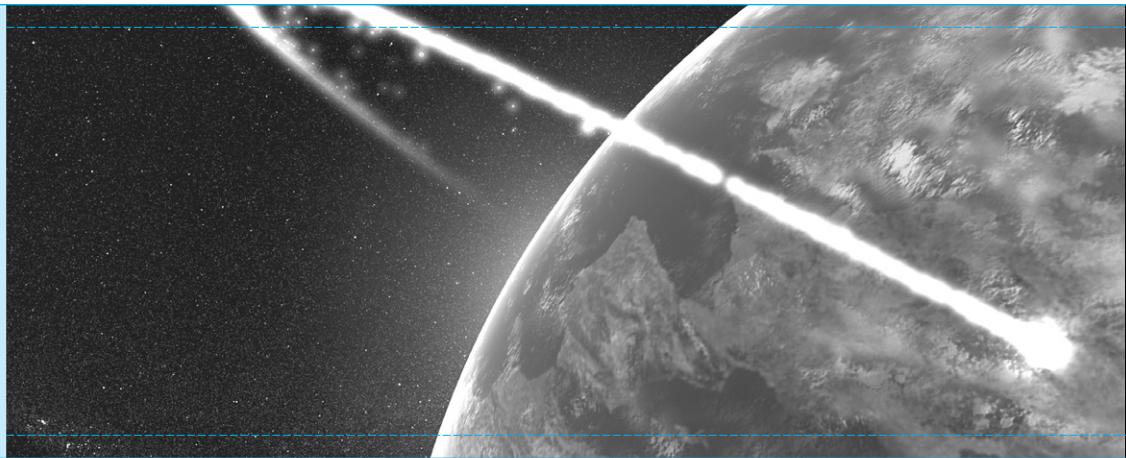


영국 커뮤니티케어의 동향과 함의

김 용 특
성공회대학교 사회복지학과 교수



1. 서론

영국¹⁾의 커뮤니티케어는 사회복지서비스의 지향성을 지칭하는 용어로 사용되다가 1990년 국민보건서비스와 커뮤니티케어법(National Health Service and Community Care Act, NHSCCA)의 제정으로 사회복지서비스의 집행 체계와 내용을 지칭하는 용어로 변화되었으며, 이 제도는 법 제정 후 3년간의 준비과정을 거쳐서 1993년에 시행되었다. 이 제도는 성인 취약 계층의 사회복지서비스에 대한 집행방식과 내용을 포함하고 있으며, 주요 대상은 장애인, 노인, 정신장애인 등이다. 영국 정부가 이 제도를 새로이 도입할 당시에게 제기했던 핵심적인 명분은 사회복지서비스의 효율성 확보와 서비스 이용자의 참여 진작이었다. 제도 시행 이후 일관되게 제기되어 온 비판은 이 제도 도입의 동기가 이용자 참여로 포장되어 있지만 사실은 복지비용의 통제와 축소가 주된 의도였으며, 실제로

제도 시행결과도 이용자 참여가 의미 있게 증진되지 못했다는 주장이다. 이런 비판 때문에 영국 정부는 제도의 내용을 계속 보완해 가고 있다.

커뮤니티케어 방식의 핵심 내용은 이용자의 선택과 관련된 준시장제도의 도입(양자관계에서 삼자관계로의 전환), 제공주체의 다원화를 위한 민간 영리조직의 서비스 공급 참여 유도, 지방정부로의 권한 이양을 통한 전달체계 구축 등이다. 이런 내용들은 커뮤니티케어 체계의 핵심 동력이라는 차원에서 전략적 기제들로 분류될 수 있을 것이다. 사정받을 권리, 케어매니지먼트, 직접 지불, 이의제기와 구제절차 등과 같은 요소들은 이용자의 서비스 접근성을 높이고, 이용자의 주도성을 확대하기 위한 세부적인 조치들로 볼 수 있으며, 이들은 기술적 기제로 분류될 수 있을 것이다. 따라서 영국 커뮤니티케어는 전략적 기제와 기술적 기제가 결합된 서비스의 내용과 방식을 지칭하는 것으로 설명할 수 있을 것이다.

1) 영국의 인구는 6천만 명이며, 면적은 24만 km²이다. 잉글랜드, 웨일즈, 스코틀랜드, 북아일랜드의 연합 국가이며, 각 국가의 독립성은 아주 높은 편이다. 따라서 커뮤니티케어의 기준이나 내용에서도 큰 차이가 있다. 여기서 설명하는 내용은 대부분 잉글랜드 중심의 서술이다.

우리나라에서도 지방이양, 이용권 제도, 서비스 신청 등이 이미 시행되고 있거나 입법화되어 있다. 그리고 보건복지사무소, 사회복지사무소, 지역복지협의회, 주민생활지원국 등의 지역전달체계에 관련된 논의들이 무성하게 진행되고 있다. 이런 상황에서 볼 때 우리나라에서도 서비스 이용자의 권리를 존중하고, 공급자들의 책임성을 확보하며, 지방정부의 역할을 명확히 할 수 있는 체계의 구축이 필요한 시점에 와 있으며, 이런 시점에서 영국 경험을 검토함으로써 유의한 함의를 발견할 수 있을 것이다. 이를 위하여 본고에서는 다음의 세 가지 주제를 다룰 것이다.

첫째, 영국 커뮤니티케어 제도는 어떤 맥락에서 제기되었는가?

둘째, 영국 커뮤니티케어 제도의 내용은 무엇인가?

셋째, 영국 커뮤니티케어의 핵심기제들은 무엇이며, 각 기제들의 검토를 통해서 우리나라의 복지서비스에 어떤 함의를 발견할 수 있겠는가?

2. 커뮤니티케어의 의미와 제도 성립

1) 커뮤니티케어의 의미

커뮤니티케어라는 용어는 빈번하고 광범위하게 사용되었던 것이기 때문에 정확한 의미를 간단히 표현하기는 어렵다. 1948년 또는 그 이전부터 거의 모든 집권 정부는 커뮤니티케어로 표현되는 사회복지서비스의 개혁을 시도하였다(Lewis and Glennerster, 1996). 그러나 이 용어의 실제적인 의미는 정치적 또는 사회적 맥락에 따라 상이하게 사용되었다. <표 1>은 시기에 따른 용어상의 의미 변화를 보여주고 있다.

1990년대의 영국 커뮤니티케어와 관련해서 가장 흔히 언급되는 ‘사람들을 위한 케어(Caring for People)’에서는 ‘커뮤니티케어는 노령, 정신질환, 정신지체, 신체 또는 감각의 장애 등의 문제 때문에 어려움을 겪는 사람들을 지원하고 이들에게 서비스를 제공하는 것을 의미한다.’고 정의하고 있다(Department of Health, 1989).

