심적인 분야인 아동복지와 노인복지분야를 중심으로 살펴보고자 한다. 앞서 미국 서비스 분류에서도 잠깐 보았듯이 미국의 사회복지서비스에서 아동복지는 중요한 부분이 되고 있다.

미국 아동복지연맹(Child Welfare League of America)은 아동복지를 아동양육의 책임을 감당할 수 없거나 적절한 자원이 없어 아동 보호의 욕구를 충족시키지 못하는 부모와 그 자녀들에게 제공되는 사회적 서비스로 정의하고 있다. 학계의 분류에 따르면, 미국의 아동복지는 Kadushin의 3S모델에 의해 체계화되었는데 첫째 부모-아동관계의 긴장해소를 위한 지지적 서비스(Supportive Service), 둘째 부모의 역할을 보완해주는 보충적 서비스(Supplementary Service), 그리고 셋째로 부모의 역할을 대리해 주는 대리적 서비스(Substitutive Service)로 기본체계를 구성하고 있다. 지지적 서비스에는 부모의 역할을 지원해주는 각종 가족 서비스, 지역정신보건서비스, 아동학대와 방임에 관한 보호적 서비스(Protective Service) 등이 있고, 보충적 서비스에는 TANF, Medicaid(의료보호), 탁아 서비스 등이 있으며 대리적 서비스에는 가정위탁, 입양, 시설보호 등이 있다. 한편 미국의 경우 TANF가 있으나, 모든 아동에게 적용되는 아동수당제도는 없다.

대부분 아동서비스의 서비스 제공주체는 사회복지기관이며, 아동복지기관(child welfare agency), 가정봉사기관(family service agency), 또는 아동·가정국과 같이 아동과 가정이 복합적으로 사용하는 기관들로 이루어져 있다. 기관구성은 공공기관, 민간기관, 관민협력기관 등 다양하다. 빠르게 줄어드는 빈곤노인의 비율에 비해 빈곤아동의 비율은 다소 더딘 감소율을 보이고 있으며, 빈곤가정 아동에 대하여 지원하는 아동보조금은 빈곤노인 1인당 연방정부의 연간보조금의 약 10% 미만을 차지하고 있다.

미국의 노인복지서비스를 살펴보면, 미국은 서구의 선진복지국가들에 비해 사회복지정책이 비교적 늦게 시작했으나, 노인복지에 대한 관심은 다른 분야에 비해 다소 높은 편이라 볼 수 있다. 연방정부, 주정부, 지역정부의 연계를 통해 노인복지서비스를 제공하고 있으며, 공적부분과 민간부분이 조화를 이루어 다양한 서비스와 프로그램이 제공되고 있다. 단 다른 분야의 서비스들에 비해, 프로그램 이용시 본인 부담금이 다소 높은 편이다. 최근 노인복지서비스의 경향은 노인개인이 거주하는 지역사회에서 가능한 한 독립적으로 생활하도록 돕는 재가복지를 지향하고, 특히 이를 위해 주택서비스 및 사회적 서비스 등의 적절한 배합 및 이의 제공에 정책적 관심을 보이고 있다.

2) 위스콘신주의 아동복지서비스

○ 입양 및 양육 서비스 (Adoption & Foster care)

위스콘신주의 입양 및 양육서비스는 부모의 사망이나, 법원의 결정에 따른 양육권 상실 등으로 입양이 필요한 모든 아동이 대상이 된다. 원칙적으로 주내 위치한 사설 입양기관에서 모든 입양절차와 입양상담을 책임지고 있으며, 재원 또한 비공공자원(non-public funding)을 주로 활용하고 있다. 그러나, 특수욕구아동, 소수민족아동, 형제자매그룹, 발달장애 아동들은 사설입양기관과 함께 보건가족서비스부의 아동및가족서비스분과(DCFS: Division of children and family service)에서 특별히 관리하고 있으며, 이 부분에 대한 재정은 주 재정 및 연방재원이 소요되기도 한다.

〈표 III-10〉 미국 입양 및 양육 서비스

구분	내 용
대 상	입양이 필요한 모든 아동(부모의 사망이나, 법원의 결정에 따른 양육권 상실) *단, 특수욕구아동, 소수민족아동, 형제자매그룹, 발달장애 아동 등은 보건가족서비스부의 아동 및 가족서비스 분과에서도 담당하고 있음.
재 원	비공공 자원(non-public funding) + 주재정 및 연방재원(*의 경우만)
실행주체	사설입양기관 + 공공기관

○ 아동보육보조금 프로그램 (child care subsidy program)

아동보육보조금 프로그램은 13세 이하의 아동이 있는, 가족전체의 총수입이 연방정부의 빈곤지침선의 185%인 저소득 근로 가족을 대상으로 아동보육에 대한 경제적인 지원을 하는 프로그램이다. 재정적인 부분은 소득조사만 거치며, 자산에 대한 조사는 따로 실시하지 않는다. 총수입이 빈곤지침선의 200%를 넘지 않는 2년 동안 서비스가 제공가능하나, 위에서 언급한대로, 부모가 근로활동중이어야 하며, 위스콘신주의 공공부조 프로그램 중 어느 하나의 수혜자여야 한다. 즉, workfare의 움직임에 맞추어 수급자의 자활을 위해, 제공하는 아동서비스의 일환으로 제공되는 것이라 할 수 있다.

서비스수혜자는 지속적으로 늘어나고 있으며, 1996년에는 약 17,000명의 아동이 서비스를 수혜 받았으며, 2002년에는 위스콘신 내 약 42,000의 아동이 이 프로그램의 혜택을 받았다. 관리주체는 위스콘신의 공공부조 프로그램을 관리·운영하는 W2 agency에서 신청 및 선정관리를 하고 있으며, 각 지역 내 기관은 서비스 제공주체들의 관리 및 상황을 등에 대한 부분을 책임진다.

재원은 연방보조금(Title XX 및 아동보육기금)과 주정부보조금, 서비스 요금 등으로 충당되며, 지속적으로 늘어나고 있다.⁸⁾ 위스콘신주의 경우 아동보육기금을 주정부 단위로 새로 발족시켰으며, 2002년 현재, 연방정부의 지원 대 주정부 비율은 4:6 정도를 유지하고 있다. 서비스 요금은 전체 재정에서 차지하는 부분이 크지 않다. 참고로 서비스 요금은 가족의 규모와 소득, 보호가 필요한 아동 수, 필요한 보호의 종류에 따라 결정되며, 요금은 가족총수입의 12%를 초과할 수 없다.

〈표 III-11〉 미국 아동보육보조금 프로그램

구분	내 용
대 상	13세 이하의 아동이 있는, 가족전체의 총수입이 연방정부의 빈곤지침선의 185% 이하인 가족
재 원	연방보조금 + 주정부보조금 + 서비스 요금
전달체계	위스콘신의 공적부조프로그램을 관리운영하는 W2 agency에서 신청 및 선정관리
급 여	총수입이 빈곤지침선의 200%를 넘지 않는 2년 동안 서비스 제공가능
서비스요금	가족의 규모와 소득, 보호가 필요한 아동수, 필요한 보호의 종류에 따라 결정됨. 단, 요금은 가족총수입의 12%를 초과할 수 없음.

○ 아동보호서비스: 아동방임 및 학대 방지(Child Protective Service: Child Abuse & Neglect)

아동 보호서비스는 육체적 학대 및 방임, 성적학대 및 방임, 정신적 학대 및

8) 위스콘신주의 경우 재정적 증가는 연방정부의 지원의 증가보다는 주자체기금의 추가지원 등으로 인한 것이다.

방임 상태의 아동을 보호하는데 목적을 둔 미국 내 대표적인 아동복지 서비스이다. 학대 및 방임상태에 놓인 아동은 신고에 따라 신속히 사정을 통해 각종 향후 조치로 연결된다. 지역 내 지역복지사무소나 아동복지사무소에서 관리운영하고 있으며, 재원은 연방보조금과 주보조금으로 운영되는 것이 일반적이나 위스콘신주의 경우 주 재정에서 전적으로 지출하고 있다.

〈표 III-12〉 미국 아동보호서비스: 아동방임 및 학대 방지

구분	내 용
대 상	육체적 학대 및 방임, 성적방임 및 학대, 정신적 학대 및 방임 상태의 아동
재 원	연방재원 + 주재원
전달체계	지역복지사무소, 아동복지사무소

○ 아동 및 청소년 서비스 (Child/Youth Services)

위스콘신주의 기타 아동 및 청소년 서비스에는, 청소년 임신방지프로그램 (Adolescent Pregnancy Prevention), 청소년 선도 프로그램인 ‘밝은 미래에의 시작 (The Brighter Futures Initiative)’, 특수보건육구아동프로그램(Children with Special Health Care Needs), 아동응급의료서비스(Emergency Medical Services for Children), 입양 및 양육 아동의 향후 서비스, 친족보호서비스(Kinship service), 모성보호 및 아동건강관련 서비스(Maternal and Child Health), 학교보건서비스 (School Health Services) 등이 있다.

모든 서비스의 관리주체는 지역 내 지역복지사무소나 아동복지사무소이며, 보건과 관련되는 서비스는 지역 내 보건당국에서 관리하고 있다. 재원의 경우, 연방보조금과 주보조금이 함께 사용되고 있는데, 입양 및 양육 아동의 향후서비스나 친족보호서비스의 경우 연방보조금이 100% 사용되고 있으며, 청소년 관련프로그램은 TANF의 완전보조금(full grants)을 위한 것이라 주와 연방이 2:8 정도의 비율을 유지하고 있다. 기타 보건관련 프로그램은 보건관련 연방보조금에서 지출된다.

3) 위스콘신주의 노인복지서비스

○ Community Options Program(COP)

Community Options Program(이하 COP)은 나이와 질병의 종류에 상관없이 장기보호가 필요한 노인들이 자신의 집이나 지역사회에서 장기적으로 지원을 받을 수 있도록 하기 위해, 지역 내에서 실시하는 노인프로그램 중 대표적인 것이다. 서비스를 받기 위해선 장기보호가 필요하다는 요건만 충족시키면 되며, 소득제한은 없다. 단, 서비스의 종류에 따라 사용자들이 사용요금을 지불하기도 하며, 요금을 지불할 때는 소득기준선(income guideline)을 사용하게 된다.

사례관리자가 존재하고, 지역 내에 있는 관련 프로그램들을 연계하여 제공하는 형태인데, 지역 내 노인사무소(aging office, senior center, aging resource center)를 통해 직접 신청하거나 또는 사회복지기관이나 병원 등을 통해 연계되기도 한다. 제공되는 서비스는 집수선(Home modification), 일시유예보호서비스(respite care), 적응물품(adaptive equipment), 경제적 상담(financial counseling), 보호관리(care management), 의사소통도움(communication aids), 재가건강보호(home health care), 시설보호서비스(residential services), 대인 보호서비스(personal care), 가사돌보기(housekeeping) 등 매우 다양하다. 2001년을 기준으로 지역 내 총 24,322 명의 장기보호가 필요한 사람들이 이 서비스의 혜택을 받았으며, 이중 43%가 노인, 37%가 장애인으로, 노인과 장애인이 가장 큰 수혜자집단이다.

〈표 III-13〉 미국 유형별 수급자수

(단위: 명)

구분	노인	신체장애	발달장애	중증 정신질환	알코올/약 물남용	기타	전체
수급자 (비율)	10,380 42.7%	3,510 14.4%	9,109 37.5%	1,102 4.5%	39 0.16%	182 0.75%	24,322 100.0%

출처: COP and COP-W legislative report for 2001 (DHFS)

재원은 대상자들의 요금과 연방재원(Federal Medical Assistance or Medicare

funding for services), 주정부재원(GPR: general purpose revenue)으로 이루어진다. COP 프로그램이 시작했을 당시는 100% 주정부 재원으로 시작되었으나, 의료 서비스를 첨가한 두 번째 연방정부 지원 프로그램이 시작되면서, 연방 대 주의 재원은 6 : 4 정도의 비율을 유지하고 있다. 전반적인 운영은 지방정부의 인간 서비스기관(human service agencies)에 의해 이루어지며, 주 정부의 보건 및 가족 서비스부(DHFS)에서 총괄적인 관리를 맡고 있다.

〈표 III-14〉 Community Options Program(COP)

구분	내용
대 상	- 장기보호가 필요한 사람 (나이와 질병의 종류는 상관없음) - 소득제한 없음. - 서비스의 종류에 따라 요금을 지불하게 될 때는 소득기준선을 사용하게 됨.
재 원	- 대상자들의 요금, 연방의료지원 또는 의료보험재원, 다른 지역사회자원
전달체계	- 사례관리자가 존재하고, 지역 내에 있는 관련 프로그램들의 연계 및 제공을 하게 되는 형태. - 지역 내 사무소를 통해 직접 신청 또는 사회복지기관이나 병원 등을 통해 연계되기도 함.
프로그램	- 집수선, 일시유예보호서비스, 적응물품 - 경제적 상담, 보호관리, 의사소통지원 - 재가건강보호, 시설보호서비스, 대인 보호서비스, 가사돌보기 등

○ 가족보호(Family Care)

가족보호(Family Care)는 각 개인의 욕구에 맞는 서비스와 지원의 선택, 서비스 접근성의 향상, 장기요양보호체계의 전반적인 질 향상, 비용절감 등을 목표로 장기요양보호체계의 재구성을 위해 위스콘신주에서 시범사업으로 시행되고 있는 장기요양보호프로그램(long-term care service)이다. 1990년대 중반 위스콘신 주의 장기보호체계의 문제점으로 인한 개혁논의에서 나온 프로그램으로 현재까지 위스콘신 주의 9개 지방에서 시범적으로 실시되고 있다.

65세 이상의 신체허약노인, 9개월 이상 지속되는 신체적 질병 또는 발달장애

를 가진 17세 이상, 일부 치매노인을 대상으로 하고 있으며, 주요한 전달체계는 정보제공을 위한 노령 및 장애 자원센터(Aging and disability resource centers)와 사정 및 급여를 위한 보호관리조직(CMOs: Care management organizations)이다. 장애인 및 와병 노인 중 자격심사(LTC functional screening)를 거친 적격자로 가족보호프로그램에 등록되게 되면, 장기보호서비스(Long-term Care Services), 보건서비스(Health Care Services), 팀 사례관리서비스, 고용관련서비스 등을 제공 받게 된다.

〈표 III-15〉 미국 가족보호(Family Care)

구분	내 용
대 상	- 65세 이상의 신체허약노인 - 9개월 이상 지속되는 신체적 질병 또는 발달장애를 가진 17세 이상 - 치매노인 일부 포함
재 원	연방재정 + 주재정
전달체계	노령 및 장애 자원센터- 정보제공 보호관리조직- 사정 및 급여

노령 및 장애자원센터와 보호관리조직은 2개의 주요한 조직인데, 전자는 노인과 장애인 및 그 가족들이 지역사회 내에서 이용 가능한 자원들에 대한 정보 및 충고를 얻을 수 있는 ‘one-stop shop’으로 정보 및 지원, 장기보호옵션상담, 급여상담, 긴급상황대비, 예방 및 조기개입, 가족보호급여에의 접근성 증진 등의 기능을 수행하고 있으며, 후자는 가족보호급여를 관리하고 전달하는 재정기관과 사례관리기관의 2가지 역할을 겸하고 있다. 많은 장기보호관련 프로그램 중 대상자 개인의 개별적 욕구, 환경, 기호에 맞는 장기보호프로그램들을 선택하고 관리해주는 역할을 하며, 비용효과적 체계를 위한 서비스 코디네이션기관이라 할 수 있다.

위스콘신 주의 보건및가족서비스부의 분석에 따르면, 2001년을 기준으로 센터에

서 정보 및 지원을 받은 개별적 사례는 약 65,000건을 기록했는데, 이는 위스콘신 주 내 대상자수를 고려해 볼 때, 적어도 1인당 1번 이상의 상담을 받았다는 것을 의미한다. 또한, 2001년 10월에서 12월의 3개월 동안 센터에서 자격심사를 거친 사례는 총 1,580사례에 이르며, 이중 노인이 1,363사례로 가장 많았다.

전체적인 재정은 주로 주정부에서 담당하며, 센터의 재정에 사회서비스통합 적보조금(social services blocks grants)으로 연방재정이 지원되어, 현재 연방대 주 정부의 재정비율은 1 : 9 정도이다.

○ Senior Care

Senior Care는 위스콘신주에 거주하는 65세 이상의 자격노인들에 대한 처방전이 필요한 의약품에 대한 비용보조프로그램으로 2002년부터 시작되었다. 자산 조사는 따로 하지 않으며, 연간소득으로 보호의 수준(the level of coverage)을 결정하게 된다. 즉, 수급자가 되기 위해선 위스콘신주 65세 이상의 위스콘신주 거주자여야 하며, 연간소득에 따라 보호의 수준이 결정되며, 기타 자산조사는 하지 않는다. 또한, 매년 \$20의 연회비를 지불해야 한다.

〈표 III-16〉 미국의 senior care

구분	내용
대 상	- 위스콘신주에 거주하는 65세 이상의 자격노인 - 자산조사는 따로 하지 않으며, 연간소득으로 보호의 수준(the level of coverage)을 결정함.
재 원	- 연방재정 + 주재정 + 매년 \$20의 연회비
전달체계	- 노인사무소

2002년을 기준으로 수급자수는 3월의 41,700명에서 9월에는 78,000명으로 늘어났으며, 매달 약 3,000명 정도의 새로운 서비스수혜자가 늘고 있다. 2002년을 기준으로 53%가 연방빈곤선(FPL: Federal Poverty Line) 160% 이하이며, 21%가 160~200% 사이, 19%가 200~240%사이, 7%가 240% 이상인 것으로 나타났다.

위스콘신주의 보건및가족서비스부에서 프로그램의 전반적인 총괄을 맡고 있으며, 각 지역 내 노인사무소(aging office, senior center, aging resource center)에서 선정 및 급여의 업무를 맡고 있다. 재정은 주재정과 연방재정(federal Medical Assistance), 연회비로 구성되며, 연회비의 경우 행정비용에만 사용된다. 다른 프로그램에 비해 주의 일반회계에서 지출되는 재정이 많지 않으며, 2002년을 기준으로 전체재정에서 27%정도만이 주의 일반회계에서 지출되었다.

○ 기타

이외 위스콘신주에서 제공하는 노인복지서비스는 식사제공 프로그램(elderly nutrition program), 시설관련 프로그램(wisconsin affordable assisted living)과 요양원(nursing homes) 등이 있다. 총괄관리는 위스콘신주의 보건및가족서비스부에서 담당하며, 지역 내 노인사무소나 사회복지사무소에서 선정 및 급여관련 업무를 모두 담당한다.

4. 공공부조와 사회복지서비스의 체계

미국의 경우 공공부조제도 및 공적사회복지서비스의 구분이 명확한 편이다. 즉, 자산조사를 거친 빈곤세대에 대한 소득보장정책의 일환으로 제공되는 현금보조는 공공부조제도로 분류하고 있으며, 그 외 수급자의 자활을 돕는 현금부조 외의 기타 현물(일부 현물포함)서비스는 사회복지서비스로 분류하고 있다. 두 제도는 자활을 강조하는 미국사회보장제도의 목적에 따라 상호부조하는 형태로 제공되고 있다. 즉, TANF를 수급 받는 한부모가정의 경우, TANF로 현금보조를 받는 동시에 각 주에서 아동을 돌보는데 필요한 여러 서비스 및 본인의 자활과 관련된 서비스들을 받게 된다. 이 부분은 단순히 서비스대상자 및 급여뿐 아니라, 지방분권적 움직임과 더불어 재원에도 영향을 끼친다.⁹⁾ 이는 이전에 개별적 현금보조였던 AFDC와, 재정과 대상자에 있어 각 주가 자율성을 지니고 있는 통합부조의 성격인 TANF의 가장 큰 차이점 중의 하나로 볼 수 있

9) 각 주의 상황에 따라, TANF의 block grants를 관련되는 사회복지프로그램의 재정원천으로 사용할 수 있음.

다. 노동윤리적 성격의 TANF 실시와 더불어 수급자들이 필요한 사회복지서비스들이 강력하게 연계되어 제공되고 있으며, 서비스들은 수급자의 상황에 맞게 개별화되어 제공된다. 예를 들면, 기존의 AFDC에서는 아동보육서비스가 수급자의 상황과 상관없이 공공부조프로그램의 하나로 일률적으로 제공되어 서비스로의 편입도 되지 않았고 수준과 재정에 있어 문제점이 많았으나, TANF에서는 사회복지서비스의 일환으로 아동보육서비스가 제공되며, 대상은 수급자뿐 아니라 보육이 필요한 모든 계층으로 확대된다. 이는 수급자의 상황에 맞는 서비스의 개별화 및 서비스대상의 보편화의 움직임으로 이해할 수 있다.

미국의 공공부조프로그램과 사회복지서비스의 체계에 대해 대상, 급여, 주체 등을 통해 좀더 자세히 알아보면 다음과 같다. 우선, 대상의 포괄성을 포함한 대상자 및 급여부분을 살펴보겠다. 공공부조프로그램이 엄격한 자산조사를 거쳐 빈곤정도에 따라 수급자격을 결정하는 반면, 공공사회복지서비스는 몇몇 서비스를 제외하곤 빈곤여부와 상관없이 서비스가 필요한 사람들에게 제공되고 있다. 공공사회복지서비스에서 자산조사는 수급자격을 결정하는 것이라기보다 서비스 요금을 결정하는 역할을 주로 한다. 즉, 대부분의 공공부조 수급자들은 필요에 따라, 서비스요금을 지불하지 않고 서비스를 제공받고 있으며, 전체적으로 공공부조수급자의 자산조사선보다 다소 높은 수준에서 서비스요금을 지불하지 않는 수준이 결정된다. 같은 서비스도 수혜 받는 대상자의 자산 및 소득수준에 따라 서비스 요금이 달리 책정되는 것이다.

공공사회복지서비스의 많은 부분은 자산조사를 거치거나 그렇지 않은 경우 소득수준에 따라 본인 부담을 달리하는 방식으로 운영되며 서비스 내용 중 수급자의 자립이나 자활, 인적 자본 개발과 관련된 서비스에 대하여 보다 정부가 책임을 지는 경향이 있다. 위스콘신주의 서비스들을 살펴보면, 아동이나 노인 모두 저소득가구에 대하여 정부의 재정적 지원을 유지하고 그렇지 않은 가구에 대하여 개인이 비용을 부담하는 전제로 일부의 서비스 대상을 확대하고 있으며 결국 저소득계층의 이상의 경우는 민간의 서비스를 본인의 부담으로 소비하여야 한다.

대상층의 포괄을 살펴보면, 공공사회복지서비스의 경우, 공공부조프로그램의

필수조건으로 따라오는 프로그램을 제외하곤, 모든 프로그램이 대상층의 문제 여부 및 정도에 따라 대상을 포괄하고 있다. 즉, 공공부조프로그램이 일정수준 이하의 경제적 빈곤층을 포괄하고 있다면, 공공사회서비스의 경우 경제적 빈곤 정도와 상관없이 대상층에 따라 문제여부 및 정도에 따라 대상을 포괄하고 있다고 볼 수 있다. 단 앞서 지적하였듯이 본인 부담을 전제로 한 대상에 대한 개방이다.

TANF의 실시와 더불어, 아동보육 및 직업훈련과 관련된 수급자를 지원하는 프로그램들이 상대적으로 많이 증가하여, 개별화된 욕구에 대응하는 서비스의 제공 및 서비스보편화에 기여했다고 볼 수 있으나, 이는 동시에 전체적인 서비스총량에서 볼 때, 공공부조프로그램의 필수조건으로 따라오는 프로그램이 상당수를 차지하는 결과를 낳았다. 따라서, 전반적으로 경제적 빈곤여부와 상관없이 대상층의 문제여부 및 정도에 따라 대상을 포괄하고 있는 정도가 높진 않아 실질적으로 서비스의 보편성은 높다고 볼 수 없다. 한편, 미국의 경우 사회복지서비스 재정의 많은 부분을 차지하고 있는 주의 재정에 따라 서비스의 대상포괄층이 틀려지게 되며, 이 차이분에 대해서 연방의 보조는 정해진 사회복지서비스보조금(social service grants) 외에 따로 존재하지 않는다.

두 번째로, 재원에 대해 살펴보면 공공부조의 경우 연방 및 주·지방정부의 조세로 충당되며, 공적사회복지서비스는 연방정부, 주정부 지방정부의 보조금 형식으로 주로 충당되나, 서비스 요금도 포함되어 있다. 단, 본인부담금이 다소 높은 노인복지서비스를 제외하곤 서비스 요금은 높게 책정되는 것이 아니기 때문에 재정에서 서비스 요금이 차지하는 부분은 그리 크지 않다.

미국의 경우 공공부조프로그램들은 주정부 재원보다 연방정부의 재원이 훨씬 높은 편이어서, SSI와 GA를 제외한 모든 프로그램에서 연방정부가 60% 이상을 지원하고 있으나, 각 주마다 지원비율의 차이가 있다. 사회복지서비스의 경우 주 재정에 따라 서비스를 제공할 수 있는 인원수가 다소 차이가 나게 된다. 현재까지는 연방의 보조금이 공공복지서비스의 주요한 재원으로 사용되고 있으나, 연방의 보조금은 점차 줄어들고 있는 실정이다. 특히 TANF 실시 이후로 TANF의 통합적 보조금도 수급자에 대한 지원적 프로그램의 재원으로 사용되고 있다.

위스콘신주의 경우 아동입양 관련서비스의 경우 연방재원이 100%, 기타 공공부조관련 프로그램의 경우 연방이 70~80%정도, 나머지 프로그램의 경우 주정부 재원이 주로 활용되고 있으며, 경우에 따라 주정부의 재원이 100% 활용되는 프로그램들도 있다. 서비스의 경우 점차적으로 주재원이 늘어나고 있는 추세이다. 노인복지서비스의 경우 의료관련 프로그램과 장기요양보호의 경우 연방정부의 재원이 주로 활용되고 있으며, 위스콘신주의 시범사업인 가족보호의 경우 주정부가 주재원이다. 한편, 서비스요금의 경우 아동복지서비스에 비해 노인복지서비스의 부담률이 좀 더 높은 편이나 전체 재정에서 큰 부분을 차지하진 않는다.

마지막으로 운영체계에 대해 살펴보면, 미국의 경우, 운영에 있어 공공부조와 사회복지서비스 둘 다 주정부의 자율적인 권한을 강조되고 있다. 상대적인 비교에 따라 공적부조의 경우, 연방정부에서 서비스의 전반적인 운영을 맡고 있으며, 지방정부의 프로그램인 GA를 제외하고는 중앙정부의 정책과 법안을 통해 프로그램의 전반적인 형태와 내용이 결정되는 경향을 보인다. 그러나, 실질적인 운영은 주정부와 지역사무소를 통해 이루어지고 있으며, 전반적인 가이드라인 등을 제외하곤, 지역차이가 다소 있다고 할 수 있다. 사회복지서비스의 경우 상대적으로 주단위로 운영되고 있으며, 실질적인 운영은 지역 내 사회복지사무소, 아동복지사무소, 노인복지사무소 등을 통해 이루어지고 있다. 서비스들의 주요관리주체는 주로 지방정부의 보건및가족서비스부이지만 현금지원과 다양한 서비스 지원이 다른 전달기관을 활용하고 있어 연계에 장애가 될 수 있다. 그러나 TANF와 같은 현금지원을 담당하는 사무소와 아동, 장애인, 노인의 사례관리를 담당하는 기관 상의 연계를 위한 노력은 유지되고 있다.

제 2 절 영국

1. 공공부조와 사회복지서비스의 역사 및 사회적 배경

영국은 5,800여만 명의 인구¹⁰⁾를 가진 유럽의 복지국가로서, 베버리지 보고서 이후 60여 년간 다양한 사회보장 급여와 사회복지서비스의 제도화가 이루어졌다. 전후 30여 년간 복지국가로서 황금기를 구가하던 시기에 사회보험과 국가부조의 체계화가 이루어졌고, 70년대 이후 경제위기를 겪으면서 사회복지서비스에 대한 국가 책임의 강화가 이루어졌다. 80년대 이후 보수당의 집권을 거치면서 베버리지 이념의 약화와 신보수주의적 정책지향은 사회복지 체계의 재편을 결과하였다.

90년대 이후 자조와 개인책임을 강조하는 자유주의적 복지원칙과 노동유인을 제고하고 작은 정부를 실현한다는 복지원칙의 강조는 선별주의적 접근을 통해 도움 받을 가치가 있는 빈민과 없는 빈민을 구분하고, ‘두 국민 전략(two-nation hegemonic project)’을 통해 능력에 따른 불평등을 추동하고 있다(김영순, 2001: 244~246). 이에 따라 근로연계급여(welfare to work)라는 요소가 공공부조제도의 원리로 반영되고, 고용지원을 위한 사회보장제도의 확대가 이루어지고 있다.

또한, 지방분권화(decentralization)와 복지다원주의(welfare pluralism)라는 국가 복지 축소 이념 속에서 인구고령화라는 사회적 이슈에 대처하는 지역사회보호(communitary care)의 강화가 사회복지부문의 주요 축으로 등장하였으며, 복지서비스에 대한 사회적 욕구 증가에 따른 서비스 수요층의 보편화는 이용자의 비용부담을 통한 사회복지서비스 제공 즉, 복지혼합(welfare mix)의 실재를 보여주고 있다.

영국은 1942년에 발표된 ‘베버리지 보고서’에 기초하여 전후부터 본격적인 복지국가의 골격을 형성했고, 빈곤의 예방책으로서 사회보험제도의 재정 확충

10) 영국(United Kingdom)은 58,789,194명(2001년 현재)이며, 웨일스, 스코틀랜드, 북아일랜드를 제외한 잉글랜드(England)만 보면, 49,138,831명임. 영국 전체 인구 중 20세미만 인구가 차지하는 비율은 25.1%, 65세 이상 노인인구는 15.9%, 80세 이상 초고령 노인인구는 4.2%였음.

과 국민부조 및 아동수당제도의 도입을 제안하는 외에 소득보장제도의 의미를 더하기 위하여 국민건강서비스(질병), 적절한 교육서비스(무지), 주택개선 정책(불결), 완전고용의 유지 정책(나태)이 병행되어야 함을 강조하였다. 전후 노동당 내각은 국민보험제도를 통해 국민최저 보장의 논리적 가능성을 보여주었고, 국민부조법, 아동수당법, 교육법, 주택법 등의 제정·실시가 병행되었다. 1960년대 초반까지는 주로 소득보장, 보건, 교육, 주택이라는 4대 영역을 중심으로 추진되었다. 즉, 보편주의적인 사회적 서비스, 특히 경제적 의존을 대상으로 하는 물질적 급여서비스에 우선순위가 부여되었고, 특수한 상황에 놓인 특정 개인의 개별화된 의존 욕구를 대상으로 하는 대인복지서비스, 기능적이고 정서적인 보호서비스는 상대적으로 소외되었다. 이는 물질적인 급여와 기능적인 보호서비스가 미분화되었던 구빈법 시대로부터, 경제적 의존과 기능적 의존이 분화되어 물질적 의존의 해결이 정책적으로 중시되었던 단계를 거쳐, 1970년대에 이르러 기능적·정서적 의존이 보편적인 요구로서 인정받게 되고 보편적인 법적 급여와 독립적이고 통합적인 전달체계가 정당화된(이혜경, 1992:238~240) 발전과정을 갖고 있다.¹¹⁾

영국의 공공부조는 사회보장의 한 방법으로 사회보험, 자발적 보험과 더불어 베버리지 보고서에서 처음으로 범주화되었다. 1948년 국민부조법(The National Assistance Act)은 생존수단의 상실 및 부족상태에 빠진 국민들의 생존권 요구에 대한 사회적 책임을 규정함으로써 350여년간 지속된 구빈법(Poor Law)을 폐지시켰으며, 국민부조에 필요한 재원을 지방세가 아닌 국세로 전환시켜 조달하

11) 1966년 사회보험과 국민부조가 통합되기 전까지는 국민보험부와 국민부조위원회는 각기 다른 인력을 필요로 한다고 생각하였으며, 부조의 신청자들은 대개 다른 서비스도 필요로 하였으나, 국민부조의 자격요건에서 범주적 요보호성이 제외되고 소득만을 요건으로 하게 되자 국민부조와 대인복지서비스의 행정적 통합은 멀어졌으며, 지방자치단체는 금전적 부조업무와는 멀어지게 되었고, 다양한 중앙부처의 감독을 받으며 대상자별로 분리된 비금전적 보호(care)를 담당하게 되었다. 즉, 베버리지 보고서에 기초하여 보건서비스를 완전 사회화하고, 국민보험과 국민부조제도를 실시함으로써 현금서비스와 기능적 보호(care) 서비스가 개념적으로나 행정적으로 완전히 분리되었다. 1960년대부터 영국 경제 침체가 악화되고, 사회분야에서도 행정적인 분산과 위임이 추진되었다. 보건, 사회보장, 대인복지서비스를 총괄하는 보건사회보장부(DHSS)가 1968년까지 단계적으로 합병되었고, 국민보험과 국민부조의 구분을 없애고 사회보장 장관 관할로 옮겨졌다(이혜경, 1992:243~246).

도록 규정하였다. 국민부조법에서는 공공부조의 기본 원칙으로 국민최저보장(national minimum)의 원칙을 채택함으로써, 국민부조가 공공부조로서 최후의 사회적 안전망 역할을 수행하는 데 기여하였다(김미곤 외, 2001).

국민부조는 1966년 보충급여(Supplementary Benefits)로 바뀌었고, 수급자에 대한 지나친 감독을 완화하고 수급자의 요구에 적극적으로 대처하기 위해 사회보장부(DDS: Department of Social Security) 내에 보충급여위원회를 설치하였다. 정부는 새로운 자산조사 공적급여제도들을 계속 확대 도입하였는데, 1970년에 가족수당(Family Allowance)이 가족소득보조금(Family Income Supplements)제도로 바뀌었으며, 1974년 아동급여(Child Benefit)가 생겼다. 이 외에도 1973년에는 40개가 넘는 자산조사 공공부조제도가 있었고 지방정부 통제 하에 더 많은 제도들이 있었다.

사회보장제도를 원래의 베버리지 모형에 근거하여 재확립하느냐 혹은 자산조사 사회부조제도의 확대에 의존하여 할 것인가에 관한 논쟁이 1970년대 말에서 시작하여 1980년대 대치의 보수당정부 시대에 계속되었다. 대치의 보수당 정부는 신우익(New Right)의 정책이데올로기 하에서 정부는 개인들의 생활에 있어서 국가의 역할을 축소하고 자유시장원리를 강화하며, 국민들의 자립자활 생활을 강조하였다. 사회보장제도에 대한 기본 정책은 국가의 책임을 고용주에게 넘겨주고 사적 연금제도를 장려하는 것이며, 사회부조에 관한 한 그 수준을 최소한의 수준으로 유지하는 것이었다.

대처정부는 사회보험과 공공부조에 관한 개혁을 1986년~88년의 사회보장법(Social Security Act)등의 법률제정을 통해 추진하였다. 보충급여(Supplementary Benefits)를 소득보조(Income Support)로 대체하였고, 이사비용, 주택수리비, 출산비, 장례비 등 단일목적급여를 사회기금(Social Fund)으로 대체하였으며, 가족소득보조금(Family Income Supplements)은 가족공제(Family Credit), 임대료 보조나 재산세 할인 등의 주택보조금은 주거급여(Housing Benefits)로 대체하였다. 자산조사를 보다 엄격하게 강화시키고 사회부조에 의한 혜택을 더욱 선별적으로 제공하고자 신청자의 연령은 물론 가족의 부양관계까지 사전조사를 더욱 엄밀히 실시하도록 하였다(박능후·이현주 외, 2002).

한편 사회복지서비스의 발전과정을 살펴보면, 전후 소득유지, 보건, 교육, 주택 등의 분야를 중심으로 국가적 사회서비스가 발달되었고, 1970년 전반에 ‘제 5의 사회적 서비스’로 불리는 대인복지서비스(Personal social services)가 첨가되었음을 알 수 있다. 1960년대에 분산된 개별적 사회서비스 구조 변화에 대한 요구에 대응하여 1965년 시범 왕립조사위원회가 설치되었다. 이전에 대인복지서비스는 공공부조나 다른 사회보장제도에 종속된 분절적이고 단편적인 것에 불과했으며, 서비스에 대한 욕구가 증가하여 사회적 문제로 대두되기 시작하자, 1959년 영허스밴드보고서는 서비스의 조정 필요성을 강조하였고, 잉글비위원회 보고서는 아동, 청소년 비행과 관련하여 가족과 함께 예방적인 개입의 필요성을 강조함으로써 통합적 가족 서비스 재조직의 필요성을 주장한 바 있다(한혜경, 1994).

영국에서 대인복지서비스의 공식적 기원을 찾는다면 시봄¹²⁾보고서(Seeböhm Report, 1968)라 할 수 있으며, 이후 1970년에는 지방사회서비스국이 설치되도록 한 지방사회서비스법(Local Authority Social Services Act)이 입법되고 1974년 지방정부가 재구조화되었다. 시봄보고서는 20여 년 간 사회사업과 사회적 서비스에 대한 욕구가 증가하고, 이에 따른 변화에 대한 요구가 축적된 결과라 할 수 있다. 대인복지서비스에 대한 강조는 1940년대의 집합주의에 대한 베버리지의 이념과 1980년대 민간영역을 강조하는 보수당정부가 들어서기까지의 변화경향을 반영한 것이었다.

70년대 중반 이후의 신보수주의적 정치 스펙트럼을 거치면서 영국의 사회복지서비스 정책은 작은 정부, 자조 등을 강조하고, 정부재정을 감소시키려는 의도 하에 가족과 같은 비공식적 영역, 자원조직영역, 영리기관영역의 경쟁과 선

12) 시봄이 주장한 개별적 사회복지서비스의 방향은 보편주의 정신에 입각하여 모든 사람을 대상으로 가족중심서비스, 지역사회서비스를 제공하는 것이고, 사회사업전문직의 확립, 독자적 행정기구 설립, 지역사회 최말단 서비스 구축을 주장함으로써 공공부조의 전달체계와는 분리된 독립적인 전달체계인 지방당국 사회서비스부(LASSD)를 설치하는 것이었다. 이러한 시범개혁의 의미는 개별 사회적 서비스의 대상단위를 요보호자에서 가족으로, 낙인적·치료적·잔여적 처우를 권리적·예방적·제도적 서비스 방식으로 바꾸는 혁신적인 것으로서 강력한 보편주의적 이념을 담고 있다(한혜경, 1994).

택을 통한 복지다원주의를 추구하는 방향으로 변화하고 있다. 그럼에도 불구하고 사회적으로 그 욕구가 인정된 개별적 사회서비스의 예산이 삭감된 것은 아니며, 단지 선별적·잔여적인 특성과 강력한 지방분권적 서비스 제공 등 서비스 제공방법의 변화가 이루어지고 있을 뿐이다(한혜경, 1994:6~8).

1990년에는 40년대 이래 보건 및 사회적 보호(social care) 부문에서 가장 의미 있는 입법으로서 ‘NHS및지역사회보호법(NHS and Community Care Act)’이 제정되었다. 이는 정부기관을 서비스 제공자에서 서비스 구매자 즉, 민간, 자원부문 등의 영역으로부터 서비스를 구매하는 역할을 담당하도록 하여 시장에 기반한 서비스 전달구조로의 변화를 촉진하였다. 이에 따라(46 of the Act) 모든 지방사회복지서비스국(local authority social services department)은 매년 관련기관, 조직, 서비스이용자, 보호자 등과 협의하여 계획을 세우도록 하고 있다(Robert Adams, 1996:3~11).

2. 공공부조 및 수당체계¹³⁾

가. 제도의 목적 및 체계

영국의 사회보장급여체계는 크게 사회보험, 사회부조¹⁴⁾, 데모그란트인 보편급여로 구분된다. 이는 각각 보험료의 기여여부와 자산조사여부에 따라 사회보험은 기여형 급여(Contributory benefit)¹⁵⁾로, 사회부조와 보편급여는 비기여형 급여

13) 영국에 대한 제도 분석에서는 공공부조와 수당을 함께 논의하고자 한다. 영국의 경우 사회보장급여의 대부분은 고용연금부(Department of Work and Pension) 소관이며, 근로불가능자에 대한 지원, 아동빈곤 경감, 퇴직 후 빈곤 퇴치 및 보장, 장애인의 기회와 권리 증진이라는 목적 아래 동일한 전달체계를 통해, 현금 지급방식으로 이루어지고 있는 공공부조와 수당에 대하여 함께 검토하고, 그 특성을 정리할 것이다.

14) 공공부조에 대한 내용은 김미곤·박능후·유정원·최현수·이승경, 외국의 공공부조제도 비교연구, 한국보건사회연구원, 2000; 박능후·이현주·이승경·최현수·김계연, 기초보장체계 비교연구, 한국보건사회연구원, 2002의 내용을 기초로 하여 수정·보완한 것이다.

15) 기여에 기반한 사회보험제도는 16세에서 연금수급연령(남자는 65세, 여자는 60세) 전까지의 일정소득 이상(1997/98년에는 주급 £ 62)의 모든 근로자가 국민보험(National Insurance) 기여금을 납부하도록 하고 있으며, 퇴직연금(State Retirement Pension), 장애연금(Incapacity Benefit), 기여기초형 구직자 수당(Contribution-based Jobseeker's Allowance), 해산수당(Maternity

여(non-contributory benefit)로 구분되며, 이는 다시 자산조사(means-tested) 실시 여부에 따라 그 유형을 구분할 수 있다. 본 연구의 중심이 되는 공공부조는 비 기여형 급여로서 자산조사를 실시하는 선별급여를 의미하며, 데모그란트는 자산조사를 실시하지 않는 보편급여를 의미한다.

보편급여는 보통 국민보험 기여금의 납부 기록이나 자산조사 없이 욕구에 기초하여 지급되는 급여이다. 이는 질병 및 장애로 인한 신변처리의 어려움을 돕기 위한 아동수당(Child benefit)과 장애생활수당(Disability Living Allowance)이 대표적이며, 보호자수당(Guardian's Allowance), 고용주가 지급하는 법정상병급여(Statutory Sick Pay) 및 법정해산수당(Statutory Maternity Pay), 산재보상급여(Industrial Injuries Scheme Benefit), 장애인 보호수당(Invalid Care Allowance), 중증장애인수당(Severe Disablement Allowance), 요보호 노인의 보호수당인 개호수당(Attendance Allowance) 등이 있다.

자산조사를 실시하는 공공부조 급여는 자산조사(means-test)를 거쳐 수혜대상을 선별하는 급여로서 소득보조(Income Support), 가족공제(Family Credit), 주거급여(Housing Benefit)와 함께 지방세금공제(Council Tax Benefit), 사회기금(The Social Fund)등이 포함된다. 영국의 공공부조는 사회보험과 수당에서 떨어지는 빈민을 대상으로 하는 보완적인 성격을 갖고 있다. 아동을 보호하는 가족, 근로가능자, 노인에 대한 기초보장이 축을 형성하고 있으며, 수당과 사회보험으로 기초적인 수준의 생활을 유지할 수 없는 자에 대하여 자산조사에 기초한 선별적인 급여를 제공하여 기초생활을 보장하고 있다(박능후 외, 2002). 사회보험을 중심으로 안전망을 구성하고자 하지만 영국은 비교적 공공부조가 국민의 최저수준을 보장하는데 큰 비중의 기능을 하고 있다.

Allowance), 미망인 연금(Widow's Pension)등이 있다. 의료서비스인 NHS(National Health Service: 국민건강서비스)는 조세를 통한 보편적 서비스 형태로 제공된다. 산재에 대한 급여는 고용주의 기여로 충당되어 보편적 급여 형태로 지급되고 있다.

〈표 III-17〉 영국의 주요 사회보장 급여유형

사회보험	- 피고용자와 자영업자의 국민보험(NI) 각출과 고용주와 일반세금에 의한 보충으로 운영 - 주요 급여 • 퇴직연금(SERPS 포함): 1978년부터 소득과 연계하는 보충적 성격 • 장애연금(Incapacity Benefit): 만성질환 및 장애 • 구직자 수당(Job-Seekers' Allowance): 6개월간 실업상태
사회부조	- 자산조사 실시 - 주요 급여 • 소득지원(Income Support): 경제적 어려움 • 구직자 수당(Job-Seekers' Allowance): 6개월이후 실업자 • 가족소득공제(Family Credit/ Working Families Tax Credit): 가족의 임금 보전 • 주택급여(Housing Benefit): 임대비 보전
보편급여 (Universal Benefit)	- 모든 해당자에 지급 - 주요 급여 • 아동수당(Child Benefit): 모든 아동 양육자(carer)에 지급 • 장애생활수당(Disabled Living Allowance): 중증장애인의 보호와 이동을 위한 비용 충족
민간시장급여(Private Market Benefits)	- 개인, 직업연금 - 사적인 주택 보유자를 위한 모기지(mortgage)

주: 보건·의료서비스(National Health Services)는 무료인 공공보건보호(Public Health Care), 국가부담인 건강증진프로그램(보건부와 지방당국 협력), 민간의료보험에 의한 보호 등으로 구분됨.

자료: Pete Alcock·Gary Craig, "The United Kingdom: Rolling Back the Welfare State?" in Pete Alcock·Gary Craig edit., *International Social Policy*, Palgrave, 2001.

이와 같은 사회보장 급여를 담당하는 고용연금부(DWP: Department for Work and Pension)에서는 〈표 III-18〉과 같이 생애주기와 위험유형에 따라 4개의 대상 범주를 구분하여, 첫째, 근로가능연령대의 근로가능자와 질환·장애로 인한 근로곤란자, 둘째, 퇴직연령대의 연금수급자와 퇴직자, 셋째, 아동과 가족, 넷째, 장애인과 그 보호자(carer)에 대하여 제공 가능한 서비스와 급여(Services and benefits)와 관련하여 가능한 재정적 도움과 지원(financial help and support), 시설 등에 관한 정보 제공을 실시하고 있다.

〈표 III-18〉 영국 공공부조 및 수당의 대상별 급여·서비스 재용

대상	급여 및 서비스 ¹⁾
근로가능자 (working age)와 질환·장애로 인한 근로곤란자	- 구직시, 취업시, 창업시, 근로시기, 자원봉사 - 저소득자, 외국인 또는 해외거주자 - 사별한 경우 - 사회보험번호(National Insurance number) 신청 - 장기질환 및 장애, 이환시 혹은 근로불가능시, 입원시, 시설보호(residential care), 근로로 인한 질병과 사고, 조기퇴직 - 연금 및 과거 SERPS 수급자 - 동절기 연료 부조(Winter Fuel Payments)
연금수급자와 퇴직자	- 조기 퇴직 - 연금, 과거 SERPS 수급자, 연금수급 전망 - 장기 질환 또는 장애, 입원자, 시설보호 정보 - 저소득자, 외국인 또는 해외거주자 - 동절기 연료부조
아동과 가족	- 임신부, 아동양육자, 특별 보호가 필요한 아동양육자 - 입원자, 이환시 혹은 근로 불가능시, 장기 질환 및 장애 - 저소득자 - 학생 혹은 비취학자 - 외국인 혹은 해외거주자, 해외거주 가족 - 시설보호 정보, 아동수당 수급
장애인 보호자(carer)	- 이환, 근로 불가능 시, 장기 질환 및 장애, 특별 욕구를 가진 아동양육시 - 저소득자 - 취업시, 근로시, 자원봉사 - 근로로 인한 질병과 사고, 입원자, 시설보호 정보 - 외국인 혹은 해외거주자

주: 1) 제시된 내용은 실제 접근 가능한 급여 및 서비스를 알리기 위한 해당 욕구(need)나 상황에 대한 분류임. 따라서 각 대상범주별로 중복되는 내용이 나타남.

자료: www.dwp.go.uk에서 재구성

나. 급여의 내용 및 대상¹⁶⁾

1) 공공부조

① 소득보조(Income Support)

소득보조는 노령, 질병, 장애, 부양책임 등의 이유로 인하여 노동시장에 편입될 수 없는(일할 수 없는) 16세 이상의 저소득층에게 급여를 제공함으로써 최소한의 생계를 유지할 수 있도록 하는 안전망(safety net)의 역할을 하고 있다. 소득보조는 자산조사를 거쳐서 일정한 수준 이하의 수입과 자산을 가진 18세 이상의 개인에게 지급된다. 1996년 10월부터 근로능력이 있는 저소득 실업자들은 소득보조 급여를 받지 못하고 소득기초형 구직급여를 받고 있다.

소득보조의 대상자는 국적이 영국인, 유럽공동체 소속국 시민, 그 외 쌍무계약이 있는 국가 시민으로 국내에 실질적으로 거주하고 있는 사람 중 질병이나 장애가 있는 사람, 60세 이상, 아동이나 환자 보호자, 임산부, 한부모 혹은 부모 부양자, 등록된 시각 장애인, 청각장애인, 특정범주의 학생, 50세 이상으로 지난 10년간 직장을 갖지 못한 자, 피난민 등으로 근로가 불가능한 자를 대상으로 한다.

한편 일정 자산기준을 정하여, 자산이 £8000(요양시설에 거주하는 자는 £16,000) 미만자(이를 초과하는 사람은 수혜자격이 없음)가 대상이 된다. 자산 £3000 이하의 급여액 전체를 다 받게 되며 £3,000~£8,000 사이에 해당하는 사람은 £250마다 £1(tariff income)의 수입이 발생한다고 간주하여 평가된다. 자산조사시 소득의 인정범위는 거의 모든 소득을 고려한다. 대부분의 사회보장 급여 및 연금 등을 고려하며, 주거급여(Housing Benefits), 지방세금공제(Council Tax Benefit) 및 장애인 근로자수당(Disability Working Allowance)은 소득에서 제외된다. 산정된 소득이 정부가 매년 4월 공시하는 신청가능소득(applicable income)보다 낮은 금액이어야 신청이 가능하다.

16) 공공부조 및 수당에 관한 내용설명은 김미곤·이현주 외, 2001의 내용에서 발췌 정리하였으며, 고용연금부의 홈페이지 자료를 통해 세부적인 변화내용을 수정하였음.

근로능력이 있는 실직자의 경우에는 소득기초형 구직자 급여 제도(Income-based Jobseeker's Allowance)를 받게 되는데, 이 제도는 실업급여와 실직자들에게 제공했던 소득보조를 통합하여 1996년 10월 도입되었다.

소득보조의 급여액은 결혼여부, 연령, 부양아동의 수 및 연령, 거주지역에 따라 개인수당(Personal Allowance)을 지급하며 개인수당 외에 욕구에 따라 부가급여(Premiums)¹⁷⁾를 지급하거나 주택비용(Housing Costs)을 보조¹⁸⁾한다. 구체적인 급여는 가구에 따라 가구구성을 고려하여 신청가능한도액의 합을 산출하고 이 금액에서 소득을 빼면 그 가구가 받게 되는 급여액이 된다. 이 외에 개별적으로 약간씩 차이가 나는 주거급여(Housing Benefit), 지방세금공제(Council Tax Benefit) 등이 있다.

급여의 지급기간은 제한이 없으며 재원은 중앙정부가 100% 부담한다. 소득보조를 받을 수 있는 자격을 가진 신청인은 주거급여와 지방세급여, 사회기금을 받을 수 있다.

② 소득기초형 구직수당(Income-based Jobseeker's Allowance)

적극적인 구직활동을 하고 있고, 근로 가능한 실업자를 대상으로 하고 국민보험 기여금을 납부한 기록이 있는 경우에는 기여기초형 급여를 받게되지만, 국민보험 기여금을 납부하지 못한 경우에는 소득기초형 급여를 지급한다.

18세 이상 연금수급연령 이하(남성 65세 이하, 여성 60세 이하)인 사람을 대상으로 하며, 근로를 하고 있지 않거나 평균근로시간이 주당 16시간 이하인 근로능력이 있는 사람은 소득기초형 구직자 급여를 수급하게 된다. 수급기준 및 급여액은 소득보조와 동일한 반면 구직활동을 하여야만 급여를 지급한다. 즉, 소득기초형 구직자 급여를 수급하기 위해서는 기여기초형 구직자 급여와 마찬가지로 Job center에 출석하여 신고하고 구직합의서(Jobseeker's Agreement)를 작성한 뒤 정기적으로 센터에 출석하여야 한다.

17) 특수집단의 특별욕구에 대한 급여의 총액으로, 예를 들면 대상자가 노령, 장애, 혹은 아동이 있거나 한부모이면 혜택을 받게 됨.

18) 공공부조 수급권자가 집을 사거나 임대계약을 하는 경우, 매주 주거비용을 보조함. 그러나, 임대주택, 기숙사, 하숙, 셋방 등에 거주하는 경우 주거급여(Housing Benefits)의 대상이 됨.

2000년 4월 기준으로 소득기초형 구직자수당의 개별 산정액은 18세 이하는 £31.95, 18-24세는 £42.00, 25세 이상은 £53.05이고, 부부일 경우 모두 18세 이하이면 £13.95, 모두 18세 이하이고 그 중 한 명이 장애인일 경우 £42.00, 모두 18세 이하이고 아동에 대한 책임이 있으면 £63.35, 한 명은 18세 이하이고 한 명은 18-24세인 경우 £42.00, 한 명은 18세 이하이고 한 명은 25세 이상이면 £53.05, 둘 다 18세 이상이면 £83.25이다.

소득기초형 구직자 급여는 수급조건 충족시 기간의 제한 없이 지급되며 자산 기준은 IS와 동일하다. 급여액은 기여기초형 급여와 소득기초형 급여 모두 연령에 따라 차등지급하며 급여 수준은 기여기초형이나 소득기초형이나 유사하다.

③ 장애근로수당(Disability Working Allowance)

장애인세금공제(Disabled People's Tax Credit)는 장애근로수당이 대체된 것으로서 장애를 지닌 전일제 근로자가 소득이 낮은 경우 근로가족세금공제 대신 장애인세금공제를 신청하고 수급할 수 있도록 한 제도이다. 급여액의 계산은 근로가족세금공제와 동일하며 26주간 동일한 급여를 제공받게 된다. 신청가능 한도액을 £90로 인상하고 급여감소율을 55%로 감소시킨 점을 제외하고는 장애인근로수당¹⁹⁾과 거의 동일한 규칙을 적용하고 있다.

④ 근로가족세금공제(Working family tax credit)

근로가족세금공제는 부양아동이 있는 전일제 근로자가 자산조사 기준을 충족시키는 경우에 받을 수 있는 세금공제급여이다. 수급자로 선정되면 소득의 변화에 관계없이 26주 동안 매주 동일한 금액의 급여를 수령하게 된다. 최대가족공제액을 계산한 후, 근로시간, 부양아동 수, 세대소득 등을 고려하여 급여액을 결정한다.

19) 장애근로수당은 질병 및 장애가 있는 취업자에 대한 소득보조 제도로, 16세 이상인 사람이 주당 평균 16시간 이상의 근로를 하고 있으나 질병이나 장애 등으로 소득획득능력이 제한되는 경우에 지급됨. 대상자의 수입 및 자산, 자녀 유무, 자녀의 수 및 연령 등과 관련되어 대상자(혹은 배우자)의 자산이 £16,000 이상인 경우 장애근로수당에 대한 수급자격이 없으며, £3,000 이상인 경우에는 급여가 감소됨. 26주(6개월)동안 지급되며 그 기간의 생활환경의 변화는 고려되지 않는다. 장애근로수당이 주당 £4보다 적을 경우 일괄급여(lump sum)가 가능하며, 직장을 잃었거나 근로시간이 감소되었을 때 IS를 신청할 수 있음(정신적·육체적 장애가 있는 경우, 장애로 인해 장애가 없는 사람의 소득의 75% 이하를 버는 경우나 근로시간이 75%인 경우).

근로가족세금공제제도는 가족공제(Family Credit)를 대체한 것으로 가족공제제도는 부양아동이 있는 저임금 상시 근로자들 중 자산조사를 통하여 기준 미만인 자에 대한 급여로서 대상자의 근로소득이 일정수준 이하로 떨어지지 않도록 대상자의 임금을 확실히 보장하기 위한 것이었다. 전일제 근로자의 경우 근로를 통하여 얻는 소득이 일을 하지 않고 사회보장급여를 통하여 얻는 소득보다 많게 하기 위하여 도입되었다.

가족공제의 대상은 대상자(혹은 배우자)가 주당 최소 16시간 이상 근로(임금 근로 및 자영업)하는 자로서 16세 이하의 부양 아동(전일제 수업을 받는 학생인 경우는 19세 이하)이 1명 이상 있을 경우에 해당되며 자산(saving and capital)이 £8,000 이하인 자(£3,000 이상인 자는 급여 감액), 그리고 연금수혜자의 경우에도 가족공제의 자격요건을 충족할 경우 가족공제를 수급받을 수 있다. 수급자나 그 배우자가 장애근로수당(Disability Working Allowance)을 받고 있지 않아야 한다.

급여율은 대상자(혹은 배우자)의 소득과 아동의 연령 및 수와 관련 있는데, 양쪽 부모가 모두 있는 경우와 한부모인 경우 급여율은 같다. 가족공제는 6개월(26주) 동안 동일한 급여율로 지급되며 그 기간동안의 소득 및 생활환경 등의 변화는 고려되지 않는다. 가족공제의 급여액은 가족공제에서 책정한 지급가능한 모든 급여를 합산한 후 이것이 가족공제에서 정한 총액(£77.15)보다 큰 경우 총액보다 초과한 액수에 70%를 합산액에서 빼고 지급한다. 1998년 기준으로 가족공제는 성인에게 £47.65, 11세 이하 아동에게 £12.05, 11세~15세의 아동에게 £19.95, 16세~17세 아동에게 £24.80, 18세 아동에게 £34.70을 지급하며 주당 30시간의 일을 하는 경우 £10.55를 추가 지급한다.

⑤ 주거급여(Housing Benefits)제도

주거급여는 소득보조를 받고 있거나, 소득보조의 수혜자는 아니지만 저소득층인 사람들을 대상으로 민영 혹은 공영 주택의 임대료를 보조하는 정책으로 전국적 단위의 급여이며 관련 규칙이 사회보장청에 의해 제공되지만 지방정부가 급여를 제공하고 있다.

자산조사를 통과하고 주택의 임대료를 지불하는 사람이라면 누구나 신청 가

능하다. 주거급여는 급여신청 유무, 상시고용 여부, 기타 사회보장급여 수급 여부와 관계없이 제공되며 단, 지원액은 최대주거급여(maximum housing benefit), 세대소득, 가족규모, 저축액, 집세 등을 고려하여 결정된다.

자산에 대한 선정기준은 소득보조에 비해 두 배로 높는데 즉, 자산이 £16,000미만인 경우 수혜자격이 있다. £3,000~16,000의 자산을 가진 경우에는 자산에 따라 감면된 금액을 지급하며 일반적으로 소득보조 대상자나 가족공제 대상자는 최고액을 수급할 수 있다.

⑥ 지방세금공제급여(Council Tax Benefit)

자산조사를 통한 급여 중 가장 최근에 도입된 것으로 지방자치단체에서 운영하는 제도이다. 저소득자의 지방세 납부를 대신하는 급여제도로써 자산이 £16,000 이하인 자에게 지급되는 급여이다. 감면액은 소득과 자산, 부과된 지방세액, 개인적 상황에 따라 차등지급하며, 최대 100%까지 감면이 가능하다. 최대 급여액은 신청자가 부담해야할 지방세액을 넘지 않는다.

⑦ 사회기금(Social Fund)제도

사회기금은 정규적인 수입으로는 감당할 수 없는 비용이 발생했을 경우 지원하는 제도로서, 자격조건은 국민보험 기여금의 납부여부와 상관없이 자산조사를 통과한 사람들에게 그들의 욕구나 소득의 정도에 따라 지급한다. 사회기금은 상환을 하지 않는 보조금(grant)과 무이자로 상환을 하는 대부(loan)로 구성된다. 대부의 경우 매주 받는 소득관련 급여를 통하여 상환토록 한다. 사회기금의 대부신청은 매년 제한된 예산의 범위 내에서 급여기관의 심사를 통하여 결정되며, 신청자들에 이에 이의를 제기할 수 없다.

보조금(grant)은 지역사회보조금(Community Care Grant, IS 대상자, 최하 £30), 해산수당(Maternity Payment, IS, FC, DWA대상자, 최고 £100), 장례보조금(Funeral Payment, IS, FC, DWA, HB, CTB 대상자, 최고 £500), 혹한기 보조금(Cold Weather Payment, 연금생활자, 장애인, 장애아동이나 5세 이하의 아동을 양육하는 IS 대상자, £8.5, 기온 0°C 이하에 지급) 등이 있으며, 대부(loan)는 가계비 대부(Budgeting Loans, IS 대상자, JSA income-based 수급자, £30~1,000, 무이자상환, 필수적인 가구, 가전기기, 침구 등을 위한 예산을 보조), 위기 시

대부(Crisis Loans, IS·JSA 자격이 없는 16세 이상인 자로 긴급하게 금전적인 도움이 필요한 사람, 무이자상환 최고 78주) 등이 있다.

사회기금의 기본취지는 저소득층이 자신의 생활에 대한 좀 더 선택의 기회를 제공할 뿐 아니라 자신의 생활에 대한 책임감을 강화하는 것에 있다. 사회기금으로 소득보조의 부담을 줄이고자 하였으며 실제 1990년대에는 소득보조가 저소득층의 최저생계비에 못 미치는 급여를 하고 있다는 비판을 받게 하는 배경 중 하나가 되기도 하였다.

2) 데모그란트

데모그란트는 국민보험 기여금의 납부 기록이나 자산조사 없이 욕구에 기초하여 지급되는 급여로서 비기여형 보편적 급여의 성격을 갖는다. 이는 기여를 할 수 없는 저소득층도 대상으로 하고 있어 기초보장제도 이전의 안전망으로서 일정 역할을 수행한다고 볼 수 있다. 이와 관련하여 대표적인 급여유형을 소개하면 다음과 같다.

첫째, 아동수당(Child Benefit)은 소득이나 국민보험 기여금 납부 여부에 관계없이 16세 이하 또는 비전문적 교육과정에 있는 16~18세의 아동을 양육하는 사람에게 지급한다. 첫 아이의 경우 £14.40를 지급하고(한부모의 경우 £17.10), 둘째 아이부터는 각각 £9.60을 지급한다.

둘째, 법정상병급여(Statutory Sick Pay)는 주당 평균 임금이 £66.00 이상인 피용자가 4일 이상 질병이 있는 경우 고용주는 최대 28주 동안 상병수당을 지급한다.

셋째, 장애생활수당(Disability Living Allowance)은 65세 이하로 질병이나 장애로 이전 3개월 동안 개인적인 간병과 동행이 필요하였고 앞으로도 최소 6개월 이상(말기환자 제외) 필요한 경우 장애정도에 따라 간병비용과 교통비용 보조금을 지급한다.

넷째, 보호자수당(Guardian's Allowance)은 부모가 사망한 고아나 부모가 양육할 수 없는 상황에 있는 아동을 양육하는 사람에게 지급하는 것으로 첫째 아이

의 경우 £ 7.30, 둘째 아이부터는 £ 11.35를 지급한다.

다섯째, 법정 출산급여(Statutory Maternity Pay)는 근로자가 대상이며 피용자가 임신을 하는 경우 고용주는 18주 동안 출산수당을 지급한다. 급여액은 6개월간 평균임금의 90%를 지급하고, 최저 £ 59.55 이상 지급해야 한다.

여섯째, 산업재해보상형 급여(Industrial Injuries Scheme Benefits)는 근로상의 사고나 산업병으로 장애를 입은 경우 장애정도에 따라 연금을 지급하고, 영구적인 간병을 요하는 경우 부양수당을 지급한다.

일곱째, 장애인보호수당(Invalid Care Allowance)은 16세 이상 65세 이하인 사람이 주당 35시간 이상 중상위 수준의 장애인 생계수당을 수급하고 있는 중증 장애인을 간병하고 있으며 소득이 주당 £ 50를 넘지 않는 경우에 정액으로 지급하며 부양가족에 따라 부가급여를 지급한다.

여덟째, 중증장애 인수당(Severe Disablement Allowance)은 16세 이상 65세 이하로 질병이나 장애로 최소한 연속된 28주 동안 근로를 할 수 없고 80% 이상의 장애로 판단되며 국민보험 기여금 납부 기록이 충분하지 않아 장애급여를 수급할 수 없는 경우 정액으로 지급하고 장애발생 연령과 부양가족에 따라 부가급여를 지급한다.

아홉째, 요보호노인 부양수당(Attendance Allowance)은 장애나 질병으로 개인적인 간병이 최소 6개월 이상(말기환자 제외) 필요한 65세 이상의 장애인을 간병하는 경우 지급한다.

다. 전달체계 및 재정

1) 전달체계

수당과 공공부조 등 현금급여를 관장하는 부서는 고용연금부로서, 이를 통해 근로연령층, 고용주, 연금수급자, 가족, 아동, 장애인 등을 위한 급여 전달이 이루어지고 있다.

수급자가 접촉하게 되는 일선 전달체계는 변화과정에 있는데, 근로연령층을 대상으로 하는 근로 지원 및 급여(work and benefit services)의 통합적 서비스를

위해 2002년 4월부터 개소하게 된 Jobcentre Plus와 기존 Jobcentre와 Social security office가 공존하고 있다. Jobcentre Plus는 2002년 기존 공공취업안정서비스기관(Employment Services)과 급여청(Benefit Agency)이 통합되는 형태로 출범하여, 기존 Jobcentre가 담당하는 서비스와 사회보장사무소가 담당하는 서비스를 통합적으로 제공하고자 하는 것으로서, 2006년까지 전국 모든 사무소를 이로서 대체하도록 할 계획이다. 이는 ‘더 많은 사람들이 일자리를 갖도록, 고용주들이 더 많이 채용하도록, 일하지 못하는 노동연령층에게 통합된 도움과 지원이 이루어지도록’ 하는 통합적 서비스를 목표로 하여, 지방자치단체, 민간부문, 자원부문과 협력한다. 또한 장애, 아동급여에 대해서는 각각 11개 권역에 Disability Benefits Centres, 7개 권역에 Child Support Agency Unit을 통해 전달된다. 그 밖에 보호자(carer)관련 급여나 사회복지서비스와의 연계를 필요로 하는 경우 County Council, Borough Council, Unitary Authority, London Borough 등의 지방사회복지서비스국(social services department)과 연계하도록 하고 있다.

2) 재정

2001년 현재 영국 사회보장급여의 규모는 총 105,262백만 파운드(약 200조원)에 이른다. 대상별로 보면, 퇴직자 및 퇴직연령 노인에 대한 예산이 51.8%(54,516파운드), 일반성인에 대한 예산이 26.3%(27,653파운드), 아동·가족에 대한 예산이 11.7%(12,293파운드), 장애인에 대한 예산이 10.3%(10,800파운드)를 차지하고 있다.

〈표 III-19〉 영국 사회보장급여 예산 현황(2001/2002)

(단위: 백만 파운드, %)

전체	아동·가족	일반성인	퇴직연령 노인	장애인
105,262	12,293 (11.7)	27,653 (26.3)	54,516 (51.8)	10,800 (10.3)

자료: DWP, Work and Pensions Statistics 2003, <http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/expenditure.asp>

이를 다시 급여 유형별로 구분하여 살펴보면 다음 〈표 III-20〉과 같다.

이는 사회보장 급여를 크게 기여형 급여(50,891백만 파운드), 산재급여(782백만 파운드), 장애급여(9,750백만 파운드) 비기여형·비소득연계형 급여(23,458백만 파운드), 소득보조 및 소득에 기초한 구직수당(16,236백만 파운드), 주거급여(11,591백만 파운드), 소득연계형 급여(30,911백만 파운드)로 나누고 있는데, 이중 기여형 급여가 48.3%로서 가장 큰 비중을 차지하고 소득연계형 급여(29.4%), 소득보조 및 소득에 기초한 구직수당(15.4%)의 순으로 나타나고 있다.

〈표 III-20〉 영국 사회보장급여 유형별 예산현황(1991/92~2005/06)

(단위: 백만 파운드)

구분	1991/92	1998/99	2001/02
Contribution Benefits	35,252	45,018	50,891
Industrial Injuries Benefits	655	761	782
Child Benefit(이전 One Parent Benefit 포함)	5,438	7,295	8,795
Industrial disablement benefits	587	710	731
Industrial Death Benefits	64	49	49
Other industrial injuries Benefits	4	2	2
Disability Benefits	2,768	7,996	9,705
Non-Contributory Retirement Pension	36	29	29
Non-Contributory Christmas Bonus	11	16	16
Mobility Allowance	1,062	-	-
Attendance Allowance	1,706	2,680	3,124
Disability Living Allowance	-	5,316	6,580
non-contributory, non-income-related benefits	9,755	18,060	23,458 ¹⁾
Invalid Care Allowance/Care's Allowance	285	782	932
Severe Disablement Allowance	596	984	1,040
Motability/Specialised Vehicles Fund	1	4	9
Winter Fuel Payments	-	194	1,692
Consolidated Fund Extra Receipts	-34	-2	-

〈표 III-20〉 계속

(단위: 백만 파운드)

구분	1991/92	1998/99	2001/02
Income Support/ Income-based Jobseeker's Allowance	11,646	14,874 ²⁾	16,236
Independent Living Funds	46	112	149
Social Fund	210	199	250
Family Credit	626	2,429	-1
Income Support(60세이상)/ Minimum income Guarantee/Pension Credit	2,758	3,619	4,486
Income Support(60세미만)	8,888	8,172	9,614
Jobseeker's Allowance-income-based		3,083	2,136
Housing Benefit	6,363	11,065	11,591
of Which Child Personal Allowances:	1,990	2,465	3,496
Rent Allowance	2,413	5,660	6,294
Rent Rebate	3,945	5,405	5,282
Minor Housing-Related Benefits	4	1	-
income-related benefits	20,295	31,213	30,911
Funded by DWP and predecessors	2,713	5,959	6,638
Housing Revenue Account Rent Rebates	3,296	4,581	4,344
Funded by local authorities	354	525	609
Community Charge/Council Tax Benefit	1,404	2,452	2,686
of which Funded by local authorities	330	211	288
전체(Great Britain)	65,303	94,292	105,261

주: 1) 전체 금액에서 보훈연금(War Pensions)은 제외되었음.

2) Job Grant, New Deal 50 plus employment credit, small benefits, Over 75 TV Licence 포함

3) Disability Working Allowance, Earnings Top-Up 포함

자료: www.dwp.gov.uk/asd/asd4/expenditure.asp

3. 사회복지서비스체계

가. 제도의 목적

영국의 경우 사회보장의 소득, 의료, 주거, 교육 영역에서 제공되는 각종 급여 및 서비스를 social services, 이와 구분되는 제5의 서비스로서 ‘personal social services’의 개념이 공유되고 있다. 이는 물질에 기반한 생산지향(production-oriented)의 활동과는 차이가 있으며, 생산물(product)이 아니라 서비스를 제공하는 것이다. 따라서 본 보고서에서 규정하는 사회복지서비스는 영국 구분에 따르면 비교적 personal social services에 가까운 범위를 갖는 것으로 볼 수 있다.

사회복지서비스는 지방자치단체와 민간, 비영리, 자원단체를 통해 제공되는 광범위한 지원(support)과 보호(care) 서비스를 의미한다. 서비스 제공의 책임이 있는 지방정부는 국민들의 사회적 보호 욕구(social care need)를 충족시킬 책임을 가진다. 사회적 보호는 다양한 방식으로 제공되는데, 성인들은 지역사회에서의 재가보호(home care, sitting, meals and day services) 혹은 시설보호(residential or nursing home care)가 이루어지며, 아동과 가족에 대해서는 가정에서 보호받을 수 있도록 아동보호와 사회사업 등의 서비스, 입양, 시설보호서비스 등도 선택이 가능하다. 사회적 보호서비스는 가능한 한 지역사회(가정 혹은 보호시설)에서 독립적으로 생활하도록 취약하고, 보호가 필요한 사람에게 제공된다. 각 지방정부는 지역 주민의 욕구충족을 위하여 서비스를 마련하고, 이는 중앙정부가 마련한 의무, 책임, 국가기준에 의해서 이루어지도록 하고 있다.

이와 관련한 지역주민의 정보 획득은 지방정부(local council), 일반의(GP)나 지역병원 등을 통해 가능하도록 하고 있으며, 웹사이트와 지역 신문과 매거진 발행 등을 통해 이루어지도록 하고 있다. 서비스 수급·이용을 원할 경우, 당사자, 보호자, 가족이 지방정부 서비스담당과 연락해야 하는데, 욕구의 수준(level)과 제공될 서비스의 결정을 위해 질문이 이루어지고, 거주지로의 방문도 이루어진다. 서비스 이용료는 경우에 따라서 부담하게 된다.

영국에서는 보편주의의 1940년대로부터 복지의 혼합경제로서 선별주의적

(specialist selectivism) 경향성을 보이는 1990년대까지 대인복지서비스 이데올로기의 변화가 발견된다. 즉, 케이스웍 치료에 중점을 둔 사회사업 패러다임에서 90년대 초반 사회사업 및 사회적 보호의 전문적 영역에서 주목되었던 임파워먼트(empowerment) 패러다임으로의 변화이다. 이와 관련하여 1990년 국민건강서비스(NHS: National Health Service)와 지역사회보호법의 제정과정에서는 임파워먼트와 소비자주의(consumerism)간의 갈등이 부각되기도 하였다.

영국에서 대인복지서비스는 지난 40여 년 간 복합적인 역할을 감당해왔지만 복지국가의 일부분으로서 과소평가 되어왔고, 사람들은 사회보장부와 사회복지서비스국을 잘 구별하지 못하는 실정이다. 사회사업(social work)은 사회복지사가 상대적으로 덜 과워풀하고, 사회에서 덜 영향력있는 위치를 차지하고 있고 의사나 변호사와는 달리 다양한 기관, 다양한 역할과 상황 속에서 일하고 있기 때문에 미약한 전문성을 갖고 있는 것으로 인식되고 있다. 이는 명확한 전문직적 정체성이 부족하고 보건분야의 의료전문직 등과의 경쟁할만한 적절한 자원과 전문직의 권력이 부족하며, 이들의 역할이 물질적 원조에서부터 심리적 지지까지, 행정에서부터 파트너십의 형성 등까지 예방적이고 개입적이며, 보호를 위한 활동과 활동의 통제·조정까지 매우 다양한 역할을 수행하고 있기 때문이라 할 수 있다.

나. 대상 및 급여

대인복지서비스는 크게 성인(adults)과 아동 및 가족(children and family)에 대한 서비스로 구분되며, 시설보호(residential care)와 재가보호 및 지역사회보호(communitary care)로 가정 내 지원, 주간보호센터 및 점심지원, 식사배달, 기타 가사지원 등이 이루어진다.

