

네덜란드 장기요양보장 제도 개혁의 특성과 시사점

The Characteristics of Long-term Care Reform in the Netherlands and Its Implications for Korea

김 중 성*

한려대학교 사회복지청소년학과

Jong Sung Kim

Department of Social Welfare, Hanlyo University

(초록)

본 연구는 네덜란드 장기요양보장 제도의 현황과 제도개선 과정, 특히 2007년과 2015년 제도개혁의 내용과 방향, 그 특성을 분석하여 우리에게 주는 정책적 시사점을 도출하는데 목적을 두었다. 이를 위해 각종 선행연구 결과와 언론보도 자료, 인터넷 자료, 네덜란드 보건당국이 발표한 정책 자료를 분석하였다. 네덜란드 장기요양보장제도는 두 차례의 제도 개혁을 통해 현재는 건강·요양·복지통합체계 내에서 운영되고 있다. 이 통합체계의 핵심 요소는 지역성과 통합(포괄)성이다. 지역성이란 AIP(Aging In Place, 노인의 지역 거주)를 강화하여 생활권역을 기반으로 개인별 장기요양욕구를 파악하여 지역과 개인의 특성과 관습, 가치에 따라 해결방식을 모색하며, 주민참여에 의한 서비스 제공을 강조하는 것을 이른 반면, 포괄성은 다양한 서비스의 통합제공, 서비스 공급주체의 다양화, 서비스 대상의 포괄성을 말한다. 최근 우리나라 정부가 커뮤니티 케어(communitary care) 체계의 구축을 정책방향과 목표로 제시하고 있는 가운데 이러한 네덜란드의 개혁 사례는 우리에게 효과적인 건강·요양·복지통합체계의 구축과 예방시스템 도입을 위한 중장기적인 정책을 설계하고 추진하는데 적지 않은 도움이 될 것으로 사료된다.

주제어 : 초고령 사회, 노인요양, 지역사회 중심 통합 케어, 네덜란드 건강 케어

(Abstract)

This study was designed to derive policy implications for Korea by identifying the status of the current Dutch

* 교신저자, 우 57764 전라남도 광양시 광양읍 한려대길 94-13 한려대학교 사회복지청소년학과
김중성 교수 (e-mail: gotop99@hanmail.net)

long-term care system through analyzing the content and direction of the system reformed in both 2007 and 2015. The research method of this study was to analyze a number of research results, press reports, Internet data, and policy data released by the Dutch health authority. The current Dutch long-term care insurance system has been operated within the community-based integrated care system that was reformed twice. The key elements of this integration system are locality and comprehensive meaning. Locality is to strengthen the aging in place, to identify individual long-term care needs based on the living area to seek solutions based on regional characteristics, customs and values, and to emphasize the importance of community participation. Comprehensive meaning is to integrate various services, to diversify the service provider, and to include the service target. While the Korean government has recently began to present the project of establishing a community care system, it is stated that Dutch reform cases are seen as a model of long-term strategy for designing and adopting an effective health, care and welfare integration system.

Key words : *Super-aged society, Elderly care, Community-based integrated care, Healthcare in the Netherlands*

I. 서 론

우리나라의 노인장기요양보험 제도는 올해로 도입된 지 만 10년이 지났으며, 당초 우려와 달리 제도의 정착이 대체로 원만하게 되어 간다고 보인다. 그러나 이런 긍정적 평가와 더불어 대다수 전문가들은 제도의 지속 가능성에 대한 우려와 함께 많은 문제점들을 지적하고 있다(이상이, 2018). 제도가 도입된 후 제도내용과 운영과정에서 가장 일반적으로 지적되고 있는 문제점은 서비스의 양과 질의 한계 문제, 서비스 단편이나 단절성(비연속성), 낮은 수급비율, 접근성, 책임성 등이다. 이외에도 예상보다 빠른 초고령사회로의 진입(예정)과 80세 이상 수급자 증가 등 인구학적 배경에 의한 장기요양비용의 증가에 대한 정부의 재정적 부담과 압박, 급격한 정책 환경의 변화에 대한 미온적인 정부의 태도 역시 지적되고 있는 문제점 등이다(이미진, 2017).

문제인 정부가 출범하면서 포용적 복지시

대의 새로운 출발을 알리고, 지난 10년 동안의 건강·요양·복지정책의 성과를 발표하면서 평소 살던 곳에서 이웃과 어울려 살 수 있도록 하는 지역사회 중심의 통합 복지체계인 ‘커뮤니티 케어’를 중점적으로 추진해 가겠다는 내용의 미래 비전을 제시했다. 당시 그러한 내용을 발표했던 보건복지부 장관은 2018년 9월 ‘사회복지의 날’ 기념행사에서 “커뮤니티 케어는 앞으로 우리나라 보건복지패러다임 변화의 새로운 이정표가 될 것이라고 말하고, 사회보장위원회 내에 ‘커뮤니티 케어 전문위원회’를 설치하고, 커뮤니티 케어종합발전계획을 마련해 2019년부터 본격적으로 시범사업을 실시한다.”고 밝혔다(국민일보, 2018). 이처럼 문제인 정부가 발표한 건강·요양·복지정책의 새로운 관점은 국가마다 약간의 차이가 있지만, 이미 네덜란드나 독일, 일본 같은 요양선진국에서는 수용되어 제도적으로 시행되고 있다.

이에 본고에서는 우리나라의 건강이나 요

양, 복지정책의 방향을 학문적인 관점에서 설정해보기 위한 목적으로 1968년 세계에서 가장 먼저 장기요양보장 제도를 사회보험방식으로 도입해 그동안 건실하게 제도를 개선하고, 개혁을 단행해온 네덜란드의 제도를 연구대상으로 하였다. 본고의 목적은 네덜란드 장기요양보험제도의 현황을 개략적으로 살펴보고, 제도가 형성되어 발전해온 과정, 특히 2007년과 2015년도의 제도 개혁의 방향과 특성을 분석하여 우리나라에 도움이 되는 정책적 시사점을 제시하는 데에 있다. 연구 방법으로는 각종 국내외 선행연구 결과와 온오프라인 언론보도 자료, 네덜란드 보건당국이 제시한 정책 자료를 분석하는 방식으로 진행했는데, 본고의 주요 내용은 1) 네덜란드 장기요양보험제도 현황, 2) 그 동안 장기요양보험 제도의 개혁을 추진한 과정, 3) 2007년과 2015년도 장기요양보험제도 개혁의 주요 내용과 특성, 그리고 4) 한국에의 정책적 시사점으로 구성되어 있다. 곧 네덜란드에서 건강·요양·복지의 통합체계를 구축하기 위한 새로운 정책이념의 수용과 장기요양제도의 개혁과정에서 제시된 방안과 방향성을 ‘지역사회기반의 통합 케어(community based integrated care)’라는 관점에서 검토하여 우리나라에서 건강·요양·복지의 통합체계 구축 가능성과 노인장기요양보험 제도의 개혁을 위한 시사점을 얻고자 하는 것이었다.

II. 네덜란드 장기요양보장 제도의 현황

1. 장기요양보장 제도와 건강보험제도와 의 관계

네덜란드 장기요양제도의 중심은 ‘건강보험에서 적용되지 않는 의료비 지출’을 보장하기 위해 도입한 특별의료비보험(*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*: 이하 AWBZ)¹⁾이다. 사회보험 방식의 장기요양보장 제도를 1968년 세계 최초로 도입한 네덜란드의 장기요양보장 제도는 건강보험제도와 연계되어 운용되어 왔으며, 네덜란드의 역사와 사회문화적 특성이 반영된 독특한 제도로 여겨지며, 또 건강보험제도의 일부로 정비되어 있는 것이 특징적이다(大森正博, 2011).

네덜란드의 건강·장기요양보장 체계는 3개 영역으로 구성되어 있다. 우선 제1영역은 건강보험법(*Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet*; 이하 ZVW로도 표기함)을 근거로 통원치료나 1년 미만의 단기입원 치료(cure)를 보장하는 공적 의료영역으로 우리나라의 국민건강보험과 유사한 것이다. 제2영역은 1년 이상의 입원의료, 장애, 요양 등 비교적 장기간에 거쳐 처치를 요하는 고액중증질환자나 노인, 장애인 등 장기요양이 필요한 사람들을 대상으로 ‘장기요양(long-term care) 서비스’를 보장하는 장기요양보험(AWBZ)이었다. 2015년 장기요양제도의 개혁으로 그 기능이 축소되면서 명칭 또한 신(新)장기요양서비

1) 우리나라의 노인장기요양보험에 해당됨. 본고에서는 특별의료비보험(*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*: 이하 AWBZ)을 장기요양보험(AWBZ) 혹은 AWBZ으로 기술함. 또한 2015년 개정된 법안과 구별하기 위하여 신(新)장기요양보험(Wlz)으로 표시함.

