

네덜란드의 장기요양 개혁*

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

이윤경(한국보건사회연구원 연구위원)

네덜란드는 고령 인구 증가, 장기요양 비용 증가 등으로 인해 기존 장기요양보험인 특별의료비보장제도(AWBZ)를 건강보험법(ZVW), 장기요양보험법(WLZ), 사회지원법(WMO), 청소년법(Jeugdwet)으로 개편하는 'WMO 2015' 개혁을 실시하였다. 이 개혁의 핵심 내용은 기존의 노인 돌봄 체계를 지역사회 중심 체계로 전환해 지역정부가 지역 거주 노인의 요양 및 복지서비스 필요도를 평가(assessment)하고 이를 근거로 관련된 서비스를 제공함으로써 노인을 자신이 거주하고 있는 지역에서 돌볼 수 있도록 하는 것이다. 또한 네덜란드에서 100년 전부터 있었던 '가정간호'를 부활시킴으로써 노인이 거주지 지역에서 간호서비스를 이용할 수 있도록 하였다.

2015년 개혁 이후 네덜란드 노인은 지역에서 통합적으로 제공되는 요양, 간호, 사회서비스 등을 자택(또는 지역사회 노인주택)에서 이용하며 생활할 수 있게 되었다. 네덜란드의 이와 같은 개혁은 효율적인 서비스 전달을 위해 노인 돌봄 체계를 지역사회 중심 체계로 개편하고, 의료-요양-사회서비스 간 역할을 명확하게 구분하며, 가족, 이웃 등 비공식 인력을 적극 활용한다는 측면에서 우리나라의 노인 돌봄 체계 개편에 시사하는 바가 크다.

1. 들어가며: 네덜란드 장기요양 개혁의 배경

네덜란드는 독일 등과 같이 인구 고령화가 일찍 시작된 국가로 1970년에 전체 인구 중 65세 이상 인구 비율이 10.1%였다. 이 비율이 2010년에는 15.4%로 증가했는데, 우리나라, 독일, 일본 등과 비교해 보면 네덜란드의 고령화율은 서서히 증가하는 것으로 나타난다(표 1).

* 이 글은 이윤경 등(2017)을 수정, 보완하여 작성했다.

표 1. 국가별 고령화율 추이

(단위: %)

구분	1970년	1980년	1990년	2000년	2010년	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년
네덜란드	10.1	11.4	12.7	13.6	15.4	20.0	24.5	27.5	27.7	28.4
한국	3.1	3.8	5.1	7.2	10.8	15.6	24.5	32.8	38.1	41.0
독일	13.6	15.6	14.9	16.5	20.5	22.2	26.8	30.0	30.7	31.7
일본	6.9	8.9	11.9	17.0	22.5	28.2	30.3	34.2	36.4	36.5

자료: 통계청. (각 연도). 국가통계포털(kosis.kr) 국제기구통계.

네덜란드는 일찍이 공공복지가 발달한 국가로 국내총생산(GDP) 대비 공공사회복지 지출이 복지 수준이 높은 스웨덴뿐만 아니라 고령화율이 높은 독일, 일본과도 유사하다(표 2). 네덜란드의 GDP 대비 공공사회복지 지출은 2013년 기준 25.6%였으며, 2016년에는 다소 감소해 22.0%로 나타났다. 또한 네덜란드의 GDP 대비 노인복지 지출은 2013년 6.2%로, 고령화율이 높은 일본(10.7%)과 독일(8.2%)에 비해서는 다소 낮지만 한국(2.2%)과 비교하면 매우 높은 수준이다(OECD SOCX database, n.d.).

표 2. GDP 대비 공공사회복지 지출 추이

(단위: %)

구분	네덜란드	한국	독일	일본
2003년	22.1	7.8	26.8	20.3
2005년	23.1	8.2	26.2	20.4
2007년	22.2	9.5	23.9	21.0
2009년	23.8	10.7	26.2	24.8
2011년	24.3	10.4	24.4	25.5
2013년	25.6	11.5	24.6	25.4
2016년	22.0	10.4	25.0	23.1

주: 1) GDP 대비 공공사회복지 지출의 비율로, 공공사회복지 지출은 일반 정부 지출(공공부조, 사회보험, 사회복지서비스)과 사회보험 지출(연금, 건강, 산재, 고용, 장기요양)을 포함함. 각국의 1980-2013(2014)년 제출 자료를 근간으로 함.