표 1. 커뮤니티케어의 의미 변천

시기	시대적 상황	용어의 의미
1940년대	작업장의 폐쇄와 1947년의 시봄라운트리(Seebom Rowntree) 보고서	작업장이나 장기 병동에서의 장기 거주 케어에 대한 대안
1950년대	정신질환자의 지역사회보호(care in the community)로의 전환과 1957년의 정신질환과 정신지체에 관련된 법률 검토를 위한 왕립위원회(Royal Commission)의 활동	장기입원의 대안으로서 지방정부에 의한 서비스 공급의 확대
1960년대와 1970년대	정신지체인을 위한 장기병동의 폐쇄와 장기 거주 시설에 대한 비판	장기 거주 병원 케어를 대체하기 위하여 개발된 서비스 시설들의 방향성을 지칭
1980년대	보수당 정부의 지역사회에 의한 보호(care by the community)에 대한 강조	지방정부가 아닌 가족에 의한 보호와 이웃과 민간비영리 사회복지기관에 의한 지원을 강조
1990년대 이후	NHSCCA의 제정으로 준 시장방식에 의한 서비스 체계로의 개편	지방정부 사회서비스국에 의해 제공되거나 조정된 케어 서비스를 지칭

Revised from: Lewis, J. and H. Glennerster. 1996. *Implementing the new community care*. Bristol: Open University Press.

2) 1990년 법의 제정

현행 영국의 커뮤니티케어의 구조를 담고 있는 1990년에 제정된 국민보건서비스와 커뮤니티케어법(NHSCCA)의 근본적인 입법 의도는 아직도 중요한 논쟁의 대상이다. 커뮤니티케어를 둘러싼 논쟁들을 다루고 있는 많은 문헌들에서는 입법의 핵심적인 목표는 공공비용의 삭감이었다는 점을 주장하고 있다. 반면에 다른 한편에서는 커뮤니티케어 입법과정에서는 비용 삭감을 위한 의도가 분명히 있었다는 점을 인정하지만, 서비스 계획과 전달에 관하여 합리적이고 체계적인 기제들을 도입하는 것이 비용 삭감에 못지않게 중요하게 다루어졌음을 강조하고 있다. NHSCCA 제정의 핵심 목적은 사회적 서비스에서 시장중심의 전략을 채택하는 것이었

지만, 이와 더불어 이 법은 서비스에 대한 이용자들의 영향력을 높이고자 하는 의도도 중요하게 고려되었다(Hanis and Chou, 2001).

루이스와 글레네스터(Lewis and Glennerster, 1996)는 1990년 법의 입법 배경을 보다 구체적인 차원에서 두 가지로 설명하고 있다. 첫 번째 배경은 거주시설 서비스의 증가로 인하여 사회보장 지출이 급속히 증가했다는 점이다. 1980년 이전에는 거주시설 서비스에 소요되는 비용에 대한 지원이 지방정부의 책임이었으며, 지원에 대한 결정은 전문가의 재량권에 속한 것이었다. 그러나 1980년부터는 법적 자격을 갖추면 지급되어야 하는 사회보장 급여로 바뀌었으며, 지원의 책임도 중앙정부로 이관되었다. 이런 변화는 사회보장 지출을 급격히 증가시키는 요인이 되었으며, 그 결과 사회보장에 의한 거주서

비스 비용 지출액이 1980년에 1천만 파운드였던 것이 1980년대 중반에는 5억 파운드로 증가하였다. 두 번째 배경은 사회보장 정책의 '의도에 반하는 효과(perverse effects)'에 대한 비판이었다. 정부 정책은 거주시설에 입소하는 것 보다는 지역사회기반의 서비스를 더 선호하고 있음에도 불구하고 거주시설서비스에 소요되는 비용이 사회보장급여로 바뀌면서 실제로는 장애인이나 노인들의 거주시설 입소가 급격히 증가하는 '의도에 반하는 효과'를 제거할 수 있도록 하는 개혁적인 조치가 필요하다는 주장이 강하게 제기되었다(Glendinging, 1991). 특히, 정부의 감독위원회는 이 점에 대하여 '사회보장 정책의 의도에 반하는 효과'라는 제목의 보고서를 통해서 정부는 완전히 일관성을 상실하고 있다고 비판하였다(Audit Commission, 1986).

이러한 비판과 더불어 그리피스(Griffiths, 1988)는 그의 보고서 '커뮤니티케어: 실천 아젠다(Community care: an agenda for action)'에서 개인의 케어에 소요되는 비용에 대한 사회보장 급여는 중단되어야 한다고 주장하였다. 그리고 여기에 사용되었던 예산은 지방정부로 이전되어 집행되는 것이 바람직하며, 지방정부에서는 이 예산을 신청자의 경제적 능력과 케어 욕구에 대한 별도의 사정을 거쳐서 집행해야 한다고 권고하였다. 이와 함께 보건, 사회보장, 사회적서비스, 사립 및 민간비영리사회복지조직들 간의 책임의 분절성에 대해서도 비판이 제기되었으며, 이 문제에 대하여 복지 및 케어서비스의 기획, 조정, 급여지급의 책임이 지방정부 사회서

비스국(social service department, SSD)으로 일원화되어야 한다는 주장이 설득력을 갖게 되었다(Glendinging, 1991).

이런 상황들은 케어에 대한 '혼합경제(mixed economy)'를 구축하는 것으로 귀결되었다. 이와 함께 케어매니지먼트(care management) 체계가 도입되었는데, 이 체계를 통하여 사회복지사인 케어매니저에게 개별 서비스 이용자에게 대한 예산 집행의 책임이 부여되었으며, 이 책임 속에는 개인의 욕구를 사정하고, 서비스 공급자들을 파악하고, 경쟁관계에 있는 서비스 공급자들에게 예산을 할당하는 일들이 포함되었다(Hanis and Chou, 2001).

루메리(Rummery, 2002)는 1990년의 지역사회변화의 주요 동인으로 비용의 억제, 공적 공급에서 사적공급으로의 전환, 이용자의 권한강화 촉진 등을 들고 있다. 서비스 이용자의 권한강화는 비용억제라는 근본적인 동인에 비하면 이차적인 것이지만, 커뮤니티케어 변화의 전 과정에 걸쳐서 가장 중요한 화두로 언급되었다. 1989년의 '사람들을 위한 케어'에서는 모든 정부 제안들의 기저를 이루는 것은 '선택과 독립'이라는 점을 강조하였다(Department of Health, 1989). 그리고 정부에서 발행한 서비스 관리자와 실천가들을 위한 지침(guidance)에서도 개혁의 중요한 이유는 이용자와 보호자들의 영향력을 강화하는 것이라는 점을 분명히 하고 있다(SSI/SSIG, 1991).

3. 커뮤니티케어의 내용

커뮤니티케어는 사회적, 정치적 맥락에서 보면 다양한 해석이 가능하겠지만, 실천의 관점에서 보면 ‘사회서비스국에 의해 제공되거나 조정된 케어’라고 정의내릴 수 있다(Brayne and Carr, 2003). NHSCCA가 시행된 1993년 이전에도 사회서비스국은 욕구 충족을 위하여 서비스를 직접 제공하거나 또는 민간비영리사회복지조직이나 상업적인 제공자들과의 조정을 통하여 서비스를 제공하는 등의 광범위한 권한과 의무를 가지고 있었다(Brayne and Carr, 2003). 그러나 NHSCCA의 제정으로 두 가지 점이 크게 달라졌다. 첫째는 사회서비스국의 역할이 서비스를 직접 제공하는 일보다는 서비스를 관리하는 쪽으로 크게 강화되었다는 점이다. 둘째는 보건기관이나 관련 기관과의 협력을 통해서 서비스 계획을 수립하고 개인들의 욕구를 사정하여야 하는 책임이 사회서비스국에 부여되었다는 점이다.

