

의료-장기요양 연계를 통한 효과적 요양서비스 제공방안

2019년 6월

보건복지부

이 화 중

차 례 (Contents)

국외훈련 개요.....	i
훈련기관 개요.....	ii
I. 서론	1
1. 연구의 배경 및 목적	1
2. 연구의 내용 및 방법	7
3. 연구의 기대효과	9
II. 우리나라 장기요양제도 개요와 현황	10
1. 공공 장기요양제도의 도입배경	10
2. 장기요양제도의 도입 과정	11
3. 우리나라 장기요양제도의 구성과 현황	12
4. 장기요양제도의 성과와 과제 및 개혁동향	19
III. 장기요양 및 보건의료 제도의 국외사례	27
1. 독일과 일본의 장기요양제도	27
2. 네덜란드의 보건의료제도 개요	37
3. 네덜란드 장기요양제도 개요	55
4. 네덜란드 보건의료 및 장기요양제도의 개혁	64
5. 우리나라와 네덜란드 장기요양제도의 비교분석	73
IV. 의료와 장기요양 연계(통합보건의료/케어) “네덜란드 사례 중심으로” ...	81
1. 통합 보건의료의 개념	81

2. 네덜란드 통합보건의료 'Samen werken'	94
3. 네덜란드 1차의료의 묶음지불제도(bundled payment)와 케어그룹	110
4. 네덜란드 당뇨병 통합 케어 'ZIO 통합 케어 사례'	117
5. 네덜란드 치매 통합 케어 'Geriant 모델'	126
6. 네덜란드 통합재가요양 'Buurtzorg'	138
 V. 결론 및 제언	145
1. 의료기관 및 장기요양기관 모두에서 서비스의 합리적 연계 제공	145
2. 보건의료 자원의 지역사회와 1차의료로 균형배치	149
3. 의료, 장기요양, 복지의 '일괄 개혁' 과 '지속가능한 재정확보'	156
4. 총결	158
 VI. 참고문헌 및 자료 목록	163

표 차례

표 1. 우리나라와 네덜란드의 장기요양(Long Term Care, LTC) 급여 이용자 변화	14
표 2. 장기요양 급여 이용 유형(재가요양 Vs 시설요양) 변화	16
표 3. 장기요양 종사자 및 병상의 변화	17
표 4. 네덜란드 보건의료분야의 관련 기관의 역할과 업무	50
표 5. 네덜란드 건강보험제도 개혁의 핵심 내용	68
표 6. 우리나라와 네덜란드의 장기요양제도 비교	80
표 7. ‘사람중심 통합보건의료’ 실현의 어려움	90
표 8. ‘Samen Werken’ 각 지역의 보건의료 개입/중재의 형태	99
표 9. 각 시범사업 지역에 프로그램관리자 자원	101
표 10. 시범사업의 법인	103
표 11. 네덜란드의 만성질환 묶음지불제와 우리나라의 (신)포괄수가제 비교	115
표 12. 보건의료 체계의 변화와 기회 ‘ZIO의 성공 요인’	125
표 13. 치매환자를 위한 통합 케어 ‘Geriant’ 의 개요	130
표 14. 네덜란드 장기요양 급여의 종류와 비용 지불 근거 법	149
표 15. ‘의료 및 장기요양 서비스의 효율적 연계 제공’ 방안	160

그림 차례

그림 1. 우리나라, 네덜란드 및 다른 나라의 노인인구 비율의 변화와 추계	1
그림 2. 보건의료와 장기요양에 대한 지출의 변화 (우리나라, 네덜란드, 독일, 일본)	2
그림 3. 우리나라 장기요양보험제도의 운영과 재정의 흐름	19
그림 4. 네덜란드 공공 건강보험의 재정 흐름	39
그림 5. 네덜란드 보건의료시장 구조 (2006년 이후)	48
그림 6. 네덜란드 보건의료체계 구조 및 운영 흐름	57
그림 7. 네덜란드 보건의료체계 재정 흐름	60
그림 8. 네덜란드 건강보험제도의 개혁 전후 변화	66
그림 9. 네덜란드 장기요양제도의 변화 (2015년 장기요양제도 개혁 전후)	72
그림 10. 네덜란드 통합 보건의료 시범사업 ‘Samen Werken’의 구성요소와 체계 ..	97
그림 11. 네덜란드 묶음지불제에서 케어그룹의 역할과 시장경쟁 기전	116
그림 12. 네덜란드 치매 통합 케어 ‘Geriant’의 조직도	128
그림 13. 의료 및 장기요양 서비스의 효율적 연계제공’의 방안과 기전	162

국외훈련개요

1. 훈련국 : 네덜란드
2. 훈련기관명 : 에라스무스대학 보건정책경영연구소
(Institute of Health Policy & Management, iBMG / Erasmus School of Health Policy & Management, ESHPM)
3. 훈련분야 : 보건의료
4. 훈련기간 : 2017. 7. 1. ~ 2019. 6. 30.

훈련기관개요

■ 기관개요

- 훈련국 : 네덜란드
- 훈련기관명 : 에라스무스대학 보건정책경영연구소
(Institute of Health Policy & Management, iBMG /
Erasmus School of Health Policy & Management, ESHPM)
- 인터넷 웹주소 : <https://www.eur.nl/eshpm>
- 기타(주소 등) : Bayle Building- Campus Woudestein, Mayor Oudlaan 50,
3062 PA, Rotterdam

■ 기관소개

- ‘에라스무스대학교’ 연혁
 - 1913년: Netherlands School of Commerce (네덜란드 상업학교)
 - 1939년: Netherlands School of Economics (네덜란드 경제학교)
 - 1960년대: 법학부, 사회과학부, 철학부, 역사학부, 예술학부, 경영학부 신설
 - 1966년: 의과대학(Medical Faculty Rotterdam) 신설
 - 1973년: 에라스무스대학 (Erasmus University Rotterdam)로 개칭 (종합대학)
 - 2009년: ‘International Institute of Social Sciences, ISS’ 통합
 - 2013년: 의과대학 에라스무스 메디컬 센터(Erasmus MC)로 개칭
- ‘에라스무스대학’ 개요
 - 에라스무스대학교(Erasmus University Rotterdam)는 로테르담 출신의 사상가 ‘데시데리우스 에라스무스(Desiderius Erasmus)’에서 유래한다. 종합대학교인 에라스무스대학교의 학문 및 연구는 3개 분야에 다양한 학부와 기관으로 구성됨
 - 정책/인문분야 학부 : 법학대학 (Erasmus School of Law), 사회과학부 (Faculty of Social Sciences), 역사학대학(Erasmus School of History), 철학부 (Faculty of Philosophy) 문화커뮤니케이션학부 (Culture and Communication),
 - 경제경영분야: 경제학대학(Erasmus School of Economics), 경영학대학 (Rotterdam School of Management),

- 의학/보건분야: 의학부(Faculty of Medicine), 에라스무스 메디칼 센터/병원(Erasmus MC), 보건학부(Health Sciences), 보건정책경영연구소/보건정책경영대학(Institute of Health Policy and Management/Erasmus School of Health Policy and Management)

- 에라스무스대학교는 세계최고 수준을 자랑하는 경제 및 경영학부 및 대학이며, 뿐만 아니라 의과대학과 생명과학분야 또한 세계적이다. 2016년 QS세계 대학랭킹에서 에라스무스대학교는 경영학 부분에서 세계 21위, 경제 분야에서 세계 40위를 의학/생명과학 부문에선 세계 34위를 기록함

○ 훈련기관 ‘에라스무스대학 보건정책경영연구소(iBMG / ESHPM)’ 소개

- “에라스무스 보건정책경영연구소” [Institute of Health Policy & Management (iBMG) 또는 Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)]는 에라스무스대학의 주 캠퍼스인 ‘Woudestein 캠퍼스’에 위치하며, 보건정책, 보건법, 보건경제, 보건의료기술평가, 보건사회학 분야의 네덜란드 국내 및 국제적인 수준의 연구 활동을 수행하는 보건의료 정책 개선 및 보건의료서비스 개발 등의 역할

- 1982년 설립 현재까지 8명의 학장이 임명되어 역임하였고, 훈련기관인 “에라스무스대학 보건정책경영연구소”는 2017년 8월30일까지 Institute of Health Policy & Management (iBMG)를 공식 영문 기관명칭으로 사용했으며, 2017년 9월1일부터는 Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)를 새로운 영문명칭을 공식 기관 명칭으로 사용함. 이는 기관의 양과 질적 확장과 교육적 측면의 강화를 위해 명칭을 변경함. 현재 석박사과정에서 100여명의 학생이 있으며, 50여명의 교수진과 연구자들이 보건/의료/복지 분야의 경영/경제/정책의 분야의 융합 연구를 수행.

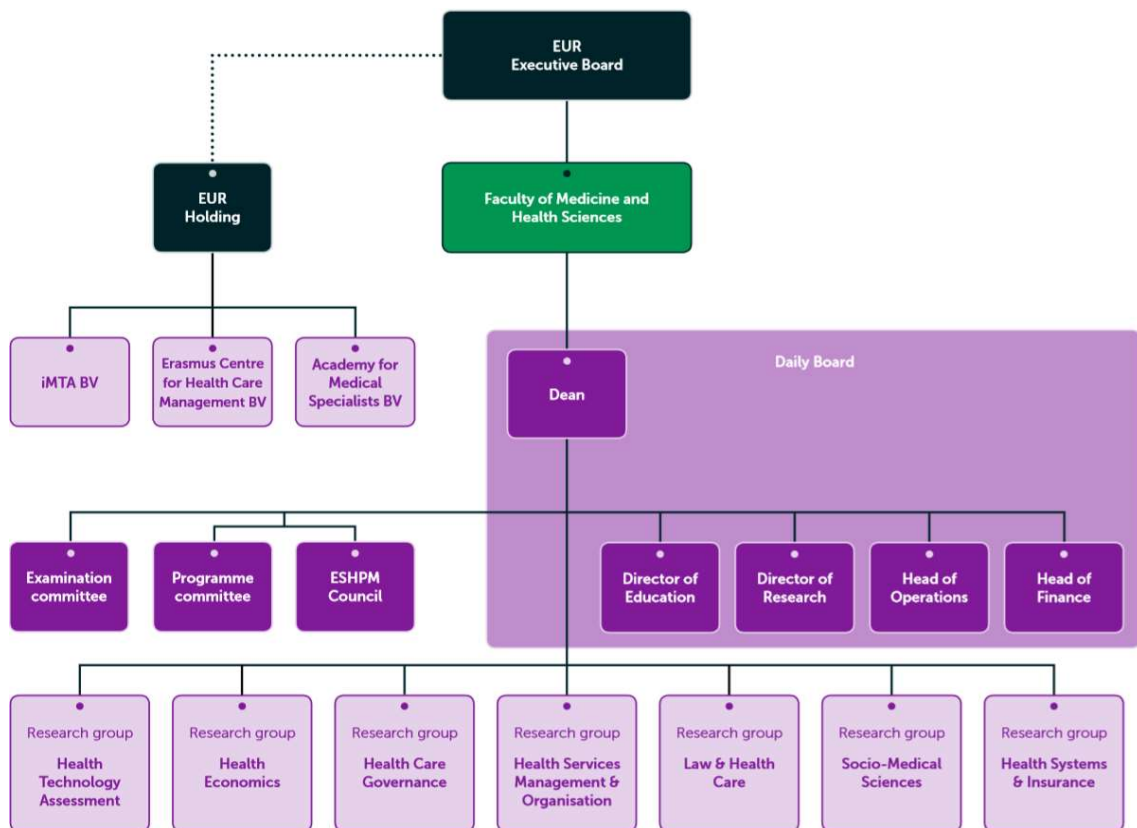
- 또한, “에라스무스대학 보건정책경영연구소”는 네덜란드 정부조직 및 건강보험회사의 보건의료의 효율적 경영 방안 연구와 자문, 국가의 보건의료체계의 조직을 수행할 수 있는 양질의 인력을 양성할 수 있는 다양한 교육 프로그램(학부, 석사, 박사, 일반인을 위한 프로그램 등)을 제공하고 있음. 이에 “에라스무스대학 보건정책경영연구소”는 보건의료법, 보건의료 정책/정부조직, 보건의료기술평가, 보건의료보험 및 시스템, 보건의료 경영 및 조직 분야로 나누어 상호 유기적인 연계 연구를 하는 연구 조직으로 발전함.

< ‘에라스무스대학 보건정책경영연구소’ 미션과 연구분야 >

미션	보건의료 제도 및 정책 분야에 발생하는 복잡하고 다양한 문제들을 학제간의 연계 연구와 국제공동 연구를 통해 능동적이고 효율적인 해결 방안 도출 연구
3대 연구분야	① 국민 건강(Health Care)관련 제도의 조직과 경영 ② 보건 증진을 위한 제도 및 서비스의 품질과 효율성 ③ 국민 건강/복지 규정 및 제도의 상호 경쟁과 조절

- ‘에라스무스대학 보건정책연구소’는 에라스무스대학 (Erasmus University Rotterdam) 소속 보건정책 및 경영에 대한 복합융합 학문을 수행하는 연구소이자 교육기관으로써, 유럽 보건복지 및 의료분야 세계적 전문가와 다양한 교류 및 연계연구를 활발히 진행함

<훈련기관 ‘에라스무스대학 보건정책경영연구소’ 조직도>



출처: <https://www.eur.nl/en/eshpm/about-eshpm/organisational-structure>

I. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

□ 연구의 배경 및 필요성

○ 인구의 노령화와 보건의료 지출 및 만성질환의 증가

우리나라는 2000년 노인인구로 정의되는 65세 이상 인구가 7%로 고령화 사회가 되었으며, 2017년 고령사회(14%), 2026년 20% 이상으로 초고령사회에 진입이 예상된다(그림 1).¹⁾ 2040년경에는 노인인구 비율이 네덜란드와 독일을 넘어 서며, 2050년경에는 일본과 함께 노인인구의 비율이 35%에 달하며 세계에서 가장 노인 인구의 비율이 높은 사회가 될 것으로 예상된다(그림 1). 이러한 인구학적 환경의 변화와 함께 치매 및 인지장애 또는 만성질환으로 인해 수발과 돌봄이 필요한 사람이 급격히 증가할 것으로 예상되어 왔다(전훈익, 2019.03.20; 정현용, 2018.12.31).

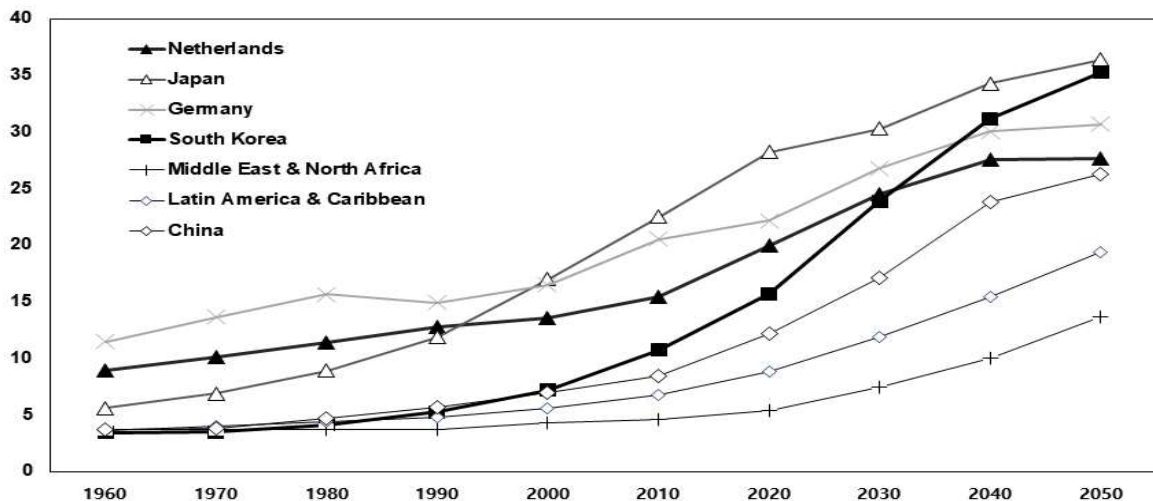
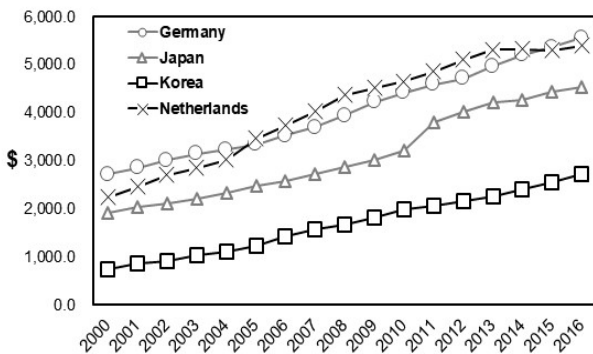


그림 1. 우리나라, 네덜란드 및 다른 나라의 노인인구 비율의 변화와 추계 (1960년 ~ 2050년). X축: 년도, Y축: 인구에서 65세 이상이 차지하는 비율(%)

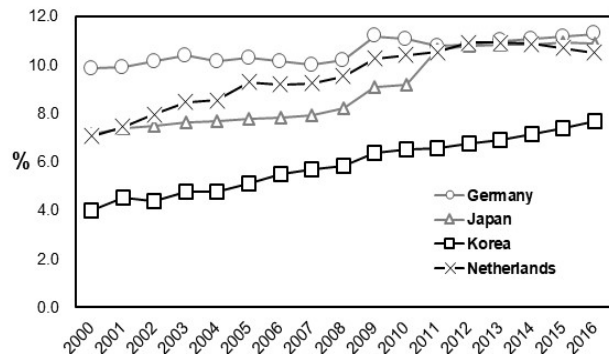
출처: The World Bank, population estimates and projections (2018년 4월 25일)
(<https://datacatalog.worldbank.org/dataset/population-estimates-and-projections>)

1) The World Bank의 세계 인구 추계를 사용하여 기술한 것으로(그림 1), 우리나라의 실제 노인인구의 추계는 현재에도 급격하게 낮아지는 출산율과 노인인구의 증가로 매년 급격하게 변화고 있어 본 자료와 실제 노인인구의 비율은 다소 상이할 수 있다.

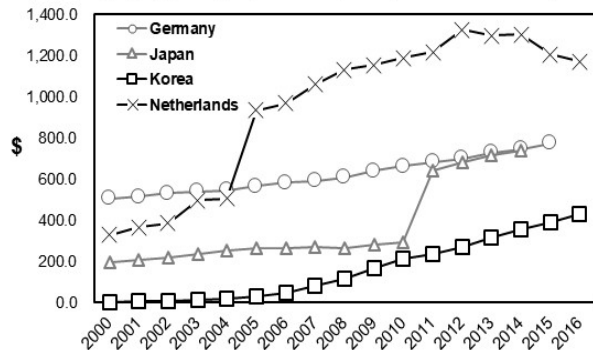
A) 보건의료 지출 (per capita, current prices, current PPPs)



B) 보건의료 지출 (share of GDP)



C) 장기요양 지출 (per capita, constant prices, OECD-based PPPs)



D) 장기요양 지출 (share of GDP)

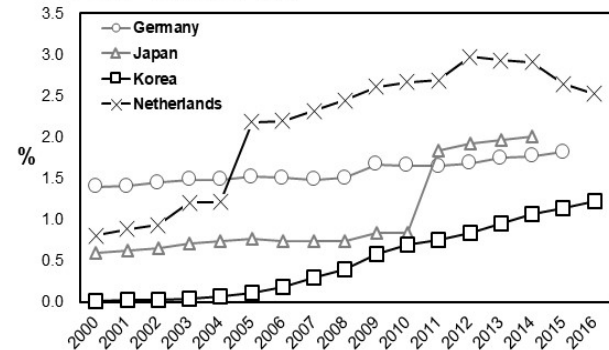


그림 2. 보건의료와 장기요양에 대한 지출의 변화 (우리나라, 네덜란드, 독일, 일본) :

A) 보건의료 지출 (1인당, current PPP), B) 보건의료 지출 (GDP의 %), C) 장기요양 지출 (1인당, OECD-based PPP), D) 장기요양 지출 (GDP의 %)

출처: OECD 통계 (2018년 5월 29일 자료; <https://stats.oecd.org>)

이러한 인구의 고령화와 함께, 우리나라 보다 노인인구의 비율이 높은 다른 선진국에 비해 현재는 낮은 수준이지만(그림 2), 지난 10여 년간 우리나라의 보건의료 지출은 2배가량 증가해 왔으며, 장기요양에 소요되는 지출도 2008년 장기요양보험제도의 시행 이후 꾸준히 증가하고 있다(임재희, 2018.10.30; 그림 2). 실제로 우리나라 국민건강보험의 진료비가 2008년 약 40조원에서 2017년에는 약 78조원으로 증가했다(임재희, 2018.10.30). 특히, 2017년 1인당 진료비는 65세 이상의 비율이 높은 지역인 전라남도 고흥군(65세 이상 비율: 38%), 경상남도 의령군(65세 이상 비율: 34%), 전라북도 부안군(65세 이상 비율: 29.5%)이 각각 281만원/년, 278만원/년, 277만원/년으로 전국 평균(65세 이상: 13.9%)인 159만원/년에 비해 110만원/년 이상 높았다(임재희, 2018.10.30). 반대로 노인 인구의 비율이 낮은 지역인 경기도 수원시 영통구(65세 이상 비율: 6.0%), 경기도 화성시(65

세 이상 비율: 8.1%), 경기도 용인시 수지구(65세 이상 비율: 11.6%)는 국민건강보험의 2017년 진료비 지출이 전국 평균에 비해 현저하게 낮은 것으로 나타났다(임재희, 2018.10.30).

2017년 노인 인구의 비율이 가장 낮은 경기도 수원시 영통구의 경우 만성 질환과 암(위암과 대장암)의 발병률이 전국에서 가장 낮았으며, 고혈압 환자도 가장 적은 것으로 나타났다(임재희, 2018.10.30). 당뇨병의 경우에도 경기도 수원시 영통구에서 가장 낮은 발병율(3,347명/10만명)을 나타냈으며, 노인의 인구비율이 높은 전라남도 고흥군(11,674명/10만명) 등이 당뇨병의 상위 발병률을 나타냈다(임재희, 2018.10.30). 이러한 상황에서 우리나라의 급격한 노인 인구의 급격한 증가에 따라 당뇨병, 고혈압 등의 만성질환의 증가와 함께 보건의료비 및 장기요양의 지출의 급격한 증가가 예상되며, 이에 따른 건강보험 및 장기요양제도의 지속적 개선과 관련 정책의 개발과 대비가 필요한 상황이다(Kim N, 2015; 보건복지부 질병관리본부, 2018.12.20).

○ 장기요양과 의료 및 복지 제도 간의 연계와 통합

우리나라의 장기요양보험제도는 신체적 정신건강의 이유로 독립적인 일상생활이 어려운 노인과 노인이 아닌 경우에도 노인성 질환을 앓는 사람에게 신체 및 가사활동에 대한 급여를 제공하고 부양가족의 부담을 덜어주어, 사람들의 행복과 삶의 만족도를 높이려는 등의 목적으로 2008년 7월부터 공공보험의 형태로 ‘노인장기요양보험제도’를 시행해 왔다.

우리나라의 ‘장기요양보험제도’는 짧은 기간에 안정적으로 시행 운영되어 이용자와 가족의 부담을 덜어주었다는 평가가 있다(Rhee JC & et al., 2015). 그러나 제도 시행의 역사가 짧은 이유와 급속한 노령화와 저출산 등의 사회경제적 변화에 따라 지속가능한 재정의 확보 등을 위한 지속적인 개혁 및 개선이 필요한 상태이다. 이는 장기요양에 제공되는 서비스의 ‘질 관리’의 문제, 요양시설과 요양병원의 역할 정립과 사회적 입원의 문제, 의료와 장기요양 서비스의 연계 제공이 원활하게 이루어지고 있지 않은 문제, 급격한 인구의 노령화와 저출산에 따른 지속가능한 장기요양 재정의 확보문제와 공공성 확대 및 보장성 강화에 따른 인프라 확충 및 장기요양 종사자의 처우개선의 문제 등이 있다(김진수 외, 2015; 황경란 외, 2018; Seok JE, 2010).

특히 장기요양과 의료 서비스가 원활하고 적절하게 연계 제공되지 않아

이용자와 보호자에게 불편함이 발생하고 있다(국민청원, 2017.12.15.; 김진수 외, 2015). 장기요양시설의 입소 등급인 장기요양 1, 2등급 인정자의 경우 의료적 욕구가 있는 경우가 많아 입소자를 위한 의료 서비스의 제공이 필요하지만, 현재 요양시설에서 제공하는 ‘촉탁의’ 나 간호사에 의해 제공되는 의료서비스는 충분하지 않으며 운영상에 발생하는 여러 가지 문제도 나타나고 있어 제도의 개선의 필요가 있다(국민청원, 2017.12.15.; 김진수 외, 2015; 박선재, 2018.06.14). 또한 의료기관인 요양병원에서는 간병비가 국민건강보험이나 장기요양보험으로 지급되지 않아 간병비를 이용자나 보호자가 지불해야 하는 부담이 있으며, 요양시설에는 의료 서비스가 충분하지 않고, 입소를 위한 장기요양 등급의 인정이 필요하여, 요양병원에 사회적 입원이 증가하는 문제가 발생하고 있다(김진수 외, 2015; 박선재, 2018.06.14).

이에 장기요양, 의료서비스, 복지서비스 등을 포괄적인 통합형으로 전환하거나 통합 연계 또는 조정하여 제공할 수 있는 방안이 필요하다. 이를 위한 장기요양보험과 기존의 건강보험의 의료서비스 및 사회복지 서비스와의 연계조정 및 재배치의 개선 및 개혁 방안의 다각도의 연구가 필요하나, 다양한 측면에서의 충분한 연구가 되어 있지 않은 상태이다(김진수 외, 2015).²⁾

○ 공공 장기요양제도 “네덜란드가 최초, 지속적 개혁 및 연계통합”

네덜란드는 장기요양급여 제공을 위해 1968년 ‘예외적의료비보장법(de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ; the Exceptional Medical Expenses Act, EMEA)’을 법제화하여 시행하여, 이후 지속적인 제도 개선과 개혁 정책을 수행해왔다(Douven R & et al, 2007; Kroneman M & et al, 2016; Maarse JA & Jeurissen PP, 2016; Mot E & et al, 2010). 이는 시설요양 기반의 장기요양에서 이후 재가 및 재활과 가사지원으로 급여를 확대시행하고, 현재는 통합의료와 지역사회 중심의 보건의료 및 장기요양의 형태로 전환하고 있다(Kroneman M & et al, 2016; Maarse JA & Jeurissen PP, 2016). OECD 국가 중에서도 네덜란드 장기요양 서비스가 가장 포괄적이며, 수급자의 비율도 가장 높다(Geerts J & et al, 2012).

네덜란드 장기요양제도는 공공보험으로써 1995년 시행된 독일의 장기요

2) 장기요양과 의료 서비스의 연계와 관련 된 연구로는 ‘김진수 외, 2015’ 에 따르면 대부분은 요양시설과 요양병원의 역할정립, 간호 서비스의 연계 등에 국한된 연구가 대부분인 것으로 나타난다. 이에 ‘장기요양과 의료 서비스의 연계 방안’ 을 위해 보다 포괄적이며 다각도의 심도 있는 연구의 활성화가 필요하다고 한다.

양보험제도, 2000년 시행된 일본의 장기요양보험제도에 영향을 주고, 우리나라의 제도와 유사한 점이 상당부분 있다(Liang Y et al, 2010; Rhee JC & et al, 2015). 한편 네덜란드는 시설요양보다 재가요양 비율이 높고, 건강보험과 별개로 장기요양 재원을 마련하는 측면에서 우리나라와 유사하다. 각 제도 간에 효율성과 비용절감을 위한 다양한 통합정책과 함께 지속적인 보건의료를 위한 제도 개편이 2005년 및 2015년 시행하였고, 이를 통한 장기요양 및 관련 법제도와 서비스의 조정과 재배치를 단행했다.

이에 본 연구에서는 독일이나 일본의 사례보다 상대적으로 우리나라에 소개가 많이 되어 있지 않으며 독일과 일본의 장기요양제도의 도입에 상당한 영향을 주었으며(Liang Y et al, 2010), 장기요양 및 사회복지 선행국인 ‘네덜란드의 장기요양제도’와 관련 보건의료제도의 사례를 중심으로 의료 및 장기요양 서비스의 연계 및 보건의료 제도의 통합과 관련된 정책과 제도를 연구조사 하여 소개하고, 우리나라의 제도 및 현황과 비교 분석하여 우리나라의 ‘의료-장기요양 서비스의 효율적 연계 제공 방안’에 대해 기술하고자 한다.

□ 연구의 목적

○ 장기요양제도의 공공성과 보장성의 증진 방안 연구

우리나라 장기요양제도는 네덜란드나 다른 선진국에 비해 상대적으로 장기요양의 이용자가 포괄적이지 않다. 제도의 도입 이후 장기요양보험의 수급자의 비율이 꾸준히 증가하고 있는 추세이지만, 여전히 보장범위를 넓히고 공공성을 증진의 사회적 요구가 있다. 또한 우리나라의 장기요양 급여는 현물급여 위주로 배우자나 가족에 의한 비공식 돌봄에 대한 혜택 제공이 제도적으로 어려워 대부분 제도적인 장기요양자원에 의존하게 되는 구조이다. 한편 장기요양에서 이용자가 원하는 맞춤형 서비스의 제공 역시 미진한 상태이다.

이에 네덜란드 등 선진국의 장기요양과 보건의료의 제도와 개선 및 개혁의 사례의 연구조사를 통해, 장기요양제도의 공공성과 포괄성을 확대하기 위한 우리나라 장기요양제도의 개선방안과 다른 보건의료 및 사회복지 제도와의 통합/연계/조정 및 재배치하는 방안에 대한 연구를 수행한다.

○ 의료 및 장기요양, 복지 제도 간의 역할 정립과 자원의 재배치 방안

우리나라는 ‘국민건강보험공단’은 보건의료제도의 두 축인 건강보험과

장기요양보험의 보험자로서 이들 제도간의 관리에 운영에 있어서는 연계와 통합이 용이한 측면이 있다(김진수 외, 2015). 그러나 장기요양에 있어서는 보험자가 실제 이용자(피보험자)로부터 공간적 심리적으로 떨어져 있고, 보험자가 장기요양보험제도의 전반적인 과정에 있어 일괄적 운영에서 오는 제도적 경직성으로 인해, 지방자치단체나 민간조직이 사회복지와 부조로 제공하는 서비스와 장기요양에서 제공하는 서비스를 연계시켜 연속성 있는 서비스의 제공에 대한 지원이 어렵고, 요양과 또는 의료와 복지를 위한 단체들 간의 효율적인 역할 분담과 자원의 재배치 및 연계가 체계적이지 않은 점이 지적되고 있다.

장기요양의 욕구가 있는 사람은 의료적으로 복잡적이거나 만성질환을 앓는 경우가 많아 장기요양과 의료 서비스의 동시 제공이 필수적이다. 우리나라의 장기요양제도는 의료보험제도와 파편화되어 있고, 요양시설 이용자가 의료보험제도를 통한 치료를 받거나 입원을 위해서는 요양시설에서 퇴소하고 병원에서 치료 후 재입소하는 등의 불편함이 발생한다(이미진, 2017.10.01; 황경란 외, 2018). 장기요양시설에서 의료 서비스 제공을 위한 촉탁의 제도 등이 있으나, 진료의 횟수와 서비스의 종류에 있어 실제적인 한계가 있으며 개선이 필요한 상황이다(이미진, 2017.10.01; 황경란 외, 2018).

더욱이 의사나 간호사와 같은 의료 인력을 제도적으로 요양시설에서 상시 근무하게 하여도 실제적인 급여나 보수 서비스 수가 등이 충분하지 않으면, 민간의 영세한 요양시설에서 현실적으로 실제로 이러한 인력을 확보 및 확충하기가 어려운 상태이다. 재가요양의 경우에도 주로 방문요양이나 방문목욕 등의 서비스를 이용하고 있으며 방문간호의 서비스나 통합재가요양의 공급을 위한 인력과 인프라가 상당히 부족한 상태이다(이미진, 2017.10.01). 이에 네덜란드 등과 같은 선행국의 사례와 법제도 및 정책의 조사와 연구를 통해 장기요양제도와 장기요양에 의료 서비스 연계 제공을 위한 양질의 보건의료 인력과, 이를 위한 보건의료 자원의 효율적 재배치(균형 배치)의 방안에 대해 연구한다.

○ 장기요양 및 보건의료 제도의 사례연구 및 비교분석을 통한 장기요양과 의료 서비스의 연계 방안 연구

의료와 장기요양 및 복지제도와 서비스의 분절과 파편화로 인해, 이들 제도와 서비스 간에 효율적인 통합과 연계 조정이 원활하게 이루어지지 않는 문제는 비단 우리나라뿐 아니라 네덜란드를 비롯한 보건복지 선행국에서도 완전히

해결되어 있지 않고 끊임없는 제도의 개선과 정책 개혁을 통해 지금까지도 노력하고 있는 상황이다(World Health Organization, 2015). 이에 지역사회 중심으로 다양한 통합 보건의료 시범사업을 수행하고 있으며, 공공성 확대와 시장경쟁성 도입을 위한 2005~2006년의 공공 건강보험제도 개혁과 지속가능한 재정의 확보와 지역사회 중심의 통합연계 및 이용자 중심의 맞춤형 서비스 제공을 위한 2015년 장기요양제도의 대개혁을 경험한 네덜란드의 보건의료 및 장기요양제도와 정책의 통한 연계 사례를 연구조사하고 이를 소개하고 분석하며, 우리나라의 장기요양 및 보건의료제도의 개선에 필요한 방안을 제안한다.

2. 연구의 내용 및 방법

□ 네덜란드의 보건의료체계

네덜란드의 건강보험제도와 장기요양제도를 포함하고 있는 보건의료체계의 전반적인 구조와 체계 속에서 장기요양제도의 위치와 건강보험 및 다른 사회보장 제도와의 유기적 구조와 내용을 파악하기 위해 관련 문헌과 보고서 등의 자료를 조사 탐독 하고, 전문가 인터뷰 등을 통해 자료를 정리 소개하고, 이를 비교 분석연구 하고 기술한다.

□ 장기요양제도 도입 배경 및 구조

네덜란드를 중심³⁾으로 장기요양제도를 도입한 사회적, 경제적, 철학적 배경에 대한 관련 논문, 법령 등의 자료를 수집, 우리나라의 도입 배경과 비교 분석한다. 또한 네덜란드 사회보장보험제도(건강보험제도 등) 내에서의 장기요양제도의 위상과 상호 유기적 구조 분석 (논문, 법·제도 관련 자료 수집, 훈련기관 전문가 인터뷰 및 자문), 우리나라의 장기요양 제도의 도입 배경 등과 비교 분석하여 기술한다.

□ 장기요양제도 등급판정 및 제공 서비스

네덜란드의 사례를 중심으로 장기요양서비스를 받기 위한 등급판정의 주관기관, 절차, 방법, 등급의 구분에 대해 제도 및 관련 문헌을 수집하고 우리나라의 등급판정과 비교 분석하며, 장기요양서비스 등급판정에 따라 제공되는 서비스의 유형과, 제

3) 본 보고서에서 주로 네덜란드의 장기요양 및 보건의료의 제도와 정책을 중심으로 자료를 조사하여 연구 분석하였으며, 우리나라의 장기요양제도의 도입 시 참고한 독일과 일본의 장기요양제도에 대한 내용도 일부 조사하여 정리하였다.

공 방식, 서비스 제공 기관에 대한 법·제도 관련 문헌 및 자료를 수집하고, 우리나라의 서비스와 비교 분석하여 기술한다.

□ 장기요양제도의 예산과 재정

장기요양제도의 서비스를 위한 재원의 종류와 각 재원의 성격 및 운영에 관한 연구조사로써, 네덜란드의 사례를 중심으로 장기요양제도를 운영하고 서비스를 제공하기 위한 재원(예산)을 마련하는 방식과, 규모 및 사용내용 등에 대해 조사한다. 장기요양제도 재원 마련의 주체와 집행의 주체, 각 재원의 비용분담에 대한 현황을 조사하고, 우리나라와 비교 분석한다. 한편 네덜란드의 장기요양을 위한 비공식 돌봄과 공적 돌봄의 수요와 공급에 대한 내용과 관계를 파악하며, 장기요양에 필요한 돌봄 및 간호의 종류(정신문제에 대한 돌봄 등)와 이에 대해 제공되는 서비스의 유형에 대한 자료 조사한다.

□ 건강보험 및 장기요양보험의 개혁 및 쟁점 사항

장기요양제도 도입 후 정책 변화와 개혁 및 제도개선 사례와 쟁점 사항에 대한 조사와 연구로써, 네덜란드의 사례를 중심으로 사회변화 및 복지정책 변화에 따른 장기요양제도의 개선 및 개혁 현황을 조사하고, 우리나라 장기요양제도의 정책 목표와 제도 개선 상황과 비교 분석한다. 또한, 네덜란드 사회복지 및 장기요양제도의 지속적인 개혁과 제도 개선에도 발생하는 여러 가지 당면한 문제점을 논문, 통계자료, 전문가 면담의 내용 등을 통해 정리하여 소개하고, 우리나라 장기요양제도의 쟁점 사항들과 비교 분석한다.

□ 장기요양과 의료 서비스 연계 및 통합보건의료 사례 조사 분석

장기요양제도의 의료제도와의 연계 및 다른 사회보장제도와의 통합 정책에 대한 조사 연구로써, 통합보건의료의 개념을 정리하고 네덜란드의 사례를 중심으로 장기요양에 있어 의료와 수발(간병) 부분에 있어서의 연계 사례 및 이를 위한 제도 개선/개혁 사례와 관련 법제도 및 논문을 조사, 우리나라의 상황과 비교 분석하여 연구한다. 네덜란드 장기요양제도와 다른 사회보장보험제도와의 통합 정책에 대한 법제도, 논문, 문헌을 조사 분석하고 종합하여, 우리나라 상황과 비교 분석하여 우리나라의 상황에서 필요한 활용방안 및 정책방안을 도출하여 제안한다.

3. 연구의 기대효과

노령화와 급격한 사회 구조 변화에 따른 장기요양제도의 수요 증가와, 국민건강의료보험제도를 포함한 다른 사회보장보험제도와 연계 운영의 요구와 수요의 증가가 예상된다. 이에 본 훈련을 통해 분석 조사 연구된 네덜란드 장기요양의 법제도와 현황 등의 사례와 우리나라 제도를 비교 분석한 자료를 토대로 우리나라 장기요양제도의 현황 및 쟁점 사항을 점검하고 이의 개선을 위한 정책 방안 마련의 기초자료로 활용할 수 있다.

장기요양 선행국 ‘네덜란드’의 사례를 우리나라 여건과 연결시켜 분석, 단순한 정책의 복사가 아닌 현실적으로 필요한 영역 도출 장기요양/의료서비스 연계’ 산업/사업 육성에 대한 전략방안을 제안한다. 세계에서 가장 앞선 공공 장기요양제도 도입 국가 ‘네덜란드’의 장기요양제도의 도입 배경, 시행, 관련 법제도, 개혁 및 통합과정을 현지 자료조사 및 훈련기관 전문가 자문과 연구를 통해 우리나라에 도입이 필요한 영역을 발굴한다. 이는 우리보다 앞서 노령화 사회에 진입한 ‘네덜란드’와 유럽 국가들의 장기요양과 의료연계 서비스와 관련된 보건의료 분야의 서비스에 대한 조사 등을 통한, 우리나라 관련 서비스 육성을 위한 전략과제 창출에 활용할 수 있다.

II. 우리나라 장기요양제도의 개요와 현황

1. 공적 장기요양제도의 도입배경

□ 인구학적 측면

앞서 기술한 것처럼 우리나라는 1990년대 이후 평균 수명의 연장과 출생률의 급격한 감소로 인해 인구의 고령화가 가속화되고 있다(그림 1). 2000년 우리나라의 노인(노령) 인구(65세 이상 인구)는 7.2%로 고령화 사회로 접어들었으며, 2008년 OECD 통계에 따르면 노령 인구는 우리나라 인구의 10.2%에 달했다(그림 1). 한편 2010년 경 기준으로 우리나라 인구의 10%를 차지하는 노령 인구가 전체 보건 의료비용의 약 30%를 지출하는 것으로 나타났다(Seok JE, 2010). 이러한 노령인구 증가에 따른 새롭게 부각되는 사회적 위험으로 인해 만성질환 및 노약자에 대한 장기요양보호에 대한 필요성 증가와 관련하여 공적인 사회적 계획의 준비가 시사 되었다(Seok JE, 2010).

□ 경제사회적 배경

우리나라는 사회 구성원의 노령화와 함께 1997~98년 금융위기 이후 IMF로부터 구제 자금을 상환하고 경제 위기의 극복을 위한 급격한 사회 변화를 경험했다. 이러한 사회 경제적 환경은 불안정하고 불규칙적인 고용의 증가와 함께 가족 중 노인과 아이들을 돌보는데 있어 그 동안 주로 실질적인 보호자 역할을 해왔던 여성의 노동 시장에 참여를 촉진 가속화하였다(Sunwoo D, 2012). 이러한 경제사회적 변화의 결과로 출생률이 감소하였으며 노약자나 노인에게 대한 적절한 돌봄이 제공되지 않고 방치되는 사례가 증가하고 이는 기존의 전통적 가치관에 모순되는 상황으로 부모세대와 자식세대와 가정 내의 갈등 요인과 사회문제로 자리 잡기 시작했다(Sunwoo D, 2012).

이러한 상황에서 한국에서는 제한된 수의 노인(저소득 노인 등)만이 공적인 장기요양보호 서비스를 받을 자격이 있었다(정재욱, 2015).⁴⁾ 돌봄과 장기요양 서비스를 필요로 하는 다른 노인들은 사각지대에 방치되거나, 일부만이 노인을 위한 무료 요양가정 및 병원을 이용할 수 있었다(Sunwoo D, 2012).

4) 우리나라에 노인장기요양보험제도가 도입되기 이전 공공 노인장기요양시설에 입소는 국민기초생활보장수급자로 제한되었다(정재욱, 2015).

□ 국제적 정치적 요인

우리보다 앞서 인구의 고령화가 진행된 독일과 일본은 1980년대 후반 이후 1996년과 2000년에 각각 노령화와 저출산과 같은 새로운 사회적 위험요소에 대비하기 위한 공공 보험의 형태로써 장기요양 보호 시스템을 시작하고 도입했다. 그 영향을 받은 우리나라와 학계는 이 기간 동안 노인들에 대한 사회보장 및 장기요양과 관련 연구와 기사를 발표하기 시작했다(Sunwoo D, 2012). 그 결과 우리나라 정부는 2000년 상반기에 ‘노인장기요양보호정책기획단’을 신설하고 장기 요양제도의 마련을 위한 준비를 시작했다.

한편 사회 경제적 환경으로 인해 우리나라의 고령층은 선거의 참여율이 상당히 높은 계층으로 장기요양 및 공적 서비스와 관련 법률의 제정에 높은 관심을 보였다. 따라서 당시 우리나라의 정치인들에게 장기요양제도와 관련 입법에 대한 강력한 정치적 인센티브가 작용했던 것으로 회자되고 있다(Kwon S, 2008).

2. 장기요양제도의 도입과정

우리나라의 노인장기요양제도 도입의 필요성과 실제적 욕구에 대한 조사와 검토는 2000년경 본격적으로 시작되었다. 이를 위해 노인장기요양제도 도입을 위한 ‘Task Force 팀(TF팀)’ 격인 ‘노인장기요양보호정책기획단’이 설립되었다(Seok JE, 2010; 박인, 2008).⁵⁾ 이후 2002년에는 대통령 선거 공약으로 공공 장기요양제도의 도입이 채택되었으며, 대통령 선거 이후 ‘공적노인요양보장제도’의 도입을 효율적으로 추진하기 위해 ‘공적노인요양보장 추진기획단’을 설치 운영하였으며 이러한 ‘추진기획단’은 ‘실행위원회’와 ‘실무기획단’을 구성하여 설문조사와 서비스 인프라에 대한 조사를 실시하였으며 이에 대한 분석을 통해 실행 및 시범사업 모형의 제작을 수행하였다 (Seok JE, 2010; 박인, 2008).⁶⁾ 이후 2004년에는 공공 및 민간분야 모두가 참여하는 공청회를 통해 장기요양보험제도 발전 모델 및 운영 방법에 대해 논의했다(Seok JE, 2010; Sunwoo D, 2012). 이러한 조사분석 및 논의 결과는 2005년 7월부터 2007년까지

5) 복지부 차관이 위원장이며 전문가 12인으로 구성되었다 (2000년 1월 발족; 박인, 2008)

6) 2003년 3월 공적노인요양보장제도의 도입을 공식화 하였으며, ‘공적노인요양보장 추진기획단’은 2004년 3월 ‘실행위원회와 실무기획단’을 구성 운영하여 실행모형과 시범사업 모형을 개발하고 노인수발보험법(안)을 마련하였다(박인, 2008).

노인장기요양시설 시범사업의 추진 배경이 되었으며, 2007년 4월부터 노인장기요양보험제도가 제정되고 2008년 7월 도입 시행되었다 (Seok JE, 2010; Sunwoo D, 2012).

노인장기요양제도의 도입 시기에 장기요양 서비스 운영과 제공을 위한 인프라가 부족하여 이의 신속한 확장이 필요하였다. 이에 공공 장기요양제도 도입을 전후한 초기에 장기요양시설의 요건과 규제 수준을 최소한으로 잡아, 민간 자본이 유입되도록 하여 2008년 노인장기요양제도 도입이후 2009년, 2010년 장기요양기관의 수는 성공적으로 증가 했다는 평가를 받고 있다(Rhee JC & et al, 2015). 한편 제도 도입 시에 노인장기요양보험제도의 대상 인구집단을 다소 낮게 잡아 시작했기 때문에 공공 장기요양제도의 보장성과 공공성 확대를 위해 제도의 대상 층을 넓히는 문제와 공공 장기요양시설의 비율을 높일 필요가 있다는 점이 재원마련의 문제와 함께 해결해야할 숙제로 논의되고 있다.

3. 우리나라 장기요양제도의 구성과 현황 ‘통계 및 성과’

□ 노인장기요양보험의 등급인정 및 수급자 현황

우리나라는 주로 65세 이상의 신체적 정신적으로 돌봄이 필요한 사람이 노인장기요양보험의 혜택을 신청할 자격이 있다. 또한 장기요양보험 서비스 수급에 대한 또 다른 결정 요인은 치매, 뇌혈관질환 및 파킨슨병과 같은 노인성 질환으로 고통 받고 있는 65세보다 젊은 연령이다.

장기요양보험의 서비스(급여 또는 급부)를 이용하기 위해서는 장기 요양 신청신청서를 국민건강보험공단의 지역 사무소에 제출하고, 완료되어 장기요양 신청 후 국민건강보험공단의 직원(사회복지사 또는 간호사)가 신청자의 가택을 방문하여 신체적, 정신적 기능 수준과 장기요양 서비스의 욕구와 필요성을 평가한다. 이러한 장기요양에 대한 욕구와 필요는 기본적으로 표준화된 설문지를 사용하여 평가한다(Kim SH, 2010). 장기요양 욕구 평가(사정)에 대한 설문지는 신체 및 인지기능, 행동 변화, 간호, 재활, 시력, 청력 상태 및 질병 및 증상과 같은 5개 영역의 52개 항목으로 구성된다(Lee S & et al, 2014). 장기요양 욕구 평가를 위한 설문조사의 결과와 의사의 의견을 종합하여 장기요양평가위원회 (의사, 간호사, 사회복지사 등 총 16 ~ 22 명)가 의사결정을 내리고 장기요양등급을

결정한다(Rhee JC & et al, 2015).

장기요양 등급 수준의 결정은 기본적으로 장기요양 욕구 평가 설문지에 의해 산출된 점수에 따라 다르다. 현재 우리나라에서는 5수준의 장기요양 욕구 등급이 있다. 욕구 평가에 의한 점수가 95에서 100점은 일상생활전체에서 다른 사람들의 도움이 필요한 사람에 해당하며 장기요양 1등급이다. 75점 ~ 94점은 일상생활에서 다른 사람들의 도움이 필요한 신청자를 말하며 장기요양 2등급이다. 일상생활에서 부분적으로 도움이 필요한 신청자는 장기요양 3등급이며 60점에서 74점까지 점수가 매겨진다. 장기요양등급 4는 51점에서 59점 사이의 점수이며 일상생활에서 다른 사람들의 다소간의 도움이 필요한 사람에게 주어진다. 장기요양 등급 5는 치매로 고통 받는 신청자에게 지정되며 장기요양 욕구 평가 점수로 45점 이상 51점미만으로 평가된다(Rhee JC & et al, 2015).

장기요양 1등급 또는 2등급으로 분류되면 요양시설에서 장기요양 서비스가 제공된다. 장기요양 3,4,5등급으로 인정된 경우 자택이나 거주지에서 재가요양 서비스를 받을 수 있다. 국민건강보험공단 직원은 장기요양 욕구 평가 과정을 통해 장기요양 수급자로 결정된 신청자에 대한 장기요양표준이용계획을 준비하여 제공한다(그림 3). 2018년 이래로 장기요양 욕구 평가 점수가 44점 이하이지만 가벼운 치매로 진단된 사람들에게는 새로운 장기요양등급(‘인지지원등급’으로 지정됨)이 주어져 장기요양 서비스를 받을 수 있다(보건복지부, 2017.11.6). 이는 치매 증상의 악화를 지연시키기 위해 인지기능 수준에 따라 주야간보호 및 인지기능개선 프로그램이 제공된다(보건복지부, 2017.11.6). 장기요양 등급인정자는 등급과 따라 장기요양표준이용계획에 따라 장기요양기관 및 대행자와 계약을 체결하고 서비스를 제공 받는다.

장기요양등급 인정/수급자인 65세 이상 노인 중 노인장기요양보험제도 도입 이후 2008년 139,579명 (65세 이상 인구의 2.8% ; 시설요양 ‘LTC recipients in institutions’ 1.1%, 재가요양 ‘LTC recipients at home’ 1.7%, 표 1)에서 2015년 481,382명(65세 이상 인구의 7.4% ; 시설요양 ‘LTC recipients in institutions’ 2.6%, 재가요양 ‘LTC recipients at home’ 4.8%, 표 1)으로 크게 증가했다. 또한 장기요법 보험의 수급자의 주요 연령으로 80세 이상의 수급자는 2008년에서 2015년 사이 73,827명 (80세 이상 인구의 9.3% 시설요양 ‘LTC recipients in institutions’ 4.1%, 재가요양 ‘LTC recipients at home’ 5.2%, 표 1)에서 290,898명 (80세 이상 22.2% 시설요양 ‘LTC recipients in institutions’ 8.7%, 재가요양

‘ LTC recipients at home’ 13.5%, 표 1)으로 급격히 증가했다. 한편, 장기요양보험제도 도입 이후 65세 미만의 수급자도 그 수는 상대적으로 적지만 2008년 7,443명에서 2008년 이후 2015년 24,724명으로 증가했다(표 1). 전반적으로 장기요양보험제도의 도입 이후 수급자의 수는 크게 증가했지만 주로 제도 도입의 초기인 2008년~ 2010년에 증가하고 이후에는 다소 정체됨을 나타냈다(표 1).

한편 등급별로는 2018년 5월 기준 장기요양 1등급으로 인정된 수급자는 43,719(7.06%), 2등급은 81,609(13.18%), 3등급으로 인정된 수급자는 201,649(32.57%), 4등급은 239,982(38.77%), 5등급 인정자는 45,442(7.50%), 노인장기요양보험 인지지원등급으로 인증된 사람들은 5,647(0.91%)로 나타났다 (노인장기요양보험공단, 2018.5). 결과적으로 요양시설에서 장기요양 서비스를 제공 받을 수 있는 장기요양 1등급 및 2등급 수급자의 합계는 장기요양보험 수급자의 20.25%로 구성되며, 장기요양 3등급 ~ 5등급 (재가요양 서비스 수급자)는 78.84%로 구성되는 것으로 나타난다.

표 1. 우리나라와 네덜란드의 장기요양(Long Term Care, LTC) 급여 이용자 변화(2004년 ~ 2015년) 출처: OECD 통계 (2018년) (<https://stats.oecd.org>), N.A.: Not Available

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
LTC recipients in institutions (other than hospitals)	% of total population, all ages	Korea	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
		Netherlands	N.A.	N.A.	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.5	1.5	N.A.
	% of total, aged 65 years old and over	Korea	0.3	0.3	0.4	N.A.	N.A.	1.1	1.1	2.1	2.3	2.4	2.5	2.5	2.6
		Netherlands	N.A.	N.A.	7.3	7.1	6.9	6.9	6.7	6.6	6.5	6.2	5.6	5.3	N.A.
	% of total population, aged 80 years old and over	Korea	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	4.1	4	7.1	8.2	8.3	8.6	8.6	8.7
		Netherlands	N.A.	N.A.	21.6	20.7	20	20.2	19.5	19.5	19.1	18.4	16.8	16	N.A.
	Total, aged 0-64 years old	Korea	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	2,050	2,658	5,189	5,512	6,352	6,414	6,487	6,695
		Netherlands	N.A.	N.A.	63,916	67,580	71,473	74,765	76,890	80,860	85,865	89,675	93,005	91,696	91,396
LTC recipients at home	% of total population, all ages	Korea	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0.2	0.2	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6
		Netherlands	N.A.	N.A.	2.7	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	3	3.1	3.2	3.2	N.A.
	% of total, aged 65 years old and over	Korea	0.5	0.6	0.7	N.A.	N.A.	1.7	2.1	4.6	4.3	4	4.2	4.5	4.8
		Netherlands	N.A.	N.A.	15.4	13.4	13.2	13.1	13.1	12.9	13.9	13.7	13.4	13.1	N.A.
	% of total population, aged 80 years old and over	Korea	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	5.2	6.1	13.3	12.8	11.4	12	12.7	13.5
		Netherlands	N.A.	N.A.	33.5	30.2	30.3	30.2	30.4	30.6	30.8	32.4	32.7	32.6	32.8
	Total, aged 0-64 years old	Korea	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	5,393	9,522	19,339	17,237	17,778	17,724	17,819	18,029
		Netherlands	N.A.	N.A.	90,966	68,846	65,428	63,700	64,470	61,015	59,775	148,095	149,640	152,643	152,898

□ 노인장기요양제도의 서비스 (급여/급부)

우리나라의 장기요양보험은 주로 현물급여가 수급자에게 제공된다. 현금급여의 경우 장기요양시설이 부족하거나 자연재해 또는 기타 피할 수 없는 사유로 현물급여의 사용에 어려움을 겪고 있는 지역에 거주하는 수급자에 한해 현금급여(특별현금급여)가 제공된다. 이러한 현금급여로는 현재 시행되고 있는 가족요양비는 장기요양 인정 등급에 관계없이 15만원/월 [2017년 구매력평가

(purchasing power parity; ppp) US \$171/월 상당]이 지급된다(2018년 기준). 현금 급여는 가족요양비 이외에 장기요양기관 미지정 시설에서 요양을 받는 경우 비용을 지원받는 ‘특례요양비’와, 요양병원에서 요양비용의 일부를 지급받는 ‘요양병원간병비’가 있으나 이들은 현재 시행이 유보되어 있다.

현물급여는 요양시설에서의 서비스와 재가요양 서비스로 구성된다. 재가 요양은 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주간 및 야간 간호, 단기보호 및 기타 복지용구 등을 제공한다. 이러한 재가요양은 수급자의 요양등급(5등급 ~ 1등급)에 따라 매월 930,800원(인지지원등급: 517,800원) ~ 1,396,200원(2017년 ppp US \$961 ~ \$1,428 상당)의 한도 범위를 갖는다(2018년 기준). 한편 복지 용구 및 장치(예: 전동 침대, 이동 화장실, 휠체어 등)은 일상생활을 돕기 위해 수급자에게 제공 될 수 있다.⁷⁾ 시설요양의 혜택은 장기요양시설의 형태와 장기요양 인정 등급에 따라 약 1,462,000원 ~ 1,956,000원(2017년 ppp US \$1,549 ~ \$2,028 상당)이다 (2018년 기준). 이러한 장기요양보험은 숙박비용(시설요양), 음식, 이발/미용 및 기타 서비스 비용은 포함하지 않는다(Rhee JC & et al, 2015).

우리나라에서는 재가요양이 장기요양의 가장 큰 부분을 차지하고 있다. 2008년 노인장기요양보험 제도의 시작 시기에는 수급자 중 재가 및 시설요양의 수혜자는 각각 61.8%와 38.2%였다(표 2). 2010년 재가요양의 비율이 69.8%까지 증가했다. 2012년에는 63.1%로 낮아졌고 2015년에는 65.3%로 회복했다(표 2). 이와는 반대로 2010년 시설요양 사용자의 비율은 30.2%로 떨어졌지만 2012년에는 36.9%로 증가한 다음 2015년에는 34.7%로 감소했다 (표 2).

7) 자료 출처: 노인장기요양보험공단 알림방 및 자료실 (<http://www.longtermcare.or.kr/>)

표 2. 장기요양 급여 이용 유형(재가요양 Vs 시설요양) 변화 (우리나라, 네덜란드)

출처: OECD 통계 (2018년; <https://stats.oecd.org>), n.a.: not available

	연령	급여 형태	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
우리 나라	전체	재가(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	61.8	66.0	69.8	65.8	63.1	63.6	64.5	65.3
		시설(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	38.2	34.0	30.2	34.2	36.9	36.4	35.5	34.7
	65세 이상	재가(%)	51.1	62.2	62.6	62.0	62.8	n.a.	n.a.	n.a.	61.3	65.1	69.1	65.1	62.4	63.0	64.1	65.0
		시설(%)	48.9	37.8	37.4	38.0	37.2	n.a.	n.a.	n.a.	38.7	34.9	30.9	34.9	37.6	37.0	35.9	35.0
	80세 이상	재가(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	56.1	60.5	65.1	60.7	57.7	58.4	59.6	60.8
		시설(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	43.9	39.5	34.9	39.3	42.3	41.6	40.4	39.2
네 덜 란드	전체	재가(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	65.8	62.0	61.6	61.0	61.4	60.8	60.4	66.2	66.6	68.0	68.6	n.a.
		시설(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	34.2	38.0	38.4	39.0	38.6	39.2	39.6	33.8	33.4	32.0	31.4	n.a.
	65세 이상	재가(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	67.9	65.4	65.6	65.3	66.1	66.0	66.1	68.0	68.8	70.5	71.3	n.a.
		시설(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	32.1	34.6	34.4	34.7	33.9	34.0	33.9	32.0	31.2	29.5	28.7	n.a.
	80세 이상	재가(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	60.8	59.3	60.1	59.9	60.9	61.1	61.3	62.9	64.0	66.0	67.2	n.a.
		시설(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	39.2	40.7	39.9	40.1	39.1	38.9	38.7	37.1	36.0	34.0	32.8	n.a.

□ 장기요양 서비스 공급

앞서 언급한 것처럼 우리나라는 장기요양보험제도를 도입하는 시기 동안, 요양 서비스 제공자 및 시설의 부족과 불충분한 요양 인프라로 인해 장기요양 수급자가 될 수 있는 급증하는 노년층에 적절한 서비스 공급에 어려움이 발생할 수 있음을 우려했다(Rhee JC & et al, 2015). 이에 우리나라 정부는 요양기관 및 서비스 공급의 증가를 가속화하기 위해 기관과 시설 및 서비스 제공자로서의 자격과 관련해 면제 또는 완화된 법적 요구를 허용함으로써 민간영리 기관과 제공자의 참여를 적극적으로 시도했다 (Rhee JC & et al, 2015; Seok JE, 2010). 결과적으로, 장기요양보험제도 도입시기인 2006년에서 2009년 사이에 시설요양관련 서비스 제공 업체 및 시설의 수는 815개에서 2,016개로, 재가요양과 관련 시설과 1,045개에서 12,935개로 크게 증가했다(KDI, 2010; Rhee JC & et al, 2015). 동시에 요양시설의 침상의 숫자와 인력(장기요양 종사자)도 장기요양제도 도입 이후에 지속적으로 증가했다(표 3).

표 3. 장기요양 종사자 및 병상의 변화 (우리나라, 네덜란드)

출처: OECD 통계 (2018년; <https://stats.oecd.org>), N.A.: Not Available

Country		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Density (LTC workers) for 1000 population	Korea	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	2.8	3.6	3.5	3.5	3.8	4	4.3
	Netherlands	18.1	18.1	19.1	18.4	18.4	18.3	18	18.3	17.9	17.3	17.2	15.5	14.9	14.2
LTC worker (%) for total population aged 65 years old and over	Korea (home / institute)	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	2.7 (2.0 / 0.7)	3.3 (2.5 / 0.8)	3.1 (2.2 / 0.9)	3.1 (2.1 / 1.0)	3.2 (2.1 / 1.1)	3.2 (2.2 / 1.0)	3.3 (2.3 / 1.0)
	Netherlands (home / institute)	13.3 (4.6 / 8.7)	13.2 (4.4 / 8.8)	13.8 (4.9 / 8.9)	13.2 (4.8 / 8.4)	12.9 (4.5 / 8.3)	12.7 (4.4 / 8.3)	12.3 (4.5 / 7.7)	12.3 (4.2 / 8.1)	11.7 (4.6 / 7.1)	11.1 (4.5 / 6.6)	10.6 (3.4 / 7.2)	9.2 (3.8 / 5.4)	8.6 (3.6 / 5.0)	8 (3.2 / 4.8)
% of females formal long-term care workers	Korea	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	93.3	93	93.5	93.7	94.1	94.7	95
	Netherlands	96.2	95.6	95.2	95	95.7	95.7	95.6	94.4	94.6	95.8	95.5	95	93.7	93.8
% of nurses for total population aged 65 years old and over	Korea (home / institute)	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	0.1 (0 / 0.1)	0.1 (0 / 0.1)	0.1 (0 / 0.1)	0.1 (0 / 0.1)	0.2 (0 / 0.1)	0.2 (0 / 0.1)	0.2 (0 / 0.1)
	Netherlands (home / institute)	2.7 (0.8 / 1.9)	2.8 (0.8 / 2.0)	3 (0.8 / 2.2)	2.8 (0.9 / 1.9)	2.7 (0.9 / 1.8)	2.7 (0.9 / 1.9)	2.7 (0.8 / 1.9)	2.6 (0.8 / 1.8)	2.5 (0.8 / 1.7)	2.5 (0.8 / 1.7)	2 N.A	1.9 (0.7 / 1.1)	1.9 (0.7 / 1.2)	2 (0.7 / 1.3)
% of personal carers for total population aged 65 years old and over	Korea (home / institute)	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	2.6 (2 / 0.6)	3.2 (2.5 / 0.7)	3 (2.2 / 0.8)	2.9 (2.1 / 0.8)	3 (2.1 / 0.9)	3.1 (2.2 / 0.9)	3.2 (2.3 / 0.9)
	Netherlands (home / institute)	10.6 (3.8 / 6.8)	10.4 (3.6 / 6.8)	10.8 (4.1 / 6.7)	10.4 (3.9 / 6.5)	10.1 (3.6 / 6.5)	9.9 (3.5 / 6.4)	9.6 (3.7 / 5.9)	9.7 (3.4 / 6.3)	9.2 (3.9 / 5.3)	8.7 (3.7 / 4.9)	8.6 (3.2 / 5.4)	7.3 (3.1 / 4.2)	6.7 (2.9 / 3.8)	6 (2.5 / 3.5)
Beds in residential LTC facilities (Number)	Korea	13,308	16,852	22,882	29,963	40,589	51,310	70,215	90,775	118,867	125,305	133,629	139,939	151,200	160,115
	Netherlands	168,833	169,863	170,775	170,475	170,076	169,400	169,290	171,460	172,220	172,270	240,121	239,206	239,887	222,310
Beds in residential LTC facilities (Per 1 000 population aged 65 years old and over)	Korea	3.5	4.3	5.5	6.9	9	10.8	14.1	17.5	22.2	22.7	23.2	23.2	24.1	24.5
	Netherlands	76.8	76.5	75.9	74.5	73	71.5	70.1	69.4	67.8	66.4	88.4	84.7	82.2	73.9

□ 장기요양보험 재원 및 운영

일반적으로 장기요양제도는 사회적 공공 보험 또는 세금 기반의 방법으로 재정이 마련된다. 우리나라에서는 공공 장기요양제도를 위해 의무적으로 가입하는 사회적 보험의 형태로 도입이 되었다. 새로운 형태의 사회보장 제도의 재정 조달을 위해 사회 보험의 형태를 운영하는 것은 정부가 세금을 인상하는 부담이 없다는 이점이 있고, 제도의 정착을 위해 충분한 사람들의 참여를 이끌어 낼 수 있다(Kwon S & et al., 2007; Kwon S, 2008). 이미 우리나라는 국민건강보험제도가 공적 보험의 형태로 잘 정착되어 운영되고 있었으며, 이에 보건복지부가 그 운영방법을 잘 알고 있으며 기존의 국민 건강 보험료 조달 시스템을 활용하여 새롭게 도입되는 장기요양제도의 재원을 조달하여 운영하기로 결정했다(Kwon S, 2008). 따라서 우리나라의 장기요양제도는 전국적으로 동일한 비율의 피보험자에게 기여금이 부과되며, 장기요양제도 운영의 재정은 피보험자가 부담하는 장기요양 기여금이 60% ~ 65%, 정부의 보조금이 20%, 이용자 본인부담금이 15% ~ 20%를 차지한다(표 6).

