

# 네덜란드 장기요양제도의 최근 동향 및 시사점

Long-term Care in the Netherlands: Recent Trends and Implications

이수형 한국보건사회연구원 선임연구원

## 1. 서론

2007년 4월 ‘노인장기요양보험법’이 제정되고 ‘노인장기요양보험제도’가 시행된지 1년이 되가고 있다. 노인장기요양보험 도입으로 그동안 가족의 영역에 맡겨 왔던 노인에 대한 장기요양을 국가와 사회가 분담하므로써 만성질환 및 노인성 질환으로 어려움을 겪고 있는 노인들과 가족들의 부양부담이 경감될 수 있는 길이 열렸다. 그러나 본 제도의 급여, 시설 및 인력측면 등 본 제도가 성공적으로 정착하기까지 해결해야 할 부분이 적지 않다. 특히, 장기요양보험이 사회보험으로써 본연의 역할을 수행하고 안정적으로 정착하기 위해서는 협소한 장기요양보험 수급대상자 범위, 장기요양기관의 지역간 편중현상, 현물급여(In-Kind Benefit) 중심의 서비스 제공형태, 장기요양보험시설 및 인력에 대한 관리체계 미흡 등의 문제 해결이 요구되고 있다.

이에 본 고에서는 많은 시행착오와 오랜 경험

을 통해 안정적으로 장기요양보험제도를 운영하고 있는 네덜란드의 장기요양보험제도를 살펴봄으로써 현행 노인장기요양보험이 나아가야 할 방향을 모색하고자 한다.

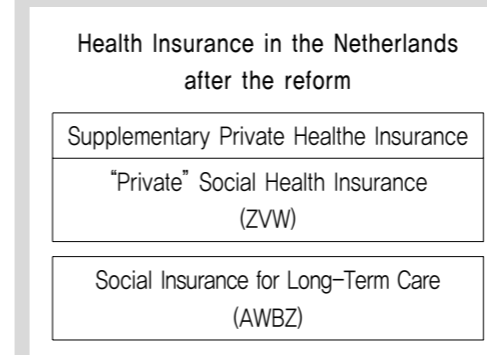
## 2. 네덜란드 장기요양보험제도 현황

### 1) 제도현황

사회보험으로 운영하는 다른 나라와는 달리 네덜란드의 장기요양급여(Exceptional Medical Expenses Act: AWBZ)는 보건의료제도 내에서 제공되고 있다. 즉, [그림 1]과 같이 장기(long-term) 또는 고액(catastrophic)의료를 보장하는 특별의료비보장제도(AWBZ)인 제1영역, 급성기 치료(acute care)를 보장하는 건강보험제도인 제2영역, 보충적 보험(supplementary)으로 제1, 2영역에 포함되지 않은 사치적 입원시설 이용

및 성인의 일부 치과치료, 장기적인 물리치료 등을 보장하는 제3영역으로 구성된 보건의료제도 내의 일부로써 장기요양급여가 제공되고 있다.

그림 1. 네덜란드의 건강보험구조



자료: CESifo Dice Report 1/2007.

네덜란드는 건강보험제도권 내에서 장기요양급여를 제공하고 있기 때문에 시기적으로 가장 빠른 1968년에 제도를 실시하였다. 네덜란드 장기요양보험은 일차적으로 가족에 의해 가정에서의 서비스를 제공을 원칙으로 하며 모든 사람들이 지역사회 활동에 참여하여 건강한 삶을 영위할 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다.

장기요양은 전 국민을 대상으로 연령, 장애종류, 장애정도, 소득계층에 상관없이 보호가 필요한 모든 사람을 포괄하고 있다. 따라서 네덜란드의 장기요양체계는 서비스 수급자의 수급자격 측면에서 볼 때 상당히 관대하다. 자산조사도 없으며, 연령이나 장애종류에서도 포괄적이고, 장애정도의 측면에서도 기준이 매우 낮다(김미혜 외, 2007).

급여대상이 될 수 있는 자격조건은 모든 장애

발생 원인과는 무관하게 ADL과 IADL의 도구를 통하여 장애 정도만을 기준으로 하고 있고 등급판정은 독립적인 평가기관인 CIZ(Care Needs Assessment Center)에서 결정한다. 욕구사정은 일반적으로 CIZ지사와의 전화상으로 이루어지나 때에 따라 전문적인(혹은 훈련받은) 욕구사정팀(보통 간호사나 사회복지사 자격증을 소지한 사람들)이 신청자의 집을 방문하기도 한다. 등급판정은 WHO International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF)에 기반하여 개발한 등급판정표(checklist, 100개 이상의 평가항목 수록)를 이용하여 결정한다.

