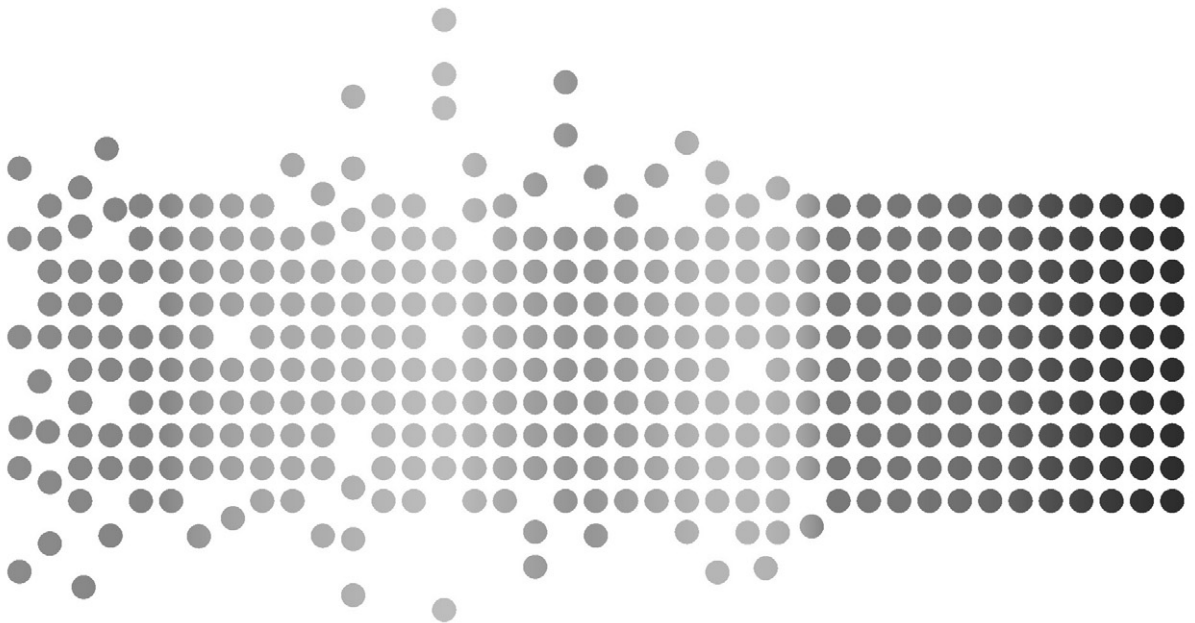


선진국의 고령화 대응정책 동향

Policy Responses of Developed Countries to Population Ageing:
Case Studies of Australia, Germany and Sweden

정경희 · 이소정 · 이윤경 · 이수연



연구보고서 2011-37-17

선진국의 고령화 대응정책 동향

발행일	2011년 12월
저자	정경희 외
발행인	김용하
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄	대명기획
가격	7,000원

© 한국보건사회연구원 2011

ISBN 978-89-8187-829-0 93330



머리말

고령화는 전지구적인 현상으로 UN에서는 1992년에 이어 2002년에 제2차 고령화회의를 개최하고 인구고령화에 대응하기 위해 세계적으로 공유해야 할 정책들로서 고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA: Madrid International Plan of Action on Ageing)을 발표한 바 있다.

그러나 정책들을 공유한다고 해서 각 국가의 구체적인 대응전략이 동일한 것은 아니다. 고령화에 대한 개별국가의 대응 방식은 개별 국가의 인구고령화 속도 및 정도, 경제적 특성 및 사회정책 기조 등에 의하여 결정되기 때문이다. 또한 우리나라의 경우 급격한 고령화의 진행으로 인하여 앞서 고령화를 경험한 선진국의 구체적인 정책 내용과 방향을 검토함으로써 실패를 최소화할 수 있는 후발주자로서의 이점을 살릴 수 있을 것으로 기대된다. 이러한 맥락에서 본 연구는 대표적인 선진국의 구체적인 고령화 대응정책을 살펴보고 우리사회에 갖는 함의를 찾아보고자 하였다.

이에 본 연구는 고령화 대응정책에 초점을 둔 복지국가체제를 구분하고, 체제별 대표국가의 대응전략을 비교분석함으로써 우리사회에 갖는 정책적 함의를 도출하고자 한다. 따라서 본 연구에서는 복지국가체제별 대표 국가로 호주, 독일, 스웨덴을 선정하여 현안 정책적 이슈 파악을 통하여 시사점을 도출하였다.

본 보고서는 정경희 선임연구위원의 책임 하에 원내의 이소정 부연구

위원, 이윤경 부연구위원, 이수연 연구원에 의하여 작성되었다. 본 연구진은 바쁘신 중에도 본 보고서를 검독 해주신 본 원의 선우덕 연구위원과 오영희 부연구위원, 소중한 검토의견을 주신 동국대학교 사회학과의 김정석 교수와 충북대학교 아동복지학과의 최영은 교수에게 감사하고 있다. 또한 본 연구진은 호주, 독일, 스웨덴 방문시 인터뷰에 응해준 정책담당자, 연구자, 고령자들에게 감사의 마음을 전한다.

2011년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	13
제1절 연구의 개요	13
제2절 복지국가 유형 분류 검토	15
제3절 국가별 기본 특성	17
제2장 호주	25
제1절 개요	25
제2절 안정적인 노후소득보장	29
제3절 적절한 보호서비스 제공	46
제4절 사회참여 활성화	66
제5절 호주의 고령화 대응정책의 특징과 함의	78
제3장 독일	83
제1절 개요	83
제2절 안정적인 노후소득보장	88
제3절 적절한 보호서비스 제공	100
제4절 사회참여 활성화	112
제5절 독일의 고령화 대응정책의 특징과 함의	121
제4장 스웨덴	125
제1절 개요	125

제2절 안정적인 노후소득보장	137
제3절 적절한 보호서비스 제공	148
제4절 사회참여활성화	158
제5절 스웨덴의 고령화 대응정책의 특징과 함의	168
제5장 결론	173
제1절 종합	173
제2절 미래 전망	180
제3절 정책적 함의	188
참고문헌	191
부록: 출장보고	201
제1절 호주 출장보고	201
제2절 독일 출장보고	217
제3절 스웨덴 출장보고	235

표 목차

〈표 1- 1〉 국가별 인구학적 특징	19
〈표 1- 2〉 국가별 경제적 특징(2008년 기준)	19
〈표 1- 3〉 국가별 사회보장적 측면의 특징	20
〈표 2- 1〉 호주의 인구고령화 현황	26
〈표 2- 2〉 호주 노인인구의 연령 구성	26
〈표 2- 3〉 호주의 인구고령화 관련 추계	26
〈표 2- 4〉 호주의 공공지출 비율의 변화	27
〈표 2- 5〉 호주의 노후소득보장체계 발전 과정	34
〈표 2- 6〉 호주의 노령연금 수급자 규모 장기추계	37
〈표 2- 7〉 호주 강제 퇴직연금의 개요	38
〈표 2- 8〉 호주 노인의 소득수준 및 소득원	41
〈표 2- 9〉 호주 노령연금(Age Pension) 수급 현황(2006. 6. 기준) ·41	
〈표 2-10〉 호주 은퇴자의 소득원 구성: 은퇴시와 현재의 소득 비교(2004~2005년)	42
〈표 2-11〉 호주의 10년간의 시설수의 변화(1998~2008)	58
〈표 2-12〉 호주의 각주별 시설보호서비스 제공기관의 점유율	58
〈표 2-13〉 호주의 보호서비스 종류별 이용 현황	59
〈표 2-14〉 1998~2008 기간 중의 호주의 노인보호시설 및 패키지수, 이용자수	60
〈표 2-15〉 호주에서의 보호프로그램별 65세 이상 이용자의 보호서비스 요구 내용	61
〈표 2-16〉 호주에서의 지역사회 및 유연 보호프로그램: 65세 이용자에게 제공된 서비스 종류(2007~2008)	62

〈표 2-17〉 호주 고령노동자의 경제활동참여율 추계(2005~2041) ·67	67
〈표 2-18〉 호주 장년층의 경제활동 실태의 변화(1996과 2006년 비교) 72	72
〈표 2-19〉 호주의 연령군별 경제활동 현황(2004~2005)72	72
〈표 2-20〉 호주의 자기보고에 의한 퇴직 현황(2003)73	73
〈표 2-21〉 호주 고령자의 지난 4주간의 연령군별·성별 무급지원 현황(2006년)74	74
〈표 2-22〉 호주 고령자의 연령 및 성별 자원봉사현황(2006)74	74
〈표 2-23〉 호주 고령자의 지역사회 및 시민사회참여 활동실태(2006) 75	75
〈표 3- 1〉 독일의 연도별 출생자와 사망자수의 차이85	85
〈표 3- 2〉 독일의 인구전망85	85
〈표 3- 3〉 독일의 연령군별 인구비율87	87
〈표 3- 4〉 독일의 공공지출 규모의 변화87	87
〈표 3- 5〉 독일의 공적연금 가입자 규모 및 구조 추이92	92
〈표 3- 6〉 독일의 연금산식92	92
〈표 3- 7〉 독일의 연금 수급자 규모 및 구조93	93
〈표 3- 8〉 독일의 연금재정의 수입·지출구조와 규모(2009)94	94
〈표 3- 9〉 독일의 연령대별 주요 수입원96	96
〈표 3-10〉 독일 공적 건강보험의 평균 보험료를102	102
〈표 3-11〉 독일의 건강보험 발전 과정103	103
〈표 3-12〉 독일의 장기요양보험 등급체계107	107
〈표 3-13〉 독일 장기요양보험 급여 이용자수(2008.12.31)108	108
〈표 3-14〉 독일의 재가 현금급여와 현물급여 비율109	109
〈표 3-15〉 독일의 연령대별 경제활동참여율120	120

〈표 4- 1〉 스웨덴의 성별 평균 수명 및 기대여명 차이	127
〈표 4- 2〉 스웨덴의 인구고령화 현황	128
〈표 4- 3〉 스웨덴의 돌봄이 필요하다고 응답한 노인인구 비율	129
〈표 4- 4〉 스웨덴의 공공지출의 비율 변화	136
〈표 4- 5〉 스웨덴 공적연금의 유형별 기여금(2009년)	140
〈표 4- 6〉 스웨덴의 출생연도별 보증연금과 소득비례연금 수급 비율 ..	142
〈표 4- 7〉 노인가구 소득 불평등(지니계수)변화 추이 국제비교	146
〈표 4- 8〉 스웨덴 기초자치단체의 노인돌봄 사업유형과 규모	156
〈표 4- 9〉 스웨덴의 일반 가정에서 돌봄 지원을 받는 사람들의 규모(2000~2007)	157
〈표 4-10〉 스웨덴의 요양시설 거주자 규모	157
〈표 4-11〉 스웨덴 노인인구의 제활동 참가율	159
〈표 4-12〉 스웨덴 기초자치단체의 노인 사회참여 관련 사업유형과 규모	162
〈표 4-13〉 스웨덴 중앙정부의 평생학습기관 지원 규모(2011년)	162
〈표 5- 1〉 국가별 고령화 대응정책의 특성 비교	176
〈표 5- 2〉 국가별 삶의 질 현황	178
〈표 5- 3〉 국가별 경제현황 및 공공지출 현황	178
〈표 5- 4〉 국가별 노인의 생활 현황	179
〈표 5- 5〉 국가별 공적연금 수급연령과 노동시장 은퇴연령	179
〈표 5- 6〉 국가별 노인에 대한 공적지출의 변화 추위(2007~2040)	181
〈표 5- 7〉 국가별 재정적인 여력의 변화 추위(2007~2040) ...	182
〈표 5- 8〉 국가별 노후소득중 공적 급여의 비중(2007~2040)	184
〈표 5- 9〉 국가별 노인의 상대적 소득규모(2007~2040)	185
〈표 5-10〉 국가별 노후소득의 취약성(2007~2040)	186
〈표 5-11〉 국가별 가족지원 가용성(2007~2040)	187

그림 목차

[그림 2- 1]	호주의 노인보호서비스	51
[그림 3- 1]	독일 공적연금제도 보험료의 변화추이(1957~2050년) ...	89
[그림 3- 2]	독일의 연령별 고령자의 월 순소득액	95
[그림 3- 3]	독일의 연령대별 빈곤율 추이	97
[그림 3- 4]	독일의 소득수준별 주관적 충족도	97
[그림 3- 5]	독일의 소득수준별 노후소득보장의 책임에 대한 태도 ...	98
[그림 3- 6]	독일의 산술평균소득 대비 중위수소득의 비율추이 (구 동·서독지역 구분)	99
[그림 3- 7]	독일의 지니 계수 추이	99
[그림 3- 8]	독일의 고령기 건강상태	110
[그림 3- 9]	독일 고령자의 연령군별 기능 손상 정도	111
[그림 3-10]	독일에서의 점진적 은퇴 현황(2002년과 2008년) ...	116
[그림 3-11]	독일 고령자의 자원봉사와 교육활동을 통한 사회참여 ...	118
[그림 4- 1]	스웨덴의 2050년까지 65~79세 및 80세 이상 인구 변동 추이	127
[그림 4- 2]	주관적 건강수준 국제비교(2006)	129
[그림 4- 3]	스웨덴 보건사회부 조직도	132
[그림 4- 4]	스웨덴의 사회복지 행정체계	134
[그림 4- 5]	스웨덴의 기초자치단체의 지출구성(2007년 기준) ..	137
[그림 4- 6]	스웨덴 노후소득보장체계	140
[그림 4- 7]	노인빈곤율 국제비교	145
[그림 4- 8]	총 연금 대체율(중위소득층) 국제비교	146
[그림 4- 9]	스웨덴의 보건의료 서비스 조직도	152

[그림 4-10] 스웨덴의 기초자치단체의 노인돌봄 지출비중 (2007년 기준)	155
[그림 4-11] 노년기 삶의 만족도 국제비교	167



Abstract

Policy Responses of Developed Countries to Population Ageing: Case Studies of Australia, Germany and Sweden

As social and policy concerns on the aging population increase in Korea, it would be worthwhile to examine policy changes that some of the advanced countries have made in response to population ageing. This study closely reviews the policy responses of Australia, Germany and Sweden, each of which represents in turn the liberal, conservative and socio-democratic welfare regimes.

Based on literature review, data gathering, and interviews with policy makers, NGO members, scholars, and senior citizens during business trip to each country, recent development and policy issues regarding ageing in each country are reviewed and analyzed.

First of all, demographic ageing, economic situation, welfare policy direction, and public spending on welfare are reviewed, because policy responses to ageing could be influenced by these factors. Three main areas of policy are reviewed: income security and poverty prevention; health and care services for the frail

elderly; and social support for active social participation, including labor force participation.

Because current policy measures are path-dependent, brief history of the development of each policy and debates and issues regarding competing measures are reviewed. In addition, not only profiles of each policies but also living profiles of older persons are presented. Finally, based on these review, this study suggests policy implications for Korea.

요약

1. 연구의 개요

- 복지국가체제별 현안 정책적 이슈 파악을 통하여 시사점을 도출하고자 한 본 연구는 영미형 복지국가로 호주, 대륙형 복지국가로 독일, 북유럽형 복지국가로 스웨덴의 고령화 대응 정책현황을 검토하고 정책적 함의를 도출하였음.

2. 연구결과

가. 호주

- 점진적인 고령화와 비교적 안정적인 수준을 유지하고 있는 출산력과 활발한 이민정책을 기반으로 하여 고령사회에 대한 정책수행 인프라 구축과 다각적인 대응전략을 펴고 있음.
- 자유주의 복지국가로서의 특징을 노후소득보장제도에 분명하게 들어나고 있어, 자산조사에 의하여 저소득층 노인에게 노령연금을 제공하고 있으며, 제2층은 강제 퇴직연금으로 운영함으로써 국가의 개입을 최소화하고 있음.

- 반면 장기요양서비스는 일반조세에 기반하여 운영하고 있음.
- 그러나 최근 노인인구의 증가에 따른 보호서비스 비용의 증대에 대한 우려가 높아짐에 따라 서비스 이용자의 자기 부담을 증대시키고 서비스 제공체계를 효율화하려는 움직임이 강하게 나타나고 있음.
- 그러나 서비스 이용에 있어서 대상자의 욕구에 대응하는 맞춤형 서비스를 제공하기 위한 다학제적 접근과 연속적 보호체계구축과 지역 사회보호 우선의 기조는 강하게 유지되고 있음.
- 또한 다양한 사회참여와 관련해서는 경제활동의 경우 단선적인 은퇴에서 점진적인 은퇴로 변해가고 있으며 고령인력의 활용제고와 은퇴시점의 연기를 유인하는 방향으로 노후소득보장제도를 구축해가고 있음.
- 사회 전체가 활발한 시민사회참여 경험을 갖고 있는 국가이기 때문에 노인들 또한 자원봉사 활동, 시민참여활동이나 여가활동을 활발히 하고 있음.
- 이러한 정책적 대응 결과를 살펴보면 재정지출 규모에 비하여 전체 인구의 삶의 수준과 주관적인 만족도는 높은 것으로 나타났지만 노인의 경우 상대적으로 소득 영역에서 약점을 노출하고 있음.
- 즉, 노인의 소득대체율은 69.7%로 독일이나 스웨덴에 비하여 낮으며 노인빈곤율 또한 독일이나 스웨덴보다 월등히 높은 수준이고 전체 연령의 빈곤율의 2배 이상의 규모에 달하고 있음.
- 타 국가에 비하여 시설보호율이 높는데 이는 일정 기간 동안 시설보호가 급증하였던 것에 기인하는 것으로 지속적으로 재가서비스를 강화하는 정책방향을 지향하고 있으므로 향후 완화될 것으로 기대됨.

나. 독일

- 이미 초고령사회에 진입하고 있고 출산력 수준이 낮아 급격한 고령화가 향후도 지속될 것으로 전망되고 있어 고령화에 대한 대응이 매우 적극적으로 이루어져야 하는 국가임.
- 낮은 출산력 수준은 보수적인 성역할규범이 지배적이었기 때문이며, 통일 후 경제적인 압박 등으로 인하여 출산률 수준이 계속 낮은 수준을 유지하고 있음.
- 경제적인 활력은 유지하고 있으나 재정적 지속성은 다소 불안정하고 국민의 행복도가 상대적으로 낮은 국가임.
- 노후소득의 대체율이 91.5%로 높으며 노인빈곤율도 전체 인구에 비하여 낮은 수준을 보이고 있음.
 - 그러나 최근 빈곤문제가 심화되고 있는 것으로 나타나 정책적 관심을 요하고 있음.
- 고령자의 경제활동참가율은 상대적으로 낮은 국가로 개선이 필요함.
- 급격한 고령화에 따른 노동력 부족 문제에 매우 적극적으로 대응하고 있어 여성퇴직연령 상향 조정, 조기연금접근 제한, 수령액 개선, 기타 조기퇴직프로그램 접근 등 다양한 퇴직연장 장려책을 펴고 있음.
- 고령화에 따른 장기요양보호를 사회적 위협으로 규정하고 세계에서 제일 처음으로 노인장기요양보험을 도입하여 독일이 갖고 있는 복지국가로서의 특징이 분명히 들어남.
- 다수의 노인의 경우 경제적인 문제가 해결 될 경우 여유를 즐기며 여러 가지 활동을 하고 있으며, 이에는 독일에서의 종교단체를 중심으로 한 기부와 활동이라는 기반이 긍정적으로 작동하고 있음.

다. 스웨덴

- 매우 점진적으로 고령화를 경험해온 국가로 출산력 수준이 인구대체 수준보다 많이 낮지 않은 등 향후도 인구고령화가 급격하지는 않을 것으로 전망됨.
- 조세중심의 높은 복지지출을 하고 있으며 고부담-고복지와 경제성장의 선순환구조가 정착되어 있음.
- 그 결과 국민행복도나 복지충족도 등이 상위권임.
- 노후소득보장제도는 최저소득보장을 수반한 명목확정기여방식을 갖고 있어 최저 수준과 적절한 노후소득을 보장하는데 있어 공적 요소가 강함.
- 건강과 장기요양과 관련해서도 일반조세를 통하여 서비스를 제공하고 있음.
- 노인의 빈곤율도 6.2%로 호주나 독일에 비하여 월등히 낮음.
 - 그러나 인구 전체의 빈곤율인 5.3%보다는 높은 수준으로 스웨덴에서 노인이 타 연령보다 더 높은 복지수준을 누리고 있다고는 볼 수 없음.
- 한편, 고령연령층의 고용률이 호주나 독일에 비하여 매우 높아 노동시장에서의 연령차별이 매우 완화된 국가로 보여지며, 다양한 사회참여활동도 이루어지고 있음.
 - 특히 고령자의 이익을 옹호하기 위한 다양한 민간단체가 활성화되어있음.

3. 종합 및 정책적 함의

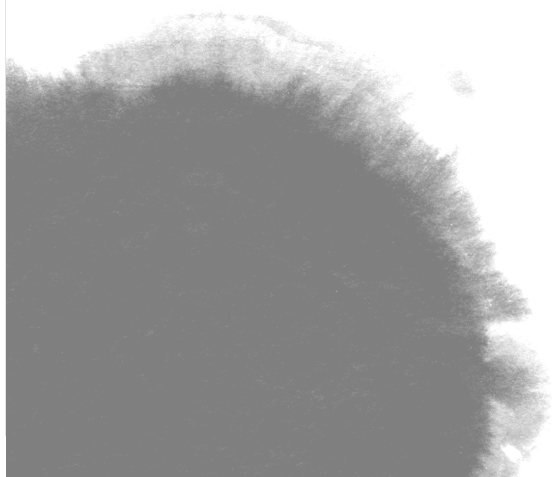
- 고령화에 대응하는 정책이 모든 분야에 있어 복지국가유형별로 정형화되어 있지는 않음.
- 선별주의와 보편주의가 혼재되어 있기도 하며 영역별도 상이한 정책기조를 갖고 있기도 함.
 - 그러나 노후소득보장제도는 가장 복지국가로서의 특징이 분명하게 들어나는 정책영역임.
 - 반면 장기요양보호서비스는 그 국가의 고령화 속도와 수준, 가족형태의 변화 등이 더 큰 영향을 미치고 있는 것으로 보임.
- 한편 여가 및 시민사회참여 등은 3국가에서 공통적으로 활발하게 나타나고 있는데 이는 이들 국가에서는 일정 수준 이상의 노후소득이 보장되어 있고 청장년기부터 시민사회참여와 다양한 여가활동이 체화되었기 때문인 것으로 판단됨.
- 2010년 미국의 전략연구소(CSIS)가 발표한 고령화 준비현황지수인 GAP 지수(Global Aging Preparation Index)에 의하면
 - 호주는 재정적 지속가능성 지수는 7위이며 소득의 적절성 지수는 6위로 비교적 균형잡힌 준비가 가능한 국가로 평가됨.
 - 독일의 경우는 소득의 적절성 지수는 4위로 높지만 재정적 지속가능성 지수가 14위로 나타나 재정적 지속가능성이 고령화와 관련된 정책적 과제로 지적된 바 있음.
 - 최근 독일은 재정안정화를 위한 적극적 조치를 취한 바 있고, 이로 인하여 빈곤문제가 새로이 대두되고 있음.
 - 스웨덴은 소득의 적절성 지수 순위는 7위, 재정적 지속가능성 지수 순위는 10위로 중간 정도 수준을 유지하고 있음.

- 선진국 국가의 고령화 대응정책의 검토에서 도출된 정책적 함의
 - 한국의 노후소득보장체계가 재정적 안정성이나 소득의 충분성이 라는 모든 측면에서 부족하여 노후소득보장체계의 개선이 매우 시급함.
 - 국가별로 정도의 차이와 정책적 강조점의 차이는 크지만 모든 복지국가유형에서 모두 적절한 노후소득을 제도의 재정 안정성 확보와의 균형을 찾으려 노력하고 있음.
 - 특히 노인빈곤 문제가 심각한 우리나라의 경우 재정적인 유지 가능성만 고려할 경우 노인빈곤 문제가 강화될 위험이 있음에 유의하여야 할 것임.
 - 더불어 다층적 노후소득보장제도의 구축 뿐만 아니라 근로환경의 개선과 연동하여야 효과를 얻을 수 있음.
 - 따라서 향후 근로환경의 개선이 좀 더 적극적으로 이루어져야 할 것임.
 - 또한 공적 제도만으로는 충분한 노후소득을 확보하기 어려우므로 사적인 요소가 갖는 중요성이 커질 것임.
 - 그러나 사적연금의 경우 안정성 및 신뢰성 확보를 위해서는 공적인 개입이 요구됨.
 - 적절한 보호서비스 제공을 위해서는 지역사회에서의 보호가 최대한 가능한 체계 구축이 필요
 - 호주의 경우 비교적 연속적인 보호서비스가 제공될 수 있는 서비스 연계(의료와 보호서비스, 급성과 보호서비스)체계를 구축하고 있음에도 불구하고 지속적인 개선노력이 경주되고 있음.
 - 시설거주시 발생하는 다양한 문제가 있을 뿐만 아니라 시설인력의 부족문제도 경험하게 되기 때문에 모든 국가에서 재가요양을 강조하고 있음.

- 재가보호는 높은 전문성을 요구하지 않기 때문에 공식서비스 인력과 부양가족이 나누어 서비스를 제공할 수 있음.
- 이러한 맥락에서 서비스 대상자인 노인과 가족의 요구를 포괄적으로 파악하고 반영하는 체계를 구축하는 작업 또한 필요함.
- 노동시장의 변화, 성역할의 변화 등으로 인하여 은퇴는 점진적인 형태를 갖고 있으며, 이러한 과정 속에서 고령자의 경제활동 활성화가 요구됨.
 - 이를 위해서는 정부가 공공정책의 근로유인성을 강화함과 동시에 장기적 관점에서 우리사회의 연령차별적 관행 철폐 노력을 선도해야 할 것임.
- 더불어 교육수준의 향상과 사회문화적 변화에 따른 고령층의 적극적인 사회참여 및 여가활동 욕구에 대응해야 할 것임.
 - 고령화에 따라 그 중요성이 증대하는 사회적 자본의 증대를 위해서는 ‘자발성(주체성)’을 강조하는 문화적인 변화가 요구되지만 당분간은 노인이 갖고 있는 교육수준이 높지 않고 우리사회의 특성상 시민사회참여나 여가활동의 경험이 많지 않기 때문에 공공의 역할이 일정 기간 이루어져야 할 것임.
 - 노인을 대상으로 한 사회교육에 있어서 공적 기반의 적극적인 활용, 자원봉사 활성화 관련 정책적 개입 등이 대표적인 사회참여활성화 방안이 될 것임.

01

서론



제1장 서론

제1절 연구의 개요

1. 연구의 배경 및 목적

고령화는 전지구적인 현상이다. 선진국뿐만 아니라 개발도상국에서도 상당 수준의 고령화가 진행되었고, 이러한 고령화 현상이 개별 국가의 문제가 아니라 전 지구적인 문제라는 인식하에 UN에서는 1992년에 이어 2002년에 제2차 고령화회의를 개최하고 인구고령화에 대응하기 위해 세계적으로 공유해야 할 정책틀로서 고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA: Madrid International Plan of Action on Ageing)을 발표한 바 있다.

그러나 정책틀을 공유한다고 해서 각 국가의 구체적인 대응전략이 동일 한 것은 아니다. 고령화에 대한 개별국가의 대응 방식은 개별 국가의 인구고령화 속도 및 정도, 경제적 특성 및 사회정책 기조 등에 의하여 결정되기 때문이다. 또한 우리나라의 경우 급격한 고령화의 진행으로 인하여 앞서 고령화를 경험한 선진국의 구체적인 정책 내용과 방향을 검토함으로써 실패를 최소화할 수 있는 후발주자로서의 이점을 살릴 수 있을 것으로 기대된다.

이러한 맥락에서 본 연구는 대표적인 선진국의 고령화에 대응하여 실시되고 있는 구체적인 정책을 살펴보고 우리사회에 갖는 함의를 찾아보

고자 한다. 고령화가 우리사회에 미치는 영향은 다각적이며, 현상적 대응보다는 근본적인 대응을 통하여 우리사회의 국가적 위상 제고가 가능할 것이다. 해외의 사례를 비교·분석함으로써 인구학적 변화의 보편적(전지구적) 경향과 우리나라의 특수성을 파악하고, 각각에 대해 차별적 대응이 필요하다.

고령화와 관련된 선행연구들의 경우(김근홍, 2005; 임춘식 외, 2005; 윤희숙 외 2010; 최은영 외, 2005)의 경우 대부분 특정 영역별로 구체적인 정책을 살펴보는데 초점을 두고 있어 고령화에 관련된 다양한 정책을 개별국가의 사회경제문화적 맥락에서 포괄적으로 이해하는데는 제한이 있었다. 이에 본 연구는 고령화 대응정책에 초점을 둔 복지국가체제를 구분하고, 체제별 대표국가의 대응전략을 비교분석함으로써 우리사회에 갖는 정책적 함의를 도출하고자 한다.

2. 연구 내용 및 연구 방법

본 연구는 복지국가 유형별 대표적인 한 국가씩을 선정하여 문헌고찰 및 비교역사적 접근과 더불어 통계자료 분석을 통한 국가별 고령화정책을 살펴보고자 한다. 이와 더불어 현장 출장을 통하여 각 국가의 다양한 자료를 수집하고 고령정책에 관여하고 하고 있는 정부 관계자, 민간 단체 활동가, 학자, 노인을 면담하여 검토 내용의 구체성과 현장성을 더하고자 하였다.

고령인구의 증대 및 노년기의 확대에 따라 가장 중요한 정책 이슈가 되고 있는 노후소득보장체제와 보호서비스체제구축 및 다양한 사회참여 활성화와 관련된 정책현황을 살펴보았다.

연구대상 국가로는 연구진 회의와 전문가 검토를 거쳐 상대적으로 우리나라에 구체적인 고령정책이 소개되지 못하고 있거나 정책적 함의가

많은 것으로 판단된 각 복지국가유형의 대표 국가로 호주, 독일, 스웨덴을 선정하였다. 복지국가 유형은 Esping-Andersen(1990)의 복지체제 유형론에 근거하여 영미형, 대륙형, 북유럽형으로 분류하였다.

정책은 정치인, 이익집단, 언론, 크라이언트, 관료, 연구자 등의 다양한 참여에 의하여 이루어지며, 각 국가가 갖고 있는 정책결정구조, 정책대안의 존재 여부 및 다른 정책과의 관계, 정치·경제·사회적 상황에 의하여 결정되는 것이다(송근원·김태성, 1995). 따라서 연구대상으로 하고 있는 국가의 고령정책은 고령화가 본격적으로 시작된 시점부터 지금까지 긴 기간 동안 변화를 거쳐 현재의 모습으로 구축되었다는 점에서 현재 정책의 구체적인 현황과 제도의 특성 외에도 정책의 발달사를 정리하였다.

또한 제도적인 특성 뿐만 아니라 미시적인 차원에서 개별 정책이 노인의 삶에 어떻게 영향을 미치고 있는가를 살펴보기 위하여 노인의 생활실태 또한 함께 정리하였다. 마지막으로 검토대상인 3개국의 고령정책 특성과 우리사회에 갖는 함의를 종합하여 제시하고자 한다.

제2절 복지국가 유형 분류 검토

복지국가 유형에 관한 다양한 분류 중 본 연구는 Esping-Andersen(1990)의 복지체제 유형론에 기초하고 있다. 본 분류에 따르면 복지국가는 영미형, 대륙형, 북유럽형으로 분류된다. 본 연구에서 살펴보고 있는 3개 국가는 각각 ‘영미형-자유주의 복지국가-호주, 대륙형-보수주의 복지국가-독일, 북유럽형-사회민주주의 복지국가-스웨덴’으로 정리된다.

영미형은 자유주의 복지국가로 자유주의 정치세력에 의해 주도되었으며, 국가의 역할이 최소화되어 있다. 민영보험이나 기업복지와 같은 민

영복지기제가 발달하고, 사회보장제도 가운데서는 저소득층을 대상으로 하는 공공부조와 함께 적당한 수준의 보편급여와 사회보험이 지배적이다. 탈상품화 효과가 극소화되어 있으며, 자유주의적 성향이 강한 미국, 캐나다, 오스트레일리아가 대표적이다(조영훈, 2010). 시장의 역할이 중심적(central)이며 시장을 통한 개인주의적인 연대에 방해가 될 수 있는 국가나 가족의 역할은 주변화 되어있다. 또한, 시장을 통한 개인주의적 연대를 최대한 장려하기 위해 국가영역에서의 탈상품화는 최소화되는 경향이 있다(남찬섭, 2002). 자유주의 복지국가 유형은 잔여적 성향에 기초하여 시장경제의 논리에 따른 노동시장의 수량적인 외부 유연화 전략을 추진하는 복지국가를 말하며 이러한 유형에는 앵글로-색슨계열의 국가들이 포함된다(신현중, 2010).

대륙형은 보수주의 복지국가로 신분적 차이의 유지를 중시하는 보수주의 정치세력에 의해 주도된 복지국가 유형이다. 여기서는 시장효율성과 같은 자유주의적 가치나 기업복지 및 민영보험이 미약하며, 복지제 공자로서 국가기구의 역할이 매우 크다. 사회적 권리가 발달해 있기는 하지만, 그것은 계급과 신분, 또는 기여(근로와 고용)에 연계되어 있다. 사회보장제도의 재분배 효과가 미약하며, 수급자격과 급여규칙에 따라 상이하기는 하지만 탈상품화 효과는 제한적이다. 이 유형의 복지프로그램들은 전통적인 가족주의의 보존을 장려한다. 보수주의·조합주의 복지국가로는 프랑스, 독일, 이태리 등 대륙유럽 국가들이 대표적이다(남찬섭, 2002; 신현중, 2010; 조영훈, 2010). 보수주의-조합주의적 대륙국가 유형은 가족주의적 요소가 강하며 - 특히 남성의 가부장적 가정중심의 복지제도 - 이러한 유형의 국가에서는 사회복지의 제공이 사회적 지위의 차이를 유지하는 데 있다(강창현, 2000; 조성한 외, 2006). 따라서 이 유형에 속한 국가들의 복지프로그램은 보편주의적 접근방법과는 차이가 있다.

북유럽형은 사회민주주의 복지국가로 사회민주주의 정치세력이 중심이 되어 건설되었다. 보편주의의 원칙과 탈상품화라는 사회적 권리가 중간계층에게까지 적용된다. 자본주의가 용인할 수 있는 최대한의 평등이 추구되고, 사회의 모든 계층이 하나의 보편적이고 포괄적인 복지체계에 통합되며, 시장의 복지기능은 최소화되고 탈상품화 효과를 최대화된다. 스웨덴을 비롯한 스칸디나비아에서 발견되는 이 유형의 가장 현저한 특징은 복지와 노동의 결합으로서 완전고용을 지향한다는 것이다(조영훈, 2010). 사회적 연대의 진원지가 국가이며 따라서 국가의 역할이 크고 국가는 탈상품화 가능성이 높고 보편주의적인 개입에 의해 가족과 시장을 대체하는 특성을 갖는다. 보수주의 체제는 가족주의적 요소가 강하여 사회적 연대의 진원지는 가족이고 국가는 이러한 가족의 특성을 지원하고 보완하는 역할을 한다(남찬섭, 2002). 사회민주주의 국가 유형은 고도의 탈상품화 추구하고 보편주의적 복지프로그램을 실시한다. 이 유형에는 스웨덴, 핀란드, 노르웨이 등이 포함된다(신현중, 2010).

제3절 국가별 기본 특성

연구대상 국가인 호주, 독일, 스웨덴의 인구학적, 경제적, 사회정책적 특징을 국제비교 가능한 통계자료에 기초하여 살펴보면 다음과 같다¹⁾.

첫째 고령화 정도와 속도는 과거부터 지금까지의 정책적 대응의 내용뿐만 아니라 각 국가에서의 인구고령화가 갖는 사회적 이슈로서의 중요성과 정책적 대응의 시급성에도 영향을 미칠 것이다.

1) 국가별 비교 시는 동일한 년도에 기초하여 정리된 국제기구의 통계를 제시하였으며, 2장~4장의 각 국가별 서술에서는 각 국가별로 산출한 통계를 활용하고 있어 제시된 통계의 연도 및 수치에 있어 약간의 차이가 있을 수 있음.

대상국가의 인구학적인 특징을 살펴보면 절대적인 노인인구의 규모는 독일이 가장 클 뿐만 아니라 고령화율도 2010년 기준 20.4%로 고령화 수준이 가장 높다. 인구고령화 수준에 기초한 통계청의 분류(2006)에 따르면 이미 초고령사회에 진입해있는 것이다. 독일은 스웨덴이나 호주에 비하여 상대적으로 고령화 속도가 빠르다. 또한 출산률도 1.4로 매우 낮은 수준이어서 향후도 급격한 고령화는 계속될 것으로 전망된다.

이에 비하여 스웨덴은 노인인구의 절대적인 규모는 적으나 노인인구 비율이 18.2%로 고령사회로 20% 진입에서 멀지 않은 단계에 있다. 스웨덴은 제일 처음 고령사회, 즉 노인인구 비율이 14%가 된 국가이지만 비교적 완만하게 고령화가 진행된 국가이며 출산률의 수준 또한 1.9%로 안정적인 수준을 유지하고 있다.

호주의 경우 노인인구 비율이 13.4%로 아직 고령화 사회이지만 14%를 향해 가고 있는 국가이며 고령화 속도도 완만하고 출산률도 1.8이며 이민이 활발하게 이루어지는 국가이다.

호주, 독일, 스웨덴은 모두 한국보다 고령화 정도가 진전된 국가이며, 각각 고령화 사회, 초고령사회, 고령사회의 단계에 있다. 또한 고령화 속도에 있어 독일은 3개국 중 가장 빠른 고령화를 경험하였고 향후도 그러한 고령화 속도는 계속될 것으로 예견된다. 인구학적인 측면에서 볼 때 고령화 정도는 호주가, 고령화 속도는 독일이 우리나라와 공통적이다. 평균수명이나 건강수명에 있어 3개국 간의 차이는 거의 없으며, 한국의 경우 평균수명은 유사하나 건강수명이 2~3세 낮은 수준이어서 개선의 여지가 있는 것으로 나타났다.

〈표 1-1〉 국가별 인구학적 특징

	고령화 ^{a)}			고령화 속도(년) ^{b)}	출산률 ²⁾	평균수명 (세) ²⁾	건강수명 (세) ²⁾
	총인구 (천명) ¹⁾	노인인구 규모(천명) ¹⁾	노인인구 비율(%) ¹⁾				
호주	22,268	2,994	13.4	78	1.8	81.4	74
독일	82,302	16,775	20.4	40	1.4	79.8	73
스웨덴	9,380	1,710	18.2	85	1.9	80.9	74
한국	48,184	5,369	11.1	18	1.2	80.0	71

주: a) 총인구, 노인인구는 2010년 기준이며, 출산률, 평균수명 및 건강수명은 가장 최근 연도 자료임.

b) 7%에서 14%로 증가하는데 소요된 기간임. 호주의 경우는 기존자료에 기초하여 추정하였음.

자료: 1) United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision*

2) WHO, *World Health Statistics*, 2010.

둘째, 국가별 고령정책의 폭과 성격에는 국가의 재정적 능력이 영향을 미칠 것이다. 이러한 측면에서 각 국가별 경제적인 상황을 살펴보면 1인당 GDP의 규모는 호주가 가장 높아 38,637\$로 세계8위이며 고용률은 73.2%로 세계9위이고 실질경제성장률은 2.3%로 5위에 달하는 등 매우 양호한 경제상황에 있다. 한편 독일의 경우는 1인당 GDP의 규모가 15위, 고용률 15위, 실질경제성장률이 13위 등으로 최상의 상황은 아닌 것으로 나타났다. 스웨덴의 경우는 1인당 GDP는 12위이지만 고용률은 6위로 높고 실질경제성장률은 25위인 등 각 지표상의 위치의 차이가 매우 크다. 즉 안정적이기는 하지만 경제적인 활력은 높지 않는 국가로 요약될 수 있을 것이다.

〈표 1-2〉 국가별 경제적 특징(2008년 기준)

	1인당 GDP(\$)	고용률(%)	실질경제성장률(%)
호주	8 (38,637)	9 (73.2)	5 (2.3)
독일	15 (35,432)	15 (70.2)	13 (1.3)
스웨덴	12 (36,790)	6 (75.7)	25 (-0.2)
한국	22 (27,658)	22 (63.8)	6 (2.2)

주: 30개국중의 순위를 기록하였으며, 괄호안은 실수임.

자료: OECD, Dataset:1.Gross domestic product, *OECD Factbook 2010*.

〈표 1-3〉 국가별 사회보장적 측면의 특징

	조세부담률 (%)	사회보험 부담률(%)	건강보장률 (%)	고용보장률 (%)	지니계수
호주	18 (27.06)	1 (0.0)	18 (82.0)	29 (30)	16 (0.301)
독일	13 (23.06)	26 (13.91)	22 (77.5)	12 (60)	15 (0.298)
스웨덴	28 (40.79)	9 (5.51)	15 (84.2)	21 (50)	2 (0.234)
한국	8 (20.73)	10 (5.79)	27 (64.5)	22 (49)	17 (0.312)

주: 각 국가별 순위가 제시되었으며 ()은 지표점수임. 각 지표별 자료원은 김용하 외(2011)를 참고할 것.
자료: 김용하 외, OECD 국가의 복지지표 비교연구, 2011.

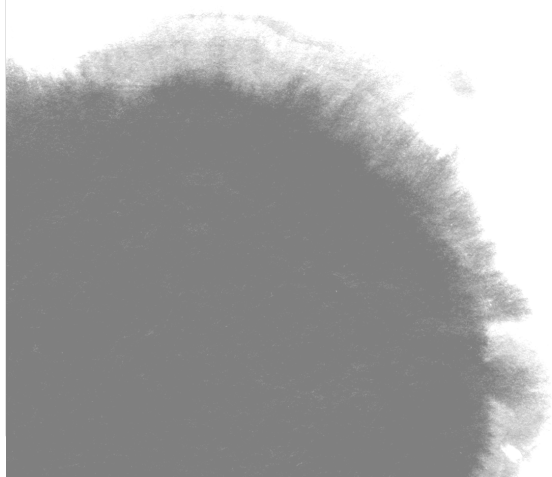
셋째, 국가의 복지국가로서의 특징을 사회보장이라는 측면에서 살펴 보았다. 호주는 조세부담률은 27.06%로 30개국 중 18위이지만 사회보험부담률은 전혀 없다. 반면 독일은 조세부담률은 23.06%로 호주보다 낮지만 사회보험부담률이 13.91%이다. 또한 스웨덴은 조세부담률이 40.79%로 매우 높으며 사회보험률은 5.51%로 9위인 것으로 나타났다. 대체적으로 스웨덴은 사회보장관련 공적 지출이 높은 국가로 조세중심의 지출구조를 갖고 있다. 한편 독일은 사회보장관련 공적 지출이 높으며 사회보험중심으로 이루어지고 있고, 호주는 사회보장관련 지출 수준이 독일이나 스웨덴에 비하여 한국은 조세부담률은 20.73%로 낮을 뿐만 아니라 사회보험부담률도 5.79%로 낮다.

또한 사회보장의 결과를 반영하는 건강, 고용보장률과 지니계수를 비교해보면 호주는 건강보장률 82.0%, 고용보장률 30%로 건강보장률은 중간 수준이지만 고용보장률은 29위로 매우 낮다. 또한 지니계수는 0.301로 중간수준이다. 독일의 경우는 건강보장률은 77.5%로 낮은 편이지만 고용보장률은 60%로 중간수준을 유지하고 있으면 지니계수도 0.298로 중간수준이다. 반면 가장 높은 수준의 사회보장지출을 하고 있는 스웨덴은 건강보장률이 84.2%로 중간수준, 고용보장률은 50%로 하

위 수준이지만 지니계수는 0.234로 덴마크에 이어 2위로 나타났다. 즉 소득불평등이 매우 낮은 국가이다. 이렇듯 3개 국가는 사회보장의 지출 수준과 구성뿐만 아니라 다양한 사회보장수준에 있어서도 큰 차이를 보이고 있다. 한국의 경우 건강보장률은 64.5%로 매우 낮은 수준이며 고용보장률 또한 49%로 30개국 중 22위, 지니계수는 0.312로 17위로 나타나는 등 모든 측면에서 위의 3개 국가에 비하여 낮다.

02

호주



제2장 호주

제1절 개요

호주는 비교적 점진적인 고령화를 경험하고 있는 국가이다. 지난 60년간 총인구수의 급격한 변화는 없었으며 노인인구 비율이 2010년 현재 13.4%로 아직 고령 사회(Aged Society)에 진입하지 않은 비교적 완만한 고령화를 경험해온 국가이다.

전체인구가 2,279만 명으로 출산률(합계출산율 1.8) 수준이 낮지 않고 이민이 활발히 이루어지는 국가이므로 인구고령화에 대하여 포괄적 장기적인 안목으로 대응할 수 있는 국가이다. 일찍부터 베이비 부머(1946~1964년생)의 고령화에 대한 대책마련을 통하여 장기적인 관점에서 단계적으로 고령화대응책을 마련해왔기 때문에 최근에 더 이슈화되고 있다기 보다는 기존의 정책을 안정화 및 보완하는 작업에 초점이 두어져 있다.

인구 고령화 현황을 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다. 현재 노인인구의 연령구성을 보면 80대 이상이 노인인구의 27.8%를 차지하며 전체 인구 중 3.7%로 후기노인의 비중이 매우 높음을 볼 수 있다. 2008년 현재 13.2%인 노인인구비중은 2016년에는 16.8%, 2026년에는 20.7%, 2036년에는 23.7%가 될 것으로 추계되고 있다.

〈표 2-1〉 호주의 인구고령화 현황

	총인구 (명)	65+이상 인구수(명)	노인인구 비율(%)	노년부양비	출산률 (명)	평균수명 (세)
1950	8,177,000	668,000	8.2	12.5	-	69.29
1960	10,286,000	882,000	8.6	14.0	-	70.92
1970	12,728,000	1,063,000	8.4	13.3	2.9	71.64
1980	14,710,000	1,415,000	9.6	14.8	1.9	75.07
1990	17,096,000	1,914,000	11.2	16.8	1.9	77.52
2000	19,164,000	2,388,000	12.5	18.6	1.8	80.30
2010	22,268,000	2,994,000	13.4	19.9	-	81.44

자료: 1) United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision*
 2) WHO, *World Health Statistics*, 2010.

〈표 2-2〉 호주 노인인구의 연령 구성

연령	노인인구		호주인구 대비 비율(%)
	인구수(명)	백분율(%)	
65~69세	832,096	29.4	3.9
70~74세	663,447	23.4	3.1
75~79세	550,149	19.4	2.6
80~84세	423,860	15.0	2.0
85세 이상	362,445	12.8	1.7
계	2,831,997	100.0	13.2

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

〈표 2-3〉 호주의 인구고령화 관련 추계

(단위: 명, %)

	2006	2016	2026	2036
65~74	1,430,000	2,147,000	2,663,000	2,922,000
75~84	972,000	1,160,000	1,806,000	2,264,000
85+	333,000	521,000	690,000	1,108,000
65세 이상 전체	2,735,000	3,829,000	5,159,000	6,294,000
전 연령 인구	20,555,000	22,808,000	24,873,000	26,536,000
65세 이상 인구비중(%)	13.2	16.8	20.7	23.7

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

호주의 공공정책 관련 지출현황을 살펴보면 다음과 같다. 공공지출이 GDP에서 차지하는 비중은 1980년 15,712\$로 GDP대비 10.3%였으나 30년만인 2007년에는 132,736\$로 그 규모가 약 9배 증대하였다. 2007년의 공공지출은 GDP대비 16.0%이다. 공공지출중 노인분야가 차지하는 비중은 1980년대에 30.1%를 차지하였으나 제도의 안정화 및 민간의 역할이 강화되면서 약간 감소하여 최근에는 전체 공공지출중 26.9%를 차지하고 있다.

〈표 2-4〉 호주의 공공지출 비율의 변화

(단위: 백만)

	GDP ^{a)} (million US\$)	공공지출		공공지출(노인분야)		
		액수 (million US\$)	GDP ^{b)} 대비 %	액수 (million US\$)	GDP ^{c)} 대비 %	총공공지출 대비 %
1970	57,505					
1980	152,545	15,712	10.3	4,729	3.1	30.1
1990	302,154	39,582	13.1	9,971	3.3	25.2
2000	540,464	93,500	17.3	25,402	4.7	27.2
2007	829,606	132,736	16.0	35,673	4.3	26.9

주: a) Gross domestic product (GDP), current PPPs, billion US dollars

billion US\$로 제시된 수치를 million US\$로 환산하여 표기함.

b) Social Expenditure Aggregated data public

c) Social Expenditure Aggregated data old age

자료: OECD, *Social Expenditure*, National Accounts at a Glance - 2010

호주는 고령화에 효과적으로 대응하기 위해서는 전담 부서가 필요하다는 인식하에 건강·고령부(Department of Health and Ageing: DoHA)를 두고 있다. 또한 가족·주거·지역사회서비스부(Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs)에 서도 노인과 관련된 서비스가 제공되고 있다.

이와 같은 고령화 대응에 필요한 행정적 기반 마련과 더불어 2002년 고령화에 관한 국가전략인 ‘전략틀, 호주의 고령화에 관한 국가전략(A Strategic Framework, the National Strategy for an Ageing

Australia)을 발표 하였으며 기본 방향은 다음과 같다. 첫째, 고령화 이슈는 정부, 산업, 지역사회의 책임이다. 둘째 모든 호주인은 연령과 상관없이 사회 및 경제적 참여를 지속할 수 있어야 한다. 셋째, 공적 프로그램은 개인, 가족, 지역사회의 역할을 대신하는 것이 아니라 보완하는 것이다. 넷째, 자료에 기초하여 정책적 대응이 이루어져야 한다. 이 외에도 고령화에 관한 마드리드 행동강령을 준수할 것임을 분명히 하고 있다.

또한 ‘세대보고서’(Intergenerational Report)를 2002, 2007, 2010년 세차례에 걸쳐 발표하였다. 이 보고서는 인구고령화가 호주사회에 미치는 다각적인 영향력을 살펴보는데 초점이 있지만 주 관심은 주로 재정적인 유지가능성 제고에 두어지고 있다. 또한 생산성 위원회(Productive Committee)에서도 개별 정책에 대한 검토와 그에 기초한 제안을 담은 보고서를 발표하고 있다(Australian Government, 2007).

이러한 호주의 정책 기조는 집권정부에 따라 그 초점이 변화해온 것이 사실이다. 1960년대의 높은 국민소득수준이 이후 낮은 국민저축률, 중앙집권적인 노동시장구조, 높은 관세장벽 및 상품시장에 대한 각종 규제에 인하여 장기적인 저성장, 고실업율, 고인플레이션으로 국가 위기 상황에 처하게 되었다. 이에 1983년부터 1996년 기간중 노동당 정부가 연속집권하면서 Howard 수상이 강력한 리더십을 바탕으로 하여 신공공관리라는 이념을 기반으로 하여 서비스의 질적 수준향상을 위한 환경을 만들기 위한 노력이 이루어졌다(이윤식·배귀희·윤종현, 2008). 이 기간 동안 시장의 자유화 및 민영화의 기조가 유지되었다. 이러한 1단계의 개혁을 기반으로 하여 1990년대 후반부터는 사회보장개혁을 통한 근로의식고취에 초점이 두어지고 있다.

제2절 안정적인 노후소득보장

호주는 안정적인 노후소득보장확보를 위하여 다음과 같은 3개의 정책 기조를 내세우고 있다(DoHA, 2007). 첫째가 소득보장체계의 구축으로 2007년 7월부터 60세 이상에 대하여 자발적인 퇴직연금급여에 대한 세금 면제를 실시하고 있다. 둘째는 고용으로 ‘고령자 고용 및 작업장 전략’(Australia's Mature Age Employment and Workplace Strategy)을 통하여 고령친화적 고령자의 기술과 경험이 인정되고 평가받는 근로환경의 구축을 강조하고 있다. 이의 일환으로 은퇴를 미루고 일을 하여 노령연금(Age Pension)의 수급을 연기하는 경우 비과세로 일시금을 지급하는 연금보너스(Pension Bonus Scheme)제도를, 고용자에게 인센티브를 지급하는 장년근로자 인센티브(Mature Aged Worker Incentive)제도를 도입하였다. 마지막으로 각 개인의 적절한 재정적 자원운영능력의 제고를 강조하고 있다. 본 절에서는 이중 노후소득보장체계의 구축을 중심으로 살펴보고자 하며 경제활동관련 정책은 제4절에서 검토하고자 한다.

1. 역사

현재 호주의 노후소득보장제도는 공공부조방식의 기초연금인 노령연금(Age Pension)과 강제가입 퇴직연금(Superannuation Guarantee)으로 구성되어 있으며 이 외에도 자발적인 퇴직연금과 개인적인 저축을 장려하고 있다. 노령연금(Age Pension)은 남자 65세, 여자 63세부터 지급되고 있으나, 2014년부터 여자도 65세부터 수급하는 것으로 조정될 예정이다.

이러한 호주의 노후소득보장체계의 근간이 되고 있는 노령연금(Age

Pension)은 1901년에 공공부조방식으로 일부 주에 도입되었으며, 1909년에 전국적인 제도로 정립되었다. 도입 당시에는 거주요건 및 소득요건 충족뿐 아니라 인종 등 훨씬 엄격한 제한요건이 있었으나, 차차 제한을 철폐해 왔다. 재원은 전액 국고이다. 2층인 퇴직연금은 1992년 강제조항이 생겼으며, 고용주가 피용자 임금의 일정 비율(9% 이상)을 적립하여 55세 이상(60세로 점진적 조정 예정) 퇴직한 자에게 주로 확정기여형 급여를 지급한다. 이러한 호주의 노후소득보장체계를 정리하면 소득재분배를 목표로 하는 자산조사에 의한 공적인 1층 제도인 노령연금(AP)과 저축을 목표로 하는 2층제도인 확정기여형(DC)의 강제가입 퇴직연금으로 구성되어 있다.

이러한 노후소득보장제도의 모습을 갖추기까지의 발달단계는 첫 번째인 1900년대 초반과 두 번째 단계인 2차 대전 이후, 세 번째 단계인 1980년대 후반 이후로 크게 3단계로 나누어 볼 수 있다(Borowski and Olsberg, 2007).

가. 1980년대 이전 단계

1) 민간 시장 요소(pillar): 보장형 퇴직연금(Superannuation Guarantee)

1980년대 이전 시장 요소가 차지하는 역할을 매우 제한적이었다. 미국에 처음으로 민간 사보험이 도입되기 13년 전인 1862년에 New South Wales 은행에 의하여 도입되었다. 1915년에 소득세 평가법(Income Tax Assessment Act)의 도입에 따라 세금감면 혜택을 받게 되었다. 대부분의 가입자들이 화이트칼라의 남성에 제한되어 있었다.

퇴직연금의 가입율은 세계 2차 대전 직후 증가하기 시작하여 1972년에 32%에 달했고 5년 후 42%가 되었지만 그 후 가입세가 둔화되어

1980년대에는 45%에 불과하였다.

