

Welfare  
Issue  
Today

2014  
3.12  
vol.12

# 복지이슈 Today

|               |    |   |
|---------------|----|---|
| <b>편집인의 글</b> | 3  | 새 정부 1년, 올바른 복지분권의 방향을 생각한다 / 김지영                   |
| <b>이슈</b>     | 4  | [이슈 ①] 제3기 지역사회복지계획수립의 방향과 고려점 / 안혜영                |
|               | 5  | [이슈 ②] 복지전달체계 개선을 위한 제언: 장애인복지 영역을 중심으로 / 전지혜       |
|               | 6  | [이슈 ③] 고령친화도시 조성: 국가, 도시, 지역의 역할과 책임 / 이상철          |
|               | 7  | [이슈 ④] 마을지향 복지관을 위한 중앙정부와 지방정부의 역할 / 유동철            |
|               | 8  | [이슈 ⑤] 기초-광역-중앙 간의 수직적 협력관계 구축을 통한 의료급여제도 개선 / 신영전  |
|               | 9  | [이슈 ⑥] 서울시 사회복지시설 종사자 처우개선 방향 / 이순성                 |
|               | 10 | [이슈 ⑦] 국민기초생활보장법 개정(안)에 관한 소고 / 문진영                 |
| <b>해외동향</b>   | 11 | [미국] 한파 속 각광받는 미국 저소득층 에너지 지원프로그램(LIHEAP) / 전채경     |
|               | 12 | [영국] 지방정부의 손에 맡겨지는 국민보건, 직면한 과제는 무엇인가 / 전미양         |
|               | 13 | [독일] 지방정부, 연방정부의 사회복지재정 지원의 신속한 처리 요구 / 권민정         |
|               | 14 | [오스트리아] 새로운 연방정부에 대한 주정부의 요구: 재정지원과 권한부여 / 박은정      |
|               | 15 | [핀란드] 복지재정 및 복지서비스의 탈중앙화의 중심에 자리한 지자체의 역할 / 전채경     |
|               | 16 | [일본] 지자체 역량에 따른 개호 서비스 양극화 우려 / 김원경                 |
|               | 17 | [일본] 후생노동성, 학동보육(방과 후 아동클럽)의 질적 향상 위해 운영기준 마련 / 박지선 |
| <b>이슈와 통계</b> | 18 | 기초 지방자치단체 유형별(시·군·구) 복지지출수준의 격차 / 김승연               |



서울시복지재단  
Seoul Welfare Foundation

# 복지이슈 Today

## 편집위원회

김혜정(서울시복지재단 연구개발실장, 장애인직업재활학 박사, 편집위원장)  
김승연(성균관대학교 사회복지학 박사)  
김지영(서울시복지재단 연구개발실 정책연구팀 선임연구위원, 교육학 박사)  
안철홍(서울시복지재단 전략경영본부 기획조정팀 차장)  
윤희숙(서울시복지재단 연구개발실 정책연구팀장, 경영학 박사)  
정재훈(서울여자대학교 사회복지학과 교수, 사회정책학 박사)

## 집필진

권민정(독일 보쿰대학교 사회학과 박사과정)  
김승연(성균관대학교 사회복지학 박사)  
김원경(일본복지대학 지역케어연구추진센터 연구원, 사회복지학 박사)  
문진영(서강대학교 신학대학원 교수, 국민기초생활 지키기 연석회의 정책위원장)  
박은정(독일 보쿰대학교 사회학과 박사과정)  
박지선(우송대학교 사회복지아동학부 초빙강사, 보건복지학 박사)  
안혜영(서강대학교 강사, 사회복지학 박사)  
유동철(동의대학교 사회복지학과 교수, 사회복지학 박사)  
신영전(한양대학교 의과대학 교수, 보건학 박사)  
이상철(동서울대학교 실버복지학과 교수, 사회복지학 박사)  
이순성(서울시복지재단 연구개발실 노인정책팀 연구위원, 경제학 박사)  
전미양(영국 요크대학교 사회정책학 박사과정)  
전지혜(미국 일리노이주립대학교 장애학 박사)  
전채경(런던정경대학교 사회정책학 석사)

# 새 정부 1년,

## 올바른 복지분권의 방향을 생각한다

박근혜 정부 출범 1년이 지났다. 현 정부는 공약집을 통해 지자체가 주도하고 정부는 지원하는 방식으로 실질적 지방분권화를 실현할 수 있도록 정부와 지자체의 역할을 재정비하겠다고 밝힌 바 있다. 복지분권과 관련해서는 인간다운 삶의 최저수준을 보장하는 복지사업은 전적으로 중앙정부가 담당하고 중앙정부의 복지정책이 지자체의 지출부담을 초래할 경우에는 지방자치단체와 합의하여 결정하겠다고 약속했다. 지난 1년 동안 중앙정부와 지방정부 간에 벌어진, 특히 복지재정을 둘러싼 여러 논란들은 이 약속을 성취하는 과정이 그리 순탄치 않음을 보여준다. 이번호 「복지이슈Today」는 새 정부 출범 1주년을 맞아 올바른 복지분권의 방향과 '실질적인' 복지분권을 위한 과제를 중점적으로 다루었다.

첫 번째 이슈에서는 올해 수립되는 제3기 지역사회복지계획이 1기와 2기 때 나타난 문제점을 극복하고 진정으로 지역을 위한 계획이 되기 위한 방안을 모색하였다. 이슈2부터 이슈5에서는 각각 장애인복지, 고령친화도시, 마을지향 복지관, 의료급여라는 주제와 관련하여 중앙정부와 광역 및 기초자치단체의 역할과 협력방안을 살펴보았다. 이슈6에서는 여전히 사회복지계의 주요 현안인 사회복지종사자 처우개선과 관련하여 최근 발표된 서울시의 인건비 가이드라인을 소개하였다. 마지막 이슈에서는 박근혜 정부의 역점과제이자 첨예한 논쟁의 중심에 서 있는 국민기초생활보장법 개정안의 문제점을 지적하고 사회안전망의 근간을 이루는 국민기초생활보장제도가 나아갈 방향을 제안하였다.

해외동향에서는 지방정부로의 권한이양과 재정분권과 관련된 움직임들을 살펴보았다. 표면적으로는 중앙과 지방이 평화로운 관계를 유지하고 있는 나라들에서도 논쟁과 대립은 늘 존재한다. 각각의 정부의 역할과 권한에 대한 안정된 제도와 사회시스템 덕분에 타협과 협력을 이루어나갈 뿐이다. 이번호에 소개된 사례들을 통해 우리나라에서도 이러한 타협과 협력을 이루어나갈 수 있는 방안에 대해 생각해 볼 수 있기를 바란다. 이와 함께 우리나라에서도 중요한 이슈가 되고 있는 저소득층 에너지지원과 방과후 아동 돌봄과 관련된 미국과 일본의 사례를 소개하였다.

이슈와 통계에서는 우리가 그저 '기초자치단체' 라고 뭉뚱그려 부르는 시와 구와 군이 실제로는 그 지역적 특성에 의해 복지 욕구와 복지 지출에서는 상당한 차이가 있음을 보여주었다. 복지분권의 실현을 위해 전국의 지자체들이 연대하기 위해서는 이러한 현실적인 상황에 대한 인식과 그 해결방안에 대한 공감대가 선행되어야 할 것이다.

북유럽 국가들로 대표되는 이른바 복지선진국일수록 지방정부의 권한과 역할이 막강하다는 것은 잘 알려진 사실이다. 시민의 삶과 가장 밀접한 문제들의 해결을 위해 존재하는 것이 지방정부라면 복지는 지방정부가 감당해야 할 가장 핵심적인 과업이다. 우리의 지방자치단체가 중앙정부와 대등한 '정부'로서의 지위를 가지고 시민으로부터 위임 받은 권한을 행사하는 참된 '지방정부'로서 자리매김하기를 기대한다.

## 제3기 지역사회복지계획수립의 방향과 고려점

올해 제3기 계획이 수립되는 지역사회복지계획의 기본 취지는 정부조직의 과대화와 시민 소외를 방지하는 한편 증가 일로에 있는 지역의 사회복지서비스 욕구에 효과적으로 대처하자는 것이다. 즉 복지분권화의 근본취지인 지역의 실정에 적합한 복지서비스의 계획 및 실행을 통해 지역사회복지서비스의 질을 향상시키고자 한 것이다.

지역사회복지계획수립의 시작 시점부터 중시되어온 방향성은 4가지 정도로 요약될 수 있다. 중앙 및 광역사업과의 긴밀한 통합(integration), 지역주민/시민의 참여(participation)를 강화하는 사업개발, 이를 위한 지역사회 공공과 민간서비스 자원들의 협력(collaboration)을 기반으로 한 네트워크체계 구축 방안, 계획된 사업의 실현 가능성을 높이고 효과성을 확대하기 위한 전체인 지역적 특성이 반영된 사업 개발 등이다.

이와 같은 방향성이 지금까지 충분히 반영되어 왔다고 평가하기는 어렵다. 제1기(2007~2010)에서는 지역복지계획의 방향 설정 등의 중요성과 의미를 파악하지 못한 채, 대다수의 지자체가 계획수립 자체를 외부용역으로 수행하였다. 그 결과 지역상황과는 별개의 사업계획이 수립되어 행·재정적 낭비가 지적되고, 계획 수립 자체의 무용론이 제기되기도 하였다. 제2기(2011~2014)에서는 반수 이상의 지자체가 지역사회복지협의체 주축하에 복지계획을 수립하는 변화를 보이긴 했다. 하지만 여전히 재정적 한계를 이유로 민관협력에 근거한 지역자원 활용과 지역성을 고려한 복지사업의 개발이 적절히 이루어지지 못하였다. 특히 지역주민의 계획수립에 대한 접근성 확보가 가장 큰 과제로 제기되었다.

