

지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)의 원칙

강 태 경

의료정책연구소 연구조정실장
drkang83@naver.com



들어가며

2018년 1월 18일, 문재인 정부 출범 1년을 맞아 실시한 보건복지부 연두 업무보고에서 박능후 장관은 지역사회 중심의 통합 복지체계인 커뮤니티케어를 제시하였다. 이후 커뮤니티케어 계획들이 단계적으로 나왔으며 올해 4월, 8개 지자체 지역이 선도사업에 선정되며 6월부터 선정 지역에서 선도사업이 추진될 예정이다.

그동안 보건복지부가 내놓은 안에는 커뮤니티케어의 종합계획, 지역사회 통합돌봄 기본계획, 선도사업 추진 계획 등이 있었고 이에 부합하듯 다수의 지자체도 경쟁적으로 계획안과 로드맵을 제시하였다. 하지만 정부 안들이 담고 있는 문제 인식은 단순하고 명확할지 모르나 문건들이 해결 방안으로 나

열하는 방향, 비전, 단계적 목표와 전략과제들은 듣기 좋은 개조식 열거들로 가득 차 있을 뿐이었다. 각 직종의 현장 전문가들이 보기에 그 문건들의 내용들은 애매모호하여 통합적으로 이해될 수 없었다. 다만 그 불명확성 속에서 미래에 대한 정부의 조급함과 현실성 없는 과욕만을 읽을 수 있었다.

그렇지 않아도 직종 간에 고유 전문 영역 침해와 그로 인한 다툼으로 몸살을 앓고 있는 게 현재의 보건의료계다. 그 다툼을 해결하지 못하고 방치해 오던 정부가 커뮤니티케어에서 명확한 해결책 제시를 고사하고 오히려 새로운 불명확함을 제시하여 새로운 다툼의 장을 만들어 가고 있는 실정이다. 이제라도 정부는 문건 속에 나열된 내용들 간의 불명확한 연결을 명확한 원칙으로 메워야 할 것이다. 그런 점에서 대한의사협회의 커뮤니티케어 TF에서 제시하

는 보건의료 영역에서 커뮤니케어의 필수적인 원칙은 정부가 커뮤니케어의 성공을 위해 받아들여야 할 부분이다.

대한의사협회 커뮤니케어 TF에서 제시하는 커뮤니케어의 원칙

대한의사협회 커뮤니케어 TF에서 제시하는 커뮤니케어의 원칙은 아래와 같다. 아래 원칙들에서 추후 미세한 조정이 있을 수도 있겠지만 현재의 원칙을 연장선으로 고려한 것이기에 그 큰 줄기에는 변화가 없으리라 본다.

한국형 커뮤니케어는 질병 장애 및 노쇠 등으로 인하여 독립적인 일상생활을 수행하지 못하는 국민의 삶의 질 향상을 목표로 하며, 이에 기존 보건의료, 복지 공급자의 본연의 역할을 존중하고 국가는 책임을 다하여야 한다.

1. 커뮤니케어 조정자로서의 의사는 지역사회에서 환자들의 치료와 돌봄이 중단 없이 연결될 수 있도록 케어플랜 수립, 의료와 보건지도를 한다.
2. 커뮤니케어 사업은 지역주민, 지역사회의 의료기관 및 단체, 지자체가 적극적으로 참여하여 협력적인 관계를 유지하여야 한다.
3. 커뮤니케어 사업에 포함되는 행위들은 법적으로 보호 받는 환경에서 제공되어야 한다.
4. 커뮤니케어 사업은 기존의 건강보험과 장기요양보험 이외의 추가 자원마련이 필요하다.
5. 커뮤니케어 사업에서 제공되는 서비스는 정당한 보상이 수반되어야 한다.
6. 커뮤니케어 사업의 보건의료 영역은 근거에 기반한 과학적 의료행위와 보건사업만을 제공하여야 한다.
7. 커뮤니케어 사업의 보건의료 영역은 의료전달체계를 개선하는 방향으로 진행하여야 한다.
8. 커뮤니케어 사업의 보건의료 영역은 지자체와 지역의

사회가 동등하게 교류·협력해야 한다.

9. 커뮤니케어 사업의 보건의료 영역에서 지역의사회가 중추적 역할을 할 수 있도록 충분히 지원되어야 한다.
10. 커뮤니케어 사업에서 보건소, 보건지소는 고유역할인 건강증진, 질병예방에 집중하여야 하며, 연계센터로서 중추적인 역할을 해야 한다.
11. 재택의료는 케어플랜 수립, 진료, 처치, 투약, 의학적 상담 및 지도 등을 포함하여, 체계적·포괄적으로 제공되어야 한다.
12. 방문진료는 의사의 의학적 계획관리 하에, 의사와 함께 해당 의료기관 소속 간호인력 및 치료사 등이 수행한다. 단, 지역의사회를 통하여 타 의료기관과 협업 수행할 수 있다.