이렇게 퇴직연금의 역할이 제한적이었던 것은 적용범위가 좁고 비축에 관한 강제 규정이 없어서 은퇴 때만이 아니라 직업을 바꿀 때 언제든지 받을 수 있기 때문에 정작 은퇴 때에는 받을 돈이 없는 경우가 발생하였기 때문이다. 더불어 고용자가 지원하는 연금과는 달리 대부분이 일시불로 지급이 이루어졌다. 이는 1915년 법에 의하여 일시금으로 받는 경우 5%만이 과세소득으로 간주되었기 때문이었다.

2) 공적 요소(pillar): 노령연금(Age Pension)

자산조사에 기초한 노령연금(Age Pension)은 빈곤해소를 목표로 하고 있으며 1909년 Alfred Deakin 정부에 의하여 도입되었다. 도입시 남자는 65세 여자는 60세부터 지급대상이었다. 1920년에는 지급대상연령층의 32%가 지급받고 있었으며 1970대에는 70%에 달했다.

1960년대 말에는 자격조사가 소득과 가족 집을 제외한 자산에 대한 평가에 기초하여 있다. 선정선 이상의 소득에 대하여 급여액 또는 한계 세액의 100%가 감액되었으나 1969년에 보수연합당에 의하여 감액율이 50%로 축소되는 완화조치가 이루어졌다. 또한 1973년 Whitlam 노동 정부에 의하여 75세 이상에 대해서는 자산조사가 철폐되었고 1975년에는 자산조사 면제연령이 70세로 하향 조정되었다. 또한 1976년에는 Fraser 연합정부에 의하여 자산조사에서 재산 평가를 제외하였다. 즉 노령연금은 오직 소득에 대한 평가에 기초하여 지급대상자가 결정되게 된 것이다. 이러한 정책변화에 의하여 1978년 중반에는 지급대상 연령층의 3/4이 지급대상자로 선정되었다. 이에 노령연금보다 5년 일찍 지급대상이 되는 참전용사연금(DVA pension) 지급대상자까지 더하면 대상자의 90%가 지급을 받는 데모그란트적 성격을 갖게 되었다. 그러나

1978년에 다시 70세 이상도 소득에 대한 평가를 하는 것으로 변경되어 노령연금의 역할의 변화가 이루어졌다.

호주에는 노동자의 노후소득감소를 방지하기 위한 부과식(pay-as-you-go) 방식의 사회보험이 있었던 적이 없다는 점이 이채롭다. 사회보험법이 1938년에 통과되는 되었으나 실현되지는 못하였고 Whitlam 노동정부(1972~1975년) 기간 중 구성된 Hancock 국가 퇴직연금 위원회는 Malcom Fraser의 보수연합정부가 집권하고 있던 1976년에 보고서를 통하여 사회보험 방식의 국가 퇴직연금의 도입을 추천한 바 있다.

현재 노령연금은 독신인 경우 평균주당소득(Average Weekly Earnings)의 25%에 달하는 금액이 지급되고 있는데 역사적으로 노령연금은 평균주당소득의 20~25% 규모에서 지급되어 오다가 최근 30년 동안 25%를 유지하고 있다. 1997년에는 평균주당소득의 25%를 지급하도록 법으로 규정한 바 있다. 이는 선진국 중 가장 높은 최소노후소득수준이다.

이렇게 노령연금이 처음에는 사회부조 프로그램으로 도입되었다가 사회권으로서의 데모그란트적 성격으로 변화하였고, 1978년과 1983년의 변화를 통하여 다시 경제적인 필요성에 기초한 선택적인 제공을 하는 제도로 그 제도의 성격이 변해왔다.

나. 1980년대 이후의 변화

1978년에 노령연금에 관한 사소한 변화가 있기는 하였지만 전반적인 노후소득보장체계의 수정은 1983년 Bob Hawke 수상의 노동정부에 의해 이루어졌다.

개혁과정에서 들어난 주요 목표는 다음과 같았다. 첫째, 퇴직연금의 확대를 통하여 시장 요소의 역할을 강화한다. 둘째, 과거의 퇴직자보다

높은 수준의 소득을 확보할 수 있도록 퇴직연금의 범위를 확대한다. 셋째, 퇴직연금에 대한 세제 혜택을 통해 실시되어온 시장요소에 대한 공적 보조를 억제한다. 넷째, 퇴직기간 동안 시장요소의 역할을 강화한다. 다섯째, 수급자격을 엄격하게 하여 공적 요소(즉 노령연금)에 대한 의존성을 약화시킨다. 여섯째, 가구 및 국가의 저축과 투자를 증대시킨다. 일곱째 모든 피고용자에게 제공되는 고용주로부터 제공되며 형평성을 갖는 퇴직연금을 제공한다.

이러한 최근 목표 외에도 세가지 목표가 추가되었다. 첫째, 모든 호주인의 개인 저축을 강화한다. 둘째, 퇴직을 연기하는 것에 대한 인센티브를 강화한다. 셋째, 퇴직연금 관리주체를 선택할 선택권을 노동자에게 부여함으로써 소비자의 주권을 강화한다. 2004년에 「펀드선택권」(Choice-of-fund) 법안이 통과되어 피고용자가 관리주체를 선택할 수 있게 되었지만 충분한 정보를 갖고 있지 못하여 이동율은 크지 않은 것으로 나타났다. 최근 노령연금의 급여수준 향상보다는 개인의 책임을 강조하는 기조를 유지하고 있다. 2007년부터 퇴직연금에 적용되는 ‘적절한 급여 한도’(Reasonable benefits limit: RBL)를 폐지하고, 60세 이상자의 급여에 대한 세금면제, 70세까지도 퇴직연금에 기여할 수 있도록 하는 연령의 상향조정 등의 조치가 시작되었다²⁾.

2) 실제 이 제도는 베이비 부머의 고령화에 대비하기 위한 제도적 대응으로 볼 수 있음. 현재 70대 80대의 고령자에게는 거의 해당되지 않는 제도임.

〈표 2-5〉 호주의 노후소득보장체계 발전 과정

연도		주요 내용
1 단 계	1862	New South Wales 은행에 의한 민간 사보험 도입
	1901	NSQ and Victora 주에 노령연금제도 도입
	1909	자산조사에 기초한 노령연금제도 확립 거주조건이 기존의 25년에서 20년으로 완화됨.
	1910	자급대상 연령이 기존의 65세에서 60세로 조정됨.
	1942	미망인 연금(Widow's Pension) 도입
2 단 계	1962	노령연금의 거주조건이 기존의 20년에서 10년으로 완화
	1969	노령연금의 선정선 이상 소득에 대한 급여액 감액을 50%로 완화
	1973	75세 이상에 대하여 노령연금의 자산조사 철폐
	1975	노령연금의 자산조사 철폐 연령을 70세로 하향 조정
	1976	노령연금의 재산조사(asset test) 철폐
	1978	노령연금에서의 70세 이상에 대한 소득평가 재 실시
3 단 계	1985	노령연금의 재산조사 재 도입
	1992	퇴직연금(Superannuation Guarantee) 강제화
	1993	노령연금제도 자급대상 연령 지속적인 상향조정 (2008년 기준 남자 65세, 여자: 63.5세(2014년 65세)) 2017년부터 2년마다 6개월씩 연장 예정
	2004	피고용자에게 퇴직연금(Superannuation Guarantee)의 운영주체 선정자격 부여
	2007	퇴직연금(Superannuation)의 RBL 폐지 및 세금면제 확대 및 기여연령 의 상향조정 등의 조치

자료: Borowski and Olsberg. "Retirement Income Policy for a Long-lived Society". 2007.

2. 제도적 특징

호주의 노후소득보장체계는 노인소득의 상대적 수준과 노인 빈곤율에 기초한 분류에 의하면 전체소득 대비 노후소득의 크기가 적고, 노인빈곤율이 높은 노후소득 위험도가 높은 국가로 분류된 바 있다(OECD, 2011) 또한 전체 체계가 어느 정도 수준의 소득보장을 제공하는가와 노후소득보장체계에서 공적제도와 사적제도의 비중을 기준으로 한 분류틀에 의하면, 사적연금의 비중이 상대적으로 높지만 전체적으로 급여수준이 높지 않은 유형에 속한다(정경희 외, 2011).

가. 1층: 노령연금(Age Pension)³⁾

호주는 정부 일반 예산으로 재원을 충당하는 자산조사형 연금 제도를 운영하는데, 연령과 거주 기간, 그리고 소득과 재산을 고려한 자산조사에 따라 연금 급여 자격이 주어진다. 연금 급여의 자격을 갖춘 사람에게서는 정액의 연금 급여를 제공하며, 특정 소득 수준 이상부터는 감액된 급여액이 지급된다.

수급조건은 남자 65세 이상, 여자 63세 이상(2013년 7월 1일까지 65세로 조정되는 중)인 자로 급여신청 당시 호주에 계속 10년간 거주해야 한다. 단, 5년 연속 거주했다면 생애 전체 거주기간이 10년 이상 되어야 한다.

전액연금은 급여지급을 위한 기준소득하한과 기준자산하한을 모두 충족시킬 때 지급하며, 부분연금은 급여지급을 위한 소득하한과 소득상한과 자산하한과 자산상한 사이 모두 해당 시에 지급한다. 단 소득기준과 자산기준 각각에 감액기준을 적용하여 더 낮게 산정되는 금액을 적용하여 지급한다. 연금을 포함하여 모든 사회보장급여는 정액이고, 2주단위로 지급된다.

기본연금액은 2009년 9월 562AU\$⁴⁾로 3월과 9월 소비자 물가지수(CPI)에 연동하여 급여액이 변경된다. 단 필요시 추가인상을 단행하여 노령연금액이 세전 남성평균주당소득의 25% 이하가 되지 않도록 하고 있다. 이는 노령연금의 급여수준은 기본적으로 법에 의하여 노인단독 기준으로 남성평균임금의 25%로 정해져 있기 때문이다.

노령연금은 다른 소득원에 의한 연간소득이 ‘자유범위(Free Area)’를 초과하면 감소되며, 매년 7월 조정된다. 2008년의 경우 상반기에

3) 이하 기술되는 노령연금과 퇴직연금에 관한 기술은 OECD(2011) *Pension at a Glance* 와 ISSA(2010) *Social Security Programs Throughout the World*에 기초하여 있음.

4) 호주의 소득단위로 Australian Dollar임.

132AU\$, 하반기에 138AU\$이었다.

부부의 경우 40%(노인단독 급여의 160%임)씩 감액된다. 부부라도 질병, 입원, 투옥 등으로 별거할 경우 부부 각각 단독에 해당하는 급여액이 지급될 수 있으며, 이 때 소득과 자산은 부부합산기준을 적용한다.

노령연금의 자산조사(Means Test) 방식을 살펴보면 소득조사(Income test) 대상에서 배제되는 소득종류가 거의 없고 소득범위가 매우 포괄적이다. 자본금의 경우 5년 이상 자본금에 접근할 수 있는 경우에는 자산조사에서는 배제하고 소득조사에서 소득으로 고려한다. 5년 이하 자본금에 접근이 가능한 경우는 금융투자자로 간주하고 간주 소득을 산정하여 소득조사에서 소득으로 고려한다(국민연금연구원, 2007).

자산조사 대상은 은행, 빌딩소사이어티, 채권, 주식 등, 자산조사 제외의 성격에 부합하지 않는 소득, 가구의 소유물, 개인의 사적 소유물, 자동차, 보트, 카라반(가정용이 아닌 경우), 부동산(별장 등), 양로주택 보증금, 사업이나 농장의 환산가치, 소득흐름이 없는 퇴직금의 투자 등이다. 단, 주 거주 주택은 자산조사에서 배제된다. 연금수급자의 80% 내외가 소득조사를 나머지가 자산조사를 받고 있다.

급여의 관리운영은 1997년 이전에는 사회보장부(Department of Social Security)가 하부조직(20개소의 광역사무소, 252개소의 지방사무소)을 이용 기초연금 관리·운영하여 왔으나, 1997년에 센터링크(Centerlink, 특수법인)를 설립하여 운영하고 있다. 센터링크는 421개 지사, 26개 콜센터, 직원 25,000명으로 운영된다.

〈표 2-6〉 호주의 노령연금 수급자 규모 장기추계

	2001년	인구 중 %	2050년	인구 중 %
노령연금 수급 연령 이상 인구	2.6백만명	12.3% (전체 인구대비)	6.6백만명	25% (전체 인구대비)
보훈연금 ¹⁾ 수급자	341천명	13% (AP연령인구대비)	4.9백만명	75% (노령연금 연령 인구대비)
노령연금 수급자	1.79백만명	69% (AP연령인구대비)		
전액 수급자	1.14백만명	67% (AP 수급자대비)	1.7백만명	33.3% (노령연금 수급자대비)
부분 수급자	650천명	33% (AP 수급자대비)	3.2백만명	66.6% (노령연금 수급자대비)

주: 1) Department of Veteran Affairs(DVA) pensioners를 의미함. 호주는 기초노령연금제도 이외에 별도의 보훈연금제도가 있으며 수급자가 많았으나 줄어가고 있음.

자료: Labour Force, June 2002, ABS Cat. No. 6203.0, (Occasional Paper No. 11 Inquiries into retirement and superannuation, Department of Family and Community services, Australian Government, 2003, p.7). 김성숙(2007), 기초노령연금 감액방식 검토, 국민연금연구원 재인용.

장기추계에 의하면 노령연금 포함 공적연금 수급율은 2001년의 82%에서 2050년에는 75%로 약간 감소하며, 노령연금수급자중 전액연금 수급자 비중이 2/3에서 1/3로 감소할 것으로 전망되었다.

나. 2층- 퇴직연금(Superannuation Guarantee)

퇴직연금은 연금 또는 일시금으로 수령이 가능한데, 일시금의 경우 주식 구입이나 기타 투자에 사용되면 자산조사에 반영되지만 여행이나 주택구입 등에 사용되면 반영되지 않는다.

본 제도는 고용주를 사적연금에 강제 가입시키는 특징을 갖고 있으며 고용주나 사업별 협회, 금융기관, 개인 본인도 운용할 수 있다. 기금의 운영주체는 2004년 7월 이전에는 고용자가 선택하였으나 그 이후부터는 피고용자들이 선택할 수 있게 되었다. 의무 납입액은 납세연도 200

2~2003년도 이후 피고용자 임금의 9%로 유지되고 있다⁵⁾. 강제제도가 도입되기 전에는 전체 피용자 중 72%가 가입되어 있었지만 강제화 이후 가입율이 증가하여 2005년 3월 현재 전일근로자의 98%와 임시근로자의 72%가 적용되고 있다. 피고용자에게는 기여의무가 없지만, 임의로 추가 기여하는 것은 가능하며, 자영업자도 임의로 기여할 수 있다.

퇴직연금은 대부분 확정기여형제도로 운영되고 있으며, 가입자는 누적된 자본을 일시금이나 일종의 연금형태로 수령할 수 있다. 최근 대부분의 급여는 일시금으로 수령되고 있다.

〈표 2-7〉 호주 강제 퇴직연금의 개요

제도형태	제도형태	가입률	보험료율	퇴직연금 기능
강제가입 기업과 개인	DC형	>90%	9%	공적연금 완전대체

자료: OECD, *Pensions at Glance 2011*, 2001.

다. 기타

호주의 노후소득보장체계는 단순한 소득대체에서 더 나아가 노년기의 다양한 지출항목을 반영한 보완적 조치를 통하여 실질적인 경제적 수준을 확보할 수 있도록 하고 있다는 특징이 있다.

실제 다수의 노인에게 기본적인 소득을 보장해주고 있는 노령연금의 지급대상으로 선정되면 관련되어 받을 수 있는 다양한 부가적인 혜택이 있다. 노령연금 수급자에게 가스나 전기 등에 소요되는 비용을 지원하는 공과금 수당(Utilities Allowance)이 지급된다. 또한 이중 자산조사

5) 단 1) 피고용자의 임금이 월액 50AU\$ 미만인 경우, 2) 피고용자의 연령이 18세 미만, 노동시간이 주 30시간 미만인 경우 3) 주 30시간 미만의 가정 또는 사적인 노동을 하는 근로자 3) 70세 이상의 피고용자, 4) 2006~2007년 기준으로 소득이 분기별로 36,470AU\$을 넘는 경우 그 초과분에 대해서는 고용자의 기여의무가 없음. 이러한 기준은 평균소득의 2.5배에 달하는 것으로, 평균소득 추정치에 연동되고 있음.

기준을 통과한 저소득층에게는 일정액의 약품수당(Pharmaceutical Allowance)이 지급된다.

한편, 노령연금 대상 연령층중 일정 수준 이하의 소득을 갖고 있는 경우 연방정부 노인건강카드(Commonwealth Seniors Health Card)가 발행되고 있는데, 이를 통하여 진료나 약품구입시 값싸게 구입할 수 있는 혜택이 부여된다. 또한 이들에게는 가구지출을 지원하기 위한 노인 우대수당(Pensioner Concession Allowance)이 지급되며, 유선 및 무선 전화, 인터넷 연결비용 등을 유지할 수 있도록 지원하는 전화수당(Telephone Allowance)이 자동으로 지급된다.

이외에도 임대료보조금(Rent Assistance)이 지급되는데 대상자는 자산조사에 의해 결정되며, 결혼상태 및 임대료의 수준에 따라서 액수가 상이하다. 은퇴촌에 거주하는 경우는 별도의 기준이 적용된다. 또한 오지에 사는 경우 오지수당(Remote Area Allowance)이 지급된다.

모든 노령연금수급자에게 연금수급자우대카드(Pensioner Concession Card)가 발급되는데 이를 통하여 특정 연방, 주, 지역정부 서비스에 대한 우대가 실시되고 있다.

자산조사 과정에서 소득이나 자산기준 중 한가지 이유로 인하여 노령 연금을 받지 못하거나 부분연금만 받게 되는 대상자에 대하여 비과세 연금대부제도(Pension Loans Scheme)를 실시하고 있다.

3. 노년기 소득 실태

호주의 노후소득보장체계의 작동현황은 노인의 소득실태를 통해서 파악할 수 있다. 평균 소득은 연령이 높아질수록 적어져 55~64세군의 경우 평균 주소득이 1,279AU\$, 65~74세 668AU\$, 75세 이상 526AU\$이다. 이들의 소득원을 살펴보면 정부로부터의 연금이 가장 큰 비중을 차지하고 있어 65~74세 군은 65.4%, 75세 이상은 76.8%에 달하고

있다. 반면 55~64세군은 24.5%이며 임금소득이 62.4%로 가장 높다. 노인에게 있어 정부로부터의 연금 다음으로 높은 주소득원은 퇴직연금이다. 1992년에 퇴직연금의 강제화가 이루어졌기 때문에 후기 고령자로 갈수록 퇴직연금이 갖는 의미와 비중이 낮아진다. 이는 노인의 자산구성을 살펴봐도 확인하다. 강제퇴직연금이 차지하는 비중은 55~64세군은 18%, 65~74세군은 11.0%, 75세 이상은 3%로 노인 내에서도 연령군별 차이가 매우 크다. 노인의 자산중 가장 큰 비중을 차지하는 것은 거주하고 있는 집으로 55~64세군은 42%, 65~74세군은 45.0%, 75세 이상은 55%이다.

2006년 6월 기준으로 노령연금지급대상 연령군의 66%가 노령연금을 받고 있으며 노령연금수급자중 61.8%가 전액을 38.2%가 감액된 연금을 받고 있다. 전액수급률은 연령이 낮아질수록 낮은 것으로 나타났다.

한편 강제퇴직연금의 경우는 전 피고용자의 경우 남자는 78%가 여자는 71%가 가입해있지만 45세 이상으로 국한할 경우 55% 수준에 불과하다. 또한 지급대상자의 54%는 일시금으로 받아서 모기지론을 해결하는데 사용한 것으로 나타났다. 강제퇴직연금의 적용범위에 있어서의 남녀차이와 향후 노동시장의 변화, 근로자의 교육수준 변화, 강제퇴직연금관련 세제의 변화 등으로 인하여 향후 지급액과 적용범위의 변화는 클 것으로 전망된다.

〈표 2-8〉 호주 노인의 소득수준 및 소득원

(단위: 주, AUD)

	가구주 연령(세)			전체가구
	55~64	65~74	75+	
가구소득(주단위)				
평균소득	1,279	668	526	1,305
중위소득	989	472	421	1,040
평균가처분소득	708	451	406	644
중위가처분소득	611	362	331	563
가구소득의 주소득원 구성				
근로소득	62.4	12.8	2.3	65.4
공적 연금 및 수당	24.5	65.4	76.8	26.1
은퇴 연금	(4.9)	(60.1)	(65.3)	(13.4)
기타 연금	(19.6)	(5.3)	(11.5)	(12.7)
기타 소득	12.4	21.6	20.9	8.0
강제 퇴직연금	(6.1)	(14.4)	(11.3)	(3.7)
투자 및 기타 소득	(6.3)	(7.2)	(9.6)	(4.3)
소득 없음 또는 부채	0.8	0.1	0.0	0.5
전체	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

〈표 2-9〉 호주 노령연금(Age Pension) 수급 현황(2006. 6. 기준)

(단위: %, 명)

	65세 이하	65~69	70~74	75~79	80~84	85+	총계
전액	3.0	15.9	15.3	13.2	7.5	6.9	61.8
감액	2.1	11.1	9.6	7.9	4.3	3.3	38.2
전체	5.1	26.9	24.9	21.1	11.8	10.2	100.0
수급자수	97,056	514,713	475,408	402,391	226,046	195,280	1,910,894

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

한편, 고령자들은 노년기에 걸쳐 주소득원의 변화를 경험하게 되는데 남자의 경우 퇴직시에는 공적 연금이 53.9%, 강제퇴직연금이 19.8%로 가장 큰 비중을 차지하는 소득원이지만 2004~2005년 기간 중에는 동

비율이 65.2%와 17.8%로 변화하였다. 즉 정부연금의 중요성이 커진 것이다. 또한 저축이나 자산처분 등을 통해 소득을 마련한다는 비중이 퇴직시 6.6%에서 3.1%로 감소하였다.

〈표 2-10〉 호주 은퇴자의 소득원 구성: 퇴직시와 현재의 소득 비교(2004~2005년)

(단위: %)

	퇴직시	현재
남자		
공적연금	53.9	65.2
강제퇴직연금	19.8	17.8
사업소득	2.2	0.9
배우자의 소득 포함 기타	6.8	1.8
비소득-저축활용, 자산 처분 등	6.6	3.1
배당금 또는 이자소득	5.6	6.4
임대소득	1.9	2.2
알 수 없음	2.0	0.2
잘 모름	1.0	2.4
전체	100.0	100.0
여자		
공적연금	36.8	67.5
배우자의 소득 포함 기타	29.8	2.4
비소득-저축활용, 자산 처분 등	17.7	6.8
강제퇴직연금	6.3	6.1
배당금 또는 이자소득	2.9	10.0
사업소득	2.5	1.4
임대소득	1.9	2.8
알 수 없음	1.7	0.5
잘 모름	0.5	2.4
전체	100	100.0

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

여자의 경우는 정부연금이 퇴직시 주요 소득원이었다는 응답이 36.8%로 남자의 53.9%와 큰 차이를 보이고 있다. 배우자의 소득이 주

요한 소득원이라는 응답이 29.8%로 두 번째로 높은 응답율인데, 이는 남자의 6.6%에 비하여 매우 높은 것으로 이들의 청장년기의 경제활동에 있어서의 남녀차이를 보여주는 것이다. 유사한 맥락에서 퇴직연금은 6.3%로 남자의 19.8%에 비하여 약 1/3 수준에 불과하다.

남자에 비하여 여자의 경우 퇴직시와 현재의 주요소득원의 변화의 폭이 크다. 퇴직시 정부연금이라는 응답이 36.8%에서 현재는 67.5%로 약 두배 정도의 수준으로 증대한 반면 배우자의 소득이라는 응답은 29.8%에서 2.4%로 급감하였다. 또한 저축이나 자산처분 등을 통해 소득을 마련한다는 비중이 퇴직시 17.76%에서 6.8%로 급감하였는데 이 차이는 남자에 비하여 월등히 큰 것이다.

4. 정책적 이슈 및 과제

호주의 노후소득보장체계의 발전과정에서 도출된 주요 정책적 관심사와 특징은 다음과 같이 정리될 수 있다. 첫째, 고령화에 따른 재정적 부담을 완화하려는 노력의 일환으로 노령연금의 수급연령을 상향조정하고 있다. 남성에 비해 낮았던 여성의 연금수급연령을 10~20여년에 걸쳐 남성과 동일하게 65세로 상향시켜가는 조치를 취하였다. 또한 장기적으로 연금수급연령을 67세로 상향 조정하려는 시도를 하고 있다. 이는 독일, 영국, 스위스 등에서도 이루어지고 있는 조치이기도 하다.

둘째, 사적연금이 공적연금의 일부 또는 전부를 대체함으로써 사적연금의 기능을 강화하고 있다. 즉 다른 국가에서 국민연금이 행하고 있는 역할을 퇴직연금을 통하여 실시하고 있다. 노령연금의 소득대체를 43.7%이기 때문에 부족분을 퇴직연금을 통하여 보충하여야 하는 것이다(OECD, 2008). 그 결과 퇴직연금 가입률을 90% 이상에 달하고 있다.

이와 유사한 조치들이 네덜란드, 덴마크, 핀란드 등에서 이루어지고 있다. 이러한 사적연금강화 경향에 대하여 공적 책임의 강화도 좀 더

강조되어야 한다는 지적(Borowski and Olsberg, 2007)도 있지만, 사적 연금이 갖고 있는 사회보장제도로서의 기능이 크고, 공적 연금의 보완적 역할을 할 경우 유능한 근로자를 채용할 수 있는 인센티브로서 기능할 수 있다는 지적도 있다(정경희 외, 2011). 최근 글로벌 위기에 따라 금융시장이 불안해지면서 은퇴 연령이 가까운 퇴직연금가입자, 최근 퇴직자, 퇴직을 두고 있는 고령자 사이에 위기의식이 발생하고 있다. 이는 사적 연금의 경우 관리기관의 관리방법과 경기의 흐름에 따라 퇴직시 받을 수 있는 규모에 차이가 발생하기 때문이다. 이상과 같은 노후소득 보장체계의 변화 등에 힘입어 사적 연금금이 GDP의 50% 이상을 점유하고 있다.

셋째, 가능한 한 노동시장에 오랜 기간 동안 남아있게 하기 위한 여러 가지 장치를 마련해놓고 있다. 대표적인 것이 연금보너스제도(Pension Bonus Scheme)이다. 이는 연령기준과 자산조사에 기초하여 노령연금 지급대상이지만 계속 일을 하고자 하는 경우 부여하는 인센티브 제도이다. 최소한 1년, 최대 5년간 수급이 가능하다. 조건은 1년간 최소 960시간의 유급노동을 하는 것으로 처음 1년은 노령연금 기본액의 9.4%를, 2년째에는 첫해의 4배, 3번째 해에는 9배, 네 번째 해에는 16배, 5번째 해에는 25배의 금액을 받을 수 있다. 5년간 퇴직을 연기할 경우 연간 최고액의 2.35배에 해당하는 액수를 받을 수 있다. 또한 퇴직연금(Superannuation Gurantee)의 경우 55세 이후 일을 하여도 지급받을 수는 있지만 오직 비전환소득 계열(Non-commutable Income Stream)의 경우에만이 해당된다.

넷째, 단순히 경제활동시기의 소득에 대한 대체가 아니라 궁극적인 생활수준 유지를 통한 삶의 질 확보를 제도의 목표로 하고 있다. 노년기의 지출증가와 관련한 추가적인 조치, 거주 안정성을 확보하기 위한 조치 등이 취해지고 있다. 공과금 수당(Utilities Allowance)이나 약

품수당(Pharmaceutical Allowance)과 같은 수당형태나, 연방정부 노인 건강카드(Commonwealth Seniors Health Card)가 대표적인 조치이다. 또한 다양한 서비스 이용에 있어 할인을 받을 수 있도록 함으로써 실질적인 소득향상의 결과를 가져오는 연금수급자우대카드(Pensioner Concession Card)를 발급하고 있다.

2010년에 발간된 ‘세대보고서 2010’(Intergenerational Report 2010)에 의하면 노령연금관련 예산은 2008~2009년 기간 중에는 GDP의 2.4%였으며 이는 2049~2050년 기간 중에는 GDP의 3.9%에 달할 것으로 추계하고 있다. 이러한 증대는 절대적인 노인인구의 증대가 노인인구의 전반적인 소득수준 향상(강제퇴직 연금 등으로 인한)을 상쇄할 것이기 때문이다. 또한 이러한 변화의 맥락에서 전액을 수급하는 비중은 지속적으로 감소할 것으로 전망되었다.

이러한 노후소득보장관련 예산의 증대는 다른 OECD 국가에 비하여 매우 낮은 수준으로 호주의 노후소득보장과 관련한 정부의 목표가 빈곤 완화로 자산조사에 기초하여 대상자가 선정되고 있기 때문이다. 20개국을 대상으로 하여 노후소득을 평가한 전략·국제문제연구소(CSIS)의 글로벌고령화대비지표(GAP)에 의하면 호주는 재정유지지표는 20개국 중 7위를 차지하고 있으며 소득적절성 지표에서는 6위를 차지하는 등 비교적 긍정적으로 전망되었다. 이러한 전망에 기초하여 우선적으로 실시되어야 하는 정책과제로 노인빈곤문제를 지적하고 있다.

제3절 적절한 보호서비스 제공

1. 역사

호주의 노인보호서비스(Aged Care)는 고령화의 진행에 따라 공적인 장기요양서비스 제공이 사회적 관심으로 표면화되는 관심의 정도와 내용에 따라 몇 가지 중요한 단계적 변화를 겪어 왔다(Fine, 2007). 호주에서의 보호서비스에 대한 정책적 관심이 구체화된 것은 1950년대에 고령자를 위한 보호서비스의 필요성을 인식하고 자발적인 거주시설에 대하여 연방정부가 교부금을 지급하면서 부터이다⁶⁾.

연방정부는 1952년에 「병원지원법」(Hospital Benefits Act)과 1953년에 자발적 건강보험체계를 도입함으로써 의료서비스를 제공하는 병원과 고령자와 장애인을 위한 서비스를 구분하기 시작하였다. 그 전까지는 병원이 기능상의 저하로 인하여 보호를 받아야 하는 이들을 보호하는 시설로서의 기능도 함께 수행해왔었다. 이러한 변화에 상응하여 1963년 요양시설에 대한 연방정부 지원을 시작하였다.

이러한 정부의 보조금 지급은 1960년대에 노인보호서비스 산업의 성장과 개인 요양시설(지금의 high level care-nursing home)의 증대를 초래하였고 그 결과 1972년 기준으로 민영시설이 요양시설(nursing home beds-nursing home)의 54%를 차지하게 되었다. 이러한 경향은 1970년대 후반에 ‘시설 지배적’인 경향, 즉 다른 국가들에 비하여 보호 서비스 제공에 있어 시설보호 편향성을 초래하게 되었다.

입소자수를 통제하고 요양시설의 증가를 억제하기 위하여 연방정부는 1972년에 요양시설의 설립을 억제하고 주거시설(지금의 Low Level

6) 이하 기술되는 보호서비스의 역사에 관한 내용은 Fine(2007). "Uncertain Prospects: Aged Care Policy for a Long-lived Society"에 기초하여 있음.

Care-hostel)의 성장을 촉진하기 위한 개혁을 단행하였다. 또한 재정적인 지원을 통하여 지역사회서비스의 활성화를 추진하였다.

이러한 일련의 보호서비스의 발전단계는 Menzies 자유정부에서 시작되어 Whitlam과 Fraser 정부를 거쳐 1983년까지 지속되었다. 이러한 보호서비스의 첫 번째 단계는 연방정부 지원을 받는 비정부 요양시설산업과 비영리 호스텔 또는 노인을 위한 거주시설의 출현으로 요약될 수 있다. 또한 이 시기에는 보호서비스는 시설보호와 동일시 되었다.

1980년대에 초반에 Hawke 정부는 ‘노인보호체계 개편전략(Aged Care Reform Strategy)을 통하여 전국 노인보호평가프로그램(Aged Care Assessment Program: 이하 ACAP)을 설립하고 지역사회에서 생활하는 사람들을 지원하기 위한 가정 및 지역사회 지원 서비스(Home and Community Care: 이하 HACC)과 지역사회 노인복지 패키지(Community Aged Care Packaged. 이하 CACP)를 도입하였다. 1985년에 70세 이상 1,000명당 100개의 거주시설(60개의 Low Care Hostel과 40개의 High Care Nursing Home)을 설립한다는 기준이 도입되었고 다학제적인 구성을 갖는 노인보호평가팀(Aged Care Assessment Team: 이하 ACAT)을 성립하였다.

재정지원법에 있어서도 지역사회에 기반한 비영리 기관에게 일괄지원(Block Payments)체계에 기초하여 연방정부와 지방정부가 비용을 분담하게 되었다.

이러한 새로운 정책적 변화로 인하여 지역사회보호서비스의 강화와 제한된 재정의 범위 내에서 개개인이 적절한 서비스를 받을 수 있게 하는 수단으로서의 사정과 표적화(Assesment & Targeting)가 중요하게 대두되었다. 이러한 정책전환의 기저에는 인구고령화에 적절히 대응하기 위해서는 부적절한 요양시설에서의 생활을 대신하는 저렴한 대안의 모색이 발전되어야 한다는 인식이 깔려있었다.

노동당 정부 기간(1983~1996)동안 불필요한 서비스 이용을 억제하고 상대적으로 저렴한 재가 및 지역사회서비스를 촉진하기 위한 공급자 중심의 가장 효율적이며 체계적인 공급자 중심의 수단들이 도입되었다. 이 두 번째 단계에서도 정책적 대안의 하나로 보호서비스와 급성 보호서비스의 연계에 대한 관심이 대두되기는 했으나 여전히 보호서비스는 분리된 체계로 남아있었다. 비공식적 서비스와 공식적인 지역사회서비스를 이용하여 자신의 집에 머물 수 있게 하는데 관심이 두어졌고, 대부분의 서비스들이 전문화(가족요양, 식사배달서비스, 홈케어, 주간보호 등)되었을 뿐 서로 연계되지 못하여 연계가 중요한 이슈로 제기되게 되었다.

세 번째의 변화는 영리화와 재구성(Commercialisation & Restructuring)으로 특징 지워진다. 1996년부터 Howard 자유 정부가 연방정부의 재정적 부담을 저하시키고 재구조화하려는 목적하에 수요측면에 대한 변화를 꾀하면서 시작되었다. 1997년에는 Hawke 정부에 의하여 「보호서비스법」(Aged Care Act)이 제정되어 현재까지 보호서비스 전반의 법적 기반이 되고 있다. 이 단계의 정책변화는 정부의 재정부담을 저하하고 서비스 이용자의 비용지급을 증대하는 것을 기본방향으로 하고 있다. 또한 고령화 등에 따라 의료비가 증대함에 따라 잘 조율된 보호서비스체계가 구축된다면 급성보호서비스 비용이 저하될 수 있을 것으로 기대하였다.

이러한 변화에도 불구하고 초기단계부터 시행해온 정책들은 강화 또는 확대되었다. 사정과 그에 상응하는 서비스를 매칭하는데 있어서의 ACAT의 역할이 확대되었다. 또한 1990년대 초반부터 도입된 CACP가 확대되었다. CACP의 성공은 요양시설에 입소해야 할 상태의 노인에게 좀 더 집중적인 서비스를 제공하는 확대재가서비스(Extended Aged Care in the Home: 이하 EACH)의 도입으로 연결되었다.

이러한 발전과 더불어 거주시설에서의 이용자의 권리에 관한 규제들이 전환되었다. 서비스 결과와 지속적인 모니터링을 대신하여 정책, 절차, 서류처리 등을 강조하는 서비스 인정제로 변화하였다. 이러한 과정에서 적절한 서비스의 질을 유지하는 적절한 규제체계의 구축이 새로운 정책 과제로 대두되었다.

2011년 6월에 발표된 생산성 위원회(Productivity Commission)의 보고서가 향후 정책의 방향에 대한 논의를 촉발할 것으로 예상되고 있다.

2. 제도적 특성

가. 의료서비스

호주는 메디케어에 의하여 모든 국민에게 공적재원에 의한 보편적인 서비스를 제공하고 있으며 약 1/2가 사적 건강보험을 갖고 있다. 또한 보건의료서비스는 연방정부, 주정부, 지방정부, 다양한 지역조직, 개인기업 등에 의하여 제공되고 있지만 대부분의 서비스는 민간 기관에 의하여 제공된다.

의료급여식(Medical Benefits Schedule: 이하 MBS)에 의하여 의료 서비스가 제공되고 있는데 대부분의 호주인에게 적절한 가격으로 이용 가능한 서비스가 제공되고 있다. 65세 이상의 87%가 일반의 방문시 자부담 없이 서비스를 이용하고 있다. 또한 약품 급여(Pharmaceutical Benefits)에 의하여 의약품을 이용할 수 있다. 노령연금 수급자를 포함하여 경로우대를 받는 경우 처방전당 4.90AU\$를 최고 년 274.4AU\$까지 우대를 받을 수 있다. 공공병원에서는 응급서비스, 일부 수술과 의료서비스를 무료로 이용할 수 있다. MBS는 민간 병원서비스의 비용에 대한 할인을 제공한다.

이러한 공공의료보장 외에도 사보험에 의해 제공되는 서비스도 포함

하고 있는데, 연방정부에서는 사보험 보험료의 30%를 지원하고 있다. 노인은 이보다 더 높은 수준의 지원을 받는다. 65~69세군은 35%의 할인을 70세 이상은 40% 이상의 지원을 받는다(Swerissen and Duckett, 2007).

호주인의 평균수명은 계속 증대하고 있으며 장애 없는 수명은 1998년 부터 2003년 기간 중 남자는 연간 1.1년씩 여자는 0.6년씩 증가해 왔다. 평균수명의 증대에 따른 후기노인이 증가하면서 치매유병을 또한 증대하고 있다. 2006년 호주인의 190,000명이 치매를 경험하고 있는 것으로, 이 수치는 2031년이면 465,000에 달할 것으로 추정하고 있다. 85세 이상의 24%가 치매를 갖고 있다. 치매에 대응하기 위하여 2005년에 5년간 320\$의 지원액을 기반으로 한 ‘국립 치매 이니셔티브’를 설치하였다. 조기발견에 기초한 치매환자에 대한 적절한 보호를 제공하는 것을 목표로 하는 ‘치매-보건 우선순위’를 시작하였는데, 이에선 2,000개의 EACHD 패키지 제공, 17,000명의 치매질환자 보호인력 및 7,000명의 경찰, 앰블런스 직원, 보호자에 대한 교육과 훈련이라는 3가지 요소를 포함하고 있다(Australian Government, 2007).

나. 장기요양서비스⁷⁾

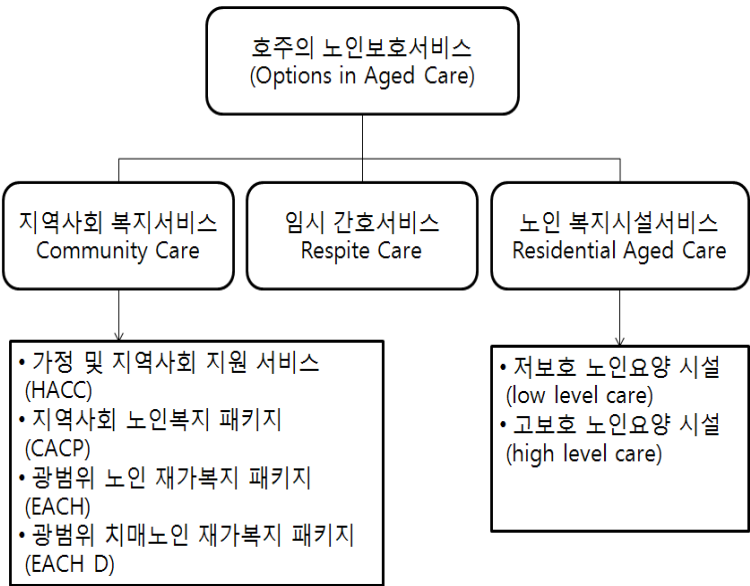
1) 노인보호서비스 체계

호주의 노인보호서비스는 노인들에게 건강한 노후생활을 보낼 수 있도록 지원하고, 기능상태가 좋지 않아 보호가 필요한 노인과 그 가족에게는 양질의 비용효과적인 케어를 제공하는 것을 목표로 하여 노인의

7) 각 서비스에 대한 설명은 호주 정부의 2011년도 *Australian Government Directory for Older People*와 한인 복지회에서 한인노인들에게 설명하기 위하여 마련한 한글판 자료에 기초하여 있음.

기능 상태에 따라 다양한 선택을 할 수 있는 연속적인 서비스 제공 체계를 갖추고 있다.

[그림 2-1] 호주의 노인보호서비스



가) 지역보호서비스

(1) 가정 및 지역사회 지원서비스(Home and Community Care: HACC)

1985년 「가정 및 지역사회 지원서비스법」(Home and Community Care Act)에 의하여 시작되었다. 일상생활에 어려움이 있는 노약자나 장애인이 가정에 머무르면서 독립적인 생활을 영위하도록 다양한 서비스를 제공하는 프로그램이다. 가사도우미, 집 수리 및 개조, 간병인 휴식 지원, 정원관리 및 잔디깎기, 지역사회 차량 지원, 음식 배달 및 제공, 방문강호, 일신상의 수발, 사회생활 지원, 자원봉사자 방문, 데이케

어 센터, 발치료와 언어치료 관련 보건서비스 등을 제공한다. HACC 대상자가 되기 위하여 ACAT의 사정을 꼭 받아야 하는 것은 아니다.

(2) 보훈 프로그램(DVA)

군인과 참전용사 배우자는 DVA(Department of Veteran's Affairs)가 지원하는 지역사회 프로그램(Veteran's Home Care:VHC)을 이용할 수 있다. 이는 HACC 다음으로 그 수가 많은 서비스로 가사지원, 개인수발, 집과 정원손질서비스, 임시휴식 서비스 등을 제공한다. 또한 지역 방문간호서비스(Community Nursing)가 포함된다.

(3) 지역사회 노인복지 패키지(Community Aged Care Packages: CACP)

1992년에 시작된 서비스로 일상생활을 하는데 더 많은 도움을 필요로 하는 연로하고 거동이 불편한 노인이 자신의 주거환경에서 계속적으로 생활할 수 있도록 지원하는 서비스이다. 복합적인 간호 또는 더욱 다양한 종류의 서비스를 개인의 필요에 맞추어 융통성 있게 만들어진 패키지로 개인수발(목욕 및 옷 갈아입기, 식사 보조), 식사준비, 가사보조(집안일, 빨래, 장보기), 정원손질, 대중 교통이용보조, 사회생활 지원 등의 서비스를 제공한다.

(4) 광범위 노인재가복지 패키지(Extended Aged Care at Home Package: EACH)

고보호시설 입소에 대한 대안으로 2002년에 시작된 서비스로 지역사회 노인복지 패키지(CACP)가 제공하는 것 이상의 서비스를 필요로 하

는 노인에게 제공되는 서비스이다. 개인의 필요에 맞추어 간호 및 건강 관련 서비스, 개인수발(목욕 및 옷 갈아입기, 식사 보조), 가사 보조(집 안일, 빨래, 장보기), 대중 교통이용보조, 사회적 지원 등이 제공된다.

(5) 광범위 치매노인재가복지 패키지(Extended Aged Care at Home Package Dementia: EACH D)

치매노인을 위하여 개인의 필요에 맞추어 훈련된 간호사가 서비스를 제공하는 서비스로 2006년 도입되었다. 공인 간호사 방문서비스, 개인 간병, 보건의서비스, 진료시 교통편 제공, 사회활동 지원, 산호 호흡 및 식사 보조, 가사도움, 배변조절 보조 등이 주요 서비스 내용이다.

나) 시설 서비스(Residential Aged Care)

가정에서의 독립적인 생활이 어려운 노인을 위한 시설서비스로 서비스 제공 시설에는 어느 정도 거동이 용이한 노인을 대상으로 하는 호스텔 개념의 저보호 노인요양시설(Low Level Care)과 거동이 매우 불편하여 24시간 보호 및 지속적인 의료 간호를 필요로 하는 노인을 대상으로 하는 너싱홈인 고보호 노인요양시설(High Level Care)이 있다.

2004년 7월부터 도입된 'Aging-in-place'(동일한 시설에서 저보호서비스와 고보호서비스가 제공되는 형식)가 압도적이어서 대다수의 시설에서 저보호서비스와 고보호서비스를 동시에 제공하고 있다.

다) 기타

(1) 임시 간호서비스(Respite Care)

단기로 제공되는 간호서비스로 노인과 간병인이 잠시 지친 일상생활

에서 벗어나 휴식을 취하도록 돕는 것을 목적으로 하고 있다. 이는 궁극적으로는 노인이 가능한 한 자택에서 생활을 계속할 수 있도록 하는데 목적을 두고 있다.

(2) 과도기 보호서비스(transition Care)

2006년에 시작되었으며, 연방, 주, 지방정부가 재정을 나누어 담당하고 있다. 이는 목표 지향적, 시간 제한적, 치료에 초점을 둔 프로그램으로 퇴원 후 노인에게 높지 않은 강도의 치료, 간호지원, 개인지원서비스를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다. 이 서비스를 받기 위해서는 입원시 ACAT에 의하여 사정을 받아야 하며 퇴원 직후에만 이 프로그램을 이용할 수 있다. 2008년 6월 기준으로 76개 기관에서 제공되고 있다. 평균 이용기간은 7주이며, 최고 12주까지 이용할 수 있다. 단, 별도의 치료를 요하는 경우에는 18주까지도 연장가능하다.

2) 서비스 이용 절차

노인보호서비스를 이용하기 위해서는 노인(혹은 대리인)이 ACAT에 사정을 신청하여야 한다. 이 과정을 ‘Intake & Referral’라 하며 사정에 대한 동의에 기초하여 실시된다. 접수 및 위탁이 된 사례에 대해서는 다학제적 팀으로 구성된 ACAT 사정인의 방문을 통하여 포괄적 평가가 이루어진다. 통상 접수 후 14일내에 이루어지고 있다. 이러한 사정자료에 근거하여 ACAT 평가자(Assessor)는 노인의 장기요양요구에 적합한 서비스 종류를 결정 및 권고하게 된다. ACCR(Aged Cared Client Record)의 사정결과 기록과 서비스 권고사항에 기초하여 서비스 권고사항에 대한 승인이 이루어지면 공식적으로 권고 서비스의 이용자격이 공식적으로 승인받게 된다. 이때 승인은 통상 ACAT 대표

(Delegation)에 의하여 이루어지며 대상자의 사정인과 승인자는 서로 다른 사람이어야 한다. 이는 사정을 통하여 대상자에 대한 충분한 사정과 노인과 가족의 의견 반영 등이 충분하게 이루어지게 하기 위한 조치이다.

적합한 서비스 종류를 권고할 때는 사정된 대상자의 욕구를 반영할 수 있는 모든 종류의 선택가능성과 더불어 해당 지역에서의 서비스의 이용가능성을 고려하고 있다. 이때 ACAT의 사정을 필요로 하지 않는 HACCC도 가용한 서비스 내용에 포함하여 고려되고 있다. 따라서 ACAT에는 지역사회와의 관련 서비스 기관과의 긴밀한 유대관계 유지가 요구된다.

호주에서는 지역사회에 거주하고 있는 대상자 뿐만 아니라 병원에 있는 대상자에 대해서도 포괄적인 사정과 적절한 서비스의 선택이 가능해야 한다는 점을 강조하고 있다. 따라서 병원에 있는 대상자를 사정하고 비급성 서비스 뿐만 아니라 급성, 급성 이후, 하위(sub)-급성서비스를 모두 고려한 서비스를 권고한다.

사정과정에서 특별한 욕구를 가진 집단에 대한 고려를 하고 있는데, 그러한 대상 집단에는 원주민, 문화 및 언어적으로 다양한 배경을 가진 집단, 농어촌이나 소외지역에 거주하는 사람들, 경제사회적 취약집단, 퇴역군인과 배우자, 사별한 노인들이 속한다. 장애나 심리적인 문제를 가진 대상에 대해서도 면밀한 고려를 하고 있다. 2009년부터는 노숙 노인들도 이러한 특별한 고려대상 집단으로 포함되었다.

재사정과 관련해서는 2009년 7월 이후 변화가 있었다. 그 이전까지는 12개월 이내에 승인된 서비스를 이용하지 않거나 12개월 이후 서비스 단속이 있으며 다시 사정을 받도록 하였다. 또한 승인시점으로부터 4주 이내에 과도기 보호서비스(Transition Care)가 이용되지 않았을 때, 저보호에서 고보호로 옮길 때, 시설을 옮기는 과정에서 1일 이상의 단

속이 발생했을 때, CACP나 EACH만을 이용할 수 있도록 승인을 받았지만 시설이용을 희망하는 경우 사정이 다시 이루어지도록 규정되어 있었다. 그러나 2004년 7월부터는 동일시설 내에서 저보호에서 고보호간의 변화가 있을 시에는 다시 사정할 필요가 없어졌고, 2009년 7월부터는 2008년 7월 이후 임시 간호서비스(저보호서비스와 고보호시설에서의 서비스 모두 포함), 고보호시설서비스, EACH, EACHD의 이용을 승인받은 사람은 더 이상 재 사정을 받을 필요가 없게 되었다.

한편 사정결과에 대하여 불만족할 경우, 장관에서 요청하면 90일 이내에 처리하도록 되어 있다. 또한 사정 과정에 대한 불만이 있으면 음브즈맨에 신고할 수 있다. 또한 국립 노인복지 옹호 전화(National Aged Care Advocacy Line) 또는 노인복지 불만처리부(Aged Care Complaints Investigation Scheme) 등 다양한 기제를 갖추고 있다.

한편, 공급이라는 측면에서 살펴보면, 서비스 기관은 비영리 기관(종교단체와 자선단체 및 지역사회 단체), 개인 기업 그리고 정부에서 운영하는 기관으로 구성되어 있으며 비영리 기관이 전체 시설의 65% 정도를 차지하고 있다(AIHW, 2007).

3) 서비스 인프라

노인시설보호서비스 제공기관이 공식적으로 인가를 받기 위해서는 ‘노인시설서비스기관에 대한 인증기준’(Accreditation Standards for Residential Aged Care)에 의하여 시설 경영, 서비스 품질, 운영 방침 및 안전 사항 등에 있어 요건을 갖추어야 한다. 네 개의 수칙에 따른 44개의 평가 항목이 있다. 책임 기관(Aged Care Standards and Accreditation Agency)에서는 인가를 득한 시설들을 계속적으로 주시하며 평가사들이 시설을 방문하여 직원뿐 아니라 입소자와 그 가족들로

부터도 의견을 듣고 표준 수칙이 지켜지고 있는가를 평가한다.

첫 번째 원칙은 전체적인 표준 수칙의 이행에 관련한 것이다. 입소자와 관계자 및 직원의 필요에 부응하고 변화하는 환경에 적절히 대응하는 운영 및 정보 체제를 갖추는 것, 불만 사항을 처리하는 제도를 갖추는 것, 훈련된 직원이 입소자를 돌보도록 하는 것, 그리고 서비스를 제공함에 있어 적절한 물품 및 장비를 사용하는 것 등을 내용으로 하고 있다.

두 번째 원칙은 입소자의 건강 및 일신상의 보살핌에 관련된다. 약물을 안전하고 올바르게 관리하는 것, 입소자의 필요에 맞는 의료 서비스를 제공하는 것, 대소변 사항을 효과적으로 돕는 것, 다양한 건강식 및 균형 있는 음식을 제공하는 것, 구강 및 치아 건강을 유지해 주고 거동력을 최대한으로 이끄는 것 등을 내용으로 한다.

세 번째 원칙은 입소자 개인 고유의 생활방식에 관한 것이다. 입소자가 독립적인 생활을 영위하고, 사생활과 존엄성 및 신변 기밀 사항 등을 존중받고, 시설에서 제공하는 서비스에 관한 결정에 참여하고, 문화적 정신적 측면에서 필요로 하는 사항이 반영되고, 입소자 권리와 의무 사항을 이해하도록 도움 받는 것 등을 내용으로 하고 있다.

네 번째 원칙은 입소자 뿐 아니라 방문객과 시설 직원들까지도 양질의 삶을 영위하고 복리를 보장받는 안전하고도 안락한 환경과 관련되어 있다. 화재와 안전 및 비상 상황관련 위험을 최소화하는 것, 전염·감염을 효율적으로 차단 및 관리하는 프로그램을 갖추는 것, 그리고 음식과 청소 및 세탁에 있어 양질의 서비스를 제공하는 것 등을 내용으로 한다.

1998년부터 2008년 10년 기간 중 시설수는 149,963개에서 223,955개로 증가하였는데 이는 70세 이상 1,000명당 100개의 시설을 목표로 한 결과이다. 대부분의 시설보호서비스를 제공하는 시설은 93.3%의 점유실태를 보이고 있다.

〈표 2-11〉 호주의 10년간의 시설수의 변화(1998~2008)

	시설/기관수	1,000명당 시설/기관수	
		70세 이상	85세 이상
1998	149,963	93.3	666.6
2000	160,650	94.4	635.8
2002	172,983	96.9	629.6
2004	186,503	101.2	645.6
2006	205,450	107.5	637.8
2008	223,955	111.9	617.9

자료: Australia Institute of Health and Welfare, *Australia's Welfare*, 2009.

〈표 2-12〉 호주의 각주별 시설보호서비스 제공기관의 점유율

	NSW	Vic	Qld	WA	SA	Tas	ACT	NT	호주 전체
1998~99	95.9	94.5	96.3	94.8	96.4	97.8	94.8	94.7	95.7
1999~00	95.6	94.4	95.9	95.1	97.3	97.8	93.2	95.1	95.5
2000~01	95.9	94.8	96.6	94.7	97.6	97.5	95.6	93.5	95.9
2001~02	95.3	94.9	96.4	92.9	97.7	97.7	97.7	91.9	95.5
2002~03	96.4	94.7	96.4	95.6	97.3	97.8	97.7	94.7	96.0
2003~04	96.1	94.4	96.5	95.7	97.2	97.5	98.0	90.9	95.9
2004~05	95.2	94.1	96.2	94.8	97.5	96.9	98.3	93.9	95.3
2005~06	95.4	93.0	96.0	94.9	97.6	96.0	97.9	95.1	95.1
2006~07	94.3	92.5	94.9	94.6	97.6	95.9	96.3	94.9	94.3
2007~08	93.4	92.2	93.5	94.2	96.8	95.1	93.2	92.2	93.5

자료: Australia Institute of Health and Welfare, *Australia's Welfare*, 2009.

3. 노인의 사회적 보호실태

각 보호서비스별 이용실태를 보면 서비스 이용자의 대부분이 65세 이상이며 여자가 이용자의 절반 이상을 차지하고 있다. 80대 이상이 이용자의 70%대를 차지하고 있다. 이용자의 절대적인 수는 HACC가 가장 많아 35,238명인데 이는 ACAT으로부터의 사정을 필수로 하고 있지 않기 때문이다. 다음이 ACAP으로 65세 이상 174,733명이 이용하고 있는데 이는 노인인구의 6.4%에 달하는 규모이다. 시설에 거주하고 있는 65세 이상자는 150,481명으로 노인인구의 5.5%에 달하고 있다.