제3기(2015~2018)에는 지방자치단체의 핵심사업이 주민의 욕구와 연결되어 다양하게 개발될 수 있는 방

식이 요구되었다. 이를 위해서는 지역단위의 특성을 감안한 주민참여형 계획 수립과 실천을 위한 노력이 전제되어야 한다. 또한 중앙 주도적 운영체제와 평가위주 방식에서 탈피하고 예산확보가 가능한 사업 중심으로 구성하는 전면적 변화가 필요하다. 현재 시군구에서는 중앙정부 13부처의 296여개의 복지사업을 추진하고 있어 지방중심의 사업추진이 쉽지 않다. 이러한 현실을 극복하려면 지역사회 전반의 주체들 간의 논의와 조정과 더불어 지역주민의 참여가 전제되어야 한다. 시군구의 자율성을 보장하고 지역의 복지 가치와 연계할 수 있는 다양한 분야, 예를 들어 사회적 기업, 협동조합, 사회공헌 프로그램, 문화 복지사업 등을 포함시켜 나가는 방안 또한 모색해야 한다.

지역사회복지계획이 소기의 성과를 도출하기 위해서는 수립 당시부터 기초자치단체와 광역자치단체 간의 적절한 역할 분담이 필요하다. 기초자치단체는 참여적 실행계획의 수립과 실천을 위한 역량을 확보하고, 광역자치단체는 합리적 기획과 조정의 역할을 수행하여야 한다. 지역사회복지계획의 집행력 저하는 단순히 예산, 조직, 인력 등 조직 내부적인 능력의 문제에서만 기인하는 것은 아니다. 각종 계획과 시책의 연계성 부족으로 인한 계획 체계상의 문제에서도 기인할 수 있다. 광역 단위에서 계획의 체계 및 수립, 집행, 평가, 환류 등 계획과정의 전반을 점검해야 한다.

지역사회복지계획의 실효성 확보를 위해서는 광역과 기초단체의 역할, 다양한 사업주체와 주민의 참여 그리고 이들 간의 조정 통체에 관련된 문제에 대한 종합적 검토가 요구된다. 또한 중앙정부의 종합적인 기획·조정과 재정확보 및 운영 지원 등의 역할이 필요하다.

글 \_ 안혜영

### ▶ 관련자료

- 안혜영 외(2011) 제2기 시도 및 시군구 지역사회복지계획수립 분석연구. 보건복지부.
- 정흥원(2013) 제3기 지역사회복지계획수립방안, 2013 한국지역사회복지학회 추계학술대회, 한국지역사회복지학회.

## 복지전달체계 개선을 위한 제언 : 장애인복지 영역을 중심으로

풀뿌리 민주주의 정신과 함께 지방자치제가 시행된 지 오래다. 이와 함께 지역복지의 욕구에 민감하게 반응하고 대응하기 위하여 사회복지 영역의 상당부분이 지방으로 이양되었으며, 중앙과 지방을 잇는 형태로 정책과 서비스가 집행되고 있다. 중앙의 총책임을 맡은 상 위에는 보건복지부와 관련부처가 있고, 중간 전달자로서 광역시와 도 단위의 행정관청이 있으며, 직접 서비스나 정책 집행 기관으로 읍면동이 있다. 수직적 형태의 전달 체계인 중앙정부와 시도, 읍면동의 역할이 유기적이고 협력적으로 이루어진다면 다행이나, 현실은 다소 비협조적이거나 불균형적인 모습을 보이고 있다.

우선, 읍면동 사무소내의 업무 비협조와 업무량의 불균형의 문제이다. 사회복지 전달 공무원들이 업무과중으로 인한 스트레스, 이직, 과로사 등의 문제를 지속적으로 호소하고 있다. 기존 행정직원의 업무 분담이나 협조가 원활하게 이루어진다면 좋겠지만 복지업무는 복지담당자가 처리해야 하는 것이 대개의 원칙이기에 과도한 업무로 인한 현장 복지 담당 공무원의 소진을 재촉하고 있는 것이다. 복지 전달체계의 구조개편과 인력충원은 오랫동안 요구해왔으나, 계약직 보조 요원을 충원하는 정도여서 본질적 업무과중의 문제는 해소되지 않고 있다.

또한 지역사회 내 유관기관과의 비협조도 문제이다. 한국의 복지전달체계가 수직적인 협력체계를 기본으로 하고 있기에 이러한 현상이 나타나는 듯하다. 장애인복지 영역에서 예를 들어보자면, 장애인을 위한 지역복지관과 지역 내 자립생활센터를 비교해 볼 때, 역할이 거의 대부분 중복되고 있다. 장애인 자치조직으로서의 자립생활센터는 당사자성을 강조하고 있는 특성이 있다. 하지만 제공하는 서비스는 동료상담과 자립생활기술교육 등을 포함하여, 복지관 사업의 일부와 매우 유사하다. 이유는 간단하다. 활동지원사업이 정부보조를 받을 수 있는 사업이다 보니, 중복될 수밖에 없는 것이다. 기

관 고유의 성격을 살려서 자립생활센터는 지역사회 운동체로서의 기능을 강조하고, 복지관은 서비스제공기관으로서의 기능에 집중했으면 한다. 이를 위해서는 중앙의 재정적 지원이 자립생활센터의 지역사회개발을 위한 운동체적 기능에 대해서도 복지관과 같은 서비스 제공기관에 대한 지원만큼 이루어져야 한다. 이와 함께 재정지원을 위한 기관성과평가체계의 도구도 달라져야 할 것이다.

또한 지역 내 기관들 간에도 정보 공유를 통하여 중복된 서비스 제공을 피하고, 읍면동 해당 지역사회 내에서 클라이언트에게 필요한 자원이나 서비스를 서로 협조 지원할 수 있도록 해야 한다. 즉 수직적 차원의 전달 체계 속에서 사업 평가와 재원조달에만 관심을 두게 되는 구조에서 벗어나서 지역 내 수평적 협조체계를 구축할 필요가 있는 것이다. 지역 내 수평적 협조체계가 구축된다면, 복합적인 다양한 복지영역의 경계선상에 있는 복지대상자들을 협력적으로 돌볼 수 있는 효과도 있다. 예를 들면, 다문화가족 출신의 장애아동이 장애인기관, 다문화센터, 아동기관의 협조를 통해 종합적인 사례관리를 받을 수 있는 것이다.

물론 수직적 협조체계도 매우 중요하다. 중앙에서 실시하다가 다양한 사유로 지속되지 못하는 복지사업이 있거나, 엄격한 자격기준으로 인해 대상자에서 탈락했을 때, 지역차원에서 별도의 예산으로 복지사업을 지속하기도 한다. 서울시의 집수리 사업단이나 차상위 계층에 대한 생계비지원사업 등이 이에 해당한다. 사각지대 완화를 위한 지방기관의 운영의 묘를 잘 살린 사업이라 하겠다.

수직적 협조체계와 수평적 협조체계가 유기적으로 잘 마련되고 업무 일선에 대한 인력충원이 된다면, 서비스의 중복이나 누락을 막을 수 있으며 효율적인 복지전달체계를 마련할 수 있을 것이다.

## 고령친화도시 조성 : 국가, 도시, 지역의 역할과 책임

2009년 12월 출범한 WHO국제고령친화도시네트워크(WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities)는 4년 동안 무려 21개국 139개 회원도시가 참여하는 범세계적인 네트워크로 성장하였다.

전세계적인 고령화 문제 대응의 중심점을 맡게 된 WHO는 국제적인 네트워크 구축에 대해서는 공감대를 형성하였으나, 그 단위(unit)를 어느 수준으로 설정해야 할지에 대해 고민이 많았다. 가장 강력하고 실효성 있는 단위는 국가이지만 국가별로 인구와 행정력의 편차가 매우 큰 현실에서 중앙정부와 시민사회가 상호협력거버넌스를 정착시키고 국가단위의 실행계획을 수립하고 집행해나가는 것이 과연 가능할 것인지에 대한 논란이 있었다. 결국 WHO는 국가단위보다는 한 국가의 수도에 해당하는 도시단위에 초점을 맞추어 성공모델을 만들고 향후 국가단위로 지평을 넓혀가는 것이 보다 효과적이라는 전략적 판단을 내렸고, 현재의 고령친화도시네트워크가 출범하게 되었다. 즉 WHO국제고령친화도시네트워크는 국가가 주는 상징성보다는 고령화와 도시화라는 현실적인 이슈에 초점을 맞추어 실현가능성(feasibility)을 강조한 네트워크라고 말할 수 있다.

2011년 9월에 개최된 제1회 고령친화도시 국제회의는 도시에 초점을 맞추었던 WHO의 초기 전략에 대한 수정이 이루어진 계기가 되었다. 국가 단위의 전국적 프로그램(National Program)에 대한 필요성이 제기되었고, 아일랜드와 대만 등에서는 고령친화도시를 전국적 프로그램으로 수용함으로써 국가단위의 실험을 성공적으로 진행하고 있었던 것이다. 현재 WHO는 고령친화도시 회원 가입시 적용범위를 국가단위로 할 것인지 도시단위로 할 것인지를 별도로 확인하고 있다.