2) 2016년은 예측치로 외교부(2016) 자료를 출처로 하며, 외교부 자료를 기준으로 소숫점 둘째 자리에서 반올림한 값임.

자료: 1) 외교부. (2016). OECD 2016 사회복지지출 통계(SOCX) 주요 내용.

2) OECD SOCX database(social expenditure-aggregated data). <https://stats.oecd.org>에서 2017. 10. 23. 인출.

네덜란드는 타 고령화 국가와 비교할 때 무엇보다 장기요양 지출의 비율이 높았다. GDP 대비 장기요양 지출이 2005년 기준 2.0%로 독일의 2배였으며 2013년 2.7%까지 증가하였다. 그러나 개혁이 시작된 이후 2016년에는 2.3%로 감소하였다(표 3). 네덜란드가 자국의

장기요양제도를 개혁한 가장 핵심적인 이유는 이처럼 장기요양 지출이 크게 증가했기 때문이다. 개혁은 제도의 지속가능성을 높이기 위한 것이었다.

표 3. GDP 대비 장기요양 지출 추이¹⁾²⁾

(단위: %)

구분	한국	독일	일본	네덜란드
2005년	0.1	1.0	0.7	2.0
2007년	0.2	1.0	0.6	2.1
2009년	0.4	1.1	0.7	2.4
2011년	0.6	1.1	1.7	2.5
2013년	0.7	1.2	1.8	2.7
2015	-	1.3	na	-
2016	0.9	-	-	2.3

주: 1) 건강 관련 공적 지출(government/compulsory schemes) 중 장기요양 관련 지출[건강: long-term care(health LTC)]에 대한 GDP 대비 비율임.

2) 국가별로 제도 운영 방식이 상이함에 따라 서로 다른 평가 기법이 사용되었음. 일부의 경우 단순화된 평가 방식으로 산정하였으며, 제도 내 다양한 세부 요인에 대한 비용 가중치가 적용되는 데 한계가 있음. 일부 국가별 특이 사항 중 관련 정보가 제공된 3개 국가의 내용임.

① 일본: 스웨덴과 유사하며, 공적 개호보험 제도에 대한 회계 결과를 중심으로 함.

② 네덜란드: 네덜란드 연례재정보고서를 기준으로 작성됨.

③ 스웨덴: 스웨덴은 지자체 및 평의회와 재무 결과를 중심으로 분석됨.

자료: OECD Health data(health expenditure and financing). <https://stats.oecd.org>에서 2017. 10. 23. 인출.

네덜란드는 1968년에 장기요양보험인 특별의료비보장제도(AWBZ: National health insurance for exceptional medical expenses)를 도입하였다. 장애인나 중증 질환자를 위한 요양보험인 AWBZ가 수년간 확장되면서 가사지원서비스(home care) 등을 포함해 수많은 종류의 서비스가 추가되고, 요양서비스를 받을 수 있는 기준도 느슨하게 되면서 충분한 간호가 가능하다면 자택 거주가 가능한 수많은 사람들이 상주요양시설(residential home)에 살게 되는 결과를 낳았다. 이에 따라 AWBZ가 보장하는 장기요양서비스 관련 지출이 계속 증가하게 된 것이다(연희진, 2017).

이렇듯 인구 고령화로 인한 비용 증가와 지속적인 장기요양비 증가는 네덜란드가 2015년 ‘WMO 2015’ 개혁을 실시하게 된 배경이 되었다. 이 개혁의 초점은 기존 장기요양보험 체계를 ‘지역서비스’와 ‘중증 대상자 중심 사회보험’으로 구분하여 노인 돌봄을 지역 중심 체계로 전환함으로써 ‘노인의 지역 거주(AIP: Aging in place)’를 강화하고 노인 돌봄 비용을 절감하고자 한 것이다.

