

현안분석 2004-9

고령사회법제 [5]

프랑스 노인복지법제

조 임 영

프랑스 노인복지법제

A Study on French Laws on Welfare of the Aged

연구자 : 조 임 영(초청연구원)
Jo, Im-Young

2004. 9.

국문요약

사회의 고령화에 따라 초래되는 다양한 사회경제적 문제들 가운데 하나가 노인복지의 문제이다. 고령사회에서의 노인복지 문제는 노인들에 국한된 문제만이 아니고 고령'사회' 자체의 문제이다. 고령사회에서의 노인복지는 한편으로는 노인인구의 증가에 따라 복지수요가 다양해지고 증가하는데, 다른 한편으로는 부양인구 내지 경제활동인구의 상대적 감소로 인해 가족에 의한 노인복지가 약화되고 사회적으로는 노인복지비용이 증가한다는 문제가 발생한다.

따라서 고령사회에서 노인복지문제는 노인들이 인간으로서의 존엄성이 보장되는 생활이 가능하도록 하여야 한다는 규범적인 대명제를 '고령사회'라는 특수한 조건에서 어떻게 풀어나갈 것인지의 문제로 요약된다. 이를 위해서는 고령사회라는 조건을 고려하여 복지수요에 대응하는 종합적이고 체계적이면서 경제적으로 효율적인 제도의 구축이 필요하다.

이 연구는 위와 같은 문제인식에 근거하여 고령사회에 대응하는 올바른 노인복지법제의 방향을 모색하는 일환으로 오래전부터 노인복지제도를 체계적으로 구축하여 온 프랑스 노인복지법제의 분석·검토를 목적으로 하고 있다. 이를 위해 먼저 사회보장의 전체 체계에서 노인복지법제가 차지하는 위치와 구성원리를 알아보기 위해 프랑스 사회보호(보장)의 체계가 어떻게 구성되어 있고 그 원리가 무엇인지를 검토하였다. 그리고 이 연구는 현행 프랑스 노인복지법제의 성격을 보다 명확히 하기 위해 프랑스 노인복지법제의 전개과정을 살펴본 후 소득, 주택, 의료 등과 관련한 구체적인 제도의 내용을 검토하고 있다.

프랑스의 노인복지법제의 기본적인 이념은 사회연대를 통한 노인의 사회통합에 있으며 이 이념은 개별제도에 의해 구체화되고 있다. 개별

제도의 구체적인 특징은 소득분야에서는 최저소득이 보장되며 의료분야에서는 사전예방을 강조하고 일상적인 복지와 관련하여서는 재택복지를 중심으로 이루어지고 있다. 이러한 노인복지의 방향은 종래부터 노인복지분야에서 강조되어 왔다. 이 연구에서는 이러한 정책방향이 프랑스에서 구체적으로 어떤 방식을 통해 달성되고 있는지, 서비스의 전달주체는 누구이며, 서비스의 내용은 어떠한지, 서비스에 대한 비용 부담은 누가 하는지 등을 검토하고 그 특징을 분석하고 있다.

키워드 : 고령사회, 프랑스노인복지, 소득보장, 의료 및 주택보장

Abstract

One of socio-economic problems caused by aging of society will be the welfare of the aged. In the aging society, the welfare for senior citizens is related to the society itself in addition to the aged living in such society. The problem could be based on the situation where the welfare demand is increasing and of variety by the increase of the population of the aged and simultaneously the community's burden for the welfare has been increasing because of the decrease of family support to its parents and relatives.

Accordingly, this issue should be considered in a context which the aged can perform its living activities in the aging society from the point of human dignity. It also does require comprehensive, systematic, economic and efficient system corresponding to the current demand of welfare in consideration of aging society.

This study purposes to analyze and review the legal system of senior citizens in France where the relevant systems have systematically been established in order to find out more reasonable legal system of the welfare for the aged in expected aging society. For doing this, we have reviewed the social welfare system in France and the principles supporting such system to identify the legal principles and system for the welfare of the aged in the total system of French social welfare. This study

also reviews the developments in the French legal system for the welfare of the aged and the relevant supports relating to income, housing, and medical insurance, in order to clarify the characteristics of French legal system.

The basic idea of the French legal system of the welfare for the aged is the aged integration into the community through the spirit of social solidarity, which has inspired several systems. Main characteristics of individual systems are that the income security is ensured, that disease prevention is emphasized, and that social welfare enjoyed at home are developed. This trend has been made in the field of welfare for the aged. In this regard, this study reviews some points such as how and with what methods such trend has been developed, who has provided the service, what are the contents of the service, who bears the expenses for the service, etc.

Key word : aged society, welfare for the aged, income security, medical and housing security

목 차

국문요약	3
Abstract	5
제 1 장 서 론	9
제 1 절 연구의 목적	9
제 2 절 연구의 범위	10
제 2 장 프랑스 사회보호(protection sociale)제도의 체계와 기본원리	11
제 1 절 프랑스 사회보호 및 사회보장제도의 체계	11
1. 사회보호제도의 체계	11
2. 사회보장제도의 체계	13
제 2 절 프랑스 사회보호제도의 기본원리	17
1. 프랑스 사회보호제도의 헌법적 기초	17
2. 사회보장과 사회부조 및 사회사업의 법적 성격과 상호관계	18
제 3 장 프랑스 노인복지법제	27
제 1 절 노인복지정책의 변천	27
1. 1960년대 : 재택유지개념과 고령자정책의 방향 확립	27

2. 1970년대 : 고령자케어대책의 입법화와 '제3연령' 대책의 진전	29
3. 1980년대 : 재택간호서비스제도의 발전과 고령자복지의 정체	31
4. 1990년대 이후의 고령자복지의 현황	33
제 2 절 소득보장	33
1. 기여적 급여	34
2. 비기여적 급여(노령최저소득)	38
제 3 절 재가복지	40
1. 의료사업	41
2. 사회사업	45
제 4 절 노인복지시설	50
1. 수용시설	50
2. 비용부담	58
제 5 절 개인별자립수당제도(allocation personnalisée d'autonomie: APA)	60
1. 개인별자립수당 법제의 전개	61
2. APA 법제의 주요 내용	69
3. APA의 재정	80
4. 소 결	81
제 4 장 결 어	83
참고문헌	85

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적

고령사회에 대한 대응은 오늘날 세계 다수의 국가들이 직면하고 있는 중요한 사회경제적 의제이다. 인구의 고령화는 다양한 사회경제적 문제를 초래하는데, 그 중 하나가 노인에 대한 복지문제이다. 물론 노인복지의 문제는 고령사회의 고유한 문제는 아니다. 언제 어디서건 고령자는 있기 마련이고 그에 따라 노인복지는 문제될 수 있기 때문이다. 그렇지만 고령'사회'에서의 노인복지는 양적 측면과 질적 측면에서 사회경제적으로 특유한 문제를 야기하고 새로운 사회정책적 대응을 요구한다.

고령'사회'란 한 사회의 전체인구 가운데 고령인구의 비율이 증가함을 말한다.¹⁾ 이에 따라 고령사회에서의 노인복지는 양적 측면에서 증가할 수밖에 없고 질적 측면에서도 복지의 내용이나 성격을 달리 할 수밖에 없는 것이다. 특히 고령화가 저출산과 동시에 진행되고 여성의 경제활동 참여의 증가로 인해 노인에 대한 가족의 부양기능은 현저히 약화되고 있는 사정은 더욱 종합적이고 체계적이며 효율적인 노인복지 정책을 필요로 한다.

이 연구는 고령사회에 대응하여 어떠한 노인복지정책이 바람직한지를 모색하는 일환으로 프랑스 노인복지법제를 분석·검토한다. 대부분의 유럽국가들과 마찬가지로 프랑스의 인구구조도 심각한 노령문제에 직면해 있다. 1945년 65세 이상의 고령자가 4백 5십만이었는데, 1990년 1월에 전체인구 가운데 14%에 해당하는 7백 9십만으로 증가하였

1) 유엔은 전체인구에서 65세 이상의 노인인구비율이 7% 이상을 '고령화 사회', 14% 이상은 '고령사회', 20% 이상은 '초고령사회'로 구분한다. 우리나라는 2000년에 65세 이상의 노인인구가 약 339만명으로 전체인구(약 4,700만명)의 7.2%를 차지해 고령화 사회로 진입하였으며, 2003년에는 8.3%, 2010년에는 10.7%, 2019년에는 14.2%, 2030년에는 23.1%로 급격히 증가할 전망이다.

고, 이 가운데 전체인구의 3.7%에 해당하는 2백 십만명이 80세 이상이며, 60세 이상을 포함한다면 거의 1천 1백만명이다. 1950년에 전체 인구 가운데 60세 이상의 비율이 16.2%이었으며 1990년에는 19%가 되었으며 2020년에는 27%에 이를 것으로 예상된다. 한편 85세 이상의 고령자 비율도 급격히 증가하였다(1950년에 0.5%, 1990년에 1.5%, 1995년에 1.8%). 즉 이러한 고령자수는 1955년 230,000, 1985년 680,000이었는데 2015년 1,300,000, 2020년에 1,800,000, 2040년에 2,500,000에 이를 것으로 추정되고 있다. 프랑스는 이러한 고령사회의 전개에 대응하여 1960년대부터 체계적인 대응과 관련 법제를 정비하여 왔다. 프랑스는 1960년에 발표된 라로크보고서를 바탕으로 인간 존엄성에 바탕한 노인의 자립과 사회통합을 위한 다각적인 복지제도를 수립하여 왔는 바 이에 대한 검토는 고령사회 대응에 있어 초기적 단계에 있는 우리나라에 시사하는 점이 많을 것으로 생각한다.

제 2 절 연구의 범위

노인복지란 노인이 한 사회에서 온전한 인간으로서 생활할 수 있는 제반 여건을 마련해 주는 것이라 할 수 있다. 따라서 노인복지와 관련된 분야는 광범위할 수밖에 없다. 노인복지 분야로는 고용, 소득보장, 의료, 가족, 주거, 재가복지서비스, 교육, 여가 등과 같이 일반인의 복지수요와 동일한데 다만 노인이라는 특수성이 복지의 내용과 성격을 차별화 할 뿐이다.

이 연구에서는 프랑스 노인복지 가운데서도 기초적인 제도라 할 수 있는 소득보장, 의료, 주거 등의 분야를 중심으로 검토하도록 한다. 이를 위해 먼저 프랑스 사회보호제도의 체계와 기본원리(제2장)를 검토하고 프랑스 노인복지법제(제3장)를 살펴본다.

제 2 장 프랑스 사회보호(protection sociale) 제도의 체계와 기본원리

제 1 절 프랑스 사회보호 및 사회보장제도의 체계

1. 사회보호제도의 체계

우리나라에서의 사회보장이라는 용어의 의미와 프랑스의 그것과는 동일하지 않다. 우리나라 사회보장기본법 제3조 1호에서는 사회보장을 “질병·장애·노령·실업·사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며 국민생활의 질을 향상시키기 위하여 제공되는 사회보험·공공부조·사회복지서비스 및 관련복지제도를 말한다”고 규정하고 있다.

프랑스에서 ‘사회보장(sécurité sociale)’은 직업수입(revenu professionnel)을 상실 혹은 감소시키든가, 지출의 증대를 초래하는 일정한 사유(événements) 이르면 보험사고에 대한 소득보장을 목적으로 한다.²⁾ 여기에서 말하는 일정한 사유는 사회적 위험(risques sociaux)으로도 불리어지며, 직업수입의 상실이나 감소를 초래하는 사유와 지출의 증대를 초래하는 사유로 분류된다. 전자의 사유는 나아가 두 가지로 분류할 수 있다. 하나는 노동능력의 상실이나 감소를 원인으로 하는 것이며, 질병, 장애, 노령, 사망, 산업재해 및 직업병이 여기에 해당한다. 다른 하나는 노동능력이 활용되지 않음으로 인해 직업수입이 상실, 감소되는 것으로 실업이 여기에 해당한다. 지출의 증대를 초래하는 사유에 해당하는 것은 질병이나 가족의 부양이다. 이러한 사회적 위험 가운데, 산업재해나 직업병은 산재보상제도가, 실업은 실업보험제도가 그리고 가족의 부양에 관해서는 가족급부제도 기타 사회위험은 사회보험제도가 대응한다.

2) Jean-Jacques Dupeyrou, Michel Borgetto, RobertbLafore, Rolande Ruellan, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz 14^e édition, 2001, p. 193 이하.

우리나라에서 사회보장은 사회보험·공공부조·사회복지서비스 및 관련복지제도 등을 말하는데 프랑스에서의 사회보장은 사회보험·산재보상·가족급부 등을 의미한다. 그리고 프랑스에서 사회보장에 관해서는 기본적으로는 사회보장법전(Code de la sécurité sociale)에서 규정하고 있다. 다만 실업보험제도는 역사적 연혁으로 인해 노동법전(Code du travail)에서 규정하고 있다. 이와 같이 사회보장의 의미는 프랑스와 우리나라에서 각각 달리 사용되고 있다.

우리나라의 사회보장 개념에 대응할 수 있는 프랑스의 용어로는 사회보호(protection sociale)가 있다. 프랑스에서 사회보호에 대한 실정법상의 정의는 없으나 일응 “특정시대의 사회적 위험들 및 사회적 욕구(besoins sociaux)들을 보장하는(prise en charge) 다양한 기술들의 결합”으로 정의할 수 있다.³⁾ 프랑스 사회보호체계를 구성하는 여러 제도들은 대충 다음의 세 가지로 분류된다.⁴⁾ 첫째는 위에서 살펴본 사회보장제도이다. 사회보장제도는 소위 금고(caisse)라 불리는 여러 조직들이 운영하는 제도들이다. 둘째, 우리나라의 공공부조와 사회복지서비스에 대응하는 것으로 사회부조(aide sociale)와 사회사업(action sociale)이 있다. 이에 대해서는 사회사업및가족법전(code de l'action sociale et des familles)에서 규정하고 있다. 셋째, 단체협약에 기초하여 성립된 제도로서 법정급부의 보충을 목적으로 하는 보충제도(régimes complémentaires)가 있다.

프랑스 사회보장제도는 사회보험, 산재보상 및 가족급부라는 세 가지 급부부문으로 구성된다. 그러나 각각의 인적 적용범위는 다르며, 그것에 대응하는 관리운영조직이 존재하기 때문에 제도구성이 복잡하다. 이 가운데 가족급부제도의 관리운영은 농업종사자를 제외하고 직업활동의 여하에 관계없이 모든 자를 대상으로 전국가족수당금고가 맡고 있기 때문에 사회보험제도와 비교하면 제도구조는 일원화되어 있다고 할 수 있다. 사회부조는 사회보장제도의 보상수준이 미흡하거나 또는

3) Francis Kessler, *Droit de la protection sociale*, Dalloz, 2000, p. 1.

4) 羅秉均, “프랑스의 사회보장”, 『세계의 사회보장』, 유풍출판사, 2001, 202-203면 참조.

보상이 지급되지 않는 경우에 보충적인 급여를 실시하는 제도로서 급여대상자들의 소득 및 재산상태가 급여와 중요한 관련을 가진다. 사회보장제도가 가입자들에 의한 자치적 운영을 원칙으로 내세우고 있는 반면, 사회부조제도는 자치단체나 국가가 직접 운영함을 원칙으로 한다. 또한 사회보장의 재원의 대부분은 근로자와 사용자가 부담하는 기여금으로 충당되는데 비하여 사회부조의 재원은 자치단체와 국가의 일반 예산으로 충당된다.

보충제도의 대표적인 제도가 보충연금제도이다. 보충연금제도는 사회보장제도상의 법정 기본연금을 보충하기 위해 이에 대응하여 조직되고 관리된다. 상공업분야 피고용자들의 보충연금제도에는 두 가지가 있다. 하나는 간부연금제도(Association générale des institutions des retraites des cadres; AGIRC)이며 다른 하나는 일반근로자들을 대상으로 하는 보충연금제도(Association régimes de retraite complémentaire; ARRCO)가 있다. 한편 국가 및 공공 단체 비정규직을 위한 보충연금제도(Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques; IRCAN TEC)가 있으며 자영인 집단에 대해서 또한 별도의 보충연금제도가 실시되고 있다.⁵⁾

2. 사회보장제도의 체계

프랑스 노인복지법제의 이해를 위한 범위 내에서 프랑스 사회보장제도의 기본적인 체제를 인적 적용범위와 관리운영의 측면에서 살펴보면 다음과 같다.

5) 프랑스 보충연금제도에 관한 상세한 내용에 대해서는 심창학, "프랑스 퇴직연금제도", 「임금연구」, 통권 43호, 경총 노동경제연구원, 2003, 72면 이하 참조. 프랑스 연금제도는 기본연금, 보충연금 이외에 보조연금제도가 있는 3층 체계로 구성되어 있다. 기본연금은 법정연금제도로서 노후 소득보장을 위한 가장 기본적인 체계이다. 반면 보충연금과 보조연금은 노사합의에 의하여 실시되고 있는 것으로 퇴직연금의 유형에 속한다고 할 수 있다. 단지 차이가 있다면 보충연금은 강제적 성격을 띠고 있으며(자영인의 경우 임의적 성격) 부과방식을 채택하고 있는 반면 보조연금은 임의적 성격이면서 적립방식을 채택하고 있다는 점등을 들 수 있다(심창학, 전제 논문, 76면).

먼저 인적 적용범위에 따라 사회보장제도는 네 제도로 나누어진다. 상공업피용자를 중심으로 하는 일반제도(régimes général),⁶⁾ 광산 근로자나 선원 등의 일정의 직종에 속하는 피용자를 위한 특별제도(régimes spéciaux), 농업부문 이외의 자영업자 비피용자를 위한 자치제도(régimes autonomes) 그리고 농업에 종사하는 자를 대상으로 하는 농업제도(régimes agricoles)이다. 농업제도는 농업법전(Code rural)에 기타 제도는 사회보장법전에 근거한 법정제도이며, 모두 기초제도(régimes de base)라 한다. 이 이외에 어느 기초제도에 속하지 않는 자들을 위해 노령, 장애 및 과부를 보험사고로 하는 임의가입 보험제도가 있다. 이에 대해 피용자를 중심으로 단체협약에 의해서 법정급부를 상회하는 급부를 실현하고 있는 제도가 존재하며 이를 보충제도로 함은 위에서 설명한 바와 같다.

기초제도 가운데 일반제도는 인적 구성, 재정규모 등의 측면에서 가장 중요한 제도라 할 수 있다. 또한 유의할 것은 특별제도가나 자치제도는 그 자체가 하나의 제도는 아니며 개별적인 직역보험제도의 집합체를 가르키는 호칭에 지나지 않는다는 것이다. 특별제도는 광산노동자(mines), 선원(marins) 프랑스국유철도(SNCF)직원, 파리교통공단(RATF)직원, 프랑스은행(Banque de France)직원 혹은 공무원(fonctionnaires civils) 등 일정의 직역이나 사업주체마다의 개별적인 직역제도로 구성되어 있다. 또한 자치제도에 있어 노령보험부문은 상공업자, 수공업자 및 자유업자의 개별제도로 구성되며, 질병보험부문은 이들 세 업종을 횡단하는 조직체계에 의해 제도화가 도모되어

6) 프랑스 사회보장법에 있어 제도(régime)의 개념은 '사회적 신분'과 '행정조직'의 두 측면에서 의미를 가진다. 사회적 지위의 측면에서 제도는 가입자의 특정집단에 적용되고 그들이 권리를 가지는 급부를 정의하는 총체적인 규정들이며, 행정조직의 측면에서는 동일 또는 상이한 지위를 누리는 범주들의 사회보호를 관리하는 것을 목적으로 하는 것을 의미한다(Jean-Jacques Dupeyroux, Michel Borgetto, RobertbLafore, Rolande Ruellan, op. cit., pp. 230-233.).

있다. 나아가 농업제도는 농업경영자제도(régime des exploitants agricoles)와 농업피용자제도(régime des salariés agricoles)로 나눌 수 있다. 이와 같이 피보험자가 종사하는 직업에 착안하여, 그 업종이나 직종에 대응하여 조직되는 보험제도를 직역보험제도라 하는데 프랑스 사회보장제도의 특징 중의 하나는 직역보험제도의 복수병존체제라는 구조를 지적할 수 있다.⁷⁾

다음으로 사회보장제도의 관리운영은 일반적으로 금고로 불리는 조직이 담당하고, 그 의사결정기관은 금고이사회이다. 이러한 관리운영조직은 개별제도, 나아가 당해 제도의 급부부문에 대응하여 조직되며, 금고이사회도 각각의 제도의 피보험자나 사용자 등의 당사자로 구성되어 있다. 특별제도에서 개별제도는 각각 독자의 관리운영조직을 가지고 있다. 또한 자치제도에 있어 질병보험제도는 전국비농업비피용자 질병출산보험금고(CANAM)에 의해서 일체화되어 있으나 노령보험제도에 관해서는 상공업자, 수공업자 및 자유업자 각각 개별의 관리운영조직을 가지고 있다. 나아가 농업제도는 다른 제도와는 달리, 관리운영조직을 선택할 자유가 인정되지만 농업사회공제금고가 주된 조직이다. 의사결정기관으로서의 금고이사회의 존재가 단적으로 보여주는 바와 같이 사회보장제도의 관리운영주체는 이러한 금고이며, 국가는 후견기관, 감독기관으로서 기능함에 지나지 않는다. 이로 인해 사회보장제도를 감독하는 관청으로서 사회보장담당부가 설치되어 있다.