커뮤니케어의 원칙의 의미

관련 학회 전문위원들이 TF에 모여 숙고 끝에 나온 원칙들이지만 아직도 커뮤니케어가 낯선 회원들도 있기에, 위 원칙들을 제대로 이해하기 위해서 정부의 벤치마크인 일본의 커뮤니케어 추진을 다시 한 번 더 살펴본다. 일본 커뮤니케어는 국가가 청사진을 제시하고 지자체가 따르는 단순한 시스템이 아니다. 각각 지역에서 보건, 의료, 복지 관련자들이 자주적으로 지역에 맞게 조정하고 연계하여, 이를 통해 지역을 보건의료복지 복합체로 만드는 것이다.

일본의 커뮤니케어에 맞추어 외삽을 한다면 우리 정부의 안도 여러 직종의 연계와 조정을 통해 의료와 복지의 경계를 없애야 할 것이다. 아울러 직종들 서로 간에 경계도 없애야 한다. 그럼에도 불구하고 상대의 전문 영역을 넘나들지 말라는 주문은 분명하다. 어디까지나 상대방 본연의 역할에 대한 존중을 바탕으로 분절성을 만드는 문턱을 낮추면서

협력적인 네트워크를 만들어야 한다. 그런 네트워크 형성을 위해 국가의 역할은 재정적인 지원과 법적 지원에 대한 책임을 다해야 한다.

커뮤니티케어 조정자로서 의사의 역할은 당연하다. 이는 복지에 비해 보건의료가 우월하다는 의미는 아니다. 다만 전문성의 관점에서 볼 때 보건의료와 복지가 겹칠 때 보건의료의 응급성과 순간적 복잡성이 복지에 비해 더 앞설 수밖에 없다는 뜻이다. 그렇게 납득하고 인정해야만 지역사회에서 환자들의 치료와 돌봄이 의사들의 조정 하에 중단 없이 부드럽게 연결될 수 있다. 보건의료와 복지의 여러 경계 영역에서 발생하는 다양한 이해 상충의 사안들에 대하여 커뮤니티케어 조정자로서 의사의 역할은 환자들에게 필수적인 것이다.

커뮤니티케어는 전체 지역주민의 의식개혁을 전제로 한다. 지역에서 보건의료, 영양과 돌봄을 통합한다는 건 커뮤니티케어 대상자로 하여금 단순히 독립생활을 영위하도록 하는 게 아니다. 지역사회 내에서 관계가 있는 삶을 확보한다는 의미이다. 이것을 이해하고 지역주민이 의식개혁을 해야만, 지역주민, 지역사회의 의료기관 및 단체, 지자체가 적극적으로 참여하여 협력적인 관계를 유지할 수 있다. 그 관계의 출발점이자 기본관계는 가족이며, 가족의 역할은 변치 않고 중요하다.

커뮤니티케어 사업에서 제공되는 서비스는 정당한 보상이 수반되어야 한다. 커뮤니티케어 사업에서 정부 재정 투입이 필수적이란 점에서 공공성 강화가 맞다고 할 수 있지만, 정부나 지방정부의 직접적인 서비스 제공의 강화를 의미하는 건 아니다. 민간부문 서비스에 비해 업무여건을 변경하기 쉽지 않은 정부부문 서비스는 새로이 등장하는 수요에 쉽게 대응하지 못한다. 이를 인정하고 민간 서비스

에 대한 정당한 보상을 통해 공적 재원을 활용해야 한다. 지역사회 내에서 보건의료와 복지를 포함하여 포괄적인 민간 협력을 이끄는 확실한 방법이다.

커뮤니티케어에서 일본보다 앞선 영국의 경우, 공급주체별 서비스 제공시간의 변화를 보면 1993년 국민보건서비스와 커뮤니티케어법 (National Health Service and Community Care Act, NHSCCA) 시행 당시에는 지방정부가 직접 제공한 비율이 95% 이상이었으며, 민간에서 제공하던 비율이 5%에 불과하던 것이 2008년에는 80%를 넘김으로써 서비스의 대부분을 영리 또는 비영리 민간기관에서 제공하고 있다. 이런 점을 간과해서는 안 된다.

커뮤니티케어 사업의 보건의료 영역은 근거 기반의 과학적 의료행위와 보건사업으로만 제한하여 제공되어야 한다. 온정주의에 의한 사이비 의료는 당연히 배제되어야 하며, 늘어날 수밖에 없는 재정을 감안해 적어도 보건의료 영역에서는 효율성이 증명된 근거기반 의료만 제공해야 한다.

커뮤니티케어 사업의 보건의료 영역은 의료전달체계를 개선하는 방향으로 진행하여야 한다. 의료전달체계의 전체적 효율성이란 점에서 볼 때 1차 의료기관의 역할이 중요하다는 점에는 이견이 별로 없을 것이다. 의료전달체계가 확실하게 확립된 상태에서 시작하는 유럽 국가들의 커뮤니티케어에 비해서 1·2차 의료기관간 경쟁적 구도가 있는 일본의 커뮤니티케어가 재정적 효율성이 떨어짐을 봐도 이를 짐작할 수 있다.