〈표 2-13〉 호주의 보호서비스 종류별 이용 현황

(단위: %, 명)

	ACAP	HACC	DVA 프로그램		시설에서의 임시보호	CACP	EACH	EACHD	시설 서비스
			VHC	DVA Community Nursing					
	2006~07	2007~08				2008년 6월 30일 기준			
남자									
65~69세	2.2	3.7	0.7	0.6	2.5	2.2	3.8	2.7	1.7
70~74세	3.7	5.2	1.0	0.9	4.1	3.0	6.4	4.7	2.7
75~79세	6.9	7.5	1.8	1.8	6.7	5.0	7.4	9.2	4.5
80~84세	9.9	8.4	13.0	14.9	9.9	7.3	8.3	8.7	6.7
85~89세	8.8	5.8	22.5	22.3	8.9	6.8	5.8	8.0	6.9
90세 이상	5.4	2.8	7.3	8.3	5.3	4.2	4.2	3.4	5.4
전체	36.9	33.2	46.2	48.9	37.4	28.5	36.0	36.6	27.9
여자									
65~69세	2.2	6.4	0.5	0.3	2.1	3.5	5.1	3.0	1.6
70~74세	4.5	9.6	1.4	1.0	3.8	6.1	7.8	5.5	3.0
75~79세	9.8	14.0	6.0	5.1	8.6	11.4	10.0	11.2	7.3
80~84세	16.6	16.4	19.3	17.1	15.8	18.9	14.1	16.4	15.4
85~89세	17.1	12.7	19.2	18.6	18.3	19.2	14.0	16.3	21.6
90세 이상	12.8	6.8	7.3	9.1	14.1	12.5	13.0	11.0	23.2
전체	63.0	65.8	53.8	51.1	62.6	71.5	64.0	63.4	72.1
총인구									
65~69세	4.4	10.1	1.2	1.0	4.6	5.6	8.9	5.6	3.3
70~74세	8.1	14.9	2.4	1.9	7.9	9.1	14.2	10.2	5.7
75~79세	16.7	21.8	7.8	6.9	15.2	16.4	17.4	20.4	11.8
80~84세	26.6	25.0	32.3	32.0	25.7	26.2	22.5	25.1	22.1
85~89세	25.9	18.6	41.7	40.9	27.2	26.0	19.8	24.3	28.5
90세 이상	18.3	9.6	14.6	17.4	19.5	16.7	17.2	14.4	28.5
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
65세 이상 전체	174,733	635,238	77,274	32,625	48,881	35,092	3,623	1,545	150,481
65세 미만 전체	8,159	193,254	1,923	704	2,412	1,822	266	70	6,606
전체 대상자 중 65세 미만 비율	4.5	23.5	2.4	2.1	4.7	4.9	6.8	4.3	4.2

자료: Australia Institute of Health and Welfare, *Australia's Welfare*, 2009.

1998년부터 2008년까지의 기간중 CACP은 70세 이상 천명당 6.3개에서 20.1로 대폭 확대되었으며 이용자수도 9,583명에서 36,914명으로 확대되었다. EACH의 경우는 2002년 시작시 6개소에서 2008년 266개로 확대되었고 이용자도 82명에서 3,889명으로 확대되었다. EACHD 이용자 또한 2006년의 279명에서 2008년 1,615명으로 확대되었다. 휴식서비스의 경우도 마찬가지로 급격한 증대를 보여 2008년 현재 10,368명이 서비스를 활용하였다.

〈표 2-14〉 1998~2008 기간 중의 호주의 노인보호시설 및 패키지수, 이용자수

프로그램/연도	개소/패키지수	확보율 ¹⁾	서비스 제공 지소 수	이용자수
CACP				
1998	10,046	6.3	480	9,583
2000	18,308	10.8	720	16,617
2002	26,425	14.7	916	24,585
2004	29,063	15.6	959	27,657
2006	35,383	18.2	1,011	31,803
2008	40,280	20.1	1,100	36,914
EACH				
2002	171	0.1	6	82
2004	860	0.5	54	707
2006	2,580	1.3	157	2,131
2008	4,244	2.1	266	3,889
EACHD				
2006	601	0.3	49	279
2008	1,996	1.0	187	1,615
Transition Care				
2006	595	0.3	25	296
2008	1,963	1.0	76	10,368

주: 70세 이상 천명당 수임.

자료: Australia Institute of Health and Welfare, *Australia's Welfare*, 2009.

〈표 2-15〉 호주에서의 보호프로그램별 65세 이상 이용자의 보호서비스 요구 내용

요구서비스	CACP 이용자	EACH 이용자	EACHD 이용자
자기 관리	55.6	95.2	96.8
이동서비스	42.6	84.0	75.6
의사소통	20.3	41.3	74.6
기억 및 행동문제	38.9	58.6	96.5
위의 것 1개 이상	77.4	96.4	98.6
위의 것 해당 없음	22.6	3.6	1.4
기타	99.8	97.1	98.9
전체(명)	32,695	3,354	1,313

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

서비스 이용자의 대부분이 자기관리, 이동서비스, 의사소통, 기억 및 행동문제관련 서비스 중 1개 이상의 복합적인 서비스를 요구하고 있는 것으로 나타났다. 서비스 종류별로 비교해보면 CACP 이용자의 경우 대체적으로 개별 서비스 내용별 요구의 정도가 EACH나 EACHD 이용자에 비하여 낮으며, 특히 EACHD는 제시된 서비스를 모두 필요로 하고 있어 서비스 강도가 높음을 알 수 있다.

또한 HACC의 경우는 가사지원 서비스가 가장 대표적인 내용이며, 퇴역자를 위한 방문서비스의 경우 대부분이 가사지원서비스이다. HACC와 퇴역자를 위한 방문서비스 모두 가사서비스 다음으로 집 및 정원관리 서비스가 많이 제공되어 18% 내외 수준이다. 방문간호의 경우는 재가간호서비스가 주요 내용이며 다음으로는 개인관리서비스가 제공되었다. CACP의 경우 81.5%의 대상자에게 가사지원서비스가, EACH는 68.3%, EACHD는 61.6%가 가사지원서비스를 제공하였다. 다음으로는 사회적 지원과 개인관리, 식사 등서비스, 휴식서비스, 재가간호서비스가 약 1/3에게 제공되었다.

〈표 2-16〉 호주에서의 지역사회 및 유연 보호프로그램: 65세 이용자에게
제공된 서비스 종류(2007~2008)

서비스 종류	HACC	DVA 프로그램		케어 패키지 종류		
		Veteran's Home Care	Community Nursing	CACP	EACH	EACHD
	2007~08	2007~08	2007~08	2008, 12	2008, 12	2008, 12
비전문서비스						
가사지원	32.6	93.1	x	81.5	68.3	61.6
식사배달 또는 식당	19.5	x	x	13.7	7.4	8.1
기타 식사서비스	0.6	x	x	21.4	35.3	34.6
교통	17.0	x	x	20.8	9.9	14.2
집 및 정원관리	17.8	18.7	x	11.6	11.4	11.2
(집 또는 센터에서의) 활동프로그램	10.9	x	x	3.1	9.8	9.8
사회적 지원	12.0	x	✓	36.4	26.4	34.4
개인관리	10.0	4.3	31.2	39.3	83.3	74.2
상담(대상자)	6.8	x	✓	✓	11.7	18.0
상담(보호자)	1.3	x	x	x	x	x
물건 및 도구	3.1	x	x	✓	✓	✓
집 수리	4.3	x	x	✓	✓	✓
휴식 서비스	2.2	8.3	x	4.4	32.2	44.0
빨래	0.3	x	x	0.7	2.0	2.6
숙박서비스 및 기타	x	x	x	x	x	x
특별서비스						
재가간호서비스	21.1	x	78.7	x	21.9	16.9
관련된 건강 및 임상치료서비스	19.5	x	x	x	7.1	6.4
전체이용자(명)	638,218	77,284	32,625	33,411	3,354	1,314

자료: Australia Institute of Health and Welfare, *Australia's Welfare*, 2009.

4. 정책적 이슈 및 과제

가. 의료서비스

기술의 발전 등에 의하여 의료비지출이 1960년의 GDP 대비 4%에서 2005년에는 9%로 증가하였다. 특히 베이비 부머가 노년기에 진입하고 이들이 후기노년기에 진입하면 의료비가 급증할 것에 대한 우려가 있다. 평균적으로 65세 이상은 그 이하 연령군에 비하여 4배의 의료비를 쓰고 있기 때문이다(Swerissen and Duckett, 2007). 전략·국제문제 연구소(CSIS)에서도 호주의 중요한 정책과제의 하나로 후기 노인에 대한 적극적인 대응을 지적하고 있다⁸⁾.

생산성 위원회(2010)는 보고서를 통하여 향후 20년 동안 GDP 대비 45%의 규모로 증대할 가능성이 있다고 지적하고 있다. 이러한 맥락에서 서비스의 효율성 증대, 기능저하 노인에 대한 보호체계의 중요성 등이 지적되고 있다. 또한 베이비 부머의 노년기 진입에 따라 이들이 좀 더 높은 수준의 서비스 질을 요구할 것이라는 전망도 있다.

한편, 현재 보건의료서비스에 있어서 일차예방에 대한 관심이 부족하다는 지적이 있다. 따라서 전 생애단계에서의 일차, 이차, 삼차 예방의 연계라는 정책 과제를 갖고 있다.

또한 예산할당이 되어 있기 때문에 사보험에 가입되어 있지 않은 경우 제공받는 서비스의 질은 동일하지만 서비스를 받기 까지 시간이 걸린다는 문제에 당면하게 된다.

호주에는 만성질환자에 대한 보호서비스에 있어 일관된 책임을 지는 주체가 없기 때문에 일관성있고 조율된 서비스를 제공하는 것이 정책적

8) 그러나 의료비의 증대는 고령화 자체가 아니라 기술의 발전에 의한 것이라는 지적도 있음. 즉 고령자의 교육수준이 높아지는 등의 이유로 이들의 건강수준도 향상되고 있어 의료비가 급증하지는 않을 것이라는 것임.

과제로 대두되고 있다(Swerissen and Duckett, 2007). 다학제적인 접근, 연속적인 서비스의 제공을 위한 팀제 접근, 예방과 자기관리체계를 강화할 수 있는 인센티브의 제공, 보호서비스의 연속적인 제공을 지원할 수 있는 체계 구축이 중요한 과제이다. 특히 노인의 건강 사정, 2년 단위의 일반의의 만성질환 관리계획 수립, 만성질환자에 대한 팀서비스 제공 등이 과제로 제시되고 있다.

나. 장기요양서비스

호주는 비공식서비스 제공 가능성의 저하에 적극적으로 대응하여 다양한 욕구수준과 내용에 대응하는 공식적인 보호서비스를 다양하게 제공해오고 있다. 최근 생산성 위원회는 욕구사정에 기초한 서비스 제공 대상자의 선정과 지원과 개인에 의한 서비스 선택을 기조로 하고 있는 장기요양서비스 체계에 대하여 개선이 필요하다는 검토보고서(2011. 9. 6)를 발표하였고, 이에 대하여 장기요양전담 부서가 검토의견을 제시한 바 있다. 이러한 논의를 통하여 향후 호주의 장기요양서비스 체계의 개선방향이 무엇이며 정책적 논란점은 무엇인가를 파악할 수 있다. 주요 내용을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 현재 제시되고 있는 재가서비스와 시설서비스 제공 기관 수에 대한 제한을 철폐하도록 한다. 둘째, 보조금에 의하면 운영되고 있는 지역사회지원서비스(허약노인에 대한 식사배달 서비스, 이동서비스 등)와 지역서비스 및 시설보호서비스를 총괄하는 단일한 보호서비스대상자 확정시스템을 구축하도록 한다. 셋째, 재가서비스와 시설보호서비스 이용에 있어서의 개인의 선택의 강화해가야 한다. 넷째, 보호서비스에 대한 정보 제공과 서비스 연계, 비용 지급에 있어 센터링크와의 연계 등을 일괄적으로 이루어질 수 있는 지역별 단일 창구(Gateway Center)를 마

련하여야 한다. 다섯째, 비용지급에 있어 지불능력이 없는 자에 대한 안
전망 마련과 더불어 지불능력이 있는 대상자의 개인의 책임성을 증대시
킴으로써 지불, 특히 숙박비용 및 일상생활비용에 있어서의 공동부담
(Co-contributions)을 적정화하도록 한다. 여섯째, 정부지원을 받지 않
는 시설거주자에 대해서는 렌트비 지급 또는 숙박채권(Accommodation
Bond) 등을 통하여 시장비용을 지급하도록 한다. 일곱째, 부가서비스나
고급서비스를 구매할 수 있는 유연성을 부여하도록 한다. 여덟째, 자신
의 거주주택을 팔고자 하지 않는 대상자들의 주거비용과 생활비용에 대
한 공동부담이 가능하도록 하는 정부지원의 주택신용대부제도(Home
Credit Scheme)를 도입하도록 한다. 아홉째, 시설거주 비용 마련을 위
하여 이미 거주주택을 처분한 노령연금대상자는 자산조사 대상에서 제
외하는 저축구좌(Saving Account)제도를 도입한다. 열 번째 서비스 가
격 및 질적 수준을 제시하며, 인증제 및 불만 검토를 포함한 다양한 서
비스의 질을 관리하는 의무를 갖는 독립적인 관리체계(the Australian
Aged Care Commission)의 설립을 제안하고 있다. 이에 대하여 건강·
노령부(Department of Health and Aging)는 이러한 제안이 실현되기
위해서는 재정적인 능력과 구체적인 안이 마련되어야 하므로 많은 검토
를 통하여 결정되어야 한다는 검토의견을 제시하였다(Aged and
Community Service Australia, 2011).

이러한 논의의 현황은 좀 더 통합된 서비스 제공 및 관리체계에 대
한 요구가 있고 이에 대한 동의는 이루어져 있으나, 구체적인 관리체계
모색과 실행에는 시간이 좀 더 필요함을 보여준다. 한편, 서비스 이용
증대에 따라 장기요양관련 비용이 지속적으로 증대할 것으로 추계되고
있어(Australian Government, 2010; Hogan, 2004), 시설거주시 발생
하는 비용지급에 있어서의 개인 부담을 강화시킴으로써 국가 재정부담
을 완화하는 방향의 개선이 계속 이루어질 것이다. 그러나 구체적인 구

현방안들은 정부와 사회적 동의를 필요로 하는 것이기 때문에 향후 몇 년간 심도 있는 논의가 이루어질 것으로 전망된다.

제4절 사회참여 활성화

1.역사

사회참여는 노동시장에서 유급으로 이루어지는 경제활동뿐만 아니라 자원봉사, 여가문화활동 등을 포함하는 매우 포괄적인 개념이다. 노년기에 진입하여 노동시장 참여가 축소되면서 사회참여중 자원봉사, 여가문화활동 등이 차지하는 비중과 중요성이 증대되기 마련이다. 다양한 사회참여활동 중 경제활동은 공적인 정책에 의하여 영향을 받으며 제도화되어 있기 때문에 본 절에서는 경제활동을 중심으로 하여 정책의 변천을 간략히 살펴보고자 한다.

전통적으로 호주에서의 고령자의 경제활동참가율은 다른 선진국에 비하여 낮은 편이었다. 이는 호주가 출산율이 그리 낮지 않으며 이민이 활발히 이루어지는 국가이기 때문이다. 그러나 베이비 부머가 50대가 되어 이들이 은퇴한 후 노동시장에서 발생할 변화에 주목하게 되면서 최근 20~30년간 관심이 증대하였다(Encel and Ranzijn, 2007).

이러한 변화로 인하여 장년층의 경제활동참여율 추계를 보면 약 30년 후에는 고령자의 경제활동참여가 특히 여성을 중심으로 하여 이루어질 것으로 추계되고 있다.

〈표 2-17〉 호주 고령노동자의 경제활동참여율 추계(2005~2041)

(단위: %)

연령군		2005	2041
남성	50~54	85	84
	55~59	74	72
	60~64	50	51
	65~69	20	32
	70+	6	8
여성	50~54	70	81
	55~59	48	72
	60~64	30	40
	65~69	18	32
	70+	8	3

자료: Encel and Ranzijn, "Age and Employment", 2007.

2. 제도적 특성⁹⁾

1990년부터 정부는 고용과 사회보장의 연계성을 재정비하기 시작하였다. 1996년부터 정권을 인수한 Howard 정부는 2000년에 ‘좀 더 공정한 사회를 위한 참여지원’(Participation Support for a More Equitable Society)이라는 보고서를 발간하였는데(일명 McCulre Report) 주요 주제는 ‘참여’였다. 2001~2002년 예산에 ‘함께 일하는 호주인’(Australians Working Together)이라는 프로그램을 반영하였는데, 이는 ‘일로의 전환’(Transition to Work)을 하게 되는 경우에 대한 특별 혜택을 포함하는, 50세 이상에 대한 특화된 정책을 포함하고 있다. ‘일로의 전환’은 3가지 요소를 포함하고 있다. 첫째는 일자리를 찾는 기술의 증대, 소매업, 비즈니스 서비스, 친절서비스(hospitality)를 포함한 고령자 고용기회 가능성이 있는 영역에서 일할 수 있는 기회의 증대,

9) 경제활동관련 정책의 변화과정은 Encel and Ranzijn (2007) "Age and Employment"에 기초하여 정리하였음.

고령근로자가 믿을만하고 경험을 갖고 있다는 점에 대한 고용자의 인식 제고이다. 이와 관련해서는 2005년에 고령자고용주 시상제(Mature Age Employer Champion Award)를 도입하였다. 또한 ‘Age Can Work’이라는 첫 번째 보고서를 2003년에 발간하여 다른 국가들의 상황을 살펴보고, 고령노동자에 대한 공공의 인식과 태도가 중요함을 강조하고 있다. 또한 정부는 기업과 손을 잡고 가족친화적인 정책, 고령근로자 유지정책과 지원서비스 등을 도입하여야 한다고 주장하고 있다. 두 번째의 보고서도 제목이 ‘Age Can Work’로 문화적인 변화가 중요함을 강조하면서, 노동시장에서의 다양성의 가치, 기업과 정부의 협조체계 구축의 중요성을 담고 있다.

또한 고령근로자의 교육과 훈련을 직간접적으로 지원하기 위하여 훈련 및 직업훈련, IT 훈련 등의 각종 프로그램(예: Training Account, Vocational Education and Training Priority Places Program, Basic IT Enabling Skills Program)과 훈련 크레딧 제도 등을 도입하였다. 한편, 2005년에는 고령근로자에게 세제혜택을 부여하는 접근방법을 도입하여 55세 이상의 근로자에게 연간 58,000AU\$까지의 소득에 대한 고령근로자 세금 차감제도(Mature Age Worker Tax Offset)를 도입하였다. 이 제도는 750,000명에게 적용될 것이며 조기은퇴를 방지하는 역할을 할 것으로 기대되었다. 그러나 아직도 조기퇴직 문화가 남아있어 일본이나 미국은 물론 OECD 평균에 비하여 60세 이상의 노동시장 참여율이 낮다.

고령근로자의 장기적인 실업(특히 55~65세 연령군)은 제정적인 여파뿐만 아니라 은퇴시점의 결정권의 좌절, 자존감의 상실, 시야의 축소, 인적자본의 낭비 등의 부정적 결과를 가져온다.

1989년에 도입되어 성공적인 것으로 알려졌던 고령근로자 프로그램이 2004년에 폐지되어 상황은 더 악화되었다. 아직도 호주에서 고령근

로자의 실업문제는 정책적 우선순위에 놓여있지 않다. 이 프로그램은 지역사회 기반 조직에서 유급으로 직장 내 교육 훈련과 근로 경험을 얻도록 하며, 특별한 기술 훈련, 직업능력의 활성화, 새로운 직업능력개발, 일반 고용시장에서 파트타임이나 전일제 고용으로의 전환을 지원하는 서비스를 제공한다.

장기적인 실업율은 고령자에게 특히 심각한 피해를 남기면 고령자중에서도 남성보다는 여성에게 어려움을 가져왔다. 장기적인 실업은 비경제활동인구를 증대시키고 실망한 취업자를 양산하는 결과를 가져왔다. 1978년의 55세 이상자의 실업기간이 36주였던 것이 199년에는 104주, 2004년에는 130주로 증가하였다.

1980년에서 2000년 사이에 여성의 경제활동참가율이 47%에서 61%로 증대하였고, 이는 국가의 보조에 의존하지 않고 자신의 취업력에 기초하여 노후소득을 마련할 수 있을 것이라는 인식변화를 가져와 사회보장체계를 개편하는데 일조하였다. 1992년 강제적인 퇴직연금(Superannuation Guarantee Charge SGC)이라고 하는 전국적인 강제 은퇴 소득체계의 도입으로 이어졌다. 이는 생산적인 유급노동과 노동시장 앞에서의 경제적인 안녕의 관계성을 분명히 하는 것을 목적으로 하고 있다.

재정적 유지가능성에 관심을 두면서, ‘세대보고서 2002’(Intergenerational Report 2002)를 시발점으로 하여 2004년 Howard 정부에서는 다음과 같은 4가지의 퇴직연금제도의 변화를 가져오게 되었다. 첫째 퇴직연금의 기여율을 유연화하여 풀타임이나 파트타임으로 일하는 사람은 누구나 65세가 될 때까지 기여할 수 있게 하였다. 둘째 65~74세까지 고용을 지속하는 대상자에 대해서는 퇴직연금 기여율 제한을 풀었다. 셋째, 75세 이상자에게 급여를 지급하도록 한다. 넷째, 부유한 대상자에 대한 퇴직연금의 기여분에 대한 세제 감면을 축소한다.

1999년부터 2001년 사이에 이루어진 많은 보고서에 기초하여 2002년에 ‘고령화에 관한 국가전략’(National Ageing Strategy)을 발표하였다. 이는 OECD의 권고에 따라, 조기은퇴를 촉진하는 세제와 연금체계를 개편하며, 세대간의 균형 잡힌 부담공유, 퇴직결정에 있어서의 유연한 선택, 고령노동자의 고용가능성 제고 등을 지향하고 있다.

그러나 한편에서는 이 보고서에 대한 몇 가지 비판이 있다. 첫째 평균수명이 지속적으로 증가할 것으로 가정하고 있어 재정부담이 과대 추정되었다. 둘째, 조기은퇴에 대한 디스인센티브가 아니라 일하게 하는 인센티브 제공과 관련된 정책, 예를 들어 출산 및 육아휴직에 대한 보조 등을 논의하지 않고 있다. 셋째, 비용절감을 위해 도입된 파트타임의 증가나 임시적인 일자리(Casual Job)의 증가로 인하여 퇴직연금에서 발생하는 퇴직 후 소득이 충분하지 않을 수 있는 가능성에 충분한 관심을 두지 않았다.

1960년에서 1995년 기간중 노동시장을 떠나는 연령이 저하하였지만 2002년을 기점으로 증가되었다. 또한 1994년부터 2004년 기간중 자격증을 획득하고 훈련프로그램에 참여하는 44세부터 64세 연령군의 규모가 두배로 증가하였다. 새로운 기술과 능력을 고취하기 위한 조치로 정부는 ‘근로유인펀드’(Welfare to Work Funding)를 마련하고, 커리어설계 프로그램, 호주 실습 프로그램 등을 시작하였다.

한편으로 자원봉사활동을 촉진하기 위한 정책적 조치들이 취해졌는데, 자원봉사관리 프로그램, 자원봉사프로그램을 위한 기술개발 프로그램, 정부의 자원봉사 웹사이트 구축, 토착민 대상의 지식과 기술전수 자원봉사 프로그램 등이 대표적인 것이다.

3. 고령자의 사회참여 현황

가. 퇴직 현황

공식적인 은퇴연령은 없지만 45~54세와 55~59세 연령군 사이에서 경제활동참가율이 급격히 감소한다. 65세 이상의 2006년 기준 남자 13%와 여자 4.4%가 고용되어 있거나 일자리를 찾고 있었다.

정부는 고령층이 노동시장에 오래 남게 하기 위한 다각적인 조치를 취해왔다. 첫째 연방, 주, 지방정부 차원에서의 연령차별적인 법령을 철폐했고, 둘째 노령연금 수급연령을 여성의 경우 지속적으로 증대해오고 있다. 셋째, 퇴직연금 급여를 받을 수 있는 최소연령을 상향조정해왔으며 고령연금 수급연령 이후에도 일을 하는 고령자를 위한 인센티브(예: Pension bonus scheme)를 도입하였다.

그 결과 65세 이상의 경제활동참가율이 2006년 8.2%로, 1996년의 5.5%에 비하여 2.7%포인트 증가하였다. 그러나 아직도 45~64세군의 경제활동참가율보다 매우 낮은 수준이다. 동일 기간 내에 45~64세군의 경제활동참가율도 증가하였는데 대부분 여성의 경제활동이 증가하였기 때문이다¹⁰⁾.

그 동안 퇴직은 갑자기 발생하는 유급노동으로부터 완전히 떠나는 것으로 이해되던 것으로부터 점진적인 퇴직과정으로 이해되고 있다.

연령군별 노동시장 참여율은 50대 후반부터 급격히 감소하며, 여자의 경우 은퇴나 노동시장 참여도 모두 아니라고 응답한 비율이 11.9%로 남자의 8.4%보다 높다. 자기 응답자료에 의하면 7.6%가 부분퇴직 상태

10) 이 연령군의 경제활동참가율 증대는 노동시장의 호황과 파트타임 자리의 증대와 더불어 코호트 효과(특히 그전 코호트 대비 진입하는 코호트 여성의 증대된 경제활동참가율), 고용자의 인구고령화에 대한 인식 제고에 따른 고용관행의 변화가 영향을 미친 것으로 파악되고 있음.

이며 이 비율은 50대 후반부터 60대 초반까지 가장 높다.

〈표 2-18〉 호주 장년층의 경제활동 실태의 변화(1996과 2006년 비교)

	1996,10				2006,10			
	45~54	55~59	60~64	65+	45~54	55~59	60~64	65+
경제활동	78.3	58.6	31.3	5.5	82.4	68.5	45.1	8.2
고용	73.7	54.4	29.7	5.5	79.9	66.7	43.7	8.1
(전일제)	58.2	40.3	21.1	2.8	60.3	48.5	27.9	3.9
(파트타임)	15.6	14.1	8.6	2.7	19.6	18.2	15.8	4.3
비고용	4.6	4.2	1.7	—	2.5	1.8	1.4	0.1
전일제일을 찾고 있음	4.1	3.7	1.3	—	2.1	1.3	1.2	—
파트타임일을 찾고 있음	0.5	0.5	0.3	—	0.4	0.5	0.3	—
비경제활동	21.7	41.4	68.7	94.5	17.6	31.5	54.9	91.8
전체(명)	2,331,400	836,000	714,800	2,215,800	2,846,900	1,280,100	1,013,600	2,757,500

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

〈표 2-19〉 호주의 연령군별 경제활동 현황(2004~2005)

(단위: 명, %)

		노동시장 참여	은퇴	노동시장에 있지도 않고 은퇴하지도 않았음	전체	명
여성	45~49	81.6	7.7	10.6	100.0	726,000
	50~54	72.0	17.7	10.3	100.0	665,100
	55~59	56.7	31.4	12.0	100.0	610,400
	60~64	35.6	51.2	13.2	100.0	458,700
	65~68	12.7	77.4	9.8	100.0	375,500
	70+	2.6	83.4	14.0	100.0	955,600
	전체	43.6	44.5	11.9	100.0	3,791,400
남성	45~49	91.3	3.4	5.3	100.0	710,000
	50~54	87.1	8.0	4.9	100.0	651,900
	55~59	78.0	17.4	4.6	100.0	612,500
	60~64	56.5	37.2	6.3	100.0	465,600
	65~68	23.7	71.6	4.7	100.0	374,300
	70+	6.1	90.6	3.3	100.0	759,300
	전체	58.5	36.7	4.7	100.0	3,573,600
전체		50.8	40.7	8.4	100.0	7,365,000

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

〈표 2-20〉 호주의 자기보고에 의한 퇴직 현황(2003)

(단위: %)

		완전퇴직	부분퇴직	비퇴직	평생 비근로	전체
여성	45~54	14.1	7.7	74.2	4.1	100.0
	55~59	38.6	12.9	45.1	3.5 ^{a)}	100.0
	60~64	67.0	12.8	13.8	6.4	100.0
	65+	85.4	3.5	1.9	9.2	100.0
	전체	48.9	7.6	37.4	6.0	100.0
남성	45~54	7.2	3.7	88.8	0.45 ^{a)}	100.0
	55~59	24.4	10.8	64.7	0.05 ^{a)}	100.0
	60~64	50.1	17.7	32.1	0.25 ^{a)}	100.0
	65+	87.8	6.7	5.2	0.35 ^{a)}	100.0
전체		40.5	7.6	51.6	0.35 ^{a)}	100.0

주: a) 사례수가 20개 미만임.

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

2006년 발표된 생산성 위원회의 보고서에 의하면 부분퇴직했다고 응답한 고령자의 약 3/4은 자영의 계약자, 일정기간제 또는 노동 고용인(Labour Hire Employees)와 같은 비전통적인 고용형태로 일을 하고 있다. 즉 이것이 바로 ‘가교 직업(Bridging Jobs)’라는 개념으로 통칭되고 있는 최근의 현상이다.

2004~5년 기간 중 남자의 33%가 60~64세에, 여자의 23%가 55~59세 연령에서 은퇴하고 있다. 대체적으로 여자가 남자보다 일찍 은퇴한다. 은퇴는 가족요인, 라이프스타일, 건강상의 문제, 퇴직연금 수급권, 직업에 대한 만족도, 대량 해고 등의 이유로 이루어지고 있다.

나. 다양한 사회적 기여

고령자는 가족과 지역사회에 다양한 기여를 하고 있다. 2006년 호주 통계청(ABS)의 일반사회조사에 의하면 사회적 자본인 가사지원, 심부름, 보육서비스 제공, 정서적 지원 등을 지원하고 있다. 65세 이상의 38.3%가 이러한 무급지원을 하고 있다. 무급지원실태를 살펴보면 55~64세군의 경우 55.7%, 65~74군 47.9%, 75~84세군 28.9%, 85세 이

상 16.5%등으로 나이가 들수록 참여율이 감소함을 볼 수 있다.

〈표 2-21〉 호주 고령자의 지난 4주간의 연령군별·성별 무급지원 현황(2006년)

	남성		여성		전체인구	
	명	비율(%)	명	비율(%)	명	비율(%)
55~64	527,100	47.0	724,000	64.4	1,251,100	55.7
65~74	291,200	42.8	375,300	52.9	666,500	47.9
75~84	123,000	30.2	140,200	27.8	263,200	28.9
85+	16,400 ^{a)}	20.8	19,700 ^{a)}	14.1	36,000	16.5
65+ 전체	430,600	36.9	535,200	39.5	965,800	38.3

주: a) 통계적 유의미성이 낮음.

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

자원봉사활동의 경우 여자는 연령이 많아질수록 참여율이 저하하지만 남자의 경우는 큰 변화가 없다. 65~74세군은 자원봉사참가율이 32.6%, 75~84세군은 22.4%, 85세 이상은 14.2%로 65세 이상 고령자의 평균 자원봉사참가율은 27.3%이다.

〈표 2-22〉 호주 고령자의 연령 및 성별 자원봉사현황(2006)

	남성				여성				전체			
	55~64	65~74	75~84	85+	55~64	65~74	75~84	85+	55~64	65~74	75~84	85+
자원봉사자 (천명)	304.8	203.7	89.2	20.1 ^{a)}	421.6	250.4	116.0	10.9 ^{a)}	726.4	454.1	205.2	31.1
자원봉사 비율 (%)	27.2	29.9	21.8	25.7 ^{a)}	37.6	35.1	22.9	7.8 ^{a)}	32.4	32.6	22.4	14.2
연간 총시간 (만단위)	63.7	53.6	36.2 ^{a)}	1.6 ^{a)}	68.5	49.5	17.8	1.3 ^{a)}	132.2	103.2	54.0	2.9
연간 평균시간	209.1	263.2	405.8	76.9 ^{a)}	162.5	197.9	153.8	122.1 ^{a)}	182.0	227.2	263.3	92.8 ^{a)}
중위시간 (연간)	66.0	120.0	121 ^{a)}	50 ^{a)}	84.0	81.0	90 ^{a)}	47 ^{a)}	80.0	104.0	104.0	28 ^{a)}
중위시간 (주간)	1.3	2.3	2.3 ^{a)}	1.0 ^{a)}	1.6	1.6	1.7 ^{a)}	0.9 ^{a)}	1.5	2.0	2.0	0.5 ^{a)}
인원수(천명)	1119.5	681.1	409.9	78.5	1119.8	713.8	506.8	139.8	2239.3	1394.8	916.7	218.4

주: a) 통계적 유의미성이 낮음.

자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

65세 이상 남자의 16.3%와 여자의 10.7%가 거버넌스와 시민단체에 참여하였고, 지역사회조직에는 남자의 23.9%, 여자의 26.7%가 참여하였다. 또한 시민활동에 남자의 36.6% 여자의 35.1%가 참여하였다. 시민참여활동도 활발하게 이루어지고 있다. 불매동맹, 정치·윤리·환경적인 이유로 물건을 사거나 탄원서에 사인하는 등과 같은 것이 대표적인 시민참여활동이다. 이러한 활동은 후기로 갈수록 줄어든다. 이 외에도 고령자의 77.7%가 기부를 하고 있다.

〈표 2-23〉 호주 고령자의 지역사회 및 시민사회참여 활동실태(2006)

		거버넌스와 시민단체 참여		지역사회 활동		시민활동 참여		전체(명)
		명	비율(%)	명	비율(%)	명	비율(%)	
남성	55~64	85,100	25.4	72,800	24.3	535,100	47.7	1,121,600
	65~74	126,300	18.6	180,000	26.4	278,800	41.0	680,700
	75~84	61,900	15.2	82,700	20.3	134,000	32.9	406,700
	85+	1,800 ^{a)}	2.3 ^{a)}	16,400 ^{a)}	20.8 ^{a)}	13,900 ^{a)}	17.7 ^{a)}	78,500
	65+전체	190,000	16.3	279,100	23.9	426,700	36.6	1,166,000
여성	55~64	223,900	19.9	360,400	32.0	606,100	53.9	1,125,100
	65~74	88,700	12.5	219,000	30.8	304,900	42.9	710,100
	75~84	48,700	9.6	121,300	24.0	145,900	28.9	505,100
	85+	8,100 ^{a)}	5.8	21,600 ^{a)}	15.4 ^{a)}	24,900	17.8	139,800
	65+전체	145,500	10.7	361,800	26.7	475,700	35.1	1,355,100

주: a) 통계적 유의미성이 낮음.
 자료: AIHW, *Older Australia at a Glance*, 2007.

다. 다양한 사회참여 활동

노인의 61% 이상이 사회참여활동을 하고 있다. 이 비율은 후기로 갈수록 감소한다. 이러한 감소 현상은 특히 여성고령자에게서 분명하게 나타나 65~74군의 66%에서 85세 이상의 경우 43%로 감소한다. 가장 활발한 활동은 종교 또는 영적 조직에의 참여이며 다음은 운동 및 신체

적 레크레이션 동호회 참여이다.

참여율 자체보다는 참여활동의 내용에 있어 남녀차이가 있는데, 남자 노인은 운동 및 신체적 레크레이션 동호회에 여자노인은 공예나 실제적인 취미동호회에 적극 참여하는 경향이 있다.

교육과 관련해서는 소수만이 공식적인 교육을 받고 있어, 2005년 기준 60~64세 31,600명과 65세 이상 28,500명이 고등교육과정에 등록하였다. 이러한 교육과정보다는 좀 덜 공식적인 교육과 훈련과정에 참여하고 있는데, U3A가 대표적인 것이다. 온라인 웹사이트에 의하면 178개 U3A에서 54,000명이 강좌에 참여하고 있다.

한편 문화활동과 관련해서는 65세 이상노인의 49.4%가 일년에 한번 이상의 문화활동에 참여하고 있다. 이는 15~17연령군의 97%에 비하여 낮은 수준으로 노인 사이에서도 연령이 증가할수록 참여율이 감소하는 경향이 있다. 남자보다는 여자의 참여가 활발하며 영화관람이 가장 보편적 활동(37%)이며 다음이 도서관 이용(31%), 정원가꾸기(29%)이다.

운동관람에는 65세 이상의 23%가 참여하는데 이는 18~24연령군의 57%나 55~64연령군의 39%보다 매우 낮은 것이다. 남자는 30%, 여자는 18%로 남녀차이가 심하다. 운동 및 신체적 레크레이션 활동에의 참여율은 65세 이상의 49%가 참여하는데 이는 18~24 연령군의 73%나 55~64연령군의 63%보다 매우 낮은 것이다. 남자는 51%, 여자는 48%로 남자가 약간 많이 참여하고 있다. 걷기가 가장 보편적이며 다음이 잔디볼링골프, 에어로빅과 헬스 등이다.

여행에 있어 고령자는 주요 고객이다. 그러나 노인사이에 다양성이 있다. 호주인 전체평균보다 여행을 적게 하지만 여행시 여행기간은 길다. 국내여행객의 11%가 고령자이며 평균 6일을 체류한다. 또한 해외여행의 9%를 차지하며 평균여행기간은 27일로 다른 연령군에 비하여

길다. 여행객은 은퇴 또는 연금수급자로 여성이 많다.

4. 정책적 과제와 이슈

고령노동자들이 노동시장에 오래 남아있을 수 있게 하는 정책적 대응에 관심이 두어졌으며, 이러한 맥락에서 연령차별과, 장기적인 실업, 강요된 조기은퇴 등이 주요 정책적 이슈였다. 생산성 위원회(2005)의 최근 보고서는 다음과 같은 6가지 주요 논점을 담고 있다. 첫째 향후 40년간 노동력 부족을 경험하게 될 것이다. 즉 경제활동참가율이 2005년와 고령노동자의 증가로 인하여 평균 근로시간이 10% 정도 감소할 것이다. 셋째, 실업율의 감소라는 긍정적인 변화는 노동시간의 감소가 갖는 부정적 변화에 의하여 상회될 것이다. 넷째, 2004~2006년 기간중 노동자의 수가 320,000명 증가할 것이지만 향후 동일한 증가가 이루어지기 위해서는 20년(2025~2045기간중)이 소요될 것이다. 다섯째, 향후 40년 동안 과거와는 달리 인구증가율보다 근로자 증가율이 낮을 것이다. 마지막으로, 근로자의 평균연령이 남자는 2.5년이 여자는 3년이 증가할 것이다.

노동참여에 있어 성별 차이와 연령군별 차이가 매우 크다. 또한 코호트 효과로 인하여 남자의 경제활동참가율은 연령증가에 따라 급감하지만 여자의 50대 경제활동참가율은 증가할 것이다. 또한 교육효과로 인하여 고용주의 고령근로자의 태도와 행동이 바뀌었다. 교육과 훈련의 중요성, 디스인센티브의 철폐, 고령자의 특성에 맞는 기술발전프로그램의 중요성이 강조되고 있다.

그러나 한편에서는 고령근로자 고용에 대하여 재정적 인센티브를 주는 것은 오히려 고령근로자에 대한 부정적 인식을 고착화시킬 수 있으므로 ‘문제’로 보는 것이 아니라 사회에서 가치가 있으나 아직 탐구되

지 않는 ‘자원’으로 간주하는 패러다임의 전환이라는 근본적인 대책이 필요하다는 지적도 있다.

이러한 정책 외에도 세대간 관계의 강화를 위하여 「연령차별금지법」을 2004년에 통과시켰으며 고령친화적인 지역사회를 구축하기 위한 노력을 하고 있다. 아틀레이드를 중심으로 한 지역정부에서는 구체적인 노력이 경주되고 있다(Gursansky & Feist, 2005).

제5절 호주의 고령화 대응정책의 특징과 함의

호주의 고령화 대응정책의 검토를 통하여 도출된 특징과 정책적 함의는 다음과 같다. 첫째 다양한 주체가 참여하는 장기적인 안목에서의 대응전략이 필요하다. 호주의 고령화 대응정책의 역사를 살펴보면 사회경제적 환경과 정부의 지향성에 따라 다양한 정책적 대안들이 검토·논의되었고, 그 과정 속에서 미세한 변화부터 대대적인 정책방향의 변화들이 이루어졌다. 최근의 보호체계를 둘러싼 논의에서도 모든 부처가 동일한 의견을 갖고 있는 것이 아니기 때문에 다각적인 논의를 통하여 접점을 찾아기는 노력이 이루어지고 있음을 볼 수 있다. 호주의 고령화 대응정책의 검토를 통하여 정해진 최선의 정책방안은 없으며, 경쟁하는 다양한 정책 중에서 체계적이며 다양한 의견의 교환을 통하여 지향점을 만들어가는 과정 또한 중요하다는 시사점을 얻을 수 있다.

둘째 정책입안자의 입장이 아니라 정책대상자의 입장에서 삶의 질을 제고할 수 있는 정책이 수립되고 수행되어야 한다는 점이다. 구체적인 예로 호주의 노인보호서비스 체계의 경우 서비스의 대상자 선정이 관리의 편리성이나 대상자를 제한하고자 하는 공급자의 시각보다는 서비스 대상이 되고 있는 노인과 가족의 욕구에 상응하는 적절한 서비스를 제

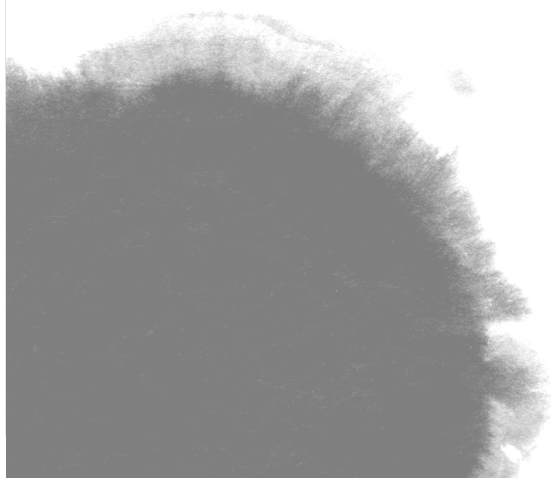
공하는데 초점이 두어져 있다는 점이 시사하는 바는 크다.

셋째, 개별국가가 갖는 사회경제문화적 다양성에도 불구하고 재정적인 지속가능성과 적절한 노후소득보장의 균형, 활동적인 노화, 연속적인 보호체계구축 등은 특정국가의 정책적 목표가 아니라 모든 국가가 공유해야 하는 공통된 목표임을 다시 한번 확인할 수 있었다.

마지막으로 생애사적 관점에서 볼 때 고령사회에서의 활기찬 노후생활 영위는 청장년기부터의 라이프 스타일의 변화를 통해 가능하다는 것이다. 호주 노인들이 다양한 사회참여활동을 영위하고 있는 것은 그들이 청장년기부터 다양한 사회참여를 해왔고, 노후에도 그러한 경험이 이어지고 있기 때문이다. 즉, 공공영역에서의 노인을 대상으로한 개별 정책만으로는 고령자의 다양한 사회참여가 가능하지 않다. 고령화에 대한 대응은 개별적인 정책적 대응 뿐만 아니라 그 사회가 갖고 있는 라이프 스타일의 변화라고 하는 기초적인 변화가 전제되어야 할 것이다.

03

독일



제3장 독일

제1절 개요

독일은 세계 최초로 사회보험이 도입된 국가로서 노후 소득보장과 건강보장을 비롯한 사회의 여러 위험(risk)을 사회 보험의 형태로써 대응하는 국가유형이다. 사회적 연대를 기반으로 하는 사회보험의 형태로써 복지국가의 위상을 갖고 있던 독일은 최근 계속되는 경제불황과 함께 고령화라고 하는 인구구조의 변화로 인하여 개혁의 필요성에 따른 변화가 나타나고 있다. 이의 대표적인 변화는 ‘아젠다 2010(agenda 2010)’을 통해서 나타나고 있다. ‘아젠다 2010’은 2010년까지 경제, 직업교육, 세금, 교육과 연구, 노동시장, 보건, 연금, 가정지원 등 총 8개 분야의 개혁을 통해 최고의 경쟁력을 키우기 위한 정책 방향을 제시하고 있다. ‘아젠다 2010’의 바탕에는 고령화라는 인구변화에 대응하기 위한 모색을 강하게 갖고 있다. ‘아젠다 2010’을 통해서 크게 영향을 받는 영역 중 고령자의 삶과 직접적으로 관련된 영역은 연금과 보건(건강보험과 장기요양보험), 노동 영역이다. 이들에 대한 구체적인 변화는 다음 절에서 상세히 살펴보기로 하겠다.

이와 같은 변화가 이루어지게 된 배경에는 ‘고령화’라는 전 지구적인 현상이 바탕이 되고 있으며, 특히 독일의 고령화는 타 국가에 비해 매우 높은 수준으로 진행되고 있다는 점에서 적극적인 정책적 대응을 필

요로 하고 있다. 독일은 1932년 이미 고령화 사회에 진입한 다음, 선진국 중에서도 가장 빠른 1972년에 고령 사회에 진입하였고, 2008년 65세 이상 노령인구가 전체 인구의 20% 이상을 차지하는 초고령 사회에 진입하였다. 또한 점차 감소되고 있는 낮은 출산율과 꾸준한 평균수명 연장으로 인해 고령인구의 비중은 2060년 기준 34%까지 높아질 것으로 예상되고 있다. 이와 더불어 20세 이상 65세 미만 노동인구층은 꾸준히 감소해 2060년 기준 현재 인구대비 27% 이상의 감소율을 보일 것으로 예상되고 있다. 이에 독일은 향후 선진국 중 일본과 더불어 성장률과 노동생산성이 가장 낮은 국가에 속할 것으로 예상되고 있다. (임춘식 외, 2005; FSO, 2009)

또한 독일의 고령자와 청년세대 간 숫자상 비율은 앞으로 급격하게 변화하여 인구구조의 변화를 야기할 것으로 예상된다. 2009년 11월에 발표한 ‘2060년까지의 독일인구’(Bevoelkerung Deutschlands bis zum Jahr 2060)에 의하면 독일 인구는 2003년부터 감소하기 시작하였으며, 이 추세는 지속될 것이라고 한다. 독일인구는 2008년 말 8천2백만 명이었지만 2060년에는 6천5백만 명으로 감소할 것으로 예상되며 외국으로부터의 이민자를 고려하더라도 독일 주민 수는 장기적으로 감소할 것으로 나타났다. <표 3-1>를 살펴보면, 2008년 출생률과 사망률간의 차이는 16만 2천명이었지만, 2020년에는 28만 8천명, 2030년에는 40만 9천명 등 2060년까지 출생불균형이 크게 증가하는 것을 알 수 있다.

또한 독일 인구의 기대수명은 2009년 현재 남자 77.1세, 여자 82.4세에서 2050년에는 남자 85.4세, 여자 88.0세까지 증가하여 후기고령자의 비중이 높은 사회로 변화할 전망이다.

〈표 3-1〉 독일의 연도별 출생자와 사망자수의 차이

(단위: 천명)

	출생자	사망자	출생적자 (Birth Deficit)
2008	683	844	-162
2020	660	948	-288
2030	580	990	-409
2040	522	1,011	-489
2050	501	1,077	-576
2060	465	1,018	-553

자료: Federal Statistical Office, *Germany's Population by 2060*, 2009.

〈표 3-2〉 독일의 인구전망

구 분		2009	2050
총인구(천명)		81,802	73,958
출산율(명)		1.38	1.4
기대수명 (세)	남성	77.1	85.4
	여성	82.4	88.0

자료: Federal Statistical Office, *Germany's Population by 2060*, 2009에서 재구성

독일 인구구조 변화는 현재의 대규모의 중년집단(middle-aged cohorts)이 이끌 것으로 예상된다. 2008년 어린이와 20세 이하 청년들은 인구의 19%, 20~65세는 61%, 65세 이상은 20%였지만 이 중년집단이 대량으로 고령인구로 진입하면서 2060년에는 인구의 3명 중 한명은 65세 이상이고, 70세 이상의 인구는 새로 태어나는 아이들의 2배가 될 것으로 예상되고 있다. 독일 인구구조의 이러한 변화는 다음 세대에게 벌써 관찰되는데, 현재의 감소되고 있는 낮은 출산율과 꾸준한 평균 수명연장으로 50~65세(24%이상)와 80세 이상(48%)인구는 2020년까지 증가하고, 50세 이하 인구는 감소할 것으로 예상된다. 이에 따라 65세 이상 노인인구 대비 15~64세 인구의 비율을 나타내는 노인부양비율은 1950년 14%에서 2005년 23%, 그리고 2050년 40%로 급격하게

증가하게 될 것으로 전망되고 있다. 이러한 현상의 근본적 원인은 저출산과 평균수명의 증가에 있다고 보여진다.

한편, 이러한 인구구조의 변화는 서구의 많은 나라들과 마찬가지로 독일도 개인들뿐 아니라 사회도 점점 고령화되어가고 있다. 이미 1972년도에 독일의 출생자수는 사망자수를 밑돌았고, 이후 자연적 인구성장은 감소하고 있다. 1970년대 중반 이래 합계출산율 1.2~1.4명의 낮은 수준에서 머무르고 있는 출산율은 90년대 이후 지금까지 약 1.3명의 출산율을 유지하고 있다. 이와 같은 상황에서 출산율의 인상이 실현된다고 하더라도 인구구조의 변화에 미치게 될 효과는 아주 점차적으로 나타나게 될 것으로 전망이 되며, 고령사회에 대한 부담을 그만큼 가중시키는 요인으로 작용하고 있다. 이러한 저출산은 50세 미만의 젊은 노동세대가 고령자보다 적어지는 것을 초래하는 데 <표 3-3>에서 확인할 수 있듯이 20세 이하의 숫자는 2009년의 1538만(인구의 18.8%)에서 2060년에는 1010만(15.6%)으로 감소할 것으로 보인다.

Bomsdorf(2005)의 추계에 따르면 평균수명의 연장추세가 현재와 같이 진행되고 동시에 매년 20만 명가량의 인구유입과 1.3의 출산율이 장기적으로 유지될 경우 노인부양비율(여기서는 60세 이상 인구 대비 20세~59세 인구의 비율)은 현재 44.9%에서 2050년에는 무려 77.0%로 증가하게 되는 것으로 나타나고 있다. 한편, 출산율을 단계적으로 1.7까지 제고하고 동시에 퇴직연령을 현행 60세에서 65세까지 인상하게 될 경우 노인부양비율은 2050년에도 50.2%로 대체로 현행과 같은 수준을 유지할 수 있을 것으로 전망되고 있다.

독일의 공공지출은 GDP 대비 25.2%이며, 이는 1980년 이후 2000년까지 증가하였으나, 2006년에는 약간 감소하는 경향을 보인다. 공공지출 중에서 노인분야의 지출규모는 1980년을 기점으로 감소하는 경향을 보이고 있다. 1980년에는 총 공공지출 중 42.5%를 노인분야에 지출하였으나, 1990년은 39.6%, 2000년은 33.2%로 감소하였다. 이는

2007년 기준 34.5%로 약간 반등하였다. 이러한 변화추세는 복지국가 위기로 인한 지출의 감소와 함께 고령화로 인한 정책 기조의 변화 등에 의한 것으로 볼 수 있다(표 3-4 참조).

〈표 3-3〉 독일의 연령군별 인구비율

(단위: 천명, %)

	총계	20세 이하	20~40세	40~60세	60~80세	80세 이상
1950	69,346	30.4	26.4	28.6	13.6	1.0
1960	73,147	28.4	28.5	25.7	15.8	1.6
1970	78,069	30.0	27.6	22.4	18.0	2.0
1980	78,397	26.8	28.0	25.9	16.7	2.7
1990	79,753	21.7	31.6	26.3	16.6	3.8
1995	81,817	21.5	30.7	26.7	17.0	4.0
2000	82,260	21.1	28.6	26.7	19.8	3.8
2005	82,438	20.0	26.0	29.1	20.5	4.5
2009	81,802	18.8	24.3	31.0	20.8	5.1
2020	79,914	17.0	23.4	28.9	23.2	7.5
2030	77,350	16.7	21.1	25.4	28.5	8.3
2040	73,829	16.0	20.2	25.5	27.3	11.0
2050	69,412	15.4	20.5	23.8	25.5	14.7
2060	64,651	15.6	20.3	23.6	26.5	14.0

자료: Federal Statistical Office, *Germany's Population by 2060, 2009*.

〈표 3-4〉 독일의 공공지출 비율의 변화

(단위: 백만)

	GDP ^{a)} (million US\$기준)	공공지출		공공지출(노인분야)		총 공공지출 대비 %
		액수 (million US\$기준)	GDP대비 ^{b)} %	액수 (million US\$기준)	GDP대비 ^{c)} %	
1970	293,000				9.7	
1980	765,000	169,000	22.1	71,000	9.4	42.5
1990	1,458,000	316,000	21.7	125,000	8.6	39.6
2000	2,117,000	561,000	26.5	186,000	8.8	33.2
2007	2,925,000	737,000	25.2	254,000	8.7	34.5

주 a) Gross domestic product (GDP), current PPPs, billion US dollars
billion US\$로 제시된 수치를 million US\$로 환산하여 표기함.

b) Social Expenditure Aggregated data public

c) Social Expenditure Aggregated data oldage

자료: OECD, *Social Expenditure, National Accounts at a Glance* - 2010

제2절 안정적인 노후소득보장

독일의 노후소득보장의 가장 큰 축은 연금제도이다. 노인의 대부분은 연금에 의해 풍요로운 노후를 보내고 있으나, 고령화의 진행으로 인한 재정안정화를 위한 몇 차례의 개혁이 이루어졌다. 이를 통해 최근 사적 노후소득보장의 중요성이 강조되고 있으며, 또한 노후 빈곤의 문제가 이슈화되고 있다. 본 절에서는 독일의 실질적인 노후소득보장제도라고 할 수 있는 공적연금제도의 정책 현황과 이슈를 중심으로 노후소득보장 제도를 살펴보고자 한다.

1. 역사

독일의 급속한 노령인구의 증가는 공적연금제도에 큰 재정적 부담을 안겨주고 있다. 이에 독일에서는 재정적 수지균형을 유지할 수 있는 다양한 개혁정책들을 시행하고 있다.

독일은 1990년 이후 노후소득보장제도의 핵심인 연금제도의 경우 지속가능성이라는 목표 아래, 인구구조의 고령화가 가장 절정에 달하게 될 것으로 전망되는 2030~2050년의 기간 동안 재정적 수지균형을 위해 수차례에 걸쳐 개혁을 골자로 하는 법률안을 제정하고 있다.

[그림 3-1] 독일 공적연금제도 보험료의 변화추이(1957~2050년)



자료: 고령화사회에 대처한 독일 사회복지정책의 개혁방안, 크리스토퍼 헬베르거 - 한국사회복지학회 창립 50주년 기념 2007년 세계학술대회) p 49

이러한 노력에는 연금수급연령 상향조정, 연금지급액 선정시 순수입(net-income)에 따른 산정, 조기퇴직경로의 차단, 파생적 연금수급권과 연금크레딧의 대대적 축소(유족연금수준인하, 교육기간 및 실업기간 등의 크레딧 폐지 또는 축소), 급여수준의 인하 등이 포함되어 있다. 이러한 개혁노력에도 불구하고 2025년 이후의 연금보험료가 정치적으로 수용 가능한 한계점인 22%를 능가하게 될 것으로 예상되어(2009년 기준 19.9%) 2004년에는 대대적인 연금개혁이 단행되었다. 개혁의 핵심적인 내용은 다음과 같다.