일반제도에 관한 관리운영조직은 급부부문과 징수 및 재무관리부문으로 나누어지며, 전국조직과 하부조직이 존재한다. 전국조직은 모두 공법인이며 하부조직은 공역무의 관리운영을 담당하는 사법상의 조직이다. 이러한 관리운영조직은 모두 피보험자나 사용자 등의 관계당사자의 대표로 구성되는 이사회에 의해 관리되며, 그 구성은 각 조직에 따라 다르다. 질병보험금고의 계열과 전국노령보험금고는 기본적으로 피보험자대표와 사용자대표의 이사로 또한 가족수당금고는 가족급부

7) 프랑스의 이러한 특징을 가르켜 프랑스 사회보장체계를 '모자이크식 체계'라 부른다.

제도가 프랑스에 거주하는 모든 사람을 대상으로 하고 있는 관계로 자영업자 등의 대표를 포함하는 삼자로 구성된다. 나아가 초급질병보험금고와 가족수당금고에 있어 피보험자대표와 가족수당금고의 자영업자대표의 이사는 피보험자 등의 선거에 의해 선출된다. 다른 한편 각 금고의 사용자대표는 프랑스 전국경영자평의회(CNPF) 등의 사용자직업단체에 의해 지명된다.

급부부분의 조직은 세 부문으로 나눌 수 있다. 전국피용자질병보험금고(CNAMTS), 전국피용자노령보험금고(CNAVTS) 및 전국가족수당금고(CNAF)를 정점으로 하는 조직체계이다.

전국피용자질병보험금고는 질병, 출산, 장애, 사망의 각 보험, 산업재해 및 직업병을, 전국피용자노령보험금고는 노령보험과 55세 이하의 과부를 대상으로 하는 과부(veuvage)보험을 관리하고, 가족급여제도는 전국가족수당금고가 관리한다. 이 가운데, 전국피용자질병보험금고와 전국피용자노령보험금고는 일반제도의 적용대상인 상공업피용자에게 고유한 조직이다. 그러나 전국가족수당금고는 앞에서 서술한 바와 같이 상공업피용자에게 한정된 조직이 아니다. 이들 각 전국금고를 토대로 전국을 16개로 나눈 지역(région), 각 도(département) 단위로 지방질병보험금고, 초급질병보험금고 및 가족수당금고 등의 하부조직이 존재한다. 지방질병보험금고는 산업재해, 직업병의 발생원인이나 빈도 등의 정보를 수집하고 방지활동을 하며, 하부조직이 없는 전국피용자노령보험금고를 위해 노령보험, 과부보험의 급부의무를 담당한다. 도 차원에서는 피보험자의 가입의무와 노령, 유족 및 가족급부 이외의 급부의무를 행하는 초급질병보험금고, 가족급부의 급부의무를 담당하는 가족수당금고가 설치되어 있다.

징수 및 재무관리부분의 조직은 도 단위로 보험료를 징수하며 사회보장및가족수당보험료징수조합(URSSAF)과 전국차원에서의 재무관리를 하는 사회보장조직중앙재무관리기구(ACOSS)가 존재한다.

제 2 절 프랑스 사회보호제도의 기본원리

1. 프랑스 사회보호제도의 헌법적 기초

프랑스 헌법 제1조는 1958년 10월 4일 헌법 제1조는 프랑스 정치조직의 기본적 특징을 명확히 선언하고 있다. 즉 헌법 제1조에서는 “프랑스는 불가분적, 비종교적, 민주적 및 사회적인 공화국이다”고 규정하고 있다. 이 사회공화국의 원리는 “국가는 안정(sécurité)에 대한 최저한의 사회적 보호와 사회정의 실현하기 위해 행동해야 한다”는 것을 의미하는 것으로 해석할 수 있다.⁸⁾

사회보호는 1946년 헌법 전문에서 선언하고 있는 “오늘날 특히 필요한 경제적·사회적 원칙들” 가운데 규정되어 있다. 1958년 헌법 전문은 “프랑스 국민은 1789년의 인권선언에서 정의하고 1946년 헌법 전문에서 확인하고 보완한 인권과 국민주권의 원리에 충실할 것을 엄숙하게 선언한다”고 규정하고 있다. 따라서 1946년 헌법 전문은 현행 헌법의 내용에 포함되며, 나아가 적헌성(適憲性) 영역(bloc de constitutionnalité)을 구성한다.⁹⁾ 즉 이 규정은 헌법위원회(Conseil constitutionnel)에 의한 입법행위 통제의 근거가 된다. 구체적으로 보면 1946년 헌법 전문 제10조에서는 “국가는 개인과 가정에 그들의 발전에 필요한 조건들을 보장한다”고 하고, 제11조는 “국가는 모든 사람, 특히 모자 및 노령근로자에게 건강, 물질적 안정, 휴식 및 여가의 보호를 보장한다. 연령, 신체적·정신적 상태, 경제적 사정으로 인해 노동이 불가능한 상태에 있는 모든 사람은 생존에 적절한 수단을 공공

8) Francis Kessler, op. cit., p. 137.

9) 프랑스 헌법위원회는 적헌성 영역을 정하여 적헌성 통제의 기준으로서 헌법이나 조약 법률뿐만 아니라 1958년 헌법, 1946년 헌법전문에 대한 헌법적 가치(valeur constitutionnelle)를 인정하고 나아가 1946년 헌법전문에 따라 ‘공화국법률에서 확인된 기본원리’에 대하여도 헌법적 가치를 부여하고 있다. 이러한 헌법위원회의 판결은 바로 1789년 인권선언을 실정법규범(texte de droit positif)으로 간주하여 적용시키려는 데 있다(성낙인, 「프랑스 헌법학」, 법문사, 1995, 705면 이하 참조).

단체로부터 얻을 권리를 가진다”고 하며, 제12조는 “국가는 국가적 재난으로부터 발생하는 부담들에 대해 모든 프랑스인들의 연대와 평등을 선언한다”고 규정하고 있다. 이 규정의 의의는 일차적으로 각 영역별 모든 위험과 책임에 대한 국가개입을 정당화하는 근거가 된다는 점에 있다.

2. 사회보장과 사회부조 및 사회사업의 법적 성격과 상호관계

프랑스 사회보호법의 전체적인 작동원리를 이해하기 위해서는 사회보장법, 사회부조 및 사회사업법의 역사적 전개, 이론적 근거 및 법적 기초 등을 개괄한 후 각각의 개념에 대해 검토할 필요가 있다. 즉 각각의 영역은 무엇을 의미하는지, 상호관계는 어떠한지, 각각의 영역은 사회보호라는 보다 방대한 전체 속에서 어떠한 지위를 갖고 있는지 등을 살펴볼 필요가 있다는 것이다. 사실 각각의 법 영역은 개인 또는 집단에 대해 생활상의 중요한 욕구(besion)의 만족이나 다양한 사회적 위험에 대한 보호 등의 보장을 목적으로 하는 현금급여와 현물부양의 복잡한 체계의 구성요소들 가운데 하나일 뿐이기 때문이다.

아래에서는 먼저 프랑스 사회보호시스템의 형성과 논리를 살펴본 후 각각의 영역의 성격과 상호관계를 검토하도록 한다.

(1) 프랑스 사회보호시스템의 형성과 그 논리

프랑스 사회보호시스템은 전체가 동질적인 것으로 구성되어 있는 것은 아니며, 서로 다른 시대에 걸쳐 새로운 메카니즘이 종래의 체계에 첨부되고 과거의 체계는 본질적인 특징을 상실하지 않는 퇴적작용의 결과이다. 이러한 전개에 따라 보호논리의 중복과 상호침투로 인해 사회보호시스템은 점점 더 복잡하게 되었다. 프랑스 사회정책의 기초가 되는 형제애, 연대의 원칙은 도식적으로 보면 세 가지 전통으로 구분할 수 있다.

첫째는 프랑스 대혁명의 시기에 공적 구조(secours publique)로 불리어진 공적 구호(assistance publique)제도이다. 이는 자신의 욕구를 스스로 충족시킬 수 있는 능력이 없는 빈민 및 장애자에 대한 일정한 급여나 책임의 채무자로서 국가를 동원하였다. 프랑스 대혁명 이전의 부조는 인간의 존엄성에 기초한 국가의 책임으로서 행해진 것이 아니라 혈연, 기독교적 자산과 공공질서의 유지 등에 따른 것이었다. 프랑스 혁명기에 만들어진 사회정책은 부조를 주축으로 하였는데, 이 때 부조는 한편으로 빈곤자의 생존권 개념에 기초하고 다른 한편으로는 빈곤자 집단을 위한 국가의 책임원칙에 입각한 것이었다. 이는 노동과 부조의 권리를 규정하고 있는 1793년 6월 헌법의 전문이 된 1793년 인권선언문 제21조에 잘 나타나 있다. 즉 동조에서는 “공공 구호는 신성불가침의 채무이다. 사회는 빈곤한 시민들에게 노동의 기회를 제공한다거나 노동할 수 없는 상태에 있는 사람들에게는 생존의 수단을 제공하여서 시민들의 생존을 보장해야 한다”고 규정하고 있다.¹⁰⁾

둘째, 공제이다. 이는 공제조합(mutualite)의 모습으로, 근로자의 빈곤화가 단순한 빈곤의 문제로 대체될 때, 임노동자들의 세계에서는

10) 羅秉均, 전계논문, 209-211면. 프랑스 대혁명(1789)은 인간의 가치에 대한 새로운 인식을 촉구하는 계기가 되었으며, 다른 한편으로 인간과 사회, 인간과 국가의 새로운 관계를 정립하는 계기가 되었다. 이는 종전까지 감시와 탄압의 대상이 되었던 빈곤자들의 경우에 있어서도 마찬가지였다. 당시 계몽사상가들의 생존권에 대한 인식을 보면, 몽테스큐는 “혈벙은 사람 앞을 지나치면서 그에게 던져주는 한 닢의 적선만으로 이들에 대한 국가의 의무가 수행됐다고 볼 수 없다. 국가는 이들에게 먹을 것 입을 것과 건강한 생활을 보장해 줄 의무가 있는 것이다.”(법의 정신, 23, 24장)고 하여 국가의 빈곤자에 대한 의무개념을 강조하였고, 루소는 사회계약론에서 “모든 인간은 생존의 권리를 가지고 있는 것이다. 사회는 이 권리를 박탈당한 사람들에게 노동의 기회를 주는 방법으로 개입할 수 있는 것이다. 오로지 노동이야말로 합법적인 생존수단인 것이다. 건강하고 건장한 사람으로서 생존을 두 팔에만 의존하는 경우 그는 가난하다고 볼 수 있다. 그렇지만 그에게 노동의 기회가 주어진다면 결코 그를 극빈자라고 부를 수는 없을 것이다. (...) 만약 이 사람이 국가를 상대로 “내게 먹을 것을 주시오”하고 외칠 권리가 있다면 사회는 또한 그에게 “당신의 노동을 내게 달라”고 요구할 권리가 있다”고 하여 기독교적 자선에 입각한 빈곤자와 사회 사이의 관계를 부정하고 만민에게 평등한 생존권의 개념을 주장하였다. 계몽사상가들과 혁명가들은 빈곤자들 자신의 노력과 국가의 부조만으로 빈곤이 근본적으로 해결될 수 있다고 보았다. 이들은 실업, 경기불황, 저임금 등에 의한 빈곤, 다시 말해서 노동자 자신의 의사와는 관계없이 야기되는 대량빈곤현상은 예기치 못하였던 것이다.

조합을 통해 질병, 산업재해, 퇴직으로 인한 생활의 불안정 요인을 직업연대성에 기초한 상부상조의 방법으로 해결하려 한 것이다.

셋째, 사회보험이다. 이는 공제를 단순히 확대한 것만은 아니며 임노동자 사회를 연대시키는 권리와 의무에 대해 새로운 개념을 제시하였다. 이 사회보험은 초기에 제한된 근로자들을 대상으로 제한된 범위의 보호만을 해주었으나 1945년 프랑스 사회보장기초자들은 모든 사람 또는 모든 가족의 건강이나 소득에 영향을 미칠 수 있는 모든 상황에 대해 완전한 보호시스템의 수립을 제안했던 베버리지 플랜과 동일한 노선을 취하면서 사회보험에 보편적 성격을 부여하고 이를 사회보장제도로 전환하였다. 이러한 관점에서 사회보장은 사회보호의 중심적 지위를 가지며 사회부조와 공제는 한계화 되는 것으로 구상되었다.

그런데 일정한 범위에서 모든 국민을 사회적으로 보호하겠다는 열망은 거의 실현되었으나, 이는 1945년에 구상하였던 사회보장의 일반화와는 매우 다른 방법을 통해서이다. 먼저, 부조시스템을 현대화하고 새로운 사회보호의 틀에 맞추기 위해 1953년에 부조제도의 개혁이 있었다. 1945년에 예상한 것처럼 부조는 퇴보하지 않았고 오히려 '부조'(assistance)의 개념을 대체하는 '사회부조'(aide sociale)라는 명칭으로 유지되었다. 따라서 사회보장과는 관계에서 사회부조는 사회보장이 불충분하거나 보호가 이루어지지 않는 자들에 대해 대체적 또는 보충적인 일련의 급여를 제공함으로써 사회보장 일반화의 공백에 대처하기 위한 제도로서 안정화되었다. 따라서 부조논리를 계승한 사회부조는 한계적 성격을 가지는 잔여적인 것이 아니라 사회보호시스템을 구성하는 하나의 요소로서 존재한다. 사회부조와 더불어 사회사업은 과거의 구호적인 부조의 형태를 계승했을지라도 또는 보호메카니즘이 효과가 없거나 불충분함을 보충하기 위한 혁신의 노력으로 나타난다고 하더라도 마찬가지로 급속히 발전하였다.

다음으로 상호부조적인 공제제도는 활동영역이 축소되기는커녕 오히려 다양한 사회적업집단에 사회보장급여와는 차별화되는 향상을 제안

하기 위해 발전되고 조직화되었는데, 특히 의무적 가입원칙을 도입하면서 그러하였다. 이와 같이 프랑스 사회보호의 세 가지 전통은 사회보장의 창설로 인해 조성된 새로운 환경에서 변화하고 적응함으로써 계속 유지되고 있다.

그러나 이러한 세 가지 전통은 상호관계의 조정에 따른 단순한 동거의 차원을 넘어 중복되고 수렴하는 경향을 보여준다. 먼저, 부조의 논리는 사회부조(aide)와 사회사업의 범위 내에 제한되는 것이 아니라, 사회보장의 영역에서 무소득자들에게 지급되는 사실상 사회최저(minima sociaux)로서 기능하는 비기여적 급여의 출현과 함께 사회보장의 범주 내에도 포섭되었다. 게다가 1988년의 RMI(Revenu minimum d'insertion, 사회편입최저소득)제도로 인해 사회부조와는 그 개념에 있어 그리고 그 조직방식에 있어 구별되며 보통법의 보호를 횡단하는 모든 자들에 대해 최후의 보호망의 역할을 수행하는 새로운 제도가 추가되었다.¹¹⁾ 그리고 엄밀한 의미의 사회보장은 근로자의 일반제도와 더불어 자율 및 특수제도의 유지로 인해 분열되었다. 다른 한편 사회보장의 논리는 공제제도가 일부 의무화되고 사회보장 급여의 일반적 향상을 목적으로 하는 시스템으로서 조직되면서 공제 제도로 확대되었다.

(2) 사회보호제도 각 영역의 특징

아래에서는 사회보호제도의 각 영역의 특징을 사회부조와 사회사업을 중심으로 살펴보도록 한다.

사회부조 및 사회사업의 특징을 명확히 하기 위해서는 각각의 정의가 필요하다. 그렇지만 사회부조를 규정하고 있는 현행 사회사업 및

11) RMI법 제1조는 “고난에 처한 사람의 사회적응, 직업상의 적응은 국가의 절대적 과제이다. 이 목적을 실현하기 위하여 RMI를 창설한다”고 규정하고 있다. 종래의 최저생활보장을 위한 급여들의 급여조건이 대다수의 만성적 실업자들과 신빈곤층을 급여대상에서 제외시키고 있었으며, 급여의 수준도 최저생활의 보장이 어려운 수준에 머무르고 있었는데, 이를 타개하기 위하여 도입된 것이 RMI이다. RMI는 프랑스에 거주하는 모든 빈곤계층 및 실업자집단을 위한 최저생활보장과 직업훈련의 보장을 위한 것이다.

가족법전에서는 사회부조에 관한 법적 정의를 하지 않은 채 이 용어를 사용하고 있다. 사회부조의 특징은 법률에 의해 공적 단체의 책임으로 의무지워져 있고 욕구의 충족이 불가능한 수급자들의 욕구상태에 대처하는 것을 목적으로 하는 모든 현물 또는 현금급여와 관계된다는 사실에 준거하여서만 알 수 있다. 사회사업의 경우 사회사업및가족법전에 '의료및사회사업의기반'(Des fondements de l'action sanitaire et sociale)이라는 표제 하에, 의료 및 사회사업의 목적, 원칙 및 임무가 현재 명시적으로 정의되어 있다.

사회사업및가족법전에서는 의료 및 사회사업의 목적을 “관계당사자의 자립과 보호, 사회적 통합, 시민권의 행사 등을 증진시키고, 배제를 방지하고 그 결과를 교정하는 것을 목적으로 한다”고 규정하고 있다.¹²⁾ 이 목적 이외에 두 활동원칙이 규정되어 있다. 사회사업은 한편으로 “모든 사회적 집단의 구성원들 특히 장애인, 노인 및 불안정과 빈곤상태에 있는 취약한 자들과 그 가족 등의 욕구와 기대에 대한 계속적인 평가와 그들에 대한 현물 또는 현금급여의 지급”에 기초를 두며,¹³⁾ 다른 한편으로 “의료 및 사회사업은 각 개인의 욕구에 적절하게 대응하고 모든 지역에 걸쳐 공평한 접근을 보장함을 목적으로 하는 모든 인간 존재의 평등한 존엄을 존중하는 속에서 행해진다”¹⁴⁾고 규정하고 있다. 마지막으로 사회사업에 부여된 임무와 관련하여 사회사업및가족법전 L. 331-1조는 “의료 및 사회사업은 다음과 같은 일반 이익(intérêt général) 및 사회적 유용성의 임무에 포함된다. 1° 사회적 및 의료-사회적 위험의 평가 및 방지, 정보, 조사, 상담, 지도, 교육, 알선 및 보상, 2° 아동, 가족, 청소년, 장애인, 노인 또는 취약자에 대한 행정적 법적 보호, 3° 관계당사자의 욕구, 성장수준, 잠재력, 상태의 전개 및 나이 등에 따른 적절한 교육, 의료-교육, 의료, 치료, 아동교육 및 훈련, 4° 교육통합, 적응, 재적응, 편입, 사회적 ·

12) CASF, art. L. 116-1.

13) CASF, art. L. 116-1.

14) CASF, art. L. 116-2.

직업적 재편입, 취업생활의 지원 등 사업, 5° 생활, 유지, 요양 및 일시적인 것을 포함한 동반 등 다양한 활동에 대한 지원사업, 6° 사회문화적 발전과 경제적 활동을 통한 편입에 기여하는 사업”이라고 규정하고 있다.

따라서 입법에서는 의료 및 사회사업의 목적, 사업원칙 및 임무 등을 포함하고 있는데, 그 토대는 인간의 존엄에 결부되어 있으며 국제협약과 프랑스 헌법전문에 대한 헌법위원회의 해석에서 승인하고 있는 인간의 기본적 권리에 해당하는 모든 권리를 도입하고 있다.

위와 같은 사회부조 및 사회사업의 요소들로부터 다음과 같은 특징을 도출할 수 있다.

먼저, 사회부조 및 사회사업은 피보험자의 기여에 근거하는 공제나 사회보험제도와는 달리 공권력에 의해 매개되는 국민연대의 원칙에 따라서 수급인에게 반대급부를 요구함이 없이 전달되는 사업 또는 급부이다. 따라서 이는 명확히 이와 같이 전달되는 지원에 대한 권리를 사전에 가지지 않는 자들에 대한 지원을 목적으로 하는 개입이다.