1990년 법은 기존에 존재하던 대부분의 관련 법률들의 효력을 그대로 인정하였다. 이전의 관련 법률들이 지방정부와 보건당국이 어떤 서비스를 제공해야 하는가에 대하여 규정한 것이라면, 1990년 법은 이런 서비스들이 어떻게 전달되어야 하는가를 규정한 것이라고 할 수 있다(Tunncliffe et al. 1993).

1993년에 실시된 커뮤니티케어의 핵심적인 요소들은 재정적 인센티브와 정부지침을 통한 사적영역과 비영리 민간사회복지영역의 적극

적 활용, 다양한 서비스 공급자들의 참여를 통한 커뮤니티케어 계획 수립, 케어매니저에게 욕구 사정과 서비스 공급의 조정자로서의 역할 뿐만 아니라 서비스 재정 관리자의 역할까지 부여한 것 등이다(Brayne and Carr, 2003). 1990년 법은 욕구사정과 서비스 제공 결정의 권한을 지방정부에 부여한다는 점을 분명히 하였다. 이 점은 개별 이용자의 목소리를 근거리에서 청취할 수 있게 되었다는 점에서 발전적이라고 볼 수 있겠지만, 이런 변화가 실제로 참여와 선택을 증진시켰는지는 분명치 않다(Lewis and Glennerster, 1996). 중앙정부는 평가를 통해서 점진적인 발전이 있는 것으로 확인하였지만, 정부의 평가가 극히 제한적인 영역에서 이루어진 것이라는 비판도 제기되었다(Lewis and Glennerster, 1996).

1990년 NHSCCA의 s. 46(3)에 근거해서 관련 입법들의 내용을 보면 지역사회보호는 다음의 것들을 제공하거나, 지불하거나, 조정하는 일로 요약될 수 있을 것이다(Brayne & Carr, 2003). 이하의 각 내용들은 각각 관련 법률에 규정되어 있으며 NHSCCA는 각 법률에 규정되어 있는 서비스가 전달되는 절차와 방식에 관하여 규정하고 있다. NHSCCA는 아동에 관한 서비스는 포함하지 않으며, 성인에 관한 다음의 주요 서비스들을 포함한다.

- 노인, 약자, 장애인, 빈곤자 등을 위한 거주시설 배치
- 장애인을 위한 케어 서비스와 고용 지원 서비스

- 정신병원에서 퇴원한 사람들을 위한 케어 서비스
 - 노인을 위한 복지서비스
 - 어린 아동의 보호자를 위한 서비스
- 그리고 이러한 내용을 수행하기 위한 지방정부의 핵심적인 활동 내용을 보면 다음과 같다(Brayne & Carr, 2003).

1) 지역사회 차원에서의 계획수립

NHSCCA의 s. 46은 모든 지방정부는 지역사회보호 계획을 발표하고, 정기적으로 이를 보완하도록 하고 있다²⁾. 관계 부처 장관은 최소한 연 1회 이상 이 일이 이루어지도록 지도할 의무가 있다. 이 계획은 지역보건기관, 가족보건 서비스 기관, 관계된 민간 조직, 주택국, 주택협회, 기타 관련 기관들과의 자문과 조정을 거쳐야 한다.

이런 계획을 수립하게 하는 이유는 지방정부가 계획을 먼저 세우고 그 다음에 누가 이것을 원하는지를 보는 것이 아니라, 사람들의 개별적인 욕구를 충족시킬 수 있는 구체적인 서비스를 미리 준비할 수 있도록 하기 위한 것이다. 지역의 소수의 사람들만이 특정 서비스에 대한 특별한 욕구를 가지고 있는 경우에도 그 내용은 계획에 포함되어야 한다. 다양한 욕구를 충족시키는데 필요한 융통성의 문제는 국의 조정 기능과

함께 다양한 서비스 제공자들을 활용하여 해결하도록 하고 있다.

그러나 2002년부터는 이 의무가 사실상 폐지되었다. 폐지 근거는(Department of Health, 2001) 첫째, 1993년 이후 10년 동안 커뮤니티케어의 계획 수립과 전달 장치는 상당한 수준으로 발전하였기 때문에 계획 수립의 의무를 유지하는 것이 서비스 발전에 크게 유익하지 않을 것이라는 점이다. 둘째, 보건과 사회서비스의 합작투자 계획(Joint Investment Plans for Health and Social Services)을 통해서도 지역단위에서 필요한 협력을 달성할 수 있다고 보았기 때문이다. 셋째, 2000년 지방정부법(Local Government Act)에 의해서 지방정부에 지역의 경제, 사회, 환경, 복지(well-being)를 개선시키는 전략을 준비해야 하는 의무가 부과되었기 때문에 지역사회복지계획은 여기에 상당 부분 중복된다고 보았기 때문이다.

2) 개별 서비스 이용자에 대한 사정

사회서비스국은 관련된 조직의 지원을 받아서 지역의 모든 취약한 사람들의 욕구를 사정해야 한다. 사정의 신청은 본인, 보호자, 친척, 이웃 등이 할 수 있으며, 법정 장애인에 해당하는 경우에는 사정을 받을 법적인 권리가 주어진다. 법적 장애인에 해당하지 않는 경우에도 지방정부

2) NHSCCA의 s. 46에서 s.는 section을 의미하며, 우리 법체계와 비교해서 보면 46 조라고 할 수 있다. 이 조항에서는 커뮤니티케어 서비스와 관련된 지방정부의 핵심적인 의무, 관련기관과의 협력, 지방정부와 지역사회보호서비스에 대한 법적 정의를 규정하고 있다. 따라서 이 조항은 영국의 지역사회보호에서 가장 자주 언급되는 규정이다.

가 커뮤니케이터 서비스가 필요한 것으로 간주하는 경우에도 여전히 사정받을 권리가 인정된다. 사정은 신청 28일 이내에 완료되어야 한다.

사정은 사회서비스국의 전문 사정자에 의해서 수행되어야 한다. 여기서는 욕구 중심의 접근이 이루어져야 하며, 실제로 어떤 서비스를 받을 수 있는가의 문제에 제한되어서는 안 된다. 사정에 대한 보다 최근의 지침은 LAC³⁾ (2002)13의 Fair Access to Care Services에 포함되어 있다. 이 지침에 의해서 지방정부는 사회적 보호를 원하는 모든 성인들에 대하여 딱 한 가지의 적격성 결정 기준을 사용해야 하는데, 이는 사람들이 도움을 받아야 하는지 아닌지에 대한 것이다.

각 지방정부는 적격성 기준을 확립해야 한다. 중앙정부의 Circular에서는 적격성 기준들은 지방에 따라 다를 수 있으며, 적격성 기준을 결정하는 데 지방정부 자원이 고려될 수 있다는 점을 인정하고 있다. 사정은 특히 서비스 이용자의 자율성, 건강과 안전, 일상적인 일을 처리하는 능력, 가족생활, 지역사회에 참여하는 능력 등을 고려해야 한다. 서비스에 대한 욕구는 다음 네 가지 종류 중에 하나로 범주화 되어야 한다. 이 범주들은 아주 중대(critical), 중요(substantial), 보통 수준(moderate), 낮은 수준

(low) 등이다. 그 후에 서비스가 제공되어야 하는가에 대한 결정은 지방정부가 한다. 욕구가 중요한(substantial) 것일 경우에 서비스를 제공하는 정부도 있고, 아주 중대한(critical) 경우에만 서비스를 제공하는 경우도 있다(Brayne & Carr, 2003). 중앙정부의 Circular에서는 이런 방식을 인정하고 있다.