- 연금산정공식에 인구변수(Demographic factor)의 반영: 국민들의 평균수명이 연장됨에 따라 연금급여수준이 자동적으로 인하될 수 있게 하는 기능을 함.
- 인구고령화와 개인연금부담금 증가를 반영하여 연금수준을 축소하는 연금연동기제 즉, 자동재정안정기제 도입
- 이러한 기제의 도입으로 연금수준 등 끝없이 변동되는 것을 예방하기 위해 연금수준과 보험료율의 목표치를 법적으로 규정 (연금

수준 2020년 46%, 2030년 43%, 보험료율 2020년 20%, 2030년까지 22%) 이 기준을 초과 또는 하회할 것으로 예상되는 경우 재정개혁을 의무화하도록 함.

- 실업자 노령연금 수급연령을 60세에서 63세로 상향조정. 63세 이전 조기수급시에는 감액
- 전반적으로 개인별 책임으로 조성·관리되는 노후소득보장의 부분이 확대될 수 있도록 하고, 그에 비례하여 사회적 책임으로 공동 관리되는 노후소득보장의 부분은 단계적으로 인하될 수 있도록 함. 병행하여 저소득계층의 자기책임 보험료 부담을 경감해 주기 위한 목적으로 국가가 보험료의 일부를 보전해줄 수 있도록 함 (소위 Riesterteppe 제도) (Grutz, 2004, Reimann, 2004)

가장 최근의 개혁은 연금재정의 중장기적 안정을 목표로 2007년에 이루어졌으며, 이에 따라 목표 급여수준이 2004년 개정치에서 더욱 낮추어졌고¹¹⁾ 정규연금수급연령을 2029년까지 단계적으로 67세로 상향조정하였으며, 근로자 본인기여에 의한 퇴직연금 적립에 대한 촉진책(조세 및 사회보험료 면제 등)에 무기한 혜택을 부여하는 등 기업연금을 강화하는 방향으로 개혁을 단행되었다.

이상의 재정안정화를 위한 지속적인 연금개혁조치들을 살펴보면, 독일은 급속한 인구고령화에 대비해 기존의 비스마르크적 사회보장제도에서 일종의 신자유주의적 패러다임의 변화로까지 간주되는 과감한 공적 연금개혁을 단행했으며, 이로 인해 2030년 정도까지 재정의 안정성을 확보하고 있음을 알 수 있다. 그러나 90년대 이후부터 시작된 연금재정 안정화를 위한 노력은 중장기적 재정안정화에는 단기적으로 성공했으나 급여수준의 큰 폭의 축소, 노후소득보장의 개인적 책임 증가 등과 더불어

11) 2007년 개정 급여수준: 2009년 47.6% → 2020년 43.4% → 2030년 40.3%

어 그 후유증으로 노인빈곤과 사각지대 등의 새로운 문제 또한 양산하고 있다.

2. 제도적 특성

독일의 기본적인 사회보장체계는 우리나라와 유사하게 각 사회적 위험별로 그리고 사회계층별로 분화되어 있다. 우선 연금보험은 일반피용자연금, 광원·철도원·선원연금, 공무원부양연금, 농민노령부조, 의사·변호사·약사 등 전문직종연금 등으로 분화되어 있으며, 특히 일반피용자연금과 광원·철도원·선원연금을 통틀어 통상 ‘법정연금’(gesetzliche Rentenversicherung) 혹은 ‘국민연금’이라고 한다(전문직종사자 등 고소득 자영자는 연금적용에서 제외). 건강보험과 수발보험은 조합주의방식에 의해 조직화되어 있으며, 이 외에도 고용보험, 산재보험이 있다.

이중에서 노후소득보장 체계를 구성하는 것은 연금보험(공적연금), 기업연금, 개인연금 및 저축(국고지원의 리스터연금 포함) 등으로 3층 체계를 구축하고 있다.

연금보험은 독일 사회보장체계의 핵심으로 1887년 도입되었다. 연금은 직업에 종사했던 사람이 퇴직 후 적절한 생활수준을 유지할 수 있도록 보장하기 위한 목적으로 도입되어 노령자, 노동 불능자, 유족들의 최저생계유지를 보장하는 것으로, 독일의 연금보험은 매년도 연금지출에 필요한 재원을 당해연도 가입자의 보험료 수입으로 충당하는 방식인 ‘부과방식’, 개인의 소득이 비례하는 ‘소득비례제’ 그리고 보험공동체와 국가의 연금재정에 대한 공동부담의 원칙하에 운영되고 있다.

독일 공적연금제도의 적용대상은 사업장규모에 관계없이 일정소득수준이상 일정기간 이상 고용된 피용자¹²⁾는 모두 당연가입대상이며 가입

12) 월 400유로 미만(=가입자평균소득의 1/6), 연간 2개월 미만의 근로활동은 적용대

하한연령은 없으나 가입상한연령(65세)은 있다. 2008년말 기준 총가입자는 3500만명이며 이는 전체 경제활동인구(4340만명)의 약 80.6% 수준이다.

〈표 3-5〉 독일의 공적연금 가입자 규모 및 구조 추이

(단위: 천명)

구분	피보험자계	적극적 가입자				소극적 가입자
		소계	당연가입자	임의가입자	무기여가입자	
1992	49,853	32,495	31,510	655	121	17,358
1995	49,432	31,430	304,430	851	137	18,002
2000	51,107	33,830	30,294	661	309	17,277
2005	51,729	34,722	31,116	441	267	17,007
2007	52,135	34,988	31,491	388	268	17,147
2008	52,224	35,009	31,631	366	206	17,214

자료: 이용하, 『인구고령화 및 소득양극화에 대응하기 위한 독일 연금정책의 동향』, 2011.

급여의 경우 완전비례연금제를 채택하고 있으며, 급여수식자체엔 소득 재분배효과는 없으나 저소득 및 무소득 기간에 대한 광범위한 크레딧을 인정하고 그에 필요한 재원의 국고조달(총지출의 30%)등을 통해 간접적으로 재분배 기능수행을 하고 있다. 자세한 연금산식은 아래와 같다.

〈표 3-6〉 독일의 연금산식

$$\text{연금액} = \text{연금실질가치유지액(AR)} \times \text{소득점수(EP)}$$

- * 연금실질가치유지액(Aktueller Rentenwert): 평균소득자가 1년 가입시 얻을 수 있는 소득점수당 연금액을 의미(매년 소득상승률, 노인부양률 등에 따라 조정되며, 2009년 기준 26.88유로임)
- * 소득점수(Entgeltpunkte): 매년 가입자전체의 평균소득 대비 가입자 개입의 평균 소득의 비. 평균소득자가 45년 가입시 45점을 얻게 됨.

상에서 제외

평균소득자가 45년 가입시 얻게 되는 월 연금액인 표준가입자의 연금수준(보장목표)는 2009년 기준 1,209.60유로이며, 월평균소득의 47.6% 수준이다. 이 목표 연금수준은 연금실질가치유지액의 상승이 둔화되면서 현재 지속적으로 하락 중이다. 급여는 크게 현금급여와 서비스급여로 구분되는데 현금급여의 경우 최근 10여년간 연금개혁에 비추어볼 때 수급요건의 강화 등으로 수급자가 감소하거나(유족 및 장애연금) 억제되고 있으며(노령연금) 서비스급여인 재할급여는 확대 되는 추세이다. 한편 2009년 기준 총 노령연금수급자는 1,754만 명으로, 60세 이상 노인인구(2493만명)의 약 70%가 연금을 수급하고 있다.

〈표 3-7〉 독일의 연금 수급자 규모 및 구조

(단위: 천명)

구분	계	노령연금	장애연금	유족연금
1992	19,273	11,843	1,852	5,578
1995	21,061	13,287	1,863	5,911
2000	23,144	15,338	1,894	5,912
2005	24,484	16,931	1,650	5,903
2009	24,932	17,542	1,568	5,822

자료: 이용하, 『인구고령화 및 소득양극화에 대응하기 위한 독일 연금정책의 동향』, 2011.

재원조달 및 재정에 대해 살펴보면, 앞에서 언급되었듯이 공적연금의 재정방식은 1957년부터 거의 완전 부과방식으로 운영되고 있으며, 유동성 준비금 정도의 기금을 보유하고 있다.¹³⁾ 보험료수입을 기본으로 급여를 지급하며 국고는 비보험적 지출요인(재분배성 지출)의 커버 및 장기 재정역량 강화 등의 목적으로 지원된다. 이러한 재분배성 지출은 일 반세원과 목적세(부가세 및 환경부담금)로 조달되며 총 지출의 25% 정도를 차지하고 있다. 보험료률은 2009년 기준 19.9%이며, 지속적인 연

13) 유동성 준비금은 월지출의 20~150% 수준임.

금개혁에도 불구하고 전반적으로 상승될 것으로 전망되고 있다.

〈표 3-8〉 독일의 연금재정의 수입·지출구조와 규모(2009)

수입항목	구성(%)	지출항목	구성(%)
보험료수입	65.9	연금지출	87.0
연방보조금	23.8	수급자건보기여금	6.0
자녀양육기간 기여금 (조세)	4.8	재활서비스	2.1
실업자 기여금등 (고용보험+국가)	4.7	광원연금이전지출	3.2
기타	0.8	관리비용	1.7

자료: 이용하, 해외출장결과보고서, 2011.

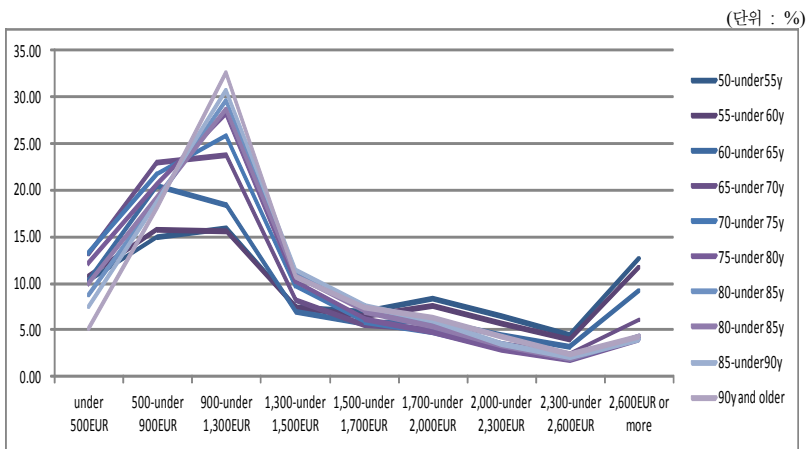
3. 노년기 소득실태

독일 50세 이상 인구의 월 소득액 분포를 살펴보면, 80세 이상에서는 월 900~1,700유로 이하의 집단의 비율이 타 연령에 비해 높음을 볼 수 있다. 1,700유로 이상의 고소득자가 차지하는 비율은 타 연령층에 비해서는 낮고, 900유로 이하의 저소득자가 차지하는 비율 또한 타 연령층에 비해 낮게 나타난다. 즉, 고령인구층의 월 소득은 중간수준의 안정화를 보이고 있음을 알 수 있다. 그러나 60세 이상 80세 미만의 전기 고령자의 월소득액은 80세 이상의 후기 고령자와 다른 양상을 보이고 있다. 즉, 전기 고령자의 경우 900유로 이하 저소득자의 비율이 후기 고령자에 비해서 높게 나타나고 있어, 최근 이루어진 연금개혁 등으로 인한 소득액 감소 등이 미친 영향으로 판단된다.

독일에서 지난 몇 년간 고령자의 소득상황은 변화하였는데, 의무연금의 기여금과 급여는 축소되었고, 사적·기업연금의 중요성이 커지고 있다. 2008년 조사에 따르면 독일 40~85세의 사람들의 평균소득은 대략 1,700 유로로 2002년 조사보다 10%가량 증가한 것으로 나타났다. 그러나 고소득그룹과 저소득그룹의 차이는 더 커진 것으로 나타났다. 조

사에 따르면 고소득자의 사람들이 그들이 필요한 금액과 소득의 갭이 크지 않은 것으로 나타났지만, 저소득그룹은 단지 1/4만이 그들의 삶이 좋거나 아주 좋다고 대답했다(DZA, 2009).

[그림 3-2] 독일의 연령별 고령자의 월 순소득액



자료: Federal Statistical Office of Germany, Wiesbaden-Microcensus, 2009 재구성

독일 노인의 노후 소득의 주 수입원은 <표 3-9>에서 보면, 60세 이후 연령집단의 주 수입원은 연금임을 볼 수 있다. 60세 이후 노인의 수입원의 비율은 다소 차이가 나타나는데, 60~65세 미만에서는 노동임금이 24.9%로 상당 비율을 차지하지만, 65세 이후에서는 그 비율이 급격히 감소하여 3% 미만대로 감소한다. 그리고 연금소득은 연령이 증가할수록 증가하여, 70세 이후 연령집단 중 주요 수입원이 연금인 비율은 약 90%가 넘게 된다. 사적이전소득이 주요 수입원인 비율은 10% 미만으로 특히 연령이 증가할수록 감소함을 볼 수 있다. 개인의 재산소득이 주요 수입인 비율은 1%로 매우 낮으며, 공적부조 또한 1% 수준으로 나타났다.

〈표 3-9〉 독일의 연령대별 주요 수입원

(단위: %)

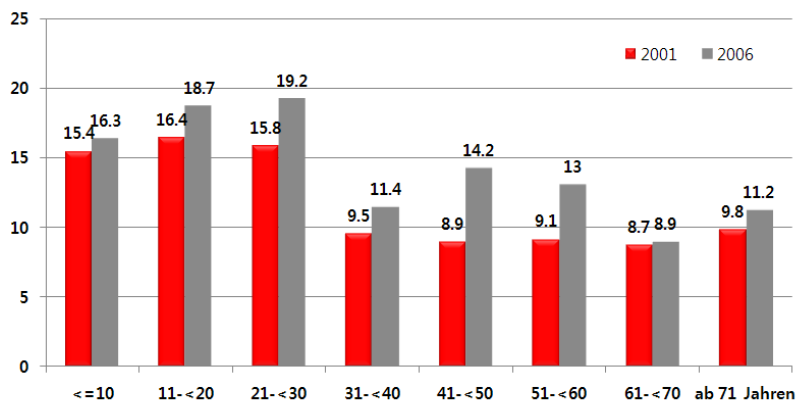
	임금	실업 급여	연금	사적 이전소득	재산 소득	공적 부조	장기요양보험 현금급여	기타 급여
45~50세 미만	75.1	8.8	3.0	11.6	1.4	0.8	0.1	0.2
50~55세 미만	70.7	9.4	5.7	12.4	0.6	0.9	0.1	0.3
55~60세 미만	59.1	11.0	6.8	15.1	1.1	1.0	0.1	0.6
60~65세 미만	24.9	5.9	52.9	13.6	1.3	0.8	0.1	0.5
65~70세 미만	2.8	-	86.2	9.0	0.7	1.1	-	-
70~75세 미만	1.1	-	89.0	8.3	0.6	0.8	0.2	-
75~80세 미만	0.5	-	90.7	7.0	0.5	0.9	0.3	-
80세 이상	0.2	-	92.8	4.0	0.6	1.1	1.2	-

자료: Federal Statistical Office of Germany, Wiesbaden-Microcensus, 2009 재구성

연령계층별 빈곤율 추이를 살펴보면 2001년도와 2006년 상황을 비교할 때, 소득양극화 등으로 인해 빈곤율은 전반적으로 상승 중이다. 원래 잘 발달된 연금제도 등으로 60세 이상 노인계층의 빈곤율이 가장 낮은 상황이었으나 2000년 초반의 연금개혁으로 인한 연금축소 등으로 다소 악화되는 추세를 보이고 있다. 61~70세의 빈곤율은 2001년 8.7%에서 2006년 8.9%로 소폭 상승하였으며, 동일기간 71세 이상은 9.8%에서 11.2%로 상승하였다.

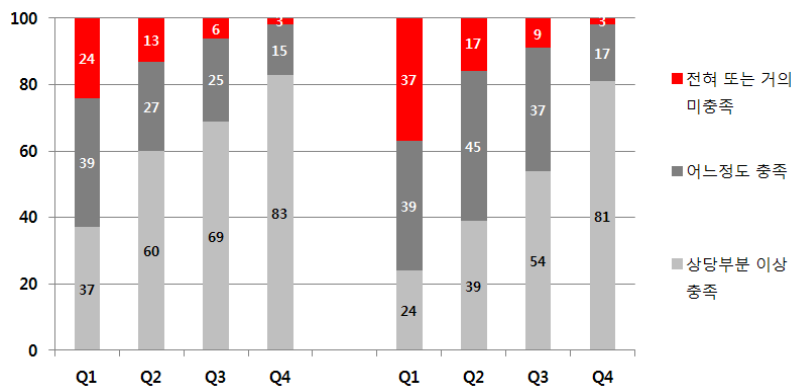
이와 같은 노후 빈곤의 문제는 고령자의 주관적 경제 만족도에서도 나타난다. 2002년에 비해 2008년 응답자 중 소득분위 1/4에 있는 사람들은 전혀 또는 거의 충분하지 않은 비율이 24%에서 37%로 증가함을 볼 수 있다. 이는 소득분위 4/4가 지난 6년간 큰 변화가 없는 것과 비교한다면, 저소득층의 빈곤은 더욱더 심화되고 있음을 반영하는 결과라고 할 수 있다.

[그림 3-3] 독일의 연령대별 빈곤율 추이



자료: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Datenreport 2008, 2008.

[그림 3-4] 독일의 소득수준별 주관적 충족도



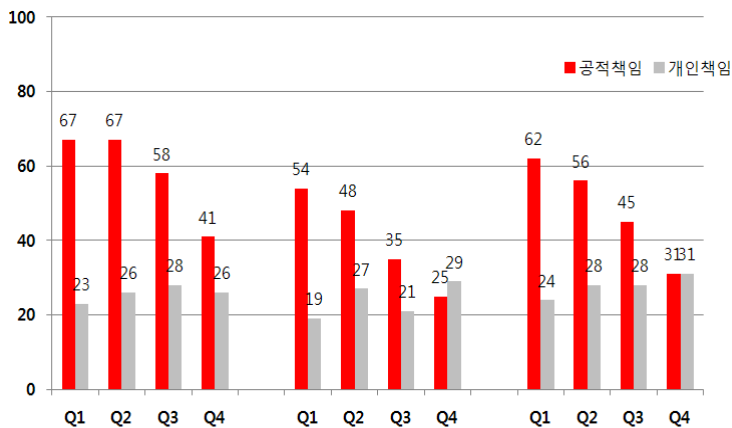
주 : Q1-Q4 가구 균등화소득 소득 활용

자료: German Centre of Gerontology, German Ageing Survey.

노후 소득보장의 책임에 대한 조사결과 거의 두 명 중 한명은 노후 대책을 국가가 책임져야한다고 생각했고, 세 명 중 한 명은 개인 책임이라고 강조했다. 이러한 태도는 재정적인 상황과 사회적 지위와 강하게 관련되어 있는데, 사적연금에 대한 자원을 적게 가진 사람들은 국가 책임을 강조하는 반면, 높은 임금을 가지는 사람들은 개인적 책임을 강

조하는 경향을 보였다. 서독일 사람들(29%)이 동독일 사람들(21%)보다 노후대책에 사적책임을 더 선호하였고, 이러한 지역 간의 차이는 1996년 이후로 지속적으로 유지되었다. 고령자 집단 내에서도 소득과 부의 차이는 지난 몇 년간 지속되었고, 빈부격차의 비율은 증가하고 있다. 특히, 동독일과 서독일간의 빈부격차는 계속적으로 유지될 것으로 보이며, 사적연금 가입율에 있어 서독일에 비해 동독일 지역의 고령자가 낮은 현상이 나타나고 있다.

[그림 3-5] 독일의 소득수준별 노후소득보장의 책임에 대한 태도

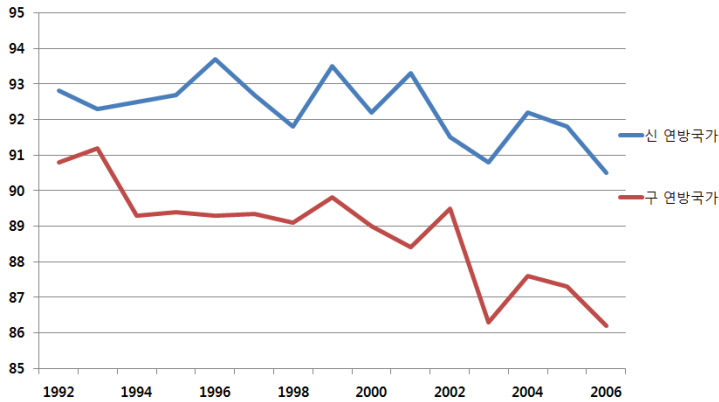


자료: German Centre of Gerontology, *German Ageing Survey*.

고령자의 생활수준은 분명히 개선되었으나 빈곤한 고령자들은 증가하고, 미래 생활수준의 하락을 걱정하는 중년층 이상의 비율은 점차 증가하고 하였다. 이러한 경향은 동독일의 저학력, 저소득 사람들뿐 아니라 서독에서 낮은 교육수준과 저소득 그룹에서도 나타나고 있다. 이러한 결과는 국가가 노후대책에 중요한 역할을 해야 한다는 것을 보여주며, 서독보다 동독일의 고령자들이 사회보장과 의무보험기능을 더 기대하고 있다(DZA, 2010).

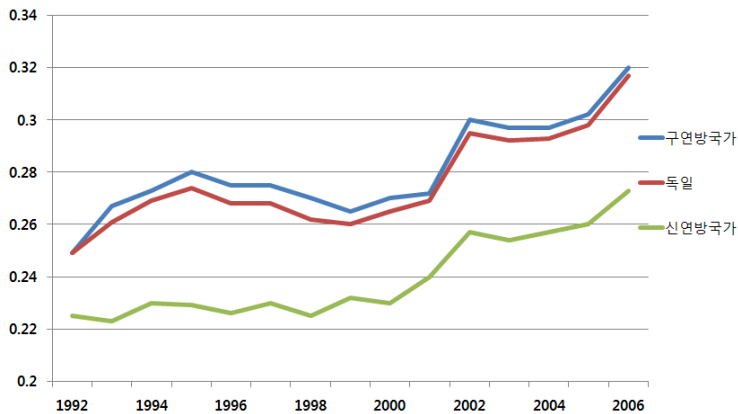
독일 전체로 볼 때, 중산층의 비중(중위소득의 70~150%)은 2000년 62%에서 2006년 54%로 감소하였다(절대규모로 약 500만명 감소). 소득 양극화로 인한 지니계수역시 악화되고 있으며, 서독지역의 경우 더욱 악화되고 있는 추세이다.

[그림 3-6] 독일의 산술평균소득 대비 중위소득의 비율추이(구 동·서독지역 구분)



자료: 이용하, 인구고령화 및 소득양극화에 대응하기 위한 독일 연금정책의 동향, 2011.

[그림 3-7] 독일의 지니 계수 추이



자료: 이용하, 인구고령화 및 소득양극화에 대응하기 위한 독일 연금정책의 동향, 2011.

4. 정책적 이슈 및 과제

최근 독일에서 사회적으로 논의가 지속되고 있는 주제는 급격한 공적 연금제도의 개혁으로 중장기적인 재정안정화를 이루어낸 후의 후유증에 관련된 사항들이다. 공적연금의 급여수준 인하와 노후소득보장의 개인적 책임 증가 등을 기조로 한 공적연금 재정안정화 정책은 그 소기의 목적은 달성했으나, 노인빈곤 및 공적연금이 수용할 수 없는 사각지대의 확대 등의 문제점을 발생시켰다. 이는 고령인구의 증대에 따른 고령자소득의 양극화 추세와 고용시장변화 등의 사회적 변화와 더불어 문제가 가속화되고 있다.

현재 독일의 경우 고령화 현상에 따라 노인빈곤의 양극화 현상은 점점 커지고 있고 고용시장 또한 새로운 움직임이 나타나고 있다. 그러나 풀타임 피용고용을 전제로 하는 현행 공적연금제도는 노동시장의 유연화 등으로 변화된 근로형태 등을 수용하기에는 한계가 있으며, 90년대 이후 단행된 공적연금제도의 재정적 안정화를 위한 노력들은 급여수준의 인하, 급여시점의 상향조정, 사적연금의 강화를 비롯한 노후소득의 개인적 책임의 증가 등으로 인해 저소득층 가계의 노후빈곤위험을 가중화시키고 있다.

이에 대한 문제제기와 개선방안에 대한 사회적 논의가 최근 들어 이루어지고 있으며 이러한 논의는 정책영역이 단순히 공적연금을 넘어 노동시장, 사적연금 및 기초보장에 이르기까지 다원화되고 있는 추세이다.

제3절 적절한 보호서비스 제공

독일은 사회보험의 형태로 건강 보장과 돌봄에 대한 보장을 마련하였다. 전 연령층에 걸쳐 건강보험과 장기요양보험을 통해 질병과 장기요

양의 욕구에 대한 보장을 제도화하고, 노인은 두 제도의 주요한 대상이며 이를 통한 사회적 보호를 받고 있다.

1. 역사

가. 건강보험

독일의 공적 건강보험제도는 1883년 도입되었으며, 일정 소득 이하의 소득계층만을 강제 가입 대상으로 하였다. 따라서 고용주, 고소득 근로자, 자영자는 보호대상에서 제공되고, 공적 건강보험 강제가입 대상자 이외의 국민은 그 외의 건강보험에 가입하게 된다. 즉, 독일의 건강보장은 강제가입 상한선 이하의 공적 건강보험체계, 공공부조·특수직역 공무원·국가 보훈대상자 등을 위한 공적건강의료보장 프로그램, 일반공무원과 강제가입 상한선 이상의 소득을 가진 사회보험 강제가입 적용제외자들을 위한 민간의료보험으로 구성된다.

독일은 지난 100년간 지속적으로 수많은 건강보험 조합을 통합하는 과정을 거쳤으며, 이를 통해서 1908년 22,887개에서 2009년 202개로 감소하였다(이용갑, 2009).

최근 독일은 전반적 사회개혁프로그램인 ‘아젠다 2010’의 주요 분야로 제시된 건강보험의 개혁을 위해 건강보험현대화법을 마련하였다. 독일의 건강보험 개혁은 여러 차례에 걸쳐 이루어졌다. 독일 건강보험개혁들의 배후에는 이른바 의료비의 폭발적 상승이 주요한 원인으로 작용하였다. 다른 나라들과 마찬가지로 독일의 의료비 상승 역시 주로 건강기술의 진보와 인구노령화로 인해 초래되었다. 의료비의 과도한 상승은 건강보험의 재정적자로 연결되었는데 2002년을 기준으로 건강보험의 총수입은 1,402억 유로인데 비해, 총지출은 1,436억 유로로 34억 유로의 적자를 기록하였다. 그리하여 건강보험의 보험료율도 지속적으로 상

승하여 1907년 8.2%에서 10.5%(1975년), 13.5%(1995년) 그리고 2002년에는 14%에 이르렀다. 이 같은 상승 추세는 심각한 우려를 낳고 있는데, 보험료율이 2040년에는 20%에 달할 것이며 최악의 경우에는 30%를 넘어설 가능성도 있다는 연구 결과가 있을 정도이다. 그러나 독일의 의료비 지출은 GDP의 10.8%로 영국(6.7%), 오스트리아(8.2%) 그리고 네덜란드(8.6%) 등 다른 유럽 국가들보다 높은 편이기 때문에 현실적으로는 큰 폭의 재정적자에도 불구하고 보험료를 무한정으로 인상할 수도 없었고, 건강보험의 급여를 축소하여 환자들에게만 부담을 전가시킬 수도 없었다.

〈표 3-10〉 독일 공적 건강보험의 평균 보험료율

연도	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
보험료율	12.7	13.2	13.2	13.2	13.5	13.6	13.6	13.6

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
보험료율	13.6	13.5	14.0	14.3	14.2	14.2	14.2

자료: 이용하, 『인구고령화 및 소득양극화에 대응하기 위한 독일 연금정책의 동향』, 2011.

독일 ‘아젠다 2010’에 의해서 건강보험의 재정 안정화를 위한 개혁이 시도되었으며 급여 축소가 이루어졌다. 급여축소는 보장성의 축소와 본인부담금 증가로 이루어졌다. 보장성의 축소는 틀니치료나 출산수당 폐지 등이며, 모든 의료서비스에 대하여 본인부담료를 부담시키면서 의약품에 대한 본인부담료의 경우 가격의 10%로서 의약품당 최저 5유로, 최고 10유로를 납부하도록 하고 있다.

그럼에도 불구하고 2007년 이루어진 최근 독일의 건강보험의 개혁을 살펴보면, 건강보험의 재정적 지속가능성이라는 이슈 속에서도 제도의 보장성과 내실화를 위한 개혁을 포함하고 있다는 점에서 의미를 찾을 수 있다. 공적건강보험제도의 역할과 기능을 보장하기 위하여 국가가

공적 건강보험에 대한 역할과 책임을 강화한 점이다. 이러한 의미에서 폐지하기로 하였던 국가보조금의 확대는 의미하는 바가 클 것이다.

〈표 3-11〉 독일의 건강보험 발전 과정

연방정부 구성	연도	주요내용
보수당인 기민당, 기사당과 시장자유주의당인 자민당의 연립정부	1989	- 환자 본인부담금 인상 - 의약품 참조가격제 도입
	1993	- 외래 진료/병원 입원진료 / 외래 진료 처방의약품에 대한 부문별 총액예산제 도입 - 공적 건강보험 조합 가입 개방으로 조합간 경쟁체제 도입
	1997	- 보험료를 동결 - 보험료를 인상과 환자 본인부담금 인상 연계 - 민간 의료보험적 요소인 보험료 일부 상환제 도입
사회민주주의 정당인 시민당, 시민환경주의 정당인 동맹90, 녹색당의 연립정부	1998	- 보험료율인상과 환자 본인부담금 인상 연계 폐지 - 민간 의료보험적 요소인 보험료 일부 상환제 폐지
	2000	- 병원 입원진료에 대한 진료보수지불 방법으로 질병군별 포괄수가제 도입 - 외래 진료에서 처방허용 의약품 목록 도입(-> 실패)
	2004	- 외래진료에서 환자의 정액 본인부담금인 외래진료방문료 도입 - 상병수당에 대한 고용주의 보험료 부담분 폐지
보수당인 기민당, 기사당과 시민당의 연립정부	2007	- 공적/민간 건강보험 구분 체계를 유지하면서 전 국민 건강보험 가입강제 - 공적 건강보험에 대한 국가보조금 지급확대 - 민간의료보험적 요소인 건강에 대한 가입자의 자기책임에 대한 보상과 연계한 보험료 종류 확대 - 표준 보험료에 의한 가입과 노후적립금 이전 허용을 통한 민간 의료보험사들간의 경쟁 강화 - 보험료 전체와 국가 보조금을 가입자의 건강위험을 기준으로 모든 공적 건강보험조합에 분배하는 전국차원의 건강보험기금 도입 - 처방의약품 비용 절감을 위한 공적 건강보험조합의 계약가능 강화

자료: 이용갑, 지난 20년간 독일공적 건강보험 개혁과 시사점, 2009.

나. 노인장기요양

독일의 장기요양보험은 1995년 1월 1일 사회보장법전 제11권에 「요양보호상태의 위기상황을 사회적으로 보장하는 법」의 제정을 통하여 장기요양보험제도가 도입되었다. 독일의 장기요양보험은 건강보험 체계와 같이 일정수준 이하의 소득자는 공적 장기요양보험을 의무적으로 가입하도록 하며, 그 이외에는 민간 장기요양보험에 가입하도록 제도화되었다. 독일 장기요양보험은 1995년 도입되었으나, 초기에는 시설급여에 대해서만 적용되고 이후 재가급여에 대해서 급여를 확대하는 방식으로 추진되었다.

1995년 도입 이후 2008년 이루어진 개혁에서는 재가급여 강화, 치매 노인 보호 강화, 장기요양서비스 질 향상을 위한 평가제도의 개선과 지역별 장기요양지원센터 운영 등을 통해 장기요양보험의 발전을 꾀하고 있다.

2. 제도적 특성

가. 건강보험(Krankenversicherung)

건강보험은 독일국민의 건강을 개선하고 질병을 예방하고 퇴치하는데 있어 중심적인 제도이며 건강보험이 독일경제에서 차지하는 중요성도 크다. 건강보험에 종사하는 근로자도 많을 뿐만 아니라 건강보험금고와 계약을 맺고 급여를 제공하는 요양기관(병원, 의사, 치과의사, 약국 등) 및 제약회사 등은 건강보험관리 운영주체와 밀접한 경제적인 상호관계를 지니고 있다.

앞서 언급한 것과 같이 독일의 사회보험인 공적 건강보험제도(GKV: Gesetzliche Krankenversicherung)는 엄밀한 의미에서 전 국민을 대상

으로 한 보편적 건강보장제도가 아니다. 공적 건강보험체계(GKV)는 일정 소득 이하의 소득자만을 강제가입대상자로 법제화하고 있으며, 일정 소득 이상의 소득계층은 공공건강보험이나 민간 건강보험에 선택적으로 가입할 수 있도록 제도적으로 개방되어 있다. 국가와 지방자치단체의 일반 공무원의 경우는 안정된 신분보장 때문에 공적 건강보험체계의 보호대상이 아니며, 국가와 지방자치단체가 고용주로서 민간 건강보험에 가입하여 건강보장을 제공받고 있다. 국방과 치안을 담당하는 연방정부의 특수직 공무원과 특정 공공부문 근로자에 대한 건강보장은 공적 건강보험이나 민간 건강보험이 아닌 특수직역에 대한 건강보장제도에서 제공하고 있다.

소득을 기준으로 사회보험의 강제적용대상 여부를 결정하는 기준은 매년 연방보건·사회보장부 장관이 발표하는 ‘보험료산정한도액’(Beitragsbemessungsgrenze), 또는 사회보험 강제가입 연간 소득 상한액이다. 2007년 1월 1일부터 적용되는 공적 건강보험의 가입의무자는 연간 소득이 42,750유로, 즉 월 3,562.5유로를 초과하지 않는다면 공적 건강보험에 의무적으로 가입하여야 한다. 이에 따라 독일의 공적 건강보장체계는 보험료 산정한도액 이하의 소득을 갖는 사회보험 강제가입대상자들을 위한 ‘공적 건강보험체계’(GKV), 공공부조·특수직역 공무원·국가보훈대상자 등을 위한 ‘공공 건강보험이외의 보험자’ 및 일반 공무원과 보험료산정한도액 이상의 소득을 갖는 사회보험 강제가입 적용제외자들을 위한 ‘민간 건강보험’으로 구성된다.

독일의 건강보험은 공적건강보험이 약 88%, 민간건강보험이 약 10%를 차지하고 있다. 공적건강보험은 7종류의 질병금고, 직종에 근거한 조합주의적 방식을 택하고 있다. 지역질병금고(AOK), 기업질병금고(BKK), 동업조합질병금고(IKK), 선원질병금고(Seekk), 광산근로자조합(Bkn), 대체보험(EKA), 농업질병금고(LKK)이며 현재 독일 전역에 250여개의 질병금고가 있다. 현물급여방식으로 특히 건강보험이 진료를

무료로 보장하는 방식으로 운영된다. 강제가입대상자와 가입의무면제자, 임의가입대상자로 나뉘어볼 수 있다. 월 소득이 일정한 상한선에 미치지 못하는 소득자는 의무가입 해야 하며, 고소득근로자나 영업자 및 공무원은 가입 의무가 면제된다. 자발적 보험가입은 지정된 조건하에서 가능하며, 건강보험에는 연금생활자, 실직자, 직업연수생 그리고 학생들이 모두 가입되어 있다. 소득이 상한선을 넘는 자는 임의가입자격이 주어지지만 대개는 민간 건강보험에 가입하고 있다. 가족보험으로 배우자와 자녀는 보험료 납부에서 제외되며 독일연방의 거주자 중 90%가 보험의무가입자나 보험 자발가입자로서 법정건강보험이나 민영건강보험에 가입되어 혜택을 받고 있다. 민간보험은 2가지 종류가 있는데, 현재 약 10%가 가입된 상태로 법정건강보험과 같거나 더 나은 급여를 받게 된다. 진료비를 공급자에게 직접 지불해야 하며 나중에 보험자에게 상환을 받는 형태이다.

근로자들은 지역·사업체·조합건강보험(Innungskrankenkasse) 그리고 준·법정건강보험(Ersatzkasse)등을 통해 가입되어 있다. 가입자는 직업의 종류와 관계없이 보험사를 선택할 수 있지만, 사업체·조합건강보험의 경우는 보험사의 정관이 외부의 가입자를 허용하고 있을 경우에만 가능하다. 그 밖에도 해상건강보험, 연방광원조합과 농업건강보험 등은 특정한 직업을 위한 특수형태이다. 모든 보험가입자는 보험사들이 인정하는 의사와 치과의사들에게서 임의 선택적으로 치료를 받을 수 있다. 보험료는 보험의무가입자나 자발가입의 사무직 근로자의 경우, 가입자와 사용자가 각각 반반씩 지불한다.

나. 장기요양보험(Pflegeversicherung)

장기요양보험은 질병보험 가입의무의 원칙에 따르되, 요양보험 재정은 별도의 보험료를 재원으로 운영하며, 전국적으로 일률적인 보험료를

을 적용하도록 설계되어 있다. 장기요양보험의 재원은 100%를 보험료에 의존하고 있으며, 보험료율은 총소득의 1.94%(2008년 기준)이며, 무자녀의 경우 0.25%를 추가하도록 하고 있다.

독일 장기요양보험의 대상자는 육체적, 정신적 또는 정서적 질병이나 장애로 인하여 일상생활의 통상적, 반복적 일을 행하는데 적어도 6개월 간 지속적으로 타인의 도움을 상당히 또는 매우 필요로 하는 대상이다. 독일 장기요양보험은 우리나라와는 달리 연령기준 없이 장기요양을 필요로 하는 전 연령을 대상으로 실시되고 있다. 장기요양 신청자는 강비한 장기요양금고에 등급판정을 신청하면, 질병보험의료지원단(MDK)의 등급판정 절차를 통해 등급판정을 받게 된다.

독일의 요양등급은 다음과 같이 구성된다. 1~3등급과 함께 신체적 기능수준은 낮지 않으나 정신적 기능상태가 낮은 자(치매 등)에 대한 추가적인 등급을 갖고 있다¹⁴⁾.

〈표 3-12〉 독일의 장기요양보험 등급체계

등급	상태	기준
1등급	경증	○ 1일 최소 90분 도움필요: 이중 신체청결, 영양섭취, 이동 영역에서 45분 이상의 도움 필요 ○ 신체청결, 영양섭취, 이동 분야에서 최소 2가지 활동에 대해 하루에 최소 한번씩 요양을 필요, 주중 가사관리에서 여러번 도움 필요
2등급	중증	○ 1일 최소한 3시간 도움필요: 이중 신체청결, 영양섭취, 이동 영역에서 120분 이상의 도움 필요 ○ 신체청결, 영양섭취, 이동 영역 상이한 시간에 하루 최소 3번 도움필요, 가사관리 1주 여러번 필요
3등급	최중증	○ 1일 최소한 5시간 도움필요: 이중 신체청결, 영양섭취, 이동 영역에서 240분 이상의 도움 필요 ○ 신체청결, 영양섭취, 이동 영역에서 거의 하루 종일 도움필요, 가사관리 1주 여러번 필요

14) 독일의 장기요양보험의 등급은 1등급의 기능상태가 경증이며, 3등급이 최중증임. 우리나라의 장기요양보험에서는 1등급이 가장 기능상태가 최중증으로 설계되어있음.

독일 장기요양보험의 급여는 재가급여와 시설급여로 구분되며, 시설 요양보다는 재가 요양을 우선시 하고 있다. 독일의 장기요양보험 급여 이용자의 급여이용 분포는 재가가 67.87%이며, 시설급여는 32.2%로 재가급여와 시설급여의 비율은 약 7:3의 비율을 보이고 있다. 1등급의 경우 재가급여를 이용하는 비율이 75.8%이며, 2등급은 61.7%, 3등급은 49.7%로 기능상태가 나뉠수록 재가급여 이용율은 낮아지고 시설급여 이용율이 증가하는 경향을 보이고 있다.

〈표 3-13〉 독일 장기요양보험 급여 이용자수(2008.12.31)

	재가	시설	합계
1등급	861,575(75.8)	274,925(24.2)	1,136,500(100.0)
2등급	439,605(61.7)	273,016(38.7)	712,621(100.0)
3등급	131,354(49.7)	133,010(50.3)	264,364(100.0)
합계	1,432,534(67.8)	680,951(32.2)	2,113,485(100.0)

자료: 국민건강보험공단, 주요국의 장기요양보험제도, 2010

재가급여는 현금급여와 현물급여, 그리고 혼합급여를 수급자가 선택할 수 있도록 하고 있다. 현금급여는 수급자가 장기요양금고에서 수당을 지급받아 자신을 돌보는 가족, 이웃, 수발인 등에게 제공하며, 이의 급여수준은 현물급여액의 50% 수준이다. 재가급여 이용자 중 현금급여를 선택하는 비율은 제도도입 이후 점차 감소하는 경향을 보이지만, 여전히 재가급여 이용자의 약 80%는 현금급여를 이용하고 있다. 따라서 독일의 장기요양급여에서의 현물급여는 재가보다는 시설급여 중심임을 볼 수 있다.

〈표 3-14〉 독일의 재가 현금급여와 현물급여 비율

연평균	재정지출	수급자수
1995년	82:18	88:12
2000년	65:35	80:20
2008년	62:38	79:21

자료: 국민건강보험공단, 주요국의 장기요양보험제도, 2010

독일 장기요양보험은 2008년 개혁을 단행하였다. 개혁의 배경에는 치매, 정신적 장애를 가진 자에 대한 서비스의 개선과 재정적 대응을 모색하고, 급여 수준의 상향 조정을 통한 제도 발전 필요성, 장기요양 급여의 질 개선과 확보, 발전을 위한 수단 강화 필요성에 의한 것이다. 개혁내용을 좀 더 세부적으로 살펴보면, 우선 치매 질환자에 대한 지원 확대가 이루어졌다. 치매환자와 장애인에게 추가적으로 연간 460유로 지급되던 보충급여를 월100~200유로로 인상하였다. 또한 장기요양금고 협회 지침으로 요양필요도가 더 높은 사람의 기준¹⁵⁾을 마련하고, 치매 환자 중 요양필요도는 있으나 등급 1에 미치지 못하는 조건을 가진 사람들(소위 요양 0등급)도 서비스 수급권리를 갖게 되었다. 또한 시설에서 치매노인 25인당 돌봄인력 1명을 추가 배치하도록 지원하여 치매 입소자의 돌봄을 개선하고자 하였다.

두 번째는 다양한 질적 개선을 위한 개혁이 이루어졌다. 이와 관련한 조치로는 장기요양지원센터를 통한 모든 의료 및 장기요양서비스에 대한 상담과 연계를 통합하고자 하는 노력이 이루어졌다. 지원센터에서는 장기요양신청이나 요양시설, 주간보호 기관을 찾는 과정에서 도움과 지

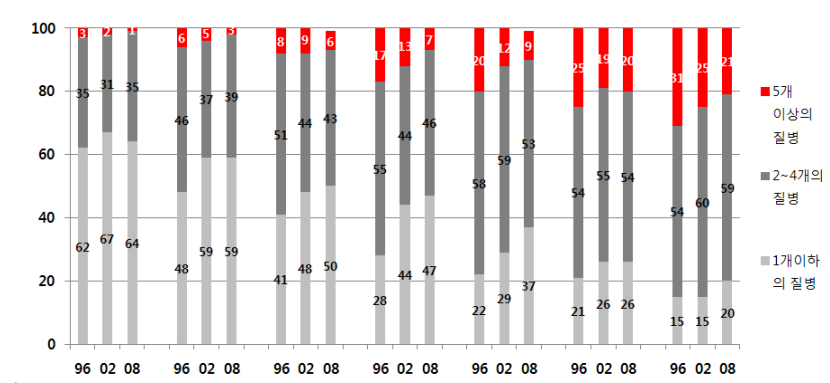
15) 독일의 장기요양보험의 초기 등급판정기준에서는 치매 등과 같은 인지기능 저하자에 대한 기준이 부재함. 따라서 신체기능에 제한이 없는 인지저하자가 서비스를 받을 자격이 부여되지 못함. 이를 보완하고자 인지기능 저하자에게 장기요양서비스 제공을 위한 기준을 개발함. 이들 기준은 인지기능 저하로 인하여 나타날 수 있는 행동 중 타인의 보호를 많이 요하는 항목으로 구성됨. 예를 들어, 밖으로 나가려는 행동이나 본인이나 타인에게 위험을 초래하는 행위 등임.

원을 받을 수 있도록 실시하고 있다. 또한 질 개선을 위해 서비스에 대한 평가제도를 더욱 강력하게 실시하여, 평가를 통한 질 관리 체계가 작동되도록 하였다. 따라서 장기요양기관은 매년 정기적으로 1년 1회의 평가를 받게되고 평가결과를 공개함으로써 기관이 자발적으로 서비스 질 향상을 위한 노력을 하도록 하고 있다.

3. 노인의 사회적 보호 실태

독일 노인의 질환수에 따른 건강상태를 살펴보면, 2008년 기준으로 58~63세의 연령층에서 2개 이상 질환을 가지고 있는 비율은 53%, 64~69세에서는 62%, 70~75세에서는 74%이며, 76~81세에서는 80%로 나타났다. 연령이 증가하면서 질환수는 점차 증가하고 있음을 볼 수 있다. 그러나 이를 년도별로 살펴보면, 최근으로 올수록 동일 연령대의 질환보유수는 점차 감소하여 질환수로 본 고령기의 건강상태는 양호해지고 있음을 볼 수 있다.

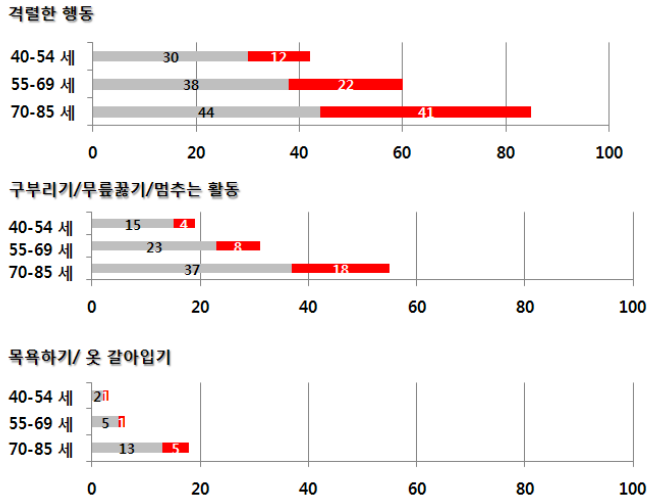
[그림 3-8] 독일의 고령기 건강상태



자료: German Centre of Gerontology, German Ageing Survey.

연령별 기능상태를 격렬한 활동, 구부리기/무릎 꿇기/멈추는 활동, 목욕하기/옷갈아입기의 손상정도를 살펴봤을때, 70~85세까지의 연령에서 격렬한 활동에 심각한 손상을 갖고 있는 비율은 41%, 구부리기/무릎꿇기/멈추는 활동은 18%, 목욕하기/옷갈아입기는 5%로 나타났다(그림 3-9 참조).

[그림 3-9] 독일 고령자의 연령군별 기능 손상 정도



자료: German Centre of Gerontology, German Ageing Survey.

4. 정책적 이슈 및 과제

최근 독일의 노인 돌봄은 고령 정책에서 주요한 정책적 이슈이다. 첫 번째 이유는 치매 노인을 어떻게 보호할 것인가이다. 최근 장기요양보험에서 치매 노인에 대한 급여 대상자 및 범위의 확대를 실시하였으나, 이는 매우 제한적이라고 할 수 있다. 보험에서 포괄하는 범위는 치매 노인의 극히 일부의 제한적인 욕구에 대한 대응이므로, 치매 노인보호를 어떻게 할 것인가에 대한 사회적 논의가 활발하게 이루어지고 있다

고 한다. 이를 위해 치매노인을 보호하는 구체적인 방법 등에 대한 연구가 계속적으로 진행되고 있다.

또한 장기요양보험제도에서 핵심적인 이슈는 서비스 질 관리와 관련된 것이다. 서비스의 질을 향상시키기 위한 노력이 평가제도의 강화와 함께 계속적으로 이루어지고 있으며, 제도의 개혁을 통해 수발 보다는 재활, 치료에 장기요양보험제도의 발전방안을 두고 있다. 따라서 예방적인 측면을 어떻게 강화할 것인가에 대한 논의가 이루어지고 있다.

노인의 보호와 관련해서 다양한 방안이 제시되고 있으며 그 중 하나는 새로운 거주방식의 개발이다. 이 또한 초기 치매 노인을 보호하는 방식의 하나로서 치매 질환자들을 모아서 소규모로 생활하게 하며, 24시간 케어링 하는 방식을 개발하였다. 이 모델은 프랑스에 이미 존재하는 모델로서 노인이 거주하던 지역에서 생활하게 됨으로 노인들의 거부반응이 없고 효율적이라는 특성을 갖고 있다.

제4절 사회참여 활성화

1. 역사

독일의 고령자의 사회참여 활동은 크게 노동을 통한 사회참여, 다양한 여가문화 활동을 통한 사회참여, 그리고 자원봉사활동, 평생교육 등으로 나뉘어진다.

앞서 살펴본 것과 같이 독일은 노후 연금제도가 일찍이 발달하였고, 노령연금수급연령과 고령자의 노동시장 참여율과는 긴밀한 관계를 갖고 있다. 독일은 노동력 수요가 감소하기 시작한 1970년대 이후 실업문제를 해소하기 위하여 조기에 은퇴를 유도하는 정책을 추진하였고, 그 결과 고령자는 노동시장에서 퇴출되었다. 본래의 독일의 노령연금 수급

개시연령은 65세이었으나 60세부터 연금을 수급함으로써 고령자의 일 자리를 젊은이들에게 나누어주는 것이다. 또한 ‘58 규칙’은 58세 이상의 고령자에게 완화된 실업급여조건을 부과하는 것으로 58세가 되면 노령연금을 신청할 수 있다.

그러나 이와같은 조기퇴직으로 인한 연금체계의 재정적 부담의 심화가 나타남으로써 연금개혁과 함께 고령자의 노동시장 참여를 촉진하기 위한 정책적 개혁이 나타났다.

경제활동 외에도 다양한 사회참여와 여가활동의 노력도 꾸준히 지속되고 있다. 독일 정부는 1953년부터 ‘모든 사람에게 기회를’이라는 슬로건 아래 정부가 앞장서서 각종 스포츠시설과 여가프로그램을 갖추기 시작했다.

또한 노년층의 증가는 고령사회의 심화와 동시에 평균수명의 상승으로 인한 일반적으로 생활해야하는 노령 활동기간의 증가를 의미한다. 독일의 경우 이러한 현상은 이미 1980년대에 나타나게 되는데 기존의 학교교육 중심의 제도권교육이나 사설 교습소 등을 통한 노년교육은 교육의 수요 및 교육수요자들의 교육재정부담능력상 한계가 있는 것으로 지적되었다. 이에 따라 1986년 말 「성장 및 고용촉진법」(Wachstums-und Beschäftigungsförderungsgesetz) 개정을 통해 노인 등을 대상으로 한 제도권 학교교육의 기한과 범위를 확대하는 한편, 사회복지법전(SGB) 제6장의 ‘연금보험법’(Rentenversicherungsgesetz)의 보장대상과 범위를 확대하여 노년기의 직업교육과 사회교육의 비용 및 교육기간중의 복지 확대에 관한 규율내용을 법제화하였다.

2. 제도적 특성

독일의 고령화에 대응하기 위한 큰 정책의 두 축은 연금정책과 고령자 고용정책이다. 앞서 살펴본 것과 같이 고령화에 대응하기 위해 독일

의 연금정책은 연금수급연령을 상향조정하고 이에 따라 퇴직연령 또한 상향조정되는 정책을 펴고 있다. 이에 따라 고령자가 노동시장이 잔류하는 기간이 이전에 비해 점차 증가하고 있다.

가. 고령자 고용

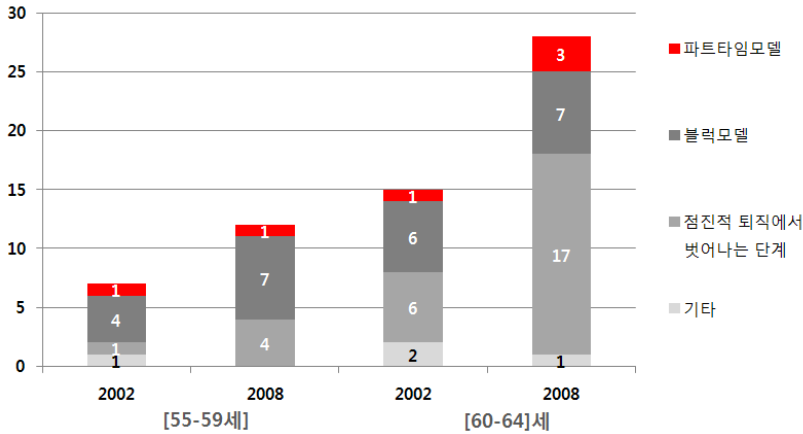
1990년대까지 고령자가 최대한 빨리 노동시장을 떠나려는 경향은 매우 명확하게 나타났다. 그러나 연금개혁 이후 고령자들은 더 오래 노동시장에 남아 일을 해야 하고, 조기 은퇴가 이전처럼 노후 소득보장에 유리하게 작동하지 않게 되었다.

노동시장의 고령화에 대비하기 위해 독일정부는 국가 전략적 차원에서 다음과 같은 조치를 취하고 있다. 첫째, 근로자들의 은퇴 연령을 점진적으로 높여나가고 있으며, 2004년 이후에는 조기퇴직제도를 정당한 이유 없이 허가하지 않고 있다. 노인취업을 활성화하기 위하여 2006년부터는 노인의 실업보험을 대폭 삭감하여, 되도록 노년기 취업을 권장하고 있으며, 퇴직시기가 가까워진 노인이 법적 노동시간보다 적게 일하면서 임금을 받는 단시간근무자제도(Transferkurzarbeitergeld)의 혜택 기간을 대폭 줄여서 되도록이면 노인이 정규 근로자로 일하도록 하고 있다. 둘째, 노인실업자의 취업을 방해하는 요소들은 제거하였다. 따라서 노인취업에 가장 큰 장애물이었던 연령에 따른 노동제한제를 과감하게 철폐하였다. 또한 기업들이 비상시 노인고용자를 우선순위로 해고하지 못하도록 규정하였다(Bosch, 2003). 세째, 노인에 대한 차별을 제거하기 위한 민간단체들이 설립되었고, 노인에게 적당한 노동조건과 일자리를 만들어 내기 위하여 노인일자리의 노동조건을 개선하고, 건강이 유지·촉진되는 고용제도를 만들었다. 노인취업을 위해서는 노인을 위한 일자리환경을 만들어가야 하지만, 노인의 건강이 보호되고 유지되는 것

이 가장 중요한 문제라고 보고 있다. 또한 근로능력이 감퇴된 노령의 근로자나 장애근로자를 위하여 신체조건이나 장애조건이 배려된 일자리가 보장되어 건강이 쇠약해진 노동자들이 일할 수 있는 근로환경이 마련되어야 함을 강조하였다. 노인취업 활성화를 위하여 노인실업자에게 지불되는 실업급여를 대폭 삭감하여 되도록 오랫동안 일하도록 유도하며, 조기퇴직자가 늘어나는 것을 방지하기 위하여 조기퇴직자의 노령연금 수령은 가능하지만, 조기퇴직자가 받는 노령연금에 대해서는 세금을 부과하기로 결정하였다(Buettner, 2005).

