

한국형 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)의 올바른 추진 방향을 위한 비판적 시각



오 영 인

의료정책연구소 연구원
ryan1502@kma.org

1. 들어가며

개인과 사회의 건강은 여러 가지 요인들이 결합되어 있으며 동시에 영향을 받는다. 어떤 인구 집단이 건강한지 혹은 건강하지 않은지는 그 인구 집단이 살고 있는 곳, 주변 환경 상태, 유전적 특질, 수입 및 교육 수준, 친구 및 가족과의 관계 등 모든

요소가 건강에 상당한 영향을 미친다¹⁾.

과거의 건강증진은 개인수준의 질병 치료 및 생활양식 초점이 맞추어져 있었다면, 현재의 건강증진은 개인의 건강에 영향을 미치는 다양한 사회적 수준의 건강결정 요인까지 확대하여 개인 및 지역 사회의 건강 향상에 초점을 맞추고 있다.

우리나라도 국민소득 증가, 생활수준의 향상, 의

1) WHO. The Determinants of health. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

학기술 및 의료서비스 질의 향상, 건강에 대한 관심 증가 등으로 평균수명이 늘어나 고령인구가 증가하고 있다. 2017년 전체 인구 중 65세 이상의 비중이 14%를 넘어서며 고령사회에 진입하였으며, 2026년에는 초고령사회가 될 것으로 전망하고 있다. 인구 고령화에 따른 의료보장 및 건강관리에 대한 문제는 가족단위의 책임 범위를 넘어 범국가적으로 해결해야 할 문제로 대두되고 있다.

2. 우리나라 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)

문재인 정부가 들어서면서 ‘커뮤니티 케어’라는 용어가 등장하기 시작했다. 지역에서 의료와 돌봄 복지 서비스를 함께 제공하는 것을 골자로 한 정책이다. 이는 2013년부터 일본에서 지역포괄케어시스템이란 이름으로 시행하고 있는 정책과 매우 유사하다. 일각에서는 일본의 정책을 그대로 가져온 것이 아니냐는 의구심을 갖고 있다.

2018년 1월 보건복지부는 업무보고에서 ‘커뮤니티 케어’ 추진 계획을 발표한 뒤 같은 해 11월 노인을 중심으로 한 ‘지역사회 통합돌봄(1단계: 노인 커뮤니티케어) 기본계획’을 발표했다.

정부가 정의한 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)은 케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집, 그룹 홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리며 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원을 통합적으로 제공하는 지역주도형 사회서비스 정책이다.

이에 따라 2019년 6월부터 2년간 전국 8개 지방자치단체에서 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 선도사업을 실시할 예정이다. 원래 계획은 노인 4개 지역, 장애인 2개 지역, 노숙인과 정신질환자는 각각 1개 지역 지자체이었지만, 대상에서 노숙인이 제외되어 노인 5개, 장애인 2개, 정신질환자 1개 지자체가 4월초 선정될 계획이다. 정부는 2019년 커뮤니티케어 선도사업 예산을 63억9300만원으로 확정했다. 이렇게 커뮤니티케어 제공 기반을 단계적으로 구축해 2026년부터는 커뮤니티케어 제공을 전국적으로 확대하는 것이 정부의 목표다.

3. 선도사업 세부 계획

8개 선도사업 실시 지자체는 지역상황 및 서비스 제공 대상에 따라 지역 자율형으로 운영하되, 공통적으로 통합돌봄 서비스를 제공하기 위해 케어안내창구와 지역케어회의를 운영해야 한다.

읍면동에 설치되는 케어안내창구는 케어가 필요한 사람에 대한 기초욕구 조사, 서비스 정보 안내, 서비스 신청 접수·대행 등의 업무를 실시한다. 접수 사례 중 복합적 욕구를 가진 대상자에 대한 종합적 욕구 사정과 심층 사례관리는 시군구 지역케어회의를 통해 실시하도록 할 계획이다. 지역케어회의는 지자체에서 민관협력이 가장 잘 운영될 수 있는 방식으로 자율적으로 구성·운영하도록 하고, 읍면동 등에서 의뢰한 복합적 욕구를 가진 대상자에 대해 종합 욕구사정, 심층 사례관리 및 서비스 연계 등을 실시하도록 할 계획이다.