3) 서비스 제공

사정은 NHSCCA의 s. 47의 규정에 의해서 지방정부가 필수적으로 수행해야 하는 역할이다. 그러나 어느 정도까지 욕구가 충족되어야 하는가는 지방정부가 그 욕구를 충족시키는 일이 재량권에 속하느냐 아니면 필수적 의무인가에 따라 달라진다. 서비스 제공여부를 결정할 수 있는 재량권이 있는 경우에는 이 재량권은 인권을 침해했거나, 정부의 정책방향을 무시했거나, 서비스 제공 결정이 사정된 욕구를 충족할 수 없는 경우 등의 문제가 발생하지 않는 한 폭넓게 존중될 수 있다. 그러나 사정된 욕구를 충족시켜야 하는 법령상의 의무가 지방정부에 있는 경우에는 재량적 판단의 여지가 없으며 욕구는 충족되어야 한다(Brayne & Carr, 2003). 그래서 사정을 통하여 서비스 욕구가 인정된 경우에 그

서비스가 재량적 판단을 통하여 이용자들에게 제공될 수 있는 서비스인지 아니면 지방정부가 필수적으로 제공하여야 하는 서비스인지 확인하는 것이 필요하며, 여기에 대한 기준은 중앙정부에 의해서 제시된다.

커뮤니케이터를 체계를 통해서 제공되는 서비스의 내용은 크게 보면 비-거주(재택)케어 서비스와 거주 케어 서비스로 나눌 수 있다. 이들 각 서비스의 내용, 대상, 비용 부담 등을 간략히 살펴보면 다음과 같다(Clements, 2004).

(1) 비-거주 케어 서비스

① 서비스 내용

신체 또는 정신장애인에 대한 지원서비스, 노인을 위한 지원서비스, 임산부와 양육모를 위한 서비스, 질병예방과 질병 후의 케어를 위한 지원 서비스, 필요한 사람들에 대한 가정지원 및 세탁서비스, 16세 이상인 보호자의 욕구로 인정될 수 있는 서비스 등이 포함된다.

② 서비스 대상자의 결정

재택 서비스를 받을 수 있는 대상자를 결정하는 과정은 다음의 순서에 의한 몇 가지 질문들을 통해서 설명될 수 있다.

질문 1. 최근에 정신보건법(Mental Health Act)의 규정에 의해서 강제 수용된 적이 있는가? '예'인 경우 정신보건법에 의하여 커뮤니티케어의 무료 서비스 대상이 되며, '아니오'인

경우는 다음 질문으로 넘어간다.

질문 2. 만성질환이나 장애, 혹은 정신장애를 앓고 있는가? '예'인 경우 만성질환과장애인법(Chronically Sick and Disabled Person Act)에 의하여 커뮤니티케어의 대상이 되며, '아니오'인 경우는 다음 질문으로 넘어간다.

질문 3. 18세 이하인가? '예'인 경우 아동법(Children Act)에 의해 아동서비스의 대상이 되며, 성인을 대상으로 하는 커뮤니티케어 서비스의 대상이 되지는 않는다. '아니오'인 경우에는 다음 질문으로 넘어간다.

질문 4. 질병에서 회복 중이거나 질병의 위험에 있거나 혹은 알코올이나 약물남용의 위험이 있는가? '예'인 경우 국민보건법(National Health Service Act)에 의해 보건서비스의 대상이 되며, 케어 영역을 다루는 커뮤니티케어의 대상이 되지는 않는다. '아니오'인 경우는 다음 질문으로 넘어간다.

질문 5. 노인인가? '예'인 경우 보건서비스와공중보건법(Health Services and Public Health Act)에 규정되어 있는 노인복지에 대한 지방정부의 책임에 관한 규정에 의하여 커뮤니티케어 서비스의 대상이 된다. '아니오'인 경우 전체 법령이 정하는 서비스 대상에 해당하지 않는다.

③ 서비스 비용의 부담

커뮤니케이터에서 제공되는 대부분의 서비스는 이용자의 재정적 능력에 따라 본인 부담 비용이 부과된다. 구체적인 부담 액수는 제공받는 서비스의 내용과 이용자의 부담능력에 따라

3) LAC는 Local Authority Circular의 약어이며, 지방정부의 역할에 관련하여 중앙정부가 생산한 문서이다. Circular는 '회람'한다는 의미로, 우리말로 하면 '공문' 정도로 번역하면 될 것이다. 중앙정부가 정책의 구체적인 집행 방법과 관련된 쟁점들을 공문의 형식으로 관계 기관에 송부하는 데, 각 공문에는 업무영역과 발행연도, 일련번호가 부여된다. Circular는 보건부의 홈페이지에서 구체적인 내용을 열람할 수 있도록 되어 있다. 정부에서 공식적으로 발행하는 다른 형식의 문서는 Guidance라는 것이 있는데, 이것은 우리말로 '지침' 정도로 이해하면 되는데, 이것은 예를 들면 사회서비스국에 소속한 사회복지사가 사정을 수행할 때 어떤 기준과 절차를 가지고 해야 하는지에 대하여 별도의 매뉴얼을 제공하고, 이 매뉴얼을 Guidance라는 이름으로 지방정부에 배포한다.

다르다. 전액을 이용자가 부담하는 경우, 비용의 일부를 이용자가 부담하는 경우, 이용자가 전혀 부담하지 않는 경우 등 다양하다. 비용 부담액수를 정하는 일과 관련된 기본적인 절차는 다음 순서에 의한 질문들을 통하여 설명될 수 있다.

질문 1. 최근에 정신보건법(Mental Health Act)의 규정에 의해서 강제 수용된 적이 있는가? ‘예’인 경우 정신보건법에 의하여 커뮤니티 케어의 무료 서비스 대상이 되며, ‘아니오’인 경우는 다음 질문으로 넘어간다.

질문 2. 16세 이하인가? ‘예’인 경우 아동법(Children Act)에 의해서 부모의 소득에 따라 요금 산정되며, ‘아니오’인 경우 다음 질문으로 넘어간다.

질문 3. 현재 16세에서 18세 사이인가? ‘예’인 경우 아동법(Children Act)에 의해서 본인의 소득에 따라 요금이 산정되며, ‘아니오’인 경우 (18세를 넘는 성인)는 지방정부가 사정과정에서 본인의 재산과 소득을 고려하여 요금을 산정하는 대상이 된다.

(2) 거주 케어 서비스

① 서비스 내용

연령, 질병, 장애 또는 기타 환경으로 자신의 집에서 살기 어려운 사람들에 대한 거주배치 서비스를 말한다.

② 서비스 대상자의 결정

거주 케어서비스를 받을 수 있는 대상자를 결정하는 과정은 다음의 순서에 의한 몇 가지 질문들을 통해서 설명될 수 있다.

질문 1. 최근에 정신보건법(Mental Health Act)의 규정에 의해서 강제 수용된 적이 있는가? ‘예’인 경우 정신보건법에 의하여 커뮤니티 케어의 무료 거주서비스 대상이 되며, ‘아니오’인 경우는 다음 질문으로 넘어간다.