다음으로 사회부조는 프랑스 대혁명에 의해 행해진 개념적 전환과 함께 사회사업과는 확실히 구별되는 고유한 원리에 근거하여 확립되었다. 사회부조의 근본적 특징은 그 수급인에 있어서는 반대급부가 없는 권리와 공적 단체에 있어서는 의무 사이의 연관에서 찾을 수 있다. 사회부조는 욕구상태에 놓여 있고, 그 지급이 공적인 자에 대하여 의무적인 성격을 가질 때 당사자가 가지는 권리에 대한 일련의 법적 지원이라는 것이다. 반면에 사회사업은 공적이든, 반공적이든, 사적이든 그 주창자의 자유로운 이니셔티브에 근거한다. 따라서 사회사업은 다른 형태의 지원 특히 사회부조의 공백을 메우든지 다른 형태의 지원을 향상 또는 확대하기 위해 제안되든지 다양한 행위자에 의해 실시되는 자유로운 또는 적어도 재량적인 개입의 총체이다. 따라서 사회사업은 여러 형태의 개입으로 이루어진다. 여기에는 그 원형이 일시적으로 개인을 부양한 구호활동인 모든 개인적인 활동이 있으며 이는

공적 활동보다 훨씬 앞서면서 그 불충분함을 보충하기 위해 오래 동안 지속되어 왔다. 이어서 사회부조나 사회보장과 같은 보통법의 제도에 의해 잘 보호되지 않는 범주와 관련된 개입으로 이는 법적 지원을 보충하고 조정하는 모든 정책을 의미한다. 따라서 사회사업은 의무적 급여를 보충하고 새로운 사업의 재정을 마련하고, 집단적 사업에 종사(이민자지원, 주거의 영역에 있어 노인, 청소년을 위한 사회사업)하고, 단순한 급여의 일시적 효과에 대처하는 개별적인 원조와 개인에 대한 조사를 조정하면서 노인, 무주택자, 부적응아동 등을 대상으로 하는 보다 일관성 있는 정책을 촉진시킨다. 그리고 “포괄적 사회사업”(action sociale globale)이라는 표현에 포함되는 정책인데, 이는 개별적이고 급여적인 논리를 포기하고 국민의 사회생활 전체와 관련된 것, 예를 들면 구 단위의 집단시설정책이 여기에 해당한다.

마지막 특징을 보면 사회부조는 비록 공적 단체가 다양한 행위자 특히 사인과 결합할 수 있을지라도 언제나 공적 단체에 의거한다. 사회사업은 국가, 지자체, 공적 기관, 사회보장조직 및 사적 개인의 일이 될 수 있기 때문에 복수기관의 형태를 취한다.

따라서 사회부조 및 사회사업은 그 특수성에 따라 상이하면서 유사한 측면이 있다. 상이점은 전자는 전적으로 공적 단체의 의무, 수급인의 권리의 영역 및 개별적 급여의 논리에 속하는데 이에 대해 후자는 보다 넓고 불특정한 목적과 영역에서의 임의적(재량적) 성격을 가진다. 사회부조는 이로 인해 ‘법적’인 것으로 분류할 수 있으며 채무자인 공적 단체의 예산에 의무적으로 포함되는 채권으로 포괄된다. 사회사업은 이와 반대로 적법성의 준수를 조건으로 공적 단체나 유사 공적 조직 및 사인에 의해 접근조건과 지원의 성격이 자유로이 정해진다. 그러나 기능적 측면에서는 유사성을 가진다. 왜냐하면 후자는 적어도 전자의 공백에 대처하고 당사자의 이익을 위해 종종 이를 보완하며, 이를 공적 개입의 확대, 예방 및 집단적 개념에 포함시키기 때문이다.

다른 형태의 사회보호와의 관계에서 사회부조와 사회사업의 특징은 이 두 개념이 수급인의 반대급부없이 지급되는 현물 또는 현금급여를

기초로 한다는 점에 있다. 이 점에서 사회부조와 사회사업은 인간장르에 소속(부양의무의 발생은 인간이라는 사실에 기초한다.)이나 국민집단에의 소속(부양의무의 발생은 시민이라는 사실에 기초한다.)이라는 이념을 토대로 하는 연대의 원칙에 근거하고 있다.¹⁵⁾

이에 대해 다른 두 사회보호제도, 즉 집단적 공제와 사회보험은 임금노동자의 확산과 결합으로 인해 반대급부의 요구를 기초로 한다. 권리는 보험료라는 형태로 사전기여가 지불되었을 것을 조건으로 하여서만 발생하며, 여기서 연대는 본질적으로 사회-직업적인 집단내부의 교환메카니즘을 토대로 한다. 물론, 사회보장에서 보험료와 급여사이의 관계는 한편으로 보장과 보험료간의 비례성이라는 보험적 원칙의 포기, 다른 한편으로 피보험자만을 넘어서는 피부양자의 확대에 따라 완화되었다.

요컨대 프랑스 사회보호제도에서는 단순히 집단의 구성원이라는 사실을 기초로 하여 사회부조와 사회사업이 행해지는 소속의 연대와 급여를 조건지우는 기여에 의해 사회직업적 집단내의 등록을 전제로 하여 사회보험과 집단적 공제가 실현되는 참여의 연대라는 원리가 유지되고 있다.

15) Michel Borgetto et Robert Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 4^e édition, Monchrestien, pp. 73-74.

제 3 장 프랑스 노인복지법제

제 1 절 노인복지정책의 변천

1. 1960년대 : 재택유지개념과 고령자정책의 방향 확립

프랑스의 경우 1960년대 초까지 고령자에 대한 국가정책은 기본적으로 빈민에 대한 부조정책에 제한되었으나 1945년 이후 사회보장의 비약적 발전, 일반적인 생활수준의 향상, 세대동거의 지속적인 감소, 기대수명의 계속적 상승으로 인해 고령자의 소득을 증가시키고 고령자에 대한 특별한 정책을 실시할 필요성이 인식되었다.

1962년 삐에르 라로크 위원회가 제출한 보고서(Pierre Laroque 를 위원장으로 하는 '고령자문제위원회'의 보고서를 말함.)는 이와 관련하여 <<이론적 전환의 도구로서>> 결정적인 역할을 하였다. 이 보고서로 인해 기존의 지배적인 부조정책과는 단절하고 고령자의 사회적 배제의 인정을 거부하는 노령에 관한 새로운 인식이 시작되었다. 보고서의 새로운 정책은 모든 고령인구를 대상으로 하는 점에서 보편적이며 간병뿐만 아니라 주거, 여가 및 소득을 대상으로 하는 점에서 포괄적이고 노령을 지체시키는 것을 목적으로 하는 점에서 예방적이며 고령자의 사회편입을 유지·촉진시킨다는 점에서 통합적인 방향으로 전개되었다. 구체적으로 보고서에서는 해당인구의 최저소득의 증가뿐만 아니라 또한 가정지원의 개발, 노인병서비스시설 보다도 고령자에 대한 건강시설의 폭넓은 개방, 특히 구빈원(hospice)을 간병시설 및 해당 각 개인의 건강상태를 고려한 수용시설로 대체시킬 것을 우선적으로 권고하였다. 이에 따라 프랑스의 고령자에 관한 국가정책은 반세기 전부터 상당한 변화를 겪어왔는데, 1960-1970년대부터 재가보호시설체제의 강화 및 시설설치가 고령자정책의 기본방향을 구성하였다. 종래의 구빈시설인 hospice나 사회부조의 범위 내에서 빈곤 고령자를 주된 대상으로 하는 격리적이고 한정적인 고령자정책과는 대조

적으로 사회와 단절되지 않고 오래 동안 살아서 익숙한 환경 속에서 보다 많은 고령자들이 가능한 한 오랫동안 자립적인 생활을 보낼 수 있도록 한다는 이념에 기초하여 고령자 재택유지정책이 제안된 것이다.

이 보고서는 사회복지와 보건의료를 두 축으로 하여 오늘날 고령자 요양과 관련하여 제시되고 있는 대부분의 정책들을 담고 있다.

먼저 사회복지와 관련한 재택대책으로서는 ①주택의 개선, 고령자주택의 건설을 추진하여 고령자에게 적절한 주택을 보장하는 것을 재택유지의 기본으로 하고, ②재택복지정책의 기축으로서 가사원조서비스 제도의 도입, ③자립과 사회참가를 위해 인생을 시작하는 시기라고 새로이 정의된 전기고령자(제3연령)를 위한 지역참가형의 정책(고령자 그룹이나 고령자식당)들이 제안되었다. 사회복지와 관련한 입소시설대책으로서는 ④고령자의 건강상태를 시설입소의 기준으로 하고, ⑤종래의 오스피스를 근대적인 시설로 전환하여 고령자시설을 질적으로 개선해야 한다고 주장하였으며, ⑥단기체재 등 시설의 단기적 이용이 가능하도록 하는 방향도 제시되었다.

다른 한편 보건의료와 관련한 대책으로서는 ⑦재택입원, 재택간호서비스제도 등을 도입하여 재택에서 요양을 필요로 하는 고령자에 대한 요양적 의료서비스의 도입, ⑧재활훈련시설의 충실, ⑨노인의료 및 준의료 전문가의 양성 등이 제시되었다.

그러나 이와 같은 초기의 재택유지정책들이 모두 바로 실시된 것은 아니다. 1960년대는 1962년에 재택가사원조서비스의 법정급부를 정한 일련의 테크레(décrets nos 62-443~62-445 du 14 avril 1962)가 공포된 것 이외에는 고령자복지정책의 진전은 없었다.

한편 1967년 이전까지 가사보조자는 그다지 중병이 아닌 의존노인의 가정내 가사 및 케어를 위해 파견되는 간호보조직(l'auxiliaire de l'infirmière)으로 간주되었다. 가사원조서비스는 고령자의 사회복지 시설·병원에의 입소·입원의 회피를 목적으로 고안된 것으로 생각되었던 것이다. 여기에는 임의급부의 가사원조서비스의 재원을 주로 부

담하는 사회보험 일반제도의 연금보험과 의료보험부문이 아직 분리되지 않고 공통의 금고 하에 있었던 것과도 관련을 가진다. 1967년 이후 연금보험부문과 의료보험부문의 분리를 계기로 임의급부의 가사원조서비스는 케어를 필요로 하지 않는 노인의 생활복지와 관련된 서비스라는 한정적인 성격이 부여되어 연금보험부문이 재정을 부담하고 관할하는 것으로 하였다. 이에 따라 재택원조서비스의 영역에서 복지와 의료이 분리되는 방향이 정착하게 된다. 이는 법정급부의 가사원조서비스에도 영향을 미쳤다.

2. 1970년대 : 고령자케어대책의 입법화와 '제3연령' 대책의 진전

라로크보고서의 제안들은 제6차(1970년-1974년) 및 제7차(1975년-1979년) 경제사회개발 5개년 계획에 고령자재택유지를 위한 특별프로그램이 책정됨에 따라 구체화되었다. 그러나 1974년의 경제위기로 인해 실업인구가 증가하게 되고 재정예산의 압박, 사회보장재정의 위기가 초래됨에 따라 고령자재택유지에 관한 정책의 실시도 제약을 받을 수밖에 없었다. 이러한 제약이 있었으나 이 시기에는 고령자케어와 관련한 몇 가지 중요한 입법이 행해져 80년대에 들어 전개되는 일련의 재택원조서비스 제도들의 법적 틀이 준비되었다.

먼저 의존고령자를 위한 시설대책이 제시되었다. 즉 ①고령자 입소 시설의 법적 지위 명확화, ②고령자케어 대책으로서 병원법에 의한 '장기체재서비스'(service de long séjour)의 창설, ③의존고령자의 증가와 노인홈이나 고령자주택 입소자의 고령화에 대응하기 위한 사회복지시설의 의료화 촉진(section de cure médical(SCM)의 부설), ④오스피스의 다른 시설로의 전환계획 등이다. 이러한 시책의 목적은 기존시설을 근대화·의료화하여 의존고령자를 수용할 수 있는 시설을 증가시키고 의존상태에 있는 입소자들이 익숙한 시설에서 케어를 제공

만도록 하고 다양한 시설들의 법적 지위를 명확히 함으로써 관리운영의 관할 및 재원의 부담방식을 명확히 하고자 하는데 있었다.

제3자의 원조를 항상 필요로 하는 중증 의존고령자에 대하여 장애인복지제도의 '제3자보상수당'(allocation compensatrice pour tierce personne)을 지급하는 제도가 1975년에 도입되어, 1977년 말부터 적용되었다. 이 금전급부는 부양의무자의 소득심사없이 수급할 수 있으며 의존노인에게는 케어서비스 구입비용의 일부를 전보해 주는 측면을 가진다. 또한 '제3자'가 가족이어도 수급할 수 있도록 되어 있었기 때문에 가족케어자에게는 케어노동에 대한 보수·위자료라는 측면을 가지는 '장애보상수당을 통합하여 새로운 케어수당을 창설하는 자립급부' 법안이 내각에서 결정되어 1995년 가을 국회에서 심의되었다.

1978년에는 재택간호서비스에 대하여 사회복지의료제도(institutions médico - sociales)의 하나로서 법적 지위가 부여되었으며 그 간호케어의 비용은 의료비로서 의료보험(보험비가입자는 의료부조)에서 부담하기로 하였다. 이 후 재택간호서비스는 의료보험금고 재정상황의 강한 영향을 받으면서도 1980년대 초부터 입법조치를 거쳐 일정한 발전을 보게 된다.

이러한 법적 틀의 정비 이외에 1970년대에의 고령자복지정책의 성과는 다음과 같다. 제6차계획에서 책정된 '재택유지를 위한 프로그램'에서는 고령자 300인 정도를 대상으로 하는 사회복지섹터(secteur)를 322개 창설하고 이를 중심으로 재택자서비스를 발달시켜 10만명의 고령자가 시설입소를 하지 않아도 되도록 하였다. 그러나 1970년 - 1975년 사이에 특히 발달한 것은 7천개의 고령자그룹, 2천개의 고령자식당, 1천8백개의 가사원조서비스이었으며, 계획되었던 재택간호서비스는 그다지 발달하지 않았다. 제7차계획의 '우선행동 프로그램'에서는 연금생활자의 사회참가 및 주택개선을 추가하고 각 제도간의 연계를 강화하도록 하였다. 재택간호서비스에 관한 법정비가 추진되었으나 의료비부담이 가중되는 의료보험금고와 이 서비스와 경합을 우려하는

자유간호사(infirmière libérale)의 반대로 인해 실제 이 서비스는 거의 진전되지 않았다. 임의급부의 가사원조서비스 자체도 이 시기부터 자원문제가 표면화되기 시작했으며, 1977년에 사회부조의 법정급부가사원조서비스의 급부시에는 고령자가 부양의무자에 대하여 가지는 부양채권이 고려되지 않게 된 것도 주목할 만하다.

3. 1980년대 : 재택간호서비스제도의 발전과 고령자 복지의 정체

사회당 미테랑정권의 등장(1981년 5월), 국민의회선거에서 우파의 승리와 좌우동거정부의 성립(1986년 3월), 심각한 실업문제 등과 같은 정치적·경제적 격동 속에서 1980년대에는 지방분권화에 따라 사회복지에 관한 권한이 자치단체로 이관되었고(1982년-1986년), 60세부터 퇴직연금을 지급하도록 하였으며(1982년) 실업자의 직업훈련과 사회복지를 목적으로 하는 사회편입최저소득(revenue minimum d'insertion; RMI)을 창설(1988년)하는 등 오늘날 프랑스 사회경제상황에 커다란 영향을 미치는 다양한 사회적 정책들이 출현하였다.

노인의존문제와 관련한 다양한 조사연구에서는 실태조사에 근거하여 정부에 재택유지우선의 정책을 취해야 함을 제안하였다. 제8차계획(1981년-1985년)과 관련한 1980년의 리옹보고서에서는 재택유지우선의 정책이 아직 확립되지 않고 있고 노인과 자녀의 별거가 급속히 증가함에도 불구하고 가족의 세대간 관계가 여전히 계속되고 있는 점, 고령자복지정책에 있어 케어요원의 부족이 병원법상의 장기체재시설에서의 부적절한 입원을 초래하고 있는 점 등이 지적되었다.

그러나 1983년에는 사회보장 관련비용의 억제가 국가 시책의 중요한 목표가 됨에 따라 재택원조서비스의 발전이 지체되게 되었으며 정책의 중점은 의존고령자의 재택유지를 추진하기 위해 직업적 간병자와 가족, 자원봉사자간의 상호보완관계를 발전시킨다는 방향이 설정되었

다. 이러한 동향 속에서 실시된 1980년대 고령자정책의 성과는 다음과 같다.

1981년에 법적 틀이 정비된 재택간호서비스는 1980년대 초기에 급속히 발전하고 1983년부터는 제한되었으나 1980년대 전반적으로는 증가하였다. 가사원조서비스와 관련하여 1982년에 사회부조에 의한 법정급부의 담보설정이 필요 없게 되었고 1983년에는 부양의무자에 대한 구상제도가 폐지되어 25만 프랑을 초과하는 순상속재산이 있는 경우에 한하여 1천프랑을 초과하는 원조액에 대해 비용회수를 하도록 했다. 이러한 우대조치에도 불구하고 고령자 본인의 소득수준의 향상과 약간의 자기부담료의 도입으로 인해 법정급부는 1983년을 정점으로 총수급액과 인원 모두 감소하였다. 이와 대조적으로 임의급부는 1980년대를 통해 20% 정도 증가하였다.

시설대책과 관련하여서는 1975년에 결정된 오스피스의 근대화, 전환이 1980년 초에 구체적으로 실시되기 시작하였다. 또한 1980년대 후반부터는 의존노인의 입소를 위한 소규모의 다양한 시설들이 창설되었다. 의존노인을 수용하는 고령자주택에 대한 국고용자에 관한 지침, 단기체재홈·의존고령자입소시설(MAPAD) 등 새로운 형태의 시설설립의 자금조달에 관한 연금금고지침이 수 차례 제정되었다. 그 결과 1980년대에는 민간 고령자주택의 증설을 중심으로 하는 고령자입소시설의 정원증가, 공립시설의 의료화가 전개되었다.

고령자 재택유지의 한 형태로서 제안되어 왔던 고령자의 가정위탁이 고령자유료가정수용제도(accueil par des particuliers à titre onéreux, à leur domicile, de personnes âgées)로서 1989년 7월 10일의 법률에 의해 도입되었다. 이 제도는 자립성을 상실했으나 공동시설에서의 생활을 원하지 않는 또는 공동시설에서는 수용이 곤란한 고령자나 성인장애자의 수요에 대응하기 위한 조치이다.

가사원조직 또는 유사직종의 지위향상과 직업연수를 목적으로 하여 1988년에 '재택원조자자격증명'(Certificat d'aptitude aux fonc-

tions d'aide à domicile: CAFAD)이라는 제도가 도입되었다. 그 후 연소자, 장애인, 고령자에 대해 재택원조서비스를 실시하는 근로자는 '재택원조자'(aide à domicile)로 불리게 되었다.

1962년 라로크보고서에서 제안한 재택유지를 기본이념으로 하는 의존고령자를 위한 정책들은 경제위기에 따른 복지예산의 억제, 후퇴라는 조건에도 불구하고 1980년대에도 서서히 실시되었다.

4. 1990년대 이후의 고령자복지의 현황

1990년대에도 프랑스의 경제적 정체는 지속되었고 실업문제는 여전히 심각하였다. 이에 따라 사회적 배제나 실업에 대한 대책이 가장 우선적인 과제로 대두되어 1988년 12월에 사회편입최저소득보장제도(RMI), 1993년 12월의 5개년법에 의한 근로시간단축의 촉진, 일자리 나누기 등의 고용창출정책 등이 전개되었다.

이러한 영향으로 고령자요양대책은 상대적으로 약화되었으나 1991년 요양비용의 부담문제에 관한 몇몇 보고서가 제출되어 노인요양에 대한 사회적 인식이 확산되었으며, 그 결과 1997년에 의존특별급여

제 2 절 소득보장

프랑스에서 고령자의 소득보장을 위한 기본적인 급여는 노령보험에 의한 노령급여이다. 노령급여와 관련하여서는 기여적 급여와 비기여적 급여의 두 형태의 급여를 구분해야 한다. 기여적 급여란 급여가 사전에 보험료의 납입을 전제로 하여 이에 대한 반대급부로서 지급되는 성격을 가지는 보험방식에 해당하는 것을 말한다. 비기여적 급여란 기여

적 급여의 공백이나 불충분함을 메우기 위한 것이며 빈곤 노인에게 사전 보험료 납부와는 관계없는 수당(allocations)을 지급함으로써 최저소득을 보장하고자 하는 것으로 일종의 부조적 성격을 가진다.