장기요양보험 기여금은 근로자의 경우 급여에서 납입되며, 이러한 기여금의 50%는 근로자의 고용주가 지불한다. 장기요양보험 기부금은 월급 및 소득에

따라 국민건강보험료를 납부하는 모든 사람들에게 동시에 징수된다. 자영업자의 장기요양보험 및 건강보험의 기여금은 소득 및 재산을 고려하여 결정된다. 장기요양보험료율은 2009년에 국민건강보험료의 4.05%로 시작되어, 2010년에는 4.78%까지 인상되었다. 2010년부터 2017년까지 장기요양보험료율은 국민건강보험료의 6.55%였다. 이는 2018년 국민건강보험료의 7.38%(2017년 대비 0.83%)로 2019년 국민건강보험료의 8.51%로 추가 인상되었다.⁸⁾ 이러한 장기요양보험료율의 지속적인 증가는 고령화로 인한 장기요양보험 급여 수혜자 수의 증가와 근로자의 최저임금증액, 공공성 및 보장성 확대를 위한 서비스 비용 및 수당 및 자격 확대에 기인한다.

우리나라의 장기요양보험제도의 운영은 보건복지부에서 전반적인 사업을 관장하고, 계획의 수립 및 조정을 하며, 국민건강보험공단이 장기요양보험의 보험자로서 장기요양 수급 신청자의 욕구 평가 및 조사, 등급판정 및 등급판정위원회의 운영, 보험료의 부과 및 징수 재정운영, 급여의 심사와 지급 등의 전반적인 업무를 담당하고 있으며, 장기요양기관은 재가요양과 시설요양으로 구분되어 수급자에게 장기요양 서비스를 제공한다. 한편 지방자치단체는 장기요양기본계획에 의거한 세부 및 시행계획을 수립하여 시행하고, 장기요양기관 지정 및 설치에 관한 권한을 갖는다(그림 3).

8) 2019년 1월1일부터 건강보험료는 직장가입자의 경우 2018년 6.24%에서 6.46%로 인상되었다.

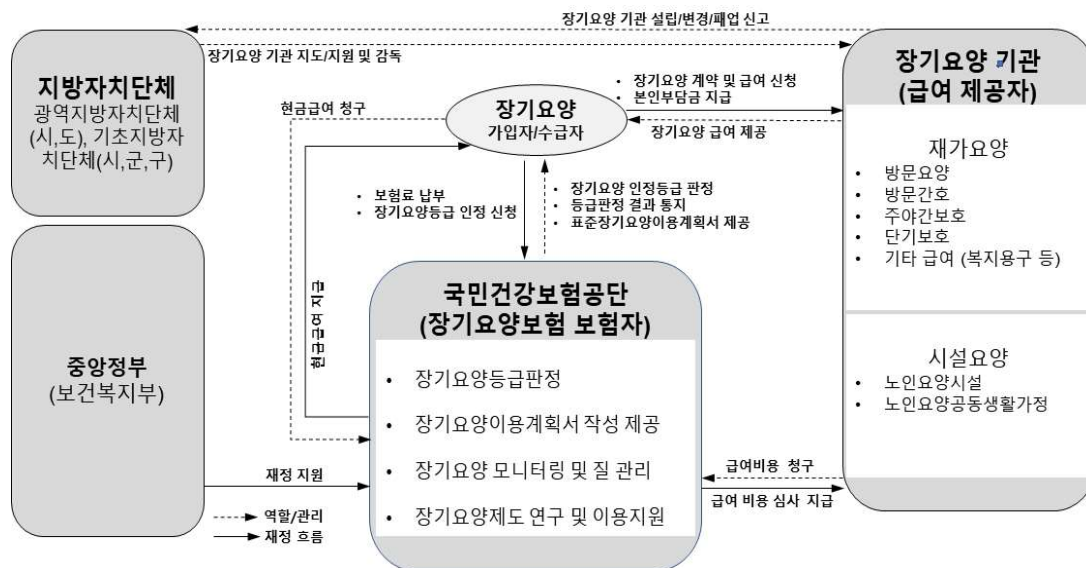


그림 3. 우리나라 장기요양보험제도의 운영과 재정의 흐름

출처: 감사원 감사보고서(특정감사) ‘복지사업 재정지원 및 관리실태 III’ 보건복지부 제출자료 (2017.8.), 국민건강보험공단 ‘2014 노인장기요양보험통계연보’

4. 장기요양제도의 성과와 과제 및 개혁동향

□ 장기요양제도의 ‘포괄성 및 보장성 확대’의 성과와 과제

장기요양제도 도입 시기에 신규 보험료의 부담과 저항에 대한 우려와, 장기요양 인프라 부족을 감안하여 주로 중증의 노인을 대상으로 한 장기요양보험은 인정등급을 1등급에서 3등급 체계로 출발 운영하였으나, 2014년 5등급 체계로 전환하여 보장성을 확대했다. 이러한 보장성 강화는 중증 위주의 장기요양에서 경증이나 치매 예방의 영역으로 보장성을 확대했다는 의미가 있으며, 이에 2008년에서 2018년 사이에 매년 노인인구가 3.8% 증가한 것에 비해 장기요양보험 수급자의 증가는 이의 3배인 매년 11.3% 가량 증가했다(이병문, 2019.01.11; 황경란 외, 2018).⁹⁾ 그러나 5등급제와 인지지원등급의 도입으로 장기요양 수급자가 늘어났지만, 각기 다른 지역의 특성에 맞는 차별화된 서비스 제공을 위한 지방자치단체가 중심이 되어 운영할 수 있는 서비스와 역할에 대한 실제적인 내용과 과제가 논의의 대상으로 남아있다(황경란 외, 2018).¹⁰⁾

9) ‘소비자관점에서 바라본 존엄한 노후와 돌봄서비스는?’ 정책토론회 중, ‘최종희 보건복지부 인구정책실 요양보험제도과장’ 발표 내용 중 언급(매일경제 기사; 이병문, 2019.01.11.)

10) 우리나라 노인장기요양보험법 제4조 6항 “국가 및 지방자치단체는 지역의 특성에 맞는 장기요양사업의 표준을 개발/보급할

구체적으로 장기요양보험은 재가급여와 시설급여의 이용자에 대한 본인 부담금이 있어, 감면혜택 대상이 아닌 저소득 노령층이 그 이용에 여전히 어려움과 형평성에 문제가 있을 수 있으며(이윤경 외, 2011), 돌봄을 필요로 하는 노인의 독립적인 생활을 도와주는 다양한 복지요양 장비와 용구의 개발과 이들의 급여화를 통해 시설요양 이용시점을 늦출 수 있는 연구가 필요한 것으로 나타나고 있다(황경란 외, 2018). 또한 각 지역의 특성을 고려하여 대중교통이 발달하지 않은 농촌지역에 장기요양 수급자에 대한 이동급여가 없어 지역사회에서 재가요양 서비스를 받는 수급자의 이동성과 지역 활동의 강화와 편의를 위한 이동급여에 대한 논의의 필요가 있다(황경란 외, 2018; 보건복지부, 2019.2.19).¹¹⁾

□ 장기요양 급여의 ‘질 확대 개선’ 과 종사자 처우개선

2008년 장기요양제도 도입 이후 2012년까지 급여의 원칙을 수립하고, 등급별 급여의 수가를 인상하고, 재가요양의 경우 방문목욕, 방문간호와 주야간보호에 한해 2종류 이상의 급여를 받는 것을 허용하고, 방문간호에 대한 서비스 제공자의 원거리 교통비 신설, 방문목욕 급여 기준의 개선, 주간 및 야간보호에 대한 급여 개선, 요양보호사 교육시간의 직무로 인정하는 등의 서비스와 처우가 개선되었다(황경란 외, 2018). 이러한 노력으로 장기요양제도 도입시기인 2008년 대비 장기요양보험제도 서비스 이용자는 2012년 369,587명으로 약 2.5배 증가하고, 급여제공일수는 80,340,000일로 6.56배 증가하고 사회복지사와 간호조무사 등의 종사자 인력의 숫자도 각각 증가하였다, 뿐만 아니라 요양보호사의 인건비 수준도 장기요양보험 수가기준으로 2014년 1,789천원(요양시설 월급)에서 2018년 2,255천원으로 증가하였으며, 방문요양의 시급도 9,796원에서 11,937원으로 증가하였다(황경란 외, 2018).

장기요양 5등급 및 경증 치매자를 위한 인지지원등급을 통해 치매환자를 위한 서비스가 제공되고 있지만 가족이나 보호자를 위한 부분은 주로 교육중심으로 실제 욕구는 가정활동 지원과 같은 다양한 것으로 이러한 등급에 대한 서비스의 다양화와 재조정이 필요한 것으로 나타나고 있다(조희경 & 장수정, 2018; 황경란 외, 2018). 한편 재가요양 서비스는 주로 방문요양(약73%)을 이용하고 있고 주야간보호는 약 16% ~ 18%를 이루고 있어 방문요양 위주로 편중되는

수 있다”

11) 보건복지부는 ‘노인장기요양 재가 어르신 이동지원서비스, 2019년 5월부터 서울시 대상 시범 실시’를 발표하였다. 이는 ‘장기요양 이동지원’ 급여의 시범사업으로 서울특별시 거주 장기요양 1에서 4등급 재가급여 수급자에게 제공되며, 서울시 택시운송사업조합 사업자가 휠체어가 설치된 차량(택시)을 도입하고 지원하며, 비용은 국민건강보험공단이 지원하는 방식이다.

현상이 나타나고 있다. 만성질환과 건강에 대한 장기적인 관리와 관련된 방문간호, 방문목욕 등의 서비스도 보다 권장되어 이용되도록 개선할 필요가 있다(보건복지부, 2018.2.13). 보건복지부의 장기요양 제2차 기본계획(2018년 - 2022년)에 케어메니지먼트(사례관리 또는 돌봄관리)의 도입이 예고되고 있지만, 구체적인 세부 시행 사항이 없어 이에 대한 지방자치단체를 중심으로 한 지역 중심의 장기요양과 복지제도의 연계와 통합적 케어메니지먼트에 대한 논의가 필요한 상태이다(보건복지부, 2018.2.13).

□ 장기요양기관의 확충 재조정 필요

장기요양제도 도입을 위한 부족한 인프라를 단기간에 확충하기 위해 가정봉사과전원을 재가요양기관으로 전환하고, 민간 자금의 유입을 통한 시설 및 재가요양기관의 양적 증가를 위해 장기요양기관 자격요건의 면제 또는 수위를 낮추었다. 이에 장기요양제도의 도입시기인 2008년에서 2012년 사이 전국의 장기요양기관은 1.8배 증가하여 2012년 15,056개소(재가요양 10,730개소, 시설요양 4,326개소)에 이르렀다. 이러한 장기요양기관 인프라의 양적 성적의 이면에 제도 전환 및 도입 시기에 복지과 요양 서비스 간의 전달체계의 혼동과 요양기관에 대한 자격요건과 질의 관리의 필요에 의해 장기요양기관 운영규정이 마련되었고, 국민건강보험공단이 보험자로서 장기요양보험제도에서 실제적인 역할을 할 수 있는 법적 근거들이 마련되었다(보건복지부, 2018.2.13.).

한편 노령화에 따른 만성질환의 예방 관리 강화를 위한 1차의료의 역할 강화 정책과 지역사회 중심의 만성질환예방관리 정책의 일환으로 현재 시설요양과 재가요양의 방문요양 중심의 서비스 인프라 위주에서 경증 노인이나 4,5등급의 장기요양 수급자를 위한 주야간보호 및 단기보호 인프라의 확충과 이들 서비스의 지역사회 복지 및 의료서비스와의 연계조정에 대한 방안이 필요하다. 노인 장기요양보험법에 국민건강보험공단이 단일한 보험자로 되어 운영의 주체가 되고, 장기요양기관 및 요양보호사의 자격의 관리에 대한 사항은 지방자치단체에서 관할하고 있다. 이에 장기요양기관 및 종사자들에 대한 처우개선 뿐만 아니라 질과 자격요건관리와 평가에 대한 능동적인 역할이 필요하다 (보건복지부, 2018.2.13).

□ 지속가능한 장기요양 재정관리

다른 공공 사회적 보험제도와 마찬가지로 장기요양보험제도의 원활한 운영과 서비스의 제공을 위해서는 재정 건전성을 유지하여 제도가 지속가능하도록 하는 것이 필요하다. 2010년 장기요양보험료, 서비스, 예산을 담당 기관의 법제화로 재정운영과 관리에 대한 체계를 잡고 재가요양 서비스 수가가 산정되는 성과 등이 있었다. 장기요양 서비스에 지출되는 비용의 추이를 보면 이미 제도 도입시기인 2008년에서 2012년(31,256억원 급여비용 지출) 사이에 6.59배의 서비스 비용이 증가됨을 나타냈다. 장기요양보험의 수지는 2010년, 2011년, 2012년까지 2,886억원, 4,754억원, 6,244억원으로 매년 증가했다. 그러나 2013년, 2014년, 2015년 2,989억원, 744억원, 432억원으로 감소 추세에 접어들었으며, 2017년에는 3,293억원의 적자가 발생했다.¹²⁾ 이러한 수지 적자폭의 증가는 장기요양 서비스 급여비용의 증가가 장기요양 재원의 증가율 보다 2배가 넘어가기 때문으로 장기요양 재정마련의 증가를 위한 방안이 필요하다.

□ 장기요양의 의료서비스 및 다른 사회적 서비스와의 연계 문제¹³⁾

장기요양 서비스 수급자의 대다수가 노인으로 만성질환 및 인지장애 등의 복합적인 욕구를 가진 경우가 많아 요양과 함께 의료 및 다른 사회복지 서비스의 연계 제공이 필요하다. 이에 우리나라 장기요양보험 제도의 도입 시기에 기존의 건강보험과 신규의 장기요양보험 제도간의 서비스와 정책적 물리적 연계 또는 통합과 조정을 기대하였다. 그러나 가장 근본적인 원인으로는 기존의 의료 체계에 속한 요양병원과 신규의 요양시설과의 명확한 역할 정립의 부재와 갈등 요인이 해결되지 못한 상태이다. 이는 요양병원에서 간병(요양 또는 수발)서비스를 적극적으로 제공하거나 장기요양에서 그 급여를 지불하게 될 경우 요양병원에 요양 욕구를 가진 사람이 편중되며, 반대로 요양시설에서 의료서비스를 적극적으로 제공하게 될 경우 ‘요양시설에 수급자가 몰리는 현상이 나타날 수 있다’는 우려와 이해관계에서부터 요양과 의료 서비스의 연계의 어려움이 발생하고 있다’고 한다(김진수 외, 2015). 또한 우리나라는 지역사회와 1차의료의 영역에서 많은 수의 장기요양 수급자인 노령층이 앓고 있는 만성질환의 예방과 관리가 충분하게 이루어지지 않고 있으며, 장기요양의 한 축인 재가요양의 서비스가 이들에게의 요양뿐만 아니라 의료적 욕구를 해소시켜줄 만큼 충분한 인프라와 의료적 요소를 갖추고 있지 않아 요양과 의료의 욕구를 갖는 많은 수의 노인들과

12) 자료출처: 국민건강보험공단 2018 업무보고

13) 자료출처: 김진수 외, 2015 “장기요양급여와 건강보험급여와의 연계방안 연구”

가족이 불편함과 어려움을 호소하고 있으며 이는 보건의료분야에서 시급하게 해결되어야 하는 정책 과제로 논의 중에 있다.

□ 장기요양의 개혁방향과 정책 “지역사회 중심의 통합 연계 측면”

현재 시행되고 있는 보건의료 및 사회복지 관련 제도를 개선하고, 궁극적으로 노령인구의 증가와 이에 따른 만성질환 및 중복 욕구를 가진 인구의 증가로 발생하는 위험요소에 대비하고, 환자와 가족 및 보호자의 불편함과 고통을 줄이기 위한 다양한 정책과 제도가 현재 논의 및 추진 중에 있다. 이에 최근에 계획되고 추진 중인 정부정책에 관련해 하단에 그 취지와 내용을 설명한다.

정부는 장기요양제도의 개선의 구체적인 내용을 담고 있는 ‘제2차 장기요양 기본계획’을 발표하였다(보건복지부, 2018.2.13). 이는 경증 치매노인을 위한 인지지원등급 신설, 본인부담금 경감 확대에 의한 ‘장기요양제도의 보장성 확대’, 통합재가급여(방문요양, 방문목욕, 주야간보호를 하나의 재가요양기관에서 일괄 제공)의 도입과 국민건강보험공단 장기요양운영센터와 재가요양기관 담당자에 의한 케어메니지먼트에 의한 ‘지역사회 돌봄강화’, 치매전담 공립요양시설과 주야간보호시설을 확충하며, 전문요양실을 도입하여 요양시설에서 간호서비스의 이용을 가능하게 하며 장기요양기관의 관리 체계를 개선하고 요양지도사를 도입하여 ‘장기요양 인프라를 조성’, 재정운영위원회를 신설 재정위험 점검 및 재정운영에 전문성 향상과 안정적 재정보호와 수가체계를 합리화, 부정수급의 관리를 강화하고, 회계/인건비 지출 규칙 준수 관리에 의한 ‘지속가능한 장기요양’을 골자로 한 장기요양제도 개선 계획을 발표하고 추진시행하고 있다.

한편 우리나라의 치매환자는 2017년 70만 명에서 2030년 127만 명으로 증가할 것으로 예상되며 사회적 부담과 위험이 가중되고 있다. 이에 대해 “치매로부터 자유로운 치매안심사회”라는 비전과 “치매어르신과 가족의 부담을 국가가 책임진다.”는 목표로 정부는 상기 언급된 ‘장기요양 기본계획’의 발표에 앞서, ‘치매국가책임제’의 추진계획을 발표하였다(보건복지부, 2018.9.18). 이에 전국 보건소에 치매안심센터를 설치하여 치매환자와 가족에 맞춤상담과 지속적인 사례관리를 하는 ‘맞춤형 사례관리’, 주야간보호시설에서 인지건강 프로그램제공(미술, 원예, 음악 등), 통합형 방문서비스(요양, 목욕, 간호, 상담을 집에서) 제공하며, 치매안심형 주야간보호시설 및 요양시설의 확충(2022년까지)과 가정과 유사한 환경 제공 노력, 요양보호사 추가 배치, 치매 맞춤형 프로그램 제

공, 장기요양 종사자의 처우 개선에 의한 ‘장기요양서비스의 확대’, 가정에서 돌봄이 어려운 치매환자를 위한 단기간 집중 치료를 위한 안심요양병원(전국 79개 공립요양병원 중심)의 설치, 치매환자의 내과, 외과, 치과 질환을 함께 진료를 받도록 건강보험 수가 개선 등을 통한 ‘치매환자 의료지원 강화’, 최대 60%까지 중증 치매환자 건강보험의 본인부담률을 10%로 낮추며 신경인지검사 MRI 등 진단검사를 2018년 1월부터 건강보험 적용, 장기요양 본인부담금 경감 대상의 확대, 치매 가정의 기저귀 등과 같은 용품 지원 등의 ‘의료요양비 부담 완화’, 352개의 노인복지관 중심으로 75세 이상의 필요 어르신에게 미술, 원예, 음악 등 인지건강 프로그램 제공, 66세 대상 치매 조기발견 국가건강검진 인지 기능검사 주기 4년에서 2년으로 단축, 치매가족 여행비 지원, 치매 안심마을 조성, 치매노인 공공후견제도 시행, IT기술 활용 치매어르신 실종 예방 등의 ‘치매 예방 및 치매 친화적 환경 조성’, ‘치매 원인규명, 예방, 조기진단 기술 연구 확대 및 연구개발 계획 수립’을 골자로 하고 있다.

한편 정부는 고령화와 만성질환에 대비하기 위해 ‘1차의료 중심의 만성질환 관리 사업 통합’의 진행을 위한 추진단(보건복지부와 5개 관계기관의 참여)을 발족하고 기존의 4개의 만성질환관리 시범사업을 통합하는 모형을 발표하였다(보건복지부, 2018.6.25). 보건복지부는 기존에 ‘고혈압/당뇨병 등록관리사업(2007년 이후)’ ‘의원급 만성질환관리제(2012년 7월 이후)’, ‘지역사회 1차의료 시범사업(2014년 10월 이후)’, ‘만성질환관리수가 시범사업(2016년 9월 이후)’의 서로 다른 4가지 형태의 만성질환관리 시범사업을 추진했다. 추진단 발족 이후 포럼에서 조비룡 서울의대 교수는, “케어플랜(검사, 스케줄, 상담)강화, 케어조정자(간호사 중심의 환자 수요 및 중증도 평가) 도입, 교육상담 다양화”를 1차의료 중심의 만성병관리 통합의 보강 사항으로 제안했으며, 만성질환 통합관리의 수가로는 기본교육과 연동한 ‘뭉음 수가’를 제안하였다. 이 모델에서 1차의료의 역량 강화에 초점을 둔 ‘지역사회 1차의료사업’과 ‘만성질환관리 수가 시범사업’을 우선 통합하고, 이후 실질적인 저소득 및 취약층을 위한 본인부담금 감면 확대 등을 통한 ‘의원급 만성질환관리제’를 추가로 통합하며, 케어플랜 및 의원 기반 교육상담 등의 기능의 ‘고혈압/당뇨병 등록관리사업’까지 통합하면 만성질환관리의 재정 운영과 정보의 효율인 관리가 가능하다고 발표하였다(보건복지부, 2018.6.25).

지역사회 중심의 보건의료 체계와 다양한 보건의료 및 복지 서비스의 연

계와 통합을 위한 큰 그림으로 정부에서는 ‘지역사회 통합 돌봄 기본계획 (1단계: 노인 커뮤니티케어)’ 추진 경과와 계획을 발표하였다 (보건복지부, 2018.11.20.). 이에 4가지 중점 추진과제로는, ‘맞춤형 주거 지원의 확충’, ‘방문건강 및 방문의료’, ‘재가요양과 돌봄 급여의 대폭 확충’, ‘사람중심의 서비스 연계통합’이 발표되었다 (보건복지부, 2018.11.20.). ‘맞춤형 주거 지원의 확충’은 노인의 건강관리와 함께 안전하게 생활할 수 있는 케어안심주택을 확충하고 이에 신규 노인 공공임대주택(2019년 ~ 2022년 약 4만호 예정)을 케어안심주택으로 공급하며, 기존의 노인 거주 영구임대주택 약 14만호 등을 케어안심주택으로 전환토록 하고 이를 위한 모델을 개발에 대한 계획이다 (보건복지부, 2018.11.20.). ‘방문건강 및 방문의료’는 간호사 등이 노인의 자택에 방문해 당뇨 등의 만성질환과 생활습관을 관리하는 서비스를 확충하는 것으로 현재 저소득계층에 제공되는 것을 점차 보편적으로 받을 수 있는 서비스로 확대해 나가는 사업으로 2018년 110만 가구에서 2025년 349만 가구로 늘어나는 목표를 가지고 있다. 이를 위해 주민건강센터에 보건지소의 기능을 전환하고 건강생활지원센터를 점차 늘려 2022년에 전국 시군구에 250개소를 목표로 하고 있다. 이러한 서비스를 위해 의사, 간호사 등이 방문의료를 제공하며, 의료계와 협의해 수가와 기준을 마련 2019년 시범사업의 실시가 예정되어 있다.

‘재가요양과 돌봄 급여의 대폭 확충’은 장기요양보험의 노인 수급자를 2017년 노인의 8.0%인 58만명에서 2025년 11%이상인 120만명으로 설정하여 추진하며, 이들이 병원에 내원할 때 차량이용과 같은 이동급여의 제공과, 다양한 재가서비스를 신설, 여러 가지 욕구를 가진 사람들을 위한 통합재가요양 서비스를 도입 궁극적으로 집에서 요양을 받는 재가요양을 2017년 69%에서 2025년 80%까지이 확대를 목표로 하고 있다. 이를 위해 2022년까지 종합재가센터를 시군구별 1개 이상 설치하며, 기존의 종합사회복지관 등을 종합재가센터로 지정하거나 종합재가서비스업종을 신설 지역사회 통합연계 돌봄이 이루어지도록 할 예정이다. 이에 커뮤니티케어의 기존 선도사업들과 연계하여 2019년부터 시범사업 실수 법적 근거를 마련 후 급여를 제공하는 것을 검토하고 있다.

‘사람중심의 서비스 연계통합’을 위해서는 속한 법률과 업종별에 따른 서비스 공급기관 중심의 장벽을 없애기 위해, 각 정보시스템 간의 정보를 공유 연계조정하며, 지역사회보장계획과 보건의료계획에 커뮤니티케어계획을 포함 포괄하도록 해 보건의료 사회복지 영역간의 장벽을 허물고자 하고 있다. 이를 위

해 읍면동에 케어안내창구를 운영하며, 지역의 민간과 공공기관이 협력할 수 있는 지역케어회의를 운영한다. 이를 통해 지역과 지방자치단체에서 자율적으로 운영하며 우수하고 다양한 모델을 도출하고자 한다. 추가되는 사업을 위해 사회복지공무원을 늘려나가 연계하여 읍면동과 시군구에 확충하며, 종합사회복지관 인력을 증원하고 민간의 인력도 활용할 계획이다.

Ⅲ. 장기요양 및 보건의료 제도의 국외사례

1. 독일과 일본의 장기요양제도¹⁴⁾

□ 독일의 장기요양제도

○ 도입배경

독일의 장기요양은 1994년 장기요양보험법을 제정하고 1995년부터 재가요양을, 1996년부터 시설요양에 대한 급여를 제공하여 유럽에서 네덜란드(1968년 장기요양제도 도입)에 이어 둘째로 공공의 장기요양보험제도(Soziale Pflegeversicherungsgesetz)를 시행하였다. 이 시기 독일은 다른 OECD 및 선진국과 마찬가지로 고령화에 따른 지방자치단체의 장기요양의 재정적 부담이 크게 증가하였으며, 당시 공공 장기요양제도의 도입 직전 요양시설 입소자의 80%가량이 사회부조에 의해 지원되는 상황이었다. 한편 서비스에 대한 관리가 미흡하여 서비스의 질이 낮아 이용자의 불편이 있었다. 이러한 상황에서 공공의 사회보험 형태의 장기요양보험제도의 도입이 연방의회에서 결정되어 1995년부터 시행되었다.

○ 운영구조 및 재원

독일은 장기요양보험제도는 시행을 용이하게 하기 위해 기존의 건강보험의 운영관리 체계를 사용하였다. 독일 국민건강보험의 보험료의 책정 및 징수, 직원의 관리와 운영, 서비스의 관리와 조직 운영방식을 장기요양보험에 활용하는 방식으로 체계를 구성하였다. 이를 통해 새로 도입된 사회적 보험인 장기요양보험의 관리비용의 절감과 신규 사회보험에 대한 보험료 징수에 대한 저항의 해소되었다. 독일의 의료보험과 장기요양보험의 보험자(보험 운영자)는 의료보험제도의 보험자인 ‘질병기금(Sickness funds)’이다.¹⁵⁾ 이러한 공공 보험 간에 독립적 재정의 유지를 위해 ‘질병기금’ 내에 ‘장기요양기금’을 별개로 운영한다.¹⁶⁾ 장기요양보험의 보험료는 건강보험과 함께 징수되며, 우리나라와 마찬가지로 독

14) 출처: “Rhee JC & et al., Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany, Health Policy, 2015, 119, 1319-1329” 과 “정재욱, ‘고령화시대와 노인장기요양 보험제도-한국,일본,독일을 중심으로’, 대영문화사, 2015년”의 독일과 일본의 장기요양제도에 대한 내용을 바탕으로 작성

15) 독일 전국에 131개의 비영리의 ‘질병기금’이 있다. 독일은 이러한 ‘질병기금’에 의해 공공 사회보험을 통해 국민에 대해 의무적인 사회적 보장을 제공한다(Rhee JC & et al., 2015).

16) 질병기금 내의 장기요양기금은 자체의 자율성과 독립적 재산성을 갖는다.

일 근로자인 경우 근로자가 50% 고용주가 50%를 지불한다(급여의 2.05%).¹⁷⁾ 장기요양의 보험요율의 변경은 연방의회의 승인이 필요하며 지역 질병기금마다 보험료와 서비스의 차이를 둘 수 있어 시장경쟁을 유도 및 허락하지만 요율과 서비스는 거의 차이는 것으로 나타난다(Rhee JC & et al, 2015). 자영업자는 본인이 100%, 실업자는 연방정부가 100%를 부담하며, 수입이 없는 연금수령자는 본인과 연금보험에서 50%를 본인이 50%를 부담한다. 재가요양은 본인부담금이 없으며, 시설요양 급여의 이용자는 숙박비, 식비 등의 총 비용의 10%를 본인이 부담한다.¹⁸⁾ 한편 요양시설을 이용하는 총 비용이 장기요양보험에서 지원 받는 상한액을 초과하는 금액에 대해서는 본인이 부담하여 지불하도록 되어 있다. 재산 수준이 낮은 저소득층의 경우 지방자치단체 정부에 사회복지조의 지원금을 통해 지급될 수 있다. 한편 독일은 2005년 자녀가 없는 개인들에 대해 장기요양보험 기여금을 급여에서 0.25% 올렸다. 이는 자녀들로부터 비공식 돌봄을 제공받을 수 없는 개인에 대한 보험료의 증액의 취지였다 (Heinicke K & Thomsen SL, 2010).

독일의 건강보험제도와 장기요양제도는 공공과 민간으로 구분되어 있다. 민간 건강보험가입자는 민영 장기요양보험에 가입하며 공공 국민건강보험가입자는 공공 장기요양보험에 가입되어 실제로 국민이 제한 없이 이들 사회적 보험의 혜택을 받을 수 있는 구조로 되어 있다. 구체적으로는 사회보장범위를 넘어가는 수입이 있는 자영업자나 공무원 등의 사람들은 공적 건강보험과 장기요양보험 가입대상이 아니며, 이들은 민영보험의 가입을 통해 보장을 받는다 (Heinicke K & Thomsen SL, 2010).

○ 장기요양보험 수급 자격 및 급여

장기요양보험 급여 수급 신청자의 욕구와 필요성을 조사 분석하고 등급판정의 역할은 ‘질병기금의료지원단’이 하며, 전국 ‘질병기금’의 연합회가 이를 설치하여 운영한다. 독일의 장기요양의 욕구와 필요 및 자격을 평가하는 방법은 우리나라와 유사한 부분이 많으나, 차이도 있다. 독일의 경우 내과 의사와 간호사가 의학검토위원회에 의해 위임된 가이드라인을 사용해 장기요양 등급을

17) 이는 현재 우리나라의 장기요양보험요율 보다 훨씬 높은 수준(급여 기준 3~4배가량)이며, 독일의 장기요양보험 급여와 혜택이 우리나라보다 포괄적이기 때문이다. 이러한 장기요양보험요율은 제도 도입시기인 1995년에 1%에서 점차 증가하였다(Rhee JC & et al, 2015).

18) 일본과 우리나라의 장기요양보험의 시설요양 급여는 숙박비와 식비를 포함하지 않아 이를 이용자 본인이 부담하여야 한다(재가요양과의 형평성 문제).

평가한다(Campbell JC & et al., 2010). 일상생활에 있어 6개월 이상 지속되는 2가지 ADL(Activities of Daily Living)에 제한을 가지고 있으며 일부 IADL(Instrumental Activities of Daily Living)에 있어 도움이 필요한 경우 장기요양보험의 급여 수급 대상자가 될 수 있다(Campbell JC & et al., 2010).¹⁹⁾ 독일의 장기요양보험은 장기요양의 인정 등급을 기본적으로 3단계로 중증도에 따라 구분하여,²⁰⁾ 단계별 급여의 상한액이 있다. 2008년부터는 치매등급인 0등급이 생겼다.

장기요양제도의 급여는 크게 재가요양과 시설요양이 있으며 재가요양의 이용을 권장한다. 재가요양의 서비스는 현물급여, 현금급여로 제공되며 혼합된 형태로 수급이 가능하다. 특히 재가요양 수급자의 현금급여는 사용의 형태에 있어 제한이 없기 때문에, 이를 비공식 돌봄 제공자인 가족 및 친척 등에 지급할 수 있다. 반면, 간호요양시설 등의 요양시설 입소자는 재가요양 수급자와의 형평성 유지를 위해 현물급여만 수급이 가능하다. 2011년 250만 명이 장기요양 급여의 혜택을 받았으며, 이중 47.3%는 가족이나 친척에 의한 비공식 돌봄을,²¹⁾ 23.0%는 재가요양급여를, 29.7%는 시설요양급여를 받았다. 재가요양 수급자격자의 대부분(70.3%)은 현금급여를 선택하며 이는 현물급여에 비해 낮은 수준임에도 현금급여를 선택하여 받는다. 재가요양 수급자격자의 15%정도가 현물급여와 현금급여를 혼합하여 받는 것으로 나타났다(Campbell JC & et al, 2010).

독일은 공공 장기요양제도 도입의 목적 중 하나는 장기요양 서비스 공급자간의 시장경쟁을 촉진하여 이용자의 선택권의 확대를 유도하였다. 공공 장기요양보험제도의 도입 이전에는 비영리 자선단체와 복지기관이 서비스 공급자의 다수로 이들에 대한 다양한 보조금과 혜택으로 다른 공급자들이 시장 진입에 어려움이 있었다. 이에 공공 장기요양제도의 도입을 통해 기존의 공급자에 대한 혜택의 많은 부분이 폐지되어 민간 영리 장기요양 서비스 공급자 등의 다양한 형태의 공급자가 시장에 진입하여 나타날 수 있게 되었다(정재욱, 2015).

독일 역시 장기요양보험제도의 도입 시 인프라의 확충을 위해 최소한의 법적 기준을 갖춘 장기요양 서비스 공급자에 자격을 부여하였다. 이러한 환경에

19) 육체 혹은 정신적 질환 또는 장애로 일상생활이 6개월 이상 다른 이의 돌봄이 필요한 경우 장기요양보험의 수급자로 인정된다.

20) “1등급: 중등증, 2등급: 중증, 3등급:최중증”으로 구분하지만 3등급 최중증의 경우 재가요양과 시설요양으로 구분하며, 재가요양 서비스 이용 시 시설요양과 동등한 금액의 급여가 제공되어 실제적으로는 4등급(3등급 재가 요양 및 시설요양) 체계로 운영되고 있다.

21) 독일에서 비공식 돌봄 제공자가 한 주당 14시간 이상 돌봄을 제공하면, 사회보장 급여와 휴가를 받을 수 있다. 이는 비공식 돌봄을 더 촉진할 수 있는 방안으로, 비공식 돌봄 자원을 활용할 수 있는 방안이다.

서 1992년 지역사회에 5,000개 정도의 재택요양 공급기관이 1997년에 약11,700개로 확충되었다. 간호요양시설은 동일한 기간에 약 4,300개에서 약 8,000개로 증가하였다. 1995년 4,000곳의 재가요양기관은 2011년 12,349곳으로 늘었으며, 4,300개의 간호요양시설은 12,354곳으로 증가했다(German Federal Statistical Office, 2015a; German Federal Statistical Office, 2015b) 이러한 장기요양 인프라의 증가는 요양시설에 대기자명단을 줄이거나 없앴다. 민간 영리 장기요양시설의 비중이 1995년 이후 점차 증가했다. 재가요양시장에 약 63%가 영리기관이며, 약 36%는 비영리기관이었다. 1%만이 공공 재가요양기관이었다. 독일에서도 주로 여성이 도움이 필요한 가족에 대한 보살핌의 제공하는 역할을 하는 것으로 나타난다. 이러한 비공식 돌봄 제공자와 장기요양 자원봉사자들을 위한 교육 프로그램과 훈련과정이 공공장기요양제도 도입 이후 무상으로 제공되어 왔다(Gibson MJ & Redfoot DL, 2007). 장기요양 서비스 제공기관의 급여 수가는 ‘장기요양기금’ 과 지방자치단체와 협의하여 책정된다(정재욱, 2015).

○ 제도의 개선 및 개혁

독일은 네덜란드에 이어 다른 나라보다 이른 시기에 공공 장기요양보험제도를 도입하여 시행했다. 이러한 경험을 통해 나타난 문제점으로 제도의 개혁과 개선을 여러 차례 단행 했다. 독일은 2001년 ‘장기요양 질 확보법’ 의 제정과, 2008년 ‘장기요양발전법’ 을 도입하였고, 치매환자를 위한 제도의 개선이 있었다(정재욱, 2015).

독일에 장기요양제도 도입의 시기에 장기요양 서비스 공급기관의 서비스의 질의 최소한의 기준을 유지하기 위한 법령이 있었지만 장기요양의 질 관리에 미흡한 측면이 있었다. 이에 2001년 ‘장기요양 질의 확보법’ 을 제정하여 장기요양 서비스 공급자와 공급기관의 서비스에 대한 질 관리를 의무화하고, ‘장기요양기금’ 와 서비스 공급기관 사이에 계약에 의한 서비스 질의 감사 계획을 의무화하였다. 가족이나 친척과 같은 비공식 돌봄 제공자에 대한 돌봄의 질 관리를 위해 ‘장기요양기금’ 는 교육 및 훈련을 제공하고 정기적 상담을 제공하도록 하였다(정재욱, 2015).

앞서 기술한 것처럼 독일도 우리나라와 마찬가지로 장기요양보험과 건강보험제도를 별개로 운영하고 있다. 그러나 이들 제도간의 서비스를 명확하게 구분하기 어려운 중첩된 영역이 존재한다. 이에 독일에서는 병원에서 퇴원한 후 5

일 동안의 요양 서비스와, 의사 진료, 간호사 등에 의해 행해진 다른 의료 서비스에 대해서는 건강보험에서 비용이 처리된다. 요양시설의 경우 의사에 의한 진료나 처치는 건강보험에서 비용이 청구 처리되며 다른 비용은 장기요양보험에서 지불된다. 그러나 재가요양과 시설요양 간에 건강보험에 의해 지불되는 영역과 기준이 상이한 문제가 있어 2004년 요양시설에 의료적 성격의 서비스는 건강보험에 청구하여 지급하도록 제도를 개선하였다.

독일은 2008년 장기요양제도의 개선을 위해 ‘장기요양발전법’을 입법화하고 장기요양 급여의 단계적 상한선 인상, 재가요양의 강화와 장려를 위해 장기요양지원센터를 설치하여 운영하고, 개별 재가요양 수급자에 대한 케어매니지먼트²²⁾ 제도를 의무사항으로 도입하였다. 이후 고령층 인구의 증가로 치매환자의 증가에 대한 대비가 필요했다. 이에 기존의 장기요양보험제도의 개선을 단행하였다. 또한 자택요양 치매환자의 현금과 현물급여가 증액되었다, 장기요양 인정 0등급으로 수급자가 아닌 사람도 치매로 진단을 받은 경우 월 120유로의 현금 혹은 최고 225유로의 현물급여를 수급할 수 있게 되었다. 한편 장기요양 등급 1,2등급의 치매환자의 현물급여와 현금급여의 상한액 또한 증액되었다. 3등급에 대한 급여는 인상되지 않았다. 독일은 이러한 제도의 개선으로 요양시설에서 지역사회로의 재가요양 중심으로 사후적 처치보다는 예방을 중심으로 의료서비스와 일상생활지원과의 연계를 강화하였다.

□ 일본의 장기요양제도

○ 도입배경

일본은 1980년대 이후 고령화와 출산율의 급격한 저하로 다양한 측면에서 문제점이 발생하거나 예상되어 이에 대한 해결책이 논의되어 왔다. 1993년 장기요양이 필요한 노령인구가 200만 정도였으나, 이는 2011년 513만 명으로 급격하게 증가되었다. 이러한 상황에서 가정에서 도움이 필요한 노인의 수발과 간병의 담당은 주로 여성과 노인이었으며, 우리나라와 마찬가지로 도움이 필요한 노인의 요양과 수발은 전통적으로 가족이 맡아 왔다. 그러나 1980년 중반이후 경제 불황과 사회 분위기의 급격한 변화로 여성의 사회 진출, 부모 자식 동거세대 감소, 독거노인의 증가로 이러한 전통적인 기반이 약화되었다(정재욱, 2015).

일본은 2000년 장기요양제도의 시행 이전에는 노인복지법에 의해 재가요

22) 장기요양 서비스 이용자에 대해 포괄적으로 상담과 관리를 진행하는 상담관리 제도로써 ‘care management(케어매니지먼트)’ 또는 case management(사례관리)’ 라는 용어로도 사용된다.

양과 시설요양이 제공되고 있었지만, 서비스와 이용 결정은 각각의 시정촌에서 결정하는 상황이었기에 그 이용과 서비스에 있어 상당한 제한이 있었다. 이러한 상황에서 노인의 요양과 수발과 관련되어 가족 내의 갈등과 스트레스가 가중되어 사회 위험요소로 등장하게 되었다(정재욱, 1995). 이러한 상황과 함께 일본 내의 병원의 양적 증가와 함께 의학적 욕구가 없으며 단지 장기요양(단순 수발)이 필요한 노인이 일반 병원에 입원하는 ‘사회적 입원’ 현상이 증가하게 되었다(정재욱, 2005). 구체적으로는 사회적입원이 1970년대 노인 중 2%에서 1990년대 4%로 2배 증가했다 (Ikegami N, 2007). 당시 이러한 사회적입원의 평균 입원 기간은 30일이며, 고령자의 급격한 증가와 이들을 돌보는 비공식 돌봄 제공자의 부족은 이러한 사회적입원이 증가되는 주요 원인이었다(Campbell JC & Ikegami N, 2000). 따라서 노인 요양과 관련된 보건의료 비용이 증가하게 되어 새로운 방안이 필요하게 되었으며, 1980년대 중반 이후부터 새로운 체계의 도입을 검토하게 되었다. 초창기에는 이러한 새로운 사회적 서비스를 소비세에서 재원을 마련하고자 하였으나, 1990년대 초부터 일본의 경제 불황에 따른 세수의 감소에 의해 노인을 위한 장기요양은 사회적 보험의 형태로 재원을 마련하는 형태로써 일본의 공적 장기요양제도인 ‘개호보험제도’가 가닥이 잡혀갔다(정재욱, 2009). 한편 이러한 일본의 ‘개호보험제도’는 앞서 장기요양보험제도를 도입한 독일의 제도와 사례를 많은 부분 참고하였으며, 이에 더해 케어메니지먼트는 영국의 노인을 위한 사례를 받아들여 도입하였다. 일본은 정치적으로 10여년에 걸친 프로젝트로 노인의 건강과 복지를 증진하는 ‘공공 장기요양제도’의 도입을 준비하였으며 이는 비공식적으로는 ‘골드플랜’으로 알려져 있다. 이러한 프로젝트는 허약한 노인을 돌보는 문제를 공공의 의제로 확고히 자리 매김하고 각 지방정부에 목표와 대상 환경에 따라 장기요양 서비스 인프라의 확충을 위한 지원과 보조금을 제공했다(Campbell JC & Ikegami N, 2000).

○ 운영구조 및 재원

‘개호보험제도’는 사회적 공공 보험이기 때문에, 피보험자, 보험자, 재원, 서비스와 이의 공급자가 주요한 구성요소이다. ‘개호보험법 제3조’에는 제도의 운영자인 보험자는 일본의 지방자치단체인 ‘시정촌과 특별구’이다. 이들 시정촌은 개호보험을 위한 특별회계를 별도로 설치하여 수입 및 지출을 관리하며, 장기요양보험의 재정은 지방자치단체의 재정에서 독립되어 있다. 지방자치단

체의 장기요양보험제도를 위한 재원은 단지 보험료(기여금)의 증액을 위해 마련될 수 있으며, 다른 사회적 서비스를 위한 재원의 전용은 허용되지 않는다(Ikegami N, 2007). 규모가 작은 시정촌의 경우 이웃 시정촌과 함께 ‘광역연합체’의 구성을 통해 장기요양을 위한 재원과 회계 운영이 가능하다.

이들 개호보험의 운영자인 시정촌은 보험자로서 피보험자 자격관리, 보험료 부과/징수(1호 피보험자), ‘개호인정심사회’ 설치 및 운영, 개보험 서비스(지역밀착형, 예방지원) 사업자의 지정, 지역포괄지원센터의 설치 및 운영, ‘개호보험’ 사업계획 및 운영 등을 주요 업무로 한다.

개호보험의 서비스의 이용 대상이 될 수 있는 보험 가입자인 피보험자의 자격 요건은 지역에 거주하는 65세 이상의 ‘제1호 피보험자’와 지역에 거주하며 건강보험에 가입이 되어 있는 40세 이상에서 64세 이하의 ‘제2호 피보험자’로 구성된다. 건강보험에 가입되어 있지 않은 생활보호대상자는 개호보험(장기요양)이 필요한 경우 개호보험법이 아닌 생활보호법의 개호부조를 통해 서비스를 제공 받게 된다.²³⁾

개호보험제도의 재원 구조는 국가지원금이 25%, 도도부현 지원금이 12.5%, 시정촌 지원금이 12.5%로 지원금이 개호보험제도 전체 재원의 50%를 차지하며 나머지 50%는 피보험자의 기여금(보험료)에서 마련되는 방식으로 시작하였다.²⁴⁾ 제1호와 제2호 피보험자의 기여금으로 구성된 재원의 비율은 매 3년마다 재조정된다. 제도 시작 초기에는 ‘제1호 피보험자’가 17%, ‘제2호 피보험자’가 33%의 개호보험제도의 재정을 차지하였으나 노인 인구가 증가하면서 제1호 피보험자의 기여금이 차지하는 비중이 점차 증가하고 있다. ‘제1호 피보험자’는 연금수급자의 경우 연금에서 원천 징수되며 보험자인 시정촌에 납부된다. 연금수급자가 아닌 경우 시정촌에서 직접 징수한다. ‘제2호 피보험자’는 건강보험료를 통해 전국적으로 징수되며, 이는 급여의 0.9%이다(Shimizutani S, 2013). 이러한 제2호 피보험자의 장기요양보험 기여금은 ‘사회보험진료보수지불기금’에 전달되어 각 시정촌의 인구 규모와 연락 등의 상황에 따라 재분배된다(Shimizutani S, 2013).

○ 장기요양 신청과 인정 및 급여

일본의 장기요양에서 요개호의 상태는 독일의 경우와 유사하여 ‘일상생활

23) 일본 ‘생활보호법 제15조의 2’

24) 개호보험제도 도입 시기 (2000년 4월 1일)

에서 기본적인 동작의 일부 또는 전체에 불편함이 6개월 이상 지속되고 상시적인 돌봄이 필요한 상태’를 말한다.²⁵⁾ 이러한 장기요양이 요구되는 상태의 정도를 기준으로 ‘요개호 1에서 5등급’으로, 요개호 상태로 악화될 우려가 있는 상태를 ‘요지원 1에서 2등급으로 인정하며 관리한다. 제1피보험자는 요개호와 요지원 양쪽의 욕구 인정등급을 받고 개호보험의 서비스를 받을 수 있다. 그러나 40세 이상 65세 미만의 제2 피보험자의 경우 개호보험법이 정하는 특정한 질환이 장기요양의 욕구의 원인인 경우에만 개호보험의 서비스를 받을 수 있다.²⁶⁾ 이는 우리나라의 노인장기요양보험제도의 장기요양등급 인정에 있어 나이를 적용하는 것과 유사하다.

이러한 요개호나 요지원의 인정 등급을 받기위해 본인이 직접 신청하거나 보호자나 대리인을 통해 신청이 가능하다. 시정촌의 장기요양 사무소에 신청이 접수 되면 시정촌 직원(일반적으로 공중보건 간호사)이 신청자의 가정에 방문해 79가지 표준화된 항목의 인정조사표에 의해 조사하며 알고리즘 분석을 통해 그 1차판정 결과를 얻을 수 있다. 또한 신청자의 주치의는 신청인의 의학적 상태에 대한 소견의 제출이 이루어진다. 1차 판정결과와 소견서를 참고로 시정촌에 설치된 ‘개호인정심사회(내과의를 포함한 전문위원회)’에서 요개호 또는 요지원 등급이 결정된다.

‘개호인정심사회’는 내과의와 전문가들의 의견에 근거하여 1차 판정결정의 급여 유형을 변경할 수 있다. 약 신청자의 1/5가량이 급여 유형이 변경되며, 일반적으로 보다 높은 수준의 급여로 변경되는 경우가 많다(Ikegami N, 2007). 일본의 경우 2007년에 장기요양 급여 수급 신청자의 단 3%만이 신청이 거절되었다(Campbell JC & Ikegami N, 2000). 장기요양 급여의 유형과 등급이 결정된 이후 서비스 이용을 위한 케어플랜(개호계획)이 작성되어 이에 따라 서비스를 받게 된다.²⁷⁾ 요개호나 요지원의 등급 판정을 받지 못한 사람도 요개호나 요지원의 상태로 악화될 우려가 높은 경우 시정촌의 ‘지역지원사업’을 통해 개호급여의 일부를 제공 받을 수 있다(정재욱, 2015).

일본 개호보험제도에서 제공되는 서비스 급여는 우리나라와 마찬가지로 현물급여와 현금급여로 구성되어 있다. 개호보험제도는 현물급여를 원칙으로 하

25) 개호의 상태로 규정한 6개월은 일본 후생노동성령이 정한 기간이며, 이는 개호보험법 제7조 제1항의 내용이다.

26) 제2 피보험자가 ‘개호보험법 제7조 제3항, 4항’에서 규정하는 특정 질병이 아닌 다른 질병이 원인으로 장기요양 서비스가 필요한 경우 의료보험 등에서 급여를 받을 수 있다.

27) 요지원 등급을 받은 경우 개호예방 케어플랜이 작성되어 신체운동기능 향상, 영양 및 구강기능 향상 등의 서비스를 받게 된다. 이는 ‘개호예방 우선주의’의 대응이라 할 수 있다.

며, 이는 장기요양의 욕구 정도에 따라서는 개호급여(long-term care benefit), 예방급여(prevention benefit), 시정촌특별급여(communitary benefit)로 나뉘며, 급여 공급자의 유형에 따라 재가요양, 시설요양, 지역밀착형 급여로 나눌 수 있다.²⁸⁾ 개호급여의 경우 요개호 1에서 5등급의 인정자가 받는 서비스이며, 12가지의 자택요양 급여, 3가지의 시설요양 급여, 9가지의 지역밀착형서비스가 있다. 예방급여는 요지원 1, 2등급 인정자가 받을 수 있는 서비스가 재가요양 서비스만 있으며 한정이며, 지역밀착형 서비스도 3가지만 받을 수 있다. 시정촌특별급여는 개보험법에 의해 각각의 시정촌에서 독자적으로 제공하는 급여이다. 가령 기본적인 재택요양에 초과되는 본인부담 서비스에 대한 비용을 지급한다던가, 예방급여에 추가한 서비스를 제공하거나, 이발이나 이송 서비스 기저귀 등을 제공하는 것이다.²⁹⁾

장기요양급여의 비용은 급여 유형과 종류에 따라 10%의 본인부담이 있으며, 급여는 그 유형과 수준에 따른 상한액이 정해져 있다. 이러한 상한액은 이용자의 수입과 자산과 상관없이 없다. 장기요양 급여 유형과 수준의 상한액이 초과하는 지출은 이용자 본인이 전액 부담한다. 그러나 이는 ‘고비용 장기요양 서비스 제공 제한(a means-tested stop-loss threshold)’이란 제도가 있어 한정된 금액까지만 본인이 부담한다(Shimizutani S, 2013). 이는 일본 장기요양보험제도의 독특한 요소로 독일이나 한국의 장기요양보험제도와 다른 요소이다. 일본은 이러한 안정 장치를 통해 고비용이 들어가는 이용자(환자)에서 보다 포괄적이고 풍부한 급여 혜택을 제공하고 있다. 그러나 매우 적은 개호보험 수급자만 이러한 ‘stop-loss threshold’에 적용을 받는다. 또한 일본은 독일과 다르고 한국과 유사하게, 시설요양급여의 이용자가 숙박비와 식비를 부담한다. 이러한 비용은 저소득층의 사람들에게는 상한선이 있어 제한되고 있다(Shimizutani S, 2013).

○ 일본의 케어메니지먼트

일본은 영국 장기요양의 영향을 받아 케어메니지먼트를 제도 도입시기부터 운영해왔다. 요개호 또는 요지원 등급 인정자는 재가요양의 공급기관의 ‘케어메니저(사례관리자)’에게 케어플랜의 작성을 요청한다. 이러한 케어플랜에 따라 개호보험의 이용자는 서비스를 제공 받게 된다. 시설요양의 경우에도 요양시

28) 일본 ‘개보험법 제18조’

29) 시정촌특별급여의 재원은 개호보험의 제1호 피보험자의 기여금에서 마련되며, 이에 따라 충분한 재원의 마련을 위해 기여금 인상이 수반되기 때문에 실제로 시정촌특별급여에 의해 제공되는 서비스가 많지 않다.

설의 케어메니저가 작성한 케어플랜을 기준으로 서비스를 제공 받는다(정재욱, 2006). 한편 이들 케어매니저는 장기요양 이용자에게 필요한 서비스를 찾아 연결하고 관리해 주는 역할을 수행한다. 현재 이러한 체계가 우리나라에는 없어 장기요양 이용자인 노인 또는 보호자가 이러한 역할을 해야 하는 상황이지만, 대부분이 비전문가로 관련 절차와 규정에 대한 지식과 이해가 부족하여 어려움을 겪고 있다(김동훈, 2013.09.16).

○ 제도의 개선 및 개혁

일본의 개호보험법은 개호보험제도의 개선과 보완을 위한 조치를 5년 단위로 하도록 규정한다.³⁰⁾ 더불어 시정촌은 개호보험제도의 원활한 운영을 위해 개호 서비스 공급기관에 3년 단위로 개호보험사업계획을 보완하여 종합적으로 개선하도록 규정한다.³¹⁾ 이러한 관련 법규와 발생한 문제점 등을 보완하기 위해 일본의 개호보험제도는 2000년 도입 이후에 크게는 4차례의 제도 개선 또는 개혁이 이루어졌다.

2005년의 제1차 개혁은 장기요양이 필요한 상태로 전환되기 전에 예방을 우선적으로 할 수 있는 서비스를 중심으로 제공하는 체제로의 전환을 위한 내용이었다. 2008년의 개혁은 ‘콥스 사건’으로 드러난 개호보험제도의 운영에서 드러난 부정과 부당행위에 대한 규제의 강화와 정당한 시장질서의 유지를 위한 내용이었다.³²⁾ 이러한 상황에서 일본은 75세 이상의 인구가 증가하며 장기요양과 의료 급여의 동시 욕구를 갖는 인구가 급격하게 증가하였다. 이에 장기요양, 의료 및 다른 사회서비스와의 연계와 24시간 상시 서비스를 제공할 수 있는 체제의 구축을 위한 2012년 개혁을 진행하였다. 이때 지역포괄케어의 정비가 시행되었으며, 2차 세계대전 직후 태어난 베이비붐 세대³³⁾가 약 75세가 되는 2025년의 개호보험의 재정적 안정을 확보하기 위해 장기요양을 위한 재정구조의 개편이 이루어지고, 정부 보조금의 확충을 위해 2011년에 소비세율이 인상되었다. 가장 최근인 2014년에는 장기요양 및 노인보건복지 서비스의 지속가능성을 위한 재정 건전성 유지를 위해 사회보장과 조세제도를 통합적으로 개편하는 방향의 개선이 이루어졌다.

30) 개호보험법 부칙 제2조 제4항

31) 개호보험법 제117조 제1항

32) ‘콥스 사건’은 2007년 일본 최대의 장기요양 서비스 회사인 콥스(Comsn)사가 상주 직원의 허위 등재 등을 통해 정부 지원금을 횡령하는 등의 비리를 저지른 사건으로, 조사를 통해 폐쇄명령으로 운영이 중단되자 회사의 직원들과 당시 요양 서비스 이용자들이 서비스를 받지 못하게 되는 사회문제(장기요양 난민 발생)가 되고 일본 사회가 충격에 휩싸이게 되었다.

33) 일본은 1950년경 태어난 세대를 ‘단카이 세대’라 부른다.

이러한 최근의 일본 장기요양과 관련제도의 개혁과 개선의 방향은 노령자가 ‘거주하는 지역사회에서 계속 생활할 수 있도록, 의료/장기요양/생활지원/예방을 연계 통합하여 제공’ 할 수 있는 ‘지역중심의 포괄케어시스템의 구축’과 저소득자에 대한 개호보험료 경감과 소득과 재산에 따라 형평성 있는 보험료 부담을 위한 ‘개호보험 비용부담의 공평성 추구’를 기조로 삼고 있다. ‘지역포괄케어시스템’은 지역 주민을 위한 삶과 의료, 장기요양, 예방, 생활지원이 서로 연계되어 연계/협력되어 제공되는 것을 말하며, 지역에 거주하며 질병 등으로 의료 서비스가 필요하면 주치의와 지역 의원에서 진료와 치료를 받고, 입원이 필요한 경우 상급병원에 입원 후 퇴원하고, 장기요양이 필요하면 개호급여를 이용하게 되는데 이들 서비스 간의 연계는 지역포괄지원센터의 케어메니저에 의해 이루어지는 구조이다. 이러한 일본의 장기요양제도의 개선과 개혁의 방향은 지방자치단체인 시정촌의 조직적, 정치적 역량의 강화가 필요하게 되었다. 이는 지역사회의 보건, 복지, 사회적 서비스를 연계 종합하여 제공하려는 제도의 발전은 시정촌이 중심이 되는 일본의 지방분권제도의 개혁방향과 그 흐름을 함께한다.

2. 네덜란드의 보건의료제도 개요

독일과 일본의 경우와 마찬가지로 네덜란드에서도 노령화에 따른 보건의료 비용 지출의 증가의 압박과 양질의 보건의료 서비스의 제공을 위해 지속적인 보건의료제도의 변화와 개혁 정책을 시행했다.³⁴⁾ 이에 2000년대 초반 건강보험제도의 개혁이 2006년, 그리고 장기요양보험제도의 개혁이 2015년 이루어 졌다. 이후 네덜란드의 보건의료체계에 많은 변화가 있었다. 이에 2015년 이후 네덜란드 보건의료체계에 대한 전반적인 구성과 내용을 살펴보고 우리나라 정책과 관련된 시사점을 기술 한다.³⁵⁾

1) 보건의료제도에서 네덜란드 정부의 역할과 재정

34) 2015년 네덜란드는 GDP의 10.8%를 보건의료에 지출했다. 이들 의료 및 치료를 위한 서비스 중 77%(2014년 추정)는 공적으로 재원이 마련된다.

35) 네덜란드 보건의료체계에서 정부의 역할, 보건의료 시스템의 구조와 구성, 자원마련과 지급 방법, 질 관리 방법과 정보공유, 접근성 불균형 해소방안, 보건의료의 분야 간의 연계와 통합에 대한 전반적인 내용을 소개한다. 이에 “Wammes J & et al, 2014, <http://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>”의 내용을 바탕으로 작성하였다.

네덜란드에서는 보건의료의 법제도 변경, 접근성, 품질 및 비용과 시장 모니터링에 대한 책임이 국가와 정부에 있다. 이는 기본적인 복리 후생을 위한 사회적 보험과 공공 건강보험제도의 재정을 지원한다. 장기요양제도는 의료보험의 보조적인 공공 보험제도로 존재한다. 예방 및 사회적 지원은 일반 과세를 통해 재정이 지원된다. 지방자치단체 및 건강보험회사(보험자)는 대부분의 외래환자에 대한 서비스 및 청소년에 대한 서비스를 운영한다³⁶⁾.

□ 공공 건강보험의 대상자와 재원마련

모든 네덜란드 내의 거주자와 네덜란드에 소득세를 납부하는 비거주자는 건강보험회사(보험자)로부터 법정 건강보험을 계약한다. 2014년 말 기준으로 약 30,000명 (인구의 0.2% 미만)이 건강보험에 가입되어 있지 않았다.³⁷⁾ 민영의 비영리 건강보험회사인 보험자는 모든 신청자의 건강보험가입을 허락해야 하며, 가입자는 보험회사를 선택하고 변경할 권리가 있다.

이러한 건강보험은 전국적으로 동일하게 적용되는 소득과 비례한 건강보험 기여금, 18세 미만의 피보험자에 대한 정부 보조금, 각 지역의 건강보험회사가 정한 건강보험료를 통해 건강보험법(Zorgverzekeringswet, ZVW; Health Insurance Act)에 따라 재정이 마련된다(그림 4).³⁸⁾ 건강보험을 위한 기여금은 중앙에서 집중하여 징수하며 이러한 기여금을 통해 나이, 성별, 노동 상태, 지역 및 건강 위험을 고려한 위험 조정제도에 따라 각각의 보험회사들에게 재원이 지원 된다(그림 4).³⁹⁾

2006년 네덜란드 보건의료제도(건강보험제도) 개혁이후, 건강보험회사는 전략적으로 의료서비스 제공기관 또는 업체들과 서비스의 구매에 관여 할 수 있으며, 보다 좋은 조건에 의료서비스 공급자와 선택적 계약이 가능하다. 이러한 상황에서 의료서비스 제공 업체는 품질과 비용 면에서 경쟁하게 된다. 그러나 네덜란드 건강보험 시장은 60여 곳의 건강보험회사 중 4대 보험회사가 전체 가입자의 90%를 점유하고 있다.⁴⁰⁾

36) 네덜란드의 지방자치단체는 보건의료제도의 운영에 있어 자율성이 부여된다.

37) 공공 건강보험의 가입에 자발적으로 반대하는 사람들, 그리고 군대의 구성원(국방부에 의한 건강보험 가입자)는 면제된다.

38) 동일한 건강보험회사에 가입자는 모두 동일한 보험료를 납부하며, 이는 나이와 건강 상태에 상관없이 없다.

39) 주로 과거 약제 및 병원 이용률을 기준으로 한다.

40) 한편 독과점의 부작용을 막고 건강보험의 공공성을 위해 네덜란드에서는 현재 건강보험사의 주주에게 이익을 분배하는 것을 금지한다.