질문 2. 국민보건서비스(National Health Service)로부터 보호를 받을 만큼 심각한 질환을 갖고 있는가? ‘예’인 경우 국민보건서비스상의 무료 병원 입원 대상이 되며, 커뮤니티케어의 대상이 되지 않는다. ‘아니오’인 경우 다음 질문으로 넘어간다.

질문 3. 18세 이하인가? ‘예’인 경우 아동법(Children Act)에 의해 아동 시설보호서비스의 대상이 되며, 성인을 대상으로 하는 커뮤니티케어 서비스의 대상이 되지 않는다. ‘아니오’인 경우에는 다음 질문으로 넘어간다.

질문 4. 집과 개인저축을 합한 금액이 2만 파운드 이상인가? ‘예’인 경우 이 사람을 대신해서 적절한 거주지를 찾아 줄 수 있는 사람이 있는 경우에는 사회서비스국은 조인만을 제공할 의무가 있으며, 그런 사람이 없는 경우에는 사회서비스국이 거주할 시설을 찾아주어야 한다. ‘아니오’인 경우에는 다음 질문으로 넘어간다.

질문 5. 개인의 전체 소득에서 필수적인 개인 지출 비용을 제한 금액이 거주보호 비용보다

높은가? ‘예’인 경우 재산 기준의 경우와 동일하게 보호자의 존재 여부에 따라 서비스 대상여부가 판단되며, ‘아니오’인 경우는 사회서비스국은 거주 장소를 선택할 수 있도록 하는 조치를 취하여야 한다.

③ 거주 케어 비용의 부담

거주 케어에 소요되는 비용을 산정하는 과정은 다음 순서에 의한 질문들을 통해서 설명될 수 있다.

질문 1. 국민보건서비스(National Health Service) 또는 정신보건법(Mental Health Act)에 의한 거주보호 대상인가? ‘예’인 경우 국민보건서비스(NHS) 또는 지방정부의 커뮤니티케어에 의하여 무료로 서비스를 받게 되며, ‘아니오’인 경우 다음 질문으로 넘어간다.

질문 2. 18세 이하인가? ‘예’인 경우 아동법(Children Act)에 의하여 요금이 산정되며, ‘아니오’인 경우 다음 질문으로 넘어간다.

질문 3. 현재 자신의 집에 거주하고 있는가? ‘예’인 경우(본인 소유의 집에 거주하는 경우) 재산이 2만 파운드 이상이고 거주서비스를 대신해서 물색해 줄 사람이 있는 경우에는 서비스 대상이 되지 않고, 대신해 줄 사람이 없는 경우에는 서비스 대상이 된다. 그러나 이 경우 비용의 전부를 이용자가 부담해야 한다. 재산 가치가 2만 파운드 이하인 경우에는 서비스의 대상이 되며, 요금을 산정하는 과정에서 재산가치가 고려된다. 단, 일시적으로 거주배치를 필요로

하는 경우 또는 현재의 집을 65세 이상의 배우자 또는 16세 이하의 아동이 살고 있는 경우에는 자신의 집이 없는 경우와 동일하게 처리된다. ‘아니오’인 경우 다음 질문으로 넘어간다.

질문 4. 저축과 재산을 합한 금액이 2만 파운드를 초과하는가? ‘예’인 경우 서비스의 대상이 되긴 하지만, 보호 비용 전부를 본인이 부담해야 한다. ‘아니오’인 경우 사회서비스국은 서비스를 제공하고, 개인의 비용부담 능력을 사정하여 요금 액수를 부과한다.

4) 지방정부 서비스 전달체계

사회서비스국의 전달체계는 중앙정부의 지침에 의해서 각 지방정부가 자유롭게 구성할 수 있도록 되어 있다. 1990년 법의 시행 직전에 사회서비스 관리자들을 위해 발간된 지침서(SSI/SSWG, 1991)에는 9개의 조직 모델이 설명되어 있다(Rummery, 2002). 이들을 보면 다음과 같다.

- 실제 사정에서 정보 제공과 상담을 분리하는 모델
- 안내 직원이 정보를 제공하기도 하고, 욕구에 따라 정보제공과 동시에 사정을 받을 수 있도록 하는 모델
- 전문적 사정 모델로서 실무자들이 일반 팀, 특수한 이용자 중심 팀, 서비스 제공자가 참여하는 특수한 이용자 중심 팀 등에 소속되어서 사정 서비스를 제공하는 모델
- 사정을 전문기관에 용역을 주는 모델

- 보호계획과 사정을 분리하는 모델
- 서비스 구매와 사정을 분리하는 모델
- 서비스 구매와 사정을 결합시키는 모델
- 서비스 제공과 사정을 결합시키는 모델
- 케어매니지먼트의 핵심과업과 사정을 통합하거나, 단순한 핵심 과업은 다른 조직에 위임하고 복잡한 욕구를 가진 사람의 핵심과업을 사정과 통합하는 모델

이러한 모델들은 강제적인 것이라기보다는 예시이며, 구체적인 전달 구조는 지방정부가 결정한다. 그리고 하나의 모델을 선택하기 보다는 여러 가지 모델을 복합하여 운영하는 경우가 많다. 예를 들어 최근의 버밍엄 카운슬⁴⁾의 경우 전체 지역을 4개 권역(중, 동, 남, 북)으로 나누고 각 권역을 단위로 사정 및 서비스 팀을 설치하고 있다. 각 권역별 팀을 보면 신체장애팀, 지적장애팀, 노인 1팀, 노인 2팀, 노인 3팀 등을 운영하고 있고, 청각장애인과 같이 서비스 대상자의 수가 많지 않은 영역은 카운슬 전체지역을 담당하는 1개의 청각장애팀을 두고 있다. 이들 팀들은 모두 버밍엄 지방정부의 사회서비스국에 소속되어 있으며, 이 일을 수행하는 핵심인력은 사회복지사들이다.

4. 핵심 기제와 합의

1990년의 커뮤니티케어 변화를 주도한 두 가지 큰 쟁점은 국가 복지에 소요되는 비용의 통제 또는 축소와 이용자의 참여와 선택권의 증진이다. 정부는 커뮤니티케어의 주동력으로 이용자의 참여와 선택권의 증진을 표방하였으며, 비판적인 입장의 사회정책학자들은 국가복지비용의 통제를 주된 의도라고 보았다. 결과적으로 영국 커뮤니티케어는 두 가지의 상호 모순된 것으로 보이는 의도를 실현시키기 위한 시도였다고 할 수 있을 것이다. 제도 시행 이후 몇 가지 입법과 각종 Circular와 Guidance를 통해서 이용자의 참여와 권리를 증진시킬 수 있는 다양한 방식들을 발전시켜 오고 있다. 직접 지불제도의 도입은 이런 조치의 대표적인 예라고 할 수 있다.

