

사회보험으로서 수발보험 도입 가능성 모색을 위한 연구 : 독일의 예를 중심으로

정재훈*

우리나라에서도 인구 고령화 현상이 급속히 진행되기 시작하면서 더불어 증가하게 될 수발에 대한 욕구에 정책적 차원에서 대처할 필요성이 대두된다. 따라서 1995년 이후 고령화 사회에 대한 대응으로 사회보험으로서 수발보험제도를 도입한 독일의 선례가 우리에게 남기는 교훈은 무엇인가라는 의문을 갖게 된다.

독일에서는 인구 고령화에 따른 수발 욕구 증가, 수발노동 담당자가 갖는 부담에 대한 사회적 인식 고조, 수발비용으로 인한 사회부조 재정 상태 악화 등으로 사회적 위험으로서 수발에 대처하는 방안이 1990년 초 이후 본격적으로 논의되기 시작하였다. 그 결과 여러 가지 대안 중에서도 부과방식에 기초한 사회보험으로서 수발보험 제도가 1995년 재가수발, 1996년 시설수발 순으로 단계적으로 도입되었다. 이는 안정된 의료보험 서비스 전달 체계, 부과방식에 기초한 기존 사회보험제도에 대한 신뢰, 추가 보험료 부담을 둘러싼 노자 간 갈등 해소 기제로서 조합주의, 그리고 타협에 기초한 의회정치 체제가 만들어낸 결과였다.

이같은 독일의 경험을 우리는 제한적으로 갖고 있으며, 이같은 경험을 바탕으로 우리나라에서 도입 가능한 사회적 위험으로서 수발에 대한 대책이 장기적, 단기적

* 상지대학교 사회복지학과 전임강사

관점에서 어떻게 있을 수 있는지 살펴보았다. 그 결과, 장기적 관점에서는 사회보험제도의 발전이라는 틀 속에서 수발보험제도를 도입하는 준비를 하며, 단기적으로는 현재 저소득층 노인을 대상으로 실시하고 있는 재가 수발 서비스를 기반으로 한 수발 서비스 하부 구조 구축을 위한 꾸준한 작업이 필요함을 보게 되었다.

I. 들어가는 말

1. 연구 목적과 배경

본 연구에서는 사회보험으로서 수발보험 (Pflegeversicherung)이 독일에서 도입된 배경과 정책결정과정을 분석함으로써, 같은 방식의 수발보험이 한국에서 도입할 수 있는 시사점을 모색함을 목적으로 한다.

1995년 4월 이후 독일 국민은 사회보험으로서 수발보험 혜택을 받고 있다. 1995년 1월 1일부터 수발보험료 납부가 시작되었으며, 같은 해 4월 1일부터 재가 수발 (häusliche Pflege)에 대한 보험금이 지급되었다. 1996년 7월 1일부터 시설 수발 (stationäre Pflege) 역시 수발보험 혜택을 받게 되었다. 1999년 말 현재 수발보험 혜택 대상자로서 수발을 받는 사람은 약 175만 명이다. 그 중 약 120만 명은 재가수발보험의 혜택을 받고 있으며, 약 50만 명은 시설에서 수발보험 혜택을 받고 있다 (BMA, Juni 1998; BMA, Januar 1999:56).

각종 질병, 사고 등 사회적 위험 때문에 누군가에게 의지하지 않고는 일상사를 꾸려 나갈 수 없는 개인이 존재할 때, 수발에 대한 욕구가 발생한다. 수발에 대한 욕구를 가진 자 (Pflegebedürftige), 즉 요수발자는 다음과 같이 정의하고 있다: 육체적·정신적·심리적 질병이나 장애로 인하여 혼자 힘으로 일상적·보편적 삶을 영위할 수 없거나 혹은 최소한 6개월 이상 영위할 수 없기 때문에 타인의 도움에 의지해야만 하는 상태에 빠진 자이다 (BMA, 1998:75).

수발에 대한 욕구가 발생했을 때, 그에 따른 부담은 세 가지 차원에서 전개된다. 먼저, 장애를 가지게 된 사람이 갖는 수발에 대한 욕구 (Pflegebedürftigkeit)와 그에 따른 경제적, 심리적 부담이다. 또한 요수발자 (Pflegebedürftige)의 가족 구성원이

나 이웃, 친척 등이 수발의 부담, 그리고 그것에서 파생하는 심리적·육체적 부담, 경제적 손실을 감수해야 한다. 마지막으로 지역사회가 감당해야 하는 경제적 부담이다. 수발에 대한 욕구로 인하여, 혹은 수발에 대한 부담 때문에 빈곤선 이하로 생활 수준이 떨어질 경우 공공부조 대상자가 발생하게 된다. 이는 지역사회의 경제적 부담이라는 결과를 낳게 된다.

2. 기존 연구 검토

고령화 사회로의 진입과 장애인 복지에 대한 관심은 한국 사회에서도 수발보험에 대한 관심을 불러일으키고 있다. 이같은 맥락에서 볼 때, 독일에서 이미 실시하고 있는 수발보험에 대한 학문적 차원에서의 관심 역시 당연하다고 보겠다. 그러나 기존 논의는 사회보험으로서 수발보험에 대한 내용 소개에 그치고 있을 뿐, 한국에서의 도입 가능성을 전제로 한 분석 수준에는 이르지 못하였다고 본다.

“독일의 장기요양보험과 일본의 개호보험 (이용갑,2000)”의 경우에 “Pflegeversicherung”을 장기요양보험으로 번역하면서, 독일과 일본 제도 비교 연구를 하였다: 독일과 일본의 노인을 위한 일반적인 의료보장체제라는 맥락에서 독일 Pflegeversicherung과 일본 개호보험의 도입 필요성, 급여 체계, 성과, 문제점 등을 비교·분석한 점에서 의미가 있는 연구이다. 그러나 이 연구에서 제도가 도입된 과정에 대한 심층 분석이 이루어지지 않았으며, 양 국 제도를 충실히 비교하는 것에 그쳤다고 볼 수 있겠다.

제도 소개에 그친 이같은 한계는 “노령사회에 대비하는 새로운 가능성: 독일 수발보험제도에 관하여 (정재훈,2001)”라는 연구에서도 마찬가지로 드러나고 있으며, “한독 노인복지의 이해 (김근홍,1999)”에서 서술하고 있는 수발보험 관련 논문 역시 그 같은 한계에서 벗어나지 못하고 있다.

3. 이론적 배경: 개념 검토

본 연구의 목적은, 앞서 밝힌 대로, 독일식 사회보험으로서 수발보험이 사회정책적 제도의 하나로서 한국에 도입될 가능성을 모색하는 것이다. 따라서 '사회보험으

로서 수발보험'이 의미하는 바는 무엇이며, 정책 도입 가능성은 무엇을 의미하는 지 규정해 봄으로써 본 연구의 문제 제기를 구체적으로 하고자 한다.

1) 사회보험으로서 수발보험

수발보험 (Pflegeversicherung)은 수발 관련 부담 발생에 대한 대응책으로서 출범한 사회보험제도이다. 수발보험은 기존 사회보험으로서 의료보험 체제 안에서 도입되었다. 즉 의료보험 가입자는 별도의 절차 없이 자동적으로 수발보험에 의무 가입되었다. 의료보험 가입이 되는 전 국민, 즉 사회보험 피보험자인 근로자를 비롯하여, 실업자, 농민, 예술가 등과 같은 자유업자, 직업훈련중인 장애인, 대학생, 군인과 같은 사회보상급여 수급권자, 전쟁상이자 등이 사회보험으로서 수발보험에 가입하게 된다. 의료보험을 사보험으로 가입하고 있는 경우에도 사보험에 강제로 수발보험료를 납부해야 한다. 수발보험 재정은 의료보험 재정과 분리되어 있지만, 이 기금 관리 운영은 의료보험조합에서 하고 있다. 수발보험료는 현재 취업 근로자가 수발보험 비용을 부담하는 부과방식으로 조달되고 있다.¹⁾

이렇게 볼 때, 수발보험은 보험원리인 보험료 납부자와 수혜자 간 적정 집단 규모, 위험 발생의 우연성, 정의 가능한 위험 등을 토대로 하면서도, 강제 가입 원칙 하에 보험료가 개인적 위험발생도와 관계없이 책정되고, 특정 위험을 보험 가입 대상에서 제외하지 않으며, 보험혜택에 관한 권리가 법으로 보장되는 사회보험이라고 할 수 있다.

1) 수발보험료는 '사용자와 피고용인' 혹은 '연금 생활자 등 사회보험 혜택을 받으며 생활하는 사람과 연금보험 등 사회보험재정'에서 절반씩 부담함을 원칙으로 한다. 제1수발보험만으로 시작했던 1단계 수발보험 체제에서는 보험료율이 1%였다 (사용자와 피고용인이 각각 0.5%씩 부담). 시설수발보험이 시작된 2단계 수발보험 체제 이후 보험료율은 1.7%로 인상되었다 (사용자와 피고용인이 각각 0.85%씩 부담) (BMA, 1998:77). 실업보험이나 실업부조 수혜자, 정착지원을 받고 있는 이민자 (Spätaussiedler) 등의 수발보험료는 노동청 (Bundesanstalt für Arbeit)에서 지불한다. 수발보험제도 도입으로 생기는 사용자의 비용 부담을 덜기 위해 작센 (Sachsen) 주를 제외한 나머지 연방 주에서 공휴일 하나가 없어졌다.

2) 정책 도입 가능성

정책 도입 가능성을 구성하는 요소는 특정 문제나 현상의 사회문제화와 정책 환경이라 할 수 있다.

정책 과정의 결론 (Konklusion)으로서 하나의 정책이 도입되기 위해서는, 결론으로서 정책에 대한 전제 (Prämisse)가 필요하다. 이같은 정책 과정의 전제를 사회문제 (Soziale Frage)라고 하겠다. 사회문제를 구성하는 요소는 특정 문제, 문제가 영향을 주고 있는 사람들의 숫자 (the sheer number of people affected), 그리고 문제를 정의하고 해결을 위한 자원 지출을 결정하는 사람들이 가진 권력과 사회적 지위이다 (Chambers, 2000:7).

모든 문제가 사회문제가 되는 것은 아니다. 또한 모든 문제가 똑같이 중요한 것도 아니다. 어느 문제가 중요한 지에 대한 판단은 문제 관련 당사자와 문제 해결을 위한 관심과 능력을 지닌 사람들의 관점에 달려있다. 문제의 긴급성 (Problemlösungsdringlichkeit)에 대한 사회적 합의가 중요한 것이다. 따라서, 사회문제의 실체에 보다 가깝게 접근하기 위해서는 사회구성원이나 집단이 갖는 특정 관점이 옳고 그름을 판단하기보다는, 각각 다르게 나타나는 관점의 내용이 무엇이며 관점의 다양함이 존재하는 근거에 대한 이해를 시도하는 작업이 필요하다고 본다.

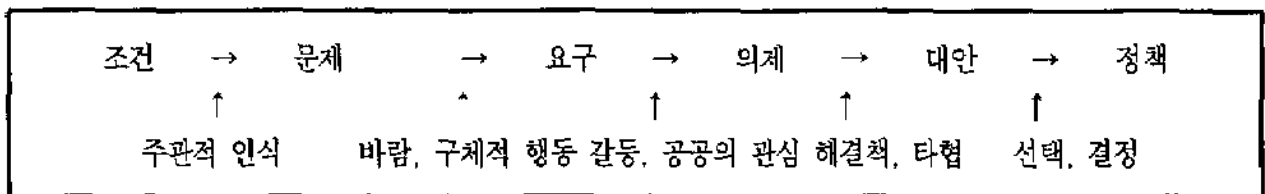
사회문제는 개인적, 정치적, 경제적 권리 혹은 경제적 재화 (소득, 자산) 처분 가능성 등이 사회 집단, 계급, 계층에 따라 차이가 지나치게 생겨서 사회적 평화를 위협하고 사회나 국가의 존립 기반 자체를 위태롭게 하는 상태를 의미한다. 혹은 정책결정주체 (Träger politischer Macht)가 판단하기에 그같은 차이를 더 이상 방치해서는 안 된다고 하는 상태를 의미하기도 한다 (Lampert, 1991:15). 사회문제는, 결국, 사회 대다수 집단의 삶의 평등 (the equality of life for large groups of people)에 대한 관심의 표출이며, 그 관심이 특히 정치·경제·사회·문화적으로 힘이 있거나 특권을 가진 사람들에 의해 표출될 때 사회문제의 중요성은 더 증가한다.

사회문제에 대한 이해의 차원을, 따라서, 다음 네 가지로 분류하여 생각할 수 있다 (Chambers, 2000:9-10): 먼저, 문제로 규정되는 사회적 현상을 다른 사람·집단이 어떻게 생각하는지 이해하는 작업이 필요하다. 문제의 실체를 파악하고 정의하는 차원이다. 두 번째, 문제의 원인과 결과를 파악하는 과정이다. 세 번째, 어떤 사

회적 현상을 문제로 규정할 때 토대가 되는 가치와 이데올로기를 규명하는 작업이다. 네 번째, 문제가 존재함으로써 이익을 얻거나 손해를 보는 사회집단이 있는지, 있다면 어떤 사회집단이 이익을 보고 어떤 사회집단이 손해를 보는지 알아보는 것이다. 이같이 사회문제에 대한 이해의 차원을 분류해 봄으로써 어떤 문제는 사회문제가 되고 어떤 문제는 사회문제가 되지 않는 과정에 대한 이해를 할 수 있다고 본다. 결국, 어떤 문제를 긴급하게 해결해야 할 필요성 (Problemlösungsdringlichkeit)에 대한 사회적 합의를 규명하게 되는 것이다.

사회적 합의에 의해 사회문화화 한 사회적 현상이, 그렇다면, 사회복지정책의 대상이 되는 과정을 요약하면 다음과 같다: 사회적 현상이 사회문제가 되어 사회복지정책 대상이 과정은, 앞서 밝힌 대로, '일정한 조건 + 주관적 인식'을 바탕으로 출발한다고 볼 수 있다 (송근원/김태성, 1995:38). 어떤 문제나 현상이 출현하고 사회구성원이 그것을 문제로 인식함으로써 사회문제 해결을 위한 공공의 관심이 표출된다. 이같은 관심은 사회문제 해결을 국가에 요청하는 구체적 행동으로 이어지며, 그 대응책으로 정책이 도입된다 (그림 1 참조).