따라서 이 두 형태의 급여는 동일한 개념으로부터 발생하는 것이 아니다. 기여적 급여는 원칙적으로 납부한 보험료에 비례하며 피보험자에게 있어 기여적 급여는 자신의 보험료로 인해 기득권(droit acquis)으로서의 성격을 가진다. 이에 대해 비기여적 급여는 액수가 정해져 있으며 그 지급은 소득을 요건으로 한다. 그렇지만 이 두 형태의 급여 사이에는 일정한 관련성이 존재한다. 즉 기여적 급여는 최저액을 하회할 수 없다. 게다가 기여적 또는 비기여적 급여를 지급하는 자의 소득이 일정한 기준을 하회하면, 노령최저소득보장(minimum vieillesse)을 위해 이러한 기초급여에 '부가수당'이 추가된다. 아래에서는 사회보장 일반제도의 노령연금을 중심으로 하는 기여적 급여와 비기여적 급여에 대해 검토하도록 한다.

1. 기여적 급여

1945년에 실시된 노령보험의 연금은 지급률로 인해 그 수준이 낮았다. 당시 피보험자는 60세에 연금을 청구할 수 있었는데, 30년의 보험료납부기간에 대해 일정한 상한선의 범위 내에서 최종 10년간의 평균임금의 20%에 해당하는 연금을 지급받았다. 이 연금지급률은 퇴직을 연장함에 따라 할증되었으며 65세에 40%까지 인상되었다.

1971년 12월 31일의 법률은 1945년 노령보험제도에 대해 처음으로 개정을 시도하였다. 이 개정에서는 한편으로는 연금지급률을 60세 25%, 65세 50%로 인상하고 다른 한편으로는 연금산정을 위한 평균임금을 가장 좋은 10년간의 평균임금으로 개정하였다.

그런데 1972년과 1978년의 실업보험제도에서의 소득보장제도는 60세 이후에 해고되거나 사직한 근로자에게 최종임금의 70%에 상당하

는 소득을 보장하게 됨에 따라 전체적인 체계에 혼란을 가져오게 되었다. 조기퇴직제도가 연대계약정책과 더불어 1981 - 1982년의 새로이 도입되었다.

1982년 3월 26일의 오르도낭스(ordonnance)를 시작으로 연금지급률의 개선을 목적으로 하는 1981 - 1982년의 노령보험에 대한 개혁이 시작되었다. 부적절하게 퇴직연령이 인하됨에 따라 이 개혁에서는 종래의 요구를 충족시키고 불평등을 해소시키는 것이었다.

연금산정은 급여율(taux), 연평균임금(salaire annuel moyen), 보험가입기간(durée d'assurance) 등 세 요소에 의해 결정된다. 급여율이란 기준임금의 비율을 말하며 연금액을 결정한다. 연평균임금이란 급여율에 적용되는 기준임금을 말한다. 현재 연평균임금은 소득이 가장 높았던 10년간의 연평균임금으로 정해져 있으며 피보험자의 출생년도에 따라 점차 소득이 가장 높았던 25년간의 연평균임금에 따라 정해지게 되어 있다. 보험가입기간이란 피보험자가 보험료를 납부한 기간을 말하며, 1년의 1/4분기를 1단위로 한다. 통상적인 연금을 획득하기 위해 필요한 단위수는 1972년 이래 150단위로 정해져 있는데 점차 160단위로 증가한다. 그리고 질병, 출산, 장애 및 산업재해 등으로 인해 수당을 지급받고 있었던 기간, 일정한 요건에 해당하는 실업기간, 일정한 요건에 해당하는 징병기간 및 구금기간, 3년을 한도로 하는 육아휴가기간 등의 기간은 보험가입기간으로 간주된다. 연금의 종류로는 다음과 같다.

(1) 완전연금(pension à taux plein)

2004년 현재 최장보험가입기간은 160단위이며 39.25년에 해당한다. 여기에 해당하는 경우 완전연금 즉 50%의 급여율에 대한 수급권이 발생한다. 피보험자가 일반제도에서 이러한 보험가입기간을 증명하고 60세 이상이면 소득이 가장 높았던 21년간의 연평균임금의 50%에 해당하는 연금수급권을 가진다.

(2) 비례연금(pension proportionnelle)

보험가입기간은 요구되는 단위수에 해당하나 복수의 법정제도에서 행해진 경우에는 일반법에 따른 연금수급권이 생기나 그 액은 보험제도에서 실제적인 보험가입기간(N)에 비례하여 감소된다. 즉 연금은 $50\% \times [N/150]$ 이 된다.

(3) 조기연금(pension anticipée)

65세 이상의 피보험자는 당연히 50%의 완전급여율의 적용을 받는다. 또한 일정한 요건을 갖춘 근로자는 요구되는 단위수를 충족하지 못하더라도 60세부터 완전연금을 적용받는다. 이에 해당하는 경우로는 노동부적격, 레지스탕스 유형수 및 수용자, 전쟁 전투원 및 수용자, 세 명 이상의 자녀를 양육하는 가족의 주부 근로자 등으로 인정된 근로자들이다.¹⁶⁾

조기연금액은 경우에 따라 [유효단위수/요구되는 단위수]로 축소된 몫으로 감액된다. 그러나 이 경우 피보험자는 자신이 실제 충족한 보험기간에 65세를 넘어 퇴직하는 경우 그 1년마다 10%(단위당 2.5%)의 가산을 적용받는다. 이 경우 보험기간의 가산은 150단위를 초과하지 못한다.¹⁷⁾ 예를 들면 120단위를 증명한 67세의 근로자는 2년의 연장이 있었으므로 120단위의 20%의 가산이 있게 되어 총 144단위가 된다. 이 근로자의 연금액은 $P = 50\% \times SAM \times (144/150)$ 이 된다.

(4) 감액연금

65세 미만의 노령 피보험자가 요구되는 단위수를 증명하지 못하는 경우에 최초 50%의 급여율에서 부족한 단위당 1.25%(또는 1년에 5%)를 뺀 급여율의 연금을 지급받는다. 이 감액계수는 요구되는 단위

16) CSS, art L. 351-8.

17) CSS, art L. 351-6 et R. 351-7 ; art D. 634-5.

수(160단위)를 달성함에 있어 부족한 단위수에 적용되거나 65세의 나이에 이르기엔 부족한 단위수에 적용되는데 피보험자에게 가장 유리한 방식이 적용된다.¹⁸⁾

Fillon법은 감액율을 공무원제도에 도입된 그것과 맞추기 위해 2004년부터 2008년 사이에 절반으로 줄일 것을 규정하고 있다. 게다가 [유효단위수/요구되는 단위수]의 감액계수(quotient reducteur)가 적용된다(이 두 단위수는 그 상한이 2008년 1월 1일에 160단위로 인상하기 전에 2003년까지 150단위로 제한된다). 예를 들면 유효단위수가 148인 피보험자가 2003년 60세에 퇴직하는 경우, 그 연금은 $P = \text{연간평균소득} \times 35\% \times (148/150)$ 이며 여기서 $35\% = 50\% - (12 \times 1.25\%)$ 가 된다.

마지막으로 Fillon법은 60세에서 65세까지의 취업에 대해 단위당 0.75%(연간 3%)의 연금가산을 부여한다.

(5) 가급연금액

다음과 같은 경우 연금은 가산된다.¹⁹⁾

- 피보험자가 세 명의 아동을 양육했거나 부양했어야 했던 경우 (+10%)
- 피보험자가 자신의 권리를 가지지 않는 65세 이상의 배우자를 부양해야 하는 경우(약 610유로)
- 피보험자가 65세 이전에 확인된 의존상태로 인해 일상생활의 행위를 위해 제3자의 서비스를 이용할 수밖에 없는 경우(약 11000유로)

(6) 연금액의 상한; 재평가

연금액은 보험료가 부과된 임금액을 기초로 하여 산정되며, 보험료 부과 대상이 되는 임금은 상한선이 정해져 있다. 따라서 연금액은

18) CSS, art L. 351-27, 2°.

19) CSS, art L. 351-12 et 351-13.

보험료 상한의 절반에 해당하는 최고액을 초과할 수 없다. 또한 연금 최저액은 157단위를 기초로 산정되는 연금액에 대해 법률로 정하며 이 최저액은 데크레에 의해 정해진다(약 월 530유로).

이미 결정된 연금은 매년 1월 1일에 소비자물가의 전개에 따라 재평가된다.²⁰⁾

(7) 취업의 중단

연금수급권의 발생은 “사용자와의 모든 직업적 관계의 최종적 중단” 및 근로자에 의해 행사될 수 있는 모든 비임금근로자 취업의 중단을 요건으로 한다.²¹⁾ 반대로, 독립근로자는 그가 연금을 청구하는 자격의 취업만을 중단하면 된다.²²⁾ 그렇지만, FNE의 조기퇴직(pre-retraite) 협약이나 점진적 조기퇴직(pre-retraite progressive)의 적용을 받는 근로자는 축소된 직업활동을 행사할 권리를 가진다.

다른 한편 점진적 퇴직제도는 축소된 직업활동으로부터 나오는 소득과 퇴직연금의 일부를 중복할 수 있으며 이는 근로자 및 독립직업 퇴직제도에 적용될 수 있다.²³⁾

2. 비기여적 급여(노령최저소득)

노령최저소득은 소득이 취약한 노인들에 대해 최저소득을 보장하여 주는 것을 목적으로 한다. 1956년 국민연대기금(Fonds national de solidarité, FNS)의 창설에 의해 실시되었으며, 이는 1993년 노령연대기금(Fonds de solidarité vieillesse, FSV)에 의해 대체되었다. 노령최저소득은 두 단계 즉 기초수당과 최저소득보장을 위해 이에 추가되는 부가수당으로 구성된다.

20) CSS, art L. 351-11.

21) CSS, art L. 161-22.

22) CSS, art L. 634-6, L. 643-5 et L. 723-17.

23) CSS, art L. 351-15, L. 644-3-1 et L. 643-8-1.

이는 급여가 이전의 모든 보험료와는 관계없이 노인에게 최저소득의 보장을 목적으로 하는 비기여적 급여라는 점은 위에서 설명한 바와 같다. 그리하여 이 급여는 사회가 그 구성원 각자에 대해 부담하는 '부양채무(dette alimentaire)'라고 표현되며 보험보다는 일반적인 부조의 영역에 포함된다.

(1) 기초수당

기초수당들 가운데 대부분은 사회보험의 비기여급여를 구성한다. 즉 사전기여금과 관계없이 사회보장체제에 의해 이들 수당들이 지급된다.²⁴⁾ 1993년 7월 22일의 법률이래 이 수당들은 사회부조수당을 제외하고 노령연대기금에서 부담한다.

노령연대기금에 의한 수당으로 대표적인 것은 노령피용자수당(allocation aux vieux travailleurs salariés: AVTS)이다. 노령피용자수당은 1941년 3월 14일의 법률에 의해 도입되었는데, 최초의 퇴직연금창설시에 연금수급을 위해 요구되는 보험료납부연수를 충족하지 못해 연금을 받지 못하는 근로자들을 위해 도입되었다. 1975년 1월 3일의 법률에서 최소한 1단위의 보험료를 납부한 자에 대해서는 비례적 연금을 지급하도록 한 이래 이 수당은 거의 찾아보기 어렵다. 노령피용자수당을 지급받기 위해서는 65세 이상일 것(노동부적격의 경우 60세), 50세 이후 5년간 또는 전 생애 동안 25년간 근로자로서 취업한 것을 증명할 것 및 소득요건을 충족해야 한다. 이 이외에 편모수당(allocation aux mère de famille), 미망인구호금(secours viager) 등이 있으며, 사회부조에서 지급하는 노인급여(allocation simple)가 있다.

24) 사회보장에 의한 이러한 급여의 지급은 사회부조예산을 경감하고 퇴직근로자들에 대한 취업자들의 연대를 명확히 하려는 취지에 근거한다.

(2) 노령연대기금의 부가수당

기초수당(AVTS 등) 및 연금최저액이 현저히 낮을 경우 그 취약함을 부분적으로 보상하기 위해 의회는 1956년 부가수당(allocation supplémentaire)을 도입하고 그 재정마련을 위해 국민연대기금을 창설하였다.

이 수당은 기여적 급여(연금) 또는 비기여적 급여(기초수당)를 지급받는 노인이 이러한 급여에도 불구하고 그 소득이 일정한 액수 이하일 경우에 추가된다.²⁵⁾ 이 수당의 지급은 프랑스에 거주하며, 65세 이상(노동부적격의 경우 60세) 그리고 연간소득이 상한선(1인의 경우 6600유로, 부부의 경우 12000유로 정도이다) 미만일 것을 조건으로 한다.

제 3 절 재가복지

노인의 재택유지정책은 노인복지정책의 핵심이다. 재가복지는 두 범주로 나누어 실시되고 있다. 하나는 의료서비스 및 간병보호를 목적으로 하는 의료사업정책에 속하는 것이며, 다른 하나는 의료서비스 이외의 일상적인 생활원조서비스를 목적으로 하는 사회사업정책에 속하는 지원급여이다.

이 두 서비스는 급여절차와 비용부담에서 차이가 있다. 절차적 측면에서 보면 사회사업은 기본적으로 희망자의 신청에 따라서 서비스 제공기관이 급부를 결정하지만 의료사업은 의료서비스이기 때문에 의사의 진단에 따라서 서비스가 제공된다. 비용의 측면에서는 사회사업은 원칙적으로 본인부담으로 되어 있다. 그러나 사안의 사회적 성격을 고려하여 시장가격보다 저렴하게 가격이 결정되는 경우가 적지 않다. 그리고 생계능력이 없는 노인은 자치단체가 제공하는 사회부조와 각

25) 2001년 1월 1일의 조사에 의하면 700,000명이 부가수당을 지급받고 있다.

중 연금기금에 의한 비용부담이 있게 된다. 이에 비해 의료서비스는 기본적으로 질병보험에 의한 비용부담이 있게 된다.²⁶⁾ 아래에서는 두 영역의 체계와 내용에 관해 살펴보도록 한다.

1. 의료사업

이 사업은 노인의 재택을 촉진하는 것을 목적으로 한다. 여기에는 재가간병서비스와 더불어 병원입원을 대체함을 목적으로 하는 다양한 형태의 사업이 존재한다.

(1) 재가간병서비스

재가간병서비스(*services de soins à domicile*: SSAD)는 1970 년대에 실험적으로 실시되었으며 1981년 5월 8일 Décret n° 81-448 및 1981년 10월 1일 Circulaire n° 81-8 등에 의해 조직과 기능 방식이 명확히 되었다.

1) 조직방식

현행 법령²⁷⁾에 따르면 SSAD의 주된 목적은 “의료·사회 조건이 가능한 한 입원을 피하며, 입원 후 즉각적인 귀가를 촉진시키고, 수 급인의 상태가 점진적으로 악화되는 것을 예방하거나 지체시키며, 의 료행위의 영역이나 장기체류시설에 들어가는 것을 피하거나 지체시킨 다”는 데 있다.²⁸⁾

SSAD의 임무는 한편으로 질병노인이나 신체적 능력이 저하된 노 인에게 간호 및 보건 요양(*soins infirmiers et d'hygiene*)을 제

26) 박재간, “프랑스의 노인간병보호정책”, 『노인복지정책연구』 제12권, 한국노인문제연 구소, 1998, 147면.

27) SSAD는 사회 및 의료-사회 제도에 관한 1975년 6월 30일 법률 n° 75-535에 속 한다(*loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales*).

28) Circ. n° 81-8, 1^{er} octobre 1981.

공하고 다른 한편으로 이와 동시에 생활에 필수적인 행위가 가능하도록 하는 특수한 지원을 제공하는 것을 임무로 한다. 따라서 이 서비스는 두 가지 상황에 대응한다. 첫째는 치료를 필요로 함에 따라 의사의 판단범위 내에서 간호적 서비스를 요하는 질병이 급성인 단계에 있는 상황이고, 둘째는 혼자서 일상생활을 할 수 없고 돌봄을 필요로 하는 노인의 의존상황이다. 이 두 경우 간호사나 간호보조사에 의해 실시되는 간병은 병원기자재의 이용을 필요로 하지 않는다. 따라서 이러한 서비스는 자택, 양로원 등 노인의 주거지에서 제공될 수 있는 것이다.

SSAD는 공적 또는 사적 조직에 의해 창설되고 관리된다. 대표적인 것으로는 시·읍·면 사회부조사무소(centre communal d'aide sociale, CCAS), 재가원조협회(association d'aide à domicile), 노인홈(maison de retraite), 간병센터(centre de soins infirmiers) 등이 있다. 이러한 조직은 도지사의 허가를 필요로 하며, 허가는 법령에서 규정하고 있는 조정절차에 따른다.²⁹⁾ 즉 허가시에는 서비스가 실시되는 지역을 결정하고 수요조사에 따라 동시에 서비스를 제공할 수 있는 노인의 수를 정한다.

서비스조직은 간호사를 보유하고 있는데 그 규모는 담당하는 노인수에 따라 다르다.

2) 기능방식

이 서비스는 의료적 처방에 따라 실시된다. 노인은 처방된 치료에 대한 감독과 책임을 지는 자신의 주치의를 자유로이 선택할 수 있다. 이 서비스를 받을 수 있는 사람은 원칙적으로 60세 이상이다. 그렇지만 이 연령에 달하지 않더라도 조기 고령화의 특징을 보이거나 장애적 질병이 있는 경우에 의사의 견해에 따라 서비스를 받을 수 있다. 이 서비스는 계속성이 보장된다. 즉 휴일 및 20시부터 8시를 포함하여 서비스가 전달되는 시점에 관계없이 급부가 제공되어야 한다. 재가

29) D. n° 76-838, 25 août 1976.

간병은 후술하는 다른 급부들과 긴밀히 연관되어 전체시스템 속에서 작동한다.

사회보험 적용자에게 제공되는 재가요양에 소요되는 비용은 질병보험제도에서 부담한다. 질병보험기관이 직접 재가간병서비스 제공기관에 비용을 지불하는 방식(제3자 전부 지불(tiers payant intégral) 방식)을 취함에 따라 서비스 수급자가 비용을 지불하고 사후에 상환을 받는 방식이 아니므로 수급자는 전혀 금전을 부담함이 없이 재가간병서비스를 받을 수 있다. 따라서 수급자에게는 더 없이 바람직한 서비스수급체계이다.

그렇다고는 하나 질병보험기관이 무한정 재가간병비용을 부담하는 것은 아니다. 질병보험기관으로부터 재가간병서비스 제공기관에 대한 비용지불은 '연간 일괄정액급부금(forfait global et annuel)'의 방식을 채택하고 있다. 이 일괄정액급부금을 산정하기 위하여 재가간병서비스 제공기관은 매년 예산을 세우는데 그 예산에서는 예측될 수 있는 지출을 간병보호 제공일수(이는 수용가능 고령자 수에다가 365일 곱하여 구한다)로 나누어 일일 정액급부금(forfait journalier)을 계산한다. 이 경우 상한이 정해져 있어 상한의 범위 내가 아니면 질병보험기관으로부터 정액급부금을 받을 수 없다. 이를 간단히 말하면 재가간병서비스 제공기관이 수용 가능한 고령자 수에다가 일일 정액급부금액의 상한액을 곱하여 질병보험기관에서 받을 수 있는 급부금액이 정해진다. 따라서 한편으로는 수용 가능한 고령자 수를 결정하고 다른 한편으로는 일일 정액급부금액의 상한선을 설정함으로써 재가간병서비스 제공기관의 활동에 대한 재정적인 범위가 결정된다.³⁰⁾

질병보험기관으로부터 비용을 지급받을 수 없는 자들에 대해서는 일일 정액급부금에 따라 사회부조에서 비용을 부담한다.³¹⁾ 즉 사회부조를 담당하는 도는 이에 해당하는 비용을 질병보험기관에 상환한다.

30) 박재간, 전계논문, 154면.

31) 정액급부금 결정의 절차에 관한 상세한 내용은 C. séc. soc., art. D. 174-10 et 174-11.

(2) 재택입원 및 간병인체류서비스

1) 재택입원(hospitalisation à domicile)

SSAD 이외에 노인들만을 위한 제도는 아니지만 재택유지의 포괄적인 정책에 속하는 것으로 재택입원 서비스가 있다.

공중건강법전(Code de la santé publique) R. 712-2-1조에 따르면 “이른바 재택입원시설은 환자의 가정에서 제한된 그러나 건강상태에 따라 수정할 수 있는 기간 동안 계속적이고 반드시 연계된 의료적 및 준의료적 치료를 보장할 수 있다”. 이 치료는 그 행위가 복잡하고 빈번함에 따라 재택에서 통상적으로 제공되는 치료와는 구별된다. 즉 재택에서 통상적으로 제공되는 재가간병서비스와의 차이점은 강도와 기술에서 찾을 수 있다는 것이다. 재택입원은 병원이 주체가 되어 병원직원 및 각종 의료기구를 사용하여 고령자에게 간병, 의료서비스를 제공하는 것으로 이들 서비스의 제공장소가 병원시설이 아닌 고령자의 자택인 것이다.