아동을 위한 서비스로는 지방 사회복지서비스국에서 제공하는 아동보호(10세 미만 아동 대상 서비스, 위탁서비스, 아동시설 등), 성학대 등으로 인한 시설보호, 입양서비스 등이 포함된다. 성인을 위한 서비스로는 65세 이상 노인을 포함한 18세 이상 모든 성인을 대상으로 한 가정, 시설, 요양보호서비스가 포함된

다. 이는 다시 연령대별로 18세 이상 모든 성인에 대하여 집중 가정방문 보호 서비스(home care), 시설보호, 요양보호, 18~64세 성인에 대하여 지체·청력장애, 정신건강문제, 발달장애 등에 대한 가정보호(Referral, Assessment and Packages of Care, direct payments, 전문적 지원, 교통 및 보장구, 주간보호, 식사서비스 등 포함), 시설보호, 요양보호, 65세 이상 노인에 대하여 가정보호, 시설보호, 요양보호가 이루어진다.

〈표 III-21〉 영국의 사회복지서비스 대상별 내용

대상	내용
행정	- 서비스정책(strategy)의 기획 및 관리 - 허가 및 감독 - 민원절차
아동·가족	- 아동서비스: 위탁(commissioning)과 사회사업 - 아동양육: 아동시설, 시설안전, 위탁서비스 등 - 가족지원: 가족센터, 8세미만 서비스, 가사지원, 장비 및 시설 등 - 청소년: 시설안전, 청소년범죄, 기타 교정서비스 - 기타: 입양, leaving care 등
노인(65세 이상)과 65세 미만 성인의 지체장애·발달장애· 정신보건문제	- 사정과 사례관리 - 요양시설, 생활시설, 기타 편의시설 - 직접비용지불(Direct Payment) - 양육·보호, 가정보호, 주간보호, 장비 및 편의설비 제공 - 식사제공, 기타 - 부랑인, 약물남용, 에이즈관련 서비스

주: 1) 보건부(DoH: Department of Health)에서 발간되는 Local Authority Personal Social Services Expenditure의 분류임.

이와 같은 대인복지서비스는 그 제공 책임이 지방정부에 주어지고 있는데, 따라서 기본적인 대인복지서비스의 유형을 유지하되 각 지방정부별로 다양한 사회복지서비스 프로그램을 갖추고 있다. 보다 실제적인 내용을 파악하기 위해 지방정부의 한 사례로서, 더햄(Durham) 주와 켄트(Kent) 주의 사회복지서비스국(The Social Services Directorate of County Council)에서 제공하고 있는 서비스(care services)의 내용을 소개하고자 한다.

켄트 주의 경우 인구는 1,329,653명(2001년)으로서, 65세 이상 노인이 17.2% (228,050명)이며, 12개의 구역(district)이 있는 규모가 큰 지역이다. 주요 서비스 대상을 아동과 가족, 노인, 발달장애인, 지체장애인, 정신보건대상자 등의 다섯 가지 범주로 정하고 있다. 이를 위하여 보건부, 주택부와 관련기관, 학교와 교육부, 교정서비스기관, 자원기관(Voluntary organizations), 경찰서, 민간 케어제공 기관(Private providers of care) 등과 협력하는 것으로 밝히고 있다.

지방정부는 사회복지서비스를 통해 아동을 보호할 법적인 책임을 갖는데, 아동학대에 대한 조사, 가족과 함께 생활할 수 없는 아동과 청소년 보호, 입양 및 위탁보호의 연계, 개인에게 위탁되는 아동에 대한 감독(supervision), 주간보호센터·보육 및 시설보호서비스에 대한 허가 및 감독이 이루어진다. 또한, 조언과 상담(advice and counselling), 아동 양육에 어려움이 있는 부모에 대한 도움, 장애아동과 그 가족에 대한 쉼터(respite) 서비스, 정부보호(social services care)로부터 벗어난 청소년에 대한 보호, 범죄예방을 위한 프로그램 실시 등이 있다. 또한 성인에 대한 서비스는 지역사회보호서비스(Community Care service)를 통해 이루어진다. 가능한 한 자기 집에서 독립적으로 생활할 수 있는 장애인과 노인을 돕는 것이다. 켄트 주에는 평균 7,000명 이상의 노인이 자가에서 서비스를 제공받는다. 또한 지체장애인(360인 규모)과 발달장애인(1,500인 규모)의 주간보호시설이 있고, 10,000명 이상이 매년 작업치료 검사를 받으며, 5,000명 이상의 노인이 시설보호(residential care)를 받고 있다.

이들에 대한 구체적인 서비스로는 정보의 제공·조언·상담, 가정에서의 생활 관리, 일상생활의 도움을 위한 주택설비 및 보장구 지원, 지역 센터에서의 주간 보호 연계, 가정에서의 생활이 곤란한 이들에 대한 시설보호 연계, 임시적 케어를 통한 보호자(수발자)의 휴식 제공, 생활시설의 허가 및 감독, 퇴원환자에 대한 도움, 시각·청각장애인에 대한 조언 및 지원, 장애인의 훈련 및 구직 지원, 장애인 우선주차 표지 발급 등이 있다.

이러한 서비스를 제공하기 위한 행정기관으로는 지방 사회복지서비스국 산하 3개 권역별(서부, 중부, 동부) 지방사무소(Social Services Area Offices), 보다 작은 단위의 지역사무소(Local Offices)는 16개소²⁰⁾가 있다.

지방정부에서 제공되는 사회복지서비스는 아동법(The Children Act 1989), 장애인법(The Disabled Persons Act 1986), 국민보건서비스 및 지역사회보호법(The NHS and Community Care Act 1990), 수발자지원법(The Carers Recognition and Services Act 1995), 정신보건법(The Mental Health Act 1983), 장애인차별금지법(The Disability Discrimination Act 1995) 등에 근거하여, 노인, 아동·청소년·가족, 발달장애·정신보건·약물 및 알코올 남용·에이즈보균·지체장애·청각장애 등 보호가 필요한 사람 등을 주요 대상으로 하고 있다.

인구 493,470명의 더햄 주(Durham county)는 7개의 구역사무소(district council)가 있으며, 3,500명의 직원과 8,100만 파운드의 예산으로 사회복지서비스를 제공하고 있다. 직원은 서비스(social care)를 담당하는 인력은 작업치료사, 사회복지사, 사례관리자, 지원·행정인력 등을 포함한다.

사회복지서비스국에서는 민원창구에 직원(reception staff)을 배치하여 도움을 요청하는 경우 조언과 정보제공이 이루어지도록 하고 있으며, 친지, 의사, 간호사, 방문보건인력 등에게 요청한 경우, 신청자의 가정 혹은 원하는 장소로의 방문이 가능하다. 이 때 서비스가 필요하다고 느끼면, 직원이 사정을 실시할 수 있도록 하고 있다. 또한 응급상황에 대해서는 응급대처팀(Emergency Duty Team)에게 전화 연락을 할 수 있도록 하고 있다.

구체적인 사회복지서비스 프로그램을 아동과 가족, 노인, 장애인, 수발자(carer) 지원, 기타(알코올·약물 남용, 가정폭력, 정신보건), 그리고 이들 서비스를 이용하기 위해 대부분 적용되고 있는 사정(assessment)과 비용부담에 대한 부분으로 대별하여 살펴보고자 한다.

1) 아동과 가족

① 아동양육

아동양육 정보제공 서비스를 통해 아동양육에 대한 상세한 정보 즉, 대리양

20) 16개 지역은 Ashford, Canterbury, Dartford, Dover, Gravesend, Maidstone, Sevenoaks, Sheppey, Shepway, Swale, Swanley, Thanet, Tonbridge, Tunbridge Wells, Whitstable로서, Swanley 지역은 성인서비스와 아동서비스가 별개의 지역에 있었고, Whitstable에는 아동서비스만 제공하고 있었다.

육자, 보육시설, 놀이집단, 학교 외 활동 등에 대한 정보와 함께 대리양육자나 아동보호관련 취업에 대한 정보를 제공한다. 이와 관련하여 보모(Childminders) 프로그램을 통해 위기상황이나 어려움이 있는 경우에 아동과 가족을 지원하고 돕는데, 부모가 다른 가족이나 당면문제에 집중하고 시간을 쓸 수 있도록 하는 것이다. 가족이 이를 필요로 하는지 사정하고, 집 근처나 교통이 편리한 등록된 보모(childminder)를 소개한다. 지역정보 DB(Community Information Database)에 이들과 관련된 목록이 게재되어 있다. 또한 재가 아동보호서비스를 제공하는데 이는 아동과 그 가족에 대한 지지적 서비스를 신축적으로 제공하는 것으로서, 1989년의 아동법에 기반하여 지방정부는 서비스를 제공할 책임을 갖고 아동과 청소년에 대한 보호 계획을 세워 그들의 욕구를 명확히 하게 된다.

「조기 서비스(Early Years Service)」는 양질의 데이케어, 놀이환경, 등록된 보육시설의 교육, 아동과 가족에 대한 가족지원서비스 등을 보증하고자 하는 것이다. 주간보호는 아동에게 지방정부 직영의 보육시설, 가족센터, 민간시설, 자원하는 보모(sponsored childminder) 중 어떤 방식이 적합할 지 사정하여 지원한다. 민간시설에서 서비스가 제공되는 경우에는 조언과 지원이 이루어진다.

아동양육은 아동의 건강, 안전, 복지를 위하여 사회복지사를 비롯한 적합한 전문가가 부모와 보호자에게 조언하는 것이다. 이는 지역 아동보호위원회의 절차에 따라 이루어진다. 아동학대로 추정되는 경우 지방정부와 인력은 즉시 보고할 의무를 가지며, 기록을 유지해야 한다.

② 아동보호(Child Protection)

아동과 가족에 대한 서비스는 1989년 아동법(Children Act)에 의거하여 지방 사회복지서비스부가 위험에 처한 아동을 보호하고 욕구가 있는 아동을 지원할 책임을 갖는다. 지방 사회복지서비스국은 ‘아동보호위원회’를 통해 의사, 교사, 방문간호사, 학교간호사, 경찰 등의 전문가와 함께 필요한 조사를 실시하고, 지원한다. 아동이 집을 떠나야 하는 경우는 거주할 시설을 제공하는데, 이러한 조치를 취하기 전에 12세 미만 아동은 가급적 위탁보호가 실시되도록 하고, 가정에서, 그리고 형제들과 함께 지낼 수 있도록 하고 있다.

③ 위탁보호(Fostering)

가정에서 임시적으로 아동을 돌보는 것으로서, 전일, 시간제, 주말, 수개월간, 혹은 영구적인 보호를 선택할 수 있다. 위탁보호자는 연령·결혼여부 등 상황에 관계없이 신청할 수 있으며, 이를 위한 단기 훈련과정에 참여하게 되고, 지침을 받게 된다. 또한 아동 보호 비용에 대한 수당과 부가적인 비용이 지급될 수 있다. 지역 내 위탁보호자 지원모임에도 참석할 수 있다.

④ 아동시설(Children's Homes)

몇 가지 유형의 아동시설이 있는데 6세 이상의 아동이 생활하도록 하고, 장애아동이 있는 가족에 대한 휴식처로도 제공된다. 사회복지서비스국에서 아동을 연계한 경우, 비용은 일주일 단위로 아동의 연령과 가족의 지불능력에 따라 부담하게 되는데, 소득보조(Income Support), 가족세금공제급여(Family Credit), 실업급여 수급자는 제외된다.

⑤ 입양

지방정부에서 돕고 있는 입양서비스는 입양에 대한 교육, 입양과정에서의 지원, 전문가의 도움, 아동의 성장 기간동안 입양전문 사회복지사의 도움 등이 이루어진다.

⑥ 가족 지원

가족지원센터(Family Neighbourhood Centre)는 8세 이하 아동이 있는 가정, 이들의 욕구충족이 어려운 가정에 다양한 서비스를 제공한다. 양육기술과 급식, 배변훈련, 재정, 언어발달 등에 대한 조언과 지원이 이루어진다.

가족과 아동에 대한 직접비용지불제도(Direct Payments)는 2001년 4월부터 시행된 수발자및장애아동법(The Carers and Disabled Children Act)에 의하여 지방정부가 장애아동과 부모, 16~17세의 장애청소년과 보호자(carer)에게 서비스의 연계나 직접적인 제공을 대신하여 현금을 지불할 수 있도록 한 것이다.

2) 노인

다년간의 사회적 보호제공의 경험 속에서 노인에 대한 폭넓은 서비스가 제공

되고 있는데, 노인이 자기 집에서 독립적으로 생활하도록 돕는 재가보호(home care) 서비스, 생활시설, 수발자의 친지의 사정에 따라 일시적으로 도움이 될 주간보호 및 단기보호 등의 전통적 서비스뿐만 아니라, 보다 융통성있고 새로운 양질의 서비스가 시도되고 있다.

① 가정보호서비스(Home Care Services)

질병, 장애, 취약, 임신, 아동보호 등으로 일상생활이 어려워 특별한 보호(care)가 필요할 때, 지방정부는 1년 내내 오전 6시부터 오후 11시까지 도움을 제공한다. 이는 사람들이 가능한 한 가정에서 일상생활이 가능하도록 높은 수준의 도움을 제공하고, 개별적으로 사정된 욕구를 충족시킬 수 있도록 하며, 자조와 독립성을 증진시키는 것이다. 또한 수발자(carer)가 그들의 시간을 누릴 수 있도록 지원하는 것이다.

비용은 이를 위한 비용부담 기준에 따라 이루어지고, 재정에 관한 사정이 실시된다. 서비스의 수준은 보호대상자와 수발자의 욕구 사정을 통해 결정되고, 욕구사정은 지방정부 사회복지서비스국의 소비자서비스담당자나 사례관리자가 수행한다. 민간시설에서도 이를 제공한다.

② 주간보호(Day Care)

노인을 위한 주간보호는 시설보호와 함께 지역사회내의 가정에서 생활이 가능하도록 이발, 발마사지서비스 등의 시설이나 사회보장급여, 여가활동 지원 등을 실시한다. 사회복지서비스국의 주간보호팀은 대상자의 복지와 보건과 관련된 상황을 지속적으로 모니터하고 사례관리자에게 연계할 수 있도록 훈련되고 있다. 또한 매일 비용을 받고 아침과 오후 점心和 다과를 제공한다.

주간보호센터는 수발자가 그들의 시간을 갖도록 돕고, 지역사회와의 접촉 통로를 만들며, 무엇보다 대상자가 일상생활을 독립적으로 유지할 수 있도록 하는 것이다. 센터에서는 특히 발달장애와 지체장애를 가진 경우 다양한 활동과 훈련을 제공하고, 노인들이 사람들과의 교제의 기회를 갖도록 하고 센터 이용을 위한 교통편도 제공한다.

시설보호가 아닌 서비스들에 대해서는 중앙정부가 기준을 제시하고 세부사항

은 지방정부별로 정하도록 하고 있다. 주간보호, 식사배달, 재가보호서비스 등은 각각의 기준을 갖는다. 비용부담은 위한 자산조사(financial assessment)를 실시하는데, 주간보호에서의 식사, 식사배달, 교통서비스에 대한 비용은 모든 이용자에게 부과되므로 자산조사를 하지 않고, 이용하는 주간보호시설에 지불하고, 매번 식사배달 시 지불하도록 하고 있다.

③ 시설 제공(Residential Accommodation)

경제적 어려움으로 집에서 머물기 어려운 상황이 되면, 욕구 사정을 수행한 후 장기요양보호가 가능하도록 연계한다. 지역 내 시설이나 친지가 거주하는 지역의 시설 중 선택할 수 있고, 비용은 부담 가능한 수준으로 지불해야 한다.

저축이 £10,000 미만이면 자산조사에 포함되지 않고 개인 수당에 영향을 받지 않으며(연금이나 DSS 급여에서는 고려됨), £10,000 이상 £16,000미만이면 비용부담에 고려된다. £16,000 이상이면 비용 전액을 부담하게 된다.

또한 'respite care'로 알려진 단기보호도 제공하며, 수발자의 휴식이 가능하도록 가정 내에서 이를 대체할 수 있는 서비스를 제공하는데 기본적으로 주당 5시간정도를 이용할 수 있으며 연장도 가능하다.

④ 특별 보호(Extra Care)

이는 전통적인 시설보호에 대한 대안으로서 주택관리서비스를 제공하는 주택연합(Housing Associations)과 협력하여, 노인과 장애인의 휠체어이동을 고려하여 설계된 주택을 제공하는 것이다.

3) 장애인

① 가정봉사(Home Help)

이는 식사배달(Meals on Wheels), 일상생활을 위한 장비지원, 주택수리, 전화설비 등이 이루어진다. 식사배달은 민간기관, 적은 규모별 위치한 복지사무소(district council)에서 제공한다. 비용부담은 지불능력을 감안하여 사정 시 논의하여 결정한다.

② 일상생활 보조장비 지원

고가의 장비는 지방정부에서 대출이 가능하고, 사례관리자(작업치료담당)나 일반의(GP)의 욕구 사정 후에 장비가 제공되기도 한다. 주택 편의 지원은 심한 장애가 있을 때 집수리 등을 통해 지원된다. 이 역시 사례관리자(작업치료담당)의 사정을 통해 결정되며, 사소한 장치에서부터 휠체어의 이동을 위한 출입문 확장과 같은 구조 개선까지 가능하다. 이는 지방(district council)의 주택국에서 사례관리자의 요청에 의해 담당하게 된다.

전화설비 서비스는 응급상황에서 도와줄 사람이 없거나 대체로 홀로 지내는 경우, 지역사회경보시스템에 접근하기 어려운 경우, 응급 시에 의료서비스를 원하는 경우, 일반전화 사용이 불가능한 경우 제공된다. 또한 재정지원과 조언(funding and advice)은 경제발전·기획국과 연계하여 도모한다.

③ 주간보호

지체장애인, 청각장애인을 위한 주간보호센터가 있으며, 지역 내 대학과 연계하여 수공예, 컴퓨터훈련, 일상생활훈련, 토론그룹 등 보다 폭넓은 서비스를 제공하고 있다. 또한 보건당국직원이 서비스를 제공하는 경우도 있다. 또한 주택 협회와 협력하여 중증지체장애인을 위한 주거를 지원하고 있다.

④ 자동차표지제도

푸른자동차표지제도(The Blue Car Badge Scheme)는 시각장애인을 포함하여, 보행, 운전이 어려움이 있는 사람들(만 2세 이상)에 대하여 주차를 허락하는 국가 제도이다. 이는 교통부가 도입한 제도로써 사회복지서비스당국이 집행하도록 하고 있다. 이를 발급받으려면 £2.00의 비용을 부담한다. 이는 해당 지역주민이고, 장애생계수당(DLA: the higher rate mobility component of Disability Living Allowance) 수급자이거나 심각한 보행장애, 등록시각장애인, 영구적 장애인에 해당하는 경우 가능하다.

⑤ 이동 지원

이동에 장애가 있는 경우, 교통편의 제공을 위해 The Access Bus 제도가 시행되고 있다. 이는 연령을 불문하고 보행, 휠체어사용, 청각, 시각장애, 호흡장

애가 있는 경우 신청서를 작성하여 등록하는데, 이때 1파운드의 요금을 지불하도록 하고 있으며, 7일 안에 카드가 발급된다.

지방사회복지서비스국은 자원봉사 운전자를 통해 주간보호를 받는 경우나 이동서비스 필요한 경우에 대하여 서비스를 제공하며, 12~22인용으로 제작된 버스가 있다. 또한 이동시 보호가 필요한 경우 동행(Escorts) 서비스를 제공한다.

4) 수발자 지원(Carer Support)

영국에는 약 700만 명의 수발자가 있을 것으로 추정되고 있다. 8명 중 1명은 친척, 가족, 이웃을 보호하는 경우, 6가구 중 1가구에는 수발자가 있는 셈이다. 이들로 인해 국가의 재정은 연간 31조 파운드를 절약하는 것으로 알려지고 있다. 이들 수발자는 도움 없이는 가정에서의 생활이 어려운 가족, 친지, 이웃을 돌보는 사람들로써 비공식보호자 혹은 가족보호자로 불리운다.

수발자를 위한 지원으로서는 정보제공·조언, 수발 휴식을 위한 지원, 정서적 지지, 수발·보호의 지원, 수급 가능한 급여에 대한 조언, 수발대상자에 대한 활동, 서비스이용을 위한 비용지불 도움 등이다. 더햄(Durham) 주에서는 수발자 지원을 위한 제도로써, 적십자사와 연계한 두 가지 프로그램을 실시하고 있는데 수발자응급연락카드(Carers Emergency Contact Card)제도를 통해 보호가 불가능한 경우 이를 대체할 수 있도록 하는 제도와 수발자 등록제도를 통하여 이들에 대한 데이터베이스를 만드는 것이다. 이는 지방정부의 수발자담당 사무관과 수발자 사정을 담당하는 사회복지사에게 활용되고 있다.

케어 욕구의 사정은 수발자에 대해서도 이루어진다. 장애아의 부모, 18세 미만이면서 보호를 담당하는 형제자매 등 수발자(carer)는 연령, 신체 및 발달장애, 정신건강을 포함한 질병의 문제가 있는 배우자와 친지를 보살피는 경우, 도움을 위한 상담을 요청하고 참여할 수 있다. 서비스는 보호가 필요한 대상에 대한 도움의 내용, 시기, 수발자의 능력과 의지 등에 대하여 논의하게 된다. 수발자에 대한 사정(assessment)은 보호를 지속할 능력과 의사가 있는지를 판단하고자 하는 것으로서, 수행하는 일(tasks), 가족·친구·이웃의 도움, 수발자의 다른

책임(일)과 가족의 기여, 수발자의 정서적·정신적·신체적 건강상태, 기타 스트레스 요인 등이 파악된다. 이는 역시 사례관리자에게 신청하고 사정의 실시는 사회복지서비스국이나 가정에서 모두 가능하다.

5) 기타

① 알코올 및 약물 남용

장기간의 알코올 및 약물 남용의 징후가 있는 주변사람들에게 이와 관련한 정보를 찾도록 돕고, 자신이 적합하다고 판단하는 주변의 재활센터를 찾도록 하는 것이다. 비용의 경우 일부는 무료이고, 검사(assessment)결과에 따라 비용을 지불해야 하는 경우도 있다.

② 가정폭력

가정폭력에 대한 대응은 지역사회안전팀(Community Safety Team)에서 담당하고, 지역사회 내 기관회의에 보고되도록 하고 있다. 학대(폭력)로부터 취약한 성인의 보호는 관련기관과의 협력을 통해 이루어지는데, 주변사람들이 위험에 처해있지 않은지 살피고, 연중 언제든지 행정기관(Social Services)이나 경찰서에 연락하도록 하고 있다. 2000년 보건부가 발표한 「No Secrets」이라는 지침을 통해 시는 성인학대대응절차를 발간하였다. 서비스의 대상은 정신건강, 장애, 연령, 질병으로 인하여 지역사회보호서비스를 필요로 하는 경우와 위험으로부터 보호가 어려운 경우로서, 신체적, 심리적, 성적, 재정적 측면의 학대와 함께, 물리적 보호의 부족, 차별 등을 당하고 있는 경우이다. 더햄 주와 달링톤(Darlington) 주는 공동으로 성인보호위원회(protection committee)를 구성하고 정책과 서비스 절차에 대한 모니터와 검토를 하도록 하고 있다. 위원회에는 사회복지서비스 당국, 경찰, 보건 및 주택당국, 민간·자원기관, 서비스 이용자와 보호자의 대표가 참여하도록 하고 있다.

③ 정신보건

정신건강 증진프로그램으로서, 정신 질환을 가진 많은 경우 병원에 다이지만 특별한 지원을 필요로 하는 경우, 관련 센터를 통해 자조집단, 드라마 참여 등

프로그램을 제공하고, 개인의 욕구수준에 따라 서비스를 제공하도록 하고 있다. 또한 주택연합과 협력하여 거처를 제공하는 생활지원제도(Supported Living Scheme)를 운영하고 있는데, 이는 심각한 정신건강 문제의 경우 지원인력 팀과 각 거주자의 개별 워커가 해당 가정을 지원하게 된다.

한편 이와 같은 지방정부가 제공하는 사회복지서비스 제공에 있어 공통적인 절차로서 적용되고 있는 욕구와 재정여건의 사정(assessment), 비용지불방법을 별도로 설명하면 다음과 같다.

○ 사정(assessment)

사정은 영국의 사회복지서비스 제공에 있어서 중요한 과정이 되고 있다. 조언이나 정보제공을 제외한 대부분의 사회복지서비스를 이용하기 위해 필요한 절차로서, 지방 사회복지서비스국의 사례관리자(care manager)가 사정 절차에 참여한다. 사정은 다음과 같은 문제, 즉 옷입기, 화장실가기, 세수하기 등의 개인 신변처리, 가사 문제, 건강, 외출 및 거동, 근로, 여가활동, 교육의 문제 일시적으로 도움을 줄 사람과 거주할 시설의 문제, 경제적 문제 등에 대하여 의논하게 하는 것이다. 사례관리자와 서비스 욕구를 가진 당사자 혹은 가족(기타 수발자)은 욕구를 해결할 수 있는 방법을 찾게 되고, 이를 실천할 계획(care plan)을 수립한다. 이에 따라 제공받을 수 있는 서비스에 대해 기술한 문서를 받게 되는데, 사례관리자의 이름과 계획이 이행될 날짜를 알리도록 하고 있다.

이는 모든 서비스 제공절차에 필수적인 것은 아니고, 조언이나 정보제공만 받는다면 제외된다. 사회복지서비스의 일부는 무료이기도 하지만 대부분은 이용자의 소득, 저축, 자산에 따라 지불하도록 하고 있다.

○ 재정여건 사정(The Financial Assessment)

이는 서비스에 대한 부담 능력을 측정하기 위한 소득·자산 조사를 의미한다. 지방정부 담당직원(Financial Assessment and Benefits Officer)이 가급적이면 전화로, 소득과 자산에 대한 정보를 수집한다. 만약 개인의 정보를 제시하지 않으면 표준 시간단위 비용지불을 약속해야 한다. 소득은 급여기록, 연금, 소득보조(Income Support), 민간보험 등, 자산은 은행계좌, 주식 등의 자료(stocks and

shares e.g. TESSA, PEP, ISA), 주택연합기록(Building Society books) 등, 지출내역으로는 임대카드(Rent Card), 지방세(Council Tax), 주택모기지(Mortgage)내용, 장애관련 추가비용 등이 파악된다.

정부의 서비스비용부담을 위한 소득기준은 기본 소득보조(Income Support) 제도의 기준을 따르는데, 연령, 장애부가급여(disability premium), 중증장애부가급여(Severe Disability Premium), 노인부양수당(Attendance Allowance), 장애생활수당(Disability Living Allowance)의 25% 추가분은 포함시키지 않는다.

소득은 사회보장 급여(state benefits)와 민간·직업 연금이 포함된다. 자산과 저축은 거주하는 주택은 포함되지 않으며, 자산 하한선 이하는 무시된다. 정부는 £250마다 £1로 산정하여 이를 소득에 더하고 있다. 예를 들어 £15,000의 자산을 가진 경우, £12,000(2003/2004년 기준)를 제외한 £3,000에 대하여 (£250×12회로 하여) 주당 £12가 소득에 추가된다. 수당(Allowances/Disregards)과 관련해서는 기본 소득보조의 25% 추가분, 이동수당 및 장애생활수당의 이동부분, 모기지 수당과 임대부분으로서 주거급여 미만부분, 지방세공제급여 미만의 지방세부분, 전쟁장애 및 과부연금은 주당 £10 제외한다.

서비스 비용은 시간당 요금을 지불하도록 하고 있으며, 정부는 시설보호비용의 약 75%정도 선으로 부담 상한선을 정하도록 하고 있는데, 이는 약 £210(주당, 2002/2003 기준)이며, 이는 주당 £330 이상의 소득을 가진 사람이 최소 30시간의 서비스를 이용할 경우인데, 대부분의 경우 이 보다는 적게 부담하고 있다. 민간생활기금(Independent Living Fund)을 받는 경우 이는 소득으로 포함되지 않는다. 사회보장급여, 민간보험, 생활비 등의 증가를 파악하기 위하여 매년 비용부담을 재사정(re-assessment)한다. 저축의 증감은 6개월마다 파악한다.

○ 비용지불 방법(Methods of Payment)

비용의 지불방법은 두 가지인데, 지방정부가 직접 제공하는 서비스에 대해서는 4주마다 우체국에서 계좌(account)로 지급받거나 수표(chèque)로 지급분을 돌려 받을 수 있다.

다. 전달체계 및 재정

1) 전달체계

영국에서는 매년 160만 명이 사회복지서비스를 수급한다. 그러나 서비스의 질은 지역마다 상이하며 서비스에 전혀 접근할 수 없거나 욕구에 적합한 서비스를 제공받지 못하는 경우가 있다. 중앙정부는 지역의 수요와 우선순위에 따라 지방정부가 서비스를 제공할 수 있도록 ‘국가의 서비스 기준(national quality standards)’을 수립하여 제공하고 있다.

보건부(Department of Health)에서는 노인, 아동 등을 위한 사회적 보호 서비스(health and social care services)를 관장하고, 1985년 보건부에 설치된 사회복지서비스감독청(The Social Services Inspectorate: SSI)은 9개의 지역사무소를 통해 사회복지서비스의 법적 책임의 이행과 지방정부 사회복지서비스 당국의 이행실태 및 서비스의 질을 평가하고, 지속적으로 개선이 이루어질 수 있도록 지원하는 역할을 한다.

사회복지서비스(social care)는 보건부 산하 SSI의 기본 정책을 지방정부 사회복지서비스국(Local Authority Social Service Department)에서 집행하고 있는데, 앞서 제시된 바와 같이 기본적인 서비스의 대상과 제도의 틀은 대부분의 지방정부가 유사하지만, 세부적인 내용과 프로그램의 다양성은 지역(council)별로 다소 차이를 보인다. 또한 서비스이용 비용 지불에 대한 기준을 중앙정부에서 지침으로 제시하고 있어서, 융통성있는 적용이 가능한 서비스유형에 대해서는 지역별로 서비스 단위비용에 차이가 나타나고 있다.

특별히 지방정부에는 케어(care)를 담당하는 부서(예, county Durham CARE)를 두고, 노인과 성인이 가정 혹은 가정과 같은 환경에서 독립적으로, 지역사회에 참여하며 생활할 수 있도록, 시설보호, 주간보호, 가정보호, 주거, 교통 등의 다양한 서비스를 제공하고 있다.

이는 지방정부 사회복지서비스국(county council의 social services department)을 통해 이루어지는데, 사례관리자가 욕구를 사정하고 가장 적합한 형태의 서비스

를 논의하며, 이용자가 동의하면 보호계획(care plan)을 제공한다. 사례관리자는 이용자가 가장 적합한 서비스제공기관을 결정하도록 돕는다. 지방정부는 국민 의료서비스(NHS) 기관, 주택연합, 지역사회지원기관 등과 협력하여 최상의 서비스를 제공하는 기관을 소개할 수 있도록 하고 있다.

지방정부(local government)는 주민의 삶의 질과 생활환경에 관심을 갖고, 공공서비스의 대부분을 제공하는 ‘councils’ 체계를 갖는다. 이층체계(two tier)를 갖는 지방정부에는 1개의 county council과 다수의 district councils을 갖으며²¹⁾, 경제성장과 관광증진을 위한 서비스를 제외하고는 각각 상이한 유형의 서비스를 제공한다. district councils은 주택, 수영장이나 레저센터와 같은 여가서비스, 쓰레기 수거, 환경·보건, 지방계획 등이 포함되며, county council은 교육·학교, 사회복지서비스, 도로·교량·교통, 전략기획, 도서관·박물관, 경제성장, 관광증진, 거래기준, 거리조명 등의 서비스를 담당한다.

또한 어떤 지역에서는 3층 체계로서, Parish and Town Councils이 있고, 지역 사회수준에서 지역회관, 여가시설, 장묘시설, 경작지, 보도 등의 지역 시설을 공급·유지하는 역할을 한다.

2) 재정

150개 지방정부(council)의 사회복지서비스 총예산(경상비 총액)은 136억 파운드(약 26조원) 가량으로 추산된다. 이는 총비용²²⁾ 14,660백만 파운드 중 공동사업(joint arrangement) 수입과 기타수입을 제외한 규모로서, 이용자부담 수입 2,230백만 파운드를 포함한 것이다.

이를 대상별로 분석해보면, 노인에 대한 예산(gross expenditure)은 45%로 가장 큰 비중을 차지하고 있고, 아동 및 가족서비스가 23%, 발달장애성인 14%, 지체장애 성인 7%, 정신질환성인 5%, 부랑인서비스 4%, 기타서비스 1%, 정책

21) Durham county의 경우는 7개의 district(Chester-le-Street District Council, City of Durham Council, Derwentside District Council, District of Easington, Sedgefield Borough Council, Teesdale District Council, Wear Valley District Council)가 있다.

22) 이는 joint arrangement를 포함하고 capital charges를 제외한 총경상비 지출이다.

개발 1% 등으로 구성되고 있다.

이용자부담의 비중을 보면, 수입총액 33억 파운드 중 67.6%를 차지하고 있으며, 경상비 총액 중에는 16.4%로 나타났다. 서비스 대상영역별로 살펴보면, 이용자수입이 전체 경상비에서 차지하는 비율이 노인서비스의 경우 27.2%로 가장 높게 나타났고, 발달장애(16.8%), 지체장애(10.8%), 정신질환(11.1%), 아동 및 가족(0.6%)의 순이었다.

〈표 III-22〉 영국 대인복지서비스 예산 현황(England, 2001~2002)

(단위: 백만 파운드, %)

구분	서비스 전략	아동·가 족	노인	지체 장애 ¹⁾	발달 장애 ¹⁾	정신 질환 ¹⁾	부랑인	기타 서비스	전체
비용									
자체공급(joint arrangement포함)	130 (140)	2,440 (2,500)	2,500 (2,620)	430 (450)	1,010 (1,080)	420 (430)	330 (330)	70 (70)	7,320 (7,610)
타시설에 의한 공급	-	830	3,890	540	1,390	390	240	70	7,340
합계 (joint arrangement 포함)	140 (140)	3,270 (3,330)	6,390 (6,500)	970 (990)	2,390 (2,470)	810 (820)	560 (560)	140 (140)	14,660 (14,950)
수입									
이용자부담(sales, fee, charge)(A)	20	20	1,680	100	320	80	-	10	2,230
A/B×100	50	11.8	88.4	71.4	39.5	50.0	-	33.3	67.6
A/C×100	18.2	0.6	27.2	10.8	16.8	11.1	-	8.3	16.4
공동연계(joint arrangement)	-	40	90	20	230	40	-	-	420
기타수입	20	110	130	20	260	50	40	10	640
합계 (B)	40	170	1,900	140	810	160	40	30	3,300
순경상비	100	3,100	4,490	820	1,590	650	520	110	11,370
순전체비용	100	3,160	4,610	840	1,660	660	520	110	11,660
경상비총액 (C)	110	3,120	6,170	930	1,900	720	520	120	13,600

주: 1) 65세 미만 성인임.

2) ()안은 capital charges를 포함한 비용임.

자료: Department of Health, Personal Social Services expenditure and unit costs 2001-02, 2003. 2.를 보완함.

이를 사회복지서비스 공급방식과 대상에 따라 분석해 보면(표 III-23 참조), 전체 예산 중 사정 및 보호관리에 15%, 재가보호에 45.7%, 주간보호 및 시설보호에 39.3%가 지출되고 있었다.

또한 대상별로는 노인에 45.4%, 아동·가족에 22.9%, 지체장애 및 발달장애에 20.8%, 정신질환에 5.3%, 부랑인에 3.8%가 지출되고 있었다. 사정 및 사례관리

는 정신질환(30.6%)과 아동·가족(26.0%)서비스가 큰 비중을 차지하였고, 재가보호는 노인(60.%)과 발달장애인(58.4%)에 대하여 전체 서비스예산 중 큰 지출이 이루어지고 있었다. 주간보호·시설보호는 지체장애(52.7%)인에 대한 서비스 중 큰 비중을 나타냈다.

〈표 III-23〉 사회복지서비스 공급방식별 대인복지서비스 예산(Gross)

(단위: 백만 파운드, %)

구분	전체	사정·보호관리	재가보호	주간·시설보호
서비스 전략	110 (0.8)	-	-	-
아동·가족	3,120 (22.9)	810 (26.0)	820 (26.3)	1,490 (47.8)
노인	6,170 (45.4)	560 (9.1)	3,730 (60.5)	1,890 (30.6)
지체장애	930 (6.8)	160 (17.2)	280 (30.1)	490 (52.7)
발달장애	1,900 (14.0)	120 (6.3)	1,110 (58.4)	680 (35.8)
정신질환	720 (5.3)	220 (30.6)	280 (38.9)	230 (31.9)
부랑인	520 (3.8)	50 (9.6)	-	470 (90.4)
기타 서비스	120 (0.9)	10 (8.3)	-	100 (83.3)
합계	13,600(100.0)	2,040 (15.0)	6,210 (45.7)	5,350 (39.3)

사회복지서비스의 재정은 대부분 이용자의 부담이 병행된다. 이용자 비용부담의 기준은 중앙정부가 제시하고, 서비스 유형에 따라서 지방정부에서 세부적인 적용 시 지역의 실정을 반영하도록 하고 있다. 생활시설 및 요양시설의 경우는 상세한 지침과 규제를 통해 통일적으로 이를 따르도록 하고 있고, 그밖에 주간보호를 비롯한 시설보호가 아닌 서비스에 대해서는 지역실정을 반영하여 기준을 정하도록 하고 있다.

이에 따라 지방정부 사회복지서비스국에서는 서비스 이용자들에 대하여 소속 직원(Financial Assessment and Benefits officer)이 이용대상자를 방문(혹은 전화)하여 소득과 자산에 대한 정보를 수집하고 사정양식을 작성하도록 하고 있다.

한편, 사회복지서비스 정책에 있어서 직접비용지불(Direct Payment) 제도가 새롭게 도입·운영되고 있는데, 1997년부터 시행된 지역사회보호비용직접지불법(The Community Care Direct Payments Act)에 의해 지방정부는 서비스를 제공하

거나 연계하는 대신 지역사회보호서비스 이용자들에게 현금급여를 지급할 권한을 갖게 되었다. 이는 이용자가 자신이 필요한 케어(care)를 구입하도록 하는 것으로서, 선택권과 통제성, 융통성이 부여된 것이다.

새로운 직접지불(Direct payment)제도의 수급 대상은 지역사회보호서비스가 필요하다고 사정된 18세 이상 성인, 장애가 있는 16세 이상의 청소년, 지원이 필요하다고 사정된 장애인의 수발자(carer), 이러한 급여를 원하고 관리가 가능한 경우이다. 이는 가정에서 친지 등을 고용하여 케어를 하거나 복지서비스부, 보건부, 주택부, 장기시설보호 등의 서비스를 구입하는 경우 등에는 사용할 수 없다. 사회복지사 등 지방사회복지서비스국 직원(Direct Payments Co-Ordinator)에게 요청하면 가정을 방문하여, 기본 정보제공, 사정방법 설명, 서류작성 도움, 등록서비스, 안내책자 제공, 유사한 상황에 있는 가족에 대한 소개 등이 이루어진다.

4. 공공부조와 사회복지서비스의 체계

앞서 살펴 본 영국의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 제도의 범위, 대상, 방식, 전달주체, 재정부담 주체 등으로 구분하여 정리해 보면 다음 <표 III-24> 와 같다.

먼저 공공부조 및 수당은 기초적인 소득보장(저소득, 실업, 구직)과 노령, 가족(여성) 및 아동, 장애에 대한 부가적인 욕구, 산재 및 상병에 대하여 “현금”으로 주로 제공되고, 사회복지서비스는 “사람(carer)을 통한 직접적 도움”이나 주거·생활편의 및 활동을 위한 “시설·장비”지원이 이루어진다. 따라서 공공부조는 주로 빈곤, 특히 실업으로 인한 저소득과 구직 노력, 그리고 건강 및 장애라는 욕구와 연령계층별(노인, 아동) 욕구를 감안한 현금 제공이, 사회복지서비스는 소득보장·건강보장과 직접적으로 관련된 지원이 아닌 일상생활 유지, 재할, 자립을 위한 욕구에 따른 지원이 재가, 시설, 요양보호를 통해 이루어지는 것이다.

현금급여(공공부조 및 수당)의 지급과정에서 서비스가 필요한 경우는 의뢰·연계하며, 사회복지서비스 제공과정에서 현금급여가 필요한 경우 역시 의뢰·연계하는 절차가 명시되고 있다.

사회복지서비스의 비용부담은 소득계층에 따라 무료로 혹은 이용자 부담으로

이루어지고 있다. 그러나 사회복지서비스 이용에 있어서 비용부과를 위한 소득·자산조사가 이루어지고 있으며, 직접비용지불제도(Direct Payment)가 시행되어 서비스의 선택과 구매를 가능하게 하는 서비스 제공방법의 변화가 나타나고 있다.

〈표 III-24〉 영국의 공공부조·수당과 사회복지서비스 체계 비교

	공공부조 및 수당	사회복지서비스
범위	• 소득, 주거, 난방 지원 • 장애와 질병, 사별, 퇴직에 대한 보상 • 임신, 출산, 아동양육에 대한 지원 • 근로촉진 및 유인 제공 • 가족수발자 지원	• 정서적지지 • 아동양육·보호 • 주거 해결 • 일상생활편의(식사, 이동, 가사 등) 지원 • 정신보건, 알코올, 약물문제 개입
대상	• 경제적으로 어려운 계층 또는 어려움이 우려될 수 있는, 가능성이 높은 집단(아동이 있는 가정, 장애인, 퇴직연령 노인)	• 욕구가 있는 모든 국민이 대상이나 공공서비스의 주 표적은 빈곤층 (아동, 장애인, 노인, 가족수발자 등)
방식	• 현금 중심의 지급	• 사람(carer)을 통한 직접적 도움 • 주거·생활편의 및 활동을 위한 시설·장비 제공: 가정보호, 주간보호, 요양시설, 생활시설, 기타편의시설, 식사제공 • 정보제공, 조언·상담, 서비스연계, 보호 서비스, 프로그램 실시 • 사정과 사례관리 • 직접비용지불(Direct Payment)
전달주체	• 고용연금부—사회보장사무소, Jobcentre Plus	• 보건부—지방정부 사회복지서비스국 (county-district)
재정	• 국가재정 • 고용주 부담	• 지방정부 예산 • 이용자 부담 • 민간기관 부담

영국에서는 고용연금부를 통해 근로연령층, 고용주, 연금수급자, 가족, 아동, 장애인 등을 위한 서비스 제공이 이루어지고 있으며, 보건부를 통해 노인, 아동 등을 위한 사회적 보호 서비스(health and social care services)가 이루어지고 있다. 공공부조와 사회복지서비스 집행체계를 중심으로 역할 범위를 가늠해보면 다음과 같다.

공공부조와 데모그란트인 수당 성격의 급여는 고용연금부에서 관장하며, 근로계층(working age)과 질환·장애로 인한 근로곤란자, 연금수급자와 퇴직자, 아동과 가족, 장애인과 보호자(carer)를 대상으로, 소득·의료·주거·기타 생계유지와 관련된 생활상의 어려움을 현금급여를 중심으로 제공하고 있다. 이는 기여형 혹은 비기여형(자산조사 및 비자산조사) 급여가 대부분이다.

특히, 고용연금부의 급여 가운데 서비스 부문과 연계되고 있는 급여를 살펴보면, 장기질환 및 장애와 관련된 보건·의료급여는 국민보건서비스, Social care 등과 연계하고, 입소시설이나 요양시설에 임시적으로 머물러야 하는 경우(Temporary stays in a residential care or nursing home)등은 연령에 따라 Jobcentre Plus 혹은 The Pension Service에서 담당하는데, 거주지 지방사회복지서비스국에서 이를 연계(arrange)하고 있으며, 상황에 따라 소득보조(Income Support)를 받거나 자신의 가정에서 주거급여(Housing Benefit) 혹은 지방세금공제(Council Tax Benefit)를 받을 수 있다.

사회복지서비스의 경우 일선 사회복지서비스는 지방사회복지국에서 담당하지만 보건부에서 성인의 건강과 장애, 아동의 안전과 보호에 대한 서비스를 관장한다. 아동을 위한 서비스로는 지방서비스국에서 제공하는 아동보호(10세 미만 아동대상 서비스, 위탁서비스, 아동시설 등), 성학대 등으로 인한 시설보호, 입양서비스 등이 포함되며, 성인을 위한 서비스로는 65세 이상 노인을 포함한 18세 이상 모든 성인을 대상으로 한 가정, 시설, 요양보호서비스가 포함된다.

이와 같은 영국의 공공부조, 주로 수당으로 명명되는 데모그란트, 서비스 체계를 역할분담이라는 관점에서 몇 가지 특징을 정리해 보고자 한다.

첫째, 공공부조, 데모그란트, 사회복지서비스의 규모와 방식을 보면, 자산조사를 통해 대상자를 한정하는 공공부조와 비교할 때 경제적 조건으로 대상범위를 제한하지 않는 보편적 급여인 데모그란트의 종류가 아동과 장애인을 둘러싸고 다양하지만 공공부조의 비중이 높고, 빈곤, 실업 및 근로, 장애, 질병, 보호 및 양육이라는 주요 문제를 가진 대상자에 대한 접근이 이루어지고 있다. 이와 비교할 때 사회복지서비스의 체계는 대상으로 하는 문제의 기본적인 범주는 유사

하나, 대응하는 위험의 종류는 보다 세분화되어 있으며, 서비스 수급 기준과 자격이 중앙정부의 지침으로 제시되고 지방정부의 융통성있는 적용 가능성을 부여하고 있다. 또한 상세하게 지방정부에서 제공되는 서비스의 내용, 이를 이용하기 위한 절차와 필요한 조건(이용자가 알려야 하는 정보, 부담할 비용기준 등) 등이 제시되고 있다.

둘째, 사회보장에 대한 전반적인 공공, 민간부문간 역할 변화가 나타나고 있다. 영국 사회보장체계에서 공공부문과 민간부문의 역할변화를 파악할 수 있는 지표로서, 공급주체, 재정부담, 의사결정의 공공과 민간의 역할변화를 파악한 결과를 보면 다음 <표 III-25> 와 같다.

<표 III-25> 영국 사회복지공급의 공공·민간부문간 변화 현황

(단위: %)

구분	교육		건강		주거		사회보장		사회복지서비스		전체	
	79/80	95/96	79/80	95/96	79/80	95/96	79/80	95/96	79/80	95/96	79/80	95/96
공공 공급·재정·의사결정	65.5	52.4	70.5	62.9	18	10.4	57.2	66.1	70.2	41.1	53.6	48.7
공공 공급·재정+민간 의사결정	0	0	0	0	0	0	9.7	3.5	0	0	4.7	1.4
공공 공급+민간 재정+공공 의사결정	0	0	0.8	0.5	9.1	3.7	0	0	9.9	3.9	2.4	1.2
공공 공급+민간 재정+민간 의사결정	0	0	0.4	0.5	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1
민간 공급+공공 재정·의사결정	23.4	25.1	18.3	18.9	0.9	2.3	0	0	11	34.2	4	8.7
민간 공급+공공 재정+민간 의사결정	2.9	4.9	0	0.5	13	13.4	13.7	15.3	0	0	9.9	9.8
민간 공급·재정+공공 의사결정	0	0	1.3	1.7	0.9	1.5	0	0	0.5	5.1	0.4	0.9
민간 공급·재정·의사결정	8.2	17.7	8.8	15	58.1	68.6	19.4	16.0	8.3	15.6	24.9	29.2

자료: Burchart, T., Hills, J. and Propper, C.(1997).

80년대 초반과 90년대 중반을 비교할 때 특히 사회보장부문과 사회복지서비스 부문의 경우 공공이 전적으로 재정을 부담하고 공급하는 영역이 가장 큰데, 사회보장급여는 57.2%에서 66.1%로 증가하였고, 사회복지서비스는 70.2%에서 41.1%로 대폭 감소한 것으로 나타났다. 사회보장부문의 경우는 공공이 재정부담만 하고 민간이 의사결정을 하여 공급하는 방식이 13.7%에서 15.3%로 늘어났으나, 민간이 전적으로 담당하는 방식이 19.4%에서 16.0%로 감소하였다. 서

비스부문에서는 공공이 공급하되 민간에서 재정을 부담하는 방식은 9.9%에서 3.9%로 줄고, 공공이 재정부담과 의사결정을 하고 민간이 공급하는 방식이 11.0%에서 34.2%, 공공의 의사결정에 의해 민간이 공급과 재정을 담당하는 경우가 0.5%에서 5.1%, 민간이 전담하는 경우가 8.3%에서 15.6%로 급증하였다.

이는 사회보장부문에서는 국가의 역할이 축소되었다고 할 수 없으며, 사회복지서비스 부분에서는 전체 규모가 증가했음을 감안하더라도 특히 국가의 공급주체로서의 역할을 대폭 축소했음을 보여주고 있다.

셋째, 현재 사회복지서비스에 대한 국가 지출은 기여형 급여를 포함하는 사회보장급여와 비교하면 약 1/7정도로 나타나고 있으나, 사회복지서비스의 영역은 확대되고 있으며, 지방정부의 책임이 강화되고 있다. 최근 지역사회보호(communitary care)가 강조되면서, 그 시스템을 사회복지서비스 전달의 중심주체인 지방정부의 주도하에 구조화하도록 하고 있으며, 정부와 민간기관과의 역할분담에서 민간의 역할이 비교적 강화되고 있다. 이 과정에서, 지방정부는 사례관리자를 배치하여 서비스가 필요한 대상자를 발굴하여 사례관리와 욕구사정(assessment)을 보편적인 역할로 수행하고 있다.

넷째, 사회복지서비스는 보편주의를 지향하되, 재정여건의 사정(소득·자산조사)을 통해 비용부담의 차등화를 강화하고 있고, 앞서 살펴보았듯이 사회복지서비스 비용에 대한 이용자의 부담이 증가하고 있다. 또한 direct payment의 도입을 통해 소비자의 선택권 강화를 시도하고 있으며, 이는 공공부조, 수당, 서비스의 경계를 약화시키는 급여방식이 되고 있다.

다섯째, 수발자(carer)를 위한 지원정책이 강조되고 있다는 점이다. 이는 다원주의 정책의 일환으로 비공식 보호, 가족보호를 강조하는 정책지향이 반영되고 있는 것이다.

여섯째, 현금급여를 중심으로 한 공공부조, 데모그란트, 사회보험의 사회보장급여의 제공에 있어서, 위험의 종류와 생애주기에 따른 대상별로 필요한 서비스와의 연계가 확대되고 있다는 점이다. 근로가 가능한 대상의 경우는 고용지원서비스와 근로능력 및 여건을 제고하는 사회복지서비스와의 연계를 강조하고 있는 것이다. 이는 2002년 고용과 복지를 연계하는 중앙부처와 일선사무소의

조직 통합을 통해서 보다 명확한 정책의도를 반영하고 있으며, 지방정부가 담당하고 있는 사회복지서비스와의 연계도 고용보건부의 프로그램 속에 ‘의뢰 및 연계서비스’의 포함을 통해 제시되고 있다. 또한 지방정부에서도 사회복지서비스 제공을 위한 재정조사과정과 사례관리 과정에서 사회보장급여가 필요한 경우 연계하도록 정하고 있다.

제 3 절 독일

독일의 공공부조와 사회복지서비스 체계 소개에 앞서 필요한 개념을 정리하고자 한다. 독일어로 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스를 포함하는 개념으로 ‘공공보호’(Öffentliche Fürsorge)가 있다. 이 개념을 잘못 직역할 경우 ‘공공부조’로 표현하기 쉬우나, 우리 식의 공공부조를 표현하는 개념으로는 ‘사회부조’(Sozialhilfe)가 있다. 즉 ‘사회부조’는 ‘공공보호’에 포함되는 개념이다. 공공보호는 공공부조인 사회부조 외에 사회복지서비스 관련 비용을 부담하는 체계이다. 사회복지서비스 관련 비용 부담의 예로는 주택수당, 아동수당, 청소년원조, 장애인원조 등이 있다. 따라서 공공보호는, 사회부조는 물론 아동·청소년원조(Kinder-und Jugendhilfe), 가족부담보상(Familienlastenausgleich)을 포함하는 개념이다(BMA, Juni 1998:663).

공공보호(Öffentliche Fürsorge)는 보험(Versicherung), 부양(Versorgung)과 더불어 독일 사회보장제도를 구성하는 보호(Fürsorge) 원칙에 토대를 둔 제도이다. 보호(Fürsorge)는 일종의 피해나 곤궁이라는 상황이 발생했을 때, 욕구조사에 근거하여 기여(보험료나 사회적 희생 등) 없이 현금·현물서비스를 제공함을 의미한다. 이때 보호 수준은 개별적 상황에 따라 결정되지만, 수혜 대상자가 보호 수준과 종류를 결정할 권리는 없다(표 III-26 참조). 이 권리를 관련 공공기관이 갖고 보호를 제공하며, 이를 공공보호라 부를 수 있다. 공공보호는 독일 복지국가 형성하는 주요원칙으로서 사회보험을 보충하는 의미를 갖는다(Lampert, 1991:190).

〈표 III-26〉 독일의 보험, 부양, 보호 원칙 비교

	보험(Versicherung)	부양(Versorgung)	보호(Fürsorge)
혜택 근거	보험 가입	특수한 상황과 연결된 법적 권리	개인적 곤궁
서비스 개시시점	정해 놓은 보험사례	법이 규정한 상황이 규명될 때	욕구 발생
혜택 수준	보험사례에 따라 : 평균적 요구	부양 사례에 따라 : 개별적 요구	욕구의 범위와 종류에 따라 개별화: 개별적 요구
반대 급부	보험료	국가, 사회를 위한 비재정적 기여 혹은 희생	없음
자산 조사	없음	없음	있음
주요 제도	노령연금, 의료보험, 산재보험, 실업보험	전쟁희생자 원호, 공무원 연금	사회부조(Sozialhilfe), 주택수당(Wohngeld), 청소년원조(Jugendhilfe), 아동수당(Kindergeld), 장애인원조(Behindertenhilfe)

자료: Informationen für politischen Bildung 215/1990, S.27.

따라서 본 장에서 공공부조라는 용어를 사용할 경우에는 ‘사회부조’를 의미한다. 공공보호 범위에서 사회부조 외 다른 영역은 개별 서비스 명칭을 그대로 사용하도록 한다.

1. 공공부조 및 사회복지서비스 체계의 기본 원칙

독일 복지국가 체계에서 공공보호 발달에 기여한 원칙으로는 보충성, 자조, 개별화 등을 언급할 수 있다. 이 중에서도 2차 세계대전 패전 후 독일연방공화국 건국과 발전의 기초를 다졌던 보수기독교(CDU-CSU) 연립정부가 특히 중요시했던 보충성 원칙은 독일 사회정책 발달의 견인차 역할을 했다고 볼 수 있다.

보충성의 원칙에 대해 Hans Achinger(1952:22 이하)는 다음과 같이 설명하고 있다. “보충성 원칙은 먼저, 제외(Ausschließung)와 경계(Abgrenzung) 개념을 포함한다. 좀 더 작은 삶의 단위는 좀 더 큰 삶의 단위가 강제할 수 있는 전체 주의적 욕구로부터 보호받아야 하기 때문이다. 작은 삶의 단위가 스스로의 힘

으로 해결할 수 있는 문제에 대해 큰 삶의 단위, 특히 국가가 개입해서는 안된다. 반면, 보충성 원칙은 위로부터 아래로 향하는 도움(Hilfe von oben nach unten)을 뜻하기도 한다. 큰 삶의 단위 혹은 사회 조직은 다음과 같은 두 가지 이유 때문에 개인이나 작은 삶의 단위를 도와야 한다. 첫째, 작은 삶의 단위는 큰 삶의 단위가 구성하는 조직 안에 존재하기 때문이다. 따라서 작은 삶의 단위가 해결해야 하는 문제는 작은 삶의 단위가 갖는 문제 해결 능력이 우연히 모자라서가 아니라, 큰 삶의 단위가 지속적으로 그리고 구조적으로 개입할 때 해결 가능할 수 있다. 보충성 원칙은 작은 삶의 단위가 감당할 수 있는 능력을 무시하는 무조건적인 적용을 거부한다. 둘째, 개인이나 작은 삶의 단위가 자신의 문제 해결에 실패할 수 있기 때문이다. 이때 작은 삶의 단위가 문제 해결 과정에서 책임이 있는지 없는지는 큰 삶의 단위의 관심거리가 아니다. 큰 삶의 단위는 자신이 가진 능력에 따라, 가능한 한, 보충적이고 임시적인 도움을 주어야 한다.”

이 같은 원칙은 빈곤 문제를 먼저 가족이 감당함을 전제한다. 가족이 가진 능력이 빈곤 문제를 감당하지 못할 정도가 되었을 때 비로소 국가가 개입하게 된다. 이때 국가 개입은 빈곤문제를 가족이 스스로 다시 극복할 수 있는 시점까지 한정되어 이루어진다(Hilfe zur Selbsthilfe).

이러한 맥락에서 볼 때 독일은 전형적인 보수주의 복지국가에 속하게 된다. 보수적 복지국가에서는, 가족 내 남성 취업이 우선이며, 여성 취업은 장려되지 않는다. 이 같은 성별노동분업을 바탕으로 하여 가족 기능 강화를 위한 국가 지원 체계가 장려되는 반면, 국가가 가족을 대신하지는 않는다.

자선이 아닌 공공보호 개념의 단초는 1924년 2월 13일 바이마르 공화국 체제에서 제정된 제국보호의무규정(RFV: Reichsfürsorgepflichtverordnung)에서 찾을 수 있다(Frerich/Frey, 1996: 124~125). 1차 세계대전이 가져다 준 사상 초유의 빈곤문제를 겪으면서 문제에 대한 국가적 차원의 체계적 접근이 강조되기 시작한 것이다. 이 같은 변화는 2차 세계대전 후 더욱 가속화되었다. 1954년 6월 24일 서독연방행정법원의 판결은 보호(Fürsorge)에 대한 법적 권리를 인정함으로써, 욕구를 가진 자는 인간으로서 존엄성을 누릴 수 있는 수준의 보호를 국가로부터

터 받을 수 있다는 점을 분명히 하였다. 1957년 2월 27일 제정된 신체장애인법(Körperbehindertengesetz), 1959년 7월 23일 제정된 결핵원조법(Gesetz über die Tuberkulosenhilfe)은, 이러한 맥락에서, 공공보호가 최저생계보장 개념을 넘어서는 욕구를 충족시켜주어야 한다는 원리를 구체적으로 실천하는 계기가 되었다.

최저생계 수준을 넘어선 공공보호에서 개별화 원칙은 공공보호 범위에서 제공하는 현금 서비스가 소득 수준에 따라 다양하게 제공되고, 부양 의무자의 참여의무가 제한되기 시작하는 1970년대 이후 자리잡기 시작하였다(Frerich/Frey, 1996:127). 개별화 원칙은, 빈곤가족이 아니더라도 가족 구성원 중 누군가가 사회적 서비스에 대한 욕구가 생김으로써 발생하는 가족 빈곤 위험을 경감시키는 역할을 한다. 개별화 원칙에 따라 가족 구성원 중, 예를 들어, 장애인이 갖는 사회적 서비스에 대한 욕구 충족 비용을 부양 의무자가 부담하지 않는다. 장애인이 갖는 욕구를 개인적 차원에서 해결하기 위한 비용을 공공보호 차원에서 부담하게 된다. 이 같은 개별화 원칙으로 인하여 수많은 가족들이 ‘돌발 상황’이 발생했을 때 빈곤에 빠지게 되는 위험에서 해방될 수 있다.

2. 공공부조제도 내용 및 체계

독일 복지국가는 매우 폭넓은 사회적 안전망을 제공하고 있다. 매년 집계되는 독일의 국내 총생산 대비 공공서비스 지출(public social expenditure) 비율은 거의 30%정도에 이르는데, 이는 스칸디나비아 국가와 프랑스, 스위스 등 몇몇 국가에 이어 높은 수준이다. 사회적 안전망으로서 가장 높은 비중을 차지하는 것은 역시 사회보험(Sozialversicherung)이며, 자산조사에 근거한 사회부조는 독일 사회예산(Sozialbudget)에서 약 8%정도 비중을 차지한다(OECD, 2003:6).

사회부조는 1962년 도입 이후 사회보험으로 해결할 수 없는 빈곤 상황 문제를 해결하는 보충적·일시적 사회적 안전망으로서 기능을 해 왔다. 신체적·정신적 질병과 장애, 비정상적 성장 과정으로 인하여 정기적 생계 활동을 통한 생계 보장이 불가능한 경우, 사회보험 등 사회보장을 청구할 수 없거나 사회보험 수준으로 생계 보장이 충분치 않을 때 등의 경우에 최후의 일시적인 사회 안전

망 역할을 한 것이다. 그러나 실업문제, 독신부모 가구 빈곤 등의 만성적 문제 증가는 사회부조가 일시적이 아닌 일상적 사회적 안전망이 되는 현상을 가져왔다는 분석도 있다.

가. 제도의 목적

사회부조가 추구하는 목적은 상대적 빈곤(relative Armut)을 극복하고 사회 구성원이 인간다운 생활을 스스로 할 수 있는 상태를 만드는 데 있다. 이 같은 사회부조의 구성 원칙은 보편성, 보충성, 개별화, 구체적 수요 충족, 법적 청구권 등으로 요약할 수 있다.

보편성의 원칙에 의해 독일 내에 거주하는 모든 사회 구성원이 사회부조 대상자가 될 수 있다. 보충성의 원칙은 사회부조 수혜에 앞서 개인은 노동력을 먼저 행사하고 제3자로부터 받은 급여를 자신의 생계를 위해 먼저 투입해야 한다. 또한 개인은 먼저 자신의 소득 및 재산으로 생계를 유지할 의무를 갖는다. 개인이나 가족의 노력에도 불구하고 빈곤에서 벗어나지 못했을 경우, 지역사회나 유사공공기관(halböffentliche Träger: 종교세에 의해 운영되는 사회복지기관 등)에서 제공하는 현물 서비스를 받게 되며, 현금 서비스는 각 지방자치단체 사회국(Sozialamt)을 통해 제공받게 된다.

개별화의 원칙에 따라 개인이 갖는 욕구를 측정한다. 이 같은 개인의 구체적인 상황을 기준으로 하여 급여의 종류 및 형태, 급여수준 등이 개별적으로 결정된다. 개별화의 원칙은 개인이 갖는 욕구로 인하여 가족 전체가 빈곤에 빠지는 상황을 예방하는 기능을 추구한다는 의미에서 수혜 대상자 가정의 특별한 상황을 고려하는 원칙이라고 보겠다. 따라서 개별화 원칙은 주로 ‘돌발 상황에 대한 개입(Hilfe in besonderen Lage)’에서 적용된다. 동시에 개별화 원칙은 개인이 갖는 자기 책임 능력을 고려한다는 의미에서 보충성 원칙과 상호 작용하는 측면도 갖는다.

구체적 수요 충족(Bedarfsdeckung)의 원칙에 따라, 수혜자가 사회부조에 대한 욕구를 갖게 된 원인에 대해서는 문제 제기를 하지 않는다. 다만 개인이 스스

로 충족시킬 수 없는 욕구가 실제로 발생했는가, 발생했다면 어떤 욕구가 발생했는가 등에 대한 문제를 고려하여 현재의 구체적 수요를 충족시킬 수 있는 현금, 현물, 대인 서비스를 제공하게 된다.

과거 빈민법 시대와 달리 현대 사회부조가 가진 중요한 특징은, 사회부조가 자선(Almosen)이 아니라 법적 권리라는 점이다. 사회부조 급여에 대해서는 공법상의 청구권으로서 성격이 인정된다. 사회부조 급여는 국가의 은혜적인 급여가 아니며, 따라서 사회부조에 대한 법적 청구권이 법률 자체에 구체적으로 명시되어 있다.

나. 대상: 자격조건 및 수혜율

사회부조 급여 대상자가 되기 위해서는 그에 상응하는 위급한 형편(Not)에 빠져야 한다는 규정이 있다. ‘위급한 형편’을 나타내는 구체적인 수치로서 1인당 월 최저생계비 규정(monatliche Eckregelsätze)이 있다. 이 생계비는 가구 구성원의 지위에 따라 가장(家長) 기본급여(Regelsatz für Haushaltsvorstand), 배우자 기본급여(Regelsatz für Ehepartner), 자녀 기본급여 등으로 구분되어 다르게 책정되며, 이에 기초하여 한 가족이 필요한 생계비와 소득의 차이를 계산한다. 이 계산 과정을 통해 해당 가족이 사회부조를 받을 정도로 ‘위급한 형편’에 처했는지를 판단하게 된다.

1인당 월 최저생계비 규정(monatliche Eckregelsätze)에서, 7세 이하 부양 자녀를 둔 경우에 그 자녀를 위한 생계비가 독신부모에게는 좀 더 많이 지급된다. 예를 들어, 독일 지역 평균으로 볼 때 2003년 7월 1일 현재 부모가 있는 7세 이하 아동을 위한 월 최저생계비(Eckregelsatz)가 146 유로인 반면, 독신부모 슬하 7세 이하 아동 월 최저생계비는 160 유로로 책정되어 취학 전 자녀를 둔 경우 독신부모가 갖는 양육 부담이 더 크다는 인식을 보여 주고 있다.

1인당 월 최저생계비는, 또한, 각 주 별로, 옛 구동서독 지역 별로 물가 사정에 따라 조금씩 다르게 책정되고 있다. 구동독 지역보다 구서독 지역 생계비가 약간 높게 책정되어 있다.

〈표 III-27〉 독일의 가구 구성원별 월 최저생계비(monatliche Regelsätze)
(단위: 유로)

주(Bundesländer)	가장 및 독신부모 별	부양 자녀 나이 별				
		7세 이하 독신부모 일 경우	8~14세	15~18세	19세 이상	
바덴-뷔르템베르크	297	149	163	193	267	238
바이에른	287	144	158	187	258	230
베를린	296	148	163	192	266	237
브란덴부르크	283	142	156	184	255	226
브레멘	296	148	163	192	266	237
함부르크	296	148	163	192	266	237
헤센	297	149	163	193	267	238
메클렌부르크-포어포머	282	141	155	183	254	226
니더작센	296	148	163	192	266	237
노르트라인-베스트팔렌	296	148	163	192	266	237
라인란트-팔츠	296	148	163	192	266	237
자란트	296	148	163	192	266	237
작센	282	141	155	183	254	226
작센-안할트	285	143	157	185	257	228
슐레스비히-홀슈타인	296	148	163	192	266	237
튀링겐	282	141	155	183	254	226
평 균						
독 일	291	146	160	189	262	233
구 서 독	295	148	162	192	266	236
구 동 독	285	143	157	185	257	228

자료: BMGS (Juli 2003:60)

2001년 현재 정기적인 가계 보조(Hilfe zum Lebensunterhalt)를 받는 사회복지 대상자는 약 271만 5천명이며, 돌발상황에 대한 개입(Hilfe in besonderen Lebenslagen)에 의한 사회복지 대상자는 149만 8천명에 이르고 있다.²³⁾

23) 독일 연방정부 통계청 홈페이지 자료 (www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq19.htm): 2003년 11월 1일 내려 받음.

사회부조 대상자가 될 위험에 가장 많이 처해 있는 집단은 독신모이다. 전체 가구 중 사회부조를 받는 집단 비율이 3.8%인 반면, 전체 독신모 가구 중 사회부조를 받는 가구 비율은 2000년 12월 현재 26%에 이른다. 남성 1인 가구 중 사회부조 대상자 비율이 5.2%, 유자녀 동거 가족 중 사회부조 대상자 비율은 4.7%, 여성 1인 가구 중 사회부조 대상자 비율이 4.1%, 유자녀 혼인 가족 중 사회부조 대상자 1.9%, 무자녀 혼인 가족 중 사회부조 대상자 비율은 0.8%이다(OECD, 2003:29-30). 이렇게 볼 때, 사회부조 대상자가 될 확률이 높은 가구의 사회적 특성은 독신모 가족, 남성 1인 가구, 유자녀 동거 가구, 여성 1인 가구, 유자녀 혼인 가구, 무자녀 혼인 가구 등의 순서로 나타난다.

사회부조(Sozialhilfe; social assistance)를 포함한 공공보호(öffentliche Fürsorge: public assistance)가 전체 사회적 비용지출(social expenditure)에서 차지하는 비중은 그리 높은 편은 아니다. 사회보험이 사회보장제도의 주류를 이루는 특성 때문이다. 2000년 말 현재 사회적 비용지출에서 각 항목 별 비중은 연금 32%, 의료·수발·산재 비용 23%, 공무원 복지 7%, 고용주 부담 복지 비용 8%, 공공보호 8%, 실업보험 6%, 가족급여 5%, 기타 10%이다(OECD, 2003:6).

공공보호는 전체 사회적 비용 지출에서 약 8% 정도의 비중을 차지하고 있다. 1991년의 경우 전체 사회예산(Sozialbudget)은 8365억 1천9백만 마르크(DM)이었으며, 그 중 공공보호 예산은 924억8천8백만 DM, 사회부조 예산은 354억 6백만 DM였다. 이를 비중으로 보면 공공보호 예산은 전체 사회예산의 10.6%, 사회부조 예산은 전체 사회예산의 4.1%를 차지하였다. 공공보호와 사회부조가 전체 사회예산에서 차지하는 비중은 1990년대 중반까지 소폭의 증가 추세를 보이다가 그 이후에 2% 포인트 이상 감소하게 되었다. 이는 아동수당을 사회예산 항목에 포함시키지 않고 조세정책 부문으로 전환함으로써 나온 결과이며, 따라서, 사회예산에서 공공보호와 사회부조가 차지하는 비중은 큰 변동을 보이지 않는다고 보겠다. 2000년에 전체 사회예산은 1조 2613억 1천3백만 DM였으며, 그 중 공공보호 예산은 1035억 4천7백만 DM, 사회부조 예산은 503억 2천4백만 DM였다. 사회예산 대비 공공보호 예산은 7.8%, 사회예산 대비 사회부조 예산은 3.8%이다(표 III-28 참조) (BMA, September 2001:18~19).

〈표 III-28〉 독일의 사회예산, 공공보호 비용 추이

(단위: DM, %)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
사회예산 총 액	836519 (100)	946563 (100)	996085 (100)	1040138 (100)	1100319 (100)	1149991 (100)	1156285 (100)	1185891 (100)	1229869 (100)	1261313 (100)
공공보호비용 총 액	92488 (10.6)	105754 (10.7)	113026 (10.8)	118061 (10.8)	121933 (10.4)	101378 (8.3)	99296 (8.0)	100712 (8.0)	102086 (7.8)	103547 (7.8)
- 사회부조	35406 (4.1)	39831 (4.0)	45645 (4.4)	52044 (4.7)	54156 (4.6)	52754 (4.3)	49526 (4.0)	49980 (4.0)	50004 (3.8)	50324 (3.8)
- 청소년원조	21319 (2.4)	25036 (2.5)	27660 (2.6)	28510 (2.6)	29773 (2.6)	30980 (2.5)	31860 (2.6)	32302 (2.6)	32986 (2.5)	33253 (2.5)
- 아동수당	20410 (2.3)	21924 (2.2)	21639 (2.1)	21029 (1.9)	21273 (1.8)	822 (0.1)	248 (0.0)	137 (0.0)	169 (0.0)	207 (0.0)
- 보육수당	6315 (0.7)	7624 (0.8)	7323 (0.7)	7088 (0.6)	7574 (0.6)	7409 (0.6)	7637 (0.6)	7765 (0.6)	7521 (0.6)	7321 (0.6)
- 직업훈련지원	2593 (0.3)	2488 (0.3)	2238 (0.2)	1959 (0.2)	1858 (0.2)	1795 (0.1)	1671 (0.1)	1647 (0.1)	1725 (0.1)	1793 (0.1)
- 주거수당	4942 (0.6)	7324 (0.7)	6988 (0.7)	6191 (0.6)	6209 (0.5)	6614 (0.5)	7177 (0.6)	7549 (0.6)	7542 (0.6)	8317 (0.6)
- 재산형성지원	1502 (0.2)	1527 (0.2)	1533 (0.1)	1241 (0.1)	1090 (0.1)	1005 (0.1)	1177 (0.1)	1333 (0.1)	2138 (0.2)	2331 (0.2)

출처: BMA(September 2001:18~19).

다. 급여: 내용 및 급여 수준

사회부조 급여 내용은 다양할 수밖에 없다. 사회부조를 받는 사람들의 삶의 형편이 다양하기 때문이다. 사회부조 급여는 현금, 현물, 대인서비스(Geld- und Sachleistungen, persönliche Hilfe)로 구분할 수 있다. 현금 서비스는 정기적인 가계 보조(Hilfe zum Lebensunterhalt)와 일회적 서비스(einmalige Leistungen), 돌발 상황에 대한 개입(Hilfe in besonderen Lebenslagen) 등이 있다.

가계 보조(Hilfe zum Lebensunterhalt)는 근로소득, 실업연금, 노령연금, 기타 서비스 등에서 제공하는 소득으로 최저 생계를 유지할 수 없을 때 지급되며,

앞서 예시한 대상 자격 기준에 따라 지급 액수가 결정된다. 즉 가계 보조 수준은 ‘개별적 욕구(Bedarf) – 소득(Einkommen)’라는 등식에 따라 정해지는 것이다.

사회부조에서 규정하는 ‘소득’(Einkommen)은 기본적으로 화폐 가치를 지닌 모든 수입을 의미한다. 여기에는 취업 활동에 의한 수입, 실업보험금, 실업부조금, 노령연금, 아동수당, 주거수당 등이 포함된다. 그러나 연방사회부조법이 제 공함으로써 발생하는 수입, 연방부양법(Bundesversorgungsgesetz)에서 지급하는 기본 연금, 아동보육수당 등은 사회부조에서 규정하는 ‘소득’ 범위에 들어가지 않는다. 또한 총수입액에서 소득세, 사회보험료, 법으로 규정한 공사보험료(ex) 자동차 보험료), 소득을 얻기 위해 불요불급하게 지불해야 하는 비용(ex) 작업 도구, 출퇴근 비용, 소속 직장 내지 직업 관련 협회 회비 등)은 제외한 ‘순소득’을 고려하여 가계 보조액 수준을 결정한다.

예를 들어, 목수인 뮐러씨는 전업주부인 부인이 있고, 미성년 자녀가 3명 있는 가족의 가장이다. 뮐러씨의 월 순소득은 2,479 DM, 3명의 자녀를 위한 아동수당으로 지급받는 돈이 월 800 DM, 그리고 주거수당이 월 288 DM이다. 이 금액을 모두 합치면 3,567 DM이다. 이 중에서 뮐러씨가 작업 도구 사용을 위해 월 10 DM의 유지비가 들고, 출퇴근 비용이 월 80 DM가 들며, 근로공제(Absatzbetrag wegen Erwerbstätigkeit) 액수가 270 DM이므로, 뮐러씨 가족의 월 순소득은 3,207 DM가 된다(3,567 – 360). 반면, 뮐러씨가 이 같은 소득을 올리고 있는 시점에서 사회부조 급여기준이 다음과 같다고 보자.

