

2015년 민관협력 활성화 사업 담당자 국외연수(영국·독일) 결과보고

2015. 6 .

참여기관 : 보건복지부, 대구달서구, 광주북구, 경
기(오산시, 양평군, 시흥시, 수원시) 전남목포, 경남
창녕, 경북(구미, 울진), 부산강서구, 충북충주시

목 차

I. 국외연수 개요	2
II. 방문대상국가 개요	3
III. 방문대상국가 사회보장제도 현황	5
IV. 기관별 방문 결과	23
※ <기관제 공자료>	65

I 국외연수 개요

○ 목적 : 복지문제 해결 위한 민관협력 선진지역 연수로 해외 성공사례 및 노하우 국내 유입, 민관협력 활성화 사업 성과수준 제고

○ 기간 : 2015. 6. 3(수) ~ 2015. 6. 10.(수), (6박 8일)

○ 대상국가 및 방문기관(※대상국가 : 영국·독일)

방문일시	방문기관 및 주요일정	비고
2015.6.4 [10:00~]	켄트대학교 사회복지특강(University of Kent, Social Welfare)	
2015.6.4 [14:30~]	켄트카운티사회복지서비스국(Kent County Council Social Service)방문	
2015.6.5 [10:00~]	사회서비스품질감독위원회(Care Quality Commission)방문	
2015.6.5 [14:00~]	지역사회서비스현장(Toynbee Hall)방문	
2015.6.8 [10:00~]	지역자치의회(Mehingplaz Neighborhood Council)방문	
2015.6.8 [14:00~]	민간사회복지서비스기관(Caritas)방문	변경
2015.6.8 미정	베를린 지방정부(?) 방문	미정

○ 여행자 인적사항

연번	성명	성별	소속	직급
1	전명숙	여	보건복지부(지역복지과)	서기관
2	문미향	여	보건복지부(사회서비스자원과)	행정7급
3	이선미	여	대구달서구(행복나눔센터)	사회복지6급
4	심상의	여	광주북구(복지정책과)	사회복지6급
5	이재준	남	경기도산시(복지정책과)	사회복지6급
6	구문경	여	경기양평군(행복돌봄과)	사회복지6급
7	신형심	여	전남목포시(사회복지과)	사회복지7급
8	김선희	여	경남창녕군(주민복지지원실)	사회복지6급
9	박용자	여	경북구미시(주민생활지원과)	사회복지7급
10	김현영	여	경북울진군(희망나눔과)	사회복지7급
11	전상희	여	경주시흥시(주민생활과)	사회복지7급
12	서무근	남	부산강서구(생활지원과)	사회복지6급
13	이상우	남	충북충주시(복지정책과)	사회복지7급
14	황자춘	여	수원시휴먼서비스센터	팀장

II 방문대상 국가 개요

1. 영국



국명	그레이트브리튼과 북아일랜드 연합왕국 (The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)
위치	서부 유럽(북해와 대서양 사이의 섬)
면적	243,610km ² (한반도의 1.1배)
기후	서안/온대 해양성
수도	런던(London)
인구	<ul style="list-style-type: none"> ○ 총 인구 63,395천명 - 잉글랜드 52,234천명(83.9%) - 스코틀랜드 5,222천명(8.4%) - 웨일즈 3,006천명(4.8%) - 북아일랜드 1,824천(2.9%)
주요도시	런던(787만 명), 버밍엄(106만 명), 리즈(72만 명), 글라스고우(58만 명), 셰필드(53만 명)
민족	앵글로색슨 백인(92.1%), 남아시아인(4%), 흑인(2%), 기타혼혈(1.2%), 중국인(0.4%), 기타(0.3%)
언어	영어(공용어), 웨일즈어, 스코티시 게일릭, 아이리시 게일릭
종교	성공회(50%), 개신교(30%), 로마가톨릭(11%), 기타(9%)
건국(독립)일	10세기 통일국가 유지 1927년 The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland 국호 공식사용
정부형태	입헌군주제, 의회정치제
국가원수 실권자	<ul style="list-style-type: none"> ○ 국가 원수: Her Majesty Queen Elizabeth II - 1926년 4월 21생, 1952년 2월 6일 즉위, 2012년 2월 6일 재위 60주년 ○ 총리(실권자): David Cameron - 1966년 10월 09일 출생 - 런던 출생, Brasnose College, Oxford 대학교 PPE (철학, 정치, 경제) 졸업 - 2001년 보수당 하원의원 당선. 2005년 12월부터 보수당 당수 역임 - 2010년 5월 11일 영국 총리에 취임(200년만의 최연소 총리)

1. 독일



국명	독일연방공화국(The Federal Republic of Germany) (독일어명: Bundesrepublik Deutschland)
위치	서유럽
면적	357,022km ² (한반도의 1.6배, 대한민국의 3.6배)
기후	온대성, 연간 섭씨 -0.8~19.5도,(연평균 9.1도)
수도	베를린(Berlin)
인구	8,115만 명,(독일인 91.5%, 터키인 2.4%, 기타 6.1%)
주요 도시	Berlin(346만명), Hamburg(179만명), Muenchen(133만명), Koeln(100만명), Frankfurt(67만명)
민족(인종)	게르만족
언어	독일어
종교	가톨릭(34%), 개신교(34%), 이슬람(3.7%), 무교 및 기타(28.3%)
건국일 (통일기념일)	1871.10.3(비스마르크 수상에 의해 독일 제2제국 탄생)
정부 형태	내각책임제
국가 원수(실권자)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 대통령 Joachim Gauck: 국가 원수/취임일: 2012.3.23 임기: 5년 ○ 수상 Angela Merkel - 취임일: 2005.11.22, 재선: 2009.10.28, 3선: 2013.9.22.일 (단독 과반수 득표 실패로, 연정파트너 필요) - 2013.9.22일 총선 후 현 기민/기사 연합(CDU/CSU)-자민당(FDP) (최소 득표율 5% 미달성) 연정 해체 - 2013.12.16일 기민/기사 연합(CDU/CSU)-사민당(SPD) 대연정 공식 서명, 2013.12.17일 메르켈, 3선 총리로 선출



방문대상 국가 사회보장제도 현황

영국의 사회보장제도

1. 사회보장제도 총괄

● 역사적 전개과정

1. 근대 사회보장제도의 도입 : Beveridge 보고서

- (의의) 중앙정부 주도하에 완전고용을 전제로 한 보편적, 강제가
입 및 기여형 사회보장제도 제안
- ※ 베버리지보고서를 통해 도입된 사회보장제도
 - 무상 초·중·고등교육을 담고 있는 1944년 교육법, 1945년 가
족보조금법, 1945년 국가보장법, 1946년 국가 건강서비스법
- (한계) 고용상태에서의 기여분을 토대로 사회보장을 실시하여
전업주부 등 고용기회가 없었던 사람들의 경우 대상에서 제외
 - 경기 악화로 인한 근로의욕 저하 및 실업 증가, 만성적 재정증가
등으로 복지재정지출 증가

2. 대처 내각의 사회보장제도 개혁

- (공공예산감축) 복지예산을 포함한 공공예산에 대한 감축*과 경
제활성화를 위한 감세 정책에 초점
- * 복지부분에서 주택, 교육예산을 희생하는 대신 사회보장관련예산은
증가
- (민영화) 공공자본을 통한 사회서비스 역할을 약화하고 주택, 연금,
장기요양시설 등에 민영섹터의 역할을 증대하는 정책 시도
- (빈곤층 대상) 보편성을 강조한 NHS 서비스를 제외하고 빈곤층에
대한 보장 최소화를 위해 철저한 자산조사를 통한 보장서비스 시도
- (한계) 실업대책 및 과세정책의 실패로 수입 불평등 심화

3. 블레이 내각의 사회보장개혁

- (제3의 길) 자유주의와 사회민주주의를 결합하여 경제안정을 증진하고 국제변화에 신속하게 대응하는 실용주의적 목표 추구
- 근로의욕 저하와 복지의존을 억제하기 위한 공공부조체제로 재편하는 개혁정책을 입안 (실업보험 → 구직수당)
 - 대상별 근로유인전략, 취업자에게 유리하도록 설계한 대상선정 및 급여체계 등은 실업문제를 해소하는데 매우 효과적으로 작용

● 최근 사회보장 개혁 동향

- 영국은 글로벌 금융위기가 본격화된 '08년 이후 **경기 침체와 실업, 높은 물가상승, 정부부채가 급증하고 있는 실정**
 - 인구 고령화에 따른 연금 및 의료비 등의 자연 증가와 저성장, 실업 증가로 인한 사회적 수요 증가로 사회보장지출 증가
 - * 소비자 물가 상승률 : ('00) 0.8 → ('05) 2.0 → ('10) 3.3
 - 실업률 : ('00) 5.4 → ('05) 4.6 → ('10) 7.9
 - GDP 대비 정부부채비율 : ('00) 42.2 → ('05) 43.5 → ('10) 85.5
- 이에 **사회보장수당과 세금 공제를 공정하게 하고 단순화**하는 내용의 **사회보장개혁법안 의회 제출(Welfare Reform Bill 2011)**
 - 보다 많은 사람들이 일할 수 있도록 동기 부여, 소외계층 보호, 납세자와 수혜자 모두에게 공정한 제도 설계 목표
 - 복지의존의 탈피, 근로복귀 등 수혜자 개인 책임의 강조, 복지 시스템 일원화를 통한 부정수급 방지 등 복지에산 감축에 초점

<표> 영국의 사회보장개혁 내용

연도	사회보장개혁 내용
2010	- Child Trust Funds를 동결하여 빈곤층의 아동교육관련 저축지원 사업 신규편입 제한
2011	- 교육유지수당, 임신보조금 즉시 폐지 - 생활불능급여 및 고용지원급여 수혜자에 대한 재판정 실시 - 국민연금 기여분 인상 및 한부모소득지원사업의 근로 연계 실시
2012	- 근로지원급여 제한, 장기구직급여 기간 제한 - 장애주거수당 수급자의 재판정 및 일부대상 수급 중단
2013	- 총액복지급여 제한, 통합급여 실시, 연금수급 연령 상향조정 등

● 사회보장 관리체계

◇ 사회복지급여서비스 간, 중앙-지방정부 간 업무가 분리되어 있는 반면, 사회복지, 보건, 교육, 주택 등의 서비스가 상호보완적으로 작동할 수 있도록 사회보장관리체계를 구성

① 노동·연금 관련 사회보장체계

- 중앙정부 노동연금부(Department of Work and Pensions, 2001)
 - (역할) 복지와 연금 부분을 관장하면서 아동·장애인·실업자의 복지의존도를 줄이기 위하여 취업 관련 맞춤형 서비스 제공
 - (하부조직) 연금서비스(Pension Service), 고용센터플러스(Job-centre Plus), 장애인·돌봄자서비스(Disability and Carers Service)로 구성되어 있으며,
 - 모든 공공부조와 사회보장급여는 이 조직의 각 지역사무소를 통하여 관리·운영
- 지역 사회보장관리체계
 - 지방정부 사회서비스법(Local Authority of Social Services Act' 1970)에 따라 사회서비스국(Social Service Department)이 단일한 전달체계로 존재
 - 각 지방정부는 사회서비스위원회를 설치하고 해당 위원회가 사회서비스담당국장을 임명하도록 하여 전문성을 부여
 - 연금서비스청(29개), 고용센터 플러스청(900개), 장애인·돌봄자서비스청
 - 급여신청 등의 접근성을 위하여 대면서비스, 정보제공활동, 지방 사회복지서비스부서·자원봉사조직들과 서비스 연계업무 진행

② 보건·사회서비스관련 사회보장관리체계

- 중앙정부 보건부(Department of Health)와 NHS(National Health System)
 - 공중보건, NHS, 사회적 돌봄서비스에 대한 정책 제시 및 재정 할당 담당

□ 지역보건국(Health Authority)과 사회서비스국(Social Service Department)

- 국가보건서비스와 지역사회돌봄법(National Health Service and Community Care Act, 1990)을 통해 사회적 돌봄과 지원을 담당하는 지방정부의 역할* 규정

* (지방정부) 지역주민의 욕구를 파악하여 의료제공자들로부터 적절한 서비스를 구매하도록 함

(지역보건당국) 장기요양, 재가서비스에 대하여 적절한 시설에서 적합한 서비스를 받을 수 있도록 의료·보건서비스 지원

- 지방정부의 사회서비스부서는 성인 대상 지역 돌봄(communitary care)과 범아동서비스(Every Child Matters)를 구분하여 시행
 - (지역돌봄) 노인, 장애인을 위한 주거지원, 장애인을 위한 돌봄 및 고용지원, 노인복지, 아동 보호자복지 지원에 초점
 - (범아동서비스) 0~14세 미만 아동의 교육과 사회서비스 연계

* Children Act 2004 제정으로 사회서비스국과 교육국을 통합하여 아동서비스국 설립

<참고> 국가보건시스템(NHS, National Health System)

□ 1946년 제정된 국가보건서비스제도에 따라 1948년 도입

- 모든 국민에게 무상의료서비스를 제공하고 보건부의 재정지원(조세 가 약 80% 이상)으로 운영

□ 보건의료체계

- 중앙정부
 - (보건부, Department of Health) NHS, 공중보건, 성인 사회서비스, 기타 관련 서비스 정책 수립
- 지방조직
 - (전략보건국, strategic health authority, 10개) 보건부의 예산으로 지방단위 NHS 공급 및 구입 감독을 총괄
 - (PCT, primary care trust, 151개) : 의료제공 계획 수립 및 공급자와의 계약 및 구매 담당 (1개 조직 당 34만명 인구 관할)

□ 의료전달체계 : NHS제도

- 1차 의료서비스 : 자영의료기관의 일반의(GP, General Practitioner)
- 2차 의료서비스 : 정부소유 병원의 전문의(Consultant), 간호사, 물리치료사, 방사선사 등 의료전문가와 민간부문 제공기관 일부

□ 모니터 링 체계 : 돌봄품질위원회(CQC, Care Quality Commission)

2 사회서비스 제도

● 고령자 및 장애인 복지서비스

□ 영국 사회서비스의 특징

- 지방정부의 주도* 하에 발전하기 시작하여 현재도 지방정부마다 서비스 운영 형태가 다름

* 발달배경 : NHS 성립 시 장기입원환자의 비용폭증으로 지방정부가 대신 보호와 서비스를 제공하도록 책임과 권한 부여 → 의료제도와 분리되어 고령 질환 장애인을 대상으로 서비스 제공하는 제도로 발달

- 현대의 사회서비스제도는 1970년 시범보고서에 기초한 지방정부 사회서비스법에 의해 사회서비스국이 설치되면서 확립

□ 영국 사회서비스의 형성과 발전

사회서비스 확립시기 (45~70년대)	2차 세계대전 이후부터 지방정부에 사회서비스국이 설치·확대되었던 시기
사회서비스 시장화 시기 (80~90년대)	대처의 보수당 정부가 들어서서 민간부문의 역할이 급속히 확대되고 지역사회보호 개혁 시기
신노동당 집권 이후 (97년~)	서비스를 개인화시키고 이용자의 자립을 촉진하는 정책 추진

① 초기 국가주도 사회서비스 확립 시기

- '요람에서 무덤까지'로 상징되는 초기 영국의 사회보장제도 하에서
 - 노인, 아동 등 대상별로 지방정부에 새로운 책임과 권한을 부여하면서 지방정부 중심의 사회서비스가 수립되기 시작
- * 국가건강서비스법(1946년, 지방정부에게 퇴원 이후 환자에 대한 서비스 제공 의무 부여), 국가부조법(1948년, 중증장애인 복지서비스·노인 주거제공책임 지방정부에 부여), 아동법(1948년), 정신보건법(1959년), 아동및청소년법(1963년), 건강서비스및공공보건법(1968년, 노인에 대한 가사지원·방문서비스 등 권한 지방부여)
- 그러나 대상별로 기능이 정부 내에 분산되어 있어 다양한 대상으로 구성된 가족의 욕구에 대응하는데 어려움
- 1970년 지방정부 사회서비스법의 제정으로 지방정부마다 사회서비스국을 설치함으로써 통합된 사회서비스 제공 시작
 - 통합 전달체계의 성립으로 사회서비스에 대한 접근성이 개선되어 국가 주도의 사회서비스가 급격히 확대*되는 계기 마련
- * 경제위기인 1970~74년 사이 매년 12% 예산 증액

② 사회서비스 시장화 시기 : 공급자-구매자 분리(Purchaser-Provider split)

- 1970년대 경기 침체와 더불어 복지 욕구가 증가하면서 사회서비스에 대한 재정적 압박 심화
- 국가건강서비스 및 지역사회보호법(1990 National Health Service and Community Care Act) 제정
 - 요양시설에 대한 공공재원을 지방정부 책임으로
 - 지방정부가 지역사회 욕구사정, 지역사회 보호계획 수립, 재정 운영, 정보제공, 개별 욕구 사정 및 보호계획 수립을 담당
- 보수당인 대처 내각 수립 후 사회서비스 부분에 있어 국가 주도적 성격은 약화되고 민간으로 역할 이전(서비스 공급자로서 민간)
 - 사회서비스 공급 계약기간이 끝나면 해당 서비스를 의무적으로 경쟁적 입찰에 다시 붙이게 함으로써 민간 부분의 참여 급증*

- * 서비스 공급시간 비중 민간 영역 : 79/80년 14% → 98/99년 40%
- * 지방정부 직할 요양시설 : 79년 10개 → 95년 5만개

- 지방정부 사회서비스국은 지역사회보호에 있어 중심적인 전략기관으로서 다양한 공공, 민간자원을 조율하는 기관으로 자리매김

③ 신노동당 집권 이후 : 제3의 길(The Third Way)

- 공공서비스 개혁에 있어 '시장'과 '경쟁'의 기초를 '협력(corporation)'과 '동반자 관계(partnership)'로 대체
- 국가는 단순한 사회서비스 제공에서 벗어나 사회서비스를 통하여 이용자가 자기 삶에 대한 통제권을 회복함으로써 자립할 수 있도록 촉진시키는 것을 지향
- * 신노동당 집권 이후 도입된 제도
- 개인 예산제(Individual Budget) : 사회복지사와 이용자가 협의하여 이용자가 원하는 대로 서비스를 구성
 - ※ 직접 지불제(Direct Payment) : 현금을 받아 직접 이용자가 보조인을 고용하는 제도로 보수당 정권 말기에 도입되었으며, 개인 예산제로 통합됨
- 사회서비스와 의료서비스 간 장벽을 허물기 위한 정책적 노력 실시
- * (예1) 노인 서비스에 있어 보건의료와 사회서비스간 통합적인 예방적 서비스를 제공하는 노인을 위한 파트너십 프로젝트 시행
- (예2) 규제감시기구인 사회보호조사위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCl)를 보건의료위원회(Healthcare Commission)와 통합하여 돌봄의 질 위원회(Care Quality Commission) 설치

④ 사회서비스 제도의 현재

□ 사회서비스 신청 및 수급기준

- (신청) 지방정부 사회서비스국 또는 그에 준하는 부서
- (수급기준) 욕구에 따라 제공여부 결정
 - 평가도구 : 공평한 돌봄서비스 접근(Fair Access to Care Service, FACS)

- 4단계 욕구 : 치명적 욕구(critical needs), 상당한 욕구(substantial needs), 중간 욕구(moderate needs), 낮은 욕구(low needs) 구분
- (재정실사) 이용자 부담 비용 산정을 위해 별도로 재정 실사