그림 1: 문제가 정책으로 발전하는 과정



출처 : 송근원/김태성 (1995:39)

사회문제화한 어떤 문제가 정책의제로 채택되고 대안이 모색되는 과정을 결정짓는 틀을 정책환경이라 할 수 있다. 정책 결정은 해당 정책이 발생하는 환경을 떠나서 적절히 고려될 수 없다. 정책 행위에 대한 요구는 정책환경에서 생겨나고, 정책환경은 정책 결정자가 무엇을 할 수 있을 지 제한하기 때문이다 (박홍식, 1983:41).

정책환경은 해당 사회의 지리적·인구학적 특성, 경제발전 정도, 정치·사회문화 등이 바탕이 되어 성립된다. 정책환경을 구성하는 요소는 사회문제 해결에 대한 의지와 사회문제 해결을 위한 능력 정도이다: 정책 결정 주체가 사회문제 해결을 위한 의지 (Problemlösungsbereitschaft)를 갖고 있는가, 그리고 사회문제를 해결할 수 있

는 능력 (Problemlösungsfähigkeit)이 해당 사회에 존재하는가?

사회문제 해결을 위한 의지와 능력을 갖는 정책결정주체는 정책결정과정에 참여하는 정책결정자와 비관료 참여자로 구분할 수 있다 (박홍식, 1983:49 이하). 정책결정자는 정책 결정에 있어서 합법적 권위를 지닌 자로서 입법부, 사법부, 행정부 등을 의미한다. 비관료 참여자로서는 이익집단, 정당, 시민단체 등을 언급할 수 있다.

해당사회가 갖는 사회문제 해결 능력을 구성하는 요소에는 사회정책적 목적 달성을 위하여 동원되는 경제적 자원 및 수단이 있다 (Lampert, 1991:152). 그러나 경제발전 정도가 사회문제 해결 능력을 구성하는 유일한 요소는 아니다. 사회정책적 창의성 (die sozialpolitische Kreativität der Gesellschaft), 즉 특정 문제를 해결하기 위해 경제적·사회적으로 가능한 한 적정 수준의 사회정책적 개념·시설·수단을 도입할 수 있는 해당 사회의 능력 역시 사회문제 해결 능력을 구성하는 중요한 요소이다. 사회문제 해결과 관련하여 경제적 가치와 사회적 가치가 충돌하는 과정에서 적절한 합의점을 찾아내는 능력이 사회정책적 창의성이라고 하겠다.

이상의 논의를 종합해 볼 때, 사회보험으로서 수발보험 도입 가능성의 차원을 “수발과 관련된 문제 해결의 긴급성에 대한 사회적 합의, 사회보험화 과정에서 수발 문제 해결을 위한 자원 동원 능력, 사회정책적 창의성 혹은 수발 문제 해결을 위한 사회정책 결정 주체의 의지” 등으로 구성할 수 있다.

4. 연구 문제

사회보험으로서 수발보험 도입 가능성을 과제로 하는 연구 문제의 차원은, 따라서, 다음과 같이 분류할 수 있다:

- ▶ 수발문제의 사회문제화: 수발문제 해결의 긴급성에 대한 사회적 합의가 존재하는가?
- ▶ 수발보험의 사회보험화
 - 수발보험을 사회보험 형태로 도입할 수 있는 경제적 능력이 존재하는가?
 - 사회보험으로서 수발보험을 도입하려는 의지와 정책 활동이 정책결정주체에 존재하는가?

'수발문제의 사회문제화'와 관련하여 다음과 같은 하위 문제를 제기할 수 있다:

- ▶ 요수발자가 갖는 개인적 욕구가 사회문제화한 원인은 무엇인가?
- ▶ 수발자(Pflegende)가 갖는 부담이 사회문제화한 원인은 무엇인가?
- ▶ 수발문제로 인하여 지역사회가 갖는 부담에는 어떠한 것이 있는가?

'수발보험의 사회보험화'와 관련하여 다음과 같은 문제 제기를 할 수 있다:

- ▶ 수발보험의 사회보험화를 위한 비용 부담에 대한 사회적 합의는 어떻게 이루어졌는가?
- ▶ 수발보험의 사회보험화를 위한 비용 절감을 위한 조치에는 무엇이 있었는가?
- ▶ 수발보험을 사회보험화함으로써 발생하는 비용 규모는 어떠한가?
- ▶ 수발보험을 사회보험화함으로써 얻은 사회적 결과는 무엇인가?

5. 연구의 한계

본 연구에서는 사회보험으로서 수발보험이 도입되는 과정을 살펴본다. 따라서 본 연구의 범위는 '정책 형성 ⇒ 정책 집행 ⇒ 정책 평가'로 이루어지는 사회복지정책 과정 (박정호, 2001:147) 중 '정책 형성' 차원으로 제한된다. 정책이 결정되기까지 과정, 즉 정책문제 형성, 정책문제의 정책의제화, 정책대안 형성, 정책 결정 (송근원/김태성, 1995) 과정을 살펴보고, 정책집행과 정책평가에 대한 논의는 하지 못하게 되는 것이다.

또한, 정책결정주체를 세분화하여 논의를 전개하지 못하고 있다. 사법부 역할에 대한 언급이 없으며, 입법부와 행정부 정책 결정 주체 간 분류를 하지 않고 있다. 그러한 이같은 한계는 독일 정치체제가 의원내각제임에도 그 이유가 있다.

자료 수집의 한계, 연구 여건의 한계 때문에 정책 결정 과정에 대한 비관료 참여자의 역할에 대한 언급을 노동조합의 반응에 한정시킨 점도 본 연구의 한계라고 할 수 있다.

II. 수발보험 도입 과정: 독일의 예

1. 수발문제의 사회문제화

수발보험 제도 도입 배경으로는, 기존 수발보호 대책이라고 할 수 있었던 전쟁희생자 원호법(Kriegsoperversorgung)에 의한 수발보조금 (Pflegezulage), 사고보험법(Unfallversicherungsgesetz)에 의한 요보호자의 재가보호와 시설보호, 연방사회부조법(Bundessozialhilfegesetz) 등으로는 해결할 수 없을 정도로 수발을 필요로 하는 사회 구성원 수가 증가하고 수발에 대한 부담을 개인이나 개별 가족이 감당하기 어렵게 됨으로써, 사회부조 재정이 악화된 현실을 들 수 있다.

1992년 현재 독일에서는 이미 약 110만 명이 집에서, 그리고 약 50만 명이 시설에서 누군가의 수발을 받지 않고는 살아갈 수 없는 상태로 파악되었다(Naegele, 1997:159). 집에서 수발에 대한 욕구를 가진 사람의 70% 이상은 65세 이상 노인이었으며, 같은 연령대 노인으로서 수발을 요하는 사람 비율이 시설에서는 80% 이상에 이르렀다. 수발에 대한 욕구가 고령사회로의 진입과 관련이 있다고 말할 수 있는 대목이다.

인구학적 변동 추이를 살펴볼 때, 독일에서는 1970년대부터 이미 수발보험의 필요성에 대한 논의가 싹트기 시작했다고 할 수 있다. 1990년대에 들어서 이같은 논의가 본격화되기 시작하였다. 고령 그 자체가 수발에 대한 욕구와 직결되는 것은 물론 아니지만, 고령과 더불어 자주 나타나는 치매에 대한 인식이 고조되면서 수발보험 도입에 대한 사회적 욕구가 한층 더 고조되었다. 1994년에 독일 연방의회가 펴낸 "인구학적 변동에 관한 보고서 (Zwischenbericht der Enquete-Kommission Demographischer Wandel: Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik)"에 따르면 80세 이상 노인의 20% 이상이, 90세 이상 노인의 경우에는 30% 이상이 치매 증상에 시달리는 것으로 나타났다. 이같은 비율이 2010년에는 35% 포인트까지 증가하리라는 전망을 이 보고서에서는 하고 있으며, 이는 2010년까지 약 30만에서 40만 명 정도의 치매환자 증가를 예측할 수 있는 수치이기도 하다.

또한 각종 사고나 장애로 인하여 생기는 수발에 대한 욕구도 증가 추세에 있다.

1980년대 말에 나온 한 연구 보고서에서는 전체 취업 인구 중 장애나 사고, 질병 등으로 인하여 수발을 필요로 하는 사례 발생 건수를 다음 표 1과 같이 제시하고 있다.

〈표 1〉 연도별 요수발자 발생 수: 추정치 (독일)

연도	요수발자 수 (백만명)	취업 인구에서 수발 대상자가 차지하는 비율 (%)
1980	1,862	5.76
1985	1,869	5.62
1990	1,916	5.73
1995	1,907	5.91
2000	1,777	5.88
2005	1,840	6.39
2010	1,841	6.53
2015	1,763	6.55
2020	1,772	7.14
2025	1,739	7.93
2030	1,695	8.80

출처 : Prinz (1987:7)

이에 반하여 수발을 위한 하부구조 (Pflegeinfrastruktur)는 이같은 변동에 적절히 대응할 수 있도록 구축되어 있지 못하다는 (BMA, Juni 1998:13) 문제점이 지적되었다. 응급대응체계 (ambulante Dienste), 주간·단기보호 (Tages- und Kurzzeitpflege) 시설 등이 미비한 실정이었으며, 이같은 하부구조 구축을 위한 추가 자원 마련의 필요성이 대두되었다.

수발에 대한 욕구가 증가하는데 반하여, 삶의 조건 (Lebensbedingungen)이나 가족관계 (familiäre Beziehungen)는 핵가족이나 1인단독가구 (Einpersonenhaushalt) 중심으로 변화하면서 재가수발의 토대가 급격히 무너져 갔다. 또한, 수발노동을 담당하는 가족 성원이 겪는 신체적·심리적·재정적 고통을 기존 사회보험제도에서 해결할 수 없는 문제점이 부각되기 시작하였다.

삶의 조건이 가족 구성원에 의한 재가수발노동 제공에 불리하게 변화하는 양상을 정리해보면 다음과 같다: 먼저, 여성 취업률이 증가하는 현상을 관찰하면서 알 수

있듯이, 일반적으로 사회 구성원의 취업률이 증가하는 추세이다. 따라서 점점 더 적은 수의 사람만이 재가 수발노동을 담당하게 된다. 두 번째, 핵가족이 가족 형태 중 압도적 비중을 차지하게 된 것은 물론, 평균 가족 구성원 수 자체가 감소 추세에 있다. 출산 자녀 수 감소 및 1인단독가구 수가 증가가 급격히 나타나고 있기 때문이다. 이같은 추세 역시, 결국, 수발노동 담당자 수 감소를 가져온다. 세 번째, 이혼율 증가 역시 전통적으로 수발노동을 담당해 오던 여성의 수를 감소시킨 결과를 낳는다. 네 번째, 고용 구조의 유연화는 근로자의 직장이 주거 지역과 상관없이 결정되는 현상을 가속화시킨다. 일자리가 거주 지역에서 멀리 정해지는 현상이 예전에 비해 자주 생기며, 이같은 현상은 가족 구성원 내에서 행하는 수발노동능력을 감소시키게 된다. 그 외에도 혼인하지 않고 사는 동거 공동체 (Nichteheliche Lebensgemeinschaften), 자녀 양육 포기 (Verzicht auf Kinder), 독신부모 (Alleinerziehende) 등 증가는 전통적으로 수발노동을 담당하던 가족의 잠재능력을 감소시키고 있다 (Braun,1989:5; Brennecke,1989:17-18).

재가수발의 토대가, 앞서 밝힌 대로, 무너져 내리면서 수발노동 담당자가 갖는 부담 문제가 부각되었다 (Alber,1990:212; Thiede,1988:252). 수발노동 담당자가 겪는 문제는 건강과 경제적 차원에서 설명할 수 있다. 1980년대 말 행한 한 연구 조사에 의하면 응답 수발노동 담당자의 52%가 적어도 1년 이상 수발노동에서 유발된 만성 질환을 앓고 있는 것으로 나타났다 (Thiede,1988:253). 이같은 상태를 방치할 경우, 현재 수발노동 담당자가 미래의 요수발자가 되는 현상도 예측할 수 있었다. 또한 수발노동때문에 가계 (Haushalt)가 갖는 경제적 부담에 대한 인식도 높아져 갔다. 수발노동 담당자가 수발노동 때문에 취업을 할 수 없어서 생기는 경제적 손실은 차지하고라도, 1982년 현재 수발 비용으로 가계가 지출하는 액수가 110억 마르크 이상 되는 것으로 독일 정부 조사 결과 밝혀졌다 (Die Bundesregierung, 1984).

이같은 현상은 수발을 필요로 하는 사람 수가 증가할수록 시설보호의 필요성 역시 증가할 수밖에 없다는 결론을 낳게 된다. 그러나 기존 사회보험제도를 통해서만 한정된 수의 욕구만 충족시켜줄 수밖에 없었다.

수발에 대한 욕구를 가족 성원 내에서 충족하지 못하고 시설보호에 의존해야 하지만, 시설보호비용을 감당해낼 수 없음으로 인하여 '수발에 대한 욕구 발생 ⇒ 사회부

조 수혜자'라는 등식이 보편적 사회현상으로서 등장하게 되었다. 그러나 사회부조 (Sozialhilfe)가 수발이라는 사회적 위협에 대처하는 주요 제도가 되는 것은 독일 사회보장제도의 기본 이념에 어긋난다. 독일 사회보장제도의 기본 골격은 사회보험이며, 사회보험이 제 기능을 못하는 매우 예외적인 경우에만 사회부조가 기능하도록 설계되어 있다 (Lampert, 1991:186). 사회적 위협에 대한 1차적 대응수단은 사회보험이며, 사회보험이 사회적 위협에 대처하지 못하는 부분을 사회부조가 감당하는 체계인 것이다. 그런데 수발이라는 사회적 위협에 대응하는 1차 수단으로 사회부조가 먼저 기능하는 현실을 각 지방자치단체가 부담하는 사회부조 제정의 악화를 가져왔고, 결국 지방자치단체 재정 파탄 위기 가능성까지 불러오게 되었다.

