네덜란드 장기요양보호체계의 특성 및 시사점

Characteristics and Implications of Long-term Care in the Netherlands

김세진 한국보건사회연구원 연구원

2008년 7월부터 시행되고 있는 우리나라의 노인장기요양보험제도는 현재 시행 4년차에 접어들면서 비교적 안정적으로 운영되고 있으며, 가족의 요양부담을 완화시켰다는 긍정적 평가와 함께 제도의 개선에 대해 끊임없는 요구를 받고 있다. 특히 본 제도는 사회보험이라는 틀 안에서 운영되고 있음에도 불구하고 65세 이상 장기요양수급률이 OECD 평균 12.2% 대비 매우 낮은 상황이며, 요양보호사의 처우 및 서비스의 질 문제, 세분화되지 않은 등급구분(3등급 체계), 신체기능에 치중한 등급판정체계, 재가장기요양서비스의 가사지원서비스 집중현상 등 다양한 문제점을 안고 있다. 또한 우리나라는 본 제도의 평가와 집행 모두를 국민건강보험공단에서 운영하고 있다. 이러한 운영방법은 서비스 공급자에게 과도한 통제력을 부여할 수 있으며, 제도에 대한 평가 왜곡 가능성 증대와 같은 위험성을 안고 있다(윤희숙 외, 2010)[1].

1968년 세계 최초로 장기요양보험제도를 시행한 네덜란드 역시 위와 같은 다양한 문제점들을 경험하면서 제도를 개선하여 왔다. 이에 본고에서는 네덜란드 장기요양보험제도의 현황, 대상자 선정, 급여체계 등에 대하여 살펴보고 우리나라의 장기요양보험제도에 주는 시사점에 대해 모색해보고자 한다.

1. 네덜란드의 보건의료·복지체계

네덜란드는 국가차원과 민간차원에서 국민을 위한 지원(support) 및 돌봄(care) 서비스를 제공하고 있다. 국가차원은 건강보험(ZVW), 특별의료보장제도(AWBZ), 사회적지원(WMO)이며, 민간차원은 민간보충건강보험(AV-Voluntary Health Insurance)이다.

건강보험(ZVW-Zorg Verzekerings Wet / The

1) 윤희숙, 박능후, 전병유, 권용진(2010). **노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안.** KDI FOCUS.

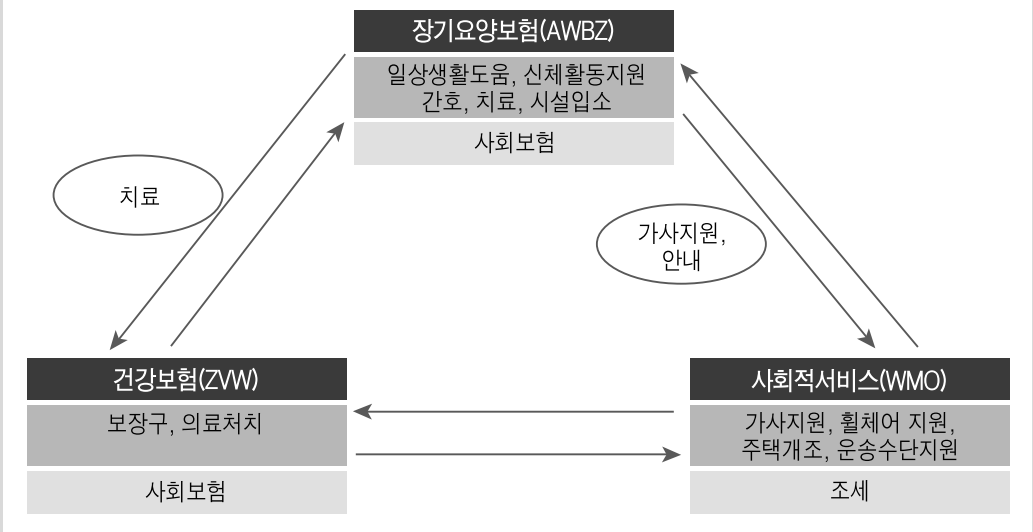
Health Insurance Act)은 전 국민이 가입하고 있는 사회보험으로 소득에 따라 보험료를 지불하며, 급성기 치료와 같은 의료적 영역에서의 혜택을 담당한다(Frederik & Bemard, 2010)[2].

