

독일 수발보험(Pflegeversicherung)의 정치적 배경

김 근 홍(성결대학교 교수) · 박 자 숙(전남대학교 강사)

I. 들어가는 말

산업화된 사회일수록 평균수명이 늘어나고 그 반대로 출생률은 낮아지는 경향을 보인다¹⁾. 그러면서 인구의 구성비에 큰 변화가 나타났는데, 그 대표적인 예가 지난 40년간 인구구성비에서 청소년층 인구가 감소하고 노년층 인구가 크게 증가한 독일이다. 1950년 경 전체 인구에서 15세 미만 인구가 차지하는 비율이 23.3%였는데, 2010년까지는 15%로 감소된 데 비해서 65세 이상의 인구 비율은 9.4%(1950년)에서 18%(2010년)로 증가될 전망이다. 이처럼 노년층의 인구비중이 높아지면서 일어나는 가장 큰 문제는 노년층에 대한 사회적 보장의 문제다. 인구 비율이 적정하게 분포되어 있을 경우 사회의 기간세대랄 수 있는 근로세대에 의한 노년세대와 유년세대의 부양이 가능하지만, 노년층 인구가 상대적으로 큰 비중을 차지하고 젊은 세대의 비중이 줄어들면 이러한 자연스런 부양체계가 더 이상 원활하게 기능하지 못하기 쉬운 것이다.

아울러 노인 인구비중의 증가는 사회 전반의 인프라시설들에 대한 변화와 개선을 요구하게 된다. 특히 노인들 특유의 질환이나 혹은 노쇠로 인한 육체의 부자유 등을 위한 의료 및 수발서비스가 보다 체계화되고 확대되어야 한다. 그런데 이런 모든 것들에는 엄청난 비용이 요구되기 때문에, 그러한 비용을 합리적으로 마련할 수 있는 대처 방법들을 미리 마련하는 것이 고령사회

1) 독일의 경우 1998년 출생한 남성의 평균수명은 73.4세, 여성은 79.9세다. 한편 1997년 말 현재 전 세계 인구는 전년에 비해 0.7%정도 늘어난 58억9천2백만 명이고, 이중 독일의 인구수는 8천1백8십4만 명으로 2차 세계대전 발발 직전의 인구에 비해서 약 2천만 명 이상의 인구가 증가한 셈이다.

에 진입한 나라들에서는 시급한 문제였다. 여기서 논의될 수발보험은 그 중의 한 가지로, 그 목적인 노령이나 기타 질병에 의해 거동이 불편하여 타인의 도움, 수발을 필요로 한 사람들이 증가할 것에 대비한 시설 및 비용에 대한 사회적 안전책을 사회보험 방식을 통해서 마련하는 것이다. 그래서 1995/96년 제정된 사회보험법이었다²⁾. 물론 노년인구의 증가에 따른 수발의 문제를 꼭 사회보험의 방식을 통해 해결해야 하는가에 대한 논란이 적지 않았다. 무려 20년이 넘는 동안의 토론과 검토를 거치고 나서야 비로소 현실적 체계로 등장했지만, 그럼에도 아직까지 구체적인 방법론에 대한 비판적인 목소리가 없어진 것은 아니다. 하지만 곧 닥칠 심각한 문제에 대한 현실적 대응방안을 마련하여 실천에 옮기고 있다는 점에서 우리에게 시사하는 바가 적지 않다고 생각된다.

특히 가족해체와 핵가족체제를 우리보다 일찍 겪었던 독일에서는 수발보험을 재가수발 쪽으로 유도하는 정책을 쓰고 있다. 유교를 비롯한 전통적 가족관이 아직까지 상당한 명맥을 유지하고 있지만 갈수록 서구화와 함께 진행되고 있는 핵가족화 과정에 있는 우리로서 이러한 독일의 경험은 반성의 계기가 될 수 있을 것이다.

본 발표의 목적은 지난 '80년대에 이미 고령사회에 진입한 독일이 수발문제에 대한 심각성을 인지하고 '95년부터 실시하고 있는 수발보험 도입의 정치적 배경과 문제점을 간략히 살펴봄으로써 2000년쯤 고령화사회에 진입할 우리의 현실적 준비방안을 촉구하고자 한다.

II. 수발보험(Pflegeversicherung)

1. 수발보험의 의미와 취지

“Pflege” 라는 독일어 단어는 ‘보살피고 도움을 준다’는 뜻으로서 일본어의 “개호(介護)”와 일맥상통한다. 개호라는 단어가 일본에 처음 등장한 계기는 1963년 일본 노인복지법 제정과 관계가 있다. 노인복지법의 제정으로 “노인 홈”의 체계가 새롭게 구축되었는데, 그 모델이 되었던 것은 “nursing home”이었다. 즉 개호(介護)라는 용어를 한마디로 설명하면 “원조를 필요로 하는

2) 19세기 후반에 이미 입법화된 독일의 사회보험제도는 현재 대부분의 선진복지국가들이 전형적인 모델로 삼고 있다. 1883년 의료보험과 1927년 실업보험의 제정으로 시작하여 지금까지 4대 사회보험이 끊임없는 개선과 논의를 거쳐 상대적으로 매우 발달된 사회보장을 제공해 왔다. 그러다가 지난 1995/96년에 “제5의 사회보험”이라 불리는 “수발보험법(Pflegeversicherungsgesetz)”이 제정, 시행되면서 이제 독일의 사회보험은 5가지의 큰 줄기로 구성되어 있다.

사람에게 도움을 주는 것”으로 영어의 care³⁾와 비교할 수 있다. 하지만 이러한 일본식 용어가 아직도 낯선 의미로 다가오기 때문에 본 발표자는 이를 전통적으로 쓰였던 우리말 “수발”이란 용어를 사용하고자 한다.