[리즈시의회 운영사례]

□ 서비스 신청 및 제공 절차

- (신청) 원스탑센터 17개소 배치(지역 의원, 출생·사망·결혼 등록 사무소 등)
- (실사) 자기 주도 실사 양식 작성
 - * 초기 대응팀(단기, 단순 욕구)/장기 돌봄관리팀(장기, 복합 욕구)
- (예산배정) 자원할당시스템(RAS)을 통해 필요 비용 수준 자동 산출 + 별도의 재정패널을 통한 임시예산 할당
- (지원 계획 수립) 서비스를 어떤방식으로 전달할 것인지 결정. 지방 정부 계약 민간기관 제공 or 직접 고용 or 친구·이웃·가족 고용(혼합 가능)
 - * 다만, 시간당 표준단가는 다름(직접 고용 시 기관 관리비 제외하여 삭감)
- (점점) 3개월 이내 초기 점점 → 이상 없을 시 연간 점점(별도 점점팀)

□ 재기 서비스(reablement service)

- 장기적 서비스 제공계획 수립 전에 6주간 이용자의 기능 회복에 초점을 맞춘 훈련·서비스 무료 제공
- 6주 재기 치료 후 집 개조 등으로 독립적인 삶이 가능한 경우 초기 대응팀이 담당하여 이후 과정 진행

● 아동 및 보육서비스

- (제도 도입) 영국은 아동보육서비스 제공을 사적인 영역으로 간주해왔으나 90년대 후반부터 공공의 역할을 확대
 - 양육과 교육의 개념을 모두 포함하고 있어 **직접적인 보육서비스**와 아동의 전인적 발달을 위한 **가족지원을 포함**
 - 주로 학령기 전 0~6세 아동의 발달, 보호, 교육을 목표로 제공되는 모든 형태의 서비스를 의미
- 아동보육서비스의 제도적 발전
 - (98) 국가아동보육정책을 발표하여 국가적 개입을 천명하고 0~14세 아동을 위한 양질의 아동보육서비스 실시
 - (04) '아동보육 10개년 전략'을 수립하여 아동에게 양질의 조기교육시설을 제공하고, 부모고용을 촉진함으로써 아동빈곤을 경감
 - (06) 「아동보육법」을 통해 '아동보육 10개년 전략'을 실행하기 위한 법적 근거 마련
 - 주요 내용 : 지방자치단체의 의무 확대, 취업부모를 위한 충분한 아동보육서비스의 확보, 지역의 아동보육서비스 시장에 대한 지원과 촉진 포함

<표> 아동보육서비스의 제도적 성과

부문	제도 내용
서비스 확대	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3~4세 보육아동에 대한 무료보육서비스(매주 12.5시간, 매회 2.5시간 5회) 법적 도입 ○ 학교에 아동보육확대서비스센터 설립 <ul style="list-style-type: none"> - 정보, 보건, 부모지원, 아동보육, 기타 서비스를 통합적으로 제공
보육교사 질 관리	<ul style="list-style-type: none"> ○ '교사자격기준'과 동일한 '보육교사자격기준' 도입(2006) ○ 석사학위를 가진 보육교사가 2010년에는 모든 아동센터, 2015년에는 모든 전일제 보육시설에서 지휘권을 맡도록 재정지원
장애아동 특수보육	<ul style="list-style-type: none"> ○ 장애아동의 특수보육서비스 접근성(Disabled Children's Access to Childcare Pilots) 도입
취업 촉진	<ul style="list-style-type: none"> ○ 근로세액공제(Working Tax Credit) 도입 <ul style="list-style-type: none"> - 매주 16시간 이상 일하는 저소득층 및 중산층 부모 대상 - 고용주에게도 아동보육지원을 하는 경우 세금혜택 제공 ○ 출산휴가의 연장 및 근로시간 분할 등 부모의 근로 융통성 증가
비공식적 아동보육	<ul style="list-style-type: none"> ○ 12세 미만의 아동을 매주 20시간 돌보는 조부모에게 의료보험 적용(2011)

- (재정지원) 그러나 보육재정이 적어 저소득층과 일부 정부지원 시설에만 지원함으로써 전체 아동에게 돌아가는 혜택이 크지 않음
 - 보육료 경감을 위해 보육료의 일부를 지원해주는 세액공제제도, 근로소득공제, 이용시설 비용 보조 등 수요자 재정지원방식 시행
- (서비스 유형) 시설보육(3~4세 아동), 아동돌보미(Childminder, 3세 미만, 가정), 놀이방(play service), 서비스 제공자의 자택에서 위탁 양육의 형식으로 일정기간 돌봄서비스를 제공하는 주거지원형서비스 등이 있음
- (보육시설) 모든 아동들을 포괄할 수 있을 정도의 많은 보육시설이 운영되고 있으나 보육서비스의 접근성이 낮음
 - * 2005년 현재 공식적으로 등록된 영국의 보육시설 수는 약 136만 개소

● 주택 및 주거서비스

- 제2차 세계대전 직후 복지국가 건설을 위한 지역균형발전계획에 따라 정부가 공공주택공급을 주도하면서 제도화
 - 이후 집권당의 복지국가 개념 및 지역발전 재량권 부여방식에 따라 변화·발전
- 주택·주거지원과 병합된 맞춤형 통합사례관리
 - 주택·주거지원 신청시 요구사정단계에서 주택이외 서비스 요구 파악 및 사례관리 실시

독일의 사회보장제도

1 총론

● 독일사회보장 체계개요

- (유형분류) “산업적 업적달성”(티트무스), “보수적 조합주의”(에스펩 앤더슨)
 - 근로실적이 사회복지급여 제공의 기준
 - 가족의 중요성을 강조, 교회·자원봉사조직의 사회복지 역할 담당
- (주요특징) 사회보험 중심, 보수적 원칙, 기여중심, 통일극복경험 등
 - (사회보험) 산업사회가 일찍 발달한 19세기 이후 노동자의 정치적 중요성 인식, 중앙·지방의 역할분담이 전제된 사회보험 전격도입
 - (보수적 원칙) ① 고용중심(사회보험) ② 집단대표 합의 기반(조합주의) ③ 가족우선(보완의 법칙) ④ 가부장적(남편이 주부양자) ⑤ 시민권 기반
 - (기여중심) 사회보험 원칙에 따라, 급여가 소득(기여금)에 따라 차등화
 - (통일경험) 통일(’90) 이후 구서독제도의 적용(통화·경제·노동·사회)에 따라, 구동독지역의 실업·불평등·이주자 문제 극복여부 이슈화

□ 90년대 이후 사회보장개혁의 추진

- (필요성) 高실업, 저출산 고령화, 인구감소, 의료기술발전에 따른 의료비 증가, 직업구조 변화, 글로벌화, 사회보험 사각지대·비효율 등
- (내용) 노동시장 개혁, 개인책임 강화, 국가역할 축소, 연금수급권 축소, 노사 거버넌스 경량화, 장애인 차별금지강화, 질병보험 개혁 등
 - 상세내용은 “4. 사회보장개혁” 참고

□ 주요 시사점

- 독일은 **완전고용의 가정 아래 구축된 사회보험 체제**라는 한국과의 공통점을 가지며, 사회보험의 발달 및 통일을 먼저 겪은 나라로서,
 - 저출산고령화, 高실업 등 우리의 당면과제 해결 위한 좋은 참고사례
 - 다만 '09년 정권교체, 사회보험사각지대 등 유의점 상존

● 사회보험 및 소득보장

□ 개요

- 공적사회보험(고용·연금·질병·재해·요양)을 중심으로 사회보장체계 구성
- 기여기반 사회보험의 사각지대 해결을 위해 소득보장, 장애인, 아동, 모성보호, 주택 등의 사회부조 존재(최후의 안전망 개념)
- 사회보험 · 부조 모두 다양한 사회보장주체에 책임과 권한 분산

□ 독일 공적사회보험의 종류 및 특성

- (고용보험) ①고용촉진(적극적)-②질서유지-③실업지원(수동적)으로 구성
 - * ①항상교육·재교육·고용창출사업·채용장려금, ②조업단축급여·생업기반조성지원, ③장애인 이동지원·고령자파트타임장려사업·실업자상담·직업알선·실업급여
- (연금제도) 국민연금·공무원 연금을 중심*으로 산업·지역·지역별 연금제도의 집합적 운영, 세대간 계약원리, 지속적 개혁('01/'04/'07)
 - * (총 연금가입률) 93% (지출비중-국민연금) 77% (지출비중-공무원연금) 13%
 - 저출산고령화 및 세대간 계약원리의 결합에 따라, 수급연령 상향조정 및 보험료 상한설정 등의 개혁이 지속적으로 수행
- (재해보험) 산재(전 산업) 및 비경제활동 인구(학생 등)의 재해 포함, 산업·부문별 개별제도운영 및 지자체·주·연방 공공재해보험기금과 연계

- (질병보험) 선택가입, 200여개 조합별 운영, 상병수당 포함, 행위별 수가제
 - 국가는 원칙만 수립, 상세 의료제도 운영은 전문이해집단 자율경영
- (요양보험) 저출산고령화에 따른 사회부조(주로 지자체 부담)의 부담 경감을 위해 질병보험과 동시가입, 재가요양위주, 수발수당 포함

□ 독일 사회부조의 종류 및 특성

- (핵심원리) 후순위의 원칙(본인자산 우선사용원칙), 보충성의 원칙, 개별성의 원칙 등 우리나라 국민기초생활보장제도와 매우 유사
- (구성) 생계급여, 기초소득보장, 사회급여, 의료급여, 장애인 재활지원 · 요양부조, 건강급여, 시설급여, 취업지원 및 촉진 등
- (장애인) 의료·고용·직업훈련 뿐 아니라 사회생활참여정책* 또한 중점
 - * 장애적합 거주지 마련, 비장애인 만남촉진, 문화생활, 의사소통촉진 등
- (아동·모성보호) 헌법에 따라 지자체 1차책임(제도통합·조정·실천권한 부여), 요보호아동과 일반아동 간 균형적 지원원칙, 대인서비스 중심
- (주택) 주거비 지원 및 공공임대주택 혼합 운영

□ 독일 사회보험 및 사회부조 거버넌스

- (주요 관련기관) 연방·주·지자체 정부, 지역·지역별 보험기금, 주요 직능이익단체 등 다양한 기관이 역할을 분담
- (역할분담원칙) 연방정부는 방향성 설정, 주·지자체 정부는 통합적 운영, 지역·지역별 조합주의적 운영(다층·집합적 보장), 직능이익단체 자율규제
- (주요책임주체) 사회보험-지역·지역별 조합, 사회부조-지자체

□ 시사점

- 사회보험-사회부조 간 명확한 역할분담에 대한 사회적 공감대 형성 필요

- 저출산 고령화 대비 원칙에 입각한 지속적 제도개혁 필요
- 지자체의 사회부조 및 서비스 통합운영권한 부여 장기적 검토

● 사회서비스

□ 사회서비스 기본 원칙 및 역할·책임의 분담

- 기초지자체의 구심점 역할, 민간사회복지사업단의 공존, 보충성 원칙
- 독일 사회보장원칙 중 하나인 보충성 원칙(“가족책임 우선”)의 광범위한 적용
 - 아동·노인 등 대인서비스(돌봄 등)의 경우 가족의 돌봄기능을 국가가 적극적으로 지원(아동수당, 돌봄수당, 수발수당 등)
 - 잔여적으로, 시설기반 대인서비스가 요구될 경우 욕구수준에 맞추어 단계별 적정수준 서비스제공에 역점

□ 독일 내 주요 사회서비스 종류

- (아동 및 보육) 전계층 아동 및 요보호 아동 간의 균형잡힌 서비스 제공에 노력, 3세미만 보육 인프라 최근(’07) 확충
- (고령자 및 노인) 재가 복지가 우선적으로 권장되며, 이송자의 건강상태에 따라 노인기숙시설, 노인양호시설, 노인요양시설로 구분
 - 재가복지는 자택돌봄·단기시설돌봄(시간단위)·단기체류돌봄(일단위)로 구분
- (장애인) 장애의 정도 및 욕구의 종류에 따라 의료재활, 근로참여, 사회생활참여, 중증장애인 고용지원서비스 등으로 구분

□ 시사점

- 사회보장 및 사회서비스 제공원칙에 대한 심도 있는 사회적 논의 및 공감대 형성과정 요구
- 원칙에 근거한 제도의 일관적 편성, 잔여적 사각지대에 대한 촘촘한 지원대책

● 사회보장 개혁

□ 필요성

- (높은 실업률) 통일 및 세계경제침체 등으로 인한 높아진 실업률
- (저출산고령화) 합계출산율 1.34명(’05), 고령자부양비 지속상승
- (기타) 의료기술발전에 따른 의료비 증가, 직업구조 변화, 글로벌화, 사회보험 사각지대·비효율 등

□ 주요 개혁현황

- (원칙-아젠다2010) 슈뢰더, 독일식 신자유주의* 공포 (’03.3.14)
 - * “평화를 위한 용기, 혁신을 위한 용기”: 국가서비스의 축소, 개인책임의 장려
- (노동시장-하르츠개혁) “노동시장 현대화 개혁위원회” 구성, 직업교육 및 창업지원강화 · 제도개편(실업부조II)을 통한 근로능력 실업자 급여 삭감
- (연금개혁) 연금수급제한요건이 직업수행여부→근로능력으로 강화, 민간연금 장려, 연금수령액에 부양비 반영, 연금의 과세대상 편입
- (노사 거버넌스) 각급기업의 노사거버넌스의 경량화 진행
- (장애인) 장애인차별금지에 관한 추가적인 법제화, 직업훈련 강화
- (질병보험) 보험료 인상 및 투명성 강화, 일반의(GP) 모델 도입

□ 시사점

- (개혁방향) 노동시장의 근로인센티브의 강화, 각종 급여의 축소 또는 수급자격 엄격화, 보험료의 인상 등 긴축 위주의 개혁
- (개혁취지) 통일 및 경제침체, 저출산고령화 등 우리와 유사한 배경을 갖는 바, 개혁모델 및 방향성의 참고 필요

<참고 : 사회보장개혁 세부내용 >

슈뢰더 정부는 빈곤층 지원 시 근로조건 강화 및 노동시장 개혁에 중점을 두고 하르츠 개혁('02~'05년)을 단행

① 빈곤층 지원제도 개혁

[하르츠 개혁을 통한 공공부조제도 재편]

개혁 이전		개혁 이후	
실업보험	근로능력 빈곤층	실업급여	근로능력 빈곤층
실업부조	근로능력 빈곤층 + 근로무능력 빈곤층	실업급여II	근로능력 빈곤층
사회부조	근로능력 빈곤층 + 근로무능력 빈곤층	사회부조	근로무능력 빈곤층

* 개혁 이전의 실업부조와 사회부조는 실업보험 수급경험 유(실업부조), 무(사회부조)에 따라 수급대상 차이

- (실업급여I) 실업보험 → 실업급여I으로 변경하고, 수급기간을 기존 최대 36개월 → 12개월(55세 이상은 18개월)로 축소
- (실업급여 II) 기존 공공부조(실업부조, 사회부조) 수급대상자 중 근로능력 빈곤층 대상으로 하며, 수급조건으로 구직활동 참여 의무화

구 분	실업부조 (개혁 이전)	실업급여II (개혁 이후)
지원 대상	실업보험 수급 경험이 있는 빈곤층, 근로능력 여부 무관	15~64세 근로능력 빈곤층 (실업급여I 수급경험자, 비경험자)
급여 방식	과거 소득수준에 비례하여 급여지급	과거 소득과 관계없이 정액급여 지급 (3세미만 자녀양육 등 미이행 급여차감 예외)
수급 기간	무기한	무기한이나 6개월마다 갱신 의무화
근로활동 조건	없음	직업알선에 응할 의무 부과

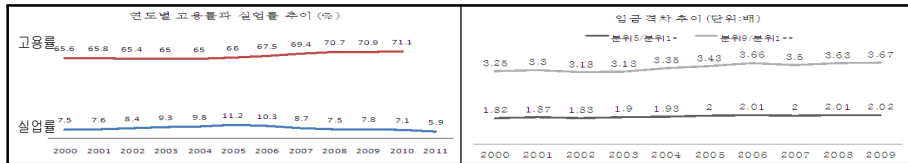
- (사회부조) 기존 공공부조(실업부조, 사회부조) 수급대상자 중 근로무능력자와 65세 이상 대상으로 하며, 취업활동 의무참여 조건 없음

② 노동시장 개혁

- 실업급여II 수급자의 근로참여 촉진을 위한 다양한 보조금 제공
 - (취업장려제도) 실업급여II 수급자가 월소득 800유로(약 110만원) 미만의 저임금 일자리 취업시 사회보장세 감면 혹은 면제
 - * 고용주 19.6%, 근로자 20.5% 부담하여 임금의 40.1% 수준(10년 기준)
 - ** 월 400유로 이하의 임금(Minijobs) 종사자 사회보장세 전면 면제(고용주 전액 부담), 월 400.01~799.99유로 임금(Midijobs) 종사자는 소득수준에 따라 차등 감면
 - (창업장려제도) 창업촉진을 목적으로 연소득 25,000유로(약 3,400만원) 미만 소득자를 대상으로 최장 3년간 지급
 - * 지급액 : 월 600유로(첫 해), 월 360유로(둘째 해), 월 240유로(셋째 해)
 - (고령자 임금보전) 50세 이상 실업자가 이전 직장에 비해 낮은 임금 제공 직장 취직시 64세까지 이전 직장과의 절반 보조
 - (고용주 지원제도) 근로능력이 낮은 실업급여II 수급자를 채용한 고용주를 대상으로 최장 2년간 임금의 최대 50%까지 재정지원
- 고용보호 완화
 - (해고보호법 비적용 사업장 확대) 근로자 신규 채용시 해고보호법에 적용되지 않는 기간제 계약이 가능한 사업장 확대
 - * (종전) 5인 이하 사업장 → (개혁) 10인 이하 사업장
 - (창업자 대상 고용기간 신축 적용) 신규 창업시 최대 4년간 임시직 근로자 고용 허용
 - * 신규창업이 아닌 경우 6개월 이상 고용시 해고보호법 적용(10인 이하 사업장 제외)
 - (구조조정 절차 완화) 해고보호법 기준에 대한 예외 근거를 확대하여 기업사정에 따른 해고 절차 완화
- 고용촉진을 위한 행정시스템 개편
 - (원스톱 서비스 제공) 구직자 채용상담·직업알선 등 취업 관련 서비스를 한 곳에서 제공하는 고용지원센터(Job Centre) 설립

③ 개혁 성과 및 평가

- 개혁 실시 이후 실업 관련 지표(실업률, 12개월 이상 장기 실업자비율) 개선, 고용률 증가 → '고실업 문제 해결' 소기의 목적 달성
- 고실업 문제 해결 방안으로 고용보호 완화정책을 통한 비정규직 근로자 확대를 적극 추진 → 소득분위별 임금격차 심화
- * '05년 개혁 시행 후 첫 6개월 동안 비정규직 근로자가 23,700명 증가