서울시는 2013년 인구 천만도시로는 인도 캘커타에 이어 두 번째로 WHO국제고령친화도시네트워크에 회

원도시로 가입하였다. WHO는 인구규모로 볼 때 한 나라에 버금가는 메가시티이자 수도이며 25개 자치구로 구성된 서울시의 고령친화도시 가입의 상징성과 파급효과, 그리고 추후 행보에 주목하고 있다. 서울시의 고령친화도시가 효과적으로 추진되기 위해서는 다음과 같은 전략이 필요하다.

첫째, 제1기(2013~2015년) 고령친화도시 추진계획은 광역차원의 서울시의 마스터플랜으로 보고, 제2기(2016~2020년)에는 서울시와 긴밀한 협력을 통해 자치구별 자체 계획을 수립하는 것이 필요하다. 자치구들은 인구규모와 노인인구비율, 재정자립도, 도시기능에 있어서 차별성이 존재한다. 따라서 자치구별 특성을 반영하는 고령친화도시 계획이 필수적이다. 현재 일부 자치구는 각자 고령친화도시를 추진하기 위한 준비에 돌입하였다. 자원의 중복과 낭비를 방지하기 위해서라도 서울시는 자치구의 자율성을 존중하는 동시에 자치구 자체 계획을 수립하고 지원해야 한다. 광역단위의 고령친화도시라는 우산 아래 공통의 고령친화도조사, 실행계획 수립, 평가체계 등 고령친화도시 추진을 위한 모듈지원이 필요한 시점이다.

둘째, 국내최초 고령친화도시네트워크 회원도시로서의 선도적인 역할을 수행해야 한다. 중앙정부와의 협력을 통해 타지방정부의 고령친화도시 추진을 적극적으로 지원해야 한다. 보건복지부에서는 이미 제2차 저출산고령사회기본계획에 고령친화도시 추진 지원을 명시한 바 있다.

고령친화도시는 국가와 도시와 지역의 협력 위에서만 효과적 추진이 가능하다. 중앙정부와 서울시와 자치구가 고유의 역할과 책임을 다함으로써 서울시는 물론 우리나라 모든 지역이 고령친화도시로 발전해나갈 수 있기를 바란다.

글 \_ 이상철

### ▶ 관련자료

WHO 국제고령친화도시네트워크 소개자료 [http://www.who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_network/en/](http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network/en/)

## 마을지향 복지관을 위한 중앙정부와 지방정부의 역할

사회복지를 둘러싼 경제적, 정치적 환경의 변화로 인해 시장과 국가의 역할을 보완하여 지역사회와 주민참여를 강조하는 추세는 1970년대 복지국가위기론이 대두되던 시절부터 지속되어 왔다. 우리나라의 경우 사회복지서비스제공기관들이 지역사회와 주민참여를 활성화시키는 교두보의 역할을 수행할 필요성이 제기되면서 지역사회복지관의 역할을 둘러싼 새로운 논의가 일어났다. 지역사회복지의 거점이라고 할 수 있는 지역사회복지관이 주민을 만나는 최일선의 기능을 담당하고 있지만 지역사회 중심 또는 주민참여의 실현이라는 면에서 제한적이라는 지적이 그것이다.

지역사회복지관은 지역사회 역량강화와 주민참여 등에 있어 매우 큰 역할을 할 수 있는 잠재력이 있다. 사회의 다양한 장소에 모세혈관처럼 위치해서 지역 주민들을 직접적으로 만나고 있기 때문이다. 따라서 지역사회복지관이 이러한 역할들을 효과적으로 수행할 수 있도록 하기 위한 중앙정부와 지방정부의 과제가 무엇인지 모색하는 것은 의미 있는 일이다.

먼저 중앙정부의 과제를 살펴보자. 첫째, 지금까지의 서비스 공급자 지원방식이나 바우처방식을 넘어설 수 있는 새로운 정책적 패러다임이 필요하다. 이를 위해 우선 관심을 가져야 할 것은 지역공동체·사람공동체의 회복이다. 복지관의 주요 사업들을 지역주민의 참여와 공동체 중심으로 배치하고 주민들이 복지관의 운영에 직접적으로 참여하면서 복지관의 직원이 될 수 있는 정책적 지침을 만들 필요가 있다.

둘째, 시설평가 방식을 변경해야 한다. 지역사회 복지관에 대해 3년을 주기로 실시되고 있는 보건복지부 평가는 마을지향복지사업과 같은 지역조직화 사업의

성과를 거의 제대로 측정해낼 수 없다. 주민조직화 사업은 주민과 관계를 맺고, 주민조직을 형성하기까지 장기간의 개입과 시간이 투입되어야 하며, 궁극적으로 주민간 관계의 변화와 역량강화를 목적으로 하기 때문이다. 따라서 자발적인 마을복지사업과 같은 지역사회에 대한 개입 노력을 반영할 수 있는 성과측정 방법이나 지표가 향후 복지부 평가에 포함되어야 한다.

다음으로 지방정부의 과제이다. 마을지향 복지사업은 사업의 내용보다 행정, 주민, 전문가가 합리적이고 효율적으로 협업(co-work)할 수 있는 협력 관계를 만들 수 있도록 주력하여야 한다. 이를 위해 서울시나 자치구는 마을단위의 복지공동체사업추진을 조례나 정책 등을 통해 행정적으로 지원하고, 관련 부서 간 정책조정 및 협력체계 구축을 위해 노력해야 한다. 또한 지역 주민은 관이 주도하는 하향식 정책 추진의 관행에서 탈피하여 계획수립의 초기단계에서부터 참여하여 주도성을 높일 수 있도록 하여야 한다. 특히 마을지향복지사업을 수행한 사회복지사들이 필요하다고 주장하는 자치구의 지원 시스템을 정리하는 것이 필요하다.

둘째, 예산을 지원할 경우 사업에 직접적인 예산을 지원할 수도 있지만 진안군에서 시도한 마을간사제도와 같이 사람을 지원하는 방식도 적극 고려해 볼 필요가 있다.

셋째, 마을지향복지사업은 예시사업 하나 성공시켜서 이를 모범으로 확산시키는 방식이 아니라, 시스템을 구축하는 것이다. 이와 관련된 섬세한 로드맵을 만들 필요가 있다. 로드맵에는 지방정부의 행·재정상의 변화와 전문가 양성, 연도별 주요 사업 개괄 등의 내용이 포괄되어야 한다.

글 \_ 유동철

### ▶ 관련자료

- 김진석·유동철(2013) 마을지향복지관 역량강화연구, 서울시복지재단.
- 보건복지부·전주대학교 산학협력단(2012) 복지마을 만들기 사업 추진을 위한 기초연구.



## 기초-광역-중앙 간의 수직적 협력관계 구축을 통한 의료급여제도 개선

우리나라에 지방자치제도가 시행된 지 어언 20여 년이 지났다. 지방자치제도가 꽃피우려면 기초·광역자치단체, 중앙정부가 각자 '자기 수준에 맞는 역할을 잘 해야 할 뿐만 아니라 기초-광역-중앙의 '수직적 협력이 잘 이루어져야 하는데 전자보다는 후자가 여전히 큰 문제로 남아있다. 이러한 한국 지방자치제도의 핵심적 결함을 잘 보여주는 영역이 바로 의료급여제도이다.

의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들에게 정부가 조세를 토대로 의료서비스를 제공하는 사회부조제도이다. 빈곤층에게는 자신의 질병을 치료받을 수 있는 사실상의 마지막 안전망이라는 점에서 매우 핵심적인 사회보장제도라 할 수 있다. 기초-광역-중앙간의 연계와 관련한 의료급여의 현황과 문제점을 요약하면 다음과 같다.

시·군·구는 수급권자 선정과 관리업무를 수행한다. 시·도는 의료급여기금관리 운영 및 보장기관에 대한 지도감독을, 보건복지부는 의료급여와 관련한 사업 지침과 지도감독을 수행하고 상당한 규모의 국고를 지원한다(서울은 50%, 타지역은 80%). 건강보험심사평가원(이하 심평원)은 진료비 심사 및 급여적정성 평가를, 국민건강보험공단(이하 공단)은 진료비지급업무 및 수급권 및 개인 급여내역의 전산관리 등을 각각 위탁받아 수행한다. 문제는 의료급여대상자의 법적 보장기관인 시·군·구는 자기 지역내 수급권자들을 많이 발굴할수록 재정부담이 늘어나므로 대상자 선정에 소극적이 되고, 서울시 산하 구는 구 부담이 없어 반대의 현상을 야기할 가능성이 있다는 점이다. 또한 자기 지역내 수급권자들이 과잉/과소 진료를 받고 있는지 여부를 확인하고 대형의료기관에 대한 지도 감독을 하기가 어려워, 심평원, 공단과의 연계활동도 전무한 상태라 사

실상 보호자로서의 역할을 수행하지 못하고 있다.

광역자치단체는 의료급여재정의 10~50%를 부담하고 있음에도 불구하고, 사실상 별다른 역할을 하지 못하고 있다. 서울시의 경우, 매년 약 7천억원(2012년 기준)의 의료급여진료비 중 50%를 부담하고 있음에도 불구하고 그만큼의 권한을 가지지 못하고, 역할도 모호하다.