현재 영국의 커뮤니티케어의 핵심적인 요소는 첫째, 효율성의 증진과 이용자의 선택을 강화하기 위한 조치로 사회적 서비스 영역에서의 시장기제의 도입이다. 이 기제에 의해서 서비스 구매자와 제공자를 분리하였다. 둘째, 지방정부의 책임과 권한이 크게 강화되었으며, 지방정부의 역할도 과거의 직접 서비스 제공자에서 서비스 욕구사정, 서비스 구매, 서비스 비용의 지불 등의 역할로 변화하였다. 셋째, 사회복지서비스의 탈 사회화(privatization)이다. 이는 이전에는

대부분이 국가 및 지방정부에 의해서 운영되던 사회적 서비스를 점진적으로 줄여가고, 대신에 개인이나 민간 기업이 운영하는 서비스의 구성 비율을 늘려가는 정책을 지칭하는 개념이다. 넷째, 지역단위의 보편적인 사정체계의 수립과 케어매니지먼트를 통한 서비스 전달과 관리이다. 사회복지서비스를 필요로 하는 모든 성인은 해당 지방정부의 일원화된 창구에 사정을 신청하며, 사정의 결과 서비스를 받게 되는 경우 지방정부 사회서비스국이 운영하는 조직에 의해서 서비스가 일괄적으로 관리된다는 점이다. 그리고 이 이외에도 직접 지불, 이의제기 절차 등도 영국 커뮤니티케어의 핵심적인 요소들로 언급되는 것들이다.

이들 각 요소들을 논의의 편의상 전략적 기제와 기술적 기제로 구분해서 논의해 볼 수 있을 것이다. 전략적 기제는 시장기제의 도입, 지방이양, 탈 사회화 등의 영국 커뮤니티케어 변화의 핵심적인 동력을 지칭한다. 그리고 기술적 기제는 사정받을 권리, 케어매니지먼트, 직접 지불, 이의제기 제도 등의 기제들로 핵심적인 동력들이 보다 이용자 중심 또는 이용자 친화적으로 작동하도록 하는 장치를 지칭한다.

1) 전략적 기제들과 합의

(1) 시장접근의 도입

영국의 사회적 보호에서 시장기제는 소비자의 선택을 높이고 공공서비스의 효율성과 민감

성을 제고시키기 위하여 채택되었던 수단이다. 그러나 사회적 보호에서 시장기제의 도입이 가지는 의미에 대해서는 상반된 견해가 존재한다 (Curtice and Fraser, 2000). 루메리(2002)는 커뮤니티케어에서 서비스에 대한 비용지불은 이용자의 권한강화라는 목표를 달성하는 데 성공적이지 못했다고 주장했다. 새로운 기제의 도입이 기대했던 것 보다 큰 효과가 없었다는 그녀의 주장은 한편으로는 상당한 설득력을 갖는 것으로 보인다. 그러나 서비스 이용자들이 단순히 서비스 수령자였던 1990년대 이전의 체계와 비교해 보면 서비스에 대한 비용 지불 방식의 도입은 일정 정도는 이용자의 권력을 신장시키는 데 기여했다고 보는 것이 타당할 것이다. 복지 서비스 사용자들의 영향력을 높이는 데 있어서 시장접근이 일정한 한계를 가진다는 점에 주목할 필요가 있다는 지적은 타당하지만, 동시에 소비자 선택과 관련된 시장접근 요소들이 이용자의 참여를 증진시킬 수 있는 가능성도 간과되어서는 안 된다.

사회적 보호에서 시장기제의 도입이 실현현장에서 이용자 참여에 긍정적인 효과를 가지기 위해서는 몇 가지 선행 조건이 필요하다. 이 가운데 가장 중요한 것이 이용자가 의미 있는 선택을 할 수 있을 정도로 서비스의 공급이 충분한가의 문제이다. 우리나라의 부족한 공급량을 고려해 볼 때, 시장 접근의 채택은 현재로서는 어려울 것으로 보인다.

4) 2001년 기준으로 버밍엄 시티 카운슬의 인구는 977,087명이며, 면적은 267.8km²이다. 우리나라와의 비교를 위하여 구로구를 보면 2004년 기준으로 인구는 416,020명이며, 면적은 20.11km²이다. 이렇게 보면 버밍엄 시티 카운슬의 인구는 서울의 2~3개 구의 인구를 합친 것과 비슷하며, 면적은 서울의 10개의 구를 합친 면적과 비슷하다.

(2) 지방이양

영국에서 지방이양(decentralization)의 주도적인 흐름은 1980년대에 지방정부들이 대처정부의 민영화 요구에 대처하는 과정에서 자신들을 적절한 서비스 공급자로 새롭게 자리매김하려는 적극적인 노력을 통해서 제기된 것이었다. 이런 추세는 서비스 전달에서 최종 전달 조직의 역할을 강화하고 서비스와 관련된 핵심적인 기능들이 이용자들에게 근접할 수 있도록 하기 위한 것이었다(Taylor, 2003).

일반적으로 지방이양은 보다 지역에 밀착된 서비스를 통해서 주민과 공무원간의 관계가 더 가까워질 수 있을 뿐만 아니라 지역단위의 위원회와 같은 민주적 과정에 주민들이 참여하기가 더 용이해지기 때문에 이용자 참여를 제고할 수 있는 대안으로 받아들여진다(Servian, 1996). 그러나 실제 현실에서는 집중과 탈 중심화의 두 가지 전략사이의 균형을 유지하는 것이 중요하다. 지방이양의 과제는 한편으로는 욕구를 가진 사람에 대하여 적절한 상품과 서비스를 효율적으로 전달하기 위하여 행정, 전문성 등의 차원에서 집중화된 기능을 요구한다. 그리고 다른 한편으로는 계획과정에 참여할 수 있는 클라이언트의 권리가 존중될 수 있도록 하는 탈 중심화 전략이 동시에 요구된다(Doyal, 1993).

지방이양은 새로운 구조를 창출하는 것이라기보다는 하나의 전략에 속하는 일이다. 그리고 이것은 지방정부에서 전달하는 서비스의 민감성을 제고하기 위한 방안으로 채택되는 방법이

다(Servian, 1996). 우리나라의 사회복지서비스에서 진행되고 있는 지방이양의 추세를 보면 정치적 슬로건에 의해 지방이양 그 자체가 목표인 것처럼 취급되고 있는 것 같다. 사회복지서비스의 지방이양이 서비스 질을 저하시키지 않으면서 이용자의 참여를 제고시키기 위해서는 선행 조건들이 확보되어야 한다. 그 첫 번째 조건은 지방정부가 제공하는 서비스를 견인할 수 있는 분명한 서비스 표준(care standard)이 마련되어 있어야 한다는 점이다. 영국에서 1990년대 초에 새로운 커뮤니티케어를 실행하기 위하여 '구름 같은 수많은 지침들(clouds of guidance)'이 제시되었다는 사실이 그 좋은 예이다(Lewis and Glennerster, 1996). 두 번째 조건은 서비스의 질을 평가하고 서비스의 최소한의 요건들을 충족할 수 있도록 견제하는 독립적인 감독기구의 설립이 필요하다. 영국에서 새로운 커뮤니티케어의 도입을 위하여 지방정부의 서비스 실행을 점검하는 기능을 가진 조사기구(Inspection Unit)를 중앙정부에 설치하였으며, 매년 점검 결과를 발표하고 있다.