④ 시사점

- (총평) 근로능력 있는 빈곤층 활성화 및 노동시장 개혁 병행 필요
- 실업급여II 수급 조건에 고용지원센터의 직업 알선에 응할 의무를 부과하거나 근로 촉진을 위한 다양한 보조금 지원정책 실시
- 근로빈곤층 노동시장 제반환경을 조성할 필요가, 고용증진에 초점이 맞춰진 정책추진은 소득불평등 문제 완화에는 한계
- (시장참여형 자활사업) 수급자 직접 고용 촉진 및 채용기업에 대한 인건비 지원 등을 통하여 수급자의 일반 노동시장 취업 지원 강화
- * 시장참여형 자활사업 신설 검토 및 대상기업 범위 및 지원내용 확대(고용부 고용촉진지원금 연계 등) 등 수급자 채용기업 지원 활성화 방안 모색
- (정책급여 방식) 실업급여II는 기초생계가 유지가능한 수준에서 정책급여(아동수당 별도 추가지원) 지원
- * 미이행시 지원금액 삭감, 지원기간 축소 등 제재, 단 3세미만 자녀양육, 신체적·정신적 이유 등 합당한 사유 시 예외적으로 급여액 차감 없이 거절 가능
- (창업성공패키지) 근로빈곤층 창업지원을 위하여 창업자, 종사자에 대한 초기자금, 컨설팅, 상환·사후관리 등을 창업성공패키지 지원

IV

기관별 방문 결과

1. University of Kent



□ 기관개요

- (설립 연도) 1965.1.4.
- (소재지) 캔터베리(Canterbury)
- (학생 수) 149개 국적의 2만여명 학생
- (교직원수) 1,500명
- (비용) 학사 과정(£13,300), 석사 과정(£12,880)
- (학과 구성)
 - 인문학, 과학 및 사회 과학 등 11개* 학부와 예비과정, 대학원 과정
 - * 건축·환경디자인대학, 미술대학, 문리대학, 경영대학, 커뮤니케이션·정보대학, 교육·건강·복지대학, 간호대학, 공중보건대학, 공과대학, 디지털 과학스쿨, 우등대학 등
- (특징)
 - 영국 대학중 5위 대학(Times선정)
 - 연구 성과의 30%가 4성급으로 평가
 - 캔터베리, 메드웨이, 파리, 브뤼셀, 아테네에 캠퍼스와 센터를 운영
 - 480만 파운드를 투자한 스포츠 센터가 있는 최신식 캠퍼스
 - 템플먼(Templeman) 도서관은 100만 권 이상의 장서를 보유



□ 방문기관 개요

기관명	켄트대학교
기관위치 및 연락처	canterbury (0)1227 823873
방문일시	2015. 6. 4 09:00~11:00
접촉인물 (직위)	Julien Forder PhD

□ 방문내용

- (방문목적) 최근 개정된 사회복지 법령(The Care Act)에 따라 변경되는 사회보장제도에 대한 특강 청취
- (특강명) 『Reforming of Social Care(사회복지서비스 개혁)』
- (강사) Julien Forder PhD (켄트대 사회복지학 박사)

○ 개정배경

- 복지재정의 효율성 문제 대두(재정 투입 대비 효과 저조)
- 노령화 지속에 따른 정부의 복지재정 부담 가중 및 계층 간 사회복지서비스 불균형 심화

○ 『Social Care 서비스』 개요

- 보호받고 있는 대상자 현황
- 홈 케어대상자
 - * 정부로부터 지원받는 65세 대상자 : 170,000명
 - * 자기부담이 발생하는 대상자 : 120,000명
- 시설거주대상자 : 500,000명

- 소요예산 : 1조 7천억원

○ Care정책 변화의 필요성

- 65세 노인의 경우, 전 생애를 care하는 데 비용이 많이 발생하며, 정부로부터 지원을 받지 못하는 계층은 care에 돈이 많이 드는 것이 가장 시급한 문제
- 또한 개인적인 사보험 가입이 어려워짐(전세계적인 추세)
- 특히, 영국은 care할 수 있는 사적보험 부재(미국도 인구비례 보험 가입을 저조)
- 사보험료도 올라가며, 또한 사보험은 재난, 질병이 왔을 때 개인이 어느 정도 돈이 소요되는지 모르며, 보험약관 또한 불리
- 따라서 공공기관에서의 care보험이 중요하게 작용

○ 『Care서비스』 3가지 방법

- safety net-systems(선별적 복지) : 영국, 미국
- universal coverage(보편적 복지) : 일본, 독일
- comprehensive(종합적 복지) : 'NHS' for care, 노르딕나라

- hybride 방식 : 첫 번째, 두 번째를 혼합하여 만든 새로운 방식
 - ☞ 영국은 1948년도부터 선별적 방법으로 150개 지방자치단체에서 시작했으나, 혼합 방법으로 바뀌고 있음.

○ 공공Care보험으로 접근하는 방법

- 전적으로 무료 해주는 비용
- 숙식에 필요한 비용도 지방자치단체(council)에서 부담
- 욕구(needs) 및 재정능력(비용부담능력) 2가지 감안

※ Needs의 4단계

- low(낮다), moderate(보통), substantial(상당하다), critical(중하다)
- 2단계 이상은 도움을 필요로 하는 사람이라고 보고, 재정능력을 조사

○ 재정조사

- (기준액) £23,250이하 (은행, 집 등 포함)
- (내용) Asset test로 기준액 이하일 경우 all 지원, 기준액 이상 nothing

- (문제점)

- 비용 문제 : 개인비용을 지불하고 가는 사람이 많으며, 요양 보호를 필요로 하는 사람들에게는 상당액의 비용 필요
- 대상자 자격기준 : **all or nothing** 방식으로 비용차와 지원 여부에 따른 역차별 발생
- 정부 정책의 실패 : 의도적 실직, 재산양도 등 도덕적 해이

○ 해결방안

- (추진일시) 2016년 4월 예정
- (추진방법) 하이브리드(혼합) 방식을 적용
 - **Capped risk** : 평생드는 care비용에 있어 CAP(한계점) 설정
 - ※ 일본의 경우, long-term 보호를 위한 사회적보험 실시
- (조사 기준액) £ 27,000(현재 기준액 £ 23,250)
 - 자산, 은행의 현금보유액, 주택 가치 등을 산정
- (주요내용)
 - care에 평생동안 드는 비용 (£ 72,000)에 있어 한계점(cap)을 만 들고, care비용 한계점 (£ 72,000)을 초과 시에 발생하는 비용을 정부가 지원하며, 필요한 시점부터 지원한다.
 - 65세 전체 care인구의 20%정도를 보호할 수 있음

※ £ 72,000 의미는?
- 전 생애 care에 필요한 비용으로 본인이 부담하는 비용이며, 주거비 등은 불포함
- 신청방법 : 지방자치단체(Council)에서 신청
 - 자산평가를 통해 지원여부 검토 및 결정
 - ※ 소득이 있는 사람의 기준(기준이하 미해당)
- 기대효과
 - 기준이 약간 초과하여 많은 비용을 내야만하는 대상자들에게 사회서비스비용 절감.
 - 장기적 관점에서의 재정부담완화(2017년 10%증가, 이후 감소)
 - 계층 간 갈등 해소(장기적 관점에서 한계점 (£ 72,000) 인하예상)
 - 예(시설보호 시 £ 118,000 비용 발생, home care £ 27,000)

□ 질의 응답

1	Q. 재정조사의 실시 기간 어떻게 되나? A. 매월 실시할 예정이나, 2016년도 도입예정으로 세부적인 지침은 수립 중에 있음
2	Q. 다른 지방자치단체에서도 추진하는가? A. 모든 150개 지방자치단체(council)에서 추진할 예정임
3	Q. 2013년도 정권이 바뀌므로 복지사업의 변화는 무엇인가? A. 잠깐씩 복지정책에 변화들은 있었으나, 어찌 보면 정권의 변화에 상관 없이 전 세계적으로 유럽fund가 나쁜 상황이며, 정책에 있어 긴축 재정이 필요한 시점임
4	Q. 앞으로 규제 또는 비용에 대한 감독은 어떻게 할 것인가? A. 정부기관과 회사들이 파트너십을 통해서 시행할 예정이며, 굉장히 복잡 하고 난해한 내용임
5	Q. 새로운 『Fonding Social Care』 정책이 성공할 것이라고 보는가? A. 1999년도부터 준비하였고, 2010년도부터 Dilnot 모델(public costs of the Dilnot model)을 만들었으며, 비용을 좀 더 효과적으로 사용하기 위해 시스템을 reform 하고 있음

□ 사진 및 증빙자료



2. Kent County Council Social Service(켄트카운티사회서비스국)

영국의 지방자치단체

* 광역 지방자치단체

- 런던광역시(Great London Authority) : 면적1,584km², 인구750만명, 교통, 경찰, 소방 및 비상 계획, 도시 전략 계획, 에너지 정책 등 수행
- **자치주(County)** : 인구 50만~15만, 교육, 사회서비스, 교통, 소방, 지역 전략 계획, 소비자 보호, 쓰레기처리, 환경보전, 도서관 등

* 기초 자치단체

- 자치구(Borough) : 런던 시 도시 법인 포함 33개, 교육, 주택, 사회서비스, 지방도로, 도서관과 박물관, 쓰레기수거, 환경보전 등
- 디스트릭트(District) : 각 자치주 내 인구 약10만명 규모 4개~14개까지 설치. 지역계획, 주거, 지방도로, 건축규제, 환경보전, 쓰레기 수거 등 기능

* 단일 통합형 자치단체

- 광역도시 디스트릭트(Metropolitan District) : 맨체스터, 버밍엄, 리버풀, 리즈, 뉴캐슬 등 대도시 자치주가 해체되면서 광역 기능까지 흡수하여 통합 수행하는 기초 자치 단체
- 통합시(Unitary) : 광역과 기초 혹은 기초와 기초 등 자치단체 간 통합을 통해 기존 광역 지방자치단체와 기초 자치 단체의 기능을 통합적으로 수행

영국 지방자치단체의 운영

* 지방자치단체 현황

- 총인원 : 22,268명(각 지방자치단체 당 평균 48명/ 주민 2,712명당 1인)
- 선 출 : 4년 마다 다수 득표자 선출(일부 시 개별적용)
- 구 성 : 집행부(결정+집행), 심사와 평가 구분
- 하부조직 : 실·국(편제와 명칭은 지역실정에 따른 적용)
 - ※ 어린이 서비스 국장(Director of Children's Service), 교육수석 행정관(Chief Education Officer)은 법령외거 의무화
- 자치주 : 어린이서비스·사회 서비스·교통 및 환경 관련부서
- 디스트릭트 : 대민서비스·주택·레저 스포츠·자원 재활용 부서

□ 기관개요

○ (명칭) Kent County Council

○ (위 치) Maidstone, Kent, ME14 1XQ /South East England(잉글랜드 남동부)

○ (행정구역) 13행정구(District)

○ (지역개요)

- 1888년(지방정부 법) : 런던 카운티, 캔터베리 분리
- 1972년(지방정부 법) : 현재의 '켄트 시'
- 1998년 : 의회와 지구 조정
- 2007년 9월 : 켄트 카운티 의회가 시작

○ (인구) 1,731,400(2011년)

○ (지리적 특성)

- 동서쪽 노스타운스라는 백악질 대지
- 서쪽 끝 도버해협(프랑스인접)
- 과일·홉·보리가 많이 산출되어 '잉글랜드의 정원'이라 불림
- 북서부 제지·제강·정유 등의 공업발달
- BC 1세기 이후 로마인의 침략 거점
- 6세기 말 그리스교 전도(켄터베리 종교의 중심지)
- 영국, 프랑스 등 인접국과 교전 시 공격 진공지

○ (켄트비전) 2012~2022년

- 경제성장(Grow the economy) : 지역인프라 개선을 통한 경제 활성화
- 삶의 질 향상(Tackle disadvantage) : 기회균등 및 보건, 복지 서비스 제공을 통한 삶의 질 향상 도모
- 시민과 함께(Put the citizen in control) : 의사결정 시스템 개선을 통한 시민의견 최대한 반영할 수 있는 체계 마련

○ (위원회) 켄트 카운티위원회 (KCC)

- 의회 : 4 년마다 선출, 84명 의원으로 구성(보수당 집권)
 - 보수당 46명, UKIP 16명, 노동당 13명, 자유민주당 7명, 독립 2명
- 역할 : 교육, 교통, 전략 기획, 응급 서비스, 사회 복지 서비스, 공공 안전, 폐기물 처리 등 공공 서비스에 대한 책임
- 최고경영자 : 마이크 해리슨
- 구 성

1) 지방 협의회 : 4 년마다 선출, 84명 의원으로 구성(보수당 집권)

- 역 할 : 헌법 개정, 회장선출, 정책 제안 및 결정, 예산 승인

2) 내 각

- 역 할 : 위원회의 대변인과 옹호, 회의 정책의 개발 및 제안
내각 대신 개별 임원의 의사 결정, 내각에 대한 지침을 제공

3) 지역 보드 : 지역사회 시민대표

- 지역사회 내 의제 발굴 및 제안, 프로젝트 실행

4) 부 서

• Business Strategy and Support

: 인력 개발, 금융, 법률 및 민주 서비스, 회사 정책 및 성과 관리, 공중 보건, 정보 기술, 통신, 상업 서비스 및 기타 기관과의 협력 관계 관리. 재정 조달 금융, 외부 자금 조달, 감사 등

• Customer and Communities

: 전 연령층 대상, 성인 교육, 사회 안전, 문화 발전, 비상 계획, 도서관, 아카이브, 켄트 약물 및 알코올 팀, 켄트 과학 서비스, 켄트자원 봉사자, 등록 서비스 (출생, 사망, 결혼과 민간 협력), 스포츠 개발, 켄트 거래 표준, 터너 현대, 청소년 잘못된 서비스 및 청소년 서비스 제공.

※ 켄트 카운티 청소년위원회(11~18세 청소년) : 1백파운드의 비용으로 1년간 켄트주 무제한 여행 제공. 매년 11 월의 선거, 12 개 지역 각각 4 명 선출(2 년 임기) 교육 및 학습 기술 등 지역사회 제공

♦ Families and Social Care

: 아동, 노인, 장애인, 보건 복지 서비스 제공

♦ Enterprise and Environment

: 고속도로 서비스, 환경, 폐기물, 변경 및 개발, 자원 전략과 계획 재생 및 경제 등

○ Kent County Council Social Service

- 조 직 : 총괄 1명, 4개 분야
- 대 상 : 질병, 장애, 노령 또는 저소득층 본인 및 가족
 - 1) 아동(0~18세)
 - 2) 장애아동 및 가족
 - 3) 돌봄이 필요한 성인(2015.4.1 케어법 근거)
 - 4) 요보호 노인
- 내 용 : 홈케어서비스(가정에서 독립적인 생활이 가능하도록 지원) 주택 관리(주거보수 및 관리), 보호자에 대한 지지(돌보는 사람들에 대한 정서적 지원), 안전한 숙박(폭행 및 범죄로부터 자신과 다른 사람을 보호), 기타(혜택 및 재정 지원) 등

□ 방문개요

기관명	켄트카운티시청 사회서비스국 (Kent County Council Social Service)
기관위치 및 연락처	Mark Lobban County Hall Kent County Council MAIDSTONE KENT ME14 1RF
방문일시	2015. 6. 4. 13:20
접촉인물 (직 위)	Mark Lobban(e-mail: mark.lobban@Kent.gov.uk) Christine Grosskopf, Mary Silverton, Jo Frazer

□ 방문 주요 내용

○ Adult Social Care(Legal framework in England) 정책 소개

- 사회서비스 개념 : 돌봄(care)과 지원(support)
- * 개인이 독립적이고 능동적으로 살아갈 수 있도록 지원
- 사회서비스 개혁: 저출산·고령화, 다양해진 복지욕구, 복지비용 급증 등
 - 1) 2007년 "Independent and Opportunity: Our Strategy for supporting people"
 - : 중앙 집권식 서비스 제공에서 지역중심으로 전환
 - : 중앙정부, 지방정부, NHS, 사회 돌봄 부분 간 파트너십 강조
 - : 예방중심의 사회서비스 도입 시도
 - 2) 2009년 'National Care Service'로의 사회서비스 개편 공표
 - 3) 2015년 4월 "The Care Act 2014" 시행
 - 4) 2016년 4월 'UNMET'(가제), 'Cap' 개념 도입

○ 영국 사회서비스 개편 요지(Adult Social Care중심)

1. 예방 서비스 : Prevention service(초기개입을 강조한 서비스)

- 정 의 : 개인이 최대한 독립적이고 건강한 생활을 할 수 있도록 돕는 것
- Re-ablement
 - * 내 용 : 질병 및 장애로 병원(또는 요양원)에 장기입원 했다 퇴원 한 환자의 재활을 돕는 프로그램, 약 6주간 서비스 이용
 - * 의 의 : 도움이 필요함에도 지원을 받지 못하는 대상자들에게 재활 및 일상 생활지원 등의 지원을 함으로써 병원이나 시설에서의 퇴원을 촉진하여 의료, 시설비용 등 절약 됨
- Telecare 활성화
 - * 최신 정보기술(IT)을 이용한 돌봄지원 서비스. 간단한 알람, 동작 센서를 이용한 위험 상황(넘어짐 등) 감지 등 복잡한 서비스까지 포함

2. 전국단위 심사평가제도 도입: National assessment

- 영국의 사회서비스 현금 급여 지원은 대상자의 욕구 수준 지역에 따라 다름
⇒ 사정평가 기준 통일(통일 된 등급평가 제도 도입)

3. 통합서비스 : A joined-up service

- 보건 돌봄, 주거, 급여간의 연계프로그램 도입
- 2008년 'High Quality For All' 통합프로그램 시험 중 => 전국 확대 계획
- 자녀를 위한 아동 서비스를 성인 돌봄 서비스와 연계하여 제공
- 간호사, 사회복지사, 치료사, 상담치료사, 위생사 한 팀으로 서비스제공

4. 정보제공과 상담 : Information and advice

- 대상자의 정보 접근성 개선
- 사회서비스와 관련된 모든 정보에 대한 one-stop서비스
(재정지원 돌봄자 지원 서비스신청 및 방법 평가등급, 서비스 전환 새로운 제도 등)

5. 개별화된 서비스 : Personalized care and support

- 개인예산(Personal Budget) 적극 활용(전국 확대 계획)
- 2010년부터 모든 사회서비스 기관에 대한 CQC에 등록, 사회서비스 관리·감독 평가 의무화

6. 공평한 재정지원 : Fair Funding

- 2009년 5월부터 약 6개월간 650명의 서비스 이용자, 돌봄제공자, 서비스 공급기관 등을 대상으로 대토론회 진행하여 의견 취합
⇒ 사회적 합의 끌어냄

□ 질의 응답

1	Q. domiciliary 케어는 무엇인가? A. 집에서 특별 교육을 받은 전문가가 간병서비스를 하는 것
2	Q. 서비스가 필요한 경우 언제까지 지원하는가? KEaH는 정부기관인가? A. 기간 정하지 않고 계속해서 지원함, 정부기관임
3	Q. 보호자(가족)에 대한 서비스는 무엇인가? A. 돈을 지원하지 않고, 사람을 더 보내준다든지 해 줌
4	Q. 커뮤니티 활동을 위해 정부에서는 하는 역할은 무엇인가? A. NHS에서 지원을 받아서 하고 있음
5	Q. 보건서비스와 사회서비스를 통합하는 제도를 지방정부에서도 실행이 가능한가? A. 가능하다고 함