독일연방하원과 상원에서 1993/94년에 제정된 연방사회법 XI장은 “수발 대상자의 위험에 대비한 사회 보장법(Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit-Pflegeversicherungsgesetz)”이었다. 이것이 곧 수발보험을 탄생시키기 위한 입법이었으며, 그에 따라 의료보험, 재해보험, 연금보험, 실업보험에 이어 독일의 5번째 사회보험이 태어나게 된 것이다. 의료보험과 밀접한 관계에 있는 수발보험을 의료보험에 포함시키지 않은 이유는 독일의 공적 의료보험 자체가 노인성 만성질환을 신체적 기능의 저하에 따른 자연적 현상으로 간주하여 의료보험 급여에서 제외하고 있기 때문이다. 그렇지만 수발보험에 필요한 업무는 의료보험에서 함께 다루고 있다. 보험료 산정이며 수발 단계의 판정 등 의료보험의 업무와 밀접한 관계에 있기 때문이다. 물론 인력의 합리적 운영 측면도 고려되었을 것이다.

수발보험의 근본적인 취지는 수발이 필요한 사람들, 특히 노인들의 수가 증가함에 따라 이들에 대한 적절한 수발서비스를 안정적으로 공급할 수 있기 위한 제도적 안전판을 마련하는 것이었다. 중풍, 치매 등 향시 돌보아야 할 노인들은 증가하고 있지만 핵가족화의 영향으로 이들에 대한 가족 또는 친지의 보호는 갈수록 기대하기 어려워진 현실에서, 지난 40년간 보호가 필요한 74세 이상의 노인은 세배 이상 증가하였던 것이다. 수발의 대책으로 수발보험이 채택되기 전까지는 노인성 만성질환의 수발요양에 필요한 비용은 개인적 차원에서 충당하거나 그렇지 못할 경우 사회복지의 재정에서 충당되었다. 그에 따라 1994년 기준으로 전체 사회복지 재정에서 노인 수발비용이 차지하는 비율은 35%에 이르렀고, 수발보험이 시행되기 시작한 1997년에도 그 비율은 33%로 여전히 높은 수치를 보여주었다(Statistisches Bundesamt, 1997: 40).

하지만 지출 내역을 좀 더 자세히 살펴보면 수발보험의 실시 이후 사회복지의 부담이 많이 줄어들었음을 확인할 수 있다. 1997년도 각 행정구역에서 지출한 총 금액이 전년도인 1996년도에 비해 약 3.7%에 해당하는 1천2백9십7억 마르크나 감소된 것으로 집계된 것이다. 이에 따라 재정적자 부분도 1996년도 상반기 42억 마르크에서 1997년도에는 38억 마르크로

3) 케어(care)라는 용어는 너어싱 케어(nursing care), 메디컬 케어(medical care) 등의 대인원조분야와 사회적 케어(social care), 지역 케어(community care), 시설 케어(institution care), 재택 케어(home care)등 사회복지분야 용어와 함께 사용되는 경우도 있다.

줄어들었다⁴⁾. 지출 감소 원인으로 인건비 부분(0.1%감소 - 지출총액 3백6십3억 마르크)과 기자재 및 소모품 부분(0.1%감소 - 지출총액246억 마르크)도 있지만, 등락의 폭으로 볼 때는 역시 12.3%(지출 총액: 260십억 마르크)나 감소한 사회보험 및 사회부조 등의 분야가 가장 컸던 것이다.

결국 수발에 대한 대책이 사회보험의 형태로 채택된 데에는 이러한 비용문제가 적지 않게 작용했다고 볼 수 있다. 물론 재정부담의 경감이 수발보험 도입의 전체적인 목적은 결코 아니다. 처음 독일 정부가 수발보험의 유용성과 필요성을 역설한 것을 살펴보면 정부의 수발보험 도입 취지는 첫째, 수발로 인한 당사자와 그 가족들의 과중한 부담 완화. 둘째, 수발행위로 인해 정상적인 생계활동을 하지 못하는 사람들에 대한 사회적 보장. 셋째, 수발에 대한 과도한 사회부조의 문제 해결 등 크게 세가지로 정리될 수 있다(Harenberg, 1998: 297~298).

2. 수발보험법 제정과 정치적 배경

현대의 다변화 사회에 들어서 모든 정책이 그렇지만 특히 사회보장과 관련된 사회·정치적 문제들은 더 이상 1차원적인 고전적 정책수단으로 해결되지 않는다. 어느 한 분야로 딱 떨어지는 것이 없기 때문이다. 결국 재정부터 정책실현의 부서 및 그 대상 등에서 항상 서로 얽혀서 이른바 분야별 교차(interdisziplinär) 정책이 되지 않을 수 없는 것이다. 수발보험 역시 그렇다. 현재의 수발보험은 의료보험 및 사회부조, 지방 주(州)정부 등과 밀접한 관련 속에서 시행되고 있다.

현재의 수발보험이 따로 제정되기 이전에도 수발대상자에 대한 사회보장 정책들이 있었는데, 1988년 보건법 개혁을 통한 재가수발의 의료보험 혜택이 그 첫 번째 정책이라 할 수 있다. 그리고 1990년에는 세제법 개혁을 통해 수발이 요구되는 사람들과 수발을 담당하는 사람들에게 세금감면의 혜택을 주었고, 세번째는 1992년에 연금법 개정을 통해 연금보험 내에서 수발을 받을 수 있는 기간이 현실화되기도 하였다. 그런데도 엄청난 반대와 논란을 거치면서 굳이 수발보험법을 새로 제정하여 1995년부터 실행하게 된 그 근본적인 원인은 보험공단과 국가의 재정이 점점 더 심하게 압박을 받게 된다는 데 있었다. 아마도 이러한 사실들이 정책을 집행하는 입안자로 하여금 정치적 배경을 이르게 했으리라는 생각이다.

4) 적자부분의 감소가 지출 총액의 감소와 일치하지 않는 이유는 세수가 3.2%, 즉 1천2백5십9억 마르크 감소하였기 때문이다.