보건복지부도 대상자선정작업에는 일부 역할을 수행할 수 있지만, 의료기관과 서비스 관리에 대해서는 적극적인 개입을 못하고 있는 실정이다. 아울러 재정지원 외에 기초, 광역자치단체와의 유기적인 협력, 관리체계는 매년 지침을 내리는 정도에 그치고 있다. 의료급여와 관련된 기초 - 광역 - 중앙정부 역할의 산만함과 통합적 운영의 미비는 결국 의료사각지대, 불충분한 보장성, 의료비 낭비 등의 문제를 낳고 있다.

이러한 문제를 개선하기 위해서는 첫째, 의료급여 관리 업무의 대부분이 국민건강보험과 거의 동일하므로 대상자의 선정관리를 제외한 업무를 국민건강보험 관리부처로 이관해야 한다. 둘째, 주요 재정을 부담하고 있는 중앙정부와 광역자치단체가 책임과 의무를 공유할 수 있도록 제도화해야 한다. 핵심은 광역자치단체가 중앙정부와 공단, 심평원과 파트너십을 구축하고 지역 내 공공병원, 보건소 나아가 민간 보건복지시설 등에 대한 효과적인 활용과 참여유도를 할 수 있도록 역량을 강화하고 제도적 장치를 마련하는 일이다.

예상되는 여러 가지 어려움에도 불구하고 이러한 작업이 성공적으로 이루어질 경우, 의료사각지대 해소와 재정의 효율적 운영이라는 숙원과제를 효과적으로 개선함과 동시에 의료급여 영역을 넘어 우리나라 지방자치제도의 수준을 한 단계 끌어올리는 중요한 선례를 제공할 수 있을 것이다.

글 \_ 신영전

### ▶ 관련자료

보건복지부(2012) 보건복지백서.



## 서울시 사회복지시설 종사자 처우개선 방향

서울시는 올해 2014년 인건비 가이드라인에서 사회복지시설 종사자 임금수준이 공무원 수준의 95%를 달성토록 하는 기준을 제시했다. 서울시 인건비 지원 사회복지시설 인건비가 전체평균 4.01%(이용시설 3.74%, 생활시설 4.38%) 인상되었다. 공무원 급여 인상을 1.7%에 비하면 상대적으로 높게 인상된 것이다.

2011년 3월, 사회복지사 등의 처우 및 지위 향상을 위한 법률이 제정되었다. 법률에서는 사회복지 종사자의 처우개선을 위한 국가와 지방자치단체의 역할을 규정하고 보수수준을 사회복지전담공무원 수준으로 설정하고 있다.

서울시의 경우는 2010년 하반기부터, 2014년도에 공무원 수준의 95% 이상 달성을 목표로 제시하면서 TF팀 구성, 관련 연구 수행 등 종사자 처우 개선을 위한 본격적인 노력이 시작되었다. 이러한 사회복지 종사자에 대한 처우개선 움직임의 배경에는 열악한 처우에 따른 높은 이직률 발생과 사기저하로 인한 사회복지 서비스의 질적 수준 저하가 우려가 있었다.

2014년도 서울시 인건비 가이드라인은 2가지 중·단기적 처우개선 기본방향을 바탕으로 하고 있다. 첫째는 2014년도는 종사자 전체 평균임금 수준이 공무원 수준의 95%를 달성하고, 연차적으로 모든 직위의 종사자 임금수준이 95% 이상을 달성하는 것이다. 따라서 이번 가이드라인에서는 종사자 직위별 공무원 비교직급 설정과 함께 직위별 임금수준 분석 결과를 바탕으로 인건비 인상률이 차등적으로 적용되었다. 향후 인건비 인상률 산정에 있어서도 공무원 보수 수준 대비 상대적으로 낮은 직위에 대해서는 차등적으로 높게 적용되어 갈 것이다.

둘째는 이용시설과 생활시설 급여체계의 단일화이다. 현재 서울시 이용시설과 생활시설 간의 급여수준과 급여체계는 서로 다른 상황이다. 인건비 지급 기준을 비교해 보면 생활시설의 임금수준이 상대적으로 낮다<sup>1)</sup>. 두 급여체계의 단일화를 위해서 임금수준이 낮은 생활시설의 임금 인상을 단계적으로 높게 적용해 나가야 한다.

또한 이번 가이드라인에서는 생활시설의 급여체계가 이용시설과 유사하게 조정되었다. 이용시설의 대리급에 해당하는 선임생활지도원 직위를 추가하여 생활지도원의 승진기회 제공과 함께 향후 급여체계 단일화의 기초를 마련하였다.

앞으로 서울시가 사회복지 종사자 처우개선을 지속적으로 도모해 나가기 위해서는 엄정한 종사자 인사관리 기준이 마련되어야 한다. 즉, 종사자 직위별 자격기준, 승진기준, 그리고 경력인정 비율 공통안 등이 필요하다.

그리고 예산지원 방식의 변화도 필요하다. 최근의 급격한 복지 수요 증가에 따라 복지 사업 또한 점점 증가하고 있어 서울시 보조금 지원규모가 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 이러한 상황에서 안정적인 인건비 예산을 확보하기 위해서는 사업비와 인건비를 분리하여 예산을 지원하여야 한다. 인건비를 구분하지 않고 묶어서 예산을 지원할 경우 처우개선을 위한 인건비 인상이 사업 운영의 어려움으로 연결될 수 있기 때문이다.

끝으로 장기적인 사회복지 종사자 처우개선 방향 설정 및 제도 개선 등의 논의는 행정과 현장이 상시 협의하는 서울복지거버넌스 체계를 통해 지속적으로 이루어져 나가야 할 것이다.

글 \_ 이순성

### ▶ 관련자료

이순성·서준희(2013) 사회복지시설 종사자 처우개선 및 인사관리 체계 마련 연구, 서울시복지재단.

1) 생활시설 원장 15호봉의 경우 이용시설 관장 대비 89.1%이며, 생활시설의 과장·생활복지사 10호봉은 이용시설 과장의 91.3% 수준임.

## 국민기초생활보장법 개정(안)에 관한 소고

현재 한국 사회에서 복지에 관한 가장 큰 이슈는 단연, 선거공약과 맞물린 '기초연금'과 '무상보육'이다. 이 두 사업은 한국 사회에서 거의 최초로 보편적 성격을 지닌 복지급여로서 도덕적으로 정당할 뿐만 아니라, 시기적으로도 적절하다는 평가를 받고 있다<sup>1)</sup>. 가난한 노인의 비율이 45%를 상회하고, 세계에서 가장 낮은 출산율을 보이는 현실에서 기초연금과 무상보육의 시행은 더 이상 미룰 수 없는 정책적 과제라고 할 수 있다. 하지만 이 두 제도가 성립하게 된 이면에는, '노인계층'과 '아동양육 계층'의 정치적 영향력이라는 현실을 외면할 수 없다.

정치적 목적이야 무엇이든, 기초연금과 무상보육을 시행함으로써, 한국 복지국가의 수준이 한 단계 도약하는 계기가 되리라 기대한다. 하지만 화려한 복지국가의 발전 이면에는 정치적 영향력도 없고, 어느 누구도 나서서 대변해주지 않는 우리 사회 가난한 사람들의 그들이 드러워져 있다. 게다가 최근 현 정부 들어서서 적극적으로 추진하고 있는 국민기초생활보장법 개정은 이러한 저소득층의 그늘을 더욱 짙게 만들고 있다.

현 정부는 인수위 시절부터 저소득층을 위한 사회안전망 체계를 근본적으로 개편한다고 공언하였고, 개편을 이끄는 두 개의 축으로 '생활영역별 맞춤형 급여체계 구축'과 '일을 통한 빈곤탈출 지원'을 설정한 바 있다. 그리고 그 개편의 시발점으로 작년 5월 국민기초생활보장법 개정법률(안)을 발의하였다. 그 골자는 급여체계를 욕구별로 다층화하고 부양의무자 기준을 완화함으로써, 제도의 사각지대를 축소하는 한편 수급자에서

벗어날 수 있는 여건을 조성한다는 것이다.

언뜻 긍정적인 방향으로 발전하는 듯 보이지만, 그 이면에는 복지국가의 도덕적 기초를 무너뜨리는 결정적인 함정이 있다. 그것은 바로 '최저생계비' 제도의 폐기이다. 현행 국민기초생활보장제도에서 최저생계비는 수급권자 선정기준이자 급여의 기준선이 되는 가장 중요한 개념이다. 생활이 어려운 국민은 법률에서 규정한 최저생계비 이상의 생활수준을 권리로서 보장 받아 왔다. 하지만 개정법률(안)은 이러한 최저생계비의 기능을 부정하고 있다.

우선 최저생계비 계측을 포기하고 빈곤실태조사로 대체하도록 하고 있다(안 제6조의 2). 더욱이 생계급여와 의료급여 수급권자를 최저생계비가 아니라 "소득인정액이 보건복지부 장관이 정하는 기준 이하인 사람"(안 제8조)으로 규정함으로써, 권리성 급여로서의 성격을 상실시키고 행정부의 재량급여로 전락시킬 가능성이 있다.

현행 국민기초생활보장제도와 관련하여 최저생계비 계측방식과 급여체계 등에 대한 지속적인 문제제기가 있어왔던 것은 사실이다. 하지만 이의 개선은 행정 편의와 재정적 고려가 아닌 권리로서의 급여와 보장성의 확대를 목표로 해야 한다. 국민기초생활보장법의 개편은 '인간다운 생활을 할 권리를 제도적으로 실현한 최초의 법률인 국민기초생활보장법의 근간을 지키고 '기초생활의 보장'이라는 우리 사회의 도덕적 토대를 강화하는 방향으로 진행되어야 한다.