□ 사진 및 증빙자료

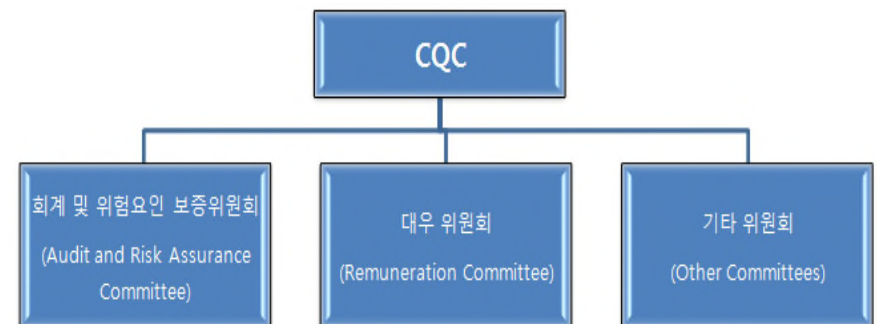


3. Care Quality Commission(사회서비스품질감독위원회)

- ▷ 영국의 독립적인 보건복지기관. 서비스 품질 관리감독하기 위해 보건과 성인 사회적 케어를 규제 · 감독하는 단일화되고 독립적인 규제 기구
- ▷ 보건케어위원회(HC), 사회적케어감독위원회(CSCI), 정신보건법위원회(MHAC) 3개 위원회 기능 통합수행

□ 기관개요

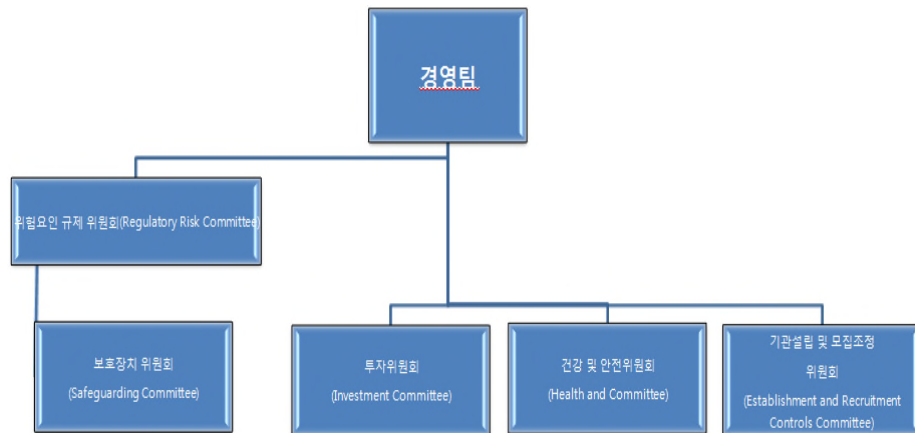
- (설립연도) 2008. 10. 1(본격적인 활동 시작 2009. 4. 1)
- (설립목적) 사회보장시설이 국민들에게 안전하고, 효과적인, 양질의 서비스 제공하는지 확인하는 등 복지시설 개선을 장려
- (역할)
 - 국가기준(품질 및 안전성의 근본적인 기준)을 충족시키는 서비스 제공기관 등록
 - 등록기관들의 서비스 수준 지속력 조사, 기준 미준수 기관 규제 및 단속으로 서비스 품질 담보
 - 조사결과 공개(시설별 상세등급 포함)로 이용자 선택 도와 서비스 품질 제고
- (위원회)



○ CQC

- 위원수 : 11명
 - * 현 위원 7명(의장 1명, 부의장 1명 포함), 역대 의원 : 3명
- 임기 : 4년
- 소속위원회 : 3개
- 소속 위원회 현황
 - 회계 및 위험요인 보증 위원회(Audit and Risk Assurance Committee)
 - * 위원수 : 8명(위원장1, 일반1, 호선2, 무소속 2, 역대2명)
 - ☞ 호선의원-영국 Healthwatch에서 호선
 - 대우 위원회(Remuneration Committee)
 - : 위원수 5명(위원장1, 일반2, 무소속1, 역대1)
 - 기타 위원회
 - * 시설종사자 위원회(The Stakeholder Committee)
 - * 영국 건강감시국(Healthwatch England)
 - * 영국정부정보위원회(The National Information Governance Committee)

○ (관리 운영)



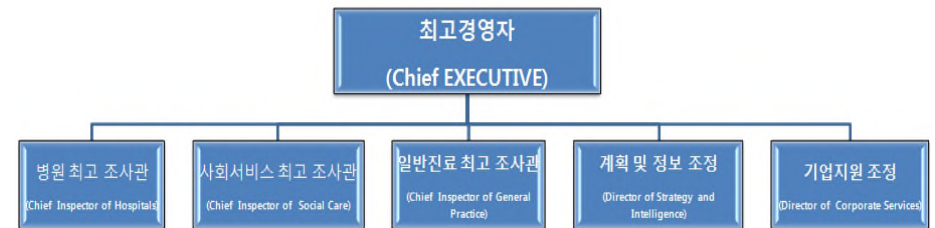
- 경영팀
 - * 최고경영자 : 1명
 - * 부서내 운영팀 및 직원 : 8개 부서, 직원 3,000명정도

- * 팀명 : 재정/서비스연계 조정1, HR/서비스연계 조정1, 혁신 조정1, 계획/정보 조정1, 런던 등 지역별 담당4
- * 기능 : 전략·지식 경영, 인사, 정부·법적서비스 및 성장규제 조정, 재정 운영 및 서비스 제공기관 조정, 전환, 영업 조정 등
- * 인력현황 : 검사·관리 종사 1,000명정도, 뉴캐슬 콜센터 근무 500명 지표개발 참여 1,200명(전문분석가 250명, 지표개발 70명포함), 기타
- * 산하 위원회 : 4개 위원회
- * 각위원회 활동 : 위원회를 통해 국민 의견수렴하여 정책에 반영, 일부는 아이디어 실험집단으로도 활용

○ 소속 위원회 현황

- 위험요인 규제 위원회(Regulatory Risk Committee)
 - * 소위원회 : 보호장치 위원회(Safeguarding Committee)
- 투자위원회(Investment Committee)
- 건강 및 안전위원회(Health and Committee)
- 기관설립 및 모집조정위원회(Establishment and Recruitment Controls Committee)

○ (CQC 최종 구조)



○ (2012/13 재정)

(단위 : 백만파운드)

수입	지출
94	166 (순지출 73, 자본지출 11)

* 수입구조 : 연간수수료 등 자부담 57.6%, 정부보조금 42.4%(2012/13 CQC 연간보고서 제공자료)

- 수입 구성 : 94백만 파운드

구분	계	시설 이용료	시설 외 이용료	치과 및 애플런스	NHS Trusts	독립적 건강케어병원	독립적 건강케어 기타	기타
금액	94	53.8	6.0	8.1	19.1	3.4	3.7	0.3
비율	100%	57%	6%	9%	20%	4%	4%	0%

- 수익적 지출 구성 : 166백만 파운드

계	정규직	기타직원	전화요금등	부지임대료	출장수당	사무실운영	의사소통	기타	가치하락
100%	58%	9%	9%	4%	4%	2%	2%	5%	7%

○ (운영 방향)

- 계획된 프로그램을 전달하고 점검 수행 : 총 35,371건
- 서비스 등록 및 규제관리 : 서비스 제공자 약 7,600명, 제공지역 8,600개소
- CQC사업계획 상담 : 서비스 이용자/제공기관 의견 반영
- 2012/2013년 사업계획의 정밀한 검토로 변화와 서비스 향상 도모

○ (주요업무)

1. 서비스 이용자 및 제공기관 등록, 인가 및 모니터링

- 서비스 이용자 및 제공기관 등록
- 데이터를 활용하여 업무수행을 통해 증거와 자료 확보
- 이용자(기관 포함) 불만사항에 대한 피드백
- 전문가에 의한 감시
- 규제 감시결과 안내 및 출판 : 이용자의 선택 용이를 위해 평가 결과(등급 및 규제 내용 포함 상세정보 수록) 출판
- 서비스를 개선할 필요가 있거나 부적정의 경우 실행

2. 5종 핵심원칙 준수 여부 확인, 부문별 4개 등급 판정

- 보건·복지 모듬시설 동일한 기준 적용하여 평가
- 5종 핵심원칙 : 안전safe, 효과성effective, 배려caring, 요구 부합성 responsive to people's needs, 발전적으로 잘 진행되었나well-led

- 부문별 4개 등급 : 탁월, 우수, 양호, 미흡

3. 조사계획 수립

- 수집정보 정확성 확인
- 조사팀 구성
 - 8종팀으로 분류, 팀당 3~4명, 서비스 내용과 검사유형에 맞게 규모를 설정, 전체 약 30명 ~ 40명 정도
 - 관련분야 종사자 및 다수의 외부 평가전문가, 서비스 유경험자
- 증거수집 방법 : 지역정보, 불평, 내부고발, 국가정보 등 다양한 경로로 점진 직전 자료 수집

4. 조사 : 서비스 현장 방문, 이용자 및 종사자 면접, 증거수집, 환류

- 조사유형 : 종합감사, 수시감사(문제 제기된 건에 대한 감사)
- 조사주기 : 매 2년마다
- 조사방법 : 3일간 30~40명의 점검반 활동
- 대 상 : 건강 관리 및 사회 보건 서비스 전반

구 분	규제대상 공급자		규제대상 지역	
	건수	비율	건수	비율
계	30,261	100	49,528	100
NHS Trusts	256	0.8	2,156	4.4
사설 건강관리	1,402	4.6	3,033	6.1
사설 구급차	243	0.8	304	0.6
기본적인 치과 서비스	8,057	26.7	10,102	20.4
성인 사회서비스	12,669	41.9	25,275	51.0
GP와 기초의료서비스	7,634	25.2	8,658	17.5

- 점검실적
 - 총 점검 : 35,371건
 - 전문가 지도점검 : 1,408건
 - 내부고발 : 8,634건
 - 제공기관 규제 경고 : 910건
- ⇒ 14일 이내 서비스 미제공으로 문제가 된 비율 : 83%

- 정신건강법에 의거한 위원회의 방문건수 : 1,090건
- ⇒ 보호 요청시 NCSC(국가서비스센터)로부터 30초이내 응소 비율 : 94%
- * 2012/13 CQC연간보고서 자료 참고

5. 조사점검 보고서 작성, 공개

- 각각의 5개의 핵심적인 질문에 대한 조사결과보고서를 작성
- 웹사이트·보고서를 통해 점검결과를 세부사항 포함하여 공개
- 서비스 이용자의 선택권을 도와 품질을 관리하고 실행계획 수립
- 현재 부분별 등급판정 정도

구분	Q1(탁월)	Q2(우수)	Q3(양호)	Q4(미흡)
대상(80건)	4	15	56	5
비율(100%)	5%	19%	70%	6%

* CQC 내부자료 참고

6. 위반시설 규제

- 5종 핵심적인 질문에 대하여 서비스별 등급 부여(탁월, 우수, 미흡, 부적절)
- 지속적인 지도점검으로 평가기준 준수 독려, 별도 인센티브 없이 평가등급이 이용자 선택에 연동되어 전체 서비스 품질을 제고
- 지표 위반시 규제 : 경영개선 컨설팅, 시설규모 축소, 중요 문제 발생 시 운영자 교체 등 특별관리

7. 실행

【기타자료】

○ 타 위원회와 차별화되는 CQC 특징

- 서비스 품질 규제기구가 보유한 강제력 행사의 범위와 정도에 있어 더욱 확대되고 강화된 권한을 부여
- 법률적 권한을 바탕으로 서비스 제공자들이 등록에 필요한 자격요건을 반드시 갖추게끔 하고, 서비스 제공 기간 중 서비스 기준 준수를 강제

○ 품질과 안전을 위한 필수기준(essential standards of quality and safety)

- 항목수 : 28개 항목(품질·안전 관련규정 16개, 일상관리 12개)
- 주요영역 : 6개 영역, 28개 항목
 - 1) 참여와 정보
 - 2) 개별화된 케어, 치료 및 지지
 - 3) 보호와 안전
 - 4) 직원의 적절성
 - 5) 품질과 관리
 - 6) 관리의 적절함

【품질과 안전을 위한 필수기준 관련 평가】

- ▷ 서비스 공급기관의 인력과 시설 및 관리체계에 대한 최소기준 및 이용자가 권리로서 받아야 할 서비스의 가장 바람직한 수준을 제시
- ▷ 이용자의 불만이나 고충처리에 대한 방법 등도 함께 제시하고 있어 서비스 제공에 있어 일관된 기준과 원칙이 설정되어 환자, 이용자 및 취약계층에 대한 보호가 강화되었다고 평가
- ⇒ 서비스 쏠점 : 이용자의 안전과 서비스 질의 수준 개선

○ CQC 근본 기준

- 서비스 이용자의 권리로서 받아야할 서비스의 가장 바람직한 수준
 - 1) 인간 본위의 보장(Person-centred care) 이용자의 욕구에 적합화된 보장
 - 2) 위엄과 존중(Dignity and respect) 케어를 받는 동안 위엄과 존중 보장 사생활보호, 다른사람과 같이 대우받을 평등, 독립적이고 연고있는 고향에 남을 수 있도록 도움
 - 3) 동의(Consent) : 서비스 제공이전 사전동의
 - 4) 안전(Safety)
 - 5) 남용으로 부터의 보호(Safeguarding from abuse)
 - 방치, 치욕적인 처우, 불필요하거나 편파적인 규제, 자유의지에 대한 부적절한 제한으로 부터 보호
 - 6) 음식과 음료(Food and drink) : 좋은 건강을 유지할 충분한 음식과 음료
 - 7) 전제조건 및 충분한 장비(Premises and equipment)
 - 케어에 필요한 깨끗하고 적절한 장비와 전제조건들
 - 8) 불만민원(Complaints)

9) 훌륭한 통치(Good governance)

서비스 제공자는 기본원칙(품질과 안전보장 기준을 점검하는 시스템과 효율적인 정부를 가질 권리) 보장계획을 제공해야 한다.

10) 직원(Staffing)

서비스 제공에 적합한 자격과 숙련도, 경험을 가져 기준 충족 직원 즉, 직무수행 중 이용자를 돕는데 필요한 지지, 교육, 슈퍼비전을 가진 자

11) 적절하고 알맞는 직원(Fit and proper staff)

엄격한 채용절차를 통해 범죄기록과 근무이력 점검, 역할 수행에 적합하다고 검증된 직원

12) 의무의 순결(Duty of candour)

제공되는 서비스의 오픈되고 투명성. 잘못된 일 발생시 서비스 과정에 대한 설명과 지지 그리고 사과하는 등 제공되는 서비스는 모두 공개되고 투명하게 운영되어야 함.

13) 규제사항 공시(Display of ratings)

서비스 제공기관의 CQC 규제사항은 이용자가 볼 수 있는 곳에 게시되어야 하며 또한 웹사이트 및 최신보고서를 통해 가용 서비스를 제시해야 함.

○ 2013/2014 CQC 8대 핵심사업

- 모든 서비스의 평가 및 판결을 개선
 - 병원 등 각종서비스 제공기관 점검자를 규제하여 케어를 증진
- NHS 응급의료 및 정신건강의 케어품질 및 안전성 개선
 - 점검방식의 지속적인 변화를 통해 개선
- 데이터나 확보된 증거를 활용, 문제요인 분석 및 예견으로 보다 빠른 서비스 제공
 - 정교하고 투명한 방식으로 확보된 자료, 지식 또는 증거 활용
- 어떻게 다른 케어서비스들이 함께 잘 작동하는지 이해 증진
- 다른 규제기관과 협력자들의 유기적인 협력관계로 케어서비스 품질과 안전성 증진

- 공적 정보(기관 규제정보 포함)의 출판으로 투명성 제고
- 검증된 제공기관 정보 제공으로 철저한 시험결과를 소개
 - 서비스 제공자 이름과 그들이 수행해야 하는 상세사항 포함
 - 잘 운영된 상위 조직을 구성, 국민의견 수렴, 정책 반영

○ 영국의 서비스 품질 관리를 위한 제도 변화

- 법률에 의거한 강력한 규제력을 가진 통합적인 기구 설립
 - 서비스 표준화를 위한 노력(제공기관 등록, 조사, 평가 일관된 기준)
⇒ 서비스 품질관리 투명성과 공정성 및 효과성을 제고
 - 영국의 사회서비스 할당·공급방식 변경 '유사시장 방식'
- 이용자의 안전과 권익 최우선
 - 독립되고 강력한 서비스 품질 규제감독기구
 - 서비스의 직접제공 위임(지방 정부, 민간조직)
 - 국민의 기본권과 권익 보장을 위한 관리(중앙정부책임)
- 사회서비스 품질관리(1997년 영국의 신노동당 핵심사업)
 - 2000년대 법률 제·개정
 - 각종 규제기구(위원회)를 통폐합(단일화 독립된 규제기구 설립)

○ 서비스 품질 관련 법률의 변천과정

- 케어표준법 2000(Care Standards Act 2000) : 2002~2004
- 보건 및 사회적 케어법 2003(Health and Social Care Act 2003) : 2004~2008
- 보건 및 사회적 케어법 2008(Health and Social Care Act 2008) : 2008~
 - 사회서비스품질위원회 발족의 근거법령

○ 우리나라 사회서비스의 현황

- 과거 일률적 보조금 지급방식에서 다수의 서비스 공급체계 존재
 - (장점) 이용자의 선택권 신장, 서비스 공급자들간의 경쟁을 유발, 서비스 품질 향상 도모

- (단점) 수요자가 공급체계의 정보를 명확히 알 수 없음, 서비스 참여자 및 제공서비스에 대한 관리감독의 한계
- 외형적으로 유사시장 형태

【 유사시장 】

- ▷ 처음 사용 Williamson(1975). 조직의 주된 목적을 이익창출에 두는 일반시장에 존재하는 기관들과 구별되는 학교, 병원, 정부기관 등의 공공기관을 유사시장으로 규정
- ▷ 다수의 서비스 제공자들 간에 경쟁을 통한 서비스 제공이라는 일반시장의 특성을 갖지만, 공공부문에 의해 형성·운영되며 제공되는 서비스가 공익과 복지를 위해 사용되고 공공분야가 서비스의 가입자·규제자·구매자로서의 역할을 수행하며 이익창출을 목적으로 하지 않고, 민간영리 집단이 반드시 소유하는 것은 아니며 서로 경쟁하는 민간과 공공, 영리와 비영리기관 등 다른 유형의 공급자들이 존재하면서, 서비스 이용자가 서비스 제공기관에 직접 비용을 지불하지 않는 특성을 함께 가진 시장.