물론 수발보험법이 제정되기까지는 대략 5단계의 큰 변화가 있었는데, 1970년대 중반쯤 일어난 논란이 제 1단계 시기라 할 수 있다. 이때 논의의 초점은 주로 시설 내에서 수발을 필요로 하는 노인들에 대한 문제에 국한되었다. 그렇지만 무엇보다 수발에 대한 사회적 논의가 시작되었다는 점에서 중요한 의미를 갖는다. 제 2단계는 이러한 논의가 보다 구체화된 시기로, 수발의 필요성을 직접 입법기관에 제기하고 나선 것이다. 현실적으로 수발의 필요성에 당면하게 될 경우 제기되는 위험성을 사회법적 법규정을 통한 보장으로 대처해야 한다며 나름대로 그 실제적인 방법을 제안했던 것이다. 이 당시 제기된 제안들로 언급할 만한 것으로는, 1984년 공공 및 민간 부조를 위한 독일연합과 1983년도 민간 복지사업 증진 위원회의 제안 등이 있다. 제 3단계에 들어서면서 연방정부와 각 주 정부 및 연방의회에서는 비로소 법률초안에 착수하기 시작하였다.

1989년 이후부터 시작되는 제 4단계에서는 의료개혁법을 통한 의료보험개혁의 범위 안에서 최초의 구체적 해결방안을 도입하기에 이르렀다. 이때 심각한 수발 대상자에 대한 재가수발 및 의료보험 가입자들에 대한 단기 수발서비스가 도입되었다. 이를 통해서 수발이 기존의 사회부조 영역으로부터 사회보험의 영역으로 이전되게 된 것이다. 그리고 끝으로 제 5단계에서는 여러 가지 해결방안을 두고 논란이 벌어진 시기라 할 수 있다. 논란의 핵심은 수발문제를 사회보험을 통해서 해결해야 하느냐 아니면, 민간분야의 사보험(社保險)을 통해서 해결해야 하느냐 하는 것이었다.

이처럼 수발을 요하는 사람들이 늘어남에 따라 재정적 부담이 늘어나고, 그에 대한 대책이 필요하다는 사실에 대해서는 모든 정당이 인정하였다. 하지만 그 해결 방법에 있어서는 각 정당의 성격에 따라 달랐다. 가장 극단적으로 대조를 이룬 것이 기업과 중소기업인을 대변한다는 자민당(FDP)과 환경단체이면서 정당인 녹색당(Die Grüne)이었다. 자민당에서는 따로 기업에 부담을 줄 수밖에 없는 사회보험으로서의 수발보험에 반대하면서 사적 보험을 통한 개인적 차원의 해결에 방향을 두었던 데 반해서, 녹색당에서는 가난한 사람들에게는 보험료마저 부담을 줄 수 있기 때문에 세금을 통해서 해결해야 한다고 주장했던 것이다. 지역적으로는 바덴-뷔어템베르크(Baden-Württemberg) 주에서 자민당의 의견에 동조하고 나섰다. 한편 녹색당의 세금에 의한 재원충당의 안은 이미 오래 전부터 제기된 것이었지만, 논의의 5단계에 들어섰을 무렵에는 더 이상 고려의 대상이 되지 않았다. 결국 이들에 비해 중도적인 입장이던 당시 집권연합 기민련/기사련(CDU/CSU)와 제일야당 사민당(SPD)은 중도적인 해결방법으로 수발보험을 선택했고, 세정당이 절대다수를 차지하고 있었기 때문에 법의 제정에 성공할 수 있었다(Altenhilfe, 1997).

그렇지만 다수의 표결에 의한 입법기관의 결정으로 문제가 모두 해결된 것은 아니었다. 계속

해서 수발보험으로 부담이 훨씬 커진 경영자 단체와 기업들에서 반발을 하고 나선 것이다. 즉 고용자, 기민련-경제자문위원회, 기민련의 중상층 연합에 의하면 노동관계와 노후 수발은 전혀 관련이 없고, 또 당시의 복지수준 관점에서는 스스로 해결이 가능했기 때문에 수발보험을 위한 고용자의 부담에는 전혀 객관적인 근거가 없다는 주장이었다. 그리고 협상의 진행과정에서 타협안으로 고용주들은 경쟁과 고용이라는 측면에서 가중되는 임금부대비용의 위험성에 관해 고용자부담액의 보상을 요구했다. 즉 수발보험을 사회보험으로 처리함으로써 기업이 절반의 비용을 부담하는 대신에 법정 공휴일 중 적어도 1일 내지 2일을 줄이고 아울러 지금까지 병가시 일정 기간 100% 지급하던 월급도 감소일을 도입하여 고용자의 부담을 적당한 형태로 보상해야 한다고 나선 것이다. 물론 이에 대해서는 노동계에서 적극적인 반대의 입장을 표명하며 나섰고, 이러한 노사의 대치상황으로 자칫 수발보험 자체가 무산될 위기에까지 도달했다. 하지만 결국 기업의 요구가 상당부분 받아들여지는 것으로 타협이 이루어지면서 수발보험은 20년 넘는 잉태기간을 거쳐 마침내 모습을 드러낸 것이다.

1998년도 선거에서 집권당이 된 사민당과 녹색당은 선거 전부터 기민련과 기사련의 수발보험 정책에 대한 비판과 선거공약을 바탕으로 다음과 같은 정책에 주안점을 두고 있다. 첫째, 수발보험의 재정을 지속적으로 안정시키기 위해서 적절한 보험료의 정산과 부분적인 주식발행 등을 추진한다. 둘째, 수발 서비스의 개선을 현실적으로 도모한다. 셋째, 사회법에 입각한 수발보험과 의료보험 및 사회부조와 관련된 업무분담의 효율성을 조사하여 필요한 경우 재조정한다. 넷째, 수발시설에서의 의료치료를 수반한 수발의 경우 의료보험에서 그 시설의 도입과 운영을 맡도록 조정한다.