4가지 선도사업은 다음과 같다²⁾. 첫째 노인 통합

2) 보건복지부. 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획. 2019. 1.10

돌봄 선도사업이다. 재가에서 병원 및 요양시설으로의 '사회적 입원'을 예방하기 위한 모델로, 집이나 지역사회에 거주하고 있으나 노화, 사고, 질병, 기능상태 저하 등으로 케어가 없으면 요양병원 입원이나 시설 입소가 불가피해지는 노인층을 주요 대상으로 한다.

의료기관에 입원 후 퇴원이 임박한 대상자의 경우 향후 병원에 설치될 '지역연계실'의 의사·간호사·사회복지사와 읍면동 케어안내창구의 사회복지 담당자가 협력하여 퇴원계획 수립 후 지역사회 자원과 서비스를 연계하겠다는 것이다. 또한 집에서 독립 생활을 할 수 있도록 주거 개보수 및 케어안심주택을 운영하는 것이 계획에 포함되어 있다. 그리고 건강검진자료, 진료내역, 노인장기요양자료 등을 활용하여 건강이 취약한 대상 노인을 찾아내고, 방문 의료, 일차의료 만성질환 관리, 보건소 방문건강관리 서비스, 재가 의료급여 등 지역의 다양한 자원을 집중적으로 연계하여 지원할 계획이다.

두 번째는 장애인 자립생활 및 지역정착 선도사업이다. 거주시설에 입소 중이나 지역사회에서 생활하기를 희망하는 장애인 또는 집이나 지역사회에 거주하고 있으나 장애가 심하거나 부양가족이 없어 일상 생활의 어려움을 겪고 있어서 케어가 필요한 장애인이 주요 대상이다. 탈시설 욕구 조사를 바탕으로 개인별 맞춤형 지원계획을 수립하고 시설 퇴소 후, 일상생활 적응 훈련이 필요한 경우 지원인력이 상시 거주하는 자립체험주택을 거쳐 케어안심주택을 이용할 수 있도록 지원한다는 것이다. 그리고 개인별 지원계획에 따라 저소득층의 경우 기초생활보장특례를 적용하여 소득을 지원하고, 직업재활 프로그램과 장애인 건강주치의를 통한 건강관리, 발달장애인 주간활동 서비스, 공공후견, 법률지원 등 다양한 서

스를 연계·제공하여 지역사회에서 자립하여 살 수 있도록 지원하는 계획이 포함되어 있다.

세 번째는 정신질환자 지역사회 정착지원 선도사업이다. 정신의료기관 입원 치료를 마치고 증상이 호전되어 지역사회로 복귀가 가능하다고 판단되는 사람이나, 집이나 지역사회에 거주하고 있으나 경증·초기 정신질환 등으로 서비스 미제공시, 질환 악화 또는 입원이 우려되는 사람을 주요 대상으로 한다. 정신의료기관 및 시설의 퇴원·퇴소 예정자 본인 또는 보호자의 동의를 받아 퇴원·퇴소 예정자 정보 연계하여 환자 평가 및 퇴원계획 수립에 이용하고, 퇴원 후 지역사회 정착을 위한 자립훈련이 필요한 경우 약 3~6개월 동안 자립체험주택에 거주하면서 집중 사례관리를 제공한다. 그리고 직업 활동과 사회생활을 할 수 있도록 재활 활동을 지원하는 정신재활시설을 대폭 확충할 계획이다. 자립체험주택과 정신재활 시설 이용 후에는 정신건강복지센터 및 정신과 의사 등의 판정을 거쳐 지역사회 복귀가 가능한 것으로 판단되는 경우 퇴소지원을 할 방침이다.

마지막으로 노숙인 자립지원 선도사업이다. 거리 노숙인과 노숙시설에서 생활하고 있는 사람들을 대상으로 개인별 자립지원계획을 수립하고, 주거와 필요한 서비스를 지원하며 노숙인 특화·자활사업 등을 통해 일자리를 통한 자립을 지원 등을 할 계획이었으나, 이번 선도사업에서는 제외되었다.