인구학적 변동, 수발로 인한 요수발자와 수발노동 부담자가 갖는 문제, 지방자치단체 재정 위기 등은 사회적 위협으로서 수발에 대한 어떤 차원에서든 지간에 대책을 요구하게 되었다.

2. 수발보험의 사회보험화

수발보험은, 그러면, 어떤 과정을 거쳐 부과방식에 의한 사회보험으로서 도입되었으며, 도입된 모양새는 어떠하였는가? 도입된 결과 비용 부담은 어느 정도였으며, 이는 독일 사회가 감당할 수 있을 정도인가?

1) 사회적 위협으로서 수발에 대한 대책 논의

수발보험제도 도입에 대한 논의가 본격화된 1990년대 초반 당시 노동부 장관이었던 노베르트 블뤼 (Norbert Blüm)은 요양원 수용노인의 70% 가량이 수용비용을 충당하기 위해 사회부조 (Sozialhilfe)에 의존해야만 하는 현실에 주목하였다 (Blüm, 1991): 블뤼이 볼 때 요양원 수용노인이 사회부조를 받는 것은 사회국가 형성 기본원리 중 성취원칙 (Leistungsprinzip)과 사유재산의식 (Eigentumsgedanken)에 대한 중대한 도전이었다. 대체로 노령연금만을 통해 시설수용비용을 조달하기 어려운 경우에 사회부조에 의지해야만 한다. 그런데 사회부조 혜택을 받으려면 자신이 평생 마련했던 가산을 먼저 처분하는 노력을 보여주어야 한다. 결국 수발을 받기 위해 시설수용을 택할 경우 자신이 평생 일하여 성취한 자산

을 잃어버리는 결과를 낳는 것이다. 이같은 현상은 사회국가 건설에 이바지하는 성취주의와 사유재산주의에 적대적이라 할 수 있으며, 사회국가 유지 및 발전에 대한 사회적 신뢰를 허무는 역할도 하게 된다고 블림은 보았다.

그렇다면, 당시 사회보험 외에, 수발문제를 해결하기 위한 대안으로 제안된 것은 무엇이었나? 수발비용의 전적인 국가 부담, 사적대책, 사적의무보험 등이 있었다: 먼저 국가 부담은 국가가 수발 비용을 전적으로 부담하는 방안이다. 녹색당 (Bündnis90/Die Grüne)을 중심으로 한 이같은 제안은 재정 조달 측면에서 일단 실현 가능성이 없는 것으로서 별 주목을 받지 못했다. 사적대책 (Private Vorsorge)은 국가가 극소수 빈민에게만 일정 정도 지원을 해주고, 원칙적으로 수발 비용을 개인이 부담하는 방안이다. 자유민주당 (FDP)에서 처음 주장했으나, 도움을 필요로 하는 사회 구성원 대부분을 수발이라는 사회적 위험으로부터 지켜줄 수 없기 때문에, 자유민주당 역시 스스로 포기한 대책이다. 사적의무보험 (Private Pflichtversicherung)은 수발보험을 사보험화하되, 보험 가입은 강제하자는 의미에서 일종의 책임보험 형식을 띠는 형태이다. 수발 관련 비용을 전적으로 개인 부담화하려던 자유민주당식 주장이 변형된 형태라고 볼 수 있으며,²⁾ 수발보험의 사회보험화 방안에 가장 강력한 대안으로 논쟁 대상이 되었던 것이다.

그러나 사적의무보험으로서 수발보험은 사보험이 갖는 성격 때문에 현재 요수발자를 제외하게 되는 문제를 갖는다. 사보험 원칙상 현재 수발에 대한 욕구를 갖고 있지만 보험료를 한 번도 내지 않은 사람을 피보험자로 받아 주거나 그 사람에게 보험 혜택을 줄 수는 없는 일이기 때문이다. 수발보험 도입 논의 당시 이런 식으로 제외될 수 있는 요수발자 수가 160만 명을 헤아렸다는 사실은 사적의무보험으로서 수발보험 도입을 어렵게 하는 정치적 이유가 되었다.

사적의무보험이 제도 출발 당시 요수발자를 제외하는 문제를 해결하면서 동시에 사적의무보험으로서 수발보험을 관철시키기 위하여 다음과 같은 방안도 제안되었다: 요수발자를 위하여 현재 취업자가 수발보험료를 내는 한시적 부과방식 (zeitlich-befristetes Umlageverfahren)이 바로 그것이다.

1992년 당시 자유민주당 당수였던 람스도르프 (Otto Graf Lambsdorff)는 노인이

2) Frankfurter Rundschau 1992년 6월 13일 "Pflegeversicherung: Einen Maulkorb umgehängt"

나 이미 수발을 필요로 하는 사람들을 위하여 부과방식에 의한 수발보험을 받아들일 용의가 있으나, 그 외 사람들은 적립방식에 의하여 훗날 발생할 수 있는 수발 비용을 스스로 부담해야 한다고 밝혔다: 람스도르프는, 또한, 사용자가 어떤 경우에도 추가 부담을 갖는 것에 대해 반대하였다. 즉 근로자가 보험료를 혼자 부담하는 적립방식 수발보험을 주장하였다. 완전한 부과방식으로 도입되는 수발보험은 '다음 세대가 감당할 수 없는 부담 (eine unerträgliche hohe Belastung künftiger Generationen)'이 될 것이라고 그는 강조하였다.³⁾

그러나, 한시적 부과방식의 경우에는 현재 취업자가 현재 요수발자의 비용을 부담하면서, 자신은 사적의무보험에 들어야 하는 이중부담 문제 때문에 자유민주당 내에서도 후에 거부되었다.

2) 사회보험으로서 수발보험 도입을 둘러싼 논쟁

수발보험이 사회보험으로서, 또한 재정 조달 방식을 적립방식이 아닌 부과방식을 바탕으로 도입하려고 시도한 이유를 다음과 같이 요약할 수 있다 (Blüm, 1991): 첫 번째, 부과방식에 의한 재정 조달로 인하여 제도 도입 당시 요수발자가 당장 혜택을 받을 수 있다. 두 번째, 부과방식 및 사회보험 원리에 기초한 수발보험은 독일식 사회적 연대의식 고양에 가장 적합하다고 받아들여졌다. 세 번째, 사회보험 체계 안에서 수발보험은 독일식 사회국가 형성의 기본원리인 보충성(Subsidiarität) 원칙에도 충실하고 있다. 연금생활자가 수발보험 혜택을 받을 경우에, 먼저 자신이 받는 연금으로 지불할 수 있는 비용을 제외한 나머지를 수발보험에서 부담하게 된다. 수발보험이 국가가 주관하는 완전한 보장책 (eine versorgungsstaatliche Rundumabsicherung)이 아님을 사회 구성원에게 설득할 수 있는 대목이다. 세 번째, 재정을 따로 분리하여 관리하긴 하지만, 수발보험을 의료보험 관리 체계에 속하게 함으로써 새로운 사회보험 행정체계를 만들 필요도 없었고 기존 사회보험 체계를 부인할 필요도 없었다. 네 번째, 수발보험은 단순히 수발 비용만을 부담하는 역할을 할 뿐만 아니라 수발요인 발생 억제 및 재활을 촉진하는 기능도 수행한다. 그같은 기능 수행에 기존 의료보험 체계는 결정적인 도움을 줄 수 있다. 이같은 측면에

3) Frankfurter Rundschau 1992년 5월 19일 "Bei Pflegeversicherung soll Umlageverfahren nur für Alte gelten"

서 의료보험 체계 발전이 수발보험 도입에 긍정적 역할을 하고 있음을 알 수 있다.

그러나, 부과방식에 의한 사회보험으로서 수발보험 도입에 반대한 목소리 역시 만만치 않았으며, 그 이유는 다음과 같이 정리할 수 있다: 수발 비용의 폭발적 증가로 인한 재정 파탄 우려, 추가임금 비용 (Lohnzusatzkosten)에 대한 우려, 인구학적 변동에 대한 전망 등이다.

첫째, 수발보험제도를 도입할 경우 수발비용 증가에 대한 우려는 자유민주당 (FDP)을 중심으로 한 자유주의적 성향의 정치인들이 제기했다고 볼 수 있다.

두 번째, 추가임금 비용 (Lohnzusatzkosten) 문제는 사용자와 노동조합 양측에서 모두 제기하였다. 국가는 빠진 채 수발보험 도입 비용을 모두 사용자와 근로자에게 떠넘기려는 한다는 불만에서였으나, 특히, 임금 관련 비용이 추가로 발생하는 것에 대한 우려는 사용자를 중심으로 확산되었다.⁴⁾ 사회보험으로서 수발보험이 도입됨으로써 사용자가 부담해야 하는 보험료가 임금 관련 추가 비용 상승으로 이어지게 되기 때문이다. 이 경우 사용자 부담액을 기독교민주연합 사회위원회 (CDU-Sozialausschüß: CDA)는, 1992년 기준으로, 약 109억 마르크를 추산하였다.⁵⁾ 이같이 사용자가 부담해야 하는 추가 보험료에 대한 저항은 다른 어떤 요인보다 수발보험 도입을 어렵게 한 요인이 되었다.

인구학적 변동 관련 전망은, 주지하다시피, 인구 감소, 취업연령층의 급격한 감소, 그리고 노년층의 급격한 증가이다. 따라서 자유민주당 (FDP)를 중심으로, 부과방식에 의한 재정 조달보다는 적립방식에 의한 사적의무보험이 더 적합하다는 주장이 제기되었다.⁶⁾

이같은 반대 이유 가운데, 수발 비용 증가에 대한 우려, 인구학적 변동 관련 전망은 다음과 같은 이유에서 그렇게 큰 이슈로 부각되지 못하였다.

먼저 수발 비용 증가에 대한 반론은 다음과 같이 제기되었다: 1990년대 초 수발보험 도입을 본격적으로 논의할 당시 추산하던 수발보험 비용 지출 규모는 약 280억 마르크였다 (Blüm, 1991). 그러나 수발보험 도입 이전에 이미 수발

4) Frankfurter Rundschau 1993년 5월 29일 "Arbeitgeber verdienen an der Pflegeversicherung?"

5) Frankfurter Rundschau 1992년 5월 21일 "Poker um Kompensation"

6) Frankfurter Rundschau 1992년 6월 30일 "Koalition nimmt neuen Anlauf"

관련 비용이 사회부조 (Sozialhilfe), 연방원호법 (Bundesversorgungsgesetz), 의료보험 (Krankenversicherung), 사고보험 (Unfallversicherung) 등 범위 내에서 이미 유발되는 현실을 감안하여 수발보험은 오히려 이같이 분산되어 유발되는 비용을 통합할 수 있다는 장점이 오히려 더 부각되었다.

수발보험 도입 이전에 수발 비용을 주로 부담했던 것은 사회부조이다. 그런데 사용자는 이미 영업세 (Gewerbesteuer) 납부를 통해 사회부조 비용을 부담함으로써 이미 간접적으로 수발보험 관련 비용을 지출하고 있음이 또한 현실이었다. 즉 수발보험 관련 사용자 부담 형태가 상당 부분 사회부조 비용에서 수발보험료로 달라지는 것뿐이라는 인식이 대두된 것이다.

의료보험의 경우도, 예를 들어, 1991년 말 현재 이미 재가수발 비용으로 40억 마르크를 지출하고 있었다. 게다가 질병이 아니라 노환이나 장애로 인하여 병원에 입원해 있는 요수발자로 인해 의료보험에서 지출하고 있는 비용이 수발보험 도입과 더불어 사라질 수 있었다. 사회부조의 경우에도 같은 시기에 해마다 100억 마르크를 수발비용으로 지출하고 있었으며, 이는 지방정부 재정 위기에 커다란 원인이 되고 있었다 (Frankfurter Rundschau 1992년 5월 21일). 따라서 수발보험이 도입된다 하더라도 새로운 비용 지출이 발생하는 것이 아니라 그같은 의료보험이나 사회부조에서의 비용을 흡수하는 역할을 하게 된다고 볼 수 있었다.

인구학적 변동의 경우는, 적립방식이라고 하여 인구학적 변동의 영향으로부터 자유스러울 수는 없다는 점, 취업 연령층 감소는 생산성 향상이나 50% 정도에 머물고 있는 여성 취업율을 높임으로써 해결할 수 있다는 점 (Bäcker, 1995: 17; Fachinger/Rothgang, 1997: 818; Schmähl, 1995: 621), 그리고 기존 독일 사회보험제도가 기본적으로 부과방식에 기초하고 있기 때문에 관련 이익집단이 적립방식으로의 급격한 변화에 관심을 크게 기울이지 않았다는 점에서 심각한 논쟁거리가 되지는 않았다. 비관료참여자로서 정책결정주체라 할 수 있는 사회단체 (Sozialverbände)나 복지기관 (Wohlfahrtsorganisationen), 교회 (Kirchen), 노동조합 등은 부과방식에 의한 사회보험으로서 수발보험 도입에 원칙적으로 찬성하는 견해를 나타냈다고 할 수 있다.

의회정치의 틀에서 정책결정에 합법적 권위를 지닌 정당으로 볼 수 있는 주정부연합체 (Bundesrat: Bundestag을 '하원'으로 번역한다면, 주정부연합체는 '상원'으로 번역할

수도 있는 개념임)의 경우에는 '14:2'의 비율로 부과방식에 의한 사회보험으로서 수발보험 도입을 찬성하였다 (Blüm,1991). 주정부연합체가 주로 당시 연립 정부의 제1당이었던 콜 (Helmut Kohl) 수상의 기독교민주연합 (CDU)과 당시 제1야당이었던 사회민주당 (SPD)으로 구성되었고, 실제 정당으로서 기독교민주연합과 사회민주당 역시 같은 방식에 의한 수발보험 도입에 찬성하였다. 기독교민주연합의 자매정당이면서 연립정부에 함께 참여하고 있던 기독교사회연합 (CSU)도 같은 당론을 채택하였다.