3. 수발보험의 시행 현황

수발보험은 1995/96년부터 시행되어 1997년 말까지 수발을 요하는 1백7십만 명에게 여러 가지 수발서비스를 실시하였다. 1999년 현재 수발보험료는 월급의 1.7%에 해당되며 사용자와 근로자 양측에서 똑같이 50% 부담하고 있다⁵⁾. 그 당시 보험료에 대한 정치권의 의견은 여권 연합에서조차 분분하였다. 연정의 한 축을 이루고 있던 자민당의 경우 기업의 임금 외 비용을 경감시켜주기 위해서 기업 부담부분을 1.5%로 하자는 의견이었지만, 기민련과 기사련에서는 늘어나는 노령인구와 감소되는 노동인구의 추세를 감안할 때 수발보험에 대한 부

5) 1995년 보험료율은 1%였으며 1996년 7월부터 1.7%로 인상되었다.

담부분이 2000년부터는 벌써 1.87%까지 늘어나야만 하는 상황을 들어 반대하였다. 결국 여당 내의 다수 의견에 따라 1.7%로 결정되었다. 전(前) 노동부장관 Norbert Blüm은 수발보험 시행 결과에 대해 매우 긍정적인 평가를 하였지만, 반면에 그 당시 야당이나 복지재단 및 수발 대상자들의 평가는 매우 비판적이었다. Blüm의 긍정적인 평가 중에서 수발대상자들의 상황이 개선되었다는 것은 논외로 하더라도 수발보험 실시 이전에 수발과 관련한 비용의 대부분을 부담하던 각 행정구역의 부담이 연간 100억 내지 110억 마르크 정도 경감될 수 있다는 점은 분명한 현실로 입증되고 있다.

1) 적용대상 및 보험료

강제성을 띄는 사회보험의 성격에 따라 법적 의료보험에 가입된 사람이면 누구나 수발보험에 들 수 있으며 또 들어야 할 의무가 있다. 사실 의료보험에 가입한 사람이라 하더라도 이 의무에서 제외되진 않는다. 이들의 경우는 법으로 인정된 시설 수발보험에 가입하거나 아니면 의료보험사에서 수발에 대한 보장을 한다는 계약을 체결하고 이를 증명하면 공적 수발보험에서 제외될 수 있었다⁶⁾. 물론 이 경우에도 보험금의 절반에 해당하는 금액은 고용주에게 청구하여 받을 수 있다. 법적 의료보험인 경우에도 의무 가입자가 아닌 임의 가입자인 경우에 고용자로부터 보험금의 절반을 받는다. 동시에 여러 군데에서 일을 할 경우 해당 고용자들은 비율에 따라 부담금을 나누게 된다. 연금을 받아 생활을 하고 있는 연금 생활자들의 경우도 보험에 들어야 하는데, 이때 보험료는 연금 지급 분에서 절반이 원천 징수되고 나머지 절반은 보험사가 부담한다. 기타 다른 사회보장의 구호제도에서 혜택을 받고 있는 사람들로써, 예를 들어 실직자, 장애인, 재할자 등도 본인과 각 해당 담당창구에서 절반씩 부담하여 보험에 가입하게 되어 있다. 1995년 1월 1일 이전에 이미 수발시설에 거주하고 있는 사람들의 경우는 1996년 7월 1일자로 시설 수발보험이 실시될 때까지는 보험금을 내지 않아도 상관이었다. 단, 가족이 있고 그 가족이 의료보험에 들어있는 경우에는 예외로 하였다(BMAuS, 1994: 10).

2) 수발보험의 재정과 서비스의 종류

수발보험은 다른 사회보험과 마찬가지로 보험료에 의해 운영되며, 가입자 및 사용자 각각 50%씩 보험료를 납부하게 되어 있다. 보험료는 기존의 공적 의료보험에서와 같이 소득상한선(1995년 기준 월 5,850 마르크) 이내의 소득에 대해 부과된다. 수발보험을 운영하는데 소요되는 비용부담은 시설비용과 운영비용을 구분하는 이원적 재원조달방식(Dual- Finanzierungssystem)으

6) 공적수발보험 가입자는 1995년의 경우 전체국민의 약 92%, 사적수발보험 가입자는 8%가량이 되고 있다.

로 다음과 같이 처리되고 있다. 첫째, 수발시설의 설치를 위한 투자비용은 주 정부에서 부담하도록 한다. 투자시설비용을 주 정부에서 부담하는 주된 이유는 제도의 도입에 따라 야기되는 국가적 차원의 비용이 사회보험의 재정으로 전가되는 문제를 해결하기 위한 것이다. 종전 경제적 능력이 없는 만성질환자의 수발비용은 주 정부의 재원으로 운영되는 사회부조제도를 통해 해결해 왔기 때문이다. 둘째, 제도의 운영비용은 수발보험에서 부담하도록 하고 있다. 이에 따라 수발보험은 요양시설의 운영자와 체결한 수발급여 요율표에 의거하여 수발비용을 지급해야 한다. 아울러 수발보험의 전면적 도입에 따른 경제적 충격과 관리운영상의 문제점을 고려하여 급여는 단계적으로 확대하도록 하여 1995년 1월 1일부터 전체 적용대상자로부터의 보험료 징수가 시작되었고, 1995년 4월 1일부터 1단계로서 재택수발에 대한 급여부터 지급되었다. 그리고 1996년 7월 1일부터 2단계로 시설수발자에 대해서도 급여를 확대 실시하고 있다.