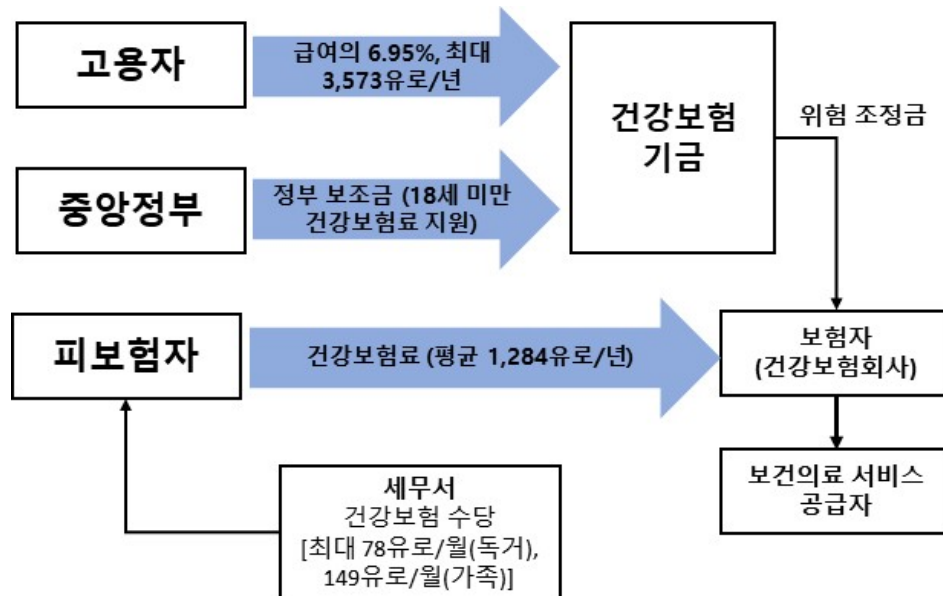


그림 4. 네덜란드 공공 건강보험의 재정 흐름

출처: Kroneman M & et al, 2016

□ 사적 의료보험

공공의 의무 건강보험 이외에, 네덜란드의 인구의 84%는 치과 진료, 대체 의학, 물리 치료, 안경 등의 비용 등을 포함하는 보완적인 사적 의료보험을 혼합 구매한다. 또한 이들 사적 의료보험 상품은 의약품에 대한 동등한 의약품(제네릭)의 한도를 초과하는 비용(낮은 가격의 제네릭 약품 사용의 권장을 위해)을 위한 보장도 포함하고 있다. 이러한 자발적인 사적 의료보험은 규제되지 않는다. 건강보험회사는 위험 요인에 따라 가입 신청자를 심사 할 수 있으며, 거의 모든 피보험자는 공공 의무 건강보험을 제공하는 보험회사로부터 자발적인(추가적) 의료보험 상품을 구매한다.⁴¹⁾ 2014년 이러한 자발적인 의료보험은 전체 네덜란드 보건의료 지출의 7.9%를 차지했다.

2) 네덜란드 보건의료제도의 보장내역⁴²⁾

네덜란드 공공 의무 건강보험에서 건강보험회사는 1차의료의 일반의

41) 네덜란드는 우리나라와 달리 공공 의무 건강보험의 보험자가 다수의 민영 건강보험회사이다. 그러나 이들 대부분은 비영리 조직이다.

42) 네덜란드의 공공 복지분야의 혜택을 정의할 때, 정부는 국립보건의료원(Zorginstituut, ZiNL; National Health Care Institute, NHCI)의 자문을 필요로 한다.

(Huisarts; General Practitioner, GP), 병원 및 전문의가 제공하는 진료/치료를 비롯한 표준 혜택 패키지를 법적으로 제공해야 한다. 18세까지의 치과진료, 처방약, 18세까지의 물리 치료, 가정 간호, 경도에서 중등도의 정신장애에 대한 기본 외래 정신건강 치료, 복잡하고 심각한 정신질환에 대한 전문 외래 및 입원 정신 치료를 제공한다. 건강보험을 통한 치료 기간이 3년을 초과하는 경우, 이 기간 중 마지막 기간은 장기요양법에 의해 재정이 지원된다.

또한, 공공 의무 건강보험의 적용 범위는 요실금치료를 위한 일반물리치료, 골반치료와 같은 일부 치료는 특정 만성 질환을 가진 일부 사람들에게는 부분적으로 적용되며, 체외 수정시 3회의 시술도 역시 부분적으로 혜택을 받는다. 의학적으로 불필요한 없는 성형수술(미용성형) 등과, 18세 이상의 치과 치료 및 안과의 일부 치료는 공공 건강보험의 보장에서 제외된다. 한편, 일부 제한된 수의 건강 개선 프로그램(예: 금연)과 체중 관리를 위한 상담은 연간 3시간으로 보장을 제한한다.

2015년 네덜란드 장기요양제도의 개혁에 따라, 재가요양은 중앙정부(시설 요양만 운영)로 부터 지방자치단체(데이케어, 가사도움 등), 및 건강보험회사(가정간호, 신체와 관련된 재가요양)로 운영과 책임이 나뉘게 되었다. 또한 이중 일부는 건강보험법을 통해 재정이 지원되게 되었다. 호스피스 간호는 장기요양보호법 통해 재정 지원되며, 예방은 더 이상 건강보험이 적용되지 않으며 지방자치단체의 책임 하에 있게 되었다.

□ 건강보험의 비용 부담과 지출

공공 의무 건강보험에 있어 2016년까지 18세 이상의 피보험자는 병원 입원 및 처방약의 비용을 포함해 의료비에 대해 연간 385유로(약465달러)의 가입자부담금(deductible)을 지불해야한다. 이러한 공제금액과는 별도로 환자는 의료적 운송이나 의료 기기와 같은 일부 서비스 비용을 본인분담(co-payment)하며, 의약품과 같이 특정 한도 상환이 있는 제품이나 서비스에 대해서는 가입자 부담 최대 한도액이 적용된다. 이에 동등한 약물 그룹에서, 의료 제공자는 정해진 비용을 넘어가는 비용을 청구 할 수 없다. 건강보험 가입자는 계약한 건강보험사가 계약하지 않은 의료기관에서 치료를 받는 경우 치료비를 분담해야 할 수 있다. 이렇게 지출한 금액은 2014년 네덜란드 보건의료 지출의 14.7%를 차지했다.

건강보험과 관련한 비용부담의 안전망으로 1차의료기관인 일반의(GP)에

의한 진료 및 18세 미만 아동의 진료비용은 본인부담에서 제외된다. 이에 정부는 18미만의 유아 및 청소년의 건강보험료를 보험회사에 지불하고 저소득층에 대한 지역 사회 등급 보험료를 지원하기 위해 자산조사 및 소득한도에 대한 보조금을 제공한다. 한편, 연간 소득이 27,012유로 미만인 개인(약32,662달러), 가족 소득이 33,765유로(약40,828달러)인 경우는 네덜란드 전체 인구의 1/4에 해당하며 약 422만 명으로, 이들은 개인의 경우 한 달에 소득에 따라 2.00유로(약2.40달러)에서 83.00유로(약100.00달러), 그리고 가족의 경우 주당 10.00유로 (약12.0달러)에서 158유로(191달러)의 수당을 받는다(2014년 기준).

3) 보건의료 서비스 전달체계

□ 1차의료기관 일반의(GP)

일반의(GP)는 네덜란드 1차의료에 중심적인 역할을 한다. 네덜란드의 거주자가 GP에 등록하는 것이 공식적인 의무사항은 아니지만, 대부분은 각자 선택한 GP에 등록되어 있으며, 환자는 자유롭게 GP를 바꾸거나 선택할 수 있다. 2차, 3차의료기관인 병원에서의 진료와, 전문의의 진료를 받기 위해서는 GP의 진단/의뢰 및 추천서가 필요하다. 네덜란드에는 2015년 11,600명이 가량의 GP가 있었고, 2013년에는 22,585명이 넘는 전문의가 있었다. 활동 중인 GP의 39%는 3~7명의 그룹으로 활동하며, 40%는 2인 1그룹으로, 22%가 1인이 활동한다 (2015년). 대부분의 GP는 자영으로 협력하거나 독립적으로 활동한다. 다른 GP에 의해 고용된 GP는 약 16%이다.

대다수의 GP는 간호사와 심리치료사를 고용한다.⁴³⁾ 네덜란드에서 케어그룹(zorg groep; care group)은 GP들의 네트워크로 구성된 법인으로 만성질환자에 대해 임상적, 재정적 책임을 진다. 이러한 케어그룹은 다수의 보건의료 서비스제공자나 기관으로부터 보건의료 서비스를 구매하여 특정 만성질환에 대해 이용자에게 서비스를 일괄하여 제공한다. 이러한 케어그룹을 통한 보건의료 분야의 서비스 간의 연계를 장려하기 위해, 당뇨병, 심혈관 질환, 만성폐쇄성폐질환(COPD, chronic obstructive pulmonary disease)과 같은 특정 만성 질환에 대해서는 확장 개선된 포괄수가제의 형태인 묶음지불(bundled payment) 방식으로 지급한다.

네덜란드 정부는 2015년 3가지 부문으로 구성된 새로운 GP 자금 지원 모델을 도입했다. 첫째는 인두세(capitation)로 GP에 등록된 사람 당 비용과 상담료

43) 네덜란드에서 정신질환과 만성질환은 1차의료를 중심으로 관리 치료되고 있기 때문에 네덜란드의 1차의료기관인 GP는 간호사와 심리치료사를 고용하여 이러한 서비스를 제공하는 경우가 많다.

(전화상담 포함), 정신건강 진료 상담료로 구성되며 이는 GP 재원의 75%를 차지한다.⁴⁴⁾ 둘째로 당뇨병, 천식, 만성폐쇄성폐질환에 대한 종합치료 및 심혈관질환 위험관리 기금으로 GP 재원의 15%정도를 차지한다. 이러한 만성질환에 대한 묶음지불방식에 의한 치료 서비스의 가격은 건강보험회사와 협상에 의해 결정된다. 셋째, 의료 행위의 결과 성과에 의한 성과급 지급을 위한 건강보험회사와의 추가계약에 의한 수입(GP재원의 약10%)이 있다. 고용되어 월급을 받는 GP는 연간 80,000유로 (97,000달러)의 수입이, 개업 GP는 평균 97,500유로(117,900달러)의 수입이 있다(2012년).

□ 전문의

대부분의 전문의가 병원에서 진료를 하며, 이러한 전문의의 보수는 병원 급여체계 안에서 어느 정도 자유롭게 협상이 가능하며, 이러한 방식은 ‘통합 펀딩’으로서 전문의와 병원(의료기관)과의 관계를 변화시켰고, 병원은 전문의들의 재정적 비용의 할당과 운영에 전적인 책임이 있다(2015년).

여러 분야의 전문의가 묶여 있는 독립적인 외래진료센터와 같은 병원 이외의 곳에서 전문의들이 일하기도 하지만, 이는 다수가 아니며 대부분은 외래진료센터는 병원에 속해있다. 외래진료센터의 전문의는 대부분의 시간을 학술적인 업무 또는 병원업무에 사용한다. 일부의 전문의만이 외래진료센터에서 시간제 근무를 한다. 외래진료센터의 전문의에게는 의료 서비스 행위당 수당이 지급되며, 이러한 의료행위에 대한 비용은 사전에 설정된 조건표에 의해 보험회사와의 협상에 의해 결정되며, 조건표 이상의 비용을 환자에게 요구할 수 없다. 환자는 자신의 의료기관을 선택할 수 있지만, 보험회사는 계약된 의료보험의 약정 내 다른 선택 사항에 대해 이용자의 본인비용 부담을 설정할 수 있다.

□ 근무시간 외 진료 (GP 포스트)

정상 근무시간 외의 진료는 각 지방자치단체의 병원에서 운영하는 GP 포스트에서 운영하며 오후 5시에서 오전 8시까지의 응급상황이나 치료를 담당한다. 대부분의 GP가 GP포스트에 속해 근무하고, 전문적 전화상담원을 통한 접수상담과 GP는 환자가 병원에서 진료와 치료를 받아야하는지를 결정한다. GP나 의사들은 이러한 시간외 치료에 대해 시간당 요금으로 보상을 받으며 일반 개업

44) 네덜란드 보건의료당국(Nederlandse Zorgautoriteit, NZa; Dutch Healthcare Authority)은 인두세에 내역에 대한 요금을 결정한다.

의로 등록을 유지하려면 매년 최소 50시간의 GP포스트에서의 진료를 보아야 한다. GP 포스트는 환자의 방문에 관한 정보를 환자의 주치의 GP에게 전달한다.

□ 병원

8곳의 대학의료센터를 포함하여 89개의 병원(3차의료기관급)이 있다(2015년). 실질적으로 이러한 병원은 대부분 민간 비영리기관이다. 2015년에는 공공 의무 건강보험 적용 대상인 비급성, 선택치료 (예: 안과, 정형외과)에 대한 당일 진료(입원)가 제한된 231개의 민간비영리 치료센터가 운영되었다. 병원에 지불하는 요금은 각 건강보험회사와 가격, 품질 및 양에 대한 각 병원 간의 협상을 통해 결정된다. 대부분의 지불은 사례기반의 진단치료의조합 시스템(Diagnosis Related Group, DRG; 일종의 포괄수가)을 통해 이루어지며 병원에서 제공하는 의료 서비스의 약70%에 대한 요금은 자유롭게 협상 가능하다. 나머지 30%의 의료 서비스에 대한 가격은 국가적으로 설정되어 있다. 진단치료조합(DRG)에 의한 서비스 제공의 수는 30,000건에서 2012년 4,400건으로 줄었다. 진단치료조합은 외래 환자 및 입원 환자와 전문의 비용을 모두 포함하여 병원 조직 내의 전문적 치료와 간호의 통합과 연계를 강화한다.

□ 정신 건강진료

정신건강에 대한 진료는 GP에서 경도에서 중등도의 정신장애에 해당하는 경우 제공된다. 보다 복잡하고 심한 정신장애가 있는 경우 GP는 환자를 기본 정신건강치료(예: 심리치료사) 또는 전문 정신건강치료기관인 상급 병원으로 의뢰되어 이송된다. 예방적인 정신 건강 서비스의 제공은 지방자치단체의 책임이며 사회지원법(Wet maatschappelijke ondersteuning, WMO; Social Support Act)의 적용을 받는다.

환자가 적시에 적절한 치료를 받을 수 있도록 보장하고 전문의에 의한 치료의 필요성을 줄이기 위해 GP에 의한 일반진료에 정신건강에 대한 진료의 추가 통합 정책이 2012년 합의되었다. 수년 동안, 정책 입안자들은 1차의료기관인 GP에 심리치료사의 고용의 꾸준한 증가로 입원 치료를 대체하기 위해 노력해왔다.

□ 장기요양 및 사회지원

장기요양의 상당 부분은 장기요양보호를 위한 공적 사회보험제도인 장기요양법(Wet langdurige zorg, WLZ; Long-term care Act)을 통해 재정적 지원이 이루어진다. 이는 건강보험에서 보장할 수 없는 개인이 감당하기 어려운 영역에 대한 공공 보험제도이다. 이러한 보험에 대한 비용은 합리적인 수준에서 개인이 부담해야 한다. 전국적으로 운영되며 납세자는 과세 소득에 따라 장기요양 기여금을 납부한다. 장기요양의 나머지 일부 서비스는 사회지원법(WMO)과 공공 의무 건강보험을 통해 재정이 지원된다. 장기요양보험법에 의해 지원되는 장기요양에는 주로 시설요양이 포함된다. 개인 간병, 감독 및 간호; 의료 보조기구; 치료; 및 운송 서비스. 비용 본인분담은 가구의 크기, 연간 소득, 자산, 연령 및 보육 기간에 따라 다르다. 이러한 본인부담금은 2015년 장기요양제도의 총 지출의 8.7%를 충당했다.

지방자치단체는 정부의 보조금을 지원하여 사회지원법(WMO)에 따라 가사 서비스, 의료 보조 시설, 주택 개조, 비공식 보호자 서비스, 예방 정신 건강 치료, 교통 시설 및 기타 지원을 담당한다. 지방자치단체는 이를 위한 욕구 평가, 간병인 지원 방법 (예: 위탁 간병 또는 약간의 수당 제공)을 비롯하여 서비스 구성 방법에 있어 많은 재량권이 있다.

장기요양은 주로 재가요양 단체와 요양시설을 포함한 비영리 민간단체에서 제공한다. 대부분의 완화치료는 건강보험 시스템에 통합되어 GP, 재가요양 서비스 제공자, 요양원, 전문의 및 자원 봉사자가 제공한다. 건강보험법(ZVW), 사회지원법 (WMO) 및 장기요양법(WLZ)에 따라 환자나 이용자가 자신에 필요한 케어 서비스(장기요양 등)를 구매하고 조직하는 개인계정(Personal Budget) 제공된다. 장기요양법(WLZ)은 전국적으로 일정한 예산 비율이 정해지는 반면에 건강보험법과 사회지원법(WMO)은 지역의 건강보험사와 지방자치단체는 “충분한” 예산 세율(일반적으로 현물급여 비용의 약 70%)을 자유롭게 설정할 수 있다. 지방자치단체를 예를 들어 간병인에 약간의 수당을 지급하는 등의 지원방법에 있어 자율권이 있다.

4) 네덜란드 노인의 감염성 질환의 이슈

오늘날 우리나라를 비롯해 서구 사회에서 주요한 사망의 원인은 대부분 생활습관 및 고령화에 의한 만성질환이다(사망원인의 약60% ~ 80%; 보건복지부 질병관리본부, 2018). 그러나 앞서 기술한 것처럼 수명의 연장으로 네덜란드 역시 인구에서 노인의 비율이 증가하고 있고, 이에 따라 공중보건의 측면에서 감염질환 및 이에 따른 사망률이 증가할 것으로 예상되고 있다(de Gler B & et al, 2017). 또한 만성질환자나 고령자가 감염성 질환에 걸린 경우 그 임상적 표현형이 건강한 성인과 다를 수 있으며 특히 합병증으로 나타날 수 있다. 또한, 이러한 노인에서의 감염성 질환의 일반적이지 않은 임상적 표현형으로 인해 초기의 오진 또는 항생제의 부적절한 사용으로 이어질 수 가능성이 있다.

앞서 기술한것처럼 네덜란드에서도 노인 인구는 점점 증가하고 있으며, 이들이 인구 중 집단면역에 차지하는 비중이 커지고 있다. 네덜란드는 2016년 3,085,000명이 65세 이상으로 전체 인구의 18%였으며(고령사회), 80세 이상이 749,000명으로 전체 인구의 0.4%였다. 나이가 들면 노화와 함께 면역노화(immunosenescence) 현상이 나타난다. 면역노화는 면역 세포의 양과 기능에 변화를 가져오며, 면역노화가 일어나면 일반적으로 면역반응의 활성이 떨어진다. 항원에 접촉하여 반응하지 않은 naive T세포의 비율이 50세를 전후하여 감소하기 시작하고, 나이가 들면서 memory T세포의 비율이 naive T세포에 비해 증가한다(Goronzy JJ & Weyand CM, 2013).

이러한 결과 노인과 같은 면역노화가 나타나는 면역체계는 예방접종에 효과적인 반응이 낮게 나타나며 노인이 감염성 질환에 걸릴 확률이 높아진다. 공중보건의 관점에서 볼 때 감염질환의 발생율과 감염이 될 경우 증상의 정도는 노인에서 더욱 높을 수 있다. 이는 젊은 사람이나 건강한 성인에서 비교적 심각하지 않은 증상을 유발하는 인플루엔자와 RSV(Respiratory Syncytial Virus; 호흡기 세포융합 바이러스) 또는 계절성 감염질환이 노인에 감염될 경우 사망과 심각한 증상을 초래하는 빈도가 높은 것으로 설명이 된다.

또한 나이 어린 영아와 나이 많은 노인은 다른 연령층에 비해 예방접종에 대한 효과가 낮은 것으로 나타난다. 그러므로 나이가 들수록 예방 접종에 대한 유효성과 보호기간이 줄어들며, 반대로 감염성 질병에 대한 부담이 증가하게 된다. 이러한 상황을 고려하여 백신접종 정책에 나이에 따른 균형을 맞출 필요가 있다. 이는 면역노화가 일어나 백신의 효과가 감소되기 전에 백신을 투여하는

것이 중요하다. 또한 나이가 들어도 보다 몇 살이라도 다소 어린 나이에 백신을 접종하게 되면 백신에 의해 감염성 질환에게서 보호 받을 수 있는 기간이 길어져 노년기에도 감염성 질병을 예방할 수 있다. 이에 어느 정도 나이가 들어도 예방 접종할 필요성이 있다고 할 수 있다.

네덜란드에서는 60세 이상의 고령자는 인플루엔자에 대한 국가 예방접종 프로그램의 대상 그룹이다. 따라서 네덜란드에서 계절 인플루엔자 백신접종은 60세 이상의 사람들과 만성질환 환자에게 무료로 제공된다. 그러나 건강한 노인의 50% 미만이 인플루엔자 예방접종을 접종했다(2013년 기준; Tacken MA & et al, 2015). 이는 감염성 질환에 취약한 인구집단 중 인플루엔자 백신의 접종률은 권장 접종률인 75% 미만으로 나타나며, 2008년 이후 접종률이 지속적으로 감소하고 있다(Tacken MA & et al, 2015). 네덜란드에서 계절 인플루엔자 백신의 접종률은 60세 ~ 65세(의학적 병증이 없는) 연령층에서 가장 낮다. 이 그룹은 네덜란드에서 2008년 이후 인플루엔자 국가 백신 접종 프로그램의 대상에 포함되었다. 그러나 인플루엔자에 대한 백신 접종률과 이들 건강한 60세 ~ 65세의 인구집단이 인플루엔자에 대한 갖는 위험성에 대한 인식과 일치하지 않는 것으로 나타났다(Tacken MA & et al, 2015).

한편 노인의 사망률은 인플루엔자 유행의 계절성과 어느 정도 일치하는 것으로 나타난다. 그러나 계절 인플루엔자 예방 접종이 노령층에 주는 이점과 백신 효과는 기대만큼 크지 않으며 매우 다양한 것으로 나타난다. 또한 최근의 연구에 따르면 계절성 인플루엔자에 대한 반복적인 예방 접종이 그 백신의 효과를 감소시킬 수 있음이 밝혀졌다. 이러한 노령층에서 나타나는 백신에 대한 면역학적 현상을 더 잘 이해하면, 인플루엔자 백신 예방 접종에 대한 정책마련에 영향을 줄 것으로 생각된다.

인플루엔자 이외에 노령층에 사이에 심각한 의학적 증상과 사망을 초래할 수 있는 감염성 질환 중 백신으로 예방 가능한 것으로는 폐렴구균(pneumococcal disease) 감염과 대상포진(herpes zoster) 정도가 있다. 폐렴구균(*Streptococcus pneumoniae*)의 감염은 노인에게 상당한 질병 부담을 유발하고 폐렴 또는 침습성 폐렴구균 질환으로 나타날 수 있다. 네덜란드에서는 2006년에 7가지 폐렴구균의 혈청형에 대해 2011년 이후 10개의 폐렴구균 혈청형에 대해 영유아 백신접종 시행 이후, 백신에 포함된 혈청형에 의한 폐렴구균 질환의 발생 빈도가 감소했다. 이러한 네덜란드의 상황은 폐렴구균에 대한 집단면역이 형성되어 인구집

단을 보호할 수 있음을 나타낸다. 유아의 백신접종은 백신에 포함된 혈청형의 폐렴구균의 전염을 감소시켜 간접적으로 면역체계가 취약한 노인을 보호한다. 그러나 백신에 포함되지 않은 혈청형에 의한 침습성 감염은 고령자에서 증가하고 있지만, 이러한 혈청형의 경우 사망률이 낮은 것으로 나타난다(Wagenvoort GH & et al, 2016). 이에 폐렴구균성 질병에 대해 노령층을 한층 더 보호하기 위해서는 유아의 백신에 더 많은 혈청형을 포함 시키거나 노인에게 예방 접종을 함으로써 달성될 수 있다. 네덜란드의 대규모 무작위 위약 대조군 임상 시험에서 65세 이상의 성인에서 13가 폐렴구균 백신(백신 혈청형의 침습성 질환에 대해 75%)의 적절한 백신 유효성이 확인되었다(Bonten MJ & et al, 2015).

폐렴과 마찬가지로 대상포진은 노령층에 적지 않은 수준의 질병부담을 나타낸다. 수두 대상포진 바이러스(varicella zoster virus)에 의한 1차 감염은 어린 아이들에게는 일반적으로 경미한 질병으로 나타나지만, 이들 바이러스의 노년기에 재활성화는 대상포진 및 심각한 감염 후 신경통을 일으킬 수 있다. 이러한 바이러스에 반복적으로 노출되면 노년기에 대상포진이 발생할 확률이 줄어든다는 이론이 있다. 노인들에게 대상포진의 예방을 위해 허가된 백신이 사용 가능하다. 그러나 이러한 대상포진 예방백신에 의한 보호의 유효성과 지속 기간은 제한적이다. 이러한 이유로 네덜란드 보건의료협의회(Health Council)은 대상포진에 대한 예방접종을 NIP에 포함시키지 않는 것으로 결론을 내렸다(Health Council of the Netherlands, 2016). 더 오래 지속되는 면역력을 유도하는 보다 효과적인 대상포진 백신의 개발은 향후 이러한 예방접종의 노인에 대한 NIP 프로그램에 포함될 수 있을 것으로 생각된다(Cunningham AL & et al, 2016).

끝으로 네덜란드 전국 예방접종 프로그램(National Immunization Program, NIP)은 1957년부터 아동기의 특정 감염질환을 예방하기 위해 도입 시행되었다. 그러나 현재는 이러한 프로그램을 유아 및 청소년뿐 아니라 성인 및 노인에 대한 예방접종이 점점 보편화하고 있으며, 특히 감염질환으로부터 취약한 인구집단인 ‘YOPI(the Young, the Old, the Pregnant and the Immunocompromised)’를 예방접종을 통해 보호하는 것에 대한 공중보건의 노력을 지속하고 있다.

5) 보건의료 체계의 거버넌스 원리와 질관리⁴⁵⁾

45) 보건의료체계에 있어 2006년부터 네덜란드 정부의 역할은 직접 관리하는 것이 아니라, 가이드라인을 제시하고 보호하는 것으로 전환되었다. 이에 정부는 보건의료의 접근성, 품질, 요금과 관련된 기준과 조건을 담당하며, 우선순위의 설정에 대한 책임이 있으며, 이를 위한 법률을 도입할 수 있다.

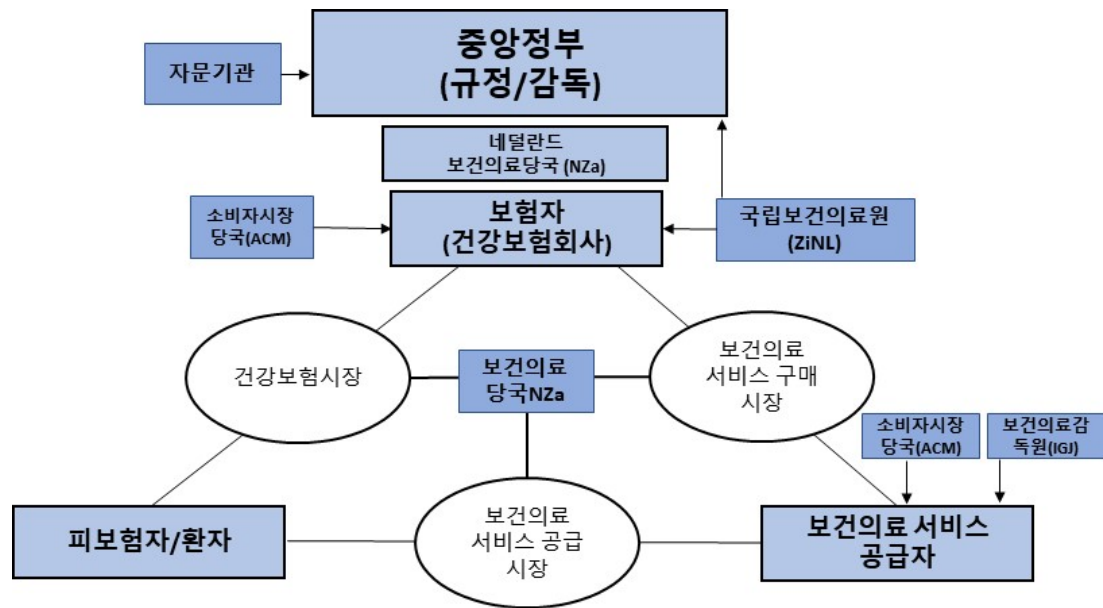


그림 5. 네덜란드 보건의료시장 구조 (2006년 이후)

출처: Kroneman M & et al, 2014

□ 보건의료체계의 거버넌스

보건의료 정책에 있어 네덜란드 정부(보건복지스포츠부)에 조언과 도움을 주는 여러 단체가 운영되고 있다(표 4). 국가 차원에서 보건의료협의회(Health council)는 증거기반 의학, 건강관리, 공중보건 및 환경보호에 관해 정부에 권고한다. 국립보건의료원(ZiNL)은 보건의료 서비스 패키지의 구성 요소에 대해 정부에 조언하고 진료와 서비스의 질, 직업 및 훈련, 보험 시스템(예: 위험조정)과 관련된 다양한 업무를 수행한다(표 4). 의약품평가위원회(College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, CBG; Medicines Evaluation Board)는 의약품의 효능, 안전성 및 품질을 감독한다. 건강보험의 혜택 패키지에 관한 결정은 보건복지스포츠부 장관에 달려있다. 네덜란드 보건의료당국(NZa)은 건강보험, 의료 및 요양서비스의 구매 및 간병 배달 시장이 적절하게 기능을 하도록 하는 일차적 책임이 있다(그림 5). 예를 들어, 진단과 치료의 조합을 설계 관리하고 (30% 진단치료조합). 한편, 네덜란드의 소비자시장당국(Autoriteit Consument en Markt, ACM; Authority for Consumers & Markets)은 보험자와 서비스 공급자 양자 모두에게 독과점 금지법을 시행한다(그림 5; 표 4). 네덜란드 보건의료감독원(Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, IGJ; Health care Inspectorate)은 진료의 질, 안전 및 접근 가능성을 감독한다. 의사들의 자율적 규제는 네덜란드 시스템의 중요한 측면이다. 건강보험회사는 신중한 보건의료 서비스 구매를 통해 보건의료의 효율

성과 비용 통제를 강화한다(그림 5; 표 4).

환자를 위한 단체는 특정 질병에 대한 단체와 환자를 권익을 보호하는 활동을 하는 조직 등 다양한 조직으로 구성된다. 환자의 권익을 보호하는 단체의 하나인 네덜란드 환자연합(Patiëntenfederatie Nederland; Patient federation of The Netherlands)은 투명성을 증진시키기 위한 다양한 활동을 수행한다. 보건의료에 대한 정보와 기술은 중앙에 집중화되지 않으며, 보건의료와 의사소통을 위한 정보제공자연합(De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie; Union of Providers for Health Care Communication)은 정보 기술(IT)과 인프라를 통한 데이터 교환을 담당한다.

표 4. 네덜란드 보건의료분야 관련기관의 역할과 업무

출처: 'Kroneman M & et al, 2016', 'Wammes J & et al, 2014'

범주	기관	업무
정부	중앙 정부	• 보건의료 목표 및 예산 설정 • 건강보험 기본 보장 내용 결정 • 보건의료 서비스 가격 설정 • 장기요양 시설 및 기관의 인프라 규모 설정 • 보건의료 시장 총괄 관리 감독
	지방자치단체(지역 정부)	• 지역 주민의 보건의료 관리 • 지역 보건의료 목표 설정 • 사회지원 및 지역 요양 예산 책정 (WMO 근거) • WMO에 근거한 사회복지 및 요양 서비스 구매 (상담, 탁아소, 주간 및 일시요양보호, 지역 요양 및 청소년 정신건강 등)
자문기관	보건의료협의회(Health Council)	• 예방 보건의료 및 기타 건강 문제 (보건의료 과학 등)에 대한 보건복지스포츠투부 자문
	보건의료 및 사회 협의회 (Council for Public Health and Society, RVS)	• 보건 정책 의제 (사회)에 대한 보건복지스포츠투부 자문
	국립보건의료원 (National Healthcare Institute, ZINL)	• 건강보험 기본 보장의 내용에 대한 보건복지스포츠투부 자문 • 의약품 상환체계에 대한 자문 • 장기요양 예산 (WLZ)에 대한 보건복지스포츠투부 자문 (및 감독의 역할)
	의료 역량기구 (Capaciteitsorgaan)	• 전문의학 대학원 훈련 프로그램을 위한 인력양성 계획에 대한 보건복지스포츠투부 자문
	의약품 평가위원회 (Medicines Evaluation Board, CBG)	• 의약품의 안전성, 효능 및 품질을 평가
	보건의료 감독원 (Health Care Inspectorate, IGJ)	• 보건복지스포츠투부 자문 (또는 감독)
	네덜란드 보건의료 당국 (Dutch Health Care Authority, NZa)	• 가격 협상 가능한 보건의료 서비스의 정의와 불협상 서비스에 대한 보건복지스포츠투부 자문 (또는 감독)
감독기관	네덜란드 보건의료 당국 (Dutch Health Care Authority, NZa)	• 보건의료 시장 감독 및 모니터링 • 보건의료 분야 관계 기관 및 이해 당사자들 사이의 투명성 증진
	보건의료 감독원 (Health Care Inspectorate, IGJ)	• 보건의료 서비스 공급자의 안전 및 품질 검사 • 불만 및 사고 조사 • 건강보험법(ZVW) 및 장기 요양 보호법 (WLZ)에 따라 제공되는 보건의료 서비스의 질 관리
	국립보건의료원 (National Healthcare Institute, ZINL)	• 보건의료의 질, 접근성 및 경제성에 대한 감독 • 건강보험이 없는 사람의 규제 • 건강보험의 위험 조정여할 및 건강보험 기금 관리 • 건강보험 기본 보장에 포함되기 전의 의약품의 평가
독립 전문기관	왕립 네덜란드 의사 협회 (Royal Dutch Medical Association, KNMG)	• 대학원 의학 교육 • 의료 전문가(GP 등) 자격 인증 • 전문성 향상
	네덜란드 GP학회 (Dutch College of GPs, NHG)	• GP의 임상 지침 개발
	의료 전문의 연맹 (Federation of Medical Specialists)	• 전문의를 위한 지침 개발
	네덜란드 간호사와 간병인 (Nurses and Carers Netherlands, V & VN)	• 간호사 및 간병 전문인의 교육과 업무 수행을 모니터링을 위한 자발적인 질 관리 등록. • 이의 신청 및 항소를 위한 전문위원회
	지역 지원체 (Regional Support Structures, ROS)	• 보건복지스포츠투부에 의해 자금이 지원되면 건강보험의 인두세에서 재원이 마련됨 • 통합/연계 보건의료를 위한 1차의료의 조직과 전문성 지원과 자문

□ 보건의료의 질관리 전략

보건의료의 품질은 전문성과, 의료기관의 질, 환자의 권리와 보건의료 기술을 관리하는 법규를 통해 보장된다. 특히, 2014년 국립보건의료원(ZiNL)이 설립되어 품질의 향상 및 증거 기반의 보건의료의 질 관리 체계가 가속화 되었다. 네덜란드 보건의료감독원(IGJ)은 품질과 안전을 모니터링 한다. 대부분의 품질 보증은 보건의료 서비스 제공자에 의해 수행되며 경우에 따라 환자 및 소비자 단체 및 보험사와 협력한다.

네덜란드에서는 지난 몇 년 동안, 많은 관련 기관 및 이해당사자들이 보건의료의 품질 기록을 위한 작업을 해왔다. 특히 암 질환 등록 및 외과와 정형외과에서의 등록 작업이 있다. 이들 개별 전문의가 제공하는 의료 서비스의 질을 보장하기 위해 의무적이고 지속적으로 교육 및 연수를 통해 전문의를 갱신하여 등록한다. 또한 정기적인 동료 평가와 전문 임상 지침과 같은 의료기관과 서비스의 품질을 보증하는 데 사용되는 방법이 있다. 또한 표준화된 지표에 근거한 성과 평가와 품질개선 프로그램 등이 있다.

한편 특정 인구집단의 보건의료를 관리하는 시범 프로그램으로 지역 보건 수준을 재정비하고 지역 수준에서 보건의료 서비스 간에 협력을 촉진하여 의료 서비스의 질을 높이고 건강관리 비용을 통제하려는 시도가 전국적으로 시작됐다(2014년). 아직 이러한 프로그램의 효과에 대한 구체적인 결과는 확실히 밝혀지지 않았지만, 이러한 프로그램을 통해 제공되는 인센티브는 GP의 재원의 일부분을 구성하고 있다.

6) 보건의료 불균형의 해소와 통합연계 정책

네덜란드에서 가장 높은 사회 경제적 그룹과 가장 낮은 사회 경제적 그룹 사이의 평균 기대 수명은 7년 차이로 건강 불균형이 상당하다. 흡연은 여전히 주요 사망 원인이다. 이러한 불균형의 해소와 통합연계 보건의료 서비스의 통합연계 제공과 이의 조정 추진을 위한 정책은 다음과 같다.

만성질환의 진료와 치료에 대한 묶음지불방식(bundled payment)이 당뇨병, COPD 및 심혈관질환의 위험 관리를 위해 전국적으로 적용된다. 이 묶음지불에서는 보험사는 계약 기관(케어그룹)에 일정 기간 동안의 만성질환의 진료와 치료의 전체 범위를 포괄하는 단일 비용으로 지불한다(Struijs JN & Baan CA, 2011). 묶음지불방식은 기존의 구매 조건을 대체하며 시장에서 건강보험사가 케

어그룹과 계약을 체결하며, 이들 케어그룹은 보건의료 서비스의 개별 공급자와 어느 정도 자유롭게 협상하여 계약한다(인센티브 생성의 원리). 이러한 묶음지불 방식과 케어 그룹을 통한 보건의료 서비스의 연계가 해결하지 못하는 잠재적인 문제를 해결하고 취약 계층이 더 쉽게 필요한 보건의료 서비스들을 연계하여 이용할 수 있게 하기위해 지역간호사의 역할이 강화되고 있다.⁴⁶⁾

한편, 네덜란드 보건의료당국은 의료서비스 제공자들이 정보를 교환 할 수 있도록 중앙 건강정보기술 네트워크를 구축하기 위해 노력하고 있다. 모든 네덜란드 환자는 고유의 식별 번호(Burgerservicenummer, BSN)를 갖는다⁴⁷⁾. 그러나 대부분 전자기록은 보건의료 영역 간에 국가 표준화되거나 상호 운용되고 있지는 않다. 2011년에는 병원, 약국, 근무 시간 외 일반 실무 협동조합 및 일반 종사자를 대표하는 조직이 IT인프라를 통해 데이터 교환을 담당하는 ‘보건의료와 의사소통을 위한 정보제공자연합(Union of Providers for Health Care Communication)’을 설립했다. 데이터는 중앙 집중식으로 저장되지 않는다. 환자는 참가를 승인하고 철회 할 권리가 있다. 요청 시 제공 업체가 자체 파일에 대한 액세스 권한을 부여한다.

7) 보건의료 비용의 통제와 개혁

네덜란드에서 보건의료 비용통제의 기본적인 접근 방식은 시장경쟁에 맡긴다. 그러나 지나친 경쟁을 규제하고 치료의 효율성을 높이고, 예산 중심의 체계에서 성과 중심의 접근 방식으로 이행하는 것을 포함해 보건의료기관의 지불 체계의 개혁이 실행되었다.

증가하는 보건의료 비용 절감은 네덜란드 2012년 총선 때 가장 중요한 화두 중 하나였다. 최근의 평가에서는 2015년 이후 보건의료에 대한 지출의 증가가 감소하고 있는 것으로 나타난다. 특히 제약 부문이 일반적으로 지출 증가의 감소에 크게 기여한 것으로 간주된다. 2014년 처방 의약품의 평균 가격은 이전 년도보다 낮아졌으며, 특히 최저 가격의 기준인 제네릭 의약품에 대한 환급의 상한액이 평균 가격 하락에 기여했다. 값 비싼 약에 대한 상환(환급)은 병원과 보험회사 간에 협의된다.⁴⁸⁾

46) 노령화로 인한 만성질환자의 증가로 이들 만성질환에 대한 다양한 보건의료 서비스를 필요로 한다. 이에 GP의 네트워크로 구성된 법인인 케어그룹을 통한 묶음지불방식(bundled payment)은 만성질환자들에 다양한 보건의료 서비스를 연계하여 공급하고 그 비용의 처리를 용이하게 하는 장점이 있다. 이러한 1차의료기관인 GP의 케어그룹에서 당뇨와 같은 만성질환의 치료와 관리가 GP에서 전문간호사 혹은 지역간호사의 역할로 재조정되어 이들의 역할이 강화되고 있으며, 이를 통해 보건의료 자원과 인력의 합리적인 재배치가 이루어지고 있다.

47) BSN은 네덜란드 거주자의 사회보장번호로 우리나라의 주민등록번호와 유사한 역할을 한다.

보건의료 분야에 있어 보건의료기술평가(Health Technology Assessment, HTA)의 중요성이 점점 커지고 있으며 주로 고가의 신약과 의료 기기의 적절한 사용에 관한 결정에 사용된다. 네덜란드 보건복지스포츠부 장관은 의약품 가격 결정에 있어 제약 업계의 영향력을 제한하려는 정책을 제안했다. 이는 유럽연합 의장국 회의에서 유럽연합(EU)의 의제로 반영되었지만 ‘제안된 정책의 효과와 결과’는 지켜봐야 하는 상태이다.

네덜란드에서 환자의 건강보험에 대한 비용분담의 대부분을 차지하는 연간 공제금액(가입자부담금)은 2008년과 2016년 사이에 두 배 이상 증가한 170유로에서 385유로로 증가되었다. 이러한 증가로 인해 필요한 보건의료 서비스를 포기하거나 연기하는 사람들이 늘어날 것이라는 우려가 있다. 2013년 보건복지스포츠부 장관은, 모든 보건의료 서비스 제공자 및 보험자(건강보험회사)가 서명한 협약을 통해, 병원 및 정신치료에 대한 연간 요금 증가에 대한 자발적인 한도를 설정하도록 제한했다.⁴⁹⁾ 네덜란드의 보건의료 분야의 비용 절감은 특히 장기요양에서 높은 수준으로 시행되었다(2015년 장기요양제도 개혁). 낮은 욕구 수준의 요양이 필요한 사람들은 더 이상 시설요양을 이용할 수 없다. 또한 지방자치단체에 장기요양의 서비스의 많은 부분이 이관됨에 따라, 장기요양에 할당된 예산이 삭감됐다(평균 10% ~ 15%).

네덜란드는 보건의료와 장기요양 지출의 급격한 증가로 2015년 장기요양 제도를 개혁하였다(Maarse JA & Jeurissen PP, 2016). 개혁의 주요 목표는 재정의 지속 가능성과 보편적 접근성을 보장하고 개인 및 사회적 책임을 증진시키는 것이었다. 이는 2015-2016년에는 재정적 부담의 완화를 위한 정책으로 채택 시행된 것으로, 향후 장기요양분야의 요양시설(nursing home 등)의 재정적 부담을 완화 할 것으로 예상된다. 한편 의료분야의 시장개혁과 시장경쟁의 규제는 다소 논란의 여지가 있다. 보험회사와 의료기관 간의 경쟁을 자극하기 위해 정부는 보험회사와 의료기관이 보다 큰 재정적 위험을 부담하도록 요구하는 등의 조치를 취했다. 그러나 2014년 12월, 네덜란드 상원은 특정 보험 정책(약관)에서 보건의료 서비스 제공 업체의 선택을 제한하는 새로운 정책을 거부했다. 또한 비용이 많이 드는 고가의 의약품의 경제성평가를 통한 접근은 두드러진 이슈가 되

48) 제너릭 의약품의 가격하락은 보건의료 비용의 증가를 통제하는데 긍정적인 효과가 있지만, 주로 신약 항암제와 같은 고가의 약품에 대한 개발과 접근이 제한 될 수 있다는 우려도 있다.

49) 전반적인 비용이 한도를 초과하면 정부는 일반 예산 삭감을 통해 지출을 통제 할 수 있다. 이러한 협약에는 2014년의 1차의료 기관의 진료에 대한 1%의 추가 비용 증가 수당과, 2015-2017년의 1.5 %의 추가 진료 수당이 포함됐다. 이 협약은 2017년 말에 만료되어 향후 다른 보건의료 비용 억제 정책이 이들을 대체할지는 현재 알 수 없다.

고 있다. 최신 보고서에는 보험회사에 비해 보다 협상에 있어 이점을 갖고 있는 의료기관들의 권력의 불균형을 지적하기도 했다.

8) 네덜란드 보건의료 체계의 시사점

네덜란드는 공공 보건의료제도의 오랜 역사를 가지고 있다. 국가 주도하에 보건의료의 통제와 관리를 어느 정도 엄격하게 시행한 경험과, 지속적인 개혁을 통해 국가가 어느 정도의 가이드라인과 함께 관리와 운영의 책임은 지지만 보다 질 좋은 보건의료 서비스를 합리적인 가격에 국민에게 제공하기 위한 개혁과 변화를 위해 시장경쟁의 요소를 도입해온 경험을 가지고 있다. 현재 네덜란드는 국가와 정부가 최대한 보건의료 시장의 경쟁 원리를 존중하지만, 가격 통제와 독과점의 방지와 일정 수준이상의 보건의료 서비스의 질을 유지하면서 합당한 가격으로 전 국민이 필요한 경우 이용할 수 있도록 정책을 마련하고 있다.

다수의 보험자(민영 비영리 건강보험회사)를 두어 피가입자가 선택할 수 있게 하였으며, 보험자가 다수의 보건의료 서비스 제공자와 경쟁적 계약을 맺는 것이 가능하며 보건의료 서비스 제공자가 제공 서비스의 패키지를 자유롭게 구성하여 상품을 만들어 보험자와 협상을 하는 것이 가능하도록 하여, 보험자와 보건의료 서비스 제공자(주로 의료기관 및 요양기관)가 보다 경쟁적으로 합리적인 가격에 질 좋은 서비스를 제공하도록 유도하고 있다. 반면, 기본적인 서비스에 대한 가격의 상한선과 품질 관리에 대한 가이드라인을 네덜란드 정부가 분명히 제시하며 보건의료 시장에서의 독과점이나 지나친 경쟁이 발생하지 않도록 관리 운영하고 있다. 또한 기존의 서비스와 관리 이외의 부분은 보험회사와 지방자치단체에 이관하고 자율성을 부여하여 지역의 특색에 맞게 운영할 수 있도록 권장하고 있다. 그러나 이러한 상황에서 아직 이러한 정책 변화의 결과물이 어느 정도 효과를 나타나고 있는지는 지켜보고 있는 추세이며, 보건의료 정보의 의료기관 집중 문제와 이에 따른 보건의료 시장의 자율경쟁 저하의 문제 등으로, 2015년 장기요양제도의 개혁을 통해 삭감(10% ~ 15%)된 장기요양 예산을 지방자치단체에 제공하고 운영토록 하는데 발생하는 서비스의 질 저하와 서비스 공백의 문제 등이 지적되고 있는 상황이다.

한편 네덜란드가 선진국가임에도 불구하고 상위 소득 계층과 하위 소득 계층의 기대수명이 7년간 차이 차이가 나며, 높은 흡연율에 의한 건강문제가 있는 것도 현실이다. 또한 거대 제약회사에 의해 주도적으로 결정되는 고가의 신약에

대한 가격 제한을 위한 정책이 실제 효과를 거두고 있는지도 지켜보아야 하는 상황이다. 이러한 상황은 현재 단일 보험자이며 국가가 주도적으로 보건의료시스템을 운영하고 관리하고 있는 우리나라가 향후 보건의료제도의 개혁과 변화를 위한 정책 마련에 참고할 수 있는 사항으로 생각된다.

3. 네덜란드의 장기요양제도 개요

1) 도입배경 및 목적

네덜란드의 공공 건강보험제도는 1941년 설립되어 소득이 낮은 인구의 2/3에게 의료 서비스를 제공했으며, 소득 수준이 상대적으로 높은 1/3은 민간 건강보험에 의해 의료 서비스의 이용했다. 이후 장기요양을 위한 공공 사회보험제도(장기요양보험제도)는 1968년부터 노령자뿐만 아닌 모든 거주자의 간병의 욕구를 충족시키기 위해 ‘예외적인의료비보장법(AWBZ)’의 입법에 의해 시작되었다. 이러한 네덜란드 장기요양제도 도입의 철학적 배경은 “장기요양을 필요로 하는 사람들을 국가가 책임을 지는 것”이다. 또한, 가족 구성원과 다른 사람들에게 의해 비공식적으로 제공되는 보살핌(informal care) 역시 중요한 역할을 하지만, 가족 구성원들 간에 통상 서로 주고받는 일상적인 보살핌을 제공 할 의무는 없다는 생각에서 국가주도의 장기요양보험제도가 시작되었다(Mot E & et al., 2010)

특히 2008년에는 네덜란드 장기요양보험의 정책적 목표를 다음과 같이 공시하였다. “육체적, 지적 또는 심리적 특성의 장기 또는 만성 장애가 있는 사람은 양질의 보살핌을 받을 수 있으며, 이 보살핌의 비용은 사회 통념상 인정될 수준으로 소요된다.” (Mot E & et al., 2010)

2) 운영구조 및 재원

□ 운영구조

2014년까지 AWBZ에 의해 운영되는 네덜란드의 장기요양제도는 의무적이고 보편적으로 지불되는 공공 보험으로, 원칙적으로 네덜란드의 모든 개인은 보험 가입의 자격이 있으며 장기요양에 대한 이용의 권리가 있다. 2014년까지 이러한 장기요양보험 제도는 AWBZ에 근거하여 네덜란드 중앙 정부에 의해 관리

되며, 합법적으로 네덜란드에 거주하거나 일하는 사람들을 위해 적용되었다(Maarse JA & Jeurissen PP, 2016).

2015년 이후 장기요양제도를 관장하던 AWBZ의 역할이 다른 법령으로 대체되고 나뉘어졌다(Maarse JA & Jeurissen PP, 2016). AWBZ 대신에 요양시설이나 가정에서 하루 24시간/주7일의 상시 보살핌과 간병을 필요로 하는 사람들을 위해 급여를 제공하는 새로운 장기요양법(WLZ)을 시행했다(Maarse JA & Jeurissen PP, 2016; 그림 6; 그림 9). 하루 24시간 미만의 신체적 돌봄과 간병이 필요한 사람들을 위해서는 AWBZ를 대신해 건강보험법(ZVW)에 근거하여 재가 요양 및 방문간호 서비스 공급자들이 서비스를 제공 할 책임을 맡게 되었다(Maarse JA & Jeurissen PP, 2016; 그림 6; 그림 9).

한편 사회복지법(WMO)에 따라 지방자치단체는 중앙정부와 AWBZ를 대신해 가사 및 가정 지원 및 사회적 지원의 관리 및 관련 서비스의 제공에 역할을 담당하게 되었다(그림 6; 그림 9). 또한, AWBZ를 대신해, 지방자치단체가 유아청 소년법(Jeugdwet; Youth Act)을 통해 18세 미만의 아동의 정신장애 및 예방에 대한 역할을 담당하게 되었다(그림 6; 그림 9).

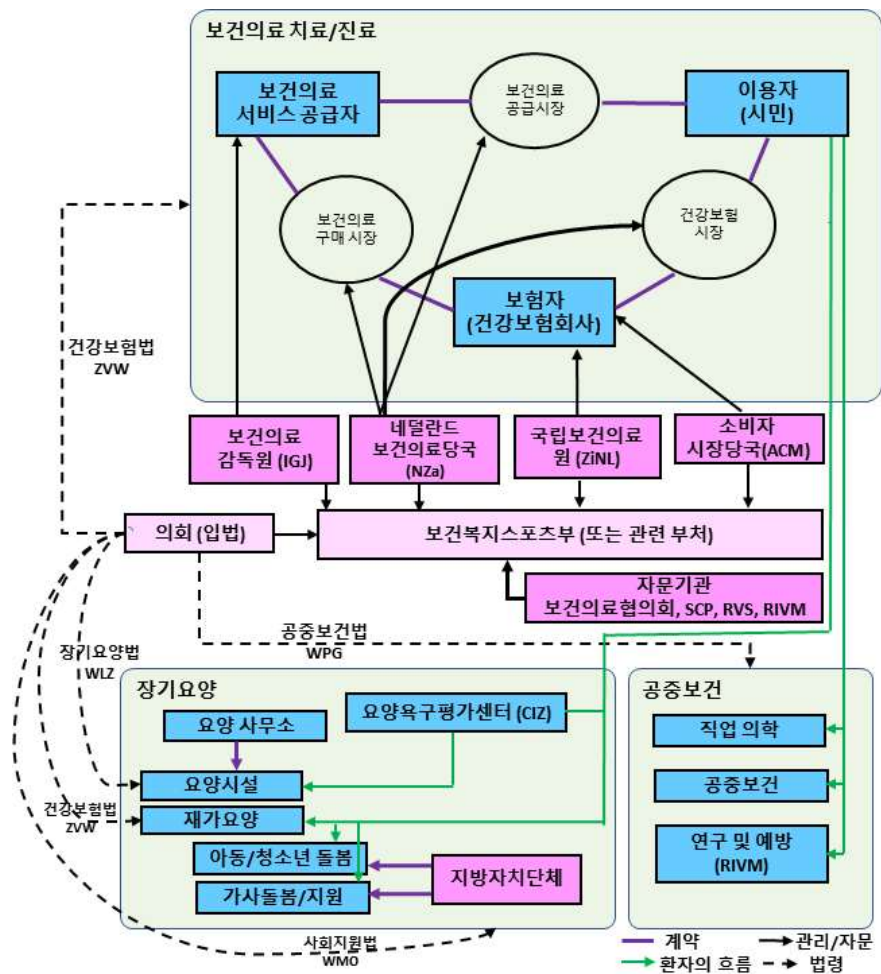


그림 6. 네덜란드 보건의료체계 구조 및 운영 흐름

출처: Kroneman M & et al, 2016

□ 재원 마련

○ 장기요양법(WLZ)에 의한 장기요양(상시 요양) 재원 마련

기본적으로 24시간 주7일 내내 상시적 돌봄이 필요한 사람들을 지원해주는 장기요양제도의 법령인 장기요양법(WLZ)에 근거하여 세무서가 고용주를 통해 네덜란드에 근로자의 소득에 따른 장기요양 기여금을 징수하여 자금을 마련한다(그림 6; 그림 7). 또한 장기요양보험제도의 혜택을 받는 이용자가 일부 비용을 분담한다. 이러한 비용 분담의 총액은 개인의 소득에 따라 다르며 중앙관리사무소(Het Centraal Administratie Kantoor, CAK)에서 책정하여 부과한다(그림 6; 그림 7). 이 두 가지 재원으로 네덜란드 국립보건의료원(ZiNL)에서 관리하는 장기요양기금(Long-term care fund)이 조성된다(그림 6; 그림 7). 이후 CAK이 네덜란드 각 지역의 장기요양 서비스의 구매를 담당하는 요양사무소(zorgkantoor; care office)로부터 장기요양 서비스 구매 비용에 대한 지불 요구를 처리한다(그림 6; 그림 7). 이러한 지역의 요양사무소는 요양욕구평가센터(Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ; Care Assessment Center)에서 욕구를 평가한 장기요양 신청자의 인정된 욕구의 강도에 따라 이용자에게 장기요양 서비스를 구매하여 제공하는데 대한 법적 책임이 있다. 이러한 요양사무소는 주로 지역의 유력한 건강보험회사가 주관한다. 그러나 이러한 장기요양과 관련된 활동에 의해 건강보험회사는 이익 또는 손실에 책임을 지우거나 기여하지 않는다.

○ 사회지원(WMO) 및 유아청소년(Jeugdwet) 돌봄 재원

사회지원법(WMO) 및 유아청소년법(Jeugdwet)에 따라 지방자치단체가 제공하는 보살핌은 지방자치단체의 일반 세수로 조성된 지방자치단체기금에서 조달된다(그림 6; 그림 7). 중앙정부는 사회지원법 및 청소년 돌봄법에 따라 지방자치단체가 제공하는 보살핌을 위한 각 지방자치단체의 이러한 기금에 할당할 금액을 결정한다. 지방자치단체에 기금의 분배는 각 지방자치단체의 주민 수, 지리적 크기, 사회 보장을 받을 자격이 있는 인원수와 같은 여러 지역적 특성에 기초하여 기금을 할당한다(그림 7). 지방자치단체는 자율적 주도적으로 이러한 예산을 사용할 수 있다. 사회지원(가정간호 포함) 및 청소년 돌봄을 위해 국가 차원에서 매년 약 71억 유로를 사용할 수 있다(Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2014). 이는 네덜란드의 보건의료관련 총 예산의 약 10%이다.

지방자치단체는 청소년 돌봄, 사회지원 및 재가요양을 받을 자격이 있는 주민을 위한 요양서비스를 구매한다. 일부 지방자치단체는 인접한 지방자치단체와 협력하여 구매력을 높인다. 지방자치체는 지방자치단체기금(36%, 2014년 기준)과 특정 기여금(19%)를 통해 중앙 정부로부터 예산을 충당하는 반면, 나머지는 지방세 (17%)와 다른 소득원에서 나온다(Association of Netherlands Municipalities, 2015).

그러나 지방자치단체기금의 사용은 그 용도와 목적이 정해져 있지 않다. 지방자치단체는 자신에게 할당된 예산을 자유롭게 사용할 수 있다. 이러한 시스템은 지방자치단체가 자체 정책을 수립하고 적법한 절차 및 관리의 부담을 최소화하여 자유를 최대화하기 위해 채택되었다. 각각의 지방자치단체가 보살핌과 요양을 제공할 의무를 제외하고는, 중앙정부는 어떠한 제한도 가하지 않는다. 그러나 결과적으로 지방자치단체마다 요양에 대한 욕구 인정 기준이 서로 다르므로 각 지방자치단체마다 요양에 대한 접근성이 불평등해질 수 있다. 사회지원법(WMO)의 정책 및 시행에 대한 책임은 지방자치단체에 있다.

3) 장기요양 신청과 인정 및 급여 이용

앞서 기술한 것처럼, 네덜란드의 장기요양제도는 2015년 전체적으로 개혁이 이루어져 3개의 법령을 기반으로 한 제도로 개편되었다. 첫째, 장기요양법(WLZ)으로 일일 24시간의 상시 돌봄이 필요한 사람을 위한 시설요양과 지역사회에서 이루어지는 재가요양(24시간 상시 돌봄 제공)에 대한 관리와 규제를 한다. 둘째는 재가요양으로 가정간호 및 개인 간병은 건강보험법(ZVW)에 의해 규제되고 건강보험회사를 통해 지원된다. 그 밖에 집에서 이루어지는 가사 지원은 사회지원법(WMO)에 의해 통제되고 지방자치단체의 책임 하에 운영된다.

□ 시설요양 (또는 동등 수준의 재가요양)

연중 상시 돌봄이 필요한 사람들을 위한 시설요양 급여의 이용은 요양욕구평가센터(CIZ)의 평가에 달려 있다. 요양욕구평가센터(CIZ)는 장기요양법에 의해 이러한 욕구 평가에 대한 심사 평가의 권한을 갖는다. 장기요양 이용자 본인 및 배우자나, 친척 또는 요양 제공자는 장기요양의 욕구평가를 위해 욕구평가센터에 욕구사정을 요청할 수 있다. 욕구평가센터(CIZ)는 신청자의 상태를 평가하고 어떤 요양 서비스가 필요한지 결정한다. 욕구평가센터(CIZ)는 이러한 결정을 지역의 요양사무소에 보낸다. 시설요양 급여의 이용자는 요양시설에서 급여를 수급하는 대신, 거주지의 자택에서 서비스를 받을 수 있다. 요양시설에서는 필요한 급여를 제공된다. 2014년에는 약 2,000개의 시설요양을 제공하는 요양원이 있었다.

시설요양 급여의 제공자에 대한 비용 지급은 요양급여의 강도와 복잡성에 근거한다. 진료의 강도와 복잡성은 여러 가지 요양강도패키지(zorgzwaartepakketten, ZZP)로 나눌 수 있다. 요양강도패키지는 고객의 특성과 필요한 급여의 시간으로 규정된 특정 케어 패키지이며, 필요한 급여에 대한 설명을 포함한다. 각기 다른 요양과 돌봄 분야에 맞는 다양한 요양강도패키지가 있다. 간호 및 보살핌 부문에는 10개의 패키지가, 정신건강 분야에는 14개의 패키지가, 장애인을 위한 패키지에는 30개의 패키지가 있다. 각 요양강도패키지의 예산은 네덜란드 보건의료당국(NZa)이 정하고 요양 인력, 숙박과 및 요양자원에 대한 비용을 포함한다. 2015년에 요양강도패키지의 가격은 하루 68유로에서 323유로 사이로 다양하다(National Healthcare Institute, 2015a).

요양시설에서 거주하며 요양 급여를 받는 것을 대신해서 자택에서 이러한 시설요양에 준하는 요양급여를 받을 수 있다. 이러한 재가요양에는 두 가지 옵션이 있다. 이용자는 집에서 ‘완전한 재가요양패키지(Volledig Pakket Thuis, VPT)’을 통해 현물급여를 받거나, 현금급여를 통해 예산을 받고 스스로의 돌봄 서비스를 조직 할 수 있다. 이용자가 현금급여를 선택하면 이용자에게 요양과 돌봄을 제공하는 제공자와 계약을 맺는다. 부적정한 사용을 피하기 현금급여는 2015년 이후 이용자에게 직접 지불하지 않고, 사회보험은행(Sociale Verzekeringsbank, SVB; Social Insurance Bank)에 입금되어 돌봄 제공자에게 직접 지급된다. 이 때 사회보험은행(SVB)은 이용자와 제공자 간의 계약과 돌봄에 사용된 근무 시간을 확인한 후 돌봄 서비스 제공자에게 비용을 지불한다. 현금급여 이용자도 현물급여 이용자와 마찬가지로 소득에 따른 본인분담금을 중앙관리사무소(CAK)에 지불한다. 현금급여에 대한 가격표는 2016년에 일일 40유로에서 285유로로 다양하다(National Healthcare Institute, 2015b). 장기요양제도의 개혁이 막 이루어진 2015년 초에는 사회 보험은행이 이러한 업무를 수행 할 준비가 되지 않아 수많은 돌봄 제공자에 대한 지불 기한이 지났기 때문에 행정적인 혼란이 있었다. 2015년 말경 이러한 상황은 안정화 된 것으로 보인다.

□ 재가요양 (가정간호 및 개인간병)

일일 24시간의 상시 돌봄이 필요 없는 사람을 위한 장기요양을 위해 지역 사회간호사가 욕구를 사정하고, 필요한 요양을 조정 제공하게 된다. 이러한 요양은 재가요양기관에서 제공하고, 지역사회간호사(wijkverpleegkundigen) 및 요양보조원(verzorgenden)에 의해 서비스가 제공된다. 이러한 지역사회에서의 신체적인 돌봄 유형의 장기요양은 이제 (2015년 이후) 건강보험법(ZVW)의 적용을 받는다. 2014년에는 18세 이상 인구의 3.7%가 이러한 형태의 가정 간호를 받았다. 여기에는 보호소(sheltered housing), 사회참여에서의 지원, 비공식 돌봄을 제공하는 보호자에 대한 지원 및 이용자의 삶을 조직 할 수 있는 지원이 포함된다. 이러한 유형의 돌봄에 대한 책임은 2015에 지방자치단체로 옮겨졌다(Statistics Netherlands, 2015).

□ 가사지원(도움)과 사회지원 (WMO에 근거)

가사도움 및 사회지원은 재가요양기관에서 제공한다. 사회지원은(정신적

또는 신체적) 장애를 가진 사람들의 독립적인 사회참여를 위해 필요한 경우 의료보조(예: 휠체어) 및 가정개조 등의 도움을 제공하는 것을 의미한다. 네덜란드 사회지원법(WMO)에 사람들이 사회활동에 참여할 수 없는 경우 이에 대한 보상을 받아야 함을 명시하고 있다. 지방자치단체는 신청자의 가사도움 및 사회적 지원의 욕구와 자격의 평가에 책임이 있다. 이러한 가사지원과 사회적 지원에 대한 욕구와 필요의 평가는 대부분 지방자치단체의 직원 또는 지역사회복지팀(Wijkteam; Neighborhood team)이 이를 수행한다. 이러한 욕구평가⁵⁰⁾는 이용자의 사회적 네트워크로부터의 지원 가능한 옵션을 먼저 확인한다. 이러한 옵션이 신청자에게 불충분 한 것으로 보이면 전문가의 돌봄이 필요한 것으로 판단하고 서비스를 제공한다. 이러한 제도의 운영 책임은 사회지원법(WMO)에 공식화 되어 있다. 경우에 따라 지방자치단체는 이러한 욕구와 필요의 평가를 요양욕구평가센터(CIZ)에 위임한다.