당시 연립정부의 한 축을 구성했던 자유민주당 (FDP) 역시 같은 방식의 수발보험 도입을 찬성할 수밖에 없게 되었다. 자유민주당에서 초기에 주장했던 적립방식에 의한 사적의무보험제 도입이 당내 여론의 반대에 직면했기 때문이었다. 1991년 초 실시한 당내 여론 조사에서 구서독 지역 응답 당원의 67%, 구동독 지역 응답 당원의 71%가 부과방식에 의한 사회보험으로서 수발보험제도 도입을 찬성하였다 (Blüm,1991).

결국, 앞서 밝힌 대로, 임금 관련 추가 비용 문제를 놓고 사용자 측 반발이 논쟁의 핵심으로 부각되었고, 이 문제를 해결하는 과정에서 노동조합의 이해 관계가 서로 얽히면서 조합주의 복지국가의 전형인 독일에서 매우 전형적인 노사 갈등 문제가 사회보험으로서 수발보험제도 도입을 둘러싸고 전개되었다.

3) 수발보험 비용 부담에 대한 사회적 합의

사용자 추가 부담 보험료 문제를 해결하기 위해 다음과 같은 방안이 제안되었다: 기독교민주연합/기독교사회연합 (CDU/CSU) 원내총무를 맡았던 볼프강 쇼이블레 (Wolfgang Schäuble)는 근로자의 질병휴가 (Krankheitstage) 일수를 연간 휴가일수 (Jahresurlaubstage)에 합산하는 방안을 제시하였다. 두 번째 방안은 기독교민주연합 가이슬러 (Heiner Geißler) 등이 제시하였는데, 질병수당을 받기 시작할 경우 수당 개시일은 무급으로 하는 것이었다. 즉 유급질병휴가를 얻을 경우 첫날은 무급으로 하지는 것이었다. 이 경우 사용자 부담액이 연간 55억에서 65억 마르크 정도 줄어들 것이라는 예측치가 제시되었다.⁷⁾ 세 번째 방안은 기독교민주연합의 핑크

7) Frankfurter Rundschau 1992년 7월 1일 "Koalition schreibt den Karenztag fest"

(Ulf Fink) 등이 주장한, 유급 공휴일 삭제 방안이었다. 유급 공휴일을 삭제할 경우 사용자 부담금이 대략 연간 80억 마르크 줄어들 것이라는 전망이 나왔다.⁸⁾ 이같은 방안들은 질병휴가일이나 공휴일이나 차이는 있지만, 기존 유급 휴가일 하나를 삭제 하자는 공통점을 가지고 있었고, 그 후 논의는 결국 유급 휴가일 삭제를 중심으로 진행되었다.

유급질병휴가일 삭제를 주장하는 측의 입장은 사용자 부담 경감과 더불어 유급질병 휴가를 근로자가 남용 (Mißbrauch)해 왔다는 불신감으로 대표된다. 1992년 당시 연방사용자협회 (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände) 회장이었던 무어만 (Klaus Murmann)은 수발보험 도입과 더불어 근로자의 제도 남용 사례가 더 늘어날 것이기 때문에 유급질병휴가일 삭제를 추진해야 한다고 주장하였다.⁹⁾

유급질병휴가일 삭제에 대한 노동조합의 반발을 무마하기 위하여 가이슬러 (Heiner Geißler) 등은 다음과 같은 제안을 하기도 하였다¹⁰⁾:

- ▶ 유급질병휴가일 하루를 단념할 경우, 나중에 8시간을 추가로 일할 기회를 준다
- ▶ 질병휴가일이든 유급휴가일이든 1년에 최고 2~3일 이상 삭제할 수 없게 한다
- ▶ 모성보호나 산업재해 관련일 경우 무급휴가 원칙 적용을 절대 안 한다

이같이 제시된 방안들에 대한 노동조합의 반응은 다음과 같다: 1996년부터 부과 방식에 의한 사회보험으로서 수발보험 도입이나 재가수발 우선 등 기본적인 운영원칙에는 찬성하였다. 그러나 유급질병휴가일 삭제나 정해진 급여 수준에 대해 노동조합은 반대 입장을 분명히 하였다. 금속노조 (IG Metall)이나 공공노조 (ÖTV) 등을 중심으로 대규모 집회나 경고파업 등이 일어났으며, (Frankfurter Rundschau 1992년 7월 4일) 법안이 통과되면 헌법 소원도 제기할 움직임을 보였다. 노동조합에서 가장 민감하게 반응한 부분은 헌법상 보장된 임금자율 (Tarifautonomie) 원칙을 유

8) Der Spiegel 15/1993, 120쪽

9) Frankfurter Rundschau 1992년 7월 11일 "Metall-Arbeitgeber nennen Streiks gegen Karenztag rechtswidrig"

10) Frankfurter Rundschau 1992년 7월 15일 "Im Streit um Pflegeversicherung erhofft Union Beistand der SPD"

급휴가일의 무급화로 침해하고 있다고 보았기 때문이다. 또한 수발로 야기되는 사회적 비용 부담에서 사용자만 제외시키려 한다는 인식도 노동조합 내에서 높아져 갔다.¹¹⁾ 근로자가 유급휴가를 남용한다는 사용자 측 비난에 대해서, 1992년 당시 금속노조 상임위원이었던 슈미트헨너 (Horst Schmitthenner)는, 사용자는 근로자가 유급휴가를 남용하는 사례에 집착할 것이 아니라, 근로자를 병들게 하는 작업 환경을 근본적으로 개선하는데 주력해야 할 것이라고 주장하기도 하였다.

유급질병휴가는 16주간의 파업투쟁 끝에 노동조합이 1957년 처음으로 쟁취하였다. 1969년 임금지불법 (Lohnfortzahlungsgesetz) 개정을 통해 연간 6주의 유급질병휴가가 보장되었는데, 노동자들이 갖는 권리 중 비교적 늦게 그리고 오랜 투쟁기간을 거쳐 얻어낸 이 권리는 진보된 노동권이 갖는 상징적 의미가 매우 크다고 볼 수 있었다.¹²⁾ 따라서 이 권리를 지켜내려는 노동조합의 반발이 심했던 것이다.

유급질병휴가일 삭제에 대한 독일 국내 여론도 대체적으로 부정적이었다고 볼 수 있다. 그 문제에 대한 논란이 한창이던 1993년 5월 당시 기독교민주연합이 자체적으로 실시했던 여론 조사에서조차 응답 독일인의 73%가 유급질병휴가일 삭제를 반대하는 것으로 나타났다. 따라서 유급 공휴일 하나를 삭제하는 방안이 점차 선호되기 시작하였다.¹³⁾

주로 노동조합의 지지를 받는 사회민주당 (SPD)은 수발보험 도입은 찬성하지만 유급질병휴가일 삭제는 반대하는 입장을 견지하였다. 결국 연립정부가 유급질병휴가일 삭제 방안을 철회하고 대신 유급공휴일 하루를 없애는 방안을 제시하자 제1야당인 사회민주당이 동의함으로써¹⁴⁾ 수발보험제도 도입이 가능하게 되었고, 1992년 연립정부안보다 1년 늦게 1995년부터 재가수발보험부터 출발할 수 있게 되었다. 부과방식에 의한 사회보험으로서 수발보험을 도입하였다는 점에서 사회민주당은 이념적 차원에서 자신의 정책적 기반을 유지할 수 있었으며, 따라서 유급공휴일 삭제라는 '상대적으로 작은 고통 (ein kleineres Übel)'에는 타협의 자세를 보일 수밖에

11) 공공노조 (ÖTV) 선언문, 1992년 7월 16일

12) Frankfurter Rundschau 1992년 7월 1일 "Hand an Tarifverträge gelegt"

13) Frankfurter Rundschau 1993년 5월 29일 "Zwang zum Pflegekompromiß"

14) Frankfurter Rundschau 1994년 3월 11일 "Arbeitnehmer müssen Pflege voll finanzieren"

없었다. 유급질병휴가 삭제는 근로자만 대상으로 하는 문제이지만, 당시 독일노동조합연합 (DGB) 부의장이었던 앵겔른-케퍼 (Ursula Engelen-Kefer)가 언급했듯이,¹⁵⁾ 유급공휴일 하나가 없어지는 것은 전 계층이 관련되는 문제였기 때문이다.

결국, 급여수준에 대한 여론의 불만도 반영되어 1992년 정부 원안인¹⁶⁾ 월 2100마르크 한도액이 3300마르크까지 인상되는 등 급여수준이 개선되고 무급질병휴가안이 철회되고 유급공휴일 삭제가 확정된 최종안이 1994년 4월 22일 연립정부와 제1야당인 사회민주당 절대 다수 찬성을 통해 독일연방의회 (Der Deutsche Bundestag)를 통과하였다.

이렇게 시작하게 된 수발보험제도는 어떠한 비용 지출 근거를 갖고 있으며, 그 규모는 어떠한가? 그리고 수발보험제도가 가져온 결과는 무엇인가?

3. 사회보험으로서 수발보험: 비용 지출의 근거

수발보험에서 대상으로 하는 재가수발의 범위는 6가지로 분류할 수 있다 (BMA, Februar 2001): 가계 운영 (Haushaltsführung), 기본 수발 (Grundpflege), 치료 수발 (Behandlungspflege), 보살핌 (Betreuung), 함께 있을 의무 (Erfüllung einer Präsenzpflcht), 외부와의 접촉 도와주기 (Unterstützung bei der Wahrnehmung von Außenkontakten). 가계 운영의 범주에는 물건 사기, 집 정돈 및 청소, 식사

15) Focus 11/1994 26쪽, "Pflegeversicherung: Jenseits der Mainlinie"

16) 1996년제도 도입을 목표로 '기독교민주연합/기독교사회연합/자유민주당' 연립정부 합의안이 1992년 7월말 결정되었다. 이 합의안의 주요 내용은 다음과 같다:

- ▶ 부과방식에 기초한 사회보험으로서 수발보험제도 도입
- ▶ 수발보험 운영은 의료보험 체계 내에 편입하여 하되, 재정은 분리 운영
- ▶ 보험료율은 1.7%로 하며, 근로자와 사용자가 반반씩 부담
- ▶ 제공 급여액 한도를 월 2100마르크로 제한
- ▶ 수발 자체보다는 수발 욕구 예방 및 재활 사업에 주력
- ▶ 시설수발보다 재가수발 우선
- ▶ 재가수발시 현물급여보다 현금급여 제공 우선
- ▶ 수발노동 담당자에 대한 사회보장제도 도입
- ▶ 질병휴가 시작시 하루를 무급으로 변경
- ▶ 연간 총 무급질병휴가 일수를 6일로 제한
- ▶ 모성보호, 산업재해, 직업병 관련일 때 무급질병휴가제는 도입하지 않음

준비 등이 포함된다. 기본 수발에는 옷 입고 벗기기, 목욕·용변·식사 도와주기 등이 있다. 치료수발로는 무엇보다도 약 먹이기 혹은 투여, 상처 부위 간호 등이 포함된다. 보살핌의 범위에는 단순히 주의를 기울이며 옆에 있는 것부터 대화 나누기, 여러 가지 관심거리 깨우치기 등이 있다. 수발노동을 담당하는 사람으로서, 또한, 필요할 때 늘 곁에 있어 주어야 하는 의무는 매우 중요하다. 외부와의 접촉 도와주기에서는 가족, 친척, 친지, 이웃 등과의 접촉을 위해 이동할 때 함께 하면서 도와 주는 일을 하게 된다.

수발보험에서 전제로 하는 것은 다음과 같다: 재가수발을 담당하는 사람은 이 모든 범위에서 수발이 원활히 이루어질 수 있도록 경제적, 의학적, 사회적, 심리적, 신체적 기본 조건을 가지고 있어야 하는 부담을 갖는다. 그러나 점점 더 많은 가족, 친척, 이웃 등 1차적 사회집단이 그같은 범주의 수발노동을 행할 능력을 상실해 가고 있다.

수발보험 혜택 수준은 수발등급 (Pflegestufe)과 재가·시설수발 형태에 따라 달라진다. 먼저, 의료보험조합 의사의 판단에 따라 수발등급 1급, 2급, 3급의 판정을 내리게 된다. 수발등급 1급은 보통 수준 (erheblich Pflegebedürftige), 수발등급 2급은 중한 수준 (Schwerpflegebedürftige), 수발등급 3급은 매우 중한 수준 (Schwerstpflegebedürftige)으로 분류한다. 그밖에도 예외적으로 매우 중한 경우 (Härtefälle)가 있다.

재가수발의 경우 현물·현금 서비스가 수발등급에 따라 제공된다. 현물과 현금 서비스는 배타적이 아니라 필요에 따라 조합을 이루어 제공될 수 있다. 현물 서비스 제공시 수준은 1997년 현재 다음과 같다:

- ▶ 수발등급 1등급: 매월 750 마르크까지
- ▶ 수발등급 2등급: 매월 1,800 마르크까지
- ▶ 수발등급 3등급: 매월 2,800 마르크까지

수발등급 3등급으로 분류할 수 없을 정도의 중하고도 예외적인 경우에는 (in besonderen Härtefällen) 현물 서비스 수준이 월 3,750 마르크까지 높아진다 (BMA, 1998:75). 현물 서비스 내용으로는, 앞서 밝힌 수준에서, 집안을 개조한다든지 수발에 필요한 보조 기구를 구입한다든지 외부인을 고용하여 잠시 수발을 맡기

는 등 여러 가지 경우가 있다.