유연하고 점진적 은퇴로 이행을 용이하게 하기 위한 목적으로 단시간 고용촉진제도가 1996년 8월 도입되어 보조금 지급기간에 파트타임으로 취업하고, 단계적으로 퇴직을 촉진할 목적으로 도입되었는데, 노동협약에 의해 지원기간을 전후로 전반은 전일제로 취업하고 후반은 사실상 퇴직하는 형태의 ‘블록모델’이 많이 활용되었고, 고령자의 절반 가량이 블록모델을 활용하여 조기퇴직하는 것으로 나타났다. 이러한 형태는 실제 통계를 통해서도 확인할 수 있는데, DZA가 조사한 결과 2008년 평균은퇴연령은 63세로 나타나 2002년 보다 은퇴연령이 증가하였고 고용과 은퇴가 근로에서 함께 나타나고 있는 것으로 나타났다. <그림 3-10>을 보면 2002년에서 2008년 기간 동안 점진적 퇴직이 세배 가량 증가하여 8%에서 21%로 증가하였다. 블록모델 형태의 은퇴형태가 파트타임 근로보다 더 선호되었다.

[그림 3-10] 독일에서의 점진적 퇴직 현황(2002년과 2008년)



자료: German Centre of Gerontology. German Ageing Survey.

나. 자원봉사 등의 사회참여

경제활동 외에도 다양한 사회참여와 여가활동의 노력도 꾸준히 지속되고 있다. 독일 정부는 1953년부터 ‘모든 사람에게 기회를’이라는 슬로건 아래 정부가 앞장서서 각종 스포츠시설과 여가프로그램을 갖추기 시작했다. 노인들의 주로 활동하는 스포츠클럽은 체력단련과 취미생활은 물론 사교를 위한 장소로도 적절하게 활용되고 있다. 한국의 마을회관 비슷한 회관이 있어 이곳에 모여 이야기를 나누거나 자원봉사로 서로에게 도움을 주고받는다. 마을회관 운영비는 자치단체에서 전액 부담한다.

독일은 전기 노인들이 후기 노인을 상대적으로 돕는 것이 일상화되어 있다. 서로 처한 현실에 걸맞게 도움을 줌으로써 삶의 의미와 보람을 느끼자는 것이다. 독일노인은 6개의 민간복지단체에서 170만 명 이상의 자원봉사자가 여가를 즐기면서 봉사하는 노후생활을 보낸다.

또한 버스여행 하이킹, 피크닉과 같은 다양한 형태의 여가 오락 활동이 여러 조직단체에 의해 제공되고 있다. 60세 이상 저소득층의 노인에게는

휴가여행혜택이 주어지고 있는데 이러한 혜택은 지역에 따라 다양하다.

자원봉사활동의 경우 많은 노인들이 무보수 명예직(Ehrenamt)¹⁶⁾제도와 노인사무국(Altenbuero)¹⁷⁾을 통해 많은 다양한 자원봉사활동을 하고 있으며 자신의 지역공동체에 보탬을 줌과 동시에 사회에서 더불어 사는 풍토에 긍정적 영향을 행사하고 있다. 현재 독일의 60세 이상 70세 미만 노인 3명 중 1명은 어떤 식으로든지 무보수 자원봉사자로 일하고 있으며 다만 70세 이상의 노인의 경우 건강상의 이유에서 그 수치가 다소 줄어들 뿐이다. 노년층을 대상으로 한 최근의 조사에서도 자원봉사와 교육을 포함한 사회참여율은 지속적으로 늘어나고 있음을 알 수 있다(그림 3-11 참조).

노년층의 증가는 고령사회의 심화와 동시에 평균수명의 상승으로 인한 일반적으로 생활해야하는 노령 활동기간의 증가를 의미한다. 독일의 경우 이러한 현상은 이미 1980년대에 나타나게 되는데 기존의 학교교육 중심의 제도권교육이나 사설 교습소 등을 통한 노년교육은 교육의 수요 및 교육수요자들의 교육재정부담능력상 한계가 있는 것으로 지적되었다. 이에 따라 1986년 말 「성장 및 고용촉진법」(Wachstums-und Beschäftigungsförderungsgesetz) 개정을 통해 노인 등을 대상으로 한 제도권 학교교육의 기한과 범위를 확대하는 한편, 사회복지법전(SGB) 제6장의 「연금보험법」(Rentenversicherungsgesetz)의 보장대상과 범위를 확대하여 노년기의 직업교육과 사회교육의 비용 및 교육기간중의 복지 확대에 관한 규율내용을 법제화하였다.

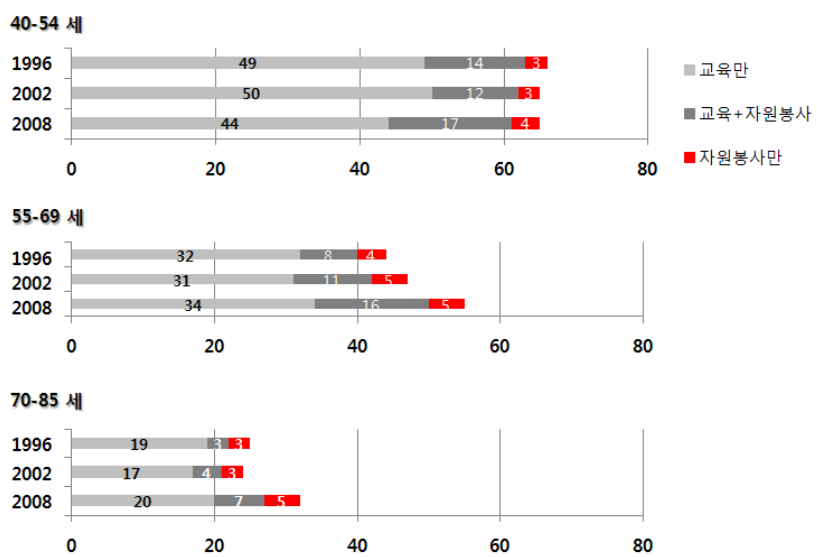
노년층을 주된 교육대상으로 하는 공교육은 주로 주(Land)나 시(Stadt)가 설립하여 운영하는 시민대학(Volkshochschule)이나 노인대학

16) 무보수 명예직 제도(Ehrenamt) - 자원봉사와 비슷한 맥락으로 행했던 일에 대해서는 정신적 만족과 대략의 교통비 정도만 지원받음. 전문직 직종에 많음.

17) 노인사무국(Altenbuero) - 1992년부터 시작된 노인자세결성 조직으로 자기 책임하에 지역사회 일을 거둬고 있음.

(Elternbildungsstätte), 대학(Universitat)이나 전문대학(Fachhochschule)에서 운영하는 특별강좌과정(Sondevorlesungskurs) 혹은 시민강좌(Burgerbildungsveranstaltung), 중고졸업자격과정 등의 형식으로 이루어지는데 각종 교양교육 등 사회교양교육뿐 아니라 분야별 직업교육과 외국어나 자격과정 등 전문교육이 이루어진다.

[그림 3-11] 독일 고령자의 자원봉사와 교육활동을 통한 사회참여



Source: German Centre of Gerontology, German Ageing Survey.

독일에서 노인을 대상으로 하는 공교육은 점차적으로 확대되는 경향을 나타내고 있지만, 노인 등에 대한 제도권교육 외의 사회교육은 전통적으로 시민교육기구(Volksbildungswerke), 교육협회(Bildungsverein), 시민문고(Volksbucherei), 교육센터(Bildungszentrum, Bildungshof) 등의 민간사회단체나 종교단체의 주도하에 진행되어 왔고 최근에는 통신교육(Fernunterricht)등으로 방식이 다양해지고 있다.

3. 노인의 사회참여 실태

독일의 인구고령화 추세는 노동시장에서 고령근로자의 증가로 이어지고 있다. 독일의 30~49세 젊은 근로자는 2010년부터 감소하여 2020년에 전체 경제활동인구 중 42%를 차지하는 반면 50~64세 고령근로자는 지속적으로 증가하여 약 40% 정도를 차지하는 등 노동시장에서 고령화가 심각하게 진행될 것으로 예상된다(Statistisches Bundesamt, 2006:21). 이와 함께 독일의 55~64세 고령자의 고용률은 1998~2004년간 거의 일정하게 40% 수준을 유지하고 있고, 국제비교를 통해보면 독일의 고령자 취업률은 유럽에서 하위권을 나타내고 있다. 55세 이상 실업자가 전체 실업자에서 차지하는 비중은 1998년 22%에서 2004년 11%로 감소하고 있으나, 동연령 대의 근로자들은 퇴직을 준비하거나 장기간 노동시장에서 분리되어 실업자로 분류되어 공식적인 통계에 잡히지 않아 젊은 세대보다 더 높을 것이다.

최근 연구에 따르면 독일의 60~64세 인구는 예전보다 더 일을 하는 것으로 나타났다. 55~59세의 사람들은 좀 더 활동적으로 변화한 것으로 나타난다. 고용율은 1996년에서 2002년 사이 거의 10% 가까이 증가하였고, 조기은퇴는 6% 가량 감소한 것으로 나타났다. 노동시장 참여는 이 연령대에서 2002년에서 2008년 사이 소폭 상승하였다.

2009년 통계에 의하면 50~55세 미만 연령층에서 79.5%가 취업중이며, 55~60세 미만은 70.2%, 60~65세 미만은 38.6%가 취업중이다. 60세를 기점으로 취업률이 감소하는 것을 볼 수 있으며, 이는 65세를 기점으로 급격히 감소함을 볼 수 있다. 따라서 65~70세 미만의 취업률은 8.2%, 70세 이후 경제활동 참여율은 5% 미만으로 감소함을 볼 수 있다. 연금급여자 비율과 함께 경제활동참여율을 비교하면 경제활동 참여율이 급격히 감소하는 60세부터 연금급여자의 비율은 반대로 급격

히 증가하는 모습을 보이고 있다.

〈표 3-15〉 독일의 연령대별 경제활동참여율

연령	경제활동인구			비경제활동인구	
	소계	취업중	실업	소계	연금급여자
50~55세 미만	85.6	79.5	6.1	14.4	4.6
55~60세 미만	76.4	70.2	6.3	23.6	9.5
60~65세 미만	41.7	38.6	3.1	58.3	41.4
65~70세 미만	8.3	8.2	0.1	91.7	81.9
70~75세 미만	3.5	3.5	-	96.5	86.5
75~80세 미만	1.8	1.8	-	98.2	89.8
80세 이상	0.7	0.7	-	99.3	93.3

자료: Federal Statistical Office of Germany, Wiesbaden-Microcensus, 2009 재구성

4. 최근 정책적 이슈

고령화의 진전으로 인하여 고령인력에 대한 노동시장 정책은 큰 변화가 이루어졌다. 이는 노후소득 보장에 대한 책임이 개인보다는 공적제도를 통해 이루어져야 한다는 국민과 국가의 인식에 따라 노후소득보장의 개혁과 함께 이들의 계속적으로 소득이 유지될수 있도록 하는 노동시장의 개혁이 동반되었다고 볼 수 있다.

노동시장에서는 고령자의 근로를 유지하기 위한 정책을 이루어지고 있으나, 고령자 파트타임제는 고령자의 근로의 질 하향을 이끄는 계기이기도 하다. 고령자의 근로를 촉진시키기 위한 근로유연제도 등은 오히려 고령자의 조기퇴직의 가능성이 존재하게 하며, 이로 인해 고령자의 근로 불안정 요소는 여전히 존재한다고 볼 수 있다. 이와 같은 요소는 앞서 살펴본 노후 소득보장 개혁에서도 나타난 것과 같이 노후의 빈곤의 문제를 제기하는 요인으로 작용한다고 보여진다.

제5절 독일의 고령화 대응정책의 특징과 함의

독일은 사회보험을 통해 사회보장의 큰 틀을 유지하고 있는 국가라고 할 수 있다. 특히 연금보험, 건강보험, 장기요양보험의 3대 사회보험은 노후 소득, 건강 및 보호하는 주요 삶의 영역과 관련된 정책으로, 이들 정책은 안정적인 노후 삶의 질을 결정하게 되는 주요 요소이다. 노인의 대부분은 연금을 통해서 노후 소득을 충족하기 때문에 연금제도와 고령자의 노동활동은 긴밀한 관계를 갖고 움직이고 있다. 소득보장의 주요 수단으로써, 고령자의 은퇴시기와 연금수급개시 연령은 연계되어있다.

최근 고령화율이 20%를 넘는 초고령사회가 된 독일은 기존 부양체계를 바탕으로한 제도들로서는 사회의 지속가능성을 유지하기 어렵다는 판단하에, ‘아젠다 2010’이라는 전 국가적 개혁프로그램을 추진하였다. 이 개혁에서 가장 핵심적인 부분은 노동과 건강보험을 비롯한 사회 전 영역의 변화라고 할 수 있으며, 이의 바탕이 사회는 사회현상은 저출산과 고령화 현상이었다.

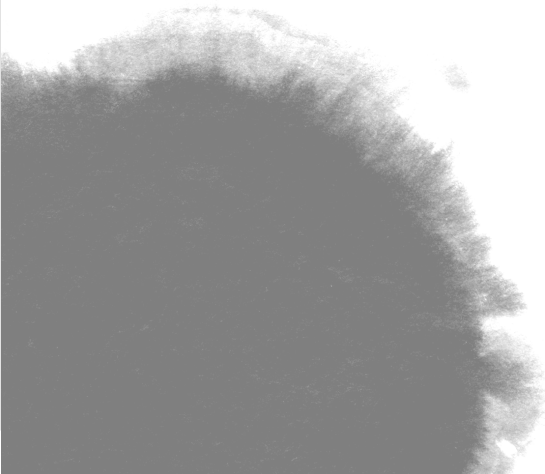
독일의 고령화에 대응한 정책의 변화는 두가지 축으로 나눌수 있다. 첫째는 고령화로 인한 발생할 수 있는 부양부담을 감소시킬 수 있는 부분을 해소하기 위한 노력이다. 즉, 퇴직연령을 연장하여 연금수급개시연령을 늦춤으로서 사회적 부양 부담을 감소시키는 것이다. 이를 위해 연금개혁과 함께 노동시장의 개혁이 함께 이루어졌다.

두 번째 고령화의 진전으로 인해 발생할 수 있는 보호를 필요로 하는 노인에 대한 보호를 강화한 것이다. 장기요양보험의 도입과 함께 최근 치매에 대한 보호를 강화하고 있다.

즉, 독일은 고령화로 인해 발생할 수 있는 사회적 위기에 대해 제도들의 지속가능성을 확대하기 위한 제도개선과 함께 계속적으로 노인인구가 겪게 될 수 있는 보호를 강화하기 위한 노력을 함께 하고 있음을 볼 수 있다.

04

스웨덴



제4장 스웨덴

제1절 개요

1. 개요

다른 국가들이 산업화 이후 인구가 증가한 것과 달리 스웨덴은 1870년대 산업화가 시작되기 전부터 인구가 증가(현재 인구 약 900만 명)하기 시작했으며 오랜 기간 동안 고령화가 진행된 국가이다. 이는 1800년대 이후 위생시설과 식품공급의 개선으로 사망률이 감소하면서 평균수명이 연장되었고 그 결과 2007년 기준 평균수명은 남자 79세, 여자 83세로 비교적 평균수명이 긴 나라 중 하나로 평가되고 있다.

고령화가 급격히 진행되어 65세 이상의 노인들이 전체 인구의 약 18%를 차지한다. 일찍이 낮은 출산율을 나타내어 1970년대 이전에는 인구 대체수준(2.1)보다 낮았으며 1970년대 중반은 1.6이었으나 공교육 확충, 아동수당 지급, 출산 및 육아휴가 등 적극적인 출산장려정책으로 출산율이 증가하여 1985년에는 합계출산율이 2.14까지 증가하였다. 1990년대 경기침체 이후 급감하였다가 현재는 다시 증가하는 추세를 보이고 있다.

제2차 세계대전 이후 경제성장과 함께 많은 이민자를 받아들였는데 약 70만 명의 외국인이 이주하여 정착하고 있다. 많은 외국인을 받아들였음에도 불구하고 전체 인구의 약 95%가 스웨덴인으로 비교적 동질적

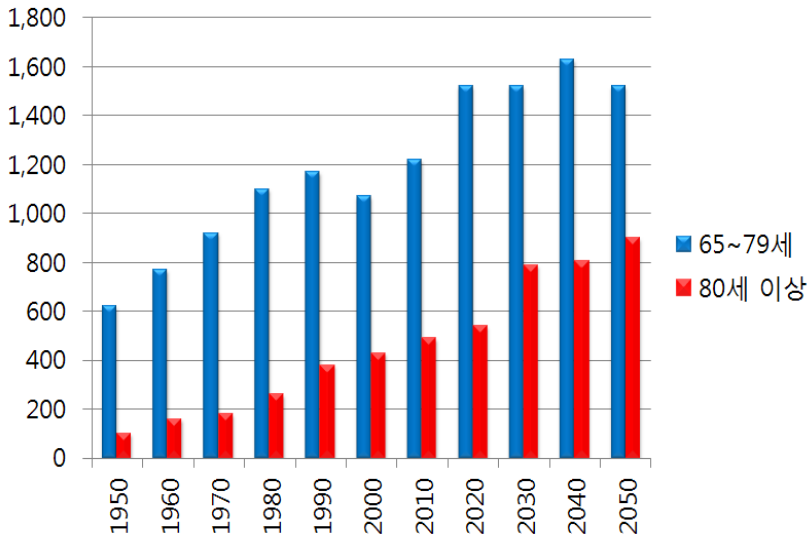
인 인구집단을 유지하고 있다. 북부 지방의 소수 토착민인 랩 족을 제외하면 게르만계 노르드 어의 하나인 스웨덴어를 공용어로 사용하고 있다.

사민당의 집권이 시작된 1930년대부터 ‘분배중시 동반성장형’ 복지국가로 발전시켜와 세계에서 가장 발전된 복지체제를 가지고 있는 것으로 평가된다. 1932년 사회민주당이 집권하면서 시장에 대한 정부의 포괄적인 개입이 시작되었다. 그때부터 노동자 계층의 욕구를 적극 반영한 복지정책을 추진해 오고 있으며 무상교육, 자녀수당, 주택보조금, 유급질병보험, 실업보험 등이 이에 해당한다. 일명 ‘국민의 집’으로 알려진 현재와 같은 스웨덴의 복지모델은 1950년에서 1970년 사이에 도입된 것이다. 한편 1970년대 경기 침체를 경험하며 경제를 안정시키기 위해 사민당 정부와 1976~82년 집권한 중도우파 연립정권이 케인즈주의 경기 부양정책과 사양산업 지원정책을 실시하였으나 크게 성공하지는 못하였다. 이 시기의 복지정책은 성장추진을 위해 복지지출을 억제하는 정도로 기능하였다. 1982년 사민당 재집권하면서 경제는 호전되었고 복지제도에 시장주의적 요소를 도입하면서 저소득층에 대한 배려와 복지프로그램별로 개혁의 완급을 조절하여 사회적 저항을 최소화하였으며, 복지제도의 기본틀을 바꾸어 복지서비스의 민영화를 적극 추진해 나갔다.

2. 스웨덴의 인구 현황 및 전망

[그림 4-1]에서 나타난 바와 같이 스웨덴 인구는 지속적으로 증가해 2050년에 10.5백만에 도달할 것으로 예측되고 있다. 특히 80세 이상의 후기고령층은 2000년의 453,000에서 2050년에는 903,000명으로 두 배 증가할 것으로 예측돼 후기 고령층에 대한 복지정책적 대응이 스웨덴의 주요 관심 과제가 되고 있다.

[그림 4-1] 스웨덴의 2050년까지 65~79세 및 80세 이상 인구 변동 추이



자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Developments in Elderly Policy in Sweden*, 2009.

〈표 4-1〉 스웨덴의 성별 평균 수명 및 기대여명 추이

연도	출생시 평균 수명		65세의 평균 기대여명	
	남성	여성	남성	여성
1800	35.4	38.4	9.3	9.8
1850	40.5	44.4	10.0	10.8
1900	54.5	57.0	12.8	13.7
1950	70.9	74.0	13.8	15.0
2007	78.9	83.0	17.8	20.7
2010	79.4	83.3	18.0	21.0
2020	80.9	84.4	19.0	21.7
2030	82.1	85.2	19.8	22.3

자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Developments in elderly policy in Sweden*, 2009.

비교적 오랜 기간에 걸쳐 고령화를 경험한 스웨덴의 노인인구 비율은 2010년 현재 총 1,710,000명으로서 인구의 18.2%에 달하며 노년부양비는 28% 수준이다.

〈표 4-2〉 스웨덴의 인구고령화 현황

	총인구 (명)	65+이상 인구수(명)	노인인구 비율(%)	노년부양비 (%)	출산율 (명)	평균수명 (명)
1950	7,014,000	719,000	10.3	15.5		71.72
1960	7,480,000	895,000	12.0	18.1		73.44
1970	8,043,000	1,099,000	13.7	20.9	1.94	74.78
1980	8,310,000	1,354,000	16.3	25.4	1.68	76.38
1990	8,559,000	1,522,000	17.8	27.7	2.14	78.14
2000	8,860,000	1,524,000	17.2	26.7	1.55	80.047
2008	9,380,000	1,710,000	18.2	28.0	1.91	80.882

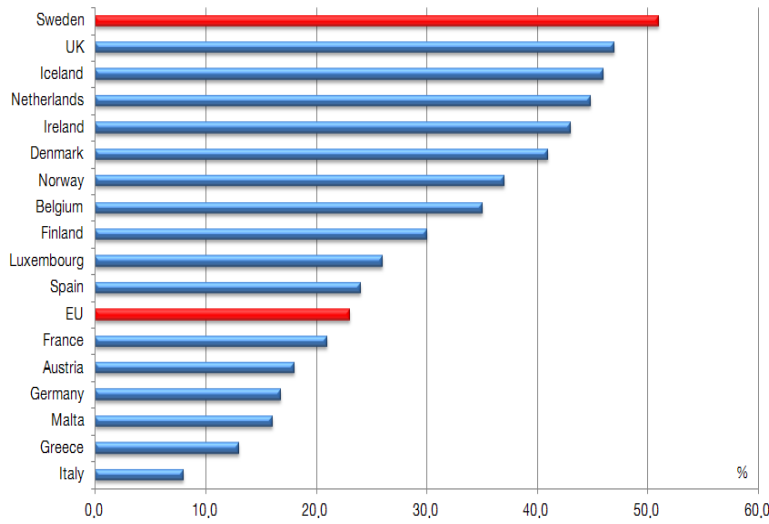
자료: WHO. *World Health Statistics*, 2010.

United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision*

한편 인구학적 측면에서 보았을 때 스웨덴의 전망이 그리 어둡지만은 않는데 이는 두 가지에서 기인한다. 우선, 노인인구의 증가율 자체가 우리나라만큼 빠르지 않으면서 동시에 2008년 기준으로 1.91의 출산율을 보이고 있기 때문에 적어도 출산율과 고령화를 동시에 고려한 인구변동 전망은 우리나라보다 밝다고 할 수 있다. 두 번째 이유는 스웨덴 고령 인구의 삶의 질이 세계에서 가장 높은 수준에 속하기 때문이다. 스웨덴 노인들이 자각하는 주관적 건강상태는 지난 1980~2003년 사이 지속적으로 향상되고 있으며 유럽국가들과의 비교관점에서 살펴보면 스웨덴의 85세 이상 고령인구가 보고하는 주관적인 건강상태가 유럽연합 국가 중 최고 수준인 것으로 나타나고 있다(주관적 건강상태가 좋거나 매우 좋음으로 응답한 비율이 51%)(SALAR, 2009). 이러한 건강상태의 향상은 노인인구의 돌봄 욕구 감소로 귀결되고 있는데 1988/89년 시점과

비교해 2002, 2003년에는 모든 노인연령층에서 돌봄의 욕구 감소한 것으로 나타나고 있다.

[그림 4-2] 주관적 건강수준 국제비교(2006)



주: 85세 이상 인구 중 주관적 건강수준이 매우 좋다고 응답한 사람들의 비율
자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Developments in elderly policy in Sweden*, 2009.

〈표 4-3〉 스웨덴의 돌봄이 필요하다고 응답한 노인인구 비율

성별	연도	65~79세			80세 이상		
		필요 없음	일부 필요함	매우 필요함	필요없음	일부 필요함	매우 필요함
남자	88/89	76	18	6	19	50	31
	02/03	89	7	4	54	26	20
여자	88/89	75	20	5	25	41	34
	02/03	82	14	4	39	35	26

자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Developments in elderly policy in Sweden*, 2009.

3. 복지국가 발전 역사 및 배경

가. 사회민주당과 스웨덴 복지 발전

사회민주당은 1889년에 창당되어 1917년에 의회 제1당이 되었으며 1920년 연립정권을 설립하였고 1932년 처음으로 단독정권을 수립하였다. 사회민주당은 1932년부터 1976년까지, 1981년부터 1991년까지, 1994년부터 2006년 동안 집권하여 1932년부터 2006년까지의 기간 중 69년간 집권하였다. 2006년 선거에서 패배해 2007년 현재는 보수연합 세력(중도당, Moderaterna)이 집권을 하고 있다. 궁극적으로 스웨덴이 발전된 복지국가 체제를 갖출 수 있었던 가장 중요한 요인은 사회민주당의 장기 집권 때문이라고 할 수 있다. 한편 사회민주당이 장기집권을 할 수 있었던 것은 사회민주당을 지지하는 노동조합(LO)와의 동맹, 노동자의 80%가 노동조합의 조합원으로 가입되어 있기 때문이다. 스웨덴에는 3개의 전국단위 노동조합연맹이 있다. 첫 번째는 생산직노동자 단체인 스웨덴노동조합총연맹(LO)이며 두 번째는 사무직 노동자 단체인 스웨덴사무직노동조합총연맹(Swedish Confederation of Professional Employees : TCO) 그리고 세 번째는 전문직노동자의 단체인 스웨덴 전문직노동조합총연맹(Swedish Confederation of Professional Associations : SACO)이다.

나. 스웨덴 모델: 랜-마이드너 모델

스웨덴 복지정책 모델은 일명 ‘랜-마이드너 모델’ 이라고 불리는데 랜-마이드너 모델은 두 가지 요소를 중심으로 구성되어 있다. 첫 번째는 연대임금 정책이며 두 번째는 적극적 노동시장 정책(Active Labour Market Policy, ALMP)이다.

연대임금정책은 ‘동일노동 동일임금’ 원칙 하에서 기업별/산업별 임금 편차를 축소하여 노동자들 간의 연대성을 촉진하고 평등성을 달성하고자 하는 스웨덴의 사회연대원리를 구현한 대표적인 제도이다. 기업간, 산업간 이윤율이 상이함에도 불구하고 이러한 연대임금정책이 실현될 수 있는 배경에는 연대임금 정책을 통해 경쟁력을 갖춘 산업부문은 과도한 임금부상이 억제되는 대신 연대임금의 원리하에 경쟁력 없는 산업부문과 한계기업은 고비용으로 인해 자연도태가 유도하여 산업전반의 경쟁력과 생산성을 향상시킬 수 있는 작동원리가 존재한다. 한편 임금 부상의 억제로 인해 발생하는 고임금부문의 초과이윤은 투자기금과 ATP기금(보조연금기금)으로 흡수하여 기술개발과 기업경쟁력의 강화비용 및 복지비용으로 활용하고(ATP 기금에서 공공임대주택 사업 실행, 이를 통해 주택 가격의 안정화를 꾀한다. 이는 고임금분야 노동자들이 스스로 임금을 자제할 수 있게 만든 요인으로 작용하기도 한다) 반면 한계기업의 도산으로 발생하는 실업자는 적극적 노동시장 정책을 통하여 구제, 흡수, 재배치한다는 것이 연대임금 정책의 주요 기조이다.

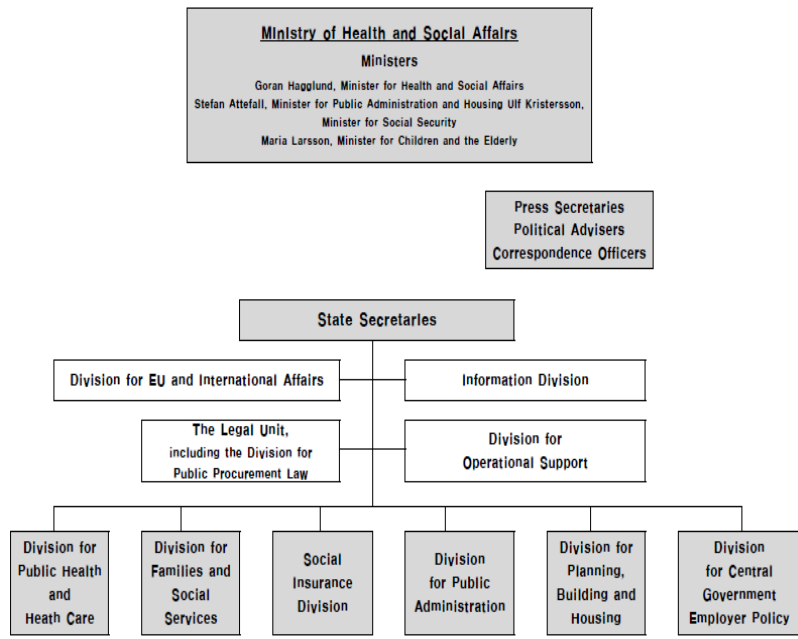
4. 스웨덴의 복지 행정체계

스웨덴의 기본 행정체계는 중앙-광역자치단체(Län-County)-기초자치단체(Kommun, Municipality)의 3단계로 구성되어 있으며 2011년 현재 21개의 광역자치단체(렌)과 290개의 기초자치단체(코뮌)으로 구성되어 있다.

중앙정부에는 국무총리실(Prime Minister's Office)과 12개의 부처(department), 1개의 행정사무소(administrative office)가 구성되어 있다. 부에 따라 다수의 장관을 두는 경우도 있는데 보건사회부(Department of Health and Social Affairs)에는 대표 장관인 보건사

회부 장관(Minister of Health and Social Affairs)과 노인보호 및 공
중보건 장관(Minister of Elderly Care and Public Health), 사회보장
장관(Minister of Social Security), 공공행정 및 주택 장관(Minister
for Public Administration and Housing) 등 모두 4명의 장관이 있다.

[그림 4-3] 스웨덴 보건사회부 조직도

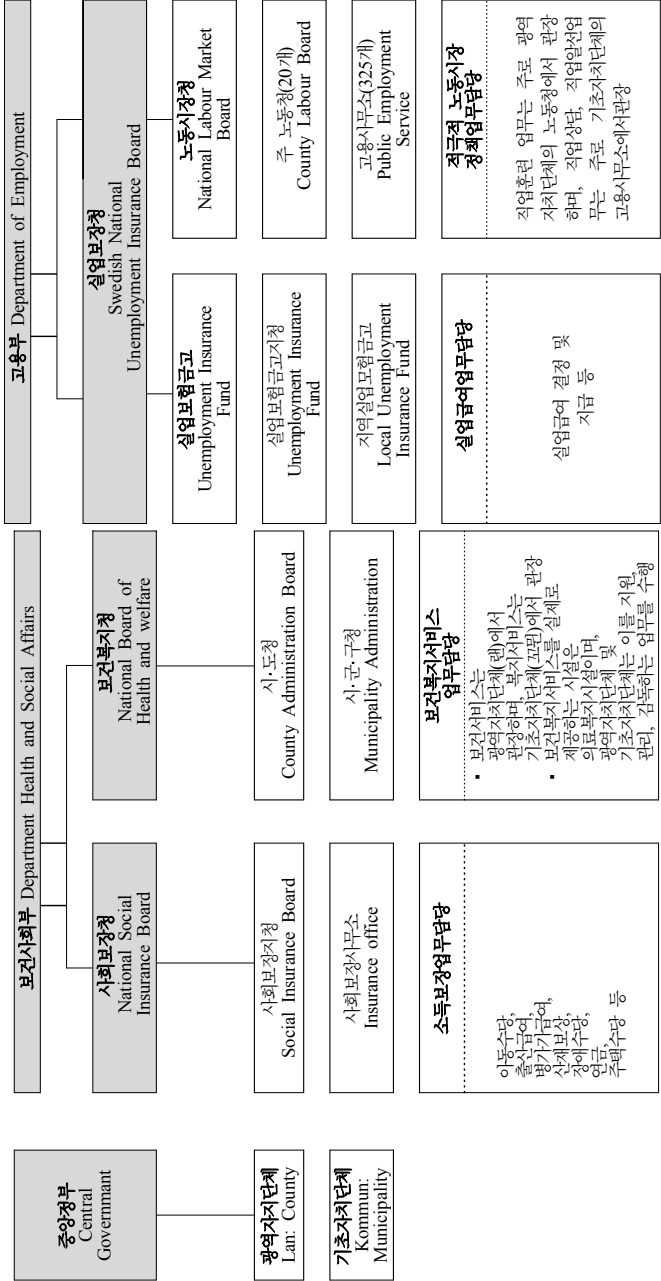


자료: Ministry of Health and Social affairs Sweden, Organisation of the Ministry of Health and Social Affairs.2011.

각 부에는 비교적 독립적 지위를 갖고 각종 정책을 자율적으로 개발 및 시행하는 300개 가량의 중앙정부기관(Central Government Agencies)과 정부소유 공기업(State-owned Companies)이 있다. 이러한 기관들은 중앙정부의 지침에 따라 독립적으로 업무를 수행하는데 예를 들어 보건사회부에는 보건 및 복지 서비스 업무를 수행하는 보건복지청(National Board of Health and Welfare)¹⁸⁾과 소득보장 관련 업무를 수행하는 사회보장청(National Social Insurance Board)¹⁹⁾이 있다.

-
- 18) 보건복지청은 광역자치단체의 행정기관과 기초자치단체의 행정기관으로 하여금 보건복지 업무를 담당하도록 함. 보건서비스 업무는 주로 광역자치단체의 행정기관이 담당하며, 복지서비스 업무는 주로 광역자치단체의 행정기관이 담당함. 보건서비스 업무를 광역자치단체로 하여금 맡도록 한 것은 기초자치단체에 종합병원이 없는 경우가 많아 1차 진료기관과 2차 진료기관 간의 원활한 연계가 어렵기 때문임. 실제적인 보건·복지서비스 제공은 병(의)원과 사회복지시설에서 제공하며, 광역자치단체와 기초자치단체의 행정기관은 보건·복지수요자와 공급자 간의 연계, 보건·복지서비스 질 향상을 위한 정책수립 및 집행업무를 수행함.
- 19) 사회보장청은 광역자치단체에 사회보장지청(Social Insurance Board), 기초자치단체에 사회보장사무소(Insurance Office)를 두어 업무를 집행하도록 하고 있음. 사회복지대상자에게 직접적으로 소득보장을 위한 현금급여를 제공하는 업무는 기초자치단체의 사회보장사무소가 담당하고 있음. 소득보장을 위한 급여 및 수당으로는 아동수당, 출산(부모)급여, 병가급여, 산재보상, 장애수당, 연금, 주택수당 등 47가지가 있음.

[그림 4-4] 스웨덴의 사회복지 행정체계



주: 사회복지정책 조제(사용자 및 노동자의 기여금)의 정수업무는 국세청에서 관장함.
자료: 스웨덴 사회복지의 실제(2007), [그림1-1] 스웨덴 사회복지행정체계 p.29

광역자치단체(랜)에는 자체의 행정기관(시·도청)이 있고 광역자치단체 행정기관과 별도로 보건복지청, 사회보장청과 같은 중앙의 독립기관의 지청이 있다. 광역자치단체의 행정기관 및 별도의 지청은 중앙과 기초자치단체 간의 매개적 역할을 수행한다. 즉, 중앙정부에서 결정된 정책을 스스로 집행하기도 하고 해당지역의 기초 자치단체(코뮌)가 업무를 잘 수행하도록 지원, 조정, 감독하는 업무를 수행하기도 한다. 1862년 지방자치법 제정과 1992년의 새로운 지방자치법 제정으로 광역자치단체는 자체 과세권을 갖게 되어 세액과 세율을 자율적으로 결정할 수 있게 되었으며, 지방재정자립도가 높은 편이다. 기초자치단체(코뮌)에는 자체의 행정기관이 있고 동시에 중앙의 독립기관인 각 청의 지역사무소가 위치해 있다. 그러나 기초자치단체 단위에서는 행정체계의 구분이 보다 모호해져 중앙정부의 각 청이 기초자치단체의 행정기관으로 하여금 업무를 집행하도록 하는 경우도 있다. 예를 들어 보건복지청은 기초자치단체에 별도의 사무소가 없고 기초자치단체 행정기관으로 하여금 직접 업무를 수행하도록 하고 있다. 스웨덴에서는 복지서비스 제공에 있어 각 자치단체의 특성을 살린 역할분담을 하고 있는데 가장 기본적인 행정단위이기 때문에 주민의 욕구에 민감하게 반응할 수 있는 기초자치단체에서는 주로 탁아, 유치원, 초·중·고등학교 교육, 주택, 복지서비스 제공 등의 업무를 수행하고 있다. 기초자치단체는 주로 복지서비스를 제공하는 업무를 담당하지만 예외적으로 소득보장을 위한 공공부조 업무도 관장한다. 소득보장을 위한 현금지급 업무는 기초자치단체의 사회보장사무소에서 담당하며 공공부조를 위한 소득조사 등의 업무는 기초자치단체 행정기관에서 담당하는데 이는 공공부조 수급자에 대한 자산조사 및 소득조사는 최일선 행정기관에서 하는 것이 효율적이기 때문이다.

한편 기초자치단체도 자체의 조세권을 갖고 있으며 재정자립도가 높은 편이다. 스웨덴의 재정수입구조를 살펴보면 사회보장기여금이 가장

높은 비중을 차지하는데 대부분 사용자가 지불하는 기여금이며 노동자가 지불하는 기여금은 연금의 경우 소득의 7%, 고용보험의 경우 소득의 약 0.53%에 불과하다. 또한 스웨덴의 재정지출은 사회보장비가 가장 높은 비중을 차지하며, 그 다음으로 교육비, 공공행정운영비, 보건의료비의 순서이다. 궁극적으로 사회보장비와 보건의료비를 합한 사회복지비의 비중이 압도적으로 높다고 할 수 있다.

스웨덴의 복지행정체계는 한마디로 서비스의 성격을 고려해 단위간 적절한 업무분담을 수행하며 무엇보다 복지의 수혜자 또는 대상자들이 이용하기에 편리하도록 체계적으로 구성되어 있다고 볼 수 있다. 복지행정체계가 체계적으로 구성되어 있기 때문에 국민들은 본인에게 맞는 급여를 위해 어느 기관을 이용해야 하는지 잘 알 수 있으며 동시에 한 기관에서 원하는 모든 서비스를 받을 수 있다.

스웨덴 정부는 증가하는 노인인구에 발맞추어 노인복지 지출을 꾸준히 증가시키다가 2000년대 이후에는 GDP 대비 9% 수준을 유지하고 있다. 또한 노인에 대한 복지서비스 제공의 책임을 맡고 있는 기초자치단체의 지출구성을 살펴보면 노인돌봄(Elderly Care)이 전체 지출의 19.2%를 차지해 가장 규모가 크다.

〈표 4-4〉 스웨덴의 공공지출 비율의 변화

	GDP (million US\$)	공공지출		공공지출(노인분야)*		총 공공지출 대비 %
		액수 (million US\$)	GDP대비 %	액수 (million US\$)	GDP대비 %	
1970	36,845				7.7	
1980	87,810	23,797	27.1	7,552	8.6	31.7
1990	165,169	49,881	30.2	16,187	9.8	32.5
2000	247,958	70,420	28.4	22,564	9.1	32.0
2007	351,539	95,970	27.3	31,638	9.0	33.0

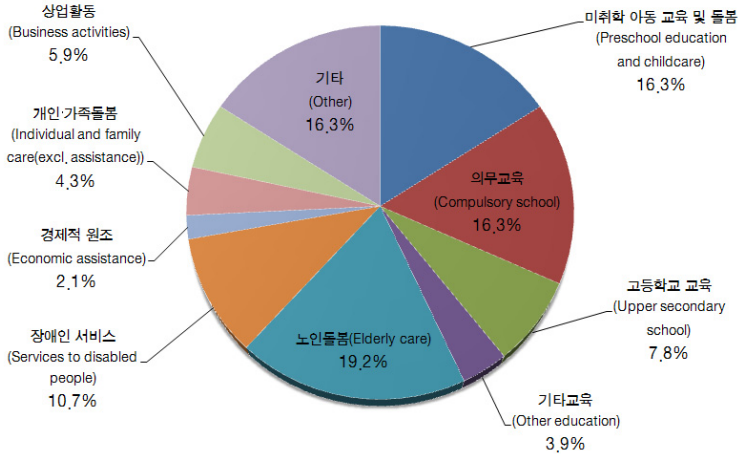
주: a) Gross domestic product (GDP), current PPPs, billion US dollars
billion US\$로 제시된 수치를 million US\$으로 환산하여 표기함.

b) Social Expenditure Aggregated data public

c) Social Expenditure Aggregated data oldage

자료: OECD, *Social Expenditure*, National Accounts at a Glance - 2010

[그림 4-5] 스웨덴의 기초자치단체의 지출구성(2007년 기준)



자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions, Developments in elderly policy in Sweden, 2009

제2절 안정적인 노후소득보장

1. 역사

스웨덴의 연금제도는 타 국과 비교했을 때 보장수준이 높고 소득재분배적인 제도로 알려져 있다. 1913년에 세계 최초로 전국민에게 강제 적용되는 국민연금제도를 도입하였는데 당시의 연금제도는 급여를 수급하기 위해 반드시 기여가 전제되어야 하는 완전적립식 기여연금(Compulsory Fully Funded Contribution Plan)과 자산조사를 필요로 하는 보충연금(Supplementary Pension)으로 구성되었다. 1930년대에 들어서 공적연금의 재정방식을 적립방식에서 부과방식으로 전환하였으며 적용범위 확대, 적용예외(Contract-out) 금지 등의 조치를 통하여 공적연금을 기본 축으로 하는 노후보장체계를 구축하였다. 1946년에 자산

조사를 완전히 철폐한 국민기초연금이 도입되었으며 격렬한 사회적 논쟁과 국민투표를 통하여 1960년에 공적소득비례연금을 도입하였다. 이후에 1998년 연금개혁으로 기존의 기초연금과 소득비례연금(ATP)의 공적연금체제는 최저소득보장을 수반한 명목확정기여방식의 소득연금의 체제로 전환되었다(정경희 외, 2011).

스웨덴 국민들의 평균 퇴직연령은 65세인데 대략 61세~67세 사이에 연금수급을 개시하며 국민연금과 퇴직연금을 합한 부분이 개인의 퇴직 후 소득의 약 60~80%를 차지하게 되어 보장수준이 높은 것이 특징이다. 또한 기본적으로 소득비례적인 사회보험 방식과 사회수당 방식이 결합되어 적정 수준의 노후 소득보장 제도로 기능하면서도 동시에 모든 국민의 기본적인 생활수준이 보장된다.

현행 스웨덴 국민연금제도는 다층(삼층)적으로 구성되어 있는데 이에 대해 보다 자세하게 살펴보면 다음과 같다. 1층은 전국민을 대상으로 하는 공적연금제도로 최저연금 수준을 보장하는 보증연금(Guarantee Pension), 개인 소득에 비례하는 소득연금(Income Pension) 그리고 수익연금(Premium Pension)의 3가지로 구성된다. 2층은 직역연금(Occupational Pension)으로 기업연금 혹은 사적퇴직연금의 성격을 지닌다. 스웨덴 직역연금은 개별 기업단위가 아니라 산업별 혹은 직역별 단체협약에 의해서 구성된다는 점이 특징으로, 일반적으로 협약연금이라고 부른다. 공공부문의 경우 중앙정부 종사자를 대상으로 하는 PA03, 지방정부 종사를 대상으로 하는 PFA가 있고, 민간부문에는 스웨덴 노동조합연맹(LO)에 가입된 기업의 종사자를 대상으로 하는 SAF-LO와 기타 기업 종사자를 대상으로 하는 ITP등의 4개의 제도로 구성되어 있다. 3층은 개인의 자발적 선택에 의해서 이루어지며, 공적연금의 보충적 기능을 담당하는 개인연금이 있다. 개인연금의 하나인 연금저축은 일반적으로 수급연령이 55세이며, 배우자 또는 자녀에게 상속하는 경우 상

속세를 면제하는 등의 조세혜택이 주어진다(정경희 외, 2011).

연금개혁 이후 기존의 기초연금(Basic Pension)과 소득비례연금(이하 ATP)로 구성되어 있던 연금체계가 보증연금(Guarantee Pension), 소득비례연금(Income Pension; 이하 IP), 수익연금(Premium Pension; 이하 PP) 체계로 개편되었다. 개혁 후의 과도기적 성격으로 인해 출생년도에 따라 소득비례연금, 수익연금, 보증연금의 수급이 달라지는데, 가령 소득비례연금의 경우 1937년 이전 출생자는 ATP만 수급하는 반면 1938년~1953년 출생자는 ATP와 IP를 수급하고, 1954년 이후 출생자는 IP만 수급하도록 되어 있다. 수익연금의 경우 1938년 이후 출생자만 수급하도록 되어 있는데 연령대별로 기존 ATP 제도 하에서 계산된 연금포인트와 새롭게 바뀐 IP제도 하에서 연금크레딧의 반영 비율을 다르게 설정하고 있다²⁰⁾.

스웨덴 공적연금제도 가입연령에는 상·하한에 대한 제한이 없으며 소득비례연금과 수익연금은 61세 이후, 보증연금(Guarantee Pension)은 65세 이후에 수급가능하다. 64세 이후에도 계속 근로를 하는 1938년 이후 출생자의 경우 계속해서 소득비례연금과 수익연금에의 가입기간을 연장할 수 있다. 소득비례연금과 수익연금의 급여액은 수급시점에서 누적된 연금수급권(Accumulated Pension Rights)과 투자수익의 합을 연금분할지수(Annuity Divisor)로 나누어 산출할 수 있는데 출생 코호트별로 기대수명이 다른 점을 반영해 연금분할지수(Annuity Divisor)는 출생년도별로 차이가 있다(예: 1954년생의 연금분할지수 > 1952년생의 연금분할지수). 소득비례연금의 경우 소득비례노령연금법(Income-Based Old-Age Pension Act)에 근거하여 연금분할지수(Annuity Divisor)를

20) 가령 1938년 출생자의 경우 ATP 제도 하에서 계산된 연금포인트의 80%, IP제도 하에서 연금크레딧의 20%를 수급하며, 1944년 출생자의 경우 ATP 제도 하에서 계산된 연금포인트의 50%, IP 연금크레딧의 50%를 수급함. 또한 1953년 출생자의 경우 ATP 제도 하에서 계산된 연금포인트의 5%, IP 연금크레딧의 95%를 수급하도록 되어 있음 (보건복지부, 2011)

결정하고 조정하며, 수익연금의 경우 스웨덴 연금청(Swedish Pension Agency)에서 연금분할지수(Annuity Divisors)를 결정한다.

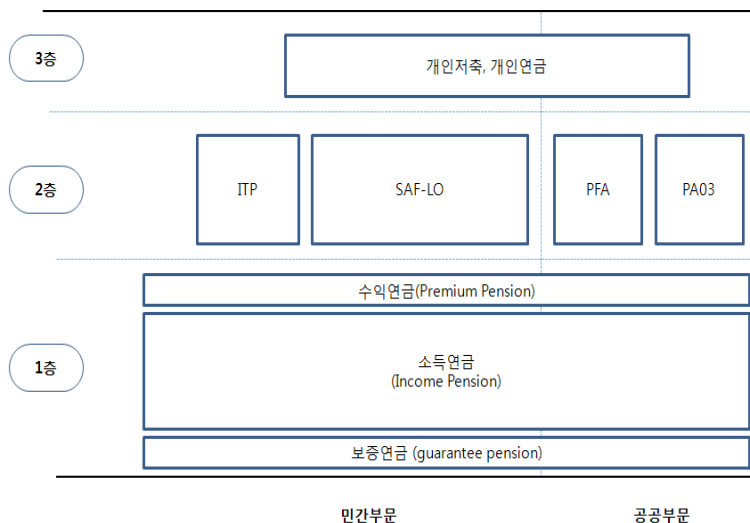
〈표 4-5〉 스웨덴 공적연금의 유형별 기여금(2009년)

(단위: 백만크로나)

	소득연금	수익연금	정부예산	합계
고용주 기여금	89,537	25,017	14,131	128,685
자영자 기여금	2,501	697	394	3,592
피용자 기여금	88,521	-	-	88,521
정부 기여금	23,632	3,847	-	27,479
정산 등 기타	-1,479	1,426	675	622
합 계	202,712	30,987	15,200	248,899

자료: Swedish Pensions Agency, Orange Report: Annual report of the swedish pension system 2009, (2010). 정경희 외(2011)에서 재인용.

[그림 4-6] 스웨덴 노후소득보장체계



자료: 정경희 외, 베이비붐 세대 실태조사 및 정책현황 분석, 2011.

2. 제도적 특성

이하에서는 스웨덴의 각 층별 연금제도 가운데 특별히 1층에 해당하는 공적 연금의 구성을 자세하게 살펴보도록 하겠다.

가. 보증연금(Guarantee Pension)

보증연금은 연금의 보장수준이 낮은 사람들의 노후생활보장을 위한 스웨덴의 기초연금제도이다. 2003년 연금개혁에 의해 새롭게 도입되었는데 앞서 살펴보았던 연금개혁으로 인해 소득비례연금 수급자들의 평균소득대체율은 하락한 반면 보증연금은 실질적으로 노후 최저생계를 보장하는 수준까지 상향조정되었다. 따라서 연금개혁 후 보증연금의 수준은 개혁 이전의 기초연금 수준보다 훨씬 높아진 셈이다.

스웨덴 국민 가운데 소득비례연금의 급여 수준이 낮은 사람들(최저보장연금 보다 적은 경우), 또는 소득비례연금을 받을 자격이 없는 사람들은 보증연금을 받을 수 있는데 개인이 소득비례연금과 최저보장 연금 가운데 금액이 더 많은 한 가지를 선택할 수 있도록 되어 있다. 보증연금의 재원은 기여에 의한 것이 아니라 전액 중앙정부의 조세재원으로 충당된다. 보증보험은 65세부터 수급이 가능하며, 2008년 기준으로 1943년 또는 그 이전에 출생한 자가 해당된다. 또한 보증보험을 급여삭감 없이 수급하기 위해서는 거주요건이 충족되어야 한다. 즉, 40년 이상 스웨덴에 거주한 사람으로서 65세 이상인 사람만 완전 보증연금의 수급자격 요건에 부합하게 된다. 그러나 스웨덴에 3년 이상 거주한 사람도 부분보증연금의 수급자격은 갖게 되며 거주기간이 길수록 수급액이 증가한다. 보증연금의 지급단위는 개인이기 때문에 남편이나 부인이 소득비례연금을 받더라도 추가로 받을 수 있다.

보증연금의 수급액은 매년 정부에서 정한 기본기준액에 각 연금에 대

한 상수를 곱하여 결정된다. 즉, 보증연금의 급여는 소득연금과 수익연금의 급여합계액이 독신인 경우 물가연동기준선(Price-related Base Amounts)의 3.07배, 부부의 경우 2.72배 이하인 경우에 지급한다. 2009년 기준으로 보증연금 급여지급의 기준선은 독신의 경우 월 10,950 SEK, 부부의 경우 월 9,701 SEK이다. 연금 수급액이 물가연동기준선의 1.26배인 월 4,494 SEK 이하인 경우에 최저보장급여 기준인 월 7,597 SEK에 부족한 액수를 보증연금의 급여로 지급한다. 연금액이 월 4,494 ~ 10,950 SEK 구간에 해당하는 경우에는 비율에 따라 보충급여액을 계산한다(정경희 외, 2011).

2008년 12월을 기준으로 보증연금 수급자의 수는 778,000명이며 그 중 1937년 이전 출생자가 607,000명으로 약78%를 차지한다.

〈표 4-6〉 스웨덴의 출생연도별 보증연금과 소득비례연금 수급 비율

	보증연금만	보증연금& 소득비례연금	소득비례연금만
1937년 이전 출생자	10%	43%	47%
1938 ~ 1943년 출생자	2%	24%	74%

자료: 국민연금공단·국민연금연구원, 스웨덴 연금협정과 연금개혁. 2009.

나. 소득비례연금(Income Related Pension)

소득연금은 과거의 확정급여방식의 법정소득비례연금(ATP)를 대체한 것으로 명목확정기여방식(Notional Defined Contribution)을 채택하고 있다. 명목확정기여란 확정기여방식과 동일하게 사전에 확정된 보험료를 각각의 개인계정에 적립하고, 개인계정에 축적된 보험료와 수익으로 급여를 지급한다. 그러나, 기존의 부과식의 재정운용을 유지하기 때문에

납입된 보험료는 실제 투자를 하는 것이 아니라 개인계정의 장부에 기록되고, 투자수익은 실제 투자수익이 아닌 사전에 결정된 이자율로 계산되어진다는 점에서 확정기여방식과 차이를 보인다. 결국 명목확정기여방식은 기존제도에 의한 연금수급자에게 급여를 지급하면서 동시에 가입자의 보험료 기여와 급여를 강하게 연계시키는 보험수리 원칙에 기초한 제도이다. 따라서 기존의 부과방식 제도와 새로운 제도간의 단절 없이 연금제도의 근본적 개혁을 가능하게 하였으며, 향후 인구구조의 변화와 경제성장의 결과에 따라 연금재정의 지출규모와 재정적자를 효과적으로 통제하는 제도이다(정경희 외, 2011).

소득비례연금은 스웨덴 공적연금제도의 가장 핵심적인 부분으로서 근로소득이 있는 근로자로서 일정기간 기여금을 납부한 사람이 대상자가 된다. 따라서 연금액은 본인이 근로기간 동안 납입한 기여금과 기여기간에 비례하여 결정된다. 이때 연금액 산정의 기준소득은 평생소득의 평균월액이며 이 기준소득에 대한 연금의 소득대체율은 50~60%이다. 각 개인의 연금액은 생애소득, 퇴직연령, 경제상황, 인구학적 상황(인구전망) 등에 의해 결정되며 연금에는 세금이 부과된다.

소득비례연금의 급여수준은 연금잔고를 연금분할지수(Annuity Divisor)로 나누어 계산되며, 수급 시 개인의 연령과 기대수명²¹⁾에 따라 적용되는 연금분할지수가 다르기 때문에 출생코호트별로 급여수준이 달라진다. 현재 소득비례연금(또는 과거의 ATP 연금) 수급자의 경우 2008년 12월을 기준으로 1,625,000명이며 2011년까지 매년 57,000~67,000명 정도 증가할 것으로 예상되고 있다(보건복지부, 2011).