글 \_ 문진영

### ▶ 관련자료

국회 의안정보시스템 「국민기초생활보장법」 일부개정법률안(의안번호5113)

[http://likms.assembly.go.kr/bill/jsp/BillDetail.jsp?bill\\_id=PRC\\_X1A310O5W2W4F1P7B2C7T4Q1I9A7S1](http://likms.assembly.go.kr/bill/jsp/BillDetail.jsp?bill_id=PRC_X1A310O5W2W4F1P7B2C7T4Q1I9A7S1)

한겨레(2014.2.10) 지상토론-기초생활보장법 개정안 "수급자 규모 증가 효과" "최저생계비 폐지는 기본권 박탈"

[http://www.hani.co.kr/arti/society/society\\_general/623473.html](http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/623473.html)

1) 현 정부의 기초연금법(안)은 소득인정액 기준 하위 70%의 노인에게만 지급하는 것으로 되어 있다. 따라서 엄밀한 뜻대로 보자면 기초연금(안)을 보편주의 급여라고 평가하기는 어렵지만, 현실적으로 대상 인구의 70% 이상이 지급받으면 그 제도는 '보편성'을 가지고 있다고 할 수 있다. 물론 이 법(안)이 2014년 2월 현재 국회에서 통과되지 못하고 있지만, 적어도 올해 안으로는 시행되리라 예상할 수 있다.

## 한파 속 각광받는 미국 저소득층 에너지 지원프로그램(LIHEAP)

미국의 저소득층 에너지 지원프로그램(LIHEAP: Low Income Home Energy Assistance Program)은 취약계층 냉난방비 지원, 단열재 설비, 에너지 관련 주택수리비용 등을 지원하는 서비스로, 연방정부가 예산을, 주정부가 세부시행을 담당한다.

특히 올 겨울 미국 전역은 몇십년 만에 찾아온 혹독한 추위를 겪고 있고, 이에 따라 가구별 난방비가 원료별로 전년 대비 최소 2퍼센트에서 최대 13퍼센트까지 증가할 것으로 전망된다. 그러나 연방정부는 지난해 LIHEAP에 지원하는 금액 중 1억 5500만 달러를 삭감하였다. 따라서 전년과 비교해서 올해 약 30만 가구가 LIHEAP 혜택을 받지 못하게 된 것으로 추산된다.

정작 예상치 못한 심한 한파가 닥치자 매사추세츠 주 상원의원 에드워드 마키(Edward Markey)를 비롯한 많은 의원들은 예산삭감에 의해 “저소득층 주민들이 난방을 할 것인지, 먹을 것인지(heat-or-eat)를 양자택일해야만 하는 상황에 내몰렸다”며, 2015년 연방 예산에 LIHEAP 지원금을 충분히 확보할 것을 요구하였다. 미 연방정부가 LIHEAP 지원 대상은 미국 전체 소득평균 150퍼센트 이하에 해당하는 가구로 제한하도록 권고하였으나 해당 주의 60퍼센트 중위 소득이 이보다 높은 경우에는 조정할 수 있도록 예외를 두었다. 평균 소득이 높은 편인 메릴랜드 주는 연방빈곤수준의 175퍼센트 이하에 해당하는 가구까지 지원할 수 있도록 그 기

준을 확대한 반면, 소득이 낮은 편인 미주리 주는 135퍼센트 이하로 규정하고 있다.

LIHEAP의 계획과 시행은 모두 주 정부의 몫이기에 각 주별로 LIHEAP에 할애하는 관심의 정도가 다양하다. 연방 가이드라인에 맞춰 저소득층에게 난방비를 지원하는 것만으로 만족하는 주들이 있는 반면, 자체 프로젝트를 만들고 추가 기금을 조성하여 더욱 활발하게 지원하는 주들도 있다. 2013년 위스콘신 주는 미국 내 대표적인 취약계층으로 분류<sup>1)</sup>되는 참전용사들을 위해 “Heat for Heroes”라는 캠페인을 벌였다. 위스콘신의 비영리단체인 에너지 서비스(Energy Services)는 “Keep Wisconsin Warm/Cool Fund”를 만들어 약 1만6천명의 개인 기부자들의 도움으로 추가기금을 조성하였고 이를 통해 위스콘신 LIHEAP은 2012년 총 22만 5천 가구를 지원하였다.

‘저소득가구의 광열수도비가 더 높게 나타난다’는 연구결과에서도 볼 수 있듯이<sup>2)</sup> 우리나라에서도 에너지비용은 저소득시민들에게는 큰 문제이다. 이에 2013년, 서울시도 한파대책의 일환으로 시내 쪽방밀집지역에 사는 기초생활보장 비수급 주민들에게 난방비를 지원하는 긴급복지지원계획을 발표한 바 있으며, 복지사각지대 취약계층에 난방비, 생계비, 의료비 등을 지원하는 희망온돌사업을 시행하고 있다.

글 \_ 전채경

### ▶ 관련자료

서울특별시청 홈페이지 희망복지소식(2013.1.8) <http://welfare.seoul.go.kr/archives/11725>

서울특별시 희망온돌사업 홈페이지 <http://ondol.welfare.seoul.kr/>

Edward Markey 매사추세츠 주 상원의원 홈페이지 보도자료(2013.12.20)

<http://www.markey.senate.gov/news/press-releases/markey-38-senators-join-bipartisan-call-to-protect-vital-home-energy-funding>

LIHEAP 확대를 위한 캠페인 홈페이지 <http://liheap.org/>

1) 약 5만 명의 참전용사출신들이 노숙자와 기초생활수급자로 분류되고 있는데 이는 2011년 이후 약 세배가량 증가한 숫자이다.

2) 서종녀(2013) ‘소득수준이 낮으면 광열수도비 부담은 더 높다’ 『복지이슈Today』 5월호(vol.2) p.9. 서울시복지재단.

## 지방정부의 손에 맡겨지는 국민보건, 직면한 과제는 무엇인가?

영국의 국민건강서비스(NHS)가 국민 보건 전반에 대한 책임을 중앙정부에서 지방정부로 점점 이양하고 있다. 책임의 이동은 특히 2012년 통과된 건강 및 사회적 돌봄법(Health and Social Care Act 2012)에 의해 가속화되고 있다. 특히 2013년 4월부터 주정부는 각 지방정부에게 NHS의 임상위원회(Clinical commissioning groups)와 파트너십을 이룬 '건강과 복지를 위한 이사회(Health and wellbeing boards)'를 발족할 것을 요구했다. 이 이사회의 목적은 지역 및 공공 보건서비스와 사회요양기관이 파트너십을 구축하여 이용자에게 통합된 서비스를 제공하고, 특히 보건서비스와 요양기관 간 이 동시 그 연결이 쉽도록 하는 것에 있다. 또한, 지방정부가 현재 담당하고 있는 국민의 건강에 영향을 미치는 모든 요소, 예를 들면 환경, 주거, 경제적 발전과 개혁, 교육 및 돌봄 서비스를 충분히 고려하여 통합적인 서비스를 계획하고 증진하는 것이다.

국민보건에 대한 권력과 책임을 중앙정부에서 지방으로 이양하는 과정에서 우려의 목소리들도 나왔다. 첫째는 NHS와 지방정부의 문화 차이이다. 중앙정부가 정책을 주도할 때에는 다르게 지방정부의 정책은 주민들의 목소리에 더 큰 영향을 받으며, 이는 정책을 좌지우지 할 만큼 강력하게 작용한다는 것이었다. 이 때문에 지방정부가 정책적으로 여론을 주도하기는 쉽지 않고, 따라가기에 급급할 것이라는 해석이다. 둘째로는 예산에 대한 민감성이다. 지방정부 내에서 보건서비스에 대한 개혁이 요구될 때, 서비스 질 자체보다 예산 부족 등에

의해 비용적인 면에 더 민감하게 반응할 것이라는 예측이다. 특히 최근 현저히 삭감된 복지예산과 지방정부의 늘어난 부담이 급진적 개혁의 기회가 될 것이라는 기대와, 지방정부의 인내심을 시험하는 계기가 될 것이라는 우려가 있다. 셋째는 NHS와 지방정부의 파트너십에 대한 우려이다. 과연 건강한 협력을 기반으로 통합서비스를 제공하며, 급변하는 주민의 욕구에 빠르게 대처하여 긍정적 시너지를 내는 것이 가능할 것인가에 대한 의문이다.

각 지방정부의 건강과 복지를 위한 이사회는 아직 완벽한 운영적, 법적 지위와 역할이 세분화되어 명명되지 않았으며, 그 구조가 현재 꾸러지고 있는 상황이다. 최근 출간된 질적 연구(Coleman 등, 2014)에 따르면, 이 사회의 구조와 접근방법이 이전까지의 보건 및 사회적 돌봄 통합 시도에서도 내내 나타났던 문제인 효과적 통합을 위한 조직 운영, 이사회 자체의 규모와 현지 역할을 정리하는데 소모되고 있다. 또한 현재까지 중앙정부와 지방정부 간의 문화 차이, 비용 민감성, 파트너십과 관련된 우려에 대한 구체적인 대안은 아직 발표되지 않았다.

국민에게 필수적인 보건서비스 제공에 있어 중앙정부와 지방정부의 관계가 시험대에 올랐다. 건강과 복지를 위한 이사회가 중앙정부와의 시너지가 되는 관계를 기반으로 주민들의 욕구에 좀 더 빠르게 대처할 수 있을 기를 기대해 본다.