스보험(Wlz)으로 바뀌었는데, 현재는 시설요양서비스만 전담하고 있다. 제3영역은 제1영역에서 대응하지 않은 상급 병실의 요금 및 치과치료, 장기적인 물리치료 등을 보장하는 보충형 민간보험제도가 여기에 해당되며, 임의 가입형태이다. 2017년도를 기준으로 할 때 전체 건강·장기요양비용 가운데 제1영역의 건강보험이 49.7%, 제2영역의 장기요양보험이 43.5%, 그리고 제3영역 민간의료보험이 6.8%를 차지하고 있다(宮本恭子, 2018).

네덜란드의 건강보험(ZVW)과 신(新)장기요양보험(Wlz)은 관리 운영의 측면에서 완전히 분리된 것이 아니라 상호 연계되어 운영되고 있으며, 대상자, 급여 등의 측면에서는 분업관계가 명확하다는 것이 특징이다. 종합적으로 네덜란드의 건강·장기요양보장제도의 특징을 정리하면, ① 장기요양이 건강보험에 포괄되고 있는 점, ② 질병이나 출산만이 아니라 노동재해나 업무상의 질병에도 적용되고 있는 점, ③ 단기·장기 치료, 장기치료와 요양이 연계된 예방과 치료, 요양이 통합적으로 체계적으로 관리되고 있다는 점이다(中沢克佳, 2018).

2. 장기요양보험(AWBZ) 제도

1) 제도의 개요

장기요양보험(AWBZ)은 전 국민을 대상으로 요양이 필요한 모든 국민을 포괄하고 있으며, 보험료를 납부한 가입자는 가입된 보험유형이나 연령에 관계없이 당연 적용을 받는 보편적 적용 원칙을 택하고 있다. 곧 공적보험으로서 당연히 보험자는 국가인데, 민간보험

사(Care Insurer)가 보험자로 되어 있는 건강보험(ZVW)과는 대조적이다. 장기요양보험에서 보험자가 국가이지만 보험의 실제 사무와 운영은 건강보험(ZVW) 보험자인 민간보험사(Care Insurer)가 담당하고 있다. 32개 권역별로 해당 권역에서 가입률이 가장 높은 민간보험회사가 그 지역에서 국가의 보험대행자로서 장기요양보험(AWBZ)의 업무를 맡게 된다. 이용과정에서도 가입자 모두가 건강보험(ZVW)에 가입되어 있으므로 그 보험자인 민간보험사는 피보험자가 거주하는 권역의 지역요양사무소(care office)가 된다. 장기요양서비스는 노인, 장애인, 정신질환자 3개 대상자 영역으로 나누어 제공되고 있고, 대상자 선정, 급여체계, 전달체계가 각각 통합되어 있어 제도운영의 효율성이 높은 편이다(宮本恭子, 2018; 広瀬真理子, 2008).

네덜란드 장기요양보험 제도의 운영기관은 건강보험위원회(CVZ), 보건의료감독원, 등급판정기관(CIZ), 지역요양사무소 4개 기관이 분담된 역할을 담당하고 있으며, 우리나라와 달리 보건의료감독원이나 등급판정기관은 독립적인 형태로 운영되고 있다. 또 건강보험위원회는 건강보험과 장기요양보험에 관한 업무를 총괄 감독 및 조정하는 독립기관이며, 보건의료감독원은 보건의료정책과 장기요양보험 관련 지방요양사무소에 대한 예산 산출 및 수가의 상한액 결정 등 정책에 관한 감독역할을 수행한다. 등급판정기관은 표준화된 평가도구를 통한 객관적인 평가체계 마련하여 사정(assessment)을 실시하고, 지역요양사무소는 실질적 집행기관으로서 주된 업무는 서비스 수가계약, 현금급여 관련 서류 제출, 피보험자의

상담 접수 등이다(김세진, 2012).

네덜란드에서는 장기요양제도 도입 이후 노인인구 수 증가, 사회적입원 등 시설서비스 비용의 증가 등 재정 부담이 상승하면서 2007년과 2015년 두 차례의 제도개혁을 단행하여 가정간호와 같이 의료와 관련된 서비스는 건강보험으로 이관하고, 가사지원 등 재가서비스는 사회지원법(WMO)에 근거 지방정부로 이관하는 등 많은 제도의 변화과정을 거쳐 지금의 장기요양보장 체계를 갖추게 되었다. 후술하겠지만 2015년 이전에는 장기요양보장 급여가 재가서비스와 시설서비스를 모두 제공하였으나 개혁 이후 재가서비스의 대부분이 지방정부로 이관되고, 현재는 24시간 요양이 필요한 중증대상자만을 대상으로 시설서비스만 제공하고 있다. 수급자가 재가서비스를 원할 경우, 패키지화된 재가서비스를 제공하거나 현금급여를 제공하여 수급자가 자율적으로 서비스를 구매할 수 있도록 하고 있다(宮本恭子, 2018).

네덜란드 장기요양제도의 재원은 보험료와 일반조세로 충당되며, 이외 본인 일부부담금과 일부 사회보험료로 충당된다. 주(主)재원이 되는 보험료는 소득비례로 결정되는데, 2015년 이후부터 가정간호는 건강보험재정으로 그리고 가사지원서비스 등 사회지원법(WMO)에 의해 제공되는 장기요양서비스는 세금을 재원으로 한다. 그러나 15세 미만이거나 15세 이상이라도 소득이 없는 사람은 보험료를 납부하지 않는다. 장기요양보험료는 2016년을 기준으로 임금의 9.65%이지만, 상한액 제도를 도입하고 있다. 보험료는 국세청이 징수하여 장기요양기금으로 이전되는데, 우리나라의

국민건강보험공단에 해당되는 CAK(Central Administratie Kantoor: CAK, Central Administration Office)에서 개인의 소득수준에 따라 정률제 방식으로 부과하는 본인부담액 역시 장기요양기금으로 이전되어 서비스 비용으로 사용된다(大森正博, 2011).

수급자의 자격조건은 장애 발생 원인과는 무관하게 일상생활 동작능력(ADL)과 수단적 일상생활 동작능력(IADL)의 평가를 토대로 장애 정도만을 기준으로 하고, 등급판정은 독립적인 평가기관인 CIZ(Care Needs Assessment Center)에서 실시한다. 등급판정을 위한 개인별 욕구사정은 일반적으로 CIZ 지사와 전화상으로 이루어지거나 때로는 전문적인 또는 훈련받은 욕구사정 팀(보통 간호사나 사회복지사 자격증을 소지한 사람들로 구성됨)이 신청자의 집을 방문하여 이루어지기도 한다(大森正博, 2011). 한편 신청자는 등급판정결과 장기요양인정자로 판정되면, 어떤 서비스를 얼마만큼 받을 수 있는지가 명시된 장기요양 인정서를 지역 내 서비스 공급자에게 제출하고 그곳에서 서비스를 제공받을 수 있다(宮本恭子, 2018).

2) 서비스의 유형

장기요양보험(AWBZ)에서 급여로 제공되는 서비스는 구체적으로 서비스명을 제시하고 있는 것이 아니라 기능에 따라 그 기능을 발휘할 수 있는 범주적 서비스(categorical service)로 구분하고 있다. 기능의 구체적인 내용은 이용자의 기능손상에 맞게 제공되는 개인요양(personal care: 목욕, 옷 갈아입기, 면도, 스킨케어, 화장실 도움, 식사수발, 약복용 등), 간

호요양(nursing care: 상처치료, 주사, 자가주사법 시범, 질병대처방법 조언), 안내(guidance: client가 가능한 만큼 독립적으로 생활할 수 있는 능력을 향상할 수 있도록 안내하는 것, 그리고 행동이나 심리에서 문제가 있을 때 그 개선을 촉구하고, 사회활동 참가를 돕는 것 등), 치료(treatment: 질병의 회복 또는 재활, 기술과 행동개선), 입소(accommodation), 단기보호시설(temporary accommodation)의 모두 6가지로 구성되어 있다. 그러나 2007년도에 안내(guidance)의 기능이 사회복지 영역으로 간주되어 지방정부로 이전되었고, 치료(treatment)는 건강보험으로 이전되었다(이수형, 2009).

이와 같은 다양한 종류의 장기요양서비스는 요양시설(nursing home)과 양로시설(residential home)과 같은 시설에서만 제공되고 있다. 급여형태는 현물급여(in-kind benefit)와 현금급여(cash benefit)로, 현물급여와 현금급여를 각각 이용하거나 또는 두 가지를 혼합하여 이용할 수 있다(김미혜 · 이석미, 2007).