한편 지방자치단체는 이용자의 급여 비용에 본인분담금에 직접 책정하거나, 이러한 역할을 중앙관리사무소(CAK)에 위임한다. 지방자치단체는 공공 조달 절차(입찰 및 계약)를 통해 요양 서비스 제공 기관으로부터 요양 서비스를 구매한다. 이러한 요양 서비스는 현물급여로 이용자에게 제공된다. 지방자치단체는 자율적으로 요양 이용자의 본인부담금의 수준을 책정할 수 있다.

□ 비공식 돌봄

네덜란드는 2012년 약150만명(인구의 12%)이 환자나 장애인에게 비공식 돌봄을 제공했다.⁵¹⁾ 네덜란드에서 여성(여성의 15%)은 남성보다 비공식 돌봄을 더 빈번하게 제공하며(남성의 9%), 일곱 명의 비공식 돌봄 제공자 중 한명은 이에 대해 ‘상당한 부담감을 느낀다’고 말한다(Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013). 네덜란드에서 가장 빈번한 형태의 비공식 돌봄은 정서적 지원, 가사일, 가족 또는 간병기관 방문 시 환자 동반, 생활관리에 대한 도움 등이다. 대부분의 비공식 돌봄 제공자는 장기간 돌봄을 제공하고 있다. 이들 비공식 돌봄 제공자의 75%는 1년에 3개월 이상, 평균 5년 이상 비공식 돌봄을 제공하며, 평균 일주일에 22시간을 이러한 보살핌에 사용한다(de Boer A & et al., 2009).

50) 종종 “식탁 대화“, 네덜란드어로 Keukentafelgesprek로 불림

51) 네덜란드에서 비공식 돌봄이란 일주일에 8시간 이상 또는 환자나 장애인에게 3개월 이상 돌봄을 제공하는 것으로 정의된다.

4. 네덜란드 보건의료 및 장기요양제도의 개혁

1) 네덜란드 건강보험제도의 개혁⁵²⁾⁵³⁾

□ 2006년 개혁 이전의 네덜란드 건강보험제도와 문제점

네덜란드의 보건의료체계는 장기요양, 치료(및 진료), 기타의 추가적 치료로 구성되어 있다. 장기요양에는 재가요양, 시설요양, 장애 및 정신간호 요양 등이 있다. 장기요양제도는 공공 사회보험제도를 통해 지원과 혜택을 받고 정책적 사항들과 조건은 중앙정부가 관리 결정한다. 이는 장기요양보험법(AWBZ, 2015년 이후 WLZ)에 근거한 것으로 네덜란드에 거주하는 전체 인구가 의무적 대상자가 된다. 치료(및 진료)에는 1차의료기관 GP 및 병원, 전문의에 의한 치료, 약조제 등이 포함된다. 이러한 치료(및 진료) 서비스는 공공 제도와 다양한 민간 제도로 운영됐다. 2006년 이전의 건강보험법(Ziekten Fonds Wet, ZFW)은 공적 제도로써 일정 소득 수준 이하인 전체 인구의 약 2/3에게 제공되었다. 건강보험 가입자는 기본보험료와 추가보험료를 납부하며, 기본보험료는 소득에 따라 결정되었다.

ZFW는 의무사항이었으며, 또 다른 공적 건강보험제도인 WTZ보험(Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen)은 ZFW에 대상이 되지 않는 65세 이상의 노인을 위한 것이었다. ZFW나 WTZ 모두에 가입 자격이 안되는 사람은 민영 건강보험에 가입했다(네덜란드 인구의 1/3가량). 네덜란드에서 대부분의 사람이 이러한 건강보험에 가입을 하고 있고, 보건의료 중 치료(및 진료)에 지출되는 비용은 약 50%정도였다. 기본적인 치료(및 진료) 이외에 추가적인 부분으로, 치과, 대체의료, 준의료 서비스 등이 있으며 이는 전체 보건의료지출에서 약 5% 정도로 나타난다.

특히 1990년대 이후 치료(및 진료) 분야에 해당하는 건강보험제도에 문제가 축적되었다. 이는 주로 네덜란드의 보건의료 비용을 제한하기 위한 정부의 통제에 의해 발생했다.⁵⁴⁾ 이러한 보건의료 비용절감을 위한 정책을 통해 비용의 상승이 억제되었지만, 보건의료의 질을 악화시키고 보건의료분야에 투자가 발생하지 않는 문제가 발생하였다. 2006년 이전 건강보험에 존재했던 3가지 다른 보험과 납부제도에 의해 보험 간에 상이한 부분과 중복되는 혜택 등으로 복잡한

52) 출처: 'Douve R & et al, 2007' 및 네덜란드 보건복지 재정 분야 전문가 인터뷰의 내용을 바탕으로 작성

53) 출처: '국제협력실, 2008'의 내용을 바탕으로 참고하여 작성

54) 예로 병원이나 보건의료 서비스 제공기관의 비용 절감에 대한 인센티브가 있는 반면, 새로운 보건의료 서비스의 개발이나 개선에 대한 금전적 인센티브가 빈약했다.

문제가 발생했다. 특히 노인들을 위한 WTZ보험은 피보험자로부터 징수된 보험료로는 노령화에 의해 증가/발생하는 보건의료 비용을 충당하기 어려웠다. 또한 병원이나 보건의료 서비스 제공기관들에 대한 인센티브의 부재 문제는 효율성을 낙후시키는 문제를 나타냈다. 이러한 상황에서 정부는 시장경쟁의 원리를 접목하여 비용효율성 증진과 연구개발을 촉진하는 보건의료제도를 고안했다(Dekker Committee, 1987).

□ 2006년 개혁 이후의 네덜란드 건강보험제도와 변화

2006년 건강보험제도 개혁을 통해 네덜란드에 2006년 이전에 존재했던 3가지 다른 건강보험은 네덜란드의 전체 거주자에 대한 의무적 성격의 단일한 정부관리 ‘공공 민영 건강보험제도’로 통합되었다(그림 8; 표 5). 시장경쟁의 원리의 도입을 위해 피보험자는 보험자(민영 비영리 건강보험회사)를 자유롭게 선택하여 가입할 수 있으며, 건강보험회사들은 피보험자의 신청을 선별하거나 거부할 수 없도록 하였다. 건강보험의 공적인 요소와 접근성의 확보를 위해 보험자는 가입자의 소득과 상관없이 일정한 건강보험료를 부과하도록 하였다. 이러한 공공성 유지를 위한 규제는 보건의료비용이 많이 발생하는 피보험자에 대해 건강보험회사에 손실이 발생할 수 있다. 따라서 네덜란드 정부는 이러한 의료비의 위험부담에 대한 위험조정균등화(risk adjustment)제도를 시행하여 보험자인 민영 건강보험회사가 입게 되는 손실이 어느 정도 보상되도록 했다.⁵⁵⁾

또한 18세 미만 아동 및 청소년을 제외한 네덜란드 국민은 소득에 따라 건강보험에 대해 세금 형식의 비용을 따로 납부한다. 이러한 보험료는 네덜란드 세무서에 의해 부과되어 ‘건강보험기금(Zorgverzekeringsfonds; Health Insurance Fund)’의 재원으로 마련된다(그림 4). 이러한 건강보험기금은 주로 18세 미만의 유아 및 청소년을 위한 보험료로 보험자인 ‘민영 건강보험회사’에 지급되며, 위험조정균등화(risk adjustment)에 의해 보험자들에게 보조금 형식으로 지급된다(그림 4). 건강보험 가입자는 보험자에게 보험료를 납부한다. 보험자는 가입자에게서 받은 보험료와 건강보험기금에서 받는 재정을 바탕으로 건강보험 가입자가 사용한 보건의료 서비스를 제공한 제공기관에 비용을 지불한다.

재원마련에 있어 2006년 개혁 이전의 ZFW에 의한 건강보험료의 규모가 세금기반의 소득에 따른 건강보험료 규모보다 상당히 작았다. 2006년 개혁 이후

55) 위험조정균등화제도는 이전의 건강보험제도인 ZFW에서 개발되어 운영되었다.

에 새로운 건강보험제도에서 건강보험에 필요한 비용의 50%는 소득에 따른 세금 기반의 재원으로, 나머지 50%는 건강보험료도 마련한다고 규정했다. 이에 저소득층의 건강보험료는 2005년 350유로에서 개혁이후 2006년에 1,050유로 증가하였다.⁵⁶⁾

건강보험제도 개혁 이전 (2006년 이전)		건강보험제도 개혁 이후 (2006년 이후)
보충적 민영 건강보험		보충적 사적 건강보험
공공 건강보험 (ZFW)	대체적 민영 건강보험 (PHI)	‘민영’ 공공 건강보험 (ZVW)
공공 장기요양보험 (AWBZ)		공공 장기요양보험 (AWBZ)

그림 8. 네덜란드 건강보험제도의 개혁 전후 변화 : 개혁이전의 건강보험은 의무 지역 건강보험기금 가입(ZFW)과 일정 소득 이상의 사람이 가입하는 사적 의료보험인 PHI로 나뉘어 있었으나, 2006년 개혁 이후 ZFW와 PHI이 단일한 ZVW에 근거한 건강보험제도가 되었다.

출처: Greß S et al, 2007

한편 경쟁적 효율성의 증진을 위해 네덜란드의 정부는 ‘민영 다수 보험자 제도’를 채택하였다. 이는 건강보험에 있어 다수의 보험자(민영 비영리 건강보험회사)를 두어 보험자(민영 비영리 건강보험회사) 간에 경쟁을 유도하여 가입자를 유치하려는 노력과 가격 경쟁을 하도록 하였다. 이에 건강보험 기본 보장에 있어 이들 건강보험사들은 가격 경쟁을 하게 되었으며, 직장 등의 단체가입을 할 경우 보험료를 10%의 한도 안에서 낮춰주는 것이 허용되었다. 또한 연간 건강보험료와 의료서비스에 대해 100유로 ~ 500유로 사이의 가입자부담금(eigen risico; deductible)을 선택할 수 있게 하여 이러한 피보험자가 보험료를 선택적으

56) 건강보험료를 높인 이유는 사람들이 보건의료비용이 높다는 것을 자각하도록 하려는 의도였으며, 건강보험료의 인상으로 저소득층을 위해 정부는 매년 약 500만 명에게 소득 보조금(건강보험수당)을 지급한다.

로 절약하는 것이 가능해졌다.

또한 건강보험회사는 추가적인 보건의료 패키지과 다양한 서비스의 수준, 의료기관의 네트워크(특정 의료제공기관들과의 계약)을 통해 경쟁을 가능하게 하였다. 이를 통해 네덜란드 보건의료의 질과 제공에서의 효율성이 높아질 것으로 예상했다.⁵⁷⁾ 또한 의료기관 설립에 대한 법규를 개정하여, 의료기관의 개설하는 진입장벽을 완화하여 다수의 민영 병원이 생겨나고 있으며, 의료기관과 제공되는 서비스의 경쟁과 협상의 정착을 위해 2008년부터 보험자와 의료기관 간에 전체 의료서비스의 20% 이내에서 협상을 시작하였고, 이후 서비스의 70%까지를 자율협상 대상으로 넓혔다.

2006년 건강보험제도 개혁 후 가장 건강보험회사가 보험료 책정에 있어 경쟁을 시작했다. 가장 큰 변화는 네덜란드 인구의 약20%가 개혁 이후 건강보험회사를 변경했다. 이러한 건강보험회사의 변경은 네덜란드에서 이전에 없던 일로, 개혁 당시 언론과 방송을 통해 개혁에 홍보효과가 나타난 것으로 보인다. 한편 개혁 이후 일부 건강보험회사는 재정적 손실을 이유로 직원의 수를 줄이고 비용을 감축했다. 그러나 일부 보험회사는 비용절감을 위해 질병에 따른 위험을 선별하며, 보다 유리한 조건의 단체계약을 확보함으로써 위험조정제도의 재정적 이점을 활용하였다. 이러한 상황에서 건강보험회사들 간에 합병이 이루어지고 네덜란드 인구의 90%가 4대 건강보험사에 가입되었으며, 나머지 10%만이 지역의 중소 보험사에 가입되어 있다.

57) 이를 위해 의료서비스 제공기관의 진료와 서비스의 질과 수준에 대한 정보를 이용자가 쉽게 접근할 수 있어야 한다. 그러나 이러한 의료기관들에 대한 정보가 부족하다. 네덜란드 정부와 민간단체는 의료기관의 질과 서비스에 대한 정보수집과 공개에 대한 노력을 진행하고 있다.

표 5. 네덜란드 건강보험제도 개혁의 핵심 내용

출처: Greß S et al, 2007

건강보험 종류	건강보험제도 개혁 이전(2006년 이전)		개혁 이후
	Social Health Insurance	Private Health Insurance	Private social health insurance
대상자 및 자격조건	근로자, 사업자, 의무가입에 보험가입을 위한 소득 상한선 이하 (인구의 70% 가입)	근로자, 사업자, 보험가입을 위한 소득 상한선 이상 (인구의 30% 가입)	네덜란드 모든 거주자 의무가입
보험료산정 및 재원	소득비례 보험금 (85%), Community rating(15%), No risk rating	Risk rating	소득비례 보험금 (50%), Community rating (50%), No risk rating
급여/보장	표준화된 급여	개별 계약 급여	표준화된 기본 급여
급여형태	현물급여	현금급여	현물 및 현금급여
자발적 본인부담금 (Voluntary deductibles)	없음	있음	있음
단체 계약 (할인)	없음	있음	있음

□ 건강보험 개혁에 대한 논쟁과 시사점

네덜란드의 2006년 건강보험 개혁의 주된 목적은 보건의료 서비스의 경쟁을 통한 비용 효율적 공급이었다. 이에 건강보험회사의 보건의료 서비스 제공 기관(병원)에 대한 선별적 계약을 할 수 있게 되었다. 그러나 건강보험회사가 이러한 이를 적극적으로 활용하지 않았으며, 그 이유로는 의료기관과의 계약 협상을 유리하게 하는 인센티브가 매력적이지 않다. 2008년에는 보건의료서비스 중 약 20%만 협상의 대상이 되었으며, 건강보험사들의 의료비의 차이(인센티브)는 피보험자당 약 50유로 미만이었다. 또 다른 이유는 건강보험회사가 의료기관에게 유리한 계약을 이끌어 충분한 정보와 협상력이 없기 때문이었다.

이러한 문제는 보건의료 서비스 공급자에 대한 충분한 정보가 제공되지 않는 것과, 보험회사와 의료기관간의 협상으로 낮아진 비용은 의료서비스의 질적 저하를 초래하기 때문으로 나타났다. 상대적으로 의료기관들은 의료서비스의 질과 비용 등에 대한 많은 정보를 가지고 있었고, 의료기관의 수가 많지 않은 지역에서는 건강보험회사에 의료기관을 선택할 여지가 없었다. 보건의료서비스의 시장에서 효율적인 경쟁을 위한 조건을 정착하기 위해서는 보다 많은 전제

조건이 필요하다. 건강보험회사의 재정적 위험의 확대, 의료기관의 새로운 재정 마련 방식, 보건의료 서비스에 대한 정보의 접근과 공유의 확대가 필요하다. 이러한 조건 이외에도 보건의료의 성공적 개혁을 위해서는 건강보험회사는 가입자를 위한 가격 대비 질이 좋은 의료서비스를 구매하도록 노력해야 한다. 의료기관의 의료 수가에 대한 규제완화와 건강보험회사의 재정적 위험의 확대가 도입되면, 건강보험회사는 효율적인 의료서비스 구매를 위해 보다 많은 인센티브 갖게 된다.

한편 건강보험제도 개혁 이전의 이용자 대기시간(waiting list)의 문제를 해결하기 위해 총액예산제도를 폐지하여 대기시간 문제가 해소된 반면 보건의료 비용은 증가하였다. 비용 증가는 네덜란드의 보건의료제도 개혁에 압박이 되었다. 2006년 의료서비스의 일부가 자유 경쟁을 통해 비용의 증가추세가 감소하는 효과가 나타나기도 했다. 반면 의료서비스 양의 증가가 동반되기도 했다. 그러나 네덜란드 국민들은 이러한 의료비용부담의 증가를 개혁에 대한 부정적인 결과로 인식할 수 있기 때문에 네덜란드는 정부는 이러한 점에 대한 적극적으로 설명할 필요가 있었다.

2) 네덜란드 장기요양제도의 개혁⁵⁸⁾⁵⁹⁾

□ 장기요양제도 개요 및 개혁의 배경

상기 기술한 것처럼 네덜란드는 공공 장기요양보험제도를 1968년 시행하여, 전 국민의 가입을 전제로 하며 건강보험과는 별개로 운영되며, 장기요양이 필요한 노인, 중증질환자, 장애인, 정신질환자 등이 이용하였다. 이러한 네덜란드의 장기요양보험제도는 2006년 이전에는 이전의 장기요양법인 예외적의료비보장법(AWBZ)에 의해, 이후 2014년까지 AWBZ과 사회지원법(WMO)을 기반으로 제공되었다. 이는 장기요양의 급여는 서비스가 제공되는 장소에 따라 시설요양급여와 재가요양급여로 나뉘어 있으며, 장기요양에서 제공되는 서비스 종류로는 및 시설요양, 간호, 치료, 가사지원 및 도움⁶⁰⁾ 등이 있다. 네덜란드 중앙 정부가 책임지는 장기요양제도(AWBZ에 근거)에서 가사도움 등의 일부 급여⁶¹⁾는 2007년부터 사회지원법(WMO)으로 이관하여 지방자치단체에서 장기요양제도 이용자들이

58) 출처: 'van Ginneken E & Kroneman M, 2015' 와 네덜란드 보건복지 재정 분야 전문가 인터뷰 내용을 바탕으로 작성함

59) 출처: '고령화연구실, 2016' 의 내용을 바탕으로 작성

60) 가사도움 및 지원에는 목욕, 세면, 옷 입기, 약복용 등과 같은 일상적 신체활동의 지원과 이용자가 독립적으로 생활을 할 수 있도록 하는 일상 활동 지원이 있다.

61) WMO에 근거하여 지방자치단체에서 이동수단지원, 주택 개조 등의 서비스를 제공한다.

에게 급여를 제공하고 있었다.

네덜란드의 AWBZ에 근거한 장기요양보험제도는 포괄적으로 노인 뿐 아니라, 연령과 상관없이 만성질환자, 신체장애자, 정신질환자 등의 돌봄과 간병이 필요한 모든 사람을 대상으로 한다. 장기요양제도의 도입 초기에는 ‘의료 보험에 적용되지 않는 예외적인 의료비(exceptional health care costs, 의료보험에 포함되지 않는 의료비용)’를 보장하는 것이 목적이었으나, 이러한 장기요양제도는 차츰 다양한 영역의 의료비와 사회적 지원 및 부조와 관련된 서비스를 포괄하여 제공하게 되었다.⁶²⁾ 네덜란드는 장기요양의 지출이 2010년 GDP의 약 4.3%에서 2040년 9%까지 증가할 것으로 추계했으며, 전체 인구의 4.5%와 65세 이상의 인구 중 18.1%가 2013년 기준으로 장기요양급여를 이용하고 있는 상태였다. 이에 네덜란드 정부는 장기요양의 지출의 효율적 사용과 재정 건전성 유지 및 보다 이용자의 욕구에 부합할 수 있는 장기요양 서비스를 지원하기 위해 2015년 장기요양제도의 개혁을 단행하였다.

□ 장기요양제도의 개혁과 논쟁점

2015년 네덜란드 장기요양제도의 개혁의 주된 목적은 장기요양보험의 재정적 지속 및 건전성 유지와 이용자에 대한 맞춤형 서비스 제공이었다. 재정적 안정을 위해서 네덜란드 중앙 정부가 관리하는 장기요양보험제도는 시설요양에 국한한 것으로 제한하여 그 숫자를 통제하고자 하였으며, 이를 위해 2015년부터 새로운 장기요양법(WLZ)이 시행되며 요양시설 입소에 관한 사항을 규정하고 있다. 이는 중증질환자에 대한 “장기요양급여의 제공”이라는 장기요양 본래 취지에 충실하기 위해 장기요양보험제도는 의료적 욕구를 제외한 분야에 있어 장기요양 서비스에 집중하며 치료와 가사 및 사회적 도움 및 지원 서비스는 기존의 건강보험제도(ZVW 근거)와 지방자치단체가 관리 운영하는 사회복지(WMO)로 이전하여 제공하도록 하였다(그림 9).

신규의 장기요양법(WLZ)은 요양시설에 이용 대상자를 “24시간 상시 돌봄을 필요로 하는 자”로 한정하였고, 요양시설 이용 대상자가 재가요양이나 현금급여의 사용을 원할 경우 요양시설에서 받을 수 있는 것과 동등한 서비스를 가정에서 받을 수 있는 재가요양 서비스나 개인계정(personal budget)⁶³⁾을 통해

62) 요양 수요자의 연령, 욕구, 신체 및 정신의 장애정도 등에 따른 다양한 맞춤형 서비스를 제공하기 위한 법체계 등이 정비되어 왔으며, 인구의 고령화에 따라 네덜란드의 장기요양제도의 이용자는 지속적으로 증가했다. 따라서 장기요양에 소요되는 지출도 빠르게 증가해왔다.

63) 현금급여 제도로 1995년 도입되어 장기요양 대상자의 개인계정에 현금급여를 지급, 현금을 이용 비교적 자유롭게 장기요양 서

현금급여를 지급하여 동등한 서비스를 이용자가 능동적으로 설계/구매하여 급여를 받을 수 있도록 하였다.

이러한 시설요양을 제외한 다른 서비스의 운영을 지역의 건강보험회사나 지방자치단체에 이관한 목적과 근거는 장기요양 필요자의 욕구에 맞는 개별 맞춤형 급여를 제공하기 위해서, 지역의 특성과 상태를 보다 잘 아는 지방자치단체가 보다 적극적으로 재가요양 대상자의 욕구에 부합하는 장기요양 서비스를 효율적으로 잘 제공할 수 있을 것이라는 생각으로 지방자치단체의 장기요양에서의 역할을 강화함에 있었다. 이에 재가요양과 청소년 정신질환 관리와 예방을 위한 서비스는 ‘사회지원법(WMO)’과 유아청소년법(Jeugdwet)으로 이전하여 지방자치단체가 책임 관리하도록 하였으며, ‘사회지원법(WMO)’을 통해 장기요양자 이용자가 자신의 집 독립적으로 생활하고 지역사회에 참여를 적극 지원하며, 가사활동지원, 이동수단지원, 주택개조 등을 제공하고 있다(그림 9). 한편 재가요양 이용자의 신체적인 도움과 방문간호 서비스는 건강보험으로 이전하였다(그림 9). 이는 의료인(간호사 등)이 재가요양자를 직접 방문하여 의료적 도움 또는 치료를 제공하는 간호 급여와 신체활동과 관련한 개인요양 서비스가 포함된다. 따라서 2015년 이전에는 AWBZ에 근거하여 중앙 정부의 주관 하에 장기요양보험 서비스를 제공받던 요양자의 많은 수가 지역의 건강보험회사와 지방자치단체 보건의료 및 사회적 지원 서비스 공급자에 의해 운영 제공되는 서비스를 제공받게 되었다.

비스 공급자와 계약을 통해 필요한 서비스를 구매하여 이용하는 제도이다



그림 9. 네덜란드 장기요양제도의 변화 (2015년 장기요양제도 개혁 전후)

출처: van Ginneken E & Kroneman M, 2015

노령 인구의 증가에 의한 장기요양제도의 재정의 지속 가능성 확보와 측면에서 네덜란드는 2015년 장기요양제도의 개혁을 통해 요양시설의 이용자 수를 제한함으로써 장기요양제도의 비용의 5%(약 30억 유로/년)를 절감할 것으로 예측해왔다. 한편 이러한 요양시설 이용자를 제한함으로써 제도의 포괄성과 접근성이 약화될 수 있다는 우려와 의견이 있다. 또한 요양시설 입소 대상자 수를 제한함으로써 재가요양 이용자의 수가 늘게 되어 비공식 돌봄 제공자(배우자나 가족 등)의 부담이 가중될 가능성이 있다.⁶⁴⁾ 한편 네덜란드 중앙정부가 개혁안 발표 후 짧은 기간을 준비한 후 바로 법이 시행됨에 따라 충분히 고려하지 못한 부분에서의 문제 발생 요소와 장기요양 서비스 보험자 및 제공자들이 바뀐 제도에 익숙하지 않아 생기는 문제 등의 파장이 장기간 예상되고 있다.⁶⁵⁾

네덜란드는 지방자치단체가 중앙 정부의 보조금을 통해 재가요양 서비스를 재량적으로 시행할 수 있으며, 이에 각 지방자치단체마다 서비스 제공 수준이 다르다. 이전에 재가요양 급여에서 큰 비중을 차지했던 가사지원서비스의 항목의 일부를 없애거나, 급여제공 시간을 축소하고, 다른 예산 항목을 재가 급여로 사용하는 등 지방자치단체 마다 각기 다른 방식으로 운영 시행하고 있다. 이러한 요양시설의 이용보다는 재가요양을 권장하는 상황에서 장기요양의 이용자

64) 가족과 배우자 및 자원봉사자 등의 비공식 돌봄 인력의 충분한 확보를 통한 재가요양 이용자의 사회적 관계 형성과 지원이 필요하고, 한편 배우자 및 가족 등의 비공식 돌봄의 제공자의 경제적 사회적 부담이 가중되지 않는 방안의 마련 필요하다.

65) 장기요양제도의 개혁이 시행되기 전부터 요양시설을 이용해온 이용자중 개혁 이후 시설요양 급여 수급 요건에 부합하지 않는 대상자에 대한 대안이 부족하며, 또한 개혁을 통해 장기요양의 관리 운영의 주체가 된 지방자치단체와 건강보험회사(보험자)의 경우 경험과 전문성과 인력 부족 등이 우려되었다.

들이 원하는 장소(주택 등)에서 지역 사회활동에 단절 없이 독립적인 생활을 유지하면서 필요한 욕구에 부합하는 서비스를 제공하여 서비스 공백이 일어나지 않도록 제반 여건을 마련해 주어야 한다고 강조하고 있다.

5. 우리나라와 네덜란드 장기요양제도의 비교분석

본 보고서에서 앞서 기술한 우리나라와 네덜란드의 장기요양제도의 도입 배경 및 목적, 운영체계와 재원 마련의 방식, 장기요양제도의 수급을 위한 욕구 사정 및 등급인정과 제공되는 서비스, 제반 환경 등을 기존의 문헌 등을 참고하여 비교분석하고 이들 제도의 특징 및 장점과 단점을 기술한다.

○ 도입배경

앞서 기술한 것처럼 네덜란드 장기요양보험제도의 철학적 배경은 “장기요양을 필요로 하는 모든 거주민을 국가가 책임을 지는 것”이다. 또한, 가족 구성원과 다른 사람들에 의해 ‘비공식적으로 제공되는 보살핌 역시 중요한 역할을 하지만, 이를 반드시 제공 할 의무는 없다’는 개념으로 유럽 최초로 국가주도의 공공 장기요양보험제도가 성립되었다.

우리나라의 경우 고령화시대에 접어들면서 도입 시행되고 있는 한국의 노인장기요양보험제도의 기본이념은 근거법령인 노인장기요양보험법에서 제시하고 있다. “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 하는 것을 목적으로 한다”⁶⁶⁾라고 제시되어 있다. 이는 그 동안 가족이나 보호자에 의해 비공식적인 영역에서 주로 의존하여 왔던 치매 등과 같은 노인성 질환에 따른 노인 장기수발 또는 장기요양, 장기간의 병 등에 대한 노인문제를 사회적 연대주의 원리에 입각하여 국가 및 지역공동체 등이 이를 책임짐으로 장기요양이 필요한 사람 및 이들의 가족과 국민 전체의 삶의 질을 향상시키고자 하는 것에 있다.

이는 가장 앞선 공공 장기요양보험제도를 도입한 네덜란드의 제도를 상당

66) 우리나라 노인장기요양보험법 제1장 “총 칙” 1조(목적)

부분 반영하여 장기요양보험제도를 시작한 독일, 독일의 제도를 참고한 일본, 독일과 일본의 제도를 연구하고 참고하여 노인장기요양보험제도를 시행한 우리나라도 역시 장기요양이 필요한 사람들에 대한 돌봄의 제공을 국가가 공적인 영역에서 책임지려는 동일한 목적을 갖는다고 볼 수 있다. 다만 네덜란드의 경우 장기요양제도가 연령대와 상관없이 요양의 욕구를 갖는 사람들을 대상으로 한 좀더 포괄적인 제도라면, 우리나라의 제도는 주로 65세 이상의 노인이나 노인성 질환으로 요양이 필요한 사람을 주 대상으로 삼고 있다는 점에서 네덜란드의 장기요양제도와 상이하다고 할 수 있다(표 6).

○ 운영구조 및 자원

네덜란드에서 장기요양은 세무서를 통해 장기요양 기여금이 근로자의 급여에서 징수되며 지역의 유력 건강보험회사가 운영하는 요양사무소가 장기요양의 장기요양 서비스 제공자로부터 서비스의 구매하고 및 이에 대한 비용을 지급을 수행하는 동안 네덜란드 보건의료당국(NZa)과 보건의료감독원(IGJ)은 보건의료 시장에서 의료 및 장기요양 서비스의 품질과 보장/보증을 모니터링 및 관리 감독 구조로 되어 있어 장기요양의 자원의 징수, 서비스의 구매와 비용지급, 시장의 관리감독, 서비스의 질관리와 감독을 각각 다른 기관에서 담당하여 운영한다(그림 6; 그림 7; 표 6). 한편 2015년 장기요양제도 개혁이후 네덜란드에서는 시설요양은 장기요양법(WLZ)에 의해, 재가요양 중 가정간호 등의 신체적 돌봄은 건강보험법(ZVW)에 의해, 기타 장기요양 서비스는 사회지원법(WMO)이나 유아청소년법(Jeugdwet)에 의해 각각 다른 운영자에 의해 운영되어 왔다. 이는 서로 다른 법체계와 운영 주체(WLZ에 의한 요양사무소, ZVW에 의한 건강보험회사, WMO에 의한 지방자치단체) 간에 조정의 문제가 발생할 수 있고, 요양이 필요한 고령자 스스로가 이러한 각기 다른 체계를 넘나들며 다루어야 하는 어려움이 발생할 수 있다(Mot E & et al., 2010). 한편 이러한 각기 다른 운영 주체들 간에 협력이 이루어지지 않을 경우 그 피해는 이용자에게 전가될 우려가 있다(Mot E & et al., 2010).

우리나라는 장기요양제도의 운영은 한 가지 법률(노인장기요양보험법)과 단일한 보험자(국민건강보험공단)에 의해 이루어진다. 이는 장기요양 서비스를 보다 일원화하여 효율적으로 관리/운영 할 수 있는 환경이 될 수 있으며, 장기요양보험의 보험자인 ‘국민건강보험공단’은 장기요양과 밀접한 연계 제공이 필요

한 건강보험제도의 보험자로서 이 2가지 제도의 관리와 운영에 있어 연계 통합이 용이한 환경을 가지고 있다(김진수 외, 2015).

우리나라는 지방자치단체가 장기요양 서비스 공급자를 규제할 책임이 있지만, 급속히 확대되는 장기요양 시장을 관리하기 위해 규제 체계가 적절하게 개발되지 못하고 있다. 결과적으로 일부 장기요양 서비스 제공업체에 의한 다양한 형태의 편법 운영 및 불공정한 행위 등은 이용자의 불만으로 제기되고 있다(이현민, 2019.01.01). 한편 이용자의 요양욕구를 일괄하여 관리하고 장기요양과 의료 및 사회복지 서비스 간에 연계의 조정자 역할을 하는 케어매니지먼트가 공식화되어 있지 않아 복합적 욕구가 있는 노령자에게 다양한 서비스를 연계하여 효율적으로 제공되거나 보건의료 자원이 효과적으로 활용되지 못하고 있다(Seok JE, 2010).

네덜란드는 2015년 기준 GDP에서 장기요양분야가 4%를 차지하고 있다. 이는 다른 선진국과 비교(OECD평균은 GDP의 약 1.4 ~ 1.5%를 장기요양에 지출)하여 장기요양에 투입되는 자원이 높은 수준임을 나타낸다(그림 2). 그러나 이러한 장기요양이 GDP에서 차지하는 비중이 노령화에 진행에 따라 급속도로 증가하여 장기요양 재정의 지속가능성과 비용효율성의 제고가 필요하여 2015년 개혁을 단행하였다. 이에 네덜란드에서는 2015년 이래로 ‘지방자치체가 그들 지역에 대해 가장 잘 알기 때문에 장기요양을 (비용) 효율적으로 제공 할 수 있다’는 취지로 지방자치 단체는 사회지원법(WMO)에 따라 장기요양의 업무를 수행하기 위한 예산을 중앙정부에서 수령하여 집행 하며(그림 6; 그림 7), 동시에 이러한 장기요양과 사회적 지원의 정책에 대한 많은 재량권을 갖는다. 이러한 재량권을 통해 다양한 유형 및 지원 범위, 사회적 영역에서 맞춤형의 통합된 장기요양 서비스 패키지를 이용자에게 제공할 가능성이 높다(Maarsea JAM & Jeurissenb PP, 2016). 그러나 2015년 장기요양제도 개혁시의 우려는 지방자치단체가 이러한 새로운 업무를 제대로 수행 할 수 있는 능력과 장기요양에 소요되는 예산의 삭감⁶⁷⁾ 배정의 타당성에 관한 것이었다. 네덜란드 중앙정부는 또한 이러한 지방분권화의 효율성 향상에 대해 지나치게 낙관적인 것으로 비판 받았다(Maarsea JAM & Jeurissenb PP, 2016).

우리나라의 경우 고령자의 급격한 증가에 따라 GDP에서 노령층의 보건의료비와 장기요양의 지출이 꾸준히 증가해 왔다(그림 2). 그러나 우리나라의 GDP

67) 네덜란드의 2015년 장기요양제도 개혁시, 장기요양의 업무를 지방자치단체에 이관하면서 이전 연도에 소요되던 예산보다 10 ~ 20%정도 삭감된 예산을 지방자치단체에 교부하고 이를 효율적으로 운영하도록 하였다.

에서 장기요양의 지출 부분은 2015년 기준 GDP의 0.8%을 웃도는 수준으로 이는 OECD 국가의 평균 1.4%보다 아직 낮은 수준이다. 물론 각 나라별 경제 및 정치 사회와 인구적 환경이 다르지만, 이는 우리나라가 아직 다른 나라들에 비해 경제규모에 비교하여 보았을 때 장기요양의 이용자에게 적절한 수준의 장기요양 서비스를 제공하기 위한 재정이 충분한 상태가 아님을 간접적으로 나타낸다(이미진, 2017.10.01.). 장기요양의 수요의 증가에 따라 우리나라의 장기요양 지출은 2020년 GDP의 2.6%에서 2050년 4.2%로 지속적으로 증가가 예상된다(Kim N, 2013).

우리나라 뿐 아니라 네덜란드, 독일, 미국, 오스트리아, 이스라엘, 일본 등 대부분의 나라에서 고령자의 보살핌에 지속가능한 안정적인 재원을 마련해야 하는 쉽지 않은 문제에 직면해 있다(Members of the Health Practice International Committee, 2015). 그러나 이들 대부분의 국가들에서 정책 토론은 일반적으로 새로운 공공 장기요양보험제도를 도입하거나 확대하는데 여전히 중점을 두고 있다(Members of the Health Practice International Committee, 2015). 한편 이러한 국가들 중에서도 네덜란드는 비공식 돌봄이 차지하는 비중이 상대적으로 낮은 수준으로, 공적 장기요양제도의 재정적 부담과 압박을 받아왔다. 이에 네덜란드는 장기요양 제도를 개혁하여 비용의 효율적인 사용과 비공식 돌봄의 활용을 증진하는 방향으로 전환하였다. 그러나 이러한 개혁조차도 네덜란드 장기요양의 장기적인 지속 가능성을 보장하기에는 어려움이 있는 것으로 나타난다(Wouterse B & SMID B, 2017).

우리나라의 장기요양과 관련된 재정의 향후 상황은 노령인구 증가와 함께 어려울 것으로 예상되고 있다. 장기요양보험은 2021년까지 흑자를 유지하다가, 2022년에 1,546억원의 적자가 발생할 것이라는 예측이 있고, 이에 장기요양의 재정이 2022년경 소진될 것이라는 예측이 있다(김동섭, 2018.12.20.).⁶⁸⁾ 이러한 상황에서 우리나라도 네덜란드의 2015년 장기요양제도 개혁의 경우와 같이 장기요양 제도의 재정 건전성과 비용 효율성을 증진하는 개선과 개혁이 필요할 것으로 생각된다.

○ 장기요양 욕구평가 및 급여

네덜란드에는 장기요양의 욕구와 필요성의 평가를 위한 별도의 독립 기관

68) 2018년 12월19일 국회 예산정책처 노인장기요양보험 추계(2018년-2027년)

인 요양욕구평가센터(CIZ)을 운영하고 있다. 이러한 요양욕구평가센터(CIZ)는 운영에 있어 독립기관으로써 장기요양의 이용 신청자의 요양욕구 평가의 결과에 따른 어떤 인센티브도 없기 때문에 보다 객관적이고 정확한 장기요양의 욕구 평가에 긍정적인 환경을 마련해 준다. 한편 네덜란드에서는 장기요양제도 이용자를 3등급 혹은 5등급과 같은 단순한 등급으로 나누지 않고 요양의 유형과 강도에 따른 맞춤형 장기요양 서비스를 제공을 지향하고 있다. 이때 이용자 주변 환경과 제반 여건 등을 고려하여 이용자의 특성에 맞는 서비스를 제공하는 장점이 있지만, 욕구 평가와 이에 따른 서비스의 제공에 있어 지역 간의 편차나 불균등을 유발할 수 있는 우려가 있다.

우리나라의 경우 장기요양 신청자의 욕구 평가의 객관적인 결정을 위해 우리는 표준화된 체크리스트를 사용하여 신청자 개개인의 장기요양 욕구와 필요성에 따른 객관적이고 정확한 평가를 가능하게 하고 있다. 그러나 우리나라 장기요양보험제도의 보험자인 국민건강보험공단은 보험자로서 보험금의 징수 및 제도의 운영뿐만 아니라 장기요양의 욕구 평가 및 등급 인정에서도 많은 역할을 수행하고 있다. 이에 네덜란드와 같이 독립적 장기요양 욕구 평가 기관이 도입된다면 국민건강보험공단은 보험자로서의 역할에 보다 집중할 수 있고, 다양한 측면에서의 이용자의 요양욕구 평가를 통한 맞춤형 급여의 제공이 가능한 체계로 발전할 수 있을 것으로 생각된다.

네덜란드의 시설요양은 이용자의 요양 욕구의 유형과 강도에 따른 다양한 요양강도패키지(ZZP, 시설요양에 약45가지)가 있어 이용자에게 보다 다양한 맞춤형의 급여의 제공이 가능하다. 한편 개인계정(personal budget)을 통해 현금급여를 제공하여 장기요양 수급자는 이를 비공식 돌봄 제공자(가족 및 보호자)에게 혜택을 주고 장기요양 이용자가 스스로 본인의 요양을 계획하고 자립할 수 있도록 지원한다. 2015년 장기요양제도의 개혁을 통해 신체와 관련된 도움이나 가정간호는 건강보험(ZVW)을 통해 제공되며 이러한 가정방문 간호 서비스는 이용자의 간호뿐만 아니라 옷입기 식사도움 목욕 등의 서비스를 통합적으로 제공하여 이용자는 치료나 간호 욕구와 요양과 돌봄의 욕구 모두를 해결할 수 있다.

장기요양의 세계적인 추세는 이용자가 생활해온 지역과 가정에서 요양을 받으며 존엄한 노후를 보내는 것을 지향하는 추세이다. 이에 우리나라의 경우 다양한 종류의 재가요양 급여(방문간호, 방문요양, 목욕 등)를 제공하고 있다. 그러나 이들 간에 복합적인 욕구의 이용자가 증가하고 있으나, 이를 통합적으로

제공하는 서비스의 제공이 이루어지고 있지 않다. 한편 장기요양에 대한 현금 급여는 우리나라에서 크게 활성화되어 있지 않다. 따라서 비공식 돌봄 제공자는 장기요양제도를 통해 혜택을 받을 받는 수단이 부족한 현실이다. 또한 우리나라에서는 요양병원과 요양시설간의 정의 문제와 형평성 문제로 인해 한국의 대부분의 병원에 입원한 경우 장기요양(간병)에 대한 급여를 제공하지 않는다. 이는 현재 이용자 본인과 가족의 부담이 되고 있다.

○ 장기요양의 수요와 공급 (전달체계)

네덜란드 장기요양제도의 서비스는 다른 유럽 국가들보다 접근성이 높고 지역 간에 편차가 낮은 것으로 평가된다(Dell D & et al, 2017). 또한 네덜란드와 스위스는 유럽에서 비공식 돌봄의 비율이 가장 낮은 것으로 나타난다. 이는 배우자 및 가족과 같은 비공식 보호자가 노인 및 장애인의 보살핌에 낮은 부담을 가지고 있다는 것을 의미한다(Thinios P & et al, 2017). 대다수 유럽 국가의 경우 최근(2004년 ~ 2013년) 접근성의 측면에 있어 장기요양 격차가 감소하고 있으며, 네덜란드의 경우 최대 38%의 이러한 격차의 감소와 스페인의 경우 2%의 최소 감소가 있었다. 이는 네덜란드 거주민이 유럽에서도 공공 장기요양 서비스를 가장 충분히 제공 받고 있음을 의미한다(Thinios P & et al, 2017).

반면 이러한 상황은 장기요양이 필요가 없는 사람도 서비스를 받는 경우가 많을 수 있는 과잉 공급을 유발할 수 있음을 의미한다. 일상생활에 제한이 없는 사람이 공공 장기요양에 의해 지원되는 서비스를 받는 경우는 스웨덴이 8%, 네덜란드가 18%, 벨기에가 21%로 유럽 평균이 9%정도 되는 것으로 이전의 연구에서 조사되었다(Thinios P & et al, 2017). 이는 한편 네덜란드에서 장기요양제도의 자원이 필요한 사람에게 효율적으로 제공되지 못하고 불필요하게 제공될 소지가 있음을 나타낸다.

한편 네덜란드 및 유럽의 국가들에서 장기요양에서 비공식적인 돌봄을 받는 사람에 비해 비공식적 돌봄 제공자의 비율이 낮아지고 있다. 2010년에서 2060년 사이에 이러한 비공식 돌봄의 제공자와 간병인의 비율은 독일에서는 0.59에서 0.49로, 네덜란드에서는 0.79에서 0.67로, 스페인에서는 0.89에서 0.52로 떨어질 것으로 예상된다(Geerts J & et al, 2012; Thinios P & et al, 2017). 이러한 결과는 공공 장기요양 재정의 지속가능성 유지를 위해 공식적 요양 서비스를 보완하여 노년층에게 비공식적인 보살핌을 제공하는 것이 미래에는 용이하지 않

음을 나타낸다(Thinios P & et al, 2017).

우리나라에서 공적인 장기요양 시설 및 재가 서비스 제공자는 제도의 도입 전후 크게 증가했다(Rhee JC & et al., 2015).⁶⁹⁾ 이는 현재 우리나라의 공적 장기요양이 양적인 측면에서는 장기 요양 보호의 요구에 따라 서비스를 제공 할 수 있는 충분한 능력을 갖추고 있다는 것을 의미하며, 한편 재가요양 서비스 제공기관의 급격한 증가 역시 주목할 만하다(Seok JE, 2010). 그러나 우리나라는 공공 장기요양보험제도 도입 이후 노인요양공동생활가정(소규모 정원, 5명에서 9명 정도)과 노인요양시설(10명 ~ 30명)의 중 소규모인 노인요양공동생활가정이 급격하게 증가하였다. 이들 소규모 주거 시설의 운영 효율성이 낮으며 비용 손실과 서비스 품질에 대한 우려가 있다(황도경 외, 2016). 한편, 재가요양 서비스 제공 기관들이 방문요양이나 방문목욕과 같은 단일한 서비스를 기반으로 하고 있어 다양한 욕구를 갖는 많은 장기요양 이용자 고객의 확보에 실패하고 정상적인 운영에 어려움에 처하게 될 수 있다(Seok JE, 2010).

69) 우리나라에서는 최근 장기요양 서비스 공급자의 수가 수요를 양적인 면에서는 초과하고 있는 것으로 나타난다.

표 6. 우리나라와 네덜란드의 장기요양제도 비교

	대한민국	네덜란드 (2015년 이후)
근거 법령	노인장기요양보험법 (Long-term care insurance act)	- Long-term Care Act (WLZ) : 시설요양 - Health Insurance Act (ZVW): 재가요양(개인돌봄 및 가정간호: 신체적 돌봄에 관한 것) - Social Support Act (WMO): 가사도움, 이동, 식사보조, 주택개조 등 - Youth Care Act (Jeugdwet): 18세 미만 유아 청소년에 대한 돌봄
제도의 특성	포괄적 공공 사회보험	포괄적 공공 사회보험 (2015년 이전 AWBZ, 2015년 이후 WLZ, ZVW, WMO)
보험자 및 운영주체	국민건강보험공단 (National Health Insurance Corporation , NHIC)	WLZ: 중앙정부 (CAK) ZVW: 다수의 민영 비영리 건강보험사 WMO, Jeugdwet: 지방자치단체
피보험 대상자	대한민국 국민 및 거주자 (건강보험납부자)	네덜란드 시민 및 거주자
기여금/보험금	급여의 약 0.55% (보험료부과 상한 급여액: 9억4천만원/년, 2019년 기준)	- WLZ: 급여의 9.65% (기여금 부과 상한 급여액 : 55,927유로/년, 2019년 기준) - ZVW: 급여의 6.95% (원천징수), 보험금 (평균 1,284유로/년)
본인부담	재가요양: 이용 급여비용중 15% 시설요양: 이용 급여비용중 20%	- 요양시설(WLZ) 이용시 소득의 8% (상한액 소득의 12.5%, 월 최소 159유로에서 최대 833유로, 2015년 기준) - WMO의 경우 지방자치단체에서 본인 부담금 결정
재원	급여/재산 비례 보험금: 60 - 65% 정부 지원금(세금기반): 약 20% 본인부담금: 15 ~ 20%	-급여 또는 소득/재산에 비례한 보험금/기여금 (WLZ, ZVW), - 정부보조금(세금) -본인부담금(WLZ, WMO)
장기요양 욕구평가/등급인정	국민건강보험공단 (사회복지사, 간호사 등이 신청인의 ADL, IADL, 신체 및 인지상태 등 조사 인정점수 산정)	WLZ: 요양욕구평가센터(CIZ) ZVW(가정간호): 재가요양 회사의 지역간호사, Omaha system 이용 WMO: 지방자치단체 담당 직원 또는 CIZ (Keukentafelgesprek; 식탁 대화)
장기요양보험 수급 대상자	- 65세 이상 - 65세 미만의 노인성 질환자	모든 연령

IV. 의료와 장기요양의 연계(통합보건의료/케어) ‘네덜란드 사례 중심으로’

1. 통합 보건의료의 개념⁷⁰⁾

우리나라에서 ‘의료와 장기요양 서비스의 연계 방안’의 논의를 위해 보건의료체계 안에서의 장기요양 대한 개념, 그리고 장기요양과 의료와의 연계에 대한 정의와 방향에 대해 구체적으로 살펴볼 필요가 있다. OECD에서는 장기요양을 기존 사회보장체계에 포괄되는 공공 보험 급여 또는 사회부조 혜택의 일부로 정의한다(김진수 외, 2015; Colombo & et al, 2011). 이는 장기요양을 의료의 연속적인 행위로 보고 별도의 개념으로 구분하지 않는 것으로 볼 수 있다(김진수 외, 2015). 이러한 개념과 철학으로 의료와 장기요양을 구분하지 않고 건강보험제도 내에서도 사회부조제도 내에서 급여와 혜택을 제공하는 나라들이 있다.

그러나 우리나라와 일본, 독일, 네덜란드의 경우 장기요양을 의료 서비스와 별도의 새로운 사회적 위험으로 간주하여 공공 사회보험 형태의 제도를 도입 시행해 왔다. 이들 별도의 제도를 도입하여 장기요양급여를 제공하는 나라들에서는 의료 서비스의 영역에 있어 중첩 또는 분절이 발생하여 이를 해결하고자 많은 논의와 해결방안이 제시되고 시행되어 왔다. 그러나 ‘별도의 제도로써 장기요양급여를 제공하는 나라’든 그 구분을 두지 않고 ‘기존의 제도에서 장기요양급여를 제공하는 나라’든 상관없이, 장기요양급여와 의료 서비스가 단절되거나 파편화되지 않고 공백 없이 연속선상에서 국민들에게 보장되어 제공되어야 한다는 것에는 동의하고 있다(김진수 외, 2015).

따라서 노령화에 따라 복잡한 욕구를 갖는 인구집단이 증가하며, 기존의 의료 서비스와 장기요양 뿐만 아니라 다른 사회적 서비스와의 연계가 중요한 개념으로 연구 논의 되고 있다. 그러나 ‘연계’란 개념은 연구자나 학자마다 조정(coordination), 협력(cooperation), 통합(collaboration 또는 full integration) 등의 다양한 용어로 구분 없이 사용되고 있다(장병원, 2009; Axelsson R, 2014.8.20-21; 김진수 외, 2015). 다만 이들 ‘연계, 조정, 협력, 통합’과 상반되는 개념인 ‘경쟁’은 각 제도의 서비스 간에 수평적 수직적 연계와 협력이 거의 이루어지지 않는 시장에 존재하는 형태로 정의 되고 있다(김진수 외, 2015).

70) 출처: ‘World Health Organization, 2015’ 와 ‘김진수 외, 2015’의 내용을 바탕으로 작성함

우리나라의 경우 보건의료체계에서 1,2,3차병원 각각이 보건의료 자원의 사용과 서비스 분야에 있어 비효율적으로 경쟁하는 부정적 상황이 발생하고 있으며, 요양병원과 요양시설 역시 많은 부분 경쟁하며 연계 또는 조정과 협력이 어려운 구조로 되어 있다. 이에 불필요하고 보건의료 자원의 낭비와 오용을 유발할 수 있는 부정적인 ‘경쟁’을 최소화하고 서비스 간의 분절을 극복하며 연속적으로 제공할 수 있는 방향을 모색하기 위하여, ‘통합 보건의료’의 개념의 정의와 실현을 위한 방향과 방안을 이후 내용에 기술하여 살펴보고자 한다.

다만 연계의 개념에 있어 조정(coordination)은 위계상에 수직적으로 기관들이나 집단 간의 서비스와 역할을 정리 배치하는 형태로, 수평적인 유형으로 기관들이 함께 서비스를 제공하거나 업무를 시행하는 것을 협력(cooperation)으로, 수직과 수평적으로 연계하는 것을 통합(Collaboration 또는 Integration)으로 정리 구분하여 정의하기도 한다(김진수 외, 2015). 그러나 이하 기술될 ‘보건의료체계의 통합’의 내용에서는 통합은 상기 기술된 조정, 협력, 통합의 개념을 포괄하는 개념으로 ‘통합’의 용어를 사용하였다.

1) 보건의료 체계의 분절과 통합

□ 보건의료체계의 분절과 과제

상급 병원(2차의료)과 질병을 중심으로 분절된 보건의료 체계는 1차의료의 질병예방 및 관리와 건강증진 간과하며(World Health Organization, 2015),⁷¹⁾ 보건의료의 체계의 부분 간 협력에 의해 사람들의 복잡 다양한 보건의료 욕구에 보편적이고 공평하며 재정적으로 지속 가능한 양질의 보건의료 서비스를 제공할 수 있는 능력을 약화 시킨다(Walley J & et al, 2008).

보건의료 체계를 개선하기 위해서는 보건의료 분야의 책무와 각 분야 간의 상호 역할을 재배치하는 정책과 개혁의 초점을 맞춰야한다.⁷²⁾ 여러 나라의 보건의료 체계는 연속성 또는 그 과정에서 환자, 가족 및 지역사회 공동체의 참여의 중요성을 인식하지 못해왔다(Starfield B & Shi L, 2002; Shiffman J, 2008). 특히 이러한 병원 중심의 분절된 보건의료 체계는 취약한 소외 계층에 보건의료 불평등을 더욱 악화시킬 수 있으며, 보건의료 자원은 부유한 계층에 의해 주로 소비 이용되며, 병원기반의 서비스 및 치료적 처치에 중점을 두게 된다. 이로 인

71) 오늘날 분절된 보건의료 체계는 HIV/AIDS, 말라리아, 결핵 및 기타 감염병에 대한 질병중심의 프로그램과, 일부 만성질환 관리 프로그램에서 빈번히 찾아 볼 수 있다.

72) 이러한 변화와 개혁이 없이는, 보건의료 서비스 제공자의 과도한 전문화와 총체적인 통합 케어를 저해하는 정책 환경과 질병 관리 프로그램들의 여전히 다수를 차지할 수 있다.

해 1차의료 및 지역사회 기반의 보건의료와 예방 및 진료 서비스가 미흡하게 될 우려가 있다.

이러한 분절은 보건의료 자원의 비효율적이며 경쟁적 사용과 중복을 초래하며, 보다 복합적 보건의료 욕구를 갖는 사람의 보살핌에 공백의 발생과, 단지한 가지 질환에 대해 집중하는 보건의료 체계는 보건의료 분야의 역량을 약화할 수 있다. 이에 보건의료 서비스 제공의 균형을 맞추고 질병에 대한 불평등 문제를 해결할 수 있는 전략이 필요하다.

□ ‘사람중심’ 통합 보건의료 체계의 도입의 혜택

‘사람중심의 통합 보건의료 체계’는 개개인과 지역사회 및 보건의료 종사자의 공동생산을 강조하는 모델로써 보건의료 서비스의 방향을 재조정함으로써 보다 광범위한 사회적 혜택이 다음과 같이 나타난다(World Health Organization, 2015).

사람중심의 통합 보건의료의 혜택은, 우선 개개인과 이들이 속한 가정에는, 보건의료 서비스의 접근성과 만족도 증가, 보건의료 제공자와의 의사 결정 공유를 통한 보다 나은 관계 형성, 장기적으로는 스스로의 건강을 관리할 수 있는 능력이 증진 될 수 있다. 지역사회에는 개개인의 건강관리가 증진되어 보다 건강한 지역사회가 이루어지며, 지역사회 보건의료에 대한 관심과 신뢰를 높여 보건의료 자원의 사용에 대한 의사결정에 참여를 높일 수 있다. 이를 통해 지역사회 보건의료에 대한 주민의 권리와 의무에 대해 명확한 이해를 가져올 수 있다.

한편 지역사회의 보건의료 종사자와 전문가는 직업만족도 향상과, 업무부하의 감소, 팀 기반의 보건의료 환경에서 다른 분야와 연계 통합된 새로운 기술을 배울 수 있는 기회의 증가를 가져올 수 있다. 보건의료 체계에는 보건의료 욕구와 필요에 적합하게 보건의료 자원이 적절하게 배분되는 비용효율성의 증가, 보건의료 형평성과 접근성 향상, 의료 과잉의 감소, 보다 강화된 1차의료와 지역사회 보건의료를 통한 병원 입원 기간 단축과 의료비용 절감 등이 혜택으로 나타날 수 있다(김진수 외, 2015). 한편 이러한 ‘사람중심 통합 보건의료 체계’는 보건의료 체계를 넘어 보다 광범위한 분야로 확대될 수 있다(CSDH, 2008). 이는 사람들의 건강 및 영양상태와 이에 영향을 미치는 정치/사회/경제적 환경과 원인에 초점을 맞춰 정책 결정의 거버넌스를 강화시킬 수 있다.

2) ‘사람중심의 보건의료’를 위한 재배치와 조정

‘보건의료의 재배치’는 1차 및 지역사회 보건의료 서비스와 건강의 공동 생산의 가치를 우선시하는 모델을 통해 효율적으로 보건의료 서비스가 구매되고 제공되는 것을 의미한다. 이는 병원 입원 환자를 외래 환자로의 전환, 보건의료 서비스들 간에 효과적인 상호 전원과 이송이 가능한 통합된 보건의료 체계가 포함한다. 한편 ‘협력과 조정’은 보건의료체계를 사람들의 욕구와 필요를 중심으로 서비스를 조정하고 다양한 보건의료 서비스 제공자를 통합하고 보건의료와 다른 부문 간의 효과적인 네트워크를 창출하는 활동을 말한다. 이러한 재배치와 분야 간의 협력과 조정의 전략적 목적은 사람들의 보건의료 경험과 결과를 향상시키고, 이를 위해 보건의료 체계가 안전하고 접근 가능한 고품질 서비스를 비용 효율적으로 제공하도록 하는 것이다.

이를 위해 사람들의 건강과 복지를 지원하는 건강 증진 및 질병 예방 전략을 포함한 총체적 보건의료에 보다 확실한 투자가 필요하다. 보건의료 체계를 재조정하는 것은 또한 지역사회 수준에서의 보건의료의 각 부분 간의 활동을 통해 보건의료에 대한 사회적 결정 요인을 다루고 부족한 보건의료 자원을 최대한 활용할 수 있는 새로운 기회를 창출할 수 있다.

□ 보건의료 분야 간 협력과 조정의 실행

일반적으로 보건의료 체계는 수직적이고 에피소드 중심의 서비스 전달 방식에 초점이 맞춰져 발전되었다. 이러한 상황은 사람들의 보건의료 문제의 본질적인 복잡성에 효율적으로 대응할 수 있는 기회를 놓치게 되며, 사람들의 보건의료 욕구에 초점이 맞춰진 서비스를 제공하는 것이 어렵게 된다. 협력과 조정을 고려하여 발전하는 보건의료 체계는 이러한 욕구와 보건의료의 복잡한 상황에 대응하는 것을 수월하게 한다.

협력과 조정 및 통합의 방향성을 가지며 개선된 보건의료 체계를 위해 비교적 적은 비용의 투자만으로 선진국과 개발도상 국가에서 발생하는 복잡한 보건의료 문제의 요구에 보다 섬세하게 대응할 수 있는 서비스를 제공할 수 있다 (Méndez CA, 2009; Bitran R, 2013).⁷³⁾ 그러나 이러한 보건의료 분야 간의 협력은 소득이 낮은 국가에서는 기존의 수직적인 보건의료 체계를 선호하는 보건의

73) 칠레는 통합 보건의료 서비스 네트워크의 개발로 공공과 민간의 보건의료 서비스 공급자를 한데 묶어, 1차의료의 보건의료 서비스 간 분절을 극복하고, 보건의료 및 관련 서비스 간의 성격을 명확하게 정리하여 보장성을 높였다.

료 참여자와 이해관계자들의 목표와 일치하지 않아, 보건의료 분야 간 협력과 조정의 문제를 악화시킬 수 있다(Travis P & et al, 2003). 또한 이러한 저소득 국가에서는 통신 시스템, 교통 인프라 및 정보 공유 체계가 취약하여 보건의료 분야의 협력과 조정이 어려울 수 있다(The World Bank, 2005).

성공적인 협력과 조정은 보건의료 체계의 안과 밖의 여러 행위자가 관여하며(Goodwin N & et al, 2013), 활동과 의사소통의 기능적 조정이 필요하다. 이러한 협력과 조정은 반드시 다른 서비스나 분야 간의 병합이 필요로 하지는 않으며, 차라리 서로 다른 서비스 간의 역할과 협력 관계를 조정하고 조화시킴으로써 서비스 전달 방식을 향상시키는 데 중점을 둔다. 이것의 핵심은 보건의료의 연속성과 사람들 간의 관계를 향상시키는 것이다. 이것은 사람들의 보건의료에 대한 경험을 향상시키는 데 도움이 될 뿐만 아니라 예방적 보건의료와 협력을 통해 보건의료 공백을 극복하는데도 도움이 된다.

□ 1차의료와 지역사회 기반의 보건의료 환경 재조정

보건의료 기술의 진보와 사회적 기대치의 상승으로 인해 점점 더 복잡해지고 기술적으로 고난이도의 값 비싼 병원 진료에 개발되고 발전되어 왔다. 한편 고령화에 따른 만성질환에 대한 부담이 역시 커지면서 예방 및 건강관리 서비스의 필요성이 점점 더 중요 해지고 있다. 한편 병원이 만성질환을 관리하는 것이 효율적이고 좋은 것만은 아니라는 인식이 점차 확대되고 동의하고 있다. 따라서 많은 국가들이 고품질의 효과적인 1차의료 및 지역사회 기반의 보건의료와 병원기반의 보건의료 서비스의 균형을 맞추기 위해 노력하고 있다. 이에 1차의료 서비스가 보다 복잡한 건강 문제를 가진 환자들에 대한 접근성과 친숙도를 높이며, 예방적 서비스에 대한 서비스 공급의 필요성이 증가되어 왔다(Beaglehole R & et al, 2008).

1차의료기관의 ‘사람중심 통합 보건의료’ 적 접근은 다음과 같은 의미와 역할을 갖는다. 1차의료에 있어 ‘사람중심 통합 보건의료’는 인구기반의 보건의료 모델로써 인구집단 수준에서 보다 향상된 건강과 임상결과를 추구한다. 이에 사람들의 요구 및 욕구와 기대에 따라 맞춤형 서비스를 제공하기 위해 보건의료 정보를 집중적으로 사용한다. 지역 거주자들에게 지역사회 중심의 1차의료에 첫 접촉을 보장하며 포괄적이고 사람중심의 서비스에 대한 접근성을 향상시킨다. 1차의료는 또한 사회복지사를 비롯한 지역의 보건의료 전문가 및 서비스

공급자와의 조화를 위한 조정자 역할을 한다. 지역사회 보건의료의 공동생산과 사회적 참여를 촉진하고, 건강 결정요인에 대한 각 부문 간의 협력을 추구한다.

□ “사람중심 보건의료”를 위한 병원의 개혁 방향

전통적으로 병원은 의료 시스템의 매우 중요한 부분이며 사람중심의 통합 보건의료 시스템을 구축하는 과정에서도 핵심역할을 할 필요가 있다. 병원은 사람들을 건강의 균등성과 형평성을 중심에 두는 통합의 맥락에서 그 역할을 수행할 필요가 있다. 이에 다음과 같은 개념이 병원 서비스의 개선과 개혁에 영향을 주고 있다.

○ 보건의료의 연계와 조정 ‘연속적 보건의료 네트워크의 구성원인 병원’

병원은 이용자가 여러 다른 수준과 유형의 보건의료 및 복지 서비스 분야로 이동하는 복잡한 연속체에서 단 하나의 주체로써 간주되어야 한다.⁷⁴⁾ 이는 병원은 그들이 속한 지역의 거주민에게 진료, 예방, 진단, 치료, 질병 관리, 재활 및 완화 서비스를 제공하여 사람들의 보건의료 욕구를 충족시킬 수 있는 보건의료 총체적인 네트워크에 하나의 구성원으로 포함된다. 또한 보건의료 네트워크는 보다 효과적이기 위해 지속성과 사람 중심의 보건의료가 달성 될 수 있도록 필요한 조정 기전과 및 절차가 마련되며, 취약 계층의 복잡한 욕구를 해결하기 위해서는 보건의료 서비스의 공급자 뿐 아니라 복지 분야를 포함한 사회의 각 부문까지 보건의료 및 복지 서비스 제공자의 업무와 책임을 명확하게 정의하고 지원함을 말한다.