한편 소득비례연금에는 상한액이 있는데 연금 월액의 상한액은 16,000크로나(약 2,160,000원)이다. 그러나 스웨덴의 경우 의료 및 노인복지서비스가 거의 무료로 제공된다는 점을 감안하면 연금액수는 결

21) 기대수명은 과거 5년간의 사망률을 기초로 산정되며, 남녀 모두 동일하게 적용

코 낮은 편이 아니다.

다. 수익연금(Premium Pension)

수익연금은 18.5%의 연금 기여금 중 의무적으로 2.5%를 본인이 선택한 기금에 투자해서 원금과 투자수익에 의해 연금을 받는 제도이다. 수익연금은 철저하게 시장방식으로 운용되기 때문에 각 개인이 투자자로서 투자에 따르는 위험을 감수해야 한다. 최저 급여액에 대한 별도의 보장도 존재하지 않으며, 급여액의 차이는 전적으로 개인의 책임이며 권리이다. 기여금이나 급여에 대한 정부의 세금공제혜택이나 보조금 역시 없으며, 정부의 규제는 운영수수료와 영업비용을 억제하는 것으로 제한되어 있다(국민연금연구원, 2009). 수익연금의 가입자는 1938년 이후 출생자로서 1995년 이후에 획득한 소득에 기초하여 국가연금제도에 서 연금크레딧을 획득한 사람이 대상이다. 1954년 이후 출생자의 경우, 연금크레딧은 연금적용소득(the Pension Base)의 2.5%이며, 1938년부터 1953년 사이의 출생자에게는 64세에 도달하는 연도까지 단계적으로 계산된다. 2008년 12월을 기준으로 수익연금 수급자의 수는 555,200명이며 매년 116,000~134,000명 정도씩 증가할 것으로 예상되고 있다(국민연금연구원, 2009).

스웨덴의 연금제도의 전체적인 업무는 중앙정부 사회보장청에서 관장하는데 다만 적립식개인계정연금(Premium Pension)의 경우는 재정부 산하의 적립식개인계정연금국(Premium Pension Authority)이 중개업무를 담당한다.

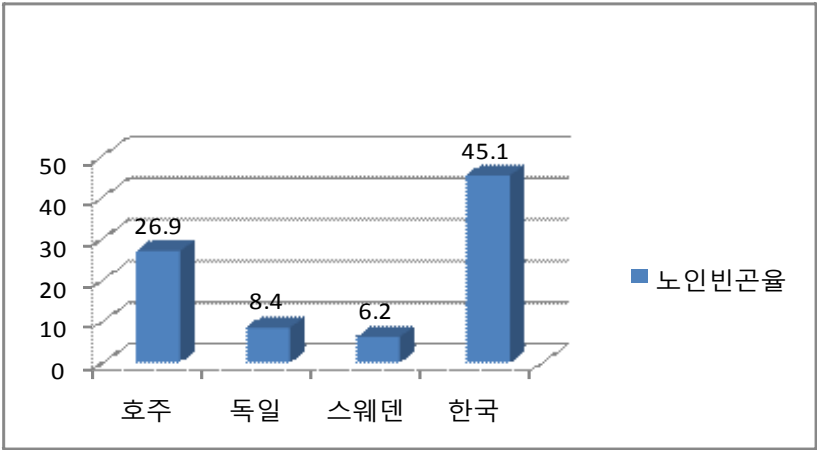
3. 노년기 소득 실태

비교적 안정된 노후소득보장 제도에 힘입어 스웨덴의 노년기 소득실

태를 보여주는 지표들은 타국에 비해 양호하게 나타난다.

스웨덴의 노인빈곤율은 본 연구에서 검토하는 호주, 독일 등과 비교해 낮은 수준일 뿐만 아니라 세계적으로 가장 낮은 수준이다. 뿐만 아니라 노년기 소득불평등을 나타내는 지니계수도 2000년대 후반 약 0.259인데 이는 우리나라 노인가구 소득불평등 지수인 0.409와 비교해 매우 낮은 수준일 뿐만 아니라 OECD 평균(0.299)보다 낮다. 한편 시계열적 차원에서 노후 소득불평등도를 살펴보면 1990년대 중반의 0.198에 비해 2000년대 후반에 이르기까지 증가하는 경향을 보이고 있다. 이는 90년대 연금제도 개혁 이후 소득비례적인 다층적 연금제도의 성격이 강화된 효과가 반영된 것으로 해석된다. 스웨덴의 노후소득보장 제도의 급여대체율 역시 53.8%로 본 연구의 비교대상 국가들에 비해 높은 수준이지만 OECD 평균 급여대체율인 60.6%에 비해 낮은 수준이다.

[그림 4-7] 노인빈곤율 국제비교



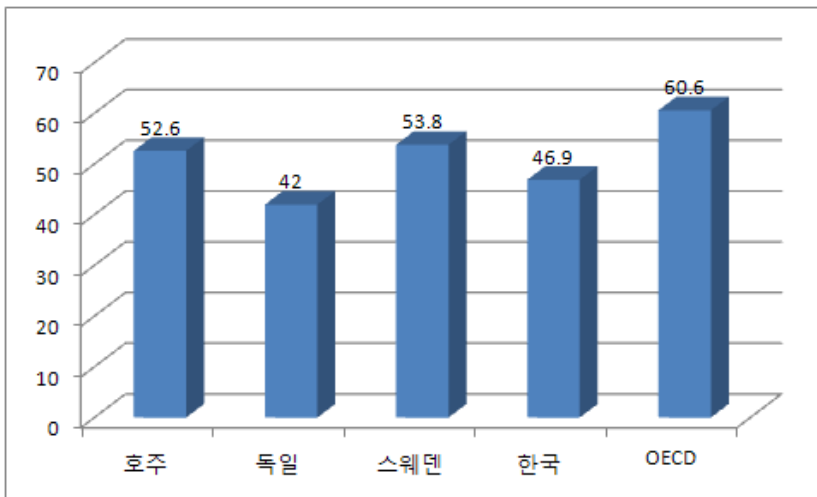
자료: OECD, 한눈에 보는 연금 2011, 소득빈곤비율-가족가처분 소득 중위값의 50%미만 소득 비중, 65+ 2011.

〈표 4-7〉 노인가구 소득 불평등(지니계수) 국제비교

	90년대 중반	2000년 초반	2000년 중반	2000년 후반
호주	0.26	0.308	0.303	0.328
독일	0.254	0.262	0.27	0.284
스웨덴	0.198	0.216	0.217	0.259
한국	-	-	0.393	0.409
OECD	-	-	0.294	0.299

자료: <http://stats.oecd.org/Index>

〔그림 4-8〕 총 연금 대체율(중위소득층) 국제비교



자료: OECD: 한눈에 보는 연금 2011, 소득계층별 총연금대체율, p.123.

4. 정책적 이슈 및 과제

스웨덴은 연금개혁 과정을 통해 점진적인 개혁보다는 근본적인 구조 개혁을 통해 항구적으로 작동하는 합리화된 연금제도를 선보였다. 즉 노후소득보장을 위한 저축기능과 함께, 장수의 위험(Longevity Risk)에 대비하는 연금가입자간 사회계약(즉, 단명자로부터 장수자로 연금자산의 이전)을 보장하고 있다. 국가에서 강제하는 개인연금이라 할 수 있는

프리미엄연금은 저축기능에 충실하다. 보증연금은 저소득 노인의 기초보장을 목적으로 하며 조세로 재원이 충당된다. 스웨덴 연금제도의 중추인 명목확정기여형(Notional Defined Contribution) 소득비례연금은 확정기여(DC) 방식으로서 기여와 급여의 연계성을 구조적으로 확보하여 고령화로 인한 추가재정부담 문제를 근본적으로 해결하였다(양재진, 2011).

그러나 동시에 스웨덴 연금제도는 개혁을 거치면서 예전과 달리 국가가 전적으로 책임을 지기보다 개인의 책임과 시장의 역할을 높인 것으로 성격이 전환되었다. 비록 보증연금의 부분이 강화되기는 했지만 소득비례적 성격을 증가시키고 특히 소득연금의 일부를 자본시장에 투자하도록 되어 있는 것 등은 이러한 경향성을 보여주는 것이다.

이는 스웨덴 연금의 낮아지는 소득대체율을 통해 여실히 증명된다. 유럽연합 발표자료에 따르면 스웨덴 연금수급자들의 급여는 유럽 국가 전체 연금수급자들의 평균 연금수준과 비슷한데 예를 들어 2008년도 기준 65세 정년으로 퇴직한 스웨덴 국민의 월정연금액은 그들이 받은 최종임금의 65% 수준인 것으로 밝혀졌다. 이러한 소득대체율은 2048년에 이르면 약 48% 수준으로 하락할 것으로 예견되고 있다. 결국 연금수준의 하락을 막기 위해서는 스웨덴의 연금수급권자들이 다층체계의 마지막 층인 사적연금에 더욱 많이 투자해야 한다는 것인데, 이는 궁극적으로 노후 소득불평등도의 확대에 기여할 것으로 보인다.

증가하는 고령인구 비율에 대처하고 연금의 재정안정성을 유지하기 위한 스웨덴 노후소득보장 제도의 성패는 세계의 관심사인데, 과연 연금제도의 안정화와 안정된 노후소득보장제도 확립, 노후소득불평등의 완화라는 여러마리 토끼를 어떻게 잡아갈 수 있을지, 그 해법을 찾는 것이 스웨덴 노후소득보장제도의 앞으로의 과제라고 할 수 있다.

제3절 적절한 보호서비스 제공

1. 역사

스웨덴 노인돌봄 서비스 제도는 1992년의 에델 개혁(ädelreformen)을 통해 시스템 개혁이 단행된다.

스웨덴에서 에델개혁을 단행하게 된 배경은 다음과 같이 요약해 볼 수 있다.

첫째, 지방자치단체 간 책임분담의 문제가 발생했기 때문이다. 보다 구체적으로 보건의료서비스와 복지서비스 제공의 책임분담에 관한 것인데, 과거 스웨덴의 보건의료서비스 실시 주체는 광역자치단체였던 반면 복지서비스 실시 주체는 기초자치단체였다. 각 서비스의 역할분담은 이와 같았던 반면 후기 고령층의 경우 보건의료와 복지서비스가 병행하여 발생하는 것이 일반적인 현상인데서 오는 혼란이 개혁 단행의 첫 번째 배경이었다.

둘째, 에델 개혁은 고령사회 대응 가운데서도 특히 ‘후기 고령층’ 증가에 대한 대응이었다. 돌봄과 요양을 필요로 하는 후기고령자의 증가 추세가 높아졌으며 이와 더불어 치매성 노인 등 수발을 필요로 하는 노인비율의 증가현상이 나타났고 이에 대처할 적절한 정책의 강화가 요구되었다.

셋째, 입원노인의 증가현상이다. 노인들 중 입원치료가 완료되어 퇴원을 해야 할 처지에도 이들을 받아들일 수 있는 복지서비스 시설의 부족, 서비스 분야의 업무 미숙 때문에 적시에 퇴원하지 못하는 상황이 반복되었고, 이로 인해서 사회적 입원환자의 증가라는 문제가 나타났다. 이러한 사회적 입원환자의 증가로 인해 급성환자를 위한 병상 부족의 문제와 국가 차원에서 의료비 과부담 문제가 야기되었다.

넷째, 서비스의 우선순위에서 밀려났지만 돌봄의 욕구를 가지고 있는 노인들에 대한 돌봄 문제가 제기되었다. 즉 시설로 보내질 정도는 아니지만 일상생활에서의 다양한 도움이 필요한 노인들의 경우 서비스의 사각지대에 놓이게 되었으며, 또한 이러한 노인들이 방치될 경우 쉽게 건강이 악화되어 궁극적으로 사회적 비용의 문제를 야기시키게 되었다.

이러한 배경에 힘입어 에텔개혁이 단행되었는데 개혁의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 소규모 시설화이다. 노인보건의료서비스와 관련된 모든 업무를 이전까지는 광역자치단체에서 담당해오던 것을 기초자치체인 코뮌이 관할하게 되었다. 이로 인해 그때까지 광역자치단체에서 운영하던 장기요양보호시설의 운영은 코뮌으로 이관되었는데 코뮌 단위의 요양시설에는 많은 사람을 수용할 필요가 없었으므로 시설을 소규모 시설로 재편하지 않을 수 없었다.

둘째, 고령후기 노인 중점주의이다. 에텔개혁에서는 노인복지 자원분배에 관한 기본방향을 전환하였다. 종전까지는 65세 이상 모든 노인에게 의료와 복지서비스의 혜택을 주는 소위 보편주의 정책을 펴 왔지만 80세 이상 후기 노령자에게 집중하여 복지서비스 혜택을 부여하는 방향으로 정책전환이 이루어지게 되었다.

셋째, 복지와 의료행정의 일원화이다. 에텔개혁 이후 후기고령층을 대상으로 하는 진료와 간병간호, 그리고 복지서비스에 관한 모든 업무를 하나의 행정체계 속에 통합시킴으로써 업무수행의 효율성을 높임과 동시에 노인복지비용도 감축시켰다. 에텔개혁 이전에는 재가노인과 시설입소노인에 대한 간병간호는 광역자치단체 산하기구인 지역진료소 책임하에 이루어졌으나, 개혁 이후부터는 기초자치단체가 업무의 책임을 지게 되었고, 지역진료소는 요청이 있을 때에 한해서 이를 지원하는 체제로 전환하였다.

넷째, 입원환자를 감소시키기 위해 에텔개혁에서는 노인들이 병원에서 의학적 치료가 완료되어 퇴원할 것을 통보받은 날로부터 5일 이내에 기초자치단체가 해당환자를 인도받도록 규정하고 있다. 만일 기초자치단체가 해당 기일내에 환자를 퇴원시키지 못할 경우에는 그날부터 퇴원하는 날까지의 입원비를 부담하도록 하고 있다. 입원비는 돌봄 서비스 비용보다 고액이기 때문에 기초자치단체 입장에서는 입원으로 인한 비용 부담을 하지 않기 위해서라도 퇴원수속을 서두르지 않을 수 없도록 하였다.

다섯째, 에텔개혁 이후 보건의료 부문 인력 가운데 광역자치단체에 속해 있던 간호사, 보조간호사, 물리치료사 등 약 5만 5천명이 기초자치단체의 직원을 전환되었으나 의사는 기초자치단체로 이관시키지 않았다.

마지막으로 노인 돌봄에 있어 이용자 중심주의 원칙의 적용이다. 즉, 서비스를 직접 제공받는 노인들이 자신이 이용할 서비스의 질과 양의 결정에 참여할 뿐만 아니라 현재 이용하고 있는 서비스의 내용 변경에도 관여하도록 하였다.

2. 제도적 특성

스웨덴에서 노인돌봄은 전술했듯이 지방정부가 주도하고 있다. 에텔개혁 이후 노인돌봄 제공의 기본 원칙은 시설돌봄을 최대한 지양하고 살던 환경에서 정상적이고 독립적인 생활을 최대한 지속가능하도록 보장하는 것으로 전환되었다. 이에 따라 자신의 집에서 최대한 케어와 일상생활 필요 서비스를 제공받을 수 있도록 서비스를 설계하고 있다.

가. 보건서비스

스웨덴의 보건의료 서비스는 영국과 마찬가지로 국가 보건제도(National Health Service)방식이어서 스웨덴에 거주하는 모든 사람들에게 무상의료가 제공된다.

의료서비스 전달체계는 1차의료기관의 주치의제도를 도입하고 있으며 환자는 1차 의료기관의 주치의에게 먼저 검진을 받는 것이 원칙이다. 모든 시민은 본인 거주지역 기초자치단체에 근무하는 의사 중 1인을 본인의 주치의로 선정한다. 주치의는 환자의 질병에 대한 간단한 치료서비스를 점검하되 검진 후 추가적인 치료가 필요하다고 판단되거나, 1차 의료기관에서 치료하기 어려운 질병의 경우에는 증상에 따라 2차 의료기관의 전문의에게 환자의 진료를 의뢰한다.

의료서비스의 제공은 중앙의 보건복지청이 결정한 정책에 따라 광역자치단체가 담당한다.

스웨덴 보건의료서비스 재정은 대부분 조세에 의해 충당되지만 서비스 이용자인 환자에게 일정금액을 방문 진료비로 지불하게 한다. 예컨대 의료서비스 이용자는 진료비와 약제비의 일부를 부담하는데 1차 진료 시에는 1회에 100~150크로나를 부담하며 입원했을 경우 식비를 포함해 1일 80크로나를 넘지 않는 선에서 본인부담을 한다. 한편 이러한 소액의 본인부담도 자주 진료를 받게 될 경우 큰 부담으로 작용할 수 있으므로 본인부담금은 최초 진료일로부터 1년안에 최대 900크로나를 넘지 않도록 상한선을 설정하고 있으며 약제비는 연간 1800크로나까지만 본인이 부담한다. 그 이상의 진료 및 약제비용은 모두 광역자치단체에서 부담하게 되어, 결국 진료비와 약제비를 모두 합한 의료비의 연간 최대 개인부담액은 2,700크로나이다.

노인의 의료서비스 역시 그 책임 주체는 광역자치단체이다. 노인의

재활치료도 모두 의료서비스에 속한다.

거동이 불편하여 자기 집이나 양로원에 머무는 노인은 간호사나 의사가 주기적으로 방문하여 간단한 의료서비스를 해주고 건강상태를 점검한다. 응급 시에는 의료진이 출동하기도 한다. 방문한 의사나 간호사는 간단한 치료뿐만이 아니라 건강상태도 점검한다. 이들은 재가노인복지서비스기관 도우미나 양로원 도우미와 정보를 교환하고 협력하면서 일을 한다. 방문 간호사나 의사는 공립이나 사립병원에 속해 있다. 공립과 사립의 병원들은 의사나 간호사를 통해서 노인에게 방문의료서비스를 제공하고 광역자치단체로부터 돈을 받는다.

노인이 병원에 입원한 경우 노인은 간병서비스도 받는다. 스웨덴에서는 모든 입원환자를 위한 간병서비스가 의료서비스에 포함되어 있기 때문에, 입원한 노인도 별도의 간병인을 둘 필요가 없다.

[그림 4-9] 스웨덴의 보건의료 서비스 조직도

	중앙정부	지방정부		
구분	보건사회부	기초자치단체/ 광역자치단체 연합회	21개의 광역자치단체	대학종합병원 종합병원 지역진료소
	사회복지청		290개의 기초자치단체	재가서비스, 요양원, 사회서비스
책임분야	<ul style="list-style-type: none"> • 법안제정 • 감독 • 성과평가 	<ul style="list-style-type: none"> • 재정 • 조직 • 집행과 책임 		

자료: 신필균, 복지국가 스웨덴, 2011에서 재인용

나. 노인복지서비스

스웨덴에서는 65세 이상 거동이 불편한 노인의 수발도 장애인의 경우와 마찬가지로 기초자치단체에서 주관한다. 이하에서는 노인들에게 제공되고 있는 복지서비스의 내용을 종류별로 살펴보고자 한다.

1) 주거복지

스웨덴의 노인이 생활하고 있는 주택 유형을 구분해 보면 개인 단독주택이나 공동주택, 임대주택, 양로원 등이 있다. 혼자서 생활하기 어려운 심한 장애가 있는 사람들을 제외하고는 대부분 자기 집에서 생활하는데, 여기서 자기 집이란 양로원을 제외한 단독주택, 공동주택, 임대주택을 말한다. 2007년 12월 말 기준으로 스웨덴 전국의 주택 수는 440만 채가 넘는데 그 가운데 아파트 형태의 공동주택이 240만 채이며 단독주택이 2백만 채로 거의 절반을 차지한다. 보다 자세히 분류해 보면 단독주택은 소유권이 보장되며(소유권 보장 단독주택) 임대주택은 임대 성격이면서 소유권이 인정되는 주택(소유권 인정 임대주택)과 그냥 임대주택으로 구분된다. 임대주택은 지방정부가 제공하는 공공임대아파트와 민간 건설업체가 제공하는 임대주택으로 나뉜다(신필균, 2011).

2) 수발서비스

다른 사람의 지원이 없이는 생활이 곤란한 노인들을 지원하며, 서비스의 수혜자는 65세 이상의 노인으로서 기초자치단체에 서비스 지원을 신청하여 서비스가 필요하다고 인정된 사람이다. 스웨덴의 노인보호서비스는 보호가 필요한 사람이 거주지 기초자치구에 보호를 요청하는 소위 ‘단일창구 제도’를 기본으로 하고 있다. 보호서비스 제공의 필요성 심사는 신청 내용과 서비스 제공 여부를 판단하기 위해 신청자 및 가족과의 면담, 그리고 필요한 정보 습득을 위한 전문가의 자문 과정을 거친다(김현숙, 2010). 서비스의 내용은 몸이 불편한 노인이 정상적인 삶을 누리기 위하여 지원될 필요가 있는 식사준비, 잠자리 봐 주기, 청소, 목욕, 빨래, 장보기, 산책보조, 병원동행, 외상환자 수발 등에 관한 모든 생활 관련 서비스들이며 의료서비스는 제외된다. 여기에는 일상적인 가사보조

서비스 뿐만 아니라 교통수단 제공, 발 관리, 음식물 배달, 경보장치, 주택개조, 장애인 지원 등 다양한 분야의 노인보호서비스가 포함된다.

시설급여의 수혜 여부는 의존성의 정도, 일상생활 수행능력, 인지능력 등에 의해 결정되며 일반적으로 재가급여서비스의 제공 여부를 결정하는 방식과 같이 기초자치구 서비스 관리자에 의해 소정의 심사 과정을 거친 후 결정된다. 그러나 세부적인 결정 방식 및 기준에 있어서는 기초자치단체 마다 다소 차이가 있다.

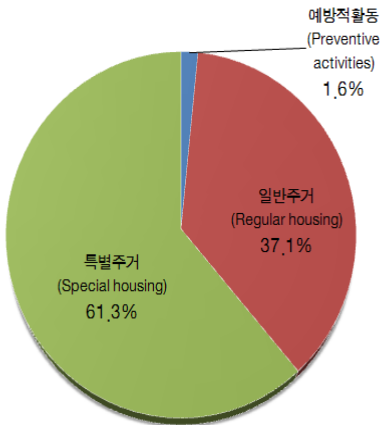
심사는 기초자치단체에서 진행되지만 노인이나 노인의 주변사람들이 여러 공립과 사립의 시설 중에서 서비스를 받을 곳을 선택하여 기초자치단체에 신청함으로써 노인의 선택권을 보장하고자 한다. 각 양로원과 주간보호시설, 재가노인복지서비스기관 등에 관한 다양한 정보는 인터넷이나 주변의 소문을 통해서 수집한다. 구청이나 군청의 홈페이지에는 각 시설에 대한 기본적인 정보는 물론, 기초자치단체가 평가한 결과, 서비스를 받았던 노인들이나 가족들의 만족도 등이 공개되어 있다. 노인들과 그 가족들은 이러한 정보를 바탕으로 자기에게 적합한 서비스시설을 선택하여 기초자치단체에 신청한다. 노인들의 서비스 요구를 접수한 기초자치단체의 노인복지과에서는 노인이 필요로 하는 서비스의 질과 양을 판정한다. 판정이 끝나면 노인들이 원하는 서비스 시설에 노인을 배정한다. 원하는 시설이 자리가 부족하여 노인을 받을 수 없는 경우에는 다른 시설에서 임시로 서비스를 받게 한다. 기초자치단체로부터 서비스 대상 노인을 배정받은 서비스 제공시설에서는 수발계획을 세운다. 계획서는 담당 직원이 서비스를 받을 노인을 방문하여 노인과 상의하여 작성하게 되며 서비스 시설은 기초자치단체로부터 노인에 대한 서비스를 요청받은 2주 이내에 계획서를 기초자치단체에 통보하고, 계획서에 따라서 서비스를 제공한다(박승희 외, 2008).

한편 스웨덴의 시설요양 체계는 종전에 서비스 주택(Service

Housing), 너싱홈(Nursing Home), 그룹홈(Group Home), 노인홈(Alderdomshem) 등으로 분화되어 있었으며 이들은 그 기능과 입소 대상자의 성격 등에 있어 차이가 있었다. 그러나 현재 이들 시설은 입소 목적의 노인 특별홈(Special Housing)으로 통합되었다.

재가노인복지서비스에 들어가는 모든 비용은 기초자치단체에서 부담하는 것이 원칙이다. 그러나 노인이 집에서 수발을 받고자 하면 노인본인이 월 1,600크로나 까지는 부담해야 한다. 재가노인복지서비스기관은 기초자치단체로부터 총 서비스 시간을 기준으로 요금을 받는다. 마찬가지로 시설급여 역시 기초자치단체가 부담하는데 서비스 공급 시설이 기초자치단체로부터 받게 되는 서비스요금은 각 노인이 필요로 하는 서비스 정도에 따라 결정된다(박승희 외, 2008). 아래 [그림 4-10]은 2007년도 기준 기초자치단체의 노인돌봄 관련 지출 비중을 보여준다. 전체 돌봄 지출 예산 중 61.3%는 특별홈 중심의 시설급여에 할당되고 있으며 37.1%는 일반 재가복지서비스, 그리고 1.6%는 예방적 활동에 배정되고 있다.

[그림 4-10] 스웨덴의 기초자치단체의 노인돌봄 지출비중(2007년 기준)



자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions. Developments in Elderly Policy in Sweden. 2009.

3. 노인의 돌봄 실태

<표 4-8>은 기초자치단체의 노인돌봄 사업 유형과 규모를 보여준다. <표 4-9>를 통해 비공식 돌봄에 대한 지원을 발전시키고자 한 스웨덴 기초자치단체의 의지를 엿볼 수 있는데, 지난 2000년을 관통하며 가족에 대한 지원을 제공하는 자치단체의 비율이 가장 큰 폭으로 늘어났음을 알 수 있다. 그밖에 대부분의 자치단체(90% 이상)에서 단기보호 또는 재택보호 서비스를 제공하고 있다는 점도 알 수 있다.

〈표 4-8〉 스웨덴 기초자치단체의 노인돌봄 사업유형과 규모

지원 유형	해당 사업 지원하는 기초자치단체 비율			
	2004	2005	2006	2007
서비스 개선 투자	73	78	90	95
가족지원 상담사	50		55	
단기보호	99	100	99	100
주간보호	92	92	93	94
재택보호	91	94	94	97
개별 상담	74	81	84	90
가족지지그룹	72	76	82	87
가족지지 센터	32	40	50	59

자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions. *Developments in Elderly Policy in Sweden*, 2009.

에텔개혁 이후 스웨덴의 노인돌봄 실태에서 가장 특징적인 점은 시설 입소가 감소추세로 돌아섰고 재택에서의 돌봄 서비스 규모가 늘고 있다는 점이며 특히 80세 이상의 후기고령층이 시설에 입소하지 않고 자가에서 돌봄지원을 받는 비중이 크게 늘고 있다는 점이다. <표 4-9>는 이러한 사실을 증명하는데 65~74세의 연소고령층의 경우 재택돌봄서비스 수혜비율에 큰 변화가 없는 반면 80세 이상의 노인층의 경우 2000년대 19%에서 2007년에는 23%로 증가 폭이 크다. 또한 <표

4-10>은 반대의 측면에서 이같은 경향성을 증명하는데 요양시설에 영구적으로 거주하는 사람들의 규모에 있어 전 노년층에서 비율이 감소하고 있으나 특히 80세 이상의 후기 고령층에서 감소 폭이 크게 나타나고 있다.

〈표 4-9〉 스웨덴의 일반 가정에서 돌봄 지원을 받는 사람들의 규모(2000~2007)

	2000		2004		2007	
	Number	%	Number	%	Number	%
65~74	17,476	2.4	16,800	2.2	19,600	2.4
75~79	21,778	6.4	20,200	6.4	23,100	7.4
80~84	33,265	13.4	36,300	13.7	39,800	15.9
85세 이상	52,805	27.1	59,000	27.3	70,900	29.5
65세 이상	125,324	8.2	132,300	8.5	153,700	9.6
80세 이상	86,070	19.0	95,300	19.8	110,700	23.0

자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions. *Developments in Elderly Policy in Sweden*, 2009.

〈표 4-10〉 스웨덴의 요양시설 거주자 규모

연령	2000		2004		2007	
	Number	%	Number	%	Number	%
65~74	10,870	1.5	8,700	1.2	7,900	1.0
75~79	16,718	4.9	12,800	4.1	10,850	3.6
80~84	28,280	11.4	24,900	9.4	21,000	8.5
85세 이상	65,437	27.7	58,400	27.0	55,200	24.4
65세 이상	121,305	7.9	104,800	6.7	95,232	6.2
80세 이상	93,717	20.7	83,300	17.3	76,100	16.0

자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions. *Developments in Elderly Policy in Sweden*, 2009.

4. 정책적 이슈 및 과제

에텔개혁은 고령인구의 증가와, 무엇보다 수명 연장으로 인한 ‘후기 고령층’의 증가에 대한 스웨덴의 정책적 대응의 결과였으며 스웨덴 노인돌봄서비스에 있어 구조적 전환을 가져온 계기가 되었다. 그 효과는 전술했듯 개혁 이후 입원환자 수가 대폭 감소함으로써 고령사회의 보건 의료 비용지출 절감을 이룰 수 있었으며 시설급여의 감소와 재택돌봄 서비스의 증가를 통해 비용절감 뿐만 아니라 노인들의 자립적 생활의지를 고취시킬 수 있었다.

반면 앞으로 스웨덴 정부가 노인돌봄에 있어 안고 가야 할 가장 큰 과제는 스웨덴 복지의 근본적 성격 변화에 관한 것이다. 돌봄 서비스 이용자의 권한 강화와 시장화는 보편주의적 권리로 인지되어 온 스웨덴 사회복지서비스의 근본적인 성격에 대한 포기라는 비판에 대해 근본적인 해답을 찾도록 해야 한다. 특히 사회복지서비스의 수혜가 특정 노인들에게 편중되는 경향을 보이거나 가족부양 우선의 원칙 아래 부양가족이 있는 노인은 복지서비스의 대상에서 제외되는 등 복지서비스 제공의 범위가 제한되고 있는 것 또한 사실이다. 따라서 기존 스웨덴 복지체계의 연대주의적, 보편주의적 원칙을 재정적 비용 절감과 효율화라는 과제와 어떻게 양립시켜 나갈 것인지는 여전히 숙제로 남는다고 하겠다.

제4절 사회참여활성화

1. 스웨덴 노인 사회참여의 특징

스웨덴 노인의 경제활동 참여율은 우리나라에 비해 낮지만 OECD 평균과 유사한 수준이며 독일과 같은 다른 유럽국가에 비해 높은 편이

다. 스웨덴이 비교적 안정되고 탄탄한 노후소득보장 제도를 갖추고 있다는 점을 고려할 때 노인인구의 경제활동 참가율이 높은 것은 이례적이다. 이에 대해서는 보다 심층적인 분석이 필요하지만 스웨덴 노인들의 적극적인 사회참여 의지와 삶에 대한 만족도를 고려할 때 우리가 그리는 바람직한 노화(예: 성공적 노화, 활동적 노화)의 상을 보여주는 측면이 있는 것 또한 사실이다.

〈표 4-11〉 스웨덴 노인인구의 경제활동 참가율

	2000	2005	2009	2010
호주	6.1	6.5	10.0	10.6
독일	2.7	3.4	4.0	4.0
스웨덴	10.2	9.9	12.5	11.9
한국	29.5	29.8	29.7	28.7
OECD	10.8	11.5	11.9	12.3

자료: OECDstats, *Employment/population ratio* 65+, 2010

스웨덴 노인들의 사회참여는 스웨덴 복지모형의 근간을 이루고 있는 스웨덴의 민주주의 전통과 무관하지 않다. 스웨덴 민주주의는 공동체주의와 합의주의적 문화에 기반하고 있는데 이러한 특성은 스웨덴 복지제도에 그대로 반영되어 지금의 보편주의적이고 연대주의적인 복지모형을 이룰 수 있었다.

스웨덴 노인들의 사회참여 역시 이같은 스웨덴식 민주주의 전통이 그 뿌리에 있는데 스웨덴 노인들의 경우 퇴직이후 작업장 중심의 사회관계가 단절되고 나면 전국적인 연금수급자 조직에 가입이 되어 이들 풀뿌리 조직을 중심으로 노년기 동안의 사회관계를 형성하고 여가활동을 비롯해서 사회적 이슈에 대한 대응 등 다방면적인 사회참여 활동을 전개하게 된다. 즉, 활성화된 민간단체가 노년기 사회참여 문화의 구심이 되고 있는 것이다. 이러한 대표적인 단체에 PRO(Swedish National

Pensioner's Organization)와 SPF(Swedish Pensioners' Association)가 있다.

PRO는 사회민주주의 정당과 노동운동 조직에 그 뿌리를 두고 있으며 SPF는 보수당 또는 중도당(Moderaterna)에 정치적 뿌리를 두고 있다. 또한 이들 조직은 조직원의 자율적 교육과 평생학습을 지원하기 위해 전국단위의 평생학습 전문단체인 ABF(Arbetarnas Bildningsförbund), Medborgarskolan 등과 연계해 자율적인 노년 학습을 지원하고 있다. 즉, 사회민주주의 정당과 노동운동 조직에 뿌리를 둔 노인단체인 PRO와 ABF가 연계되어 있으며 ABF 역시 평생교육에 있어 보다 평등주의적이고 연대주의적인 이념의 구현을 목적으로 제시하고 있다. 반면 보수당에 뿌리를 둔 노인단체인 SPF의 경우 Medborgarskolan으로부터 회원들의 교육 및 학습에 관한 지원을 받고 있는 등 민간단체의 정치적 색채가 명확하게 구분되는 특징을 가지고 있다.

특히 스웨덴식 노년기 사회참여는 ‘학습과 재교육’을 중심으로 한 사회참여로 특징지워질 수 있는데 이는 스웨덴의 발전된 시민교육에 그 뿌리를 두고 있다. 즉, 스웨덴에는 공교육기관 이외에도 자율적인 시민교육이 활성화되어 있으며 이는 스웨덴 국민의 삶의 수준 향상과 사회통합의 직접적인 기제가 되고 있다.

스웨덴에서는 19세기 후반과 20세기 초 사이에 새로운 사회운동이 광범위한 지역에 걸쳐 전개되었는데 가장 대표적인 세 가지 사회운동이 ‘노동운동’, ‘금주운동’, ‘자유교회운동’이며, 이들은 스웨덴의 정치적, 사회적 민주화를 이룩한 주요 원동력이 되었다. 한편 이들 운동이 전개되는 과정에서 ‘시민교육’이라는 대안교육 제도가 설립되었다. 시민교육은 자원봉사자들에 의하여 무상으로 진행되었고 ‘사람에 의하여, 사람을 통하여’ 진행된다는 특징을 갖추고 있었다. 시민교육의 목적은 개개인이 시민교육을 통하여 자신이 처한 상황은 물론 사회 전반까지도 스스로

바꿀 수 있는 방법을 익혀나가도록 하는 데 있었다.

당시 공교육 시스템은 상대적으로 비민주적인 형태를 띠고 있었고, 당국에 의하여 조직, 통제되었다. 더욱이 국민들 중에는 6년제 초등교육 이상의 학력을 갖춘 사람이 드물었다. 그러나 시민교육의 도입으로 스웨덴 교육계에 변혁이 일어났다. 시민교육 도입 이후, 이전에는 소수의 특권으로 여겨지던 독서, 토론 및 학습의 기회를 더 많은 사람들이 누리기 시작하였다. 또한 맞춤형 학습으로 학습자들의 요구를 정확히 충족할 수 있었다.

시민교육은 민주주의 강화는 물론 개인, 직장 및 사회 전반의 발전 등에 일조하며 자율성의 원리와 평등성의 원리를 구현하고 있다. 따라서 모든 시민들은 시민교육을 받을 권리가 있으며, 교육의 탈상품화(De-commodification)를 실현하고 있다. 이러한 시민교육의 대표적인 형태에는 ABF, Medborgarskolan과 같은 전국적인 교육연합회와 시민 고등학교(Folk High School) 등이 있다.

한편, 에텔개혁 이후 예방적 관점에서의 프로그램에 대한 관심이 증가했고 이에 따라 노인복지서비스의 제공 주체이자 기본단위인 기초자치단체를 중심으로 은퇴한 노인들 중 건강이 양호한 고령전기 노인들이 보다 적극적으로 사회활동에 참여할 수 있도록 유인하는 다각적인 정책이 강구되고 있으며 취미오락 프로그램, 사회봉사활동 프로그램, 학습 프로그램, 파트타임 취업 프로그램 등이 개발되었다. 그러나 그 비중은 미비하며 대부분의 노년기 사회참여 프로그램은 민간에 의해 주도되고 있고, 정부는 이러한 단체들을 적극적으로 지원하고 있는 것으로 볼 수 있다. 기초자치단체에서 직접적으로 노인들의 사회참여와 관련된 지원 프로그램을 실시하고 있는 비율은 타 제도(예: 돌봄서비스)에 비해 매우 미약한 수준이다.

반면 중앙정부 차원에서 노인관련 민간단체에 공공재원을 지원하고,

이러한 공공 재원은 단체를 운영하는 실질적인 재정원천이 됨으로써 사실상 정부의 역할을 민간의 역량 강화를 지원하고 이를 통해 자발적인 시민 참여 역량을 키워내는데 있다고 볼 수 있다.

〈표 4-12〉 스웨덴 기초자치단체의 노인 사회참여 관련 사업유형과 규모

지원유형	해당사업 지원하는 기초자치단체 비율			
	2004	2005	2006	2007
평생교육	32	33	38	69
여가 및 기타 복리 활동	12	18	35	48
자원봉사센터	-	-	26	30
기타 지원 사업	31	34	41	52

자료: Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Developments in elderly policy in Sweden*, 2009.

〈표 4-13〉 스웨덴 중앙정부의 평생학습기관 지원 규모(2011년)

조직 유형	지원 금액
학습조직(study circle)	174,760,392 euro
국민고등학교(folk high school)	168,190,570 euro
전국 성인교육기관 연합회	
운영비용	2,678,913 euro
사업비용(flexible learning)	903,602 euro
전국 성인교육기관 연합회 산하조직 지원	
Folkbildning net	568,738 euro
국민고등학교(folk high school) 정보서비스	776,034 euro
Folkbildning - 적극적인 시민의식 교육	106,306 euro
국민고등학교(folk high school) 학생권위원회	106,306 euro
총계	348,090,861 euro

자료: Folkbildningsrådet, *Facts on folkbildning in Sweden*, 2011.

2. 스웨덴의 대표적인 노인 민간단체 및 연계 학습기관

1) PRO(Swedish National Pensioner's Organization)

스웨덴의 가장 큰 규모의 연금수급자단체 PRO는 1942년도에 형성이 되었으며 전국 26개 지역에 1411개 지부를 두고 있다. 은퇴후 연금 생활을 하고 있는 사람이면 누구나 회원으로 가입할 수 있으며 국민들은 PRO를 통해 은퇴 후 단절된 사회적 관계를 대체할 새로운 사회적 관계를 형성하게 된다. 즉, 은퇴자들은 PRO를 통해 새로운 사람들을 만나며 자신의 취미생활을 개발할 수 있는 많은 기회를 갖게 된다.

PRO는 정치적으로 독립된 단체이지만 이념적 뿌리는 스웨덴 사회민주당과 노동조직에 두고 있다. 처음 이 기관의 이름은 스웨덴 연금수혜자 전국연합(Swedish Pensioners National Association) 즉 SNPA였으며 1965년에 명칭이 PRO로 변경되었다.

단체가 형성된 후로 회원 수는 급속히 늘어났다. 처음에는 총 7개의 기관에 5,000명의 회원이 가입되어 있었는데 그 중 3,400명이 Göteborg(예테보리)에 있는 단체 소속이었다. 이후 1945년에 회원 규모가 41,000명으로 증가했으며 1964년에는 200,000으로, 1974년에는 300,000명으로 증가했다. 2009년에서 2010년으로 넘어오는 해에는 회원수가 400,000명을 넘어선 것으로 기록되고 있다.

PRO는 회원들에게 즐거움과 건강을 찾고 자기개발과 교제를 할 수 있는 만남의 장을 제공한다. 회원들에게 보다 폭넓은 활동을 제공하기 위해 PRO에서는 전국 규모의 학습지원 단체인 ABF와 긴밀한 연계를 맺고 있으며 뿐만 아니라 자체 학습기관인 이싱에(Gysinge) 학교를 운영하고 있으며 회원들의 풍부한 문화 생활을 위해 독자적인 여행사 '그랜드 투어 주식회사(Grand Tours AB)도 운영하고 있다. 또한 PRO는 스웨덴의 가장 큰 규모의 연금수급자 조직으로서 연금수급자들의 이해

를 옹호하기 위한 다양한 여론활동을 주도해 나간다.

PRO의 회원들은 약 250~300KR의 연회비를 납부하게 되는데 개인이 소속된 기관에 따라 연회비에 다소간의 차이가 있다. 회원에게는 일년에 아홉 번 발행되는 잡지 PRO연금(PROpensionäre)이 한 부씩 배달되며 연회비에는 PRO기관에서 시행중인 사고보험 가입 가격이 포함되어 있는데 이는 PRO기관에 오가는 길이나 활동중에 일어난 사고에 대한 보험을 가입함으로써 회원의 안전을 도모하기 위한 것이다. 회원이 되면 PRO에서 제공하는 모든 클럽 활동에 참여할 수 있으며 이싱에 학교(Gysinge Folkhigschool : 성인 고등교육기관)에서 학습을 하거나 그랜드 투어 여행시 할인혜택이 주어진다. 스웨덴 노인복지정책의 특성은 강력한 지방분권형 노인복지, 노인보건과 케어 중심의 복지 정책, 발달된 노인단체와 역량있는 평생학습기관의 연계를 통해 노인 삶의 질 향상 기여로 요약 될 수 있다.

2) ABF(Arbetarnas Bildningsförbund)

ABF는 Arbetarnas Bildningsförbund의 약자로서 '노동자들의 교육 기관'이라는 뜻을 가지고 있다. ABF는 스웨덴에서 가장 규모가 큰 성인 평생 교육 기관이며 또한 가장 오랜 역사를 가지고 있는 기관이다. 명칭에서 알 수 있듯 사회적 혜택으로부터 소외된 노동자계층의 자율적 교육기관으로서의 소명을 가지고 1912년에 시작되었다. 정치 조직은 아니지만 노동운동의 이념적 토대를 공유하고 있으며 사회 민주당, 스웨덴 노동조합 연맹, 소비자조합에 의하여 설립되었다.

1912년 ABF 창설 당시, 스웨덴에는 이미 사회학습이 보편화되기 시작하였다. 노동운동 당시 이미 존재하였던 교육활동을 취합하여 ‘사회학습’이라는 새로운 형태로 개발한 것이다.

또한 스웨덴 전역에 걸쳐 강연 및 순회강연이 진행되고 있었다. 작

가, 교수, 운동가들이 사회학습 강연을 진행할 때마다 강연장은 사회학습에 목마른 서민들로 가득 차곤 하였다. 또한 19세기 말부터 일기 시작한 공공도서관 붐으로 많은 노동계층 서민들이 문학작품을 접하기 시작하였다. 사회학습 도입 당시 그룹 스터디 형식의 학습은 거의 진행되지 않았지만, 곧 가장 중요한 학습 형태로 자리잡았다. 1907년 의회는 학습동아리들이 구매한 도서를 향후 도서관에 기증하는 조건으로 이들에게 도서구매 보조금을 지급하는 법안을 제정하였다. 이 보조금은 국영 기관에 지급되었으며, 이를 바탕으로 근로자 교육협회인 ABF가 창설되었다.

ABF의 교육 방식은 ‘자율성’에 토대를 두고 있으며 개인들이 자율적인 의지로 조직한 다양한 ‘학습동아리(Study Circle)’를 지원하고 있다. 사람들은 다양한 학습 내용 및 목적으로 학습동아리를 조직하며 학습동아리들은 지역사회에서 일상적인 토론과 공론의 장으로 기능하고 있다. 학습동아리의 멤버들은 정기적으로 모임을 가지며, 특정 주제에 대하여 함께 연구, 의논, 실습을 진행한다. 주제에는 범위의 제한이 없으며 어떤 것이든 다 포괄될 수 있다. 예를 들어, 영어를 공부하거나 환경 문제를 논의하거나 기타를 치는 방법, 영화를 제작하는 방법 등 분야를 가리지 않고 구성원들의 의지에 따라 다양한 범위의 학습주제를 설정할 수 있다. ABF의 학습동아리에 참석하는 인원은 연간 약 75만 명에 이른다.

이러한 학습동아리의 밑바탕에는 일상적 삶속에서 민주주의를 구현하고자 하는 이념이 자리잡고 있으며 따라서 학습동아리와 같은 일상적 토론과 이슈제기의 장이 스웨덴 민주주의의 기틀을 형성했다고 해도 과언이 아니다. 현대사회의 정보 홍수 속에서 숲을 보는 안목으로 올바른 지식을 형성해 나가기 위해 스웨덴의 학습동아리들은 토론과 실습을 가장 중요한 학습 방법으로 채택하고 있다. 학습동아리는 약 8~12명으로

구성되며 누구나 학습동아리를 구성할 수 있다. 지역의 ABF 지부들은 개인들이 학습동아리를 구성해 커리큘럼, 강사, 장소 등에 대한 지원을 요청할 때 알맞은 정보를 제공하거나 연계시켜주는 등 지원 업무를 수행한다. 또한 스톡홀름에 위치한 ABF 중앙본부에서는 ‘학습동아리 리더’를 연계시키고 교육시키는 업무를 수행하며 학습동아리 리더 교육을 위한 프로그램을 지속적으로 개발 및 업그레이드하는 업무를 수행한다. 개별 학습동아리를 원조해주는 리더 역할을 하는 사람을 ‘학습동아리 리더(또는 촉진자)’(Study Circle Leader or Facilitator)라고 부르는데 리더들은 학습동아리를 이끌어가며 사실상 학습동아리의 성패를 좌우하는 중요한 역할을 맡고 있기 때문에 ABF 중앙본부에서는 다양한 수준의 학습동아리 리더들을 교육시키기 위한 과정을 개발하고 있다. 실제로 학습동아리 리더 교육 프로그램은 기초적인 수준에서부터 대학수준의 교육과정까지 다양하게 존재한다. ABF에 등록되어 있는 학습동아리 리더는 약 32,000명에 달한다. 이들 중 일부는 ABF의 직원으로서 여러 개의 동아리를 운영하고 있기도 하고, 다른 리더들은 여가 시간에 ABF의 회원기관, 관련 기관 또는 자발적으로 창설된 동아리를 운영하고 있다.

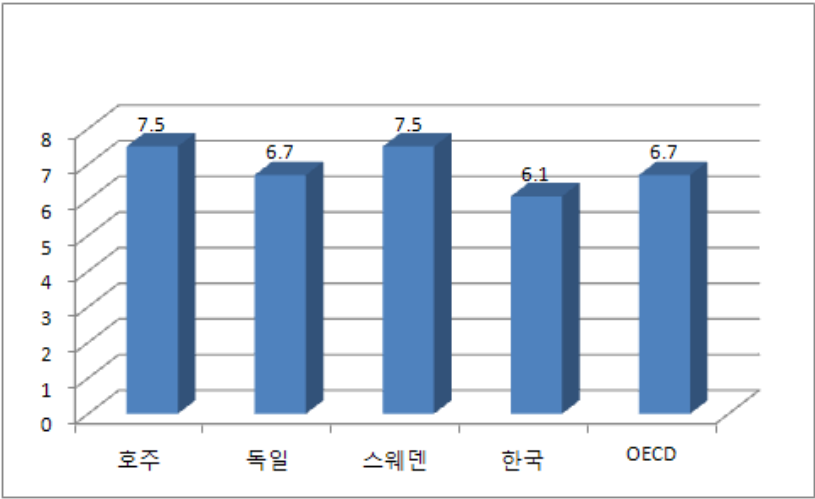
ABF 재원의 중앙정부, 광역지방정부, 기초지방정부의 보조금, 회원들의 회비와 참여자들의 회비 등으로 구성된다. ABF 중앙본부에서 수령한 중앙정부의 보조금은 각 ABF 지부에 프로그램 양에 따라 배분된다.

3. 정책적 이슈 및 과제

스웨덴의 노인 사회참여 모형의 특징은 한마디로 ‘자발적 민간역량강화와 이를 위한 정부지원’으로 정의할 수 있다. 정부가 노인들의 사회참여 활성화를 위해 직접적으로 제공하는 프로그램의 비율은 낮으며 연

금수급자 단체나 평생교육기관에 대한 간접적 지원을 통해 노년기의 적극적인 사회참여 활동을 유도하고 있다. 또한 이러한 모형 속에서 스웨덴의 노년층은 비교적 만족스러운 노후 삶을 보내고 있는 것으로 보인다. 노인의 삶의 만족도에 대해 국가별로 비교해 보면 스웨덴은 본 연구의 비교대상 국가 가운데 호주와 함께 노인 삶의 만족도가 가장 높은 국가이다.

[그림 4-11] 노년기 삶의 만족도 비교



자료: OECD, *How's Life? Measuring well-being*, 2011.

한편 이러한 스웨덴의 경험으로부터 비추어본 ‘스웨덴식’ 노인 사회 참여 모델이 가능하기 위해서는 몇 가지 조건이 필요하다

우선, 역사적으로 오랜 기간동안 튼튼하게 발전해 온 풀뿌리 시민사회 조직과 시민사회 역량이다. 둘째, 발전된 연금제도를 통한 노후소득 보장의 안정화이다. 스웨덴의 경우 노인 민간단체가 연금수급자를 중심으로 형성될 수 있었던 것은 기본적으로 연금의 사각지대가 협소하고 연금제도가 전국민을 포괄하기 때문이다. 우리나라의 경우 스웨덴식 노

인 사회참여 모델을 벤치마킹 하기에는 무엇보다 국가적 맥락과 배경에서의 차이가 선결되어야 할 것이다.

제5절 스웨덴의 고령화 대응정책의 특징과 함의

스웨덴의 고령화 대응정책이 우리사회에 갖는 의의는 다음과 같다.

첫째, 노인복지서비스 제공 업무의 효율화가 요구된다. 즉, 중앙, 광역, 기초자치단체 간의 기능적 특성에 따른 효율적인 업무분담구조가 필요하다. 보다 수요자의 욕구에 민감하게 반응해야 하는 서비스 제공의 업무와 규모의 경제를 살릴 수 있는 서비스 등을 분리해 적절하게 중앙정부와 지방정부간, 그리고 지방정부 내에서도 광역 자치단체와 기초자치단체의 역할분담 구조를 확립할 필요가 있다.

둘째, 노인복지서비스의 기본 단위로서 지방자치단체의 역할 강화가 필요하다. 노인복지서비스의 제공 주체로서 지방자치단체의 효율적 기능을 위해 지역간 편차를 완화시키는데 중앙정부가 개입할 필요가 있다. 스웨덴의 경우 지방정부간 노인인구대비 조세수입의 편차를 조정하기 위해 조세균등화 제도(Tax equalization system) 도입, 지방정부간 노인복지 서비스 제공자로서 균등한 역할을 보장하고 있다.

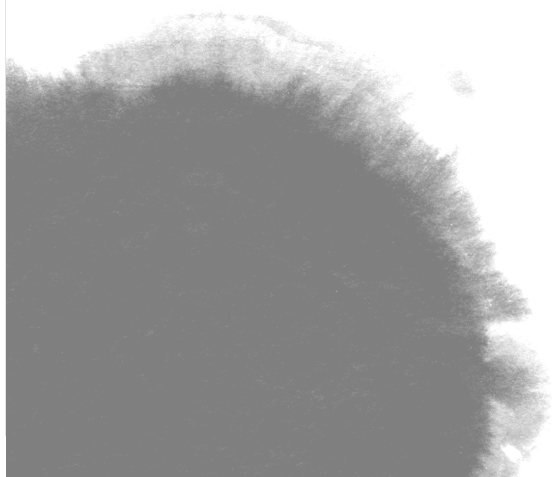
셋째, 노후 삶의 조직화 주체로서 발전된 노인복지 민간단체가 필요하다. 스웨덴의 경우 PRO 또는 SPF와 같은 연금생활자 단체가 지역별로 활동, 은퇴 후 작업장 중심의 인간관계 단절 이후 은퇴자들의 새로운 사회적 네트워크의 중심으로 기능을 하고 있다. 이러한 노인복지 민간단체는 전국 규모의 평생학습 지원기관과 연계를 통해 교육-사회참여 연계 모형이 구축되어있다. 또한 중앙정부는 평생학습 지원기관에 대한 재정 지원을 통해 이러한 모형이 뒷받침 되고 있다.

넷째, 후기 고령층에 대한 대응의 중요성이다. 스웨덴 에텔개혁은 사

실상 고령층 가운데 후기고령층의 증가에 대한 나름의 대응체계라고 봐도 과언이아니다. 우리나라는 현재까지 고령층 내에서의 구분 없이 통합된 정책적 패러다임을 마련하고 있으나 백세사회의 현실화가 예견되고 있는 상황에서 특히 의존성이 강한 후기 고령층의 자립역량 강화를 위한 정책 대응 기조를 마련해 나갈 필요가 있다.

05

결론



제5장 결론

제1절 종합

본 연구가 살펴본 호주, 독일, 스웨덴의 고령화에 대응정책을 정리해 보면 다음과 같다. 호주의 경우 점진적인 고령화와 비교적 안정적인 수준을 유지하고 있는 출산력과 활발한 이민정책을 기반으로 하여 고령사회에 대한 정책수행 인프라 구축과 다각적인 대응전략을 펴고 있다.

호주의 자유주의 복지국가로서의 특징은 노후소득보장체도에 분명하게 들어나고 있다. 자산조사에 의하여 저소득층 노인에게 노령연금을 제공하고 있으며, 제2층은 사적인 강제 퇴직연금으로 운영함으로써 국가의 개입을 최소화하고 있다.

반면 장기요양서비스는 일반조세에 기반하여 운영되고 있다. 그러나 최근 노인인구의 증가에 따른 보호서비스 비용의 증대에 대한 우려가 높아짐에 따라 서비스 이용자의 자기 부담을 증대시키고 서비스 제공체계를 효율화하려는 움직임이 강하게 나타나고 있다. 그럼에도 불구하고 서비스 이용에 있어서 대상자의 욕구에 대응하는 맞춤형 서비스를 제공하기 위한 다학제적 접근과 연속적 보호체계구축(Continuum of Care)과 지역사회보호우선의 기조는 강하게 유지되고 있다.

또한 경제활동의 경우 단선적인 은퇴에서 점진적인 은퇴로 변해가고 있으며 고령인력의 활용제고와 은퇴시점의 연기를 유인하는 방향으로 노후소득보장체도를 구축해가고 있다. 한편 호주 전체가 활발한 시민

사회참여 경험을 갖고 있는 국가이기 때문에 노인들 또한 자원봉사 활동, 시민참여활동이나 여가활동을 활발히 하고 있는 것으로 나타났다.

