

모건 서비스 부문의 민영화에 대한 비판적 고찰

- 영국과 미국의 경험을 중심으로 -

우 국 회*

I. 문제 제기	IV. 민영화와 지역사회보호
II. 의료비 억제책과 민영화	-이데올로기적 차원
III. 사적 시장의 증가 배경 - 정책적 차원	V. 결론 및 제언

I. 문제 제기

1970년대 중반 이후, 서구 복지 선진국에서 나타나기 시작한 재정적 위기는 확대일로에 있는 공공지출 규모에 대한 우려와 함께 공공지출의 삭감을 통한 정부 역할의 축소를 논의하게 하였다. 그간 복지국가의 주요 기반이 되어 왔던 경제 성장은 세계적으로 불어닥친 오일 쇼크 파동에 직접적인 영향을 받았으며, 그 뒤를 이은 높은 인플레이션과 실업률, 증가하는 조세 저항 등의 현상은 공공지출의 확대를 더이상 어렵게 하였다. 오히려 공공지출이 경제적 실패의 주원인으로 간주되어 각 나라마다 그 규모의 축소를 직접적으로 시도하는 현상이 일어났다.

추진된 정책 중 대표적인 것으로는 사적 시장부문의 급속한 확대 정책을 들 수 있다. 사적부문의 증가는 민영화(privatization)로 특징지어지며, 이는 '80년대 복지국가 논쟁의 주요 이슈가 될 정도로 하나의 붐을 불러 일으켰다. 민영화는 그 본래 의미가 공공자산의 판매이나, 이를 복지 서비스 부문에 적용시킬 때는 이전에 공공서비스 기구에 의해 수행되던 재화나 서비스 생산활동이 사적 조직으로 영구히 이전되거나 사적

* 서울대학교 사회복지학과 박사과정

부문의 역할이 증대되는 것을 의미한다.”

그런데 재화나 서비스 공급면에서의 역할 변화라는 식만으로는 각각에서 다양하게 전개되고 있는 이 현상을 충분히 파악할 수 없다. 현상적으로 민영화는 복지시장에 대한 국가 개입 형태에 따라 그 기제가 다양하다. 민영화의 내용을 좀더 구체적으로 살펴 보면, ① 시장 급여의 일반적 확대와 법정 시설의 폐쇄, ② 영구 임대주택, 학교, 병원 등과 같은 공공자산의 판매, ③ 공공 서비스 전부 또는 일부를 민간기관에 청부, ④ 법정 서비스 수혜자격 기준의 강화, ⑤ 비용분담, 요금제 도입, 보조금 삭감 등을 통한 공적자금의 축소, ⑥ 사적 급여를 증진시키기 위해 고안된 재정적 원조, ⑦ 사적부문에 대한 정부 개입과 감독의 완화 내지 폐지 등이 있다.” 이러한 다양한 민영화 방안들을 통해 볼 때, 사적급여의 확대는 서비스 공급면에서 뿐만 아니라 서비스 보조, 규제면에서의 국가 활동 축소 내지 변화로 이해될 수 있다.”

다양하게 표출되고 있는 민영화는 이제 서구 복지 선진국에서 하나의 유행어이자 일반적인 현상이 되고 있으며, 특히 보건 의료부문에서는 점차 다양해지고 있는 수요와 증대하는 의료비를 충당하기 위해 이의 실시가 계속 추진되고 있다. 보건 서비스비는 최근 가장 크고 급속하게 증대하고 있는 사회지출비 중 하나이다. 모든 복지국가는 이 부문과 관련하여 심각한 재정적 문제에 직면하고 있다. 서방 선진 24개국으로 구성되어 있는 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development : 경제협력기구)는 보건의료부문의 재정적 위기를 타개할 목적으로 일찍부터 이 분야에 대한 본격적인 연구를 진행시켜 왔으며, 연구 결과 전통적인 입원서비스를 대신하는 보다 효율적이고 합리적인 대안적 서비스 도입을 공통된 방향으로 권하고 있다.”

- 1) P. Dunleavy, "Explaining the privatization boom : public choice vs. radical approaches", *Public Administration*, vol.64, no.1, 1986, p.13.
- 2) N. Johnson, *The Welfare State in Transition : The Theory and Practice of Welfare Plualism*, The University of Messachusetts Press, 1987, p.140.
- 3) J. Le Grand & R. Robinson(eds.), *Privatization and the Welfare State*, Allen and Unwin, London, 1984, P.3.

OECD의 보건정책 지침은 주로 노인인구를 대상으로 하는 장기적 건강 관리부문(long-term health care sector)에서의 민영화를 촉진시켰는데, 영국과 미국에서 이러한 현상이 보다 두드러졌다. 양국은 보건의료 체제가 국단적으로 상이함에도 불구하고(민간주도형과 국가주도형) 이 분야에서 민영화로 인한 '의료산업 복합체(medical-industrial complex)' 현상이 나타나고 있다. 특히 1979년 총선 이후 정권을 잡고 있는 영국의 보수주의 정부는 민영화를 정부 지출 규모의 삭감과 정부 역할의 축소 기회로서 환영하고, 효율성, 선택, 자유 경쟁이라는 이데올로기적 기제를 통해 그것을 정당화시킴으로써 이 분야에서의 민영화를 급속도로 증대시켰다.

본고는 보건 서비스 부문에서 민영화가 두드러진, 특히 그 개념의 본래 의미에 가까운 사영리 부문(proprietary sector)의 증대가 현저하게 나타난 영역을 중심으로 양국의 보수주의 정부가 의도했던 바와, 그리고 표면적으로 내세운 정당화 기제가 과연 현실적으로 효과가 있었는지를 고찰해 보고자 한다. 사영리 부문의 개입이 현저했던 영역은 영국에서는 시설보호(residential care)를, 미국에서는 요양원(nursing home)을 꼽을 수 있다. 이들 영역에서 과연 선택의 자유란 명목으로 정당화된 복지 정책이 실제 소비자들의 선택권을 효과적으로 증대시켰는지, 또 그를 빌미로 의도했던 정부의 공공지출 규모가 축소되었는지를 중심으로 살펴볼 것이다. 그리고 이러한 시설과 관련된 정책이 지난 30 여년 동안 영미의 공언된 정책인 지역사회보호(community care)와는 어떤 관계에 있는지를 고찰해 보려 한다. 이같은 작업은 정치적 수사(political rhetoric)와 정책간의 현실적 갭을 밝히는 노력의 일환이다.