재택입원시설은 정부의 허가에 정해진 지리적 범위 내에서 활동하며 환자의 입원은 허가된 수용능력의 범위내에서 이루어진다.³²⁾

2) 간병인체류서비스(garde à domicile)

1986년의 행정지침(circulaire)³³⁾에서는 간병인체류서비스의 목적을 명확히 규정하고 있는데, 이에 따르면 “병원입원을 피하기 위해 다양한 기관에 의해 설립되는 간병인체류서비스는 피보호인의 자택에서 주간과 야간 동안 항상적 또는 임시적으로 체류하며 의료와 식사, 대소변보기 등 일상생활행위의 수행을 지원하고 상태의 악화에 따라 의사에게 통보하는” 것을 목적으로 한다.

32) 허가요건에 관해서는 C. santé publ., art. L. 6122-1, R. 712-2-3 et 4 et R. 712-9 참조.

33) Circ. n° 86-14, 7 mars 1986.

따라서 이 서비스는 가사원조서비스와 간병서비스에 의해 제공되는 급부를 보완하는 것이다. 즉 노인들은 이러한 서비스들이 자신들이 요구하는 바에 적합하지 않을 경우나 상대적으로 높은 자신들의 소득수준으로 인해 가사원조서비스보다도 유리할 경우에 간병인체류서비스를 선택한다.

1992년까지 사회보장금고에 의한 비용부담은 없었고 해당 노인이 비용을 부담하였으나 1992년 정부의 요청에 따라 전국노령보험금고(CNAV)는 간병인체류서비스 비용의 일부를 부담하기로 결정하였다. CNAV에 의한 급부는 병원입원이나 시설입소를 예방하거나 지연시키며, 병원으로부터 퇴원을 촉진시키며, 의존의 악화를 피하며, 환자의 사망시까지 동반하며, 필요할 경우 24시간 체류하는 것을 촉진시키는 등의 경우에 지급될 수 있다. 이 급여는 원칙적으로 노령보험에서 지급하는 연금, 수당에 대한 일반적 자격을 가지는 퇴직자와 그 배우자로서 다른 기초제도에 속하는 자들을 대상으로 한다. 급여는 소득을 조건으로 하며 갱신없이 6개월간 부여되고 가사원조와 병급할 수 있다. CNAV는 정해진 상한의 범위 내에서 지출된 비용의 80%를 부담하는 것으로 정해져 있다.

2. 사회사업

(1) 가사원조(aide ménagère)

‘가사원조’라는 표현은 현실에 있어 다의적인 의미로 사용되고 있다. 먼저 이는 법정 또는 임의적 급여를 의미할 수 있다. 다음으로 가사지원은 이 급여를 제공하는 담당자를 의미할 수 있다. 마지막으로 가사지원은 이 급여를 보장하는 관리조직을 의미할 수 있다.

그러나 가사지원의 이러한 복잡한 현실적인 의미와는 관계없이 가사지원의 특징은 그 대상과 목적에서 찾을 수 있다. 즉 가사지원은 노인에게 지원을 제공함으로써 노인이 자택에서 생활을 유지할 수 있도록 하는 것이다.

가사지원서비스는 재가지원서비스 가운데 가장 오래된 서비스이며 일반적으로 노인의 재가유지제도의 주축으로 이해되고 있다. 가사지원원은 원래 퇴직금고나 사회부조사무소에서 임의적 사회사업으로서 도입하였는데, 이 부조는 1962년에 사회부조의 법정급여가 됨에 따라 도의 책임에 속하게 되었다.³⁴⁾ 그렇지만 노령보험금고는 이를 계속 유지하여 왔으며 그 결과 오늘날 노령보험금고에서 실시하고 있는 임의적·법외적인 가사원조급여는 재정규모에 있어 법정급여를 훨씬 상회한다.

한편, 도의회와 퇴직금고는 가사원조서비스를 직접 관리하는 것은 아니며 이에 대한 재정만을 제공할 뿐이다. 이를 위해 도의회의 경우는 가사원조 서비스기관에 사회부조 자격을 부여하고 사회보장조직(CNAV 및 CRAM)의 경우 이 서비스기관과 협약을 체결한다.

가사원조는 현물급여나 현금급여의 형태로 제공된다. 아래에서는 현물급여와 현금의 급여로 나누어 살펴보도록 한다.

1) 현물의 가사원조

현물의 가사원조서비스에는 법정가사원조와 임의적 가사원조 서비스가 있다.

가) 법정가사원조

법정가사원조의 수급요건은 65세 이상(노동부적격의 경우 60세 이상)이며, 재택유지를 위해 물질적 지원의 필요성이 있을 것,³⁵⁾ 충분한 소득이 없을 것³⁶⁾ 즉 소득이 AVTS의 상한선을 초과하지 않을 것 등이다. 가사원조서비스는 시·읍·면(commune)에서 조직된다.

34) D. n° 62-443 à 62-445, 14 avril 1962 et CASF, art. L. 231-1.

35) 건강에 관해서 아무런 조건도 요구하지 않는다. 반면에 가정에 살고있는 누구도 직접 가사지원을 할 수 없을 것을 필요로 한다(Comm. centr., 19 décembre 1984, RFAS, 1985, n° 3, cah. jur., p. 45).

36) CASF, art. L. 113-1.

급여의 수급을 위해서는 관계당사자가 신청을 시·읍·면 사회부조 사무소(CCAS)나 거주지 시장에게 접수시켜야 한다. 신청이 있을 경우 서류작성이 이루어지며 이는 접수한 당해 월내에 도의회 의장에게 전달되며, 도의회 의장은 이를 심리하여 자신의 제안을 사회부조 인정위원회 (commission d'admission)에 제시한다.³⁷⁾ 인정위원회는 서비스의 종류와 월 30시간의 범위 내에서 그 기간을 결정한다.

한편 1978년 이후부터 시장은 해당 노인의 재택유지를 위해 필요한 지원을 했었던 자의 도움이 갑자기 중단된 경우 이 급여에 대한 긴급승인을 선언할 수 있다.³⁸⁾ 이 경우 시장은 그 결정을 3일 이내에 도의회 의장에게 통보해야 한다. 이 기간을 준수하지 않을 경우 통보일까지 소요된 비용은 시·읍·면이 부담해야 한다. 이어서 인정위원회는 2개월 내에 긴급승인을 재결하는데, 거부되는 경우 그 거부결정 이전까지 소요된 비용은 관계당사자가 부담해야 한다.

수급인에게 비용부담이 요구되며 이는 각 도에 따라 다른데 평균이 급여비용의 약 6%이다. 수급인 부담분의 비율결정은 도의회 의장이 한다. 가사지원의 비용은 1983년 이래로 각 도에서 부담하며 각 도는 이 비용을 급여제공기관에 상환한다. 관계당사자는 사회부조 일반법에 적용되는 불복신청을 할 수 있다.³⁹⁾ 도는 상속과 관련하여 가사지원 비용의 상환을 청구할 수 있다.⁴⁰⁾

나) 임의적 가사지원

이는 법외적이며 의무적이지 않은 성격의 개별적 지원으로 주로 퇴직제도금고에서 실시하는 것이다. 급여지급의 기준과 범위는 이러한

37) CASF, art. L. 131-1.

38) CASF, art. L. 131-3.

39) CASF, art. L. 134-1 à L. 134-10.

40) 프랑스 사회부조법에서는 긴급을 요하는 경우나 부정하게 부조를 받은 경우가 아니더라도 일단 지급된 부조비가 사회부조의 실시단체에 의해 사후적으로 상환청구되는 경우로서 다음 4종류를 한정열거하고 있다. 자력을 회복한 피보호자에 대한 청구, 상속인에 대한 청구, 수유자에 대한 청구, 수증자에 대한 청구이다.

사회사업기금의 재정을 지원하는 각 금고의 전달기관에서 결정한다. 따라서 각 제도의 사회사업기금의 규모나 정책에 따라 현저한 차이가 있을 수 있다. 신청자가 속하는 제도는 신청자가 가장 오래 보험료를 납부한 제도이다.

이 급여는 각 금고의 예산보조규모에 따라 가변적이거나 법정 가사원조 제도를 매우 유용하게 보완하는 역할을 한다. 왜냐하면 한편으로 이 급여는 법정급여에서 요구하는 소득기준을 상회하는 자들을 대상으로 하고, 다른 한편으로 법정지원에서 제한하고 있는 상한시간을 초과하는 시간의 급여가 부여되기 때문이다. 실제 대부분의 금고는 법정가사원조의 상한시간의 거의 두 배에 가까운 시간을 상한선으로 채택하고 있고 거의 60시간 이상에 달하는 시간을 부여하고 있다.

법정원조와는 달리 수급인의 상속에 대해 상환청구할 수 없다. 실제 임의적 가사지원의 재정은 약 40%가 전국노령보험금고(CNAV)에서 책임지고 있다.

전국노령보험금고의 급여를 받기 위해서는 원칙적으로 전국노령보험금고에서 지급하는 연금 또는 수당에 대한 자격이 있어야 하며 제3자를 위한 가산이나 재택입원의 급여를 받지 않아야 한다.⁴¹⁾ 그리고 신청자의 소득은 법정지원 인정의 상한선을 상회해야 한다.

원칙적으로 이 지원은 현물로 지급된다. 예외적으로 사회부조와 마찬가지로 가사원조서비스 조직이 없을 경우에는 대체수당이 부여될 수 있다. 수급인에 대해서는 가사원조비용에 대한 본인부담분이 있으며 그 비율은 소득에 따라 다르다.

2) 가사서비스 대체수당

이 수당은 법정 사회부조의 틀 내에서 지급되는 것이며 현물의 가사원조서비스의 지급조건과 동일한 소득조건을 요건으로 하고 있다. 이 수당은 시·읍·면(commune) 내에 가사원조 서비스기관이 없을

41) 이 경우 가사지원의 비용은 질병보험 일반제도에서 부담하기 때문이다.

경우, 서비스가 불충분하거나 관계당사자가 현물의 가사서비스보다는 현금의 수당을 선호하는 경우에 지급된다.⁴²⁾ 마지막의 경우에 관계당사자는 명시적인 의사표시를 해야 하며, 수당의 전부 또는 일부를 임의대로 사용할 수 있는 자유는 없다. 그리고 관계당사자가 가사서비스 제공자를 직접 선택할 경우 부조를 그 목적에 적합하게 사용함을 증명해야 한다.

수당액은 사회부조 인정위원회에서 결정하며 당해 사안에 대해 부여될 수 있는 가사서비스 비용의 60%를 초과할 수 없다. 예외적으로 수당의 지급이 시·읍·면 내의 가사서비스가 수요에 완전히 대응할 수 없음을 원인으로 하는 경우에는 수당과 가사원조서비스가 병급될 수 있다.

(2) 기타의 원조사업

위에서 살펴본 급여 이외에 노인의 재택유지정책의 틀 내에서 실시되고 있는 다른 서비스로는 노인식당(foyers-restaurants), 자택에 식사배달(portage de repas à domicile)과 같은 급식서비스, 긴급전화통보제도(télé-alarme) 등이 있다.

노인식당은 저렴한 가격으로 노인들에게 식사를 제공하기 위해 시·읍·면, 시·읍·면 사회부조사무소 혹은 두 단체가 공동으로 설치하거나 비영리단체가 설치한다.⁴³⁾ 도의회 의장은 이 시설들에 대해 자격을 부여하며 식사가격을 결정하는데 사회부조의 대상이 될 수 있다. 사회부조 인정위원회는 노인의 소득과 식사가격을 고려하여 노인의 비용부담액을 결정하며 비용의 일부는 사회부조예산에서 부담한다.

자택에 식사배달 서비스는 집 밖으로의 외출이 불가능한 자들에게 매우 유용한 급여이다. 이 급여는 예외적이고 단기적인 상황에서 이루어지는 서비스이다. 비용은 사회부조와 본인부담에 의한다.

42) CASF, art. L. 231-1.

43) CASF, art L.231-3.

제 4 절 노인복지시설

가정에서 노후를 보내는 노인들이 시설에 들어가서 사는 노인들 보다 노후의 건강과 생활적응에 보다 긍정적이라는 것이 관련연구 및 조사의 일반적인 결과이다. 이들 연구들에 의하면 대부분의 노인들이 노후에 시설에 들어가는 것을 자신이 편안하게 살 수 있는 집으로 알고 들어간다는 생각보다는 죽음을 기다리는 장소 정도로 생각한다. 그래서 거의 모든 노인들은 노후에 시설에 들어가서 살기를 희망하고 있지 않다. 따라서 대부분의 나라들이 시설화율을 낮추기 위해 재가복지 서비스를 확장하는 프로그램을 다양하게 모색하고 있으나, 장수함에 따라 병약한 독신 노인이 증가하여 시설화율은 높아갈 수밖에 없다.⁴⁴⁾

노인의 시설복지에 관한 문제는 노인을 수용할 수 있는 시설의 문제와 그 비용부담에 관한 문제로 나누어진다. 아래에서는 프랑스에서 시설복지의 문제를 수용시설과 시설 및 서비스의 설립 및 비용부담으로 나누어 살펴보도록 한다.

1. 수용시설

자택거주가 불가능한 상태에 있거나 건강 상태에 보다 적합한 환경에서 거주하기를 원하는 노인은 시설, 가정 및 중간적 형태의 시설 등의 크게 세 형태의 시설에 입소할 수 있다.

(1) 시설입소

노인의 시설입소에 관한 근거법률은 1970년 12월 31일의 법률을 개정된 병원개혁에 관한 1991년 7월 31일의 법률 n° 91-748과 사회 및 의료사회복지 제도에 관한 1975년 6월 30일의 법률을 개정된 2002년 1월 2일의 법률 n° 5-535이다.⁴⁵⁾

44) 최순남, 「현대노인복지론」, 법문사, 2002, 402-403면.

45) CASF, art L. 312-1.

위의 1970년 법률과 1975년 법률은 병원은 순수한 치료적 역할만을 수행하고 노인수용의 기능은 그 역할에서 제외하고자 했는데, 그 결과 의료영역(secteur sanitaire)과 사회 및 의료사회복지(secteur social et médico-social)의 영역간의 분할이 이루어졌다. 이미 1962년 라로크보고서에서도 수세기에 걸쳐 노인수용의 기능을 담당하여왔던 병원의 전통을 단절하여야 한다는 제안을 하였고 이에 따라 노인주택과 양로원이 급속히 발전하였다. 이러한 취지는 병원에 입원한 대부분의 노인들의 경우 그다지 복잡하지 않은 단순한 의료행위만을 필요로 한다는 점, 병원 이외의 시설에서 수용할 경우 질병보험의 재정적 부담을 완화시킬 수 있다는 점등에 기인한다.

그런데 병원은 치료센터의 역할을 하고 시설은 수용센터의 역할을 한다는 기능분할은 바로 현실적인 어려움에 직면하게 되었다. 즉 전부 또는 부분적으로 생활의 자립을 상실한 수많은 노인들은 항상적인 의료적 관찰을 요하는 케어를 필요로 하며, 이는 일정한 사회복지분야의 수용시설들을 의료적 영역으로 흡수하게 되었으며 노인들을 장기체류의 수용서비스를 갖춘 병원에 다시 입원하게 만들었다.⁴⁶⁾ 이와 같이 두 분야 사이의 경계가 지속적으로 완화됨에도 불구하고 1970년 법률과 1975년 법률에서의 구분은 여전히 유효하다. 따라서 현재 노인수용시설은 포괄적으로 1991년 법률에 의해 규율되는 의료영역에 속하거나 2002년 법률이 적용되는 사회 및 의료사회복지 영역에 속한다.

1) 의료분야의 시설

1991년 병원개혁법에 따르면 공공 또는 민간의 의료시설은 단기치료, 후속치료 또는 재활치료 및 장기치료 서비스의 제공을 목적으로 한다. 단기치료시의 입원을 제외하면 노인의 수용이 이루어지는 것은 후속치료 또는 재활치료와 특히 장기치료를 제공하는 기관들이다.

46) 박재간, 전개논문, 157면.

후속치료나 재활치료를 제공하는 시설에서의 수용은 급성질병의 단계 이후에 적극적 치료를 연장하거나 자립적 생활에의 복귀를 촉진하는 치료를 목적으로 하는 시설이다. 따라서 이 시설은 원칙적으로 노인들의 지속적인 수용공간으로서 기능하는 것을 목적으로 하지는 않는다.

이 비용은 전부 또는 부분적인 정액의 본인부담을 제외하고 질병보험에서 부담한다. 이와 같은 비용부담의 조건은 가족들에게 유리하므로 당해 시설의 본래의 목적이 있음에도 불구하고 종종 이러한 형태의 주거를 이용하는 경우가 생기게 된다.⁴⁷⁾

장기치료를 제공하는 시설에서의 수용은 “자립적인 생활을 할 수 없고 항상적인 의료적 관찰과 면담요법을 필요로 하는 상태에 있는 자들”⁴⁸⁾에 대한 주거 제공을 목적으로 하는 시설이다.

마지막으로 정신병원에서의 수용이 있다. 이는 엄밀히 말하여 입소에 대한 연령제한이 없기 때문에 노인만을 위한 시설에 포함되는 것은 아니지만 입원자의 상당수가 노인들이다.

2) 사회 및 의료사회복지시설

가) 고령자주택(logements-foyers)

1979년 4월 11일의 데크레에서는 고령자주택을 “가구가 딸린 공동의 공간 및 경우에 따라서는 사용료를 지불하는 세탁실, 케어서비스 또는 사회교육적 서비스 등과 같은 다양한 부가서비스를 보유하는 건물 내에서의 주거를 보장하는 사회적 성격의 시설”로 정의하고 있다.⁴⁹⁾ 즉 고령자주택은 기본적으로는 고령자용 독립주택 또는 독립거실이지만 주택과 함께 배치된 각종의 집단적 서비스가 제공되는 것이 특징이다.

47) Michel Borgetto et Robert Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 4^e édition, Monchrestien, p. 289.

48) C. santé pub., art. L. 711-2, 2^o.

49) C. const. et hab., art. R. 351-55.

고령자주택은 재가와 노인요양시설의 중간적 형태라고 생각되며 고령자가 친근하게 살아온 생활환경에서 그다지 멀지 않은 곳에서 생활의 터전을 확보한다는 이념에 따른 시설이다.⁵⁰⁾

위 규정에서는 노인을 명시적인 대상으로 하지 않으므로 이 시설은 노인 이외의 다른 범주의 사람들도 수용할 수 있으나 원할 경우 입소 최저연령을 정할 수 있다. 사회사업 및 가족법전에 의하면 이 시설에서는 식사를 제공할 수 있으나 이는 임의적인 것이다.⁵¹⁾

고령자주택은 원칙적으로 상당한 자립성을 보유하는 자를 대상으로 임대차관계에서 주거를 제공하는 것으로 일종의 자택을 대체하는 기능을 한다. 한편 소득이 부족한 고령입주자를 위하여 사회부조가 제공된다. 게다가 '사회적 성격의 주택수당(l'allocation logement à caractère social)'의 지급도 가능하다. 다만 사회부조를 받기 위해서는 공립의 시설이나 사회부조 수급의 인가를 받은 민간시설에만 입소해야 한다. 주택비용에 대한 원조로서 요건만 갖추어질 수 있다면 '주택원조수당'(l'aide personnalisée an logement: APL)이 지급될 수 있다.⁵²⁾

이 시설은 처음에는 원조가 필요하지 않은 건강한 고령자를 예상하여 건립되었으나 재가보호정책의 진전에 따라 이들 고령자는 오히려 자신의 주택에서 생활할 것을 권장하게 되고 고령자주택에 대한 수요는 고령화가 보다 더 진전된 자 또는 원조를 필요로 하는 정도가 심한 사람들에게 이행하게 되었다. 또 이 시설에 입소당시는 건강하였지만 고령화와 더불어 장애가 발생하게 되는 사례도 두드러지게 눈에 띄게 되었다. 이러한 상황변화하에서 한편으로는 의료부문의 부설이 인정됨과 동시에 준건강고령자 및 장애고령자도 이 시설의 입소가 인정되었다.⁵³⁾

50) 박제간, 전계논문, 158면.

51) CASF, art. L. 231-3.

52) 박제간, 전계논문, 159면.

53) 박제간, 전계논문, 159면.

이 시설은 저가임대주택(Habitation à loyer modéré), 사회보장 금고, 도 등의 기금에 의해 재정이 지원되며 대개 시·읍·면 사회복지조사무소(CCAS), 협회에서 관리한다. 영리적 목적의 민간부문에서 운영하는 고령자주택은 매우 드물다.

나) 노인홈(maisons de retraite)

노인홈은 주거, 식사 및 특별서비스를 포함하는 종합적인 급부를 제공하는 집단적 노인거주시설이다.⁵⁴⁾ 이 시설의 대부분은 과거 구빈원(hospices)의 변형물이다. 이 시설은 원래 입소시 일정한 자립성을 보유한 자만을 대상으로 하였으나 노인의존현상에 직면하여 건강저하를 겪고 있는 거주자들을 유지하거나 자립상실 상태에 있는 자들도 받고 있다. 즉 고령자주택의 경우와 마찬가지로 이 시설에 있어서도 입주자의 고령화의 진전에 따라 의료서비스의 제공이 요구되었고 이에 따라 1975년 법률에 의해 의료부문의 설치 가능성도 인정되었다.