- 가장 기본급여 (Regelsatz für Haushaltsvorstand) 539 DM
- 부인 기본급여 (Regelsatz für Ehepartner) 431 DM
- 자녀 기본급여: 12살 350 DM, 8살 350 DM, 1살 270 DM
- 주거 비용: 889 DM
- 난방 비용: 122 DM

그렇다면, 사회부조에서 규정하고 있는 뮐러씨 가족의 경우처럼 4인 가족을 위한 최저생계비는 2,951 DM이다. 따라서 뮐러씨 가족은 가족 구성원 별 기본

급여와 주거·난방 비용보다 월 256 DM를 더 벌고 있으므로 사회부조 대상자가 되지 않는다(BMA, Juli 2000:11).

반면, 독신모인 페트라와 경우, 백화점 카운터에서 일하면서 버는 월 순소득이 1,265 DM, 아동수당 250 DM, 아동양육비 보조(Unterhaltsvorschuß) 224 DM, 주거수당 258 DM를 모두 합쳐 월 1,997 DM의 소득을 올리고 있다. 여기에 작업도구비용 명목으로 10 DM, 근로공제(Absatzbetrag wegen Erwerbstätigkeit) 359 DM를 제하면, 월 순소득이 1,628 DM가 된다. 페트라 가족에게 적용되는 사회부조 급여 기준은 다음과 같다.

- 가장 기본급여 (Regelsatz für Haushaltsvorstand) 539 DM
- 독신모 추가 급여 216 DM
- 자녀 기본급여: 5살인 경우 296 DM
- 주거 비용: 626 DM
- 난방 비용: 91 DM

이렇게 볼 때, 페트라는 월 1,768 DM를 지출하는 반면, 월 1,628 DM만을 벌고 있다. 따라서 페트라는 ‘1,768~1,629’ 만큼의 액수를 사회부조에서 지급받을 수 있다(BMA, Juli 2000:12).

일회적 서비스(einmalige Leistungen)는, 욕구가 발생하고 그에 따른 물품을 구입하기 전에 사회국(Sozialamt)에 의뢰할 경우에 적정 수준을 판단하여 지불된다. 이미 물품을 구입하고 비용 청구를 나중에 하는 경우에는 이 같은 서비스 혜택을 받을 수 없다. 서비스 내용에는 의복, 신발, 가구, 침구, 커튼, 유모차, 임산복, 아기용품 등이 있으며, 상황에 따라 이사나 집수선 비용이 포함되기도 한다. 크리스마스 시즌에는 크리스마스를 지낼 수 있는 물품 원조가 있기도 하다. 특히 이 서비스는 정기적인 가계 보조를 받는 계층뿐 아니라 차상위 계층도 주 대상이 되고 있다.

돌발 상황에 대한 개입(Hilfe in besonderen Lebenslagen)은 질병, 장애, 임신, 고령, 수발에 대한 욕구, 기타 인생에서의 돌발 사건(irgendeiner Schicksalschlag)

에 의해 발생한 상황에 처한 개인을 도와주는 것이다(BMGS, Juli 2003:15). 이러한 개입은 빈곤선 이하 생활자보다는 차상위 계층, 더 나아가 중산층까지도 돌발상황 발생에 의해 빈곤선 이하로 생활 수준이 내려가지 않도록 하기 위해 개입한다는 의미에서 볼 때 ‘사회부조’보다는 ‘공공보호’에 더 가까운 개념으로 볼 수 있다.

라. 주제: 전달체계 및 재정 부담 현황

사회부조 서비스 전달체계는 지역 전달체계(örtliche Träger)와 초지역 전달체계(überörtliche Träger)로 구분한다. 지역 전달체계에게는 시(Kreisfreie Städte), 군(Landkreise)의 사회국(Sozialamt)이 있으며, 사회부조 대상자와 직접적인 접촉을 가지면서 서비스를 제공한다. 지역 전달체계의 상부 단위는 주(Land)이며, 주에서는 기획, 통제, 재정 등을 담당한다. 초지역 전달체계의 상부 단위 역시 주(Land)인데, 지역 범위를 벗어난 급여 제공을 한다. 예를 들어, 다른 지역에 있는 시설 보호 비용, 대학 입학 비용, 장애인 사회 통합 비용, 외국 거주 독일인 원조 등의 업무를 맡는다.

사회부조 재정은 헌법에 의해 연방과 주가 나누어 부담하지만, 연방은 외국 거주 독일인 관련 비용만 부담한다. 따라서 주와 시 등 지방자치단체가 대부분의 비용을 조달해야 하는데, 주에서 부담하는 비용의 근원은 대부분 토지세와 영업세(Grund - und Gewerbesteuer)이다.

3. 사회복지서비스 제도 내용 및 체계

가. 제도의 목적

공공보호가 사회부조는 물론 아동·청소년 원조(Kinder - und Jugendhilfe), 가족부담보상(Familienlastenausgleich)을 포함하는 개념이라고 밝힌 바 있다. 공공보호를 통해 가족 내 아동·청소년·장애인 부양 문제를 해결하기 위한 사회복지서비스가 제공된다는 의미이다. 이 같은 개입의 목적은, 먼저, 현재 사회부조

대상자가 아니지만, 가족 내에서 발생하는 아동·청소년·장애인 부양 문제를 해결하기 위한 비용 부담 때문에 한 가족이 빈곤선 이하 생활 수준으로 떨어지는 상황을 예방하는 데 있다고 본다. 두 번째, 문제를 겪고 있는 구성원(문제 아동, 비행 청소년, 장애인, 수발 욕구를 가진 노인 등)이 사회 생활에 성공적으로 통합할 수 있도록 도움을 제공하는 것이 공공보호 제도 범위 내에서 사회복지서비스가 갖는 목적이라고 볼 수 있다.

나. 대상자 현황, 서비스 내용 및 재정

아동·청소년 원조를 받는 수혜자는 2000년에 약 27만명, 2001년에는 약 28만명이었다. 아동·청소년 원조는 주로 일일이용시설을 통한 원조, (부분)수용시설을 통한 원조, 입양·법정 대리인 역할 등 기타 서비스로 나누어져 있다.

〈표 III-29〉 독일 아동·청소년 원조 수혜자 현황

(단위: 명)

원조 종류 별	2000년	2001년
교육적 원조(Erzieherische Hilfen)		
· 일일이용시설을 통한 원조(Ambulante Hilfen)		
기관 상담 ¹⁾	274 573	282 057
아동·청소년 보살핌(Betreuung): 종료사례 ²⁾	20 251	21 625
아동·청소년 보살핌: 진행 중인 사례 ³⁾	22 024	23 163
사회교육적 가족원조(Sozialpädagogische Familienhilfe): 종료사례 ²⁾	11 719	12 556
사회교육적 가족원조(Sozialpädagogische Familienhilfe): 진행중인 사례 ³⁾	19 513	21 380

1) 종료된 상담 2) 연중 (年中) 3) 연말 4) 5년 주기(Bestandserhebung alle fünf Jahre)

〈표 III-29〉 계속

원조 종류 별	2000년	2001년
· (부분)수용시설을 통한 원조 (Stationäre/teilstationäre Hilfen)		
1일 그룹 활동(Erziehung in einer Tagesgruppe): 종료사례 ²⁾	6 362	6 475
1일 그룹 활동(Erziehung in einer Tagesgruppe): 진행중인 사례 ^{3,4)}	15 934	-
위탁가정보호(Vollzeitpflege in einer anderen Familie): 종료사례 ²⁾	8 869	8 372
위탁가정보호(Vollzeitpflege in einer anderen Familie): 진행중인 사례 ^{3,4)}	48 993	-
시설 수용(Heimerziehung): 종료사례 ²⁾	25 347	25 702
시설 수용(Heimerziehung): 진행중인 사례 ^{3,4)}	69 723	-
개별집중보호(Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung): 종료사례 ²⁾	1 448	1 620
개별집중보호(Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung): 진행중인 사례 ^{3,4)}	2 692	-
· 기타 원조(Sonstige Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe)		
입양 ²⁾	6 373	5 909
공공후견(Amtspflegschaften und Amtsvormundschaften) ³⁾	67 738	67 885
대리(Beistandschaften) ³⁾	660 304	663 920
보호권 박탈(Sorgerechtsentziehungen) ²⁾	7 505	8 099
임시 보호 조치(Vorläufige Schutzmaßnahmen) ²⁾	31 124	31 438
아동·청소년 원조 지출 비용(Ausgaben der öffentlichen Jugendhilfe) (단위: 백만 유로)		
총지출 비용	18 465	19 211
어린이 보호 시설(Kindertageseinrichtungen)을 위한 지출	10 036	10 428

1) 종료된 상담 2) 연중(年中) 3) 연말 4) 5년 주기(Bestandserhebung alle fünf Jahre)

자료: 독일 통계청 홈페이지(<http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq33.htm>)

-2003년 11월 1일 내려 받음

아동·청소년이 유발하는 문제, 부모의 문제로 인해 생긴 아동·청소년의 문제 등 어떤 경우에도 아동·청소년이 학교나 사회 생활 적응에 문제를 가질 경우 원조를 받을 수 있다. 일일이용시설을 통한 서비스의 대부분은 사회복지사, 심리상담가 등 전문가가 제공하는 보호 서비스나 가족을 교육하기 위한 개입이 주류를 이룬다.

수용시설에서는 아동·청소년이 학교와 사회 생활에 적응할 수 있도록 가정과 같은 환경을 만들어 주는 개념의 보호 서비스를 제공한다. 따라서 아동·청

소년이 받는 보호 서비스 내용은 개별적 욕구에 맞춰 다양하게 결정되며, 아동·청소년이 원하는 바가 결정되었을 때 필요한 비용을 보호자 역할을 하는 사회복지사 등 전문가와 보호 비용을 지불하는 지방자치단체 담당 공무원이 합의하여 정하게 된다. 예를 들어, 시설에 살면서 학교를 다니는 14살의 올리버가 축구 교실을 다니고 싶어한다면, 축구교실 등록 비용 지출의 적정성 여부를 검토하여 지불하게 된다.

이러한 방식으로 시설에 사는 아동·청소년은 자신이 하고 싶은 활동을 결정할 수 있다. 따라서 시설이 주체가 되어 확실적인 프로그램을 모든 시설 보호 아동·청소년에게 전달하는 식의 서비스는 지양되고 있다고 보겠다. 이 같은 욕구의 개별화 원칙에 입각하여 제공하는 아동·청소년 원조를 위한 지출액은 2000년의 경우 184억 6천5백만 유로(약 25조 8천5백억원)이었으며, 2002년에는 192억 1천1백만 유로(약 26조 8천9백억원)이었다(표 III-29 참조).

보육수당제도는 1986년에 처음으로 도입된 공공보호제도 중 하나이다. 보육수당제도를 통해 가족이 아동양육으로 인하여 갖는 부담을 다음과 같은 측면에서 덜어주는 계기가 되었다. 1986년 보육수당제도 도입으로 인하여 아동보육노동만을 통해서도 연금 수급권을 갖게 됨으로써 보육노동이 갖는 사회적 가치를 인정하는 상징적 계기가 생겨났다. 이 같은 기존의 변화 외에도 2001년 보육수당·부모시간 제도는, 보육에 대한 사회적 인식의 변화를 담고 있다. 보육휴가는 취업 활동을 중단하고 보육을 하는 시기를 ‘휴가(Urlaub)’로 보며, 따라서 가족 내 아동보육이 얼마나 힘든 일인지에 대한 인식을 결여하고 있는 개념이다. 취업 활동에 비하여 가사·보육노동의 가치를 인정하지 않는 사회적 인식이 반영되었다고 볼 수 있다. 따라서 보육휴가 대신 부모시간(Elternzeit)을 사용함으로써 보육이 취업 활동과 같은 힘든 노동임을 인정하게 되었다고 보겠다.

또한 아동보육으로 인한 근무 시간 단축에 대한 법적 권리 보장, 시간제 노동 제한 시간 연장을 통하여 시간제 취업·노동 기회 확대, 부모시간을 동시에 사용할 수 있게 한 점 등은 아동보육 주체를 더 이상 여성으로만 한정하지 않고 부모로 확대했다는 의미를 갖는다. 개정 이전 보육수당제도가, 사실상 시간제 취업 활동을 제한함으로써 여성이 아동보육을 담당하는 것이 실제 정책 목

표였다면, 개정된 보육수당제도는 시간제 취업활동을 가능하게 함으로써 파트타임에 입각한 부모의 평등한 보육 분담에 어느 정도 기여한다고 할 수 있다.

소득 상한선 변화에도 불구하고 기본적으로 지급되는 보육수당은 과거의 600DM 수준에서 변화가 없기 때문에, 결국 새로운 보육수당제도 역시 아동보육가족의 소득 수준 향상에 기여하지 않는다는 비판이 일어났다. 1986년 이후 물가 변동과 명목소득(Nominal Einkommen)변동을 감안하면 아동보육수당이 1998년에 기준으로 이미 45%가 인상되었어야 했다는 추계도 있다(Walter/Künzler, 2002:115). 그러나 연방정부 재정 적자 수준이 2001년 490억 6천8백만 유로, 2002년에는 662억 9천9백만 유로에 이르는 수준을 감안하면,²⁴⁾ 보육수당 인상 노력에 한계가 있음도 분명하다. 반면, 보육휴가 대신 부모의 보육노동 시간을 융통성 있게 조절할 수 있는 부모시간 제도가 도입됨으로써 어느 한쪽만이 아닌 부모가 취업 활동을 지속적으로 할 수 있는 여건이 마련된 것은 아동보육가족의 지속적인 소득 유지에 도움이 될 수 있다고 본다.

보육수당은 1999년에 71만 5천명을 대상으로 38억 4천6백만 유로 (약 5조3천8백억원), 2000년에는 70만 3천명을 대상으로 37억 4천3백만 유로 (약 5조2천4백억원)가 지급되었다(표 III-30 참조).

〈표 III-30〉 독일 보육수당 지출 현황

	1999년	2000년	2001년
지급 대상자 수 - 단위: 1000명	715	703	650
지급액 - 단위: 백만 유로	3,846	3,743	-

자료: 독일 통계청 홈페이지(<http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq33.htm>)

- 2003년 11월 1일 내려 받음

심신장애를 갖고 있거나 심신장애를 갖게 될 가능성이 있을 경우에, ‘통합을 위한 서비스(Leistungen der Eingliederungshilfe)’를 받을 수 있다. 사회복지 통

24) 독일 연방통계청 홈페이지 “Finanzen und Steuern” (<http://www.destatis.de/basis/fist/fist021.htm>)
2003년 7월 30일 내려 받음.

합 서비스 제공 대상은 각종 사회보험이나 노동청(Arbeitsamt) 등을 통한 장애인 통합서비스를 받을 수 없는 사람들이다. 취업 근로자는 대개의 경우, 장애를 갖고 있거나 장애를 갖게 되었을 때 연금이나 의료보험, 산재보험 등을 통해 통합서비스를 받게 되지만, 아동·전업주부·실업자 등은 장애인 통합 서비스에 대한 욕구가 생겼을 때 사회부조 재정을 통해 도움을 받게 되는 것이다.

장애인 통합서비스가 해결하고자 하는 우선 과제는 장애 예방과 장애로 인한 문제 감소 내지 해결이다. 이 같은 과제의 완수를 바탕으로 하여 장애인을 다시 사회로 통합시키고자 하는 것이다. 따라서 장애인이 자신의 능력에 맞는 취업 활동을 하면서, 가능하면 타인의 수발을 받지 않고 사는 상황의 조성이 중요하다.

장애인 통합서비스의 종류에는 먼저, 의료적 치료, 장애 예방을 위한 예방 조치 등이 있는데, 입원 및 통원 치료, 요양원 생활, 약물 복용, 심리치료 등이 그 주요 내용이다. 둘째, 장애 상태를 교정하거나 보정할 수 있는 보조 기구 등을 지급하는 서비스이다. 보청기, 언어 연습기, 시각장애인을 위한 타자기, 맹인견, 그리고 경우에 따라서는 자동차 제공까지 포함된다. 셋째, 일반 학교에 가지 못하는 아동을 위한 특수 교육, 시설에 수용되어야만 하는 아동을 위한 수용보호서비스가 있다. 특히 수용보호서비스의 경우 그 비용 부담이 너무 크기 때문에 부모의 소득과 거의 상관없이, 시설 수용 비용을 사회부조에서 담당하고 있다. 넷째, 장애인이 취업 교육이나 학교 교육을 제대로 받을 수 있도록 하기 위하여 학교 교육과 취업 교육을 보충할 수 있는 일일이용시설(Tagesstaette)을 제공하거나, 이동비용을 제공해 준다. 때에 따라서 보충교육비용도 사회부조를 통해 지원해 준다. 다섯째, 장애인 취업을 원활하게 하기 위하여 장애인 전용 작업장(Werkstatt fuer behinderte Menschen)을 설치·운영한다. 작업장을 통해 실제 취업 활동 기회를 제공할 뿐만 아니라 취업 훈련도 함께 받을 수 있는 기회도 제공한다. 작업장 자체는 반드시 사회부조 재정을 통해 운영되지는 않는다. 장애인 작업장에 보내지는 장애인들이 갖는 취업 활동 경력에 따라 연금이나 의료보험 혹은 산재보험에서 비용을 부담하는 장애인들도 있기 때문이다. 앞서 밝혔듯이, 사회보험 등을 통해 재정 지원을 받을 수 없는

장애인의 작업장 취업 비용만을 사회부조에서 부담하고 있다. 여섯째, 장애인이 살기에 적당한 주거 환경을 만들고 그 같은 환경 속에서 살 수 있는 재정 지원을 해 준다. 일곱째, 사회 생활에 통합할 수 있도록 하기 위하여 동호인 모임에 참석한다든지 도서·신문·텔레비전 구입 비용 등을 부담해 준다. 장애 정도에 따라 매월 전화비용도 부담해 줌으로써 이동을 못함으로써 생기는 사회적 고립을 최소화하기 위한 서비스도 제공한다. 이상과 같은 장애인 통합 서비스를 사회부조를 통해 받는 장애인들은 2001년의 경우, 전체 장애인 약 270만 명 중 약 20% 정도인 57만명 정도이다.

〈표 III-31〉 독일 사회부조 대상자 수

(단위: 1,000명)

	1999년	2000년	2001년
생계보조(laufende Hilfe zum Lebensunterhalt) am Jahresende	2 812	2 694	2 715
돌발상황에 대한 원조(Hilfe in besonderen Lebenslagen)	1 402	1 459	1 498
수발비용 보조(Hilfe zur Pflege)	310	324	332
질병치료비용 보조(Hilfe bei Krankheiten)	548	581	576
장애인 통합(Eingliederungshilfe für behinderte Menschen)	503	525	555

자료: 독일 통계청 홈페이지 <http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq33.htm>

- 2003년 11월 1일 내려 받음

장애인 통합 서비스를 위해 지출하는 비용은, 역시 2001년의 경우, 전체 사회부조 비용 239억 4천2백만 유로 중 97억 6천4백 유로로서 약 40%의 비중을 차지하고 있다(표 III-32 참조).

〈표 III-32〉 독일의 사회부조 비용

(단위: 백만 유로)

	1999년	2000년	2001년
사회부조 전체비용(Bruttoaussgaben der Sozialhilfe insgesamt)	22,978	23,319	23,942
생계보조(Hilfe zum Lebensunterhalt)	10,044	9,777	9,669
돌발상황 원조(Hilfe in besonderen Lebenslagen)	12,934	13,542	14,273
수발비용(Hilfe zur Pflege)	2,901	2,876	2,905
질병비(Hilfe bei Krankheit)	1,206	1,234	1,279
통합서비스 비용(Eingliederungshilfe für behinderte Menschen)	8,522	9,113	9,764

출처: 독일 통계청 홈페이지 <http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq33.htm>
- 2003년 11월 1일 내려 받음

다. 주체: 전달체계 및 재정 부담 현황

공공보호 체계에서 제공하는 사회복지서비스 재정은 기본적으로 사회부조에 근거하고 있으므로, 주정부와 각 지방 기초자치단체에서 담당하게 된다. 그러나 직접적인 사회복지서비스는 각 지역에 있는 半公共組織으로서 사회복지단체가 제공한다. 카리타스(Caristas), 기독교선협회(Evangelisches Werk), 노동자복지회(Arbeiterwohlfahrt) 등 사회복지단체가 운영하는 기관 및 시설을 통해 대인복지서비스가 제공되는 것이다. 즉 재정은 사회부조 등을 통해 공적으로 조달되고 서비스는 민간 사회복지서비스 기관이 국가 간섭 없이 자율적으로 제공하는 것이다.

민간 사회복지서비스 기관은 그 업무 성과에 따라 클라이언트를 사회보험 담당 기관이나 사회부조 담당 기관으로부터 지속적으로 의뢰받아야 조직 자체를 유지할 수 있기 때문에, 별도의 국가 간섭이 없어도 클라이언트를 위한 양질의 서비스 제공에 주력하게 된다. 결국 클라이언트를 유치하는 과정은 기관 간 경쟁에 의한 시장기제가 작용하고, 재정은 공적으로 조달하는 독일식의 독특한 사회적 시장경제 개념이 사회복지서비스 제공에서도 실현되고 있다.

4. 공공부조와 사회복지서비스의 체계

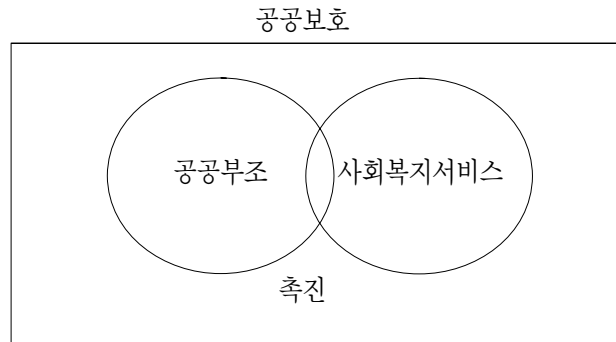
앞서 밝혔듯이, 우리나라 방식의 개념인 공공부조로서 사회부조(Sozialhilfe)는 사회복지서비스와 함께 ‘공공보호(Öffentliche Fürsorge)’ 체계를 이룬다. 공공보호는 소극적 의미에서 볼 때 사회복지서비스 비용을 부담함으로써 한 가족이 빈곤에 빠지는 위험을 예방하는 기능을 한다. 청소년 원조, 장애인 원조 등이 그 같은 기능을 하고 있다. 더 나아가 공공보호는 적극적인 의미에서 한 가족이나 개인이 더 나은 삶의 질을 추구할 수 있는 수단을 제공한다. 아동수당, 주택수당, 학자금 융자(BAfögG) 등이 그 예이다. 이 같은 수단은 차상위계층 뿐만 아니라 일부 중상류층을 제외한 거의 모든 중산층을 대상으로 한다는 점에서 사회부조와 그 의미를 달리한다. 적극적 의미에서 공공보호 체계를, 그래서, 촉진제도(Foerderungsmassnahmen)라고 부르기도 한다. 사회 구성원의 생활 수준을, 최저 생계 유지라는 소극적 의미에서 벗어나, 미래에 더 나은 생활 수준을 누릴 수 있도록 지원해 준다고 이해하기 때문이다.

사회부조 대상자가 부담해야 하는 사회복지서비스 비용을 부담한다는 점에서 공공부조로서 사회부조와 사회복지서비스는 공통 분야를 갖는다. 그러면서 사회부조는 최저생계비 보장이라는 고유의 기능을 수행한다. 이렇게 볼 때, 사회복지서비스는 공공부조 대상인 빈곤층의 종합적인 욕구를 공공보호 체계 내에서 사회부조와 연계되어 제공된다고 할 수 있다.

그러나 사회복지서비스는 공공보호 체계 내에서 빈민뿐만 아니라 전 사회 구성원을 대상으로 한다. 즉, 중산층이라도 가족 구성원 중 한 명의 사회복지서비스 비용 부담 때문에 빈곤에 빠질 위험이 있을 경우, 공공보호 체계 범위에서 욕구의 개별화 원칙에 의해 사회복지서비스를 필요로 하는 가족 구성원은 사회부조 대상자로 분류되어 보호를 받는다. 반면, 다른 가족 구성원은 비용 부담 의무에서 제외됨으로써 위험 발생 이전 생활 수준을 누릴 수 있게 된다.

이 같은 관계를 정리하면 다음의 [그림 III-1] 과 같이 나타낼 수 있다.

[그림 III-1] 독일 공공부조와 사회복지서비스의 관계



제 4 절 스웨덴

1. 사회부조²⁵⁾와 사회복지서비스의 역사 및 사회적 배경

스웨덴 사회부조의 기원은 1973년의 구빈법(Poor law)에 있다. 구빈법은 17세기에도 존재하였지만 1762년 새로운 구빈법이 제정되어 구빈세 납부와 빈민의 구호에 대한 교구 내 의무를 규정하였다. 이후 빈곤자가 급속히 증가하자 1871년 구빈법의 대상을 원칙적으로 15세 이하의 아동 및 병자에 한정하는 구빈법 개정이 이루어졌다. 개정된 구빈법에서는 일할 수 있는 사람은 일을 하며, 직업이 없는 사람은 구빈농장이나 수산장에서 일하도록 하고, 부랑자는 처벌하도록 규정하였다.

1차 세계대전 동안 경제성장으로 급격한 공업화가 이루어지자 농촌의 생활기반이 흔들리게 되었다. 동시에 노동자의 생활환경도 개선되지 않은 상태로 머물렀다. 또한 1880년대에는 이민과 출생률의 저하로 인구가 감소 해가죽 경향

25) 공공부조 대신 스웨덴에서 사용하는 개념인 사회부조라는 개념을 사용하였다.

이 현저하게 진전되었다. 이러한 배경 하에 기독교의 사회운동 등을 배경으로 노동운동 또는 사회운동을 통한 구빈법에 대한 비판이 일어나기 시작하였다.

1932년 노동운동이나 생활협동조합 운동을 배경으로 하는 사회민주당이 정권을 잡게 되면서 스웨덴의 사회복지정책에 있어 고용정책, 소득보장, 주택보장을 통해 건강하고 문화적인 생활을 보장하기 위한 노력이 계속되었다. 또한 노인, 아동, 장애인에 대한 사회복지서비스의 도입이 이루어졌다. 노인분야에 있어서 1937년 처음으로 보호를 중심으로 하는 노인홈이 설치되었고, 노령연금이 개정됨과 함께 연금 수급자용 아파트가 건축되었다. 1943년에는 노인 재가복지서비스가 실시되었다. 아동에 대해서 1937년 특별아동수당이 도입되었고 이는 1947년 가족수당으로 확대적용하게 되었다. 그리고 1944년에 보육사업에 대한 정부지원이 시작되었다. 장애인복지분야에 있어서도 1944년에 장애인에 대한 지역사회서비스를 의무화하는 입법이 이루어졌다. 1950년대에 이르러서는 소득보장, 주택보장이 이루어졌으며, 1960년대부터 자활에 한계가 있는 사람들에 대한 서비스가 이루어졌다. 또한, 사회문제심의회에서 사회복지를 통합하고 국가의 책임을 명확히 하기 위해 구빈법을 개정하여 1957년 사회부조법(Social Assistance Act)을 입법하였다. 사회부조법에 의해 사회부조제도는 사회부조(Social Assistance)로 명명되었다.

1960년대에 들어서자 여러 복지제도가 병렬적으로 존재함으로 인해 유기적인 연결이 되지 못하는 문제가 제기되었다. 이에 따라 새로운 통합 입법의 필요성이 논의되었다. 또한 사회복지서비스에 대한 인식이 변화되었다. 즉, 서비스를 필요로 하는 사람만을 서비스 대상으로 하는 것이 아니라 가족전체를 대상으로 하는 사회사업의 중요성이 지적되었다. 이에 따라 1981년 사회부조제도와 사회복지서비스를 하나의 법체계로 통합한 사회서비스법(Social Service Act; Socialtjänstlagen)이 제정되어 사회부조법을 대체하게 되었다. 사회서비스법은 1982년 1월부터 시행되었으며, 모든 사회구성원이 사회부조를 받을 수 있는 권리를 가짐과 동시에 정부와 지방자치정부가 합리적 생활수준을 보장해야 하는 의무를 규정하고 있다. 사회부조와 서비스를 모두 포괄하는 사회서비스법은 지방자치정부가 사회부조 수급자로 선정된 대상자에 대해서는 6개 영역에 대한

‘합리적 생활수준(reasonable standard of living)’을 보장해야 한다고 규정하고 있으며, 사회복지서비스의 주요 대상자로 ① 아동과 청소년, ② 약물 또는 알코올중독자, ③ 노인, ④ 기능적 장애인, ⑤ 범죄 피해자들을 명시하고 있다. 사회복지서비스법은 5부, 총 76개 조항(section)으로 이루어져있는데 1조에서는 사회복지서비스의 목표를, 2조에서는 사회복지서비스의 원칙으로 자기결정권과 인권의 존중을 제시하고 있다. 그리고 6조에서는 사회복지부조 수급권에 대해서, 11조에서는 대상인구집단 및 문제별(약물중독, 아동, 청소년, 노인, 장애인 등) 서비스 내용을 제시하고 있다.

사회서비스법 제정의 의의는 사회복지와 사회복지 서비스가 동일한 법적 기반 하에 운영되도록 하였다는 점과 부조 및 사회복지서비스의 운영주체를 지방정부로 규정하였다는 것이다. 사회복지서비스법은 지방자치정부가 지역주민의 최소한의 삶을 보장하고, 아동, 노인, 장애인 등에 관한 복지서비스를 운영해야 할 책임이 있다고 규정하였다. 즉, 중앙정부의 보건복지부(National Board of Health and Welfare)는 의료서비스와 각종 사회복지서비스, 최종적인 사회안전망인 사회복지부조제도를 담당하고 있으나, 각 제도의 가이드라인 제시와 감독기능을 수행할 뿐이며, 실질적인 제도의 운영과 책임은 지방자치단체가 담당하고 있다. 이에 따라 의료서비스는 21개의 광역자치정부(Länstingskommun; county)에서 운영하며, 사회복지부조제도는 중앙정부의 보건복지부에서 제시한 최저보장 가이드라인인 ‘합리적인 생활수준(reasonable standard of living)’을 근거로 각 지역의 특수성을 고려하여 289개의 기초자치정부(Primärkommun; municipal)에서 운영하고 있다.

1990년대에는 지방정부에 의해 운영되는 사회복지서비스와 기타 관련 사업에 있어서 지방정부의 책임영역이 새로이 추가되고 시민에 대한 책임성이 증가하는 개혁이 이루어졌다. 1990년대 동안 스웨덴은 경제침체를 경험하였으며 이에 따라 사회의 다양한 집단에 있어서 지원과 보호에 대한 요구가 상당히 증가하였다. 또한 실업과 난민유입의 증가는 사회보장급여에 대한 욕구를 증가시켰다. 노령인구의 증가도 간호와 보호에 있어서 새로운 복지자원에 대한 요구를 불러일으켰다. 이러한 흐름 하에 1990년대 후반에 있어서는 간호와 보호영역에 대

한 지방정부의 서비스제공에 있어서 경쟁체계를 갖추는 새로운 유형의 운영방식이 도입되었고, 민간으로의 위탁운영이 증가하는 등 운영방식에 있어서 변화가 나타났다. 노인보호 영역에 있어서 위탁운영의 몇몇 사례는 서비스 질의 문제를 유발했고, 이와 더불어 서비스 내용의 재검토와 변화를 초래하였다. 또한 서비스 영역 중 약물 및 알코올중독서비스와 아동 및 청소년보호 영역에 있어서 비시설보호가 증가하였고, 노인에 있어서는 가장 큰 필요가 있는 사람들에게 보호가 집중되는 변화가 이루어졌다.

사회부조에 있어서 중요한 변화는 1998년 사회서비스법 중 부조 수급권에 대한 조항인 the Entitlement to Assistance Section(Section6)의 변화이다. 표준비용(national norm; riksnorm)이 사회보장급여로 보장되어야 하는 항목으로 신설되었고, 여러 추가지출에 대한 개별적 사정(individual assesment)이 도입되었다. 반면 합리적인 주거비용 기준이 낮아지면서 주거급여는 저소득자가 그 지역에서 일반적으로 사용할 수 있는 수준이 지역별로 결정된다. 또한 몇몇 유형의 부조에서 행정소송을 제기할 수 있는 기회가 없어졌다. 새로 추가된 7a 조항은 사회서비스가 질이 높아야 하며 체계적이고도 지속적으로 개발되고 보증되어야 한다고 규정했으며, 적절한 훈련과 경험이 있는 직원에 의해 제공되어야 한다고 규정했다. 또한 장기환자나 노인, 또는 장애인인 가까운 친척을 돌보는 사람들에게 대한 지원이 새로 도입되었다.

이상의 스웨덴 사회보장제도의 역사를 요약하면 사민당의 집권 이후 국가에 의한 포괄적인 사회보장이 제도화되었으며, 이는 사회보험과 수당, 사회부조, 사회복지서비스의 모든 제도를 통해 체계화되었다. 특히 1981년 사회서비스법의 제정은 사회부조와 사회복지서비스의 운영체계를 통합하고 이에 대한 책임을 지방정부에 두는 것이었다. 이에 따라 국가적으로 운영되는 사회보험과 보편적인 수당 위에 지방정부가 운영하는 부조와 사회복지 서비스, 추가적인 수당제도를 통해 스웨덴은 전국민의 복지적인 삶을 보장하고 있다.

2. 사회부조 및 데모그란트 체계

경제적 보장을 제공하는 제도 중 사회부조와 데모그란트는 대상자를 선정하는데 있어서는 차이를 갖는다 즉, 사회부조는 자산조사를 통한 선별과정을 거치는 반면 데모그란트는 보편적으로 특정 욕구에 대해 전국민에게 지급된다. 그러나 사회부조와 데모그란트는 동일하게 수급자의 기여없이 제공되는 급여라는 측면에서 정부의 직접적인 경제적 보장제도라고 할 수 있다. 또한 스웨덴의 대표적인 데모그란트 중 하나인 주거수당은 일정 수준 이하의 소득가구에 대해 소득에 따라 차등급여를 지급하는 일종의 보충적인 운영방식을 갖고 있다. 따라서 본 장에서는 스웨덴의 사회부조와 더불어 대표적인 데모그란트인 주거수당과 가족수당에 대해서 살펴보고자 한다.

가. 사회부조

사회보험과 보편적 데모그란트를 중심으로 운영되는 스웨덴 사회보장체계에 서 사회부조는 보충적인 역할을 하고 있으며 빈곤상태에 대한 최종적인 사회안전망으로 기능하고 있다. 사회부조는 실업보험, 노령연금, 질병급여 등의 제도들의 보호를 받을 수 없는 사람들을 대상으로 하며, 사회부조의 가장 중요한 정책목표는 모든 사회구성원에 대해 앞서 사회서비스법이 규정한 합리적인 생활수준을 보장하는 것이다. 사회서비스법의 6조는 자신의 능력이나 다른 수단에 의해서 생활을 유지할 수 없는 사람들은 누구나 생계지원(livelihood support)과 기타 지원을 받을 자격이 있음을 명시하고 있다. 구체적인 사회부조 수급자격은 1998년 개정된 법의 생계지원(section 6b)과 기타지원(section 6f)에 관한 새로운 조항에 의해 상세하게 규정되어 있다. 이 중 기본적인 생계지원의 경우 식품, 의류, 놀이와 여가, 각종 소비재, 건강과 보건, 신문·전화·TV 등의 6가지 기초적인 욕구와 그 이외의 합리적인 지출을 충족시켜야 한다. 즉, 생계지원은 6가지의 기초적인 욕구와 지출을 충족시키도록 합리적 비용을 고려한 급여수준이어야 한다.

매년 중앙정부의 소비자정책부(National Board for Consumer Policies)에서는 각

항목별로 표준비용(national norm; riksnorm)을 설정하며, 보건복지부에서는 이 표준비용에 따라 사회부조의 급여수준에 대한 가이드라인을 제시한다. 보건복지부에서 제시하는 급여수준의 가이드라인은 주거비를 제외한 식료품비 등 각종 가구지출을 고려하여 설정된다. 이러한 기본급여액은 매년 물가지수에 따라 조정되며, 각종 사회보장제도의 급여수준은 기본 급여액과 연계되어 자동적으로 조정된다. 그러나 지방정부는 지역적 특성에 따라 그 수준을 결정할 수 있기 때문에 급여수준 뿐만 아니라 대상자의 욕구를 평가하는데 있어서도 지방자치단체에 따라 편차가 존재한다. 그리고 사회서비스법 또한 생계지원에 대한 보완으로 생계지원(section 6b) 외의 지방정부에 의한 부조(section 6g)를 제공할 수 있다고 규정하고 있다.

1) 주체; 관리운영체계

사회부조의 급여 및 서비스 제공주체는 광역자치정부와 기초자치정부²⁶⁾이며, 재원 또한 100% 지방정부에 의해 충당된다. 즉, 사회부조와 사회서비스는 지방정부의 자율권에 따라 운영되고 있으며, 지방정부는 사회부조 수급자 선정 기준 및 급여 기준에 있어서 지역적 특성을 고려하여 설정할 수 있고, 사회서비스의 운영 또한 지방정부의 책임 하에 이루어지고 있다.

지방정부의 사회부조제도 운영에 대한 관리감독은 중앙정부의 보건복지부와 광역자치정부의 행정부(County Administrative Board)에서 하고 있다. 그러나, 보건복지부를 포함한 어떤 기관도 광역자치정부의 행정부의 결정에 대해 반박할 수 없어 지방정부의 자율성을 보장하고 있다.

26) 지방자치가 발전한 스웨덴의 행정체계는 중앙정부와 광역자치정부, 기초자치정부로 구성된다. 중앙정부와 지방자치체 간의 업무구분은 지방자치법(Kommunallagen)과 특별법에 의해 통제, 조정되는데 지역 및 지방의 고유업무와 지역 및 지방의 차원에서 더 효율적으로 수행될 수 있다고 판단되는 업무는 지방자치체가 담당하는 것을 기본원칙으로 하고 있다. 지방정부의 행정자율성이 충실하게 보장되어 있으며, 지방정부는 지방수입세를 부과하여 재정을 마련한다. 또한 지방정부는 지방정부의 시설물 이용과 서비스에 대한 부담금 및 요금징수 권한과 공기업 내지 공공시설의 확충 및 경영권한을 가지고 있다.

2) 자격조건

사회부조의 수급자격은 스웨덴 거주자로 자산조사를 통해 일정 수준 이하의 자산을 가진 개인 또는 가구여야 한다. 거주자란 법적으로 스웨덴에 거주하고 있는 사람으로 거주기간에 대한 제한은 없으며, 국적을 취득하지 않아도 된다. 따라서, 이민자들은 사회부조의 주요 대상자가 되고 있다. 급여수급기간에 제한은 없으며, 수급단위는 개인 또는 핵가족으로 부부 중 어느 한 사람이 가족을 위해서 급여를 신청할 수 있으며, 급여수급자를 지정할 수도 있다. 아동은 15세부터 독립적으로 급여를 신청할 수 있는 법적 권리를 지니지만, 부모는 아동이 18세에 이를 때까지 보호할 책임이 있으며, 학생일 경우 이 기간동안 부모의 수급단위에 포함된다. 또한, 결혼하지 않았어도 6개월 이상 동거하고 있는 경우에는 부부와 동일하게 간주된다.

자산조사에 있어 스웨덴은 매우 포괄적인 자산조사 시스템을 가지고 있다고 할 수 있는데, 원칙적으로 모든 형태의 가구소득이 자산조사시 고려되며 근로소득공제가 없어 소득이 증가함에 따라 급여수준은 감소하게 된다. 재산보유와 관련하여, 수급자격을 가지기 위해서는 먼저 재산을 처분해야 한다는 조건 때문에 저축이 있거나 다른 재산이 있다면 생계수단 이외의 재산을 사용한 이후에 수급자격을 받을 수 있다. 그러나, 이러한 수급조건의 적용도 지방정부의 자율성에 따라 다르게 나타날 수 있다.

3) 급여수준

앞서 언급한 바와 같이, 사회부조는 기초보장을 위한 최종적인 사회안전망으로서의 역할을 하고 있다. 따라서, 사회부조의 급여는 기초보장의 추상적 개념인 합리적 생활수준을 충족시켜야 하며, 구체적 개념인 기본급여액(base amount)을 근거로 급여수준이 제시된다. 보건복지부에서 1985년부터 개인 및 가구구성에 따라 급여수준에 대한 가이드라인을 매년 1월 제시하고 있다. 이러한 가이드라인은 1997년 이전까지는 개인별 특성에 대한 급여만으로 구성되었으나, 1997년부터 개인부분에 대한 급여와 가구부분에 대한 급여로 구분되어

구성되고 있다. 개인부분에 대한 급여는 결혼여부 및 아동의 연령에 따라 다르며, 가구부분에 대한 급여는 가구규모에 따라 결정된다.

〈표 III-33〉 1999년 스웨덴 사회부조 기본급여액

개인별 특성		개인별 급여 (SEK per month)	가구규모	가구 급여 (SEK per month)
성인	독신	2,320	1인 가구	580
	부부 / 동거	4,200	2인 가구	670
아동	1세 미만	1,230	3인 가구	760
	1~2세	1,440	4인 가구	820
	3세	1,120	5인 가구	910
	4~6세	1,410	6인 가구	960
	7~10세	1,530	7인 가구	1,020
	11~14세	1,830		
	15~18세	2,070		

그러나, 실제 지급되는 급여수준은 지방정부에 따라 또한 개별 사회복지사의 판단에 따라 다르게 나타날 수 있는데, 일부 지방정부에서는 사회복지사가 가구특성에 따른 지출욕구에 따라 의료비지출, 아동양육비용, 교통비 등을 부가적으로 지급할 수 있다.

사회부조의 대상자 중 노동이 가능한 것으로 여겨지는 사람들에 대해서는 적극적 노동시장프로그램에 참여할 수 있도록 우선적으로 배려하고 있다. 적극적 노동시장프로그램에 참여할 경우, 급여는 사회부조에 의해 지급될 수도 있고 경우에 따라 해당 프로그램에서 지원되기도 하는데 사회부조에 상응하는 금액이 지급된다. 또한 아동양육에 대한 광범위한 서비스를 제공한다.

나. 수당

1) 주거수당

공공주택정책의 성공으로 전체 주택재고 중 공공임대주택의 비율이 22%에 이르고, 생활비에서 주거비가 차지하는 비중이 상대적으로 낮은 스웨덴의 경우

에도 주거비는 빈곤계층에게 큰 부담이 되고 있다. 특히, 아동이 있는 가구의 주거비부담이 더욱 크다는 점을 고려하여 아동이 있는 가구에 대한 주거비보조 프로그램으로 주택수당(Housing Allowance)이 1948년 도입되었다.

스웨덴의 주거급여 체계는 일정 소득수준 이하의 전 국민을 대상으로 하는 주택수당(Housing Allowance)을 근간으로 하여 부가적으로 사회복지 수급자들의 주거비용을 보충적으로 지원하는 주거부조(Housing Assistance)와 노령연금 수급자들의 주거비용을 보충적으로 지원하는 연금자 주거보조(Housing Supplement for Pensioner; BTP), 연금자 특별 주거 보조(Special Housing Supplement for Pensioner; SBTP), 기초자치정부 부가급여(Municipal Additional Amount; KKB)로 구성되어 있다. 이러한 주거급여는 임차인뿐만 아니라 자가소유자 모두를 대상으로 하고 있는데, 이는 임차인에게는 임대료를, 자가소유자에게는 연간 지불해야 하는 주택구입자금에 대한 이자를 보조하는 의미를 지닌다.

주거급여의 운영은 급여의 종류에 따라 중앙정부와 지방정부에 의해 이루어진다. 주거수당, 연금자 주거보조, 연금자 특별 주거보조 등은 보건복지부 산하 사회보험국(National Social Insurance Board)에서 담당하고 각 지역 사회보험사무소에서 실무를 처리하고 있다. 주거부조, 기초자치정부 부가급여는 보건복지부 산하 보건복지국(National Board of health and welfare)에서 사회복지조와 함께 담당하고 있으며, 각 기초자치정부(municipality)에서 실무를 담당한다.

주거급여 유형별 선정기준 및 급여수준을 살펴보면, 주택수당의 경우 일정 소득 수준 이하의 전 국민을 대상으로 하고 있으며, 가구원수, 결혼여부, 주거비용²⁷⁾ 등에 따라 최대 주거급여수준(HBI)이 결정된다. 개별가구가 받을 수 있는 최대 주거급여수준과 소득수준에 따라 주택수당의 급여수준이 결정되는데, 가구유형별로 소득상한선(income limit) 이상의 소득이 있을 경우 20~33%의 급여감소율이 적용되며 일정소득 수준에 도달하게 되면 급여수준은 0이 된다. 그러나, 개별가구의 급여수준이 결정되더라도 가구유형 및 가구원수에 따른 월 최대급여액과 최대주거면적 내에서 주택수당을 받을 수 있다.

27) 임대료, 이자 등 고정비용 및 난방비 등 기타비용 포함

〈표 III-34〉 스웨덴의 주택수당(Housing Allowance)의 급여체계 및 연간 급여수준(1997)

(단위: SEK)

가구구성	연간주거비용	주거급여(before income-test)
29세 미만 (부양아동없음)	0~21,600	0
	21,600~31,200	75% of (HC-21,600)
	31,200~43,200	75% of (31,200-21,600)+50% (HC-31,200)
	43,200+	75% of (31,200-21,600)+50% (43,200-31,200)
부양아동 1인인 가구	0~24,000	7,200
	24,000~36,000	7,200+75% of (HC-24,000)
	36,000~63,600	7,200+75% of (36,000-24,000)+50% of (HC-36,000)
	63,600+	7,200+75% of (36,000-24,000)+50% of (63,600-36,000)
부양아동 2인인 가구	0~24,000	10,800
	24,000~39,600	10,800+75% of (HC-24,000)
	39,600~70,800	10,800+75% of (39,600-24,000)+50% (HC-39,600)
	70,800+	10,800+75% of (39,600-24,000)+50% (70,800-39,600)
부양아동 3인이상 가구	0~24,000	14,400
	24,000~43,200	14,400+75% of (HC-24,000)
	43,200~79,200	14,400+75% of (43,200-24,000)+50% of (HC-43,200)
	79,200+	14,400+75% of (43,200-24,000)+50% of (79,200-43,200)



가구구성	자산조사를 통한 연간총소득 상한	자산조사에 따른 급여감소율	자산조사 후 주거급여 (GI=연간총소득)
29세 미만 독신가구 (부양아동없음)	41,000	33%	$HBI - 33\% \times (GI - 41,000)$
29세 미만 부부 (부양아동없음)	58,000	33%	$HBI - 33\% \times (GI - 58,000)$
부양아동이 1인 이상인 가구	117,000	20%	$HBI - 20\% \times (GI - 117,000)$

자료: OECD, Benefit System and Work Incentive in OECD Countries. (<http://www.oecd.org>)

〈표 III-35〉 스웨덴의 가구유형 및 가구원수별 최대급여액 및 최대주거면적(2001)

(단위: SEK, m²)

구 분	아동이 있는 가구					아동이 없는 가구
	1인	2인	3인	4인	5인 이상	
최대급여액(월)	2,500	3,175	3,900	4,200	4,500	1,100
최대주거면적	80	100	120	140	160	60

자료: The National Social Insurance Board (<http://www.rfv.se>)

주거수당과 사회부조의 관계를 보면 사회부조의 기본급여액(base amount)에 서는 산출 시 최저주거수준의 주거비 지출부분은 제외되어 있다. 따라서 최저 주거수준에 대한 보장은 주거수당을 통해 일차적으로 수행된다고 할 수 있다. 그러나, 주택수당의 급여수준은 기초보장의 수준을 넘어서 개별가구의 주거비 지출부담과 가구특성을 직접적으로 반영하고 있다고 평가할 수 있다.

주택부조(Housing Assistance)의 경우, 사회부조를 받는 수급가구는 지방자치 단체에 주택부조를 요구할 수 있으며, 이를 통해 저소득층은 실제 주거비용과 주택수당으로 받은 급여 사이의 차액을 보충하게 됨으로써 결과적으로 임대료 등 주거비 전체를 국가로부터 보조받을 수 있게 된다.

그밖에 65세 이상의 노령연금수급자의 주거비 부담을 보조하기 위한 제도를 을 살펴보면, 연금자 주거보조는 연금급여 수준이 낮은 노인들을 위한 주거비 보조제도로서 연금급여의 많은 부분을 주거비로 지출하지 않도록 함으로서 일정수준의 생활을 유지할 수 있도록 주거비용을 지원하는 것이다. 연금자 특별 주거보조는 연금자 주거보조 수급자 가운데 가구특성 및 거주지역의 특성으로 인해 주거비에 대한 부담과 욕구가 특별히 높은 경우 추가적으로 이를 지원하는 제도이다. 마지막으로 기초자치정부의 부가급여는 연금자 주거보조 수급자를 부가적으로 지원하기 위해 지방자치단체별로 운영하는 제도이다.

2) 가족수당

스웨덴의 가족정책은 보편성과 개별적 권리의 원칙에 바탕을 두고 있다고

평가할 수 있다. 이러한 가족정책은 크게 가족수당, 부모보험, 아동 및 가족을 위한 보호서비스로 구성되어 있는데, 이는 아동이 있는 가구에 대한 지원을 통해 아동으로 인한 추가지출 때문에 나타나는 아동이 있는 가구와 없는 가구 사이의 생활수준 격차의 축소를 목적으로 한다.

1947년 도입된 가족수당은 16세 미만의 아동이 있는 가구를 대상으로 아동수에 따라 급여를 제공하는 보편적 수당이다. 재원은 전액 국가가 부담하고, 보건복지부 산하 사회보험국에서 운영책임을 지고 있으며, 각 지역 사회보험사무소에서 실무를 담당한다.

가족수당은 소득수준에 관계없이 아동에 대한 정액급여 방식으로 제공된다. 기본적으로 16세 미만의 아동에 대해 1인당 월 SEK 950를 지급하며, 3인 이상의 아동이 있는 가구에 대해서는 세 번째 아동부터 추가적인 급여가 제공된다. 세 번째 아동에 대해서는 SEK 254, 네 번째 아동에 대해서는 SEK 760, 다섯 번째 이상의 아동에 대해서는 SEK 950가 각각 추가로 지급된다. 기본적으로 16세 미만의 아동에게 지급되는 가족수당은 자녀가 학생일 경우 20세까지 수급이 가능하며, 정신장애로 인해 특수학교에 재학 중인 아동인 경우 23세까지 연장수급이 가능하다. 그밖에 장애를 가진 아동에 대한 부가적인 급여가 제공되는데, 아동의 장애정도와 욕구에 따라 최대 기본급여액(base amount)의 2.5배까지 수급할 수 있다.

3. 사회복지서비스 체계

사회서비스법이 규정하는 사회서비스(Social Service)는 사회복지와 사회복지서비스를 모두 포함하며, 이는 기초자치정부를 통해 운영되고 있다. 사회서비스는 스웨덴의 복지체계에 있어서 핵심적인 역할을 하고 있으며, 사회서비스법의 1조는 사회서비스의 목적이 개인이 자신의 사회적 위치와 타인에 대한 책임을 고려하는 동시에 개인과 집단의 내재적 자원을 개발하는 것이라고 규정하고 있다. 사회적으로나 재정적으로 취약한 집단의 개별적인 욕구를 충족시킴으로써 일반적인 재정지원체계가 일반적인 욕구를 충족시켜주는 것에 대해 중요한 보

완을 하도록 하고 있다. 또한 사회복지서비스는 노인과 장애인과 같은 인구집단별로 특화된 서비스와 보호를 제공한다.

이러한 사회복지서비스의 구조는 다음의 [그림 III-2]와 같이 정리될 수 있다. 사회복지서비스는 대상영역별로 개인 및 가족에 대한 사회복지서비스와 노인 및 장애인에 대한 사회복지서비스로 구분된다. 개인 및 가족에 대해서는 사회부조인 사회보장급여와 복지서비스가 제공되며, 연금을 통해 재정적 보장이 제공되는 노인 및 장애인에 대해서는 주로 사회복지서비스를 제공하게 된다.

[그림 III-2] 스웨덴 사회복지서비스의 구조

	대상영역	복지제공 및 제공형태		관련제도
사회서비스	개인 및 가족	· 사회보장급여 · 시설보호 · 재가보호 · 기타(단기보호, 낮치료 등)	사회부조 사회 복지 서비스	아동수당 주거수당
	노인 및 장애인	· 시설보호 · 재가보호 · 기타(단기보호, 낮치료 등)		연금 주거수당

사회서비스법에 따라 제공되는 사회복지서비스(social work)의 근본적인 출발점은 개인의 욕구에 대한 통합적인 초점이다. 사회복지서비스는 개인의 상황, 문제 그리고 자원에 대한 폭넓은 시각을 가져야 하며, 개인의 상황을 개인이 속한 맥락이나 환경에 따라 이해하는 것을 중요시하고 있다. 즉, 개개인의 상황에 따라 필요한 개입이 이루어져야 하며 개인이 자신 스스로의 자원을 활용하고 개발할 수 있어야 한다. 사회사업의 예방적인 측면 또한 사회복지서비스에 있어서 중요한 방침이다.

가. 사회복지서비스의 영역

스웨덴의 사회복지서비스는 두개의 중요한 영역, 즉, 개인과 가족보호 그리고 노

인과 장애인 간호 및 보호로 구성된다²⁸⁾. 개인 및 가족보호에 있어서 사회서비스의 목적은 다양한 방법을 통해 사회에서 취약한 집단을 지원하고, 돕고, 그리고 보호하는 것이다. 이것은 아동, 가족, 알코올 그리고 약물 남용자 그리고 정신적인 문제를 가진 개인에 대하여 사회부조를 통한 재정적 지원을 포함하여 충고, 지원, 동기화, 보호, 치료, 재정적 조언, 가족상담, 가족 소송 서비스 등의 서비스를 개별적이고 표적화하여 제공한다. 일반적으로 개인 및 가족보호서비스는 서비스 대상자 개인의 동의 하에 개입이 이루어지는데 청소년보호법(care of young persons act)과 학대자보호법(care of abusers act)의 특수조항에 따라 개인의 동의 없이 강제적으로 개입이 이루어질 수도 있다. 또한 개인과 가족보호 영역에서는 긴급한 사회사업 제공과 더불어 다양한 집단을 위한 사회계획, 예방사업 그리고 일반적 개입도 포함된다.

노인과 장애인의 간호 및 보호영역은 사회서비스법(social services act)뿐만 아니라 보건의료서비스법(health and medical services act), 그리고 기능장애자 지원 및 서비스 관련법(LSS: act concerning support and service for persons with certain functional impairment)에 의해 규제된다. 사회서비스법에 따르면, 기초자치정부는 특별한 지원을 필요로 하는 노인의 보호 및 서비스제공을 위해 노인홈, 노인공동주택(service flats), 쉼터(Sheltered houses), 그리고 요양원 등의 특수시설을 설치해야 할 의무가 있다. 이러한 시설들은 1992년의 ÄDEL 개혁에 따라 광역자치정부에서 기초자치정부로 이양되었다.

이와 더불어 기초자치정부는 신체적, 정신적 또는 기타의 이유로 일상생활에 심각한 어려움을 겪고 있어서 특수한 시설을 제공하는 시설에 거주할 필요한 사람들을 위한 특수시설을 설치할 의무가 있다. 또한 지방정부는 치료를 제외한 의료적 보호와 보호시설과 이용시설에 대한 단순한 기술적 지원에 대해서도 책임을 지며, 광역자치정부 의회의 동의 하에 거택상태의 사람을 대상으로 하는 간호서비스를 운영할 수 있다. 1999년 초에 전국적으로 절반이상의 광역자치정부가 거택간호에 대한 책임 및 운영을 기초자치정부에 인수했다. 임종을

28) 아동보호(childcare)는 1997년 이후 학교체계의 책임이 되어 더 이상 사회서비스의 영역이 아니다. 반면 지방 난민수용업무는 여러 영역에 걸쳐있으며, 사회서비스 업무에 통합되어 있다.

앞둔 사람과 치매환자 보호, 병후조리, 재활의 상당부분도 기초자치정부의 책임 하에 있다.

나. 사회서비스에 대한 비용지불

2002년 7월 1일부터 노인과 장애인보호에 대한 새로운 비용체계가 도입되었다. 새로운 비용체계의 목적은 지방정부가 제공하는 서비스에 대해 고비용(최대비용 또는 높은 보험료)을 부담해야하는 개인을 보호하고, 모든 개인이 모든 비용이 지불되었을 때 최소한의 생계비(reserve sum)를 확보할 수 있도록 하는데 있다.

지방정부가 거택 지원 서비스(home help service), 보호시설에서의 보호, 주간 보호서비스, 지방정부의 의료보호 서비스에 대해 부과할 수 있는 최대 비용은 월 1,516SEK이며, 보호시설 중 다인실(shared room)에 거주하는 경우에는 임대료가 1,579SEK를 넘을 수 없다. 개인이 지불해야하는 비용은 사회보험 기본급 여액에 바탕으로 연동한다.

비용 지불 이후 보장되는 소득은 독신가구의 경우 월 4,087SEK, 부부 또는 동거가구의 경우 1인당 월 3,424SEK이다. 이 비용은 가구의 의, 식, 여가생활, 보건, 소비재, 신문·전화·TV, 가구 및 집기, 주택보험, 전지, 여행, 치과치료, 외래와 보건 등에 비용을 보장할 수 있어야 한다. 기능장애가 있는 경우에는 부가적인 비용이 추가되어야 하며, 그렇지 않을 경우 국민보험 사무소로부터 장애수당을 공급할 수 있다.

4. 사회부조와 사회복지서비스의 체계

스웨덴에서 사회서비스는 사회부조와 사회복지서비스를 통칭하는 용어이다. 산발적인 복지제도의 운영을 개선하기 위해 도입된 사회서비스법은 빈곤층에게 재정적인 보장을 제공하는 사회보장급여와 가족과 노인, 장애인에게 제공되는 서비스를 지방자치단체를 통해 통합하여 제공하도록 규정하였다. 즉, 사회서비스법은 사회서비스를 통해 가족과 개인의 보호, 노인과 장애인의 보호라는 두

대상영역에 대해 재정과 사회보장을 증진시킬 책임이 있다고 규정하고 있으며, 지방자치단체가 모든 사회구성원의 ‘합리적인 생활수준’을 보장할 책임이 있다고 명시하고 있다. 여기서 재정적인 보장은 사회부조 급여를 통해서, 그리고 복지적 삶에 대한 보장은 복지서비스를 통해서 보장된다. 특히 개인과 가족보호에 있어서는 서비스의 제공과 함께 사회보장급여 지급이 중요한 부분이며, 노인과 장애인의 경우 연금을 통해 재정적 보장을 받으므로 서비스를 통한 복지적 삶의 보장을 제공하고 있다.

가. 사회서비스 대상자수

지방자치와 보편적 복지가 정착되어 있는 스웨덴에서 매년 다양한 연령과 다양한 욕구를 지닌 많은 사람들이 사회서비스의 도움을 받는다. 사회서비스를 통해 가장 많은 사람들에게 이루어지는 개입은 재정적 지원인 사회보장급여(social security benefits)이다. 1998년 기준으로 전 인구의 7.7%가 사회보장 급여를 수급하였다.

사회보장급여 수급자 구성을 연령별로 살펴보면 사회보장급여 수급자의 대부분이 20~40세의 청년층이다. 수급자 중 비율을 보면 20~24세 및 30~39세의 비율이 가장 높은 것으로 나타났으며, 해당 연령 대 인구대비 비율을 보면 전체 20~24세 인구 중 18%가, 25~29세 및 30~39세 인구 중 10%가 사회보장급여를 수급하고 있는 것으로 나타났다. 반면 수급자 중 65세 이상의 비율은 매우 낮았으며, 전체 65세 이상 중 사회보장급여를 수급하는 비율도 2% 이하인 것으로 나타났다. 이는 65세 이상의 퇴직노령자에 대해 연금을 통해 최저생활을 보장하는 스웨덴에 있어서 사회부조는 일시적인 청년층의 빈곤 시 최저생활을 보장해주는 역할을 하고 있음을 보여준다.

〈표 III-36〉 스웨덴의 연령별 사회보장급여 수급자수(1998년 기준)

연령	수급자수	수급자중 비율(%)	해당연령대 인구대비 비율(%)
18~19세	23,778	5	12
20~24세	94,175	21	18
25~29세	62,067	14	10
30~39세	119,255	26	10
40~49세	82,218	18	7
50~59세	38,743	9	3
60~64세	10,123	2	2
65~74세	15,168	3	2
75세 이상	9,564	2	1

자료: 사회서비스통계, 스웨덴 보건복지국

사회보장급여 수급기간에 대한 통계에 있어서도 평균수급기간은 1998년 기준으로 5.6개월로 나타났다. 90년대 이후 수급기간이 증가하고 있는 추세이긴 하나 비교적 단기기간동안 급여를 수급하는 것으로 나타났다.

노인과 장애인의 복지서비스 수급자수를 살펴보면 65세 이상 노인 중 약 12만명 가량이 시설에서 보호를 받고 있으며, 13만명 정도는 재가보호서비스를 받고 있다. 또한 약 44,000명이 단기보호서비스를, 52,000명이 낮치료를 받고 있는 것으로 집계되었다.

〈표 III-37〉 스웨덴 노인복지서비스 수급자수(1998년 기준)

종류	65~74세	75세 이상	합계(65세이상)
재가보호서비스	41,271	84,253	125,524
시설보호서비스	27,928	90,777	118,715
단기보호서비스	-	-	약 44,000
낮치료	-	-	약 52,000

자료: 사회서비스통계, 스웨덴 보건복지국

연령별로 보면 65~74세의 노인보다는 75세 이상의 고령자가 서비스를 수급하고 있는 규모가 크게 나타났다. 장애복지서비스 수급자 규모는 노인에 비해서는 훨씬 적으며, 특히 시설보호서비스의 수급자수가 매우 적고 재가보호서비스 및 단기보호, 낮치료를 받는 수급자수가 많다.

〈표 III-38〉 스웨덴 장애인복지서비스 수급자수(1998년 기준)

종류	남	여	합계
재가보호서비스	7,092	7,605	14,679
시설보호서비스 ¹⁾	3,199	2,511	5,710
단기보호서비스	-	-	약 17,000
낮 치료	-	-	약 65,000

주: 1) 시설의 80% 가량이 지방자치정부에 의해 운영되고 있으며, 17%는 민간에서 운영하고 있음.

자료: 사회서비스통계, 스웨덴 보건복지국

복지자원조사에 나타난 전 인구대비 복지서비스 수급 현황을 살펴보면, 장애인 중 14%, 75세 이상 노인 중 33%가 기초자치정부의 원조를 받고 있는 것으로 나타났다. 가정에서 거주하고 있으며 경제적 원조가 필요한 16~64세의 장애인 중 기초자치정부의 원조를 받고 있는 비율은 14%이며, 77%는 비공식적인 원조만 받고 있는 것으로 집계되었다. 1990년대 초반과 후반을 비교할 때 장애인 중 기초자치정부의 원조를 받는 비율은 동일하였으나 가족 또는 민간의 원조를 받는 비율은 증가하였고, 아무런 원조를 받지 못하는 비율이 상당히 증가한 것으로 나타났다. 또한 75~84세 노인에 대한 복지자원 조사결과에 따르면, 1990년 말에 80세 이상 노인 중 22%가 특수시설에서 보호를 받고 있고, 재가 노인 중 33%가 기초자치정부의 사회서비스를 받고 있는 것으로 나타났다. 또한 노인에 있어서는 장애인과 마찬가지로 90년대 동안 민간과 가족에 의한 원조 비율이 상당히 증가하였다.

〈표 III-39〉 스웨덴 장애인의 부조와 원조(Assistance and help)¹⁾

	1990년대 초반	1990년대 후반
기초자치정부의 원조	14%	14%
가족 또는 민간의 원조	5%	7%
비공식적 지원	80%	77%
도움을 받지 못함.	1%	3%

주: 1) 시설이 아닌 가정에 주거하고 있고 원조가 필요한 16~64세의 재가장애인 중 비율임.
자료: Szebehely, Fritzell & Lundberg 2001.

〈표 III-40〉 스웨덴 노인의 부조와 원조(Assistance and help)(75~84세 노인 중 비율)

	1990년대 초반	1990년대 후반
특수시설(80세 이상)	23%	22%
재가보호		
지방정부의 원조	46%	33%
가족 또는 민간의 원조	4%	13%
비공식적 지원	49%	53%
도움을 받지 못함.	1%	1%

자료: Ministry of Health and Social Affairs 2001: 41; The commission's analysis of the ULF-surve

이와 같은 사회복지서비스 대상자 규모를 살펴보면 사회보험을 통한 기초보장이 건실하게 제공되고 있는 스웨덴에서 사회복지부는 일시적이고, 사회보험을 통해 보호받을 수 없는 청년층이 빈곤상태에 빠졌을 때 이에 대한 재정적 보장을 제공하고 있음을 알 수 있다. 복지서비스는 사회보험을 통해 경제적 보장을 받고 있는 장애인과 노인에 대해 욕구에 따른 시설 또는 재가보호서비스를 제공하고 있으며, 16~64세 장애인 중 14%, 75세 이상의 노인 중 55% 정도가 사회복지서비스에 따른 보호를 받고 있다. 이러한 사회복지서비스는 지방자치단체를 통해 거의 무상으로 제공되고 있다는 것을 고려할 때 사회복지서비스의 상당부분이

정부의 책임 하에 제공되고 있다고 할 수 있다.

나. 사회서비스 지출

1998년 기초자치정부의 사회서비스 총 비용을 살펴보면 약 1070억 SEK²⁹⁾로 이는 전년도에 비해 5% 증가한 것이다. 이러한 지출은 전국적으로 연간 거주자 1인당 12,100 SEK를 사용하는 것이다. 기초자치정부의 사회서비스 지출을 노인 및 장애인서비스와 가족서비스로 분류하여 보면 아래의 표와 같다.

〈표 III-41〉 스웨덴 기초자치정부의 사회서비스 비용(1998년 기준)

개 입	총비용 (단위: 백만SEK)	일인당 비용 (단위: SEK)
사회서비스	107,399	12,100
· 개인 및 가족보호영역	24,060	2,700
사회보장급여	12,029	1,400
가족서비스	12,031	1,300
· 노인 및 장애인보호영역	83,338	9,400

자료: Socialstyrelsen, 『Social Services in Sweden 1999』, 2000, p.7의 표를 재편집하였음.

사회서비스 지출은 가족 및 개인보호영역과 노인 및 장애인보호영역으로 구분되는데, 사회서비스 지출의 3/4가 넘는 약 830억 SEK이 노인과 장애인에 대한 보호와 간호에 지출된다. 이는 1997년에 비해 5.5% 증가된 것이며, 이 중 10% 미만이 대상자 부담에 의해 재원이 마련된다. 개인 및 가족보호 비용은 1998년에 240억 SEK로 작년대비 3% 증가하였다. 개인 및 가족 보호 지출에서 50%는 사회보장급여가 차지하고 있으며, 이 수치는 난민에 대한 사회보장급여와 적응계획(introduction plan)에 따라 난민에게 지급되는 적응급여(introduction benefit)를 포함한 것이다. 나머지 가족서비스에 대한 지출 50%은 아동 및 청소

29) 한국환율 145원을 적용하면 1070억 크로네는 약 15조원 정도이다.

년 시설(21%), 성인 중독자 시설(8%), 기타(21%)로 구성되는데 21%를 차지하는 기타의 대부분은 아동과 청소년에 대한 비주거형 개입, 그리고 성인 약물 및 알코올중독자에 대한 외래개입에 대한 지출로 구성된다.

스웨덴의 전체 사회보장지출 중 사회서비스 지출에 대한 비중(표 III-42 참조)을 살펴보면 보험지출과 의료서비스 지출에 비해 사회서비스 지출은 다소 적은 비중을 차지한다. OECD의 자료에 따르면 1998년 스웨덴의 사회보장지출은 약 5903억 크로나로 GDP 대비 약 31%이다. 부문별로 보면 연금보험을 통한 노령, 장애, 유족연금에 대한 총지출이 GDP 대비 9.3%로 가장 지출규모가 크며, 전체 사회보장지출 중 33.1%를 차지한다. 다음으로 보건의료서비스가 GDP 대비 6.6%로 전체 사회보장 지출 중 21.4%를 차지한다. 적극적 노동시장 정책을 제외하고 사회부조와 사회복지서비스를 통해 지급되는 노인·장애인복지서비스, 가족복지서비스, 기타³⁰⁾에 대한 지출은 사회보장지출의 20.4%로 GDP 대비 6.3%에 이른다. 이 중 노인·장애인복지서비스에 대한 비율이 가장 높고, 부조에 대한 지출은 전체 사회보장지출의 1%에 지나지 않는다. 1980년 및 1990년의 사회보장지출 변동을 살펴보면, 노령연금, 노인·장애인복지서비스, 적극적 노동시장정책과 실업급여, 기타 중 부조부문에서 지출이 증가한 것을 알 수 있다. 이는 노령화에 따른 노인인구에 대한 지출증가, 경기침체에 따른 실업대책에 대한 지출증가를 보여준다. 특히 사회서비스에 대한 지출추이를 보면 노인·장애인복지서비스와 사회부조에 대한 지출은 상당히 증가한 반면, 가족서비스는 다소 감소하였다.

30) OECD 사회보장지출 목록을 보면 기타부분 지출은 사회부조급여와 범죄자, 중독자에 대한 서비스, 이민자에 대한 부조로 구성된다.

〈표 III-42〉 스웨덴의 부문별 사회보장비지출 비율(1990, 1998)

(단위: GDP 대비 %)

급여내용	제도종류	1980년	1990년	1998년
노령연금	연금보험	6.7 (22.9)	7.2 (23.2)	7.5 (24.1)
장애연금		1.9 (6.5)	2.0 (6.5)	2.1 (6.8)
산재급여	산재보험	0.2 (0.8)	0.7 (2.3)	0.3 (1.0)
상병급여	의료보험	2.3 (8.0)	2.5 (8.1)	1.1 (3.6)
노인·장애인 복지서비스	사회서비스	1.7 (5.9)	2.0 (6.5)	3.7 (12.0)
유족연금	연금보험	0.6 (2.1)	0.7 (2.3)	0.7 (2.2)
가족급여	가족수당	1.8 (6.0)	2.2 (7.1)	1.6 (5.3)
가족서비스	사회서비스	2.2 (7.7)	2.4 (7.7)	1.7 (5.4)
적극적 노동시장정책	사회서비스·수당	1.2 (4.2)	1.7 (5.5)	2.0 (6.3)
실업급여	실업보험	0.4 (1.3)	0.9 (2.9)	1.9 (6.2)
보건의료	의료서비스	8.5 (29.1)	7.6 (24.5)	6.6 (21.4)
주거급여	주거수당	1.1 (3.8)	0.7 (2.3)	0.8 (2.6)
기 타	부조	0.2 (0.6)	0.3 (1.0)	0.6 (2.0)
	사회서비스	0.3 (0.9)	0.2 (0.6)	0.3 (1.0)
합 계		29.0 (100.0)	31.0 (100.0)	31.0 (100.0)

주: ()안은 총 사회보장비 지출 중 각 부문이 차지하는 비율임

자료: OECD, 『Society at a Glance』, 2002- www.oecd.org/els/social/indicators

다. 전달체계; 인력

공공분야가 매우 큰 스웨덴의 경우, 스웨덴의 전체 고용 인구 중 중앙정부의 인력이 6%, 국가기업 및 시설에 종사하는 인구가 9%, 지방정부에 소속된 공무원이 25%에 이르러 지방정부 피고용인이 전체고용인구의 1/4에 달한다 (Gustafsson, 1991:179; Gustafsson, 1988:62~63). 이는 지방정부에서 의료 및 사

회복지서비스를 공공인력을 통해 직접 제공하기 때문이다.

지방정부 인력구성을 보면 1992년 기준으로 보건의료서비스를 담당하는 광역자치정부의 경우 보건의료서비스 분야에 전체고용인의 85%를 차지하고 사회복지와 사회복지서비스를 담당하는 기초자치정부는 사회복지 분야에 50%의 인원이 집중적으로 배치되어 있다³¹⁾. 1998년 통계자료에 따르면 지방정부에서 188,000명에 달하는 전일제 직원이 사회복지 업무 수행하고 있으며, 이는 인구 1,000명당 22명의 직원이 있는 수준이다. 그리고 이 중 90% 이상의 대다수가 노인과 장애인복지업무를 하고 있다.

〈표 III-43〉 스웨덴 사회복지서비스 영역별 인력수

(단위: 인, %)

영역	소속	1995	1998	변화율
시설보호서비스	전체	87,800	101,500	16
	민간	5,600	8,800	57
재가보호서비스	전체	45,000	51,400	14
	민간	3,200	7,900	146
정신장애자 등을 위한 쉼터 내 특수개입	전체	29,500	31,300	6
	민간	1,900	2,100	11
아동/청소년, 약물중독자에 대한 재가보호서비스	전체	12,700	12,600	-1
	민간	2,700	3,500	30

자료: Socialstyrelsen, *Social Services in Sweden 1999, 2000*, p.10.

사회복지 및 서비스 인력에서 민간의 비율은 분야별로 10% 내외이다. 그러나 1990년대 후반부터 민간위탁운영의 증가로 인해 사회복지 및 서비스 인력 중 민간영역에서의 증가가 급속하게 이루어지고 있다. 공공과 민간 모두에서 사회복지서비스 인력은 1995년에 비해 1998년에 증가하였으며, 1998년 현재 대부분

31) 광역자치정부가 보건의료서비스에 대한 책임을 갖고 있고, 아델개혁 이후 노인 등에 대한 사회복지 서비스에 대한 책임은 기초자치정부으로 이양되었다. ÄDEL- 개혁은 광역자치정부가 담당했던 일부 업무를 기초자치구에 이관한다는 내용의 개혁으로 이에 따라 광역자치구와 기초자치구 간에 지방자치세의 이전이 이루어졌다.

대상집단별 욕구에 대응하여 비경제적 보장을 제공하는 사회복지서비스는 사회복지부와 함께 사회복지서비스법을 바탕으로 지방자치정부는 통해 관리·운영되고 있으며, 아동 및 청소년, 노인과 장애인을 대상으로 공공인력을 통해 대부분 이용자의 비용지불 없이 공급되고 있다. 사회복지부가 빈곤층에 대해서만 제공되는 것과 달리 복지서비스는 전국민을 대상으로 포괄적으로 제공되고 있으며, 특정 욕구가 있는 가구가 서비스에 대한 지출로 빈곤층으로 떨어지는 것을 방지하는 비용부과 체계를 갖고 있다. 기초자치정부는 대부분의 서비스를 이용자의 비용지불 없이 제공하고 있는데, 비용을 지불하는 서비스에 있어서도 서비스 비용에 대한 지출 이후 최저생활이 가능하도록 비용을 부과하고 있다. 즉, 사회복지서비스는 서비스에 대한 욕구가 있는 저소득층에 대해서는 서비스를 무상으로 제공함으로써 서비스 비용에 의해 최저생활이 보장되지 못하는 것을 방지하며, 차상위 빈곤층에 대해서는 비용부과원칙에 따라 서비스 비용 지불 후 빈곤층으로 떨어지는 것을 방지하는 기능을 하게 된다.