특별의료비보장제도[3](AWBZ-Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten / The Exceptional Medical Expenses Act)는 장기적 돌봄(care) 서비스를 제공하는 장기요양서비스로(CIZ, 2012)[4] 다양한 돌봄(care)을 제공하고 장기요양서비스의 넓은 범위를 포괄하기 위해 시행되었다(Frederik & Bemard, 2010).

사회적지원(WMO-Wet Maatschappelijke Ondersteuning / Social Support Act)은 사회복지영역(support)의 서비스를 지원하고 있다(CIZ, 2012). 이는 2007년부터 시행되었고 장기요양보험으로부터 가사지원서비스를 이전받아 대상자들에게 제공하고 있다(Frederik & Bemard, 2010). 주요 서비스 내용은 가사지원서비스, 휠체어 지원, 주택개조, 운송수단 지원 등의 서비스이다(CIZ, 2012).

네덜란드는 각각의 사업들을 [그림 1]과 같이 지속적으로 조율하면서 제도간 서비스의 중복 또는 누락을 방지하고 있다. 예를 들어 가사지원서비스는 장기요양보험에서 사회적지원으

그림 1. 네덜란드의 보건의료 · 복지체계



2) Frederik T. Schut and Bernard van den Berg(2010). Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands. Social Policy & Administration, 44(4), pp.411~435.

3) 특별의료비보장제도(AWBZ-Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten / The Exceptional Medical Expenses Act)는 우리나라의 장기요양보험과 같은 제도로 본 고에서 추후 언급되는 AWBZ은 장기요양보험으로 명명함.

4) CIZ(2012). Long-term care in the Netherlands and the role of CIZ.

로 이전하였으며(2007년), 2년 미만의 정신치료(2008년)와 입원치료 이후의 일시적 재활치료(2011)는 건강보험으로 이전하였다(국민건강보험공단, 2010)[5].

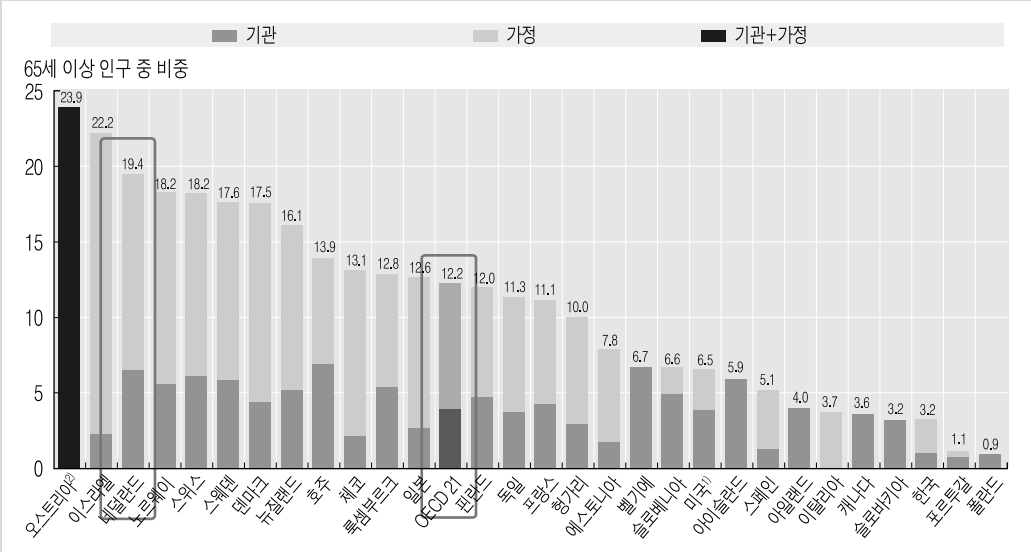
이러한 국가차원의 보건의료 · 복지체계에서 보장되지 않는 부분은 민간영역인 민간보충건강보험(AV-Voluntary Health Insurance)에서 보장하고 있다.