수발에 대한 현금서비스 (Pflegegeld)는 집에서 수발노동을 담당하는 사람에게 지급하는 돈이다. 지급 액수는 수발을 요하는 사람의 등급에 따라 달라진다:

- ▶ 수발등급 1등급: 월 400 마르크
- ▶ 수발등급 2등급: 월 800 마르크
- ▶ 수발등급 3등급: 월 1,300 마르크

(표 2) 독일 수발보험제도 개요

	재가수발 (1995년 4월 1일부터)		수발대리인 고용 (1995년 4월 1일부터)	단기수발 (1995년 4월 1일부터)	주간·야간 시설수발 (1995년 4월 1일부터)	시설수발 (1996년 7월 1일부터)	장애인보호사 설에서의 수발 (1996년 7월 1일부터)
	현물서비스 (月, 마르크)	수발급여 (月, 마르크)	4주 범위 내 비용 부담 (年, 마르크)	수발비용 (年, 마르크)	수발비용 (月, 마르크)	수발비용 (月, 마르크)	수발비용 (마르크)
수발등급 1등급	750	400	400	2,800	750	2,000	시설수용비용 의 10%. 최고 월 500 마르크
수발등급 2등급	1,800	800	800	2,800	1,500	2,500	
수발등급 3등급	2,800	1,300	1,300	2,800	2,100	2,800	
중하고 예외적 상황	3,750	-				3,300	

출처 : BMA (Juni 1998:48-49)

기타 재가수발에 대한 수발보험의 혜택으로 다음과 같은 것들이 있다:

- ▶ 수발 대리인 고용 비용 부담: 수발노동을 담당하는 사람이 질병·휴가·기타 이유 등으로 수발노동을 할 수 없을 때, 수발보험조합에서 최대 4주, 연 2,800 마르크 범위 내에서 수발 대리인 고용 비용을 부담한다.
- ▶ 주간 혹은 야간수발 (Tages- und Nachtpflege): 재가수발이 제대로 이루어지지 않을 때, 낮이나 밤 시간 중 필요한 때를 선택하여 시설에 수발을 위탁할

수 있다.

- ▶ 단기수발 (Kurzzeitpflege): 재가수발을 받던 사람이, 필요할 경우, 며칠동안 시설에서 수발을 받을 수 있다.
- ▶ 수발보조기구 구입 비용: 수발을 위한 특수 침대, 휠체어, 보행보조기구 (Gehwagen), 들어올리는 도구 (Hebegerät) 등은 수발보험조합에서 주로 구입 비용을 담당한다.
- ▶ 주거환경 개선 비용: 수발을 요하는 사람의 상태에 맞게 주거환경을 개선하는 비용을 수발보험조합에서 보조한다.
- ▶ 수발교육 과정: 수발노동을 담당하는 사람들이 수발 관련 교육을 무료로 받을 수 있도록 한다.

시설수발 역시 수발등급에 따라 서비스 수준이 차이가 난다. 시설수발의 경우에는 수발등급에 따라 수발보험조합에서 시설에 대해 일정 금액을 총괄적으로 지급한다 (BMA,1998:76):

- ▶ 수발등급 1등급: 월 2,000 마르크
- ▶ 수발등급 2등급: 월 2,500 마르크
- ▶ 수발등급 3등급: 월 2,800 마르크
- ▶ 중하고 예외적인 경우 (in besonderen Härtefällen): 월 3,300 마르크

1995년 도입 이후 시설에서의 수발보험이 본격적으로 도입되기 시작한 1996년부터 수발보험 재정 지출은 2000년까지 3배 이상 증가하였다. 1995년 100억 마르크 정도였던 수발보험 지출 비용이 2000년에는 320억 마르크까지 증가한 것이다 (표 3). 1995년 독일 사회예산 (Sozialbudget) 전체 규모가 약 1조 1천 660억 마르크, 의료보험 지출액이 약 2천 380억 마르크, 2000년 사회예산 전체 규모가 약 1조 3천 300억 마르크, 의료보험 지출액이 약 2천580억 마르크임을 감안하면 (BMA,2001a:18), 수발보험 출발 당시에서 2000년까지 사회예산 대비 수발보험 예산 비율은 약 0.9%에서 2.5%로, 의료보험 대비 수발보험 비율은 4.3%에서 12.6%로 거의 3배 이상 증가하였다고 볼 수 있다. 그리고 1995년 당시 독일 국내총생산에 대한 사회보장비 지출 비율은 약 34%에 달했다 (BMA,1998:278).

(표 3) 독일 수발보험 재정 지출 현황 (단위: 백만 마르크)

연도	지출 항목						
	총합	서비스 관련 지출					행정 및 기타 비용
		합계	재가수발 현금급여	재가수발 현물급여	시설수발 급여	기타 비용	
1995	10,356	9,227	6,011	1,631	-	1,585	1,129
1996	21,384	20,149	8,576	3,055	5,486	3,033	1,235
1997	29,595	28,030	8,475	3,538	12,718	3,299	1,565
1998	30,948	29,375	8,365	3,869	13,748	3,393	1,573
1999	31,981	30,411	8,295	4,171	14,423	3,522	1,570
2000	32,612	31,024	8,175	4,355	15,032	3,460	1,589

출처 : BMA (2001:8.18)

수발보험재정 지출의 주요 원인으로서는 물론 수발을 요하는 사람 수의 증가를 들 수 있다. 그러나 수발을 위한 시설 인프라가 갖추어져 있지 않은 구동독 지역에 대한 시설 투자가 수발보험 재정 지출에서 차지하는 비중도 매우 크다. 1995년부터 2002년까지 구동독 지역에 시설 인프라 구축을 위한 투자액은 매년 약 80억 마르크, 총 640억 마르크에 이를 계획이다 (BMA, 1998:79). 이 계획이 완수되고 나면 구동독 지역 주간·단기·장기 수발시설의 질적·양적 수준이 구서독 수준으로 개선되리라 본다.

4. 수발보험제도 도입 결과

수발보험제도는 다음과 같은 결과를 가져다 주었다: 수발노동 담당자에 대한 연금 혜택, 수발노동에서 오는 부담 경감, 사회부조 재정 개선.

수발노동은, 여타 가사노동 및 양육노동과 마찬가지로, 전통적으로 여성의 일이었다. 독일의 경우에도 '수발노동 담당자 = 여성'이라는 등식이 성립할 수 있다 (Alber, 1990:212; Thiede, 1988:252). 여성은 딸로서, 며느리로서, 부인으로서 수발

노동의 주요 담당자이다. 재가 수발노동 담당자 중 약 90% 이상은 가족이며, 이중 75%가 여성이다 (BMFSFJ, 1994:30). 따라서 수발노동을 담당함으로써 여성이 겪는 문제에 대한 해결책 제시 역시 관심사가 아닐 수 없었다. 재가수발에 대한 서비스 제공과 수발노동에 대한 사회보험 혜택은 특히 여성이 겪는 삶의 상황을 개선하는데 일정 정도 기여한다고 본다.

수발 시간은 노령연금에 대한 권리를 갖게 해 줄뿐 아니라 노령연금 수준을 향상시키는 데에도 기여한다. 간호 때문에 주당 30시간 이상 일을 할 수 없고, 반면 주당 14시간 이상 간호 일을 하는 사람을 위하여 수발보험에서 보험료를 지급한다. 재가 수발노동이 취업과 유사한 형태로 연금 혜택을 받게 된 것이다. 한달 보험료는 수발 받는 사람의 등급에 따라 틀리다. 구서독에서는 1996년 현재 보험료가 한달에 최소 12.07 마르크, 최대 36.21 마르크, 구동독에서는 최소 9.89 마르크, 최대 29.67 마르크에 달한다 (BMFSFJ, 1998:95).

수발노동에 대한 대가로 받는 수발급여 (Pflegegeld)는 2001년 현재 월 400 마르크에서 1,300 마르크 정도를 받는다.

수발에 적합하지 않는 주거 환경, 재정 문제 등은 수발노동 담당자의 소진 (burn-out)을 촉발하는 요인이 되었다. 수발노동 담당자가 겪는 대표적 문제로 수발 대상자에 대한 폭력 사용, 자신의 건강 악화 등을 들 수 있다. 수발노동 담당자가 겪는 문제에 대한 체계적 연구가 아직은 없는 상태이긴 하지만, 수발보험제도 도입으로 인하여 주거 환경 개선, 연금 수급권 보장, 수발급여 지급 등을 통하여 수발노동 담당자의 부담이 상당한 정도로 경감되었음을 추정해 볼 수 있다.

수발노동 담당자의 2/3 이상이 취업 연령층에 속한다. 대개의 경우는 가족 성원 중 수발을 요하는 사람이 생겼더라도 취업 활동을 하면서 수발노동도 겸한다고 보겠다. 수발을 요하는 가족 성원의 상태가 심각해지면 취업 활동을 중단하게 되는데, 다시 말하면, 수발노동을 맡기 위해 기꺼이 취업 활동을 중단하는 경우는 드물다고 보아야 할 것이다. 삶의 양식이 개인화, 개별화되는 상황에서 취업 활동을 수발노동 때문에 제한하려고 하지 않는 성향이 있는가 하면, 가족 성원을 돌보고자 하는 의무감이 서로 갈등을 일으키게 된다. 이같은 딜레마에서 일정 정도 벗어날 수 있는 공간을 수발보험이 창출했다고 본다.

수발보험제도 도입으로 가장 큰 혜택을 본 사회보장제도는 사회부조라고 할 수 있

을 정도로, 수발보험제도 도입 이후, 악화 일로에 있던 사회부조 재정 상태가 개선되기 시작하였다. 1996년에 연방사회부조법에 의해 지출된 비용은 약 498억 마르크에 달했는데, 이는 전년도에 비해 23억 마르크가 감소한 액수 (전년도 대비 4.4% 감소)이다. 이같은 사회부조 재정 개선은 사회부조에서 규정하고 있던 '수발을 위한 원조 (Hilfe zur Pflege)' 관련 지출 중 상당 부분을 수발보험에서 넘겨받았기 때문이다. 이 항목 관련 비용 지출만 전년도와 대비해 볼 때 38억 마르크가 감소한 것이다.¹⁷⁾

1997년에 연방사회부조법에 의해 지출된 비용은 약 444억 마르크로 전년도에 대비하여 다시 10.9% 정도 감소하였다. 이 중 '수발을 위한 원조' 항목 관련 지출은 1996년에 비해 1997년에 사회부조 지출 비용이 급격히 감소한 이유는 수발보험제도가 완전히 가동되기 시작했기 때문이다. 사회부조의 '수발을 위한 원조' 항목 지출은 전년도에 대비하여 무려 51.3%가 감소하였는데, 액수로는 71억 마르크에 달한다. 수발보험제도가 도입되기 전인 1994년에 '수발을 위한 원조' 항목에 의거한 사회부조 지출은 177억 마르크에 달했으나, 1997년에는 68억 마르크가 수발을 위한 원조에 지출되었다.¹⁸⁾

그밖에도 수발보험제도는, 두말할 나위 없이 요수발자의 삶의 질 향상에 기여하고 있다. 그리고 제도 도입 직후인 1995년 10월 현재 이미 30만 개의 일자리가 수발 관련 산업에서 창출될 만큼 높은 고용 효과를 보여주었다.¹⁹⁾

Ⅲ. 독일의 경험에 비추어 본 한국의 현실

독일에서 부과방식에 의한 사회보험으로서 수발보험 도입을 가능케 한 요인은 다음과 같이 요약할 수 있다:

- ▶ 인구학적 변동: 인구 고령화에 따른 수발 욕구 증가
- ▶ 수발노동 담당자가 갖는 부담에 대한 사회적 인식 고조

17) 독일 연방통계청 회견 자료: 1997년 8월 5일

18) 독일 연방통계청 회견 자료 1998년 7월 1일

19) Frankfurter Rundschau 1995년 10월 11일 "Pflegeversicherung erfreut Blüm"

- ▶ 수발비용으로 인한 사회부조 재정 상태 악화
- ▶ 안정된 의료보험 서비스 전달 체계
- ▶ 부과방식에 기초한 사회보험제도에 대한 신뢰
- ▶ 추가 보험료 부담을 둘러싼 노자 간 갈등 해소 기제로서 조합주의
- ▶ 타협에 기초한 의회정치 체제

그렇다면, 우리나라에는, 앞서 언급한 요인들이 존재한다고 볼 수 있는가? 사회 문제로서 수발을 부각시키는 과정을 두 가지 차원으로 나누어 생각해 볼 수 있다: 사회문제가 갖는 객관적 조건과 주관적 조건의 두 가지 차원이다. 객관적 조건은 사회문제를 야기하는 사회적 조건으로서 앞서 논의의 요약 중 '인구학적 변동, 수발 비용으로 인한 사회부조 재정 문제, 안정된 의료보험 서비스 전달 문제' 등을 들 수 있다. 사회문제가 갖는 주관적 조건은 앞서의 사회적 조건을 인식하는 정책 결정 과정 참여자의 인식으로서 '수발노동 담당자가 갖는 부담에 대한 인식, 사회보험제도에 대한 신뢰, 추가 보험료 부담 등 제도 도입을 전제로 한 갈등을 해소하고 타협점을 찾으려는 사회적 노력' 등이다.

결국, 독일의 경험을 바탕으로 하여, 사회보험으로서 수발보험 도입의 필요조건으로서 객관적 조건과 충분조건으로서 주관적 조건이 한국 사회에 존재하느냐는 문제 제기를 할 수 있다.

1. 객관적 조건

수발문제의 사회문제화를 위한 객관적 조건·사회적 조건에는, 앞서 밝힌 대로, 인구학적 변동, 수발비용으로 인한 공공부조²⁰⁾ 재정 문제, 안정된 의료보험 서비스 전달 문제 등이 있다. 이같은 조건들이 우리나라에서는 어떤 식으로 전개되고 있는지 알아보기로 한다.

1) 인구학적 요인²¹⁾

20) 독일식 표현인 '사회부조 (Sozialhilfe)'를, 이하에서는 우리식 표현인 '공공부조'로 쓰기로 한다.

21) 인구학적 변동은 크게 생물학적 요인과 사회적 요인을 갖는다. 인구 노령화 현상은 생물학적

우리나라 역시 인구 노령화 현상이 급속히 진행되고 교통 사고율과 산업 재해율이 다른 나라에 비해 상대적으로 매우 높음을 감안할 때, 사회적 위협으로서 수발의 존재 가능성을 인정할 수 있는 시기에 접어들고 있다는 점에서 수발 관련 대책을 세우기 위한 필요조건은 성립되어 간다고 할 수 있다.