신청자가 등급판정결과 장기요양인정자로 판정되면 어떠한 서비스를 얼마만큼 받을 수 있는지가 명시되어 있는 장기요양인정서(indication of eligibility)를 받는다. 인정서는 인정서를 지역내 서비스 공급자에게 제출하고 그에 따른 서비스를 제공자로부터 받는다. 인정서는 최대 5년까지 유효하며 등급판정결과에 이의가 있을시 공식적으로 이의를 신청할 수 있다.

장기요양보험 서비스 유형은 요양시설(nursing home)과 양로시설(residential home)과 같은 시설서비스(institutional service)와 재가서비스(home care)로 구분되며 장기요양보험에서 제공되는 서비스 종류는 크게 7가지(function)이다.

- 가사지원서비스(home care)
- 신체수발서비스(personal care)
- 간호서비스(nursing care)
- 일상생활지원서비스(supportive care) - 이 용자 스스로 본인의 일과를 어떻게 보낼지

일정을 짜주고 보다 나은 삶을 영위할 수 있도록 도와주는 서비스

- 생활개선지원서비스(activating care) - 이용자가 행동적 또는 정신적 문제로 일상생활을 제 대로 하지 못할 때 이들의 생활습관을 올바르게 바로잡고 이끌어주는 서비스
- 일시적 거주서비스(accommodation) - 최대 주 2일 동안 양로시설에 거주하는 서비스
- 치료서비스(treatment)

이러한 서비스 종류는 기존의 서비스 유형 또는 이용자 특성 - 가령 신체장애자, 정신질환자, 65세이상 노인 등 - 에 따라 제공되었던 서비스와는 달리 서비스 이용자의 기능 손상(functional impairment)에 맞게 제공된다는 점에서 다르며 이는 이용자의 욕구에 부합하는 서비스 제공이 가능해졌음을 의미한다.

재가요양의 경우, 인정자는 현금급여(In-Kind Benefit) 또는 현금급여(Cash Benefit)를 이용하거나 두 가지 급여를 혼합하여 이용할 수 있다. 이때 현금급여는 1995년 도입된 개인계정(Personal Budget)<sup>1)</sup>이라 불리는 현금급여를 통해 제공된다. 개인계정은 각자가 사용할 수 있는 개인계정을 가지고 서비스 제공자와 계약을 통해 필요한 서비스를 사고 받는 제도를 말한다. 개인계정하에서의 실질적인 현금급여의 집행 및 책임은 개인계정소지자(Budgetholders)

본인에게 있으며 개인계정이 적용되는 서비스는 가사지원서비스, 신체수발서비스, 간호서비스, 일상생활지원서비스, 생활개선지원서비스 그리고 일시적 거주서비스이다. 반면 적용되지 않는 서비스는 치료서비스이다. 개인계정자는 서비스에 대한 지급액에서 25%와 소득비례 본인부담금(co-payment)을 제한 금액을 현금급여로 지급받는다. 이때 서비스에 대한 지급액의 25%는 시설의 관리비용에 해당하는 것으로 독립적 서비스 제공자는 관리비용이 필요치 않다는 사실을 고려하여 제한 금액이다.

장기요양보험의 주요 재원은 보험료이며 이외 본인부담금과 정부의 보조금으로 일부 충당한다. 보험료는 소득비례로 결정되며 15세미만 또는 15세 이상이지만 소득이 없는 사람은 보험료를 납부하지 않는다. 그러나 피고용자의 보험료는 봉급에서 공제하며 피고용자가 아니지만 소득세 및 사회 보험료를 지불할 수 있는 사람은 국세청의 심의에 의해 결정된 보험료를 국세청에 직접 납부해야 한다.

## 2) 장기요양의 일반적 현황

네덜란드의 65세이상 노인 인구비율은 약 14%(OECD, 2008)이며 이 중 3.2%가 80이상 후기고령자이다. 장기인구추계결과, 2040년 65세이상 노인인구는 전체 인구의 25%까지

증가할 것으로 예상되며 장기요양보험 지출을 포함한 보건의료비 지출은 2006년 GDP의 9.2%였다.