본 연구는 현재 우리나라 일부에서 논란이 일고 있는 작은 정부 구상 정책과 관련하여 주요한 시사점을 제공해 줄 수 있으리라 사료된다. '80년대 자본주의 국가들의 보편적 추세인 작은 정부 논의와 맥을 같이 하여 일각에서는 경제와 공공 서비스 부문을 민간부문으로 이전하여 자발성, 창의성, 효율성을 높여야 한다는 주장이 강력히 제기되고 있다.⁴⁾ 경제·사회 부문에서의 정부와 시장의 역할에 대한 이러한 재조정 논의와

4) 齋取照幸, "OECD 제국의 최근 의료비 지출 억제책", 주요국의 의료보장, 의료보험관리공단, 1990, p. 75.

5) 한겨레 신문, 1992년 5월 12일, 5면.

관련하여 서구 복지국가의 경험을 검토하는 작업은 한국 사회복지의 방향 설정에 일면 도움을 제공해 줄 수 있을 것이다.

Ⅱ. 의료비 억제책과 민영화

1. 의료비 억제 정책

지난 30년간 거의 모든 산업국가에서는 보건의료 지출비가 국민 총생산비 보다 급속히 증대되어 왔다. 일반적인 동향을 보면, 1970년에서 1987년까지 의료비의 증가는 영국이 10.5배, 미국이 6.6배로 국민 소득 증가율을 상회했으며, 특히 미국과 같은 경우는 1990년에 들어 12% 까지 상승했는데 이는 다른 산업국가들의 평균치보다 50%나 높은 수치였다.⁶⁾ 이러한 추세는 보건의료에 대한 지출이 국가 수익의 증대에 따라 계속 증가하지는 않을 것이며 어느 정도에서 그 과정이 중단될 것이라는 예측을 무색하게 했다. 그간의 국민소득과 인구 증가율을 감안한다면 의료비의 증대는 과장된 경향이 있으며 오히려 그것이 하나의 환상일 뿐이라는 1956년의 Guillebaud 보고서 결과에⁷⁾ 따라 거의 관심을 받지 못하던 때와는 달리, 대부분의 국가에서는 비용 증대를 현실적으로 인식하고 재정 절감을 위한 새로운 개혁과 새로운 형태의 보건의료 모델 개발이 시급하다는 지적이 일고 있다.

최근들어 보건 지출비를 급격히 증대시키고 있는 요인으로는 국가마다 차이가 있으나, 그 중 중요한 것으로는 인구 중 노령계층 비율의 현저한 증가, 전염성 질환에서 만성질환으로의 질병구조 변화, 의료기술과 장비의 고도화 등을 들 수 있다.⁸⁾ 특히 일반적으로 질병에 걸리기 쉬운 노령인구 비율의 증대는 의료비 급증과 밀접한 관계에 있는데, 실제 노인인구(특히 75세 이상)의 보건 서비스 부문 지출은 노동연령인구의 7배 이상을 소비한다는 연구 결과도 나와 있다.⁹⁾ 또한 노인인구의 절대적 수

6) A. Hartman, "Health Care : Privilege or Entitlement?", *Social Work*, vol. 37, no. 3, 1992. 5, p.195.

7) 이혜영 외, 영국의 사회복지, 서울대 출판부, 1980, pp.118-9.

8) 의료보험관리공단, 주요국의 의료보장, 1990, p.243.

9) R. Robinson, "Restructuring the Welfare State : An Analysis of Public Expenditure, 1979/80-1984/85", *Journal of Social Policy*,

와 그 구성비율의 증가는 병원 중심 의료체제를 더 이상 현대사회에 적합치 못한 것으로 만들어 의료 공급체제의 변화를 유도했다. 즉 노인인구의 증가로 인한 퇴행성 만성질환은 병원에서의 단기적인 치료 또는 입원치료보다는 장기적 관리(long-term care)의 중요성을 부각시켰다.

따라서 증가 일로에 있는 의료비를 억제하기 위해서는 병원건설과 고액 의료기기 도입의 규제, 본인 일부부담의 강화와 같은 의료보험과 보건의서비스 지출면의 억제책뿐만 아니라, 의료서비스 공급면의 조절정책이 무엇보다 중요하게 인식되어 1980년대 들어서는 입원의료 중심 서비스의 수정 작업이 행해지게 되었다. 현재 의료 공급면을 재조정하는 정책으로서 각국이 시도하고 있는 것은 병원 중심의 의료서비스를 중간시설, 낮보호(day care), 시설보호(residential care), 가정봉사 서비스(home help service) 등으로 전환시키는 것이다.

영국은 입원 대체치료의 확대 일환으로 요양원과 같은 시설보호의 확대를 적극 추진하고 있다. 그 방안책으로는 공립요양원의 민영화, 민간요양시설의 활용 확대를 계획하고, 그외 시설보호(residential care) 활용에 따른 조기 퇴원과 지역 환경의 정비 작업을 촉진하고 있다.▪ 마찬가지로 미국 또한 의료시설과 신규 설비 도입에 따른 투자 규제책과 함께, 치료기능보다 간호기능에 중점을 두는 요양원의 양성, 말기환자 간병보호(hospice care) 제도의 도입 등이 추진되고 있다. 이러한 의료공급면의 재조정 작업은 결국 민간 자원의 활용 확대, 공립 요양원이나 시설보호 등의 민영화 정책과 병행하여 실시되고 있으며, 주로 노인인구에 대한 서비스 제공 측면에 초점을 맞추고 있다.

2. 사적 시설의 증가 현황

1979년 이래, 보다 정확히 말해 1979/83년 사이 영국의 보수주의 정부는 민영화가 하나의 주요한 특징으로 거론될 정도로 사적 부문의 엄청난 성장을 경험했다.▪ 노인인구를 대상으로 하는 서비스 부문에서 사적 기관들이 과거 국가가 수행해 온 기능의 상당 부분을 떠맡게 되었던 것

vol. 15, no. 1, 1986, p.16.

10) 국회사무처 입법조사국, 주요국의 의료보장제도, 1989, p.71.

11) P. Brown & R. Sparks (eds.), *Beyond Thatcherism : Social Policy, Politics and Society*, Open University Press, 1989, p.92.

이다. 특히 영리집단의 개입이 두드러진 영역은 시설보호(residential care) 부문으로, 지난 80년대 동안 이 영역은 하나의 산업으로 칭해질 수 있을 정도였다.¹²⁾

아래 <표 1>은 65세 이상 노인을 위한 보호 시설과 수용 인구의 증가 현황을 보여주는 것으로, 이 표를 통해 최근에 일어난 거의 모든 증가가 사적부문에 집중되어 있으며 근 십년 사이 130% 증가했음을 알 수 있다 ('75/'82년은 60%, '82/'84년은 45%). 사적인 영리조직이 급속도로 증가되었음에 비해 지방정부와 비영리조직이 운영하는 시설은 같은 기간 동안 거의 변화를 보이지 않거나 상대적으로 제한된 성장만을 보이고 있다. 그리고 거주 노인 수면에 있어서도 지방정부와 비영리조직이 운영하는 시설은 거의 감소하는 추세에 있는 반면, 영리조직 운영시설의 이용자들은 약 3배의 증가율을 보여주고 있다. 이런 추세가 지속된다는 가정 하에서는 몇 년 걸리지 않아 시설보호의 절반 이상이 사적부문이 될 것이다.