(3) 탈 사회화(privatization)

영국의 경우를 보면 1990년의 커뮤니티케어 개혁 이전에는 지방정부가 재정을 부담하는 가정지원 케어 서비스의 대부분은 지방정부에 소속한 서비스 조직에 의해서 제공되었다. 1993년 커뮤니티케어의 시행으로 2000년에 들어서는 지방정부가 구매한 전체 가정지원 서비스의 절

반이 지방정부에 소속되지 않은 민간조직에 의해서 제공되었다(Ware et al. 2001). 이처럼 영국의 커뮤니티케어 개혁은 새로운 민간 공급자를 공공영역과 경쟁관계에 들으로써 공공 영역의 사회적 보호서비스의 경직성을 극복하고자한 것이었다. 그러나 우리나라의 경우 대부분의 서비스 공급자들은 소요 재정의 대부분을 정부에 의존하고 있지만, 소속은 정부가 아닌 민간 사회복지법인에 속해 있다. 사회적 보호의 공공적인 성격을 유지할 수 있는 공적 서비스 조직의 발전이 현저히 빈약한 우리의 현재 상황에서 정부가 기업조직과 같은 이윤을 추구하는 조직이 중요한 서비스 공급자가 되도록 하는 시장 접근을 채택하는 경우에 사회적 보호의 공공성과 안정성이 심각하게 훼손될 수 있다. 영국의 커뮤니티케어 개혁의 경우와는 반대로 우리나라의 서비스 정책의 경우에는 공적 영역에 속하는 서비스 공급자의 확대가 더 필요한 상황이다.

2) 기술적 기제들과 함의

이용자의 권리가 정책의 목표에 천명되어 있다고 해서 곧바로 실천현장에서 그 권리가 이용자들에게 보장되는 것은 아니다. 많은 사회복지 서비스 조직들은 이용자의 참여를 중요한 조직의 가치로 천명하고 있다. 그러나 이 점이 이용자들의 높은 수준의 참여를 보장해주는 것은 아니다. 조직의 이런 가치선언은 서비스 이용자들이 의사결정에 참여할 수 있도록 보장하는 구체적인 전략이나 조치가 수반되지 않은 경우에는

실효성을 기대하기 어렵다(Biehal, 1993).

(1) 사정받을 권리

커뮤니티케어 사정에 대하여 마샬(Marshall)의 개념을 적용하면 사정에 대한 권리는 사실상 시민적 권리에 속한다(Rummery, 2002). 영국의 경우에 사정받을 권리는 사법체계를 통해서 보장되고 보호받을 수 있는 권리이다. 1986년 장애인법(Disabled Persons (Services, Consultation and Representation) Act)의 s.4에 의해서 장애인들은 자신들의 욕구에 대하여 사정받을 권리를 가진다(Rummery, 2002). 이 권리는 1948년 국민부조법(National Assistance Act) 상의 '장애인'의 정의에 해당하는 모든 사람에게 적용된다. 장애인이 아닌 경우에도 커뮤니티케어 서비스가 필요할 것으로 보이는 사람들에게도 사정받을 권리가 인정된다.

우리나라 사회복지사업법 33조에서는 '사회복지서비스를 필요로 하는 자와 그 친족 그 밖의 관계인은 관할 시장·군수·구청장에게 보호대상자에 대한 사회복지서비스의 제공을 신청할 수 있다.'고 규정하고 있다. 이 규정은 2003년 법 개정에서 추가되었으며, 2004년 9월에 후속 시행방안이 제정되었으나 실제로는 거의 실행되지 못하고 있는 것으로 보인다. 우리나라에서 사정받을 권리가 실제로 보장될 수 있기 위해서는 이것이 법률상의 권리임을 선언하고 사법체계를 통해서 보장될 수 있다는 점을 분명히 하는 법 개정이 필요하다. 그리고 사정에 포함되어야 할 최소한의 내용이 정부의 지침

이나 공식 문서를 통해서 제시되어야 한다.

(2) 케어매니지먼트

1990년대 이후 우리나라에서 사례관리는 사회복지계의 중요한 논의 주제였으며, 사회복지 실무자들도 이를 중요한 방법론으로 받아들이기 시작했다. 이는 미국 사회사업의 영향이라고 할 수 있다. 그러나 엄밀히 말하면, 우리나라의 사회복지서비스에서는 아직도 케어매니지먼트⁵⁾ 체계가 구축되어 있지 않다. 실제로 우리나라 사회복지서비스에서는 사실상 민간사회복지기관(사회복지관, 장애인복지관, 노인복지관 등)에 소속된 사회복지사들이 사례관리자의 역할을 수행하고 있다. 하지만 이들의 사례관리자로서의 활동을 공식적으로 지원하거나 법적 권한을 부여하는 관련 법률이나 규정은 없다. 이런 점 때문에 우리나라에서 영국과 같은 지역단위의 케어매니지먼트 체계를 구축하는 경우에 누가 케어매니저로 지명되어야 하는가에 대한 논란이 제기될 수 있다.

영국의 커뮤니티케어에서는 케어매니저를 지명해야 하는 책임은 지방정부에 있다. 그리고 지명된 대부분의 케어매니저들은 지방정부의 사회서비스국에 고용되어 있는 사회복지사들이다. 우리나라의 사회복지서비스에서 사례관리 체계를 구축하는 데는 세 가지의 대안이 설

정될 수 있을 것이다. 첫째는 각 지방자치단체에 고용되어 있는 사회복지전담공무원들을 사례관리자로 하는 방법이다. 두 번째는 현재 자발적으로 사례관리자의 역할을 수행하고 있는 민간비영리사회복지조직에서 일하는 사회복지사들에게 사례관리자의 역할을 부여하는 방안이다. 셋째는 사례관리를 전담하는 별도의 조직을 지역단위 별로 새로이 설립하고, 이를 지방정부에서 직접 운영하거나 민간에 위탁하는 방안이다.

(3) 직접 지불

1990년 법이 시행된 이후에, 지역사회보호에서의 가장 중요한 변화는 이용자와 보호자들에게 직접 서비스가 아닌 서비스를 구매할 수 있는 현금을 줄 수 있도록 한 것이다. 이 내용은 1996년의 지역사회보호와직접지불에관한법(Community Care(Direct Payment) Act)에 포함된 것이다. 이용자 집단의 오랫동안의 요구와 압력으로 이 법에서는 사회서비스국이 18세부터 65세 사이의 이용자에게 직접 서비스 대신에 서비스 구입에 필요한 현금을 지불을 할 수 있도록 하였다(Department of Health, 1997). 그 후에 직접지불을 받을 수 있는 자격이 점차 확대되는 추세에 있으며, 여기에 관한 지방정부의 시행 책임도 점진적으로 강화되고 있다

(Camichael and Brown, 2002). 직접지불을 이용한 사람들의 경험을 통해서 보면 스스로 돈을 관리함으로써 서비스에 대한 통제권을 가지게 되었으며, 따라서 서비스가 내용상으로 적절하면서 편리한 시간에 질 높은 서비스를 받을 수 있게 되었음을 확인할 수 있었다(Glendingning et al. 2000).

이 방안을 우리나라에서 검토하는 경우에는 두 가지 요소에 대한 고려가 필요하다. 첫째, 이 방식은 시장기제에 의한 서비스 제공이 일반화되어 있고, 이를 토대로 각 서비스에 소요되는 비용이 산출되어 있어야 한다. 그리고 서비스의 구매가 쉽게 이루어질 수 있는 시장의 형성이 전제되어야 한다. 둘째, 영국에서 시행 후에 겪고 있는 문제들에 대한 구체적인 검토가 필수적으로 이루어져야 한다. 영국에서도 이 제도는 서비스 비용으로 받은 현금을 누구에게 줄 수 있는지, 어떤 사람(예를 들면 배우자)에게는 지급해서는 안 되는지, 직접 케어 하는 사람과 고용한 경우에 고용주로서의 책임은 어떻게 되는지 등에 대한 문제 때문에 제도가 크게 확대되지는 못하고 있다.