글 \_ 전미양

### ▶ 관련자료

- Coleman, A., Checkland, K., Segar, J., McDermott, I., Harrison, S., & Peckham, S. (2014). Joining it up? Health and Wellbeing Boards in English Local Governance: Evidence from Clinical Commissioning Groups and Shadow Health and Wellbeing Boards. *Local Government Studies*, 1-21. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03003930.2013.841578>
- Department of Health (2012). *Local government's new public health functions*, Local public Health Intelligence Richard, H. (2013). How local government's relationship with the NHS is changing, *The Guardian*, 27 August <http://www.theguardian.com/local-government-network/2013/aug/27/will-2013-be-watershed-moment-between-nhs-and-local-government>

## 지방정부, 연방정부의 사회복지재정 지원의 신속한 처리 요구

2013년 기민당·기사당과 사민당의 대연정 이후 연정협약서에 명시된 항목들이 어떻게 실행될지 관심이 집중되고 있는 가운데 연정협약서의 우선적 조치 항목(Prioritäre Maßnahmen)에 대해 지방정부가 우려를 표명하고 있다.

연정협약서의 우선적 조치 항목에 따르면 연방정부는 지방자치단체의 증가하는 재정부담을 경감시키기 위해 교육부문, 대중교통부문 및 사회복지부문 등에 걸쳐 재정을 지원할 것을 약속하고 있다. 이 중 사회복지부문은 장애인참여법(Bundesteilhabegesetz: 장애인의 사회통합을 목적으로 하는 법)의 이행을 전제로 매년 5십억 유로(약 7조2천5백68억원)에 달하는 보조금을 지급하도록 되어있다. 즉 연정협약서에 재정지원 시기가 따로 명시되지 않고 법 의결 이후에 지급한다고 되어있기 때문에 재정지원보다 법의 의결이 우선적으로 이루어져야 하는 상황이다. 지방정부는 법의 의결이 신속하게 이루어지지 않을 경우 연방정부의 보조금 제공이 현재 입법부 임기에서 2018년 이후의 시점으로 미뤄질 것으로 보고 있다.

독일시연합의회(Deutscher Stätetag)<sup>1)</sup>는 연방정부의 분명한 입장을 요구한다. 뉘른베르크(Nürnberg)의 시장을 겸하고 있는 독일시연합의회 대표 울리히 말리(Ulrich Maly)는 프랑크푸르트 알게마이네 신문(Frankfurter Allgemeine Zeitung)에 “우리의 목적은 늦어도 입법기간의 절반이 지나기 전에 장애인참여법의 효력을 발생시키는 것이다, 결국 연정협약서의

우선순위 조치 항목에 명시된 법이 임기 이후에 효력을 발생하는 일은 없도록 해야 한다.”고 말했다. 독일군연합의회(Deutscher Landkreistag)에서도 앙겔라 메르켈(Angela Merkel) 총리에게 “확실한 해결”을 요구하며 계획의 확실성을 보증하기 위하여, 그리고 앞으로 10개의 주에서 실시될 지방선거에 앞서 연정협약서의 확인이 실질적인 유효성을 가질지를 확인하는 것은 중요하다”고 밝혔다.

독일 지방정부의 사회복지관련 지출비용은 2000년 이후 매년 증가하여 2012년에 약 4백 6십억 유로(약 66조7천6백30억원)에 달했다. 지속적으로 증가하는 사회복지비용 지출에 직면하여 지방정부는 대연정 이후 매년 5십억 유로(약 7조2천5백70억원)의 재정지원이 신속하게 이루어질 것을 기대했지만 장애인참여법의 의결이라는 과업을 먼저 달성해야 할 상황에 놓여 있다. 하지만 이러한 상황이 부정적이지만은 않다. 독일은 기본적으로 연방정부와 지방정부의 재정분담 원칙 아래 정치적으로 협의하는 구조가 마련되어있기 때문이다. 문제가 발생했을 경우 독일시연합의회, 독일군연합의회 그리고 독일읍·면연합의회에 이르기까지 의회정치를 통해 연방정부와 협의할 수 있는 구조가 존재한다.

중앙에서 일방적으로 지방에 하달되는 방식을 통해서 근본적인 문제를 해결할 수 없을 것이다. 이러한 점에서 독일의 의회정치구조는 협의를 통해 연방정부와 지방정부가 갈등을 풀어나갈 수 있는 하나의 예를 제시할 수 있을 것이다.

글 \_ 권민정

### ▶ 관련자료

프랑크푸르트 알게마이네 신문 Frankfurter Allgemeine Zeitung(2014.1.22) 지방정부는 연정협약서를 의심한다.  
<http://www.faz.net/aktuell/brief-an-die-kanzlerin-kommunen-ziehen-koalitionsvertrag-in-zweifel-12762059.html>  
 연정협약서(Koalitionsvertrag) pp.88~89.

1) 1905년에 설립된 독일시연합의회는 시의 연합단체로 연방정부나 주정부, EU등에 비해 지방자치행정의 목소리를 대변한다. 독일군연합의회(Deutscher Landkreistag), 독일읍·면연합의회(Deutscher Städte- und Gemeindebund)와 협력관계를 맺고 있다. 각 의회는 연방정부와의 협상을 통해 입법과정에 영향력을 행사하거나 시민들의 욕구를 수렴하여 행정에 적용하는 등의 과업을 수행한다.



## 새로운 연방정부에 대한 주정부의 요구 : 재정지원과 권한부여

2013년 9월에 오스트리아 총선이 있었다. 사회민주당(SPÖ)이 26.82%, 국민당(ÖVP)이 23.99%, 자유당(FPÖ)이 20.51%, 녹색당(Grüne)이 12.42%를 득표했다. 과반수 이상을 획득한 당이 없기 때문에 대연정 협의가 시작되었고 연정협의에서의 주요 이슈 중 하나는 예산과 재정적자에 대한 부분이었다. 연방정부 뿐만 아니라 주정부 차원에서도 대연정협의 기간에 이에 대한 심도 있는 논의가 이루어졌다. 주정부들은 2018년까지 최대 40억 유로(약 5조 8천2백억원)의 거대한 재정적자가 예상되는 심각한 재정상황에 놓여있기 때문에 연방정부에 강력하게 재정지원에 대한 요구를 하고 있다.

연방정부는 주정부에 재정긴축압력을 넣었고, 반대로 주정부는 연방정부에 보다 많은 보조금을 요구했다. 빈(Wien)의 재무시의원 레나테 브라우너(Renate Brauner)는 연방정부가 주정부에 많은 책무를 요구하고 있기 때문에 주정부에 보다 많은 재정지원을 해야 한다고 주장했다. 케언텐(Kärnten)주의 페터 카이저(Peter Kaiser) 주지사도 특히 요양보호와 교육 영역에서 주정부와 지자체가 큰 부담을 안고 있음을 지적했다. 그래서 연방정부는 요양보호, 아동돌봄, 교육 등의 영역에서의 주정부의 큰 부담을 고려하여 정해진 기본인상액을 보장할 것을 주장했다. 특히, 요양보호는 연방정부와 주정부 사이에 오랜 갈등 지점이었다. 주정부는 연방정부가 요양보호 지원을 “사회부조논리(Sozialhilfelogik)”가 아닌 “연대적 재정(Solidarische Finanzierung)”으로 인식해야 한다고 주장한다. 연방정부는 요양등급 중 가장 낮은 두 등급

의 기준을 보다 높게 설정하여 요양급여의 문턱을 높이는 것을 주장하고 있지만, 주정부는 재가요양보호가 필요한 사람들의 대부분이 이 등급에 속해있기 때문에 요양급여진입을 어렵게 하는 방식의 조치를 취할 경우 재가요양이 상당히 약화될 우려가 있다고 지적한다.

새롭게 구성된 주지사회의는 2013년 10월에 “새로운 연방정부에 대한 주정부의 요구”안을 발표했다. 요구안의 요지는 연방정부의 보다 많은 재정지원과 주정부에 대한 권한부여이다. 요양보호, 아동돌봄, 교육 분야에서 연방정부가 주정부에 재정지원을 확대하는 것과 연방정부가 대법원과 감사원을 통해서 주정부의 업무와 재정사항을 결정할 때 주정부와 함께 결정할 수 있도록 동등한 제안권과 참여권한을 부여할 것을 요구했다. 반면, 주정부의 행정조직에 연방정부의 참여권한은 제한할 것을 요구하고 있다.

현재 주정부들은 주정부 차원의 특별세를 거의 도입하지 않았다. 오스트리아 지자체들은 재산세와 지방세를 통해 세입을 가지지만 대부분의 재정은 연방정부의 세금을 통한 지원에 의존하고 있다. 오스트리아 세금의 대부분은 연방정부에 의해 부과되고, 주정부와 지자체에는 재정조정을 통해 추가적으로 보완되는 방식이다. 중도우파인 국민당 주정부는 한걸음 더 나아가 세금주권(Steuerhoheit)을 주정부로 이전하는 방안을 강화하자고 주장하고 있다. 그러나 연방정부는 2016년까지는 현재 재정조정 방안을 시행하기로 하였고 때문에, 빨라도 2017년이 되어야 주정부의 세금주권 강화 방안이 도입될 수 있을 것으로 보인다.