이와 같은 스웨덴 사회복지서비스 운영에 있어서의 특성을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 보편적 데모그란트와 사회보험의 성숙으로 인해 사회복지부는 일시적인 빈곤상황에 대해 대응하는 제도이며, 사회안전망에 있어서 보완적 역할을 수행하고 있다는 것이다. 즉, 1차 사회안전망으로 사회보험과 데모그란트가 작동함으로써 인해 사회복지부에 걸리는 하중이 크지 않다고 할 수 있다. 둘째, 사회복지서비스가 정부의 책임 하에 전국민을 대상으로 제공되고 있으며, 정부는 서비스에 대한 비용에 대해서 뿐 아니라 서비스를 제공할 수 있는 자원, 즉, 인력이나 시설, 프로그램 등을 제공하고 있다. 사회복지서비스가 공공영역으로 통해 제공됨으로 인해 서비스에 대한 이용자 부담이 거의 없을 뿐 아니라 비용지불에 있어서 서비스 비용부과에 따른 빈곤화를 방지하는 비용부과체계를 운영하고 있다. 이는 사회복지서비스 또한 실질적으로 빈곤방지책으로 기능하고 있음을 의미한다. 셋째, 지방자치제도의 정착에 따라 지방정부를 통해 사회복지서비스와 사회복지부와 일원화된 체계로 관리운영되고 있다. 특히 스웨덴에서 지방자치정부는 조세권을 통해 세수입을 확보할 수 있어 지방자치단체의 자율권이 보장되고 있다.

제 4 장 우리나라 공공부조와 사회복지서비스의 체계

주요 외국의 공공부조와 사회복지서비스의 내용과 체계에 대하여 앞장에서 살펴보았다. 국가마다 다른 공공부조와 사회복지서비스를 운영하였고, 양 제도의 체계도 상이함을 알 수 있었다. 본 장에서는 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스를 살피고 양 제도의 체계를 분석하고자 한다. 공공부조와 사회복지서비스 체계를 보다 상세하게 파악하기 위하여 주요 분야인 노인, 장애인, 아동분야에서 공공부조와 사회복지서비스가 어떠한 체계로 구성되어 있는지를 살펴보았다. 본 장의 분석 이후 외국과 우리나라의 특성을 비교하고 향후 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스가 지향하여야 하는 방향을 모색할 수 있을 것이다.

제 1 절 공공부조와 사회복지서비스의 역사 및 개요

1. 공공부조제도

가. 공공부조의 변천

2000년 10월 국민기초생활보장제도가 시행되기 전까지 우리나라의 공공부조는 생활보호제도를 근간으로 하였다. 1961년에 제정된 생활보호법은 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없는 ① 65세 이상의 노쇠자, ② 18세 미만의 아동, ③ 임산부, ④ 불구, 폐질, 상병 등 기타 정신 또는 신체의 장애로 인하여 근로능력이 없는 자, ⑤ 기타 보호기관이 법에 의하여 보호가 필요하다고 인정하는 자로 제한하였다. 이는 근로능력이 없는 빈곤층만을 대상으로 하는 제한부조주의에 기반한 것이며, 인구학적 기준을 적용함으로써 범주적 공공부조의 성격을 지닌 것이었다. 또한 보호대상자 소득 및 재산기준을 적용하여 소

득과 재산이 모두 일정 수준 이하인 빈곤층을 보호대상으로 하였다.

생활보호의 급여는 생계 보호, 의료보호, 해산보호, 장제보호로 구성되었는데, 법 시행과 더불어 생계보호는 시작되었으나 정부의 재정형편에 의하여 전면적으로는 실시되지 못하고 부분적인 생계보호에 그쳤다. 이후 1970년대 지속적인 경제성장으로 재정능력이 크게 향상되면서 생활보호법의 보호내용 중 하나로 명기되었던 의료보호가 1978년 의료보호법의 제정을 통해 시행되었다. 이에 따라 생활보호자에 대한 실질적인 의료보호가 실시되었다. 한편 1979년부터는 생활보호대상자 중학교과정 수업료 지원규정(대통령령 제9495호)이 제정되어 생활보호대상자의 중학생 재학자녀에게 수업료가 지원되었다.

집권과정에서 국민의 대표성이라는 정통성 없이 집권한 제 5공화국은 1980년 10월 27일 헌법개정을 통해 역대 어느 정부보다 복지정책에 관한 장미빛 청사진을 제시하였다. 제5공화국 헌법에서는 제9조에 "모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리를 가진다"고 선언하고, 그 외 국가의 사회복지 증진의무, 근로자의 적정임금보장, 소비자 보호 등의 복지권을 강화하였다. 그리고 그 이듬해 제12대 대통령의 취임사에서는 '3대 고통으로부터의 해방'을 강조하면서 그 첫째로 '빈곤으로부터의 해방'을 부르짖었으며, 또한 제5공화국의 4대 국정지표 중에서도 '사회복지건설'이 표방되었다(이두호 외, 1991). 이에 따라 1981년에 빈곤대책의 일환으로 생활보호대상자에 대해 직업훈련사업이 실시되어 이들이 취업, 자활할 수 있도록 하였으며, 1982년 2월에는 지금까지 실시되었던 생활보호사업의 재평가와 아울러 적극적인 지원방안을 강구하기 위해 영세민 종합대책을 수립, 실시하였다. 이 대책은 영세민 구분방법에 '자활보호대상자'란 개념을 새로이 도입하고, 직업훈련제도의 내실화 및 생업자금융자제도를 신설하였다. 또한 영세민의 대도시집중억제대책을 중심과제로 설정하였다(이인재, 1999)³².

이러한 대책이 계기가 되어 1982년 12월에는 기존의 생활보호법을 전면적으로 개정하게 되었다. 개정 생활보호법은 종전의 맹목적인 보호를 필요한 보호,

32) 이 시기에 개정되거나 제정된 공공부조 관련정책들로는 아동복지법(1981, 1984), 노인복지법(1981, 1989), 장애인복지법(1981, 1989), 최저임금제의 도입(1981) 등이 있다.

최저생활보장, 자활조성 등으로 그 목적과 방향을 분명히 정하는 한편, 보호의 기본 원칙을 보호대상자 본인의 자산, 근로능력에 의한 최대한의 능력과 부양의무자의 우선부양을 전제로 하고 모자라는 부분을 공공부조로 보충시켜주는 것으로 분명히 밝히고 있다(이두호, 1991).

구체적인 개정내용을 보면 교육보호와 자활보호를 추가하고 생활보호 대상 범위를 일부 확대하여 생활보호자를 종전의 영세민, 준영세민의 구분에서 자활보호개념의 도입과 함께 거택보호자, 시설보호자, 자활보호자로 구분하였다. 거택보호대상자는 65세 이상의 노쇠자, 18세미만의 아동, 임산부, 질병·사고 등의 결과로 근로능력을 상실하였거나, 장애로 인하여 근로능력이 없는 자가 주를 이루었고, 시설보호대상자는 주거가 없거나 있어도 그 곳에서는 보호의 목적을 달성할 수 없어 보호시설에 입소하게 하여 필요한 보호를 받을 자로 대개 생활시설에서 대상으로 하는 빈곤하면서 혼자 스스로의 일상생활을 유지할 수 없는 아동, 노인, 장애인 등을 대상으로 하였다. 반면 자활보호대상자는 거택 및 시설보호대상자에 해당되지 아니하는 자로서 실직, 사고, 질병, 기타의 사유 등으로 생활이 어려워 그 자활조성을 위하여 보호를 필요로 하는 자로 하였다. 자활보호대상자는 거택보호에 비해 약간 높은 소득과 자산기준을 적용하였으며, 이들에 대해서는 생계보호 급여를 지급하지 않았다. 생활보호제도는 근로능력이 있는 빈곤계층에게는 직접적인 현금급여를 지양하고 노동기회의 제공과 의료보호, 교육서비스 제공 등 간접적인 지원형태를 취하였던 것이다.

이러한 생활보호법의 개정으로 빈곤대책에 자활보호의 개념이 도입된 후 우리나라의 생활보호사업은 생활무능력자에 대한 단순 생계구호보다는 근로능력이 있는 저소득 취약 계층에 대한 소득능력의 배양과 빈곤의 세습화 예방에 주력하게 되었다. 그러나 연도별 요보호대상자 수나 보호수준에 있어서는 별다른 큰 진전이 이루어지지 않았다(노시평, 2001).

1984년부터는 기존의 직권보호제도가 신청보호제도로 변경되어 시장, 군수의 생활보호대상자 조사시 누락되거나 신규로 생활보호요건에 해당되는 자는 읍·면·동을 거쳐 시장, 군수에게 생활보호를 신청할 수 있도록 하였다. 87년에는 생활보호사업 전달체계의 전문화를 위한 사회복지전문요원을 일선 읍·면·

동에 배치하였다. 또한 교육보호에 있어서 중학교 학생까지 지원하던 것을 실업계 고등학교에게도 수업료 및 입학금을 지원하는 것으로 확대하였다. 이후 교육보호는 지속적으로 확대되어 1996년에는 인문고생 중 학업성적이 상위 30%인 경우, 1997년부터는 인문고생 전원에게 교육보호를 실시하였다. 또한 1996년에는 생활보호급여액에서 소득에 따른 차등급여제가 도입되었다³³⁾.

1961년 이후 우리나라 공공부조의 기반이 된 생활보호법은 어느 정도 급여의 확대를 꾸준히 이루어왔지만 대상범위에 있어서나 급여의 수준에 있어서 시혜적 단순보호차원에 머무른 것이었다. 이러한 생활보호제도는 사회안전망으로 기능하는데 있어서 많은 한계를 지닌 것으로 비판되었으며, 특히 1998년 경제위기에 따른 대량실업과 빈곤율의 증가 및 불평등의 악화되면서 생활보호제도에 대한 제도적인 개혁이 요구되었다. 생활보호법은 인구학적인 조건(18세 미만, 65세 이상)을 바탕으로 한 범주적 공공부조를 기본틀로 하고 있기 때문에 고실업 상태로 대량 양산된 근로능력이 있는 사람들의 빈곤문제에 대해 실효성 있게 대처할 수 없었다. 또한 소득과 재산기준의 중복적용으로 소득은 없지만 어느 정도의 재산을 보유한 실직자를 대상으로 책정하지 못하고 있다. 이에 따라 98년 45개 시민단체가 「국민기초생활보장법 제정 추진연대회의」를 구성하여 제정 청원을 하였고, 정책위원회 산하에 정책연구단에서 「국민기초생활보장법」의 기본적 틀을 작성하여 1999년 8월 12일 여야 만장일치로 국회를 통과하였다. 이후 국민기초생활보장 추진단 발족, 모의적용사업 실시, 시행령과 시행규칙 제정 등 1여년 간의 준비과정을 거쳐 2000년 10월부터 시행되었다.

기존의 생활보호제도는 특정 인구학적 범주에 국한된 대상자에게만 급여가 제공되는 범주적 공공부조(categorical public assistance)인데 비해서, 국민기초생

33) 1990년대 동안 개정되거나 제정된 공공부조 관련 정책으로는 장애인고용촉진법(1990), 영유아보육법(1991), 고령자고용촉진법(1991), 고용보험법(1993), 장애인, 노인, 임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률(1997) 및 국민기초생활보장법(1999) 등이다. 1991년에 제정된 영유아보육법은 영유아를 건전하게 보육할 책임을 보호자와 함께 사회가 공동으로 지게 됨을 명시하였고, 1993년에는 그 동안 실업과 고용촉진 등의 문제를 취급하였던 기구를 종합화, 체계화하여 고용법을 마련하였다. 1995년부터 시행된 고용촉진법은 근로자들의 소득보장과 함께 실업의 예방, 고용의 촉진, 근로자 직업능력의 개발과 향상에 이바지할 수 있도록 제도적 장치를 마련한 정책이었다.

활보장제도는 빈곤에 처한 모든 사람의 생존을 보장하는 일반적 공공부조(general public assistance)이다. 즉, 수급요건에서 인구학적 기준을 삭제함으로써 근로능력이 있는 경우에도 일정 수준 이하의 자산을 갖는 경우 국가로부터 최저생활을 보장받을 수 있도록 하였다. 또한 근로능력이 있는 경우 조건부수급을 통해 자활서비스를 제공함으로써 생산적 복지를 구현하였다. 구체적인 내용에 있어서 최저생계비를 수급자 선정기준 및 급여 선정기준으로 활용하였으며, 주거급여를 신설하고 근로능력 평가를 통해 근로능력자를 판별하고 조건부 수급규정을 통해 근로능력자의 경우 자활사업 참여를 조건으로 생계급여를 수급하도록 하였다.

이러한 국민기초생활보장제도의 도입은 세 가지 측면에서 이전의 생활보호제도에 비해 진일보한 공공부조제도로 평가되고 있다. 첫째, 최저생계비를 기준으로 대상자의 선정 및 급여수준이 결정됨에 따라 공식적 빈곤선 이하의 빈곤층에게 최저생활을 보장해주는 기초보장체계의 기반이 마련되었다. 둘째, 인구학적 기준을 철폐함에 따라 근로능력이 있는 사람이라 할지라도 자산이 일정수준 이하인 빈곤층에 대해서는 생계급여를 지급하여 최저생활을 보장해주게 되었다. 이는 국민기초생활보장제도가 실질적으로 전국민 대상의 공공부조제도임을 의미한다. 셋째, 근로능력이 있는 빈곤층에 대해서는 자활지원서비스를 제공함으로써 적극적인 자활지원으로의 방향전환이 이루어졌다.

이러한 변화는 획기적인 발전으로 평가되고 있으나 또한 기초보장체계의 확립을 위한 지속적인 개선이 요구되고 있다. 우선 최저생계비에 있어서 가구특성을 고려하는 최저생계비의 설정이 개선과제로 제시되고 있다. 근로능력자가 기초생활보장제도에 포함되게 되면서 수급자 및 수급가구의 특성 범위가 보다 광범위해졌으며, 근로능력 수급자에 비해 근로능력이 없는 노인이나 아동, 장애인 등에 대한 추가적인 비용에 대한 고려가 보다 크게 요구되고 있다. 또한 근로능력이 있는 수급자에 대한 자활서비스가 시작되면서 수급자 대상으로 하는 서비스가 노인, 아동, 장애인서비스와 자활서비스로 다양화되었다. 자활서비스에 있어서 자활서비스의 효과성 평가가 중요한 이슈로 대두되고 있으며, 공공부조 수급자에 대한 자활서비스가 보다 개별적이고 전문적으로 제공되어야 할

필요성이 제기되고 있다. 더불어 자활서비스 외 수급자에게 제공되고 있는 인구집단별 서비스에 대해서도 관심이 증대되고 있다.

나. 국민기초생활보장제도의 내용 및 현황

국민기초생활보장제도는 부양의무자가 없고 일정 수준이하의 소득을 가진 것으로 인정되는 빈곤층에 대해 최저생활을 보장해 주는 제도이다. 구체적인 대상자 선정기준을 살펴보면 국민기초생활보장법 5조에서는 수급대상자를 “부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서, 소득인정액이 최저생계비 이하인 자”로 규정하고 있다. 즉, 국민기초생활보장제도의 수급자 선정은 소득인정액과 부양여부 및 상태에 따라 결정된다. 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액을 합한 금액이고, 2003년부터 재산기준(금액, 주택 및 농지 면적, 승용차)은 재산의 소득환산액으로서 소득인정액에 포함되게 된다. 소득평가액은 실제소득에서 가구특성에 따른 지출요인을 반영한 금품³⁴⁾과 근로활동을 통해 얻은 소득에 대한 공제액³⁵⁾을 제외한 금액으로, 소득평가액과 재산의 소득환산액을 합한 소득인정액이 가구규모별로 산출된 최저생계비 이하여야 수급대상이 될 수 있다.

부양의무자의 범위는 수급권자의 배우자, 수급권자의 직계혈족(조부모, 부모, 아들, 딸 등) 및 그 배우자(며느리, 사위 등), 수급권자와 생계를 같이하는 2촌 이내의 혈족(형제, 자매 등)으로 규정하고 있다. 이러한 부양의무자에 대해서 부양의무자의 소득 및 재산에 따라 부양능력을 판정하여 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우에 수급대상자가 될 수 있다. 부양의무자에 의해 부양이 될 수 있는 경우에는 가족부양을 원칙으로 하며, 경우에 따라서는 보장비용을 징수할 수 있다.

국민기초생활보장제도 수급자 규모를 살펴보면 국민기초생활보장제도가 시

34) 경로연금, 장애수당, 장애아동부양수당 및 보호수당, 소년소녀가정세대 지원금, 재활보조금, 6개월 이상 지속적으로 지출하는 의료비, 중고등학생의 입학금과 수업료 등이 있음.

35) 장애인 직접재활사업에 참여해 얻은 소득 15%, 자활공동체에 참여하여 얻은 소득 10%, 학생이 얻은 근로소득 및 사업소득 10% 등임.

행된 2000년 10월 이후, 실제 보호인원 기준 전국민 대비 수급자 비율은 3.1%, 2001년 3.1%, 2002년(6월말 기준) 3.0%로 큰 규모 변화를 보이고 있지 않다.

〈표 IV-1〉 국민기초생활보장수급자 보호현황

구 분	계		일반수급자		시설수급자
	가 구	인 원	가 구	인 원	인 원
2000. 10	688,354	1,488,874	688,354	1,412,473	76,401
2001. 12	698,075	1,421,076	698,075	1,346,607	74,469
2002. 12	691,018	1,352,858	691,018	1,277,298	75,560

자료: 2002보건복지백서, 보건복지부

수급자에 있어서는 큰 변화가 나타나지 않았으나 이전의 생활보호제도에서 자활보호자는 생계급여를 수급하지 않았던 것으로 고려하면 이전의 생활보호제도와 비교하여 생계급여수급자가 약 100만 명이 추가되어 실질적인 기초생활을 보장받게 되었다(표 IV-2 참조). 또한 의료, 교육, 재산, 부양의무, 자활특례 등으로 일부 자격조건에 부합하지 못하나 해당 조건으로 인하여 기초생활이 어려운 저소득층에게 특례적용을 하고 있다.

〈표 IV-2〉 연도별 생계급여 수급자수 및 비율

(단위: 만명, %)

구분	1997	1998	1999	2000	2001	2002
전 체 수 급 자	141	147	192	149	142	135
생 계 급 여 수 급 자	37	44	54	149	142	135
생 계 급 여 수 급 자 비 율	26.2	29.9	28.1	100.0	100.0	100.0

자료: 2000~2002 보건복지백서에서 정리

국민기초생활보장제도의 급여는 가구 소득과 최저생계비의 차액을 지급함으로써 기초생활보장이 되도록 하고 있다. 국민기초생활보장제도를 통해 생계급

여, 주거급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여 등을 지급한다. 이 중 생계급여와 주거급여는 가구규모에 따른 최저생계비를 바탕으로 가구별 급여액이 산정되며, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여에 대해서는 해당욕구가 있는 가구에 대해 일정급여를 현금 또는 현물로 지급한다.

생계급여와 주거급여의 일정부분은 가구별로 산정되는 현금급여기준선에 따라 지급된다. 가구별 현금 급여액은 타급여 우선의 원칙과 보충급여원칙에 따라 산정되는데, 우선 다른 법령이나 제도에 의해 보호가 되는 경우 이를 급여액에서 제외하고, 최저생계비와 가구의 소득의 차액을 급여액으로 지급한다. 또한 근로능력이 있는 수급자에 대해서는 현재 일을 하지 않고 있는 경우 자활사업에 참여할 것을 조건으로 급여를 지급하고 조건불이행자에게는 조건부수급자 본인의 생계급여의 일부 또는 전부를 지급하지 않을 수 있다. 보장시설에 입소한 수급자에게는 시설생계급여를 지급하며, 급여실시여부 결정전에 긴급히 생계급여를 하여야 할 필요가 있는 경우 긴급생계급여를 지급할 수 있다.

생계급여액은 현금급여기준에서 주거급여와 소득인정액을 제외한 금액을 지급한다. 현금급여기준은 최저생계비의 품목 중에서 모든 수급자에게 공통적으로 지급되거나 따로 지급하지 않아도 되는 의료비, 교육비 및 타지원액(국민연금, 의료보험, 주민세 및 교육세, TV시청료)을 차감한 금액으로서 소득인정액이 0인 경우 받을 수 있는 최고의 현금급여 수준을 의미한다. 2003년 가구별 최저생계비 및 현금급여기준은 다음과 같다.

〈표 IV-3〉 2003년 가구별 최저생계비 및 현금급여기준

구 분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
최저생계비(A)	355,774	589,219	810,431	1,019,411	1,159,070	1,307,904
타 지원액(B)	42,550	70,470	96,927	121,922	138,625	156,426
현금급여기준 (C=A-B)	313,224	518,749	713,504	897,489	1,020,445	1,151,478

※ 7인 이상 가구의 최저생계비 : 1인 증가시마다 148,834원씩 증가(7인 가구 : 1,456,738원)

※ 7인 이상 가구의 현금급여기준 : 1인 증가시마다 131,033원씩 증가(7인 가구 : 1,282,511원)

자료: 보건복지부(2003), 2003년도 국민기초생활보장사업안내(Ⅰ) -조사·선정·급여·관리-, p.99

주거급여는 국민기초생활보장제도의 도입으로 신설된 급여로 최저주거보장을 위하여 임차료, 유지수선비 등에 대한 급여이다. 주거급여는 생계급여에 포함된 주거비와 주거급여로 지급되는 부분으로 분리되어있다.

〈표 IV-4〉 2003년도 최저주거비 및 주거급여액

(단위: 원/월)

가구규모	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
생계급여에 포함된 주거비	37,020	82,308	116,224	156,766	170,860	199,733
주거급여	32,000		41,000		54,000	
계 (최저주거비)	69,020	114,308	157,224	197,766	224,860	253,733

자료: 보건복지부(2003), 2003년도 국민기초생활보장사업안내(I) -조사·선정·급여·관리, p.112

생계급여에 포함된 주거비는 생계급여의 지급 시 포함되어 지급되며, 주거급여의 경우에는 주거급여가 불필요하거나 타 법령 등에 의하여 주거를 제공받고 있는 자³⁶⁾에 대해서는 지급하지 않는다. 또한 주거급여액을 지급하는데 있어서 자가가구과 그 외 가구를 구분하여 자가가구에 대해서는 주거급여의 70%만을 현금으로 지급하고 30%는 집수리도우미사업을 활성화하기 위해서 직접적인 집수리 등의 현물서비스로 제공된다.

생계급여와 주거급여 외에 저소득층 자녀에게 적절한 교육기회를 제공하여 자립능력을 배양함과 동시에 빈곤의 세습을 방지하기 위해 중고등학생 가구원에 대해 지급되는 교육급여, 분만전후의 필요한 조치와 보호를 위한 해산급여, 수급자가 사망한 경우 사체의 검안, 운반, 화장 또는 매장 기타 장제조치를 행하는데 필요한 금품을 지급하는 장제급여가 있다.

근로능력이 있는 조건부 수급자에 대해 제공되는 자활급여 즉, 자활프로그램은 취업대상자와 비취업대상자로 나뉘어 제공된다. 조건부 수급자는 자활육

36) 의료·교육·자활급여 특례수급자, 보장시설수급자, 국가 및 지방자치단체가 운영비를 지원하는 ‘노숙자 쉼터’ 및 ‘법무부 산하 한국갱생보호공단 시설’에 거주하는 수급자 등

구와 근로능력정도에 따라 취업대상자, 비취업대상자로 구분되며 이에 따라 적절한 자활프로그램이 결정된다. 비취업대상자는 자활공동체사업 등 자활후견기관, 자활근로(업그레이드형과 취로형), 지역봉사, 재활프로그램, 생업자금융자 등 시·군·구가 제시하는 사업에 참여할 수 있고, 취업대상자는 취업알선, 직업(창업)훈련, 자활지원인턴, 자활구직세일즈공공근로 등 직업안정기관이 추진하는 사업에 참여하게 된다. 2002년 12월 말 자활사업 프로그램별 참여자 현황을 보면 다음의 표와 같다.

〈표 IV-5〉 자활사업프로그램별 참여자 현황

(단위: 천명)

구 분	계 (A+B)	복지부 (시군구 자활프로그램)						노동부 (B)
		소계 (A)	자활 공동체	자활근로			지역봉사, 재활프로그램 등	
				소계	업그레 이드형	취로형		
2002년 12월말	47 (100%)	45 (96%)	1 (4%)	39 (82%)	10 (21%)	29 (61%)	5 (8%)	2 (4%)
조건부 수급자	29	27	(0.5)	21	8	13	5	2
차상위 계층등 ¹⁾	18	18	(0.5)	18	2	16	-	-

주: 1) 자활특례, 일반수급자 포함

자료: 보건복지부(2003), 2002 보건복지백서

별도의 의료보호법을 통해 운영되고 있는 의료급여는 가구단위로 급여하는 것을 원칙으로 하며, 근로능력이 있는 가구원의 유무에 따라 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분하여 지급하고 있다. 의료급여의 기준은 건강보험과 동일하며, 1종 수급자의 경우, 급여비용 전액을 지원하고, 2종 수급자는 80%를 지원한다. 그리고, 2002년 1월부터 의료급여일수 365일 상한제를 실시하고 있으며, 급여일수를 연장할 경우에는 승인제를 도입하고 있다.

국민기초생활보장제도의 모든 급여와 사업에 따른 기초보장예산을 살펴보면, 2003년의 경우, 국민기초생활보장제도에 소요된 총 예산은 3조 5046억원이었다. 각 급여의 비중을 보면, 2003년 기준으로 자활지원예산은 4.3%에 불과하

며, 생활보장예산이 95.7%을 차지하고 있다. 특히, 의료급여가 전체 예산대비 50.3%를 차지하고 있어 가장 높게 나타났고, 의료급여를 제외한 기초보장예산은 전체 예산대비 45.5%이다. 의료급여를 제외한 기초보장예산 중에서 생계급여(전체 예산 대비 37.5%)가 가장 높은 비중을 보이고 있다. 연도별 예산 추이를 살펴보면 의료급여를 포함한 기초보장예산은 2003년(3.6%)를 제외하고는 모두 2자리수 이상의 높은 상승률을 보였다.

〈표 IV-6〉 기초보장예산 현황: 1998~2003

(단위: 억원)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
						금액	비율
합 계	10,901 (21.0)	18,479 (69.5)	23,321 (26.2)	27,923 (19.7)	33,819 (21.1)	35,046 (3.6)	100.0
[생활보장]	10,640 (18.2)	17,467 (64.2)	22,542 (29.1)	26,999 (19.8)	32,343 (19.8)	33,553 (3.7)	95.7
◦ 생계급여	4,484 (27.9)	8,388 (87.1)	10,730 (27.9)	12,835 (19.6)	12,641 (△ 1.5)	13,130 (3.9)	37.5
◦ 주거급여	-	-	414	1,742	1,793	1,785	5.1
◦ 교육급여	649	914	986	960	940	935	2.7
◦ 의료급여	5,462 (14.4)	8,098 (48.3)	10,323 (27.5)	11,397 (10.4)	16,904 (48.3)	17,617 (4.2)	50.3
◦ 해산·장제급여	45	67	89	65	65	87	0.2
[자활지원]	261	1,012	779	924	1,476	1,493	4.3
◦ 자활지원센터	11	12	29	141	231	231	0.7
◦ 자활공공근로	250	1,000	500	600	1,203	1,203	3.4
◦ 기초보장기금	-	-	250	-	-	-	-
◦ 조건부수급자지원	-	-	-	177	21	17	0.05
◦ 실태조사	-	-	-	-	3	3	0.01
◦ 재활프로그램	-	-	-	3	16	16	0.05
◦ 협회지원	-	-	-	3	3	3	0.01
[생업자금] 채특	[450]	[350]	[400]	[400]	-	-	-

자료: 기초생활보장 통계자료, 2001. 9. 2002~2003, 보건복지부 생활보장과; 보건복지부, 2002년도 세입세출예산, 2002; 보건복지부, 2003년도 세입세출예산, 2003.

국민기초생활보장제도 예산에 대한 재정부담은 중앙정부와 지방정부가 분담하고 있다. 국민기초생활보장법 제43조에 의하면 급여 등 보장업무에 소요되는 비용은 중앙정부인 국가와 지방자치단체인 시·도 그리고 기초자치단체인 시·군·구에서 나누어 부담하게 하고 있다. 서울특별시의 경우 국가가 50%이하, 시·도 25%이상, 시·군·구 25%이하를 부담하게 하고 있으며, 서울특별시를 제외한 광역시 및 도의 시·군·구에서는 국가 80%이상, 시·도 10%이상, 시·군·구가 10%이하를 부담하게 하고 있다.

국민기초생활보장제도의 다양한 급여와 자활프로그램은 일선의 사회복지전담공무원에 의해 운영된다. 국민기초생활보장제도는 기존의 생활보호제도보다 대상자 범위도 확대되고 급여종류 및 사업이 증가하여 보다 복잡해졌으며, 이에 따라 인력의 확충이 이루어졌다. 단계적인 사회복지전담공무원의 확충을 통하여 2002년 7,200명까지 사회복지전담공무원 정원규모를 증가시켰으며 수급자 100가구당 1인의 전담공무원을 확보하여 이들의 제도수행여건을 향상시키고자 노력하여 왔다. 그러나 실제 정원과 비교하여 현원은 정원에 못 미치고 있으며 시·군·구에 배치된 사회복지전담공무원도 있어 사회복지전담공무원이 담당하는 평균 가구수는 아직 높은 수준이다.

다. 국민기초생활보장제도의 특성 및 한계

우리나라의 대표적인 공공부조제도로는 국민기초생활보장제도로, 이는 대상을 인구학적 범주별로 구분하지 않는 일반적 공공부조제도이다. 수급대상자를 선정하는데 있어서 인구학적 범주를 고려하지 않는다는 것은 대상의 포괄성과 형평성을 확보했다는 것으로 볼 수 있다. 그러나 이러한 국민기초생활보장제도는 인구학적 기준을 적용하지 않아 보편성을 확보하였지만 반면 가구특성에 따른 지출을 고려되지 않는 한계를 지니고 있다.

선정과 급여의 기준으로 사용되는 최저생계비는 현재 중소도시를 기준으로 가구규모만을 고려하여 설정된다. 단, 재산의 소득환산에서 지역특성이 일부 고려되고 있을 뿐이다. 노인, 장애인, 아동과 같은 가구 유형은 직접적으로 고려

되고 있지 못하고 있고 다만 소득평가액에서 의료비 등의 지출을 고려함으로써 이들로 인한 지출을 간접적으로 그리고 소극적으로 고려하고 있는 수준이다.

가구유형에 따른 추가적인 지출에 대해서는 국민기초생활보장제도 외에 범주별 사회복지서비스로 분류된 각종 급여, 예를 들어 경로연금, 장애수당, 소년소녀가장세대보호, 모부자가정 지원, 영유아보육 등이 부가급여 성격을 갖고 이를 보충하고 있다. 이러한 급여들은 비록 수당이나 연금 등으로 명명되어 있으나 실질적으로는 국민기초생활보장제도 수급자 또는 차상위계층의 한정된 대상에 대해서만 지급되는 급여로 데모그란트이기보다는 가구특성에 따른 공공부조적 부가급여라고 볼 수 있다.

부가적 성격의 지원은 범주적인 공공부조제도인 생활보호제도 시기에 도입되었다. 근로능력이 없는 빈곤층을 대상으로 한정된 생활보호제도에 있어서는 노인, 아동, 장애인이 주요한 대상이었다. 이러한 생활보호제도에 있어서 추가적인 급여가 도입된 것은 첫째 생활보호제도에 의한 생계급여 수준이 낮아서 최저생활수준을 달성하기 어렵다는 점, 둘째, 노인, 장애인, 아동 등 특수 인구집단의 경우 일반 가구에 비해 생활비가 더 많이 소요된다는 가정, 셋째, 따라서 인구집단별 부가적 지원이 필요하며, 형평성의 문제는 급여수준이 높지 않는 한 큰 문제가 되지 않는다는 점을 근거로 하였다(정원오 외, 2001:2).

한편 국민기초생활보장제도는 강력한 개인책임 우선의 원칙이 적용되고 있다. 재산을 소득으로 환산하면서 주거용 재산도 다소 많으면 수급자격을 갖기 어렵다. 이는 재산이 있는 경우 이 재산을 활용하여 생활을 유지하는 것이 우선이고 재산이 소진된 후에야 수급자격을 가질 수 있음을 의미한다. 또한 부양의무자 기준을 적용하여 보장단위인 가족 외에도 가족관계에 있는 다른 부양의무자 유무와 이들의 부양능력이 조사되며 부양이 불가능한 상태가 증명되어야 수급자격을 갖게 된다. 재산과 부양의무자 조항 모두 우리나라의 기초보장이 개인책임을 강력하게 반영하고 있음을 보여준다. 외국의 대부분 국가도 공공부조 수급자 선정에서 개인의 자산을 조사하며 자산을 우선 활용하여야 함을 원칙으로 하고 있다. 그러나 주거용 재산에 대해서는 비교적 우리나라에 비하여 덜 강력한 기준을 적용하며, 부양의무자에 대한 규정은 우리나라가 대우 강하

게 적용하고 있다.

이러한 이유로 국민기초생활보장제도의 가장 큰 당면 이슈가 사각지대의 잔존이 되고 있다. 부양의무자와 재산기준으로 인하여 소득이 최저생계비 이하이면서도 수급자격을 갖지 못하고 따라서 기초생활을 보장받지 못하는 구성원이 남아있기 때문이다. 이러한 배경에서 부양의무자 범위 및 부양능력 판정의 완화, 그리고 재산의 기초공제수준의 상향조정과 재산의 소득환산에서 환산율의 하향조정 등이 고려되고 있으나 부양의무자 조항과 주거를 포함한 재산의 소득환산은 당분간 유지될 전망이다.

국민기초생활보장제도에 새롭게 수급대상으로 포함된 근로능력자의 경우도 근로를 조건으로 수급을 받을 수 있도록 규정하고 있어 역시 개인책임의 원칙이 적용되고 있다. 특히 문제는 근로에 대한 조건부과가 근로를 할 수 있는 인프라의 충분한 구축이 없이, 그리고 근로를 유인할 수 있는 제도 내 보완기제가 미숙한 상태에서 강조되고 있다는 점에 있다. 수급자가 근로를 할 수 있는, 또는 수급자가 근로를 선택할 수 있는 여건의 미숙은 근로능력자에 대한 책임부여를 더욱 가혹하게 할 수 있다.

국민기초생활보장제도의 시행과 더불어 서비스 제공 현장에서는 기타의 사회복지서비스와 긴밀한 연결이 더욱 필요해지고 있다. 이는 근로능력자에 대한 근로연건의 조성과 관련하여 그렇고 노인, 장애인, 아동 및 그 가족에 대한 공공부조가 충분한 욕구충족의 기제가 되지 못한다는 점에서 기인한 것으로 이해할 수 있다.

자활의 경우 자활사업이 도입되었어도 이를 위한 가구 내 아동의 보육이나 노인, 장애인 보호를 위한 인프라는 확충되지 않았다. 실제 국민기초생활보장제도가 실시되기 시작한 시점을 전후하여 사회복지서비스의 확충 또는 연계 강화를 위한 별도의 노력은 별로 이루어지지 않았다. 특히 사회복지서비스 제공에서 취약한 농·어촌의 경우는 실제 연계를 시도한 적절한 서비스가 전혀 없었으며 서비스가 얼마간 제공되고 있는 도시에서는 사회복지전담공무원의 업무량과다로 이러한 서비스에 대한 연계의 시도가 이루어지기 쉽지 않은 여건에 있었다.

국민기초생활보장제도가 과거 생활보호제도에 비하여 일반적 공공부조제도로써 발전된 모습을 갖고 있다 하여도 개인 책임에 대한 강조와 적용이 여전하고, 공공부조 수급자들의 사회참여와 욕구충족을 위한 관련 서비스들의 연계는 제대로 이루어지지 않았다.

2. 사회복지서비스

가. 사회복지서비스의 변천

우리나라에서 사회복지서비스는 그리 오랜 역사를 갖고 있지 않다. 특히 사회복지서비스에 대한 국가의 책임 수용이나 국민의 사회복지서비스에 대한 욕구를 경제적 욕구로부터 분리하는 변화는 아직 이루어졌는가에 대하여 답을 하기 어려운 상황에 있다. 우리나라 사회복지서비스의 변천을 근대적 사회복지서비스가 시작된 일제시대부터 살펴보았다.

1) 국가부재의 응급의 시설보호 시기

우리나라 근대적 사회복지서비스의 시작은 일제시대부터라고 할 수 있다. 물론 일제시대의 사회복지사업은 근대적인 복지이념에 의해 시작되었다기보다는 그들 식민 정책의 일부로서 우리 민족이 그들에게 충성을 하계끔 하려는 정치적인 목적을 갖는 시혜 또는 자선의 의미가 컸다. 1910년 한일합방이후 1921년 조선총독부 내무국에 사회과가 신설되면서, 우리나라 사회사업의 지도·통제를 전담하게 되었고, 구한말 선교사들에 의하여 시작된 사회사업은 이때를 전후하여 확장되기 시작하였다. 1927년 12월 방면위원제도가 시작되고, 1944년 3월 조선구호령이 실시되면서 고아에 대한 시설보호사업, 연소노동자교육사업, 맹아교육사업, 의료사업, 빈민구제사업, 양로사업, 갱생보호사업, 인사상담사업, 인보사업, 숙박구호사업, 직업소개사업을 중심으로 일제시대 사회복지사업이 시행되었다. 일제시대의 사회복지서비스가 그 목적에 있어 복지서비스 본래의 취지에서 벗어나 있었지만 우리나라에 근대적인 사회복지서비스를 소개한 계기가 되었으며 이후 사회복지서비스에 영향을 준 것은 사실이다.

1945년 광복이후 미군정 3년간의 구호사업은 주로 북한으로부터 월남한 피난민과 해외로부터 귀환한 전재민 및 국내 거주요구호 빈민들에 대한 식량, 의료 및 주택 등의 공급에 치중하였다. 전반적으로 복지서비스가 크게 부족하였던 관계로 무계획적인 대중적 성격의 사회복지서비스가 제공되었으며 외국의 원조단체들을 중심으로 한 시설보호가 확대되는 시기였다. 외원단체들이 중심이 된 사회복지서비스는 시설 중심의 보호였고 종교적인 성격이 강하여 선교와 함께 이루어졌다.

정부수립과 더불어 사회부가 단계적, 계획적으로 사회복지서비스를 준비한 바 있었지만 6.25사변으로 이러한 노력은 무산되어 버린 채 여전히 임시적, 응급적 사회복지서비스의 한계를 벗어나지 못하게 되었다. 막대한 외국 원조로 인해 우리 사회에 의존적 구제방식을 심화시켜 놓았고 국가가 사회복지서비스에 대하여 주체적으로 책임을 수행하는 경험은 단절되었다. 이러한 배경에서 1960년대 이전까지 응급구호, 시설보호에 급급하였으며 근대적인 사회복지제도가 제대로 자리 잡지 못하게 되었다.

제 3공화국에 들어서면서 군부는 국민의 새로운 신뢰를 얻고 이전의 정부와 다르다는 것을 보여주기 위해 여러 가지 사회복지 관련법들을 제정, 공포하였다. 사회복지서비스에 대한 여러 법들도 제정되기 시작하였는데 아동복지법(1961), 윤락행위 등 방지법(1961), 자활지도에 관한 임시조치법(1968) 등이 제정되었고 이로써 근대적인 사회복지법제를 마련하는 기초시기가 되었다. 그러나 이러한 법적 기반의 마련은 형식적인 사회복지법제의 도입이었을 뿐 이전과 비교하여 새로운 사회복지서비스 체계를 구축하였던 것은 아니다. 역시 시설 중심의 보호가 이루어졌고 국가는 생활보호와 같은 긴급한 경제적 문제에 대한 대응에 치중하고 있었다.

2) 형식적 국가 개입기

제 4공화국에 들어서서 경제개발 논리로 인한 각종 사회문제가 발생하였다. 그럼에도 불구하고 정부는 지속적으로 경제개발을 추진하는데 총력을 쏟고 있

었다. 경제적인 부담이 적고, 반면 정권의 정당성 확보에 기여를 하는 사회보험과 공공부조 부분에서 끊임없는 법들이 제정되었다. 사회복지서비스 부분에서 의미있는 변화는 사회복지사업법(1970)이 제정된 것으로 그간 재단법인 등에 의해 운영되어 오던 사회복지 사업체들이 사회복지사업법에 규정된 사회복지법인으로 변경됨으로써 사회복지사업운영의 기반과 질서가 확립되었으며, 사회복지시설과 단체들이 정부의 보조를 받을 수 있게 되었다.

제5공화국은 복지사회의 건설을 국정지표로 내세웠지만 하나의 슬로건으로 끝나고 말았는데, 단 이 시기에도 역시 3~4공화국에서 입법화된 사회복지관계 법률들이 대폭 수정되고, 새로운 법률들이 입법화되어 법적인 발전을 보였다. 사회복지서비스도 법적인 기초를 형성하게 되는데 사회복지사업기금법(1980) 제정, 심신장애자복지법(1981)제정, 노인복지법(1981)제정, 아동복지법의 아동복지법으로의 개정(1981), 사회복지사업법 전면개정(1983)등이 이루어졌다. 이 밖에도 사회복지종사자를 사회복지사로 명칭을 변경하면서 사회복지서비스 인력에 대한 자격구분을 시도하였다.

사회복지서비스와 관련된 입법과정은 사회복지서비스에 대한 욕구를 인정하는 과정으로 이해될 수 있지만 정작 이러한 사회복지서비스 관련법의 제정과 개정이 사회복지서비스에 대한 욕구 충족을 위하여 국가의 적극적인 개입으로 이어지지는 못하였다고 보인다. 이 시기에 한국형 복지모형이 화두가 되기도 하였는데 이는 서구의 복지국가위기론과 더불어, 이러한 서구의 상황이 한국사회에 대한 우려로 이어져 국가개입을 가능한 최소화하고, 가족의 기능을 강화하며, 요보호자 자신의 자조와 자활을 강조하며 자원봉사의 참여를 장려하는 방향으로 그 내용을 구성하였다. 즉 이러한 사회적 배경에서 사회복지서비스에 대한 국가의 노력은 상당히 제한된 수준에서 이루어질 수 밖에 없었고 당연 형식적인 법적 기반을 마련하는 수준에 그치게 된다.

3) 사회복지서비스 전환준비기

제6공화국은 제5공화국이 약속한 사회보험제도를 대부분 시행하였고, 또한

사회복지서비스관련 법들이 대폭 개정되었다. 모자복지법 제정(1989), 심신장애 자복지법을 장애인복지법으로 개정(1989), 노인복지법개정(1989), 장애인고용촉진등에 대한 법률 제정(1990), 영유아보육법 제정(1991), 고령자고용촉진법 제정(1992), 사회복지사업법 개정(1992)등이 잇따라 이루어졌다.

이 시기에는 사회복지관, 재가복지봉사센터 등을 비롯한 사회복지이용시설이 확충되었고, 국제 행사 등과 관련하여 장애인복지부분이 비약적으로 발전하는 등 일련의 내용적인 변화를 보이고 있다. 이 밖에도 영유아보육법이 아동복지법과는 별도로 제정되면서 영유아 보육사업이 크게 확대되었고 공공부문 사회복지서비스 전달 인력인 사회복지전담공무원이 영세민 밀집지역의 동사무소에 배치되기 시작하였다. 그러나 사회복지서비스 제공은 거의 모두 생활보호수혜자와 의료부조 대상자, 그리고 저소득층에 한정되어 있다.

이러한 일련의 변화들은 사회복지서비스가 종래의 시설중심을 다소 벗어나고 있음을 의미하며 민간을 통한 사회복지서비스의 형태를 취하기는 하였지만 민간에 대한 국가의 지원을 확대하면서 사회복지서비스에 대한 국가의 개입이 다소 증가하게 된다. 그럼에도 불구하고 사회복지서비스는 여전히 빈곤층 중심, 시설중심이며, 민간을 통한 전달이 유지되고 있다. 사회복지서비스의 보편성 확보가 크게 진척되지 않고 있으며 국가가 사회복지서비스 제공자로서 큰 역할의 변화를 보이고 있지는 않다. 사회복지서비스의 대상을 보면 아직도 빈민과 요보호대상자의 욕구가 구별되지 않은 상태에 있으며 중앙정부의 역할이 분명하게 규명·정착되지 못한 상황에서 정부의 역할 축소와 지방으로의 책임 이전, 지역의 민간과 가족에 대한 책임 강화가 엿보이고 있다.

이러한 상황에서 IMF 체계는 경제위기, 대량실업, 빈곤의 문제에 직면하여 사회복지서비스에 대한 욕구를 크게 증가시켰다. 반면 경제위기로 인해, 외형적으로 정착되기 시작한 사회복지서비스는 그 내실화에 제동이 걸려 있는 상태로 보인다. 사회복지서비스 분야는 지역사회 민간의 참여가 더욱 강조되는 방향으로 변화되는데 김대중 정권 시기에 정신보건법 제정(1995), 노인복지법 개정(1993, 1999), 사회복지사업법 개정(1997) 영유아보육법 개정(1999), 장애인복지법 개정(1999) 등 외연을 계속 넓혀감에도 불구하고 사회복지공동모금법제정

(1997) 등에서 민간의 참여 강조가 유지되고 있다.

2000년대를 향한 사회복지정책의 기본방향을 보아도 가족의 책임, 능력에 따른 부담원칙 등이 주요 정책과제로 언급되고 있어 사회복지서비스에서 국가의 책임은 매우 소극적으로 다루어지고 있음을 알 수 있다. 앞으로 인구구조의 변화와 복지에 대한 기대상승으로 사회복지서비스에 대한 욕구는 계속 증가할 것이지만 사회복지서비스에 대한 국가의 대응이 이러한 소극적인 자세가 유지될 전망이다 따라서 전반적인 사회복지서비스 체계에 대한 검토와 재편이 논의되어야 할 것이다.

나. 사회복지서비스의 개요 및 특성

사회복지서비스의 대표적인 대상은 전통적으로 노인, 장애인, 아동과 그 가족이었다. 그러나 최근에는 부녀복지와 그 밖의 다양한 인구집단이 사회복지서비스의 대상으로 등장하고 있다. 사회복지서비스의 기본법인 사회복지사업법에 따르면 법의 목적을 “보호·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담·부랑인보호·직업보호·무료숙박·지역사회복지·의료복지·재가복지·사회복지관운영·정신질환자 및 나완치자(癲完治者)사회복귀에 관한 사업 등 각종 복지사업과 이와 관련된 자원봉사활동 및 복지시설의 운영 또는 지원을 목적”으로 한다고 명시한 것으로 보아 사회복지사업을 비교적 넓은 범위로 접근하고 있다. 관련 법으로 공공부조 관련법을 포함하여 아동복지법, 노인복지법, 장애인복지법, 모자복지법, 영유아보육법, 윤락행위등방지법, 정신보건법, 성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률, 입양촉진및절차에관한특례법, 일제하일본국위안부에대한생활안정지원법, 사회복지공공모금법, 장애인·노인·임산부등의편의증진보장에 관한법률, 가정폭력방지및피해자보호등에관한법률로 규정하고 있다. 우리나라에서 사회복지서비스는 공공부조 외에 사회복지사업법에 명시된 다양한 분야를 포괄하는 것으로 이해하는 것이 적절하다.

사회복지서비스의 기능 및 목적은 사회구성원의 사회적 기능을 강화하는 것이지만 현재 우리나라 사회복지서비스는 빈곤층을 주 대상으로 한정하면서 사

후적 서비스를 주로 제공하고 있어 사회복지서비스의 발전적인 기능수행을 찾기 어렵다. 지난 사회복지서비스의 변천을 보아도 소득보장제도가 크게 확대된 반면 사회복지서비스는 큰 변화가 없었다.

사회복지서비스에 대한 예산을 보면 2003년 1,187,889백만원으로 2002년 1,033,180백만원보다 약 15%정도 증가하였지만(보건복지부, 2002) 그 절대액수가 작아 전체적으로 큰 예산의 증가로 이해하기 어렵고, 예산의 구성을 보면 증가의 내용이 주로 대상의 자연증가와 단가의 상승이 원인이고 새로운 서비스의 신설, 또는 서비스 성격의 변화는 거의 없다. 노인복지, 장애인복지, 보육사업, 아동복지, 여성 및 모·부자가정지원, 기타 사회복지전달체계를 비롯한 기타 사회복지로 구성된 예산의 편성을 보면 보육사업이 가장 크게 증가하였으나 보육시설 종사자 인건비의 상승이 가장 큰 비중을 차지하고 있고, 다음으로 증가폭이 큰 기타 사회복지에서도 인건비의 상승이 주 요인이며 장애인복지도 장애수당의 대상이 변화된 배경이 예산 증가를 크게 변화시킨 요인이 되었다.

사회복지서비스 프로그램은 아직도 아동, 장애인, 노인, 여성 등 각각 개인 중심으로 이루어지고 있으며, 사회화와 발달촉진을 위한 서비스나 접근, 정보, 충고 서비스보다는 치료, 원조, 재활서비스 위주의 서비스가 주류를 이루고 있으며, 특히 재활부분은 약하고 주로 사후치료 위주의 서비스가 주류를 이루고 있으며 예방 프로그램은 매우 제한적이다.

사회복지서비스는 두 가지의 방식으로 전달되는데 하나는 공공복지서비스로 읍·면·동의 사회복지전담공무원에 의하여 제공되며, 다른 하나는 민간부문의 사회복지서비스로 정부에서 민간서비스에 대하여 상당부분 재정적인 지원을 하고 있지만 민간기관의 운영으로 제공된다. 전통적으로 우리나라 사회복지서비스 지출은 매우 낮으며 이는 사회복지서비스의 저발전과 대상의 한정, 그리고 민간과 가족에 대한 의존에서 비롯된 결과로 해석된다. 사회복지사업법 제4조에 국가와 지방자치단체는 사회복지를 증진할 책임을 지도록 규정하고 있으나 다른 조항과 달리 이에 대한 시행령과 시행규칙이 전무하여 슬로건으로 그칠 뿐 구체적인 정부의 책임이행을 명시하지는 않고 있다. 반면 민간의 조직에 대한 규정을 상세하고 담고 있어 사회복지사업법이 사회복지서비스에 대한 사회

적 책임보다는 민간의 역할에 대한 규제를 보다 강조하고 있다.

우리나라에서 국가는 사회복지서비스의 직접적 생산자, 제공자로서의 역할이 상대적으로 약하며 오히려 규제적인 역할, 조정자로서의 역할이 강하게 나타나고 있다. 기관·시설평가의 도입, 사회복지서비스 전달체계의 개선 등이 이러한 변화를 단적으로 보여준다. 민간 사회복지시설에 대한 지원이 이루어지고 있으나 부족한 사회복지서비스의 확충에는 매우 소극적인 자세를 보이며 이는 법에서도 예산관련 임의조항의 빈번한 사용에서도 나타난다. 한편 기존의 지원도 민간의 서비스 향상보다는 민간에 대한 통제와 규제가 보다 강조된 것으로 비판받고 있다.

제 2 절 분야별 공공부조와 사회복지서비스 체계

우리나라 공공부조와 사회복지서비스의 성격, 그리고 관계의 특성을 고찰하기 위하여 보다 구체화된 접근을 시도하고자 한다. 공공부조 수급자 중 높은 비중을 차지하고 있으며 대표적인 사회복지서비스의 대상 범주인 노인, 장애인, 아동 분야별로 사회복지서비스와 공공부조의 체계가 어떠한 특성을 지니는지, 그로 인한 대상 집단에 대한 영향은 무엇인지에 대한 검토를 시도한다. 대상별 공공부조와 사회복지서비스 체계를 분석함으로써 좀 더 구체적인 양 제도간 관계 및 체계 특성을 분석할 수 있을 것으로 기대한다.

각 분야별로 연혁과 서비스현황, 공공부조 내 해당 인구집단에 대한 복지 관련 내용, 복지서비스의 보편성과 공공성, 공공부조와 사회복지서비스의 체계상 특성과 한계를 중심으로 분석하고 있다.

1. 노인복지

가. 연혁

우리나라 노인복지의 원년은 노인복지법이 제정된 1981년이라 할 수 있다.

노인복지법의 제정에는 국내적으로 노인복지가 복지서비스의 한 영역으로 그 토대를 분명히 할 필요가 인식되었다는 사실과 더불어 UN이 1982년 비엔나에서 제1차 세계고령회의를 개최하기로 했다고 하는 국제적인 흐름이 중요한 역할을 했다. 1981년에 제정된 노인복지법은 노인복지의 확대에 따라 4차에 걸쳐 개정이 추진되었다. 대부분의 법의 개정은 새로운 제도의 도입에 따른 법적 근거 마련을 위하여 이루어졌다. 1989년에는 노령수당 지급 근거 등의 근거 마련이, 1993년의 개정은 설립이 시작된 재가 및 유료노인복지사업의 실시 근거를 마련하는 것, 1997년의 개정은 경로연금제도 및 구상권제도 도입, 치매·중풍 등 중증 및 만성퇴행성 질환노인 관리체계 구축이 그 주요 내용이며, 1999년의 개정은 경로연금지급대상자 선정기준 조정을 보완하는 것이 주요 목적이었다.

이러한 법적 기반뿐만 아니라 노인복지 행정체계 정비도 이루어졌다. 노인복지담당 행정체계는 1981년 보건복지부내 가정복지과 노인복지계로 시작하여 현재 가정복지심의관실 하에 노인복지정책과와 노인보건과 2개 부서로 확대되었다. 노인복지과는 1990(현 노인복지정책과)에, 노인보건과는 1999년에 만들어졌다. 이러한 노력은 고령화에 따른 ‘노인’만을 대상으로 한 서비스 기반 마련과 관련된 것이었다. 그러나 고령화가 급격히 진행됨에 따라 고령화가 사회체계 전반에 미치는 영향에 관심이 두어지기 시작하였다. 1999년 세계 노인의 해를 맞이하여 보건복지부를 중심으로 하여 「21세기 고령사회를 대비한 노인보건복지 중·장기 발전계획」을 작성 발표하였는데 이는 2000년 노인인구가 전체인구의 7%를 넘어서 고령화 사회(aging society)로 진입하게 됨으로써 사회적 관심사가 높아진데서 그 작성 동기를 찾을 수 있다. 예상보다 더 급격히 진행되는 고령화에 대응하기 위해서는 범부처적인 정책적 대응이 필요하다는 판단 하에 2001년에 국무조정실 산하에 노인보건복지 대책위원회를 구성하여 2002년에 「고령사회에 대비한 노인보건복지종합대책」을 발표하였고, 2003년 10월에는 대통령 직속 사회통합위원회에 인구·고령사회대책팀이 발족하게 되었다.

개별 정책의 도입 연혁을 살펴보면 다음의 <표 IV-7> 과 같이 정리 될 수 있다.

〈표 IV-7〉 주요정책의 연도별 도입 현황

단계	연도	법적·제도적 기반마련	생활안정기반 조성	건강보장 및 사회적 보호	노인여가활동 기반확충	경로우대정책
노인을 위한 서비스 기반 마련	1981	노인복지법 제정				
	1982					경로현장 제정
	1983			무료노인건강진단 제도		
	1986		노인공동작업장 설치			
	1987			재가노인복지사업 실시		
	1989	노인복지법 2차개정			경로당운영비 지원	
	1990	노인복지과 신설			노인복지회관 설립 실시	노인승차권제도 도입
	1991	고령자고용촉진법	노령수당			
	1993	노인복지기금도입 노인복지법 1차개정				
노인을 위한 서비스의 확대	1996					노인교통비 철도·항공기·국공 립미술관 이용료 할인제도
	1997	노인복지법 3차개정				노인의 날 제정
	1998	21세기고령사회를 대비한노인보건복지 중·장기발전계획발표	경로연금제도 도입		노인지역봉사 지도원 발대	
	1999	노인보건과 신설			경로당활성화 사업 실시	
	2000			식사배달사업 실시		
	2001		지역사회시니어 클럽 도입			
고령화에 대한 사회정책적 대응	2002	조정실에 노인보건복지대책 위원회구성				
	2003	인구·고령사회대책팀 노인장기요양보장 정책기획단				

생활안정기반 조성과 관련해서는 1991년에 생활보호대상자를 대상으로 한 노령수당제도의 도입(70세 이상 거택보호자중 가구주 및 시설보호자 7만 6천 명, 월 1만원 지급)과 이를 국민기초보장수급자와 저소득층을 대상으로 확대한

1998년의 경로연금제도의 도입을 들 수 있다. 또한 고령자 고용촉진을 위해 1986년에 노인공동작업장의 설치운영을 시작하였으며, 고령자의 지역사회 내 역할 제고 및 소득기회 제공을 위해 2001년 7월부터 지역사회시니어클럽(CSC) 사업을 추진해 오고 있다. 이와 더불어 1991년에 고령자고용촉진법을 제정하여 고령자 고용촉진의 법적 근거를 마련한 바 있다.

한편, 건강보장 및 사회적 보호를 위해서는 1983년부터 생활보호대상자에게 무료 노인건강진단제도를 실시하였고 1987년부터 재가노인복지사업이 실시되어 사회적 보호가 필요한 노인을 위한 재가 및 시설보호체계를 구축하였고, 시설 보호의 경우 무료·실비·유료 양로시설, 무료·실비·유료 요양시설, 치매전문요양시설 등 시설의 설립 근거가 마련되었으며 재가보호서비스도 가정봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설 등으로 다양화되었다.

또한, 건강한 노인들의 노인여가활동 기반확충을 위해서는 1989년부터 경로당이 설치되고 1990년에는 노인여가 시설의 관리근거를 마련하였고 1998년에는 노인지역봉사 지도원제도를 발족하였다. 이러한 발전과정은 노인을 위한 서비스 기반의 마련시기, 서비스의 확대시기, 고령화에 대한 사회정책적 대응이 시작된 시기로 나누어볼 수 있다.

이러한 노인을 대상으로 한 서비스 정책 외에도 사회가 노인을 우대하는 경로우대 분위기를 확산하기 위하여 1982년 경로헌장을 제정하고, 1997년 노인의 날 제정 등을 통하여 노년층에 대한 사회적 인식을 제고하였다. 또한 1990년부터 노인승차권 및 1996년부터 노인교통비 지급, 철도·항공기·국공립미술관 이용료 할인 등을 추진해오고 있다.

노인을 대상으로 한 서비스의 확대에 따라서 노인복지관련 예산은 계속 증대되어 왔는데 특히 생활보호대상자를 대상으로 하던 노령수당제도에서 생활보호대상자(추후 기초보장수급자)와 저소득층까지 그 적용범위를 확대한 경로연금의 도입은 노인복지예산의 확대를 가져왔다. 따라서 1997년에 도입된 노인교통비 지급, 철도·항공기·국공립미술관 이용료 할인제도와 더불어 경로연금제도의 도입은 노인복지정책이 생활보호대상자에 한정되어 있었던 매우 초기단계의 잔여적 복지성격에서 조금씩 벗어나기 시작한 시기라고 볼 수 있다. 2002년 현재

중앙정부의 노인복지관련 예산은 정부예산의 0.37%에 불과하지만 1990년도의 0.14%보다 2.6배 증가한 것이다.

〈표 IV-8〉 연도별 노인복지관련 예산

(단위: 백만원)

구분	정 부 총예산(A)	복지부예산(B)		노인복지예산(C)		
			%B/A		%C/B	%C/A
2003	111,483,098	8,351,072	7.49	407,767	4.88	0.37
2002	105,876,671	7,749,477	7.32	389,763	5.03	0.37
2001	94,124,600	6,272,738	6.66	308,897	4.92	0.33
2000	86,474,007	5,310,021	6.14	280,867	5.29	0.32
1999	80,137,800	3,896,784	4.86	191,714	4.92	0.24
1998	68,900,400	3,045,726	4.42	169,081	5.55	0.25
1997	67,578,600	2,851,200	4.22	129,973	4.56	0.19
1996	60,112,263	2,370,744	3.94	84,665	3.57	0.14
1995	51,881,113	1,983,896	3.82	61,807	3.11	0.12
1994	42,794,678	1,771,859	4.14	46,203	2.61	0.11
1993	37,268,005	1,665,932	4.47	82,653	4.96	0.22
1992	33,362,459	1,546,233	4.63	57,715	3.73	0.17
1991	31,283,510	1,462,885	4.68	39,271	2.68	0.13
1990	27,455,733	1,151,823	4.19	37,861	3.29	0.14
1989	22,046,824	928,242	4.21	6,955	0.75	0.03
1988	18,429,079	714,896	3.88	4,554	0.64	0.02
1987	16,059,629	508,610	3.17	3,671	0.72	0.02
1986	13,800,532	400,662	2.90	2,554	0.64	0.02
1985	12,532,362	336,498	2.69	2,068	0.61	0.02
1984	11,172,929	291,699	2.61	1,656	0.57	0.01
1983	10,416,710	282,841	2.72	1,293	0.46	0.01
1982	9,313,725	232,521	2.50	702	0.03	0.01

나. 제도개요

노인을 대상으로 하여 ‘빈곤’ ‘질병’ ‘역할상실’ ‘소외’라고 하는 문제를 해결하기 위한 구체적이며 지속적인 정책이 수행되어왔다. 현재의 노인보건복지

정책은 크게 생활안정기반조성을 위한 정책, 건강보장 및 사회적 보호지원정책, 문화여가활동 지원정책으로 나누어볼 수 있다.

1) 생활안정기반조성을 위한 정책

생활안정기반의 구성과 관련해서는 크게 국민연금제도, 빈곤선 이하 계층을 위한 기초생활보장제도, 그리고 양 제도를 보완하는 경로연금제도가 있다. 노후소득 보장을 위한 정책으로는 연금제도가 가장 중요하지만, 국민연금제도가 도입이 늦어 실제로 현대 노인을 위한 노후소득보장의 역할을 하지 못하고 있다. 따라서 1991년도에 생활보호대상자를 대상으로 한 노령수당제도를 도입하였다. 이는 1998년도에는 국민기초보장수급자와 저소득층을 대상으로 하는 경로연금제도로 발전되었으며, 도입 이후 지급액의 확대 및 대상자의 확대가 이루어져왔다. 경로연금은 성격상 국민기초생활보장 수급노인에 대한 부가급여 지원과 연령상의 이유로 국민연금에 가입할 수 없었던 저소득 노인에 대한 생계급여를 지원하는 것을 목적으로 하는 무각출 노령연금적 성격을 동시에 갖고 있다. 여기에서 무각출 노령연금이라 함은 국민연금제도를 도시지역까지 확대하여 전국민연금시대가 도래하던 시기에 즈음하여 당시에 고령으로 국민연금 가입이 어려운 노인들 중 저소득층을 위한 한시적 소득지원제도를 말하며, 수혜대상 연령층(1933년 7월 1일 이전 출생자)이 줄어들어 점차 소멸되도록 설계되어 있다. 따라서 장기적으로 경로연금제도는 기초생활보장 수급자에 대한 부가급여의 기능만 남고 차상위 저소득층 대상의 무각출 노령연금 성격은 없어지게 된다.

경로연금의 수급자격은 65세 이상의 국민기초생활보장제도 수급자이거나 차상위저소득 노령계층으로 1998년 7월 기준 65세 이상(1933년 7월 1일 이전 출생자)으로, 2003년 7월 현재 차상위저소득 노령계층의 경로연금 수급가능 연령 기준은 만 70세이다. 경로연금 지급대상자 선정의 소득기준은 본인 및 배우자와 부양의무자의 월소득을 합산한 금액을 가구원수로 나누어 얻은 월평균소득액이 전년도 도시근로자가구의 1인당 월평균소득의 65%이하인 경우이며, 재산

기준은 본인 및 부양의무자의 가구별 재산을 합산한 금액이 본인 및 부양의무자의 가구별 기본재산액(국민기초생활보장법 제2조 제9호의 규정)의 100분의 175를 합산한 금액 이하인 경우이다(노인복지법시행령 제15조 제1항의 2, 2003. 5. 29 개정). 또한, 부양의무자 기준과 관련하여 보건복지부장관은 부양의무자가 국민기초생활보장법시행령 제4조 또는 동령 제5조의 규정에 해당하는 때에는 제1항의 선정기준을 완화하여 정할 수 있다고 규정하고 있다(노인복지법시행령 제15조 제3항, 2002. 3. 9 신설). 제1차 사회보장 5개년 계획(1998)에서는 경로연금 지급대상 및 지급액을 연차적으로 확충하도록 하였으며, 지급단가는 1998년 2~5만원 수준에서 2003년에는 5만원으로 상향조정하는 것으로 계획한 바 있다. 경로연금 지급단가는 연차적으로 증가되었으나 1차 사회보장 5개년 계획상의 목표치인 5만원에는 미치지 못하고 있다.

〈표 IV-9〉 지난 5년간 경로연금 지급대상 추이

(단위: 명)

		1999	2000	2001	2002	2003
기초 (생보)	소계	288,303	327,928	334,175	333,526	337,394
	80세 미만	228,981	262,194	266,379	261,359	262,272
	80세 이상	59,322	65,734	67,796	72,167	75,122
저소득	소계	286,397	259,756	230,856	282,817	280,049
	전액지급	240,348	219,824	196,641	243,782	242,097
	감액지급	46,049	39,932	34,215	39,035	37,952
총계(A)		574,700	587,684	565,031	616,343	617,443

지난 5년간 경로연금 지급실적을 보면 2001년의 수급자 감소를 제외하고는 매년 지급실적이 꾸준히 증가하고 있음을 알 수 있다. 2002년의 경우 전체노인의 15.7%인 59만 4천명에게 월 3.5~5만원이 지급되었다. 2003년도에도 동일한 지급액을 80만명에게 지급하는 것으로 예산편성이 되어 있다.

〈표 IV-10〉 지난 5년간 경로연금 지급단가 추이

(단위: 원)

		1999	2000	2001	2002	2003
기초 (생보)	80세 미만	40,000	40,000	40,000	45,000	45,000
	80세 이상	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
저소득	전액지급(A)	20,000	30,000	30,000	35,000	35,000
	감액지급	15,000	22,500	22,500	26,250	26,250

이와 더불어 고령자 고용촉진을 위한 노력도 기울여, 보건복지부에서는 노인취업알선센터, 노동부에서는 고령자 인재은행을, 서울시에서는 고령자 취업알선센터를 설치·운영하고 있다. 또한 복지부에서는 고령자의 소득기회 제공을 위해 1986년부터 노인공동작업장을 설치운영하고 있으며, 2001년 7월부터 지역사회시니어클럽(CSC) 사업을 시작하였고 이를 점차적으로 확대할 예정이다. 이러한 구체적인 정책과 더불어 고령자고용촉진법을 제정하여 고령자 기준고용율(3%) 제시와 고령자고용촉진장려금 지원 등 고령자 고용촉진의 법적 근거를 마련한 바 있다. 더불어 노인의 취업알선을 위해서 복지부에서 취업알선센터(전국 70개소)를, 노동부에서 고령자 인재은행(36개소)을, 서울시에서 고령자 취업알선센터(13개소) 등을 운영하고 있으나 관련 기관 간 연계가 미흡하여 효율성이 낮은 상태이다.

2) 건강보장 및 사회적 보호지원정책

노인의 건강보장을 위한 정책에는 예방적인 측면에서 국민기초생활보장수급 노인을 대상으로 하여 실시되고 있는 무료건강검진이 있는데 1983년부터 실시되어오고 있으며 2003년의 경우 약 3만 명을 대상으로 실시(소요예산 4억 7천만원)가 예정되어있다. 노인복지법에 의한 검진수가는 국민건강보험 검진수가에 비하여 낮은 수준으로 의료기관에서 기피하는 현상이 초래되고 있다.

한편, 신체적·정신적인 의존상태에 있는 노인을 보호하기 위해 가정봉사원 파견시설 144개소, 주간보호시설, 142개소, 단기보호시설이 36개소 등 노인

1,326명당 1개 비율로 재가보호시설이 설치되어 있다. 또한, 지역사회에서 보호가 불가능한 노인을 위한 시설보호서비스를 제공하는 장기노인입소시설은 총 295개소(양로시설 122개소 포함)이며, 수용가능 정원은 22,477명으로 65세 이상 노인 0.56%만을 보호할 수 있는 수준이다.

〈표 IV-11〉 노인장기입소시설현황 (2002.12월말 기준)

(단위: 개, 명)

시·도	무료 및 설비			유료시설				계
	양로	요양	전문요양	양로	요양	전문요양	복지주택	
전국	92	113	48	28	7	3	4	295
서울	7	8	5	3	3	1	-	23
부산	5	6	3	1	-	-	1	16
대구	5	7	2	-	-	1	-	15
인천	1	6	2	-	1	-	-	12
광주	4	5	-	-	-	-	-	9
대전	2	3	3	-	-	-	-	8
울산	1	1	1	-	-	-	-	3
경기	12	20	6	11				49
강원	4	6	4	-	1	-	1	17
충북	4	7	1	1	-	-	-	13
충남	6	7	3	6	1	-	-	23
전북	11	10	5	-	-	-	-	26
전남	8	7	3	-	-	-	-	18
경북	10	12	5	2	-	1	1	31
경남	5	6	4	4	-	-	-	19
제주	4	3	1	-	1	-	-	9

자료: 보건복지부, 『2002년도 노인보건복지시설현황』, 2003.

또한 서비스 제공체계의 구축이라는 측면에서 볼 때 정확한 사정기준에 의하여 노인의 요구상황에 적절한 서비스를 제공할 수 있도록 요양시설과 지역사회보건복지시설, 의료기관간 보호가 연계되고 연속적(Continuum of Care)으로

제공될 수 있는 이송체계 구축 및 인력 수준의 제고 등이 요구되고 있다. 더불어 노인의 자립생활지원 및 가족부담을 경감하고, 증가하는 노인요양비 및 노인의료비 문제에 적절히 대응하기 위해 모든 노인이 보편적으로 이용할 수 있는 『공적노인요양보장체계』의 구축이 불가피한 실정이다. 이러한 과제들을 어떻게 해결하여 고령화 시대에 적합한 사회적 시스템을 구축할 것인가에 대한 논의가 현재 『노인장기요양보장정책기획단』을 중심으로 진행되고 있다.

〈표 IV-12〉 재가노인복지시설현황 (2002.12월말 기준)

(단위: 개, 명)

시·도	가정봉사원파견시설	주간보호시설	단기보호시설	계
전국	165	155	48	368
서울	21	45	19	85
부산	20	23	2	45
대구	9	10	2	21
인천	9	7	1	17
광주	8	5	2	15
대전	6	3	2	11
울산	4	3	-	7
경기	15	18	4	37
강원	7	9	2	18
충북	3	3	1	7
충남	5	4	2	11
전북	27	5	3	35
전남	11	4	3	18
경북	5	10	2	17
경남	12	3	2	17
제주	3	3	1	7

자료: 보건복지부, 『2002년도 노인보건복지시설현황』, 2003.

3) 문화여가활동 지원정책

건강한 노인들을 위한 노인여가활동 기반확충을 위해서 1989년부터 경로당

과 노인복지회관이 설립되기 시작하였으며, 1990년에는 노인여가 시설의 관리 근거를 마련하여 현재 노인복지회관 120개, 경로당 43,243개, 노인교실 617개, 노인휴양소 6개가 설치되어 있다. 노인복지관의 경우는 장기입소시설이나 재가 노인복지시설의 경우와 마찬가지로 도시지역에 편중되어 있다는 문제를 갖고 있으므로 지역별 형평성을 고려하여 일정 수준이상의 서비스가 제공될 수 있도록 지원이 이루어져야 할 것으로 판단된다. 또한, 노인복지회관의 기능을 재정립하여 노인복지회관이 지역사회 노인 복지서비스의 중심적인 역할을 할 수 있도록 하여야 할 것이다.

〈표 IV-13〉 노인여가복지시설 현황 (2002.12월말 기준)

(단위: 개)

시·도	노인복지회관	경로당	노인교실	노인휴양소	계
전국	123	46,589	642	4	47,358
서울	21	2,505	140	-	2,666
부산	7	1,705	132	-	1,844
대구	4	1,095	19	-	1,118
인천	9	1,091	8	-	1,108
광주	5	875	10	-	890
대전	5	623	17	1	646
울산	2	578	9	-	589
경기	26	6,617	109	1	6,753
강원	3	2,043	20	-	2,066
충북	3	3,356	10	1	3,370
충남	5	4,513	37	-	4,555
전북	7	4,687	26	-	4,720
전남	11	5,907	8	-	5,926
경북	4	5,596	42	1	5,643
경남	6	5,077	34	-	5,117
제주	5	321	21	-	347

자료: 보건복지부, 『2002년도 노인보건복지시설현황』, 2003.

한편, 평생교육은 사회적으로 평생교육의 중요성에 대한 인식과 노인인구의 교육수준이 높아짐에 따라 그 중요성이 증대하고 있지만 평생교육을 실시하는 기관은 부족하여 노인교육전담기관이 842개소이며 노인교실로 복지부에 등록되어 있는 기관은 468개소에 불과하다. 시설의 부족 외에도 노인교육기관 관리가 이원화(교육인적자원부와 보건복지부)되어있고, 효율적 관리체계 구축 미흡하며, 노인교육기관에 대한 정부의 지원이 거의 없어 양질의 교육서비스가 제공되지 못하고 있다.

노인들이 생애경험을 기초로 하여 사회에 기여하며 자신의 여가시간을 의미 있게 보낼 수 있는 자원봉사활동은 매우 저조한 실정이다. 시·도와 시·군·구 1개소씩 운영되고 있는 지역종합자원봉사센터(2001년 243개소)를 근간으로 종합복지관 및 노인복지관, 기타 노인단체나 자원봉사단체를 통해 이루어지고 있으나, 직업, 전문적 경력과 연계된 노인자원봉사활동프로그램 및 봉사처 개발이 미흡하며, 자원봉사활동에 대한 보호·보상 등 유인제도가 마련되어 있지 않아 자원봉사활동 참여 확대에 한계가 있다. 한편, 1998년부터는 노인의 자원봉사활동의 활성화를 위하여 노인지역봉사지도원을 발족한 바 있으나 활성화되지는 못하고 있는 현황이다.

위에서 검토한 노인을 대상으로 한 노인보건복지정책은 사회보장방식에 따라서 <표 IV-14> 와 같이 정리될 수 있다.