2. 2015년 장기요양 개혁

네덜란드는 1968년 전 세계에서 가장 먼저 장기요양보험을 도입한 국가이다. ‘건강보험에 적용되지 않는 의료 지출’을 보장하기 위해 특별의료비보장제도(AWBZ)라는 명칭으로 제도를 시행하였다. AWBZ는 일상생활 도움, 신체활동 지원, 간호, 치료, 시설 입소 등의 서비스를 제공하며 건강보험법(ZWV), 사회지원법(WMO)와 함께 노인 돌봄을 포괄하는 장기요양보험이었다(이윤경 등, 2012). 즉, 의료는 건강보험에서, 요양은 장기요양, 그 이외의 세부 일상생활 지원 서비스는 사회지원법에서 수행하는 체계였다.

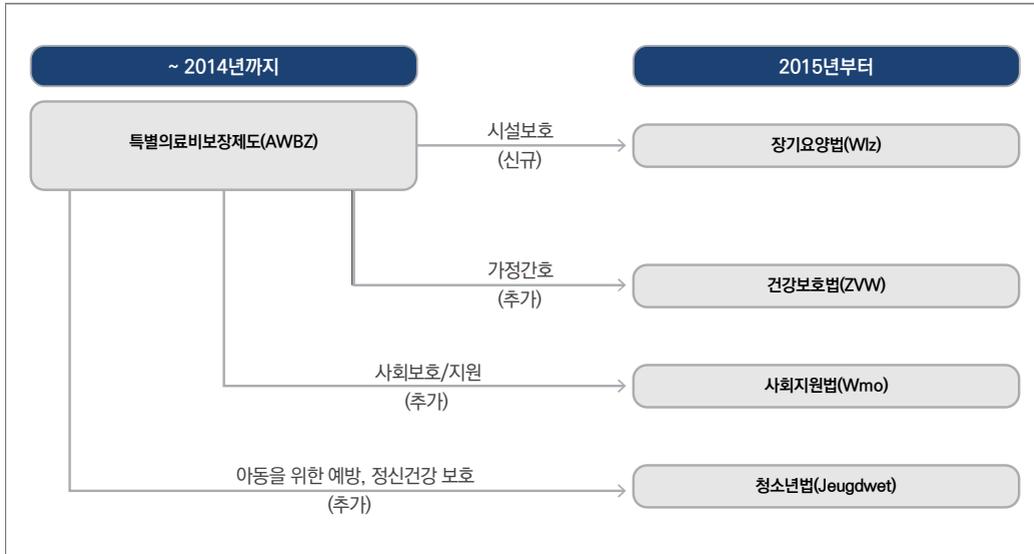
표 4. 네덜란드의 2015 개혁 이전 보건의료복지 체계

	특별의료비보장제도(AWBZ)	사회지원법(WMO)	건강보험법(ZWV)
제공 서비스	일상생활 도움 신체활동 지원 간호, 치료, 시설 입소 모성간호 재활치료 일시적 치료	가사 지원 서비스 식사 배달 주택 개선 교통서비스 다양한 사회복지서비스	의료서비스 일부 의료기기 (보장구)

자료: 이윤경 등(2012), 장기요양 등급판정 도구 개편에 관한 연구, 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, 가톨릭대학교, p. 179 재수정.

2015년 이전 노인 돌봄의 상당 부분은 사회보험인 AWBZ과 건강보험인 ZWV가 제공했고, 일상생활에서의 지원은 지역복지인 WMO가 제공했다. 네덜란드에서 ‘WMO 2015’로 불리는 2015년 개혁은 이 세 가지 제도의 역할 분담에 대한 개혁으로, 가장 핵심적인 내용은 사회지원법(WMO)을 중심으로 돌봄 체계를 개편한 것이다. 개편 내용의 가장 큰 특징은 노인, 만성질환자, 청소년, 정신질환자, 장애인 등에게 적용했던 기존의 특별의료비보장제도(AWBZ)를 폐지하고, 그 기능과 관련해 ① 의료 분야에 관한 것(예: 가정간호)은 건강보험법(ZWV), ② 지역사회에서 이루어지는 재가서비스의 상당 부분(일상생활 도움, 신체활동 지원 등)은 지방정부의 책임으로 이루어지는 사회지원법(WMO), ③ 장기요양 시설보호와 관련된 것은 장기요양법(WLZ), ④ 아동의 건강 예방 및 정신건강보호와 관련된 것은 청소년법(Jeugdwet)으로 개편한 것이다.