2. 네덜란드의 장기요양보험 (AWBZ)

1) 장기요양보험 현황

2009년 네덜란드의 65세 이상 노인인구는 전 인구의 15.2%이며, 2050년에는 23.5%로 인구의 약 1/4 가량이 65세 이상 노인이 될 것으로 예상된다(OECD, 2011a)[6]. 2010년 65세 이상 노인인구 중 장기요양 대상자는 65세 이상 인구의 19.4%로 이 중 6.6%는 시설에서, 12.8%는 재가에서 장기요양서비스를 받고 있다(OECD,

그림 2. 65세 이상 노인장기요양서비스 이용자



주: 1) 미국에서 가정 장기요양 서비스 이용자 수치는 2007년 수치이고 기관 이용자는 2004년 수치임.
2) 오스트리아의 경우 가정과 기관의 장기요양 이용자를 구분할 수 없음. 이 수치는 가정, 기관에 상관없이 장기요양 수당을 받는 사람을 의미함. 때문에 오스트리아 통계는 OECD 평균에 포함하지 않았음.

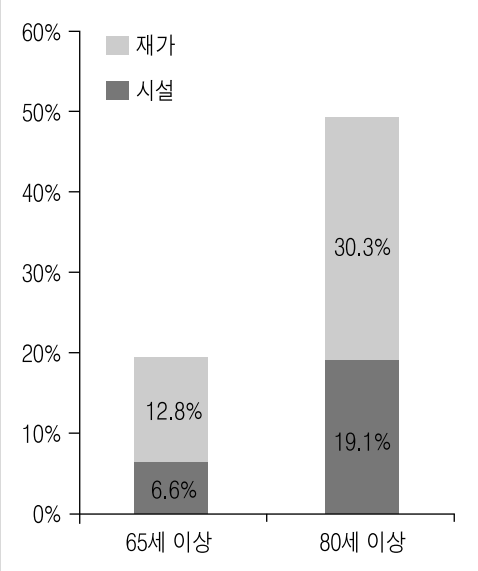
출처: Health at a Glance 2011.

5) 국민건강보험공단(2010). 노인장기요양제도 조사를 위한 네덜란드, 독일, 스위스 출장보고서.

6) OECD(2011a). *OECD factbook 2010~2011.*

2011b)[7]. 또한 80세 이상 노인인구 중 19.1%(여성 22.4% / 남성 12.5%)는 시설서비스를 이용하고 있으며, 30.3%(여성 32.6% / 남성 26.0%)는 재가서비스를 이용하고 있다(OECD, 2012)[8]. 즉, 네덜란드 80세 이상 인구의 약 50%는 장기요양보험 서비스를 받고 있다고 볼 수 있다. 장기요양대상자를 위한 시설 침상수는 인구 1,000명당 68.5개로 OECD평균 43.6개보다 높은 수치를 보이고 있다(OECD, 2011b).

그림 3. 80세 이상 노인장기요양서비스 이용자



자료: OECD Health Data 2012.