- 유사시장 성공을 위한 강력하고 철저한 서비스 품질관리 체계 필요
- 유사시장 성공요건(서비스 제공자와 구매자 모두 다수 전제)
 - ① 시장구조가 경쟁적일 것
 - ② 서비스 관련된 정보에 손쉽게 접근할 수 있어야 함
 - ③ 서비스 구입 비용이 효율적임은 물론 서비스 제공자들에게 경제적인 측면에서의 동기부여가 제공되어야 할 것
 - ④ 적절한 감독과 규제와 관리 : 특히, 서비스 제공자나 구매자들에 의해 크림 스킴(cream-skimming)행위가 자행되지 않아야 함

【 cream-skimming 】

수익성 높은 부분(비용이 적게 드는)만 특화하고 수익성 낮은 부분(비용이 많이 드는)을 외면하게 되는 행위
ex)거동불능 중증장애인 서비스 제공 축소행위 등

- 서비스 품질 제고 방안
 - 서비스 품질의 감독과 관리 강화
 - 서비스 이용자에게 '제공되는 서비스와 서비스 제공기관에 대한 정확하고 세밀한 정보'를 제공 ⇒ 이용자의 선택권 강화 ⇒ 서비스 제공자들의 경쟁을 유발 ⇒ 서비스 품질 제고

□ 방문개요

기관명	사회서비스품질위원회(Care Quality Commission)
기관위치 및 연락처	Media office 103-105 Bunhill Row London EC1Y 8TG calling 03000 616161 enquiries@cqc.org.uk
방문일시	2015. 6. 4 (화)
접촉인물 (직위)	

□ 방문 주요 내용

- 정신보건 지도감독관련 CQC 및 공공 후견인청 역할 분담

기관명	공공 후견인청	CQC
역할	특정인에 대한 불평·불만에 대해 고충처리	모든 사람 정책에 대한 공정성, 권한 침해 없는지 감시·감독

- * 공공후견인청(Public guardian office) : 의사결정 무능력 성인 보호제도 관장
- 보건 중앙정부, 사회서비스 중앙 간여하나 지방정부 영역 더 넓은 편, 비용지불기준 24,000~25,000정도
- 모든 보건과 사회서비스 영역에 대하여 동일한 평가기준 적용
서비스 품질 표준하고 서비스평가의 공정성을 기하고자 서비스 품질관리 CQC 전담

□ 시사점

○ 시대 흐름에 맞는 사회서비스 개발

- 저출산 고령화에 따른 사회서비스 개편
 - * 우리나라 역시 all or nothing 방식에서 맞춤형 급여체계로 변경을 시도하고 있지만 여전히 저소득층에 대한 서비스 개편에 집중
 - * 보편적 복지 서비스 미약으로 복지사각지대 계층 존재
- 합리적이고 투명한 방법의 정책 개발
 - * 장기간, 다양한 분야의 논의를 통한 정책 제안

○ 수요자 중심의 사회서비스 제공체계 필요

- 전문화된 서비스 인력 양성과 양질의 서비스 제공체계 마련
- 소비자 자기선택권 강화를 통한 과감한 규제 개혁
- 서비스품질에 대한 연구, 모니터링, 평가 체계 구축
- 보건·복지·고용 등 다양한 분야에서 제공 할 수 있는 통합서비스 개발 필요

□ 질의 응답

1	Q. CQC서비스품질관리 효율화를 위해 타기관과 MOU체결을 할 경우 법적근거가 있는지 mou체결의 효과는 무엇인가? A. MOU 체결의 장점은 세부적인 사항 명시할 수 있어서 용이함
2	Q. 서비스간의 중복을 체크할 수 있는 시스템은 무엇인가? A. 공통망 없음. 중복서비스 최소화를 위해 서비스제공기관간 정보공유 하며 업무영역 정하여 수행
3	Q. 평가에 대해 정부보조금 줄어드는 현 시점에 엄격한 평가기준 적용에 서비스 제공기관 반발 없는가? A. 약간의 반발있긴 하지만 전체적으로 평가과정에 종사자들이 직접 참여하게 되어 있어 평가결과를 수긍하는 편
4	Q. 평가결과 중하위에 집중. 평가척도가 너무 높은 건 아닌가? A. 평가기준 국가에서 기대하는 서비스 수준. 국민적 동의를 얻은 부분. 정확한 진단과 분석으로 서비스는 점진적으로 개선될 것으로 기대. 특히, 철저한 평가결과값 공개는 이용자의 정확한 선택을 이끌어내 사회서비스시장의 투명성과 서비스 품질 제고에 기여
5	Q. 평가 신용도 제고를 위해 정부기관과 분리 운영 비용대비 효율성은? A. 모든 보건·사회서비스 비용 전체 GRDP 12%에 해당. 전체비용 대비 평가운영비용 미미. 향후 엄정하고 지속적인 서비스 품질관리로 비용절감효과 국가적으로 이익으로 판단

□ 사진 및 증빙자료



4. Toynbee Hall

□ 기관개요

- (설립연도) 1884년 성공회 사제 바네트가 설립
- (설립목적)
 - 지역 내 거주하는 도시 빈민층에 대한 구빈활동 및 사회문제 등의 근본적 해결을 위해 대학생 자원봉사자들과 이들에 대한 교육·문화 등 사회서비스 제공하여
 - 인보관에서 활동하고 있는 대학생 자원봉사자들에게 빈곤자들의 상황과 사회개량의 필요성을 알리기 위함
 - 사회문제, 보건문제, 그리고 사회입법에 관하여 일반지역주민과 사회의 관심을 높이고자 함
- (운영현황)
 - (인력) 상주직원 75명 및 자원봉사자 활동 중
 - (조직) 주요의사결정은 이사회(Board of Trustees)의 의결로 결정
 - (위원회) 재정, 부동산(자산), 성과점점 3개의 소위원회 설치
 - (재정) '14년 수입 6,734천 파운드, 지출 6,390천 파운드
- (주요업무)
 - 지역(local)과 국가(national) 복지서비스의 적절한 제공을 통해 빈곤과 장애 사전 예방
 - 복지서비스 제공과 관련한 광범위한 연구조사와 정책형성 활동
 - * 토인비홀은 과학적인 연구조사를 통한 수요자의 욕구파악을 중요하게 여김
 - 활동 영역(areas)에 따라, 아동(Youth)·노인(Older people)·금융지원(Financial inclusion and money)·상담(Advice)·커뮤니티(Community)
 - 서비스의 목적(Purpose)에 따라,
 - ① 금융지원을 통한 빈곤의 해결 업무
 - Financially inclusive Tower Hamlets (FITH) 종합적인 재정문제 해결 지원

- Money Access and Participation (MAP) 대출관련 상담 지원
- Services against Financial Exclusion (SAFE) 신용불량 문제 해결 상담
- Training & Consultancy Services 대학연계 훈련 및 자문 서비스 제공
- Transact, the national forum for financial inclusion 재정관리 교육 지원

② 사회 정의(justice) 구현을 위한 접근성(access) 제고

- Advice service for people affected by cancer 암 관련 상담 지원
- City Advice 런던지역 생활관련 종합 상담 지원
- Debt Advice Service 부채문제 해결 지원
- Free Legal Advice Centre 법률지원서비스 제공
- Tenancy Talks (this 12-month project ended on 31 March 2014) 재정지원 서비스
- Tower Hamlets Debt and Money Advice Partnership 부채 및 재정상담
- Welfare Benefits Advice 웰빙 생활관련 상담 지원

③ 웰빙, 기회균등, 사회적 네트워크 강화

- Aspire, now called Make It! 11-13세 어린이 대상, 학교내 1:1 멘토링
- City 50+ Older People's Outreach
- Community Organisers 지역커뮤니티 조직 지원
- Deesha - ESOL programme 다문화 가정 영어 학습 프로그램
- Dignify 어르신 존중을 위한 워크숍, 교육 프로그램, 캠페인 등
- E1 Active 런던 이외의 지역을 체험하는 프로그램 제공 통해 자존감 제고

□ 방문개요

기관명	설립자 : 성공회 사제 바네트 설립연도 : 1884년 직원수 : 75명 운영 : 정부 40%, 기부금 30%, 수익사업 30%
기관위치 및 연락처	28 Commercial Street, London E1 6LS 020 7392-2955
방문일시	2015년 6월 5일 13:00
접촉인물 (직위)	Chris Triggs, director of business Development

□ 방문내용

○ (설립배경) 산업혁명 이후의 도시 빈곤 문제 해결

- 산업혁명 : 도시규모가 확대, 부의 편중 등 빈부 격차가 급격해짐
→ 국가는 부유해졌지만, 혜택 받지 못한 빈곤자 급증
- 지역적 특성 : 부유한 런던시 안에 동쪽 외곽 지역에 빈민지역 발생
→ 빈곤문제 해결을 위한 대책이 부족하여, 빈곤이 대물림

○ (조직·재정)

- 직원 75명, 자원봉사자 200명
- 정부지원 40%, 기부금 30%, 수익사업 30%

○ (실행방법)

- 단기적 방법 : 대상자를 상대로 교육, 상담 등을 지원
- 장기적 방법 : 정부관료 및 정치 권력자들의 인식 변화 통해 정책 형성에 미침

○ (운영방법)

- 자원봉사모집 : 옥스퍼드, 캠브리지 등 대학생 위주로 자원봉사자 모집 → 교육, 훈련을 할 수 있는 지식인 위주
- 훈련, 교육의 장을 제공 : 빈민들이 생계활동 후 밤에 교육을 받도록 지원
- 자원봉사자 인식개선 : 봉사자들이 런던지방의회 의원 및 지방정부 위원으로 성장하여 제도 및 법을 제정하고 바꾸는데 기여

○ (운영 현황)

- 1940년 이후(세계대전 종료 후) 설립의 목적에 대하여 고민함
 - ① 주민의 요구사항과 필요성을 인식하여 실질적인 도움을 주고자 노력
 - ② 재정적 문제를 어떻게 해결 방법 고민 → 집값의 상승, 집주인의 부당한 행동에 대한 대처 등
 - 운영상 장애요인 해결노력
 - ① 정부지원이 축소로 운영 어려움 발생 → 수익사업* 시행
- * 역사적 의의가 큰 토인비 홀을 상품화 하여 세계에 알리는 작업

- ② 부유층 위주의 자원봉사자 구성 : 부유층의 봉사뿐만 아니라 모든 시민들이 평등하게 봉사하도록 다양한 참여 프로그램을 운영

○ (향후방향)

- 운영의 효과성을 측정하기 위하여 다양한 방법을 모색
- 후원자, 자원봉사자 및 지원대상자 만족도 등을 주기적으로 측정
- 향후 환경문제 해결에 집중
 - ① 이민자나 런던 이외의 지역에서 전입하는 사람들에 대한 욕구 충족
 - ② 정부의 정책변화로 지원이 축소되어 운영에 애로사항이 발생

< 인보관 운동 >

○ 인보관 운동의 목적

- 기독교 사회주의 사상에 입각
 - * 단순한 시혜물의 분배는 가난한 사람들에게 도움이 되지 않음
- 사회교육의 집단활동 실시
 - * 지식인들의 직접 빈민가로 들어가서 함께 생활하며, 인격적인 접촉하여 그 빈민지역에 거주하면서 들의 욕구에 부응하고자 함
- 지역주민의 교화와 사회계층간의 거리감 해소
 - * 지역의 문제들을 상호 의논하여 해결하기 위한 노력
- 공동 활동과 연구를 통해서 서로 문화를 공유

○ 인보관 운동의 의의

- 참여와 민주주의를 강조함.
- 잠재능력을 최고도로 발휘하도록 교육에 역점을 둠
- 시혜가 아닌, 상호영향을 주고받아 문제를 해결하는 방향으로 조직화
 - * 집단사회사업보다는 지역사회운동의 거점이 됨

○ 인보관 운동의 사회적 성격

- 사회조사를 통해 다수의 통계자료를 법률제정에 활용
- 지역주민들에 대한 아동위생, 보건교육, 소년소녀들에 대한 기술교육, 문명 퇴치, 성인교육 등의 교육사업을 실시
- 체육관을 설치하여 옥외활동을 장려하고, 오락, 예술 활동을 권장
- 인보관을 설립하여 주택, 도서관, 시민회관 등으로 활용

○ 인보관 운동의 영향

- 미국으로 건너가 전문사회사업 방법론인 집단사회사업(Group Work), 사회복지조사, 사회복지정책 등의 기초가 싹틈
- 제2차대전 후 각국 인보관 운동은 정주방식이 거의 모습을 감춤
- 미국에서는 모든 서비스제공과 주민조직화를 담당하는 커뮤니티센터 활동, 스웨덴에서는 청소년 활동, 평화운동 중점지향 등

○ 인보관 운동이 전개한 구체적 사회개혁활동

- 공립학교에서 탁아사업, 급식, 심신 장애인을 위한 특수교육 외 직업교육과 지도를 하도록 요구
- 지역마다 공원을 조성하고 주택법규를 개선하고 도시 계획을 통해 밀집 주거 지역 현상을 해소하며 지역사회센터로 활용하는 것 등을 요구
- 해외이민들의 사회적응을 돕기 위해 이민보호연맹을 조직
- 근로여성을 보호하고 아동노동을 폐지하기 위한 입법을 위해 투쟁했고 전국 아동노동위원회와 여성노조 등을 결성 참여
- 시·구 단위의 개혁활동 및 1912년에 창당된 진보당의 정강의 작성과 조직에 참여

□ 질의응답

1	Q. 토인비홀에서 지역조직을 활성화 위해 모색한 방법은? A. 두 가지 방법이 있음. 첫째, 직원 혹은 자원봉사자를 모집하여 욕구를 파악하는 방법 둘째, 주민조직에 참여하여 함께 고민하는 방법임. - 조직 운영에 필요한 재정을 지원해주는 후원자들에게 주민의 욕구가 무엇인지 증명하는 것이 중요함
2	Q. 자원봉사자의 활용에 있어서 주요 관점은? A. 자원봉사 활동은 주로 대학생들이 하고 있음. 이들은 취업하기 위한 경쟁력을 높이고 본인의 수준을 높이기 위해 봉사활동에 참여함. 그러나 부유층과 학생만 자원봉사를 하는 것이 아니라 모든 런던 시민이 균등하게 봉사활동을 하도록 하는 것이 지향점임
3	Q. 직원의 교체나 근무만족도는 어떠한가? A. 이곳은 역사적인 시설이기 때문에 직원들은 근무하는데 의미를 두고 있으며, 그만큼 장기근속자가 많음
4	Q. 저소득층과 부유층이 연합하고 교류하도록 도움을 주고 있는가? A. 토인비 홀은 시내의 부유층이 사는 곳과 외곽의 저소득층이 사는 곳의 중간에 위치함. 이러한 이유로 부유층과 저소득층이 교류하도록 노력하고 있음. 그 역할을 잘하기 위해 다각도의 방안을 마련함

□ 사진 및 증빙자료



5. DIAKONIE

□ 기관개요

- (설립연도) 1848년 개신교에 의해 'Innere Mission(Interior Mission)*' 사회사업 시작

* 신학자 요한 하인리히 비헤른(Johann Hinrich Wichern)의 제안에 의해 뷔텐 베르크 개신교 회의에서 시작

- 1947년에 Diakonisches* Werk로 기관명 변경


* Diakonie는 '섬김', '봉사'의 의미의 그리스어에서 유래

< Diakonie 발전사 >

연도	주요 사업 내용
1848	요한 하인리히 비헤른(Johann Hinrich Wichern)에 의해 'Innere Mission(Interior Mission)' 사회사업 시작
1969	개신교 연합에 의해 개발도상국가 지원을 위한 'Bread for the World' 사업 시작
1975	Innere Mission과 Hisfswerk가 합병하여 Diakonisches Werk 탄생
1991	동독의 개신교 합류
2012	세계화의 요구에 부응하고자 Evangelische Entwicklungsdienst 합병하여 'Protestant Agency for Diakonie and Development' 조직

- (설립목적) 도움이 필요한 사회적 취약계층 구호활동

- (기관 상징) 'The crown and cross(왕관과 십자가)'

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 베를린 예술대학의 리차드 보일란드(Richard Boeland) 교수가 1925년에 디자인 ○ Diakonie의 전신인 'Innere Mission'의 심볼로서, 'I'와 'M'을 상징
---	--

- (운영주체) 독일 개신교 연합의 비영리 사회복지조직

- (산하기관) 환자케어센터 28,100개소, 아동보호시설 545,500개소, 노인요양센터 171,000개소, 장애인시설 153,000개소

- (제휴기관) 독일 20개 지역 교회의 기부단체와 9개 독립교회의 기부기관과 사회사업, 공공의료 및 아동복지 등 다양한 사회복지사업을 수행하는 70여 개의 기관과 연계

- (인적자원) 450만 명 고용인력 및 70만 명의 자원봉사자가 활동

- (주요업무) 대상별 다양한 사회복지서비스 제공

- ① (성인) 평생교육, 직업훈련, 주택마련, 중독예방을 위한 상담, 지역서비스, 영적 인도, 신학, 자원봉사 조직, 역사, 통계 등 다양한 서비스 제공
- ② (노인) 일일·단기·장기요양 케어서비스, 치매환자 간병서비스, 간병가족에 대한 지원, 레크레이션 센터, 지역 서비스 등
- ③ (여성과 가정) 결혼 및 임신 상담, 입양서비스, 모성보호센터, 산후조리, 여성쉼터, 한부모 지원, 보자보호시설, 가족문제상담 및 지원, 부모교육 등
- ④ (아동) 양육지원서비스, 일일돌봄센터, 학교, 청소년센터, 직업 상담, 연방자원봉사 서비스 등
- ⑤ (일반 및 호스피스 환자) 병원, 의학 및 직업 재활 프로그램, 방문 간병서비스, 호스피스환자 고통완화를 위한 서비스 제공 등
- ⑥ (긴급지원) 극빈자, 노숙자, 성매매여성, 전과자, 채무자 및 인신 매매 피해자 상담, 직업상담 및 훈련, 긴급전화 등
- ⑦ (장애인) 유아기, 청소년기 상담 지원, 구직지원 등
- ⑧ (정신질환자) 정신과 질환 상담 및 치료 지원, 의학 및 직업 재활 치료 지원, 가정방문 및 일일간병 서비스 및 사회적응훈련 서비스 등
- ⑨ (약물중독자) 자조그룹 지원, 상담지원 및 약물클리닉 서비스, 입원환자 재활치료, 퇴원환자 정기적 검진 등
- ⑩ (이민자 및 망명자) 이민에 대한 정보제공 및 상담, 망명자에 대한 서비스, 젊은층 이민에 대한 서비스, 외국 이민에 대한 서비스 등

□ 방문개요

기관명	Diakonisches Werk Berlin Stadtmittel e.V
기관위치 및 연락처	Wilhelmstraße 115, 10963 Berlin 030/ 69 03 82-42 (Fax) 030 / 69 03 82-49
방문일시	2015. 6. 12
접촉인물 (직위)	Evelyn Gülzow / Geschäftsführung (이사)

□ 방문내용

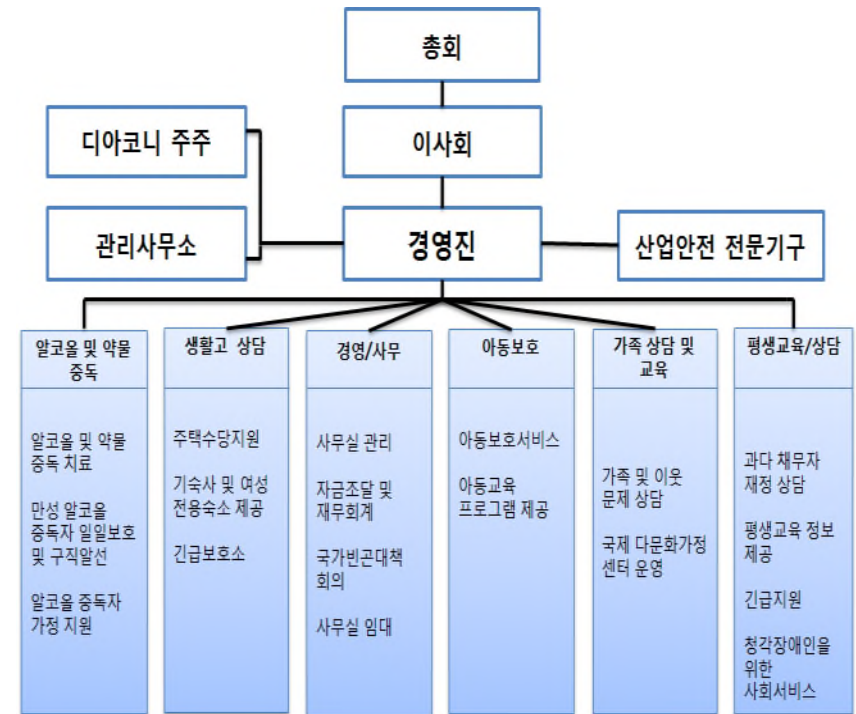
○ 방문기관개요 (Diakonie Werk Berlin Stadtmittel e.V)