의료부문은 '단독으로 통상적인 생활행위를 수행할 능력을 상실하고 만성화된 신체적 질환 때문에 타인의 수발을 받아야 하며 의료상의 간호 및 준의료적 간병보호를 필요로 하는 입주자를 위하여 주거와 의료상의 간호서비스를 제공'하는 시설이다. 이 시설에는 건강상태가 병원에서 간병보호를 필요로 하기까지에는 이르지 아니한 사람을 수용한다.⁵⁵⁾ 이러한 사람의 수용가능수는 자치단체장이 결정하지만 원칙적으로 당해 시설의 수용가능 인원의 4분의 1을 넘을 수 없게 되어 있다. 또 이 시설에 입주시에 입주자가 의사를 선정할 수 있는 자유가 있다. 이 의료부문시설에 의하여 노인홈은 입주자가 자립성을 상실하지 않는 정도의 요간병보호상태가 된 후에도 계속 입주가 가능하고 입주자 입장에서 병원 등의 의료시설로의 이동을 피할 수 있다는 점에서 여러모로 장점이 있는 조치라고 볼 수 있다.

54) *Nomenclatures des établissements sanitaires et sociaux*(BOAS, 1990, n° 90-13 bis)

55) 이하 박재간, 전계논문, 161-162면.

다) 의존고령자를 위한 수용주택(maisons d'accueil)

고령자주택이나 노인홈의 현대적 형태로는 MAPA(maisons d'accueil pour personnes âgées), MAPAD(maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes) 등이 있다. 이 시설들은 1980년대에 등장하였으며 사회 및 의료사회복지사업에 관한 2002년 1월 2일의 법률에 의해 규율되고, 자립상실로 인해 재택유지가 곤란하거나 불가능한 노인들을 수용하고 있다.

고령자주택이나 노인홈은 원칙적으로 건강한 고령자를 대상으로 하는 시설이다. 그러나 최근 장애가 있는 요간병고령자의 증가라는 현실문제에 대처하기 위한 방안의 일환으로 의료서비스를 겸한 시설을 설치하거나 입주요건을 완화하는 방향으로 정책이 전환되고 있음을 보았다. 근래에 이러한 유형의 시설과는 별도로 오로지 요간병보호 고령자의 입주만을 상정한 시설도 설치하게 되었는데 여기에 해당하는 시설들이 MAPAD이다.

MAPAD는 원칙적으로 노인홈과 같은 법적 취급을 받는 시설이지만 요간병보호 고령자만의 수용을 예상하여 거실의 면적이나 건축방식을 결정하고 있다는 점에서 노인홈과는 다르다. 또 입居高령자 수는 80명을 상한으로 하고 시설입지는 도심지 등에서 구하며 이러한 요건을 충족하여야만 비로서 MAPAD의 명칭을 쓸 수 있다.⁵⁶⁾

재정은 임대비, 지방자치단체와 사회보장금고의 보조비로 운영되며 시·읍·면 사회부조사무소, 병원, 협회, 상사회사 등에 의해 운영된다. 이 시설들은 대개 의료부문을 부설할 수 있다. 이 시설들이 수용할 수 있는 의존노인의 비율은 MAPAD의 경우 의료부문의 수용범위를 총 수용능력의 75%로 한정되어 있다.

(2) 중간적 성격의 시설

중간적 성격의 시설이란 재택유지와 시설입소의 중간적 성격을 가지는 소규모의 시설을 말한다. CANTOU(centre d'animation nat-

56) 박재간, 전계논문, 162-163면.

urelle tirée d'occupations utiles)는 치매성노인 또는 정신장애 노인을 대상으로 하는 정원 10-15명 정도의 소규모시설이다. 관리자(maîtresse de maison)는 입소자와 그 가족을 일상생활의 다양한 일에 참가시켜 사회적 격리감을 배제하여 가능한 한 자립성을 확보시킨다. 이와 유사한 것으로는 수용아파트(appartements d'accueil)가 있다. 수용아파트는 소규모 시설로서 자립성을 상실한 노인들을 동일한 아파트에 수용하는 기능을 한다. 수용아파트의 수용규모는 CANTOU와 유사하며 또한 관리자(maîtresse de maison)가 노인들을 일상생활에 참여시킨다.

CANTOU를 모델로 하고 농촌의 특수성을 고려하여 설치된 고향자 농촌수용시설로서 MARPA(maison d'accueil rurale pour personnes âgées)가 있다. MARPA는 의존상태에 있거나 독거노인과 같이 취약한 상태에 있는 농촌노인들을 수용한다.

한편 임시거주(hébergement temporaire) 시설이 있다. 이 시설은 지위가 일시적으로 불안정하게 된 고향자를 기간을 정하여 입소시키는 것을 목적으로 하고 있다. 예를 들면 가족의 바캉스로 인해 고향자를 돌 볼 가족이 없을 경우, 고향자의 쇠약을 일시적으로 완화시키고자 하는 경우 등에 이용된다. 이 시설은 일년 내내 노인을 보호하는 가족의 부담을 일시적으로 덜어주고 노인의 병원 입원을 피하는 것을 가능하게 한다.

이 시설은 기존의 시설(maisons de retraite, MAPA, MAPAD ...)과 결부될 수 있으며 또한 독자적으로 설립될 수 있다. 이 시설은 10명에서 25명의 수용능력을 가지며 일반적으로 1주에서 3개월간 거주하도록 하고 있다.

(3) 가정위탁

1989년까지 보수를 대가로 노인을 개인의 가정에 수용할 수 있는 가능성은 사회부조 수급인에게만 한정되었다. 그리고 이를 위해서 수

용인은 도의회 의장과 협약을 체결하여야 했다. 이러한 방식은 수용인이 10명 정도를 자택에 수용하는 등의 남용적인 상황이 발생하였고, 사회부조의 수급인이 아닌 노인을 수용하는 것을 금지하였는데, 이는 1989년 7월 10일 법률 n° 89-475의 채택에 의해 폐기되었다. 이 법률은 개인이 자신의 가정에 노인이나 성인장애자를 수용하는 것을 규율함을 목적으로 한다.⁵⁷⁾ 그 이후 2002년 1월 17일의 사회현대화법률에서는 몇 가지 규정을 개정하여 이 형태의 노인수용에 적용하는 법제를 명확히 하였다.

이후 노인은 사회부조 수급인인지 여부와 관계없이 개인('가정수용자(accueilants familiaux)')에 의해 유급으로 수용될 수 있다. 이 경우 개인은 도의회 의장의 승인을 얻고 수용되는 자와 계약을 체결해야 한다.

도의회 의장의 승인을 얻기 위해서는 다음의 요건을 충족하여야 한다. 먼저, 수용의 계속성, 피수용인의 건강의 보호, 신체적·정신적 안전과 안녕 등을 보장할 수 있는 수용조건을 필요로 한다. 다음으로 수용자는 최초 및 계속 교육을 이수하여야 한다. 마지막으로 수용인이 사회적·의료사회적 조사를 할 수 있어야 한다.⁵⁸⁾ 승인신청에 대한 심의는 도의회 의장이 하며, 나아가 도의회 의장은 가정수용자를 감독한다. 그리고 도의회 의장은 수용조건이 충족되지 않으면 가정수용인으로 하여금 일정한 기간 내에 이를 개선하도록 명령하고 이를 준수하지 않을 경우 자문위원회의 의견을 들은 후 승인을 철회할 수 있다. 긴급한 경우 승인은 사전명령이나 자문위원회의 의견없이 철회될 수 있다. 승인을 얻은 경우 이어서 가정수용인은 피수용인 또는 그 법적 대리인과 서면의 계약(수용계약: contrat d'accueil)을 체결해야 한다.

이 계약은 일정한 사항을 기재하여야 한다. 즉 계약에서는 당사자의 권리와 의무, 가정수용인의 연차휴가에 대한 권리와 이 경우 대체방

57) CASF, art. L. 441-1 et s.

58) CASF, art. L. 441-1.

식, 수용의 물질적·재정적 조건을 명확히 하여야 한다. 그리고 법률에서는 남용을 방지하고 가정수용을 촉진시키기 위해 수용인과 노인간의 재정적 문제에 관한 몇 가지 규정을 두고 있는데, 그 중에는 데크레는 보수의 최저액을 정하고 있고 도의회 의장은 최고액을 정하도록 하고 있다.

피수용인은 임차인으로서의 지위를 가지며 보수의 최저액과 최고액을 준수하면 사회보장의 사용자분담금을 면제받는다. 반면에 수용인은 보수에 대해 사회보장 보험료가 부과된다. 한편 노인 또는 성인장애인의 거주시설이나 서비스를 제공하는 공적 또는 사적인 법인은 도의회 의장과 협정을 통하여 가정수용인의 사용자가 될 수 있다.⁵⁹⁾

2. 비용부담

시설거주자에 대한 비용부담과 관련하여 1997년 1월 24일의 법률은 그 원칙을 근본적으로 바꾸었다. 이 법률은 노인수용 시설의 요금표(tarification)에 대한 실질적인 개혁을 시도하였다. 그렇지만 이 개혁은 의존노인을 수용하는 시설에만 적용되며 게다가 새로운 요율의 적용을 받기 위해서는 시설 중 일부는 법률에서 규정하고 있는 삼자협정에 서명할 의무가 있다. 그 결과 수용시설에 입소하고 있는 노인의 케어 및 숙박비용에 대해서는 현재 상당수의 시설에는 종래의 규정이 계속하여 적용되고 있다.

1997년 1월 24일의 법률에 의한 개혁 이전까지 이 비용부담에 대해서는 수용시설의 성격에 따라 각각 다른 규정이 적용되었다. 1997년 법률에서는 비용을 두 가지 형태로 분리하였다. 즉 노인수용시설에서의 숙박비용과 케어비용을 구분한 것이다.

숙박비용은 거주자와 그 가족 및/또는 사회부조가 부담한다. 케어비용은 다소 복잡한 규칙에 따른다. 보건분야의 시설과 관련하여 장기의 케어서비스에는 (정액의 숙박비 이외에) 모든 케어비용을 포괄하는

59) CASF, art. L. 443-12.

정액의 케어비를 포함하는 입원요율이 적용된다. 이 정액은 질병보험 제도에서 부담한다. 질병보험제도에 가입하지 않은 거주자에 대해서는 케어에 대해 일일 정액제가 적용되며 이는 의료부조에 의해 부담될 수 있다.⁶⁰⁾ 다음으로 사회 및 의료사회복지분야의 시설은 의료행위를 하는 경우 케어비용은 포괄적인 정액제이며 질병보험금고에서 이를 부담한다.

중간적 성격의 시설이나 개인가정에 수용되어 있는 자는 케어를 위해 자유의(médecins libéraux)을 이용하며, 이 경우 다른 사회복지분야의 시설과 마찬가지로 SSAD급여를 적용 받는다. 즉 그 비용은 사회복지시설에서와 동일한 조건으로 질병보험에서 부담한다.

이 요율시스템은 오래전부터 격렬한 비판을 받아 왔다. 왜냐하면 한편으로 이는 거주시설의 성격에 따라 현저한 차이가 있고, 다른 한편으로 거주자는 자신이 최종적으로 부담하게 되는 비용의 수준에 따라 부적절한 시설을 선택하게 되며 시설에서는 케어비용을 숙박비용에 전가시킴에 따라 거주자가 막대한 비용을 지불하게 되는 경우가 종종 있었기 때문이다.⁶¹⁾

이러한 문제점에 따라 새로운 개혁의 주된 내용은 수용시설의 법적 성격에 따라 요금표를 정하는 것이 아니라 피수용인의 의존상태에 따라 요금표를 정하는 것에 있다. 따라서 종래에는 시설의 서비스를 케어요금과 숙박요금으로 구분하였는데 새로운 개혁에서는 이와 더불어 의존상태에 따른 요금을 추가한 것이다. 이러한 시설이용료에 대한 개혁에 따라 의존노인을 수용하고자 하는 시설은 도의회 의장, 질병보험 주무관청과 삼자 협정을 체결하여야 한다. 이 협정을 체결하지 않은 시설은 이후 원칙적으로 의존노인을 수용할 수 없다. 이 협정에서는 비용과 서비스의 질의 측면에서 시설의 운영조건을 정한다.

60) D. n° 58-1202, décembre 1958, D. n° 78-477 à 479, 29 mars 1978, Circ. n° 53, 8 novembre 1978 et C. séc. soc., art. R. 174-4 à R. 174-7.

61) Michel Borgetto et Robert Lafore, op. cit., p. 298.; Jean-Claude Delnatte et Jean- Pierre Hardy, *La réforme financière des EHPAD*, ENSP, 2002, pp. 97-60.

위와 같은 개혁에 따라 시설요금의 구성을 요약하면 다음과 같다. 주거요금은 일반행정비용, 숙박비용, 식사비, 유지비, 시설의 사회적 생활을 위한 단체활동 추진비 등을 포함한다. 이 급부는 입소노인의 의존상태와 관련이 없다. 이 요금은 입소노인이 지불하거나 사회부조에 해당하는 경우 도의회가 부담한다. 케어요금에는 시설에 거주하는 자의 신체적·정신적 질환에 필요한 의료적 급부 및 의존과 결부된 케어에 대응하는 준의료적 급부가 포함되며, 그 비용은 의존등급(Gir)에 따라 결정되고 질병보험에서 부담한다. 의존요금은 생활에 필수적인 행위수행에 필요한 원조 및 관찰에 대한 급부를 말한다. 의존의 정도는 Grille Aggir에 따라 평가한다. 의존요금은 각 의존등급에 대해 각 시설에서 결정한다. Gir I-IV로 분류된 자들의 의존요금은 개인별자립수당으로 계산한다. Gir V, VI으로 분류된 자들의 의존요금은 본인 또는 경우에 따라 도의 사회부조에 의해 계산된다.

제 5 절 개인별자립수당제도(allocation personnalisée d'autonomie: APA)

고령의 도래는 이른바 '의존'(dépendance)이라는 자립상실의 위험을 동반한다.⁶²⁾ 그렇지만 노령에 따른 의존이 새로운 현상은 아니다. 고령사회에서 의존현상의 특징은 의존노인이 증가하고 의존기간이 장기화된다는 점이다. 최근 프랑스는 점차 심각해지는 노인의존에 대응하여 1997년에 의존특별급여

62) 프랑스에서는 1970년대부터 의존의 개념을 명확히 하려는 연구시도가 있어 왔다. 오늘날 일반적으로 의존을 "일상생활의 기초적 행위들(옷입기, 대소변 등)을 위해 제3자에게 의존하며 통상적인 주거에서 혼자서 생활하는 것을 가능하게 하는 가사 일을 실행할 능력이 없는 성인"이 처해 있는 상황을 특징지우는 것으로 정의하고 있다(P. Schopflin et alii(Rapport), *Dépendance et solidarités. Mieux aider les personnes âgées*, Commissariat général du Plan, 1991, p.9, La Doc. fr.). 따라서 이는 다음과 같은 두 가지 이유에서 질병상황과는 구별된다. 먼저, 의존 없이 질병에 걸릴 수 있고, 반대로 질병 없는 의존상태가 있을 수 있다. 다음으로 이 두 상태는 서로 다른 서비스를 필요로 한다는 것이다.

location personnalisée d'autonomie: APA) 제도를 새로이 도입하여 시행하고 있다.

노인의 의존문제에 대한 정책적인 대응방식은 국가별로 다양한데 최근 독일, 뉘른베르크, 일본 등의 국가들이 도입한 사회보험방식의 대응이 주목을 끌고 있다. 이에 비해 프랑스의 개인별자립수당은 그 체계를 볼 때 사회보험과 공공부조의 양면적 성격을 가지는 독특한 제도이다.

1. 개인별자립수당 법제의 전개

(1) PSD의 도입과 문제점

1975년 6월 30일 법률에서는 제3자보상수당(allocation compensatrice pour tierce personne: ACTP)을 창설하였다. 이 수당은 적어도 80%의 영구적인 노동능력 상실 상태에 있고 일상생활의 기본적인 행위들을 위해 제3자를 필요로 하는 자들을 대상으로 소득을 조건으로 지급된다. 이와 같이 장애인의 필요에 대응하기 위해 고안된 이 수당은 급여지급에 있어 연령제한이 없기 때문에 당시 의존노인에 대해서도 주요한 수당이였다. 그렇지만 이 수당의 원래 목적으로 인해 의존노인의 상황이나 필요에 맞지 않았다. 즉 이 수당의 지급을 위해 사용된 장애등급은 직업활동의 이행에 부적격이라는 개념을 중심으로 구성되어 있기 때문에 노인의존의 경우에는 의미가 없었다.

의존노인의 증가에 따라 1980년 이래로 이에 걸맞는 새로운 보호정책에 대한 다양한 논의와 입법시도가 있었다. 의존고령자의 재가보호(aide à domicile)를 지원하거나 수용시설에의 입소에 있어 지불능력이 있게 하는 것을 목적으로 하는 수당의 창설문제는 정치적·사회적 논쟁 속에서 지속적으로 제기되어 왔다. 몇몇 보고서에서 제안되고 의회에서 주장된 이 수당의 도입은 1992년에 제출된 법안에 포함되었으나 폐기되었으며, 1993년의 특별법안의 대상이 되기 전에 당시 정부의 법안제출 거부에 부딪혔다. 1994년 법률은 단지 의존노인지원

의 실험적 실시만을 규정하였다. 자크시락의 선거공약에 포함되고 수상에 의해 수차례 재확인된 <<자립급여>>창설의 원칙은 정부의 재검토 이전에 의회의 법안에 포함되었다. 1997년에 실험적 특별급여가 종료됨에 따라 의회는 이후 1997년 1월 24일의 법률이 되는 새로운 법안을 작성하였다. PSD를 도입한 이 법률은 이후 보다 넓은 적용영역과 보다 풍부한 급여를 가지는 법제로 대체되는 것을 예정하는 원칙적으로 과도기적인 것이었다. 이 새로운 수당의 도입과 관련하여 이 법률은 다른 한편 고령자 수용시설 이용료에 대한 전면적인 개혁의 기초를 제공하였다.⁶³⁾

프랑스에서 의존노인에 대한 보호방식은 지속적인 논쟁의 대상이 되어왔다. 이 논쟁은 노인의 의존을 질병, 노령, 산업재해 및 아동부양과 더불어 사회보험상의 제5의 위험으로 인정하고 사회보험방식에 의해 보호하자는 입장과 사회부조에 의해 보호하자는 입장의 대립 속에서 전개되었다.⁶⁴⁾ 사회보험방식을 주장하는 견해는 의존보장의 보편성과 평등성을 강조하고 사회보장기관의 관할을 강조하였고, 사회부조방식의 견해는 예산상의 문제에 중점을 두고 각 도(département)에 의한 실시를 주장하였다.

60세 이상의 자들에 대해 ACTP를 대체하기 위해 창설된 PSD는 개인별 지원계획(plan d'aide)의 범위 내에서 정해지는 현물급여로서 수급자가 가정에서 고용하는 근로자 또는 서비스기관의 보수와 같이 의존에 수반되는 비용을 보장하거나 주거시설에 대해 지원한다. 이러한 PSD는 그 시행 이후 다음과 같은 문제점이 지적되었다.⁶⁵⁾

- 2001년에 자립상실노인의 수는 800,000명인데 135,000명이 PSD를 받았고 40,000명의 노인이 ACTP를 받았음.

63) 노인수용시설 이용료의 개혁과 관련해서는 J-C. Delnatte et J-P. Hardy, *La réforme financière des EHPAD*, EDITIONS DE L'ECOLE NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2002 참조.

64) 이 논쟁에 대해서는 T. Frinault, "L'hypothèse du 5^e risque", *La dépendance des personnes âgées*, ENSP, 2003, p.69 이하 참조.

65) Michel Borgetto, Robert Lafore, op. cit., pp.261-262.

- 엄격한 소득요건이 급여신청을 억제하였음
- 상속이나 증여에 대한 환수제도로 인해 많은 자들이 PSD의 수급을 회피하였음. 상속에 대한 반환청구는 사후적 가족연대의 역할을 가능하게 하는 메카니즘이지만, 이는 심리적인 장벽을 발생 시킴으로써 많은 사람들이 PSD를 포기하였음. 특히 반환액이 상대적으로 크지 않음에도 불구하고 이러한 결과가 발생한 것은 바람직하지 못했음.
- 도에 따라 급여액이 차이가 크다는 점이 확인되었음. 재택노인의 PSD액은 의료·사회팀이 작성하는 계획에 따라 수급자가 사용할 수 있는 서비스시간과 서비스기준비용에 따라 결정됨. 그런데 이 기준비용을 도의회가 정하는데 서비스시간이 동일함에도 불구하고 각 도에 따라 매우 상이하였음. 시설거주자의 경우에도 최저액과 최고액을 법률에서 규정하지 않음으로 인해 도에 따라 큰 차이가 나타났음.