수발보험의 급여는 재택수발 서비스와 시설수발서비스로 구분되며, 현물급여와 현금급여가 제공되고 있다. 급여는 수발행위로 발생하는 비용의 일부를 부담하는 것을 원칙으로 한다. 재택수발은 가족이나 친지 혹은 방문수발요원을 활용하고 이에 소요되는 비용을 지원함으로써 전체적인 비용부담을 줄이고 나아가 가족 구성원간 연대의식을 제고하고자 하는 데 주된 목적이 있다. 가족에 의한 수발행위는 수급자의 심리적 안정뿐만 아니라 시설수발에 비해 비용을 절약할 수 있다는 두 가지 장점을 가지고 있다. 따라서 시설수발은 상태의 심각성 그리고 보호가족의 존재여부를 고려하여 가급적 제한적으로 제공된다.

수발서비스 수급자는 일상활동 및 사회활동에 상당한 제약을 받으며, 타인의 도움을 필요로 하는 사람을 가리킨다. 그러나 이러한 도움은 환자에 대한 치료 또는 의료적 차원의 보호와는 달리 수급자의 일상생활 및 사회활동 능력을 지원하기 위한 기초수발 서비스를 의미한다. 통상적으로 수발행위에 속하는 것들로써 다음과 같은 사항들이 있다.

- ① 신체수발 : 세수, 샤워, 목욕, 양치질, 면도질, 머리손질, 대소변
- ② 영양섭취수발 : 적절한 음식준비, 식사제공, 특별한 식이요법
- ③ 활동수발 : 기상, 잠자리정리, 옷 입고 벗기, 걷기 또는 계단 오르기, 외출
- ④ 가사수발 : 시장보기, 요리, 청소, 설거지, 각종 빨래거리교체와 세탁, 그리고 난방(Kile, 1995 : 17 ; 이성기, 1997 : 127-128, 재인용).

4. 수발보험 혜택의 범위

수발의 대상자란 육체적·정신적·영적 질병이나 장애 혹은 노화로 인해서 정기적 또는 반복

적인 일상생활을 처리하는 데 다른 사람의 도움을 필요로 하는 사람을 말한다. 그 원인이 되는 질병 또는 장애는 첫째 지지 및 거동기관의 상실, 마비 또는 기타 기능장애가 있고, 둘째 내과기관이나 감각기관의 기능장애를 가리킨다. 그리고 마지막 셋째는 중추신경계나 심리적 장애, 노이로제 및 정신적 장애 등을 꼽을 수 있다.

이러한 장애나 노화로 인해 독자적인 생활을 하기 위해 불가피하게 다른 사람의 도움을 필요로 하는 사람들을 집에서 수발하는 것이 재택수발 활동이다. 수발보험법에 따르면 이러한 재택수발 활동을 지원하고 수발 활동으로 인해 자신의 생계활동을 전적으로 또는 부분적으로 포기해야 하는 수발 담당자에 대해서도 보다 나은 사회보장을 제공하고자 한다. 수발 담당자란 직업적으로 수발을 위한 교육을 받은 전문요원이 아니면서 수발을 하는 일반적인 사람들을 의미하며, 이들이 수발 활동을 인정받기 위해서는 주당 최소 14시간 이상의 재택 수발행위가 확인될 수 있어야 한다. 이렇게 수발 활동자로 인정을 받은 사람이 수발 활동으로 인해 주당 30시간 이상의 생계 활동을 하지 못하는 경우에는 연금보험과 산재보험의 보험료를 수발보험사에서 지불하게 되어 있다. 지불되는 금액의 정도는 수발의 심도와 그에 따른 불가피한 수발 활동의 범위에 따라 달리 산정된다. 그밖에 수발행위로 인한 보호자의 정신적, 육체적 부담을 감안하여 연간 4주 이내의 휴가를 보장하고 있다⁷⁾.

독일 정부의 통계에 따르면 새로운 수발보험의 혜택을 받는 사람은 95만 명이며, 그중 상당 정도의 수발을 요하는 50만 명의 경우 월 400마르크의 수발비용 혹은 현물급여를 택할 경우에는 750마르크에 해당하는 혜택을 받게 되었다. 시설 수발을 받고 있는 45만 명의 경우에도 월 2,800마르크까지 혜택을 받고 있다. 또 현저한 정도의 수발을 요하는 50만 명의 경우 수발보험이 발효되기 전까지는 의료보험에서 월 400마르크를 받아왔는데, 이제는 800마르크의 현금 수발비용

7) 수발보험법의 등급 기준은 다음과 같이 세 가지 정도로 구분하고 있다.

- ① 1등급 수발: 상당한 정도의 수발을 요구하는 경우이다. 신체수발, 영양섭취 또는 활동에 관련하여 한 가지 이상의 분야에서 최소한 매일 한번 이상 다른 사람의 도움을 필요로 한 경우 월 750마르크의 현물급여를 지급받을 수 있다. 또한 주당 몇 차례 가사일과 관련한 도움을 필요로 하는 경우에 수발행위자의 기회비용에 대한 보상으로 월 400마르크가 지급된다.
- ② 2등급 수발: 현저한 정도의 수발을 요구하는 경우이다. 신체수발, 영양섭취 또는 활동에 관련하여 한 가지 이상의 분야에서 최소한 매일 세 번 이상 다른 사람의 도움을 필요로 할 경우 월 1,800마르크의 현물급여를 지급 받을 수 있다. 이밖에 주당 몇 차례 가사일과 관련한 도움을 필요로 하는 경우에도 수발행위자의 기회비용에 대한 보상으로 월 800마르크가 지급된다.
- ③ 3등급 수발: 심각한 정도의 수발을 요구하는 경우이다. 신체수발, 영양섭취 또는 활동에 관련하여 한 가지 이상의 분야에서 매일 24시간(야간에도 마찬가지로) 다른 사람의 도움을 필요로 할 경우 월 2,800마르크의 현물급여를 지급 받을 수 있다. 이에 더하여 주당 몇 차례 가사일과 관련한 도움을 필요로 하는 경우에 수발행위자의 기회비용에 대한 보상으로 월 1,300마르크가 지급된다.