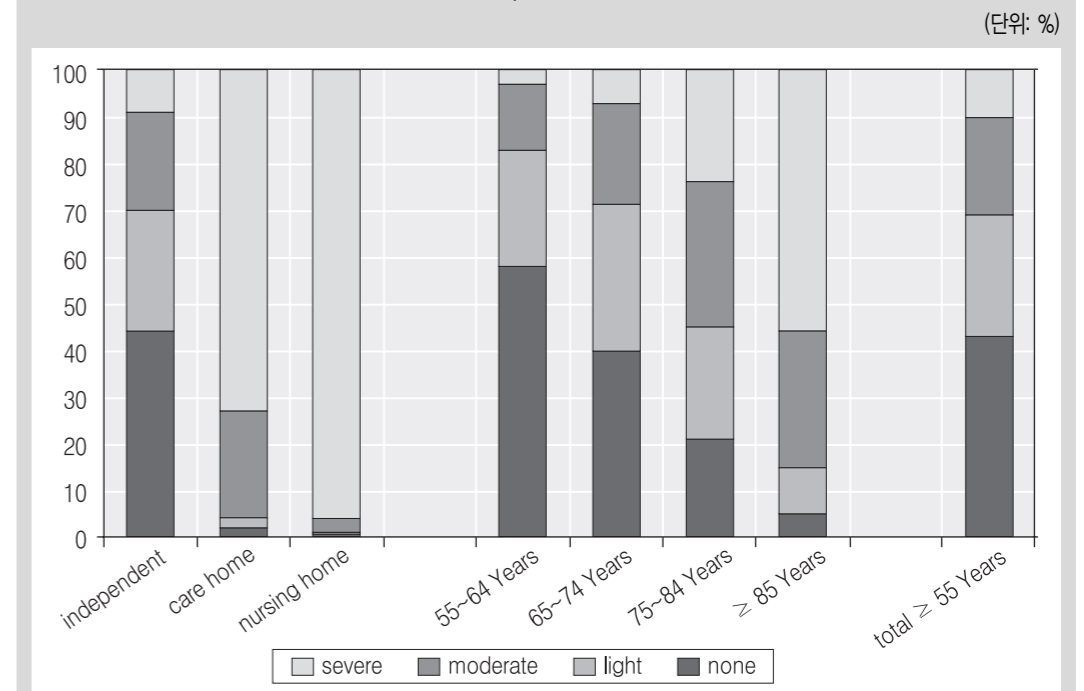
Social and Cultural Planning Office의 발간보고서(Report on the Elderly, 2006)에 의하면 55~64세 네덜란드 노인 중 3%만이 중증장애를 보인 반면 85세이상 노인의 60%는 중증장애를 보였다. 또한 중증장애를 가진 노인일수록 시설 서비스 이용율은 높았다. 혼자서 일상생활을 할 수 있는 노인은 연령이 높을수록 운동/감각장애의 정도가 나쁜 반면 시설입소노인은 연령과 무관하게 운동/감각장애가 심한 것으로 나타났다.

네덜란드 노인 4명 중 1명꼴(24%)로 재가서

비스를 이용하고 있으며 이용자의 22%는 가사 지원서비스, 7%는 신체수발서비스, 4%는 간호 서비스를 이용하고 있었다. 서비스 제공자는 가족이나 이웃을 비롯한 비공식적 서비스 제공자가 8%였고, 재가서비스 전문업체에서 파견된 제공자는 16%였다.

재가서비스 이용시간은 주 평균 4시간이며 서비스 이용자는 1년간 평균 39주, 최대 55주까지 서비스를 이용하는 것으로 나타났다. 이용자의 3/4가 주 평균 3시간미만의 서비스를 받고 있으며 재가서비스 이용기간은 연령이 높을수록 길었다.

그림 2. 55세이상 노인의 연령별, 서비스유형별 신체 장애정도(2003년)