3) 등급판정과 개인별 욕구사정

신청자의 욕구를 사정하여 서비스제공 여부 및 판정하는 역할등급판정을 담당하는 기관은 CIZ인데, CIZ는 전국 조직으로 9개의 지부를 두고 있다. 서비스를 이용하기 위해서는 반드시 CIZ의 등급판정을 위한 욕구사정이 이루어져야 하는데, 등급판정을 위한 욕구사정(care assessment)은 어떤 급여 형태를 선택하든 상관없이 신청 6주 안에 이루어진다. 신청을 위해서는 CIZ 사이트에서 신청서를 다운로드하거나 CIZ사무실에 직접 방문하여 신청서를 작성하여 제출하면 된다. CIZ는 신청

자를 시민서비스번호(BSN)로 식별하여, 6개 지구(District) 가운데 해당 사무실을 통해 요양을 위한 욕구사정을 위한 준비에 들어간다. 사정·진단을 통해 신체장애, 노인성 만성질환, 정신장애, 지적 장애, 신체 기능손상, 지각 장애 중 하나만 해당되면 서비스를 받을 권리가 있다(大森正博, 2011).

등급 판정을 위한 욕구사정은 판정 기준에 따라 신청자에게 도움이 필요한 기능(function)이 무엇인지를 파악하고, 각각의 기능 상태에 따라 필요한 서비스 양을 산정한다. 신청자의 상황적 조건을 분석할 때 CIZ는 신청자의 신체기능상태 뿐만 아니라 주변의 다양한 환경적 요인을 중시한다. 예를 들면, 신청자가 현재 국가로부터 다른 사회보장 관련 서비스를 받고 있는지 혹은 일반적인 사회복지서비스로 대체하는 것이 가능한지, 또 서비스 제공에 대한 긴급성이나 지속성, 일관성이 어느 정도 인지를 살펴보고, 역시 가족이나 친구·이웃으로부터 보호나 비공식적 케어(informal-care)를 받을 수 있는 상황인지 혹은 자원봉사인력의 활용이 가능한지 등도 매우 중요하게 강조된다. 그밖에 근로 능력 여부나 교육 환경 등을 종합적으로 고려하여 해당 상황적 조건에 가장 적합한 형태의 서비스를 제공받을 수 있도록 기획한다. 이 과정에서 치료를 담당하는 의사에게 의견을 구하거나, CIZ 직원이 신청자와 전화 면접이나 방문 면접을 통해 보다 세밀하게 요양을 위한 사정 평가를 하고 있는 점이 특징적이다(大森正博, 2011).

다음으로 CIZ는 시설에 입소시켜 서비스로 제공할 것인지, 재가서비스로 할 것인지를 결정한다. 신청자가 치료에 전념할 수 있는 환

경, 보호감독 수준이 높은 환경에서 생활하고자 할 경우 시설서비스를 선택하고, 또한 신청자가 집에 있기를 원할 경우는 비용이 시설서비스를 초과하지 않는 범위에서 재가서비스를 하도록 한다. 또한 장기요양(AWBZ)보험 서비스를 이용할 때에는 가입자가 어떤 수준의 등급을 판정받게 될 것인지는 대략 일반관리법(AWB)에 의해 예측이 가능하다. 이렇게 해서 정해진 등급판정 결과는 지역요양사무소로 전달된다. 등급판정과 요양사정의 결과에 의해 시설의 이용이 필요하다고 여겨진 수급자는 요양대응정도 패키지(ZZP(Zorg Zwaarte Pakketten), care intensity package)에 따르고(<Table 1> 참조), 재가급여 대상자의 경우는 현물급부로 할지, 현금급부(개인 장기요양예산)로 할지, 혹은 양자를 병용하고 싶은

지를 선택·결정하여 지역요양사무소에 알려주어야 한다(김미혜·이석미, 2007; 大森正博, 2011).

ZZP는 시설서비스에 대해 적용되고 있는데, 그 구체적인 내용으로는 간호·장기 요양서비스에서 10개, 정신보건에서 13개, 그리고 장애자 관리에서 29개로 도합 52개의 관리 패키지가 준비되어 있다(김세진, 2012). 각각의 요양대응도 패키지에서 생활, 일상 활동, 치료에 대해 필요한 원조가 정의되어 있다. 따라서 수급자는 자신이 받을 수 있는 서비스의 형태와 수준을 알 수 있다. 재가서비스 가운데 청소, 구매대행, 활동보조 등 가사지원서비스는 2007년부터 사회지원법(WMO)으로 이관되었다(김세진, 2012).

3. 사회지원법(WMO)

사회지원법[WMO(Wet Maatschappelijke), social support act]는 장애인, 거동 불편 노인 등 일상생활에 제약이 있는 사람들에게 지역사회에서 자립이 가능한 일상생활의 보장을 목적으로 필요한 서비스를 제공해주는 법안으로 2007년부터 도입·시행되었다. 이 사회지원법의 시행으로 그 동안 장기요양서비스(AWBZ)의 일부 급여로 제공되었던 시장보기, 청소 등의 가사 원조, 휠체어 등 활동보조서비스의 업무와 사회복지법이나 장애인복지법에 근거하여 각기 제공되었던 지역복지서비스를 통합하여 지방자치체가 담당하게 되었다. WMO에서 제공되는 서비스는 크게 9개로 구성되어 있는데, 그 중 가장 핵심적인 서비스는 사회적 연대강화 및 지역사회에서의 생활

<Table 1> 시설급여로서 요양대응 체계

구분	서비스 내용
ZZP 1	노인보호주택 + 일부지원
ZZP 2	노인보호주택 + 지원 + 간호
ZZP 3	노인보호주택 + 상담 + 집중요양
ZZP 4	노인보호주택 + 집중지원 + 연장요양
ZZP 5	노인보호주택 + 치매집중요양
ZZP 6	노인보호주택 + 집중요양 + 간호
ZZP 7	노인보호주택 + 안내 중심 집중요양
ZZP 8	노인보호주택 + 치료·간호중심 집중요양
ZZP 9	간호 + 회복치료(restorative care)
ZZP 10	완화치료, 임종간호

출처: 국민건강보험공단 (2014)

의 질을 향상시켜주는 서비스이다. 그 외에도 지역사회 정보제공 및 가족상담실시, 가사도우미서비스 등의 서비스가 있으며 서비스 수행과 관련된 모든 사항은 지방자치체의 책임 하에서 결정되고 추진된다(大森正博, 2011; 中沢克佳, 2018).

사회지원법에 의한 서비스의 급여 여부는 지방자치체에 설치된 지방위원회에서 결정하는데, 지방위원회는 사회지원법의 서비스 제공여부를 결정하는데 있어 장기요양보험과 마찬가지로 이용자 상태의 평가를 실시한다. 가사원조 등의 사회지원법에서 제공되는 서비스와 장기요양보험으로 보장되는 서비스는 상호관련성이 크기 때문에 대부분의 지방자치체는 사회지원법의 관리 평가를 CIZ나 다른 평가기관과 공동으로 운영하고 있으며, 일부 지방자치체는 외부기관에 완전히 아웃소싱하고 있기도 한다(宮本恭子, 2018).

지방위원회의 사회지원법에 관련된 모든 예산은 매년 중앙정부가 총액을 결정하고, 그것이 각 지방자치체에 배분된다. 이 예산은 일반회계 예산으로 할당되므로 실제 지출이 예산보다 더 적게 이루어지면 잔여예산이 발생하는데, 이 잔여 예산은 지방자치체가 얼마든지 다른 용도로 전용할 수 있기 때문에 사회지원법 관련 예산은 비용 대비 효율성이 높다는 장점을 지닌다. 대부분의 지방정부는 지역사회를 기반으로 하는 통합지원체계를 마련하여 가족이나 친척 지인 이웃이 제공하는 비공식적인 케어도 유료화·공식화하였다. 이를 계기로 네덜란드에서는 분산되어 있던 유사서비스의 통합, 새로운 서비스공급주체와 전달체계의 확립과 함께 고용이나 복지, 장기요

양비용 지출의 효율화 등 복합적인 정책적 목표를 실현할 수 있다는 사회적 합의를 더 공고히 하는 계기가 되었다. 후술하겠지만 2015년도의 제도개혁에서는 이 법이 ‘사회지원법 2015(WMO 2015)’로 명칭이 개정되면서 네덜란드 건강·장기요양·복지체계의 통합화를 한층 더 확대 강화하게 되었다(宮本恭子, 2018).

III. 네덜란드 장기요양보장 제도의 개혁 방향과 특성

1. 장기요양보장 제도의 개혁과정

1) 2007년 이전 제도개선 내용

네덜란드에는 건강보험에서 보장하지 못한 장기요양(long-term care)을 사회보장 범위에 포함시킬 목적으로 1968년 장기요양보험(AWBZ)을 도입했다. 이와 같은 네덜란드의 건강·요양보장체계는 2007년 개혁을 단행하기 이전까지 건강보험(ZVW)과 장기요양보험(AWBZ)으로 구분되어 운영되어 왔다. 장기요양보험은 시행 초기부터 개인별 욕구사정 결과(등급판정)에 따라 선정하는 등 수요를 어느 정도 통제하는 구조로 설계되었기 때문에 낮은 수급율과 가정간호를 받기 위해 장기 대기(waiting list)해야 하는 공급 부족의 문제와 같은 제도 내용이나 운영상의 여러 가지 문제들이 지속적으로 제기되어 왔다(大森正博, 2011).