이를 위해 병원은 적절한 대체 외래 진료 및 서비스를 장려하는 합리화와, 비용이 많이 들고 정교한 인프라와 서비스가 필요한 급성 질환에 집중한 입원 환자 서비스, 환자의 치료 연속성을 보장하기 위해 다른 보건의료 서비스 제공자와의 협력과 조정을 통한 개선, 인구 집단적 건강 결과 및 임상 결과에 대한 더 큰 책무, 환자와 자원을 보다 적절한 보건의료 서비스나 유관 서비스로 이동시킴으로써 전체적으로 보건의료 서비스 전달 체계의 효율을 향상할 필요가 있다.

○ 보건의료 서비스의 대체와 병원의 전문화

74) 병원(우리나라의 2,3차병원 또는 상급병원)은 물론 보건의료 분야서 매우 중요한 역할을 한다.

보건의료 서비스에서 대체의 개념은 보다 효율적인 서비스로 대체하는 과정을 말한다. 이는 요양원, 양로원, 가정간호와 같은 서비스와 기관에서 수발과 돌봄이 이루어지지 않는다면 병원에 입원해야 할 사람들이 보다 늘어날 수 있음을 의미한다. 이는 비용효율적인 요양원과 가정간호와 같은 서비스가 의료적 욕구가 없음에도 불필요하게 병원에 가야 할 환자에 욕구를 충족시키고 대체하고 있음을 의미한다. 다른 예로, 정신 건강에 있어 지역사회에서 정신과 서비스를 제공하는 것은 환자의 존엄성을 강화하는 동시에 정신과 병원에 입원을 낮춰 병원에서 치료 받는 것을 감소시키는 과정을 가능하게 한다. 그 결과로 비용 절감이 이루어질 뿐만 아니라 이러한 보건의료 서비스의 대체가 이용자에게도 보다 더 적절한 것으로 나타나고 있다.

한편 다양한 전문적 서비스를 제공 할 수 있는 능력을 갖춘 병원은 높은 수준의 해결 능력을 갖추며, 보다 복잡한 조건과 심각한 보건의료 상황을 해결해야 하고 이에 대한 효율성을 높이기 위해 이러한 서비스에 집중할 필요가 있다. 이에 일부 병원은 가장 복잡한 의료적 상황에 대한 치료를 제공하는 책임을 맡게 되며 나머지 보다 덜 복잡하거나 단순한 환자들은 일반적인 센터에 이송되는 “환자 이송 센터” 네트워크를 구축하는 경향이 있다(KPMG Health care, 2014).⁷⁵⁾

○ 임상 거버넌스와 책무

임상 거버넌스는 보건의료 서비스의 품질관리와 보증 활동을 통합하여 병원에서 일하는 모든 사람들이 보건의료 네트워크의 광범위한 틀 안에서 보건의료의 질을 높이는 데 관여하는 것을 말한다. 또한 임상 거버넌스는 재무 관리, 임상 품질 및 서비스 성과를 통합하며, 임상 거버넌스를 통해 병원이 고립된 조직이 아니라 인구의 건강을 증진하기 위해 노력해야 하는 네트워크의 일부로써 병원이 보건의료 결과에 대해 책무를 갖도록 지원함을 말한다(World Health Organization, 2015).

이러한 보건의료의 임상 거버넌스의 형성에 도움이 되는 몇 가지 요인이 있다. 정보통신 기술을 포함한 신기술은 보건의료 네트워크의 어느 단계에서나 접근 할 수 있는 전자 의료기록 사용과 같은 새로운 유형의 서비스를 허용하고

75) 이들 병원의 네트워크가 반드시 효과적인 치료와 보건의료의 연속성으로 이어지는 않으며 상황에 따라 다른 결과를 나타낸다고 한다. 한편, 네덜란드는 특별히 고난이도의 전문성과 인프라가 필요 없는 만성질환의 치료와 관리를 위한 지역사회의 임상센터 네트워크를 통한 치료 사례가 늘고 있는 추세이다.

환자의 필요에 따라 의료 서비스를 재구성해주는 도구가 될 수 있다. 또한 보건 의료 비용 지불 시스템은 신중하게 설계되어 보건의료 서비스가 인구집단 건강을 증진하는 접근 방식으로 진행되도록 인센티브를 보장할 수 있어야 한다고 한다. 보건의료 인력을 포함한 변화의 다른 요인들과 함께 체계적이고 포괄적인 접근 방식을 지향하는 조직문화 또한 중요한 역할을 할 것으로 생각되고 있다.

□ “사람중심 보건의료”를 장기요양 서비스의 접근 방식

여러 나라에서 노령화에 따라 장기요양시설이 확장되어 보건의료 서비스 공급 네트워크의 필수적인 한 축을 형성하고 있다. 이에 이러한 이용자를 위한 보건의료의 연속성을 보장하기 위한 관리와 타 보건의료 서비스와의 연계조정이 필요하다. 또한 장기요양의 서비스의 질과 안전성에 대한 일상적인 모니터링과 보고 체계가 필요하다.

최근에는 이용자의 존엄성과 사회성의 유지를 위해 장기요양이 필요한 사람에게 그들이 생활해온 지역사회와 자택에서 서비스를 받을 수 있도록 장려하는 추세이다. 이에 필요한 재가요양에서는 ‘사람중심의 통합 보건의료’의 목표 달성을 위해 다음과 같은 사항이 필요한 것으로 나타나고 있다. 재가요양을 통해 환자의 병원 진료와 장기요양 사이에 해당하는 과도기적 보건의료 서비스의 욕구의 해결을 위한 서비스 계획 설정과 이의 실현을 위한 ‘환자 건강관리 계획’에 통합된 장기요양 서비스의 제공, 다른 보건의료 서비스 제공자와의 협력과 조정, 시설요양과 마찬가지로 재가요양 서비스의 질과 안전에 대한 모니터링과 관리감독 체계가 필요하다. 재가요양 이용자와 이들의 보호자가 필요시 스스로 관리할 수 있는 전략과 이에 대한 적절한 보상 체계와 이에 대한 권한의 부여가 필요한 것으로 나타난다.

□ 보건의료체계의 재배치와 조정의 어려움

노령화 및 이에 따른 사회 환경의 변화에 따라 보건의료 서비스의 재배치와 조정을 통한 혁신적인 변화가 필요하다. 그러나 보건의료 서비스의 재배치 및 조정의 이상적인 모델인 ‘사람중심 통합 보건의료’를 위한 재배치에 많은 어려움과 장벽에 직면해 있다. 한편 이러한 연계 통합 및 재배치의 과정에서 고도로 숙련된 보건의료 전문가 및 관련 서비스의 제공자의 자율성을 위협하고, 보건의료 체계 내에서 그들의 역할과 정체성에 의문을 제기하고, 보건의료 분야

의 이해집단 간에 갈등 요인으로 나타날 가능성이 있다(World Health Organization, 2015).

노령화에 따라 급증하는 보건의료 비용지출과 복잡한 보건의료 욕구를 갖는 인구가 급격히 늘어나고 있다. 현재 많은 나라에서 병원과 전문의 및 요양시설에 상당부분 의존하는 보건의료 체계의 틀은 이러한 인구학적 사회경제적 변화에서 발생하는 보건의료 욕구를 적절하게 수용하기 힘든 상황이 발생하고 있다. 이에 환자나 이용자 개개인의 총체적인 보건의료 욕구와 필요를 이해하고 이를 고려하며 지역사회 수준에서 보건의료 전문가와 종사자들로 구성된 팀을 기반으로 하는 모델로 ‘보건의료 체계’가 전환되어 보다 포괄적이고 통합/연계된 서비스를 효율적으로 제공해야 한다는 점에 대부분 공감하고 있다

이에 제시되고 있는 ‘사람중심의 통합 보건의료 서비스’의 접근법은 단지 한 형태의 의료를 다른 형태로 대체하는 것에 국한한 것이 아니라 일반의와 전문의 사이의 혹은 보건의료 일반 종사자와 전문가 사이의, 그리고 1차의료와 병원 기반의 의료 사이에 적정하고 올바른 균형을 찾는데 있는 것으로 나타난다. 한편 이들 각각이 보건의료 생태계에서 중요한 역할을 하고 있다는 것을 인식하는 것이 중요하다. 사람 중심의 통합 보건의료 서비스는 그 목적을 달성하기 위해 서로 다른 수준의 케어 사이에서 효과적인 조정이 필요하나, 이를 실현하기 위해 다음과 같은 어려움이 제시되고 있다(표 7).

표 7. ‘사람중심 통합보건의료’의 실현의 어려움

출처: World Health Organization, 2015

보건의료 유형 (이해관계자)	‘사람중심 통합 보건의료’을 실현에 대한 방해요인 및 개선요소
병원 (2, 3차병원)	- 보건의료체계에서 예산 할당과 자원소비 측면에서 “우점” - 긴 대기자 명단과 낮은 접근성 - 부적절한 입원(사회적입원 등) 및 높은 재입원을 (입원 환자 중심) - 타 보건의료 서비스 제공자와 미흡한 협력과 조정 - 관리자의 운영관리 역량이 부족 - 인력 효율 저하, 종사자의 낮은 근속율 - 보건의료 결과에 대한 책임과 책무의 부재 - 고비용 및 높은 부채
1차병원	- 미흡한 정보와 할당된 인구집단이 없음 - 의료 결과에 대한 책무가 없음 - 제한된 서비스로 인해 발생하는 낮은 접근성 - 질병 치유위주의 치료 및 진료 - 2차 및 3차병원으로 우회를 초래하는 낮은 수준의 서비스 및 능력 - 부적절한 이송 및 이환 시스템 및 다른 의료기관과의 빈약한 협력 - 다분야의 전문인력으로 구성된 팀의 부족(부재) - 낮은 공동체 참여와 타 보건의료 분야 간 협력
시설요양	- 만성적, 장기 및 생애 말기를 위한 안전하고 양질의 서비스 부족 및 적절한 자원과 인프라의 부족 - 가정(방문)간호를 포함한 다른 요양 급여 제공자와의 약한 협력 - 보건의료 결과에 대한 책무 부재
재가요양 (비공식 돌봄 포함)	- 품질 및 안전 관리의 어려움과 또는 미흡 - 다른 돌봄 제공자 및 비공식 보호자와의 빈약한 협력 - 환자 및 가족의 보건의료과정 개입 부족 - 정당한 보상을 받지 못하는 가족(비공식 돌봄)에 대한 부담

3) 각 나라 상황에서의 ‘사람중심 통합 보건의료’

‘사람중심 통합 보건의료’는 모든 국가에서 보건의료 체계를 강화하는 접근 방법으로 사용될 수 있다. 이를 통해 모든 사람의 경제적, 사회적 및 문화적 권리를 보편적인 수준으로 향상시키며 보건 및 건강 수준 역시 기준 이상으로 향상시킬 수 있다고 한다. 세계 여러 국가에서 ‘사람중심 통합 보건의료체계’는 각 나라의 다양한 사회 경제적, 문화적, 지리적, 정치적 및 보건의료체계의 현실과 상황에 맞게 적용되어야 한다. 다음은 각 국가의 경제적 소득에서 직면하는 ‘사람중심 통합 보건의료체계’의 개발을 위한 문제점들에 대한 기술한다.

□ 저소득 및 취약한 상황의 국가

저소득 국가는 공공 서비스에 대한 접근이 어려운 문제, 보건의료 인력의 부족 등에 직면해 있다. 특히 벽촌과 농촌 지역에서 가장 많이 나타나며, 인구집단 간에 기본적인 보건의료 서비스에 대한 접근이 상당히 불평등한 경우가 많다. 이러한 국가들에서 정부는 보건의료 서비스 공급자에 대한 정보가 부족하며 이들에 대한 규제 권한이 거의 없다(Bennett S & et al, 2014). 이러한 환경에서 사람들은 질이 낮거나 편차가 큰 보건의료 서비스를 받거나, 대부분 가족으로부터 비공식 돌봄을 받는다.

그나마도 보건의료 시설의 업무 시간은 제한적이고 치료를 받기 위해 대기하는 기간은 길다. 한편 보건의료 종사자가 고용되어있는 환경(열악한 물리적 환경, 빈약한 관리감독, 저임금 및 지역 사회에 대한 책무 제한 등)이 많은 문제의 원인이 되고 있다. 보건의료 기관 간의 환자 이송이나 위탁 시스템 역시 취약하며, 이에 대한 공식적인 지침이 있는 경우에도 보건의료 종사자는 이러한 권장 사항을 준수하지 않을 수 있으며, 비공식적인 위탁 및 이송 시스템에 더 의존한다(Nakahara S & et al, 2010). 많은 저소득 국가에서는 보건의료에 대한 지원과 개발을 위해 특정한 파트너(후원 국가 또는 기관 및 단체)로부터 조성된 기금을 주로 사용한다. 이러한 기금은 대부분 수직 지향적인 보건의료 서비스를 지원하기 위해 사용되며, 이는 ‘사람중심의 통합 보건의료체계’의 구축에는 기여하기 힘들다(Mussa AH & et al, 2013).

전쟁 및 분쟁 등으로 불안정한 상황에 있는 국가는 수년간의 방치 및 붕괴된 보건의료 체계로 인한 외상 또는 만성적 정신건강의 문제를 안고 있다(Newbrander W & et al, 2011; Bornemisza O & et al, 2010). 효과적인 보건의료 서비스 제공을 위한 기본 토대가 붕괴되어 보건의료 시설은 폐쇄고 보건의료 종사자는 분쟁 지역을 떠났을 수 있다. 갈등과 폭력에 취약한 국가는 특히 불평등이라는 측면에서 심각한 문제가 있다. 제한된 자원 환경에서 갈등이 발생하면 보건의료 서비스가 특히 취약해질 수 있다. 분쟁 후에 가장 큰 관심사 중 하나는 정신 건강에 문제 있는 사람들을 지원할 여력이 있는가 하는 문제와, 어린이들에게 영향을 줄 수 있는 문제라고 이야기 한다. 갈등과 분쟁 상황에 살고 있는 지역사회 기반의 보건의료 종사자들의 정신 건강에 대한 우려도 있다. 또한 이런 국가와 지역에서는 보건의료 종사자의 모집, 유지, 분배 및 관리도 중요한 과제이다(Macrae J & et al, 1996; Pavignani E & Vio F, 2003; Witter S & et al

, 2011). 정부는 전쟁이나 분쟁 후 짧은 기간 동안 보건의료 체계를 신속하게 정비 확대해야한다는 압력이 있으며, 이는 비정부기구에 서비스를 제공하거나기증자 중심 서비스 또는 집중 형 수직적 프로그램에 의존함으로써 성취 될 수 있다 (Soeters R & Griffiths F, 2003). 이는 접근성을 향상시키는 단기 목표를 달성 할 수는 있지만 분절된 수직적 보건의료 서비스로 정착될 수 있으며, 서비스 통합 및 연계/조정을 촉진하기위한 장기적인 노력을 저해할 수 있다.

소규모 섬으로 이루어진 국가는 또한 의료 서비스 제공과 관련된 특별한 어려움에 직면 할 수 있다. 지리적 요인으로 인해 많은 소규모 섬 국가는 2차 및 3차 의료 시설에 대한 접근성이 부족하며 외부에서 이러한 서비스를 구매해야 한다. 이런 문제는 정제 된 경제와 이들 국가의 대부분이 직면 한 높은 수준의 원조 의존성으로 인해 악화된다. 또한 숙련된 보건의료 인력을 훈련시키고 유지하는 것이 어려울 수 있으며, 지역 인구의 규모가 작으면 전문 교육을 해외에서 수행해야 할 수도 있다. 대조적으로 규모가 큰 연방 정부는 규모의 경제를 활용할 수 있는 충분한 기회를 가지고 있지만 국가 및 주정부 정부의 조치를 취하기가 어렵다는 점을 감안할 때 보건의료 서비스는 더 큰 분열을 겪을 수 있으며, 거버넌스 구조의 중첩은 더 많은 인적 자원 중심의 통합 보건의료 서비스를 계획하고 구현하는 것을 더욱 어렵게 만들 수 있다.

□ 중소득 및 고소득 국가

국가가 부유해짐에 따라 보건의료 서비스에 대한 지리적 접근 등의 기본 문제 중 많은 부분이 해결 되며 보건의료 인력 및 보건 인프라의 전반적인 공급이 향상된다. 그러나 부유한 지역과 덜 풍요로운 지역(Liu S & Griffiths SM, 2011), 도시 거주자와 이주 노동자 사이에서와 같이 보건의료 서비스에 접근에 상당한 차이가 나타나고 있다(Meng Q & et al, 2012).

중소득국가의 역동적인 경제 개발로 급속한 사회 변화가 일어나며, 만성 의 비전염성 질환의 증가에 따른 부담은 보건의료의 품질과 기술을 향상시킬 필요를 야기한다. 만성 질환, 특히 복합적 중증질환의 일반적으로 급성 질환을 케어하는 방법으로는 효과적으로 치료가 것이 어렵다. 그리고 보건의료 서비스의 재배치가 필요해 진다. 중앙 및 남아메리카에서 당뇨병에 대한 보건의료 실태를 종합 한 결과, “다양한 사회 경제적 문제로 인해 권장하는 보건의료학적 목표를 달성하지 못하고 있다(Mudaliar U & et al, 2013).”

많은 신흥 경제국의 경우, 보건의료의 지침과 경로가 아직 확립되지 않은 상태이다. 또한 보건의료의 관리 규제 메커니즘이 취약하며 표준 이하 또는 저질의 약품과 미진하게 훈련된 보건의료 종사자도 이런 문제의 요인이다(Nayyar GML & et al, 2012; Bate R & et al, 2013). 도시화되고 경제 및 교육 수준이 높아짐에 따라 사람들은 더 높은 수준의 보살핌을 갈망 한다(Chang J & et al, 2008). 보건의료 서비스에 대한 기대가 높아지면서 병원이 더 우수하다고 생각하여 사람들이 1차의료 시설을 우회할 수 있다. 또한 공공 부문이 늘어나는 수요와 기대를 따라 잡기 위해 확장하는 동안, 민간 보건의료 부문이 급격히 성장할 수 있다(Pocock NS & Phua KH, 2011). 통제되지 않은 민간 부문의 성장은 한정된 보건의료 자원을 공공의 테두리에서 벗어나게 하여 보건의료의 불평등을 악화시킬 수 있다. 도시화는 또한 사회 구조를 혼란시킬 수 있으며, 보건의료 서비스에 관한 의사결정에서 커뮤니티에 참여 시키거나 환자와 공급자 간의 긴밀한 관계를 유지하는 것을 어렵게 만든다. 이러한 보건의료 서비스의 결과에 대한 증거는 최근 많은 신흥 경제국에서 나타난다.

신흥 경제국은 이전에 해왔던 것보다 보건의료 서비스에 더 많은 투자를 할 수 있는 반면, 소비자의 기대치와 욕구 상승과 인구 고령화는 의료비용에 상당한 압력을 가하기 때문에 이러한 중소득 국가들로 하여금 어느 정도의 비용을 지출해야 하는지 고려하며(Tang S & et al, 2012), 이에 1차의료 시설 및 서비스의 보급 확대 및 보건의료 시설 및 기관간의 이송 및 위탁 시스템의 강화에 대한 관심지고 투자가 필요하다.

대부분의 고소득의 선진국에서는 보건의료 서비스의 접근에 대한 기본적인 인프라와 문제가 해결되어 있다. 그러나 중소득의 신흥 경제국과 마찬가지로 보건의료 서비스의 불평등이 여전히 남아 있다(WHO Regional Office for Europe, 2012). 또한 농촌이나 산간벽지에 살고 있는 사람들에게 양질의 서비스에 대한 접근성을 확보하는데 어려움이 있을 수 있으며 부유한 사람들과의 보건의료 서비스 접근 기회의 불균형이 여전하다(Suhrcke M & Stuckler D, 2012).

고소득 국가에서 이환율과 사망률의 최대 부담은 비감염성 만성질환에 기인한다. 이러한 만성병은 치료가 복잡하고 되고 의료비용이 많이 든다(Schoen C & et al, 2011; Burgers JS & et al, 2010). 선진국에서 이러한 의료 욕구를 가진 사람들을 대상으로 실시한 조사에서는 보건의료 서비스 간의 연계와 조정에 상당한 격차가 있는 것으로 나타난다. 또한 복합적인 만성 질환을 앓고 있는 많은

사람들은 사회 복지, 주택, 고용, 가족 복지 및 장애 지원 프로그램과 같은 다른 서비스와의 연계와 조화를 필요로 한다. 비전염성 만성질환의 예방은 다른 분야와의 긴밀한 협력을 필요로 한다. 여전히 많은 고소득 국가의 정부는 부문 간에 이러한 서비스를 조정할 준비가 되어 있지 않다. 따라서 질병관리 프로그램이 일반 보건의료 서비스에 통합되지 못하거나 서비스 제공자간에 정보 흐름이 원활하지 않아 서비스 통합 및 조정이 문제가 되는 경우가 있다.

□ 각 국가의 상황에 맞는 보건의료체계 모델의 개발

사람들 중심의 통합 보건의료 서비스는 대부분의 국가에서 고려하고 있는 사항이지만, 나라별 통합 보건의료 시스템을 적용한 경험에서 도출된 증거들은 ‘사람중심 통합 보건의료체계’는 ‘한 가지 모델’이 없음을 시사한다(Curry N & Ham C, 2010). 실제로 사람 중심의 통합 보건의료적 접근법은 상황에 따라 다양한 보건의료 시스템의 문제를 해결할 수 있는 효과적인 전략으로써 여러 국가와 지역에서 채택되어 왔다.

‘사람중심 통합 보건의료’는 보건의료 서비스 제공의 새로운 모델이기 보다는, 이는 보건의료 서비스에 사람들의 접근성을 향상시키고 보편적 보건의료의 보장을 장려하는 전략을 지원하고 개선하는데 도움이 되는 서비스 설계의 원칙으로, 지역 사회 중심의 보살핌을 장려하는 데 사용된다. 그러나 이 과정은 보건의료체계의 재원의 지원, 관리 및 제공되는 방식의 변화를 의미하기 때문에 다양한 저항 세력의 대응이 있을 수 있고, 따라서 이러한 사람 중심의 통합 보건의료의 원칙을 적용하는 것은 나라 상황과 환경에 따라 매우 어려울 수 있다.

2. 네덜란드 통합보건의료 ‘Samen werken’⁷⁶⁾

고령화와 만성질환자의 증가로 향후 보건의료의 수요가 급격히 증가할 것으로 예상된다. 이와 함께 보건의료 서비스 수요의 종류와 성격도 변화하고 있다. 질병이 있는 상태에서도 오래 살 수 있으며, 자신이 속한 지역과 환경에서 관계를 유지하며 건강상태와 기능이 악화되지 않게 유지하는 보건의료 서비스와 방법들에 대한 관심이 증가하고 있다. 이러한 변화하는 사회적 환경에서 현실

76) 출처: ‘Drewes HW & et al., 2015’ 의 내용을 바탕으로 작성함

사회와 정책 양쪽이 보건의료 체계를 보다 지속가능하며 미래 지향적으로 만들 수 있는 방법을 찾고 있다.

이에 네덜란드 보건복지스포츠부는 2013년 인구집단의 향상된 건강과 보건의료 서비스의 질 개선 및 비용의 관리의 ‘Triple Aim’⁷⁷⁾을 달성하기 위해 전국에서 9개의 지역을 ‘시범사업의 지역(proeftuin; test garden)’로 지정했다.⁷⁸⁾ 이러한 시범사업에서 보건의료의 치료, 예방, 돌봄(수발 및 간병) 및 복지에 관련된 참여자들은 건강보험회사와 함께 지역의 보건의료 분야의 협력과 조정을 개선하고, 불필요한 보건의료 중복과 과잉을 없애고, 미래지향적이고 지속 가능한 보건의료로 대체하려는 노력을 해왔다. 이를 위해 참여자들의 공동의 계획을 세우고 통합 연계된 효율적 보건의료 및 복지적 개입을 시도했다.

특히 시범사업의 현장에서 각각의 다양한 참여기관과 참여자는 지속 가능한 보건의료로의 전환을 위한 촉매이다. 이러한 전환은 참여자의 행동 변화와 문화 및 기존의 조직구조의 변화를 필요로 하는 사회구조적 변화다. 대부분의 시험사업에서 보건의료와 관련된 개입과 중재 외에도 ‘전제 조건’의 형태의 개입도 시행되어 이러한 구조적 전환에 기여했다. 이러한 전제조건은 예로는 다양한 보건의료 서비스 제공자의 ICT인프라를 연결하고, 제공자들과 참여자들에게 새로운 역할을 재배치 형성하며 예방과 돌봄 및 지원 등을 위한 혁신적인 재원마련 방법을 개발함으로써 시범사업의 목표 실현을 위한 기반을 강화하는 것이 포함 된다고 한다. 네덜란드에서도 최근까지 보건의료와 관련된 중재(개입 및 치료)는 주로 의약품 및 효율적인 처방과 같은 의료와 진료 및 치료의 영역에만 국한되어 왔으며 예방과 복지 또는 보건의료와 타 분야 간의 통합과 연계에 주안점을 두지 않았다고 이야기 한다.

“보건의료의 질과 비용의 개선을 통한 지속가능한 보건의료 체계 마련”

지속 가능한 보건의료는 시범사업의 이상적이고 궁극적인 공통의 목표이다. 이러한 목표는 주로 보건의료의 질과 및 의료비용의 문제에서 출발하며, 실제로 인구집단 중심의 보건의료 관리와 개선을 기반으로 한 접근방식은 네덜란드에서도 아직 초기단계이다. 이는 각 보건의료 기관이나 조직들의 이해관

77) IHI(Institute for Health Care Improvement)이 2007년 고안한 개념으로, 보건의료의 개입이나 정책의 결과측정을 위해 환자나 인구집단의 보건의료 경험개선, 의료비용의 절감, 건강향상을 중심으로 한 프레임이다.

78) 네덜란드의 지역중심 통합 보건의료 시범사업 ‘Samen Werken(Working together)’는 모두 9곳에서 진행되고 있으며, 이들은 보건의료 시장에서의 점유율, 지역 참여기관의 동기와 이들 지역의 보건의료 시장 점유율, 참여자들의 동기 및 보건의료 협력 및 혁신 분야에서의 역사를 기반으로 건강보험회사들에 의해 선정되었다.

계와 깊은 관련이 있는 것으로 나타난다. 네덜란드에서도 이러한 각각의 보건의료 조직과 당사자들의 이해관계는 시범사업의 일반적이고 공통적인 목표에 완전히 포함하거나 더해지지 않은 상태이며, 한편 이는 시범사업의 각 지역별 인구 집단의 욕구와 참여기관들의 관심사항에 따라 달라질 수 있는 문제라고도 한다.

네덜란드는 이러한 시범사업을 통해 각 지역별 참여기관과 이해관계자들의 다양한 욕구를 반영하고, 공통의 목표와 지역별 참여자를 아우르는 최적의 지속 가능한 보건의료는 그 기능적인 측면과 시민 스스로의 조정력을 유지하는 방향으로 나아가고, 그 결과 보건의료에서 예방은 보건의료 체계의 주요 구성 요소가 되고, 보건의료 비용은 의학적인 측면보다는 사회적 관점을 보다 많이 포함하게 하고자 시범사업을 수행해왔다.

1) 'Samen Werken'의 설계와 조직 및 현황

□ 'Samen Werken'의 조직과 구성

시범사업은 운영그룹, 프로젝트그룹 또는 워킹그룹으로 구성되어 있으며 9개 시범사업 지역은 각각 4개에서 40여개의 보건의료 관련 단체와 기관이 참여하고 있다. 이러한 조직은 ‘시민과 환자(Zorgbelang)’⁷⁹⁾, 지방자치단체, 보건의료 서비스 제공자(케어그룹, 병원, 장기요양기관 등), 건강보험회사 등으로 구성된 통합 보건의료의 제공을 위한 네트워크이다(그림 10). 이들 시범사업의 조직은 행정 또는 관리운영 계층과 실시(실행) 계층으로 나뉘어 있다(그림 10). 관리운영 계층은 대부분의 시범사업의 지역에서 운영그룹과 일상 관리부서에 의해 관리운영 된다. 실행 계층은 워킹그룹(재정이나 정보화 ICT와 같은 참여기관간의 공통적 필요 부분에 대한 개입과 업무: 조건적 전제적 개입)과 프로젝트그룹(보건의료와 관련된 중재와 개입에 초점)으로 구성되어 있다(그림 10).⁸⁰⁾

특히 GP가 주도하는 케어그룹과 2차(상급)의료기관인 병원, 건강보험회사는 사실상 시범사업의 모든 지역에서 중심적 역할을 한다. 한 지역을 제외한 시범사업의 모든 지역은 프로젝트그룹과 의사 결정기구로써 운영그룹을 운영하고 있다.

79) 시범사업 9개 지역 중 7지역에서 Zorgbelang은 시민을 대표하는 유관단체이다.

80) 현재 시범사업의 모든 지역에는 별도의 감독 계층은 없다. 시범사업의 한 지역에서만 이러한 기능을 갖는 자문위원회가 있다. 시범사업의 제무 및 거버넌스를 체계적으로 조직하기 위해 여러 지역에서 재단 또는 법인이나 조합을 설립한다.

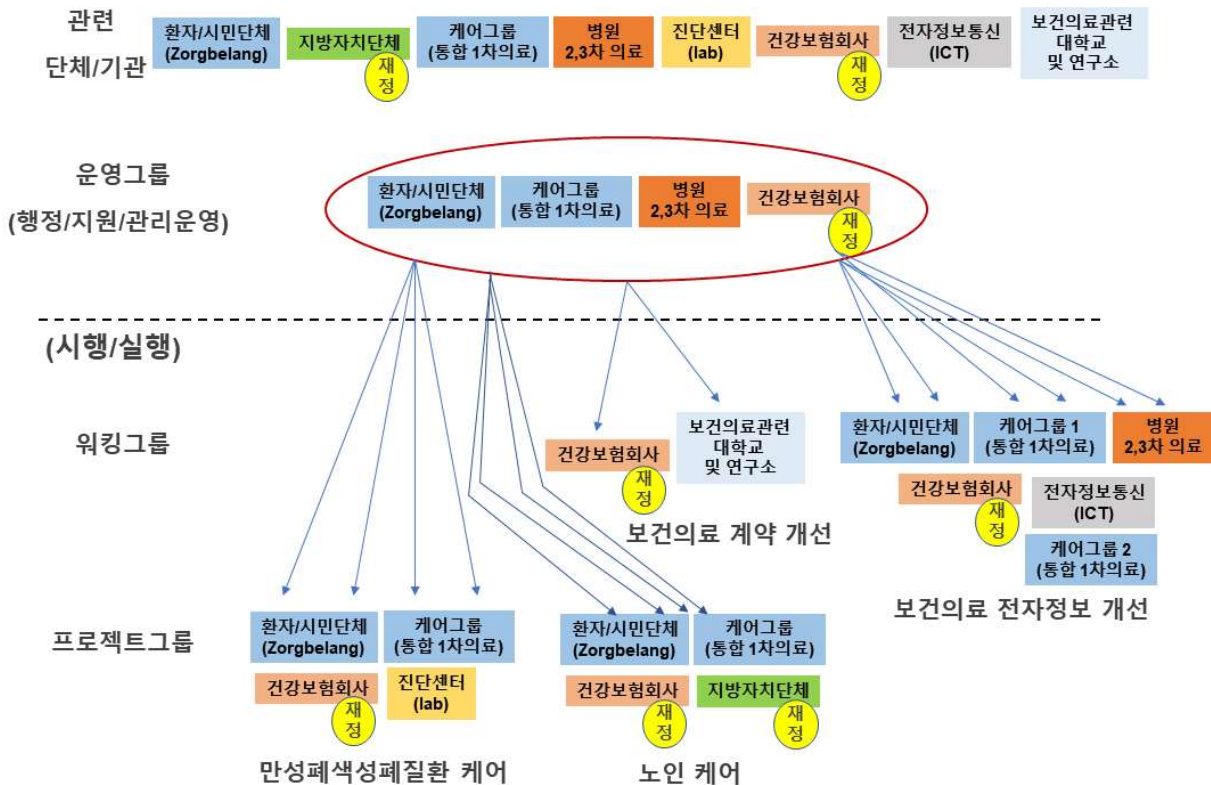


그림 10. 네덜란드 통합 보건의료 시범사업 ‘Samen Werken’의 구성요소와 체계

출처: Drewes HW & et al, 2015

□ ‘Samen Werken’의 관리운영

각 시범사업의 지역마다 운영그룹(위원회)은 그 크기가 매우 다양하여 4개(시범사업 PELGRIM)에서 25개(시범사업 GoedLeven)의 참여 단체나 기관으로 이루어져 있다. 시범사업의 운영그룹은 의사 결정기구이며 전략의 개발 및 모니터링을 주관 한다. 이 때 시범사업의 지역 참여기관들 간에 합의된 틀 안에서 의사결정을 한다. 운영그룹의 하부에 소규모 단위의 부서에서 시범사업 내의 개별 프로그램에 대한 일상적인 관리 또는 행정적 협력 구조를 책임진다. 개별적인 운영그룹이 없는 시범사업의 한 지역인 ‘Friesland Voorop’은 건강보험회사가 다른 참여기관 3방향의 컨설턴트(건강보험회사-병원, 건강보험 회사-일반개업의 및 보험회사-자방자치단체)를 통해 행정적 운영그룹의 역할을 한다. 이 때 케어 그룹의 GP, 병원, 건강보험회사는 사실상 대부분의 시범사업 지역에서 지침을 마련하는 등의 운영에 핵심 역할을 한다.

시범사업에서 워킹그룹은 주로 정보화관련 ICT, 계약과 재정 혁신, 커뮤니케이션 및 모니터링과 관련된 계획 업무를 수행 제공한다. 한편 각각 지역의

시험사업에는 ‘Triple Aim’을 위한 특정 분야에 혁신적인 보건의료 개입(중재)의 개발 및 이의 시행을 보장하는 2개에서 9개의 프로젝트그룹을 두고 있다. 이러한 프로젝트그룹의 구성원은 그룹의 주제에 따라 다르다. 이 집행 기관의 구성은 주제에 따라 다르다. 운영그룹의 구성원이 반드시 모든 프로젝트에 참여하지는 않는다. 다만 네덜란드 지역의 1차의료기관인 GP(일반의 또는 주치의)와 지역을 대표하는 건강보험회사는 사실상 모든 프로젝트에 참여하고 있다. 워킹 그룹 및 프로젝트그룹에 참여한 참여기관과 참가자는 개략적으로 다음의 그림과 같다 (그림 10).

시험사업의 각 프로젝트에는 대략 한명의 ‘프로그램 매니저(program manager)’가 있다.⁸¹⁾⁸²⁾ 대부분의 시험사업 지역에서 보건의료 관련 중재와 개입은 효율적인 의약품의 처방이나 1.5차의료 또는 대체의료와 같은 영역에 제한되었으며, 예방 및 복지 분야는 아직 미진한 상태이다. 따라서 이들은 시험사업의 재원은 주로 건강보험(ZVW)에서 자금을 조달한다. 이러한 상황에서 혁신적인 재정적 인센티브가 보건의료 서비스 제공자의 행동 변화를 실현하고 그에 따라 보건의료 서비스의 질과 효율성을 높이기 위해 도입되었다.

□ 시험사업의 보건의료 관련 중재/개입 “대체, 통합 및 자기 관리에 중점”

프로젝트그룹에 의해 시행되는 보건의료 중재는 주로 진료나 치료의⁸³⁾ 영역에 초점을 맞춰져 있고, 예방과 복지(웰빙)에 대한 관심은 상대적으로 적은 상황이다(2015년 기준). 이러한 중재는 대부분 의약품과 약국관련 분야에서 시작되었다. 한편 보건의료와 관련된 개입은 주로 대체 의료를 포함하며 통합 케어 개입과 자기관리를 촉진하기위한 개입이 뒤를 이어 진행되고 있다. 표8은 시험사업의 9개 지역들이 2015년에 시행하거나 이행하고자하는 보건의료 개입을 보여준다.

대체 의료의 일종인 1.5차의료(anderhalvelijnszorg)⁸⁴⁾ 프로젝트는 주로 2차

81) 이들 시험사업의 프로그램의 관리를 위한 인원에 대한 재원은 ROS 또는 RVVZ기금에서 마련된다.

82) ROS(Regionale ondersteunings structuur; Regional support structure)는 1차의료 강화를 위한 네덜란드 지역 네트워크로써 15곳이 있으며 보건의료의 혁신과 인구집단 건강을 위한 지원을 한다. RVVZ(Reserves Voormalige Vrijwillige Ziekenfondsverzekeringen; Reserves of Former Voluntary Insurance Funds)는 2006년 네덜란드 건강보험 개혁 이전의 건강보험 기금을 의미하는 것으로 생각된다.

83) 여기서 케어는 치료나 진료와 같은 의료행위나 재가요양 및 시설요양과 같은 수발을 의미하는 것으로 생각된다.

84) 1차의료와 2차의료의 장점을 취한 의료로 1.5차의료로 해석 가능, 복잡하거나 만성질환에 대한 1차의료와 2차의료의 경계에 해당하는 보건의료를 담당하며, 1.5차 의료는 1차의료의 접근성과 2차의료의 전문성을 결합한 형태의 대체의료로 보건의료를 비효율적으로 지속가능하게 할 수 있는 방법임. 이런 1.5차의료의 출현한 이유는 2차의료와 보다 저렴하지만 접근성이 좋고 질적으로 동등한 진료가 필요하기 때문. 예를 들어, 네덜란드에서 정신건강이나 만성질환에 대한 의료가 병원에서 GP 진료(케어그룹)로 이동하고 있고, 심장 전문의나 피부과 전문의와 같은 의사를 또한 이를 위해 GP와 협업하는 것이 일반적인 형태로 나타나고 있다. 또한 일반 GP의 일반적 진료보다 더 많은 치료 옵션이 갖춘 종합전문센터에서 1.5차의료의 수용 될 수 있다.

의료에서 1차의료로의 대체와 전문의의 진료나 치료를 일반의로 대체하는 것에 관한 것이다. 통합케어 중재는 기존의 만성질환 치료 모듈의 개선뿐 아니라 예를 들어 입원 및 중복된 절차를 보다 효율적으로 구성하며 허약한 노인들을 돌보는 것에도 관련이 있다. 자기 관리는 만성질환자가 기능적으로 건강한 행동을 할 수 있다는 인식과 이를 유지하는 능력에 중점을 둔다. 인구집단의 질병 예방을 목표로 한 중재는 9지역 중 3곳에서 수행된다(표 8).

표 8. 'Samen Werken' 각 지역의 보건의료 개입/중재의 형태

출처: Drewes HW & et al, 2015

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
예방									
생활습관 개입			***	***					***
자기관리									
자기 상태 인지	***		***						***
자기 도움 강화				***				***	
통합케어									
허약한 노인		*		*	*	***	***		***
출산 관리		*					***		
GGZ	*						***		
당뇨병				*	*		***	*	
만성폐쇄성폐질환					*		***	*	
VRM					*		***		
기타							***	*	
대체									
약국	***		***	***	*		***	***	***
1.5차의료	***	*		***		***	***	*	
집중과 전문화		*							
진단	***						*	*	
기반과 사전조건 개입									
행동/팀 문화	***	***	***	***			***		
시민 욕구 수집			***	***					*
정보 인프라		***			***				

1. Blauwe Zorg; 2. Friesland Voorop; 3. GoedLeven; 4. Mijn Zorg; 5. PZF regio Rijnland; 6. PELGRIM; 7. SSiZ; 8. SmZ; 9. Vitaal Vechtdal.
 *** 2015년 3월 시행된 보건의료 개입; * 2015년 3월 1일 이후 시행된 보건의료 개입.
 GGZ = 정신 건강 치료; VRM = 혈관 위험 관리

□ 시범사업 프로그램의 거버넌스의 개발

시범사업의 파트너십으로 설계되어 있다. 이는 계약상 합의나 법인 관계가 아닌 여러 참여기관과 참여자의 네트워크이다. 9개의 시범사업 프로그램 참여 지역 중 7지역은 시범사업의 운영을 위한 프로그램 매니저가 있다. 이들 운

영자는 주로 각 지역의 ‘지역 지원체 ROS(Regionale Ondersteuningsstructuur, Regional Support Structures)’⁸⁵⁾나 RVVZ(het fonds Reserves Voormalige Vrijwillige Ziekenfondsverzekering)⁸⁶⁾의 기금을 통해 지원된다. 그러나 프로그램 매니저가 없는 시범사업 지역의 운영그룹의 구성원은 그러한 인력을 실제로 지원하고 있다.

단지 시범사업에서 1지역만이 관리 감독 역할을 하는 자문그룹이 있다. 이는 관리감독과 자문이 시범사업에서 제한적임을 나타낸다. 이에 상대적으로 많은 시범사업의 참여자들이 의사결정 과정에서 다양한 경험을 하게 되며 이들 중 일부는 느리고 좌절감을 주는 의사결정 과정을 경험하는 것으로 나타났다. 따라서 시범사업에서는 여전히 관련 최적화된 의사결정과 관리 명령 체계를 찾아가고 있다.

시범사업 지역 3곳에서 1.5차의료(anderhalvelijnszorg)의 프로그램을 위해 법인이 도입되었다. 그러나 이러한 법인의 도입을 통해서도 프로그램 내의 모든 참가자에 대한 명확한 재정적 인센티브가 부족하기 때문에 ‘Triple Aim’을 얼마나 달성 할 수 있는지에 대해서는 분명하지 않은 상황이라고 한다. 또한 시범사업의 몇몇 지역 프로그램에서는 시범사업의 재정과 거버넌스를 조직하기 위한 재단이나 조합을 설립하기 위해 노력하고 있다. 향후에 네덜란드에서 이러한 새로운 형태의 법인은 기존의 전통적인 보건의료의 서비스에 추가하여 다양한 개혁과 혁신 단계에 있는 시범사업 등을 구현하면서 재정적인 부분도 감당할 수 있을 것으로 생각되고 있다.

2) 시범사업의 재정

□ 시범사업 관리를 위한 ‘ROS 및 RVVZ의 기금 재정 지원’

모든 시범사업에는 한명 또는 두 명의 프로그램 관리자가 있으며, 이들은 주로 독립적으로 일하거나 ROS에 고용되며, ROS 및 RVVZ기금에서 이들에 대한 재원이 마련된다(표 9 참조). Friesland Voorop, PELGRIM과 Vitalal Vechtdal에서 시범사업 프로그램 관리는 참여 의료기관, 건강보험회사, 케어그룹 및 병원 중 한 곳에 배정된다.

85) ROS는 네덜란드 15개 지역의 네트워크로 1차의료를 강화하고 보건의료 혁신을 촉진하기 위한 지역지원 조직으로 합리적이고 경제적인 보건의료를 가정에 제공하는 것이 목표. 2015년 보건복지체육부에 의해 설립되어 정부에서 재원을 지원 받으며, 보건의료기관과 조직에 변화와 개혁에 대한 자문과 감독 안내역할, 건강보험회사(보험자)는 가입자 1인당 ROS에 대한 비용을 지급함. ROS는 지역의 보건의료 분야 파트너, 지방자치단체, 건강보험회사, 환자조직, 지식기관 등과 적극적으로 협력함

86) RVVZ는 건강보험갱신 기금으로 지역사회的人们이 스스로 관리하며 건강을 유지 및 회복하고 비공식 케어의 새로운 형태와 지역의 보건의료 개혁을 지원해 주는 기금임

표 9. 각 시범사업 지역에 프로그램관리자 재원

출처: Drewes HW & et al, 2015

시범사업 지역	프로그램 관리 운영 자금
Blauwe Zorg	독립적 프로그램관리자(0.4fte), RVVZ기금 VGZ(건강보험회사)에 의해 재원 마련
Friesland Voorop	DFZ(건강보험회사)로부터 프로그램 관리 재정 마련
Goedleven	독립적 프로그램 관리자(0.6fte), ROS에서 재원 마련
Mijn Zorg	프로그램 관리자 (0.4fte), ROS에서 재원 마련
PZF regio Rijnland	두 명의 프로그램관리자(각각 0.4fte, 0.2fte), RVVZ와 ROS의 기금 Z&Z(건강보험회사)에 의해 재원마련
PELGRIM	케어그룹의 관리자(0.2fte), 케어그룹과 건강보험회사에 의해 재원마련
SSiZ	독립적 프로그램관리자(0.4fte), RVVZ기금 VGZ(건강보험회사)에 의해 재원 마련
SmZ	두명의 프로그램관리자(모두 0.6fte), 한명은 ROS에 의해 한명은 프로젝트 예산으로 재원마련
Vitaal Vechtdal	프로젝트 관리(0.5fte)는 In voor Zorg의 지역 코치에 의해 병원이사의 회의 구성원에 의해 지원됨
DFZ = De Friesland Zorgverzekeringen; Z&Z = Zorg en Zekerheid; ROS = Regionale ondersteunings structuur; PZF =Populatiegerichte Zorg en Financiering; SSiZ = Samen Sterk in Zorg; SmZ = Slimmer met Zorg; fte = full time equivalent(실질참여인력); RVVZ = Reserves Vrijwillige ziekenfondsverzekering; 건강보험회사는 Zorgverzekeraars Nederland(ZN) ⁸⁷ 에게 비용을 지불하고, Zorgverzekeraars Nederland는 지역 당 주민 수에 따라 금액을 재분배.	

□ 공공 건강보험법 재정에 의한 보건의료 개입

보건의료 관련 중재의 대부분은 건강보험법(ZVW)에서 지급된다. 이는 예를 들어 4곳의 시범사업 지역에서 수행되고 있는 1.5차의료(anderhalvelijnszorg) 프로젝트에 적용된다. 이 경우 전문의는 1차의료에서 상담을 하거나 2차의료에서 진료를 받아야 하는 환자들과 1차의료의 영역에서 진료를 한다. 이 때 컨설팅 당 받는 금액 비율에 관해 전문의와 합의가 이루어진다. 또한 대부분의 보건의료 관련된 약국, 진단 및 자기관리 분야와 같은 영역은 건강보험법에서 재원이 마련된다.

□ ‘NZa beleidsregel Innovatie(네덜란드 보건당국의 혁신정책)’에 의한 보건의료 중재의 재원 지원

87) Zorgverzekeraars Nederland(ZN)은 네덜란드의 10개건강보험회사(a.s.r., CZ, Eno, DSW, IptiQ, Menzis, VGZ, Zilveren Kruis, Zorg en Zekerheid)의 조정지원 조직이다. 이 조직은 네덜란드 건강보험회사의 목적과 사명을 이행하도록 지원한다. 피보험자에게 보건의료 서비스가 비용효율적이고 접근 가능하게 제공되어 복지를 증진함을 목표로 한다.

여러 보건의료 관련 혁신적인 중재의 재원 마련을 위해서는 혁신정책이 사용되는 경우가 있다. 이 혁신 정책에 따라, 통합 정신건강치료(시범사업 지역 SSiZ) 개입, 출산(Friesland Voorop 및 SSiZ), 생활방식지도(Mijn Zorg) 및 기타 1.5차의료(Blauwe)에 적용된다. 여러 지역의 시범사업에서 통합 보건의료 서비스의 요금 및 이에 필요한 품질 지표의 책정이 진행되고 있으며, 이에 통합 정신건강 치료와 1.5차의료(anderhalvelijnszorg)를 포함한 대체의료 및 출산에서 1차의료와 2차의료의 비율을 책정할 수 있도록 설계한다고 한다. 이러한 체계는 일반적인 건강보험을 통한 자금 조달체계에서는 달성하기 어려우며, 생활방식지도에 대한 지불은 만성질환의 위험이 높은 사람들에 대한 지원 자금의 명목으로 사용되고 있다고 한다.

□ 통합 보건의료의 묶음지불을 위해 도입된 법인

시범사업은 통합 보건의료를 위해 프로젝트 수준에서 법인을 설립의 기반 위에 업무를 한다(표 10 참조). 두 개의 시범사업 지역의 프로젝트(Blauwe Zorg 및 Mijn Zorg)에서 다른 새로운 1.5차의료 센터를 위한 법인이 설립되었다. 지역 시범사업 Blauwe Zorg에서는 케어그룹과 병원이 1.5차의료 센터 법인의 50%씩의 지분을 차지하고 있다. 또한 시범사업 Mijn Zorg에서는 1.5차의료 센터 법인에서 1차의료가 51%의 지분을 점유하고 있다. SSiZ의 경우 시범사업에 VICINO가 생기기 전부터 통합 정신건강관리를 위한 별도의 법인이 설립되어 있었으며, VICINO는 최근 설립했다.

표 10. 시범사업의 법인

출처: Drewes HW & et al, 2015

시범사업 지역	시범사업 내의 통합 법인
Blauwe Zorg	Anderhalvelijnscentrum(1.5차의료센터) (재단; 50% 케어그룹, 50% 병원)
Friesland Voorop	
Goedleven	
Mijn Zorg	Pluspunt (합자회사; 51% 케어그룹 en 49% 병원)
PZF regio Rijnland	
PELGRIM	
SSiZ	VICINO (합자회사; GGZ NHN 및 twee zorggroepen)
SmZ	
Vitaal Vechtdal	
PZF = Populatiegerichte Zorg en Financiering; SSiZ = Samen Sterk in Zorg; SmZ = Slimmer met Zorg; GGZ NHN =geestelijke gezondheidszorg Noord-Holland-Noord.	

□ 보건의료 자원의 효율적 사용과 절감의 장려를 위한 재정적 인센티브

시범사업에서 다양한 재정적 인센티브가 보건의료 비용과 관련한 대체와 비용 절감의 장려를 위해 도입되었다. 의약품의 경우, 보다 저렴한 의약품을 사용해 절감된 금액에 대한 배분방법에 대해 협약 한다(추가설명: 참고 1). 시범사업 지역인 Blauwe Zorg에서 약사는 같은 효과의 저렴한 의약품(generic; 제너릭)으로 전환해 사용할 것을 권장한다. 예로 콜레스테롤 농도를 낮춰주는 약물의 경우 환자 당 고정된 금액을 받는다. 이 때 약사가 보다 많은 환자들에게 동등한 효능의 저렴한 의약품을 사용한다면 보다 많은 의료비용이 절감되는 원리이다.

PELGRIM 지역의 시범사업에서는 환자가 꼭 필요한 경우에만 GP에게 근골격계 전문의로 추천할 것을 장려하여 비용의 보건의료 비용을 절감하도록 한다. Mijn Zorg에서는 지역의 GP가 시범사업의 모든 프로젝트에 참여하도록 권장한다. 이러한 GP의 프로젝트 참여를 통해 네덜란드 정부의 ‘Triple Aim’의 달성을 위한 ‘보건의료 혁신을 위한 신GP 기금(보건복지스포츠부, 2014년)’을 통해 환급을 받을 수 있도록 유도하고 있다.

참고 1. 보건의료 재정의 유형

일반적으로 보건의료 분야에는 다음과 같은 재원 조달 방법이 있다 (Eijkenaar F & Schut D, 2015): 1) 보건의료 서비스 당(fee for service), 2) 환자 1인당 묶음지불 (Bundled

payment/integral funding), 3) 피보험자 1인당 인두세, 4) 급여 또는 기타 예산.

Fee for service는 가장 일반적인 방법이며 상담이나 치료와 같은 보건의료 활동에 대한 건당 지불이다. 묶음지불은 환자에게 보건의료 제공자는 특정 진단에 속하는 일련의 활동 제공에 대한 환자 1인당 정해진 금액을 받는다. 이 때 이러한 묶음지불을 기반으로 한 보건의료 활동은 하나 또는 다수의 제공자가 수행할 수 있다. 예로 당뇨병 환자에게 피보험자 1인당 묶음지불은 1회 지불을 통해 피보험자가 가능한 진단에 따라 광범위하게 발생하는 보건의료 서비스의 비용을 충당하기 위해 한 가지 금액을 지불하는 것이다. 마지막으로, 급여 또는 기타 예산을 통한 자금의 경우, 사전에 설정된 작업에 대한 기간 당 총 금액을 지불하는 방식이다.

이러한 전통적인 방법 외에도, 달성된 결과와 보건의료 결과에 따라 재정적 지원하는 방법에 대한 논의가 최근 활발하게 이루어지고 있다. 이는 보건의료의 '결과' 개념에 따라 보건의료 결과에 따른 재정적 지원이 달라 질 수 있다. 네덜란드의 보건복지스포츠부 장관은 보건의료 결과에 따른 재정을 “의료적 치료의 좋은 결과를 자극하기 위한 자금”으로 품질과 비용의 측면에서 정의한다(VWS, 2013). 또한 1) 양질의 보건의료, 2) 비용에 대한 의식적 행동, 3) 좋은 조정과 효과적 대체, 4) 비용 효율적인 혁신, 5) 효과적인 예방. 이러한 5가지를 적절히 적용하고 촉진할 때 성과기반의 재정 지급이 효율적으로 이루어진다는 연구결과가 있다(Eijkenaar F & Schut D, 2015).

기존의 네 가지 전통적인 형태의 재원에는 이미 적절한 성과적 요소가 포함되어 있다. 예로, 묶음지불은 환자 당 적은 비용으로 치료하면 비용이 절감되기 때문에 이미 성과적 요소를 내포하고 있다. 한편 묶음지불과 같은 통합자금 및 인두세와 같은 방법의 단점은 행위에 대해 더 높은 비용(지급)이 수반되지 않는 한, 제공되는 보건의료 서비스의 품질에 타협하는 인센티브가 포함되어 있다(보건의료의 질이 저하될 우려가 있다). 따라서 특정한 질환에 대해 묶음지불 방식을 사용하는 경우 양질의 보건의료 서비스의 제공을 보장하기 위해 보다 명확한 재정적 인센티브를 부여하여야 한다. 이는 서비스 제공해 의해 나타나는 보건의료 결과 지표에 따라 인센티브를 제공하는 것을 말한다.

마지막으로, 비용 절감을 위한 보건의료 행동 및 효과적인 대체에 대한 인센티브로 이른바 절감공유(shared-saving)에 관한 합의에 관해 시범사업 내에서 많은 논의가 이루어진다. 이는 협약을 통해 환자/피보험자 집단에 대한 예상 의료비를 추정하며, 실제로 낮은 의료비가 사용된다면, 절약된 금액의 일부를 보건의료 서비스 제공자에게 지급한다. 반대로 예측 가능한 보건의료 비용 초과 배분(손실공유)에 대한 합의도 이루어질 수 있다. 성과기반의 지급 외에도 인구기금이라는 용어 또는 인구기반 기금이라는 용어가 있다. 일반적으로 인구기반의 재원 지원은 경계 설정에 있어, 특정 지역이나, 지역의 건강보험회사 및 특정 질병을 기반으로 하는 특정 인구에 대한 보건의료와 관련이 있다. “정의된 인구 (환자 또는 피보험자)를 위한 정의된 형태의 질병에 대한 다분야적 보건의료에 대한 기금”으로 이야기한다(Eijkenaar F & Schut D, 2015).

□ 시범사업의 보건의료 서비스 장기 계약에 관한 문제

시범사업을 통한 건강보험회사와 지자체의 재정 운영과 관련한 경험은 지역과 프로그램(또는 프로젝트)마다 다르며, 운영그룹의 구성원들은 “건강보험회사가 시범사업의 협력 파트너로서의 역할과 보건의료 체계에서 중요한 보건의료 서비스의 구매자로서의 역할 사이의 긴장과 갈등을 경험한다”고 한다. 한편, “건강보험회사의 전통적인 보건의료 서비스 구매방식은 여전히 분절되어 있으나, 시범사업에서는 통합적 방식을 추구하는 이러한 상황 역시 시범사업에서의 긴장과 갈등의 요소가 된다”고 한다.

여러 시범사업의 여러 지역에서 보건의료 서비스 제공자는 프로그램의 운영과 관리를 위해 더 많은 재정적 지원이 필요하며 투자를 하고 목표를 달성하기 위한 다년도의 계약이 필수적이라고 이야기 한다.⁸⁸⁾ 그러나 건강보험회사들은 수입과 지출의 회계가 1년 단위로 정 주기로 정해져 있고, 정부 정책이 1년 주기로 변경되는 보건의료 시스템의 구조로 인하여 병원과 같은 보건의료 서비스 제공자와 다년도 계약을 맺고 투자하는 것이 어려운 현실이다.

이에 시범사업 프로그램의 운영관리와 관련하여, 재정적 인센티브를 위해 케어그룹의 조건 및 보건의료 자원의 재배치 및 조정 활동에 대한 부가가치세 부과 대상범위에 관한 것이 논의되고 있으며, 보건복지스포츠부와 재무부는 이에 대한 해결책을 찾고 있다. 재정적 부분의 명확성은 시범사업의 안정화를 유도하며 참여기관들이 통합 보건의료 혁신에 대한 주저함을 막을 수 있다고 한다.

□ 다양한 자원 조달원으로 부터의 재정마련이 어려움

시범사업 초기에 몇몇 지역들(GoedLeven, Vitaal Vechtdal, Friesland Voorop 및 Blauwe Zorg)은 분절된 보건의료 재정(ZWV, WLZ, WMO)에 의해 많은 계약을 받았다. 시범사업의 프로젝트는 주로 건강보험(ZVW)에 의해 자금이 마련되었다. 이는 약국 또는 네덜란드 1차의료 GP진료/치료와 같은 특정한 하위 분야에만 자금을 조달한다.

시범사업의 프레임인 협력(조정과 통합) 보건의료의 자원마련과 관련하여 각각의 분절된 법(ZWV, WLZ, WMO)에서 발생하는 재정의 흐름을 묶는 다양한 방안이 있다. 예를 들어, Amsterdam Noord에서는 지방자치단체와 건강보험회사 'Achmea'가 공동으로 기금에 투자하여 재원을 마련하여 사용한다. 그리고 Vitaal

88) 시범사업의 운영그룹 구성원들은 “다년간의 계약과 같은 추가적 조건이 마련되지 않고 병원들 간의 협력에 의한 보건의료적 중재와 개입의 범위가 늘어나면 재정적으로 큰 압박을 받을 수 있다”고 이야기 한다.

Vechtdal 내에서 건강보험회사와 지방자치단체는 예방에 투자한다: 이러한 재정(예방을 위한 보험금 형식)은 스포츠클럽을 위한 기금으로 이동하고, 스포츠클럽이 인구집단의 건강증진을 위한 활동을 진행하고, 이에 대한 비용의 지급을 기금에 요청하는 구조이다.

□ 대체적 자원 조달과 프레임의 명확성

네덜란드의 보건의료 체계에는 새로운 형태의 기금을 적용할 수 있는 다양한 방법이 있다. 예로 다수의 시범사업 지역에서는 네덜란드 보건의료당국(NZa)의 혁신정책(de Beleidsregel Innovatie)⁸⁹⁾을 통해 재원을 마련하거나 통합 정신건강 및 출산을 위한 보건의료의 영역의 준비를 통해 재원을 마련하고 있다. 또한, GP 진료 및 다분야 보건의료 서비스 제공을 위한 새로운 자원 조달 체계는 다각적인 재정 지원과 좋은 보건의료 결과에 대한 보상의 범위를 정하고 있다. 많은 건강보험회사들이 보건의료 서비스 공급자와 비용 절감에 대한 보상에 대한 협의를 한다. 이런 비용 절감에 대한 규정과 내용이 현재 시범사업에서 명시되어 있지 않다. 한편 예방 활동과 같은 네덜란드 건강보험의 기본보장에 해당하지 않는 보건의료 행위에 대한 비용 절감에 대한 보상의 정도와 내용 또한 시범사업 운영그룹 구성원 사이에 명확하지 않다.

□ 시범사업 내의 절감공유 협약

절감공유 협약은 운영위원회의 구성원들이 시범사업에 투자를 계속할 동기를 부여할 수 있는 기반으로 간주된다. 시범 사업중 4곳의 지역에서 절감공유의 협약이 이루어졌다. 대부분의 절감공유 협약은 주로 약국과 관련된 프로젝트와 연관이 있다. 지출된 비용이 다른 지역의 추세를 기반으로 기존에 설정한 예상보다 낮으면 절감된 금액을 공유하는 방식이다. 그러나 이러한 절감공유 협약은 여전히 제한된 범위 내에서만 이루어지고 있다.

이에 절감공유의 협약의 가능성에 대한 생각은 여전히 다양하다. 특히 인구집단적 또는 선택적 예방과 같은 네덜란드 건강보험법(ZVW)에서 제외된 활동에 이들을 사용하는 가능성에 대한 논의가 있다. 어떤 사람들은 법 개정이 필요하며 공유절감을 항목에 명기할 것을 기대하고 있으나, 법적 장애가 공유절감협약이 활성화되는 것의 실제 장벽인지의 여부는 생각해볼 여지가 있다고 한다.

89) 네덜란드에서는 보건의료 체계의 혁신을 위한 다양한 시도들이 이루어지고 있다. 그러나 기존의 보건의료 체계에서 자원 마련이 어려운 시범사업이나 혁신제도의 경우 de Beleidsregel Innovatie를 통해 재원을 마련할 수 있다.

한편, 몇몇 보건의료 서비스 제공자들은 비용 절감에 대한 자신감이 없기 때문에 공유절감에 대한 혜택을 받지 못할 것이라고 기대하며, 건강보험회사는 이러한 사항들에 대한 공정한 계산과 평가를 해야 한다고 한다. 시범사업의 프로젝트를 통한 질문들에 대한 답변으로 네덜란드 보건의료당국(NZa)는 보건복지스포츠부의 요청에 따라 회신을 보냈으며, 여기에 보건복지스포츠부는 하원에 보내는 서신에 공유절감 제도 도입의 가능성을 피력하였다고 한다.

3) 시범사업 ‘Samen Werken’을 통한 협업과 경험

□ 시범사업의 도입으로 강화된 협업

병원, 케어그룹, 환자대표, 건강보험회사 및 지방자치단체들은 시범사업의 도입으로 향상된 협력과 보건의료 네트워크를 경험했다고 말한다. 보건의료의 실무자, 전문가 및 건강보험회사가 특정 활동에 대해 서로 더 접촉하고 있으며, 서로 협력이 필요로 할 때 쉽게 협력을 구할 수 있음을 말하고 있다.

그러나 이들의 협력에 대한 경험의 참여자간에 차이가 있는 것으로 나타나고 있다. 병원의 관리 책임자는 시범사업의 협력에 긍정적인 효과를 느끼고 있는 반면, 다른 참여자들 보다는 비교적 덜하다고 말한다. 또한 지방자치단체의 역할은 대부분의 시범사업에서 수동적인 입장인 것으로 인식되며, 역할을 찾는 과정에 있는 것으로 나타난다. 일부 지방자치단체들은 시범사업에 있어 각 참여자들을 어떻게 연결할지에 대한 역할과 가치를 찾았다고 말한다.

□ 시범사업 운영을 위한 간접비(overhead) 조달 방법에 대한 의견

앞서 기술한 것처럼 시범사업의 프로그램 관리와 같은 간접비용은 주로 보건의료 제공자의 자체 자원과 RVVZ 및 ROS의 기금에서 조달되었다. 일부 시범사업의 지역에서는 이러한 프로그램 관리에 사용할 수 있는 예산에 만족하지만, 시범사업의 9개의 지역 중 6개 지역의 보건의료 제공자들은 그들의 자원과 인력의 사용에 대한 재정적 보상이 미흡한 것으로 이야기 되고 있다. 또한 시범사업의 프로그램 관리에 투자되는 자금은 대부분 기존에 이미 할당되어 다른 용도로 사용되어온 RVVZ 및 ROS기금에서 주로 발생한다.

한편 다수의 보건의료 제공자들은 건강보험회사가 이러한 시범사업에 관리비를 포함해 추가의 투자를 거의 하지 않는다고 생각하고 있다. 이에 대해 건강보험회사들은 시범사업의 프로그램 관리에 추가 투자를 하고 있고, 시범사업

의 전체적인 맥락에서 이러한 관리 간접비의 금액을 포함하는 정기적 재원 조달 계약에서 이를 파악 할 수 있다고 한다. 이에 대해 건강보험회사 중 한 곳의 의견은 보건의료 서비스 제공자들에게 시범사업의 동기부여를 하기 위한 비용은 생각만큼 그리 많은 자금이 아니라는 의견을 제시 한다⁹⁰⁾. 한편 몇몇 보건의료 업체의 대표들은 시범사업 프로젝트의 관리에 투자하기 위해 구조적 재무방식 (structural financing)을 도입할 여지를 이야기 한다.