- (서비스지역) 베를린 남부지역 관할하며, 독일 최대 규모
 - * 총 200여 명의 직원과 다수의 자원봉사자가 활동
- (서비스대상) 도움이 필요한 사회취약계층
- (주요업무) 상담업무 및 정부 개입 필요 시 관청에 사회서비스 제공 요청

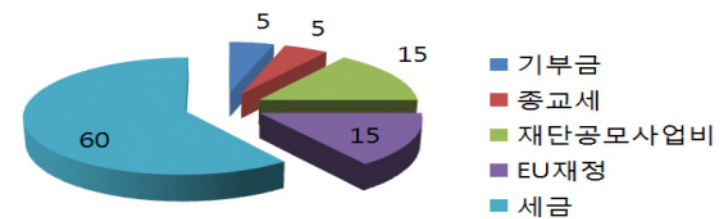
○ 제공 프로그램

- (아동보호) 어린이집 3곳 운영
- (가족센터) 가족들 일상생활 도움, 문맹자들을 위한 편지 읽어주기, 알콜중독자 상담 (구직연계, 금주 프로그램 운영 등) 치매 가족 지원 및 상담
- (거주지마련) 알콜중독자, 마약중독자, 임신부, 망명자 등 주거가 불안정한 사람들을 위한 쉼터 운영
- (상담지원) 채무자, 임신부, 노인 등을 위한 다양한 상담 프로그램 운영
- (행사) 이민자들을 위한 다양한 행사 및 축제 개최

○ 운영 조직



○ 기관 재정 현황



□ 질의응답

1	Q. 우리가 방문한 귀 기관이 베를린 전역을 관할하는가? A. 이곳은 베를린 남부지역을 관할하고 있으며 Diakonie가 독일에 서는 가장 큰 민간사회복지기관임
2	Q. 독일의 민간사회복지기관은 서로 역할분담이 되어 있는가? A. 6개 사회복지민간기관을 통합한 위원회가 구성되어 있어 위원회에서 업무분담에 대한 합의를 함 ex) 디아코니아 - 노인상담, 까리따스 - 노인요양
3	Q. Diakonie의 복지서비스 제공 대상 선정자로 선정되어 지방정부에 동 서비스를 신청하면 지원받을 확률이 어느 정도인가? A. 거의 100% 지원을 받음. 거부되었을 경우에는, 상부기관에 이의신청하여 재논의 가능
4	Q. 한사람에 대한 여러기관의 중복수혜는 없는가? A. 민간 사회복지기관 간의 커뮤니케이션이 잘 이루어지고 있어 중복수혜는 적은편임
5	Q. 문제해결시까지 지속적인 상담관리를 하는가? A. 전문 인력이 대상자의 문제가 해소될 때까지 지속적으로 개입
6	Q. Diakonie에 근무하는 상담자의 자격조건은 무엇인지? A. 동 기관 근무자는 사회복지대학 졸업자로 정부서비스 정보교육을 이수한 자임
7	Q. 취약계층 발굴을 위한 프로그램이 있는가? A. 사업을 위한 홍보 네트워크가 잘 되어 있고, 도움을 신청할 수 있는 기관들이 많기 때문에 별도로 발굴을 위한 프로그램이 필요치 않음
8	Q. 서비스 질 평가를 위한 기관이 별도로 있는가? (예 : 영국의 CQC) A. 베를린 시에서 직접하거나 시에서 용역을 맡긴 위탁기관에서 서비스 질을 평가함.
9	Q. 객관적으로는 도움이 필요하나 본인이 원하지 않는 경우 조치방법은? A. 항상 고민하고 있는 부분이나, 도움이란 도움을 필요로 하는 사람들을 위해 제공되어야 하기에 도움을 필요로 하지 않고 자기의 삶에 만족한다면 거부하는 사람들에게 강제로 행하는 조치는 없음. 단, 다른사람에게 피해를 주는 경우(소음, 쓰레기를 집안에 쌓아놓아 악취가 난다든지, 아동 방임, 학대하는 경우)에는 강제 조치를 취하기도 함.
10	Q. 타기관과의 정보공유를 위한 전산망은 구축되어 있는가? A. 정확한 답을 해주지 않음. (질문에 대한 이해를 하지 못한 것 같음)
11	Q. 정부 및 기타 외부로부터 지원받는 예산에 대해 정기적으로 감사를 받는가? A. 수시로 정부에 보고서를 제출하고, 1년에 한번 집중감사를 받음.

□ 시사점

○ 각종 시책 홍보에 대한 자신감

- 복지사각지대 발굴을 위한 별도의 노력이 필요치 않을 정도로 각종 복지서비스에 대한 시책 및 프로그램에 대한 홍보와 지역 네트워크가 효과적으로 작동

□ 사진 및 증빙자료



6. Weisse Siedlung(마을자율경영사업)

□ 사업개요

- (사업목적) 지역 주민 역량 강화를 통해 지역문제를 자주적으로 해결할 수 있는 자치마을(자율공동체) 구축
- (사업주체) Weeber+partner
 - 베를린시 지방정부에서 지역 내 자율공동체 조성을 위한 컨설팅 기관을 공모*하여 선정(계약기간 10년)
- (사업예산) 연 15만 유로(정부 지원)
- (사업지역) Weisse Siedlung(백색 거주지)
- (사업내용) 지역협의회 및 다양한 주민모임 조직, 방과 후 돌봄, 유아클럽, 가족센터, 고용센터 등 지역 주민 간 원활한 소통을 위한 네트워크 구성 및 지역주민 자치공동체 구축을 위한 지원·자문

□ 방문개요

기관명	Quartiersmanagement weisse siedlung dammweg
기관위치 및 연락처	Dieselstraße 9, 12057 Berlin, Tel:30644666, Fax:30644668
방문일시	2015. 6. 8 15:30
접촉인물 (직위)	지역경영사(Weeber partner) 담당직원

□ 방문내용

- (사업추진배경) 지역주민 자율적으로 역내 문제 의제화 및 자체 해결 할 수 있는 마을 자치조직을 활성화하기 위해 베를린 시정부 사업의 일환으로 시작

- (시작연도) 2005년부터 현재까지 마을(Weisse-siedlung) 주민에 의해 자율적으로 운영되는 자치조직 건설을 위해 컨설팅 사업 진행
- (지역특성) 베를린 남동쪽에 위치한 인구 4,200여 명(1,700여 가구)의 마을
 - 주민 수의 70% 이상이 비독일 출신 이주민으로 구성
 - 상대적으로 젊은 층의 비율이 높고, 대다수의 주민이 사회·경제적 취약 계층에 해당
- (지역운영조직) 마을경영을 위한 지역협의체와 마을 주민투표로 선출된 의원들로 구성된 마을의회가 지역운영의 주축이 되어 운영
- (지역현안) 주민 대다수가 100여 개 국가 출신의 이주민들로서 문화적 다양성을 기반으로 주민 간 통합을 위한 노력이 필요하고,
 - 높은 실업률 및 사회적 취약계층이 다수인 지역적 상황에 대한 전반적인 해결방안 마련 필요
- (시설현황) 초등학교 중일반 탁아소, 어린이·청소년센터, 지역회의 'Sonnenblick', 가족센터, 노인시설, 카리타스 및 디아코니 상담소 등
- (기타) 베를린 내에 Weisse-siedlung*와 같은 총 34개의 지역경영체 운영 중

* 'Weisse-siedlung'은 '백색 거주지'란 뜻으로 흰색의 주거지가 많은 지역 특성 반영

□ 시사점

- 지역적 특성을 고려하여 취약계층 밀집 거주지역을 블록화하여 각각의 지역경영체를 공모(지정)를 통해 선정하여 지역의회(주민 자치회) 운영 등을 지원하면서,
 - 주민들이 스스로 지역내 문제를 논의하고 해결토록 하고 있으며, 아울러 독일의 민간사회복지단체(카리타스, 디아코니 등) 및 종교기관 등과 긴밀히 협력하여 지역 내 빈곤문제 해소를 위해 지원하는 역할 수행

- 현재 우리나라의 복지사업 중 하나인 민관협력을 통한 빈곤층 증가 억제 및 빈곤 해소를 위해 지역 내 주민 복지공동체 구성 및 지원하는 체계와 유사
- 아울러, 민관협력을 통한 마을 만들기 사업, 마을공동체, 복지공동체 사업 추진과 유사한 부분이 있어, 향후 발전된 주민자치회 운영 및 지원에 적용 가능

□ 질의응답

1	<p>Q. 독일의 마을경영(마을의회)사업의 내용은 무엇인가?</p> <p>A. 마을경영 사업은 베를린 시가 10년 전부터 오늘날에 이르기까지 '사회적통합도시'로 거듭나고 발전할 수 있도록 하는 유용한 제도 이는 마을경영사업에 교육기관, 지역사회센터, 건설기관, 그리고 지역에 살고 있는 활동가(주민)들이 참여하고 서로 협력하여 공동의 목표 즉, 지역주민들이 동등한 생활조건을 만들어가는 것을 임무로 추구하고 있으며, 마을경영 사업에 참여하는 지역의 수도 15개에서 34개로 점차 증가하고 있음.</p> <p>독일, 특히 베를린 마을경영(quartiersmanagement, neighborhood management)는 1999년부터 베를린 시 정부가 '사회통합도시'프로그램의 일환으로 추진한 사업으로 베를린 도심 내 낡은 주택가(대개 사회주택단지)가 슬럼화되고 사회적 분리 및 심각한 사회문제를 야기하면서 일부 지역(area) 혹은 구역(district)를 지정하여 추진한 사업임.</p> <p>마을경영 및 마을의회 사업의 추진전략을 개발하는데 있어서 주민의 살아있는 지식이 중요하여, 마을주민, 행정기관, 마을기관 간의 협력을 이끌어 내고 협력체계를 중요시 여김.</p> <p>여기서 마을의회(neighborhood council)는 마을의제를 논의하고 결정하는 일종의 주민자치회적 성격을 갖고 있음.</p>
2	<p>Q. 지역경영체 사업 지구의 특성은 무엇인가?</p> <p>A. 베를린 주내 34개 지역경영체 중 작은 지역경영체에 속하며, 2006년에는 빈 가구가 15%에 육박하였으나, 현재는 빈 가구가 없으며, 현재 루마니아 등 동유럽국가의 이주민 가구가 급증하고 있음.</p>
3	<p>Q. 지역경영사의 역할은 무엇인가?</p>

	<p>A. 정부와 주민 사이 중간조직으로 Eu, 중앙정부, 베를린건설기관, 베를린시청 등에서 재정지원해 주면 이것을 취약주민들에게 지원하고 프로젝트를 시행하여 모든 주민들이 동등한 생활조건을 만들어 나가도록 지원하고 있음.</p>
4	<p>Q. 지역경영체 운영 관련 체계 및 인프라에는 무엇이 있는가?</p> <p>A. 카리타스 상담센터, 이웃사람 만남의 장소(존넛블릭), 청소년 만남의 장소, 물건을 싸게 살 수 있는 마트, 월세 등 주거 상담소, 가족센터, 어린이집 운영, 어린이클럽, 청소년 문화클럽, 노인들을 위한 장소, 초등학교(330명) 등이 있음.</p>
5	<p>Q. 지역경영체가 추구하는 목표, 운영 취지는 무엇인가?</p> <p>A. . 세대간, 문화적 갈등 해소를 위한 이웃 개념 . 사회적 인프라 확대(어린이집 등) . 어린이클럽 리모델링하기 . 청소년 직업교육 . 아이들이 방학때 여가 워크숍 운영 . 주민들이 지역경영에 스스로 참여할 수 있도록 . 자원봉사자들이 이웃을 도울 수 있도록 발굴, 지원 . 학교, 어린이집, 가족센터, 어린이센터 4개 기관 간 서로 협력 방안을 모색하여 지역내 공동 문제 해결.</p>
6	<p>Q. 마을경영(마을의회)사업의 핵심 구성요소(성공요인)는 무엇인가?</p> <p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 지역 내 중요 핵심 행동가들의 자발적 참여 · 행정기관간 협력적 네트워크 · 통합적으로 이루어진 전략과 활동 계획 · 주민들의 자발성 강화 · 마을의회(이웃 위원회) · 마을 및 주민 자금 · 지역 내 여러 분야에서 다양한 프로젝트 개발 · 사회적 통합 지역 만들기.
7	<p>Q. 지역경영체 내 주민자치 모임인 지역의회의 역할 등과 운영상의 어려움은 무엇인가?</p> <p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 구성인원 : 17명(9명- 선출, 8명 - 기관대표) · 회의주기 : 격월 운영(년 6회) · 역할 : 규칙, 정관 정하기 및 지역 내 주요 의제 논의 및 결정, 주민들의 대표기관, 어디서 돈을 끌어올지, 아이디어 내기 등 · 위원은 자원봉사자로 운영, 각 문화를 대표하는 성격이 있음 · 장애요인 : 재정 문제, 어린이집 부족 등 인프라 부족

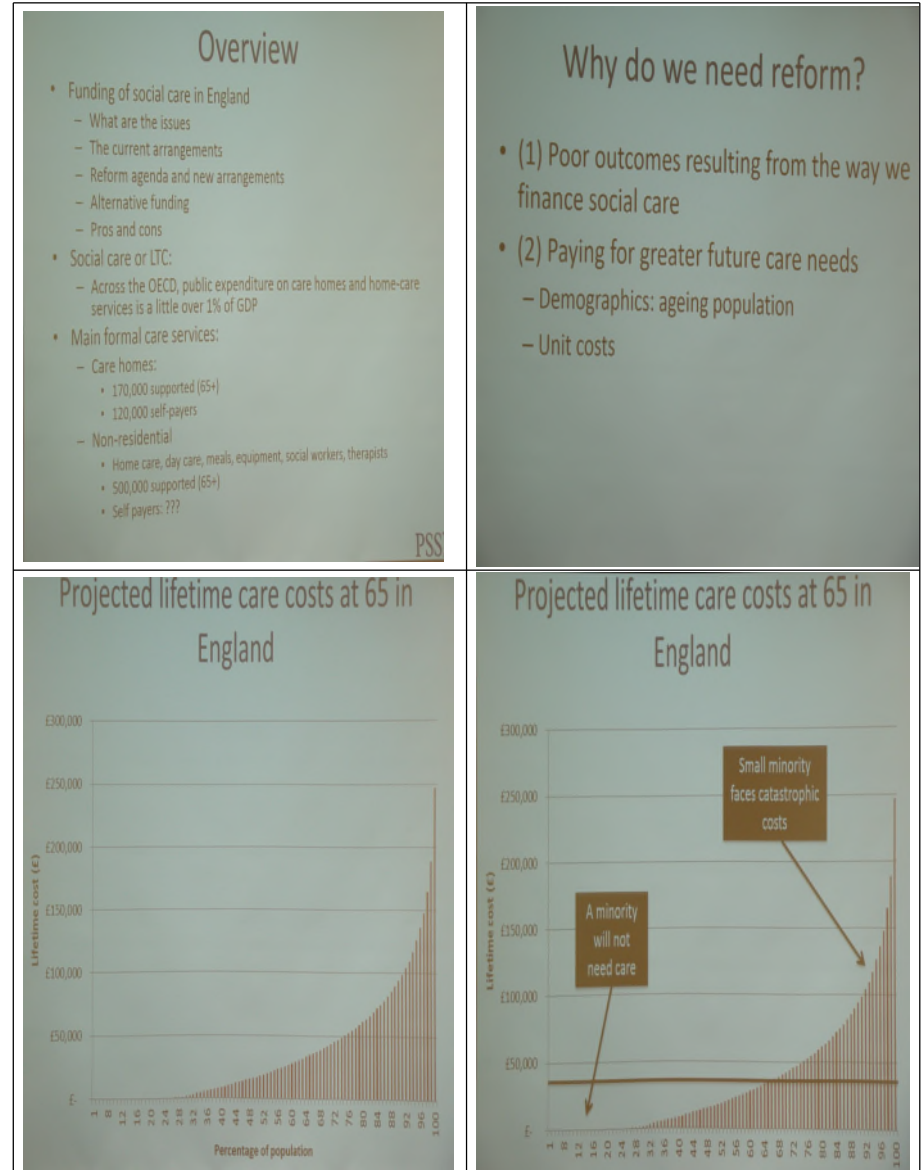
□ 사진 및 증빙자료



붙임

기관 제공 자료

1. 영국 켄트대학 특강 자료



What social care support is needed?

- What social care 'support' do people want and need?
 - (Formal) care services
 - ... and also financial 'solutions' relating to care
- Financial support
 - Care costs are: uncertain, highly skewed and often come towards the end of life ('post-accumulation phase')
 - So need financial solutions:
 - Insurance (risk pooling)
 - Saving mechanisms (inter-generational transfer)
 - Assets-to-income conversion (Wealth as income)

PSSRU

What about private (voluntary) options?

- Insurance and savings:
 - e.g. private LTC insurance
- Significant interest internationally but...
 - ... not the main financing mechanism anywhere
 - ... and plenty of evidence of under-savings (poor pension provision)

PSSRU

What is the problem with voluntary private solutions (like PI)?

- Problems
 - Demand-side:
 - Risk myopia re. need
 - Poor information about costs of required care
 - High cost (incl. transaction cost)
 - Supply-side:
 - Difficulties in estimation of risk and service costs
 - Adverse selection
 - Uncertainty about relevant government policies

PSSRU

Reforming how we pay for care...

- A question of balancing 'market failures' against 'government failures', and accounting for equity consideration...

PSSRU

Limited take-up of PI internationally

- UK
 - Market has practically disappeared
 - Only Immediate Needs Annuities (INAs) at present
- US
 - 7 to 8 million policy holders (2008)
 - Market is reducing
- France
 - Relative success (5m policies) but special circumstances..
 - Many are group (employer) schemes
 - Tradition of insurance for health
 - Mostly top-up insurance
 - Use of state assessment tool to dovetail PI benefits to state offer

PSSRU

What is the problem with voluntary private solutions (like PI)?

- Problems
 - Demand-side:
 - Risk myopia re. need
 - Poor information about costs of required care
 - High cost (incl. transaction cost)
 - Supply-side:
 - Difficulties in estimation of risk and service costs
 - Adverse selection
 - Uncertainty about relevant government policies

PSSRU

Funding of care in England: safety net

- Public funding of social care:
 - A safety net system: those who can't afford care are supported using public funding
 - ... but not generous...
- ... Historical basis
 - 1948 National Assistance Act
 - ... but really Poor Law/Work-house origins...
- Local government based system

PSSRU

Access to publicly-funded care

- Councils will potentially meet the costs of
 - Personal care (at home or in a care home)
 - Accommodation costs in a care home
- NHS pays for nursing care component
- Two tests to determine eligibility for council funded/subsidised social care:
 - (1) Needs
 - 'Fair Access to Care' guidance
 - FAC bands: low, moderate, substantial, critical
 - Councils set needs-eligibility threshold
 - (2) financial means-test...