4. 한국형 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)의 비판적 시각

필자는 좋게 표현해서 현 정부가 커뮤니티케어를 매우 이상적으로 접근하고 있다고 생각한다.

지역사회가 고령인구 및 사회 취약계층의 돌봄 문제를 책임진다는 측면에서 이 정책을 반대할 사람은 없을 것이다. 그러나 지역사회 돌봄 대상으로 선정되어 연계 서비스만을 받고 지역사회로 돌아왔다가 선도사업 이후 더 이상 서비스를 받을 수 없다면 그 피해는 오롯이 국민에게 돌아갈 것이다.

그럼에도 불구하고 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 정책의 지속성을 위해 가장 중요한 재정 조달 방안은 기본계획에서 찾아볼 수 없다. 더 큰 문제는 재정 추계 및 예상 대상자 추계 조차도 되어 있지 않다는 것이다. 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 정책은 지역상황 및 서비스 제공 대상에 따라 지역 자율형으로 운영하는 특징이 있지만 국민의 혈세가 소요되는 정책을 계획하면서 재정 추계를 하지 않았다는 것은 너무 무책임하다. 단순히 해당 정책이 우리나라에 적합한지를 확인하기 위한 1~2년 동안

의 시범사업이 아니다.

현재 우리나라의 건강보험 및 장기요양보험 재정 건정성이 악화되고 있는 상황이다. 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 정책의 재원을 건강보험과 장기요양보험에만 기대어 운영할 수 없으며, 일반재정으로 충당하는 것에도 한계가 있다. 따라서 증세를 통한 건강보험과 장기요양보험 이외의 추가 재원 확보 방안 마련이 필요하다.

일본의 경우, 「지역포괄케어시스템」을 운영하기 위한 재원으로 ‘지역의료개호종합확보기금3)’, ‘개호보험’, ‘국가보조금’과 ‘지자체 사업’ 등으로 운영된다. 지역의료개호종합확보기금은 「지역포괄케어시스템」을 운영하기 위해 2014년 「의료개호종합확보추진법」을 제정하고, 이에 따라 소비세를 인상하였다. 의료 및 개호 관련 소비세 인상분에 대해 국가가 2/3, 도도부현이 1/3을 부담하여 ‘지역의료

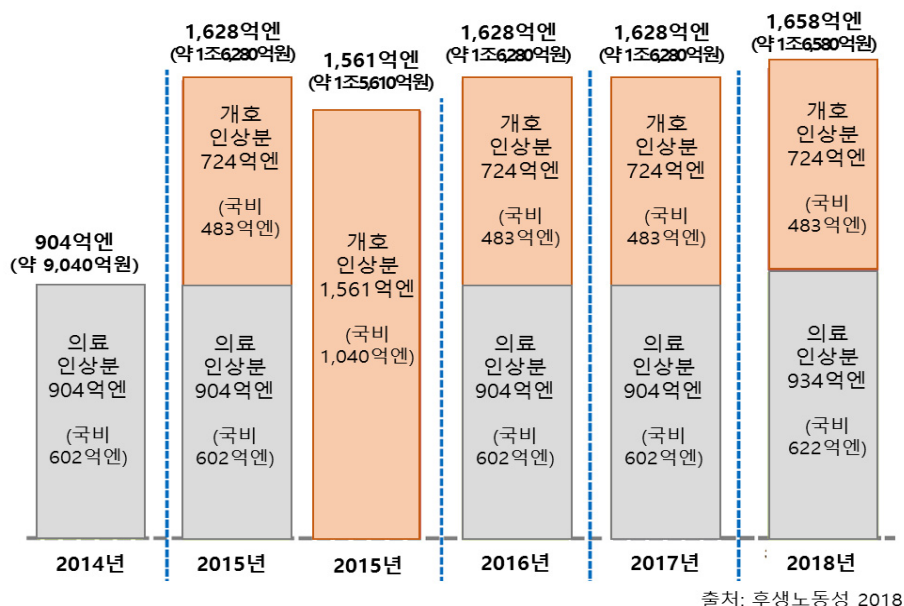


그림 1. 지역의료개호종합확보기금 예산

3) 2015년도 개호분 1,561억엔(약 1조 6,280억 원)은 보정 예산으로 추가 가산함.