<표 1> 영국에서 65세 이상 시설 거주 노인 수와 시설수의 성장

	1975		1982		1984	
	시설	노인수	시설	노인수	시설	노인수
지방 정부	2459	95113	2662	103668	2673	101996
자원 기관	1091	22454	1119	26116	1132	26005
사적 기관	1770	18759	2830	5839	4090	52675

* Vincent, et. al., op. cit., p.437, 재인용.

사적시설의 일반적인 조직적 특성은 부부 또는 친척과 공동으로 운영하는 소규모 가족사업(family business)이 대부분인데, 평균 거주노인수는 13명 정도이고 소유 병상 수도 20병상 이하가 일반적이다.¹³⁾ 소규모성은 사적 부문의 가장 큰 장점으로,¹⁴⁾ 이는 과거 대규모의 시설보호

12) J. Vincent, et.al., "Choice in Residential Care : Myth and Realities", *Journal of Social Policy*, vol.16, no.4, 1987, p.437.

13) Ibid., p.443.

14) S. Biggs, "Quality of care and the growth of private welfare for old people", *Critical Social Policy*, vol.7, no.2, 1987.

가 갖는 문제점을 극복하는 한 방안이 된다. 국가는 가족보호와 가장 가까운 형태가 소비자들의 인간적 욕구를 가장 잘 충족시켜 준다는 점에서 이를 정책적으로 장려하고 있다. 보수주의 정부는 이런 소규모성이 노인들의 다양한 욕구를 고루 충족시켜 주는데 유리할 뿐만 아니라, 사적부문의 활성화는 시설들간의 경쟁을 유발시켜 양질의 서비스를 제공해 줄 수 있게 하며, 나아가 소비자에게는 자유로이 선택할 수 있는 기회를 확대시켜 준다는 이데올로기로서 사적보호를 옹호했다.

영국과는 달리 자유 진료와 민간 의료보험에 주로 의존하고 있는 미국은 의료공급면에서의 민영화가 갑작스럽게 나타난 현상이 아니다. 오히려 민간부문은 이 영역에서 꾸준히 중요한 역할을 담당해 왔다. 그러나 1965년 이래 지난 20여년 동안 노인과 만성질환자를 대상으로 하는 장기적 건강관리 분야에서는 영국과 마찬가지로 사영리부문의 개입이 보다 현저해졌다. 민간 요양원이 가장 급속한 성장을 보인 시기는 1965/70년 사이로 시설의 수는 140%, 침상 수는 3배 가까이 증가했다.¹⁵⁾ 이 중 70% 이상이 영리추구 시설로서 이러한 비율은 최근까지 계속 유지되어 오고 있다(1985년 당시 75% 이상이 사적 영리조직의 소유, 20%가 자발적 집단이나 병원의 소유, 5%가 정부 소유이다).

사적 부문의 대부분이 소규모 투자자(그렇지만 이들 중 대개가 의사라는 점이 다르다)들의 소유물이라는 점은 영국의 경우와 비슷하나, 양국의 차이점은 점차 이 분야에서 기업이 직접 참여하여 체인을 운영하는 요양시설의 기업화 현상이 미국에서 특히 증대되고 있다는 것이다.¹⁶⁾ 하나의 영리집단이 시설들을 그룹으로 운영하는 체인형태는 1977년에는 28%였으나 1985년에는 전체의 41%로 증대되는 등¹⁷⁾ 이 부문에 있어서 기업화 현상이 두드러지고 있는데, 이는 미국의 보건부문에 있어 최근에

pp. 75-76.

15) N. Gilbert, "Welfare for Profit : Moral, Empirical and Theoretical Perspectives", *Journal of Social Policy*, vol.13, no.1, 1984, p.64.

16) A. Relman, "The New Medical-Industrial Complex", Conrod & Kern(ed.), *Sociology of Health and Illness : A Critical Perspective*, St. Martins Press, N.Y., 1986, p.210.

17) A. Kovner, *Health Care Delivery in The United States*, Springer Publishing Company, N.Y., 1990, p.180.

일어난 가장 중요한 사건으로 언급되기도 한다. 영국의 시설보호 영역이 하나의 산업으로 칭해지는 것과 같이 미국에서도 이 영역의 서비스가 요양원 '산업'(nursing home 'industry')으로¹⁸⁾ 언급되고 있으며, 이 때 산업이라는 용어는 결국 보건 서비스 분야가 독점이윤을 창출하는 하나의 상품이 되어가고 있음을 암시해 준다고 하겠다.

Ⅲ. 사적 시장의 증가 배경

- 정책적 차원

1. 영국

영국의 시설보호 영역에서 사적 영리부문의 증가 시기는 사적부문을 이용하는 사회의존인구에 대한 국가보조의 급속한 확대 시점과 일치한다. 1983년 보건사회보장성(DHSS)은 최저생활을 영위할 소득이 없는 사람들에게만 제공되던 보충급여(supplementary benefit)를 공공시설에의 입소 자격 제한으로 사적시설을 이용해야 하는 노인이나 정신질환자, 신체장애자들에게도 제공될 수 있도록 보충급여법을 변화시켰다.¹⁹⁾ 이 법안의 수정은 사적 시설에 거주하는 사람들에게 전액 없이 많은 비용을 대신 지불해 줄 수 있게 하였으며, 그 결과, 영리집단에 의한 시설보호가 급격한 붐을 일으켰다. 시설보호에 있어 사적 공급을 급성장시킨 직접적인 배경은 바로 이 수혜 범위를 사적 부문에 까지 확대시킨 보충급여법의 수정이라 할 수 있다.

1983년 법안의 수정 이후 보건사회보장성(DHSS)이 보충급여의 형태로 대신 지불해 주고 있는 시설보호 비용은 해마다 상승하여 1978년에 6백만 파운드이던 것이 1985년에는 2억 8천만 파운드로 급증했다. 이 수치는 당시 사회서비스에 대한 국가 지출의 약 10%에 해당하는 것이었다.