2) 장기요양 이용과 시설

(1) 장기요양보험제도 운영기관

장기요양보험제도의 운영기관은 정책을 제안 및 결정하고 이를 집행하는 다양한 기관들로 구성되어 있다. 건강보험위원회(CVZ-Colege Voor Zorgverzekeringen)는 건강보험과 장기요양보험 관련 업무 총괄감독 및 조정기관으로 독립적으로 운영되고 있다. 보건의료감독원(NZa-Nedelandse Zorgautoriteit)은 보건의료정책에 대한 감독기관으로 장기요양보험과 관련하여 전국의 지역요양사무소에 대한 예산 산출 및 수가의 상한액을 결정한다. CIZ(Centrum Indicatiestelling Zorg)는 등급판정기관으로 장기요양서비스 신청서 접수, 대상자 선정을 위한 욕구사정 및 등급판정, 서비스 종류 및 서비스량 결정, 상담, 입소를 위한 의사결정 지원 등의 역할을 수행한다. 지역요양사무소(Care Administration offices)는 장기요양보험의 실질적 집행기관이다. 이는 장기요양시설과의 서비스 수가 계약, 서비스 제공자에게 장기요양대상자의 서비스 구매, 현금급여 지출관련 서류 취합 및 결산의 역할을 하고 있다. 2012년부터는 지역요양사무소의 이러한 역할을 민간보험사로 이전할 계획이다(국민건강보험공단, 2010).

7) OECD(2011b). *Health at a Glance 2011.*
8) OECD(2012). *OECD Health data 2012.*

표 1. 네덜란드 장기요양 관련기관

명칭	역할
건강보험위원회(CVZ-Colege Voor Zorgverzekeringen / Health Care Insurance Board)	- 건강보험과 장기요양보험에 관련된 업무를 총괄 감독 및 조정하는 독립기관
보건의료감독원 (NZa-Nedelandse Zorgautoriteit)	- 보건의료정책에 대한 감독역할 수행 - 장기요양보험과 관련하여 지역요양사무소에 대한 예산 산출 및 수가의 상한액을 결정하고 정책에 대한 감독역할 수행
등급판정기관(CIZ-Centrum Indicatiestelling Zorg / Care Needs Assessment Centers)	- 표준화된 평가도구를 통한 객관적인 평가체계 마련을 위한 등급판정기관
지역요양사무소(Care Administration offices)	- 장기요양보험의 실질적 집행기관 - 서비스 수가계약 및 현금급여 관련 서류 제출

(2) 장기요양보험 대상자

장기요양보험은 사회보험으로 전국민의 의무가입을 전제로 하고 있다. 장기요양대상자는 연령에 대한 제한이 없으며 수혜대상자는 장기요양환자, 고액중증질환자, 장애인, 정신질환자 등 보호가 필요한 모든 사람을 포괄하고 있다(김미혜 외, 2007)[9].

장기요양의 대상자가 되기 위해서는 서비스 이용 가능 여부를 확인하는 과정인 등급판정을 받아야 한다. 기존에는 지역평가위원회(Regional Assessment Boards, RIO)에서 등급판정을 실시하였다. 지역평가위원회는 대상자 등급판정을 위하여 간호사, 사회복지사, 의사 등의 전문가를 고용하였고, 전문적이고 명확한 등급판정 틀이 없다는 한계를 극복하기 위해 다양한 영역의 전문가들로 팀을 구성하여 이들의 판단에 따라 수급자격을 결정하였다(WHO, 2000)[10]. 그러나 전문가들의 임의적 판단의 불안정성에 대한 불만이 제기되었고 표준화된 평가도구를 통한 평가체계 마련이 요구되었다. 이에 2005년 4월 등급판정기관인 CIZ를 설립하였다(CIZ, 2012).

장기요양보험의 신청자는 서면, 유선, 인터넷을 통해 신청서를 제출한다. 신청서는 직접 신청과 대리 신청 모두 가능하며, 대리 신청의 경우 위임사유 및 신청자의 동의 여부를 신청서에 기재하여야 한다(국민건강보험공단, 2010).

등급판정 과정의 첫 단계는 유선인터뷰이다. 신청서 접수 후 등급판정 평가자[11]는 유선으로 등급판정을 위한 인터뷰를 진행한다(CIZ, 2012). 아주 간단한 사례는 대상자가 인터넷에 직접 입력하면 등급판정 평가자가 확인 후 등급판정을 한다. 극소수의 경우에는 평가자들이 신

9) 김미혜, 이석미(2007). **독일과 네덜란드의 장기요양보장제도에 관한 연구: 현금급여와 가족수발자를 중심으로.** 사회복지정책, 31, pp.369~396.