(2) APA에 의한 PSD의 대체

PSD 시행 이후 다양한 문제점이 드러나자 프랑스 정부는 이를 대체하는 2001년 3월 7일 '노인의 자립상실에 대한 부담 및 개인별자립수당에 관한 법률안'(projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie)을 하원에 제출하였다.⁶⁶⁾ 이 법안은 상하원의 제1독회, 양원합동위원회(Commission mixte paritaire), 상하원의 제2독회, 하원의 최종독회 및 헌법재판소의 결정을 거쳐 2001년 7월 20일에 공포되었다.

정부의 법안 제안이유서(exposé des motifs)에서는 법안의 목적을 네 가지 방향에서 설명하고 있다.⁶⁷⁾

66) 법안심사의 구체적인 과정은 http://www.senat.fr/dossierleg/pj100-279.html#item_1 참조.

67) <http://www.assemblee-nationale.fr/projets/pl2936.asp>.

첫째, 보편적이고 객관적인 권리: 개인별자립수당은 공동체의 지원을 필요로 하는 모든 의존노인을 대상으로 하며 전국적으로 동일한 조건하에 지급된다. 다음의 두 요소는 이 권리의 기초를 구성하며 이용자의 평등성과 투명성에 대응한다. 하나는 수급자의 의존정도에 따른 전국적 차원에서의 지원플랜(plan d'aide)을 정의하는 것이고 다른 하나는 수급자부담금을 계산하기 위해 재택보호와 시설보호를 구분하고 수급자의 소득에 따라 증가하는 전국적 요금표의 작성이다.

둘째, 영역의 확대: 한편으로는 개인화된 지원플랜을 각각의 노인의 구체적인 수요에 따라 개선하고 다양화시키며, 다른 한편으로는 의존에 속하는 요금표의 측면에서 시설거주자의 지불능력을 보장함으로써 적용영역을 확대한다.

이러한 관점에서 이 새로운 법제는 다음과 같은 특징을 가진다. 당시까지 PSD의 지급대상에서 제외되었던 자들에게 새로운 수당을 지급한다(GIR 1에서 4). 급여의 다양성을 촉진한다. 급여는 고용인에 대한 지출에 반드시 한정되는 것은 아니며 주간보호, 일시적 보호, 기술적 지원, 주택개조 등의 지출에도 적용된다. 급여의 항상성과 계속성, 재택지원현대화기금의 창설하여 교육활동, 서비스의 질 향상, 재택지원의 전문성의 강화를 지원한다.

급여의 성격은 수급자가 가정에 있는지 시설에 수용되어 있는지에 따라 다르다. 재택개인별자립수당과 시설개인별자립수당의 차이점은 두 주거방식에 따라 개인의 의존비용의 차이에 의해 설명된다.

셋째, 급여에 대한 엄격하고 투명한 근접관리

- 도가 사회보장조직과의 긴밀한 협조 하에 개인별자립수당을 관리한다. 도와 사회보장조직의 대표자로 구성된 위원회가 신청자의 권리평가를 기초로 급여지급여부를 판단하고 제안하는데 이는 도 의회의장의 결정을 명확히 한다. 노인권리의 효과적인 보장을 위해 행정적인 심사절차나 급여의 결산은 규정된다. 즉 권리는 신청일에 발생하며 각 절차단계의 기간제한이 규정된다.

제 5 절 개인별자립수당제도(allocation personnalisée d'autonomie: APA)

- 수급자에게 보다 큰 선택권이 주어진다 : 제3자가 가정에 지원하는 방식 및 APA의 지급방식에 대해 자유로이 선택할 수 있다.
- 소송방지를 위해 이의신청절차가 도입된다.

넷째, 현재의 재정(도 및 사회보장조직)에 대응하기 위해 국민연대를 이용한다.

- 개인별자립수당재정기금(Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie)의 창설(일반사회각출금의 수입일부(contribution sociale generalisée(CSG)), 강제노령보험제도의 분담금으로 구성됨)
- 이 기금은 각 도의 관련재정을 보충하기 위해 특별지원의 형태로 배분된다
- 이 기금은 전체적인 재정의 균형을 확보할 것이다.

APA 법안의 채택을 둘러싸고도 사회보험방식에 의한 보호가 주장되었다. 그렇지만 APA 법안은 PSD의 문제점을 보완하면서 사회보험적 요소를 상당히 포함하고 있다. 아래에서는 노인의존의 보호방식과 관련하여 프랑스가 왜 APA제도를 채택했고, 그 성격이 어떠한지를 살펴보기 위해, 하원의 제1독회시 소관 상임위원회인 문화·가족·사회위원회(La Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales)의 보고자인 Pascal Terrasse의원의 보고서 가운데 당시 고용·연대장관이었던 Elisabeth Guigou가 2001년 3월 28일 동 위원회에 출석하여 법안에 관해 진술한 내용의 일부를 소개한다.⁶⁸⁾

“이 법안에서 정부가 내놓은 제안은 질병, 노령, 산업재해 및 아동부양과 같이 사회보험내에 현존하는 네 가지 위험과 유사한 것으로 이해되는 제5의 위험의 문제에 관한 논쟁을 통합한다. 객관성에 기초한 권리평등의 원칙에 부합하는 제5의 위험의 인정에 대한 열망

68) <http://www.assemblee-nationale.fr/rapports/r2971.asp> 참조.

은 PSD의 실시로 인해 발생한 대우의 격차에 의해 고조되었고 독일 기타 외국의 몇몇 사례에 의해 자극되었다.

그렇지만 이러한 사회적 위험의 개념에 관한 몇 가지 모호한 점을 제거해야 한다. 사회보험에 의한 사회적 위험보장의 현실은 이를 정당화하는 이론적 원리의 적용에 있어 매우 큰 다양성을 보이고 있다. 즉 사회보험급여의 맥락에서 보편성은 특히 가족급여에서 보여지듯이 소득에 따른 조정과 양립할 수 없는 것은 아니다. ...

차라리 가장 효율적인 해결책이 무엇인지를 생각해야 한다. 따라서 자립상실에 관한 제도의 창설을 목적으로 사회적 위험에 대해 논하는 것이 평등하고 객관적인 권리의 인정필요성을 설명하면서 일관성을 가진다면 이는 이행방식에 관한 논쟁을 종식시키지 않는다.

이러한 상황에서 현재의 법안은 사회적 위험의 견지에서 해결책을 잘 제시하고 있다. ...

먼저 이 법안에서는 일정한 자들을 제외시키는 소득상한선이 없기 때문에 보편적 권리를 인정하고 있다. 급여의 액은 자립상실의 정도 및 소득수준에 따라 조정될 것이다. 이에 따른 지원의 조정은 자립상실로 인해 발생하는 비용의 보상이라는 측면에서 정당화된다.

의존에 따라 전국적 차원에서 지원수준을 결정하는 것은 또한 전국에 걸쳐 평등성을 보장하기 위해 매우 중요하다. 전국적인 계산표가 없을 경우 권리의 불평등한 상황을 다시 발생시킬 것이다. 물론 조정을 필요로 하는 개인적 상황은 항상 고려될 것이다. 그러나 이 경우 지원은 사회사업기금에 의해 인상될 수 있으며 이는 법정급여를 단지 보충하는 것이며 제도의 불충분으로 인해 현재와 같이 이를 대체하는 것이 아니다. ...

권리의 평등성과 객관성은 기본적인 요소들이다. 평등성은 지원액이 테크레에 의해 매우 구체적으로 정해질 것이므로 보장될 것이다. 따라서 거주지역에 따라 상황이 특별한 것이 아니라 객관적이고 평등한 권리가 있을 것이다. 또한 개별화된 권리가 보장된다. 자립상실

및 소득 수준에 따른 전국적인 급여액은 노인에 대해 진정한 인출의 권리인 지원계획의 형태를 취한다. 이 인출권의 범위 내에서 노인은 필요하다고 인정되는 모든 활동에 대해 비용을 지출할 수 있을 것이다. 즉 이는 환경에 따른 각 노인의 특수한 상황을 고려하여 각 노인에게 부여되는 구체적인 지원의 사례에 따른 조정을 가능하게 한다.

자립상실은 가정에 거주하는 자와 양로원에 거주하는 자에 대해 동일한 결과를 가지지 않는다. 후자의 경우에는 자립상실과 관련이 없는 수용비용, 질병보험에 의해 급여되는 치료비용과 당사자의 일상 생활 지원비용을 구별해야 한다. 노인부양에 필요한 수요는 이후 각 시설에서 정확히 평가될 것이며 수당계산의 기초가 될 것이다. 이는 노인수용시설의 정확한 비용을 산정하고 이에 따라 재가보호와 같이 각각의 구체적인 경우에 자립상실로 인해 소요되는 실제적인 비용에 따라 수당을 개별화하는 것을 가능하게 한다. 양로원에 거주하는 자들은 평균 20%의 수용요금의 인하혜택을 받으며 이는 그들의 지불능력의 향상에 기여할 것이다.

상속과 관련한 급여의 환수는 강한 반대를 불러일으키는 어려운 문제이다. 사실 이는 유지되어야 하는 가족연대와 국민연대 사이의 분배의 문제이다. 대부분은 상속에 대한 환수는 사회부조를 특징지우는 것으로 생각한다. 그렇지만 사회보험급여인 노령최저연금도 또한 환수를 조건으로 한다는 점을 생각해 볼 수 있다. 어쨌든 이 논쟁은 가족 및 국민연대 각각의 역할의 본질적인 문제에 관한 국민적 대표 앞에서 해야 한다.

APA의 재정은 각 도의 현존하는 수단의 연장과 보충적 노력 및 퇴직금고의 분담금에 의지할 것이다. 차액은 일반사회각출금(CSG)의 이용에 의해 보장된다. 이 CSG부분 및 퇴직금고분담금은 새로운 공적 제도, 즉 개인별자립수당의 재정을 위한 전국기금(Fond de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie:

FAPA)에 충당될 것이다. 이는 각 도의 인구 및 수입을 고려하는 균등화 기준에 따라 각 도에 분배된다. 이 균등화의 정확한 방식은 아직 정해지지 않았다. APA의 재정균형을 보장하기 위해 CSG를 이용하는 것은 이 새로운 권리가 기초하고 있는 국민연대의 원리에 부합한다. CSG는 그 보편성으로 인해 가장 좋은 표현이다. 그 APA의 재정기금에의 충당은 또한 타당하다. 이 새로운 기금의 창설은 새로운 사회보장분야를 창설할 것까지 없이 새로운 사회적 위험으로서 자립상실을 승인하기 위해 필요하다.

관리방식은 보편적 급여에 대해서는 혁신적인 것으로 보여질 수 있으나 사회적 위험의 견지에서의 접근과 상충하지 않는다. 사실 APA의 이행은 매우 근접적인 활동을 전제로 한다. 수당의 지급은 수급자와 의료사회팀 간의 철저한 대화의 대상일 것이다. 의료사회팀은 노인을 방문하여 자립상실정도를 평가하고 당사자와 필요한 지원에 관해 논의하여 이 작업의 결말인 지원계획을 작성해야 한다. 이는 현장의 팀이 있어야 하고 지역적으로 제공할 수 있는 재가보호서비스를 확인하고 노인학적 조정의 실시를 필요로 한다.

따라서 이 법안은 이 새로운 수당의 실시에 있어 각 도를 퇴직금고와 긴밀히 결합시키면서 각 도의 권한을 승인한다. 추구하는 목적은 실용성과 효율성을 위해 많은 도에 이미 존재하는 협력을 일반화시키는 것이다. 이는 이 두 종류의 기관 사이에 오늘날 매우 넓게 나누어져 있는 현존하는 모든 수당의 동원을 확보하는 것이다.

새로운 사회보장분야의 창설방식에 착수하는 것은 결국 현재의 권한 분산을 고려하여 노인들에게 많은 것을 부여함이 없이 다양한 활동주체들 간의 영역다툼을 불러일으킬 뿐이다. 따라서 정부의 목적은 두 가지이다 : 원칙적인 차원에서 국민연대의 틀 내에서의 새로운 사회적 위험의 승인 ; 그 실시에 있어 실용적 틀 내에서의 효율성의 추구”

APA에 관한 2001년 7월 20일의 법률은 2003년 4월 31일의 법률에 의해 일부 개정되었다.

2. APA 법제의 주요 내용

(1) APA에 대한 권리

1) APA 수급의 일반적인 요건

가) 연령요건

개인별자립수당은 60세 이상의 자에게 지급된다.⁶⁹⁾

나) 거주지요건

개인별자립수당은 원칙적으로 신청자가 거주하는 도(departement)가 제공한다.

개인별자립수당의 신청자는 프랑스에서 지속적이고 정기적인 거주를 증명해야 한다. 따라서 외국인의 경우 거류외국인증명서(carte de resident) 또는 단기체류증명서(titre de séjour temporaire)를 보유할 경우 수당을 지급 받을 수 있다. 지속적인 거주지가 없는 자가 APA를 수급하기 위해서는 도지사 와 도의회 의장이 공동으로 허가한 다음과 같은 기관들 가운데 하나를 주소로 선택해야 한다.⁷⁰⁾ 사회사업코ördinator센터, 정보 및 조정지역센터, 부조법전에서 규율하고 있는 기관, 가정지원서비스 등이 여기에 해당한다. 이를 위해 각 도는 적어도 하나의 위와 같은 형태의 기관을 보유해야 한다.

다) 자립상실정도에 관한 요건

법률에서는 자립상실을 “받을 수 있는 간병에도 불구하고 생활의 본질적인 행위들의 수행을 위해 원조를 필요로 하거나 정기적인 감독(감시)을 요구하는” 자의 상태로 정의하고 있다.

자립상실정도는 의료·사회팀에 의해 평가된다. 이 팀은 적어도 의사, 사회복지종사자 각각 1인이 포함하여야 하며 위원들 가운데 적어

69) CASF, art. L. 232-2.

70) CASF, art. L. 232-13, L. 232-2, al.2.

도 한 명은 관계당사자가 가정에서 생활하고 있을 경우 방문해야 한다. 관계당사자가 시설에 수용되어 있다면 자립상실정도는 시설의 의료·사회팀에서 결정한다. 평가시에는 AGGIR(autonomie gerontologie-groupes iso-ressources)을 이용한다. AGGIR는 노인을 의존상태에 따라 6개의 groupes iso-ressources로 나눈다. GIR 1은 가장 의존상태에 있는 자를 포함하며, GIR 6은 일상생활의 기본적인 행위들을 위한 자립을 보유하고 있는 자들이다. GIR 1에서 4에 해당하는 자들로서 연령 및 거주지요건을 충족하는 자들은 가정 또는 시설 등의 살고 있는 장소에 관계없이 개인별자립수당의 지급대상이 된다.

라) 소득평가 및 수급자의 재정상황 변경의 고려

PSD의 지급과는 달리 APA의 지급은 소득을 조건으로 하지 않는다. 그러나 APA의 경우 수급자의 본인부담금이 있으며 이는 소득에 따라 정해진다.⁷¹⁾

①소득평가

본인부담금의 산정을 위한 APA 신청자의 소득평가에는 아래의 사항들이 포함된다.

- 기준연도에 신고된 소득, 즉 세법에 따라 예정납세(prelevement liberatoire)의 대상이 되는 소득 및 배우자, 사실혼 관계에 있는 자, 수급자와 시민연대협약(pacte civil de solidarite: PACS)을 체결한 자 등의 소득
- 활용되지 않고 예금되지 않은 biens 또는 capitaux는 건물부동산의 경우 그 임대가치의 50%, 건물이 없는 토지의 경우 임대가치의 80%, 현금의 경우 3%의 연간소득을 관계당사자가 획득하는 것으로 간주한다. 다만, 이 규정은 관계당사자, 그 배우자, 또

71) CASF, art. L. 232-3 à L. 232-8.

는 PACS를 체결한 자 및 그 자녀가 점유하고 있는 주된 거주지에는 적용되지 않는다.⁷²⁾

② 제외되는 소득

자립상실위험에 대비하기 위해 수급자의 자녀 또는 수급자 본인이나 배우자의 가입에 의한 종신연금은 수급자의 소득산정에 포함되지 않는다.⁷³⁾

자립상실에 소요되는 비용을 위한 자녀들의 재정지원은 소득산정에 포함되지 않는다. 법령에서 정하고 있는 다음과 같은 특수한 목적의 사회급여는 소득산정에 포함되지 않는다.

- 질병보험, 출산, 장애 또는 노동재해보험에 의해 지급되는 현금급여
- 사회보장법전에 따른 주택수당 및 건축및주거법전(code de la construction et de l'habitation)에 의한 개인별주거지원
- 사회보장법전에 따라 노동재해의 피해자에게 지급되는 현금보상
- 기타

③ 신청자 또는 수급자의 재정상황의 변경

배우자, 사실혼 관계에 있는 자, 수급자와 시민연대협약(pacte civil de solidarite: PACS)을 체결한 자 등의 사망, 실업, 퇴직연금수령, 장애 등으로 인해 또는 이혼이나 별거로 인해 신청자 또는 수급자의 재정상황의 변경이 있을 경우 법령에 따른 특별소득평가가 행해지며 APA 및 수급자 본인부담금은 필요한 경우 재평가된다.

④ APA와 부양의무

APA의 수급은 민법전의 규정에 따른 부양의무의 이행을 조건으로 하지 않는다.⁷⁴⁾

72) Décret n° 2001-1084 제3조, III.

73) CASF, art. L. 232-4, al. 3 et L. 232-8, al. 3.

74) CASF, art. L. 232-24.

마) 병급금지

APA는 다음과 같은 급여와 병합이 금지된다.

- 가사서비스의 대표적 수당
- 가사서비스 형태의 현물지원⁷⁵⁾
- 장애자에게 부여되는 제3자를 위한 보상수당⁷⁶⁾
- 지속적인 지원을 위한 할증⁷⁷⁾

(2) 지급절차

APA의 관리는 도의회 의장의 관할에 속한다. 그리고 재가APA의 실시에 있어 도와 사회보장조직간의 협력을 위해 두 기관간에 그 방식에 관한 협정이 체결된다.

1) 신청

APA에 대한 권리는 신청서류를 제출한 날부터 개시된다.⁷⁸⁾ 신청서는 도의회 의장에게 제출한다. 도의회 의장은 10일 이내에 신청인 및 신청자의 거주지 코뮌의 시장에게 접수를 통보한다.

2) 신청의 심사

APA신청의 심사는 신청자의 자립상실정도의 평가 및 필요할 경우 의료사회팀에 의한 지원계획의 작성을 말한다. 이 절차의 구체적인 방식은 신청자가 자택에 거주하는지 시설에 거주하는지에 따라 달라진다.

가) 재가APA의 신청심사

재가APA의 신청심사는 의료사회팀이 담당한다. 의료사회팀에는 적어도 의사 1인, 사회복지종사자 1인을 각각 포함한다. 심사와 관련하

75) CASF, art. L. 231-1.

76) CASF, art. L.245-1.

77) CASF, art. L. 232-23.

78) CASF, art. L.232-13, al. 3.

여 의료사회팀의 적어도 1인이 신청자를 방문해야 한다. 이때 관계당사자 및 경우에 따라 그 후견인이나 친족들은 APA신청자의 지원필요와 관련된 모든 권고와 정보를 받는다.

심사과정에서 의료사회팀은 경우에 따라 신청자가 지정한 의사와 협의한다. 신청자가 이를 원할 경우 해당의사는 가정방문에 참여한다.

의료사회팀은 신청자의 자립상실정도가 GIR 5 내지는 6에 속할 경우 지원계획을 작성할 필요가 없는 것으로 판단하고 방문보고서를 작성하면 된다. 반면 해당 노인의 상태가 지원을 필요로 한다고 판단할 때는(GIR 1-4에 해당될 경우) 개별적인 지원계획을 작성한다. 이 지원계획에는 지원필요 및 자립상실정도에 비추어 적절한 지원방식과 신청자의 본인부담금액을 기재한다. 이 계획안은 완전한 신청서류의 접수일로부터 30일 이내에 신청자에게 통보된다. 신청자는 지원계획안의 수령일로부터 10일 동안 자신의 견해를 제시하고 계획안의 수정을 요구할 수 있다. 이 기간동안 신청자의 요구가 없을 경우 이 계획안은 수락된 것으로 간주된다.

나) 시설APA의 신청심사

신청자가 시설에 거주할 경우, 자립상실정도는 각 시설의 의료사회팀이 GIR 등급을 기준으로 평가한다.