일본의 경우 의료공급체제 개혁과 커뮤니티케어도입을 동격으로 두고 사업을 진행하고 있다. 그런 점들을 감안한다면 우리는 지자체와 지역의사회가 동등하게 교류·협력할 수 있도록 하면서 커뮤니티케어 사업의 보건의료 영역을 진행시킬 필요가 있

다. 그렇게 하려면 먼저 지역의사회가 지역의료의 중추적 역할을 할 수 있도록 충분히 지원하여야 한다. 특히 지역의사회의 조절력 강화는 1·2차 의료기관의 경쟁적인 구도가 심한 우리나라의 의료전달체계 개선을 위해서도 필요하다. 또한 이런 경쟁 구도의 한 축을 이루고 있는 보건소, 보건지소는 경쟁 구도에서 벗어나 고유 역할인 건강증진, 질병예방에 집중시키며, 커뮤니티케어 연계센터의 중추적인 역할을 해야 한다.

원칙의 마지막은 각론적인 면이 있으나 의사들의 핵심적인 역할이기에 제시된 부분이다. 먼저 재택의료는 단순하지 않은 의료행위로서 케어플랜을 포함한 체계적·포괄적인 면을 갖고 있다. 그리고 방문진료는 의료법이 정한 의사 본연의 역할인 의료와 보건지도에 대한 원칙이다. 단, 지역의사회를 통하여 타 의료기관과 협업 수행한다는 부분에서 의료전달체계 개선에 지역의사회가 앞장서야 한다.

원칙 외에 숙고해야 할 점

위의 원칙 외에 고려해야 할 점들은 더 있을 것이다. 예를 들어 보건의료 관점에서 좀 벗어난다면 사회적 입원 환자를 줄이기 위한 탈시설화 정책 시행 이전에 자립생활 지원체계에 대한 구체적 대안 마련이 필요하다.

일본의 경우 특별 양호 노인홈, 개호 노인 보건시설, 개호 요양형 의료시설, 치매 고령자 그룹 홈, 경비 노인홈, 유료 노인홈 등 다양한 고령자 주택들이 있음에도 불구하고 일부 변두리 지역에서는 무리한 탈시설화와 불충분한 대안 제공으로 인해 노인지옥이 있다는 것도 주지의 사실이다.

맺음말

시간을 갖고 좀 더 숙고하면 개선해야 할 점들이 더 있겠지만 마지막으로 중요하게 언급하고 싶은 것은 지속성의 담보이다. 선도사업 실시 및 핵심 인프라 확충 단계(2018~2022), 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 제공기반 구축 단계(~2025) 그리고 보편화 단계(2026~)가 정부의 3단계 로드맵이다. 얼핏 봐도 무서운 속도감과 함께 정부의 과욕은 느껴지지만, 지속성을 전혀 기대할 수 없는 로드맵이다.

유럽선진국들의 경우, 통상 1백 여 년에 걸쳐 자연스럽게 형성된 인프라를 기반으로 하여, 자발적으로 형성된 지역 단위의 자력 구제 체도를 점진적으로 발전시켜 국가가 3~40년에 걸쳐 엮어낸 제도가 그들의 통합돌봄 커뮤니티케어이다. 일본만 해도 기본적으로 우리보다 나은 인프라를 갖고 훨씬 많은 재정으로 2~30년에 걸쳐 진행하고 있다.

지속성의 담보는 진행 속도와 무관하지 않다. 관념적으로 반비례 관계에 있다고 보는 게 옳다. 그래서 대다수의 의사들은 노인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있는 포용국가 구축이라는 정부 비전은 맞지만, 2025년까지 커뮤니티케어 제공기반 구축이란 목표는 틀렸다고 판단한다. 심지어 선도사업부터 중앙정부와 일부 지방자치정부의 경쟁적 구도까지 조성되는 것은 그런 예측이 옳다는 것을 보여주는 전조가 아닐까 생각한다.

단기 목표에 매몰되다 보면 옳은 비전도 왜곡되어 해석될 수 있다. 단순한 자립지원에 매몰되다 보면 다양성을 인정하지 않은 지역사회를 만들기 십상이고, 인간 존엄 유지보다 단순한 심신기능의 개선에 치중하게 될 것이다. 비전에 제시된 '건강한 노

후'와 '포용국가'라는 단어의 의미가 무색해지는 것이다.

정부는 지금부터라도 현장 전문가들의 의견을 모아 목표를 다시 현실적으로 설정해야 한다. 그리고 좀 더 장기적 안목으로 지역 자원과 사회적 자원을

꾸준히 축적하며 엮어가야 한다. 그런 바탕 위에 새로운 계획안을 짜야 한다. 물론 그 새 계획안의 내용들도 위에서 제안한 보건의료에 대한 기본 원칙을 적용해야만 한다.