10) WHO(2000). *Long-Term Care Laws in Five Developed Countries A Review.*

11) 신청자의 등급판정을 진행하는 등급판정 평가자는 대학졸업 학위를 가지고 있어야 하며, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 기타

청자의 집을 방문하여 평가를 진행하기도 한다. 만약 평가자가 판정하기 어려운 사례는 전문가에 의뢰를 하거나 의사진단서를 요청하기도 한다(국민건강보험공단, 2010).

인터뷰에서 사용하는 등급판정 도구는 ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)를 기본으로 상황에 맞게 다양한 도구를 적절히 활용하여 등급을 판정한다(Elke, 2010)[12]. ICF는 ①신체기능 및 구조적 장애정도, ②활동 및 참여의 제한 정도, ③심리사회적지지 및 환경적 요소 등으로 구성되어 있다. 이는 대상자의 전반적인 상태 및 환경을 파악하는 내용으로(WHO, 2003)[13] 대상자의 신체적 장애, 참여 등에서 나타나는 문제점을 측정하기 위해 사용한다(Elke, 2010). 그 외 DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version 4)는 대상자의 정신건강을 보다 정확하게 측정하기 위해서 사용하며, ICD-10(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Version 10)은 질병에 대한 측정을 위해서 사용한다(Elke, 2010).

이러한 도구를 활용하여 등급을 판정한 후에는 대상자에게 제공될 서비스 내용이 장기요양보험 외 다른 법령 및 규정에 해당하는지를 확인함과 동시에 접근가능한 시설을 파악한다. 두 번째 단계는 등급판정 내용을 바탕으로 대상자에게 필요한 장기요양보험 서비스량의 총량을 결정한다. 세 번째 단계에서는 비공식적 요양을 고려하여 순수하게 필요한 장기요양보험 서비스량의 총량을 결정한다. 이 단계에서는 질병과 기능상태 뿐 아니라 수급자의 욕구를 반영하여 서비스의 종류와 양을 결정한다. 마지막 단계에는 급여 내용(재가급여 또는 시설급여) 및 서비스 제공 수준을 결정한다(CIZ, 2012).

이렇게 결정된 등급판정 결과는 최대 5년간 유효하다(Elke, 2010). 그러나 만약 골절수술과 같이 일시적인 기능장애 등 기능상태 회복이 확실히 예상되는 경우에는 유효기간을 단축할 수 있다. 또한 만약 수급자가 자신의 등급 변화에 대해 알고 싶을 경우에는 CIZ의 홈페이지에 게시되어 있는 등급판정도구를 활용하여 자율적으로 등급판정을 할 수 있다(국민건강보험공단, 2010).

이러한 과정을 거쳐 장기요양인정자로 판정되면 신청자는 어떠한 서비스를 얼마만큼 받을 수 있는지가 명시되어 있는 장기요양인정서(indication of eligibility)를 받는다. 인정자는 인정서를 지역 내 서비스 공급자에게 제출하고 그에 따른 서비스를 제공자로부터 받는다(이수형, 2009)[14].