그림 1. 네덜란드의 보건의료복지 체계 개혁



자료: 이윤경, 강은나, 김세진, 변재관. (2017). 노인의 지역사회 계속거주(Aging in place)를 위한 장기요양제도 개편 방안. 한국보건사회연구원. p. 64.

개혁의 핵심은 장기요양의 경우 클라이언트의 자립 능력 여부, 기존의 네트워크를 통한 수혜 가능 여부를 조사하는, 이전보다 엄격한 인정조사가 도입됐다는 것이다. 또한 엄격해진 기준으로 인해 기존에는 요양시설 입소가 가능했던 소위 ‘가벼운 돌봄’ 대상의 요양시설 입소가 이제는 불가하게 되었다. 이는 중증 이상의 클라이언트를 대상으로 한 재정 축소는 어렵다고 판단하여 비교적 경증 대상자에 대한 사회 지원 서비스를 축소함으로써 재정을 절감하는 방식이라고 할 수 있다. 이는 과거 중앙정부의 AWBZ에서 실시하던 서비스의 상당 부분을 지역사회로 전환하려는 노력이다. 즉, 지역사회를 중심으로 한 돌봄 체계로의 대대적인 전환이 이루어진 것이다.

2015년 개혁의 내용 중 하나는 지원이 필요한 노인을 발굴하기 위해 은퇴 시민들을 자원봉사자로 활용하여 노인 가정방문을 실시하는 것이다. 2015년 로테르담에서는 은퇴를 앞둔 모든 로테르담 시민에게 자원봉사에 대한 필요성, 의의, 훈련 프로그램에 대한 안내 등이 담긴 패키지를 보내 이들을 노인 돌봄 자원봉사로 유인하기 위한 노력을 기울였으며, 암스테르담에서는 노인-학생 협회 주관으로 학생들이 약간의 수고비를 받고 노인의 가사를 돕거나 노인을 방문하여 함께 시간을 보내는 일 등을 하도록 하였다. 또한 장기요양보험과 건강보험, 사

회복지 세 영역 간 역할은 노인이라는 대상을 중심으로 조정되었으며, 지역에 거주하는 노인에게 적절한 보호를 제공하는 방안으로 지역방문간호사 제도가 도입되었다. 정보통신기술(ICT) 등 기술을 적극적으로 활용하고, 노인용 주택을 확대 및 개조하는 등의 서비스 지원도 두드러진 특징이다.

네덜란드가 이와 같은 혁신적인 개혁을 실시한 이유로는 앞서 언급한 것과 같이 사회적 비용의 과도한 증가를 들 수 있다. 사회적 부담을 감소하는 대안 모색의 일환으로 노인을 가능하면 지역사회에 거주하도록 하는 방향성이 제시된 것이다.

3. 장기요양 개혁 이후 지역 중심의 돌봄 현황¹⁾

네덜란드의 2015년 돌봄 개혁은 노인들이 시설에 가지 않고 가능하면 오랫동안 자택에 거주할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 지역에 거주하는 노인을 중심으로 한 지방자치단체의 역할이 강화되었다. 요양이 필요한 노인 중 매우 심각한 보호를 필요로 하여 계속적으로 지켜봐야 하는 경우는 시설요양이 필요한 것으로 보아 장기요양보험법(WLZ)에서 보호하고, 그 이외의 노인은 건강보험과 지역복지 영역에서 보호한다. 지역에 거주하는 노인을 보호하는 사례는 네덜란드 바우덴베르흐시를 통해 살펴보았으며, 그 내용은 다음과 같다.

바우덴베르흐시는 위트레흐트주에 위치한 인구 1만 2000명(2017)의 소규모 도시이다. 시청의 사회지원과에서는 돌봄이 필요한 노인이 발생할 경우 욕구조사를 철저히 한다. 욕구조사 신청은 주로 주치의나 해당 지역 전문가(가정방문간호사, 요양보호사 등) 또는 시청 사회지원팀(Social team)에 의해 이루어진다. 지역정부는 노인의 자립성, 가족 상황, 친구·이웃 자원, 시장 보기, 교회 활동, 특히 봉사를 활용한 식사 준비 등의 자원에 대해 철저히 조사한다. 조사 실시자는 시청의 컨설턴트(시 공무원)이며, 노인에게 복합적인 문제가 있을 경우에는 의사, 물리치료사, 재활치료사 등이 방문하게 된다. 욕구조사는 주로 컨설턴트 2명(1명은 파트타임)이 수행한다. 지역 사회지원팀은 가정 지도를 수행하거나 노인이 스스로 생활할 수 있도록 돕고, 지도자의 역할을 하거나 미용실 약속을 잡아 주는 등의 역할도 수행한다. 지역사회 네트워크의 중요성, 교회와의 긴밀한 연계, 교인들이 자원봉사로 치매 노인을 방문하는