이나 1,800마르크의 현물급여 혜택을 받고 있다. 심각한 정도의 수발을 요하는 20만 명은 지금까지 의료보험에서 월 400마르크를 받아 왔지만, 1,300마르크의 수발비용이나 2,800마르크의 현물급여 혜택을 받게 된다. 재택수발의 경우 여기에 재택수발요원, 대리수발요원과 주간 및 야간수발의 혜택도 받을 수 있다.

물론 시설요양의 경우 전체 비용 중 월 2,800마르크까지 현물급여의 형태로 지급되지만, 수발을 절대적으로 필요로 하는 사람에 대해서는 예외적으로 월 3,300마르크까지 지급이 가능하다. 입원비용은 원칙적으로 수급자 또는 그 가족이 부담하도록 하고 있는데, 그 이유는 수발보험사에서 의학적, 과학적 전문지식과 기술 및 시설을 충당하여 양질의 수발서비스를 지속적으로 제공하는 것을 의무로 하고 있기 때문이다. 수발보험사는 시설의 정도에 대한 평가를 바탕으로 수발서비스 공급자들과 서비스계약 및 상환협정을 체결하게 된다. 공급자의 선택에는 민간, 자선단체 및 공공복지 제공자간의 완전한 경쟁원리가 적용된다.

5. 수발보험조합의 업무

공적 수발보험을 담당하는 것은 수발보험조합으로 기존 의료보험조합에 병행하여 설치된다. 의료보험조합의 자체 행정조직이 동시에 수발보험의 업무까지 관할하는데, 수발에 직접적인 관련이 있는 업무들을 살펴보면 다음과 같이 8가지 정도로 구분할 수 있다. ① 방문 수발, ② 대리 수발, ③ 주·야간 수발과 단기수발, ④ 재택수발의 감독, ⑤ 수발의 확정 및 절차, ⑥ 시설수발의 비용 분담, ⑦ 재할 업무, ⑧ 기타 업무사항 등.

그 밖에 수발 담당자를 지원하고 재택 수발의 질을 개선하기 위해서 수발보험사에서는 수발코스를 제공하여, 수발의 수월함과 개선을 위한 지식과 상담을 중재하기도 한다(<표-2> 참조). 이처럼 재택수발을 우선하는 수발보험의 취지와 맞물려 의료보험 분야에서 추진되는 것이 의학적 재활활동의 유동화 정책이다. 의학적 재활활동의 유동화는 첫째 현재 시설에서 수행되고 있는 재활서비스를 부분 시설서비스 혹은 방문서비스를 통해 대체하는 것, 둘째 시설 서비스를 비 시설 서비스를 통해 치료를 계속하고 보충하는 것으로 경우에 따라서는 시설서비스에 더하여 후속 서비스를 추가하는 것, 그리고 셋째 시설이 주거지역에서 거리가 멀리 떨어져 있는 사람들에게 방문 서비스를 통해 재활 서비스를 제공하는 것 등으로 정리될 수 있다(Altenhilfe, 1997: 37). 수발보험이 오랫동안의 논란과 시험을 거쳤듯이 이러한 재활서비스의 유동화 역시 아직은 시험 운영상태라 할 수 있다⁸⁾.

8) 그 한 예로서 바덴-뷔어템베르크(Baden-Württemberg) 주 정부의 경우를 살펴보면, 법적 의무보험 주무부

<표-2> 수발보험법에 따른 서비스의 구분

수발의 종류	서비스 분야
재택수발	수발과 관련한 현금급여서비스
	수발비용 현금급여
	수발보조서비스
	수발강좌
	수발행위자에 대한 사회적 보장
부분시설수발	주간 및 야간 수발서비스(Tages- und Nachtpflege)
시설수발	단기수발(Kurzzeitpflege)
	시설수발(Heimpflege)

자료: Klie, T., 「Pflegeversicherung」, Hannover, 1996: 21.

III. 수발보험의 문제점

1. 시행상의 문제들

현재까지 수발보험의 시행과정에서 드러난 문제점 중에서 가장 큰 현실적인 문제는 수발 정도의 등급판정이라 할 수 있다. 수발의 필요성 및 심각성 등 등급과 관련한 결정은 수발 보험사의 의료서비스 부서에 근무하는 전문가와 가정의, 간호사 및 사회복지사, 심리학자 등에 의해서 이루어진다. 이때 질환의 병력, 평가, 담당의사의 소견 등이 고려되지만, 결정적인 판단은 의료서비스 부서의 전적인 책임이며 보통 수급자의 검사 결과를 기초로 판단

서, 각 지역행정구, 복지단체 연맹 등과 합동으로 의료보험의 의료 서비스, 노쇠 및 노인병과 관련한 시설 재활 서비스의 유통화, 즉 방문서비스로의 전환 가능성을 여러 가지 체계를 이용하여 시험, 연구한바 있다. 그 중에서 노인과 관련된 부분만 살펴본다면, 우선 재활서비스 대상자 전체의 20%를 방문서비스로 전환시키기로 하였다는 점이다. 그러기 위해서 바덴-뷔어템베르크 주 정부에서는 무엇보다 먼저 의료시술과 관련한 주의 법률 변경을 비롯한 각종 구조적 전제들을 해결하고, 기존의 시설 재활서비스 혹은 부분 시설 재활서비스 대상자들의 일부를 주거지 근처에 위치한 시설 및 병원에서의 방문서비스로 전환하여 1년간 시험 서비스를 실시하였다. 이 시험서비스 결과 5명 중 4명에게서 긍정적인 효과를 확인할 수 있었는데, 이들의 자체행동능력, 즉 보행, 거동, 의사소통 등의 능력이 향상되었고 통증도 경감된 것으로 나타났다. 특히 성과가 좋은 경우에는 재활을 위한 시설에 거주하면서 기존의 재활서비스를 보완하고 보충하는 방문서비스를 한 경우였는데, 이 경우 중세가 호전된 것이 88%에 이르렀다(Altenhilfe, 1997: 38).