<표 IV-14> 노인복지정책의 사회보장방식별 분류

구 분	사회보험	공공부조	데모그란트	복지서비스
전국민을 대상으로 하지만 노인에게 영향을 주는 정책	연금보험 건강보험	국민기초생활 보장제도	-	-
노인만을 대상으로 하는 정책	-	경로연금	교통수당	- 재가 및 시설보호서비스 - 여가복지서비스 (경로당, 노인복지회관) - 노인취업촉진서비스 (공동작업장, 취업알선센터 등) - 각종 경로우대 정책

노인보건복지정책은 아직은 선별적인 서비스에 머물고 있으며 사전예방적인 접근이 아직은 부족한 것으로 판단된다(정경희, 2003). 노인보건복지정책의 시책방향으로 ‘노인복지 대상 및 사업내용의 확대’를 설정하고는 있지만 실제 사업내용을 보면 아직까지는 기초생활보장제도의 수급자를 중심으로 실시되고 있고, 전노인층을 대상으로 하는 인프라의 구축이 이루어지지 못한 상태이다. 또한, 건강증진으로 대표되는 예방적 접근이 중요성이 인지되고는 있지만 시설보호나 재가보호서비스와 같은 사후관리체계 구축이 갖고 있는 시급성 때문에 예방적 서비스가 적극적으로 실시되고는 있지 못하다.

다. 공공부조에 나타난 노인복지

우리나라 공공부조에 있어 근간을 이루고 있는 국민기초생활보장제도가 노인복지에 있어 갖는 의미는 크다. 노인의 8.8%가 국민기초생활보장 수급자이다. 이는 전국민의 3.0%가 수급자임을 생각해볼 때 노인의 기본적인 생계유지에 있어 국민기초생활보장제도가 큰 의미를 갖고 있음을 의미한다 하겠다. 그러나 현재 대상자 선정에 있어서 노인을 대상으로 한 최저생계비가 별도로 마련되어 있지 않다는 점과 대상자 선정에 있어서 부양의무자의 정의와 의미가 특히 노인에게 있어 큰 문제점을 발생시키고 있다.

첫 번째 문제점인 최저생계비 계층의 경우 객관적이고도 체계적인 노인가구의 최저생계비 계층이 요구된다. 이를 통하여 현재 국민기초생활보장제도가 노인에게 갖고 있는 형평성의 문제를 해결할 수 있을 것이다. 가구소비 구성요소 중 상당 부분이 노년기에 그 규모가 저하되는데 비하여 보건의료비와 같은 특정항목은 가계에 큰 부담을 주기 때문이다. 그런데 이러한 보건의료비는 모든 노인에게 동일하게 발생하는 것이 아니라는 점이 상황을 복잡하게 한다. 즉 노인이 갖고 있는 질병의 종류와 정도에 따라서 요구되는 보건의료비의 수준이 매우 다를 수 있으며 이는 경제적 수준과 꼭 정비례하는 것은 아니며 예측하기 어렵다는 점도 실제 생계비에 얼마만큼 영향을 미칠지를 가늠하는데 제한을 가하는 요인 중 하나이다.

이러한 측면에서 볼 때 의료보호는 매우 큰 의미를 가진다 하겠다. 그러나 실제로 경제적 측면에서 적절한 보건의료서비스를 이용할 수 있을 정도의 경제적인 도움을 주지는 못하고 있다. 신영석(2001)의 연구에 따르면 현재 노인들이 적용받고 있는 1종 의료급여 진료비 평균 본인부담률이 29%에 달하고 있는 실정이다. 특히 차상위 계층 노인들에게서 의료보장에 대한 욕구가 크기 때문에 차상위 계층에게까지 의료급여를 확대하는 방안이 필요하다 하겠다.

한편, 대상자를 선정함에 있어서 ‘노인’층이 경험하는 가장 큰 문제는 부양의무자와 관련된 것이다. 다른 연령층에 비하여 노인들의 부양의무자는 법적인 부양의무자가 실제로 부양능력이 없거나 부양의지가 없는 경우가 많다. 따라서 실제적인 경제상태와 법적인 근거를 통해서 파악되는 경제적 능력 간에는 큰 차이가 있을 수 있다. 거주지역이 떨어져 있는 자녀의 경우 실제로 노부모에게 적절한 부양을 제공하지 못하는 것이 사실이며, 전통적인 한국문화 속에서 부양의무자인 자녀에게 가해질 심리적 부담이 싫어서 수급신청을 포기함으로써 수급의 사각지대로 남을 가능성이 높다. 이러한 문제는 특히 여성노인들에게 있어 큰 문제를 발생시키고 있다.

〈표 IV-15〉 친족부양의 인정범위

	배우자	부모	자녀	조부모	외조부모	친손자녀	외손자녀	직계비속의 배우자(여)	직계비속의 배우자(남)	배우자의 부모	배우자의 조부모	형제자매
기초법										없음	없음	생계
경로연금			*	비현실적	비현실적			*	*	없음	비현실적	생계
건강보험												미혼
소득세법		연령	연령	연령	연령	연령	연령	없음		연령	연령	연령

(*)건강보험은 부모, 해당 배우자의 부재 여부, 혹은 소득, 보수 규정을 병행함.

*: 부양의무자 파악에 있어 문제점 발생 대상

주: 여유진 외, 『국민기초생활보장제도 부양의무자 기준 개선방안 연구』에서 인용.

노년기에 기초생활수급자로 신청하는 노인들은 많은 경우 자녀가 있더라도 자녀로부터 적절한 부양을 받지 못하고 있는 경우가 많다. 그런데 많은 경우 재혼 등을 통하여 법적인 부모관계이지만 실제로는 자녀가 어머니에 대한

부양의무감을 갖고 있지 못한 경우가 있고, 이러한 이유로 인하여 법적인 부양의무자가 있지만 실제로는 부양의무자가 없는 여성노인들이 국민기초생활보장수급자로 선정되지 못하여 사각지대에 놓이는 경우가 발생하고 있다.

라. 노인복지서비스의 특성

1) 생활안정과 관련된 서비스

경로연금의 재원은 국고와 지방비가 70대 30의 비율로 마련되고 있다. 단 서울광역시 50대 50의 비율이다. 그러나 지방비의 마련에 있어서 광역자치단체와 기초자치단체간의 분담비율은 광역자치단체에 따라서 상이하다. 경로연금의 전달체계를 살펴보면, 기초자치단체(시·군·구)의 경로연금 책정 담당자가 매일 경로연금 책정 및 중지 대상자를 조회·입력하여 확정하고 있고, 시·도에서는 시·군·구 복지행정시스템상의 경로연금 지급결정자료의 입력상황을 매일 말 확인·점검하며, 지급결정은 시장·군수·구청장이 신청일로 부터 14일 이내에 본인 및 배우자, 부양의무자에 대한 조사 실시 후 그 결과를 검토하여 지급여부를 결정·통보하도록 되어 있다.

한편, 국민기초생활수급자인 65세 이상자와 1933년 7월 1일 이전에 출생한 저소득 노인이 경로연금 대상자이다. 이 때 국민기초생활수급자를 대상으로 하는 경로연금은 노인을 대상으로 한 부가급여적 성격을 갖는 것이며 저소득층 노인을 대상으로 한 경로연금은 공적연금에 가입할 기회를 갖지 못한 노인들을 위한 공적인 노후소득보장책이라고 할 수 있다. 따라서 저소득층 노인을 대상으로 하는 경로연금은 특례연금가입의 기회를 갖지 못한 1933년 7월 1일 이전 출생자로 자사조사결과 저소득층으로 판정된 노인만이 대상자가 된다. 이렇게 동일한 제도이기는 하지만 서로 상이한 두 가지 목적에 의하여 대상자가 선정되고 있어, 제도의 성격이 불명확하다는 문제를 갖고 있다. 또한, 이러한 제도의 불명확성은 실제 대상자 선정과정에서도 문제를 발생시키고 있다. 동일한 경제상황에 놓여있는 노인이지만 단지 연령에 따라서 대상자 여부가 결정된다는 것이 노인들에게는 받아들이기가 어려워 대상자 선정과 지급 과정에서 많은

불만을 발생시키고 있다. 실제 1933년 7월 1일 이후 출생자에게는 특례연금에 가입할 것인가 아닌가 하는 것은 선택의 문제였으나 1933년 7월 1일 이전 출생자에게는 그러한 기회가 제공되지 못했다는 점 또한 저소득층 노인 선정에 있어서 현실적인 문제를 발생시키고 있다.

또한 경로연금 수급액도 국민기초생활수급자의 경우 80세 이상이면 5만원을 65~79세 연령군에게는 4만 5천원이 지급되고 있는데, 이렇게 연령에 따라서 지급액이 상이해야 할 객관적 근거가 마련되어 있지 않아 행정편의적 결정이라는 문제점을 갖고 있다. 노인층을 대상으로 한 최저생계비와 더불어 노인의 제 특성을 감안한 객관적인 기준 마련이 요구되는 것이다. 요약하면, 첫째, 제도 설계상 연령군별로 또한 수급자인가 저소득층 노인인가에 따라서 급여액에 차이가 있으나, 이러한 차등지급의 논리적 기반이 미약하다 둘째, 64세 이하의 수급자에 비하여 노인층에게 부가급여가 필요하다는 근거가 미약하여 부가급여로서의 성격에 의문이 제기될 수 있다는 점이 현재 노인을 위한 공공부조로 수행되고 있는 경로연금의 기본적인 문제점이다.

이와 더불어 노인복지시설 및 기타 사회복지시설에 입소한 무료대상 노인에게도 경로연금이 지급되고 있는데, 이는 기초수급액은 노인 개인이 아니라 시설에게 지급되고 있으며, 부가적인 성격을 갖는 경로연금은 노인 개개인에게 지급되고 있어 지급방법상 불일치를 보이고 있다. 또한 시설보호를 통하여 노인에 대한 적절한 보호가 제공된다는 것을 전제로 할 때 경로연금 지급의 필요성에 대한 면밀한 검토가 요구된다.

〈표 IV-16〉 경로연금 지급대상자 및 지급액

지급대상자	지급액	
65세 이상 국민기초생활보장수급자(특례수급자 포함)	80세 이상	5만원
	65~79세	4.5만원
1933.7.1일 이전 출생한 저소득 노인(7.1일생 포함)	전액	3.5만원
	감액	26,250원

※ 감액 : 부부 동시 수급인 경우 그 중 1인은 75% 지급(노인복지법 제10조)

경로연금이 노인을 대상으로 하는 보충급여적 성격의 공공부조라면 교통비는 65세 이상으로 신청하기만 하면 누구나 받을 수 있는 데모그란트적 성격을 갖고 있다. 그러나 일반적인 데모그란트와는 달리 재원은 지방비로 마련되고 있다. 교통비는 노인의 과거의 사회적 기여에 대한 보상이라는 차원에서 65세 이상의 노인에게 모두 제공되고 있는 것으로 신청주의에 의거하여 분기별로 지급되고 있다. 또한 기초자치단체의 노인인구비율이 높을수록 재정자립도가 낮은 경향이 있으며, 이는 교통비 지급에 따른 기초자치단체의 재정적 부담을 높혀, 교통비 지급액의 차이 및 기초자치단체의 재정능력에 따른 대상범위의 임의조정이 이루어지고 있다.

교통비가 안고 있는 가장 기본적인 문제점으로는 국고보조 및 지방비에 의하여 지급되고 있는 경로연금과 비교해볼 때 지방비에서 지급해야 하는 논리적 근거가 미흡하다는 점을 들 수 있다. 전반적인 중앙정부와 지방정부의 역할분담의 큰 틀 안에서 다시 검토될 필요가 있다.

한편, 실행과정에서 지방자치체의 재정능력에 따른 지급액 및 지급대상의 편차로 인하여 지역격차가 발생하고 있는 문제가 있다. 즉 재원이 지방비로 마련됨에 따라서 재정능력과 지자체 장의 의지에 따라서 지급범위와 액수가 결정될 가능성이 있다. 또한 동일한 대상자라도 거주지 이전에 따라서 교통비 수급여부가 결정되며 액수 또한 변한다. 이는 지급대상자인 노인들에게 불만을 야기시키고 있을 뿐만 아니라 노인의 과거의 사회적 기여에 대한 보상이라고 하는 교통비의 목적에 비추어 볼 때도 일치하지 않는 것이다. 노인 개인에 대한 지급이라기보다는 노인이라는 특정 집단에 대한 보상의 의미가 있는 것이기 때문에 노인이라는 집단은 동일한 액수를 지급받는 것이 논리적이라 할 수 있다.

더불어 노인의 과거의 사회적 기여에 대한 보상으로 ‘교통비’라는 명목이 적절한가에 대한 검토와, 교통비가 과연 노인복지 향상에 있어 정책적 우선순위가 있는가에 대한 검토가 필요하다. 즉, 지방자치단체의 노인복지관련 지출 중 상당한 비중을 차지하는 교통비가 과연 가장 시급한 노인문제를 해결하고 있는가 하는 점, 즉 정책적 시급성에 대한 검토가 필요하다. 그러나 이러한 정책적 시급성 또는 우선순위의 설정은 아직 정부차원에서 제시된 바 없다.

노인의 소득수준을 향상시키고 사회참여의 기회를 제공하여 자아실현을 가져올 수 있도록 하기 위하여 취업알선서비스가 정부차원에서 제공되고 있다. 대표적인 서비스로는 지역사회시니어클럽, 취업알선센터, 노인공동작업장 등이 있다. 그러나 이러한 서비스들은 취업욕구라는 공통적인 욕구를 갖고 있는 노인을 대상으로 하고 있으나 실제적인 서비스 대상은 저소득층 노인에 한정되고 있는 경향이 있다. 즉 취업욕구를 갖고 있는 노인을 대상으로 할 수 있는 서비스 기반마련이 되어 있지 않다. 또한, 소득창출이라는 공통된 목표를 갖고 있다는 점에서 비노인층을 대상으로 하는 근로유인 방안과의 연계성 검토가 필요하다. 현재는 노인을 대상으로 하는 근로유인 정책과 비노인을 대상으로 하는 근로유인 정책은 어떠한 연계도 없이 각각 이루어지고 있다. 또한 보람된 사회활동 참여를 통한 자아존중감 및 사회통합 제고라고 하는 목표를 달성하기 위해서는 다양한 일자리(유급자원봉사 포함)를 창출하기 위한 정부 차원의 노력이 요구되고 있다.

2) 건강보장과 관련된 서비스

노인을 대상으로 하는 예방적 측면의 건강진단서비스가 질병의 조기발견 및 조기치료로 건강의 유지·증진을 도모하고 노인건강수준의 향상을 목적으로 하여 1983년 1월부터 시작되었으며, 시·군·구 관할구역에 거주하는 65세 이상 국민기초생활보장대상 노인중 노인건강진단 희망자를 대상으로 하여 실시되고 있다. 예산의 범위 내에서 서비스 대상자의 범위가 결정되고 있을 뿐만 아니라 건강진단의 내용 또한 제한적이다.

건강진단이라는 욕구는 보편적인 욕구임에도 불구하고, 일반 의료보험대상자의 건강진단에 비하여 수급대상 노인만을 대상으로 한 무료건강진단서비스는 건강검진의 범위가 제한되며 수가가 비현실적이어서 근본적으로 ‘낙인’과 서비스 질의 저하라는 문제점을 갖고 있다. 실제 현장에서는 건강진단 서비스가 그 내용이 충실하지 않으며, 건강진단 결과가 후속조치와 연계되지 않고 있어 건강진단서비스를 받고자 하는 노인이 목표치 보다 낮아 대상자 확보에 어려움을 겪고 있다.

한편, 저소득층 노인 등에 대한 정밀 안검진의 실시로 안질환을 조기 발견·치료함으로써 노인들의 시력 향상 및 실명 예방하고 노인 개안수술비 지원을 통한 노인 및 가족의 의료비 부담 경감하는 것을 목적으로 하는 노인 안검진 및 개안수술이 2003년부터 실시되고 있다. 이는 노인건강진단 사업과의 연계실시를 통하여 검진 및 치료의 연속성·효과성을 제고하고자 하는 것으로 한국실명예방재단을 통하여 재원이 마련되고 있다.

이 사업의 대상자는 안과 전문의가 없는 읍·면 지역의 65세 이상 기초생활보장 수급권자, 시·도지사가 안과병·의원 접근도가 특히 낮다고 인정한 지역의 65세 이상 기초생활보장 수급권자, 최근 2년 이내에 노인건강검진에서 안과 검진이 제외된 지역의 65세 이상 기초생활보장 수급권자, 기타 시·도지사가 선정한 지역의 65세 이상 기초생활보장 수급권자 및 저소득층 노인이 검진 대상자 선정기준이다.

시·군·구 안검진의 경우 65세 이상 국민기초생활보장대상 노인 중 희망자(2002년 진단자 중 건강자는 제외)가 대상이며, 재단 안검진은 시·도에서 재단 안검진을 희망하는 시·군·구 지역을 다음과 같이 선정하여 보건복지부 노인보건과에 신청하도록 되어 있다. 시·도별 희망지역 3~5개소 순위 부여하여 신청하면, 16개 시·도별 안배하여 최종 50~60개소 지정 통보하도록 되어 있는데 이는 대상자의 범위가 예산의 범위 내에서 결정되고 있기 때문이다. 이러한 추가적인 서비스는 우선순위와 시급성에 기초한 전체적인 판단에 기초한 것이라기보다는 재원확보의 용이성에 기초해 있다고 하는 한계를 갖고 있다.

3) 사회적 보호지원 정책

거동이 불편하여 신체적인 보호가 필요한 노인을 시설에서 보호하는 노인장기입소시설과 재가에서 보호서비스를 제공하는 재가노인복지시설이 있다. 노인장기입소시설의 경우 노인주거 및 의료복지시설이 총 295개 설치되어 있다. 노인장기입소시설과 관련된 가장 큰 문제점으로는 절대적인 시설이 부족할 뿐만 아니라 지역별 편중이 크다는 점을 들 수 있다. 이는 재가노인복지시설의 경우

도 마찬가지이다. 전체적으로, 2002년 12월말 현재, 장기입소시설(노인주거 및 의료복지시설)의 경우 도시(시부)에 위치해 있는 시설수는 213개소이고, 농촌(군부)에 위치해 있는 시설수는 82개소로 전체 시설수의 72.2%가 도시에 위치해 있는 실정이다. 또한 재가노인복지시설의 경우도 전체적으로, 2002년말 현재 도시(시부)에 위치해 있는 시설수는 336개소이고, 농촌(군부)에 위치해 있는 시설수는 32개소로 전체 시설수의 91.3%가 도시에 위치해 있는 실정이다.

〈표 IV-17〉 노인장기입소시설 및 재가노인복지시설의 도농간 분포

	장기입소시설 (개소)			
	무료시설	실비시설	유료시설	합계
시부	176 (74.6)	14 (82.4)	23 (54.8)	213 (72.2)
군부	60 (25.4)	3 (17.6)	19 (45.2)	82 (27.8)
합계	236 (100.0)	17 (100.0)	42 (100.0)	295 (100.0)
	재가노인복지시설(개소)			
	가정봉사원파견 시설	주간보호시설	단기보호시설	합계
시부	142(86.1)	150 (96.8)	44(91.7)	336(91.3)
군부	23(13.9)	5 (3.2)	4(8.3)	32(8.7)
합계	165(100.0)	155 (100.0)	48(100.0)	368(100.0)

주: 도시농촌의 구분은 2002년도 기준으로 시부(도농복합시 포함), 군부로 함.

자료: 보건복지부, 『2002년도 노인보건복지시설현황』, 2003

한편, 노인장기입소시설의 경우, 보호의뢰 시 노인거주지역에 적절한 보호형태를 제공하는 시설이 없는 경우 시설보호를 받기는 하되 적절한 서비스를 받지는 못하고 있다는 점이 가장 먼저 지적될 수 있다. 또한, 무료시설과 실비시설의 경우 제공되는 서비스의 질에 있어 큰 차이가 있다. 즉, 실비시설의 경우 비용부담을 함에도 불구하고 오히려 서비스의 질은 떨어지는 문제가 발생하고 있다. 주거복지시설과 의료복지시설간의 인력, 설비 규정 등에 있어 차이가 있음에도 불구하고 보호대상 노인의 특성에는 큰 차이가 없어, 서비스의 전문성과 적절성에 있어서 문제가 발생하고 있다.

또한 보호대상자 설정에 있어서, 무료 및 실비시설의 경우는 65세 이상을

대상으로 하고 있음에 비하여 유료시설의 경우는 60세 이상으로 하고 있어 보호대상의 연령규정에 차이가 있다. 또한 노인장기입소시설이 장애인장기입소시설이나 아동시설 등과 비교해보면, 장기입소를 통하여 적절한 보호서비스를 제공한다고 하는 점에서는 목표가 동일하지만 보호하는 대상자가 노인, 장애인, 여성, 아동 등으로 상이할 뿐인데 동일한 인력에 대한 임금수준이나 보호대상자에 대한 보호액수 책정 등이 상이하다는 점도 사회복지서비스라는 큰 틀 속에서 볼 때 형평성과 합리성이라는 측면에서 문제가 있다.

한편, 재가보호서비스의 경우 3종의 재가노인복지시설(가정봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설) 외에도 노인복지법에 정의되어 있지는 않지만 경로식당 운영, 결식우려노인무료급식, 거동불편 저소득 재가노인식사배달 등의 서비스를 제공하고 있다.

〈표 IV-18〉 노인여가복지시설의 도농간 분포

	시설수 (개소)		
	시부	군부	합계
노인복지회관	102 (82.9)	21 (17.1)	123 (100.0)
노인교실	545 (84.9)	97(15.1)	642 (100.0)

주: 1) 도시농촌의 구분은 2002년도 기준으로 시부(도농복합시 포함), 군부로 함

2) 노인여가복지시설중 전국적으로 매우 많은 수의 시설이 설치되어 있어 도농간 비교가 큰 의미가 없는 경로당과 그 수가 4개에 불과한 노인휴양소는 제외하였음.

자료: 보건복지부, 『2002년도 노인보건복지시설현황』, 2003.

재가노인복지서비스와 관련해서는 무엇보다 먼저 거동이 불편한 노인을 보호한다고 하는 동일한 목표를 갖고 있음에도 불구하고 재가노인복지시설에 대한 국고 보조 부담률이 시설보호에 비하여 낮아 중앙정부와 지방정부의 역할분담에 대한 적절하고 통일된 가이드 라인이 필요하다. 두 번째로는 재가노인을 위한 개별 서비스들이 실시되고 있는데 이들 서비스간의 연계가 이루어지지 않고 있다는 문제점이 있다. 이는 보호가 필요한 노인을 선정하고 개별 노인에게 필요한 서비스 계획 하에 개별 서비스 제공주체들이 연결되지 못하고 있기

때문이다. 즉, 현재는 서비스 대상자 선정이 개별 사업주체별로 이루어지고 있어 중복서비스 제공 및 사각지대가 발생하고 있다. 실제, 기초수급대상자가 저소득층 대상자 발굴에 비하여 선정과정이 용이하다는 점 때문에 상대적으로 저소득층에 대한 재가서비스가 소홀히 되고 있다.

4) 여가생활과 관련된 서비스

노인의 활기있는 여가생활영위를 위한 서비스 기반으로는 노인복지회관, 경로당, 노인교실, 노인휴양소 등이 있다. 노인복지회관이나 노인교실의 경우도 노인장기입소시설이나 재가노인복지시설의 경우와 마찬가지로 지역별 편중 현상이 심하다는 문제점을 갖고 있다.

노인복지회관의 경우 시설 건립 시 보조 외에는 운영비에 대한 국고보조가 전혀 없다. 따라서 지방정부의 재정능력에 따라서 노인복지회관의 건립여부와 노인복지회관에서 제공되는 서비스 수준이 결정되고 있다.

한편, 경로당은 월 4만 4천원의 운영비와 년 25만원의 난방비가 제공되고 있다. 현재 경로당은 단지 모임의 장소일 뿐 전문인력이 배치되지 않아서 전문적인 서비스가 전혀 제공되지 못하고 있다. 이를 극복하기 위하여 경로당 활성화 사업(44개 기관)이 실시되고는 있지만 아직 일부에 그치고 있다. 또한, 노인교실의 경우 국고보조가 전혀 없어 노인교실로 등록하지 않은 노인교육기관이 많아 실제 노인교육기관 규모의 파악이 이루어지지 못하고 있는 실정이다.

노인여가생활과 관련된 서비스가 갖고 있는 가장 큰 문제는 재원이 부족하다는 점이다. 이는 생계유지나 건강보장 및 수발과 관련된 서비스보다는 정책적 우선성이 낮다는 점과, 서비스의 출발점부터 중앙정부의 책임보다는 지방정부에 책임을 두어지는 형태로 진행되었다는 점에서 그 근본적인 원인을 찾을 수 있다. 더불어 각 여가노인복지시설이 적절한 기능을 수행하지 못하고 있다는 점도 문제점 중 하나이다. 노인복지회관의 경우 적절한 기능 재정립이 요구되며, 경로당은 단순한 모임의 장소제공 이상의 의미를 가질 수 있도록 서비스 내용의 개발이 요구된다. 경로당의 경우, 설립이 객관적인 판단에 의해서가 아

나라 정치적 요인(예: 단체장 선거 공약 등)에 의하여 이루어져 과잉 설립, 수준의 저하 등의 문제가 발생하고 있다. 또한 사업실시주체에 있어 민간의 참여가 활발할 것으로 기대되나 이에 대한 정책의 기본방향설정이 미흡하다.

더불어 국공립미술관이나 국립공원 등을 이용할 때 무료로 이용할 수 있는 제도가 있는데 이는 이러한 문화생활에의 욕구를 갖고 있는 노인들에게만 그 혜택이 편중될 수밖에 없는 성격을 갖고 있다.

마. 공공부조와 노인복지서비스의 체계상 특성 및 한계

우리나라 노인복지는 국민기초생활보장제도 하의 수급자를 근간으로 하여 그들을 위한 서비스 무료 제공, 부가급여인 경로연금 지급과 차상위 계층 노인 에 대한 경로연금 지급과 특정 서비스의 실비비용으로 특징지워질 수 있어 잔여복지적 단계를 막 벗어나고 있는 것으로 판단된다. 또한 우리나라에서 유일하게 시행되고 있는 데모그란트인 교통비의 경우 수당의 재원이 지방정부에 의하여 마련되고 있는데, 이는 수당의 통상적인 관리주체가 중앙정부인 것에 비추어 볼 때 매우 특이한 현상이라 할 수 있다.

우리나라 노인복지에 있어 공공부조는 중요한 역할을 하고 있다. 현재 보건복지부 내에서 공공부조는 노인복지정책과나 노인보건과와는 별도로 집행·관리되고 있지만, 아직 공적 노후소득보장제도가 정립되지 않은 현실에서 노후의 기초생활을 보장해주는 중추적인 역할을 하고 있다. 그럼에도 불구하고 국민기초생활보장제도가 노인이라는 특정 연령집단의 제 특성을 충분히 반영하지 못하고 있어 기초생활보장제도로서의 역할을 충분히 수행하지 못하고 있다. 공공부조의 대상자 선정에 있어서 노인의 특성상 부양의무자의 범위 규정과 파악이 선정 여부를 결정하는 중요한 의미를 갖고 있는데, 법적인 부양의무자의 실제적인 부양의무 실천 가능성에는 불일치가 있어 노인집단의 경우 실제로 공공부조 대상으로 선정되어야 함에도 불구하고 탈락하는 경우가 많다. 또한, 공공부조와 더불어 경로연금이 부가급여적 성격으로 제공되고 있으나, 노인집단이 타 연령집단에 비하여 최저생계비가 많이 필요하다는 객관적 근거가 없어

경로연금의 위상에 대한 재검토가 필요하다.

두 번째로 생각해볼 문제는 공공부조와 노인을 대상으로 한 복지서비스가 체계적인 연계체계를 갖추고 있는가 하는 점이다. 현금급여 뿐만 아니라 다양한 현물급여의 출발점이 되고 있다. 즉, 현재 국민기초생활보장제도에 의하여 수급을 받고 있는 노인들은 필요한 관련 서비스를 무료로 이용하고 있다. 따라서 수급자로 선정되는가 여부가 저소득층 이하 노인의 삶에 있어 차지하는 비중이 매우 크다. 수급자로 선정되면 기본적인 생계비 확보뿐만 아니라 각종 서비스를 무료로 이용할 수 있으며 민간자원과의 연계도 활발하게 이루어지는 편이다. 반면, 소득수준은 낮지만 수급자로 선정되지 못하는 경우는 기본소득수준이 낮을 뿐만 아니라 서비스가 필요한 경우 비용을 지급하면서 이용하여야 하기 때문에 실제로 경험하는 경제적인 부담이 수급자에 비하여 더 커질 가능성이 존재한다. 노인은 다른 연령층보다 각종 질병과 신체·정신적 기능의 제한을 경험할 가능성이 높고 그러한 경험은 직접적으로 각종 지출의 증대를 가져오기 때문이다. 이는 국민기초생활보장 수급자 선정의 합리화뿐만 아니라 노인복지서비스 이용부담 지급방법에 대한 재검토를 요구한다.

한편, 노인을 대상으로 한 재가노인복지서비스가 법적 근거를 갖고 있는 가정봉사원파견서비스, 주간보호, 단기보호 외에도 도시락 배달사업, 밑반찬 배달사업 등이 부가적으로 실시되고 있고, 보건소를 중심으로 하여 가정방문 서비스도 이루어지고 있다. 이러한 흐름 속에서 서비스 대상자 선정이 서비스 기관별로 이루어지고 있어, 국민기초생활보장 수급자의 경우 서비스를 중복하여 받게 되는 일이 발생하고 있다. 또 한편으로는 서비스가 필요한 차상위층 노인은 서비스 대상으로 포함되지 못하는 경우가 발생하고 있다. 따라서 공공부조 대상자에게 필요한 복지서비스가 포괄적으로 중복되지 않게 제공될 수 있는 연계시스템의 구축이 필요하다. 또한 차상위계층에게 현물서비스가 확대될 수 있는 방안의 모색도 요구된다.

세 번째로 생각해볼 문제는 노인복지서비스가 보편성과 공공성을 확보하고 있는가 하는 문제이다. 많은 노인복지서비스가 공공부조대상 노인을 서비스 대상으로 설정하고 있으나, 실제 서비스 기반의 부족, 예산 부족 등의 이유로 인

하여 일부 대상자만을 대상으로 하여 실시되고 있다. 반면, 경로당의 경우 모든 노인을 대상으로 할 수 있는 기반이 마련되어 있다. 즉, 서비스 내용에 따라서 서비스의 보편성의 정도가 큰 편차를 보이고 있다.

〈표 IV-19〉 사업별 국고보조 부담률

(단위: %)

사 업 명	서 울		지 방	
	국 고	서 울	국 고	지 방
경로당운영	-	-	50	50
노인일거리마련 사업 노인자원봉사보조	50	50	50	50
경로당운영활성화 사업	50	50	50	50
노인건강진단	50	50	70	30
경로연금	50	50	70	30
시설운영비	50	50	70	30
실비(양로·요양)시설	50	50	70	30
시설기능보강비	50	50	50	50
- 노인복지회관 신축비	30	70	30	70
- 노인공동작업장 설치비	30	70	30	70
재가노인사업				
- 가정봉사원양성사업	40	60	40	60
- 가정봉사원파견사업	40	60	40	60
- 노인주간보호사업(실비포함)	40	60	40	60
- 노인단기보호사업	40	60	40	60
경로식당 무료급식사업	50	50	50	50
저소득재가노인식사배달	30	70	50	50
치매상담센터운영지원	30	70	50	50
공립치매전문요양병원	50	50	50	50

자료: 보건복지부, 『2003년도 노인보건복지사업안내』, 2003.

또한 서비스 대상자 규모 대비 서비스 제공 시설의 현황을 살펴보면, 시설이 도시지역에 편중되어 있기 때문에 지역별 보편성 확보에 문제가 발생하고 있다. 이러한 서비스 기반에 있어서 지역별 편차는 노인복지서비스가 형평성과 보편성의 문제에 대한 관심이 낮고 아직 잔여적 복지수준에 머물고 있기 때문이다. 더불어 서비스 기반마련에 대한 책임소재가 분명하지 않다는 점도 지적될 수 있다. 이는 노인복지영역만의 문제는 아니지만 지역별로 노인인구의 규모나 노인인

구 비율에 큰 차이가 있다는 점에서 문제의 심각성이 더하다 하겠다. 지방정부에 과도한 책임 부여는 지역별 서비스 기반의 과도한 편차를 가져오고 있다고 판단되며 이는 공공성 확보에 있어 문제점을 야기하고 있다. 또한 서비스 항목별로 상이한 중앙정부 부담비율이 논리적 근거 없이 제시되고 있으며 이러한 상이한 국가보조 부담률은 서비스의 필요성이 아니라 지방정부의 부담능력에 따라서 서비스 제공기관의 규모가 결정되며 영역별로 서비스 제공기관 수의 편차를 가져오고 있다.

더불어 무료시설, 실비시설, 유료시설 등의 구분이 이루어지고 있어 노인의 비용지불능력에 따른 서비스 질의 차이가 발생하고 있다. 특히, 무료시설의 경우 무료이용자와 실비이용자가 혼재되어 있으며, 실비이용자인지, 무료이용자인지가 드러나고 있어 낙인의 결과를 가져올 수 있다. 한편, 서비스의 내용에 공공부조적 성격의 비용부담이 포함되어 있어(예: 시설보호의 경우 기초생활의 보장) 공공부조와 서비스를 단위로 한 국가보조의 중첩이 발생하는 경우가 있다. 서비스 내용에 따른 중앙정부와 지방정부의 재정부담의 비중이 상이하며, 논리적 기반이 부족한 상황으로 재검토가 필요하다.

2. 장애인

가. 연혁

서구사회에서 장애인에 대한 사회복지 서비스의 본격적인 발전은 2차 세계대전 이후 장애인에 대한 사회적 인식 변화와 함께 시작되었다. 1945년 이후 장애인을 위한 서비스의 성격은 세 가지의 단계를 거치면서 발전하였다(김용득 외, 2003).³⁷⁾

그 첫 번째 단계는 보호차원의 배려에 중점을 두는 서비스로서, 이 단계에서는 장애인을 방치의 대상이나, 노동 가치를 상실한 무가치한 존재로 파악하던 이전의 방식에서는 진일보한 것으로서, 장애에 대한 사회적 책임을 인정하면서, 일정한 수준 이상의 치료와 보호를 받으면서 살아가야 하는 존재로 인식하였다.

37) 이하의 역사에 대해서는 김용득 외(2003)의 연구에 전적으로 의존했음을 밝혀둔다.

두 번째 단계는 훈련과 교육에 중점을 두는 서비스이다. 이 단계는 장애인의 기능적, 직업적 재활을 위한 기능훈련에 중점을 두는 서비스들이 집중적으로 개발된 시기라고 할 수 있다. 이 단계는 장애인의 기능훈련을 통한 능력향상의 잠재력을 인정했다는 면에서 이전의 단계에서 진일보한 것이며, 이 단계에서는 장애인에 대한 교육과 훈련이 강조되는 특징을 가진다고 할 수 있다.

세 번째 단계는 지역사회에서의 통합된 생활에, 즉 지역사회생활(communit living)에 초점을 두는 서비스이다. 이 단계에서는 장애인의 기능회복과 교육훈련의 성과는 일정한 한계가 있을 수밖에 없으며, 이러한 한계의 근본적인 원인은 사회적인 장애요소에 기인하기 때문에 사회에 내재해 있는 물리적, 심리적 장애요소들을 제거하여야 하며, 동시에 지역사회에서 독립적으로 생존할 수 있도록 하는 재정적, 전문적 서비스들이 강조된다고 할 수 있다.

이러한 세 단계의 발전을 거칠 때마다 장애에 대한 상이한 패러다임이 제시되었다. 이는 장애인들과 관련된 이전과는 다른 전제, 신념, 가치, 서비스 모델, 실천모델들이 도입되는 것을 말한다. 이상의 각 단계에서는 장애를 파악하는 시각이 달랐으며, 따라서 장애인을 위한 서비스 프로그램의 방향도 완전히 다른 것이었다고 할 수 있다.

우리나라도 마찬가지로 위와 비슷한 과정을 거친다고 볼 수 있다. 첫 번째 단계는 1961년 ‘생활보호법’ 제정에 따라 재활시설을 설립할 수 있는 근거를 만든 이후부터의 시기로 장애인시설에의 수용, 최소한의 보호에 중점을 두는 시기이다. 두 번째 단계는 1977년 ‘특수교육진흥법’ 제정 및 시설에서의 교육 및 재활의 정책방향을 제시한 보건사회부의 1978년 ‘심신장애자 종합보호대책’ 발표 이후부터의 시기로 이 시기에는 장애인의 훈련과 교육 등 재활에 중점을 두는 시기이다. 이 시기는 장애 원인을 개인적인 것으로 보고 장애인을 변화시켜 장애인이 사회에 적응할 수 있도록 도와주고자 하는 시기이다. 세 번째 단계는 1989년 ‘장애인복지법’ 개정 및 1990년 ‘장애인고용촉진등에관한법률’ 제정 이후부터의 시기로 지역사회에 있는 재가장애인에 대한 지원을 확대한 시기이다. 그러나 이 시기는 광범위한 복지급여가 발전되기 이전에 지역사회에서의 최소한의 생계보장을 우선적으로 추진하던 시기로, 장애인 문제를 사회 문제로

인식은 하나 사회적 환경에 대한 투자를 할 수는 없고, 장애인의 최소한의 생활은 보장하여야 한다는 정책의 기초에서 출발한다. 네 번째 단계는 1998년 ‘장애인·노인·임산부등의편의증진보장에관한법률’의 시행 및 대통령의 ‘장애인 인권헌장’ 선포, 1999년의 ‘장애인복지법’ 개정, ‘장애인고용촉진및직업재활법’ 개정의 시기로 경제적 지원에 더불어 사회환경의 개선 및 차별철폐를 위한 움직임이 시작된 시기이다. 이 시기는 장애인 문제의 원인을 장애 자체뿐만 아니라 사회적인 장애요소에 기인하는 것으로 보고 사회에 내재해 있는 물리적, 심리적 장애요소들을 제거하는 것이 강조되는 시기이다.

그러나 제도들이 이 시기별로 명확하게 구분되고 이전 단계의 제도나 프로그램들이 다음 단계에서 사라지는 것은 아니다. 앞에 나타났던 제도들은 그 이후의 단계에서도 지속되며 더욱 강화되는 측면도 있다. 즉, 수용만 하는 대형시설도 새로이 생겨나고 있으며 통합교육에 반하는 특수교육도 더욱 확대되고 있다. 그러나 이와 같이 구분하는 것은 새로운 담론의 영향을 받았다고 할 수 있는 제도의 발전시기를 기준으로 삼았기 때문이다.

1) 시설에의 수용 등 보호 단계: 1961년부터

1960년 이전까지는 빈곤의 시대로 일반장애인에 대한 법제나 국가의 개입은 없었다. 장애인 문제는 문제로 인식되지 못하고, 빈곤의 문제 측면에서 다루어졌다. 그나마 빈곤문제도 정부가 적극적으로 개입을 하지 못하고, 민간 사회사업이나 외국의 원조단체, 종교단체의 역할에 맡겨져 왔으며, 정부의 어떤 관리도 없었다. 다만 전쟁 이후인 1950년대와 군사정권이 들어선 1960년대에는 전쟁참여자 및 군인에 대한 예우차원에서 상이군경에 대한 지원은 확대되었다. 또한 1960년대 및 1970년대는 경제성장을 국정지표로 내세운 정권에 의해 산업재해보상에 대한 제도도 발전하여 산업재해 장애인에 대한 지원도 발전하기 시작했다.

정부가 장애인문제에 대하여 개입을 시작한 것은 1961년 ‘생활보호법’ 제정부터라고 볼 수 있다. 이 법은 노령, 질병 기타 근로능력의 상실로 인하여 생활유지의 능력이 없는 자에 대하여 생계보호, 의료보호, 해산보호 등을 하는 것을

목적으로 한다. 이 법의 대상자 중에는 불구, 폐질, 상이 기타 정신 또는 신체의 장애로 인하여 근로능력이 없는 자가 포함되어, 장애로 인한 빈곤자에 대한 국가의 보호가 시작되었다고 볼 수 있다. 이 법에 따른 시설보호 중에는 재활 시설이 있었는데, 재활시설은 신체상 또는 정신상의 장애가 있는 자로서 의료와 직업보도를 함으로써 재활할 수 있는 요보호자를 수용하여 의료재활과 직업보도를 행하는 것을 목적으로 하는 시설을 말한다. 그러나 이 당시의 장애인복지시설은 재활이라는 개념보다는 수용, 보호라는 차원이 더 강했다.

또한 이 시기는 장애인의 출산을 방지하는 노력이 있었다. 우생학 및 유전학적 이유, 특수 전염병 질환에 의한 임신의 경우에 대해서는 인공임신중절을 허용하도록 하는 법 규정을 마련하여 발생 가능한 장애아의 출산을 합법적으로 방지하고자 하는 근거를 마련하였다(황나미, 1996). 또한 1973년에는 ‘정신지체인불임수술관계법’을 정부에서 만들려고 하다가 여러 가지 논란이 있어 폐기된 적이 있었다.

2) 훈련과 교육 등 재활 단계: 1977년부터

국제적으로 1970년대는 장애인의 권리에 대한 관심이 증폭된 시기이다. UN은 1971년에는 ‘정신지체인의 권리선언’을, 1975년에는 ‘장애인 권리선언’을, 1976년에는 1981년을 ‘세계장애인의 해’로 지정하는 결의를 하였다. 1981년은 UN이 정한 ‘세계장애인의 해’이었으며, 후속조치로 1982년부터 1991년까지가 UN이 정한 ‘세계장애인 10년’이었으며, 1982년에는 UN에 의해 ‘장애인에 관한 세계행동계획’이 채택되기도 하였다. 또한 국내적으로는 1980년대 초반 전두환 정권이 자신의 정통성 부재를 ‘복지국가구현’이라는 구호로 무마시키려하였으며, 정권이 사활을 걸고 획득한 ‘1988 서울 올림픽’ 유치 결과 올림픽 후 ‘장애자 올림픽’이 열리게 되었고, 이에 따라 정부에서는 장애인복지 문제에 대한 관심을 갖지 않을 수 없게 되었다. 따라서 이 시기는 국제적인 장애인 인권의식 향상에 따른 영향 및 군사정권의 정당성 확보차원에서 마련된 ‘장애자 올림픽’을 앞두고 국제적인 시선을 의식하여, 특수교육진흥법이 제정(1977년)되고,

시설의 현대화, 직업재활에 대한 인식이 싹튼 시기이다.

1978년 6월 보건사회부의 ‘심신장애자³⁸⁾ 종합보호대책’을 보면, 보호시설에 수용중인 장애어린이에게 직업훈련을 실시하고, 보호시설에 물리치료실, 작업치료실, 언어치료실, 직업훈련시설을 설치하고, 영양급식을 위해 지급물자의 양과 종류를 개선하고, 목발과 보청기 등 보장구를 지급하고, 보건사회부 안에 장애자보호제도 수립을 위한 전담기구를 설치하는 방안을 모색하고 있다. 이는 ‘세계장애인의 해’를 앞두고 우리 정부 차원에서 장애인문제를 인식하기 시작한 것으로 보인다. 그러나 종합대책이 시설보호에 한정되어 있음을 알 수 있다. 단지, 시설에의 단순 보호가 아닌 재활을 위한 각종 치료를 도입하고, 시설보호의 수준을 향상시키겠다는 정책방향을 보이고 있다.

이 종합대책 및 군사정권이 내세운 ‘복지국가실현’이라는 슬로건에 따라 1981년 ‘심신장애자복지법’이 제정되었다. 이 법의 시행을 보면 주로 시설에 관한 사항이 주를 이루고 있음을 알 수 있다. 1980년 이전까지의 장애인 시설은 단순 수용·보호에 머물러 있었으나 법 제정에 따라 직업재활시설, 이용시설 등이 생기게 되었다.

장애인의 직업재활에 관한 정부의 개입으로는 1982년부터 한국장애자재활협회를 통해 장애인취업알선을 도모한 것이 있었다. 또한 1986년에 노동부가 ‘직업훈련법’을 개정하여 일반인을 위한 직업훈련시설에서 장애인을 직업훈련대상자로 확대하였고, 같은 해 보건사회부는 중증장애인을 위한 보호작업장운영계획을 수립하여 22개 자립작업장을 시범·운영했다. 이는 장애인에게 직업 훈련을 통해 재활을 도모하고자 하는 조치였다.

이처럼 장애인에 대한 교육, 치료, 직업재활은 1970년대 후반부터 시작되었다. 그러나 1970년대 및 1980년대는 정부가 ‘선성장·후복지’라는 정책기조에 입각한 사회정책을 추진하였기 때문에 극소수의 시설 장애인 및 저소득장애인에

38) 본 연구에서 ‘장애자’와 ‘장애인’이라는 용어가 혼용되고 있는데, 이는 1981년 ‘심신장애자복지법’에서 1989년 ‘장애인복지법’으로 명칭이 변경되었기 때문에 발생하는 문제이다. 본 연구에서는 현행법의 용어인 ‘장애인’이라는 용어를 주로 사용하지만, ‘심신장애자복지법’이 발효된 기간 동안 공식적으로 사용된 법률, 보고서, 위원회 등의 명칭으로 ‘장애자’가 사용된 경우에는 이를 그대로 적는다.

대한 재활정책에 그치고 말았다.

3) 제한적인 경제적 지원 단계: 1989년부터

복지급여로서 경제적 지원이 시작된 것은 1989년 ‘장애인복지법’ 개정 및 1990년 ‘장애인고용촉진등에관한법률’의 제정부터이다. 이전에도 ‘상속세법’, ‘소득세법’에 의하여 장애인에게 세금을 감면해주는 제도는 있었으나 이는 장애인에게 직접 급여한 것이 아니기 때문에 본격적인 복지급여로 보기에는 어려울 것으로 보인다.

1987년 민주화 대투쟁 이후 각계·각층에서 분출된 민주화 요구와 더불어 진행된 저소득층의 복지요구는 장애계에도 많은 영향을 미쳤다. 이전까지는 자신들의 목소리를 내지 못했던 장애인 및 장애인단체들은 1988년 ‘서울장애자올림픽’ 개최를 계기로 운동이라는 틀을 통해 장애인문제를 해결하고자 하는 욕구를 표출하게 되었다. 서울장애자올림픽대회를 앞두고 기존의 정책형성과정에서 조직화되었던 장애인운동주체들과 젊은 장애인들이 주축이 되어 여러 장애인단체를 설립하고, ‘1988년 장애자올림픽 개최 반대’운동 및 장애인운동을 펼쳐 나가기 시작하였다. 이들은 반대투쟁에 머무른 것만은 아니고 장애인복지 문제 해결을 위한 정부의 각성을 촉구하고 각종 정책 대안을 만들어 나갔다. 이 단체들은 장애인문제는 사회·환경적 문제임을 인식하고, 제도변혁을 위한 노력을 시도하였다. 이러한 장애인들의 요구에 따라 또한 여소야대라는 국내정치 상황에 의해 1989년 ‘장애인복지법’, 1990년 ‘장애인고용촉진등에관한법률’이 제정되게 되었다.

개정 ‘장애인복지법’에서는 ‘심신장애자’라는 용어를 ‘장애인’으로 변경하였고, 장애인등록제를 실시하였다. 또한 국가 및 지방자치단체의 책무로 장애발생의 예방, 재활의료, 중증장애인의 보호, 보호자에 대한 배려, 장애인의 교육, 장애인의 직업지도, 장애인용 주택의 보급, 문화환경의 정비, 경제적 부담의 경감 등을 규정하였으나 선언적 규정에 그치고 말았다. 그러나 개정법에 따라 장애인에 대한 복지서비스는 확대되었다. 저소득 장애인에 대한 의료비·자녀교육비 지급, 보장구 교부, 자금의 대여, 생업지원, 자립훈련비 지급, 생계보조수당 등

주로 저소득 장애인에 대한 경제적 지원이 시작되었다. 또한 일반 장애인에 대한 경제적 지원도 확대되어 전화요금감면(1989년), 장애인 승용 자동차 LPG연료 사용 허용(1990), 국·공립박물관, 고궁 및 능원의 장애인 무료 입장(1990), 철도 및 지하철도 요금 50% 할인(1991), 국내선 항공료 50%할인(1~3급 장애인은 보호자 1인 포함)(1991, 1993), 지하철 무임 승차제(1993년) 등 각종 이용요금 할인혜택이 시작되었다. 그러나 저소득장애인에 대한 국가지원은 한정된 자원으로 생존권을 보장하기에는 미흡한 수준이었고, 일반 장애인에 대한 지원은 소득 지원이 아닌 필요경비를 감면해 주는 것으로 중산층 이상의 장애인이 저소득 장애인 보다 더 많은 혜택을 받는 문제점을 드러냈다.

장애인의 주거 생활 보호를 위해 1993년에 영구임대주택 입주 신청 시 가산점 부여를 확대하였으며, 1995년에는 ‘주택공급에 관한 규칙’을 개정하여 국민주택(공공임대주택 제외)의 특별공급대상에 장애인을 포함하는 등 장애인의 주거권 확보를 위한 입법조치도 이 시기부터 시행되기 시작하였다.

즉, 이 시기는 장애인 운동세력에 의해 장애인 문제를 사회문제로 인식하기 시작하였으며 이에 따라 시설에서의 보호뿐만 아니라 재가장애인에 대한 복지급여가 시작되었으며, 주로 의·식·주에 걸친 최저생계 보장을 목적으로 하고 있음을 알 수 있다.

4) 제한적인 사회적 지원 단계: 1998년부터 현재까지

1992년 UN이 정한 ‘세계장애인 10년’이 끝남에 따라 UN아시아·태평양경제사회위원회(ESCAP)는 ‘아·태 장애인 10년(1993-2002)’을 선포하였다. 여기에서 ‘장애인의 완전 참여와 사회통합’이라는 모토가 나오게 되었고, 장애계의 최대 화두도 사회통합에 맞추어졌다. 이를 위해 장애인 문제는 인권의 문제로 다루어져야 하며, 국민이라면 갖게 되는 모든 권리를 장애인도 가져야 된다는 의식이 강하게 나타났다. 이에 따라 장애인계에서는 장애인복지 서비스, 장애인 고용, 장애인 특수교육뿐만 아니라 참정권확보, 편의시설 확충, 지역단위에서의 자치 정치에의 참여, 일반교육에서의 차별 철폐, 복지시설의 투명한 운영 및 지

역사회 내에서의 시설 운영 등의 욕구를 표출하게 되었다. 또한 1997년 ‘국민의 정부’의 출범은 장애인복지의 발전에 대한 정부의 의지를 높이게 되었다. 김대중 대통령은 대통령 취임사에서 장애인이 일할 수 있는 환경을 조성하는 생산적 복지를 강조함으로써 장애인복지에 대한 관심을 나타냈다.

이시기에 사회적 지원이 확대될 수 있었던 것은 장애인 운동세력의 성숙 및 이를 뒷받침할 수 있는 정치세력의 형성에 따른 것으로 보인다. 장애인단체들은 이전의 법률 제·개정 운동의 역량을 강화하고, 국제적 연대, 시민단체와의 연대를 통해 외연을 확대하며, 운동의 내용도 생계보장의 차원을 넘어 다양한 권리의 보장을 요구하게 되고 다양한 단체들이 성립되게 되었다.³⁹⁾

1998년 12월 9일 정부는 국무회의의 의결을 거쳐 대통령이 서명한 ‘한국장애인인권헌장’을 제정 선포하였다. 이 인권헌장에는 장애인의 인간 존엄과 가치를 확인하고 건전한 사회구성원으로 장애인의 자립노력과 인권보호, 사회참여와 평등을 보장하는 기본원리와 장애인의 기본적인 권리를 명시하고 있다.

1999년에는 장애인복지법 및 장애인고용촉진등에관한법률의 개정이 있었다. 개정 ‘장애인복지법’에서는 장애인의 정의를 주요 외부신체기능의 장애, 내부기관의 장애와 정신지체, 정신질환에 의한 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 불편을 겪는 사람으로 하여, 장애 범주를 확대하였다. 장애인의 인간 존엄과 완전한 사회참여와 평등을 기반으로 하는 사회통합을 기본이념으로 하며, 장애인의 정보접근권 보장을 위해 수화통역, 폐쇄자막, 점자 및 음성도서 등의 조치를 시행하고, 장애인 보조견, 장애유형에 따른 재활 서비스 제공, 장애인생산품의 구매, 재활보조기구의 개발·보급 등의 시책을 강구하고 있다. 이 개정법은 장애인사용자동차에 대한 지원, 장애인보조견의 훈련 및 보급지원, 장애아동부양수당 및 보호수당을 신설하는 등 재가장애인에 대한 복지서비스를 확대하였다.

39) 장애인운동의 내용은 고전적인 생존권 투쟁은 물론 장애인 편의시설 설치활동을 목적으로 한 장애인편의시설촉진시민연대, 여성장애인의 권익증진을 도모하는 여성장애인연합, 장애인 실업문제를 중심으로 한 장애인실업연대 등 다양하면서도 구체적인 접근이 시도되었다. 또한 각 지역별 장애인단체들을 연합하는 장애인연합단체들이 등장하여 부산, 대구, 광주 등지에서 장애유형별 단체의 한계를 극복하고자 하는 노력이 전개되었다.

장애인에 대한 사회적 지원이 시작됨과 동시에 경제적 지원은 더욱 확대되었다. 저소득 장애인에게만 교부되던 보장구를 일반 장애인들에게는 1997년부터 의료보험 및 의료보호를 통하여 구입할 수 있도록 하였으며, 매년 급여 대상 보장구의 범위가 확대되고 있다. 1996년부터는 이동전화 가입비 면제 및 사용료 30% 할인이 시행되고, 1997년에는 시각청각장애인 가정에 대한 TV 수신료 면제, 전화요금 할인을 50%로 확대, 장애인 차량 고속도로 통행료 50%할인, 1998년에는 장애인 자동차 특별소비세 면제 확대, 면허세 면제, 2001년에는 장애인용 LPG 차량에 대한 세금 인상분 지원 등의 정책이 시행되었다.

또한 장애인의 사회통합을 이루기 위해서는 장애인이 사회생활을 불편함 없이 할 수 있어야 하며 이를 위해 장애인 편의시설은 필수라고 할 수 있다. 따라서 이를 위해 1997년 4월 국회에서는 “장애인·노인·임산부의 편의증진보장에 관한 법률”을 제정하였다⁴⁰⁾. 신규민간 시설은 이 법의 적용을 받으나 이미 지어진 시설의 경우 적용을 받지 않고, 공공기관의 경우 2년에서 7년 내에 편의시설을 설치하도록 되어 있어, 편의시설 증진의 급격한 변화는 없었으나, 공공기관에 경사로 설치, 장애인 전용 주차장 설치 등은 어느 정도 효과를 거둔 것으로 보인다.

이 시기의 장애인시설은 대규모 시설 중심에서 지역사회내의 작은 시설로의 변화가 일어났다. 1996년부터 ‘주간 및 단기보호시설’이 설치 운영되고, 1997년부터 장애인공동생활가정(group home)이 설치 운영되었다. 물론 이전부터 일부 민간 선각자에 의해 설치 운영되기는 하였지만 이 당시부터 국가로부터 예산이 지원되기 시작했으며, 이에 따라 확대를 하게 되었다. 1999년부터는 청각장애인 및 시각장애인의 지역사회 생활을 보조해 주고자 시각장애인 심부름센터 및 수화통역센터에 대한 국고보조가 시행되었다.

40) 1991년 장애인복지법 개정에 따라 장애인 편의시설을 마련하고 규격화하기 위하여 1994년 ‘장애인 편의시설 및 설비의 설치기준에 관한 규칙’을 제정하였으나, 이 규칙이 실효성을 발휘하기 위해서는 건축법 시행령 등 관련 법령의 개정·보완 등이 필요했다. 1995년 12월 개정된 건축법 시행령에 ‘건축물에 설치하여야 하는 장애인 관련 시설 및 설비는 장애인복지법령이 정하는 바에 의한다.’라고 규정함에 따라 장애인 편의시설을 설치하지 않은 경우 건축허가를 받지 못하도록 편의시설에 대한 규제가 강화되었다. 그러나 이를 실행하고자 하는 행정당국 및 사회의 의지가 부족함에 따라 장애인 편의시설의 확충은 미흡했다.

즉, 이 시기는 장애인에 대한 복지 급여 중 경제적 지원은 더욱 확대되고, 1996년부터 ‘장애인먼저운동’이 실시되는 등 사회인식의 개선 및 편의시설설치 등 사회 환경의 변화를 위한 조치들이 시행되는 시기이다. 또한 장애인의 권리에 대한 인식이 확대되어 최소한의 생계보장을 넘어 일반적인 권리까지 보장을 하려는 움직임들이 나타나기 시작하는 시기이다. 한편 시설도 대형 중심에서 지역사회에 기반을 둔 소형시설로의 변화가 일어나고 있으며, 장애인의 사회통합을 위한 각종 조치들이 실시되는 시기이다.

나. 제도개요

1) 공공부조

한국에는 엄밀한 의미의 장애수당은 존재하지 않는다. 수당의 본연의 의미가 자산조사를 실시하지 않고 인구학적 요건만 충족되면 지급되는 데모그란트라는 차원에서 그렇다. 그러나 장애인복지법에서 수당이란 이름으로 규정된 법정 장애관련 수당은 크게 세 가지가 있다. 장애수당, 장애아동부양수당, 보호수당이 그것이다. 이 중 보호수당은 예산이 확보되지 않아 시행하지 못하고 있으며 장애수당과 장애아동부양수당만 지급되고 있다.

2003년 현재 장애수당은 저소득 장애인가구의 생활안정을 도모할 목적으로 국민기초생활보장수급자인 장애 1급, 2급 장애인, 다른 장애가 중복된 3급 정신지체·자폐장애인에게 한 달에 50,000원을 분기별로 지급하고 있다. 장애아동부양수당은 도움에 필요한 경비를 지원함으로써 저소득 장애인의 생활을 안정시킬 목적으로 국민기초생활보장수급자 가구로서 만 18세 미만의 1급 재가 장애아동보호자에게 월 4,5000원을 분기별로 지급하고 있다. 장애아동부양수당은 장애인이 고등학교와 이에 준하는 특수학교 또는 각종 학교에 재학중인 경우로 20세 이하까지 연장하여 지급받을 수 있다. 그런데 노인을 대상으로 하는 경로연금과 달리 장애수당은 장애인이 시설에 입소하는 경우에는 지급되지 않는다.

양수당의 재원은 서울의 경우 국비 50%, 지방비 50%의 비율로 조달되며, 기타 지역의 경우 국비 70%, 지방비 30%의 비율로 조달되고 있다. 장애수당에

소요되는 예산은 2003년의 경우 총 138,582명에 대한 약777억(77,724,574,000)원이며, 장애아동부양수당은 총2,687에 대한 약 14억(1,391,284,000)원이다(보건복지부, 2003).

이상의 사업을 정리하면 다음의 <표 IV-20> 과 같다.

<표 IV-20> 장애관련 수당의 현황

사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	비 고
장애수당	국민기초생활보장법상의 수급자로서 1, 2급 장애인 (다른 장애가 중복된 3급정신지체인 및 자폐장애인 포함)	○ 1인당 월5만원	읍·면·동에 신청
장애아동부양수당	국민기초생활보장법상의 수급자로서 만 18세미만의 1급 재가 장애아동 보호자	○ 1인당 월4만5천원	읍·면·동에 신청

장애인분야에서는 결론적으로 데모그란트는 없으며 수당이라는 이름의 서비스들은 사실 공공부조의 성격을 지니는 것으로 이해할 수 있다. 우리나라의 대표적인 공공부조제도인 국민기초생활보장제도에는 장애인에 대한 특별한 배려가 거의 없다. 장애인에 대해서 가산급여를 책정하여 지급하는 서구국가와는 차이가 있다. 서구국가들에서 장애인에게 가산급여를 지급하는 것은 장애인 가구의 경우 추가로 소요되는 비용이 많아 일반인과 똑같이 취급할 경우 최저생계를 유지하기가 어렵기 때문이다.

국민기초생활보장제도에서 장애인에 대해 배려하고 있는 것은 장애인 보장구 구입비를 의료급여 항목으로 인정하고 있는 것뿐이다. 의료급여에서 적용되는 보장구들은 의료보험에서도 똑같이 급여 항목으로 책정되어 있다.

보장구 의료급여는 등록장애인전체를 대상으로 하며, 적용대상 품목의 기준액 범위 내에서 1종 수급권자는 전액 의료급여기금에서 지원되고, 2종 수급권자인 경우에는 의료급여기금에서 80%를 지원하고 나머지 20%는 시군구에서 부담하고 있다. 의료급여가 적용되는 보장구의 품목은 다음의 <표 IV-21> 과와 같다. 참고로 건강보험은 구입비용의 80%를 지원한다. 그러나 의료급여가

적용되는 보장구 품목이 매우 제한되어 있고 기준액이 너무 낮아서 장애인들의 비용부담이 과다하다는 문제점을 지니고 있다. 이로 인해 2000년 장애인실태조사 결과 보장구를 구입하지 못하는 장애인의 72.1%가 ‘비용이 부담되어서’라고 그 이유를 밝히고 있다(변용찬 외, 2001).

〈표 IV-21〉 의료급여 적용 보장구

분 류	유 형
지체장애인용	상하지의지·보조기(유형별로 상이), 지팡이(5년, 2만원), 목발(5년, 15,600원), 휠체어(5년, 30만원)
시각장애인용	돋보기·저시력보조안경·망원경(5년, 10만원), 의안(5년, 30만원), 콘택트렌즈(3년, 8만원), 흰지팡이(1년, 14,000원)
청각장애인용	보청기(5년, 25만원)
언어장애인용	체외용 전기후두(5년, 50만원)

주: ()안은 내구연한 및 기준액

보장구의 전달체계는 보장구의 종류에 따라 다음의 두 가지로 나뉜다. 지체 장애인 및 뇌병변장애인용 지팡이·목발, 시각장애인용 흰지팡이의 경우 장애인 본인이 자비로 구입한 후 구비서류를 첨부하여 시·군·구청에 신청하면 된다. 이 경우에는 의사의 처방이 필요없다. 이를 제외한 여타의 보장구는 먼저 의사의 처방을 받아야 한다. 의사의 처방에 따라 보장구를 구입한 후에 다시 해당 의사의 검수를 받아 구비서류를 첨부하여 시·군·구청에 신청하면 된다. 위의 절차를 흐름도로 설명하면 아래와 같다.

[그림 IV-1] 장애인 보장구 의료급여 흐름도

보장구처방(진료기관, 처방전) → 보장구구입(판매업소, 영수증)
 → 보장구 검수(진료기관, 검수확인서) → 구입비용지급신청(시·군·구청)
 → 구입비용 지급(시·군·구청)

2) 재가서비스

장애인을 위한 재가서비스는 크게 다음의 세 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 법적인 공공부조는 아니지만 행정관서가 현금이나 현물을 제공하거나 알선하는 것, 둘째, 각종 할인이나 감면제도를 통해서 장애인의 경제적 부담을 경감시켜주는 것, 셋째, 이용시설을 활용하도록 하는 것이다.

첫째, 법적인 공공부조는 아니지만 행정관서가 현금이나 현물을 제공하거나 알선하는 사업에 관한 내용이다. 먼저, 장애인 자녀의 교육비를 지급하는 사업이 있다. 장애인 자녀 교육비 지원사업은 수당이라는 명칭으로 지급되지는 않으나 개인에게 현금으로 지급될 수 있다는 측면에서 장애수당과 유사한 측면이 있는 사업이다. 장애인 자녀 교육비를 지급받을 수 있는 대상자는 국민기초생활보장 수급자 가구가 아닌 가구의 장애인으로서 다음의 <표 IV-22>와 같다. 해당 학생이 장학금을 받았다고 할지라도 교육비는 지원되며, 이들에게는 중학교 재학생 수업료 및 고등학교의 입학생과 재학생의 입학금 및 수업료 전액을 지원한다. 장애인 자녀 교육비 지원 사업에 소요되는 비용은 서울의 경우 국비 50%, 지방비 50%의 비율로 조달되며 기타 지역의 경우 국비 80%, 지방비 20%의 비율로 조달된다. 2003년의 경우 총 5,537명에게 약 36억원의 예산이 배정되었다(보건복지부, 2003).

<표 IV-22> 2003년 현재 장애인 자녀교육비 지원 대상

구분	내 용						
소득 인정액	가구규모 (원/월)	1인	2인	3인	4인	5인	6인
		47만원 이하	77만원 이하	105만원 이하	133만원 이하	151만원 이하	170만원 이하
대 상	· 1~3급 장애인 중학생 및 고등학생 · 1~3급 장애인의 중학생 자녀 및 고등학생 자녀						
지 역	· 중 학 생 : 구·시지역 3학년 · 고등학생 : 전지역 1, 2, 3학년						

주: 1) 7인 이상 가구는 1인 증가시마다 19만원씩 소득인정액이 증가됨.

2) 구·시지역의 1, 2학년 중학생이 빠져있는 것은 의무교육이 시행되고 있기 때문이다.

다음으로 장애인 재활보조기구 무료보급사업이다. 이것은 공공부조는 아니지만

장애인보장구 의료급여 사업과 비슷하다. 장애인의 재활보조기구를 무료로 보급하는 사업이다. 이 사업의 대상자는 수급권자 및 차상위계층으로서 지체·뇌병변·시각·청각·심장장애인이며, 이들에게는 욕창방지용 매트(1~2급의 지체·뇌병변, 심장장애인), 음향신호기 리모콘 및 음성탐상시계(시각장애인), 휴대용무선신호기(청각장애인)가 무료로 교부된다. 2003년 현재 욕창방지용 매트는 1인당 120,000원, 시각장애이용 음향신호기 리모콘 및 음성탐상시계는 1인당 20,000원, 휴대용 무선신호기는 1인당 150,000원을 기준으로 교부된다. 재원은 서울의 경우 국비 50%, 지방비 50%의 비율로 조달되며 기타 지역의 경우 국비 80%, 지방비 20%의 비율로 조달된다. 2003년의 경우 총 13,600명에게 14억 4천만원이 지원된다(보건복지부, 2003). 이상과 같은 재활보조기구는 장애인이 '재활보조 기구 교부 신청서'를 읍·면·동사무소에 제출하면 자격을 검토하고 시·도별로 일괄 구매하여 교부한다. 신청자가 많을 경우에는 장애등급, 수급자 여부 등을 고려하여 우선순위에 따라 교부한다.

한편, 장애인 의료비 지원사업 또한 공공부조는 아니지만 이와 유사한 성격을 띠고 있는 사업이다. 재원이 의료급여기금이 아니라는 것 외에는 의료급여와 매우 흡사하다. 장애인 의료비 사업의 대상자는 의료급여법의 2종 수급권자인 장애인 본인이다. 의료급여가구라고 할지라도 장애인 본인이 아닌 가족은 이 사업의 의료비 지원을 받지 못한다. 이들이 1차 의료급여기관에서 진료를 받은 경우 의료급여법상의 본인 부담금의 50%를 지원한다. 2003년 현재 1차 의료급여기관에서 처방전 교부시 본인부담금 1,000원 중 750원, 처방전을 교부하지 않고 진료하거나 약사법 제21조제5항의 규정에 의하여 의약품을 직접 조제하는 경우 본인부담금 1,500원 중 750원을 지원한다. 2차 및 3차 의료급여기관과 국공립결핵병원에서 진료를 받은 경우에는 본인 부담금 전액을 지원한다. 다만, 본인부담 식대 20%는 지원되지 않는다. 재원은 서울의 경우 국비 50%, 지방비 50%의 비율로 조달되며, 기타 지역의 경우 국비 80%, 지방비 20%의 비율로 조달되며 의료급여기금이 아닌 일반예산에서 마련된다. 2002년 예산규모는 118,912건에 약 140억(14,065,966,000)원이었다(보건복지부, 2003). 재원은 의료급여기금이 아니지만 청구절차는 일반 의료급여 청구절차와 동일하다. 따라서 이 의료지원비는 장애인 본인에게 직접 지급되는 것이 아니고 진료기관이 건강보험심사평가원에 청구하면 진료기관에 지급되는 절차를 밟는다.

장애인 등록 진단서 발급비를 지원하는 사업도 공공부조는 아니지만 유사한 성격을 띠고 있는 사업이다. 지원대상은 신규로 장애인등록을 하기 위해서이거나 행정관서의 직권으로 등급을 재조정하기 위해서 진단을 받는 국민기초생활보장 수급자인 장애인이다. 장애판정을 받기 위해 소요되는 비용은 본인이 부담해야 하며 진단서 발급에 소요되는 비용만을 지원한다. 2003년 현재 정신지체 및 발달장애인의 경우 4만원이 지원되며, 여타 장애인의 경우 1만 5천원이 지원된다. 이 비용은 장애인 본인에게 지급되는 것이 아니라 시·군·구에서 의료기관에 직접 지급한다. 이상의 사업들은 비록 공식적인 공공부조는 아니지만 공공부조와 매우 유사한 성격을 띠고 있는 것들이다.

이상에서 언급한 것 이외에도 장애인자립자금대여사업이 있다. 장애인 자립자금은 국민기초생활보장제도에 의해 생업자금 용자를 받는 수급자와 차상위계층을 제외한 저소득자로서 가구주 본인이 장애인인 경우와 배우자가 장애인인 가구주가 대상이 되며 가구당 1500만원의 범위 내에서 시장이자율보다 싼 이율(변동금리)로 5년 거치 5년 분할상환의 조건으로 대여하는 제도를 말한다. 읍·면·동에 신청하면 된다. 장애인 자립자금은 다른 경제적 지원정책의 재원이 일반회계인 반면, 이는 재정투융자특별회계에 근거한다는 점이 특징이다. 그리고 행정관서에서 알선하는 사업으로 공동주택 특별분양 알선 사업이 있다. 특별분양 알선을 받을 수 있는 장애인은 등록장애인으로서 무주택 세대주(정신지체인의 경우 그 배우자 포함)인 경우에 한정된다. 읍·면·동에 신청하면 청약저축에 상관없이 전용면적 85㎡ 이하의 공공분양 및 공공임대주택 분양을 알선해 준다.

행정관서에서 직접 서비스를 관리하는 사업으로 청각장애아동 인공달팽이관 수술 지원사업이 있다. 장애인복지법 제16조를 근거로 시행되는 이 사업은 청각장애인이 10세 이전에 인공달팽이관 수술을 하고 언어훈련을 하면 장애를 극복하고 생활할 수 있기 때문에 정부에서 수술비를 지원하고 있다. 대상자는 10세 미만의 저소득 청각장애 아동이며, 1인당 약 2200만원이 지원된다. 국고와 지방비의 비율은 30 : 70이다.

〈표 IV-23〉 행정관서가 현금이나 현물을 제공하거나 알선하는 사업

사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	비 고
장애인 자녀 교육비 지원	○ 차상위계층(소득인정액) 가구의 1~3급 장애인인 중학생·고등학생 ○ 위와 같은 저소득가구의 1~3급장애인의 중·고등학생 자녀	○ 중학생, 고등학생의 입학금 및 수업료 전액	읍·면·동 에 신청
장애인 재활보조기구 무료교부	○ 국민기초생활보장법상의 수급자 및 차상위계층	○ 품목 - 욕창방지용 매트: 1~2급 지체·뇌병변·심장장애인 - 음향신호기의 리모콘과 음성탐상시계: 시각장애인 - 휴대용 무선신호기: 청각장애인	읍·면·동 에 신청
장애인 의료비 지원	○ 의료급여법에 의한 2종 의료급여대상자인 장애인	○ 1차 의료급여기관 진료 - 본인부담금 1,000원중 750원 지원(의약분업 적용) - 본인부담금 1,500원중 750원 지원(의약분업 예외) ○ 2차, 3차 의료급여기관 및 국공립결핵병원 진료 - 의료급여수가적용 본인부담진료비 20% 전액(단, 본인부담금 식대 20%는 지원하지 않음) ○ 의료급여 적용 보장구 구입시 상한액 범위 내에서 본인부담금(20%) 전액	의료급여증과 장애인등록증을 제시
장애인 등록진단비 지급	○ 국민기초생활보장법상의 수급자로서 신규 등록 장애인 및 직권에 의한 등급 재조정 대상 장애인	○ 진단서 발급 비용 지원 - 정신지체 및 발달장애 : 4만원 - 기타 일반장애 : 1만5천원 ※ 장애인정을 위한 검사비용은 본인부담	시·군·구 에 서 의료기관에 직접 지급
장애인 자립자금 대여	○ 저소득 가구의 장애인가구주 또는 가구주의 배우자인 장애인 ※ 국민기초생활보장법상의 수급자 및 차상위계층은 생업자금을 대여하므로 제외	○ 대여한도 : 가구당 1,500만원 이내 ○ 이자 : 4%	읍·면·동 에 신청
공동주택 특별분양 알선	○ 등록장애인인 무주택 세대주 (정신지체인인 경우 배우자 포함)	○ 청약저축에 상관없이 전용면적 85제곱미터 이하의 공공분양 및 공공임대주택 분양 알선	시·도에 문의 및 읍·면·동에 신청
청각장애아동 인공달팽이관 수술지원	○ 등록장애인인 10세 미만의 저소득 청각장애아동	○ 수술비 지원(2,200만/1인)	읍·면·동 에 신청

다음으로 각종 할인이나 감면제도를 통해서 장애인의 경제적 부담을 경감시켜주는 시책들이다. 장애로 인한 소득경감과 추가비용부담을 완화하기 위하여 정부에서는 각종 공공요금을 감면해 주고 또한 각종 세금을 감면하거나 감면대상범위를 매년 확대해 왔다. 이들 시책의 내용들은 1980년대 후반부터 도입되기 시작하였고, 1990년대 중반기에 집중적으로 확대되었다. 이들의 주요 내용은

시책 영역별로 나누어서 살펴보도록 하자.

먼저 교통수단에 대한 부담 경감조치들이다. 교통수단은 다시 개인 자동차와 대중교통수단으로 나누어 볼 수 있다. 교통수단에 대한 부담 경감조치들의 구체적인 내용은 다음의 〈표 IV-24〉, 〈표 IV-25〉와 같다.