이런 문제를 해결하기 위한 네덜란드의 건강·장기요양개혁은 20여 년간 논쟁과 사회적

합의 과정을 거쳐, 이미 1990년대에 장기요양 서비스 양과 질의 확보, 제도 운영의 효율화 관점에서 위험균등화, 정액보험료, 의료기관 계약 및 보험자 선택 등의 주요 변화가 진행되어왔으며, 정권의 교체에도 불구하고 이러한 개혁내용의 기본 틀은 유지되었다. 이러한 변화의 내용을 담고 있는 기본계획안이 1987년 Dekker 위원회의 Dekker plan이다(윤열매 · 강지원, 2012; 宮本恭子, 2018). 이 계획안의 주요 골자는 건강보험[2007년 이전의 일반 건강보험인 ZFW(Ziekensfondswet)는 Health Insurance fund Act에 해당되며, 이는 2007년 이후로는 명칭이 ZVW(Zorgverzekeringswet), Health Insurance Act로 변경되었음]과 AWBZ을 기초보험으로 통합하고, 규제 경쟁의 개념을 도입하는 것이었다. 실제로는 규제된 경쟁(Regulated Competition)²⁾은 건강보험에만 적용되었고, AWBZ에는 도입되지 않았지만 보험대행자가 서비스 제공자와 서비스 가격, 품질에 대해 교섭을 하고 계약할 때 가격 상한제는 도입 적용되고 있다(윤열매 · 강지원, 2012).

건강보험제도의 개혁과 함께 장기요양보험(AWBZ)의 비용이 앞으로 더 급격히 증가할 것이라는 전망 속에서 장기요양보장제도 개선의 필요성이 제기되어 왔다. 개선 방향은 서비스의 향상, 접근성 확보, 서비스 구입능력 향상을 목표로 한 것이었는데, 이후 네덜란드 장기요양보장(AWBZ)제도 중심으로 몇 가지

개선안이 도입 시행되었다. 우선 1995년에는 장기요양보장(AWBZ)제도에 개인장기요양예산(PGB)을 도입하였다. 네덜란드는 현금급여를 먼저 실시한 독일의 경험을 토대로 1991년 시범사업을 실시한 후, 1995년부터 재가급여에 한정하여 도입하였다. 이른바 개인별 장기요양예산(PGB)³⁾을 지급하여 당사자로 하여금 자신의 욕구나 생활상황에 따라 필요한 급여를 자유롭게 선택할 수 있도록 한 것이다(김미혜 · 이석미, 2007).

그 동안 장기요양을 의료적 관점에서만 파악하여 수급자의 개별적인 생활여건이나 욕구를 제대로 반영하지 못한 것에 대한 반성에서 장기요양에 대한 새로운 관점과 급여방식을 수용하였다. 또 2003년에는 장기요양급여에 명시 방법이 수급자가 필요로 하는 기능 중심으로 변경되었는데, 이는 서비스가 완수해야 할 서비스 내용을 나타내어 서비스의 대체성을 높이는 목적에서 이루어진 것이었다. 그러나 2000년대 초반 네덜란드에서는 고령화가 빠른 속도로 지속되어 장기요양비용의 재정적 부담을 완화하고 제도의 안정성을 확보해야 한다는 차원에서 비용의 현실화 및 적정화의 과제가 부각되었다. 이에 2004년 장기요양보험(AWBZ)의 이용자 일부 부담액을 인상했고, 2005년에는 장기요양보험(AWBZ)의 권역(region)별 예산의 배분 구조가 도입되었다(국

2) 모든 사람들이 소비자의 선택권을 가지고 의료 이용과정에서 효율성, 접근성, 만족도를 극대화하기 위하여 기존의 보험자 및 의료공급자간의 경쟁체계에 정부가 일정정도 규제를 한다는 의미임.

3) 개인 장기요양예산(PGB)은 가입자에게 현금을 주고, 본인으로 하여금 필요한 서비스를 선택하여 구매하도록 하는 것을 의미하는데, 여기에는 AWBZ에 의한 개인 장기요양예산(PGB from AWBZ)과 함께 사회지원법(WMO)에 의한 개인 장기요양예산(PGB from WMO), 사회고용법에 의한 장기요양예산 등이 있음.

민건강보험공단, 2014).

2) 2007년 1차 제도개혁의 내용

네덜란드에서 장기요양보장제도의 개혁은 1995년도 및 2003-2005년도의 부분적인 개선 과정을 거쳐 장기요양보장제도의 지속가능성 확보, 제도 운영의 효율화 방안, 서비스 공급을 위한 인적 자원의 확보, 서비스의 품질 향상이라는 정책적 과제를 달성할 목적으로 2007년 1차 제도개혁이 이루어졌다. 그 1차 제도개혁의 정책목표는 다음과 같이 제시되었는데, 이들은 ① 서비스 공급자로 자원봉사자나 가족, 이웃, 친구들에 의한 비공식적 케어(informal care)를 확대하는 것, ② 장기요양보장(AWBZ)의 서비스 질을 높여 이용만족도수준을 90%까지 확보하는 것, ③ 이용자의 법적 권리와 의무를 확립하고 국민 누구나 이를 인식하도록 하는 것, ④ 장기요양보장 제도의 개혁을 지속적으로 실시하는 것, ⑤ 이용자 중심의 맞춤형 서비스를 제공하고 또 이용자 중심의 서비스공급체계를 구축하는 것, 그리고 ⑥ 이용자 부담의 현실화 및 적정화를 도모하는 것이었다(大森正博, 2011).

네덜란드의 2007년도 제도개혁에서 가장 특징적인 변화는 앞에서 설명되었던 사회지원법(WMO)의 도입이다. 사회지원법의 시행 목적은 장애인, 거동 불편 노인 등 일상생활에 제한이 있는 사람들이 생활권역에서 특정 불편에도 불구하고 일반적인 사회생활을 용이하게 해주기 위한 사업을 지방자치단체의 업무로 이관하는 데에 있었다. 사회지원법에 의한 서비스의 급여 여부는 지방자치체에 설치된 지방위원회에서 결정한다. 그러나 지방위원회

에 일부 재량권을 부여하고 있다고 하더라도 AWBZ의 부담액과 가사 원조 등 WMO의 서비스 가격을 넘지 않아야 한다는 제한이 있다. 이러한 제도 개혁의 발상은 가사지원서비스처럼 소비의 상한을 책정하기 어려운 서비스는 예산집행에 재량성이 높은 사회지원법의 예산으로 보장하도록 하는 것이 효율성 측면에서 더 바람직하다는 데에 있다(中沢克佳, 2018; 宮本恭子, 2018).

제도개혁의 또 다른 특징은 장기요양서비스 공급체계를 다변화하는 것인데, 그 동안 그간 의사나 간호사, 요양보호사 등 전문가에 의해 제공되는 공식적 케어(formal care)와 함께 가족이나 친구, 자원봉사자 등이 제공하는 비공식적 케어도 공식적인 케어로 인정해주는 제도의 도입이었다. 즉, 지방자치단체가 지역사회에 근거한 통합지원체계를 마련하여, 가족이나 친척, 지인, 이웃 등이 제공하는 비공식적 또는 비전문가 케어를 유료화 및 공식화했던 점이다. 비공식적 케어의 내용은 다양하지만, 간호서비스보다도 정서적 지원이나 가사 지원, 가족 및 서비스 제공자와 동행하여 말벗, 전문가 보조 등의 서비스가 주로 제공되었다. 이들의 서비스 제공은 지역요양사무소를 통해 공식적인 계약과정을 거쳐 이루어진다(大森正博, 2011; 中沢克佳, 2018; 宮本恭子, 2018).

또 장기요양보장(AWBZ) 제도에 의하면, 개인장기요양예산(PGB)의 현금 급여는 시설급여에까지 이용이 가능하도록 확대했다. 이로 인하여 실제로 현금 급여를 수급하는 사람이 늘어났고, 취지대로 이용자의 서비스 선택 폭이 넓어졌고, 또 가족이나 친척, 지인, 이웃이

제공하는 비공식적 케어의 이용도가 증가하게 되었다. 현금 급여를 선택하는 경우는 현금 급여에 소요되는 비용의 25%를 감액하여 제공하게 되는데, 그 이유는 현금급여 수급자들이 효율적으로 서비스를 구입할 수 있을 것이기 때문이다(宮本恭子, 2018).