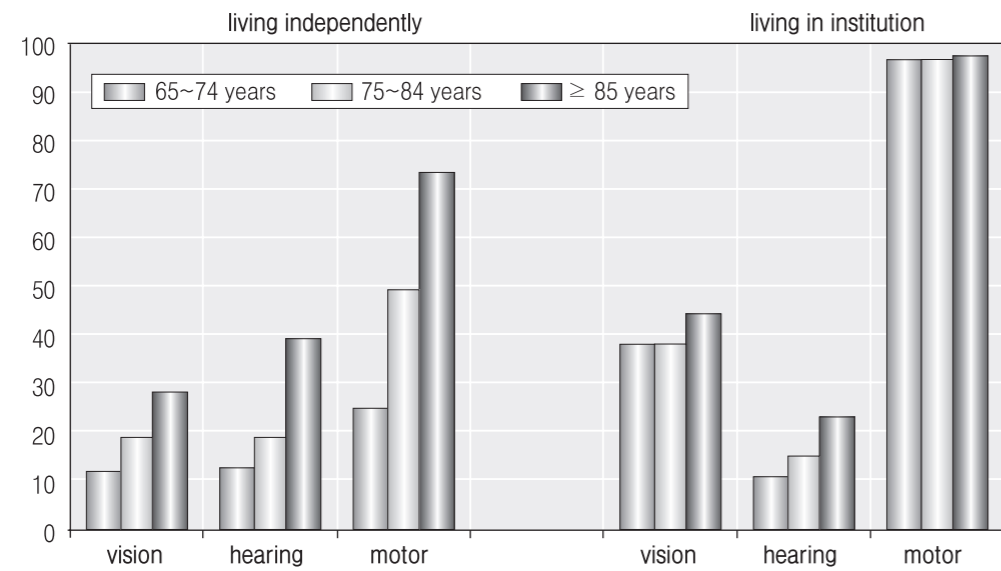


자료: Report on the Elderly 2006, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, 2006.

1) 네덜란드는 증가하는 욕구에 대응할 수 있는 장기요양 서비스인력의 부족으로 서비스를 받기 위해서 긴 대기기간동안 기다려야 했고 정부는 이를 해결하기 위해 개인계정을 도입하였음. 개인계정 도입 초기에는 비용증가를 우려하여 개인계정 사용가능 총예산규모의 상한을 정하였고 개인계정 적용대상도 제도도입 당시 신체장애(1995)에서 발달장애/정신지체(1996), 정신병(2001)으로 단계적으로 확대하였음. 2001년 예산제한이 제거됨에 따라 2002년 장기요양 지출대비 개인계정 지출 비중은 약 10%로 증가하였음(석재은, 2006). 이후 개인계정자는 지속적으로 증가하는 추세를 보였음. 개인계정 도입으로 소비자의 선택권과 주권이 강화되었고 비공식 케어(informal care)영역이 활성화되었음.

그림 3. 연령별, 서비스유형별 중등증 노인의 운동/감각장애 비율(2003년)

(단위: %)



자료: Report on the Elderly 2006, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, 2006.

표 2. 연령별, 신체 장애정도별 재가서비스 이용기간 및 정도(2003년)

(단위: %)

	55~64 years	64~74 years	≥ 75 years	moder-				
				none	slight	ate	severs	total
0~3 hours per week	70	72	73	71	78	86	58	72
> 3 hours per week	30	28	27	29	22	14	42	28
average no. of hours per week	5.1	3.7	3.9	6.1	4.1	3.1	4.5	4.0
0~12 weeks	26	24	12	35	32	16	11	17
13~15 weeks	28	30	28	29	30	30	25	28
52 weeks	46	46	61	35	38	54	64	55
average number of weeks <sup>a)</sup>	34.6	34.7	42.4	30.1	29.9	39.2	43.5	39.4

주: a) In the 12 months prior to the survey.

b) Characteristics of the most disabled person in the household. For a definition of the severity of physical disabilities see De Klerk et al.(2006).

자료: Report on the Elderly 2006, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, 2006.

<표 2>는 1996년부터 2005년까지의 현금 시행된 이래로 급여대상자수는 꾸준히 증가하  
급여(PB) 대상자 수(노인 외 일반인들도 포함 고 있다.  
되어 있음)를 나타낸 것으로 현금급여제도가

표 1. 서비스 유형별, 서비스 제공자별, 연령별, 신체 장애정도별 재가서비스 이용 행태(2003년)

(단위: %)

	55~64 years	64~74 years	≥ 75 years	moder-				
				none	slight	ate	severs	total
total help	9	21	51	5	13	34	68	24
help with:								
household tasks	8	19	47	4	11	32	62	22
personal care	3	6	16	2	2	6	29	7
nursing	2	3	7	2	1	4	13	4
help from:								
family members	4	8	15	3	4	11	23	8
close family(incl. partner)	1	4	5	1	2	3	9	3
family outside the home	3	5	11	2	3	8	15	6
home care	5	14	34	3	7	21	49	16
private help	2	3	10	1	4	7	11	4
other <sup>b)</sup>	1	3	8	0	1	5	9	3