글 \_ 박은정

### ▶ 관련자료

- 종합일간지 Kurier(2013.11.11) 주정부가 연방정부에게 바라는 것  
[http://kurier.at/politik/inland/was-sich-die-laender-vom-bund-wuenschen/35\\_034\\_665](http://kurier.at/politik/inland/was-sich-die-laender-vom-bund-wuenschen/35_034_665)
- 시사지 Kleinezeitung(2014.02.07.) 국민당 주정부의 특별세 요구  
[http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/politik/3542138/oevp-laender-fordern-eigene-steuern\\_story](http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/politik/3542138/oevp-laender-fordern-eigene-steuern_story)
- 시사지 Kleinezeitung(2013.11.11.) 주정부의 보다 많은 재정과 권한 요구  
[http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/politik/3464247/laender-fordern-mehr-geld-macht-vom-bund\\_story](http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/politik/3464247/laender-fordern-mehr-geld-macht-vom-bund_story)

## 복지재정 및 복지서비스의 탈중앙화의 중심에 자리한 지자체의 역할

핀란드에서는 지방정부가 복지서비스에 대한 책임을 많이 지고 있어 복지서비스 분권화와 복지재정의 탈중앙화 성격이 드러난다. 그렇다고 중앙정부의 역할이 아예 없는 것은 아니다. 중앙정부는 각 지방자치단체가 제공하는 복지서비스가 균등하게 이루어질 수 있도록 각종 지원금, 교부금을 통해 지방자치단체의 복지 재정을 지원한다. 또한 각기 다른 지방정부의 복지서비스를 관리, 감독하는 역할도 바로 중앙정부의 몫이다.

핀란드는 보편적 사회정책을 펼치고 있는 대표적인 북유럽 국가로 모든 국민에게 보편적인 사회보험제도, 교육 및 의료서비스를 제공한다. 무상교육과 무상급식이 중요한 특징이며, 출산휴가 역시 보편적으로 제공되고, 보육과 미취학 아동에 대한 교육도 소득수준에 따라 차등적인 요금을 부과하며 보편적으로 시행되고 있다.

인구 550만 명의 핀란드는 총 20개의 광역지자체와 342개의 기초지자체(municipal authorities)로 분할되어 있다. 이들은 해당 지역에서 제공되는 복지 및 의료 서비스와 이를 위한 재정을 운용할 책임을 갖고 있다. 복지재정은 지방정부의 세입과 중앙정부의 교부금으로 이루어지며 핀란드 지방세율은 각 기초지자체별로 15-20%(2010년 기준, 평균 18.5%)에 이른다. 기초지자체의 지출액 중 절반가량은 해당 지자체의 세금 수입으로, 또 약 25퍼센트는 각종 운영수익으로, 그리고 나머지 약 20퍼센트는 중앙정부 교부금으로 충당된다. 2009년 기준으로, 핀란드 지방정부 세입은 평균 87.2%의 개인소득세, 8.5% 법인소득세, 4.3%의 부동산세로 이루어져 있다.

중앙정부는 국가사회보험(의료보험, 장애보조금, 노령연금, 유족연금, 실업급여) 및 고등교육 부문을 관장하며, 광역지자체는 사회안전망, 1차 의료기관, 병원 및 요양원, 직업기술교육, 지역 계획을, 기초지자체는 보건 의료, 주택, 가족복지서비스, 복지시설, 사회적 지원, 유치원, 초중등교육, 직업교육, 평생교육, 도서관 및 기타 사회복지서비스를 관장한다. 즉, 기초지자체가 사회복지, 보건의료서비스와 더불어 대부분의 주택, 교육 관련 정책부문을 책임지고 있음을 알 수 있다. 1995년 제정된 '지방정부법이 기초지자체의 역할을 현재 수준으로 강화하였다. 핀란드 정부는 지난 2005년부터 2012년 사이에 기초지자체들 간에 발생한 격차를 해소하기 위해 '지방정부 및 서비스 개혁 프로젝트(PARAS: Project to restructure local government and services)'를 시행하기도 하였다.

핀란드의 복지서비스를 보면 유럽연합(EU)을 분석할 때 자주 사용되는 다층거버넌스(multi-level governance)라는 특징을 발견할 수 있다. 기초지자체들은 상호 합의하에 합동기초지자체(joint municipal authorities)를 세워 다양한 공공사업과 서비스를 위해 힘을 모으고, 광역지자체는 그 위에서 여러 지역적 사업과 서비스를 시행한다. 중앙정부는 지자체를 지원, 관리, 감독하면서 국가 전반에서 균등한 수준의 복지서비스가 제공될 수 있도록 한다.

핀란드 복지제도에서 지방정부가 담당하는 중요한 역할과 이들이 중앙정부 및 유럽연합과 서로 조정, 협력하는 사례는 한국에도 많은 시사점을 준다.

글 \_ 전채경

### ▶ 관련자료

- 김인춘 (2013) "북유럽국가들의 복지재정제도연구," 한국지방세연구원.
- 핀란드 지방자치협의회 홈페이지 <http://www.localfinland.fi/en/Pages/default.aspx>
- The Association of Finnish Local and Regional Authorities & Tylor Sutton (2011) "Restructuring Local Government in Finland" <http://www.localfinland.fi/en/authorities/Documents/Article%20on%20Restructuring%20Local%20Government%20in%20Finland.pdf>



## 지자체 역량에 따른 개호 서비스 양극화 우려

2000년에 시작된 일본 개호보험은 수차례의 개정을 거치며 새로운 서비스가 도입되어 왔다. 이와 함께 개호 등급도 세분화되어, 현재는 요지원1, 2와 요개호 1~5의 총7단계로 구분되어 있다<sup>1)</sup>. 2005년도 개호보험제도 개혁 당시, 경증 대상자의 증가에 따른 서비스 개선을 위한 “예방중시형 시스템으로 전환”의 일환으로 신예방급부와 지역지원사업이 창설되었고, 이에 따라서 초기의 요지원, 요개호1~5의 총6단계의 등급체계가 요지원 1, 2로 세분화된 것이다. 그리고 등급을 인정받지 못한 소위 ‘자립’ 상태인 사람들이 요지원·요개호 상태가 되기 전에, 또한 요지원 상태의 사람들이 요개호 상태가 되기 전에 개호예방을 중시하지는 취지로 예방급부사업이 정비되었다.

그런데 최근 개호보험제도의 재정 악화로 인하여 예방급부를 지자체(시정촌)가 주체가 되어 실시하는 ‘지역지원사업’으로 이행하자는 논의가 진행되고 있다. 지금까지 요지원자를 대상으로 제공되어 온 ‘예방급부’의 경우, 다양한 주체에 의하여 제공되고 있는 서비스 중에서 이용자가 원하는 서비스를 선택하여 이용할 수가 있었다. 반면에 ‘지역지원사업’의 경우 지자체(시정촌)이 실시 주체가 되며, 행정기관이 직접 실시할 수도 있고 지역내 비영리법인이나 민간법인에 일괄적인 위탁이 가능하다.

지금 한창 진행 중인 논의를 요약하자면, 지금까지 전국 일률적인 기준(인원, 운영, 단가)에 의하여 제공되어 온 ‘예방급부’를 지자체(시정촌)가 주체가 되어 실시하는 ‘지역지원사업’으로 이행하겠다는 것이다. 2015년 4월부터 2017년도까지 요지원자를 대상으로 한 ‘예방급부’를 ‘지역지원사업’으로 이행하는 안이 2013년 9월에

처음 제시되었다. 그 후, 활발한 논의가 이루어진 결과, 정부는 ‘예방급부’ 중에서 방문간호와 복지용구와 관련된 서비스는 그대로 남겨두고 방문개호(방문요양)와 통소개호(주간 보호서비스)의 한정된 서비스만을 ‘지역지원사업’으로 이행하겠다는 수정안을 2013년 11월에 발표하였다. 정부는 2014년 통상국회에 개정 개호보험법을 제정할 방침이다.

정부가 이러한 이행을 제시한 목적은, 전국적인 일률적 기준이 아닌 지자체(시정촌)의 역량에 맡겨 자원 봉사자 등의 다양한 주체들이 서비스를 제공할 수 있도록 함으로써 사업비를 절감하는 동시에 사업을 효율적으로 실시하지는 것이다.

하지만 서비스 이용자들은 어느 정도의 자기부담이 발생할지, 어느 정도 수준의 서비스를 이용할 수 있을지 예상하기 힘들다며 불안함을 표명하고 있다. ‘예방급부’로 제공되고 있는 방문개호(방문요양)와 통소개호(주간 보호서비스)서비스의 경우, 연간 약120만 명이 이용하고 있으며, 급부비는 약 2,800억엔이다.

또한, 사업 주체가 되어야하는 지자체(시정촌)에서도 서비스의 양과 질적인 측면의 유지 및 효율성을 담보할 자신이 없다는 의견이 적지 않다. 만약 위탁을 하더라도 사무 부담 증가를 피할 수 없으므로 충분한 이행기간을 설정하도록 요구하고 있다.

‘지역지원사업’은 지자체(시정촌)의 실정에 맞춰 서비스를 제공하도록 되어 있기 때문에, 예방급부 서비스가 모두 ‘지역지원사업’으로 이행할 경우, 지자체의 역량에 따른 양극화 현상이 예상된다. 하지만 정부에서는 재정적 대책의 하나로 이행을 추진할 입장을 표명하고 있다.