□ 건강보험회사와의 협력에서 구매과정의 복잡성

보험회사와 지방자치단체의 재정적 지원과 관련한 보건의료 서비스 제공자의 경험은 각 시범사업 지역의 건강보험회사와 프로젝트 마다 다르며, 이들 시범사업의 프로젝트를 위한 재정마련에 병목 현상이 있는 것으로 나타난다. 아래 이에 대한 구체적인 인터뷰 내용을 소개한다.

첫째, 건강보험회사가 프로젝트를 위한 재정의 지원을 고려하기 전에 지나치게 까다로운 비즈니스 사례(business case, 일종의 사업계획)를 요구한다. 이러한 비즈니스 사례를 보건의료 서비스 제공자(GP나 병원 담당자)가 작성하는데 시간이 많이 걸리고 필요한 자료를 도출하기가 불가능하거나 의료적 중재가 어떤 금전적 결과로 나타는 지를 예측하기가 쉽지 않다. 이에 시범사업 프로그램의 프로세스가 느려지고 참여자들이 어려움에 처하게 된다. 보건의료 서비스 제공자가 비즈니스 사례에서 이윤창출 또는 부가가치를 도출한 경우에도, 요구되는 비즈니스 사례의 상세 수준이 높기 때문에 여전히 절차의 병목 현상이 나타나며 또한 건강보험회사와 보건의료 서비스 제공자 간의 상호 신뢰를 해치고 있다고 한다.

둘째는 일상적인 계약과 구매절차에 병목이 있다. 특히 이는 보건의료 중재의 실행에 부정적인 영향을 미칠 수 있다(일부 항목에 대해서는 보건의료 서비스 제공자에게 지불되지 않으며, 건강보험회사와 논쟁이 있는 경우가 있다). 이러한 통상적이고 일상적인 구매절차가 시범사업의 참여기관간의 협력관계를 붕괴할 수 있다. 또한 참여자들은 시범사업에서 이상적이고 공통적인 목표를 위해 함께 일하고 있으나, 보건의료 서비스 제공자는 항상 간간한 건강보험회사의 일상적 구매절차에 직면하고 있다. 이것은 건강보험회사가 시범사업의 공동의

90) 시범사업의 보건의료 서비스 제공자(GP, 병원 등)는 건강보험회사가 시범사업의 프로그램 관리 등에 필요한 간접비에 투자를 하고 있지 않고 있다고 생각한다. 여기에 대해 건강보험회사는 이미 시범사업의 전체적인 예산에 반영하고 투자를 하고 있다고 해명하는 상황이다.

목표를 함께 하지 않는다는 느낌을 받는 경우가 종종 벌어진다고 한다.

마지막으로는 앞서 언급된 것처럼 계약이 대부분 1년 단위인 것이다. 이러한 단기간의 재정 주기는 장기간의 목표와 투자가 필요한 시범사업에 갈등과 불편한 긴장을 가져다 줄 수 있다. 이러한 문제는 보건의료 체계에 건강보험에 의해 지불되는 다소 복잡하고 분열된 보건의료 조직과 관련이 있다. 건강보험회사의 재정구조에 따라 보건의료 조직은 일반적으로 약국, GP 및 병원과 전문의 진료와 같은 다양하게 나뉜다. 이러한 분절된 재정 조직으로 인해 보건의료 통합시범사업 중 한 지역에서는 많은 수의 참여기관과 참여자 간의 이해관계가 충돌하여 협업에 있어 개선이 되지 못하고 있다고 한다. 시범사업 중 한 지역에서는 많은 수의 참여기관과 참여자 간의 이해관계가 충돌하여 협업에 있어 개선이 되지 못하고 있는 경우, 시범사업과 통합 보건의료의 공동의 목표를 위한 통합된 서비스를 제공하는 목표를 이루기가 어려울 수 있다고 한다.

4) 시사점과 전망

‘Triple Aim’의 가치를 실현하고, 지속가능하며 효율적이 통합 보건의료의 도입을 위한 나라들은 이러한 네덜란드의 통합 보건의료 시범사업을 보건의료 체계의 전환에 하나의 좋은 본보기가 될 수 있다. 이러한 전환은 사회 전반에 큰 영향을 미치는 구조적 변화이므로 적지 않은 시간이 필요하며, 보건의료 및 사회적 전환의 목표를 실현 하기해 무엇보다 중요한 토대는 협력이다.

협력을 이끌어 내기위해 시범사업의 모든 참여자(보건의료 서비스 제공자 및 건강보험회사 등)의 조직적 이익을 시범사업의 목표와 일치 시키거나 포함하기 위한 다양한 주의와 노력이 필요하다. 구체적이고 상세한 단기, 중기 및 장기 목표의 설정을 통해 기여할 수 있으며, 목표를 수립하는 데 있어 “인구집단의 보건의료 건강의 증진이 중심이 되도록 고려하는 것이 중요하다” 고 한다. 이는 인구집단 수준에서의 보건의료 관리와 개선이 시범사업과 관련된 모든 참여자들의 공통적인 목표의 하나이기 때문이다.

실제적으로는 재정적 인센티브가 시범사업에서 운영하는 프로그램과 조직의 목표와 일치하는 것이 중요하다. 필요한 재원의 마련을 위한 대안적 방법의 개선과 개발이 필요하며, 투명하게 일하는 것은 이들 시범사업에 대한 관심과 지원에 대한 요구에 부합하고 시범사업의 개선을 위한 자료와 내용을 제공할 수 있는 사이클의 유지를 위해 중요한 것으로 나타났다.

3. 네덜란드 1차의료의 묶음지불제도(bundled payment)와 케어그룹

보건의료체계의 재정 안정성과 형평성의 유지를 위해 보건의료 서비스 행위에 대한 수가책정과 지불체계는 매우 중요하다. 이에 보건의료의 서비스에 대해 지불되는 수가 제도는 나라마다 다르며 세분화 되어 있고 복잡하다. 그러나 전통적으로 우리나라를 비롯해 많은 나라들에서 보건의료 서비스 제공자에 대한 지불방식으로 행위별수가제(Fee For Service; FFS)을 사용해 왔다. 그러나 이러한 FFS는 보건의료서비스가 중복 또는 과잉으로 공급되며 서비스의 질과 결과에 대한 낮은 책임 수준이 등의 단점을 보완하고자 네덜란드와 미국과 같은 나라에서 묶음지불모델(bundled-payment model 또는 DRG)⁹¹⁾을 도입해 왔다.

네덜란드에서 1차의료의 만성질환에 대해 적용하는 묶음지불방식은 단일한 보건의료 서비스 공급자 법인⁹²⁾에 일괄 지불을 하고, 이러한 법인과 계약 관계인 다수의 보건의료 서비스 제공자가 다양한 서비스를 환자나 이용자에게 제공하는 방식이다.⁹³⁾ 이 때 일괄 지불을 받는 법인은 제공되는 보건의료 서비스의 품질을 보장하며, 제공되는 서비스의 양보다는 질과 가치를 중요시하는 체계이다. 특히 네덜란드에서는 고비용의 외래환자의 전문적 치료와 입원의 예방을 위한 1차의료의 체계의 개선에 중점을 두기 위해 묶음지불 제도를 도입했다.⁹⁴⁾ 이하 내용에는 네덜란드의 당뇨병 환자의 종합적 관리를 위한 묶음지불 모델에 대해 기술한다.

1) 네덜란드의 묶음지불 제도와 케어그룹의 도입과 정착

네덜란드의 묶음지불의 모델에서 보험자(건강보험회사)는 케어그룹(care

91) 네덜란드에서 1차의료기관에 적용되는 묶음지불은 한 환자의 하나의 만성질병에 대해 특정한 기간 동안 발생하는 다양한 분야의 보건의료 치료 및 서비스에 대해 단일한 지불방식으로 서비스 제공자에 비용을 제공하는 방식으로 특정한 형태의 포괄수가제(DRG, diagnosis related group)라고도 볼 수 있다. 그러나 네덜란드의 묶음지불제는 에피소드기반의 지불제도로 보건의료 서비스의 질 향상과 비용 절감과 통합케어를 동시에 이루고자한다.

92) 네덜란드의 1차의료는 주로 GP로 구성된 독립법인인 케어그룹을 통해 만성질환을 집중 관리하고, 연계된 서비스를 제공하고 있다.

93) 미국의 경우에는 메디케어 및 메디케이드의 CCJR(Comprehensive Care for Joint Replacement, 관절교체를 위한 종합 보건의료)는 골반 및 무릎 관절 교체 수술과 이에 수반되는 보건의료 서비스 제공의 지출에 대해 의무적으로 묶음지불 방식을 채택하고 있다. 미국의 묶음지불의 모델은 관절 수술과 이의 치료를 위한 CCJR 모델은 병원의 입원과 치료 후 퇴원 후 90일 동안의 보건의료 서비스를 개선하여 병원에 재입원을 줄이는데 중점을 두고 있다. 반면에 네덜란드 모델은 병원 입원 이전의 단계에 중점을 두고 있다.

94) 네덜란드는 2007년 제2형 당뇨병의 치료를 위한 묶음지불을 시작했고, 이후 만성폐질환과 혈관질환 위험관리를 위한 묶음지불을 도입했다.

group)과 1년 단위로 계약하고 당뇨병 치료를 위한 보건의료 서비스를 제공을 위한 모든 비용을 케어그룹에 지급한다. 케어그룹은 네덜란드 보건의료 체계의 법인으로 다수의 보건의료 서비스 제공자들로 구성된다. 이러한 보건의료 법인인 케어그룹은 보험자와 묶음지불 계약을 체결함으로써, 배정된 당뇨병 환자들에 대한 치료의 임상적 재정적 책임을 진다. 이러한 계약은 일반적인 당뇨병 치료와 관련된 의학적 상태에 대한 보건의료 서비스에 국한된다.

당뇨병의 관리와 치료를 위한 묶음지불제도의 결정은 국가적 차원에서 2007년 제2형 당뇨병의 치료관리표준에 성문화되었다. 당뇨병 치료에 필요한 다양한 보건의료 서비스에 대해, 케어 그룹은 다른 보건의료 서비스 제공자와 계약을 통합 서비스를 제공한다. 보험사와 케어그룹은 묶음지불의 가격을 협상하고, 케어그룹은 특정 서비스에 대한 수수료에 대해 해당 서비스의 보건의료 서비스 제공자와 협상한다. 이 때 제공되는 서비스는 모든 네덜란드 시민을 위한 건강보험의 기본 패키지에 포함된다.

제2형 당뇨병에 대한 묶음지불제도가 네덜란드에 도입되고 4년 만에 환자의 사망률과 비용이 크게 낮아졌다(당뇨병 지역 통합 보건의료 ZIO의 사례⁹⁵⁾). 이러한 네덜란드의 1차의료에서 묶음지불모델의 성공적인 정착 요인은 “1) 묶음지불의 기준과 근거가 성문화되어 있으며, 2) 전자보건의료기록의 사용을 통해 투명성을 강화했고, 3) 임상적인 가치를 최우선시 했음”을 들 수 있다(Jeroen NS, 2016). 이를 자세히 설명하면 다음과 같다.

1차의료의 케어그룹을 통한 제2형 당뇨병에 대한 묶음지불에서, 모든 제공자 및 환자 협회가 동의한 네덜란드 당뇨병 치료관리표준(The Dutch Diabetes Federation Health Care Standard, DFHCS)은 최적의 당뇨병 관리에 대한 최소 요구사항을 지정하고 개선 기준을 설정한다. 법에 따라, 묶음지불 계약은 DFHCS에 설명된 모든 서비스를 포함해야 하며, DFHCS에는 제공할 서비스가 무엇인지 명기되어 있으며 서비스를 제공하는 장소와 누가 어떻게 제공하는지를 구분하지 않는다.⁹⁶⁾ 또한 DFHCS는 케어그룹이 관리해야 하는 최소한의 서비스 품질 데이터를 지정하여 케어그룹에 서비스 개선에 대한 인센티브를 지급을 가능하도록 하여 묶음지불과 케어그룹에 대한 동기를 부여하며, 각각의 보건의료 서비스 제공자가 그들의 역량에 맞는 적합한 업무를 하도록 작업을 재분배한다.

네덜란드에 묶음지불제도가 도입된 후 3년이 경과한 2010년 케어그룹의

95) 참조: <https://www.zio.nl/>

96) 제2형 당뇨병 환자에 제공되는 보건의료서비스만을 명시하고 누구에 의해 어떻게 어디서 제공되어야 하는지 규정하지 않아 다양한 보건의료 제공자와 기관에서 이러한 서비스의 제공을 가능하게 하는 기전으로 생각된다

66%가 웹 기반의 전자보건의료기록(EHR, Electronic Health Records)을 구축하여 사용하며, 이들 케어그룹과 계약한 서비스 제공자들이 보건의료 데이터를 기록하고 사용하도록 하였다. EHR은 1차 의료 서비스의 제공자가 실시간으로 이용할 수 있어 환자에 제공되는 서비스의 중복을 줄이는 데 도움이 된다. 또한, 이러한 웹 기반의 EHR은 케어그룹들 간에 그리고 케어그룹 내의 특정 보건의료 서비스 제공자의 성과를 벤치마킹하여 장점을 서로 배울 수 있도록 하였다. 또한 EHR은 케어그룹이 보험자에 대해 보고서와 성과를 대중에게 알리는 자료를 작성하는데 활용되었다. 한편, 네덜란드의 국립공중보건환경연구소의 인터뷰 결과, 보건의료 서비스 제공자들은 투명성을 이러한 개혁의 주요 성공 요인으로 인식하고 있다고 한다.

네덜란드의 1차의료의 묶음지불은 임상적 가치를 최적화를 위해, 케어그룹은 보건의료 서비스 제공자(GP)가 주도한다. 이들은 서비스의 질과 효율성에 대한 결정을 위한 전문 지식을 사용하며, 이를 통해 결과적으로 낮은 수준의 서비스의 구매와 제공 그리고 불필요한 서비스의 제공의 피하고 양질의 서비스가 환자에게 제공되도록 한다(Jeroen NS, 2016).⁹⁷⁾

한편, 네덜란드의 묶음지불제도는 성공적인 측면과 함께 다음의 과제에 직면해 있다. 이는 묶음지불제도 및 유사제도를 도입하는 여러 나라의 정책 입안자에게 참고가 필요한 사항이다. 이러한 방식은 묶음지불 제도 도입의 초기에는 우선적으로 1차의료의 영역에서 시행하여 그 문제점과 개선사항을 도출할 수 있는 현명한 방법일 수 있다. 그러나 이렇게 1차 의료의 영역에 머무를 경우 잠재적으로 “1차의료기관인 GP는 더 복잡한(더 많은 비용이 드는) 환자를 2,3차 의료 기관인 상급 병원에 추천 의뢰하는 것을 촉진하게 되는 효과를 나타낼 수 있다” 고 한다(Jeroen NS, 2016). 둘째, 환자 상태의 개선이 묶음지불제도 도입의 초기 목표임에도 불구하고, 대부분의 DFHCS의 당뇨병 치료의 질의 평가와 측정은 결과보다는 절차에 초점을 맞추는 경향이 있다. 예로 당뇨병에 대한 보건의료 서비스 질의 평가 측정을 위해서는 단지 HbA1c(glycated hemoglobin, 당화혈색소)의 수준(%)이 당뇨병 환자에게서 측정되고 있다. 이러한 보건의료 서비스의 질과 결과 측정은 보다 환자 중심으로 전환되어야 한다고 주장되고 있다(건강 결과 측정에 대한 국제협력단의 가이드 참조 필요⁹⁸⁾). 셋째, 보다 개선된 지불제

97) 예를 들어, 묶음지불제도가 도입된 이후 혈당 수치가 잘 조절되는 당뇨병 환자들을 위한 정기 검진의 빈도는 줄었지만, 좀 더 집중적인 모니터링이 필요한 환자를 위한 검진은 늘었다. 또한, 시력 검사에서 이상이 없는 관리가 잘되는 당뇨병 환자들에게는 시력 검사 일정을 매년에서 격년으로 줄였다.

98) the International Consortium for Health Outcomes Measurement. (<https://www.ichom.org/>)

도가 필요하다. 보건의료 시스템은 단순히 질병을 치료하는 것을 목적으로 하기 보다는 “환자를 적극적으로 돌보는 데 초점을 맞춘 보다 혁신적인 지불 모델로 이동해야 할 필요가 있다”고 한다(Jeroen NS, 2016). 이에 네덜란드에서는 일종의 대안적인 보건의료 서비스의 질을 기반으로 한 계약(Alternative Quality Contract)의 형태의 글로벌지불(global payments)과 같은 모델의 도입이 고려되고 있다. 이러한 더 혁신적인 지불방식을 도입하기에 앞서, 높은 빈도로 나타나는 만성질병에 대해 우선적으로 묶음지불을 확대하여 시행해 보는 것이 유리할 수도 있다. 이는 우리나라나 미국과 같이 지역기반(community based)의 1차 의료를 강화하려는 방향의 정책을 목표로 하는 나라들에서 1차의료를 기반으로 하는 묶음지불 제도를 고려할 필요가 있음을 나타낸다.

2) 네덜란드의 묶음지불 Vs 우리나라 (신)포괄수가제

네덜란드도 1970년까지 병원에서의 진료와 치료에 대한 지불은 행위별수가제에 의한 것이 전부였다. 이러한 행위별수가제는 서비스 공급자가 비용과 자원을 절약하는데 대한 인센티브가 없어 과잉진료를 초래하는 단점을 안고 있다. 이에 2004년부터 네덜란드의 병원에 지급제도로 DRG가 사용되어 왔다.⁹⁹⁾

그러나 이러한 DRG 기반의 지불방식도 진료나 치료한 환자의 숫자에 비례하여 재정적 보상이 지급되어 행위별수가제와 마찬가지로 환자의 숫자를 늘리려는 경향이 나타날 수 있다. 따라서 DRG방식에 의해 환자 당 투입되는 보건의료 자원의 과잉은 막을 수 있을지 모르지만 DRG에 기반 한 지불제도 역시 환자수가 증가하는 경향에 의해서 투입되는 보건의료 자원의 총량은 필요이상으로 증가 될 소지가 있다(Ponsen C, 2017).¹⁰⁰⁾ 또한 병원 입원환자를 대상으로 하는 DRG는 병원 이외의 곳에서 제공되는 보건의료 서비스로 확장되지 않을 경우 보건의료 서비스의 연계와 통합을 촉진하기 어려운 단점이 있다(이상수, 2018).

전통적인 보건의료 지불제도인 행위별수가제나 DRG방식 중 어떤 것도 의료결과에 부정적 영향을 나타내지 않으면서 동시에 품질을 유지하고 비용 절감에 효과적인 지출방식은 아니다. 현재 선진국 및 우리나라 등의 많은 나라들

99) DRG (Diagnosis related group)은 특정한 진단 질병군의 환자가 일정 기간 동안 진료와 치료는 받는 상황에 기반 하여 이에 대한 비용을 책정하여 일괄지급 하는 방식으로, 보건의료 서비스 공급자로 하여금 환자 당 진료와 치료에 투입되는 자원과 자본을 절감하게 하는 장점이 있다.

100) 네덜란드 병원의 DRG는 다양한 보건의료 서비스(진료와 치료)의 집합으로 구성되어 있다. 이는 한 환자에 대해 한 가지 진단에 따라 한 환자에 여러 개의 DRG로 구성하여 제공할 수 있다. 예로 최대 6일의 입원일을 갖는 특정 진단에 대한 하나의 DRG만을 제공하는 것에 비해, 동일한 진단에 대해 6일에서 28일의 입원일이 필요한 DRG들의 다양한 집합적 서비스를 제공할 때 보다 많은 비용과 보건의료 자원이 투입된다. 이로 인해 네덜란드에서는 병원이 진단에 따른 DRG를 스케일업(또는 up-coded)할수록 재정적 이득을 취할 소지가 있다.

에서 보건의료 비용의 매년 상승하고 있다. 이에 많은 나라에서 보건의료 지불 방식에 대한 혁신과 개혁을 시도해 왔다. 이는 비용의 절감과 보건의료 서비스의 품질을 동시에 개선하려는 노력이다. 이에 대안적인 지불 방법을 몇몇 나라에서 시행하고 있다. 영국의 국민건강서비스(National Health Service)는 2004년에 보건의료 서비스의 품질 및 결과에 대한 기본적인 골격을 갖추고 시행했다. 이는 주로 1차의료를 대상으로 하며 성과기반 지불제도(pay for performance, P4P)를 도입하여 제공되는 보건의료 서비스의 품질 기반으로 한 지불방식을 적용했다. 한편 미국의 보건의료의 메디케이드와 메디케어에서는 합리적케어법(Affordable Care Act, ACA)을 통해 보건의료 체계에 책임케어기관(Accountable Care Organization, ACO) 제도를 도입했다.

ACO에서는 의사와 병원 및 보건의료 서비스 공급자들이 특정 지역의 인구집단의 크기와 특성에 따라 고정된 금액(일종의 인두제, capitation)을 지급 받는 제도이다(이상수, 2018). 미국에서 ACA의 목표는 ACO에 의해 보건의료 비용의 증가를 낮추고 서비스의 질이 기준을 충족하도록 하는 것에 있다¹⁰¹⁾.

P4P와 ACO 이외에도 묶음지불제가 있다. 묶음지불제에서 병원은 환자의 임상 에피소드 중에 제공하는 모든 서비스에 대해 단일한 형태의 지급을 받는다. 이러한 묶음지불제는 미국에서 1984년 처음 시행되었으며, ACA가 실시된 이래 더 광범위하게 시행되고 있다. 이러한 방식의 목적은 보건의료 서비스 제공자가 전체 에피소드의 품질과 비용에 대해 재정적 책임을 지고 투여되는 인력과 자원을 조정하여 재정적 인센티브가 발생하게 하는데 있다.

네덜란드에서의 만성질환에 대한 묶음지불제는 2,3차 의료기관인 병원에서는 현재 시행되고 있지 않다(Ponsen C, 2017). 네덜란드에서는 1차의료기관을 중심으로 만성질환 중 당뇨병, 심혈관계질환, 만성폐쇄성폐질환에 묶음지불방식을 도입 하여 시행하고 있다. 이러한 네덜란드 묶음지불제도의 도입 목적과 특징은 인구의 고령화에 의한 만성질환자의 증가와 이에 따른 의료비용의 증가를 통제하고 지역 1차의료 단계에서 이를 조절하여 상급 의료기관의 입원을 인구집단에서 예방하고 보건의료 지출을 통제하고자 함에 있다 (표 11).

반면 우리나라는 행위별수가제의 단점을 보완하여 환자의 부담을 줄이고 혜택을 늘이며 병원의 의료비용 청구절차를 간소화하고자 (신)포괄수가제를 도입하였다(표 11). 이에 우리나라는 병원의 입원이 필요한 질병군에 포괄수가제를

101) 출처: Advance Payment ACO Model, Center for Medicare & Medicaid Innovation, (2016)
(<https://innovation.cms.gov/initiatives/Advance-Payment-ACO-Model/>)

도입 하였고 이러한 진료과목이 있는 의원이나 병원(1,2,3차 의료기관 모두)에서 이를 시행하고 있으며 점차 그 영역을 확대 실시하고 있다(표 11).

표 11. 네덜란드의 만성질환 묶음지불제와 우리나라의 (신)포괄수가제 비교

	네덜란드 1차의료 만성질환 묶음지불제 (Bundled payment)	우리나라 (신)포괄수가제 (KDRG)
지불방식 유형	- 임상적 에피소드 기반의 지불	- 진단 질병군에 기반 한 지불
제도 도입의 목적	- 1차의료 중심의 만성질환 통합케어의 강화 - 보건의료 비용 증가 통제	- 환자의 부담감소 및 혜택확대 - 보건의료 자원의 효율적 재배치 - 의료비 청구 간소화 및 심사기간 단축
대상기관	- 1차의료 기관 (지역 1차의료 주치의 GP 중심)	- 질병군의 진료과목이 있는 의원과 병원 모두 (1,2,3차 의료기관 모두)
대상 질병	- 제2형당뇨병, COPD, 심혈관질환 등 만성질환	- 수술 및 입원 치료 질병군
주요 차이점	- 지역 1차의료 중심 (GP중심) - 만성병에 대한 통합케어 효과 - 케어그룹(독립법인)이 제도의 Key player - 케어그룹에 의한 보건의료 서비스의 시장경제/경쟁 논리 도입	- 입원 치료 질병군 중심 - 비급여 항목의 급여화 촉진 - 신포괄수가제의 병원 참여 촉진을 위한 정책가산제 사용

한편 네덜란드의 만성질환의 묶음지불제는 케어그룹이라는 독립법인의 존재에 의해 보건의료 서비스의 구매에 시장경쟁의 기전이 발생하여 보건의료 비용절감에 긍정적인 영향을 줄 수 있다(그림 11). 묶음지불에서는 각 환자에게 제공되는 모든 보건의료 서비스뿐만 아니라 의료 서비스 제공자 간의 협력 및 조정에 필요한 모든 기타 활동을 포함하는 비용을 받을 수 있다(Struijs JN, 2012). 네덜란드에서 다수의 건강보험회사는 해당 질병에 대한 합의된 서비스 전체를 포괄지급하기 위해 각 케어그룹과 단일한 계약을 하며(그림 11), 케어그룹과 건강보험사 간의 이러한 계약을 묶음지불 계약이라 하며, '케어그룹'은 묶음지불의 주 계약자로 통합케어 프로그램이 시행 제공되도록 한다. 케어그룹은 개별 보건의료 서비스 개별 제공업체와 계약(subcontraction)을 하여 서비스를 제공하기도 하고, 케어그룹이 자체적으로 보건의료 인력을 고용하여 서비스를 제공하기도 한다(Struijs JN, 2012). 케어그룹은 서비스 제공자가 제공할 서비스와 비용을 결정하고, 환자를 다른 기관이나 서비스로 추천/이송할 시기, 기록 및 필요한 훈련 등과 같은 요구 사항을 설정한다. 이러한 케어그룹과 보험회사의 계약, 케어그룹

과 보건의료 서비스 제공자간의 계약은 자유롭게 이루어지며 이 때 케어그룹 간에 서비스 공급자간에 시장경쟁의 원리가 작용하여 비용절감의 효과가 발생할 수 있다 (그림 11).

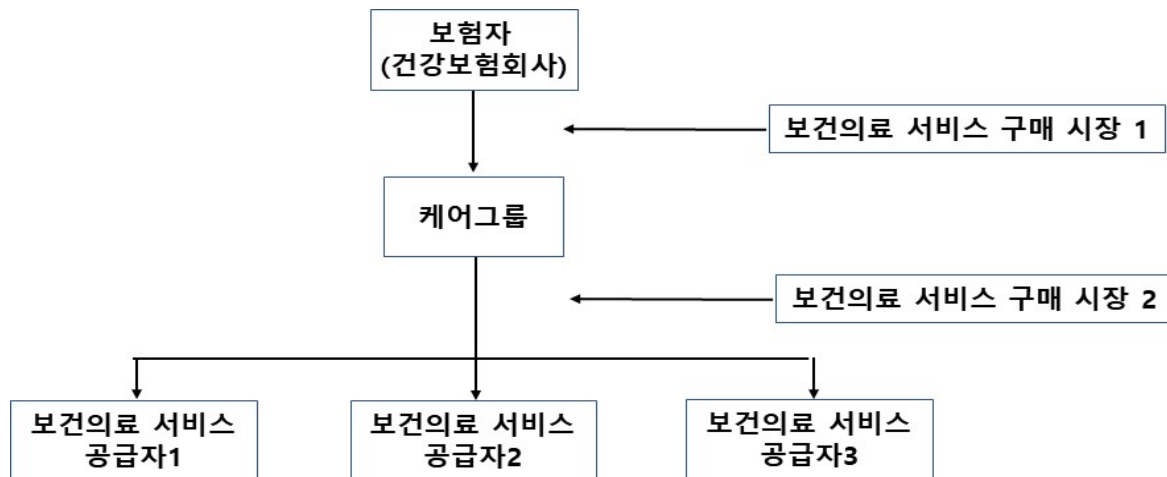


그림 11. 네덜란드 묶음지불제에서 케어그룹의 역할과 시장경쟁 기전: 케어그룹은 특정한 만성질환에 대해 협의된 보건의료 서비스의 제공 및 질병관리 프로그램의 수행을 위해 보험자(건강보험회사)와 묶음지불에 대한 계약을 한다 (구매시장 1). 한편 다양한 케어 보건의료 서비스 공급자들과 시장경쟁의 원칙에 따라 계약을 하여(구매시장 2) 서비스를 환자나 이용자에게 제공한다.

출처: Struijs JN & et al, 2012

케어그룹은 2007년부터 2009년까지 네덜란드에서는 소규모 프로젝트 및 시범적으로만 묶음지불제도가 시행되었다. 2010년 1월부터는 당뇨병 치료 및 심혈관위험관리를 위한 묶음지불이 전국규모로 시행되었다. 이러한 제도 하에 당뇨병 관리는 최근에 당뇨병으로 진단받은 사람들, 당뇨병이 잘 통제 되는 사람 및 심각한 합병증이 없는 사람들을 위한 서비스를 포함한다. 2010년 7월부터는 COPD 환자를 위한 묶음지불제가 시행되었다.

3) 시사점 및 제언

우리나라뿐 아니라 여러 나라에서 만성질환을 앓고 있는 사람들의 수가 급격하여 증가하여 보건의료체계의 지속성에 압박을 가하고 있다. 이에 보건의료에 사용되는 자원의 조정과 지출의 통제가 필요하며, 동시에 환자와 사람 중심의 서비스와 제공되는 서비스의 질의 개선이 필요한 시점이다. 이에 보건의료 체계에 큰 영향을 주는 지불제도의 개선과 개혁이 여러 나라들에서 이루어지고

있다.

성과기반의 P4P나 보건의료 자원의 효율적 재배치과 책무성을 갖는 보건의료서비스의 제공을 위한 ACO나 통합케어의 강화를 위한 임상적 에피소드를 기반으로 한 묶음지불방식 등이 시범 또는 시행되고 있다. 네덜란드에서 1차의료의 강화를 위해 시행되고 있는 묶음지불방식은 당뇨병, 심혈관계질환의 위험관리, 만성폐색성폐질환의 질병에 대한 관리 프로그램이다. 이러한 프로그램은 지역의 1차의료의 GP(일반 가정 주치의)가 중심이 되는 독립 법인인 케어그룹에 의해 주도가 되며 이를 통해 지역의 1차의료 중심의 만성질환의 통합 관리와 필요한 서비스의 통합 제공이 이루어지고 있다. 한편 케어그룹은 다수의 보험자와 다수의 보건의료 서비스 제공자와 자유롭게 시장경쟁의 원리에 따라 계약을 하여 보건의료 비용을 효율적으로 절감할 수 있는 기전을 포함하고 있다. 이러한 네덜란드의 묶음지불제도는 현재 의원이나 병원에 입원환자 중심으로 제공되는 포괄수가제에 더하여 당뇨병 등의 만성질환 및 노인성 질환에 1차의료기관 중심으로 우리의 상황에 맞게 적용 시행한다면 지역중심의 만성질환 관리를 강화하고 통합보건의료 서비스를 제공할 수 있는 제도가 될 것으로 생각한다.

4. 네덜란드 당뇨병 통합 케어 (ZIO 통합 케어 사례)¹⁰²⁾

‘Zorg In Ontwikkeling (ZIO, Care in developing)’은 네덜란드의 통합 보건의료 네트워크의 하나로 묶음지불(bundled payment) 방식의 도입을 통해 비감염성질환(Non-Communicable Diseases)의 환자를 위한 1차의료 강화를 통해 질병부담을 줄이기 위한 것이다. 이러한 ZIO의 보건의료 서비스 전달 모델은 네덜란드 정부의 만성질환에 대한 서비스 전달체계에 국가 정책의 개혁을 이끌어 내는데 도움이 되었다.

1) ZIO의 배경 및 조직과 구조

□ 네덜란드의 만성질환에 대한 보건의료 환경

네덜란드의 보건의료 시스템은 정부가 지침을 제시하며 규제하지만 보험자는 민영 비영리 건강보험회사로써 보건의료 공급자와의 계약 구매와 피보험자

102) 출처: ‘Vrijhoef H & et al, 2017’의 내용을 바탕으로 작성

의 가입을 통해 운영된다. 한편 네덜란드 정부는 네덜란드 주민의 급여로부터의 건강보험기금을 모으고 건강보험 비용의 절반 가량을 충당한다. 민영 건강보험에 보험가입자가 지급하는 건강보험료는 나머지 절반의 재정을 구성한다. 네덜란드의 대다수(84%)는 이 법정 건강보험과 함께 추가적인 건강보험 상품을 선택적으로 가입하고 있다(선택 사항). 이 의무적 건강보험 시스템을 통해 네덜란드 사람은 보편적 건강보험의 혜택을 받는다.

네덜란드는 역시 만성질환의 비율이 높은 인구집단에 대해 효율적인 비용으로 양질의 보건의료 서비스를 제공해야하는 상황에 직면했다 [WHO(Netherlands), 2016].¹⁰³⁾ 당시 분산되어 있는 1차의료 체계는 네덜란드의 하나의 도전 과제였다. 네덜란드의 1차의료기관인 GP(일반의)는 네덜란드에서의 보건의료 서비스 전달의 중심에 있다. 10여년 전에는 GP는 주로 개인 또는 소규모로 운영되어 만성질환자를 관리하기 어려웠다. 또한 1차의료체계는 기본적으로 행위별수가제(FFS, fee-for-service)의 지불 구조였다.

또한 네덜란드는 1차의료 및 장기요양제도를 연결하기 위해 2007년 제 2형 당뇨병에 대한 묶음지불 시범사업을 실시했으며 만성폐색성폐질환, 천식 및 심혈관질환자의 관리에 2010년 이러한 묶음지불을 확대 시행했다. 이러한 프레임에서 건강보험사는 만성질환자의 모든 일차의료에 대한 욕구를 충족시키기 위해 새롭게 설치된 독립 법인인 '케어그룹'에 단일한 묶음으로 지불한다(Struijs J, 2012).

케어그룹은 해당 당뇨병 환자에 대해 임상적 및 재정적 책임을 지며, 이는 “케어기준(Care Standards)”이라고 불리며 이러한 서비스는 보건의료 서비스 제공자, 관련 파트너, 보험회사 및 환자를 대표하는 다양한 단체로 구성된 네덜란드 당뇨병연맹(Netherlands Diabetes Federation, NDF)과 같은 조직에 의해 국가적 차원에서 설정된 기준이다(Raaijmakers LGM & et al., 2015).

네덜란드는 계약에 포함되는 서비스의 범위와 가격에 대해 보험자와 보건의료 서비스 제공자와 자유롭게 협상하며 케어그룹 간의 경쟁을 장려하기 위한 기준을 2007년 수립했다. 이는 계약에 있어 가격과 범위에 제한은 없지만 케어그룹은 케어표준의 서비스를 제공해야한다. 계약은 1년이며 만성질환자의 관리에 국한한다. 계약에는 양질의 보건의료 서비스를 제공하기위한 인센티브로 성과 측정치를 포함한다. 네덜란드 공공 건강보험은 모든 서비스를 다루기 때문에

103) 만성질환자가 2014년 네덜란드 사망자의 약 89%를 차지했다.

환자는 추가 보험료를 부담하지 않는다. 케어그룹 모델은 현재도 동일하게 유지되며, 2014년 네덜란드 전역에 약 115개의 케어그룹이 있다(Struijs JN & Baan CA, 2011).

□ ZIO의 배경 및 조직과 구조

1996년 마스트리히트대학(Maastricht University)은 지역의 당뇨병의 질환 관리 능력이 우수한 환자의 결과 개선에 초점을 맞춘 연구 프로젝트로 마스트리히트 지역 질병관리 프로그램(Disease Management Program, DMP)을 시작했다. 이 프로젝트는 질환관리를 의사에서 전문간호사로 병원에서 GP로 그 중심을 전환하여 질병관리의 새로운 모델을 개척했다. 마스트리히트 대학은 네덜란드 보건연구개발기구(ZonMw)의 재원으로 DMP를 시작했다. 보건복지스포츠부와 네덜란드 과학연구기구가 의료 연구를 지원했다. 2001년부터 마스트리히트는 당뇨병 환자의 종합적인 욕구를 충족시키기 위해 “투우사(Matador)” 프로그램을 시행했다. 2007년 ZIO는 이러한 투우사 프로그램을 만성질환의 치료를 병원에서 지역사회로 환원하는 프로그램으로 확장했다.

네덜란드에서 2006~7년 1차의료의 묶음지불의 개혁은 이러한 프로그램의 확장을 용이하게 했으며, 마스트리히트 지역의 인구의 100%를 포함하게 되었다(Nolte E & et al. 2014). 네덜란드는 2010년에 ZIO의 질병관리 모델을 만성질환 관리의 국가 모델로 공식화했다. ZIO는 이후 만성질환 관리 모델을 추가로 개발했다. 이는 만성폐색성폐질환(COPD), 심혈관질환, 정신건강 문제 및 만성질환으로 고생하는 허약한 노인을 위한 프로그램이다.

ZIO는 마스트리히트 지역의 유력한 건강보험회사 VGZ와 여러 보건의료 서비스 제공자(1차의료기관으로 55곳의 GP에 속한 81명의 일반의 및 전문의들과 1곳에 대학병원)와 협력으로 운영된다. ZIO는 또한 다른 보건의료 제공자들과 개별적으로 계약을 한다. GP, 물리 치료사 및 영양사 협회의 지역 이사회는 ZIO의 집행위원회에 자문을 한다. ZIO의 조직은 1차의료, 품질 및 훈련, 정신건강 치료, 연구 및 개발을 포함하여 10개의 부문으로 구성된다. ZIO는 ZIO의 업무와 사업을 모니터하고 조언하는 독립적인 이사회가 있다. 환자가 ZIO 조직 구조에 포함되어 있지는 않지만 프로젝트 팀 및 이들의 평가의 일환으로 환자를 정기적으로 초대하고 피드백을 받는다.

2) ZIO의 ‘책임적 케어 개혁 (Accountable Care Reform)’ 와 성과

□ 환자의 계층화와 보건의료 성과의 평가¹⁰⁴⁾

ZIO의 질환관리 프로그램의 도입을 통해, GP는 당뇨병에 대한 지침에 따라 환자의 의학적 조건과 상태에 따른 척도에 따라 질병의 심각성을 기준으로 환자를 구분한다. ZIO는 질병 상태에 따라 4가지로 환자를 분류한다. 이는 환자는 당뇨병 진단 후 1년, 약물 및/또는 식이 요법 사용자, 12개월 미만의 인슐린을 사용하는 환자, 12개월 이상 인슐린을 사용하는 환자로 분류한다. 이러한 구분에 따라 제공되는 보건의료 서비스의 강도가 달라진다.

당뇨환자를 위해 ZIO는 네덜란드 당뇨병연맹(NDF)과 네덜란드의 케어그룹을 대표하는 기구인 InEen이 채택한 평가방법들의 조합을 사용한다. NDF의 평가법은 네덜란드 당뇨병연맹(NDF) 건강관리표준(DFHCS)에서 당뇨의 치료의 목표 및 치료의 질을 평가하는 도구를 포함하여 당뇨병 관리에 대한 일반적인 틀을 제공한다. InEen은 DFHCS의 케어표준을 반영한 성과 지표를 채택한다. 여기에는 연간 발 검사를 받는 당뇨환자의 비율 및 혈중 콜레스테롤 수치가 조절되는 환자의 비율과 같은 결과에 대한 측정 지표가 포함된다.¹⁰⁵⁾ InEen은 이러한 측정 항목을 VGZ와 같은 건강보험회사 및 ZIO와 케어그룹과 공유하며 묶음 지불 계약에 성과지표에 포함한다. 한편, ZIO는 자기관리를 하는 당뇨환자의 비율과 통합 보건의료를 경험한 환자의 비율과 같은 추가 측정 항목을 개발했다. 이들은 만성질환의 치료에 대한 환자의 관점을 평가하는 PACIC(Patient Assessment of Chronic Illness Care)의 네덜란드 버전을 사용하여 보건의료 성과가 평가 측정된다.

□ 지속적 개선을 위한 기전과 재정 및 비재정적 지원

ZIO의 케어그룹의 성과의 측정과 평가는 보건의료 서비스 전달의 지속적인 개선을 목표로 한다. 케어그룹은 보건의료 서비스의 품질에 대한 자체적인 정책을 개발하고 서비스 전달을 향상을 지원할 컨설턴트를 케어그룹의 보건의료 서비스 제공자들에게 제공한다. 한편 건강보험회사는 보건의료 성과의 증진

104) ZIO는 의학적 정보와 인구통계학적 정보를 포함하는 만성질환 환자 계층화에 대한 보다 포괄적인 접근 방식을 시험했다. PROFILE로 알려진 이 프로젝트는 2014년부터 2017년까지 진행되며 만성질환자의 관리를 개별 환자의 필요에 맞게 조정하는데 사용할 수 있는 일련의 환자 프로파일을 개발하는 것을 목표로 했다.

105) 성과지표: 1. 제2형 당뇨의 발병, 2. GP와 전문의 간의 환자 담당 비율, 3. 질환관리 프로그램에 포함되지 않은 환자의 백분율, 4. 지난 5년 동안 LDL 콜레스테롤 (2.5mmol/L미만) 검사를 받은 80세 미만의 환자 백분율, 5. 지질 저하제를 사용하는 환자의 비율, 6. 말기 만성신장질환을 검사한 환자의 백분율, 7. 소변 검사를 이용한 신장질환 검사를 받은 환자의 백분율, 8. 흡연 습관을 가진 당뇨병 환자의 백분율, 9. 흡연하는 환자의 비율, 10. 지난 2년간 당뇨성망막병증 검사를 받은 환자의 비율, 11. 발 검사를 받은 환자의 비율

을 위한 기전과 임상 데이터의 장기 추적을 통한 보건의료 개선에 기여한다. 보건의료 임상 데이터는 GP 및 간호사에 의해 지속적으로 수집되어 공유되고 매년 건강보험회사 및 InEen에 공개적으로 제공된다.

케어그룹의 묶음지불 체계는 다음의 4가지 요소로 구성된다. “1)고정 기본 지불; 2)수행 성과와 연계된 유연한 지불(총 지불액의 10%를 차지); 3)추가 서비스 지불(예, 식이 상담, 당뇨성망막변증 사진 촬영 등); 4)운영비에 대한 지불” 이다. 보건의료 서비스 제공자는 ZIO로부터 지급을 받기 위해 ZIO의 계약 조건을 준수해야하며 묶음지불의 환급방식과 케어그룹에 대한 제한규정에 이르기까지의 조건을 준수해야 한다. 추가 지불 인센티브는 네덜란드의 국가 차원에서 정의된다. 한편 네덜란드 정부는 보건의료 비용을 통제하기 의사의 보수에 상한선을 마련했다. 2015년에 정부는 GP를 위한 3부분으로 구성된 지불 모델을 도입했다. 제1부분은 네덜란드 보건의료당국(NZa)에서 결정하고 1차의료의 핵심 재원으로 1차 의료의 75%를 차지한다. 이는 GP에 등록된 환자 당 정한 비용(인두세)과 GP의 상담 비용으로 구성된다. 제2부분은 GP는 만성질환(예 : 당뇨병)에 대한 종합적인 진료에 대한 재원을 제공하며 이는 케어 비용 및 규모에 따라 케어그룹과 협상하여 조정되면 1차 의료의 15%를 차지한다. 제3부분은 및 보험회사에게 평가 결과에 따른 성과급(P4P) 및 혁신에 대한 추가 지불 계약을 협상할 수 있으며 지출의 10%를 차지한다.

□ 보건의료 연계와 조정(재배치)

ZIO는 보건의료 자원의 효율적 이용을 위해 간호사에게 GP와 전문의가 해오던 보건의료의 일부 역할을 하도록 재배치했다. 이러한 간호사는 당뇨병 모델에서는 1차의료를 돕는 “Practice Nurses“와 진료를 제공하는 “당뇨병 전문 간호사(Diabetes nurse specialist, DNS)“의 두 가지 유형이 있다. 이 때 간호사는 환자의 낮은 수준과 중간 강도의 치료, 내분비 전문의와 같은 전문가는 높은 수준의 욕구를 가진 환자를 치료한다. 한편 GP는 중등도 및 저강도의 치료를 요하는 환자를 담당한다. 이러한 진료 부담의 분담은, 외래 환경에서 전문의가 담당하는 만성질환자의 수적 부담을 경감하는 대안이 된다(Vrijhoef HJM & et al, 2000; Arts EE & et al, 2012). 이러한 보건의료 조정은 케어의 유연성을 확대할 수 있다.

이러한 ZIO의 질병관리 프로그램은 보건의료 분야의 재배치(조정) 모델을

개척했으며, 네덜란드 국가의 표준이 된다. 2011년에 이러한 임상전문간호사나 전담간호사가 특정 의료 절차를 독자적으로 수행하며, 이들이 의사나, 전문의, 치과의사 및 조산사에게만 제한된 특정 의약품을 처방할 수 있도록 하는 법이 입법화 되었다(De Bruijn-Geraets DP & et al, 2014). 이에 보건의료 업무 부담이 긍정적으로 이동하는 것으로 나타났지만 일부에서는 간호사가 이런 영역을 담당하기에는 훈련이 불충분할 수 있다는 우려를 표명했다(Struijs JN & et al, 2012; De Bakker DH & et al, 2012).

이러한 우려에도 간호사를 보건의료 서비스의 중심 제공자로 두는 것이 병원기반의 당뇨병 치료를 제공하는 의사들에게 비용 효율적인 대안이라는 견해가 있다(Arts EE & et al., 2012). 이러한 진료 중심의 이동으로 인해 QALY(Quality Adjusted Life Year)당 비용을 어느 정도 감소시키는 것으로 나타났다. 당뇨 임상전문간호사는 전문의보다 적은양의 재원을 사용하면서 양적으로 더 많은 치료를 제공하는 것으로 분석된다. 한 연구결과는 환자가 당뇨 임상전문간호사에게 진료와 치료를 받는 경우 입원에 들어가는 비용이 54% 감소함을 보고했다(Steuten LMG & et al., 2007). 다른 총 비용은 크게 변하지 않았지만 삶의 질적인 면을 고려할 때 마스트리히트의 질환관리 프로그램 모델이 비용 효과적인 것으로 나타났다.

ZIO는 국가적으로 정의된 당뇨병 보건의료 기준에 기반하여 임상 의사들의 명확한 의료적 판단과 행위를 지원하는 시스템을 갖추고 있다. 1차의료기관들은 여러 연관 보건의료기관 환자의 치료와 돌봄을 조정하며 정기적인 환자의 후속 관리 및 사례 관리를 담당하게 된다. 이는 보건의료 서비스의 제공자들 간의 케어의 연속성을 보장한다. ZIO는 또한 특정한 만성질환에 대한 검진 및 의뢰와 환자 이송 데이터를 포함하고, 정보 공유 및 프로토콜 표준화를 주도하고, 실험실 데이터 및 임상적 데이터를 연결하고, 서비스 사용자 피드백을 체계적으로 수집 할 수 있는 질병별 전자환자기록을 사용한다.

□ ZIO의 책무적 케어의 성과

2007년 연구 결과는 마스트리히트대학이 개발한 질환관리 프로그램의 도입 전후 환자의 추적 조사를 결과는 “환자의 총 콜레스테롤, 고밀도 지단백, 수축기 혈압 및 이완기 혈압의 감소를 발견했고. 혈당 조절이 어려운 환자의 비율은 15% 감소했고 혈당 조절능력이 향상된 환자의 비율은 40%가 증가했다” 로

나타났다(Steuten LMG & et al., 2007).

2012의 연구 결과 역시 질환관리 프로그램의 환자의 건강 상태가 개선된 것으로 나타났다(Elissen AM & et al., 2012). 연구는 ZIO와 9곳의 다른 네덜란드 케어그룹을 포함하는 묶음지불 방식을 사용하는 케어그룹을 묶음지불 방식을 채택하지 않는 그룹과 비교했다. 연구팀은 묶음지불 방식을 채택한 케어그룹에서 대다수의 환자에서 혈당 조절이 개선되었고 당뇨병 환자가 이 환자의 68%를 통제했다고 밝혔다. 질환관리 프로그램은 혈당 수치의 악화와 관련된 중증 합병증을 예방하고 당뇨병이 제대로 통제되지 않은 환자에게 도움이 되었다.

2012년 마스트리히트대학 의료센터에서 치료받은 당뇨병 환자를 대상으로 무작위, 비블라인드 임상시험이 실시되었다(Arts EE & et al., 2012). 연구결과 실험그룹이 대조그룹에 비해 적은 수의 환자가 병원에 입원했으며 약물로 인한 부작용 역시 대조군에 비해 적었다. 당뇨병 전문의에게 환자가 이환 되는 비율은 줄었고, 이는 당뇨 임상전문간호사(DNS)가 충분한 양질의 케어를 제했음을 나타냈다. 다른 연구결과에서는 마스트리히트의 질환관리 프로그램에 참여한 환자가 약물 및 식이 순응도를 비롯하여 포도당 수치와 발 관리(검사 및 운동)를 조절하는 등 자기관리 행동을 평균 15% 향상시키는 것으로 나타났다(Steuten LMG & et al., 2007). 전체적으로 GP와 내과 전문의와 관련된 당뇨병 관련 상담 건수는 줄었고 당뇨 임상전문간호사의 일상적인 진료는 더 많아진 것으로 나타났다.

3) 변화의 기회와 현실 장벽

네덜란드에서 일부 GP는 투명성과 요구 사항의 증가, 엄격한 프로토콜 및 간호사가 당뇨병 치료의 상당 부분을 담당하게 되는 등의 자율성의 상실로 인해 통합 보건의료로의 전환 도입단계에서 저항했다. 그러나 일상적인 업무를 간호사에게 이관함으로써 이루어지는 통합 보건의료의 긍정적 결과를 통해 GP는 이러한 망설임에서 벗어났다. 한편 전통적인 GP와 전문의 간의 협력도 이러한 이해를 촉진시켰다. 또한 이러한 통합 보건의료 시스템에서 대학 병원에 근무하는 전문의들은 치료받는 환자 수와 관계없이 일정한 급여를 받았다. 이것을 통해 2,3차의료기관과 1차의료기관 간의 경쟁을 막고 환자가 2,3차의료기관을 선호하는 현상을 막을 수 있다.

한편 ZIO를 통해 비용 절감을 위한 건강보험사의 목표와 고품질의 보건

의료 서비스를 제공하려는 보건의료 전문가의 목표 사이에서 절충하는 어려움을 경험했다. 이러한 상황에서 네덜란드 보건의료 분야의 증가하는 재정적 압박은 이러한 협력을 촉진시켰다.

당뇨병 환자들은 합병증으로 고통을 겪고 있어 이에 특화된 치료법이 점차 복잡해졌다. 그러나 엄격한 프로토콜 기반의 유연성 없는 의학적 개입은 효과가 없는 일률적인 접근 방식으로 이어졌으며 케어의 품질이나 결과를 개선하지 못했다. 이런 상황에서 의료혁신을 구현하고 보건의료 서비스에 대한 결과를 평가하기 위해서는 프로토콜의 표준화가 필요했다. 개선의 필요성과 환자의 다양성 사이에 균형을 맞추기 위해 부족한 보건의료 전문 인력의 공백을 임상전문 간호사나 전담간호사의 역할이 보완적으로 확대되었다. 현재 네덜란드에서는 보건의료 데이터베이스를 통합하여 보다 나은 보건의료 서비스로 조정할 수 있는 방법 등이 이러한 표준화와 환자 맞춤형 케어를 밸런스를 맞추기 위해 추가로 개발 중에 있다.

표 12. 보건의료 체계의 변화와 기회 ‘ZIO의 성공요인’

출처: Vrijhoef H & et al, 2017

	요소	성공요인	변환의 기회
조직 역량	케어 조정	1차의료에서의 수평적 통합연계	병원에서 지역사회 일반의 및 보건의료 서비스 공급자에게로 보건의료의 역할 이동
	협력의 문화	다분야 간 협력과 통합의 전통	업무량과 노동의 의사로부터 간호사로의 이동 (임상 진료의 폭을 넓힘)
책임 케어 정책	인구집단	환자의 특성에 따른 분류	임상 기록, 생의학 및 인구 통계 기록을 활용하여 치료 필요에 따라 환자를 식별하고 계층화
	수행성과 측정	묶음지불방식에 의한 보건의료 행위와 결과의 연결	보건의료 행위의 프로세스와 성과 및 결과 측정을 연결하는 지표 포함
	지속적 개선	의료기록과 데이터의 공유	실시간의 피드백 제공
	재정적 비인재정적 센터	묶음지불 방식에 따른 성과지표 달성에 따른 의사의 보수 결정	- 보건의료 행위의 결과에 따른 마일스톤을 설정하고 비용 및 인센티브 조정에 중점을 둔다. - 여러 보건의료 이해 관계자로부터의 서비스 구매를 비용 효율적으로 하기 위한 경쟁과 이보다 협업을 우선시하는 모델을 적절히 디자인
보건의료 정책 환경	케어 조종과 변환	당뇨치료의 간호사의 역할 분담에 따른 내과 전문의의 의료 과중 및 부담 해소	의사가 아닌 보건의료 인력을 교육훈련을 통한 보건의료 공백 매꾸
	규정	임상간호사나 전문간호사가 처방 및 의학적 절차를 할 수 있도록 입법	보건의료 인프라확충 및 저변 확대를 위한 법적 규정의 장애물을 평가
보건의료 정책 환경	정책	- 묶음지불 방식에 의한 다양한 보건의료 이해당사자들의 일원화 - 도전자들이 해당 지역에서 파일럿 모델의 구현을 용이하게 함	- 다양한 이해 관계자를 참여시켜 이들 파트너들 간의 동의와 지원을 확보하는 모델을 설계 및 구현 - 보건의료 제공자 또는 다른 이해 관계자의 망설임을 극복하기 위해 파일럿 프로젝트를 통해 점진적으로 개혁을 수행

5. 네덜란드 치매 통합 케어 ‘Geriant 모델’ 106)

치매로 고통 받는 사람들을 위한 지역사회 기반의 보건의료 서비스를 제공하는 네덜란드의 북부 홀란드주의 조직인 Geriant¹⁰⁷⁾의 서비스 제공 모델에 대한 내용으로 이 모델의 핵심은 다분야 치매 치료 팀과 이를 통한 임상 사례관리이다. Geriant 모델에서는 환자가 치매의 초기 단계에서부터 더 이상 집에 거주할 수 없는 단계까지의 환자를 위한 것으로, 다양한 치매증상과 환자의 상태에 따라 필요한 보건의료적 수단을 통합하려는 유연한 방법들을 사용하는 것에 대한 교훈을 제공한다. 특정한 질환을 가진 인구집단을 위한 보건의료 및 다양한 사회적 서비스를 결합하고 제휴하는 방식을 기술한다.

1) Geriant 모델의 배경

Geriant는 암스테르담에서 북쪽으로 약 30km 떨어진 지역으로, 이 지역은 75세 이상이 약 7%, 85세 이상 약 2%으로 구성되며 인구는 60만 명을 조금 넘는다. 이 지역은 약 8,029명이 2011년 치매로 고통을 받았고, 2040년까지 164%가 증가할 것으로 예상된다. 이 지역 내에서 Geriant의 지역사회 기반의 프로그램은 인지저하의 첫 징후로부터 치매에 이르기까지의 인구집단을 대상으로 보건의료 서비스를 제공한다.

2000년 Geriant는 이 지역의 요양원과 공공정신건강 조직의 공동 프로그램으로 시작하여 2004년에 독립 법인이 되었다. 이 프로그램은 치매를 위해 설립되었고, 보건의료의 공적인 재정 및 예산 계획과 관리 체계에 따라 고려되었으나, 이러한 재정적 상황은 치매의 복잡하고 종종 예측할 수 없는 상황에 대한 신속한 대응에 부합하지 않았다. 한편 의료적 진단과 보건의료 서비스의 제공은 상당부분 분절되어 있었다(Huibers P, 2005). 또한 치매에 대한 서비스는 대부분 진단에 국한된 경우가 많았으며, 때로는 불필요하고 과도한 조기 입원이나 요양원 입소를 초래했다. 지역사회의 치매 유병률이 급격히 증가하는 상황에서 Geriant는 집에서 거주하는 치매 환자를 위한 급성 및 장기요양의 수용력과 케어의 품질을 개선하기 위해 설립되었다.

Geriant의 지역 사회 치매 통합 케어 모델은 여러 조직과 단체에 의해 공동으로 개발되었다. 초기단계에서 이 단체들의 재원을 이용하도록 설계되었다.

106) 출처: 'Glimmerveen L & Nies H. 2015'의 내용을 참고로 작성함

107) Geriant는 네덜란드의 노르트홀란드주의 4개 지역의 지역사회를 기반으로 한 치매 통합 보건의료 지원 프로그램임

지역의 요양사무소는 이러한 과정에서 재정과 관련한 절차적 지원을 했다. 조직이 2004년 독립했을 때, 그 조직은 여전히 이사회에 구성원인 단체 및 기관들과 얽혀있었다. 이러한 상황은 새롭게 설립된 조직의 운영 측면에서 이러한 단체들에게 지원을 받을 수 있어 효과적이기는 하지만 운영 및 행정관리 구조가 복잡한 문제가 있다.¹⁰⁸⁾

Geriant의 재원은 설립 시 관여했던 단체들로부터 마련되었으며 다양한 공적 재원을 통해 지원되었다. 그러나 Geriant는 현재는 네덜란드 공적 건강보험의 정신건강을 위한 재원으로 마련된다. Geriant는 건강보험회사들과 매년 협상을 통해 계약을 맺는다. 계약은 묶음지불과 보건의료 서비스에 대한 특약 사항을 포함하고 있으며,¹⁰⁹⁾ 또한 계약서에는 표준 진료 및 치료의 절차와 질에 대해 명기한다.

2012년 말 Geriant는 지역기반 프로그램에서 3,536명의 고객을 지원했으며 174명이 상시 근무 인력으로 일했다. 이러한 프로그램에 연간 등록 비율이 꾸준히 증가하여 연평균 12%의 성장률을 보였다. 2011년부터 Geriant는 이 지역의 모든 요양시설에서 사례관리 프로그램을 시행했다. 이 프로그램에서 사례관리자는 요양원에 거주하며 치매로 고통 받는 사람들과 요양원 직원을 지원하고 교육하면서 한편 지역 거주자에게 서비스를 제공한다. 그러나 이러한 사례관리는 보통 자택에 거주하는 고객에게 제공되는 서비스에 중점을 둔다.

2) Geriant 모델의 조직과 거버넌스

Geriant는 수평적으로 구조화 된 조직으로 관리 경영과 관리는 전문성을 추구한다. 이 조직에는 1명의 대표(총괄관리자)가 있고 6명의 부서장 (4개의 DOC 팀장 4명, 단기체류 진료센터 팀장 1명 및 요양원 팀장 1명)의 보고를 받는다. 대표는 감독위원회에 직접 보고한다. 모든 보건의료 전문가 팀은 팀장(매니저) 한 명이 이끈다. 이는 174명의 직원(2012년 말)중 9명이 관리직에 있고, 6명은 전문직을 직접 담당하고 있음을 의미한다. 고객과 직원은 고객 협의회와 직원 협의회에 의해서 대표된다. 고객 협의회는 고객의 보호자뿐만 아니라 치매 환자를 위한 네덜란드 환자 이익단체인 Alzheimer Nederland의 지역 대표를 포함한다(그림 12; 표 13).

108) 예를 들어, Geriant는 직원을 채용하거나 인사를 진행할 때 이러한 단체들의 인사부서와 사전에 협의하여 일을 진행해야 했다. Geriant가 독립 조직이 된 몇 년 후, 이러한 의존적인 행정구조에 더 이상 다른 단체나 기관이 영향을 미치지 못하게 되었으나, 이들 단체들 간에 밀접한 관계는 여전히 유지되었다.

109) 이는 진단 결과에 따른 제공해야하는 치료의 조합에 대한 세부사항을 명시한다.

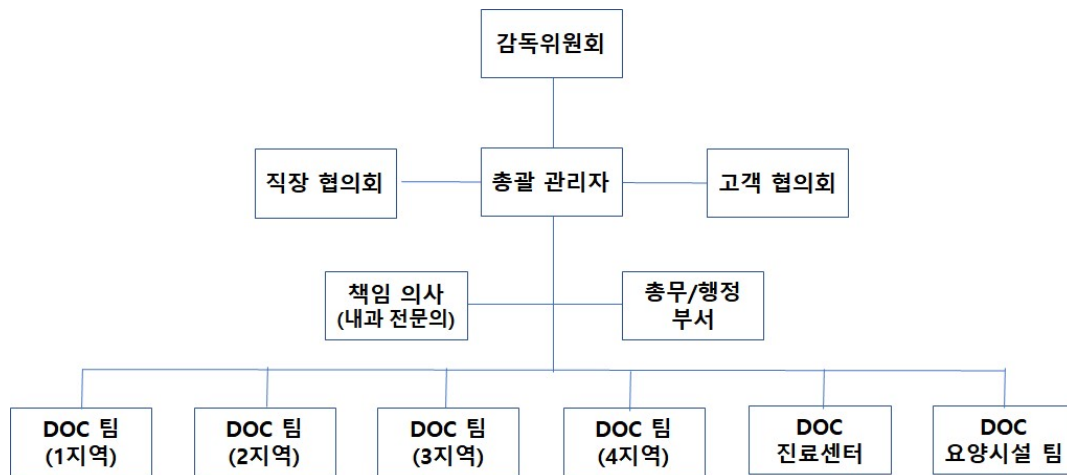


그림 12. 네덜란드 치매 통합 케어 ‘Geriant’의 조직도

출처: ‘Glimmerveen L & Nies H, 2015’

Geriant는 환자의 예측 불가능한 상태에 대응할 수 있도록 조직 단위를 작게 유지하도록 하고 있다. 팀 규모가 커지면 별도의 관리 직책을 보완하기보다는 분할하고 있다.¹¹⁰⁾ 모든 DOC 팀에 다양한 분야의 보건의료 전문 인력의 존재뿐만 아니라 다층적 위계 구조의 부재는 이러한 팀에게 예측 할 수 없는 고객의 상황에 대응하는 데 필요한 유연성과 신속한 의사결정을 가능하도록 한다. DOC 팀의 모든 구성원은 Geriant에 직원이며 동일한 환자의 전자정보를 이용하며 20명을 넘지 않는 팀원과 매주 의견을 공유한다. 사례관리자가 고객과 DOC 팀 간의 전문가적 연결 고리 역할을 수행하기 때문에 “팀 내부의 조정이 상대적으로 효율적이고 효과적으로 수행된다”고 한다.

Geriant의 사례관리자는 임상적 성격의 사례관리를 위한 전문적인 자격을 필요로 한다. Geriant의 초창기에는 이를 위해 사례관리를 협력 기관이 위임하였으며 일부는 사회복지에 대한 배경 지식을 가지고 있었다. 사례관리자로서 광범위한 업무를 수행하려면 치매 및 간호에 대한 충분한 지식과 기술이 필요하다. Geriant는 현재 전문 간호사만을 사례관리자로 고용한다. 모든 사례관리자는 우선 치매 임상사례관리의 1년 교육 프로그램을 2차례 이수해야 한다.

사례관리자는 환자나 고객이 쉽게 접근하고 연락할 수 있어야 한다. 네덜

110) 조직의 2012-2015년 계획은 성장 자체가 목표가 아니라고 명시한다.

란드 국내 평가(Peeters JM & et al., 2012)에서 “사례관리자가 독립적이지 않고 여러 책임자나 관리자에게 종속되어 근무하게 된다면 접근성이 문제가 될 수 있다”고 지적한다. 한편 Geriant는 이러한 접근성의 중요성으로 사례관리자는 적어도 일주일에 3일 이상 근무해야 한다.¹¹¹⁾

3) Geriant 모델의 보건의료 서비스 전달 체계와 경로

Geriant는 진단, 임상 사례관리 및 치료를 포함하는 치매 치료 서비스의 통합 보건의료를 묶음으로 제공한다. 이러한 서비스의 핵심에는 DOC팀이 있다. DOC는 ‘치매 욕구 평가 및 사례관리’를 의미하는 네덜란드어의 약어이다. 이러한 다분야의 전문 팀은 고객의 치료 전반에 걸쳐 치매 관련 급성 및 장기 치료 서비스를 제공한다.