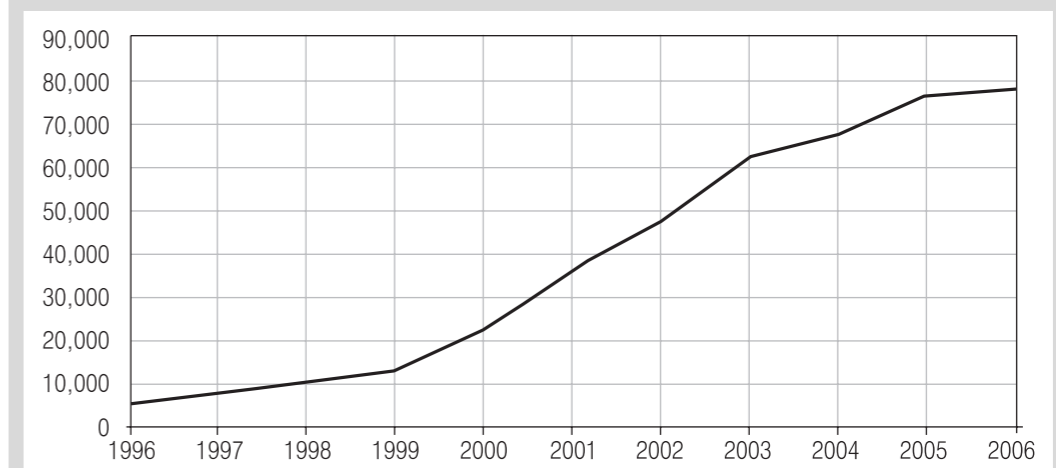
주: a) Characteristics of the most disabled person in the household. For a definition of the severity of physical disabilities see De Klerk et al.(2006). Help in the 12months prior to the survey.

b) Help from the residential organisation, volunteer, other.

자료: Report on the Elderly 2006, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, 2006.

그림 4. 연도별 개인계정(PB) 이용자 수(1996년~2005년)

(단위: 명)



자료: Report on the Elderly 2006, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, 2006.

### 3. 네덜란드 장기요양보험제도의 최근 동향

#### 1) 서비스이용자 측면

오늘날 네덜란드 노인들은 예전 노인들에 비해 교육수준이 높고, 건강상태가 양호하기 때문에 보다 독립적이며 책임감 있는 삶을 영위하고자 하는 욕망이 크다. 1980년 이후, 신세대 노인(the new generation of elderly)에게 있어 독립적인 삶이 중요한 요소로 대두됨에 따라 노인들은 요양시설에 입소하여 케어를 받기보다 가능한 집에서 케어(care)를 받으려는 경향이 강해졌다. 또한 사회활동에 적극적으로 참여하려는 경향 또한 강해졌다. 그 결과 재가서비스는 활성화 되었고 기존 요양시설(care facilities)은 가족 또는 비공식적 케어와 연계하여 운영하는 전문적인 시설로 전환되고 있다. 이와 더불어 노인들은 본인이 케어가 필요할 때 스스로 어떠한 서비스를 어디서 얼마만큼 받을지 결정할 수 있기에 이용자의 선택권도 강화되고 있다.

#### 2) 서비스 공급자 측면

기존의 장기요양서비스는 정신장애자, 신체

장애자, 65세이상 만성질환자와 같이 대상자의 특성에 따라 제공되었으나 최근 이용자의 기능 손상(functional impairment)에 맞게 서비스가 제공됨으로써 서비스의 대상 및 종류가 변화하고 있다. 또한 소비자의 욕구에 부합하는 서비스 제공이라는 방향으로 공급주체의 서비스 운영 방식도 변화하고 있다.

1960년 이래로 활발하게 설립·확장되었던 요양시설은 1980년 이후 요양시설(또는 양로시설)간 통합으로 요양시설, 치매전문 요양시설, 양로시설간 구분이 모호해졌고 이로 인해 중증인 신체장애자들도 양로시설입소가 가능해졌다. 이러한 시설 통합은 포괄적인 서비스(full package) 제공하에 대규모 시설을 양성하였다.