18) 전형적인 의료-산업 복합체는 의료기구나 의약품 제조회사가 주된 형태이다. 그러나 최근에는 병원이나 요양원, 가정간호 서비스, 응급의료 영역에서 이윤을 목적으로 하는 기업이 대규모로 출현하고 있는데, 이를 A. Relman은 '신의료-산업 복합체(new medical-industrial complex)'라는 용어로 구별하고 있다.

19) S. Herington, "Private care at public cost : the need for action", *Critical Social Policy*, vol.12, 1985, p.79.

▣ 비용상환의 내용을 좀더 구체적으로 살펴 보면, 시설보호(residential care)요금은 주당 60파운드부터 160파운드에 이르기까지 각 시설마다 다양하다. 그런데 전형적인 요금은 대체로 주당 105파운드이며, 이 비용을 총 자산이 3000파운드 이하인 노인들에게는 전액을 상환해 주고 있다.²⁰ 평균적으로 정부는 상업부분의 노인들에게 110파운드, 최고 120파운드(1986년 기준)라는 전체 요금에 대해 높은 비율을 소유자들에게 대신 상환해 주고 있으며, 사적 시설에 거주하는 노인의 절반 이상이 실제로 이러한 급여의 지원을 받았다.²¹

이를 지방 정부가 운영하는 공공시설의 상황과 비교해 볼 때 그 차이는 매우 놀랍다. 그곳의 노인들에게는 보충급여의 자격이 주어지지 않으며, 단지 주당 30파운드 이하의 간호수당(attendance allowance)만이 제공된다. 그리고 자산이 1200파운드 이상인 사람부터 요금을 지불해야 할뿐만 아니라, 자격 기준은 욕구에 기초하여 사정되고 서비스 요금 지불에 대한 기준도 보건사회보장성(DHSS)의 보충급여 지급기준보다 훨씬 까다로운 자산조사에 기초하고 있다.²² 이러한 복잡한 입회 절차와 까다로운 서류심사는 사회사업가들로 하여금 특정 시설에 클라이언트를 배치시킬 때 공적 기관보다 이용이 간편한 사적 기관을 선호하게 한다.²³ 사회사업가들이 노인들을 사적 기관에 점점 더 많이 의뢰하는 이 현상은 사적 시설의 확충을 유도하는 또 다른 하나의 요인이 되고 있다. 보조금 확대에 의한 사적 부분의 성장은 또한 지방 정부가 그들 자신의 서비스 공급을 개발하려는 동기에 심각한 영향을 미쳤으며, 실제 공공지출의 삭감을 목적으로 하는 중앙 정부의 지방 정부에 대한 지출 제한 요구는 시설 서비스의 공적 급여 축소와 보충급여 수혜자격이 있는 노인들의 사적 부문에로의 이전을 보다 빈번하게 하였다.²⁴

20) E. Papadakis & P. Taylor-Gooby, *The Private Provision of Public Welfare : State, Market and Community*, St. Martin's Press, N.Y., 1987, p. 61.

21) J. Vincent, et. al., *op. cit.*, p.447.

22) B. Jordan, *Rethinking Welfare*, Basil Blackwell LTD., 1987, p.201. E. Papadakis & P. Taylor-Gooby, *op. cit.*, p.36.

23) J. Vincent, et al., *op. cit.*, p.450.

24) *Ibid.*, p.450.

25) R. Robinson, *op. cit.*, p.16.

이상의 내용을 통해 볼 때, 보건사회보장성에 의한 주당 110파운드 이상의 높은 비용 지불이 확실히 보장되고, 입소 노인들에게는 숙식수당 (board & lodging allowance)의 명목으로 제공되는 보충급여에 부가해 간호수당(attendance allowance)이 제공됨에 따라 이윤 획득을 목표로 하는 영리 조직이 이 분야에 개입한 것은 당연지사이다. 사영리 시설 중 보충급여의 수혜자가 전혀 없는 곳이 단지 2.9%에 불과하다는 사실은²⁶⁾ 중앙 정부의 보조금이 사적 부문의 성장에 미친 잠재적 영향을 입증해 준다고 알 수 있겠다. 따라서 만약 국가가 시설보호 서비스에 대한 사적 부문과의 계약을 중단한다면 이 영역에서 일고 있는 붐도 사그라들 것임을 추론할 수 있다.

보건사회보장성의 현 정책은 노인을 포함한 사회의존인구를 가능한 한 병원 시설이 아닌 지역사회 내에 머무르게 함으로써 병원 인구 수, 나아가 보건의료 지출을 줄이려는 노력의 일환에서 이루어진 것이다. 따라서 보건 서비스는 점차 지역사회의 시설보호 서비스로 이전되었으며, 지역사회 서비스에 대한 행정적 책임, 신규 사적 시설의 인가, 시설의 기준 검사 등에 대한 권한은 정부의 보건 당국이 아닌 지방의 사회서비스국에 놓여 있다.²⁷⁾ 분명히 지방 정부는 사적 시설을 규제할 행정적 책임을 지고 있음에도 그 권한의 행사에는 소극적인 편이다. 중앙 정부가 그러한 활동에 필요한 권력과 자원의 할당에 우선 순위를 매기지 않고 있다는데도 그 이유가 있지만,²⁸⁾ 지방 정부가 노인들의 생활 질보다 공공 시설의 축소로 인해 격차가 벌어진 시설 수요와 공급의 균형을 유지하기 위해 사적 시설의 폐쇄를 우려하고 있다는 사실도 중요하다.²⁹⁾ 이러한 지방 정부의 방만한 행정적 조치 또한 사적시설의 무분별한 난립을 조장하고 있다.

결론적으로, 사적 부문의 확대는 보충급여의 제공 결과라고 볼 수 있다. 이 사실은 시설보호 영역에서 민영화가 빠른 속도로 일어났던 시기

26) J. Vincent. et.al., op. cit., p.444.

27) C. Ham, *Health Policy in Britain*, Macmillann Education LTD., 1985, p.59.

28) P. Brown & R. Sparks (eds.), op. cit., p.106.

29) A. Bebbington & H. Charney, "Community Care for the Elderly : Rhetoric and Reality", *British Journal of Social Work*, vol. 20, 1990, p.411.

(79년에서 85년)에 보충급여를 포함하는 사회보장 프로그램의 지출이 가장 많이 늘어 났다는 점을 통해 간접적으로 입증된다. 사회보장부문을 개별 프로그램별로 그 지출 증대비를 나누어 고찰해 볼 때, 전체 사회보장비 지출의 성장에 가장 크게 작용한 프로그램은 시설보호가 포함되는 장기적(long-term) 보충급여 분야이다. 이 부문은 1979년을 기준으로 1985년에 거의 150% 확대되었다. 같은 시기의 다른 프로그램들과 비교하면 이 성장이 어느 정도인지 보다 확연해질 수 있다. 그 기간 동안의 자녀 수당은 거의 증가하지 않았으며, 퇴직 연금이 15%, 폐질과 장애급여(Invalidity and disability benefits), 실업수당은 60% 성장을 보였다.