1) 네덜란드 출장 시 바우덴베르흐 시청 사회지원팀장, 주간보호소 직원, 지역 간호사를 인터뷰한 결과를 종합하여 작성했다.

것을 중요한 사업이라고 생각한다. 바우덴베르흐시는 ‘바우덴베르흐는 서로 돕는다’라는 지역조직 운동, 공동체를 강조한다.

지역사회의 치매 노인 돌봄을 위해서는 치매 주간보호, 치매 가족에 대한 정보 제공·교육, 초기 치매의 경우 매주 모임 진행, 알츠하이머 카페 운영, 방문요양(간호)서비스 제공 과정에서 치매 노인 케어매니저를 통한 상담과 교육 등이 이루어진다.

2015년 개혁으로 인한 가장 큰 변화로는 노인 보호에 대한 인식 변화를 들 수 있다. 이 개혁은 노인의 자립생활을 강조하는데, 노인 스스로 자립적으로 선택하고 생활할 수 있도록 정보와 선택권을 제공하고, 주변 사람의 참여를 촉진하기 위해 노력하며, 법적으로 자녀에게 보호를 강요하지는 않지만 가족과 자녀들이 격려를 받으며 노인을 돌볼 수 있도록 지지하고, 과거 재정 지원에 그쳤던 가족 돌봄(mautal zorger)에 대해 이제는 활동 계획, 정서적 지원, 치매 교육 등의 서비스로 가족을 지원하는 등 다양한 차원에서 접근한다. 하지만 이에 대한 지방정부별 내용이 상이하며 일부 지역에서는 현금지원을 하기도 한다.

지역 중심의 의료·요양사회서비스에 대한 2015년의 개혁을 통해 국민들의 인식에도 변화가 나타났다. 국민들도 노후에 최대한 지역에서 거주하는 것으로 생각하고, 요양시설은 삶의 말기에 이용하는 것으로 인식하기 시작했다. 또한 노후에 최대한 자립적으로 지역에서 거주하기 위해서는 노인 스스로 자립하기 위한 노력을 해야 한다는 인식이 높아졌다.

지자체에서는 집 안 개조(집 안 엘리베이터 설치, 노인 보조의자 사용, 문 넓히기 등)와 가족에 대한 지원을 하며, 특히 치매 가족에 대해서는 치매에 대한 교육·정보 제공, 정책적 지원 등 다양한 지원을 한다. 지역에서의 가사 지원은 개인이 비용을 지불하는 방식으로 하되, 소득에 따라 차이는 있으나 일반적으로 1시간에 22유로(한화 약 2만 9천 원)이다. 지자체에 서비스의 양, 비용 등에 대한 획일화된 기준은 없으며 개인에 따라 개별화되어 있다. 따라서 일주일에 방문하는 시간, 빈도가 노인에 따라 매우 상이하다.

네덜란드 지역에서의 노인 보호는 제공 주체의 우선순위를 지칭하는 ‘노인 보호 피라미드’를 제시한다. 공식적 서비스가 제공되기 전에 가족, 친척, 자원봉사, 지역 등의 도움으로 보호를 하고, 이후 전문가, 사회팀(지자체 전문 직원)에 의한 보호를 제공한다. 즉, 노인 보호 제공 인력을 단계적으로 구분하고, 가능한 한 비공식적 자원을 통해 욕구 충족을 할 수 있도록 노력하며, 점차적으로 공식적 서비스로 나아가는 형태이다.