2000년 75.9세인 평균수명이 2050년에 가서는 83.0세가 되는 추세를 반영하여 노령화 지수가 급격히 높아질 전망이다.²²⁾ 이에 따라 총인구에서 65세 이상 노령 인구가 차지하는 비율이 2000년 현재 7.2%인데, 2010년에는 10.7%, 2020년에는 15.1%, 그리고 2030년에는 23.1%로 늘어나게 되고(표 4), 따라서 2030년에 이르러 80세 이상 고령인구는 2000년보다 약 5.3배 증가할 전망을 보이고 있다.²³⁾

독일의 경우 80세 이상 고령인구 중 약 20%, 90세 이상 노인의 약 33%가 치매에 걸리는 경향을 나타내고 있다.²⁴⁾ 이같은 추세는 우리나라에서도 재현될 것으로 전망하고 있다. 우리나라 보건복지부 추정에 따르면 65세에서 69세 사이에 치매 유병율은 2.3%이지만, 70-74세에는 4.6%, 75-79세에는 13.6%, 그리고 80세 이상일 경우에는 25.7%에 이르게 된다. 2000년 현재 우리나라에서도 65세 이상 노인 인구의 약 8.3%인 28만 명 정도를 치매노인으로 추정하고 있는 실정이다 (보건복지부, 2001:62).

요인에 주로 기반하는 반면, 교통 사고율과 산업 재해율은 인구학적 변동을 발생시키는 사회적 요인이라고 볼 수 있다.

22) 노령화 지수는 0-14세까지 유년층 인구에 대한 65세 이상 노인 인구 비율을 의미한다

: 노령화 지수 = (65세 이상 인구/0-14세 인구) x 100

23) 통계청 홈페이지 www.nso.go.kr/report/data/svpr2001.htm "장래인구추계 결과 요약": 2001년 11월 26일 내려받음.

24) Pressemitteilung Nr.361 des Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 8. Januar 2002 (독일 가족·노인·여성·청소년부 보도 자료 번호 361번, 2002년 1월 8일).

〈표 4〉 우리나라 연령 계층별 인구 구성비 추이 (%)

	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030
0-14세	42.5	34.0	25.6	21.1	17.2	13.9	12.4
15-64세	54.4	62.2	69.3	71.7	72.1	71.0	64.6
65세 이상	3.1	3.8	5.1	7.2	10.7	15.1	23.1

출처 : 통계청 (2001), 장래인구추계 결과 요약, 통계청 홈페이지

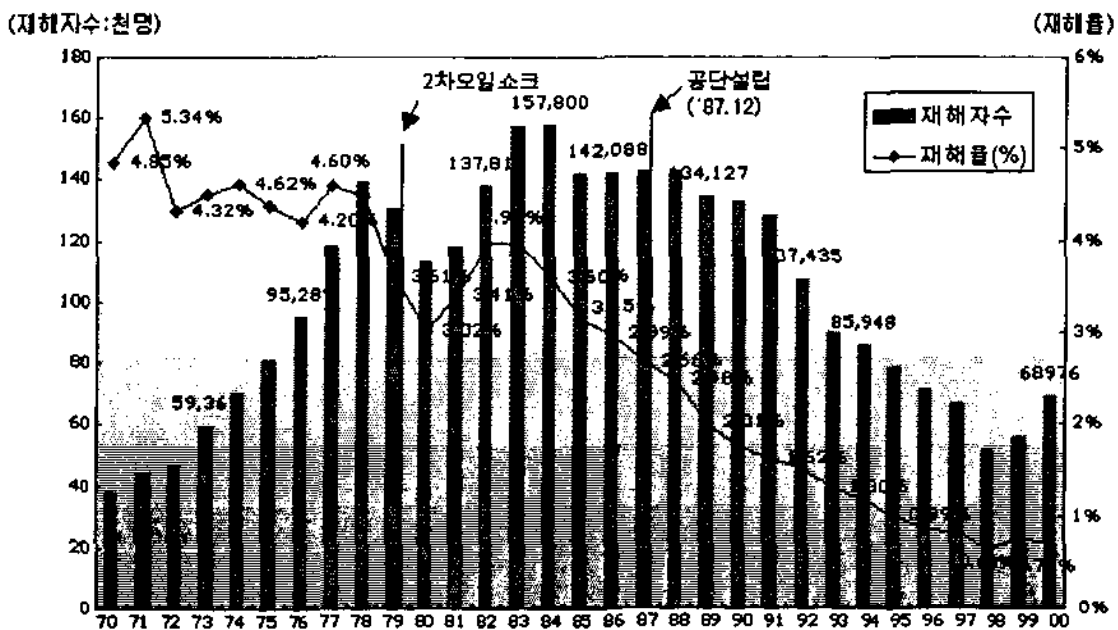
www.nso.go.kr/report/data/svpr2001.htm

- 2001년 11월 26일 내려 받음.

이같은 인구 고령화와 더불어 나타나는 핵가족화, 여성 취업 증가 등으로 부양가족 없는 노인이 증가하는 추세이다. 특히 전체 노인의 약 34%가 제3자의 도움 없이 일상 생활을 영위하기 곤란하다는 추정까지 하고 있음을 (보건복지부, 2001:63) 볼 때, 수발에 대한 욕구는 인구 고령화와 밀접한 공변성을 나타내게 될 것이다.

산업재해 발생율은 1990년대에 들어서 꾸준한 감소 추세를 보였다. 그러나 재해 발생율이 1997년 이후 다시 증가하고 있으며, 2000년 현재 산업재해를 당한 근로자 수가 공식적으로 70만 명에 육박하는 등 (그림 2 참조), 산업재해 발생율은 우리나라에서 여전히 수발에 대한 욕구를 발생시키는 주요 원인이라고 할 수 있다.

〈그림 2〉 우리나라 연도별 전체 재해 발생 현황



출처 : 한국산업안전공단 홈페이지 <http://www.kosha.or.kr/korea/statistics/index.htm>

- 2002년 1월 6일 내려 받음

교통사고 발생율의 경우 우리나라는 다른 나라와 비교할 때 최악의 상황을 보여 주고 있으며, 25) 따라서 인구 노령화의 뒤를 이어 수발에 대한 욕구와 공변성을 가질 수 있는 가장 중요한 변수로 부각되고 있다. 1970년에 약 13만 대에 이르던 자동차 대수가 2000년에는 1천2백만 대 이상 수준으로 늘어났지만 교통문화, 교통법규, 교통시설 등은 여전히 낙후된 현실 속에서, 1970년 교통사고로 인한 부상자 수를 100으로 보았을 때 2000년에는 997명으로 9배 이상 증가 추세를 보였다. 이는 우리나라 인구가 같은 기간 약 3천2백만 명에서 4천 8백만 명으로 약 1.5배 증가한 것에 비하며 비정상적으로 급속한 증가 추세라고 할 수 있다. 2000년 현재 교통사고로 인한 연간 부상자 수는 약 43만 명에 달한다 (표 5 참조).

사망 사고가 줄어드는 추세에 반하여 여전히 증가 추세에 있는 연간 부상자 수와 수발에 대한 욕구를 지닌 사람들의 수가 공변성을 지닌다고 추론할 때, 증가하는 수발 욕구를 충족시켜줄 대책 역시 필요하게 된다.

〈표 5〉 우리나라 주요 교통지표 추이

연도	발생 건수		사망자 수		부상자 수		자동차		인 구	
	(건)	지수	(명)	지수	(명)	지수	(대)	지수	(천명)	지수
1970	37,243	100	3,069	100	42,830	100	128,298	100	32,241	100
1980	120,182	323	5,608	183	111,641	261	527,729	411	38,124	118
1990	255,303	686	12,325	402	324,229	757	3,394,803	2,646	42,793	133
2000	290,481	780	10,236	334	426,984	997	12,059,276	9,399	47,977	149

출처 : 도로교통안전관리공단 홈페이지 http://www.spatic.go.kr/rtsa_frame_4.html
- 2002년 1월 3일 내려 받음.

25) 우리나라 연간 교통 사고율은 OECD 가입 국가 중 타의 추종을 불허할 정도로 높다. 1997년 현재 OECD 가입 국가 연간 교통 사고율 비교 조사에 의하면, 인구 10만 명 당 교통사고 사망자 수가 우리나라는 24.7명으로 제일 높으며 그 뒤를 미국이 15.7명으로 뒤따르고 있다. 독일 등기타 OECD 가입 국가들은 10명 정도의 수준을 보이고 있다. 자동차 1만 대 당 교통사고 사상자 수 비교에서 우리나라는 11.1명으로 역시 선두에 있는데, 그 뒤를 아일랜드가 3.9명으로 잇고 있을 뿐 다른 국가들은 모두 0.9명 (노르웨이)에서 2.8명 (프랑스) 사이의 분포를 보인다

: 출처 International Road Traffic and accident Database (1999)

- www.24car.co.kr/09/15/.htm (2002년 1월 2일 내려 받음)

2) 수발비용으로 인한 공공부조 재정 문제

수발 욕구를 가진 사람들이 그 비용 때문에 빈곤선 이하 생활을 하거나 혹은 빈곤선 이하 생활을 하기 때문에 수발 비용을 감당할 수 없을 경우에 독일에서는 사회복지부조제도가 최후 개입 수단 역할을 하였다. 그러나 인구 노령화 등 인구학적 요인이 변화하면서 늘어나는 비용을 사회복지부조제도만으로 감당하기 어려운 시점에 이르렀기 때문에 수발보험제도 도입의 필요성에 대한 사회적 공감대가 형성되었다고 볼 수 있다.

우리나라에서는 국민기초생활보장법에 기초한 공공부조제도를 통하여 의료보호 서비스를 제공하고 있다. 이 의료보호 서비스 수혜자의 상당수가 '노령·장기·중증환자'로 볼 수 있다. 이같은 상황은 급여제한기간 폐지, 수가 인상 등 요인과 맞물려 진료비 발생 규모의 대폭적 증가를 야기하고 있다. 의료보호 환자 1인당 연간 평균 진료비는 92만 4천원으로 건강보험 환자 평균 진료비 29만 5천원의 약 3배 정도가 된다.²⁶⁾ 따라서, 의료보호 예산이 매년 20-30% 수준으로 증액 편성되고 있는 반면, 체불 진료비 발생 비율도 함께 늘어가는 실정이다. 1996년에 약 3천 4백억원 수준이었던 의료보호 예산이 2001년에는 1조 1천억원 수준으로 급격히 증가하였다 (표 6 참조).

〈표 6〉 우리나라 의료보호 예산 및 체불액 현황 (국고 기준) (단위: 억원)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
예산	3,419	4,776	6,043	8,098	10,320	11,393
체불액	1,201	1,323	1,390	2,354	3,443	4,226 (추정)

출처 : 보건복지부 (2001), 의료보호 현안 사항, 보건복지부 내부 문건.

그러나 의료보호 환자의 특성상 병원에 가지 않고 재가 수발 서비스를 받아도 되는 경우에 의료수가보다 대체로 낮은 재가수발서비스 요금의 특성상 상당한 비용 절감 효과를 기대할 수 있다. 의료보호 환자에게 최소한의 재가수발서비스를 제공할 경우, 의사를 찾지 않기 때문에 발생하는 비용 절감이 전체 의료보호 예산의 약

26) 보건복지부 (2001), 의료보호 현안 사항, 보건복지부 내부 문건.

20-30%를 차지할 것으로 추정할 수 있다.

결국 우리나라에서도, 독일의 경우와 마찬가지로, 현재 증가 추세에 있는 저소득층의 수발 서비스에 대한 욕구에 따라 공공부조 재정 부담 증가 현상을 관찰할 수 있다고 결론지을 수 있다. 따라서 공공부조 재정 부담 감소를 위한, 지금과는 다른 종류의 재가수발서비스 제도 도입의 필요성이 대두한다고 본다.

3) 수발보험의 토대로서 안정된 의료보험제도

독일의 예에서 봤을 때, 사회보험으로서 수발보험은 재정만을 분리한 채 기존 의료보험에서 제공할 수 있는 서비스를 바탕으로 출발할 수 있었다. 수발보험 도입 논의가 본격화된 1990년 이후 독일 의료보험 재정 상황은 연금보험이나 실업보험 등 다른 사회보험에 비해 안정적이었다고 평가할 수 있다 (표 7 참조).

(표 7) 각 사회보험별 재정 수지 현황 (단위: 10억 마르크) (독일)

		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
연금보험	구서독	11.2	10.7	0.7	8.8	6.0	11.5	22.3
	구동독	0.7	-1.4	-8.1	-12.6	-15.8	-18.9	-19.0
	합계	11.9	9.4	-7.4	-3.8	-9.9	-7.4	3.3
의료보험	구서독	-5.6	-9.2	9.1	2.1	-5.1	-4.6	-0.3
	구동독	2.8	-0.3	1.4	0.1	-1.8	-2.1	-1.5
	합계	-2.8	-9.4	10.5	2.2	-7.0	-6.8	-1.8
실업보험	구서독	20.4	24.5	15.0	19.5	15.7	11.0	10.4
	구동독	-20.0	-38.0	-38.6	-29.6	-23.1	-26.6	-25.0
	합계	0.4	-13.5	-23.6	-10.1	-7.3	-15.7	-14.6

출처 : Meinhardt (1997:727)

또한 의료보험 가입자는 의료서비스 이용시, 일부 입원비용이나 약제 비용을 제외하면, 사실상 본인 부담이 없는 상황이었다. 의료보험 서비스가 매우 포괄적으로 이루어지는 상황을 틀로 하여 수발보험 제도를 도입할 수 있었던 것이다.

우리나라의 경우, 1989년 이후 전 국민 대상 의료보험제도가 실시되고 현재에는 국민건강보험이라는 이름으로 의료보험조합의 통합까지 시도하고 있지만, 의료보험 가입자 부담은 총 보건의료비 지출의 절반 정도에 해당하는 등, 조세 방식의 국민보건서비스를 제공하는 스웨덴과 영국 같은 국가에 비해서는 물론이며, 같은 사회보험으로서 의료보험 제도를 실시하고 있는 독일 (약 22%)이나 일본 (약 21%)보다 높은 경향을 보인다 (표 8 참조). 높은 사적 부담율은 건강보험제도에 있어서 환자 본인의 높은 부담율과 낮은 정부 보조금 지원 수준을 의미한다 (신동면, 2000:6). 이같은 현상은 의료보험급여 대상뿐만 아니라 급여의 포괄성·급여 수준 등 의료서비스 체계가 사회보험의 틀 가운데 정착되지 못하고 있음을 뜻한다.