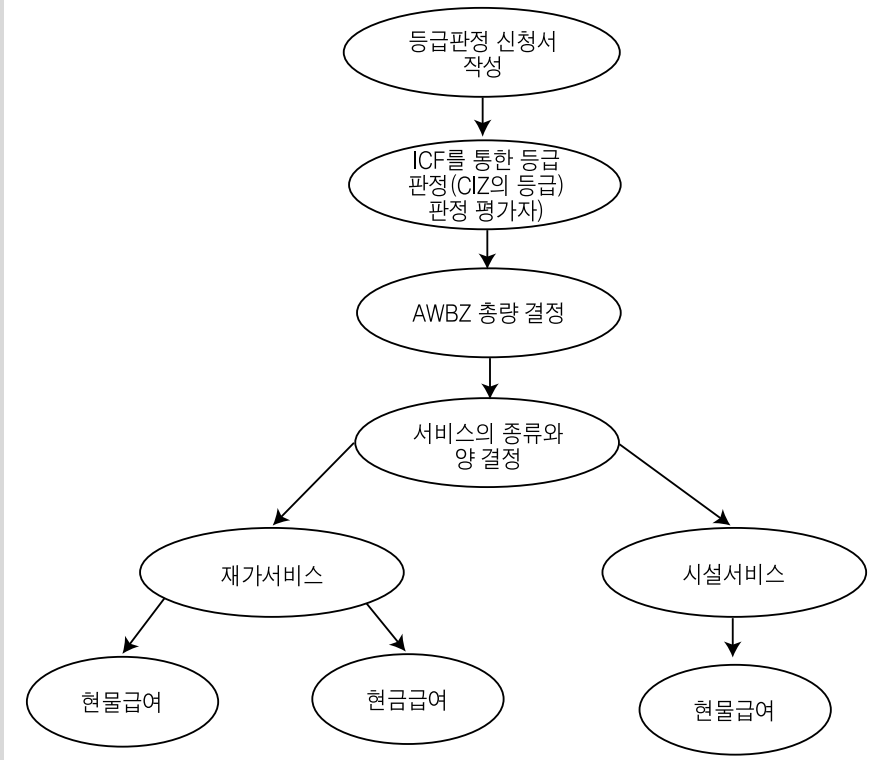
치료사의 자격을 갖추어야 함. 이들은 3일간의 기본교육을 이수한 후 2개월~1년 동안 필요한 교육을 수시로 이수함(국민건강보험공단, 2010).

12) Elke Decruynaere(2010). The Personal Budget(PGB) in the Netherlands. Expertise Centre Independent Living.

13) WHO(2003). ICF Checklist(Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disablilty and Health).

14) 이수형(2009). **네덜란드 장기요양제도의 최근동향 및 시사점.** 보건복지포럼.

그림 4. 네덜란드의 장기요양 서비스 대상자 선정 프로세스



(3) 장기요양보험 급여체계

장기요양보험의 서비스는 이용자의 기능손상에 맞게 제공되며 개인요양(Personal care), 간호요양(Nursing care), 안내(Guidance), 치료(Treatment), 시설입소(Accommodation), 단기보호시설(Temporary Accommodation) 총 6가지의 서비스로 구성되어 있다. 추후 '안내(Guidance)'의 기능은 사회복지의 영역으로 지방정부로 이전될 계획이며(Frederik & Bemard, 2010), '치료(Treatment)'는 건강보험으로 이전될 것이다(www.government.nl)[15].

이와 같은 다양한 종류의 장기요양서비스는 재가서비스와 시설서비스 두가지 형태로 제공된다. 급여형태는 현물급여(In-kind Benefit)와 현금급여(Cash Benefit)로 현물급여와 현금급여를 각각 이용하거나 또는 두가지를 혼합하여 이용할 수 있다(김미혜 외, 2007).

15) http://www.government.nl/issues/health-issues/exceptional-medical-expenses-act%5B2%5D

표 2. 장기요양서비스의 종류

구분	내용
개인요양(Personal care)	목욕, 옷입기, 면도, 스킨케어, 화장실 도움, 식사수발, 약복용 등
간호요양(Nursing care)	상처치료, 주사, 자가주사법 시범, 질병대처방법 조언
안내(Guidance)	클라이언트가 가능한 만큼 독립적으로 생활할 수 있는 능력을 향상할 수 있도록 안내
치료(Treatment)	질병의 회복 또는 재활, 기술과 행동개선
시설입소(Accommodation)	시설입소
단기보호시설(Temporary Accommodation)	단기보호시설

자료: http://www.government.nl/issues/health-issues/exceptional-medical-expenses-act%5B2%5D