Geriant는 지역에 총 4곳에 이러한 DOC팀을 구축하고 있으며, DOC팀은 대략 팀당 12명의 사례관리자, 2명 이상의 노인병 전문의, 정신과 의사, 임상 심리사, 치매 상담원 및 1명 이상의 전문 간호사로 이루어져 있다. 환자의 치료 및 케어과정의 전 과정에 걸쳐 사례관리자는 고객 및 비공식 간병인의 접촉 포인트이며 보건의료 서비스를 조정하는 동시에 치료 또는 상담을 지원한다. 필요시에 사례관리자는 팀의 다른 전문가에게 도움과 협업을 요청할 수 있다.

집중 치료가 필요한 경우, Geriant의 DOC 센터는 환자가 몇 주간 머무를 수 있는 16개의 병상이 있는 단기 체류 진료소 역할을 한다. 환자는 치료가 끝난 후 집으로 돌아갈지 요양원이나 병원으로 추천하여 이송할 지를 평가하여 입원이나 입소가 필요한 경우 DOC에서 맡아 조치한다. 이러한 진료소에서 DOC는 24시간 환자를 돌볼 수 있는 역량을 갖추고 있다.

111) 네덜란드에서는 높은 비율의 사람들이 시간제로 근무한다는 점을 참고할 필요가 있다.

표 13. 치매환자를 위한 통합 케어 Geriant의 개요

출처: Glimmerveen L & Nies H, 2015

Geriant의 개요 :	
고객의 수 (2012년 12월31일 기준)	3,536명
외래 환자 이용수 (2012년)	61,218명
직원수 (2012년 12월31일 기준)	174명(124fte)
결원율 (업무공백)	4.7%
매출 (2012년)	10,211,525유로
사례관리자 1인 당 :	
연간 대면을 통한 이용자 상담/접촉 건수	약 800건
업무 생산성(고객응대/시간당)	75%
고객 직접 응대 시간	40%
비간접 고객응대 시간(출장 여행 등)	35%

Geriant에서는 치매가 시작될 때 GP에 의해 환자가 Geriant로 추천 의뢰된다. 치매로 진단된 경우 프로그램에 등록되며 Geriant는 고객의 건강보험을 서비스 제공에 대한 지불받는다. GP에 의해 의뢰된 후 2주 ~ 3주 후 사례관리자와 DOC 팀의 노인병 전문가에 의해 욕구 사정과 진단을 실시한다.

사례관리자가 처음 환자와 보호자를 인터뷰할 때 환자의 지각 및 정신적 상태를 판단하기 위한 질문지를 사용하며, 내과 의사가 환자의 신체적 상태를 평가하고 진단검사를 한다. 이러한 질문지와 검사 및 진단 결과를 종합해 DOC 팀의 주간미팅에서 치매진단의 결론이 난다. 치매의 진단은 국가적으로 공인된 지침을 사용하며 이를 통해 GP에서 추천된 환자의 95%이상이 치매로 진단된다.

치매 진단 결과를 환자와 보호자에게 알려준 후, 보다 상세한 치료나 요양에 대한 욕구 분석이 사례관리자에 의해 수행된다. 이러한 욕구분석은 환자 상태의 구조적 매핑의 모델을 사용하여 이루어진다. 이런 모델은 노인질환관련 단체와 DOC의 설립 지원단체에 의해 개발되었다(개발 이전에는 내원 치료를 받는 치매환자를 위한 적합한 모델이 없었음). 이러한 모델은 11가지의 보건의료적 측면을 가지고 있으며, 의학적 수준 뿐 만 아니라 환자의 주변 환경, 비공식적 돌봄 제공자 등을 아우르는 내용으로 구성되어 있다. 이러한 모델을 기반으로 하여 사례관리자, 환자, 보호자와 함께 두세 가지의 해결과제를 도출하고 케어의 목표와 계획을 작성한다. 이러한 내용은 팀의 주간회의에서 다시 논의 되어 결정되면 사례관리와 서비스가 제공된다.

케어 서비스의 제공하는 기간 동안 전반적인 환자의 상태와 케어 패키지는 최소 1년 주기로 평가되며, 환자의 인지능력에 대한 평가는 반복해서 실시되

고, 환자가 느끼는 만족도를 조사한다. 사례관리자, 환자, 보호자는 다음 해의 케어와 치료의 계획을 논의하며, 치매치료를 받는 동안 GP는 환자에 대한 1차 의료에 대한 욕구를 책임진다. 환자의 상태가 악화되어 위기 상황이 되면 환자의 보호자는 사례관리자에게 연락하고 사례관리자가 환자의 집에 방문하고 환자의 상태와 문제를 사정하게 된다. 사정 결과에 따라 단기적 지원과 치료 방법에 대해 논의하고 결정한다.

치매 케어의 경로 전체에서 환자의 보호자가 Geriant 활동의 중요한 대상으로 포함된다. 그들은 환자의 비공식 돌봄 제공자로서 간주하는 것이 아니라, 상담, 훈련 및 지원이 필요한 공동 고객으로 고려한다. Geriant는 보호자의 과부하가 환자의 치매 케어의 초기 단계에서도 요양원 입소의 주된 이유 중 하나라고 인정한다. 또한 보호자는 환자의 특정 상황에 맞는 서비스를 제공하기 위해 케어를 계획 할 때 파트너로서 참여한다. 예를 들어 돌봄의 제공이 가능한 가족 구성원이나 다른 비공식 돌봄 제공자가 치매 치료의 환자를 위해 조직된 팀에 포함된다. 그들의 다양한 역할에서 비공식 돌봄 제공자는 환자의 치매 치료의 처음부터 케어의 경로에 포함된다.

4) Geriant 모델에 사례관리와 통합 서비스 제공

사례관리를 가능한 빨리 시작해야 하는지 또는 고객의 상태가 악화되기 시작했는지에 대한 논쟁이 있는 경우 Geriant는 의도적으로 첫째 옵션을 선택한다(Mahler M & et al, 2013). 이는 일반적인 지역사회 기반의 치매 케어에서 이루어지는 방식은 치매가 악화된 후 임시방편의 처치를 하는 것을 방지하기 위함이다. 실제적으로는 대부분의 고객과 보호자는 독립적으로 기능을 수행하는 초기 단계에서 사례관리가 전화통화 정도만으로 이루어지는 경우가 많다. 사례관리에 대한 Geriant의 접근방식은 여러 전문 분야로 구성된 DOC 팀과의 통합뿐 아니라 사례관리자의 업무의 임상적 성격을 특징으로 한다. 즉, 보건의료 서비스 간에 조정 작업은 물론 사례관리자가 임상적 업무도 수행한다. 이것은 임상 사례관리라 불리 우며 다른 사람들이 제공하는 서비스만 조정하는 중계모델(브로커모델)과는 다르다. Geriant의 사례 관리자는 코치, 간병 중개인 및 보건의료 종사자의 역할을 통합한다.

사례관리자는 고객 및 보호자의 상황을 모니터링하기 위해 정기적인 연락을 유지한다. 고객의 상황에 따라 매주 가정 방문에서 연례 전화 통화까지 역할

은 다양하다. 가능한 경우 빨리 문제를 해결하고 시급한 필요가 없는 경우에도 도움을 줄 수 있도록 환자 및 보호자에게 조언한다. 필요한 경우 다른 네트워크 파트너를 통해 서비스를 제공하고 연락을 유지한다. 또한 다른 네트워크와 서비스의 질과 고객의 의견과 반응을 공유한다. 고객과 관련이 있는 경우 재가요양 및 사회복지 서비스 제공자는 환자나 보호자의 상황 변화를 사례관리자에게 알려주고 이에 따라 약물 복용과 같은 실질적인 지원을 제공한다.

이러한 코칭과 조정 작업 이외에도 사례관리자는 치매관련 치료를 제공하고 관련 및 전문 지식이 필요할 때 팀의 전문가에게 문의와 조언을 요청한다. 상황에 따라 DOC의 팀원은 행동적 체계적으로 환자와 보호자에 필요한 치료와 서비스를 제공할 수 있다. 이것은 주로 인지행동치료 및 동기부여 인터뷰(사례관리자 또는 심리치료자와 함께), 약제 치료 (팀의 의사가), 보호자 또는 치매 증상 치료에 대한 네트워크의 종사자 교육을 포함한다. 보호자를 위한 교육 프로그램도 온라인을 통해 제공된다. 전일 근무 사례관리자 한명 당 평균 70명의 고객과 보호자를 맡고 있다. 이것이 국가 지침에 명기된 50명 보다는 많으며, 실제로도 사례관리자들이 이런 부분이 부담으로 나타나기는 하지만, 이러한 업무량은 상황에 따라 광범위하게 변화하며 사례관리자에 따라 업무 역량이 다르기 때문에, 이러한 업무량의 과중을 판단할 때 다양한 상황이 고려된다.

보건의료 서비스 전반에 걸친 보건의료의 연속성 및 서비스의 적절한 전달과 배치를 보장하기 위해 Geriant의 조직 내와 다른 조직 간의 통합 케어의 기전 기술한다. 통합 보건의료 기전이 실제 적용되는 경우는 환자의 상태에 달려있다. 조직 내에서의 상황을 살펴보면, DOC 팀은 이미 여러 분야의 보건의료 인력으로 구성되어 대부분의 분야 간 조정은 팀 내에서 이루어지고 다양한 보건의료 서비스의 제공이 가능하다. 이러한 특성은 케어의 조정과 연계에서 조직의 부서 간 조정이 거의 필요하지 않다는 것을 의미한다. 모든 사례관리자는 치매에 대한 철저한 배경 지식을 갖추고 있으며 기본적인 치료와 이를 스스로 수행할 수 있고, 환자의 상태에 대해 잘 파악하고 있어 팀의 전문의에게 도움을 요청할 상황이 자주 발생하지 않는다.

사례관리자는 또한 외부 파트너와의 활동 조정에 핵심적인 역할을 한다. 특히 GP와의 관계는 중요하다. Geriant는 지역의 일차의료기관인 GP(약 340곳)과 접촉한다. 보통 진단, 치료 전이 및 평가 후에 서면으로 업데이트되며, 근무 시간 중에는 GP가 DOC 팀의 의사에게 직접 의논하여 상담할 수 있다. Geriant

는 최근 환자의 담당 GP와 사례관리자가 사례를 파악하여 주기적으로 모든 환자에 대해 정기적으로 만나 토론 할 수 있도록 했다.

또한 사례관리자는 다른 재가요양 서비스를 신청할 때 고객 및 비공식 돌봄 제공자(보호자)를 지원한다. 그들은 재가요양 및 사회복지사에게 환자의 상황의 변화를 알리고 정기적으로 연락을 취하며 가능한 경우 공동 방문을 하도록 요청한다. 가능하다면 다른 보건의료서비스 제공자와의 평가 회의가 일년에 두 번 정도 열리며 가급적이면 환자와 보호자의 참석 하에 마련된다. 서비스에 대한 불만이 만족스럽게 해결 될 수 없는 경우 사례관리자는 환자가 다른 조직에서 서비스를 받도록 지원한다.

환자의 상태가 매우 불안정하고 복잡해지면 환자를 위해 다른 조직간 의 팀을 구성 할 수 있다. 이러한 '치매 가정팀(HuisTeam Dementie; Dementia Home Teams)'의 형성은 지역의 치매치료 관련 플랫폼의 시초이다. Geriant는 지역의 주택, 사회복지, 재가요양 및 환자이익단체 및 지역 케어사무소, 지방자치단체와 함께 이러한 치매 치료관리 플랫폼에 참여한다. 이러한 플랫폼이 환자를 중심으로 형성될 때 이와 직접적으로 관련된 모든 사람들(보호자 포함)은 2~3개월마다 만나 공동으로 치료 계획을 잡는다. 이러한 정기 회의에서 관련된 모든 당사자는 제공되는 환자의 상황과 치료 서비스에 대한 정보를 공유하며 경험하면서 가능한 해결책을 모색하면서 토론하고 평가한다. 일반적으로 이러한 조직간 교차 네트워크의 다분야 팀은 고객의 10% 미만으로 구성된다. 보다 안정적인 상태의 환자를 위해서는 낮은 수준의 통합 연계가 적용된다.

네덜란드의 보건의료관련 변화하는 법안으로 인해 어려움을 겪었지만, Geriant의 모델에서는 복합적 상태에 따라 환자를 분류하지는 않는다. 즉, 이는 각각의 환자의 사례마다 매우 이질적인 특성을 가지고 있음을 의미한다. Geriant의 사례관리자는 종종 팀의 전문의로부터 많은 간섭을 받지 않고 독립적으로 환자를 관리한다. 노인병 전문의는 진단 후 환자 중 약 4분의 1에 대해서만 적극적으로 관여하고 있다고 이야기 한다. 모든 환자와 고객을 위한 케어 통합 인프라가 있지만, 실제로 이러한 구조가 사용되는 정도는 환자의 상황에 따라 다르다. 더 이상 집에 머물 수 없는 경우, Geriant의 사례관리자는 환자의 요양원 입소에 중심적인 역할을 한다. 요양원에서 환자의 욕구와 입소가 인정되면, 각 팀의 한명의 사례관리자에게 환자의 요양원의 입소에 대한 조정자 역할이 부여된다.

5) ‘Geriant 모델’의 서비스 품질 관리와 성과

Geriant 모델은 사례관리, 의료진단 및 치료 욕구 분석을 위한 정교한 매뉴얼을 개발했다. 이 매뉴얼은 11가지 보건의료적 척도에 따라 구성되어 있으며 Geriant의 웹사이트에 공개된다. Geriant는 HKZ(Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, HKZ; Harmonization Quality assessment in the healthcare sector)¹¹²⁾가 인증한 자체 품질 관리 매뉴얼을 개발해 사용한다. 조직 전체와 조직 내의 부서 모두 연간 계획이 있다. Geriant의 대표이사는 매달 각 팀이나 부서 관리자와 만나 진행 상황을 상의하고 각 부서의 공식 평가는 매년 실시한다. 연중 20개의 지표의 관리 경영 정보를 제공하고 조직의 책임 있는 업무 기전으로 사용된다. 여기에는 ‘고객관리 및 조직에 대한 내부보고’의 모니터, 지속적인 고객 만족도 조사, 월간 직원 만족도 조사, 내부 및 외부 품질 감사 및 생산, 인사 및 재무 지표가 포함된다. Geriant는 공식적으로 정신보건의료단체로 분류되기 때문에 국가 차원에서 정의된 여러 필수 성과지표에 대한 연간 데이터를 게시해야 한다. 2012년부터는 두 가지 주요 도구로 구축된 Routine Outcome Measuring(업무결과측정) 시스템을 구축하고 있다. 이는 비공식 돌봄 제공자의 상태는 EDIZ스케일 (네덜란드어로 ‘비공식 돌봄의 부담의 약어’)를 사용하여 측정하며, 환자의 상태는 Reisberg’s Global Deterioration Scale(GDS-r)을 사용하여 평가한다(2012년부터).

보건의료 업무 결과 평가 방식인 GDS-r 및 EDIZ 척도를 사용, 환자 등록 시 1회 측정, 프로그램을 종료 할 때 최소 1회 중간 평가에 1회 측정을 통해 이 점수는 환자의 상태 발달 및 보호자의 케어 궤적에 따른 복지에 대한 전체적인 시야와 통찰을 제공한다. 예로 0-7의 척도를 갖는 GDS-r은 치매의 진행 정도와 일치한다. 예로 등록 시 3.4, 중간평가에 3.8 및 종료 시 5.0의 각각의 측정치를 보여 주었다면 Geriant의 지원 프로그램이 종료되는 지점의 환자의 치매 정도는 악화된 것을 나타낸다. 한편 동시에 0 - 9의 척도를 갖는 EDIZ의 측정결과가 환자의 보호자에게서 4.4, 4.1 및 4.9의 각 점수를 나타냈다면 주며, 이는 동시에 측정한 환자가 치매 상태의 악화에도 불구하고 보호자는 이 프로그램에 참여한 후 어느 정도 부담을 덜었다고 느낀 것을 나타낸다.

그들은 중요한 측정치로 비공식 돌봄 제공자인 보호자 부담을 중요하게

112) HKZ는 네덜란드 보건의료의 안전 및 품질을 인증하는 주요 인증기관이다.

생각하며, 환자가 요양원에 입소를 고려할 때 주요한 요인으로 고려한다. 보호자 부담의 초기 감소는 가정환경에 긍정적인 기여를 하여 치매를 가진 사람들이 더 오래 집에 머물면서 요양원에 입소를 연기 할 수 있게 한다.

□ 통합케어 측면에서의 결과

Geriant 설립의 중요한 이유 중 하나는 치매의 치료에 있어 치매 환자의 상태가 악화될 때마다 병원이나 요양원에 입소시키는 임시적인 위기 개입에 의존하지 않고 지역사회에서 이러한 치매환자의 위기를 관리 및 해결하고자 하는 것이었다. 환자 및 보호자의 만족도 평가를 위해 Geriant는 지속적인 측정을 수행한다. 환자가 요양원으로 돌아가거나 이동 한 후에 보호자는 외부 연구 기관에서 개발 및 실시한 만족도 설문 조사에 참여하도록 한다. 2012년 보호자는 DOC 팀의 서비스를 10점 만점에 8.2점으로 등급을 매겼으며 이는 이전 초기의 결과와 유사하다. 응답자의 약 95%는 DOC 팀의 서비스를 다른 사람들에게 추천 하겠다고 했다.

같은 조사에 따르면 사례관리를 통해 환자가 예상치 못한 악화에 의한 GP의 방문 횟수가 줄어든다. Geriant의 네트워크 파트너 만족도 평가 역시 긍정적인 결과를 나타냈다. 일반 의사들은 평균 10점 만점에 7.8점으로 Geriant의 연구 점수를 매겼으며 특히 진단과 사례관리의 결합을 높이 평가하는 것으로 보인다. 위에서 논의된 국가 평가는 사례관리를 도입 한 후 치매 치료에 상대적으로 많은 시간을 소비했던 GP가 이에 안심할 수 있음을 보여 주었다. GP로부터 Geriant로의 치매 환자의 추천 이송이 꾸준히 증가하면이 긍정적인 평가가 강조 되고 있다. 다른 네트워크 파트너는 Geriant의 업무를 10점 만점에 7.9점으로 평가했다. 2013년 (의료 기관에만 국한되지 않음) 전국 직원 만족도 순위에서 Geriant는 1000명 미만의 조직에 대해 4위를 차지했다. 평균적으로 Geriant 직원은 국가 평균 인 7.5¹¹³⁾와 비교하여 전반적인 만족도를 묻는 질문에 10점 만점에 8.3점으로 나타났다.

□ 비용 효율

Geriant의 서비스는 환자 당 하루 평균 8유로이며, 이 수치는 다양한 지원을 받는 복합적 조건의 환자는 물론 1년에 1-2번 전화만 받는 환자를 고려한 평균 비용이다. 또한 Geriant 네트워크 파트너가 제공하는 사회복지 또는 재가요

113) De Beste Werkgevers2014-Winnaars 2013. (<http://www.beste-werkgevers.nl/winnaars-2013/>)

양 서비스 비용은 포함되지 않는다.

전국 평균과 비교하면, Geriant 프로그램이 적용된 지역에서 3 - 4배 많은 사람들이 정신건강서비스를 사용했다. 이러한 비용을 절대적 총 수치로 보면 이 지역의 치매 관련 정신건강서비스 비용은 전국의 평균적 지역의 두 배 가량이다(다만, 사용자 당 평균 비용은 평균보다 1/3가량 낮았다). 한편 치매를 가진 사람이 정신건강 서비스를 사용하는 동안에, 이들에 들어간 비용을 비교했다. 일반적인 장기요양 서비스를 받고 있지만 정신건강서비스를 받지 않는 그룹과, 장기요양과 정신건강 서비스를 동시에 받는 그룹을 비교되었다.¹¹⁴⁾ 이러한 비교 결과에 따르면, 정신건강 서비스를 함께 이용하는 그룹의 경우 마지막 생의 단계에서 총 케어 비용이 47% 낮아 평균 48,000유로 이상 절감 되는 것으로 나타났다. 또한 요양원의 평균 체류 기간 이러한 그룹의 경우 약 9개월 적었으며, 치매 관련한 병원치료 비용은 Geriant 지역이 전국 평균보다 40% 낮았다.

Geriant가 개발 한 모델은 네덜란드의 지역사회기반 치매 치료를 위한 모범적 예이다. 2005년 네덜란드 정부의 장기요양관련 부처의 장은 Geriant가 치매 환자를 돌보는 데 있어 일관성과 협력을 성공적으로 개선 한 사례라고 언급했다 (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2005). 2012년에 지역 케어사무소에 의한 연구는 이러한 모델의 국가적 이행이 공공 장기요양 영역에 연간 2억 유로를 절약할 것이라고 제안했다.

6) 분절된 보건의료의 장벽 넘기

Geriant의 활동 중 95%가 건강보험을 통해 지원되고 있다. 그러나 여전히 통합적으로 보건의료 및 사회복지 서비스 제공에 어려움을 겪고 있다. Geriant는 어떤 경우 그러한 시스템 수준의 경계와 칸막이를 피하려 노력하지만 이를 극복하기위한 캠페인과 로비에도 관여한다. Geriant의 초기에는 환자에게 직접 제공된 서비스만이 건강보험의 적용과 환급을 받았다. 현재는 모든 Geriant의 서비스를 포괄하는 치매 진단 후에 하나의 재원을 사용할 수 있게 되었다.

최근 보건의료 재정관련 체계의 발전과정으로 이러한 재원의 통합 및 연계와 관련해 또 다른 과제가 제기되었다. 최근까지도 Geriant는 지역의 건강보험 회사들의 대표자 역할을 하는 하나의 건강보험회사와 연례 계약을 협상해야 했다. 이 후 건강보험회사 간의 경쟁을 촉진하기 위해 이러한 대표 모델은 폐기되

114) 후자의 그룹은 Geriant의 고객으로 전부 구성되어 있지 않았다.

고 Geriant는 네덜란드의 모든 건강보험회사와 별도의 계약을 위한 협상을 한다. 이것은 건강보험회사마다 다른 계약 및 조건이 주어질 뿐만 아니라 치매의 치료와 관리가 어떻게 조직되어야하는지에 대한 다양성을 제시할 수 있다.

통합 보건의료 서비스 제공에 대한 또 다른 어려움은 Geriant의 서비스가 공식적으로 분류되는 정신보건 서비스에 대한 새로운 규정에 기인하며, 이러한 새로운 정책에 의한 규정은 환자의 상태와 치료의 필요성에 따라 기본정신과 전문정신건강을 구분하며 보건의료 서비스 제공자가 이러한 그룹을 개별적으로 관리하고 카테고리별로 특정한 유형 과 양의 치료와 서비스만을 제공하도록 정하고 있다. 이러한 규정은 공백이 없는 연속적 보건의료 서비스로의 전환에 장벽으로 작용할 수 있다. 환자의 상태가 예상치 못하게 악화되거나 비공식 돌봄 제공자가 환자를 돌볼 수 없는 사정이 생길 때 신속한 대응을 어렵게 한다.

Geriant의 서비스는 주로 건강보험에서 재원이 마련되지만, 광범위한 서비스 제공 업체 네트워크를 통한 인센티브가 주어지는 기전은 각기 분절되어있다. 이에 요양시설의 서비스를 지역사회 프로그램으로 대체하기위한 동기와 인센티브는 불충분하며, 이들 요양시설 서비스와 지역사회 프로그램의 재원이 다를 때 더욱 그런 경향이 있다. 이러한 분절은 일일 돌봄과 같은 서비스 및 사회복지서비스에 대해서도 동일하게 적용된다. Geriant는 네덜란드 정부를 상대로 보건의료 서비스 비용절감이 가능하다는 주장을 뒷받침하기 위한 지역 케어 사무소의 연구를 근거로 하여 해당 분야 전반에 걸쳐보다 높은 수준의 통합된 재원 체계를 요청하는 운동에 참여했다. 이에 이러한 재원 지원 기전이 변화하고 있고, 2015년부터 Geriant의 서비스는 다른 재가요양 서비스와 마찬가지로 동일한 재원을 통해 지원받고 있다.

공급자 간의 분절된 재원과 같은 시스템의 장벽이 존재하지만 네트워크 파트너와의 훌륭한 협력 관계는 치매 치료 서비스의 조정에 상당히 기여했다. Geriant가 독립적인 조직으로 전환된 후에도 지역 보건의료서비스 지역 요양사무소를 포함한 프로그램 시작 초기에 참여한 다양한 네트워크 파트너가 적극적으로 긴밀한 비공식적 관계를 유지하며 열린 의사소통과 교류가 이루어지고 있다. 이러한 네트워크가 비공식적인 성격을 지니고 있지만, Geriant는 그것을 공식화하려는 양면의 태도를 취하고 있다.

네덜란드 보건의료감독원에서는 개별 보건의료 조직에 대한 검열 이외에도 Geriant와 같은 보건의료 네트워크에 대한 모니터링을 하고 있다. 따라서 이

러한 네트워크가 공식적으로 이루어지도록 하는 요구가 증가하고 있다. 그러나 실제로는 그렇게 하기를 꺼려하는 경우가 있다. 현재의 비공식적인 협업 방식은 계약 당사자 또는 관료적인 제약으로부터 모든 당사자를 해방시켜 유연성을 허용한다. 또한 예를 들어 요양시설 입소를 위한 선별과 관련하여 Geriant의 비공식적 입장을 공식화한다면, “네트워크 참여자는 자신의 자율성에 위협을 느끼고 업무 참여와 협업을 꺼려하게 될 수 있다”는 우려가 있다.

6. 네덜란드 통합재가요양 ‘Buurtzorg’

우리나라와 세계적으로 노령인구의 증가에 따라 단순 간병과 돌봄 서비스 뿐 만 아니라 의료서비스의 복합적인 욕구를 가진 사람이 증가하고 있다. 이에 보다 효율적으로 이러한 욕구에 부합하는 서비스의 제공의 필요성이 증가하고 있다. 우리나라는 현재 2008년부터 시행된 장기요양보험제도에 의해 재가요양에 방문간호서비스를 제공하고 있어 방문간호지시서에 따른 서비스를 고객에게 제공하고 있다. 그러나 방문간호지시서에는 의료적 처치와 관련된 사항만이 포함되어 있어 노인에 대한 일상적인 도움이나 신체활동에 대한 간병과 돌봄을 동시에 제공하지 못하는 불편함이 따르고 있어 별도의 장기요양서비스를 신청 이용하여야 하는 불편함이 따른다. 이에 네덜란드에 간호 서비스와 일상생활의 도움을 동시에 제공하는 재가요양 모델인 ‘Buurtzorg’¹¹⁵⁾에 대한 내용을 기술한다.¹¹⁶⁾

1) 네덜란드 통합 재가요양 모델 “Buurtzorg”의 출현

네덜란드의 보건의료 분야 중 노인 간병과 재가요양은 상당부분 민영화되어 있다. 그러나 네덜란드 정부는 보건의료 종사자들의 임금 수준 및 재정의 흐름 등의 일반적인 원칙에 통제와 영향을 미치고 있다.¹¹⁷⁾ 그러나 정부는 민간의 보건의료 시장 진입, 지방자치단체와의 협상과 입찰, 서비스의 가격 및 품질 경쟁을 허용한다.

이러한 상황은 재가요양에서 요양보호사와 가사도우미에 의해 서비스가

115) 네덜란드의 고도로 전문적인 자기관리 팀기반의 재가요양(가정간호) 모델

116) 출처: <https://www.buurtzorgnederland.com/> 및 ‘Buurtzorg 네덜란드’의 국제협력 담당자와 인터뷰 내용을 참고하여 작성

117) 정부는 특히 재정이 어떤 자금에 의해 마련될 수 있는지(세금 또는 건강보험에 속하는지) 통제 결정한다.

제공되는 큰 규모의 재가요양 기관을 활성화 되고, 이용자의 욕구와 필요에 의한 맞춤형 서비스의 개발이 촉진되었다. 그러나 이러한 동향은 세계적인 경제 위기 이후 중앙정부와 지방자치단체가 보건의료 분야의 예산을 삭감하면서 변화하기 시작했다.¹¹⁸⁾ 이에 만성질환과 노인성 질환을 앓고 있어 장기요양이 필요한 사람들은 앞으로 배우자나 가족과 같은 비공식적인 요양 제공자에 더 의존하게 될 것이라고 예상했다. 이러한 상황에서 2006년 네덜란드 지역 보건전문가인 ‘Jos de Blok’는 양질의 서비스와 공식 의료 서비스의 비효율성을 극복하기 위한 대안으로 ‘Buurtzorg (Neighborhood Care; 이웃돌봄)’을 시작했다.

그는 기존의 다양한 사람에 의해 제공되는 재가요양을 한명이 제공하도록 바꾸고자 했다. 이는 실제로는 불필요하거나 중복된 보건의료 및 장기요양의 소비를 촉진하는 ‘보건의료 거품’을 제거가 필요한 상황이었다. 또한 서구사회와 많은 나라에서 저출산과 고령화된 노동력시장의 변화와 함께 요양 및 보건의료 분야의 종사자 역시 직업에서 이탈하고 있다. 이에 장기요양 분야에 이용자의 욕구에 부합한 보건의료 자원의 적절하고 효율적인 투입이 가능한 체계를 도입하고자 했다.

2) Buurtzorg의 구성의 원리와 조직

‘Buurtzorg’에서 직원들은 독립성 원칙을 통해 자신의 업무를 스스로 관리하고 가능한 신속한 돌봄을 제공하며, 한편 불필요한 요양 서비스의 제공을 가능한 줄이기 위해 이용자 속한 보건의료 환경을 고려하여 해결책을 찾는다. 이 때 제공되는 요양서비스는 가능한 높은 전문성을 갖춘 제공자가 제공한다.

한편 재가요양 제공자(간병인)와 이용자 사이의 신뢰 관계는 Buurtzorg의 핵심 원칙이다. Buurtzorg의 조직 구조에서는 각 지역의 팀이 중심 역할을 한다. 따라서 각 지역의 Buurtzorg 팀은 ICT 애플리케이션 및 지역 코치의 지원을 받으며 재가요양과 관련하여 통제하거나 조직하며 별도의 관리 계층은 없다. Buurtzorg의 중앙 사무소는 단지 이용자의 상황과 필요 사항의 기록과 평가, 건강보험회사와의 계약 조건 및 입찰 절차, 근로계약 및 이용자에게 발생하는 문제에 대해 지역의 Buurtzorg 팀을 지원한다.¹¹⁹⁾

118) 보건의료 분야의 재정적 안정을 위해 네덜란드의 자유당과 사회민주당의 연합 정부가 예산 삭감에 동의하였다.

119) Buurtzorg의 관리의 출발점은 ‘단순 유지관리’이며, 이는 일방적인 통제가 아닌 신뢰를 기반으로 한다.

Buurtzorg는 5명에서 12명의 전문가로 구성된 팀을 조직하고 자체적인 조직관리를 촉진하며 각 팀은 간병에 집중하며 환자와 노인들에게 높은 수준의 치료를 제공한다. 이용자는 1일 24시간 중 어떤 시간이나 필요시 Buurtzorg의 팀에 의한 도움을 받을 수 있으며, 팀은 이용자의 의사와 병원과 지속적으로 연계하여 돌봄을 제공한다. Buurtzorg에 등록되면 이용자는 큰 조직의 집단에 의한 간병대신 소규모인 1 ~ 5명의 전문가에 의한 간병을 받는다. 또한 Buurtzorg 팀은 의사와 같은 지역의 다른 보건의료 전문가들과의 협력을 중요시하며, 이러한 소규모의 팀을 통해 제공되는 재가요양과 방문간호 서비스를 통해 고비용의 의료비용이 발생하는 상황을 방지한다.

네덜란드에서 보건의료분야(간호 및 간호조무 분야로 추정)의 종사자는 다음의 5단계로 나뉜다.

레벨1과 2 : 매우 낮은 수준이거나 교육받지 못한 인력 (도우미/단순요양보호사)

레벨3 : 간호조무사, 3년제 직업교육기관을 졸업한 자 (MBO 졸업)

레벨4 : 간호사 (RN), 4년제 직업학교를 졸업한자 (MBO 졸업)

레벨5 : 학위 간호사 (BN). 4년제 대학교를 졸업한자 (HBO 졸업)

Buurtzorg의 팀에서는 레벨 3,4 그리고 5에 해당하는 인력이 혼합하여 근무하고 있다. 따라서 대부분의 팀에서 간병과 간호에 있어서 각 1명의 인력 모두가 이용자가 필요한 간병/수발과 간호적 처치 서비스를 제공할 수 있다. 다만 의료적인 처치는 레벨4나 5의 간호사만이 할 수 있다.

□ Buurtzorg의 '관리본부' 및 자원

네덜란드의 Almelo에 위치한 Buurtzorg의 본부는 각 지역의 팀을 위한 서비스와 노하우를 제공한다. 2008년부터 가상 네트워크인 Buurtzorg 웹이 설치되어 각 팀 구성원이 이용할 수 있으며, 정보와 팀 결정에 대한 실질적인 지원, 관련 지식을 공유 할 수 있다. 이 웹은 팀이 행정 및 공식적인 업무를 돕는다. 이용자가 Buurtzorg의 팀에 등록되면 사본이 본부로 보내진다. 팀원은 Buurtzorg 웹에서 고객의 간병과 치료에 사용한 시간을 등록하고 본부는 이러한 데이터를 저장 관리한다. 모든 팀의 매월 근무생산성 데이터는 각 직원에게 제공된다. 또한 웹은 토론 포럼과 지식 또는 네트워크 관계의 교환을 용이하게 한다.

Buurtzorg에서 제공되는 서비스는 기본적으로 건강보험에 의해 지불된다.

따라서 고객은 서비스에 대해 본인부담금을 지불할 필요가 없다. 예외적으로 네덜란드에서 장기요양 시설에 속하는 요양원이나 요양병원에 입소하기 위해 대기자 명단에 있는 경우 그러한 이용자들에게 대해서는 장기요양보험을 적용하여 비용에 대한 수가를 환급받는다. 또한 네덜란드 장기요양보험의 급여를 받는 경우 이용자는 본인의 수입에 따른 본인부담금을 지출해야 한다. 이러한 이용자는 Buurtzorg의 이용자의 5%이며 나머지 95%는 건강보험에 의해 보장된다.

□ Buurtzorg의 통합 보건의료의 기전

신규 고객이 Buurtzorg의 서비스를 받기를 신청하면, 인터뷰 날짜를 잡고 고객이 원하는 간호 및 간병 서비스의 욕구와 이의 진단을 통해 평가한다. Buurtzorg에서는 오마하시스템(Omaha System)¹²⁰⁾을 이용하여 신청자의 보건의료 욕구를 사정하고 간병 및 간호 제공 계획을 수립한다.

각 지역의 Buurtzorg 팀이 만들어 질 때 지역의 1차의료기관인 GP 뿐만 아니라 다른 보건의료 전문가 및 사회복지기관, 영양사 등의 다른 기관과의 협력관계를 구성한다. 이는 비단 공식적인 보건의료 전문가들 뿐 만 아니라 자원 봉사단체 교회 가족과 친구 및 이웃 등의 비공식적인 네트워크를 포함한 사회망을 만드는 것을 의미한다. 이러한 이해당사자들 간에 어떻게 협력할지는 정해진 양식이나 지침은 없고 각 지역의 상황에 맞게 각 Buurtzorg 팀에서 설정하고 협약을 맺는다.

각 지역의 Buurtzorg 팀이 그 지역의 상황을 가장 잘 알기 때문에 고객에 대한 가장 좋은 해결방안을 찾을 수 있을 것이란 기대에서 이루어지는 방식이다. 각 지역의 Buurtzorg 팀은 전화로 연중 어떤 시각이나 연락이 가능하다. 한 명의 간호사가 항상 전화를 받으며, 지역 일차의료기관의 의사가 이러한 팀에 연락이 필요하면 언제든지 연락할 수 있다. 한편 의료적 처치나 서비스가 필요한 경우 Buurtzorg이 간호사들은 의사나 병원에 연락하여 필요할 조치를 할 수 있다. 전문의와 연락하여 조언을 구하기도 한다.

Buurtzorg의 하나의 비전은 이용자에게 통합 보건의료를 제공하는 것이다. 이는 기본적으로 한명의 간호사가 한 명의 고객을 방문하고 필요한 모든 것을 제공하는 것은 것을 통해 이루어진다. 이는 옷입기, 샤워, ‘주사 놓기’, 카

120) Ohmaha system은 Buurtzorg뿐 아니라 네덜란드의 재가요양의 욕구사정에 사용되는 표준방식이다.

테터 교환 등이 포함된다. 이렇게 하는 것이 요양의 질과 연속성을 높이는데 기여한다. 예로, 환자의 몸을 샤워하는 동안 간호사는 환자의 피부상태와 몸 상태를 체크하고 판단할 수 있다. 이러한 정도는 환자의 건강상태를 유지하고 필요한 조치를 하는 것을 돕는다. 또한 한 명의 간호사가 한 명의 환자와 꾸준히 접촉하고 소통하면서 환자 스스로가 자신을 돌볼 수 있도록 유도하는데도 유리하다. 이러한 지점이 Buurtzorg의 핵심 가치 중 하나이다.

□ ‘Buurtzorg’ 의 확장

네덜란드에서 Buurtzorg는 57명의 직원과 13개 팀으로 2007년 첫해에 540명의 고객을 지원했다. 2009년엔 2,100명의 직원과 215개 팀으로 확대되었다. 2010년에는 직원 3,000명과 300개 이상의 팀으로 성장하였으며, 2013년에는 약 6,000명의 직원과 545팀으로 늘어났다. Buurtzorg의 구성원의 95%는 여성이며, 직원은 부문 별로 계약하며 전문 기술 향상을 위해 회사에 교육훈련 시설을 갖추고 있다.

초기에 직원의 대부분은 50세 이상의 경력직 간호사였으나, 최근에는 젊은 인력이 입사하고 있다. 매년 직원의 5% 가량이 나이나 경력관리의 이유로 Buurtzorg를 떠나며, 매월 약 10 ~ 150명의 직원이 Buurtzorg에 합류한다. Buurtzorg는 직원의 99%가 지역의 팀에서 환자나 이용자를 위한 간호나 간병의 업무를 하며, 본사의 25명의 직원과 지역의 일부 직원(코치나 고문)만이 관리를 위한 업무에 종사함으로써 관리유지에 사용되는 비용이 극히 낮고 생산적이다. 이러한 Buurtzorg의 지역 팀은 연중무휴이며 이용자가 24시간 접근이 가능하다. 이러한 팀의 시간당 생산성을 매우 높으며 다른 앞으로도 향상될 것으로 예상하고 있다. 또한 Buurtzorg는 쇼핑, 요리, 개 산책, 발코니 청소와 같은 고객을 위한 팀 기반 개인 서비스, 청소년 보호 및 지역 차원의 팀 기반 정신과 치료를 추가했다(Buurtzorg Nederlands, 2013).

3) Buurtzorg의 효율성의 기전

Buurtzorg는 이용자 당 적은 시간을 사용하고 처치 시간이 짧으며 소위 계획되지 않은 치료를 줄이기 때문에 일반적인 가정간호나 간병보다 효과적인 치료를 제공한다. 이러한 높은 생산성은 낮은 간접비(관리비)와 낮은 질병 발생

를 및 낮은 직원 교체율로 인해 발생한다(Buurtzorg Nederland, 2009). 한편 Buurtzorg는 2011년과 2012년 네덜란드의 최우수 고용주로 선정되며, 직원의 만족도는 9점/10점, '참여도'는 9.7점으로 나타났다.

이러한 효율성의 기반인 Buurtzorg의 팀 기반의 케어의 핵심 요소는 자율 관리이며 위계관계로 팀을 제어하거나 관리하지 않는다(Buurtzorg Nederland, 2010). 팀의 통제는 단지 두 가지 요소로 운영된다. 이는 Buurtzorg의 팀 구성의 기본 틀과 지침 그리고 전반적인 규칙이다.

Buurtzorg의 지역 팀의 구성의 원칙의 개요는 다음과 같다. 1) 팀의 구성원은 다양한 역량의 인력으로 구성한다 (레벨 3 ~ 5의 간호사 및 간호무사로 구성됨); 2) 팀은 최대 12명이며 인원이 늘어나면 새로운 팀을 구성한다. 3) 팀은 필요한 모든 의료기술과 치료를 포함하여 간호 및 간병을 수행 할 수 있으며, 이를 위해 간호 간병 프로그램의 조직에 대해 지역 의사와 협력하고 병원, 타기관과 접촉하여 고객과 (비공식) 돌봄 제공자와 협력한다; 4) 모든 팀 구성원은 업무 조정 및 간호/간병 제공자로서 자격 및 유지 관리에 대한 책임이 있다. 5) 팀의 업무와 활동은 상호 토론과 협의 하에 나눈다(팀의 의사 결정은 상호 동의에 따라 팀 전체가 결과에 대한 책임이 있다); 5) 전문성 개발을 위해 팀은 교육 및 개발을 위해 임금 총액의 3%를 지출하며, 이중 1%는 필수 교육과정에, 2% 자신의 의견에 따른 교육훈련에 지출 할 수 있다.

4) 결론 및 시사점

네덜란드에서 시작된 Buurtzorg는 소규모의 팀에 의해 스스로 관리하며 재가요양(가정간호)의 질을 향상시키고 비용 효율적이며, 팀의 종사자와 이용자의 양쪽의 만족도를 높이는 경향이 있다. 이러한 효과는 단순히 조직의 관리에 있어 외부로 부터의 유연성의 수준을 높이고, 교육 수준이 낮은 직원을 고용하거나 시간당 임금과 노동 조건을 낮추어서는 달성할 수 없다. 다중의 숙련된 인력으로 구성된 팀의 의사 결정과 매우 낮은 간접비(운영비)를 기반으로 하는 Buurtzorg 사례는 위기와 구조 조정의 결과로써 우리나라의 공공 보건의료 서비스 분야에서 효율성을 높이고 관리와 실제 조직운영과 사이의 괴리를 극복할 대안이 될 수 있다.

한편 이러한 긍정적인 면 이외에 Buurtzorg의 조직관리체계는 위험성도 내포하고 있다. 특히 직장내의 노조 협의회에서 지역의 소규모 팀의 직원회의로

의사결정을 하는 시스템은 Buurtzorg의 노동자들의 노조의 협상 능력을 저하시키는 위협으로 간주되기도 한다. 그러나 현재 매주 마다 Buurtzorg에 합류하는 새로운 그룹에는 여전히 많은 사람들이 노동조합에 참여하고 있다. 이들 소규모 팀에서 이루어지는 자체적 관리와 결정과 노동조합의 정책에서 그들의 의견이 어떻게 조율되고 조정되는지는 지켜보아야 할 문제로 생각되고 있다.

Buurtzorg의 팀은 시작단계에서 지역의 1차의료기관인 GP, 영양사 및 사회복지기관 등과 협약을 맺어 이용자에게 연속적이고 통합된 보건의료 서비스의 제공이 가능하도록 한다. 또한 Buurtzorg의 팀은 1명의 간호사가 동일한 이용자를 지속적으로 보살피며 기본적인 일상적인 수발과 간병뿐만 아니라 주사, 카테터나 드레싱의 교환과 같은 간호적 처치도 제공하고 있다. 이는 환자와의 신뢰관계의 형성에 도움이 되며 환자의 상태를 보다 정확하고 심도 있게 이해하고 있어 효율적으로 서비스를 제공하는데 기여한다. Buurtzorg는 기본적으로 건강보험에 의해 재원이 마련되지만, 약 5%의 이용자(요양시설 입소 대기자)는 장기요양보험에 의해 환급을 받고 있어, 장기요양과 건강보험 체계간의 장벽에 의한 보건의료 서비스의 분절의 발생이 방지되고 있다. 이러한 점들은 우리나라의 보건의료와 장기요양 서비스의 연계 통합 제공을 위한 제도 개선에 참고할 사항으로 생각된다.

V. 결론 및 제언

“장기요양과 의료의 효율적 제도 연계와 서비스의 제공방안”의 제안을 위해 본 보고서에서 우리나라의 공공 장기요양제도의 도입배경과 개요 및 현황, 제도 개선의 정책과 변화의 움직임에 대해 조사하여 기술하고, 우리나라의 장기요양제도 도입 시 모델이 되어 우리나라의 장기요양제도와 상당히 유사한 제도를 가진 독일과 일본의 제도를 비롯하여, 우리나라에 상대적으로 많이 알려져 있지 않지만 공공 보험제도의 형태로 건강보험과 가장 앞선 공공 장기요양보험 제도를 운영하고 있는 네덜란드의 보건의료체계와 및 장기요양제도를 집중적으로 조사하고 연구 분석하여 그 내용을 앞서 기술하였다.

또한 장기요양과 의료제도의 연계를 포괄하는 개념으로 ‘통합 보건의료’의 개념과 요소에 대한 내용을 살펴보고, 이의 실제 사례를 네덜란드를 중심으로 조사하고 분석하여 기술하였다. 앞서 조사하고 분석하여 기술한 이러한 내용을 종합하고 참고하여 본 보고서의 이하 결론 부분에 현재 장기요양기관과 요양병원에서 보건의료와 장기요양서비스를 융통성 있고 합리적으로 연계 조정하여 제공할 수 있는 방안을 제시하고, 이를 위해 필요한 보건의료 자원과 인력 및 재정의 확보를 위한 전제조건으로 ‘의료기관 및 장기요양기관 모두에서 서비스의 합리적 연계 제공’과, ‘보건의료와 장기요양 및 사회복지 분야의 일괄 개과 지속가능한 재정확보’에 대한 제안을 중심으로 기술하였다.

1. 의료기관 및 장기요양기관 모두에서 서비스의 합리적 연계 제공

앞서 기술한 네덜란드의 장기요양제도는 시설요양 급여 수급 인정자가 요양시설에 입소하지 못하고 대기자 명단에 있는 경우, 이를 대신해 재가요양(가정간호)을 받는 경우 재가요양기관(가정간호로 네덜란드에서는 건강보험에서 비용 지급받음)이 장기요양보험에 서비스(간병과 수발) 제공에 대한 급여를 ‘장기요양보험’에 청구하여 지급을 받을 수 있다. 한편 요양시설에는 의사나 전문 의료 인력이 상시 근무하고 있어 장기요양과 함께 필요한 의료 서비스를 상시로 제공할 수 있는 상황이다.¹²¹⁾ 또한 네덜란드에서는 지역 중심의 통합 재가요양

121) 네덜란드의 경우 2015년 이전에는 경증이나 복합적인 요양 및 의료욕구가 아닌 경우에도 요양시설(주로 양로원)에 입소하여 생활이 가능하였다. 그러나 2015년 장기요양제도의 개혁으로 요양시설(주로 간호요양시설)에는 24시간/1일 상시 돌봄이 필요한 사람만이 입소할 수가 있으며, 이들은 대부분 간병이나 수발 뿐 아니라 의료적 욕구를 갖는 복합적인 상태인 경우가 많아 요양시설은 이를 위한 의료시설을 갖추고, 의사 등의 보건의료 인력이 상시 근무한다.

(간호, 간병 및 수발 등 신체적인 돌봄의 일괄 제공) 서비스가 건강보험의 급여로 되어 있어 이용자가 지역사회에서 가정에서 필요한 일상생활 도움 및 수발과 의료 서비스를 포괄하여 받을 수 있다. 한편 네덜란드에서는 건강보험의 비용지급을 통해 노인성질환이나 만성질환 등으로 치료기간이 3년을 초과하는 경우에는 장기요양보험에 의해 비용이 지급되도록 하고 있다.¹²²⁾ 이러한 기전으로 네덜란드에서는 의료시설이나 재가요양 및 장기요양시설 모두에서 장기요양(간병과 수발)과 보건의료 서비스를 연계하고 제공 받는 것이 가능하다.

그러나 우리나라의 경우 건강보험을 통해 지급을 받는 요양병원에서는 간병이나 수발의 제공에 대해 건강보험이나 장기요양보험에 청구하여 지급받을 수 없는 제도적 상황에 있다.¹²³⁾ 이에 요양병원에서 간병이나 수발이 필요한 환자의 경우 환자나 가족이 이를 부담하여야 한다. 한편 요양시설의 경우 촉탁의 제도가 있으나 월 2회 이상의 방문 진료를 통해 의료 서비스를 제공하도록 하고 있으나, 의사가 요양시설에 주간 근무를 하거나 상주하는 경우가 없고 제공되는 서비스도 단순 진료나 형식적인 것에 그치는 경우가 많아 요양시설에서 의료서비스를 받기가 실제적으로 힘든 상황이다.¹²⁴⁾¹²⁵⁾ 요양시설에 근무하는 간호사의 경우에도 입소자들의 건강상태를 측정하고 기록하는 역할에 한정된 경우가 많아 실제적인 필요한 의료 서비스를 충분하게 제공하지 못하고 있는 상황이다. 또한 장기요양보험에 의한 재가요양의 경우도 방문간호 급여 항목이 있으나, 앞서 기술한 것처럼 우리나라에서 재가요양의 대부분은 방문요양 서비스가 대부분이며 방문간호의 경우 제공업체나 인력 및 인프라가 부족하여 재가요양에서 집에서 장기요양과 의료서비스를 받고자 하는 수요가 있음에도 이러한 장기요양과 의료적 서비스를 가정에서 적절하게 제공받기 힘든 상황이다.

이에 장기요양의 등급판정 단계에서 장기요양과 의료서비스가 필요한 사람, 장기요양만 필요한 사람으로 구분하여 양 쪽 서비스가 필요한 사람은 독일의 사례처럼 건강보험에서 급여를 제공하도록 하며, 장기요양이 주로 필요하고 의료서비스가 간헐적으로 필요한 경우는 장기요양에서 급여를 제공하도록 하자

122) 네덜란드는 1968년 공공 장기요양제도를 위한 법인 AWBZ(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)은 ‘예외적인 의료비법’으로 만성병이나 노인성 질환 등에 의한 장기입원에 의해 발생하는 의료비 부담을 경감하기 위한 취지로 입법 시행되었다.

123) 우리나라 노인장기요양보험제도에는 ‘요양병원간병비’ 제도가 있으나 요양병원으로 이용자가 몰리는 현상과 장기요양기관과의 형편성 문제로 시행이 유보되어 있다.

124) 우리나라의 경우 요양원입소자가 병원의 입원이 필요한 경우 퇴소하고 병원에 입원 또는 진료를 받는 불편함이 있으며, 의약품의 처방이 필요한 경우 보호자가 입소자를 대신하여 처방을 받고 약품을 전달하는 경우가 빈번하게 발생하고 있다(익명의 간호사 인터뷰 내용).

125) 참고: 국민청원 “요양원 입소자들이 제대로 된 의료서비스를 받을 수 있게 해 주세요” (<https://www1.president.go.kr/petitions/66334>)

는 의견이 있다(김진수 외, 2015).¹²⁶⁾ 이에 더하여 본 보고서에서는 의학적 욕구를 갖는 요양시설에 입소등급 인정자가 요양시설에 대기자 명단에 있는 경우 요양병원이나 병원 등에서 간병과 수발에 해당하는 비용을 장기요양보험에 청구할 수 있도록 하는 방안을 제안한다. 또한 동시에 요양시설에는 의료적 서비스의 제공을 위해 현재 촉탁의 제도를 개선하고, 또한 의사나 간호사 등의 의료인력이 요양시설에 상시 근무하도록 하는 방안을 제안한다. 다만, 요양시설에서 의료 서비스가 제공되는 경우는 ‘경증의 만성질환의 진료나 치료’ 등으로 제한하여 요양시설이 의료기관 혹은 준의료시설화 되는 것을 방지하도록 하고, 이외의 경증이 아닌 의료적 욕구가 발생한 경우 요양병원이나 의료기관에 전원하여 적절한 의료적 처치를 받도록 한다. 이러한 사항은 의료기관과 장기요양기관 사이에 전원기준을 명확하게 법제도화 하여 방지할 수 있을 것으로 생각한다.

그러나 현실적으로는 요양시설에 순수하게 의료서비스의 제공을 위한 의사나 간호사 등의 의료 인력이 상시 근무하거나, 촉탁의 제도의 개선¹²⁷⁾ 등을 통해 접근성을 개선하는 법과 제도를 보완하여도, 현재 요양시설의 규모와 장기요양 수가 및 실제 제공되는 급여 등의 현실적인 여건을 감안하면 만성질환이나 노인성질환에 대한 전문성을 갖는 의료인력(의사 및 간호사)을 요양시설이 확보하는데 상당한 어려움이 따를 것이 예상된다(표3 참조). 이에 이를 장기요양기관의 수거나 종사자(특히 의료인력)의 급여체계의 개선과 이를 위한 재정확보를 위한 건강보험과 장기요양 제도를 동시에 아우르는 개선과 개혁이 전제 조건으로 필요할 것으로 생각한다. 한편 의료 인력을 채용하기에 규모가 작은 요양시설들은 여러 요양시설이나 기관이 공동으로 조합이나 공동법인을 형성하여 의료인력의 채용이 가능한 재원 규모가 되도록 장려하는 방안도 함께 제안한다.

우리나라의 요양병원은 “치매요양병원”, “노인요양병원”, “노인전문병원” 등으로 불리며 공공 장기요양보험제도가 도입되기 이전부터 만성질환자 등의 장기요양의 욕구가 있는 사람이 이용할 수 있는 시설로 역할을 해왔다(이대희 & 박건우, 2014). 그러나 현재는 요양시설 및 다른 의료기관(병원)과 경쟁하는 이질적 구조 속에서 많은 어려움과 갈등이 발생하고 있다(이정택, 2018.09.7.). 이에 요양시설과 요양병원의 정의와 역할과 정의의 구분을 위한 정책과 제도의 개선이 필요하다. 본 보고서를 통해 장기적으로 요양병원은 의료

126) 이를 위한 전제조건으로는 장기요양 등급관정에서 의료적 욕구와 간병/수발 등의 장기요양 욕구와 다른 복지서비스에 대한 욕구를 함께 평가할 수 있는 인력에 의한 판정이 필요하다(김진수 외, 2015).

127) ‘임현빈, 2018.08.31’ 참조

시설과 의료 인력을 확보하고 있기 때문에 노령화에 따라 향후 수요가 증가할 것으로 예상되는 간호요양시설 또는 호스피스 전문병원으로 전환하는 방향으로 장려하는 것을 고려할 필요가 있다. 또한 장기요양보험에 의해 재원이 마련되는 요양시설의 이용은 네덜란드의 사례나 다른 선진국의 추세처럼 24시간/1일 상시 돌봄이 필요한 사람이¹²⁸⁾ 주로 이용하도록 하며, 그렇지 않은 경우는 환자나 이용자에게 익숙한 지역사회에서 요양의 욕구를 해결 할 수 있도록 재가요양에서도 간호요양과 주야간 및 단기간보호를 확충하고 활성화할 필요가 있다.

마지막으로 네덜란드의 경우 요양시설에 입소하는 경우는 제공받는 서비스에 대해 장기요양보험(WLZ에 근거)에서 비용을 지급한다. 그러나 재가요양(FPT와 MPT)의 경우 제공되는 서비스의 종류에 따라 이에 대한 비용을 서비스 제공자가 건강보험(ZWV에 근거)과 장기요양보험(WLZ에 근거) 및 사회적 돌봄(WMO에 근거) 등에서 나누어 지급 받을 수 있도록 하는 유연한 구조로 되어 있다(Aarnink D, 2016; 표 14). 장기요양제도에 의해 24시간/1일 상시 돌봄이 필요하여 요양시설 입소 등급을 받은 사람도, 지역사회의 이용자가 거주하는 가정에서 재가요양을 받을 수 있도록 선택을 할 수 있으며, 이를 선택할 경우 요양시설에서 받는 서비스와 동등한 서비스를 제공받을 수 있다(Aarnink D, 2016; 표 14). 요양시설 입소와 동등한 FPT를 제외한 재가요양(MPT)은 요양시설에서 서비스를 제공받는 단기요양의 경우(장기요양 WLZ에서 비용 지급)를 제외하고 장보기, 의복 착탈의, 우편물 수거 등의 일상적인 도움(home help 또는 support)은 지방자치단체가 주관하는 사회적 돌봄(WMO에 근거)에서, 신체적 또는 간호적 처치와 1차의료 서비스는 건강보험(ZVW에 근거)에서 서비스에 대한 비용이 지불되며 일반적인 재가요양(방문간호) 제공기관은 이러한 서비스를 일괄 제공하고 있어 이용자가 의료 및 간병/수발 서비스를 동시에 받을 수 있게 된다(표 14).

이러한 네덜란드의 사례를 참고하여 다른 한편으로는 우리나라의 요양시설에서의 요양은 장기요양보험에서 의료적 처치나 진료를 포함한 제공되는 모든 서비스에 대한 지급을 하도록 하고, 재가요양에 있어서는 통합 재가요양기관을 통해 서비스를 일괄하여 제공하는 경우 이에 대한 비용을 장기요양과 건강보험 및 기타 사회적 복지에서 지급이 가능하도록 하는 방안의 도입을 통해 이용자와

128) 네덜란드에서는 24시간/1일 돌봄이 필요한 경우 요양시설에서 돌봄을 받을 수 있지만, 이용자가 가정에서 서비스를 받기를 원하는 경우 시설요양에서 제공하는 서비스와 동등한 재가요양을 제공한다. 그러나 가정에서 장기요양이나 의료 서비스를 받는 것이 적합하지 않다고 판단되는 경우 요양시설을 이용하도록 한다.

서비스 제공자의 편익을 향상 할 수 있을 것으로 생각한다. 이를 위한 전제조건으로는 재가요양 기관이 방문간호서비스나 일반적인 치료 서비스를 제공할 수 있는 자격 및 인력을 확보하고 이에 대한 제도가 마련되어야 하며 또한 건강보험과 장기요양보험에 서비스에 양쪽에서 지급을 받을 수 있도록 제도나 법률의 조정이 필요하다(문성호, 2018.11.22.; 안창욱, 2018.11.22.).

표 14. 네덜란드 장기요양 급여의 종류와 비용 지불 근거 법: 장기요양서비스는 제공 장소와 서비스의 종류에 따라 장기요양(WLZ 근거), 건강보험(ZVW근거), 사회적 도움(WMO근거)에서 지급된다.

출처: Aarnink D, 2016

서비스 \ 유형	시설요양	재가요양 (VPT: Full Package at home)	재가요양 (MPT, Module Package at home)	현금급여 (PGB, Personal budget)
숙박(Housing)	장기요양(WLZ)	X	X	X
식사(Meals)	장기요양(WLZ)	장기요양(WLZ)	X	X
일상적 도움(Domestic support)	장기요양(WLZ)	장기요양(WLZ)	사회적지원(WMO)	장기요양(WLZ)
치료 (General treatment)	장기요양(WLZ)	건강보험(ZVW)	건강보험(ZVW)	건강보험(ZVW)
GP 진료/치료 (1차의료 서비스)	장기요양(WLZ)	건강보험(ZVW)	건강보험(ZVW)	건강보험(ZVW)
치과 서비스	장기요양(WLZ)	X	X	X
단기 돌봄 (respite care)	X	장기요양(WLZ)	장기요양(WLZ)	장기요양(WLZ)

2. 보건의료 자원의 지역사회와 1차의료로 균형배치

상기 결론 부분에서 언급된 “의료기관 및 장기요양기관 모두에서 연계 서비스의 합리적 제공 허용”의 실현을 위해서는 전제조건으로 재가요양 및 시설요양에서 필요한 급여를 제공할 수 있는 양질의 의료 인력의 확보가 필요하다.¹²⁹⁾ 한편 의료 서비스가 제공되는 재가요양의 활성화와 의료서비스와의 원활

¹²⁹⁾ 네덜란드의 경우 당뇨병이나 치매 등의 만성질환에 대한 지역사회 중심의 통합 보건의료 사례(ZIO, Geriant 및 Buurtzorg)에서 팀의 핵심 인력은 일상생활 도움이나 수발 뿐 만 아니라 간호적 처치를 동시에 할 수 있는 ‘지역간호사’나 다학제 전문 지식과 경험을 가진 보건의료 인력이다. 한편, 이러한 인력은 T자형 전문가로도 표현되며 이는 사회복지사로서의 전문성과 보건의료의 전문성을 통시에 갖는 전문인력을 말한다.

한 연계를 위해서는 지역 기반의 보건의료 체계(커뮤니티 케어)의 탄탄한 구축이 선행되어야 한다. 이를 위해서는 사람들이 지역에서 가장 먼저 접근이 가능한 1차의료기관(1차병원)의 역할과 기능의 강화를 통해 ‘만성질환과 노인성질환의 예방과 관리’가 지역의 1차의료의 영역에서 이루어지도록 한다.

이는 사회경제적 이유 또는 취약계층에게 심리적으로 접근성이 떨어지는 상급병원인 ‘2차 혹은 3차병원’이나 요양시설에서 보건의료 욕구를 해소하는 것보다, 이용자가 생활해온 지역사회에서 이러한 욕구를 해결하는 것이 이용자의 지역사회 및 가족과의 관계를 유지하고 만족감이 높아지며 보건의료 경우에 따라 비용효율을 높이는 등의 장점이 있다. 또한 의료 및 장기요양 서비스 공급 시장에 불필요한 경쟁과 과잉 공급이 발생하는 부분이 있다. 이를 보건의료 자원과 인력의 균형배치(재배치)를 통해 조정하여, 필요한 양질의 보건의료 인력이 1차의료나 지역사회의 장기요양을 위해 균형배치 되고, 이를 통해 지역의 1차의료와 재가요양을 강화를 위한 보건의료 자원 및 인력의 확보에 기여할 것으로 생각한다. 이에 대한 구체적인 방안을 다음과 같이 제안한다.

□ 지역간호사 및 전문간호사의 활성화 “의사와 간호사의 역할의 조정”

앞서 기술한 네덜란드 통합 재가요양 회사인 ‘Buurtzorg의 사례’에서는 지역간호사가 통합형 재가요양에 중심적 역할을 한다. 이는 지역간호사가 재가요양 신청자의 욕구평가 및 환자에게 투약, 약물 주사, 드레싱 등의 의학적 처치뿐만 아니라 목욕, 옷 갈아입기, 산책 등의 수발과 간병의 장기요양 서비스를 통합 하여 제공하고 있다. 이는 장기요양 서비스 이용자와의 신뢰관계의 형성이 빠르고 환자의 신체적 정신적 상태에 대해 잘 알고 있는 등의 다양한 장점이 있으며, 연계된 서비스의 제공을 통해 보건의료 자원이 효율적으로 이용되고 있음을 의미한다.

또한 앞서 언급된 것으로 네덜란드에서는 간호사가 일정한 자격을 갖추면 환자에게 경증의 일부 질환에 대해서 처방을 할 수 있으며, 일반의나 전문의를 대체해 경증의 제2형 당뇨병과 같은 만성질환에 대한 독자적인 진료 및 치료를 담당하고 있다. 이는 네덜란드 당뇨병 통합 보건의료 ‘ZIO’의 사례나 통합보건의료 시범사업인 ‘Samen Werken’의 사례에서도 보건의료 인력을 의사나 전문의에서 전문간호사¹³⁰⁾나 지역간호사로 재배치(조정) 하여 보건의료 자원을 효율적

으로 사용하여 비용을 절감하는 기전으로 사용되고 있다. 그리고 네덜란드에서 1차의료의 영역인 케어그룹에서도 간호사가 만성병의 치료나 처치를 주로 담당하고 있어, 일반의와 전문의의 업무 부담을 줄여주고 있다.