그러나 차츰 대규모 시설에 대한 반감이 불거지고 입소자의 선택권과 독립성을 보장받지 못한다는 의견이 제기되자 이용자의 서비스 욕구에 부합하는 맞춤형 서비스(customized service) 제공에 대한 논의가 대두되었다. 이러한 사회적 분위기는 시설이용자의 감소와 시설의 기능재편을 요구하는 결과를 낳았고 그 결과 탈구획화(departmentalisation)의 의미로 서비스 제공기관의 Extramuralisation<sup>2)</sup>가 등장하였다. 즉, 많은 요양시설과 양로시설의 일부 서비스(가령, 식사배달서비스 등)가 시설 외부에 이를 필요로

하는 사람들에게 제공되었다.

시설입소에 대한 거부감으로 정부는 노인들이 가능한 그들의 집에서 서비스를 받을 수 있도록 재가서비스를 확대하고 있으며 비공식적 케어부분을 육성하고 있다. 또한 재가서비스에 대한 수요 증가, 재가서비스의 다양화(복잡화)로 서비스 공급기관들 간의 경쟁을 유도하고 있다.

#### 3) 세부 이슈별 동향

##### (1) 지속적인 장기요양보험의 현대화(AWBZ modernisation project) 작업

2003년 이용자 중심의 서비스 제공, 서비스 유형간 장벽 제거, 효율적인 자원 활용이란 차원에서 function(function-driven financing)에 기반한 요양서비스가 도입되었다. 이후 요양서비스는 서비스 유형(요양시설, 양로시설, 재가서비스)과 상관없이 function 위주로 제공되었고 이로 인해 시장에 기반한 요양서비스 제공이 가능해졌다. 또한 소비자의 선택권과 자율권이 확대되었고 맞춤형 요양서비스 수해도 가능해졌다.

장기요양보험 현대화 프로젝트의 또 다른 사업으로 장기요양보험은 지역복지서비스인 주택개선사업, 일자리창출서비스, 각종 복지서

스와 연계하여 노인들이 가능한 독립적인 생활을 영위할 수 있는 여건을 만들어주고 있다. 이로 인해 장기요양서비스 이용자라 하더라도 필요에 따라 사회복지법안의 일종인 Social Support Act(Wmo)<sup>3)</sup>하에서 제공되는 지역복지 서비스를 받을 수 있게 되었다.

##### (2) 장기요양보험 서비스 이용자 역할 강화

지역차원에서 장기요양서비스 전달과정을 관장하고 있는 지역요양사무소(Care administration offices)는 서비스 제공자로부터 그 지역에 있는 요양대상자의 서비스를 구매할 수 있는 권한을 가지고 있다. 이러한 권한은 서비스 제공업체와 지역요양사무소의 유착관계 형성 및 시장독점 문제 등을 야기시켜 궁극적으로 시장 지향적(market-driven approach) 장기요양체계의 발전을 저해하고 있다. 이에 정부는 지역요양사무소의 기존 권한을 축소, 2009년 지역요양사무소를 폐지할 예정이다. 이로 인해 장기요양 이용자의 서비스 구매책임은 더욱 강화될 것으로 예상된다.

##### (3) 장기요양보험 일부 서비스, Social Support Act(Wmo)로의 이전

정부는 지방자치단체가 장기요양을 필요로

2) 대규모의 통합적 시설에 대한 반감 분위기하에 1990년에서 2000년사이 양로시설(residential homes) 이용자의 수는 18%까지 감소하였고 양로시설기관 수 또한 감소하였음. 반면 같은 기간 입소자의 수는 치매노인 수 증가로 인해 14%까지 증가하였으나 전체적인 요양시설(nursing home)수는 감소하여 전체적인 장기요양시설 및 이용자 수는 감소하였음. 이로 인해 'Extramuralisation'이 발달할 수 있는 여건이 형성되었음. 즉, 많은 요양시설과 양로시설의 일부 서비스 가령, 식사배달서비스(meals-on-wheels), alarm services등이 시설 외부 즉, 시설의 거주 노인 또는 노인보호시설(sheltered housing blocks) 노인에게 제공되거나 요양시설내 의사 및 물리치료사, 운동치료사, 언어치료사 등의 서비스가 양로시설 거주노인에게 제공됨으로써 서비스 영역간 장벽이 점차적으로 제거되고 있음.