■

따라서 보건 서비스 영역에서 공적 부문의 축소를 통해 지출 감소를 시도했던 정부의 노력이 또 다른 사회보장비 지출의 확대를 초래했다는 결론은 아마 타당할 것이다. 이러한 사실을 통해 볼 때, 이미 한 번 확대된 복지 지출의 축소는 쉽게 달성될 수 없으며, 공공지출의 주요 결정 인자가 정부의 직접적 통제 외부에 존재하고 있음을 알게 된다.

2. 미국

미국은 의료 시장이 방대함에 비해 병상 수는 다른 OECD 국가들에 뒤떨어지며, 병원의 평균 입원 일수도 1986년 당시 7.1일로서 여타 국가의 12-24일 수준에 비하여 짧은 편이다. 그 이유는 급성 질환 중심으로 치료가 병원에서 이루어지고 있는데다가 노인을 포함한 장기 만성질환자를 대상으로 하는 요양 시설이 일찍부터 발달해 왔기 때문이다.³⁰⁾ 비교적 일찍 발달한 미국의 요양 시설도 영국의 상황과 유사하게 사회보장의 급부를 받게 되면서부터 그 수가 더욱 급증하기 시작했다. 즉 사적 시설의 성장 시점이 공적 부조의 일종인 Medicaid 와 Medicare가 이 부문에 대한 비용 지분을 시작한 1965년과 일치하는 것이다.³¹⁾

1965년 개정된 사회보장법은 Medicaid 와 Medicare 법을 통과시켜 65세 이상 노인과 일부 장애인, 그리고 빈곤자에 대해 병원 입원과 요양

30) R. Robinson, op. cit., p.17.

31) 문창진 외, 보건사회학, 서울대 출판부, 1991, pp.339-340.

32) P. Grimaldi, *Medicaid Reimbursement of Nursing-Home Care*, American Enterprise Institute, 1982, p.1.

원, 재가 서비스에 드는 비용뿐만 아니라, 그외 다른 의료서비스에 대한 정부의 보조를 가능하게 하였다. 이 법의 개정은 지난 20여년 동안 사영리 기관이 제공하는 복지서비스 구매에 드는 공적 자금의 양을 급격히 확대시켰다. 노인을 대상으로 하는 건강 보호에 든 연방 정부의 지출은 1960년 이전에는 6%에 불과하였으나 1986년에는 30%에 달했다. 그 중에서도 요양시설에 대한 지출이 전체에서 80%를 차지했다.³³⁾

1985년 당해 요양원에 대한 지불자별 지출 분포를 보면, Medicaid가 47.8%, 개인 부담이 45%, 나머지가 민간 보험과 Medicare에 의해 지불되었다.³⁴⁾ 여기서 Medicare는 Medicaid보다 요양원의 재정에 주요한 역할을 행사하고 있지 않음을 알 수 있다. 이는 1969년 이후 연방 정부가 이용에 제한을 가하기 위해 자격 기준을 엄격히 적용한 결과 수급자 수가 감소하였기 때문이기도 하며, 또 그로 인해 많은 시설들이 연방의 Medicare 프로그램과의 계약을 포기했기 때문이다. 즉 Medicare는 노인을 위한 의료보장을 표방하고 있지만, 실제로는 단기 급성 질환에 대한 치료비의 보장을 목적으로 하고 있을 뿐 노인에게 절실히 필요한 만성질환의 치료비 보장에는 전혀 도움이 되지 않고 있으며, 요양원 등의 시설 보호는 처음부터 제공받을 수 없고 또 급여조건이 지나치게 까다롭고 실제 급여액도 적다는 결점이 있다.³⁵⁾

따라서 노인들의 개인 부담과 함께 주요한 지출원이 되고 있는 것은 Medicaid로서, 그 재원은 주 정부와 연방 정부가 공동으로 부담하며 연방 정부의 부담 비율은 주의 재정 상태에 따라 50-77.55% 사이이다. 연방 정부는 급여 조건 등에 대하여 일정한 지침을 설정하고 보조금을 부담하는 역할만 담당할 뿐, 실제 수급 요건을 정함과 동시에 운영을 행정 지도하는 것은 주 정부의 소관 사항이다.³⁶⁾ 중앙 정부가 요양 서비스에 대해 갖는 영향은 Medicaid 를 통한 보조금 지불뿐이다.

1965년 이후로 Medicaid에 의해 제공되는 공적 보조금은 1974년에는 사영리 조직 수입의 3% 중 2%를 차지할 정도로 주요한 수입원이 되었다.³⁷⁾ 이렇게 사적 시설내의 노인들 중 대부분이 Medicaid 수급 자격을 갖

33) A. Kovner, *op. cit.*, p.194.

34) P. Grimaldi, *op. cit.*, p.24.

35) 의료보험관리공단, 1990, *op. cit.*, p.283.

36) J. Stewart, *Home Health Care*, The Mosby Compy, 1979, p.27.

37) N. Gilbert, "Welfare for Profit : Moral, Empirical and

고 있거나 민간 보험에 가입되어 있어 이를 통한 3자 지불 상황이 영리 조직 수입의 근원이 되고 있다. 이 사실은 연방 건강 프로그램과의 밀접한 재정적 관계가 사적 기관의 수입원을 안정시키고 있으며, 정부가 Medicaid를 통해 비용 상환을 계속하여 금전적 손실의 위험이 없는 한 요양보호 영역에서의 사적 시장은 계속적으로 증가할 것임을 쉽게 예측할 수 있다.

Medicaid 프로그램은 1965년 법안 통과 이후 연방에서 규모가 가장 큰 프로그램이 되었음에도 그 지출의 대부분은 시설에서의 의료 서비스에 충당될 뿐, 실제 가정에서 보호를 받고 있는 대부분의 노인에게는 별로 도움되지 못했다. 이는 Medicaid 법안이 지역사회내에서 보호를 받고 있는 노인에게는 수급자격을 제한하고 있기 때문인데, 그 주 대상은 의료적 욕구(질환)가 있는 가난한 노인이다. 그러나 대개의 노인들은 뚜렷한 병명이 없이 노화로 인한 기능적 고통을 겪는 경우가 많다. 가정에서 보호받는 이러한 노인들을 그 대상에서 제외시킨 결과 지역사회 내의 가정간호서비스(home help service)에 대한 지출은 시설 서비스에 드는 지출에 비해 상당히 미미했다. 가정간호 서비스를 국가 정책으로 확립하려는 연방 정부의 의지와 보조금의 부족은 노인들로 하여금 가정에서의 보호보다 요양시설에서의 보호를 선택케 하였으며, 이러한 사실로 인해 지역사회 서비스는 그 이점에도 불구하고 프로그램의 확장이 과거 20년 동안 상당히 지체되었다.