PSSRU

Council financial means-test

- (1) Asset test
 - Public support for people with assets and savings of less than £23250 (upper capital limit)
 - ‘Assets’ can include home
 - People over limit pay full cost – **self-payers**
- (2) Charges (in public system)
 - Set on income: Charge = income + tariff income – (small) personal allowance <= cost of care

PSSRI

Non-means-tested support

- Universal benefits, based on (different) needs-test, up to about £80 per week.
- Nursing component in care homes
 - NHS pays £108.70 per week for people in independent sector nursing homes

PSSRI

What's wrong with the current MT funding system?

- Under-consumption/market failure
 - People who fall outside the means-test, suffer:
 - Under-insurance (potentially catastrophic risk)
 - Unmet need: Buy less care because of affordability at the point of need
 - Poor information about service/support options
- Equity/Dignity
 - Too pro-poor? People above the means-test threshold are hardly the super-wealthy
 - “Squeezed middle”
- ‘Government failure’
 - Moral hazard: poor incentives to save
 - Incentive for fraud (divesting of assets)
 - Poor political sustainability: unfair on people that save
- ... *but is cheap on the public purse*

PSSRI

Potential solutions

- Many alternatives have been advocated, including
- Hybrid:
 - Dilnot model ‘capped risk’
 - Means-tested system made more generous
 - Partnership arrangements
- Universal:
 - Social insurance for long-term care
 - Comprehensive/universal (Free personal care model, like Scotland)

Funding reform in Care Act: Main components

- **Cap on lifetime (assessed) care costs**
- Deferred payment arrangements (DPAs)
- Care accounts and assessment

PSSRI

Care Act 2014 funding reform: Dilnot Capped Risk Model

Cap on care costs: How does it work?

- General principle
 - People protected against possibility of experiencing catastrophic costs
- How does it work
 - LA assesses the potential service user
 - Calculates the notional cost-value of the care services that would be provided
 - Uses current needs-eligibility and care planning practice for this calculation
 - A ‘meter’ is started which adds up over time the indicative care cost (excluding hotel costs in residential care) – called a **care account**
 - The metered costs is then compared to cap level (£72,000 from April 2016)...

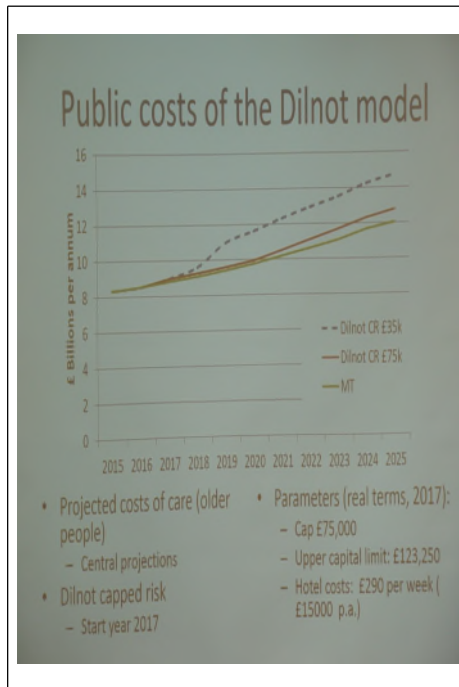
PSSRI



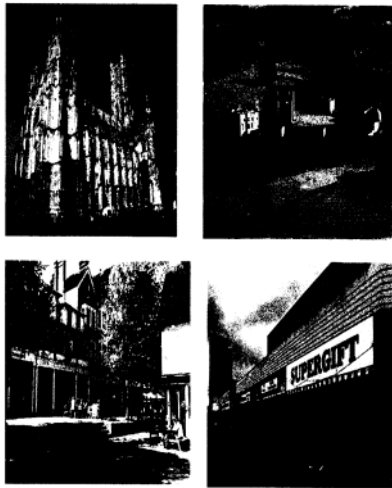
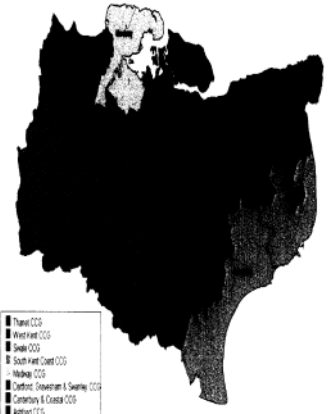
Implications

- Service users’ expenditure on **assessed care costs** limited to cap level over their lifetime
- But other charges (hotel charge and care cost premium) still accrue
- ... so risk of people facing catastrophic costs is *reduced*
- ... but even post cap most people will continue to meet some of the cost
- At a £72,000 limit a little less than 20% of people will reach the cap.
- Also relatively few people will survive long enough to
- Many self-funders will pay significantly more than the cap amount before reaching the cap

PSSRI

2. 영국 켄트 지방정부 방문 자료



<h3>환영합니다 - Welcome</h3> <p>Kent County Council</p> 	<h3>The challenges facing Adult Social Care</h3> <p>What Kent is doing about it</p> <p>Mark Lister MP Chairman, Health Select Committee 4 June 2016</p> 
<h3>Kent – a diverse County</h3> 	<h3>Kent – a diverse County</h3> <p>Clinical Commissioning Groups and District boundaries</p>  <p> ■ Thanet CCG ■ Swale CCG ■ South East Coast CCG ■ Maidstone CCG ■ Dartford, Gravesham & Swale CCG ■ Canterbury & Dover CCG ■ Ashford CCG □ District Boundary </p> <p>Produced by Kent & Medway Public Health Observatory (PHE 1302016) Source: NHS South of England, ONS</p>

Kent County Council



2015-16 budget - £1.8 billion
(net expenditure) split into three areas:

- Direct services to the public: £1.6 billion
- Financing items: £130 million
- Management, support services and overheads: £92 million

Leader/Cabinet

Social Care, Health and Wellbeing Corporate Director Andrew Ireland	Education and Young People's Services Corporate Director Patrick Leeson	Strategic and Corporate Services Head of Paid Service David Cockburn	Growth, Environment and Transport Corporate Director Barbara Cooper
---	---	--	---

Social Care, Health and Wellbeing Directorate

Corporate Director
Andrew Ireland



Adult Social Care Budget
£334.1 million net

Anne Tidmarsh Penny Southern Mark Lobban Phillip Seguroia Andrew Scott-Clark



Director, Older People and Physical Disabilities (OPPD)



Director, Disabled Children, Adult Learning Disability and Mental Health



Director, Commissioning



Director, Specialist Children's Services



Director, Public Health

Adult Social Care

Legal framework in England

Domestic Violence
Strategic Policy Unit
4 June 2017



Difference between Adult Social Care and Health

Adult Social Care

- responsibility of local authorities (in Kent this is Kent County Council)
- mostly subject to a means-tested charge but some aspects are free (e.g. six weeks enablement, equipment)
- subject to national eligibility criteria
- mix of providers, including the private and voluntary sector

Health

- responsibility of the National Health Service (NHS)
- free at the point of delivery
- universal services based on need
- most of provision is direct from the NHS; 6% from private sector

Major change to Adult Social Care law

- Since 1948, Adult Social Care law has been governed by many Acts of Parliament, regulations and statutory guidance

- From April 2015, the above have been replaced with the **Care Act 2014** and its accompanying regulations and statutory guidance



The Care Act

The Care Act:

aims to make the law

- simpler and more up to date
- focused on a broad definition of wellbeing and outcomes that matter to individuals – both for people with care or support needs and carers
- focused on prevention and early intervention
- fairer, so that people are protected from spending all their savings and assets on care costs

is being introduced in two stages

- April 2015 – most of the new legal framework
- April 2016 – the cap on how much an individual spends on care and greater support for people with moderate assets

New legal framework from April 2015

- Duty to assess and meet the eligible needs of BOTH:
 - Individuals with care and support needs AND
 - Carers
- National minimum eligibility criteria – three stage test:
 - Needs related to a physical or mental impairment
 - Cannot meet at least two outcomes
 - Significant impact on wellbeing
- Power to delegate most functions but legal responsibility remains with the local authority
- Duty to promote wellbeing, prevent, reduce and delay needs, provide information, advice and independent advocacy
- Duty to promote a diverse and high quality market of care and support (including prevention services)

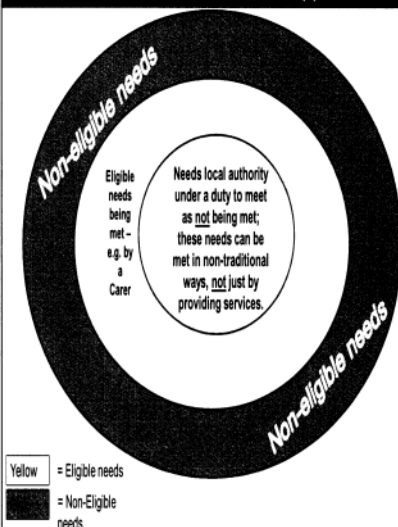
The eligibility criteria

Eligibility decision process		
1. Needs	2. Outcomes	3. Wellbeing
The adult's needs arise from or are related to a physical or mental impairment or illness	As a result of the needs, the adult is unable to achieve two or more of the following:	As a consequence, there is or is likely to be a significant impact on the adult's wellbeing, including the following:
	<ul style="list-style-type: none"> a) Managing and maintaining nutrition; b) Maintaining personal hygiene; c) Managing toilet needs; d) Being appropriately clothed; e) Maintaining a habitable home environment; f) Being able to make use of the home safely; g) Developing and maintaining family or other personal relationships; h) Accessing and engaging in work, training, education or volunteering; i) Making use of necessary facilities or services in the local community including public transport and recreational facilities or services; j) Carrying out any caring responsibilities the adult has for a child 	<ul style="list-style-type: none"> a) Personal dignity (including treatment of the individual with respect); b) Physical and mental health and emotional wellbeing; c) Protection from abuse and neglect; d) Control by the individual over day-to-day life (including over care and support provided and the way it is provided); e) Participation in work, education, training or recreation; f) Social and economic wellbeing; g) Domestic, family and personal relationships; h) Suitability of living accommodation; i) The individual's contribution to society

How must eligible needs be met?

- Local authorities must only meet UNMET eligible needs; that is those not being met by a carer
- The Care Act increases the right for carers to get support which helps them to maintain this role. In the long run this should help to reduce pressure on the local authority
- The Care Act encourages local authorities to meet unmet eligible needs in new innovative ways, not just by providing traditional services
- Emphasis is on what the person and the community can do to meet needs – both eligible and non-eligible

Total needs for care and support



Key changes expected in April 2016

Cap on care costs

- This puts an absolute limit on how much an individual has to spend on their eligible care/support needs
- Once a person reaches the cap the local authority will take over paying for the reasonable cost of their eligible needs
- Until they reach the cap a person will either:
 - Pay the full cost if they have more than the upper capital threshold OR
 - If they have less than the upper threshold they will pay a means-tested contribution
- The cap will be £72,000 for those who develop eligible needs above age 25
- Free lifetime care if needs develop under age 25

Increase to capital thresholds (£23,250 currently)

- £27,000 for people living in their own homes in the community
- £118,000 for most people in residential care (if their former home is disregarded it will be £27,000)

Example

In the following example...

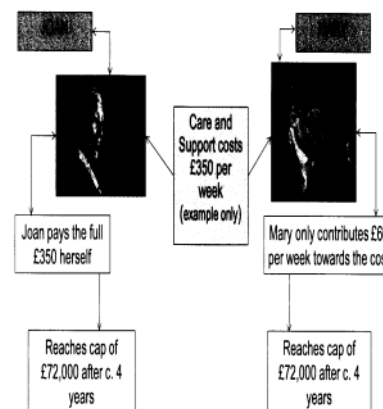
JOAN has capital over the threshold so she pays the full cost of her care until she reaches the cap

MARY has no capital and so she only pays a means-tested contribution based on her income until she reaches the cap

In both cases what count towards the cap is what the local authority has determined is **sufficient** to meet their eligible needs. Therefore in order to take advantage of the cap a person needs to be assessed by the local authority even if they will go on to pay the full cost of their care until they reach the cap

Example of a person living in their own home

Both need the same amount of care and support



Key challenges

- Local authorities will have to assess (both for care needs and financially) many more people than we do currently (including all the self-funders who want to take advantage of the cap)
- We have to decide if and how to use our new delegation powers and also develop new ways of assessing people (including online self assessment and light-touch methods)

Key opportunities

Assessing more people at an early stage should allow us to:

- do more to help prevent and delay care and support needs
- keep more people living in the community rather than going into residential care or hospital
- keep more people living independent, fulfilled lives for as long as possible

Adult Social Care

Enablement

Mr. S. Smith
Assistant Director, Adult Care
March 2016

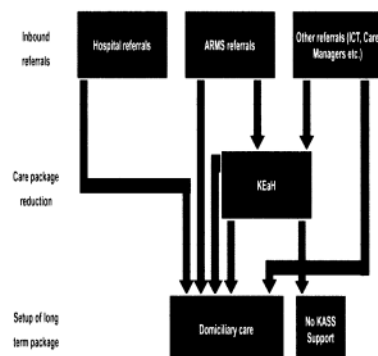


Enablement

Enablement is:

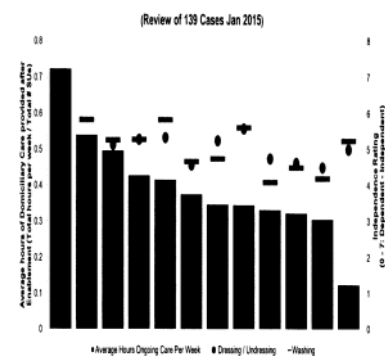
- about helping people regain the ability to look after themselves following illness or injury
- aimed at keeping people as independent as possible for as long as possible
- different to traditional home care, so when staff are delivering the service they need to think and behave differently

Enablement approach

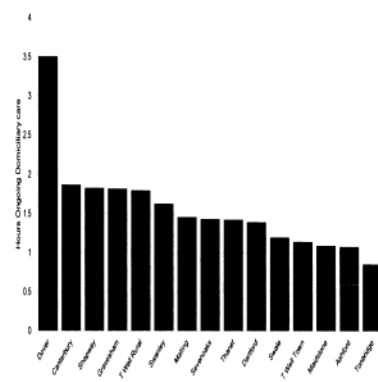


How to improve outcomes

Care package vs need analysis



Scalability – opportunity by team



The challenges in Adult Social Care

What Kent is doing

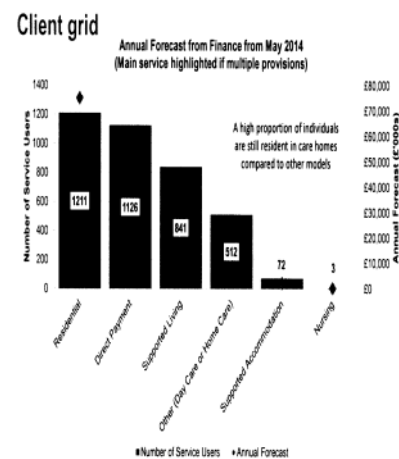
Multi-system
Shared Commissioning
April 2015



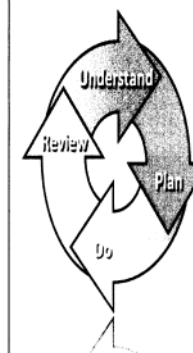
Adult Social Care delivery

- Provide care for over 6000 people enabling them to live safely in their own homes
- Personalised budgets and direct payments enable over 3000 people to have choice and control over their care
- Deliver enablement services for 400 people a month following discharge from hospital
- Maintain independence and reduce hospital admissions by supporting over 3000 adults with telecare services
- Day care services for over 2000 adults, including social and educational activities enable people to live healthy and fulfilled lives
- Support over 1500 adults with a learning disability live independent lives in their own homes or with family carers
- Increased the proportion of people with mental health needs who live in a stable environment, on a permanent basis to 82%
- Supported over 5000 carers

Current position - residential



What is commissioning



Commissioning is the process for deciding how to use the **total resource** available for people, in order to **improve outcomes** in the most **efficient, effective, equitable and sustainable way**.

Commissioning for better outcomes

Good commissioning is ...

1. Is person centred and focuses on what people say matters most to them
2. Promotes health and wellbeing for all
3. Delivers social value
4. Is coproduced with people and their communities
5. Promotes positive engagement with providers
6. Promotes equality
7. Is well led by local authorities
8. Demonstrates a whole system approach
9. Uses evidence about what works
10. Ensures diversity, sustainability and quality of the market
11. Provides value for money
12. Develops the commissioner and provider workforce

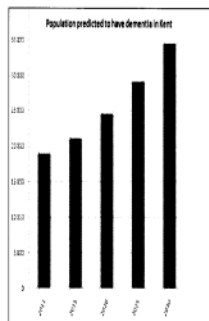


Well led
Nationally
12 Standards
Select Commission
Procurement &
Commissioning
Outcome Framework
Commissioning
Framework

Inclusive

Pressures

- Increase in demand
- Reduction in resources



medium term
financial plan

Kent.gov.uk/Health

Context for Adult Social Care transformation

KCC needed to reduce spend, to help fund the public deficit. A large proportion of these savings needed to come from social care.

We wanted to achieve this while simultaneously improving social care outcomes for the people of Kent.

Savings of the magnitude required could only be achieved through transformation and a radical change in our investment profile.

As part of this process, we have worked with our partners to develop a new business model for the provision of adult social care services.

Our challenge and approach

Scale of the challenge

- Better outcomes
- £70 million less

Leading transformation

- Programme Management Office
- Clear vision
- Prioritisation
- Allocation of resources

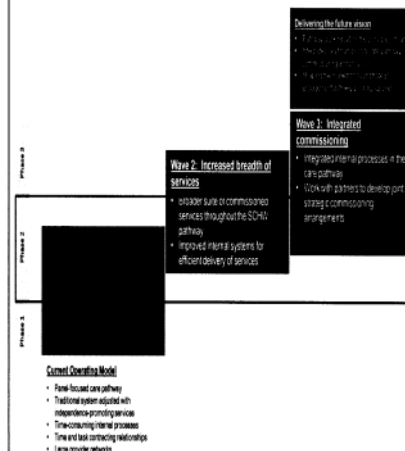
Transformation approach

- Work in phases
- Evidence based

Requirements for successful integration

- Understand respective priorities
- Prepare for future opportunities

Transformation - a waved approach



What we have done

Improvements to pathways

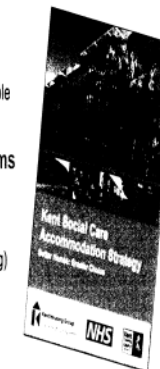
- Telecare – 1000 additional people
- Enablement – 2000 additional people

Optimisation of community teams

- Lead times reduced by 70%
- Overdue reviews reduced by 60%
- 23% reduction in staff (8 – 8 working)

Accommodation Strategy

- Right beds in the right place



What we will do next

KCC Adult Social Care

- A smaller intelligent commissioning organisation
- Safeguarding, complex cases and assurance

Core purpose
efficiency &
effectiveness
of whole system

Prevention Strategic Provider

- First contact, information and advice, promoting self care
- Developing community capacity and networking Voluntary Community Sector

Core purpose
preventing
inappropriate
referrals to health
& social care

Enablement Strategic Provider

- Rapid response, GP access, 24/7
- Short term (intermediate care) bed management

Core purpose
maximising
independence

Kent as Integration Pioneers

Adult Social Care

Health and Social Care Integration

© Kent
Health & Social Care
Integration



Kent – a complex system

CCGs in Kent and Medway



The integrated care and support Pioneer programme

- 14 areas selected to lead on health and social care integration
- Support from the Department of Health and 40 national partners
- Responsibility to "barrier bust"
- Underpinned by the Better Care Fund and NHS Five Year Forward view

The Kent vision



More people are living with multiple long term conditions, this is a challenge locally and nationally to the public's health but also an opportunity to deliver services in a way that improves outcomes, improves experience of care and makes best use of resources.