2015년 개혁의 또 다른 내용 중 하나는 지역간호사 제도의 부활이다. 지역간호사 제도는 100년 전부터 있었으나, 2015년부터 '지역간호사'라는 명칭을 회복하고 활성화되었다. 지역에서 노인, 장애인 등에게 필요한 서비스가 무엇인지를 파악하고 가정방문을 통해 간호서비스를 제공한다. 지역간호사 제도의 부활로 지역사회에 거주하는 노인의 의료적 욕구를 즉각적으로 해소할 수 있게 되었다. 지역간호사의 업무 방식은 간호와 요양이 팀을 이루어 활동하는 형태이다. 일반적으로 12명이 1개 팀을 이루어 직접 서비스뿐 아니라 행정 관리까지 하게 된다. 간호사는 간호업무 외에 요양업무도 할 수 있으며, 실제로 서비스를 제공할 때 간호와 함께 요양업무도 수행한다. 이는 이용자 중심의 서비스 제공 체계로서, 1명의 노인에게 지나치게 많은 서비스 제공자가 방문하기보다는 가능한 한 적은 수의 제공자가 방문하도록 하기 위한 방안이다. 간호사 이외에 요양서비스를 제공하는 요양사가 있으나, 이들의 업무는 요양에 국한되어 있다. 그러나 대부분의 노인이 복합적인 건강 문제를 갖고 있어 요양만을 필요로 하는 사례가 드물어 요양사의 업무가 적은 것이 문제로 부각되고 있다.

방문요양간호는 노인 방문의 경우 1일 필요에 따라 1회~수회 진행되며, 대부분 1회에 10분 정도 방문하고 최대 35분으로 배치된다. 상처 치료 등을 할 경우 시간이 많이 소요되지만, 약을 챙겨 주거나 인슐린 주사를 놓거나 압박양말(혈액순환용)을 신기거나 벗기는 등의 간단한 업무는 시간이 많이 소요되지 않는다. 이 외에 목욕 등의 신체 지원도 포함된다. 1명의 클라이언트에게는 평균 3명 정도의 간호사 또는 요양보호사가 방문한다. 네덜란드는 파트타임의 근로 형태가 일반적이어서 오전, 오후, 야간 등의 간호사 또는 요양보호사가 방문하는 형태이다.

또한 네덜란드는 지역간호업무의 효율화를 위해 기계 또는 전산 프로그램을 적극적으로 활용하고 있다. 예를 들어, 자동으로 약이 나오는 기계, 요양 플랜을 세우는 프로그램(zorgplan), 간호 프로그램(NANDA 등)을 활용한다. 또한 지역간호사는 태블릿PC를 활용하여 케어 프로그램에 따라 노인의 집을 방문하여 서비스를 제공할 때마다 서비스 내용, 노인의 상태 등을 기록한다. 서비스 제공 기록을 전산화하여 직원 간에 서비스 대상 노인의 상태, 이전에 제공된 서비스 내용 등에 대한 정보를 공유하는 체계를 갖추고 있다.

4. 나가며

네덜란드는 노인에 대한 장기요양과 복지가 잘 갖추어진 대표적인 국가이다. 그러나 장기적으로 볼 때, 노인 인구의 증가와 경제성장 속도가 과거보다 둔해진 현 상태를 고려하면 제도의 지속가능성을 위해 제도 간 역할 조정을 통한 효율화 제고가 필요한데, 이를 반영한 개혁이 'WMO 2015'이다. 우리나라에서도 고령화율이 급속히 증가하고, 그로 인한 장기요양 및 의료·사회서비스 비용이 증가하며, 제도 간 역할 정립의 필요성이 제기되는 만큼 네덜란드의 장기요양 개혁은 다음과 같은 함의를 갖고 있다.

첫째, 지역을 기반으로 한 장기요양, 노인 돌봄 체계로의 전환은 노인의 돌봄을 시설을 통한 보호보다는 본인의 거주 공간, 커뮤니티에서 보호하는 것이 적합하다는 'Aging In Place'의 관점을 실천하는 방안일 것이다. 이는 최근 한국의 노인 돌봄에서 요양시설, 요양병원 이용이 다소 무분별하게 증가하는 현 상황이 지속될 경우 노인의 삶의 질과 사회의 지속가능성에도 부정적인 영향이 초래될 것임을 예측하게 한다. 그러나 최근 현 정부에서 추진하고 있는 커뮤니티 케어(community care)가 체계적으로 이루어진다면 네덜란드와 같이 나이가 들어도 지역에서 계속 생활할 수 있도록 하는 일이 가능할 것이다.