현재 미국에서는 노인 인구의 보건비 지출이 지속적으로 증가해 전체 지출의 30%를 차지하고 그 중에서도 사적 요양 시설에 대한 지출이 상당한 부분을 차지함에 따라³⁸⁾ 지난 십년 동안 이 부문에 대해서도 연방 차원의 보조를 축소하려는 노력이 시도되고 있다. 확대 일로에 있던 보건 서비스 프로그램은 레이건 정부 출범 이후 상황이 반전되어 보호에 드는 재정적 부담이 점차 환자와 그의 가족에게로 이전되어 가고 있다. 요양원 요금에 대한 Medicaid 지불 상황이 점차 줄어드는 것은 개인 부담의

Theoretical Perspectives", *Journal of Social Policy*, vol.13, no.1, 1984, p.64.

38) K. L. Braun, et al., "Patient Characteristics and Outcomes in Institutional and Community Long-Term Care", *The Gerontologist*, vol.31, no.5., p.648.

증가를 의미하는 것으로, Medicaid 지불 비용 삭감은 주로 자격 심사 기준을 까다롭게 하여 수급자 수를 줄이는 방식으로 시도되고 있다. 보조금 삭감 정책으로 인해 사적 요양소의 성장 속도도 과거보다 다소 떨어지는 현상을 보이고 있다는 사실은 사적 시장의 성장에 미친 직접적 영향 중 하나가 정부 보조금의 확대에 있었음을 입증해 주는 것이라 하겠다.

결국 이 영역에서 영국과 미국이 국가 부분의 역할을 축소하기 위해 고안한 정책들은 사적 활동에 대한 정부 보조금을 증대시켜 사영리 부분의 수적 증가를 초래했다. 이것은 복지 서비스의 재정과 전달 책임에 중대한 변화를 수반했다. 즉 재정적 책임에 대한 국가의 기여는 사적 부문보다 급속히 증대된 반면, 급여 전달 책임은 사적 부문의 증가를 통해 다소 분산되어졌다는 것이 그것이다. 그러나 미국의 경우에서 미루어 짐작할 수 있다시피, 사적 시설에 대해 점차 증대되는 국가 보조금은 공공 지출의 축소라는 정부의 궁극적 목적에 배치되는 것이기 때문에 영국에서도 이 부문에 대한 보조 삭감 정책이 결국 어느 시점에서 시행될 것은 분명한 사실이고, 이렇게 되면 결국 모든 부담은 소비자들에게 돌려질 것이다.

IV. 민영화와 지역사회보호(Community Care)

- 이데올로기적 차원

복지국가의 재정적 위기 이후 사회정책의 주요 이슈가 되어 온 것 '복지 다원주의(welfare pluralism)'이다. 이 용어는 모호하고 일관되지 못하게 사용되어 오고 있는 것이 사실이지만, 본래는 복지 제공 출처의 다양화를 의미하기 위해 사용된 것이다. 그것은 복지 서비스와 재화의 제공이 국가에 의해 독점되지 않고 상업 부문(commercial sector), 자발적 부문(voluntary sector), 비공식 부문(informal sector)에 의해 다양하게 제공되어야 한다는 진보적인 함의를 갖는다. 그러나 신우파 경향의 복지 다원주의자들은 공식적으로 국가 복지에 대한 반대를 언급하고 있지는 않으나 암암리에 복지 제공 주체의 분산을 통한 국가 역할의 축소를 기대한다. 이러한 철학은 공공 지출의 삭감을 의도하는 영미의 보수주의 정부에 의해 상당한 환영을 받았으며, 사회정책면에서도 실제로 많

이 반영되어졌다. 즉 사적 시장의 확대와 무임의 자발 집단에 의한 보호를 강조하는 정책의 실시가 바로 그것으로, 이는 민영화와 지역사회보호로 요약된다.

그런데 영미의 보수주의 정부가 정책적으로 추진하고 직접적으로 개입하고 있는 것은 공적 서비스 부문의 민영화일뿐, 지역사회보호와 관련해서는 그것을 장려하기 위한 어떤 구체적 정책 장치도 마련해 놓고 있지 않다. 단지 지역사회보호는 정치적 수사(political rhetoric)에만 머무는 경향을 보이고 있다.

본래 노인 인구에 대한 영국과 미국의 공식적으로 표명된 정책에서 우선 순위는 민영화가 아닌 지역사회보호이다. 양국의 정부는 이데올로기적 기반을 제공해 주고 있는 신우파의 논리를 갖고 가족과 비공식적 보호체계가 국가 제공 서비스보다 효과적이며 효율적이라는 검증되지 않은 신념을 확대시켰다. 이같은 신념은 지역사회보호 그 자체의 장점에 관한 지식의 증대에서 비롯된 것이 아니라, 대규모 시설에서의 보호가 가졌던 문제, 즉 남용과 학대, 시설 유지에 드는 비용의 상승, 시설 수와 수요간의 계속적인 격차 확대와 같은 문제의 인식에서 비롯되었다. 좌우지간 신우파의 반국가적 기치는 건전한 사회의 기반으로서 가족에 대한 새로운 강조와 연결되었으며, 복지 서비스와 관련한 정부의 비개입적 행위를 정당화하는 이데올로기로서 가족, 특히 여성이 가정에서 보호를 제공하는 것이 '자연스러울뿐 아니라 당연하다'는 것을 내세웠다.³⁹⁾ 지역사회보호를 통해 양국의 보수주의 정부가 의도한 바는 지역사회는 가족이라는 등식아래 국가의 부담을 개인에게 이전하여 정부 역할을 축소함으로써 현실적으로 외면할 수 없는 의료부문에 대한 공공지출의 급성장에 대처해 나가는 것이다.

지역사회보호에 관련된 반국가적 입장과는 대조적으로 정부는 복지 서비스의 사적 부문에 대해서는 적극적으로 개입, 그것을 지지하고 있다. 양국의 중앙 정부 프로그램은 모두 노인 수용시설을 이윤 창출 상품으로 개발하여 사적 부문의 개입을 조장하였다. 영국의 비교적 최근에 발표된 공공지출 백서에는 정부 정책의 목적이 공공지출의 축소를 통한

39) A. Walker, "Enlarging the Caring of the Community : Informal Support Networks and the Welfare State", *International Journal of Health Service*, vol.17, no.3, 1987, p.377.