〈표 8〉 주요국 보건의료비 지출 비교 (1996년)

	스웨덴	영국	일본	독일	한국
GDP 대비 비율	8.6	6.9	7.2	10.5	4.0
1인당 지출 (US \$)	1,675	1,317	1,677	2,278	537
공공지출 (%)	83.7	84.0	79.1	78.1	52.5
민간지출 (%)	16.3	16.0	20.9	21.9	47.5

출처 : 신동면 (2000:6)

그러면, 수발보험의 기본틀이 될 수 있는 의료보험 서비스 체계를 급여 수준 및 포괄성을 고려하여 확립할 수 있는 전망은 어떠한가? 우리나라 건강보험 재정 수지 적자 현황을 고려한다면, 당분간은 어렵다고 여겨진다. 특히 직장보험과 공교보험을 중심으로 전개된 건강보험 재정 적자 현상은 1997년 이후 지속적인 증가세를 유지하고 있다. 1997년 약 2천 3백억원이 채 안됐던 직장보험 재정 적자는 2000년 현재 거의 8천억 원 수준에 육박하고 있다. 같은 해 공교보험 역시 4백억원 정도 재정 적자를 보였으며, 지역보험은 840억원 정도의 재정 적자를 나타내고 있다 (표 9 참조).

표 9: 우리나라 건강보험 재정 수지 현황: 1995년 이후 (단위: 10억원)

연도	직장			국민건강보험공단					
				공교			지역		
	수입	지출	수지차액	수입	지출	수지차액	수입	지출	수지차액
1995	2,337	1,992	345	779	719	60	2,498	2,365	133
1996	2,704	2,555	149	944	892	52	2,983	3,017	-34
1997	2,884	3,112	-228	824	966	-142	3,732	3,602	130
1998	3,038	3,425	-387	753	1,050	-297	4,203	4,077	126
1999	3,123	3,699	-576	1,223	1,188	35	4,605	4,784	-179
2000	3,346	4,137	-791	1,274	1,314	-40	5,138	5,222	-84

출처 : '보건복지부 보험정책과 (2001) 내부 자료'를 토대로 재구성

다른 변수들을 고려할 수도 있겠으나, 결국, 재정 수지와 포괄적 서비스 전달체계라는 가장 중요한 변수를 고려해볼 때, 사회보험으로서 우리나라 의료보험제도는 독일 의료보험제도가 했던 수발보험의 모태 역할을 아직까지는 하기 어렵다고 볼 수 있다. 다만, 건강보험 재정 적자 중 수발보험을 도입했을 때, 독일에서의 경우와 같이, 27) 감소할 수 있는 부분이 상당할 수 있다는 전제 하에 현 건강보험제도 재정 적자를 완화하려는 시도의 차원에서 수발보험 도입을 논의할 수 있는 가능성은 있다고 본다. 이같은 가능성을 위하여, 건강보험 재정 적자 중 수발로 인해 감소할 수 있는 부분이 어느 정도 될 것인지에 대한 별도의 연구가 진행되어야 할 것이다.

수발이 사회정책적 대상으로서 사회문제가 되기 위한 객관적 조건으로서 인구학적 변동, 공공부조 재정 문제, 의료보험 체계 등 변수를 살펴보았다. 사회문제로서 수발을 부각시킬 수 있는 가능성을 우리나라에서도 인구학적 변동, 공공부조 재정 문제에서 관찰할 수 있었다. 또한 의료보험 체계가 포괄적이지 못하고 재정적 기반이 약하다는 제약을 안고 있으면서도, 오히려 의료보험 재정 적자 문제를 부분적으로 해결할 수 있는 가능성으로서 수발보험 제도 도입 가능성도 독일의 경우에 비추어 추론해 볼 수 있었다.

그렇다면, 이같은 수발보험 도입과 관련한 사회적 조건을 받아들일 수 있는 우리

27) 수발보험 도입 이전에 독일에서는 연간 약 40억 마르크 정도가 수발을 위한 비용으로 의료보험 재정에서 지출되고 있었음을, 앞서, 살펴보았다.

사회 구성원의 주관적 인식은 어떻다고 볼 수 있는가?

2. 사회문제로서 수발의 정책 대상화를 위한 주관적 조건

주관적 조건은 앞서의 사회적 조건을 인식하는 정책 결정 과정 참여자의 인식으로서 '수발노동 담당자가 갖는 부담에 대한 사회적 인식, 사회보험제도에 대한 신뢰, 추가 보험료 부담 등 제도 도입을 전제로 한 갈등을 해소하고 타협점을 찾으려는 사회적 노력 등을 들 수 있다.

1) 수발노동 담당자가 갖는 부담에 대한 사회적 인식

수발노동 담당자가 갖는 부담에 대한 사회적 인식은, 수발노동으로 인하여 생기는 비용을 사회보험 형태가 됐든 어떤 다른 형태가 됐든 사회적 차원에서 분담하려는 사회 구성원의 준비 정도 (Bereitschaft)를 의미한다.

일반적으로 노인 부양에 대한 책임을 누가 질 것인가에 대한 전국적 차원의 조사는 통계청 사회통계조사를 통해 이루어진다. 그러나 수발 욕구를 가진 노인을 부양할 것인가에 대한 의식 조사는 전국적 차원에서 대표성을 가진 실태조사는 현재까지 없는 것으로 판단된다. 따라서 수발노동 담당자가 갖는 부담에 대한 인식을 '일반적인' 노인부양 의식 혹은 복지서비스에 대한 가족 책임 의식 등을 통해 간접적으로 추론해 볼 수밖에 없다.

일반적인 노인 부양 의식의 경우, 한국 사회에 팽배한 가족주의 (Fukuyama, 1995)와 확고한 성별노동분업 현상 때문에 대체로 높은 양상을 보인다.²⁸⁾ 부모 부양 의식을 제고하기 위하여 보건복지부에서는 상속세·소득세 공제, 공무원에 대한 노부모 공양 수당 지급, 주택 자금 할증 지원, 부모 봉양자에 대한 주택 분양 우선권 및 임대 주택 우선 공급, 심지어 효행자에 대한 특례입학제도까지 도입하고 있다 (보건복지부, 2001:56). 따라서 수발 욕구를 가진 사람이 가족 내에서 보호를 받으면서, 그같은 욕구가 사회문제화 하지 않을 가능성이 높게 존재한다.

또한, 최근 전국적 차원에서 우리나라 국민 '복지의식의 경향과 특징'을 조사한 연

28) 매년 발행되는 '통계청, 한국의 사회지표' 중 '가족' 분야 참조.

구 (최균/류진석, 2000)는, 수발 서비스에 한정시키지 않았지만, 사안별 복지책임 주체에 대한 강조에서 가족이 차지하는 비중에 대한 우리 사회의 일반적 인식이 크게 변하지 않고 있음을 보여준다. 즉 빈곤이나 실업 문제에 대해서는 응답자의 대부분이 '가족과 친척'의 책임을 크게 묻고 있지 않지만, '질병이 있는 사람이나 노인'에 대한 '가족과 친척'의 책임은 상대적으로 크게 묻고 있는 현상을 볼 수 있다.²⁹⁾ 게다가 그같은 책임 수행을 위한 비용의 사회적 부담에는 매우 소극적인 태도를 응답자의 상당수가 보이고 있다 (최균/류진석, 2000:248).

따라서, 수발노동은 가족이 당연히, 특히 그 중에서도 여성이 담당해야 하는 것으로 인식되는 상황에서 수발을 사회보험의 대상으로 삼기 위한 사회적 동의를 구하기 어려울 것이다.

2) 사회보험제도에 대한 사회 구성원의 신뢰

사회보험은 대체로 다음과 같은 성격을 갖는다 (Lampert 1991:189; 이인재 외, 1999:37):

- 강제 가입: 보험 목적 및 계약 조건에 대한 의견 불일치 존재
- 보험료가 개인적 위험발생도와 관계없이 책정된다
- 특정 위험을 보험 가입 대상에서 제외하지 않는다
- 보험혜택에 관한 권리가 법으로 보장된다 (Die Leistungen beruhen auf einem Rechtsanspruch)
- 사회보험의 조건도 법으로 규정
- 사회적 위험에 처했을 때 해당 사회가 요구하는 최저 혹은 적정 생활 수준을 보장한다
- 완전 기금적립 방식 곤란

따라서 사회 구성원이 사회보험제도에 대해 신뢰를 갖는다 함은, 우연히 발생하는

29) '가족과 친척'의 책임에서 빈곤을 강조한 경우는 응답자의 11.3%, 실업자 문제는 응답자의 1.0%인 반면, 응답자 중 '질병이 있는 사람'에 대한 '가족과 친척'의 책임을 강조한 경우는 35.5%, '노인'에 대한 '가족과 친척'의 책임을 강조한 경우는 응답자의 39.4%였다.

사회적 위험에 대비하여 일정 규모 이상 사회보험 공동체를 형성하여 지불하는 기여금을 통해 자신도 사회적 위험에 처했을 때 어느 때이든지 해당 사회가 요구하는 최저 혹은 적정 수준의 생활을 보장받을 수 있다는 믿음을 갖는 것을 의미한다. 그러나 사회적 위험에 처했을 때 사회보험이 최저 혹은 적정 수준의 생활 보장을 해준다는 확신을 갖지 못할 때 사회 구성원은 보험 가입을 회피하거나 기여금을 적게 내려하는 등 기회주의적 행동을 하게 된다.

그런데, 보험 가입 회피는 사회보험이 갖는 강제보험의 성격상 힘들다. 따라서 사회보험에 대한 불신이 우리나라에서 나타나는 대표적 형태가 소득을 축소 신고하여 되도록 기여금을 적게 납부하려는 행위라고 할 수 있다. 예를 들어, 경실련이 2000년에 발표한 자료에 따르면, 과세소득이 있는 자영업자 61만 4천명이 국민연금관리공단에 신고한 월평균 소득은 1999년 12월을 기준으로 할 때 140만 6천원으로 보건복지부 신고 권장 소득액의 67.3%에 지나지 않는다. 자영업자를 포함한 도시 지역 국민연금 가입자 평균 소득 신고액은 95만 6천원으로, 근로자 평균 소득의 68%였다.³⁰⁾

고소득 전문직 종사자 집단이 소득을 터무니없이 낮게 신고하는 경향은 전혀 개선되지 않고 있으며,³¹⁾ 자영업자 소득 파악이 전체적으로 되지 않아 공평 과세가 사실상 불가능한 상황에서³²⁾ 1999년 4월 발족되었던 자영자 소득 파악위원회 활동이 2001년 들어 증도에 사실상 활동을 중지하고 있는 등³³⁾ 신뢰받을 수 있는 사회보험제도 구축의 중요한 조건이 충족되지 못하고 있는 실정이다.

사회보험제도에 대한 이같은 불신은 우리나라 사회보험제도가 갖는 애매모호한 성격에 기인한다고 볼 수 있다. 사회보험제도는 크게 비스마르크 유형과 베버리지 유형으로 분류해 볼 수 있다 (나병균, 1996: 26): 베버리지 유형의 사회보험은 빈곤 및

30) 경제정의실천시민연합 2000년 4월 발표 자료 '국민연금 도시지역 확대 1년 평가'

- 출처: 인터넷 한겨레 www.hani.co.kr/section-00501300/2001/00501300020010107203900.html

- 2001년 1월 10일 내려 받음

31) 한겨레신문 2001년 4월 26일 (목) 4판 4면 "고소득 전문직의 소득 축소 신고"

32) 사무 노동자 세부담 자영업자의 2.5배

- 출처: 인터넷 한겨레 www.hani.co.kr/section-004000000200103111828055.html

- 2001년 5월 10일 내려 받음

33) 한겨레신문 2001년 5월 10일 (목) 4판 1면 "자영업자 소득 파악 끝내 물건너 가나"

빈민문제 해결에 중점을 두고 생활보호제도 강화, 경제적 취약 계층을 위한 의료 서비스 체계 확충 등을 우선적으로 추구한다. 반면, 비스마르크 유형은 임금 근로자 가구의 실질소득보장 강화에 중점을 두면서 소득에 비례한 사회보험 급여 범위와 수준 개선을 우선적으로 추구한다.

우리나라에서는 사회보험제도가 짧은 기간에 전 국민 대상으로 급속히 확대되는 과정에서 저부담·저혜택 구조가 보편적 현상이 되면서, 국민연금이 사실상 단독으로 노후 최저생활을 보장할 수 있는 기능을 할 수 있을 지에 대한 문제 제기가 끊임 없이 되고 있다. 의료보험의 경우에도 본인 부담 비율이 높아서 의료비용 지출시 소득 보전 기능을 제대로 못하고 있으며, 질병수당의 부재로 인하여 질병으로 인한 소득 중단을 대체할 수단이 전혀 없는 상황이다.

결국 가입 방식이나 보험료 산정 원리로 볼 때에는 '비스마르크 유형'이면서도 '베버리지 유형'에서 추구하는 국민최저생활 수준도 보장하지 못하는 사회보험제도의 애매모호한 성격이 교정되지 않는 한, 사회보험제도에 대한 불신은 사라지지 않으리라 본다.