둘째, 지역 단위의 서비스 제공을 위한 욕구사정과 서비스 계획, 제공 등의 사례관리 체계화가 이루어졌다. 과거 장기요양에서 이루어지던 재가보호를 지역사회 역할로 전환하면서, 지방정부(시)에 의한 욕구조사와 서비스 계획, 제공 과정이 강화되었다. 이는 정확한 조사를 기반으로 한 노인의 다양한 욕구에 대한 통합적 접근이며, 이를 지방정부에서 수행함으로써 공공서비스로서 안정적 제공이 이루어지고 있다. 이 또한 우리나라에서 현재 설계되고 있는 커뮤니티 케어에서의 체계적인 사례관리, 공공의 역할의 중요성에 대한 함의를 제공한다.

셋째, 가족 자원과 지역사회의 비공식적 자원을 적극적으로 활용하기 위한 노력이 이루어지고 있다. 네덜란드는 과거 현금 급여를 통해 가족에 의한 보호를 유인했으나, 제도 개편 이후 현금 급여보다는 가족과 이웃 등 비공식적 인력의 적극적 참여를 촉진하기 위한 노력을 수행하고 있다. 또한 가족에 대한 교육, 상담 강화 등을 통해 가족의 역할을 확대하고자 노력하고 있다. 특히 은퇴 이후의 인력 등 비공식적 체계를 적극 활용해 국가의 비용 부담을 줄이고, 다양한 주체 간 공동 역할 분담을 기대하게 하였다. 이에 대해 현재 우리나라는 공공서비스가 크게 확대되지 않은 상태에서 가족 등의 비공식적 역할이 여전히 크다는 점을 고려한다

면 우리나라에서는 비공식적 자원이 축소되지 않도록 하면서 공공서비스를 정착시키기 위한 노력이 필요할 것이다.

넷째, 노인이 지역사회에서 계속 거주하기 위해 필요한 장기요양-의료이 연계하여 이루어지며 제도 간 벽이 허물어지고 있다. 네덜란드는 장기요양 개혁에서 장기요양과 의료 개혁이 함께 이루어졌음을 볼 수 있다. 즉, 제도를 중심으로 한 개편이 아니라 노인이 지역사회에서 편리하게 거주할 수 있도록 ‘노인을 중심으로 한 돌봄 체계’로 전환되었으며, 이러한 점에서 장기요양과 의료의 연계는 당연한 결과로 나타난다.

마지막으로 노인이 지역에서 생활하는데 필요한 생활 지원 물품과 서비스가 다양하게 제공되고 있다. 신체·정신 기능이 약해진 노인의 지역사회 거주 저해 요인 중 하나는 생활 지원 물품이나 서비스가 원활히 제공되지 못한다는 점이다. 따라서 노인의 자립 생활을 지원하기 위해 장보기, 식사, 청소, 외출, 병원 동행을 비롯해 은행업무, 그 외의 생활에 필요한 소소한 생활 지원에 대한 물품과 서비스 제공 방안을 고려하고 있다. 일본의 지역포괄지원센터에서는 개호보험뿐 아니라 지역에서의 서비스에 대한 욕구사정 및 이용 계획 수립이 이루어지며, 이는 네덜란드에서도 마찬가지로 이루어지고 있다.

참고문헌

- 이윤경, 강은나, 김세진, 변재관. (2017). 노인의 지역사회 계속거주(Aging in place)를 위한 장기요양제도 개편 방안. 한국보건사회연구원. 통계청. (각 연도). 국가통계포털(kosis.kr) 국제기구통계.
- 외교부. (2016). OECD 2016 사회복지지출 통계(SOCX) 주요 내용. OECD SOCX database(social expenditure-aggregated data). <https://stats.oecd.org>에서 2017. 10. 23. 인출.
- 이윤경, 김찬우, 손창균, 선우덕, 정경희, 임정기 등. (2012). 장기요양 등급판정 도구 개편에 관한 연구. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원 연회진. (2017). 네덜란드 장기요양제도의 최근 동향. 의료정책포럼. 14권 2호.