Using the Integration Pioneer and Better Care Fund the citizens of Kent can expect:

- Better access – co-designed integrated teams working 24/7 around GP practices.
- Increased independence – supported by agencies working together.
- More control – empowerment for citizens to self-manage.
- Improved care at home – reduction for acute admissions and long term care placements, rapid community response particularly for people with dementia.
- To live and die safely at home – supported by anticipatory care plans.
- No information about me without me – the citizen in control of electronic information sharing.
- Better use of information intelligence – evidence based integrated commissioning.

Local implementation – care coordination

- Access to services with seven day working
- Care planning - one care plan owned by the citizen and information shared across different organisations
- Self management - providing people with the right tools, information, advice and guidance to self manage
- Community teams - services wrapped around the individual

Transformation as an Integration Pioneer

• Workforce

Increased numbers on the ground.

• Out walls

Access to specialist care in the community.

• Integrated discharge teams – utilising technology and information

Electronic shared care plans – accessible from within GP,

- hospital, ambulance, social care,

Maintaining people's independence in their own home.

- Financial flows across the whole system.

Reduction in acute admissions.

Integration – whole system transformation

The building blocks:

- The Better Care Fund – 2016
- The Health and Wellbeing strategy – 2017
- Kent's Pioneer programme – 2018
- Clinical Commissioning Group strategic plans – 2019
- KCC's Adult Social Care transformation plan

Measuring success

- By using The Narrative – measuring against "I Statements" for better outcomes and experience
- Whole system impact and assessing the impact together – co-evaluation
- New integrated models of commissioning and procurement
- Multi-level outcomes measures at Health and Wellbeing Board, including financial sustainability

pioneers@kent.gov.uk



Adult Social Care

That's how Kent is doing it!

How to report
Child and Adult Social Care
to the CQC



3. CQC(사회서비스품질관리감독위원회)

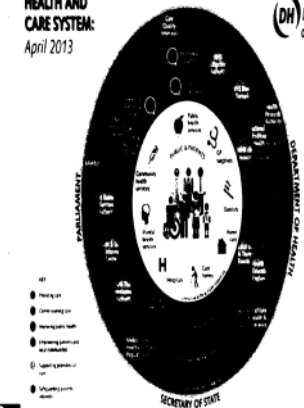


The Care Quality Commission

Paul Bate and Paul Durham
5 June 2015

What does health and care look like in England?

HEALTH AND
CARE SYSTEM:
April 2013



Who are we and what do we do?

Our purpose

We make sure health and social care services provide people with safe, effective, compassionate, high-quality care and we encourage care services to improve

Our role

We monitor, inspect and regulate services to make sure they meet fundamental standards of quality and safety and we publish what we find, including performance ratings to help people choose care



Who do we regulate?

- ① Care homes
- ① General practitioners and doctors
- ① Dentists
- ① Hospitals
- ① Ambulances
- ① Mental health services
- ① Care in people's homes (home care agencies, mobile doctors and services over the phone)
- ① Hospices
- ① Clinics (including family planning, slimming and abortion clinics)
- ① Community services (including services for people with learning disabilities or substance abuse problems)

How do we define quality?

- ❶ Safe
- ❷ Effective
- ❸ Caring
- ❹ Responsive to people's needs
- ❺ Well-led



What are the influences on quality?

- ❶ Providers
- ❷ Commissioners
- ❸ Professionals
- ❹ Regulation
- ❺ Voice of people who use services

How did we get here?

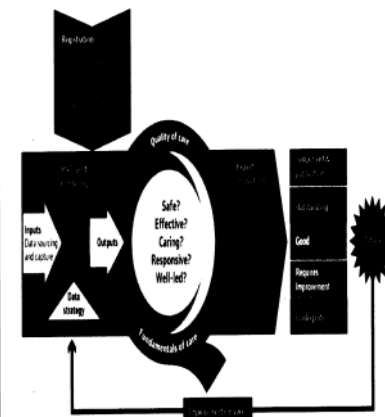
- ❶ CQC formed in 2009 from
 - Commission for Social Care Inspection
 - Mental Health Act Commission
 - Healthcare Commission
- ❷ Used a one size fits all approach to regulation
- ❸ Inspectors worked across all provider types
- ❹ This model didn't work well
- ❺ Major review of how we work started in 2012
- ❻ Consultation (A New Start) about proposed changes published in 2013

What's our new approach?

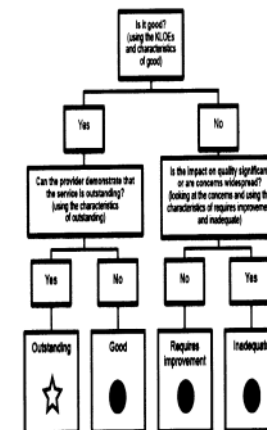


- ❶ A sector-based approach, specialist inspectors, larger, expert inspection teams, and use of experts by experience
- ❷ Intelligent Monitoring
- ❸ Ratings at service and provider level
- ❹ More rigorous approach to registration
- ❺ The five key questions

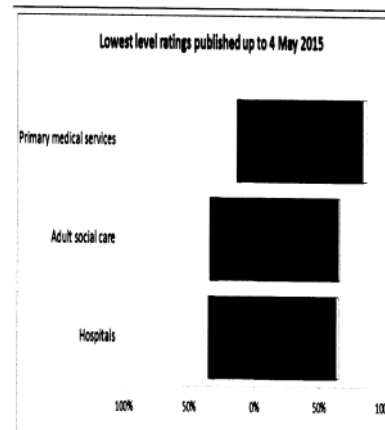
What's our new approach?



Ratings

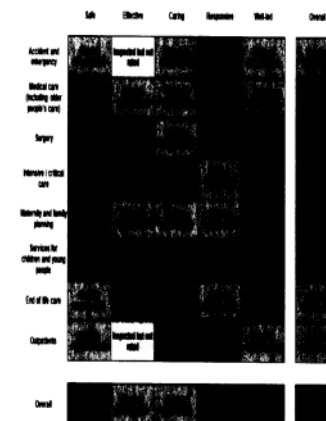


What are we finding?

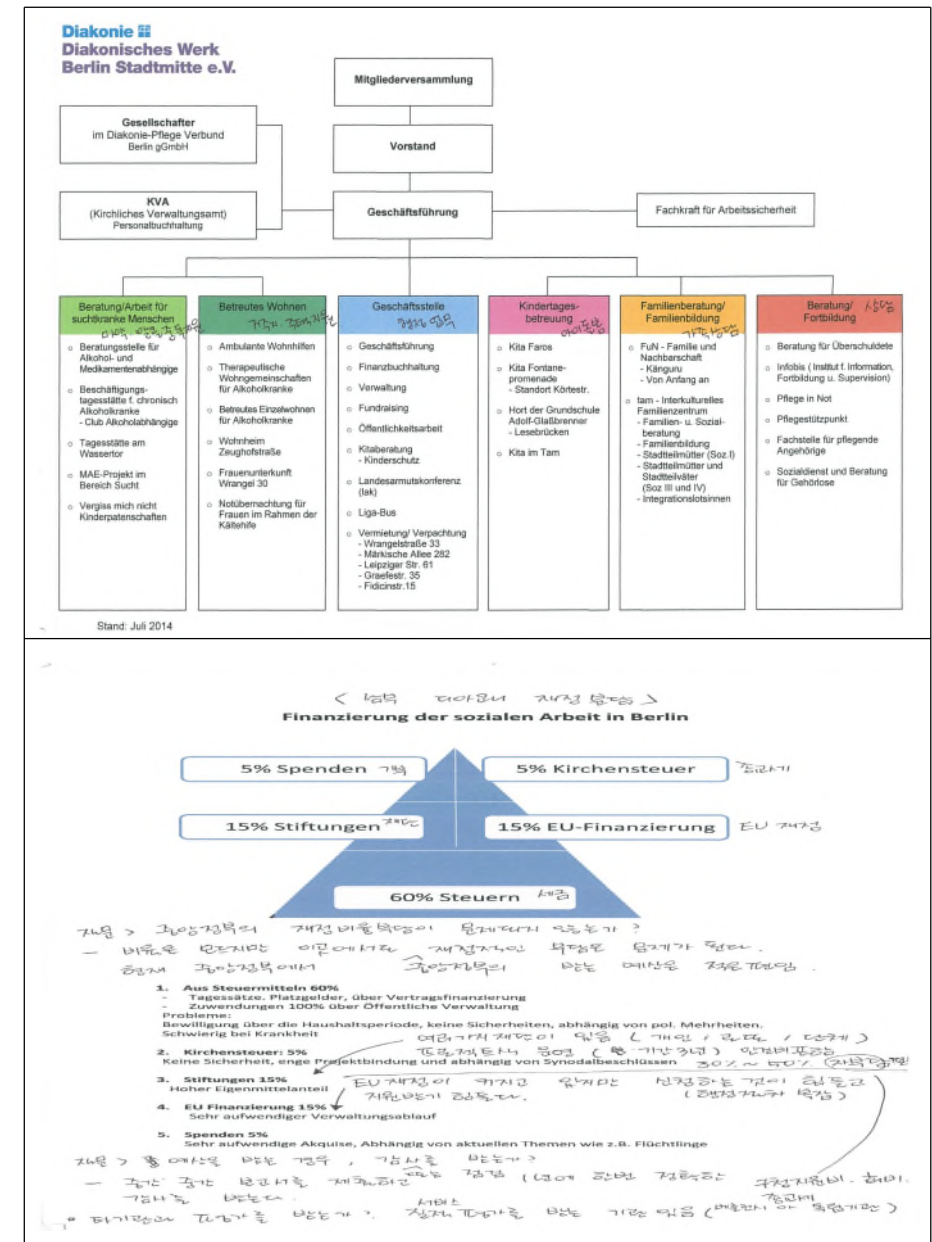


Variation within and between providers

Western Park Hospital – rated May 2014:

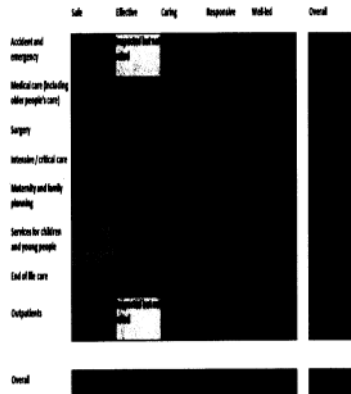


4. DIAKONIE



Variation within and between providers

Friday Park Hospital - rated September 2014:



What's our role in enabling change?



What's our journey in 2015/16?



1. Regulating new care models
2. Looking at quality of care pathways
3. Looking at quality of care in your locality

What does the future hold for CQC?

- Asking providers to self-report on their quality?
- Checking providers have effective quality and safety systems?
- Responding to information of concern?
- Looking at quality beyond providers?
- Encouraging improvement alongside partners?



5. Weisse Siedlung(마을자율경영사업)

Jugendtreff Sunshine Inn

WEISSE SIEDLUNG AKTUELL
TIPPS - TERMINE - TREFFS

Juni 2015

Nachbarschaftstreff
Sonnenblick

Jugend-, Kultur- und Werkzentrum Grenzallee

Kita Debora und Familienzentrum

Dieselstraße 9, 12057 Berlin, Tel.: 30644666, Fax: 30644668
www.weisse-siedlung.de
Email: weisse-siedlung-dammweg@weeberpartner.de
Sprechzeiten: Mittwoch 15-18 Uhr, Freitag 10-13 Uhr

Raum für Mädchen
Für Mädchen im Alter von 12 bis 21 Jahren gibt es im Jugendtreff Sunshine Inn nun wieder jeden Freitag ab 16 Uhr einen Mädchennachmittag mit tollen Angeboten. Es wird getanzt, gemeinsam gekocht und natürlich auch geplaudert. Außerdem sind verschiedene Ausflüge geplant. Es gibt aber auch genug Raum für eigene Ideen und Vorschläge. Das Team vom Sunshine Inn ist offen für Anregungen. Unterstützt wird das Projekt im Rahmen des Projektfonds aus dem Programm Soziale Stadt.

Nachbarschaftstreff Sonnenblick
Sonnenallee 273, 12057 Berlin, Tel.: 39201032, Fax: 39201034
Email: info@sonnenblick-neukoelln.de
Öffnungszeiten: Montag bis Donnerstag 9-18 Uhr, Freitag 9-13 Uhr

Spielenachmittag
Dienstag, 9. Juni, 14-16 Uhr
Bei schönem Wetter kann auch draußen gespielt werden.

09.06. „Weiche Werte in der Erziehung gibt es?“
23.06. „Wie bereite ich mein Kind gut auf die Schule vor und wie funktioniert das deutsche Schulsystem?“

Mittwoch 9-11 Uhr
03.06. Elterncafé
17.06. „Glauben - was ist das überhaupt?“
24.06. „Mein Kind ist ein Dickkopf“
„Wenn Ärger krank macht“

Donnerstag 15.30-17 Uhr
04.06. Eltern-Kind-Café
11.06. Wir suchen Wildkräuter mit dem Freilandlabor Britz e.V.
Treffpunkt ist vor der Kita Hebammensprechstunde

Dammweg 241, 12057 Berlin, Tel.: 68057003, Fax: 68057005
www.kch-dammweg.de, Email: team@kch-dammweg.de
Öffnungszeiten: Montag bis Freitag, 13.30-18.30 Uhr

Regelmäßiges Programm: Lernhilfe - Clever macht Spaß, Computerwerkstatt, Com@gss, Internet, Hausaufgabenhilfe, Kochgruppe, Fahrradwerkstatt, Kreativbereich, Fotogruppe, Tischtennis, Fuß- und Basketball, Projektstage

Sonnenbergwerk
Dammweg 228, 12057 Berlin, Tel.: 68975090, Fax: 68975099
www.sonnen-g-oidanet.de, Email: berlin-08g20@versanet.de

Regelmäßiges Programm: Es finden an den Nachmittagen verschiedene AGs statt, z.B. Tanzen, Kochen, Chor, Inliner-Hockey und Fußball.

Aronstraße 63, 12057 Berlin, Tel.: 68055252
Dienstag ab 17 Uhr
Gesellschaftsspiele bei Kaffee & Kuchen

Jugendtreff Sunshine Inn
Sonnenallee 273, 12057 Berlin, Tel.: 68056444
Öffnungszeiten: Dienstag bis Donnerstag, 16-21 Uhr

Mittwoch ab 17 Uhr Tanzen: für Mädchen und Jungen

Donnerstag 16-21 Uhr KochShop mit Ilyas: Jede Woche wird ein neues leckeres Gericht gemeinsam zubereitet und gegessen.
ab 17 Uhr Tanzen: für Mädchen und Jungen

Freitag ab 16 Uhr Raum für Mädchen

Jugend-, Kultur- und Werkzentrum Grenzallee
Grenzallee 5, 12057 Berlin, Tel.: 68056333, Fax: 6835992
www.grenzallee.com, Email: team@grenzallee.com
Öffnungszeiten: Montag bis Freitag, 14-21 Uhr

Regelmäßiges Programm: Computer und Internet, Tanz- und Musikworkshops, Schlagzeug- und Gitarrenunterricht, Beratung, Sport, offenes Café, Tonstudio, diverse Veranstaltungen und Kulturabende, Holzwerkstatt

Kita Debora und Familienzentrum
Kita Debora: Aronsstraße 134, 12057 Berlin, Tel.: 68054945, Fax: 35128994
Email: ev-kita.aronstraesse@kk-neukoelln.de
Familienzentrum: Aronsstraße 134, 12057 Berlin, Tel.: 74775277
Email: familienzentrum@kva-berlin-sued.de

Sommerfest
Freitag, 12. Juni, ab 15 Uhr
Alle Familien sind herzlich eingeladen, den Sommer einzuläuten. Absoluter Highlight ist in diesem Jahr die Zaubervorstellung. Familien können sich hier im Jonglieren, Balancieren und Zaubern versuchen. Gegen Ende des Festes gibt es auch noch eine kleine Theateraufführung zum Mitmachen. Das Fest wird aus dem Aktionsfonds des Quartiersmanagements Weiße Siedlung gefördert.

Montag 9.30-11 Uhr Spielgruppe für Eltern mit Kindern: für Kinder im Alter von 6 Monaten bis 2 Jahren
01.06. Eine Hebamme gibt Tipps zur gesunden Ernährung.

Dienstag 9-11 Uhr Elterncafé mit den Stadtteilmüttern
02.06. Frühstück mit Filmvorführung „Wege aus der Brüllfalle“

Hundetraining
Donnerstag, 11. Juni, 12-14 Uhr
Treffpunkt ist auf dem Platz vor dem Sonnenblick.

Bingo
Dienstag, 16. Juni, 15-17 Uhr
Es gibt wieder kleine Preise zu gewinnen.

Workshop: Wünsche richtig wünschen lernen
Mittwoch, 17. Juni, 15-18 Uhr

Montag 12-13.30 Uhr
01.06. Kasseler mit Kartoffelbrei und Sauerkraut (4,50 Euro)
08.06. Hackbraten mit Kartoffeln und Mischgemüse (4,00 Euro)
15.06. Chinapfanne mit Reis (3,50 Euro)
22.06. Makaroni mit Tomatensauce (3,00 Euro)
29.06. Spinat mit Kartoffeln und Spiegelei (3,00 Euro)

15.30-18 Uhr
Dienstag 12-13.30 Uhr
09.06. Suppentopf
23.06. Gemüsesuppe (1,50 Euro)
15-17 Uhr Griesbrei mit Erdbeeren (1,50 Euro), offen für alle
Mittwoch 10-12 Uhr Frauenfrühstück: Jede bringt etwas mit!
10-12 Uhr Sozialberatung: in türkischer Sprache
14-16 Uhr Allgemeine Beratung: Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen, Schreiben von Briefen und Sonstigem
15-17.30 Uhr Tipps rund um den Computer am 10.06. und 24.06.

Donnerstag 12-15 Uhr Nachbarn kreativ: Nähen, Malen von Bildern, Stricken und Häkeln, Sticken, Seidenmalerei und vieles mehr
15-18.30 Uhr Nachbarschaftscafé
Freitag 9-11 Uhr Bauchtanz: für Frauen und Kinder
05.06. Nachbarschaftsfrühstück
Großes Frühstücksbuffet, Kosten: 3,50 Euro

Herausgeber:
Quartiersmanagement Weiße Siedlung Dammweg
Weeber-Partner/W-P GmbH, Dieselstraße 9, 12057 Berlin
Druck: CEWE-PRINT GmbH, Meerweg 30-32, 26133 Oldenburg