이러한 정책적 대응의 결과로, 재정지출 규모에 비하여 전체 인구의 삶의 수준과 주관적인 만족도는 높은 것으로 나타났지만 노인의 경우 상대적으로 소득 영역에서 약점을 노출하고 있다. 즉 노인의 소득대체율은 69.7%로 독일이나 스웨덴에 비하여 낮으며 노인빈곤율 또한 독일이나 스웨덴보다 월등히 높은 수준이고, 전체 연령의 빈곤율의 2배 이상의 규모에 달하고 있다.

또한 타 국가에 비하여 시설보호율이 높는데 이는 일정 기간 동안 시설보호가 급증하였던 것에 기인하는 것으로 지속적으로 재가서비스를 강화하는 정책방향을 지향하고 있으므로 향후 완화될 것으로 기대된다.

독일의 경우 이미 초고령사회에 진입하고 있고 출산력 수준이 낮아 급격한 고령화가 향후도 지속될 것으로 전망되고 있어 고령화에 대한 대응이 매우 적극적으로 이루어져야 하는 국가이다. 낮은 출산력 수준은 보수적인 성역할규범이 지배적이었기 때문이며, 통일 후 경제적인 압박 등으로 인하여 출산률 수준이 계속 낮은 수준을 유지하고 있다. 경제적인 활력은 유지하고 있으나 재정적 지속성은 다소 불안정하고 국민의 행복도가 상대적으로 낮은 국가로 평가되고 있다(김용하 외, 2011).

노후소득의 대체율이 91.5%로 높으며 노인빈곤율도 전체 인구에 비하여 낮은 수준을 보이고 있다. 그러나 재정적 지속가능성을 제고하기 위한 다양한 제도개선 결과 최근 빈곤문제가 심화되고 있는 것으로 나타나 정책적 관심을 요하고 있다.

한편 고령자의 경제활동참가율은 상대적으로 낮은 국가로 개선이 필요한 상황이다. 이러한 맥락에서 급격한 고령화에 따른 노동력 부족 문제에 매우 적극적으로 대응하고 있어 여성퇴직연령 상향 조정, 조기연

금접근 제한, 수령액 개선, 기타 조기퇴직프로그램 접근 등 다양한 퇴직 연장 장려책을 펴고 있다.

고령화에 따른 장기요양보호를 사회적 위협으로 규정하고 세계에서 제일 처음으로 노인장기요양보험을 도입하였다는 데서 독일이 갖고 있는 복지국가로서의 특징이 분명히 들어난다. 다수의 노인의 경우 경제적인 문제가 해결 될 경우 여유를 즐기며 여러 가지 활동을 하고 있으며, 이에는 독일에서의 종교단체를 중심으로 한 기부와 봉사활동이라는 기반이 긍정적으로 작동하고 있다.

스웨덴은 매우 점진적으로 고령화를 경험해온 국가로 출산력 수준이 인구대체수준보다 많이 낮지 않은 등 향후도 인구고령화가 급격하지는 않을 것으로 전망된다. 북유럽형 사민주의 복지국가로서의 특성으로 인하여 조세중심의 높은 복지지출을 하고 있으며 고부담-고복지와 경제성장의 선순환구조가 정착되어 있다. 그 결과 국민행복도나 복지충족도 등이 상위권이다.

노후소득보장제도는 최저소득보장을 수반한 명목확정급여방식을 갖고 있어 공적 요소를 통하여 최저 수준과 적절한 노후소득을 동시에 보장하려 노력하고 있다. 건강과 장기요양과 관련해서도 일반조세를 통하여 서비스를 제공하고 있다.

성평등을 국가의 목표로 설정하고 있고 그 결과 성평등지수가 가장 높은 국가이며 OECD 행복지수도 높은 성과를 갖고 있고 노인의 빈곤율도 6.2%로 호주나 독일에 비하여 월등히 낮다. 그러나 인구 전체의 빈곤율인 5.3%보다는 높은 수준으로 스웨덴에서 노인이 타 연령보다 더 높은 복지수준을 누리고 있다고는 볼 수는 없다.

한편, 고령연령층의 고용률이 호주나 독일에 비하여 매우 높아 노동시장에서의 연령차별이 매우 완화된 국가로 보여지며 다양한 사회참여 활동도 이루어지고 있고, 특히 고령자의 이익을 옹호하기 위한 다양한

민간단체의 활동이 활성화 되어있다.

〈표 5-1〉 국가별 고령화 대응정책의 특성 비교

	호주	독일	스웨덴
인구고령화	고령화 사회	초고령사회	고령사회
	점진적인 고령화	상대적으로 빠른 고령화	점진적인 고령화
	출산력 수준이 양호하고 이민 활발	출산력 수준이 낮아 급격한 향후도 고령화 우려	출산력 수준이 낮지 않아 향후도 고령화는 급격하지 않을 것임.
복지지출	지출수준이 그리 높지 않음	사회보험중심의 복지지출	조세중심의 높은 복지지출
노후 소득보장제도 ¹⁾	자산조사형 1층 + DB형 강제퇴직연금 2층	자산조사형 1층 + 포인트형의 공적 2층(의무가입)	최저소득보장을 수반한 명목확정기여방식
	급여대상 (65세 이상)의 78%	급여대상 (65세 이상)의 2%	급여대상 (65세 이상)의 55%
	1층의 급여액: 평균소득의 23.7% 목표	급여액: 평균소득의 20.3% 목표	급여액: 평균소득의 16.3% 목표
	순연금 대체율: 58.9%(여자: 56.9%) ^{a)}	순연금 대체율: 57.9	순연금 대체율: 53.6%
	노인소득: 전체인구 소득의 69.7%	노인소득: 전체인구 소득의 91.5%	노인소득: 전체인구 소득의 82.0%
	퇴직연장 장려책 - 여성 퇴직연령 인상 조정 - 수령액 개선 - 기타 조기퇴직 프로그램 접근	퇴직연장 장려책 - 여성퇴직연령인상 조정 - 조기연금접근 제한 - 수령액 개선 - 기타 조기퇴직 프로그램 접근	퇴직연장 장려책 - 정규퇴직연령 연장 - 완전연금보험기여 기간 연장 - 수령액 개선 - 연금제도에서 민간저축의 확대 필요
장기요양보호 ²⁾	재원: 일반조세	재원: 사회보험 (별도의 장기요양보험)	재원: 일반조세 (public long-term care)
	급여방식: 현물급여	급여방식: 현물+현금급여	급여방식: 현물급여

	호주	독일	스웨덴
	대상: 전연령 대상, ACAT에 의한 사정으로 대상자 선정	대상: 전연령 대상, 평가에 의한 대상자 선정	대상: 전연령 대상
	사용자 부담: 지불능력에 따른 부담	사용자 부담: 급여상한 초과액(시설급여는 숙식비 별도)	사용자 부담: 지자체가 설정한 분담액
	장기요양비용 지출: GDP 대비 1.19%	장기요양비용 지출: GDP 대비 1.35%	장기요양비용 지출: GDP 대비 2.89%
	<ul style="list-style-type: none"> - 구조개선정책의 확립 - 조정과 평가 개선 - 지불제도에 대한 대책 - 공급과 질에 대한 대책 - 비용최소화를 위한 서비스 혼합 - 서비스 구매와 비공식적 보호자를 위한 이전소득 	<ul style="list-style-type: none"> - 조정과 평가 개선 - 지불제도에 대한 대책 	<ul style="list-style-type: none"> - 구조개선정책의 확립 - 지불제도에 대한 대책
경제활동 ¹⁾	퇴직 유인효과가 소득과 무관하게 일정	하위/중간소득자가 근로를 지속할 동기가 적은 국가	하위/중간소득자가 근로를 지속할 동기가 적은 국가
	저소득고령인력에 대한 고용급여 인상 교육 및 훈련 프로그램 적극 수행	교육 및 훈련 프로그램 적극 수행	교육 및 훈련 프로그램 적극 수행
다양한 사회참여활동	시민 참여 활발	시민 참여 활발	시민 참여 활발

주: a) 남자와 여자가 다름. ()은 여자의 대체율임

자료: 1) OECD, *Pension at a Glance*, 2011.

Casey et al., *Policies for an Ageing Society*, 2003.

2) OECD, *Long-term Care for Older People*, 2005.

〈표 5-2〉 국가별 삶의 질 현황

	인간개발지수 순위(2011) ¹⁾	성평등 지수 ¹⁾	OECD 행복지수 ²⁾
호주	2	18	5(0.618)
독일	9	7	14(0.638)
스웨덴	10	1	4(0.734)
한국	15	11	25(0.475)
OECD 평균	-	-	-

주: ()안은 지표 수치임.

자료: 1) UNDP, *Human Development Report*, 2011.

2) 김용하 외. OECD 국가 행복지수 산정에 관한 연구, 2009.

〈표 5-3〉 국가별 경제현황 및 공공지출 현황

	경제활력 지표 ¹⁾	재정지속 지표 ¹⁾	재정적 지속가능성 지수 순위 ²⁾	소득의 적절성 지수 순위 ²⁾	공공지출 규모 ³⁾ (GDP 대비)	노인분야 지출 ³⁾ (GDP 대비)
호주	7 (0.600)	3 (0.791)	7	6	16.0	4.3
독일	9 (0.590)	18 (0.570)	14	4	25.2	8.7
스웨덴	16 (0.543)	22 (0.550)	10	7	27.3	9.0
한국	12 (0.575)	4 (0.775)	12	19	7.6	1.6
OECD 평균	0.535	0.612	-	-	-	-

주: ()안은 지표 수치임.

자료: 1) 김용하 외, OECD 국가의 복지지표 비교연구, 2011.

2) Jackson, Howe, and Nakashima, *The Global Aging Preparedness Index*, 2010.

3) OECD. *Social Expenditure - Aggregated data*

〈표 5-4〉 국가별 노인의 생활 현황

	복지수요 지표	복지충족 지표	자살률(명/10만명)			빈곤율		
			전체	65~74세	75세 이상	전체	아동	65+
호주	11 (0.651)	26 (0.444)	10.2	11.8	10.6	12.4	11.8	26.9
독일	23 (0.514)	13 (0.664)	9.2	18.6	29.7	11.0	16.3	8.5
스웨덴	9 (0.728)	4 (0.741)	11.1	18.0	20.3	5.3	4.0	6.2
한국	17 (0.593)	28 (0.363)	21.5	59.8	97.3	14.6	10.2	45.1
OECD 평균	0.608	0.578	12.6	-	-	10.6	12.4	13.3

주: ()안은 지표 수치임.

자료: 보건복지가족부, OECD 사회통계지표, 2009.

〈표 5-5〉 국가별 공적연금 수급연령과 노동시장 은퇴연령

국가	연금수급개시연령 ¹⁾		실제은퇴연령 ¹⁾		55~64세군의 고용률(% ²⁾	장기요양보호율 ³⁾
	남자	여자	남자	여자		
호주	65	63	64.4	62.2	56.6	- 재가: 5.3% - 시설: 14.7%
독일	65	65	62.1	61.0	51.3	- 재가: 3.9% - 시설: 7.4%
스웨덴	65	65	65.7	62.9	70.1	- 재가: 7.9% - 시설: 9.1%
한국	60	60	71.2	67.9	60.6	-
OECD평균	-	-	63.5	62.3	-	-

자료: 1) OECD, *OECD Labor Force, 1989~2009*, 2011.

2) OECD, *Society at a Glance*, 2009

3) OECD, *Long-term Care for Older People*, 2005.

이렇듯 고령화에 대응하는 정책이 모든 분야에 있어 복지국가유형별로 정형화되어 있지는 않다. 선별주의와 보편주의가 혼재되어 있기도 하며 영역별도 상이한 정책기조를 갖고 있기도 하다. 그러나 노후소득보장제도는 가장 복지국가로서의 특징이 분명하게 들어나는 정책영역이다. 노

후소득보장제도가 가장 처음 발달된 복지정책이기 때문일 것이다. 반면 장기요양보호서비스는 그 국가의 고령화 속도와 수준, 가족형태의 변화 등이 더 큰 영향을 미치고 있는 것으로 보인다. 한편 여가 및 시민사회 참여 등은 세 국가에서 공통적으로 활발하게 나타나고 있는데 이는 이들 국가에서는 일정 수준 이상의 노후소득이 보장되어 있고 청장년기부터 시민사회참여와 다양한 여가활동이 체화되었기 때문인 것으로 판단된다.

제2절 미래 전망

본 연구에서 살펴본 호주, 독일, 스웨덴은 고령화와 관련하여 어떠한 변화를 경험할 것이며, 그러한 변화에 대하여 어느 정도 준비가 되어 있는가를 살펴봄으로써 각 국가가 갖고 있는 장단점이 분명히 보여질 것이며, 한국에 갖는 시사점도 도출될 수 있을 것이다.

2010년 미국의 전략연구소(CSIS)에서는 각국의 고령화 사회에 대한 대처 능력을 평가하기 위해 GAP 지수(Global Aging Preparation Index)를 개발하여 20개 국가에 대한 지표점수와 순위를 발표한 바 있다²²⁾. GAP 지수는 재정적 지속가능성 지수(Fiscal Sustainability Index)와 소득적합성 지수(Income Adequacy Index)로 구성되어 있다. 재정적 지속가능성은 노인에 대한 공적지출과 재정적인 여력의 변화 추위, 노후소득중 공적 급여의 비중을 감안하여 산출되었고, 소득의 적절성 지수는 총소득 변화 추이, 소득의 취약성 추이, 가족지원의 변화 추이를 반영하여 산출되었다. 관련 자료는 <표 5-6>~ <표 5-11>에 제시되어 있다.

22) 본 지표는 계량화를 통하여 국가간 비교가 가능하다는 장점을 갖고 있는 반면 재정적인 지속가능성에만 초점이 두어져 있다는 점에서 한계를 갖고 있음.

본 지표에 의하면 호주는 재정적 지속가능성 지수는 7위이며 소득의 적절성 지수는 6위로 비교적 균형잡힌 준비가 가능한 국가로 평가되었다. 한편 독일의 경우는 소득의 적절성 지수는 4위로 높지만 재정적 지속가능성 지수가 14위로 나타나 재정적 지속가능성이 고령화와 관련된 정책적 과제를 알 수 있다. 스웨덴의 경우는 소득의 적절성 지수 순위는 7위, 재정적 지속가능성 지수 순위는 10위로 중간 정도 수준을 유지하고 있다. 반면 한국의 경우 재정적 지속가능성 지수 순위가 12위이고 소득의 적절성 지수 순위는 19위로 최하의 수준을 보이고 있어 두 가지 문제를 동시에 해결해야 하는 상황으로 나타났다.

〈표 5-6〉 국가별 노인에 대한 공적지출의 변화 추위(2007~2040)

국가(순위)	노인에 대한 공적지출				‘07~’ 40 기간중 공적지출의 증가
	GDP 대비 %				GDP 대비 %
	‘07	20	30	40	‘07~’ 40
호주(8)	8.9	10.7	12.9	14.9	6.0
독일(14)	15.8	17.3	20.0	21.7	5.9
스웨덴(7)	15.7	16.6	18.1	19.2	3.5
한국(15)	3.4	7.5	11.0	14.1	10.7

자료 Jackson, Howe, and Nakashima, *The Global Aging Preparedness Index*, 2010.

구체적인 미래전망을 정리해보면 다음과 같다. 호주의 경우 재정적인 여력은 20개국중 7위로 나타났다. 전제 정부 세입은 GDP 대비 35.7% 수준으로 2040년에는 40.6%에 달할 것으로 전망된다. 또한 노인에 대한 공적급여는 동 기간중 GDP의 26.0%에서 42.5%로 급증할 것으로 전망되었다. 순 공적 부채는 2040년에는 GDP의 73.9%에 달할 것으로 보인다.

한편 독일은 재정적인 여력이 매우 악화될 것이라는 부정적인 전망이 나왔다. 정부 세입은 2007년 현재 GDP 대비 43.9%에서 2040년

47.5%로 큰 변화가 없지만 노인에 대한 공적급여는 36.3%에서 48.8%로 급증하며 부채는 GDP 대비 127.2%에 달할 것으로 전망되는 상황 이어서 국가의 재정적인 여력을 강화하기 위한 정책이 우선적으로 이루어져야 할 것이다. 이를 위하여 공적 연금의 급여수준을 저하하여야 한다는 제안이 있다(Jackson, Howe, and Nakashima, 2010).

스웨덴은 재정적인 여력은 20개국중 7위로 나타났다. 전제 정부 세입은 GDP 대비 56.3%로 매우 높은 수준이지만 2040년까지 그리 큰 증가는 없을 것으로 전망되고 있다. 또한 노인에 대한 공적급여는 동 기간중 GDP의 29.9%에서 35.5%로 약간 증가할 것으로 전망되었다. 순 공적 부채는 2007년 현재 -25.0%에서 2040년에는 GDP의 17.8%로 증가할 것이지만 다른 국가에 비하여 매우 낮은 수준이다.

한국의 경우는 2040년에 전제 정부 세입이 GDP의 42.3%로 지금보다 9%포인트 증가하지만 노인에 대한 공적급여는 동 기간중 GDP의 12.0%에서 46.6%로 급격히 증가할 것이며, 순 공적 부채는 2040년에 GDP의 87.4%에 달하는 규모로 급증할 것으로, 즉 정부 세입도 증가하지만 공적 부채 또한 급증할 것으로 전망되어 재정적인 여력이 10위 수준이다.

〈표 5-7〉 국가별 재정적인 여력의 변화 추위(2007~2040)

국가(순위)	전제 정부 세입				노인에 대한 공적급여의 비중		순 공적 부채			
	GDP 대비 %				% of GDP		% of GDP			
	'07	'20	'30	'40	'07	'40	'07	'20	'30	'40
호주(7)	35.7	36.6	38.7	40.6	26.0	42.5	-6.6	-1.1	1.3	73.9
독일(15)	43.9	43.9	45.8	47.5	36.3	48.8	42.9	54.7	56.7	127.2
스웨덴(8)	56.3	55.1	56.3	57.4	29.9	35.5	-25.0	-12.9	-14.1	17.8
한국(10)	33.3	36.4	39.4	42.3	12.0	46.4	-35.8	-33.4	-36.8	87.4

주: 공공 급여의 증가액을 모두 세금 증가로 마련한다고 가정

자료 Jackson, Howe, and Nakashima, *The Global Aging Preparedness Index*, 2010.

노후소득에서 공적 급여가 차지하는 비중 또한 변화가 있을 것으로 전망되고 있다. 호주는 노후소득중 공적 급여가 차지하는 비중이 현재 건강급여 제외시 34.4%, 포함시 43.1%에서 2040년에는 각각 29.3%와 41.2%로 감소할 것으로 파악되고 있으며 공적 급여를 10% 감소시킬 때 빈곤가구될 노인가구는 6.2%로 비교적 공적급여가 미치는 영향이 큰 것으로 나타났다. 종합하면 급여의존도 순위는 7위로 상위권이다.

독일은 노후소득중 공적 급여가 차지하는 비중이 현재 건강급여 제외시 47.0%, 포함시 54.5%로 그 규모가 매우 크다. 동 비율은 2040년에는 각각 36.1%와 47.2%로 감소할 것으로 파악되고 있으며 공적 급여를 10% 감소시킬 때 빈곤가구될 노인가구는 5.9%이다. 이를 종합하면 급여의존도 순위는 11위로 중위권이다.

스웨덴은 노후소득중 공적 급여가 차지하는 비중이 현재 건강급여 제외시 44.0%, 포함시 53.6%로 독일과 함께 그 규모가 매우 큰 상태이다. 동 비율은 2040년에는 각각 41.3%와 52.8%로 약간 감소할 것으로 파악되고 있다. 즉 현재의 공적 급여의 비중은 독일과 스웨덴이 비슷하지만 제도 개선의 진행에 따라서 독일은 약 10%포인트 정도의 감소가 이루어지는 반면 스웨덴은 3%포인트 내외의 축소만 이루어져 향후 30년 후 양 국가의 노인의 경험할 노후소득급여의 안정성에는 차이가 있을 것으로 예견된다. 한편 공적 급여를 10% 감소시킬 때 빈곤가구될 노인가구는 5.1%이다. 이를 종합하면 급여의존도 순위는 15위로 하위권이다.

한국은 현재는 노후소득의 공적 급여의 비중이 30% 미만이지만 2040년에는 건강급여 제외시 34.4%, 포함시 45.9%로 증가하여 후주보다 높은 수준을 보일 것으로 전망되고 있다. 또한 공적 급여를 10% 감소시킬 때 빈곤가구가될 노인가구는 0.7%에 불과한데, 이는 공적 소득보장체계가 노인빈곤 해소에 큰 역할을 하고 있지 못함을 보여주는 것이라 하겠다.

〈표 5-8〉 국가별 노후소득중 공적 급여의 비중(2007~2040)

국가 (순위)	노후소득중 공적 급여의 비중								공적급여 10% 감소시 빈곤가구될 노인가구의 비율
	건강급여 제외				건강급여 포함				
	'07	'20	'30	'40	'07	'20	'30	'40	
호주(7)	34.4	29.2	29.0	29.3	43.1	39.5	40.3	41.2	6.2
독일(11)	47.0	39.2	36.1	37.1	54.5	47.8	45.2	47.1	5.9
스웨덴(15)	44.4	43.5	41.3	42.1	53.6	52.6	51.2	52.8	5.1
한국(4)	21.1	30.4	32.8	34.4	29.9	40.9	44.0	45.9	0.7

자료: Jackson, Howe, and Nakashima, *The Global Aging Preparedness Index*, 2010.

한편 노후소득의 적절성과 관련된 전망을 국가별로 살펴보면, 노인과 비노인간의 경제적 자원의 배분실태와 관련해서는 호주의 경우 노인의 소득은 비노인의 1.04배이며 2040년에는 동 비율이 1.20에 달할 것으로 전망되고 있다. 또한 독일의 경우는 현재 1.31배에서 1.48배로 증가하는 등 호주와 독일은 동 기간 중 비노인 대비 노인 소득 비에 있어 증가폭이 클 것으로 전망되었다.

반면 스웨덴은 현재는 1.26배로 독일과 큰 차이를 보이고 있지 않지만 2040년에는 1.28로 독일과 큰 차이를 보일 것으로 나타났다. 이렇게 호주, 독일, 스웨덴은 비노인 대비 노인의 소득의 규모가 크지만 한국은 노인소득이 비노인 소득의 81% 수준에 불과하다. 또한 동일 기간 중 비노인 대비 노인의 소득의 규모는 더욱 더 감소하여 79%에 불과할 것으로 전망되었다. 즉 경제적 자원에 있어 노인의 열악한 위상은 계속 악화될 것으로 보여 노후소득 증대를 위한 정책적 개입이 적극적으로 이루어져야 할 것으로 판단된다.

〈표 5-9〉 국가별 노인의 상대적 소득규모(2007~2040)

국가 (순위)	비노인 대비 노인 소득비 (건강급여 포함, 세후소득)				'07-' 40 기간중 비노인 대비 노인 소득비의 변화(%)
	'07	'20	'30	'40	
호주(7)	1.04	1.09	1.14	1.20	15.7
독일(5)	1.31	1.43	1.48	1.48	13.0
스웨덴(4)	1.26	1.21	1.27	1.28	1.8
한국(20)	0.81	0.82	0.79	0.79	-3.1

자료 Jackson, Howe, and Nakashima, *The Global Aging Preparedness Index*, 2010.

자원의 세대간 분배를 살펴보는 앞의 지표와는 달리 중산층의 생활수준이 공적 소득보장제도에 의하여 어떠한 영향을 받고 있는가를 살펴보는 취약성 지표는 노인군층의 비노인층의 중위소득과의 비교크기, 기간 중 변화 경향성, 노인빈곤율로 구성된다.

건강급여를 제외한 세후 소득을 기준으로 한 비노인 대비 노인의 중위소득비를 살펴보면 호주는 2007년 0.89로 1미만이며 2040년에도 0.93으로 비슷한 수준을 유지할 것으로 나타났다. 또한 노인빈곤율도 20.9%로 노인층의 소득 취약성이 크며 현재의 체계로는 개선되기가 어려운 상황인 것으로 파악된다.

독일은 현재 비노인 대비 노인의 중위소득비가 1.05로 1을 넘고 있어 중산층 노인의 삶이 안정적인 국가임을 다시 한번 확인시켜주고 있다. 노인 빈곤율은 9.8%이다. 반면 스웨덴은 비노인 대비 노인의 중위소득비가 현재 0.94이며 이 수준은 계속 유지될 것으로 나타났고 노인 빈곤율은 5.5%로 낮다. 즉 독일이 중산층 중심의 성향을 보여준다면 스웨덴은 보편적 복지라는 기초를 통하여 거의 모든 소득계층에게 일정 수준 이상의 소득을 보장해주고 있음을 볼 수 있다.

한국의 경우 비노인 대비 노인의 중위소득비가 0.59로 매우 낮을 뿐만 아니라 향후도 개선될 여지가 없는 것으로 전망되었고 노인빈곤율이 36.2%로 매우 높다. 즉 모든 소득계층에서 노후소득의 취약성이 존재

하고 있어 개선을 위한 다각적이고 적극적인 대응이 요구된다.

〈표 5-10〉 국가별 노후소득의 취약성(2007~2040)

국가 (순위)	비노인 대비 노인의 중위소득비 (건강급여 제외, 세후 소득)				07' 40 기간중 비노인 대비 노인 중위소득비의 변화(%)	노인빈곤율
	2007	2020	2030	2040		
호주(7)	0.89	0.85	0.88	0.93	4.6	20.9
독일(5)	1.05	1.04	1.04	1.04	-0.9	9.8
스웨덴(4)	0.94	0.92	0.94	0.94	-0.8	5.5
한국(20)	0.59	0.57	0.53	0.52	-13.2	36.2

자료 Jackson, Howe, and Nakashima, *The Global Aging Preparedness Index*, 2010.

노후소득의 적절성과 관련된 마지막 지표인 가족지원 실태를 보면 호주의 경우 노인중 16.2%가 성인자녀와 동거하고 있어 독일이나 스웨덴과 같은 서구국가에 비하여 높은 수준이다. 또한 생존자녀는 현재 3.0명에서 2040년에는 2.0명으로 감소할 것으로 전망되고 있다. 독일은 노인중 성인자녀와 동거하고 있는 비율이 8.4%이며 생존자녀수가 2.1명이지만 2040년에는 급감하여 1.4명이 될 것으로 추계되었다. 스웨덴은 노인중 성인자녀와 동거하고 있는 비율이 4.1%로 매우 낮지만 생존자녀수에는 큰 변화가 없을 것으로 전망되었다.

반면 한국은 노인중 성인자녀와 동거하고 있는 비율이 37.2%로 매우 높지만 생존자녀수가 향후 3.6명에서 1.8명으로 급감할 것으로 전망되었다. 이는 공적 소득부장의 미비함을 보완해주던 사적 이전이 그 역할을 하지 못할 것임을 보여주는 것으로 공적 노후소득보장체계의 개선이 매우 시급함을 다시 한번 확인시켜주고 있다.

〈표 5-11〉 국가별 가족지원 가용성(2007~2040)

국가(순위)	노인중 성인자녀와 동거하고 있는 비율	생존자녀수		
		'07	'40	변화
호주(16)	16.2	3.0	2.0	-1.0
독일(17)	8.4	2.1	1.4	-0.7
스웨덴(12)	4.1	2.1	2.0	-0.2
한국(11)	37.2	3.6	1.8	-1.8

자료 Jackson, Howe, and Nakashima (2010). The Global Aging Preparedness Index 2010.

이러한 전망에 기초할 때 호주는 비교적 고령화에 대응능력이 높은 국가로 노인빈곤 문제 해결이 요구되며, 건강관련 비용의 증대에 적극대처해야 할 것이다. 독일은 소득의 적절성 수준은 높지만 재정안정성에 문제가 있어 급여수준을 조정해야 할 것이며, 동시에 출산력의 저하 등과 같은 고령화 속도를 저하시킬 수 있는 정책적 개입이 요구된다. 마지막으로 스웨덴은 노후소득의 적절성은 상위에 속하지만 재정적 지속가능성은 상대적으로 낮아 재정안정화를 위한 조정 작업이 요구된다.

위에서 살펴본 미래전망은 현재의 정책구조를 유지한다고 가정하고 있으며, 주로 재정적인 지속가능성에 초점을 두고 이루어진 것이다. 따라서 각 국가가 현재의 문제진단에 기초하여 어느 정도로 적극적인 대응을 해가는가에 따라서 각 국가의 미래는 앞서 제시된 미래 전망과 동일할 수도 달라질 수도 있는 것이다. 또한 본 전망은 사회문화적인 측면에서의 고령화 대응 준비도에 대한 검토는 실시하지 않았다는 한계를 갖고 있다. 각 국가가 고령화 및 고령자에 대하여 갖고 있는 태도와 인식 등에 의하여 고령화 대응능력이 달라질 수 있기 때문에 각 국가의 사회문화적인 특성에 대한 고려 또한 미래 전망시 고려되어야 할 것이다.

제3절 정책적 함의

호주, 독일, 스웨덴의 고령화에 대한 정책적 대응 검토를 통하여 나타난 제 특징이 한국에 갖는 정책적 함의를 정리해보면 다음과 같다. 첫째, 한국의 노후소득보장체계가 재정적 안정성이나 소득의 충분성이라는 모든 측면에서 부족하여 노후소득보장체계의 개선이 매우 시급하다. 국가별로 정도의 차이와 정책적 강조점의 차이는 크지만 모든 복지국가 유형에서 모두 적절한 노후소득을 제도의 재정 안정성 확보와의 균형을 찾으려 노력하고 있다. 특히 노인빈곤 문제가 심각한 우리나라의 경우 재정적인 유지가능성만 고려할 경우 노인빈곤 문제가 강화될 위험이 있음에 유의하여야 할 것이다.

더불어 안정적인 노후소득보장을 위해서는 다층적 노후소득보장제도의 구축 뿐만 아니라 근로환경의 개선과 연동하여야 효과를 얻을 수 있다. 따라서 향후 근로환경의 개선이 좀 더 적극적으로 이루어져야 할 것이다.

또한 공적 제도만으로는 충분한 노후소득을 확보하기 어려우므로 사적인 요소가 갖는 중요성이 커질 것이다. 그러나 사적연금의 경우 안정성 및 신뢰성 확보를 위해서는 공적인 개입이 요구된다.

둘째, 적절한 보호서비스 제공을 위해서는 지역사회에서의 보호가 최대한 가능한 체계 구축이 필요하다. 호주의 경우 비교적 연속적인 보호서비스가 제공될 수 있는 서비스 연계(의료와 보호서비스, 급성과 보호서비스)체계를 구축하고 있음에도 불구하고 지속적인 개선노력이 경주되고 있음을 눈여겨 보아야 할 것이다.

한편 모든 국가에서 재가요양을 강조하고 있다. 이는 시설거주시 발생하는 다양한 문제가 있을뿐만 아니라 시설인력의 부족문제도 경험하게 되기 때문이다. 재가보호는 높은 전문성을 요구하지 않기 때문에 공

식서비스 인력과 부양가족이 나누어 서비스를 제공할 수 있다. 이러한 맥락에서 서비스 대상자인 노인과 가족의 요구를 포괄적으로 파악하고 반영하는 체계를 구축하는 작업 또한 필요하다.

셋째, 노동시장의 변화 성역할의 변화 등으로 인하여 은퇴는 점진적인 형태를 갖고 있으며, 이러한 과정 속에서 고령자의 경제활동 활성화가 요구된다. 이를 위해서는 정부가 공공정책의 근로유인성을 강화함과 동시에 장기적 관점에서 우리사회의 연령차별적 관행 철폐 노력을 선도해야 할 것이다.

더불어 교육수준의 향상과 사회문화적 변화에 따른 고령층의 적극적인 사회참여 및 여가활동 욕구에 대응해야 할 것이다. 호주, 독일, 스웨덴의 경우 모두 안정적인 소득과 청장년기 때의 다양한 사회여가활동 참여경험을 기반으로 하여 비교적 다수가 활기찬 생활을 영위하고 있다. 그러나 한국의 경우 고령화에 따라 그 중요성이 증대하는 사회적 자본의 증대를 위해서는 ‘자발성(주체성)’을 강조하는 문화적인 변화가 요구되며 국제적으로 참여적 접근과 활동적 노화가 강조되고 있는데 비하여 사회문화적인 환경은 이러한 특징이 구현되기 어려운 상황이다. 즉, 당분간은 노인이 갖고 있는 교육수준이 높지 않고 우리사회의 특성상 시민사회참여나 여가활동의 경험이 많지 않기 때문에 공공의 역할이 일정 기간 이루어져야 할 것이다. 노인을 대상으로한 사회교육에 있어서 공적 기반의 적극적인 활용, 자원봉사 활성화 관련 정책적 개입 등이 대표적인 것이다.

참고 문헌

- 강창현(2006). 스웨덴 노인보건복지개혁 이후의 딜레마: Ader 개혁의 평가.
- 곽효문(2000). 호주의 노인복지정책에 관한 연구. 교수논문집(4). pp.337-366.
- 국민연금공단 국민연금연구원(역)(2009). 스웨덴 연금협정과 연금개혁 (譯) *The Swedish Pension Agreement and Pension Reform*.
- 국민연금연구원(2007). 외국의 공공부조방식 노후소득보장제도.
- 김근홍(2006). 노인 그리고 독일의 고령화 정책 개혁. 대한건축학회, 5. pp.27
- _____(2005). 독일 노인복지 정책의 신자유주의적 변화 - 아젠다 2010 을 중심으로-. 한국노인복지학회, 노인복지연구, 29, pp.41-69.
- _____(2004). 수발보험도입의 전개와 주요 제도내용에 대한 정책적 시사점-독일수발보험의 전반적 내용분석을 중심으로-. 사회복지정책(18). pp.83-104.
- 김대철(2007). 스웨덴, 독일 공적연금제도의 급여자동조정장치(Automatic Balance Mechanism) 비교. 국제사회보장동향, 2007여름호, pp.55~63
- 김미혜, 이석미(2007). 독일과 네덜란드의 장기요양제도에 관한 연구-현금급여와 가족수발자를 중심으로-. 사회복지정책(31). pp.369-396.

- 김성숙(2007). **기초노령연금 감액방식 검토**. 국민연금연구원.
- 김영문(2003), **독일의 고령자고용법제**. 고령사회와 고령자고용의 법적 과제, 한국법제연구원
- 김용하, 임성은, 윤강재, 우선희(2011). OECD 국가의 복지 지표 비교연구. 한국보건사회연구원.
- 김인춘(2007). **스웨덴 모델, 독점자본과 복지국가의 공존**. 삼성경제연구소.
- 김현숙(2010). **1992년 Adel 개혁 이후 스웨덴 노인복지서비스 제도의 변화에 대한 연구**. EU 연구, 27, pp.181-212.
- _____(2005). **독일 노인복지정책의 신자유주의적 변화**. 한국노인복지학회, 29, 가을호, pp.41~69.
- _____(2006). **노인 그리고 독일의 고령화 정책 개혁**. 건축, 12, pp. 27-30.
- 남찬섭(2002). **한국복지체제의 성격에 대한 경험적 연구-에스핑엔더슨의 기준을 중심으로-**. 상황과 복지(11), pp.163-202.
- 문형표(2005). 고령화와 노후소득보장. 한국개발연구원.
- 박종희(2003). 독일에 있어서 정년제와 고령자고용. 고령자고용과 정년제의 법적과제. 한국법제연구원
- 박승희 외(2008). **스웨덴 사회복지의 실제**. 양서원
- 박재간·손화희(2008). 영국과 스웨덴의 노인복지정책. 학지사
- 배준호, 호주의 개혁과 시사점. <http://blog.naver.com>.
- 백석인(2006). **스웨덴의 노인복지제도와 정책**. 스칸디나비아 연구, 7, pp.53-85.
- 삼성경제연구소(2008). 『고령화정책의 우선순위 분석』
- 석재은(2008). **한국장기요양서비스의 복지혼합: OECD국가들과의 비교적**

- 접근. 사회보장연구. 24(4). pp.197-228.
- _____(2000), 노인의 소득원 구성과 공·사 역할분담 분석. 한국사회복지학회, 한국사회복지학회2000년도 춘계학술대회자료집
- 손혜경(2010). 스웨덴의 노령연금제도. 한국노동연구원, 국제노동브리프12월호, pp.67-74.
- 송근원·김태성(1995). 사회복지정책론. 나남출판.
- 송형석(2009). 독일의 생활체육 육성정책과 스포츠클럽. FES-Information-Series.
- 신동면·양기근(2003). 고령화 사회의 노인고용정책 방향에 관한 연구. 한국노년학, 23(3). pp.111~128
- 신상환(2003). 독일 건강보험의 현대화 및 개혁법안, 월간법제2003. 10
- 신필균(2011). 복지국가 스웨덴. 후마니타스.
- 신현중(2010). 남유럽국가들의 복지국가로의 발전 양상: 문화적 특성, 국민의 복지인식 및 복지지출규모를 중심으로. 한국사회와 행정연구, 20(4), pp.239~268.
- 양재진(2011). 스웨덴 연금제도의 이해와 쟁점 분석. 연세대학교 사회과학연구소 사회과학논집, 42(1) p.105~129.
- 오영희, 이윤경, 선우덕, 유혜영, 오지선(2009). 장기요양 등급외자 관리를 위한 보건복지서비스 연계방안. 한국보건사회연구원, 저출산고령사회연구센터.
- 유호선(2007). 독일과 일본의 장기요양보험제도 하의 재가서비스 공급 체계에 대한 복지혼합분석-역사제도주의적 관점에서. 사회보장연구, 23(3).
- 유재남(2009). 영국, 독일, 호주의 노인장기요양보호에서 케어매니저먼트체계 비교분석. 노인복지연구(43). pp.381-406.

- 윤희숙 외(2010). 노인장기요양보험의 현황과 과제. 한국개발연구원.
- 이연희(2008). 호주의 노인보호서비스. 국제 사회보장동향, pp.60-74.
- 이용갑(2009). 독일의 공적 장기요양보험개혁논의와 2008년 개혁: 우리나라 노인장기요양보험의 안정적 정립을 위한 시사점. 사회복지정책. 36(4). pp.291-317.
- _____(2009). 지난 20년간 독일 공적 건강보험 개혁과 시사점. 보건사회연구, 29(2), pp.186-212
- _____(1998). 노인사회와 노인에 대한 의료보장-독일의 '사회적 간병 및 보호보험'을 중심으로, 사회복지리뷰 3권 pp. 145~164
- 이용하(2011). 『인구고령화 및 소득양극화에 대응하기 위한 독일 연금 정책의 동향』, 국민연금 출장보고서
- 이윤식, 배귀희, 윤종현(2008). 영국과 호주의 중앙정부 정부개혁에 관한 소고 - 역사적 신제도주의적 관점을 중심으로. 한국공공관리학보 22(4), pp.385-420.
- 이인호(2006). 노인수발보험제도의 국가 간 비교와 시사점. 사회복지개발연구. 12(2). pp.175-204.
- 이정우(2004). 독일 국민연금제도의 개혁동향과 정책적 시사점. 한국사회정책, 11, pp.59~103
- 이준영(2007). 독일 장기요양보험개혁의 합의-개인별장기요양지원금(PGB) 시범사업의 배경과 결과-. 사회복지정책(31).
- _____(2004). 독일 의료보험개혁(2003)의 동향과 쟁점, FES-Information-Series
- 임춘식 외(2005). 외국의 고령사회대책 추진체계 및 노인복지 정책분석, 보건복지부.
- 정경희, 남상호, 오영희, 이소정, 이윤경, 정홍원 외 (2011). 베이비 붐 세대 실태조사 및 정책 현황 분석. 보건복지부·한국보건사회연

구원.

정경희, 이윤경, 이소정, 이은진, 조혜현(2008). **국제적 관점에서 본 고령화 대응 현황과 과제**. 한국보건사회연구원.

조영훈(2010). **캐나다 복지국가의 유형 검토*—에스핑-안데르센의 분류를 중심으로**. *Social Science Research Review Kyungshung University*. 26(4). pp.351~369.

조성한, 임재현, 주재현, 한승준(2006). **사회복지정책론**. 서울:법문사.

최봉석(2005). **독일의 노인복지서비스법제에 관한 비교법적 고찰**. 한국토지공법학회, 29.

최은영 외(2005). **OECD국가의 노인장기요양서비스체계 비교와 정책적 함의**. 한국보건사회연구원.

크리스토프 헬베르거(2007). **고령화 사회에 대처한 독일 사회복지정책의 개혁방안**. 한국사회복지학회 창립 50주년기념 2007세계학술대회 자료집

통계청(2006). **장래인구 추계 결과**

Aged and Community Service Australia(2011). *Productivity Commission Report on Caring For Older Australians Initial Analysis and Assessment of Recommendations*.

Australian Government(2011). *Australian Government Directory for Older People*.

_____ (2010). *Intergenerational Report 2010*.

_____ (2007). Country Report. *High-level Meeting on the Regional Review of the Madrid International Plan of Action on Ageing*. 9~11 October 2007. Macao. China.

Australian Institute of Health and Welfare(AIHW)(2009). *Australia's Welfare*.

-
- (2007). *Older Australia at a Glance*.
- Borowski and Olsberg(2007). "Retirement Income Policy for a Long-lived Society". in Borowski, Encel, and Ozanne (eds.), *Longevity and Social Change in Australia*, UNSW Press. pp.189-218.
- Borowski, Encel, and Ozanne (eds.), *Longevity and Social Change in Australia*, UNSW Press.
- Bahle, T.(2003). *Changing Uninstitutionalization of Social Services in England and Wales, France and Germany : Is the Welfare State on the Retreat?*, Journal of European Social Policy, 13(1).
- Bode, I.(2003a). "The creeping disorganization of welfare capitalism or what is the future of Germany's social sector?" Review of Social Economy, 61(3)
- _____(2003b). "Flexible Response in Changing Environments: The German Third Sector Model in Transition", Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 32(2)
- Bode, I. Evers, A.(2004). "From Institutional Fixation to Enterpreneurial Mobility? The German Third Sector and its Contemporary Challenges", in A. Evers and J. Laville, *Third sector in Europe*, Cheltenham: Edward Elgar
- DZA(2008). *German Center of Gerontology*
- Gosta Esping-Andersen(1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, UK.
- Federal Statistical Office(2009). *Germany's Population by 2060*
- Folkbildningsrådet(2011). *Facts on folkbildning in Sweden : a brief overview*.

- Gursansky, Di & Helen Feist(2005). *West Adelaide: A Place to Call Home, Final report of the West Adelaide Elder Friendly Communities Project*
- Hogan(2004). *Review of Pricing Arrangement in Residential Aged Care.* Department of Health and Ageing. Canberra.
- House of Representatives(2005). *Future Ageing, Report on a draft report of the 40th parliament:(Australia)*
- Human Development Report(2011). *Sustainability and Equity: A Better Future for All Published for the United Nations Development Programme(UNDP).*
- ISSA(2010). *Social Security Programs Throughout the World.*
- Jackson, Howe, and Nakashima(2010). *the Global Aging Preparedness Index.* CSIS.
- OECD(2011), *Pensions at a Glance 2011: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*
- OECD(2011), *How's Life? Measuring well-being*2011.
- OECD(2010), *OECD Factbook 2010.*
- Older Australia at a glance 2007. *Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare Department of Health and Ageing.* 4th edition.
- Productivity Commission, Department of Health and Aging(2011), *Productivity Commission Report on Caring for Older Australians: Initial Analysis and Assessment of Recommendations.*
- Swedish Association of Local Authorities and Regions(2009). *Developments in Elderly Policy in Sweden.*
- United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision*

WHO. World Health Statistics, 2010.

<http://www.bundesregierung.de/Nachrichten-417.502083/artikel/Bundestag-beschliesst-Gesundheit.htm>

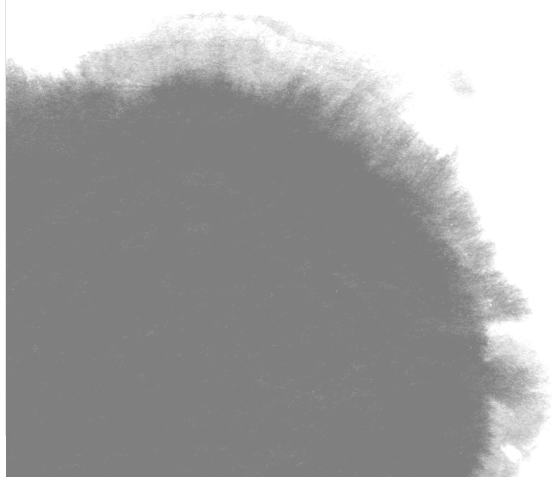
<http://www.agedcareaustralia.gov.au>

<http://www.health.gov.au>

<http://www.sweden.se>

<http://www.oecd.org/els/social/pensions/PAG>

부록



부록: 출장보고

제1 절 호주 출장보고

- 출장일시: 9월 11일 ~9월 17일
- 출장자: 정경희
- 방문기관
 - (시드니) 시드니 대학교 사회정치학과 황규진 교수 면담
 - (시드니) 호주 한인 복지회 방문 및 노인복지 담당자(이현실 사회 복지사)면담
 - (켄버러) ANU-ADSRI -directer Peter McDonald 면담 및 Workshop 참석
 - (켄버러) Ann Peut, Ageing and Aged Care Unit (Australian Institute of Health and Welfare) 면담
 - (켄버러) National Seniors Australia(NGO) Dr. Jeromey Temple 면담
 - (멜버른) U3A 멜버른 본부 방문 및 회장(Elsie Mutton) 면담 및 U3A 멜버른 지부 강의 참여관찰
 - 노인 2명 인터뷰
- 방문기관별 주요 논의 사항
 - (시드니) 시드니 대학교 사회정치학과(황규진 교수 면담)

- 사회정책에서의 고령화에 관한 관심 정도
- 사회정책의 맥락에서의 주요 이슈
- (시드니) 호주 한인 복지회 방문 및 노인복지 담당자(이현실 사회 복지사)면담
 - 호주의 노인복지 전반에 대한 소개 및 관심사 논의
 - 호주에서의 이민자의 노년기 생활에 대한 관심 정도 및 대응 전략
- (켄버러) ANU-ADSRI -directer Peter McDonald 면담
 - 고령화 관련 진행중인 연구 소개 및 향후 계획 청취
- (켄버러) Australian Institute of Health and Welfare 방문 Ann Peut(Ageing and Aged Care Unit)면담
 - 고령화 관련 진행중인 연구 소개 및 향후 계획 청취
- (켄버러) National Seniors Australia(NGO) Dr. Jeromey Temple 면담
- (멜버른) U3A 멜버른 본부 방문 및 회장(Elsie Mutton) 면담 및 U3A 멜버른 지부 강의(주제: 기초 철학) 참여
- 노인 2명 인터뷰
 - 퇴직이후 삶에 대한 인터뷰

【 기관별 상세 내용 】

1. 시드니 대학교

□ 회의개요

- 방문지: 호주 시드니, 시드니 대학교 사회정치학과 황규진 교수 사무실
- 일시: 2011. 9. 12. 10:00~12:00

○ 장소: 시드니 대학교 황규진 교수 연구실

○ 면담자: 사회정치학과 황규진 교수

□ 주요 회의 내용

○ 인구고령화에 대한 정책적 관심

— 베이비 부머의 고령화에 대한 대책마련을 통하여 장기적, 단계적으로 고령화대응책을 마련해왔기 때문에 최근에 더 이슈화되고 있지는 않음. 기존의 정책을 안정화 및 보완하는 작업 정도만 이루어지고 있음.

— 출산률이 다른 국가에 비하여 상대적으로 높고 이민이 활발히 이루어지는 국가이므로 인구 고령화에 적극적으로 대응할 수 있는 국가임.

• 노동력 부족에 이민으로 대응

— 정책 기조가 중산층 복지를 우선시 하고 있어, benefit을 제공하는 것보다는 세금 정산(tax refund)을 통한 지원을 선호하고 있음.

• 현금급여는 연방정부가, 현물급여는 지방정부라는 기본 역할 분담체계를 갖고 있음.

— 서비스 제공주체가 공/사 영역인가에는 관심이 없음.

○ 최근 동향

— 현재 호주에서의 정책적 이슈는 탄소세(carbon tax) 도입 여부임.

— 사교육이 증가하는 추세임.

— 출산율 제고를 위하여 family tax benefit(세금 refund)을 주고 있음.

— 공황 민영화, 실업자에 대한 교육서비스 제공 등에 있어 민영화를 지향하고 있음.

— Centerlink의 경우 연방정부에서 재원을 통해 통제를 하고는 있

지만 인력은 agency에서 고용하는 형태로 이들은 공무원은 아님.

○ 소득보장체계

- 노령연금은 소득재분배에 초점을, 퇴직연금은 안정적인 노후소득보장에 초점을 두고 있음.
- 기본적으로 퇴직 후는 인생을 즐겨야 한다고 생각하고 있으므로, 노령연금의 자산조사는 상대적으로 엄격하지 않음. 충분한 소득을 갖고 있지 못한 것은 사회보장을 비롯한 공적인 역할이 부족했기 때문이라는 인식을 갖고 있음.
 - 반면 실업급여는 자산조사가 엄격하게 수행되고 있음.
- 호주 정부의 관심은 소득재분배보다는 안정적인 노후소득보장에 관심이 두어지고 있음. 이는 일부 호주가 양극화 문제가 심각한 국가가 아닌 것에 기인하는 것임.
- 기본적으로 정부에 대한 신뢰가 모든 정책의 바탕이 되고 있음.
- 노령연금은 관리기관이 어떻게 관리했는가와 경기의 흐름에 따라 은퇴시 받을 수 있는 규모에 차이가 발생. 최근 금융위기로 인하여 최근은퇴자, 은퇴를 앞두고 있는 고령자 사이에 위기의식 발생
 - 강제 노령연금은 실제 베이비 부머를 위한 제도로 현재 70대 80대의 고령자에게는 거의 해당되지 않는 제도임.
- 주택소유(home ownership)를 장려하는 국가(소유율 70~80%). 그러나 최근 주택건축을 통제하면서 보물율이 감소하고 있음.

○ 보호서비스

- 호주는 살고 있는 집은 자산조사에 포함시키지 않고 있는 등 지역사회거주 원칙의 구현을 위한 다양한 조치를 취하고 있음.
- 은퇴층의 주택 가격도 그리 비싸지 않은 등 노년기에도 주택

을 유지할 수 있는 여건임.

- 현재 시설 입소시 집을 팔고 들어가지 않고 집을 담보로 하여 자부담을 할 수 있는 체계로 변화하였음.

2. 시드니 호주 한인 복지회

□ 회의개요

- 방문지: 호주 시드니 한인 복지회
- 일시: 2011. 9. 12. 14:00~17:00
- 장소: 호주 시드니 한인 복지회 홈부쉬 사무실
- 면담자: 노인복지 담당자(이현실 사회복지사) 면담 및 한인가령자 인터뷰

□ 주요 회의 내용

- 호주의 노인복지 전반에 대한 소개 및 관심사 논의
 - 호주의 노인보호서비스는 노인들에게 건강한 노후생활을 보낼 수 있도록 지원하고, 기능상태가 좋지 않아 보호가 필요한 노인과 그 가족에게는 양질의 비용효과적인 케어를 제공하는 것을 목표로 하여 노인의 기능상태에 따라 다양한 선택을 할 수 있는 연속적인 서비스 제공 체계를 갖추고 있음.
 - 고령자와 관련된 모든 서비스를 안내하고 연결할 수 있는 정보를 “Australian Government Directory of Services for Older People”(별도 자료 참조)를 통하여 제공하고 있음.
 - 또한 이민자가 많은 국가적 특성을 반영하여 지역사회 파트너 프로그램을 운영중임. 한인회의 경우도 본 프로그램의 일환으로 담당자가 언어적 접근성이 떨어지는 한인 고령자에게 정보를 제공하고 있음. 본 한인회의 경우 보호서비스 제공에 초점

을 두고 있음.

○ 호주에서의 노년기 생활(노인 인터뷰)

- 인터뷰 대상자: 1935년생 남자 노인, 1937년생 여자 노인
- 남자노인의 경우 OO에서 사업을 하다가 1980년대에 호주로 이민하여 15년간 OO회사 운영
- 여자의 경우 몇 년전 호주로 이민와서 남자노인과 동반자 관계 형성.
- 인터뷰 대상자의 경우 댄스, 낙시, 골프 등 다양한 여가활동을 즐기고 있으며 한인노인단체를 이끄는 역할을 하고 있음.
- 노령연금으로 집세보조금 포함 월 1,600불 정도 수급함. 2인 부부인 경우는 300~400불을 감하고 지급
 - 여자노인은 흡연율이 낮아 생활비로 활용하는데 큰 어려움이 없으나, 남자노인의 경우는 흡연하는 경우 어려움이 있음(담배 한갑에 18불 정도로 고가임)
- RSL club 활용, 간혹 불법 도박에 빠지는 경우도 있음.
- 연금수급자우대카드를 활용하여 교통(2.5불)할인, 재향군인 club 이용 등을 하고 있음. 지역에 따라서 맥도날드 등에서 무료 음료 구매 가능
- 의료서비스
 - medicare card: 출생시부터 가입됨. 일반인은 30불 지급시 senior는 무료 이용 가능
 - 수술시 1,000불, 60%는 환불해줌
 - 약값의 1/3~1/4 할인 혜택
 - GP가 치과 refer를 해주면 4,250불의 치과치료가 무료임. 2년마다 이 액수에 해당하는 무료 치과진료 가능

- 보청기 2,000불 상당으로 무료임.
- 주거
 - 연금 수입으로 임대료를 내고 수리가 필요할 경우 무료임.
 - 방 1개의 경우 70불
- 주정부가 연말 정산 후 예산에 여유가 있으면 추가로 현금급여를 지급함.
- 노인단체
 - RSL 가입 출입증 발급해줌
 - 노인단체에게 사무실을 임대해주고 지원을 해줌
 - 예) 캔더벨리 시티의 경우 78개 단체에 연 1회 버스여행과 700불 보조 지급500불의 크리스마스 파티 개최비용 보조
 - 한인 경우 이러한 정보가 부족하여 혜택을 받고 있지 못함. 지속적으로 정보를 확산하고 있음.

3. 캔버러 호주국립대학교

□ 회의개요

- 방문지: 캔버러 호주국립대학교 ADSRI
(Australian Demographic & Social Research Institute)
- 일사: 2011. 9. 13. 14:00~17:00
- 장소: 캔버러 호주국립대학교 ADSRI 사무실
- 면담자
 - Director인 Peter McDonald 면담
 - Social Networks & Ageing Project 담당자인 Heather Booth와 면담
 - "Who Provides Care: an event history analysis of the effect of sex and relationship status on the provision of

care" workshop 참석

□ 주요 회의 내용

- ADSRI의 목적: 2007년에 호주국립대학에 설립되었으며, 객관적 자료에 기초한 정책연구에 초점을 두고 있음.
- 진행중인 프로젝트
 - The Australian Survey of Social Attitudes를 2003년부터 격년제로 조사하고 있으며, 선거명부에서 무작위로 선택된 18세 이상 약 4,000명을 대상으로 하고 있음.
 - 공통의 관심사가 있는 경우 여러 대학이 컨서시엄을 이루어 연구를 진행하고 있음.
 - 3개 대학(HQ: University of New South Wales)으로 구성된 centers of excellence for Population Ageing Research에 의하여 7년간의 연구를 진행하고 있음.
 - 호주의 인구 통계 및 사회 연구원, 호주 국립대학교, 퀸즐랜드 사회과학 대학이 공동으로 Nagotiation the Life Course라는 연구를 수행하고 있음. 양성평등사회로 변화하는 과정에서 남녀의 삶의 과정상의 변화와 의사결정과정을 이행하고자 하는 연구임.
 - Social Networks & Ageing Project
 - 노화에 있어 사회적 연계망의 중요성을 인식하고 이를 이해하기 위한 조사를 2010년 3월에 시작하여, 현재 조사가 완료되어 분석중임. 향후 3년간 진행될 예정임
 - 자료수집이 서베이를 통한 조사와 online 상의 조사라는 2가지 방법으로 진행되고 있음.
 - 분석중이어서 설문지 제공은 불가능함. 향후 발표시 홈페이지에 게재할 예정임.