우리나라의 경우 간호대학 정원의 확대를 통해 간호사 인력의 충원을 해왔다(10년간 약8,000명 증원; 보건복지부, 2018.03.20). 그러나 노인인구의 증가와 간호간병 통합서비스 등의 보건의료 환경의 변화로 간호사 등의 보건의료 인력이 여전히 부족한 상황이다(보건복지부, 2018.03.20). 한편 많은 수의 간호사는 일반 간호사나 병원에서 근무하는 임상 간호사의 역할을 하고 있어, 재가요양을 위한 지역간호사나 노인병 전문간호사의 역할을 하는 경우는 드물며, 1차의료의 영역에서 의사나 전문의의 역할을 대체하는 경우에 대한 그 역할이 명확하게 정의되어 있지 않다. 뿐만 아니라 간호사는 병원에서도 과도한 업무량과 근무환경이 열악한 경우가 많아 이직률이 높으며 도시가 아닌 지역에서는 간호사 인력이 부족이 심각한 상황이다. 이에 간호사의 처우를 개선하고 간호사의 전문성을 활성화 시키려는 제도적 변화가 시작되었다(보건복지부, 2018.03.20). 이는 간호대의 입학정원을 확대하고, 재취업을 활성화하여 간호사 인력을 확충하여 근무여건을 개선하고, 야간 근무 수당 등의 지급을 위한 수가를 신설하며, 부당한 대우나 인권침해를 방지하는 대책을 마련하는 것이다. 간호사의 전문성과 관련해서는 경력단절 간호사의 취업교육센터의 확충, 간호대학에 공중보건장학제도를 도입, 간호대학 실습을 내실화 등을 도입하는 방안이 보도되었다(보건복지부, 2018.03.20).

본 보고서에서는 간호사의 처우와 전문성의 증진을 위한 정부의 최근 방안에 더하여, 향후 확충될 것으로 기대되는 간호사 인력이 지역에서도 전문성을 발휘할 수 있는 양질의 일자리를 제공할 수 있는 보다 능동적이고 장기적인 방안을 제안한다. 이는 네덜란드의 사례처럼 지역간호사가 중심이 되어 보건의료 및 간병(수발)의 서비스를 일괄하여 제공하며 건강보험과 장기요양보험 양쪽에 청구하여 지급을 받을 수 있는 통합 재가요양기관이 설립되고 실제 운영이 가능하도록 의료법등의 관련 제도를 조정(개선)하는 것을 제안한다. 또한 지역의 1차의료의 영역에서는 전문간호사가 만성질환과 노인성 질환등에 대한 보다 적극적인 역할을 하도록 경증의 만성병과 노인병 등에 대해서는 1차의료기관에서 전문

130) 우리나라의 경우 의료법에서 전문간호사는 ‘가정, 감염관리, 노인, 마취, 보건, 산업, 아동, 응급, 임상, 정신, 종양, 중환자, 호스피스 등 13개 분야’로 규정하고 있으나, 일반 간호사와 구분한 전문 간호사의 업무 범위를 규정하고 있지 않아 혼란이 있어 왔다. 이에 전문간호사 제도의 활성화를 위한 의료법개정안이 국회를 통과했다(윤영채, 2018.03.08.).

간호사가 처방과 처치를 할 수 있도록 관련 제도를 조정하는 것을 제안한다.

이러한 보건의료 기관과 인력의 재조정의 바탕에는 간호사 등의 보건의료 인력이 장기간 근속하며 전문성을 쌓을 수 있는 교육적 환경과 정당한 급여 및 수가체계를 고려하여 관련 법률 및 제도와 규정을 조정할 필요가 있다. 이러한 보건의료 기관과 인력의 재조정 및 재배치를 통해 보건의료 자원의 효율적 이용 및 배분과 경쟁력이 확보될 수 있을 것으로 생각한다.

□ 요양병원과 요양시설의 역할 정립 및 경쟁의 해소

요양병원과 요양시설은 의료법과 노인장기요양보험법에 각각 ‘요양’이라는 역할 정의가 되어 있어, 요양이 필요한 사람은 요양병원과 요양시설 사이에 선택의 고민을 하게 된다(이정택, 2018.09.07.). 이러한 역할의 중복성과 모호성과 연계의 부족으로 의료적 욕구는 낮으며 수발과 돌봄의 욕구가 높은 사람이 요양병원에 상대적으로 의료적 욕구가 높은 사람이 요양시설에 입원하는 모순적 상황이 발생하며¹³¹⁾, 요양병원과 요양시설이 경쟁하는 불필요한 상황이 발생한다(이정택, 2018.09.07.). 요양시설의 이용을 위해서는 장기요양인정 1,2등급을 받아야 하기 때문에 상대적으로 이용이 용이한 요양병원을 선택하는 경우가 많아지고, 설립 기준이 일반 병원에 비해 낮은 요양병원의 수가 증가하여 요양병원에 대한 사회적 입원과 비용이 급격히 증가하고 있는 추세이다. 이에 요양병원의 설립(인력 및 시설 기준)과 이용자의 입원 기준을 강화하고 본인부담상한제를 경우에 따라 제한하여 불필요한 장기의 사회적 입원을 억제하는 방안이 제안되고 있으며, 요양병원과 요양시설 간에 전원 체계(전원 및 진료정보 공유)를 구축하는 방안도 제시되고 있다. 한편 나아가서는 통합보건의료복지시설을 구축하여 의료 및 장기요양 등의 복합적 욕구가 있는 경우 이러한 시설에서 서비스를 연계하여 받을 수 있는 방안이 장기적으로 제시되고 있다.¹³²⁾

본 보고서에서는 위 기존의 제시된 방안들과 함께 다음을 제안한다. 요양 시설에서도 의료 서비스를 충분히 받을 수 있도록, 촉탁의 제도를 개선하여 일

131) 요양병원은 간병비 등의 본인부담금이 높고, 의료 서비스를 원활하게 받을 수 있어 소득이 높은 사람이 선호하는 경향이 있다(이정택, 2018.09.07).

132) 일본의 ‘의료시설복지복합체’는 의료기관이 각종 복지시설을 함께 설치하여 의료와 복지서비스를 함께 제공함, 의료시설과 복지시설이 각각 서비스를 제공하는 경우는 이들 의료기관과 복지(또는 장기요양)기관 사이에 서비스가 중복되는 부분에 있어서는 경쟁이 발생할 수 있다. 그러나 의료기관이 복지시설을 함께 제공하는 경우 이러한 경쟁이 줄어들어 한정된 보건자원배분이 효율화될 수 있는 장점이 있다. 종합병원, 병원, 요양병원 재활병원, 개호노인 복지시설을 모두 가지고 있는 형태가 노인 의료복지복합체의 전형적인 모습이다(박선재, 2018.06.04.).

정 규모 이상의 요양시설에서는 의사를 상시근무(또는 자격을 갖춘 노인병 지역 간호사 또는 전문간호사의 상시근무)하도록 하고, 규모가 작은 요양시설의 경우 지역의 1차의료기관의 의사 또는 전문간호사와 계약을 하여 주기적으로 의료 서비스를 받을 수 있도록 하며, 또는 규모가 작은 요양시설 여러 개를 묶은 형태의 조합이나 법인을 조직 또는 공동으로 의료 서비스를 제공할 수 있는 기관과 계약하여 의료 서비스가 요양시설 이용자에게 실질적으로 제공될 수 있도록 하는 방안을 제안한다. 이를 위해서는 의사나 간호사와 같은 보건의료 인력에 대한 수가와 급여 보상이 충분히 이루어 질 수 있도록 관련 법규의 조정과 개선이 필요하며, 이러한 의료서비스의 제공의 경우 의료법과 건강보험에서 급여가 지급될 수 있도록 법과 제도의 조정의 고려가 필요하다.

또한 장기적으로는 의료 인력과 시설을 갖추고 있는 요양병원은 재활치료나 호스피스 의료를 담당하는 방향이나, 시설요양이 네덜란드처럼 24시간/1일의 상시적 도움이 필요한 사람들을 위한 간호요양기관으로 재설정 되는 경우, 고령화에 따라 의료 욕구와 수발의 욕구를 복합적으로 가진 이용자가 보다 증가할 것으로 예상되는 향후의 수요에 대응할 수 있을 것으로 생각한다. 그리고 현재의 요양시설 중 규모가 작거나 상기에 제안한 간호/의료 서비스를 제공하기 어려운 환경에 있는 경우 ‘지역사회 돌봄의 활성화를 위해’ 주야간 단기보호 시설로 전환을 장려하는 것을 제안한다.

□ 1,2,3차병원 간의 경쟁해소와 역할정립 통한 보건의료자원의 균형 배치

앞서 언급한 것처럼 우리나라의 요양병원과 요양시설의 정의와 역할의 중복에 기인한 경쟁과 갈등으로 사회적 문제가 발생하고 있다. 마찬가지로 의료전달체계에서도 1차병원(의원)과 2차병원(병원, 종합병원) 및 3차병원(상급종합병원) 사이의 경쟁과 갈등이 나타나고 있다(김재학, 2018; 김도경, 2010.07.09). 이의 해소를 위해 상급의료기관의 외래 본인부담금을 높이는 등의 제도의 개선을 시행해 왔지만 대학병원 등의 상급의료기관이 1차병원 보다 효과적이라는 인식과 등으로 인해 상급의료기관(종합병원)을 보다 선호하여 특히 2,3차병원(종합병원, 대학병원)의 외래환자가 꾸준히 증가하고 있다(김도경, 2010.07.09; 이동욱, 2017.05.02). 반면, 대부분의 1,2차병원은 그렇지 못한 상황이다(김도경, 2010.07.09). 이러한 상황에서 1차병원은 정부가 정책적으로 그 역할을 보호/강화

하는 많은 제도와 시범사업이 시행되고 있지만 상대적으로 2차병원은 1차병원과 3차병원 사이에서 위 아래로 경쟁하는 문제가 있어 입지가 점차 약해져가는 현상이 발생하고 있다(김재학, 2018).

이러한 상황은 1,2,3차병원의 각각의 장점이 있으며 지향해야 할 역할이 있음에도 사회적 보건의료 환경 등의 요인으로 의료전달체계가 모호하고 분절되어 있어 그 장점을 살리지 못하고 있음을 나타낸다. 이러한 상황에서 사람들에게 의해 선호되는 상급의료기관에 보건의료 자원의 비정상적인 집중과 낭비되는 현상이 초래되고 있다(김도경, 2010.07.09.). 예로 우리나라의 1차병원의 영역에서 활동하는 의사의 80%가 전문의이며 다양한 질병을 진찰하고 경증의 질환의 치료에 적합한 1차의료의사(General physician 또는 General Practitioner, 네덜란드의 경우 GP)의 양성제도의 도입이 이루어지지 않고 있다(김도경, 2010.07.09.). 이는 2,3차병원에서 필요한 전문의와 1차병원의 의사가 대부분 확일적으로 4년간의 확일적인 수련을 받으며 귀중한 보건의료 자원이 낭비될 수 있음을 의미한다(김도경, 2010.07.09). 비교적 경증의 환자도 1차의료기관 보다 2,3차의료기관을 선호하는 현상은 다른 나라에 비해 높은(OECD 평균의 2배 가량) 연간 입원 및 내원 일수와 함께(김재학, 2018), 한정 되어 있는 보건의료 자원의 비효율적인 사용을 초래하고 있는 것으로 볼 수 있다(김도경, 2010.07.09.).

이에 경증의 환자는 지역의 1차병원을 이용하도록 유도하며 중증의 복합적인 환자는 2,3병원의 이용을 촉진할 수 있는 방안이 필요하다. 이러한 의료전달체계의 정상화를 위한 재배치를 통해 1,2차의료 뿐만 아니라, 지역 보건의료의 체질의 강화와 장기요양 의료 서비스 연계 제공에 필요한 보건의료 자원과 인력의 확보에 도움을 줄 수 있을 것으로 생각된다.

보건의료 서비스의 선택권을 제한할 수 있다는 우려 등으로, 우리나라는 보건의료의 문지기 역할을 할 수 있는 1차의료에 주치의 제도가 도입되지 않고 있으며,¹³³⁾ 이러한 1차의료에 필요한 의사(GP)의 양성도 별도로 이루어지고 있지 않다. 이에 보건의료체계의 시작점인 1차의료의 체질강화와 본래 장점인 접근성과 지속성을 살리면서도 1차의료의 질을 높이고 보건의료자원의 효율적 이용을 위해, 1차의료 문지기 의사인 주치의 제도의 도입과 이의 시행을 위해 전제되어야 할 1차의료 지불체계의 변화와 ‘다학제 보건의료 팀(Multidisciplinary team)’

133) 우리나라에 1차의료 주치의 제도는 1996년 시행안이 제시되었으나 의료계의 반대, 정부의 준비와 홍보 부족 등의 이유로 무산되었다(고민희, 2018.01.28.)

의 도입을 네덜란드의 사례와 모델 ‘케어그룹과 묶음지불’을 참고하여 제안하고자 한다.

네덜란드의 경우 주치의는 ‘Huisarts (Home doctor 혹은 family doctor의 의미로 GP임)’라고 불리며 보건의료체계의 문지기 역할과 1차의료를 담당하고 있다. 네덜란드 시민이나 거주자(건강보험 피보험자)는 해당 거주지 인근(우편번호 기준)의 주치의를 선택하여 자유롭게 등록할 수 있다. 응급상황이 아닌 경우 주치의를 통하지 않고 2,3차병원에 내원하는 경우 공공 건강보험의 혜택을 받지 못하거나 높은 본인부담금을 지출해야 한다. 본 보고서에서 앞서 기술한 것처럼 네덜란드의 주치의 GP는 홀로 개원하기 보다는 다른 GP와 전문의와 함께 개원하는 경우가 대부분이며, 2005년~2006년 건강보험개혁 이후에는 지역의 다른 GP 및 전문의 혹은 전문간호사 등의 다양한 보건의료 서비스 공급자들과 케어그룹의 형태를 이루어 묶음지불제도를 기반으로 하여 만성질환(당뇨, 심혈관질환, 치매, 정신건강 등)을 1차의료의 영역에서 지역의 건강을 집중적으로 담당하고 있다.

앞서 기술한 것처럼 GP는 주치의로서 인두제에 의한 고정적 수입, 진료에 의한 수입(FFS), 케어그룹 참여와 만성질환 관리와 의료 성과 등에 의한 수입이 있어, FFS기반으로 한 우리나라의 1차의료에서 나타날 수 있는 과잉진료와 진료경쟁에 의한 보건의료 자원의 낭비를 막는 구조로 되어 있다. 또한 지역 내의 GP를 주치의로 선택할 수 있어 GP간의 서비스 경쟁에 의한 보건의료 질의 향상에도 도모할 수 있으며, 케어그룹의 참여를 통한 지역 주민의 만성질환의 지속적인 관리에 의한 보건의료 경험을 축적하고 있으며, 다양한 보건의료 인력과 전문가로 구성된 케어그룹을 통해 통합 연계된 보건의료 서비스의 제공을 가능하게 하고 있다.

이에 우리나라에도 보건의료체계의 출발점인 1차의료의 역할을 바로세우고 지역에서 만성질환과 건강관리가 이루어질 수 있도록 하기위해, 주치의 제도와 우리나라 환경에 맞는 지불제도(인두제 및 성과급 제도 등)의 개선 및 도입과, ‘다학제의 팀’을 이룰 수 있도록 지역의 주치의가 중심이 되어 1,2차병원의 일반의와 전문의 및 다양한 보건의료 서비스 공급자로 구성된 네덜란드의 케어그룹과 같은 조직을 도입하여 다양한 보건의료 및 영양 등의 서비스가 연계되고 지역에서 만성질환의 예방과 관리가 잘 될 수 있도록 할 필요가 있다. 1차병

원과 3차병원 사이에 낀 2차병원의 경우 노령화에 따라 수요가 급격히 증가할 것으로 예측되는 의료요양복지복합체로 전환하거나, 네덜란드의 경우처럼 1차의료(접근성)와 2차의료(전문성)의 장점을 합친 1.5차의료(Anderhalflijnzorg)를 도입하여 그 핵심역할이 2차병원이 되게 하는 방안도 고려할 필요가 있다. 이를 통해 2,3차병원은 중증도가 높거나 복잡한 문제를 갖는 환자의 치료에 보다 집중하고 1차병원 및 규모가 작은 2차병원은 지역에서 노인이나 만성질환의 예방과 관리에 보건의료 자원을 집중하여 한정된 보건의료 자원이 효율적으로 사용될 수 있는 모델을 제안한다(그림 13).

이러한 방안들을 통해 1,2,3차병원과 1,2차병원 간의 역할 정립 및 보건의료 자원의 균형배치가 이루어지면, 상급병원과 2차이상의 상급병원에 편중되어 있는 보건의료자원과 인력이 1차의료와 지역사회에 균형적으로 배분되어 장기요양분야 및 지역의 보건의료에 필요한 인력의 확충에 도움이 될 수 있을 것으로 생각된다.

3. 의료, 장기요양, 복지의 ‘일괄 개혁’ 과 ‘지속가능한 재정확보’

우리나라의 공공 건강보험은 1989년 체계가 완성되었고 2000년 ~ 2003년 의약분업의 시행과 함께 지역, 직장, 공무원/교직원 의료보험이 ‘국민건강보험’으로 통합되었다(신재우, 2017.07.04). 앞서 언급한 것처럼 우리나라의 1인당 외래진료의 횟수는 14.9회로 OECD 평균인 6.8회보다 2배 이상 많고, 입원도 16.5일로 OECD 평균인 7.5일의 2배 이상이 된다(2014년 기준; 신재우, 2017.07.04). 우리나라의 국민건강보험은 접근성과 이용자의 선택의 폭이 넓은 반면, 과잉진료와 1,2,3차병원 간의 중복되는 영역과 역할의 모호함과 비효율적인 경쟁이 사회적 문제가 되고 있으며, 낮은 수가제도와 보건의료 종사자에 대한 처우 문제도 개선되어야 할 상황에 있다.

또한 낮은 출산율과 인구의 노령화로 인해 사람 당 부담해야할 보건의료 비용이 급격하게 증가하고 있으며, 이에 따라 건강보험과 장기요양보험요율이 인상되고 있으며 추가의 인상이 불가피한 상황에 있다. 1,2,3차 의료기관 간에 장기요양기관과 의료기관 또는 사회복지기관 사이의 분절에 의한 문제도 해결되어야 하는 상황에 있다.

앞서 기술한 것처럼 네덜란드의 경우 2005년 ~ 2006년 공공 건강보험제도의 대대적인 개혁(나뉘어 있던 건강보험의 보험자의 단일 체계화, 1차의료 강화를 위한 케어그룹 및 묶음지불제 도입, 이용자는 보험자를 선택할 수 있으며 보험자는 보건의료 서비스 공급자의 시장 경쟁을 통한 계약을 유도)을 단행하였고, 이를 통해 건강보험의 공공성과 시장경쟁의 기전을 동시에 확보하였다. 2015년에는 인구의 노령화에 의해 급격하게 증가하는 보건의료 지출의 통제와 지속 가능한 보건의료체계의 재정확보와 사람중심의 맞춤형 서비스를 위해 장기요양제도의 개혁이 이루어졌다. 이에 네덜란드는 2015년을 전후로 하여 장기요양분야 지출의 5% ~ 10%가량을 절감하였다는 보고가 있다(Veraart A, 2017.09). 특히 2015년의 장기요양제도 개혁에는 그동안 중장정부가 관리하던 장기요양제도를 지방자치단체로 이관하면서 신체와 관련된 재가요양은 장기요양보험에서 건강보험으로 그 역할을 이동하였고, 중앙정부는 24시간/일의 상시 돌봄이 필요한 사람에 대한 시설요양에만 집중하는 체계로 법제도의 일괄 개편을 단행하였다(그림 9). 특히 간호요양을 포함한 통합재가요양이 건강보험에서 지급됨으로써 이용자가 지역사회 가정에서 일상적인 도움과 수발을 포함한 의료서비스를 포괄적으로 받을 수 있게 되었다.

이러한 네덜란드의 2015년 장기요양제도 개혁의 사례처럼 통합재가요양을 건강보험의 영역으로 이동하면서 가정에서 의료적 서비스와 수발이나 일상생활 도움을 동시에 받을 수 있다면 자연스럽게 장기요양(ADL 및 IADL 도움)과 의료 서비스를 연계하여 이용자가 제공받을 수 있을 것으로 생각된다. 이를 위해서는 앞서 언급한 것처럼 이러한 서비스를 제공할 수 있는 건강보험을 통해 급여를 청구하고 지급을 받을 수 있는 통합재가요양 법인이나 조합의 도입을 원활하게 하기 위한 법제도의 마련이나 개선이 필요 하고, 의료적 서비스와 일상적 도움을 동시에 제공할 수 있는 전문 인력인 지역간호사나 노인성 질환이나 만성질환에 대한 전문간호사와 같은 전문 인력의 양성이 필요하다.

또한 우리나라의 지방분권화와 탈중앙화의 발전단계와 맞물려, 네덜란드의 사례처럼 기초지방자치단체에서 지역의 특성에 맞게 보건의료 및 장기요양의 계획을 조직하고, 필요한 조직이나 법이 또는 복합체를 설치 관리감독하며 필요한 서비스를 주민에게 제공할 수 있게 하면 자연스럽게 이용자 중심의 통합 보건의료가 구현될 수 있을 것으로 생각한다.

4. 총결

고령화와 만성질환자의 증가에 따라 건강상태가 좋지 못해 장기간의 돌봄이 필요한 사람이 급증하고 있다. 이를 위해 필요한 장기요양은 수발과 간병, 일상생활의 도움, 간호 등을 포괄하는 개념으로 의료와의 경계가 불분명하기 때문에 중첩되는 부분이 있다(김진수, 2015). 한편 노인을 위한 의료와 장기간의 돌봄(장기요양) 및 건강 상태가 악화되지 않게 예방하는 분야와 이를 위한 서비스의 원활하고 연속성 있고 비용 효율적인 제공에 보다 많은 욕구와 관심이 집중되고 있다. 그러나 기존의 보건의료 및 사회복지와 장기요양제도는 분절되어 발전해 왔다. 이를 통합 연계 조정하는 시도가 우리나라 뿐 아니라 다른 나라에서도 이루어지고 있다.

네덜란드 뿐 아니라 다른 고소득 국가의 경우도 ‘통합 보건의료 및 사회복지’를 위한 시도와 노력이 지속되고 있지만 ‘보건의료 및 사회복지 체계의 복잡성’ 및 ‘한정된 보건의료 자원’ 속에서 보건의료 및 사회복지와 관련된 기관과 집단 간의 이해관계와 관심사가 ‘통합 보건의료 및 사회복지’를 위한 목표와 어우러지는 데 있어 긴 시간의 갈등과 고통이 따르고 있으며, 여전히 제도간의 분절되어 발생하는 문제가 완전히 해결되고 있지 않다.

우리나라의 경우 2008년 공공 장기요양보험제도의 도입 시 인프라가 절대적으로 부족하여 민간의 참여의 유도를 위해 장기요양기관의 설립에 필요한 요건을 용이하게 하여 짧은 시간에 양적인 성장을 거두었다. 그러나 현재 이러한 장기요양기관의 질적인 측면에서 미흡한 부분이 많고, 장기요양기관이 민간이 운영하며 영세한 경우가 많다. 또한 복합적 욕구를 갖는 노인을 위한 다분야의 전문성을 갖는 양질의 보건의료 인력이 절대적으로 부족한 상황이다. 한편 장기요양시설과 요양병원간의 경쟁 뿐 아니라 보건의료분야의 뼈대라고 할 수 있는 1,2,3차병원 간의 역할의 모호함과 함께 과잉의료와 지나친 경쟁으로 1차병원 보다 상급병원에 보건의료 자원과 인력이 지나치게 편중되어 사회문제로 나타나고 있다.

이에 본 보고서에서는 보건의료의 중추라 할 수 있는 1,2,3차의료(병원)의 체계의 역할 정립과 보건의료 자원의 효율적 재배치(균형배치)를 위해, 1차의료

에 주치의제도와 이들 주치의를 중심으로 다양한 보건의료 서비스 제공자로 구성된 지역사회 법인을 도입하고 이를 통해 지역의 만성질환을 관리 예방하고 지역의 장기요양기관과 연계하여 의료 서비스를 제공하는 중추적 역할을 하게 하며, 이의 재정 마련과 참여 유도를 위한 인센티브를 위한 새로운 지불체계(묶음지불, 성과급, 절감공유 등)를 도입을 제안한다(표 15). 또한 네덜란드의 사례(ZIO, Geriant, 케어그룹)처럼 경증의 만성질환 또는 예방과 관련한 진료와 치료에 ‘의사와 전문의’를 대체하여 전문간호사(혹은 지역간호사)가 그 역할을 하게하고, 네덜란드의 지역간호사가 주축으로 통합재가요양(간호 및 수발 포괄)을 제공하는 ‘Buurtzorg’와 같은 회사의 설립이 용이하도록 법과 제도를 개선하면 관련 일자리가 창출되며, 3차병원에 편중되어 있는 보건의료 인력과 자원이 지역으로 균형 배치될 수 있을 것으로 예상한다(표 15; 그림 13). 이렇게 상급병원이나 의료기관에서 1차의료나 지역으로 조정되어 균형 배치된 보건의료 인력은 지역의 요양시설이나 요양병원에서 근무하며 지역사회에서도 원활한 장기요양과 의료 서비스의 연계 제공이 가능하게 될 것으로 생각한다. 물론 이러한 보건의료 인력의 재배치를 위해 간호사 및 사회복지사와 요양보호사의 처우가 개선될 수 있게 급여 및 수가체계의 지속적인 개선도 필요하다.

한편 1차병원과 3차병원 사이에서 양쪽으로 경쟁하고 있는 우리나라의 2차병원의 경우 일본의 사례처럼 장기적으로는 ‘의료복지요양복합체’로 전환하여 특성화하거나, 지역의 1차병원과 연계하여 1.5차의료를 구성하여 1차의료의 장점인 접근성과 2차의료의 전문성을 결합한 형태의 의료기관으로 전환에 대한 구체적 방안과 제도 도입에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다. 또한 요양병원의 경우 의료시설과 의료 인력을 갖추고 있어 장기적으로는 호스피스 병원으로 특성화하거나, 네덜란드의 경우처럼 의사가 상주하며 24시간/1일 도움이 필요한 사람들을 위한 요양시설로의 전환을 위한 방안의 연구가 필요할 것으로 생각한다(표 15).

통합보건의료를 포함한 포괄적이고 보편적 보건복지 서비스의 제공을 위한 양질의 인력(다학제 전문가 또는 T자형 전문가)의 교육과 확충과 처우개선 및 적절한 인프라 확보를 위해서는 지속 가능한 재정의 마련이 선결되어야 한다. 이에 우선 1,2차병원과 3차병원 간의 역할정립과 경쟁해소, 의사(전문의, 일반의)와 간호사 등의 보건의료 인력 간의 역할 조정, 요양병원과 요양시설간의 역할정립과 경쟁 해소를 통해 한정된 보건의료 자원의 낭비를 유발 할 수 있는

과잉진료와 보건의료 서비스를 줄이고, 상급의료 기관에 편중되어 있는 보건의료 자원과 인력이 지역사회와 1차의료에 재배치하여 지역사회에서 만성질환의 예방과 장기요양에 효율적으로 사용되며 이들 의료와 장기요양 서비스의 효율적 연계 제공에 사용될 수 있을 것으로 기대한다(표 15; 그림 13). 그러나 노인인구의 급격한 증가와 근로인구의 지속적 감소는 공공 보건복지 서비스의 확대를 위해 법제도 개선과 함께 이를 가능하게 하는 지속가능한 재정의 마련을 위한 연구가 지속적으로 필요할 것으로 생각한다.

표 15. ‘의료 및 장기요양 서비스의 효율적 연계 제공’ 방안

목표	세부 방안	기대효과 및 작용기전 (및 전제조건)
의료 및 요양시설에서 서비스의 합리적 연계 제공	○ 요양병원(의료시설)에서 장기요양에서 간병비 지급 - 의료적 욕구를 주로 가지며, 간병이 필요한 사람에 지급 - 요양시설 급여 등급 인정자가 대기자 명단에 있는 경우 요양병원 이용시 지급 ○ 요양시설에 의료인력 상시 근무 - 요양시설의 의료 서비스 제공을 위한 의료인력 상시근무(축탁의 제도 및 간호사 역할 개선 등) - 단, 요양시설에 제공할 수 있는 의료서비스는 경증의 만성질환 관리 등으로 제한(요양시설의 준의료시설화 방지) ○ 통합재가요양기관의 확충 - 일상생활 도움 및 수발과 간호를 동시에 제공하는 통합재가요양기관의 확대(전문인력 필요; 지역간호사/전문간호사)	○ 요양시설, 요양병원 양쪽에서 간병/수발에 대한 비용을 보장함으로써 한쪽 기관에 쏠림 현상 방지 및 이용자와 보호자 부담의 경감 및 편익 증진 ○ 장기요양 욕구 평가 시 의료 욕구와 장기요양 욕구가 동시에 평가, 요양병원과 요양시설 입소자의 명확한 구분에 의한 사회적 입원 감소(김진수, 2015) ○ 요양병원과 요양시설 간의 합리적 전원 기준 마련 필요(김진수, 2015) ○ 통합재가요양 및 요양시설에서 의료 인력의 확보방안 필요(하단 참조)
보건의료 자원의 균형배치 (의료-장기요 양 연계 및 지역 중심 통합 보건의료 실현의 전제조건)	○ 1차병원 ‘주치의’ 도입과 지불체계 변화 - 주치의와 개선된 지불제도(만성병 포괄수가제, 인두제, 절감공유, 성과급 등) 도입을 통한, 지역 및 1차의료 역량 강화 및 1차의료의 영역에서 인구집단의 만성병 예방 및 관리 ==> 보건의료 비용 통제 가능 ○ 1,2,3차병원 간의 과잉경쟁 및 과잉진료의 해소 - 주치의제도(보건의료체계의 문지기)를 통한 1차의료 역량 강화 - 2차병원은 ‘1.5차의료(대체의료)기관’, ‘의료요양복지복합체’, ‘호스피스병원’ 등으로 특화/전환 - 3차병원은 중증 및 복잡한 의료 상태의 진료나 전문적 치료나 시술에 집중 ○ 의료인력 간 역할의 조정	○ 상급병원 및 상급의료의 영역에 편중된 보건의료 자원 및 인력이 ‘1차의료 및 지역의 장기요양의 영역으로의 재배치(균형배치)’ 되어 ‘지역에서의 효율적 통합 보건의료 및 장기요양 서비스 제공’의 바탕 마련 ○ ‘지역중심 통합보건의료’를 위한 주치의, 지역간호사 및 전문간호사 양성을 위한 교육과정 설치 및 이들을 위한 일자리 창출

	- 1차의료에서 일반의 및 전문의를 대체해 전문간호사의 진료 및 처방(경증 만성질환 등에 한정) 담당 - 1차의료 주치의 양성을 위한 교육과정 도입 - 지역 보건의료 요양을 위한 지역간호사 및 전문간호사 제도의 활성화 (노인성 및 만성질환 관련 다분야 교육) ○ 요양시설과 요양병원 간의 역할 정립 - 장기요양 욕구와 인정등급 평가 시, 의료 욕구와 간병/수발의 욕구의 동시 사정 및 요양병원(의료적 욕구가 주된 사람)과 요양시설(수발의 욕구가 주된 사람), 요양병원과 요양시설 간 입소와 명확한 전원 기준의 마련 - 요양병원은 장기적으로 ‘호스피스 병원’ 이나 ‘노인 전문병원’ 또는 보건의료복지복합체 등으로 전환 및 특화	
보건의료 및 사회복지분야의 ‘일괄 개혁’ 과 ‘지속가능한 재정확보’	○ 보건의료 및 사회복지제도의 탈중앙화와 일괄개혁 - 2015년 네덜란드의 장기요양제도 대개혁의 사례처럼 사회복지와 유아청소년의 돌봄을 위한 시행의 권한과 책임 및 예산을 지방자치단체에 이전하여 각각의 지역 환경에 적합하고 비용효율적인 ‘통합 보건의료 및 사회복지’의 실현 - 2015년 네덜란드의 ‘장기요양제도’의 개혁처럼 급증하는 ‘장기요양’의 지출의 통제와 맞춤형 통합보건의료복지의 제공을 위해 ‘장기요양제도’, ‘건강보험제도’, ‘사회복지제도’, 관련 법제도의 일괄 개편	○ 부분적이고 점진적인 법제도의 시행과 개편보다, 일괄개혁은 시행 초기 어느 정도의 부작용이 예상되지만, 네덜란드의 사례처럼 장기 간 철저히 준비한 후 관련 제도를 일괄 개편하여 노령화와 급변하는 사회/정치/경제 환경에 신속하게 대비하여 보건의료복지 분야에 지속되는 갈등을 줄이고, 비용효율성을 극대화함
제도의 유연하고 합리적 운영	○ 탈중앙화를 위한 ‘지역사회 통합보건의료’의 복수의 기초지방자치단체에 의한 공동 운영 - 규모가 작거나 인프라가 부족한 지방자치단체의 경우 인근 지방자치단체와 협약을 통한 공동 운영 ○ 규모가 작고 영세한 복수의 요양시설로 구성된 조합/법인의 설립 - 요양시설들의 조합/법인으로 규모를 키워 관리운영과 회계를 단일화하여 관리비용을 줄이고, 촉탁의나 방문간호 등 의료서비스 공급자와의 일괄 구매계약 경쟁력 상승 ○ 통합재가요양기관 및 요양시설의 건강보험 급여 청구 - 지역간호사나 전문간호사가 주도하는 통합재가요양기관 및 요양시설의 경우 이용자에게 제공되는 의료 서비스에 대해 건강보험에 급여를 청구할 수 있도록 함(네덜란드 사례)	○ 규모가 작고 인프라가 부족한 기초지방자치단체나 요양시설 등은 인근의 자치단체나 요양시설과 조합이나 법인을 구성하여, 관리운영비를 줄이며 요양 및 보건의료 서비스 공급자와의 일괄 계약 구매로 경쟁력 향상 (네덜란드의 사례) ○ 통합재가요양이나 요양시설에서 제공되는 의료서비스의 경우 건강보험에서 비용을 청구할 수 있도록 하여 ‘의료와 장기요양’의 연계 제공이 가능하도록 하는 방안

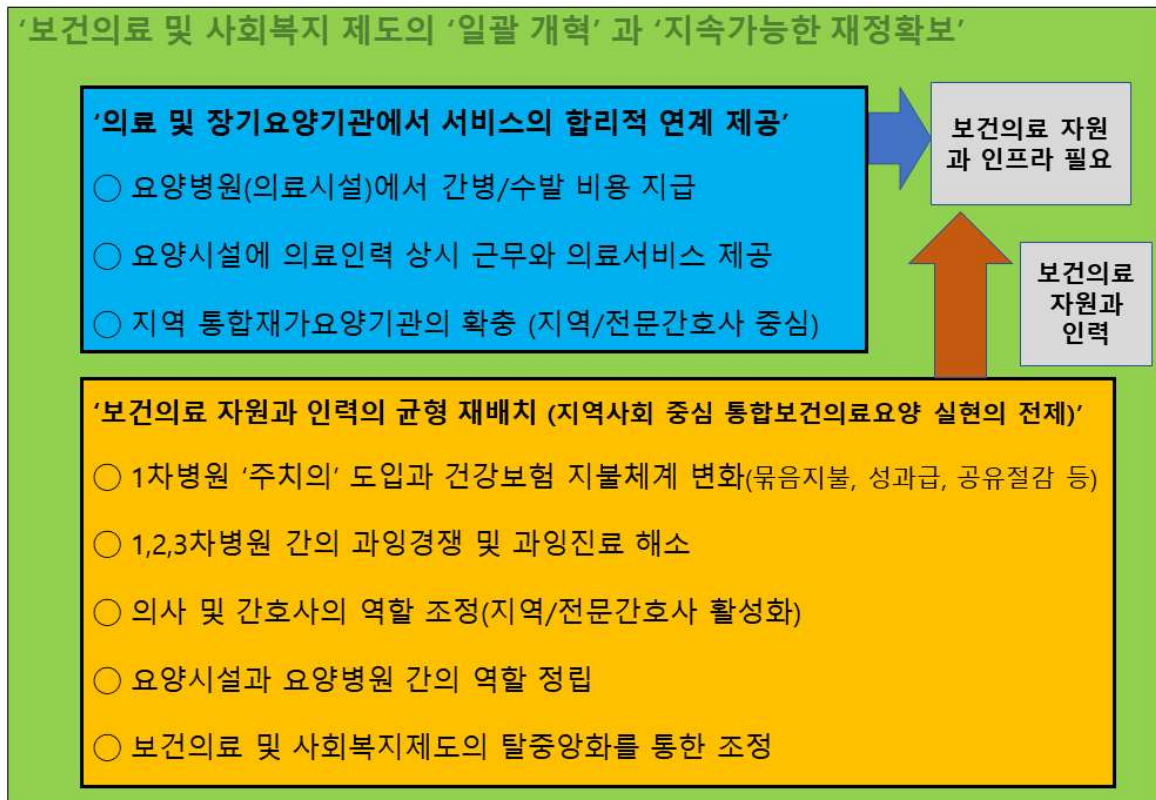


그림 13. ‘의료 및 장기요양 서비스의 효율적 연계제공’의 방안과 기전: ‘의료와 장기요양서비스의 통합 및 연계 제공’을 위해 장기요양기관에서 일정부분의 의료 서비스를 제공하고, 요양병원에서는 간병(수발) 서비스를 합리적으로 제공하도록 하고, 일상생활 도움, 수발 및 간호적 서비스를 포괄적으로 제공하기 위한 ‘통합재가요양기관’의 양성과 확충을 위해서는 보건의료 자원과 양질의 전문 보건의료 인력이 필요하다. 이를 위해 보건의료 인력 및 자원의 상급병원(의료)에 편중과 1,2,3차병원간에 과도한 경쟁 및 과잉진료를 해소하여 보건의료자원과 인력을 1차의료와 지역사회의 장기요양에 균형적으로 재배치하여 활용하는 기전의 모델이다(표 15. 참조).

VI. 참고문헌 및 자료 목록

1. Aarnink D, “The choice between institutional care and homecare in the Dutch system of long-term care“ , Erasmus University Rotterdam (Erasmus School of Economics), Msc in Health Economics, 2016, -, -, Msc 08/2016-013 (Netspar, Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement).
2. Arts EE & et al., The cost-effectiveness of substituting physicians with diabetes nurse specialists: a randomized controlled trial with 2-year follow-up, J Adv Nurs, 2012, 68(6), 1224-1234, -.
3. Association of Netherlands Municipalities, Belastinggebied(Tax area), -, 2015, -, -, <https://vng.nl/producten-diensten/databanken/belastingkennis-voor-raadsleden/belastinggebied>.
4. Axelsson R, Integration and Collaboration in health and welfare (The Swedich development), presented at the international conference on Health Services in Transition Fudan University Shanghai, 2014.8.20-21, -, -, -.
5. Bate R & et al., Substandard and falsified anti-tuberculosis drugs: a preliminary field analysis, Int J Tuberc Lung Dis, 2013, 17(3), 308-11, -.
6. Beaglehole R & et al., Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care, The Lancet, 2008, 372(9642), -, -.
7. Bennett S & et al., Accelerating learning for pro-poor health markets, Global Health, 2014, 10(54), -, -.
8. Bitran R, Explicit health guarantees for Chileans: The AUGÉ benefits package, Washington DC: The World Bank, 2013, -, -, -.
9. Bornemisza O & et al., Promoting health equity in conflict-affected fragile states, Soc Sci Med, 2010, 70(1), 80-8 , -.
10. Bonten MJ & et al., Polysaccharide conjugate vaccine against pneumococcal pneumonia in adults , N Engl J Med, 2015, 372(12), 1114-25, -.
11. Burgers JS & et al., Quality and coordination of care for patients with multiple conditions: results from an international survey of patient experience , Eval Health Prof, 2010, 33(3), 343-64, -.
12. Buurtzorg Nederland, Buurtdiensten, het zusje van buurtzorg voor hulp in en om huis (Neighbourhood Services, the little sister of Buurtzorg for help in and around home), -, 2013, -, -, -.
13. Buurtzorg Nederland, Maatschappelijke Business Case (mBC) Buurtzorg Nederland, -, 2009, -, -, -.

14. Buurtzorg Nederland, Uit de schaduw van het zorgsysteem, Hoe Buurtzorg Nederland zorg organiseert (Out of the shade of the care system, How Buurtzorg Nederland organises care), -, 2010, -, -, ISBN 9789059316003.
15. Campbell JC & Ikegami N, Long-term care insurance comes to Japan, Health Affairs, 2000, 19(3), 26-39, -.
16. Campbell JC & et al., Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan, Health Affairs, 2010, 29(1), 87-95, -.
17. Centraal Bureau voor de Statistics, 220 duizend Nederlanders voelen zich zwaar belast door mantelzorg (220 thousand Dutch citizens feel heavily burdened by providing informal care), CBS Persbericht, 2013, -, -, <http://www.cbs.nl/>.
18. Chang J & et al., Emerging trends in Chinese healthcare: the impact of a rising middle class, World Hosp Health Serv, 2008, 44(4), 11-20, -.
19. Chon Y, Long-term care reform in Korea: Lessons from the introduction of Asia's second long-term care insurance system, Asia Pacific Journal of Social Work and Development, 2012, 22(4), 219-227, -.
20. Colombo F & et al., Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD publishing, 2011, -, -, -.
21. CSDH, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health (WHO), 2008, -, -, -.
22. Cunningham AL & et al., Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older, N Engl J Med, 2016, 375(11), 1019-32, -.
23. Curry N & Ham C, Clinical and service integration: the route to improved outcomes, London: The King's Fund, 2010, -, -, -.
24. De Bakker DH & et al., Early Results From Adoption Of Bundled Payment For Diabetes Care In The Netherlands Show Improvement In Care Coordination, Health Aff (Millwood), 2012, 31(2), 426-433, -.
25. de Boer A & et al., Mantelzorg: een overzicht van steun van en aan mantelzorgers in 2007 (Informal care: an overview of support for and from informal carers in 2007), The Hague: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2009, -, -, <http://www.scp.nl/Publicaties/>.

26. De Bruijn-Geraets DP & et al., Evaluating newly acquired authority of nurse practitioners and physician assistants for reserved medical procedures in the Netherlands: a study protocol, J Adv Nurs, 2014, 70(11), 2673-2682, -.
27. de Gler B & et al., State of Infectious Diseases in the Netherlands (2016), RIVM report(2017-0029), 2017, 0029, -, DOI 10.2945/RIVM-2017-0029 ISSN: 1875-0885.
28. Dekker Committee, Willingness to change (in Dutch), The Hague: Dekker Committee, 1987, -, -, -.
29. Dell D & et al., Practice variation in the Dutch long-term care and the role of supply-sensitive care: Is access to the Dutch long-term care equitable?, Health Economics, 2017, 26, 1728-1742, -.
30. Douven R & et al., Health care reform in the Netherlands, Die Volkswirtschaft, 2007, 3, 31-33, <http://www.cpb.nl/>.
31. Drewes HW & et al., Samen werken aan duurzame zorg Landelijke monitor proeftuinen, RIVM-rapportnummer: 2015-0076, 2015, -, -, ISBN: 9789069602813.
32. Eijkenaar F & Schut E, Uitkomstbepoestiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2015, -, -, -.
33. Elissen AM & et al., Toward tailored disease management for type 2 diabetes, Am J Manag Care, 2012, 18(10), 619-630, -.
34. Geerts J & et al., Longterm Care use and supply in Europe: projections for Germany, The Netherlands, Spain and Poland, ENEPRI RESEARCH REPORT (No. 116), 2012, -, -, -.
35. German Federal Statistical Office, -, -, 2015a, -, -, <https://www.destatis.de>.
36. German Federal Statistical Office, People in need of long-term care, -, 2015b, -, -, <https://www.destatis.de>.
37. Gibson MJ & Redfoot DL, Comparing long-term care in germany and the United States: what can we learn from each other?, A. P. P. Insitute, Washington DC, 2007, -, -, -.
38. Glimmerveen L & Nies H, Integrating Care to Older People and those with Complex Needs: Examining the Lessons from International Case Studies from a Project Funded by the Commonwealth Fund, Int J Integr Care, 2015, 15(e021), -, -.
39. Goodwin N & et al., Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and

markers for success, London: The King' s Fund, 2013, -, -, -.

40. Greß S & et al., Health Insurance Reform in the Netherlands, CESifo DICE Report, 2007, 5(1), 63-67, -.

41. Goronzy JJ & Weyand CM, Understanding immunosenescence to improve responses to vaccines, Nat Immunol, 2013, 14(5), 428-36,

42. Health Council of the Netherlands, Vaccination against shingles, The Hague: Health Council of the Netherlands, 2016, -, -, ISBN 978-94-6281-120-1.

43. Heinicke K & Thomsen SL, The Socail Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats, and Perspectives, Mannheim, Germany: Gnetor for European Ecoomic Research (Discussion Paper), 2010, No.10-012, -, -.

44. Huibers P, The DOC team in the area of Northern Holland-a multi-professional community-based dementia care team, European perspectives and good practices: CARMEN, 2005, -, -, -.

45. Ikegami N, Rationale, design and sustainability of long-term care insurance in Japan in retrospect, Social Policy and Society, 2007, 6(3), 423-434, -.

46. Jeroen NS, "How Bundled Health Care Payments Are Working in the Netherlands" , New England Journal of Medicine (catalyst), 2016, -, -, <https://catalyst.nejm.org>.

47. KDI, KDB 2010 Annual Report, -, 2010, -, -, <https://www.kdi.re.kr>.

48. Kim N, Long-term care services expenditure projection in South Korea from 2015 to 2050, Int J Health Plann Mgmt, 2015, 30, 45-56, -.

49. Kim SH, Long-term care needs of the elderly in Korea and elderly long-term care insurance, Social Work in Public Health, 2010, 25(2), 176-184, -.

50. Kroneman M & et al., The Netherlands: health system review, Health Systems in Transition, 2016, 18(2), 1-239, -.

51. Kwon S, Future of long-term care financing for the elderly in Korea, Journal of Aging & Social Policy, 2008, 20(1), 119-136, -.

52. Kwon S & et al., The Korean welfare state: a paradox of expansion in an era of globalization and economic crisis, International Journal of Social Welfare, 2007, 16(3), 242-248, -.

53. KPMG Health care, Integrated care Towards new coalitions in healthcare Translation, -, 2014, -, -, <https://kpmgplexus.nl>.
54. Lee S & et al., Comparing the Long-Term Care Insurance Programs of Korea and Japan: Focusing on Provisions of Care, Asian Journal of Human Services, 2014, 6, 1-12, -.
55. Liang Y et al., Comparison of Germany, the Netherlands, long-term care insurance (원문:중국어, 영문번역 제목), The Journal of Nursing, 2010, 57(4), -, doi:10.6224/JN.57.4.17.
56. Liu S & Griffiths SM, From economic development to public health improvement: China faces equity challenges, Public Health, 2011, 125(10), 669-74, -.
57. Maarse JA & Jeurissen PP, The Policy and Politics of the 2015 Long-Term Care Reform in the Netherlands, Health Policy, 2016, 120(3), 241-45, -.
58. Maarsea JAM & Jeurissenb PP, The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands, Health Policy, 2016, 120, 241-245, -.
59. Macrae J & et al., A triple burden for health care reform: post conflict rehabilitation in Uganda, Soc Sci Med, 1996, 42(7), 1095-1108, -.
60. Mahler M & et al., Op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij (Case management. Towards suitable care and support close), Vilans, 2013, -, -, -.
61. Members of the Health Practice International Committee, International Perspective on Long-Term Care, American Academy of Actuaries (ISSUE BRIEF), 2015, -, -, -.
62. Méndez CA, Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma (Human resources in health in Chile: the pending challenge of the reform), Rev Panam Salud Publica, 2009, 26(3), 276-280, -.
63. Meng Q & et al., "One country, two worlds - the health disparity in China", Glob Public Health, 2012, 7(2), 124-36, -.
64. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, De Beste Werkgevers 2014 - Winnaars 2013. [The best Employers 2014-the Winners of 2013; webpage on the internet], Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, -, -, -, <http://www.beste-werkgevers.nl/winnaars-2013>
65. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Brief staatssecretaris met nadere informatie over de aanpak van dementie en het Landelijk Dementie Programma-Geestelijke gezondheidszorg (Letter by Secretary of Health, Welfare and Sports with further information on the approach to dementia and the

National Dementia Program-Mental Health Care), -, 2005, -, -, -.

66. Mot E & et al., The long-term care system for the elderly in the Netherlands, ENEPRI research report, 2010, -, -, ISBN 978-94-6138-032-6

67. Mudaliar U & et al., Are recommended standards for diabetes care met in Central and South America? A systematic review, Diabetes Res Clin Pract, 2013, 100(3), 306-29, -.

68. Mussa AH & et al., Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique., Hum Resour Health, 2013, 11(1), 26, -.

69. Nakahara S & et al., Exploring referral systems for injured patients in low-income countries: a case study from Cambodia, Health Policy Plan, 2010, 5(4), 319-27, -.

70. National Healthcare Institute, Onverzekerden (Uninsured), -, 2015a, -, -, <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/onverzekerden>

71. National Healthcare Institute, Tarieventabel 2016 Persoonsgebonden budget Wlz (Tariff table 2016 personal budget long-term care), -, 2015b, -, -, <https://www.zorginstituutnederland.nl>

72. Nayyar GML & et al., Poor-quality antimalarial drugs in southeast Asia and sub-Saharan Africa, Lancet Infect Dis, 2012, 12(6), 488-96, -.

73. Newbrander W & et al., Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states, Disasters, 2011, 35(4), 639-60, -.

74. Nolte E & et al., Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches, United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, -, -.

75. Pavignani E & Vio F, Mozambique 1990-2002: restructuring the health workforce after the war, Health in Emergencies, 2003, 18, 12-13, -.

76. Peeters JM & et al., Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. [National evaluation of dementia case management], Utrecht: NIVEL & Trimbos Instituut, 2012, -, -, -.

77. Pocock NS & Phua KH, Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia, Global Health, 2011, 7(12), -, -.

78. Ponsen C, Bundled payment contracts in Dutch cardiology centers, Erasmus University Rotterdam

(Master's thesis), 2017, -, -, -.

79. Raaijmakers LGM & et al., The implementation of national action program diabetes in the Netherlands: lessons learned, BMC Health Serv Res, 2015, 15(1), 1-8, -.

80. Rhee JC & et al., "Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany", Health Policy, 2015, 119, 1319-1329, -.

81. Schoen C & et al., New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated, Health Aff(Millwood), 2011, 30(12), 2437-48, -.

82. Seok JE, Public Long-Term Care Insurance for the Elderly in Korea: Design, Characteristics, and Tasks, Social Work in Public Health, 2010, 25(2), 185-209, -.

83. Shiffman J, Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?, Health Policy Plan, 2008, 23(2), 95-100, -.

84. Shimizutani S, The future of long-term care in Japan, RIETI Discussion Paper Series, 2013, 13-E-064, -, -.

85. Soeters R & Griffiths F, Improving government health services through contract management: a case from Cambodia, Health Policy Plan, 2003, 18(1), 74-83, -.

86. Starfield B & Shi L, Policy relevant determinants of health: an international perspective, Health Policy, 2002, 60, 201-218, -.

87. Statistics Netherlands, The Hague/Heerlen: Statistics Netherlands, StatLine [online database], 2015, -, -, <http://statline.cbs.nl>.

88. Steuten LMG & et al., A disease management programme for patients with diabetes mellitus is associated with improved quality of care within existing budgets, Diabet Med, 2007, 24(10), 1112-1120, -.

89. Struijs J & et al., Effects of bundled payment on curative health care costs in the Netherlands: An analysis for diabetes care and vascular risk management based on nationwide claim data 2007-2010, RIVM rapport, 2012, 260013001, -, -.

90. Struijs JN & Baan CA, Integrating Care through Bundled Payments-Lessons from the Netherlands, N Engl J Med, 2011, 364(11), 990-991, -.

91. Struijs JN & et al., Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands, RIVM

report, 2012, 260224003, -, -.

92. Suhrcke M & Stuckler D, Will the recession be bad for our health? It depends, *Soc Sci Med*, 2012, 74(5), 647-53, -.

93. Sunwoo D, Health and Long-Term Care Affairs of Japan and South Korea, *Japanese Journal of Social Security Policy*, 2012, 9(1), -, -.

94. Tacken MA & et al., Dutch influenza vaccination rate drops for fifth consecutive year, *Vaccine*, 2015, 33(38), 4886-91, -.

95. Tang S & et al., Controlling cost escalation of healthcare: making universal health coverage sustainable in China, *BMC Public Health*, 2012, 12, -, -.

96. The World Bank, The high level forum on health Millenium Development Goals: selected papers 2003-2005, World Health Organization, 2005, -, -, -.

97. Thinios P & et al., Tracking demand and supply for Long Term Care in Europe 2007-2015, A cross-national intertemporal analysis using three waves of SHARE data (presented at ESA), 2017, -, -, -.

98. Travis P & et al., Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals, *Lancet*, 2004, 364(9437), 900-6, -.

99. Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2015 (Determination of the budget of the Ministry of Health for the year 2015), -, 2014, -, -, -.

100. van Ginneken E & Kroneman M, Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle?, *Euro health*, 2015, 21(3), 47-50, -.

101. Veraart A, Overview of Long Term Care reforms in the Netherlands, Presentation slides (Ministry of Health Welfare and Sport, Department of Long-Term Care), 2017.9, -, -, -.

102. Vrijhoef H & et al., ZIO Integrated Care Network, the Netherlands-Case Study, Conference: Translating International Models of Care for High-Need, High-Cost Populations in the United States, At Washington DC, 2017, -, -, -.

103. Vrijhoef HJM & et al., Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review, *Patient Educ Couns*, 2000, 41(3), 243-250, -.

104. VWS, Kamerbrief betreffende proeftuinenen pilots ‘betere zorg met minder kosten’ , Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013, -, -, -.
105. Walley J & et al., Primary health care: making Alma-Ata a reality, Lancet, 2008, 372 (9642), 1001-7, -.
106. Wagenvoort GH & et al., Invasive pneumococcal disease: clinical outcomes and patient characteristics 2-6 years after introduction of 7-valent pneumococcal conjugate vaccine compared to the pre-vaccine period, the Netherlands, Vaccine, 2016, 34(8), 1077-85, -.
107. Wammes J & et al., The Dutch Health System, Radboud University Medical Center, 2014, -, -, <http://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>.
108. WHO Regional Office for Europe, Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region, WHO Regional Office for Europe(Copenhagen), 2010, -, -, -.
109. WHO(Netherlands), World Health Organization Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles 2014, World Health Organization, 2016, -, -, <http://www.who.int/>.
110. Witter S & et al., Understanding health worker incentives in postconflict settings: research summary, project 2, health worker incentives, ReBUILD Consortium , 2011, -, -, -.
111. Won CW, Elderly long-term care in Korea, Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics, 2013, 4, 4-6, -.
112. World Health Organization, WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report, World Health Organization, 2015, -, -, <http://www.who.int/iris/handle/10665/155002>.
113. Wouterse B & SMID B, How to Finance the Rising Costs of Long-Term Care: Four Alternatives for the Netherlands, FISCAL STUDIES, 2017, 38(3), 369-391, -.
114. -, Advance Payment ACO Model, Center for Medicare & Medicaid Innovation, 2016, -, -, <https://innovation.cms.gov/initiatives/Advance-Payment-ACO-Model/>.
115. -, Special Issue: Integrating Care to Older People and those with Complex Needs: Examining the Lessons from International Case Studies from a Project Funded by the Commonwealth Fund, Int J Integr Care, 2015, -, -, -.
116. 고령화연구실, 고령화 리뷰, 보험연구원(KIRI), 2016, 4(7), -, -.
117. 고민희, “병원직원 10명 중 7명 주치의 제도동참”, 데일리 푸드앤메드 (오마이뉴스 인용),

2018.01.28, -, -, <https://www.foodnmed.com> (<https://m.ohmynews.com>).

118. 국민청원, “요양원 입소자들이 제대로 된 의료서비스를 받을 수 있게 해 주세요”, 대한민국 청와대 국민청원 및 제안, 2017.12.15, -, -, <https://www1.president.go.kr/petitions/66334>.

119. 국제협력실, 네덜란드의 의료개혁: 개혁 전후의 변화 (기획특집, 의료개혁1), 한국노동연구원 간행물 (국제노동브리프), 2008, 6(5), 3-11, -.

120. 김도경, 의료전달체계 붕괴 따른 폐해, 데일리메디, 2010.7.9, -, -, <https://www.dailymedi.com>.

121. 김동섭, 치매오면 어쩌나...노인요양보험 2022년에 고갈, 조선일보, 2018.12.20, -, -, <http://news.chosun.com>.

122. 김동욱, 노인 삶의 질 높이려면 지방정부 자율성 높아져야, 한겨레 신문 기사 (싱크탱크 광장), 2013.09.16, -, -, <http://www.hani.co.kr/>.

123. 김재학, “중소병원의 생존전략, 중소병원은 해로운 새인가?”, 의료정책포럼, 2018, 16(3), -, -.

124. 김진수 외, 장기요양급여와 건강보험급여와의 연계방안 연구, 노인복지연구(journal of Welfare for the Aged), 2015, 67, -, -.

125. 노인장기요양보험공단, 노인장기요양보험 급여 상한액, 알림방 및 자료실, -, -, -, <http://www.longtermcare.or.kr>.

126. 노인장기요양보험공단, 노인장기요양보험 등급판정결과 현황자료, 통계자료, 2018.5, -, -, <http://www.longtermcare.or.kr>.

127. 문성호, 요양시설서 전문 간호서비스를? 요양병원들 불만 증폭, 메디칼타임즈, 2018.11.22, -, -, <http://www.medicaltimes.com/>.

128. 박선재, 우리도 요양병원+요양시설+재가시설 한곳에서 가능?, 메디칼업저버, 2018.06.14, -, -, <http://www.monews.co.kr>.

129. 박인, 노인장기요양보험제도의 입법과정과 내용, Issue Paper (한국법제연구원), 2018, 08-2, -, -.

130. 보건복지부, 간호사 근무환경 및 처우 개선대책, 보도자료, 2018.3.20, -, -, <http://www.mohw.go.kr>.

131. 보건복지부, 본인부담 경감 대상 확대, 경증치매대상 인지지원 등급 신설 등 장기요양보험 보장성 강화된다, 보도자료, 2017.11.06, -, -, <http://www.mohw.go.kr>.

132. 보건복지부, 본인부담 경감 대상 확대, 경증치매대상 인지지원 등급 신설 등 장기요보험 보장성 강화된다, 보도자료, 2017.11.6, -, -, <http://www.mohw.go.kr>.
133. 보건복지부, 어르신이살던 곳에서 건강한노후를 보낸다. 지역사회 통합 돌봄 기본계획 (1단계: 노인 커뮤니티케어), 보도자료, 2018.11.20, -, -, <http://www.mohw.go.kr>.
134. 보건복지부, 일차의료 중심의 만성질환 관리 사업 통합 본격 추진, 보도자료, 2018.6.25, -, -, <http://www.mohw.go.kr>.
135. 보건복지부, 지역사회 돌봄 통해 존엄한 노후생활 보장한다 (제2차 장기요양기본계획 (2018-2022)), 보도자료, 2018.2.13, -, -, <http://www.mohw.go.kr>.
136. 보건복지부, 치매국가책임제 1년, 치매로부터 자유로운 나라를 만들어 갑니다!, 보도자료, 2018.9.18, -, -, <http://www.mohw.go.kr>.
137. 보건복지부, 노인장기요양 제가 어르신, 택시로 이동 지원한다, 보도자료, 2019.2.19, -, -, <http://www.mohw.go.kr>.
138. 보건복지부 질병관리본부, 질병관리본부, 「2018 만성질환 현황과 이슈」 발간, 보도자료, 2018.12.20, -, -, <http://www.cdc.go.kr>.
139. 신재우, [건강보험 40년] 선진국도 부러워하는 한국형 의료복지 세우다, 연합뉴스, 2017.07.04, -, -, <https://www.yna.co.kr>.
140. 안창욱, 건보공단, 요양시설 불법의료 조장하나, 의료&복지뉴스, 2018.11.22, -, -, <http://www.mediwelfare.com>.
141. 윤영채, '전문간호사, 18년만에 제도개선, 활성화 계기마련' 업무범위 근거 의료법개정안 국회통과, 데일리메디, 2018.03.08, -, -, www.dailymedi.com.
142. 이대희 & 박건우, “노인요양병원과 신경과 의사의 역할 (Long-Term Care Hospital and the Role of Neurologist)“, J Korean Neurol Assoc, 2014, 32(1), -, -.
143. 이동욱, 왜곡된 3차기관 집중과 1차의료 질, 데일리메디, 2017.5.2, -, -, <https://www.dailymedi.com>.
144. 이미진, 노인장기요양보장제도 10년, 진단과 개혁과제, 참여연대(동향1), 2017.10.1, -, -, <http://www.peoplepower21.org>.
145. 이병문, 노인장기요양제도 시행 10년...이젠 이용자중심 정책 절실하다, 매일경제, 2019.01.11, -, -, <https://www.mk.co.kr/>.

146. 이상수, “묶음식 지불보상제도(Bundled Payments)의 성공 여부, 포괄수가제(DRG) 경험에서 찾아야”, Health Policy Insight, 2018, 145회, -, -, <http://www.kmdianews.com/news/articleView.html?idxno=25524>.
147. 이윤경 외, 노인장기요양보험 형평성 연구, 한국보건사회연구원(연구보고서 2011-37-11), 2011, -, -, -.
148. 이정택, 요양시설 요양병원 역할 정립 방안, 보험연구원 연구위원 발표자료 (Kiri), 2018.09.07, -, -, -.
149. 이현민, 노인장기요양시설 사유화에 따른 인권침해, 참여연대(기획4), 2019.01.01, -, -, <http://www.peoplepower21.org>.
150. 임재희, ‘작년 1인당 진료비 158만원...노인 적은 영통 암/만성질환자 감소’ (국민건강보험공단 2017년 지역별의료이용통계연보 인용), 뉴시스, 2018.10.30, -, -, <http://www.newsis.com>.
151. 임현빈, 촉탁의사 안정화 유도해 정신요양시설 등 입소자들 서비스 강화 마인드포스트, 2018.08.31, -, -, <http://www.mindpost.co.kr/>.
152. 장병원, 일본 노인장기요양정책: 개호보험제도 신층분석, 파주:양서원, 2009, 2판, -, -.
153. 전훈익, 65세 이상 10명중 1명은 치매, 5년 뒤엔 100만명 넘게 앓는다 (중앙치매센터 ‘대한민국 치매현황 2018’보고서 자료 인용), 한국일보, 2019.03.20, -, -, <http://www.hankookilbo.com/>.
154. 정재욱, 복지정책으로써의 도시저소득계층을 위한 주택확대방안에 관한 연구, 사회과학연구(1) 창원대학교, 1995, -, -, -.
155. 정재욱, 고령화시대와 노인장기요양 보험제도-한국, 일본, 독일을 중심으로, 대영문화사, 2015, -, -, -.
156. 정재욱, 일본 사회복지제도의 개혁과 시사점, 대왕사, 2006, -, -, -.
157. 정재욱, 일본의 사회복지체제에있어서의 사회복지서비스에 대한 이용지원체계의 구조와 특징에 관한 연구, 한국사회복지학, 2005, 57(1), -, -.
158. 정재욱, 한일 노인장기요양보험제도의 운영구조의 특징에 관한 연구, 지역발전연구, 2009, 8(2), -, -.
159. 정현용, 노인 10명 중 1명은 치매...21년 후 200만명 넘는다, 서울신문, 2018.12.31, -, -, <http://www.seoul.co.kr/>.

160. 조희경 & 장수정, 치매노인 가족의 치매특별등급서비스 이용 경험, J Korean Acad Community Health Nurs, 2018, 29(2), 231-243, -.
161. 황경란 외, 노인장기요양보험 10년의 성과와 과제, 경기복지재단 (정책연구보고), 2018, 2017-08, -, -.
162. 황도경 외, 노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구-공급의 통합적 연계 체계 구축, 한국보건사회연구원(연구보고서 2016-05), 2016, -, -, -.