〈표 IV-24〉 장애인 자동차 관련 경제부담 경감 시책

사업명	지원대상	지 원 내 용	비 고
장애인 자동차 표지발급	○ 장애인 또는 장애인과 함께 거주하는 배우자, 직계존·비속, 직계비속의 배우자, 형제, 자매명의로 등록하여 장애인이 주로 사용하는 자동차 1대 ○ 국내거소신고한 한 재외동포와 외국인 등록을 한 외국인으로서 보행장애가 있는 사람 명의로 등록한 자동차 1대 ○ 장애인복지시설 및 단체 명의의 자동차	○ 장애인전용주차구역 이용(일부에 한함), 10부제 적용 제외, 지방자치단체별 조례에 의거 공영주차장 주차요금 감면 등	복지부소관 읍·면·동에 신청
승용 자동차 LPG연료 사용허용	○ 장애인 또는 장애인과 주민등록표상 거주를 같이 하는 배우자·직계존속·직계비속·직계비속의 배우자명(이와 같은 관계에 있는 사람이 없을 경우에 형제·자매 포함)로 등록한 승용자동차 1대	○ LPG연료사용허용(LPG연료사용차량을 구입하여 등록 또는 휘발유 사용차량을 구입하여 구조변경) ※ LPG승용차를 사용하던 장애인이 사망한 경우는 동 승용차를 1년 이내에 휘발유를 사용하도록 개조하거나 다른 장애인에게 양도하여야 함	산업자원부 소관 시·군·구 차량등록기관에 신청
장애인용 LPG연료 세금인상액 지원	○ 복지(구입)카드 또는 보호자카드로 수송용 LPG를 구매하는 장애인용 LPG 승용차 소지자	○ 잠정적으로 한도액은 1일 2회, 1회당 40,000원까지 지원 - 6월까지 140원/ℓ - 7월부터 210원/ℓ 지원예정	복지부소관 읍·면·동에 신청
승용자동차에 대한 특별소비세 면제	○ 1~3급장애인 본인 명의 또는 장애인과 주민등록표상 생계를 같이 하는 배우자·직계존속·직계비속·직계비속의 배우자·형제·자매 중 1인과 공동명의로 등록한 승용자동차 1대	○ 특별소비세 및 교육세 전액 면제	국세청소관 관할세무서 자동차판매인에게 상담
차량 구입시 도시철도 채권구입 면제	○ 장애인명의 또는 장애인과 주민등록상 같이 거주하는 보호자 1인과 공동명의로 등록한 보철용의 아래차량중 1대 - 비사업용 승용자동차 - 15인승 이하 승합차 - 소형화물차 (2.5톤미만)	○ 도시철도채권 구입의무 면제(지하철공사가 진행되고 있는 특별시와 광역시에 해당)	관할 시·군·구청 차량등록기관에 신청(자동차판매사 영업사원에게 문의)

〈표 IV-24〉 계속

사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	비 고
장애인용 차량에대한 등록세 취득세 자동차세 면제	○ 차량 명의를 1~3급(시각은 4급 포함)의 장애인 본인이나 그 배우자 또는 주민등록표상 장애인과 함께 거주하는 직계존·비속, 직계비속의 배우자, 형제, 자매 중 1인과 공동명의 - 배기량 2000CC이하 승용차 - 승차정원 7인승~10인승인 승용자동차, 승차정원 15인승이하 승합차, 적재정량 1톤이하인 화물차, 이륜자동차 중 1대	○ 등록세·취득세·자동차세 면제	지자체소관 시·군·구청(세무과)에 신청
차량구입시 지역개발공채 구입면제	○ 지방자치단체별 조례에서 규정하는 장애인용차량 ※ 도지역에 해당	○ 지방자치단체별 조례에 의거 장애인차량에 대한 지역개발공채 구입의무 면제	지자체소관 시·군·구청 차량등록기관에신청
공영주차장 주차요금 감면	○ 등록장애인 - 장애인 자가 운전 차량 - 장애인이 승차한 차량	○ 지방자치단체의 조례에 의거 할인 혜택 부여 ※ 대부분 50% 할인혜택이 부여되나 각 자치단체별로 상이	지자체소관 장애인등록증(복지카드)제시
고속도로 통행료 50%할인	○ 장애인자동차표지가 부착된 자동차에 승차한 등록장애인 - 배기량 2000CC이하의 승용자동차 - 12인승 승합차 - 1톤이하 화물차 ※ 경차와 영업용차량(노란색 번호판의 경차와 차량)은 제외	○ 고속도로 통행료 50% 할인 - 요금정산소에서 통행권과 할인카드를 함께 제시하면 요금 할인	한국도로공사 소관 할인카드 발급신청: 읍·면·동사무소

〈표 IV-25〉 대중교통수단 관련 할인 제도

주요사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	비 고
철도 및 도시철도 요금 감면	○ 등록장애인 및 중증장애인(1~3급)과 동행하는 보호자 1인	○ 철도(통일호, 무궁화호) : 50% ○ 도시철도(지하철, 전철) : 100%	철도청소관 장애인등록증 제시
항공요금 할인	○ 등록장애인 및 중증장애인(1~3급)과 동행하는 보호자 1인	○ 대한항공, 아시아나항공 국내선 요금 50% 할인	항공사소관 장애인등록증 제시
연안여객선 여객운임 할인	○ 등록장애인	○ 연안여객선 여객운임 50% 할인(1~3급 장애인 및 1급 장애인 보호자 1인) ○ 연안여객선 여객운임 20%할인(4~6급 장애인)	여객선사소관 장애인등록증 (복지카드)제시

이상에서 살펴 본 바와 같이 교통수단에 대한 부담 경감조치들은 개인 자동차를 소유하고 운행하는 장애인에게 주로 초점이 맞추어져 있다. 반면 대중교통수단에 대한 지원책은 미미한 실정이다. 이는 우리나라 장애인 교통수단 정책이 요금감면이라는 정책에 의존하고 있고 적극적인 대중교통수단 확보 정책에는 소극적이기 때문에 발생하는 현상이다. 정보통신요금 관련 경제적 부담 경감조치들은 다음의 <표 IV-26> 과 같다.

<표 IV-26> 정보통신요금 관련 경제적 부담 경감조치

주요사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	비 고
전화요금 할인	○ 장애인 명의의 전화 1대 ○ 장애인단체, 복지시설 및 특수 학교 전화 2대 (청각·언어장애인 시설 및 학교는 FAX전용 전화 1대 추가 가능)	○ 시내통화료 50% 할인 ○ 시외통화는 월 3만원의 사용한도 내에서 50% 할인 ○ 이동전화에 걸은 요금: 월 1만원의 사용 한도 이내에서 30% 할인 ○ 114 안내요금 면제	전신전화국소관 관할 전신전화국 에 신청
시·청각 장애인 TV수신료 면제	○ 시각·청각 장애인이 있는 가정 ○ 사회복지시설에 입소한 장애인을 위하여 설치한 텔레비전 수상기	○ TV수신료 전액 면제 ※ 시·청각장애인 가정의 수신료 면제는 주거 전용의 주택 안에 설치된 수상기에 한함.	방송국소관 KBS사업소 또는 관할 한전지점에 신청
이동통신 요금할인	○ 등록장애인, 장애인단체 ※ 모든 이동통신 사업자 중 개인은 1회선, 단체는 2회선에 한함.	○ 이동전화 - 신규가입비 면제 - 기본요금 및 사용요금 30% 할인 - 전파사용료 면제 ○ 무선호출기 - 기본요금 20% 할인	통신회사소관 해당회사에 신청 (모든 이동통신회 사들)
PC통신 요금할인	○ 등록장애인 ○ 장애인복지시설 운영자 ○ 장애인법인	○ 기본정보이용료 30~50% 할인 - PC통신 사업자에 따라 할인대상요금과 할인율이 상이함	해당회사에 신청
초고속 인터넷 요금할인	○ 등록장애인 ○ 장애인복지시설 운영자 ○ 장애인법인	○ 기본정보이용료 30~40% 할인 - PC통신 사업자에 따라 할인대상요금과 할인율이 상이함	해당회사에 신청

다음은 자동차를 제외한 여타 세금관련 경제적 부담 경감시책들이다.

〈표 IV-27〉 자동차를 제외한 세금관련 경제적 부담 경감시책의 현황

주요사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	비 고
소득세 인적 공제	○ 등록장애인	○ 소득금액에서 장애인 1인당 연 100만원 추 가 공제 ○ 부양가족(직계존·비속, 형제·자매 등)공제시 장애인인 경우 연령제한 미적용	연말정산 또는 종합소득신고 시 공제신청
장애인 의료비 공제	○ 등록장애인	○ 당해년도 총 급여액의 3/100을 초과하는 재환 의료비 전액	연말정산 또는 종합소득 신고 시 공제신청
상속세 인적 공제	○ 등록장애인 - 상속인과 피상속인이 사 실상 부양하고 있던 직계 존·비속, 형제, 자매	○ 장애인에 대한 상속세 인적 공제 - 공제금액 = 500만원×(75세-상속당시 나이)	관할 세무서에 신청
장애인 특수교육비 소득공제	○ 등록장애인	○ 사회복지시설이나 보건복지부장관이 장애인재 활교육시설로 인정한 비영리법인에서 교육받 은 경우 장애인 1인당 연간 150만원까지 공제	연말정산 또는 종합소득 신고 시 공제신청
증여세 면제	○ 등록장애인 - 장애인을 수익자로 하며, 신탁기간을 장애인의 사 망시까지로 하여 신탁회 사에 신탁한 부동산, 금 전, 유가증권	○ 장애인이 생존기간 동안 증여받은 재산가액 의 합계액에 대하여 최고 5억원까지 증여세 과세가액에 불산입 ※ 중도에 해지하는 경우 세금 납부	관할 세무서에 신청
장애인보장구 부가가치세 영세율적용	○ 등록장애인	○ 부가가치세 감면 ※ 텔레비전 자막수신기(국가·지방자치단체·한 국농아인협회의 구매시)	별도신청없음
장애인용 수입물품 관세감면	○ 등록장애인	○ 장애인용물품으로 관세법시행규칙 별표2에서 정한 99종의 수입물품에 대하여 관세 면제 ○ 재활병원 등에서 사용하는 지체·시각등 장애 인 진료용구에 대하여 관세면제	통관지 세관 에서 수입신고 시에 관세면제 신청

주: 부가가치세 영세율적용 품목: 의수족, 휠체어, 보청기, 보조기, 지체장애인용 지팡이 및 목발, 시각장애인
용 환지팡이, 청각장애인용 인공달팽이관시스템, 성인용 보행기, 욕창예방용 매트리스·쿠션·침대, 인공후
두, 장애인용기저귀, 점자판과 점필, 시각장애인용 점자정보단말기, 시각장애인용 점자프린트, 청각장애인
용 골도전화기, 시각장애인용으로 특수제작된 화면낭독 소프트웨어, 지체장애인용으로 특수제작된 키보
드 및 마우스

다음은 기타 경제적 부담 경감조치들이다.

〈표 IV-28〉 기타 경제적 부담 경감조치 현황

사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	비 고
건강 보험 지역 가입자 보험료 경감	자동차분 건강보험료 전액면제	○ 등록장애인 소유 자동차 ○ 지방세법에 의하여 장애인을 위하여 사용하는 자동차로 서 지자체가 자동차세를 면 제하는 자동차	○ 건강보험료 책정시 자동차분 건강보 험료 전액 면제 국민건강보험 공단 지사에 확인
	등급별 점수 산정시 특례적용	○ 등록장애인 ○ 지역가입자의 연령·성별에 상관없이 생활수준 및 경제 활동 참가율 점수 에서 기본구간(1구간)을 적용하고, 자 동차분건강보험료를 면제받는 장애인 용자동차에 대하여 모두 기본구간(1 구간)을 적용하여 보험료를 낮게 책 정	국민건강보험 공단 지사에 신청
	산출 보험료 경감	○ 등록장애인이 있는 세대로 소득이 없어야 하고, 동시에 과표 재산이 5,000만원 이하 이어야 함. ○ 장애등급 1~2급 : 30% 감면 ○ 장애등급이 3~4급 : 20% 감면 ○ 장애등급 5~6급 : 10% 감면	국민건강보험 공단 지사에 신청
특허출원료 또는 기술평가 청구료 등의 감면	○ 등록장애인	○ 특허 출원시 출원료, 심사청구료, 1~ 3년차 등록료, 기술평가 청구료 면제 ○ 특허·실용신안원 또는 의장권에 대한 적극적인 권리범위 확인심판시 그 심 판청구료의 70% 할인	출원, 심사 청구, 기술 평가청구, 심판청구시 또는 등록시 특허청에 감 면신청
공중이용시설 감면	○ 등록장애인 및 1~3급 장애 인과 동행하는 보호자 1인 - 국공립공연장 중 대관공연 은 할인에서 제외	○ 입장요금 무료: 고궁, 능원, 국·공립 박물관 및 미술관, 국·공립 공원, 국· 공립 공연장, 공공체육시설 요금 감 면 ※ 국·공립공연장(대관공연제외) 및 공공 체육시설 요금은 50% 할인	장애인등록증 (복지카드) 제 시
무료법률 구조제도 실시	○ 등록장애인 - 법률구조공단에서 심의하 여 무료 법률구조를 결정 한 사건에 한함	○ 소송시 법원에 소요되는 일체의 비용 (인지대, 송달료, 변호사 비용 등)을 무료로 법률구조서비스 제공 - 무료 법률 상담 - 무료 민사·가사사건 소송 대리 (승소가액이 2억원 초과시 실비 상환) - 무료 형사변호(단, 보석보증금 또는 보 석보증보험수수료 본인 부담)	대한법률구조 공단 관할지 부에 유선 또 는 방문 상담

다음으로 이용시설 서비스를 살펴보도록 하자. 장애인 이용시설은 장애인복지법 제48조에 의해 장애인지역사회재활시설, 장애인직업재활시설, 장애인유료복지시설로 나뉘어진다. 동법 제48조 및 시행규칙 제32조에 의한 지역사회재활시설의 종류는 다음과 같다.

- 장애인복지관: 장애인에 대한 각종 상담 및 사회심리·교육·직업·의료재활 등 장애인의 지역사회생활에 필요한 종합적인 재활서비스를 제공하고 장애에 대한 사회적 인식개선사업을 수행하는 시설
- 장애인의료재활시설: 장애인을 입원 또는 통원하게 하여 상담, 진단·판정, 치료 등 의료재활서비스를 제공하는 시설
- 장애인주간보호시설: 장애인을 주간에 일시 보호하여 장애인에게 필요한 재활서비스를 제공하는 시설
- 장애인단기보호시설: 장애인을 일정기간 보호하여 장애인에게 필요한 재활서비스를 제공하는 시설
- 장애인공동생활가정: 스스로 사회적응이 곤란한 장애인들이 장애인복지전문인력에 의한 지도와 보호를 받으며 공동으로 생활하는 지역사회 내 소규모 주거시설
- 장애인체육시설: 장애인의 체력증진 또는 신체기능회복 활동을 지원하고 이와 관련된 편의를 제공하는 시설
- 장애인수련시설: 장애인의 문화·취미·오락활동 등을 통한 심신수련을 조장·지원하고 이와 관련된 편의를 제공하는 시설
- 장애인심부름센터: 이동에 상당한 제약이 있는 장애인에게 차량운행을 통한 직장 출·퇴근 및 외출보조 기타 이동서비스를 제공하는 시설
- 수화통역센터: 의사소통에 지장이 있는 청각·언어장애인에 대한 수화통역 및 상담서비스를 제공하는 시설
- 점자도서관: 시각장애인에게 점자간행물 및 녹음서를 열람하게 하는 시설
- 점서 및 녹음서 출판시설: 시각장애인을 위한 점자간행물 및 녹음서를 출판하는 시설

이상의 법정 장애인 지역사회재활시설의 설치현황은 다음의 <표 IV-29>와 같다.

<표 IV-29> 지역사회재활시설 설치현황(2002년 12월말 기준)

시·도	시 설 현 황 (개 소)								
	소계	장애인 복지관	의료 재활 시설	주간 보호 시설	단기 보호 시설	공동 생활 가정	장애인 체육관	장애인 심부름 센터	수화 통역 센터
합 계	353	109	14	61	15	63	14	40	38
서울	69	33	4	14	3	6	2	2	5
부산	15	3	2	3	-	3	1	2	2
대구	19	5	1	4	-	3	2	3	1
인천	22	5	-	5	1	6	-	3	2
광주	11	3	-	2	-	3	1	1	1
대전	12	2	1	2	-	3	1	2	1
울산	12	2	-	3	1	3	-	2	1
경기	27	11	-	2	3	4	1	3	3
강원	22	4	-	3	1	7	-	3	4
충북	21	4	1	3	1	6	1	3	2
충남	20	8	1	2	1	2	1	2	3
전북	21	6	-	4	1	3	1	3	3
전남	22	8	1	5	-	2	1	3	2
경북	23	7	1	4	1	4	1	3	2
경남	22	4	1	3	1	5	1	3	4
제주	15	4	1	2	1	3	-	2	2

자료: 보건복지부 홈페이지 자료, 보건복지부, 2003장애인복지사업안내

이상의 법정 시설 외에도 몇 가지 시설이 존재한다. 먼저, 실로암장애인복지관에서 부설로 운영하고 있는 시각장애인학습지원센터와 시각장애인 재활지원센터이다. 학습지원센터에서는 시각장애인의 학업 및 직무수행에 필요한 각종 자료를 점자·녹음·전자도서로 제작보급, 방과후 학습지원 및 컴퓨터교육 등을 실시하고 있다. 시각장애인 재활지원센터에서는 시각장애인에 대한 BBS/ARS 운영, 시각장애인용 소프트웨어 개발, 재활장비 대여 및 수리 등 시각장애인의

재활자립과 사회참여 확대 지원 등을 수행하고 있다. 등록시각장애인은 누구나 이용할 수 있다.

서울노원시각장애인복지관에서 부설로 운영하고 있는 장애인 해피콜 봉사 센터도 있다. 이 센터에서는 이동과 보행이 어려운 장애인의 이동권 확보를 위해 콜택시와 연계하여 장애인의 원활한 교통이용상의 편의를 제공하는 사업을 하고 있으며, 등록장애인은 누구나 이용할 수 있다.

이외에도 한국정신지체인애호협회 및 시·도협회에서 부설로 운영하고 있는 정신지체인 자립지원센터가 있다. 중앙센터 1개소 및 지방센터 7개소가 운영되고 있는데, 이 센터에서는 정신지체인과 그 가족을 대상으로 고충상담, 도우미파견 및 정신지체인의 자립생활 능력 향상 및 사회참여 확대 지원 등을 수행하고 있으며 센터 소재지의 등록 정신지체인 및 그 가족이 우선적으로 이용할 수 있다.

장애인정보화 교육센터도 있다. 이 교육센터는 전국의 장애인복지관 부설로 운영되고 있는데 2003년 현재 총58개소가 있다. 여기서는 재가장애인을 대상으로 정보화와 관련된 기초교육을 실시한다. 이 재원은 정보통신부의 정보화촉진 기금과 지방비에서 조달되고 있다.

지역사회재활사업(CBR)을 운영하고 있는 보건소도 있다. 보건소를 중심으로 지역사회의 인적·물적 자원을 최대한 활용하여 장애인에 대한 재활서비스를 체계적으로 제공함으로써 장애인의 재활 촉진 및 사회참여 증진을 도모하고자 하는 지역사회중심재활사업(이하 CBR)은 전국 16개 거점보건소에서 시행하고 있으며, 등록장애인으로서 재활치료나 예방이 필요한 장애인이면 누구나 이용 대상자가 된다. 재원은 국민건강증진기금과 지방비에서 조달된다.

이상의 지역사회재활시설은 장애인복지법상의 장애인은 누구나 이용할 수 있다. 그러나 장애인들이 이용하기에 부족한 부분들이 있다. 먼저, 재정지원의 부족이다. 재정지원의 부족으로 인해 사업의 효과성이 떨어진다는 지적이 나오고 있다. 또한 이용시설이 수적으로 부족하다는 것도 문제점이다. 특히, 의료재활시설, 공동생활가정, 체육시설 등은 양적으로 매우 부족한 상태이다. 또 다른 문제점은 보건복지부에서 지원하고 있는 시설들이 법적으로 정의되어 있지 않은 시설들이란 사실이다. 법정 장애시설 유형이 매우 협소함으로 인해 최근 새

로운 욕구에 따라 다양한 시설들이 생겨나고 있지만 법적인 지원 근거가 없다는 것이다. 따라서 법령을 정비할 필요가 있다. 여기에 덧붙여서 최근 주목받고 있는 장애인자립생활지원센터에 대해서는 공식적인 지원이 없다는 것도 문제점 중의 하나이다.

한편, 장애인지역사회재활시설에도 국비와 지방비가 지원되지만 그 비율은 시설의 종류마다 상이하다. 대략 국비가 30~40% 지원되고 지방비가 50~70% 지원되고 있다.

〈표 IV-30〉 장애인지역사회재활시설별 운영비 국고보조 부담율

(단위: %)

시설종류	서 울		지 방		비 고
	국 고	서 울	국 고	지 방	
○ 장애인복지관					
- 일반 사업운영비	40	60	40	60	
- 재가복지사업비	50	50	70	30	
○ 장애인의료재활시설	30	50	30	50	자체수입 20
○ 장애인 주간보호 시설	40	60	40	60	
○ 장애인 단기보호 시설	40	60	40	60	
○ 장애인 공동생활가정	40	60	40	60	
○ 장애인 체육시설	30	50	30	50	자체수입 20
○ 장애인 심부름센터	30	70	30	70	
○ 수화통역센터	30	70	30	70	
○ 시각장애인 학습지원센터	30	70	-	-	
○ 시각장애인 재활지원센터	30	70	-	-	
○ 장애인 해피콜 봉사센터	40	60	-	-	
○ 정신지체인 자립지원센터	30	70	30	70	
○ 장애인 정보화교육센터(기금사업)	50	-	50	-	자체부담 50
○ 거점보건의료 CBR사업(기금사업)	50	50	50	50	

주: 장애인 체육시설의 경우 이용료를 징수하여 직원 인건비 및 운영비를 충당하는 시설은 국비 지원을 제외할 수 있음.

3) 생활시설 서비스

장애인 생활시설은 장애인이 장애인생활시설에서 필요한 기간동안 생활하면서 재활에 필요한 상담·치료·훈련 등의 서비스를 받아 사회복귀를 준비하거나 장기간 요양할 수 있도록 지원하는 시설이다.

장애인 생활시설은 장애인복지법 제48조 제1항 1호 및 동법 시행규칙 제32조에 의해 장애유형별 생활시설, 중증장애인요양시설 및 장애인영유아생활시설로 구분된다. 각 시설별 입소 대상 장애인은 다음의 <표 IV-31> 과 같다. 이들 시설은 국민기초생활보장 수급자를 우선 입소대상으로 하고 수급자가 아닌 경우 30% 범위 내에서 실비 입소가 가능하다. 다만, 국민기초생활보장수급자가 70%에 미달하는 때에는 시·도지사의 승인을 얻어 입소비율을 조정·시행할 수 있다. 실비 입소의 경우 1인당 비용부담이 월 17만 6천원 이내여야 하며, 정신지체장애인에 대하여는 월 10,000원 이하, 중증 장애인에 대하여는 월 20,000원 이하의 추가비용을 수납받을 수 있다. 위 수납 한도액을 초과하여 수납하고자 하는 경우에는 시·도지사의 승인을 얻어야 한다.

<표 IV-31> 생활시설 종류별 입소 대상 장애인

대 상 시 설	시설별 대상 장애인 (장애등급)
○ 장애유형별 생활시설	
- 지체장애인 및 뇌병변장애인을 위한 시설	- 지체·뇌병변장애인(중복장애 포함)
- 시각장애인을 위한 시설	- 시각장애인(중복장애 포함)
- 청각·언어장애인을 위한 시설	- 청각·언어장애인(중복장애 포함)
- 정신지체인·발달장애인을 위한 시설	- 정신지체인(중복장애 포함)
○ 중증장애인요양시설	- 1급 중증장애인
○ 장애인영유아생활시설	- 6세미만의 장애영유아

그러나 이들 시설은 국민기초생활보장 수급자가 주된 중심이어서 비수급권자가 혜택을 받기 어렵다. 이로 인해 아동포기각서를 쓴다거나 장애아동을 유기하는

경우들이 많이 발생한다는 문제점을 지니고 있다. 또한 시설의 격리성, 대규모성으로 인해 지역사회생활과 개인적 자유가 존중받기 어렵다는 문제점이 있다.

다. 공공부조에 나타난 장애인복지

우리나라의 공공부조제도에는 장애인을 위한 특별한 배려 조치가 거의 없다. 장애인 보장구에 대해 의료급여를 적용하는 것만이 유일하다. 이와 같은 현상이 발생한 이유는 국민기초생활보장제도의 도입과정에서 나타난 준비 부족이라고 생각된다. 기존의 생활보호제도가 인구학적 범주를 통해 최저생활을 보장하는 것이었다면 국민기초생활보장제도는 이와 같은 인구학적 범주를 배제하고 모든 국민에게 최저생활을 보장하는 보충급여의 원리를 전폭적으로 도입하였다.

이와 같은 변화는 매우 긍정적으로 평가되고 있지만, 이 과정에서 인구학적 특성에 대한 고려가 전혀 되지 못하였다는 한계 또한 드러났다. 기존의 생활보호법을 개정할 때의 핵심적인 관심 중의 하나가 인구학적 범주를 극복하는 것이었다. 이를 통해 공공부조의 보편성을 획득하고자 하였다. 그러나 이와 같은 과정에서 인구학적 요소의 불합리성만 부각되고 인구학적 특성의 독특성에 대해서는 충분히 고려하지 못했다. 이 때문에 국민기초생활보장제도는 장애인이나 기타 특수한 인구집단을 배려하는 조치들이 전혀 도입되지 못하였다.

우리나라의 대표적인 공공부조제도인 국민기초생활보장제도의 가장 핵심적인 사항은 최저생계비이다. 국민기초생활보장제도가 최저생계비 이상의 생활수준을 보장하겠다는 원칙에서 시행되는 것인 만큼 모든 국민들이 최저생계 이상의 생활수준을 보장받아야 한다. 최저생계비를 보장받지 못하는 집단이 있다면 이는 국민기초생활보장법의 법이념을 심히 저해하는 것일 뿐만 아니라 집단간 형평성이라는 차원에서 법적 소송이 제기될 가능성도 매우 크다고 할 것이다.

형평성이 지켜지기 위해서는 기본적으로 모든 집단이 최저생계 이상의 생활수준을 유지할 수 있어야 한다. 그런데 문제는 최저생계비이다. 법에서 밝히고 있는 바와 같이 최저생계비는 여러 기준에 따라 다양해 질 수 있기 때문이다. 특히 장애인, 노인 가구, 한부모가정 등과 같이 가구유형에 따른 생계비의 차이

는 매우 중요한 요소이다. 이러한 집단에서는 표준가구에 비해 추가로 소요되는 경비가 꽤 존재할 것이기 때문이다. 일례로 이익섭 등(1997)의 연구에 따르면 장애아동이 있는 가구에서 추가로 소요되는 비용은 장애아동 1인당 월 700,548원이나 되는 것으로 나타났다.

〈표 IV-32〉 장애로 인한 추가비용

구분	추가비용 범주 구분	평균추가비용(1개월/원)	전체추가비용 구성(%)
자본재 비용	특수자본재비용	47.152	6.7
	일반자본재비용	183.510	26.2
소비재 비용	특수소비재비용	262.696	37.5
	일반소비재비용	207.190	29.6
총추가비용		700,548	100.0

자료: 이익섭외(1997).

정부의 공식적인 통계치를 제공하고 있는 2000년 장애인실태조사에 따르면 장애로 인해 월 157.9천원이 추가로 소요되는 것으로 나타났다.

〈표 IV-33〉 재가장애인의 장애로 인한 추가 소요비용

(단위: 천원)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	계
총 추가비용	132.6	199.0	86.1	124.9	132.4	217.5	338.0	147.0	383.9	192.7	157.9
교통비	35.5	25.2	17.1	12.5	24.4	44.0	54.1	27.3	64.7	24.1	29.1
의료비	67.9	130.1	39.7	24.7	85.1	67.6	30.6	109.7	287.5	153.7	83.3
교육비	2.0	1.6	0.9	6.8	10.1	91.5	191.9	0.0	0.0	0.0	7.5
보호·간병인	5.8	27.4	4.0	1.3	11.0	0.7	17.8	1.0	26.5	6.5	9.6
보장구구입·유지비	15.3	7.8	12.2	64.7	1.2	0.7	0.8	0.0	4.8	1.2	15.6
기 타	1.6	6.1	1.5	5.8	0.0	11.6	25.5	12.3	0.4	7.3	4.2

그러나 현행 정부의 공식적인 최저생계비는 가구규모별로만 최저생계비가 책정되어 있어 가구유형별 최저생계비는 알 수 없도록 되어 있다. 국민기초생활보장법의 법이념을 지키고 집단간 형평성을 유지하기 위해서는 최저생계비가 가구유형별로 책정되어 이에 따라 최저생계를 보장하는 방향으로 제도가 설계되어야 할 것이다.

공공부조제도에서 나타나는 또 하나의 문제점은 의료급여의 문제이다. 이는 결국 의료보험과도 연결될 수 있는 문제점이라고 볼 수 있으나, 의료급여의 문제점에 국한해서 살펴본다. 우리나라의 의료급여는 앞서 밝힌 바와 같이 보장구에 대한 의료급여 적용 외에는 장애인을 위한 특별한 배려가 거의 없다. 장애인의 추가지출 비용 중에 가장 많은 비중을 차지하고 있는 것이 의료비라는 점을 감안한다면 의료급여에서 장애인의 의료비를 보전해 줄 수 있는 조치들이 필요하다. 장애인의 경우 의료급여의 항목을 확대하고, 장애인의 활동을 증진시킬 수 있는 프로그램에 대해서도 의료급여를 적용하거나, 의료급여 적용 대상을 정함에 있어서는 장애인 가구의 기준소득을 보다 높이 책정하는 등 적극적인 조치가 있어야 할 것이다. 일례로 미국의 경우는 저소득 장애인의 경우 PAS(personal assistance service)의 재원은 Medicaid에서 조달된다.

이상에서 살펴 본 바와 같이 우리나라의 공공부조제도는 장애인을 위한 특별한 조치들이 거의 없다. 이로 인해 장애인은 최저생계조차 보장받지 못하고 있는 실정이다. 이와 같은 현상이 발생한 것은 무엇보다도 국민기초생활보장제도의 도입과정에서 극복하려고 노력했던 인구학적 범주에 대한 충분한 고려가 부족했기 때문이라고 생각된다. 따라서 이에 대한 보완적 조치들이 따라야 할 것이다.

라. 장애인복지서비스의 특성

우리나라의 장애인복지서비스는 대부분 국민기초생활보장 수급권자를 위주로 한 저소득층을 대상으로 한다. 앞서 살펴 본 각종 경제적 부담경감조치들과 이용시설서비스만이 장애인구 전체를 대상으로 하고 있다. 장애인복지서비스의

대상층이 저소득층으로 한정된 이유는 무엇보다 공공부조의 부실함에 있다고 보여진다. 공공부조에서 장애인의 최저생활을 제대로 보장하지 못하기 때문에 이를 서비스영역에서 충족하려고 하는 것이다.

그렇다면 장애인복지서비스는 저소득층의 종합적인 욕구를 충족시킬 수 있도록 제대로 연계되어 있는가? 그렇지 않다. 장애수당은 대상자의 제한성, 급여의 불충분성 때문에 장애인의 욕구충족에 매우 미흡한 실정이며, 장애인을 대상으로 하는 데모그란트를 통해서 급여가 제공되어야 할 것들(예를 들어 이동과 관련된 비용)이 할인 및 감면제도를 통해 시행됨으로써 저소득층의 경우 거의 혜택을 볼 수 없는 한계를 보이고 있다. 이용시설은 장애인복지관이라는 거대 조직에 집중됨으로써 다양한 서비스를 받기가 힘들다. 예를 들어 이동 지원, 활동 보조, 주택 개조, 가사 보조, 의료 지원 등 다양한 욕구가 존재함에도 불구하고 이를 지원해 줄 수 있는 서비스가 거의 없다는 것이다. 생활시설의 경우는 지역사회와의 접촉이 어려운 지역에 분포되어 있어, 생활시설에 거주하는 장애인의 경우는 복지관이나 이용시설을 거의 활용하지 못하고 있으며, 장애수당도 지급되지 않는다.

이와 같이 장애인복지서비스는 내용의 충분성과 포괄성이라는 점 이외에도 적절한 연계가 매우 부족한 실정이다. 다음에서는 개별적인 서비스별로 살펴볼도록 하겠다.

먼저 재가복지서비스에 대해 살펴보도록 하자. 재가복지서비스는 서비스의 내용별로 다음과 같은 특성과 한계가 있다.

첫째, 장애수당과 관련된 것이다. 현행의 장애수당은 그 성격이 불명확하다는 것이 무엇보다도 큰 특징이라고 할 수 있다. 일반적으로 수당이라 명명되는 데모그란트가 지급되는 원인은 크게 두 가지로 볼 수 있다. 먼저, ‘특별한 비용에 대한 보상’이다. 이는 특별한 지출이 일어나는 경우에 이를 보상하기 위하여 급여를 제공하는 것이다. 이것은 소득수준을 고려하는 경우도 있으나 일반적으로는 특별한 지출이 일어났거나 일어날 것이 예상되는 경우 소득수준에 상관없이 지급되는 것이 일반적이다. 영국의 장애생계수당(Disability Living Allowance), 개호수당(Attendance Allowance), 호주의 이동수당(Mobility

Allowance)과 장애아동수당(Child Allowance) 등이 대표적이다(김용득 외, 2002).

데모그란트가 지급되는 또 다른 이유는 “소득 능력 결핍에 대한 보상”이다. 이 성격이 가미되면 장애인에 대한 데모그란트는 장애인 모두에게 지급되는 것이 아니라 장애로 인해 소득 획득 능력이 떨어지는 사람에게만 지급된다. 소득 획득 능력이 떨어진다고 해서 반드시 소득이 낮은 것은 아니다. 따라서 소득이나 자산조사를 하지는 않고 중증장애인에게만 지급될 수도 있다. 영국의 중증 장애수당(Severe Disablement Allowance)이 대표적이다. 또한 소득 능력의 상실은 소득의 상실로 이어진다고 보고 소득이나 자산조사를 통해서 수당이 제공되기도 한다. 이러한 제도에는 영국의 독립생활기금(Independent Living Fund)이나 장애노동수당(Disability Working Allowance), 호주의 장애지원연금(Disability Support Pension)과 보호자급여(Carer Payment) 등이 대표적이다. 소득이나 자산 수준을 조사한다고 하더라도 그 기준은 공공부조를 받는 기준보다는 높다. 이 데모그란트를 받지 않으면 생활비의 추가지출로 인해 공공부조 대상자 기준보다 낮아질 가능성이 높기 때문이다.

우리나라의 장애수당은 장애인복지법 제44조에 의해 ‘장애정도와 장애인의 경제적 생활수준을 고려하여 장애인의 소득보전을 위해’ 지급될 수 있다고 되어 있어 앞의 두 가지 성격을 함께 고려하고 있음을 알 수 있다. 반면, 동법 시행령 제25조에는 수급자에 한해 ‘장애로 인한 추가적 비용보전이 필요한 자’에게 지급한다고 되어 있어 이 또한 두 가지 성격을 동시에 고려하고 있다. 장애수당에서는 앞서 언급한 급여의 원칙 중 어떤 원칙에 입각해 시행할 것인지를 명확히 해야 한다.

둘째, 법적인 공공부조는 아니지만 행정관서가 현금이나 현물을 제공하거나 알선하는 것과 관련된 것이다. 이러한 사업으로는 재활보조기구교부사업, 의료비 지원사업, 장애등록진단서 발급비 지원사업, 장애인자립자금대여사업, 공동주택 특별분양 알선 사업, 청각장애아동 인공달팽이관 수술 지원사업 등이 있는 것으로 파악되었다. 이들 사업 중에는 장애인 의료재활과 관련된 사업이 많은 것이 특징이다. 또한 이들 의료재활사업의 대상자가 국민기초생활보장 수급자이거나 저소득자로서 의료급여 대상자와 상당히 유사하다는 것이다. 따라

서 이들을 통합 관리할 필요성이 제기될 수 있다. 특히 재활보조기구교부사업은 기초자치단체에서 직접 구매하고 있음으로써 행정적인 낭비가 초래되고 있다. 의료비 지원사업 또한 별도의 행정체계를 통해서 진행되기 때문에 이 제도를 모르는 장애인이나 의사들이 이를 놓쳐버리는 경우가 많이 발생하고 있다. 장애인자립자금 대여사업과 공동주택 특별분양 알선 사업은 행정기관을 경유하는 것이 바람직하다고 생각된다.

셋째, 경제적 부담경감조치들이다. 우리나라는 직접적인 현금을 지급하기보다는 비용을 감면해줌으로써 간접적으로 소득을 지원하는 시책들을 광범위하게 시행하고 있다. 특히 LPG세금 인상분 보조의 경우 그 예산이 장애수당의 2배에 달하는 기현상을 보이고 있다. 이와 같은 간접 지원방식은 다음과 같은 치명적인 문제점이 있다. 장애인들의 스티그마를 유발시킨다는 것이다. 간접 지원방식의 지원을 받기 위해서는 일종의 검열과정과도 같이 장애인복지카드를 매번 제출해야 한다. 이러한 과정에서 많은 장애인들이 열등한 인간, 또는 구차한 인간이라는 수치심을 느끼고 있다. 더욱이 이러한 간접 지원방식은 소득역진적이라는 데에서 보다 더 근본적인 문제점을 가지고 있다. 감면 및 할인을 통한 방식은 일정 소득 이상의 계층에 대해서 도움이 되지만 지원의 필요성이 높은 일반저소득층에 대해서는 별 도움이 못된다. 왜냐하면 저소득장애인의 경우 재산이 많지 않고, 자동차도 보유할 수 없으며, 항공편 등의 이용기회가 거의 없기 때문에 감면 및 할인 제도를 활용할 가능성이 거의 없기 때문이다. 특히 우리나라의 감면제도가 자동차에 집중되어 있다는 것을 보면 이러한 문제점은 더욱 분명해 보인다.

넷째, 이용시설에 관한 것이다. 우리나라 이용시설의 가장 큰 특징이라면 장애인복지관이라는 거대 조직을 통해 서비스가 집중적으로 제공된다는 것이다. 이와 같은 특징은 소위 원스톱 서비스를 가능하게 한다는 장점이 있지만 매우 획일화된 서비스를 제공할 가능성이 높다는 한계가 있다. 또 다른 특징이라면 최근 법적 근거가 없는 이용시설들이 정부의 보조를 받고 있다는 것이다. 물론 법적 근거가 없기 때문에 이들 시설에 대한 보조를 중단해야 한다는 것은 아니다. 명확한 법적 근거를 마련해서 다양한 지원을 모색해야 할 것이다. 특히 최

근 강조되고 있는 자립생활지원센터에 대해서도 정부보조와 법적 근거를 만드는 것이 필요하다고 보인다. 그리고 지역적으로 매우 불균형하게 분포되어 있다는 것도 특징이다.

다음으로 생활시설서비스에 관한 것이다. 이들 시설은 국민기초생활보장 수급자가 주된 중심이어서 비수급권자가 혜택을 받기 어려워 아동포기각서를 쓴 다거나 장애아동을 유기하는 경우들이 많이 발생한다는 문제점을 지니고 있다. 또한 시설의 격리성, 대규모성으로 인해 지역사회생활과 개인적 자유가 존중받기 어렵다는 문제점이 있다.

마. 공공부조와 장애인복지서비스의 체계상 특성 및 한계

우리나라 공공부조와 장애인복지서비스 사이의 가장 두드러진 특성은 공공부조에서 담당해야 할 내용들이 장애인복지서비스 체계에서 수행되고 있다는 점을 들 수 있다. 또한 공공부조와 장애인복지서비스 간의 상호 지원체계가 전혀 없다는 점을 지적할 수 있다. 그리고 장애인복지서비스에서도 구체적인 서비스 내용들이 매우 제한적이고 체계성이 부족하다는 점을 들 수 있다. 이상과 같은 문제의 시발점은 무엇보다도 공공부조의 부실함에서 비롯된다고 생각된다.

우리나라 공공부조 제도에서 나타난 최대의 문제점은 장애인의 최저생계비를 충족시키지 못한다는 것이다. 최저생계비가 충족되지 못함으로 인해 이러한 미충족분을 수당이나 사회복지서비스에서 충족하려 하고 있다. 일례로 2002장애인단체대선연대(2002)는 추가생활비를 장애연금(수당)에 반영해 줄 것을 요구한 바 있고 노무현대통령 또한 후보시절 공약으로 2007년까지 추가생활비 16만원을 장애수당에 반영해 주겠다는 언급을 한 바 있다. 이외에도 저소득층을 대상으로 하는 장애인의료비 지원, 재활보조기구 무료교부사업, 장애인 등록진단서 발급비, 청각장애아동 인공달팽이관 수술비 지원 등은 의료급여에서 담당해야 하는 사업임에도 불구하고 사회복지서비스의 영역에서 시행되고 있다. 장애인 자녀교육비 지원사업 또한 공공부조의 교육급여에서 포괄해야 시행해야 할 사업이지만 별도의 체계로 운영되고 있는 특성을 보이고 있다.

이와 같이 공공부조에서 장애인의 최저생계를 보장하지 못함으로 인해 장애인복지서비스는 많은 부분이 수급권자나 차상위계층을 대상으로 시행되고 있다. 장애인복지서비스의 급여원리는 최저생활보장이 아니다. 따라서 최저생활을 보장하기 위한 급여와 서비스는 공공부조 체계에서 시행하도록 하고, 보편성을 필요로 하는 서비스는 사회복지서비스 영역에서 시행하는 것이 바람직하다.

따라서 장애인복지서비스는 장애로 인한 특별한 욕구가 있는 사람들을 모두 포괄할 수 있는 보편성이 확보되어야 한다. 각종 할인이나 감면 시책들 또한 보편성을 획득하기 위해서는 행정관서에서 시행하고 있는 것들을 중심으로 장애수당으로 흡수하여 현금으로 지급될 수 있도록 해야 하며, 현행의 장애수당은 점차적으로 데모그란트로 발전해 나가야 한다. 그렇지 못할 경우 소득역진적이라는 비판을 면하기 어려울 것이다.

이러한 시각을 토대로 현행의 장애인복지시책의 개선방안을 제시해 보도록 하겠다.

먼저, 공공부조에 관한 것이다. 앞서 밝힌 바와 같이 장애인의 최저생계는 국민기초생활보장제도에서 보장하여야 한다. 국민기초생활보장법 상의 범주형 급여를 만들어 장애인의 추가생활비를 보장해야 하며, 장애인 의료비 지원, 재활보조기구 교부, 장애인 등록 진단비 지원 사업, 청각장애아동 인공달팽이관 수술 지원 사업 등에 관한 서비스는 의료급여에서 통합 관리하도록 해야 한다.

장애수당은 점차적으로 데모그란트로 전환해 나가야 한다. 먼저, 기초법 수급자의 범위에서 일차적으로 차상위계층까지 확대하고 점진적으로 소득기준을 완화해 나가야 할 것이다. 장애등급 또한 일차적으로 3급까지 확대하고 점차적으로 전 등급으로 확대해 나가야 한다. 급여수준은 최저생계비 항목에서 제외되는 특별한 욕구를 중심으로 급여수준을 인상해야 할 것이다.

장애아동부양수당은 장애인실태조사결과 1급 장애인인 경우 도우미가 필수적인 것으로 조사되었으므로 1급 장애인에게는 실질적인 부양비용을 지급할 수 있도록 수당을 인상해야 한다. 기타 부양에 필요한 특별비용은 장애수당에 흡수하거나 부양수당에 둘 수도 있을 것이다. 장애인자녀교육비 지원 사업은 장애수당으로 흡수하여 효율적 관리가 이루어지도록 해야 한다. 어차피 기존 수

당과 교육비 지원은 동사무소를 통해 이루어지고 있어 전달체계가 동일하므로 효율성을 높일 수 있을 것이다.

장애인 의료비 지원 사업은 의료급여법의 2종 수급권자를 대상으로 하는 것이므로 의료급여법을 개정하여 일반예산이 아닌 의료급여기금에서 지출될 수 있도록 하는 것이 효율적일 것이다.

각종 공공요금 경감에 관한 현행 제도는 활동성이 있고 정보통신 기구를 활용할 수 있으며 차량을 소유하고 있고 상속할 재산이 있는 장애인에게 훨씬 많은 도움이 되고 있다. 따라서 공공요금 경감제도는 장애수당으로 흡수하여야 한다.

한편, 이용시설을 다양화하여 다양한 욕구를 지닌 장애인들이 보편적으로 이용할 수 있도록 해야 한다. 이를 위해 먼저 이용시설 중 부족한 시설을 양적으로 확대하여야 할 것이다. 의료재활시설, 공동생활가정, 체육센터 등이 부족한 시설로 손꼽힌다. 또한 최근 법적 근거 없이 시행되고 있는 각종 센터에 대한 법적 지원 근거를 만들어 시설을 다양화해야 한다. 특히 자립생활지원센터에 대한 요구가 매우 큰 점으로 미루어 자립생활지원센터에 대한 법적 근거를 만들고 예산을 보조하는 것이 시급하다고 생각된다. 생활시설에 있어서는 입소 대상자의 자격기준을 수급자 우선 원칙 정도로 완화하고 생활시설을 현행 이용시설로 분류되어 있는 공동생활가정 중심으로 점차적으로 재편해 나가야 한다. 그래야만 거주시설과 이용시설간의 연계가 활발히 일어날 수 있을 것이다. 또한 장애수당과 장애아동부양수당을 인상하여 장애아동을 생활시설에 유기하는 일을 방지해야 할 것이다.

3. 아동

가. 연혁

서구사회의 아동복지는 1900년대 이전의 부모 사망, 유기 등의 이유로 부모로부터 적절한 보호를 받을 수 없는 아동에 한정된 시설보호 위주의 복지서비스로부터 시설보호의 단점 보완의 필요성 및 아동의 권리를 최대한으로 보장하

여야 한다는 아동권리보장사상의 발달과 더불어 재가 중심의 보편적인 서비스로 변화되는 양상을 나타낸다. 우리도 삼국사기나 고려사 등 문헌을 통하여 신라나 고려시대에 부모가 돌보지 못하는 아동을 국가나 절에서 수용하였다는 기록이 있고, 조선시대에도 유기아나 부랑아를 국가에서 수용 보호하거나 민가에서 양자 또는 노비로 삼는 것을 정황에 따라 허용하였다는 기록이 있다.⁴¹⁾ 그러나 역사의 단절을 경험한 우리의 경우는 현재의 복지서비스는 과거 이러한 아동의 사회보호에 관한 전통이나 제도의 계승·발전이라기보다는 외국선교사나 일제에 의해서 새로이 서구식 또는 일본식으로 변형된 서구식 형태를 받아드려 우리의 실정에 따라 수정·실천하게 된 것으로 이해된다(김현용, 1996).

이러한 근대화 이후 우리 나라 아동복지서비스의 변천과정은 서비스의 기능과 성격을 중심으로 1950년대까지의 사회구호 단계, 1960~70년대의 선별주의 단계, 1980년대 이후의 보편주의 단계로 나눌 수 있다.

1) 구호주의 단계: 1960년 이전

근대적 아동복지의 시초는 갑오경장 이후 외국 선교사에 의하여 육아 및 구제사업으로 시도되었다. 1985년에 천주보육원, 1906년 경성보육원이 문을 열었고 1930년대 들어서 여러 보육원이 설립되기 시작하였다. 1945년 해방 이후에는 해방과 그 이후 한국전쟁의 격동기 및 빈곤기에 발생한 다수의 요보호아동에 대한 긴급구호형태의 서비스로 시작되었다. 이 당시 아동복지 특성은 시설보호와 외원 위주의 재원이라고 하겠다. 해방 및 전쟁 이후에는 많은 고아와 기아, 미아의 문제를 해결하기 위하여 아동복지는 주로 외국원조에 의한 시설보호 위주의 구호적인 성격을 가질 수밖에 없었다. 1960년도 총 복지시설의 수는 472개소인데, 이 중에서 80%가 아동복지시설이었으며 이러한 시설 운영에 산은 전체 예산 중 42% 정도가 민간외국단체에 의한 것이었다.

시설보호 이외에 부모가 없는 아동을 보호하는 다른 방법은 입양사업이었

41) 문헌은 숙종 때(1696) 제정된 收養臨時事目(수양임시사목)과 정조(1783)가 제정한 字恤典則(자휼전칙)이다.

다. 특히 입양서비스는 한국전쟁 직후 미군을 비롯한 외국군의 주둔으로 인해 발생한 혼혈고아에 대한 대책으로서 처음 모색되었고, 1950년대 중반에 혼혈아 이외의 아동 해외입양이 시작되면서 홀트아동복지회, 십자군연맹, 한국봉사회 등의 민간사회복지기관을 중심으로 국외입양사업이 점차 확대되었다.

2) 선별주의 단계: 1960~1970년대

아동복지에 있어서 1960~70년대는 선별주의 원칙에 기초한 단계로 분류된다.

〈표 IV-34〉 아동복지서비스 연혁

연 도	내 용
1961	- 아동복지법 제정으로 요보호아동 보호 법적 근거 마련 - 고아입양 특별법으로 해외입양 근거 마련
1976	- 불우아동건전육성 대책 수립 - 입양특별법으로 국내입양 근거 마련
1977	- 정부주도로 사회인사와 시설보호아동과의 결연사업 실시 • 1981년부터 민간주도로 전환하였고, 1992년부터 불우이웃 결연사업으로 대상 확대
1985	- 6월부터 소년소녀가장에 대한 지원사업 실시 - 요보호아동 가정위탁 시범사업 추진
1986	- 「어린이찾아주기종합센터」를 설치·위탁 운영
1991	- 영유아보육법 제정으로 보육사업 활성화 시도
1989	- 모자복지법 제정으로 저소득 모자가정 지원
1997	- 그룹홈제도 도입을 결정하고 1999년까지 시범사업 실시 • 현재 32개 그룹홈 운영
1998	- 경제위기에 따라 결식아동 급식지원 실시
2000	- 아동복지법 개정으로 아동보호전문기관 설치 근거 등 규정을 마련하고 학대아동 예방 및 보호사업 실시 - 아동복지시설의 다양화와 사회화 근거 마련
2001	- 위탁가정의 범주를 친인척으로 확대 - 소년소녀가정 감교 정책추진
2002	- 모자복지법을 모·부자복지법으로 개정 • 1995년부터 실질적으로 지원해 온 부자가정에 대한 법적 근거 마련
2003	- 가정위탁 지원센터 설치 - 요보호아동 건강검진 실시

자료: 보건복지부, 각 사업 안내, 2002.

1960년대 초 생활보호법과 아동복지법의 제정으로 보호아동에 대한 국가책임의 원칙이 처음으로 법제화되고 이에 기초하여 정부가 아동보호에 개입하기 시작하였고, 점차 외국 지원이 감소하면서 국가가 아동복지서비스에 운영에 대한 책임을 더 많이 지게 되었다. 입양 및 가정위탁보호, 탁아확대가 장려되었고 1970년대 후반에 불우아동 건전육성 대책 수립 등으로 시설아동 결연사업이 시작되었다. 시설수용 아동수도 1967년 6만 5천명 수준이던 것이 1970년대부터는 감소하기 시작하였으나 보호방식은 여전히 시설보호 위주이었다.

특히 요보호아동 보호 프로그램인 탁아사업은 처음에는 영세가정 결손가정의 영아를 대상으로 1960년대 초부터 본격적으로 시작되었다. 1968년 탁아소를 어린이집으로 명칭을 변경하였으며 1968년 정부의 미인가 탁아시설 임시조치요령의 공표로 탁아소가 수적으로 크게 증가하였다. 이 후 탁아시설 운영부서가 보사부에서 내무부로 흡수되고 명칭도 새마을 유아원으로 개칭되었다.

입양과 관련해서도 1961년 고아입양특례법을 제정, 6·25로 인한 고아와 부모의 유기로 인한 아동을 외국인에게 입양함에 따른 요건과 절차를 규정하였다. 그러나 국외입양과 함께 국내입양도 동시에 권장해야 한다는 사회적 인식이 증대함에 따라 1976년 12월 31일 입양특례법으로 개정하였다.

3) 보편주의 지향 단계: 1980년 이후

1980년대초에는 아동복지법을 아동복지법으로 전면 개정하는데, 이는 우리나라 아동복지가 선별주의에서 보편주의로 발전하는 변화의 계기를 가져왔다. 전체 아동을 대상으로 보편주의에 입각하여 아동복지에 대한 국가의 책임이 증대되었고, 아동복지 서비스의 전문화와 다양화를 지향하였다. 소년소녀가정 보호 실시, 가정위탁 시범사업 추진, 「어린이 찾아주기 종합센터」 설치 등이 이에 해당된다. 요보호아동의 보호방식과 관련하여 시설보호를 대규모 수용보호로부터 소규모 수용보호나 재가보호의 형태로, 단순 수용으로부터 다양한 보호서비스의 형태로 전문가적 서비스로의 변화가 추구되었다. 아동복지시설을 기숙사 형태에서 소숙사 형태로 개선하거나 공동취사 형태로 변화시키고자 노력

하였다. 1997년에는 그룹홈제도 도입을 결정하고 시범사업을 실시하였고, 2000년 국민기초생활보장법의 제정과 더불어 위탁가정의 범주를 친인척으로까지 확대하고 소년소녀가정을 단계적으로 축소하고 위탁을 확대한다는 방침 하에 2003년에는 각 시·도에 가정위탁 지원센터 설치하여 가정위탁을 활성화하고자 하였다.

이상과 같은 우리나라 요보호아동 보호서비스분야는 시설보호라는 단순한 보호에서 대리가정 보호방식 등 보호방식의 다양화와 전문화가 그 특징으로 나타나고 있다. 이러한 변화 과정에서 최근에 가장 많은 영향을 미치는 것이 국제아동권리협약이다. 유엔 국제아동권리협약은 43개 조항에 걸쳐서 보장되어야 할 다양한 아동권리를 담고 있는 구속력 있는 협약으로, 1989년에 출범한 이래 세계 191개 국가가 가입하고 있다. 우리나라도 1990년에 가입한 이래 유엔 아동권리위원회에 2회에 걸쳐서 국가보고서를 제출하고 심의를 받았는데, 심의과정에서 여러 가지 아동권리 보장을 위한 제도적 개선 조치들이 권고되었으나, 특히 시설보호 중심의 요보호아동 보호 체계, 대리가정 보호서비스의 미비, 국내입양의 부진, 소년소녀가정제도의 불합리성 등 요보호아동 보호 방식의 개선을 권고 받았고 이러한 권고가 요보호 아동 보호 정책방향 설정에 주요한 요인으로 작용한 것으로 평가된다.

또한 탁아사업은 유아교육진흥법(1982), 남녀고용평등법(1987)에 의하여 보건복지부, 내무부, 교육부, 노동부 등으로 관장부처가 다원화됨으로서 정부재정의 비효율적 투자는 물론 체계적이고 일관성 있는 사업추진이 곤란하다는 각계 각층의 요구에 따라 1991년 영유아보육법을 제정하여 보건복지부가 전담토록 일원화되었으며 보편주의에 기초한 탁아서비스의 확충을 기하였고 저소득아동 보육료를 지원하였다.

2000년에는 아동복지법을 개정하여 학대아동에 대한 보호 및 예방체계 구축의 근거 등 규정을 마련하고 중앙 및 지방에 아동학대예방센터를 설치하여 학대아동 예방 및 보호서비스를 실시하였다. 또한 아동수의 감소 및 IMF 경제위기 이후 요보호아동 발생 원인의 변화 등에 따른 시설의 역할 변화 요구에 부응하여 아동복지법상 아동복지시설의 종류 및 기능을 확대 개정하여 아동복지시설의 다양화와 사회화의 근거를 마련하였다.

한편 아동복지보다는 여성복지 측면에 1989년에는 모자복지법 제정하여 저소득 모자가정을 지원하기 시작하면서 사업의 일환으로 18세 미만 자녀의 학비와 양육비를 지원하였고 1995년부터는 부자가정도 실제로 보호 대상에 포함하였으며, 2002년에는 모자복지법은 모·부자복지법으로 개정하여 부자가정에 대한 보호를 제도화하였다.

이 시기는 전반적으로 과거에 비하여 일반아동에 대한 국가의 책임의식이 법을 통하여 표현되어 서비스의 보편화가 이루어질 수 있는 기반이 마련되었으나 아직 구체적인 서비스는 요보호아동을 대상으로 한정되는 경향을 탈피한 것은 아니다. 따라서 보편적 서비스로 발전할 수 있는 계기가 마련된 시기이다.

나. 아동복지의 체계 및 내용

국민기초생활보장법에 의한 공공부조 이외에 아동복지서비스는 아동복지법, 모부자복지법, 영유아보육법에 의하여 제공되고 있다. 아동복지법에 근거를 둔 아동복지서비스는 시설보호, 위탁보호, 소년소녀 가정지원, 그룹홈 보호, 퇴소아동 자립 정착금 지원, 결식아동 급식 지원, 학령전기 요보호아동 건강검진, 학대아동보호로 구성된다. 이들 서비스는 아동급식 지원을 제외하고는 모두 수급자 대상의 서비스이다. 모부자복지법과 영유아보육법에 의한 복지서비스는 급여형태로 제공되고 있으나 모두 자산조사에 기초한 저소득층에 한정하고 있다. 이외 입양특례법에 의하여 입양아동 교육비 및 양육비를 지원하고 있다.

여기서는 이러한 아동복지를 공공부조와 복지서비스로 분류하여 살펴보고자 한다. 복지서비스는 시설보호 이외에 소년소녀가정보호, 위탁가정보호 등 요보호아동 가정 내 대리보호와 그 이외 재가서비스로 분류하였다.

1) 공공부조

매년 정부가 고시하는 최저생계비 이하 가정 아동 이외에 위탁보호아동, 소년소녀가정아동에 대해서는 국민기초생활보장법에 의한 수급자 선정기준에 따라 생계·의료·교육 등의 해당급여를 개인 또는 세대단위로 실시한다. 위탁보호아동, 소년소녀가정 아동을 포함한 2002년 12월 현재 국민기초생활보장 수급아

동은 310,181명으로 국민기초생활보장 수급자 중 아동의 비율은 24.3%이다. 또한 시설보호 아동 중 18,686명이 수급자이며, 소요예산 중 서울 50%, 지방 80%를 국고로 보조한다. 인구대비 국민기초생활보장 총 아동 비율은 약 3.0%이다.

2) 복지서비스

① 시설보호

시설보호는 도움이 필요한 아동 중 대리양육, 가정위탁 및 소년소녀가정 지원 등 가정보호가 적합하지 아니한 아동을 시설에 입소시켜 건전한 사회인으로 육성하기 제도이다. 2002년 현재 아동양육시설이 239개소를 포함하여 모두 277개소이고, 시설보호아동수는 양육시설 보호아동 17,342명 등 모두 18,676명이다. 시설보호아동수는 1997년 경제위기 전까지는 감소추세를 나타냈으나 그 이후 증가하였고, 특히 2001년도에는 전년도에 비하여 1,000명 이상이 증가되었다(표 IV-35, 표 IV-36 참조).

〈표 IV-35〉 연도별 아동복지시설수 및 보호아동수 현황

(단위: 개소, 명)

구분	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
시 설 수	275	269	273	274	272	271	269	274	277
보호인원	19,214	18,074	17,319	16,936	17,820	17,840	17,720	18,808	18,676

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도

〈표 IV-36〉 아동복지시설 유형별 현황(2002년)

(단위: 개소, 명)

구분	계	아동양육	아동보호치료	아동직업훈련	자립지원	일시보호	아동전용	종합시설
시 설 수	277	239	6	5	13	9	1	2
보호인원	18,676	17,342	397	162	243	343	-	189

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 200.3.

아동복지시설에는 생계급여 및 교육보호 등 공공부조 이외에 부가급여(관리운영비)를 보호 아동수를 기준으로 직접경비, 간접경비, 공통경비를 통합 지원한다. 예산의 국고보조율은 서울 50%, 지방 70%이다.

우리나라는 대규모 시설보호에서 오는 단점을 보완하기 위하여 소숙사제도나 그룹홈 등 소규모 가정단위의 보호방식으로 전환하여 보육사와 아동이 가정을 구성하여 보호하는 형태를 취함으로써 일반아동과 마찬가지로 가정적인 분위기에서의 성장할 수 있도록 하고 있다. 2000년대에는 사회복지시설 평가제도의 실시와 더불어 종사자 2교대 등 시설보호 서비스의 질적 수준을 개선하고자 노력하여 왔으며, 국가인권법의 시행으로 시설보호아동에게 인권침해 진정권을 고지하고 진정함을 설치하는 등 시설보호아동 인권을 보호하도록 하고 있다. 또한 퇴소아동을 위하여 조기자립유도를 위한 지원시책을 추진하고 있다.

그러나 아직도 상당수의 아동복지시설이 집단기숙의 형태를 유지하고 있고, 자립 지원의 규모나 수준은 매우 한정되어 있는 실정이다. 국고지원기준도 아동복지시설 종사자 법정배치기준에 미달하여 양질의 아동보호에 미흡하고⁴²⁾, 아동복지시설 퇴소아동의 지원단가가 낮아 실질적인 자립에 도움이 되지 못하고 있다.

② 대리가정 보호 서비스

○ 소년소녀가정보호

소년소녀가정제도 실질적으로 가정을 이끌어 가는 소년소녀가정의 아동에 대하여 기초생활급여 이외에 학용품비, 이미용비 등 생활용품비 명목으로 월 6만 5천원의 부가급여를 지원함으로써 자립능력 배양 및 건전한 사회인으로 육성하는 제도이다. 그러나 유엔 아동권리위원회로부터 소년소녀가정 제도는 보호 대상인 아동이 스스로를 보호하여야 한다는 모순을 가지므로 개선되어야 할 보호 제도라고 권고를 받고 있다.⁴³⁾ 이러한 권고의 타당성 인식 및 국민기초생활보

42) 가령, 0~2세까지 아동은 아동복지법상 3인당 1인의 보육사를 두도록 규정하고 있으나, 실제 국고지원은 5인당 1명의 보육사를 지원한다.

43) 유엔아동권리협약에 따른 1999년 제1차 및 2003년 제2차 국가보고서 심의 결과 권고 사항에 포함되었다.

장법의 제정 등으로 2000년 이후 소년소녀가정 아동의 상당수를 대리보호 및 친인척 위탁가정으로 전환하면서 소년소녀가정 아동수는 크게 감소하였다(표 IV-37 참조).

아동만으로 구성된 소년소녀세대에 대해서는 후견인 지정제도를 실시하고 있다. 후견인은 시·군·구청장이 지역사회내 근거리에서 아동을 보살필 수 있고 아동문제에 대한 열의가 있고 관심이 있는 사람으로 지정하여 아동의 고충이나 애로사항을 상시 의논, 해결하도록 하는 제도로 주로 아동위원, 종교인, 지역여성지도자, 공무원 등을 후견인으로 지정된다. 특히 후견인은 결연기관의 직원과 협조체계를 구축하여 소년소녀가정에 지급되는 후원금을 제대로 사용할 수 있도록 지도하여 후원금 사용에 따른 문제 최소화하고 하도록 유도하고 있다. 그러나 외부 침해 및 정서적 보호가 취약점으로 지적되고 있다.

〈표 IV-37〉 소년소녀가정 보호 및 가정위탁보호 아동 변화추이(1995~2002)

(단위: 명)

구분	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
소년소녀가정 아동수	15,118	16,001	16,547	13,627	12,427	9,579	8,060	6,947
가정위탁 아동수	-	-	-	-	600	600	2,600	5,577

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도; 보건복지부, 『아동복지 사업지침』, 각 연도; 한국복지재단, 『연보』, 2002

○ 가정위탁

15세 미만 또는 부모의 질병, 가출, 학대 등으로 단기보호가 필요한 아동을 우선적으로 가정위탁하고 있는데, 부모 이외의 의무부양자에 의한 대리양육가정, 부양의무자 이외의 친인척 위탁가정 및 일반인에 의한 가정위탁으로 구분된다. 대리양육가정 및 위탁가정에는 가정의 기초생활보장 수급 여부에 관계없이 지급 아동 1인당 월 6만 5천원을 양육보조금으로 지원하고 있다.

2002년 12월 현재 가정위탁 보호 아동은 5,577명인데 이 중 1,796명이 대리양육가정이고, 3,387명이 친인척 위탁이며 384명만이 일반위탁으로 일반위탁의 규모는 적다.⁴⁴⁾ 그러므로 정부는 가정위탁사업의 홍보, 위탁가정 발굴, 교육 및

사후관리 등을 추진하여 가정보호사업의 활성화를 도모하고자 2003년에 전국에 16개소의 가정위탁지원센터를 신설하여 하였다. 소년소녀가정 아동의 단순전환 차원에서 위탁보호 아동의 수가 증가하고 있다.

가정위탁의 한 유형으로 그룹홈은 주택, 아파트, 연립주택 등으로 일반주택지 내에 위치한 곳에서 경제적 위기 또는 부부의 갈등이나 별거, 수감 및 아동학대 등으로 인해 보호자 또는 친·인척이 함께 거주할 수 없는 아동 단기보호, 기존의 소년소녀가정 또는 시설에서 보호중인 아동 및 장기보호가 필요한 아동 장기보호, 시설보호에 적응하지 못하거나 약간의 정서적 문제 등으로 인하여 시설보호에 적합하지 않는 아동에게 치료보호서비스를 제공하는 제도이다. 보호자를 포함하여 5명을 표준으로 하되 7인 이내이며 단기보호 및 치료보호 그룹홈의 입주기간은 1년이 원칙이나 1년 단위로 연장이 가능하다. 사업 시행초기에는 주택 임차료를 지원하였으나 1999년 이후부터 주택임차료를 지원하지 않고 있어⁴⁵⁾ 그룹홈 사업 확대의 장애요인으로 작용하고 있고, 그룹홈이 아동복지법상 아동복지시설 유형이 아닌 아동복지시설이 수행할 수 있는 사업으로 규정되어 있어 일종의 진입장벽 역할을 한다. 2002년부터 운영주는 아동복지시설에 한정하고 있으나, 종전에 사회복지법인이 운영하던 경우는 그대로 유지토록 하고 있다. 2003년 현재 32세대를 보호하고 지원수준은 보호자 인건비 1인당 년 13,944,750원, 관리운영비 세대별 월 174,070원을 지원한다.

③ 재가서비스

○ 모·부자가정 아동 보호

모자복지법 제5조 및 동법 시행규칙 제3조, 사회보장기본법 제5조 및 제6조에 근거하여 세대주인 母 또는 父와 그에 의하여 양육되는 18세미만의 자녀로 이루어진 가정으로서 일정한 선정기준을 충족한 자에 대하여 자녀 학비 및 양

44) 대리 및 친인척 가정의 장기위탁보호가 대부분임에 따라 위탁부모의 연령은 60세 이상, 소득은 50~100만원, 교육은 무학, 건강상태가 좋지 않은 등 표준적인 가정위탁이 이루어지지 못하고 있는 실정임(관계부처 합동, 2002).

45) '97~'98: 5세대에는 주택 임차료를 세대당 87백만원을 지원하였음.

육비를 지원하고 있다. 2003년 현재 소득인정액 기준은 2인 가구 84만원, 3인 가구 111만원, 4인 가구 130만원, 5인 가구 145만원, 6인 가구 158만원이고 그 이상부터는 1인 증가시 12만원씩 증가된다.

학비 지원대상 교육비는 초·중등교육법 제2조의 규정에 의한 중·고등학교에 입학 또는 재학하는 자 및 이와 동등한 학력이 인정되는 각종학교, 평생교육법에 의한 평생교육 시설의 학습에 참가하는 자에 대한 입학금·수업료이다. 2003년 현재 지원 대상은 중학생 3,960명, 고등학생 11,466명이다.

〈표 IV-38〉 모부자 가정 지원 사업 내역

(단위: 명, 백만원)

구분	2002년도		2003년도	
	사업량	예산	사업량	예산
전 체	27,277	11,293	22,664	10,065
- 중학생	7,852	2,822	3,960	1,548
- 고등학생	12,187	7,322	11,466	7,368
- 아동양육비	7,238	1,149	7,238	1,149

자료: 보건복지부, 『모·부자 가정사업안내』, 2003.

아동양육비는 지원대상자로 결정된 저소득 모·부자가정의 6세미만의 아동으로 지원 수준은 2003년 현재 1인당 1일 568원이다. 산정기준일은 1월 1일이다. 2003년 현재 지원 대상은 7,238명이다.

모·부자 가정의 학비 및 양육비 지원의 재정분담은 서울은 국고와 지방이 각각 50%씩이고, 그 이외 시도는 국고 80%, 지방 20%이다.

○ 보육료 지원

영유아보육법은 아동보육에 소요되는 비용은 보호자가 부담하는 것을 원칙으로 하되 저소득층에 대해서는 평등한 보육기회 보장에 입각하여 정부가 보육료를 부담하고 있다. 저소득층 보육료 지원은 0~4세와 만5세아가 각기 다른 기준에 의하여 실시되고 있고 미취학 장애아동은 무상보육을 실시하고 있다.

먼저 0~4세아 저소득층 보육료 지원 대상은 영유아보육법 제6조에 의한 국·공립, 민간, 직장 및 가정보육시설을 이용하는 아동 중 법정 저소득층 아동과

기타 저소득층 아동이다. 법정저소득층 아동은 국민기초생활보장법에 의한 수급권자의 아동 및 아동 수급권자, 『모자복지법』에 의한 보호대상자로 선정된 모·부자가정 아동, 그리고 아동복지시설 거주 취학전 아동이다. 보육료 지원기간은 아동복지시설 거주 아동에 한하여 2년으로 제한하고 있다. 기타 저소득층 아동은 보육료 감면대상자 실태조사에 의거한 소득인정액이 매년 정부가 고시하는 보육료 지원 대상 저소득층 기준에 해당하는 가구의 아동이다. 2003년 현재 월 평균 소득인정액은 기준은 3인 가구까지는 105만원, 4인가구 125만원, 5인가구 140만원, 6인가구 158만원이고 7인가구 이상은 국민기초생활보장 수급자 선정기준의 120%를 적용하고 있다. 보육료 지원수준은 정부가 정한 보육지원단가 중 법적 저소득층 아동은 100%를 지원하고, 기타 저소득층 아동은 40%를 감면한다.

다음으로 만5세아는 만5세아 무상보육 및 교육을 정책목표로 설정하고 단계적으로 이를 확충해 가는 과정에 있다. 그러므로 0~4세와는 다른 소득기준이 적용된다. 2003년 현재 월 소득인정액으로 기준이 3인 가구까지는 200만원, 4인가구 215만원 등 1인 증가시마다 15만원이 증가된다. 만5세아는 농어촌은 100%를 지원하지만 도시는 시설유형별로 차별을 두고 있다. 이러한 보육료 지원대상은 전체 보육아동의 21.1%이다. 아동연령별로는 차이를 나타낸다. 만5세아 및 만5세 이상아는 30%가 넘는데 비하여, 0~4세 아동은 20%에 못 미친다.

〈표 IV-39〉 보육료 지원 아동(2002년 12월)

(단위: 명, %)

구분	0세	만 1세	만 2세	만 3세	만 4세	만 5세	만 5세 이상	계
전체 보육아동수(A)	11,632	57,007	137,855	198,000	194,733	159,393	42,371	800,991
법정 지원 아동								
기초생활수급권자	652	3,0181	5,581	8,961	10,107	10,177	7,048	45,544
아동복지시설아동	4	33	73	162	423	511	274	1,480
모부자가정아동	182	686	1,260	1,973	2,104	2,038	1,531	9,776
소 계	847	3,759	6,971	11,104	12,618	12,719	8,562	56,580
기타 저소득층 아동수	1,170	6,732	14,422	23,136	25,753	37,794	3,724	112,731
계(B)	2,017	10,491	21,393	34,240	38,371	50,513	12,286	169,311
비율(B/A)	17.3	18.4	15.5	17.3	19.7	31.7	30.0	21.1

주: 만5세아 보육료 지원 아동수는 만5세아 무상보육 대상만임

자료: 보건복지부, 『보육통계』, 2003.

한편 장애아동 무상보육은 2003년부터 시작된 사업으로 지원 아동규모는 4,280명으로 보육아동의 약 0.5%를 조금 넘는다. 지원 대상은 3세미만은 의사 소견으로 같음하지만 3세 이상 장애아 무상보육대상은 장애인복지카드 소지자에 한하여 무상보육을 실시하고 있다. 그러나 전담 및 통합 보육시설에서 보육 받는 장애아동 중 만3세 미만 아동의 비율은 4.1%에 불과하다(서문희, 2001).

보육료 지원예산의 중앙과 지방의 재정분담은 서울은 국고와 지방이 20%, 80% 그 이외 시도는 국고 50%, 지방 50%이다. 보육시설 운영비의 약 30%를 정부가 지원하고 있다.

이러한 중앙정부 사업 이외에 각 시·도 및 시·군·구에서 별도의 예산을 확보하여 추가 사업을 실시하고 있다. 예를 들어서 서울특별시와 인천광역시, 경기도 성남시에서는 두 자녀 이상을 보육할 경우에 보육료를 지원하고 있다. 이외에 울산광역시에서는 면지역 만5세 아동 보육료를 면제하고 있으며, 제주도는 중앙정부 지원 장애아 무상보육에서 제외되는 미등록 장애아동에게 보육료를 별도로 지원하고 있다.

〈표 IV-40〉 보육비용의 국가와 보호자의 분담(2001~2003)

(단위: 백만원, %)

구분	2001(보육료 기준) ¹⁾		2002(총 보육비용 기준) ²⁾		2003. 6(총 보육비용 기준)	
	비용	백분율	비용	백분율	비용	백분율
보육료 수입 ¹⁾	1,153,889	84.5	1,471,546	86.9	1,705,655	81.7
- 부모부담	1,011,315	72.1	1,263,404	74.6	1,451,455	69.5
- 아동별 지원	142,574	12.4	208,142	12.3	254,200	12.2
시설별 지원 ²⁾	213,875	15.5	221,668	13.1	382,629	18.3
총 비용	1,367,764	100.0	1,693,214	100.0	2,088,284	100.0

자료: 1) 서문희·이상현, 『보육사업 평가』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2002.

2) 서문희 외, 『2002년도 전국보육실태조사 보고』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2002.

○ 결식아동보호

보건복지부가 실시하는 결식 아동보호는 약 15,000명의 저소득층 아동을 대

상으로 하고 있으나 대상자 선정에서 일정한 소득기준이 적용되지는 않는다. 대상아동수는 2003년 6월 현재 13,792명인데 이중 62.8%인 8,659명이 수급권자이다. 예산의 국고지원률은 서울 30%, 지방 50%이다.

한편으로 교육인적자원부에서 실시하고 취학아동 중식비 지원 규모는 30만명으로 학생수 대비 4%에 이른다. 사업비 예산의 국고보조율은 서울 50%, 지방 70%이다. 저소득층 학생 교육복지증진 차원에서 실시되는 교육인적자원부의 급식 지원은 근본적으로는 보건복지부 결식아동보호와 마찬가지로 저소득층 중심이기는 하지만 보건복지부의 급식 지원보다는 그 대상이 크게 확대되어 다소 성격에 차이가 있다.

〈표 IV-41〉 보건복지부 결식아동 보호 현황(2003. 6)

(단위: 명, %)

구분	전체	취학상태				취학상태	
		미취학	초등학생	중학생	고등학생	수급권자	비 수급권자
아동수	13,792	790	7,275	3,788	1,939	8,658	5,134

자료: 보건복지부, 내부자료, 2003.