그 외에 시행된 개혁 내용 중 주요사안을 소개하면, ① 지속적인 증가추세의 치매노인 대책으로 중앙정부 차원의 치매프로그램(National Dementia Program)을 도입한 점이다. 그 프로그램의 특징은 치매 노인에게 많은 사람들의 개입이 필요하다고 판단하여 다양한 서비스 제공자들 간의 연계 및 협력, 네트워크화를 지원하고, 보험자 단체와 치매환자 단체(Alzer), 서비스 제공자 단체(ActiZ)가 공동으로 치매 케어의 가이드라인을 마련해 사용해오고 있다는 점이다. ② 장기요양서비스의 품질 향상을 위한 방안으로 ‘서비스제공 조직에 있어서의 품질에 관한 법률[KWZ (Kwaliteitswet zorginstellingen), law on quality in care organizations]’과 ‘개인서비스에 있어서의 전문직에 관한 법률[Wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), law on professions in personal healthcare]’을 제정한 것이다. 이들 법에서는 서비스 제공자의 법령 준수와 지도 감독, 이용자 불만에 관한 조사와 그 대책, 양질의 서비스 제공 의무화, 이를 실현하기 위해 계획적인 행동을 적극적으로 취해야 한다고 밝히고 있다(大森正博, 2011; 中沢克佳, 2018).

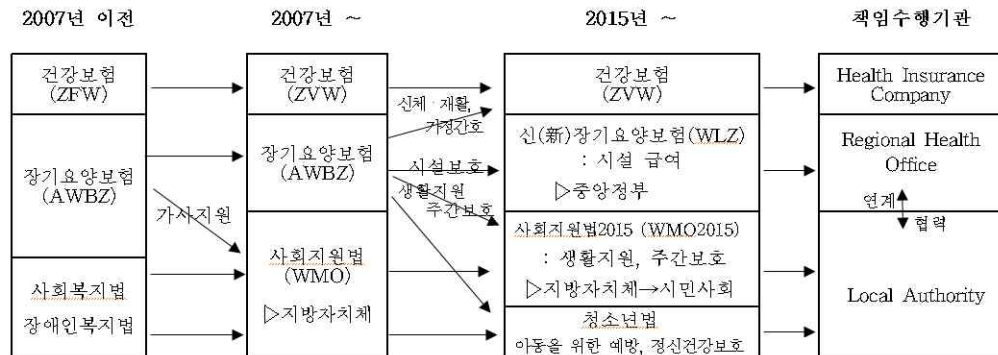
그 뿐만 아니라 품질 향상을 위한 또 다른 해결책으로서 장기요양서비스의 성과지표(Performance Indicator)를 개발하여 공동으로

적용하고 있다. 성과지표는 두 종류인데, 하나는 기술적인 품질 평가이고, 다른 하나는 이용자의 평가 지표이다. 2007년도부터 기술적인 평가는 매년 그리고 이용자의 평가는 격년으로 성과지표를 작성하고 있으며, 그 지표는 웹상에서 매년 공개되고 있다. 역시 네덜란드에서는 앞에서 언급했던 두 개의 법안 이외에도 2010년에는 장기요양서비스 수급자의 권리를 보충하기 위해 ‘장기요양제도에서 환자의 권리에 관한 법률[WCZ (Wet Clientenrechten Zorg), act on client's rights in care]’을 제정하여 운영하고 있다(大森正博, 2011).

3) 2015년 2차 제도개혁의 내용

네덜란드의 2007년 장기요양제도 개혁은 당시까지 시설 중심이었던 케어가 재가 중심으로 전환되었다는 것과 지역을 기반으로 하는 통합전문서비스(전문직종간 협력과 사례관리체계 도입)를 중심으로 효율적인 통합케어체제(integrated-care)를 구축한 것으로 평가할 수 있다. 특히 복지국가에서 복지사회로의 패러다임 전환을 전제로 장기요양보장제도의 지속성 확보와 제도 운영의 효율화 방향, 서비스 공급을 위한 다양한 인적 자원의 확보와 새로운 전달체계 구축, 서비스의 품질 향상과 이용자 권리옹호라는 정책적 과제를 달성할 목적으로 다양한 개혁 조치들이 이루어졌음을 알 수 있다(広瀬真理子, 2008).

네덜란드의 건강·장기요양·복지통합체계는 2015년 제도개혁을 통해서 건강보험(ZVW)과 장기요양보험(Wlz)과 사회서비스(WMO)의 제도간의 역할 분담이 새롭게 조정되면서 크게 변경되었다(<Figure 1> 참조). 그 동안



출처: 본 자료는 이윤경(2018)과 中澤克佳(2018)을 참고로 필자가 재구성한 것임.

<Figure 1> 네덜란드의 장기요양제도의 변천과정

AWBZ에서 보장해 왔던 재가요양 급여와 주간보호(day service)서비스는 2015년도에 개정된 사회지원법(WMO)에 의해 지방정부 업무로 이관하여 지역복지서비스로 전환되었다. 또한 AWBZ에서 보장하는 뇌졸중 등은 병원 입원 이후의 재활치료나 가정간호를 추가하여 중증도 환자의 의료적인 조치가 건강보험(NVW)으로 이관되었다. 이와 같이 기존의 AWBZ이 제공해 오던 서비스의 보장범위는 크게 축소되었고, 그 명칭도 AWBZ에서 WLZ로 변경되었다. 현재의 AWBZ에서는 24시간 요양이 필요한 중증대상자를 대상으로 한 시설서비스만 보장하고 있다. 수급자가 재가서비스를 원할 경우는 패키지화된 재가서비스를 제공하거나 현금급여를 제공하여 수급자가 자율적으로 서비스를 구매할 수 있도록 하고 있다(이윤경, 2018; 中澤克佳, 2018).

사회지원법에 근거한 지역사회 복지서비스는 지방자치단체가 실행 주체이며, 재원은 중앙정부로부터의 보조금과 지방자치단체의 독자적 재원, 그리고 이용자의 일부 자기 부담에 의해 조달 운영되고 있다. 곧 2015년도에

개정된 네덜란드의 장기요양보장 제도의 핵심은 장기요양서비스의 대부분이 조세 재원을 근간으로 한 지방자치단체 중심의 지역사회 복지서비스로 이행시켰다는 것이다. 개혁 이전에는 사회보장 수급권 차원의 재가서비스였던 것이 사회복지서비스가 된 것이다. 요양보호의 상당 부분이 본인이나 가족 책임 하에 혹은 이웃이나 자원봉사자의 지원, 지역사회의 네트워크 도움을 받아 스스로 돌볼 수 있도록 하는 조치로 보인다. 이는 소요 예산이 일반조세로 충당된다는 점에서 요양비용의 지출 감소 방안으로 선택·결정되었음을 의미한다(中澤克佳, 2018).

아울러 건강보험(Zvw)에서는 가정간호를 추가로 규정했고, 지역간호사(district nurses)제도를 다시 도입하여 건강보험회사로 하여금 가정간호서비스를 책임지도록 했다. 지역간호사에게는 간호를 필요로 하는 노인 등에게 방문하여 자립정도 평가 및 적절한 서비스를 제공할 수 있도록 했다(이윤경, 2018). 마지막으로 2015년에 개정되어 시행된 청소년법(The Youth Act)은 신체질환의 치료를 제외한 모든

정신보건서비스를 하나의 법률에 통합하고 지방자치단체로 하여금 책임지도록 규정하고 있다. 즉, 18세 미만의 모든 국민과 그 부모들의 양육문제, 발달 문제, 정신건강문제와 주요 질환을 대상으로 하는 정신보건서비스의 업무를 지방자치단체가 담당하게 된 것이다(연희진, 2017).

결국 네덜란드는 이러한 내용의 2015년 제도개혁을 통해서 지역사회를 기반으로 하는 포괄적 케어를 실현할 수 있는 <Figure 1>과 같은 현재의 건강·장기요양·복지통합체계를 구축하게 되었다. 기존의 3개 체계가 신(新)장기요양제도(WLZ)의 시설요양 급여, 가정간호가 추가된 건강보험(ZVW), 사회지원법(WOM 2015)에 의거한 지역사회복지(communitary welfare & care), 및 청소년보건(long-term youth care)의 4개 체계로 개편되었는데, 아동을 위한 예방과 정신건강보호를 위한 청소년법이 새로 도입된 것이 특징이다(이윤경, 2018; 宮本恭子, 2018).