하고 있다. 그런데 등급에 대한 판정은 수발보험이 시작되면서부터 문제가 제기 되었는데, 그것은 수발등급의 판정을 받거나 혹은 새로이 재택이나 시설수발을 원하는 신청자들의 수에 비해서 담당 의사의 수가 턱없이 부족하여 한없이 기다려야 한다는 점과 다시 그 판정에 일관성이 없고 현실과 동떨어진 판정이 적지 않다는 것이다. 그에 따라 수발보험에서 지급 되는 수발비용이 현실적으로 부족하고, 심지어는 오히려 사회부조를 받던 때보다 훨씬 미치지 못하는 경우가 발생되고 있다. 수발보험 시행 4년을 거치면서 전체적으로 어느 정도 개선의 노력이 있긴 하지만 아직은 만족할만한 수준에는 이르지 못한 것이다.

특히 법적 의무보험의 경우가 불만이 보다 더 심한 것으로 나타났고, 이에 비해서 민간보험에서는 상당한 정도의 개선이 있는 것으로 인정받고 있다. 한 예로 민간 의료보험사(PKV)인 메딕프로프(Medicproop)와 법적 의무 의료보험(MDK)을 비교한 결과, 메딕프로프사의 경우 자체 의사들을 등급 판정요원으로 활용하고, 나아가 직장 의료서비스(BaD)를 인수하면서 등급 판정 의사 요원을 400명에서 932명으로 확대할 수 있었다. 그에 따라 그간 끊임없이 비판의 대상이 되었던 등급 판정기간이 괄목할 정도로 단축되었고 또 등급판정의 효율성을 제고하기 위해서 지금까지 대략 400명의 판정 의사들을 교체하였는데, 그 교체를 위한 판정의 근거는 바로 개개 의사들의 등급판정 행위의 효율성이었다는 점이다. 효율성의 제고를 위해서는 등급 판정의 차후 활용가능성이 중요하다. 즉, 일정한 기준으로 작용할 수 있어야 한다는 사실이다. 그 결과 PKV 보험사는 등급판정의 표준 기준 안을 마련하였고, 그 기준에 의해 내리는 판정의 수당은 건당 160 마르크며, 40km이상의 거리를 왕진하였을 경우 그에 해당하는 교통비가 추가로 지급되고 있다. 현재 PKV 소속 의사들의 등급 판정 건수는 월 평균 10건이라고 하며, 앞으로 전체 등급판정 건수는 연간 90,000건 내지 100,000건에 달할 것이라고 예상하고 있다.

민간 수발보험사와 법적 수발보험의 차이는 등급 판정에만 한정되지 않고 수발 신청에 대한 기각율에 있어서도 상당한 차이를 보여주고 있다. 현재 민간 수발보험사 가입자의 수는 8백만으로 그 중 수발서비스 수혜자는 1십4만명으로 집계되고 있다. PKV 보험사에 수발을 신청한 사람들에 대한 기각율을 보면, 우선 재가수발 신청자의 경우 15.6%, 시설수발 신청자의 경우 10.8%로 집계되었다. 이에 비해서 법적 수발보험인 MDK의 경우 재가수발 신청자의 28%, 시설수발 신청자의 23.8%가 기각되었다. 평균 두 배 이상 법적 수발보험의 기각율이 높았던 것이다. 뿐만 아니라 지역에 따른 등급의 편차 역시도 PKV의 경우가 MDK에 비해서 적었다는 사실이 수발보험 시행에서 문제로 제기되고 있다(Altenhilfe, 1998).

이에 따라서 우선 등급판정을 위한 명확한 기준과 함께 수발등급 판정에 종사할 수 있는 인력의 수급, 보다 신속한 등급판정을 가능케 하는 절차의 간소화 조치 및 이를 위한 법적 개선이 시급히 요구되는 것으로 보인다.

2. 법과 개념상의 문제들

사회법 XI 에 대해서도 여러 가지 논란이 있지만, 대표적으로 몇 가지만 정리하면 다음과 같다. 첫째, 대상에 대한 법적 규정이 선택적이면서 모호하다는 점이다. 수발을 필요로 하는 경우와 입원을 필요로 하는 경우, 병으로 인한 수발의 필요성과 노화에 따른 혹은 치매나 정신질환에 따른 수발 등에서 각 경우의 부분적 수발요구를 수발보험이 모두 다 해결할 수도 없고 또 그리 하려고 해서도 안되는데, 이에 대한 명확한 구분이 없다. 그에 따라 법의 현실적 적용에서 담당자의 주관이 개입될 여지가 큰 것이다. 둘째, 수발보험법에서 관련 직업에 관한 규정은 지나칠 정도로 실제 수발을 담당하는 사람들에게 집중되어 있어서, 그에 못지 않게 중요한 운영자, 사회사업 및 치료사 등이 소홀히 다루어져 있다. 셋째, 수발서비스 및 시설에 관한 규정에서 수발 대상자의 개입권이 지나치게 한정되어 있어, 보다 민주적인 방향으로의 개정이 필요하다. 넷째, 사회복지 활동이나 복지문화 등에 있어서 가장 중요한 지역사회 복지단체들의 참여를 유도하거나 활동을 지원할 수 있는 법적 규정이 포함되지 않았다는 점들을 들 수 있다.