〈표 IV-42〉 교육인적자원부 급식 지원 현황

(단위: 명, %)

구분	학생수	교육인적자원부 급식 지원	
		아동수	학생수 대비 비율
2001	7,813,600	164,000	2.1
2002	7,840,000	197,703	2.5
2003	7,639,200	305,568	4.0

자료: 교육인적자원부, 내부자료, 2003. 및 보건복지부, 내부자료, 2003.

○ 학대아동보호

2000년 아동복지법을 개정하여 아동학대의 개념을 명확화하고, 긴급전화 및 아동보호전문기관 설치근거 등 규정하고⁴⁶⁾ 중앙 및 지방에 20개 아동학대예방

센터를 설치하고 24시간 신고전화를 운영하면서 아동학대 예방, 학대아동 보호 및 치료 사업을 하고 있다.

2002년도에 신고되어서 아동학대로 판명된 아동학대 발생 건수는 모두 2,519건으로 2001년 2,105건에 비하여 증가되기는 하였다. 그러나 2001년부터 아동학대예방센터가 시·도 단위에 설치되어 활동을 시작하였으므로 이제 초기단계로 신고가 활발하게 이루어지지는 않고 있다고 하겠다.⁴⁷⁾ 학대유형별로는 방임이 36.3%로 가장 큰 비중을 차지하고 신체학대 8.4%, 정서적 학대 26.3%이며 25.9%는 중복학대이다.

〈표 IV-43〉 피해 학대아동의 조치결과(2002년)

(단위: 건, %)

구분	원가정 보호	친인척 보호	일시 보호	장기 보호	가정 위탁	타기관 의뢰	입원 치료	통원 치료	만나지 못함	기타	전 체
계	1,225	212	624	207	10	42	35	20	106	38	2,519
비율	(48.6)	(8.4)	(24.8)	(8.2)	(0.4)	(1.7)	(1.4)	(0.8)	(4.2)	(1.5)	(100.0)

자료 : 보건복지부 중앙아동학대예방센터, 『2002년도 전국아동학대 현황 보고서』, 2003.

아동학대예방센터가 실시한 학대 피해 아동에 대해서 취한 조치 결과는 2002년은 48.6%가 원가정 보호이고 24.8% 일시보호, 8.4% 친인척보호, 8.2% 장기보호의 순이다. 아동학대예방센터 운영비는 중앙과 지방 분담은 지역 구분 없이 50:50이다.

○ 미아 발생 예방 및 찾아주기

이 서비스는 미아발생을 예방하고 미아 발생 시 이들을 신속히 가정에 복귀시키기 위한 서비스로 1986년부터 실시하고 있다. 사업은 아동명찰 달아주기 운동, 반상회 등을 활용한 아동보호 캠페인, 유아, 자폐아, 정신장애아 등 미아 발생취약아동 부모 및 관련종사자에 대한 예방교육 등으로 미아발생 예방사업

46) 아동복지법 제24조 내지 제27조 및 제31조제4호에 의한다.

47) 전국 조사 자료에 의하면 전국 2.6%의 가정에서 학대가 일어나는 것으로 추정하고 있다(김승권 외, 2000).

과 요보호 아동 신상카드 비치, TV, 라디오, 인터넷⁴⁸⁾, 신문을 비롯한 각종 상품 등을 이용한 미아사진 방영 또는 게재로 미아찾아 주기 운동 전개 등이다. 특히 2001년부터는 DNA정보를 활용한 미아(가족)찾기사업 추진하고 있다⁴⁹⁾.

2002년 한해동안 237명의 미아들에게 가족을 찾아주었고, 특히 경찰청, 한국일보 등과 대대적인 캠페인을 벌여 9명의 미아를 찾았다. 이와 함께 미아예방 사업에도 주력해 미아 예방 책자 발간, 미아 예방 방문교육도 실시했다. 이산, 입양인 가족 찾기는 2002년에 625명의 가족 찾기 신청을 받아 40명이 가족을 찾았으며 가족에 대한 기억이 전혀 없거나 자료의 누락으로 가족을 찾는데 어려움이 있는 대상자들은 유전자(DNA) 정보를 활용한 프로그램으로 3명이 가족을 만났다.

○ 입양아동 양육비 지원

국내입양을 활성화하기 위하여 입양가정의 양육비 부담을 덜기 위하여 입양 아동으로서 중·고등학교 재학생 또는 입학생에게 중·고등학교 수업료 및 입학금 면제하고 있다. 양부모는 입양기관의 장, 시·군·구청장, 아동상담소의 장으로부터 입양사실 확인서를 발급받아 해당 학교에 이를 제출하면 된다.

또한 장애아 입양가정에 양육보조금과 의료비를 지원하고 있다. 또는 장애를 입양한 가정이나 입양당시 아동이 장애 또는 의료적 문제가 없었으나 선천적 요인으로 인해 장애 또는 질환이 발생한 아동에 대하여 양육보조금으로 1인당 월 50만원을 지원하고 이외에 의료비료 1인당 연 120만원을 지원하고 있다. 이러한 제도는 1997년에 처음으로 도입되었고 지원 수준이 점차 향상되었다.

다. 공공부조에 나타난 아동복지

공공부조를 필요로 하는 요보호 아동에 대한 아동복지 측면의 문제는 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫 번째는 이들 아동에 대한 보호방식이고, 두 번째는

48) URL: <http://www.missingchild.or.kr>

49) 보건복지부, 대검찰청, 한국복지재단 어린이찾아주기센터, (주)바이오그랜드 4개기관이 유전 정보를 활용한 가족찾기사업 추진협약 체결하였음.

복지서비스 종류에 대한 것이다

우선 요보호 대상아동 대리보호 방법을 보면 2002년 기준으로 시설보호가 59.5%를 차지하고, 소년소녀가정이 22.1%, 가정위탁이 17.8%를 차지하고 있다(표 IV-44 참조). 친인척 위탁의 실시로 과거에 비하여 가정위탁의 비율이 증가하고 있고 소년소녀가정의 비중은 감소하고 있으나 그룹홈의 비율은 아직 미미하다.

〈표 IV-44〉 아동 보호방법별 아동 비율

(단위: 명, %)

구 분	1999		2000		2001		2002	
	전체	구성비	전체	구성비	전체	구성비	전체	구성비
대리보호아동	30,927	100.0	27,989	100.0	29,660	100.0	31,392	100.0
시설보호	17,840	57.7	17,720	63.3	18,808	63.4	18,676	59.5
가정위탁	600	1.9	600	2.1	2,600	8.8	5,577	17.8
그룹홈	60	0.2	90	0.3	192	0.6	192	0.6
소년소녀가정	12,427	40.2	9,579	34.2	8,060	27.2	6,947	22.1

주: 시설보호에는 양육시설(2001년 17,437명, 2002년 17,342명) 이외에 아동복지시설이 포함됨.
자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도.

전체적으로 시설보호가 감소하고는 있으나 아직 다수의 요보호아동이 시설에서 보호되고 있다. 아동이 원래 가정이 가정으로서의 정상적인 기능을 수행하지 못하여 이를 대신할 수 있는 다른 보호 장소가 요구될 경우에 가능한 한 가정과 유사한 환경에서 보호하여 아동과 가정에 제한적인 요소를 최소화하여야 한다는 원칙이나 국제아동권리협약에 나타난 아동의 가정생활을 할 권리 측면에서 보면 개선의 여지가 많다.

다음으로 이들 아동에 대한 복지서비스이다. 이들 아동을 대상으로 하는 복지서비스는 결연, 보육료 면제, 건강검진 서비스이다.

먼저 결연을 보면 1977년부터 추진하여 1985년부터 민간에서 담당하고 있는 서비스로, 지역사회 이웃과의 결연으로 물질적, 정신적 지원을 통해 이웃사랑의 사회기풍을 조성하고 불우아동의 건전육성을 도모한다는 목적이다. 현재 결연

률은 양육시설 아동이 다소 낮다. 결연은 결연자나 아동 모두에게 의미있는 서비스이지만 아동에게 미치는 물질적, 특히 정서적 효과는 한계가 있다. 이외 소년소녀 가정 아동에게는 결연과는 별도로 후견인 제도를 실시하고 있다.

〈표 IV-45〉 아동복지서비스 대상자 결연사업 실적

(단위: 개소, 명)

구분	대상자수	결연자수	결연률	결연구좌수	후원금접수액	후원자
양육시설	22,637	19,172	84.7	335,005	3,765,030	26,916
소년소녀가정	6,842 (4,485)	6,576	96.1 (96.9)	14,899	3,742,730	14,622
가정위탁가정	5,415 (3,879)	4,946	91.3 (92.1)	9,665	2,115,085	7,837
모자저소득 가정	61,698	14,641	23.7	19,547	2,872,308	16,433

주: ()안은 가구수임.

자료: 한국복지재단, 『사업보고』, 2002.

또한 공공부조 대상아동에게는 보육서비스가 무료로 제공된다. 그런데 시설 보호아동의 무상 보육서비스 제공은 취학전 2년으로 한정되어 있어서 보육 받은 권리 및 타 공공부조 대상 아동과의 형평성의 문제가 제기된다.

다음으로 2003년부터 학령전기 요보호아동에 대하여 건강검진을 실시하고 있다. 아동복지시설, 소년소녀가정 및 가정위탁보호 아동 중 3세 이상 취학전 아동에게만 적용하고 있다. 2003년 현재 대상은 3,325명인이다. 아동 건강검진이 보호자에게 맡겨져 있는 상태에서 수급자 대상의 서비스 중 다시 연령별로 제한을 두고 있다는 점이 한계점이다. 예산은 50%는 건강증진기금으로 지원하고 나머지 50%를 지방비로 부담토록 하고 있다.

이러한 공공부조 수급자를 대상으로 하는 복지서비스는 부가급여의 성격에 머물고, 경제적 급여 이외의 서비스, 아동의 다양한 측면의 삶의 질이나 아동의 참여 및 표현의 자유, 사생활의 보호 등 시민적 권리 등의 보장은 소홀히 하는 경향이다.

라. 아동복지서비스의 특징

아동부분 복지서비스의 특성을 서비스의 목적, 대상, 서비스 수준, 국가와 민간 및 중앙과 지방의 재정분담, 운영주체로 나누어 살펴보고자 한다.

첫째, 대부분의 아동복지서비스는 그 주요 목적을 아동의 보호에 두고 있다. 시설보호, 위탁보호, 소년소녀가정 보호 등의 아동복지서비스가 모두 보호를 우선으로 하는 서비스이고, 보육서비스가 보호와 더불어 발달과 사회화를 목적으로 하고 있고, 그리고 학대아동에 대한 서비스가 보호와 더불어 치료 및 변화를 목적으로 하는 서비스이다. 그러나 이들 서비스에서도 보호가 큰 비중을 차지한다. 시설보호, 위탁보호, 소년소녀가정 보호 등 서비스도 단순보호 이외에 결연, 후원 등을 통하여 물질적 지원 이외에 심리적 안정을 도모하고 정서적 서비스를 제공한다는 방침이지만 실제로 그 효과는 크지 않다.

둘째, 아동복지서비스 대상은 대부분 공공부조 대상자이고 일부 서비스가 차상위계층을 대상으로 한다. 시설보호, 위탁보호, 소년소녀가정 보호, 결연, 건강검진 등 아동부분 복지서비스의 수혜자는 대부분이 공공부조 수혜대상자이고 보육료 지원이나 모·자 저소득가정 아동 학비 및 양육비 지원, 급식비 지원은 차상위 계층까지 확대 적용된다. 저소득 이외 아동을 대상으로 하는 서비스는 학대아동보호서비스와 미아 발생예방서비스에 한정되고 있다. 지원서비스로 대표되는 아동상담서비스도 아동복지분야에서는 요보호 아동에 한정된 서비스를 나타내는 용어로 사용되고 있고, 실제로 아동의 상담 기회 제공은 한정되어 있다. 대표적인 보편적 아동복지서비스인 아동수당제도의 도입은 이제 저출산 대책 차원에서 논의가 시작되는 단계에 있다.

한 가지 지적할 사항은 장애아동무상보육이다. 미취학 장애아동을 대상으로 하는 무상보육서비스는 무상교육과 분리되어 아동복지 영역에서 다루어지고 있다. 장애아동 조기발견, 진단, 치료 등에 대한 체계적인 복지정책이 없는 상태에서 장애아동 무상보육을 매우 중요한 장애아동서비스라고 할 수 있다. 그러나 장기적으로 볼 때 별도의 장애아동을 위한 서비스체계의 구축이 필요하고 이러한 별도의 체계가 구축되면 장애아동보육은 통합보육에 한정하고 전담시설

은 별도의 체계 속으로 들어가는 것이 바람직하다.

셋째, 복지서비스의 수준이 취약하다. 저소득층을 대상으로 하는 복지서비스는 현금급여를 위주로 하는데 전반적으로 그 지원수준이 취약하다. 위탁가정 양육비 지원은 65,000원에 머물고 있다. 모부자복지법에 의한 아동 지원은 교육 급여 및 양육비가 혼합된 형태로 미취학 아동은 월 2만원에도 미치지 못하는 비용을 지급하고 있고, 중고등학생은 학비를 지원하지만 초등학교 학생에 대한 중앙의 지원은 제외되고 있다. 이는 초등학교 교육이 무상보육이기 때문인 것으로 평가되는데, 보육료가 무료임을 고려한다면 일관성이 없다. 보편적인 아동 보육서비스로 대표되는 보육서비스는 공공성과 보편성 확대 정책이 추진되고 있으나 보육료 지원대상 및 지원 수준은 한정되어 있어서 국가보다는 보호자 부담에 의한 재원조달이 더 높은 비중을 차지하고 있다. 보육료 지원은 현재 법정저소득층 및 차상위계층의 2개 계층으로 실시되는데 차상위 계층은 보육료의 40%만을 감면하고 있다. 보육료 지원아동은 보육아동의 21% 수준이다. 이러한 공공부조 수급자 및 차상위 저소득층을 대상으로 하므로 한정되어 있는 서비스는 그 수준도 취약하므로 앞으로는 수급자 및 저소득층 중심의 서비스에 한정하지 말고 서비스의 공공성과 보편성은 보다 확대되어야 하며, 지원수준도 상향조정되어야 한다.

학대아동보호서비스는 2001년부터 실시되었기 때문에 이제 정착되는 단계에 있다고 볼 수 있다. 아동학대가 발생되고 있다고 추정되는 가정 수 약 33만(김승권, 2000)에 비하여 신고는 매우 한정되어 있다. 2003년을 기준으로 신고된 경우에도 4.2%는 아동을 만나지 못하여 적절한 조치를 취하지 못하였다. 또한 일시보호가 24.8%로 큰 비중을 차지하여서 분리 보호하여 원가정으로 복귀를 준비할 수 있도록 지원하는 쉼터 등의 확대가 필요하다.

입양아동 학비 및 장애입양아동 양육비 지원은 그 실제 효과가 크지 않다. 학비지원은 비밀입양 중심의 입양 및 입양장애아동이 극히 소수인 입양 풍토 속에서 실제로 혜택을 받는 아동은 소수에 불과하고, 장애아동양육비 및 의료비 지원은 그 규모는 월 50만원 및 년 120만원으로 확대되었으나 장애아동 입양아 수가 매년 10명을 넘지 못하는 상황이다.

넷째, 요보호 아동 복지서비스의 재정은 대부분 국가가 담당하고 있고, 민간은 후원이나 결연의 형태로 참여하고 있으나 그 비중은 크지 않다. 그러나 보육서비스만 이용자가 부담하는 비율이 약 70% 수준이고, 입양기관에 대해서는 상담원 1명분의 인건비만을 지원하고 있다. 다음으로 정부가 부담하는 복지서비스 재정의 중앙과 지방의 재정분담 비율은 서비스마다 일정하지 않은데, 수급자 대상 및 모·부자 가정 대상 복지서비스 소요재정에 대하여 저소득층 대상 복지서비스 보다 중앙에서 더 많은 재정을 부담을 하고 있다. 중앙정부의 분담률은 결식아동 지원과 보육료 지원이 가장 낮은 수준이고 그룹홈에 대한 지원 비율도 40% 수준이다. 지역별 중앙정부 분담비율의 차이는 서비스별로 서울과 그 이외 지역을 차이를 두는 경우와 안 두는 경우가 있는 등 일정하지 않다. 아동학대예방센터 운영비, 그룹홈 운영비 등은 지역 차이가 없다. 지역별로 차이를 두는 경우에도 서울특별시 이외의 다른 지방정부의 재정 상태는 고려하지 않는다.

다섯째, 아동복지서비스 중 공공부조 및 현금급여는 지방정부가 주관하지만 그 이외는 대부분 민간이 운영 주체가 되고 있다. 아동보호시설의 운영주체는 사회복지 법인체이고, 아동학대예방센터나 가정위탁지원센터도 일부 직영하는 한 두 곳을 제외하고는 모두 민간 법인체에 위탁되고 있다. 결연, 미아찾아주기, 입양기관도 모두 민간이 담당하고 있고, 보육시설은 국공립보육시설은 6% 미만에 불과하고 국공립보육시설 마저도 대부분 법인 및 민간개인에 위탁 운영되고 있어서 99%가 민간의 주도하에 운영되고 있다.

이상과 같은 특성을 요약하면 우리나라 아동복지는 보호를 주목적으로, 공공부조 및 차상위계층에 집중되는 선별주의적 복지서비스의 범주에 머물고 있으며, 복지서비스 수준은 취약하다. 각 서비스 재정은 보육부분은 제외하고는 국가의 분담률이 크고, 중앙과 지방 정부의 재정분담률이 지방정부의 재정상태를 고려하지 않고 있으며 또한 서비스마다 분담내용이 다르다. 그리고 운영은 민간이 주체가 되고 있다는 특성을 갖는다.

〈표 IV-46〉 아동복지서비스별 국고보조율

(단위: 개소, 명)

구분	서울	지방	비고
시설아동보호 및 운영비	50	70	
소년소녀가정지원	50	80	
위탁가정 지원	50	80	
그룹홈 지원	40	40	
모부자 가정 지원	50	80	
요보호 아동 건강검진비 지원	(50)	(50)	건강증진기금 활용
결식아동 급식 지원	30	50	
입양아동 양육비 지원	40	70	
지방아동보호기관 운영	50	50	
보육료 지원	20	50	

자료: 보건복지부, 각 사업 안내, 2003.

마. 아동복지서비스와 공공부조 체계상의 특성과 한계

공공부조는 자산조사에 기초한 경제적 욕구에 대한 대응인 반면 복지서비스는 비경제적 욕구에 대한 대응이라는 기준을 적용할 경우 우리나라 사회복지서비스 중 공공부조의 성격을 지니는 급여가 적지 않으며 아동복지영역에서도 사회복지서비스로 분류된 각종 급여 등은 사실 저소득층의 경제적 욕구 충족을 위한 부가급여 성격을 갖고 있다. 수급자를 대상으로 하는 소년소녀가정 보호 부가급여, 위탁가정 급여, 모부자가정 자녀 양육비 및 학비 지원, 영유아보육료 지원 등 현금서비스가 이러한 범주에 포함된다. 수급자를 대상으로 하는 건강검진과 같은 보건서비스도 이러한 범주로 분류할 수 있다. 사실 건강검진은 별도의 사업으로, 그것도 연령은 제한하여 건강증진기금으로 추진하는 것이 시설 및 가정 내 대리보호의 수준이 얼마나 열악한가를 반영하는 것으로도 볼 수 있다.

이 중에서 모부자가정 자녀 양육비 및 학비 지원은 한 부모 가정을 위한 데 모그란트 형태로 발전시킬 수 있다. 실시 초기에는 재정부담을 고려한다면 아동 연령이나 자녀출생 순위를 제한하여 도입한 후 점차 확대하는 방안을 고려할 수 있다. 아동연령구분별로 급여액을 차등화하는 것⁵⁰⁾도 방법이 될 수 있다.

요보호아동 건강검진이나 보육료 지원은 수급자 및 저소득 중심 서비스에서 벗어나서보다 보편적 복지서비스로 발전되어야 한다. 아동 건강검진은 모든 아동 건강검진이라는 보편적 보건복지서비스로 점진적 확대 가능성을 모색하는 것이 바람직하다. 중앙의 재원도 50%가 건강증진기금으로 충당된다는 점에서도 보편적 서비스로의 확대 당위성을 찾을 수 있다. 보육비 지원도 현재 2계층 체계에서 상위 계층으로 확대하여 다단계화하여 보편성을 강화하여야 한다.

〈표 IV-47〉 공공부조 및 아동복지서비스 대상자 선정 기준

(단위: 원)

구 분	소득인정액기준					
	1인	2인	3인	4인	5인	6인
국민기초생활수급자(2003)	355,774	589,219	810,431	1,019,411	1,159,070	1,307,904
저소득모부자가구(2003)	-	840,000	1,110,000	1,300,000	1,450,000	1,580,000
보육료 감면 기타 저소득층(0-4세 2003)	1,050,000			1,250,000	1,400,000	1,580,000
만5세 무상보육 대상	2,000,000			2,150,000	2,300,000	2,450,000

주: 모부자 가정은 7인 이상 가구는 가구원수 1인 증가시 소득인정액 12만원씩 증가, 기타저소득층 7인 이상 가구는 국민기초생활보장 수급자 선정기준의 120% 적용(7인가구: 176만원)함. 만5세아 7인 이상 가구는 1인 증가시 마다 15만원씩 증가(7인가구 260만원)함. 가구원의 범위, 공제액의 범위, 재산특례기준은 저소득층 자녀 보육료 기준과 같음.

공공부조와 복지서비스 체계상의 또 다른 문제는 공공부조와 복지서비스, 그리고 복지서비스 간 등 전체적으로 일정한 대상자 선정 기준이나 원칙이 없다는 점이다. 국민기초생활보장제도와 사회복지서비스가 모두 저소득층을 대상으로 한다고 할 때, 대상자 선정 기준은 동일한 기반과 원칙을 갖고 있어야 한다.

50) 프랑스의 아동수당에서 예를 찾을 수 있다.

그러나 공공부조 수급자 선정 기준인 최저생계비가 복지 서비스 대상 선정기준 결정 과정에서 체계적인 논거가 되지 못하고 있다. 이들 서비스가 모두 보건복지부 소관업무 임에도 불구하고 이렇게 각종 서비스 대상자 선정기준이 전체적 원칙이 없이 개별 서비스별로 제시되고 있는 것이다.

구체적으로 국민기초생활보장법에서 차상위계층은 국민기초생활보장 수급자가 아닌 자로서 실제 소득이 최저 생계비의 100분의 120 미만인 자로 규정되어 있는데 보육료 지원과 모부자가정 선정기준과 비교하면 3인가족 및 4인 가족은 모부자 가정보다 낮고 5인과 6인 가족은 모부자 가정과 동일하며 7인 가족부터는 다시 각기 다른 원칙을 적용하고 있다. 만5세아의 경우는 가구원 1인 증가 15만원씩 일률적으로 증가하고 있다.

이렇게 각종 복지서비스의 적용대상 선정 기준 소득인정액이 상이하므로 일관성 있는 기준의 적용이 필요하다. 보육료를 면제하는 모부자가정 자격 기준과 보육료 40% 감면 대상 저소득층 자격기준은 합리적인 조정이 필요하다. 이외 연령을 적용하는 기준 일도 일정하지 않다. 모부자복지법에 의한 지원은 1월 1일이 기준일이고, 보육료 지원은 3월 1일 기준으로 하고 있다.

제 3 절 공공부조와 사회복지서비스 체계의 특성

앞서 공공부조와 사회복지서비스의 원리에 대하여 정리한 바 있다. 그리고 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스에 대한 분석과 외국의 공공부조, 사회복지서비스의 체계에 대한 고찰을 시도하였다. 본 절에서는 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스의 체계가 갖는 특성을 살펴보고자 한다

우리나라의 공공부조와 사회복지서비스의 관계는 공공부조가 국민기초생활보장제도의 도입으로 일반적 공공부조제도의 성격을 갖게 되었으나 인구학적 특성을 반영하는데 있어 소극적이고, 공공부조의 부족분을 사회복지서비스를 통하여 보충하려는 경향이 있다는 점에서, 그리고 공공부조의 이러한 성격에 사회복지서비스가 고착되면서 사회복지서비스의 대상과 기능이 상당한 한계를 가

지고 있다는 점, 그리고 사회복지서비스가 공공부조 대상자들의 욕구를 충족시키기에는 적절하게 연계되지 못하고 있다는 점으로 정리될 수 있다. 그리고 이러한 현상들은 빈곤 및 사회적 복지욕구에 대한 충족을 개인책임, 가족책임으로 제한하려는 정책적 의지에서 결과된 것으로 이해할 수 있다. 우리나라 공공부조와 사회복지서비스 체계의 특성은 크게 세 가지 측면에서 정리할 수 있다.

1. 공공부조의 소극적 보장: 보장의 불충분성과 책임의 전가

공공부조는 개인의 능력으로 기초적인 생활을 유지하기 어려운 구성원에게 국가가 일정 소득을 보장하는 제도이다. 우리나라의 공공부조로제도로는 국민기초생활보장제도가 대표적이며 이 밖에 국가보훈, 재해구호 등이 있다.

국민기초생활보장제도 이전 생활보호제도는 생계급여를 제공하는 대상을 65세 이상의 노쇠자, 18세 미만의 아동, 질병·사고 등의 결과로 근로능력을 상실하였거나, 장애로 인하여 근로능력이 없는 자로 제한하였다. 즉 생활보호제도는 소득이 일정액 이하이면서 동시에 특정한 인구학적 기준을 충족하는 경우에만 생계급여를 실시하는 범주적 공공부조제도의 특성을 지니고 있었다. 근로능력이 있는 빈곤계층에 대해서는 생계급여 지급대상에서 배제하고 노동기회의 제공과 의료보호, 교육서비스 제공 등의 간접적인 지원형태를 취하고 있었다.

국민기초생활보장제도는 대상을 근로능력자까지 확대하면서 범주별로 구분하지 않는 일반적 공공부조제도로 평가되고 있다. 그러나 국민기초생활보장제도는 수급자 선정과 근로능력자에 대한 급여제공 조건의 부여, 그리고 노인, 장애인, 아동에 대한 급여 수준의 부족이 문제로 제기되고 있다.

우리나라와 같이 다른 사회보장제도가 취약한 상황에서 공공부조는 주요 사회안전망이 될 수밖에 없음에도 불구하고 공공부조의 취약성이 여전하다는 것이 국민기초생활보장제도에 대한 비판의 요지이다. 특히 국민기초생활보장제도는 여전히 혹은 더 굳건하게 강화된 부양의무자 조항을 적용하고 있으며 이는 개인책임을 우선으로 하는 사회에서 보여질 수 있는 공공부조의 모습으로 해석된다. 즉 부양의무자 기준은 가족책임의 기본적인 정책적 논리가 표면화된 것으로 볼 수 있다.

국민기초생활보장제도는 근로능력자를 포함하는 범위로 확대하였으나 이러한 확대가 근로능력자에 대한 진정한 의미의 기초생활보장을 의미하는 것인지에 대해서는 다소 상이한 의견들이 있다. 국민기초생활보장제도가 형식상의 일반 공공부조가 아닌가 하는 지적이 적지 않다. 한국 공공부조에서 자활사업이 법으로 규정된 것은 1980년대 초 생활보호법이 전면 개정되면서부터이다. 한국에서 공공부조의 목표로 자활은 언제나 굳건하게 자리를 지켜왔다. 과연 자활이 공공부조의 목표로서 적절한 것인가에 대해서는 본격적으로 논의된 바 거의 없다. 그런데 국민기초생활보장제도에서의 자활이 일할 권리의 보장보다는 일을 강제하는 자유주의 또는 시장의 논리가 더 강하게 표현된 것으로 비판된다. 인적자본모델임을 시사하는 지원서비스의 확충 및 연계는 분명하지 않으며 노동력 연결모델(Labour force attachment model)을 선택하고 있음을 뒷받침하는 제도 시행의 단면들이 오히려 더 강하게 나타나고 있다.

한편 노인과 장애인, 아동에 대한 지출이 최저생계비의 선정에서 고려되지 않아서 사회복지서비스로 분류된 각종 변형의 데모그란트가 부가급여 성격을 갖고 국민기초생활보장제도 급여 수준을 보충하고 있다. 예를 들면 경로연금, 장애수당, 소년소녀가장세대보호, 모부자가정 지원, 영유아보육 등이 이에 해당한다. 노인의 경우 데모그란트로 분류되는 교통비의 경우는 지방에게 부담을 넘기고 있어 지방단위의 노인을 위한 서비스 발전을 저해하는 요소가 되기도 한다.

생활보호시설부터 부가적인 지원이 있었다. 그러나 생활보호제도 시기에 부가적인 지원이 수용된 근거로는 첫째 생활보호제도에 의한 생계급여 수준이 낮아서 최저생활수준을 달성하기 어렵다는 점, 둘째, 노인, 장애인, 아동 등 특수인구집단의 경우 일반 가구에 비해 생활비가 더 많이 소요된다는 가정, 셋째, 따라서 인구집단별 부가적 지원이 필요하며, 형평성의 문제는 급여수준이 높지 않는 한 큰 문제가 되지 않는다는 점이었다(정원오 외, 2001:2). 결국 생활보호제도 시기의 문제는 이 부분에 한정하여 보면 여전히 남아있고 사회복지서비스의 공공부조에 대한 급여부족 보충은 유지되고 있다. 그런데 이러한 구도가 갖는 문제로 사회복지서비스가 공공부조의 보충으로 기능을 상당히 제한하면서 사회복지서비스의 보편화에 어려움을 초래하고 있다.

공공부조는 수급대상의 생활을 기초적인 수준까지 충분하게 보장하는 것이어야 하며 사회복지서비스는 구성원의 비경제적인 욕구에 대하여 반응하는 보편적인 것으로 발전하여 가야 함에도 불구하고 공공부조의 특성이 이러한 발전의 걸림돌이 되고 있다.

2. 사회복지서비스의 한계: 사회적 책임의 부인

한국 사회복지서비스는 대부분 인구학적 기준과 소득기준을 동시에 적용하는 프로그램으로 구성되었을 뿐 아니라 사후적 서비스 제공이 중심이다. 부양자 없는 아동, 부양자 없는 저소득 노인, 저소득장애인 등이 대부분의 사회복지서비스 대상으로 한정된다. 노인의 경우 노령연금의 일부와 교통비 지원을 제외하고는 대부분 수급자와 차상위계층을 대상으로 사회복지서비스가 제공되며 이는 공공, 민간의 서비스 모두에게 적용된다. 장애인의 경우도 자녀교육비 지원 등을 제외하고는 대부분의 서비스가 수급자 및 저소득층에 한정하여 제공되며 일부 세금감면, 자동차유지 지원 등 보편화된 서비스는 경제적인 여건이 좋은 장애인들이 오히려 더 많은 혜택을 볼 수밖에 없는 소득역전현상을 빚기도 한다. 즉 왜곡된 데모그라프가 복지라는 본래의 취지를 벗어나고 있는 것이다. 아동의 경우도 요보호아동을 중심으로, 그리고 저소득가정의 아동을 중심으로 사회복지서비스가 공급되고 있다.

사실 유료로 일반에게 확대된 민간의 서비스도 공급규모가 충분하지 않아 대부분 기초보장 수급자와 저소득계층을 우선 적용대상으로 하고 있다. 반면 저소득계층을 구분하는 기준은 기초보장과 달리 도시근로자 가구 월평균소득 등을 활용하고 있어 제도 운영에서 공공부조와의 관련성을 거의 고려되고 있지 못하다. 즉 우리나라 사회복지서비스 중 공공부조의 성격을 지니는 급여 및 서비스가 적지 않으며 이는 공공부조 급여가 충분하지 않은 부분을 보충하는 성격이 강하다. 전체적으로 소득을 기준으로 하지 않고 욕구를 갖는 전체 집단을 대상으로 하는 서비스는 매우 적은 상태에 있다.

이러한 대상의 한정은 저소득층 이상의 집단이 갖는 사회복지서비스 욕구에

대해서는 개인이 해결할 수 있으며 해결하여야 한다는 정책원리에 따른 것으로 해석된다. 그런데 문제는 우리나라의 경우 필요한 사회복지서비스를 구매할 시장도 제대로 형성되어 있지 않아서 중산층의 경우도 서비스를 구매하는데 어려움을 겪는다는 점이다.

우리나라 사회복지서비스의 성격은 그 주체에서도 나타나는데, 사회복지서비스에 대하여 국가의 서비스 생산자, 제공자, 재정부담자로서의 역할은 미약하고 반면 규제자로서의 역할을 강화된 형국이다. 남찬섭은 “한국의 경우는 사회복지서비스에 대한 책임이 민간에 단순히 위임된 경우에 가까운 것 같다. 이렇게 볼 수 있는 가장 중요한 근거로는 사회복지서비스 관련 법률에 규정되어 있는 조치위탁의 규정을 들 수 있다(남찬섭, 1002:302)”고 언급한 바 있다. 민간사회복지기관에 대한 정부의 재정적 지원이 없지 않지만 문제는 정부의 지원을 받고 있는 사회복지서비스 제공기관의 규모와 분포와 지원의 수준에 있다. 사실 우리나라에서 정부가 재정을 부담하는 사회복지이용시설은 매우 부족하며, 또한 지역적으로 편포가 되어 있다. 이러한 상황에서 사회복지서비스에 대한 욕구를 충족하는 것은 개인이 알아서 해야 할 무엇으로 남겨져 버린다. 정부의 재정지원을 받고 있지 못한 민간단체 등의 활동이 있지만 이를 통한 서비스 욕구 충족은 한계에 있다. 한편 재정적인 지원을 받는 서비스 제공 기관의 경우도 기존의 지원으로는 충분한 전문인력을 확보하고 서비스를 제공하는 것이 가능하지 않다. 저렴한 인건비의 책정으로 나머지 부담은 민간과 서비스 수요자에게 넘겨지는 결과를 초래하고 있다.

사실 비용이란 보이지 않을 수 있지만 누군가가 짊어지고 있다고 보는 것이 적절하다. 사회복지서비스에 대한 정부의 지원이 부족한 부분은 수요자 개개인의 비용으로 보이지 않지만 존재하고 있다. 농촌 등의 서비스 공급이 취약한 지역의 주민들은 욕구를 충족하지 못한 채 견디거나 또는 이동을 위한 비용 등 서비스에 대한 접근 비용을 지불하여야만 하는 것이다.

3. 공공부조와 사회복지서비스의 연계: 타당성과 현실성 분석

국민기초생활보장제도의 시행과 더불어 서비스 제공 현장에서는 기초보장제도가 기타의 사회복지서비스와 긴밀한 연결이 필요하여졌음을 언급하였다. 이는 수급자의 비경제적 욕구를 포함한 욕구를 종합적으로 충족하고 수급자의 근로를 장려하기 위한 것이었다. 그럼에도 불구하고 사회복지서비스와의 연결은 큰 발전을 보이고 있지 못하다.

공공부조와 사회복지서비스의 연계는 제도적인 연결과 구체적인 서비스 연계를 구분하여 볼 수 있다. 제도적인 연결은 공공부조와 사회복지서비스가 대상에게 제도적으로 타당한 근거에서 관련되고 있는가를 분석함으로써 파악할 수 있다.

국민기초생활보장제도 수급자 중 노인, 장애인의 비중이 높다. 물론 아동의 경우 노인과 장애인이 보호자인 경우가 일반인이 보호자인 경우보다 적을 것이지만 한부모 등으로 아동의 구성비도 높다. 생활보호제도의 시기와 비교하면 2000년 이후에는 일반적 공공부조로 전환되면서 근로능력자의 비중이 늘어나 취약계층, 즉 노인, 장애인의 비중이 다소 낮아지는 현상이 있지만 그럼에도 불구하고 수급자 중 노인, 장애인의 구성비는 높다.

〈표 IV-48〉 수급자 중 노인, 장애인, 아동의 비율

연도	총가구	노인가구	소년소녀가장세대	장애인세대	총수급자수	노인 ¹⁾	아동 ²⁾
2001 (12월기준)	698,075	237,443 (34.01)	13,613 (1.95)	100,313 (14.37)	1,345,526	334,272 (24.84)	332,628 (24.72)
2002 (12월기준)	691,018	235,893 (34.14)	13,638 (1.97)	104,009 (15.05)	1,275,625	329,251 (25.81)	310,187 (24.32)
2003 (6월기준)	693,571	235,917 (33.97)	13,386 (1.93)	108,073 (14.56)	1,260,344	332,069 (25.35)	307,542 (24.40)

주: ()안은 비율임.

1) 노인은 65세 이상으로 구분함.

2) 아동은 18세 미만으로 구분함.

3) 수급자 중 장애인 수는 파악하지 못하였음.

2002년을 기준으로 노인, 아동, 장애인 중 수급자 비율을 보면 노인 전체 중 수급자는 9.8%, 아동(0세에서 19세까지) 전체 중 수급자는 8.5%이다. 일반적으로 총 인구 대비 수급자 비율은 3.0%이므로 노인, 아동이 수급자 중 비율이 일반 비율보다 높으며 공공부조 수급자 내 이들에 대한 고려가 필요함을 보여준다.

앞서 지정한 바와 같이 노인과 장애인, 아동의 경우 이들의 생활을 유지하는데 있어 일반인과 다른 욕구를 갖게 된다. 물론 이러한 인구집단의 특성이 필요생활비의 상승으로 이어지지 않을 수 있지만 경제적인 수치로 환산할 수 없는 비경제적인 욕구가 존재한다는 점은 분명하다.

현재로는 기초보장제도에서 가구특성에 따른 지출요인을 반영하여 경로연금, 장애수당, 장애아동부양수당 및 보호수당, 아동양육비, 소년소녀가장세대 지원금 등을 실제 소득산정에서 제외하고 있다. 그러나 이들의 욕구를 충족하는데 필요한 별도의 서비스가 부족하고 저소득층을 대상으로 하는 서비스가 있다 하여도 구체적인 대상 범주가 서비스마다 다소 상이하게 책정되어 있다.

사회복지서비스 중 수급자와 저소득층을 대상으로 하는 서비스들은 공공부조와 관련하여 그 근거가 충분하게 검토되지 않은 상태여서 그 급여의 수준이나 내용이 과연 타당한 것인지에 대하여 명확한 답이 없다. 노인의 경우 추가적인 급여가 얼마나 왜 필요한지, 장애인을 대상으로 하는 각종 수당도 왜 현재의 수준에서 결정되어야 하는지에 대한 근거제시가 어려우며 아동에 대한 지원 역시 대상과 수준에서 타당성을 검증하였다고 보기 어렵다.

구체적인 서비스 연결에서도 사회복지전담공무원의 역력이 부족하여 서비스의 발굴과 연결은 미흡한 상태에 있다. 민간의 서비스제공 기관과의 연계와 관련된 시도는 수급자의 누락을 방지하기 위한 초보적인 수준의 것이 있을 뿐이었는데, ‘지역사회 자원활용을 통한 민관 연계보호체계 운영방안’을 지침을 통하여 고지한 바 있다. 이는 지역사회의 민간 사회복지사, 유관 공공기관 등의 협조를 받아 노령, 장애, 질환, 실직 등으로 생활이 어렵지만 기초생활보장제도에 대한 이해부족 등으로 국가의 보호를 받지 못하고 있는 저소득 주민을 적극적으로 발굴하는 것을 목적으로 한다. 구체적으로는 민간사회복지사가 노인, 장애인 등을 대상으로 재가복지사업을 수행하는 과정에서 국가의 보호가 필요하

다고 생각되는 주민을 발견한 경우 동 주민을 수급권자에 해당하는지 수급권자 보호의뢰 권한을 주는 것이었다.

사회복지서비스와의 연결에 대한 필요성을 자활에 대한 강조와 함께 더욱 강화되었는데 자활을 위한 여건조성에 사회복지서비스 지원이 필요하였기 때문이다. 즉 노인이나 아동, 장애인이 있는 가구의 근로능력자는 이들의 일상을 돌보아야 하기 때문에 근로에 참여할 수 없는 경우가 적지 않으므로 수급자 가구 내 요보호자에 대한 보호를 사회복지서비스가 지원하여야 한다는 것이다.

자활사업에 대한 참여는 더욱 강화되고 있다. 5~6급 장애인은 2002년 조건부과제외자이였으나 2003년 조건제시유예자로 관리하여 직업재활시설에 참여하도록 적극 유도하게 되었으며 이로써 추정소득의 부과가 가능하여지고 본인의 불참의사 표명 시에는 사업참여를 배제하지만 자활사업 참여희망 시 적극 참여할 수 있도록 하였다. 개별 가구 또는 개인의 여건 등으로 자활사업에 참여하기가 곤란한 자⁵¹⁾에 대해서도 자활참여를 적극 권장하는 방향으로 지침의 내용이 변화되었다. 조건부수급자에 해당하는 경우는 양육, 간병, 보호를 할 수 있는 다른 가구원이 있는 경우, 실제로 양육, 간병, 보호를 수행하지 않는 경우, 지역사회복지관련 기관 등에서 보육, 간병, 보호서비스를 제공받고 있거나 제공받는 것이 가능한 경우(보육료 지원혜택을 활용하도록 적극 독려) 자활에 참여하도록 하고 있다.

일련의 자활참여를 강조하는 조치들이 이루어졌음에도 불구하고 사회복지서비스에 대한 연계는 활발하게 전개되지 못하였다. 2002년 사회복지전담공무원의 업무를 분석한 한 연구의 결과를 보면, 행정적인 처리를 위하여 시·군·구 담당자와의 연계는 비교적 활발하지만 수급자의 욕구충족을 위한 사회복지서비스 제공자와의 연계는 매우 저조한 것을 알 수 있다. 특히 농·어촌의 경우는 연계가 더욱 미흡한데 이는 연계를 하고자 하여도 연계를 할 수 있는 사회복지서비스 제공기관이 부재한 것에서 연유된 것으로 해석된다.

51) 미취학자녀, 질병·부상·장애 등으로 거동이 곤란한 가구원 또는 치매 등으로 특히 보호가 필요한 가구원을 양육·간병·보호하는 수급자가 이에 해당됨.

〈표 IV-49〉 관련기관 담당자와의 접촉횟수¹⁾

(단위: 횟수)

구분	평균	표준편차	N	최소값	최대값
시·군·구담당자	29.0	57.379	198	0	500
대도시	27.5	41.186	65	0	180
중소도시	28.5	53.408	93	0	300
농어촌	32.4	84.272	40	0	500
고용안정센터담당자 ²⁾	2.3	4.520	200	0	30
대도시	3.4	5.898	66	0	30
중소도시	2.3	4.072	94	0	30
농어촌	0.8	1.588	40	0	6
자활후견기관담당자 ²⁾	5.5	10.151	200	0	100
대도시	6.4	13.512	66	0	100
중소도시	6.3	8.610	94	0	50
농어촌	1.9	5.353	40	0	30
복지시설 담당자	3.7	7.871	199	0	62
대도시	4.2	8.703	66	0	50
중소도시	3.8	8.296	93	0	62
농어촌	2.6	4.914	40	0	20

주: 1) 지난 6개월 간(2002.5.~10.) 접촉한 총횟수를 말함

2) 지역간 유의한 차이를 보임. 고용안정센터($F=4.157$ $P=0.17$), 자활후견기관($F=3.115$ $P=.047$)

자료: 2002년 국민기초생활보장제도 과점평가

자활과 관련하여서는 해당 수급자 가구의 근로여건 조성 외에도 자활사업의 대상이 되는 근로능력자의 근로능력 제고를 위해서도 사회복지서비스의 지원이 필요하다. 현재 국민기초생활보장제도 내에는 자활의지가 현저히 낮아 근로의욕 고취가 필요한 경우, 알코올남용 및 우울증 등의 정신건강상 문제가 있는 경미한 경우 재활프로그램을 제공하도록 되어있다. 그러나 이나마 형식적인 수준에서 운영되고 있어 자활에 대한 강조와 다르게 진정 자활을 위한 사회복지서비스의 지원은 별로 원활하지 못하다.

사회복지서비스가 공공부조 수급자의 욕구 충족을 위하여 충분하게 연계되지 못하는 이유로는 연계를 위한 적절한 시간을 확보하기 어려운 사회복지전담공무원의 업무환경과 연계하려 하여도 연계를 할 서비스가 민간을 중심으로 형성되어 있지 못한 것에서 찾을 수 있다. 이러한 이유로 사회복지서비스가 빈곤층

과 저소득층으로 대상을 한정하는 경향이 강함에도 불구하고 이들의 욕구를 충분히 충족시켜 줄 수 없다.

복지국가 유형화 작업에서 우리나라의 복지정책의 특성으로 개인책임 또는 가족책임⁵²⁾의 논리가 강하고 시장에 대한 국가의 개입으로 시장도 활성화되지 못한 특성을 강조되고 있다. 우리나라 복지에서 국가와 시장이 모두 약하다는 점에 기초하여 보수주의 국가유형으로 구분하기도 하고 국가에 대한 강조, 사회보험 중심의 복지체계를 초점으로 유교주의 복지국가로 구분되기도 한다(홍경준: 186).

사회적인 기조가 이러한 연유로 사회보험의 확대는 항상 정책적인 우위를 점하여 왔다. 물론 사회보험의 경우도 급여수준과 비용부담에서는 후퇴한 경향이 있지만 개인의 시장에서의 위치를 반영하고 개인의 기여에 의해 운영되는 사회보험에 대한 강조는 변화되지 않았다.

공공부조에 대해서는 다른 사회적 안전망이 부재한 상황에서 사회보험에서 포섭하기 어려운 빈곤층에 대한 손쉬운, 그리고 값싼 기제로서 사회보험 외의 다른 사회보장방식보다 쉽게 수용이 되는 면이 없지 않다. 반면 사회복지서비스는 공공부조적 서비스로서 고착되고 보편화로 나아가지 못하고 있다. 사회복지서비스의 보편화에서 가장 근본적인 장애는, 권리인정이며, 바로 책임에 대한 방기에 있다.

더욱 심각한 것은 사회복지서비스에 대한 욕구를 시장에서도 충족하기가 쉽지 않다는 것이다. 사회복지서비스부문에서도 역시 시장이 약하여 일정 수준의 개인소득으로도 서비스 구매가 쉽지 않은 상황에 있다. 사회복지서비스의 공공부조적 성격, 저발전은 사회구성원의 욕구에 대한 개인책임의 원칙 고수와 사회적 책임, 국가의 책임방기에서 설명되고 그 탈출구를 찾아야 할 것이다.

52) 우리나라의 복지국가유형을 유교주의로 분류하는 일부 학자(홍경준)의 경우는 가족 책임을 개인책임, 시장과 대비되는 것으로 서술하고 있지만 가족책임은 궁극적으로 가족 내 노동자를 통한 책임의 이행을 의미하므로 가족책임은 개인책임과 다름 아니다. 이 부분에 대해서는 조영훈의 주장과 맥을 같이한다.

제 5 장 공공부조와 사회복지서비스 체계의 비교 및 재편방안

제 1 절 우리나라와 외국 체계 비교 및 시사점

1. 우리나라와 외국 체계 비교

가. 우리나라와 외국 체계에 대한 내용분석

앞부분에서는 미국과 영국, 독일, 스웨덴의 사회적 배경과 전제 사회보장제도의 특징, 공공부조와 사회복지서비스의 대상, 주체, 그리고 공공부조와 사회복지서비스의 연결, 그리고 양 제도의 체계상 특성과 한계에 대하여 살펴보았다. 각 국가의 공공부조와 사회복지서비스 체계상 특징을 개략적으로 정리하면 다음과 같다.

미국은 전통적으로 자립, 개인책임의 전통이 강한 국가이며, 최근 신자유주의의 강세로 이러한 전통은 더 강하게 부활되고 있다. 미국은 민간의 자생적인 구호가 역사적으로 주를 이루면서 국가 수준의 복지에 대한 관여 수준은 매우 저급하다. 미국의 이러한 사회적 환경은 노동자의 조직력이 약하고 따라서 자본가 중심의 정책결정이 이루어졌다는 점에서 설명될 수도 있을 것이다. 자본가에게 위협이 될 수 있는 역사적 과정은 부재하면서 외국인 근로자와 인종 등 노동자의 결집력을 약화시키는 요인이 항존하여 왔던 것이다. 실업률도 높고 노동자의 임금을 통한 생활안정성도 떨어지지만 빈곤에 대한 사회복지의 대응은 약하고 그 효과도 미비하였다.

이러한 배경에서 공공부조는 범주적 공공부조로서 그 커버리지도 작고 급여 수준도 낮으며 국가에서 제공하는 사회복지서비스도 일부의 빈곤층에 한정되어

있으며 대부분의 나머지 사회복지서비스는 민간에 의하여 제공되고 개인부담으로 이용할 수 있는 구도이다. 공공부조도 최근에는 주정부의 책임 하에 있으며 분권화를 통하여 급여의 대상과 급여의 수준이 더 열악하여지고 있다.

사회복지서비스는 주정부의 책임 하에 그 일선의 서비스제공은 민간을 통하여 이루어지고 있으며 최근 민간에 대한 의존은 더 커졌다. 민간의 사회복지서비스는 시장원리의 반영 정도가 높고 따라서 경쟁이 심하다. 공공부조의 대상으로 포함된 근로가능여성에 대해서는 취업을 위한 사회복지서비스의 연결이 강화되었으며 공공부조를 비롯한 국가의 사회보장 수준이 낮아 민간의 서비스가 큰 역할을 하고 있다.

영국은 유럽대륙국가들에 비하여 사회적 개입의 수준, 사회적 책임의 강조가 높지만 데모그란트나 사회복지서비스의 확대보다는 공공부조 중심의 최저보장의 원칙이 보다 강조되는 사회복지구조를 갖고 있다. 전통적으로 중앙정부의 개입 비중이 높고 공공부조의 범위와 수준이 높지만 저소득층을 넘어서는 사회복지서비스의 발전은 그리 두드러지지 않는다. 1970년대를 지나면서 가족 중심, 지역 중심, 예방적 서비스 보장 등 사회복지서비스의 확충이 진행되고 있지만 여전히 그 비중은 크지 않고, 사회복지서비스 제공에서 지역사회를 강조하고 민영화가 추진되고 있다. 단 사회복지서비스의 제공에서 보건을 중심으로 국가의 제공자로서의 역할이 상당부분 유지가 되고 있다.

영국은 가치있는 빈민과 그렇지 못한 빈민을 가르는 전통이 아직 영향을 주고 있어 가치있는 빈민에 대한 지원으로서 공공부조에 대한 수용정도는 높은 반면 일반에 대한 수당과 서비스 확대에 대해서는 적극적이라고 보기 어려운 상황에 있다. 서비스에서 이용자 부담이 총 수입의 67.6%를 차지할 정도로 일반인을 상대로 하는 서비스에는 부담이 개인의 경제능력을 고려하지만 개인책임을 강조하며 선별적인 선정이 강하게 유지되고 있다.

공공부조는 중앙에서 사회복지서비스는 지방에서 관리하는 구조이며 중앙의 지방에 대한 서비스 제공의 감독이 병행되고 있다. 최근에는 공공부조를 포함한 사회보장급여에 대하여, 특히 근로를 강화하는 사회보장으로서의 변모를 지원하기 위하여 일선의 서비스와 연계가 더 강하게 도모되고 있는데 최근의

Jobcenter Plus가 이러한 변화를 대변한다. 일선의 서비스를 Jobcenter Plus를 통하여 제공함으로써 공공부조와 사회복지서비스 중 근로강화 서비스, 그리고 지역사회의 민간 자원을 연결하는 파트너십이 보다 구체화되었다. 그러나 이러한 연결 역시 Workfare의 논리에서 벗어난 것은 아니다.

독일의 경우는 사회보험에 대한 강조가 전통적으로 강하여 공공부조와 사회복지서비스의 발전이 모두 높은 수준으로 발전하지는 않았다. 독일의 경우에도 개인의 책임이 가능하지 않은 경우에 국가가 개입하는 보충성의 원칙이 강하게 고수되고 있으나 단 빈곤층 이상의 저소득계층에 대한 국가개입을 통하여 빈곤으로의 추락을 방지하는 공공보호의 개념과 이에 따른 제도적 고안이 병행되고 있다. 특정 욕구를 가진 구성원으로 인하여 그 가족이 빈곤화되지 않도록 지원하는 개별화의 원칙이 공공보호의 기둥이 되고 있다.

사회복지서비스는 그 비중이 크지 않으면서 민간의 역할이 강하여 국가가 직접 제공자인 경우는 그리 많지 않았다. 단 복지서비스에 대한 비용은 대체로 사회보험 재원 등에서 조달되는 형태를 취하고 있어 사회복지서비스의 공공지출의 비중은 더욱 약하게 나타난다. 단 사회복지서비스에 대한 접근이 경제적인 여건으로 어려운 사회성원에 대해서는 공공부조의 재원으로 이를 확보하여 줌으로써 국민의 사회복지서비스에 대한 욕구충족을 보장하고 있다. 이러한 접근은 공공부조로 떨어지는 차상위계층의 규모를 줄이는 효과를 가지며 사회복지서비스 제공에서 재원을 다양화하여 실제 욕구충족이 이루어지도록 하는 안전을 구성하고 있다.

공공부조와 기타의 사회보장, 그리고 사회복지서비스와의 연계는 일선의 담당 공무원과 민간의 전문가 사이의 합의로 이루어지는데 필요한 서비스와 비용에 대한 충당이 이러한 합의로 결정된다. 독일의 공공부조와 사회복지서비스 연계는 저소득층의 욕구를 중심으로 비교적 탄력적으로 이루어지고 있어 사회복지서비스의 빈곤예방 기능이 비교적 유지되고 있다.

반면 스웨덴의 경우는 구성원의 빈곤과 욕구충족에 대한 사회적 책임이 강하다. 이러한 배경에서 다른 국가보다는 데모그란트와 사회복지서비스를 통한 안전망의 구성이 견고하고 공공부조에 대한 강조는 약하다. 복지에 대한 부담이

위기로 등장하면서 공공부조와 사회복지서비스에 대하여 최근 지방정부에게 많은 책임을 넘기고 있으나 기본적으로 중앙이던, 지방이던 사회복지서비스의 보편성을 확보하고 국가가 제공하는 사회복지서비스의 범위가 넓고 그 수준이 높은 상태에 있다. 사회복지서비스에 대해서도 국가는 제공자로서 큰 역할을 수행하고 있으며 가능한 공공부조 대상으로 전락하기 전의 안전망을 강조하는 경향이 있다.

1981년 사회서비스법으로 사회복지조와 서비스가 통합되면서 양자의 관계는 보다 견고하여지는 경향이 있다. 이 법으로 부조 수급권자는 추가지출에 대한 개별적 사정과 지원을 받게 된다. 욕구에 따라 우선 지원되고, 능력에 따라 비용을 부담하되 대부분의 서비스는 무료로 제공되고 있어 공공부조를 포함하여 사회복지서비스 모두 접근성의 제한은 거의 없다.

우리나라는 2000년부터 국민기초생활보장법으로 일반적인 공공부조가 시작되었지만 아직 욕구의 개별적인 인정이 이루어지지 않아 욕구의 상당부분은 공공부조에서 방기되고 있으며 사회복지서비스가 주로 저소득층으로 대상을 한정하면서 공공부조를 보완하고 있다. 사회복지서비스에 대한 욕구를 가진 저소득층 외의 계층은 욕구충족을 위한 적절한 시장도 형성되지 않은 상황에서 개인적인 욕구 충족이나 문제해결이 어려운 상황에 있다. 사회복지서비스가 공공부조를 보완하는 기능으로 한정되고 대상의 보편화에는 아직 발전된 변화를 보이고 있지 못하다. 관련법들을 통하여 서비스 보편화의 법적 기반을 다지고 있기는 하지만 이러한 서비스의 보편화는 법적인 문제이전의 사회적인 인식의 변화를 기초로 이루어져야 할 과제로 남고 있다.

공공부조 수급자에 대한 사회복지서비스의 제공도 일선 인력의 업무부담이나 관련 기관들간의 적절한 의사소통 구조의 미흡으로 적절하게 연결되지 못하고 있으며 결국 수급자가 그 이상의 계층에 비하여 좀 더 양호한 지원을 받고 있지만 역시 그들의 욕구를 충분히 충족시키고 있는 것은 아니다.

국가간 비교를 통하여 볼 때, 공공부조와 사회복지서비스 체계는 몇 가지로 분류가 가능하다. 우선 범주적 공공부조를 유지하고 그 급여 수준도 낮은 상태를 유지하며 사회복지서비스는 개인의 부담원칙이 고수되며 공공의 사회복지서

비스가 보편화되지 않은 상태가 있다. 이에 대표적인 국가는 미국을 들 수 있다. 둘째, 공공부조가 일반적인 공공부조의 성격을 갖고 공공부조의 수준도 최저생활을 보장하는 수준에 이르고 있지만 사회복지서비스가 보편화되지 못한 상태로 대표적인 국가로 영국을 들 수 있다. 셋째, 공공부조가 일반적 공공부조의 모양을 갖추고 있으며 서비스도 보편화를 지향하고 있지만 역시 공공서비스는 저소득층을 주 대상으로 하는 상태로 빈곤의 축소, 예방을 겨냥하는 상태, 대표적인 국가는 독일을 들 수 있다. 넷째, 사회복지서비스가 공공부조를 통합하면서 욕구를 중심으로 서비스와 공공부조가 융통적으로 지원되는 상태로 사회복지서비스의 보편화가 이루어진 경우이다. 대표적인 국가로 스웨덴을 들 수 있다. 우리나라는 표면적으로는 일반적 공공부조가 도입되었지만 사회복지서비스를 통하여 보완이 필요한 저급한 수준에 있고 사회복지서비스는 보편화되지 못한 경우로 미국과 영국의 중간, 미국에 보다 가까운 상태에 있다고 판단된다. 좀 더 많은 국가들을 비교 분석한다면 또 다른 형태의 공공부조와 사회복지서비스 체계가 도출될 수 있을 가능성이 있지만 복지국가의 유형들의 기본 틀이 공공부조와 사회복지서비스 체계를 구성하는 데에도 역시 근간이 되고 있다고 보인다.

나. 공공부조와 사회복지서비스에 대한 지출 비교

비교 대상 국가의 공공부조와 사회복지서비스, 그리고 그 양 제도간 관계의 체계에 대해서 국가별 내용을 검토하였다. 이들 국가의 특징을 좀 더 분명하게 비교하기 위하여 본 절에서는 OECD의 SOCX(The OECD Database on Social Expenditure) 자료를 분석을 통하여 양적인 접근을 하였다.⁵³⁾ 미국, 영국, 독일, 스웨덴과 한국의 공공부조, 서비스 등의 예산을 종적, 횡적으로 비교 분석하여 앞서의 내용 정리에서 나타난 각 국가들의 특징을 뒷받침하고자 하였다. 기존의 OECD자료에 대한 분석은 SOCX 자료의 Two-dot까지의 자료를 사회보험,

53) 분석에 활용한 자료는 다음과 같음.

OECD, *Social Expenditure Database 1980~1998, 2001.*

공공부조, 사회복지서비스, 세 부분으로만 분류하여 활용하였지만 본 연구에서는 Three-dot까지의 자료를 활용하여, 프로그램들을 앞서 제시한 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스, 데모그란트의 원리를 활용하여 특성별로 상세하게 재 구분하여 분석하였다.

미국과 영국, 독일, 스웨덴은 기본적인 복지제도의 지향과 구성, 그리고 수준이 상이하다. 우선 가장 초보적인 수준의 비교가 될 수 있는 GDP대비 사회보장비의 비중을 보아도 1998년 현재 미국은 14.3%, 영국은 25.1%, 독일은 27.3%, 스웨덴은 31.2%로 차이가 있으며 한국의 경우는 5.9%에 머무르고 있다(부록 1 참조). 사회복지에 대한 사회적인 강조, 그리고 사회복지의 전체적인 수준이 이러한 GDP대비 사회보장비의 비중으로 대변되는 것이지만 특정 국가의 사회복지 성격을 보다 명확하게 이해하기 위해서는 제 사회보장제도의 구성을 파악하는 것이 중요하다.

다음은 사회보장비 전체를 100으로 할 때, 각 사회보장방식의 지출이 차지하는 비중을 분석한 것이다.

미국의 경우는 데모그란트가 전혀 없고 사회복지서비스에 대한 지출이 사회복지보장 전체 지출 중 3.3%에 불과하다. 반면 OECD 자료로는 단일 보건의료 지출로 구성되어 이를 분리할 수 없어 그 성격을 구분할 수 없었던 지출을 1999년에 한하여 사회보험과 서비스로 분리·분석한 결과, 공공부조는 21.1%, 사회복지서비스는 14.0%인 것으로 나타났다. 반면 사회보험은 64.9%로 그 비중이 높았다(표 V-1 참조).

〈표 V-1〉 미국의 사회보장제도별 지출 구성

(단위: %)

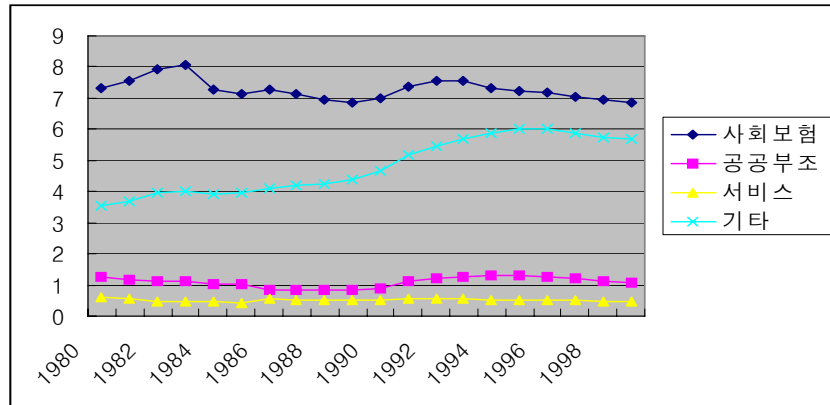
	사회보험	공공부조	서비스	데모그란트	기타
1980	57.6	9.8	4.7	-	28.0
1981	58.2	9.1	4.1	-	28.5
1982	58.9	8.3	3.4	-	29.4
1983	59.0	8.2	3.4	-	29.3
1984	57.4	8.3	3.5	-	30.8
1985	56.9	8.1	3.3	-	31.6
1986	57.0	6.6	4.2	-	32.1
1987	56.1	6.6	4.1	-	33.2
1988	55.3	6.7	4.2	-	33.7
1989	54.5	6.6	4.0	-	34.9
1990	53.6	6.8	3.8	-	35.8
1991	51.9	7.9	3.8	-	36.4
1992	51.2	8.1	3.6	-	37.0
1993	50.3	8.3	3.6	-	37.8
1994	48.8	8.6	3.5	-	39.1
1995	48.0	8.8	3.5	-	39.7
1996	48.1	8.4	3.4	-	40.1
1997	48.1	8.2	3.4	-	40.3
1998	48.6	7.9	3.4	-	40.1
1999	48.6	7.6	3.3	-	40.5*
	64.9	21.1	14.0	-	0**

* 기타는 네 가지의 사회보장방식 사회보험, 공공부조, 데모그란트, 사회복지서비스 중 어떤 것으로도 분류하기 어려운 특징을 가진 프로그램들임.

** OECD자료상 보건에 대한 공공지출은 사회보험과 공공부조, 기타의 사회복지서비스로 분류할 수 없어 미국 정부의 1998년 지출자료에 근거하여 1998년 지출만 분류하였음.

미국의 사회보장제도 별 지출의 비중은 시대별로 크게 변화가 되지는 않았으나 90년대 공공부조가 다소 증가하고 보건의료부문의 지출이 크게 증가하였다.

[그림 V-1] 미국의 GDP대비 사회보장비 구성 변화



영국은 그 비중은 높지 않으나 데모그란트가 있고 공공부조의 비중이 높으며 사회복지서비스에 대한 지출도 비교적 높다는 특징을 보이고 있다. 사회복지서비스에 대한 지출이 높게 나타난 원인 중 하나로는 국민보건서비스가 사회복지서비스로 분류되었기 때문이다. 국민보건서비스의 비중을 제외하면 사회복지서비스에 대한 지출은 사회보장비의 약 6.4%에 그치고 있다.

사회보장비 구성의 변화를 보면 영국의 경우 데모그란트의 비중은 다소 줄어든 반면 사회보험의 비중이 증가하였고 공공부조가 '80년대 말, '90년대 초에 다소 줄었다가 다시 증가하는 변화 이외에는 공공부조와 사회복지서비스의 변화도 두드러지지 않고 있다.

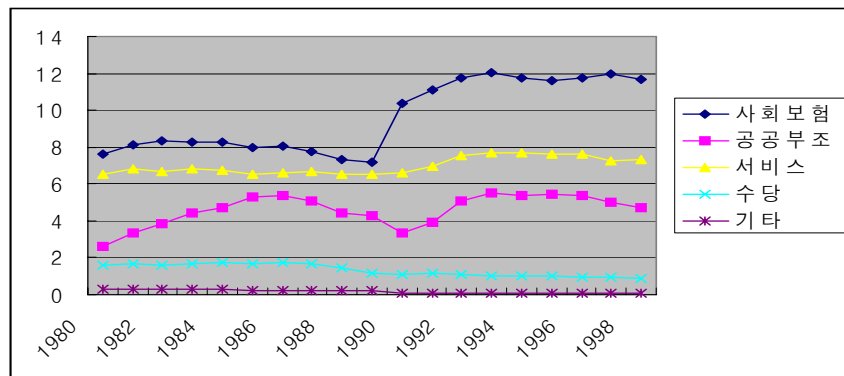
〈표 V-2〉 영국의 사회보장제도별 지출 구성

(단위: %)

	사회보험	공공부조	서비스	데모그란트	기타
1980	40.7	14.1	35.0(27.1)*	8.6	1.6
1981	40.2	16.5	33.7(26.1)	8.2	1.4
1982	40.2	18.4	32.2(24.5)	7.7	1.5
1983	38.5	20.7	31.6(24.6)	7.8	1.4
1984	38.1	21.6	31.1(23.9)	7.9	1.3
1985	36.7	24.3	30.1(23.2)	7.8	1.2
1986	36.7	24.4	30.0(22.9)	7.9	1.0
1987	36.4	23.6	31.2(23.8)	7.8	1.0
1988	36.7	22.3	32.7(25.1)	7.2	1.1
1989	37.0	22.1	33.8(25.8)	6.2	1.0
1990	47.3	15.2	30.1(23.2)	4.9	0.4
1991	46.8	16.4	29.4(22.8)	4.9	0.4
1992	44.9	16.5	28.8(22.6)	4.1	0.4
1993	44.6	20.1	28.4(22.2)	3.9	0.3
1994	44.2	20.4	29.0(22.4)	3.8	0.3
1995	44.1	20.8	29.0(22.5)	3.8	0.2
1996	44.7	20.6	28.9(22.4)	3.7	0.2
1997	46.5	19.5	28.3(21.8)	3.6	0.2
1998	46.4	18.8	29.2(22.8)	3.6	0.2

* 국민보건서비스(NHS: National Health Service) 관련 지출의 비중

[그림 V-2] 영국의 GDP대비 사회보장비 구성 변화



독일의 사회보장비 구성을 보면 다른 국가에 비하여 사회보험에 대한 공공지출의 비중이 매우 높고, 데모그란트와 사회복지서비스의 비중은 낮다. 이는 사회복지서비스에 대하여 공공부문은 제공자로서는 거의 역할을 하지 않고 민간의 서비스 전달에 의존하고 있기 때문으로 해석된다. 그렇지만 사회복지서비스에 대한 접근은 사회보장재원 및 공공부조재원을 통하여 보장을 하고 있다. 시대별 사회보장의 구성에는 변화가 거의 없다. 단 사회보험의 비중이 다소 높아지고 있다.

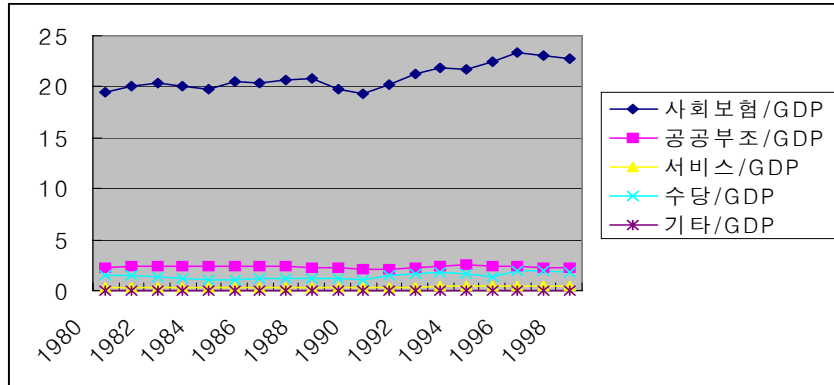
〈표 V-3〉 독일의 사회보장제도별 지출 구성

(단위: %)

	사회보험	공공부조	서비스	데모그란트	기타
1980	83.0	9.6	1.1	6.1	0.1
1981	82.8	9.6	1.1	6.3	0.1
1982	83.3	10.0	1.1	5.5	0.1
1983	83.7	10.2	1.0	5.0	0.1
1984	83.7	10.4	1.0	4.7	0.1
1985	84.5	10.0	1.0	4.3	0.1
1986	84.2	9.9	1.0	4.7	0.1
1987	84.3	9.7	1.0	4.9	0.1
1988	84.7	9.4	1.1	4.8	0.1
1989	84.2	9.8	1.1	4.9	0.1
1990	84.7	9.3	1.2	4.8	0.1
1991	83.8	8.6	1.5	6.1	0.1
1992	83.3	8.5	1.5	6.7	0.1
1993	82.6	8.9	1.6	6.7	0.1
1994	82.7	9.5	1.6	6.1	0.1
1995	83.9	9.2	1.5	5.2	0.1
1996	83.1	8.6	1.4	6.8	0.1
1997	83.1	8.3	1.5	7.1	0.1
1998	83.2	8.2	1.5	6.8	0.2

* 이 중 7.8%는 보건부문 지출로 그 분류에 대한 추후 검토 예정

[그림 V-3] 독일의 GDP대비 사회보장비 구성 변화



스웨덴의 사회보장비 지출 비중을 보면 다른 국가에 비하여 데모그란트와 사회복지서비스에 대한 지출비중이 높고 반면 공공부조에 대한 지출은 낮은 것으로 나타났다. 데모그란트와 사회보험으로 1차 사회안전망을 구성하고 있어 공공부조의 비중이 낮은 것으로 해석되며 사회복지서비스 제공에서 국가가 제공자로서 많은 부분 참여하고 있는 것으로 보인다.

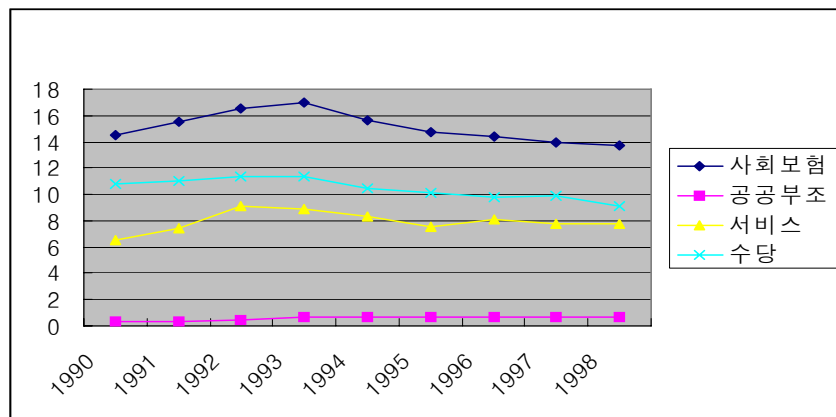
〈표 V-4〉 스웨덴의 사회보장제도별 지출 구성

(단위: %)

	사회보험	공공부조	서비스	데모그란트	기타
1980~1989	자료없음				
1990	45.2	1.1	20.2	33.6	0
1991	45.1	1.1	21.5	32.3	0
1992	44.1	1.3	24.3	30.3	0
1993	44.8	1.9	23.3	30.0	0
1994	44.5	2.0	23.7	29.8	0
1995	44.5	2.0	22.8	30.7	0
1996	43.6	2.1	24.6	29.8	0
1997	43.2	2.2	24.0	30.6	0
1998	44.0	2.0	24.7	29.3	0

시대별로 큰 비중의 변화가 나타나지는 않지만 사회보험의 비중이 다소 줄고 데모그란트의 비중도 조금씩 감소하고 있는 것으로 나타났다. 반면 공공부조와 사회복지서비스의 비중은 아주 적은 수준이지만 다소 증가하고 있다.

[그림 V-4] 스웨덴의 GDP대비 사회보장비 구성 변화



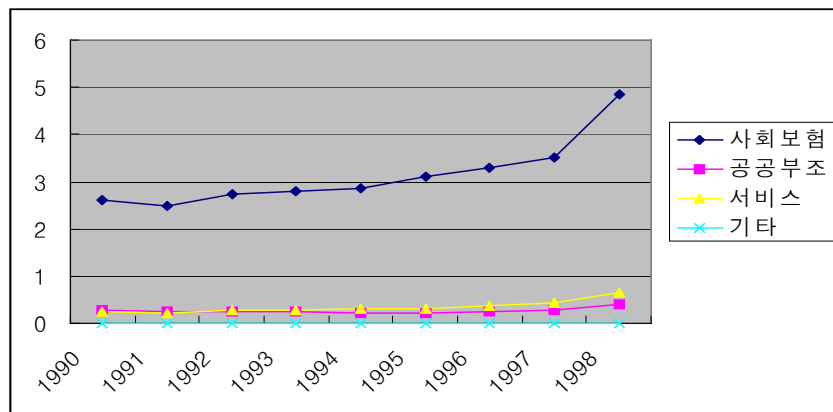
한국의 사회보장비 구성은 보면 사회보험의 비중이 매우 높으며 데모그란트는 거의 없고 서비스의 비중은 다소 증가하고 있으나 여전히 낮은 수준에 있다. 공공부조는 1990년대 중반을 기점으로 다소 증가하고 있으나 그리 높은 수준은 아니다.