글 \_ 김원경

### ▶ 관련자료

복지신문(2013.11.25) 개호보험 예방급부 이행 수정-후생노동성 안(福祉新聞、2013年11月25日、介護保険の予防給付移行を修正 厚労省案)

1) 우리나라와는 반대로 1등급이 경중이며 5등급이 최중중에 속한다.

## 후생노동성, 학동보육(방과 후 아동클럽)의 질적 향상 위해 운영기준 마련

방과 후 가정에서 돌봄을 받기 어려운 아이들을 위한 초등 돌봄교실이 초등학교 1, 2학년의 모든 희망 학생을 대상으로 확대 시행되는 가운데 지자체별로 돌봄교실에 대한 세부 계획이 발표되고 있다. 이러한 학령기 아동의 돌봄에 대한 고민은 이웃나라 일본에서도 나타나고 있다.

2013년 12월 후생노동성은 학동보육(방과 후 아동클럽)의 질적 향상을 목적으로 방과 후 아동클럽의 기준에 관한 전문위원회를 통해 학동보육 운영기준 보고서를 발표하였다. 전문위원회는 학급당 정원수(40명) 및 직원배치(2명 이상) 등에 대한 내용을 정하면서 올해 3월까지 정리된 보고서를 바탕으로 시정촌이 조례화하고, 2015년 4월부터 운영될 방침이라고 밝혔다.

학동보육은 맞벌이 등으로 인해 낮 동안 보호자가 없는 초등학교 아동들을 방과 후 또는 방학 중 돌보는데 목적을 두고, 아동관이나 초등학교의 빈 교실 등을 이용하여 운영되고 있다. 2007년 '방과 후 아동클럽 가이드라인' 등을 통해 학동보육에 대한 어느 정도의 기준은 정했으나 의무규정이 아니었다. 따라서 운영형태나 지역의 다양한 욕구로 인해 지역별로 큰 편차를 보이게 되었고, 학동보육에 대한 질적 수준을 향상시키기 위해서는 새로운 기준이 마련되어야 한다는 의견이 대두되었다.

이에 후생노동성 전문위원회에서는 일곱 차례에 걸친 논의를 통해 운영기준에 대한 보고서를 마련하게 되었다. 이번 보고서에서는 아동의 정서적 측면과 안전성을 고려하여 학급당 규모를 40명 이내로 하고, 직원은 한 학급당 2명 이상을 배치하되 이 중 1명은 보육교사

나 교원면허 등의 자격을 가진 자로 채용할 것을 명시하였다. 또한 직원들의 전문적인 지식과 기능을 보완하기 위해 이들을 대상으로 한 연수를 제도화하였다.

후생노동성의 보고에 따르면, 2013년 5월 1일 현재 학동보육 시설수는 전국 21,482개소로 등록 아동수는 889,205명이다. 맞벌이 세대의 증가로 학령기 아동들이 안전하게 방과 후를 보낼 수 있는 장소에 대한 욕구가 높아지면서 시설수와 아동수 모두 15년 전과 비교하면 2배 이상 늘어났다. 한편 학동보육을 이용하지 못한 아동들도 3년째 증가추세를 보이면서 2013년 약 9천명의 대가아동이 있는 것으로 집계되었다. 또한 전국학동보육연합회의에서는 학동보육을 이용하고 싶어도 이용할 수 없는 잠재적인 대가아동이 약 40만명에 이른다고 보고하고 있다.

이러한 문제에 대해 <도쿄신문>은 2015년부터 시작되는 신제도에서 학동보육에 대한 지역의 욕구가 있을 경우 지자체에서 정비하도록 정하고 있는 만큼 지자체의 책임이 커졌음을 지적하며 적극적으로 대응할 수 있는 학동보육 시설이 증가되어야 한다고 강조하고 있다.

학동보육은 아동에게는 학교와 가정을 이어주는 생활의 장이자 보호자에게는 가정의 생활환경이 안정될 수 있도록 지원해주는 장이기도 하다. 정부에서는 아동보호 차원에서 학령 전 아동의 보육시설에 대해서는 엄격한 기준을 책정해 왔지만 학동보육에 대해서는 그렇지 못했다. 이번 운영기준을 통해 구체적인 방향성이 마련되었다는 점에서 앞으로 어떤 성과가 나타날 것인지 기대된다.

글 \_ 박지선

### ▶ 관련자료

후생노동성(2013.12.25) '방과후 아동클럽의 기준에 관한 전문위원회 보고서 개요' (厚生労働省, 2013년 12월 25일) 放課後児童クラブの基準に関する専門委員会報告書の概要

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11906000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Ikuseikankyouka/0000033474.pdf>

도쿄신문(2014.2.3) '학동보육, 지역육구에 답하라' (東京新聞, 2014년 2월 3일, 学童保育 地域のニーズに応えよ)

<http://www.tokyo-np.co.jp/article/column/editorial/CK2014020302000137.html>

## 기초 지방자치단체 유형별(시·군·구) 복지지출수준의 격차

우리나라의 기초 지방자치단체는 「지방자치법」에 따라 시·군·구로 유형이 구분된다. 그런데 기초 지방자치단체의 유형에 따라 사회복지지출 수준의 차이가 두드러지게 나타난다. 제주특별시를 제외한 228개 기초 지방자치단체 중에서 사회복지 지출비율이 상위 10% 안에 드는 지역은 자치구들이고, 하위 10%에 포함되는 지역은 대부분 군지역이다(그림 1 참조).

보다 구체적으로 살펴보면, 자치구(69개)의 평균 사회복지지출 비율은 48.1%에 달하는데 비해 시(73개)는 26.2%, 군(86개)은 16.2%로 자치구에 비해 매우 낮다. 특히 군 지역은 사회복지 지출비율이 20%도 안 되는 지역이 71개나 되고, 자치구의 절반에도 미치지 못한다.

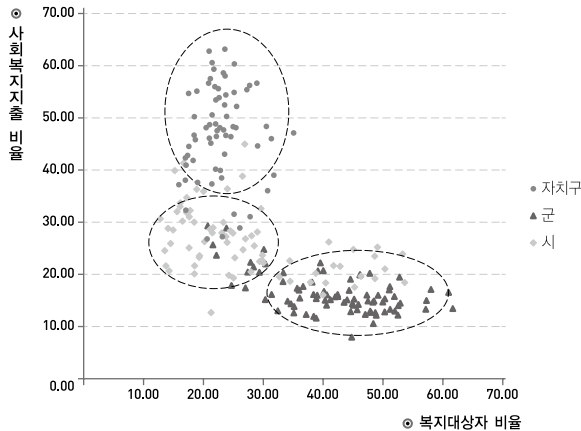
지역의 복지욕구의 크기와 비교해서 복지지출 수준의 차이를 살펴보면 심각성이 더해진다. 군의 평균 복지대상자 비율이 48.9%로 시(36.2%)나 자치구(22.9%)보다 복지수요가 높는데 비해 복지 지출비율은 낮다. 반면에 자치구는 시, 군보다 복지대상자 비율이 낮는데 비

해 복지 지출비율이 높은 편이다. 이는 농어촌지역의 경우 노인 인구가 같이 복지수요가 많음에도 불구하고, 다른 사업에 대한 지출에 비해 복지사업 지출이 상대적으로 적다는 것을 의미한다.

기초 지방자치단체 유형별 복지지출 비율의 차이는 지역적 특성이 반영된 결과로 보인다. 시·군·구는 기초 지방자치단체로서 동일하게 자치적인 행정권과 지방의회를 가지고 있다. 하지만 시는 도시의 형태를 갖추고 인구가 5만 이상인 지역으로 중소도시의 특징을 가지고 있고, 군은 광역시나 도에 속해 있으며 농어촌 지역이 많다. 반면, 자치구는 특별시와 광역시 관할 구역 안에 포함되어 도시 지역의 특성을 지니고 있다.

일반적으로 지역의 복지수요에 따라 복지지출이 결정된다고 알려져 있다. 그러나 이와 같은 현황은, 실제 기초 지방자치단체의 복지지출은 복지수요보다는 지역적 환경에 더 많은 영향을 받고 있음을 알 수 있다.

글 \_ 김승연



[그림 1] 기초 지방자치단체 유형별(시·군·구) 복지대상자 비율 및 사회복지지출 비율

- 여기에 사용된 자료는 2012년 기초 자치단체 예산자료로 필자가 지방자치단체를 통해 직접 수집한 자료임.
- 사회복지지출 비율 = (사회복지+보건 예산)/총 세출예산×100
- 복지대상자 비율 = (노인+아동+장애인+기초생활수급 수)/전체 인구×100

#### **복지이슈Today는**

지방자치단체의 복지정책 수립에 필요한 국내외 복지동향을 소개하기 위해, 2013년 4월에 창간된 월간지입니다.

- 본지는 서울시복지재단홈페이지 [www.welfare.seoul.kr](http://www.welfare.seoul.kr) (복지자료 → 복지이슈Today)에서도 보실 수 있습니다.
- 발간에 관련된 문의사항과 개선을 위한 의견이 있으시면 발간팀(연구개발실 정책연구팀, 02-2011-0570, [jkim@welfare.seoul.kr](mailto:jkim@welfare.seoul.kr))으로 보내주시기 바랍니다.
- 본지에 실린 내용은 서울시의 공식적인 견해와 다를 수 있습니다.



**서울시복지재단**  
Seoul Welfare Foundation

[www.welfare.seoul.kr](http://www.welfare.seoul.kr)  
110-062 서울특별시 종로구 송월길 52  
Tel. 02)2011-0570 Fax. 02)2011-0520