이러한 장기요양서비스에 대한 개혁은 두 가지 전제로 이루어졌다고 할 수 있다(宮本恭子, 2018). 이들은 지방자치단체로 장기요양서비스의 책임을 이관하면 더 효율적인 서비스가 생산될 것이라는 전제 그리고 지방자치단체가 지역주민과 더 밀착해 있기 때문에 지역주민에게 더 저렴한 비용으로 맞춤형 서비스를 제공하는 것이 국가의 사회보장 급여방식보다 더 효율적일 것이라는 전제이다. 또한 지역주민들은 네덜란드 병을 극복하기 위해서라도 국가의 복지에 의존하기에 앞서 스스로를 돌볼 수 있어야 한다는 점이다. 수급자의 실질적 증가와 사회적 입원이 계속 증가하는

장기요양 수요를 어떤 형태로든 억제하고, 시설 수요를 재가 수요로 전환이라든가 요양 예방사업의 추진이라는 흐름을 반영하고자 했던 제도 개혁의 요인과의 맞아 떨어졌다(中沢克佳, 2018; 宮本恭子, 2018).

2. 장기요양보장제도 개혁의 특성

1) 2007년도 제도개혁의 특성

전술했던 개혁 조치들은 요약하면 다음과 같다. 첫째, 지방자치단체의 역할이 강조되고, 지역사회를 기반으로 건강과 복지를 연계시켜 지역통합복지시스템으로 구축하고자 한 점이다. 둘째, 현금 급여인 개인 장기 요양 예산(PGB)이 도입이용자(소비자) 중심의 서비스 시스템으로 구축된 것이다. 셋째, 비공식적 케어를 적극적으로 활용할 목적으로 가족이나 이웃, 친구, 자원봉사인력 서비스 제공자들의 역할을 강조했다는 점이다. 그리고 넷째, 요양 서비스 시장의 형성과 경쟁원리의 도입에 의한 서비스 질 확보를 위해서 ‘서비스제공 조직의 품질에 관한 법률(KWZ)’ 및 ‘개인 서비스의 전문직에 관한 법률(Wet BIG),’ 그리고 이용자의 권리 확립을 위해서 ‘장기 요양·장기 요양 서비스에서의 환자의 권리에 관한 법률(WCZ)’을 제정한 것이다(大森正博, 2011; 広瀬真理子, 2008).

실제 2007년도의 제도개혁을 통해서 장기요양서비스(AWBZ) 중 가사지원서비스를 사회지원법(WMO)으로 이양한 것은 세 가지 의미를 담고 있다. 이들은 첫째, 일반 조세 재원이 투입되는 지방자치단체의 지역복지서비스 급여로의 전환이 더 효율적일 것이라는 점,

둘째, 수급자의 일상 생활기반인 지역에서 가족이나 친구, 이웃을 포함한 다양한 지역의 인적 자원과 자원봉사활동 증진 등 지역사회 조직화를 통해 지역사회통합에 기여한다는 점, 그리고 셋째, 비공식적 케어의 도입으로 서비스 공급확충과 비용의 절감을 도모하고자 한 점이다(이수형, 2009; 広瀬真理子, 2008).

전통적으로 네덜란드에는 ‘Mantelzorg’⁴⁾라는 지역사회 기반의 자원봉사활동 조직이 활성화되어 있다. 이로 인하여 지역사회 주민들 사이의 상호부조 기능이 활성화되는 등 지역사회에 활력을 도모해주었는데, 이 mantelzorg를 통합케어의 관점에서 공식화하고 활성화하려는 근거가 되는 법이 사회지원법(WMO)이다. 사회지원법의 도입으로 그 동안 건강보험(ZVW)과 장기요양보험(AWBZ) 중심의 건강·요양보장체계가 사회복지(생활의 질, 고용, 사회통합 등)와 통합되어 지역사회 기반의 건강·요양·복지의 통합보호체계를 구축하게 되었다. 네덜란드에서 이와 같은 혁신적인 변화가 가능했던 것은 사회보장비가 지속적으로 증대되는 것에 따른 제도의 불안정성을 국민들에게 설명한 후 건강이나 장기요양 관련 기관들 사이, 중앙과 지방 정부 사이, 지방 정부와 건강이나 장기요양 관련 기관 사이의 기능

조정과 역할 분담이 사회적으로 합의될 수 있었기 때문이다(김세진, 2012; 大森正博, 2011; 広瀬真理子, 2008). 이와 같은 2007년 장기요양제도개혁의 특징은 우리나라의 제도 정착 등에 시사해주는 바가 적지 않다.

2) 2015년도 제도개혁의 특성

사회지원법 2015(WMO 2015) 법안이 개정되면서 지방자치단체는 타인의 도움을 받지 않고서는 생활이 불가능한 노인이나 장애인을 지원할 의무와 책임을 지게 되었다. 법안이 제정되기 이전에는 장기요양보험(AWBZ)에서 재가서비스와 시설서비스를 모두 제공하였으나, 2015년부터는 재가서비스의 대부분이 지방자치단체로 이관되었다. 이러한 개혁은 최소한 다음의 두 가지 의미를 가지고 있는데, 첫째, 장기요양비용의 부담 감소와 지출의 효율화를 목적으로 장기요양보험(AWBZ)이 보장하는 서비스를 대폭 줄여 건강보험(ZVW)과 사회지원법(WMO)으로 이관하여 장기요양보험의 비용을 삭감하는 효과를 기대한다는 점이다. 둘째로는 장기요양서비스 가운데 가사지원서비스나 주간보호서비스 등 생활에 밀착한 서비스를 지방자치단체로 이관시키는 것은 가족이나 친구, 이웃 등의 비공식적 케어를 활용하는 ‘주민참여 형태의 복지’로의 전환을 의미하는데, 이에 따라서 네덜란드에서는 ‘mantelzorg’의 활용을 강조하고 있다. 이러한 맥락에서 현재 네덜란드의 건강·요양·복지 체계는 ‘건강보험 ZVW,’ ‘장기요양 Wlz,’ ‘사회지원법 WMO 2015’가 3중 구조로 구축되어 있으며, 장기요양서비스 공급체계는 ‘장기요양 Wlz,’ ‘사회지원법 WMO 2015,’ ‘mantelzorg’의

4) 네덜란드어로 mantelzorg는 가족 보호를 의미하지만, 네덜란드에서는 가족이나 친지, 이웃들이 만성적 질환자, 장애인 등 다양한 사회적 약자를 대상으로 비공식적 영역에서 제공되는 생활지원서비스를 의미함. 이는 전형적으로 무급의 형태로 자원봉사활동을 하는 도우미와 대상자 사이에 존재하는 개인적인 관계이지만, 네덜란드에서는 이들 유급봉사원의 활동을 제도적으로 공식화했음.

3종의 연계·협력체제로 구성되어 있으며, 또 ‘mantelzorg’는 요양서비스 제공의 중요한 역할을 담당하고 있다고 표현될 수 있다(中沢克佳, 2018; 宮本恭子, 2018).

네덜란드에서는 실업문제를 해결하기 위한 노동정책으로 워크셰어링(work sharing)을 강조해왔다는 점에서 주민이 참여하는 형태의 복지로의 전환이 어렵지 않았다고 할 수 있다. 사회지원법(WMO 2015)의 목적은 상부상조의 정신과 가치를 활용하여 모든 사람들이 가능한 한 자립생활을 하도록 지방자치단체가 지원하는 데에 있다. 아울러 나이가 들어서도 자신이 거주해왔던 지역사회에서 살아가도록 하는 AIP(aging in place) 관점에서 요양을 필요로 하는 상태에서도 노인들이 자택이나 자신의 지역사회에서 생활할 수 있도록 하는 민관의 다양한 시도가 이루어지고 있다(이윤경·강은나·김세진·변재관, 2017). 이러한 시도의 기본적인 여건으로는 우선 주택개보수, 상담 장소, 자조집단이나 과업집단의 모임 활성화, 개인이 서비스 수혜자이자 제공자라는 인식 확산 등을 들 수 있다. 또한 여건 조성을 위해서는 지방자치체와 NPO단체, 자원봉사단체 등이 공동으로 주관하는 지역사회복지 민관네트워크의 구축과 활용이 가능해야 한다(이윤경, 2018).

2015년도의 제도 개혁에서는 지속적인 증가 추세의 요양 급여를 억제할 목적으로 ‘시설 중심에서 재가 중심으로,’ ‘공급자 중심에서 수급자 중심으로,’ 그리고 ‘비공식적 케어의 유료화’ 조치를 취했다. 수급자의 생활에 밀착되어 있는 지방자치단체가 개인별 수급자 맞춤형 서비스를 제공하여 만족도를 높이고,

또 개인별 욕구사정에 있어서도 본인의 능력과 욕구뿐만 아니라 가족이나 이웃, 자원봉사자에 의한 비공식적 케어의 가능성까지 감안하고 있었다는 점에서 공식적이고 전문적인 요양 영역을 축소하고 비공식적이고 비전문적 영역을 확장시키고자 했던 것으로 볼 수도 있다. 결국 2015년도 개혁의 결과 상당한 폭으로 장기요양 비용은 감소한 것으로 나타났는데, 이를 통해 네덜란드에서는 분산되어 있던 유사 서비스의 통합, 새로운 서비스공급주체와 전달체계의 확립과 함께 고용, 복지, 장기요양비용 지출의 효율화 등 복합적인 정책적 목표를 실현할 수 있는 토대를 마련하였고, 사회적 통합을 더 공고히 하는 계기가 되었다(中沢克佳, 2018; 宮本恭子, 2018).