〈표 V-5〉 한국의 사회보장제도별 지출 구성

(단위: %)

	사회보험	공공부조	서비스	데모그란트	기타
1980~1989	-				
1990	82.7	9.2	8.0	0	0.1
1991	83.6	8.5	7.8	0	0.1
1992	84.0	7.5	8.4	0	0.1
1993	84.3	7.4	8.3	0	0.1
1994	84.5	6.5	8.9	0	0.1
1995	84.8	6.2	8.9	0	0.1
1996	84.0	6.5	9.4	0	0.1
1997	82.5	6.9	10.5	0	0.1
1998	81.9	7.0	11.0	0	0.1

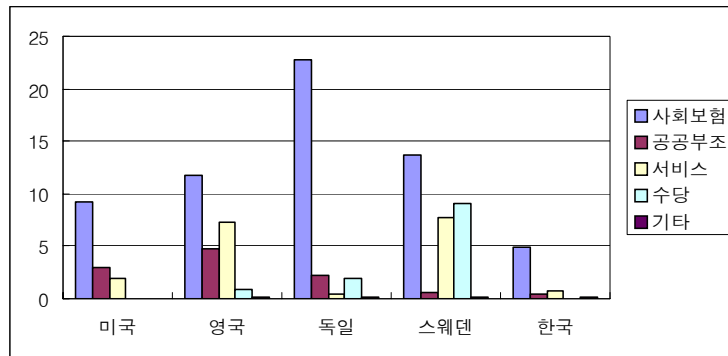
〔그림 V-5〕 한국의 GDP대비 사회보장비 구성 변화



GDP 중 사회보장비의 비중과 각 사회보장제도에 대한 지출의 비중을 종합하여 보면 스웨덴은 사회보험에 대한 공공지출과 데모그란트 및 사회복지서비스에 대한 지출의 비중이 고르게 높은 반면 공공부조의 비중은 다소 낮고, 독일은 사회보험의 비중이 매우 높고 데모그란트와 사회복지서비스에 대한 지출 비중은 다른 사회보장제도에 비하여 매우 낮으며 공공부조의 비중은 스웨덴보다

는 높다. 영국의 경우는 사회복지서비스에 대한 지출비중과 사회보험에 대한 지출비중은 높고 다른 국가들에 비하여 공공부조에 대한 비중이 매우 높은 편이다. 미국은 사회보험이 다른 사회보장제도에 비하여 지출의 비중이 높고, 반면 서비스에 대한 지출비중이 낮으며 데모그란트는 전혀 없다. 한국은 다른 사회보장제도에 비하여 사회보험의 비중이 높으며 다른 사회보장제도에 대한 지출비중은 매우 낮다.

[그림 V-6] 각국의 GDP대비 사회보장비 구성(1998년)



각 국가들의 공공지출의 비중은 앞서 국가간 질적 비교의 결과와 일맥상통한다. 우리나라를 포함한 5개국의 공공부조와 사회복지서비스 체계에 대한 내용 분석이 각 국의 공공지출비중을 볼 때, 객관적으로 뒷받침되고 있다.

2. 공공부조와 사회복지서비스 체계의 설명 원리

우리나라의 공공부조와 사회복지서비스 체계가 갖는 특성은 앞서 외국의 그것과 비교하여 보다 분명해진다. 그렇다면 이러한 체계상의 특성을 관통하는 원리는 무엇인가, 국가마다 이러한 특성을 갖도록 한 기본 원리는 무엇인가? 공공부조와 사회복지서비스의 체계를 비교할 수 있는 근본 원리, 설명의 고리는 공공부조의 비중과 사회복지서비스의 보편성, 그리고 국가의 제공자로서의

역할을 대변하는 비용지출에서 찾아진다.

앞서 공공부조와 사회복지서비스의 원리에서 언급하였듯이 사회복지서비스의 보편성은 그 사회의 사회적 책임의 수용, 개인책임에 대한 사회적 가치와 관련된다. 공공부조의 대상이 범주별 접근으로 일정 인구학적 기준이 강하게 작용하는가, 아니면 일반적인 빈곤 상황에 대응하는가? 그리고 사회복지서비스에 대한 재정부담 및 대상의 확대뿐 아니라 제공에서 정부 및 민간의 역할은 어찌 설정되는가 등이 이러한 책임에 대한 태도에 근거하여 이루어진 선택이다. 지역사회, 민간참여에 대한 강조는 사실 중앙정부 또는 지방정부의 서비스에 대한 책임을 분산함으로써 가족 또는 개인에 대한 책임전가로 이어지는 기제가 되고 있다. 실제 서구의 지역복지강화와 민영화 등은 정부의 복지서비스에 대한 지출의 감소와 연결되어 있다.

스웨덴의 경우는 구성원의 욕구에 대한 사회적 책임의 수용정도가 높고 개인책임, 시장의 원리보다는 사회적 연대가 강조되는 국가로 서비스의 사회화, 보편화가 강하고 데모그란트가 발달한 특징을 보이는 반면 독일은 산업화과정에서 노정된 특정 직업이나 노동자의 노동문제를 해결하기 위한 국가의 대응책으로서 피보험자의 소득수준에 맞춘 비용부담에 의한 사회보험제도가 발달하였다. 이러한 역사적 배경에서 개인책임, 시장의 원리가 비교적 강하게 투영되는 사회보험중심의 국가로 발전하였으며 사회복지서비스에 대한 접근도 사회보험에 의존하는 경향이 강하다. 결국 전체적으로 개인책임 후 국가의 개입이 원칙으로 지켜지고 있다. 따라서 서비스에 대한 국가책임을 빈곤층과 그 위의 저소득층을 중심으로 적용하며 서비스 공급에서도 민간의 역할에 상당히 의존하고 있다. 영국의 경우는 베버리지 이후 사회보험 우선, 그러나 이에서 누락된 성원들에 대한 기초보장이라는 정책기조 위에 서있으며 비교적 사회적 책임을 수용하되 데모그란트나 사회복지서비스의 확충보다는 공공부조 중심의 사회보장체계를 갖고 있다. 보건부문 외의 서비스 사회화는 아직 미진하고 서비스의 민영화, 국가의 중개자로서의 역할이 강하게 유지되고 있다. 미국은 강한 개인책임 중심의 국가로, 욕구에 대한 사회적 책임을 가장 강하게 표현하는 데모그란트가 전혀 없고 사회복지서비스도 그 책임을 민간에 두고 있으며 이에 대한 국가

의 비용부담도 적은 수준에 있다. 사회복지서비스에 대한 강조가 있으나 지역 사회의 다양한 민간의 책임과 역할을 강조하면서 국가의 제공자로서, 재정부담의 주체로서의 역할을 별로 크지 않은 상태에 있다.

우리나라의 경우는 노인 대상 교통수당을 제외하고는 데모그란트는 전혀 없다. 수당으로 명명되지만 서비스로 분류되는 프로그램들의 원리를 따져보면 이 프로그램들이 공공부조임이 너무도 자명하여진다. 결국 인구학적 기준을 활용하는 보편적 데모그란트는 존재하지 않으며 사회복지서비스도 빈곤층, 저소득 계층으로 한정하여 제공되고 있다. 기타의 구성원들의 서비스에 대한 욕구는 개인 부담으로 대부분 시장에 의존하여야 하는데 국가가 지원하는 민간의 서비스는 거의 모두 그 대상을 빈곤층에 한정하고 있어 기타의 계층은 욕구가 있고 약간의 비용을 부담할 의지가 있어도 서비스에 접근할 수가 없으며 일반 시장에 존재하는 적은 규모의 서비스 공급은 저소득계층이 아니라 하여도 쉽게 이용할 수 없는 비용을 지불하여야 한다.

복지국가의 유형화에서 이미 국가와 시장, 가족간의 관계가 주요한 국가유형 구분의 기준으로 활용된 바 있다. 자유주의적 복지국가에서는 가족 스스로 취업노동을 통해 자신의 생계를 책임져야 한다. 반면 보수적 복지국가에서는, 가족 내 남성 취업이 우선이며, 여성 취업은 장려되지 않는다. 이 같은 성별노동분업을 바탕으로 하여 가족 기능 강화를 위한 국가 지원 체계가 장려되는 반면, 국가가 가족을 대신하지는 않는다. 그리고 사회민주주의 복지국가에서 여성과 남성 모두 취업 활동을 해야 한다는 사회적 인식 하에 가족 기능의 상당 부분을 국가에서 담당하게 된다.

〈표 V-6〉 국가행위와 시장, 가족간 관계

국가분류 국가의 역할	자유주의적, 잔여적 복지국가	신분-조합주의적, 제도적-보수적 복지국가	사회민주적 복지국가
가족기능에 대한 지원	뚜렷하지 않음	보충원칙: 보호기능 상실시에만 국가 개입	노령자 보호에 대한 일부 책임 담당

출처: Esping-Andersen(1990:28)을 근거로 작성

그러나, 이 같은 국가 개입 수준은 사회·경제발전 수준에 따라 빈곤 개념이 변할 때(예를 들어, 절대적 빈곤에서 상대적 빈곤 개념으로의 변화), 그리고 그 같은 변화에 가족이 가진 능력이 제대로 적응할 수 없을 때 함께 변화하게 된다. 빈곤문제에 대한 대처 수준이 육체적 욕구 충족을 의미하는 것에서 벗어나, 경제적·사회적 욕구 충족을 의미할 때, 욕구 수준의 변화에 비례하여 가족의 능력에 대한 기대 수준 역시 변화하게 된다. 그러면 가족의 능력을 보충하기 위한 국가 개입 수준 역시 변화를 겪게 되는 것이다.

우리나라는 이러한 분류에 따르면 자유주의적 국가로 분류될 수 있을 것이다. 물론 우리나라의 문화적 특수성을 인정하는 또 다른 접근도 가능하지만 가족에 대한 국가의 지원이 저급하고 분명하지 않으며 대부분 개인책임을 전제로 하는 이러한 상황을 설명하는데 있어 이러한 국가분류는 일정한 설명력을 갖고 있음을 부인하기 어렵다.

국가별로 시장을 통한 개인책임의 강조를 비교할 수 있는 지표 중 하나는 GDP에서 민간보험료가 차지하는 비중이다. 아래의 표를 보면 시장의 영향이 가장 작은 나라가 스웨덴이고 다음이 독일과 미국, 영국의 순이다.

〈표 V-7〉 시장의 영향 비교

(단위: %)

	스웨덴	독일	영국	미국	한국
민간보험료/GDP(A)	4.52	6.31	12.09	8.65	13.78
사회보장비/GDP(B)	34.7	29.7	22.8	16.5	5.6
(A)/(B)	13.0	21.2	53.1	52.4	246.1

주: 1) 사회보장지출은 1996년의 것이며 출처는 ILO, 2000: Statistical Annex, Table 14.

2) 민간보험료 총액은 1998년의 것이며 출처는 '보험통계연감', 2000: 572~3.

자료: 조영훈, 2002: 259에서 재인용.

물론 미국의 경우는 분모인 사회보장비와 분자인 민간보험료가 모두 작아 민간보험료가 비교적 큰 영국과 유사한 수치를 보이는 것이므로 일면 단순히 그 결과를 해석할 수 없지만 대략의 순위는 위와 같다. 이러한 시장 영향력은

앞서 외국의 공공부조와 사회복지서비스 체계를 해석함에 있어 국가의 책임, 사회적 책임의 수용이 근간이 되었을 것임을 지지하고 있다. 우리나라는 시장의 영향이 가장 높는데 사회보장비 지출은 낮은 반면 민간보험료에 대한 의존은 다른 나라에 비하여 높은 것으로 나타났다. 공공의 보장성이 떨어지면서 민간에 대한 의존이 더욱 높아졌을 가능성이 크다.

조세의 수준도 그 사회가 개인을 강조하는가 아니면 국가, 및 사회적 책임이나 연대를 강조하는가를 간접적으로 시사하는데 GDP대비 조세총액의 비중을 보아도 1996년을 기준으로 스웨덴은 51.9%, 독일은 37.2%, 영국은 35.4%, 미국은 29.7%이며 한국은 21.4%에 머물고 있다(조영훈, 2002:260).

사회복지서비스에서 국가의 역할을 좀 더 직접적으로 시사하는 자료로 민간사회지출의 비중을 살펴볼 수 있다. GDP대비 법정 민간사회지출을 비교하여도 우리나라는 매우 높은 수준에 있다. 총법정민간사회지출(Gross mandatory private social expenditure)은 2.4로 비교 대상 국가 중 가장 높았으며 총사회지출대비 민간지출도 49.3으로 가장 높다.

〈표 V-8〉 민간사회지출 비교(1997)

(단위: %)

	스웨덴	독일	영국	미국	한국
GDP대비 총법정민간사회지출	0.4	1.2	0.4	0.4	2.4
GDP대비 총자발적민간사회지출	2.6	1.0	3.4	7.8	1.8
총사회지출대비민간부문	8.6	7.7	15.0	35.7	49.3

자료: OECD, Net Social Expenditure, 2nd. Edition. 2001:13

정무권, 2002: 425에서 인용 및 재구성

위의 표는 사회복지서비스에서 민간에 대한 의존의 정도를 표현하는 것으로 우리나라의 사회복지서비스 제공에서 국가는 재정부담을 포함하여 상당부분 책임을 민간에게 넘기고 있음을 시사한다.

우리나라에서 욕구충족, 사회문제의 해결은 가족 및 개인에게 책임이 있다는

것이 기본 전제가 되고 있다. 국가는 저소득층을 대상으로 최소한의 생존을 보장할 뿐이다. 이러한 사회복지의 전반적으로 계층 구분이 강하고, 그래서 사회 보장 중 사회보험의 비중이 강하다.

대체로 공공부조에 대한 지출은 단순비교가 어렵다. 그 이유는 보험과 데모그란트의 발달이 공공부조의 비중을 줄일 수 있으며, 또는 사회복지에 대한 사회적 수용이 낮은 사회에서도 공공부조의 비중이 낮을 수 있기 때문이다. 그러나 사회보장비 대비 사회복지서비스에 대한 지출의 비교는 그 사회에서 사회복지서비스 욕구에 대하여 어느 정도 보편적인 접근을 하고 있는지, 그리고 사회복지서비스 제공에서 국가는 어떠한 역할을 선택하였는지를 보여주는 자료가 된다. 스웨덴의 경우 국가는 사회복지서비스 제공에서 서비스 생산자, 제공자로서의 역할이 매우 강한 반면 독일의 경우는 스웨덴에 비하여 전체 사회보장비는 다소 낮을 뿐이지만 사회복지서비스에 대해서는 민간의 참여를 더 강조하고 국가는 사회복지서비스를 제공하는 민간을 지원하거나 또는 조정자, 규제자로서의 역할이 강하다.

1990년대 중반의 경제위기 시에도 이러한 국가의 특성이 드러났는데 이 부분에 대하여 남찬섭은 정확한 지적을 하고 있다. “경제위기 이후 발생한 대량실업으로 가정해체가 크게 문제가 되었다. 그럼에도 불구하고 정부는 소득보장제도의 개혁에만 주력하였지 가족의 기능을 어떤 형태로든 보완하거나 대체할 수 있는 사회복지서비스의 개혁에는 거의 노력하지 않았으며 사회복지서비스에 관련된 여러 가지 대처는 민간 주도로 이루어지도록 하였다. 이는 정부가 사회위기로 인해 가족의 존재가 위협받고 있는데도 불구하고 전통적인 가족의 기능이 그대로 유지되고 있다고 가정하고 있었음을 보여주는 것이다. 즉 한국의 국가는 가족의 기능을 보완하거나 대체하지 않기로 결정(non-decision)하였던 것이다 (남찬섭, 2002:168).”

Jones는 동아시아 국가에서는 사회적 위기에 처한 개인은 일차적으로 가족이나 친족의 도움을 얻으며 이에 따라 전문화된 사회복지서비스의 개념이나 그에 대한 사회적 욕구가 존재하지 않는다고 주장하였다(Jones, 1993:204~205, 조영훈, 2002:249에서 재인용). 이러한 측면에서 보면 한국 복지체계를 분명하게 하

는 데에는 사회서비스를 분석하고 그 사회화하는 전략을 통하여 그 보수성을 공격하는 것이 필요하다는 남찬섭과 윤정향(2001)의 주장은 매우 의미있는 지적이다.

국민의 정부와 김대중 정권 등 새로운 정권의 정책과제도 주로 사회보험의 확대와 기초보장의 강화를 주축으로 하고 있었다. 경제위기 이후 김대중 정부와 노무현 정부의 사회복지전략에서도 국가책임의 강화가 선두적인 제언이었음에도 불구하고 사회복지서비스에 대한 구체적 청사진은 매우 빈약하였다.

제 2 절 공공부조와 사회복지서비스 체계의 재편방향

사회복지정책이 그 사회의 경제적 수준 등 환경 조건의 영향을 받을 수 있다. 그러나 정책은 선택의 문제이다. 비슷한 조건에서도 국가마다 다소 상이한 형태의 복지체계를 갖는 것도 이 때문이다. 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스의 성격과 체계상 특성에 비추어 볼 때, 우리사회가 지향하여야 할 정책은 무엇인가에 대하여 새로운 고민과 논의가 필요하다.

사회복지서비스는 사회적 책임의 수용정도를 가늠하게 하는 가장 유용한 지표라고 본다. 보험은 개인기여에 기초하고 공공부조는 개인불능을 증명함으로써 얻어지는 복지이므로 진정한 의미에서 복지에 대한 사회적 책임은 사회복지서비스로 표현될 것이며 더 나아가 데모그란트와 같은 복지방식의 수용 수준을 그 사회의 복지를 평가하는 기준이 될 것이다.

씨족 공동체 등 전통적인 공동체의 힘은 사라졌다. 홍경준이 피력하였던 우리주의가 과연 이 사회에 남아있는가에 대하여 부정적인 답을 할 수밖에 없다. 가족, 특히 핵가족은 개인과 다르지 않다는 점에서 우리사회는 우리주의가 아니라 개인주의가 주요한 사회적 가치로 자리잡았다고 판단된다. 가족에 대한 책임 전가의 정책 논리는 이제 벗어나야 한다. 아마 이 것은 복지의 전환으로 이해하여야 하는 거대한 복지패러다임의 변화이지만 이 것을 넘지 않고서는 우리의 복지가 지금과 다른 질적인 발전을 가져올 수 없다. 즉 우리에게 희망을

찾기에는 이러한 전환이 가장 근본이 된다.

사회복지서비스에서 가족에 대한 강조는 보호의 질을 높인다는 논리에서 더욱 힘을 받아왔다. 보호의 질이 문제라면 가족을 지원하여야 한다. 수발자에 대한 지원도 없는 상황에서 보호의 질을 논하는 것은 더욱 무책임한 논리라고 볼 수 있다. 그리고 보호의 질을 유지, 또는 오히려 강화할 수 있는 전문가의 적극적인 지원이 가능하도록 하는 서비스의 틀을 국가가 구축하여야 한다. 예를 들어 간병이라는 이름으로 간호업무를 개인에게 전가하고 간호인력으로부터 간호를 받을 권리를 빼앗으며 결국 의료서비스의 비용절약을 이 곳에서 도모하는 현실을 앞에 두고 가족으로부터 제공받을 질 좋은 서비스를 빌미로 국가의 서비스에 대한 책임방기는 더 이상 양해되어서는 안된다.

대체로 경제적 지원과 보호(care)는 핵가족의 범위를 넘지 않는다. 그렇지만 핵가족 내에서도 경제적 연대가 부재하는 사례들이 적지 않으며 오히려 가족이라는 울타리가 지위 등 도구적 연줄망으로만 작용하기도 한다. 유교적 가치관으로 가족간 부양의 의지가 강하다는 것이 복지 저발전의 근거가 될 수 없다. 오히려 복지 저발전으로 힘겨운 가족 부양을 지고 가면서 또 다른 빈곤의 생산으로 이어지고 있는 것은 아닌가 반성을 하여볼 일이다.

남찬섭과 윤정향(2001)은 사회복지서비스 사회화 전략의 장점을 정리한 바 있다. ① 자격요건의 요구가 없기 때문에 누구나 참여할 있고 따라서 비 정규 노동자나 영세규모사업장노동자, 자영업자들을 포괄하는데 유리하다. ② 소득 신고를 불성실하게 하는 집단들에게 이 부문에 대한 지출을 감소시킴으로써 그들의 가처분소득의 보존을 도와줄 수 있다. ③ 또한 비용-급여간의 상응이 간접적이기 때문에 비용부담을 둘러싼 집단 간 갈등을 야기할 소지가 적다. ④ 중앙과 지방수준에서의 시민단체나 노동자단체의 참여가 사회보험에 비해 더 용이하다. ⑤ 따라서 행정적·재정적 토대의 미비를 직접 공격하는데 더 유리할 수 있다.

남찬섭은 이러한 장점이 있다하더라도 사회서비스의 사회화는 당장의 한국의 현실에서 실현가능성은 매우 낮다고 비판적 전망을 하고 만다(남찬섭, 2002: 171-2). 경제적 평등에서 삶의 질 평등으로, 경제적 보장에 대한 권리 인정에서

인간적 삶에 대한 권리 인정으로 복지의 지향이 거듭나야 한다. 이러한 방향에서 향후 공공부조와 사회복지서비스의 발전방향에 대하여 몇 가지 점을 제안하고자 한다.

첫째, 저소득층에 대한 다층적 안전망의 구성이 마련되어야 한다. 다층적 안전망으로만 사회적 안전망이 견고하여 질 수 있다. 사회보험이나 데모그란트의 수급률은 서구 국가들의 경우 90%를 훨씬 넘어 100%에 가까운 반면 공공부조 수급률은 프로그램에 따라서 적게는 45~50%, 많은 경우에도 70~75%에 불과한 것으로 보고되고 있다(Blank and Hanratty, 1993; Blank and Reggles, 1995; Dickert, Houser, and Scholz, 1995; Oorschot, 1998 정원오 외, 2001에서 재인용). 즉 공공부조 단일제도만으로는 빈곤층과 저소득층에 대한 사회적 안전망으로 충분하지 못하다.

따라서 일반적 공공부조의 운영과 함께 부가급여 등이 도입되어야 하고 인구학적 기준을 적용하는 다양한 현물급여의 공공부조가 함께 병행되어야 한다. 물론 보편성의 측면에서 가장 이상적인 데모그란트의 발전이 동시에 추진되어야 할 것이다. 빈곤층이 단일 제도 하에서 여러 가지 급여가 주어질 때, 상대적으로 위협해진다. 사회적 지지의 획득에서도 단일 제도의 수준을 높이거나 대상을 확대하는 것보다 범주별 공공부조를 병행하는 것이 유리하다. 영역별 프로그램 유지를 찬성하는 자들은 이러한 프로그램이 접근을 용이하게 한다고 주장하기도 한다. 사회복지서비스와 데모그란트의 확충 및 도입을 통하여 공공부조로 떨어지는 구성원의 수를 줄이고 건강한 사회성원으로 생활할 수 있는 사회로 변모하는 것이 바람직하다.

국가 간 비교연구에 따르면 공공부조 원칙을 강조하는 국가들은 사회보험이나 데모그란트를 위주로 하는 국가들에 비해 외견상 높은 비용효율성을 달성하는 것처럼 보이지만 사회보장제도에 대한 국민의 정치적 지지가 상대적으로 결여되어 있고 이에 따라 사회보장부문에 대한 정부의 지출도 낮은 경향을 보여서 결과적으로 사회보장체계가 빈곤이나 불평등을 완화하는데 그다지 효과적이지 못하다고 한다(Garfinkel, 1982, Korpi and Palme, 1998).

둘째, 공공부조와 함께 사회복지서비스의 확대는 시장의 영향력을 최소화하

는 것이 되어야 한다. 비경제적 욕구의 해결은 경제적 수단을 동원하여 해결할 수 있으나 현재 우리나라 사회복지서비스는 저소득층의 무료 또는 실비 이용가능성을 제외하고는 고소득층만이 사적 시장을 활용할 수 있는 가능성만 남게 된다. 따라서 차상위계층 및 중산층 등이 활용할 수 있는 서비스 공급은 공백 상태에 있다.

Reddin(1970)은 민주적이고 산업화된 사회에서는 사회복지서비스를 사회이용시설과 개별서비스로 구분하여 이 둘에 각각 보편주의와 선택주의를 달리 적용하는 경향이 있다고 지적하였다(김현용, 1996에서 재인용). 적어도 사회이용시설에 대한 확충은 국가의 책임으로 하고 이러한 시설에 대한 접근은 보편성을 확보하는 것으로 발전하여 나가야 한다.

국민에게 최저한의 사회복지서비스 제공을 보장하는 체계의 구축이 필요하며 이러한 수준에 이르기까지는 민간의 참여 강조 및 국가 책임의 방기를 수용할 수 없다. 일반적 공공부조로 기초보장을 마련하고 사회복지서비스는 표현의 보장, 참여의 보장, 이동의 보장과 같은 사회구성원의 기초보장 이상의 비경제적 보장을 지향하는 것이어야 한다. 이를 위해 공공부조뿐 아니라 사회복지서비스 제공에서도 국가의 주도적 역할이 필요하다.

중앙과 지방의 사회복지서비스에 대한 책임분담의 문제에 대해서는 이견이 존재한다. 그러나 지방정부로의 사회복지서비스 이전은 근본적인 면에서 동일한 맥락에 따르고 있다. 중앙정부에서 지방, 지역사회로 책임 분산화에 따라 “서비스 공급자로서 가족을 재정립하려는” 노력이 커지고 있다. 그러나 책임을 이양하려는 더 중요한 노력은 사회복지활동들을 민영화하려는 지속적인 시도이다. 정부의 부담을 줄이는 것 외에도 이러한 노력의 주요 정당화는 사회서비스들이 비정부기관에 의하여 좀 더 효율적으로 제공될 수 있다는 것이다. Morris는 “민간의 자선으로 좀 더 많은 책임을 넘기려는 시도가 그렇게 효과적이지 않았다”고 주장한다. 더욱이 Schlesinger and Blumenthal(1985)는 이러한 기관들이 공공기관들에 비하여 서비스를 제공하는데 있어 더 효과적이지 않았다고 주장하였다. 반대로 Judy and Knapp(1985)는 좀 더 적은 규모의 소유자가 관리하는 기업이 서비스의 생산에 가장 효율적인 단위라는 점을 발견하였다(Sherer, 1987: 296).

국내에서도 중앙과 지방의 역할 분담에 대해서는 여러 가지 상이한 의견들이 개진 중에 있다. 박병현(1993)은 지방으로의 사회복지서비스 주체 이전을 우려 하면서 빈곤구제를 위한 공적부조에 있어 그 실행의 주체가 중앙정부가 되었을 때는 사회복지가 획기적으로 발전하였지만 지방정부 또는 민간기관이 되었을 때는 사회복지의 쇠퇴하였다는 주장을 역사적인 사례로 증명한 바 있다.

현재 사회복지이용시설의 분포를 보면 지방자치단체로 사회복지서비스 공급 확충의 책임을 이양하게 될 경우, 기초적인 서비스 공급을 보장하기 어려울 것임을 알 수 있다. 군부와 구부의 경우 사회복지관, 전체 이용시설의 분포가 매우 큰 폭의 차이를 보이고 있다. 이러한 시설의 분포 차이는 특정 영역 안에서 서비스 수요자의 규모가 작다는 것에서도 설명이 가능하지만 자치단체의 재정적인 역량에 의한 차이로 이해할 수도 있다.

〈표 V-9〉 사회복지이용시설 분포 현황

(단위: 지역수, %)

개소수	사회복지관			총이용시설 ¹⁾		
	시	구	군	시	구	군
0	12(18.2)	4(4.8)	77(84.6)	2(3.0)	-	34(37.4)
1	25(37.9)	19(22.9)	12(13.2)	1(1.5)	-	31(34.1)
2	15(22.7)	20(24.1)	2(2.2)	7(10.6)	3(3.6)	13(14.3)
3~5	14(21.2)	31(37.3)	-	23(34.8)	14(16.9)	11(12.1)
6~10	-	9(10.8)	-	22(33.3)	37(44.6)	2(2.2)
11~	-	-	-	11(16.7)	29(34.9)	-
총합	66(100.0)	83(100.0)	91(100.0)	66(100.0)	83(100.0)	91(100.0)

자료: 보건복지부 행정자료, 2003년 행정자치부 통계연보.

1) 이용시설로는 노인이용시설(노인복지회관, 재가노인복지시설, 가정봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설), 아동이용시설(직업훈련시설, 자립지원시설, 일시보호시설, 아동종합시설, 아동상담소, 아동복지관), 청소년이용시설(청소년수련관, 청소년 문화의 집, 청소년수련원), 장애인이용시설(장애인복지관, 장애인 재활병의원, 주간보호시설, 단기보호시설, 장애인체육관, 장애인심부름센터), 사회복지관이 포함되었음.

2000년을 기준으로 할 때, 우리나라는 비교 국가들 중 영국 다음으로 중앙정부의 세입 비중이 높다. 이러한 구조에서는 중앙정부의 사회복지서비스에 대한 제공 책임을 지방으로 이전시키기 어려울 것이다. 독일이나 스웨덴, 미국의 경우 지방에서 서비스에 대하여, 또는 공공부조에 대하여 많은 책임을 이행할 수 있는 기반이 이러한 세입구조와 무관하지 않으며 이러한 기반에 서 있는 국가에서조차 지방으로 복지책임을 이전시킨 정책이 낳은 부정적인 측면, 욕구충족의 미흡에 대하여 비판이 있는 실정을 감안하지 않을 수 없다.

〈표 V-10〉 정부수준별 세입비중 비교(2000)

(단위: %)

	스웨덴	독일	영국	미국	한국
연방 또는 중앙정부	58.6	30.8	78.2	46.3	68.2
주정부	-	22.5	-	18.8	-
지방정부	29.6	7.5	4.0	11.5	15.1
사회보장기금	11.1	39.2	15.5	23.3	16.7
초국가적(Supranational)	0.7	0.0	1.3	-	-

자료: OECD, *Revenue Statistics 1965 ~ 2001*, 2002:25.

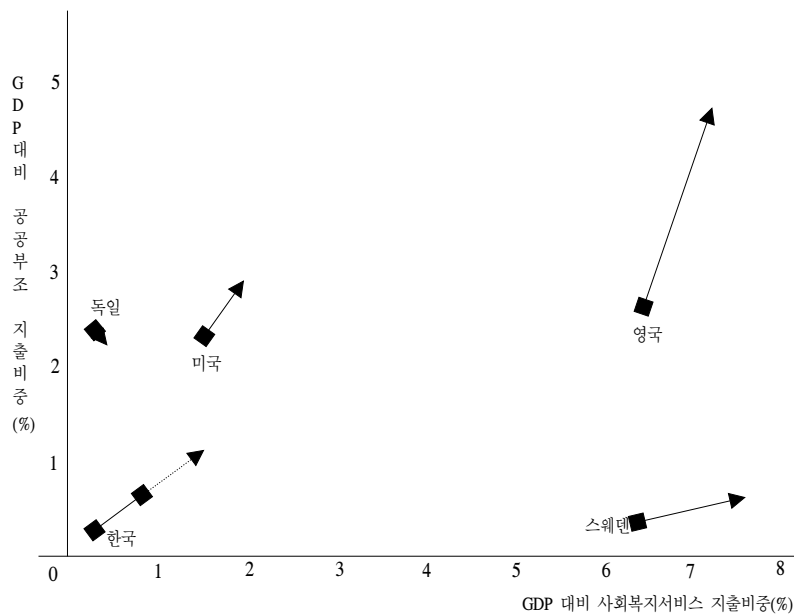
셋째, 현재로는 여러 가지 수당의 이름으로 서비스에 전가된 부분을 공공부조 부가급여로 제 위치를 잡도록 하고 공공부조를 당분간 강화하면서 향후 사회구성원의 욕구에 좀 더 탄력적으로 반응하는 사회복지서비스의 확대를 도모하는 방향으로 변화를 시도하는 것이 바람직하다. 그리고 사회복지서비스의 확대는 그 간의 역사를 기초로 하여 볼 때, 민간의 자생적인 확대 역량이 단기간 내에 크게 높아질 가능성이 적으므로 공공의 기초적인 공급을 전제로 시도되어야 할 것이다.

아래의 그림은 본론에서 비교 분석한 국가들의 공공부조와 사회복지서비스 지출변화를 표현하고 있다. 독일에서 공공부조 지출이 다소 감소한 반면 서비스 지출이 적은 폭으로 증가하였고 다른 국가들은 공공부조와 서비스 지출이

증가하는 방향으로 변화되어 왔다. 이는 각 국가들에서 실업의 증가 등 공공부조 및 서비스 지출을 높이는 사회경제적 배경이 존재하였기 때문으로도 해석할 수 있으나 실제 이들 국가에서 민영화 등 탈국가중심의 서비스를 강조함에도 불구하고 공공부조와 사회복지서비스를 통하여 표현된 국가의 복지에 대한 책임은 그리 감소하고 있지 못함을 의미하기도 한다.

우리나라의 경우, 공공부조와 사회복지서비스에 대하여 확대를 시도할 수 밖에 없는 단계에 있고 단기적으로는 공공부조를 통하여 최후의 안전망을 정비하면서 장기적으로는 사회복지서비스를 보다 중요한 복지의 방식으로 인정하고 확대하는 전략이 필요하다. 이러한 전략은 아래 그림의 점선으로 표현된 변화인데, 영국과 유사한 공공부조 보장, 그러나 스웨덴과 같은 서비스로의 확대 지향 사이의 방향으로 이해할 수 있다.

[그림 V-7] 공공부조와 사회복지서비스의 변화경향



끝으로 공공부조와 사회복지서비스 제공이 일선에서 유기적으로 연계되도록 지향한다. 물론 이러한 연계는 기본적인 사회복지서비스의 확충을 전제로 하여 논의될 수 있다. 이를 전제로 공공부조와 사회복지서비스는 제도적으로 그리고 전달체계에서 유기적 결합이 가능하도록 구조화되어야 한다. 현재 지방자치단체가 공공부조에 대해서는 거의 주도적인 관리 능력을 갖고 있지 못한 반면 사회복지서비스는 지방에서 주체적으로 관리하도록 이양되고 있는 과정에 있다. 행정책임상의 양 제도의 괴리가 해소되도록 하고, 일선의 서비스 제공주체간 연결과 협력이 도모될 수 있는 기반을 조성하도록 한다. 사실 역사적으로 경제적 보장은 행정직에게 그리고 사회복지서비스는 전문가에게 그 전달을 담당하도록 하지만 현재 우리나라의 경우는 이 모두를 사회복지전담공무원이 전달하고 있어 전문성의 필요에 대한 문제제기가 끊이지 않고 있다. 물론 민간의 사회복지서비스는 민간기관에 종사하는 사회복지사의 몫이지만 장기적으로 공공부조와 사회복지서비스의 일선 전달인력에 대한 기획이 필요하며 공공의 사회복지서비스와 민간의 사회복지서비스가 공공부조 수급자의 욕구를 종합적으로 충족하는데 상호 연계될 수 있도록 연결망을 구성하여야 한다.

민간과 공공의 서비스 공급이 보장되고 연결체계가 구축된다고 하여도 한가지 해결해야할 과제가 남는데, 이는 공공부조와 공공복지서비스 제공을 담당하는 일선의 인력, 사회복지전담공무원의 업무변화가 병행되어야 한다. 전체적인 업무량이 감소되어야 할 것이며, 전담업무 외의 다른 업무로 업무수행에 장애가 초래되는 업무환경이 개선되어야 할 것이다. 이러한 정책적인 노력이 함께 하여야만 수요자의 욕구에 반응하는 서비스 제공, 필요한 서비스의 연결이 가능하여 질 것이다.

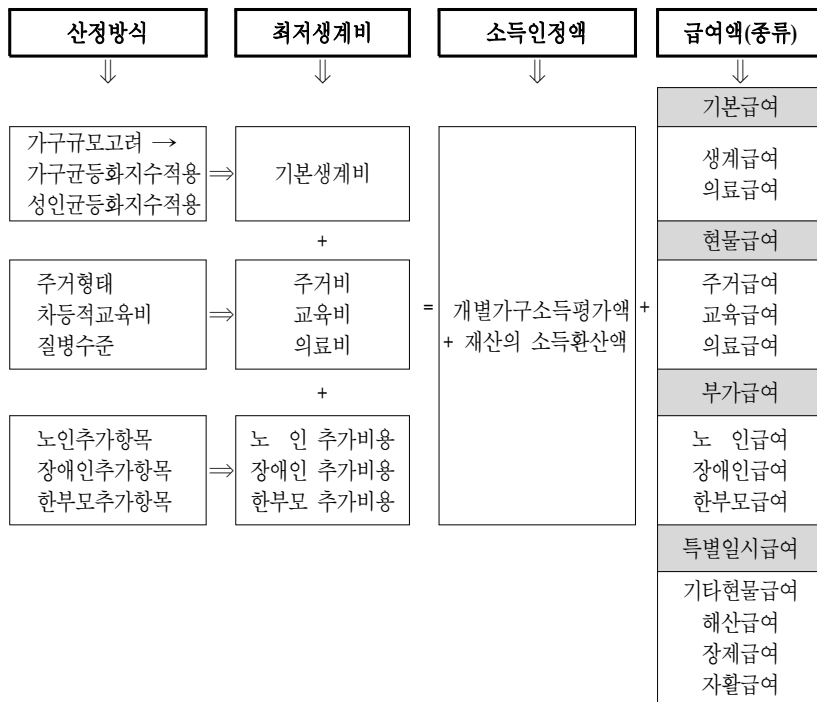
제 3 절 공공부조와 사회복지서비스 체계의 재편방안

우리나라의 공공부조와 사회복지서비스 체계가 갖는 특성에 대하여, 그리고 그러한 특성에 기초하여 향후 공공부조와 사회복지서비스 체계의 재편이 지향

하여야 하는 방향에 대하여 고찰하였다. 본 절에서는 우리나라에서 공공부조와 사회복지서비스 체계를 어떻게 재편하는 것이 바람직할까? 구체적인 재편방안에 대하여 논의하고자 한다.

첫째, 현재 사회복지서비스로 분류된 공공부조적 급여들을 공공부조의 부가급여로 위치를 변동하여 그 성격을 분명하게 정리한다. 수급자와 저소득층을 대상으로 하는 노령연금, 장애인수당, 그리고 아동과 그 가족을 대상으로 하는 부가적인 현금지원을 공공부조 내 인구학적 특성을 반영하는 부가급여로 변경하는 것이다. 이러한 방식으로 공공부조제도를 정리하면 다음의 [그림 V-8] 과 같다.

[그림 V-8] 합리적 공공부조 모형



노인과 장애인, 아동과 그 가족에 대한 부가급여를 위하여는 이들 집단의 추가적인 지출에 대한 계측과 기준마련이 선행되어야 한다. 향후 국민기초생활보장제도의 기준이 되는 최저생계비의 계측과 설정은 이들 집단에 대한 생활비 지출을 고려하는 것이 되어야 할 것이다.

부가급여의 시행과 함께 주거, 교육, 의료에 대해서는 현물급여로 분리하여 공공부조를 단일 제도에서 다수의 제도로 변경하는 안도 검토할 필요가 있다. 단일 제도를 통하여 빈곤문제에 대응하기보다는, 생계비 지급에 비하여 선정 기준을 보다 완화하여 적용할 수 있는 현물급여를 별도의 공공부조 제도로 설정하는 것이 단일제도가 갖는 한계를 극복하는 길이기 때문이다. 현물급여는 현금급여와 달리 남용이나 과용의 우려가 적고, 그럼에도 불구하고 기초생활을 위하여 필수적인 것들로 구성됨으로 사회적 합의도출도 용이할 뿐 아니라 빈곤층의 안전망으로서 공공부조가 보다 견고한 구성을 갖도록 할 수 있다.

둘째, 사회복지서비스 대상의 보편화를 도모한다. 사회복지서비스에 대한 비용부담은 이용자의 경제적 능력을 반영하여 책정할 수 있으나 기본적인 서비스에 대한 전 계층의 접근성을 보장하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 서비스 이용시설의 확충, 이용시설의 편재로 인한 불균형 해소를 위한 노력이 필요하다. 정부는 현재 지방자치단체의 재정적인 한계를 인정하고 기본적이고 필수적인 서비스확충에 대하여 일정 정도 지원을 하는 것이 필요하다. 현재도 서비스 이용시설의 신축에 대한 지원이 없는 것은 아니지만 기존의 지원으로는 지방자치단체에서 새로운 서비스를 확충하는데 충분하지 않다.

우리나라 관련 법규를 보면 사회복지서비스는 국가, 지방자치단체, 민간이 주체가 될 수 있다. 그러나 현재 우리나라의 상황을 고려할 때, 사회복지서비스 제공에서 국가의 주도적 역할이 필요하다. 재정부담에서 부담능력이 있는 국민에 대한 사회복지서비스에 소요되는 비용은 그 수익자가 부담함을 원칙으로 하되, 그리고 관계법령이 정하는 바에 따라 국가 및 지방자치단체가 그 비용의 일부를 부담하도록 하고, 일차적인 공급은 중앙정부가 책임을 지고 지방자치단체와 협력하여야 한다.

서비스 전달에서 ‘재정부담은 중앙에서 기획과 전달은 지방에서’와 같은 다양한

방안이 고려될 수 있을 것이다. 그러나 우리나라 지방자치단체의 재정 등 역량에 비추어 볼 때, 재정적인 지원을 어떠한 방식으로 할 것인가의 문제 이전에 중앙의 서비스 제공에 대한 책임은 당분간 이전되기 어려울 것으로 판단된다.

한편 서비스 이용시설의 확충에서 지역에 분포된 잠재적 이용자의 규모를 우선 고려하는 효율성보다는 이용자가 접근을 위하여 부담하는 비용을 충분히 고려하여 욕구 충족이라는 효과성을 우선하는 시설 및 서비스의 확충이 이루어져야 할 것이다. 농촌의 경우 이러한 접근이 아니라면 한참동안 서비스의 확충을 기대할 수 없을 것이다. 다양한 서비스 이용시설을 확충하는 것이 현실적으로 어려운 지역의 경우 종합적인 서비스를 제공할 수 있는 필수 이용시설을 우선 배치하고 이를 통하여 기본적인 서비스 제공이 가능하도록 하여야 할 것이다. 또는 그 지역에서 가장 크게 요청되는 서비스를 주로 제공하는 이용시설을 신설하고 이를 통하여 부수적인 서비스를 병행 제공하는 방식도 고려할 수 있을 것이다.

중요한 것은 서비스 제공이 소득계층에 의하여 분리, 제공되기보다는 욕구 충족을 초점으로 하는 것이어야 한다. 공공부조를 통하여 경제적인 문제를 해결하도록 하고 사회복지서비스는 그 밖에 사회적 기능을 향상시키기 위한 목적을 유지할 수 있어야 한다. 따라서 전 소득계층에게 그 접근이 가능하도록 서비스의 총량이 확보되어야 한다.

셋째, 장기적으로 데모그란트의 도입이 추진되어야 한다. 데모그란트는 빈곤으로의 추락을 예방하면서 특정 욕구에 대한 충족을 보편적으로 보장하는 강력한 기제이다. 물론 데모그란트의 도입은 재정적인 차원에서 매우 부담스러운 선택이다. 따라서 도입의 방식은 이를 고려하여 다양하게 논의될 수 있다.

우선 소득계층별로 단계적 도입이 가능하다. 단, 이러한 시도는 단계적으로 전 소득계층으로 확대할 것을 전제로 한다. 일본은 전체 아동의 약 60%가 아동수당을 받는다. 복지가 발전하였다는 스웨덴의 경우도 데모그란트가 전 소득계층을 대상으로 하지 않고 일정소득 이하의 계층-물론 빈곤층으로 한정된 것은 아닌-을 대상으로 이들에게 데모그란트를 보충적인 방식으로 제공하기도 한다. 데모그란트의 이러한 적용은 변형된 것으로 이해할 수 있다. 그리고 데모그란트의 지향을 변질시키고 말, 그래서 일차적인 안전망으로서 데모그란트의 이

점을 살리기 어려운 시도로 우려를 할 수도 있다. 이러한 우려는 어느 정도 타당한 것이기도 하지만 아직 우리나라의 세율이나 사회적인 빈부격차, 또는 사회적 위험에 대한 인정의 정도가 전체적인 데모그란트의 도입을 어렵게 한다. 따라서 데모그란트의 단계적 도입을 시도하되 이러한 시도는 장기적인 기획을 전제로 하는 것이 되어야 할 것이다. 데모그란트를 도입하여도 공공부조 수급자 계층은 데모그란트가 급여를 상쇄함으로써 예산의 증가는 차상위를 포함한 그 상위계층에 대한 지원분이 될 것이다.

넷째, 공공부조 수급자들의 욕구를 충족하기 위하여 관련 서비스와 강력한 연계구조를 갖도록 하여야 한다. 현재 공공부조 수급자들은 공공서비스를 제외하고 민간의 서비스에서도 중요한 표적 집단이 되고 있다. 따라서 이들에 대한 서비스 제공은 그 종류와 수준에서 양호할 수 있지만 일선의 서비스가 상호 연계가 충분하지 않아 서비스의 중복 및 누락이 있었던 것이 사실이다.

서비스의 연계가 활발하지 않았던 이유는 서비스 연계를 위한 구조를 구축하지 못하였다는 것과 일선의 인력들의 업무부담이 너무 과중하였다는 것이다. 서비스 연계는 관련된 서비스에 대한 종합적인 정보 수집과 공유, 수급자의 욕구에 대한 상호 이해의 증진 등을 토대로 강화될 수 있다. 따라서 지역사회의 서비스 연계를 위한 체계를 구축하는 것이 필요하다. 현재 읍·면·동 단위의 사회복지전담공무원의 업무수행을 좀 더 큰 규모의 행정단위로 통합하면서 업무의 분화, 전문화를 도모하고 민간의 서비스 연계망을 구축하여 연결한다면 공공부조 수급자의 욕구충족을 위한 서비스의 동원 및 제공은 보다 원활하게 수행될 수 있을 것이다.

한편 공공부조와 공공의 사회복지서비스 제공을 전담하는 인력인 사회복지전담공무원의 확충을 통하여 이들의 업무부담을 보다 줄여주는 노력이 필요하다. 물론 읍·면·동 단위의 배치를 좀 더 큰 규모의 배치로 전환하고 이를 통하여 여유를 확보할 수 있을 것이지만 이러한 노력으로 얻는 업무부담의 감소는 한계가 있다. 따라서 수급자의 욕구를 개별적으로 파악하고 필요한 서비스를 지원·연결할 수 있는 환경 조성을 위하여 전담인력의 확보는 중요하다.

복지국가의 요체는 정부가 “정치권과 같이 소득, 영양, 보건, 주택, 그리고 교육의 기본 수준”(minimum standards)을 제공하여야 한다는 믿음을 사회적으로 수용하는 것이라고 Wilensky는 그의 저서에 밝힌 바 있다(Wilensky, 1975:1). 우리나라가 국민의 욕구를 초점으로 복지의 틀을 재편하고 사회적 책임의 인정을 제고함으로써 진정한 복지국가로의 진행을 선택하기를 바랄 뿐이다.

참 고 문 헌

- 2002장애인단체대선연대(2002), 16대 대선 장애인복지정책 자료집.
- 고경환 외(2002), 『한국의 사회복지지출 추계 : 1990~1999 - 순사회복지지출을 중심으로』, 한국보건사회연구원
- 고경환(2002), 『국민기초생활보장사업의 통계체계 개발』, 한국보건사회연구원
- 고경환·장영식·이내영(2003), 한국사회보장지출추계: 1990~2001, 한국보건사회연구원·보건복지부
- 국민연금관리공단(1990), 『프랑스의 소득보장』, 국민연금관리공단
- 권오구(2000), 『사회복지발달사』, 홍익제
- 김 인(1993), *Institutional Arrangement for Public Service Delivery of American Municipal Governments*, 『지방과 행정연구』, 5권 1호, 부산대학교 행정대학원 지방행정연구소
- 김경호(1997), 「영국 대인사회복지서비스의 발달과정에 관한 연구 - 시범보고서를 중심으로 -」, 익산대학교 학위논문
- 김기원(2000), 『공공부조론』, 학지사
- 김만두·한혜경(2000), 『현대사회복지개론』, 홍익제
- 김미곤 외(1995), 『생활보호대상자에 대한 보충급여 도입방안』, 한국보건사회연구원
- 김미곤 외(2000), 『외국의 공공부조제도 비교연구』, 한국보건사회연구원
- 김순양(1998), 「사회복지서비스 고급 민영화의 성공요건 고찰- 사회복지관 시설의 민간위탁과정을 중심으로」, 『한국정책학회보』, 한국정책학회
- 김승권 외(2000), 『2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원

- 김승권 외(2000), 『한국 가족의 변화와 대응방안』, 한국보건사회연구원
- 김승권·서문희·한영자·김혜련·조애저·김유경(2001), 『출산력 및 가족보건실태의 변화양상과 대응방안에 관한 연구』, 한국보건사회연구원
- 김연명(2001), 「김대중 정부의 사회복지정책: 신자유주의를 넘어서?」, 한국사회복지학회 춘계학술대회발표논문
- 김영순(2001), 『복지국가의 위기와 재편: 영국과 스웨덴의 경험』, 서울대학교 출판부
- 김용득 외(2002), 『한국 장애인복지의 이해』, 인간과복지.
- 김용득 외(2003), 『장애와 사회복지』, 학지사.
- 김유성(1999), 『사회보장법론』, 법문사
- 김정우(1997), 「사회개발형 노인복지서비스 설정방향」, 『한국사회복지학』 통권31호
- 김태성·성경룡(2000), 『복지국가론』, 나남출판사
- 김태진(2001), 『사회복지발달사』
- 김행범(1995), 「정부의 공공서비스 공급이론에 관한 Game 이론적 연구」, 인제대학교 학위논문
- 김현용(1993) 「한국사회의 변화와 사회복지서비스의 전개방향」, 『복지국가의 현재와 미래』 한림과학원(편)
- 김현용(1996), 「한국사회복지서비스의 사회정책방향」, 『사회보장연구』 10
- 남기민(2001), 『현대사회복지학의 이해』, 양서원
- 남세진·조홍식(1995), 『한국사회복지론』, 나남출판사
- 남찬섭(1997) 복지국가에 있어서의 분배정의: 정치철학적 정의론과 일반인들의 분배정의인식, 연세대학교 박사학위논문
- 남찬섭(2002), 「경제위기 이후 복지개혁의 성격 - 구상, 귀결, 복지국가체제에의 함의 -」, 『한국복지국가성격논쟁 I』, 김연명 편, pp.143~174., 인간과복지

- 남찬섭 역(1996), 『복지국가의 사상과 이론』, Mishra, Ramesh, Society and social policy-theories and practice of welfare, 서울: 한울 아카데미
- 남찬섭 역(2001), 『영국 사회복지 발달사: 1349년 노동자 조례에서 1942년 베 브리지 보고서까지』, De Schweinitz, Karl, England's road to social security: From the statute of laborers in 1349 to the Beveridge report of 1942, 서울: 인간과 복지,
- 남찬섭·윤정향(2001), 「생산적 복지를 위한 소득보장제도 개선방안」, 『상황과 복지』 제9집, pp:45~77., 한국사회복지학 연구회
- 노시평(2001), 「우리나라 공공부조정책의 변동에 관한 연구」, 『통일연구』, 제 6권 1호, 서경대학교 통일문제연구소
- 레비탄 외(1999), 『미국의 사회보장제도』, 나남출판사
- 박경숙·강혜규(1992), 『사회복지사무소 모형개발』, 한국보건사회연구원
- 박경일(2000), 「사회복지서비스의 질적 향상을 위한 관리기법으로서의 복지 QC 활동에 관한 사례연구」, 『한국사회복지학』 통권40호
- 박광준(1991), 「대처집권기 영국사회복지서비스의 변용」, 『부산여대논문집』 32
- 박능후 외(2002), 『기초보장체계에 관한 국가비교 연구』, 한국보건사회연구원
- 박능후 외(2002), 『주거정책과 복지정책의 연계방안』, 국토개발원
- 박능후·이현주 외(2002), 『기초보장체계 비교연구』, 한국보건사회연구원
- 박병현(1993), 「중앙과 지방의 사회복지 기능분담논의에 관한 일고」, 사회복지학회 춘계대회 자료집
- 박순일 외(2002), 『사회안전망 제도의 재정 효율화를 위한 제도 개선연구』, 한국보건사회연구원
- 박찬용 외(1998), 『사회보장발전 목표설정과 정책과제』, 한국보건사회연구원
- 박찬용 외(2000), 『사회안전망 확충을 위한 소득보장체계 개편방안』, 한국보

건사회연구원

- 백종만(1994), 「사회복지 서비스에서 국가와 민간간의 역할분담유형 개발과 적용에 관한 연구」, 서울대학교 학위논문
- 변광수·김인철·박노호(1995), 「복지국가 스웨덴의 지방자치 — 균형적 지역발전의 모델 —」, 『지역연구』, 4권 1호, 1995, 봄, 161~216pp.
- 변용찬 외(2001), 『2000년도 장애인 실태조사』, 한국보건사회연구원.
- 변재관·석재은 외(1998), 『한국의 사회보장과 국민복지기본선』, 한국보건사회연구원
- 변재관·석재은·김연명·변용찬·정경희 외(1998), 『한국의 사회보장과 국민복지기본선』, 한국보건사회연구원
- 변재관·정경희 외(1999), 『장기입소노인시설 보건의료서비스 제공현황 및 개선방안연구』, 한국보건사회연구원
- 변재관·정경희(2002), 『고령사회대책기본법 제정검토 및 노인보건복지종합대책』, 한국보건사회연구원
- 보건복지부 생활보장과(2001), 『기초생활보장 통계자료』
- 보건복지부 중앙아동학대예방센터(2003), 『2002년도 전국아동학대 현황 보고서』
- 보건복지부(2002), 『2002년도 세입세출예산』
- 보건복지부(2003), 『2002년도 노인보건복지시설현황』
- 보건복지부(2003), 『2003년도 국민기초생활보장사업안내(I) -조사·선정·급여·관리』
- 보건복지부(2003), 『2003년도 세입세출예산』
- 보건복지부(2003), 『모부자가정복지사업 안내』
- 보건복지부(2003), 『보육사업안내』
- 보건복지부(2003), 『보육통계』

- 보건복지부(2003), 『아동복지사업 안내』
- 보건복지부(2003). 『2003년 장애인복지사업안내』
- 보건복지부, 『보건복지백서』, 각 연도
- 보건복지부, 『아동복지 사업지침』, 각 연도
- 서문희(2002), 「취업모의 영아유아기 양육실태와 정책방안」, 『보건복지포럼』 제68호, 한국보건사회연구원
- 서문희·안현애·이삼식(2003), 『아동권리지표 개발에 관한 연구』, 한국보건사회연구원 보건복지부
- 서문희·이상현(2002), 『보육사업 평가』, 보건복지부·한국보건사회연구원
- 서문희·임유경·박애리(2002), 『2002연도 전국보육실태조사 보고』, 한국보건사회연구원 보건복지부
- 선우덕·정경희 외(2001), 『노인 장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안』, 한국보건사회연구원.
- 송근원·김태성(1998), 『사회복지정책론』, 나남출판사
- 신섭중 외(2001), 『세계의 사회보장』, 유풍출판사
- 신섭중(1979), 「생존권의 보장과 공적부조」, 『법학연구』, 부산대학교 법학연구소, Vol.21 No.1, pp.193~218.
- 신수식(1992), 「사회복지서비스의 프로그램의 계량화: 프로그램 평가 및 책임성 계획의 과학적 모델을 중심으로」, 『사회보장론』, 박영사
- 양희택(1997), 「공공부조 수혜 장애인들의 복지욕구에 관한 연구」, 숭실대학교 사회사업학과 석사학위논문
- 여유진 외(2003), 『국민기초생활보장제도 부양의무자 기준 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원
- 오영희·정경희 외(2002), 『노인복지회관 관리운영실태 및 개선방안』, 한국보건사회연구원

- 이두호 외(1991), 『빈곤론』
- 이선우 외(2000), 『장애유형에 따른 장애인가구의 최저생계비 계측에 관한 연구』, 한국보건사회연구원.
- 이선우(1996), 「미국 사회복지체계의 민영화: 사회보장, 주택 및 개인 사회복지 서비스를 중심으로」, 『비교사회복지』 3집
- 이선우(1999), 『장애관련수당 확대방안』, 한국보건사회연구원
- 이선우(2000), 『장애유형에 따른 장애인 가구의 최저생계비 계측에 관한 연구』, 한국보건사회연구원
- 이성기(1996), 『OECD국가의 사회보장제도 비교연구』, 한국보건사회연구원
- 이수연(2003), 「보육서비스가 미취학 자녀를 둔 국민기초생활보장제도 수급 여성의 자활에 미치는 영향에 대한 연구」, 『사회복지연구』, 2003년 22호, 사회복지연구회
- 이익섭 외(1997), 「소득보장정책의 근거를 위한 장애아동가정의 추가비용에 관한 연구」, 『재활복지연구』, 1권 1호.
- 이인재(1999), 『사회보장론』, 나남출판사
- 이창호(1991), 「사회복지서비스 프로그램의 계량화: 프로그램 평가 및 책임성 계획의 과학적 모델을 중심으로」, 『사회복지연구』, 서울대학교 한국 사회복지연구회
- 이현주 외(1999), 『저소득층 보건복지욕구 기초자료 분석』, 한국보건사회연구원
- 이혜경(1993), 「사회복지사무소와 사회사업 전문직: 영국의 선택」, 『난사 김 종옥박사 정년취임기념 논문집』, pp.385~414.
- 장동일 외(1995), 『한국공적부조론』, 대학출판사
- 장인협 (1990), 『사회복지학개론』, 서울대학교 출판부
- 정경희 외(1999), 『노인교육기관 및 프로그램 실태조사 분석연구』, 한국보건 사회연구원

- 정경희 외(2001), 『거동불편노인에 대한 지역사회 서비스의 활성화 및 질 향상 방안연구』, 한국보건사회연구원
- 정경희 외(2001), 『장기요양보호대상 노인의 수발실태 및 복지욕구』, 한국보건사회연구원
- 정경희 외(2002), 『무료 및 실비 노인요양시설에서의 인권실태 사례조사』, 한국보건사회연구원
- 정경희(2000), 「장기입소노인시설 거주노인의 생활실태 및 서비스 개선방향」, 『보건복지포럼』, 제42호.
- 정경희(2001), 「인구고령화와 정책과제」, 『보건복지포럼』, 제62호.
- 정경희(2003), 「인구고령화에 대비한 노인보건복지 종합대책」, 『보건복지포럼』, 제76호.
- 정원오·김환준·손병돈(2001), 『공공부조제도의 체계화 방안』, 성공회대학교 보건복지부
- 정일용(1992), 『미국사회보장제도의 발전과정과 특성』, 한국경제교육연구원
- 진세혁(1995), 『사회복지서비스 공급을 위한 지방자치단체의 역할: 노인복지서비스를 중심으로』
- 채수훈(2000), 『공공부조와 복지행정서비스』, 인간과 복지.
- 최일섭·이인재(1996), 『공적부조의 이론과 실제』, 집문당
- 최현수(2001), 「EITC(Earned Income Tax Credit) 제도의 빈곤감소효과 및 소득 재분배효과 분석」, 서울대학교 학위논문
- 한국보건사회연구원(1997), 「21세기에 대비한 공공부조 및 사회복지서비스 확충방안」, 사회보장발전 방향 수립을 위한 정책토론회 자료집
- 한국복지재단(2002), 『사업보고』
- 한국복지재단(2002), 『연보』
- 한국사회복지정책학회(1996), 『신정부의 사회정책 평가』, 한국사회복지정책학

- 회, 한국사회정책학의 공동 정책토론회 자료집
- 한혜경(1994), 「한국의 개별적 사회서비스 발달에 관한 연구」, 이화여자대학교 사회사업학과 석사학위논문
- 현외성(2001), 『한국사회복지법제론』
- 홍경준(1997) 「한국의 공공복지는 왜 낙후되어있나?」, 『한국사회복지학』, 33호: 396~420.
- 홍경준(1999), 「복지국가의 유형에 관한 질적 비교분석: 개인주의, 자유주의 그리고 유교주의 복지국가」, 『한국사회복지학』, 38호: 309~335.
- 홍경준(2000), 『한국의 사회복지체제 연구: 국가, 시장, 공동체의 결합구조』, 나남출판사
- 홍경준(2002), 「복지국가의유형에 관한 질적 비교분석 - 개입주의, 자유주의 그리고 유교주의 복지국가」, 『한국복지국가성격논쟁 I』, 김연명 편, pp.783~207., 인간과복지
- 홍금자(2001), 「제 7장 한국의 사회복지」, 『사회복지역사와 철학』, p.475~p.561, 학지사
- 황나미(1996). 「장애발생 예방 사업의 변천」, 『한국장애인복지변천사』, 한국재활재단 편, 양서원
- A. J., Kahn & S. B., Kammerman(1980), *Social services in international perspective: the Emergence of the Sixth System*, New Brunswick: Transaction Books
- Alexander, E. R.(1995), "Welfare System Reform: Coordinating Federal, State and Local Public Assistance Programs", edited by Edward T. Jennings, Jr. and neal S. Zank, *Journal of comparative family studies*, Vol.26 No.2, University of Calgary department of Sociology.

- Allen-Meares, Paula(1995), "Public assistance as family policy: Closing off options for poor families", *Social work* Vol.40 No.4, National Assistance of Social Workers
- Balch, Emily Greene(1893), *Public assistance of the poor in France*, Baltimore: American Economic Association.
- Blank, R. M.(1997), *What Causes Public Assistance Caseloads to Grow?*, NBER WORKING PAPER SERIES No.6343, National Bureau of Economic Research INC.
- Brooke-Gunn, J.(2001), "Effects of Combining Public Assistance and Employment on Mothers and Their Young Children", *Women & health*, Vol.32 No.3, pp.179~210.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung(1998), *Übersicht über das Sozialrecht*.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung(2000), *Sozialhilfe*.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung(2001), *Sozialbudget 2000*.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung(2003), *Sozialhilfe*.
- Caputo, R. K.(1999), "Becoming Poor and Using Public assistance Programs", *Journal of Poverty*, Vol.3 No.1, HAWORTH Press.
- Cofer, M. Donna Price(1982), *Administering public assistance: a constitutional and administrative perspective*, National University Publications.
- Connolly, Laura S.(1999), "Interrelationships Among Public Assistance Expenditure: An Empirical Analysis of the Welfare System", *Public finance review*, Vol.21 No.4, Sage periodicals Press
- DiNitto·Dye(1987), *Social Welfare*, Pretice hall
- DWP, "Work and Pensions Statistics 2003", <http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/expenditure.asp>

- Eardley, Tony et. al.(1996), *Social Assistance in OECD Countries: Country Reports*, HMSO
- Esping-Andeson. G.(1990), *The Three World of Welfare Capitalism*, Polity Press.
- Friedmann Robert R.(1987), "Welfare States: A Summary of Trends", Friedmann Robert R. & Neil Gilbert Moshe Sherer, *Modern Welfare States: A Comparative View of Trends and Prospects*, Sussex: Wheatsheaf Books.
- Furniss. N. and T. Tilton.(1979), *The Case for the Welfare State: From Social Security to Social Equality*, Indiana University Press.
- Gilbert, Neil and Harry Specht(1974), *Dimensions of Social Welfare Policy*, Englewood Cliffs, N. J. : Prentice Hall
- Hgen(1999), "Public welfare and human services: new directions under tanf?", *Families on Society*, vol.80 no.1.
- Jonathan Bradshaw and Naomi Finch(2002), *A Comparison of Child Benefit Package in 22 Countries - A summary of the child benefit package for each country*, University of York
- Lampert, Heinz (1998), *Lehrbuch der Sozialpolitik*, Opladen, Springer Verlag.
- Lindsey, E. W.(1995), "Training Public Assistance Workers in Policy and Interpersonal Helping Skills", *Research on Social work practice*, Vol.5 No.1, SAGE PUBLICATIONS INC.
- Michael B. Fabricant & Steve Burghardt(1992), *The Welfare State Crisis and the Transformation of Social Service Work*. M. E. Sharpe
- Michels(1988), "Childcare and welfare in justice", *Feminist Studies* 24(1)
- Moffit, R. A.(1999), "Demographic Changes and public Assistance Expenditure", *NBER WORKING PAPER SERIES* No.6995, National Bureau of Economic Research INC.
- National Association of Social Workers(1999), *Encyclopedia of social work*

- Northrop, Emily M.(1991), "Public assistance and antipoverty programs or why haven't Means-tested programs been more", *Journal of Economic Issues*, Vol.25 no.4, Department of Economics, California state University
- OECD(1998), *The Battle against Exclusion - Social assistance in Australia, Finland, Sweden and the United Kingdom*
- OECD(2001), *Social Expenditure Database 1980 ~1998*
- OECD(2002), "Society at a Glance", [www/oecd.org/els/social/indicators](http://www.oecd.org/els/social/indicators)
- OECD(2003), *Social Assistance in Germany*.
- Palme. J. and W. Korpi(1997), "The Paradox of Redistribution and Strategies of Equity: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries." Working Paper 3/1997. Institute for Social Research.
- Paula and Eric, Blic(1995), "Assistance as family policy: closing off options for poor families", *Social Work* Vol.40 No.4, 1995
- Robert Adams(1996), *The Personal Social Services: Clients, Consumers or Citizens?*, Longman
- Robert R. Friedmann, Neil Gilbert and Moshe Sherer(1987), *Modern welfare states : a comparative view of trends and prospects*, Brighton: Wheatsheaf Books
- Sandefur, Gary D.(1998), "Permanent exits from public assistance: The impact of duration, family, and work", *Social Forces*, Vol.77 No.2 University of North Carolina Press
- Seebohm. F(1968), *Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services*, London: HMSO
- Sherer, Moshe(1987), "An Overview of Problems and Prospects", in Friedmann Robert R. & Neil Gilbert Moshe Sherer, *Modern Welfare States: A Comparative View of Trends and Prospects*, Sussex: Wheatsheaf Books

- Skitka, L. J.(1993), "Providing Public Assistance: Cognitive and Motivational Process Underlying Liberal and Conservative Policy Preferences", *Journal of personality and social psychology*, Vol.65 No.6, APA AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION.
- Smolensky, E.(1995), "Should public assistance be targeted?", *Journal of post Keynesian economics*, Vol.18 No.1, M E SHARPE INC.
- Socialstyrelsen(2000), "Social Services in Sweden 1999", <http://www.sos.se>
- Socialstyrelsen(2002), "Ekonomiskt bistånd 2001", <http://www.sos.se>
- Socialstyrelsen(2002), "Social Services Act - What are your rights after 1 January 2002", <http://www.sos.se>
- Socialstyrelsen(2002), "Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s", <http://www.sos.se>
- Socialstyrelsen(2003), "Ekonomiskt bistånd årsstatistik, 2002", <http://www.sos.se>
- SSA(1999), *Social Security Programs Throughout the World - 1999*, SSA Publication
- U.S. Social Security Administration(1999), *Social Security Programs throughout the World*, 1999.
- Wilensky, H.(1975), *The Welfare State and Equality*, University of California Press.
- www.dhfs.state.wi.us, "COP and COP-W legislative report for 2001"
- www.dhfs.state.wi.us/LTC_COP/COP.HTM
- www.ssa.gov, "SSA Annual Performance and Accountability Report(2002)"
- www.acf.dhhs.gov(미국 보건복지부 아동가족국)
- www.cms.hhs.gov(미국 메디케어·메디케이드 센터)
- www.fns.usda.gov(미국 농림부)
- www.sbc.se(스웨덴 통계청)
- www.sos.se(스웨덴 보건복지부)

부 록

〈부표 1〉 미국의 GDP 대비 사회보장비

(단위: %)

	사회보험	공공부조	서비스	테모그란트	기타 ¹⁾	전체
1980	8.8	2.4	1.6	-	-	12.7
1981	9.0	2.4	1.5	-	-	13.0
1982	9.5	2.4	1.5	-	-	13.4
1983	9.7	2.4	1.5	-	-	13.6
1984	8.8	2.3	1.5	-	-	12.7
1985	8.7	2.3	1.5	-	-	12.5
1986	8.9	2.2	1.6	-	0.1	12.7
1987	8.8	2.2	1.6	-	0.1	12.7
1988	8.7	2.2	1.7	-	0.1	12.6
1989	8.6	2.3	1.7	-	0.1	12.6
1990	8.9	2.4	1.7	-	0.1	13.1
1991	9.4	2.8	1.9	-	0.1	14.2
1992	9.8	3.0	2.0	-	0.1	14.8
1993	9.8	3.1	2.0	-	0.1	15.0
1994	9.7	3.2	2.1	-	0.1	15.0
1995	9.7	3.3	2.1	-	0.1	15.1
1996	9.6	3.2	2.1	-	0.1	15.0
1997	9.4	3.1	2.1	-	-	14.6
1998	9.3	3.0	2.0	-	-	14.3
1999	9.2	2.9	2.0	-	-	14.1

1) 기타는 네 가지의 사회보장방식 사회보험, 공공부조, 수당, 사회복지서비스 중 어떤 것으로도 분류하기 어려운 특징을 가진 프로그램들임.

〈부표 2〉 영국의 GDP 대비 사회보장비

(단위: %)

	사회보험	공공부조	서비스	데모그란트	기타	전체
1980	7.6	2.6	6.6(5.1)*	1.6	0.3	18.7
1981	8.2	3.4	6.9(5.3)	1.7	0.3	20.3
1982	8.4	3.8	6.7(5.1)	1.6	0.3	20.8
1983	8.3	4.4	6.8(5.3)	1.7	0.3	21.5
1984	8.3	4.7	6.8(5.2)	1.7	0.3	21.7
1985	8.0	5.3	6.5(5.1)	1.7	0.3	21.7
1986	8.1	5.4	6.6(5.0)	1.7	0.2	22.0
1987	7.8	5.0	6.7(5.1)	1.7	0.2	21.4
1988	7.3	4.4	6.5(5.0)	1.4	0.2	19.9
1989	7.1	4.3	6.5(5.0)	1.2	0.2	19.3
1990	10.4	3.3	6.6(5.1)	1.1	0.1	22.0
1991	11.1	3.9	7.0(5.4)	1.2	0.1	23.7
1992	11.7	5.1	7.5(5.9)	1.1	0.1	26.1
1993	12.0	5.5	7.7(6.0)	1.1	0.1	27.0
1994	11.7	5.4	7.7(5.9)	1.0	0.1	26.5
1995	11.6	5.5	7.6(5.9)	1.0	0.1	26.3
1996	11.7	5.4	7.6(5.9)	1.0	0.0	26.3
1997	12.0	5.0	7.3(5.6)	0.9	0.1	25.7
1998	11.7	4.7	7.3(5.7)	0.9	0.0	25.1

기타 : 1. Job release scheme

2. Occupational accident and disease

* ()안은 국민보건서비스(NHS: National Health Service) 관련 지출의 비중

〈부표 3〉 독일의 GDP 대비 사회보장비

(단위: %)

	사회보험	공공부조	서비스	수당	기타	전체
1980	19.4	2.3	0.3	1.4	0.1	23.4
1981	20.0	2.3	0.3	1.5	0.1	24.2
1982	20.3	2.4	0.3	1.3	0.1	24.4
1983	20.0	2.4	0.2	1.2	0.1	23.9
1984	19.7	2.5	0.2	1.1	0.1	23.6
1985	20.5	2.4	0.2	1.1	0.1	24.3
1986	20.3	2.4	0.2	1.1	0.1	24.1
1987	20.6	2.4	0.3	1.2	0.1	24.4
1988	20.7	2.3	0.3	1.2	0.1	24.5
1989	19.8	2.3	0.2	1.1	0.1	23.5
1990	19.3	2.1	0.3	1.1	0.1	22.8
1991	20.3	2.1	0.4	1.5	0.1	24.2
1992	21.3	2.2	0.4	1.7	0.1	25.6
1993	21.8	2.4	0.4	1.8	0.1	26.4
1994	21.7	2.5	0.4	1.6	0.1	26.2
1995	22.4	2.5	0.4	1.4	0.1	26.7
1996	23.3	2.4	0.4	1.9	0.1	28.1
1997	23.0	2.3	0.4	2.0	0.1	27.7
1998	22.7	2.2	0.4	1.9	0.1	27.3

자료: OECD

- 1) 독일의 경우 기타에는 Old age other cash benefits 중 Care allowance(Equalization of burdens), Other cash benefits (Equalization of burdens)/ Disability other cash benefits 중 Other cash periodic benefits (Reparations: Wiedergutmachung), Other cash lump sum benefits (Reparations: Wiedergutmachung), Other cash lump sum benefits (Social compensation)(non means-tested)/ Severance pay/ Miscellaneous 중 Other cash benefits (Equalization of burdens)/ Immigrants·Refugees가 포함되어 있음.

〈부표 4〉 스웨덴의 GDP 대비 사회보장비

(단위: %)

	사회보험	공공부조	서비스	수당	기타	전체
1980~1981	자료없음					
1990	14.5	0.3	6.5	10.8	-	32.2
1991	15.5	0.4	7.3	11.1	-	34.3
1992	16.5	0.5	9.1	11.4	-	37.5
1993	17.0	0.7	8.8	11.4	-	37.9
1994	15.7	0.7	8.3	10.5	-	35.2
1995	14.7	0.7	7.5	10.1	-	33.0
1996	14.4	0.7	8.1	9.8	-	33.0
1997	14.0	0.7	7.8	9.9	-	32.5
1998	13.7	0.6	7.7	9.1	-	31.2

〈부표 5〉 한국의 GDP 대비 사회보장비

(단위: %)

	사회보험	공공부조	서비스	수당	기타	전체
1980~1989	자료없음					
1990	2.6	0.3	0.3	-	0.1	3.2
1991	2.5	0.3	0.2	-	0.1	3.0
1992	2.7	0.2	0.3	-	0.1	3.2
1993	2.8	0.2	0.3	-	0.1	3.3
1994	2.9	0.2	0.3	-	0.1	3.4
1995	3.1	0.2	0.3	-	0.1	3.7
1996	3.3	0.3	0.4	-	0.1	3.9
1997	3.5	0.3	0.4	-	0.1	4.3
1998	4.9	0.4	0.7	-	0.1	5.9

* GDP 대비 공공부조의 지출비율은 1999년 0.4%, 2000년 0.4%, 2001년 0.6%임.

□ 저 자 약 력 □

- 이 현 주

서울대학교 대학원 사회복지학 박사
현 한국보건사회연구원 기초보장연구팀장

〈주요 저서〉

『국민기초생활보장제도 평가체계 구축방안』, 한국보건사회
연구원, 2002.(공저)

『기초보장체계 비교연구』, 한국보건사회연구원, 2002. (공저)

- 강 혜 규

연세대학교 대학원 사회복지학 박사수료
현 한국보건사회연구원 책임연구원

- 서 문 희

고려대학교 언론학 박사수료
현 한국보건사회연구원 부연구위원

- 정 경 희

The University of North Carolina at Chapel Hill 사회학 박사
현 한국보건사회연구원 노인복지연구팀장

- 정 재 훈

Universitaet Trier Social Service Administration 박사
현 서울여대 사회사업학과 교수

- 유 동 철

서울대학교 사회복지학 박사
현 부산동의대 사회복지학과 교수

- 이 승 경

연세대학교 대학원 사회복지학 석사
현 한국보건사회연구원 주임연구원

- 노 언 정

이화여자대학교 대학원 사회복지학 석사
현 한국보건사회연구원 연구원

공공부조와 사회복지서비스의 체계분석 및 재편방안
Analysis of Public Assistance and Social Welfare Services: For a New Framework

© 한국보건사회연구원 2003

ISBN 89-8187-304-6 93330