3) 추가 보험료 부담에 대한 사회적 인식

보험 가입자 입장에서, 사회보험제도에 대한 신뢰를 가지고 있다 하여도, 가능한 적은 보험료를 부담하고 많은 혜택을 받으려는 욕구는 기본적으로 가지고 있다 할 수 있다. 따라서 보험료 부담에 대한 보험 가입자 인식을 기준으로 하여 새로운 제도 도입 가능성을 단정적으로 판단할 수는 없다. 그럼에도 불구하고 기존 보험료 부담에 대한 인식은 새로운 제도 도입을 시도할 때 사회 구성원의 저항이 어떠한 지에 대한 최소한의 판단 근거는 제공한다고 본다. 통계청 사회통계조사 (1998)에 의하면 사회보험료 부담에 대한 조사 응답자의 2/3 이상이 보험료 지불에 대한 부담을 느끼는 것으로 답하고 있다 (부담 많음: 20.2%, 약간 부담: 44.5%). 부담이 없다고 응답한 경우는 응답자의 7%를 넘지 못하는 수준이었으며, 부담이 보통이라고 대답한 경우가 응답자의 27.7% 정도에 그쳤다.

기존 사회보험제도에 대한 불신이 존재하며 보험료 지불에 대한 부담을 대다수 사회 구성원이 갖고 있는 상황에서 새로운 사회보험제도 도입 가능성을 공론화 시키는

것은 매우 어려운 일이다. 단편적인 언급은 있을지언정, 정치권이나 시민운동단체 등을 통해 사회보험으로서 수발보험 도입 논의가 아직까지 우리 사회에서 여론화되지 못하고 있는 것도 그같은 논의 시도가 가져올 정치적 부담이 크기 때문이라 생각한다.

결국 저소득층 노인을 주대상으로 하는 가정 봉사원 파견 사업, 주간보호·단기보호 시설, 혼자 사는 노인 보호 프로그램, 식사 배달 사업 등이 보건복지부 주관 사업으로 확대되는 맥락에서 소위 '복지간병인력의 제도화, 간병 부담의 제도화' 방안이 논의되고 있는 정도의 움직임을 보이고 있다 (보건복지부, 2001). 즉 장기요양보호의 사회화가 보건복지부나 관련 전문가 집단 중심으로 쟁점 사안이 되고 있긴 하지만, 독일식 사회보험으로서 수발보험에 대한 논의는 정책 결정 과정 참여자로서 보험 가입자, 정치권, 행정부, 전문가 집단 등의 주목을 받지 못한다고 하겠다.

IV. 결론: 사회보험으로서 수발보험

사회문제로서 수발 문제 인식을 가능케 하는 객관적 조건으로서 독일이 경험하였던 인구학적 변동, 공공부조 재정 수지 개선 문제, 안정되고 포괄적인 의료보험 체계가 우리나라에서도 관찰 가능한 지 살펴보았다. 뒤이어 독일에서 수발 문제의 사회정책 대상화를 위한 주관적 조건으로서 관찰할 수 있었던 수발노동 담당자가 갖는 부담의 사회적 분담화에 대한 사회 구성원의 인식, 기존 사회보험제도에 대한 사회적 신뢰, 추가 보험료 부담에 대한 사회적 합의 가능성이 우리나라 현실에서는 어떻게 나타나는지 알아보았다.

재정 적자, 낮은 급여 수준 등으로 인하여 우리나라 의료보험 체계가 독일 의료보험 체계에 비하면 상대적으로 수발보험의 토대로서 할 수 있는 역할이 매우 제한적임에도 불구하고 인구학적 변동, 공공부조 재정 수지, 의료보험 지출비 중 수발 관련 의료서비스가 차지하는 비중 등을 고려할 때 사회보험으로서 수발보험을 도입할 수 있는 객관적 가능성은, 독일에서와 마찬가지로, 우리나라에서도 존재한다고 볼 수 있다.

반면, 사회 구성원의 인식이 가족주의적 요소, 사회보험제도에 대해 갖는 상당수

사회 구성원의 불신, 보험료 추가 부담에 대한 저항과 그같은 저항을 의식하면서 발생하는 정치적 부담 등으로 인하여 수발을 사회문제화하여 사회보험의 대상으로 할 수 있는 주관적 조건이 우리나라에서는 아직까지 성숙되지 않았다는 결론을 내릴 수 있다.

그렇다면 - 수발 문제의 사회문제화를 가속화시키는 인구 노령화, 각종 사고의 증가, 의료보호 대상자 증가로 인한 공공부조 및 의료보험 재정 부담 문제 등에 대한 우리 사회의 대비책이 독일식 사회보험이 될만한 여건이 조성되지 않았다면 - 한국 사회 수발문제에 대한 해답을 어떻게 추구할 수 있을까?

독일의 경우, 부과방식에 기초한 사회보험으로서 수발보험 외에, 수발 비용의 전적인 국가 부담, 사적 대책, 사적의무보험 등이 대안으로 제시되었음을 앞서 밝혔다. 일본의 경우에는 보험 혜택에서 연령 제한을 둔 개호보험제도를 실시하고 있다.

수발 욕구를 가진 인구 집단의 급격한 증가 추세를 감안할 때, 수발 비용을 국가가 전적으로 부담하는 것은 상당한 재정 부담 요인이 될 것이다. 사보험이나 사적 의무보험은 수발 욕구보다는 지불 능력을 우선시하는 사보험의 속성상 급격히 증가하는 수발 욕구에 대한 사회정책적 차원에서의 대응은 아니라고 본다. 사보험이나 사적의무보험 도입으로 인하여 정작 수발 욕구를 가진 사람이 배제되기 때문에 정책 대안에서 제외된 과정을 독일의 예에서, 앞서, 살펴보았다.

일본에서 실시하는 개호보험의 경우 연령 제한으로 인하여 노인 집단에서 발생하는 수발에 대한 욕구는 어느 정도 충족시킬 수 있겠지만, 각종 사고가 증가하면서 생기는 수발에 대한 욕구를 포괄적으로 충족시키는 데에는 한계를 보일 수 밖에 없다.

따라서 장기적인 관점에서 볼 때 전 국민을 대상으로 하면서도 급여의 충분성이 보장되는 사회보험으로서 수발보험제도를 도입할 필요가 있다. 우리나라 사회보장 제도가 사회보험제도의 틀에서 발전해 가고 있음을 감안할 때, 수발 욕구를 가진 집단 규모가 증가하는 반면 가족 해체 현상도 함께 증가하는 추세를 감안할 때 현재 사회보험으로서 수발보험 도입과 관련하여 부정적인 주관적 조건이 변할 가능성은 얼마든지 존재한다.

그러나 이같은 가능성은 저절로 생겨나지는 않는다. 장기적 관점에서 사회보험 제도 발전 맥락에서의 준비 작업이 필요하며, 단기적 관점에서 저소득층 대상 수발

서비스를 실시하는 가운데 수발 서비스 하부 구조의 기초를 형성해야 한다: 수발노동 담당자, 특히 여성이 갖는 부담에 대한 문제 제기를 꾸준히 함으로써 가족(책임)주의 이데올로기를 변화시킬 필요가 있다. 사회보험에 대한 사회적 신뢰를 높이기 위하여 사회보험제도가 '비스마르크 유형과 베버리지 유형'의 두 마리 토끼를 어설피게 다 쫓는 것이 아니라, 중점발전방향을 설정해야 한다. 이같은 작업을 통해 사회 구성원이 본인이 부담한 만큼 최저 내지 적정 생활 수준을 위한 사회보험의 혜택을 받을 수 있다는 확신을 갖도록 해야할 것이다. 또한 현재 저소득층 노인을 주대상으로 실시하고 있는 가정 봉사원 파견 사업, 주간보호·단기 보호 시설, 혼자 사는 노인 보호 프로그램, 식사 배달 사업 등을 통해 수발서비스 하부 구조의 토대를 미리 구축하는 작업을 꾸준히 할 필요가 있다. 현재 수준에서의 '간병 서비스의 제도화'가 수발 서비스가 본격적으로 실시될 경우 그 기본틀이 될 수 있을 것이다.

• 참고문헌 •

- 김근홍 (1999), *한독 노인복지 이해*, 서울: 학문사
- 나병균 (1996), "서구 사회보장의 위기와 한국 사회보장의 과제," *비교사회복지 제3집*, 한림대학교 사회복지연구소, 7-30쪽.
- 박홍식 역 (1983), *공공정책론*, 서울: 대영사
- 송근원/김태성 (1995), *사회복지정책론*, 서울: 나눔
- 신동면 (2000), "재정 위기와 사회보장: 한국의 패러독스," 전창배 역, 국민건강관리공단 홈페이지, www.nhic.or.kr/jaryo/jarow.htm (2002년 1월 4일 내려 받음).
- 이인재 외 (1999), *사회보장론*, 서울: 나눔
- 이용갑 (2000), "독일의 장기요양보험과 일본의 개호보험," *한국사회정책 제7집 제1호*, 207-238쪽.
- 정재훈 (2001), "노령사회에 대비한 새로운 가능성: 독일 수발보험제도에 관하여," *사회복지 2001 봄호*, 138-149쪽.
- 최균/류진석 (2000), "복지외식의 경향과 특징: 이중성," *사회복지연구 제16호*, 223-254쪽.
- Alber, Jens (1990), "Pflegebedürftigkeit im Spiegel der öffentlichen Meinung", in: *Sozialer Fortschritt*, s. 211-216.
- Bäcker, Gerhard (1995), "Sind die Grenzen des Sozialstaates überschritten?," in: *Aus Politik und Zeitgeschichte B 25-26/95*, S.13-25.
- BMA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (1998), *Sozialbericht*. Bonn.
- BMA (2001), *Statistisches Jahrbuch*, Berlin.
- BMA (2001a), *Sozialbudget*, Berlin.
- BMA (Februar 2001), *Soziale Sicherung*, Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (1994), *Bericht der Regierung der Bundesrepublik Deutschland für die 4. Weltfrauenkonferenz 1995*, Bonn.
- BMFSFJ (1998), *Frauen in der Bundesrepublik Deutschland*, Bonn.
- Blüm, Norbert (1991), "Für die Heimunterbringung reicht häufig weder Rente noch Pension," *Frankfurter Rundschau 5.Juni 1991*, Seite 23.
- Braun, Hans (1987), "Pflegebedürftigkeit als sozialer Tatbestand: Zwischen privater Bewältigung und gesellschaftlicher Problemverarbeitung", in: Brandt, Hans; Dennebaum, Eva-Maria; Rückert, Willi (hg.), *Stationäre Altenhilfe*, Freiburg.

- Braun, Hans (1989), *Kommunale Sozialpolitik in den neunziger Jahren*, Deutscher Gemeindeverlag, Kln.
- Brennecke, Ralph (1989), "Herausforderungen durch die demographische Entwicklung an die Sozialpolitik und die Schwerbehindertenpolitik", in: Sadowski, Dieter; Rendenbach, Ingo (Hg.), *Neue Zielgruppen in der Schwerbehindertenpolitik*, Campus Verlag, Frankfurt/New York.
- Die Bundesregierung (1984), *Socialdata: Der Bericht der Bundesregierung*, Bonn.
- Carell, Angela/Bergstermann, Andrea (1997), *Erscheinungsformen, Verbreitungen und Entstehungsbedingungen gefährlicher Pflege und Gewalt gegenüber Älteren Menschen in häuslichen Pflegebeziehungen*, Institut für Gerontologie, Uni Dortmund.
- Fachinger, Uwe/rothgang, Heinz (1997), "Zerstört der demographische Wandel die Grundlagen der sozialen Sicherung," in: *Zeitschrift für Sozialreform*, H.11/12, S.814-837.
- Ferber, Christian von (1986), "Ehrenamtliche soziale Dienstleistungen", in: *Sozialer Fortschritt*, S. 265-269.
- Fuhrmann, Rainer (1987), "Rehabilitation vor Pflege", in: *Sozialer Fortschritt*, S. 205-213.
- Fukuyama, Francis (1995), *Konfuzius und Marktwirtschaft*, Kindler Verlag, München.
- Heine, Wolfgang(1990), "Wer finanziert die Frauenförderung im Sozialversicherungsrecht?", in: *Sozialer Fortschritt* 1990/1, S.6-10.
- Lampert, Heinz (1991), *Lehrbuch der Sozialpolitik*, Springer Verlag, Berlin.
- Meinhardt, Volker (1997), "Vereinigungen belasten Sozialversicherung," in: *DIW Wochenbericht*, 40/97, S.725-729.
- Prinz, Adolph (1987), *Pflegebedürftigkeit als kronisches Problem*, Spardorf
- Scharrenbroich, Heribert (1995), *Berufstätigkeit und Pflege*, in: *informationen für die frau* 2/95, S.7-10.
- Schmähl, Winfried (1995), "Alterung der Bevölkerung, Mortalität, Morbidität, Zuwanderung und ihre Bedeutung für die Gesetzliche Rentenversicherung," in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 84.Band, S.617-646.
- Schewe, Dieter (1986), "Vier Gesetzentwürfe über Hilfen bei Pflegebedürftigkeit", in: *Sozialer Fortschritt*, s. 90-92.
- Thiede, Reinhold (1988), "Die besondere Lage der älteren Pflegebedürftigen", in: *Sozialer Fortschritt*, s.250-255.
- VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) (1/1997), *Fakten und Argument*, Frankfurt/M.

A Study for the Possibility of Introduction of the „Pflegeversicherung,, in Korea: Focused on the German Modell

Jung, Jae-Hoon

(Lecturer, Sangji University)

In Korea we should prepare for the exploding need to nursing according to the rapid change to the aged society. Therefore the german modell of „Pflegeversicherung (a nursing social insurance),, which is introduced in 1995, could help us to plan for the aged society in next years.

In Germany the discussion about the proper measures against the need to nursing as social risk was begun in early 1990s. The need to nursing was thought as social risk because of the aged society, the burden of the family member who take the responsibility for the nursing, and the fiscal crisis of social assistance system which was caused to the exploding cost of nursing for the poor people.

Among the some alternatives the „Pflegeversicherung,, as a social insurance modell with the 'pay-as-you-go system' was introduced step by step in the years of 1995 and 1996. Such german modell was possible on the basis of the stabil social insurance system, especially medical insurance system, the corporatism between the employer and the employee and the developed democratic political system in which the compromise is achieved at the cost of all concerned parties.

In Korea we have no experience as like in Germany. But, in Korea, we can start more effectively to look after the possibility of any system which helps the people with need to nursing, when we have understood the factors in policy-making for the introduction of „Pflegeversicherung.,,