IV. 결 론

네덜란드 정부가 1987년 Dekker 플랜을 도입할 시 건강보험(ZVW)과 장기요양보험(AWBZ)제도의 장기 지속가능성에 대한 우려가 있었지만, 2007년과 2015년 두 차례에 걸쳐서 개혁이 단행되었다. 그 두 차례의 개혁을 통해 지속적으로 추진해오고 있는 네덜란드 장기요양보장제도의 개혁 방향과 특성을 종합적으로 요약·정리하면, ① 제도의 지속가능성과 재정 안정성 확보를 위한 장기요양비용 효율화를 추구하는 것, ② 케어에 대한 자기 책임을 강조하고, 국가의 역할을 축소하고, 고용과 복지를 실현하고, 분권화 추진계획에 의한 지방자치단체의 개혁과 지역사회보호체계(community care)를 구축하는 것, 그리고

③ 장기요양서비스의 관리 측면에서 정확한 욕구사정과 평가, 경쟁원리의 도입에 의한 서비스의 질 향상, 그리고 서비스공급체계의 혁신이라고 할 수 있다(大森正博, 2011; 宮本恭子, 2018; 広瀬真理子, 2008). 이와 같은 개혁의 방향과 특성으로 지역사회를 기반으로 하는 통합케어체계를 구축한 네덜란드의 현재 건강·요양·복지통합체계가 시사해주는 바는 다음과 같이 정리될 수 있다.

첫째, 복지국가에서 복지사회로의 지향 그리고 시설 요양 중심에서 재가 요양 중심으로의 전환을 전제로 건강과 장기요양, 복지서비스를 통합 제공할 수 있는 지역사회 기반 통합케어체계(communitary based integrated care)의 구축이다. 물론 이러한 통합케어체계의 구축도 하나의 목표이자 방향으로서 의미 있는 시사점이지만, 특히 강조하고 싶은 점은 큰 틀에서 대대적인 개혁을 위한 사회적 합의를 끌어내는 노력이 부단히 이루어졌다는 것이다. 네덜란드에서 1982년 워크셰어링을 이끌어냈던 바세나르협약(Wassenaar Agreement or Accord)과 같은 대타협 정신으로 국민적 공감대를 얻고, 정권교체에도 변함이 없이 합의된 기본 틀을 유지하며 추진되었던 것인데, 2013년 의회에서의 네덜란드 국왕의 연설도 이를 뒷받침하고 있다(中沢克佳, 2018).

우리나라도 요양비용의 급증에 따른 재정적 부담과 우려, 그리고 각각 건강보험, 장기요양보험, 복지서비스 조직의 분절로 인한 비용효과의 문제 등으로 장기요양보험제도의 개혁이 강조되는 시점에 다가와 있다. 네덜란드의 사례처럼 우선 개혁에 앞서 국민적 대타협이나 사회적 합의의 중요성을 무게감 있게 수

용해야 할 것이다. 이 경우 정책 내용보다는 방법적 수단을 강조하고 있다는 점에 주목해야 할 것으로 보인다.

둘째, Leutz(Leutz, 1999; Masso & Owen, 2009)의 통합 수준 및 대상 범주의 기준에 따른 통합시스템의 틀로 보면, 네덜란드는 통합케어와 지역사회 기반의 케어가 통합된 완전한 통합(full integration)수준으로 자조(自助), 호조(互助), 및 공조(共助)시스템에 공조(公助)시스템이 통합되어 있는 가장 발달한 통합케어시스템이라 할 수 있다(筒井孝子, 2012). 이는 2007년도의 조정과 협력(coordination) 단계를 거쳐 2015년도의 개혁을 통해 완전한 통합수준 단계에 도달한 것이라 할 수 있다. 이 단계에서 장기요양이 지역사회 케어로 다시 조직화되었으며, 이를 위해 지역사회를 통합·분리시키면서 지방자치단체의 기능을 강화했으며, 또 서비스 조정은 Health Care Center(일본의 지역포괄케어지원센터)와 같은 새로운 중간조직을 설립하여 대응하고 있다(高橋紘士, 2008).

이 중간조직에서는 요양서비스 뿐만 아니라 지역에서 필요로 하는 다양한 서비스에 대한 사정 및 이용계획을 수립하게 된다. 이를 토대로 노인들의 자립적 생활을 지원하기 위한 시장보거나 식사, 청소, 외출, 병원동행은 물론 은행업무, 그 외의 생활에 필요한 일상적인 생활지원으로 물품과 서비스를 제공하고 있다. 이들 조직에서 공식적인 케어를 제공하는 자는 지역간호사이고, 이 지역간호사를 중심으로 구성된 12명 내외의 유사전문직 종사자들이 팀을 구성하여 지역사회 보호를 수행하게 된다. 관리되는 요양(managed care)으로

는 사례관리나 입원 및 퇴원계획수립, 개인별 사정 평가나 사례회의 등 업무이다(이윤경, 2018). 우리나라도 장기요양을 지역사회 중심으로 한 케어로 다시 조직화하고, 앞으로 구축하게 될 지역사회 기반 통합케어체계(community based integrated care)에서 중추적인 역할을 수행할 전문적인 인력 확보와 업무 공간으로서 중간조직의 설립 운영이 적극 검토될 필요가 있다(김종성, 2016). 우선 여기저기 파편화되어 있으면서 서비스 양과 질에 한계를 보이고 있는 지역사회 사례관리 기능을 통합운영 할 필요가 있다.

셋째, 통합에 필요한 통합 틀의 선택은 대상자의 욕구가 복잡하면 복잡할수록 수준이 더 높은 통합 틀이 요구되기에 네덜란드에서는 제도 개혁을 조정이나 협력 수준에서 완전한 통합 수준으로의 이행에 초점을 맞추었다(Leutz, 1999; Masso & Owen, 2009). 이러한 관점에서 우리나라도 노인들을 중심으로 한 요보호 대상자들의 욕구가 10년 전 제도로입당시에 비해 매우 다양하고 고도화되었다고 할 수 있으므로 통합을 위한 새로운 비전과 정책적인 전략적 목표가 필요하다고 본다(김종성, 2016). 이 점에서 네덜란드에서 제도 개혁의 취지나 목적, 그리고 개혁과정에서 변경, 도입된 여러 조치들은 현재 우리정부가 통합의 관점에서 정책비전으로 내세운 커뮤니티케어체계의 구축에 참고할 만한 가치가 있다.

넷째, 모든 노인들이 지역사회 거주(aging in place)의 욕구가 반영되어 자신의 거주지역이나 집에서의 기본적인 생활을 존엄성 및 삶의 질이 유지된 상태에서 가능하도록 지역사회 중심의 요양보호 체계를 구축하고 있으며,

지속적이고 일관성 있는 케어(consistency of care) 서비스를 제공하기 위해 공식적 및 비공식적 케어가 서로 보완적인 균형을 유지하고 있다는 점이다(西村周三, 2013). 이는 장기요양보험의 재정 건전화 및 효율화를 도모하기 위함과 동시에 지역사회 중심으로 요양서비스 이외에 다양한 의료와 복지서비스를 연계함으로써 이용자들에게 효과적인 서비스를 제공하고, 예방적인 개입을 강화시키는 정책적 성과로도 나타나고 있다.

다섯째, 완전한 통합 수준의 국가들에서 나타나는 공통점은 관리되는 의료(managed cure), 서비스 전반에 관한 재정·관리·조직의 수평적·수직적 통합, 연속성(연결성), 조정과 네트워킹, 시스템적 접근, 개인중심적 접근, 사례관리, 가족케어의 지원 등의 업무수행 과정에서 서로 협력하여 통합케어를 실시하고 있는 점이다(成木弘子, 2016). 이러한 맥락에서 네덜란드의 장기요양제도 개혁에서 참고할 만한 정책 내용을 몇 가지 지적해두고자 한다. 이들은 ① 대규모 단순기능 서비스 제공 방식에서 소규모 다기능서비스 제공으로 전환하여 지역에 거주하는 노인이 적절한 보호를 받게 해주는 예방 요양, 지역방문간호사 제도 도입, ICT 등 복지 기술의 적극 활용, 노인용 주택 확대 및 개조 등의 서비스 지원 등 포괄적으로 서비스를 제공하고 있다는 점(Van Ginneken & Kroneman, 2015), ② 개인 장기요양예산(PGA) 도입에 의한 현금 급여를 확대 실시하여 이용자가 공식적인 케어 이외에도 다양한 서비스를 자유롭게 선택할 수 있도록 해서 서비스 효용과 만족도를 높이려 한 점, ③ 국가에 의한 복지로부터 지역사회 주민들

이 본격적으로 참여하는 형태의 복지사회로 전환하여 지방자치단체를 중심으로 한 지역사회복지시스템을 구축한 점, ④ 통합케어의 관점에서 자원봉사자, 교회, 네트워크 등이 지역사회 자원을 적극 활용하는 ‘mantelzorg’를 공식화했다는 점, ⑤ 비공식적 케어의 유료화를 통해 가족에 의한 요양보호를 촉진하고, 가족 요양보호자를 지원하고 있다는 점, 그리고 ⑥ 소비자 관점의 요양서비스 시장 형성과 경쟁 원리의 도입으로 서비스 질 확보를 위한 대대적인 노력, 즉 ‘서비스제공조직의 품질에 관한 법률(KWZ),’ ‘개인 서비스의 전문직에 관한 법률(Wet BIG),’ 및 이용자의 권리의 확립을 위해서 ‘장기 요양·장기 요양 서비스에서의 환자의 권리에 관한 법률(WCZ)’를 제정한 점 등이다.