(4) 이의제기와 구제절차

각종 서비스를 받을 수 있는 자격과 우선순위 등에 관련된 자원배분 정책들은 공개되어야 하며, 명확하고 모든 사람들에게 접근 가능해야 한다. 서비스를 이용하고자 하는 사람들에게 사정절차가 어떻게 진행되는지, 서비스 제공 결정

이 어떻게 이루어지는지, 그리고 결정의 기준은 무엇인지, 특정 서비스를 이용함에 있어 이용자의 권리와 책임은 무엇인지, 어떻게 하면 자신들의 견해가 반영될 수 있는지 등에 대한 정보 접근성이 보장되어야 하며, 이의제기와 권리의 구제에 관련된 절차도 공식화되어야 한다(Biehal, 1993).

NHSCCA의 s.50에 의하여 영국의 지방정부들은 서비스 이용자들로부터 불만사항을 비롯한 의견을 청취할 수 있도록 하는 절차를 수립하여야 한다(Braye and Preston-Shoot, 2003). 그리고 이의제기절차는 다음의 사항들을 충족하여야 한다(Department of Health, 1990). 첫째, 서비스 이용자들이나 대표자들이 서비스의 질이나 내용에 관하여 불만을 제기할 수 있도록 하는 효과적인 수단을 제공하여야 한다. 둘째, 제기된 불만은 실제 서비스에 반영될 수 있도록 해야 한다. 셋째, 불만을 해결하려는 조치는 신속히 이루어져야 하며, 수궁할 수 있을 만큼 적절한 수준에서 이루어져야 한다. 넷째, 서비스를 거부한 사람들에게는 결정에 도전할 수 있도록 공식적으로 확립되어 있는 이의제기 방법을 알려주어야 한다. 다섯째, 혼자서 이의제기 절차를 진행할 수 있을 정도로 구체적인 설명이 포함되어 있어야 한다. 여섯째, 관리자나 시의원이 수행을 점검하고 서비스의 목적이 얼마나 달성되고 있는지를 확인할 수 있도록 하는 별도의 장치가 마련되어 있어야 한다.

우리나라의 사회복지서비스에서는 공식적으로 인정될 수 있는 이의제기절차가 확립되어 있

5) 사례관리와 케어매니지먼트가 동일한 개념을 지칭하는 용어인지에 대해서는 논란이 있을 수 있다. 그러나 영국의 경우에는 케어매니지먼트라는 용어로 통일되어 사용되고 있으며, 그 내용을 보면 사례관리 활동과 거의 유사하다고 볼 수 있기 때문에 여기서는 두 용어를 문맥에 따라 혼용하여 사용한다.

지 못하다. 이는 한편으로는 서비스 공급의 부족과 관련이 있으며, 다른 한편으로는 서비스에 대한 권리의식이 빈약하다는 사실과 연관성을 가진다. 서비스 이용자들의 적극적인 참여를 위해서는 이용자들이 불만을 제기할 수 있는 분명한 권리가 있음을 선언하고, 그 절차를 공식화시키는 조치가 필요할 것이다.

5. 결론

1990년 법에 의한 영국 커뮤니티케어의 핵심적인 특징은 크게 세 가지로 요약될 수 있을 것이다. 첫째는 서비스 이용자들이 단순한 서비스 수령자가 아닌 적극적인 선택자로서 자신들의 서비스에 대한 통제권을 행사할 수 있도록 하기 위한 소비자주의 접근에 기초하고 있다는 점이다. 소비자주의 접근을 실현하기 위하여 유사시장(quasi-market)이라고 불리는 새로운 서비스 공급체계를 도입하였으며, 이런 변화는 제공자들 간의 경쟁이 서비스 이용자들에게 더 높은 통제권과 선택권을 보장해 줄 수 있다는 믿음에 기초하였다. 그리고 실제로 경쟁을 유도하기 위하여 민간 영리조직이 사회적 보호시장에 참여할 수 있도록 지원하였다. 둘째는 서비스 전달에 관련된 책임과 권한을 대대적으로 지방정부에 이양하고, 지방정부의 역할을 서비스 제공자에서 서비스 조정자 또는 구매자로 변화시켰다는 점이다. 셋째는 사정받을 권리에 대한 인정과 양질의 서비스 제공을 위한 케어매니지먼트

체계의 도입이다. 케어매니지먼트 체계에 의해서 서비스가 필요한 모든 사람은 사회서비스국으로 의뢰되도록 하였다.

영국 커뮤니티케어로부터 우리나라 사회복지서비스에 대한 함의를 찾아내기 위해서는 우선적으로 다음의 몇 가지 질문들이 제기될 필요가 있다. 첫째, 우리나라에서 지방이양의 전제가 되는 서비스 표준의 확립이나 서비스 최저수준 확보를 위한 관리체계가 확보되어 있는가? 둘째, 현재 우리나라의 여건에서 서비스 이용자들이 소비자 또는 구매자의 역할로 전환하는 것이 가능하겠는가? 그리고 이런 전환을 통해서 이용자의 권한을 높일 수 있겠는가? 셋째, 현재의 비영리민간법인 중심의 서비스 공급체계를 개인과 기업이 참여할 수 있는 공급체제로 전환하면 서비스의 효율성과 이용자의 선택권이 높아지게 될 것인가? 이런 질문들을 통하여 우리나라 복지서비스에 대한 종합적이고, 장기적인 전략을 수립할 수 있을 것이다. 이와 함께 구체적이고, 기술적인 기제들에 대한 검토도 병행되어야 할 것이다. 사정받을 권리를 법적으로 보장하여 사회복지서비스가 필요한 사람들이 손쉽게 접근할 수 있도록 하는 일은 우선적인 과제가 될 것이다. 그리고 지역단위에서 서비스에 대한 일관성 있는 지원과 관리가 이루어지게 하는 케어매니지먼트 체계의 확립도 시급한 과제라고 할 수 있을 것이다. 이와 함께 이용자들이 손쉽게 접근할 수 있는 이의제기절차를 마련하는 일도 필요할 것이다.

시장접근, 지방이양, 사정받을 권리와 사례

관리 등은 이미 우리나라 사회복지서비스에서도 시행 중이거나 시행을 위한 논의가 진행되고 있는 친숙한 담론이라고 할 수 있다. 이런 담론들에서 가장 흔히 언급되는 수사는 이용자 참여와 효율성이다. 그런데 우리나라에서 진행되고 있는 이런 요소들에 대한 논의에서 발견할 수 있는 한 가지 특징은 사회복지서비스에 관련된 전략들이 동시에 또는 통합적으로 검토되기 보다는 개별적으로 논의되고 각각이 파편

적으로 정책 대안으로 채택되고 있다는 점이다. 그러나 실제로 필요한 일은 분리된 각각의 전략들이 아니라 실천에 영향을 미칠 수 있는 여러 가지 전략들을 통합하는 구조적 접근을 취하는 것이다. 영국의 커뮤니티케어 개혁은 소비자주의, 지방이양, 사정받을 권리, 케어매니지먼트 등을 하나로 통합한 구조와 전략이라고 표현할 수 있다. **GSST**