IV. 나오는 말

의료기술의 발달과 함께 평균수명은 연장되는 한편 인구증가율은 갈수록 감소하면서 고령화 사회로 넘어가는 것이 산업사회의 일반적인 현상이다. 이미 '70년대 후반부터 이러한 문제가 토론의 대상으로 떠오른 독일에서는 기존의 사회보험을 통해서도 도저히 증가하는 재원을 충당하기 어렵다는 현실을 감안하여 이를 수발보험을 통해서 해결하려는 시도를 하게 되었다. 1995년도 제정된 수발보험법은 질병이나 실직 혹은 정년을 위한 보험과 마찬가지로 사회적 의무보험의 일종으로, 수발에 소요되는 비용을 보험을 통해서 해결하자는 취지라 할 수 있다. 일찍이 사회보험과 사회부조를 통한 사회보장이 상당 수준에 이른 상태였음에도 불구하고 이들이 수발보험이라는 또 다른 법적 보험을 도입하게 된 것은 그만큼 노인인구 비율의 증가에 따른 수발의

비용이 만만치 않다는 것을 반증한다고 볼 수 있다.

수발보험법이 새로이 제정된 것은 노인문제에 대한 이러한 심각성과 동독지역에 대한 투자에 따른 재정상의 압박이 중요한 원인이 될 것이다. 그런데 가입자의 보험료 납부로 인한 재정충당이 일정 단계에 이르지 못한 현재로서는 여러 가지가 전에 비해 오히려 더 불리한 상황을 맞는 노인들이 많이 생겨날 수밖에 없다. 그렇지만 동독지역에 대한 투자의 요구가 줄어들고 일정 정도의 경제적 회복이 따를 경우 독일의 노인정책은 수발보험법과 더불어 보다 보장된 노후생활을 보장할 수 있을 것으로 전망된다.

독일의 사회보장 정책이 아직도 문제점이 없어 보이지 않지만, 그럼에도 우리가 배워야 할 점이 적지 않은데 그것은 사회보장형 보험을 통해서 재산의 사회적 재분배를 일정정도 담보해내고 있고 무엇보다 앞으로 다가올 문제에 대한 심도 깊은 논의와 정책적 대안이 때맞추어 실현되고 있다는 점이다. 수발의 문제가 아직까지 개인적 차원에 머물러 있을 뿐만 아니라 수발과 관련한 의료시설과 수용시설, 주거시설 및 기타 사회 인프라시설 등을 포함한 전반적 대비가 뒤떨어진 우리 나라의 경우 독일을 비롯한 선진사회의 미래를 위한 토론과 정책들은 적지 않은 도움이 될 것이다.

물론 독일의 수발보험과 같은 제도가 우리 정책에 그대로 적용되는 것은 가능하지도 또 바람직하지도 않을 것이다. 특히 아직 의료보험과 연금보험조차 제대로 정착되어 있지 않은 현실에서 수발보험 제도가 적용된다면 재정적인 면과 인적 활용 등의 문제가 심각해질 것이 분명하다. 위에서 살펴본 것처럼 제도적 바탕이 우리보다 훨씬 잘 갖추어져 있는 독일에서조차 법적 수발보험만으로는 여전히 문제가 있으며, 오히려 어떤 점에서는 민간 보험에 비해서도 뒤떨어진 면도 없지 않다. 따라서 국가 차원에서 모든 문제를 해결하려고 해서는 안될 것이고, 또 그럴 수도 없을 것이다. 그렇지만 해결책 모색이라는 큰 그림은 역시 국가 또는 사회의 몫이라 하지 않을 수 없다. 그리고 무엇보다도 우리 실정에 맞는 해결책을 모색해야 할 것이고, 해결책의 모색에 앞서서 먼저 노년 인구비율의 증가라는 문제가 어떤 의미를 갖는지에 대한 인식이 확산되어야 할 것이다⁹⁾.

이제 수발보험제도가 한국적 상황에서 얼마나 효과성을 보여 줄 수 있는지는 실험집단의 연구 결과를 통해서 한국적 수발보험 제도의 기준 안이 나와야 할 것이다. 이와 관련하여 우리 나라의 실정에 적합한 해결책을 모색하는 것은 우리 모두의 과제라고 생각된다.

9) 왜냐하면 우리 나라의 경우도 2020년경에는 65세 이상의 인구가 13.2%로 예상되어 급속한 고령사회를 향할 수 있기 때문이다. 더욱이 가족들의 핵가족화나 여성에 사회참여 확대 그리고 부양의식의 변화 등은 서구에 비해 가족수발 의존도가 높은 우리의 실정에 비추어 앞으로 심각한 사회문제가 될 수 있을 것이다.

참고문헌

- 김근홍. (1996). "독일의 노인복지관련법". 노인복지정책연구 3호. 서울: 한국노인문제연구소
- 김근홍. (1999). 노인복지론. 안양: 성결대학교출판부
- 이성기. (1997). "장기요양급여에 관한 고찰". 사회복지정책 4집. 서울: 한국사회복지정책학회.
- 통계청. (1998). 국제통계연감, 서울: 통계청
- 하재실, (1998). "노인보건복지정책의 현황 및 정책방향". 보건복지포럼 25호, 서울: 한국보건사회연구원.
- "Altenhilfe". (1997). DZA (Deutsches Zentrum für Altersfrage e.V.). Okt. 24.
- "Altenhilfe". (1998). DZA (Deutsches Zentrum für Altersfrage e.V.). Juli/Aug. 25.
- "AWO-Magazin". (1996). AWO (Arbeiterwohlfahrt). Aug. 8.
- Baumgartl, Birgit. (1997). *Altersbilder und Altenhilfe*. Darmstadt.
- BFSFuJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (ed). (1995). *Richtlinien für den Bundesaltenplan*. Bonn.
- BMAuS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (ed). (1994). *Pflegeversicherung kommt*, Bonn.
- Harenberg, Bodo (ed). (1998). *Aktuell · 99*. Dortmund
- Kim, Keun-Hong. (1996). *Lebenslagen und Freizeit im Alter*. Frankfurt/M.
- Klie, Thomas. (1996). *Pflegeversicherung*, Hannover.
- Opaschowski, H. W., (1998). *Leben zwischen Muß und Muße*, Frankfurt.
- Statistisches Bundesamt (ed). (1997). *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*, Wiesbaden.