(3) 지급결정

APA 지급결정은 도의회 의장이나 그 대리인이 주재하는 개인별자립수당위원회의 제안에 따라 도의회 의장이 결정한다. 이 위원회는 의장을 포함하여 7인으로 구성되는데, 도의회 의장, 도의 대표자 3인, 사회보장조직의 대표자 2인 및 APA시행을 위해 도와 협정을 체결한 기관이나 조직의 대표자 1인으로 구성된다. 이 위원회는 신청자의 필요 및 소득에 따라 APA의 액수를 제안하는데 이 제안은 다수결로 결정되며 가부동수일 경우 의장이 결정한다. 도의회 의장이 제안을 거부할 경우 위원회는 다음 회의에서 새로운 제안을 해야 한다. 이와 같

이 도의회 의장이 위원회의 제안에 구속되지 않기 때문에 실질적인 판단권을 보유하고 있다.

도의회 의장은 완전한 서류접수일로부터 2개월 이내에 APA에 관한 결정을 수급자에게 통보해야 한다. 이 기간내에 통보하지 않을 경우 신청서 접수일로부터 결정통보일까지 APA는 일시불로 지급되는 것으로 간주되며 그 액은 후술하는 긴급절차에서 지급되는 것과 같다.⁷⁹⁾

의료 또는 사회적 성질의 긴급성이 확인된 경우, 도의회 의장은 신청서 접수일부터 신청심사 기간인 2개월의 종료시까지 임시로 APA를 부여한다.⁸⁰⁾ 이 때 그 금액은 재가APA의 경우 가장 중증의 자립 상실정도에 해당하는 전금요금표액의 50%이거나 MTP(majoration pour tierce personne)⁸¹⁾의 1.19배이며, 시설APA의 경우 GIR 1 및 2로 분류되는 거주자에게 적용되는 시설의존요금의 50%이다. 이러한 사전지급은 이후 지급되는 APA액에서 공제된다.

법률에서는 급여의 지급기간을 정하고 있지는 않으나 정기적인 재검토의 대상이 되며 수급자의 상황변경의 경우 언제라도 수정될 수 있음을 규정하고 있다.⁸²⁾ APA 금액을 정한 결정은 수급자의 상태에 따라 결정에서 정한 기간마다 정기적인 수정의 대상이 된다. 또한 이 결정은 새로운 요소로 인해 이 결정이 행해진 상황이 변경될 경우 관계당사자 또는 그 법정대리인의 요청이나 도의회 의장의 발의에 따라 언제라도 수정될 수 있다.

(4) APA 지급

원칙적으로 APA는 수급자에게 직접 지급되고 제3자에게 직접 지급할 경우 수급자의 동의가 필요했으나 2003년 3월 31일의 개정법

79) CASF, art. L.232-14, al. 3.

80) CASF, art. L.232-12, al. 3.

81) MTP는 소득을 조건으로 하지 않는 사회보장(보험) 급여이다. 이 급여는 장애연금수급자, 노동제해연금 수급자로서 제3자의 원조를 필요로 하는 상태에 있는 자(CASF, art. L. 341-4 et L. 434-2) 및 장애연금을 대체하는 노령연금 수급자로서 60세 이후 그리고 65세 이전에 의존상태에 있는 자(CASF, art. L. 355-1) 등에게 지급된다.

82) CASF, art. L.232-14, al. 4.

률에 의해 수급자의 동의 없이 도의회의 결정에 따라 수급자가 고용하는 근로자, 가사지원기관에 직접 지급될 수 있다.⁸³⁾

APA는 매월 정기적으로 지급된다. 그렇지만 APA금액의 일부는 지출의 성격을 고려하여 데크레에서 정한 조건하에서 다른 주기에 따라 지급될 수 있다.

APA의 수급자가 단기치료를 받기 위해 보건시설에 입원할 경우 수급자나 그 후견인 또는 의료사회팀은 도의회에 이를 통보하며, 도의회 의장은 수급자의 새로운 상황을 고려하여 법령에서 정한 조건하에 수당액을 줄이거나 지급을 정지할 수 있다.⁸⁴⁾

APA는 수급자의 상속이나 증여시 환수의 대상이 되지 않는다. 이 경우 위에서 서술한 바와 같이 APA의 결정 및 본인부담금의 수정이 있을 수 있다.⁸⁵⁾

(5) 재가개인별자립수당(allocation personnalisée d'autonomie à domicile)

APA가 자택거주자에게 지급될 경우 이는 의료사회팀이 작성한 지원계획에 속하는 모든 종류의 비용지출에 충당된다.⁸⁶⁾

한편 도의회 의장에 허가한 가정에 유상으로 거주하는 자, 25자리(places) 미만의 수용능력을 가지는 의존노인시설에 거주하는 자 등은 자택거주자로 간주한다.

1) 지원계획(plan d'aide)

가) 지원계획에 속하는 비용

APA에 의해 지출될 수 있는 비용은 특히 다음과 같은 것을 말한다.

83) CASF, art. L.232-15.

84) CASF, art. L.232-22.

85) CASF, art. L.232-19.

86) CASF, art. L. 232-3, al. 1.

- 가사지원자의 보수
- 시설 또는 허가받은 기관에서의 수용여부와 관계없이 일시적인 보호 비용의 지불
- 사회사업및가족법전 L. 441-1조에서 규정하고 있는 가정봉사자의 서비스에 대한 지불
- 교통비, 기술적 지원비, 주거개조비
- 기타 수급자의 자립을 위한 모든 비용⁸⁷⁾

나) 지원계획의 내용

의료사회팀은 지원계획에서 수급자의 지원수요 및 자립상실상태를 고려하여 가장 적절한 것으로 판단되는 지원방식을 추천한다. 가장 중증의 자립상실의 경우에 있어 지원계획에서 제3자의 가사지원을 결정할 경우, 수급자의 명시적 거부가 없으면 APA는 법령에 의해 허가된 가사지원급여서비스의 보수에 충당된다.

다) 지원의 효율성에 대한 감독

지원의 효율성에 대해서는 도가 감독한다.⁸⁸⁾

노동법전에서 사용자에게 부과하고 있는 의무와 더불어 APA수급자는 수당액과 합치하는 고용인 및 지원계획서에서 정한 본인부담금 이외의 지출증명서류의 보존의무를 부담한다.⁸⁹⁾

수급자는 급여결정 통지일로부터 1개월 이내에 APA를 사용하여 고용하는 근로자 또는 재가지원기관을 도의회 의장에게 신고해야 하며, 이후의 근로자 또는 기관변경의 경우도 동일하다.⁹⁰⁾

APA수급자는 배우자, 사실혼 배우자, 수급자와 PACS를 체결한 자등을 제외하고 1인 또는 2인 이상의 가족구성원을 고용할 수 있다. 수급자와 근로자간의 가족관계는 신고서에 기재한다.⁹¹⁾

87) Décret n° 2001-1085 제14조.

88) Décret n° 2001-1085 제21조.

89) Décret n° 2001-1085 제19조.

90) CASF, art. L. 232-7, al. 1.

91) CASF, art. L. 232-7, al. 3.

도의회 의장의 요구가 있을 경우 수급자는 지급 받은 수당액에 해당하는 모든 지출 및 본인부담금의 지출에 관한 증명서류를 제출할 의무가 있다.⁹²⁾

라) 지원의 정지

아래의 경우 APA 지급은 정지될 수 있다.⁹³⁾

- 수급자가 본인부담금을 지불하지 않은 경우
- 수급자가 1개월 이내에 지출증명서류를 제출하지 않은 경우
- 의료사회팀이 지원계획이 준수되지 않거나 제공된 서비스가 수급자의 건강, 안전 또는 육체적 도덕적 안락에 위험을 초래함을 확인하는 경우

2) 재가APA 금액의 결정

APA는 수급자가 이용하는 지원계획 가운데 본인부담금을 제외한 부분의 액수이다. 지원계획의 최고액은 수급자의 자립상실정도에 따라 전국요금표에 의해 정해진다.⁹⁴⁾ APA은 수급자의 자립상실정도에 관계없이 법령에서 정한 조건하에서 수급인에게 고용된 자나 재가지원기관의 경험 및 숙련수준에 따라 조정된다.⁹⁵⁾

가) 전국요금표

각각의 GIR 등급에 대한 지원계획의 최고액은 MTP(majoration pour tierce personne)⁹⁶⁾을 기준으로 전국적으로 동일하게 정해진다. 즉 GIR 1은 MTP의 1,19배, GIR 2는 MTP의 1,02배, GIR 3

92) CASF, art. L. 232-7, al. 4.

93) CASF, art. L. 232-7, al. 5.

94) CASF, art. L. 232-2, al. 2.

95) CASF, art. L. 232-6, al. 3.

96) MTP는 소득을 조건으로 하지 않는 사회보장(보험) 급여이다. 이 급여는 장애연금 수급자, 노동재해연금 수급자로서 제3자의 원조를 필요로 하는 상태에 있는 자(CSS, art. L. 341-4 et L. 434-2) 및 장애연금을 대체하는 노령연금 수급자로서 60세 이후 그리고 65세 이전에 의존상태에 있는 자(CSS, art. L. 355-1조) 등에게 지급된다.

은 MTP의 0,765배, GIR 4는 MTP의 0,51배가 각각의 지원계획의 최고액이다. 2003년 1월 현재 MTP 월액은 930,06유로이다. 따라서 2003년 1월 현재 재가APA의 전국적 상한선은 GIR 1은 1106,77유로, GIR 2는 948,66유로, GIR 3은 711,50유로, GIR 4는 474,33유로이다.

나) 본인부담분

APA수급자의 본인부담분은 수급자가 이용하는 지원계획에 비례하며 수급자의 소득수준을 기준으로 산정한다. 2001년 7월 20일의 법률에 의한 경우 본인부담금은 다음과 같다.

- 수급자의 월 소득이 MTP의 1,02배 이하인 경우 본인부담금의 전부가 면제된다.
- 월 소득이 MTP의 1,02배와 3,40배 사이의 있는 수급자의 경우 지원계획 총액의 0%에서 80% 사이에서 본인부담금이 정해진다.
- 월 소득이 MTP의 3,40배를 초과하는 수급자의 경우 지원계획 총액의 80%을 부담한다.

2003년 3월 31법률에서는 본인부담금을 수급자의 월 소득이 MTP의 0,67배 이하인 경우 면제하고, 월 소득이 MTP의 0,67배와 2,67배 사이에 있는 경우 지원계획 총액의 0-90% 사이에서, 월 소득이 MTP의 2,67배를 초과하는 경우 90%로 정하는 것으로 개정하였다.

수급자 본인부담분은 아래의 경우 10% 인상된다.

- 승인되지 않은 가사지원제공기관을 이용하는 경우
- 수급자가 제3자를 직접 고용할 때 그 자의 경험이나 법령에서 정한 직업자격수준을 증명하지 못하는 경우

3) 기타 혜택

재가APA에 대해서는 조세가 감면되고 사회보장 사용자분담금이 면제된다.

(6) 시설APA(allocation personnalisée d'autonomie en établissement)

시설APA는 시설에 거주하는 수급자의 의존요금지불을 지원하는데, 의존노인수용시설(EHPAD)의 요금개혁과 불가분의 관계에 있다.

1) 해당 시설

시설APA를 지급받기 위해서는 신청자가 일반적인 급여지급요건을 갖추고 더불어 법률에서 규정하고 있는 의존노인수용시설에 거주해야 하며 이 시설이 국가 및 도의회와 협정을 체결해야 한다.

2) 본인부담분

수급자의 소득수준에 따라 세 가지 상황이 있다.

- 월 소득이 MTP의 2,21배 미만인 경우 GIR 5 및 6에 해당되는 자에게 적용되는 시설의존에 해당하는 요금액이다.
- 월 소득이 MTP의 2,21에서 3,40배 사이에 있는 경우 본인부담금은 다음의 공식에 따른다.

$$P = TD5/6 + [(A - TD5/6) \times (R - (S \times 2,21)) \times 80\%] \\ S \times 1,19$$

· P : 본인부담분

· TD5/6 : GIR 5 및 6에 해당되는 자에게 적용되는 시설의존요금액

· A : 수급자가 속하는 GIR에 해당하는 시설의존요금

· R : 월 소득

· S : MTP

- 월 소득이 MTP의 3,40배를 초과하는 경우 본인부담금은 다음의 공식에 따른다.

$$P = TD5/6 + (A - TD5/6) \times 80\%$$

3) 시설APA와 사회부조

시설에 수용되어 있는 자의 다양한 급여에 대한 권리 중에서 법률에 따르면 먼저 APA의 적용여부를 검토하고 이어서 사회부조의 적용을 검토한다. 거주자가 시설APA의 본인부담금을 지불할 수 없으면 이 자는 사회부조에 의한 보호를 받을 수 있다.

4) 시설APA의 산정

APA가 시설에 거주하는 자에게 부여될 때 이는 다양한 항목으로 구성되는 시설요금 가운데서 의존에 해당하는 요금에서 본인부담금을 제외하고 자립상실정도에 대응하는 금액이다.⁹⁷⁾

3. APA의 재정

APA의 재정은 이 제도의 시행을 맡고 있는 각 도가 조세로서 부담한다. 그리고 이 수당이 보편적 급여라는 성격을 감안하여 개인별자립수당재정기금(Fond de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie; FAPA)을 설립하여 국민연대의 명목으로 각 도에 배분되고 있다.

FAPA는 행정적 성격의 전국적인 공적 시설(etablissement public)이며 사회보장, 노인, 지방자치단체, 예산 등의 장관들의 감독을 받는다.⁹⁸⁾ FAPA는 임무는 두 가지이다. 그 주된 임무가 각 도의 APA 재정지원이며 또한 재택지원서비스현대화사업에 대한 재정지원도 임무로 한다. FAPA는 이사회와 감사회로 구성된다(이와 관련하여서는 2001년 11월 20일의 데크레 n° 2001-1084 제11조에서 규정하고 있다). FAPA는 노령연대기금(Fonds solidarite vieillesse; FSV)에서 관리하는데 FAPA는 FSV에 관리비용을 상환한다.

97) CASF, art. L. 232-8. I.

98) CASF, art. L. 232-21.

FAPA의 수입은 다음과 같이 구성된다. 즉 일반사회각출금(contribution sociale generalisee; CSG)⁹⁹⁾의 0.1 포인트, 노령보험기초의무제도의 분담금으로 이는 APA에의 접근요건을 충족하는 자에 대한 가사지원(aide menagere a domicile)비용으로 충당했었을 금액의 50%이다.

4. 소 결

이상에서는 프랑스 APA제도를 중심으로 프랑스 노인요양법제를 살펴보았다. 이 급여의 특징은 그 법적 성격과 관련하여 살펴볼 수 있다. 이 급여는 사회사업및가족법전에서 규정하고 있고, 급여의 지급은 사전기여에 대한 반대급부가 아니며 급여지급의 결정은 도의회의장에게 속한다는 점등에서 사회부조급여의 범주에 속함을 부정할 수 없다. 그렇지만 다른 측면에서는 사회부조의 원리와는 다른 성격을 지닌다. 즉 이 급여는 소득조건 없이 부여되므로 보편적이며, 급여의 재정은 부분적으로 사회보험조직으로부터 조달되고, 급여가 전국에 걸쳐 동일하며, 사회법의 실시와의 관계에서 보충적이지 않고, 상속 등과 관련하여 환수가 없다는 점등이 그러하다.

요컨대, 프랑스의 노인장기요양제도로서의 APA는 프랑스의 사회보장 현실을 고려하여 사회보험과 공공부조적 요소가 결합된 제도라는 특징을 지니고 있다. 이러한 점은 향후 우리나라에서 노인장기요양제도를 설계할 때 시사하는 바가 큰 것으로 생각한다. 이 제도의 구상시 보험방식과 조세방식이라는 접근과 더불어 각 방식의 특징과 현실을 고려하여 프랑스와 같은 혼합적 방식의 접근도 신중히 검토해 볼 만하다는 것이다.

99) CSG는 1991년 재정법에 의해 창설되었다. CSG는 모든 소득에 부과되는데, 1998년 사회보장재정법에 따르면 직업소득, 재산소득, 투자소득에 대해서는 7.5%, 대체소득에 대해서는 6.2%의 비율로 과세된다. 이러한 CSG재원은 가족급여, 퇴직, 질병 등 사회보험분야에 충당된다.

그리고 제도의 세부적인 내용과 관련하여서는 재택보호를 우선적으로 실시한다는 점, 개인별 필요에 따른 지원계획을 작성하고 급여가 실시된다는 점, 여러 측면에 걸쳐 당사자의 선택의 폭이 크다는 점, 노인수용시설의 요금제도 개혁 등의 점은 의존노인 보호의 실질화와 운영의 합리성이라는 측면에서 시사하는 바가 크다.

제 4 장 결 어

노인복지를 포함한 사회복지법제의 내용은 각 국가의 사회, 정치, 경제, 문화 등과 밀접한 관련을 가진다. 프랑스는 사회공화국이라는 헌법이념에 기초하여 사회보장 전반에 걸친 국가의 적극적인 정책개입이 이루어지고 있는 국가이다. 이는 복지의 문제를 시장에서의 개인과 가족의 책임을 원칙으로 하고 있는 유형의 국가와는 대조되는 것이다. 프랑스의 노인복지정책은 이러한 복지체제 내에서 이루어지고 있다. 그렇지만 복지국가라고 하더라도 복지를 위해서는 재정적 문제로 인한 일정한 제약을 받을 수밖에 없는 것도 사실이다. 프랑스 노인복지법제는 이와 같은 이념과 현실 속에서 인간 존엄성에 바탕한 기본방향을 설정하고 이를 가장 효율적으로 달성할 수 있는 방법을 추구하여 가는 과정이라 할 수 있다.

현행 프랑스 노인복지법제에 대해서는 여러 가지 문제점이 제기되고 있지만 1960년의 라로크보고서에서 “어떤 공식적 해결방법이든간에 이것이 노인의 분리를 초래한다면 이러한 정책은 비난받아야 하며, (대신) 노인의 육체적, 정신적 균형 유지 차원과 경제적 이익 차원에서 노인을 자신의 환경, 사회적 환경, 경제적 환경에 유지시키기 위한 제반 노력이 이루어져야 한다”는 방향의 제시는 여전히 유효하다.¹⁰⁰⁾ 이는 곧 노인생활 양식의 사회적 통합을 의미하는 것이다. 프랑스 노인복지법제는 이를 구체화해 가는 과정으로 보여진다.

이러한 구체화 방법에서 프랑스 법제가 보여주는 특징은 사회보험, 사회부조 및 사회사업의 영역간의 연계가 잘 이루어지고 있고 그 바탕에는 사회연대의 원칙이 자리잡고 있다는 점이다. 사회보험에 의한 최저소득보장, 노화의 사전예방, 사회적 통합, 의료비절감 등을 위한 다양한 구체적인 재택유지정책들은 시사하는 바가 크다.

100) 심창학, “고령사회와 프랑스의 입법적 대응”, 고령사회의 도래와 각국의 입법적 대응 및 현황(I), 2003, 66쪽.

참고문헌

- 김동희, 「프랑스의 사회보장제도」, 서울대학교출판부, 1989.
- 나병균, “프랑스의 사회보장”, 「세계의 사회보장」, 유풍출판사, 2001.
- 박재간, “프랑스의 노인간병보호정책”, 「노인복지정책연구」 제12권, 한국노인문제연구소, 1998
- 성낙인, 「프랑스 헌법학」, 법문사, 1995.
- 신섭중 외 공저, 「세계의 사회보장」, 유풍출판, 2001.
- 심창학, “프랑스 퇴직연금제도”, 「임금연구」, 통권 43호, 경총 노동경제연구원, 2003.
- 최순남, 「현대노인복지론」, 법문사, 2002.
- 한국법제연구원, 「고령사회의 도래와 각국의 입법적 대응 및 현황(I)」, 2003.
- 한국법제연구원, 「고령사회의 도래와 각국의 입법적 대응 및 현황(II)」, 2003.
- Amédée Thévenet, *L'aide sociale en France*, Puf, 2004.
- Anne-Marie Guillemard, *Le déclin du social*, Puf, 1986.
- Francis Kessler, *Droit de la protection sociale*, Dalloz, 2000.
- Georges Dorion, André, *La sécurité sociale*, Puf, 2003.
- Jean-Jacques Dupeyroux, Michel Borgetto, Robert Lafore, Rolande Ruellan, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz 14^e édition, 2001.
- Jean-Claude Delnatte et Jean- Pierre Hardy, *La réforme financière des EHPAD*, ENSP, 2002.

참고문헌

Marie-Ève Joël, *La protection sociale des personnes âgées en France*, Puf, 2000.

Numa Murard, *La protection sociale*, Édition La Découverte, 2004.

Patrick Morvan, *Droit de la protection sociale*, Litec, 2003.

Sylvie Gallien, Paulette Guinchard-Kunstler, *Action gér-ontologique et allocation personnalisée d'autonomie*, Édition de La Lettre du Cadre Territorial, 2002.

T. Frinault, "L'hypothèse du 5e risque", *La dépendance des personnes âgées*, ENSP, 2003.