개호종합확보기금'으로 활용한다. 전체 예산의 많고 적음은 논외로 하더라도 정책의 지속성을 위한 재원마련은 그 무엇보다 중요하다.

2018년 12월 '커뮤니티케어, 성공적 안착을 위한 민관 협력 방안 모색' 포럼에서 현 보건복지부장관은 커뮤니티케어 선도사업에 100여곳의 지자체가 사업 공모를 하겠다고 관심을 보이고 있다고 자신 있게 언급했다. 그러나 본격적인 사업 공모를 준비하는 과정에서 예산의 한계를 확인하고 포기하는 지자체가 늘어나 선도사업에 29개 지자체만이 신청했다.

우리나라 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)에 참여하는 다 직종 간의 연계를 어디서, 누가, 어떻게 수행할지도 의문이다. 지역케어회의를 주최하고 1차적 지역네트워크 구축 담당을 읍면동에 설치되는 케어안내창구에서 할 것인지, 아니면 보건소에서 수행할 것인지, 사례관리 명목으로 설치된 시군구 단위로 설치된 희망복지지원단이 수행할 것인지 명확하지 않다. 연계가 되지 않는 지역사회 통

합돌봄(커뮤니티케어)은 단순히 기존 사업을 백화점식으로 모으는데 그칠 수 있다.

일본의 지역케어회의와 1차적 지역네트워크 구축을 담당하는 곳은 '지역포괄지원센터'다. 지역포괄지원센터의 주요 임무는 ① 1차적 지역네트워크 구축, ② 원스톱 종합상담창구, ③ 지원 곤란 사례 상담 및 지원, ④ 지역케어회의 개최 등이다.

그리고 일본의 지역케어회의는 '개별수준 지역케어회의', '일상생활권역수준 지역케어회의', '시정촌수준 지역케어회의', '시정촌을 넘는 수준의 지역케어회의'까지 여러 단계에서 실시된다. 이는 개별 과제 해결 기능부터 정책형성 기능까지 수행한다.

정부가 발표한 추진계획에는 시군구 단위의 지역케어회의만을 구상하고 있다. 시군구 지역케어회의에서 개별수준 과제까지 검토까지 할 수 있을지 우려스럽다.

지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 정책에서는 의사의 참여가 매우 중요하다. 그러나 선도사업 추진 계획에는 의사의 참여를 촉진하는 대책을 찾아