세금 부담을 완화시키고 사기업의 자발성과 효율성을 장려하는 것으로 나타나 있다. 여기서 세금 경감을 뒷받침하는 강한 도덕적 근거로 내세우는 것은 사람들이 자기가 번 것을 되도록 많이 확보하고, 그것을 통해 그들 스스로 할 수 있는 것에 대해 더 많은 선택의 자유를 누리는 것이다. * 영국의 한 정부 관리는 이와 관련하여 최근의 사적 부문에 의한 시설보호의 공급이 노인들의 선택을 효과적으로 증대시켰으며, 바로 이러한 관점에서 DHSS 의 보충급여가 정당화된다고 하기까지 했다. **

이러한 이데올로기들은 사적 시설을 이용하는 소비자들에 대한 중앙 정부의 보조를 급속히 확대시키는데 기여한 반면, 가정에서 친척이나 가족에 의해 보호를 받고 있는 대부분의 노인 인구와 그 가족에 대한 보조는 거의 전무한 실정으로 남겨 놓았다. 앞서 살펴 보았듯이 영국의 DHSS 는 가정에서 보호를 제공받고자 하는 사람들에게는 보충급여나 간호수당을 제공받을 자격을 부여하지 않고 있으며, 미국의 Medicaid 보조도 급여 대상이 지역사회보호 프로그램에 의한 서비스가 전혀 없는 사람들에게만 제공되었다.

실제로 미국의 노인 인구 중 70% 이상은 친척(주로 딸이나 배우자), 친구, 이웃들로부터 지역사회내에서 보호를 받는데 비해, 공식적 제공자들로부터 원조를 받는 수는 단지 9%에 불과하다. * 그리고 가정에서 친척에 의해 보호를 받고 있는 경우도 그 중에서 50%가 장기적인 보호가 불확실한 상황에 있다. 이렇듯 대부분의 노인 인구가 국가에 의해 공적으로 보호된다기 보다 가족에 의해 비공식적으로 보호되고 있음에도 불구하고 국가는 노인과 그 가족의 욕구에는 거의 관심을 기울이지 않고 있다. 현재의 국가 정책은 재가 보호, 낮 보호서비스 보다 시설보호를 보다 쉽게 선택, 이용할 수 있도록 하고 있기 때문에, 대부분의 노인 인구는 그 욕구가 외면당하고 있는 실정이다.

영국의 경우, 1981년 노인 인구를 위한 사회정책의 지침서로 발표된 'White Paper Growing Older'에서는 지역사회보호는 지역사회에 의해 담당되어야 한다는 의미가 강조되었다. 따라서 노인에 대한 보호의 우선 순위는 ① 가정내 가족, ② 친척, ③ 지역 간호원이나 보건 요원, ④ 친

40) E. Papadakis & P. Taylor-Gooby, *op. cit.*, p.210.

41) J. Vincent, et al., *op. cit.*, p.436.

42) A. Kovner, *op. cit.*, p.176.

구 혹은 이웃으로 정하고,⁴³⁾ 이러한 우선 순위가 제공될 수 없는 사람들에게 한해 그 대안책인 시설보호를 허용하고 있다. 백서는 지역복지로의 전환을 꾀하는 정책의 중요점이 바로 국가 개입의 축소와 예산 삭감임을 주장했다.

정부가 영리를 추구하는 사적 시설보호를 지원하는 이유에는 이외에도 여러가지가 있다. 특히 영국의 경우, 노동 집약적인 의료 산업에서 사적 시장의 창출은 임금 삭감의 기회를 제공할 뿐만 아니라, 노조 형성의 위험이 없으며, 사적 기업의 창출을 통한 경기 회복의 이점을 제공한다. 이러한 이유에서 행해지는 현실적 대응책은, 그렇지만 정부의 전체 정책기조와 모순되는 입장에 서있다. 그것은 곧 가족 연대감을 강조하고 시설 수의 감소, 그리고 공적 지출의 축소를 의도하는 것과는 전혀 상반되는 것이다.⁴⁴⁾ 사회보장 지출이 사적 부문의 성장에 주요한 기여를 했다는 사실은 지방 정부가 시설보호에서 재가 서비스로 균형을 변화시켜야 한다는 DHSS의 공식적 견해와도 직접적으로 모순이 될 뿐 아니라, 지역사회보호와 민영화 정책이 유일하게 일치하는 공공지출의 삭감이라는 숨겨진 의도와도 일치하지 않는다.

결론적으로 말해, 국가 재정 규모의 축소는 동일한 목적을 갖고 시행되고 있음에도 불구하고 민영화와 지역사회보호는 이데올로기적으로 서로 상반되는 방향을 지향하고 있으며, 정부의 정책은 오히려 우선 순위보다 차선의 대안책 개발에 몰두하는 기이한 현상을 보인다고 하겠다. 비록 지역사회보호가 지난 30여년 동안 영미의 공언된 정책이었음에도 불구하고 정치적 수사와 정책, 다시 말해 정책과 현실간에는 상당한 겹이 존재하고 있음을 알 수 있다.

V. 결론 및 제언

지금까지 보건 서비스 부문에서 복지국가의 재정적 위기를 타개할 목

43) 한국여성개발원, 가정봉사 서비스 제도에 관한 연구, 1986, p.12.

44) S. Herinton, op. cit., p.80.

적으로 각 국가에서 전개, 추진되고 있는 민영화의 내용과 실제 그와 관련된 정책들, 그리고 이를 뒷받침해 주는 이데올로기적 정당화를 살펴 보았다. 민영화가 복지 다원주의내에 올바른 자리매김을 하기 위해서는 진정한 의미에서의 지역사회보호가 전제되어 있어야 한다. 그러나 현실적으로 각국에서 논의되고 있는 지역사회보호란 공식적, 전문적 지원이 전무한 상태에서 단지 지역사회내에서 가족이나 친지에 의해 보호받는 것만을 의미하는 것이기 때문에, 사적 부문의 확대는 복지 서비스 제공 책임과 관련하여 비공식 원조망, 상업 부문, 자발적 부문, 국가 부문간의 균형을 깨뜨리는 역할을 수행하고 있다.

이러한 사실을 통해 볼 때, 양국의 보수주의 정부가 강화하는 이데올로기들은 그 정당성을 확보하기가 힘들어진다. 그 한 예가 시장 부문의 확대가 소비자들의 선택 기회를 효과적으로 확대시킨다는 주장이다. 보수주의 정부가 의미하는 자유 선택의 폭은 시장 부문내에서의 다양성만을 거론할 때는 아마 적절할지 모른다. 그러나 진정한 의미에서의 선택 문제는 사적 부문에서 제공되는 시설들간에 뿐만 아니라, 공적/사적 부문간, 지역사회내의 시설보호와 재가보호간에서 실제 선택이 어느 정도 이루어질 수 있는가를 검토하는 것이 무엇보다 중요하다. 대부분의 노인이 부적절한 자원을 갖고 가정에서 보호받고 있음에도 불구하고, 이들은 일단 정부의 급여 대상에서 제외된다는 사실은 노인들이 공/사, 시설보호/재가보호 서비스간에 선택할 수 있는 기회가 얼마나 제한되어 있음을 알게 한다.