마지막으로 우리나라 정부가 근래 보건복지정책의 새로운 비전이나 목표로 제시하고 있는 커뮤니티 케어(community care)체계의 구축과 관련하여 정책을 준비하고 입안할 때 고려해야 할 새로운 지역복지의 관점과 그 실현을 위한 조건을 제시하고자 한다. 네덜란드를 비롯한 대부분의 국가들에서 나타나는 새로운 지역복지에 대한 공통적인 이론적 관점은 우선 커뮤니티를 ‘생활의 장(場)’으로서 인간성 회복의 공간으로 보고, 생활을 중시하는 지역 복지를 실현하고자 하였다. 또한 지역주민의 자발적인 참여의식을 강조하면서 동원이 아닌 자치·자조·자립의 협동생활이 되도록 하는 것이 주된 내용이다. 즉, 지역사회 복지를 ‘welfare in the community’가 아니라 ‘welfare by the community’로 인식하게 되었고, 복지의 대상이나 영역, 시간, 장소, 절차를 통합하여

포괄적으로 규정하였다. 지역의 일상 생활과 정에서 야기되는 생활문제와 과제를 통합적으로 해결하고 삶의 질을 높이려는 조직적이고 체계적인 노력이 지역복지인 셈이다(김종성, 2018, pp. 103-111).

여기에서의 복지는 사회복지에서의 복지(welfare)와 달리 ‘well-being’의 의미를 담고 있는데, 그와 같은 지역사회 복지의 원리적 특징으로 ‘공동성’이나 ‘지역성’, ‘통합’ 등이 강조되었고, 새로운 관점으로는 전체(a whole), 지속성(consistency), 연계조정(coordination), 구조화 등이 중요하고, 또 방법으로는 네트워크 화나 시스템화가 필요하다고 지적하였다(森本佳樹, 2012). 이러한 지역복지의 새로운 관점과 특성을 전제로 우리나라에서 ‘커뮤니티 케어’ 체계를 구축할 시 고려해야 할 몇 가지 조건을 제시하고자 한다.

우선 체계의 구축에서 노인이나 장애인, 아동 등 대상자를 구분하지 않고 지역에 살고 있는 모든 사람을 대상으로 해야 한다는 점이고, 케어 제공을 선택하는 방법도 재가인지 시설인지를 구분하는 대신에 상황에 따라서 가장 적절한 장소가 될 수 있도록 중간시설 등 다양한 형태의 인프라를 확충해야 한다는 점이다(이윤경 등, 2017). 또 케어 제공에서도 팀 접근이 바람직하지만, 개별적인 전문가 서비스도 연계되어 필요한 통합서비스가 언제 어디에서든 제공되어야 한다는 점이다. 그런 맥락에서 케어 매니지먼트(간호사, 사회복지사 등)제도가 도입되어 케어가 지속적이고 일관성 있게 제공되는 통합관리시스템이 구축될 필요가 있다(김종성, 2016). 아울러 공식적 케어와 비공식적 케어의 보완성을 확보하고, 영

리서비스와 비영리서비스를 연결, 그리고 언제든지 지원이 가능한 시스템을 갖출 필요가 있다. 역시 기존의 사회보장이나 사회복지의 틀에서 벗어나 의료나 보건, 간호, 재활, 노동, 교육, 주거, 도시계획 등을 통합적으로 접근할 필요가 있다. 마지막으로 각 전문가 집단의 독립된 원조방법만이 아니라 지역사회를 기반으로 문제 해결능력을 갖추기 위한 역량강화나 문화 및 환경조성, 새로운 사회경제시스템의 구축 등이 동시에 고려될 필요가 있다(森本佳樹, 2012).

참고문헌

- 국민건강보험공단 (2014). 국외출장(오스트리아, 네덜란드) 결과보고서. (<http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0056/12583>) 및 (<http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0056/7040>).
- 국민일보 (2018). ‘포용국가는 시대적 사명’ 제19회 사회복지의 날 기념식 및 제29회 전국사회복지대회 성황. (2018. 09. 07.)
- 김미혜 · 이석미 (2007). 독일과 네덜란드의 장기요양제도에 관한 연구: 현금 급여와 가족수발자를 중심으로. **사회복지정책**, 31, 369-396.
- 김세진 (2012). 네덜란드의 장기요양보호체계의 특성 및 시사점. **보건복지포럼**, 192, 98-107.
- 김종성 (2016). 노인을 위한 포괄적 케어시스템의 발전방향. **한국노년학연구**, 25, 95-112.
- 김종성 (2018). **협동과 연대의 새로운 지역복지**. 전남 순천: 다컴.
- 연희진 (2017). 네덜란드 장기요양제도의 최근 동향. **의료정책포럼**, 15(2), 99-102.
- 윤열매 · 강지원 (2012). 네덜란드와 독일의 보건의료개혁과 시사점. **보건복지포럼**, 193, 87-95.
- 이미진 (2017). 노인장기요양보장제도 10년, 진단과 개혁과제. **월간 복지동향**, 228 (2017년 10월호), 28-38.
- 이상이 (2018). 노인장기요양 10년, 대상자 늘려야. 가톨릭평화방송 ‘주간 세상읽기’ (2018. 06. 23.). (http://www.cpbc.co.kr/CMS/news/view_body.php?cid=725010&path=201806)
- 이수형 (2009). 네덜란드 장기요양제도의 최근 동향 및 시사점. **보건복지포럼**, 150, 96-105.
- 이윤경 (2018). 네덜란드 장기요양개혁. **국제사회보장리뷰**, 6, 66-75.
- 이윤경 · 강은나 · 김세진 · 변재관 (2017). **노인 지역사회 계속 거주(Aging in place)를 위한 장기요양제도 개편방안**. 한국보건사회연구원 연구보고서 2017-26. 세종시: 한국보건사회연구원.
- 大森正博 (2011). オランダの介護保障制度. **レファレンス** (国立国会図書館, 2011年 6月号), pp. 51-73.
- 高橋紘士 (2008). 地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向. **海外社会保障研究**, 162, 2-3.
- 筒井孝子 (2012). 地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向. 高橋紘士 編, **地域包括ケアシステム** (pp. 38-56). 東京: オーム社.

- 中沢克佳 (2018). 介護保険制度の持続可能性オランダ・ドイツからの示唆. 日本厚生省 平成29年度海外行政実態調査報告書.
- 成木弘子 (2016). 地域包括ケアシステムの構築における“連携”の課題と“統合”促進の方策. 保健医療科学, 65(1), 47-55.
- 西村周三 (監修) (2013). 地域包括ケアシステム-‘住み慣れた地域で老いる’社会をめざして (国立社会保障・人口問題研究所研究叢書). 東京: 国立社会保障・人口問題研究所.
- 広瀬真理子 (2008). オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題. 海外社会保障研究, 162, 43-52.
- 宮本恭子 (2018). オランダの地域包括ケアシステムと日本への示唆: 現地調査から見る ‘市民参加型の福祉’ への転換. 社会文化論集 (島根大学法文学部紀要), 14, 59-74.
- 森本佳樹 (2012). 地域包括ケアと地域福祉-小規模多機能拠点の意義-. 高橋紘士 編, 地域包括ケアシステム (pp. 119-129). 東京: オーム社.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Masso, M., & Owen, A. (2009). Linkage, coordination and integration: Evidence from rural palliative care. *Australian Journal of Rural Health*, 17(5), 263-267.
- Van Ginneken, E., & Kroneman, M. (2015). Long-term care reform in the Netherlands: Too large to handle. *Eurohealth*, 21(3), 47-50.
- 원고접수일: 2018. 10. 01.
수정원고접수일: 2018. 11. 05.
원고게재승인일: 2018. 11. 16.