- 장기적인 관점에서 정부 보고서가 발간되고 있음.
 - Intergenerational Report가 2003, 2007, 2010년 3회에 걸쳐 발간되었음.
 - 예상한 것보다 재정적자의 폭이 적었음.
- 정책 지향성
 - privitalization을 지향하고 있음.
 - 공적 건강보험제도를 갖고 있으며 서비스의 질도 높음. 그러나 중산층 이상은 사적 보험에 가입하고 있는데 이는 서비스 이용에 있어 대기시간을 줄이는 효과가 있기 때문임.
 - 병원은 공적 병원이지만 private patient인 경우 private doctor가 진료를 하기 때문에 빠른 시간내에 진료를 받을 수 있음.
 - 지역사회 보호를 강조하고 있으며, 가족의 참여를 중요시함. 즉, 공적 서비스와 비공식 서비스의 협력체계를 강조함.
 - 인종적 구성, 성별 차이 등이 있지만 약 20% 정도의 고령자가 가족에 의하여 보호를 받고 있음.
- 은퇴가 단속적인 것이라기 보다는 part time 은퇴로 점진적으로 이루어지고 있음.
- TV, 정원가꾸기, 운동, 영화, 공공도서관의 활용이 선호되고 있음.
- 평균수명의 증대에 따른 정책적 함의를 살펴보는 연구가 진행되고 있음.
- "Who Provides Care: an event history analysis of the effect of sex and relationship status on the provision of care" workshop의 주요 내용
 - 주 부양자는 40대 중반의 여성으로 나타남.
 - 여자 부양자는 부모를, 남자 부양자는 자녀를 보호하는 경향이

있음. 따라서 남자는 연령이 높아질수록 부양제공률이 높아지지만, 여자는 60대에 높은 부양실시율에 도달한 후 그 수준을 계속 유지하는 경향이 있음.

- 부양자가 배우자를 보호하는가 아니면 부모를 보호하고 있는가를 구분하여 분석할 필요가 있음.
- 부양자의 인종에도 관심을 두고 분석을 실시해야 할 것임.

4. 캔버러 Australian Institute of Health and Welfare

□ 회의개요

- 방문지: Australian Institute of Health and Welfare
- 일시: 2011. 9. 14. 10:00~12:00
- 장소: Australian Institute of Health and Welfare Ann Peut 사무실
- 면담자: Ann Peut, Ageing and Aged Care Unit

□ 주요 회의 내용

- 고령화에 관한 정부의 관심 정도
 - 관심이 없다고는 할 수 없으나 일순위의 관심을 받고 있지는 않음.
 - 한 예로 *Older Australia at a Glance* 의 경우 2007년 발간 이후 아직 후속 작업이 이루어지고 있지 못함.
- 현재 고령화 관련 이슈: 생산성 위원회 보고서의 제안
 - 재정과 관련한 관심 하에, accomodation cost와 care cost를 구분한 비용처구를 추천
 - 장애연금(젊은 층 대상)의 도입 제안

○ Intergerational Report에 대한 평가

- 재경부 중심으로 작업이 이루어져 재정문제에 초점이 두어지고 있음.
- 전문가들은 다음과 같은 제한점을 지적하고 있음.
 - 고령자의 사회적 기여에 대한 저평가
 - 80~90년대의 조기은퇴 현상이 최근 들어와 변화하였음을 반영하지 못함.
 - 고령자에 관한 부정적 이미지를 내포하고 있음.

○ 호주에서는 연방정부와 주정부, 지방정부간의 역할분담에 기초해 있음.

- aged care는 연방정부와 주정부의 참여에 기초해 있음.
- 정부는 재정적 안정성에 관심이 많으며 서비스 이용자의 자부담을 요구

○ Data Base 마련 관련

- life course 접근의 중요성 강조 → Older Australia at a Glance의 통계산출 대상을 기존의 65세에서 50세로 조정하였음.
- 노화의 다각적 측면에 관심을 두는 종단적 자료의 필요성이 지적되고 있음. 기존의 자료는 건강에만 초점을 두고 있음.
- University of New South Wales에서는 45세 이상자에 대한 조사를 실시하였고, 병원이용 data와 연계하려는 시도
- 개인정보 보호를 매우 중시하고 있어, tax, medicare, social security number를 이용하지 않고 있어 개별 data의 연계가 어려움.

○ 고령자의 경제활동 관련 동향

- 점점 은퇴연령이 높아지고 있음.

— 그 이유로는

- age pension 지급 연령의 상향조정
- 여성의 경제활동 참여 증대
- 이혼 등의 증가로 인하여 조기은퇴가 현실적으로 어려워짐
(현재 superannuation은 이혼시 분리가 되지 않음)

○ Care

- 비용: low/high level 이용시 85%는 정부/15%는 개인이 부담
- 초점: 거주지 연속거주 지원/ 소비자 권리의 강조

5. 캔버러 National Seniors Australia(NGO)

□ 회의개요

- 방문지: National Seniors Australia
- 일시: 2011. 9. 14. 15:00~17:00
- 장소: National Seniors Australia - Productive Ageing Center
- 면담자: Dr. Jeromey Temple

□ 주요 회의 내용

- Productive Ageing Center의 개요
 - 예산의 50%는 정부로부터, 50%는 National Seniors가 부담
 - 역할
 - 1) 연구
 - 2) 대학과 연계
 - 3) 조사 실시
 - 4) conference 개최
 - web site를 통해 정보 제공
 - 2010년에는 health agein checklist를 개발하였음.

- Productive Ageing Center의 최근 관심사
 - aged-care의 financing
 - carbon tax: 관련 보조금 지급이 고령자 가구에 미치는 영향
 - 고령자의 경제활동 참여: 노동시장에서의 연령차별 철폐
- National Seniors 개요
 - 브리스번이 본부로, 회비, 회원에게 판매하는 보험, 여행상품에서의 이윤으로 유지
 - 따라서 상업적 측면에 관심을 두고 있음.
 - 그에 비하여 캔버라 지부는 연방정부와 밀접한 관계를 갖고 고령자의 의견을 반영하려는 다각적 노력을 하고 있음.

6. 멜버른 U3A

□ 회의개요

- 방문지: U3A 멜버른 본부 및 U3A 멜버른 지부 강의 청강
- 일사: 2011. 9. 15. 14:00~16:00, 2011. 9. 16. 10:00~11:30
- 장소: U3A 멜버른 본부 사무실, U3A 멜버른 지부
- 면담자: 회장 Elsie Mutton과 Susan Webster Hon. Secretary
면담 U3A 멜버른 지부 강의(주제: 기초 철학) 참여

□ 주요 회의 내용

- 개요
 - 영국식 U3A로 자발적인 U3A 구성 및 운영이 이루어짐.
 - 학생뿐만 아니라 강사진도 모두 자원봉사자임. 일단 회원으로 가입을 해야만 강사로 활동을 할 수 있음.
 - 호주에서의 U3A를 통한 자원봉사활동은 2008년 기준 871,318시간으로 집계되고 있으며 이중 77%는 교육프로그램

램에서의 교육자로서의 활동임.

○ 멜버른의 U3A

- 현 회장: U3A에 학생으로 참여하였다가 회장이 된 경우임.
- 자율성을 기반으로 하고 있음.
 - U3A의 규모도 30~1,500명까지 다양함.
 - 프로그램 또한 회원이 결정함.
- 공간은 지방정부(city council 등)가 대여해줌. U3A 멜버른 지부의 경우 Ross House라는 시 건물의 사무실을 강의실로 이용하고 있음. 동 건물은 여성을 위한 NGO 활동 등 다양한 시민활동을 위한 공간으로 활용되고 있음.
- social function, 여행 등 다양한 프로그램을 갖고 있음.
- 1984년에 처음으로 멜버른에서 U3A에 설립에 관심을 갖고 구체적인 움직임이 시작되어 1984년 11월 13일 Hawthorn에 처음 설립되었으며 1985년 U3A Monach와 U3A Ringwood가 설립되었음.
 - 1991년에는 청력을 상실한 대상자를 위한 U3A Kooyong이 시작되기도 하였음.
 - 공식적인 연계망 구축의 필요성을 느껴 1988년에 U3A network-Victoria Inc.가 설립되었음. 설립 30년을 기념하여 30년사 자료집을 발간하기도 하였음(별도 자료 참조).
- 다양한 방식에 의한 U3A의 설립이 이루어지고 있어 기본이 될 수 있는 매뉴얼을 제작하여 배포하고 있음(별도 자료집 참조).
 - U3A 설립 과정과 규모가 매우 다양함. 한 개인이 개별적으로 U3A를 시작할 수도 있고 U3A가 필요하다고 생각되는 경우 U3A network-Victoria Inc.에서 그 지역의 U3A 설립 노력을 경주하는 경우도 있음.

- 회원의 평균 연령은 71.3세이며 86에 이상자도 상당수 있음.
- U3A online도 운영되고 있음.

○ U3A Melbourne City의 강의 참여관찰(강의명: Philosophy the Basics)

- 강사: 장애인 연금을 받고 있는 50대 후반의 남자
- 참석 학생: 남자 5명과 여자 4명
 - 다른 프로그램에는 여자가 많은 편이나 본 강좌는 남자가 좀 많은 편임.
 - 참석자의 학력, 경제수준, 인종 구성이 다양함.
 - 자유로운 토론식 강의로 진행됨.
- 사무실 행정: 자원봉사자인 2명의 여성에 의하여 유지되고 있음.
 - 이들은 활동적인 노화를 실천하고 있는 경우로, U3A에서의 자원봉사 외에도 지역사회의 다양한 프로그램에 참여하고 있음.

○ U3A 자원봉사자 2인과의 인터뷰

- A: 여행, 다양한 여기활동 프로그램 참여, 도서관의 BOOK CLUB 참여, 자원봉사활동 등으로 활기찬 노후생활을 영위하고 있음.
- B: 전직 간호사로 당뇨병을 알고 있는 남편을 간병하면서 주 2회 U3A에서 봉사활동중
 - 2년 전에 사망한 어머니의 간병 경험. 시설입소를 거부하는 어머니를 위하여 자녀들이 공적인 서비스 + 민간 서비스 활용을 통하여 보호하였음. 호주에서는 비교적 세대간의 관계가 밀접한 편임.
 - 본인은 건강상태가 안 좋아지면 시설에 들어갈 생각임. 그 전 단계인 은퇴촌에 들어갈 것인가 또는 본인의 거주 주택

에 그대로 생활할 것인가 하는 것은 전적으로 개인의 선호에 의한 결정임.

- U3A를 알게 된 것은 지역사회와의 지인을 통해서임. 성공적인 노화를 위해서는 communication이라고 생각하며, 호주의 노인 중에도 Tv나 shopping을 하면서 시간을 보내는 경우와 다양한 활동에 참여하는 경우로 나뉘어짐.

7. 기타

- 방문지: 멜버른 소재 노인보호시설
- 일시: 2011. 9. 15. 10:00~12:00
- Jewish Care, Central Park(Aged Care Facility), Copping Community Hostel 견학

【 수집 자료 】

- 2011 Australian Government Directory of Services for Older People, Australian Government
- Dementia-the Caring Experience, Australian Government, Department of Health and Ageing
- Reference Handbook: Incorporating Recommendations for Setting Up a New U3A
- History of U3A Network-Victoria Inc. 1988-2008.

제2절 독일 출장보고

- 출장일시: 10월 5일~10월 13일
- 출장자: 이윤경
- 방문기관
 - MDS(medical advisory service of social health insurance)
 - Univiersitat witten/Herdeck(Institute fur pflegewissenschaft)
 - 위튼 대학 장기요양보험학과
 - 독일 freizeitzentrum fur senioren und behihderte in berlin
(노인 여가시설)
 - 독일 DZA(utsches Zentrum fuer Altersfragen : The German
Centre of Gerontology)
 - 노인 2명 인터뷰
- 방문기관별 주요 논의 사항
 - MDS(medical advisory service of social health insurance)
 - － 현 장기요양보험에서의 기능평가 항목 개발 방식
 - － 서비스 질 관리 방식으로서의 기관 평가
 - － 장기적 장기요양보험제도의 운영 방향, 전략 등 논의
 - Univiersitat witten/Herdeck(Institute fur pflegewissenschaft)
위튼 대학 장기요양보험학과
 - － 장기요양에서의 다양한 연구 결과에 대한 논의
 - － 장기요양 인력 양성과 질 관리를 위한 방안에 대한 논의
 - 독일 freizeitzentrum fur senioren und behihderte in berlin
(노인 여가시설)
 - － 독일 노인의 노후 여가 지원을 위한 활동 방식
 - － 베를린 주 정부의 지원에 대한 설명

- 노인 인터뷰
- 독일 DZA(utsches Zentrum fuer Altersfragen: The German Centre of Gerontology)
 - 고령화 진행에 따른 고령정책의 변화 방향
 - 현 독일의 고령화 관련 이슈 및 정책 방향
 - 노인 인력 활용을 위한 주요 정책에 대한 논의
 - 노인실태조사(DEAS)에 대한 설명 및 우리나라에서의 적용 방식 논의
- 노인 2명 인터뷰
 - 퇴직이후 삶에 대한 인터뷰

【 기관별 상세 내용 】

1. MDS(medical advisory service of social health insurance)

□ 회의개요

- 방문지: 독일 MDS(에센)
- 일사: 2011. 10. 6. 14:00~17:00
- 장소: MDS(medical advisory service of social health insurance)
- 면담자:
 - Dr. Peter Pick(MDS Managing Director)
 - Jurgen Bruggemann(MDS Diplom-Sozialwissenschaftler)

□ 주요 회의 내용

- 1) 등급판정과 관련된 사항들
- 인지기능 판정 분야 개혁관련
 - 2008년 개혁에서 인지기능에 장애가 있는 사람들에 대한 추

가 지원(0등급)이 도입됨.

- 인지기능의 행동변화에 대한 13개 항목 선정 방식
 - 현재 요양이 필요한 상황에 대한 연구를 통해 만들어짐(연구결과는 인증을 받음)

※ 자료 발송 요청함.

- 인지기능의 평가자: MDK의 직원이 평가, 의사의 평가는 아님.
- 허위 진술: 부양가족의 인터뷰만을 하는 것은 아님. 최소한 노인인의 상태에 대한 관찰을 통해서 함. 독일도 이러한 문제를 겪고 있음
- 신 평가 기준으로 2,000명에 대해서 적용 실시.

○ 등급판정의 변화 계획

- 다음개혁에서는 아직 테스트 중인 요양개념 관련 평가 시스템을 개발하고 있는 중임.
- 요양 필요 시간적 기준으로 등급을 결정해왔으나, 수정판에서는 시간적 개념은 폐기하려 하고 있음. 요양 필요시간 대신에 기능상태(요양요구도)에 따른 점수를 도입하려고 함.
- 점수체계로 변경됨: 0~100점
 - 0점은 완전 자립적인 일상생활이 가능, 100점은 완전한 도움
- 5개 등급으로 변경예정, 10~30점(1등급), 30~50점(2급), 50~70점(3급 구2급), 70~100점(4등급) 4, 5가 있음. PA1-PA5. 10-30(PA1) /50 /70 /100
- 평가시스템에서 영역: 이동성, 인지, 의사소통 능력, 행동방식, 정신적인 문제들, 일상적인 생활을 할 수 있는지, IADL 측정
 - 외부 활동과 가사활동 능력 평가 → 요양을 필요로 하는 결정적 요인이 아니어서 제외시킴.

— 지금 등급체계와 차이점

- 현재는 1~3등급을 기본으로 하고, 0등급을 추가적으로 한 개념. 변화에서는 포괄적으로 하여 점수 체계로 변경함.
- 등급체계 변화를 통해 대상자 확대가 이루어질 것임. 기존 것보다 예방적인 것을 늘려서 대상자수는 증가하게 되었음.
- 따라서 현재 등급을 받은 사람들은 (거의 비슷하겠지만) 등급의 변화가 생길 것임.

○ 등급 인정유효기간

- 등급판정 이후 유효기간은 없음. 기능상태가 변화되었다고 하면, 이용자의 신청을 통해서 이루어짐.
- 독일도 등급을 못 받으면 계속 신청을 하기도 함. 그러나 이러한 경우 MDK에서는 전화 상담으로 해소, 신청이 온다고 계속 방문을 하지는 않음.

2) 서비스 이용지원

○ 서비스 이용지원 체계의 변화: 요양시설 상담체계 → 서비스 이용지원센터(상담사)

- 도입배경: 기존 중립적 면담이 불가능하였으며, 서비스만을 제공하는 것이 아닌 서비스 이용에 대한 상담 지원 필요성에 의해 도입, 상담서비스의 주요 대상은 홈케어 대상자임.
- 상담사 자격기준: 요양금고 직원으로 교육이수자, 요양업무 경험자 중 교육수료자, 사회복지사(가장 소수)
- 케어플랜을 짜주기는 하지만, 서비스 이용지원 상담은 의무사항이 아니며, 상담(조언)임.
 - 독일은 이용자의 자기결정권을 가장 중요시 하기 때문임.

- 전혀 의무가 아니기 때문에 현금을 받는 사람들은 이용을 안 하고 현물을 이용하는 사람들이 이용하고 있음.
- 지원센터는 250개가 있고, 직원이 3000명임. 그러나 아직은 그렇게 많은 서비스가 제공되지 않아서 구체적인 수치를 말할 수 있는 상태는 아님.
- 서비스 이용지원센터(상담사)와 일본의 케어매니저와의 유사성
 - 케어매니저 개념은 아님. 면담이 조언에 그치고 있음.
 - 케어플랜 작성하는가: 독일에서는 케어매니저 형태가 어려운 상황임. 개인적 선택권을 중요하게 생각하기 때문에 많은 것을 관여하는 것을 좋아하지 않음.

3) 서비스 질 평가 및 관리: 평가제도(서비스 질 관리 방식 중 하나)

- 근거: 장기요양법에서 평가 조항
- 개혁이후 변화: 예전 4~5년마다 실시, 개정안에서 2008년에는 2.5년마다, 2011년부터는 모든 시설에 대해서 매년 평가.
 - 이전에는 평가대상 시설에 대한 항의가 있거나 문제가 나타났거나 불만 제기 되었을 때 실시하거나, 표본에 대해서만 실시 하였음. 그러나 이제는 2011년 모든 시설을 평가함.
 - 제도 개선 이유: 매년 실시되는 평가만으로는 질이 향상되지 않을 수도 있음. 그래도 환자가 직접 요양시설을 선택할 수 있는 기회라도 제공하는 것이 질을 향상시킬 수 평가결과를 공개
- 평가방법: MDK 평가 담당 직원(2명)이 시설 또는 가정 방문
- 평가내용:
 - 경영프로그램을 검토, 10%의 수급자에 대한 상태 파악, 예전에는 특성별로 했지만, 이제는 등급에 따라서 골라서 평가함.

- 평가내용은 성과 중심임. 그러나 시설현황 등에 대한 내용도 포함됨.
- 평가 항목: 82개 항목
- 평가결과 활용방법: ① 평가에 대한 패널티와 ② 평가결과 공개
 - 공개 관련 시설의 저항.
 - 요양시설에 향상시키기 위한 자극을 줄 수 있기 때문에 공개 함. 법에 근거가 있음.
 - 불시 방문을 하고 있으며, 금고와 요양시설 합의하에 하려고 노력함.
 - 등수를 부여하지 않지만 시설별로 점수를 공개하므로, 지역별로 시설점수가 공개(인터넷)됨으로서 실제적으로는 등수가 나오게 됨.
- 인력 증대에 따른 행정비용 증가 및 부담 여부
 - 인력이 3배나 증가, 기존 180명 → 540명으로 증가됨. 자금도 8천만유로 증대
 - 그러나 전체 기금에서 차지하는 비용이 적기 때문에 크게 문제되지 않음(전체 예산 3천억). 질평가를 위해서는 필요한 서비스라고 생각했음.
- 홈케어에 대한 평가 방법
 - 재가기관에 대한 평가와 담당 요양보호사 10%를 골라서 노인의 집을 방문해서 평균을 냄.
- 현재 관심사
 - 평가의 결과를 공개하다보니 시설마다 잘 하려고 하고 있어 시설별 평가결과에는 큰 차이가 없고, 단지 항목별로 차이가 나고 있음. 그래서 그 점에 대해서 어떻게 해야 하는지 고민하고 있음.

— 제일 고민되는 것은 4개의 평가 영역이 동일한 방식으로 평가되고 있다는 점임.

- 의료 그리고 케어 중심적인 항목, 사회생활 지원항목, 마지막으로 케어와 관련된 시설 기준 등의 항목임(위생 등등), 이것들이 다 똑같은 비중으로 평가되고 있어 가중치가 없어서 고민하고 있으며, 개선하려고 노력하고 있음.

— 시설의 질 향상은 평가만으로 이루어지는 것은 아님. 서비스 질 향상에는 시설장의 질을 높이는 것이 매우 중요하다고 봄. 따라서 시설장의 자격을 높이고 있음.

- 자격기준: 교육을 받고(간호 등의 자격, 3년 교육) + 2년 요양에서의 실무경력 + 460시간의 시설장 교육
- 최근 높은 자질의 시설장이 늘어나고 있음(대학 이수자의 증가)

○ 한국에 주는 시사점

— 한국에서는 평가에 대해서 시간을 가지고 운영 하는게 적합. 독일은 이러한 체계를 갖추는데 15년이나 걸렸음. 시설의 합의를 이루어기 위해서는 충분한 시간이 필요하다고 보여짐.

4) 서비스 및 인력 공급 관련 이슈

○ 독일은 시설 부족의 문제가 있음. 최근 약간의 과잉현상이 일어나서 선택을 할 수 있는 경향이 있어서 사람들이 좋아함.

○ 독일의 향후 숙제라고 하면은 전문인력 부족임.

— 5년 이후에는 인력이 부족할 것으로 보여짐(현재는 괜찮음).

— 한국에서도 향후에 전문인력을 어떻게 양성할 것인가에 대해서도 고민을 해야 할 것임.

2. Uniuersitat witten/Herdeck (Institute fur pflegewissenschaft), 위튼 대학 장기요양보험학과

□ 회의 개요

- 방문자: 독일
- 일사: 2011. 10. 7. 11:00~13:00
- 장소 Uniuersitat witten/Herdeck(Institute fur pflegewissenschaft)
위튼 대학 장기요양보험학과
- 면담자
 - Prof. Christel Bienstein(교수)
 - Stefan Juchems(연구원)

□ 주요 회의 내용

- 학교 소개
 - 장기요양에 대해 30년간 교육하고 있는 사립대학(독일에서 장기요양으로 매우 유명한 학교)
 - 구성: 3개 학과(문학 경영, 경제학, 건강관련 지식 학부)
 - 건강관련 지식 학과: 의학, 치과, nursing(장기요양)
 - 직접 인력 양성하는 업무보다는 학술연구를 수행하는 자를 양성하는 기관(직접 인력들은 병원에서 3년간 교육을 받고 나서 여기 학교에서 자격증을 취득하게 됨.)
 - EU, 국내 연방부의 지원을 통해 시설, 병원, 재활센터 등과 함께 협력하여 연구진행.
 - 과정
 - 학사 과정: 혁신적인 케어의 실무과정(Innovative pflegepraxis)
 - 석사 과정: masterstudiengang pflegewissenschaft
 - 박사 과정: 60명의 학생(직접적인 케어 중심으로 연구를 수

행함)

- 본 교육은 교육 기획과 관리경영이 제외됨.
- 정책연구(새로운 수발방법 개발, 예를 들어 현재 양로원에는 요양이 필요한 사람들 뿐 아니라 점차 정신적 치매 문제들에 대해서 시설에서 대처할 수 있는 방법 등 연구, 현재 병원에서 보호함), 질 개발에 대한 연구를 수행하고 있음.
- 교육과정 개발을 함. 직접 인력 양성을 하고 있는 기관은 아님. 별도의 센터를 통해서 양성을 하고 있음. 그 개발과정을 제시함.
 - 2013년부터는 고등교육을 마친 대학생으로 해서 양성, 자격증을 취득할 수 있도록 하고 있는데 의학 학과와 20% 같이 수업을 들어 수업을 하려고 함.
- 장기요양과 간호학을 함께 하는 학과라고 볼 수 있음.
- 노인의 비중이 50%를 넘기 때문에 장기요양과 간호학을 함께 공부할 수밖에 없음. 마지막에는 전문분야(노인, 아동, 정신 등으로 선택)를 선택하여 공부함.

○ 수행된 연구결과들

- 치매환자 보호방식에 대한 연구(연방정부에서 위탁받음), 대부분의 시설에서 기본 지침으로 활용되어지고 있음(홈페이지에 영어로 요약문이 있음. www.bmg.bund.de)
- 법적 효력이 있는 연구보고서: 국내에서 질 평가를 하는 보고서임.
- expertenstandard dekubitusprophylaxe in der pflege / www.dnqp.de
- 6가지로 구성됨. 코피투스, 요양시설에서 퇴원할 때 다시 적용할 수 있는 지침으로 전문가들에 의해서 표준화되었고, 꼭 지켜야할 사항들임. 모든 요양시설, 서비스 업체에서 준수, MDK에서 이것을 평가항목으로 두고 있음.

- 스위스, 덴마크 등에서 18명에서 개발한 것이기 때문에 한
국에서 network를 통해서 이용하면 좋을 것임.
- expertenstandard entlassungsmanagement in der pflege: 병
원 퇴원 이후에 요양원에서 재활하도록 하는 것으로 현재 독
일은 양로원으로 가서 집으로 돌아오기 어려운 상태임. 따라서
양로원에서 재활하는 것을 도입시켰으면 함.
- 새로운 거주방식 개발, 비게(여러 명이 공동 시설로 함), 치매
걸린 분들을 모아서 아파트에서 모아서 8명이 생활하게 하며,
24시간 케어링 하는 방식을 개발. 이런 것을 제공하는 것을
업체에서도 선호함. 같은 지역에 도시 지역에서 설치하므로 노
인들이 거부반응이 별로 없음(프랑스에서 1928년부터 존재한
형태임. 이 모델을 따서 하고 있음. 질 평가 기관. 노인의 친
구가 되어주는 단체).
- 거주방식의 장점은 일상을 하면서 추가적인 서비스를 받게
되는 개념을 강조하게 됨. 그게 벌써 프로그램들이 실효들
이 근거가 되고 있음. 그 계획이 참여하고 있음(이 방법은
장애 사업 스칸디나비아 모델을 많이 적용하고 있음).
- 스칸디나비아 형태에서는 다양한 거주형태에 대해서 연구를
실시함. 알고 보면서 장애나 노인병이 연관성이 있음. 그렇기
때문에 여기서는 그 방식을 선호하고 있음.
- * www.proassiskenz.de: 협회 이름
+ 49 2766 609308
marrhin tuchenhagen, Hdmurt budromi
- 이런 형태의 거주노인의 비율: 아직은 소수이기는 하지만
전체 노인의 5%
- 요양대상자의 70%가 집에서 지내고, 26%가 요양시설, 4%

집단 요양시설에서 살고 있음.

— 급성질환들에 대한 대처방식에 대한 연구, 부양가족을 어떻게 투입시킬 수 있을 것인가에 대한 연구 수행.

- 급성질환자들이 단기요양에서 장기요양으로 바뀔 경우가 많은데 이들에게 어떻게 해야 하는지에 대해서 연구하고 있음. 어떤 케어가 필요한지 등.

- 재가에서 어떤 케어가 필요한지를 연구하고 있음.

— angehorige pflegen: 잡지, 대학 소속 재단 잡지로 부양가족을 대상으로 배포되고 있음. 재가방문 직원이나 재활기기 장기요양 기기 등의 기관에서 같이 배포하고 있음.

— 계간지로 발행, 연구결과를 제시하고 있음.

— 잡지: 환자에게 상태나 이용할 수 있는 서비스나 기관 등에 대한 정보를 담고 있는 것, 학문계에서 좋은 평가를 받고 있는 기관(재단에서 실시하고 있는 것)

— 치매 걸린 환자 부양가족에게 어떻게 부양해야 하는지에 대한 자료임.

— 가족들의 집에서 노인들을 돌볼 수 있는 방법

- 일본의 사례, 98년도에 장기요양보험이 도입되면서 현물만 지급, 이는 가정에서 폭력이 있는지 조사에서 50%가 가정에서 폭력이 있다고 조사. 그래서 요양대상가족에서 돈을 주지 말아야겠다고 생각, 스트레스 받은 이유가 한분만 하는게 아니고 남편 가족 모두 돌봐야 하는 것, 거기다가 돈 받으면 안 된다고 생각. 따라서 현물만 지급하고 초기 낮은 서비스를 높이기 위한 노력을 함.

— 재가요양을 강조한 이유는 시설로 가면 문제가 있기 때문임. 고령화가 높기 때문에 시설인력이 부족하게 됨. 인력부족 때문

에 그렇기도 함. 재가는 그렇게 전문인력이 아닌 사람이 아니기 때문에 부양가족이랑 나눌 수 있도록 하는 것임. 쉬운 돌봄은 전문인력을 쓸 필요가 없음.

— 요즘 관심 있는 보호 방법들

- 큰 병원이나 대학에서 유치원처럼 노인원을 만들어서 그 직원들이 이용할 수 있는 방법을 생각하고 있다
- 독일은 노인에 대한 특성을 알지 못하고 있음. 앙스베어(작은 도시) 시에서 프로젝트 시작
- 사회복지 분야에서 학생들(한국 중학교) 1주일에 2시간씩 사회분야, 요양원, 유치원 등에서 자원봉사 하고 있음. 이들에 대한 익숙해지기 위한 노력의 일환으로 옆집 노인과 장보기(예) 등을 수행.

— 철학 교수는 윤리가 전공으로, 재가에서 서비스를 받는데 더 필요한 것이 무엇이 있는지 연구를 하고 있음(죽음을 앞둔 사람들을 대상으로).

- 학생들을 데리고 가서 연구를 진행하고 있음.

— 요양인력이 부족으로 가능한 요양대상자가 독립적으로 간호될 수 있도록 많은 노력을 하고 있음. 그 중 하나가 큰 슈퍼마켓에 부스를 설치해서 요양서비스, 요양내용에 대해서 정보를 홍보하고, 면담하는 부스를 설치하려고 함.

- 미용실에서 지역 인구에 대해서 많은 것을 알고 있음. 미용실에서 부로셔를 주거나 정보를 제공하는 것을 하고 있음. 사람들에게 정보를 쉽게 할 수 있도록 생각하고 있음.

○ 한국과의 교류

- 김순애 서울여자간호대학교 6개월 연구교수
- 스넵 교수: 가정중심적 케어 전공 교수님. 한국에서도 강의를 했었음.

3. Senioren-und Behindertenclub Adelheidallee(베를린 노인여가 센터)

□ 회의 개요

- 방문자: 베를린
- 일시: 2011. 10. 7. 11:00~14:00
- 장소: 베를린 노인여가 센터
- 면담자: 베를린 지방정부 노인담당자, 기관 관리자

□ 주요 논의 내용

- 기관 설립
 - 1978년 설립된 시설. 베를린 주 정부에서 지원하는 시설임(베를린에는 이와 같은 시설이 약 9개 있음). 이들 기관 중에서 가장 활발히 진행되는 기관임.
- 예산
 - 베를린 주 정부에서 전액 지원
 - 이용자에게는 3개월 10유로(약 15000원) 가량의 참여비를 받고 있음.
 - 이것은 참여자들의 참여를 촉진시키기 위함으로 대부분 재료비 등으로 활용됨.
 - 이용하는 노인들의 특성
 - 70대 전 후반의 노인이 많고, 건강상태와 본인의 취향에 따

라서 프로그램을 선택함.

○ 기관의 특징

- 노인 인력의 활용: 강사진으로 활용
 - 본 기관의 가장 큰 특징은 노인의 자발적인 참여와 노인인력을 적극 활용하는 것임.
 - 따라서 매월 발간하는 기관 소식지, 참여 프로그램별 전시회 등이 노인들의 자발적인 계획에 따라서 운영됨. 또한 프로그램의 강사진은 오랜 기간 프로그램에 참여한 노인이 운영하도록 함.

○ 운영 프로그램

- 공예, 컴퓨터, 스포츠 댄스, 춤, 유화, 수화, 꽃꽂이, 외국어, 여행 등등
- 프로그램의 계획과 실시는 최대한 노인의 욕구가 있을 경우 실시되며, 노인이 주도적으로 실시하고 있음.
- 또한 매년 크리스마스 때는 지역 바자회를 통하여 만들어진 작품을 전시하고 판매하고 있음. 판매금은 본인이 갖도록 함.

4. 독일 DZA(utsches Zentrum fuer Altersfragen: The German Centre of Gerontology)

□ 회의 개요

- 방문지: 베를린
- 일자: 2011. 10. 10 . 11:00~14:00
- 장소: DZA

□ 주요 논의 내용

- 고령화 진행에 따른 고령정책의 변화 방향
 - 독일의 고령화 정책과 노인 정책과는 분리되어 진행된다고 보

여짐. 고령화 정책은 고령화로 인해 사회에 미치는 영향으로 인하여 정책이 변경되어야 할 부분들. 예를 들면, 독일의 경우 ‘AGENDA 2010의’ 경우 2010년을 대비하여 만들어진 정책이며, 미래 계획이라고 할 수 있음. 하지만 이는 정확하게 고령화만을 위한 계획은 아니라고 할 수 있음. 전반적인 사회 변화 중 고령화는 하나의 요인으로 영향을 많이 미칠 수 있다는 것은 인정함.

- 고령화 정책이라고 하면, 연금 수급연령 연장 이를 통한 고용 연장 정책이 대표적이라고 할 수 있음.
- 그 외의 것은 노인 정책이라고 할 수 있음.

○ 현 독일의 고령화 관련 이슈 및 정책 방향

- 노인 정책의 가장 큰 현안은 노인의 빈곤과 돌봄과 관련된 문제임.
- 연금이 있지만 연금 혜택을 받지 못한 인구층이 증가하면서 노인의 빈곤문제가 사회적 문제로 부각되고 있음. 낮은 임금의 여성근로자, 불안정한 고용에 있는 사람들, 연금가입기간이 짧아서 금액이 낮은 사람들이 증가하고 있어, 이들의 빈곤문제가 심각해 지고 있음.
- 노인 돌봄과 관련해서는 최근 부각되고 있는 문제는 ‘치매’와 같은 정신적 문제를 갖고 있는 노인들의 돌봄과 관련된 문제임.

○ 치매노인 보호

- 노인장기요양보험에서 치매를 포함하여 보호하고 있지만, 매우 제한적으로 일부만 서비스를 받고 있다고 할 수 있음.
- 따라서 초기 치매 노인 같은 경우는 보험에서 포괄하지 못하고 있음. 최근 치매 노인 보호를 어떻게 할 것인가에 대한 사회적 논의가 이루어지고 있음.

- 아직까지 치매 노인의 보호정책에 대해서는 매우 부족한 상황임. 독일에서도 치매 노인에 대한 정책적 관심을 가지고 본격적으로 시작한 것은 역사가 오래지 않음.

○ 노인 인력 활용을 위한 주요 정책

- 노인인력 활용에 대한 정책적 노력은 특별히 없음. 단지 노인이 오래 일을 할 수 있도록 하는 고용연장, 퇴직 연령 연장 정책이 이루어지고 있으나 이는 노인을 위한 것이라기 보다는 사회적으로 연금 연령을 늦추기 위한 일환으로 이루어지고 있음.

○ 노인의 자원봉사를 활성화

- 노인의 자원봉사를 활성화시키기 위한 정책적 노력은 이루어지고 있지 않음. 자원봉사는 자발적인 참여가 중요하므로 이를 정책적으로 실시하고 있지 않고 그 필요성도 없음. 이것은 스스로 참여하도록 하고, 그것에 대한 정책적 개입은 없음.
- 문화적으로 ‘시민사회’가 자리 잡음으로써 시민들의 참여를 중요시함, 또한 문화적으로 ‘자발성(주체성)’을 중요한 가치로 생각함으로써 기부나 자원봉사가 사회 곳곳에서 이루어지고 있음. 예를 들어, 노인기관에서의 자발적인 강사로서 활동하는 등등

○ 노인의 여가문화, 재교육 등의 교육

- 노인을 위한 별도의 여가문화, 재교육 등의 정책은 없음. 이 또한 사회에서 어렸을 때부터 몸에 배어있는 교육정책을 통해서 이루어지고 있음.
- 노인 스스로 누릴 수 있는 여가활동을 개발하고, 본인이 하고 싶은 활동을 함. 이를 위한 기관을 만들거나 하는것은 중앙정부 차원이 아닌 지방정부에서 자체적으로 실시함(예를 들어, 베를린이 지역의 기관을 설립하여 운영중).

- 또한 대학에서 그들의 필요(또는 노인들의 욕구)에 따라서 U3A(제3 대학)가 활발히 이루어지고 있음. 이 또한 정부의 정책과는 무관함. 대학에서의 U3A는 직업교육이나 시민교육과는 별도로 학문적 대학교육이 이루어지고 있음. 철학에 대한 공부를 하는 등등.

- 우리나라의 노인대학, 노인교육은 이들의 시민교육센터와 유사하게 운영중임.

- 노인들 그리고 시민들은 손쉽게 지역사회에서 시민교육센터에서 다양한 기능적 훈련이나 학습이 이루어짐. 예를 들면 서양화, 컴퓨터, 영어교육 등등. 전 연령이 참여하는 프로그램임.

○ 노인실태조사(DEAS)

- 독일 노인의 생활 실태조사를 위해서 DEAS를 실시하고 있음. 종단과 횡단조사가 동시에 이루어지는 형태이며, 3~4년마다 실시되고 있음.
- 노인의 삶의 영역, 물질적 부분(경제 등), 건강, 가족 및 사회적 관계, 사회참여의 실태를 파악하고 있음.
- 이 자료는 노인 정책 설계에 기초자료로 활용되고 있음.

5. 노인 인터뷰

○ 노인 2명 인터뷰

○ 일상적인 삶에 대한 인터뷰

- 퇴직이후 연금생활을 하고 있음.
- 이들 노후는 배움과 여가활동이 함께 하는 노후라고 할 수 있음(일주일에 2회 가량은 본인들이 배우고 싶은 내용에 대한 교육을 받고 있고, 그 외의 시간에는 여가활동을 함. 수집물을 정리하고, 정원을 가꾸고, 여행을 하기도 하고, 운동을 하고).

- 이들 노인의 경우 “설 거를이 없다. 너무 즐겁다”라는 말을 한다. 본인이 계획할 수 있는 삶에 대한 만족이 매우 높음.
- 모임의 활성화, 교회활동 뿐 아니라 인근 지역 모임, 또래 모임 등 모임이 많음. 이들 모임에서 전시회도 하고, 자발적인 행사 등을 함.
- “독일의 연금받는 사람들은 시간이 없다”라고 함. 즉, 경제적인 문제가 해결 될 경우 여유를 즐기며 여러 가지 활동을 하고 있음을 제시함(연금액은 년 1,000유로정도, 배우자도 함께 연금을 받고 있음).
- 연금자들의 여유: 1년에 3, 4번 여행을 갈 여유가 됨. 생활은 매우 실용적이기 때문에 생활비가 많이 들지는 않음. 소비정도가 높지 않음.
- 독일의 노인의 경우 별도의 자원봉사 등의 활동을 하기 위한 것은 없음. 집단적으로 하지는 않음. 문화적으로 기부, 자선활동 등이 몸에 베어 있음. 이는 종교색이 강하게 자리 잡고 있음으로 인해 나타나는 특성이라고 할 수 있음.

제3절 스웨덴 출장보고

- 출장일시: 9월 18일 ~9월 26일
- 출장자: 이소정
- 방문기관:
 - Pensionärernas Riksorganisation (PRO) Guy Loov 면담
 - Aldrecentrum Marten Lagergren 면담
 - Sveriges Pensionärsförbund(SPF)
 - Karl Olsson 회장 면담
 - Arbetarnas bildningsförbund(ABF) Ewa Lantz 면담
 - 미래연구소 Renate Minas 교수 면담
 - Stockholm 대학 Gunn-Britt Trydegård 교수 면담
 - Sodertorns Hogskola University College 최연혁 교수 면담

【 기관별 상세 내용 】

1. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

- 기관 개요
 - 주소: Adolf Fredriks Kyrkogata 12. Stockholm
 - 홈페이지: <http://www.pro.se/>
 - 면담자: Guy Loov
- 주요 회의 내용
 - 스웨덴의 가장 큰 규모의 연금수급자 단체
 - 1942년도에 형성, 전국 26개 지역에 1411개 지부를 두고 있음.
 - 비정치적 단체이지만 스웨덴 사회민주당과 노동조직에 뿌리를 두

고 있음.

— 연방정부 재정지원

○ 현재 총 회원 규모는 400,000명

— 회원들은 250-300KR의 연회비 납부. 개인의 소속 기관에 따라 연회비의 소폭 차이

— 회원 특전: 연 9회 발행 잡지 PRO연금(PROpensionäre) 구독권. PRO 활동에 대한 사고보험 가입, PRO에서 제공하는 클럽 활동 참여, 자체 운영 “그랜드투어 여행사”를 통한 여행 할인혜택, 각종 평생교육 프로그램 참여

○ 주요 사업 내용

— 퇴직 후 노년기를 보내는 은퇴자들의 삶에 즐거움을 제공하고 건강을 찾기 위해 자기개발과 교제를 할 수 있는 만남의 장 제공

— 자체 학습기관인 이싱에(Gysinge) 학교를 운영하고 있으며 전국적인 성인 평생학습 지원 기관인 ABF와 연계해 회원들을 위한 다양한 교육 프로그램 개발

— 자체 여행사 “그랜드 투어 주식회사(Grand Tours AB)” 운영, 회원들에게 다양한 여가활동 기회 제공

— 연금수급자의 이해를 옹호하기 위한 다양한 여론활동 주도

2. Arbetarnas Bildningsförbund(ABF)

□ 기관 개요

○ 주소: Olof Palmes gata 9 101 30 Stockholm

○ 홈페이지: www.abf.se

○ 면담자: Ewa Lantz

□ 주요 회의 내용

- ABF는 스웨덴에서 가장 규모가 큰 성인 평생교육기관, 교육의 혜택으로부터 소외된 노동자계층의 자율적 교육기관으로 1912년에 시작
- 비정치 단체이지만 노동운동의 이념적 토대를 공유, 사회민주당, 스웨덴 노동조합연맹, 소비자조합에 의해 설립
- ‘자율성’에 토대를 둔 교육방식, 개인들이 자율적인 의지로 조직한 다양한 ‘학습동아리(study circle)’ 지원
 - 학습동아리 참석 연인원 약 75만명
 - 학습동아리 당 약 8~12명으로 구성(학습동아리 성격에 따라 차이)
 - 학습동아리 리더(study circle facilitator)는 학습동아리의 커리큘럼 구성을 비롯해 학습동아리를 끌여가는 주체. ABF 중앙본부는 이러한 학습동아리 리더를 교육하고 연계시키는 역할
 - ABF 중앙본부에 약 32,000명의 학습동아리 리더 등록. 이중 일부는 ABF 직원으로 여러 학습동아리 운영에 관여, 다른 리더들은 여가시간에 자발적으로 창설된 동아리 운영(이 가운데 다수는 자원봉사)
- 회원은 주로 개인이 아니라 기관 또는 조직
- ABF의 재원은 중앙정부, 광역자치단체, 기초자치단체의 보조금, 회원기관의 회비와 참여자들의 회비로 구성

3. Sveriges Pensionärsförbund(SPF)

□ 기관 개요

- 주소: Hantverkargatan 25, 8 tr Stockholm
- 홈페이지: www.spfpension.se

○ 면담자 : Karl Olsson

□ 주요 회의 내용

- SPF는 정치, 종교적으로 중립적인 단체이지만 보수당 및 현 집권당인 중도당(Moderaterna)와 정치적 이념 공유, 연계.
- 27개 지역에 지사를 두고 있으며 약 26만 명의 회원과 850개 이상의 산하단체 보유
- 1939년 고텐부르크에서 창설.
- SPF가 주로 대응하고자 하는 이슈
 - － 노인들이 건강, 소득수준의 현실적 제고, 서비스 및 복지혜택, 주거, 고독 및 소외 극복
 - － 이러한 사안에 대응하기 위해 SPF는 정부 연금위원회를 비롯해 각종 정부 위원회, 스웨덴 의회의 지회, 정당 위원회 등에 관여
- 회원들은 연 150~350KR의 회비 납부.
 - － 회원들은 각종 평생 학습 교육 프로그램, 여가프로그램, 연 9회 발간되는 회원잡지 ‘베테라넨(Veteranen)’ 구독
 - － SPF는 유사한 이념기반을 공유하고 있는 평생학습기관인 Medborgarskolan과 연계

4. Aldrecentrum(Stockholm Gerontology Research Center)

□ 기관 개요

- 주소: Gävlegatan 16, 8 tr 113 30 Stockholm
- 홈페이지: www.aldrecentrum.se
- 면담자: Mårten Lagergren

□ 주요 회의 내용

- Stockholm 노년학 연구소는 스톡홀름 시와 시의회에 의해 1986년 설립
- 스웨덴 고령화 및 노인복지 서비스 연구(SNAC) 및 스프랙삼(SpråkSam) 프로젝트 진행
 - － 2001년부터 장기적 국책연구인 SNAC 진행, 고령화 및 노인 복지 서비스에 대한 자료 수집.
 - － SpråkSam 프로젝트는 스웨덴을 모국어로 사용하지 않는 보건 복지 요원들(주로 이주자들)의 서비스 제공능력과 스웨덴어 실력을 향상시키기 위한 목적의 프로젝트
 - － SpråkSam 프로젝트를 통해 노인요양소 및 노인가정 봉사 서비스에 종사하는 직원 및 관리자들 모두 언어능력 개발활동에 참여시키는 것

5. 관련 전문가 면담 내용

□ 주요 면담 참여자: Framtidsstudier의 Renate Minas 교수, Stockholm 대학 Gunn-Britt Trydegård, Södertörns högskola university college 최연혁 교수

□ 주요 논의 내용

- 에텔개혁의 배경: 후기고령층 증가에 대한 대응 필요, 입원 노인 증가, 기존 광역자치단체와 기초자치단체 역할분담의 필요성 등
- 에텔개혁에 대한 평가: 노인의 자립을 강조했으며 실제 후기고령층의 병상 의존수 악화되었다는 측면에서 전반적으로 전문가들의 평가는 긍정적
- 스웨덴 노인요양서비스에서 기초자치단체간 규모, 재정능력 등의

차이를 극복할 수 있는 이유는 노인인구 규모에 비해 재정력이 약한 자치단체에 대해 그렇지 않은 자치단체로부터 재원의 재분배 즉 Tax equalization system이 있기 때문에 가능

○ 스웨덴의 경우 복지제도에 있어 중앙정부와 지방정부의 명확한 역할 구분 및 각 단위의 기능적 특성에 따른 효율적 업무분담구조 확립

— 중앙정부: 주요 사회보험제도 총괄(아동, 가족, 질병, 노령, 실업 등)

— 지방정부: 개별 가족 돌봄, 장애인 돌봄, 노인돌봄, 공공부조, 교육, 의료

○ 스웨덴 고령층은 상대적으로 인생이모작의 가능성이 크고 용이함

— 주된 이유는 무상교육 제도를 통해, 개인이 인생이모작을 위해 새롭게 교육을 받는 동안 생계를 국가가 보장하기 때문

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 국제협력홍보팀
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8303)

Kihasa 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

■ 2011년	11-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민	9,000원
	11-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 자출 및 수입구조 분석	조재국	미정
	11-03	친서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영	6,000원
	11-04	약제비 자출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박실마아	5,000원
	11-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜	7,000원
	11-06	소비자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기농식품 표시제 중심으로-	곽노성	7,000원
	11-07	저소득층 아동비만 및 저체중문제의 진단과 대응방안	김혜련	6,000원
	11-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진	6,000원
	11-09	인구집단 의료이용 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분해	김동진	6,000원
	11-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응 방안	황나미	미정
	11-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석	7,000원
	11-12	노후준비 실태를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명	7,000원
	11-13	사회보장제정과 재원조달에 관한 연구	최성은	5,000원
	11-14	보편적복지와 선별적복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근춘	미정
	11-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애·장해·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로	신화연	6,000원
	비발간	해외사회보장제도 정보서비스 제공	강유구	미정
	11-16-1	선진국의 아동사태관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙	미정
	11-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진	6,000원
	11-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정 수준에 관한 연구	고경환	6,000원
	11-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환	8,000원
	11-17-3	2011 사회예산분석	최성은	7,000원
	11-17-4	2011 보건복지 재정의 정책과제	유근춘	10,000원
	11-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	미정
	11-17-6	사회복지재정 추계모형개발	원종욱	8,000원
	11-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호	5,000원
	11-18	공정사회를 위한 친서민 정책 개선 방안	이태진	6,000원
	11-19	한국인의 복지외식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명	7,000원
	11-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진	6,000원
	11-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사-	최현수	10,000원
	11-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완	6,000원
	11-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석 -TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주	7,000원
	11-24	2011 빈곤연계연보	김문길	8,000원
	비발간	2011 기초보장평가 및 정책대안 모색	이태진	미정
	비발간	2011 기초보장모니터링 및 현장보고	최현수	미정
	11-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주·뉴질랜드·캐나다 영국을 중심으로	강혜규	미정
	11-26	중산층가족의 복지제검도 증진방안 연구	김유경	12,000원

11-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙	10,000원
11-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬	5,000원
11-29	장애인 서비스 연계방안 연구	김성희	7,000원
11-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희	6,000원
11-31	사회복지기업의 사회복지서비스제공 실태 및 운영구조 연구	강혜규	미정
11-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과분석	이삼식	7,000원
11-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철	5,000원
11-34	보건복지통계의 품질관리표준화 방안 연구	손창균	6,000원
11-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록	6,000원
11-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식	11,000원
11-37-1	출산율 예측모형 개발	이삼식	6,000원
11-37-2	저출산에 대한 만혼의 영향과 정책과제	김태홍 (외부)	미정
11-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아 건강 동향과 정책과제	최정수	7,000원
11-37-4	소득계층별 출산 양육 행태 분석 및 정책방안	김은정	6,000원
11-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희 (외부)	미정
11-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식	7,000원
11-37-7	지방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서	6,000원
11-37-8	외국의 이민정책변천과 사회경제적 영향	임정덕 (외부)	미정
11-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정정희	9,000원
11-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임모색: OECD 국가별 비교를 중심으로	이소정	5,000원
11-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경	5,000원
11-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕	8,000원
11-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구- M시 종적연구기반(1)	오영희	6,000원
11-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉	미정
11-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희	8,000원
11-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 판	이삼식	5,000원
11-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정정희	7,000원
11-37-18	저출산고령사회 대응 관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 시각지대 분석	이소정	8,000원
11-37-19	출산관련 조사자료DB구축	신창우	10,000원
비발간	국제심포지움	이삼식	미정
비발간	저출산고령사회연구관련 학술대회	이삼식	미정
11-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 유지방안에 관한 연구	김기홍 (외부)	미정
11-37-21	북한연구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 함의	이삼식	미정
비발간	저출산고령화와 사회갈등	이삼식	미정
11-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회환경 조성방안	(미정) (외부)	미정
11-37-23	저출산고령화대응영세자영업자생활실태연구	박종서	미정
11-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006~2010년 결과 보고서-	오영호	8,000원
11-39-1	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영	10,000원
11-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술 지원	김동진	11,000원
11-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가의 정책동향	최은진	10,000원

	11-39-4	건강영향평가 DB구축	김동진	10,000원
	11-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순	9,000원
	11-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선	8,000원
	11-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표	8,000원
	11-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안	홍석표	5,000원
	11-42	취약·위험 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구(2차년도)	김승권	11,000원
	11-43	친서민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I: 아동분야 사회서비스 중심으로	김미숙	13,000원
	11-44-1	한국의 복지실태	남상호	16,000원
	11-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신옥	8,000원
	비발간	한국의 사회복지분석	남상호	미정
	11-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ)	정영호	7,000원
	비발간	한국의료패널을 활용한 보건의료정책방향 모색	박실바아	미정
	비발간	한국의료패널을 활용한 보건의료분석	조재국	미정
	11-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민	7,000원
	11-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희	6,000원
■ 2010년	10-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000원
	10-02	화개난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실바아	5,000원
	10-03	해외의료시장 개척의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	7,000원
	10-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정기혜	6,000원
	10-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	7,000원
	10-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	박노성	7,000원
	10-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정선	5,000원
	10-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000원
	10-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	5,000원
	10-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000원
	10-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000원
	10-12	한국 제3세대 육성방안에 대한 연구	노대명	8,000원
	10-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000원
	10-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000원
	10-15	자활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	7,000원
	10-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	8,000원
	10-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조율성 분석	여유진	7,000원
	10-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000원
	10-19	아동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	6,000원
	10-20	공공 사회복지서비스 최저수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000원
	10-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	8,000원
	10-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000원
	10-23	민간 복지지원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	7,000원
	10-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000원
	10-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	7,000원
	10-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000원
	10-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000원
	10-28	한국의 보건복지 동향: 2010	장영식	10,000원
	10-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	6,000원

10-30-1	저출산 원인과 파급효과 및 정책방안	이삼식	17,000원
10-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000원
10-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000원
10-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	6,000원
10-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀가치와 출산율 관계 연구	김은정	5,000원
10-30-6	저출산의 가시경제적 효과분석	남상호	6,000원
10-30-7	저출산·고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은지 (외부)	6,000원
10-30-8	자녀 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000원
10-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	7,000원
10-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	6,000원
10-30-11	임양실태와 정책방안	김유경	10,000원
10-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	6,000원
10-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	6,000원
10-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	5,000원
10-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000원
10-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000원
10-30-17	신노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000원
10-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000원
10-30-19	에비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	6,000원
10-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	신우덕	5,000원
10-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	7,000원
10-31-1	2010 사회예산 분석	최성은	8,000원
10-31-2	2010 보건복지재정의 정책과제	유근춘	9,000원
10-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000원
10-31-4	사회복지 재정지출과 자방재정 부담에 관한 연구	최성은	6,000원
10-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000원
10-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000원
10-31-7	건강보험 재정평가	신영석	5,000원
10-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제1권	김동진	8,000원
10-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제2권	김동진	11,000원
10-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	5,000원
10-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	5,000원
10-33	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(3년차)	오영호	9,000원
10-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	14,000원
10-35	취약위험 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	10,000원
10-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000원
10-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000원
10-37-2	2009년 한국복지패널 삼층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000원
10-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅱ)	정영호	11,000원
10-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅰ)	정영호	7,000원
10-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	7,000원
10-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	5,000원