등급판정을 받은 인정자가 재가서비스를 이용할 경우에는 시간당 서비스 비용을 지불하며 보건의료감독원에서 정한 상한액 이하의 금액에서 사용이 가능하다. 재가서비스의 급여형태는 현물급여, 현금급여, 혼합급여(현물+현금)로 이들 방법 중 하나를 선택하여 이용할 수 있다(김미혜 외, 2007). 재가서비스 이용자가 현금급여를 원할 경우에는 현물급여 한도액의 75% 수준에서 이용할 수 있다(Elke, 2010). 현금급여(PGBs-Personal Budgets)는 개인계정(Personal Budget)으로 제공되며, 이용자는 서비스 제공자와의 계약을 통해 필요한 서비스를 현금급여 내에서 사용할 수 있다. 개인계정에서의 실질적 현금급여 집행 및 책임은 개인계정 소지자 본인에게 있으며 개인계정은 치료(treatment)서비스를 제외한 모든 서비스에 적용된다(이수형, 2009). 현금급여 수급자는 공적 · 사적 서비스 모두에서 이를 사용할 수 있으며, 사용 후에는 지역요양사무소에 사용내역을 제출한다(국민건강보험공단, 2010). 현금급여에 사용되는 평균 연간 개인 급여수준은 15,000~18,000유로이다(OECD, 2011c)[16]. 이와 같은 현금급여 제도는 이용자들의 편의를 위하여 시행되었으나 예산부족 및 이용자들의 도덕적 해이로 인하여 나타나는 다양한 문제점들로 인하여 중단된 상황이다(Elke, 2010).

인정자가 시설서비스를 이용할 경우에는 ZZPs(Zelfstandigen Zonder Personeel / Care Severity Package)에 따라 시설급여 비용이 지급된다(Elke, 2010). ZZPs는 2008년도에 환자의 케어를 위해 개발되었으며, 2009년 장기요양시설에서 대상자에게 제공된 요양예산의 결정을 위해 도입되었다(Frederik & Bernard, 2010). 시설서비스의 제공수준은 노인 10개, 정신질환자 13개, 장애인 29개로 총 52개 서비스 내용으로 구분되어 있다(CIZ, 2012). 이 중 노인에 해당하는 서비스는 ZZP1~ZZP10까지이며 그 내용은 <표 3>과 같다. 서비스 제공수준은 신청인의 기

16) OECD(2011c), Help Wanted? providing and paying for Long-Term Care.

능상태와 필요한 요양서비스 수준에 따라 결정되며, 제공되는 서비스 수준에 따라 급여수준이 결정된다. 각각 서비스에 대한 금액은 보건의료감독원에서 제시한 ZZP의 1일당 수가에 따라 책정된다. 서비스제공 비용은 대상자가 시설에 선지불하고 추후 건강보험위원회에 보험료를 청구한다. 단, 청구금액은 보건의료감독원이 정한 최고 상한액 이하로만 청구가 가능하다(국민건강보험공단, 2010).

표 3. 시설관련 노인의 등급판정체계

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(guidance) 중심 집중요양
ZZP 8	노인보호주택 + 치료 및 간호 중심 집중요양
ZZP 9	간호 + 회복치료(restorative care)
ZZP 10	완화치료, 임종간호

자료: 국민건강보험공단(2010). 노인장기요양제도 조사를 위한 네덜란드, 독일, 스위스 출장보고서.

(4) 장기요양보험 재원

네덜란드는 장기요양보험에 연간 약 21조 유로를 지출하고 있으며, 이는 모든 health care 지출의 약 40%이다(Elke, 2010). GDP대비 장기요양 관련 지출액 역시 OECD 평균 1.39%보다 높은 3.8%로 보건의료 요양에 2.5%, 사회적 요양에 1.3%를 지출하고 있으며, 이는 OECD국가 중 가장 높은 비율이다(OECD, 2011b).