그리고 사적 부문이 공적 부문보다 높은 질의 서비스를 제공해 준다는 주장 역시 비판적으로 검토될 수 있다. 보수주의 정부가 내세우는 양질의 서비스라는 것은 대체로 사적 시설의 소규모성과 보호자(소유자)의 일관성에 근거해 있는 것이다.⁴⁵⁾ 그러나 소규모성과 일관성은 정부 보조라는 요인에 의해 쉽게 변화될 수 있는 특징들이다. 정부 보조가 감소되거나 중지될 경우 영리를 목적으로 하는 사적 시설은 영업을 중단하거나 그 규모와 보호의 질을 낮춤으로써 이윤을 계속 확보하려 할 것이다. 실제로 미국에서 레이건 정부가 Medicaid 보조의 삭감 정책을 실시한 이후 사적 시설의 성장 속도가 둔화되었다는 사실이 이를 뒷받침해 준다. 또한 사적 시설들의 난립이 시설들간의 경쟁을 유도하여 서비스 수준을

45) S. Biggs, op. cit., p.75.

향상시킬 것이라는 기대도 잘못된 것이다. 왜냐하면, 높게 책정된 국가 보조금이 이미 확보되어 있을 뿐만 아니라, 다른 대안적 서비스가 개발되어 있지 않은 상태에서 수요가 공급을 엄청나게 초과하고 있어 시설들은 경쟁의 필요성을 느낄 이유가 없기 때문이다. 따라서 사적 부문간의 경쟁을 통한 서비스 향상이라는 주장도 주장에만 머무를 가능성이 높다.

사적 부문의 증가는 이윤의 발생이 있음을 의미하고, 이는 요금에 비용을 상회한다는, 그래서 소비자에게 더 큰 부담을 지운다는 사실을 추론 가능하게 한다. 그리고 가족에 의해 보호를 받고 있거나 지방 정부가 보조하는 공적 기관에 의해 거주하는 사람에 대해서는 급여와 수당을 제한하는 반면, 사적 시설을 이용하는 사람에 대해서는 보충 급여를 충분히 제공한다는 사실은 민영화 정책이 보다 능력이 있고 재산이 있는 노인을 위한 것임을 알게 하는데, 이는 보수 정부가 강조하는 효과성의 문제에 의문을 제기케 한다. 결국 자원이 없는 고도로 의존적인 사람들에게 있어 선택의 문제는 요원한 것으로서, 만일 사적 부문에 지원되는 연방 보조금을 재가 서비스 부문으로 전환한다면 시설 서비스의 이용율은 보다 낮아질 것이다.

마지막으로, 민영화를 통한 공공지출의 축소 의도는 정책적 차원에서 다소 비현실적인 접근이었다. 현재 진행되고 있는 민영화는 오히려 국가 재정 책임의 급격한 성장을 가져 왔으며, 중요한 변화는 재정원이 아닌 서비스 공급원의 분산이었다. 재정적 측면에서 정부의 역할이 사적 부문이나 자발적 부문보다 더 빨리 증대한 배경에는 보건, 사회분야(NHS & personal social service)와 사회보장 부문간의 복잡한 상호작용이 있다. 보건과 사회 서비스 영역의 민영화와 관련한 지출 축소는 다소 과장된 면이 있으며, 공적 부문의 급여 축소는 현금으로 지출되는 사회보장비의 확대를 통해 그 간격이 메꾸어졌다. 문제는 지금부터로, 이러한 지출 구성면에서의 변화는 복지 서비스 분배면에서 더 큰 불평등을 초래할 수 있다. 왜냐하면 사회보장 지출비의 통제는 수급 자격 기준을 강화하는 식의 간접적 방식에 의해 이루어지기 때문이다.*

결론적으로, 자유로운 선택, 효과성, 경쟁이라는 이데올로기를 통해 공적 지출의 축소를 의도한 민영화 정책은 다른 정책과 실천의 우연적인 결과에 의해 실제 공공지출을 축소시키지도, 선택 기회와 효과성을 확대

46) R. Robinson, op. cit., p.2.

하지도 못한 것으로 평가될 수 있을 것이다.

이러한 영미의 경험은 노령 인구의 선진국화가 진행되고 있는 현재 우리나라에 많은 시사점을 제공해 준다. 만성 질환, 노인성 질환으로 인한 장기 입원과 수진율의 증가는 국민 의료비 상승의 주원인이 되고 있어 시설보호의 대안을 모색해야 할 시기가 되었다는 주장도 점차 제기되고 있다.⁴⁷⁾ 그러나 현재 우리나라에서는 이러한 주장이 너무 앞서 나가는 시기상조의 것임은 분명하다. 복지와 관련한 정부의 역할이 아주 미미한 상황에서 시설보호의 대안책을 추구한다는 것은, 영미의 경우보다 빠른 속도로 서비스 공급과 보조면에서 그나마 있는 정부 역할을 포기하고 전 부담을 노인과 그 가족에게 떠 넘길 공산이 크다. 현재 서구의 민영화는 서비스 공급원에서의 다양화로부터 비롯되었으나, 미국의 경험에서 짐작할 수 있다시피 서서히 서비스 재정, 보조면에서의 국가 역할 축소로 이어지고 있다. 따라서 민영화 정책이 다양한 서비스 공급원의 개발이라는 주장은 미사여구일 뿐으로, 소비자에게 보다 많은 부당한 짐을 지우려는 시도의 하나에 불과한 것으로 볼 수 있다. 복지 다원주의 내에서 사적 시설 부문의 증대를 정당화하기 위해서는 먼저, 비공식적 보호와 전문적 보호가 함께 제공되는 재가 서비스나 가정간호 서비스에 대한 국가의 재정적 책임이 동시에 강조되어야 하며, 또 비록 이러한 전제가 충족되었다 할지라도 복지 서비스 부문을 또 다른 이윤 추구사업으로 확산시켜 소비자의 부담을 늘이는 그러한 형태를 방지해야 할 것이다.

47) 이인숙, “지역사회 가정간호의 실행 모형 개발을 위한 연구 - 노인 간호 요구에 대한 보건 진료원 활용 적정성을 중심으로”, 서울대 박사학위 논문, 1989, pp. 2-3.