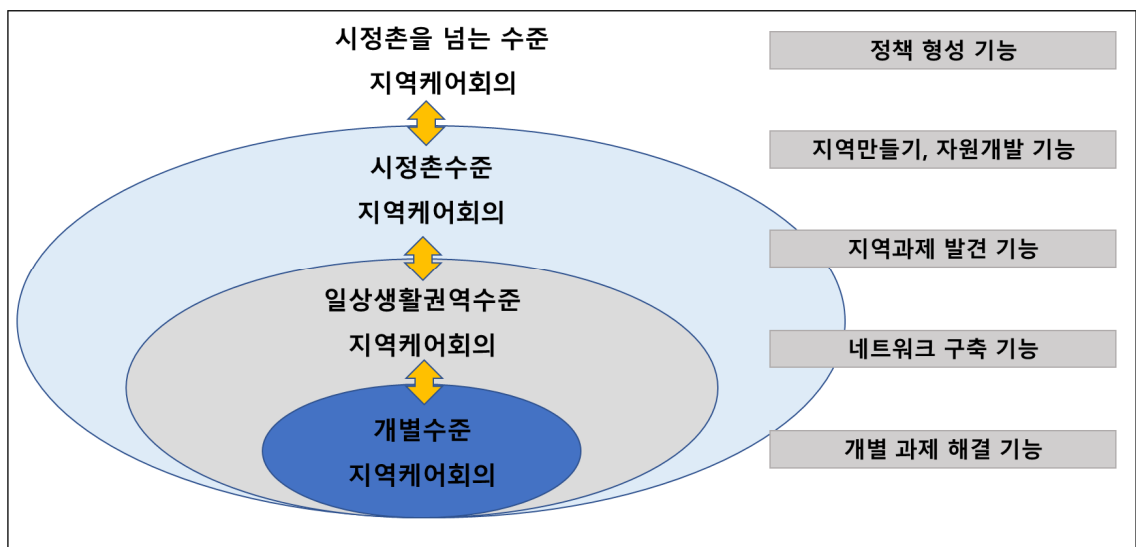


그림 2. 일본의 지역케어회의 및 기능

볼 수 없다. 의사의 선의에 의지한 참여만을 바라다면 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 정책은 실패로 귀결될 수 있다. 또한 추진 계획안에 따르면 의사 참여 범위(퇴원계획 수립, 왕진 및 방문진료를 포함한 재택의료에 한정)는 매우 제한적이다. 보건의료 복지 서비스는 의사의 의학적 판단 및 계획 관리 하에 제공되어야 한다. 따라서 의사는 국민의 생명과 건강을 책임지는 사회리더로서 퇴원계획 수립 및 재택의료 서비스 제공뿐만 아니라, 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 대상자 선정 및 개인별 지원 서비스에 대한 최종적으로 종합적인 판정을 하는 조정자 역할 수행해야 한다.

마지막으로 지자체별 서비스 평준화 방안이 없다는 것도 우려스럽다. 지자체의 여건에 따라 지역사회 자원과 서비스를 제공해야 하는데, 이로 인해 지자체별 서비스 격차가 발생하게 될 것이다. 다른 지자체보다 낮은 수준의 서비스를 받는 지역주민은 불만이 생길 수밖에 없다. 이와 같은 문제는 우리나라보다 6년이나 빨리 시행한 일본에서도 제기된 문제점이다. 선도사업에 선정된 지자체들은 가능한 대형병원 및 대형 복지시설과 함께 사업을 수행하려고 할 것이다. 더욱이 추진 계획에서도 선도사업 계획 수립 지원 및 사업 모니터링, 성과 평가 연구 등을 수행할 지역의 대학 및 종합병원과 반드시 컨소시엄을 구성하도록 제안하고 있다. 이는 궁극적으로 지역사회의 자원을 최대한 활용하여 보다 많은 지역 주민에게 혜택을 제공한다는 장기적 목표

에 어긋나는 것이다. 대형 병원 및 요양시설로 쏠림 현상이 발생하여 규모가 작은 동네의원 및 요양시설은 더욱더 어려운 상황으로 내몰릴 수도 있다.

5. 맺는말

현 보건복지부 장관이 인사청문회에서 ‘보건복지부는 돈이 많이 드는 곳이고 재정 뒷받침이 되지 않으면 좋은 구상도 아무 쓸모가 없다’, ‘증세 없는 복지는 결과적으로 협소한 보장범위, 낮은 급여 수준 등으로 광범위한 복지 사각지대를 낳는 문제가 있다’고 대답했던 것을 잊어서는 안 될 것이다.

지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)의 핵심은 지속성과 협업이다.

지역사회 통합돌봄 정책이 실패하지 않으려면 우선적으로 장기적인 관점에서 재정추계를 실시해야 하며, 그를 바탕으로 재정 조달 방안을 마련해야 할 것이다. 그리고 다 직종의 참여와 연계를 통한 협업이 중요하기 때문에 컨트롤 타워 역할을 누가 수행할지에 대한 정책적 가이드라인을 제시하는 것 또한 필요하다.

지속 가능성이 담보되지 않는 포퓰리즘 정책이 되지 않기 위해서는 성과를 내기 위해 조급증을 버리고 비판적인 시각을 통해 문제점 및 우려되는 사항을 확인하고 수정·보완하는 과정을 반복 수행하는 것이 반드시 필요하다.