3) Social Support Act(Wmo)는 지역주민들이 지역사회에 적극적으로 참여할 수 있게 다양한 서비스를 제공해 주는 법안으로 2007년 1월 시행되었음. Wmo에서 제공되는 서비스는 크게 9개로 구성되어 있으나 그 중 가장 핵심적인 서비스는 사회적 연대강화 및 지역사회내 삶의 질 향상(encouraging social cohesion and the quality of life in villages, districts and neighbourhoods)을 위한 서비스임. 그 외 지역사회 정보제공 및 가족상담실시, 가사도우미서비스(domestic help)등의 서비스가 있으며 서비스 수행과 관련된 모든 사항은 지방자치단체의 책임하에서 결정됨.

하는 사람들의 욕구에 부합할 수 있는 대리자 역할을 보다 잘 수행할 수 있을 것이라 판단하여 지방자치단체의 기능을 강화하고 있다. 그 일환으로 2007년 Wmo를 도입하여 중증의 장기요양서비스 이외의 서비스 가령, 노인을 위한 주간보호시설의 일상생활지원서비스와 생활지원개선서비스, 정신질환자를 위한 주간보호서비스, 주간보호시설에서 의료적 치료를 목적으로 한 이동 서비스, 주택보호 서비스(Domiciliary care) 등을 Wmo하의 지역복지서비스로 이전하였다. 이러한 정부의 지방자치단체의 기능강화는 장기요양보험제도의 본연의 목적인 장기요양(long-term care)기능을 강화하기 위한 것이다.

#### (4) 장기요양보험 일부 서비스, 건강보험(ZVW)으로의 이전

2007년 장기요양보험에서 보장했던 일부 정신보건서비스가 건강보험(ZVW)권으로 이전되었고 경미한 정신장애가 있는 젊은 사람들(청년들)의 요양서비스는 2008년 지역내 Youth Care Officers로 이관되었다. 이로써 더 이상 장기요양보험에서는 중증의 케어와 관련된 정신보건 서비스는 제공하지 않는다.

#### (5) 장기요양보험 역할 강화

2006년 건강보험 개혁과 2007년 Wmo도입으로 장기요양보험의 역할은 중증의 장기요양 서비스 제공이라는 본연의 제도목적으로 돌아가고 있다. 즉, 본연의 장기요양보험의 목적인

비치료적 장기요양(non-curative long-term care) 서비스 제공에 맞추어 장기요양보험 역할을 점차 강화하고 있다.

## 4. 네덜란드 장기요양보험제도의 시사점

네덜란드 장기요양보험제도는 장기요양보험의 본연의 목적인 중증의 장기요양서비스를 제공한다는 목적하에 소비자의 선택권과 자율권이 보장되며 지역복지서비스와의 연계하에 재가서비스가 활성화되었다는 점, 시장 메커니즘(mechanism)하에 소비자 중심의 서비스(consumer-directed service)가 제공된다는 점, 그 외 비공식적 서비스 영역이 활성화되었다는 점이 특징이다. 이러한 특징은 고령 인구의 증가, 소비자 주권의식의 강화, 시설서비스 보다 가능한 집에서 재가서비스를 받으려는 사회·문화적 분위기 확산, 장기요양서비스에 대한 소비자들의 다양한 욕구 증가, 장기요양보험제도의 효율적 운영의 필요성 대두, 증가하는 장기요양보험 비용 등의 문제를 해결하려는 일련의 노력의 결실이라 할 수 있다.

그러나 네덜란드가 경험했던 위의 문제들은 우리가 당면할 문제이기도 하다. 따라서 우리는 이러한 문제들을 예방하기 위해 우선적으로 정부의 정책방향을 분명히 해야 한다. 현행 장기요양 서비스는 재가 중심보다 시설 중심으로, 이용자 중심보다 운영자 중심으로 운영되고 있으며 제도내에서의 이용자의 선택권과 자율권은 상대적으로 낮은 편이다. 물론 제도 도입 초

기라는 점을 감안하여 시설 중심의 인적·물적 인프라 구축이 어느 정도 타당성을 갖는다 하더라도 앞으로 당면할 문제들을 고려할 때 현행 장기요양보험제도의 정책방향은 시설 중심에서 재가 중심으로, 운영자 중심에서 이용자 중심으로 전환할 필요가 있다. 또한 지역복지서비스와의 연계를 통해 노인들이 지역사회 내에서

건강한 삶을 영위할 수 있도록 여건을 마련할 필요가 있다.

결론적으로 안정적인 장기요양보험제도 정착에 있어 네덜란드의 장기요양보험 특성 및 최근동향은 우리에게 많은 시사점을 줄 것으로 판단된다. 보건복지