네덜란드의 장기요양보험재원은 보험료, 정부보조금(세금), 본인부담금으로 구성되며, 보험료는 매년 정부에서 결정한다(CIZ, 2012). 2단계의 과세계층(보험료 부과 최고 소득액은 32,000유로)에게만 소득을 기준으로 12.15%의 보험료(1인당 1,400유로 정도)를 부과하며, 근로자는 사용자가 원천징수하고, 자영업자는 직접 세무서에 납부한다. 정부보조금은 정부의 재정 상황을 고려하여 매년 결정하며, 본인부담금은 대상자의 소득, 연령(65세 이상여부), 동거가족수에 따라 결정된다(국민건강보험공단, 2010).

3. 네덜란드 장기요양체계의 특성

지금까지 살펴본 네덜란드의 장기요양보험제도를 바탕으로 네덜란드의 장기요양 현황, 대상자, 급여체계, 전달체계의 특성을 정리하고 우리나라의 장기요양보험에 주는 시사점을 살펴보고자한다.

네덜란드의 장기요양보험제도는 대상자의 규모면에서 포괄성이 크다고 볼 수 있다. 2010년 네덜란드의 65세 이상 장기요양 대상자는 노인인구의 19.4%로 OECD평균 12.2%보다 높은 이용률을 보이고 있다. 이는 2012년 현재 65세 이상 노인인구의 약 6%가 장기요양 대상자인 우리나라보다 3배 이상 높은 수치이다. 2009년 네덜란드의 65세 이상 노인인구가 15.2%이고

2010년 우리나라 65세 이상 노인인구의 비율이 10.9%인 것을 감안하더라도 그 차이는 크다고 볼 수 있다.

네덜란드의 장기요양보험제도는 ICF를 활용하여 대상자를 선정하고, 비공식적 케어의 수준 등을 고려하여 서비스량을 책정한다. 또한 대상자의 기능상태와 욕구를 모두 고려하여 세분화된 요양필요도에 따라 수가를 결정하고 서비스를 제공하고 있다. 즉, 대상자의 환경 및 기능상태와 욕구를 고려하여 세분화된 서비스군(ZZP1~ZZP10)에 따라 서비스를 제공하고 있는 것이다.

네덜란드는 2007년부터 가사지원서비스영역을 장기요양보험에서 사회적지원으로 이전하였고, 이를 통하여 요양(care)서비스에 집중하여 서비스를 제공할 수 있게 되었다. 이와 같은 가사서비스의 분리는 재가서비스의 상당 부분이 가사지원서비스로 이루어지고 있는 우리나라의 재가장기요양서비스에 많은 시사점을 주고 있다고 볼 수 있다.

네덜란드의 장기요양보험 급여체계는 현금, 현물, 현금 · 현물 혼합 체계로 운영되었다. 그러나 현금급여의 형태는 수혜자들의 높은 만족도, 적절한 구매력, 시스템의 행정비용 절감과 같은 장점을 가지고 있음에도(OECD, 2011c) 불구하고 현재 중단된 상황이다. 이러한 네덜란드 장기요양 급여체계의 변화 과정 및 내용은 우리나라의 장기요양 급여체계 개선에 많은 교훈을 줄 것으로 사료된다.

마지막으로 네덜란드의 장기요양보험은 제도 운영과 관련하여 보건의료감독원, 등급판정기관 등 각각의 기관들이 독립적인 형태로 운영되고 있어 제도 운영의 투명성 및 효율성을 증대하고 있다.

세계에서 가장 오랫동안 장기요양보험제도를 운영해온 네덜란드의 장기요양보험제도의 현황 및 개선방향은 시행 4년차인 우리나라의 장기요양제도에 다양한 시사점을 주고 있다. 따라서 우리는 다양한 연구들을 통하여 이러한 선진국의 변화를 우리나라의 제도에 적용해 봄으로써 우리나라 제도의 발전방향을 꾀할 수 있을 것으로 사료된다. 보건복지